



2025년 1월 1일~12월 31일

보장 범위 증명서:

Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) 가입자의 Medicare 의료 혜택과 서비스 및 처방약 보장

이 문서는 2025년 1월 1일부터 12월 31일까지의 Medicare 의료 서비스 및 처방약 보장에 관한 자세한 정보를 제공합니다. 이 책자는 중요한 법적 문서입니다. 안전한 곳에 이 책자를 보관하십시오.

이 문서에 대한 문의 사항은 가입자 서비스부에 1-877-457-7621번으로 문의하십시오. (TTY 사용자는 711을 이용해 주십시오). 운영 시간: 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다.

Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) 플랜은 WellCare Health Insurance of Arizona, Inc.(Wellcare by 'Ohana Health Plan)에서 제공합니다.(이 보장 범위 증명서에서 “당사” 또는 “저희”라고 언급할 때 이는 WellCare Health Insurance of Arizona, Inc.(Wellcare by 'Ohana Health Plan)를 의미합니다. “플랜” 또는 “저희 플랜”이라고 언급할 때는 Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)를 의미합니다.)

이 문서는 중국어, 한국어, 베트남어, 타갈로그어, 일로카노어, 사모아어, 하와이어, 캄보디아어, 몽어, 일본어, 라오어 및 태국어로 무료로 제공됩니다. 저희는 귀하에게 적합한 방식으로 정보를 제공해야 합니다(오디오, 점자, 대형 활자본 또는 기타 대체 형식 등). 다른 형식으로 된 플랜 정보가 필요하시면 가입자 서비스부로 연락해 주십시오.

혜택 및/또는 코페이먼트/공동보험료는 2026년 1월 1일에 변경될 수 있습니다.

처방집, 약국 네트워크 및/또는 서비스 제공자 네트워크는 언제라도 변경될 수 있습니다. 필요한 경우 가입자에게 통지를 할 것입니다. 최소 30일 전에 변경 사항이 적용되는 가입자에게 통지합니다.

이 문서는 귀하의 혜택 및 권리에 관해 설명합니다. 이 문서를 사용하여 다음 내용을 확인할 수 있습니다:

- 가입자의 플랜 보험료와 비용 부담
- 귀하의 의료 및 처방약 혜택

OMB Approval 0938-1051 (Expires: August 31, 2026)

HI5ZMREOC60300K_R026

H2491026000

H2491_026_2025_HI_EOC_DSNP_155190K_C

- 서비스 또는 치료에 만족하지 못하는 경우 불만사항을 제기하는 방법
- 추가 지원이 필요한 경우 당사에 연락하는 방법 및
- Medicare 법률에 따라 요구되는 기타 보호책.

'Ohana Health Plan은 WellCare Health Insurance of Arizona, Inc.에서 제공하는 플랜입니다.

Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)는 미국 국립의료질평가위원회(NCQA)로부터 치료 모델 검토를 바탕으로 2026년까지 특수 요구 플랜(SNP) 운영을 승인받았습니다.

2025년 보장 범위 증명서

목차

1장:	가입자로서의 시작.....	8
섹션 1	개요.....	8
섹션 2	플랜 가입자가 될 수 있는 자격은 무엇입니까?.....	9
섹션 3	제공되는 중요한 가입자 자료.....	11
섹션 4	Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)의 월 지불 비용.....	13
섹션 5	월 보험료에 대한 자세한 정보.....	16
섹션 6	플랜 가입자 기록을 최신으로 유지하기.....	16
섹션 7	다른 보험과 저희 플랜 간의 보장 조율 방법.....	17
2장:	중요 전화번호 및 리소스.....	20
섹션 1	플랜 연락처 (가입자 서비스부에 문의하는 방법을 포함하여 저희에게 연락하는 방법).....	20
섹션 2	Medicare (연방 Medicare 프로그램으로부터 직접 도움을 받고 정보를 구하는 방법).....	25
섹션 3	주 건강 보험 지원 프로그램 (Medicare에 관한 가입자의 질문에 대해 도움, 정보 및 답변을 무료로 제공함).....	27
섹션 4	품질 개선 기관.....	28
섹션 5	사회보장국.....	29
섹션 6	Medicaid.....	29
섹션 7	가입자들의 처방약 비용을 지원하는 프로그램에 관한 정보.....	31
섹션 8	철도청 은퇴자 위원회에 문의하는 방법.....	34
섹션 9	그룹 보험 또는 기타 직장 건강 보험에 가입되어 있습니까?.....	34
3장:	의료 서비스 및 기타 보장 서비스를 위한 플랜 이용.....	37
섹션 1	플랜 가입자로서 의료 서비스 및 기타 서비스를 받기 위해 알고 있어야 할 사항.....	37
섹션 2	플랜의 네트워크 소속 의료 제공자로부터 의료 서비스 및 기타 서비스를 받으십시오.....	39
섹션 3	가입자가 응급 상황에 처했거나 긴급하게 치료를 받아야 할 필요성이 있거나 재해가 진행되는 동안 서비스를 받을 수 있는 방법.....	44

목차

섹션 4	서비스의 의료비 총액에 대해 가입자가 직접 청구서를 받은 경우에는 어떻게 합니까?	46
섹션 5	가입자가 임상 연구에 참여하고 있을 때 가입자가 이용하는 의료 서비스는 어떻게 보장됩니까?	47
섹션 6	종교적 비의료 기관에서 치료를 받기 위한 규칙	49
섹션 7	내구성 의료 장비의 소유권에 대한 규칙	50
4장:	의료 혜택표(보장 사항).....	53
섹션 1	보장 서비스 이해하기	53
섹션 2	<i>의료 혜택표</i> 를 사용하여 보장 사항 찾기	53
섹션 3	플랜 외부에서 보장하는 서비스에는 어떤 것이 있나요?	110
섹션 4	플랜에서 보장되지 않는 서비스에는 어떤 것이 있나요?	110
5장:	파트 D 처방약에 대한 플랜의 보장 사용	115
섹션 1	개요	115
섹션 2	네트워크 소속 약국에서 또는 플랜의 우편 주문 서비스를 통해 처방약 조제하기	116
섹션 3	가입자가 사용하는 약은 이 플랜의 의약품 목록에 수록되어 있어야 합니다	120
섹션 4	일부 약에 대한 보장에는 제한사항이 있습니다	122
섹션 5	가입자의 약 중에서 가입자가 원하는 방식으로 보장되지 않는 약이 있다면 어떻게 해야 합니까?	123
섹션 6	가입자의 약에 대한 보장에 변경이 발생하면 어떻게 해야 합니까?	125
섹션 7	어떤 유형의 약들이 이 플랜에서 보장되지 <i>않습니까?</i>	128
섹션 8	처방전 조제	129
섹션 9	특별한 상황에서의 파트 D 약 보장	129
섹션 10	의약품 안전 및 약 관리에 대한 프로그램	131
섹션 11	저희는 가입자가 약 구입 시 지불한 금액 및 가입자가 어느 지불 단계에 속해 있는지를 설명하는 보고서를 발송해 드립니다	133
6장:	파트 D 처방약에 대한 가입자 부담분.....	137
7장:	가입자가 받은 보장 의료 서비스 또는 의약품 청구서에 대한 지불 요구	139
섹션 1	가입자가 보장 서비스 또는 의약품에 대해 지불을 저희 측에 요구해야 하는 상황	139

섹션 2	환불 요구 또는 가입자가 받은 청구서 대금의 지불 요구 방법	142
섹션 3	저희가 지불 요구서를 심사하여 지불 여부를 알려 드립니다	143
8장:	권리와 책임	145
섹션 1	저희 플랜은 플랜 가입자의 권리와 문화적 감수성을 존중합니다	145
섹션 2	가입자에게는 플랜 가입자로서 몇 가지 책임이 있습니다	161
9장:	문제나 불편 사항이 있는 경우 할 수 있는 일(보장 결정 요청, 이의 신청, 불편 사항 접수).....	164
섹션 1	개요	164
섹션 2	더 많은 정보와 개별적인 도움을 받을 수 있는 곳	165
섹션 3	문제 처리를 위해 어떤 절차를 이용해야 합니까?	165
섹션 4	가입자의 Medicare 혜택에 관한 문제의 처리	166
섹션 5	보장 결정 및 이의 신청에 대한 기본 가이드	167
섹션 6	가입자의 의료 서비스: 보장 결정을 요청하거나 보장 결정에 대해 이의 신청하는 방법	170
섹션 7	가입자의 파트 D 처방약: 보장 결정을 요청하거나 이의 신청을 하는 방법	177
섹션 8	조기에 퇴원된다고 생각하는 경우, 더 장기간의 병원 입원에 대해 보장을 요청하는 방법	186
섹션 9	보장이 곧 종료된다고 생각하는 경우 특정 의료 서비스에 대한 보장을 유지하도록 요청하는 방법	191
섹션 10	3차 또는 그 이상의 단계로 이의 신청하기	194
섹션 11	의료 서비스 품질, 대기 시간, 고객센터 또는 다른 우려사항에 대한 불만 제기 방법	197
섹션 12	Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid) 혜택에 관한 문제 처리	201
10장:	플랜 가입 종료	203
섹션 1	플랜 가입 종료 안내	203
섹션 2	언제 플랜 가입을 종료할 수 있습니까?	203
섹션 3	어떻게 플랜 가입을 종료합니까?	206
섹션 4	가입이 종료되기 전까지 계속 당사 플랜을 통해 의료 품목, 서비스 및 의약품 보장을 받아야 합니다	207
섹션 5	특정 상황에서는 플랜에서 가입자의 가입을 종료해야 합니다	208
11장:	법적 고지	211

섹션 1	준거법에 대한 고지	211
섹션 2	차별 금지에 대한 고지	211
섹션 3	Medicare 이차 지불자의 대위구상권에 대한 고지	211
섹션 4	Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) 플랜에 따라 저희 플랜에서 지불한 혜택의 회수	211
섹션 5	가입자 카드	213
섹션 6	독립 계약자	214
섹션 7	의료 플랜 사기	214
섹션 8	플랜이 통제할 수 없는 상황	214
12장:	중요 단어 정의	216

1장:

가입자로서의 시작

1장 가입자로서 시작하기**섹션 1** 개요

섹션 1.1 귀하를 위한 전문 **Medicare Advantage** 플랜 서비스 시점(특수 요구 플랜)인 **Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)**에 가입되어 있습니다

가입자는 Medicare 및 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid) 모두의 보장을 받습니다.

- **Medicare**는 만 65세 이상인 자, 특정 장애가 있는 만 65세 미만 일부 개인 그리고 말기 신장질환(신장기능부전)을 앓는 분들을 위한 연방 건강 플랜 프로그램입니다.
- **Medicaid**는 소득과 자원이 제한된 특정 사람들의 의료비를 지원하는 연방 및 주 정부 연합 프로그램입니다. Medicaid 보장은 주와 가입자의 Medicaid 유형에 따라 달라집니다. 일부 Medicaid 가입자는 Medicare 보험료 및 기타 비용을 지원 받기도 합니다. 또한 다른 사람들은 Medicare에서 보장되지 않는 추가 서비스 및 의약품에 대한 보장을 받습니다.

귀하는 저희 플랜인 Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)를 통해 Medicare 의료 서비스와 처방약 보장을 받기로 선택하셨습니다. 당사는 모든 파트 A 및 파트 B 서비스를 제공해야 합니다. 그러나 이 플랜의 비용 부담 및 의료 제공자 이용은 Original Medicare와 다릅니다.

Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)는 그 혜택이 특별 건강 관리 요구 사항이 필요한 사람을 위해 설계된 전문 Medicare Advantage 플랜(Medicare 특수 요구 플랜)입니다. 당사 플랜은 Medicare 가입자이면서 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid)의 지원을 받을 자격이 있는 사람들을 위해 설계되었습니다.

가입자의 Medicare Part A 및 B 비용부담분(공제액, 코페이먼트 및 공동보험료)에 대해 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid)의 지원을 받고 있기 때문에 Medicare 의료 서비스에 대해 비용을 지불하지 않을 수 있습니다. Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid)은 또한 가입자에게 Medicare에서 보통 보장되지 않는 의료 서비스를 보장하는 기타 혜택을 제공합니다. 가입자는 또한 Medicare 처방약 비용에 대해 Medicare의 “추가 지원”(Extra Help)을 받습니다. 저희 플랜이 가입자를 위한 혜택의 관리를 지원하여 가입자가 받을 수 있는 의료 서비스 및 납부 지원을 받도록 합니다.

저희 플랜은 민간 업체가 운영합니다. 모든 Medicare Advantage 플랜과 마찬가지로 Medicare 특수 요구 플랜은 Medicare가 승인합니다. 또한 이 플랜은 Hawaii Medicaid 프로그램과 계약을 체결하여 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid) 혜택을 조율합니다. 저희는 가입자의 처방약 보장을 포함한 Medicare 의료 보장을 기꺼이 제공합니다.

이 플랜에서 제공하는 보장은 적격 의료 보험(QHC)의 자격을 갖추었으며 환자 보호 및 부담 적정 보험법(ACA)의 개인별 공동책임 요건을 충족합니다. 국세청(IRS) 웹사이트 www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families를 방문하여 자세한 정보를 확인해 주십시오.

1장 가입자로서 시작하기**섹션 1.2 보장 범위 증명서 문서는 어떤 내용입니까?**

이 *보장 범위 증명서* 문서는 가입자가 Medicare 의료 및 처방약 혜택을 받는 방법에 관한 설명을 수록하고 있습니다. 이 문서는 귀하의 권리와 책임, 보장 사항, 플랜의 가입자로서 부담하는 비용, 결정 또는 치료에 만족하지 못하는 경우에 불만사항을 제기하는 방법을 설명합니다.

보장 범위 및 *보장 서비스*라는 용어는 Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)의 가입자에게 제공되는 의료 및 서비스 그리고 처방약을 가리킵니다.

플랜의 규칙이 무엇인지 그리고 어떤 서비스를 제공받을 수 있는지에 대해 숙지하는 것이 중요합니다. 충분한 시간을 들여 이 *보장 범위 증명서* 문서를 읽어 보실 것을 권장합니다.

내용을 이해할 수 없거나 우려 또는 문의 사항이 있는 경우에는 가입자 서비스부로 문의해 주십시오.

섹션 1.3 보장 범위 증명서에 대한 법적 정보

이 *보장 범위 증명서*는 저희 플랜이 가입자가 받는 진료 보장에 대해 계약자와 체결한 계약의 일부입니다. 이 계약의 다른 부분에는 가입자 등록 양식, *보장 의약품 목록(처방집)*, 당사로부터 받은 보장에 영향을 미치는 보장 변경 또는 조건에 관한 고지서가 포함됩니다. 이러한 고지문은 *특약* 또는 *개정문*이라고도 합니다.

이 계약은 2025년 1월 1일에서 2025년 12월 31일 사이에 플랜에 등록된 달 동안 유효합니다.

매년 Medicare에서는 저희가 제공하는 플랜을 변경할 수 있도록 허용합니다. 즉 2025년 12월 31일 이후에는 Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)의 비용 및 혜택이 변경될 수 있음을 의미합니다. 또한, 당사는 2025년 12월 31일 이후 귀하의 서비스 지역에서 이 플랜을 제공하지 않거나 다른 서비스 지역에서 제공할 수 있습니다.

Medicare(Medicare 및 Medicaid 서비스 센터)는 매년 Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)를 승인해야 합니다. 저희가 이 플랜을 계속 제공하고 Medicare에서 이 플랜의 승인을 갱신하는 한, 귀하는 저희 플랜의 가입자로서 Medicare 보장을 매년 지속적으로 받을 수 있습니다.

섹션 2 플랜 가입자가 될 수 있는 자격은 무엇입니까?**섹션 2.1 가입자의 자격 요건**

다음과 같은 요건을 갖춘 분은 저희 플랜에 가입할 수 있는 자격이 있습니다:

- Medicare Part A, Medicare Part B 둘 다 소지하고 있으며
- --그리고-- 저희의 서비스 지역에 거주하는 분(아래의 섹션 2.3에서 저희의 서비스 지역에 관해 설명합니다). 수감자의 경우 물리적으로 해당 위치에 있다고 하더라도 지리적 서비스

1장 가입자로서 시작하기

지역에 거주하는 것으로 간주하지 않습니다.

- -- 그리고 -- 미국 시민이거나 미국의 합법적 거주자인 경우
- -- 그리고 -- 아래 설명된 특별 자격 요건을 충족하는 경우.

플랜의 특별 자격 요건

저희 플랜은 특정 Medicaid 혜택을 받는 사람의 필요를 충족하도록 설계되었습니다. (Medicaid는 소득 및 자원이 제한된 특정인들을 위해 의료비를 지원해 주는 주와 연방 정부 연합 프로그램입니다.) 저희 플랜을 위한 자격을 갖추려면 Medicare 및 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid)에 의한 Medicaid 전체 혜택 비용 분담 지원을 위한 자격을 갖추어야 합니다.

주의 사항: 가입자가 가입 자격을 상실했지만 6개월 이내에 가입 자격을 다시 얻을 것으로 예상되는 경우, 여전히 저희 플랜에 가입할 자격이 있습니다(4장, 섹션 2.1에서 가입 자격이 계속되는 것으로 여겨지는 기간 동안의 보장 및 비용 분담에 관해 설명합니다).

섹션 2.2 Medicaid란 무엇입니까?

Medicaid는 소득 및 자원이 제한된 특정인들을 위해 의료비를 지원해 주는 주와 연방 정부 연합 프로그램입니다. 각 주에서 무엇이 소득 및 자원에 산입될지, 누가 자격이 있는지, 어떤 서비스가 보장되는지 그리고 서비스 비용을 결정합니다. 또한 주에서는 어떻게 연방 기준을 지키며 프로그램을 운영할 것인지 결정할 수 있습니다.

그뿐 아니라, Medicaid를 통해 Medicare 보험료 등 Medicare 가입자들의 Medicare 비용을 지원하는 프로그램이 제공되고 있습니다. 이러한 “Medicare 절약 프로그램”은 다음 프로그램을 통해 매년 소득과 자원이 제한된 사람들을 지원합니다:

- **적격 Medicare 수혜자 플러스(QMB+):** Medicare Part A 및 Part B 보험료 그리고 기타 비용분담분(공제액, 공동보험료 및 코페이먼트)을 지원합니다. 또한 유자격 수혜자는 전적인 Medicaid 혜택을 받습니다.
- **특정 저소득 Medicare 수혜자 플러스(SLMB+):** 파트 B 보험료를 지원합니다. 또한 유자격 수혜자는 전적인 Medicaid 혜택을 받습니다.
- **전적인 혜택 이중 자격(FBDE):** Medicare Part A 및 Part B 보험료 그리고 기타 비용분담분(공제액, 공동보험료 및 코페이먼트)을 지원합니다. 또한 유자격 수혜자는 전적인 Medicaid 혜택을 받습니다.

섹션 2.3 Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)의 플랜 서비스 지역은 다음과 같습니다

Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)는 저희 플랜 서비스 지역에 거주하는 가입자에게만 제공됩니다. 저희 플랜의 가입자 자격을 유지하기 위해서는 이 플랜 서비스 지역에

1장 가입자로서 시작하기

지속적으로 거주해야 합니다. 이 서비스 지역은 아래에 설명되어 있습니다.

본 플랜의 서비스 지역에는 Hawaii의 다음 카운티가 포함됩니다: Hawaii, Honolulu, Kauai 및 Maui.

저희의 플랜 서비스 지역 밖으로 이사할 계획인 경우 이 플랜의 가입자 자격을 유지할 수 없습니다. 새로운 지역으로 이사할 계획이 있다면 가입자 서비스부로 문의해 주십시오. 이사를 할 경우에는 Original Medicare로 전환하거나 새로운 거주지에서 제공되는 Medicare 건강 또는 처방약 플랜에 가입할 수 있는 특별 등록 기간을 이용할 수 있습니다.

또한 가입자가 이사하거나 가입자의 우편 주소가 변경될 경우, 사회보장국(Social Security)에 전화하여 주소 변경을 통보하는 것이 중요합니다. 2장의 섹션 5에 사회보장국의 전화번호 및 연락처 정보가 수록되어 있습니다.

섹션 2.4 미국 시민 또는 합법적 체류자

Medicare 건강 플랜 가입자는 미국 시민이거나 미국에 합법적으로 거주하고 있어야 합니다. 가입자가 이러한 자격 기준에 부합하지 못할 경우, Medicare(Medicare 및 Medicaid 서비스 센터)는 Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)에게 이를 통보할 것입니다. Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)는 귀하가 요건을 충족시키지 못하는 경우 탈퇴시킬 것입니다.

섹션 3 제공되는 중요한 가입자 자료**섹션 3.1 플랜 가입자 카드**

저희 플랜에 가입해 있는 동안 가입자는 이 플랜이 보장하는 치료 서비스 및 네트워크 소속 약국에서 처방약을 받을 때마다 가입자 카드를 사용해야 합니다. 가입자는 또한 의료 제공자에게 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid) 카드를 제시해야 합니다. 가입자 카드의 견본은 아래와 같습니다:

[Plan Logo] [Plan Name] (HMO D-SNP) MEMBER ID #: 123456789012 PLAN #: HXXXX-XXX-XXX ISSUER #: (80840) 9151014609 SAMPLE A SAMPLE  You can see any PCP in our Network PCP Name: Sally Smith PCP Phone: 1-XXX-XXX-XXXX PCP Office Visit: \$X 2025 Member portal Card Issued: XX/XX/XXXX 		 Member Services / PCP Change 1-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711) Vision: [Provider] 1-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711) Dental: [Provider] 1-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711) Transportation: [Provider] 1-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711) Pharmacy Prior Auth (Providers Only) 1-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711) Pharmacist Only 1-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711) Medical Claims: [Plan Name] Attn: Claims Department PO Box 31372 Tampa, FL 33631-3372 Payor ID: 14163 Part D Claims: [Plan Name] Attn: Medicare Part D Member Reimbursement P.O. Box 31577, Tampa, FL 33631-3577 FOR EMERGENCIES: Dial 911 or go to the nearest Emergency Room (ER) member.wellcare.com
--	--	---

이 플랜에 가입한 동안 보장되는 진료에 빨간색, 흰색, 파란색 Medicare 카드를 사용하지 마십시오. 만약 Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) 회원권 카드 대신 Medicare 카드를 사용하는

1장 가입자로서 시작하기

경우 의료 서비스의 총 비용을 가입자가 지불해야 할 수 있습니다. Medicare 카드를 안전한 장소에 보관하십시오. 병원 서비스, 호스피스 서비스 또는 Medicare에서 승인한 임상 연구(또는 임상 시험)에 참여해야 하는 경우 카드를 보여달라는 요청을 받을 수 있습니다.

플랜 가입자 카드가 손상, 손실되거나 도난 당한 경우, 가입자 서비스부에 즉시 전화하시면 저희가 새로운 카드를 보내 드립니다.

섹션 3.2 의료 제공자 및 약국 명부

*의료 제공자 및 약국 명부*는 현재의 네트워크 소속 의료 제공자, 내구성 의료 장비 공급자 및 네트워크 소속 약국 목록입니다. **네트워크 소속 의료 제공자**는 저희의 지불금 및 모든 플랜 비용 분담분을 완불금으로서 받기로 저희와 계약을 체결한 의사와 기타 의료 전문가, 의료 그룹, 내구성 의료 장비 공급자, 병원 및 기타 의료 시설을 의미합니다.

의료 그룹은 주치의(PCP), 전문의를 포함한 의사와 병원을 포함한 기타 의료 서비스 제공자로 구성된 협회로, 가입자에게 서비스를 제공하기 위해 플랜과 계약을 맺습니다.

가입자는 네트워크 소속 의료 제공자를 이용하여 진료 및 서비스를 받아야 합니다. 적절한 승인 없이 다른 서비스 제공자를 이용할 경우 가입자는 전체 비용을 지불해야 합니다. 단, 유일한 예외는 응급 상황, 네트워크 소속 의료 제공자를 이용할 수 없을 때(즉, 네트워크 내 서비스를 이용하는 것이 비합리적이거나 불가능한 상황일 경우) 긴급하게 필요한 서비스, 서비스 지역 이외에서의 투석 서비스 그리고 Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)가 네트워크 비소속 의료 제공자의 이용을 승인한 경우에 한합니다.

가장 최근에 작성된 의료 제공자 및 공급업체 목록은 당사 웹사이트 www.2025wellcaredirectories.com에서 보실 수 있습니다.

의료 제공자 및 약국 명부 사본이 없는 경우, 가입자 서비스부에 (전자적으로 또는 하드 카피 형태로) 사본을 요청할 수 있습니다. 하드 카피 의료 제공자 및 약국 명부 요청은 영업일 기준 삼일 이내에 우편으로 발송됩니다. 자격 요건, 출신 의대, 레지던트 과정 완료 등 네트워크 소속 의료 제공자에 관한 자세한 정보는 가입자 서비스부에 문의하십시오. 가입자 서비스부 및 웹사이트는 가입자에게 네트워크 소속 의료 제공자 관련 변경사항에 관한 최신 정보를 제공합니다.

의료 제공자 및 약국 명부 www.2025wellcaredirectories.com에는 네트워크 소속 약국이 나와 있습니다. **네트워크 소속 약국**은 저희 플랜 가입자들에게 보장되는 처방약을 제공하기로 계약을 맺은 모든 약국을 의미합니다. *의료 제공자 및 약국 명부*를 참조해 이용하고자 하는 네트워크 소속 약국을 찾으실 수 있습니다. 플랜의 네트워크에 소속되지 않은 약국을 이용하는 경우에 대해서는 5장 섹션 2.5를 참조하십시오.

*의료 제공자 및 약국 명부*가 없다면 가입자 서비스부에서 사본을 받으실 수 있습니다. 또한 가입자는 당사 웹사이트 www.2025wellcaredirectories.com에서도 이 정보를 찾을 수 있습니다.

1장 가입자로서 시작하기**섹션 3.3 플랜의 보장 의약품 목록(처방집)**

이 플랜에는 *보장 의약품 목록(처방집)*이 있습니다. 간단히 “의약품 목록”이라고도 합니다. 이 의약품 목록에서 Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)에 포함된 파트 D 혜택에 따라 보장되는 파트 D 처방약을 확인할 수 있습니다. 이 목록에 수록된 처방약은 의사 및 약사로 구성된 팀의 도움을 받아 이 플랜에 의해 선정되었습니다. 이 목록은 Medicare에서 설정한 요건에 부합해야 합니다. Medicare는 Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) 의약품 목록을 승인했습니다.

또한 의약품 목록은 가입자의 처방약 보장을 제한하는 규칙이 있는지 여부를 가입자에게 알려 줍니다.

저희는 의약품 목록 사본을 가입자에게 제공합니다. 보장되는 처방약에 관한 최신 전체 정보는 플랜의 웹사이트(www.wellcare.com/ohana)를 확인하거나 가입자 서비스로 연락해 주십시오.

섹션 4 Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)의 월 지불 비용

가입자가 지불하는 비용에는 다음이 포함됩니다:

- 플랜 보험료(섹션 4.1)
- Medicare Part B 월 보험료(섹션 4.2)
- 파트 D 등록 지연 벌금(섹션 4.3)
- 소득 관련 월별 조정 금액(섹션 4.4)

섹션 4.1 플랜 보험료

“추가 지원” 프로그램은 가입자를 대신하여 보험료를 지불하기 때문에 가입자는 당사 플랜에 대해 별도의 월 보험료를 지불하지 않습니다.

섹션 4.2 월별 Medicare Part B 보험료

다수의 가입자는 기타 **Medicare** 보험료를 지불해야 합니다

일부 가입자는 기타 Medicare 보험료를 납부해야 합니다. 위의 섹션 2에서 설명했듯이 저희 플랜의 자격을 얻으려면 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램 (Medicaid) 자격을 유지하고, Medicare Part A 및 Medicare Part B에 가입해야 합니다. 대부분의 Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) 가입자를 위해 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램 (Medicaid)은 가입자의 파트 A 보험료(자동적으로 자격을 갖게 되지 않는 경우) 및 파트 B 보험료를 부담합니다.

Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid)에서 가입자의 **Medicare** 보험료를 지불하지 않으면 플랜의 가입자 자격을 유지하기 위해 가입자가 **Medicare** 보험료를 지속적으로 지불해야 합니다. 여기에는 파트 B에 대한 보험료가 포함됩니다. 또한 보험료가 없는 파트 A를 받을 자격이 없는

1장 가입자로서 시작하기

가입자에게 영향을 주는 파트 A에 대한 보험료가 포함될 수 있습니다.

섹션 4.3	파트 D 등록 지연 벌금
---------------	----------------------

가입자가 이중 자격을 갖추면 이중 적격 상태를 유지하는 한 LEP가 적용되지 않습니다. 그러나 이중 적격 상태를 상실하면 LEP가 발생할 수 있습니다. 초기 가입 기간이 끝난 후 어느 시점에서든 가입자가 파트 D 또는 기타 신뢰할 만한 처방약 보장에 가입하지 않은 기간이 63일 이상인 경우, 파트 D 등록 지연 벌금은 파트 D 보장에 대해 지불해야 하는 추가 보험료입니다. 신뢰할 만한 처방약 보장이란 평균적으로 최소한 Medicare의 표준 처방약 보장만큼 지불할 것으로 기대되는 Medicare의 최소 기준을 충족하는 보장을 말합니다. 등록 지연 벌금의 금액은 파트 D 또는 기타 신뢰할 만한 처방약 보장 없이 지낸 기간에 따라 달라집니다. 가입자가 파트 D 보장에 가입되어 있는 한 이 벌금을 지불해야 합니다.

다음에 해당하는 경우 벌금을 지불할 필요가 없습니다:

- 처방약 비용을 위해 Medicare로부터 “추가 지원”을 받는 경우.
- 신뢰할 만한 보장이 없는 기간이 연속으로 63일 미만인 경우.
- 이전 고용주, 노조, TRICARE 또는 재향군인 건강 관리국(VA) 등의 다른 출처를 통해 신뢰할 만한 보장을 받는 경우. 가입자의 보험사 또는 인사부에서 매년 가입자의 약 보장이 신뢰할 만한 보장인지에 대해 알려 드릴 것입니다. 이 정보는 가입자에게 서신으로 발송되거나 해당 플랜의 뉴스레터에 수록됩니다. 나중에 Medicare 의약품 플랜에 가입할 때 이 정보가 필요할 수 있으므로 잘 보관해 두십시오.
 - **참고:** 해당 고지문에는 가입자가 Medicare의 표준 처방약 플랜이 부담하는 것만큼 비용을 부담할 것으로 기대되는 신뢰할 만한 처방약 보장을 갖추었다는 사실이 반드시 언급되어야 합니다.
 - **참고:** 처방약 할인 카드, 무료 클리닉 및 약품 할인 웹사이트는 신뢰할 만한 처방약 보장이 아닙니다.

벌금액은 Medicare가 정합니다. 벌금액은 다음과 같이 산출됩니다:

- 가입자가 Medicare 약 보장 등록 자격을 얻은 후에, 등록을 지연한 개월 수를 계산합니다. 또는 보장 공백이 63일 이상 발생한 경우, 신뢰할 만한 처방약 보장에 가입하지 않은 개월 수를 계산합니다. 벌금액은 가입자가 신뢰할 만한 보장에 가입되어 있지 않은 각각의 달에 대해 1%가 부과됩니다. 예를 들어, 보장 없이 14개월이 지났다면, 벌금액은 14%가 됩니다.
- 그러면 Medicare는 전년도의 Medicare 의약품 플랜에 대한 국내 월 평균 보험료 금액을 토대로 하여 결정합니다. 2025년의 평균 보험료 금액은 \$36.78입니다.
- 월 단위 벌금을 산출하려면, 벌금률에 월 평균 보험료를 곱해서 나온 수치를 10센트 자리에서 반올림하면 됩니다. 이 예에서는 14% X \$36.78 = \$5.15가 됩니다. 이 수치를 반올림하면 \$5.20가 됩니다. 이 금액은 **파트 D 등록 지연 벌금이 부과된 가입자의 월 보험료에 합산됩니다.**

1장 가입자로서 시작하기

월 파트 D 등록 지연 벌금에 대해 유의해야 할 세 가지 중요사항이 있습니다:

- 첫째, 벌금은 매년 변동될 수 있습니다. 매년 평균 월 보험료가 변동될 수 있기 때문입니다.
- 둘째, 가입자가 플랜을 변경하더라도 Medicare Part D 약 혜택이 제공되는 플랜에 등록되어 있는 한, 가입자는 매달 계속해서 벌금을 납부합니다.
- 셋째, 가입자가 만 65세 미만이고 현재 Medicare 혜택을 받고 있는 경우, 파트 D 등록 지연 벌금은 만 65세가 되는 시점에 다시 결정됩니다. 만 65세가 넘은 가입자에게 부과되는 파트 D 등록 지연 벌금은 가입 가능한 연령이 되었을 때 Medicare 초기 가입 기간 이후에도 보장에 가입하지 않은 개월 수에만 근거하여 결정됩니다.

파트 D 등록 지연 벌금 부과에 반대하는 경우, 가입자 또는 그의 대리인은 검토를 요청할 수 있습니다. 일반적으로 이러한 검토는 등록 지연 벌금을 지불해야 한다고 기재된 가입자가 받은 첫 서신에 나온 날짜로부터 반드시 **60일 이내**에 요청해야 합니다. 그러나 저희 플랜에 가입하기 전에 벌금을 내고 있었다면, 등록 지연 벌금에 대해 재검토해달라는 요청을 할 기회가 없을 수도 있습니다.

섹션 4.4	소득 관련 월별 조정 금액
---------------	-----------------------

일부 가입자는 파트 D 소득 관련 월별 조정 금액(IRMAA라고도 함)이라는 추가 요금을 지불해야 할 수도 있습니다. 추가 요금은 이 년 전 IRS 세금 신고서에 신고된 대로 수정된 조정 후 총수입을 이용하여 계산됩니다. 이 금액이 특정 금액을 초과할 경우, 가입자는 표준 보험료 금액과 추가 IRMAA를 지불하게 됩니다. 본인의 소득 기준으로 납부해야 할 추가 금액에 관한 자세한 정보는 <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>에서 알아보십시오.

추가 금액을 지불해야 하는 가입자에게는 해당 가입자의 Medicare 플랜이 아닌 사회보장국에서 추가 금액이 명시된 편지를 발송합니다. 가입자의 월 혜택 금액이 이 추가 금액을 충분히 커버할 수 없는 경우를 제외하고, 가입자가 보통 어떤 방식으로 보험료를 지불하는지에 관계없이 사회보장국, 철도청 은퇴자 위원회 또는 인사관리국 으로부터 받는 혜택 수표에서 추가 금액이 원천징수됩니다. 가입자가 받는 혜택 수표가 이 추가 금액을 커버하기에 충분하지 않다면, Medicare로부터 별도의 청구서를 받게 됩니다. 가입자는 정부에 반드시 추가 금액을 지불해야 합니다. 이 추가 금액은 가입자의 플랜 월 보험료와 함께 지불할 수 없습니다. 추가 금액을 지불하지 않으면 플랜 가입이 취소되고 처방약 보장을 잃게 됩니다.

추가 금액 지불에 대해 동의하지 않는 경우, 사회보장국에 이러한 결정을 검토해 달라고 요청할 수 있습니다. 이러한 조치를 취하는 방법에 대해 자세히 알아보려면, 사회보장국에 1-800-772-1213(TTY: 1-800-325-0778)번으로 문의하십시오.

섹션 5 월 보험료에 대한 자세한 정보

섹션 5.1 저희가 연도 중간에 가입자의 플랜 월 보험료를 변경할 수 있습니까?

아니요. 저희는 연도 중간에 플랜 월 보험료 금액을 변경할 수 없습니다. 다음 해의 플랜 월 보험료에 변경사항이 있을 경우, 저희는 9월에 가입자에게 통보하며 변경사항은 새해 1월 1일부터 발효됩니다.

그러나 납부 의무가 있지만 어떤 경우에 가입자는 등록 지연 벌금 납부를 중지할 수 있습니다. 또는 등록 지연 벌금 납부를 시작해야 합니다. 이러한 경우는 연도 중에 가입자가 “추가 지원” 프로그램에 가입할 자격을 갖게 되거나 “추가 지원” 프로그램 가입 자격을 상실할 경우 발생합니다:

- 가입자가 현재 파트 D 등록 지연 벌금을 납부하고 있으며 연중 “추가 지원” 가입 자격을 갖게 된 경우, 가입자는 벌금 납부를 중단할 수 있습니다.
- 추가 지원을 상실하는 경우 파트 D 또는 기타 신뢰할 만한 처방약 보장에 가입하지 않고 연속 63일 이상 경과하면 등록 지연 벌금이 적용될 수 있습니다.

2장의 섹션 7에 “추가 지원” 프로그램에 관한 자세한 내용이 수록되어 있습니다.

섹션 6 플랜 가입자 기록을 최신으로 유지하기

저희는 주소 및 전화번호 등 가입자 기록은 해당 정보를 가입 신청서에서 취합합니다. 이는 가입자의 주치의/독립 의사 협회(IPA) 등 가입자의 특정 플랜 보장범위를 명시합니다. IPA는 PCP, 전문의, 그리고 병원을 비롯한 기타 의료 공급업체를 포함하는 의사 협회로 이 플랜과 계약을 맺고 가입자들에게 의료 서비스를 제공합니다.

플랜의 네트워크 소속 의사, 병원, 약사 및 기타 의료 제공자는 가입자에 관한 정확한 정보를 유지해야 합니다. 이러한 네트워크 소속 의료 제공자는 가입자 기록을 이용하여 보장 서비스와 처방약 및 가입자의 비용분담금에 관한 정보를 파악합니다. 이러한 이유로 가입자 정보를 최신으로 유지하려면 여러분의 협조가 아주 중요합니다.

저희에게 다음 변경사항을 알려주십시오:

- 가입자의 이름, 주소 또는 전화번호의 변경사항
- 가입자가 가입한 다른 모든 건강 플랜의 보장 변경사항(예: 가입자의 직장, 가입자의 배우자 또는 동거인의 직장, 산재보험 또는 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid))
- 자동차 사고로 인한 소송과 같은 법적 소송이 발생한 경우
- 가입자가 요양원에 입소할 경우
- 가입자가 서비스 지역 이외 또는 네트워크 비소속 병원 또는 응급실에서 치료를 받았을 경우

1장 가입자로서 시작하기

- 가입자에게 지정된 책임자 (간병인 등)에 변경사항이 있을 경우
- 임상 연구에 참여하는 경우(**참고**: 참여하려는 임상 연구에 대한 계획을 알려야 할 필요는 없으나 당사는 이를 알려주실 것을 권장합니다.)

이 정보 중 어떤 사항이라도 변경되면 가입자 서비스부로 알려주십시오.

또한 가입자가 이사하거나 가입자의 우편 주소가 변경될 경우 사회보장국에 전화하는 것도 중요합니다. 2장의 섹션 5에 사회보장국의 전화번호 및 연락처 정보가 수록되어 있습니다.

섹션 7 다른 보험과 저희 플랜 간의 보장 조율 방법**다른 보험**

Medicare의 요구에 따라 저희는 가입자가 가입한 다른 의료 또는 처방약 보험에 관한 정보를 가입자로부터 수집해야 합니다. 그 이유는 귀하가 가입한 다른 보험과 저희 플랜에 따라 귀하가 받는 혜택을 조율해야 하기 때문입니다. 이를 **중복 급여 조정**이라고 합니다.

저희는 귀하가 가입해 놓은 다른 건강 플랜 또는 처방약 보험 정보를 수록한 서신을 매년 한 번 발송해 드립니다. 이 정보를 유의하여 읽으십시오. 서신 내용이 정확할 경우, 가입자는 아무 조치도 취할 필요가 없습니다. 반면 정보에 오류가 있거나, 가입자가 서신에 포함되어 있지 않은 보험에 가입한 경우 가입자 서비스부에 전화해 주십시오. 가입자의 청구서가 적시에 지불될 수 있도록 가입자는 다른 보험사에 플랜 가입자 ID 번호를 제공해야 할 수 있습니다 (해당 보험사의 신원 확인 후).

가입자가 다른 보험 (직장 단체 의료 보험 등)에도 가입했을 때, 저희 플랜 또는 가입자의 다른 보험 중 어느 쪽이 먼저 지불하는지를 결정하는 Medicare 규칙이 있습니다. 첫 번째로 지불하는 보험을 일차 지불 보험이라고 하며, 이는 자체 보장 한도까지 지불합니다. 두 번째로 지불하는 보험은 이차 지불 보험이라고 하며, 이는 일차 보험에 의해 보장되지 않은 비용이 남아 있을 경우에만 지불합니다. 단, 이차 지불 보험은 이러한 미보장 비용 전액을 지불하지는 않을 수도 있습니다. 다른 보험에도 가입된 가입자는 담당 의사, 병원 및 약국에 이를 알려야 합니다.

이러한 규칙은 직장 또는 노동조합 단체 의료 보험에 대해 다음과 같이 적용됩니다:

- 가입자가 은퇴자 보장에 가입한 경우, Medicare에서 먼저 지불합니다.
- 가입자의 단체 의료 보험 보장이 가입자 또는 가족 구성원의 현재 고용 상태를 기초로 하는 경우, 먼저 지급하는 사람은 가입자 연령, 가입자의 고용주가 고용한 인원수 및 연령, 장애 또는 말기 신장질환(ESRD)을 기반으로 하는 Medicare 가입 여부에 따라 다릅니다:
 - 가입자가 만 65세 미만이고 장애인이며 가입자 또는 가입자의 가족 구성원이 아직 직장에 다니고 있을 경우, 이 직장의 직원 수가 100명 이상이거나 복수의 직장 보험에서 최소 한 직장의 직원 수가 100명을 초과하면 단체 의료 보험에서 먼저 지불합니다.
 - 가입자가 만 65세 이상이고 가입자 또는 가입자의 배우자 또는 동거인이 아직 직장에

1장 가입자로서 시작하기

다니고 있을 경우, 이 직장의 직원 수가 20명 이상이거나 복수의 직장 건강 플랜에서 최소한 한 직장의 직원 수가 20명을 초과하면 단체 의료 보험에서 먼저 지불합니다.

- ESRD 때문에 가입자가 Medicare에 가입한 경우, 가입자의 단체 의료 보험은 가입자가 Medicare 가입 유자격 후 처음 30개월 동안 먼저 지불합니다.

이러한 유형의 보장은 대개 다음과 같은 각 유형과 관련된 서비스에 대해 먼저 지불합니다:

- 무과실 보험 (자동차 보험 등)
- 책임 보험 (자동차 보험 등)
- 진폐증 혜택
- 산재보험

Medicaid 및 TRICARE는 Medicare 보장 서비스에 대해 어떤 경우에도 먼저 지급하지 않습니다. 이들은 Medicare 및/또는 단체 의료 보험에서 먼저 지불한 후에만 지불합니다.

2장:

중요한 전화번호 및 자료

2장 중요한 전화번호 및 자료

섹션 1 플랜 연락처 (가입자 서비스부에 문의하는 방법을 포함하여 저희에게 연락하는 방법)

저희 플랜의 가입자 서비스부에 문의하는 방법

보험금 청구, 청구서 또는 가입자 카드와 관련해 도움이 필요하다면 Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) 가입자 서비스부에 전화하거나 편지를 보내십시오. 저희가 기꺼이 도와드리겠습니다.

방법	가입자 서비스부 - 연락처 정보
전화	<p>1-877-457-7621</p> <p>이 전화는 무료입니다. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 하지만 4월 1일부터 9월 30일까지 업무 시간 이후, 주말 및 연방 공휴일에는 자동 전화 시스템으로 연결됩니다. 이름과 전화번호를 남겨 주십시오. 영업일 기준으로 일(1) 일 이내에 다시 전화드리겠습니다.</p> <p>가입자 서비스부에서는 비영어 사용자를 위하여 무료로 통역 서비스도 제공해 드립니다.</p>
TTY	<p>711</p> <p>이 전화는 무료입니다.</p> <p>상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다.</p>
우편 주소	<p>Wellcare By 'Ohana Health Plan PO Box 31370 Tampa, FL 33631-3370</p>
웹사이트	<p>www.wellcare.com/ohana</p>

2장 중요한 전화번호 및 자료**가입자가 의료 서비스 보장에 대한 결정 또는 이의 신청을 요청할 때 저희에게 연락하는 방법**

결정은 가입자의 보장 혜택 및 가입자의 의료 서비스나 파트 D 처방약에 대해 당사가 지급하는 금액에 대한 당사의 결정입니다. 이의 신청이란 저희가 보장에 대해 내린 결정을 검토하고 변경하도록 저희에게 요청하는 공식적인 방식입니다. 의료 서비스 또는 파트 D 처방약의 적용 범위 결정이나 이의 신청 요청에 관한 자세한 정보는 9장(가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치(보장 결정, 이의 신청, 불만사항))을 참조하십시오.

방법	의료 서비스 보장에 대한 결정 - 연락처 정보
전화	1-877-457-7621 이 전화는 무료입니다. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다.
TTY	711 이 전화는 무료입니다. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다.
우편 주소	Wellcare Coverage Determinations Department - Medical PO Box 31370 Tampa, FL 33631-3370

방법	파트 D 처방약 보장에 대한 결정 - 연락처 정보
전화	1-877-457-7621 이 전화는 무료입니다. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다.

2장 중요한 전화번호 및 자료

방법	파트 D 처방약 보장에 대한 결정 - 연락처 정보
TTY	711 이 전화는 무료입니다. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다.
팩스	1-866-388-1767
우편 주소	Wellcare Pharmacy - Coverage Determinations P.O. Box 31397 Tampa, FL 33631-3397
웹사이트	www.wellcare.com/drug-coverage-determination-request

방법	의료 서비스에 대한 이의 신청 - 연락처 정보
전화	1-877-457-7621 이 전화는 무료입니다. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다.
TTY	711 이 전화는 무료입니다. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다.
팩스	1-866-201-0657
우편 주소	Wellcare Appeals Department - Medical P.O. Box 31368 Tampa, FL 33631-3368

2장 중요한 전화번호 및 자료

방법	파트 D 처방약에 대한 이의 신청 - 연락처 정보
전화	1-877-457-7621 이 전화는 무료입니다. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다.
TTY	711 이 전화는 무료입니다. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다.
팩스	1-866-388-1766
우편 주소	Attn: Medicare Pharmacy Appeals P.O. Box 31383 Tampa, FL 33631-3383
웹사이트	www.wellcare.com/ohana

가입자가 의료 관리에 대해 불만을 제기할 때 저희에게 연락하는 방법

가입자는 의료 서비스 품질에 관한 불만사항 등을 포함하여 저희 또는 네트워크 소속 의료 제공자나 약국에 대한 불만사항을 제기할 수 있습니다. 이러한 유형의 불만 제기는 보장 범위나 비용 분쟁과 관련이 없는 것입니다. 가입자가 의료 서비스에 대해 불만사항을 제기하는 것과 관련된 자세한 정보는 9장(가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치(보장 결정, 이의 신청, 불만사항))을 참조하십시오.

방법	의료 서비스에 대한 불만 - 연락처 정보
전화	1-877-457-7621 이 전화는 무료입니다. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다.

2장 중요한 전화번호 및 자료

방법	의료 서비스에 대한 불만 - 연락처 정보
TTY	711 이 전화는 무료입니다. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다.
팩스	1-866-388-1769
우편 주소	Wellcare Grievance Department P.O. Box 31384 Tampa, FL 33631-3384
MEDICARE 웹사이트	가입자는 Medicare에 Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)에 대한 불만사항을 직접 제기할 수 있습니다. 온라인으로 Medicare에 불만사항을 제기하려면 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 를 방문하십시오.

방법	파트 D 처방약에 대한 불만 - 연락처 정보
전화	1-877-457-7621 이 전화는 무료입니다. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다.
TTY	711 이 전화는 무료입니다. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다.
팩스	1-866-388-1769
우편 주소	Wellcare Grievance Department P.O. Box 31384 Tampa, FL 33631-3384

2장 중요한 전화번호 및 자료

방법	파트 D 처방약에 대한 불만 - 연락처 정보
MEDICARE 웹사이트	<p>가입자는 Medicare에 Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)에 대한 불만사항을 직접 제기할 수 있습니다. 온라인으로 Medicare에 불만사항을 제기하려면 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx를 방문하십시오.</p>

가입자가 받은 의료 서비스 또는 의약품에 대해 저희가 비용을 지불할 것을 요청하는 요청서를 보내는 곳

당사가 지불해야 한다고 생각하는 서비스에 대한 청구서(의료 제공자 청구서 등)를 받았거나 귀하가 비용을 지불한 경우에 상환 또는 의료 제공자 청구서에 대한 비용 지불을 요청해야 할 수 있습니다. 7장(가입자가 받은 보장 의료 서비스나 의약품 청구서에 대한 지불 요구)를 참조하십시오.

주의 사항: 가입자가 저희에게 지불 요청서를 보냈으나 저희가 해당 요청의 일부 사항에 대해 지불을 거절한 경우, 가입자는 저희의 결정에 대해 이의 신청을 할 수 있습니다. 자세한 정보는 9장(가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치(보장 결정, 이의 신청, 불만사항))을 참조하십시오.

방법	지불 요청 - 연락처 정보
우편 주소	<p>의료비 지불 요청: Wellcare Medical Reimbursement Department PO Box 31370 Tampa, FL 33631-3370</p> <p>파트 D 지불 요청: Wellcare Medicare Part D Claims Attn: Member Reimbursement Department P.O. Box 31577 Tampa, FL 33631-3577</p>
웹사이트	www.wellcare.com/ohana

섹션 2 Medicare
(연방 Medicare 프로그램으로부터 직접 도움을 받고 정보를 구하는 방법)

Medicare는 만 65세 이상인 자, 일부 만 65세 미만의 장애인 및 말기 신장질환(투석이나 신장 이식을

2장 중요한 전화번호 및 자료

해야 하는 영구 신장기능 부전)을 앓는 분들을 위한 연방 건강 플랜 프로그램입니다.

Medicare를 담당하는 연방 기관은 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(별칭은 CMS)입니다. 이 기관은 저희를 비롯한 Medicare Advantage 기관들과 계약을 체결했습니다.

방법	Medicare - 연락처 정보
전화	1-800-MEDICARE 또는 1-800-633-4227 이 전화는 무료입니다. 주 7일, 하루 24시간 연중무휴
TTY	1-877-486-2048번으로 연락하십시오. 이 전화번호를 사용하기 위해서는 특수 전화 장비가 필요하며 청각에 문제가 있거나 말하기에 어려움이 있는 분들만이 사용할 수 있습니다. 이 전화는 무료입니다.
웹사이트	<p>www.Medicare.gov</p> <p>이것은 Medicare를 위한 공식 정부 웹사이트입니다. 이 웹사이트는 가입자에게 Medicare 및 현재 Medicare 문제에 관한 최신 정보를 제공합니다. 병원, 요양 시설, 의사, 재택 건강 요원, 투석 시설 등에 대한 정보도 들어 있습니다. 가입자는 이 사이트에서 문서를 컴퓨터로 직접 인쇄할 수 있습니다. 또한 가입자가 거주하는 주의 Medicare 연락처 정보를 수록하고 있습니다.</p> <p>Medicare 웹사이트는 또한 다음과 같은 도구를 통해 Medicare 가입 자격 및 가입 옵션에 관한 자세한 정보를 제공합니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicare 가입 자격 도구: Medicare 가입 자격 정보를 제공합니다. • Medicare 플랜 찾기: 해당 지역의 Medicare 처방약 플랜, Medicare 건강 플랜 및 Medigap (Medicare 보충 보험) 보험증권을 제공합니다. 이러한 도구는 다양한 Medicare 플랜에서 가입자의 본인부담금 추정치를 제공합니다. <p>가입자는 또한 웹사이트를 사용하여 저희 플랜에 관한 불만사항을 Medicare에 제기할 수 있습니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicare에 가입자의 불만 제기: 가입자는 Medicare에 저희 플랜에 대한 불만사항을 직접 제기할 수 있습니다. Medicare에 불만사항을 제기하려면 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx를 방문하십시오. Medicare는 가입자의 불만사항을 진지하게 취급하며 이 정보를 Medicare 프로그램의 품질 개선을 위해 사용합니다. <p>컴퓨터가 없는 가입자는 현지 도서관 또는 시니어 센터의 컴퓨터를</p>

2장 중요한 전화번호 및 자료

방법	Medicare - 연락처 정보
	<p>사용하여 이 웹사이트를 방문할 수 있습니다. 또는 Medicare에 전화하여 원하는 정보에 관해 문의할 수 있습니다. 담당 직원이 웹사이트에서 해당 정보를 인쇄하여 귀하와 함께 검토할 것입니다. (가입자는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 문의하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048을 이용해 주십시오.)</p>

섹션 3 주 건강 보험 지원 프로그램 (Medicare에 관한 가입자의 질문에 대해 도움, 정보 및 답변을 무료로 제공함)

주 건강 보험 지원 프로그램(SHIP)은 훈련된 상담사와 함께하는 모든 주에서 제공되는 정부 프로그램입니다. Hawaii에서, SHIP는 Hawaii 주 건강 보험 지원 프로그램(SHIP)이라고 불립니다.

Hawaii 주 건강 보험 지원 프로그램(SHIP)은 지방 건강보험이 Medicare 보유자에게 무료 상담을 제공하도록 연방 정부의 재정적 지원을 받는 독립(보험 회사 또는 건강 플랜과 관련이 없음) 주 정부 프로그램입니다.

Hawaii 주 건강 보험 지원 프로그램(SHIP) 상담사는 가입자가 Medicare 권리를 이해하고, 의료 서비스 또는 치료에 대해 불만사항을 제기하며, Medicare 청구서에 대한 문제를 해결하는데 도움을 드릴 수 있습니다. 또한 Hawaii 주 건강 보험 지원 프로그램(SHIP) 상담사는 Medicare 관련 질문 또는 문제에 대해 도움을 드릴 수 있으며 가입자의 Medicare 플랜 선택에 관한 이해를 도와 드리며 다른 플랜으로의 전환에 관한 질문에 답변해 드립니다.

SHIP 및 기타 리소스에 접근하는 방법:	
	<ul style="list-style-type: none"> • https://www.shiphelp.org를 방문하십시오(페이지 중간의 SHIP LOCATOR 클릭) • 목록에서 주를 선택합니다. 그러면 해당 주의 전화번호와 리소스가 있는 페이지로 이동합니다.

방법	Hawaii 주 건강 보험 지원 프로그램(SHIP) - 연락처 정보
전화	1-888-875-9229
TTY	1-866-810-4379 이 전화번호를 사용하기 위해서는 특수 전화 장비가 필요하며 청각에 문제가 있거나 말하기에 어려움이 있는 분들만이 사용할 수 있습니다.

2장 중요한 전화번호 및 자료

방법	Hawaii 주 건강 보험 지원 프로그램(SHIP) – 연락처 정보
우편 주소	Hawaii SHIP, Executive Office on Aging, No. 1 Capitol District 250 South Hotel Street, Suite 406 Honolulu, Hawaii 96813-2831
웹사이트	http://www.hawaiiiship.org/

섹션 4 품질 개선 기관

각 주에는 Medicare 수혜자를 지원하고자 지정된 품질 개선 기관이 있습니다. Hawaii에서는 품질 개선 기관을 Livanta - Hawaii 품질 개선 기관이라고 합니다.

Livanta - Hawaii 품질 개선 기관에는 Medicare 가입자에 대한 의료 서비스 품질을 점검하고 그 개선을 지원하도록 Medicare에서 급여를 받는 의사 및 기타 의료 전문가 그룹이 있습니다. Livanta - Hawaii 품질 개선 기관은 독립적인 기관입니다. 이 기관은 저희 플랜과 연계되어 있지 않습니다.

다음의 경우 Livanta - Hawaii 품질 개선 기관에 문의해야 합니다:

- 가입자가 자신이 받은 서비스의 품질에 관해 불만사항이 있는 경우.
- 가입자가 자신의 병원 입원에 대한 보험 적용 기간이 너무 짧다고 생각하는 경우.
- 가입자가 자신의 재택 건강 관리, 전문 영양 시설 케어 또는 종합외래재활시설(CORF) 서비스에 대한 보험 적용 기간이 너무 짧다고 생각하는 경우.

방법	Livanta - Hawaii의 품질 개선 기관 – 연락처 정보
전화	1-877-588-1123 월요일~금요일, 현지 시간 오전 9시~오후 5시; 토요일~일요일, 현지 시간 오전 10시~오후 4시
TTY	711
우편 주소	Livanta LLC/BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
웹사이트	https://www.livantaqio.cms.gov/en

섹션 5 사회보장국

사회보장국은 Medicare 가입 자격을 결정하고 등록을 처리하는 기관입니다. 미국 시민 중 만 65세 이상인 합법적 영주권자 또는 장애인 또는 말기 신장질환을 앓고 있으며 특정 조건에 부합되는 분은 Medicare 가입 자격이 있습니다. 귀하가 사회 보장 수표를 받고 계시다면 Medicare 등록은 자동적으로 이루어집니다. 사회 보장 수표를 받고 있지 않는 사람은 Medicare에 가입해야 합니다. Medicare에 등록하시려면 사회보장국에 전화하시거나 귀하가 사는 지역의 사회 보장 사무소를 방문해 주시기 바랍니다.

또한 사회보장국은 높은 소득으로 인해 파트 D 약 보장에 대해 추가 금액을 지불해야 하는 사람을 결정할 책임이 있습니다. 추가 금액을 지불해야 함을 명시한 편지를 사회보장국으로부터 받은 가입자가 해당 금액에 관한 질문이 있거나 인생의 중대사로 인해 소득이 줄었을 경우, 해당 가입자는 사회보장국에 재고를 요청하도록 문의할 수 있습니다.

이사하거나 우편 주소가 바뀐 경우 사회보장국에 연락해서 이를 알리는 것이 중요합니다.

방법	사회보장국 - 연락처 정보
전화	1-800-772-1213 이 전화는 무료입니다. 월요일~금요일, 오전 8시~오후 7시에 연락 가능. 가입자는 사회보장국에서 하루 24시간 제공하는 자동응답 전화 서비스를 통해 녹음된 정보를 듣고 일부 업무를 수행할 수 있습니다.
TTY	1-800-325-0778 이 전화번호를 사용하기 위해서는 특수 전화 장비가 필요하며 청각에 문제가 있거나 말하기에 어려움이 있는 분들만이 사용할 수 있습니다. 이 전화는 무료입니다. 월요일~금요일, 오전 8시~오후 7시에 연락 가능.
웹사이트	www.ssa.gov

섹션 6 Medicaid

당사 플랜의 가입자로서, 귀하에게는 Medicare 및 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid) 모두에 자격이 있습니다. Medicaid는 소득과 자원이 제한된 특정 사람들의 의료비를 지원하는 연방 및 주 정부 연합 프로그램입니다.

그뿐 아니라, Medicare 가입자가 Medicare 보험료와 같은 Medicare 비용을 지불하도록 돕는 프로그램이 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid)를 통해 제공되고 있습니다. 이러한 Medicare Savings 프로그램은 매년 소득과 자원이 제한된 사람들이 비용을 절약할 수 있도록

2장 중요한 전화번호 및 자료

지원합니다:

- **적격 Medicare 수혜자 플러스(QMB+):** Medicare Part A 및 Part B 보험료 그리고 기타 비용분담분(공제액, 공동보험료 및 코페이먼트)을 지원합니다. 또한 유자격 수혜자는 전적인 Medicaid 혜택을 받습니다.
- **특정 저소득 Medicare 수혜자 플러스(SLMB+):** 파트 B 보험료를 지원합니다. 또한 유자격 수혜자는 전적인 Medicaid 혜택을 받습니다.
- **전적인 혜택 이중 자격(FBDE):** Medicare Part A 및 Part B 보험료 그리고 기타 비용분담분(공제액, 공동보험료 및 코페이먼트)을 지원합니다. 또한 유자격 수혜자는 전적인 Medicaid 혜택을 받습니다.

이 플랜의 가입자가 되려면 Medicare와 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid)에 이중 등록되어 있어야 하며 등록 시점에 다른 모든 플랜 자격 요건을 충족해야 합니다. Medicaid로부터 받을 수 있는 지원에 관한 문의는 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid)에 문의하십시오.

방법	Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid) - 연락처 정보
전화	1-800-316-8005 월요일~금요일, 하와이 시간 오전 7시 45분 ~ 오후 4시 30분
TTY	711 1-800-603-1201 이 전화번호를 사용하기 위해서는 특수 전화 장비가 필요하며 청각에 문제가 있거나 말하기에 어려움이 있는 분들만이 사용할 수 있습니다.
우편 주소	Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) 1350 S. King Street, Suite 200 Honolulu, HI 96814
웹사이트	https://medquest.hawaii.gov/en.html

Hawaii 주 옴부즈맨 사무국은 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid) 가입자의 서비스 또는 청구 문제를 도와드립니다. 사무국은 가입자가 플랜에 고충 접수 또는 이의 신청을 하는 것을 지원합니다.

방법	Hawaii 주 옴부즈맨 사무국 - 연락처 정보
전화	1-808-587-0770 Kauai: 808-274-3141 내선 7-0770 Molokai/Lanai: 1-800-468-4644 내선 7-0770 월요일~금요일, 현지 시간 오전 7시 45분~오후 4시 30분

2장 중요한 전화번호 및 자료

방법	Hawaii 주 옴부즈맨 사무국 - 연락처 정보
TTY	1-808-587-0774 이 전화번호를 사용하기 위해서는 특수 전화 장비가 필요하며 청각에 문제가 있거나 말하기에 어려움이 있는 분들만이 사용할 수 있습니다.
우편 주소	Office of the Ombudsman 465 South King Street, 4th Floor Honolulu, Hawaii 96813
웹사이트	https://www.ombudsman.hawaii.gov/

Hawaii 장기 간병 옴부즈맨 프로그램은 가입자가 요양원에 대한 정보를 얻고, 요양원과 거주자 또는 가족 사이의 문제를 해결하도록 도와줍니다.

방법	Hawaii 장기 간병 옴부즈맨 프로그램 - 연락처 정보
전화	1-808-586-7268 월요일~금요일, 현지 시간 오전 7시 45분~오후 4시 30분
TTY	711
우편 주소	Executive Office on Aging Hawaii State Department of Health 250 South Hotel Street , Suite 406 Honolulu, HI 96813
웹사이트	https://www.hi-ltc-ombudsman.org/

섹션 7 가입자들의 처방약 비용을 지원하는 프로그램에 관한 정보

Medicare.gov 웹사이트(<https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs>)는 처방약 비용을 낮추는 방법에 대한 정보를 제공합니다. 소득이 제한된 사람들을 위해 아래에 설명된 기타 지원 프로그램도 있습니다.

Medicare의 “추가 지원” 프로그램

가입자가 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid) 자격 대상이기 때문에 Medicare에서 “추가 지원”을 받아 처방약 플랜 비용을 지불할 자격이 있으며 받고 있습니다. 이 “추가 지원”을 이용하기 위해 추가로 해야 할 일은 없습니다.

“추가 지원”에 관한 질문이 있다면 다음 전화번호로 연락해 주십시오:

2장 중요한 전화번호 및 자료

- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227). TTY 사용자는 1-877-486-2048로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 문의해 주십시오.
- 사회보장국에 1-800-772-1213번으로 월요일~금요일, 오전 8시~오후 7시에 문의해 주십시오. TTY 사용자의 경우 1-800-325-0778번으로 전화를 하시거나
- 거주하는 주의 Medicaid 사무국(연락처 정보는 이 장의 섹션 6을 참조하십시오).

약국에서 처방약을 받을 때 부정확한 비용분담분을 지불하고 있다고 믿고 있는 경우, 저희 플랜은 가입자가 적절한 코페이먼트 수준의 증거를 확보하는 데 도움을 요청하거나 가입자가 이미 확보한 정보를 저희에게 제공하는 절차를 갖추고 있습니다.

- 가입자 서비스부에 전화하여 “추가 지원”을 받을 자격이 있다고 생각한다고 담당자에게 알려주십시오. 다음 유형의 문서 중 하나를 제공해야 할 수 있습니다(최상의 가용 증거):
 - 전년도 6월 이후 한 달 동안의 수혜자 이름과 자격 날짜가 포함된 수혜자의 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid) 카드 사본
 - 전년도 6월 이후 한 달 동안의 활성화된 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid) 상태를 확인해주는 주 정부 문서 사본
 - 전년도 6월 이후 한 달 동안의 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid) 상태를 보여주는 주 정부 전자식 등록 파일의 화면 인쇄물
 - 전년도 6월 이후 한 달 동안의 Medicaid 상태를 보여주는 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid) 시스템의 화면 인쇄물
 - 전년도 6월 이후 한 달 동안의 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid) 상태를 보여주는 주 정부 제공 기타 문서
 - 개인이 보조적 소득 보장(SSI)을 받고 있음을 보여 주는 사회보장국(SSA)으로부터 받은 서신
 - 수혜자가 “...자동으로 추가 지원 자격을 획득”한 것을 확인하는 적격 간주자가 제출한 신청서(SSA 발행 HI 03094.605)

입원했는데 비용 분담을 하지 않을 자격이 된다고 생각되면 이 책자의 가입자 서비스부에 전화하여 “추가 지원”을 받을 자격이 있다고 생각한다고 담당자에게 알려주십시오. 다음 유형의 문서 중 하나를 제공해야 할 수 있습니다:

- 이전 연도의 6월 이후 만 일 개월 기간에 대해 가입자를 대신하여 Medicaid 지불금이 표시된 해당 시설의 송금,
- 이전 연도의 6월 이후 만 일 개월에 대해 가입자를 대신하여 기관에 Medicaid 지불을

2장 중요한 전화번호 및 자료

확인해 주는 주 기록문서 또는

- Medicaid 지불 목적으로 이전 연도의 6월 이후 최소 만 일 개월 입원(입소) 기준으로 가입자의 월중 시설 내 자격을 보여주는 주의 Medicaid 시스템의 화면 인쇄물.
- 위에서 설명한 서류를 제공할 수 없고 “추가 지원” 자격이 있다고 생각하는 경우 가입자 서비스부에 연락하면 담당자가 도와드릴 것입니다.
- 저희가 가입자의 코페이먼트 수준을 보여주는 증거 서류를 받으면 이에 따라 저희의 시스템을 업데이트하여 다음에 가입자가 약국에서 처방약을 받을 때 정확한 코페이먼트를 지불할 수 있도록 할 것입니다. 가입자가 코페이먼트를 초과 지불한 경우, 저희는 가입자에게 환급해 드립니다. 저희는 가입자의 초과 지불금을 해당 가입자에게 수표로 보내거나 해당 가입자의 향후 코페이먼트에서 차감합니다. 약국이 가입자에게서 코페이먼트를 받지 못해 이를 가입자가 갚아야 할 채무로 기록해 둔 경우, 저희가 해당 약국에 직접 채무를 지불할 수 있습니다. 주에서 가입자를 대신하여 지불한 경우에는 저희가 주에 직접 지불할 수 있습니다. 문의 사항은 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

가입자가 “추가 지원”과 에이즈 약 지원 프로그램(ADAP)으로부터의 보장을 받는 경우는 어떨습니까? 에이즈 약 지원 프로그램(ADAP)이란 무엇입니까?

에이즈 약 지원 프로그램(ADAP)이란 HIV/에이즈를 앓고 있는 ADAP 적격 개인이 생명 유지에 반드시 필요한 HIV 약을 제공받을 수 있도록 지원하는 프로그램입니다. ADAP 처방규정에서도 보장되는 Medicare Part D 처방약은 Hawaii HIV 약 지원 프로그램(HDAP)을 통해 처방약 비용 분담 지원을 받을 수 있습니다.

Hawaii HIV 의약품 지원 프로그램(HDAP)은 해당 주의 ADAP입니다.

해당 주의 Hawaii HIV 의약품 지원 프로그램(HDAP)은 아래에 나와 있습니다.

방법	Hawaii HIV 의약품 지원 프로그램(HDAP) — 연락처 정보
전화	1-808-733-9360 월요일~금요일, 현지 시간 오전 8시~오후 5시
TTY	711
우편 주소	Harm Reduction Services 3627 Kilauea Ave, Suite 306 Honolulu, HI 96816
웹사이트	https://health.hawaii.gov/harmreduction/about-us/hiv-programs/hiv-medical-management-services

참고: 거주자의 주에서 운영되는 ADAP에 가입할 자격을 갖추려면 개인은 해당 주 거주 및 HIV

2장 중요한 전화번호 및 자료

상태 증명, 해당 주에서 정한 저소득 그리고 무보험/과소 보험 상태 등의 특정 기준에 부합해야 합니다. 플랜을 변경하는 경우 계속 지원을 받을 수 있도록 현지 ADAP 등록 담당자에게 알려주세요. 가입 자격 기준, 보장약 또는 이 프로그램에 가입하는 방법에 관한 정보는 Hawaii HIV 의약품 지원 프로그램(HDAP)에 전화해 주십시오.

섹션 8 철도청 은퇴자 위원회에 문의하는 방법

철도청 은퇴자 위원회는 독립적인 연방 기관으로 미국 철도 근로자 및 가족을 위한 포괄적인 혜택 프로그램을 관리합니다. 철도청 은퇴자 위원회를 통해 Medicare를 받는 가입자는 이사할 때나 우편 주소가 변경될 때 이를 위원회에 알려 주는 것이 중요합니다. 철도청 은퇴자 위원회로부터 받는 혜택에 관해 질문이 있을 경우, 이 기관에 문의하십시오.

방법	철도청 은퇴자 위원회 – 연락처 정보
전화	1-877-772-5772 이 전화는 무료입니다. “0”번을누르면 월요일, 화요일, 목요일, 금요일에는 오전 9시~오후 3시 30분 사이, 수요일에는 오전 9시~오후 12시 사이에 RRB 담당자와 통화하실 수 있습니다. “1”번을누르면 주말과 공휴일을 포함하여 하루 24시간 언제든지 자동 RRB HelpLine과 녹음된 정보를 이용할 수 있습니다.
TTY	1-312-751-4701 이 전화번호를 사용하기 위해서는 특수 전화 장비가 필요하며 청각에 문제가 있거나 말하기에 어려움이 있는 분들만이 사용할 수 있습니다. 이 전화는 무료가 <i>아닙니다</i> .
웹사이트	rrb.gov/

섹션 9 그룹 보험 또는 기타 직장 건강 보험에 가입되어 있습니까?

가입자(또는 가입자의 배우자 또는 동거인)가 이 플랜의 일환으로 가입자(또는 가입자의 배우자 또는 동거인)의 직장 또는 은퇴자 그룹으로부터 혜택을 받고 있을 경우, 문의 사항이 있는 해당 가입자는 직장/노동조합 혜택 관리자 또는 가입자 서비스부에 전화하실 수 있습니다.

가입자의(또는 가입자 배우자의 또는 동거인의) 직장 또는 은퇴자 의료 혜택, 보험료 또는 가입 기간에 관해 문의할 수 있습니다. (가입자 서비스부의 전화번호는 이 문서의 뒷 표지에 안내됨) 또한 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048)로 전화하여 이 플랜에서의 Medicare 보장에 대해 문의할 수 있습니다.

가입자가 자신의(또는 배우자 또는 동거인의) 직장 또는 은퇴자 그룹을 통해 다른 처방약 보장에

2장 중요한 전화번호 및 자료

가입한 경우 해당 그룹의 혜택 관리자에게 문의해 주십시오. 혜택 관리자는 가입자의 현재 처방약 보장이 저희 플랜과 상충되지 않는지 확인할 수 있습니다.

3장:

의료 서비스 및
기타 보장 서비스를
위한 플랜 이용

3장 의료 서비스 및 기타 보장 서비스를 위한 플랜 이용

섹션 1 플랜 가입자로서 의료 서비스 및 기타 서비스를 받기 위해 알고 있어야 할 사항

이 장에서는 가입자가 받은 의료 서비스 및 기타 서비스에 대해 보장을 받기 위해 이 플랜 이용 시 알아 두어야 할 사항에 관해 설명합니다. 여기에는 용어 정의 및 플랜에서 보장하는 치료, 서비스, 장비, 처방약 및 기타 의료 서비스를 받기 위해 준수해야 하는 규칙에 대한 설명을 수록되어 있습니다.

저희 플랜에서 보장하는 의료 서비스 및 기타 서비스에 대한 자세한 사항은 4장(*의료 혜택표, 보장 사항*)에 수록된 혜택표를 이용하십시오.

섹션 1.1 네트워크 소속 의료 제공자 및 보장되는 서비스란 무엇입니까?

- **의료 제공자**란 주 면허가 있는 의사 및 기타 의료 전문가로, 환자를 치료하고 의료 서비스를 제공합니다. 또한 의료 제공자라는 용어에는 병원 및 기타 의료 시설도 포함됩니다.
- **네트워크 소속 의료 제공자**란 완불금으로서 저희의 지불금을 받기로 저희와 계약을 체결한 의사와 기타 의료 전문가, 의료 그룹, 병원 및 기타 의료 시설입니다. 저희는 이 의료 제공자들과의 협의를 통해 이들이 저희 플랜 가입자들에게 보장되는 서비스를 제공하도록 조치해 놓았습니다. 저희의 네트워크 소속 의료 제공자는 가입자에게 제공한 의료 서비스에 대해 저희에게 직접 청구서를 보냅니다. 가입자가 네트워크 소속 의료 제공자의 진료를 받을 경우 보장되는 서비스에 대해 아무것도 지불하지 않습니다.
- **보장 서비스**에는 당사 플랜에서 보장하는 모든 의료, 건강 관리 서비스, 용품 및 장비, 그리고 처방약이 포함됩니다. 보장되는 치료 및 의료 서비스는 제4장의 혜택표에 수록되어 있습니다. 귀하의 처방약에 대한 보장 서비스는 5장에서 설명합니다.

섹션 1.2 플랜의 의료 서비스 및 기타 서비스 보장에 대한 기본 규칙

Medicare 건강 플랜인 저희 플랜은 Original Medicare가 보장하는 모든 서비스를 보장해야 하며 Original Medicare에 따른 보장 이외에도 기타 서비스를 제공할 수 있습니다. 4장 이 플랜에서 보장하는 서비스(보장 사항)에 대한 의료 혜택표를 참조해 주십시오.

저희 플랜은 일반적으로 다음과 같은 경우에 가입자가 받은 의료 서비스에 대해 보장해 드립니다:

- 가입자가 받은 의료 서비스가 이 플랜의 의료 혜택표에 포함되어 있어야 합니다(이 표는 이 문서의 4장에 수록되어 있음).
- 가입자가 받은 의료 서비스가 의학적으로 필요한 것으로 간주됩니다. 의학적으로 필요하다는 표현은 서비스, 용품, 장비 또는 의약품이 가입자의 의학적 상태에 대한 예방, 진단 또는 치료를 위해 필요하며 일반적으로 인정된 진료 표준에 부합됨을 의미합니다.

3장 의료 서비스 및 기타 보장 서비스를 위한 플랜 이용

- 가입자에게 의료 서비스를 제공하고 주관하는 네트워크 소속 주치의(PCP)가 있어야 합니다. 저희 플랜 가입자로서 귀하는 네트워크 소속 PCP를 선택해야 합니다 (이에 관한 자세한 정보는 이 장의 섹션 2.1을 참조하십시오).
 - 전문의, 병원, 전문요양시설 또는 가정 건강 관리 기관과 같은 플랜의 네트워크 소속 다른 의료 제공자를 이용하기 전에 PCP와 치료 플랜에 대해 미리 논의하여 치료를 조율하십시오. 일부 서비스의 경우 사전 승인이 필요합니다. 이러한 서비스에 대한 자세한 내용은 4장, 섹션 2.1의 의료 혜택표를 참조하십시오.
- 가입자는 네트워크 소속 의료 제공자로부터 진료를 받아야 합니다(이에 대한 자세한 정보는 이 장의 섹션 2를 참조하십시오). 대부분의 경우, 네트워크 비소속 의료 제공자(저희 플랜의 네트워크에 소속되지 않은 의료 제공자)로부터 받은 가입자의 진료는 아래 언급된 경우를 제외하고 보장되지 않습니다. 즉, 제공받은 서비스에 대해 의료 제공자에게 비용을 지불해야 합니다. 그러나 다음 세 가지 예외가 있습니다:
 - 이 플랜은 가입자가 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 받은 응급 치료 또는 긴급하게 필요한 서비스를 보장합니다. 이에 관한 자세한 정보 및 응급 치료 또는 긴급하게 필요한 서비스가 의미하는 내용을 확인하려면 이 장의 섹션 3을 참조하십시오.
 - 가입자에게 필요한 의료 서비스 중 Medicare에서 저희 플랜으로 하여금 보장하기를 원하지만 해당 진료를 제공하는 네트워크 소속 전문의가 없는 경우, 가입자는 일반적으로 네트워크에서 지불하는 것과 동일한 비용 부담으로 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 이러한 진료를 받을 수 있습니다(사전 승인이 필요함). 가입자가 이러한 진료를 받기 전에 준수해야 할 승인 규칙에 관해 저희에게 문의하십시오. 이러한 상황에서 저희는 네트워크 소속 의료 제공자에게서 진료를 받는 것처럼 이러한 서비스를 보장합니다. 네트워크 비소속 의사의 진료를 받기 위해 필요한 승인에 관한 정보는 이 장의 섹션 2.4를 참조하십시오.
 - 가입자가 이 플랜의 서비스 지역 이외에 일시적으로 머물거나 이 서비스를 제공하는 의료 제공자를 일시적으로 이용할 수 없거나 접근할 수 없는 경우에 Medicare 인증 투석 시설에서 받게 되는 신장 투석 서비스를 플랜에서 보장해 드립니다. 가입자가 투석에 대해 플랜에 지불하는 비용 부담은 Original Medicare의 비용 부담을 절대 초과할 수 없습니다. 가입자가 플랜의 서비스 지역 밖에 있고 플랜의 네트워크 외부에 있는 의료 제공자로부터 투석을 받는 경우, 비용 부담은 가입자가 네트워크에서 지불하는 비용 부담을 초과할 수 없습니다. 그러나 투석을 위해 일반적으로 이용하는 네트워크 소속 의료 제공자를 일시적으로 이용할 수 없고 플랜 네트워크 외부의 의료 제공자로부터 서비스 지역 내부에서 서비스를 받을 경우, 투석의 비용 부담이 더 높을 수 있습니다.
- 서비스 시점(POS) 혜택으로 네트워크 비소속 의료 제공자의 특정 서비스를 이용할 수 있습니다. 모든 서비스가 서비스 시점(POS) 옵션에 따라 네트워크 외부에서 보장되는 것은

3장 의료 서비스 및 기타 보장 서비스를 위한 플랜 이용

아닙니다. 네트워크 외부에서 보장되는 서비스에 대한 자세한 내용은 4장, 섹션 2.1의 의료 혜택표를 참조하십시오. POS 혜택을 이용하는 경우 이러한 서비스를 이용하기 위해 더 많은 비용을 지불합니다. 자세한 정보는 이 장의 섹션 2.4를 참조하십시오.

이러한 서비스를 위해 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 치료를 받을 때, 귀하는 진료 의뢰를 받을 필요가 없습니다. 하지만 서비스를 받기 전에 당사가 해당 서비스를 보장하는지 확인하는 것이 좋습니다. 서비스가 보장되지 않는다면 보장을 거절할 수 있으며, 가입자가 전체 비용을 부담하게 됩니다. 일부 서비스의 경우 사전 승인이 필요할 수 있습니다.

섹션 2 플랜의 네트워크 소속 의료 제공자로부터 의료 서비스 및 기타 서비스를 받으십시오

섹션 2.1 가입자는 의료 서비스를 제공하고 주관하는 주치의(PCP)를 선택해야 합니다

PCP는 누구이며, PCP는 가입자를 위해 무엇을 합니까?

플랜의 가입자가 될 때 귀하는 플랜 의료 제공자 중에서 귀하의 PCP를 선택해야 합니다. PCP는 건강 파트너로서, 의료 서비스를 제공하거나 조율합니다. 가입자의 PCP는 주에서 정한 요건에 부합되고 가입자에게 기본적인 의료 서비스를 제공하도록 교육받은 의료 전문가입니다. 여기에는 가족 진료, 일반 진료, 내과, 노인의학 전문의가 포함됩니다. 기본 수준의 의료 서비스를 제공하는 전문 교육을 받은 주 면허 등록 간호사인 실무 전문 간호사(NP), 또는 일차 의료 환경에서 서비스를 제공하는 PCP로서의 인증을 받은 의사 보조 인력(PA)도 PCP 역할을 할 수 있습니다.

대부분의 일상 또는 기본 진료는 PCP에게서 받게 될 것입니다. 담당 PCP도 귀하가 플랜 가입자로서 받는 나머지 보장 서비스에 대해 조정해줍니다. 여기에는 다음 사항이 포함됩니다:

- 엑스레이,
- 실험실 검사,
- 물리치료, 작업치료 및/또는 언어치료,
- 전문의 진료,
- 병원 입원 및
- 후속 치료

보장 서비스를 ‘조정’하는 데에는 귀하가 받는 진료에 대해 플랜 의료 제공자를 상대로 점검하고 진행 상태에 대해 자문을 받는 일이 포함됩니다. 특정 유형의 서비스 또는 용품의 경우, PCP는 사전

3장 의료 서비스 및 기타 보장 서비스를 위한 플랜 이용

승인(미리 받는 승인)을 받아야 합니다. 필요한 서비스에 사전 승인이 필요한 경우, PCP는 저희 플랜에 승인을 요청합니다. 가입자의 PCP가 의료 관리를 제공하고 조율하기 때문에 가입자는 담당 PCP의 진료실로 자신의 모든 과거 의료 기록을 보내야 합니다. 가입자는 일반적으로 대부분의 정기적인 진료를 받을 때 담당 PCP의 진료를 먼저 받습니다. PCP가 모든 진료를 조율하도록 하는 것이 좋습니다. 자세한 내용은 이 장의 섹션 2.2를 참조해 주십시오.

때에 따라 담당 PCP, 전문의 또는 기타 의료 제공자가 특정 유형의 보장 서비스 및 품목에 대해 사전 승인(사전 허가)을 받아야 할 수도 있습니다. 사전 승인이 필요한 서비스 및 품목은 본 문서의 4장을 참조하십시오.

정규 업무 시간 후에 담당 의사와 상담해야 하는 경우, 담당 의사에게 전화하면 담당 의사, 서비스를 받을 수 있는 위치에 대한 지침이 있는 자동 응답기 또는 보장을 제공하는 다른 의사에게 연결됩니다. 응급 상황이 발생한 경우 즉시 911로 전화하십시오.

가입자는 담당 PCP를 어떻게 선택합니까?

PCP를 선택하려면 당사 웹사이트 www.2025wellcaredirectorries.com를 방문하여 플랜 네트워크에서 PCP를 선택하십시오. 가입자 서비스부는 PCP를 선택하는 것을 도와드릴 수 있습니다. PCP를 선택했으면 선택한 항목으로 가입자 서비스부에 문의하십시오. PCP는 당사 네트워크 소속이어야 합니다.

사용하려는 특정 플랜 전문의 또는 병원이 있는 경우 먼저 전문의 및/또는 병원이 PCP의 네트워크에 소속되어 있는지 확인하십시오.

PCP를 선택하지 않거나 이 플랜으로 이용할 수 없는 PCP를 선택한 경우, 저희가 자동으로 가입자에게 PCP를 배정합니다.

담당 PCP 교체

어떤 이유에서든 언제든지 담당 PCP를 변경하실 수 있습니다. 또한 담당 PCP는 저희 플랜의 네트워크를 탈퇴할 수 있으며, 이 경우 가입자는 새로운 PCP를 찾아야 합니다. 특정 상황에서 당사의 의료 제공자는 네트워크를 떠난 후에도 계속 관리해야 할 의무가 있습니다. 자세한 내용은 가입자 서비스부에 문의하십시오.

PCP를 변경하려면 가입자 서비스부에 전화해 주십시오. 각 플랜 PCP는 특정 플랜 전문의에게 진료 의뢰를 할 수 있으며 해당 네트워크 내의 특정 병원을 이용합니다. 즉, 가입자가 선택하는 플랜 PCP에 따라 이용할 수 있는 전문의 및 병원이 달라질 수 있습니다. 이용하려는 특정 전문의 또는 병원이 있는 경우, 플랜 PCP가 해당 전문의 또는 병원을 이용하는지 확인하십시오.

가입자 서비스부에서 새로운 PCP 선택을 도와드릴 수 있습니다. PCP 선택 변경이 효력을 발생하는 데에는 시간이 다소 소요됩니다. 매월 10일 또는 그 이전에 PCP 변경 요청을 할 경우, 해당 변경 사항은 전화한 달의 첫 날부터 (소급) 적용됩니다. 매월 10일 또는 그 이후에 전화하시는 경우, PCP

3장 의료 서비스 및 기타 보장 서비스를 위한 플랜 이용

변경은 다음 달 1일부터 효력이 발생합니다.

예: PCP 변경이 1월 10일 이전에 접수된 경우, 변경은 1월 1일부터 효력이 발생합니다. 1월 11일 또는 그 후에 요청할 경우, 변경은 2월 1일부터 효력이 발생합니다. 본 플랜에 따라 서비스를 보장받으려면 변경 사항이 적용될 때까지 현재 담당 PCP가 제공, 지시 또는 조율하는 보장 서비스를 계속해서 이용해야 합니다. 새로운 PCP를 선택할 때는 이 내용을 가입자 서비스부에 문의하십시오. 전화하실 때, 전문의를 만나고 있거나 PCP의 승인이 필요한 기타 보장 서비스(예: 가정 건강 서비스 및 내구성 의료 장비)를 받고 있는지 가입자 서비스부에 반드시 알려 주십시오.

섹션 2.2 담당 PCP의 진료 의뢰 없이 가입자가 받을 수 있는 의료 서비스 및 기타 서비스는 무엇입니까?

가입자는 담당 PCP의 사전 승인을 받을 필요없이 아래 열거된 서비스를 받을 수 있습니다.

- 유방 검사, 유방암 선별검사(유방 X-레이), 자궁경부 세포검사, 골반 검사 등 네트워크 소속 의료 제공자가 제공하는 여성의 정기적인 검진.
- 네트워크 소속 의료 제공자가 제공하는 독감 예방 주사(또는 백신), COVID-19 백신 및 폐렴 백신
- 네트워크 소속 의료 제공자 또는 네트워크 비소속 의료 제공자가 제공하는 응급 서비스
- 가입자가 플랜의 서비스 지역 밖에 일시적으로 있거나, 가입자의 시간, 장소 및 상황을 고려할 때 플랜과 계약을 체결한 네트워크 소속 의료 제공자로부터 이 서비스를 받는 것이 불합리한 경우, 응급 상황이 아닌 즉각적인 의학적 조치가 필요한 서비스인 긴급하게 필요한 플랜 보장 서비스. 긴급하게 필요한 서비스의 예로는 예상치 못한 의학적 질병과 부상 또는 기존 상태의 예상치 못한 급성 악화가 있습니다. 그러나 연례 검진과 같이 의학적으로 필요한 정기 의료 제공자 방문은 가입자가 플랜의 서비스 지역 밖에 있거나 플랜 네트워크를 일시적으로 이용할 수 없는 경우에도 긴급하게 필요한 것으로 간주되지 않습니다.
- 가입자는 이 플랜의 서비스 지역 이외 지역에 일시적으로 머물 때 Medicare 인증 투석 시설에서 신장 투석 서비스를 받을 수 있습니다. 가능한 경우, 가입자가 이 플랜의 서비스 지역을 떠나기 전에 가입자 서비스부에 연락하시면 저희는 가입자의 서비스 지역 이외 체재 중 지속적으로 투석을 받을 수 있도록 조정할 수 있습니다.

섹션 2.3 전문의 또는 기타 네트워크 소속 의료 제공자로부터 진료를 받는 방식

전문의란 특정 질환 또는 신체의 특정 부위에 대해 의료 서비스를 제공하는 의사입니다. 많은 분야에 걸쳐 전문의가 있습니다. 다음은 전문의의 몇 가지 예입니다:

- 암 환자를 치료하는 종양 전문의

3장 의료 서비스 및 기타 보장 서비스를 위한 플랜 이용

- 심장병 환자를 치료하는 심장병 전문의
- 특정 골, 관절 또는 근육 질환을 앓고 있는 환자를 치료하는 정형외과의

PCP와 의료 관련 요구 사항에 대해 논의하여 의료 요구 사항을 지원하는 전문의를 만나도록 추천을 받으십시오. 전문의를 만나기 위해 진료 의뢰가 필요한 것은 아닙니다. 그러나 일부 경우, 가입자 또는 가입자의 대리인이나 담당 PCP/의료 제공자는 플랜으로부터 사전 승인을 받아야 할 수 있습니다. 사전 승인이 필요한 서비스에 대한 정보는 4장, 섹션 2.1을 참조해 주십시오.

전문의 또는 다른 네트워크 소속 의료 제공자가 저희 플랜에서 탈퇴할 경우에는 어떻게 합니까?

저희는 연중 상시 플랜의 일부인 병원, 의사 및 전문의 (의료 제공자)를 교체할 수 있습니다. 만약 담당 의사 또는 전문의가 플랜을 떠나는 경우에 귀하는 아래에 요약된 특정 권리 및 보호를 받습니다:

- 연도 중간에 저희의 네트워크 소속 의료 제공자에게 변경사항이 있을 수 있지만, Medicare에서는 저희에게 가입자들이 유자격 의사 및 전문의의 진료를 지속적으로 받을 수 있도록 하라고 요구합니다.
- 귀하의 의료 제공자가 당사 플랜을 탈퇴하는 경우, 귀하가 새로운 의료 제공자를 선택할 수 있는 시간을 확보할 수 있도록 당사는 이를 통보합니다.
 - 귀하의 주치의 또는 행동 건강 의료 제공자가 플랜을 떠난 경우, 당사는 귀하가 지난 삼 년 내에 해당 의료 제공자에게 진료를 받았다면 귀하에게 통보할 것입니다.
 - 귀하의 다른 의료 제공자가 당사의 플랜을 떠나는 경우, 당사는 귀하가 의료 제공자에게 배정되거나, 현재 제공자로부터 진료를 받거나, 지난 삼 개월 이내에 진료를 받았다면 귀하에게 통보할 것입니다.
- 당사는 귀하가 지속적인 진료를 위해 접근할 수 있는 새로운 적격 네트워크 소속 의료 제공자를 선택하는 데 도움을 드릴 것입니다.
- 현재 의료 제공자로부터 치료를 받고 계신 경우, 의학적으로 필요한 치료가 계속되도록 요청할 권리가 있으며, 당사는 귀하와 협력하여 이를 보장할 것입니다.
- 당사는 귀하에게 제공되는 다양한 등록 기간 및 플랜 변경 옵션 관련 정보를 제공합니다.
- 당사는 네트워크 소속 의료 제공자 또는 혜택을 이용할 수 없거나 귀하의 의료 요구를 충족하기에 불충분한 경우, 당사 의료 제공자 네트워크 외부이지만 네트워크 내 비용 부담으로 의학적으로 필요한 보장 혜택을 받을 수 있도록 할 것입니다. 저희 플랜에서 네트워크 의료 제공자가 없다는 점을 확인해야 하며, 네트워크 비소속 의료 제공자가 플랜에 연락하여 귀하가 서비스를 받을 수 있도록 권한을 요청해야 합니다. 승인되면, 네트워크 비소속 의료 제공자에게 서비스를 제공할 수 있는 권한이 부여됩니다. 응급 또는 지역 외

3 장 의료 서비스 및 기타 보장 서비스를 위한 플랜 이용

긴급하게 필요한 서비스는 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 서비스를 받을 수 있습니다. 또한 저희 플랜은 플랜의 서비스 지역을 벗어나 네트워크 소속 의료 제공자를 이용할 수 없는 말기 신장질환(ESRD)이 있는 가입자를 위한 투석 서비스를 보장해야 합니다. ESRD 서비스는 Medicare 공인 투석 시설에서 받아야 합니다.

- 담당 의사 또는 전문의가 가입자의 플랜을 떠난다는 것을 알았을 경우 저희에게 연락하여 저희가 가입자의 새로운 의료 제공자를 찾아 가입자의 치료를 관리할 수 있게 하십시오.
- 가입자께서 저희가 가입자에게 이전의 의료 제공자를 대체할 유자격 의료 제공자를 배치하지 않았다고 생각하시거나 가입자의 치료가 적절히 관리되지 않고 있다고 생각하시는 경우 귀하에게는 QIO에 진료 품질 불만사항을 제기하거나 본 플랜에 진료 품질 고충을 제기하거나 둘 다 제기할 수 있는 권리가 있습니다. 9장을 참조해 주십시오.

섹션 2.4 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 진료를 받는 방법

응급 또는 지역 외 긴급하게 필요한 서비스는 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 서비스를 받을 수 있습니다. 또한 저희 플랜은 플랜의 서비스 지역을 벗어나 네트워크 소속 의료 제공자를 이용할 수 없는 말기 신장질환(ESRD)이 있는 가입자를 위한 투석 서비스를 보장해야 합니다. ESRD 서비스는 Medicare 공인 투석 시설에서 받아야 합니다.

Medicare 보장 의료 서비스가 필요하고 네트워크 소속 의료 제공자가 이 서비스를 제공할 수 없다면 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 서비스를 받을 수 있습니다. 저희 플랜에서 네트워크 의료 제공자가 없다는 점을 확인해야 하며, 네트워크 비소속 의료 제공자가 플랜에 연락하여 귀하가 서비스를 받을 수 있도록 권한을 요청해야 합니다. 승인되면, 네트워크 비소속 의료 제공자에게 서비스를 제공할 수 있는 권한이 부여됩니다.

서비스 시점(POS) 혜택을 통해 가입자는 네트워크 비소속 의료 제공자를 이용하여 특정 서비스를 받을 수 있습니다. 네트워크 외부에서 보장되는 서비스에 대한 자세한 내용은 4장, 섹션 2.1의 의료 혜택표를 참조하십시오. POS 혜택을 이용하는 경우 이러한 서비스를 이용하기 위해 더 많은 비용을 지불합니다. POS 혜택을 통해 네트워크 비소속 의료 제공자를 이용할 경우 본인부담금이 더 높아질 수 있습니다. 이러한 서비스를 위해 네트워크 비소속 의료 제공자를 방문할 때, 귀하는 진료 의뢰를 받을 필요가 없습니다. 하지만 서비스를 받기 전에 해당 서비스가 보장되는지 당사에 확인하는 것이 좋습니다. 서비스가 보장되지 않는다면 보장을 거절할 수 있으며, 가입자가 전체 비용을 부담하게 됩니다. 일부 서비스의 경우 사전 승인이 필요할 수 있습니다.

네트워크 비소속 의료 제공자가 가입자에게 저희가 지불해야 한다고 생각되는 청구서를 보내는 경우, 고객 서비스부에 연락하거나 저희에게 청구서를 보내주십시오. 저희가 담당 의료 제공자에게 청구서의 저희 분담분을 지불할 것이며, 가입자 분담분이 있다면 의료 제공자가 가입자에게 청구서를 보낼 것입니다.

3장 의료 서비스 및 기타 보장 서비스를 위한 플랜 이용**섹션 3 가입자가 응급 상황에 처했거나 긴급하게 치료를 받아야 할 필요성이 있거나 재해가 진행되는 동안 서비스를 받을 수 있는 방법****섹션 3.1 가입자에게 의학적 응급 상황이 발생하는 경우의 치료**

의료적 응급 상황이란 무엇이며, 가입자에게 응급 상황이 발생한 경우 어떻게 해야 하나요?

의료적 응급 상황이란 가입자 또는 평균 수준의 의료 지식을 가진 기타 신중한 일반인이 자신의 사망(및 임신한 여성인 경우 태아의 사망), 팔다리의 상실 또는 팔다리 기능의 상실, 신체 기능의 상실 또는 심각한 신체장애를 막기 위해 즉시 치료가 필요한 의학적 증상이 가입자에게 있다고 믿는 때를 의미합니다. 이러한 의학적 증상은 질병, 부상, 심한 통증 또는 급속히 악화되는 의학적 상태일 수 있습니다.

의료 응급 상황에 처할 경우:

- **최대한 신속하게 도움을 받으십시오.** 911에 전화하여 도움을 요청하거나 가장 가까운 응급실 또는 병원으로 이동합니다. 필요하다면 구급차를 부르십시오. 가입자는 담당 PCP의 승인 또는 진료 의뢰를 받을 필요가 *없습니다*. 네트워크 소속 의사를 사용할 필요가 없습니다. 필요한 경우 미국 또는 해당 영토에서 네트워크 소속 의료 제공자가 아니더라도 적절한 주 면허 등록을 가진 의료 제공자에게서 보장 응급 의료 서비스를 받을 수 있습니다. Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)에는 전 세계 응급/긴급 보장이 포함되어 있습니다.
- **최대한 신속하게 가입자의 응급 상황에 관해 저희 플랜에 알려야 합니다.** 당사는 귀하가 받는 응급 진료에 대해 후속 조치를 해야 합니다. 대개 48시간 이내에 가입자 또는 누군가가 저희에게 전화하여 가입자의 응급 치료에 관해 설명해 주어야 합니다. 가입자는 가입자 카드 뒷면에 있는 전화번호로 가입자 서비스부에 전화하실 수 있습니다.

가입자에게 의학적 응급 상황이 발생한 경우 무엇이 보장됩니까?

저희 플랜은 구급차가 아닌 다른 방식으로 응급실로 이동할 경우 가입자의 건강을 위험에 처하게 할 수 있는 상황에서 구급차 서비스를 보장해 드립니다. 또한 저희는 응급 상황에서 의료 서비스를 보장합니다.

가입자에게 응급 치료를 제공하는 의사는 가입자의 상태가 안정적이며 의학적 응급 상황이 끝났는지 여부를 결정합니다.

응급 상황이 끝난 후에도 가입자는 안정적인 상태를 유지할 수 있도록 후속 치료를 받을 수 있습니다. 응급 치료를 받은 후 5~7일 이내에 주치의의 후속 조치를 받는 것이 중요합니다. 필요한 후속 예약을 확보하고 다른 유용한 회복 혜택을 받을 수 있도록 저희 진료 팀이 전화를 드리게 됩니다. 담당 의사가 저희에게 연락하여 추가 진료에 대한 계획을 세울 때까지 담당 의사는

3장 의료 서비스 및 기타 보장 서비스를 위한 플랜 이용

계속해서 귀하를 치료합니다. 가입자의 후속 치료는 저희 플랜에 의해 보장됩니다. 가입자의 응급 치료가 네트워크 비소속 의료 제공자에 의해 제공될 경우 저희는 가입자의 의학적 상태 및 조건이 허락하는 대로 네트워크 소속 의료 제공자가 가입자를 치료할 수 있도록 조정할 것입니다.

의학적 응급 상황이 아닌 경우에는 어떻게 해야 하나요?

가끔 가입자에게 의학적 응급 상황이 발생했는지를 파악하는 것이 힘들 때가 있습니다. 예를 들어, 가입자는 자신의 건강이 심각한 위험에 처한 것으로 생각하고 응급실에 입원했지만 의사는 의료적 응급 상황이 아니었다고 진단할 수 있습니다. 응급 상황이 아니었을지라도 가입자가 자신의 건강이 심각한 위험에 처했다고 합리적으로 생각한 경우 저희는 가입자의 치료에 대해 보장해 드립니다.

그러나 의사가 응급 상황이 *아니*라고 진단한 후에 가입자가 다음 두 가지 방식 중 하나로 추가적인 치료를 받을 경우에 *한해* 저희는 추가적 치료를 보장해 드립니다:

- 가입자는 네트워크 소속 의료 제공자에게 가서 추가적 치료를 받습니다.
- - 또는 - 가입자가 받는 추가적 치료는 긴급하게 필요한 서비스로 간주되며 가입자는 이러한 긴급 진료를 받기 위한 규칙을 따릅니다(이에 관한 자세한 정보는 아래의 섹션 3.2를 참조하십시오).

섹션 3.2 긴급하게 서비스가 필요한 경우 치료 받기

긴급하게 필요한 서비스란 무엇입니까?

응급 상황이 아닌 즉각적인 의학적 조치가 필요한 플랜 보장 서비스는 가입자가 일시적으로 플랜의 서비스 지역 밖에 있거나, 가입자의 시간, 장소 및 상황을 고려할 때 플랜과 계약을 체결한 네트워크 소속 의료 제공자로부터 이 서비스를 받는 것이 불합리한 경우 긴급하게 필요한 서비스입니다. 긴급하게 필요한 서비스의 예로는 예상치 못한 의학적 질병 및 부상 또는 기존 질환의 예상치 못한 급성 악화가 있습니다. 그러나 연례 검진과 같이 의학적으로 필요한 정기 의료 제공자 방문은 가입자가 플랜의 서비스 지역 밖에 있거나 플랜 네트워크를 일시적으로 이용할 수 없는 경우에도 긴급하게 필요한 것으로 간주되지 않습니다.

긴급 진료가 필요한 경우, PCP 진료실로 하루 24시간 언제든지 문의해 주십시오. 네트워크 소속 긴급 진료 센터에서 긴급 진료를 받도록 안내받을 수 있습니다. 네트워크 소속 긴급 진료 센터의 목록은 *의료 제공자 및 약국 명부* 또는 당사 웹사이트 www.2025wellcaredirectories.com에서 확인할 수 있습니다. 담당 의사 진료실에서 긴급 진료 서비스를 받는 경우 가입자는 진료실 방문 코페이먼트를 지불하지만, 네트워크 소속 긴급 진료 센터 또는 워크인 클리닉에서 긴급 진료 서비스를 받는 경우 긴급 진료 센터 코페이먼트를 지불하게 되며, 그 금액은 다를 수 있습니다. 의사 진료실 또는 네트워크 소속 긴급 진료 센터나 예약이 필요 없는 진료소에서 제공된 서비스에 적용되는 코페이먼트에 대한 정보는 4장 *의료 혜택표(보장 사항)*를 참조하십시오.

3 장 의료 서비스 및 기타 보장 서비스를 위한 플랜 이용

가입자는 또한 간호사 상담 라인으로 언제든지 연락하실 수 있습니다. 전문 간호사가 주 철 일, 하루 24시간 언제든지 상주하여 문의 사항에 답변해 드립니다. 간호사 상담 라인에 관한 자세한 내용은 4장(의료 혜택표(보장 사항))의 Health and Wellness Education 프로그램 혜택 카테고리를 참조하거나 가입자 서비스부로 전화하십시오.

저희 플랜은 아래와 같은 상황 하에 미국 이외 지역에서 전 세계 응급 서비스와 긴급 진료 서비스를 보장합니다. 단, Medicare는 미국 이외의 지역에서는 응급 치료 서비스를 제공하지 않습니다.

- 전 세계 응급 및 긴급 진료 서비스 보장에 따라 미국 외 지역으로 여행할 경우 최대 \$50,000를 보장받습니다. 이 금액을 초과하는 비용은 보장되지 *않습니다*.
- 다른 국가에서 미국으로 돌아오는 교통편과 미국 외 지역에서 구입한 의약품은 보장되지 *않습니다*. 또한 입원 치료를 위해 입원한 경우에는 전 세계 응급실 비용 분담이 면제되지 *않습니다*.
- 가능하면 48시간 이내에 연락하여 응급실 방문에 대해 알려주십시오.

자세한 내용은 본 책자의 제4장에 있는 의료 혜택표의 “응급 치료” 및 “긴급하게 필요한 서비스”를 참조하거나 가입자 서비스부에 전화하십시오.

섹션 3.3 재난 기간 동안 치료 받기

가입자가 거주하는 주의 주지사, 미국 보건복지부 장관 또는 미국 대통령이 가입자의 거주 지역을 재난상황 또는 응급상황이라고 선포할 경우에도 가입 플랜으로부터 치료를 보장받을 권리가 있습니다.

재난 기간 동안 필요한 치료를 받을 수 있는 방법에 대한 정보를 확인하려면 다음 웹사이트 www.wellcare.com/ohana를 방문하여, 재난 기간 동안 필요한 치료를 받는 방법에 대한 정보를 알아보십시오.

재난 기간 동안에 네트워크 소속 의료 제공자를 이용할 수 없는 경우에는 플랜에서 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 치료받는 것을 허용하며 네트워크 소속 의료 제공자를 이용할 때와 동일한 방식의 비용 분담이 적용됩니다. 재난 기간 동안 네트워크 소속 약국을 이용할 수 없는 경우에는 네트워크 비소속 약국에서 처방약을 구입해도 됩니다. 자세한 정보를 확인하려면 제5장의 섹션 2.5를 참조하십시오.

섹션 4 서비스의 의료비 총액에 대해 가입자가 직접 청구서를 받은 경우에는 어떻게 합니까?

섹션 4.1 가입자는 플랜에 보장 서비스 비용 지불을 요구하실 수 있습니다

가입자가 보장 서비스에 대해 비용을 지불했거나 보장되는 의료 서비스에 대한 청구서를 받았을

3장 의료 서비스 및 기타 보장 서비스를 위한 플랜 이용

경우 취해야 할 조치에 관한 정보는 7장(가입자가 받은 보장 의료 서비스나 의약품 청구서에 대한 지불 요구)을 참조하십시오.

섹션 4.2 플랜에서 서비스를 보장하지 않으면 어떻게 해야 하나요?

당사 플랜은 이 문서의 4장 의료 혜택표에 나열된 모든 의학적으로 필요한 서비스를 보장합니다. 귀하가 당사 플랜에서 보장하지 않는 서비스 또는 네트워크 밖에서 승인되지 않은 서비스를 제공받는 경우, 귀하는 서비스 비용 전액을 지불할 책임이 있습니다. 가입자는 서비스 비용을 지불하기 전에 해당 서비스가 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid)에 의해 보장되는지를 확인해야 합니다.

혜택 제한이 있는 보장 서비스의 경우, 가입자는 해당 보장 서비스에 대한 혜택을 전부 사용한 후에는 자신이 받는 모든 서비스에 대해 비용 총액도 지불해야 합니다. 혜택 한도에 도달한 후 비용에 대해 지불한 금액은 본인부담금 최대한도액에 합산되지 않습니다. 예를 들어, 저희 플랜의 지불액이 혜택 한도에 도달한 후 받은 전문 요양 시설 케어에 대한 전체 비용을 지불해야 할 수 있습니다. 혜택 한도를 다 사용한 후에 서비스에 대해 추가로 지불한 금액은 연간 최대 가입자 부담 최대한도액에 합산되지 않습니다.

섹션 5 가입자가 임상 연구에 참여하고 있을 때 가입자가 이용하는 의료 서비스는 어떻게 보장됩니까?

섹션 5.1 임상 연구란 무엇입니까?

임상 연구(또는 *임상 시험*)란 의사와 과학자들이 새로운 항암제의 약효 시험 등 새로운 유형의 치료를 시험하는 방식입니다. Medicare에서는 특정 임상 연구를 승인합니다. Medicare에서 승인한 임상 연구는 일반적으로 지원자에게 연구 참여를 요청합니다.

Medicare에서 연구를 승인하고 가입자가 관심을 표현하면 해당 연구 관련자가 가입자에게 연락하여 연구에 관해 자세히 설명하고 연구를 주관하는 과학자들이 설정한 요건에 가입자가 부합되는지를 확인합니다. 연구의 요건에 부합되는 가입자는 연구에 참여할 수 있을 *뿐 아니라* 가입자는 연구에 참여할 경우 관련 사항을 완전히 이해하고 수락합니다.

가입자가 Medicare 승인 연구에 참여할 경우, Original Medicare는 연구의 일환으로 가입자가 받는 보장 서비스에 대한 대부분의 비용을 지불합니다. 가입자가 적격 임상 시험에 참여한다고 말할 경우, 가입자는 해당 시험의 서비스에 대한 네트워크 내 비용 분담에 대해서만 책임을 집니다. 가입자가 더 많이 지불했다면, 예를 들어 Original Medicare 비용 분담액을 이미 지불했다면, 당사는 가입자가 지불한 금액과 네트워크 비용 분담의 차액을 환급합니다. 그러나 가입자는 지불 금액을 알려주는 문서를 제공해야 합니다. 가입자는 임상 연구에 참여하는 동안 저희 플랜에 지속적으로 가입할 수 있고 저희 플랜을 통해 그 외의 치료(연구와 무관한 치료)를 받을 수 있습니다.

3장 의료 서비스 및 기타 보장 서비스를 위한 플랜 이용

모든 Medicare 승인 임상 연구에 참여하고자 하는 가입자는 저희에게 알리거나 당사 또는 PCP의 승인을 받을 필요가 *없습니다*. 임상 연구의 일환으로 가입자에게 치료를 제공하는 의료 제공자는 저희 플랜의 네트워크 소속 의료 제공자의 일부일 필요가 *없습니다*. 여기에는 구성 요소로서 혜택을 평가하기 위한 임상 시험 또는 기록이 포함되는, 당사 플랜이 책임질 수 있는 혜택이 포함되지 않는다는 점에 유의해 주십시오. 여기에는 근거 창출을 통한 보장을 요구하는 국가 보장 판단(NCD-CED) 및 연구용 기기 면제(IDE) 연구에 명시된 특정 혜택이 포함되며, 사전 승인 및 기타 플랜 규칙의 적용을 받을 수 있습니다.

Original Medicare가 Medicare Advantage 등록자를 위해 보장하는 임상 연구에 참여하기 위해 당사 플랜의 허가를 받을 필요는 없으나 Medicare 인증 임상 시험에 참여하려는 경우 사전에 저희에게 알려주실 것을 권장합니다.

가입자가 Medicare에서 승인하지 않은 연구에 참여할 경우, *자신의 연구 참여에 드는 모든 비용을 부담해야 합니다*.

섹션 5.2 가입자가 임상 연구에 참여하는 동안 누가 어떠한 의료 서비스에 대해 지불합니까?

가입자는 Medicare 승인 임상 연구에 참여하면 Original Medicare에서 연구의 일환으로 받게 되는 다음의 정기적인 서비스 및 품목을 보장합니다:

- 가입자가 연구에 참여하지 않았더라도 Medicare에서 지불했을 병원 입원 시의 숙식
- 임상 연구의 일환인 수술 또는 기타 시술
- 새로운 치료법과 관련된 부작용 및 합병증 치료

Medicare에서 이러한 서비스에 대한 비용의 부담분을 지불한 후 저희 플랜이 나머지를 지불합니다. 모든 보장 서비스와 마찬가지로 가입자가 임상 연구에 참여하는 보장 서비스에 대한 비용을 가입자가 지불하지 않아도 됩니다.

가입자가 임상 연구에 참여하고 있는 동안에는 **Medicare나 저희 플랜 모두 다음 사항에 대해 지불하지 않습니다**:

- 일반적으로, Medicare는 연구에서 시험되고 있는 새로운 항목 또는 서비스에 대해서는 지불하지 *않습니다*. 단, 가입자가 연구에 참여하지 *않더라도* Medicare에서 해당 항목 또는 서비스를 보장하는 경우는 예외입니다.
- 가입자의 치료에 직접 사용되지 않고 데이터를 수집하기 위해서만 제공되는 품목 또는 서비스. 예를 들어, 가입자의 의학적 상태에 따라 정상적으로 단 일회의 CT 스캔만 필요할 경우, Medicare 연구의 일환으로 시행되는 월별 CT 스캔에 대해서는 지불하지 않습니다.

3장 의료 서비스 및 기타 보장 서비스를 위한 플랜 이용

- 연구 후원자가 임상시험 등록자에게 무료로 관례적으로 제공하는 품목 및 서비스.

그 외 궁금한 사항이 있습니까?

Medicare 웹사이트를 방문하여 *Medicare and Clinical Research Studies*(Medicare 및 임상 연구) 간행물을 읽거나 다운로드하여 임상 연구 참가에 대한 더 자세한 정보를 얻을 수 있습니다.

(간행물은 www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf에서 볼 수 있습니다.) 고객은 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 하루 24시간, 주7일 전화할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오.

섹션 6 종교적 비의료 기관에서 치료를 받기 위한 규칙

섹션 6.1 종교적 비의학적 의료 기관이란 무엇입니까?

종교적 비의학적 의료 기관이란 일반적으로 병원 또는 전문요양시설에서 치료하는 질환에 대해 의료 서비스를 제공하는 시설입니다. 병원 또는 전문요양시설에서 치료를 받는 것이 가입자의 종교적 믿음에 배치될 경우, 저희는 종교적 비의학적 의료 기관에서 제공하는 치료에 대해 보장해 드립니다. 가입자는 사유를 불문하고 언제든지 의학적 치료를 받기로 선택할 수 있습니다. 이 혜택은 파트 A 입원 치료 서비스(비의학적 진료 서비스)에 한해 제공됩니다.

섹션 6.2 종교적 비의료 기관으로부터 치료 받기

종교적 비의학적 의료 기관의 치료를 받고자 하는 가입자는 **비 예외** 치료를 받는 것을 양심에 따라 반대한다는 법적 문서에 서명해야 합니다.

- **비예외** 의료 서비스 및 치료는 *자발적이며* 연방, 주 또는 현지 법에 의해 *요구되지 않는* 의료 서비스 또는 치료입니다.
- **예외** 치료는 *비자발적이며* 연방, 주 또는 지방 법률에 따르며 *요구되는* 의료 또는 치료입니다.

당사 플랜의 보장을 받으려면 종교적 비의료 서비스 기관에서 받는 치료가 반드시 아래 조건에 부합되어야 합니다.

- 진료를 제공하는 시설이 Medicare 인증 시설이어야 합니다.
- 가입자가 받는 서비스에 대한 저희 플랜의 보장은 치료의 *비종교적* 측면에 한정됩니다.
- 가입자가 시설에서 제공되는 서비스를 이러한 기관에서 받았을 경우, 다음 조건이 적용됩니다:
 - 병원 입원 치료 또는 전문 요양 시설 케어를 위해 보장되는 서비스를 받아야 하는 가입자의 의학적 상태가 있어야 합니다.
 - – 그리고 – 가입자는 시설에 입소하기 전에 당사 플랜에서 사전 승인을 받아야 하며, 사전

3장 의료 서비스 및 기타 보장 서비스를 위한 플랜 이용

승인을 받지 않을 경우 가입자의 시설 입원은 보장되지 않습니다.

저희 플랜에서 사전 승인(허가)을 받지 않았을 경우 가입자의 종교적 비의학적 의료 기관 입원은 저희 플랜에 의해 보장되지 않으며, 입원 중에 또는 전문요양시설에서 치료를 받을 경우와 동일한 보장 한도가 적용됩니다. 병원 입원 및 전문요양시설 이용 시 적용되는 보장 규칙과 비용 부담 및 제한사항에 관한 자세한 내용은 4장의 의료 혜택표를 참조해 주십시오.

섹션 7 내구성 의료 장비의 소유권에 대한 규칙

섹션 7.1 가입자가 저희 플랜에 따라 특정 횟수의 지불금을 지불한 후 해당 내구성 의료 장비를 소유하게 됩니까?

내구성 의료 장비(DME)에는 산소 장비 및 용품, 휠체어, 보행기, 전동 매트리스 장치, 목발, 당뇨 용품, 음성 생성 장치, IV 주입 펌프, 네블라이저 및 가정용으로 의료 제공자가 주문한 병원 침대 등의 품목이 포함됩니다. 보철 장치를 비롯한 특정 품목은 항상 가입자의 소유입니다. 이 섹션에서는 가입자가 대여해야 하는 기타 유형의 DME에 대해 다룹니다.

Original Medicare에서는 특정 유형의 DME를 대여하는 사람들은 13개월 간 해당 품목에 대한 코페이먼트를 지불한 후 해당 장비를 소유하게 됩니다. 그러나 저희 플랜의 가입자는 가입 기간 동안 해당 품목에 대해 지불한 코페이먼트 횟수와 상관없이 대여받은 DME 품목을 대개는 소유하지 못합니다. 저희는 특정 제한된 상황에서만 DME 품목의 소유권을 가입자에게 이전합니다. 가입자 서비스에 전화하여 가입자가 충족해야 하는 요건과 가입자가 제공해야 하는 문서에 대해 알아보십시오.

가입자가 Original Medicare로 전환할 경우 지불금을 지불한 내구성 의료 장비는 어떻게 됩니까?

가입자는 저희 플랜 가입 기간 중 DME 품목의 소유권을 확보하지 않았을 경우 해당 품목의 소유권을 확보하기 위해 Original Medicare로 전환한 후 새로 13회 연속 지불해야 합니다. 플랜에 가입한 동안 지불한 비용은 산입하지 않습니다.

예 1: Original Medicare에서 해당 품목에 대해 연속하여 12회 이하의 비용을 지불하고 저희 플랜에 가입한 경우. Original Medicare에서 지불한 내역은 산입하지 않습니다. 가입자는 품목을 소유하기 전에 플랜에 13회의 지불을 해야 합니다.

예 2: Original Medicare에서 해당 품목에 대해 연속하여 12회 이하의 비용을 지불하고 저희 플랜에 가입한 경우. 당사 플랜 가입자였으나 당사 플랜에 있는 동안 소유권을 얻지 않았습니다. 그 후 Original Medicare로 돌아갑니다. Original Medicare에 다시 가입하여 해당 항목을 소유하려면 새로운 비용을 연속하여 13회 지불해야 합니다. 이전의 모든 지불(플랜에 한 지불이든 Original Medicare에 한 지불이든)을 산입하지 않습니다.

3장 의료 서비스 및 기타 보장 서비스를 위한 플랜 이용**섹션 7.2 산소 장비, 용품 및 유지관리에 관한 규칙****어떤 산소 혜택을 받을 자격이 있습니까?**

Medicare 산소 장비 보장 자격 대상인 경우 Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)는 다음을 보장해 드립니다.

- 산소 장비 임대
- 산소 및 산소 함유물 배송
- 산소 및 산소 함량 제공을 위한 튜브 및 관련 산소 액세서리
- 산소 장비 유지 보수 및 수리

Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)를 탈퇴하거나 더 이상 산소 장비가 의학적으로 필요하지 않은 경우 산소 장비를 반환해야 합니다.

플랜을 탈퇴하고 Original Medicare로 돌아가면 어떻게 됩니까?

Original Medicare는 오년 동안 가입자에게 서비스를 제공하기 위해 산소 공급업체가 필요합니다. 처음 36개월은 장비를 대여합니다. 나머지 24개월 동안 공급업체는 장비 및 유지관리 서비스를 제공합니다(가입자는 여전히 산소 이용에 대한 코페이먼트를 부담합니다). 오년 후에는 같은 공급업체를 계속 이용하거나 다른 업체를 이용할 수 있습니다. 이 시점에서 오년 주기가 다시 시작되며 동일한 업체를 계속 이용하더라도 처음 36개월 동안 코페이먼트를 지불해야 합니다. 당사 플랜에 가입하거나 탈퇴하는 경우 오년 주기는 새로 시작됩니다.

4장:
의료 혜택표
(보장 사항)

4 장 의료 혜택표(보장 사항)**섹션 1 보장 서비스 이해하기**

이 장에서는 저희 플랜 가입자의 보장 서비스가 나열된 의료 혜택표를 제공합니다. 이 장의 뒷부분에서는 비보장 의료 서비스에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 또한 특정 서비스의 한도에 대한 설명도 제공됩니다.

섹션 1.1 가입자는 보장 서비스에 대해 아무것도 지불하지 않습니다

Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid)에서 지원을 받기 때문에 치료를 받기 위한 플랜의 규칙을 준수하는 한 가입자는 보장 서비스에 대한 비용을 부담하지 않습니다. (진료를 위한 플랜의 규칙의 자세한 정보는 3장을 참조하십시오.)

섹션 1.2 Medicare Part A 및 Part B 보장 의료 서비스에 대한 가입자의 최대 지불액은 얼마입니까?

참고: 또한 당사의 가입자는 Medicaid의 지원을 받기 때문에 이 본인부담금 최대 한도액에 도달하는 가입자는 거의 없습니다. 귀하는 파트 A 및 파트 B 보장 서비스에 대한 가입자 부담 최대한도액에 대해 본인부담금을 지불할 책임이 없습니다.

귀하는 Medicare Advantage 플랜에 가입되어 있으므로, Medicare Part A와 Part B에서 보장하는 의료 서비스에 대해 매년 가입자가 본인 부담금으로 지불해야 하는 금액에는 한도가 있습니다. 이 한도를 의료 서비스에 대한 최대 본인부담금(MOOP)이라고 합니다. 2025년의 경우 이 금액은 \$9,350입니다.

보장 서비스에 대한 코페이먼트 및 공동보험료로 지불하는 금액은 가입자 부담 최대한도액에 산입됩니다. 파트 D 약 구입 시 납부하는 금액은 가입자 부담 최대한도액으로 산입되지 않습니다. 또한 일부 서비스에 대해 지불하는 금액도 가입자 부담 최대한도액에 산입되지 않습니다. 이에 해당하는 서비스는 의료 혜택표에 별표(*)로 표시되어 있습니다. 가입자 부담 최대한도액인 \$9,350에 도달하면 가입자는 해당 연도의 남은 기간에 파트 A 및 파트 B 보장 서비스에 대해 어떠한 본인부담금도 지불하지 않습니다. 그러나 Medicare Part B 보험료는 계속 지불해야 합니다(Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid) 또는 기타 제삼자가 파트 B 보험료를 대신 지불해 주는 경우 제외).

섹션 2 의료 혜택표를 사용하여 보장 사항 찾기**섹션 2.1 플랜 가입자의 의료 혜택**

다음 페이지에 있는 의료 혜택표에는 플랜에서 보장하는 서비스가 수록되어 있습니다. 파트 D 처방약 보장은 5장에 나와 있습니다. 의료 혜택표에 나열된 서비스는 다음과 같은 보장 요건이 충족된 경우에만 보장됩니다:

4 장 의료 혜택표(보장 사항)

- Medicare 및 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid) 보장 서비스는 Medicare 및 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid)에서 정한 보장 지침에 따라 제공되어야 합니다.
- 가입자의 서비스(의료, 서비스, 용품, 장비, 파트 B 처방약 포함)는 의학적으로 필요한 *것이어서야 합니다*. 의학적으로 필요하다는 표현은 서비스, 용품 또는 의약품이 가입자의 의학적 상태에 대한 예방, 진단 또는 치료를 위해 필요하며 일반적으로 인정된 진료 표준에 부합됨을 의미합니다.
- 신규 가입자의 경우, MA 조정 진료 플랜은 최소 90일의 전환 기간을 제공해야 하며, 이 기간 동안 새로운 MA 플랜은 적극적인 치료 과정에 대해서는 그 치료 과정이 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 시작된 서비스에 대한 치료 과정인 경우에도 사전 승인을 요구하지 않을 수 있습니다.
- 가입자에게는 의료를 제공하고 이를 전반적으로 살피는 주치의(PCP)가 있습니다.
- 의료 혜택표에 나열된 서비스 가운데 일부는 의사 또는 기타 네트워크 소속 의료 제공자가 저희로부터 미리 승인(때때로 사전 승인이라고 함)을 받는 *경우에만* 보장됩니다. 사전 승인이 필요한 보장 서비스는 의료 혜택표에서 기울임꼴로 표시되어 있습니다.
- 가입자의 조정 진료 플랜이 치료 과정에 대한 사전 승인 요청을 승인하는 경우, 해당 승인은 해당 보장 기준, 가입자의 병력 및 치료 제공자의 권고에 따라 치료 중단을 피하기 위해 의학적으로 합리적이고 필요한 기간 동안 유효해야 합니다.

보장에 대해 알아 두어야 할 기타 중요 사항:

- 가입자는 Medicare 및 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid) 모두의 보장을 받습니다. Medicare는 의료 서비스 및 처방약을 보장합니다. Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid)은 입원 및 외래 병원 서비스 및 의사 진료실 방문을 위한 Medicare 공제액 및 코페이먼트 또는 공동보험료 금액을 포함한 Medicare 서비스에 대한 비용 분담을 보장합니다. 또한 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid)은 장기 간병, 일부 비처방 약, 가정 및 지역사회 기반 서비스와 같이 Medicare에서 보장하지 않는 서비스도 보장합니다.
- 모든 Medicare 건강 플랜과 마찬가지로, 저희도 Original Medicare에서 보장하는 모든 사항을 보장합니다. (Original Medicare의 보장 및 비용에 대해 자세히 알아보려면 *2025년 Medicare와 여러분* 핸드북을 참조하십시오. 이 핸드북은 www.medicare.gov에서 온라인으로 확인하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 전화하여 사본을 요청하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해야 합니다.)
- Original Medicare에서 무료로 보장하는 모든 질병예방 서비스는 저희도 무료로 보장해 드립니다.
- Medicare가 2025년에 새로운 서비스에 대한 보장을 추가하는 경우, Medicare 또는 저희 플랜에서 이들 서비스를 보장해 드립니다.

4 장 의료 혜택표(보장 사항)

- Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid) 보장 서비스의 경우, Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid)에서 보장하는 전체 혜택 목록은 플랜 혜택 요약서를 참조해 주십시오. 혜택 요약서를 받지 못했다면 가입자 서비스부에 전화하여 사본을 요청해 주십시오. Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid) 보장 서비스에 대한 비용 부담은 해당 시 가입자의 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid) 자격 수준에 따라 결정됩니다.
- 가입자가 저희 플랜의 가입 자격이 계속되는 것으로 간주되는 6개월의 기간 중에 있는 경우, 저희는 모든 Medicare Advantage 플랜 보장 Medicare 혜택을 계속 제공합니다. 하지만 이 기간 중에 Medicare Advantage 플랜은 가입자의 Medicaid 주 플랜에 포함되는 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램 (Medicaid) 혜택의 보장에 대한 책임이 없습니다.

가입자는 위에 설명된 보장 요건을 충족하는 한 혜택표 상에 나열된 서비스에 대한 비용을 지불하지 않습니다.

“추가 지원” 자격을 갖춘 등록자를 위한 중요 혜택 정보:

- 보험료, 공제액 및 본인 부담률과 같은 Medicare 처방약 프로그램 비용을 지불하기 위해 “추가 지원”을 받는 경우, 다른 대상 추가 혜택 및/또는 대상 감소 비용 부담을 받을 자격이 있을 수 있습니다.
- 자세한 내용은 아래 의료 혜택표의 가치 기반 보험 설계(VBID) 행을 참조하십시오.
- 가입자들은 파트 D 의약품에 대한 비용 부담을 없앨 자격이 있습니다. 자세한 내용은 6장을 참조하십시오.

Medicare는 가치 기반 보험 설계 프로그램의 일환으로 WellCare Health Insurance of Arizona, Inc.가 이러한 혜택을 제공하는 것을 승인하였습니다. 이 프로그램을 통해 Medicare는 Medicare Advantage 플랜을 개선할 수 있는 새로운 방법을 시도할 수 있습니다.



의료 혜택표의 질병 예방 서비스 옆에 이 사과 기호가 표시되어 있습니다.

의료 혜택표

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 귀하가 반드시 지불해야 할 금액
<p>Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid) 보장 서비스의 경우, Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid)에서 보장하는 전체 혜택 목록은 플랜 혜택 요약서를 참조해 주십시오. 혜택 요약서를 받지 못했다면 가입자 서비스부에 전화하여 사본을 요청해 주십시오. Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid) 보장 서비스에 대한 비용 부담은 해당 시 가입자의 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid) 자격 수준에 따라 결정됩니다. 귀하의 비용 부담 수준을 확인하려면 해당 주의 Medicaid 기관에 문의해 주십시오.</p>	

4 장 의료 혜택표(보장 사항)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 귀하가 반드시 지불해야 할 금액
<p> 복부 대동맥류 검사</p> <p>위험군에 속하는 분들을 대상으로 선별검사 목적의 초음파 일회 실시. 특정 위험 요인이 있으며 그 요인으로 담당 의사, 의사 보조 인력, 실무 전문 간호사 또는 임상 간호 전문가로부터 진료 의뢰를 받는 경우에만 플랜에서 선별검사를 보장해 줍니다.</p>	<p>이 질병예방 선별검사를 받을 자격이 있는 가입자에게는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.</p>
<p>만성 요통을 위한 침술 치료</p> <p>보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다.</p> <p>Medicare 수혜자는 다음 상황에서 90일 동안 최대 12회의 방문을 제공받습니다:</p> <p>이 혜택에 대하여 만성 요통은 다음과 같이 정의됩니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 12주 이상 지속. • 식별 가능한 조직적 원인이 없는 불특정한 경우(즉 전이성, 염증성, 전염성 질병 등과 관련이 없는 경우) • 수술과 관련이 없음. 그리고 • 임신과 관련이 없음. <p>개선이 확인되는 환자의 경우 여덟 개의 세션이 추가로 보장됩니다. 매년 20개 이하의 침술 치료를 받을 수 있습니다.</p> <p>환자가 호전되지 않거나 퇴행하는 경우 치료를 중단해야 합니다.</p> <p>의료 제공자 요건:</p> <p>의사(사회보장법(법)의 1861(r)(1)에 정의된)는 해당 주의 요건에 따라 침술을 제공할 수 있습니다.</p> <p>의사 보조 인력(PA), 실무 전문 간호사(NP)/임상 간호전문가(CNS)(법 1861(aa)(5)에 확인) 및 보조 의료진은 해당되는 모든 상태 요건을 충족하고 다음을 보유하고 있는 경우 침술을 제공할 수 있습니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 침술 및 한의학 인증 위원회(ACAOM)에서 인가한 학교의 침술 또는 한의학 석사 또는 박사 학위 • 미국의 주, 영토 또는 연방국(즉, Puerto Rico) 또는 	<p>PCP 진료실에서 받은 Medicare 보장 침술에 대해 코페이먼트 \$0.</p> <p>전문의 진료실에서 받은 Medicare 보장 침술에 대한 코페이먼트 \$0. <i>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</i></p> <p>지압사 진료실에서 받은 Medicare 보장 침술에 대한 코페이먼트 \$0. <i>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</i></p>

4 장 의료 혜택표(보장 사항)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 귀하가 반드시 지불해야 할 금액
<p>District of Columbia에서 침술을 시행할 수 있는 현행의, 완전하고, 활성 상태의 무제한 면허</p> <p>침술을 제공하는 보조 의료인은 42 CFR §§ 410.26 및 410.27의 규정에 따라 요구되는 의사, PA 또는 NP/CNS의 적절한 감독을 받아야 합니다.</p>	
<p>기타 질환에 대한 침술</p> <p>또한 당사 플랜은 추가(Medicare 미적용) 침술 서비스를 매년 총 24회까지 제공합니다.</p> <p>대부분의 경우 계약된 의료 제공자를 사용하여 보장 서비스를 받아야 합니다. 이 혜택을 사용하는 방법에 대해 질문이 있는 경우 당사 플랜에 문의하십시오.</p> <p>보장되는 침술 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 새로운 건강 문제 또는 갑작스럽게 새로 재발한 환자를 처음 평가하기 위한 새로운 환자 검사 또는 기존 환자 검사 • 재진 환자 검사(신규 검사 후 3년 이내) • 후속 진료실 방문—침술 서비스 또는 재검사가 포함될 수 있습니다 • 네트워크 소속 다른 의료 제공자의 이차 소견 • 긴급 및 응급 서비스 <p>네트워크 소속 의료 제공자를 찾는 데 도움이 필요하시면 가입자 서비스부에 전화하실 수 있습니다.</p>	<p>보충적(Medicare에서 보장되지 않는) 침술 방문마다 코페이먼트 \$0.* 사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p>

4 장 의료 혜택표(보장 사항)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 귀하가 반드시 지불해야 할 금액
<p>앰블런스 서비스</p> <p>응급 상황이든 비응급 상황이든 관계없이 보장 앰블런스 서비스에는 다른 운송 수단이 개인의 건강을 위험에 빠뜨릴 수 있는</p> <p>의학적 상태를 가진 가입자에게 제공되거나 플랜에서 승인한 경우에만 치료를 제공할 수 있는 가장 가까운 적절한 시설로의 고정익, 회전익 및 지상 앰블런스 서비스가 포함됩니다.</p> <p>보장되는 앰블런스 서비스가 응급 상황에 대한 것이 아니라면, 가입자의 증상으로 인해 다른 교통수단을 사용하면 건강을 위협할 수 있다는 사실 및 앰블런스 이송이 의학적으로 요구된다는 사실을 문서화해야 합니다.</p>	<p>Medicare에서 보장하는 지상 구급차 서비스에 대해 편도 교통편당 코페이먼트 \$0.</p> <p><i>고정익 항공기 및 비응급 수송에는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.</i></p> <p>Medicare에서 보장하는 항공 운송 서비스 편도 교통편당 코페이먼트 \$0.</p> <p><i>고정익 항공기 및 비응급 수송에는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.</i></p> <p>입원 치료를 받는 경우에는 비용분담분이 면제되지 않습니다.</p>
<p>연례 정기 건강 검진</p> <p>연례 건강 선별검사 연례 웰니스 방문에 포함된 서비스에 추가하여 심장, 폐, 복부 및 신경계 검사 그리고 신체 부위(머리, 목, 손발 등)를 의사가 손으로 진료하고 병력/가족력을 상세히 조사하는 것이 포함됩니다.</p>	<p>연례 정기 건강 검진에 대한 코페이먼트 \$0.*</p>
<p> 연례 웰니스 방문</p> <p>파트 B에 12개월 넘게 가입된 경우, 가입자의 현재 건강 및 위험요인에 근거하여 맞춤형 질병예방 플랜을 개발하거나 업데이트하기 위한 연례 웰니스 방문을 실시할 수 있습니다. 저희 플랜은 매년 일회 연례 웰니스 방문을 보장합니다.</p> <p>참고: 첫 번째 연례 웰니스 방문은 <i>Medicare 가입 환영</i> 예방 방문 시점으로부터 12개월 이내에는 실시할 수 없습니다. 그러나 12개월 동안 파트 B에 가입된 이후에는 <i>Medicare 가입 환영</i> 방문을 별도로 하지 않아도 연례 웰니스 방문을 보장받을 수 있습니다.</p>	<p>연례 웰니스 방문에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.</p>

4 장 의료 혜택표(보장 사항)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 귀하가 반드시 지불해야 할 금액
<p> 골밀도 측정</p> <p>유자격 개인(일반적으로 골밀도 손실 위험이나 골다공증 위험이 있는 개인)의 경우, 검진 결과의 의사 판독을 포함하여 골밀도 측정, 골 손실 측정, 골 품질 측정 등을 위한 시술이 의학적으로 필요하다면 24개월마다 또는 더 자주 보장됩니다.</p>	<p>Medicare 보장 골밀도 측정에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.</p>
<p> 유방암 선별검사(유방 조영상)</p> <p>보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 만 35~39세에서 유방 X-레이 투영법 베이스라인 일회 • 40세 이상 여성의 경우 12개월마다 선별검사 유방조영상 일회 • 임상적 유방 검사는 24개월마다 일회 	<p>보장되는 유방 X-레이 투영법 선별검사에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.</p>
<p>심장 재활 서비스</p> <p>운동, 교육 및 상담이 포함된 심장 재활 서비스 종합 프로그램은 일정한 조건을 충족하며 의사의 지시를 받은 가입자를 대상으로 보장됩니다.</p> <p>또한 이 플랜은 일반적인 심장 재활 프로그램보다 더 집중적이거나 강도가 높은 심장 재활 집중 프로그램도 보장해 줍니다.</p>	<p>Medicare 보장 심장 재활 서비스에 대한 코페이먼트 \$0.</p> <p>Medicare 보장 집중 심장 재활 서비스에 대한 코페이먼트 \$0.</p>
<p> 심혈관계 질환 리스크 경감 방문(심혈관계 질환 치료)</p> <p>심혈관계 질환 위험을 낮추기 위해 주치의의 연 일회 방문하는 것을 보장합니다. 이와 같은 방문 시, 담당 의사는 아스피린 사용(적절한 경우)에 대해 논의하고, 혈압을 측정하며, 올바른 영양 섭취를 위한 도움말을 제공합니다.</p>	<p>집중 행동치료 심혈관계 질환 질병예방 혜택에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.</p>
<p> 심혈관계 질환 검사</p> <p>심혈관계 질환(또는 심혈관계 질환의 위험 증가와 관련한 이상 증세)을 발견하기 위한 혈액 검사를 5년(60개월)마다 일회 실시.</p>	<p>5년마다 일회 보장되는 심혈관계 질환 검사에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.</p>

4 장 의료 혜택표(보장 사항)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 귀하가 반드시 지불해야 할 금액
<p> 자궁경부암, 질암 선별검사</p> <p>보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 여성 가입자: 자궁 경부 세포 검사 및 골반 검사가 24개월마다 일회 보장됩니다 • 자궁경부암 또는 질암 고위험군에 속하거나, 가임기 연령에 대항하고 지난 3년 이내에 자궁경부암 검사 결과에 이상이 있었던 경우: 자궁 경부 세포 검사가 12개월에 한 번 보장됩니다. 	<p>Medicare 보장 질병예방 목적의 자궁 경부 세포 검사 및 골반 검사에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.</p>
<p>척추교정 서비스</p> <p>보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 아탈구를 교정하기 위해 손을 사용하여 척추를 치료하는 것만 보장됩니다 	<p>Medicare에서 보장하는 지압요법 서비스에 대해 코페이먼트 \$0. <i>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</i></p>
<p> 대장암 선별검사</p> <p>다음 선별 검사를 보장합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 대장내시경 검사는 최소 또는 최대 연령 제한이 없으며, 위험이 크지 않은 환자의 경우 120개월(10년)에 일 회, 또는 대장암 위험이 크지 않는 환자의 경우 유연한 내시경을 이용한 직장경 검사 후 48개월에 일 회, 그리고 이전에 대장내시경 검사 또는 바륨 관장을 받은 후 고위험 환자의 경우 24개월에 일 회 보장됩니다. • 45세 이상 환자를 위한 유연한 내시경을 이용한 직장경 검사. 환자가 선별 대장내시경 검사를 받은 후 위험이 높지 않은 환자의 경우 120개월마다 일회. 마지막 유연한 내시경을 이용한 직장경 검사 또는 바륨 관장에서 고위험 환자의 경우 48개월에 일 회. • 45세 이상 환자를 위한 선별 대변 잠혈 검사. 12개월마다 일회. • 고위험 기준을 충족하지 않는 45~85세 환자를 위한 다중 표적 대변 DNA. 3년마다 일회. • 고위험 기준을 충족하지 않는 45~85세 환자를 위한 혈액 기반 바이오마커 검사. 3년마다 일회. 	<p>공동보험료가 적용되는 바륨 관장을 제외하고 Medicare 보장 대장암 선별검사에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다. 대장내시경 검사 또는 유연한 내시경 검사 중에 용종이나 기타 조직을 발견하고 제거할 경우 선별검사는 진단검사가 되며 의사 서비스에 대해 코페이먼트 \$0를 지불합니다.</p> <p>Medicare 보장 진단 대장내시경의 경우, 통원 수술 센터 방문 또는 병원 외래 환경에서 적용되는 비용 부담분에 대해서는 이 차트 뒷부분의 “외래 수술”을 참조하십시오.</p>

4 장 의료 혜택표(보장 사항)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 귀하가 반드시 지불해야 할 금액
<ul style="list-style-type: none"> • 바롬 관장은 고위험군 환자를 위한 대장내시경 검사 대안으로, 마지막 선별 바롬 관장 또는 마지막 선별 대장내시경 이후 24개월이 지난 경우에 사용할 수 있습니다. • 바롬 관장은 위험이 크지 않은 45세 이상의 환자들을 위한 유연한 내시경을 이용한 직장경 검사의 대안으로 사용됩니다. 마지막 선별 바롬 관장 또는 유연한 내시경을 이용한 직장경 검사 후 최소 48개월에 일회. <p>대장암 선별 검사에는 Medicare 보장 비침습성 대변 기반 대장암 선별 검사 결과 양성 판정 후의 후속 선별 대장내시경 검사가 포함됩니다.</p>	<p>Medicare 보장 바롬 관장 서비스에 대한 코페이먼트 \$0.</p>
<p>치과 서비스</p> <p>일반적으로, 질병예방 목적의 치과 서비스(치아 세척, 치과 정기 선별검사, 치아 X-레이 등)는 Original Medicare에서 보장하지 않습니다. 그러나 Medicare는 제한된 수의 환경에서, 특히 서비스가 수혜자의 일차 의학적 상태에 대한 특정 치료의 필수 부분인 경우 일부 치과 서비스에 대한 비용을 현재 지불합니다. 몇 가지 예로는 골절 또는 부상 후의 턱 재건, 턱과 관련된 암에 대한 방사선 치료 준비 시 발치 또는 신장 이식 전 구강 검사가 있습니다. 또한 당사는 다음을 보장합니다.</p> <p><u>보충적(즉, 정기적) 치과 서비스</u></p> <p>네트워크 비소속 치과의를 이용하기로 선택할 경우 본인부담금이 더 높아질 수 있습니다. 네트워크 비소속 치과 서비스 제공자는 플랜 지불금을 전액 지불금으로 받기로 계약을 맺지 않았습니다. 플랜이 지불하는 금액보다 더 많은 금액을 청구하는 경우, 코페이먼트가 \$0인 서비스에 대해서도 차액에 대한 책임은 가입자에게 있습니다.</p> <p>모든 네트워크 소속 및 비소속의 종합 치과 서비스에 대해 매년 최대 \$3,000의 플랜 혜택 보조금이 제공됩니다. 혜택 보조금을 초과하는 금액은 가입자가 부담합니다.*</p> <ul style="list-style-type: none"> • 진단 및 예방 치과 진료(보장 서비스에는 다음이 포함됩니다.) 	<p>Medicare에서 보장하는 치과 서비스당 코페이먼트 \$0. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p> <p><u>보충적(즉, 정기적) 치과 서비스</u></p> <p>진단 및 예방 치과 진료</p>

4 장 의료 혜택표(보장 사항)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 귀하가 반드시 지불해야 할 금액
<ul style="list-style-type: none"> ○ 기타 치과 진단 서비스 - 서비스 유형에 따라 매일~1년마다 1회 ○ 기타 예방 치과 서비스 - 서비스 유형에 따라 매일~1년마다 1회 • 종합 치과 진료(보장 서비스에는 다음이 포함됩니다.) ○ 수복 서비스 - 서비스 유형에 따라 12~84개월마다 1회 	<p>네트워크 소속 방문당 기타 치과 진단 서비스에 대해 코페이먼트 \$0.* <i>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</i></p> <p>네트워크 비소속 방문당 기타 치과 진단 서비스에 대한 공동보험료 25%.* <i>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</i></p> <p>네트워크 소속 방문당 기타 예방 치과 서비스에 대해 코페이먼트 \$0.* <i>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</i></p> <p>네트워크 비소속 방문당 기타 예방 치과 서비스에 대한 공동보험료 25%.* <i>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</i></p> <p>종합 치과</p> <p>네트워크 소속 수복 서비스당 코페이먼트 \$0.* <i>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</i></p> <p>네트워크 비소속 수복 서비스당 공동보험료 25%.* <i>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</i></p>

4 장 의료 혜택표(보장 사항)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 귀하가 반드시 지불해야 할 금액
<ul style="list-style-type: none"> ○ 근관치료 - 치아당 1회 ○ 치주치료 - 서비스 유형에 따라 6~36개월마다 1회 ○ 보철 - 탈착식 - 서비스 유형에 따라 6개월~5년마다 1회 	<p>네트워크 소속 근관치료 서비스마다 코페이먼트 \$0.* 사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p> <p>네트워크 비소속 근관치료 서비스마다 공동보험료 25%.* 사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p> <p>네트워크 소속 치주치료 서비스마다 코페이먼트 \$0.* 사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p> <p>네트워크 비소속 치주치료 서비스마다 공동보험료 25%.* 사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p> <p>네트워크 소속 분리형 보철 서비스당 코페이먼트 \$0.* 사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p> <p>네트워크 비소속 탈착식 보철 서비스당 공동보험료 25%.* 사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p>

4 장 의료 혜택표(보장 사항)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 귀하가 반드시 지불해야 할 금액
<ul style="list-style-type: none"> ○ 보철 - 고정형 - 7년마다 1회 ○ 구강/악안면 수술 - 평생 1회 ○ 부가 일반 서비스 - 매년 무제한 	<p>네트워크 소속 고정형 보철 서비스당 코페이먼트 \$0.* 사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p> <p>네트워크 비소속 고정형 보철 서비스당 공동보험료 25%.* 사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p> <p>네트워크 소속 구강/상악안면수술 서비스당 코페이먼트 \$0.* 사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p> <p>네트워크 비소속 구강/상악안면수술 서비스당 공동보험료 25%.* 사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p> <p>네트워크 소속 부가 일반 서비스당 코페이먼트 \$0.* 사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p> <p>네트워크 비소속 부가 일반 서비스당 공동보험료 25%.* 사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p>

4 장 의료 혜택표(보장 사항)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 귀하가 반드시 지불해야 할 금액
<p>서비스를 받기 전, 가입자는 선택 가능한 치료 종류에 대해 치과 정기 서비스에 참여하는 의료 제공자와 상의할 것을 권장합니다. 치료는 플랜 연도에 플랜이 보장하는 동안 시작되고 종료되어야 합니다. 이 플랜에서 보장되지 않는 치과 서비스 비용은 가입자가 부담합니다.</p> <p>의료 제공자를 찾는 방법, 청구를 제기하거나 추가 정보를 찾는 방법에 대한 문의사항은 가입자 서비스부에 전화하십시오. 보장 시술 세부 목록을 포함한 추가 치과 보장 정보도 당사 웹사이트에서 확인할 수 있습니다.</p> <p>www.wellcare.com/ohana를 방문하여 웹페이지 상단의 “가입자” 메뉴를 확장하고 “Medicare”에서 플랜 찾기를 선택합니다. Medicare 플랜을 선택하고 우편번호를 입력한 후 검색을 누르십시오. 목록에서 Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)를 찾아 내 플랜 상세 정보 보기로 이동을 클릭합니다. 본 플랜에 대한 치과 혜택 상세 정보를 찾으려면 플랜별 문서 섹션을 확인합니다.</p> <p>참고: 정기적인 치과 서비스에 대한 보장은 이 플랜에서 보충적으로 제공하는 혜택입니다. Medicare 및 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid)은 이러한 서비스에 대해 가입자의 비용 부담금을 지불하지 않습니다.</p> <p>Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid)에 등록된 가입자들 역시 주의 이러한 보충적인 치과 서비스의 이차 보장 자격 대상이 될 수 있습니다. 치과 서비스를 받기 전, 의료 제공자에게 Medicaid를 이차 지불자로 하여 청구하는 것이 가능한지 여부를 문의하십시오. 의료 제공자에게 귀하의 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid) ID 카드를 반드시 보여주십시오.</p>	
<p> 우울증 선별검사</p> <p>우울증 선별검사가 매년 일회 보장됩니다. 우울증 선별검사는 반드시 후속 치료 및/또는 진료 의뢰를 제공할 수 있는 일차 의료기관에서 실시되어야 합니다.</p>	<p>연례 우울증 선별검사 방문에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.</p>

4장 의료 혜택표(보장 사항)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 귀하가 반드시 지불해야 할 금액
<p> 당뇨병 선별검사 가입자에게 다음과 같은 위험 요인이 있는 경우, 저희 플랜에서 당뇨병 선별검사(공복 혈당 검사 포함)가 보장됩니다: 고혈압, 고콜레스테롤 및 고지혈증(이상지질혈증), 비만 또는 고혈당 병력을 보장해 드립니다. 또한 가입자가 과체중이며 가족 병력 중에 당뇨병이 있는 등 기타 요건에 부합하는 경우에도 검사가 보장될 수 있습니다.</p> <p>가장 최근의 당뇨병 선별검사일 이후 12개월마다 최대 이 회의 당뇨병 선별검사를 받을 자격이 있을 수 있습니다.</p>	<p>Medicare에서 보장하는 당뇨병 선별검사에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.</p>
<p> 당뇨병 자가관리 교육, 당뇨병 관련 서비스 및 용품 당뇨병이 있는 모든 분(인슐린 사용자와 비사용자 모두 포함). 보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 혈당 모니터링 용품: 혈당 모니터, 혈당 검사용 스트립, 채혈기 및 채혈침 그리고 검사용 스트립과 모니터의 정확성을 확인해 주는 혈당 조절 솔루션. • 당뇨병성 족부 질환이 있는 당뇨병 환자: 달력일 기준으로 일 년마다 치료용 맞춤 신발 한 켤레(해당 신발과 함께 제공되는 삽입물 포함) 및 삽입물 두 쌍 추가 또는 깊이가 깊은 신발 한 켤레 및 삽입물 세 쌍(해당 신발과 함께 제공되며 맞춤 제작되지 않은 탈착식 삽입물은 비포함). 신발에 대한 적합성 확인 즉 피팅도 보장됩니다. • 당뇨병 자가관리 교육은 다음과 같은 조건 하에서 보장됩니다. <p>Lifescan의 OneTouch® 제품은 저희 플랜이 선호하는 당뇨병 검사 용품입니다(혈당 모니터 및 검사용 스트립). 우대 당뇨병 검사 용품 목록에 있는 품목에 대한 자세한 내용은 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.</p> <p>이 플랜에서 우대하는 당뇨 관련 용품 이외의 제품을 사용하고자 할 경우, 담당 의사에게 문의하여 새 처방전을 받거나 비지정 혈당 모니터 및 검사용 스트립에 대한 사전 승인을 요청해야 합니다.</p>	<p>Medicare 보장 당뇨병 모니터링 용품에 대한 코페이먼트 \$0. <i>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</i></p> <p>중증 당뇨병성 족부질환이 있는 당뇨병 환자를 위한 Medicare에서 보장하는 치료용 신발 또는 삽입물에 대해 코페이먼트 \$0. <i>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</i></p> <p>Medicare에서 보장하는 당뇨병 자가관리 훈련에 대해 코페이먼트 \$0.</p>

4 장 의료 혜택표(보장 사항)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 귀하가 반드시 지불해야 할 금액
<p>내구성 의료 장비(DME) 및 관련 용품 (내구성 의료 장비에 대한 용어 정의를 보시려면, 이 문서의 12장 및 3장 섹션 7을 참조하십시오.)</p> <p>보장되는 품목은 다음을 포함하지만 이에 국한되지 않습니다. 휠체어, 목발, 전동 매트리스 시스템, 당뇨 관련 용품, 가정에서 사용하기 위해 공급자가 주문한 병원 침상, IV 주입 펌프, 음성 생성 장치, 산소 장비, 분무기 및 보행기.</p> <p>Original Medicare에서 보장되며 의학적으로 필요한 모든 DME를 보장해 드립니다. 가입자 지역에 위치한 저희 공급업체가 특정 브랜드 또는 특정 제조자의 제품을 구비하고 있지 않은 경우, 특별 주문을 할 수 있는지 문의할 수 있습니다. 가장 최근에 작성된 공급업체 목록은 저희 웹사이트 www.2025wellcaredirectorries.com에서 보실 수 있습니다.</p>	<p>사전 승인이 필요할 수 있습니다. Medicare에서 보장하는 내구성 의료 장비에 대해 코페이먼트 \$0.</p> <p>사전 승인이 필요할 수 있습니다. Medicare에서 보장하는 의료용품에 대해 코페이먼트 \$0.</p> <p>Medicare 산소 장비 보장에 대한 귀하의 비용 부담분은 36개월마다 코페이먼트 \$0입니다. 귀하의 비용부담분은 가입 후 36개월 동안 변경되지 않습니다. 저희 플랜에 가입하기 전에 산소 장비 보장에 대한 36개월의 대여료를 납부했다면, 저희 플랜에서 가입자의 비용 부담분은 코페이먼트 \$0입니다.</p>
<p>응급 진료</p> <p>응급 치료는 다음과 같은 서비스를 지칭합니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 응급 서비스 제공 자격을 갖춘 의료 제공자가 제공하는 서비스, 그리고 • 응급 의료 상태를 평가하거나 안정화하는 데 필요한 서비스. <p>의료적 응급 상황이란 가입자 또는 평균 수준의 의료 지식을 가진 기타 신중한 일반인이 사망(및 임신한 여성인 경우 태아의 사망), 팔다리의 손실 또는 팔다리 기능의 손실을 막기 위해 즉시 치료가 필요한 의학적 증상이 가입자에게 있다고 믿는 때를 의미합니다. 이러한 의학적 증상은 질병, 부상, 심한 통증 또는 급속히 악화되는 의학적 상태일 수 있습니다.</p> <p>네트워크 외부에서 제공하는 필요한 응급 서비스에 대한 비용부담분은 네트워크 내에서 제공되는 서비스와 동일합니다.</p>	<p>Medicare에서 보장하는 응급실 방문에 대해 코페이먼트 \$0.</p> <p>네트워크 비소속 병원에서 응급 치료를 받고 응급 상황이 안정화된 후에 입원 치료가 필요한 경우, 치료를 계속 보장받으려면 네트워크 소속 병원으로 돌아가거나 플랜이 승인한 네트워크 비소속 병원에서 입원환자 치료를 받아야 하며 가입자의 비용은 네트워크 소속 병원에서 납부하는 비용 부담금입니다.</p>

4 장 의료 혜택표(보장 사항)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 귀하가 반드시 지불해야 할 금액
<p>미국 이외 국가에서의 응급 서비스는 보장됩니다.</p>	<p>미국 이외 지역에서 응급 서비스에 대해 코페이먼트 \$110.* 같은 질환에 대해 24시간 내에 병원에 입원해도 가입자는 이 금액을 지불합니다. 미국 이외 지역에서 응급 서비스 또는 긴급하게 필요한 서비스를 받는 경우, 매년 최대 \$50,000까지 보장됩니다.</p>
<p> 건강 및 웰니스 교육 프로그램</p> <ul style="list-style-type: none"> 간호사 상담 라인 <p>숙련된 임상 의사가 무료 전화 상담 및 간호사 상담을 제공합니다. 건강 관련 질문에 대한 도움이 필요한 경우 주 7일, 하루 24시간 언제든지 간호사 상담 라인을 이용하실 수 있습니다. 간호사 상담 라인 연결을 위해 가입자 서비스부에 전화를 걸어 간호사 상담 라인으로 연락할 수 있습니다.</p>	<p>간호사 상담 라인에 대한 코페이먼트 \$0.*</p>

4 장 의료 혜택표(보장 사항)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 귀하가 반드시 지불해야 할 금액
<p>• 피트니스 혜택</p> <p>당사 플랜은 전국의 피트니스 장소를 이용할 수 있는 피트니스 프로그램을 제공합니다.</p> <p>활동적이고 건강한 생활 방식을 지원하기 위해 다음 기능을 무료로 이용할 수 있습니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 피트니스 센터 멤버십: 피트니스 네트워크에 참여하는 다수의 대면 피트니스 센터 중에서 선택하실 수 있습니다. ○ 가정용 피트니스 키트: 웨어러블 피트니스 트래커를 포함한 다양한 가정용 피트니스 키트 중에서 선택할 수 있습니다. 일 년에 최대 1개의 키트를 받을 수 있습니다. ○ 디지털 피트니스 프로그램: 전자 도서관에서 수 천개의 온디맨드 운동 비디오 중에서 선택하십시오. ○ 1:1 웰빙 코칭 프로그램 ○ 웰빙 클럽: 기사, 비디오, 라이브 스트리밍 클래스 및 이벤트 등 관심 분야 및 목표에 맞게 제공되는 리소스를 검색합니다. <p>피트니스 혜택에 관한 자세한 정보는 가입자 서비스부로 전화해 주십시오.</p>	<p>피트니스 혜택에 대한 코페이먼트 \$0.*</p>
<p>청력 서비스</p> <p>가입자에게 의학적 치료가 필요한지 판단하기 위해 의사, 청력학자 또는 기타 유자격 의료 제공자가 진단 목적의 청력 및 균형감각 평가를 외래 진료로서 수행하는 경우 이를 보장합니다.</p> <p>또한 저희 플랜에서는 다음과 같은 보충적(즉, 정기적) 청력 서비스도 보장해 드립니다.</p>	<p>Medicare 보장 청력 검사에 대한 코페이먼트 \$0. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p> <p>보충적(즉, 정기적) 청력 서비스:</p>

4 장 의료 혜택표(보장 사항)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 귀하가 반드시 지불해야 할 금액
<ul style="list-style-type: none"> • 매년 정기적인 청력 검사 1회. • 매년 보청기 적합성 확인 및 피팅 1회. • 매년 귀 하나당 최대 \$500의 비이식형 보청기 1개. 매년 2개 비이식형 보청기로 제한됨. 혜택에는 1년 공급 배터리의 손실 및 손상을 포함한 3년 보증이 포함됩니다. <p>위의 혜택 최대치를 초과하는 모든 보청기 비용은 사용자의 책임입니다. 추가 보청기는 보장되지 않습니다.</p> <p>플랜에서 보장하는 전체 청각 보험 혜택을 받으려면 벤더 네트워크 내 참여 의료 제공자로부터 정기적 청각 서비스를 받아야 합니다.</p> <p>청력 관련 공급업체의 연락처 정보 및 혜택에 대한 자세한 내용은 가입자 서비스부로 전화해 주십시오.</p> <p>참고: 정기적 청력 서비스에 대한 보장은 이 플랜에서 보충적으로 제공하는 혜택입니다. Medicare 및 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid)은 이러한 서비스에 대해 가입자의 비용 부담금을 지불하지 않습니다.</p>	<p>매년 정기적인 청력 검사 1회에 대한 코페이먼트 \$0.* <i>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</i></p> <p>매년 보청기 적합성 확인 및 피팅 1회에 대한 코페이먼트 \$0.* <i>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</i></p> <p>매년 보청기 2개에 대해 코페이먼트 \$0.* <i>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</i></p>
<p> HIV 선별검사</p> <p>HIV 선별검사를 요청하는 분 또는 HIV 감염 위험이 높은 분에 대해 다음 사항이 보장됩니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 12개월마다 선별검사 일회 <p>임신 중인 여성에 대해 다음 사항이 보장됩니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 임신 중에는 선별검사 최대 삼 회 	<p>Medicare 보장 HIV 질병예방 선별검사 자격을 갖춘 가입자에게는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.</p>

4 장 의료 혜택표(보장 사항)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 귀하가 반드시 지불해야 할 금액
<p>가정 간호 기관 케어</p> <p>가정간호 서비스를 받기 전, 가입자에게 가정간호 서비스가 필요하다는 사실을 의사가 반드시 확인해 주어야 하며 의사가 가정간호 기관에게 가정간호 서비스를 제공할 것을 지시해야 합니다. 가입자는 외출을 하려면 힘이 많이 드는 이유로 주로 집에서 지내야 하는 칩거 상태여야 합니다.</p> <p>보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함되며 이에 국한하지 않습니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 파트타임 또는 간헐적인 전문요양 및 가정 간호 도우미 서비스(가정 간호 혜택 보장을 받으려면 전문요양 및 가정 간호 도우미 서비스를 합한 총 시간이 하루 8시간 및 주당 35시간 미만이어야 함) • 물리 치료, 직업 치료, 언어 치료 • 의료 및 사회 복지 서비스 • 의료 장비 및 용품 	<p>Medicare 보장 가정 건강 기관의 관리 서비스마다 코페이먼트 \$0. <i>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</i></p>
<p>가정 주입 요법</p> <p>가정 투여 요법은 가정에서 개인에게 약이나 생물학적 제제를 정맥 또는 피하로 투여하는 것을 포함합니다. 가정 약물 투약을 수행하는 데 필요한 구성 요소에는 의약품(예: 항바이러스, 면역 글로블린), 장비(예: 펌프), 용품(예: 튜브 및 카테터)이 포함됩니다.</p> <p>보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함되며 이에 국한하지 않습니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 간호 서비스를 포함한 전문 진료는 관리 플랜에 따라 제공됩니다. • 별도로 보장되지 않는 환자 훈련 및 교육 내구성 의료 장비 혜택 하에 제공 • 원격 모니터링 • 유자격 가정 약물 투약 공급업체가 제공하는 가정 약물 투약 및 의약품 공급을 위한 모니터링 서비스 	<p>간호 서비스, 훈련 및 교육, 원격 모니터링 및 모니터링 서비스를 포함한 주치의(PCP)의 전문 서비스에 대한 코페이먼트 \$0.</p> <p>간호 서비스, 훈련 및 교육, 원격 모니터링 및 모니터링 서비스를 포함한 전문의의 전문 서비스에 대한 코페이먼트 \$0. <i>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</i></p>

4장 의료 혜택표(보장 사항)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 귀하가 반드시 지불해야 할 금액
	<p>자가 투여 요법 장비 및 용품은 내구성 의료 장비(DME) 혜택에 따라 보장됩니다. 비용 분담 정보는 “내구성 의료 장비(DME) 및 관련 용품” 섹션을 참조하시기 바랍니다.</p> <p>자가 투여 요법 약물은 Medicare Part B 처방약 혜택에 따라 보장됩니다. 비용 분담 정보는 “Medicare Part B 처방약” 섹션을 참조하시기 바랍니다.</p>
<p>호스피스 간호</p> <p>의사 및 호스피스 의사로부터 현재 말기 질환 상태이며 해당 질환이 정상 속도로 진행될 경우 생존 기간이 6개월 이내일 것으로 확인받은 경우 호스피스 혜택을 이용할 자격이 있습니다. Medicare 공인 호스피스 프로그램의 관리를 받을 수 있습니다. 귀하의 플랜은 MA 기관이 소유, 관리하거나 재정적 관련이 있는 해당 프로그램을 비롯하여 플랜의 서비스 지역에 있는 Medicare 공인 호스피스 프로그램을 찾을 수 있도록 가입자를 지원할 의무가 있습니다. 호스피스 의사는 네트워크 소속 의료 제공자 또는 네트워크 비소속 의료 제공자 모두 다 가능합니다.</p> <p>보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 증상 조절용 및 통증 완화용 약품 • 단기 임시 간호 서비스 • 홈 의료 	<p>Medicare 공인 호스피스 프로그램에 등록된 경우, 호스피스 서비스, 그리고 말기 예후와 관련된 파트 A 또는 파트 B 서비스는 저희 플랜이 아니라 Original Medicare에서 비용을 부담합니다.</p> <p>호스피스 상담 서비스에 의사 서비스 비용 분담이 적용될 수 있습니다. 비용 분담에 대한 자세한 내용은 이 표의 “의사/개업의 서비스” 섹션을 참조하십시오.</p>

4 장 의료 혜택표(보장 사항)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 귀하가 반드시 지불해야 할 금액
<p><u>호스피스 서비스 그리고 Medicare Part A 또는 B에서 보장되며 말기 예후와 관련된 서비스:</u> (저희 플랜이 아니라) Original Medicare에서 말기 예후와 관련된 호스피스 서비스에 대해 호스피스 의료 제공자에게 비용을 부담합니다. 가입자가 호스피스 프로그램에 있는 동안, 호스피스 의료 제공자는 Original Medicare가 비용을 부담하는 서비스에 대해 Original Medicare로 비용을 청구합니다. Original Medicare 비용 부담분이 가입자에게 청구됩니다.</p> <p><u>Medicare Part A 또는 B에서 보장되며 말기 예후와 관련이 없는 서비스:</u> Medicare Part A 또는 B에서 보장되며 말기 예후와 관련이 없는 서비스로서 긴급하게 필요하지 않은 비응급 서비스가 필요한 경우, 해당 서비스에 대해 가입자가 부담하는 비용은 가입자가 플랜의 네트워크 소속 의료 제공자를 이용하고 플랜 규칙(사전 승인 획득 요건 등)을 따르는지에 따라 달라집니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 네트워크 소속 의료 제공자로부터 보장 서비스를 받고 서비스를 위해 플랜 규칙을 따르는 경우, 네트워크 소속 서비스에 대해 플랜의 비용분담분만 지불하면 됩니다. • 반면, 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 보장 서비스를 받는 경우, 가입자는 행위별 수가제 Medicare (Original Medicare) 하에서의 비용분담분을 지불합니다. <p><u>저희 플랜에서는 보장되나 Medicare Part A 또는 B에서는 보장되지 않는 서비스의 경우:</u> 저희 플랜에서는 가입자의 말기 예후와 관련이 있는지의 여부에 관계없이 저희 플랜에서 보장되나 파트 A 또는 B에서는 보장되지 않는 서비스를 계속 보장해 드립니다. 이들 서비스에 대해 플랜의 비용분담분을 지불하면 됩니다.</p>	

4 장 의료 혜택표(보장 사항)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 귀하가 반드시 지불해야 할 금액
<p><u>플랜의 파트 D 혜택에서 보장될 수 있는 약품의 경우:</u> 이러한 약이 말기 호스피스 상태와 관련이 없는 경우 비용 부담분을 지불합니다. 만약 의약품이 가입자의 말기 호스피스 상태와 관련이 있다면 가입자는 Original Medicare 비용 부담액을 지불합니다. 약의 경우, 호스피스 및 저희 플랜에서 결코 동시에 보장되지 않습니다. 자세한 정보는 5장의 섹션 9.4(<i>Medicare 공인 호스피스에 입소해 있는 경우에는 어떻게 해야 할까요?</i>)를 참조하시기 바랍니다.</p> <p>참고: 호스피스 이외의 치료 (말기 예후와 관련되지 않은 치료)가 필요한 경우, 해당 서비스를 받기 위해 저희에게 연락하셔야 합니다.</p> <p>저희 플랜에서는 호스피스 혜택을 선택하지 않은 말기 환자에게 호스피스 상담 서비스(일회만 가능) 제공을 보장해 드립니다.</p>	
<p> 예방 접종</p> <p>Medicare Part B 보장 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 폐렴 백신 • 독감/인플루엔자 예방 주사(또는 백신), 가을과 겨울 매 독감/인플루엔자 시즌마다 일회, 의학적으로 필요한 경우 추가 독감/인플루엔자 예방 주사(또는 백신) • B형 간염 고위험군 또는 중위험군에 속한 가입자에 대해 B형 간염 백신 • COVID-19 백신 • 감염 위험성이 있으며 Medicare Part B 보장 규정을 충족하는 기타 백신 <p>또한 저희는 파트 D 약 혜택 하에서 대부분의 기타 성인 백신을 보장해 드립니다.</p> <p>당사의 플랜은 대부분의 성인 파트 D 백신을 19세 이상의 가입자에게 무료로 제공합니다.</p>	<p>폐렴, 인플루엔자, B형 간염 및 COVID-19 백신에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.</p> <p>다른 Medicare 보장 예방접종의 경우(위험에 노출되었으며 Medicare Part B 보장 규칙을 충족하는 경우), 해당 비용 부담에 대해서는 이 표의 Medicare Part B 처방약 섹션을 참조해 주십시오. 일부 파트 B 약품은 보장을 받으려면 예비 승인을 받아야 합니다.</p>

4 장 의료 혜택표(보장 사항)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 귀하가 반드시 지불해야 할 금액
<p>입원 치료</p> <p>급성 환자 입원치료, 입원 환자 재활, 장기 간병 병원 및 기타 유형의 입원 서비스가 포함됩니다. 입원 치료는 가입자가 의사의 지시로 정식으로 병원에 입원하는 날부터 시작됩니다. 퇴원하기 전날이 마지막 입원일입니다.</p> <p>Medicare에서 보장하는 입원환자의 입원은 90일 동안 보장됩니다.</p> <p>보장 서비스에는 다음이 포함되며 이에 국한되지 않습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 준개인 입원실(또는 의학적으로 필요한 경우, 개인 입원실) • 특별식을 포함한 식사 • 일반 간호 서비스 • 특별 치료실 비용(집중치료실 또는 관상동맥 질환 치료실 등) • 의약품 및 약물 • 검사실 검사 • X-레이 및 기타 방사선 서비스 • 필요한 수술용품 및 의료용품 • 휠체어와 같은 장비의 사용 • 수술실 및 회복실 비용 • 물리치료, 작업치료 및 언어치료 • 입원환자 약물 사용 장애 서비스 	<p>Medicare에서 보장하는 입원에 대해 입원 일 회당:</p> <p>병원 입원당 코페이먼트 \$0. 최대 입원 일수 하루당 코페이먼트 \$0.</p> <p>최대 입원 일수란 가입자의 입원 기간이 이 플랜에서 보장된 일수를 초과할 경우 플랜에서 비용을 부담해 주는 초과일을 의미합니다.</p> <p>가입자는 평생 동안 총 60 예비일을 사용할 수 있습니다. 응급 상황이 안정화된 후에 네트워크 비소속 병원에서 허가된 입원 치료를 받을 경우, 가입자는 네트워크 소속 병원에 납부해야 할 비용분담분만큼만 부담하면 됩니다.</p> <p><i>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</i></p>

4 장 의료 혜택표(보장 사항)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 귀하가 반드시 지불해야 할 금액
<ul style="list-style-type: none"> • 특정한 조건 하에서, 다음과 같은 유형의 이식이 보장됩니다 - 각막, 신장, 신장-체장, 심장, 간, 폐, 심장/폐, 골수, 줄기세포 및 장/복합장기 이식. 이식이 필요한 경우, 저희는 Medicare의 승인을 받은 이식센터에 가입자 케이스 검토를 의뢰하고 이식 수술 후보가 될 수 있는지 판단하도록 조치합니다. 이식 의료 제공자는 서비스 지역 내에 있을 수도, 외에 있을 수도 있습니다. 네트워크 소속 이식 서비스가 커뮤니티 치료 패턴을 벗어나는 경우 인근 지역에 있는 이식 수술 제공자가 Original Medicare 보상을 인정하는 한 인근 또는 먼 지역에 있는 이식 수술 제공자 중에서 선택할 수 있습니다. 저희 플랜이 가입자 커뮤니티에서 이식에 대한 치료 패턴을 벗어나는 위치에서 이식 서비스를 제공하며 가입자가 이러한 먼 지역에서 이식 수술을 받기로 선택하는 경우, 저희는 가입자 본인과 동행인에게 적절한 숙박 및 교통을 마련해 드리거나 숙박비, 교통비를 보상해 드립니다. • 혈액 – 보관 및 주입 포함. 전혈 및 농축 적혈구에 대한 보장은 필요한 첫 번째 농축 적혈구부터 적용됩니다. 혈액의 다른 모든 성분은 처음 사용된 파인트부터 보장됩니다. • 의사 서비스 <p>참고: 가입자가 입원을 하려면 의료 제공자가 가입자를 정식으로 입원시켜야 한다는 지시서를 작성해야 합니다. 하룻밤 동안 병원에서 지내더라도 외래 환자로 간주되는 경우도 있습니다. 본인이 입원 환자인지 외래 환자인지 불확실한 경우에는 병원 직원에게 물어보아야 합니다.</p> <p>또한 자세한 정보를 원하시면 Medicare 팩트시트 <i>당신은 외래 환자입니까, 입원 환자입니까? Medicare 가입자인 경우, 주저 말고 질문하십시오!</i> 이 팩트시트는 웹 사이트 https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf를 방문하거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)번으로 전화하여 확인할 수 있습니다. TTY 사용자를 위한 전화번호는 1-877-486-2048번입니다. 주 7일, 하루 24시간 언제든지 연락하실 수 있습니다.</p>	

4장 의료 혜택표(보장 사항)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 귀하가 반드시 지불해야 할 금액
<p>정신과 병원 입원 서비스</p> <p>보장되는 서비스에는 입원을 요하는 정신건강 관리 서비스가 포함됩니다.</p> <p>Medicare 보장 입원은 입원당 90일 동안 보장됩니다.</p> <p>정신병원에서 제공하는 입원 환자 정신건강 서비스에 대해 평생 동안 190일 한도가 적용됩니다. 190일 제한은 종합 병원의 정신 병동에서 제공되는 입원환자 정신 건강 관리에는 적용되지 않습니다. 당사 플랜에 가입하기 전에 190일 Medicare 평생 혜택 중 일부를 사용했다면 평생 일수의 나머지만 받을 수 있습니다.</p>	<p>Medicare에서 보장하는 입원에 대해 입원 일 회당:</p> <p>정신건강 관리 입원당 코페이먼트 \$0.</p> <p>최대 입원 일수 하루당 코페이먼트 \$0. 최대 입원 일수란 가입자의 입원 기간이 이 플랜에서 보장된 일수를 초과할 경우 플랜에서 비용을 부담해 주는 초과일을 의미합니다. 가입자는 평생 동안 총 60 예비일을 사용할 수 있습니다.</p> <p><i>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</i></p> <p>응급 상황이 안정화된 후에 네트워크 비소속 병원에서 허가된 입원 치료를 받을 경우, 가입자는 네트워크 소속 병원에 납부해야 할 비용분담분만큼만 부담하면 됩니다.</p>

4 장 의료 혜택표(보장 사항)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 귀하가 반드시 지불해야 할 금액
<p>입원 치료: 보장되지 않는 입원 치료 동안 병원 또는 SNF에서 받은 보장되는 서비스</p> <p>입원 혜택을 다 사용했거나 입원의 합당성 및 필요성이 없는 경우, 당사는 입원에 대해 보장해 드리지 않습니다. 그러나 일부 경우에 한해, 병원 또는 전문요양시설(SNF)에서 지내는 동안 받은 특정 서비스에 대해 보장해 드립니다. 보장 서비스에는 다음이 포함되며 이에 국한되지 않습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 의사 서비스 • 진단 목적의 검사 (임상실험실 검사 등) • 방사선 기사 자료 및 서비스를 포함한 X-레이, 라듐 및 동위원소 치료 • 외과적 드레싱 • 골절, 탈구를 줄이기 위해 사용하는 부목, 석고 붕대 및 기타 장치 • 내장기관 (인접 조직 포함)의 전부나 일부, 또는 영구적으로 기능을 상실했거나 잘못 기능하는 내장기관의 전부나 일부를 대체하는 보철 장치 및 보조기 (치과용은 제외)로, 이러한 장치의 교체 또는 수리가 포함됨 • 다리, 팔, 허리 및 목 보호대; 트러스, 인조 다리, 팔 및 눈. 여기에는 손상, 마모, 손실 또는 환자의 신체 조건 상 변화로 인해 요구되는 조정, 수리, 교체가 포함됨 • 물리 치료, 언어 치료, 작업 치료 	<p>나열된 서비스는 특정 서비스에 대한 혜택표에 표시된 비용분담분으로 계속 보장됩니다.</p>

4 장 의료 혜택표(보장 사항)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 귀하가 반드시 지불해야 할 금액
<p> 의료적 영양 치료</p> <p>이 혜택은 담당 의사가 주문했을 때 당뇨병 환자, 신장질환 환자(단, 투석 환자는 제외), 또는 신장 이식을 받은 환자에게 제공됩니다.</p> <p>Medicare (저희 플랜, 기타 모든 Medicare Advantage 플랜, 또는 Original Medicare 포함) 하에서 임상 영양 치료를 받는 첫 해 동안에는 총 3시간, 이후에는 매년 총 2시간의 일대일 상담 서비스를 보장해 드립니다. 가입자의 증세, 치료 또는 진단 상에 변화가 있을 경우, 의사로부터 지시서를 받아 치료 시간을 늘릴 수 있습니다. 달력 기준으로 다음 년도에도 치료가 필요한 경우에는 의사가 반드시 해당 서비스를 처방하고 지시서를 매년 갱신해야 합니다.</p>	<p>Medicare 보장 임상 영양 치료 서비스 자격을 갖춘 가입자에게는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 없습니다.</p>
<p> Medicare 당뇨병 예방 프로그램(MDPP)</p> <p>MDPP 서비스는 모든 Medicare 건강 플랜에서 자격 있는 Medicare 수혜자에 대해 보장됩니다.</p> <p>MDPP는 체중 감소와 건강한 라이프스타일을 유지하기 위한 과제를 극복하기 위해 장기적인 식이 변화, 신체 활동 증가 및 문제 해결 전략에 대한 실용적인 훈련을 제공하는 구조적인 건강 행동 변화 중재 프로그램입니다.</p>	<p>MDPP 혜택의 경우 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.</p>

4 장 의료 혜택표(보장 사항)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 귀하가 반드시 지불해야 할 금액
<p>Medicare Part B 처방약</p> <p>이들 약품은 Original Medicare의 파트 B에서 보장됩니다. 당사 플랜의 가입자는 플랜을 통해 이들 약에 대한 보장을 받습니다. 보장되는 약에는 다음 사항이 포함됩니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 일반적으로 환자가 자가 투여하지 않는 약품의 경우, 의사, 병원 외래 또는 통원 수술 센터 서비스를 받는 동안에 주사 또는 주입됩니다. • 내구성 의료 장비 품목(의학적으로 필요한 인슐린 펌프 등)을 통해 제공되는 인슐린 • 이 플랜에서 허가 받은 내구성 의료 장비(분무기 등)를 사용하여 복용하는 기타 의약품 • 알츠하이머 약물인 Leqembi®(제네릭명 레카네맵)을 정맥주사로 투여합니다. 약 비용 외에도 치료 전 및/또는 치료 중에 추가 스캔 및 검사가 필요할 수 있으며 이로 인해 전체 비용이 추가될 수 있습니다. 치료의 일환으로 어떤 스캔과 검사가 필요한지 담당 의사와 상담하십시오. • 혈우병이 있는 경우 직접 자가 주사해야 하는 혈액 응고 인자 • 이식 및 면역억제 약물: Medicare는 Medicare가 장기 이식 비용을 지불한 경우 이식 약물 치료를 보장합니다. 보장되는 이식 시점에 파트 A에 가입되어 있어야 하며, 면역억제제를 받을 때 파트 B에 가입되어 있어야 합니다. 파트 B에서 면역억제제를 보장하지 않는 경우 Medicare 의약품 보장(파트 D)에서 보장한다는 점을 명심하십시오. • 외출이 불가능하고 의사가 진단한 골절이 폐경 후 골다공증과 관련이 있으며 약물을 자가 투여할 수 없는 경우, 주사형 골다공증 약물 	<p>다음과 같은 일부 의약품의 경우 단계 치료의 적용을 받을 수 있습니다.</p> <p>Medicare Part B 인슐린 약</p> <p>Medicare에서 보장하는 파트 B 인슐린 약에 대한 코페이먼트 \$0. 인슐린 비용 분담은 인슐린 일 개월 분에 대한 \$35의 코페이먼트 한도에 따라 달라집니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p> <p>기타 Medicare Part B 의약품</p> <p>기타 Medicare에서 보장하는 파트 B 약에 대한 코페이먼트 \$0. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p>

4 장 의료 혜택표(보장 사항)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 귀하가 반드시 지불해야 할 금액
<ul style="list-style-type: none"> • 일부 항원: Medicare는 의사가 항원을 준비하고 적절한 교육을 받은 사람(귀하일 수 있는 환자)이 적절한 감독 하에 항원을 제공하는 경우 이를 보장합니다. • 특정 경구용 항암제: Medicare는 동일한 약을 주사형으로 이용할 수 있거나 해당 약이 주사형 약의 전구약물(섭취 시 주사형 약에서 발견되는 것과 동일한 활성 성분으로 분해되는 경구 형태의 약)인 경우 경구로 복용하는 일부 구강암 약을 보장합니다. 새로운 구강암 약물이 출시되면 파트 B에서 이를 보장할 수 있습니다. 파트 B가 이를 보장하지 않는 경우, 파트 D가 보장함 • 경구용 항구토제: Medicare는 화학요법 전, 화학요법 시 또는 화학요법 후 48시간 이내에 투여되거나 정맥주사용 항구토제의 완전한 치료 대체제로 사용되는 경우 항암 화학요법의 일환으로 사용하는 경구용 항구토제를 보장합니다. • 동일한 약을 주사형으로 이용할 수 있고 파트 B ESRD 혜택에서 보장하는 경우 특정 경구용 말기 신장 질환(ESRD) 의약품 • 정맥주사약 Parsabiv® 및 경구약 Sensipar®를 포함한 ESRD 지불 시스템 하의 칼슘 유사체 약물 • 의학적으로 필요한 경우 헤파린 해독제인 헤파린을 포함한 가정 투석용 특정 약물 및 국소 마취제 	<p>Medicare Part B 화학요법/방사선 의약품</p> <p>Medicare에서 보장하는 파트 B 화학요법 약품에 대한 코페이먼트 \$0. <i>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</i></p>

4 장 의료 혜택표(보장 사항)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 귀하가 반드시 지불해야 할 금액
<ul style="list-style-type: none"> 적혈구 생성 자극제: Medicare는 말기 신장질환(ESRD)이 있거나 특정 기타 질환(Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® 또는 Methoxy 폴리 에틸렌 글리콜-에포틴 베타 등)과 관련된 빈혈을 치료하기 위해 이 약이 필요한 경우 에리스로포이에틴을 주사로 보장합니다. 주요 면역결핍질환에 대한 가정 치료용 정맥내 면역글로불린 비경구 및 장관 영양법(정맥 및 튜브 영양법) <p>다음은 단계적 치료법이 적용될 수 있는 파트 B 의약품 목록으로 연결되는 링크입니다: www.wellcare.com/PartBStepTherapy25</p> <p>또한 파트 B 하에서의 일부 백신과 파트 D 처방약 혜택 하에서의 대부분의 성인 백신을 보장해 드립니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> 제5장에서는 처방약을 보장받기 위해 반드시 따라야 할 규칙을 포함하여 파트 D 처방약 혜택에 대해 설명합니다. 당사 플랜을 통해 납부하는 파트 D 처방약에 대한 비용은 제6장에 설명되어 있습니다. 	
 <p>지속 가능한 체중 감량을 도모하기 위한 비만 선별검사 및 치료</p> <p>체질량지수가 30 이상인 경우, 체중 감량에 도움을 주는 집중 상담을 보장해 드립니다. 이 상담은 종합 예방계획과 협진하는 일차 의료 기관에서 받는 경우에 한해 보장됩니다. 자세한 정보를 얻으려면, 주치의 또는 개업의와 상담하십시오.</p>	<p>예방 목적의 비만 선별검사 및 치료에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.</p>

4 장 의료 혜택표(보장 사항)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 귀하가 반드시 지불해야 할 금액
<p>오피오이드 치료 프로그램 서비스</p> <p>오피오이드 사용 장애(OUD)를 보장하는 당사 플랜의 가입자는 다음과 같은 서비스를 포함하는 오피오이드 치료 프로그램(OTP)을 통해 OUD 치료 서비스 보장을 받을 수 있습니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 식품의약국(FDA)에서 승인한 오피오이드 작용제 및 길항제 약물 보조 치료(MAT) 약물 • MAT 약물 조제 및 투여(해당되는 경우) • 약물 남용 장애 상담 • 개별 및 집단 치료 • 독성 검사 • 섭취 활동 • 정기 평가 	<p>Medicare에서 보장하는 오피오이드 치료 서비스마다 코페이먼트 \$0. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p>
<p>외래 진단 검사, 치료 서비스 및 용품</p> <p>보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함되며 이에 국한하지 않습니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> • X-레이 • 방사선 기사 자료 및 용품을 포함한 방사선 (라듐 및 동위원소) 치료 • 드레싱을 포함한 외과적 용품 • 골절, 탈구를 줄이기 위해 사용하는 부목, 석고 붕대 및 기타 장치 	<p>Medicare에서 보장하는 X-레이에 대한 코페이먼트 \$0. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p> <p>Medicare에서 보장하는 치료용 방사선 서비스에 대한 코페이먼트 \$0. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p> <p>석고 및 부목을 포함한 Medicare에서 보장하는 의료 용품에 대해 코페이먼트 \$0. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p>

4 장 의료 혜택표(보장 사항)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 귀하가 반드시 지불해야 할 금액
<ul style="list-style-type: none"> • 실험실 검사 • 혈액 – 보관 및 주입 포함. 전혈 및 농축 적혈구에 대한 보장은 필요한 첫 번째 농축 적혈구부터 적용됩니다. 혈액의 다른 모든 성분은 처음 사용된 파인트부터 보장됩니다. • 기타 외래 진단 검사 - 방사선 외 진단 서비스(예: 알레르기 검사 또는 EKG) • 기타 외래 진단 검사(CT, MRI, MRA, SPECT 등 복잡한 검사 포함) – 평면 필름 X-레이를 제외한 진단 방사선 서비스 • 진단 대장내시경 	<p>Medicare에서 보장하는 검사 서비스당 코페이먼트 \$0. <i>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</i></p> <p>Medicare에서 보장하는 혈액 서비스에 대해 코페이먼트 \$0.</p> <p>Medicare에서 보장하는 진단 검사 및 시술(예: 알레르기 검사 또는 EKG)에 대한 코페이먼트 \$0. <i>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</i></p> <p>Medicare에서 보장하는 진단 방사선 서비스에 대한 코페이먼트 \$0. <i>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</i></p> <p>Medicare 보장 진단 대장내시경의 경우, 통원 수술 센터 방문 또는 병원 외래 환경에서 적용되는 비용 부담분에 대해서는 이 차트 뒷부분의 “외래 수술”을 참조하십시오.</p>

4 장 의료 혜택표(보장 사항)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 귀하가 반드시 지불해야 할 금액
	<p>같은 날 같은 서비스 범주에서 여러 서비스를 받는 경우 해당 서비스 범주에 대한 최대 코페이먼트 금액만 납부하면 됩니다.</p> <p>그러나, 단일 서비스의 혜택이 코페이먼트(고정 금액)이고 다른 서비스의 혜택이 공동보험료(허용된 비용의 퍼센트)일 때, 가입자는 코페이먼트 및 공동보험료를 모두 납부하도록 요청받습니다.</p>

4 장 의료 혜택표(보장 사항)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 귀하가 반드시 지불해야 할 금액
<p>외래환자 병원 관찰</p> <p>관찰 서비스는 가입자가 입원할지 또는 퇴원할지 결정하기 위한 병원 외래환자 서비스입니다.</p> <p>외래진료기관 관찰 서비스가 보장되려면 Medicare 기준에 부합하고 타당성과 필요성이 있어야 합니다. 관찰 서비스는 의사 또는 주 정부의 허가를 받은 개인 및 병원 직원이 법에 따라 환자를 병원에 입원시키거나 외래환자 검사 지시에 의해 제공될 때만 보장됩니다.</p> <p>참고: 의료 제공자가 가입자에게 입원 지시서를 써주지 않는 이상, 가입자는 외래 환자이며 병원 외래 서비스에 대해 비용분담분을 부담해야 합니다. 하룻밤 동안 병원에서 지내더라도 외래 환자로 간주되는 경우도 있습니다. 외래 환자인지 아닌지 잘 모르겠으면 병원 직원에게 물어보아야 합니다.</p> <p>또한 자세한 정보를 원하시면 Medicare 팩트시트 <i>당신은 외래 환자입니까, 입원 환자입니까? Medicare 가입자인 경우, 주저 말고 질문하십시오!</i> 이 팩트시트는 웹 사이트 https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf를 방문하거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)번으로 전화하여 확인할 수 있습니다. TTY 사용자를 위한 전화번호는 1-877-486-2048번입니다. 주 7일, 하루 24시간 언제든지 연락하실 수 있습니다.</p>	<p>Medicare에서 보장하는 관찰 서비스마다 코페이먼트 \$0.</p>

4 장 의료 혜택표(보장 사항)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 귀하가 반드시 지불해야 할 금액
<p>외래환자 병원 서비스</p> <p>당사 플랜에서는 질병이나 상해의 진단 또는 치료를 위해 병원 외래병동에서 받는 의학적으로 필요한 서비스를 보장해 드립니다.</p> <p>보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함되며 이에 국한하지 않습니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 관찰 서비스, 외래 수술 등과 같은 응급실 또는 외래환자 클리닉 서비스 • 병원에서 청구한 임상실험실 검사 또는 진단 검사 • 부분 입원 프로그램에 참여하지 않으면 입원 치료가 요구된다는 사실을 의사가 증명할 경우, 이러한 프로그램에서 이루어지는 관리를 포함한 정신건강 관리 • X-레이 및 병원이 청구하는 다른 방사선 서비스 • 부목, 석고 붕대 등 의료 용품 • 자가 투여할 수 없는 특정 약품 및 생물학적제제 <p>참고: 의료 제공자가 가입자에게 입원 지시서를 써주지 않는 이상, 가입자는 외래 환자이며 병원 외래 서비스에 대해 비용분담분을 부담해야 합니다. 하룻밤 동안 병원에서 지내더라도 외래 환자로 간주되는 경우도 있습니다. 외래 환자인지 아닌지 잘 모르겠으면 병원 직원에게 물어보아야 합니다.</p> <p>또한 자세한 정보를 원하시면 Medicare 팩트시트 <i>당신은 외래 환자입니까, 입원 환자입니까? Medicare 가입자인 경우, 주저 말고 질문하십시오!</i> 이 팩트시트는 웹 사이트 https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf를 방문하거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)번으로 전화하여 확인할 수 있습니다. TTY 사용자를 위한 전화번호는 1-877-486-2048번입니다. 주 7일, 하루 24시간 언제든지 연락하실 수 있습니다.</p>	<p>특정 서비스에 대해 이 의료 혜택표에 표시된 해당 비용분담분을 납부합니다.</p> <p>같은 날 같은 서비스 범주에서 여러 서비스를 받는 경우 해당 서비스 범주에 대한 최대 코페이먼트 금액만 납부하면 됩니다.</p> <p>그러나, 단일 서비스의 혜택이 코페이먼트(고정 금액)이고 다른 서비스의 혜택이 공동보험료(허용된 비용의 퍼센트)일 때, 가입자는 코페이먼트 및 공동보험료를 모두 납부하도록 요청받습니다.</p>

4 장 의료 혜택표(보장 사항)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 귀하가 반드시 지불해야 할 금액
<p>외래 환자의 정신건강 관리</p> <p>보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다.</p> <p>해당 주에서 자격증을 취득한 정신과 의사 또는 의사, 임상 심리학자, 임상 사회복지사, 임상 전문 간호사, 면허를 받은 전문 카운슬러(LPC), 면허를 받은 결혼 및 가족 치료사(LMFT), 전문 간호사(NP), 의사 보조 인력(PA) 또는 해당 주법에서 허용되고 기타 Medicare에서 자격을 인정한 정신건강 관리 전문가가 제공하는 정신건강 서비스.</p> <ul style="list-style-type: none"> 정신과 의사가 제공하는 서비스 기타 정신건강 관리 의료 제공자가 제공하는 서비스 	<p>정신과 의사의 Medicare에서 보장하는 개인 치료 방문당 코페이먼트 \$0.</p> <p>정신과 의사의 Medicare에서 보장하는 그룹 치료 방문당 코페이먼트 \$0.</p> <p><i>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</i></p> <p>기타 정신건강 관리 의료 제공자의 Medicare에서 보장하는 개인 치료 방문당 코페이먼트 \$0.</p> <p>기타 정신건강 관리 의료 제공자의 Medicare에서 보장하는 그룹 치료 방문당 코페이먼트 \$0.</p> <p><i>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</i></p>
<p>외래 재활 서비스</p> <p>보장되는 서비스에는 물리 치료, 작업 치료, 언어 치료가 포함됩니다.</p> <p>외래 재활 서비스는 병원 외래병동, 독립 치료사 진료실, 종합외래재활시설(CORF) 등 다양한 외래 환경에서 제공됩니다.</p>	

4 장 의료 혜택표(보장 사항)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 귀하가 반드시 지불해야 할 금액
<ul style="list-style-type: none"> • 물리 치료사가 제공하는 서비스 • 작업 치료사가 제공하는 서비스 • 음성 언어 치료사가 제공하는 서비스 	<p>Medicare에서 보장하는 물리치료 방문당 코페이먼트 \$0. <i>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</i></p> <p>Medicare에서 보장하는 작업치료 방문당 코페이먼트 \$0. <i>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</i></p> <p>Medicare에서 보장하는 음성 언어 치료 방문당 코페이먼트 \$0. <i>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</i></p>
<p>외래 약물 사용 장애 서비스 보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다.</p> <p>의사, 임상 심리학자, 임상 사회복지사, 임상 간호전문가, 실무 전문 간호사, 의사 보조 인력 또는 해당 주법에서 허용되고 기타 Medicare에서 자격을 인정한 정신건강 관리 전문가가 제공하는 개별 및 그룹 치료 세션과 같은 약물 남용 장애 서비스.</p>	<p>Medicare에서 보장하는 개인 치료 방문 시마다 코페이먼트 \$0.</p> <p>Medicare에서 보장하는 그룹 치료 방문 시마다 코페이먼트 \$0. <i>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</i></p>
<p>병원 외래시설 및 통원 수술 센터에서 제공하는 서비스를 포함한 통원 수술</p> <p>참고: 병원 시설에서 수술을 받는 경우, 의료 제공자에게 가입자 자신이 입원 환자인지 외래 환자인지를 확인해야 합니다. 의료 제공자가 가입자에게 병원 입원 지시서를 써주지 않는 이상, 가입자는 외래 환자이며 외래환자 수술에 대한 비용 부담분을 지불합니다. 하룻밤 동안 병원에서 지내더라도 외래 환자로 간주되는 경우도 있습니다.</p>	

4 장 의료 혜택표(보장 사항)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 귀하가 반드시 지불해야 할 금액
<ul style="list-style-type: none"> 외래 병원에서 제공되는 서비스 통원 수술 센터에서 제공되는 서비스 	<p>Medicare에서 보장하는 진단 대장내시경 검사를 포함하여 Medicare에서 보장하는 외래 병원 시설 방문당 코페이먼트 \$0. <i>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</i></p> <p>Medicare에서 보장하는 진단 대장내시경 검사를 포함하여 Medicare에서 보장하는 통원 수술 센터 방문당 코페이먼트 \$0. <i>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</i></p>
<p>부분 입원 서비스 및 집중 외래환자 서비스</p> <p><i>부분 입원</i>이란 병원 외래시설 또는 커뮤니티 정신건강 센터에서 제공하는 구조를 갖춘 적극적인 정신과 치료 프로그램을 의미합니다. 이러한 치료 프로그램은 의사, 치료사, 면허를 받은 결혼 및 가족 치료사(LMFT) 또는 면허를 받은 전문 카운슬러의 진료실에서 받는 관리보다 더 집중적이며, 병원 입원을 대체하는 성격입니다.</p> <p><i>집중 외래 서비스</i>는 병원 외래 부서, 커뮤니티 정신 건강 센터, 연방 인증 건강 센터 또는 지방 보건 클리닉에서 제공하는 구조를 갖춘 적극적인 행동(정신) 건강 치료프로그램을 의미합니다. 이러한 치료 프로그램은 의사, 치료사, 면허를 받은 결혼 및 가족 치료사(LMFT) 또는 면허를 받은 전문 카운슬러의 진료실에서 받는 관리보다는 더 집중적이지만 부분 입원보다는 덜 집중적입니다.</p>	<p>Medicare에서 보장하는 부분 입원 또는 집중 외래 서비스에 대해 하루당 코페이먼트 \$0. <i>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</i></p>
<p>의사 진료실 방문을 포함한 의사/개업의 서비스</p> <p>보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> 주치의가 의사 진료실에서 제공하는 의학적으로 필요한 치료 또는 수술 서비스 	<p>Medicare에서 보장하는 PCP 진료실 방문마다 코페이먼트 \$0.</p>

4 장 의료 혜택표(보장 사항)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 귀하가 반드시 지불해야 할 금액
<ul style="list-style-type: none"> • 인증된 통원 수술 센터, 병원 외래병동 또는 기타 장소에서 제공되는 의학적으로 필요한 진료 또는 수술 서비스 • 전문의 상담, 진단 및 치료 • 기타 의료 전문가 • 가입자에게 의학적 치료가 필요한지 확인하기 위해 담당 의사가 청력 및 균형감각 기본 검사를 지시할 경우, PCP 또는 전문의가 수행하는 이러한 검사 	<p>통원 수술 센터 방문 또는 병원 외래 환경에서 적용되는 비용분담분에 대해서는 이 차트 앞부분의 ‘외래 수술’을 참조하십시오.</p> <p>Medicare에서 보장하는 전문의 방문마다 코페이먼트 \$0. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p> <p>기타 의료 전문가를 방문할 때마다 코페이먼트 \$0. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p> <p>Medicare 보장 청력 서비스에 대한 코페이먼트 \$0. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p>

4 장 의료 혜택표(보장 사항)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 귀하가 반드시 지불해야 할 금액
<ul style="list-style-type: none"> • 다음을 포함한 특정 원격 진료 서비스: 긴급하게 필요한 서비스, 가정 간호 서비스, 주치의, 작업 치료, 전문의, 정신 건강을 위한 개인 및 그룹 세션, 족부 치료 서비스, 기타 보건 의료 전문가, 정신과 개인 및 그룹 세션, 물리 치료 및 언어 병리학 서비스, 외래환자 약물 남용에 대한 개인 및 그룹 세션, 당뇨병 자가 관리 교육. <ul style="list-style-type: none"> ○ 이러한 서비스를 직접 방문 또는 원격 진료를 통해 받을 수 있는 옵션이 있습니다. 원격 진료를 통해 이러한 서비스 중 하나를 받기로 선택하시면, 원격 진료 서비스를 제공하는 네트워크 소속 의료 제공자를 이용하셔야 합니다. ○ 당사 플랜은 Teladoc를 통해 면허가 있는 의사를 주 7일, 하루 24시간 화상 방문할 수 있는 서비스를 제공하여 다양한 건강 관련 우려 사항/질문을 해결하는 데 도움을 드립니다. 보장 서비스에는 일반 의료, 행동 건강, 피부과 등이 포함됩니다. <p>가상 방문(원격 진료 상담이라고도 함)은 스마트폰, 태블릿 또는 컴퓨터를 사용하여 전화나 인터넷을 통해 의사를 방문하는 것입니다. 특정 유형의 방문에는 인터넷 및 카메라 지원 장치가 필요할 수 있습니다.</p> <p>자세한 내용을 알아보거나 예약 일정을 잡으려면 다음 연락처로 문의하시기 바랍니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Teladoc 1-800-835-2362(TTY: 711), 주 7일, 하루 24시간 운영합니다. • 특정 시골 지역이나 그 외 Medicare에서 승인한 지역에 있는 환자를 위해 의사 또는 개업의가 제공하는 상담, 진단 및 치료를 포함한 일부 원격 의료 서비스 • 병원 또는 긴급 이용 병원의 신장 투석 센터, 신장 투석 시설, 가입자의 가정에서 가정 투석을 하는 가입자의 매월 말기 신장질환 관련 방문을 위한 원격 의료 서비스 	<p>Teladoc에서 수행한 가상 방문 서비스에 대한 코페이먼트 \$0.</p> <p>주의 사항: 위의 코페이먼트 \$0는 Teladoc에서 서비스를 받은 경우에만 적용됩니다. 가상 방문 벤더가 아닌 네트워크 소속 의료 제공자로부터 직접 또는 원격 의료 서비스를 받는 경우, 이 혜택표에 설명된 대로 해당 의료 제공자에 대한 비용 부담분을 지불하게 됩니다(예: PCP에게 원격 의료 서비스를 받는 경우 PCP 비용 부담분 지불).</p> <p><i>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</i></p>

4 장 의료 혜택표(보장 사항)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 귀하가 반드시 지불해야 할 금액
<ul style="list-style-type: none"> • 위치에 관계없이 뇌졸중의 증상을 진단, 평가 또는 치료하는 원격 의료 서비스 • 위치에 관계없이 약물 남용 장애 또는 발생 정신건강 장애가 있는 가입자를 위한 원격 의료 서비스 • 다음과 같은 경우 정신 건강 장애의 진단, 평가 및 치료를 위한 원격 진료 서비스를 제공합니다. <ul style="list-style-type: none"> ○ 첫 번째 원격 진료 방문 전 6개월 이내에 직접 방문 ○ 이러한 원격 진료 서비스를 받는 동안 12개월마다 직접 방문 ○ 특정 상황에서는 위에 대한 예외가 발생할 수 있음 • 지방 진료소 및 연방 인증 건강 센터에서 제공하는 정신 건강 방문을 위한 원격 의료 서비스 • 다음의 경우 5~10분 동안 의사와 가상 체크인(예: 전화 또는 화상 채팅)을 진행합니다. <ul style="list-style-type: none"> ○ 신규 환자가 아니어야 하고 ○ 진료는 지난 7일 동안의 진료실 방문과 관련이 없으며 ○ 진료 결과 24시간 이내에 진료실 방문 또는 가능한 가장 빠른 예약으로 연결되지 않는 경우 • 다음의 경우, 담당 의사는 귀하가 보낸 비디오 및/또는 이미지를 평가 및 해석하고 24시간 내에 후속 조치를 취합니다. <ul style="list-style-type: none"> ○ 신규 환자가 아니어야 하고 ○ 평가 결과 24시간 이내에 진료실 방문 또는 가능한 가장 빠른 예약으로 연결되지 않는 경우 	<p>가입자는 의료 제공자에게 적용되는 비용분담금을 납부해야 합니다(위의 “의사 진료실 방문을 포함한 의사/개업의 서비스” 참조).</p> <p>가입자는 의료 제공자에게 적용되는 비용분담금을 납부해야 합니다(위의 “의사 진료실 방문을 포함한 의사/개업의 서비스” 참조).</p>

4 장 의료 혜택표(보장 사항)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 귀하가 반드시 지불해야 할 금액
<ul style="list-style-type: none"> • 담당 의사가 전화, 인터넷 또는 전자식 건강 기록을 통해 다른 의사와 상담한 내용 • 수술 전에 다른 네트워크 소속 의료 제공자가 제공하는 이차 소견 • 비정기적 치과 진료(보장되는 서비스는 턱 또는 관련 구조에 대한 수술, 턱 또는 안면뼈 골절부위 고정, 턱에 발생한 중양 암 질환에 대한 방사선 치료 준비 목적의 발치 또는 의사가 제공할 경우 보장되는 서비스로 제한됨) 	<p>가입자는 의료 제공자에게 적용되는 비용분담금을 납부해야 합니다(위의 “의사 진료실 방문을 포함한 의사/개업의 서비스” 참조).</p> <p>가입자는 의료 제공자에게 적용되는 비용분담금을 납부해야 합니다(위의 “의사 진료실 방문을 포함한 의사/개업의 서비스” 참조).</p> <p>Medicare에서 보장하는 치과 서비스당 코페이먼트 \$0. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p> <p>상기의 비용 부담 뿐 아니라 내구성 의료 장비 및 용품, 보철 장치 및 용품, 외래 진단 검사 및 치료 서비스, 백내장 수술 후 안경 및 콘택트렌즈, 파트 D 처방약, Medicare Part B 처방약에 대한 의학적으로 필요하고 Medicare에서 보장하는 서비스가 있는 경우, 이 혜택표에 기술된 대로 코페이먼트 및/또는 공동보험료가 적용됩니다.</p>
<p>족부 치료 서비스</p> <p>보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 발에 발생한 상해 및 질병(추상족지증 또는 족저근막염 등)에 대한 진단 및 의학적 또는 수술적 치료 • 다리에 영향을 미치는 특정 질환이 있는 가입자에 대한 정기적인 발 진료 	<p>Medicare에서 보장하는 족부 치료 서비스에 대해 코페이먼트 \$0. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p>

4 장 의료 혜택표(보장 사항)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 귀하가 반드시 지불해야 할 금액
<p> 전립선암 선별검사</p> <p>만 50세 이상 남성의 경우, 12개월마다 일 회 보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 디지털 직장 검사 • 전립선 특이 항원(PSA) 검사 	<p>Medicare에서 보장하는 연간 디지털 직장 검사당 코페이먼트 \$0.</p> <p>연례 PSA 검사에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.</p>
<p>보철 장치 및 보조기와 관련 용품</p> <p>신체 부위 또는 신체 기능의 전부 또는 일부를 대체하는 (치과 장치 이외의) 장치. 여기에는 보철 장치 및 보조기 사용과 관련된 테스트, 피팅 또는 교육뿐만 아니라 인공항문 형성술 치료와 직접적으로 관련된 배변 주머니 및 용품, 맥박조정기, 치열교정기, 정형제화, 의수족, 유방보형물 (유방 절제수술 후 착용하는 외과 브래지어 포함) 등이 포함되지만 이에 국한되지 않습니다.</p> <p>보철 장치 및 보조기와 관련된 특정 용품, 보철 장치 및 보조기의 수리 및/또는 교체를 포함합니다. 또한 백내장 제거 또는 백내장 수술 이후의 일부 보장을 포함합니다. 자세한 내용을 확인하려면 이 섹션 후반에 나오는 시력 관리 부분을 참조하십시오.</p>	<p>Medicare에서 보장하는 보철 장치 및 보조기에 대해 코페이먼트 \$0.</p> <p><i>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</i></p> <p>보철 장치와 관련된 Medicare에서 보장하는 의료용품에 대해 코페이먼트 \$0.</p> <p><i>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</i></p>
<p>폐 재활 서비스</p> <p>호흡 재활 종합 프로그램은 중증도나 아주 심한 정도의 만성 폐쇄성 폐질환(COPD)을 앓고 있으며 만성 호흡기 질환을 치료하는 의사로부터 호흡 재활 지시서를 받은 가입자에 대해 보장해 드립니다.</p>	<p>Medicare에서 보장하는 폐 재활 서비스당 코페이먼트 \$0.</p>

4 장 의료 혜택표(보장 사항)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 귀하가 반드시 지불해야 할 금액
<p> 알콜 오용을 줄이기 위한 선별검사 및 상담</p> <p>Medicare 가입자로서 알콜을 오용하나 알콜 의존증은 없는 성인(임신한 여성 포함)에게 알콜 오용 선별검사 일 회를 보장해 드립니다.</p> <p>알콜 오용 선별검사 결과가 양성인 경우, 유자격 주치의 또는 개업의로부터 일차 의료 시설에서 매년 최대 4회까지 간략한 대면 상담 세션을 받을 수 있습니다(단 귀하께서 상담에 적극 참여할 수 있고 집중할 수 있어야 합니다).</p>	<p>알콜 오용을 줄이기 위한 선별 검사 및 상담 등 Medicare 보장 질병 예방 혜택에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.</p>
<p> 저선량 컴퓨터단층촬영(LDCT)을 이용한 폐암 선별검사</p> <p>유자격자의 경우 LDCT는 12개월마다 보장됩니다.</p> <p>적격 가입자: 50~77세 사이로, 폐암의 증상이 없지만 담배를 연간 20갑 이상 흡연한 내력이 있거나 현재 흡연 중이거나 지난 15년 내에 금연한 자, 폐암 선별검사 상담 및 공동 의사결정 방문 동안 이런 방문에 대한 Medicare 기준을 충족하고 의사 또는 유자격 비의사 의료인이 제공한 LDCT에 대한 지시서를 받은 자.</p> <p><i>초기 LDCT 후에 LDCT 폐암 선별검사의 경우:</i> 가입자는 의사 또는 유자격 비의사 의료인이 적절한 방문 동안 제공할 수 있는 LDCT 폐암 선별검사에 대한 지시서를 받아야 합니다. 의사 또는 유자격 비의사 의료인이 LDCT를 이용한 후속 폐암 선별 검사를 위해 폐암 선별 검사 카운셀링과 공동 의사결정 방문을 제공하도록 선택하는 경우, 방문은 이러한 방문에 대한 Medicare 기준을 충족해야 합니다.</p>	<p>Medicare가 보장하는 상담 및 공동 의사결정 방문 또는 LDCT에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 없습니다.</p>

4 장 의료 혜택표(보장 사항)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 귀하가 반드시 지불해야 할 금액
<p> 성매개감염(STI) 선별검사 및 STI 질병예방 상담</p> <p>클라미디아, 임질, 매독 및 B형 간염에 대한 성매개감염(STI) 선별검사를 보장해 드립니다. 주치의로부터 이들 선별검사를 지시 받은 임신한 여성 및 STI에 걸릴 위험이 높은 분을 대상으로 보장해 드립니다. 당사는 이러한 검사를 12개월에 한 번 또는 임신 중 특정 시기에 보장합니다.</p> <p>또한 STI에 걸릴 위험이 높으며 성생활이 왕성한 성인을 대상으로 20~30분간 대면 방식으로 진행되는 고강도의 행동 상담 세션을 매년 최대 이회 보장합니다. 주치의가 상담을 제공하며 의사 진료실과 같은 일차 의료 시설에서 이루어질 때만 질병 예방 서비스로서의 상담 세션을 보장합니다.</p>	<p>STI 선별검사 및 STI 상담 등 Medicare 보장 질병예방 혜택에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.</p>
<p>신장질환 치료를 위한 서비스</p> <p>보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 가입자에게 신장 관리에 대해 교육하고 자신의 신장을 관리할 때 올바른 정보에 근거한 의사결정을 내릴 수 있도록 도와주는 신장병 교육 서비스. 가입자가 의사로부터 진료 의뢰를 받은 만성신장병 4기 환자인 경우: 신장병 교육 서비스 세션을 일생 동안 최대 육 회까지 보장해 드립니다. • 통원 투석 치료(3장에 설명된 바와 같이 일시적으로 서비스 지역 밖에 있는 경우의 투석 치료 또는 이 서비스를 제공하는 의료 제공자를 일시적으로 이용할 수 없거나 접근할 수 없는 경우 포함) • 입원 투석 치료 (특별 치료를 위해 입원한 경우) • 자가 투석 교육(환자 본인 및 환자의 가정 투석 치료를 도와주는 타인을 대상으로 한 교육 포함) 	<p>Medicare에서 보장하는 신장병 교육 서비스에 대해 코페이먼트 \$0.</p> <p>Medicare에서 보장하는, 외래 신장 투석 치료에 대해 코페이먼트 \$0.</p> <p>입원 투석 치료에 적용되는 비용분담금에 대해서는 “입원 치료”를 참조하십시오.</p> <p>Medicare에서 보장하는 자가 투석 교육에 대해 코페이먼트 \$0.</p>

4 장 의료 혜택표(보장 사항)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 귀하가 반드시 지불해야 할 금액
<ul style="list-style-type: none"> 가정 투석 장비 및 소모품 가정 지원 서비스 (필요 시, 훈련 받은 투석 전문가가 방문하여 가정 투석이 제대로 진행되는지 확인하고, 응급 상황 시 도움을 제공하며, 투석장치 및 용수 공급을 확인하는 것 등) <p>Medicare Part B 약품 혜택 하에서 투석용 특정 약품이 보장됩니다. 파트 B 약품 보장에 대한 정보는 Medicare Part B 처방약 섹션을 참조하십시오.</p>	<p>Medicare에서 보장하는 가정 투석 장비에 대해 코페이먼트 \$0. <i>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</i></p> <p>Medicare에서 보장하는 당뇨병 용품당 코페이먼트 \$0. <i>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</i></p> <p>Medicare에서 보장하는 가정 지원 서비스에 대해 코페이먼트 \$0.</p>
<p>전문요양시설(SNF)에서의 간호 (전문 요양 시설 케어에 대한 용어 정의를 보시려면, 이 책자의 제12장을 참조하십시오. 전문 요양 시설은 SNF로 불리기도 합니다.)</p>	<p>Medicare에서 보장하는 입원의 경우, 혜택 기간당: Medicare에서 보장하는 전문간호시설 입원당 코페이먼트 \$0. 가입자는 100일 차 이후 일당 비용을 모두 지불해야 합니다.</p>

4 장 의료 혜택표(보장 사항)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 귀하가 반드시 지불해야 할 금액
<p>SNF 또는 대체 시설에서 각 혜택 기간 동안 최대 100일간 보장되는 전문 영양 서비스는 플랜의 보장범위와 Medicare 보장 지침을 충족하는 경우에 보장되는 서비스입니다. 사전 입원이 필요하지 않습니다. 혜택 기간 당 100일에는 혜택 기간 동안 플랜, Original Medicare 또는 다른 Medicare Advantage 조직을 통해 받는 SNF 일수가 포함됩니다.</p> <p>보장 서비스에는 다음이 포함되며 이에 국한되지 않습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 준개인 입원실(또는 의학적으로 필요한 경우, 개인 입원실) • 특별한 식단을 포함한 식사 • 전문 영양 서비스 • 물리 치료, 직업 치료, 언어 치료 • 치료 계획의 일부로서 가입자에게 투여되는 약품 (여기에는 혈액응고인자와 같이 체내에 자연적으로 존재하는 물질이 포함됩니다.) • 혈액 – 보관 및 주입 포함. 전혈 및 농축 적혈구에 대한 보장은 필요한 첫 번째 농축 적혈구부터 적용됩니다. 혈액의 다른 모든 성분은 처음 사용된 파인트부터 보장됩니다. • SNF에서 일상적으로 제공하는 의료 및 수술 용품 • SNF에서 일상적으로 제공하는 임상실험실 검사 • SNF에서 일상적으로 제공하는 X-레이 및 기타 방사선 서비스 • SNF에서 일상적으로 제공하는 휠체어와 같은 장치 사용 • 의사/개업의 서비스 	<p>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p>

4 장 의료 혜택표(보장 사항)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 귀하가 반드시 지불해야 할 금액
<p>일반적으로 가입자는 네트워크 소속 시설에서 SNF 치료를 받게 됩니다. 그러나 아래 나열된 특정 조건 하에서 해당 시설이 네트워크 소속 의료 제공자가 아니더라도 플랜의 지불액을 수락하는 경우라면, 가입자가 네트워크 소속 비용 부담만 납부하는 것도 가능할 수도 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 병원에 가기 직전에 거주하던 요양원 또는 지속적인 퇴원관리 커뮤니티(이곳에서 전문 요양 시설 케어를 제공하는 한) <p>병원 퇴원 시 가입자의 배우자 또는 동거인이 거주하고 있는 SNF.</p>	<p>혜택 기간은 전문 요양 시설에 입소하는 첫날부터 시작됩니다. 혜택 기간은 가입자가 SNF에서 60일 연속으로 서비스를 받지 않은 시점에 종료됩니다. 한 번의 혜택 기간이 종료된 후 전문 간호 시설에 입소하면 새로운 혜택 기간이 시작됩니다. 혜택 기간의 횟수에는 제한이 없습니다.</p>
<p> 흡연 및 담배 사용 중단(흡연 또는 담배 사용 중단을 위한 상담)</p> <p><u>담배를 사용하지만, 담배 관련 질병의 징후 또는 증상이 없는 경우:</u> 질병예방 서비스로서 12개월 기간 내에 두 차례의 상담 금연 시도를 무료로 보장해 드립니다. 각 상담 시도에는 최대 사회의 대면 방문이 포함됩니다.</p> <p><u>담배를 사용하며, 담배 관련 질병을 진단받았거나 담배의 영향을 받을 만한 약품을 복용 중인 경우:</u> 금연 상담 서비스를 보장해 드립니다. 12개월 기간 내에 두 차례의 상담 금연 시도를 보장해 드립니다. 단, 가입자는 해당하는 비용분담분을 납부해야 합니다. 각 상담 시도에는 최대 사회의 대면 방문이 포함됩니다.</p>	<p>Medicare에서 보장하는 금연 및 담배 사용 중단 예방 혜택에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.</p>

4 장 의료 혜택표(보장 사항)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 귀하가 반드시 지불해야 할 금액
<p>소셜 지원 플랫폼</p> <p>당사의 플랜은 가입자의 전반적인 웰빙을 지원하는 온라인 소셜 지원 플랫폼을 제공합니다. 가입자는 지역사회, 치료 활동 및 플랜이 후원하는 자원을 이용하여 스트레스와 불안을 관리할 수 있습니다. 가입자는 이 플랫폼을 통해 쉽게 가입하고 계속 참여하여 건강한 행동 건강 여정을 유지할 수 있습니다. 온라인에서 주 7일 24시간 이용할 수 있으므로 원할 때에는 언제든지 이용할 수 있습니다.</p> <p>Twill 플랫폼에는 다음이 포함됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 맞춤형 웰빙 프로그램: 건강한 노화 전문가의 통찰력을 통합하여 가입자를 구체적으로 지원함으로써 신체적 및 정서적 웰빙을 향상하도록 설계된 Twill Therapeutics의 맞춤형 4주 자기 주도형 프로그램에 액세스하십시오. 자신의 속도로 프로그램을 따르고 진행 상황을 추적하여 건강 개선 상태를 모니터링합니다. • 동료 및 전문가 지원: 적절한 커뮤니티 공간에서 Twill Care와 연결하여 동료 및 의료 전문가와 소통하십시오. 임상적으로 검토된 기사를 이용하고 가입자의 상호 작용과 확인된 필요에 따라 추가 Wellcare 서비스에 대한 맞춤형 추천을 받을 수 있습니다. • 맞춤형 디지털 건강 도구: 인지 행동 치료, 마음챙김 및 긍정적인 심리학에 기반한 대화식 활동, 명상 및 게임에 참여하십시오. 이러한 도구는 건강한 노화, 고립 관리, 간병, 슬픔, 노화 목적 찾기 등과 같은 주요 주제를 다룹니다. <p>가입자는 가입자 포털 member.wellcare.com에 로그인하거나 가입자 서비스부에 전화하여 플랫폼에 액세스할 수 있습니다. 등록한 후에는 컴퓨터, 태블릿 또는 스마트폰에서 언제든지 플랫폼에 직접 액세스할 수 있습니다.</p>	<p>소셜 지원 플랫폼에 대해 코페이먼트 \$0.*</p>

4 장 의료 혜택표(보장 사항)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 귀하가 반드시 지불해야 할 금액
<p>감독 운동 치료요법(SET)</p> <p>SET는 증후성 말초동맥질환(PAD)이 있는 가입자에게 보장됩니다.</p> <p>SET 프로그램 요건이 충족된다면 12주 기간에 걸쳐 최대 36회의 세션이 보장됩니다.</p> <p>SET 프로그램의 필수 사항:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 파행(절뚝거림) 환자의 PAD를 위한 치료 목적의 운동 훈련 프로그램을 포함하여 30-60 분간의 세션으로 구성 • 병원 외래환자 시설 또는 의사 진료실에서 실시 • PAD에 대한 운동 치료에 전문 훈련을 받았으며 혜택이 피해보다 더 크도록 하는데 필요한 자질을 갖춘 보조 인력에 의해 실시 • 기본 및 고급 생명 유지 기술 전부를 훈련해야 하는 의사, 의사 보조 또는 간호사/임상 간호 전문가의 직접 감독을 받음 <p>SET는 12주간 36회, 의료 제공자가 의학적으로 필요하다고 판단할 경우 연장된 기간 동안 추가 36회로 보장될 수도 있습니다.</p>	<p>Medicare에서 보장하는 감독 하의 운동 치료마다 코페이먼트 \$0.</p>
<p>긴급하게 필요한 서비스</p> <p>응급 상황이 아닌 즉각적인 의학적 치료가 필요한 플랜 보장 서비스는 가입자가 일시적으로 플랜의 서비스 지역 밖에 있거나 플랜의 서비스 지역 내에 있더라도 시간과 장소, 상황을 고려할 때 플랜과 계약한 네트워크 소속 의료 제공자로부터 이 서비스를 받는 것이 비합리적인 경우 긴급하게 필요한 서비스입니다. 플랜은 긴급하게 필요한 서비스를 보장해야 하며 네트워크 내 비용분담분만 청구해야 합니다. 긴급하게 필요한 서비스의 예로는 예상치 못한 의학적 질병 및 부상 또는 기존 질환의 예상치 못한 급성 악화가 있습니다. 그러나 연례 검진과 같이 의학적으로 필요한 정기 의료 제공자 방문은 가입자가 플랜의 서비스 지역 밖에 있거나 플랜 네트워크를 일시적으로 이용할 수 없는 경우에도 긴급하게 필요한 것으로 간주되지 않습니다.</p>	<p>Medicare 보장 긴급하게 필요한 서비스 방문에 대한 코페이먼트 \$0.</p>

4 장 의료 혜택표(보장 사항)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 귀하가 반드시 지불해야 할 금액
<p>미국 이외 지역에서 긴급하게 필요한 서비스가 보장됩니다.</p>	<p>미국 이외 지역에서 긴급하게 필요한 서비스 방문에 대한 코페이먼트 \$110.* 같은 질환에 대해 24시간 내에 병원에 입원해도 가입자는 이 금액을 지불하지 않습니다. 미국 이외 지역에서 응급 서비스 또는 긴급하게 필요한 서비스를 받는 경우, 매년 최대 \$50,000까지 보장됩니다.</p>
<p>가치 기반 보험 설계(VBID) 모델</p> <p>귀하의 플랜이 가치 기반 보험 설계 프로그램에 참여하므로, 귀하는 다음과 같은 혜택에 대해 Wellcare Spendables™ 보조금을 사용할 수도 있습니다. VBID 혜택을 받으려면 이 플랜에 계속 가입되어 있고 LIS 자격이 있어야 합니다. 이 보조금은 비처방(OTC) 혜택과 함께 제공됩니다. 자세한 내용은 이 표의 Wellcare Spendables™ 혜택을 참조하십시오.</p> <ul style="list-style-type: none"> <p>휘발유(주유기에서 결제)</p> <p>카드를 사용하여 가맹점의 주유소에서 직접 주유비를 결제할 수 있습니다. 카드를 금전 등록기에서 직접 결제할 때 사용할 수 없습니다. 사용 가능한 보조금 액수까지 휘발유를 주입하는 데에만 카드를 사용할 수 있습니다.</p> 	

4 장 의료 혜택표(보장 사항)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 귀하가 반드시 지불해야 할 금액
<ul style="list-style-type: none"> <p>• 건강 식품 참가 소매점에서 건강 식품과 농산물 구입을 위해 카드를 사용할 수 있습니다. 준비된 식사는 온라인 포털을 통해 주문할 수 있습니다. 카드는 담배 또는 술 구매에 사용할 수 없습니다. 승인된 품목:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 육류와 가금류 ○ 과일과 채소 ○ 영양 음료 <p>인앱 바코드 스캐너를 사용하여 소매점에서 승인된 품목을 찾거나 가입자 포털에 로그인하거나 카탈로그를 참조하십시오.</p> <p>• 가정 개선 및 안전 항목 카드를 사용하여 가정 개선 및 안전 품목 비용을 지원할 수 있습니다. 가입자 포털에 로그인하여 승인된 품목을 구매하십시오. 승인된 품목:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 손잡이 또는 문손잡이 및 미끄럼 방지 바닥 커버 ○ 안전 의자 및 욕실 개조 보조기 ○ 휴대용 에어컨 및 공기질 관련 제품 ○ 해충 및 곤충 관리 용품 <p>• 임대료 지원 카드를 사용하여 집 대여 비용을 지원할 수 있습니다. 가입자 포털에 로그인하여 공급업체에 지불하거나, 결제가 허용되는 곳에서 공급업체에 직접 지불하십시오.</p> 	

4 장 의료 혜택표(보장 사항)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 귀하가 반드시 지불해야 할 금액
<ul style="list-style-type: none"> • 유틸리티 지원 카드를 사용하여 집 유틸리티 비용을 지원할 수 있습니다. 가입자 포털에 로그인하거나 결제가 허용되는 곳에서 유틸리티 공급업체에 직접 지불하십시오. 카드는 자동 반복 결제를 설정하는 데 사용할 수 없습니다. 이 혜택에 대해 승인된 비용은 다음과 같습니다. <ul style="list-style-type: none"> ○ 전기, 가스, 위생/쓰레기 및 수도 유틸리티 서비스 ○ 유선 및 휴대 전화 서비스 ○ 인터넷 서비스 ○ 케이블 TV 서비스(스트리밍 서비스 제외) ○ 가정용 난방유와 같은 특정 석유 비용 	
<p> 시력 관리</p> <p>보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 노화에 따른 시력 감퇴를 포함한 눈 질병 및 상해의 진단과 치료를 위한 외래 의사 서비스. Original Medicare는 안경/콘택트렌즈를 위한 정기적인 눈 검사(안굴절)는 보장하지 않습니다. • 녹내장 위험이 높은 사람의 경우 매년 녹내장 일회의 선별 검사를 보장합니다. 녹내장 위험이 높은 사람: 녹내장 가족 병력이 있거나, 당뇨병 환자거나, 만 50세 이상의 아프리카계 미국인 및 만 65세 이상인 히스패닉계 미국인을 포함합니다. • 당뇨병이 있는 경우, 당뇨병성 망막증에 대한 선별 검사는 연 일회 보장됩니다. 	<p>눈 질병의 진단 및 치료를 위한 모든 기타 눈 검사에 대해 코페이먼트 \$0. <i>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</i></p> <p>Medicare에서 보장하는 녹내장 검사에 대한 코페이먼트 \$0.</p> <p>당뇨병 환자 가입자를 위한 Medicare에서 보장하는 망막 검사에 대해 코페이먼트 \$0.</p> <p><i>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</i></p>

4장 의료 혜택표(보장 사항)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 귀하가 반드시 지불해야 할 금액
<p>• 인공수정체 삽입을 포함한 백내장 수술 이후 안경 한 개 또는 콘택트렌즈 한 쌍. (백내장 수술을 이회 받은 경우, 일차 수술 후에 혜택을 유보하여 이차 수술 후에 안경 두개를 구입할 수는 없습니다.)</p> <p>또한 당사 플랜에서는 다음과 같은 보충적(즉, 정기적) 안과 서비스도 보장해 드립니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 매년마다 정기적인 눈 검사 1회. 정기적인 눈 검사에는 녹내장 위험이 있는 분을 위한 녹내장 선별검사 및 당뇨병 환자를 위한 망막 검사가 포함됩니다. • 매년 최대 \$100의 혜택을 받을 수 있는 처방 안경 무제한. 보장되는 안경에는 다음이 포함됩니다. <ul style="list-style-type: none"> ○ 안경(안경테 및 렌즈) 또는 ○ 안경 렌즈만 또는 ○ 안경테만 또는 ○ 안경 대신 콘택트렌즈 또는 ○ 비전 하드웨어 업그레이드 <p>참고: 콘택트렌즈 적합성 검사 요금을 보장해 드립니다.</p> <p>매년 플랜의 최대 보장 금액인 \$100는 안경테 및/또는 렌즈(틴트 및 코팅과 같은 렌즈 옵션 포함)의 소매 비용에 적용됩니다. 추가(예: 일반) 안경에 대한 최대 혜택을 초과하는 비용은 가입자가 부담해야 합니다.*</p> <p>Medicare에서 보장하는 안경류는 보충적(즉, 정기적) 최대 혜택에 포함되지 않습니다. 가입자는 추가 안경 혜택을 이용하여 Medicare에서 보장하는 안경에 대한 보장 범위를 늘릴 수 없습니다.</p> <p>참고: 정기적인 안과 서비스에 대한 보장은 이 플랜에서 보충적으로 제공하는 혜택입니다. Medicare 및 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid)은 이러한 서비스에 대해 가입자의 비용 부담금을 지불하지 않습니다.</p>	<p>Medicare에서 보장하는 안경류에 대해 코페이먼트 \$0.</p> <p><i>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</i></p> <p>보충적(즉, 정기적) 안과 진료:</p> <p>매년 정기적인 눈 검사 1회에 대해 코페이먼트 \$0.*</p> <p><i>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</i></p> <p>안경류에 대한 코페이먼트 \$0.*</p> <p><i>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</i></p>

4 장 의료 혜택표(보장 사항)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 귀하가 반드시 지불해야 할 금액
<p>안과 서비스는 플랜의 안과 네트워크에서 받아야 합니다. 의료 제공자를 찾는 방법 또는 추가 정보에 대한 문의사항은 가입자 서비스부에 전화하십시오.</p>	
<p> Medicare 가입 환영 예방 진료 방문</p> <p>플랜에서는 질병 예방을 위한 <i>Medicare 가입 환영 방문</i>을 일회 보장해 드립니다. 이 방문에는 가입자의 건강에 대한 평가, 필요한 질병 예방 서비스와 관련된 교육 및 상담(특정 선별검사 및 접종(또는 백신) 포함), 필요한 경우 기타 진료에 대한 진료 의뢰서 발급이 포함됩니다.</p> <p>중요: 질병 예방을 위한 <i>Medicare 가입 환영 방문</i>은 가입자가 Medicare Part B에 가입된 최초 12개월 이내에만 보장됩니다. 방문 일정을 잡을 때, 질병 예방을 위한 <i>Medicare 가입 환영 방문</i> 일정을 잡는 것이라고 의사 진료실에 밝히십시오.</p> <ul style="list-style-type: none"> 질병 예방을 위한 <i>Medicare 가입 환영</i> 서비스 후 Medicare 보장 EKG. 	<p>질병 예방을 위한 <i>Medicare 가입 환영 방문</i>에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.</p> <p>질병 예방을 위한 <i>Medicare 가입 환영</i> 서비스 후 Medicare 보장 EKG당 코페이먼트 \$0.</p>
<p>Wellcare Spendables™</p> <p>귀하에게는 Wellcare Spendables™ 카드에 매월 \$59가 충전 상태로 제공됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> 귀하의 월 보조금은 사용하지 않는 경우 다음 달로 이월되고 플랜 연도의 연말에 만료됩니다. 	<p>Wellcare Spendables™ 카드에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.</p> <p>일부 주문의 경우 무료 배송이 가능하려면 최소 \$35가 적용될 수 있습니다. 매장 내 구매에 대한 최소 요건은 없습니다.</p>

4 장 의료 혜택표(보장 사항)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 귀하가 반드시 지불해야 할 금액
<p><u>귀하의 카드 보조금은 다음을 위해 사용할 수 있습니다.</u></p> <p>비처방(OTC) 품목: 귀하의 카드는 모바일 앱을 통해 참여 소매점에서 사용할 수 있으며, 가입자 포털에 로그인하여 홈 배송을 주문할 수 있습니다. 보장 품목에는 다음이 포함됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 브랜드 약 및 제네릭 약 비처방 품목 • 비타민, 진통제, 감기 및 알레르기 품목, 당뇨병 품목 • 인앱 바코드 스캐너를 사용하여 소매점에서 승인된 품목을 찾거나 가입자 포털에 로그인하거나 카탈로그를 참조하십시오. <p>참고: 특정 상황에서 진단 장비 및 금연 보조 도구는 플랜의 의료 혜택에 따라 보장됩니다. 이러한 품목에 대한 OTC 보조금을 지출하기 전에 (가능한 경우) 플랜의 의료 혜택을 사용해야 합니다.</p> <p><u>귀하의 플랜이 가치 기반 보험 설계 프로그램에 참여하므로, 귀하는 다음과 같은 혜택에 대해 카드를 사용할 수도 있습니다:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 휘발유(주유기에서 결제) • 건강 식품 • 가정 개선 및 안전 항목 • 임대료 지원 • 유틸리티 지원 <p>이러한 혜택에 대한 자세한 내용은 이 차트의 가치 기반 보험 설계(VBID) 모델을 참조하십시오.</p>	

4 장 의료 혜택표(보장 사항)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 귀하가 반드시 지불해야 할 금액
<p>카드 사용 방법:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 사용하기 전에 카드를 활성화하십시오. 2. 참여 소매점을 방문하거나, 아래 나열된 포털 링크에 로그인하거나, 모바일 앱을 다운로드하십시오. 3. 승인된 품목/서비스를 선택합니다. 4. 소매점의 계산대로 이동하여 Wellcare Spendables™ 카드로 결제하십시오. 온라인 또는 모바일 앱 주문의 경우 결제 시 카드 번호를 입력하십시오. 5. 귀하의 카드는 신용 카드가 아니지만 결제를 위해 '신용'으로 입력될 수 있습니다. 메시지가 나타나면 PIN은 카드 번호의 마지막 4자리 숫자입니다. <p>참고:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 지출 보조금을 모두 사용한 후에는 나머지 구매 비용을 본인이 부담해야 합니다. • 매장에서 구매한 품목은 소매업체의 반품 및 교환 정책에 따라 반품될 수 있습니다. • 카드가 제대로 작동하지 않거나 기술적인 문제가 발생한 경우 아래 번호로 당사에 문의해 주십시오. • Wellcare는 분실 또는 도난 카드에 대해 책임을 지지 않습니다. • Wellcare Spendables™ 카드는 개인적인 용도로만 사용할 수 있고 판매 또는 양도할 수 없으며 현금 가치가 없습니다. • 제한 사항 및 제약 사항이 적용될 수 있으며 승인된 항목만 보장됩니다. • 이것은 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid) 혜택이 아닙니다. <p>Wellcare Spendables™ 카드에 대한 자세한 내용이나 카탈로그를 요청하려면 다음 전화번호로 전화해 주십시오. 1-855-744-8550, TTY: 711. 운영 시간: 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 또한 온라인으로 member.wellcare.com을 방문하실 수도 있습니다.</p>	

4 장 의료 혜택표(보장 사항)

섹션 3 플랜 외부에서 보장하는 서비스에는 어떤 것이 있나요?

섹션 3.1 플랜이 보장하지 않는 서비스

Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)에서는 보장되지 않지만 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램 (Medicaid)을 통해 이용할 수 있는 서비스가 있습니다. Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid)에서 제공하는 지원에 대해 질문이 있으시면, 월요일~금요일 오전 7시 45분~오후 4시 30분(하와이 표준 시간 기준) 사이에 1-800-316-8005(TTY: 711)번으로 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid)에 문의해 주십시오.

섹션 4 플랜에서 보장되지 않는 서비스에는 어떤 것이 있나요?

섹션 4.1 플랜에서 보장되지 않는 서비스(제외사항)

이 섹션에서는 제외되는 서비스에 대해 설명해 드립니다.

아래 표에는 어떤 조건에서도 보장되지 않거나 특정 조건에서만 제외되는 일부 서비스 및 품목이 나와 있습니다.

가입자가 보장에서 제외되는(보장되지 않는) 서비스를 받을 경우, 가입자 본인은 아래에 나열된 특정 상황에 처한 경우를 제외하고 이에 대한 비용을 반드시 부담해야 합니다. 보장 제외 서비스를 응급 시설에서 받더라도 제외된 서비스는 보장을 받을 수 없으며 플랜에서 비용을 지불해 드리지 않습니다. 단, 유일한 예외는 의료 서비스에 대해 이의 신청이 제기되고 이의 신청에 따라 가입자의 특정 상황으로 인해 저희가 지불하거나 보상했어야 하는 의료 서비스로 결정된 경우입니다. (의료 서비스를 보장하지 않기로 한 저희 플랜의 결정사항을 상대로 이의를 신청하는 방법에 대한 정보를 보시려면, 이 문서 제9장의 섹션 6.3으로 가십시오.)

Medicare에서 보장하지 않는 서비스	어떤 조건에서도 보장되지 않음	특정 조건에서만 보장됨
성형 수술 또는 시술		<ul style="list-style-type: none"> • 사고에 따른 상해로 인하거나 신체의 기형 부위를 개선하기 위한 목적인 경우 보장됨. • 유방 절제수술 이후, 형태의 대칭을 이루기 위해 절제된 쪽과 보존된 쪽에 실시하는 모든 단계의 재건이 보장됨.

4 장 의료 혜택표(보장 사항)

Medicare에서 보장하지 않는 서비스	어떤 조건에서도 보장되지 않음	특정 조건에서만 보장됨
<p>보호 치료</p> <p>보호 치료란 목욕이나 옷 입기 등 일상생활의 활동을 도와주는 간호로, 숙련된 의료인 또는 응급 구조인의 지속적인 돌봄을 필요로 하지 않는 간호입니다.</p>	<p>어떤 조건에서도 보장되지 않음</p>	
<p>다음과 같은 치과 치료:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 치아교정 서비스 • 임플란트 서비스 • 악안면 보철술 	<p>어떤 조건에서도 보장되지 않음</p>	
<p>실험적인 의료 시술 및 수술, 장비 및 약품.</p> <p>실험적인 시술 및 사항이란 의료계에서 일반적으로 인정되지 않는 것이라고 Original Medicare에서 판단한 사항 및 시술을 의미합니다.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Medicare가 승인한 임상 연구 하에서 Original Medicare가 또는 당사 플랜에서 보장을 제공할 수도 있음. <p>(임상 연구에 대한 자세한 정보를 확인하려면 3장의 섹션 5를 참조하십시오).</p>
<p>가까운 친척이나 가족이 간호를 제공하여 청구하는 비용.</p>	<p>어떤 조건에서도 보장되지 않음</p>	
<p>자택에서 정규시간 간호 서비스.</p>	<p>어떤 조건에서도 보장되지 않음</p>	
<p>가정 배달 식사</p>		<ul style="list-style-type: none"> • 자세한 내용은 의료 혜택표의 VBID 섹션에서 ‘건강 식품’ 혜택을 참조하십시오.

4 장 의료 혜택표(보장 사항)

Medicare에서 보장하지 않는 서비스	어떤 조건에서도 보장되지 않음	특정 조건에서만 보장됨
간단한 가사 활동이나 간단한 식사 준비 등 기본적인 가사 보조를 비롯한 가사 서비스.	어떤 조건에서도 보장되지 않음	
자연요법 서비스 (자연 치료 또는 대체 치료 사용).	어떤 조건에서도 보장되지 않음	
교정 신발 또는 발에 사용하는 보조 장치		<ul style="list-style-type: none"> • 다리 보조기의 일부이며 보조기 비용에 포함된 신발. 당뇨병 족부 질환 환자를 위한 정형외과 신발 또는 치료용 신발.
전화기나 TV 등 병원 또는 전문요양시설 내 병실에 제공되는 개인용 물품.	어떤 조건에서도 보장되지 않음	
병원 내 개인 병실.		<ul style="list-style-type: none"> • 의학적으로 필요한 경우에만 보장됨.
방사선 각막 절개술, LASIK 수술 및 기타 시력보조기구.	어떤 조건에서도 보장되지 않음	
불임복원술 및/또는 비처방 피임용품.	어떤 조건에서도 보장되지 않음	
정기적 지압요법 진료		<ul style="list-style-type: none"> • 아탈구를 교정하기 위해 손을 사용하여 척추를 치료하는 것만 보장됨.

4 장 의료 혜택표(보장 사항)

Medicare에서 보장하지 않는 서비스	어떤 조건에서도 보장되지 않음	특정 조건에서만 보장됨
정기적 발 치료		<ul style="list-style-type: none"> Medicare 지침에 따라 (당뇨병 환자 등의) 가입자에게는 일부 제한적 보장이 제공됩니다.
Original Medicare 기준에 따라 비합리적이거나 불필요하다고 간주되는 서비스.	어떤 조건에서도 보장되지 않음	

5장:

파트 D 처방약에 대한
플랜의 보장 사용

5장 파트 D 처방약에 대한 플랜의 보장 사용**가입자의 의약품 비용에 관한 정보를 어떻게 얻을 수 있습니까?**

가입자가 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid) 자격 대상이기 때문에 Medicare에서 “추가 지원”을 받아 처방약 플랜 비용을 지불할 자격이 있으며 받고 있습니다. 귀하는 “추가 지원” 프로그램에 가입되어 있기 때문에 이 **보장 범위 증명서에 수록된 파트 D 처방약 비용 관련 정보 중 일부는 귀하에게 적용되지 않을 수 있습니다.** 귀하의 의약품 보장에 관하여 설명하는 **처방약 추가 지원을 받는 가입자를 위한 보장 범위 증명서 특약**(저소득층 보조금 특약 또는 LIS 특약이라고도 함)이라고 하는 별도 삽입지를 발송하였습니다. 해당 삽입지를 받지 못한 경우에는 가입자 서비스부에 전화하여 LIS 특약을 요청해 주십시오. (가입자 서비스부의 전화번호는 이 문서의 뒷 표지에 안내됨)

섹션 1 개요

이 장에서는 **파트 D** 약품 보장을 이용하기 위한 규칙에 대해 설명합니다. Medicare Part B 약품 혜택 및 호스피스 의약품 혜택에 대한 자세한 내용은 4장을 참고해 주십시오.

Medicare가 보장하는 약에 더해 일부 처방약은 가입자의 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid) 혜택에 따라 보장됩니다. Medicaid의 의약품 보장에 대한 자세한 내용은 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid)에 문의하여 어떤 의약품 보장을 이용할 수 있는지 확인하십시오. (Medicaid 전화번호 및 연락처 정보는 제2장의 섹션 6에 나와 있습니다.)

섹션 1.1 파트 D 약품 보장 기본 규칙

가입자가 다음과 같은 기본 규칙을 지킬 경우에는 일반적으로 약에 대해 보장해 드립니다.

- 가입자는 의료 제공자(의사, 치과의사 또는 기타 처방자)가 해당 주법에 따라 유효한 처방전을 작성하도록 해야 합니다.
- 가입자의 처방자는 Medicare의 예외 또는 제외 목록에 포함되지 않아야 합니다.
- 처방약을 조제하려면 일반적으로 네트워크 약국을 이용하셔야 합니다. (이 장의 섹션 2를 참조하십시오.) 또는 **플랜의 우편 주문 서비스를 통해 처방약을 조제받을 수 있습니다.**
- 가입자가 사용하는 약은 반드시 이 플랜의 **보장 의약품 목록(처방규정)**에 수록되어 있어야 합니다(줄여서 의약품 목록이라고 함). (이 장의 섹션 3을 참조하십시오.)
- 가입자가 이용하는 약은 반드시 의학적으로 인정된 적응증에 대해 사용해야 합니다. ‘의학적으로 인정된 적응증’은 식약청의 승인을 받거나 특정 참고도서의 지지를 받는 약의 사용을 의미합니다. (의학적으로 인정된 적응증에 대한 자세한 정보는 이 장의 섹션 3을 참조하십시오.)
- 귀하의 약은 보장을 받기 전에 승인이 필요할 수 있습니다. (보장 제한사항에 대한 자세한

내용은 이 장의 섹션 4를 참조하십시오.)

섹션 2 네트워크 소속 약국에서 또는 플랜의 우편 주문 서비스를 통해 처방약 조제하기

섹션 2.1 네트워크 소속 약국 이용

대부분의 경우, 플랜 네트워크에 소속된 약국에서 처방약을 조제하는 *경우에만* 보장을 받습니다 (네트워크 비소속 약국에서 구입하는 처방약을 보장받을 수 있는 경우에 대한 정보를 보시려면, 섹션 2.5를 참조하십시오.)

네트워크 소속 약국이란 보장되는 처방약을 제공하기로 이 플랜과 계약을 체결한 약국을 의미합니다. 보장약이란 플랜의 의약품 목록에 있는 모든 파트 D 처방약을 의미합니다.

섹션 2.2 네트워크 소속 약국

가입자 지역에서 네트워크 소속 약국을 어떻게 찾을 수 있습니까?

네트워크 소속 약국을 찾으시려면 *의료 제공자 및 약국 명부*를 확인하시거나, 당사 웹사이트(www.2025wellcaredirectories.com)를 방문 및/또는 가입자 서비스부에 전화하실 수 있습니다.

당사 네트워크 약국 중 어디든지 가셔도 됩니다.

기존에 이용하던 약국이 네트워크에서 탈퇴하면 어떻게 해야 합니까?

이용하던 약국이 플랜 네트워크에서 탈퇴할 경우, 네트워크에 소속된 새 약국을 찾아야 합니다. 귀하의 지역에 있는 다른 약국을 찾으려면 가입자 서비스부의 도움을 받거나 *의료 제공자 및 약국 명부*를 이용할 수 있습니다. 또한 당사 웹사이트 www.2025wellcaredirectories.com에서도 정보를 찾을 수 있습니다.

전문약국을 이용해야 할 경우는 어떻게 해야 합니까?

일부 처방전은 반드시 전문약국에서 약을 구입해야 합니다. 전문약국이란 다음 약국들입니다.

- 가정 투여 요법에 사용되는 약을 공급하는 약국.
- 장기 간병(LTC) 시설 입소자를 위한 약을 공급하는 약국. 일반적으로 LTC 시설 (요양원 등)에는 자체 약국이 있습니다. LTC 시설에서 파트 D 혜택을 이용하는 데 어려움이 있다면 가입자 서비스부에 문의하시기 바랍니다.
- 아메리카 원주민 건강 서비스/부족/도시 거주 아메리카 원주민 건강 프로그램을 대상으로 하는 약국(Puerto Rico에서는 제공되지 않음). 응급 상황을 제외하고, 아메리카 원주민 또는 Alaska 원주민만이 이들 약국을 이용할 수 있습니다.
- FDA가 특정 지역에 대해 공급을 제한한 약을 공급하거나 특별 취급, 의료 제공자의 협조 또는

5장 파트 D 처방약에 대한 플랜의 보장 사용

사용법 교육을 요하는 약을 공급하는 약국. 전문 약국을 찾으려면 *의료 제공자 및 약국 명부* www.2025wellcaredirectories.com를 확인하거나 가입자 서비스부에 전화하십시오.

섹션 2.3 플랜의 우편 주문 서비스 이용

일부 약 종류의 경우, 플랜의 네트워크 우편 주문 서비스를 사용할 수 있습니다. 일반적으로 우편 주문 서비스를 통해 제공되는 약은 만성 또는 장기 의학적 상태에 대해 정기적으로 투여하는 약입니다. 플랜의 우편 주문 서비스를 통해 구할 수 없는 의약품은 당사 의약품 목록에 “NM”으로 표시되어 있습니다.

플랜의 우편 주문 서비스는 **최대 100일 공급분**까지 주문할 수 있습니다.

주문 양식을 요청하거나 처방약 조제에 대한 자세한 내용을 확인하려면 우편 주문 서비스 가입자 서비스부에 1-833-750-0201(TTY: 711)번으로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 전화하십시오. 또는 express-scripts.com/rx에 로그인하십시오. 플랜 네트워크에 소속되지 않은 우편 주문 약국을 이용할 경우, 처방약을 보장해 드리지 않습니다.

일반적으로, 우편 주문 서비스로 의약품을 주문하면 14일 이내에 배송됩니다. 그러나 우편 주문 서비스로 처방약을 보낼 경우, 배송이 지연되는 경우가 있습니다. 장기 복용 약이 지금 당장 필요한 경우, 의사에게 참여 소매 약국에서 조제할 30일 공급분에 대해 한 개와 우편을 통해 조제할 장기 공급분에 대해 한 개, 총 두 개의 처방전을 요청하십시오. 우편 주문 처방전이 지연되어 참여 소매 약국에서 30일분을 구입하는 데 문제가 있는 경우, 소매 약국에서 1-866-800-6111 (TTY 1-888-816-5252)번으로 의료 제공자 서비스 센터에 전화하도록 해 주십시오. 주 7일, 하루 24시간 언제든지 지원을 받을 수 있습니다. 가입자는 우편 주문 가입자 서비스부 전화 1-833-750-0201(TTY: 711)번으로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 전화하실 수 있습니다. 또는 express-scripts.com/rx에 로그인하십시오.

의사 진료실에서 약국으로 직접 보내는 새 처방전.

약국은 다음 중 하나인 경우 자동적으로 가입자에게 먼저 확인을 구하지 않고 의료 서비스 제공자로부터 받은 새로운 처방약을 조제해 배송합니다.

- 가입자가 이전에 이 플랜의 우편 주문 서비스를 이용한 경우, 또는
- 가입자가 의료 제공자로부터 직접 모든 새 처방전의 자동 배송을 신청한 경우. 주 7일, 24시간 우편 주문 가입자 서비스부에 1-833-750-0201(TTY: 711)번으로 문의하여 모든 새 처방전의 자동 배송을 요청할 수 있습니다. 또는 express-scripts.com/rx에 로그인하십시오.

원하지 않는 처방전을 우편을 통해 자동으로 발송받았고, 배송 전에 처방전 필요 여부를 확인하기 위한 연락을 받지 못한 경우, 환불을 받을 수 있습니다.

이전에 우편 주문 서비스를 이용했으나 약국에서 자동으로 각 새 처방약을 조제하여 배송하기를 원하지 않는 경우, 우편 주문 가입자 서비스부에 1-833-750-0201(TTY: 711)번으로 주 7일, 하루

5장 파트 D 처방약에 대한 플랜의 보장 사용

24시간 언제든지 문의해 주십시오. 또는 [express-scripts.com/rx](https://www.express-scripts.com/rx)에 로그인하십시오.

우편 주문 배송을 이용한 적이 없고/없거나 새로운 처방약의 자동 조제를 중단하고자 하는 경우, 약국에서는 의료 제공자로부터 새 처방전을 받을 때마다 가입자에게 연락해 의약품이 조제되어 즉시 배송되기를 원하는지 확인하게 됩니다. 약국에서 연락이 올 때마다 응답하여 새 처방전을 배송, 연기 또는 취소할지 여부를 알려 주십시오.

우편 주문 처방약 재구입. 약을 재구입하려면 자동 재구입 프로그램 가입을 선택할 수 있습니다. 가입자가 약을 거의 다 사용한 것으로 당사 기록에 나오면, 이 프로그램에서 자동으로 다음 번 재구입에 대한 처리를 시작합니다. 그러면 약국에서 가입자에게 약이 더 필요한지 확인하기 위해 연락을 취해 오며, 이 때 약이 아직 충분히 남아 있거나 이용 약이 변경된 경우에는 예정된 재구입을 취소할 수 있습니다.

자동 재구입 프로그램을 사용하지 않지만 우편 주문 약국에서 처방약을 보내주기를 원하는 경우에는 처방약을 다 사용하기 21일 전에 약국에 문의해 주십시오. 이렇게 하면 주문한 약이 제때 배송됩니다.

우편 주문 처방약의 재조제(리필)를 자동으로 처리하는 프로그램의 이용을 중지하려면 우편 주문 약국에 전화하여 당사에 문의해 주십시오:

- **Express Scripts® 약국: 1-833-750-0201(TTY 사용자는 711번으로 전화해야 함).**

우편을 통해 자동으로 원하지 않는 재조제를 받는 경우 환불을 받을 수 있습니다.

섹션 2.4 장기간 이용할 의약품을 어떻게 받을 수 있습니까?

플랜에서는 플랜의 의약품 목록에 수록된 유지의약품을 장기 공급(연장 공급이라고도 함)받을 수 있는 두 가지 방법을 제공합니다. (유지의약품이란 만성 또는 장기 질환을 위해 정기적으로 복용하는 약입니다.)

1. 네트워크에 소속된 소매약국 중 일부는 유지의약품을 장기적으로 공급해 줍니다. *의료 제공자 및 약국 명부* www.2025wellcaredirectories.com에는 네트워크 소속 약국들 가운데 어느 곳에서 유지의약품을 장기적으로 공급해 줄 수 있는지 나와 있습니다. 자세한 내용은 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.
2. 당사 우편 주문 프로그램을 통해 유지의약품을 받을 수도 있습니다. 자세한 내용은 섹션 2.3을 참조해 주십시오.

섹션 2.5 어떤 경우에 플랜 네트워크에 소속되지 않은 약국을 사용할 수 있습니까?

특정 상황에서는 가입자의 처방전이 보장을 받을 수도 있습니다

일반적으로, 가입자가 네트워크 소속 약국을 사용할 수 없는 상황에 *한해* 네트워크 비소속

5장 파트 D 처방약에 대한 플랜의 보장 사용

약국에서 구입한 약을 보장해 드립니다. 가입자에게 도움을 드리기 위해 당사 플랜에서는 여러분이 가입자로서 처방약을 구입할 수 있도록 서비스 지역 이외 지역에도 네트워크 소속 약국을 지정해 놓았습니다. **먼저 가입자 서비스부에 연락하여** 근처에 네트워크 소속 약국이 있는지 확인해 주십시오. 단, 네트워크 비소속 약국에서의 구입 가격, 그리고 네트워크 소속 약국 이용 시 보장될 비용 간의 차액을 부담해야 할 수도 있습니다.

다음 경우에 당사는 네트워크 비소속 약국에서 조제한 처방약을 보장합니다.

여행: 여행 중이거나 플랜의 서비스 지역 외부에 있을 때 보장을 받습니다.

- 정기적으로 처방약을 투여 받는 상황에서 여행을 가야 할 경우, 여행을 떠나기 전에 약이 충분히 있는지 반드시 확인하십시오. 가급적이면 필요한 약을 다 들고 가십시오. 우편 주문 약국을 통해 사전에 처방약을 주문할 수 있습니다.
- 미국 및 미국령 지역에서 여행 중에 몸이 아프거나, 처방약을 분실했거나, 처방약이 다 떨어진 경우, 네트워크 비소속 약국에서 구입한 처방약을 보장해 드립니다. 이러한 상황에서는 처방약을 구입할 때 약 비용 전체(코페이먼트 또는 공동보험료만 부담하는 것이 아님)를 가입자가 부담해야 합니다. 비용청구서를 제출하여 당사가 부담하는 비용에 대한 환급을 요청하실 수 있습니다. 네트워크 비소속 약국을 이용할 경우, 네트워크 소속 약국 이용 시 납부해야 할 처방약 가격과 네트워크 비소속 약국에서 실제로 청구하는 처방약 가격 간의 차액을 가입자가 부담해야 할 수 있습니다. 환급 청구서를 제출하는 방법에 대한 자세한 내용은 7장, 섹션 2, *환급 요청 또는 가입자가 받은 청구서 비용의 지급을 요청하는 방법*을 참조해 주십시오.
- 또는 가입자 서비스부에 연락하여 여행 지역에 네트워크 소속 약국이 있는지 확인할 수도 있습니다.
- 당사는 미국 및 그 자치령 외부에 있는 약국에서 처방약을 조제한 비용에 대해서는 응급 의료 상황인 경우에도 지급하지 않습니다.

응급 의료 상황: 응급 의료 상황에 처해서 또는 긴급하게 치료가 필요해서 처방약이 필요한 경우 어떻게 해야 할까요?

- 해당 처방전이 의료적인 응급 상황에 대한 치료 또는 긴급 진료와 관련된 경우에는 네트워크 비소속 약국에서 구입한 처방약에 대해서도 보장해 드립니다. 이러한 상황에서는 처방약을 구입할 때 약 비용 전체(코페이먼트 또는 공동보험료만 부담하는 것이 아님)를 가입자가 부담해야 합니다. 비용청구서를 제출하여 당사가 부담하는 비용에 대한 환급을 요청하실 수 있습니다. 네트워크 비소속 약국을 이용할 경우, 네트워크 소속 약국 이용 시 납부해야 할 처방약 가격과 네트워크 비소속 약국에서 실제로 청구하는 처방약 가격 간의 차액을 가입자가 부담해야 할 수 있습니다. 환급 청구서를 제출하는 방법에 대한 자세한 내용은 7장, 섹션 2, *환급 요청 또는 가입자가 받은 청구서 비용의 지급을 요청하는 방법*을 참조해 주십시오.

기타 상황: 네트워크 외부 약국을 이용한 경우에도 처방약을 보장받을 수 있는 상황이

5장 파트 D 처방약에 대한 플랜의 보장 사용

있습니다.

- 다음 중 적어도 한 가지가 적용되는 경우에는 네트워크 비소속 약국을 이용하더라도 처방약을 보장해 드립니다.
 - 운전하여 갈 수 있는 적절한 거리에 24시간 서비스를 제공하는 네트워크 소속 약국이 없어서 서비스 지역 내에서 제때 보장 의약품 받을 수 없는 경우
 - 방문할 만한 거리에 위치한 네트워크 소속 소매약국 또는 우편 주문 약국에 정기적으로 구비되어 있지 않은 처방약(고비용 및 고유 약품 포함)을 구입하려는 상황.
 - 의학적으로 필요하지만 Medicare Part B가 보장하지 않는 백신 및 의사 진료실에서 투여되는 일부 보장약을 받고 있는 상황.
- 위에 명시된 모든 상황에 대해 최장 30일분의 처방약을 받을 수 있습니다. 추가적으로, 가입자는 네트워크 비소속 약국이 청구하는 약 비용을 납부하고 당사 플랜에서 환급받기 위해 관련 서류를 제출해야 할 가능성이 있습니다. 서류 작성 시, 네트워크 비소속 약국을 이용해야만 했던 상황에 대해 설명해 주십시오. 그러면 환급 신청을 처리하는 데 도움이 됩니다.

플랜으로부터 어떻게 비용 환급을 요청하면 됩니까?

네트워크 비소속 약국을 이용해야만 한다면 처방약을 구입하는 시점에 일반적으로 약 비용의 전액을 납부해야 합니다. 가입자는 환급을 요청하실 수 있습니다 (7장의 섹션 2에서는 플랜 측에 비용 환급을 요청하는 방법에 대해 설명합니다).

섹션 3 가입자가 사용하는 약은 이 플랜의 의약품 목록에 수록되어 있어야 합니다

섹션 3.1	의약품 목록에서는 파트 D 약 가운데 어떤 것이 보장되는지 알려 줍니다
---------------	--

이 플랜에는 *보장 의약품 목록(처방집)*이 있습니다. 이 *보장 범위 증명서*에서는 이를 줄여서 *의약품 목록*이라고 합니다.

이 목록에 수록된 처방약은 의사 및 약사로 구성된 팀의 도움을 받아 이 플랜에 의해 선정되었습니다. 이 목록은 Medicare의 요구 사항을 만족하고 Medicare에서 승인을 받았습니다.

의약품 목록에는 Medicare Part D에 따라 보장되는 약도 포함되어 있습니다. Medicare가 보장하는 약에 더해, 일부 처방약은 가입자의 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid) 혜택에 따라 보장됩니다. Medicaid의 의약품 보장에 대한 자세한 내용은 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid)에 문의하여 어떤 의약품 보장을 이용할 수 있는지 확인하십시오. (Medicaid 전화번호 및 연락처 정보는 제2장의 섹션 6에 나와 있습니다.)

5장 파트 D 처방약에 대한 플랜의 보장 사용

가입자가 이 장에 설명되어 있는 다른 보장 규칙들을 따르며 해당 약을 의학적으로 인정된 적응증에 사용하는 한, 일반적으로 플랜의 의약품 목록에 수록된 약품을 보장해 드립니다. 의학적으로 인정된 적응증이란 다음 두 가지 상황 중 *하나*를 의미합니다.

- 처방의 대상이 되는 진단 또는 질환에 대해 미국 식품의약국의 승인을 받은 경우, 또는
- 미국 병원 처방규정 서비스 의약품 정보 및 Micromedex DRUGDEX 정보 시스템과 같은 특정 참고 자료로 뒷받침되는 경우.

의약품 목록에는 브랜드 약, 제네릭 약 및 생물학적 제제(바이오시밀러가 포함될 수 있음)가 포함됩니다.

브랜드 약은 의약품 제조업체가 소유한 상표명으로 판매되는 처방약입니다. 생물학적 제제는 일반적인 약보다 더 복잡한 약입니다. 의약품 목록에서 의약품이라고 부르는 경우 의약품 또는 생물학적 제제를 의미할 수 있습니다.

제네릭 약이란 브랜드 약과 주 성분이 동일한 처방약입니다. 생물학적 제제에는 바이오시밀러라고 하는 대안이 있습니다. 일반적으로 제네릭 약과 바이오시밀러는 브랜드 또는 오리지널 생물학적 제제와 동일한 효능을 지니며 가격은 더 저렴합니다. 많은 브랜드 약에 사용 가능한 제네릭 약 대체물과 일부 원래의 생물학적 제제에 사용할 수 있는 바이오시밀러 대체물이 있습니다. 일부 바이오시밀러는 상호 교환 가능한 바이오시밀러이며, 주 법률에 따라 제네릭 약이 브랜드 약으로 대체될 수 있는 것과 마찬가지로 새로운 처방전 없이 약국에서 원래의 생물학적 제제로 대체될 수 있습니다.

의약품 목록에 있을 수 있는 의약품 유형의 정의는 12장을 참조하십시오.

의약품 목록에는 어떤 약이 수록되어 있지 *않습니까*?

플랜에서 모든 처방약을 보장해 드리는 것은 아닙니다.

- 경우에 따라, 어떤 Medicare 플랜에서도 특정 유형의 약을 보장하지 못하도록 법에서 정한 경우가 있습니다. (자세한 정보는 이 장의 섹션 7.1을 참조하십시오.)
- 또는 저희 플랜이 특정 약을 의약품 목록에 포함시키지 않기로 한 경우도 있습니다. 일부 경우에는 의약품 목록에 없는 의약품을 받을 수 있습니다. (자세한 정보는 9장을 참조하십시오.)
- Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid)에서 보장하는 처방약은 의약품 목록에 없습니다. 어떤 의약품 보장을 이용할 수 있는지 확인하려면 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid)에 문의하시기 바랍니다. (Medicaid 전화번호 및 연락처 정보는 제2장의 섹션 6에 나와 있습니다.)

섹션 3.2 특정 약이 의약품 목록에 수록되어 있는지를 어떻게 확인할 수 있습니까?

네 가지 방법으로 확인할 수 있습니다.

1. 저희가 전자식으로 제공한 최신 의약품 목록을 확인하십시오.
2. 플랜의 웹사이트를 방문하십시오(www.wellcare.com/ohana). 웹사이트에는 항상 최신 상태의 의약품 목록이 게시되어 있습니다.
3. 특정 약이 플랜의 의약품 목록에 수록되어 있는지 확인하거나 의약품 목록 사본을 요청하려면 가입자 서비스부에 연락하십시오.
4. 플랜의 “실시간 혜택 도구”(www.wellcare.com/ohana 또는 가입자 서비스부에 문의)를 사용하십시오. 이 도구로 의약품 목록에서 의약품을 검색하여 귀하의 지불액 추정치를 확인할 수 있고, 동일한 질병을 치료할 수 있는 대체 의약품이 의약품 목록에 있는지 확인할 수 있습니다.

섹션 4 일부 약에 대한 보장에는 제한사항이 있습니다

섹션 4.1 왜 일부 약에는 제한사항이 적용됩니까?

특정 처방약의 경우, 언제, 어떻게 플랜이 해당 약을 보장하는지에 대해 제한하는 특별 규칙이 적용됩니다. 가입자와 가입자의 의료 제공자가 가장 효과적인 방식으로 약을 사용하도록 의사 및 약사로 구성된 팀이 이러한 규칙을 개발했습니다. 이들 제한사항이 가입자가 복용하거나 복용하고자 하는 약에 적용되는지 알아보려면, 의약품 목록을 확인하십시오.

이 플랜의 규칙은 저비용의 안전한 약이 보다 고비용의 약만큼 의학적 효능을 발휘하는 경우에 가입자 및 의료 제공자가 저비용의 약을 선택할 것을 권장하도록 마련되었습니다.

어떤 약은 의약품 목록에 두 번 이상 나오는 경우가 있음에 유의하십시오. 이는 동일한 의약품이 의료 제공자가 처방한 약의 효능, 함량 또는 제형에 따라 달라질 수 있으며 의약품의 버전에 따라 다른 제한 사항 또는 비용 부담이 적용될 수 있기 때문입니다(예를 들어, 10mg 또는 100mg, 하루 일회 또는 하루 이회, 알약 또는 물약).

섹션 4.2 어떤 종류의 제한사항이 있습니까?

특정 약에 적용되는 제한사항의 유형에 대해 아래에 자세히 설명되어 있습니다.

가입자가 사용하는 약에 제한사항이 있다면, 이는 통상적으로 의약품 보장을 위해서 가입자 또는 의료 제공자가 추가 조치를 취해야 함을 의미합니다. 가입자 서비스부로 연락하여 가입자 또는 의료 제공자가 보장을 받기 위해 무슨 조치를 취해야 하는지 알아보십시오. 가입자에게 제한사항이 적용되지 않도록 하려면 보장 결정 절차를 밟아 저희에게 예외 적용을 요청하셔야 합니다. 당사는 제한사항을 적용하지 않는 데 동의할 수도 있고 동의하지 않을 수도 있습니다 (9장 참조)

5장 파트 D 처방약에 대한 플랜의 보장 사용**플랜으로부터 사전 승인 얻기**

일부 약의 경우, 저희가 해당 약을 보장해 드린다고 동의하기 전에 가입자 또는 의료 제공자가 플랜으로부터 승인을 얻어야 합니다. 이를 **사전 승인**이라고 합니다. 이는 의약품 안전을 보장하고 특정 의약품의 적절한 사용을 안내하기 위해 마련되었습니다. 사전 승인을 받지 못하면 플랜에서 약을 보장받지 못할 수 있습니다.

다른 약을 먼저 시도하기

이 요건은 플랜에서 어떤 약을 보장해 주기 전에 일반적으로 이 약과 효능은 동일하나 비용은 더 낮은 약을 가입자가 시도해 볼 것을 권장합니다. 예를 들어, A와 B라는 각각의 약이 동일한 의학적 상태에 대한 치료제이고 A 약이 더 저렴하다면, 플랜에서는 A 약을 먼저 시도해 볼 것을 요구할 것입니다. 만일 가입자에게 A 약이 효능을 발휘하지 못하는 경우, 플랜에서는 B 약을 보장해 드립니다. 다른 약을 먼저 시도해 보라는 이 요건을 가리켜 **단계적 치료법**이라고 합니다.

분량 제한

특정 의약품의 경우 당사는 처방전을 조제받을 때마다 받는 의약품의 수량을 제한합니다. 예를 들어, 어떤 약이 하루 한 정만 복용해야 안전하다고 일반적으로 간주되는 경우, 저희는 하루 한 정 이하로 처방약 보장을 제한할 수 있습니다.

섹션 5 가입자의 약 중에서 가입자가 원하는 방식으로 보장되지 않는 약이 있다면 어떻게 해야 할까요?

섹션 5.1	가입자의 약 중에서 가입자가 원하는 방식으로 보장되지 않는 약이 있을 경우에 취할 수 있는 방법들이 있습니다
---------------	---

가입자가 현재 복용 중인 처방약이 있거나 복용을 해야 한다고 가입자 본인 및 의료 제공자가 생각하는 약이 당사의 처방규정에 없거나, 있더라도 제한사항이 따르는 수가 있습니다. 그 예로는 다음을 들 수 있습니다.

- 해당 약이 전혀 보장되지 않을 수도 있습니다. 또는 해당 약에 대응하는 제네릭 약은 보장되나 가입자가 복용하고자 하는 브랜드 약은 보장되지 않을 수도 있습니다.
- 해당 약이 보장은 되나, 섹션 4에 설명된 것과 같이 추가 규칙 또는 제한사항이 보장에 적용될 수 있습니다.
- 가입자의 약 중에서 가입자가 원하는 방식으로 보장되지 않는 약이 있을 경우에 취할 수 있는 방법들이 있습니다. 해당 약이 의약품 목록에 수록되어 있지 않거나 제한사항이 적용된다면, **섹션 5.2로 가서 가입자가 취할 수 있는 방법에 대해 알아보십시오.**

섹션 5.2 해당 약이 의약품 목록에 수록되어 있지 않거나 어떤 식으로든 제한사항이 적용된다면 어떤 조치를 취할 수 있습니까?

해당 약이 의약품 목록에 없거나 제한되어 있는 경우, 다음과 같은 옵션이 있습니다.

- 의약품의 임시 공급분을 받을 수 있습니다.
- 귀하는 다른 약으로 변경할 수 있습니다.
- 가입자는 예외를 요청하는 한편, 저희 플랜 측에 해당 약을 보장하거나 제한사항을 적용하지 않을 것을 요구할 수 있습니다.

일시적 공급분을 받을 수도 있습니다

특정 상황에서 이 플랜은 가입자가 이미 복용하고 있는 의약품의 임시 공급분을 제공해야 합니다. 임시 공급분을 받음으로써 가입자는 의료 제공자와 변경 사항에 대해 논의할 시간을 가질 수 있습니다.

임시 공급분을 받을 자격을 갖추려면 복용하는 해당 의약품이 더 이상 이 플랜의 의약품 목록에 없거나 또는 현재 어떤 식으로든 제한되어 있어야 합니다.

- **신규 가입자인 경우** 당사는 귀하가 플랜에 가입한 후 첫 **90일** 동안 기존에 복용하던 의약품의 임시 공급분을 보장합니다.
- **작년에 플랜의 가입자였던 경우** 당사는 달력상 연도의 첫 **90일** 동안의 귀하 의약품의 임시 공급량을 보장할 것입니다.
- 이 임시 공급분은 소매 약국에서 최대 30일분, 장기 간병 약국에서 31일분입니다. 이보다 적게 처방된 경우, 소매약국에서 최대 30일분 또는 장기 간병 약국에서 31일분만큼 약을 제공할 수 있도록 여러 차례 구입하는 것을 허용합니다. 처방약은 반드시 네트워크 소속 약국에서 구입해야 합니다. (장기 간병 약국에서는 약의 낭비를 방지하기 위해 한 번에 작은 분량만 드리는 경우가 있습니다).
- **90일을 초과한 기간 동안 플랜에 가입되어 있고, 현재 장기 간병 시설에 입소해 있으며, 약을 즉시 공급받아야 하는 가입자:**
당사는 특정 의약품의 31일 응급 상황 공급분 일회, 또는 이보다 적은 일수에 대해 처방을 받은 경우에는 그 미만으로 보장해 드립니다. 이것은 위에서 말한 임시 공급량에 추가하여 보장됩니다.
- **치료 수준의 변경(장기 간병 시설 또는 병원에 입원하거나 퇴원하는 등)이 발생하여 의약품 공급이 즉시 필요한 가입자의 경우:**

당사는 30일 공급분을 일 회 보장합니다. 가입자의 처방전에 더 적은 기간으로 처방되어 있다면 더 적은 일수의 공급분을 보장합니다(이 경우 최대 총 30일분 만큼 의약품)

5장 파트 D 처방약에 대한 플랜의 보장 사용

제공하도록 여러 차례 구입하는 것을 허용합니다).

임시 공급분에 대한 문의 사항은 가입자 서비스부로 전화하십시오.

임시 공급분을 사용하는 동안, 가입자는 의료 제공자와 상의하여 이 공급분이 소진될 때 어떤 조치를 취해야 할지 정해야 합니다. 가입자에게는 두 가지 옵션이 있습니다.

1) 가입자는 다른 약으로 변경할 수 있습니다

가입자에게 효능이 있을 수 있는 다른 의약품이 플랜에서 보장하는지에 대해 의료 제공자와 상담하십시오. 가입자 서비스부에 연락하여 동일한 의학적 상태를 치료하는 보장 의약품 목록을 요청하실 수 있습니다. 의료 제공자는 이 목록을 사용하여 가입자에게 효능이 있는 보장약을 찾을 수 있습니다.

2) 예외를 요구할 수 있습니다

가입자 및 의료 제공자는 해당 약을 가입자가 원하는 방식대로 예외적으로 보장해 달라고 플랜 측에 요구할 수 있습니다. 가입자가 예외를 적용해 달라고 요구할 만한 정당한 의학적 이유가 있다고 의료 제공자가 이야기하는 경우, 의료 제공자는 가입자가 예외를 적용해 달라고 요청하는 데 도움을 제공할 수 있습니다. 예를 들어, 플랜의 의약품 목록에 수록되어 있지 않은 약에 대해서도 플랜 측에 보장을 요구할 수 있습니다. 또는 플랜 측에 예외적으로 해당 약을 아무 제한사항 없이 보장해 달라고 요구할 수도 있습니다.

현재 가입자가 복용 중인 약이 내년에 처방규정에서 제거되거나 어떤 방식이든 제한사항이 가해지는 경우, 당사는 새해 전에 모든 변경 사항에 대해 가입자에게 알려드릴 것입니다. 내년이 시작되기 전에 예외 인정을 요청하시면 해당 요청(또는 처방자의 근거 진술서) 접수 후 72시간 내에 답변을 드리겠습니다. 저희가 이러한 요청을 승인하면, 해당 변경사항이 발효되기 전에 보장을 허가해 드릴 것입니다.

가입자와 의료 제공자가 예외 인정을 요청하고자 할 경우, 어떤 조치를 취해야 하는지에 대해 **9장의 섹션 7.4에서 알려 드립니다.** 이 섹션에서는 가입자의 요청이 신속하고 공정하게 다루어질 수 있도록 Medicare에서 정한 절차 및 기한에 대한 설명이 나와 있습니다.

섹션 6 가입자의 약에 대한 보장에 변경이 발생하면 어떻게 해야 합니까?

섹션 6.1 의약품 목록은 연도 중간에 변경될 수 있습니다

약 보장에 대한 변경은 대부분 매년 시작일(1월 1일)에 발생합니다. 그러나 연도 중간에 의약품 목록에 일부 변경을 가할 수도 있습니다. 예를 들어, 플랜에서 다음과 같은 변경을 가할 수 있습니다.

- 약을 의약품 목록에 추가하거나 목록에서 제거함.
- 의약품에 대한 보장 사항에 제한을 추가하거나 제거합니다.

5장 파트 D 처방약에 대한 플랜의 보장 사용

- 브랜드 약을 제네릭 약 버전으로 대체합니다.
- 원래의 생물학적 제제를 생물학적 제제의 교환 가능한 바이오시밀러 버전으로 교체합니다.

당사는 플랜의 의약품 목록을 변경하기 전에 Medicare 요건을 반드시 준수합니다.

이 장에 설명된 약 유형의 정의는 12장을 참조하십시오.

섹션 6.2 복용 중인 약에 대한 보장에 변경이 발생할 경우 어떻게 해야 하나요?

약 보장 변경에 관한 정보

의약품 목록에 변경이 있는 경우, 당사의 웹사이트에 그 변경 내용을 게시합니다. 또한 당사는 정기적으로 온라인 의약품 목록을 업데이트합니다. 이 섹션에서는 당사가 의약품 목록을 변경할 수 있는 유형과 복용 중인 의약품에 대한 변경이 있을 경우 가입자에게 직접 고지하는 시기에 대해 설명합니다.

현재 플랜 연도 중 가입자에게 영향을 미칠 수 있는 의약품 목록의 변경 사항

- 의약품 목록에 새로운 약을 추가하고 의약품 목록에서 유사한 약을 즉시 제거하거나 변경합니다.
 - 당사는 의약품 목록에 새로운 버전의 의약품을 추가하는 경우 의약품 목록에서 유사한 의약품을 즉시 제거하거나, 유사한 의약품을 다른 비용 부담 범주로 이동하거나, 새로운 제한사항을 추가하거나, 두 가지 모두를 적용할 수 있습니다. 새로운 버전의 의약품은 제한사항이 동일하거나 더 적습니다.
 - 당사는 새로운 제네릭 버전의 브랜드 이름을 추가하거나 이미 의약품 목록에 있던 오리지널 생물학적 제제의 새로운 특정 바이오시밀러 버전을 추가하는 경우에만 이러한 즉각적인 변경을 수행합니다.
 - 당사가 제거하거나 변경하려는 약을 가입자가 복용하고 있는 경우에도 당사는 이러한 변경 사항을 즉시 적용하고 추후에 가입자에게 알려드릴 수 있습니다. 당사가 변경을 하는 시점에 가입자가 유사한 약을 복용하고 있는 경우에는 가입자에게 구체적인 변경 사항에 대해 알려드립니다.
- 사전 통지를 통해 의약품 목록에서 유사한 약을 제거하거나 변경하고 의약품 목록에 약을 추가합니다.
 - 당사는 의약품 목록에 다른 버전의 의약품을 추가하는 경우 의약품 목록에서 유사한 의약품을 제거하거나, 다른 비용 부담 범주로 이동하거나, 새로운 제한사항을 추가하거나, 두 가지 모두를 적용할 수 있습니다. 당사가 추가하는 의약품 버전은 제한사항이 동일하거나 더 적습니다.
 - 당사는 새로운 제네릭 버전의 브랜드 약을 추가하거나 이미 의약품 목록에 있던 오리지널

5장 파트 D 처방약에 대한 플랜의 보장 사용

생물학적 제제의 새로운 특정 바이오시밀러 버전을 추가하는 경우에만 이러한 변경을 수행합니다.

- 당사는 변경 사항을 적용하기 최소 30일 전에 미리 가입자에게 알려드리거나, 변경에 관해 알려드리고 가입자가 복용 중인 버전 약의 30일 분량을 보장합니다.
- **시장에서 회수된 안전하지 않은 약과 의약품 목록에 수록된 다른 약들을 제거합니다.**
 - 때때로 의약품이 안전하지 않은 것으로 간주되거나 다른 이유로 시장에서 퇴출될 수 있습니다. 이런 일이 발생하면, 당사는 해당 약을 의약품 목록에서 즉시 삭제할 수 있습니다. 가입자가 해당 약을 복용 중인 경우에는 변경 후 가입자에게 이를 알려드립니다.
- **의약품 목록에 수록된 약에 대해 기타 변경 사항을 적용합니다.**
 - 보험 연도가 시작된 후 가입자가 복용하는 약에 영향을 주는 다른 변경을 할 수도 있습니다. 예를 들어, 당사는 FDA 박스 경고 또는 Medicare에서 인정한 새로운 임상 지침을 따릅니다.
 - 당사는 이러한 변경 사항을 적용하기 최소 30일 전에 미리 가입자에게 알려드리거나, 변경에 관해 알려드리고 가입자가 복용 중인 약의 30일 분량을 추가로 보장합니다.

귀하가 복용 중인 약에 당사가 이러한 변경을 하는 경우, 귀하의 질환을 치료하기 위해 다른 약으로 변경하거나 복용 중인 약에 대한 새로운 제한 사항을 충족하기 위해 보장 결정을 요청하는 등 귀하에게 가장 적합한 옵션에 대해 처방 의사와 상담하시기 바랍니다. 가입자 또는 가입자의 처방 의사는 가입자가 복용 중인 약 또는 약의 버전을 계속 보장받을 수 있도록 당사에 예외를 요청할 수 있습니다. 예외를 포함하여 보장 결정을 요청하는 방법에 대한 자세한 내용은 9장을 참조하십시오.

현재 플랜 연도 중 가입자에게 영향을 미치지 않는 의약품 목록의 변경 사항

당사는 위에서 설명하지 않은 의약품 목록에 대한 특정 변경을 가할 수 있습니다. 이러한 경우 해당 변경이 만들어졌을 당시 해당 의약품을 복용 중인 가입자에게는 변경 사항이 적용되지 않습니다. 그러나 이러한 변경 사항은 가입자가 동일한 플랜에 머무는 경우 다음 플랜 연도의 1월 1일부터 가입자에게 영향을 미칠 것입니다.

일반적으로 현재 플랜 연도에 영향을 주지 않는 변경 사항은 다음과 같습니다.

- 당사가 해당 약의 사용에 새로운 제한사항을 가하는 경우.
- 당사가 귀하의 약을 의약품 목록에서 삭제한 경우.

가입자가 복용 중인 약에 대해 다음의 변동 중 어느 것이라도 발생하는 경우(시장 회수, 제네릭 약의 브랜드 약 대체, 또는 위의 섹션에서 명시된 다른 변동 제외), 그 변동은 다음 연도의 1월 1일까지 약 이용이나 비용분담으로서 지불할 금액에 영향을 주지 않습니다.

5장 파트 D 처방약에 대한 플랜의 보장 사용

현재 플랜 연도 중에는 이러한 유형의 변경 사항에 대해 직접 알려드리지 않습니다. 다음 플랜 연도 중에 귀하가 복용 중인 약에 영향을 미칠 변경 사항이 있는지 알아보려면 다음 플랜 연도(정기 등록 기간에 목록을 이용할 수 있는 경우)의 의약품 목록을 확인해야 합니다.

섹션 7 어떤 유형의 약들이 이 플랜에서 보장되지 *않습니까?*

섹션 7.1 보장되지 않는 약 유형

이 섹션에서는 어떤 종류의 처방약들이 보장에서 제외되는지 설명해 드립니다. 이는 Medicare에서 해당 약의 비용을 부담하지 않는다는 의미입니다.

가입자가 이의를 신청하고 요청한 약이 파트 D에 따라 제외되지 않는 것으로 밝혀지면 당사가 비용을 지불하거나 보장할 것입니다. (이의 신청에 대한 자세한 내용은 9장을 참조하십시오.) 저희 플랜에서 제외된 약을 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid)에서도 제외된 경우, 가입자는 직접 약 비용을 부담해야 합니다.

다음은 Medicare 의약품 플랜이 파트 D에서 보장하지 않는 약에 대한 세 가지의 일반 규칙입니다.

- 저희 플랜의 파트 D 약 보장에서는 Medicare Part A 또는 Part B에서 보장되는 약을 보장해 드릴 수 없습니다.
- 플랜에서는 미국 또는 미국령 이외 지역에서 구입한 약에 대해서는 보장해 드릴 수 없습니다.
- *허가받지 않은* 용도로의 의약품 사용은 미국 병원 처방규정 서비스 의약품 정보 및 Micromedex DRUGDEX 정보 시스템과 같은 특정 참고 자료에 의해 해당 사용이 뒷받침되지 않는 경우, 당사 플랜에서는 보장해 드릴 수 없습니다. *허가받지 않은* 용도로의 사용이란 약 라벨에 표시되었으며 미국 식품의약청에서 승인한 용도와는 다른 용도로 약을 사용하는 것을 의미합니다.

또한 법적으로 아래에 나열된 의약품 유형은 Medicare에서 보장되지 않습니다. 하지만 이러한 의약품 일부는 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid) 의약품 보장 하에서 보장됩니다. 어떤 의약품 보장을 이용할 수 있는지 확인하려면 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid)에 문의하시기 바랍니다. (Medicaid 전화번호 및 연락처 정보는 제2장의 섹션 6에 나와 있습니다.)

- 비처방 의약품 (일반 의약품)
- 가임 능력을 촉진하기 위해 사용되는 의약품
- 기침 또는 감기 증상을 완화하기 위해 사용하는 약
- 미용 목적을 위해 또는 모발성장을 촉진하기 위해 사용된 의약품
- 임신부용 비타민 및 불소 적용을 제외한 처방 비타민 및 미네랄 제품
- 성기능이나 발기 부전 치료를 위해 사용되는 약

5장 파트 D 처방약에 대한 플랜의 보장 사용

- 거식증, 체중 감소 또는 체중 증가의 치료에 사용되는 의약품
- 외래약 제약업체가 판매 조건으로서 관련 검사 또는 모니터링 서비스를 해당 업체로부터만 구입해야 한다고 요구하는 경우에 해당 약

처방약을 구입할 때 “추가 지원”을 받는 경우, 이 “추가 지원” 프로그램에서는 일반적으로 보장되지 않는 약품에 대해서 비용을 지급하지 않습니다. 그러나 Medicaid를 통해 의약품 보장받는 경우, 거주하시는 주의 Medicaid 프로그램에서 Medicare 의약품 플랜에서 일반적으로 보장되지 않는 일부 처방약을 보장받을 수도 있습니다. 어떤 의약품 보장을 이용할 수 있는지 확인하려면 해당 주 Medicaid 프로그램에 문의하시기 바랍니다. (Medicaid 전화번호 및 연락처 정보는 제2장의 섹션 6에 나와 있습니다.)

섹션 8 처방전 조제**섹션 8.1 가입자 정보 제공**

처방전을 조제하려면 가입자 카드에서 찾을 수 있는 플랜 가입자 정보를 선택한 네트워크 소속 약국에 제공하십시오. 해당 네트워크 소속 약국은 가입자의 의약품에 대한 청구서를 이 플랜에 자동으로 청구합니다.

섹션 8.2 가입자 정보를 가지고 있지 않은 경우에는 어떻게 해야 하나요?

처방약을 구입할 때 플랜 가입자 정보가 없다면, 플랜에 연락하여 필요한 정보를 얻으라고 약국 측에 요청하거나, 약국 측에 귀하의 플랜 등록 정보를 조회하라고 요청하면 됩니다.

이때 약국이 필요한 정보를 얻지 못하는 경우에는 가입자가 처방약을 받을 때 비용 전액을 납부해야 할 수도 있습니다. (그 후 저희에게 상황 요구를 할 수 있습니다. 플랜에 환불을 요구하는 방법에 대한 정보는 제7장의 섹션 2를 참조하십시오.)

섹션 9 특별한 상황에서의 파트 D 약 보장**섹션 9.1 플랜에서 보장하는 병원 입원 또는 전문요양시설 입소 상황에서는 어떻게 해야 하나요?**

가입자가 플랜에서 보장하는 병원 입원 또는 전문요양시설 입소 중인 상황에 있다면, 그 기간 동안 저희가 일반적으로 처방약 비용을 보장해 드립니다. 병원에서 퇴원하거나 전문간호시설에서 퇴소하면, 플랜에서는 해당 처방약이 이 장에서 설명하는 당사의 모든 보장 규칙에 부합하는 한 해당 약을 보장해 드립니다.

섹션 9.2 장기 간병(LTC) 시설에 입소해 있는 가입자라면 어떻게 해야 하나요?

통상적으로, 장기 간병(LTC) 시설(요양원 등)에는 자체 약국이 있거나 모든 입소자를 위한 약을 공급해 주는 약국을 사용합니다. 가입자가 LTC 시설 입소자인 경우, 해당 시설의 약국 또는 시설에서 사용하는 약국이 저희 네트워크 소속이라면 이 약국을 통해 처방약을 구할 수 있습니다.

가입자의 LTC 시설의 약국 또는 해당 시설에서 사용하는 약국이 당사의 네트워크 소속인지 확인하려면 *의료 제공자 및 약국 명부* www.2025wellcaredirectories.com 를 확인하십시오. 그렇지 않은 경우나 자세한 내용 또는 지원을 원하시면, 가입자 서비스부에 문의해 주십시오. 가입자가 LTC 시설에 있는 경우, 당사는 귀하가 당사의 LTC 약국 네트워크를 통해 정기적으로 파트 D 혜택을 받을 수 있는지 확인해야 합니다.

가입자가 장기 간병(LTC) 시설에 거주하며 의약품 목록에 없거나 어떤 방식으로든 제한되는 의약품이 필요한 경우 어떻게 해야 하나요?

일시적 또는 응급 공급분에 대해서는 섹션 5.2를 참조해 주십시오.

섹션 9.3 직장 또는 은퇴자 그룹 플랜으로부터도 약 보장을 받는 경우에는 어떻게 해야 하나요?

현재 가입자(또는 가입자의 배우자)의 고용주 또는 퇴직자 그룹을 통해 처방약 보장을 받고 있는 경우, **해당 고용주 또는 그 그룹의 혜택 관리자**에게 문의해 주십시오. 현재의 처방약 보장이 저희 플랜과 어떻게 상호 작용할 것인지를 가입자가 결정할 때 도움을 받으실 수 있습니다.

일반적으로 가입자에게 직원 또는 은퇴자 그룹 보장이 있는 경우 당사에서 받는 의약품 보장은 그룹 보장에 이은 *이차적*인 것입니다. 이는 그룹 보장에서 먼저 의료비를 부담해 준다는 것을 의미합니다.

신뢰할 만한 보장에 대한 설명:

매년, 직장 또는 은퇴자 그룹에서는 가입자의 내년도 처방약 보장이 신뢰할 만한지에 대한 고지문을 발송합니다.

그룹 플랜으로부터 받는 보장이 신뢰할 만하다라는 표현은 해당 플랜이 평균적으로 Medicare의 표준 처방약 보장만큼 비용을 부담할 것으로 기대되는 약 보장을 갖추고 있다는 의미입니다.

나중에 필요할 수 있기 때문에 신뢰할 만한 보장에 대한 고지문을 잘 보관하십시오. 파트 D 약 보장이 포함된 Medicare 플랜에 등록할 경우, 신뢰할 만한 보장을 유지해 왔다는 사실을 보여 주기 위해 이들 고지문이 필요할 것입니다. 신뢰할 만한 보장에 대한 고지문을 받지 못했다면 해당 플랜의 의료혜택 관리자나 직장 또는 노동조합에 고지문 사본을 요청하십시오.

섹션 9.4 Medicare 공인 호스피스에 입소해 있는 경우에는 어떻게 해야 하나요?

호스피스 및 당사 플랜은 동시에 동일한 의약품(예: 구토억제제, 하제, 진통제 또는 항불안제)을 필요로 할 경우, 저희 플랜에서 해당 약을 보장해 드리기에 앞서 이 약이 가입자의 상태와 무관하다는 사실을 처방자 또는 호스피스 의료 제공자로부터 반드시 통보받아야 합니다. 당사 플랜에서 보장해야 하는 이러한 의약품 수령이 지체되는 것을 방지하려면 호스피스 제공자 또는 처방자에게 처방약을 조제하기 전에 통지해 줄 것을 요청하십시오.

가입자가 호스피스 선택을 취소하거나 호스피스에서 퇴소하는 경우, 저희 플랜은 이 문서에서 설명한 대로 가입자의 의약품(예: 구토억제제, 하제, 진통제 또는 항불안제)을 필요로 할 경우, 저희 플랜에서 해당 약을 보장해 드리기에 앞서 이 약이 가입자의 상태와 무관하다는 사실을 처방자 또는 호스피스 의료 제공자로부터 반드시 통보받아야 합니다. 당사 플랜에서 보장해야 하는 이러한 의약품 수령이 지체되는 것을 방지하려면 호스피스 선택 취소 또는 퇴소를 입증하는 서류를 약국에 가져 가십시오.

섹션 10 의약품 안전 및 약 관리에 대한 프로그램**섹션 10.1 가입자의 안전한 약 사용을 도와주는 프로그램**

저희는 가입자들이 안전하고 적절한 치료를 받을 수 있도록 약 사용에 대한 검토를 실시합니다.

저희는 가입자가 매번 처방약을 구입할 때마다 이러한 검토를 실시합니다. 또한 정기적으로 저희의 자체 기록도 검토합니다. 검토 중에 저희는 다음과 같은 잠재적인 문제가 있는지 확인합니다.

- 발생 가능한 투약 오류
- 가입자가 동일한 질병을 치료하기 위해 이미 유사한 다른 약을 복용하고 있으므로 불필요할 수 있는 약
- 가입자의 나이 또는 성별 때문에 안전성 또는 적절성에 문제가 있는 약
- 동시에 복용했을 때 가입자에게 해를 끼치는 특정 약 조합
- 가입자가 알레르기 반응을 보이는 성분을 함유한 약에 대한 처방전
- 가입자가 투여받고 있는 약의 용량 (투여 용량) 오류 가능성
- 과도한 용량의 오피오이드 진통제

약 사용에 대한 문제 가능성이 보이는 경우, 저희는 이 문제를 시정하기 위해 가입자의 의료 제공자와 협력할 것입니다.

섹션 10.2 가입자들이 오피오이드 약물을 안전하게 사용할 수 있도록 돕는 약물 관리 프로그램(DMP)

당사는 가입자가 처방 오피오이드와 기타 빈번하게 남용되는 약물을 안전하게 사용하도록 하는 프로그램을 제공합니다. 이 프로그램을 약물 관리 프로그램(DMP)이라고 합니다. 몇 명의 처방 의사나 여러 약국에서 받은 오피오이드를 사용하고 있거나 최근 오피오이드를 과다복용한 경우, 저희는 가입자의 처방 의사에게 가입자가 의학적 필요에 따라 적절히 오피오이드 약물을 사용할 수 있도록 하라고 말하기도 합니다. 가입자의 처방 오피오이드 또는 벤조디아제핀 약물 사용이 안전하지 않을 수 있다고 판단되면, 저희는 가입자의 처방 의사와 협력하여 가입자가 해당 약물을 구할 수 있는 방법을 제한할 수도 있습니다. 당사가 가입자를 DMP에 포함시키는 경우에 제한 사항은 다음과 같습니다.

- 오피오이드 또는 벤조디아제핀 약물에 대한 처방을 특정 약국(들)에서 받도록 요구함
- 오피오이드 또는 벤조디아제핀 약물에 대한 처방을 특정 처방 의사(들)에게서 받도록 요구함
- 당사가 가입자에게 보장하는 오피오이드 또는 벤조디아제핀 약물의 양을 제한함

당사가 이러한 의약품 받을 수 있는 방법 또는 받을 수 있는 금액을 제한하려는 경우 사전에 가입자에게 안내문을 보내드립니다. 이 서신은 당사가 귀하를 위해 이러한 약물의 보장을 제한하는지 또는 귀하가 특정 처방 의사 또는 약국에서만 이러한 약물에 대한 처방전을 받아야 하는지를 알려 줍니다. 가입자는 어떤 처방 의사나 약국을 선호하는지 의견을 전달할 수 있으며, 저희가 알아야 할 기타 중요한 정보를 제공할 수 있습니다. 가입자가 응답한 이후에 저희가 해당 약물에 대한 보장 혜택을 제한하기로 결정하는 경우 제한 사항을 확인하는 또 다른 서신을 보내드립니다. 저희가 실수를 하였다고 생각되거나 당사의 결정이나 제한에 동의하지 않으면 가입자와 가입자의 처방자가 당사에 이의 신청을 할 권리가 있습니다. 이의 신청을 하는 경우 가입자의 케이스를 검토하고 새로운 결정을 제공할 것입니다. 의약품 접근 제한과 관련하여 귀하의 요청 중 어느 부분이라도 계속 거부하는 경우 당사는 귀하의 케이스를 당사의 플랜 이외의 독립 검토 기관에 자동으로 발송할 것입니다. 이의 신청 방법에 관한 정보는 9장을 참조하십시오.

가입자가 암 관련 통증이나 경상 척혈구 질환과 같은 특정 질환이 있거나 호스피스 간호, 일시 처방 또는 시한부 환자 간호를 받고 있거나 장기 간병 시설에서 살고 있는 경우에는 DMP에 포함되지 않을 수도 있습니다.

섹션 10.3 가입자의 약 관리를 도와주는 약물치료관리(MTM) 프로그램

저희는 건강상 복잡한 필요사항을 지닌 가입자들을 도와드리는 프로그램을 운영하고 있습니다. 이 프로그램의 명칭은 약물치료관리(MTM) 프로그램입니다. 이 프로그램에는 자발적으로 참여할 수 있으며 무료입니다. 약사 및 의사로 구성된 팀에서 당사가 가입자에게 복용하는 의약품에 대한 최대한의 혜택을 제공하도록 해당 프로그램을 개발했습니다.

특정 만성 질환이 있고 특정한 의약품 비용 금액을 초과하는 약을 복용 중이거나, 가입자가 오피오이드를 안전하게 사용하도록 지원하는 DMP에 가입한 일부 가입자는 MTM 프로그램을 통해 서비스를 받을 수 있습니다. 고객이 프로그램 참여 자격이 있다면, 가입자의 모든 약에 대해 약사

5장 파트 D 처방약에 대한 플랜의 보장 사용

또는 기타 의료 전문가가 종합적인 검토를 실시합니다. 검토하는 동안 가입자는 의약품, 비용, 그리고 처방전 및 비처방 의약품에 대한 문제 또는 문의 사항에 대해 이야기할 수 있습니다. 가입자는 의약품을 통해 최상의 효능을 얻기 위해 필요한 단계가 포함된 권장 목록이 있는 서면 요약물을 받게 됩니다. 또한 복용 중인 모든 약, 복용량, 복용 시기 및 각각의 복용 이유가 기재된 의약품 목록도 받게 됩니다. 또한 MTM 프로그램 가입자는 관리 대상인 처방약의 안전한 폐기에 대한 정보를 받게 됩니다.

권장 목록 및 의약품 목록에 대해 담당 의사와 상의하는 것이 좋습니다. 검토를 위한 방문 시 또는 의사, 약사 및 기타 의료 전문가와 이야기를 할 때 언제든지 위에 설명한 요약물을 지참하십시오. 또한 의약품 목록을 최신으로 유지하고 병원 또는 응급실을 방문할 때 의약품 목록을(예를 들어, ID와 함께) 지참하십시오.

가입자의 필요사항에 부합하는 프로그램이 있는 경우, 해당 프로그램에 자동으로 등록시켜 드리고 관련 정보를 발송해 드리겠습니다. 프로그램에 참여하고 싶지 않을 경우, 저희에게 이를 알려주시면 등록을 취소해 드리겠습니다. 이러한 프로그램에 대한 문의 사항은 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

섹션 11 **저희는 가입자가 약 구입 시 지불한 금액 및 가입자가 어느 지불 단계에 속해 있는지를 설명하는 보고서를 발송해 드립니다**

섹션 11.1 **파트 D 혜택 설명서(파트 D EOB)라는 월간 요약서를 보내 드립니다**

저희 플랜에서는 처방약의 비용 그리고 가입자가 약국에서 처방약을 구입 또는 재구입할 때 납부한 금액을 지속적으로 파악합니다. 이렇게 함으로써 저희는 가입자가 현재의 의약품 비용 지불 단계에서 다음 단계로 언제 이동했는지를 알려 드릴 수 있습니다. 특히, 저희는 두 가지 유형의 비용을 지속적으로 파악합니다.

- 가입자가 얼마를 납부했는지 파악합니다. 이것을 가리켜 **본인부담금**이라고 합니다. 여기에는 파트 D 보장 의약품을 받을 때 가입자가 지불한 금액, 가족이나 친구가 지불한 의약품에 대한 금액, Medicare, 고용주 또는 노동조합 건강 플랜, TRICARE, 아메리카 원주민 건강 서비스, AIDS 약 지원 프로그램, 자선단체 및 대부분의 주 약 지원 프로그램(SPAP)에서 “추가 지원”을 통해 지불한 의약품에 대한 금액이 포함됩니다.
- 저희는 **약 비용 총액**을 추적합니다. 이는 가입자의 파트 D 보장 약품에 대한 모든 지불액의 합계입니다. 여기에는 플랜이 지불한 금액, 가입자가 지불한 금액, 기타 프로그램 또는 기관에서 가입자의 파트 D 보장 약품에 대해 지불한 금액이 포함됩니다.

이전 달에 플랜을 통해 한 번 이상 처방전을 조제받은 경우, 당사는 가입자에게 **파트 D EOB**를 발송합니다. 파트 D EOB에는 다음이 포함됩니다.

- **해당 월에 대한 정보.** 이 보고서에는 가입자가 이전 달에 구입한 처방약에 대한 비용납부

5장 파트 D 처방약에 대한 플랜의 보장 사용

내역이 나와 있습니다. 이 보고서는 약 비용 총액, 플랜이 부담한 금액 그리고 가입자 및 다른 주체가 가입자를 대신하여 부담한 금액을 보여 줍니다.

- **해당 연도의 1월 1일 이후 총액.** 이것은 연초부터 오늘까지 정보라고 불립니다. 이 정보는 해당 연도가 시작한 후 약 비용 총액 및 총 납부금액을 보여 줍니다.
- **의약품 가격 정보.** 이 정보에는 총 약 비용 및 동일한 수량의 각 처방전 요구에 대해 첫 번째 조제에서 인상된 가격 정보가 표시됩니다.
- **보다 저렴하게 이용할 수 있는 대체 처방약.** 여기에는 해당하는 경우 각 처방 청구서에 대해 더 낮은 비용 부담으로 이용할 수 있는 다른 의약품에 대한 정보가 포함됩니다.

섹션 11.2	저희가 가입자의 약 비용 지불금에 대한 정보를 최신 상태로 유지할 수 있도록 협조해 주십시오
----------------	--

가입자의 약 비용 및 납부금액을 지속적으로 파악하기 위해, 저희는 약국으로부터 입수하는 기록을 사용합니다. 다음은 저희가 가입자의 납부금액에 대한 정보를 정확한 최신 상태로 유지할 수 있도록 가입자가 협조할 수 있는 방법입니다.

- **구입한 처방약을 받을 때마다 가입자 카드를 제시하십시오.** 이를 통해 당사는 조제 중인 처방전과 지불 내용을 알 수 있습니다.
- **당사에 필요한 정보를 제공해 주십시오.** 처방약에 대한 전체 비용을 가입자가 지불하는 경우가 있습니다. 이 때 저희가 본인부담금 추적에 필요로 하는 정보가 저희 측에 자동으로 통보되지 않는 경우가 있습니다. 본인부담금을 추적할 수 있도록 영수증 사본을 제공하십시오. 다음은 귀하가 의약품 영수증의 사본을 제출해야 하는 경우의 예입니다.
 - 네트워크 소속 약국에서 보장약을 특별가격에 구입하거나, 플랜 혜택에 속하지 않은 할인 카드를 사용하여 구입하는 경우
 - 제약업체의 환자 보조 프로그램에서 제공하는 약에 대한 코페이먼트를 납부한 경우
 - 네트워크 비소속 약국에서 보장약을 구입한 경우마다 또는 그 외에 특별한 상황에서 보장약의 비용 전액을 납부한 경우
 - 가입자가 보장약 비용에 대한 청구서를 받으면, 플랜 측에 플랜 부담분 납부를 요구하실 수 있습니다. 그 방법에 대한 지침을 보시려면, 7장의 섹션 2로 가십시오.
- **가입자를 위해 다른 사람이 지불한 지불금에 대한 정보를 당사로 보내주십시오.** 다른 사람이나 기관에서 지불한 지불금도 가입자의 본인부담금에 가산됩니다. 예를 들어, AIDS 약 보조 프로그램(ADAP), 아메리카 원주민 건강 서비스, 그리고 자선단체에서 납부해 주는 금액은 가입자 본인부담금에 산입됩니다. 저희 측에서 가입자의 본인부담금을 파악할 수 있도록, 이러한 납부금액 기록을 보관하셨다가 저희에게 보내

5장 파트 D 처방약에 대한 플랜의 보장 사용

주십시오.

- **저희가 발송해 드리는 서면 보고서를 확인하십시오.** 파트 D EOB를 받으시면, 보고서에 수록된 정보가 완전하고 정확한지 확인하십시오. 빠진 부분이 있다고 생각되거나 문의 사항이 있으시면, 가입자 서비스부에 전화해 주십시오. *파트 D 혜택 설명서(파트 D EOB)*를 종이로 받는 대신 이제 이메일을 통해 전자 버전의 파트 D EOB를 받을 수 있습니다. <https://www.express-scripts.com/>을 방문하여 이를 요청할 수 있습니다. 수신을 선택하고, 파트 D eEOB를 보기, 인쇄 또는 다운로드 준비가 완료되면 이메일로 알려드립니다. 전자 파트 D EOB는 종이 없는 파트 D EOB라고도 합니다. 종이 없는 파트 D EOB는 파트 D EOB 인쇄본과 동일한 사본(이미지)입니다. 이들 보고서를 반드시 보관해 두십시오.

6장:

*파트 D 처방약에 대한
가입자 부담분*

가입자의 의약품 비용에 관한 정보를 어떻게 얻을 수 있습니까?

가입자가 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid) 자격 대상이기 때문에 Medicare에서 “추가 지원”을 받아 처방약 플랜 비용을 지불할 자격이 있으며 받고 있습니다. 귀하는 “추가 지원” 프로그램에 가입되어 있기 때문에 **이 보장 범위 증명서에 수록된 파트 D 처방약 비용 관련 정보 중 일부는 귀하에게 적용되지 않을 수 있습니다.** 귀하의 의약품 보장에 관하여 설명하는 처방약 “추가 지원”을 받는 가입자를 위한 보장 범위 증명서 특약(저소득층 보조금 특약 또는 LIS 특약이라고도 함)이라고 하는 별도 삽입지를 발송하였습니다. 해당 삽입지를 받지 못한 경우에는 가입자 서비스부에 전화하여 LIS 특약을 요청해 주십시오.

7장:

보장 의료

서비스 또는 의약품에 대해 가입자가
받은 청구서의 플랜에 의한 지불 요구

섹션 1 가입자가 보장 서비스 또는 의약품에 대해 지불을 저희 측에 요구해야 하는 상황

저희 네트워크 소속 의료 제공자는 가입자의 보장 서비스 또는 의약품을 플랜에 직접 청구합니다. 가입자는 보장 서비스 또는 의약품에 대한 청구서를 받을 수 없습니다. 의료 관리 또는 의약품 청구서를 받으면 가입자는 저희에게 청구서를 송부하여 저희가 납부할 수 있게 해야 합니다. 가입자가 저희에게 청구서를 보내면, 저희가 청구서를 검토하여 그 서비스와 의약품이 보장 대상인지 여부를 결정합니다. 보장 대상이라고 판단되면 저희가 의료 제공자에게 직접 대금을 지불합니다.

가입자가 플랜이 보장하는 **Medicare** 서비스나 제품 비용을 이미 지불한 경우 가입자는 저희 플랜에 환급을 요구할 수 있습니다(환급을 보상이라고도 함). 저희 플랜에서 보장하는 의료 서비스나 의약품 비용을 가입자가 지불한 경우 저희 측에 환급을 요구하는 것은 가입자의 권리입니다. 환급을 받기 위해 준수해야 하는 기한이 있을 수 있습니다. 이 장의 섹션 2를 참조해 주십시오. 가입자가 저희에게 이미 납부된 청구서를 보내면, 저희가 청구서를 검토하여 그 서비스 또는 의약품이 보장 대상인지 여부를 결정합니다. 보장 대상이라고 판단되면 저희가 해당 서비스 또는 의약품에 대해 환급합니다.

또한 가입자가 받았던 진료비 전액에 대해 또는 본 문서에서 언급한 것처럼 가입자의 비용 부담 몫 이상에 대해 청구서를 의료 제공자로부터 받는 경우도 있습니다. 먼저 의료 제공자와 청구서를 해결하십시오. 해결되지 않는 경우에 직접 지불하는 대신에 청구서를 저희에게 보내 주십시오. 저희가 청구서를 검토하여 그 서비스가 보장 대상인지 여부를 결정합니다. 보장 대상이라고 판단되면 저희가 의료 제공자에게 직접 대금을 지불합니다. 저희가 지불하지 않기로 결정하면 해당 의료 제공자에게 통지합니다. 플랜이 허용하는 비용 부담액을 초과해 지불하면 안 됩니다. 이 의료 제공자와 계약을 맺은 경우에도 가입자는 치료를 받을 권리가 있습니다.

가입자가 저희 플랜에 보상을 요구하거나 가입자가 받은 청구서 대금을 지불하도록 요구할 수 있는 몇 가지 상황의 예를 들면 다음과 같습니다:

1. 저희 플랜의 네트워크에 속하지 않은 의료 제공자로부터 응급 진료나 긴급하게 필요한 서비스를 받았을 경우

가입자는 의료 제공자가 저희 네트워크 소속인지 여부와 관계없이 응급 서비스 또는 긴급하게 필요한 서비스를 받을 수 있습니다. 이 경우에는 해당 의료 제공자에게 이 플랜에 청구하도록 요청하십시오.

- 가입자가 치료를 받을 당시에 비용 전액을 납부할 경우 가입자는 저희의 비용분담분만큼 환불해 주도록 저희에게 요구하십시오. 청구서와 함께 지불 증빙 서류를 저희에게 보내 주십시오.
- 귀하는 귀하가 낼 필요가 없다고 생각되는 지불을 요청하는 청구서를 의료 서비스 제공자로부터 받을 수도 있습니다. 이 청구서와 함께 가입자가 이미 지불한 금액에 대한

증빙 서류를 저희에게 보내 주십시오.

- 의료 제공자에게 지불해야 할 금액이 있다면 저희가 의료 제공자에게 직접 지불합니다.
- 고객이 서비스에 대해 이미 지불하신 경우 당사가 상환해 드립니다.

2. 네트워크 소속 의료 제공자로부터 가입자가 지불하지 않아도 될 청구서를 받는 경우

네트워크 소속 의료 제공자는 항상 플랜에 직접 청구를 해야 합니다. 하지만 때로는 실수를 하여 가입자 서비스에 대한 지불을 요구하기도 합니다.

- 협력업체 제공자로부터 청구서를 받을 때 그 청구서를 당사에게 보내주시기 바랍니다. 저희가 직접 의료 제공자에 연락하여 청구 문제를 해결하겠습니다.
- 청구서 대금을 네트워크 소속 의료 제공자에게 이미 지불한 경우 청구서와 함께 지불 증빙 서류를 저희에게 보내 주십시오. 가입자는 보장되는 서비스에 대한 지불을 저희 측에 요구해야 합니다.

3. 저희 플랜에 소급해서 가입할 경우

때로는 플랜에 소급해서 가입하는 경우가 있습니다. (이는 가입 첫날이 이미 지났음을 의미합니다. 가입일은 작년일 수도 있습니다.)

저희 플랜에 소급하여 가입하고 등록 일자 이후에 가입자가 보장 서비스나 의약품에 대해 본인부담금을 지불한 경우, 환불을 요구할 수 있습니다. 환급 처리를 하려면 영수증 및 청구서 등의 서류를 제출해야 합니다.

4. 귀하가 처방약 조제를 위해 네트워크 비소속 약국을 이용하는 경우

네트워크 비소속 약국을 방문하는 경우에 해당 약국이 저희에게 직접 청구서를 제출하지 못할 수 있습니다. 이 상황이 발생하면 가입자가 처방약 비용 전액을 지불해야 합니다.

영수증을 보관했다가 저희에게 보상을 청구할 때 사본을 보내 주십시오. 당사는 한정된 상황에서만 네트워크 비소속 약국을 보장합니다. 이러한 상황에 대한 내용은 5장 섹션 2.5를 참조하십시오. 네트워크 비소속 약국에서의 구입가격, 그리고 네트워크 소속 약국 이용 시 보장될 비용 간의 차액을 환불하지 않을 수도 있습니다.

5. 가입자 카드를 소지하고 있지 않아서 처방약 비용 전액을 지불할 경우

플랜 가입자 카드를 소지하고 있지 않을 경우 약국 직원에게 플랜에 전화하도록 요청하거나 가입자의 플랜 등록 정보를 찾아보도록 하십시오. 하지만 약국 직원이 필요한 등록 정보를 바로 얻을 수 없을 경우, 가입자가 처방약 비용 전액을 납부하는 것이 필요할 수 있습니다. 영수증을 보관했다가 저희에게 보상을 청구할 때 사본을 보내 주십시오. 귀하가 지불한 현금 가격이 당사에서 협상한 처방약 가격보다 높을 경우 당사는 귀하가 지불한 비용 전액을 환급하지 않을 수 있습니다.

6. 가입자가 다른 상황에서 처방약 비용 전액을 지불할 경우

어떤 이유 때문에 약이 보장되지 않을 경우 가입자가 처방약 비용 전액을 납부할 수 있습니다.

- 예를 들어, 해당 의약품이 플랜의 의약품 목록에 있지 않거나 가입자가 알지 못하고 또는 가입자에게 적용해서는 안 된다고 생각하는 요건 또는 제한 사항이 있을 수 있습니다. 해당 약을 즉시 구입해야 할 경우 약 비용 전액을 납부해야 할 수 있습니다.
- 영수증을 보관했다가 저희에게 보상을 청구할 때 사본을 보내 주십시오. 일부 상황에서는 해당 의약품에 대해 보상하기 위해 담당 의사로부터 더 많은 정보를 받는 것이 필요할 수 있습니다. 귀하가 지불한 현금 가격이 당사에서 협상한 처방약 가격보다 높을 경우 당사는 귀하가 지불한 비용 전액을 환급하지 않을 수 있습니다.

7. Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid) 가입 자격이 있었기 때문에 당사 플랜에 소급 가입한 경우.

Medicaid는 소득 및 자원이 제한된 특정인들을 위해 의료비를 지원해 주는 주와 연방 정부 연합 프로그램입니다. Medicaid 가 있는 일부 사람들은 처방약 보장을 받기 위해 저희 플랜에 자동으로 가입됩니다. 때로는 플랜에 소급해서 가입하는 경우가 있습니다. (소급은 기준이 되는 가입 첫날이 이미 지났음을 의미합니다. 가입일은 작년일 수도 있습니다.)

저희 플랜에 소급하여 가입하고 가입 일자 이후에 가입자 약에 대해 본인부담금을 지불한 경우, 가입자는 당사에 비용 환급을 요청하실 수 있습니다. 환급 처리를 하려면 영수증 및 청구서 등의 서류를 제출해야 합니다.

- 저희에게 환급을 청구할 때 사본을 저희에게 보내 주십시오.
- 공제액에 대한 지급을 요청해야 합니다(다른 보험에서 지급한 비용은 해당 안 됨).
 - 이 플랜은 당사의 의약품 목록에 없는 약물에 대해서는 지불하지 않을 수 있습니다. 위의 모든 예시는 보장 결정의 유형을 나타냅니다. 즉 저희가 가입자의 지불 요구를 거절할 경우 가입자는 저희의 결정에 이의 신청을 할 수 있습니다. 이 문서의 9장(문제 또는 불만사항이 있는 경우 할 수 있는 조치(보장 결정, 이의 신청, 불만사항 제기))에서 이의를 신청하는 방법을 확인할 수 있습니다.

가입자가 당사로 지불 요청을 보내시면, 당사는 가입자의 요청을 검토하고 그 서비스나 의약품이 보장되어야 할지를 결정할 것입니다. 이것도 **보장 결정**의 한 종류입니다. 보장 대상이라고 판단되면 저희가 해당 서비스 또는 의약품에 대해 지불합니다. 당사가 귀하의 지불 요청을 거부하는 경우, 귀하는 당사의 결정에 이의 신청을 하실 수 있습니다.

이 문서의 제9장에 이의 신청 방법에 관한 정보가 나와 있습니다.

섹션 2 환불 요구 또는 가입자가 받은 청구서 대금의 지불 요구 방법

가입자는 서면으로 요청을 보내 당사에 환불을 요청할 수 있습니다. 서면 요청을 보내는 경우, 가입자의 청구서 및 지불한 비용에 관한 문서를 보내 주십시오. 기록관리용으로서 청구서 및 영수증을 복사해 두는 것이 좋습니다. 서비스, 품목 또는 의약품을 수령한 날로부터 **365일(의료 청구의 경우) 및 삼년(의약품 청구의 경우)** 이내에 당사에 청구서를 제출해야 합니다.

당사가 결정을 내리는 데 필요한 모든 정보를 귀하가 당사에 제공하도록 하기 위해, 귀하는 당사의 클레임 양식을 작성하여 지불 요청을 하시면 됩니다.

- 이 양식을 사용하지 않아도 되지만 정보를 더 빨리 처리하는 데 도움이 됩니다. 가입자 보상의 경우, 당사는 웹 포털을 통해 청구 양식을 이용할 수 있습니다. 당사의 가입자는 이 양식을 사용하는 것이 좋지만 모든 문서를 제출할 필요는 없습니다. 또한 양식 없이 청구서 사본을 제출할 수도 있습니다. 어떤 방식으로든 의료 제공자 정보, 서비스 날짜, 해당하는 경우 의료행위 코드(CPT), 진단 코드 또는 설명 및 청구 금액, 그리고 이용 가능한 모든 의료 기록, 그리고 필요한 경우 진료가 필요한 이유에 대한 간략한 설명이 포함되어야 합니다. 또한 가입자는 청구서를 제출할 때 동시에 결제 증빙 서류도 제출해야 합니다. 유효한 결제 증빙 서류는 은행 또는 신용 카드 명세서 또는 지불된 수표 사본입니다.
- 당사 웹사이트(www.wellcare.com/ohana)에서 해당 양식을 다운로드하거나 가입자 서비스부에 전화하여 양식을 요청하십시오.

의료 서비스의 경우, 작성하신 지불 요구서 양식을 청구서나 영수증 등과 함께 아래 주소로 보내 주십시오.

지불 요청 주소

Wellcare
Medical Reimbursement Department
PO Box 31370
Tampa, FL 33631-3370

파트 D 처방약의 경우, 작성하신 지급 요청서를 청구서나 영수증 등과 함께 아래 주소로 보내 주십시오.

파트 D 지불 요청 주소

Wellcare Medicare Part D Claims
Attn: Member Reimbursement Department
P.O. Box 31577
Tampa, FL 33631-3577

섹션 3 저희가 지불 요구서를 심사하여 지불 여부를 알려 드립니다

섹션 3.1 저희는 서비스 또는 의약품에 대해 보장을 제공해야 하는지 확인합니다

가입자의 지불 요구서가 접수되면 추가 정보가 필요한지 여부를 알려 드립니다. 그렇지 않을 경우 가입자의 요구를 심사하여 보장 결정을 합니다.

- 치료나 약품이 보장 대상이라는 결정이 나고 가입자가 모든 해당 규칙을 준수한 경우 해당 서비스 또는 의약품에 대해 지불합니다. 가입자가 서비스나 약 비용을 이미 지불한 경우 우편으로 환급해 드립니다. 가입자가 의약품 비용 전액을 지불한 경우, 가입자는 지불한 전액을 환급받지 못할 수 있습니다(예를 들어, 네트워크 비소속 약국에서 약을 받은 경우 또는 약에 대해 지불한 현금 가격이 협상된 가격보다 높은 경우). 가입자가 서비스나 약 비용을 아직 지불하지 않았을 경우 그 금액을 의료 제공자에게 직접 송금합니다.
- 치료나 약품이 보장 대상이 *아니라*는 결정이 나거나 가입자가 모든 규칙을 준수하지 *않았을* 경우, 해당 치료나 의약품에 대해 지불하지 않습니다. 지불액을 송금하지 않은 이유와 그 결정에 대한 이의 신청 권리를 설명하는 서신을 보내 드립니다.

섹션 3.2 저희가 의료 서비스 또는 의약품 비용을 지불하지 않는다고 고지할 경우 이의 신청을 할 수 있습니다

가입자의 지불 요구를 거절한 것이나 저희가 지불한 금액이 저희의 실수라고 판단되는 경우 이의 신청을 하실 수 있습니다. 이의 신청은 저희가 지불 요구를 거절했던 결정을 변경하라고 가입자가 요구하는 것입니다. 이의 신청 절차는 세부 절차와 중요한 기한이 있는 공식 절차입니다. 이의 신청 방법에 대한 자세한 내용은 이 문서의 9장을 참조하십시오.

8장:

권리와 책임

섹션 1 저희 플랜은 플랜 가입자의 권리와 문화적 감수성을 존중합니다

섹션 1.1 가입자에게 적절한 방식으로 가입자의 문화적 감수성과 일치하는 정보를 제공합니다(영어 외 언어, 오디오, 점자, 큰 활자 또는 대체 형식 등)

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, 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 also have materials available in languages other than English that are spoken in the plan's service area. We can also give you information in audio, 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 Member Services.

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, please call to file a grievance with Member Services. 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.

第 1.1 節 我們必須以適合您且符合您文化敏感度的方式（英語以外的語言、語音版、盲文版、大字版或其他替代格式等）提供資訊。

您的計劃必須確保所有臨床和非臨床服務均以文化適合的方式提供，並且所有投保人皆能取得，包括英語能力有限、閱讀能力有限、聽力不全，或具有不同文化和種族背景的人士。計劃符合這些協助工具要求的範例包括但不限於：提供翻譯服務、口譯服務、電傳打字機或 TTY (文字電話或電傳打字機電話) 連線。

本項計劃有免費口譯員服務，可回答不會講英文的會員提出的問題。我們還為計劃服務區域內英語不是母語者提供英語以外的其他語言的資料。如果需要，我們也可以免費為您提供語音版本、點字版、大字體印刷或替代格式的資訊。我們需要以可得取性和適合您的格式向您提供有關計劃給付的資訊。若要向我們取得適合您使用的資訊，請致電會員服務部。

我們的計劃均需讓女性投保人可以選擇直接與網絡內的女性專科醫師聯絡，以取得女性例行性和預防性健康照護服務。

如果計劃網絡內的專科醫師無法提供服務，計劃有責任在網絡外尋找能提供您必要照護的專科醫師。在這種情況下，您只需支付網絡內分攤費用。如果您發現計劃的網絡中沒有您所需承保服務的專科醫師，請致電本計劃，瞭解如何透過網絡內分攤費用獲得此服務。

如果您無法從我們的計劃獲取適合您便於使用的格式之資訊，請致電會員服務部提出申訴。您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向 Medicare 提出投訴，或直接致電民權辦公室，電話是 1-800-368-1019，或 TTY 1-800-537-7697。

Mục 1.1 Chúng tôi phải cung cấp thông tin theo cách hiệu quả cho quý vị và phù hợp với các khía cạnh văn hóa nhạy cảm của quý vị (bằng các ngôn ngữ không phải Tiếng Anh, dưới dạng âm thanh, bằng chữ nổi braille, bằng bản in chữ lớn hoặc các định dạng thay thế khác v.v.)

Chương trình của quý vị được yêu cầu đảm bảo tất cả các dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, được cung cấp một cách có hiệu biết về văn hóa và dễ tiếp cận đối với tất cả những người đăng ký, bao gồm cả những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, khiếm thính hoặc những người có nguồn gốc văn hóa và dân tộc đa dạng. Ví dụ về cách một chương trình có thể đáp ứng yêu cầu về khả năng việc dễ tiếp cận này bao gồm, nhưng không giới hạn ở việc cung cấp dịch vụ biên dịch, dịch vụ phiên dịch, máy đánh chữ hoặc kết nối TTY (điện thoại văn bản).

Chương trình của chúng tôi cung cấp dịch vụ thông dịch miễn phí để giải đáp thắc mắc của các thành viên không sử dụng tiếng Anh. Chúng tôi cũng có sẵn tài liệu bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh được sử dụng ở khu vực dịch vụ của chương trình. Chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị thông tin ở dạng âm thanh, chữ nổi braille, bản in khổ chữ lớn hoặc các định dạng khác thay thế miễn phí nếu quý vị cần. Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị thông tin về các phúc lợi của chương trình theo định dạng dễ truy cập và thích hợp cho quý vị. Để lấy thông tin từ chúng tôi theo cách phù hợp với quý vị, vui lòng gọi Dịch Vụ Thành Viên.

Chương trình của chúng tôi phải cung cấp cho người ghi danh là phụ nữ tùy chọn tiếp cận trực tiếp chuyên gia sức khỏe phụ nữ trong mạng lưới đối với dịch vụ chăm sóc sức khỏe phòng ngừa và định kỳ của phụ nữ.

Nếu không có bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới của chương trình, chương trình phải có trách nhiệm tìm bác sĩ chuyên khoa ngoài mạng lưới để cung cấp dịch vụ chăm sóc cần thiết cho quý vị. Trong trường hợp này, quý vị sẽ chỉ thanh toán phần chia sẻ chi phí dịch vụ trong mạng lưới. Nếu quý vị cho rằng mình đang trong tình huống là không có bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới của chương trình bao trả cho dịch vụ mà

quý vị cần, hãy gọi chương trình đó để biết thông tin về nơi nhận dịch vụ này mà quý vị chỉ thanh toán phần chia sẻ chi phí trong mạng lưới.

Nếu quý vị gặp rắc rối trong việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi theo định dạng dễ truy cập và thích hợp cho quý vị, vui lòng gọi để gửi đơn khiếu nại tới Dịch Vụ Thành Viên. Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại với Medicare bằng cách gọi theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) hoặc gọi trực tiếp với Phòng Dân Quyền theo số 1-800-368-1019 hoặc TTY 1-800-537-7697.

Seksyon 1.1 Dapat magbigay kami ng impormasyon sa paraan na angkop sa iyo at alinsunod sa iyong mga cultural sensitivity (nasa mga wika maliban sa Ingles, nasa audio, nasa braille, nasa malaking print, o ibang alternatibong mga format, atbp.)

Kailangang tiyakin ng inyong plano na ang lahat ng serbisyo, klinikal man o hindi klinikal, ay maibibigay sa isang paraang may kultural na pag-iingat at accessible sa lahat ng enrollee, kabilang na ang mga may limitadong kaalaman sa Ingles, limitadong kaalaman sa pagbabasa, problema sa pandinig, o mga taong may iba't ibang kultural at etnikong pinagmulan. Kabilang sa mga halimbawa kung paano puwedeng tugunan ng plano ang mga kinakailangang ito sa accessibility ang, pero hindi limitado sa, pagbibigay ng mga serbisyo ng tagasalin, mga serbisyo ng interpreter, mga teletypewriter, o koneksyon sa TTY (text telephone o teletypewriter phone).

Ang aming plano ay may libreng serbisyo sa interpretasyon na handang sumagot sa mga tanong ng mga miyembrong hindi nagsasalita ng Ingles. Mayroon din kaming mga materyal na magagamit sa mga wika bukod sa Ingles na sinasalita sa sineserbisyuhang lugar ng plano. Makakapagbigay rin kami sa inyo ng impormasyon sa audio, sa pamamagitan ng braille, sa malaking print, o sa iba pang alternatibong format na libre kung kailangan ninyo. Hinihingi sa amin na bigyan ka ng impormasyon tungkol sa mga benepisyo ng plano sa isang format na madaling gamitin at naaangkop para sa iyo. Para humingi ng impormasyon mula sa amin sa paraang epektibo para sa inyo, pakitawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro.

Kailangan ng aming plano na bigyan ang mga babaeng enrollee ng opsyon para direktang mag-access ng espesyalista sa kalusugan ng kababaihan na nasa network para sa mga regular at pang-agap na serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan ng kababaihan.

Kung walang available na provider sa network ng plano para sa isang specialty, responsibilidad ng plano na maghanap ng mga specialty provider sa labas ng network na magbibigay sa inyo ng kinakailangang pangangalaga. Sa ganitong sitwasyon, ang bahaginan sa gastos na nasa network lang (in-network cost sharing) ang babayaran ninyo. Kung nasa sitwasyon kayo kung saan walang espesyalista sa network ng plano na sumasaklaw sa serbisyonang kailangan ninyo, tawagan ang plano para malaman kung saan pupunta para makuha ang serbisyonang ito sa bahaginan sa gastos na nasa network.

Kung mayroon kayong anumang problema sa pagkuha ng impormasyon mula sa aming plano sa isang format na accessible at naaangkop sa inyo, mangyaring tumawag para maghain ng karainan sa Mga Serbisyo sa Miyembro. Puwede rin kayong maghain ng reklamo sa Medicare sa pamamagitan ng pagtawag

sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o nang direkta sa Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil (Office for Civil Rights) sa 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Seksion 1.1 Kasapulan a mangipaaykami iti impormasion iti pamay-an a makatulong kenka ken maitunos kadagiti kultural a sensibilidadmo (kadagiti lengguahe malaksid iti Ingles, iti audio, iti braille, kadagiti dadakkel a letra, wenna dadduma pay a kasukat a pormat, kdpv.)

Kasapulan ti planom tapno masigurado nga amin a serbisio, ti klinikal ken saan a klinikal, ket maipaay iti wagas a maiyannatup ti kultura ken maakses dagiti amin a nagpalista, agraman dagiti nabeddengan ti panagsao da iti Ingles, nabeddengan ti kabaellan da iti panagbasa, disabilidad ti panagdengngeg, wenna dagitay addaan kadagiti agduduma a nagappuan a kultura ken etnisidad. Iraman dagiti pagwadan no kasano a masabat ti maysa a plano dagitoy a kasapulan iti aksesibilidad ti, ngem saan a nabeddengan ti panangipaay kadagiti serbisio ti panangiyulog ti sabali a pagsasao, serbisio ti panangitarus, dagiti teletypewriter, wenna koneksion iti (text a telepono wenna teletypewriter a telepono) TTY.

Ti planomi ket addaan kadagiti tattao ken kadagiti libre a serbisio ti tagaipatarus a sidadaan a sumungbat kadagiti saludsod manipud kadagiti baldado ken miembro a saan nga Ingles ti pagsasaona. Addaankami met kadagiti materiales a sidadaan a mausar kadagiti pagsasao a saan nga Ingles a maus-umar iti lugar a serserbisioan ti plano. Mabalindaka met nga ipaayan iti impormasion iti uni, braille, iti dadakkel a letra, wenna kadagiti dadduma nga alternatibo a pormat a libre nu masapulmo daytoy. Kasapulanmi a mangipaay kenka iti impormasion a maipapan kadagiti benepisio ti plano iti pormat a maakses ken maitutop para kenka. Tapno makaala iti impormasion manipud kadakami iti wagas a nanam-ay para kenka, maidawat a tawagan ti Dagiti Serbisio iti Miembro.

Maikasapulan iti planomi a mangiyawat kadagiti babbai a nagpalista ti pagpilian iti tarus nga akses ti espesialista iti salun-at dagiti babbai iti uneg ti network para kadagiti serbisio ti rutina ken manglapped a panangtaripato ti salun-at kadagiti babbai.

Nu dagiti tagaipaay iti network ti plano para ti espesialidad ket saan a sidadaan, rebbengen ti plano nga agbirok kadagiti tagaipaay iti espesialidad iti ruar ti plano a mangipaay kenka ti kasapulan a panangtaripato. Iti daytoy a kasasaad, badayam laeng ti cost sharing iti uneg ti network. Nu adda ka ti kasasaad nga awan dagiti espesialista iti network ti plano a mangsakup ti serbisio a kasapulam, tawagan ti plano para iti impormasion nu sadinno ti papanam tapno magun-od daytoy a serbisio ti cost sharing iti uneg ti network.

Nu adda pakarikutam iti panangala iti impormasion manipud iti planomi iti pormat a maakses ken maitutop para kenka, maidawat a tumawagka tapno makaidatagka iti reklamo iti Dagiti Serbisio iti Miembro (dagiti numero ti telepono ket nakayimrenta iti akin-likod ti kalub daytoy a bassit a libro). Mabalina met a mangidatagka iti reklamo iti Medicare babaen ti panagtawag iti 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), wenna direkta iti Opisina para kadagiti Karbengan a Sibil iti 1-800-368-1019 wenna TTY 1-800-537-7697.

Vaega 1.1 E tatau ona matou tapenaina fa'amatalaga i se auala e talafeagai lelei ma oe ma ogatasi ma lou tulaga ma'ale'ale fa'aleaganuu (i gagana e ese mai le Igilisi, i leo, gagana patupatu, i lomiga tetele, poo isi suiga o fa'atulagana, ma isi.)

O lau fuafuaga e mana'omia e faamautinoa ai o auaunaga uma, o tausiga faafoma'i ma isi lava auaunaga, e ofoina atu i se auala maualuga faaleaganuu ma e avanoa uma mo ē e lesitala, e aofia ai latou e vaivai le faa-Igilisi, tau lē iloa faitau, lē lelei le faalogo, poo i latou e eseese o latou talaaga faaleaganuu. O faata'ita'iga pe faapefea ona ausia e se fuafuaga ia nei mana'oga e aofia ai ae lē gata ai le ofoina atu o auaunaga faaliliu upu, auaunaga faamatala upu, teletypewriters (laau lomitusi faapitoa mo ē e lē lelei le faalogo pe e faigatā ona tautatala) poo le fesoota'iga tau TTY (text telephone or teletypewriter phone) (masini faapitoa mo auaunaga faapitoa tau fe'au tusitusia ma faamatala upu e ala i telefoni ma telefoni feavea'i).

O le matou fuafuaga e iai tagata ma auaunaga faamatala upu e lē totogia, e tali atu i fesili a tagata auai e lē tautatala i le faa-Igilisi. O loo iai foi lomiga o loo maua i isi gagana e ese mai ai le faa-Igilisi o loo tautalaga i totonu o le vaega o le fuafuaga o auaunaga. E mafai ona matou tuuina atu faamatalaga i le pueina o leo ia mafai ona e faalogo iai, i gagana a le 'au tauaso (braille), lomiga i mata'itusi lapopo'a, poo isi ituaiga o lomiga e leai se totogi pe afai e te manaomia. Ua t̄p̄ā i matou e avatu faamatalaga ia te oe e uiga i penefiti o le fuafuaga i se auala e faigofie ona e maua ma talafeagai ma oe. Ina ia maua faamatalaga mai ia matou e fetau ia oe, faamolemole vili i le Auaunaga a Tagata Auai.

O le matou fuafuaga e t̄p̄ā e tuu atu ai i tama'ita'i lesitala le filifiliga i avanoa tuusa'o i foma'i faapitoa o le soifua maloloina i totonu o faalapotopotoga (network) a tama'ita'i ma auaunaga o le puipuiga ma le tausia o le soifua maloloina.

Afai o i latou e ofoina auaunaga faapitoa i se fuafuaga i totonu o le faalapotopotoga e lē avanoa, o le tiute a le fuafuaga le su'eina o se isi e saunia tausiga faapitoa i fafo atu e ofoina atu ia oe ia le tausiga talafeagai. I lea tulaga, o le a e totogiina ai na o le tau masani ona totogia tagata auai i totonu o le faalapotopotoga. Iafai e te iai i se tulaga e leai ni tagata faapitoa i le fuafuaga a le faalapotopotoga e kavaina se auaunaga o e mana'omia, vili le fuafuaga mo faamatalaga poo fea e maua ai lea auaunaga e alu i le tau masani ona totogia tagata auai a le faalapotopotoga.

Afai e iai se faafitauli i lou mauaina o faamatalaga mai le matou fuafuaga i se auala e faigofie ona e maua ma talafeagai ma oe, faamolemole vala'au ane ina ia tuuina atu se faaseā i le Auaunaga a Tagata Auai. E mafai foi ona tuuina atu se faaseā i le Medicare e ala i le vala'au le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), pe tuusa'o i le Ofisa o Aia Tatau (Office of Civil Rights) i le 1-800-368-1019 poo le TTY 1-800-537-7697.

Mahele 1.1 He pono ke ka'a pono 'ana o ka 'ikepili a e kū ana i kou 'ike ho'omaopopo (i nā 'ōlelo ma kahi o Pelekānia, i ka waihona leo kani, i ka 'ōlelo braille, i ke kinona hua nui, i nā 'ano like 'ole, apwa.)

Pono 'oe e hō'ōia i kēlā mau lawelawe āpau, 'o ka lā'au lapa'au a me ka non-clinical. Hā'awi 'ia lākou ma ke 'ano mo'omeheu. Loa'a ia mau mea i ka po'e i loko o ka papa inoa, me ka po'e me ka 'ike li'ili'i ma ka 'ōlelo Pelekania, ka hiki ke heluhelu li'ili'i, a i 'ole ka lohe maika'i 'ole. Loa'a lākou i nā po'e me nā 'ano mo'omeheu like 'ole. 'O kēia nā la'ana o ka ho'okō 'ana o kahi ho'olālā i kēia mau kōi āpau. Loa'a iā lākou nā lawelawe unuhi, nā lawelawe unuhi 'ōlelo, nā mea kākau kelepona, a i 'ole ka pilina TTY (kelepona kikokikona a i 'ole kelepona kākau kelepona) a 'oi aku.

Hā'awi mākou i nā lawelawe unuhi 'ōlelo manuahi e pane i nā nīnau mai nā lālā 'ōlelo Pelekania 'ole. Loa'a iā mākou nā mea i loa'a ma nā 'ōlelo 'ē a'e ma waho o ka 'ōlelo Pelekania i hā'awi 'ia ma ka papahana o ka lawelawe hana. Mākou iā mākou ke hā'awi iā 'oe i ka 'ike ma ka leo, ma ka braille, ma ka pa'i nui, a i 'ole nā palapala 'ē a'e no ka manuahi inā makemake 'oe. E hā'awi mākou iā 'oe i ka 'ike e pili ana i nā pōmaika'i o ka 'plan' ma kahi 'ano hiki ke loa'a a kūpono iā 'oe. No ka loa'a 'ana o ka 'ike mai e kōkua, e kōkua iā Nā lawelawe lawelawe (Member Services).

'O kā mākou papahana e hā'awi i ke komo i nā wahine i helu 'ia i kahi loea olakino wahine mai kā mākou pūnaeweale no nā lawelawe mālama ola wahine.

Inā 'a'ole loa'a nā mea ho'olako kūikawā i kekahi manawa, 'o ka 'plan' ke kuleana e 'imi i nā mea ho'olako kūikawā ma waho o ka pūnaeweale nāna e hā'awi iā 'oe i ka mālama pono. I kēia hihia, pono 'oe e uku wale no ke kumukū'ai o ke ka'ana pūnaeweale. Inā pilikia 'oe i ka loa'a 'ana o kahi loea ma ka pūnaeweale o ka papahana no ka lawelawe āu e pono ai, e ha'i mai iā mākou. Hiki iā 'Plan' ke hā'awi iā 'oe i ka 'ike ma kahi e loa'a ai kēia lawelawe kūikawā mai waho mai me ka ho'ohana 'ana i ke ka'ana like 'ana i nā kumukū'ai pūnaeweale.

Inā pilikia 'oe i ka loa'a 'ana o ka 'ike mai kā mākou ho'olālā ma kahi 'ano āu e makemake ai, e 'olu'olu e kelepona a waiho i kahi ho'opi'i me kā mākou Member Services. Hiki paha iā 'oe ke waiho i kahi ho'opi'i me Medicare ma ke kelepona 'ana iā 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) a i 'ole me ke Keena no na Kuleana Kivila (Office for Civil Rights) 1-800-368-1019 a i 'ole TTY 1-800-537-7697.

Nqe 1.1 Peb yuav tsum muab cov ntaub ntawv mus rau txoj hau kev uas siv tau hauj lwm rau koj thiab haum rau koj cov kab lis kev cai (ua hom lus uas tsis yog Lus Askiv, kaw ua suab lus, ua ntawv xuas, luam ua tus ntawv loj, los sis lwm hom qauv ntaub ntawv kev xaiv, thiab lwm yam)

Koj daim phiaj xwm yuav tsum tau ua kom ntseeg tau tias txhua yam kev pab cuam, tag nrho hauv chaw kho mob thiab tsis yog hauv chaw kho mob tib si, yog muab kom haum raws li kab lis kev cai thiab tuaj yeem nkag mus tau rau txhua tus neeg sau npe nkag, suav nrog cov neeg tsis paub Lus Askiv zoo, nyeem tsis tau ntawv zoo, tsis hnov lus, los sis cov neeg uas muaj ntau yam kab lis kev cai thiab yog haiv neeg tsawg. Cov piv txwv txog txoj hauv kev uas daim phiaj xwm yuav tuaj yeem ua kom tau raws li cov cai hais txog kev nkag mus siv tau yog suav nrog, tab sis tsis txwv rau kev muab kev pab cuam tus kws txhais ntaub ntawv, kev pab cuam tus kws txhais lus, kws ntaus ntawv xov tooj cua, los sis kev txuas TTY (xov tooj xa ntawv los sis xov tooj ntaus ntawv xov tooj cua).

Peb daim phiaj xwm muaj kev pab cuam kws txhais lus pub dawb los teb cov lus nug tuaj ntawm cov tswv cuab uas hais tsis laib Lus Askiv tuaj. Peb kuj tseem puav leej muaj cov ntaub ntawv ua lwm yam lus uas

8장 가입자의 권리 및 책임

tsis yog Lus Askiv uas siv hais nyob rau hauv daim phiaj xwm cheeb tsam muab kev pab cuam tib si thiab. Tsis tas li xwb, peb kuj tseem tuaj yeem muab cov ntaub ntawv ua suab kaw lus, ua ntawv xuas, luam ua tus ntawv loj, los sis lwm hom qauv ntaub ntawv kev xaiv yam tsis tau them nqi dab tsi li yog tias koj xav tau. Peb yuav tsum tau muab cov ntaub ntawv hais txog daim phiaj xwm cov txiaj ntsig ua hom qauv ntaub ntawv uas tuaj yeem nkag mus siv tau thiab tsim nyog rau koj. Txhawm rau kom tau txais cov ntaub ntawv los ntawm peb mus rau txoj hauv kev uas siv tau hauv lwm rau koj, ces thov hu rau Feem Pab Cuam Tswv Cuab.

Peb daim phiaj xwm yuav tsum tau muab txoj kev xaiv rau cov poj niam uas teev npe nkag txog kev nkag ncaj qha mus rau tus kws kho mob tshwj xeeb rau cov poj niam uas nyob hauv pab pawg koom tes rau cov kev pab cuam saib xyuas mob nkeeg li ib txwm thiab ua kev tiv thaiv rau cov poj niam.

Yog tias tsis muaj cov kws kho mob tshwj xeeb nyob rau hauv daim phiaj xwm pab pawg koom tes, ces nws yog daim phiaj xwm txoj kev thaj tsob los nrhiav cov kws kho mob tshwj xeeb uas nyob rau pab pawg koom tes sab nrauv uas yuav muab kev saib xyuas mob nkeeg tsim nyog rau koj. Nyob rau qhov xwm txheej no, koj tsuas yuav tau them tus nqi sib faib them hauv pab pawg koom tes nkaus xwb. Yog tias koj pom tau tias koj tus kheej poob rau hauv qhov xwm txheej uas tsis muaj cov kws kho mob tshwj xeeb nyob rau hauv daim phiaj xwm pab pawg koom tes uas muab qhov kev pab cuam uas koj xav tau, ces hu rau daim phiaj xwm kom paub txog qhov chaw uas yuav mus txais cov kev pab cuam no nyob rau tus nqi sib faib them hauv pab pawg koom tes.

Yog tias koj muaj teeb meem txog kev thov cov ntaub ntawv los ntawm peb daim phiaj xwm ua hom qauv ntaub ntawv uas tuaj yeem nkag mus siv tau thiab tsim nyog rau koj, ces thov hu rau Feem Pab Cuam Tswv Cuab txhawm rau ua daim ntawv hais kev tsis zoo siab. Tsis tas li xwb, koj kuj tseem yuav tuaj yeem ua daim ntawv hais kev tsis txaus siab mus rau Medicare tau tib si thiab los ntawm kev hu rau 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) los sis hu ncaj qha mus rau Office for Civil Rights ntawm 1-800-368-1019 los sis TTY 1-800-537-7697.

섹션1.1 当社は、文化的背景を考慮し、お客様に合った方法（英語以外の言語、音声、点字、大活字、その他の代替フォーマットなど）で情報を提供しなければなりません

皆様がご加入のプランでは、臨床と非臨床の両方のサービスが、すべて文化的能力のある方法で提供され、英語の能力や読解力に制限のある方や聴覚障がいのある方、あるいはさまざまな文化的小よび民族的背景を持つ方など、すべての登録者がアクセスできるようにする必要があります。プランがこのようなアクセシビリティ要件を満たす例には、翻訳サービス、通訳サービス、テレタイプライター、または TTY（テキスト電話またはテレタイプライター電話）接続などがありますが、これらに限定されません。

当プランでは、英語を話さない方からの質問に回答するための無料の通訳サービスが用意されています。、プランのサービス対象地域で話されている英語以外の言語の資料も用意されています。また、必要に応じて音声、点字、大判プリントなどの代替形式により、無料で情報を提供することもできます。私たちは、皆様がアクセスできる、適切な形式でプランの利点に関する情報

8장 가입자의 권리 및 책임

를 제공하는必要があります。皆様に適した方法で情報を入手するには、会員サービスまでお電話ください。

私たちのプランでは、女性の皆様に日常のおよび予防的な医療サービスを提供するために、ネットワーク内の医療専門家の女性に直接連絡を取れる選択肢を提供する必要があります。

プランの専門分野ネットワークに属する医療従事者が利用できない場合、プランの責任において、必要なケアを提供する医療従事者をネットワーク外で見つける必要があります。この場合、皆様はネットワーク内の費用共同負担分のみを支払うことになります。必要なサービスに対応する専門家がプランのネットワークにいない場合は、このサービスをネットワーク内の費用共同負担で受けるための方法についてプランまでお問い合わせください。

当社のプランから、アクセス可能かつ適切な形式で情報を入手できない場合は、会員サービスまでご意見をお寄せください。また、1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) にお電話いただくか、あるいは Office for Civil Rights 1-800-368-1019 または TTY 1-800-537-7697 に直接お電話いただき、メディケアにご意見をお寄せいただくこともできます。

8장 가입자의 권리 및 책임

1.1항 당사는 귀하에게 적합하고 귀하의 문화적 민감성에 부합하는 방식으로 정보를 제공해야 합니다(영어 이외의 언어, 오디오, 한글 점자, 큰 활자 또는 기타 대체 형식 등).

귀하의 플랜은 모든 임상 및 비임상적 서비스가 문화적으로 적절한 방식을 통해 제공되고, 제한된 영어 구사 능력 및 독해 능력, 청각 장애 또는 다양한 문화적 및 민족적 배경을 가진 가입자를 포함하여 모든 가입자의 이용을 보장하기 위해 필요합니다. 하나의 플랜이 이러한 접근성 요구 사항을 충족할 수 있는 방법의 예로는 번역 및 통역 서비스 제공 전신타자기 또는 TTY (문자 전화 또는 전신타자기 전화) 연결을 포함하되 이에 국한되지 않습니다.

당사 플랜은 비 영어권 가입자들의 질문에 답변하기 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다. 또한 플랜 서비스 지역에서 통용되는 영어 이외의 언어로 작성된 자료도 제공합니다. 그리고 필요시 오디오, 점자, 큰 활자 인쇄 또는 기타 대체 형식으로 된 정보를 무료로 제공할 수도 있습니다. 저희는 귀하가 이용할 수 있는 적절한 형식으로 플랜 혜택에 관한 정보를 제공해야 합니다. 귀하에게 맞는 방법으로 정보를 얻으시려면 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

여성의 정기적 예방 의료 서비스를 위해 네트워크 소속 여성 의료 전문의에게 직접 접근할 수 있는 옵션을 여성 등록자에게 제공해야 합니다.

전문 분야에 대한 제공자를 플랜의 네트워크에서 찾을 수 없을 경우 필요한 관리를 제공할 네트워크 외부의 전문 제공업체를 찾는 것은 플랜의 책임입니다. 이 경우 네트워크 내 비용 부담만 납부하게 됩니다. 플랜 네트워크에 귀하가 필요로 하는 서비스를 제공하는 전문가가 없는 경우 당사 플랜에 이 서비스를 받을 수 있는 위치에 대한 정보를 문의하십시오.

접근이 가능하고 적절한 형식으로 당사 플랜에서 정보를 얻는 데 문제가 있는 경우 가입자 서비스부에 전화하여 고충을 접수해 주십시오. Medicare에 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)번으로 연락하거나 민권 담당국 1-800-368-1019 또는 TTY 1-800-537-7697번으로 직접 연락하여 불만사항을 제기할 수도 있습니다.

ផ្នែក 1.1 យើងត្រូវតែផ្តល់ព័ត៌មានតាមរបៀបដែលអ្នកអាចប្រើបាន និងស្របតាមតម្រូវការវប្បធម៌របស់អ្នក (ជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស ជាសំឡេងអូឌីយ៉ូ ជាអក្សរស្នាម អក្សរធំ ឬទម្រង់ជំនួសផ្សេងទៀត ។ល។)

គម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវបានធានាថាសេវាកម្មទាំងអស់ ទាំងគ្លីនិក និងមិនមែនគ្លីនិកត្រូវបានផ្តល់ជូននៅក្នុងលក្ខណៈសមនឹងវប្បធម៌ និងមានភាពងាយស្រួលក្នុងការចូលដំណើរការបានសម្រាប់អ្នកចុះឈ្មោះទាំងអស់ រួមទាំងអ្នកចេះភាសាអង់គ្លេសតិចតួច មានជំនាញអានតិចតួច អសមត្ថភាពក្នុងការស្តាប់ ឬអ្នកដែលមានវប្បធម៌និងប្រវត្តិជនជាតិផ្សេងៗ។ ឧទាហរណ៍នៃរបៀបដែលគម្រោងសុខភាពអាចបំពេញតម្រូវការចូលប្រើបានទាំងនេះរួមមាន ប៉ុន្តែមិនត្រូវបានកំណត់តែចំពោះការផ្តល់សេវាកម្មបកប្រែ សេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ ឧបករណ៍ទូរអង្គុយលើលេខប្រាស្រ័យ ឬ TTY (ទូរសព្ទជាអក្សរ ឬទូរសព្ទទូរអង្គុយលើលេខប្រាស្រ័យ)។

គម្រោងរបស់យើងមានសេវាកម្មបកប្រែភាសាច្នៃដែលផ្តល់ជូនដើម្បីឆ្លើយសំណួរពិសមាជិកដែលកមិននិយាយភាសាអង់គ្លេស។ យើងក៏មានសម្ភារៈផងដែរ ជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេសដែលត្រូវបាននិយាយនៅក្នុងគំបន់ដែលគម្រោងផ្តល់សេវាកម្ម។ យើងក៏អាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានជាសម្លេងអូឌីយ៉ូ ជាអក្សរស្នាម បោះពុម្ពធំ ឬទម្រង់ជំនួសផ្សេងទៀតដោយមិនគិតថ្លៃប្រសិនបើអ្នកត្រូវការវា។ យើងតម្រូវឱ្យផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់គម្រោងក្នុងទម្រង់មួយដែលលោកអ្នកអាចចូលប្រើបាននិងសមរម្យសម្រាប់អ្នក។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានពីយើងតាមរបៀបដែលសមស្រប និងតម្រូវការរបស់អ្នកសូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក។

គម្រោងយើងតម្រូវឱ្យផ្តល់ឱ្យអ្នកចុះឈ្មោះជាស្ត្រីនូវជម្រើសនៃការចូលទៅទទួលសេវាសុខភាពស្ត្រីដោយផ្ទាល់ពីអ្នកឯកទេសក្នុងបណ្តាញសម្រាប់សេវាថែទាំនិងសេវាបង្ការសុខភាពស្ត្រី។

ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាផ្នែកឯកទេសនៅក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោងមិនមានទេ វាក៏ជាការទទួលខុសត្រូវរបស់គម្រោងដើម្បីរកអ្នកផ្តល់សេវាឯកទេសនៅខាងក្រៅបណ្តាញដែលនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការថែទាំចាំបាច់។ ក្នុងករណីនេះ អ្នកនឹងបង់ប្រាក់ចែករំលែកការចំណាយលើសេវាក្នុងបណ្តាញ។ ប្រសិនបើអ្នកក្នុងស្ថានភាពដែលគ្មានអ្នកឯកទេសនៅក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោងដែលរ៉ាប់រងលើសេវាកម្មដែលអ្នកត្រូវការទេ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោងដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានអំពីកន្លែងដែលត្រូវទៅដើម្បីទទួលបានសេវានេះដោយការចែករំលែកការចំណាយសម្រាប់សេវាក្នុងបណ្តាញ។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើងក្នុងទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបាន និងសមរម្យសម្រាប់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅសេវាកម្មសមាជិកដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹង។ អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅ Medicare តាមរយៈការទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ឬ ទៅកាន់ Office for Civil Rights ផ្ទាល់តាមរយៈលេខ 1-800-368-1019 ឬ TTY 1-800-537-7697។

ข้อ 1.1 เราต้องให้ข้อมูลในลักษณะที่เหมาะสมกับคุณและสอดคล้องกับความละเอียดอ่อนทางวัฒนธรรมของคุณ (ในภาษาอื่นนอกเหนือจากภาษาอังกฤษ ในรูปแบบเสียง อักษรเบรลล์ ตัวพิมพ์ขนาดใหญ่ หรือในรูปแบบทางเลือกอื่นๆ เป็นต้น)

แผนของคุณจะต้องรับรองว่าได้มีการจัดหาบริการทั้งหมด ทั้งทางคลินิกและไม่ใช้ทางคลินิก ในลักษณะที่เหมาะสมในแง่ของวัฒนธรรมและผู้ลงทะเบียนทุกคนสามารถเข้าถึงได้ รวมถึงผู้ที่มีความสามารถในการใช้ภาษาอังกฤษอย่างจำกัด มีทักษะการอ่านที่จำกัด มีความบกพร่องทางการได้ยิน หรือผู้ที่มีภูมิหลังทางวัฒนธรรมและทางชาติพันธุ์ที่หลากหลาย ตัวอย่างที่แสดงว่าแผนอาจตรงตามข้อกำหนดเกี่ยวกับการอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงเหล่านี้รวมถึงแต่ไม่จำกัดเพียง การให้บริการแปล บริการล่าม เครื่องโทรพิมพ์ หรือการเชื่อมต่อ TTY (การติดต่อสื่อสารด้วยข้อความผ่านสายโทรศัพท์หรือโทรศัพท์โดยใช้เครื่องโทรพิมพ์)

แผนของเรามีบริการล่ามฟรีเพื่อตอบคำถามจากสมาชิกที่ไม่สามารถพูดภาษาอังกฤษได้ เรายังมีเอกสารเป็นภาษาอื่นๆ นอกเหนือจากภาษาอังกฤษ ซึ่งเป็นภาษาที่ใช้ในพื้นที่ให้บริการของแผนด้วย นอกจากนี้ เรายังสามารถให้ข้อมูลในรูปแบบเสียง อักษรเบรลล์ ตัวพิมพ์ขนาดใหญ่ หรือรูปแบบอื่นๆ ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหากคุณต้องการ เราจำเป็นต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของแผน ในรูปแบบที่สามารถเข้าถึงได้และเหมาะสมกับคุณ หากต้องการขอรับข้อมูลจากเราในลักษณะที่เหมาะสมกับคุณ โปรดโทรติดต่อฝ่ายบริการสมาชิก

แผนของเราจะต้องเสนอทางเลือกแก่ผู้ลงทะเบียนที่เป็นผู้หญิงในการเข้าถึงผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพสตรี ภายในเครือข่ายโดยตรง เพื่อเข้ารับบริการดูแลสุขภาพตามรอบปกติและการดูแลเชิงป้องกันสำหรับผู้หญิง

หากไม่มีผู้ให้บริการเฉพาะทางในเครือข่ายของแผน ถือเป็นความรับผิดชอบของแผนในการค้นหาผู้ให้บริการเฉพาะทางนอกเครือข่ายที่จะให้การดูแลที่จำเป็นแก่คุณ ในกรณีนี้ คุณจะชำระเฉพาะส่วนร่วมจ่ายในเครือข่ายเท่านั้น หากคุณอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่มีผู้เชี่ยวชาญในเครือข่ายของแผนที่ครอบคลุมบริการที่คุณต้องการ โปรดโทรติดต่อแผนเพื่อสอบถามข้อมูลว่าจะไปรับบริการนี้ได้จากที่ใด โดยมีส่วนร่วมจ่ายในเครือข่าย

หากคุณประสบปัญหาในการขอรับข้อมูลจากแผนของเราในรูปแบบที่สามารถเข้าถึงได้และเหมาะสมกับคุณ โปรดโทรติดต่อเพื่อร้องทุกข์กับฝ่ายบริการสมาชิก นอกจากนี้ คุณยังสามารถยื่นเรื่องร้องเรียนต่อ Medicare ได้โดยโทรไปที่หมายเลข 1-800-MEDICARE

(1-800-633-4227) หรือติดต่อ Office for Civil Rights โดยตรงที่หมายเลข 1-800-368-1019 หรือ TTY 1-800-537-7697

ຂໍ້ທີ 1.1 ພວກເຮົາຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນໄປໃນວິທີທາງທີ່ເໝາະສໍາລັບທ່ານ ແລະ ສອດຄ່ອງກັບຄວາມອ່ອນໄຫວທາງດ້ານວັດທະນະທໍາຂອງທ່ານ (ເປັນພາສາອື່ນນອກຈາກພາສາອັງກິດ, ເປັນສຽງບັນທຶກ, ຕົວອັກສອນນູນ, ເພີມເປັນຕົວໃຫຍ່ ຫຼື ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນ ແລະ ອື່ນໆ)

ແຜນປະກັນຂອງທ່ານຈໍາເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບປະກັນໃຫ້ການບໍລິການທັງໝົດ, ທັງທາງດ້ານຄວິນິກ ແລະ ບໍ່ແມ່ນທາງດ້ານຄວິນິກ ແມ່ນໄດ້ຮັບການສະໜອງໃຫ້ໃນລັກສະນະທີ່ເຂົ້າກັບວັດທະນະທໍາ ແລະ ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ແກ່ບັນດາຜູ້ລົງທະບຽນໝົດທຸກຄົນ, ລວມທັງຜູ້ທີ່ສາມາດເວົ້າພາສາອັງກິດໄດ້ຈໍາກັດ, ມີທັກສະການອ່ານທີ່ຈໍາກັດ, ມີຄວາມພິການດ້ານການໄດ້ຍິນ ຫຼື ຜູ້ທີ່ມີພື້ນຖານວັດທະນະທໍາທີ່ຫຼາກຫຼາຍ ແລະ ເປັນຄົນຊົນເຜົ່າ. ຕົວຢ່າງກ່ຽວກັບວິທີທີ່ແຜນປະກັນອາດຈະບັນລຸໄດ້ຕາມຂໍ້ກໍານົດການເຂົ້າເຖິງເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນລວມທັງ, ແຕ່ບໍ່ຈໍາກັດພຽງແຕ່ ການໃຫ້ບໍລິການນັກແປເອກະສານ, ການບໍລິການລ່າມແປພາສາ, ນັກໂທລະພິມ ຫຼື ການເຊື່ອມຕໍ່ TTY (ໂທລະສັບຮັບສົ່ງຂໍ້ຄວາມ ຫຼື ໂທລະສັບນັກໂທລະພິມ).

ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາມີການບໍລິການລ່າມແປພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບຄໍາຖາມຕ່າງໆທີ່ມາຈາກບັນດາສະມາຊິກທີ່ບໍ່ສາມາດເວົ້າພາສາອັງກິດໄດ້. ນອກຈາກນັ້ນ, ພວກເຮົາກໍຍັງມີເອກະສານຕ່າງໆເປັນພາສາອື່ນນອກເໜືອໄປຈາກພາສາອັງກິດ ທີ່ໄດ້ໃຊ້ເວົ້າຢູ່ໃນພື້ນທີ່ບໍລິການຂອງແຜນປະກັນອີກດ້ວຍ. ພວກເຮົາຍັງສາມາດໃຫ້ຂໍ້ມູນແກ່ທ່ານເປັນສຽງບັນທຶກ, ເປັນຕົວອັກສອນນູນ, ເພີມເປັນຕົວໃຫຍ່ ຫຼື ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນໆ ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆອີກດ້ວຍ ຖ້າທ່ານຕ້ອງການ. ພວກເຮົາຈໍາເປັນຕ້ອງໄດ້ໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບສິດທິປະໂຫຍດຂອງແຜນປະກັນໃຫ້ແກ່ທ່ານ ໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ ແລະ ເໝາະກັບທ່ານ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນຈາກພວກເຮົາໄປໃນທາງທີ່ເໝາະສໍາລັບທ່ານ, ກະລຸນາໂທຫາ ໜ່ວຍບໍລິການສະມາຊິກ.

ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຈໍາເປັນຕ້ອງໄດ້ໃຫ້ຕົວເລືອກແກ່ບັນດາຜູ້ລົງທະບຽນເພດຍິງ ໃນການເຂົ້າເຖິງໂດຍກົງກັບຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສຸຂະພາບຂອງແມ່ຍິງຢູ່ໃນເຄືອຂ່າຍ ສໍາລັບການບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບຕາມປົກກະຕິ ແລະ ເພື່ອເປັນການປ້ອງກັນຂອງແມ່ຍິງ.

ຖ້າບໍ່ມີຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຢູ່ໃນເຄືອຂ່າຍຂອງແຜນປະກັນ ສໍາລັບຄວາມຊ່ຽວຊານສະເພາະດ້ານ, ແຜນປະກັນມີຄວາມຮັບຜິດຊອບທີ່ຈະຊອກຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສະເພາະດ້ານຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ ທີ່ຈະໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ຈໍາເປັນໃຫ້ແກ່ທ່ານ. ໃນກໍລະນີນີ້, ທ່ານຈະຈ່າຍພຽງແຕ່ສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນເຄືອຂ່າຍເທົ່ານັ້ນ. ຖ້າທ່ານພົບວ່າຕົວທ່ານເອງຕົກຢູ່ໃນສະຖານະການທີ່ບໍ່ມີຜູ້ຊ່ຽວຊານສະເພາະດ້ານໃນເຄືອຂ່າຍຂອງແຜນປະກັນທີ່ໃຫ້ ການບໍລິການທີ່ທ່ານຕ້ອງການ, ໃຫ້ໂທຫາແຜນປະກັນເພື່ອຂໍຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບບ່ອນທີ່ຈະໄປເຂົ້າຮັບການບໍລິການນີ້ ດ້ວຍສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນເຄືອຂ່າຍ.

ຖ້າທ່ານມີບັນຫາໃດໆໃນການຂໍຂໍ້ມູນຈາກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ ແລະ ເໝາະກັບທ່ານ, ກະລຸນາໂທຫາໜ່ວຍບໍລິການສະມາຊິກ ເພື່ອອີ່ນຄໍາຮ້ອງທຸກ. ນອກຈາກນັ້ນ, ທ່ານກໍຍັງສາມາດອີ່ນຄໍາຮ້ອງຮຽນຕໍ່ Medicare ໄດ້ອີກດ້ວຍ ໂດຍການໂທຫາເບີ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ຫຼື ໂດຍກົງກັບ Office for Civil Rights ທີ່ເບີ 1-800-368-1019 ຫຼື TTY 1-800-537-7697.

섹션 1.2 가입자가 보장 서비스 및 약품을 적시에 받을 수 있도록 보장합니다

가입자는 보장 서비스를 제공하고 주선할 주치의(PCP)를 플랜 네트워크 내에서 선택할 권리가 있습니다. 네트워크 소속 의료 제공자에게 가기 위해 진료소견서가 필요하지는 않습니다.

가입자는 *합리적인 기간 내에* 플랜의 네트워크 소속 의료 제공자로부터 예약 및 보장 서비스를 받을 권리가 있습니다. 여기에는 필요한 경우 전문의로부터 시기 적절하게 서비스를 받을 권리도 포함되어 있습니다. 또한 모든 네트워크 소속 약국에서 오래 기다리지 않고 처방약을 조제받거나 재조제 받을 권리도 가지고 있습니다.

합리적인 기간 내에 의료 서비스 또는 파트 D 약을 받지 못한다고 생각할 경우 9장에서 가입자가 취할 수 있는 조치를 확인할 수 있습니다.

섹션 1.3 저희는 가입자의 개인 건강 정보를 보호합니다

연방 및 주 법률은 가입자의 의료 기록과 개인 건강 정보를 보호하도록 규정하고 있습니다. 저희는 이러한 법에 준해 가입자의 개인 건강 정보를 보호합니다.

- 가입자의 개인 건강 정보에는 플랜 등록 시에 제공한 **개인 정보**와 가입자의 의료 기록 및 기타 의료 및 건강 정보가 포함됩니다.
- 가입자는 가입자의 정보 및 가입자의 건강 정보가 사용되는 방식을 관리할 수 있는 권리를 가집니다. 저희는 *개인정보 보호 관행 통지*라고 하는 통지서를 보내어 그러한 권리를 알려 드리고 가입자 건강 정보를 보호하는 방법을 설명합니다.

가입자 건강 정보를 어떻게 보호합니까?

- 권한이 없는 사람은 귀하의 기록을 보거나 변경할 수 없도록 하고 있습니다.
- 아래에 명시된 상황을 제외하고 당사는 가입자의 진료를 제공하지 않거나 비용을 지불하지 않는 사람에게 가입자의 건강 정보를 제공하려는 경우 *가입자 또는 가입자를 대신하여 결정을 내릴 수 있는 법적 권한을 가진 사람으로부터 서면 허가를 받아야 합니다.*
- 귀하로부터 사전 서면 허가를 받지 않아도 되는 예외적 상황이 있습니다. 이 예외는 법에 의해 허용되거나 요구되는 것들입니다.
 - 치료 품질을 점검하는 정부 당국에 건강 정보를 공개하도록 요구 받을 때가 있습니다.
 - 귀하는 Medicare를 통한 당한 플랜의 가입자이기 때문에 당사는 귀하의 파트 D 처방약에 대한 정보를 포함한 건강 정보를 Medicare에 제공해야 합니다. Medicare가 연구 또는 기타 용도로 가입자의 정보를 공개하는 경우, 이는 연방 법류 및 규정을 따릅니다. 일반적으로 사용자를 식별할 수 있는 고유한 정보는 공유하지 않습니다.

가입자는 자신의 기록에서 정보를 볼 수 있고 다른 사람과 어떻게 공유되었는지 알 수 있습니다

가입자는 플랜에 보유 중인 자신의 의료 기록을 조회하고 기록의 사본을 받아 볼 권리를 갖고

8장 가입자의 권리 및 책임

있습니다. 저희는 사본 준비 비용을 귀하에게 부과할 수 있습니다. 귀하는 또한 본인의 의료 기록을 추가 또는 수정하도록 요청할 권리도 가집니다. 귀하가 그런 변경을 당사로 요청하는 경우, 당사는 고객의 보건 서비스 제공자와 상의해서 그 변경을 해야 하는지 여부를 결정할 것입니다.

귀하는 일반적이지 않은 목적으로 본인의 건강 정보를 타인과 공유하는 방법에 대해 알 권리를 가집니다.

귀하의 개인 건강 정보 보호에 대해 질문이나 우려 사항이 있으시면, 가입자 서비스부에 전화해 주십시오.

섹션 1.4 저희는 플랜, 의료 제공자 네트워크 및 보장 서비스에 관한 정보를 제공해야 합니다

저희 플랜 가입자는 저희로부터 몇 가지 정보를 받을 권리를 갖고 있습니다.

다음 정보 중 원하는 것이 있으면 가입자 서비스부에 전화해 주십시오.

- **플랜에 관한 정보.** 여기에는 예를 들어 플랜의 재정 상태에 관한 정보가 포함됩니다.
- **당사의 네트워크 소속 의료 제공자 및 약국에 관한 정보.** 가입자는 저희 네트워크에 속한 의료 제공자와 약국의 자격에 관한 정보, 소속 의료 제공자에 대한 저희의 결제 방법에 관한 정보를 얻을 권리가 있습니다.
- **가입자의 보장과 가입자가 보장을 활용할 때 준수해야 할 규칙에 관한 정보.** 3장과 4장에서는 의료 서비스에 관한 정보를 제공합니다. 5장과 6장에서는 파트 D 처방약 보장 범위에 대한 정보를 제공합니다.
 - **참고:** 저희 플랜은 위임된 기관의 검토를 포함하여 활용 검토를 수행하는 의사, 의료 제공자 또는 직원에게 보상을 제공하지 않습니다. 의료이용도관리(UM)는 진료 및 서비스의 적합성과 보장 여부에 따라서만 진료 결정을 내립니다. 또한, 이 플랜은 보장을 거부한 개업의나 기타 개인에게 구체적으로 보상을 제공하지 않습니다. UM 의사 결정자를 위한 재정적 인센티브는 활용도가 낮은 의사 결정을 장려하지 않습니다.
- **일부 항목이 보장되지 않는 이유와 그 대응 방법에 관한 정보.** 9장에서는 의료 서비스 또는 파트 D 약이 보장되지 않는 이유 또는 보장 범위가 제한되는 이유에 대한 서면 설명을 요청하는 방법에 대한 정보를 제공합니다. 또한 제9장에서는 당사에 결정을 변경할 것을 요청하는 이의 신청에 대한 정보를 제공합니다.

섹션 1.5 저희는 치료에 관하여 결정할 가입자의 권리를 존중해야 합니다

가입자는 치료 옵션을 파악하여 자신의 건강 관리에 관한 결정에 참여할 권리를 갖고 있습니다

가입자는 의사와 기타 의료 제공자에게서 모든 정보를 받을 권리가 있습니다. 담당 의료 제공자는 가입자의 의학적 상태와 치료 선택권을 *가입자가 이해할 수 있는 방식*으로 설명해야 합니다.

귀하는 또한 본인의 건강 관리에 대한 결정에 완전히 참여할 권리도 가집니다. 자신에게 가장

8장 가입자의 권리 및 책임

적합한 치료를 의사와 결정하는 데 도움이 되도록 귀하의 권리에는 다음이 포함됩니다.

- **가입자의 선택권을 모두 알 권리.** 가입자는 비용이나 저희 보험의 보장 여부와 관계없이 가입자의 질환에 권고할 수 있는 모든 치료 옵션에 관한 설명을 들을 권리가 있습니다. 또한 가입자가 약을 관리하고 안전하게 사용하도록 돕기 위해 저희 플랜이 제공하는 프로그램에 대한 안내를 받을 권리도 포함됩니다.
- **위험에 대해 이해할 권리.** 귀하는 치료와 관련된 위험에 대해 안내를 받을 권리를 가집니다. 제안된 치료가 연구 실험의 일부인지의 여부를 미리 안내 받아야 합니다. 귀하는 실험적 치료법을 거부하기로 선택할 수 있습니다.
- **“아니요”라고 말할 권리.** 가입자는 권장하는 치료를 거절할 권리가 있습니다. 여기에는 담당 의사가 병원이나 기타 의료 시설에 머물도록 조언했다고 해도 이를 받아들이지 않을 권리가 포함됩니다. 또한 약 복용을 중단할 권리도 가집니다. 물론 치료를 거부하거나 약 복용을 중단할 경우, 그 결과 신체에 발생하는 일에 대해 귀하가 완전한 책임을 지게 됩니다.

가입자는 스스로 의학적 결정을 내릴 수 없는 경우 취해야 할 사전 의료지시서를 제공할 수 있는 권리가 있습니다

사고나 심각한 질병으로 스스로 건강 관리 결정을 내리지 못하게 되는 경우가 있습니다. 가입자는 그러한 상황에서 어떻게 할 것인지에 관하여 말할 권리가 있습니다. 즉 *가입자가 원할 경우*, 가입자는 다음 조치를 할 수 있습니다.

- 가입자가 영구히 스스로 결정할 수 없는 상태가 된 경우 **다른 사람에게 가입자를 대신하여 의료 결정을 할 법적 권한을 제공하는 서면 양식**을 작성하십시오.
- 가입자가 영구히 스스로 결정할 수 없는 상태가 된 경우 의사에게 어떤 방식의 의료 관리를 원하는지에 관하여 **담당 의사에게 서면 지침**을 제공하십시오.

이 상황에서 사전에 지침을 제공할 때 사용할 수 있는 법적 문서를 **사전 의료지시서**라고 합니다. 사전 의료지시서는 여러 종류가 있고 명칭도 다양합니다. 사전 의료지시서를 **생존 유서 및 건강 관리 결정에 관한 위임장**이라고도 합니다.

지침을 제공하기 위해 사전 의료지시서를 사용하려는 경우 필요한 조치는 다음과 같습니다:

- **양식을 구함.** 가입자는 변호사, 사회복지사 또는 일부 사무용품 매장에서 사전 의료지시서 양식을 구할 수 있습니다. 때에 따라 Medicare에 대한 정보를 사람들에게 제공하는 조직으로부터 사전 의료 지시서를 확보할 수 있습니다.
- **작성 및 서명.** 양식의 입수 장소에 관계없이, 이 문서는 법률 문서임을 기억해 두십시오. 문서 작성을 변호사에게 의뢰하는 것을 고려해 주십시오.
- **사본을 해당자들에게 제공.** 가입자는 작성한 양식 사본을 의사와 가입자를 대신할 의사결정자로 양식에 명시한 사람에게 제공해야 합니다. 사본을 친구들이나 가족에게 주십시오. 한 부는 집에 보관하십시오.

8장 가입자의 권리 및 책임

곧 입원한다는 것을 알고 있으며 사전 의료 지시서에 서명한 경우, **병원에 사본을 가지고 가십시오.**

- 병원측은 귀하에게 사전의료지시서에 서명했는지 여부와 그것을 가져 왔는지 여부를 물어볼 것입니다.
- 사전 의료 지시서에 서명하지 않은 경우 병원에서 이용 가능한 양식이 있기 때문에 병원에서 귀하에게 해당 양식에 서명할 것인지를 물어봅니다.

사전 의료지시서를 작성할 것인지 여부(병원에서 양식에 서명할 것인지 여부 포함)는 가입자의 선택사항이라는 점을 기억하십시오. 법률에 따라 사전 의료 지시서에 서명했는지의 여부 때문에 치료를 거절 당하거나 차별을 받을 수 없습니다.

가입자의 사전 의료지시서를 따르지 않으면 어떻게 됩니까?

귀하가 사전 의료 지시서에 서명했고, 의사 또는 병원이 해당 사전 의료 지시서의 지시 사항을 따르지 않았다고 생각하시면, 귀하는 Hawaii 노인 행정국(Executive Office on Aging)에 불만을 제기하실 수 있습니다.

섹션 1.6	가입자는 불만을 제기하고 저희의 결정을 재고하도록 요구할 권리가 있습니다
---------------	---

문제, 우려사항 또는 불만사항이 있으며 보장을 요청하거나 이의 신청을 하려는 경우에 취할 수 있는 조치에 대해서는 이 문서의 9장에서 확인할 수 있습니다. 보장 결정을 요청하거나, 이의 제기를 하거나, 불만을 제기하더라도 저희는 귀하를 공정하게 대우해야 합니다.

섹션 1.7	가입자는 당사의 가입자 권리 및 책임 정책에 건의할 권리가 있습니다
---------------	--

권리 및 책임에 대한 질문이나 우려 사항이 있거나 가입자 권리 정책을 개선할 수 있는 제안 사항이 있는 경우 가입자 서비스부에 문의하여 의견을 공유하십시오.

섹션 1.8	신기술 평가
---------------	---------------

새로운 기술에는 특정 질병 또는 상태의 치료를 위해 최근에 개발된 절차, 약물, 생물학적 제제 또는 기기가 포함되며, 기존 절차, 약물, 생물학적 제제 및 기기의 새로운 적용이 포함됩니다. 저희 플랜은 해당되는 경우 Medicare의 국가 및 지역 보장 결정을 따릅니다.

Medicare 보장 의결이 없는 경우, 당사 플랜은 동료 심사 간행물 중 현재 공개된 의학 문헌에 대한 중요한 평가를 실행함으로써 가입자가 안전하고 효과적인 치료를 이용하실 수 있도록 적용 가능한 혜택에 포함하기 위한 새로운 기술이나 기존 기술의 새로운 적용을 평가합니다. 여기에는 체계적인 검토, 무작위 배정 대조 시험, 코호트 연구, 사례 통제 연구, 안전성과 유효성을 보여주는 통계적으로 유의한 결과를 갖는 진단 검사 연구, 국가 기관과 인정받은 당국에 의해 개발된 증거 기반 지침의 검토 등이 포함됩니다. 또한 저희 플랜은 의사, 국가적으로 인정된 의사 전문 협회를 포함한 의사 전문 학회, 합의 패널 또는 기타 국가적으로 인정된 연구 또는 기술 평가 기관, 정부 기관, 보고서 및 정부 기관의 간행물(예: 미국 식품의약국(FDA), 질병 관리 예방 센터(CDC), 국립

보건원(NIH)에 따른 의견, 권장 사항 및 평가를 고려합니다.

섹션 1.9 가입자가 부당한 대우를 받거나 권리를 존중 받지 못하다고 느낄 때 취할 수 있는 조치는 무엇입니까?

차별에 관한 내용일 경우 시민권리 사무국으로 전화하십시오.

인종, 장애, 종교, 성별, 건강, 민족, 신념(믿음), 연령, 성적 지향 또는 국적 때문에 부당한 대우를 받았거나 권리를 존중 받지 못했다고 생각되면 미국 보건복지부의 시민권리 사무국 전화 1-800-368-1019 또는 TTY 1-800-537-7697 또는 현지 시민권리 사무국으로 전화하십시오. 귀하는 귀하의 존엄성을 존중하고 인정하는 대우를 받을 권리가 있습니다.

다른 사항에 관한 내용입니까?

가입자가 부당한 대우를 받았거나 권리를 존중받지 못했다고 생각되며 이것이 차별에 관한 내용이 아닐 경우, 아래 방법을 통해 상황 해결을 위한 도움을 받을 수 있습니다.

- 가입자 서비스부로 연락하실 수 있습니다.
- **SHIP**으로 전화할 수 있습니다. 자세한 내용은 2장 섹션 3을 참조하십시오.
- 또는 주 7일, 하루 24시간 언제든지 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 **Medicare**에 전화하실 수 있습니다(TTY 1-877-486-2048).

섹션 1.10 가입자의 권리에 대한 자세한 정보를 입수하는 방법

가입자 권리에 대한 자세한 정보를 확인할 수 있는 곳은 다음과 같습니다.

- 가입자 서비스부로 연락하실 수 있습니다.
- **SHIP**으로 전화할 수 있습니다. 자세한 내용은 2장 섹션 3을 참조하십시오.
- **Medicare**에 연락할 수 있습니다.
 - Medicare 웹사이트에 방문하여 간행물 *Medicare 권리 및 보호*를 읽고 다운로드할 수 있습니다. (간행물은 www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf에서 볼 수 있습니다.)
 - 또는 주 7일, 하루 24시간 이용 가능한 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 연락하실 수 있습니다(TTY 1-877-486-2048).

섹션 2 가입자에게는 플랜 가입자로서 몇 가지 책임이 있습니다

플랜의 가입자로서 해야 할 일은 다음과 같습니다. 질문이 있으시면 가입자 서비스부에 전화해

8장 가입자의 권리 및 책임

주십시오.

- **가입자가 보장되는 서비스와 그 보장 서비스를 받기 위해 준수해야 할 규칙을 숙지하십시오.** 이 보장 범위 증명서를 사용하여 보장 사항 및 보장 서비스를 받기 위해 따라야 하는 규칙에 대해 알아보십시오.
 - 3장과 4장에서는 의료 서비스에 자세한 정보를 제공합니다.
 - 5장 및 6장에서는 파트 D 처방약 보장 범위에 관한 자세한 정보를 제공합니다.
- **저희 플랜 외에 다른 건강 플랜 보장이나 처방약 보장을 받고 있을 경우 저희에게 알려야 합니다.** 1장에서는 이러한 혜택 조정에 대해 설명합니다.
- **담당 의사와 다른 보건 의료 제공자에게 당사 플랜에 가입되어 있다는 사실을 알리십시오.** 가입자가 치료나 파트 D 처방약을 받을 때에는 항상 플랜 가입자 카드와 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램 (Medicaid) 카드를 제시하십시오.
- **담당 의사 및 기타 의료 제공자들에게 정보를 제공하고 질문하고 치료에 대한 후속 관리를 함으로써 그들이 가입자를 도와주도록 하십시오.**
 - 최상의 서비스를 받을 수 있도록 담당 의사 또는 기타 의료 제공자에게 귀하의 건강 문제를 알려주십시오. 귀하와 담당 의사가 합의한 치료 계획 및 지시를 따르도록 하십시오.
 - 일반의약품, 비타민, 보조식품 등을 포함하여 가입자가 복용 중인 모든 약을 의사에게 알려야 합니다.
 - 문의 사항이 있으면 반드시 물어보고 이해할 수 있는 답변을 얻으십시오. 가입자는 자신의 건강 문제를 파악하고 가입자와 담당 의사가 동의하는 치료 목표 설정에 협조할 책임이 있습니다.
- **배려하십시오.** 당사는 당사의 모든 가입자가 다른 환자의 권리를 존중하기를 기대합니다. 또한 진료소, 병원, 기타 사무실이 원활하게 운영될 수 있도록 행동해야 합니다.
- **본인의 부담금을 납부하십시오.** 플랜 가입자로서 귀하는 이것들을 지불할 책임이 있습니다.
 - (마지막 소득 신고에서 신고된) 가입자의 소득이 높기 때문에 파트 D에 대해 추가 금액을 납부해야 할 경우, 플랜 가입자 자격을 유지하려면 추가 금액을 정부에 직접 계속 납부해야 합니다.
- 가입자의 멤버십 기록을 최신 상태로 유지하고 가입자에게 연락할 수 있는 방법을 알 수 있도록 **저희의 플랜 서비스 지역 내에서** 이사를 하더라도 저희에게 알려주셔야 합니다.
- **당사 플랜 서비스 지역 밖으로** 이사할 경우 당사 플랜의 가입자 자격을 유지할 수 없습니다.
- 이사를 할 경우 사회보장국(또는 철도청 은퇴자 위원회)에 알리는 것이 중요합니다.

9장:

가입자가 문제 또는
불만사항이 있을 경우 취할 조치
(보장결정, 이의 신청, 불만 제기)

섹션 1 개요

섹션 1.1 문제가 있거나 불만사항이 있으면 어떻게 해야 하나요?

이 장에서는 문제와 고려사항을 처리하는 절차에 대해서 설명합니다. 다음 두 가지 사항에 따라 문제를 해결할 때 사용하는 절차:

1. 가입자의 문제가 **Medicare** 또는 **Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid)** 중 어디서 보장하는 혜택에 관한 것인지의 여부. 만일 가입자가 Medicare 절차나 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid) 절차 또는 두 가지 모두의 사용 여부 결정과 관련하여 도움이 필요하면 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.
2. 가입자의 문제 유형은 다음과 같습니다.
 - 일부 문제에 대해서는 **보장 결정 및 이의 신청 절차**를 이용해야 합니다.
 - 다른 문제에 대해서는 **불만사항(고충) 제기 절차**를 이용해야 합니다.

이 절차는 Medicare의 승인을 받은 것입니다. 각 절차에는 당사와 가입자가 따라야 하는 일련의 규칙, 절차 및 기한이 있습니다.

섹션 3의 안내는 사용해야 하는 올바른 절차 및 해야 할 일을 파악하는 데 도움이 됩니다.

섹션 1.2 법률 용어는 어떻게 해야 하나요?

이 장에서 설명하는 일부 규칙, 절차 및 기한에 대한 법적 용어가 있습니다. 대부분의 사람들은 이런 용어에 익숙하지 않으며 잘 이해하지 못 합니다. 이해를 돕기 위하여 이 장에서는 다음과 같이 합니다.

- 특정 법률 용어 대신 더 간단한 단어를 사용합니다. 예를 들면 이 장에서 고충 접수보다는 불만사항 제기, 기관 판단이나 보장 판단 또는 위험 결정보다는 보장 결정 그리고 독립 검토 주체보다는 독립 검토 기관이라는 용어를 사용합니다.
- 축약어도 가능한 적게 사용합니다.

하지만 올바른 법률 용어를 아는 것이 때때로는 중요하고 도움이 될 수 있습니다. 어떤 용어를 사용해야 하는지 아는 것은 더 정확하게 의사소통하고 상황에 맞는 도움이나 정보를 얻는 데 도움이 됩니다. 사용해야 하는 용어를 아실 수 있도록 특정 종류의 상황을 처리할 때 제공해 드리는 자료에는 법률 용어들이 포함되어 있습니다.

섹션 2 더 많은 정보와 개별적인 도움을 받을 수 있는 곳

저희는 항상 가입자를 도와 드릴 수 있습니다. 가입자가 당사의 대우에 대해 불만사항을 가지더라도 당사는 가입자가 불만사항을 제기할 수 있는 권리를 존중할 의무가 있습니다. 따라서 가입자는 항상 고객 서비스부에 연락하여 도움을 받아야 합니다. 하지만 일부 경우에 저희와 상관이 없는 누군가로부터 도움을 받거나 지침을 받길 원하실 수 있습니다. 다음은 귀하를 지원할 수 있는 두 기관입니다.

주 건강 보험 지원 프로그램(SHIP).

각 주에는 숙련된 상담사가 있는 정부 프로그램이 있습니다. 이 프로그램은 저희 또는 다른 보험회사나 건강 플랜과 아무런 관련이 없습니다. 이 프로그램의 상담원들은 가입자가 문제 처리를 위해 어떤 절차를 이용해야 할지 이해하실 수 있도록 도와줄 것입니다. 가입자의 질문에 대답 및 정보를 제공하고 무엇을 하셔야 하는지 가이드해 줄 수 있습니다.

SHIP 상담원 서비스는 무료입니다. 이 문서의 2장의 섹션 3에서 전화번호와 웹사이트 URL을 찾으실 수 있습니다.

Medicare

또한 Medicare에 연락하여 도움을 받을 수 있습니다. Medicare에 연락하는 방법:

- 주 7일, 하루 24시간 언제든지 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 연락하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오.
- 또한 Medicare 웹사이트(www.medicare.gov)를 방문하실 수 있습니다.

Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid)에서 도움과 정보를 받을 수 있습니다.

더 많은 정보가 필요하거나 문제 해결에 도움이 필요하시면 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid)으로 연락하십시오. 다음의 두 가지 방법을 통해 Medicaid에서 직접 정보를 얻으실 수 있습니다:

- Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid)에 1-800-316-8005번으로 전화하실 수 있습니다. TTY 사용자는 운영 시간인 월요일~금요일 오전 7시 45분~오후 4시 30분(하와이 표준 시간 기준) 사이에 711번으로 전화하셔야 합니다.
- Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid) 웹사이트(<https://medquest.hawaii.gov/en.html>)를 방문하실 수 있습니다.

섹션 3 문제 처리를 위해 어떤 절차를 이용해야 합니까?

가입자가 Medicare에 가입해 있고 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid)의 지원을 받기 때문에 문제나 불만사항을 처리하기 위해 사용할 다양한 절차를 보유하고 있습니다. 가입자가 사용하는 프로세스는 해당 문제가 Medicare 혜택에 관한 것인지 또는 Hawaii Med-QUEST 부서

9장 가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치(보장 결정, 이의 신청, 불만 제기)

프로그램 (Medicaid) 혜택에 관한 것인지 여부에 따라 달라집니다. 가입자의 문제가 Medicare에서 보장되는 혜택에 관한 것이라면 가입자는 Medicare 절차를 이용해야 합니다. 가입자의 문제가 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid)에서 보장하는 혜택에 관한 것이라면 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid) 절차를 이용해야 합니다. 만일 가입자가 Medicare 절차나 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid) 절차 사용 여부의 결정과 관련하여 도움이 필요하다면 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

Medicare 절차 및 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램 (Medicaid) 절차는 이 장의 다른 여러 부분에 설명되어 있습니다. 어떤 부분을 읽어야 하는지 알기 위해서, 아래의 표를 사용하십시오.

해당 문제는 Medicare 혜택에 관한 것입니까, 아니면 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid) 혜택에 관한 것입니까?

가입자의 문제가 Medicare 혜택 또는 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid) 혜택에 관한 것인지 결정하려면 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

나의 문제는 Medicare 혜택에 관한 것입니다.

이 장의 다음 섹션, 섹션 4 가입자의 Medicare 혜택에 관한 문제의 처리로 가십시오.

제 문제는 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid) 보장에 관한 것입니다.

이 장의 섹션 12, 가입자의 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid) 혜택에 관한 문제의 처리로 넘어가십시오.

가입자의 **MEDICARE** 혜택에 관한 문제

섹션 4 가입자의 **Medicare** 혜택에 관한 문제의 처리

섹션 4.1 보장 결정 및 이의 신청 절차를 이용해야 합니까? 아니면 불만사항 제기 절차를 이용해야 합니까?

문제나 고려사항이 있으시면 이 장에서 가입자의 상황에 맞는 부분만 읽으시면 됩니다. 아래 표를 이용하여 Medicare에서 보장하는 혜택에 대한 문제 또는 불만사항에 대한 이 장의 올바른 섹션을 찾을 수 있습니다.

이 장의 어떤 부분이 가입자의 Medicare 혜택에 대한 문제나 불만사항에 대해 도움이 될지를 알아보시려면, 이 차트를 이용하십시오.

가입자의 문제 또는 고려사항이 보험혜택 또는 보험 적용 범위에 관한 것입니까?

9장 가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치(보장 결정, 이의 신청, 불만 제기)

의료 서비스(의료품, 서비스 및/또는 파트 B 처방약)에 대한 보장 여부, 보장 방법, 의료 서비스의 지불과 관련된 문제 등이 포함됩니다.

예.

이 장의 다음 섹션인 섹션 5, 결정 및 이의 신청에 대한 기본 가이드로 이동하십시오.

아니요.

이 장의 끝에 있는 섹션 11로 넘어가십시오. 의료 서비스 품질, 대기 시간, 고객 서비스 또는 기타 고려사항에 대한 불만 제기 방법.

섹션 5 보장 결정 및 이의 신청에 대한 기본 가이드

섹션 5.1 보장 결정 및 이의 신청 요청: 전체적인 내용

보장 결정 및 이의 신청은 가입자의 의료 서비스를 위해 가입자의 혜택 및 보장과 관련된 문제를 다룹니다(지불을 포함한 서비스, 품목 및 파트 B 처방약). 단순성을 위해 당사는 일반적으로 의료 품목, 서비스 및 Medicare Part B 처방약을 **의료 관리**로 지칭합니다. 가입자는 보장 여부, 보장 방식 등과 같은 문제에 대해 보장 결정과 이의 신청을 이용할 수 있습니다.

혜택을 받기 전의 보장 결정 요청

보장 결정이란 가입자가 받는 혜택 및 보장 또는 가입자가 이용하는 의료 서비스를 위해 저희가 지불하는 금액과 관련하여 저희가 내리는 결정입니다. 예를 들어 플랜 네트워크 의사가 네트워크 외부의 의료 전문가에게 귀하를 의뢰하는 경우, 네트워크 소속 의사가 귀하가 이 의료 전문가에 대해 표준 거부 고지서를 받았음을 입증할 수 있거나, 진료 의뢰된 서비스가 어떤 조건에서도 보장되지 않는다고 보장 범위 증명서에 명시되지 않은 이상, 이러한 진료 의뢰는 유리한 보장 결정으로 간주됩니다. 가입자 또는 가입자의 의사가 특정 의료 서비스가 보험에 적용이 되는지 확실하지 않을 경우, 또는 적용이 될 것이라고 생각했는데 의사가 거부할 경우 저희에게 연락하실 수 있습니다. 즉, 의료 서비스를 받으시기 전에 보험 적용이 될지 알기를 원할 경우 가입자는 저희에게 보장 범위 결정을 내려달라고 요청하실 수 있습니다. 제한된 상황에서는 보장 결정에 대한 요청이 기각될 것이며, 이는 저희가 요청을 검토하지 않는다는 의미입니다. 요청이 기각되는 예로는 요청이 완료되지 않은 경우, 다른 사람이 귀하를 대신하여 요청을 했지만 법적으로 그렇게 할 권한이 없는 경우, 또는 요청을 철회하도록 요청하는 경우가 있습니다. 보장 결정에 대한 요청을 기각하는 경우, 요청을 기각한 이유와 기각 검토를 요청하는 방법을 설명하는 고지서를 보내드립니다.

저희가 보장 내용과 플랜의 부담 금액을 결정할 때마다 보장 결정을 내립니다. 일부 경우, 저희는

9장 가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치(보장 결정, 이의 신청, 불만 제기)

의료 서비스에 대한 보장을 하지 않거나 또는 가입자에 대해 Medicare에서 더 이상 보장을 제공하지 않는 것으로 결정할 수 있습니다. 이러한 보장 결정에 동의하지 않을 경우, 이의 제기를 할 수 있습니다.

이의 신청

혜택을 받기 전이나 후에 당사가 보장 결정을 내렸으나 가입자가 만족하지 못하는 경우, 가입자는 결정에 **이의 신청**을 할 수 있습니다. 이의 신청이란 저희가 보장에 대해 내린 결정을 검토하고 변경하도록 저희에게 요청하는 공식적인 방식입니다. 뒷부분에 구체적으로 설명할 특정 상황에서는 보장 결정에 대해 긴급 또는 **신속 이의신청**을 요청할 수 있습니다. 귀하의 이의 제기는 처음 결정을 내린 심사자와 다른 심사자들이 처리합니다.

보장 결정에 대해 최초로 이의 신청을 하는 것을 1차 이의 신청이라고 합니다. 이 이의 신청에서 당사는 규칙을 적절하게 따르고 있는지 확인하기 위해 당사가 내린 보장 결정을 검토합니다. 검토를 완료하면 결정 사항을 알려 드릴 것입니다.

제한된 상황에서는 1차 이의 신청 요청이 기각되며, 이는 저희가 요청을 검토하지 않는다는 의미입니다. 요청이 기각되는 예로는 요청이 완료되지 않은 경우, 다른 사람이 귀하를 대신하여 요청을 했지만 법적으로 그렇게 할 권한이 없는 경우, 또는 요청을 철회하도록 요청하는 경우가 있습니다. 1차 이의 신청 요청을 기각하는 경우, 요청을 기각한 이유와 기각 검토를 요청하는 방법을 설명하는 고지서를 보내드립니다.

당사가 가입자의 의료 서비스에 대한 1차 이의 신청의 일부 또는 전부를 거부하면, 가입자의 이의 신청은 당사와 관련이 없는 독립 검토 기관이 수행하는 2차 이의 신청으로 자동으로 진행됩니다.

- 가입자는 2차 이의 신청을 시작하는 그 어떤 조치도 취할 필요가 없습니다. Medicare 규칙은 가입자의 1차 이의 신청에 완전히 동의하지 않을 경우 당사가 의료 서비스에 대한 이의 신청을 2차로 자동으로 보내도록 의무화하고 있습니다.
- 의료 서비스에 대한 2차 이의 신청에 관한 자세한 정보는 이 장의 **섹션 6.4**를 참조하십시오.
- 파트 D 이의 신청에 대해서는 이 장의 **섹션 7**에서 더 자세히 설명합니다.

2차 이의 신청 결정에 대해 불만이 있으시면 다른 단계의 이의 신청을 통해 이 절차를 지속하실 수 있습니다(이 장의 **섹션 10**에서 3~5차 이의 신청 절차에 대해 설명합니다).

섹션 5.2 보장 결정을 요청하거나 또는 이의 신청을 할 때 도움을 받는 방법

다음은 보장 결정을 요청하거나 결정에 이의 신청을 하는 경우에 사용할 수 있는 리소스입니다.

- 가입자 서비스부로 당사에 연락하실 수 있습니다.
- 주 건강 보험 지원 프로그램으로부터 무료로 도움을 받으실 수 있습니다.
- 가입자의 의사가 대신 신청을 할 수 있습니다. 담당 의사가 2차 이의 신청 이후의 이의 신청을

9장 가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치(보장 결정, 이의 신청, 불만 제기)

돕는 경우 담당 의사를 대리인으로 임명해야 합니다. 가입자 서비스부로 전화하여 *대리인 임명* 양식을 요청해 주십시오. (본 양식은 Medicare 웹사이트

www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 또는 당사 웹사이트 www.wellcare.com/ohana에서도 이용 가능합니다.)

- 의료 서비스에 대해 가입자의 의사는 보장 결정을 요청하거나 가입자를 대신하여 1차 이의 신청을 할 수 있습니다. 이의 신청이 1차에서 거부되면 자동으로 2차로 신청이 넘어갑니다.
- 파트 D 처방약에 대해 가입자의 담당 의사 또는 기타 처방자는 보장 결정을 요청하거나 가입자를 대신하여 1차 이의 신청을 할 수 있습니다. 가입자의 1차 이의 신청이 거부되면 담당 의사 또는 처방자가 2차 이의 신청을 요청할 수 있습니다.
- **다른 사람을 대리인으로 요청할 수 있습니다.** 원할 경우 적용 범위 결정이나 이의 신청을 하기 위해 다른 이를 가입자의 대리인으로 임명할 수 있습니다.
 - 가입자의 친구나 친척 또는 다른 사람이 가입자의 대리인이 되기를 원한다면, 가입자 서비스부에 전화하여 *대리인 임명* 양식을 요청하십시오 (본 양식은 Medicare 웹사이트 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 또는 당사 웹사이트 www.wellcare.com/ohana에서도 이용 가능합니다.) 이 양식은 해당인에게 가입자를 대리할 수 있는 권한을 부여합니다. 가입자 및 대리인은 이 양식에 반드시 서명해야 합니다. 서명된 양식의 사본을 당사에 보내셔야 합니다.
 - 양식이 제출되지 않아도 이의 신청은 접수하실 수 있지만 검토를 시작하거나 완료할 수는 없습니다. 가입자의 이의 신청에 대해 결정을 내리는 마감일 전에 양식이 제출되지 않으면 이의 신청이 취소됩니다. 취소될 경우, 독립 검토 기관에게 가입자의 이의 신청에 대한 저희의 기각 결정을 검토해줄 것을 요청하실 권리를 설명하는 서면 고지서를 발송해 드릴 것입니다.
- **변호사를 고용할 수 있는 권리도 있습니다.** 가입자의 변호사에게 연락을 하거나 지역 변호사협회 또는 기타 의뢰 서비스를 이용하여 변호사 이름을 구할 수 있습니다. 또한 자격이 되는 이들에게 무료 법률 서비스를 제공하는 그룹들도 있습니다. 하지만 보장 결정이나 이의 신청을 요청하는 데 있어 반드시 변호사를 고용해야 하는 것은 아닙니다.

섹션 5.3 이 장의 어느 섹션에서 가입자의 상황에 대한 구체적인 설명을 볼 수 있습니까?

보장 결정 및 이의 신청이 포함되는 상황에는 네 가지가 있습니다. 각 상황에 다른 규정 및 기한이 적용되므로 각각의 장에서 구체적인 사항을 개별적으로 다룹니다:

- 이 장의 **섹션 6:** 가입자의 의료 서비스: 보장 결정을 요청하거나 이의 신청을 하는 방법

9장 가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치(보장 결정, 이의 신청, 불만 제기)

- 이 장의 **섹션 7**: 가입자의 파트 D 처방약: 보장 결정을 요청하거나 이의 신청을 하는 방법
- 이 장의 **섹션 8**: 의사가 조기 퇴원을 시킨다고 생각되는 경우, 더 장기간 입원하는 것에 대해 보장을 요청하는 방법
- 이 장의 **섹션 9**: 보장의 종료 시점이 너무 이르다고 생각하는 경우에 특정 의료 서비스에 대한 보장을 유지하도록 요청하는 방법(*이 섹션은 다음 서비스에만 해당됩니다*: 가정 건강 관리, 전문 영양 시설 케어 및 종합외래재활시설(CORF) 서비스)

어떤 섹션을 사용해야 할지 모르겠다면 가입자 서비스부로 전화해 주십시오. 주 건강 보험 지원 프로그램과 같은 정부 기관의 도움이나 정보를 얻을 수도 있습니다.

섹션 6 가입자의 의료 서비스: 보장 결정을 요청하거나 보장 결정에 대해 이의 신청하는 방법

섹션 6.1 이 섹션에서는 의료 서비스에 대한 보장을 받는 데 문제가 있거나 서비스 비용 중 저희 분담분을 환불받고자 하는 경우 어떻게 해야 하는지를 설명합니다

이 섹션은 의료 서비스에 대한 혜택을 다룹니다. 이러한 혜택은 이 책자의 4장: *의료 혜택표(보장 사항)에 설명되어 있습니다*. 때에 따라 파트 B 처방약 요청에 대해 다른 규칙이 적용됩니다. 이러한 경우, 파트 B 처방약 규칙이 의료품 및 서비스 규칙과 어떻게 다른지 설명해 드립니다.

이 섹션에서는 다음 다섯 가지 상황 중 하나에 처한 경우 취할 수 있는 조치를 설명합니다.

1. 가입자가 원하는 의료 관리를 받지 못하고 있는 상태에서 가입자는 이 의료 관리가 저희 플랜의 보험 적용을 받을 수 있다고 믿고 계십니다. **보장 결정 요청. 섹션 6.2.**
2. 담당 의사나 기타 의료 제공자가 제공하려는 치료를 당사 플랜이 승인하지 않았지만 이 치료가 플랜에서 보장되어야 한다고 생각하시는 경우. **보장 결정 요청. 섹션 6.2.**
3. 가입자가 플랜에서 보장될 것이라고 생각하는 의료 관리를 받았지만 당사에서는 해당 서비스에 대한 비용을 지불하지 않을 것이라고 말하는 경우. **이의 신청. 섹션 6.3.**
4. 가입자가 플랜에서 보장될 것이라고 생각하는 의료 관리를 받고 비용을 지불했으며 이제 당사 플랜에 이 비용을 환급해 달라고 요청하려는 경우. **당사에 청구서 제공. 섹션 6.5.**
5. 플랜이 이전에 승인했으며 가입자가 받아온 특정 치료에 대해 보장이 축소되거나 중단될 예정이며, 이 치료를 축소 또는 중단할 경우, 건강에 위협이 될 수 있다고 생각하시는 경우. **이의 신청. 섹션 6.3.**

참고: 중단되는 보장이 병원 치료, 가정 건강 관리, 전문 영양 시설 케어 또는 종합외래재활시설(CORF) 서비스에 대한 것인 경우 이 장의 섹션 8 및 섹션 9를 확인해야

합니다. 이러한 서비스 유형에는 특별 규칙이 적용됩니다.

섹션 6.2 단계별 안내: 보장 결정 요청 방법

법률 용어

보장 결정이 가입자의 의료 관리를 포함할 경우, 기관 판단이라고 불립니다.

신속한 보장 결정은 긴급 판단이라고 불립니다.

1단계: 표준 보장 결정 또는 신속 보장 결정이 필요한지 결정합니다.

표준 보장 결정은 일반적으로 14일 또는, 파트 B 약에 대한 경우, 72시간 이내에 내려집니다. 신속 보장 결정은 의료 서비스에 대한 경우 72시간, 또는 파트 B 약에 대한 경우 24시간 이내에 내려집니다. 신속 보장 결정을 받으시려면 다음의 두 가지 사항이 충족되어야 합니다.

- 가입자는 의료 물품 및/또는 서비스에 대한 *보장만* 요청할 수 있습니다(이미 받은 물품 및/또는 서비스에 대한 지불 요청은 할 수 없음).
- 표준 기한을 사용할 경우 *가입자의 건강을 크게 해치거나 신체가 정상적인 기능을 하지 못하게 될 수 있는 경우에만* 신속 보장 결정을 받으실 수 있습니다.
- 가입자의 건강에 대해 의사가 신속 보장 결정을 요구하는 경우, 저희는 신속 보장 결정을 제공하는 것에 대해 자동으로 동의할 것입니다.
- 의사의 도움없이 가입자가 직접 신속 보장 결정을 요청하시면, 저희는 가입자의 건강이 신속 보장 결정을 필요로 하는지를 결정할 것입니다. 당사가 신속한 보장 결정을 승인하지 않는 경우 당사는 다음 내용의 결정문을 발송합니다.
 - 표준 기한을 사용할 것이라는 내용.
 - 가입자의 의사가 신속한 보장 결정을 요청할 경우, 저희가 자동으로 신속한 보장 결정을 제공할 것이라는 설명.
 - 또한 요청하신 신속한 보장 결정 대신 표준 보장 결정을 제공하는 것에 대해 어떻게 하면 신속한 불만사항을 접수할 수 있는지에 대한 설명.

2단계: 당사 플랜에 보장 결정 또는 신속 보장 결정을 요청합니다.

- 먼저 당사 플랜에 전화, 서면 또는 팩스를 보내 귀하가 원하는 의료 서비스를 승인하거나 보장을 제공하도록 요청하십시오. 가입자나 가입자의 의사 또는 대리인이 하면 됩니다. 2장에는 연락처 정보가 있습니다.

3단계: 저희는 의료 서비스 보장에 대한 가입자의 요청을 고려하여 답변을 제공합니다.

표준 보장 결정의 경우 당사는 표준 기한을 사용합니다.

9장 가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치(보장 결정, 이의 신청, 불만 제기)

이는 의료 용품 또는 서비스에 대한 요청을 받은 후 **14일 내에 답변을 제공하는 것을 의미합니다.** 요청 사항이 **Medicare Part B** 처방약에 대한 것이라면 가입자의 요청을 접수한 후 **72시간 이내**에 답변을 드립니다.

- 하지만 가입자가 더 많은 시간을 요청하거나, 가입자에게 유리한 정보가 저희에게 더 필요한 경우, 의료 용품 또는 서비스에 대한 요청이라면 **달력일 기준 최대 14일까지** 시간이 더 걸릴 수 있습니다. 추가 일수가 소요되는 경우에는 서면으로 알려 드립니다. 요청사항이 Medicare Part B 처방약에 대한 것이라면 결정을 내리는 데 추가로 시간이 걸릴 수 있습니다.
- 시간이 더 오래 걸리지 *않아야* 한다고 생각하신다면 신속한 불만사항을 제기하십시오. 당사가 결정을 내리자마자 불만사항에 대한 답변을 드리겠습니다. (불만 제기 절차와 보장 결정 및 이의 신청 절차는 다릅니다. 불만사항에 대한 자세한 정보는 이 장의 섹션 11을 참조하십시오.)

신속 보장 결정의 경우 당사는 긴급한 기간을 사용합니다.

신속 보장 결정은 의료 용품 또는 서비스에 대한 요청일 경우 **72시간 이내**에 답변을 드립니다. 요청 사항이 **Medicare Part B** 처방약에 대한 것이라면 **24시간 이내**에 답변을 드립니다.

- 하지만 가입자가 더 많은 시간을 요청하거나 저희에게 가입자에게 유리한 정보가 더 필요한 경우 **달력일 기준 최대 14일이 더 소요될 수 있습니다.** 추가 일수가 소요되는 경우에는 서면으로 알려 드립니다. 요청사항이 Medicare Part B 처방약에 대한 것이라면 결정을 내리는 데 추가로 시간이 걸릴 수 있습니다.
- 시간이 더 오래 걸리지 *않아야* 한다고 생각하신다면 신속한 불만사항을 제기하십시오 (불만사항에 대한 자세한 정보는 이 장의 섹션 11을 참조하십시오). 결정이 나면 바로 전화를 드릴 것입니다.
- 저희가 가입자의 일부 또는 전체 요청을 거부하면 거부 사유를 설명하는 서신을 발송합니다.

4단계: 저희가 가입자의 의료 서비스 보장 요청을 거부하는 경우 이의 신청을 할 수 있습니다.

- 당사가 결정을 거부하면 고객은 이의 신청을 통해 당사로 그 결정의 재고려할 것을 요청할 권리가 있습니다. 즉, 귀하가 원하는 의료 서비스 보장을 받기 위해 다시 요청하는 것을 의미합니다. 이의 신청을 한다는 것은 1차 이의 신청을 진행한다는 것을 의미합니다.

섹션 6.3	단계별 안내: 1차 이의 신청 방법
---------------	----------------------------

법률 용어

의료 관리 보장 결정에 대해 플랜에 이의 신청을 하는 것은 플랜 재고려 라고 합니다.
--

신속한 이의 신청은 긴급 재고려 라고 불립니다.

1단계: 표준 이의 신청 또는 신속 이의 신청이 필요한지 결정합니다.

표준 이의 신청은 일반적으로 달력일 기준 30일 또는, 파트 B 의약품에 대한 경우, 달력일 기준 7일 이내에 이루어집니다. 신속 이의 신청은 일반적으로 72시간 이내에 내려집니다.

- 아직 받지 않은 진료에 대한 저희의 보장 결정에 대해 이의 신청을 하신다면 가입자 또는 가입자의 의사는 신속 이의 신청을 원하시는지 결정하셔야 합니다. 가입자의 건강에 대해 의사가 신속 이의 신청이 필요하다고 할 경우 저희는 이의 신청을 신속히 처리해 드립니다.
- 신속 이의 신청의 요건은 이 장의 섹션 6.2에서 신속한 보장 결정의 요건과 동일합니다.

2단계: 저희 플랜에 이의 신청 또는 신속 이의 신청을 요청합니다.

- 표준 이의 신청을 요청하는 경우 표준 이의 신청을 서면으로 제출하십시오. 가입자는 전화로 당사에 이의 신청을 요청하실 수도 있습니다. 2장에는 연락처 정보가 있습니다.
- 귀하가 신속 이의 신청을 요청하는 경우 서면으로 이의 신청을 하시거나 당사에 연락해 주십시오. 2장에는 연락처 정보가 있습니다.
- 보장 결정에 대한 답변이 서면 고지서에 기재된 날짜부터 달력일 기준으로 65일 이내에 이의 신청을 제출하셔야 합니다. 합당한 이유로 기한을 놓치셨다면 이의 신청 시 이의 신청이 늦어진 이유를 설명하십시오. 이의 신청 기한을 연장해 드릴 수도 있습니다. 합당한 이유란 당사에 연락하기 힘들 정도로 아프셨거나 당사에서 잘못된 또는 완전하지 않은 이의 신청 기한 정보를 제공한 경우입니다.
- 가입자의 의료 결정 관련 정보의 사본을 요청하실 수 있습니다. 가입자와 담당 의사는 해당 이의 신청을 뒷받침할 정보를 추가할 수 있습니다.

3단계: 저희는 가입자의 이의 신청을 고려한 후 답변을 드립니다.

- 가입자의 이의 신청을 검토할 때, 저희는 모든 정보를 신중하게 검토할 것입니다. 요청이 거부된 경우, 저희가 모든 규정을 준수했는지 확인합니다.
- 필요한 경우 추가 정보를 수집하여 가입자 또는 담당 의사에게 연락할 수 있습니다.

신속 이의 신청 기한

- 신속한 이의 신청의 경우 반드시 이의 신청을 접수한 뒤 72시간 이내에 답변을 제공해야 합니다. 저희는 가입자의 건강 상태에 따라 더 빨리 답변을 제공할 것입니다.
 - 가입자가 더 많은 시간을 요청하거나 저희에게 가입자에게 유리한 정보가 더 필요한 경우, 의료 용품 또는 서비스 요청이라면 달력일 기준 최대 14일까지 시간이 더 걸릴 수 있습니다. 추가 일수가 소요되는 경우에는 서면으로 알려 드립니다. 요청 사항이 Medicare Part B 처방약에 대한 것이라면 추가로 시간이 걸리지 않습니다.

9장 가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치(보장 결정, 이의 신청, 불만 제기)

- 72시간 내에 답변을 드리지 않는 경우(또는 시간이 연장된 경우 그 기간의 마지막 날까지), 저희는 자동적으로 독립 검토 기관이 검토를 하는 2차 이의 신청으로 가입자의 요청을 보내야 합니다. 섹션 6.4는 2차 이의 신청 절차에 대해 설명합니다.
- 가입자의 일부 또는 전체 요청을 저희가 수락한 경우, 저희는 반드시 가입자의 이의 신청을 받은 후 72시간 이내에 동의한 보장을 승인 또는 제공해야 합니다.
- 가입자의 일부 또는 전체 요청을 저희가 거부한 경우, 저희는 당사의 결정을 서면으로 발송하며 자동으로 가입자의 이의 신청을 2차 이의 신청을 위해 독립 검토 기관으로 전달합니다. 해당 독립 검토 기관은 가입자의 이의 신청을 접수하면 서면으로 통지합니다.

표준 이의 신청 기한

- 표준 이의 신청의 경우 저희는 이의 신청을 접수한 후부터 **달력일 기준으로 30일 이내**에 대답을 제공해야 합니다. 가입자가 Medicare Part B 처방약을 요청하고 아직 받지 못한 경우 **달력일 기준 7일 이내**에 가입자 이의 신청을 받은 후 답변을 제공합니다. 가입자의 건강 상태에 따라 더 빨리 결정을 제공해 드릴 수도 있습니다.
 - 하지만 가입자가 더 많은 시간을 요청하거나 저희에게 가입자에게 유리한 정보가 더 필요한 경우, 의료 용품 또는 서비스 요청이라면 **달력일 기준 최대 14일까지 시간이 더 걸릴 수 있습니다**. 추가 일수가 소요되는 경우에는 서면으로 알려 드립니다. 요청사항이 Medicare Part B 처방약에 대한 것이라면 결정을 내리는 데 추가로 시간이 걸릴 수 있습니다.
 - 시간이 더 오래 걸리지 **않아야** 한다고 생각하신다면 신속한 불만사항을 제기하십시오. 신속한 불만사항을 접수하시면, 24시간 내에 불만사항에 대해 답변을 드릴 것입니다. (불만사항에 대한 자세한 정보는 이 장의 섹션 11을 참조하십시오).
 - 저희가 기한(또는 연장된 기간 말까지) 내에 답변을 드리지 않으면 저희는 가입자의 요청을 독립 검토 기관에서 이의 신청을 검토하는 2차 이의 신청 단계로 보냅니다. 섹션 6.4는 2차 이의 신청 절차에 대해 설명합니다.
- 가입자의 일부 또는 전체 요청을 저희가 수락한 경우, 저희는 가입자 요청이 의료 품목 또는 서비스에 관한 것이라면 역일 기준 30일 이내에 또는 가입자 요청이 Medicare Part B 처방약일 경우 **역일 기준 7일 이내**에 승인하거나 보장을 제공해야 합니다.

가입자의 이의 신청 일부 또는 전부를 저희가 거부한 경우, 저희는 가입자의 이의 신청을 2차 이의 신청 단계인 독립 검토 기관으로 자동 발송합니다.

섹션 6.4 단계별 안내: 2차 이의 신청 방법

법률 용어

독립 검토 기관의 정식 명칭은 독립 검토 주체입니다. 때로는 **IRE**라고 지칭합니다.

독립 검토 기관은 Medicare에서 고용한 독립 기관입니다. 이 기관은 저희와 관련이 없으며 정부 기관도 아닙니다. 이 기관은 저희의 결정이 올바른지 또는 변경되어야 하는지를 결정합니다. Medicare에서 과정을 감독합니다.

1단계: 독립 검토 기관이 가입자의 요청을 심사합니다.

- 저희는 이 기관으로 가입자의 이의 신청 내용을 전송합니다. 이 정보는 가입자의 **케이스 파일**이라고 불립니다. 가입자는 가입자의 케이스 파일 사본을 요청하실 권리가 있습니다.
- 가입자는 독립 검토 기관에게 가입자의 이의 신청을 뒷받침할 추가 정보를 제공할 권리가 있습니다.
- 독립 검토 기관의 검토자들은 가입자의 이의 신청과 관련된 모든 정보를 신중하게 검토할 것입니다.

1차 이의 신청에서 신속한 이의 신청을 하셨다면 2차 이의 신청에서도 신속한 이의 신청을 진행하게 됩니다.

- 신속 이의 신청의 경우 검토 기관은 가입자의 이의 신청을 받은 후 **72시간 내**에 가입자의 2차 이의 신청에 대한 답변을 제공해야 합니다.
- 가입자의 요청이 의료 용품 또는 서비스에 대한 것이며 독립 검토 기관이 가입자에게 유리한 정보를 더 수집하기 위해 시간이 필요한 경우 **달력일 기준 최대 14일까지 시간이 더 걸릴 수 있습니다.** 가입자의 요청이 Medicare Part B 처방약에 대한 것이라면, 독립 검토 기관은 결정을 내리는 데 추가로 시간을 사용할 수 없습니다.

1차 이의 신청에서 표준 이의 신청을 하셨다면 2차 이의 신청에서도 표준 이의 신청을 진행하시게 됩니다.

- 표준 이의 신청의 경우 가입자의 요청사항이 의료 용품 또는 서비스에 대한 것이라면 이 검토 기관은 이의 신청을 접수한 후 2차 이의 신청에 대해 **달력일 기준으로 30일 이내에** 답변을 제공해야 합니다.
- 가입자의 요청사항이 Medicare Part B 처방약에 대한 것이라면 이 검토 기관은 이의 신청을 접수한 후 2차 이의 신청에 대해 **달력일 기준으로 7일 이내에** 답변을 제공해야 합니다.
- 가입자의 요청이 의료 용품 또는 서비스에 대한 것이며 독립 검토 기관이 가입자에게 유리한 정보를 더 수집하기 위해 시간이 필요한 경우 **달력일 기준 최대 14일까지 시간이**

더 걸릴 수 있습니다. 가입자의 요청이 Medicare Part B 처방약에 대한 것이라면, 독립 검토 기관은 결정을 내리는 데 추가로 시간을 사용할 수 없습니다.

2단계: 독립 검토 기관이 가입자에게 답변을 제공합니다.

독립 검토 기관이 서면으로 결정 및 이유를 알려 드릴 것입니다.

- 독립 검토 기관이 가입자의 의료 용품 또는 서비스 요청의 일부 또는 전부를 승인한다면, 저희는 표준 요청에 대한 독립 검토 기관의 결정을 받은 후 **72시간 이내**에 의료 서비스 보장을 승인하거나 **14일 이내**에 서비스를 제공해야 하고, 또는 긴급 요청에 대한 독립 검토 기관의 결정을 받은 날로부터 **72시간 이내**에 서비스를 제공해야 합니다.
- 독립 검토 기관이 Medicare Part B 처방약에 대한 요청의 일부 또는 전부를 승인한 경우, 저희는 표준 요청에 대한 독립 검토 기관의 결정을 받은 후 **72시간 이내**에 또는 긴급 요청에 대한 독립 검토 기관의 결정을 받은 후 **24시간 이내**에 Medicare Part B 처방약을 승인하거나 제공해야 합니다.
- 이 기관이 가입자의 일부 또는 전체 이의 신청을 거부한 경우 의료 서비스에 대한 가입자의 요청(또는 요청의 일부)을 승인할 수 없다는 플랜의 결정에 동의한 것을 의미합니다(이것은 결정 인용 또는 가입자의 이의 신청 기각이라고도 불립니다). 이 경우 독립 검토 기관은 가입자에게 다음 서신을 발송합니다.
 - 결정 내용 설명.
 - 가입자가 요청하는 의료 서비스 보장의 달러 가치가 특정 최소값을 충족하는 경우 3차 이의 신청에 대한 권리 통지. 독립 검토 기관에서 보낸 서면 통지는 이의 신청 절차를 계속하기 위해 충족해야 하는 달러 금액을 알려줍니다.
 - 3차 이의 신청 방법 안내.

3단계: 가입자의 케이스가 요건을 충족한다면 이의 신청을 계속할 것인지 선택합니다.

- 2차 이의 신청 단계 이후 세 개의 단계가 더 있습니다(총 다섯 단계의 이의 신청). 3차 이의 신청을 진행하려면 2차 이의 신청 결정 후에 받으시는 서면 고지서에 그 자세한 방법이 기재되어 있습니다.
- 3차 이의 신청은 행정 판사 또는 대리 재판관이 처리합니다. 이 장의 섹션 10에서는 3차, 4차 및 5차 이의 신청 절차에 대해 설명합니다.

섹션 6.5 가입자가 받은 의료 서비스 청구서에 대해 저희에게 환불을 요청하는 경우 어떻게 해야 하나요?

가입자가 플랜이 보장하는 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid) 서비스 또는 품목 비용을 이미 납부한 경우 가입자는 당사 플랜에 환급을 요청할 수 있습니다(환급을 보상이라고도 함). 저희

9장 가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치(보장 결정, 이의 신청, 불만 제기)

플랜에서 보장하는 의료 서비스나 의약품 비용을 가입자가 지불한 경우 저희 측에 환불을 요구하는 것은 가입자의 권리입니다. 가입자가 저희에게 이미 납부된 청구서를 보내면, 저희가 청구서를 검토하여 그 서비스 또는 의약품이 보장 대상인지 여부를 결정합니다. 보장 대상이라고 판단되면 저희가 해당 서비스 또는 의약품에 대해 환급합니다.

환불 요청은 보장 결정을 요청하는 것입니다.

가입자가 당사에 상환을 요청하는 서류를 보내는 것은 보장 결정을 요청하는 것입니다. 보장 결정을 내리기 위해서는 지불하신 의료 관리 비용이 보장 서비스인지 확인해야 합니다. 또한 의료 서비스에 대한 보장 관련 모든 규정을 따르셨는지 확인합니다.

- **당사가 가입자의 요청을 승인하는 경우:** 해당 의료 서비스가 보장 서비스이며 가입자가 모든 규칙을 따랐다면, 저희는 가입자의 요청을 받은 후 일반적으로 30일 이내에 해당 비용을 보내드리지만 늦어도 60일 이내에는 그렇게 해 드립니다. 가입자가 의료 서비스의 비용을 지불하지 않았다면, 당사는 지불금을 해당 의료 제공자에게 직접 보냅니다.
- **당사가 가입자의 요청을 거부하는 경우:** 해당 의료 관리에 보험 적용이 되지 *않거나* 가입자가 모든 규정을 준수하지 *않으셨다면* 당사에서 지불을 하지 않을 것입니다. 그 대신 의료 서비스에 대한 당사의 지불 거절 사실 및 그 이유를 포함한 서신을 가입자에게 발송합니다.

저희의 거부 결정에 동의하지 않으시면 **이의 신청을 하실 수 있습니다.** 이의 신청은 저희의 지불 요청 거부 결정을 변경하시는 것을 요청하시는 것을 의미합니다.

이의 신청을 하시려면 이 섹션 6.3에 설명된 이의 신청 절차를 따르십시오. 상환에 대한 이의 신청의 경우 다음을 참고해 주십시오.

- 저희는 이의 신청을 받은 후 60일 이내에 대답을 제공해야 합니다. 지불하신 의료 서비스 비용에 대한 지불을 요청하시는 경우, 신속 이의 신청을 접수하실 수 없습니다.
- 독립 검토 기관에서 당사가 지불해야 한다고 결정하는 경우, 저희는 가입자 또는 해당 의료 제공자에게 달력일 기준 30일 이내에 비용을 지불해야 합니다. 2차 이의 신청 후의 단계에서 이의 신청이 승인되면 당사는 요청한 지급 금액을 가입자 또는 의료 제공자에게 달력일 기준으로 60일 이내에 지불해야 합니다.

섹션 7 가입자의 파트 D 처방약: 보장 결정을 요청하거나 이의 신청을 하는 방법

섹션 7.1 이 섹션에서는 가입자가 파트 D 약을 받는 데 문제가 있거나 파트 D 약 비용을 저희로부터 환불받고자 하는 경우 어떻게 해야 하는지를 설명합니다

가입자의 혜택에는 많은 처방약에 대한 보장이 포함됩니다. 보장을 받으려면 약이 반드시

9장 가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치(보장 결정, 이의 신청, 불만 제기)

의학적으로 인정된 적응증에 사용되어야 합니다 (의학적으로 인정된 적응증에 대해서는 제5장을 참조하십시오.) 파트 D 약, 규칙, 제한사항 및 비용에 대한 자세한 내용은 5장을 참조하십시오. 이 섹션은 가입자의 파트 D 약에만 해당합니다. 용어를 간편하게 하기 위해 이 섹션의 나머지 부분에서는 매번 *보장 외래환자 처방약* 또는 *파트 D 약*이라는 용어를 반복하는 대신 일반적으로 *약*이라고 부릅니다. 당사는 *보장 의약품 목록* 또는 *처방규정* 대신 의약품 목록이라는 용어를 사용합니다.

- 의약품의 보장 여부 또는 규칙 준수 여부에 대해 알지 못한다면 당사에 문의하실 수 있습니다. 일부 의약품은 당사가 보장하기 전에 당사의 승인을 얻어야 합니다.
- 약국에서 처방전에 적힌 대로 제조할 수 없다고 할 경우, 약국에서는 보장 결정 요청을하실 수 있도록 저희에게 연락하는 방법이 적힌 서면 고지서를 제공할 것입니다.

파트 D 보장 결정 및 이의 신청**법률 용어**

가입자의 파트 D 약에 대한 초기 보장 결정은 **보장 판단**이라고 합니다.

보장에 대한 결정이란 가입자가 받는 혜택 및 보장 또는 가입자가 이용하는 의약품을 위해 저희가 지불하는 금액과 관련하여 저희가 내리는 결정입니다. 본 섹션은 가입자가 아래 상황에 처한 경우에하실 수 있는 일에 대해 설명합니다.

- 플랜의 *보장 의약품 목록*에 없는 파트 D 약 보장 요청. **예외 요청. 섹션 7.2**
- 당사에 플랜의 약 보장 제한을 없애 달라고 요청(받을 수 있는 의약품의 양 제한 등) **예외 요청. 섹션 7.2**
- 의약품에 대한 사전 승인 요청. **보장 결정 요청. 섹션 7.4**
- 이미 구입한 처방약 비용을 지불합니다. **당사에 환급 요청. 섹션 7.4**

당사의 보장 결정에 동의하지 않으시면, 가입자는 당사의 결정에 이의 신청을하실 수 있습니다.

이 섹션에서는 보장 결정을 요청하는 방법과 이의 신청을 하는 방법을 모두 설명합니다.

섹션 7.2 예외 처리란 무엇입니까?

법률 용어

의약품 목록에 없는 약에 대해 보장을 요청하는 것은 종종 **처방규정 예외** 요청이라고 합니다.

의약품 보장에 대한 제한 취소를 요청하는 것은 종종 **처방규정 예외** 요청이라고 합니다.

보장되는 비우대약에 대해 더 낮은 지불금액을 요청하는 것을 종종 **범주 예외** 요청이라고 합니다.

약이 가입자가 원하는 방식으로 보장되지 않는 경우에는 **예외**를 요청하실 수 있습니다. 예외는 보장 결정의 한 유형입니다.

가입자의 예외 요청을 고려하려면 가입자의 의사나 기타 처방자가 왜 예외로 승인되어야 하는지에 대한 의료적 사유를 설명해야 합니다. 가입자나 의사 또는 처방자가 요청할 수 있는 두 가지 경우가 있습니다.

1. **당사 의약품 목록에 없는 파트 D 약의 보장.** 의약품에 대해 가입자가 지불하도록 요구하는 비용 부담 금액에 대한 예외를 요청하실 수 없습니다.
2. **보장약에 대한 제한사항 삭제.** 5장은 “의약품 목록”의 특정 의약품에 적용되는 추가 규칙 또는 제한사항을 설명합니다.

섹션 7.3 예외 처리를 요청할 때 알아야 할 중요 사항

가입자의 의사가 의학적 이유를 당사에 알려주어야 합니다

가입자의 의사나 기타 처방자는 예외를 요청하는 의학적 이유를 당사에게 제공해야 합니다. 보다 신속한 결정을 위해, 예외를 요청할 때 가입자의 의사나 기타 처방자로부터 받은 이러한 의료적 정보를 함께 제공해 주십시오.

대체로 당사의 의약품 목록에는 특정 상태를 치료하기 위한 의약품이 두 가지 이상 포함되어 있습니다. 이러한 다른 약들은 **대체** 약이라고 불립니다. 대체 약이 가입자가 요청하는 약만큼 효력이 있거나 다른 부작용이나 건강상의 문제를 유발하지 않을 경우, 당사는 일반적으로 예외 요청을 승인하지 *않습니다*.

당사는 요청을 승인하거나 거부할 수 있습니다.

- 예외 경우에 대해 가입자의 요청이 승인되면 플랜 연도 말까지 승인이 유효하게 됩니다. 가입자의 의사가 가입자에게 그 의약품을 계속 처방하고 그 의약품이 가입자의 상태를 치료하는 데 계속 안전하고 효과적인 한 그렇게 적용됩니다.
- 저희가 가입자의 요청을 거부하는 경우, 가입자는 이의 신청을 통해 당사 결정에 대한 추가 검토를 요청하실 수 있습니다.

섹션 7.4 단계별 안내: 예외를 포함하여 보장 결정을 요청하는 방법

법률 용어

신속한 보장 결정은 긴급 보장 판단으로 불립니다.

1단계: 표준 보장 결정 또는 신속 보장 결정이 필요한지 결정합니다.

표준 보장 결정은 당사에서 가입자 담당 의사의 진단서를 받은 후 **72시간** 이내에 내려집니다. 신속 보장 결정은 당사에서 가입자 담당 의사의 진단서를 받은 후 **24시간** 이내에 내려집니다.

건강 상태로 인해 필요하신 경우 신속 보장 결정을 요청하십시오. 신속 보장 결정을 받으시려면 다음과 같은 두 가지 사항이 충족되어야 합니다.

- 가입자의 요청은 *아직 받지 않은 의약품*에 대한 것이어야 합니다. (이미 구입한 의약품에 대해 환급을 받기 위해 신속 보장 결정을 요청할 수 없습니다).
- 표준 기한을 사용하면 *가입자의 건강에 심각한 해를 입히거나 기능을 손상시킬 수 있습니다.*
- 가입자의 의사나 기타 처방자가 가입자의 건강 상태로 인해 신속 보장 결정이 필요하다고 하면, 당사는 자동으로 신속 보장 결정을 내립니다.
- 가입자가 담당 의사 또는 처방자의 도움 없이 직접 신속 보장 결정을 요청하는 경우, 당사에서는 가입자의 건강이 신속 보장 결정을 필요로 하는지를 결정합니다. 당사가 신속한 보장 결정을 승인하지 않는 경우 당사는 다음 내용의 결정문을 발송합니다.
 - 표준 기한을 사용할 것이라는 내용.
 - 가입자의 의사나 기타 처방자가 신속 보장 결정을 요청할 경우, 당사가 자동으로 빠른 보장 결정을 내릴 수 있음을 설명합니다.
 - 요청하신 신속 보장 결정 대신 표준 보장 결정을 제공하는 것에 대해 가입자가 신속 불만 사항을 제기하는 방법에 대해 설명합니다. 당사는 접수 후 24시간 이내에 귀하의 불만사항에 대해 답변을 드립니다.

2단계: 표준 보장 결정 또는 신속 보장 결정을 요청합니다.

먼저 당사 플랜에 전화, 서면 또는 팩스를 보내 귀하가 원하는 의료 서비스를 승인하거나 보장을 제공하도록 요청하십시오. 또한 당사 웹사이트를 통해 보장 결정 절차에 액세스하실 수 있습니다. 당사는 CMS 모델 보장 결정 요청 양식을 통해 제출된 요청을 포함한 모든 서면 요청을 수락해야 합니다. 해당 양식은 당사 웹사이트 www.wellcare.com/drug-coverage-determination-request에서 확인할 수 있습니다. 2장에는 연락처 정보가 있습니다. 가입자의 요청을 처리하는 데 도움이 되도록 가입자의 이름, 연락처 정보 및 거부된 청구가 불만 제기 중인지 식별할 수 있는 정보를 포함해 주십시오.

9장 가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치(보장 결정, 이의 신청, 불만 제기)

가입자, 가입자의 의사(또는 기타 처방자) 또는 대리인이 하면 됩니다. 변호사에게 가입자를 대행하게 할 수 있습니다. 이 장의 섹션 5에서는 다른 사람이 가입자의 대리인으로 활동할 수 있도록 서면 위임장을 제공하는 방법에 대해 설명합니다.

- 가입자가 예외를 요청하는 경우 근거 진술서를 제출하십시오. 이는 예외에 대한 의학적 근거가 됩니다. 고객의 의사나 기타 처방자는 당사로 진단서를 팩스나 우편으로 보낼 수 있습니다. 가입자의 의사나 기타 처방자는 전화로 알려 주신 후 필요한 경우 서면 진단서를 팩스나 우편으로 보내 주셔도 됩니다.

3단계: 당사는 가입자의 요청을 고려하여 답변을 드립니다.**신속 보장 결정 기한**

- 당사는 일반적으로 요청을 접수 후부터 **24시간 이내에** 답변을 제공해야 합니다.
 - 예외의 경우, 담당 의사의 근거 진단서를 받은 후 24시간 이내에 답변을 드립니다. 저희는 가입자의 건강 상태에 따라 더 빨리 답변을 제공할 것입니다.
 - 당사가 이 기한 내에 답변을 드리지 못하면, 가입자의 요청은 2차 이의 신청 단계로 전송되며, 독립 검토 기관이 해당 이의 신청을 검토하게 됩니다.
- 당사가 가입자의 일부 또는 전체 요청에 동의하는 경우, 가입자의 요청 또는 그 요청을 뒷받침하는 의사의 진단서를 받은 후 24시간 이내에 당사가 제공하기로 동의한 보장을 제공해야 합니다.
- 저희가 가입자의 일부 또는 전체 요청을 거부하면 거부 사유를 설명하는 서신을 발송합니다. 이의 신청을 하는 법에 대한 내용도 포함됩니다.

아직 받지 않은 약에 대한 표준 보장 결정 기한

- 당사는 일반적으로 요청을 받은 후 **72시간 이내에** 답변을 제공해야 합니다.
 - 예외의 경우, 담당 의사의 근거 진단서를 받은 후 72시간 이내에 답변을 드립니다. 저희는 가입자의 건강 상태에 따라 더 빨리 답변을 제공할 것입니다.
 - 당사가 이 기한 내에 답변을 드리지 못하면, 가입자의 요청은 2차 이의 신청 단계로 전송되며, 독립 검토 기관이 해당 이의 신청을 검토하게 됩니다.
- 저희가 가입자 요청 사항의 일부 또는 전부에 동의하면, 저희는 가입자의 요청 또는 그 요청을 지지하는 의사의 진술서를 받은 후 **72시간 이내에** 저희가 제공하기로 했던 보장을 제공해야 합니다.
- 저희가 가입자의 일부 또는 전체 요청을 거부하면 거부 사유를 설명하는 서신을 발송합니다. 이의 신청을 하는 법에 대한 내용도 포함됩니다.

이미 구매한 약의 지급에 대한 표준 보장 결정 기한

9장 가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치(보장 결정, 이의 신청, 불만 제기)

- 당사는 요청을 접수한 후부터 **달력일 기준으로 14일 이내에** 답변을 제공해야 합니다.
 - 당사가 이 기한 내에 답변을 드리지 못하면, 가입자의 요청은 2차 이의 신청 단계로 전송되며, 독립 검토 기관이 해당 이의 신청을 검토하게 됩니다.
- 당사가 가입자의 일부 또는 전체 요청에 동의하는 경우, 당사는 요청을 받은 후 달력일 기준으로 14일 이내에 가입자에게 금액을 지급해야 합니다.
- 저희가 가입자의 일부 또는 전체 요청을 거부하면 거부 사유를 설명하는 서신을 발송합니다. 이의 신청을 하는 법에 대한 내용도 포함됩니다.

4단계: 당사가 가입자의 보장 요청을 거부할 경우 이의 신청을 하실 수 있습니다.

- 당사가 결정을 거부하면 고객은 이의 신청을 통해 당사로 그 결정의 재고려할 것을 요청할 권리가 있습니다. 즉, 가입자가 원하는 의약품 보장을 받기 위해 다시 요청하는 것입니다. 이의 신청을 한다는 것은 1차 이의 신청을 진행한다는 것을 의미합니다.

섹션 7.5 단계별 안내: 1차 이의 신청 방법**법률 용어**

파트 D 약 보장 결정에 대한 이의 신청을 하는 것은 **플랜 재판단**이라고 불립니다.

신속 이의 신청은 **긴급 재판단**이라고 불립니다.

1단계: 표준 이의 신청 또는 신속 이의 신청이 필요한지 결정합니다.

표준 이의 신청은 일반적으로 달력일 기준 7일 내에 이루어집니다. 신속 이의 신청은 일반적으로 72시간 이내에 내려집니다. 건강 상태로 인해 필요하신 경우 신속 이의 신청을 요청하십시오.

- 아직 받지 않은 약에 대한 결정에 이의 신청을 하는 경우, 가입자나 가입자의 의사 또는 처방자는 신속 이의 신청이 필요한지 결정해야 합니다.
- 신속 이의 신청의 요건은 이 장의 섹션 7.4에 있는 신속 보장 결정의 요건과 동일합니다.

2단계: 가입자, 가입자의 대리인, 의사 또는 기타 처방자는 당사에 연락하여 1차 이의 신청을 해야 합니다. 건강 상태로 인해 신속한 답변이 필요한 경우 신속 이의 신청을 해야 합니다.

- 표준 이의 신청의 경우 서면 요청을 제출하거나 당사로 전화해 주십시오. 2장에는 연락처 정보가 있습니다.
- 신속 이의 신청은 서면으로 제출하거나 저희에게 1-877-457-7621(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 2장에는 연락처 정보가 있습니다.
- 당사는 *CMS 모델 재판단 요청 양식*을 통해 제출된 요청을 포함한 모든 서면 요청을 수락해야 합니다. 해당 양식은 당사 웹사이트

9장 가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치(보장 결정, 이의 신청, 불만 제기)

<https://www.wellcare.com/drug-coverage-determination-appeal>에서 확인할 수 있습니다.

요청을 처리하는 데 도움이 되도록 가입자의 이름, 연락처 정보 및 청구와 관련된 정보를 반드시 포함하십시오.

- 당사 웹사이트 www.wellcare.com/ohana에서 전자 방식으로 이의 신청을 제출할 수 있습니다.
- 보장 결정에 대한 답변이 서면 고지서에 기재된 날짜부터 **달력일 기준으로 65일 이내에 이의 신청을 제출하셔야 합니다.** 합당한 이유로 기한을 놓치셨다면 이의 신청 시 이의 신청이 늦어진 이유를 설명하십시오. 이의 신청 기한을 연장해 드릴 수도 있습니다. 합당한 이유란 당사에 연락하기 힘들 정도로 아프셨거나 당사에서 잘못된 또는 완전하지 않은 이의 신청 기한 정보를 제공한 경우입니다.
- 이의 신청에 대한 정보 사본을 요청하여 내용을 추가하실 수 있습니다. 가입자와 담당 의사는 해당 이의 신청을 뒷받침할 정보를 추가할 수 있습니다.

3단계: 저희는 가입자의 이의 신청을 고려한 후 답변을 드립니다.

- 가입자의 이의 신청을 검토할 때, 당사는 보험 적용 요청에 대한 모든 정보를 신중하게 다시 검토할 것입니다. 요청이 거부된 경우, 저희가 모든 규정을 준수했는지 확인합니다. 당사는 추가 정보를 얻기 위해 고객, 고객의 의사 또는 기타 처방자에게 연락할 수도 있습니다.

신속 이의 신청 기한

- 신속한 이의 신청의 경우 반드시 **이의 신청을 접수한 뒤 72시간 이내에** 답변을 제공해야 합니다. 저희는 가입자의 건강 상태에 따라 더 빨리 답변을 제공할 것입니다.
 - 당사가 72시간 내에 답변을 드리지 못하면, 가입자의 요청은 2차 이의 신청 단계로 전송되며, 독립 검토 기관이 해당 이의 신청을 검토하게 됩니다. 섹션 7.6은 2차 이의 신청 절차에 대해 설명합니다.
- 당사가 가입자의 일부 또는 전체 요청에 동의하는 경우, 당사는 가입자의 이의 요청을 받은 후 당사가 제공하기로 동의한 보장을 72시간 이내에 적용해야 합니다.
- 당사가 가입자의 일부 또는 전체 요청을 거부할 경우, 거부 사유 및 이의 신청을 하는 법에 대한 내용이 포함된 서신을 발송해 드립니다.

아직 받지 않은 약에 대한 표준 이의 신청 기한

- 표준 이의 신청의 경우 당사는 이의 신청을 접수한 후부터 **달력일 기준으로 7일 이내에** 답변을 제공해야 합니다. 귀하가 아직 약을 수령하지 않았으며 건강상의 이유가 있어 필요한 경우, 당사의 결정을 보다 일찍 알려 드릴 것입니다.
 - 당사가 달력일 기준 7일 내에 답변을 드리지 못하면, 가입자의 요청은 2차 이의 신청 단계로 전송되며, 독립 검토 기관이 해당 이의 신청을 검토하게 됩니다. 섹션 7.6은 2차 이의 신청 절차에 대해 설명합니다.

9장 가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치(보장 결정, 이의 신청, 불만 제기)

- 당사가 가입자의 일부 또는 전체 요청에 동의하는 경우, 가입자의 건강 상태에 따라 가능한 한 빨리 보장을 제공해야 하나, 이의 신청을 받은 후 **달력일 기준으로 7일** 이내에 제공해야 합니다. 당사가 가입자의 일부 또는 전체 요청을 거부할 경우, 거부 사유 및 이의 신청을 하는 법에 대한 내용이 포함된 서신을 발송해 드립니다.

이미 구매한 약의 지급에 대한 표준 이의 신청 기한

- 당사는 요청을 접수한 후부터 **달력일 기준으로 14일** 이내에 답변을 제공해야 합니다.
 - 당사가 이 기한 내에 답변을 드리지 못하면, 가입자의 요청은 2차 이의 신청 단계로 전송되며, 독립 검토 기관이 해당 이의 신청을 검토하게 됩니다.
- 당사가 가입자의 일부 또는 전체 요청에 동의하는 경우, 요청을 받은 후 **달력일 기준으로 30일** 이내에 가입자에게 금액을 지불해야 합니다.
- 저희가 가입자의 일부 또는 전체 요청을 거부하면 거부 사유를 설명하는 서신을 발송합니다. 이의 신청을 하는 법에 대한 내용도 포함됩니다.

4단계: 가입자의 이의 신청이 거부된 경우, 가입자는 계속해서 **또 다른 이의 신청을 할 것인지를 결정**하셔야 합니다.

- 또 다른 이의 신청을 하기로 하면 2차 이의 신청 절차로 넘어가게 됩니다.

섹션 7.6 단계별 안내: 2차 이의 신청 방법**법률 용어**

독립 검토 기관의 정식 명칭은 **독립 검토 주체**입니다. 때로는 **IRE**라고 지칭합니다.

독립 검토 기관은 **Medicare**에서 고용한 독립 기관입니다. 이 기관은 저희와 관련이 없으며 정부 기관도 아닙니다. 이 기관은 저희의 결정이 올바른지 또는 변경되어야 하는지를 결정합니다. Medicare에서 과정을 감독합니다.

1단계: 가입자(또는 가입자의 대리인이나 담당 의사 또는 기타 처방자)가 독립 검토 기관에 연락하여 가입자 케이스의 심사를 요청해야 합니다.

- 당사가 1차 이의 신청을 거부한 경우, 가입자에게 발송되는 서면 고지서에는 **독립 검토 기관에 2차 이의 신청을 하는 방법에 대한 지침**이 포함됩니다. 이러한 지침은 누가 이러한 2차 이의 신청을 할 수 있고 기한은 어떻게 되며 검토 기관에 연락하는 방법 등을 설명합니다. 그러나 당사가 해당 기간 내에 검토를 완료하지 않았거나 당사의 약물 관리 프로그램에 따라 **위험 결정**에 대한 불리한 결정을 내리는 경우, 가입자의 청구를 IRE에 자동으로 전달합니다.
- 저희는 이 기관으로 가입자의 이의 신청 내용을 전송합니다. 이 정보는 가입자의 **케이스**

9장 가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치(보장 결정, 이의 신청, 불만 제기)

파일이라고 불립니다. 가입자는 가입자의 케이스 파일 사본을 요청하실 권리가 있습니다.

- 가입자는 독립 검토 기관에게 가입자의 이의 신청을 뒷받침할 추가 정보를 제공할 권리가 있습니다.

2단계: 독립 검토 기관이 가입자의 요청을 심사합니다.

독립 검토 기관의 검토자들은 가입자의 이의 신청과 관련된 모든 정보를 신중하게 검토할 것입니다.

신속 이의 신청 기한

- 건강 상태에 따라 독립 검토 기관에 신속 이의 신청을 요청하실 수 있습니다.
- 해당 기관이 신속 이의 신청을 제공하는 것에 대해 동의하면 이 기관은 요청을 접수한 후 2차 이의 신청에 대해 **72시간 이내에** 답변을 제공해야 합니다.

표준 이의 신청 기한

- 표준 이의 신청의 경우 검토 기관은 가입자가 아직 받지 않은 의약품에 대한 것일 경우, 이의 신청을 접수한 후 **달력일 기준으로 7일 이내에** 2차 이의 신청에 대한 답변을 제공해야 합니다. 가입자가 이미 구입한 약에 대해 환급을 요청하는 경우, 검토 기관은 요청을 접수한 후 **달력일 기준으로 14일 이내에** 2차 이의 신청에 대한 답변을 제공해야 합니다.

3단계: 독립 검토 기관이 가입자에게 답변을 제공합니다.

- **신속 이의 신청의 경우:**
 - 독립 검토 기관이 가입자의 일부 또는 전체 요청을 승인하면 당사는 검토 기관의 결정을 받은 후 반드시 검토 기관이 승인한 약 보장을 **24시간 이내에** 적용해야 합니다.
- **표준 이의 신청의 경우:**
 - 독립 검토 기관이 가입자의 보장 요청의 일부 또는 전체를 승인하면 당사는 검토 기관의 결정을 받은 후 반드시 검토 기관이 승인한 약 보장을 **72시간 이내에** 적용해야 합니다.
 - 독립 검토 기관이 이미 구입한 의약품에 대한 환급 요청의 일부 또는 전부를 승인한 경우, 당사는 검토 기관의 결정을 받은 후 **달력일 기준으로 30일 내에** 금액을 지불해야 합니다.

검토 기관이 이의 신청을 거부하면 어떻게 됩니까?

이 기관이 이의 신청의 일부 또는 전부를 거부한다면, 이는 가입자의 요청(또는 요청의 일부)을 승인하지 않은 플랜의 결정에 동의한다는 것을 의미합니다. (이것은 **결정의 인용**이라고 불립니다. 또한 가입자의 이의 신청 기각이라고도 불립니다.) 이 경우 독립 검토 기관은 가입자에게 다음

9장 가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치(보장 결정, 이의 신청, 불만 제기)

서신을 발송합니다.

- 결정 내용 설명.
- 가입자가 요청하는 의약품 보장의 적용 금액이 특정 최소 금액을 충족할 경우, 3차 이의 신청을 할 권리가 있음을 알려드립니다. 의약품 보장 적용 금액이 너무 낮을 경우 2차 결정이 최종이 되며 더 이상 이의 신청을 하실 수 없습니다.
- 이의 신청 절차를 지속하기 위해 충족해야 하는 달러 가치 안내.

4단계: 가입자의 케이스가 요건을 충족한다면 이의 신청을 계속할 것인지 선택합니다.

- 2차 이의 신청 단계 이후 세 개의 단계가 더 있습니다 (총 다섯 단계의 이의 신청).
- 3차 이의 신청을 진행하고자 하는 경우, 2차 이의 신청 결정 후 받는 서면 통지서에 자세한 방법이 나와 있습니다.
- 3차 이의 신청은 행정 판사 또는 대리 재판관이 처리합니다. 이 장의 섹션 10에서는 3차, 4차 및 5차 이의 신청 절차에 대해 더 구체적인 설명을 제공합니다.

섹션 8 조기에 퇴원된다고 생각하는 경우, 더 장기간의 병원 입원에 대해 보장을 요청하는 방법

병원에 입원할 경우 가입자의 병이나 상해를 진단 및 치료하기에 필요한 보험 적용이 되는 모든 병원 서비스를 받으실 권리가 있습니다.

보장을 받는 입원 기간 동안, 가입자의 의사 및 근무자들은 가입자와 협력하여 퇴원 당일을 준비할 것입니다. 퇴원하신 후 필요한 관리를 받으실 수 있도록 도와 드릴 것입니다.

- 병원을 떠나는 날은 **퇴원일**이라고 합니다.
- 가입자의 퇴원일이 결정되면 담당 의사나 병원 직원이 알려 드릴 것입니다.
- 퇴원일이 너무 빠르다고 생각되면 병원 입원 연장을 요청하셔서 검토받으실 수 있습니다.

섹션 8.1 입원 기간 중에, Medicare로부터 가입자의 권리에 대한 서면 고지서를 받게 됩니다

병원에 입원한 후 달력일 기준 이틀 이내에 *Medicare*로부터 가입자의 권리에 대한 중요한 메시지를 받게 될 것입니다. Medicare에 가입한 모든 사람은 이 통지서 사본을 받습니다. 병원의 누군가(예: 사회복지사 또는 간호사)로부터 이 통지서를 받지 못한 경우 병원 직원에게 요청하십시오. 도움이 필요한 경우 가입자 서비스부 또는 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 연락하실 수 있습니다. (TTY 1-877-486-2048).

9장 가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치(보장 결정, 이의 신청, 불만 제기)

1. 이 고지서를 주의 깊게 읽은 후, 이해가 되지 않으면 문의하십시오. 이 목록을 보면 다음을 알 수 있습니다.
 - 입원 중 및 퇴원 후, 의사의 지시에 따라 Medicare에서 보장하는 서비스를 받을 권리. 이것은 어떤 서비스가 있으며 누가 지불하고 어디에서 받을 수 있는지를 알 권리를 포함합니다.
 - 병원 입원에 관한 모든 결정에 참여할 가입자의 권리.
 - 병원 의료 서비스 품질에 대한 가입자의 우려를 어디에 보고해야 하는지 알 권리.
 - 퇴원이 너무 이르다고 생각할 때 퇴원 결정에 대해 **즉각 검토를 요청할 권리**. 이는 장기간의 입원에 대해 보험 처리를 할 수 있게 퇴원일을 법적으로 연장시키는 것입니다.
2. 서면 고지서를 받았고 자신의 권리에 대해 이해했다는 것을 나타내기 위해 반드시 고지서에 서명하셔야 합니다.
 - 가입자나 가입자의 대리인이 반드시 고지서에 서명하셔야 합니다.
 - 고지서에 서명하는 것은 가입자가 자신의 권리에 대한 정보를 받았다는 **것만을** 나타내는 것입니다. 이 고지서는 퇴원일을 제공하지 않습니다. 고지서에 서명하는 것이 퇴원일에 동의하는 것을 의미하지 **않습니다**.
3. 고지서 사본을 가까운 곳에 보관하여 필요한 경우 이의 신청(또는 의료 서비스 품질에 대한 우려 사항 보고)에 관한 정보를 손쉽게 확보할 수 있도록 하십시오.
 - 퇴원일 이틀 이전에 고지서에 서명하시면 퇴원하기 전에 사본을 하나 더 받을 것입니다.
 - 본 고지서 사본을 미리 보시려면, 가입자 서비스부에 전화하거나 주 7일, 하루 24시간 운영되는 전화 1-800 MEDICARE(1-800-633-4227)에 전화하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오. 또한 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices에서 온라인으로도 확인할 수 있습니다.

섹션 8.2 단계별 안내: 병원 퇴원일 변경을 위해 1차 이의 신청을 하는 방법

입원 서비스에 대해 더 오랜 기간 동안 보장을 받으시려면, 이의 신청 절차를 밟으셔야 합니다. 시작하기 전에 어떤 조치를 취해야 하고 기한이 언제인지 확실히 알아두십시오.

- 절차를 따르십시오.
- 기한을 지키십시오.
- 필요하시면 도움을 요청하십시오. 언제든지 질문이 있거나 도움이 필요하시면 가입자 서비스부에 전화해 주십시오. 또는 개인 맞춤형 지원을 제공하는 정부 기관인 주 건강 보험 지원 프로그램에 전화하십시오.

9장 가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치(보장 결정, 이의 신청, 불만 제기)

1차 이의 신청 시 품질 개선 기관이 가입자의 이의 신청을 검토합니다. 이 기관은 가입자의 예정된 퇴원일이 의료적으로 가입자에게 적합한지를 확인합니다.

품질 개선 기관은 Medicare 환자들에게 제공되는 치료 품질을 확인 및 개선하기 위해 연방 정부로부터 보수를 지급받는 의사 및 그 외 의료 전문가들이 모인 단체입니다. 여기에는 Medicare 가입자의 병원 퇴원일 검토가 포함됩니다. 이 전문가들은 본 플랜의 일부가 아닙니다.

1단계: 가입자의 주에 있는 품질 개선 기관에 연락해서 병원 퇴원에 대한 즉각적인 검토를 요청하십시오. 빨리 조치를 취하셔야 합니다.

이 기관에 어떻게 연락을 합니까?

- 가입자가 받은 서면 고지서(*Medicare가 알리는 가입자의 권리에 대한 중요 메시지*)에는 어떻게 이 기관에 연락하실 수 있는지 기재되어 있습니다 또는 2장에서 가입자의 주에 있는 품질 개선 기관의 이름, 주소 또는 전화번호를 찾아보십시오.

빨리 조치하십시오:

- 이의 신청을 하시려면 예정된 퇴원일 *전에*, 병원을 떠나는 날 *자정 전에* 품질 개선 기관에 반드시 연락하셔야 합니다
 - 이 기한을 충족하면 품질 개선 기관의 결정을 기다리는 동안 *비용 지불을 하지 않으면서* 퇴원일 이후에도 병원에 머무르실 수 있습니다.
 - 이 기한을 지키지 *못할 경우* 당사에 연락하십시오. 예정된 퇴원일 이후에도 병원에 머무르기로 결정하였다면 퇴원 예정일 이후에 받은 *모든 건강 관리 비용을 지불하여야 할 수 있습니다.*

가입자가 병원 퇴원일에 대해 즉각 검토를 요청하면 품질 개선 기관에서 당사에 연락합니다. 당사가 연락을 받은 다음 날 정오까지 가입자에게 **상세 퇴원 고지서**를 제공해 드립니다. 이 고지서는 가입자의 예정된 퇴원일을 안내하고 담당 의사, 병원 및 당사에서 가입자가 해당 날짜에 퇴원하는 것이 적합(의료적으로 적합)하다고 생각하는 이유를 자세히 설명합니다.

상세한 퇴원 고지서 샘플은 가입자 서비스부에 전화하거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)번으로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 전화하여 받을 수 있습니다. (TTY 사용자들은 1-877-486-2048로 전화를 주셔야 합니다.) 또는 온라인으로

www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices에서 고지서 샘플을 볼 수 있습니다.

2단계: 품질 개선 기관은 가입자의 케이스에 대해 독립적인 검토를 실시합니다.

- 품질 개선 기관의 의료 전문가(검토자)는 가입자 (또는 가입자의 대리인에게) 왜 이 서비스에 대해 계속 보장을 제공해야 하는지를 문의할 것입니다. 고객은 아무것도 서면으로 준비할 필요가 없지만, 고객이 원한다면 준비할 수 있습니다.
- 검토자는 가입자의 의료 정보를 검토하고, 가입자의 의사와 연락하고, 병원 및 저희가

9장 가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치(보장 결정, 이의 신청, 불만 제기)

제공한 정보를 검토할 것입니다.

- 다음 날 정오까지 검토자들이 당사로 가입자의 이의 신청에 대해 알려주고, 가입자는 예정된 퇴원일을 안내하는 서면 고지서를 받게 됩니다. 이 고지서에는 가입자의 의사, 병원 및 당사에서 가입자가 해당 날짜에 퇴원하는 것이 적합(의료적으로 적합)하다고 생각하는 이유를 자세히 설명합니다.

3단계: 품질 개선 기관은 필요한 모든 정보를 다 입수한 후 만 하루 내에 가입자의 이의 신청에 대한 답변을 제공합니다.

승인하는 답변이라면 어떻게 됩니까?

- 검토 기관이 승인하면 당사는 해당 서비스가 의학적으로 필요한 경우 계속하여 입원 서비스에 대한 보장을 제공해야 합니다.
- 가입자는 비용분담분을 계속해서 지불하셔야 합니다(적용되는 경우, 공제액 또는 코페이먼트 등). 추가로 가입자의 병원 서비스에 대한 보험 적용에 제한이 있을 수 있습니다.

거부하는 답변이라면 어떻게 됩니까?

- 검토 기관이 거부하면, 이는 가입자의 퇴원 예정일이 의학적으로 적합하다는 것입니다. 이런 경우, 가입자의 입원 서비스에 대한 보장 제공은 품질 개선 기관에서 귀하의 이의 신청에 대한 답변을 제공한 후, 정오에 끝나게 됩니다.
- 검토 기관이 가입자의 이의 신청을 거부했지만 병원에 계속 머무르고자 할 경우, 품질 개선 기관에서 귀하의 이의 신청에 대한 답변을 제공한 이후 정오부터 **병원비 전액을 지불**해야 할 수 있습니다.

4단계: 1차 이의 신청이 거부된 경우, 다른 이의 신청을 할 것인지 결정합니다.

- 품질 개선 기관이 이의 신청을 거부했고 가입자는 퇴원 예정일 후에도 계속해서 병원에 머무른다면 또 다른 이의 신청을 하실 수 있습니다. 다른 이의 신청을 한다는 것은 **2차 이의 신청을 한다는 것을 의미**합니다.

섹션 8.3**단계별 안내: 병원 퇴원일 변경을 위해 2차 이의 신청을 하는 방법**

2차 이의 신청 기간 동안, 일차 이의 신청 결정을 재검토할 것을 품질 개선 기관에 요청합니다. 품질 개선 기관이 2차 이의 신청을 거부한다면 퇴원 예정일 이후 머물렀던 모든 병원 비용을 직접 지불하셔야 합니다.

1단계: 다시 품질 개선 기관에 연락해서 재검토를 요청합니다.

- 품질 개선 기관이 가입자의 1차 이의 신청을 거부한 후 **60일 이내**에 재검토를 요청하셔야

합니다. 이 검토는 가입자의 보장 적용일이 지난 후에도 병원에 머물렀을 경우에만 요청하실 수 있습니다.

2단계: 품질 개선 기관은 가입자의 케이스에 대해 이차 검토를 진행합니다.

- 품질 개선 기관의 검토자들은 귀하의 이의 신청에 관련된 모든 정보를 또 한 번 신중히 살펴볼 것입니다.

3단계: 검토자들은 2차 이의 신청을 받은 후 14일 이내에 이의 신청에 대한 결정을 내리고 그 결정 내용을 가입자에게 통보합니다.

검토 기관이 승인한 경우:

- 당사는 품질 개선 기관이 일차 이의 신청을 거부한 날 이후 정오부터 가입자가 받은 모든 병원 비용에 대한 당사의 부담분을 가입자에게 반드시 환급해야 합니다. 당사는 반드시 의학적으로 필요한 한 계속해서 가입자의 입원 서비스 비용에 대해 보장을 제공해야 합니다.
- 가입자는 계속해서 가입자의 부담액을 지불하셔야 하며, 보장 제한이 적용될 수 있습니다.

검토 기관이 거부한 경우:

- 이는 1차 이의 신청에 대한 그들의 결정에 동의한다는 것을 의미합니다.
- 가입자가 받으시는 고지서에는 검토 절차를 계속하고자 할 경우 어떻게 하실 수 있는지 적혀 있습니다.

4단계: 이의 신청이 거부된 경우, 3차 이의 신청을 할지 결정해야 합니다.

- 2차 이의 신청 단계 이후 세 개의 단계가 더 있습니다 (총 다섯 단계의 이의 신청). 3차 이의 신청을 진행하려면 2차 이의 신청 결정 후에 받으시는 서면 고지서에 그 자세한 방법이 기재되어 있습니다.
- 3차 이의 신청은 행정 판사 또는 대리 재판관이 처리합니다. 이 장의 섹션 10에서는 3차, 4차 및 5차 이의 신청 절차에 대해 더 구체적인 설명을 제공합니다.

섹션 9 보장이 곧 종료된다고 생각하는 경우 특정 의료 서비스에 대한 보장을 유지하도록 요청하는 방법

섹션 9.1 *이 섹션은 세 개의 서비스만 해당됩니다.* 재택 건강 관리, 전문 영양 시설 케어 및 종합외래재활시설(CORF) 서비스

보장된 재택 건강 관리, 전문 영양 시설 (종합외래재활시설) 서비스를 받는 경우 가입자는 가입자의 질병이나 부상을 진단하고 치료하는 데 필요한 진료에 대해 서비스를 계속해서 받을 권리가 있습니다.

당사에서 이러한 세 가지 종류의 관리에 대한 보장을 중지해야 한다고 결정하는 경우, 가입자에게 미리 알려야 합니다. 해당 진료 서비스에 대한 가입자의 보장이 종료되면 *저희는 진료 서비스에 대한 비용 분담금 지불을 중지할 것입니다.*

당사가 의료 서비스에 대한 보장을 너무 빨리 종료했다고 생각하는 경우 가입자는 당사의 결정에 항소할 수 있습니다. 이 섹션에서는 이의 신청 방법에 대해 설명합니다.

섹션 9.2 보장이 언제 종료되는지 미리 알려 드립니다

법률 용어

Medicare 비보장 고지. 이 고지서는 신속 이의 신청을 하는 방법을 설명합니다. 신속 이의 신청은 귀하의 치료를 중단할 시기에 대한 당사의 보장 결정을 변경하도록 공식적 및 법적으로 요청하는 것입니다.

1. 당사 플랜이 가입자의 치료에 대한 보장을 중단하기 최소 이틀 전에 서면 통지를 받게 됩니다. 이 고지서는 다음을 안내합니다.
 - 가입자의 진료 보장을 중단하는 날짜.
 - 신속 이의 신청을 요청하여 가입자의 치료를 더 오래 보장하도록 요청하는 방법.
2. 가입자 또는 가입자의 대리인은 서면 고지서를 받았다는 것을 표시하기 위해 반드시 고지서에 서명하셔야 합니다. 고지서에 서명하는 것은 가입자가 보험 적용의 중지 날짜에 대한 정보를 받았음을 *것만을* 나타내는 것뿐입니다. 서명을 하는 것은 가입자가 플랜의 진료 중단 결정에 동의하는 것을 의미하지 않습니다.

섹션 9.3 단계별 안내: 플랜에서 더 오랜 기간 동안 보장을 제공하도록 1차 이의 신청을 하는 방법

더 긴 기간 동안 진료를 보장해 달라고 요청하려면, 이의 신청 절차를 밟으셔야 합니다. 시작하기 전에 어떤 조치를 취해야 하고 기한이 언제인지 확실히 알아두십시오.

9장 가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치(보장 결정, 이의 신청, 불만 제기)

- 절차를 따르십시오.
- 기한을 지키십시오.
- 필요하시면 도움을 요청하십시오. 언제든지 질문이 있거나 도움이 필요하시면 가입자 서비스부에 전화해 주십시오. 또는 개인 맞춤형 지원을 제공하는 정부 기관인 주 건강 보험 지원 프로그램에 전화하십시오.

1차 이의 신청 시 품질 개선 기관이 가입자의 이의 신청을 검토합니다. 이는 가입자의 진료 종료 날짜가 의학적으로 적합한지 결정합니다.

1단계: 1차 이의 신청 제기: 품질 개선 기관에 연락하셔서 신속 이의 신청을 요청하십시오. 빨리 조치를 취하셔야 합니다.

이 기관에 어떻게 연락을 합니까?

- 가입자가 받은 서면 고지서(*Medicare 비보장 고지*)에는 어떻게 이 기관에 연락하실 수 있는지 기재되어 있습니다. (또는 2장에서 가입자의 주에 있는 품질 개선 기관의 이름, 주소 또는 전화번호를 찾아보십시오).

빨리 조치하십시오:

- *Medicare 비보장 고지서*의 발효일 전날 정오까지 이의를 신청하려면 품질 개선 기관에 반드시 문의하셔야 합니다.
- 품질 향상 기관에 연락하는 마감일이 지났을 경우에도 여전히 이의 신청 권리가 있을 수 있습니다. 품질 개선 기관 연락.

2단계: 품질 개선 기관은 가입자의 케이스에 대해 독립적인 검토를 실시합니다.

법률 용어

비보장 상세 설명서. 보장 종료 이유에 대한 세부 정보를 제공하는 고지서.

이 검토 중에 어떤 일이 발생합니까?

- 품질 개선 기관의 의료 전문가(검토자)는 가입자 또는 가입자의 대리인에게 왜 이 서비스에 대해 계속 보장을 제공해야 하는지를 문의할 것입니다. 고객은 아무것도 서면으로 준비할 필요가 없지만, 고객이 원한다면 준비할 수 있습니다.
- 검토 기관은 가입자의 의료 정보를 검토하고, 가입자의 의사와 연락하고, 당사 플랜이 제공한 정보를 검토할 것입니다.
- 검토자들이 가입자의 이의 신청을 당사에 알리는 날 종료 시점까지, 가입자는 서비스 보장의 종료 사유를 상세하게 설명하는 **비보장 상세 설명서**를 당사로부터 받게 됩니다.

3단계: 검토자들은 필요한 모든 정보를 다 입수한 후 만 하루 내에 결정 내용을 사용자에게 통보합니다.

검토자들이 승인하는 경우는 어떻게 됩니까?

- 검토자가 가입자의 이의 신청을 승인하면 당사는 해당 서비스가 의학적으로 필요한 경우 계속하여 서비스에 대한 보장을 반드시 제공해야 합니다.
- 가입자는 비용분담분을 계속해서 지불하셔야 합니다(적용되는 경우, 공제액 또는 코페이먼트 등). 가입자의 보장 서비스에 대한 제한이 있을 있습니다.

검토자들이 거부하는 경우는 어떻게 됩니까?

- 검토자가 거부하면 가입자의 보험 적용은 당사가 말씀드린 날짜에 만료됩니다.
- 가입자가 보험 적용일이 끝난 이후에도 재택 건강 관리, 전문 영양 시설 케어 및 종합외래재활시설(CORF) 서비스를 계속 받기로 결정하면 가입자가 비용 전액을 지불해야 합니다.

4단계: 1차 이의 신청이 거부된 경우, 다른 이의 신청을 할 것인지 결정합니다.

- 검토자들이 가입자의 1차 이의 신청을 거부한 경우, 그리고 가입자가 보장 종료 후에도 계속하여 서비스를 받기로 선택하면 2차 이의 신청을 할 수 있습니다.

섹션 9.4	단계별 안내: 플랜에서 더 오랜 기간 동안 보장을 제공하도록 2차 이의 신청을 하는 방법
---------------	--

2차 이의 신청 기간 동안, 일차 이의 신청 결정을 재검토할 것을 품질 개선 기관에 요청합니다. 품질 개선 기관이 가입자의 2차 이의 신청을 거부하면, 가입자의 보험 적용 만료일 이후의 모든 재택 건강 관리, 전문 영양 시설 케어 또는 종합외래재활시설(CORF) 서비스 비용을 직접 지불해야 할 수 있습니다.

1단계: 다시 품질 개선 기관에 연락해서 재검토를 요청합니다.

- 품질 개선 기관이 가입자의 1차 이의 신청을 거부한 후 **달력일 기준 60일 이내**에 재검토를 요청하셔야 합니다. 가입자는 가입자의 케어 보장이 끝나는 날짜 이후에도 계속 케어를 받은 경우에만 이 검토를 요청할 수 있습니다.

2단계: 품질 개선 기관은 가입자의 케이스에 대해 이차 검토를 진행합니다.

- 품질 개선 기관의 검토자들은 귀하의 이의 신청에 관련된 모든 정보를 또 한 번 신중히 살펴볼 것입니다.

3단계: 검토자들은 이의 신청을 받은 후 달력일 기준으로 **14일** 이내에 이의 신청에 대한 결정을 내리고 그 결정 내용을 가입자에게 통보합니다.

심사 기관이 승인하면 어떻게 됩니까?

- 당사는 가입자의 보장이 만료된다고 말한 날 이후로 가입자가 받은 치료 비용에 대한 당사 부담금을 가입자에게 반드시 다시 환급해야 합니다. 당사는 반드시 의학적으로 필요한 한 계속해서 입원 서비스 비용에 대해 보장을 제공해야 합니다.
- 가입자는 반드시 계속해서 가입자의 부담분을 지불하셔야 하며 보험 적용에는 제한이 있을 수 있습니다.

심사 기관이 거부하면 어떻게 됩니까?

- 이것은 1차 이의 신청에 대한 결정에 동의한다는 것을 의미합니다.
- 가입자가 받으시는 고지서에는 검토 절차를 계속하고자 할 경우 어떻게 하실 수 있는지 적혀 있습니다. 여기에는 행정법 판사 또는 대리 재판관이 처리하는 다음 단계의 이의 신청을 어떻게 하는지에 대한 구체적인 사항도 담고 있습니다.

4단계: 이의 신청이 거부된 경우, 계속해서 이의 신청을 더 할 것인지 결정해야 합니다.

- 2차 이의 신청 단계 후 세 개의 추가 단계, 즉 총 다섯 개의 이의 신청 단계가 있습니다. 3차 이의 신청을 하려면 2차 이의 신청 결정 후에 받으시는 서면 고지서에 그 자세한 방법이 기재되어 있습니다.
- 3차 이의 신청은 행정 판사 또는 대리 재판관이 처리합니다. 이 장의 섹션 10에서는 3차, 4차 및 5차 이의 신청 절차에 대해 더 구체적인 설명을 제공합니다.

섹션 10 3차 또는 그 이상의 단계로 이의 신청하기

섹션 10.1 의료 서비스 요청에 대한 3, 4 및 5차 이의 신청

이 섹션은 1차 이의 신청 및 2차 이의 신청을 하신 후 신청이 모두 거부된 경우에 읽어 보셔야 하는 부분입니다.

이의 신청한 품목 또는 의료 서비스의 금액이 특정 최소 금액을 만족할 경우, 다음 단계의 이의 신청을 하실 수 있습니다. 해당 금액이 최소 수준보다 적으면, 고객은 이의 신청을 그 이상 할 수 없습니다. 가입자의 2차 이의 신청에 대한 서면 답변서에 3차 이의 신청을 하는 방법이 기재되어 있습니다.

이의 신청과 관련된 대부분의 경우, 마지막 세 단계의 이의 신청은 거의 다 동일합니다. 다음에서는 이러한 각 단계에서 가입자의 이의 신청을 누가 처리할 것인지 설명합니다.

3차 이의 신청 연방 정부의 행정법 판사 또는 대리 재판관이 가입자의 이의 신청을 검토하여 답변을 제공합니다.

- 행정법 판사 또는 대리 재판관이 가입자의 이의 신청을 승인하는 경우, 이의 신청 절차가 **종료될 수도 있고 종료되지 않을 수도 있습니다.** 2차 이의 신청과는 다르게, 당사는 가입자에게 유리한 3차 결정 사항에 대해 이의 신청을 할 권리가 있습니다. 당사가 이의 신청을 결정하면 4차 이의 신청을 진행하게 됩니다.
 - 당사가 이의 신청을 *하지 않기로* 결정하는 경우, 행정법 판사 또는 대리 재판관의 결정문을 받은 뒤 달력일 기준으로 60일 이내에 반드시 진료를 승인 또는 제공해야 합니다.
 - 당사가 결정에 대해 이의 신청을 하기로 결정한 경우, 당사는 4차 이의 신청 요청문을 관련 문서와 함께 가입자에게 보내 드립니다. 분쟁 중인 진료를 승인 또는 제공하기 전에 당사는 4차 이의 신청 결정을 기다릴 수도 있습니다.
- 행정법 판사 또는 대리 재판관이 가입자의 이의 신청을 거부하면 이의 신청 절차가 **끝날 수도 있고, 끝나지 않을 수도 있습니다.**
 - 가입자가 이의 신청 거부를 받아들이시면 이의 신청 절차는 끝나게 됩니다.
 - 가입자가 결정을 받아들이지 않으시면, 다음 단계로 계속하여 검토 절차를 진행하실 수 있습니다. 귀하가 받는 통지서는 4차 이의 신청 방법을 안내합니다.

4차 이의 신청 Medicare 항소 의회(의회)는 가입자의 이의 신청을 검토하여 답변을 제공할 것입니다. 심의회는 연방 정부의 일부입니다.

- 승인되거나, 또는 심의회가 유리한 3차 이의 신청 결과에 대한 당사의 검토 요청을 거부하는 경우, 이의 신청 절차는 **종료될 수도 있고 종료되지 않을 수도 있습니다.** 2차 이의 신청과는 다르게 당사는 가입자에게 유리한 4차 결정 사항에 대해 이의 신청을 할 권리가 있습니다. 당사는 5차 이의 신청을 할 것인지 여부를 결정합니다.
 - 당사가 결정에 대해 이의 신청을 *하지 않는* 경우, 심의회 결정문을 받은 뒤 달력일 기준으로 60일 이내에 반드시 진료를 승인 또는 제공해야 합니다.
 - 당사가 결정에 대해 이의 신청을 하기로 결정하는 경우, 서면으로 가입자에게 이 사실을 알려 드립니다.
- 결과가 거부로 나오거나 심의회가 검토 요청을 거부하는 경우 이의 신청 절차는 **끝날 수도 있고, 끝나지 않을 수도 있습니다.**
 - 가입자가 이의 신청 거부를 받아들이시면 이의 신청 절차는 끝나게 됩니다.
 - 가입자가 결정을 받아들이고 싶지 않으시면 다음 단계로 계속하여 검토 절차를 진행하실 수 있습니다. 심의회가 가입자의 이의 신청을 거부하는 경우, 가입자가 받는 고지서에는

9장 가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치(보장 결정, 이의 신청, 불만 제기)

규정에 따라 5차 이의 신청을 지속할 수 있는지와 5차 이의 신청을 계속하는 방법이 나와 있습니다.

5차 이의 신청 연방 법원의 판사가 가입자의 이의 신청을 검토할 것입니다.

- 판사는 모든 정보를 검토하고 요청에 대한 *승인* 또는 *거부* 여부를 결정합니다. 이 결정은 최종 답변입니다. 연방 법원 이후에는 추가 이의 신청 단계가 없습니다.

섹션 10.2 파트 D 약 요청에 대한 3, 4 및 5차 이의 신청

이 섹션은 1차 이의 신청 및 2차 이의 신청을 하신 후 신청이 모두 거부된 경우에 읽어 보셔야 하는 부분입니다.

이의 신청한 의약품 금액이 특정 최소 금액을 만족할 경우, 다음 단계의 이의 신청을 하실 수 있습니다. 해당 금액이 특정 최소 금액에 해당하지 않으면 더 이상 이의 신청을 하실 수 없습니다. 가입자의 2차 이의 신청에 대한 서면 답변서에 어디로 어떻게 연락하여 3차 이의 신청을 하실 수 있는지가 기재되어 있습니다.

이의 신청과 관련된 대부분의 경우, 마지막 세 단계의 이의 신청은 거의 다 동일합니다. 다음에서는 이러한 각 단계에서 가입자의 이의 신청을 누가 처리할 것인지 설명합니다.

3차 이의 신청 연방 정부의 행정법 판사 또는 대리 재판관이 가입자의 이의 신청을 검토하여 답변을 제공합니다.

- 이의 신청이 승인되면 이의 신청 절차는 종료됩니다. 당사는 결정문을 받은 후 **72시간(신속 이의 신청의 경우 24시간) 이내**에 행정법 판사 또는 대리 재판관의 승인을 받은 **약의 보장을 승인 또는 제공해야 하며** 또는 **달력일 기준으로 30일 이내**에 지불을 해야 합니다.
- 이의 신청이 거부되면 이 절차가 **끝날 수도 있고, 끝나지 않을 수도 있습니다.**
 - 가입자가 이의 신청 거부를 받아들여주시면 이의 신청 절차는 끝나게 됩니다.
 - 가입자가 결정을 받아들이지 않으시면, 다음 단계로 계속하여 검토 절차를 진행하실 수 있습니다. 귀하가 받는 통지서는 4차 이의 신청 방법을 안내합니다.

4차 이의 신청 Medicare 항소 의회(의회)는 가입자의 이의 신청을 검토하여 답변을 제공할 것입니다. 심의회는 연방 정부의 일부입니다.

- 이의 신청이 승인되면 이의 신청 절차는 종료됩니다. 저희는 반드시 의회의 승인을 받은 의약품 보장 결정문을 받은 후 **72시간 이내(신속한 이의 신청의 경우는 24시간 이내)**에 승인 또는 제공을 하거나 **달력일 기준으로 30일 이내**에는 지불을 해야 합니다.
- 이의 신청이 거부되면 이 절차가 **끝날 수도 있고, 끝나지 않을 수도 있습니다.**

9장 가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치(보장 결정, 이의 신청, 불만 제기)

- 가입자가 이의 신청 거부를 받아들이시면 이의 신청 절차는 끝나게 됩니다.
- 가입자가 결정을 받아들이고 싶지 않으시면 다음 단계로 계속하여 검토 절차를 진행하실 수 있습니다. 심의회가 가입자의 이의 신청을 거부하거나 이의 신청 검토 요청을 거절하면, 고지서에서 가입자의 5차 이의 신청을 진행할 수 있는지 여부를 알 수 있습니다. 고지서에는 어디로 어떻게 연락하여 다음 이의 신청을 하실 수 있는지 기재되어 있습니다.

5차 이의 신청 연방 법원의 판사가 가입자의 이의 신청을 검토할 것입니다.

- 판사는 모든 정보를 검토하고 요청에 대한 승인 또는 거부 여부를 결정합니다. 이 결정은 최종 답변입니다. 연방 법원 이후에는 추가 이의 신청 단계가 없습니다.

섹션 11 의료 서비스 품질, 대기 시간, 고객센터 서비스 또는 다른 우려사항에 대한 불만 제기 방법**섹션 11.1 불만 제기 절차는 어떤 문제를 처리합니까?**

불만 제기 절차는 특정 종류의 문제에 *만* 적용됩니다. 여기에는 진료 품질, 대기 시간 및 고객센터 서비스부와 관련한 문제가 포함됩니다. 불만 제기 절차에서 다루는 문제들의 종류는 다음과 같습니다.

불만 제기	예
의료 관리의 질	<ul style="list-style-type: none"> • 이용하신 의료 서비스에 (병원 내에서의 서비스 포함)에 대해 불만족하십니까?
개인정보보호 준수	<ul style="list-style-type: none"> • 누군가가 가입자의 개인 정보 보호 권리를 존중하지 않았거나 비밀 정보를 공유했습니까?
기만, 미흡한 고객센터 서비스 또는 다른 부정적인 행위	<ul style="list-style-type: none"> • 누군가 무례한 행동을 했거나 존중 받지 못했던 일이 있었습니까? • 가입자 서비스부에 만족하지 않으십니까? • 플랜을 탈퇴하라는 권유를 받는 것 같습니까?

9장 가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치(보장 결정, 이의 신청, 불만 제기)

불만 제기	예
대기 시간	<ul style="list-style-type: none"> • 예약을 하는데 문제가 있거나 대기 시간이 너무 길다고 생각하십니까? • 의사, 약사 또는 다른 의료 전문가의 서비스를 받을 때까지 너무 오래 기다린 적이 있습니까? 또는 당사 가입자 서비스부나 플랜의 다른 직원들을 오래 기다렸습니까? <ul style="list-style-type: none"> ○ 예를 들어 유선상 또는 검사실, 처방약 조제 시 너무 오래 기다린 경우를 포함합니다.
청결도	<ul style="list-style-type: none"> • 진료소, 종합 병원 또는 개인 병원의 청결도나 상태에 불만족하십니까?
당사가 제공한 정보	<ul style="list-style-type: none"> • 당사에서 필수 고지서를 제공하지 않았습니까? • 당사의 서면 정보가 이해하기 어렵습니까?
적시성 (이러한 종류의 불만사항은 보장 결정 및 이의 신청과 관련된 저희 조치의 적시성과 관련이 있습니다)	보장 결정을 요청하셨거나 이의 신청을 하셨는데 빠른 답변을 받지 못한다고 느끼시면 당사의 느린 업무 처리에 대해 불만사항 접수를하실 수 있습니다. 다음의 예를 참조하십시오. <ul style="list-style-type: none"> • 가입자가 신속 보장 결정 또는 신속 이의 신청을 요청하고 당사가 거부하면 불만사항을 제기할 수 있습니다. • 보장 결정 또는 이의 신청에 대한 기한을 당사가 맞추지 못했다고 생각하시면 불만사항을 접수할 수 있습니다. • 승인된 특정 의료 품목 또는 서비스 또는 의약품에 대한 보장 또는 상환 기한을 당사가 맞추지 못했다고 생각하시면 불만사항을 접수할 수 있습니다. • 당사가 가입자의 사례를 독립 검토 기관에 전달하는 기한을 맞추지 못했다고 생각하시면 불만사항을 접수할 수 있습니다.

섹션 11.2 불만 제기 방법**법률 용어**

- 불만사항은 고충이라고도 합니다.
- 불만사항 접수는 고충 접수라고도 합니다.
- 불만사항 접수 절차 사용은 고충 접수 절차 사용이라고도 부릅니다.
- 신속 불만사항은 긴급 고충이라고도 합니다.

섹션 11.3 단계별 안내: 불만 제기**1단계: 당사에게 전화나 서면으로 즉시 연락해 주십시오.**

- 일반적으로 가입자 서비스부에 전화를 하는 것이 첫 단계입니다. 그 외에 해야 할 일이 있으시면 가입자 서비스부에서 알려 드립니다.
- 전화 통화를 원하지 않을 경우 (또는 전화를 하시고 불만족하셨을 경우), 불만사항을 서면으로 작성하여 보내 주셔도 됩니다. 불만 사항을 서면으로 제출하시면 당사는 서면으로 귀하의 불만 사항에 답변해 드립니다.
- 전화로 불만사항을 해결할 수 없는 경우, 불만사항을 검토할 공식적인 절차가 있습니다. 이를 고충 절차라고 합니다. 불만사항을 제기하거나 이 절차에 대해 궁금한 점이 있으면 가입자 서비스부에 전화해 주십시오. 또는 본 문서 2장의 *의료 서비스에 대한 불만사항* 또는 *파트 D 처방약에 대한 불만사항*에 나와 있는 주소로 저희에게 서면 요청서를 우편으로 보내실 수 있습니다.
 - 서면 답변을 요청하거나 서면 불만사항(고충)을 제기하거나 불만사항이 진료 품질과 관련이 있는 경우 서면으로 답변해 드리겠습니다.
 - 불만 사항은 사건이 발생한 후 달력일 기준 60일 이내에 제출해야 합니다. 본 문서 2장의 *의료 서비스에 대한 불만사항* 및 *파트 D 처방약에 대한 불만사항*에 기재된 주소로 불만사항을 공식적으로 서면으로 제출할 수 있습니다.
 - 당사는 귀하의 불만에 대한 당사의 결정을 고객의 건강 상태에 기초해 최대한 빨리 귀하에게 알려야 하지만, 귀하의 불만을 접수한 후 늦어도 30일 이내에 통지해야 합니다. 연장을 요청하거나 추가 정보가 필요하여 지연이 귀하에게 가장 이익이 되는 경우 일정을 최대 14일까지 연장할 수 있습니다.
 - 어떤 경우, 가입자는 불만 사항에 대한 신속한 검토를 요청할 권리가 있습니다. 이를 긴급 고충 절차라고 합니다. 아래 상황에서 고객이 당사 결정에 이의가 있는 경우 고객은 신속 불만사항 검토를 받을 자격이 있습니다.

9장 가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치(보장 결정, 이의 신청, 불만 제기)

- 당사가 의료 서비스 또는 파트 D 약 요청에 대한 신속 검토 요청을 거부하는 경우.
 - 저희는 거부된 서비스 또는 파트 D 약 이의 신청에 대한 신속한 검토 요청을 거부합니다.
 - 당사가 귀하의 의료 서비스 요청을 검토하는 데 추가 시간이 필요하다고 결정하는 경우.
 - 거부된 의료 서비스에 대한 고객의 이의 신청을 심사하기 위해 추가 시간이 필요하다고 당사가 결정하는 경우.
- 이 유형의 불만사항은 가입자 서비스부에 전화를 걸어 제출할 수 있습니다. 또한 본 문서 2장의 *의료 서비스에 대한 불만사항 또는 파트 D 처방약에 대한 불만사항*에 기재된 주소로 당사에 불만사항을 서면으로 제출할 수 있습니다. 긴급 고충을 접수하면 임상이가 사례를 검토하여 신속 검토 요청의 거부 이유 또는 사례 연장이 적절했는지 여부를 판단합니다. 불만사항을 접수 후 24시간 이내에 구두 및 서면으로 신속 사례 결정을 통지합니다.
 - 불만사항 제기 기한은 불만사항을 제기하고자 하는 문제가 발생한 때부터 달력일 기준 60일입니다.

2단계: 당사는 가입자의 불만을 검토 후 답변을 제공합니다.

- **가능하면 바로 답변을 제공할 것입니다.** 고객이 당사로 전화로 불만을 제기하면 해당 통화 내에서 답변을 드릴 수 있습니다.
- **대부분의 불만사항은 달력일 기준 30일 내에 처리됩니다.** 더 많은 정보가 필요하거나 지연이 귀하에게 최선의 이익이 되거나 귀하가 추가 시간을 요청하시는 경우, 귀하의 불만사항에 답변하는 데 달력일 기준 14일이 더 걸릴 수 있습니다(달력일 기준 총 44일). 시간이 더 걸릴 경우에는 서면으로 알려 드립니다.
- **신속 보장 결정 또는 신속 이의 신청 요청을 거부한 것에 대한 불만 제기는 자동으로 신속 불만 제기로 처리됩니다.** 신속 불만 제기에 대해서는 **24시간 이내에 답변을 제공합니다.**
- 가입자의 불만의 일부 또는 전부에 대해 **당사가 동의하지 않거나** 가입자가 불만을 제기하는 문제가 당사의 소관 사항이 아닌 경우에는, 그 이유를 포함해서 답변을 드립니다.

섹션 11.4 품질 개선 기관에 의료 서비스의 품질에 대해 불만을 제기할 수도 있습니다

가입자의 불만사항이 *의료 서비스 품질*에 관한 것이라면 두 가지 중 하나를 선택하실 수 있습니다.

- 가입자는 **품질 개선 기관에 불만을 직접 제기할 수 있습니다.** 품질 개선 기관은 연방 정부로부터 고용된 의사 및 다른 건강 관리 전문가 집단으로 Medicare 환자에게 제공된

관리의 질을 확인 및 개선합니다. 2장에는 연락처 정보가 있습니다.

또는

- 가입자는 품질 개선 기관과 당사에 동시에 불만을 제기하실 수 있습니다.

섹션 11.5 Medicare로 불만을 제기하실 수도 있습니다

가입자는 Medicare에 저희 플랜에 대한 불만사항을 직접 제기할 수 있습니다. Medicare에 불만사항을 제기하려면 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx를 방문하십시오. 또한 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화할 수 있습니다. TTY/TDD 사용자는 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오.

Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid) 혜택에 대한 문제

섹션 12 **Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid) 혜택에 관한 문제 처리**

가입자가 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid)에서 보장하는 서비스에 대한 서비스나 지불이 부적절하게 거절되었다고 생각될 경우, 당사의 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid) 결정에 대해 이의 신청을 할 권리가 있습니다. Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램 (Medicaid) 서비스에 대한 고충(불만 제기) 또는 이의 신청을 하시려면, 주 Medicaid 사무소로 연락해 주십시오. 연락처 정보는 2장 섹션 6에서 확인하실 수 있습니다.

10장:
플랜 가입 종료

섹션 1 플랜 가입 종료 안내

Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)의 가입 종료는 **자발적**(본인의 선택) 또는 **비자발적**(본인의 선택이 아님)으로 일어날 수 있습니다.

- 가입자의 *개인 의지*에 따라 플랜 탈퇴를 결정할 수 있습니다. 섹션 2 및 섹션 3은 가입자 자격을 자발적으로 종료하는 것에 대한 정보를 제공합니다.
- 가입자가 탈퇴하기로 결정하지 않았음에도 저희가 가입자의 가입을 종료해야 하는 제한적인 경우도 있습니다. 섹션 5에서는 당사가 가입을 종료해야 하는 경우에 대해 알려 드립니다.

가입자가 당사 플랜을 탈퇴하는 경우 당사 플랜은 가입자 자격이 종료될 때까지 계속해서 의료 서비스 및 처방약을 제공해야 하며, 가입자는 비용분담분을 계속해서 납부하게 됩니다.

섹션 2 언제 플랜 가입을 종료할 수 있습니까?

섹션 2.1 가입자는 Medicare와 Medicaid에 모두 가입되어 있으므로 가입을 종료할 수 있습니다

- 대부분의 Medicare 가입자는 연중 특정 기간에만 탈퇴할 수 있습니다. 귀하는 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid)을 가지고 있기 때문에 연중 언제든지 당사 플랜에서 탈퇴할 수 있습니다. 또한 다음을 포함하여 다른 Medicare 플랜에 언제든지 가입할 수 있는 옵션도 있습니다.
 - 별도의 Medicare 처방약 플랜이 *있는* Original Medicare.
 - 별도의 Medicare 처방약 플랜이 *없는* Original Medicare(이 옵션을 선택한 경우, 자동 등록 신청을 해지하지 않았다면 Medicare에서 가입자를 의약품 플랜에 등록시킬 수 있습니다)
 - 자격이 있는 경우, Medicare와 대부분의 또는 모든 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid) 혜택 및 서비스를 하나의 플랜으로 제공하는 통합 D-SNP.

참고: Medicare 처방약 보장에서 탈퇴하고 63일 이상 연속으로 신뢰할 만한 처방약 보장에 가입하지 않은 경우 향후 Medicare 의약품 플랜에 가입하실 때 파트 D 등록 지연 벌금이 적용될 수 있습니다.

주 Medicaid 사무국에 연락하여 Medicaid 플랜 옵션에 대해 자세히 알아보십시오(전화번호는 이 문서의 2장 섹션 6에 있음).

- 기타 Medicare 건강 플랜 옵션은 **연례 등록 기간** 동안 이용할 수 있습니다. 섹션 2.2에는 연례 등록 기간에 대한 자세한 정보가 있습니다.

- **언제 가입이 종료됩니까?** 현재 플랜으로 변경하려는 가입자의 요청을 수령하면 해당 월의 첫 번째 날에 가입자 자격이 종료됩니다. 가입자의 신규 플랜 가입도 이 날 시작됩니다.

섹션 2.2 연례 등록 기간 동안에 가입을 종료할 수 있습니다

가입자는 연례 등록 기간(일명 연례 정기 등록 기간)에 가입을 종료할 수 있습니다. 이 기간 동안 가입자의 건강 및 의약품 보장을 검토하고 다음 연도의 보장에 대해 결정합니다.

- 연례 등록 기간은 **10월 15일부터 12월 7일까지**입니다.
- **현재의 보장을 유지하거나 다음 해에 받을 보장을 변경합니다.** 신규 플랜으로 변경하기로 결정한 경우, 다음 유형의 플랜 중 하나를 선택할 수 있습니다.
 - 처방약 보장 여부와 관계없는 다른 Medicare 건강 플랜.
 - 별도의 Medicare 처방약 플랜이 있는 Original Medicare.

또는

 - 별도의 Medicare 처방약 플랜이 없는 Original Medicare.
- 신규 플랜의 보장이 개시되는 1월 1일에 **당사 플랜 가입이 종료됩니다.**

처방약 비용 지불을 위해 Medicare로부터 “추가 지원”을 받는 경우: Original Medicare로 전환하고 별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입하지 않은 경우, 자동 등록 신청을 해지하지 않았다면 Medicare에서 가입자를 의약품 플랜에 등록시킬 수 있습니다.

참고: Medicare 처방약 보장에서 탈퇴하고 63일 이상 연속으로 신뢰할 만한 처방약 보장에 가입하지 않은 경우 향후 Medicare 의약품 플랜에 가입하실 때 파트 D 등록 지연 벌금이 적용될 수 있습니다.

섹션 2.3 Medicare Advantage 정기 가입 기간 동안에 가입을 종료할 수 있습니다

가입자는 Medicare Advantage 정기 가입 기간 동안에 의료 보험 보장을 **일회** 변경할 수 있습니다.

- 연례 Medicare Advantage 정기 가입 기간은 1월 1일부터 3월 31일까지이며, 파트 A 및 파트 B 자격 부여 달부터 3번째 자격 부여 달의 마지막 날까지 MA 플랜에 가입된 신규 Medicare 수혜자의 경우도 해당됩니다.
- 연간 Medicare Advantage 정기 등록 기간에 귀하는 다음을 할 수 있습니다.
 - 처방약 보장에 관계없이 다른 Medicare Advantage 플랜으로 전환.
 - 당사의 플랜에서 탈퇴하고 Original Medicare를 통해 보장 받기. 이 기간 동안 Original Medicare로 전환하는 것을 선택하면 그 기간 동안 별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입하실 수도 있습니다.

- 가입자가 다른 Medicare Advantage 플랜에 가입하거나 Original Medicare로 변경하겠다는 가입자의 요청을 당사에서 접수한 다음 달의 첫 날에 **가입이 종료됩니다**. 또한 Medicare 처방약 플랜에 등록하기로 선택한 경우에는 해당 의약품 플랜이 가입자의 등록 요청을 받은 다음 달 첫 날에 가입이 시작됩니다.

섹션 2.4 특정한 상황에서는, 특별 등록 기간 동안에 가입을 종료할 수 있습니다

특정 상황에서는 해당 연도의 다른 시기에도 플랜을 탈퇴할 수 있습니다. 이는 **특별 등록 기간**이라고 합니다.

다음 상황 중 하나에 해당하는 경우 **특별 등록 기간 동안 회원 자격을 종료할 수 있습니다**. 이상은 예시일 뿐이며, 전체 목록은 플랜에 전화하거나 Medicare에 전화하거나 Medicare 웹사이트(www.medicare.gov)를 방문하십시오.

- 일반적으로, 이사한 경우.
- Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid)에 가입한 경우
- Medicare 처방 비용에 “추가 지원”을 받을 수 있는 자격 대상인 경우.
- 저희가 가입자와의 계약을 위반한 경우.
- 요양원 또는 장기 간병(LTC) 병원과 같은 시설에서 의료 서비스를 받는 경우.
- 참고:** 약품 관리 프로그램에 등록되어 있다면, 플랜을 변경하지 못할 수도 있습니다. 5장 섹션 10에서 약품 관리 프로그램에 관해 자세히 설명합니다.
- 참고:** 섹션 2.1에는 Medicaid 가입자를 위한 특별 등록 기간이 자세히 설명되어 있습니다.

가입자의 상황에 따라 등록 기간은 달라질 수 있습니다.

특별 등록 기간 자격 대상이 되는지 알아보려면, 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 Medicare에 전화해 주십시오. TTY 사용자를 위한 전화번호는 1-877-486-2048번입니다. 특별한 상황으로 인해 가입을 취소할 수 있는 자격이 있는 경우 Medicare 의료 보험과 처방약 보장을 모두 변경할 수 있습니다. 다음을 선택할 수 있습니다.

- 처방약 보장과 관계없는 다른 Medicare 건강 플랜
- 별도의 Medicare 처방약 플랜이 있는 Original Medicare
- 또는 - 별도의 Medicare 처방약 플랜이 없는 Original Medicare.

참고: Medicare 처방약 보장에서 탈퇴하고 63일 이상 연속으로 신뢰할 만한 처방약 보장에 가입하지 않은 경우 향후 Medicare 의약품 플랜에 가입하실 때 파트 D 등록 지연 벌금이 적용될 수 있습니다.

처방약 비용 지불을 위해 Medicare로부터 “추가 지원”을 받는 경우: Original Medicare로 전환하고

10장 **플랜 가입 종료**

별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입하지 않은 경우, 자동 등록 신청을 해지하지 않았다면 Medicare에서 가입자를 의약품 플랜에 등록시킬 수 있습니다.

가입자의 플랜 변경 요청을 받은 다음 달 첫 날에 가입이 종료됩니다.

참고: 섹션 2.1과 2.2에는 Medicaid 및 “추가 지원” 가입자를 위한 특별 등록 기간에 대해 자세히 설명되어 있습니다.

섹션 2.5	언제 가입을 종료할 수 있는지에 대한 자세한 정보는 어디에서 얻을 수 있습니까?
---------------	---

가입자 자격 종료에 대한 문의 사항이 있는 경우 다음을 할 수 있습니다.

- 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.
- 해당 정보는 **2025년도 Medicare와 여러분** 핸드북에서 확인하십시오.
- 주 7일 24시간 언제든지 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 **Medicare**에 문의해 주십시오. (TTY 1-877-486-2048).

섹션 3	어떻게 플랜 가입을 종료합니까?
-------------	--------------------------

아래의 표에서 당사 플랜 가입을 종료하는 방법에 대해 설명합니다.

당사 플랜을 다음의 플랜으로 전환하고자 하는 가입자가 취해야 할 조치: 경우:
--

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • 다른 Medicare 건강 플랜 | <ul style="list-style-type: none"> • 신규 Medicare 건강 플랜에 등록합니다. 새로운 보장은 익월 첫 날 시작됩니다. • 신규 플랜의 보장이 시작되면 자동으로 Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)에서 탈퇴하게 됩니다. |
| <ul style="list-style-type: none"> • 별도의 Medicare 처방약 플랜이 있는 Original Medicare. | <ul style="list-style-type: none"> • 새로운 Medicare 처방약 플랜에 등록합니다. 새로운 보장은 익월 첫 날 시작됩니다. • 신규 플랜의 보장이 시작되면 자동으로 Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)에서 탈퇴하게 됩니다. |

당사 플랜을 다음의 플랜으로 전환하고자 하는 가입자가 취해야 할 조치:
경우:

- 별도의 Medicare 처방약 플랜이 **없**는 Original Medicare
 - Original Medicare로 전환하고 별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입하지 않은 경우, 자동 등록 신청을 하지하지 않았다면 Medicare에서 가입자를 의약품 플랜에 등록시킬 수 있습니다.
 - Medicare 처방약 보장에서 탈퇴하고 63일 이상 연속으로 신뢰할 만한 처방약 보장에 가입하지 않은 경우 향후 Medicare 의약품 플랜에 가입하실 때 등록 지연 벌금이 적용될 수 있습니다.
- 서면 탈퇴 요청서를 당사로 보내주십시오. 자세한 방법은 가입자 서비스부에 문의하십시오.
- 또한 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 **Medicare**에 전화하여 탈퇴를 요청할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오.
- Original Medicare의 보장이 시작되면 Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)에서 탈퇴하게 됩니다.

참고: Medicare 처방약 보장에서 탈퇴하고 63일 이상 연속으로 신뢰할 만한 처방약 보장에 가입하지 않은 경우 향후 Medicare 의약품 플랜에 가입하실 때 파트 D 등록 지연 벌금이 적용될 수 있습니다.

Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid) 혜택에 대한 질문이 있으시면 월요일~금요일, 오전 7시 45분~오후 4시 30분(하와이 표준 시간 기준)에 1-800-316-8005, TTY 711번으로 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid)에 문의해 주십시오. 다른 플랜에 가입하거나 Original Medicare로 돌아갈 경우 귀하의 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid) 보장 수혜에 어떤 영향을 주는지 문의하십시오.

섹션 4 가입이 종료되기 전까지 계속 당사 플랜을 통해 의료 품목, 서비스 및 의약품 보장을 받아야 합니다

귀하의 Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) 가입자 자격이 종료되고 귀하의 새로운 Medicare 및 Medicaid 보장이 시작될 때까지 귀하는 계속해서 당사 플랜을 통해 의료 품목, 서비스 및 처방약을 받아야 합니다.

- 계속해서 당사 네트워크 소속 의료 제공자를 이용하여 의료 서비스를 받으십시오.
- 계속해서 당사 네트워크 소속 약국 또는 우편 주문을 이용하여 처방약을 조제하십시오.
- 가입이 종료되는 날에 입원한 경우, 퇴원 시까지의 입원 비용은 (신규 의료 보험이 개시된

후에 퇴원하는 경우에도) 당사 플랜으로 보장받을 수 있습니다.

섹션 5 특정 상황에서는 플랜에서 가입자의 가입을 종료해야 합니다

섹션 5.1 당사가 가입자의 플랜 가입을 종료해야 하는 경우는 언제입니까?

다음 중 한 가지 상황이 발생할 경우에 플랜에서 가입자의 가입을 종료해야 합니다.

- Medicare Part A 및 Part B에서 탈퇴한 경우.
- Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid)에 더 이상 가입할 자격이 없는 경우. 1장 섹션 2.1에 명시된 바와 같이, 저희 플랜은 Medicare 및 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid) 자격을 모두 갖춘 사람을 위한 플랜입니다. 저희 플랜의 특별 자격 요건을 더 이상 충족하지 못할 경우, 이 플랜의 회원 자격은 6개월 후에 종료됩니다. 가입 종료와 옵션을 알려주는 알림을 받게 됩니다. 가입 자격에 대한 문의 사항은 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.
 - 이 플랜의 자격이 계속되는 것으로 여겨지는 기간은 6개월입니다. 가입 자격이 계속되는 것으로 여겨지는 기간은 특별 요구 상태가 상실된 달의 다음 달 첫 날부터 시작됩니다.
- 서비스 지역 밖으로 이사하는 경우.
- 당사 서비스 지역을 육개월 이상 떠나게 된 경우.
 - 이사 또는 장기 여행을 가는 경우, 가입자 서비스부에 전화하여 이사 장소 또는 여행지가 당사 플랜 서비스 지역에 해당하는지 여부를 확인하십시오.
- 수감되는 경우 (교도소에 가는 경우).
- 더 이상 미국 시민이 아니거나 미국에서 합법적 거주자가 아닌 경우.
- 보유하고 있는 처방약 보장을 제공하는 다른 보험에 대해 거짓말을 하거나 정보를 알리지 않은 경우.
- 귀하가 본 플랜에 가입할 때 의도적으로 부정확한 정보를 제공하고 그 정보가 본 플랜에 대한 귀하의 적격에 영향을 주는 경우. (저희는 Medicare의 승인을 받기 전에는 해당 사유로 가입자를 저희 플랜에서 탈퇴시킬 수 없습니다.)
- 가입자가 가입자과 본 플랜의 다른 가입자들에게 당사가 의료 서비스를 제공하는 데 지장을 주는 식으로 계속 행동하는 경우. (저희는 Medicare의 승인을 받기 전에는 해당 사유로 가입자를 저희 플랜에서 탈퇴시킬 수 없습니다.)
- 타인에게 가입자 본인의 가입자 카드를 사용해 의료 서비스를 받게 한 경우. (저희는 Medicare의 승인을 받기 전에는 해당 사유로 가입자를 저희 플랜에서 탈퇴시킬 수 없습니다.)
 - 당사가 이런 이유 때문에 가입자 자격을 종료시키면, Medicare는 감사관을 시켜 가입자의 사례를 조사할 수 있습니다.

- 가입자가 소득으로 인해 추가 파트 D 비용을 부담해야 하는 경우 이를 납부하지 않으면 Medicare가 해당 가입자를 저희 플랜에서 탈퇴시킵니다.

자세한 정보는 어디에서 얻을 수 있습니까?

질문이 있거나 언제 저희가 가입자의 가입을 종료할 수 있는지에 대한 자세한 정보를 얻고 싶은 경우 가입자 서비스부로 연락하십시오.

섹션 5.2 당사는 가입자의 건강과 관련된 어떠한 이유로도 플랜 탈퇴를 요청할 수 없습니다

Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)는 가입자의 건강과 관련된 어떠한 이유로도 플랜 탈퇴를 요청할 수 없습니다.

이러한 일이 일어나면 어떻게 해야 합니까?

귀하의 건강과 관련된 이유로 당사 플랜의 탈퇴 요청을 받았다고 생각하신다면 주 7일, 하루 24시간 언제든지 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 전화하십시오(TTY: 1-877-486-2048).

섹션 5.3 당사가 가입자의 가입을 종료하는 경우 가입자는 불만을 제기할 수 있는 권리가 있습니다

당사가 가입자의 플랜 가입을 종료하는 경우 당사는 가입자에게 가입 종료 이유를 서면으로 고지해야 합니다. 또한 당사는 가입자 자격을 종료하기로 한 당사의 결정에 대하여 가입자가 고충 사항을 제기하거나 불편 사항을 접수하는 방법도 설명해야 합니다.

11 장:

법적 고지

섹션 1 준거법에 대한 고지

이 보장 범위 증명서에 적용되는 주요 법률은 사회보장법 제18편과 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS)가 사회보장법에 따라 수립한 규정입니다. 나아가, 기타 연방법이 적용될 수 있으며 특정 상황에서 거주하는 주의 법률이 적용될 수 있습니다. 이 문서에 포함 또는 설명되지 않은 법률도 가입자의 권리 및 의무에 영향을 줄 수 있습니다.

섹션 2 차별 금지에 대한 고지

당사의 건강 플랜은 연방 시민권 법률을 준수합니다. 당사는 인종, 민족성, 출신 국가, 피부색, 종교, 성별, 연령, 성적 지향, 정신 또는 신체적 장애, 건강 상태, 청구 이력, 병력, 유전자 정보, 보험 가입 능력 입증, 서비스 지역 내에서의 지리적 위치 등을 바탕으로 **차별 대우를 하지 않습니다**. Medicare Advantage 플랜을 제공하는 모든 기관은 차별을 금지하는 1964년 시민 권리에 관한 법률 제6편, 1973년 재활법, 1975년 연령차별금지법, 미국 장애인법, 환자 보호 및 부담 적정 보험법 ACA 1557항을 비롯한 연방법 및 기타 연방 재정 지원을 받는 단체에 적용되는 모든 법률과 다른 이유로 적용되는 기타 법률 및 규정을 준수해야 합니다.

차별이나 부당 대우에 관한 추가 정보가 필요하거나 우려사항이 있으면 미국 보건복지부의 **시민권리 사무국** 전화 1-800-368-1019(TTY 1-800-537-7697)번 또는 현지 시민권리 사무국으로 전화하십시오. 또한 <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>에서 미국 보건복지부 시민권리 사무국이 제공하는 정보를 검토할 수 있습니다.

장애가 있고 치료를 이용하는 데 도움이 필요하시면 가입자 서비스부에 전화해 주십시오. 가입자가 휠체어 접근 문제 같은 불만이 있는 경우, 가입자 서비스부가 도움을 드릴 수 있습니다.

섹션 3 Medicare 이차 지불자의 대위구상권에 대한 고지

당사는 Medicare가 주 상환자가 아닌 Medicare 보장 서비스에 대해 비용을 수금할 수 있는 권리와 의무가 있습니다. 42 CFR 섹션 422.108과 423.462의 CMS 규정에 따라, 당사는 Medicare Advantage 조직으로서 42 CFR의 411편 B부터 D까지의 하위 항목에 있는 CMS 규정에 따라 장관이 행사하는 동일한 회수 권리를 행사하며, 이 섹션에 명시된 규칙은 모든 주법보다 우선합니다.

섹션 4 Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) 플랜에 따라 저희 플랜에서 지불한 혜택의 회수

부상을 당한 경우

다른 사람, 회사 또는 가입자(“책임 당사자”)의 행동을 통해 부상을 입거나 질병에 걸리거나 상태가 발전되는 경우, 당사 플랜은 가입자가 받는 보상 서비스에 대한 혜택을 제공합니다.

11장 법적 고지

그러나 부상, 질병 또는 상태로 인해 합의, 판결 또는 부상, 질병 또는 상태와 관련된 다른 지불을 통해 돈을 받거나 돈을 받을 자격이 있는 경우, 당사 플랜 및/또는 치료 제공자는 해당 주법에 따라 이 플랜을 통해 귀하에게 제공된 모든 서비스의 가치를 회수할 권리를 보유합니다.

이 조항 전반에 걸쳐 사용되는 “책임 당사자”라 함은 부상, 질병 또는 상태에 대해 실제적 또는 잠재적으로 책임이 있는 개인 또는 단체를 의미합니다. 책임 당사자라는 용어에는 책임 있는 사람 또는 단체의 책임이나 다른 보험자가 포함됩니다.

책임 당사자의 행동을 통해 부상을 입거나 질병에 걸리거나 상태가 발현될 수 있는 몇 가지 예는 다음과 같으며 이에 국한하지 않습니다.

- 교통 사고가 난 경우,
- 가게에서 미끄러져 넘어진 경우 또는
- 작업 중에 위험한 화학 물질에 노출된 경우.

당사 플랜의 회수 권리는 책임 당사자로부터 수령한 모든 금액에 적용되며 다음을 포함하되 이에 국한되지 않습니다.

- 제삼자 또는 제삼자를 대신하여 보험 회사에서 지급한 금액,
- 보험이 없거나 부분적으로만 가입한 운전자 보장,
- 개인 상해 보호, 무과실 보장 또는 기타 당사자 보장,
- 산재 보상 또는 장애 보상 또는 합의,
- 자동차 보험, 건물 또는 주택 소유주의 보험 보장 또는 포괄 보장에 따른 의료 지급 보장,
- 소송 또는 기타 법적 소송에서 받은 합의 또는 판결 또는
- 책임 당사자의 작위 또는 부작위에 대한 보상으로 다른 모든 출처로부터 받은 기타 모든 지급.

이 플랜에 따른 혜택을 수락함으로써, 귀하는 책임 당사자의 행위 또는 부작위로 인해 받은 적용 서비스에 대한 혜택을 이 플랜이 지급하였고 귀하 또는 귀하의 대리인이 책임 당사자로부터 금액을 회수하거나 회수할 자격이 있는 경우 당사 플랜이 우선적으로 대위변제 및 상환권을 가지는 데 동의합니다.

이 플랜에 따른 혜택을 수락함으로써 귀하는 (i) 상해, 질병 또는 상태와 관련하여 플랜에서 제공하는 모든 보장 서비스의 전체 비용까지 이용 가능한 모든 보장에서 의료 비용을 회수할 수 있는 권리를 당사 플랜에 양도하고 (ii) 책임 당사자가 귀하를 대신하여 플랜을 직접 상환하도록 구체적으로 지시하는 데 동의합니다.

또한 이 플랜에 따른 혜택을 수락함으로써 당사 플랜에 모든 회수, 합의 또는 판결 또는 기타 보상 출처에 대한 우선 유치권을 부여하고 책임 당사자의 작위 또는 부작위로 인한 귀하의 부상, 질병 또는 상태와 관련된 플랜에 따라 지급된 보장 서비스 혜택의 전체 비용에 대해 모두 상환합니다. 이

우선 순위는 금액이 의료 비용 회수로 구체적으로 식별되는지 여부와 손실에 대한 전부 또는 전적인 보상 여부와 관계없이 적용됩니다. 당사 플랜은 과실에 의한 것이든, 다른 방법에 의한 것이든, 귀하의 과실 주장과 관계없이 본 플랜에서 제공하는 모든 혜택의 전체 비용을 회수할 수 있습니다. 변호사 비용은 당사 플랜의 회수액에서 공제될 수 없으며, 당사 플랜은 책임 당사자에 대한 청구 또는 소송을 진행하기 위해 고용된 또는 변호사에 대한 법정 비용 또는 변호사 비용을 지불하거나 지불하는 데 기여할 필요가 없습니다.

수행해야 하는 단계

책임 당사자로 인해 부상을 입거나 질병에 걸리거나 상태가 악화한 경우, 가입자는 당사 플랜 및/또는 치료 제공자의 비용 회수 노력에 협조해야 합니다. 여기에는 다음이 포함됩니다.

- 해당되는 경우, 당사 플랜이나 치료 제공자에게 책임 당사자 및/또는 해당 변호사의 이름과 주소(알고 있는 경우), 변호사의 이름과 주소(변호사를 이용하는 경우), 관련 보험 회사의 이름과 주소를 부상, 질병 또는 상태의 원인에 대한 설명을 포함하여 알려주기.
- 당사 플랜이나 치료 제공자가 유치권 또는 회수권을 집행하는 데 도움이 되도록 합리적으로 요청할 수 있는 모든 서류 작성.
- 당사 플랜 또는 치료 제공자의 사례 또는 청구의 상태 및 모든 합의 논의에 대한 문의에 신속하게 응답.
- 귀하 또는 귀하의 변호사가 책임 당사자 또는 기타 다른 출처로부터 돈을 받은 즉시 당사 플랜에 통보.
- 의료 비용 회수로 구체적으로 식별되는지 여부와 손실에 대한 전부 또는 전적인 보상 여부와 관계없이, 책임 당사자로 인한 귀하의 상해, 질병 또는 상태와 관련된 플랜에 따라 지급된 전체 혜택 비용에 대한 당사 플랜에 따른 모든 환급을 포함하여, 회복, 합의, 판결 또는 기타 보상 출처에서 의료 유치권 또는 플랜 회수액 지급.
- 위에 명시된 바와 같이 당사 플랜의 권리를 침해하는 행위를 하지 않음. 여기에는 플랜에서 지불한 모든 혜택의 전체 비용을 결제 또는 회수에서 줄이거나 배제하려는 시도 또는 당사 플랜의 최우선 회수 또는 유치권을 거부하려는 시도가 포함되지만 이에 국한되지 않습니다.
- 귀하 또는 귀하의 변호사가 책임 당사자로부터 또는 다른 어떤 출처로부터 받는 돈을 신탁으로 보관하고, 해당되는 경우 귀하가 지불받는 즉시, 회수할 권리를 주장하는 다른 잠재적 유치권자 또는 제삼자의 지불 전에 플랜에 대한 회수액을 당사 플랜 또는 치료 제공자에게 상환.
- 가입자는 그러한 환급 또는 초과 지불 금액에 대해 당사와 협력해야 합니다.

섹션 5 가입자 카드

이 *보장 범위 증명서*에 따라 당사 플랜에서 발급한 가입자 카드는 신분 확인 목적으로만 발급됩니다. 가입자 카드를 소지하더라도 이 *보장 범위 증명서*에 따른 서비스 또는 기타 혜택을 받을 수 있는 권리가 있는 것은 아닙니다. 이 *보장 범위 증명서*에 따라 서비스 또는 혜택을 받으려면

11장 **법적 고지**

카드 소지자가 보장 자격을 갖추고 이 *보장 범위 증명서*에 따라 가입자로 등록해야 합니다. 이 *보장 범위 증명서*에 따라 자격이 없는 사람이 서비스를 받은 경우 해당 서비스에 대해 지불할 책임이 있습니다. 가입자는 서비스를 받을 때 Medicare 카드가 아닌 플랜의 가입자 카드를 제시해야 합니다. 가입자 카드를 교체해야 하는 경우 가입자 서비스부에 1-877-457-7621(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

참고: 가입자 카드의 남용 또는 오용을 고의로 허용하는 가입자는 가입이 정당하게 취소될 수 있습니다. 당사 플랜에서는 가입자 카드 남용 또는 오용으로 인해 발생한 탈퇴를 감찰관실에 신고해야 하며, 이로 인해 형사 기소될 수 있습니다.

섹션 6 **독립 계약자**

당사 플랜과 각 참여 의료 제공자 간의 관계는 독립 계약자 관계입니다. 참여 의료 제공자는 당사 플랜의 직원 또는 대리인이 아니며, 당사 플랜이나 당사 플랜의 직원은 참여 의료 제공자의 직원 또는 제공자 대리인이 아닙니다. 어떠한 경우에도 당사 플랜은 참여 의료 제공자 또는 다른 의료 제공자의 과실, 부당 행위 또는 실수에 대해 책임을 지지 않습니다. 당사 플랜이 아닌 참여 의사는 가입자와 의사-환자 관계를 유지합니다. 당사 플랜은 의료 서비스를 제공하지 않습니다.

섹션 7 **의료 플랜 사기**

의료 플랜 사기는 의료 제공자, 가입자, 고용주 또는 그들을 대리하는 사람이 플랜에 대해 속이거나 허위 진술하는 것으로 정의됩니다. 이것은 기소될 수 있는 중죄입니다. 예를 들어 허위이거나 기만적인 진술이 포함된 청구서를 제출함으로써 의료 플랜을 속이려 하는 활동에 고의로 알고도 관여하는 사람은 의료 플랜 사기에 해당할 수 있습니다.

청구서 또는 혜택 설명서 양식에 표시된 요금에 대해 우려되거나 불법 행위를 알거나 의심되는 경우, 당사 플랜의 수신자 부담 사기 응급 전화에 1-866-685-8664(TTY: 711)번으로 전화하십시오. 사기 응급 전화는 하루 24시간, 주 칠 일 운영됩니다. 모든 통화 내용은 엄격하게 비밀이 유지됩니다.

섹션 8 **플랜이 통제할 수 없는 상황**

자연 재해, 전쟁, 폭동, 내란, 전염병, 시설의 전체 또는 부분 파괴, 핵 폭발 또는 기타 핵 에너지 방출, 중요한 의료 그룹 직원의 장애, 응급 상황 또는 기타 유사한 사건이 당사 플랜의 통제 범위를 벗어나 플랜의 시설 또는 직원이 이 *보장 범위 증명서*에 따라 서비스 또는 혜택을 제공하거나 배정할 수 없게 되는 경우, 그러한 서비스 또는 혜택을 제공해야 하는 플랜의 의무가 시설 또는 직원의 현재 가용성 내에서 그러한 서비스 또는 혜택을 제공하거나 제공하기 위해 선의의 노력을 해야 한다는 요건으로 제한됩니다.

12장:

중요 단어 정의

12장 중요 용어 정의

허용 금액 – 보장되는 보건의료 서비스를 이용하고 지불하는 요금의 최대치. 이 금액을 가리켜 적격 “비용”, “허용 지불액” 또는 “협상된 요금”이라고도 합니다. 의료 제공자가 허용 금액 이상으로 청구할 경우 가입자는 차액을 납부해야 할 수도 있습니다. (결산 청구 참조.) 네트워크 소속 의료 제공자는 서비스를 제공하는 대가로 이 허용 금액 이상을 청구할 수 없습니다.

외래 수술 센터 – 외래 수술 센터는 입원 치료가 필요하지 않고 센터에 머무는 시간이 24시간을 넘지 않는 환자에게 외래 수술 서비스를 제공하는 목적으로만 운영되는 기관입니다.

이의 신청 – 이의 신청은 의료 서비스 및 처방약 보장 또는 이미 받은 서비스 비용 지불을 거절하는 당사의 결정에 동의하지 않는 경우에 가입자가 취할 수 있는 조치입니다. 귀하가 현재 이용하는 서비스를 플랜이 중단하기로 결정했으며 이에 동의하지 않을 경우에도 이의 제기를 할 수 있습니다.

혜택 기간 – 당사 플랜과 Original Medicare가 함께 가입자의 전문요양시설(SNF) 서비스 이용을 측정하는 방법입니다. 혜택 기간은 전문요양시설에 입소하는 날부터 시작합니다. 혜택 기간은 가입자가 SNF에서 60일 연속으로 숙련된 치료를 받지 않으면 종료됩니다. 한 번의 혜택 기간이 종료된 후 전문 간호 시설에 입소하면 새로운 혜택 기간이 시작됩니다. 혜택 기간의 횟수에는 제한이 없습니다.

생물학적 제제 – 동물 세포, 식물 세포, 박테리아 또는 효모와 같은 천연 및 살아 있는 근원으로 만들어진 처방약. 생물학적 제제는 다른 의약품보다 더 복잡하며 정확하게 복제할 수 없으므로 대체 형태를 바이오시밀러라고 합니다. (또한 “**원래의 생물학적 제제**” 및 “**바이오시밀러**” 참조).

바이오시밀러 – 원래의 생물학적 제제와 매우 유사하지만 동일하지는 않은 생물학적 제제. 바이오시밀러는 오리지널 생물학적 제제만큼 안전하고 효과적입니다. 일부 바이오시밀러는 새로운 처방전 없이 약국에서 오리지널 생물학적 제제로 대체될 수 있습니다(“**대체 가능 바이오시밀러**” 참조).

브랜드 약 – 원래 해당 의약품을 연구 및 개발한 제약업체에 의해 생산 및 판매되는 처방약. 브랜드 약은 해당 의약품의 제네릭 버전과 동일한 활성 성분으로 제조됩니다. 하지만 복제약은 다른 제약회사가 제조 및 판매하며 일반적으로 브랜드 약에 대한 특허가 만료될 때까지는 구입할 수 없습니다.

고객 보장 단계 – 가입자(또는 가입자를 대신하는 기타 유자격자)가 보장 연도 동안 파트 D 보장약을 위해 \$2,000를 지출했을 때 시작되는 파트 D 약 혜택의 단계. 이 지불 단계에서는 보장되는 파트 D 약에 대해 어떤 비용도 지불하지 않습니다.

Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS) – Medicare를 관장하는 연방 기관입니다.

공동보험료 – 서비스 또는 처방약 비용 중 가입자의 몫으로 백분율(예: 20%)로 표시되는 가입자가 지불해야 할 수 있는 금액.

불만 – 불만 제기의 정식 명칭은 **고충 접수**입니다. 불만사항 제기 절차는 특정 종류의 문제에 *대해서만* 사용됩니다. 여기에는 서비스 품질, 대기 시간, 귀하가 받은 고객 서비스 등과 관련된 문제가 포함됩니다. 또한 가입자의 플랜이 이의 신청 절차의 기간을 따르지 않는 경우에

12장 중요 용어 정의

불만사항도 포함됩니다.

종합외래재활시설(CORF) - 질병 또는 상해 후 재활 서비스를 제공하는 시설을 말합니다. 물리치료, 사회적 및 심리적 서비스, 호흡 치료, 작업 치료, 음성 언어 병리학 서비스, 가정 환경 평가 서비스 등 다양한 서비스를 제공합니다.

코페이먼트(또는 코페이) - 의사 방문, 병원 외래 방문 또는 처방약과 같이 의료 서비스나 지급품에 대해 본인부담금으로 지불해야 할 수 있는 금액입니다. 코페이먼트는 비율보다는 고정 금액(예: \$10)으로 지정됩니다.

비용 부담 - 비용분담분은 서비스 또는 의약품 받을 때 가입자가 지불하는 금액입니다. 비용 부담 방식은 다음 세 가지 지급 유형의 조합을 포함합니다. (1) 서비스 또는 의약품이 보장되기 전에 플랜에서 부과할 수 있는 공제액, (2) 특정 서비스 또는 의약품 받을 때 플랜에서 요구하는 고정 코페이먼트 금액 또는 (3) 특정 서비스 또는 의약품 받을 때 플랜이 요구하는 서비스 또는 의약품에 대해 지급한 총금액의 백분율인 공동보험료 금액.

보장 판단 - 처방에 대해 가입자가 비용을 부담해야 하는 경우 가입자에게 처방된 의약품이 해당 플랜으로 보장되는지의 여부 및 금액에 대한 결정. 일반적으로 가입자가 처방전을 약국에 가져갔을 때 약국에서 가입자에게 해당 처방전이 가입자의 플랜으로 보장되지 않는다는 것을 알려주는 것은 보장 판단이 아닙니다. 가입자는 해당 플랜에 전화 또는 서면으로 보장에 대한 정식 결정을 요청해야 합니다. 보장 판단은 이 문서에서 보장 결정이라고도 합니다.

보장약 - 당사 플랜의 혜택 대상인 처방약 전체를 가리키는 용어.

보장 서비스 - 당사 플랜에서 보장하는 전체 의료 서비스 및 용품 전체를 가리키는 용어.

신뢰할 만한 처방약 보장 - 평균적으로 최소한 Medicare의 표준 처방약 보장 수준에 상당하는 비용을 지원하는 처방약 보장(예: 직장 또는 노동조합을 통한 보장)입니다. Medicare 자격 대상이 되었을 때 이러한 유형의 보장을 보유한 이들은 추후 Medicare 처방약 보장에 가입하기로 결정할 경우, 일반적으로 위약금을 내지 않고 해당 보장을 유지할 수 있습니다.

보호 치료 - 보호 치료는 전문 의료 관리 또는 전문 간호사의 케어를 필요로 하지 않는 경우 요양원 또는 호스피스, 기타 시설 환경에서 제공되는 개인 치료입니다. 보호 치료는 목욕, 옷 입기, 식사, 침대 또는 의자 사용, 이동, 화장실 사용 등 일상생활을 돕는 등 전문 기술 또는 훈련을 받지 않는 사람들이 제공하는 서비스입니다. 안약 사용과 같이 대부분이 직접 할 수 있는 의료 관련 관리도 이에 포함될 수 있습니다. Medicare는 보호 치료에 대한 비용을 지불하지 않습니다.

일일 비용 부담율 - 담당 의사가 특정 의약품에 대해 한 달 공급량보다 적은 양을 처방했고 가입자가 코페이먼트를 납부해야 하는 경우 일일 비용 부담율이 적용될 수 있습니다. 일일 비용 부담율은 코페이먼트를 한 달간 공급 일수로 나눈 비율입니다. 다음은 이에 대한 예입니다. 특정 의약품에 대한 가입자의 코페이먼트가 한 달에 \$30이고 해당 플랜의 한 달 공급 일수가 30일인 경우, 가입자의 “일일 비용 부담율”은 일일 \$1가 됩니다.

공제액 - 당사 플랜이 비용을 지불하기 전에 진료 또는 처방약에 대해 가입자가 지불해야 하는 금액입니다.

12장 중요 용어 정의

가입 취소 또는 탈퇴 – 당사 플랜의 가입 종료 절차.

조제료 – 약사가 처방전을 준비하고 포장하는 데 드는 시간 등 처방약 제조 비용을 지불하기 위해 보장약이 조제될 때마다 청구되는 수수료.

이중 자격 특수 요구 플랜(D-SNP) – Medicare(사회 보장법 제18편)와 Medicaid(제19편)에 따른 주 플랜의 의료 지원을 모두 받을 자격이 있는 개인을 등록하는 플랜의 한 유형입니다. 주는 각 주 및 개인의 자격을 바탕으로 일부 또는 전체 Medicare 비용을 보장합니다.

이중 적격 개인 – Medicare와 Medicaid 보장에 대한 자격을 모두 갖춘 개인.

내구성 의료 장비(DME) – 의료적인 이유로 담당 의사가 주문하는 특정 의료 장비. 예를 들어 보행기, 휠체어, 목발, 전동 매트리스, 당뇨병 용품, IV 주입 펌프, 발성기, 산소 장비, 분무기 또는 의료 제공자가 가정용으로 주문한 병상 등이 포함됩니다.

응급 상황 - 의료적 응급 상황이란 가입자 본인 또는 건강과 의학에 대해 평균적인 지식을 가진 다른 사람이 볼 때 사망(및 임신한 여성인 경우 태아의 사망), 팔다리의 상실 또는 팔다리 기능의 상실, 신체 기능의 상실 또는 심각한 신체장애를 방지하려면 즉각적인 의료적 처치가 필요하다고 생각되는 의료적 증상을 보이는 경우를 말합니다. 이러한 의학적 증상은 질병, 부상, 심한 통증 또는 급속히 악화되는 의학적 상태일 수 있습니다.

응급 치료 – (1) 응급 서비스를 제공할 수 있는 자격을 갖춘 의료 제공자에 의해 제공되고 (2) 응급 의료 상태를 치료, 평가 또는 안정화하는 데 필요한 보장 서비스를 의미합니다.

보장 범위 증명서(EOC) 및 공개 정보 – 등록 양식과 기타 첨부 문서, 부칙 또는 기타 선택된 선택적 보장과 더불어 이 문서는 가입자의 보장, 당사의 의무, 가입자의 권리, 가입자의 의무에 대해 설명합니다.

예외 – 보장 결정의 한 유형으로, 예외가 승인될 경우 가입자가 플랜의 처방규정에 없는 약을 받거나(처방규정 예외) 더 저렴한 비용 분담으로 비우대 약을 받도록(범주 예외 인정) 허용합니다. 또한 가입자는 당사 플랜에서 가입자가 요청한 의약품을 제공하기 전에 다른 의약품 사용을 요청하는 경우, 당사 플랜에서 의약품에 대해 사전 승인을 요구하고 가입자는 당사가 기준 제한 사항을 면제해 주기를 원하는 경우, 또는 당사 플랜이 가입자가 요청한 의약품의 수량 또는 복용량에 제한을 둔 경우에도 예외를 요청할 수 있습니다(처방규정 예외).

“추가 지원” – 소득과 재산이 제한된 이들을 위해 보험료, 공제액 및 공동보험료와 같은 Medicare 처방약 프로그램 비용을 지원하기 위한 Medicare 프로그램입니다.

제네릭 약 – 브랜드 약과 동일한 활성 성분을 가지고 있는 것으로 식품의약청(FDA)에서 승인한 처방약. 일반적으로 제네릭 약은 브랜드 약과 동일한 효능을 갖고 있으면서 보통은 더 저렴합니다.

고충 – 진료 품질에 관한 불만사항을 포함하여 당사 플랜, 의료 제공자 또는 약국에 대해 가입자가 제기하는 불만사항 유형입니다. 여기에는 보장 또는 지불 관련 분쟁은 포함되지 않습니다

가정 간호 도우미 – 개인 간호(예: 목욕, 화장실 사용, 옷 입기 또는 처방된 운동 수행)를 돕는 일과

같이, 면허가 있는 간호사 또는 치료사의 전문 기술이 필요 없는 서비스를 제공하는 사람입니다.

호스피스 – 의학적 진단을 받은 말기, 즉 기대 수명이 6개월 이하인 가입자에게 특별 치료를 제공하는 혜택입니다. 당사 플랜은 가입자에게 해당 지역의 호스피스 목록을 제공해야 합니다. 만약 호스피스를 선택하고 계속해서 보험료를 납부한다면, 여전히 당사 플랜의 가입자로 남게 됩니다. 가입자는 여전히 당사가 제공하는 의학적으로 필요한 서비스와 보조 혜택을 받을 수 있습니다.

입원 치료 – 전문 의료 서비스를 받기 위해 공식적으로 병원에 입원하여 체류하는 경우. 하룻밤 동안 병원에서 지내더라도 외래 환자로 간주되는 경우도 있습니다.

소득 관련 월별 조정 금액(IRMAA) - 2년 전부터 국세청(IRS)에 보고한 수정된 조정 후 총수입(MAGI)이 특정 금액을 초과할 경우, 표준 보험료와 소득 관련 월별 조정 금액(IRMAA)을 납부합니다. IRMAA는 보험료에 추가적으로 부과되는 금액입니다. Medicare 가입자 중에서 5% 미만이 여기에 해당하므로 대부분의 가입자는 더 많은 보험료를 납부하지 않습니다.

독립 의사 협회(IPA) – PCP, 전문의를 포함한 의사와 병원을 포함한 다른 의료 서비스 제공자로 구성된 협회로, 플랜과 계약을 맺고 가입자에게 서비스를 제공합니다. 1장의 섹션 6을 참조하십시오.

초기 보장 단계 – 이는 해당 연도의 가입자 본인부담금이 본인부담금 임계값 금액에 도달하기 전의 단계입니다.

초기 가입 기간 – 처음 Medicare 자격 대상 요건을 갖추었을 때 Medicare Part A 및 Part B에 가입할 수 있는 기간입니다. 만 65세가 되었을 때 Medicare 자격을 갖추게 되는 경우, 초기 가입 기간은 7개월인 바, 만 65세가 되기 3개월 전부터 시작하여 만 65세가 되는 달과 만 65세가 된 후의 3개월이 이에 포함됩니다.

통합 D-SNP – Medicare 및 Medicaid 모두에 자격을 갖춘 특정 개인 그룹에 대해 단일 건강 플랜에 따라 Medicare 및 대부분의 또는 모든 Medicaid 서비스를 보장하는 D-SNP. 이러한 개인은 또한 전체 혜택 이중 적격 개인이라고도 합니다.

대체 가능 바이오시밀러 – 자동 대체 가능성과 관련된 추가 요건을 충족하기 때문에 새로운 처방전 없이 약국에서 원래의 바이오시밀러 제품의 대체품으로 사용할 수 있는 바이오시밀러. 약국에서의 자동 대체는 주 법률에 따라 결정됩니다.

보장 의약품 목록(처방규정 또는 의약품 목록) – 플랜에서 보장하는 처방약 목록.

저소득층 보조(LIS) – “추가 지원”을 참조하십시오.

제조업체 할인 프로그램 – 보장되는 파트 D 브랜드 약 및 생물학적 제제에 대해 의약품 제조업체가 플랜 비용 전액의 일부를 지불하는 프로그램. 할인은 연방 정부와 제약회사 사이의 합의를 기준으로 제공됩니다.

가입자 부담 최대한도액 – 달력년 기준으로 일 년 동안 네트워크 내에서 파트 A 및 파트 B 보장

서비스를 받는 대가로 납부해야 할 가입자 부담분의 최대 금액. 가입자의 Medicare Part A 및 Part B 보험료와 처방약에 대해 지불하는 금액은 가입자 부담 최대한도액에 합산되지 않습니다. (**참고:** 또한 당사의 가입자가 Medicaid의 지원을 받기 때문에 소수의 가입자만 본인부담금 최대한도액에 도달합니다.)

Medicaid(또는 Medical Assistance) – 저소득 및 제한된 자원을 지닌 일부 사람들의 의료비를 지원하는 연방 및 주 공동 프로그램. 주 Medicaid 프로그램은 다를 수 있으나 Medicare와 Medicaid 모두의 자격 대상이 된다면 대부분의 진료 비용이 보장됩니다.

의료 그룹 – PCP, 전문의를 포함한 의사와 병원을 포함한 기타 의료 서비스 제공자로 구성된 협회로, 가입자에게 서비스를 제공하기 위해 플랜과 계약을 맺습니다. 1장의 섹션 3.2를 참조하십시오.

의학적으로 인정된 적응증 – 미국 식품의약청의 승인을 받았거나 미국 병원 처방규정 서비스 의약품 정보 및 Micromedex DRUGDEX 정보 시스템과 같은 특정 참고 자료로 뒷받침되는 약의 사용.

의학적으로 필요 – 가입자의 의학적 상태를 예방, 진단 또는 치료하는 데 필요한 서비스, 용품 또는 약물로서 의료 행위에 대한 허용 기준을 충족합니다.

Medicare – 만 65세 이상 개인, 특정 장애가 있는 만 65세 미만 일부 개인 그리고 말기 신장질환(보통 투석 또는 신장 이식을 요하는 영구 신부전) 환자를 대상으로 하는 연방 건강 플랜 프로그램입니다.

Medicare Advantage 정기 등록 기간 - Medicare Advantage 플랜 가입자가 플랜 등록을 취소하고 다른 Medicare Advantage 플랜으로 변경하거나 Original Medicare를 통해 보장 혜택을 받을 수 있는 1월 1일부터 3월 31일까지의 기간입니다. 이 기간 동안 Original Medicare로 전환하는 것을 선택하면 그 기간 동안 별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입하실 수도 있습니다. Medicare Advantage 정기 등록 기간은 가입자가 처음 Medicare에 대한 자격을 얻은 후 3개월 동안 사용할 수 있습니다.

Medicare Advantage (MA) 플랜 – Medicare Part C라고도 부릅니다. 가입자에게 Medicare Part A 및 Part B 혜택을 제공하기 위해 Medicare와 계약한 민간 회사가 제공하는 플랜입니다. Medicare Advantage 플랜은 i) HMO, ii) PPO, iii) 민간 행위별 수가제(PFFS) 플랜 또는 iv) Medicare 의료 저축 계좌 (MSA) 플랜일 수 있습니다. 이러한 유형의 플랜 중에서 선택하는 것 외에도 Medicare Advantage HMO 또는 PPO 플랜도 특수 요구 플랜 (SNP)가 될 수 있습니다. 대부분의 경우 Medicare Advantage 플랜에서는 Medicare Part D(처방약 보장)도 제공합니다. 이러한 플랜은 **처방약 보장이 되는 Medicare Advantage 플랜**이라고 합니다.

Medicare 보장 서비스 – Medicare Part A 및 Part B에서 보장하는 서비스. 모든 Medicare 건강 플랜은 Medicare Part A 및 B에서 보장하는 모든 서비스를 보장해야 합니다. Medicare 보장 서비스라는 용어에는 Medicare Advantage 플랜이 제공할 수 있는 시력, 치과 또는 청력과 같은 추가 혜택이 포함되지 않습니다.

Medicare 건강 플랜 – Medicare 건강 플랜은 해당 플랜에 등록한 Medicare 가입자에게 파트 A와 파트 B의 혜택을 제공하도록 Medicare와 계약한 민간 회사가 제공합니다. 이 용어에는 모든 Medicare Advantage 플랜, Medicare 비용 플랜, 특수 요구 플랜, 시범/시험 프로그램, 종합 노령인

케어 프로그램(PACE)이 포함됩니다.

Medicare 처방약 보장(Medicare Part D) – 외래환자 처방약, 예방접종, 생물학적 제제, Medicare Part A 또는 Part B에서 보장하지 않는 특정 용품 비용을 지불하기 위한 보험.

Medigap(Medicare 보충 보험) 정책 – Original Medicare의 보장 ‘공백’을 보완하기 위해 민간 보험 회사가 판매하는 Medicare 보충 보험. Medigap 정책은 Original Medicare하고만 연동됩니다. (Medicare Advantage 플랜은 Medigap 보험이 아님.)

가입자(저희 플랜 가입자 또는 플랜 가입자) – 보장 서비스를 받을 수 있는 유자격 Medicare 보유자로서 저희 플랜에 가입했고 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS)에서 가입을 승인 받은 사람입니다.

가입자 서비스부 – 가입, 혜택, 고충, 이의 신청에 대한 문의에 답변을 제공하는 플랜의 부서.

네트워크 소속 약국 – 플랜 가입자가 처방약 혜택을 받을 수 있도록 당사 플랜과 계약한 약국입니다. 대부분의 경우, 가입자의 처방약은 네트워크 소속 약국 중 한 곳에서 제조하여 발생하는 코페이먼트일 경우에만 보장을 받을 수 있습니다.

네트워크 소속 의료 제공자 – 의료 제공자는 의료 서비스를 제공할 수 있도록 Medicare와 주 정부의 승인 또는 허가를 받은 의사 및 기타 의료 전문가, 병원, 기타 의료 시설을 총칭하는 용어입니다.

네트워크 소속 의료 제공자는 당사의 지불을 전액 지불로 수락하고 경우에 따라 당사의 플랜 가입자에게 제공되는 서비스를 조정하고 제공하기로 당사의 플랜에 동의합니다. 네트워크 소속 의료 제공자를 또한 ‘플랜 의료 제공자’라고도 합니다.

기관 판단 – 당사 플랜이 품목 또는 서비스 보장 여부 또는 보장 품목 또는 서비스에 대해 가입자가 얼마나 지불해야 하는지에 대해 내리는 결정. 기관 판단은 이 문서에서 보장 결정이라고도 합니다.

원래의 생물학적 제제 – 미국 식품의약국(FDA)의 승인을 받았으며 바이오시밀러 버전을 만드는 제조업체에 대한 비교 역할을 하는 생물학적 제제. 이를 대조약이라고도 합니다.

Original Medicare(기존 Medicare 또는 행위별 수가제 Medicare) – Original Medicare는 정부가 제공하며 Medicare Advantage 플랜 및 처방약 플랜과 같은 민간 건강 플랜이 아닙니다. Original Medicare는 의사, 병원, 기타 의료 제공자에게 의회에 의해 수립된 비용 지불 금액을 지불함으로써 Medicare 서비스를 보장합니다. 가입자는 Medicare를 수락하는 모든 의사, 병원, 기타 의료 서비스 제공자에게서 진료를 받으실 수 있습니다. 가입자는 공제액을 납부해야 합니다. Medicare는 Medicare 승인 금액의 분담액을 납부하며 가입자는 가입자 분담액을 납부합니다. Original Medicare는 두 부분으로 되어 있습니다. 파트 A(병원 보험) 및 파트 B(의료 보험)가 있으며 미국 전역에서 이용할 수 있습니다.

네트워크 비소속 약국 – 당사 플랜과 계약하여 당사 플랜 가입자에게 보장 의약품을 편성 또는 제공하는 데 동의하지 않은 약국입니다. 네트워크 비소속 약국에서 고객이 구입한 대부분의 의약품은 특정 조건이 적용되지 않는 한 플랜에서 보장하지 않습니다.

12장 중요 용어 정의

네트워크 비소속 의료 제공자 또는 네트워크 비소속 시설 – 당사 플랜 가입자에게 보장 서비스를 조정하거나 제공하기 위해 당사 플랜과 계약을 맺지 않은 의료 제공자 또는 시설입니다. 네트워크 비소속 의료 제공자는 당사 플랜에서 고용, 소유 또는 운영하지 않는 의료 제공자입니다.

본인부담금 – 상기 비용 부담의 정의를 참조하십시오. 이용하는 서비스 또는 의약품 비용의 일부를 가입자 본인이 부담해야 한다는 비용 부담 요건은 가입자의 본인부담금 요건이라고도 부릅니다.

본인부담금 임계값 – 파트 D 약에 대해 가입자가 본인부담금으로 지불하는 최대 금액.

파트 C – Medicare Advantage (MA) 플랜을 참고하십시오.

파트 D – 자발적인 Medicare 처방약 혜택 프로그램

파트 D 약 – 파트 D에 따라 보장되는 의약품. 당사는 모든 파트 D 약을 제공할 수도 있고 제공하지 않을 수도 있습니다. 특정 범주의 의약품은 의회의 파트 D 보장에서 제외되었습니다. 파트 D 약의 특정 범주는 모든 플랜에서 보장되어야 합니다.

파트 D 등록 지연 벌금 – 가입자가 파트 D 플랜에 처음 가입할 수 있는 자격을 가진 후 신뢰할 만한 보장(평균적으로 최소한 표준 Medicare 처방약 보장 수준에 상당하는 비용을 지불해 줄 것으로 기대되는 보장) 없이 연속 63일 이상 경과한 경우 Medicare 의약품 보장에 대한 월 보험료에 추가로 부과되는 금액. “추가 지원”을 상실하는 경우 파트 D 또는 기타 신뢰할 만한 처방약 보장에 가입하지 않고 연속 63일 이상 경과하면 등록 지연 벌금이 적용될 수 있습니다.

서비스 시점 – 서비스 시점(POS) 옵션이 있는 HMO는 Medicare를 수락하는 네트워크 비소속 의료 제공자가 가입자에게 제공하는 의학적으로 필요한 특정 서비스를 보장하는 추가 혜택입니다.

POS(네트워크 외부) 혜택을 사용하면 치료 비용의 더 많은 부분에 대한 책임을 집니다. 네트워크에 소속되지 않은 서비스 제공자로부터 치료를 받기 전에는 항상 주치의(PCP)와 논의하십시오.

주치의(PCP)는 플랜의 승인을 요청함으로써 저희에게 고지합니다(‘사전 허가’). (1장, 섹션 1.1 참조)

보험료 – 진료 또는 처방약 보장을 받는 대가로 Medicare, 보험 회사 또는 건강 보험에 정기적으로 납부하는 금액.

주치의(PCP) – 대부분의 건강 문제에 대해 먼저 진료받는 의사 또는 기타 의료 제공자입니다. 많은 Medicare 건강 플랜의 경우, 다른 의료 제공자를 방문하기 전에 주치의를 방문해야 합니다.

사전 승인 – 서비스 또는 특정 의약품을 받기 위한 사전 승인. 사전 승인이 필요한 보장 서비스는 4장 의료 혜택표에 따로 표시되어 있습니다. 사전 승인이 필요한 보장 의약품은 처방규정에 표시되어 있으며 당사의 기준은 당사 웹사이트에 게시되어 있습니다.

보철 장치 및 보조기 – 팔 보호대, 허리 보호대 및 목 보호대, 인공수족, 인공 눈 및 인공항문성형 용품, 경장영양요법, 정맥영양요법 등 내부 장거나 기능을 대체하는 데 필요한 장비를 포함하며 이에 국한하지 않는 의료 장비입니다.

품질 개선 기관(QIO) – Medicare 환자들에게 제공되는 치료 품질을 확인 및 개선하기 위해 연방 정부로부터 보수를 지급받는 의사 및 그 외 의료 전문가들이 모인 단체.

12장 중요 용어 정의

분량 제한 – 품질, 안전 또는 활용상의 이유로 선택된 의약품의 사용을 제한하도록 설계된 관리 도구. 처방전당 보장하는 약물의 양이나 정해진 기간에 제한이 있을 수 있습니다.

“실시간 혜택 도구” – 등록자가 완전하고 정확하며 시기 적절하고 임상적으로 적절한 등록자별 처방규정 및 혜택 정보를 찾을 수 있는 포털 또는 컴퓨터 응용 프로그램. 여기에는 비용 분담 금액, 제공된 의약품과 동일한 건강 상태에 사용할 수 있는 대체 처방규정 의약품, 대체 의약품에 적용되는 보장 제한(사전 승인, 단계적 치료법, 분량 제한)이 포함됩니다.

재활 서비스 – 물리 치료, 언어 치료, 작업 치료가 이러한 서비스에 포함됩니다.

서비스 지역 – 특정 의료 플랜에 가입하려면 거주해야 하는 지리적 위치입니다. 이용할 수 있는 의사와 병원을 제한하는 플랜의 경우 일반적으로 가입자가 통상적인(비응급) 서비스를 받을 수 있는 지역을 의미합니다. 가입자가 플랜 서비스 지역 밖으로 영구적으로 이사하는 경우, 해당 플랜은 가입을 취소해야 합니다.

전문요양시설(SNF)에서의 간호 – 전문요양시설에서 매일 지속적으로 제공되는 전문 간호 치료 및 재활 서비스입니다. 간호의 예로는 정식 간호사나 의사만 제공할 수 있는 물리치료 또는 정맥 주사 등이 있습니다.

특수 요구 플랜 – Medicare와 Medicaid를 모두 보유한 사람, 요양원 거주자, 특정 만성 질환 환자 등 특정한 집단의 사람들을 위해 집중 의료 서비스를 제공하는 특별한 유형의 Medicare Advantage 플랜.

단계적 치료법 – 의사가 처음 처방한 약물에 대한 보장을 받기 전에 먼저 가입자의 의학적 상태를 치료하기 위해 다른 의약품을 시도해 보는 것을 요구하는 활용 도구.

보조적 소득 보장(SSI) – 사회보장국이 장애인 또는 시각장애인, 만 65세 이상으로 소득 및 재원이 제한적인 사람에게 제공하는 월간 혜택. SSI 혜택은 사회 보장 연금과는 다릅니다.

긴급 진료 서비스 – 응급 상황이 아닌 즉각적인 의료 처치가 필요한 플랜 보장 서비스는 가입자가 일시적으로 플랜의 서비스 지역 밖에 있거나 플랜과 계약을 체결한 네트워크 소속 의료 제공자로부터 이 서비스를 받기 위한 시간, 장소 및 상황을 고려할 때 비합리적인 경우 긴급하게 필요한 서비스입니다. 긴급하게 필요한 서비스의 예로는 예상치 못한 의학적 질병 및 부상 또는 기존 질환의 예상치 못한 급성 악화가 있습니다. 그러나 연례 검진과 같이 의학적으로 필요한 정기 의료 제공자 방문은 가입자가 플랜의 서비스 지역 밖에 있거나 플랜 네트워크를 일시적으로 이용할 수 없는 경우에도 긴급하게 필요한 것으로 간주되지 않습니다.

Wellcare Spendables™ 카드 - 의료 혜택표에 설명된 항목에 대한 지불을 돕는 데 사용할 수 있는 플랜이 미리 충전한 직불 카드.

이 페이지는 의도적으로 비워 두었습니다.

Multi-Language Insert
Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Contamos con los servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para solicitar un intérprete, llámenos al **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Alguien que hable español puede ayudarlo. Este es un servicio gratuito.

Chinese (Mandarin): 我们提供免费的口译服务，可解答您对我们的健康或药物计划的有关疑问。如需译员，请拨打 **1-877-374-4056 (TTY: 711)**。您将获得中文普通话口译员的帮助。这是一项免费服务。

Chinese (Cantonese): 我們提供免費的口譯服務，可解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何疑問。如需口譯員服務，請致電 **1-877-374-4056 (TTY: 711)**。會說廣東話的人員可以幫助您。此為免費服務。

Tagalog: May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posible ninyong tanong tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

French: Nous mettons à votre disposition des services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes vos questions sur notre régime de santé ou de médicaments. Pour obtenir les services d'un interprète, appelez-nous au **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Un interlocuteur francophone pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để nhận thông dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Một nhân viên nói tiếng Việt có thể giúp quý vị. Dịch vụ này được miễn phí.

German: Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetschservice, wenn Sie Fragen zu unseren Gesundheits- oder Medikamentenplänen haben. Wenn Sie einen Dolmetscher brauchen, rufen Sie uns unter folgender Telefonnummer an: **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Ein deutschsprachiger Mitarbeiter wird Ihnen behilflich sein. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사의 건강 또는 의약품 플랜과 관련해서 물어볼 수 있는 모든 질문에 답변하기 위한 무료 통역 서비스가 있습니다. 통역사가 필요한 경우, **1-877-374-4056(TTY: 711)**번으로 당사에 연락해 주십시오. 한국어를 구사하는 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 통역 서비스는 무료로 제공됩니다.

Russian: Если у вас возникли какие-либо вопросы о нашем плане медицинского страхования или плане с покрытием лекарственных препаратов, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Если вам нужен переводчик, просто позвоните нам по номеру **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Вам окажет помощь сотрудник, говорящий на русском языке. Данная услуга бесплатна.

Arabic: نوفر خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديك حول خطة الصحة أو الدواء الخاصة بنا. للحصول على مترجم فوري، ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم 1-877-374-4056 (TTY: 711). يمكن أن يساعدك شخص يتحدث العربية. وتتوفر هذه الخدمة بشكل مجاني.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या ड्रग प्लान के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए, हम मुफ्त में दुभाषिया सेवाएं देते हैं। दुभाषिया सेवा पाने के लिए, बस हमें 1-877-374-4056 (TTY: 711) पर कॉल करें। हिंदी बोलने वाला/वाली कोई सहायक आपकी मदद कर सकता/सकती है। यह एक नि:शुल्क सेवा है।

Italian: Sono disponibili servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda possa avere in merito al nostro piano farmacologico o sanitario. Per usufruire di un interprete, è sufficiente contattare il 1-877-374-4056 (TTY: 711). Qualcuno la assisterà in lingua italiana. È un servizio gratuito.

Portuguese: Temos serviços de intérprete gratuitos para responder a quaisquer dúvidas que possa ter sobre o nosso plano de saúde ou medicação. Para obter um intérprete, contacte nos através do número 1-877-374-4056 (TTY: 711). Um falante de português poderá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante oswa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, annik rele nou nan 1-877-374-4056 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyol Ayisyen ka ede w. Se yon sèvis ki gratis.

Polish: Oferujemy bezpłatną usługę tłumaczenia ustnego, która pomoże Państwu uzyskać odpowiedzi na ewentualne pytania dotyczące naszego planu leczenia lub planu refundacji leków. Aby skorzystać z usługi tłumaczenia ustnego, wystarczy zadzwonić pod numer 1-877-374-4056 (TTY: 711). Zapewni to Państwu pomoc osoby mówiącej po polsku. Usługa ta jest bezpłatna.

Japanese: 弊社の健康や薬剤計画についてご質問がある場合は、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳を利用するには、1-877-374-4056 (TTY: 711) にお電話ください。日本語の通訳担当者が対応します。これは無料のサービスです。

Hawaiian: Loa'a iā mākou nā lawelawe unuhi 'ōlelo manuahi e pane i nā nīnau āu e pili ana i kā mākou papahana olakino a lā'au paha. No ka loa'a 'ana o ka unuhi 'ōlelo e kelepona iā mākou ma 1-877-374-4056 (TTY: 711). Hiki i kekahi kanaka 'ōlelo Hawai'i ke kōkua iā 'oe. He lawelawe manuahi kēia.

Ilocano: Adda iti libre a serbisyo ti panagpatarus mi tapno masungbatan ti anyaman a saludsod mo maipanggep iti plano ti salun-at wenno agas mi. Tapno makaala ti maysa nga agipatpatarus pakiawagan dakami laeng iti 1-877-374-4056 (TTY: 711). Mabalín nga makatulóng kenka ti maysa nga agsasao iti Ilocano. Daytoy ket libre a serbisio.

Samoan: E iai matou auaunaga faamatala upu e tali atu i soo se fesili e te ono fesili ai e uiga ia matou fuafuaga tau soifua maloloina poo fualaau. Ina ia maua se tagata faamatala upu na'o le vili mai a matou i le 1-877-374-4056 (TTY: 711). E mafai ona fesoasoani atu ia te oe se tasi e tautala i le gagana Samoan. E leai se totogi o lenei auaunaga.

Ukrainian: Ми безкоштовно надаємо послуги перекладачів, щоб ви могли отримати відповіді на будь-які запитання щодо нашого плану медичного обслуговування чи забезпечення лікарськими засобами. Щоб отримати допомогу перекладача, просто зателефонуйте нам за номером 1-877-374-4056 (TTY: 711). Спеціаліст, який володіє українською, допоможе вам. Ця послуга безкоштовна.

Lao: ພວກເຮົາມີບໍລິການຄົນພາສາພຣີ ເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຂໍຄືນແປພາສາ ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາໄດ້ທີ່ເບີ 1-877-374-4056 (TTY: 711). ມີຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ມີແຜນບໍລິການພຣີ.

Cambodian: យើងមានសេវាកម្មប្រែប្រួលមាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់ឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអ្នកមានអំពីគម្រោងឱសថបូគម្រោងសុខភាពរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ គ្រាន់តែទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ 1-877-374-4056 (TTY: 711)។ មនុស្សម្នាក់ដែលនិយាយភាសាខ្មែរបានអាចជួយអ្នកបាន។ នេះជាសេវាកម្មឥតគិតថ្លៃ។

Hmong: Peb muaj cov kev pab cuam kws txhais lus pab dawb los teb cov nqe lus nug twg uas koj yuav muaj hais txog peb lub phiaj xwm duav roos kev noj qab haus huv thiab tshuj. Yog xav tau ib tug kws txhais lus ces tsuas hu rau peb tau ntawm 1-877-374-4056 (TTY: 711). Ib tug neeg twg uas hais tau lus Hmoob yuav pab tau koj. Qhov no yog kev pab cuam pab dawb xwb.

Thai: เรามีบริการล่ามแปลภาษาให้ฟรีเพื่อตอบคำถามใดๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนด้านสุขภาพหรือยาของเรา หากต้องการล่ามแปลภาษา โปรดติดต่อเราที่หมายเลข 1-877-374-4056 (TTY: 711) คนที่พูดภาษาไทยได้สามารถช่วยคุณได้ บริการนี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) 가입자 서비스부

방법	가입자 서비스부 - 연락처 정보
전화	1-877-457-7621 이 전화는 무료입니다. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지 업무 시간 이후, 주말 및 연방 공휴일에는 자동 전화 시스템으로 연결됩니다. 이름과 전화번호를 남겨 주십시오. 영업일 기준으로 일(1) 일 이내에 다시 전화드리겠습니다. 가입자 서비스부에서는 비영어 사용자를 위하여 무료로 통역 서비스도 제공해 드립니다.
TTY	711 이 전화는 무료입니다. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다.
우편 주소	Wellcare By 'Ohana Health Plan PO Box 31370 Tampa, FL 33631-3370
웹사이트	www.wellcare.com/ohana

Hawaii 주 건강 보험 지원 프로그램(SHIP)

Hawaii 주 건강 보험 지원 프로그램(SHIP)은 지방 건강보험이 Medicare 보유자에게 무료 상담을 제공할 수 있도록 연방 정부의 재정적 지원을 받는 주 정부 프로그램입니다.

방법	연락처
전화	1-888-875-9229
TTY	1-866-810-4379 이 전화번호를 사용하기 위해서는 특수 전화 장비가 필요하며 청각에 문제가 있거나 말하기에 어려움이 있는 분들만이 사용할 수 있습니다.
우편 주소	Hawaii SHIP, Executive Office on Aging, No. 1 Capitol District 250 South Hotel Street, Suite 406 Honolulu, Hawaii 96813-2831
웹사이트	http://www.hawaiiiship.org/

PRA 공개 선언문 1995년 서류간소화법에 따라 유효한 OMB 관리 번호가 표시되어 있지 않다면 개인은 정보 수집에 응답할 필요가 없습니다. 이 정보 수집을 위한 유효한 OMB 관리 번호는 0938-1051입니다. 이 양식을 개선하기 위한 의견이나 제안사항이 있으면, 다음 주소로 보내 주십시오. CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.