L.A. Care Medicare Plus™
(HMO D-SNP)

2026 가입자 안내서

2026년 1월 1일~2026년 12월 31일

H1224_2026_MedProd_EOC_C_KO_Approved

L.A. Medicare Plus(HMO D-SNP) *가입자 안내서*

2026년 1월 1일~2026년 12월 31일

L.A. Care Health Plan에 의한 가입자의 진료 및 약품 혜택

가입자 안내서 개요

이 *가입자 안내서*는 *보험 혜택적용범위 증명서*라고도 하며, 2026년 12월 31일까지 플랜에 적용되는 혜택을 안내합니다. 의료 서비스, 행동 건강(정신 건강 및 약물 사용 장애) 서비스, 약품 혜택, 장기 요양 서비스 및 지원 등에 대해 설명합니다. 주요 용어와 그 정의는 본 *가입자 안내서* **제12장**에 알파벳 순서로 기재되어 있습니다.

본 안내서는 중요한 법적 문서이므로 안전한 장소에 보관하시기 바랍니다.

본 *가입자 안내서*에서 "당사", "저희" 또는 "당사 플랜"이라고 하면 L.A. Care Medicare Plus를 의미합니다.

이 문서는 *아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 펀자브어, 힌디어, 흐몽어, 일본어, 한국어, 라오스어, 마이엔어, 캄보디아어, 페르시아어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어, 태국어, 우크라이나어, 베트남어로 무료 제공됩니다.*

무료 대형 활자 인쇄본, 점자 및/또는 음성 안내로 된 자료가 필요하신 경우, 공휴일을 포함하여 연중무휴 24시간 운영하는 가입자 서비스 1-833-522-3767(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다.

- 귀하는 당사에 항상 귀하에게 필요한 언어 또는 형식으로 정보를 보내줄 것을 요청할 수 있습니다. 이를 상시 요청이라고 부릅니다. 저희는 귀하의 상시 요청을 추적하여 저희가 귀하에게 정보를 보낼 때마다 귀하가 별도의 요청을 할 필요가 없도록 할 것입니다. 이 문서를 영어 외의 다른 언어 및/또는 대체 형식으로 받아보고자 하는 경우, 가입자 서비스부에 (833) 522-3767(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 이 전화는 공휴일을 포함하여 연중무휴 24시간 운영됩니다. 상담원이 귀하가 상시 요청을 하거나 이를 변경하도록 도와드릴 수 있습니다.

언어 지원 서비스 및 보조 도구 및 서비스 이용 가능 여부에 대한 안내

❖ ATTENTION: If you need help in your language, call **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-833-522-3767** (TTY: **711**). These services are free of charge.

❖ **الشعار بالعربية (Arabic)**
يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ **1-833-522-3767** (TTY: **711**). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ **1-833-522-3767** (TTY: **711**). هذه الخدمات مجانية.

❖ **Հայերեն պիտակ (Armenian)**
ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք **1-833-522-3767** (TTY: **711**): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք **1-833-522-3767** (TTY: **711**): Այդ ծառայություններն անվճար են:

❖ **简体中文标语 (Chinese)**
请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 **1-833-522-3767** (TTY: **711**)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 **1-833-522-3767** (TTY: **711**)。这些服务都是免费的。

❖ **ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)**
ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ **1-833-522-3767** (TTY: **711**). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-833-522-3767** (TTY: **711**). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

❖ **हिंदी टैगलाइन (Hindi)**
ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो **1-833-522-3767** (TTY: **711**) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। **1-833-522-3767** (TTY: **711**) पर कॉल करें। ये सेवाएं निःशुल्क हैं।

❖ **Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)**
CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

❖ **日本語表記 (Japanese)**
注意日本語での対応が必要な場合は **1-833-522-3767** (TTY: **711**) へお電話ください。点字 の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。**1-833-522-3767** (TTY: **711**) へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

❖ **한국어 태그라인 (Korean)**
유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 **1-833-522-3767** (TTY: **711**) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. **1-833-522-3767** (TTY: **711**) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

❖ **แทกไลพาสาลาว (Laotian)**
ปะกาด: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-833-522-376**7 (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສຳລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນ ແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-833-522-3767** (TTY: **711**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

❖ **Mien Tagline (Mien)**
LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Liouh lorx jauvlouc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

❖ **ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Cambodian)**
ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទ ទៅលេខ **1-833-522-3767** (TTY: **711**)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរ ផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ **1-833-522-3767** (TTY: **711**)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

❖ **مطلب به زبان فارسی (Farsi)**
توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با **1-833-522-3767** (TTY: **711**) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با **1-833-522-3767** (TTY: **711**) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

❖ **Русский слоган (Russian)**
ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Такие услуги предоставляются бесплатно.

❖ **Mensaje en español (Spanish)**
ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-833-522-3767** (TTY: **711**). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Estos servicios son gratuitos.

❖ **Tagalog Tagline (Tagalog)**
ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Libre ang mga serbisyong ito.

❖ **แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)**
โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-833-522-3767** (TTY: **711**) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-833-522-3767** (TTY: **711**) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

❖ **Примітка українською (Ukrainian)**
УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-833-522-3767 (TTY: **711**). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Ці послуги безкоштовні.

❖ **Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)**
CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Các dịch vụ này đều miễn phí

다른 언어

❖ 다른 언어로 된 이 *가입자 안내서* 및 다른 플랜 자료를 무료로 제공합니다. L.A. Care Medicare Plus는 자격을 갖춘 번역가의 서면 번역본을 제공합니다. 1-833-522-3767(TTY 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 통역 및 번역 서비스와 같은 의료 언어 지원 서비스에 관해 더 자세히 알아보시려면 본 *가입자 안내서*를 읽어보십시오.

다른 형식

❖ 이 정보는 점자 20pt 대형 활자 인쇄본, 음성 형식 및 장애인을 배려한 형식(데이터 CD) 등의 다른 형식으로도 시기 적절하게 무료 제공됩니다. 1-833-522-3767 (TTY 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다.

통역사 서비스

❖ L.A. Care Medicare Plus는 24시간 언제나 자격을 갖춘 통역사가 구두 통역 서비스 및 수어를 무료로 제공합니다. 귀하의 가족 또는 친구가 통역해 줄 필요가 없습니다. 응급 상황이 아닌 이상, 미성년자에게 통역을 부탁하는 것은 바람직하지 않습니다. 통역사, 언어 및 문화 서비스는 무료로 제공됩니다. 연중무휴 24시간 도움을 요청하실 수 있습니다. 언어적 도움이 필요하거나 다른 언어로 된 이 가입자 안내서를 받고자 하는 경우 1-833-522-3767(TTY 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다.

목차

제1장: 신규 가입자를 위한 안내 10
제2장: 중요한 전화번호 및 리소스 22
제3장: 플랜 혜택을 의료 서비스 및 여타 보험적용이 되는 서비스에 이용하는 법 45
제4장: 보험 혜택 차트 68
제5장: 외래 약품 받기 137
제6장: Medicare 및 Medi-Cal 약품에 대한 가입자 부담 156
제7장: 보험적용이 되는 서비스나 약품에 대해 부과된 청구서에 대한 당사 부담 비용 요청하기 167
제8장: 가입자의 권리와 책임 173
제9장: 문제나 불만 사항이 있는 경우 대처 방법(보험적용 결정, 재고 요청, 불만 제기 등) 193
제10장: 플랜 탈퇴 239
제11장: 법적 고지 248
제12장: 중요 용어 정의 252

면책 조항

- L.A. Care Medicare Plus(HMO D-SNP)는 Medicare 및 Medi-Cal과 계약을 체결하여 가입자에게 두 프로그램의 혜택을 모두 제공하는 건강 플랜입니다. L.A. Care Medicare Plus 가입은 계약 갱신에 따라 달라집니다.
- 혜택 및/또는 코페이먼트는 2027년 1월 1일에 변경될 수 있습니다.
- 보험적용이 되는 약물, 약국 네트워크 및/또는 의료제공자 네트워크는 언제든 변경될 수 있습니다. 귀하에게 영향을 미치는 변경 사항은 30일 이상 전에 미리 고지를 드립니다.

제1장: 신규 가입자를 위한 안내

서문

이 장에는 귀하의 모든 Medicare 서비스에 보험 혜택을 제공하고 모든 Medicare 및 Medi-Cal 서비스와 그에 따른 회원 자격을 운용하는 건강 플랜인 L.A. Care Medicare Plus 에 대한 정보가 나와 있습니다. 또한 귀하가 받을 수 있는 혜택과 저희가 제공하는 기타 정보도 알려드립니다. 주요 용어와 정의는 본 *가입자 안내서*의 마지막 장에 알파벳순으로 정리되어 있습니다.

목차

A. 플랜 가입 환영 12
B. Medicare 및 Medi-Cal에 대한 설명 12
B1. Medicare 12
B2. Medi-Cal 12
C. 플랜 장점 13
D. 플랜의 서비스 지역 14
E. 플랜 가입 자격 14
F. 처음 건강 플랜에 가입한 가입자를 위한 예상 상황 14
G. 케어 팀 및 케어 플랜 설명 15
G1. 케어 팀 15
G2. 케어 플랜 16

H. 주요 비용 요약 16
H1. 플랜 보험료 16
귀하가 받고 있는 추가 지원 수준에 따라 이 플랜에 대한 보험료를 내지 않을 수도 있습니다. 추가 지원(Extra Help)이란, 저소득자 및 빈곤자가 보험료, 공제액, 코페이먼트 등과 같이 Medicare 파트 D 처방약의 약제비를 지불할 수 있도록 지원하는 Medicare 프로그램입니다. 추가 지원은 '저소득자 보조금(Low-Income Subsidy, LIS)'이라고도 합니다. 16
H3. 선택적 추가 혜택 보험 17
H4. Medicare 처방전 지불 금액 17
I. 본 *가입자 안내서* 17
J. 기타 당사에서 얻을 수 있는 중요한 정보 17
J1. 가입자 ID 카드 18
J2. *의료제공자 및 약국 명부* 18
J3. *보험적용 약품 목록* 19
J4. *혜택 설명* 20
K. 회원 기록 최신 상태로 유지하기 20
K1. 개인 건강 정보(PHI)에 대한 개인 정보 보호 21

A. 플랜 가입 환영

당사 플랜은 두 프로그램에 모두 가입할 자격이 있는 개인에게 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 제공합니다. 당사 플랜은 의사, 병원, 약국, 장기 요양 서비스 및 지원, 행동 건강 서비스 의료제공자, 기타 의료제공자로 구성되어 있습니다. 치료 관리사와 케어 팀도 있어 가입자의 의료제공자 및 서비스 이용을 돕습니다. 이들은 다 함께 일하며 가입자에게 필요한 진료를 제공합니다.

L.A. Care Medicare Plus는 Medicare Medi-Cal Plan(MMP 또는 Medi-Medi 플랜)으로, L.A. Care 건강 플랜이 특별히 제공하는 가입 방식의 이중 자격 특별 필요 플랜입니다.

L.A. Care Health Plan은 로스앤젤레스 카운티 지역 건강 관리 공단(Local Initiative Health Authority for Los Angeles County)을 공식 명칭으로 하는 공공 기관입니다. L.A. Care Health Plan은 캘리포니아주의 인가를 받은 독립적인 공공 관리 건강 플랜입니다. L.A. Care Health Plan은 의사, 진료소, 병원, 기타 의료제공자와 협력하여 귀하에게 양질의 의료 서비스를 제공합니다.

B. Medicare 및 Medi-Cal에 대한 설명

B1. Medicare

Medicare는 다음 사람을 위한 연방 건강보험 프로그램입니다.

- 만 65세 이상인 분들
- 특정 장애가 있는 일부 만 65세 미만인 사람
- 말기 신장 질환(신장 기능 상실)이 있는 사람

B2. Medi-Cal

Medi-Cal은 캘리포니아주 Medicaid 프로그램 이름입니다. Medi-Cal은 주 정부가 운영하고 주 정부와 연방 정부가 비용을 부담합니다. Medi-Cal에서는 저소득층의 장기 요양 서비스 및 지원(Long-Term Services and Supports, LTSS) 비용과 의료비의 부담을 덜어드립니다. 또한 Medicare 혜택이 없는 가외 서비스와 약품 비용을 부담합니다.

다음은 주 정부에서 각기 결정합니다.

- 소득 및 리소스로 인정되는 범위
- 자격이 있는 대상자
- 혜택을 받을 수 있는 서비스
- 서비스 비용

연방 규칙을 따르는 한 자체 프로그램 운영 방법도 결정할 수 있습니다.

Medicare 및 캘리포니아주에서 당사 플랜을 승인했습니다. 저희 플랜은 다음 경우에 한해 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 제공합니다.

- 당사에서 플랜을 계속 제공하기로 선택하는 경우
- Medicare와 캘리포니아주에서 저희에게 이 플랜을 계속 제공하도록 허용한 경우.

향후 저희 플랜의 운영이 중단되더라도 귀하의 Medicare 및 Medi-Cal 서비스 이용 자격은 영향을 받지 않습니다.

C. 플랜 장점

앞으로 귀하는 약품을 비롯한 모든 Medicare 및 Medi-Cal 보장 서비스를 받게 됩니다. **이 건강 플랜에 가입하는 데는 추가 요금을 부과하지 않습니다.**

당사는 Medicare와 Medi-Cal 혜택이 가입자를 위해 더 좋은 효과를 내도록 돕습니다. 대표적인 장점은 다음과 같습니다.

- **대부분** 건강 진료 요구 사항에 대해 당사와 협력할 수 있습니다.
- 귀하를 위한 케어 팀이 조직되어 통합 서비스 이용을 돕습니다. 케어 팀에는 귀하, 간병인, 의사, 간호사, 카운셀러, 기타 의료 전문가가 포함될 수 있습니다.
- 가입자는 치료 관리사를 이용할 수 있습니다. 치료 관리사는 귀하, 당사 플랜, 케어 팀과 협력하여 케어 플랜 작성을 돕는 사람입니다.
- 가입자는 케어 팀 및 치료 관리사의 도움을 받아 자신이 이용하는 서비스를 관리할 수 있습니다.
- 케어 팀과 치료 관리사는 가입자를 도와 **가입자**의 건강상 필요에 부합하는 케어 플랜을 마련합니다. 케어 팀은 귀하에게 필요한 서비스의 운영을 돕습니다. 예를 들어 케어 팀은 다음과 같은 도움을 제공합니다.
    - 의사는 가입자가 복용 중인 모든 약을 파악하고 가입자가 올바른 약을 복용하게 하며, 아울러 담당 의사들은 발생 가능한 약물 부작용을 줄일 수 있게 합니다.
    - 필요한 경우 귀하의 검사 결과를 모든 담당 의사 및 기타 의료제공자와 공유하도록 합니다.

L.A. Care Medicare Plus 신규 가입자: 대부분의 경우 L.A. Care Medicare Plus에 가입되면 L.A. Care Medicare Plus에 가입을 신청한 날짜를 기준으로 그달 1일부터 Medicare 혜택을 받게 됩니다. 그래도 이후 추가로 1개월 동안은 이전 L..A. Care Medi-Cal 건강 플랜을 통해 L.A. Care Medi-Cal 혜택을 받을 수 있습니다. 그 이후부터는 L.A. Care Medicare Plus를 통해 혜택을 받게 됩니다. L.A. Care Medi-Cal 보험 혜택에 공백은 없습니다. 궁금한 점이 있는 경우 페이지 하단의 전화번호로 문의하시기 바랍니다.

D. 플랜의 서비스 지역

당사 서비스 지역에는 캘리포니아 로스앤젤레스 카운티의 카운티들이 포함됩니다.

저희 서비스 지역 주민에 한해 플랜에 가입할 수 있습니다.

서비스 지역이 아닌 곳으로 이주할 경우 이 플랜 가입을 유지할 수 없습니다. 서비스 지역 외로 이사하는 경우에 대한 정보는 본 *가입자 안내서* **제8장을 참조하십시오.**

E. 플랜 가입 자격

다음과 같은 분은 저희 플랜에 가입할 자격이 있습니다.

- 서비스 지역 거주자(물리적으로 해당 지역에 있더라도 수감자는 서비스 지역에 거주하는 것으로 간주하지 않음)
- 가입 당시 21세 이상
- Medicare 파트 A 및 Medicare 파트 B에 둘 다 수혜 자격이 있어야 함
- 미국 시민이거나 미국에 합법적으로 거주하고 있음
- 현재 Medi-Cal 수혜 자격이 있음.

Medi-Cal 자격 조건을 상실했으나 3개월 이내에 자격 조건을 다시 취득할 것으로 예상되는 경우, 플랜 자격을 유지할 수 있습니다.

자세한 내용은 가입자 서비스부에 문의하십시오.

F. 처음 건강 플랜에 가입한 가입자를 위한 예상 상황

당사 플랜에 처음으로 가입하고 나면 가입 발효일 전후 90일 이내로 건강 위험 평가(Health Risk Assessment, HRA)를 받게 됩니다.

당사는 가입자를 대상으로 반드시 HRA를 완료해야 합니다. 이 HRA를 바탕으로 케어 플랜을 마련합니다. HRA에는 가입자에게 필요한 의료서비스, 행동 건강, 기능 지원 등을 파악하기 위한 문항이 포함되어 있습니다.

저희는 귀하에게 연락하여 HRA를 진행하며, 직접 방문하거나 전화 통화 또는 우편으로 HRA를 완료할 수 있습니다.

이 HRA에 관한 자세한 정보는 따로 보내드립니다.

플랜에 신규 가입하신 경우, 지금 진료받는 담당 의사가 당사 네트워크 소속이 아니라면 특정 기간 동안은 계속 해당 의사에게 진료받아도 됩니다. 이를 연속 진료라고 합니다. 해당 의사가 당사 네트워크 소속이 아닌 경우, 다음 조건을 모두 충족하면 가입 시점부터 최대 12개월까지

기존 의료제공자 및 서비스를 계속 이용하실 수 있습니다

- 귀하, 귀하의 대리인 또는 의료제공자가 현재 의료제공자를 계속 이용할 수 있게 요청합니다.
- 일부 예외적인 경우를 제외하고 저희가 기존 주치의 또는 전문의 진료 사실을 확인합니다. "기존 관계"는 가입자가 플랜에 처음 가입한 날짜를 기준으로 12개월 전의 기간 안에 응급 상황이 아닌 사유로 네트워크 외 의료제공자에게 한 번 이상 진료받은 적이 있다는 뜻입니다.
    - 기존 관계를 판단하려면 가입자의 이용 가능한 건강 정보나 가입자가 당사에 제공한 정보를 검토해야 합니다.
    - 가입자의 요청은 30일 이내에 답변됩니다. 가입자가 당사에 더 빠른 결정을 신청할 수 있으며, 그런 경우 15일 이내에 대응해야 합니다. 공휴일을 포함해 연중무휴 24시간 운영 중인 1-833-522-3767(TTY: 711)번으로 요청해 주십시오. 가입자에게 위험 가능성이 있는 경우 3일 이내에 답변해야 합니다.
    - 가입자가 그러한 요청을 할 경우 가입자나 해당 의료제공자는 기존 진료 사실을 입증하는 자료를 제출하고 특정 약관에 동의해야 합니다.

참고: 내구성 의료 장비(DME) 제공자에 대해서는 저희가 새로운 DME 임대를 승인하고 네트워크 제공자가 장비를 전달하기 전까지 최소 90일 동안 이 요청을 하실 수 있습니다. 교통편 제공자나 다른 부수적 의료제공자에 대해서는 이 요청을 할 수 없지만, 저희 플랜에 포함되지 않은 교통 서비스나 기타 보조 서비스에 대해서는 요청하실 수 있습니다.

연속 진료 기간이 끝날 경우 저희가 네트워크 외 의사와 계약하지 않는 한, 귀하는 1차진료 의료 그룹과 제휴한 L.A. Care Medicare Puls 네트워크 소속의 의사 및 기타 의료제공자를 이용해야 합니다. 네트워크 의료제공자는 건강 플랜과 협력하는 의료제공자입니다. 귀하가 주치의(Primary Care Provider, PCP)를 선택하면 해당 의료제공자와 제휴한 의료그룹이 배정됩니다. PCP는 귀하가 대부분의 건강 문제와 관련하여 가장 먼저 찾아가는 의사나 기타 의료제공자입니다. 의료 그룹은 환자에게 종합적인 진료 서비스를 제공하고자 조직된 PCP와 전문의의 연합체입니다. 진료 이용에 대한 자세한 내용은 본 *가입자 안내서* **제3장**을 참조하십시오.

G. 케어 팀 및 케어 플랜 설명

G1. 케어 팀

케어 팀은 가입자에게 필요한 진료를 계속해서 받을 수 있게 도움을 드립니다. 케어 팀에는 가입자의 의사, 치료 관리사 또는 가입자가 선택한 기타 의료 전문의가 포함될 수 있습니다.

치료 관리사란 가입자가 자신에게 필요한 진료를 관리할 수 있도록 도울 훈련을 받은 전문가입니다. 당사 플랜에 가입하면 치료 관리사가 배정됩니다. 이 사람은 가입자를 플랜에서 제공하지 않는 다른 커뮤니티 자원에 연결해 진료 의뢰를 할 수도 있고, 케어 팀과 협력하여 치료를 조율하기도 합니다. 페이지 하단에 있는 번호로 전화를 주시면, 귀하의 치료 관리사와 케어 팀에 대한 자세한 정보를 안내받을 수 있습니다.

G2. 케어 플랜

케어 팀도 가입자를 도와 진료 계획을 세웁니다. 케어 플랜은 가입자와 의사가 가입자에게 필요한 서비스의 종류가 무엇이고, 이용 방법이 무엇인지 알려줍니다. 케어 플랜에는 가입자의 의료, 행동 건강, LTSS 또는 기타 서비스가 포함됩니다.

케어 플랜에 포함되는 내용은 다음과 같습니다.

- 개인적 진료 목표 및 선호 사항
- 필요한 서비스를 받기 위한 일정표

HRA를 완료하고 나면 케어 팀에서 연락드립니다. 케어 팀은 어떤 서비스가 필요한지 질문합니다. 또한 가입자가 고려할 만한 서비스에 대해서도 안내합니다. 케어 플랜은 HRA에 대한 답변과 케이 팀에 공유한 기타 정보를 바탕으로 작성됩니다. 변경이 필요할 경우, 케어 팀이 귀하와 함께 연 1회 이상 케어 플랜을 업데이트합니다. 케어 플랜 참여를 원하지 않거나 치료 관리사가 연락을 드릴 수 없는 경우, HRA에 대한 귀하의 답변을 바탕으로 케어 플랜이 작성됩니다.

H. 주요 비용 요약

비용에는 다음 항목이 포함될 수 있습니다.

- 플랜 보험료(**섹션 H1**)
- 월별 Medicare 파트 B 보험료(**섹션 H2**)
- 선택적 추가 혜택 보험료(**섹션 H3**)
- Medicare 처방전 지불 금액(**섹션 H4**)

플랜 보험료는 경우에 따라 더 낮아질 수 있습니다.

H1. 플랜 보험료

귀하가 받고 있는 추가 지원 수준에 따라 이 플랜에 대한 보험료를 내지 않을 수도 있습니다. 추가 지원(Extra Help)이란, 저소득자 및 빈곤자가 보험료, 공제액, 코페이먼트 등과 같이 Medicare 파트 D 처방약의 약제비를 지불할 수 있도록 지원하는 Medicare 프로그램입니다. 추가 보장은 '저소득자 보조금(Low-Income Subsidy, LIS)'이라고도 합니다.

H2. 월별 Medicare 파트 A 및 파트 B 보험료

일부 가입자는 다른 Medicare 보험료를 내야 합니다. 위 **섹션 E**에서 설명한 대로 당사의 플랜에 가입하려면 Medi-Cal 자격 조건을 유지하고 있을 뿐만 아니라 Medicare 파트 A와 Medicare 파트 B에 대한 자격 조건을 유지하고 있어야 합니다. L.A. Care Medicare Plus 가입자의 경우, 대부분 Medi-Cal에서 Medicare 파트 A 보험료(자동 수혜 자격이 없는 경우)와 파트 B 보험료를 대신 부담합니다.

Medi-Cal에서 Medicare 보험료를 대신 부담하지 않을 경우, 가입자가 Medicare 보험료를 계속 지불해야만 플랜 가입 자격을 유지할 수 있습니다. 여기에는 Medicare 파트 B에 대한 보험료가 포함됩니다. 무료 Medicare 파트 A 자격 조건이 없는 가입자의 경우 Medicare 파트 A에 대한 보험료 역시 지불할 수 있습니다. **가입자 서비스부 또는 귀하의 치료 코디네이터에게 연락하여 이러한 변경 사항을 알려주십시오.**

H3. 선택적 추가 혜택 보험

'선택적 추가 혜택'이라고도 불리는 추가 혜택에 가입한 경우, 이러한 추가 혜택에 대해 매달 추가 보험료를 지불해야 합니다. 자세한 내용은 **제4장** 섹션 E를 참조하십시오.

H4. Medicare 처방전 지불 금액

Medicare 처방전 지불 플랜에 가입하는 경우, (약국에 비용을 지불하는 대신) 플랜으로부터 약품에 대한 청구서를 받게 됩니다. 월별 청구서는 가입자가 받은 처방전에 대해 지불해야 하는 금액과 이전 달 잔액을 더한 금액을 해당 연도에 남은 개월 수로 나눈 값을 기준으로 합니다.

제2장에 Medicare 처방전 지불 플랜에 대한 자세한 설명이 나와 있습니다. 이 지불 옵션에서 청구되는 금액에 동의하지 않는 경우, **제9장**의 절차에 따라 불만을 제기하거나 재고 요청을 할 수 있습니다.

I. 본 *가입자 안내서*

본 *가입자 안내서*는 저희와 귀하가 체결하는 계약의 일부이므로 저희는 본 문서에 수록된 모든 규정을 준수해야 합니다. 저희측에서 본 규정에 위배되는 조치를 했다고 여겨질 경우 귀하는 해당 조치에 대한 재고를 요청할 수 있습니다. 재고 방법은 본 *가입자 안내서* **제9장**을 참조하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의하십시오.

페이지 하단에 나와 있는 번호로 가입자 서비스에 전화하여 *가입자 안내서*를 요청할 수도 있습니다. 또한 페이지 맨 아래에 있는 웹 주소를 따라 당사 웹사이트로 이동해 *가입자 안내서*를 참조해도 됩니다.

이 계약은 2026년 1월 1일부터 2026년 12월 31일까지 플랜에 가입한 기간에 한하여 효력이 있습니다.

J. 기타 당사에서 얻을 수 있는 중요한 정보

이외에 당사에서 제공하는 중요한 정보로는 가입자 ID 카드, *의료제공자 및 약국 명부*에 액세스하는 법, 그리고 *약품 목록* 또는 *처방집*이라고도 하는 *보험적용 약품 목록*에 액세스하는 법 관련 정보 등이 있습니다.

J1. 가입자 ID 카드

저희 플랜 가입자는 장기 요양 서비스 및 지원(Long-Term Services and Supports, LTSS), 일부 행동 건강 서비스 및 처방약 등이 포함되는 Medicare 및 Medi-Cal 서비스 통합 카드를 받게 됩니다. 각종 서비스를 받을 때나 처방전을 이용할 때 이 카드를 제시하면 됩니다. 다음은 가입자 ID 카드의 샘플입니다.

가입자 ID 카드가 손상되거나, 가입자 ID 카드를 분실하거나 도난당한 경우, 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 바로 전화하시면 새 카드를 보내드리겠습니다.

당사 플랜에 가입되어 있다면 빨간색, 흰색, 파란색의 Medicare 카드나 Medi-Cal 카드를 제시하지 않아도 대부분 서비스를 받을 수 있습니다. 이러한 카드는 나중에 필요한 경우에 대비하여 안전한 곳에 보관하십시오. 가입자 ID 카드 대신 Medicare 카드를 제시하면 의료제공자가 당사 플랜이 아니라 Medicare에 보험료를 청구하고, 가입자에게도 청구서가 발송될 수 있습니다. 병원 서비스, 호스피스 서비스가 필요하거나 Medicare에서 승인한 임상 연구(임상 시험이라고도 함)에 참여할 때는 Medicare 카드를 제시해달라고 요청받을 수 있습니다. 의료비 청구서를 받을 경우 할 수 있는 일에 관해서는 본 *가입자 안내서* **제7장**을 참조하십시오.

다음 서비스를 이용하려면 Medi-Cal 카드 또는 혜택 ID 카드(Benefits Identification Card, BIC)를 꼭 제시해야 한다는 점을 유의하십시오.

- 약물 사용 장애
- Medi-Cal Rx
- 가급적 두 카드를 모두 지참해야 서비스를 이용할 수 있습니다.

J2. *의료제공자 및 약국 명부*

*의료제공자 및 약국 명부*에는 플랜 네트워크 소속 의료제공자와 약국들이 수록되어 있습니다. 저희 플랜의 가입자는 반드시 네트워크 의료제공자를 이용해야 보험으로 제공되는 서비스를 받을 수 있습니다.

의료제공자 및 약국 명부(전자 사본 또는 인쇄본 형식)는 페이지 맨 아래에 있는 전화번호로 가입자 서비스부에 전화 문의하여 신청하시면 됩니다. 의료제공자 및 약국 명부 인쇄본 요청 시, 영업일 기준 3일 이내에 우편으로 발송해 드립니다.

궁금한 점이 있으시면 L.A. Care Medicare Plus에 1-833-522-3767(TTY: 711)번으로 전화 문의 바랍니다. 이 전화는 하루 24시간, 연중무휴로 운영됩니다(공휴일 포함). 통화료는 무료입니다.
자세한 내용은 medicare.lacare.org를 참조하십시오.

페이지 하단의 웹 주소에 있는 *의료제공자 및 약국 명부*를 참조하실 수 있습니다.

이 목록에는 L.A. Care Medicare Plus 플랜 가입자가 이용할 수 있는 의료 전문가(예: 의사, 임상간호사, 심리학자), 시설(예: 병원 또는 진료소), 지원 서비스 제공처(예: 성인 주간 의료(Adult Day Health, ADH) 및 가정 건강 서비스 제공처) 정보가 수록되어 있습니다. 저희는 또한 귀하가 처방약을 받기 위해 사용할 수 있는 약국들을 기재하고 있습니다. 네트워크 의료제공자의 이름, 주소, 전화번호, 전문분야 자격, 전공, 다닌 의과대학, 전공의 수련 및 자격 인증 여부에 관한 정보에 대한 문의는 가입자서비스부로 연락하십시오. **네트워크 의료제공자에 대한 정의**

- 당사 네트워크 의료제공자에는 다음이 포함됩니다.
  - 저희 플랜 가입자가 이용할 수 있는 의사, 간호사, 기타 의료 전문가
  - 저희 플랜 소속으로 의료서비스를 제공하는 진료소, 병원, 간호 시설, 기타 시설
  - MLTSS, 행동 건강서비스, 가정 건강 기관, 내구성 의료 장비(DME) 공급업자, 가입자가 Medicare나 Medi-Cal로 받는 물품과 서비스를 제공하는 기타 업체 등

네트워크 의료제공자는 보험이 적용되는 서비스의 비용 전액을 저희 플랜에서 지급받는 데 동의했습니다.

네트워크 약국에 대한 정의

- 네트워크 약국은 저희 플랜 가입자에게 처방약을 조제하기로 동의한 약국입니다. *의료제공자 및 약국 명부*에서 네트워크 약국을 검색하여 이용하실 수 있습니다.
- 응급 상황을 제외하고 저희 플랜으로 하여금 귀하의 처방약 비용을 지불하기를 원하면 반드시 저희 네트워크 약국에 가서 처방전을 구매해야 합니다.

자세한 내용은 페이지 맨 아래에 있는 번호로 가입자 서비스부에 문의하십시오. 가입자 서비스부는 물론 웹사이트에서도 저희 네트워크 약국과 제공자들의 변동 사항에 관한 최신 정보를 알아보실 수 있습니다.

J3. *보험적용 약품 목록*

이 플랜에는 *보험적용 약품 목록*이 있으며, 줄여서 *약품 목록*이라고 합니다. 여기에는 저희 플랜에서 보장하는 약품이 나와 있습니다. 이 목록에 있는 약품은 저희 플랜이 의사와 약사들의 도움을 받아 정한 것입니다. 이 *약품 목록*은 Medicare가 정한 요건을 준수해야 합니다. Medicare 약품 가격 협상 프로그램에 따라 협상된 가격이 책정된 약품은 **제5장, 섹션 B**에 설명된 대로 삭제 및 대체되지 않는 한 귀하의 *약품 목록*에 포함됩니다. Medicare는 L.A. Care Medicare Plus *약품 목록*을 승인했습니다.

가입자가 처방받을 수 있는 수량 제한 등, 어떤 약물에 적용되는 규칙이나 제한 사항도 *약품 목록*에서 확인 가능합니다. 자세한 정보는 본 *가입자 안내서* **제5장**을 참조하십시오.

당사에서 매년 가입자에게 *약품 목록*에 액세스하는 방법을 안내하지만, 연중 몇 가지 변동 사항이 발생할 가능성이 있습니다. 보험이 적용되는 약품에 관한 최신 정보를 알아보려면 가입자 서비스부에 전화 문의하거나 페이지 하단에 있는 웹사이트를 참조하시기 바랍니다

J4. *혜택 설명*

Medicare 파트 D 약품 혜택을 이용할 경우, 귀하에게 요약본을 보내드리므로 이를 참조하여 Medicare 파트 D 약품 보장 내역을 확인하고 관리하실 수 있습니다. 이 요약본은 *혜택 설명* (Explanation of Benefits, EOB)이라고 합니다.

이 EOB를 보면 해당 월에 귀하 본인 또는 대리인이 Medicare 파트 D 약품에 대해 지출한 총액과 저희가 각 Medicare 파트 D 약품에 대해 지급한 총액을 알 수 있습니다. 이 EOB는 청구서가 아닙니다. EOB에는 복용할 수 있는 약품에 대한 추가 정보가 있습니다. 본 *가입자 안내서*의 **제6장**에는 EOB에 대한 자세한 정보와 이를 통해 약품 보장 내역을 확인하는 방법이 나와 있습니다.

귀하가 EOB를 요청하실 수도 있습니다. 사본을 받으려면 페이지 하단에 기재된 번호로 가입자 서비스부에 문의하십시오.

K. 회원 기록 최신 상태로 유지하기

개인정보가 변경될 경우 저희에게 알려주시면 귀하의 기록을 최신 정보로 유지할 수 있습니다.

당사 기록에 올바른 정보가 기재되어 있는지 확인하려면 이 정보가 필요합니다. 저희 플랜 네트워크 소속 의사, 병원, 약국 및 기타 의료제공자는 귀하의 회원 기록을 사용하여 보장되는 서비스 및 약품의 종료와 가입자의 비용 분담금을 알 수 있습니다. 따라서 저희가 가입자 정보를 최신으로 유지하도록 도와주시는 것이 대단히 중요합니다.

다음 사항에 대해서는 바로 알려주시기 바랍니다.

- 이름, 주소 또는 전화번호 변경
- 종류를 막론하고 다른 건강보험(본인의 직장 보험, 배우자의 직장 보험, 동거 파트너의 직장 보험, 근로자 보상 등) 혜택상의 변동 사항
- 차량 사고로 인한 클레임 등, 법적 배상책임
- 간호 시설 또는 병원 입원
- 병원 또는 응급실 치료
- 보호자(귀하를 책임자는 타인)에 대한 변경
- 임상 연구에 참여하는지 여부. (**참고:** 참여하려는 임상 연구에 대해 알려주실 의무는 없으나 저희에게 알려주시는 것을 권장합니다.)

정보 변경 사항이 있으면 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화해 주십시오.

정보 변경은 귀하의 L.A. Care Connect 온라인 계정을 통해서도 할 수 있습니다. L.A. Care Connect는 L.A. Care Medicare Plus 가입자에게 제공되는 온라인 계정입니다(등록 후 이용 가능). L.A. Care Connect 계정을 등록하고 여기에 액세스하려면 **www. medicare.lacare.org**를 참조하시기 바랍니다. 계정 등록 후, 로그인하면 다음 기능을 이용할 수 있습니다.

- 자격 및 혜택 보기
- ID 카드 요청, 보기 및/또는 출력
- 귀하의 의사 또는 의료 그룹 변경
- 의약품 관리, 약품 기록 확인, 약국 찾기 및 기타 약국 혜택 이용
- 이용 가능한 건강 증진 프로그램 참여

K1. 개인 건강 정보(PHI)에 대한 개인 정보 보호

회원 기록 정보에는 개인 건강 정보(Personal Health Information, PHI)가 포함될 수 있습니다. 가입자의 개인 건강 정보는 연방 및 주 법률에 따라 기밀 유지 대상으로 보호받습니다. 저희는 귀하의 PHI를 보호합니다. 가입자의 PHI를 보호하는 조치에 대한 자세한 정보는 본 *가입자 안내서* **제8장**을 참조하십시오.

제2장: 중요한 전화번호 및 리소스

서문

이 장에는 저희 플랜 및 건강 보험 혜택에 관한 질문에 도움이 되는 중요한 기관들의 연락처 정보가 들어 있습니다. 또한 가입자의 치료 관리사 및 가입자의 권리를 옹호해 줄 수 있는 이들에게 연락하는 방법에 대한 정보도 얻을 수 있습니다. 주요 용어와 정의는 본 *가입자 안내서*의 마지막 장에 알파벳순으로 정리되어 있습니다.

목차

A. 가입자 서비스 23
B. 치료 관리사 26
C. 건강보험 상담 지원 프로그램(HICAP) 29
D. 간호사 상담 전화 30
E. 행동 건강 위기 상담 31
F. 품질 향상 단체(QIO) 32
G. Medicare 33
H. Medi-Cal 34
I. 옴부즈맨의 Medi-Cal 관리 의료 및 정신 건강 사무소 35
J. 카운티 복지 서비스 36
K. 카운티 행동 건강 서비스국 37
L. 캘리포니아주 관리보건국 38
M. 약품 비용 지원 프로그램 39
M1. Medicare의 추가 지원 39
M2. AIDS 약품 지원 프로그램(ADAP) 40
M3. Medicare 처방약 지불 플랜 40
N. 사회 보장국 41
O. 철도원 퇴직 위원회(RRB) 42
P. 기타 기관 43
Q. Medi-Cal Dental 44

A. 가입자 서비스

전화	*1-833-522-3767*. 통화료는 무료입니다. *연중무휴 24시간 언제든(공휴일 포함) 위의 번호로 전화하면 본 자료의 대형 활자 인쇄본, 점자 및/또는 오디오 등, 다른 형식의 자료를 무료로 제공받을 수 있습니다.* 영어를 못하시는 분들에게는 통역 서비스를 무료로 제공합니다.
TTY	711번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 이 번호는 청력 또는 언어 장애가 있는 분들을 위한 것입니다. 특수 전화 장비가 있어야 통화하실 수 있습니다. *공휴일을 포함하여 연중무휴 24시간 운영됩니다.*
팩스	*1-213-438-5712*
우편	L.A. Care Medicare Plus Attn: Member Services Department 1200 West 7th Street Los Angeles, CA 90017
웹사이트	medicare.lacare.org

도움이 필요한 경우 가입자 서비스부에 문의하십시오.

- 플랜에 관한 문의
- 청구, 고지서에 관한 문의
- 가입자의 진료에 대한 보험적용 결정
  - 진료에 대한 보험적용 결정은 다음 내용을 결정하는 것입니다.
    - 가입자의 보험 혜택 및 보장 서비스 **또는**
    - 진료에 대해 플랜에서 부담하는 금액
  - 진료에 대한 보험적용 결정 관련해 궁금한 점이 있는 경우 저희에게 전화하시기 바랍니다.
  - 보험적용 결정에 관해 자세히 알아보려면 본 *가입자 안내서* **제9장**을 참조하십시오.

- 진료에 대한 재고 요청
  - 재고 요청은 당사가 가입자의 혜택에 관해 내린 결정이 가입자가 판단하기에 당사에서 실수한 것이라고 생각되거나, 가입자 입장에서는 결정에 동의할 수 없는 경우 다시 검토해달라고 정식으로 요청하는 것을 말합니다.
  - 제고 요청에 관한 자세한 정보를 알아보려면 본 *가입자 안내서* **제9장**을 참조하거나 가입자 서비스부에 문의하시기 바랍니다.
- 진료에 대한 불만 제기
  - 저희나 어느 의료제공자(비-네트워크 또는 네트워크 상관없이)에게 불만을 제기하실 수 있습니다. 네트워크 의료제공자란 저희 플랜과 함께 일하는 의료제공자를 말합니다. 귀하가 받은 진료의 품질에 대해 저희에게 또는 품질 향상 단체(Quality Improvement Organization, QIO)에 불만을 제기하실 수도 있습니다(**섹션 F** 참조).
  - 1-833-522-3767(TTY: 711)번으로 당사에 문의하여 불만 사항을 설명해 주시면 됩니다. 이 전화는 연중무휴 24시간 운영됩니다(공휴일 포함).
  - 제기한 불만이 귀하의 진료에 대한 보험적용 결정에 관한 것이라면 재고 요청을 하실 수 있습니다(위 항목 참조).
  - Medicare에 저희 플랜에 대한 불만 제기 서신을 보낼 수도 있습니다. 다음 웹사이트의 온라인 양식을 이용하면 됩니다(www.medicare.gov/my/medicare-complaint). 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 연락하여 도움을 요청하셔도 됩니다.
  - Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램에 1-855-501-3077번으로 전화하여 당사 플랜에 대한 불만을 제기하실 수 있습니다.
  - 의료 서비스에 관한 불만 제기 방법을 자세히 알아보려면 본 *가입자 안내서* **제9장**을 참조하시기 바랍니다.
- 약품에 대한 보험적용 결정
  - 약품에 대한 보험적용 결정은 다음 내용을 결정하는 것입니다.
    - 가입자의 보험혜택 및 보험적용이 되는 약물, **또는**
    - 해당 약품에 대해 플랜에서 부담하는 금액.
  - Medicare에서 보장하지 않는 약품(예: 일반의약품(over-the-counter, OTC) 및 특정 비타민)은 Medi-Cal Rx에서 보험적용할 수 있습니다. 더 자세한 정보를 알아보려면 Medi-Cal Rx 웹사이트(www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)를 방문하십시오. 또한 Medi-Cal Rx 고객 서비스 센터에 800-977-2273번으로 전화하실 수도 있습니다.
  - 약품 관련 보험적용 결정에 관한 자세한 정보는 본 *가입자 안내서* **제9장**을 참조하십시오.

- 약품에 대한 재고 요청
  - 재고 요청은 보험적용 결정에 대해 변경을 요청하는 방법 중 하나입니다.
  - 약품 관련 재고요청에 대한 자세한 정보는 본 *가입자 안내서* **제9장**을 참조하십시오.
- 약품에 대한 불만 제기
  - 우리 또는 약국에 관해 불만을 제기할 수 있습니다. 약품에 대한 불만도 제기할 수 있습니다.
  - 불만 제기가 약품 보험적용 결정과 관련된 경우, 재고 요청을 할 수 있습니다. (위 섹션 참조)
  - Medicare에 저희 플랜에 대한 불만 제기 서신을 보낼 수도 있습니다. 다음 웹사이트의 온라인 양식을 이용하면 됩니다(www.medicare.gov/my/medicare-complaint). 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 연락하여 도움을 요청하셔도 됩니다.
  - 약품 관련 재고요청에 대한 자세한 정보는 본 *가입자 안내서* **제9장**을 참조하십시오.
- 귀하가 이미 부담한 의료비 또는 약값
  - 당사에 환급을 요청하는 방법이나 가입자가 받은 청구서 대금 납입 방법을 자세히 알아보려면 본 *가입자 안내서* **제7장**을 참조하십시오.
  - 저희에게 청구서 요금 지급을 요청했는데 저희가 일부 요청을 거부할 경우, 해당 결정에 대해 재고 요청을 할 수 있습니다. 본 *가입자 안내서* **제9장**을 참조하십시오.

B. 치료 관리사

치료 관리사(care manager)란?

- 치료 관리사는 귀하에 대해 알고 귀하의 건강상 필요를 이해할 수 있는 간호사 또는 기타 면허가 있는 사람입니다. 치료 관리사는 귀하의 의료 그룹 또는 L.A. Care Health Plan에 소속되어 있을 수 있습니다. 귀하의 케어 매니저는 귀하, 귀하의 의사(들), 간병인 및 귀하의 건강 관리에 관련된 다른 사람들과 함께 팀으로 협력합니다. 치료 관리사는 가입자에게 필요한 치료가 무엇인지 검토하고, 가입자와 함께 케어 플랜을 수립해 가입자에게 치료 방법을 결정하며 치료를 조율하고, 사후관리를 통해 진행 상황을 확인합니다.

치료 관리사에게는 가입자가 최대한 건강한 상태를 유지하기 위해 궁금한 점에 대한 답변을 구하고 적당한 지원 방법을 찾는 데 도움을 청할 수 있습니다.

치료 관리사에게 연락하는 방법

- 아래에 나와 있는 번호로 가입자 서비스부에 연락하면 치료 관리부(Care Management)로 연결해 드릴 것입니다.

치료 관리사를 변경하는 방법

자세한 정보는 가입자 서비스부에 1-833-522-3767(TTY: 711)번으로 문의하시기 바랍니다. 공휴일을 포함하여 연중무휴 24시간 운영됩니다.

전화	1-833-522-3767번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 공휴일을 포함하여 연중무휴 24시간 운영됩니다. 위의 번호로 전화하면 본 자료의 대형 활자 인쇄본, 점자 및/또는 오디오 등, 다른 형식의 자료를 무료로 제공받을 수 있습니다. 영어를 못하시는 분들에게는 통역 서비스를 무료로 제공합니다.
TTY	711번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 이 번호는 청력 또는 언어 장애가 있는 분들을 위한 것입니다. 특수 전화 장비가 있어야 통화하실 수 있습니다. *공휴일을 포함하여 연중무휴 24시간 운영됩니다.*
팩스	1-213-438-5712
우편	L.A. Care Medicare Plus Attn: Member Services Department 1200 West 7th Street Los Angeles, CA 90017
웹사이트	medicare.lacare.org

다음 사항에 대한 도움이 필요하면 치료 관리사에게 문의하십시오.

- 건강 관리에 관한 문의
- 행동 건강(정신 건강 및 약물 사용 장애) 서비스 받는 법에 관한 문의
- 안과 및 치과 혜택에 대한 문의
- 의료 예약 진료까지의 교통편 문의
- 커뮤니티 기반 성인 서비스(Community-Based Adult Services, CBAS), 간호 시설(Nursing Facilities, NF) 등을 포함한 장기 요양 서비스 및 지원(Long-Term Services and Supports, LTSS) 관련 문의
- 집에서의 안전을 지키는 데 도움을 주는 커뮤니티 지원(예: 간병인 서비스, 주택 개조, 주거 및 식단 프로그램) 관련 문의

다음 서비스 이용이 가능할 수 있습니다.

- 지원 생활 시설 전환 서비스
- 지역 사회 기반 성인 서비스(Community-Based Adult Services, CBAS)
- 커뮤니티 또는 전환 서비스
- 주택 개조
- 호스피스
- 가입자의 카운티 사회 복지부를 통한 가정 내 지원 서비스(In-Home Supportive Services, IHSS)
- 전문 간호 서비스
- 물리 치료
- 작업 치료
- 언어 치료
- 의료적 사회 서비스
- 가정 의료 서비스
- 간호 시설에서의 장기 요양(Long Term Care, LTC) 또는 발달 장애인 중간 치료 시설(Intermediate Care Facility for Developmentally Disabled, ICF/DD)(참고: 시설이 L.A. Care와 **계약을 체결**한 경우 사전 승인이 필요하지 않습니다.)
- 완화 진료
- 개인 치료 및 가사도우미 서비스(PCHS)

- 간병인 위탁 간호 서비스
- 주택 개조
- 간호 시설 이송 및 전환 서비스
- 일상의 건강 관리 및 생활에 관해 도움을 요청할 수도 있습니다.

C. 건강보험 상담 지원 프로그램(HICAP)

주 건강보험 지원 프로그램(State Health Insurance Assistance Program, SHIP)은 각 주에 배치된 전문 상담원을 통해 Medicare 관련 질문에 대해 무료로 도움, 정보, 답변을 제공하는 정부 프로그램입니다. 캘리포니아주에서 SHIP는 건강보험 상담 지원 프로그램(Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)이라고 합니다. HICAP 상담원은 귀하의 문의에 답하고, 귀하가 문제 해결 방법을 이해하도록 도와드릴 수 있습니다. 카운티마다 훈련된 HICAP 카운셀러가 있으며, 서비스는 무료입니다.

HICAP는 독립적인 주 프로그램으로, 어떤 보험사나 건강 플랜과도 연계되어 있지 않으며 연방 정부의 자금을 받아 Medicare 수혜자에게 무료 지역 건강보험 상담을 제공합니다.

전화	1-800-434-0222 지역 HICAP 사무소의 상담원에게 상담하려면 예약을 잡으십시오.
TTY	711 통화료는 무료입니다. 이 번호는 청력 또는 언어 장애가 있는 분들을 위한 것입니다. 특수 전화 장비가 있어야 통화하실 수 있습니다.
우편	로스앤젤레스 카운티 HICAP 사무소 4601 Wilshire Blvd., Suite 160 Los Angeles, CA 90010
웹사이트	www.cahealthadvocates.org/HICAP/

다음 사항에 도움이 필요하시면 HICAP에 문의하십시오.

- Medicare에 관한 질문
- HICAP 상담사는 새로운 플랜으로의 변경에 대한 질문에 답해드릴 수 있으며, 다음 사항에 대해 도움을 드릴 수 있습니다.
    - 귀하의 권리를 이해하도록 도움
    - 귀하가 선택할 수 있는 플랜을 이해하도록 도움
    - 플랜 전환에 대한 질문에 답변
    - 진료 또는 치료에 대한 불만을 제기할 수 있도록 도움
    - 고지서 또는 청구 문제 지원

D. 간호사 상담 전화

건강 관련 질문이 있는 경우 간호사 상담 전화로 연중무휴 24시간 동안 연락할 수 있습니다. 간호사들은 긴급 및 응급 수준의 케어 지원을 포함하여 적절한 건강 정보, 교육 및 조언을 제공할 수 있는 훈련 받은 전문가입니다. *진행 중인 치료에 대해 특정한 질문이 있는 경우, 의사의 진료실로 전화하십시오. 간호사 상담 전화는 의사 진료를 대체하지 않습니다.* 간호사 상담 전화는 본인의 건강 상태나 건강 관리와 관련해 궁금한 점이 있을 때 이용하십시오.

전화	1-800-249-3619 통화료는 무료입니다. 공휴일을 포함해 주7일, 하루 24시간 연락할 수 있습니다. 위의 번호로 전화하면 본 자료의 대형 활자 인쇄본, 점자 및/또는 오디오 등, 다른 형식의 자료를 무료로 제공받을 수 있습니다. 영어를 못하시는 분들에게는 통역 서비스를 무료로 제공합니다.
TTY	711 통화료는 무료입니다. 이 번호는 청력 또는 언어 장애가 있는 분들을 위한 것입니다. 특수 전화 장비가 있어야 통화하실 수 있습니다. 공휴일을 포함하여 연중무휴 24시간 운영됩니다.

E. 행동 건강 위기 상담

외롭거나 감당하기 힘들거나 절망적이거나 자살 생각이 드신다면, 위기 서비스가 정서적 지원과 관련된 지원을 제공해 드립니다.

전화	988 통화료는 무료입니다. 공휴일을 포함하여 연중무휴 24시간 운영됩니다. 위의 번호로 전화하면 본 자료의 대형 활자 인쇄본, 점자 및/또는 오디오 등, 다른 형식의 자료를 무료로 제공받을 수 있습니다. 영어를 못하시는 분들에게는 통역 서비스를 무료로 제공합니다.
TTY	988 통화료는 무료입니다. 이 번호는 청력 또는 언어 장애가 있는 분들을 위한 것입니다. 특수 전화 장비가 있어야 통화하실 수 있습니다. 공휴일을 포함하여 연중무휴 24시간 운영됩니다.

행동 건강상태가 긴급하지만 응급 상태는 아닌 경우, 행동 건강에 대한 의학적 문의 사항은 행동 건강 서비스 전화로 연락하십시오.

전화	*정신 건강 서비스: 1-877-344-2858* 통화료는 무료입니다. *약물 사용 서비스: 1-844-804-7500 통화료는 무료입니다.* *공휴일을 포함하여 연중무휴 24시간 운영됩니다. 위의 번호로 전화하면 본 자료의 대형 활자 인쇄본, 점자 및/또는 오디오 등, 다른 형식의 자료를 무료로 제공받을 수 있습니다.* 영어를 못하시는 분들에게는 통역 서비스를 무료로 제공합니다.
TTY	711 통화료는 무료입니다. *이 번호는 청력 또는 언어 장애가 있는 분들을 위한 것입니다. 특수 전화 장비가 있어야 통화하실 수 있습니다.* *공휴일을 포함하여 연중무휴 24시간 운영됩니다.*

다음과 관련된 사항은 행동 건강 위기 상담 전화로 문의하십시오.

- 행동 건강과 약물 중독 서비스에 관한 문의

거주 카운티의 전문 정신 건강 서비스에 관해 궁금한 점이 있으면 **섹션 K**를 참조하십시오.

F. 품질 향상 단체(QIO)

우리 주에는 Commence Health라는 조직이 있습니다. 이 조직은 Medicare 수혜자의 진료 품질 향상에 동참하는 의사 및 기타 의료 전문가로 구성되어 있습니다. Medicare Commence Health는 독립적 조직입니다. 저희 플랜과는 무관합니다.

전화	1-877-588-1123
TTY	711 이 번호는 청력 또는 언어 장애가 있는 분들을 위한 것입니다. 특수 전화 장비가 있어야 통화하실 수 있습니다.
우편	Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
웹사이트	www.livantaqio.com

다음 사항에 대한 도움이 필요하시면 Commence Health에 문의하십시오.

- 건강 관리에 관한 문의
- 다음에 해당될 경우, 받은 진료에 대해 불만이 있을 경우 이를 제기할 수 있습니다.
  - 잘못된 약 처방, 불필요한 검사나 시술, 오진과 같은 진료의 질적 문제를 겪은 경우
  - 입원 기간이 너무 짧은 것 같은 경우 **또는**
  - 가정 간호나 전문 간호 시설 진료 또는 종합 외래 재활 시설(Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 서비스가 너무 빨리 끝난다고 생각되는 경우

G. Medicare

Medicare는 만 65세 이상자, 장애가 있는 일부 만 65세 미만자, 말기 신장 질환(투석이나 신장 이식이 필요한 신장 기능 영구 상실)을 앓고 있는 분을 위한 연방 건강 보험 프로그램입니다.

연방 정부의 Medicare 주무 기관은 Medicare Medicaid 서비스 센터(Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)입니다. 이 기관은 저희를 비롯한 Medicare Advantage 단체와 계약을 맺습니다.

전화	1-800-MEDICARE(1-800-633-4227) 통화료는 무료이며 연중무휴 24시간 언제라도 통화 가능합니다.
TTY	1-877-486-2048번으로 전화할 수 있습니다. 통화료는 무료입니다. 이 번호는 청력 또는 언어 장애가 있는 분들을 위한 것입니다. 특수 전화 장비가 있어야 통화하실 수 있습니다.
실시간 채팅	www.Medicare.gov/talk-to-someone 에서 실시간 채팅을 이용하십시오.
우편	Medicare에 PO Box 1270, Lawrence, KS 66044로 편지를 보내십시오.
웹사이트	www.medicare.gov • 비용 및 제공되는 서비스 내용을 포함하여 귀하가 거주하는 지역의 Medicare 건강 및 약품 플랜에 대한 정보를 제공합니다. • Medicare에 참여하는 의사나 기타 의료 서비스 제공자 및 공급업체를 찾으실 수 있습니다. • 예방 서비스(예: 검진, 접종, 백신, 연간 '웰니스' 방문) 등을 포함하여 Medicare가 보장하는 항목을 확인할 수 있습니다. • Medicare 재고 요청 정보와 양식을 받을 수 있습니다. • 플랜, 요양원, 병원, 의사, 가정 건강관리 기관, 투석 센터, 호스피스 센터, 재활 입원 시설, 장기 요양 병원이 제공하는 진료 품질에 관한 정보를 확인할 수 있습니다. • 유용한 웹사이트와 전화번호를 찾을 수 있습니다. Medicare에 불만을 제기하시려면 www.medicare.gov/my/medicare-complaint 웹사이트를 방문하십시오. Medicare는 불만 사항을 진지하게 다루며, 이 정보를 Medicare 프로그램의 품질 개선에 사용합니다.

H. Medi-Cal

Medi-Cal은 캘리포니아주 Medicaid 프로그램입니다. 이는 아동이 있는 가정, 노인, 장애인, 위탁 보호 아동 및 청소년, 임산부 등을 포함한 저소득층에게 필수적인 의료 서비스를 제공하는 공공 의료 보험 프로그램입니다. Medi-Cal은 주 및 연방 정부 자금으로 지원됩니다.

Medi-Cal 혜택에는 의료, 치과, 행동 건강 및 장기 요양 서비스와 지원이 포함됩니다.

귀하는 Medicare 및 Medi-Cal에 가입됩니다. Medi-Cal 혜택에 관한 질문이 있으시면 플랜 치료 관리사에게 문의하십시오. Medi-Cal 플랜 가입에 관한 질문이 있으시면 건강관리옵션에 문의하십시오.

전화	1-800-430-4263 월요일~금요일, 오전 8시~오후 6시
TTY	1-800-430-7077 이 번호는 청력 또는 언어 장애가 있는 분들을 위한 것입니다. 특수 전화 장비가 있어야 통화하실 수 있습니다.
우편	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
웹사이트	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

I. 옴부즈맨의 Medi-Cal 관리 의료 및 정신 건강 사무소

옴부즈맨 사무소는 중립적인 입장에서 문제 해결을 돕고, 가입자가 의료적으로 필요한 모든 보장 서비스를 받을 수 있도록 지원합니다. 귀하의 이야기를 듣고 질문에 답하며, 상황을 분석하고, 정책과 절차를 설명합니다. 또한 정보와 조언, 선택지를 제공하고 적절한 기관이나 서비스로의 연계를 제안합니다. 이들은 의료 서비스 접근과 관련된 문제에 대해 공정한 해결책을 마련하도록 돕는 역할을 합니다. 그들은 저희 플랜 또는 어느 보험사나 건강플랜과 관계가 없습니다. 그들의 서비스는 무료입니다.

전화	1-888-452-8609 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시
TTY	1-800-430-7077 이 번호는 청력 또는 언어 장애가 있는 분들을 위한 것입니다. 특수 전화 장비가 있어야 통화하실 수 있습니다.
우편	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
이메일	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
웹사이트	www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx

J. 카운티 복지 서비스

가정 내 지원 서비스(In-Home Supportive Services, IHSS), 생계보조비(Supplemental Security Income, SSI), 정신 건강 또는 약물 중독 치료혜택과 관련하여 도움이 필요하면 거주지의 카운티 복지 서비스 기관에 연락하십시오. 로스앤젤레스 카운티에서 보건, 복지, 사회 보장 서비스를 찾는 지역 주민은 2-1-1로 전화해 추가 지원, 리소스 및/또는 연계를 받으시기 바랍니다.

귀하가 안전하게 자택에서 지낼 수 있도록 제공되는 서비스를 지원받으려면 카운티 복지 서비스 기관에 연락해 가정 내 지원 서비스를 신청하십시오. 서비스 유형에는 식사 준비, 목욕, 옷 입기, 세탁, 장보기, 교통 지원 등이 포함될 수 있습니다.

Medi-Cal 자격과 관련해 궁금한 점이 있으시면 카운티 복지 서비스 기관에 문의하십시오.

전화	1-866-613-3777 통화료는 무료입니다. 월요일~금요일(공휴일 제외), 오전 7시 30분~오후 6시 30분 고객 서비스 센터(Customer Service Center, CSC)는 현재 다음과 같은 보조 프로그램 및 언어에 대하여 33개 지구 사무소에 서비스를 제공하는 '단일 접촉 창구(Single point of Contact)'입니다. CalWORKs, CalFresh, Medi-Cal 및 General Relief를 담당하며 서비스 제공 언어는 아르메니아어, 캄보디아어, 영어, 스페인어, 베트남어, 중국어, 페르시아어, 타갈로그어, 러시아어와 한국어입니다.
TTY	711 이 번호는 청력 또는 언어 장애가 있는 분들을 위한 것입니다. 특수 전화 장비가 있어야 통화하실 수 있습니다.
우편	*Los Angeles County Department of Public Social Services* *12860 Crossroads Parkway South* *City of Industry, CA 91746*
웹사이트	*http://dpss.lacounty.gov*

K. 카운티 행동 건강 서비스국

이용 기준을 충족할 경우 카운티를 통해 Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스 및 약물 사용 장애 서비스를 이용하실 수 있습니다.

전화	*1-800-854-7771번으로 문의하십시오.* 통화료는 무료입니다. *정신 건강 서비스는 1번, 약물 사용 서비스는 2번을 누르십시오.* *공휴일을 포함하여 연중무휴 24시간 운영됩니다.* 영어를 못하시는 분들에게는 통역 서비스를 무료로 제공합니다.
TTY	711 통화료는 무료입니다. 이 번호는 청력 또는 언어 장애가 있는 분들을 위한 것입니다. 특수 전화 장비가 있어야 통화하실 수 있습니다. *공휴일을 포함하여 연중무휴 24시간 운영됩니다.*

카운티 행동 건강 서비스국에 문의하여 지원받을 수 있는 내용:

- 카운티에서 제공하는 전문 정신 건강 서비스에 관한 문의
- 카운티에서 제공하는 약물 사용 장애 서비스에 관한 문의
- 로스앤젤레스 카운티 정신건강부(In-Home Supportive Services, DMH)에서는 전문 정신 건강 서비스 외 외래 정신 건강 서비스, 주간 재활 또는 치료 집중 서비스, 위기 개입 및 안정화, 표적 케이스 관리, 의약품 지원 서비스, 거주식 성인 및 위기 치료 서비스, 이동식 위기 서비스를 제공합니다.

L. 캘리포니아주 관리보건국

캘리포니아주 관리보건국(In-Home Supportive Services, DMHC)은 건강보험 감독 기관입니다. DMHC 헬프 센터에서 귀하의 Medi-Cal 서비스 관련 재고 요청 및 불만 제기에 도움을 드릴 수 있습니다.

전화	1-888-466-2219 월~금, 오전 8시~오후 6시에 DMHC 담당자와 통화할 수 있습니다.
TDD	1-877-688-9891 이 번호는 청력 또는 언어 장애가 있는 분들을 위한 것입니다. 특수 전화 장비가 있어야 통화하실 수 있습니다.
우편	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
팩스	1-916-255-5241
웹사이트	www.dmhc.ca.gov

M. 약품 비용 지원 프로그램

Medicare 웹사이트(www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs)는 약품 비용을 낮추는 방법에 대한 정보를 제공합니다. 소득이 제한적인 가입자의 경우, 아래에 설명된 바와 같이 다른 지원 프로그램도 이용하실 수 있습니다.

M1. Medicare의 추가 지원

귀하는 Medi-Cal 수혜 자격이 있으므로 , Medicare로부터 약품 플랜 비용을 지불하기 위한 '추가 지원'을 받으실 수 있습니다. 이 '추가 지원'을 받기 위해 더 하셔야 할 일은 없습니다.

전화	1-800-MEDICARE(1-800-633-4227) 통화료는 무료이며 연중무휴 24시간 언제라도 통화 가능합니다.
TTY	1-877-486-2048 통화료는 무료입니다. 이 번호는 청력 또는 언어 장애가 있는 분들을 위한 것입니다. 특수 전화 장비가 있어야 통화하실 수 있습니다.
웹사이트	www.medicare.gov

약국에서 처방약에 잘못된 금액을 지불하고 있다고 생각되시면, 저희 플랜에는 올바른 코페이먼트 금액을 확인할 수 있는 절차가 마련되어 있습니다. 적절한 금액에 대한 증가를 이미 가지고 계시다면 저희에게 공유하도록 도와드릴 수 있습니다.

- 올바른 코페이먼트 수준을 보여주는 증빙을 받으면, 저희가 시스템을 업데이트하여 귀하가 다음 처방전을 받을 때 올바른 코페이먼트를 지불할 수 있도록 하겠습니다. 코페이먼트를 초과 지불하신 경우, 저희가 수표로 환불해 드리거나 향후 코페이먼트 크레딧을 드립니다. 약국이 귀하의 코페이먼트를 받지 않아 채무가 발생한 경우, 저희가 약국에 직접 해당 금액을 지불할 수 있습니다. 주에서 귀하를 대신하여 비용을 지불한 경우, 저희가 주 정부에 직접 지급할 수 있습니다. 궁금한 점이 있는 경우 페이지 하단에 기재된 번호로 가입자 서비스부에 문의하십시오.

M2. AIDS 약품 지원 프로그램(ADAP)

AIDS 약품 지원 프로그램(AIDS Drug Assistance Program, ADAP)은 HIV/AIDS 환자 중 ADAP 자격이 있는 사람들이 생명을 구하는 HIV 치료제를 이용할 수 있도록 지원합니다. ADAP 처방짐에 포함된 Medicare 파트 D 약품은 주별 ADAP 정보를 통해 처방전 비용 분담 지원을 받을 수 있습니다. 참고: 해당 주에서 ADAP 수혜 자격을 얻으려면, 해당 주 거주 증명과 HIV 상태 증명, 해당 주가 규정한 저소득 증명, 무보험/미달 보험 상태 증명 등 특정 기준을 반드시 충족해야 합니다. 플랜을 변경하는 경우 지역 ADAP 가입 근로자에게 알려서 자격 기준, 보험적용이 되는 약물, 프로그램 등록 방법에 대한 지원을 받으시려면 1-844-421-7050, 월~금, 오전 8:00~오후 5:00(공휴일 제외) 에 문의하십시오.

M3. Medicare 처방약 지불 플랜

Medicare 처방약 지불 플랜은 약품 비용을 달력 연도(1월-12월)에 걸쳐 분산함으로써 저희 플랜에서 보장하는 약품의 본인 지출액 비용을 관리하는 데 도움을 주기 위해 현재의 약품 보험 혜택과 함께 운영되는 지불 선택 사항입니다. Medicare 약품 플랜 또는 약품 혜택이 있는 Medicare 건강 플랜(예를 들어 약품 혜택이 있는 Medicare Advantage 플랜) 가입자는 이 지불 선택 사항을 이용하실 수 있습니다. **이 지불 선택사항은 귀하의 비용을 관리하는 데 도움을 줄 수 있지만 귀하의 약품 비용을 절약하거나 낮춰주지는 않습니다. Medicare 처방약 지불 플랜에 참여하며 동일한 플랜을 유지하는 경우, 이 선택 사항에 계속 참여하기 위해 별도로 해야 할 일은 없습니다.** Medicare의 '추가 지원'과, 자격이 되는 경우 SPAP 및 ADAP에서 제공하는 지원을 이용하는 것이 소득 수준과 관계없이 이 지불 선택 사항에 참여하는 것보다 유리합니다. 또한 약품 혜택이 포함된 플랜은 반드시 이 지불 선택 사항을 제공해야 합니다. 이 지불 선택 사항에 대해 자세한 내용을 확인하려면 페이지 하단에 기재된 번호로 가입자 서비스부에 연락하거나 www.medicare.gov를 방문하십시오.

N. 사회 보장국

사회 보장국은 Medicare 자격을 결정하고 Medicare 가입을 처리합니다.

이사하거나 우편 주소가 변경된 분은 사회 보장국에 연락하여 알려주시는 것이 중요합니다.

전화	1-800-772-1213번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 운영 시간은 월요일~금요일, 오전 8시~오후 7입니다. 자동 응답 전화 서비스를 이용하시면 하루 24시간 언제든지 녹음된 정보를 듣고 일부 용무를 처리하실 수 있습니다.
TTY	1-800-325-0778번으로 문의하십시오. 이 번호는 청력 또는 언어 장애가 있는 분들을 위한 것입니다. 특수 전화 장비가 있어야 통화하실 수 있습니다.
웹사이트	www.ssa.gov

O. 철도원 퇴직 위원회(RRB)

철도원 퇴직 위원회(Railroad Retirement Board, RRB)는 독립 연방 기관으로 전국 철도 근로자와 그 가족의 종합 혜택 프로그램을 관리합니다. RRB를 통해 Medicare에 가입하는 경우, 이사하거나 우편 주소가 변경되었을 시 이 기관으로 알려주십시오. RRB에서 제공하는 혜택에 관한 질문은 해당 기관으로 문의하십시오.

전화	1-877-772-5772번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. "0"번을 누르시면 RRB 상담원과 통화할 수 있습니다. 상담 가능 시간은 월, 화, 목, 금 오전 9시~오후 3시 30분이며, 수요일은 오전 9시~오후 12시입니다. "1"번을 누르시면 공휴일을 포함하여 연중무휴 24시간 RRB 자동 응답 서비스 및 녹음된 정보를 이용하실 수 있습니다.
TTY	1-312-751-4701번으로 문의하십시오. 이 번호는 청력 또는 언어 장애가 있는 분들을 위한 것입니다. 특수 전화 장비가 있어야 통화하실 수 있습니다. 통화료는 유료입니다.
웹사이트	www.rrb.gov

P. 기타 기관

Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램은 건강 플랜에 새로 가입하거나 유지하는 데 어려움을 겪는 분, 그리고 건강 플랜과 관련된 문제를 해결해야 하는 분에게 무료로 지원을 제공합니다.

다음과 관련된 문제가 있는 경우

- Medi-Cal
- Medicare
- 귀하의 건강 플랜
- 의료 서비스 이용
- 거부된 서비스, 약품, 내구성 의료 장비(DME), 정신 건강 서비스 등에 대한 재고 요청
- 의료비 청구
- 가정 내 지원 서비스(In-Home Supportive Services, IHSS)

Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램은 불만 제기, 재고 요청 및 심의 등과 관련해 도움을 드립니다. 옴부즈맨 프로그램 전화번호는 1-855-501-3077입니다.

Q. Medi-Cal Dental

특정 치과 서비스는 Medi-Cal Dental을 통해 제공되며, 제공하는 서비스의 예시는 다음과 같습니다.

- 1차 검사, 엑스레이, 스케일링 및 불소 치료
- 복원 및 치관
- 치근관 치료
- 부분 및 전체 틀니 조정, 수리 및 재정렬

치과 혜택은 Medi-Cal Dental 진료행위별 수가제(Fee-for-Service, FFS) 및 치과 관리 의료(Dental Managed Care, DMC) 프로그램을 통해 제공됩니다.

전화	1-800-322-6384번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시에 Medi-Cal Dental FFS 담당자의 도움을 받을 수 있습니다.
TTY	1-800-735-2922번으로 문의하십시오. 이 번호는 청력 또는 언어 장애가 있는 분들을 위한 것입니다. 특수 전화 장비가 있어야 통화하실 수 있습니다.
웹사이트	www.dental.dhcs.ca.gov smilecalifornia.org

Medi-Cal Dental 진료행위별 수가제 프로그램 대신 치과 관리 케어 플랜의 혜택을 이용할 수 있습니다. 치과 관리 플랜은 새크라멘토 카운티와 로스앤젤레스 카운티에서 이용할 수 있습니다. 치과 플랜에 관한 자세한 정보를 알아보거나 치과 플랜을 변경하고자 하는 경우, 건강관리옵션 부서에 1-800-430-4263(TTY 이용자인 경우 1-800-430-7077)번으로 문의하시기 바랍니다. 이 전화는 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 6시까지 운영됩니다. 통화료는 무료입니다. Dental 관리 의료 플랜 연락처는 www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx 에서도 확인할 수 있습니다.]

제3장: 플랜 혜택을 의료 서비스 및 여타 보험적용이 되는 서비스에 이용하는 법

서문

이 장에는 저희 플랜에서 의료 서비스 및 기타 서비스를 받기 위해 알아야 할 특정 요건 및 규칙과 치료 관리사, 다양한 의료제공자 및 특수한 상황(네트워크 외 의료제공자 또는 약국 포함)에서 진료를 받는 방법, 저희가 보장하는 서비스에 대해 의료비 청구서를 받았을 경우 해야 할 일, 내구성 의료 장비(Durable Medical Equipment, DME) 소유에 대한 규정들을 다루고 있습니다. 주요 용어와 정의는 본 *가입자 안내서*의 마지막 장에 알파벳순으로 정리되어 있습니다.

목차

A. 서비스 및 의료제공자 관련 정보 47
B. 플랜 보험적용이 되는 서비스를 받을 때 규칙 47
C. 치료 관리사 49
C1. 치료 관리사란? 49
C2. 치료 관리사에게 연락하는 방법 49
C3. 치료 관리사를 변경하는 방법 49
D. 의료제공자의 진료 49
D1. 주치의(primary care provider, PCP)의 진료 49
D2. 전문의와 기타 네트워크 의료제공자에게 받는 진료 52
D3. 의료제공자가 플랜을 탈퇴하는 경우 53
D4. 네트워크 외 의료제공자 54
E. 장기 서비스 및 지원(Long-Term Services and Supports, LTSS) 54
F. 행동 건강(정신 건강 및 약물 사용 장애) 서비스 56
F1. 플랜 외부에서 제공하는 Medi-Cal 행동 건강서비스 56

G. 교통편 서비스 59
G1. 비응급 의료 교통편 59
의료 교통편 한도 59
G2. 비의료 교통편 60
비의료 교통편 한도 60
H. 급한 상황에서나 재난 상황의 의학적으로 필요한 경우 보험적용이 되는 서비스 61
H1. 의학적 응급 상황에 제공되는 서비스 61
응급 상황이 아닐 때 응급 치료를 받은 경우 62
H2. 긴급하게 필요한 치료 62
H3. 재난 상황 서비스 63
I. 보험 서비스 비용 전액을 직접 청구받으면 어떻게 하나요? 63
I1. 보험적용이 되지 않는 서비스 플랜의 보장 63
J. 임상 연구 참여 시 의료 서비스 혜택 64
J1. 임상 연구의 정의 64
J2. 임상 연구 참여 시 서비스 대금 지급 64
J3. 임상 연구 관련 기타 정보 65
K. 종교적, 비의료 보건 기관에서의 의료 서비스 보험적용 방식 65
K1. 종교적 비의료 보건 기관의 정의 65
K2. 종교적 비의료 보건 기관에서 제공하는 서비스 65
L. 내구성 의료 장비(DME) 66
L1. 플랜 가입자의 DME 66
L2. 일반 Medicare로 전환하는 경우 DME 소유권 66
L3. 플랜 가입자를 위한 산소 장비 혜택 67
L4. 일반 Medicare 또는 다른 Medicare Advantage (MA) 플랜으로 전환하는 경우 산소 장비 67

A. 서비스 및 의료제공자 관련 정보

서비스란 건강 관리, 장기 요양 서비스와 지원(Long-Term Services and Supports, LTSS), 소모품, 행동 건강서비스, 처방전과 일반의약품, 장비, 기타 서비스를 말합니다. **보험적용이 되는 서비스**란 이 중에서 저희 플랜이 비용을 부담하는 모든 서비스를 말합니다. 보험적용이 되는 의료 서비스, 행동 건강 및 LTSS 목록은 *가입자 안내서* **제4장**을 참조하시기 바랍니다. 처방약과 일반의약품에 대한 보험적용 서비스는 *가입자 안내서***제5장**에 나와 있습니다.

의료제공자란 의사, 간호사를 비롯해 가입자에게 서비스를 제공하고 치료해주며, 주에서 허가를 받은 여타 인물을 말합니다. 의료제공자에는 병원, 가정 건강 관리 기관, 진료소 및 가입자에게 의료 서비스, 행동 건강서비스, 의료용 장비 및 특정 LTSS를 제공하는 다른 시설도 포함됩니다.

네트워크 의료제공자는 당사 플랜과 협력하는 의료제공자입니다. 이들은 비용 전액을 저희 플랜에서 지급받는 데 동의했습니다. 저희는 이 같은 의료제공자들이 귀하에게 보험 서비스를 제공하도록 주선했습니다. 네트워크 의료제공자는 가입자에게 제공하는 진료에 대한 비용을 저희에게 직접 청구합니다. 귀하가 네트워크 의료제공자를 이용할 경우, 보험이 적용되는 서비스에 대해서는 일반적으로 비용을 지불하지 않습니다.

B. 플랜 보험적용이 되는 서비스를 받을 때 규칙

당사 플랜은 Medicare 및 대부분 Medi-Cal 서비스에서 보장하는 서비스의 비용을 부담합니다. 여기에는 특정 행동 건강과 장기 서비스 및 지원(LTSS)이 포함됩니다.

가입자가 당사 규정을 따르면 일반적으로 당사 플랜에서 의료 서비스, 행동 건강 서비스와 여러 LTSS 등 가입자가 받는 서비스 비용을 부담합니다. 보험 혜택 대상:

- 귀하가 받는 진료는 본 *가입자 안내서* **제4장**에 있는 의료 혜택표에 포함되어 있어야 합니다.
- 진료는 **의학적으로 필요한 것**이어야 합니다. 의학적으로 필요한 것이란 귀하의 질환을 진단하고 치료하는 데 합리적이고 필수적인 서비스를 의미합니다. 의학적으로 필요한 진료는 환자가 심각한 질환을 앓거나 장애를 입지 않도록 하고 질병, 질환 또는 부상을 치료하여 심각한 통장을 줄이는 데 필요합니다.
- 의료 서비스를 받으려면 귀하에게 진료를 제공하고 이를 감독하는 네트워크 **주치의(Primary Care Provider, PCP)**가 있어야 합니다. 저희 플랜 가입자는 반드시 네트워크 의료제공자를 PCP로 선정하여야 합니다(이에 관한 자세한 내용은 이 장의 **섹션 D1**을 참조하십시오).
    - 대개는 가입자의 네트워크 PCP 또는 저희 플랜이 승인한 경우에 한해 PCP가 아닌 의료제공자 또는 플랜 네트워크 소속의 다른 의료제공자를 이용할 수 있습니다. 이를 **진료의뢰(referral)**라고 합니다. 승인을 받지 못하는 경우, 해당 서비스에는 보험이 적용되지 않을 수 있습니다.

- 저희 플랜의 PCP들은 의료 그룹들과 제휴하고 있습니다. 귀하의 PCP 선택 시, 제휴 의료 그룹도 선택하시게 됩니다. 이는 귀하의 PCP는 또한 자신의 의료 그룹에 속한 전문의 및 서비스에 귀하를 진료의뢰하게 된다는 의미입니다. 의료 그룹은 *일원화된 진료 서비스를 제공하기 위해 조직된 PCP들과 전문의들의 연합체*입니다.
- 응급 치료 또는 긴급하게 필요한 진료, 여성 건강 의료제공자 또는 그 외에 이 장의 **섹션 D1**에 나와 있는 기타 서비스를 이용하는 데 에는 PCP의 진료의뢰가 필요하지 않습니다.

- **반드시 네트워크 의료제공자에게 진료를 받아야 합니다**(이에 관한 자세한 내용은 이 장의 **섹션 D**를 참조하십시오). 일반적으로, 저희는 저희의 건강 플랜과 협력하지 않는 의료제공자로부터 받은 진료에 보험적용을 하지 않습니다. 즉, 제공된 서비스 전체에 대하여 가입자가 해당 의료제공자에게 전액을 납부해야 한다는 뜻입니다. 단, 다음과 같은 경우에는 이 규정이 적용되지 않습니다.
  - 네트워크 외 의료제공자가 제공하는 응급 치료와 긴급하게 필요한 치료는 적용 대상입니다(자세한 정보는 이 장의 **섹션 H** 참조하십시오).
  - 플랜의 보험 대상이지만 네트워크 의료제공자가 제공할 수 없는 진료가 필요한 가입자는 네트워크 외 의료제공자에게서 진료를 받을 수 있습니다. 이 경우, 해당 치료를 요청하기 전에 Medicare Plus의 비응급 서비스 사전 승인이 필요합니다. 그러한 경우 저희가 진료비를 지급하며 가입자가 부담해야 할 비용은 없습니다. 네트워크 외 의료제공자에게 진료를 받으려고 사전 승인을 받는 것에 관한 내용은 이 장의 **섹션 D4**를 참조하십시오.
  - 저희는 귀하가 단기간 동안 플랜 서비스 지역을 벗어나 있거나, 주치의가 일시적으로 이용 불가능하거나 접근할 수 없는 경우에 신장 투석 서비스를 보장합니다.
  - 처음 가입할 때 현재 이용 중인 의료제공자를 계속 이용하고 싶다고 요청해도 됩니다. 해당 의료제공자들과의 기존 관계를 증명할 수 있다면 저희는 일부 예외를 제외하고 이 요청을 승인하여야 합니다. 본 *가입자 안내서* **제1장**을 참조하십시오. 저희가 요청을 승인할 경우 최대 12개월까지 기존의 의료제공자를 계속 이용할 수 있습니다. 이 기간 중에 치료 관리사가 가입자에게 연락하여 가입자 PCP의 의료 그룹과 제휴한 네트워크 소속 의료제공자를 찾도록 도와드립니다. 12개월이 지나고 나면, 네트워크 소속이 아니고 PCP의 의료 그룹과 제휴하지 않은 의료제공자를 가입자가 계속 이용하는 경우 당사에서 더 이상 보험을 적용하지 않습니다.

기타 건강보호: Medi-Cal 가입자는 Medi-Cal 가입 전에 건강 보험으로 동일한 서비스를 이용할 수 있는 경우, Medi-Cal이 최후의 지불자이므로 다른 모든 건강 보험(Other Health Coverage, OHC)을 먼저 이용해야 합니다. 즉, 대부분의 경우 Medi-Cal은 Medicare OHC의 보조 지불자가 되어, Medi-Cal 요율까지 당사 플랜이나 다른 OHC에서 지불하지 않는 허용 비용을 충당합니다.

L.A. Care Medicare Plus 신규 가입자: 대부분의 경우, L.A. Care Medicare Plus에 가입되면 L.A. Care Medicare Plus에 가입을 신청한 날짜를 기준으로 그달 1일부터 Medicare 혜택을 받게 됩니다. 그래도 이후 추가로 한 달 동안은 이전 Medi-Cal 건강 플랜을 통해 Medi-Cal

서비스를 받을 수 있습니다. 그 이후부터는 Medi-Cal 서비스를 L.A. Care Medicare Plus를 통해 받게 됩니다. Medi-Cal 보험 혜택에 공백이 사라지게 됩니다. 궁금한 점이 있는 경우 1-833-522-3767(TTY: 711)번으로 문의하시기 바랍니다. 이 전화는 연중무휴 24시간(공휴일 포함) 운영됩니다.

C. 치료 관리사

C1. 치료 관리사란?

치료 관리사는 귀하에 대해 알고 귀하의 건강상 필요를 이해할 수 있는 간호사 또는 기타 면허가 있는 사람입니다. 치료 관리사는 귀하의 의료 그룹 또는 L.A. Care Health Plan에 소속되어 있을 수 있습니다. 귀하의 치료 관리사는 귀하, 귀하의 의사(들), 간병인 및 귀하의 건강 관리에 관련된 다른 사람들과 함께 팀으로 협력합니다.

치료 관리사는 다음과 같은 업무를 수행합니다.

- 가입자의 의료 서비스 요구 사항 평가
- 가입자 및 가입자의 케이 팀과 함께 케어 플랜 작성
- 귀하의 필요와 선택에 초점을 맞춘 개인 진료 계획
- 진료 운영 지원
- 귀하 및 귀하의 의사와 상담
- 추적 진료로 가입자의 상태를 확인하고 필요할 경우 변경

C2. 치료 관리사에게 연락하는 방법

가입자 서비스부에 1-833-522-3767 (TTY: 711)번으로 문의하십시오. 이 전화는 연중무휴 24시간 운영됩니다(공휴일 포함).

C3. 치료 관리사를 변경하는 방법

가입자 서비스부에 1-833-522-3767 (TTY: 711)번으로 문의하십시오. 이 전화는 연중무휴 24시간 운영됩니다(공휴일 포함).

D. 의료제공자의 진료

D1. 주치의(primary care provider, PCP)의 진료

가입자는 진료를 제공하고 관리하는 PCP를 반드시 선택하여야 합니다. 저희 플랜의 PCP들은 의료 그룹들과 제휴하고 있습니다. 귀하의 PCP 선택 시, 제휴 의료 그룹도 선택하시게 됩니다.

PCP의 정의 및 역할

저희 플랜의 가입자가 되면 반드시 한 명의 네트워크 의료제공자를 PCP로 선택해야 합니다. PCP는 주 정부 요건을 충족하고 의학교육을 받은 사람으로서 기본적인 진료를 할 수 있는 내과의, 가정의, 일반개업의 또는 산부인과 의사에서 선택할 수 있습니다. 귀하는 귀하의 PCP로부터 정기 진료 또는 기본 진료를 받습니다. 연방공인건강센터(Federally Qualified Health Center, FQHC)는 귀하의 PCP가 될 수 있습니다. FQHC는 건강센터이며, 의료 서비스를 위한 의료제공자가 많이 없는 지역에 있습니다.

PCP는 플랜 가입자가 받는 나머지 보험적용이 되는 서비스를 주선합니다. 예를 들어, 전문의의 서비스를 받으려면 대개 PCP가 진료의뢰를 승인해야만 전문의 진료를 받을 수 있습니다(이를 전문의에 대한 '진료의뢰'라고 합니다). 진료의뢰가 필요한 전문의 서비스:

- 엑스레이
- 임상 검사
- 치료 요법
- 전문의에게 받는 진료
- 병원 입원
- 후속 진료

  서비스 '주선'(coordinating)에는 귀하의 진료를 다른 플랜 소속 의료제공자와 상의하는 일이 포함됩니다. 특정 보험적용이 되는 서비스나 제품이 필요한 가입자는 반드시 먼저 PCP의 승인을 받아야 합니다(예: 전문의 진료의뢰). 일부의 경우, PCP는 저희에게 사전 승인을 받아야 합니다. PCP가 의료를 제공하고 주선도 하므로, 귀하는 PCP에게 자신의 이전 의무 기록을 보내도록 해야 합니다.

연방공인건강센터(Federally Qualified Health Center, FQHC)는 클리닉이며, 귀하의 PCP가 될 수 있습니다. FQHC는 의료 서비스가 많지 않은 지역에 있으므로 연방 정부로부터 자금을 받습니다. L.A. Care Medicare Plus와 협력하는 FQHC의 이름과 주소는 L.A. Care Medicare Plus 플랜에 전화로 문의하십시오. 의료제공자 명부를 찾아보셔도 됩니다.

L.A. Care Medicare Plus는 다수의 의사, 전문의, 약국, 병원 및 기타 의료 서비스 제공자 그룹들과 협력하고 있습니다. 네트워크 내에서 협력하고 있는 이 의료제공자 중 일부는 때로 "의료 그룹" 또는 "독립 의학 협회(Independent Practice Association, IPA)"라고도 합니다. 이 의료제공자들은 또한 L.A. Care Medicare Plus와 직접 계약할 수 있습니다.

귀하의 주치의(PCP)는 자신의 의료 그룹, IPA 또는 L.A. Care Medicare Plus에 연결된 전문의 및 서비스에 귀하를 진료의뢰하게 됩니다. 귀하가 이미 전문의의 진료를 받고 있는 경우 귀하의 PCP에게 이야기하거나 가입자 서비스부에 1-833-522-3767(TTY 711)번으로 전화하십시오. 가입자 서비스는 귀하가 연속 진료를 받을 자격이 있는 경우 귀하가 해당 의료제공자를 이용하도록 도와드립니다.

PCP 선택

L.A. Care Medicare Plus 가입자로서, 귀하는 Medicare 및 Medi-Cal 프로그램 모두에 대해 L.A. Care에 가입됩니다. 귀하의 Medicare 및 Medi-Cal 서비스 모두를 조정하는 주치의로서 Medicare PCP가 귀하에게 배정됩니다. 귀하에게 Medi-Cal 주치의가 배정되지 않을 것입니다. 귀하는 언제라도 PCP를 변경할 수 있습니다.

먼저 PCP를 선택해야만 합니다. 전문의를 주치의로 선택할 수도 있습니다. 전문의는 신체의 특정 질병이나 부위에 대해 의료 서비스를 제공하는 의사입니다. 어떤 전문의가 의료제공자(의사) 명부에 PCP로 수록되어 있으면 그 의사를 PCP로 선택하셔도 됩니다. 저희 네트워크 소속이고 새 가입자를 받는 의료제공자라면 누구에게서든 서비스를 받으실 수 있습니다.

- 현재 이용 중인 PCP를 선택하거나
  - 믿을 만한 사람이 추천한 의사를 선택
  - 병원이 방문하기 편한 곳에 있는 의사를 선택
  - PCP 선택과 관련해 도움이 필요한 경우, 가입자 서비스부에 1-833-522-3767(TTY: 711)번으로 문의하시기 바랍니다. 이 전화는 연중무휴 24시간 운영됩니다(공휴일 포함). 통화료는 무료입니다. 또는 웹사이트 medicare.lacare.org를 방문하십시오.

원하거나 필요한 의료서비스 또는 진료 비용에 대한 보험처리 여부는 그 서비스나 진료를 받기 전에 먼저 가입자 서비스부에 문의하십시오.

귀하가 원하는 특정 전문의 또는 병원이 있는 경우, 그들이 귀하의 PCP의 의료 그룹과 제휴하고 있는지 확인해야 합니다. 이용하길 원하는 PCP가 해당 전문의에게 또는 해당 병원에 진료를 의뢰하는지 확인하려면 의료제공자 및 *약국*명부를 참조하거나 가입자 서비스부에 문의하십시오.

PCP 변경 옵션

가입자는 PCP를 언제든지 무슨 이유로든 변경할 수 있습니다. 또한 PCP가 당사 플랜 네트워크에서 탈퇴할 수도 있습니다. PCP가 저희 네트워크를 떠나면 귀하를 도와 저희 네트워크 소속의 다른 PCP를 찾아드립니다.

PCP를 변경하려면 가입자 서비스부에 연락하십시오. 가입자 서비스부에 매월 마지막 업무일까지 PCP 변경 요청을 하면 그 다음 달 1일부터 변경됩니다. 가입자 서비스부는 가입자가 선택하는 해당 PCP가 신규 환자를 받는지 확인합니다. 확인이 되면 가입자 회원 기록에 가입자의 새로운 PCP의 이름을 표기한 후 가입자에게 PCP 변경이 언제부터 유효한지 알려드립니다. 그리고 새 PCP의 이름과 전화번호가 나와 있는 가입자 카드를 새로 보내드립니다.

저희 플랜의 PCP들은 의료 그룹들과 제휴하고 있습니다. 귀하가 PCP를 변경하면, 귀하는 또한 의료 그룹 또한 변경하게 될 수 있습니다. 변경 요청 시, 귀하가 전문의를 이용하고 있거나 PCP의 승인이 필요한 다른 보험적용 서비스를 받고 있는 경우 가입자 서비스부에 반드시 말씀하십시오. 가입자 서비스부는 귀하가 PCP를 변경할 때 받고 있던 전문 진료 및 기타 서비스를 계속 받으실 수 있도록 도와드립니다.

PCP 승인 없이 받을 수 있는 서비스

대부분의 경우, 다른 의료제공자를 이용하려면 사전에 PCP *또는* 플랜 측에서 승인을 받아야 합니다. 이 승인을 **진료 의뢰**라고 합니다. 다음과 같은 서비스는 PCP *또는* 플랜 측의 사전 승인 없이 받을 수 있습니다.

- 네트워크 의료제공자 또는 네트워크 외 의료제공자에게서 받는 응급 진료
- 귀하가 일시적으로 플랜 서비스 지역을 벗어나 있거나, 시간, 장소, 상황상 네트워크 의료제공자로부터 서비스를 받는 것이 합리적이지 않을 경우에 (응급 상황은 아니지만) 즉각적인 진료가 요구되는 긴급히 필요한 서비스. 긴급히 필요한 서비스의 예로는 예기치 못한 질병이나 부상, 또는 기존 질환의 갑작스러운 악화가 있습니다. 의학적으로 필요한 정기 의료제공자 방문(예: 연례 건강검진)은 비록 플랜 서비스 지역 밖에 있거나 네트워크가 일시적으로 이용 불가능하더라도 긴급히 필요한 서비스로 간주되지 않습니다.
- 플랜 서비스 지역에서 벗어났을 때 Medicare에서 인증한 투석 시설에서 받는 신장 투석. 서비스 지역을 벗어나기 전에 가입자 서비스부에 연락하는 경우, 다른 지역에서 투석을 받는 데 도움을 드릴 수 있습니다.
- 독감 주사 및 코로나19 백신 접종, B형 간염 백신 접종 및 폐렴 백신 접종 등(단, 네트워크 의료제공자에게서 접종받는 경우에 한해).
- 일상적인 여성 건강 관리와 가족계획 서비스. 여기에는 네트워크 제공자에게 받는 유방 검진, 선별 유방 촬영상(유방 X선), 자궁 경부암 검사, 골반 검사가 포함됩니다.

또한 아메리카 원주민 가입자인 경우, 네트워크 PCP의 진료의뢰나 사전 승인 없이 원하는 원주민 의료제공자에게 보험적용이 되는 서비스를 받을 수 있습니다.

D2. 전문의와 기타 네트워크 의료제공자에게 받는 진료

전문의는 신체의 특정 질병이나 부위에 대하여 의료서비스를 제공하는 의사입니다. 전문의에는 여러 가지 종류가 있으며, 예를 들면 다음과 같습니다:

- 종양학자 - 암이 있는 환자 치료
- 심장병 전문의 - 심장 질환자 진료
- 정형외과 전문의 - 뼈, 관절, 근육 질환자 진료

주치의는 귀하가 건강을 유지하는 데 의학적으로 필요할 때 네트워크 소속의 전문의나 그 외 특정 의료제공자에 진료의뢰를 해드릴 수 있습니다. 일부 진료의뢰의 경우, 주치의가 의료그룹이나 Medicare Plus로부터 미리 승인을 받아야 할 수도 있습니다. 이를 "사전 승인"이라 합니다.

네트워크 전문의나 그 외 특정 의료제공자(의사)에게 가기 전에 사전 승인을 받는 것은 매우 중요합니다. 위 섹션에서 설명한 여성의 일상적인 건강 관리처럼 일부 예외가 있습니다.

전문의나 그 외 특정 의료제공자에게 서비스를 받기 전에 사전 승인을 받지 않으면, 그 서비스의 비용을 자비로 부담해야 할 수도 있습니다.

전문의나 그 외 특정 의료제공자가 귀하의 후속 진료를 위해 추가 방문을 필요로 하는 경우, 첫 방문 때 받은 사전 승인이 계속되는 추가 방문에도 포함되는지 반드시 먼저 확인하십시오.

특정 전문의를 이용하기를 원하면, 주치의가 그 전문의에게 환자를 의뢰하는지 먼저 알아보십시오. 사전 승인이 필요한 서비스의 종류에 관하여는 제4장을 참조하십시오.

D3. 의료제공자가 플랜을 탈퇴하는 경우

이용 중인 네트워크 의료제공자가 저희 플랜과 더 이상 일을 하지 않을 수도 있습니다. 어느 한 의료제공자가 저희 플랜을 떠나도 가입자에게는 아래에 요약된 특정 권리가 있으며 보호를 받을 수 있습니다.

- 저희는 네트워크 의료제공자가 혜택 연도 중간에 바뀌어도, 다른 유자격 의료제공자를 반드시 중단없이 이용하실 수 있게 해드려야 합니다.
- 저희는 해당 제공자가 저희 플랜을 떠난다고 가입자에게 가입자가 의료제공자를 새로 선정할 시간을 드립니다.
    - 주치의 또는 행동 건강 의료제공자가 저희 플랜을 떠날 경우, 최근 3년 이내에 해당 의료제공자를 방문한 적이 있다면 알려드립니다.
    - 다른 의료제공자가 저희 플랜을 떠날 경우, 해당 의료제공자가 귀하에게 배정되어 있거나 현재 진료를 받고 있거나 최근 3개월 이내에 방문한 적이 있다면 저희가 알려드립니다.
- 저희는 귀하가 유자격 네트워크 소속 의료제공자를 새로 선정할 수 있도록 돕고 귀하의 건강상 필요를 계속 관리합니다.
- 가입자가 현재 의료제공자로부터 의학적 치료 또는 치료 요법을 받고 있는 경우, 가입자에게는 의학적으로 필요한 치료 또는 치료 요법을 계속하도록 요청할 권리가 있습니다. 저희는 귀하에게 협조하여 귀하가 치료를 계속 받도록 할 것입니다.
- 저희는 이용 가능한 가입 기간과 플랜 변경 시 선택할 수 있는 선택 사항에 대한 정보를 제공해 드립니다.
- 귀하가 이용할 수 있는 유자격 네트워크 전문의를 찾을 수 없는 경우, 네트워크 내 의료제공자나 보장 혜택만으로는 귀하의 의료 요구를 충족하기 어렵다고 판단되면 저희는 반드시 네트워크 외 전문의를 배정하여 귀하가 진료를 받을 수 있도록 해야 합니다. *사전 승인이 필요합니다.*
- 귀하의 의료제공자 중 한 명이 플랜에서 나가는 사실을 알게 되면 저희에게 연락해 주십시오. 저희가 귀하의 진료를 담당할 새로운 제공자를 선택할 수 있도록 도와드리겠습니다.
- 저희가 귀하의 이전 의료제공자를 다른 유자격 의료제공자로 적절히 대체하지 않았다고 생각하시거나, 귀하의 진료 관리가 제대로 이루어지지 않고 있다고 판단되신다면, 귀하는 품질 향상 단체(Quality Improvement Organization, QIO)에 진료 품질 불만을 제기하거나, 진료 품질 관련 불만 접수를 하실 권리가 있으며, 두 가지 모두 진행할 수도 있습니다. (자세한 내용은 **제9장**을 참조하십시오.)

D4. 네트워크 외 의료제공자

Medicare Plus나 귀하의 의료그룹에서 연속 진료를 보장하기 위해 귀하에게 특정 의료서비스를 제공하는 것이 의학적으로 필요하다고 결정하였지만 그 서비스를 제공할 수 있는 의료제공자가 네트워크 내에 없을 경우, 네트워크 밖에서 해당 의료서비스를 제공할 수 있는 적합한 의료제공자를 찾아 드립니다. Medicare Plus 또는 의료 그룹에서 해당 네트워크 외 의료제공자와 별도의 계약을 체결할 것입니다. 귀하는 응급 진료 및 긴급히 필요한 서비스를 제외하고 L.A. Care Medicare Plus 서비스 지역 내에 위치한 네트워크 외 의료제공자에게 가기 전에 반드시 사전 승인(사전 승인)을 받아야 합니다. 전문의나 그 외 특정 의료제공자에게 서비스를 받기 전에 사전 승인을 받지 않으면, 그 서비스의 비용을 자비로 부담해야 할 수도 있습니다.

L.A. Care 신규 가입자가 현재 이용 중인 서비스 치료 계획이 있거나 Medicare Plus 네트워크 외 의료제공자로부터 서비스를 받고 있는 경우, Medicare Plus나 의료 그룹은 찾아낸 네트워크 외 의료제공자와 특별 계약을 체결합니다. 이 경우 특정 제한 사항이 적용될 수 있습니다. 자세한 정보는 가입자 서비스부에 1-833-522-3767(TTY: 711)번으로 문의하시기 바랍니다. 공휴일을 포함하여 연중무휴 24시간 운영됩니다.

가입자가 네트워크 외 의료제공자의 서비스를 받으려면 그 의료제공자는 반드시 Medicare 및/또는 Medi-cal을 수락해야 합니다.

- 저희는 Medicare 및/또는 Medi-cal 참여 자격이 없는 의료제공자에게 비용을 지급할 수 없습니다.
- Medicare 참여 자격이 없는 의료제공자에게 서비스를 받을 경우, 반드시 가입자가 해당 비용을 전액 부담해야 합니다.
- Medicare 참여 자격이 없는 의료제공자는 반드시 그 사실을 가입자에게 알려야 합니다.

E. 장기 서비스 및 지원(Long-Term Services and Supports, LTSS)

LTSS를 이용하면 자택에서 치료를 받고, 병원이나 전문 간호 시설에 입원하지 않을 수 있습니다. 저희 플랜을 통해 다음과 같은 특정 LTSS를 이용하실 수 있습니다.

- 지역 사회 기반 성인 서비스(Community Based Adult Services, CBAS)
  - 가입자들이 주간에 센터에 가서 일상 생활에 도움을 받을 수 있는 프로그램입니다.
- 커뮤니티 지원
  - 개인 치료 및 가사도우미 서비스(Personal Care and Homemaker Services, PCHS)
    - 일상 생활 활동(예: 집안 청소, 식사 준비, 장보기) 지원이 필요한 개인을 위한 임시 서비스입니다. 다른 서비스를 이용하실 수도 있습니다.
  - 임시 간호 서비스
    - 이 서비스는 가입자의 주 간병인에게만 휴식을 제공합니다.

- 주택 개조
  - 가입자의 건강, 복지, 안전을 보장하기 위해 필요한 주택의 물리적 개조입니다.
- 지원 생활 시설 전환 서비스.
  - 요양 시설에서 가정과 같은 커뮤니티 환경으로의 복귀를 돕거나, 요양 시설에 입소하지 않도록 지원합니다. 이 서비스는 가입자가 커뮤니티 내에서 생활할 수 있도록 돕고, 가능하면 시설 입소를 피할 수 있도록 지원합니다.

- 호스피스
  - 호스피스 서비스는 말기 질환 환자에게 제공하는 전인적 돌봄 방식입니다. 여기에는 의료, 간호, 사회, 심리, 정서 및 영적 서비스가 포함됩니다. 호스피스는 삶의 질에 중점을 둔 개입으로, 전인적 돌봄을 포함합니다.
  - 자세한 내용은 제4장 혜택표 - 보장되는 호스피스 서비스를 참조하십시오.
- 가정 내 지원 서비스(In Home Supportive Services, IHSS)
  - IHSS는 캘리포니아주 프로그램으로, 거주 카운티 사회복지국을 통해 이용할 수 있습니다. IHSS는 일상 생활 활동(예: 집안 청소, 식사 준비, 장보기)을 지원하기 위한 가정 내 진료입니다. 다른 서비스를 이용하실 수도 있습니다.
- 중간 요양 시설 진료
  - 발달 장애가 있는 회원에게 24시간 돌봄을 제공하는 커뮤니티 거주 시설입니다.
- 완화 진료
  - 중증 및 만성 질환으로 인한 통증과 기타 쇠약 증상을 예방, 치료, 완화하는 데 중점을 둔 진료입니다.
- 전문 간호 시설 진료
  - 지속적인 치료가 필요한 의학적 또는 정신적 건강 문제가 있는 가입자를 대상으로 의료, 사회 및 개인 간호를 제공합니다.

LTSS 프로그램을 이용할 수 있는 자격 기준을 충족하는 경우, 가입자가 가정 내에서 필요한 진료 및 지원을 받을 수 있도록 이러한 서비스를 조율하는 데 도움을 드릴 것입니다. 이러한 프로그램에 관해 논의하려면 LTSS 부서에 전화 문의하거나, 의료제공자와 치료 요구 사항에 관해 상의하시기 바랍니다.

F. 행동 건강(정신 건강 및 약물 사용 장애) 서비스

가입자는 Medicare와 Medi-Cal 혜택이 적용되며 의학적으로 필요한 행동 건강 서비스를 이용할 권리가 있습니다. 당사는 Medicare 및 Medi-Cal 관리 의료 혜택이 적용되는 행동 건강 서비스를 제공합니다. 저희 플랜은 Medi-Cal 전문 정신건강 서비스나 카운티 약물 중독 서비스를 제공하지 않습니다. 그러나 이러한 서비스는 로스앤젤레스 카운티 정신건강부나 로스앤젤레스 카운티 보건국 산하 약물 남용 예방 통제부를 통해 이용하실 수 있습니다.

L.A. Care는 정신 장애로 인한 경증에서 중증도 장애에 대한 서비스를 제공하며, 이는 L.A. Care의 공급업체인 Carelon 행동 건강을 통해 제공되는 비전문 정신 건강 서비스(Non-Specialty Mental Health Services, NSMHS)라고 합니다. 이러한 서비스에는 다음 항목이 포함되며 이에 국한되지는 않습니다.

- 개인, 그룹 및 가족 심리 치료를 포함한 정신 건강 평가 및 치료.
- 임상 병리 치료, 약물 및 용품을 포함한 외래 서비스
- 약물 치료 검사를 위한 외래 서비스
- 정신과 상담
- 정신 건강 상태 평가를 위한 심리 검사
- 정신과 입원

F1. 플랜 외부에서 제공하는 Medi-Cal 행동 건강서비스

Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스는 전문 정신 건강 서비스를 이용할 자격 기준에 부합하는 가입자에 한해 카운티 정신 건강 보험(Mental Health Plan, MHP)을 통해 제공됩니다. 로스앤젤레스 카운티 정신 건강국(DMH)이 제공하는 Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스는 다음과 같습니다:

- 정신 건강 서비스
- 의약품 지원 서비스
- 당일 집중 치료 서비스
- 당일 재활 서비스
- 위기 개입 서비스
- 위기 안정화 서비스
- 성인 재가 치료 서비스
- 위기 상황 재가 치료 서비스
- 정신과 건강시설 서비스

- 정신과 입원환자 병원 서비스
- 표적 케이스 관리
- 사법 관련 재입국
- 적극적 커뮤니티 치료(ACT)
- 법의학적 적극적 커뮤니티 치료(FACT)
- 초발 정신병(FEP)을 위한 조정된 전문의 치료(CSC)
- 클럽하우스 서비스
- 향상된 커뮤니티 보건 복지사(CHW) 서비스
- 지원 고용
- 동료 지원 서비스
- 커뮤니티 기반 모바일 위기 개입 서비스
- 행동 치료 서비스
- 가정 위탁 치료
- 집중 치료 조정
- 가정 내 집중 치료 서비스

Drug Medi-Cal 서비스는 약물 남용, 예방 및 관리 서비스를 위한 로스앤젤레스 카운티 공공사회복지국(Department of Public Health for Substance Abuse, Prevention and Control, DPH-SAPC)에서 다음 서비스를 제공합니다.

- 외래환자 집중 치료 서비스
- 출산 전 재가 약물 사용 장애 치료
- 외래 치료 서비스
- 마약 치료 서비스
- 중독 치료를 위한 의약품(약물 보조 치료라고도 함)

Drug Medi-Cal의 체계적 제공 시스템 서비스(Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS)를 약물 남용, 예방 및 관리 서비스를 위한 로스앤젤레스 카운티 공공사회복지국(DPH-SAPC)을 통해 제공합니다. 단, 가입자가 이러한 서비스를 받을 기준에 부합해야 합니다. DMC-ODS 서비스에는 다음 항목이 포함됩니다.

- 외래 치료 서비스

- 외래환자 집중 치료 서비스
- 중독 치료를 위한 의약품(약물 보조 치료라고도 함)
- 재가 치료 서비스
- 금단 증상 관리 서비스
- 마약 치료 서비스
- 회복 서비스
- 케이스 관리
- 조기 개입 서비스(만 21세 미만 가입자)
- 조기 주기적 선별검사, 진단 및 치료(만 21세 미만 가입자)
- 입원 치료 서비스

위의 목록에 기재한 서비스 외에 가입자가 기준에 부합하는 경우, 자발적 입원 중독 치료 서비스도 이용할 수 있습니다.

정신 건강 및 약물 사용 서비스를 모두 포함하는 행동 건강 서비스가 필요한 D-SNP 가입자는 L.A. Care 행동 건강 서비스 기관, Carelon 행동 건강, 로스앤젤레스 카운티 정신건강부(DMH), 로스앤젤레스 카운티 공공보건부, 약물 중독 예방 통제부(DPH-SAPC)를 통해 서비스를 이용하실 수 있습니다. 가입자가 치료를 받을 수 있는 제공 시스템은 증상과 장애의 유형과 심각도에 따라 달라집니다. 행동 건강 서비스를 받는 데 PCP 진료의뢰는 필요하지 않으며, 여러 진입점이 있으므로 서비스 이용에 대한 "잘못된 방식"은 존재하지 않습니다. 의학적으로 필요하거나 필수적인 의료 서비스에는 생명을 보호하고 중대한 질환 또는 장애를 예방하고 심각한 통증을 완화하는 데 필요한 합당한 서비스가 포함됩니다.

D-SNP 가입자를 위한 행동 건강 서비스 조정은 가입자가 필요에 따라 카운티 기관을 통해 행동 건강 서비스를 이용하고, 필요한 시점에 적절한 동의서에 서명할 시 L.A. Care를 통해 지원됩니다. L.A. Care 및 카운티 기관은 임상 및 행정적 분장을 시기적절하게 해결할 수 있도록 상호 합의한 검토 절차를 따릅니다.

플랜에서 보장하는 정신 건강 서비스에 관해서는 Carelon Behavioral Health에 1-877-344-2858번으로 연락하십시오.

전문 정신 건강 서비스에 관해서는 로스앤젤레스 카운티 DMH 상담 전화에 1-800-854-7771번으로 연락하십시오.

로스앤젤레스 카운티 DPH-SAPC에서 지원하는 약물 남용 서비스에 관해서는 약물 남용 서비스 핫라인(Substance Abuse Services Hotline, SASH)에 1-844-804-7500번으로 연락하십시오.

서비스 연결을 도와 드릴 담당자가 연중무휴 대기하고 있습니다(공휴일 포함).

G. 교통편 서비스

G1. 비응급 의료 교통편

예약 진료에 가기 위해 자동차나 버스, 택시를 이용할 수 없는 의학적 이유가 있을 경우 귀하는 비응급 의료 교통편을 제공받을 수 있습니다. 비응급 의료 교통편은 의료, 치과, 정신 건강, 약물 사용 및 약국 예약과 같은 보험적용이 되는 서비스에 대해 제공될 수 있습니다. 비응급 의료 교통편이 필요한 경우, PCP *또는* 다른 의료제공자에게 요청할 수 있습니다. 귀하의 PCP *또는* 다른 의료제공자가 귀하의 필요를 충족하는 가장 적절한 교통편 유형을 결정할 것입니다. 귀하에게 비응급 의료 교통편이 필요한 경우, 양식을 작성해서 L.A. Care Medicare Plus에 제출하여 승인을 받아 처방하게 됩니다. 귀하의 의학적 필요에 따라 승인은 1년 동안 유효합니다. 귀하의 PCP *또는* 여타 의료제공자는 12개월마다 한 번씩 가입자에게 비응급 의료 교통편이 필요한지 재평가하여 재승인을 받습니다.

비응급 의료 교통편은 구급차, 밴, 휠체어 밴 또는 항공 운송입니다. L.A. Care Medicare Plus는 귀하가 진료 예약에 가기 위한 차량이 필요한 경우 가장 비용이 낮은 의료 교통편과 가장 적절한 비응급 의료 교통편을 허용합니다. 예를 들어 신체적 또는 의료적으로 휠체어 밴이 귀하를 운송할 수 있는 경우 L.A. Care Medicare Plus는 구급차 비용을 제공하지 않는다는 의미입니다. 귀하의 의료적 상태로 인해 어떠한 형태의 지상 운송도 불가능한 경우에만 귀하는 항공 운송을 이용할 자격이 있습니다.

비응급 의료 교통편은 반드시 다음과 같은 경우에 사용해야 합니다.

- 가입자가 예약 진료를 받으러 가기 위해 버스나 택시 차량, 밴 등을 사용할 수 없기 때문에 의료 교통편이 신체적 또는 의료적으로 필요하다는 점을 PCP *또는* 다른 의료제공자가 서면 승인으로 결정한 경우.
- 가입자가 신체적 또는 정신적 장애로 인해 거주지, 차량 또는 치료 장소를 다녀오는 데 운전자의 도움이 필요한 경우.

주치의가 비응급 **일반 예약**에 대하여 처방한 의료용 교통편을 신청하려면 L.A. Care Medicare Plus에 1-833-522-3767(TTY: 711)번으로 문의하시기 바랍니다. 이 전화는 연중무휴 24시간 운영됩니다. 약속 날짜보다 영업일(월요일~금요일) 기준 최소 이틀 이상 여유를 두고 신청해야 합니다. **긴급한 진료 예약의 경우** 가능한 한 신속히 전화하십시오. 전화하실 때 가입자 ID 카드를 준비하십시오. 자세한 정보를 알아보고자 하는 경우에도 전화 문의하시면 됩니다.

의료 교통편 한도

L.A. Care Medical Plus는 귀하의 집으로부터 예약이 가능한 가장 가까운 의료제공자에게까지 귀하의 의료적 필요사항을 충족하는 가장 낮은 비용의 의료 교통편을 제공합니다. Medicare 또는 Medi-Cal에서 이 서비스를 보장하지 않는 경우, 의료 교통편이 제공되지 않습니다. 진료 예약 유형이 Medi-Cal에서 보험적용이 되지만 건강플랜을 통해 보험적용이 되지 않는 경우 L.A. Care Medicare Plus는 귀하의 교통편을 제공하거나 예약을 도와드릴 것입니다. 보험적용 서비스 목록은 본 가입자 안내서 **제4장**에 나와 있습니다. 교통편은 사전 승인을 받은 경우를 제외하고 L.A. Care Medicare Plus 네트워크 또는 서비스 지역 외에서는 보험적용이 되지 않습니다.

G2. 비의료 교통편

비의료 교통편 혜택에는 의료제공자가 승인한 서비스를 받기 위해 약속 장소로/에서 이동하는 교통편이 포함됩니다. 다음과 같은 경우 가입자에게 교통편이 제공되며 가입자가 비용을 부담할 필요가 없습니다.

- 의료제공자가 승인한 서비스를 받기 위해 약속 장소로/에서 이동하는 경우 **또는**
- 처방약 및 의료 용품 받기.

L.A. Care Medicare Plus는 가입자가 의료제공자에게 승인을 받은 서비스를 받기 위해 자동차, 택시, 버스나 기타 공공/개인 교통수단 등을 사용하여 예약 장소로 이동하도록 허용합니다. L.A. Care Medicare Plus는 비의료 교통편을 마련하는 데 Call the Car 서비스를 이용합니다. 저희는 귀하의 필요를 충족하는 가장 낮은 비용의 비의료 교통편 유형에 보험적용을 합니다.

때때로 가입자가 마련하여 타고 가는 개인 차량에 대해 환급금을 지불해드리기도 합니다. L.A. Care Medicare Plus는 귀하가 차편을 이용하기 **전에** 이를 승인해야 하며, 버스와 같은 다른 방법으로는 교통편을 이용할 수 없는 이유를 저희에게 알려주셔야 합니다. 저희에게 전화로 알려주시면 됩니다. **자신이 직접 운전한 경우에는 환급을 받으실 수 없습니다**.

마일리지 환급 시 다음의 서류가 모두 필요합니다.

- 운전자의 운전면허증
- 운전자의 차량 등록증
- 운전자의 보험 증명서

승인된 서비스에 대한 교통편을 신청하려면 L.A. Care Medicare Plus에 1-833-522-3767 (TTY: 711)번으로 문의하시기 바랍니다. 이 전화는 연중무휴 24시간 운영됩니다(공휴일 포함). 약속 날짜보다 영업일(월요일~금요일) 기준 최소 이틀 이상 여유를 두고 신청해야 합니다. **긴급한 진료 예약의 경우** 가능한 한 신속히 전화하십시오. 전화하실 때 가입자 ID 카드를 준비하십시오. 자세한 정보를 알아보고자 하는 경우에도 전화 문의하시면 됩니다.

참고: 아메리카 원주민 가입자인 경우, 가까운 Indian Health Clinic에 문의하여 비의료 교통편을 신청하십시오.

비의료 교통편 한도

L.A. Care Medicare Plus는 귀하의 집으로부터 예약이 가능한 가장 가까운 의료제공자에게까지 귀하의 필요사항을 충족하는 가장 낮은 비용의 비의료 교통편을 제공합니다. **귀하가 운전을 하거나 직접 환급받으실 수 없습니다.**

비의료 교통편은 다음과 같은 경우 **적용되지 않습니다**.

- 서비스를 받기 위해서 구급차, 밴, 휠체어 밴 또는 기타 형태의 비응급 의료 교통편이 필요한 경우.

- 귀하가 신체적 또는 의료적 상태로 인해 귀하의 거주지, 차량 또는 치료 장소로 오고 가는 데 운전기사로부터 도움이 필요한 경우.
- 귀하가 휠체어를 타며 운전사의 도움 없이 차량 승하차를 할 수 없는 경우.
- Medicare 또는 Medi-Cal에서 보장되는 기타 서비스.

H. 급한 상황에서나 재난 상황의 의학적으로 필요한 경우 보험적용이 되는 서비스

H1. 의학적 응급 상황에 제공되는 서비스

의학적 응급 상황은 질병, 부상, 심한 통증, 심각한 부상 또는 빠르게 악화되는 증상이 있는 질환입니다. 건강과 의학에 평균적인 지식을 가진 사람이 보기에 매우 위중하여 즉시 치료를 받지 않으면 다음과 같은 결과가 예상되는 경우를 뜻합니다.

- 귀하의 건강 또는 태아의 건강이 심각하게 위험 **또는**
- 심각한 신체 기능 저하 **또는**
- 신체 기관 또는 일부의 심각한 기능 장애
- 분만 진통 중인 임산부의 경우 다음 조건 중 하나에 해당됩니다.
  - 분만 전에 다른 병원으로 안전하게 수송하기에는 시간이 부족한 경우.
  - 수송 중에 산모 또는 태아의 건강이나 안전에 위협받을 수 있을 경우.

의학적 응급 상황이 발생하면:

- **가능하면 빨리 도움을 받으십시오.** 911에 연락하시거나 가장 가까운 응급실 또는 병원으로 가십시오. 필요하다면 구급차를 부르십시오. PCP의 승인이나 진료의뢰를 받을 필요가 **없습니다**. 네트워크 의료제공자를 이용할 필요가 없습니다. 귀하는 필요 시 미국 전역 및 그 영토 내 어디에서든 저희 네트워크에 속하지 않은 경우라도 해당 주 면허를 가진 의료제공자로부터 응급 의료 진료를 보장받을 수 있습니다.
- **가급적 빨리 응급 상황을 저희 플랜에 알려주십시오.** 저희가 응급 치료의 경과를 추적합니다. 귀하, 치료 관리사 또는 다른 사람이 대개 48시간 내에 해당 응급 치료에 관해 저희 플랜에 알려야 합니다. 그러나 저희에게 알리는 것을 늦추더라도 응급 서비스에 대해서는 비용을 지불하지 않으셔도 됩니다. 가입자 서비스부에 1-833-522-3767번으로 전화 문의 바랍니다. 이 전화는 하루 24시간 연중무휴로 운영됩니다(공휴일 포함).

의학적 응급 상황 시 받을 수 있는 보험적용이 되는 서비스

저희 플랜은 다른 수단으로 응급실에 도착하면 건강이 위험할 수 있는 상황에서는 구급차 서비스를 보험으로 처리합니다. 또한 응급 상황 중에 필요한 의료 서비스도 보장합니다. 자세한 정보는 본 *가입자 안내서* **제4장**의 혜택 표를 참조하십시오.

응급 치료를 제공하는 의료제공자가 환자의 상태가 언제 안정되어 의학적 응급 상황을 벗어나는지 결정합니다. 이들은 계속해서 귀하를 치료할 것이며, 회복을 위해 추후 치료가 필요하다면 저희에게 연락하여 계획을 세울 것입니다.

Medicare는 미국 및 그 영토 밖에서 응급 치료에 대한 보험 혜택을 보장하지 않습니다.

저희 플랜은 후속 진료를 보장합니다. 네트워크 외 의료제공자가 응급 치료를 한 경우, 가급적 빨리 네트워크 의료제공자가 그 진료를 담당할 수 있도록 노력해야 합니다.

응급 상황이 아닐 때 응급 치료를 받은 경우

의학적 또는 행동 건강 응급 상황인지 아닌지를 분별하기가 때로 어려울 수 있습니다. 응급 치료를 받으러 갔는데 의사가 귀하의 상태가 응급 상황이 아니라고 할 수도 있습니다. 가입자가 자신의 건강이 심각한 위험에 처해 있다고 타당하게 생각한 이상 저희는 진료비를 부담합니다.

그러나 의사가 응급 상황이 아니었다고 판단한 이후에는 다음 경우에 한해 추가 진료비를 부담합니다.

- 네트워크 의료제공자 이용 **또는**
- 받는 추가 진료가 '긴급하게 필요한 치료'로 간주되고 이 치료를 받기 위한 규칙을 따름. 다음 섹션을 참조하십시오.

H2. 긴급하게 필요한 치료

긴급하게 필요한 치료는 응급 상황은 아니지만 바로 치료해야 하는 상황에 받는 치료를 말합니다. 예를 들어 기존 증세가 재발하거나 예측하지 못한 질환이나 부상이 발생하는 경우가 해당합니다.

플랜 서비스 지역 내에서의 긴급하게 필요한 치료

저희는 다음과 같은 경우에만 긴급하게 필요한 치료를 보장합니다.

- 네트워크 의료제공자를 이용 **그리고**
- 이 장에 설명된 규칙을 따르는 경우입니다.

네트워크 의료제공자를 이용하는 것이 합리적이지 않거나 이용할 수 없는 경우, 가입자의 시간, 위치 또는 상황에 따라서 네트워크 외 의료제공자에게 받은 긴급하게 필요한 치료에 보험을 적용합니다.

긴급 진료를 받는 방법

- 주변의 긴급 진료 센터를 찾으려면 연중무휴 24시간 1-844-346-3874(1-844-FIND-URG) 번으로 문의하실 수 있습니다(공휴일 포함).

플랜 서비스 지역 외에서 긴급하게 필요한 치료

플랜 서비스 지역 밖에 있는 가입자는 네트워크 의료제공자로부터 진료를 받는 것이 가능하지 않을 수도 있습니다. 이때 긴급 진료일 경우 의료제공자 소재지에 상관없이 플랜이 그 비용을

부담합니다. 그러나 의학적으로 필요한 정기 의료제공자 방문(예: 연례 건강검진)은 비록 플랜 서비스 지역 밖에 있거나 저희 플랜 네트워크가 일시적으로 이용 불가능하더라도 긴급히 필요한 서비스로 간주되지 않습니다.

L.A. Care Medicare Plus는 미국 외, 전 세계 어디에서나 응급/긴급치료에 대해 보험을 적용해드립니다. 응급/긴급 치료 비용은 최고 $10,000까지 보장합니다. 자세한 내용은 제4장의 보험 혜택 차트를 참조하십시오.

그러나 가입자가 미국 및 그 영토 밖에서 받는 긴급히 필요한 진료나 기타 비응급 진료의 비용은 부담하지 않습니다.

H3. 재난 상황 서비스

캘리포니아주 주지사, 미 보건복지부 장관 또는 미 대통령이 해당 지역에 대해 재난 또는 비상 사태를 선포할 경우 계속 저희 플랜의 진료를 받을 수 있습니다.

재난 선포 상황에서 필요한 진료를 받는 방법에 대해서는 저희 웹사이트(medicare.lacare.org)를 참조하십시오.

재난 선포 상황 중 네트워크 의료제공자를 이용할 수 없는 경우, 네트워크 내 비용 분담금으로 네트워크 외 의료제공자의 치료를 받을 수 있습니다. 재난 선포 상황 중 네트워크 약국을 이용하실 수 없는 경우, 네트워크 외 약국에서 처방약을 받을 수 있습니다. 자세한 정보는 본 *가입자 안내서* **제5장**을 참조하십시오.

I. 보험 서비스 비용 전액을 직접 청구받으면 어떻게 하나요?

귀하가 보장된 서비스에 대해 플랜 비용 분담금보다 더 많이 지불했거나, 보장된 의료 서비스 전체 의료 청구서를 받으셨다면 본 *가입자 안내서* **제7장**을 참고하여 해결 방법을 확인하시기 바랍니다.

귀하가 의료비 청구서를 직접 지불해서는 안 됩니다. 지불했을 경우, 저희가 환급하지 못할 수도 있습니다.

I1. 보험적용이 되지 않는 서비스 플랜의 보장

저희 플랜은 다음에 해당하는 모든 서비스를 보장합니다.

- 의학적으로 필요하다고 확인된 서비스 **및**
- 플랜의 혜택 표에 나와 있는 서비스(본 *가입자 안내서* **제4장** 참조) **및**
- 플랜 규칙을 따라 받는 서비스

플랜에서 보장하지 않는 서비스를 받으신 경우, 다른 Medi-Cal 프로그램에서 보장하지 않는 한 그 비용은 **전액 본인이 부담**하셔야 합니다.

어느 의료서비스나 진료이든 저희의 비용 부담 여부를 알고자 하는 경우 물으실 권리가 있습니다. 서면으로 문의해도 됩니다. 플랜에서 해당 서비스 비용을 지불할 수 없다고 결정하면 그에 대해 재고를 요청할 권리도 있습니다.

본 *가입자 안내서*의 **제9장**에서는 의료 서비스 또는 품목에 대해 보험을 적용받기 위한 방법을 설명합니다. 보험적용 결정에 대한 재고 요청 방법도 나와 있습니다. 가입자 서비스부에 연락하여 재고 요청 권리를 자세히 알아보십시오.

플랜에서는 일부 서비스에 대한 비용을 특정 한도까지 부담합니다. 그 한도를 넘는 종류의 서비스를 받으시면 비용을 전액 귀하가 부담해야 합니다. 구체적인 혜택 한도는 **제4장**을 참조하십시오. 가입자 서비스부에 문의하여 혜택 한도가 얼마인지, 혜택을 얼마나 사용했는지 확인하십시오.

J. 임상 연구 참여 시 의료 서비스 혜택

J1. 임상 연구의 정의

L.A. Care는 미국(https://clinicaltrials.gov)에 등록된 암 임상 시험 등의 임상 시험에 접수된 환자의 일반적 환자 진료비를 보장합니다. FFSMedi-Cal의 일부인 Medi-Cal Rx는 대부분의 외래 처방약에 보험적용을 합니다.

임상 연구(임상 시험이라고도 함)란 의사들이 새로운 종류의 진료 또는 약물을 시험하는 방법입니다. Medicare에서 승인을 받은 임상 연구는 일반적으로 연구에 참여할 지원자를 모집합니다. 임상 연구 참여자는 연구 기간 중 저희 플랜에 가입한 상태로 나머지 진료(연구와 무관한 진료)를 저희 플랜을 통하여 계속 받을 수도 있습니다.

Medicare에서 승인한 임상 연구에 참여하고자 하는 경우, 당사 에 알리거나 당사나 주치의로부터 승인을 받지 **않아도 됩니다**. 연구의 일환으로 가입자를 치료하는 의료제공자는 네트워크 의료제공자가 **아니어도 됩니다**. 이는 임상 시험이나 등록을 통해 효과를 평가해야 하는 보장 혜택에는 적용되지 않습니다. 여기에는 근거 개발을 통한 보장(NCD-CED)이 필요한 특정 혜택과, 시험적 의료기기 면제(Investigational Device Exemption, IDE) 연구가 포함됩니다. 또한 이 혜택은 사전 승인 및 다른 플랜 규칙이 적용될 수 있습니다.

임상 연구에 참여하기 전에 당사에 미리 알리는 것이 좋습니다.

일반 Medicare에서 가입자에게 보장하는 임상 연구에 참여할 계획인 경우, 귀하 또는 치료 관리사가 가입자 서비스부에 연락하여 임상 시험에 참여할 예정임을 알려주시기 바랍니다.

J2. 임상 연구 참여 시 서비스 대금 지급

Medicare가 승인한 임상 연구에 자발적으로 참여하는 경우, 연구에 따라 제공되는 서비스에는 아무런 대가를 지불하지 않습니다. Medicare에서 연구에 따라 제공되는 서비스는 물론 치료과 관련된 일반 비용까지 모두 부담합니다. Medicare에서 승인한 임상 연구에 참여하면 연구의 일부분으로 받게 되는 대부분의 서비스와 물품에는 보험이 적용됩니다. 여기에는 다음 항목이 포함됩니다.

- 연구에 참여하지 않더라도 병원 입원 시 Medicare가 부담하는 병실료와 식비

- 연구의 일부인 수술 또는 기타 의료 절차
- 새로운 진료의 부작용과 합병증의 치료

Medicare가 **승인하지 않은** 연구에 참여하는 가입자는 연구 참여로 인해 발생하는 제반 비용을 자비로 부담하여야 합니다.

J3. 임상 연구 관련 기타 정보

Medicare 웹사이트(www.medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf)에서 'Medicare & Clinical Research Studies(Medicare & 임상 연구)'에서 임상 연구 참여에 관한 내용을 자세히 확인할 수 있습니다. 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로도 연락하실 수 있습니다. TTY 이용자는 1-877-486-2048번으로 전화하시면 됩니다.

K. 종교적, 비의료 보건 기관에서의 의료 서비스 보험적용 방식

K1. 종교적 비의료 보건 기관의 정의

대개 병원이나 전문 간호 시설에서 받을 진료를 제공하는 곳을 말합니다. 병원이나 전문 간호 시설에서 진료를 받는 것이 귀하의 종교적 신념에 어긋나면, 저희가 종교 단체에서 운영하는 비의료 보건 기관의 진료 비용을 부담합니다.

이 혜택은 Medicare 파트 A 입원 환자 서비스(비의료 보건 서비스)에만 제공됩니다.

K2. 종교적 비의료 보건 기관에서 제공하는 서비스

종교적 비의료 보건 기관에서 진료를 받으려면 '선택' 치료를 받는 데 반대한다는 법적 문서에 반드시 서명하셔야 합니다.

- '선택(Non-excepted)' 치료는 **자발적으로 받는 것으로서 연방, 주, 지방 법에 따라 강제성을 띄지 않는 진료 또는 치료입니다.**
- '비선택(Excepted)' 치료는 **자발적으로 받는 진료가 아니며** 연방, 주, 지방 법에 따라 강제적으로 실시되는 진료 또는 치료입니다.

저희 플랜의 혜택을 받으려면, 종교적 비의료 보건 기관에서 받는 진료가 반드시 다음 조건을 충족하는 것이어야 합니다:

- 진료 제공 시설은 반드시 Medicare 공인 시설이어야 합니다.
- 저희 플랜에서는 치료의 비종교적인 측면만 보장합니다.
- 이 귀하가 시설에서 제공하는 서비스를 이 기관으로부터 받는 경우 다음이 적용됩니다.
  - 귀하에게는 입원 환자 병원 진료나 전문 간호 시설 진료에 대하여 보험적용이 되는 서비스를 받을 수 있을 증세가 반드시 있어야 합니다.
  - 귀하는 해당 시설에 입소하거나 체류하기 전에 저희에게 반드시 승인을 받아야 합니다. 그렇지 않으면 보험으로 처리되지 **않습니다**.

병원에 외래 입원 하는 경우, 병원이 건강 플랜 네트워크에 속해 있으면 Medicare 혜택 한도가 적용되지 않습니다. *자세한 내용은 제4장 혜택 표를 참조하십시오.*

L. 내구성 의료 장비(DME)

L1. 플랜 가입자의 DME

DME에는 휠체어, 목발, 전동 매트리스 시스템, 당뇨병 제품, 의료제공자가 주문한 자택에서 사용할 병원 침대, 정맥 내(Intravenous, IV) 주사 펌프, 언어 생성 장치, 산소 장비 및 제품, 흡입치료기 및 보행기 등과 같이 의료제공자가 주문한 의학적으로 필요한 특정 품목이 포함됩니다.

의료보장구와 같은 일부 DME 품목은 귀하가 소유합니다.

다른 유형의 DME는 대여해야 합니다. 플랜 가입자는 일반적으로 대여 기간과 관계없이 대여한 DME 품목은 소유하지 **않습니다**.

일부 제한적 상황에서 저희는 귀하에게 DME 소유권을 이전합니다. 자세한 내용은 페이지 하단에 기재된 전화번호로 가입자 서비스부에 문의하십시오.

저희 플랜에 가입하기 전에 Medicare에서 최대 12개월 동안 DME를 사용하셨더라도 그 장비의 소유권은 귀하에게 있지 **않습니다**.

일반적으로 Medicare는 가정에서 사용하는 의료 장비에 대해서만 비용을 지급합니다. 그러나 Medi-Cal은 주변 지역 등, 자택 외부에서 필요한 장비에 대한 비용을 지불하는 데 도움을 드릴 수 있습니다.

L2. 일반 Medicare로 전환하는 경우 DME 소유권

일반 Medicare의 경우, 특정 종류의 DME를 임차하는 분은 13개월 후 그 장비를 소유합니다. Medicare Advantage(MA) 플랜에서는 특정 종류의 DME에 대해서 소유 전 반드시 임차하여야 하는 개월 수를 정합니다.

다음과 같은 경우, Medi-Cal에 더 이상 가입되어 있지 않다면 DME를 소유하려면 일반 Medicare의 경우 보험금을 연속 13번 지불해야 하거나 MA 플랜에서 지정한 횟수의 보험금을 연속 지불해야 합니다.

- 플랜에 가입한 상태에서 DME의 소유자가 되지 않았던 경우 **및**
- 귀하가 이 플랜을 떠나 Original Medicare 프로그램 또는 MA 플랜에 속한 건강 플랜 외부에서 Medicare 혜택을 받는 경우

저희 플랜에 가입하기 전에 일반 Medicare나 MA 플랜으로 DME 비용을 지불한 경우, **해당 일반 Medicare 또는 MA 플랜 지불금은 저희 플랜을 떠난 후에 지불해야 할 지불금에 적용이 되지 않습니다.**

- 일반 Medicare에서 보험금을 연속 13번 지불해야 하거나 MA 플랜에서 지정한 횟수의 보험금을 연속 지불해야 DME 소유권을 갖습니다.

- 일반 Medicare 또는 MA 플랜으로 복귀할 경우 어떤 예외도 적용되지 않습니다.

L3. 플랜 가입자를 위한 산소 장비 혜택

Medicare 보험이 적용되는 산소 장비에 대하여 자격에 부합하는 경우 다음과 같은 항목에 혜택이 적용됩니다:

- 산소 장비 대여
- 산소 및 산소 용기 배송
- 산소 및 산소 용기 배송에 필요한 튜브 및 관련 액세서리
- 산소 장비 유지 관리 및 수리

산소 장비는 귀하에게 의학적으로 필요하지 않거나 플랜을 탈퇴하는 경우, 반환해야 합니다.

L4. Original Medicare(일반 Medicare) 또는 다른 Medicare Advantage (MA) 플랜으로 전환하는 경우 산소 장비

산소 장비가 의학적으로 필요하며 **귀하가 플랜을 탈퇴하여 일반 Medicare로** 전환하는 경우, 공급업체에서 36개월 동안 장비를 대여할 수 있습니다. 월 대여료에는 위에 나열된 산소 장비 및 물품과 서비스가 포함됩니다. 귀하가 여전히 Medicare와 Medi-Cal에 가입되어 있다면 Medicare 및 Medi-Cal에서 해당 비용을 보장합니다.

36개월간 임대한 후 산소 장비가 의학적으로 필요한 경우, 공급업체에서 다음과 같이 서비스를 제공해야 합니다.

- 산소 장비, 물품, 서비스를 추가 24개월 동안 제공해야 합니다.
- 의학적으로 필요한 경우, 산소 장비 및 물품을 최대 5년 동안 제공해야 합니다.

5년 동안 이용한 뒤, 산소 장비가 여전히 필요한 경우:

- 공급업체는 물품을 제공할 의무가 없습니다. 아무 공급업체에서나 대체 장비를 선택할 수 있습니다.
- 5년의 기한이 새롭게 시작합니다.
- 공급업체로부터 36개월 동안 장비를 빌릴 수 있습니다.
- 그다음 공급업체는 산소 장비, 물품, 서비스를 추가 24개월 동안 제공해야 합니다.
- 산소 장비가 의학적으로 필요한 한, 새로운 5년의 기간이 새로 시작합니다.

산소 장비가 의학적으로 필요하며, **귀하가 플랜을 탈퇴하여 다른 MA 플랜으로 변경하는 경우**, 플랜에서는 일반 Medicare에서 보장하던 내용을 보장합니다. 신규 MA 플랜에서 보장하는 산소 장비의 종류와 가입자 부담금은 해당 플랜 측에 문의하십시오.

제4장: 보험 혜택 차트

서문

이 장에서는 저희 플랜이 보장하는 서비스와 해당 서비스 제약 사항을 설명합니다. 또한 본 플랜에서 보장하지 않는 혜택에 대해서도 설명합니다. 주요 용어와 정의는 이 *가입자 안내서*의 마지막 장에 알파벳순으로 정리되어 있습니다.

L.A. Care Medicare Plus 신규 가입자: 대부분의 경우, L.A. Care Medicare Plus에 가입되면 L.A. Care Medicare Plus에 가입을 신청한 날짜를 기준으로 그달 1일부터 Medicare 혜택을 받게 됩니다. 그래도 이후 추가로 한 달 동안은 이전 Medi-Cal 건강 플랜을 통해 Medi-Cal 서비스를 받을 수 있습니다. 그 이후부터는 Medi-Cal 서비스를 L.A. Care Medicare Plus를 통해 받게 됩니다. Medi-Cal 보험 혜택에 공백이 사라지게 됩니다. 궁금한 점이 있는 경우 1-833-522-3767(TTY: 711)번으로 문의하시기 바랍니다. 이 전화는 연중무휴 24시간 운영됩니다(공휴일 포함).

목차

A. 보험적용이 되는 서비스 이해하기 69
B. 의료제공자의 가입자 요금 부과에 대한 규칙 69
C. 플랜 혜택 표 관련 정보 69
D. 플랜 혜택 표 73
E. 지역 사회 지원 125
F. 플랜 외부에서 보장되는 혜택 127
F1. 캘리포니아 커뮤니티 전환(CCT) 127
F2. Medi-Cal Dental 128
F3. 가정 내 지원 서비스(IHSS) 128
F4. 1915(c) 가정 및 커뮤니티 기반 서비스(HCBS) 면제 프로그램 129
F5. 플랜 외부에서 제공하는 카운티 행동 건강 서비스 (정신 건강 및 약물 사용 장애 서비스) 132
G. 플랜, Medicare 또는 Medi-Cal 보험적용이 되지 않는 혜택 134

A. 보험적용이 되는 서비스 이해하기

이 장에서는 저희 플랜에서 보장하는 서비스에 대해 설명합니다. 보험적용이 되지 않는 서비스에 대해서도 설명합니다. 약물 혜택에 관한 내용은 본 *가입자 안내서* **제5장**에 있습니다. 이 장에서는 일부 서비스에 대한 한도도 설명합니다.

귀하는 Medi-Cal로부터 지원을 받기 때문에 이 플랜의 규칙을 따르는 한 보험적용이 되는 서비스 비용을 부담하지 않습니다. 저희 플랜의 자세한 규칙은 본 *가입자 안내서* **제3장**을 참조하십시오.

보험적용이 되는 서비스가 무엇인지 알아보는 데 도움이 필요한 경우, 가입자 서비스부에 1-833-522-3767(TTY: 711)번으로 문의하시기 바랍니다. 이 전화는 연중무휴 24시간 운영됩니다(공휴일 포함).

B. 의료제공자의 가입자 요금 부과에 대한 규칙

플랜은 의료제공자들이 네트워크에서 보험적용이 되는 서비스에 대한 의료비를 청구하는 것을 허용하지 않습니다. 저희 플랜에서 의료제공자에게 직접 지급하며 가입자는 어떤 비용도 지불할 필요가 없습니다. 이는 저희 플랜에서 지불하는 금액이 의료제공자의 청구액보다 적은 경우에도 그러합니다.

귀하는 의료제공자로부터 보험적용이 되는 서비스에 대한 의료비 청구서를 절대 받아서는 안 됩니다. 그러한 경우 본 *가입자 안내서* **제7장**을 참조하거나 가입자 서비스부에 문의하십시오.

C. 플랜 혜택 표 관련 정보

이 혜택 표에서는 플랜에서 어떤 서비스의 비용을 부담하는지 소개합니다. 보험적용이 되는 서비스가 알파벳 순으로 수록 및 설명되어 있습니다.

플랜은 다음 규칙에 해당할 때 혜택 표에 나와 있는 서비스에 대한 의료비를 부담합니다. 귀하는 아래에서 설명하는 요건을 충족하는 경우, 혜택 표에 나와 있는 서비스에 대한 의료비를 지불할 필요가 **없습니다**.

- 플랜은 Medicare 및 Medi-Cal에서 정한 규칙에 따라 Medicare와 Medi-Cal 혜택 서비스를 보장합니다.
- 치료, 행동 건강 및 물질 사용 관련 서비스, 장기 요양 서비스 및 지원, 소모품, 장비, 약물 등을 포함한 서비스는 '의학적으로 필요한' 것이어야 합니다. 의학적으로 필요한 것은 질병을 예방, 진단, 치료하거나 현재 건강 상태를 유지하는 데 필요한 의료 서비스, 제품 또는 약품을 의미합니다. 여기에는 가입자가 병원이나 간호 시설에 입원하지 않도록 조치하는 치료도 포함됩니다. 또한 해당 서비스, 소모품, 약품이 용인된 의료 활동 기준에 부합해야 합니다.
- 신규 가입자의 경우, 최초 90일 동안은 네트워크 외 의료제공자에게서 시작된 치료라고 하더라도 진행 중인 치료 과정에 대해 사전 승인을 요구하지 않을 수 있습니다.

- 가입자는 네트워크 의료제공자로부터 치료받습니다. 네트워크 의료제공자란 저희 플랜과 함께 일하는 의사/의료기관을 말합니다. 대부분의 경우, 네트워크 외 의료제공자로부터 받는 진료는 응급 상황이나 긴급하게 필요한 치료가 아니거나, 플랜이나 네트워크 의료제공자가 진료의뢰를 해주지 않는 한 보장되지 않습니다. 네트워크 의료제공자 및 네트워크 외 의료제공자에 대해서는 이 *가입자 안내서* **제3장**을 참조하십시오.
- 귀하에게는 진료를 제공하고 관리하는 주치의(PCP) 또는 케어 팀이 있습니다. 대부분의 경우, 귀하가 PCP가 아닌 다른 의료제공자나 저희 플랜 네트워크 내의 다른 의료제공자를 이용하려면 주치의의 승인을 받아야 합니다. 이를 진료의뢰라고 합니다. 본 *가입자 안내서* **제3장**에 진료의뢰를 얻는 방법과 진료의료가 필요하지 **않은** 경우에 대한 자세한 정보가 나와 있습니다.
- 보험 혜택 표에 수록된 일부 서비스는 주치의나 다른 네트워크 의료제공자가 저희에게 먼저 승인을 받은 경우에만 보험으로 처리됩니다. 이를 사전 승인(prior authorization, PA)이라고 합니다. 보험적용이 되는 서비스 중에서 PA를 받아야 하는 것은 혜택 표에 별표(*)로 표시하였습니다.
- 플랜이 치료 과정에 대해 PA 요청 승인을 제공할 경우, 이 승인은 혜택 기준, 의료 기록, 치료를 하는 의료제공자의 권고 사항에 따라 치료에 지장이 가지 않을 만큼 의료적으로 합리적이고 필요한 수준에서 유효합니다.
- *Medi-Cal 혜택을 상실한 경우, 자격이 유지되는 것으로 간주되는 3개월의 기간 내에 이 플랜의 Medicare 혜택은 유지됩니다. 그러나 Medi-Cal 서비스는 보장되지 않을 수 있습니다. Medi-Cal 자격에 대한 정보는 해당 카운티 수혜 자격 심사 사무실 또는 건강관리옵션에 문의하십시오. Medicare 혜택을 유지할 수 있지만 Medi-Cal 혜택은 유지할 수 없습니다.*

특정 만성적인 질병이 있는 가입자를 위한 중요한 혜택 정보.

SSBCI 자격을 얻으려면, 먼저 (위에 나열된) 하나 이상의 만성 질환이 있어야 하며, 그 질환이 자격 요건을 충족해야 합니다. 또한 일상생활에 영향을 미치는 심각한 장기 건강 문제를 가지고 있거나, 입원이나 기타 주요 건강 문제의 고위험군이어야 하며, 치료 관리에 상당한 도움이 필요한 상태여야 합니다. 귀하의 건강 위험 평가(HRA) 응답과 의료 기록이 자격 여부를 판단하는 데 사용됩니다. 또한 의사에게 L.A. Care에 귀하의 해당 의학적 상태와 다른 SSBCI 자격 요건을 확인하는 요청서를 제출해달라고 할 수도 있습니다. SSBCI 혜택과 귀하의 자격(승인된 경우)은 해당 혜택 연도가 종료되면 만료됩니다. 모든 사람이 자격을 얻는 것은 아닙니다.

- 아래에 기재된 만성적인 질병이 있고 특정 의학적 기준을 충족하면 추가 혜택을 받을 수 있습니다.
  - 만성 알코올 및 기타 약물 의존증
  - 자가 면역 장애
  - 암
  - 심혈관 장애

- 만성 심부전
- 치매
- 당뇨병
- 과체중, 비만 및 대사증후군
- 만성 위장 질환
- 만성 신장 질환(Chronic Kidney Disease, CKD)
- 중증 혈액 장애
- 인체 면역 결핍 바이러스(Human Immunodeficiency Virus, HIV)/후천성 면역 결핍증(Acquired Immune Deficiency Syndrome, AIDS)
- 만성 폐 장애
- 만성 및 장애 정신 건강 질환
- 신경 장애
- 뇌졸중
- 장기 이식 후 상태
- 면역결핍 및 면역억제 질환
- 인지 장애 관련 질환
- 기능적 문제를 동반한 질환
- 시각, 청각(청각 장애), 미각, 촉각, 후각에 손상을 주는 만성 질환
- 개인이 기능을 유지하거나 회복하기 위해 지속적인 치료 서비스가 필요한 질환

◦ 만성 질환에 대한 특별 보충 혜택(Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI)에 대한 자격을 갖추려면 자격 기준을 충족하는 만성 질환(상기 목록 참조)을 하나 이상 가지고 있어야 합니다. 또한 일상 생활에 영향을 미치는 심각한 장기적 건강 문제를 가지고 있어야 하며, 입원이나 다른 주요 건강 문제의 위험이 높고, 치료 관리를 위해 상당한 도움이 필요한 경우에 해당됩니다. 건강 위험 평가(Health Risk Assessment, HRA)에서 수집된 정보는 귀하에게 자격이 있는지 판단하는 데 사용됩니다. 그러나 저희가 HRA 작성 시기가 도래하였음을 알려드릴 때만 HRA를 작성하시기 바랍니다. 일반적으로 HRA는 플랜에 가입한 시점을 기준으로 연 1회 완료하게 됩니다. 또한 해당하는 의학적 질환이 있는지 확인하기 위해 귀하가 의료제공자에게 SSBCI 의료제공자 양식을 작성해 저희에게 제출하도록 요청하실 수 있습니다. 혜택을 받기 위해서는 1년에 한 번만 승인을 받으시면 됩니다. 모든 사람이

이러한 추가 혜택을 받을 자격이 있는 것은 아닙니다.

- 자세한 정보는 혜택 표의 '특정 만성적인 질병에 대한 도움이 필요한 경우' 행을 참조하십시오.
- 자세한 사항은 플랜에 문의하십시오.

대부분 **또는** 모든 예방 서비스는 무료입니다. 이 사과 그림은 혜택 표의 예방 서비스를 나타냅니다.

D. 플랜 혜택 표

보험적용이 되는 서비스		본인이 지불하는 금액
	복부 대동맥류 선별 검사 본 플랜은 위기 상황의 환자를 위해 단 한번의 초음파 선별검사 비용을 부담합니다. 귀하에게 특정 위험 요인이 있으며, 담당 의사, 의사 보조원, 전문 간호사 또는 임상 전문 간호사로부터 진료의뢰를 받는 경우에 한해 저희 플랜에서 이 검사 비용을 부담합니다.	$0
	침술 플랜은 월 2회까지 또는 의학적으로 필요한 경우에는 더 많은 횟수의 외래 침술 서비스에 대한 비용을 부담합니다. 또한 플랜은 다음과 같이 정의되는 만성 요통이 있는 경우, 90일 동안 최대 12번의 침술 비용을 부담합니다. • 12주 이상 지속 • 구체적이지 않음(전이, 염증, 감염병과 관련이 없으며 식별 가능한 계통적 이유 없음) • 수술과 관련이 없음 • 임신과 관련이 없음. **이 혜택에 대한 설명은 다음 페이지에 계속됩니다.**	$0

보험적용이 되는 서비스		본인이 지불하는 금액
	침술(계속) 또한, 증세가 호전되는 경우 플랜은 만성 요통에 8번의 추가적인 침술 비용을 부담합니다. 귀하는 매년 만성 허리 통증에 대해 20회가 넘는 침술 치료를 받을 수 없습니다. 침술 치료는 상태가 호전되지 않거나 악화되는 경우, 반드시 중단해야 합니다. 의료제공자 요구 사항: 의사(사회보장법(이하 사회보장법)의 1861(r)(1)에 정의)는 해당 주의 요건에 따라 침술을 제공할 수 있습니다. 의사 보조원(Physician Assistants, PA), 전담 간호사(Nurse Practitioners, NP)/임상 전문 간호사(Clinical Nurse Specialists, CNS)(사회보장법 1861(aa)(5)에 정의)와 보조 인력은 해당 주의 모든 요건을 충족하고 다음 조건을 갖춘 경우 침술을 시행할 수 있습니다. • 침술 또는 동양의학 인증위원회(Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine. ACAOM)에서 인가한 학교에서 취득한 침술 또는 동양의학 석사 또는 박사 학위 취득 • 미국의 한 주, 준주, 자치령(예: 푸에르토리코), 또는 컬럼비아 특별구에서 발급된, 현재 유효하며 완전하고 활성 상태이고 제한이 없는 침술 면허. 침술을 시행하는 보조 인력은 42 연방규정집(Code of Federal Regulations, CFR) §§ 410.26 및 410.27에 따라 의사, PA 또는 NP/CNS의 적절한 수준의 감독 하에 있어야 합니다.	

보험적용이 되는 서비스		본인이 지불하는 금액
	일반 침술 및 척추지압(보충) Medi-Cal 보험적용 대상이 아닌 침술 및 일반 척추지압의 경우, 매년 총 45회까지 플랜을 통해 보장됩니다. 대부분의 경우, 보험적용이 되는 서비스를 받으려면 계약한 의료제공자를 이용해야 합니다. 이 혜택을 이용하는 방법에 관해 궁금한 점이 있으시면 가입자 서비스부에 문의하시기 바랍니다. 보험적용이 되는 침술 서비스의 예를 들면 다음과 같습니다. • 평가 및 검사 • 지압 • 통증 증후군의 치료 방식 및 요법 • 근골격계 질환 • 구역 보험적용이 되는 척추지압 서비스: • 평가 및 검사 • 엑스레이 검사 • 척추지압 교정 요법, 치료 방법 및 절차 • 척추 및 말단 부위 근골격 질환의 물리적 재활, 진료소 기반, 원격 진료 옵션 포함	$0
	알코올 남용 선별 검사와 상담 저희 플랜은 알코올을 오용하지만 의존자는 아닌 성인을 위한 알코올 오용 선별 검사(선별 검사, 평가, 간단한 중재 및 치료 진료의뢰(Screening, Assessment, Brief Interventions, and Referral to Treatment , SABIRT)) 비용을 1회 부담합니다. 여기에는 임신부도 해당합니다. 알코올 남용 선별 검사 결과 양성인 가입자는(상담을 받을 수 있고 상담 시 정신이 맑은 상태인 경우) 유자격 주치의(PCP)나 의사에게 연간 최대 4회까지 간략한 대면 상담을 받을 수 있습니다.	$0

보험적용이 되는 서비스		본인이 지불하는 금액
	구급차 서비스* 응급 상황이든 아니든 보장되는 구급차 서비스에는 육상 및 항공 교통 수단(비행기, 헬리콥터)을 포함합니다. 구급 차량은 진료가 가능한 가장 가까운 장소까지 환자를 이송합니다. 다른 수송 수단 이용 시 귀하의 건강 또는 생명이 위험해질 정도로 심각한 상황에 한합니다. 그 밖의 경우(비응급 상황)에 구급 차량 서비스를 이용하려면 저희 플랜의 승인을 받아야 합니다. 응급 상황이 아닌 경우에도 저희 플랜에서 구급 차량 비용을 부담할 수도 있습니다. 가입 환자의 증세는 다른 방법으로 진료 장소로 가면 생명이나 건강이 위험해질 수 있을 만큼 심각한 상태이어야만 합니다.	$0
	연례 신체 검사 연간 건강검진 방문과는 별도로 연 1회의 연례 신체검사 비용을 부담합니다. 연례 신체검사에는 상세한 개인, 가족 병력 확인과 전신의 면밀한 신체 진찰이 포함됩니다.	$0
	연례 건강검진 방문 귀하는 연례 건강검진을 받을 수 있습니다. 이것은 귀하의 현재 위험 요인에 기초하여 예방 계획을 세우거나 수정하는 데 목적이 있습니다. 이 검진은 12개월마다 한 번씩 보장합니다. **참고:** 최초 연례 건강검진 방문은 **Medicare 등록 환영** 검진 방문 후 12개월 안에는 하실 수 없습니다. 그러나 파트 B에 12개월 간 등록된 후에는 **Medicare 등록 환영** 검진 방문을 하지 않았어도 연례 건강검진 방문 혜택을 받습니다.	$0
	천식 예방 서비스 심각한 천식을 앓는 환자가 있는 경우, 천식 교육과 가정 내에서 흔히 발견되는 유발 인자는 무엇인지 가정 환경 평가를 받을 수 있습니다.	$0

보험적용이 되는 서비스		본인이 지불하는 금액
	행동 건강 서비스 L.A. Care Medicare Plus는 정신 장애로 인한 경증, 중증도 또는 중증 장애에 대한 서비스를 제공하며, 이는 Carelon 행동 건강을 통해 제공됩니다. 제공되는 서비스의 예시는 다음과 같습니다. • 개인, 그룹 및 가족 심리 치료를 포함한 정신 건강 평가 및 치료 • 임상 병리 치료, 약물 및 용품을 포함한 외래 서비스 • 약물 치료 검사를 위한 외래 서비스 • 정신과 상담 • 정신 건강 상태 평가를 위한 심리 검사 • 정신과 입원 자세한 내용은 Carelon 행동 건강에 문의하십시오. • 전화번호: 1-877-344-2858/1-800-735-2929 TTY/TDD • Carelon 행동 건강 서비스에 대한 자세한 내용은 www.carelonbehavioralhealth.com/에 문의하십시오. 연중무휴 24시간 서비스 연결을 도와드릴 담당자가 대기하고 있습니다(공휴일 포함).	$0

보험적용이 되는 서비스		본인이 지불하는 금액
	선불 카드 지원 혜택 – 일반의약품 매월 $110의 보조금이 Benefits Mastercard® 선불카드에 미리 충전되어 제공되며, 이 카드는 승인된 일반 의약품(Over-The-Counter, OTC) 건강 및 웰니스 제품(예: 감기약, 비타민, 진통제, 붕대 등) 구매에 사용할 수 있습니다. 카드와 활성화 지침은 플랜에 가입한 후 약 7~10일 이내에 우편으로 발송됩니다. 또한 우편으로 OTC 및 건강 식품 카탈로그를 받으실 수 있으며, 이 카탈로그에는 모든 승인된 품목이 기재되어 있습니다. 보험 적용이 시작되고 카드가 활성화되면 주문을 시작할 수 있습니다. 배송비는 무료이며, 대부분 품목은 약 2일 이내에 도착합니다. 승인된 품목만 공제 적용 대상입니다. 인쇄된 카탈로그를 사용하거나 lacare.nationsbenefit.com에서 어떤 제품이 해당되는지 확인할 수 있습니다. 참고로, 사용되지 않은 자금은 다음 달로 이월되지 않습니다. 혜택을 최대한 활용하려면 매월 전체 한도를 모두 사용하는 것이 좋습니다. 이를 통해 편리하게 구매하세요! Mastercard® 선불형 수당 카드는 참여 약국 매장, 소매점, 온라인, 전화로 사용할 수 있습니다. • 매장 내: Albertsons, CVS, Food-4-Less, Ralphs, Walgreens, Walmart 등의 장소에서 승인된 물품을 구매할 수 있습니다. 인근 매장을 찾으려면 lacare.nationsbenefits.com을 방문하십시오. • 온라인: 승인 제품 목록을 살펴보시려면 lacare.nationsbenefits.com을 방문하십시오. 온라인으로 처음 주문하는 경우, Benefits Pro Portal 에 등록하거나 Benefits Pro 앱에 등록해 계정을 만들어야 합니다. 이미 계정을 만든 경우, 로그인하고 물품을 고른 다음 결제할 준비가 되면 '결제(Checkout)'를 클릭하십시오. • 전화: OTC 카탈로그를 살펴보거나 lacare.nationsbenefits.com으로 이동하여 주문하고자 하는 제품을 찾습니다. 전화로 주문하시려면 1-833-571-7587(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 가입자 서비스부 담당자는 현지 시간으로 오전 8시~오후 8시까지 근무합니다.	$0

보험적용이 되는 서비스		본인이 지불하는 금액
	골질량 측정 플랜은 기준에 부합하는 가입자(대개 뼈 질량 상실이나 골다공증 위험이 있는 사람)가 받는 특정 절차의 비용을 부담합니다. 이러한 절차는 뼈 질량 확인, 뼈 소실 발견, 골질 파악을 위한 것입니다. 24개월에 1회 또는 의학적으로 필요한 경우 더 많은 횟수의 비용을 플랜에서 부담합니다. 의사가 결과를 보고 소견을 내는 비용도 부담합니다.	$0
	유방암 검사(유방조영술) 다음과 같은 서비스가 보장됩니다. • 만 35세~39세까지 기본 유방조영술 1회 • 유방조영술 선별검사 12개월에 1회 • 24개월에 한 번씩 임상적 유방 검진	$0
	심장 재활 서비스* 플랜은 운동, 교육, 상담 같은 심장 재활 서비스 비용을 부담합니다. 이 경우, 특정 진료 의뢰 조건에 부합해야 합니다. 저희는 심장 재활 프로그램보다 더 강도 높은 집중 심장 재활 프로그램 비용도 부담합니다.	$0
	심혈관(심장) 질환 위험 감소를 위한 방문(심장 질환 요법) 본 플랜은 심장 질환 위험 완화를 위한 주치의(Primary Care Provider, PCP) 방문 비용을 연 1회 혹은 의학적으로 필요한 만큼 부담합니다. 한 번 방문하거나 여러 번 방문하는 중에 의사가 다음과 같이 제의할 수 있습니다. • 아스피린 사용 논의 • 혈압 측정 • 건강한 식생활 정보 제공	$0
	심혈관(심장) 질환 선별검사* 저희 플랜은 심혈관 질환 여부 확인을 위한 혈액 검사 비용을 5년(60개월)에 1회 부담합니다. 이 혈액 검사로도 심장 질환 위험이 커서 생길 수 있는 결손을 확인합니다.	$0

보험적용이 되는 서비스		본인이 지불하는 금액
	자궁 경부암 및 질암 선별검사 다음과 같은 서비스가 보장됩니다. • 모든 여성: 팹 테스트 및 골반 검사 24개월에 1회 • 자궁경부암 또는 질암 고위험군 여성: 팹 테스트 12개월에 1회 • 지난 3년 내 팹 테스트에서 이상이 발견된 가임기 여성: 팹 테스트 12개월에 1회 • 30~65세의 여성: 5년에 1회 인유두종 바이러스(Human Papilloma Virus, HPV) 검사 또는 팹 및 HPV 검사	$0
	척추지압 서비스 다음과 같은 서비스가 보장됩니다. • 척추 정렬 교정 **추가적인 혜택에 대한 정보는** 침술 및 척추지압(보충) **섹션을 참조하십시오.**	참고: 척추 지압사가 처방하는 기타 서비스나 검사(엑스레이 포함)에 대해서는 모든 비용을 본인이 부담해야 합니다.
	만성 통증 관리 및 치료 서비스 만성 통증(3개월 이상 지속되거나 반복되는 통증) 환자를 위한 월별 보험적용 서비스. 서비스에는 통증 평가, 약물 관리, 진료 조정 및 치료 계획 수립이 포함될 수 있습니다.	이 서비스의 본인 부담금은 치료 과정에서 제공되는 개별 서비스에 따라 달라집니다.

보험적용이 되는 서비스		본인이 지불하는 금액
	결장직장암 검진 다음과 같은 서비스가 보장됩니다. • 결장경 검사는 최소 또는 최대 연령 제한이 없으며, 고위험군이 아닌 환저의 경우 120개월(10년)마다 1회 보장됩니다. 고위험군이 아닌 환자가 이전에 유연성 S상 결장경 검사를 받은 경우에는 48개월 이후 1회 보장됩니다. 고위험군 환자의 경우, 이전에 결장경 검사를 받은 후 24개월마다 1회 보장됩니다. • 45세 이상이면서 결장직장암 고위험군이 아닌 환자의 경우, 마지막으로 시행한 CT 결장조영술 이후 최소 59개월이 경과했을 때 또는 마지막으로 시행한 유연성 S상 결장경 검사나 결장경 검사 이후 47개월이 경과했을 때 CT 결장조영술이 보장됩니다. 결장직장암 고위험군 환자의 경우, 마지막 CT 결장조영술이나 마지막 결장경 검사를 시행한 달로부터 최소 23개월이 경과한 후에 CT 결장조영술을 받을 경우 비용이 보장됩니다. • 45세 이상 환자를 위한 유연성 S상 결장경 검사. 고위험군이 아닌 환자는 선별 결장경 검사 후 12개월마다 1회. 고위험군 환자는 마지막 유연성 S상 결장경 검사 또는 CT 결장조영술을 시행한 달로부터 48개월마다 1회. • 45세 이상 환자를 위한 선별 분별잠혈 검사. 12개월마다 1회 • 고위험군 기준에 해당하지 않는 45세부터 85세까지 환자를 위한 다중표적 분변 DNA 검사. 3년마다 1회. • 고위험군 기준에 해당하지 않는 45세부터 85세까지 환자를 위한 혈액 기반 바이오마커 검사. 3년마다 1회. • 결장직장암 검사는 Medicare 보장 대상인 비외과적 대변 기반 결장직장암 검사 결과 양성 반응이 나온 이후 후속 결장경 검사를 포함합니다.. • 결장직장암 검사에는 계획된 선별 유연성 S상 결장경 검사 또는 선별 결장경 검사가 포함되며, 이 과정에서 조직이나 기타 물질의 제거가 이루어지거나, 검진 검사와 동일한 진료에서 그 결과에 따라 관련된 다른 시술이 제공될 수 있습니다.	$0

보험적용이 되는 서비스		본인이 지불하는 금액
	커뮤니티 보건 복지사 서비스 L.A. Care는 전문의 또는 여타 자격증을 갖춘 의사가 질병, 장애 및 여타 증상이나 그 진행을 방지, 수명을 연장, 신체 및 정신 건강과 효율을 도모하기 위하여 추천하는 경우 커뮤니티 보건 복지사 (Community Health Worker, CHW) 서비스를 보장합니다. 서비스에는 다음 항목이 포함될 수 있습니다. • 만성 또는 감염성 질환의 통제 및 예방, 행동, 산전 및 구강 건강 상태 및 부상 예방을 포함한 건강 교육 및 훈련 질병 예방 및 관리를 해결하기 위한 목표 설정 및 행동 계획 수립을 포함한 건강 증진 및 코칭	$0

보험적용이 되는 서비스		본인이 지불하는 금액
	치과 서비스 본 플랜은 스케일링, 충전, 틀니 등을 포함하며 이에 국한되지 않는 특정 치과 서비스를 보장합니다. 보장하지 않는 대상은 아래 **섹션 G2**에 설명된 Medi-Cal Dental을 통해 제공하고 있습니다. 치과 서비스가 개인의 일차적인 건강 상태를 관리하기 위한 구체적인 치료 방법의 핵심적인 부분을 차지하는 경우, 일부 치과 서비스를 보장합니다. 예를 들어 턱 골정리나 손상 후의 턱 재건, 턱 부위 암 방사선 치료를 준비하기 위한 발치, 또는 장기 이식 전 시행되는 구강 검진 등이 있습니다. 추가적 치과 서비스(보충) 본 플랜은 이 외에 기타 치과 서비스 및 시술을 보장합니다. 이러한 서비스에는 다음 항목이 포함되며 이에 국한되지 않습니다. • 예방 의료 서비스 ◦ 구강 검사 – 연 1회 ◦ 스케일링 – 연 1회 ◦ 불소 치료 – 연 국소 도포 1회 ◦ 엑스레이 - 연 1회 • 종합 서비스 ◦ 수복* ◦ 치내요법* – 평생 치아당 1회* ◦ 보철(고정 및 탈착식)* ◦ 구강/악안면 수술* ◦ 부가적인 일반 서비스* 저희 플랜은 Liberty Dental과 협력하여 치과 혜택을 제공합니다. 혜택 제외사항 및 제한사항이 적용될 수 있습니다. 의학적으로 필요한 경우 예외가 있을 수 있습니다. 일부 서비스에는 치료 전에 사전 승인을 위한 임상 검토가 필요하다는 점에 유의하십시오. 이러한 사전 승인 요청에는 특정 문서가 반드시 제출되어야 합니다. 이러한 서비스는 제공된 문서를 바탕으로 임상 검토를 거쳐 해당 서비스가 다음에 해당하는지 판단합니다. **이 혜택에 대한 설명은 다음 페이지에 계속됩니다.**	$0

보험적용이 되는 서비스		본인이 지불하는 금액
	치과 서비스(계속) 해당 서비스가 업계 표준을 기반으로 바람직하며 적절한지 결정하고 Liberty의 임상 기준 및 지침에 기술된 해당 서비스에 특정되는 모든 요건을 충족하는지 확인합니다. LIBERTY의 치과 책임자의 의견상 필요하지 않거나 플랜의 기준을 충족하지 않는 모든 치료는 보장되지 않습니다. 필요한 문서가 제공되지 않을 경우 해당 서비스는 적절한 검토을 할 수 없으며, 이에 따라 거부하게 됩니다. 어떤 이유로든 사전 승인이 거부되는 경우, 서비스는 보장되지 않으며 가입자가 모든 관련 비용에 대한 책임을 지게 됩니다. 미용 또는 성형을 이유로 한 치과 시술은 보장되지 않습니다. 보장은 혜택 표에 있는 서비스로 한정됩니다. 구체적인 보장 목록은 웹사이트 medicare.lacare.org에서 참조하거나, 월요일~금요일 지역 시간 기준 오전 8시~오후 8시 사이에 1-855-552-8243번으로 전화해 주시기 바랍니다. 플랜에서 보장되지 않는 서비스는 Medi-Cal Dental 프로그램을 통해 제공될 수 있습니다. 네트워크 치과의사를 찾으려면 가입자 서비스부에 1-855-552-8243번으로 전화하거나, libertydentalplan.com/lacaremedicare에서 온라인 치과 의료제공자 명부를 검색할 수 있습니다. 치과 서비스를 받기 전에 네트워크 내 치과의사와 협의해 혜택 범위를 확인하는 것이 좋습니다. 네트워크 외부 치과의사를 이용하기로 선택한 경우, 귀하가 받는 서비스는 저희 플랜으로 보장되지 않습니다. 2026년 7월 1일부터 이민 자격요건을 충족하지 못하는 가입자들은 치과 보험 혜택을 더 이상 받을 수 없습니다.	
	우울증 검진 본 플랜은 우울증 선별검사 비용을 연 1회 부담합니다. 이 검사는 추적 치료 및/또는 진료의뢰를 제공할 수 있는 1차진료 환경에서 해야 합니다.	$0

보험적용이 되는 서비스		본인이 지불하는 금액
	당뇨병 검사 귀하에게 다음 위험 요인 중 어느 하나라도 있으면 이 선별 검사(공복 포도당 검사 포함)의 비용은 저희가 부담합니다. • 고혈압 • 콜레스테롤과 중성지방 수치 이상(이상 지질 혈증) 병력 • 비만 • 고혈당(포도당) 병력 가입자가 과체중이고 당뇨병 가족력이 있는 경우처럼 일부 다른 경우에는 검사 비용이 보험으로 처리될 수도 있습니다. 가장 최근 당뇨 검진 날짜로부터 12개월마다 최대 2회의 당뇨 검진을 받을 수 있습니다.	$0

보험적용이 되는 서비스		본인이 지불하는 금액
	당뇨병 자가 관리 교육, 서비스 및 용품* 저희 플랜은 모든 당뇨병 환자를 위해 (인슐린 사용 여부와 관계없이) 다음 서비스 비용을 부담합니다. • 다음과 같은 혈당 측정 제품이 포함됩니다. ◦ 혈당 측정기 ◦ 혈당 검사지 ◦ 채혈기와 채혈침 ◦ 검사지와 측정기의 정확도 확인용 포도당 조절 용액 • 중증 당뇨성 족병이 있는 당뇨병 환자의 경우 저희가 다음 비용을 부담합니다. ◦ 매년 치료용 맞춤형 신발(삽입물 포함) 1켤레와 그 부품 및 예비용 삽입물 2켤레 **또는** ◦ 매년 한 켤레의 심층화(피팅 포함)와 세 쌍의 삽입물(해당 신발과 함께 제공되는 넣었다 뺐다 할 수 있는 기성 삽입물 불포함) • 저희 플랜에서 당뇨병 관리에 도움이 되는 교육의 비용을 부담할 수도 있습니다. 자세한 내용은 가입자 서비스부에 문의하십시오. 당뇨병이 있는 가입자는 L.A. Cares About Diabetes® 프로그램을 이용할 수 있습니다. 이 무료 프로그램에서는 다음과 같이 가입자의 당뇨 관리를 지원합니다. – 당뇨병 환자 건강 자료 우편 발송 – MyHIM Wellness Portal 로그인 안내 – 당뇨병 자기 관리 교육 수업(온라인 수강 가능) – 등록된 영양사와의 상담 시 받을 수 있는 서비스: • 혈당 관리 방법 코치 • 건강한 식습관 지도 • 당뇨병에 대해 의사와 대화하는 방법에 관한 유용한 팁 제공	$0
	산모 돌봄 서비스(Doula Services) 임산부의 경우, 산전 및 산후 기간에 9회의 둘라 방문과 더불어 분만 및 출산 중 지원 비용을 보장합니다. 최대 9회의 추가 산후 관리 서비스도 제공될 수 있습니다.	$0

보험적용이 되는 서비스		본인이 지불하는 금액
	내구성 의료 장비 및 관련 소모품* '내구성 의료 장비(Durable Medical Equipment, DME)'의 정의는 본 *가입자 안내서* **제12장**을 참조하십시오. 저희는 다음 항목을 보장합니다. • 휠체어(전동 휠체어 포함) • 목발 • 전동 침대 시스템 • 매트리스용 건식 압력 분산 패드 • 당뇨병 관련 제품 • 의료제공자가 주문한 자택에서 사용할 병원 침대 • 정맥 내(Intravenous, IV) 주사 펌프와 폴 • 음성 생성 장치 • 산소 장비와 용품 • 흡입치료기 • 보행기 • 표준 곡형 손잡이 지팡이 또는 사발 지팡이(쿼드 케인) 및 교체용 보조 용품 • 경추 견인 장치(문 걸이형) • 골 자극기 • 투석 관리용 장비 그 밖의 품목에 보험이 적용될 수도 있습니다. 본 플랜은 Medicare와 Medi-Cal에서 일반적으로 지원하는 의학적으로 필요한 모든 DME의 비용을 부담합니다. 가입자 거주 지역의 저희 플랜 소속 공급처가 특정 상표나 제조사를 취급하지 않을 경우 가입자는 특별 주문이 가능한지 문의할 수 있습니다.	$0

보험적용이 되는 서비스		본인이 지불하는 금액
	응급 진료 응급 치료(Emergency Care)는 다음과 같은 서비스를 뜻합니다. • 응급 진료 교육을 받은 의료제공자가 하는 치료 **및** • 의학적 응급 상황 평가 또는 치료에 필요 의학적 응급 상황은 질병, 부상, 심한 통증 또는 빠르게 악화되는 질환입니다. 건강과 의학에 평균적인 지식을 가진 사람이 보기에 매우 위중하여 즉시 치료를 받지 않으면 다음과 같은 결과가 예상됩니다. • 귀하의 건강 또는 태아의 건강이 심각하게 위험 **또는** • 심각한 신체 기능 저하 **또는** • 신체 기관의 심각한 기능 장애 또는 • 사지 절단 또는 사지 기능 상실. • 분만 진통 중인 임산부의 경우 다음 조건 중 하나에 해당됩니다: ◦ 분만 전에 다른 병원으로 안전하게 수송하기에는 시간이 부족한 경우 ◦ 수송 중에 산모 또는 태아의 건강이나 안전에 위협받을 수 있을 경우 응급치료 및 긴급하게 필요한 진료는 사전 승인을 받지 않아도 전 세계 어디서든 보험으로 처리됩니다. 1년에 최대 $10,000를 지불합니다. 추가 정보는 귀하 서비스부로 연락해 주십시오.	$0 귀하가 네트워크 외 병원에서 응급 치료를 받고 안정된 후 입원 치료를 받아야 하는 경우, 네트워크 소속 병원으로 이동해서 진료를 받아야만 보험혜택을 계속 받을 수 있습니다. 귀하는 저희 플랜에서 입원을 승인하는 경우에만 네트워크 외 병원에 입원하여 치료를 받을 수 있습니다.

보험적용이 되는 서비스		본인이 지불하는 금액
	가족계획 서비스 법에 따라 특정 가족계획 서비스에 대해 네트워크 의료제공자 또는 네트워크 외 의료제공자 등을 포함한 의료제공자를 선택할 수 있습니다. 이는 어느 의사, 진료소, 병원, 약국, 가족계획 사무소든 가능하다는 뜻입니다. 다음과 같은 서비스가 보장됩니다. • 가족계획 검사와 치료 • 가족계획 검사실과 진단용 검사 • 가족계획 방법(자궁 내 피임(Intrauterine Contraceptive, IUC)/ 자궁 내 장치(Intrauterine Device, IUD), 이식, 주사, 경구 피임약, 패치, 링) • 가족 계획 처방 제품(콘돔, 스펀지, 발포제, 필름, 다이어프램, 자궁경부 캡) • 불임 인식 기술에 대한 상담 및 교육 및/또는 임신 전 건강 상담, 검사 및 성 접촉 감염(STI) 치료 등의 제한된 불임 서비스 • HIV/AIDS 및 기타 HIV 관련 질환에 대한 상담 및 검사 • 영구 피임 - 만 21세 이상이어야 이 가족계획 방법을 선택할 수 있습니다. 수술하기 180일 전 ~ 30일 전에 연방 정부 양식인 불임 수술 동의서에 서명해야 합니다. • 유전 상담 본 플랜은 일부 기타 가족계획 서비스 비용도 부담합니다. 그러나 다음 서비스는 저희 의료제공자 네트워크를 이용해야 합니다. • 불임증 치료(이 서비스에는 인공 임신법이 포함되지 않음) • AIDS와 기타 HIV 관련 증세 치료 • 유전자 검사	$0

보험적용이 되는 서비스		본인이 지불하는 금액
	피트니스 혜택(SilverSneakers®) 당사 플랜은 SilverSneakers®를 통해 피트니스 혜택을 제공합니다. SilverSneakers는 기존 피트니스 프로그램과는 다릅니다. 이는 건강을 개선하고 원하는 삶을 살 수 있는 방법을 제공합니다. 그룹 피트니스 수업 또는 스포츠를 하든, 근력 및 유산소 운동 장비를 사용하든, 집에서 활동하는 것을 선호하든, SilverSneakers는 건강을 개선하고 자신감을 얻으며 커뮤니티와 소통할 수 있는 기회를 제공합니다. SilverSneakers에서는 다음과 같은 혜택을 제공합니다. • 전국 각지에 참여 체육관 및 커뮤니티 네트워크가 구축되어 있으며1 일부 지점에서 그룹 피트니스 수업2을 제공 - 원하는 만큼 여러 지점에 가입 • 전문 교육을 받은 강사가 주 7일 오전, 오후, 저녁에 SilverSneakers 라이브 온라인 수업 및 워크샵 진행 • SilverSneakers 온디맨드 온라인 운동 동영상 200개 이상을 연중무휴 24시간 제공 • 운동 계획 등을 조절해 가며 이용할 수 있는 SilverSneakers GO 모바일 앱 3단계로 간단하게 시작 가능 1. 온라인에서 SilverSneakers.com/StartHere로 이동하여 온라인 계정을 생성합니다. 2. 로그인하여 가입자 ID 번호를 확인하고 해당 번호를 참여 지점에 가져갑니다. 3. 신규 계정을 통해 온라인으로 가상 운동을 즐길 수도 있습니다. SilverSneakers® 가입자로서, 귀하는 단순히 참여 SilverSneakers® 장소에서 운동하는 것으로 귀하의 사랑하는 사람들을 위한 수업료 수천 달러를 절약할 수 있습니다. 이는 간편하며 무료입니다. 더 자세한 정보를 알아보시려면 SilverSneakers.TuitionRewards.com을 방문하십시오. 1. 가맹점(Participating Location, "PL")은 Tivity Health, Inc. 또는 그 계열사가 소유하거나 운영하지 않습니다. PL 시설 및 편의시설의 사용은 PL 기본 회원의 이용약관으로 제한됩니다. 시설과 편의 시설은 PL에 따라 다릅니다. 2. 회원권은 SilverSneakers 강사가 진행하는 그룹 운동 강좌를 포함합니다. 일부 지역에서는 회원에게 추가 강좌를 제공합니다. 강좌는 지역에 따라 다릅니다. SilverSneakers는 Tivity Health, Inc.의 등록 상표입니다. © 2025 Tivity Health, Inc. All rights reserved.	$0

보험적용이 되는 서비스		본인이 지불하는 금액
	건강 및 웰니스 교육 프로그램 저희 플랜은 특정 건강 문제에 중점을 둔 프로그램을 다양하게 운영하고 있습니다. 다음과 같은 프로그램입니다. • 건강 교육 수업 • 영양 교육 강좌 • 금연 **및** • 간호사 상담 전화는 연중무휴 24시간 이용 가능하며, 증상에 관한 질문에 답변하고 일반적인 건강 정보를 제공하며, 건강 교육 자료를 발송해드릴 수 있습니다. • 개인별 전화 상담, 대면 그룹 예약, 온라인 웰니스 워크숍에서 영양, 낙상 예방, 골다공증, 심장 건강, 체중 관리, 천식, 당뇨병 예방 등 다양한 주제를 다룹니다. • 공인 건강 코치와의 개별 전화 상담 • 공인 영양사의 임상 영양 치료(PCP 진료의뢰 필요) • My *Health In Motion*(MyHIM)이라는 온라인 건강 및 웰니스 포털에서는 글 자료, 동영상, 채팅 기능을 제공합니다. • 천식, 만성 폐쇄성 폐질환(Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD), 당뇨병, 당뇨병 및 신장 질환, 고위험 임신을 위한 교육 및 지원 프로그램 • 의료 서비스 및 정보 접근을 위한 기술을 사용한 교육 및 지원(디지털 건강 리터러시) • 대형 활자 인쇄본 등, 읽기 쉬운 어휘와 형식으로 된 건강 교육 자료	

보험적용이 되는 서비스		본인이 지불하는 금액
	청각 서비스 저희 플랜은 귀하의 의료제공자가 실시한 청력 및 균형 검사 비용을 부담합니다. 이 검사로 치료 필요 여부를 알 수 있습니다. 내과 의사나 청각사, 그 외 유자격 의료제공자에게 검사를 받는 경우, 외래 환자 진료로 보험적용이 됩니다. 또한, 의사 또는 기타 유자격 의료제공자가 보청기를 처방한 경우에도 보청기 비용을 지불합니다: • 몰드, 소모품 및 삽입물 • 수리 • 초기 배터리 • 보청기를 받고 나서 같은 업자에게 교육, 조정, 맞춤을 위한 6회 방문 • 보청기 착용 시험 기간 임차 • 보조 청취 장치 및 표면 부착형 골전도 보청기 • 보청기 관련 청각학 및 평가 후 서비스 • 의료제공자와 상담한 뒤 진료의뢰서를 받으십시오.	$0

보험적용이 되는 서비스		본인이 지불하는 금액
	특정 만성 질환에 대한 도움 만성 질환자 특별 추가 지원 프로그램(Special Supplemental Benefits for the Chronically, SSBCI)은 심각한 장기적 건강 문제를 겪고 있는 사람들을 추가로 지원하는 프로그램입니다. 이 프로그램은 일상 생활을 더 편하게 하고, 가입자들이 집에서 건강을 더 잘 관리할 수 있도록 설계되었습니다. 자격 요건을 충족하는 경우, Benefits Mastercard의 매월 충전되는 $110 월별 지원금을 사용하여 일반 의약품(OTC) 비처방 건강 및 웰니스 품목 외에도 승인된 상품에 대해 더 다양한 지출 옵션을 이용하실 수 있습니다. 다음 항목에 대해서도 결제하실 수 있습니다. • 과일, 채소, 통곡물 등의 건강한 식품 • 전기, 가스, 수도, 쓰레기 등 가정 공과금 • 이동을 지원하기 위한 주유소 주유 비용 **중요:** 지원금은 다음 달로 이월되지 않습니다. 매달 $110전액을 사용하여 혜택을 최대한 활용하시기 바랍니다. **모든 사람이 자격 요건을 갖추는 것은 아닙니다.** • 자격 요건 • 다음 조건을 충족해야 합니다. • 일상생활에 영향을 미치는 심각한 장기 건강 문제 • 입원이나 다른 주요 건강 문제의 고위험군 • 건강 관리를 위해 상당한 도움이 필요한 상태 SSBCI에 대한 자격을 갖추려면 자격 기준을 충족하는 만성 질환을 하나 이상 가지고 있어야 합니다. • 당뇨병 • 과체중, 비만 및 대사증후군 • 만성 위장 질환 • 만성 신장 질환(CKD) • 장기 이식 후 상태 • 면역결핍 및 면역억제 질환 • 인자 장애 관련 질환 • 기능적 문제를 동반한 질환 **이 혜택에 대한 설명은 다음 페이지에 계속됩니다.**	$0

보험적용이 되는 서비스		본인이 지불하는 금액
	특정 만성 질환에 대한 도움(계속) • 시각, 청각(청각 장애), 미각, 촉각, 후각에 손상을 주는 만성 질환 • 개인이 기능을 유지하거나 회복하기 위해 지속적인 치료 서비스가 필요한 질환 • 만성 알코올 중독 및 기타 약물 사용 장애(Substance Use Disorder, SUD) • 자가 면역 장애 • 암 • 심혈관 장애 • 만성 심부전 • 치매 • 중증 혈액 장애 • HIV/AIDS • 만성 폐 장애 • 만성 및 장애 정신 건강 질환 • 신경 장애 • 뇌졸중 귀하의 건강 위험 평가(HRA) 결과와 의료 기록이 자격 판정이 활용됩니다. 또한 주치의에게 L.A. Care에 귀하의 의학적 상태와 기타 SSBCI 자격 요건을 확인하는 요청서를 제출해 달라고 할 수도 있습니다. SSBCI 혜택과 귀하의 자격(승인된 경우)은 해당 혜택 연도가 종료되면 만료됩니다. 모든 사람이 자격을 갖추는 것은 아닙니다. 도움이 필요하시면 가입자 서비스부에 1-833-522-3767(TTY: 711) 번으로 문의하시기 바랍니다.	

보험적용이 되는 서비스		본인이 지불하는 금액
	HIV 선별 검사 저희 플랜은 다음과 같은 경우에 HIV 선별 검사 비용을 12개월에 1회 부담합니다. • 가입자가 HIV 선별검사 요청, **또는** • HIV 감염 고위험자. 임산부의 경우, 플랜에서 임신 기간 중 최대 3회의 HIV 선별검사 비용을 부담합니다. 의료제공자가 권장하는 경우 추가적인 HIV 선별검사 비용을 플랜에서 부담합니다.	$0
	가정 간호 기관 진료* 가정 간호 서비스를 받으려면 먼저 담당 의사가 저희 플랜에 가입자에게 그 서비스가 필요함을 알려야 하며, 가정 간호 기관에서 서비스를 제공해야 합니다. 가입자는 반드시 거동이 힘들어 외출할 수 없는 상태이어야 합니다. 당사에서 보장하는 서비스는 다음과 같으며, 이외 여기 목록에 기재되지 않은 여타 서비스도 보장할 가능성이 있습니다. • 파트타임 또는 간헐적 전문 간호 및 가정 건강 도우미 서비스 (가정 간호 진료 혜택으로 보험을 적용받으려면 전문 간호 및 가정 건강 관리 보호 서비스의 총 시간이 일당 8시간 미만, 주당 35시간 미만이어야 함) • 물리치료, 작업 치료 및 언어치료 • 의료 및 복지 서비스 • 의료 기기와 의료 제품 • 의료제공자와 상담한 뒤 진료의뢰서를 받으십시오.	

보험적용이 되는 서비스		본인이 지불하는 금액
	가정 주사 치료 요법 저희 플랜은 가정 주사 치료요법에 대한 비용을 부담합니다. 이는 혈관에 주입하거나 피하에 사용하는 약품 또는 생물학적 약제를 집에서 사용하는 경우를 뜻합니다. 가정 주사에는 다음과 같은 것이 필요합니다. • 항바이러스 또는 면역 글로불린 등 약품 또는 생물학적 약제 • 펌프 등의 장비 **및** • 튜브 또는 카테터 등의 물품 저희 플랜에서는 다음과 같은 주사 서비스를 보장하며 보장 내용은 이에 국한되지 않습니다. • 케어 플랜에 따라 제공되는 간호 서비스를 포함한 전문 서비스 • DME 혜택에 포함되어 있지 않은 가입자 훈련 및 교육 • 원격 모니터링 **및** • 가정 주사 요법의 대비를 위한 모니터링 서비스 및 자격을 갖춘 가정용 주사 치료 요법 공급업체에서 제공된 가정용 주사 약물	$0

보험적용이 되는 서비스		본인이 지불하는 금액
	호스피스 서비스 의료제공자와 호스피스 메디컬 디렉터가 귀하에게 말기 예후가 있다고 판단할 경우, 호스피스 서비스를 선택할 권리가 있습니다. 이는 귀하에게 말기 질환이 있으며 남은 수명이 6개월 이하로 예상된다는 뜻입니다. 귀하는 Medicare 인증 호스피스 프로그램을 이용할 수 있습니다. 저희 플랜은 서비스 지역 내에서 Medicare 인증을 받은 호스피스 프로그램을 찾을 수 있도록 도와드려야 하며, 여기에는 저희가 소유, 운영하거나 재정적 이해관계를 가진 프로그램도 포함됩니다. 호스피스 의사는 네트워크 소속이거나 소속이 아닐 수도 있습니다. 보험적용이 되는 서비스에는 다음 항목이 포함됩니다. • 증상과 통증 치료 약물 • 임시 돌보미 • 가정 간호 **호스피스 서비스와 Medicare 파트 A 또는 Medicare 파트 B 혜택이 있고 귀하의 말기 예후와 관련이 있는 서비스는 Medicare에 비용이 청구됩니다.** • (저희 플랜이 아닌) 일반 Medicare가 말기 질환 관련 호스피스 서비스 및 파트 A 또는 B 서비스 비용을 귀하의 호스피스 의료제공자에게 부담합니다. 환자가 호스피스 프로그램에 있는 동안, 호스피스 제공자는 서비스 비용을 일반 Medicare에 청구합니다. **저희 플랜 혜택은 있으나 Medicare 파트 A 또는 Medicare B 대상이 아닌 서비스의 경우:** • 저희 플랜은 Medicare 파트 A 또는 Medicare 파트 B에서 보장하지 않는 서비스를 보장합니다. 저희 플랜은 귀하의 말기 예후 관련성을 따지지 않고 보험을 적용합니다. 귀하가 지불해야 할 비용은 *없습니다*. **이 혜택에 대한 설명은 다음 페이지에 계속됩니다.**	

보험적용이 되는 서비스		본인이 지불하는 금액
	호스피스 서비스(계속) **플랜의 Medicare 파트 D 혜택으로 비용이 부담될 수도 있는 약물의 경우:** • 호스피스와 플랜이 동시에 약품 비용을 부담하지 않습니다. 자세한 정보는 *가입자 안내서* **제5장**을 참조하시기 바랍니다. **참고:** 중증 질환이 있는 경우, 삶의 질을 개선하기 위해 팀 기반의 환자 및 가족 중심 치료를 제공하는 완화 치료를 받을 수 있습니다. 치료/일반 치료와 동시에 완화 치료를 받을 수 있습니다. 자세한 내용은 아래 완화 치료 섹션을 참조하십시오. **참고: 호스피스 서비스가 필요한 경우, 케어 코디네이터 및/또는 가입자 서비스부에 전화하여 서비스를 조율하십시오. 비호스피스 서비스는 귀하의 말기** 예후와 무관한 서비스입니다. 본 플랜에서는 호스피스 혜택을 선택하지 않았으나 말기 질환에 걸린 가입자를 대상으로 호스피스 상담 서비스(1회만 적용)를 제공합니다.	Medicare 인증 호스피스 프로그램에 등록되어 있으면 호스피스 서비스 및 가입자의 말기 질환과 관련이 있는 파트 A 및 파트 B 서비스는 L.A. Care Medicare Plus가 아니라 일반 Medicare에서 부담합니다. 호스피스 상담 서비스(1회 한정)의 본인 부담금은 $0입니다.
	예방접종 다음과 같은 서비스가 보장됩니다. • 폐렴 백신 • 의학적으로 필요한 경우, 추가 독감/인플루엔자 접종을 포함한 가을과 겨울 독감/인플루엔자 계절마다 실시하는 독감/인플루엔자 예방접종 • B형 간염 백신(가입자가 B형 간염에 걸릴 위험이 크거나 중간 정도인 경우) • 코로나19 백신 • 인유두종 바이러스(Human Papillomavirus, HPV) 백신 • 기타 백신(귀하에게 위험이 있고 Medicare 파트 B 혜택 규정을 충족하는 경우) 이외에 Medicare 파트 D 혜택 규칙에 부합하는 여타 백신을 보장합니다. 자세한 정보는 본 *가입자 안내서* **제6장**을 참조하십시오.	$0

보험적용이 되는 서비스		본인이 지불하는 금액
	입원환자 진료* 저희 플랜은 다음 서비스 비용을 부담하며, 여기에 수록되지 않은 다른 의학적으로 필요한 비용을 부담할 수도 있습니다. • 2인실(또는 의학적으로 필요한 경우 1인실) • 특별식을 포함한 식사 • 정규 간호 서비스 • 특수 치료실(예: 중환자실, 관상 동맥 집중 치료실) 비용 • 약품 및 의약품 • 검사실 검사 • 엑스레이 및 기타 방사선 서비스 • 필요한 외과 용품과 의료 제품 • 기구(예: 휠체어) • 수술실과 회복실 서비스 • 물리 요법, 작업 치료 및 언어치료 • 입원환자 약물 중독 진료 서비스 • 경우에 따라 각막, 신장, 신장/췌장, 심장, 간, 폐, 심장/폐, 골수, 줄기 세포, 장기/다장기 이식 유형 **이 혜택에 대한 설명은 다음 페이지에 계속됩니다.**	$0 응급 상황이 안정된 뒤 네트워크 외 병원에서 입원환자 서비스를 받으려면 플랜에서 승인을 받아야 합니다.

보험적용이 되는 서비스		본인이 지불하는 금액
	입원환자 진료*(계속) 이식이 필요한 경우, Medicare에서 승인한 이식 센터에서 가입자의 사례를 검토하여 가입자가 이식 후보자인지 아닌지 결정합니다. 이식 서비스 의료제공자는 귀하의 거주 지역 또는 서비스 지역이 아닌 곳에 소재할 수 있습니다. 거주 지역의 의료제공자가 Medicare 수가에 동의할 경우 귀하는 지역 내에서 또는 서비스 지역이 아닌 곳에서 이식 서비스를 받을 수 있습니다. 저희 플랜이 서비스 지역이 아닌 곳에서 이식 서비스를 제공하고 귀하도 여기에 동의할 경우, 플랜은 본인과 동반자 1인의 숙소 및 차량을 마련하거나 그 비용을 부담합니다. • 혈액(보관 및 투여 포함) • 내과 의사 서비스 **참고:** 입원환자가 되려면, 제공자가 가입자를 병원 입원환자로 정식 인정하는 지시서가 반드시 있어야 합니다. 병원에서 하룻밤을 보낸다 해도, 여전히 '외래 환자'로 간주될 수 있습니다. 자신이 입원환자인지 외래환자인지 잘 모를 때는 병원 직원에게 문의하십시오. Medicare 정보지인 *Medicare 병원 혜택*에서 자세한 정보를 참조하십시오. 이 정보지는 Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf에서 받거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 전화하여 받으실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하시면 됩니다.	
	정신과 병원에서의 입원환자 서비스 저희는 병원 입원이 필요한 정신 건강 진료 서비스의 비용을 부담합니다. • 독립된 정신과 병원에서 입원환자 서비스를 받아야 하는 경우, 첫 190일간 비용이 보장됩니다. 그 이후부터는 해당 지역의 카운티 정신 건강 기관에서 의학적으로 필요한 입원환자 정신과 서비스 비용을 부담합니다. 190일을 초과하는 진료에 대해서는 거주지 카운티 정신 건강 기관과 협의하여 승인 여부를 결정합니다. ◦ 190일 한도는 종합병원 산하 정신과 병동에서 제공하는 입원환자 정신 건강 서비스에는 해당하지 **않습니다**. • 저희 플랜은 65세 이상인 가입자가 정신 질환 치료 시설(Institute for Mental Diseases, IMD)에서 받는 서비스의 비용을 부담합니다.	$0

보험적용이 되는 서비스		본인이 지불하는 금액
	입원 치료: 비보험 입원 기간동안 병원 또는 전문간호시설(Skilled Nursing Facility, SNF) 서비스 보험적용 입원 혜택 한도를 모두 사용했거나, 입원이 합리적이고 의학적으로 필요하지 않은 경우에는 입원 비용을 보장하지 않습니다. 단, 입원환자 서비스에 보험이 적용되지 않아도 특정 상황에 한하여 병원이나 간호 시설에 머무르면서 받는 서비스가 보장될 수 있습니다. 자세한 내용은 가입자 서비스부에 문의하십시오. 당사에서 보장하는 서비스는 다음과 같으며, 이외 여기 목록에 기재되지 않은 여타 서비스도 보장할 가능성이 있습니다. • 의사의 서비스 • 진단용 검사(검사실 검사 등) • 엑스레이, 라듐, 동위 원소 치료(기사의 재료와 서비스 포함) • 외과 드레싱 • 골절과 탈구에 사용되는 부목, 석고 붕대, 기타 기기 • 의료보장구(치과용 제외, 해당 기기의 대체 또는 수리 포함). 이는 다음 부위 전체 또는 일부를 대체하는 장치입니다. ◦ 신체 내부의 내장 기관(근접 조직 포함) ◦ 쓸 수 없거나 제대로 기능하지 않는 내부 장기 전부 또는 일부의 기능 • 다리, 팔, 등, 목의 부목, 탈장 장치, 인공 다리와 팔과 눈. 여기에는 고장, 마모, 분실 또는 가입자의 상태 변화로 인해 필요한 조정, 수리, 대체를 포함합니다. • 물리치료, 언어치료, 작업 치료	$0

보험적용이 되는 서비스		본인이 지불하는 금액
	신장 질환 서비스 및 제품 다음과 같은 서비스가 보장됩니다. • 신장 관리를 가르치고 귀하가 자신의 진료에 대하여 유익한 결정을 하도록 돕는 신장 질환 교육 서비스. 귀하가 4기 만성 신장 질환자이고 주치의가 교육을 의뢰해야 합니다. 저희 플랜은 신장 질환 교육을 최대 6회 지원합니다. • 통원 투석 치료에는, 본 *가입자 안내서* **제3장**에서 설명한 바와 같이 서비스 지역을 일시적으로 벗어났을 때의 투석 치료나, 해당 서비스를 제공하는 의료진이 일시적으로 이용 불가능하거나 접근할 수 없는 경우의 투석 치료도 포함됩니다. • 입원환자 자격으로 특수 치료를 위한 병원에 입원한 경우 입원환자 투석 치료 • 자가 투석 훈련(귀하 및 귀하의 재가 투석 치료를 돕는 사람을 위한 교육 포함) • 재가 투석 기기와 제품 • 특정 가정 도우미 서비스(예: 필요한 경우, 훈련된 투석 담당자가 가입자의 집을 방문하여 재가 투석 확인, 응급 상황 시 도움, 투석 기기와 물 공급 확인) Medicare 파트 B에서도 일부 투석 약품 비용을 부담합니다. 자세한 정보는 이 표의 'Medicare 파트 B 약품'을 참조하십시오.	$0

보험적용이 되는 서비스		본인이 지불하는 금액
	전선량 컴퓨터 단층촬영(Low Dose Computed Tomography, LDCT)을 이용한 폐암 선별검사 저희 플랜은 다음에 해당될 경우 12개월에 1회 폐암 검진 비용을 부담합니다. • 50~77세 • 귀하의 의사 또는 그 밖의 유자격 의료제공자와 상담 및 의사결정분담 방문 • 20년간 하루 최소 1갑 이상의 흡연 이력이 있으나 폐암 징후나 증상이 없고, 지난 15년 사이에 금연한 경우 첫 검진 후, 귀하의 의사 또는 기타 유자격 의료제공자가 폐암 검진을 서면으로 지시할 경우 매년 검진을 받을 수 있습니다. 의료제공자가 폐암 선별검사를 위한 상담 및 공동 의사결정 방문을 시행하기로 한 경우, 해당 방문은 Medicare에서 정한 기준을 충족해야 합니다.	$0
	식사 혜택 L.A. Care의 약이 되는 식단(Meals As Medicine) 프로그램은 가입자가 건강한 음식과 올바른 식습관을 배우도록 돕습니다. 또한 가정에서 직접 조리할 수 있는 건강식품이나 가정 배달 식사를 제공합니다. 프로그램에 참여하면 다음과 같은 혜택을 받을 수 있습니다. • 개인의 건강 상태에 맞춰 설계된 건강식 • 가정으로 음식 배송 • 건강 필요와 목표에 따라 최대 12주간 하루 2끼 이상의 식사 또는 식품 박스 제공 • 영양 전문가와의 상담을 통해 건강한 식습관 학습 이 프로그램에 참여하려면 특별 식단을 먹으면 도움이 되는 건강상의 질환이 있어야 합니다. 여기에는 당뇨병, 신장 질환, 고혈압 또는 심장 관련 질환 등이 포함될 수 있습니다. L.A. Care 등록 영양사가 몇 가지 질문을 통해 귀하가 프로그램에 적합한지 확인할 것입니다. 프로그램 기간 동안 매주 음식 배달을 받을 수 있어야 하며, 식사를 적절히 보관하고 준비할 수 있어야 합니다. 자세한 정보를 원하시면 약이 되는 식단(Meals As Medicine) 프로그램에 (855) 856-6943 번으로 문의하시기 바랍니다.	$0

보험적용이 되는 서비스		본인이 지불하는 금액
	임상 영양 치료 이 혜택은 당뇨병 환자 또는 투석을 하지 않는 신장 질환 환자를 위한 것입니다. 주치의의 진료 의뢰가 있을 경우 신장 이식 이후 단계도 해당됩니다. 본 플랜은 Medicare 대상인 의학적으로 필요한 영양 치료 서비스를 받는 첫 연도에 3시간의 일대일 상담 서비스 비용을 부담합니다. 의학적으로 필요한 경우 추가적 서비스를 승인할 수도 있습니다. 저희는 그 후 매년 2시간의 일대일 상담 서비스 비용을 부담합니다. 가입자의 증세나 치료, 진단에 변화가 있으면 의사의 진료 의뢰로 치료 시간이 더 늘어날 수도 있습니다. 달력으로 다음 해에도 가입자에게 치료가 필요하면, 의사는 반드시 이런 서비스를 받도록 지시하고 매년 진료를 새로 의뢰하여야 합니다. 의학적으로 필요한 경우 추가적 서비스를 승인할 수도 있습니다.	$0
	Medicare 당뇨 예방 프로그램(Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) MDPP는 플랜에서 보장하는 서비스입니다. MDPP는 가입자가 건강한 행동을 늘리도록 돕기 위해 고안되었습니다. 이를 통해 다음과 같은 실용적인 교육을 제공합니다. • 장기적인 식이요법 변경 **및** • 신체 활동 증가 **및** • 체중 감량 및 건강한 생활 습관을 유지하는 방법	$0

보험적용이 되는 서비스		본인이 지불하는 금액
	Medicare 파트 B 약품* 다음 약물은 Medicare 파트 B 혜택이 있습니다. 저희 플랜은 다음 약품에 대한 비용을 부담합니다. • 보통 환자가 스스로 투약하는 것이 아니라 의사, 병원 외래환자 또는 이동식 외과 수술 센터 서비스를 받을 때 주사 또는 주입하는 약품 • 내구성 의료 장비(의학적으로 필요한 인슐린 펌프 등)를 통해 제공하는 인슐린 • 플랜에서 승인한 내구성 의료 장비(예: 흡입치료기)를 사용하여 투약하는 기타 약품 • 정맥주사(Intravenously, IV)로 투여하는 알츠하이머 치료제인 레켐비®(레카네맙 제네릭) • 혈우병 환자인 경우, 환자가 직접 주사하는 혈액 응고 인자 • 이식/면역 억제제: Medicare가 장기 이식 비용을 지불한 경우, Medicare는 이식 약물 요법을 보장합니다. 보장 대상 이식 시점에 파트 A에 가입되어 있어야 하고, 면역 억제제를 투여할 시점에 파트 B에 가입되어 있어야 합니다. Medicare 파트 D에서 면역 억제 약물을 보장하지 않는 경우 파트 B에서 보장합니다. • 골다공증 주사 약품 가입자가 외출할 수 없고, 폐경 후 골다공증과 관련하여 발생한 골절임을 의사가 입증하였고 약품을 환자가 직접 주사할 수 없는 경우, 플랜에서 이러한 약품을 보장합니다. • 일부 항원: 의사가 항원을 준비하고 적절한 지시를 받은 사람(환자 본인 가능)이 적절한 감독하에 항원을 투여하는 경우, Medicare에서 보장합니다. **이 혜택에 대한 설명은 다음 페이지에 계속됩니다.**	$0

보험적용이 되는 서비스		본인이 지불하는 금액
	Medicare 파트 B 약품(계속) • 특정 경구용 항암제: 동일한 약물이 주사제 형태로 제공되거나 해당 약물이 전구약(약물을 섭취하면 주사제에서 발견되는 것과 동일한 활성 성분으로 분해되는 경구용 약물의 형태)인 경우, Medicare는 경구로 복용하는 일부 경구용 항암제에 대한 보장을 제공합니다. 새로운 경구용 암 치료제가 출시되면 파트 B에서 해당 치료제를 보장할 수 있습니다. 파트 B에서 보장하지 않는 경우, 파트 D에서 보장합니다. • 경구용 구토 방지제: 항암 화학 요법의 일환으로 항암 화학 요법 전, 항암 화학 요법 중 또는 항암 화학 요법 후 48시간 이내에 투여하거나 정맥 내 구토 방지 약물의 완전한 치료 대체제로 사용하는 경구용 구토 방지 약물에 대해 Medicare가 보장합니다. • Medicare 파트 B에서 보장하는 특정 경구용 말기 신부전(End-Stage Renal Disease, ESRD) 약품 • 정맥 주사제 파사비브와 경구용 약물 센시파를 포함한 ESRD 지불 시스템에 따른 칼슘 유사 약제 및 인 결합 약제 • 헤파린, 헤파린 해독제(의학적으로 필요한 경우) 및 국소 마취제를 포함한 가정 투석용 특정 약물 • 적혈구 생성 촉진제: Medicare는 ESRD가 있거나 특정 다른 질환과 관련된 빈혈 치료를 위해 이 약이 필요한 경우, 에리스로포이에틴 주사를 보장합니다. • 일차 면역 결핍병의 재가 치료용 IV 면역 글로불린 • 비경구 및 경장 영양 (IV 및 튜브 공급) 아래의 링크를 따라가면 단계적 치료 방식을 따르는 Medicare 파트 B 약품 목록으로 이동합니다(medicare.lacare.org). 또한 플랜은 Medicare 파트 B 및 Medicare 파트 D 약품 혜택에 따른 대부분 성인 백신 비용을 부담합니다. 약품 혜택에 대한 자세한 정보는 본 *가입자 안내서* **제5장**을 참조하십시오. 가입자가 처방약 혜택을 받기 위해 따라야 하는 규정도 있습니다. 본 *가입자 안내서* **제6장**에서는 저희 플랜에서 약품에 대해 귀하가 지불할 비용을 설명합니다.	

보험적용이 되는 서비스		본인이 지불하는 금액
	간호 시설 진료* 간호 시설(NF)은 자택에서 돌봄을 받을 수는 없으나 병원에 입원할 필요는 없는 이에게 간호를 제공하는 곳입니다. 저희 플랜에서 부담하는 서비스에는 다음 항목을 포함되며, 이에 국한되지 않습니다. • 2인실(또는 의학적으로 필요한 경우 1인실) • 특별식을 포함한 식사 • 간호 서비스 • 물리치료, 작업 치료 및 언어치료 • 호흡 요법 • 가입자 진료 계획의 일부로 투여하는 약물 (혈액 응고 인자와 같이 신체에 자연적으로 존재하는 물질 포함) • 혈액(보관 및 투여 포함) • 간호 시설에서 평상시 제공하는 의료용, 외과 수술 관련 소모품 **이 혜택에 대한 설명은 다음 페이지에 계속됩니다.**	$0

보험적용이 되는 서비스		본인이 지불하는 금액
	간호 시설 치료*(계속) • 간호 시설에서 평상시 제공하는 검사실 검사 • 간호 시설에서 대개 제공하는 엑스레이 및 기타 방사선과 서비스 • 기구(대개 간호 시설에서 제공하는 휠체어 등) 사용 • 의사/진료의 서비스 • 내구성 의료 기기 • 치과 서비스(틀니 포함) • 안과 혜택 • 청력 검사 • 척추지압 진료 • 발질환 치료 서비스 대개 네트워크 시설을 이용합니다. 그러나 저희 네트워크 소속이 아닌 시설 이용이 가능할 수도 있습니다. 다음과 같은 시설에서 저희 플랜의 지불 조건에 동의하면 귀하는 해당 시설을 이용할 수 있습니다. • 가입자가 병원에 가기 직전에 거주하던 간호 시설이나 평생 주거 의료 복합 단지(간호 시설 진료를 제공하는 한) • 가입자가 퇴원하는 시점에 배우자 또는 동거 파트너가 거주하고 있는 간호 시설 의료제공자와 상담하여 진료의뢰를 받아야 합니다.	
	비만 검진 및 체중 감량 요법 귀하의 체질량 지수가 30 이상이면 체중 감량을 돕는 상담 비용을 부담합니다. 상담은 1차진료 환경에서 받아야 합니다. 그러면 귀하의 종합적인 예방 계획으로 관리할 수 있습니다. 주치의와 상의하여 자세히 알아보십시오.	$0

보험적용이 되는 서비스		본인이 지불하는 금액
	아편 치료 프로그램(Opioid Treatment Program, OTP) 서비스* 저희 플랜은 아편계 약물 사용 장애(Opioid Use Disorder, OUD) 치료를 위해 다음과 같은 서비스를 보장 및 제공합니다. • 흡입 활동 • 정기 평가 • 식품 의약국(Food and Drug Administration, FDA)에서 승인된 의약품 및 해당되는 경우 해당 약품의 관리 및 제공 • 약물 사용 상담 • 개인 및 그룹 치료 • 신체의 약물 또는 화학 물질 테스트(독성 테스트)	*$0*
	외래 진단 검사와 치료 서비스 및 제품* 저희 플랜은 다음 서비스 비용을 부담하며, 여기에 수록되지 않은 다른 의학적으로 필요한 비용을 부담할 수도 있습니다. • 엑스레이 • 방사선(라듐 및 동위 원소) 치료(기사에게 필요한 재료와 서비스 포함) • 외과 용품(드레싱 등) • 골절과 탈구에 사용되는 부목, 석고 붕대, 기타 기기 • 검사실 검사 • 혈액(보관 및 투여 포함) • 의사 또는 기타 의료제공자가 의학적 상태 치료를 위해 처방한 경우, CT 검사, MRI, EKG, PET 검사 등의 비검사실 진단 검사 • 기타 외래 진단용 검사 사전 승인 및 진료의뢰가 필요합니다. 코로나19 관련 진단 절차 및 서비스는 제외됩니다.	$0

보험적용이 되는 서비스		본인이 지불하는 금액
	외래 환자 병원 관찰 입원이 필요한지, 퇴원 가능한지 판단하기 위해 시행되는 외래 병원 관찰 서비스 비용을 보장합니다. 이 서비스는 Medicare 기준을 충족해야 하며, 합리적이고 의학적으로 필요하다고 인정되어야 합니다. 관찰 서비스는 의사 또는 주법과 병원 규정에 따라 환자 입원이나 외래 검사를 지시할 권한이 있는 자가 처방한 경우에만 보장됩니다. **참고:** 의료제공자가 귀하를 병원 입원 환자로 받아들이라는 서면 지시를 내리지 않는 한, 귀하는 외래 환자입니다. 병원에서 하룻밤을 보낸다 해도, 여전히 외래 환자로 여겨질 수도 있습니다. 자신이 외래환자인지 잘 모를 때에는 병원 직원에게 문의하십시오. Medicare 정보지 *Medicare Hospital Benefts에서 자세한 정보를 참조하십시오.* 이 정보지는 Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf에서 확인할 수 있습니다.	$0

보험적용이 되는 서비스		본인이 지불하는 금액
	외래환자 병원 서비스* 병원 외래과에서 질병이나 부상의 진단 또는 치료를 위해 받는 의학적으로 필요한 서비스 비용은 플랜에서 부담합니다. • 응급실이나 외래 클리닉에서 받는 서비스(관찰 서비스, 외래 수술 등) ◦ 관찰 서비스는 가입자를 병원에 "입원환자" 자격으로 입원시켜야 하는지 의사가 판단하는 데 도움이 됩니다. ◦ 때로는 병원에 하룻밤 머물러도 "외래환자"로 분류될 수 있습니다. ◦ 입원환자나 외래환자 자격에 관한 자세한 정보는 이 정보지(es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf)를 참조하시기 바랍니다. • 병원이 비용을 청구한 검사실 검사와 진단용 검사 • 해당 진료를 받지 않으면 입원 치료가 필요하다고 의사가 확인하는 경우, 부분 입원 프로그램 진료를 포함하는 정신 건강 진료 • 병원이 비용을 청구한 엑스레이 및 기타 방사선 서비스 • 의료 용품(부목, 석고 붕대 등) • 보험혜택 차트에 있는 예방 검진 및 서비스 • 환자가 직접 투여할 수 없는 일부 약물 의료제공자와 상담하여 진료의뢰를 받아야 합니다.	$0

보험적용이 되는 서비스		본인이 지불하는 금액
	외래 정신 건강 진료* 다음 의료서비스 제공자가 제공하는 정신 건강 서비스의 경우 플랜에서 지불: • 주 정부 면허를 받은 정신과 의사나 의사 • 임상 심리사 • 임상 사회복지사 • 임상 전문 간호사 • 면허를 취득한 전문 상담사(Licensed Professional Counselor, LPC) • 면허를 취득한 결혼 및 가족 치료사(Licensed Marriage and Family Therapis, LMFT) • 전문 간호사(Nurse Practitioner, NP) • 의사 보조원(Physician Assistant, wPA) • 기타 해당 주 법으로 허용되는 Medicare 유자격 정신 건강 진료 전문가 당사에서 보장하는 서비스는 다음과 같으며, 이외 여기 목록에 기재되지 않은 여타 서비스도 보장할 가능성이 있습니다. • 진료소 서비스 • 주간 치료 - 전문 정신 건강 서비스의 의학적으로 필요한 기준을 충족할 경우 • 심리 사회 재활 서비스 - 전문 정신 건강 서비스의 의학적으로 필요한 기준을 충족할 경우 • 부분 입원 또는 집중 외래환자 프로그램 • 개인 및 그룹 정신 건강 평가와 치료 • 정신 건강 결과 평가가 임상적으로 권고되는 경우 심리 검사 • 약물 치료 모니터링 목적의 외래 환자 서비스 • 외래 임상병리실, 약물, 용품, 보조제 • 정신과 상담 의료제공자와 상담하여 진료의뢰를 받아야 합니다.	$0

보험적용이 되는 서비스		본인이 지불하는 금액
	외래 재활 서비스* 플랜은 물리치료, 작업 치료, 언어치료 비용을 부담합니다. 외래환자 재활 서비스를 병원 외래과, 개인 치료사 진료소, 종합 외래 재활 시설(outpatient rehabilitation facility, CORF), 기타 시설에서 받을 수 있습니다. 의료제공자와 상담하여 진료의뢰를 받아야 합니다.	$0
	약물 사용 장애 외래환자 서비스* 당사에서 보장하는 서비스는 다음과 같으며, 이외 여기 목록에 기재되지 않은 여타 서비스도 보장할 가능성이 있습니다. • 알코올 남용 선별 검사와 상담 • 약물 남용 치료 • 유자격 임상 전문가의 그룹 또는 개인 카운셀링 • 재가 중독 프로그램의 아급성 해독 • 외래 환자 집중 치료 센터의 알코올 및/또는 약물 서비스 • 연장성 날트렉손(비비트롤) 치료	
	외래환자 수술 병원 외래환자 시설 및 응급 수술 센터에서 제공하는 외래 수술 및 서비스를 보장합니다. **참고:** 병원 시설에서 수술하는 경우, 자신이 입원 환자인지 외래 환자인지 제공자에게 확인하여야 합니다. 의료제공자가 귀하를 병원 입원 환자로 받아들이라는 서면 지시를 내리지 않는 한, 귀하는 외래 환자입니다. 병원에서 하룻밤을 보낸다 해도, 여전히 외래 환자로 여겨질 수도 있습니다. 의료제공자와 상담하여 진료의뢰를 받아야 합니다.	$0

보험적용이 되는 서비스		본인이 지불하는 금액
	완화 치료 완화 치료는 당사 플랜에서 보장됩니다. 완화 치료는 심각한 질병을 앓고 있는 사람들을 위한 서비스입니다. 고통을 예측, 예방, 치료하여 삶의 질을 개선하는 환자 및 가족 중심의 진료를 제공합니다. 완화 치료는 호스피스가 **아니므로** 기대 여명이 6개월 미만이어야 완화 치료 자격을 얻을 수 있는 것은 아닙니다. 완화 치료는 치료/일반 치료와 동시에 제공됩니다. 완화 치료에는 다음이 포함됩니다. • 사전 진료 계획 • 완화 치료 평가 및 상담 • 정신 건강 및 의료적 사회 서비스를 포함한 모든 승인된 완화 및 치유를 포함한 치료 계획서 • 전담 케어 팀의 서비스 • 진료 조정 • 통증 및 증상 관리 만 21세 이상인 경우, 호스피스 서비스와 완화 치료를 동시에 받을 수 없습니다. 완화 치료를 받고 있고 호스피스 서비스 자격을 충족하는 경우, 언제든지 호스피스 서비스로 변경을 요청할 수 있습니다.	$0
	부분 입원 서비스 및 집중 외래 환자 서비스* 부분 입원은 체계적으로 실시되는 적극적인 외래 정신 치료 프로그램입니다. 이 서비스는 병원의 외래 진료로 제공되거나 커뮤니티 정신 건강 센터에서 제공되며, 의사, 치료사, 면허를 소지한 결혼 및 가족 치료사(Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT) 또는 면허를 소지한 전문 상담사 사무실에서 받는 치료보다 더 강도 높은 치료입니다. 병원 입원을 방지하는 데 도움이 될 수 있습니다. 집중 외래 서비스는 병원 외래 서비스, 커뮤니티 정신건강 센터, 연방공인건강센터 또는 농촌 건강 진료소에서 제공하는 적극적인 행동(정신) 건강 치료의 구조화된 프로그램으로, 의사, 치료사, LMFT 또는 면허를 소지한 전문 상담사의 진료실에서 받는 치료보다 강도는 높지만 부분 입원보다는 덜 강도 높은 치료 서비스입니다.	$0

보험적용이 되는 서비스		본인이 지불하는 금액
	개인 응급 대응 시스템(PERS) 개인 응급 대응 시스템(Personal Emergency Response Systems, PERS)에 대한 혜택. 개인 응급 대응 시스템은 버튼 하나만 누르면 연중무휴 24시간 도움을 받을 수 있는 의료 경보 모니터링 시스템입니다.	$0
	의사/제공자 서비스(의사의 진료소 방문 포함) 다음과 같은 서비스가 보장됩니다. • 다음과 같은 곳에서 제공되는 의학적으로 필요한 의료 또는 수술 서비스: ◦ 의사의 진료소 ◦ 공인 응급 수술 센터 ◦ 병원 외래과 • 전문의 상담, 진단, 치료 • ***주치의*** 또는 치료 필요 여부를 확인하기 위해 주치의가 지시할 경우, 전문의가 수행하는 기본 청력 검사와 균형 검사 • 감기, 독감, 기침, 부비강 및 흉부 감염증, 알레르기, 피부, 열, 인후통, 귀 감염증 등을 포함한 원격 진료 서비스. ◦ 원격 진료를 통해 이러한 서비스를 받을 수 있습니다. 원격 진료를 통해 이러한 서비스를 받기를 선택하는 경우, 네트워크에서 원격 진료를 제공하는 의료제공자를 이용해야 합니다. PCP 또는 PCP의 의료 그룹에서 원격의료 서비스를 제공할 수 있습니다. 의료제공자에게 원격 진료 서비스를 제공하는지 직접 문의하여 확인하시기 바랍니다. ◦ **전화 상담*:* Teladoc에서 가입자에게 주 정부에서 인가받은 의사와의 전화 상담을 무제한 이용할 수 있도록 무료 전화 서비스를 제공합니다 .**1-800-835-2362**(TTY:** 711)번으로 전화하시면 됩니다. 이 전화는 연중무휴 24시간 운영됩니다. ◦ **영상 통화 상담:** Teladoc에서 가입자에게 가입자가 거주하는 주 정부에서 인가받은 의사가 제공하는 비공개, 보안 영상 통화 상담 서비스를 제공합니다. 오전 7시부터 오후 9시까지, 연중무휴로 운영됩니다. **이 혜택에 대한 설명은 다음 페이지에 계속됩니다.**	$0

보험적용이 되는 서비스		본인이 지불하는 금액
	의사/의료제공자 서비스(의사의 진료소 방문 포함)(계속) **(영상 통화 상담은 모바일 디바이스에서 Teladoc 앱을 다운로드하면 이용할 수 있습니다. https://www.teladoc.com/mobile/**에서 앱을 이용할 수 있습니다. • 매달 실시하는 말기 신장 질환(ESRD) 관련 가정 투석 방문을 위한 원격 진료를 병원 기반 또는 중증 환자 치료 병원 기반 신장 투석 센터, 신장 투석 시설이나 자택에서 제공 • 뇌졸중 증상을 진단, 평가, 치료하기 위한 원격 진료 서비스 • 약물 사용 장애 또는 그와 함께 발생하는 정신 건강 장애를 가진 가입자를 위한 원격 진료 서비스 • 다음 기준에 부합하는 경우 정신 건강 진단, 평가 및 치료를 위한 원격 진료 서비스: ◦ 첫 원격 진료 방문 전에 6개월 이내에 대면 진료를 받아야 합니다. ◦ 이러한 원격 진료 서비스를 받는 동안에는 12개월마다 한 번씩 대면 진료를 받아야 합니다. ◦ 특정 상황에서는 위 조건에 예외가 적용될 수 있습니다. • 농촌 건강 진료소 및 연방 공인 보건 센터에서 제공하는 정신 건강 진료용 원격 진료 서비스. **이 혜택에 대한 설명은 다음 페이지에 계속됩니다.**	

보험적용이 되는 서비스		본인이 지불하는 금액
	의사/의료제공자 서비스(의사의 진료소 방문 포함)(계속) • 5~10분간 담당 의사와 가상 건강검진(예: 전화나 영상 채팅 이용), **다음과 같은 조건에 부합하는 경우:** ◦ 신규 환자가 아닌 경우 **및** ◦ 환자 수납이 지난 7일 동안의 진료실 이용과 관련 없는 경우 **및** ◦ 환자 수납이 24시간 내 진료실 방문 또는 가능한 빠른 시간 내의 예약으로 이어지지 않는 경우 • 다음과 같은 경우, 의사에게 보내는 영상 및/또는 이미지 평가 및 해석이 24시간 안에 이루어집니다. ◦ 신규 환자인 경우 및 ◦ 평가가 지난 7일 동안의 진료실 이용과 관련 없는 경우 **및** ◦ 평가가 24시간 내 진료실 방문 또는 가능한 빠른 시간 내의 예약으로 이어지지 않는 경우 • 신규 환자가 아닌 경우, 귀하의 의사가 전화, 인터넷, 전자 건강 기록에 따라 다른 의사와 진행하는 상담 • 수술 전 다른 네트워크 의료제공자가 제공하는 2차 소견 의료제공자와 상담하여 진료의뢰를 받아야 합니다.	
	발질환 치료 서비스* 다음과 같은 서비스가 보장됩니다. • 발 부상과 질환(예: 망치 발가락, 발뒤꿈치 통증 증후군)의 진단 및 일반 치료나 외과적 치료 • 다리에 영향을 주는 질환(예: 당뇨병)이 있는 귀하의 일상적인 발 진료 의료제공자와 상담하여 진료의뢰를 받아야 합니다.	$0

보험적용이 되는 서비스		본인이 지불하는 금액
	정기적인 발 치료 서비스* 당사 플랜에서는 Medicare 외, Medi-Cal 보장이 되지 않는 발질환 치료에 대하여 매년 14회까지 정기적인 발 치료 방문을 보장합니다. 정기 발 진료에는 다음이 포함될 수 있습니다. • 티눈 및 굳은살 자르기 또는 제거하기 • 발톱 정리, 자르기 또는 깎기 발 씻기 및 담그기와 같은 위생 또는 여타 예방적 성격의 유지관리 의료제공자와 상담하여 진료의뢰를 받아야 합니다.	$0
	HIV 예방을 위한 노출 전 예방요법(PrEP) HIV 감염은 없지만 의사 또는 다른 의료 전문가가 귀하가 HIV 고위험군에 해당한다고 판단하는 경우, 저희는 노출 전 예방요법(Pre-exposure Prophylaxis, PrEP) 의약품 및 관련 서비스를 보장합니다. 귀하가 자격을 갖춘 경우, 보험적용이 되는 서비스에는 다음이 포함됩니다. • FDA 승인 경구용 또는 주사제 PrEP 의약품 주사제 약품을 투여받는 경우, 저희는 약품 주사 비용도 함께 보장합니다. • 12개월마다 최대 8회의 개인 상담 세션(HIV 위험 평가, 위험 감소, 약물 복용 순응 포함)이 제공됩니다. • 12개월마다 최대 8회의 HIV 선별검사가 가능합니다. • B형 간염 바이러스 1회 선별검사	$0
	전립선암 선별검사 만 50세 이상 남성의 경우 저희 플랜은 다음 서비스 비용을 12개월에 1회 부담합니다. • 디지털 직장 검사 • 전립선 특이 항원(Prostate Specific Antigen, PSA) 검사	$0

보험적용이 되는 서비스		본인이 지불하는 금액
	의료보장구 및 관련 용품* 보철 장치는 신체 부위나 기능의 전부 또는 일부를 대체합니다. 다음 항목이 포함되며 이에 국한되지 않습니다. • 의료보장구 사용에 대한 검사, 피팅 또는 교육 • 장루 관리와 관련된 장루 주머니와 용품 • 경구 및 비경구 영양 주입 소모품 키트, 주입 펌프, 튜브 및 어댑터, 용액 및 자체 투여 주사용 공급 장치 • 박동 조율기 • 고정기 • 보형 신발 • 의수와 의족 • 유방 보형물(유방절제술 후 외과 브래지어 포함) • 질병, 부상 또는 선천적 결손으로 인해 제거되거나 손상된 외부 안면 신체 부위를 대체하는 보철 • 요실금 크림제 및 기저귀 의료보장구와 관련된 몇 가지 소모품이 보장됩니다. 또한 의료보장구 수리나 교체 비용도 보장됩니다. 본 플랜은 백내장 제거 또는 백내장 수술을 받은 가입자에게 일부 보험 혜택을 제공합니다. 자세한 정보는 이 표의 뒷부분에 나오는 "안과 진료"를 참조하십시오.	$0
	폐 재활 서비스* 중간에서 매우 심각한 중증도의 만성 폐쇄성 폐질환(COPD)을 앓는 가입자의 경우, 플랜에서 폐 재활 프로그램을 보장합니다. COPD를 치료하는 의사나 의료 서비스 제공처로부터 폐 재활 진료를 받아야 합니다. 의료제공자와 상담하여 진료의뢰를 받아야 합니다.	$0

보험적용이 되는 서비스		본인이 지불하는 금액
	C형 간염 바이러스 감염 선별검사 주치의 또는 다른 유자격 의료제공자가 C형 간염 검사를 처방하고 귀하가 다음 조건 중 하나를 충족하는 경우, C형 간염 선별검사 1회를 보장합니다. • 불법 주사 약물을 현재 사용 중이거나 과거에 사용한 이력이 있어 고위험군에 해당하는 경우. • 1992년 이전에 수혈을 받은 경우. • 1945-1965년 사이에 출생한 경우. 1945-1965 사이에 출생했고 고위험군에 해당하지 않는 경우, 선별검사 1회를 보장합니다. 귀하가 고위험군에 해당하는 경우(예: 이전 C형 간염 선별검사 결과가 음성으로 나온 이후에도 불법 주사 약물을 계속 사용한 경우), 매년 선별검사가 보장됩니다.	$0
	성 접촉 감염(STI) 선별 검사 및 상담 저희 플랜은 클라미디아, 임질, 매독, B형 간염에 대한 선별 검사 비용을 부담합니다. 귀하가 임산부이거나 성 접촉 감염(Sexually Transmitted Infection, STI) 위험이 증가한 경우 이러한 선별 검사는 보험으로 보장됩니다. 주치의가 이 검사를 지시해야 합니다. 저희 플랜은 이 검사 비용을 12개월에 1회 또는 임신 중 일정 횟수까지 부담합니다. 이 외에 성적으로 활발한 성인 가운데 STI 위험이 큰 가입자를 대상으로 매년 최대 2회까지 대면, 고강도 행동 상담 세션을 보장합니다. 매회 20~30분 가량 상담이 진행될 수 있습니다. 저희 플랜은 주치의가 이러한 상담을 제공하는 경우에만 예방 서비스 차원에서 비용을 부담합니다. 상담은 반드시 의사의 진료소 같은 일차 진료 환경에서 이루어져야 합니다.	$0

보험적용이 되는 서비스		본인이 지불하는 금액
	전문 간호 시설(Skilled nursing facility, SNF) 진료* 전문 간호 시설의 정의는 **제12장**을 참조하십시오. 당사에서 보장하는 서비스는 다음과 같으며, 이외 여기 목록에 기재되지 않은 여타 서비스도 보장할 가능성이 있습니다. • 2인실(또는 의학적으로 필요한 경우 1인실) • 특별식을 포함한 식사 • 전문 간호 서비스 • 물리치료, 작업 치료 및 언어치료 • 귀하가 진료 계획의 일부로 받는 약품(혈액 응고 인자 같이 신체에 자연적으로 존재하는 물질 포함) • 혈액(보관 및 투여 포함) • 간호 시설에서 제공하는 의료 용품과 외과 용품 • SNF에서 시행되는 임상 검사 • 간호 시설에서 제공하는 엑스레이 및 기타 방사선 서비스 • 기구(간호 시설에서 대개 제공하는 휠체어 등) • 의사/의료제공자서비스 대개 네트워크 시설의 SNF를 이용합니다. 특정 상황에서는 저희 네트워크 소속이 아닌 시설 이용이 가능할 수도 있습니다. 다음과 같은 시설에서 저희 플랜의 지불 조건에 동의하면 귀하는 해당 시설을 이용할 수 있습니다. • 병원에 가기 전에 거주한 간호 시설이나 평생 주거 의료 복합 단지(간호 시설 진료를 제공하는 한) • 가입자가 퇴원하는 시점에 배우자 또는 동거 파트너가 거주하고 있는 간호 시설 의료제공자와 상담하여 진료의뢰를 받아야 합니다.	$0

보험적용이 되는 서비스		본인이 지불하는 금액
	금연 흡연 및 금연 상담은 다음 기준을 충족하는 외래 및 입원 환자에게 보장됩니다. • 담배 관련 질환의 증상 유무와 관계없이 담배를 흡연하는 경우 • 상담 시 의식이 명확하고 판단 능력이 있는 경우 • 자격을 갖춘 의사 또는 Medicare가 인정한 다른 전문가가 상담을 제공하는 경우 저희 플랜은 연간 두 차례의 금연 시도를 보장합니다(각 시도에는 중간 단계 또는 집중 상담을 최대 네 번 포함할 수 있어, 1년에 총 8회의 상담을 받을 수 있습니다).	$0
	지도 감독 하의 운동요법(Supervised Exercise Therapy, SET)* 증상이 있는 말초 혈관 질환(Peripheral Artery Disease, PAD)을 앓는 가입자에게 SET를 보장합니다. 플랜이 보장하는 서비스 내용은 다음과 같습니다. • 모든 SET 요건을 충족하는 경우 12주 기간 동안 36회까지 지불 • 의료제공자가 의학적으로 필요하다고 판단하는 경우, 장기에 걸친 추가 36회 세션 제공 SET 프로그램은 다음 요건을 충족해야 합니다. • 혈류 장애(파행)로 인한 다리 경련이 있는 가입자를 대상으로 하는 30~60분간의 치료적 운동 훈련 프로그램 섹션 • 병원 외래 진료 환경 또는 의사 진료실에서 시행 • 혜택이 위험을 초과하도록 보장하며 PAD 운동 치료에 대해 훈련받은 자격이 있는 인력이 제공 • 의사, 의사 보조원 또는 전문 간호사/임상 전문 간호사로 기본 및 고급 생명 유지 기법을 둘 다 훈련받은 인물이 직접 감독 의료제공자와 상담하여 진료의뢰를 받아야 합니다.	$0

보험적용이 되는 서비스		본인이 지불하는 금액
	교통편: 비응급 의료 교통편* 이 혜택은 귀하의 플랜 및 Medicare에서 보장하는 진료에 의료 교통편을 제공합니다. 여기에는 앰뷸런스, 리터 밴, 휠체어, 밴 의료 수송 서비스, 준교통 수단 연계 등이 포함될 수 있습니다. 다음 경우에 차량 서비스가 승인됩니다. • 의료제공자가 귀하의 의학적 및/또는 신체적 상태로 인해 버스, 승용차, 택시 또는 기타 대중교통이나 개인 교통수단을 이용할 수 없다고 판단할 경우, 사전 승인이 필요하며 플랜에 전화하여 이동을 신청해야 합니다. L.A. Care는 담당 의사와 협력하여 귀하가 L.A. Care Medicare Plus에서 보장하는 서비스를 받으러 가고 돌아오는 데 필요한 교통편을 예약할 수 있도록 도와드립니다. 차량 일정은 의료제공자가 요청하고 L.A. Care에서 승인해야 할 수도 있습니다. 교통편 선택지에 관한 자세한 정보를 알아보고 교통편 예약 방법을 알아보려면 L.A. Care Medicare Plus 가입자 서비스부에 1-833-522-3767(TTY: 711)번으로 문의하시기 바랍니다. 이 전화는 연중무휴 24시간 운영됩니다(공휴일 포함).	$0
	교통편: 비의료 교통편 이 혜택을 이용하면 승용차나 택시, 기타 형태의 대중/전용 교통편으로 의료 기관에 갈 수 있습니다. 교통 지원은 Medi-Cal에서 보장하는 필요한 진료를 받기 위해 제공되며, 치과 예약을 위한 이동이나 약을 수령하기 위한 이동도 포함됩니다. Medi-Cal과 Medicare에서 모두 보장하는 진료에 대한 교통 서비스는 보장됩니다. L.A. Care는 L.A. Care Cal Medicare Plus 플랜에서 보험적용이 되는 서비스 왕래를 위해 차량 이용 일정 예약을 도와드립니다. 교통편 선택지에 관한 자세한 정보를 알아보고 교통편 예약 방법을 알아보려면 L.A. Care Medicare Plus 가입자 서비스부에 1-833-522-3767(TTY: 711)번으로 문의하시기 바랍니다. 이 전화는 연중무휴 24시간 운영됩니다(공휴일 포함).	$0

보험적용이 되는 서비스		본인이 지불하는 금액
	긴급하게 필요한 치료 긴급하게 필요한 치료는 다음을 치료하기 위한 진료입니다. • 즉시 **의학적 치료**가 필요한 비응급 상황 • 갑작스러운 질병 • 부상 • 즉시 치료가 필요한 증세 긴급하게 필요한 치료를 받아야 하는 경우, 우선 네트워크 의료제공자에게 치료를 받도록 시도해야 합니다. 단, 가입자가 처한 시점, 장소 또는 상황상 네트워크 의료제공자로부터 서비스를 받는 것이 불가능하거나 불합리해서 네트워크 의료제공자를 방문할 수 없는 경우, 네트워크 외 의료제공자의 서비스를 받아도 됩니다(예를 들어 플랜 서비스 지역에서 벗어났는데 처음 겪는 증상이 나타나 즉시 의학적으로 즉각적인 서비스가 필요하지만 의학적 응급 상황은 아닌 경우). 응급치료 및 긴급하게 필요한 진료는 사전 승인을 받지 않아도 전 세계 어디서든 보험으로 처리됩니다. 1년에 최대 $10,000를 지불합니다. 추가 정보는 귀하 서비스부로 연락해 주십시오. 해당 의료 그룹과 협력하는 긴급 진료 센터를 선택합니다. 해당 의료 그룹은 가입자 ID 카드에서 확인할 수 있습니다.	$0

보험적용이 되는 서비스		본인이 지불하는 금액
	안과 진료 **정기 안과 서비스** 저희는 안과 진료 플랜(Vision Services Plan, VSP) 네트워크 내의 의료제공자를 이용할 경우, 정기 안과 서비스를 보장합니다. 주변의 참여 의료제공자를 찾으려면 의료제공자 명부를 참조하십시오. 정기 시력 검진 혜택의 내용은 다음과 같습니다. • 연간 1회 정기 안과 검진* • 2년마다 안경(테만) 또는 콘택트렌즈 한 쌍에 최대 $500까지 지원 • 2년마다 기본 처방 렌즈(유리 또는 플라스틱, 단초점, 선형 이중초점, 선형 삼중초점, 렌티큘러 렌즈) 보장. 단, 누진다초점렌즈, 긁힘 방지 코팅, 기타 코팅 및 추가 옵션과 같은 업그레이드 항목은 보장되지 않습니다. L.A. Care Medicare Plus를 통해 보험적용이 되는 안과 진료 서비스에 관해 더 자세히 알아보려면 1-855-492-9028(TTY 711)번으로 주 7일 오전 8시부터 오후 8시까지 전화하거나 저희 웹사이트(www.vsp.com/advantageonly)에서 의료제공자 명부를 참고해 주십시오. **Medicare 보험적용이 되는 서비스*** 본 플랜은 눈 질환과 부상의 진단 및 치료를 위한 외래 의사 서비스 비용을 부담합니다. 예를 들어 나이와 관련한 황반 변성 치료가 포함됩니다. 녹내장 위험이 큰 가입자의 경우 저희 플랜은 연 1회 녹내장 선별 검사 비용을 부담합니다. 녹내장 위험이 큰 사람은 다음과 같습니다. • 녹내장 가족력이 있는 사람 • 당뇨병 환자 • 만 50세 이상 아프리카계 미국인 • 만 65세 이상인 히스패닉 미국인 당뇨병 환자의 경우, 당뇨병성 망막병증 선별검사를 연 1회 보장합니다. 의사가 인공수정체를 삽입하는 경우, 백내장 수술 후 수술 1회마다 안경 한 개 또는 콘택트렌즈 한 쌍을 보장합니다. 백내장 수술을 따로 2회 받는 가입자는 각 수술 후 한 벌의 안경을 받아야 합니다. 첫 번째 수술 후 한 벌의 안경을 받지 않았어도 두 번째 수술 후 두 벌의 안경을 받을 수는 없습니다. 의료제공자와 상담한 뒤 진료의뢰서를 받으십시오.	$0

보험적용이 되는 서비스		본인이 지불하는 금액
	'Medicare 등록 환영' 예방 검진 방문 저희 플랜은 1회의 'Medicare 등록 환영' 예방 검진 방문 비용을 부담합니다. 이 방문에는 다음이 포함됩니다. • 가입자의 건강 검토 • 가입자에게 필요한 예방 서비스 관련 교육과 상담(선별 검사와 주사 포함) **및** • 귀하에게 필요한 경우 기타 진료를 받기 위한 진료의뢰 **참고:**"Medicare 등록 환영" 예방 검진 방문은 Medicare 파트 B에 가입한 경우, 첫 12개월만 보장합니다. 예약할 때 의사 진료실에 "Medicare 등록 환영" 예방 검진 방문을 예약하고 싶다고 밝혀야 합니다.	$0

E. 지역 사회 지원

개별 진료 계획에 따른 지원을 받을 수 있습니다. 커뮤니티 지원은 Medi-Cal 주립 플랜으로 보장되는 서비스 및 환경을 대체하는 의학적으로 적절하고 비용 효율적인 대안을 말합니다. 이러한 서비스는 가입자에게 선택 사항입니다. 자격을 갖춘 경우, 해당 서비스가 독립적으로 생활하는 데 도움을 줄 수 있습니다. 이러한 서비스는 가입자가 기존에 Medi-Cal로 보장받고 있는 혜택을 대체하지 않습니다.

개별 진료 계획에 따른 지원을 받을 수 있습니다. 커뮤니티 지원은 Medi-Cal 주립 플랜으로 보장되는 서비스 및 환경을 대체하는 의학적으로 적절하고 비용 효율적인 대안을 말합니다. 이러한 서비스는 가입자에게 선택 사항입니다. 자격을 갖춘 경우, 해당 서비스가 독립적으로 생활하는 데 도움을 줄 수 있습니다.

이러한 서비스는 가입자가 기존에 Medi-Cal로 보장받고 있는 혜택을 대체하지 않습니다. 커뮤니티 지원에는 주택 찾기 또는 유지, 의학적인 맞춤형 식단 또는 여타 가입자 본인이나 간병인에게 필요한 도움 등을 포함할 수 있습니다. 도움이 필요하거나 커뮤니티 지원을 통해 이용할 수 있는 서비스가 무엇인지 알아보고자 하는 경우, 1-833-522-3767번(TTY: 711)(연중무휴 24시간 운영)으로 문의하거나 의료제공자에게 전화 문의하시기 바랍니다(공휴일 포함). 커뮤니티 지원 서비스는 가입자의 비용 부담이 없습니다.

다음은 L.A. Care Health Plan에서 제공하는 커뮤니티 지원입니다.

- 주거 전환 내비게이션 서비스 및 주거 임차, 유지 지원 서비스
  - 가입자가 주택을 찾고 안전하고 안정적인 임차권을 유지하도록 돕는 서비스 포함

- 맞춤형 의학적 식사
  - 가입자의 건강 상태를 관리하고 건강한 음식에 대해 배울 수 있는 식사 프로그램입니다. 자격을 갖춘 가입자는 최대 12주 동안 집으로 직접 식단을 배송받을 수 있습니다.
- 회복 치료(임시 돌봄)
  - 입원이 더 이상 필요하지 않지만 여전히 부상이나 질병(행동 건강 문제 포함)으로 부터 회복이 필요한 가입자를 위한 단기 통합, 임상 진료 서비스
- 주거 보증금
  - 기본적인 가정을 꾸릴 수 있도록 일회성 서비스 및 필요한 개조를 파악, 조정, 확보 및 지원하는 데 도움을 주지만 숙식 자체를 제공하는 것은 아닙니다.
- 소버링(Sobering) 센터
  - 공공장소에서 만취 상태로 발견되어 원래라면 응급실이나 교도소로 이송될 가입자를 위한 대체 시설
- 개인 치료 및 가사도우미 서비스
  - 목욕, 옷 입기, 개인 위생, 식사 준비 및 섭취 등 일상 활동에 도움이 필요한 가입자 지원
- 임시 간호 서비스
  - 때때로 일시적인 감독 관리가 필요한 환자의 간병인을 대상으로, 간병인의 휴식을 보장하기 위해 제공하는 단기 서비스
- 환경 접근성 개조(주택 개조)
  - 개인의 건강과 안전을 보장하거나, 가입자가 가정 내에서 더 독립적으로 생활할 수 있도록 하는 주거 환경의 물리적 개조
- 천식 교정
  - 가입자의 건강, 복지, 안전을 보장하거나 가정 내에서 생활할 수 있도록 필요한 주거 환경의 물리적 개조를 제공합니다. 이러한 개조를 하지 않을 경우, 급성 천식 발작으로 응급 서비스나 입원이 필요할 수 있습니다.
- 간호 시설 이송/보조 생활 시설(ALF)로 전환
  - 가입자가 커뮤니티에서 생활할 수 있도록, 간호 시설에서 가장과 같은 커뮤니티 환경으로의 전환을 지원하거나, 간호 시설 입소가 임박한 사람들의 입소를 예방하는 데 도움을 줍니다.
- 커뮤니티 전환 서비스/가정으로 요양 시설 이전
  - 인허가를 취득한 시설에서 개인 소유 주거지로 생활 환경을 바꾸는 데 드는 준비 경비(일회성)를 제공하여 가입자가 커뮤니티 내에서 생활하도록 도와 향후 시설 입소 방지

- 단기 입원 시설
  - 거주지가 없고 의료 또는 행동 건강 요구가 높은 사람들에게 입원환자 시설 퇴소 후 즉시 의료, 정신과 또는 약물 사용 회복을 계속할 수 있는 기회를 제공합니다.
- 주간 재활 프로그램
  - 자조 능력을 습득, 유지 및 개선할 수 있도록 집 안팎에서 서비스를 제공합니다. 커뮤니티에서 성공적으로 거주하기 위해 필요한 사회화 및 적응 기술

도움이 필요하거나 커뮤니티 지원을 통해 이용할 수 있는 서비스가 무엇인지 알아보고자 하는 경우, 1-833-522-3767번(TTY 711)(연중무휴 24시간 운영)으로 문의하거나 의료제공자에게 전화하시기 바랍니다(공휴일 포함).

F. 플랜 외부에서 보장되는 혜택

다음과 같은 서비스는 본 플랜에서 보장하지는 않지만 Medi-Cal 진료행위별 수가제 서비스를 통해 제공할 수 있습니다.

F1. 캘리포니아 커뮤니티 전환(CCT)

캘리포니아 커뮤니티 전환(California Community Transitions, CCT)은 현지 CCT 대표 기관(Lead Organization)을 활용하여 연속 60일 이상 입원 시설에 거주했다가 커뮤니티 환경으로 복귀하는 그리고 안전하게 생활하는 적격 Medi-Cal 수혜자를 지원하는 프로그램입니다. CCT 프로그램은 전환 전 단계 및 전환 후 365일간 수혜자가 커뮤니티 환경으로 원활히 복귀하도록 돕는 전환 조정 서비스를 재정 지원합니다.

귀하는 거주하는 카운티의 CCT 대표 기관으로부터 전환 조정 서비스를 받을 수 있습니다. CCT 대표 기관 및 서비스 카운티의 목록은 보건복지국 웹사이트(www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT)에서 제공합니다.

CCT 전환 조정 서비스의 경우

Medi-Cal에서 전환 조정 서비스에 대한 비용을 부담합니다. 귀하가 지불해야 할 비용은 없습니다.

CCT 전환과 무관한 서비스의 경우

의료제공자는 서비스 비용을 저희에게 청구합니다. 저희 플랜은 전환 후 제공된 서비스의 비용을 부담합니다. 귀하가 지불해야 할 비용은 없습니다.

귀하가 CCT 전환 조정 서비스를 받는 동안 저희가 **섹션 D** 혜택 표에 나와 있는 서비스 비용을 보장합니다.

약품 보험 혜택에 변경 사항 없음

CCT 프로그램은 약품을 보장하지 **않습니다**. 일반 약품 혜택은 변함없이 저희 플랜에서 받을 수 있습니다. 자세한 정보는 *가입자 안내서* **제5장**을 참조하시기 바랍니다.

참고: 비 CCT 전환 진료가 필요한 가입자는 치료 관리사에게 연락하면 서비스를 주선해 드립니다. CCT 전환 치료 외의 치료는 치료 기관이나 시설에서 이전하는 것과 **무관**합니다.

F2. Medi-Cal Dental

특정 치과 서비스는 Medi-Cal Dental을 통해 받을 수 있습니다. 자세한 내용은 SmileCalifornia.org 웹사이트를 참조하십시오. Medi-Cal Dental에는 다음과 같은 서비스가 포함됩니다.

- 1차 검사, 엑스레이, 스케일링 및 불소 치료
- 복원 및 치관
- 치근관 치료
- 부분 및 전체 틀니 조정, 수리 및 재정렬

Medi-Cal Dental에서 제공하는 치과 혜택에 대한 자세한 내용을 알아보거나 Medi-Cal을 용인하는 치과의사를 찾는 데 도움이 필요한 경우, 고객 서비스 라인에 1-800-322-6384(TTY 사용자인 경우 1-800-735-2922)번으로 문의하시기 바랍니다. 통화료는 무료입니다. 월~금, 오전 8시~오후 5시에 Medi-Cal Dental 담당자의 도움을 받을 수 있습니다. smilecalifornia.org/ 웹사이트에서도 자세한 정보를 얻을 수 있습니다.

새크라멘토 및 로스앤젤레스 카운티에서는 치과 관리형 케어(Dental Managed Care, DMC) 플랜을 통해 Medi-Cal Dental 혜택을 받을 수 있습니다. Mdei-Cal Dental 플랜에 관한 자세한 정보를 알아보거나 변경하고자 하는 경우, 건강관리옵션 부서에 1-800-430-4263(TTY 사용자인 경우 1-800-430-7077)번으로 문의하시기 바랍니다. 이 전화는 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 6시까지 운영됩니다. 통화료는 무료입니다. DMC 연락처는 www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx에서도 확인할 수 있습니다.

참고: 저희 플랜에서 더 많은 치과 서비스를 보장합니다. 자세한 내용은 **섹션 D의** 혜택 표를 참조하십시오.

F3. 가정 내 지원 서비스(IHSS)

- 가정 내 지원 서비스(In-Home Supportive Services, IHSS) 프로그램은 자택에서 안전하게 지낼 수 있도록 등록된 의료제공자가 귀하에게 제공하는 서비스의 비용을 지원합니다. IHSS는 요양원 또는 입주 간병 시설과 같이 자택 외부에서 받는 진료의 대안으로 간주됩니다.

- 서비스를 받으려면, 각 참여자의 필요에 따라 승인 가능한 서비스 유형을 결정하기 위한 평가가 진행됩니다. IHSS를 통해 승인될 수 있는 서비스 유형은 가사 청소, 식사 준비, 세탁, 식료품 쇼핑, 개인 관리 서비스(예: 배변 및 배뇨 관리, 목욕, 몸단장, 준의료 서비스), 진료 예약 동행, 그리고 정신 장애인을 위한 보호 감독입니다.
- 의료 코디네이터가 카운티 사회 복지국에 IHSS를 신청하도록 도와드립니다.

F4. 1915(c) 가정 및 커뮤니티 기반 서비스(HCBS) 면제 프로그램

보조 생활 면제(ALW)

보조 생활 면제(Assisted Living Waiver, ALW)는 Medi-Cal 적격 수혜자에게 간호 시설에서 장기 입원하는 대신 보조 생활 환경에서 거주하는 선택지를 제공합니다. ALW의 목표는 간호 시설에서 지내다가 일반 가정과 유사한 커뮤니티 환경으로 다시 전환하는 과정을 돕거나, 간호 시설 입소가 절실한 수혜자의 전문 간호 시설 입소를 예방하는 데 있습니다.

ALW에 가입한 가입자의 경우, ALW에 가입한 상태를 유지하면서 플랜이 제공하는 혜택도 받을 수 있습니다. 플랜이 ALW 진료 조정 기관과 협력하여 가입자가 받을 서비스 종류를 조율합니다.

현재 ALW는 알라메다, 콘트라코스타, 프레즈노, 커언, 로스앤젤레스, 오렌지, 리버사이드, 새크라멘토, 샌버나디노, 샌디에이고, 샌프란시스코, 샌호아킨, 샌머테이오, 산타클라라, 소노마 카운티에서만 이용할 수 있습니다.

ALW 신청 과정은 의료 코디네이터가 도와드릴 수 있습니다. 의료 코디네이터 에이전시의 최신 목록은 다음 웹사이트에서 확인하실 수 있습니다.
https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Documents/Care-Coordination-Agencies.pdf

발달 장애가 있는 캘리포니아 주민을 위한 HCBS 면제(HCBS-DD)

발달장애인을 위한 캘리포니아 자율 결정 프로그램(SDP) 면제

- 1915(c) 면제 프로그램에는 발달 장애가 있는 캘리포니아 주민을 위한 HCBS 면제(HCBS Waiver for Californians with Developmental Disabilities, HCBS-DD)와 자율 결정 프로그램(Self-Determination Program, SDP) 면제가 있으며, 이들은 개인의 18세 생일 이전에 발병하고 평생 지속될 것으로 예상되는 발달장애 진단을 받은 사람들에게 서비스를 제공합니다. 두 면제 프로그램은 발달장애인이 허가된 의료기관에 거주하는 대신 가정이나 커뮤니티에서 생활할 수 있도록 특정 서비스를 지원하는 재원 마련 방식으로 운영됩니다. 이러한 서비스 비용은 연방 정부의 Medicaid 프로그램과 캘리포니아주가 공동으로 부담합니다. 의료 코디네이터가 DD 면제 프로그램 서비스와의 연결을 도와드릴 수 있습니다.

가정 및 커뮤니티 기반 서비스(HCBA) 면제

- 가정 및 커뮤니티 기반 서비스(Home and Community-Based Alternative, HCBA) 면제는 요양원이나 시설 입소 위험에 처한 인물을 대상으로 치료 관리 서비스를 제공합니다. 치료 관리 서비스는 간호사 한 명, 사회복지사 한 명으로 구성된 다분야 치료 관리팀이 제공합니다. 이 팀에서 면제 및 주립 플랜 서비스(예: 의료, 행동 건강, 가정 내 지원 서비스 등)를 조율하며 지역 공동체에서 이용 가능한 기타 장기 서비스 및 지원도 받을 수 있도록 돕습니다. 치료 관리와 면제 서비스는 참여자의 지역 공동체 기반 거주지에서 제공합니다. 이러한 거주지는 개인 소유일 수도 있고, 입주 임대차 계약을 통해 확보하거나 참여자의 가족 구성원이 사는 곳일 수도 있습니다.
- HCBA 면제 프로그램에 가입한 가입자의 경우, HCBA 면제 프로그램에 가입한 상태를 유지하면서 플랜이 제공하는 혜택도 받을 수 있습니다. 플랜이 HCBA 면제 기관과 협력하여 가입자가 받을 서비스 종류를 조율합니다.
- HCBA 신청 과정은 의료 코디네이터가 도와드릴 수 있습니다.

Medi-Cal 면제 프로그램(MCWP)

- Medi-Cal 면제 프로그램(Medi-Cal Waiver Program, MCWP)은 HIV 보균자를 대상으로 간호 시설 치료나 입원 대신 종합적인 케이스 관리와 직접 치료 서비스를 제공합니다. 케이스 관리는 공인 간호사 한 사람과 사회복지국 케이스 관리자로 구성된 참여자 중심의 팀 방식 접근법입니다. 케이스 관리자가 참여자 본인 및 1차진료 제공자, 가족, 간병인, 여타 서비스 제공자와 협력하여 참여자를 가정과 커뮤니티에 계속 머무르게 하기 위해 필요한 치료 요구 사항을 판단합니다.
- MCWP의 목표는 (1) 이 프로그램에 참여하지 않으면 시설에 입소해야 할 수 있는 HIV 보균자를 위해 가정 및 커뮤니티 기반 서비스를 제공하고 (2) 참여자의 HIV 건강 관리를 보조하며 (3) 사회 및 행동 건강 지원에 대한 접근성을 높이고 (4) 여러 서비스 제공자 사이를 조율하여 서비스 중복을 방지하는 데 있습니다.
- MCWP 면제 프로그램에 가입한 가입자의 경우, MCWP 면제 프로그램에 가입한 상태를 유지하면서 플랜이 제공하는 혜택도 받을 수 있습니다. 플랜이 MCWP 면제 기관과 협력하여 가입자가 받을 서비스 종류를 조율합니다.
- MCWP 신청 과정은 의료 코디네이터가 도와드릴 수 있습니다.

Dignity Health - St. Mary Medical Center	1045 Atlantic Avenue, Suite 1016, Long Beach, CA 90813	(866) 243-7435
AIDS Healthcare Foundation	6255 Sunset Blvd., 19th Floor, Los Angeles, CA 90028	(727) 409-0759
AltaMed Health Services Corporation	5427 E. Whittier Blvd., Los Angeles, CA 90022	(323) 869-5468
APLA Health & Wellness	611 S. Kingsley Drive, Los Angeles, CA 90005	(213) 201-1600
Minority AIDS Project	5149 W. Jefferson Blvd., Los Angeles, CA 90016	(323) 936-4949
Tarzana Treatment Centers	7101 Baird Avenue, Reseda, CA 91335	(888) 777-8565

다목적 노인 서비스 프로그램(MSSP)

- 다목적 노인 서비스 프로그램(Multipurpose Senior Services Program, MSSP)은 대상자가 자택과 커뮤니티에 계속 머무를 수 있도록 유익한 사회, 의료 서비스 관리 시스템을 제공합니다.
- 대부분 프로그램 참여자가 가정 내 지원 서비스를 함께 이용하지만, MSSP는 지속적인 돌봄 조정, 필요한 커뮤니티 서비스 및 자원 연계, 의료제공자와의 협력, 시설 입소를 예방하거나 지연하기 위해 다른 경로로는 제공되지 않는 일부 서비스 구매를 제공합니다. 치료 관리 및 기타 서비스의 연간 총 비용은 전문 간호 시설에서 진료를 받는 비용보다 낮아야 합니다.
- 보건 및 사회 서비스 전문가 팀이 각 MSSP 참여자에게 필요한 서비스를 파악하기 위해 종합적인 건강 및 심리사회적 평가를 제공합니다. 그 후, 팀은 MSSP 참여자, 주치의, 가족 및 기타 관련자와 협력하여 개별 진료 계획을 수립합니다. 서비스는 다음과 같습니다.
  - 치료 관리
  - 성인 주간 건강 관리
  - 간단한 집 보수
  - 추가적인 가정 가서 지원, 개인 간호, 보호 감독 서비스
  - 임시 간호 서비스
  - 교통편 서비스
  - 상담 및 치료 서비스
  - 식사 서비스
  - 의사소통 서비스

- MSSP 면제 프로그램에 가입한 가입자의 경우, MSSP 면제 프로그램에 가입한 상태를 유지하면서 플랜이 제공하는 혜택도 받을 수 있습니다. 플랜에서 MSSP 제공자와 협력하여 가입자가 받을 서비스 종류를 조율합니다.
- MSSP 신청 과정은 의료 코디네이터가 도와드릴 수 있습니다.

F5. 플랜 외부에서 제공하는 카운티 행동 건강 서비스(정신 건강 및 약물 사용 장애 서비스)

가입자는 Medicare와 Medi-Cal 혜택이 적용되며 의학적으로 필요한 행동 건강 서비스를 이용할 수 있습니다. 당사는 Medicare 및 Medi-Cal 관리 의료 혜택이 적용되는 행동 건강 서비스를 제공합니다. 당사 플랜은 Medi-Cal 전문 정신 건강 또는 카운티 약물 사용 장애 서비스를 제공하지 않지만, 카운티 행동 건강 기관을 통해 이러한 서비스를 이용할 수 있습니다.

Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스는 전문 정신 건강 서비스를 이용할 자격 기준에 부합하는 가입자에 한해 카운티 정신 건강 보험(Mental Health Plan, MHP)을 통해 제공됩니다. 해당 카운티 MHP에서 제공하는 Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스에는 다음이 포함됩니다.

- 정신 건강 서비스
- 의약품 지원 서비스
- 당일 집중 치료 서비스
- 당일 재활
- 위기 개입 서비스
- 위기 안정화 서비스
- 성인 재가 치료 서비스
- 위기 상황 재가 치료 서비스
- 정신과 건강시설 서비스
- 정신과 입원환자 병원 서비스
- 표적 케이스 관리
- 행동 치료 서비스
- 가정 위탁 치료
- 집중 치료 조정
- 가정 내 집중 치료 서비스
- 사법 관련 재입국
- 적극적 커뮤니티 치료(ACT)

- 법의학적 적극적 커뮤니티 치료(FACT)
- 초발 정신병(FEP)을 위한 조정된 전문의 치료(CSC)
- 클럽하우스 서비스
- 향상된 커뮤니티 보건 복지사(CHW) 서비스

해당 서비스 수혜 기준을 충족하는 경우, 해당 카운티 행동 건강 기관을 통해 Drug Medi-Cal 체계적 제공 시스템 서비스를 이용할 수 있습니다.

- 외래환자 집중 치료 서비스
- 출산 전 재가 약물 사용 장애 치료
- 외래 치료 서비스
- 마약 치료 서비스
- 중독 치료를 위한 의약품(약물 보조 치료라고도 함)
- 조기 개입 서비스(만 21세 미만 가입자)
- 조기 주기적 선별검사, 진단 및 치료(만 21세 미만 가입자)

Drug Medi-Cal 체계적 제공 시스템에 포함되는 서비스는 다음과 같습니다.

- 외래 치료 서비스
- 외래환자 집중 치료 서비스
- 중독 치료를 위한 의약품(약물 보조 치료라고도 함)
- 재가 치료 서비스
- 금단 증상 관리 서비스
- 마약 치료 서비스
- 회복 서비스
- 치료 관리
- 조기 개입 서비스(만 21세 미만 가입자)
- 조기 주기적 선별검사, 진단 및 치료(만 21세 미만 가입자)
- 입원 치료 서비스

위의 목록에 기재한 서비스 외에 가입자가 기준에 부합하는 경우, 자발적 입원 중독 치료 서비스도 이용할 수 있습니다.

정신 건강 및 약물 사용 서비스를 모두 포함하는 행동 건강 서비스가 필요한 D-SNP 가입자는 L.A. Care 행동 건강 서비스 기관, Carelon 행동 건강, 로스앤젤레스 카운티 정신건강부(Los Angeles Country Department of Mental Health, DMH), 로스앤젤레스 카운티 공공보건부, 약물 중독 예방 통제부(Substance Abuse and Prevention Control, DPH-SAPC)를 통해 서비스를 이용하실 수 있습니다. 가입자가 치료를 받을 수 있는 제공 시스템은 증상과 장애의 유형과 심각도에 따라 달라집니다. 행동 건강 서비스를 받는 데 PCP 진료의뢰는 필요하지 않으며, 여러 진입점이 있으므로 서비스 이용에 대한 "잘못된 방식"은 존재하지 않습니다. 의학적으로 필요하거나 필수적인 의료 서비스에는 생명을 보호하고 중대한 질환 또는 장애를 예방하고 심각한 통증을 완화하는 데 필요한 합당한 서비스가 포함됩니다.

D-SNP 가입자를 위한 행동 건강 서비스 조정은 가입자가 필요에 따라 카운티 기관을 통해 행동 건강 서비스를 이용하고, 필요한 시점에 적절한 동의서에 서명할 시 L.A. Care를 통해 지원됩니다. L.A. Care 및 카운티 기관은 임상 및 행정적 분장을 시기적절하게 해결할 수 있도록 상호 합의한 검토 절차를 따릅니다.

G. 플랜, Medicare 또는 Medi-Cal 보험적용이 되지 않는 혜택

이 섹션에서는 플랜에서 제외되는 혜택들을 설명합니다. 제외는 저희 플랜에서 혜택에 대한 비용을 부담하지 않는다는 뜻입니다. Medicare와 Medi-Cal도 부담하지 않습니다.

아래는 어떠한 경우에도 저희 플랜에서 보험으로 처리하지 않는 서비스와 품목 그리고 특정한 경우에 한해 저희 플랜에서 제외하는 서비스에 대해 설명합니다.

플랜은 명시된 특정한 경우를 제외하고 여기나 *가입자 안내서*의 다른 곳에 명시된 제외 혜택의 비용을 부담하지 않습니다. 응급 시설에서 서비스를 받더라도 플랜에서는 해당 서비스 비용을 부담하지 않습니다. 귀하가 보험에서 제외되는 서비스의 비용을 저희 플랜에서 부담해야 한다고 생각할 경우 재고 요청을 할 수 있습니다. 재고 요청에 대한 자세한 정보는 *가입자 안내서* **제9장**을 참조하시기 바랍니다.

혜택 표에 설명된 각종 제외 또는 한도 외에도 다음과 같은 품목과 서비스는 플랜에서 보장하지 않습니다.

- Medicare 및 Medi-Cal에 따라 '합당하며 의학적으로 필요한' 것이 아닌 것으로 간주하는 서비스(단, 보험적용이 되는 서비스로 기재한 품목은 제외)
- 실험적인 의학적, 외과적 치료, 물품 및 약품(단, Medicare, Medicare에서 승인한 임상 연구 또는 플랜에서 보장하는 경우는 예외) 임상 연구에 관한 자세한 내용은 본 *가입자 안내서* **제3장**을 참조하십시오. 실험적 치료와 품목은 의료계에서 일반적으로 받아들이지 않는 것들입니다.
- 병적 비만에 대한 외과적 치료(단, 의학적으로 필요하고 Medicare가 비용을 부담하는 경우는 예외)
- 병원 1인실(단, 의학적으로 필요한 경우는 예외)

- 개인 간호사
- 병원이나 간호 시설의 병실에 있는 개인 물품(예: 전화 , TV)
- 풀타임 재가 간호
- 가입자의 직계 친척이나 가구 구성원이 청구하는 요금
- 선택적이거나 자발적인 개선 절차 또는 서비스(체중 감소, 모발 성장, 성적 수행력, 운동 수행력, 미용 목적, 노화 방지, 정신적 수행력 등, 단 의학적으로 필요한 경우는 예외)
- 성형 수술 또는 기타 성형 작업. 단, 사고로 부상했거나 신체의 기형 부위 개선을 이유로 필요한 경우는 예외. 그러나 저희 플랜은 유방절제술 후 유방 재건과 다른 쪽 유방을 그에 맞춰 처리하는 비용을 부담합니다.
- 정형외과용 신발(단, 해당 신발이 다리 고정기의 일부이고 고정기 비용에 포함되어 있거나 당뇨성 족병 질환자용인 경우는 예외)
- 발 지지 장치(단, 당뇨성 족병 질환자를 위한 정형외과용 신발이나 치료용 신발은 예외)
- 방사상 각막 절개술, 라식 수술, 기타 저시력 보조기
- 불임술 절차 복원
- 자연 요법 서비스(자연 치료법이나 대체 치료 이용)
- 보훈부(Veterans Affairs, VA) 시설에서 참전 용사에게 제공하는 서비스. 그러나 참전 용사가 VA 병원에서 응급 진료를 받는 경우에 VA 비용 분담금이 저희 플랜의 비용 분담금보다 많은 경우 플랜에서 참전 용사에게 차액을 환급합니다. 가입자의 비용 분담 금액은 변함없이 가입자 부담입니다.
- 정기 시력용 안경 렌즈: 누진다초점렌즈, 긁힘 방지 코팅, 기타 코팅 및 추가 옵션과 같은 업그레이드 및 향상 가능

제5장: 외래 약품 받기

서문

이 장에서는 가입자가 외래 약품을 받기 위한 규정을 설명합니다. 외래 처방약은 의료제공자가 가입자를 위하여 주문하고 가입자가 약국에서 받거나 우편 주문으로 받는 약품입니다. Medicare 파트 D와 Medi-Cal 혜택 약품도 이에 해당합니다. 본 *가입자 안내서* **제6장**에서는 이러한 약품에 대해 가입자가 지불하는 비용에 대해 설명합니다. 주요 용어와 정의는 본 가입자 안내서의 마지막 장에 알파벳순으로 정리되어 있습니다.

다음 약품에도 보험을 적용하지만 여기서 다루지 않습니다.

- **Medicare 파트 A 혜택 약품.** 일반적으로 가입자가 병원이나 간호 시설에 있는 동안 받는 일부 약물이 포함됩니다.
- **Medicare 파트 B 혜택 약품.** 여기에는 일부 화학 요법 약물, 가입자가 의사나 다른 제공자의 진료소에서 투여받는 일부 약물 주사, 가입자가 투석 클리닉에서 투여받는 약물 등이 포함됩니다. Medicare 파트 B 약품에 대한 자세한 내용은 본 *가입자 안내서* **제4장**을 참조하십시오.
- 플랜의 Medicare 파트 D 및 의료 혜택 보장 범위 이외에도, 가입자가 Medicare 호스피스에 있으면 가입자의 약물이 일반 Medicare 혜택을 받을 수도 있습니다. 자세한 사항은 **제5장**, **섹션 D** 'Medicare 인증 호스피스 프로그램에 가입한 경우'를 참조하십시오.

플랜의 외래 약품 혜택 규칙

당사에서는 보통 가입자가 이 섹션의 규정을 따르는 한 약품에 보험을 적용합니다.

의료제공자(의사, 치과의사나 기타 처방자)가 가입자의 처방전을 작성해야 하며, 이는 관련 주 정부 법률에 따라 유효해야 합니다. 이 인물은 보통 가입자의 주치의(Primary Care Provider, PCP)입니다. 또한, PCP가 귀하를 다른 의사에게 의뢰하면 또 다른 의료제공자일 수 있습니다.

처방자가 Medicare 제외 또는 배제 목록이나 기타 유사한 Medi-Cal 목록에 오른 인물이어서는 안 됩니다.

보통은 네트워크 약국에서 처방약을 조제해야 합니다. (자세한 내용은 **섹션 A1**를 참조하십시오.) 또는 플랜의 우편 주문 서비스를 통해 처방약을 조제할 수도 있습니다.

처방받은 약품이 플랜의 *보험적용 약품 목록*에 등재되어 있어야 합니다. 이를 줄여서 "*약품 목록*"이라고 합니다. (이 장의 **섹션 B**를 참조하십시오.)

- *처방약이 약품 목록*에 없으면 플랜에서 예외를 인정하여 비용을 부담할 수도 있습니다.
- 예외 요청에 대해서는 **제9장**을 참조하십시오.
- 참고로 처방약 혜택 요청은 Medicare와 Medi-Cal 기준 모두에 따라 심사됩니다.

약품은 반드시 의학적으로 허용되는 지표에 따라 사용해야 합니다. 이는 약품 사용을 미국 식품의약국(Food and Drug Administration, FDA)에서 승인하였거나 특정 의학적 참조 자료에 따라 근거가 있는 사용이어야 한다는 뜻입니다. 처방약 사용 요청의 근거로 제시할 의학적 참조 자료를 찾는 데 처방자의 도움을 청할 수 있습니다.

귀하의 약품은 혜택을 받기 전에 특정 기준에 따라 저희 플랜의 승인이 필요할 수 있습니다. (이 장의 **섹션 C**를 참조하십시오.)

목차

A. 처방약 조제 140
A1. 네트워크 약국에서 처방약 조제 140
A2. 처방전 조제 시 가입자 ID 카드 제시 140
A3. 네트워크 약국을 변경할 때 해야 할 일 140
A4. 이용 중인 약국이 네트워크를 탈퇴하는 경우 대처 방법 140
A5. 전문 약국 이용 141
A6. 우편 서비스로 약품 배송 받는 법 141
A7. 장기 분량으로 약품을 구매하는 법 143
A8. 플랜 네트워크 소속이 아닌 약국 이용 143
A9. 처방약 비용 돌려받기 144
B. *플랜 약품 목록* 144
B1. 당사 *약품 목록*에 기재된 약품 144
B2. *약품 목록*에서 약품을 찾는 방법 145
B3. *약품 목록*에 없는 약품 145
B4. *약품 목록* 비용 분담금 단계 146
C. 일부 약품의 보장 범위 제한 147
D. 일부 약품을 보험으로 보장하지 않는 이유 148
D1. 임시 복용 분량을 구매하는 방법 149
D2. 임시 분량 요청 150
E. 약품에 대한 보장 범위 변경 150
F. 특별한 경우의 약품 보장 범위 152
F1. 플랜 혜택이 적용되는 병원 또는 전문 간호 시설에 입원한 경우 152
F2. 정기 요양 시설의 경우 153
F3. Medicare 공인 호스피스 프로그램의 경우 153
G. 약품 안전 및 약품 관리 프로그램 153
G1. 약품의 안전한 사용을 위한 지원 프로그램 153
G2. 약품 관리를 돕는 프로그램 154
G3. 가입자가 아편계 약품을 안전하게 사용하는 것을 돕는 약품 관리 프로그램(DMP) 155

A. 처방약 조제

A1. 네트워크 약국에서 처방약 조제

대부분의 경우, 저희 네트워크 약국에서 조제된 처방전만 그 비용을 플랜에서 부담합니다. 네트워크 약국이란 저희 플랜 가입자에게 처방전을 조제해 주기로 동의한 약국을 말합니다. 가입자는 당사 네트워크 약국이라면 어디든 이용할 수 있습니다. (가입자가 네트워크 외 약국에서 조제받은 처방약 비용을 저희가 언제 부담하는지는 **섹션 A8**을 참조하십시오.)

네트워크 약국을 찾으려면 *의료제공자 및 약국 명부*를 참조하거나 저희 웹사이트를 방문하거나 가입자 서비스부에 연락하십시오.

A2. 처방전 조제 시 가입자 ID 카드 제시

네트워크 약국에 처방전을 제출할 때 **가입자 ID 카드를 제시**하십시오. 그러면 네트워크 약국은 보험적용이 되는 약물 비용 중 플랜이 부담해야 할 몫을 저희에게 청구합니다.

Medi-Cal Rx 보험적용이 되는 약물을 이용하려면 Medi-Cal 카드나 혜택 ID 카드(Benefits Identification Card, BIC)를 꼭 제시해야 한다는 점을 유의하십시오.

처방약을 구매할 때 가입자 ID 카드나 BIC를 소지하지 않은 경우, 약국 측에 플랜에 전화하여 필요한 정보를 확인하도록 요청하거나 약국에서 플랜 등록 정보를 찾아보도록 요청할 수 있습니다.

약국에서 필요한 정보를 입수하지 못하는 경우, 처방약을 픽업할 때 약품 가격 전액을 가입자가 결제해야 할 수 있습니다. 그러한 경우에는 저희 플랜에 플랜 부담금 환급을 요청하시면 됩니다. **약제비를 부담할 수 없을 경우 가입자 서비스부에 즉시 연락하십시오.** 최선을 다해 도움을 드리겠습니다.

- 약품 비용의 환급을 요청하려는 경우에는 본 *가입자 안내서* **제7장**을 참조하십시오.
- 처방전을 조제받는 데 도움이 필요하면 가입자 서비스부에 연락하시면 됩니다.

A3. 네트워크 약국을 변경할 때 해야 할 일

약국을 바꿨는데 처방전을 리필해야 할 경우, 의료제공자에게 처방전을 새로 써달라고 하거나 처방전 리필 분량이 남은 경우 기존 약국에 처방전을 새 약국으로 보내달라고 하면 됩니다.

네트워크 약국 변경에 도움이 필요하면 가입자 서비스부에 연락하시면 됩니다.

A4. 이용 중인 약국이 네트워크를 탈퇴하는 경우 대처 방법

이용 중인 약국이 네트워크에서 탈퇴하면 새 네트워크 약국을 찾으셔야 합니다.

새로운 네트워크 약국을 찾으려면 *의료제공자 및 약국 명부*를 참조하거나 저희 웹사이트를 방문하거나 가입자 서비스부에 연락하십시오.

A5. 전문 약국 이용

처방전을 전문 약국에서 구입해야 하는 경우도 있습니다. 전문 약국은 다음과 같습니다.

- 재가 주입 요법용 약물을 공급하는 약국.
- 요양원 같은 장기 간호 시설의 거주자에게 약품을 공급하는 약국.
  - 대개 장기 요양 시설에는 자체 약국이 있습니다. 귀하가 장기 요양 시설 거주자인 경우 저희 플랜은 귀하가 필요한 약품을 그 시설의 약국에서 구할 수 있도록 지원합니다.
  - 장기 요양 시설에 속한 약국이 당사 네트워크에 속하지 않는 경우, 또는 장기 요양 시설 내에서 약을 구하기 어려운 경우, 가입자 서비스부에 문의하시기 바랍니다.
- 원주민 의료제공자(IHCP) 약국 아메리카 원주민 및 알래스카 원주민 가입자는 등록된 소매 약국 한도까지 원주민 의료제공자(Indian Health Care Provider, IHCP)의 약국을 이용할 수 있습니다. 귀하가 아메리카 원주민 또는 알래스카 원주민이 아닌 경우, 클리닉에 배정되거나 또는 응급 상황 시 여전히 IHCP에서 소매 약국으로부터 서비스를 받을 수 있습니다.
- FDA가 특정 장소로 제한하거나, 사용에 특별 취급, 제공자의 주선 또는 교육이 필요한 약물을 조제하는 약국. (참고: 이런 경우는 드뭅니다.)
- 새로운 전문 약국을 찾으려면 *의료제공자 및 약국 명부*를 참조하거나 저희 웹사이트를 방문하거나 가입자 서비스부에 연락하십시오.

A6. 우편 서비스로 약품 배송 받는 법

특정 종류의 약품은 저희 플랜의 네트워크 우편 주문 서비스로 구할 수 있습니다. 일반적으로 우편 주문으로 구할 수 있는 약품은 만성 질환이나 장기 질환에 정기적으로 투약하는 약품입니다.

저희 플랜의 우편 주문 서비스로는 가입자가 최소 30일에서 최대 100일분의 약품을 주문할 수 있습니다. 10일분 코페이먼트도 1개월분 코페이먼트와 같습니다.

우편으로 처방전을 제출하는 방법

주문 양식을 받아보고 우편으로 처방약을 구매하는 방법에 관한 정보를 알아보려면 웹사이트(medicare.lacare.org)를 참조하거나 가입자 서비스부에 **1-833-522-3767**(TTY: **711**)번으로 문의하시기 바랍니다. 이 전화는 연중무휴 24시간 운영됩니다(공휴일 포함).

일반적으로 우편 주문 처방전을 주문하면 14일 안에 받을 수 있습니다. 그러나 우편 주문 배달이 늦어질 때도 있습니다. 이럴 때는 의사에게 반드시 연락하여 우편 주문 약이 도착할 때까지 복용할 약의 단기 처방전을 써달라고 하십시오.

우편 주문 절차

우편 주문 서비스는 가입자로부터 받는 신규 처방전, 의료제공자의 진료소에서 직접 받는 신규 처방전, 가입자의 우편 주문 처방전에 의한 리필 등 경우에 따라 처리 절차가 다릅니다.

1. 약국에서 가입자로부터 신규 처방전을 받을 경우

약국에서 가입자로부터 받은 신규 처방전을 자동으로 처리하고 약을 조제합니다.

2. 약국이 의료제공자로부터 신규 처방전을 받을 경우

다음과 같은 경우 약국은 가입자에게 먼저 확인하지 않고 의료제공자로부터 받은 새로운 처방전을 자동으로 조제 및 배송합니다.

- 과거에 저희 플랜의 우편 주문 서비스를 이용한 적이 있는 경우 **또는**
- 의료제공자로부터 직접 받는 모든 새로운 처방전을 자동 배송에 등록한 경우 모든 새 처방전의 자동 배송은 지금 신청해도 되고, 언제든 웹사이트(medicare.lacare.org)를 통해 신청하거나 가입자 서비스부에 **1-833-522-3767**(TTY: **711**)번으로 전화해 신청해도 됩니다. 이 전화는 연중무휴 24시간 운영됩니다(공휴일 포함).

원하지 않는 처방약을 우편으로 자동 배송받았고 배송 전에 이를 원하는지 확인 연락을 받지 못한 경우, 환불을 받을 수 있습니다.

이전에 우편 주문을 이용한 적이 있고 약국이 자동으로 새 처방전을 처리해 배송하는 방식을 원치 않는 경우, 가입자 서비스부에1-833-522-3767(TTY: 711)번으로 연락하시기 바랍니다. 이 전화는 연중무휴 24시간 운영됩니다(공휴일 포함).

우편 주문 배송을 한 번도 이용하지 않았거나 새로운 처방약 조제를 중단하기로 결정한 경우, 약국은 의료제공자로부터 새로운 처방전을 받을 때마다 귀하에게 연락하여 해당 약을 즉시 조제 및 배송할지 여부를 확인합니다.

- 그래야 약국이 올바른 약(강도, 수량, 형태 등)을 전달하는지 확인할 기회를 갖게 되며, 필요하다면 가입자가 청구서를 받거나 약이 발송되기 전에 주문을 취소 또는 지연시킬 수 있습니다.
- 귀하는 약국에서 연락이 올 때마다 응하여서 새 처방전을 어떻게 할 것인지 알려주고 약품 발송이 지연되지 않도록 하십시오.

의료제공자로부터 직접 받는 새 처방전의 자동 배송을 선택 취소하려면 가입자 서비스부에 1-833-522-3767**(TTY:**711)번으로 문의하시기 바랍니다. 이 전화는 연중무휴 24시간 운영됩니다(공휴일 포함).

3. 우편 주문 처방전을 리필할 경우

약품을 리필할 경우 자동 리필 프로그램에 가입할 수 있는 옵션이 있습니다. 이 프로그램에서는 저희 기록상 귀하의 약이 곧 소진될 시점이 확인되면 다음 리필을 자동으로 처리하기 시작합니다.

- 약국은 매번 리필한 약품을 배송하기 전에 귀하에게 연락하여 추가 약이 필요한지 확인하며, 약이 충분하거나 약이 변경된 경우 예정된 리필을 취소할 수 있습니다.

- 자동 리필 프로그램을 이용하지 않기로 선택하는 경우, 현재 처방약이 다 떨어지기 21일 전에 약국에 연락하여 다음번 주문 분량이 제때 출고되도록 하십시오.

우편 주문 리필을 자동으로 준비하는 이 프로그램을 선택 취소하려면 가입자 서비스부에 **1-833-522-3767**(TTY: **711**)번으로 문의하시기 바랍니다. 이 전화는 연중무휴 24시간 운영됩니다(공휴일 포함).

배송 전에 주문을 확인할 수 있도록 약국이 귀하에게 연락할 수 있는 최적의 방법을 알려주십시오. L.A. Care Medicare Plus 가입자 서비스로 전화해 가입자 본인이 선호하는 연락 방법을 알려주시기 바랍니다.

A7. 장기 분량으로 약품을 구매하는 법

본 플랜의 *약품 목록*에 있는 건강유지약을 장기 투약분으로 받을 수 있습니다. 건강유지약이란 만성 질환이나 장기 질환에 정기적으로 투약하는 약품을 말합니다.

일부 네트워크 약국에서 건강유지약을 장기 투약분으로 구할 수 있습니다. 100일분 코페이먼트도 1개월분 코페이먼트와 같습니다. *의료제공자 및 약국 명부*에 건강유지약을 장기 분량으로 구할 수 있는 약국이 수록되어 있습니다. 자세한 내용은 가입자 서비스부에 문의하셔도 됩니다.

특정 종류 약품의 경우 플랜의 네트워크 우편 주문 서비스로 장기 투약분의 건강유지약을 구할 수 있습니다. 우편 주문 서비스에 관한 내용은 위 **섹션 A6**를 참조하십시오.

A8. 플랜 네트워크 소속이 아닌 약국 이용

보통은 가입자가 네트워크 약국을 이용할 수 없을 때에만 네트워크 외 약국에서 구매한 약품을 보장합니다. 이런 경우 우선 가입자 서비스부에 전화하여 가까운 곳에 네트워크 약국이 있는지 알아보시기 바랍니다.

네트워크 외 약국에서 구매한 처방약을 보장하는 경우는 다음과 같습니다.

- 파트 D 보험적용이 되는 약물이 의학적 응급 상황 진료와 관계가 있는 경우.
- 특정 파트 D 보험적용이 되는 약물(예: 희귀약 또는 제조사나 특수 판매사에서 대개 직접 발송하는 기타 특수 의약품)이 이용 가능한 네트워크 소매 약국이나 우편 주문 약국에 정기적으로 납품되지 않는 경우.
- 파트 D 보험적용이 되는 약물이 의료 기관 내 약국에서 조제되는 한편, 가입자가 응급실이나 의료제공자의 클리닉, 외래 수술실, 기타 외래 진료소의 환자인 경우.
- 가입자가 대피 또는 거처에서 피신하는 연방 재해 또는 기타 공중 보건 응급 상황 시.
- 등록자가 네트워크 약국을 사용할 수 없는 응급 상황에서는 30일 분량의 성분명 약품값을 1회 지불합니다. 상품명 약품의 경우 30일 분량의 약값을 1회 지불합니다. 이런 경우 우선 가입자 서비스부에 전화하여 가까운 곳에 네트워크 약국이 있는지 알아보시기 바랍니다.

A9. 처방약 비용 돌려받기

네트워크 외 약국을 이용해야 하는 경우, 일반적으로 약품 구매 시 코페이먼트가 아닌 처방전 전액을 가입자가 지불해야 합니다. 그런 다음 저희 플랜에 환급을 요청하면 됩니다. 가입자가 네트워크 외 약국에서 약품을 구매하는 데 지불한 금액과 저희가 네트워크 내 약국에 지불하는 금액 사이의 차액을 부담해야 할 수 있습니다.

Medi-Cal Rx에서 보장할 수 있는 처방약을 전액 본인 부담으로 구입한 경우, Medi-Cal Rx가 해당 처방전 비용을 지급한 후 약국에서 환급받을 수 있습니다. 또는 Medi-Cal Rx에 'Medi-Cal 자비 부담 지출액 환급(Conlan)' 청구서를 제출하여 Medi-Cal Rx에 직접 환급을 요청할 수도 있습니다. 자세한 정보는 Medi-Cal Rx 웹사이트(medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/)를 참조하십시오.

이와 관련된 자세한 정보는 본 *가입자 안내서* **제7장**을 참조하십시오.

B. 플랜 *약품 목록*

저희 플랜은 *보험적용 약품 목록*을 관리하며, 이를 줄여서 "*약품 목록*"이라고 합니다.

*약품 목록*에 기재될 약품은 의사와 약사로 구성된 팀의 도움을 받아 선정합니다. *약품 목록*을 보면 약품을 구매할 때 따라야 할 규정도 알 수 있습니다.

당사는 보통 가입자가 이 장에 설명한 규정을 따를 때 플랜 *약품 목록*에 기재 된 약품 비용을 보장합니다.

B1. 당사 *약품 목록*에 기재된 약품

*약품 목록*에는 Medicare 파트 D에 따라 보험적용이 되는 약품이 포함됩니다.

약국에서 받는 약품 대부분은 저희 플랜에서 보장됩니다. 일부 일반의약품(Over-The-Counter, OTC) 및 특정 비타민과 같은 다른 약품은 Medi-Cal Rx에서 보험적용을 할 수 있습니다. 더 자세한 정보를 알아보려면 Medi-Cal Rx 웹사이트(medi-calrx.dhcs.ca.gov)를 방문하십시오. 또한 Medi-Cal Rx 고객 서비스 센터에 800-977-2273번으로 전화하실 수도 있습니다. Medi-Cal Rx를 통해 처방약을 구입할 때는 Medi-Cal 혜택 ID 카드(BIC)를 지참하시기 바랍니다.

*약품 목록*에는 브랜드 약품, 성분명 약품, 생물학적 약제(바이오시밀러가 포함될 수 있음)가 포함되어 있습니다.

브랜드 약품은 약품 제조사에서 소유한 등록상표명으로 판매되는 약품을 말합니다. 생물학적 제제는 일반적인 약품보다 더 복잡한 약품입니다. 당사 *약품 목록*에서 '약품'이라고 하면 이는 약품을 가리킬 수도 있고, 생물학적 약제를 가리킬 수도 있습니다.

성분명 약품은 브랜드 약품과 활성 성분이 같습니다. 생물학적 약제에는 바이오시밀러라고 하는 대체 약품이 있습니다. 일반적으로 보통 성분명 약품과 바이오시밀러는 브랜드 약품이나 원래 생물학적 약제만큼 효능이 있고, 비용은 상대적으로 저렴합니다. 시중에는 브랜드 약품을 대신해 판매되는 성분명 약품 대체품과 일부 생물학적 약제를 대신하는 바이오시밀러 대안이

많이 있습니다. 일부 바이오시밀러는 상호 교환이 가능한 바이오시밀러이며, 주 법률이 어떻게 제정되어 있느냐에 따라 성분명 약품으로 브랜드 약품을 대체하듯이 새로운 처방전 없이 약국에서 원래 생물학적 약제를 대신할 수 있습니다.

*약품 목록*에 올라가 있는 약품 유형의 정의는 **제12장**을 참조하십시오.

플랜에서는 특정 OTC와 제품도 보장합니다. 일부 일반의약품은 처방전보다 저렴하면서 효과는 거의 같습니다.자세한 내용은 가입자 서비스부로 문의하십시오.

B2. *약품 목록*에서 약품을 찾는 방법

본인이 복용하는 약품이 당사 *약품 목록*에 있는지 찾아보려면 다음과 같은 방법이 있습니다.

- 플랜 웹사이트(medicare.lacare.org)를 참조합니다. 웹사이트에 게재된 *약품 목록*이 항상 가장 최신 버전입니다.
- 약품이 당사 약품 목록에 있는지 알아보려면 가입자 서비스부에 전화 문의하거나 목록 사본을 요청하시면 됩니다.
- 파트 D에서 보장되지 않는 약품은 Medi-Cal Rx에서 보장될 수 있습니다. 더 자세한 정보를 알아보려면 Medi-Cal Rx 웹사이트(medi-calrx.dhcs.ca.gov)를 방문하십시오.
- 저희의 '실시간 혜택 도구'(medicare.lacare.org/members/part-d-prescription-drugs/formulary-search)를 이용해 *약품 목록*을 검색하면, 본인 부담 예상 비용과 동일 질환을 치료할 수 있는 대체 약품이 *약품 목록*에 있는지 확인할 수 있습니다. 가입자 서비스부에 문의하실 수도 있습니다.

B3. *약품 목록*에 없는 약품

저희는 모든 약품을 보장하지 않습니다.

- 몇몇 약품은 법률상 보험적용을 할 수 없는 약품이기 때문에 당사 약품 목록 에 없는 경우도 있습니다.
- 혹은 당사에서 *약품 목록*에 포함하지 않기로 결정해서 없는 약품도 있습니다.
- 저희 *약품 목록*에 없는 약품을 받는 경우도 있을 것입니다. 자세한 내용은 **제9장**을 참조하십시오.

저희 플랜은 이 섹션에서 설명하는 유형의 약품은 비용을 부담하지 않습니다. 이를 **제외 약물**이라고 합니다. 제외 약품 처방전을 받으면 약제비를 자비로 부담해야 합니다. 상황상 저희 플랜에서 제외 약품의 비용을 부담해야 한다고 생각하는 경우, 재고 요청을 할 수 있습니다. 재고 요청에 대한 자세한 정보는 *가입자 안내서* **제9장**을 참조하시기 바랍니다.

다음은 제외 약품에 적용되는 세 가지 일반 규정입니다.

1. 저희 플랜의 외래 약품 혜택(Medicare 파트 D 포함)에서는 Medicare 파트 A 또는 Medicare 파트 B에서 이미 보장하는 약품에 대해 비용을 지급하지 않습니다. 저희 플랜은 Medicare 파트 A 또는 Medicare 파트 B에서 보장하는 약품을 무료로 보장하지만, 이러한 약품은 외래 약품 혜택에는 해당하지 않습니다.
2. 저희 플랜은 미국과 미국 영토 밖에서 구매된 약물의 비용을 부담할 수 없습니다.
3. 약품 사용을 FDA에서 승인했거나 가입자의 질환 치료 방법이라는 사실을 특정 의학적 참조 자료로 뒷받침할 수 있어야 합니다. 의사 또는 다른 의료제공자는 가입자의 질환을 치료하기 위해 특정 약품을 처방할 수 있으며, 이는 해당 약품이 그 질환의 치료법으로 승인되지 않았더라도 마찬가지입니다. 이것을 "용도 외 사용"이라고 합니다. 저희 플랜은 대개 용도 외 사용 처방약에 보험을 적용하지 않습니다.

또한 법에 의거하여 Medicare나 Medi-Cal은 다음 약품을 보장할 수 없습니다.

- 임신 촉진용 약품
- 기침이나 감기 증상 완화용 약물*
- 미용 용도나 모발 성장 촉진용 약품
- 처방 비타민과 미네랄 제품(산전 비타민과 불소* 제재 제외)
- 성기능 부전이나 발기 부전 치료용 약품
- 식욕 부진, 체중 감량 또는 증가용 약물
- 특정 회사가 자사에서만 검사를 받거나 서비스를 이용해야 한다고 요구하는 외래 약품

*일부 제품은 Medi-Cal에서 보장할 수 있습니다. 더 자세한 정보를 알아보려면 Medi-Cal Rx 웹사이트(www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)를 방문하십시오.

B4. *약품 목록* 비용 분담금 단계

*약품 목록*에 있는 모든 약품은 5단계 중 하나에 속합니다. 단계는 대개 동일한 유형(예: 상품명 약품, 성분명 약품, OTC 약품)에 속한 약품의 모음입니다. 일반적으로, 비용 분담군이 높아질수록 약품 비용은 증가합니다.

- 1단계 약품은 L.A. Care Medicare Plus에서 보장하는 선호 성분명 약품입니다. 코페이먼트는 0달러입니다.
- 2단계 약품은 L.A. Care Medicare Plus에서 보장하는 선호 성분명 약품입니다. 공동보험료는 $0~$12.65 또는 25%입니다. 귀하의 공동보험료는 귀하가 받는 추가 지원 금액에 따라 달라집니다.
- 3단계 약품은 L.A. Care Medicare Plus에서 보장하는 선호 상품명 약품입니다. 공동보험료는 $0~$12.65 또는 25%입니다. 귀하의 공동보험료는 귀하가 받는 추가 지원 금액에 따라 달라집니다.

- 4단계 약품은 L.A. Care Medicare Plus에서 보장하는 비선호 약품입니다. 공동보험료는 $0~$12.65 또는 25%입니다. 귀하의 공동보험료는 귀하가 받는 추가 지원 금액에 따라 달라집니다.
- 5단계 약품은 L.A. Care Medicare Plus에서 보장하는 전문 약품입니다. 공동보험료는 $0~$12.65 또는 25%입니다. 귀하의 공동보험료는 귀하가 받는 추가 지원 금액에 따라 달라집니다.

사용 중인 약품이 어느 비용 분담군에 있는지 알아보려면 저희 *약품 목록*을 찾아보십시오.

본 *가입자 안내서* **제6장**에서는 각 단계의 약품에 대해 가입자가 지불하는 비용에 대해 설명합니다.

C. 일부 약품의 보장 범위 제한

특정 약품에는 특별 규정이 적용되어 플랜이 혜택을 주는 방법과 시기가 제한됩니다. 일반적으로 저희 플랜에서는 가입자가 자신의 질환에 효능이 있고 안전하며 효과적인 약품을 구하는 것을 권장합니다. 안전하면서 더 저렴한 약품이 더 비싼 약품에 상응하는 효과가 있을 경우 가입자의 의료제공자가 더 저렴한 약품을 처방할 것으로 기대합니다.

약품 목록에 동일한 약품이 여러 번 표시될 수 있다는 점에 유의하십시오. 이는 같은 약품이라도 의사가 처방하는 용량, 수량, 제형(예: 10mg vs. 100mg, 1일 1회 vs. 1일 2회, 정제 vs. 액상)에 따라 달라질 수 있으며, 각 버전에 다른 제한 사항이 적용될 수 있기 때문입니다.

가입자의 약품에 특별 규정이 있다면, 대개 가입자나 의료서비스 제공처가 별도 조치를 취해야 약품에 혜택을 받을 수 있다는 뜻입니다. 예를 들어 의료제공자가 저희 플랜에 가입자의 진단명을 알려주거나 혈액 검사 결과를 먼저 전달해야 할 수도 있습니다. 가입자나 의료제공자가 생각하기에 저희 규정이 가입자의 상황에 적용되어서는 보험적용 결정을 통해 예외를 요청해야 합니다. 저희는 가입자가 별도 조치를 취하지 않으면 해당 약물의 사용을 동의하거나 동의하지 않을 수도 있습니다.

예외 인정을 요청하는 방법에 관한 자세한 정보는 본 *가입자 안내서* **제9장**을 참조하시기 바랍니다.

1. 각각 성분명 약품이나 상호 교환이 가능한 바이오시밀러 버전이 있을 경우에는 브랜드 약품이나 원래 생물학적 약제의 사용을 제한합니다.

일반적으로 성분명 약품이나 상호 교환이 가능한 바이오시밀러는 브랜드 약품이나 원래 생물학적 약제만큼 효능이 있고 비용은 상대적으로 저렴합니다. 대부분의 경우, 시중에 나와 있는 브랜드 약품이나 원래 생물학적 약제의 성분명 약품이나 상호 교환 가능한 바이오시밀러 버전이 있다면 네트워크 약국에서 가입자에게 성분명 약품이나 상호 교환 가능한 바이오시밀러 버전을 제공합니다.

- 성분명 약품이 있는 경우, 브랜드 약품 또는 원래 생물학적 약제 비용은 보장하지 않는 것이 일반적입니다.

- 단, 의료제공자가 의학적인 이유로 인해 같은 증상을 치료하는 성분명 약품이나 상호 교환 가능한 바이오시밀러 또는 다른 보험적용이 되는 약품으로는 가입자에게 효과가 없다고 알리는 경우라면 해당 브랜드약을 보장합니다.
- 상표명 약품이나 오리지널 생물학적 약제는 성분명 약품이나 상호 대체 가능한 바이오시밀러보다 본인 부담금이 더 클 수 있습니다.

2. 플랜에 사전 승인받기

몇몇 약품의 경우, 가입자의 처방약을 구입하기 전에 가입자 본인이나 처방자가 플랜에 승인을 받아야 합니다. 이를 사전 승인이라 합니다. 이는 약품 안전을 보장하고 특정 약품을 적절히 사용하도록 안내하기 위해 시행됩니다. 승인을 받지 않으면 해당 약품은 보장하지 않을 수도 있습니다. 사전 승인에 대한 자세한 정보를 원하시는 경우 페이지 하단에 기재된 번호로 가입자 서비스부에 문의하시거나 저희 웹사이트(medicare.lacare.org)를 방문하십시오.

3. 다른 약품을 먼저 써보기

일반적으로 저희 플랜은 가입자께서 더 비싼 약품의 비용을 부담하기 전에 효과는 같으면서 더 저렴한 약품을 먼저 사용해 보시기 바랍니다. 예를 들어 A와 B라는 약품이 같은 질환의 치료제이고 A가 B보다 더 저렴하다면 저희 플랜은 A를 먼저 사용하게 할 수도 있습니다.

약품 A가 효과가 **없을** 경우 저희 플랜에서는 약품 B를 제공합니다. 이를 단계적 치료(step therapy)라고 합니다. 단계적 치료에 대한 자세한 정보를 원하시는 경우 페이지 하단에 기재된 번호로 가입자 서비스부에 문의하시거나 저희 웹사이트 (medicare.lacare.org)를 방문하십시오.

4. 수량 제한

저희 플랜에서 일부 약품에서 가입자가 받을 수 있는 수량을 제한합니다. 이를 수량 제한이라고 합니다. 예를 들어 어떤 약품이 보통 하루에 한 알만 복용하는 것이 안전하다고 간주되는 경우, 저희는 처방을 조제할 때마다 받을 수 있는 약품의 약을 제한할 수 있습니다.

가입자가 복용 중이거나 복용을 원하는 약품에 위와 같은 규정이 적용되는지 알아보려면 *약품 목록*을 확인하십시오. 최신 정보는 가입자 서비스에 전화 문의하거나 웹사이트(medicare.lacare.org)를 참조하시는 것이 좋습니다. 위와 같은 이유로 저희의 보험적용 결정에 동의하지 않는 경우, 재고 요청을 신청할 수 있습니다. 본 *가입자 안내서* **제9장**을 참조하십시오.

D. 일부 약품을 보험으로 보장하지 않는 이유

저희는 가입자가 약품 보장 혜택을 받을 수 있도록 노력하지만, 때로 가입자가 원하는 방식대로 보장받지 못하는 약품이 생길 수도 있습니다. 예를 들면 다음과 같습니다.

- 저희 플랜에서 귀하가 복용하고자 하는 약품을 보장하지 않습니다. 해당 약품이 당사 *약품 목록*에 없습니다. 저희가 해당 약품의 성분명 약품은 보장이 되지만 가입자가 복용하고자 하는 상표명 약품이 보장되지 않는 경우도 있습니다. 약품이 새로 출시되어서 저희가 아직 그 안전성과 효능을 검토하지 못한 상황일 수도 있습니다.

- 저희 플랜에서 약품을 보장하지만 보장과 관련된 특별 규정이나 제한이 있습니다. 위의 섹션에서 설명한 바와 같이, 저희 플랜에서 보장하는 일부 약품은 사용을 제한하는 규정이 있습니다. 어떤 경우에는 가입자나 처방자가 예외를 요청할 수도 있습니다.
- 약품이 보장되지만 비용 분담 단계에 속해 있으므로, 생각보다 더 큰 비용을 내야 합니다.

저희가 귀하가 원하는 방식으로 약품을 보장하지 않을 경우, 취할 수 있는 조치들이 있습니다.

D1. 임시 복용 분량을 구매하는 방법

상황에 따라, 약품이 당사 *약품 목록*에 없거나 어떤 식으로든 제한이 적용되는 경우 가입자에게 해당 약품의 일시 분량을 보장할 수 있습니다. 그러면 귀하는 그 사이 의료 기관과 다른 약품 복용에 대해 상의하거나 저희에게 약품 보장을 요청할 시간이 생깁니다.

임시 복용 분량을 구입하려면 반드시 다음의 두 가지 조건을 충족해야 합니다.

1. 지금까지 복용해온 약품이
   - 더 이상 당사 *약품 목록*에 기재되지 않는 경우
   - 당사 *약품 목록*에 **오른 적이 없는 경우**
   - 현재 어떤 식으로든 제한이 가해진 경우
2. 가입자가 처한 상황이 다음 중 하나에 해당되어야 합니다.
   - 작년에 플랜에 가입되어 있었던 가입자의 경우.
     - 당사에서 **역년 기준 한 해의 첫 90일간** 약품의 일시 분량을 보장합니다.
     - 이 임시 분량은 최대 30일 동안 가능합니다.
     - 처방전에 그보다 더 적은 일수가 적혀 있으면, 저희는 복수 재조제를 허용하여 최대 30일분까지 약품을 제공합니다. 처방전은 반드시 네트워크 약국에서 구입해야 합니다.
     - 장기 요양 약국은 약품을 한 번에 소량으로 제공하여 낭비를 막을 수 있습니다.
   - 플랜에 신규 가입한 경우
     - 저희는 임시 복용 분량의 약품을 **저희 플랜 가입 후 최초 90일간의 분량**을 보장합니다.
     - 이 임시 분량은 최대 30일 동안 가능합니다.
     - 처방전에 그보다 더 적은 일수가 적혀 있으면, 저희는 복수 재조제를 허용하여 최대 30일분까지 약품을 제공합니다. 처방전은 반드시 네트워크 약국에서 구입해야 합니다.
     - 장기 요양 약국은 약품을 한 번에 소량으로 제공하여 낭비를 막을 수 있습니다.
   - 플랜에 90일 이상 가입되어 있고 장기 요양 시설에 거주하고 있으며 일정 분량 약품이 당장 필요합니다.

- 저희 플랜은 최대 31일분의 약품을 1회 보장하지만, 처방전에 적힌 복용 일수가 그보다 더 적은 경우 그에 맞추어 더 적은 분량의 비용을 보장합니다. 이는 위의 임시 복용 분량에 추가됩니다.
- 가입자는 진료 수준의 변화를 경험하거나 한 시설 또는 치료지에서 다른 곳으로 이전(이동)하여야 할 수도 있습니다. 가입자가 받는 진료의 수준에 변화가 있는 경우 특수한 경우로 예외가 인정될 수 있습니다. 진료 수준에 변화가 있는 경우, L.A. Care Medicare Plus는 (처방전이 30일 미만으로 되어 있지 않은 한) 일시 30일 분량에 대한 비용을 부담합니다.

D2. 임시 분량 요청

약품을 일시 분량 요청하려면 가입자 서비스부에 문의하십시오.

약품을 일시 분량으로 제공받는 경우, 최대한 빨리 의료제공자와 상의하여 제공된 약품이 다 떨어지면 어떻게 할지 결정해야 합니다. 귀하는 다음 옵션 중에서 선택할 수 있습니다.

- 다른 약품으로 바꿉니다.

  저희 플랜에서 귀하에게 효과가 있는 다른 약품을 보장할 수 있습니다. 가입자 서비스부에 연락하여 같은 질환을 치료하는 보험적용이 되는 약품 목록을 요청하십시오. 이 목록은 의료제공자가 가입자에게 효과적일 수 있는 보험적용이 되는 약물을 찾는 데 도움이 될 수 있습니다.

  또는

- 예외를 요청하실 수 있습니다.

  가입자와 의료제공자는 플랜에 예외를 요청할 수 있습니다. 예를 들어 당사 *약품 목록*에 없는 약품 보장을 요청하거나, 한도 없이 약품을 보장해달라고 요청할 수 있습니다. 의료제공자가 예외 요청에 의학적으로 합당한 이유가 있다고 생각할 경우 가입자를 도와 예외를 요청할 수 있습니다.

E. 약품에 대한 보장 범위 변경

약품 혜택 변경은 대부분 1월 1일에 발생하지만, 연중 *약품 목록*에 약품을 추가하거나 목록에서 약품을 빼기도 합니다. 또한 약품에 관한 규칙을 변경하기도 합니다. 예를 들면 다음과 같습니다.

- 특정 약품에 대해 사전 승인(Prior Approval, PA)(약품을 받기 전에 저희에게 허가를 받는 절차)을 요구할지 여부를 결정합니다.
- 귀하가 받을 수 있는 약품의 수량을 추가 또는 변경(수량 제한)합니다.
- 약품에 대한 단계적 치료 제한을 추가하거나 변경합니다(다른 약품을 보장받기에 앞서 한 약품을 사용해야 합니다).

- 원래 생물학적 제제를 생물학적 제제의 상호 대체 가능한 바이오시밀러 버전으로 대체합니다.

저희는 플랜의 *약품 목록*을 변경하기 전에 Medicare 요건을 준수해야 합니다. 이 약품 규정에 대한 자세한 정보는 **섹션 C**를 참조하십시오.

연초에 당사에서 보장한 약품을 투여하는 경우, 해당 약품은 **그해 나머지 기간에** 혜택을 없애거나 변경하지 않는 것이 보통입니다. 단, 다음과 같은 예외가 있습니다.

- 현재 당사 *약품 목록*에 오른 약품과 효과가 같은데 더 저렴한 신약이 시판되는 경우 **또는**
- 특정 약품이 안전하지 않다는 것을 알게 되는 경우 **또는**
- 특정 약품이 시장에서 제거되는 경우.

복용 중인 약물의 혜택에 변화가 있으면 어떻게 하나요?

약품 목록 변경 시 어떻게 되는지 자세히 알아보려면 항상 다음과 같은 방법이 있습니다.

- 온라인으로 *약품 목록*을 확인하거나(medicare.lacare.org) **또는**
- 페이지 맨 아래에 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화해 최신 *약품 목록*을 확인합니다.

현재 플랜 연도 중에 가입자에게 영향을 미치는 *약품 목록 변경 사항*

약품 목록 *에 대한 일부 변경사항은* 즉시 효력이 발생됩니다. 예를 들면 다음과 같습니다.

새 성분약 약품이 시판됩니다. 때때로 현재 당사 *약품 목록*에 있는 브랜드 약품 또는 원래 생물학적 약제만큼 효능이 좋은 신규 성분명 약품이나 바이오시밀러가 출시되기도 합니다. 이런 경우, 저희는 상품명 약품을 제거하고 새로운 일반약을 추가할 수 있습니다. 그러나 새로운 약품에 대한 귀하의 비용은 동일하거나 더 낮아집니다. 저희가 새로운 일반약을 추가한 경우, 저희는 또한 목록에 수록된 상품명 약품을 유지하기로 결정할 수도 있지만 혜택 규칙 또는 한도를 변경할 수 있습니다.

- 이러한 변경을 하기 전에 귀하에게 알리지 않을 수도 있지만, 변경이 되는 경우 실시되는 특정 변경 사항들에 관한 정보를 귀하에게 보내드립니다.
- 귀하 또는 귀하의 의료제공자는 이러한 변경 사항으로부터 '예외'를 요청할 수 있습니다. 저희는 예외 신청을 위해 귀하가 취할 수 있는 조치들에 관한 통지문을 보내드릴 것입니다. 예외에 대한 더 자세한 정보는 이 안내서 **제9장**을 참조하십시오.

안전하지 않은 약품 및 시장에서 퇴출된 기타 약품을 제거합니다. 약품이 안전하지 않은 것으로 판명되거나 다른 이유로 시장에서 퇴출되는 경우가 있습니다. 이런 경우, 저희는 즉시 해당 약품을 *약품 목록*에서 제거할 수 있습니다. 귀하가 해당 약품을 복용하고 있는 경우, 저희는 변경 후 귀하에게 통지서를 보내드릴 것입니다. 이런 편지를 받으면 의사와 상의하여 안전한 다른 약품을 찾으시기 바랍니다.

가입자가 사용하는 약품에 영향을 미치는 다른 변경 사항이 있을 수 있습니다. *약품 목록*에 대한 이러한 기타 변경 사항은 미리 말씀드립니다. 이러한 변경 사항은 다음과 같은 경우에 발생할 수 있습니다.

- FDA에서 새로운 안내를 제공하거나 특정 약품에 관한 새로운 임상 지침이 있는 경우.

이러한 변경 사항이 발생하면 당사는 다음과 같이 대처합니다.

- *약품 목록*을 변경하기 전에 가입자에게 최소 30일 전에 알림
- 귀하께 알려드리고, 귀하가 리필을 요청한 후 약 30일분의 약품을 공급해 드립니다.

따라서 가입자는 시간 여유를 갖고 의사나 그 외 처방자와 상의할 수 있습니다. 그들은 귀하가 다음 사항을 결정하도록 도와드릴 수 있습니다.

- 당사 *약품 목록*에 가입자가 해당 약품 대신 이용할 수 있는 비슷한 약품이 있는지 여부 **또는**
- 이러한 변경에 예외를 요청하여 해당 약품 또는 현재 사용 중인 약품 버전에 대한 혜택을 계속 받아야 하는지 여부. 예외 인정을 요청하는 방법에 관한 자세한 정보는 본 *가입자 안내서* **제9장**을 참조하시기 바랍니다.

이 플랜 연도 중에 가입자에게 영향을 미치지 않는 *약품 목록* 변경 사항

가입자가 현재 복용하는 약품을 위에서 설명하지 않은 방식으로 변경하되, 당장은 가입자에게 아무런 영향이 없을 수도 있습니다. 그러한 변경 사항의 경우, 연초에 보장했던 약품을 투여 중인 가입자에 한하여 해당 약품**에 대한 혜택을** 그해 나머지 기간 내내 **없애거나 변경하지 않는 것이 일반적입니다.**

예를 들어 저희가 가입자가 투여 중인 약품을 없애서 약품 비용이 증가하거나 그 사용량이 제한되더라도, 해당 변경 사항은 그해 나머지 기간에 가입자가 약품을 사용하는 데나 지불하는 비용에는 아무런 영향을 미치지 않습니다.

가입자가 사용 중인 약품에 이러한 변경 사항이 적용되는 경우(위 섹션에서 언급된 변경 사항 제외), 해당 변경 사항은 다음 해 1월 1일까지는 가입자의 약품 사용에 영향을 미치지 않습니다.

현재 연도에는 이런 유형의 변경 사항을 직접 알리지 않습니다. (정규 가입 기간에 목록이 제공되는 시점에) 다음 플랜 연도 *약품 목록***을 확인해야 하여** 다음 플랜 연도에 자신에게 영향을 미치는 변경 사항이 있는지 확인하시기 바랍니다.

F. 특별한 경우의 약품 보장 범위

F1. 플랜 혜택이 적용되는 병원 또는 전문 간호 시설에 입원한 경우

가입자가 플랜 혜택이 있는 병원에 입원하거나 전문 간호 시설에 입소하면, 저희 플랜은 일반적으로 입원이나 입소 기간 중 약품 비용을 부담합니다. 귀하는 코페이먼트를 지불하지

않습니다. 병원이나 전문 간호 시설에서 퇴원하고 나면, 약품이 플랜의 혜택 규정에 전부 부합하기만 하면 약품을 계속 보장합니다.

약품 보장 범위 및 가입자 지불 금액에 대한 자세한 내용은 이 *가입자 안내서* **제6장**을 참조하십시오.

F2. 정기 요양 시설의 경우

대개 장기 간호 시설(예: 요양원)에는 자체 약국이 있거나 거주자 전원에게 약품을 공급하는 약국이 있습니다. 장기 요양 시설에 거주하는 경우, 시설 산하 약국이 저희 네트워크 소속이라면 해당 약국을 통해 약품을 구하면 됩니다.

*의료제공자 및 약국 명부*를 확인하여 가입자의 장기 요양 시설 약국이 저희 네트워크 소속인지 알아보십시오. 저희 네트워크 소속이 아닐 경우 또는 추가 정보가 필요할 경우 가입자 서비스부로 연락하시기 바랍니다.

F3. Medicare 공인 호스피스 프로그램의 경우

호스피스와 플랜이 동시에 약품 비용을 부담하지 않습니다.

- 가입자가 Medicare 호스피스에 등록되어 있고, 말기 예후 및 증상과는 관련이 없어 호스피스에서는 보장하지 않는 특정 약품(예: 진통제, 구역질약, 완하제나 항불안제)이 필요할 수 있습니다. 그런 경우, 플랜에 처방자나 가입자의 호스피스 의료제공자가 해당 약품의 무관함을 알려야만 플랜에서 해당 약품을 보장할 수 있습니다.
- 이와 같이 저희 플랜에서 보장해야 하는 별도 약품의 공급이 지연되지 않도록 처방자는 호스피스 의료제공자 또는 처방자에게 약국의 처방전 제출에 앞서 저희 플랜에 사실 통보를 했는지 확인할 수 있습니다.

가입자가 호스피스를 떠나면 저희 플랜은 모든 약품 비용을 부담해야 합니다. Medicare의 호스피스 혜택이 끝난 후 약국에서 조제 받을 때 지체되지 않으려면, 가입자는 호스피스 퇴원 사실을 증명하는 서류를 약국에 가져가야 합니다.

저희 플랜에서 보장하는 약품에 대해 설명하는 이 장의 앞부분을 참조하십시오. 호스피스 혜택에 대한 자세한 정보는 본 *가입자 안내서* **제4장**을 참조하십시오.

G. 약품 안전 및 약품 관리 프로그램

G1. 약품의 안전한 사용을 위한 지원 프로그램

가입자가 처방전을 제출할 때마다 플랜에서는 다음과 같은 문제가 있는지 확인합니다.

- 가입자가 이미 같은 효과가 있는 다른 유사한 약품을 복용 중이라 해당 약품이 필요하지 않을 가능성
- 나이나 성별에 안전하지 않을 수 있는 약품

- 가입자가 동시 복용하면 해로울 수 있는 약품
- 가입자에게 알레르기를 일으킬 수 있는 성분이 있는 약품
- 수량(투여량)에 오류가 있을 수 있는 약품
- 안전하지 않은 양의 아편계 진통제

가입자의 약품 사용에 문제 가능성이 있으면, 저희 플랜은 의료제공자와 협력하여 문제를 시정합니다.

G2. 약품 관리를 돕는 프로그램

저희 플랜에는 가입자의 복잡한 건강상의 필요에 도움을 드리는 프로그램이 있습니다. 이 경우, 약품 치료 관리(Medication Therapy Management, MTM) 프로그램에서 무료 서비스 이용이 가능할 수 있습니다. 이 프로그램은 자발적으로 참여할 수 있으며 무료입니다. 이 프로그램은 가입자와 의료제공자가 건강 개선에 효과가 있는 약품을 사용하게 하는 데 도움이 됩니다. 프로그램에 참여하려면 약사나 기타 의료 전문가에게 모든 약을 종합적으로 검토받고 다음 내용에 관하여 대화를 나눠야 합니다.

- 복용 약물에서 최대 효과를 보는 방법
- 약값, 부작용 등 가입자의 우려 사항
- 최선의 약 투약법
- 처방전과 일반의약품에 대한 질문 또는 문제

그러면 다음 항목을 받을 수 있습니다.

- 귀하에게 상담 내용의 요약본. 요약본에는 투약 실행 계획이 있어 귀하는 이 권고에 따라 약을 가장 잘 투약하는 방법을 실행할 수 있습니다.
- 귀하가 복용하는 모든 의약품, 복용량, 복용 시간 및 이유가 포함된 개인 의약품 목록.
- 규제 약물에 해당하는 처방약을 안전하게 폐기하는 방법에 관한 정보.

행동 계획과 의약품 목록에 관해 처방자와 상의하는 것이 좋습니다.

- 담당 의사, 약사나 여타 의료제공자를 방문할 때나 대화할 기회가 있을 때 행동 계획과 의약품 목록을 지참하십시오.
- 귀하께서 병원 또는 응급실에 가는 경우 귀하의 약품 목록을 함께 가져오십시오.

MTM 프로그램은 자발적으로 참여할 수 있으며 자격이 있는 가입자에게 무료로 제공됩니다. 가입자의 필요에 맞는 프로그램이 있으면, 저희 플랜은 가입자를 해당 프로그램에 등록하고 정보를 보내드립니다. 프로그램에 참여하고 싶지 않은 경우, 저희에게 알려주시면 명단에서 제외해 드립니다.

이 같은 프로그램에 관하여 궁금한 점이 있으시면 가입자 서비스부에 연락하시기 바랍니다.

G3. 가입자가 아편계 약품을 안전하게 사용하는 것을 돕는 약품 관리 프로그램(DMP)

저희는 가입자가 처방받은 아편 유사제 및 다른 자주 남용되는 의약품을 안전하게 이용할 수 있도록 돕는 프로그램이 있습니다. 이를 약품 관리 프로그램(Drug Management Program, DMP)이라고 합니다.

가입자가 아편계 의약품을 여러 처방자 또는 약국에서 구입하여 복용하는 경우 또는 최근 아편계 의약품을 과다 복용한 경우, 처방자와 상담하여 가입자의 아편계 의약품 사용이 적절하고 의학적으로 필요한지 확인할 수 있습니다. 가입자의 처방자와 협력하여 가입자가 아편계 의약품 또는 벤조디아제핀 약품 처방약을 이용하는 것이 안전하지 않다고 판단하는 경우, 가입자의 약품 구입에 제약을 가할 수 있습니다. 귀하가 DMP에 들어가게 되면 다음과 같은 제한이 적용될 수 있습니다.

- 특정 약국에서만 해당 의약품에 대한 모든 처방전을 받을 것을 요구합니다.
- 아편계 또는 벤조디아제핀 의약품 처방을 특정 의료제공자로부터만 받을 것을 요구합니다.
- 저희가 보장하는 아편계 또는 벤조디아제핀 의약품의 수량을 제한합니다.

이러한 의약품을 받는 방법 또는 수량을 제한할 계획이 있을 경우, 먼저 서신으로 안내해 드립니다. 서신을 통해 그러한 약품의 보장 범위를 제한할 것인지, 가입자가 특정 의료제공자나 약국에서만 해당 약품에 대한 처방전을 처리해야 하는지 등을 알려드립니다.

가입자에게는 선호하는 처방자나 약국, 이외 당사가 알아야 할 중요한 정보(가입자 본인의 판단에 따름)를 당사에 알릴 기회가 있습니다. 가입자에게 응답할 기회가 주어진 후에 저희가 이러한 의약품에 대한 보장 범위를 제한하기로 결정하면, 제약 사항을 확정한다는 내용의 서신을 한 통 더 보냅니다.

저희 플랜이 실수를 했다고 생각하거나 저희 결정이나 제약 사항에 동의하지 않는 경우, 가입자 및 처방자가 재고 요청을 할 수 있습니다. 재고를 요청할 경우 귀하의 사례를 검토한 후, 결정사항을 알려드릴 것입니다. 의약품 이용에 적용되는 제한과 관련하여 귀하의 재고 요청을 저희 측에서 계속해서 거부하는 경우, 자동으로 귀하의 케이스를 중립적 심사 기관(Independent Review Organization, IRO)에 보내게 됩니다. (재고 요청과 IRO에 대한 자세한 정보는 본 *가입자 안내서* **제9장**을 참조하십시오.)

다음의 경우, DMP에서 가입자에게 제한 사항을 적용하지 않을 수 있습니다.

- 암 또는 겸상적혈구 질환과 같은 특정 건강 상태의 경우,
- 호스피스에 입원 중이거나 통증 경감 치료 또는 시한부 간호를 받고 있는 경우, **또는**
- 장기 요양 시설 거주자의 경우.

제6장: Medicare 및 Medi-Cal 약품에 대한 가입자 부담

서문

이 장에서는 외래 약품의 본인 지출액 비용에 대해 설명합니다. 여기서 말하는 '약품'은 다음 항목을 의미합니다.

- Medicare 파트 D 약품 **및**
- Medi-Cal Rx 보장 약품 및 제품 **및**
- 저희 플랜에서 추가 혜택으로 제공하는 약품 및 품목

가입자는 Medi-Cal 수혜 대상이므로 Medicare에서 Medicare 파트 D 약품 비용에 대한 '추가 지원'을 받을 수 있습니다. 저희는 '처방약 구매를 돕는 추가 지원 수혜자용 특약 보장 범위 증명'(Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs)('저소득 보조금 특약' 또는 'LIS 특약'이라고도 함)이라는 별도의 처방약 혜택 설명 자료를 보내드렸습니다. 이 자료를 받지 못하셨으면, 가입자 서비스부에 전화하여 'LIS Rider'를 보내달라고 하시기 바랍니다.

> **추가 지원**은 소득과 재원이 부족한 사람들이 보험료, 공제액, 본인 부담금 등 메디케어 파트 D 약물 비용을 줄일 수 있도록 돕는 메디케어 프로그램입니다. 추가 지원은 '저소득자 보조금(Low-Income Subsidy, LIS)'이라고도 합니다.

기타 주요 용어와 정의는 본 *가입자 안내서*의 마지막 장에 알파벳순으로 정리되어 있습니다.

약품에 대한 자세한 내용은 다음 자료를 참조하십시오.

- 플랜의 *보험적용 약품 목록*.
  - 간단하게 "*약품 목록*"이라 하며 다음 정보를 제공합니다.
    - 플랜에서 비용을 부담하는 약품
    - 5단계 중 약품이 속한 단계
    - 약품에 제한 사항이 적용되는지 여부
  - *약품 목록*사본이 필요한 경우, 가입자 서비스부에 문의하십시오. 웹사이트(medicare.lacare.org)에서도 *약품 목록* 최신 버전을 확인할 수 있습니다.
  - 약국에서 받는 약품 대부분은 L.A. Care Medicare Plus에서 보장됩니다. 일부 일반의약품(Over-The-Counter, OTC) 및 특정 비타민과 같은 다른 약품은 Medi-Cal Rx에서 보험적용을 할 수 있습니다. 더 자세한 정보를 알아보려면 Medi-Cal Rx 웹사이트

(medi-calrx.dhcs.ca.gov)를 방문하십시오. 또한 Medi-Cal Rx 고객 서비스 센터에 800-977-2273번으로 전화하실 수도 있습니다. Medi-Cal Rx를 통해 처방약을 받을 때 귀하의 Medi-Cal 혜택 ID 카드(BIC)를 지참하십시오.

- 본 *가입자 안내서*의 **제5장**.
  - 저희 플랜을 통해 외래 약품을 받는 방법을 설명합니다.
  - 여기에는 가입자가 지켜야 할 규정도 나와 있습니다. 또한 플랜이 보장하지 않는 약품 유형도 여기에서 확인할 수 있습니다.
  - 플랜의 '실시간 혜택 찾기 도구'를 사용해 보장 약품을 검색하면(**제5장 섹션 B2**참조) 표시되는 비용은 해당 약품에 대하여 가입자가 본인 지출액 비용으로 내야 할 것으로 예상되는 금액입니다. 자세한 내용은 가입자 서비스부에 문의하십시오.
- 플랜의 *의료제공자 및 약국 명부*.
  - 대개는 네트워크 약국을 이용하여 보험적용이 되는 약물을 받아야 합니다. 네트워크 약국이란 저희 플랜과 함께 일하기로 동의한 약국입니다.
  - *의료제공자 및 약국 명부*에 네트워크 소속 약국이 수록되어 있습니다. 네트워크 약국에 관한 자세한 정보는 본 *가입자 안내서* **제5장**을 참조하십시오.

목차

A. *혜택 설명*(EOB) 158
B. 가입자의 약제비를 추적 관리하는 방법 159
C. Medicare 파트 D 약품의 약제비 지불 단계 160
D. 1단계: 최초 혜택 단계 161
D1. 가입자의 약국 선택 161
D2. 장기 분량 약물 받기 162
D3. 본인이 지불하는 금액 162
D4. 최초 혜택 단계 종료 시점 163
E. 2단계: 위기 상황 혜택 단계 164
F. 의사가 1개월 미만 분량을 처방할 경우 가입자의 약제비 164
G. 파트 D 백신에 대한 본인 지출액 비용 165
G1. 백신 접종을 받기 전에 알아야 할 정보 165
G2. Medicare 파트 D에서 보장하는 백신 접종에 대한 본인 지출액 비용 165

A. *혜택 설명*(EOB)

저희 플랜은 약국에서 처방약을 받을 때 발생하는 약품 비용과 귀하가 지불한 금액을 추적해 관리합니다. 저희는 다음과 같이 두 종류의 비용을 추적 파악합니다.

- **본인 지출액 비용**. 가입자 또는 가입자 대신 제3자가 처방전에 내는 금액입니다. 여기에는 보장 대상인 파트 D 약품에 지불한 금액, 가족 또는 친구가 지불한 귀하의 약품 금액, Medicare '추가 지원', 고용주 또는 노동조합 건강 플랜, 미 원주민 건강 서비스, 후천성면역결핍증(Acquired Immune Deficiency Syndrome, AIDS) 약품 지원 프로그램, 자선 단체, 대부분 주 약 약품 지원 프로그램(State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP)에서 귀하의 약품에 지불한 금액이 포함됩니다.
- 가입자의 **총 약값**. 이는 귀하의 보험이 적용되는 파트 D 보장 의약품에 대해 지불한 모든 금액의 총액입니다. 여기에는 저희 플랜에서 지불한 금액과 다른 프로그램 또는 기관이 보장 대상 파트 D 약품에 지불한 금액이 포함됩니다.

가입자가 플랜으로 약품을 받을 때, 저희 플랜은 가입자에게 혜택 설명(EOB)이라는 요약본을 보내드립니다. 저희 플랜은 이를 줄여서 EOB라고 합니다. 이 EOB는 청구서가 아닙니다. EOB는 가격 인상과 같은 복용 약품 정보 및 더 저렴한 비용 분담이 가능한 기타 약품 에 대한 추가 정보를 담고 있습니다. 처방자에게 더욱 저렴한 가격 옵션에 대해 상담할 수 있습니다. EOB의 내용은 다음과 같습니다.

- **당월 정보**. 요약본에는 이전 달에 받은 약품에 대한 정보가 나와 있습니다. 약물 총비용, 저희가 부담한 금액, 가입자 및 가입자 대신 내는 제3자가 부담한 금액 등이 나옵니다.
- **1월 1일 이후 해당 연도의 총액이 기재되어 있습니다.** 해당 연도 시작 이후 총 약물 비용과 가입자가 약품에 부담한 총액이 표시됩니다.
- **약품 가격 정보**. 동일한 수량의 각 처방전 청구에 대해 첫 번째 조제 이후 약품의 총 금액과 약품 가격의 비율 변경 내역입니다.
- **저렴한 비용 대안**. 해당할 경우, 각 처방전에 대해 비용 분담이 더 낮은 다른 약품에 대한 정보를 제공합니다.

저희는 Medicare 보장 대상이 아닌 약품을 지원합니다.

- 이런 약품에 낸 금액은 가입자의 본인 지출액 비용으로 계산되지 않습니다.
- 약국에서 받는 약품 대부분은 플랜에서 보장됩니다. 일부 일반의약품(Over-The-Counter, OTC) 및 특정 비타민과 같은 다른 약품은 Medi-Cal Rx에서 보험적용을 할 수 있습니다. 자세한 정보는 Medi-Cal Rx 웹사이트(www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)를 참조하시기 바랍니다. 또한 Medi-Cal 고객 서비스 센터에 800-977-2273번으로 문의하셔도 됩니다. Medi-Cal Rx를 통해 처방약을 받을 때 귀하의 Medi-Cal 혜택 ID 카드(BIC)를 지참하십시오.
- 플랜에서 보장하는 약품의 종류를 알아보려면 *약품 목록*을 참조하십시오.

B. 가입자의 약제비를 추적 관리하는 방법

저희는 가입자가 부담하는 약품 비용을 추적 파악할 목적으로 가입자와 약국에서 받는 기록을 사용합니다. 다음은 가입자가 저희를 도울 수 있는 방법입니다.

1. 가입자 ID 카드를 사용합니다.

처방전을 제출할 때마다 가입자 ID 카드를 제시하십시오. 그러면 저희 플랜이 어느 처방전을 조제받고 얼마를 지불하는지 파악하는 데 도움이 됩니다.

2. 저희가 필요한 정보를 보유하고 계십시오.

그러면 해당 약품에 대하여 비용 분담금의 환급을 요청할 수 있습니다. L.A. Care 웹사이트 (https://www.lacare.org/providers/pharmacy-services/prior-authorizations)에 있는 처방약 가입자 환급 양식을 사용하여 직접 가입자 환급을 제출해 주십시오. 도움이 필요하시면 가입자 서비스부에 문의하십시오. 영수증 사본을 당사에 제출해야 하는 경우는 다음과 같습니다.

- 보험적용이 되는 약물을 네트워크 약국에서 특가로 구입한 경우, 또는 플랜 혜택에 속하지 않는 할인 카드를 사용하여 구입한 경우
- 제약회사의 환자 지원 프로그램에서 제공받는 약품에 대해 코페이먼트를 지불할 때
- 보험적용이 되는 약물을 네트워크 외 약국에서 구매할 때
- 특수한 상황에서 보험적용이 되는 약물 가격을 전액 부담할 때

약품 비용 분담금의 환급을 요청하는 방법에 관한 자세한 정보는 본 *가입자 안내서* **제7장**을 참조하시기 바랍니다.

3. 제3자가 대신 부담한 금액의 정보를 저희에게 보내주십시오.

본인 이외의 특정 개인과 단체가 부담한 금액도 가입자의 자비 부담 비용으로 계산됩니다. 예를 들어 주정부 의약품 지원 프로그램, AIDS 약물 지원 프로그램(AIDS Drug Assistance Program, ADAP), 인디언 건강 서비스, 대부분 자선 단체 등이 부담한 금액은 가입자의 자비 부담 비용으로 계산됩니다. 그러면 비상 보장 혜택을 받는 데 도움이 될 수 있습니다. 위기 상황 혜택 단계에 이르면, 저희 플랜은 해당 연도의 남은 기간에 가입자의 Medicare 파트 D 약품 비용 전액을 부담합니다.

4. 플랜에서 발송하는 EOB를 확인하십시오.

우편으로 EOB를 받으면 해당 정보들이 정확한지 모두 확인하십시오.

- **각 약국의 이름을 알고 계십니까?** 날짜를 확인하십시오. 해당 날짜에 약품을 받으셨습니까?
- **목록에 있는 약품을 받으셨습니까?** 영수증에 있는 약품 내역과 일치합니까? 약품이 의사가 처방한 약품과 일치합니까?

이 요약본에서 잘못된 정보가 발견되면 어떻게 해야 합니까?

이 EOB에서 혼란스러운 점이 있거나 잘못된 점이 있을 경우, L.A. Care Medicare Plus 가입자 서비스부로 연락해 주십시오. 저희 웹사이트(medicare.lacare.org)에서도 많은 질문에 대한 답을 찾을 수 있습니다:

사기 가능성이 있는 경우 어떻게 합니까?

이 요약본에서 귀하가 복용하지 않는 약품에 대해서 알려주는 경우, 또는 수상해 보이는 부분이 있는 경우 저희에게 연락해 주십시오.

- L.A. Care Medicare Plus 가입자 서비스로 저희에게 전화해 주십시오.
- 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 Medicare에 전화해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오. 이 번호로 무료로 전화하실 수 있습니다.
- 의료제공자 또는 Medi-Cal 수혜자가 사기, 낭비 또는 오남용을 자행한 것으로 의심되는 경우, 가입자에게는 비밀보장 무료 전화번호 1-800-822-6222번으로 신고할 권리가 있습니다. 이외 Medi-Cal 사기 행위를 신고하는 방법은 www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx를 참조하십시오.

잘못되거나 빠진 내용이 있다고 생각되거나 궁금한 점이 있으면 가입자 서비스부에 연락하시기 바랍니다. 귀하의 L.A. Care Connect 온라인 계정을 통해서도 정보를 확인하거나 변경할 수 있습니다. L.A. Care Connect는 L.A. Care Medicare Plus 가입자에게 제공되는 온라인 계정입니다(등록 후 이용 가능). L.A. Care Connect 계정을 등록하고 여기에 액세스하려면 www. medicare.lacare.org를 참조하시기 바랍니다. 이러한 EOB는 잘 보관해 둡니다. 중요한 약품 비용 기록입니다.

C. Medicare 파트 D 약품의 약제비 지불 단계

당사 플랜에 따른 Medicare 파트 D 약품 보장에는 두 가지 지불 단계가 있습니다. 각 처방전에 대한 귀하의 부담액은 처방약을 조제 또는 리필받을 때 귀하가 어느 단계에 속해 있는지에 따라 다릅니다. 두 단계는 다음과 같습니다.

1단계: 최초 보장 단계	2단계: 위기 상황 혜택 단계
이 단계에서는 가입자의 약품 비용에 대하여 저희 플랜은 저희 몫을 부담하고 가입자는 가입자 몫을 부담합니다. 본인 지출액 비용을 코페이먼트(Copay)라고 합니다. 연중 처음 처방전을 조제받을 때 이 단계에서 시작합니다.	이 단계에서는 2026년 12월 31일까지 저희 플랜에서 가입자 약제비 전액을 지불합니다. 가입자는 일정한 본인 지출액 비용을 냈을 때 이 단계에 들어갑니다.

D. 1단계: 최초 혜택 단계

최초 혜택 단계에서는 보험적용이 되는 약품 비용 중 저희 플랜과 가입자가 각각 비용 분담금을 부담합니다. 본인 지출액 비용을 코페이먼트(Copay)라고 합니다. 코페이먼트 금액은 약품이 속한 비용 분담 등급과 구입 장소에 따라 달라집니다.

비용 분담군이란 동일한 코페이먼트가 적용되는 약품의 그룹입니다. 저희 플랜의 *약물 목록*에 있는 모든 약물은 다섯 가지 비용 분담 단계 중 하나에 속합니다. 일반적으로 약품군 번호가 클수록 코페이먼트도 커집니다. 가입자의 약품이 속한 비용 분담군을 알려면 *약품 목록*을 참조하십시오.

- 1단계 약품은 L.A. Care Medicare Plus에서 보장하는 선호 성분명 약품입니다. 코페이먼트는 0달러입니다.
- 2단계 약품은 L.A. Care Medicare Plus에서 보장하는 선호 성분명 약품입니다. 코페이먼트는 $0-$12.65 또는 25%입니다. 귀하의 공동보험료는 귀하가 받는 추가 지원 금액에 따라 달라집니다.
- 3단계 약품은 L.A. Care Medicare Plus에서 보장하는 선호 상품명 약품입니다. 코페이먼트는 $0-$12.65 또는 25%입니다. 귀하의 공동보험료는 귀하가 받는 추가 지원 금액에 따라 달라집니다.
- 4단계 약품은 L.A. Care Medicare Plus에서 보장하는 비선호 약품입니다. 코페이먼트는 $0-$12.65 또는 25%입니다. 귀하의 공동보험료는 귀하가 받는 추가 지원 금액에 따라 달라집니다.
- 5단계 약품은 L.A. Care Medicare Plus에서 보장하는 전문 약품입니다. 코페이먼트는 $0-$12.65 또는 25%입니다. 귀하의 공동보험료는 귀하가 받는 추가 지원 금액에 따라 달라집니다.

D1. 가입자의 약국 선택

지불하는 약값은 약품 구매 장소에 따라 다릅니다.

- 네트워크 소속 소매 약국 **또는**
- 네트워크 외 약국. 제한된 경우에 한해 네트워크 외 약국에서 조제된 처방전 비용을 플랜에서 부담합니다. 이 경우에 대해 알아보려면 본 *가입자 안내서* **제5장**을 참조하십시오.
- 저희 플랜의 우편 주문 약국.

이러한 약국 선택에 대해서는 본 *가입자 안내서* 제5장*과 저희 플랜의 의료제공자 및 약국 명부*를 참조하십시오.

D2. 장기 분량 약물 받기

일부 약품은 처방약을 조제 받을 때 장기 투약분("장기 분량"이라고도 함)을 받을 수 있습니다. 장기 투약분은 최대 100일분까지입니다. 가입자 부담금은 1개월분과 같습니다.

장기 분량 약품을 구하는 곳과 방법에 관한 내용은 본 *가입자 안내서* **제5장** 또는 저희 플랜의 *의료제공자 및 약국 명부*를 참조하십시오.

D3. 본인이 지불하는 금액

최초 보장 단계에서는 처방전을 제출할 때마다 코페이를 지불해야 합니다. 보험적용이 되는 약물 비용이 코페이먼트보다 적은 경우, 귀하는 더 저렴한 금액을 지불합니다.

보장 약품의 코페이먼트 금액은 가입자 서비스부에 문의하십시오.

가입자가 보험적용이 되는 약품을 다음 구매처에서 1개월분이나 장기 투약분으로 받을 때 비용 분담금은 다음과 같습니다.

	네트워크 약국 1개월분 또는 최대 100일분	**저희 플랜의 우편 주문 서비스** 1개월분 또는 최대 100일분	**네트워크 장기 요양 시설 약국** 최대 31일분	**네트워크 외 약국** 최대 30일분 특정한 경우에 한해 보험이 적용됩니다. 자세한 정보는 본 *가입자 안내서* **제5장**을 참조하십시오.
비용 분담금 1단계 (선호 성분명 약품)	$0	$0	$0	$0
비용 분담금 2단계 (성분명 약품)	$0~$12.65 또는 25% 귀하의 공동보험료는 귀하가 받는 추가 지원 금액에 따라 달라집니다.	$0~$12.65 또는 25% 귀하의 공동보험료는 귀하가 받는 추가 지원 금액에 따라 달라집니다.	$0~$12.65 또는 25% 귀하의 공동보험료는 귀하가 받는 추가 지원 금액에 따라 달라집니다.	$0~$12.65 또는 25% 귀하의 공동보험료는 귀하가 받는 추가 지원 금액에 따라 달라집니다.

	네트워크 약국 1개월분 또는 최대 100일분	**저희 플랜의 우편 주문 서비스** 1개월분 또는 최대 100일분	**네트워크 장기 요양 시설 약국** 최대 31일분	**네트워크 외 약국** 최대 30일분 특정한 경우에 한해 보험이 적용됩니다. 자세한 정보는 본 *가입자 안내서* **제5장**을 참조하십시오.
비용 분담금 3단계 (선호 상품명 약품)	$0~$12.65 또는 25% 귀하의 공동보험료는 귀하가 받는 추가 지원 금액에 따라 달라집니다.	$0~$12.65 또는 25% 귀하의 공동보험료는 귀하가 받는 추가 지원 금액에 따라 달라집니다.	$0~$12.65 또는 25% 귀하의 공동보험료는 귀하가 받는 추가 지원 금액에 따라 달라집니다.	$0~$12.65 또는 25% 귀하의 공동보험료는 귀하가 받는 추가 지원 금액에 따라 달라집니다.
비용 분담금 4단계 (비선호 약품)	$0~$12.65 또는 25% 귀하의 공동보험료는 귀하가 받는 추가 지원 금액에 따라 달라집니다.	$0~$12.65 또는 25% 귀하의 공동보험료는 귀하가 받는 추가 지원 금액에 따라 달라집니다.	$0~$12.65 또는 25% 귀하의 공동보험료는 귀하가 받는 추가 지원 금액에 따라 달라집니다.	$0~$12.65 또는 25% 귀하의 공동보험료는 귀하가 받는 추가 지원 금액에 따라 달라집니다.
비용 분담금 5단계 (전문 약품)	$0~$12.65 또는 25% 귀하의 공동보험료는 귀하가 받는 추가 지원 금액에 따라 달라집니다.	$0~$12.65 또는 25% 귀하의 공동보험료는 귀하가 받는 추가 지원 금액에 따라 달라집니다.	$0~$12.65 또는 25% 귀하의 공동보험료는 귀하가 받는 추가 지원 금액에 따라 달라집니다.	$0~$12.65 또는 25% 귀하의 공동보험료는 귀하가 받는 추가 지원 금액에 따라 달라집니다.

장기 분량의 약품을 받을 수 있는 약국에 대해서는 저희 플랜의 *의료제공자 및 약국 명부*를 참조하십시오.

D4. 최초 혜택 단계 종료 시점

최초 혜택 단계는 귀하의 본인 지출액 비용 합계가 $2,100에 도달하면 종료됩니다. 이 시점에서 위기 상황 혜택 단계가 시작됩니다. 저희 플랜은 그때부터 연말까지 모든 약품 비용을 부담합니다.

가입자의 EOB는 연중 가입자가 약품에 부담한 금액을 추적 파악하는 데 도움이 됩니다. 가입자 부담금이 $2,100 한도에 이르면 가입자에게 알려드립니다. 대다수 가입자는 연중 한도액에 이르지 않습니다.

E. 2단계: 위기 상황 혜택 단계

가입자의 약품 본인 지출액 최대 한도가 $2,100에 이르면 위기 상황 혜택 단계가 시작됩니다. 귀하는 위기 상황 혜택 단계를 연말까지 유지하게 됩니다. 이 단계에서는 파트 D 보장 약품에 대해 아무것도 지불하지 않습니다.

F. 의사가 1개월 미만 분량을 처방할 경우 가입자의 약제비

가입자가 보험 보장 약품의 1개월분에 대해 코페이먼트를 지불하는 경우가 있습니다. 그러나 의사는 약품을 1개월분 미만으로 처방할 수 있습니다.

- 가입자가 의사에게 약품을 1개월분 미만으로 처방해 주기를 원할 때도 있을 수 있습니다 (예를 들어 어떤 약품을 처음 사용하려고 할 경우).
- 의사가 동의하면 귀하는 특정 약품에 대하여 1개월분 비용을 지불하지 않습니다.

1개월 미만 분량을 처방받을 경우 가입자가 부담하는 금액은 처방약 투약 일수에 따라 결정됩니다. 약품에 대한 일일 본인 지출액 비용('일일 비용 분담률')을 산정하고 여기에 투약 일수를 곱합니다.

- 예: 1개월분(30일분)의 코페이먼트가 $1.35라면 이는 가입자의 일일 약품 부담금이 하루 0.05달러 미만이라는 뜻입니다. 7일치 약물을 받는 경우, 지불액은 하루 $0.05 미만이며 7일을 곱하여 총 지불액은 $0.35 미만입니다.
- 일일 비용 분담금을 이용하면 약이 효과가 있는지 먼저 확인한 다음 한 달 전체 분량의 비용을 부담할 수 있습니다.
- 다음과 같이 도움이 될 경우, 의료제공자에게 1개월분 미만으로 처방하도록 요청할 수도 있습니다.
    - 약 리필 시기를 더 잘 계획할 수 있는 경우
    - 복용 중인 다른 약품의 재조제를 조율할 수 있는 경우
    - 약국 방문 횟수를 줄이는데 도움이 되는 경우

G. 파트 D 백신에 대한 본인 지출액 비용

백신 비용에 대한 중요한 메시지: 어떤 백신은 의료 혜택으로 간주되며, Medicare 파트 B에서 보장합니다. 어떤 백신은 Medicare 파트 D 약품으로 간주됩니다. 이런 백신은 저희 플랜의 *약품 목록*에서 찾아보실 수 있습니다. 플랜에서는 대부분의 성인 대상 Medicare 파트 D 백신을 가입자 부담금 없이 보장합니다. 특정 백신에 관한 보장 범위 및 비용 분담금에 관한 자세한 정보는 플랜의 *약품 목록(처방집)*을 참조하거나 가입자 서비스부에 문의하시기 바랍니다.

Medicare 파트 D 백신 접종 혜택은 두 부분으로 되어 있습니다.

1. 첫 부분은 **백신 자체**의 비용입니다.
2. 두 번째 부분은 **백신 접종** 비용입니다. 예를 들어 담당 의사로부터 백신을 접종받을 수 있습니다.

G1. 백신 접종을 받기 전에 알아야 할 정보

백신 접종을 받을 계획이라면 가입자 서비스부에 연락하시기 바랍니다.

- 플랜의 예방 접종 보장 방식을 알려드리고 가입자 비용 분담금을 설명해 드릴 수 있습니다.
- 네트워크 약국과 의료제공자를 이용하여 비용을 절약하는 방법을 알려드릴 수도 있습니다. 네트워크 약국과 의료제공자는 플랜과 협력하기로 동의한 이들입니다. 네트워크 의료제공자는 Medicare 파트 D 백신을 맞는 경우 가입자가 선불 결제를 하지 않도록 보장합니다.

G2. Medicare 파트 D에서 보장하는 백신 접종에 대한 본인 지출액 비용

가입자의 백신 접종 부담금은 백신의 종류(무엇에 대한 백신인가)에 따라 다릅니다.

- 약품보다 의학적으로 유익하다고 여겨지는 백신도 있습니다. 이런 백신은 가입자에게 무료로 제공되는 혜택이 있습니다. 이 같은 혜택이 있는 백신에 대해서는 본 *가입자 안내서* **제4장**의 혜택 표를 참조하십시오.
- Medicare 파트 D 약품으로 간주하는 백신이 있습니다. 이런 백신은 저희 플랜의 *약품 목록*에서 찾아보실 수 있습니다. 가입자는 Medicare 파트 D 백신에 대해 코페이먼트를 지불해야 합니다. **예방접종자문위원회(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)라는 기관에서 성인에게 권장하는 백신일 경우,** 해당 백신은 무료입니다.

다음은 Medicare 파트 D 백신 접종을 받을 수 있는 세 가지 일반적인 방법입니다.

1. 네트워크 약국에서 Medicare 파트 D 백신을 받아 접종받습니다.
   - 대부분의 성인 파트 D 백신은 무료입니다.
   - 다른 파트 D 백신의 경우 ***무료이거나*** 코페이먼트가 있습니다.

2. 의사로부터 Medicare 파트 D 백신을 받아 진료실에서 의사에게 접종받습니다.
   - 가입자가 의사에게 내는 백신 비용은 ***없거나*** 코페이먼트가 있습니다.
   - 저희 플랜에서 접종 비용을 부담합니다.
   - 이러한 경우 병원에서 저희 플랜에 연락하여 백신에 대한 본인 지출액 비용이 ***없는지*** 코페이먼트가 있는지 확인해야 합니다.
3. 약국에서 Medicare 파트 D 백신 의약품을 받아 그것을 담당의사에게 가지고 가서 접종받습니다.
   - 대부분의 성인 파트 D 백신 자체는 무료입니다.
   - 다른 파트 D 백신의 경우 ***무료이거나*** 코페이먼트가 있습니다.
   - 저희 플랜에서 접종 비용을 부담합니다.

제7장: 보험적용이 되는 서비스나 약품에 대해 부과된 청구서에 대한 당사 부담 비용 요청하기

서문

이 장에서는 의료비 지불을 위해 플랜에 언제 어떻게 의료비 청구서를 보내야 하는지를 설명합니다. 또한 보험적용 결정에 대해 동의하지 못하는 경우 재고 요청 방법에 대해 알려드립니다. 본 *가입자 안내서*의 마지막 장에는 주요 용어와 정의가 알파벳순으로 정리되어 있습니다.

목차

A. 서비스 또는 약품 비용 지불 요청 168
B. 지불 요청서 제출 171
C. 보험적용 결정 172
D. 재고 요청 172

A. 서비스 또는 약품 비용 지불 요청

저희는 L.A. Care Medicare Plus 의료제공자가 이러한 서비스나 약품에 대해 귀하에게 청구서를 보내는 것을 허용하지 않습니다. 저희 플랜에서 의료제공자에게 직접 지급하며 가입자는 어떤 비용도 지불할 필요가 없습니다.

진료비나 약품 비용 전액을 청구받으면 청구 대금을 지불하지 말고 저희 플랜에 청구서를 보내주십시오. 청구서를 보내는 방법은 섹션 B를 참조하십시오.

- 해당 서비스나 약품이 보험 보험적용 대상인 경우, 저희는 의료제공자에게 직접 지급합니다.
- 귀하가 보험적용 상 서비스 또는 약품에 대해 비용 분담금보다 많은 금액을 지불한 경우, 환급받을 권리가 있습니다.
    - 귀하가 Medicare에서 보험적용되는 서비스에 대한 비용을 지불한 경우, 환불해 드립니다.
- 귀하가 다음 조건을 모두 충족하는 경우에 귀하가 이미 받은 Medi-Cal 서비스 비용을 지급한다면 환급(환불)받을 수 있습니다.
    - 귀하가 받은 서비스가 저희가 비용 지불에 대한 책임지는, Medi-Cal 보험적용이 되는 서비스인 경우. L.A. Care Medicare Plus에서 보험적용하지 않는 서비스에 대해서 환급금을 제공하지 않는 경우.
    - 귀하는 적격 L.A. Care Medicare Plus 가입자가 된 후 보험적용이 되는 서비스를 받은 경우.
    - 귀하가 보험적용이 되는 서비스를 받은 날짜로부터 1년 이내에 환불을 요청한 경우.
    - 귀하가 의료제공자로부터 받은 세부사항 영수증과 같은 보험적용이 되는 서비스에 대해 귀하가 비용을 지불했다는 증거를 제공하는 경우.
    - 귀하가 L.A. Care Medicare Plus 네트워크 내의 Medi-Cal 가입 의료제공자로부터 보험적용이 되는 서비스를 받은 경우. 응급 치료, 가족계획 서비스 또는 선승인(사전 승인) 없어도 네트워크 외 의료제공자의 진료가 가능하도록 Medi-Cal이 허락한 기타 서비스를 받은 경우는 이 조건을 충족할 필요가 없습니다.
- 보험적용이 되는 서비스에 일반적으로 선승인(사전 승인)이 필요한 경우, 해당 보험적용이 되는 서비스의 의학적 필요성을 보여주는 의료제공자의 증거를 귀하가 제공해야 합니다.
- L.A. Care Medicare Plus는 결정 통지서라고 하는 서신에서 귀하에게 환급할 것인지 여부를 알려드립니다. 귀하가 위의 조건을 모두 충족하는 경우, Medi-Cal 가입 의료제공자는 귀하가 지불한 전액을 귀하에게 환불해야 합니다. 의료제공자가 귀하에게 환불하는 것을 거부한 경우, L.A. Care Medicare Plus에서 귀하가 지불한 전액을 환불해드립니다. 저희는 청구를 접수한 후 업무일 45일 이내에 귀하에게 환급해야

합니다. 의료제공자가 Medi-Cal에 가입했지만 네트워크 소속은 아니고, 가입자에게 환불을 거부하는 경우 L.A. Care Medicare Plus가 환불해 드리지만 FFS Medi-Cal에서 지불하는 금액 이하로만 제한합니다. L.A. Care Medicare Plus는 응급 진료, 가족계획 서비스 또는 Medi-Cal에서 네트워크 외 의료제공자에게 사전 승인 없이 시행하도록 허용한 다른 서비스를 받은 경우 본인 지출액 전액을 귀하에게 환불해드립니다. 귀하가 위의 조건 중 하나라도 만족하지 않는 경우, 저희는 귀하에게 환불해드리지 않습니다.

- 다음과 같은 경우에는 환불해 드리지 않습니다.
  - 미용 서비스와 같이 Medi-Cal 보험적용이 되지 않는 서비스를 귀하가 요청하고 받은 경우.
  - L.A. Care Medicare Plus에 대해 보험적용이 되는 서비스가 아닌 경우.
  - 귀하가 Medi-Cal을 수용하지 않는 의사에게 갔고 그럼에도 귀하가 진료를 받고 싶어 했으며 서비스에 대한 비용을 본인이 지불하겠다고 명시한 양식에 서명한 경우.
- 저희가 해당 서비스나 약품에 보험적용하지 않는 경우, 이를 알려드리겠습니다.

궁금한 점이 있으시면 가입자 서비스부에 연락하십시오. 가입자 부담금이 얼마인지 모르거나 청구서를 받았는데 어떻게 해야 하는지 모를 경우 저희가 도와드릴 수 있습니다. 저희에게 이미 보내신 지급 요청 관련 정보를 저희에게 알려주고자 할 때도 연락하면 됩니다.

가입자가 저희에게 환급을 요청하거나 청구서 금액 지급을 요청해야 할 수도 있는 상황에 대한 예시는 다음과 같습니다.

1.네트워크 외 의료제공자로부터 응급 진료 또는 긴급히 필요한 진료를 받을 경우

의료제공자에게 저희에게 직접 청구하도록 요청하십시오.

- 진료를 받을 때 전액을 부담한 경우, 플랜에 비용 분담금 환급을 요청하십시오. 청구서와 지급 증명 서류를 저희에게 보내 주십시오.
- 귀하가 지불해야 할 의료비가 아니라고 생각하는 비용에 대해 의료비 지불 청구서를 의료제공자에게서 받을 수도 있습니다. 청구서와 지급 증명 서류를 저희에게 보내 주십시오.
  - 의료제공자가 받아야 하는 금액이면 플랜에서 직접 지불합니다.
  - 가입자가 Medicare 서비스에 대해 비용 분담금보다 더 많은 금액을 지불한 경우 저희는 이미 지불한 금액에서 저희가 부담할 금액을 산정하여 환급해드립니다.

2. 네트워크 의료서비스 제공처가 가입자에게 청구서를 보낼 경우

네트워크 의료제공자는 항상 플랜에 의료비를 청구해야 합니다. 서비스 또는 처방전을 받을 때 가입자 ID 카드를 보여주는 것이 중요하지만, 때로 네트워크 의료제공자가 실수를 하여 서비스에 대한 지불을 요구하거나 가입자가 부담해야 할 금액 이상을 요구할 수 있습니다. **청구서를 받으면** 이 페이지 하단에 나와 있는 전화번호로 **가입자 서비스부에 전화하십시오**.

- 플랜 가입자는 저희가 보험적용되는 서비스를 받을 때만 코페이먼트를 지불합니다. 저희는 의료제공자가 가입자에게 이 금액보다 더 많은 금액을 청구하는 것을 허용하지 않습니다. 저희가 의료제공자에 지불한 금액이 의료제공자가 청구한 금액보다 적은 경우에도 그러합니다. 저희가 해당 청구 금액을 지불하지 않기로 결정한 금액을 가입자가 지불할 필요는 없습니다.
- 가입자가 네트워크 의료제공자로부터 청구받은 금액이 마땅히 지불해야 할 금액보다 많다고 생각되면 저희 플랜에 청구서를 보내주십시오. 저희 플랜에서 해당 의료제공자에게 직접 연락하여 문제를 처리할 것입니다.
- 가입자가 Medicare 보험적용이 되는 서비스에 대한 네트워크 의료제공자의 청구서에 대해 이미 지불했으나 과다 지불했다고 생각되면 저희에게 청구서 및 지불 증빙서류를 보내주십시오. 저희는 보험적용이 되는 서비스 금액 **또는** 가입자가 실제 지불한 금액과 플랜이 부담해야 하는 금액의 차액을 귀하에게 환불합니다.

3. 플랜에 소급 가입된 경우

때때로 플랜 가입이 소급 적용될 수 있습니다. (즉, 최초 가입일이 지났다는 뜻입니다. 작년일 수도 있습니다.)

- 소급 가입되어 가입일 이후에 청구 대금을 납부하신 경우, 저희에게 환불을 요청하실 수 있습니다.
- 청구서와 지급 증명 서류를 저희에게 보내 주십시오.

4. 네트워크 외 약국을 이용하여 처방약을 조제할 경우

네트워크 외 약국에서 처방약을 조제 받는 경우, 귀하는 처방약 비용 전액을 부담합니다.

- 저희는 극히 일부의 경우에만 네트워크 외 약국에서 조제한 처방약의 비용을 부담합니다. 비용 분담금의 환급을 요청할 때에는 영수증 사본을 보내주십시오.
- 네트워크 외 약국에 관한 자세한 정보는 본 *가입자 안내서* **제5장**을 참조하십시오.
- 가입자가 네트워크 외 약국에서 약품을 구매하는 데 지불한 금액과 당사가 네트워크 내 약국에 지불하는 금액 사이의 차액을 환급해 드리지 않을 수 있습니다.

5. 가입자 ID 카드를 지참하지 않아 Medicare 파트 D 처방약 가격을 전액 결제한 경우

가입자 ID 카드를 소지하지 않은 경우 약국에서 저희 플랜에 전화하거나 가입자 플랜 등록 정보를 조회하도록 요청하십시오.

- 약국에서 즉시 정보를 확인할 수 없는 경우, 처방약 비용 전액을 직접 지불하거나 가입자 ID 카드를 지참하여 약국으로 반환해야 할 수 있습니다.
- 비용 분담금의 환급을 요청할 때에는 영수증 사본을 보내주십시오.
- 가입자가 지불한 현금이 당사가 처방전에 대해 협상한 가격보다 높을 경우, 전액을 환급해 드리지 않을 수 있습니다.

6. 보험적용 대상이 아닌 약품에 대하여 Medicare 파트 D 처방약 가격 전액을 결제하는 경우

귀하가 보험적용이 되지 않는 처방약에 대한 비용 전액을 부담하는 경우도 있습니다.

- 해당 약품은 당사 웹사이트에 게재된 *보험적용 약품 목록(약품 목록)*에 없을 수도 있고, 아니면 가입자가 모르거나 본인에게 해당하지 않는다고 생각한 요구 사항이나 제약 사항이 적용될 수도 있습니다. 헤당 약품을 받기로 결정하면 약품 비용을 전액 부담해야 할 수도 있습니다.
  - 귀하가 약품 비용을 지불하지 않지만 저희가 보험적용해야 한다고 생각하시는 경우, 보험적용 결정을 요청하실 수 있습니다(본 *가입자 안내서* **제9장** 참조).
  - 가입자 및 가입자의 의사나 기타 처방자가 판단하기에 해당 약품이 즉시(24시간 이내에) 필요하다면 빠른 보험적용 결정을 요청할 수 있습니다(*가입자 안내서* **제9장** 참조).
- 환급을 요청할 때는 영수증 사본을 보내주십시오. 일부 상황에서 비용 분담금 환급을 하기 위해서는 주치의나 다른 처방자로부터 정보를 더 받아야 할 수도 있습니다. 가입자가 지불한 가격이 당사가 처방전에 대해 협상한 가격보다 높을 경우, 전액을 환급해 드리지 않을 수 있습니다.

가입자가 지불 요청을 보내면 플랜에서는 이를 검토하여 해당 서비스나 약품을 보장해야 할지 결정합니다. 이를 "보험적용 결정"이라고 합니다. 해당 서비스 또는 약품 비용에 대한 보험적용을 결정하면 저희는 해당 비용 중 플랜 부담분을 지불합니다.

저희가 가입자의 지불 요청을 거부하면 재고 요청을 하실 수 있습니다. 재고 요청 방법은 본 *가입자 안내서* **제9장**을 참조하십시오.

B. 지불 요청서 제출

Medicare 서비스에 대한 청구서와 지급 증명 서류를 저희에게 보내 주십시오. 지급 사실 증명은 써주신 수표의 사본이나 의료제공자에게서 받은 영수증이면 됩니다. **청구서와 영수증의 사본을 기록용으로 보관하는 것이 좋습니다.** 치료 관리사에게 도움을 요청할 수 있습니다. 서비스, 품목 또는 약품을 수령하신 날로부터 365일 이내에 정보를 보내주셔야 합니다.

청구서 또는 영수증과 함께 보내는 지급 요청서는 다음 주소로 우편으로 보내 주십시오.

L.A. Care Health Plan
Attn: Member Reimbursement Requests
P.O. Box 811610
Los Angeles, CA 90081

전화로도 지급을 요청할 수 있습니다. 자세한 정보는 가입자 서비스부에 1-833-522-3767(TTY: 711)번으로 문의하시기 바랍니다. 이 전화는 주 7일, 하루 24시간 운영됩니다(공휴일 포함). *또한 영수증과 지불 요청서를 팩스 213-438-5012번으로 보내주셔도 됩니다*

C. 보험적용 결정

지급 요청을 받으면 저희 플랜은 보험적용 결정을 내립니다. 즉, 저희가 귀하의 서비스, 품목 또는 약품에 대한 보험적용 여부를 결정합니다. 귀하가 지불해야 하는 금액(있는 경우)도 결정합니다.

- 추가 정보가 필요한 경우 알려드리겠습니다.
- 저희 플랜에서 해당 서비스, 품목 또는 약품에 보험을 적용하기로 결정하고 귀하가 해당 서비스, 품목 또는 약품을 받기 위한 모든 규칙을 준수한 경우, 저희는 플랜 부담분을 지급합니다. 가입자가 해당 서비스나 약품의 비용을 이미 지불한 경우 저희는 지불하신 금액 **또는** 플랜 부담분에 해당하는 수표를 우편으로 보내드립니다. 약품 비용 전액을 지불한 경우, 지불한 금액 전체가 환급되지 않을 수 있습니다(예를 들어 네트워크 외 약국에서 약품을 구매했거나 지불한 현금이 당사가 협상한 가격보다 높은 경우). 아직 비용을 지불하지 않은 경우, 저희가 의료제공자에게 직접 지불합니다.

서비스에 대한 보험적용을 받기 위한 규칙은 본 *가입자 안내서* **제3장**에 설명되어 있습니다. 본 *가입자 안내서* **제5장**은 Medicare 파트 D 의약품 보험적용 규칙에 대해 설명합니다.

- 해당 서비스나 약품에 대하여 저희가 부담할 비용이 없다고 결정하면 저희는 가입자에게 그 이유가 포함된 서신을 보내드립니다. 여기에는 가입자의 재고 요청 권리도 설명합니다.
- 보험적용 결정에 관한 정보는 **제9장**을 참조하십시오.

D. 재고 요청

지급 요청을 거부한 저희 플랜의 결정에 실수가 있었다고 생각하면 저희에게 결정 변경을 요청할 수 있습니다. 이를 재고 요청이라고 합니다. 또한 저희가 부담하는 금액에 동의하지 않을 경우 재고 요청을 할 수 있습니다.

정식 재고 요청 절차는 절차 및 시한 섹션에 자세히 나와 있습니다. 재고 요청에 관한 자세한 정보는 본 *가입자 안내서* **제9장**을 참조하십시오.

- 의료 서비스 비용 환급에 관한 재고 요청 방법은 **섹션 F**를 참조하십시오.
- 약품 비용 환급에 관한 재고 요청 방법은 **섹션 G**를 참조하십시오.

제8장: 가입자의 권리와 책임

서문

이 장에는 플랜 가입자의 권리와 책임이 설명되어 있습니다. 저희는 가입자의 권리를 반드시 존중하여야 합니다. 본 *가입자 안내서*의 마지막 장에는 주요 용어와 정의가 알파벳순으로 정리되어 있습니다.

목차

A. 가입자의 요구 사항에 부합하는 방식으로 서비스와 정보를 얻을 권리 179
B. 보험적용이 되는 서비스와 약품을 가입자가 제때 이용할 수 있도록 할 플랜의 책임 185
C. 가입자의 개인 건강 정보(PHI)를 반드시 보호해야 할 책임 186
C1. 저희가 귀하의 PHI를 보호하는 방법 186
C2. 의료 기록 열람 권리 187
D. 가입자에게 정보를 제공할 책임 187
E. 네트워크 의료제공자는 가입자에게 의료비 직접 청구 불가 188
F. 플랜을 해지할 권리 188
G. 가입자 자신의 건강 관리에 대한 결정을 내릴 권리 189
G1. 치료 선택 사항을 알고 결정을 내릴 권리 189
G2. 본인이 직접 의료 결정을 내릴 수 없는 경우, 원하는 바를 말할 권리 189
G3. 지시 사항이 준수되지 않을 경우의 대처 방법 190
H. 불만을 제기하고 결정 재검토를 요청할 권리 190
H1. 불공정한 대우에 대한 조치 또는 귀하의 권리에 대한 자세한 정보 얻기 191
I. 플랜 가입자로서의 책임 191

A. Your right to get services and information in a way that meets your needs

We must ensure **all** services, both clinical and non-clinical, are provided to you in a culturally competent and accessible manner including for those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. We must also tell you about our plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you're in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.

  Our plan can also give you materials in languages other than English including Arabic, Armenian, Chinese, Punjabi, Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, Vietnamese and in formats such as large print, braille, or audio. To get materials in one of these alternative formats, please call Member Services or write to:
  L.A. Care Medicare Plus
  Attn: Member Services Department
  1200 West 7th Street
  Los Angeles, CA 90017

- You can ask that we always send you information in the language or format you need. This is called a standing request. We will keep track of your standing request so you do not need to make separate requests each time we send you information. To get this document in a language other than English and/or in an alternate format, please contact Member Services at (833) 522-3767, TTY: 711, 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. A representative can help you make or change a standing request.

- Members have the right to make recommendations regarding the organization's member rights and responsibilities policy

If you have trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call:

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights at 916-440-7370. TTY users should call 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 1-800-368-1019. TTY users should call 1-800-537-7697.

A. Su derecho de obtener servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades

Debemos asegurarnos de que **todos** los servicios se le brinden de una manera culturalmente competente y accesible. También debemos informarle sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que pueda comprender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que sea miembro de nuestro plan.

- Para obtener información en una manera que pueda comprender, llame a Servicios para los Miembros. Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación para responder a las preguntas en diferentes idiomas.
- Los servicios de interpretación están disponibles. Para obtener los servicios de un intérprete, puede llamarnos al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos.
- Nuestro plan también puede brindarle materiales en otros idiomas además del inglés, incluyendo árabe, armenio, chino, punjabi, hindi, hmong, japonés, laosiano, mien, camboyano, farsi, coreano, ruso, español, tagalo, tailandés, ucraniano y vietnamita, y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para los Miembros o escriba a:

  L.A. Care Medicare Plus
  Attn: Member Services Department
  1200 West 7th Street
  Los Angeles, CA 90017

- Puede solicitar que siempre le enviemos la información en el idioma o formato que necesite. Esto se denomina “solicitud permanente”. Llevaremos un registro de su solicitud permanente para que no tenga que hacer solicitudes distintas cada vez que le enviemos información. Para obtener este documento en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo, llame a Servicios para los Miembros al (833) 522-3767, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. Un representante puede ayudarle a realizar o modificar una solicitud permanente.
- Los miembros tienen derecho a hacer recomendaciones con respecto a la política de derechos y responsabilidades de los miembros de la organización.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a problemas con el idioma o una discapacidad y desea presentar una queja, llame a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal al 916-440-7370. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 711.
- Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

A. Ծառայություններ և եղեկություններ ձեզ հարմար ձևով ստանալու ձեր իրավունքը

Մենք պետք է երաշխավորենք, որ բոլոր ծառայությունները ձեզ տրամադրվում են մշակութային ձեռնհասությամբ և մատչելի կերպով: Մենք պետք է նաև տեղեկացնենք ձեզ մեր ծրագրի նպաստների և ձեր իրավունքների մասին ձեզ համար հասկանալի ձևով: Մենք պետք է տեղեկացնենք ձեզ ձեր իրավունքների մասին յուրաքանչյուր տարի, որ դուք ծրագրի անդամ եք:

- Ձեզ համար հասկանալի ձևով տեղեկություններ ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին: Մեր ծրագիրն ունի բանավոր թարգմանչական ծառայություններ, որոնք կարող են պատասխանել ձեր հարցերին տարբեր լեզուներով:
- Մատչելի են բանավոր թարգմանչական ծառայություններ: Բանավոր թարգմանիչ ստանալու համար պարզապես զանգահարեք մեզ 1-833-522-3767 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր, ներառյալ տոն օրերը:
- Մեր ծրագիրը կարող է ձեզ նյութեր տրամադրել անգլերենից բացի այլ լեզուներով, ներառյալ՝ արաբերեն, հայերեն, չինարեն, փենջաբերեն, հինդի, հմոնգ, ճապոներեն, լաոսերեն, միեն, կամբոջերեն, պարսկերեն, կորեերեն, ռուսերեն, իսպաներեն, տագալերեն, թայերեն, ուկրաիներեն և վիետնամերեն լեզուներով, ինչպես նաև հետևյալ ձևաչափերով՝ խոշոր տառատեսակով, բրեյլով կամ ձայնագրությամբ: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից մեկով նյութեր ստանալու համար խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման բաժին կամ գրել այստեղ՝

  L.A. Care Medicare Plus
  Attn: Member Services Department
  1200 West 7th Street
  Los Angeles, CA 90017
- Դուք կարող եք խնդրել, որ մենք միշտ ձեզ տեղեկություններ ուղարկենք ձեր ընտրած լեզվով կամ ձևաչափով: Սա կոչվում է մշտական խնդրանք: Մենք կհետևենք ձեր մշտական խնդրանքին, որպեսզի ամեն անգամ տեղեկություն ստանալիս առանձին խնդրանքներ չուղարկեք: Որպեսզի ստանաք այս փաստաթուղթը անգլերենից բացի մեկ այլ լեզվով և/կամ այլընտրանքային ձևաչափով, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման բաժին՝ (833) 522-3767 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր, ներառյալ տոն օրերը: Ներկայացուցիչը կարող է օգնել ձեզ մշտական խնդրանք կատարել կամ փոխել այն:
- Անդամներն իրավունք ունեն առաջարկություններ անել կազմակերպության անդամի իրավունքների և պարտականությունների քաղաքականության վերաբերյալ:

Եթե մեր ծրագրից տեղեկություններ ստանալու հետ կապված դժվարություններ ունեք՝ լեզվի հետ կապված խնդիրների կամ հաշմանդամության պատճառով, և ցանկանում եք բողոք ներկայացնել, զանգահարեք՝

- Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: Դուք կարող եք զանգահարել օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:
- Medi-Cal-ի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 916-440-7370 հեռախոսահամարով: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 711 հեռախոսահամարով:
- ԱՄՆ Առողջապահության և մարդու ծառայությունների բաժնի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 1-800-368-1019 հեռախոսահամարով: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-800-537-7697 հեռախոսահամարով:

A. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានសេវាកម្ម និងព័ត៌មានស្របតាមតម្រូវការ

យើងត្រូវតែធានាថា **រាល់**សេវាកម្មទាំងអស់ត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកស្របតាមសមត្ថភាពខាងផ្នែកវប្បធម៌ និងតាមលទ្ធភាពដែលអាចប្រើប្រាស់បាន។ យើងក៏ត្រូវប្រាប់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍គម្រោងរបស់យើង និងសិទ្ធិរបស់អ្នកទៅតាមមធ្យោបាយដែលអ្នកអាចយល់បាន។ ជារៀងរាល់ឆ្នាំ យើងត្រូវប្រាប់អ្នកពីសិទ្ធិរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មាននេះតាមរបៀបណាមួយដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាសមាជិក។ គម្រោងរបស់យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃ ដើម្បីឆ្លើយសំណួរនានាជាភាសាផ្សេងៗ។
- សេវាបកប្រែមាននៅទីនេះ។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែ សូមទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខទូរសព្ទ 1-833-522-3767 (TTY: 711) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃសម្រាក។
- គម្រោងរបស់យើងអាចផ្តល់ឯកសារជាភាសាផ្សេងៗក្រៅពីភាសាអង់គ្លេសរួមមាន ភាសាអារ៉ាប់ អាមេនី ចិន ពុនចាប៊ី ហិណ្ឌូ ម៉ុង ជប៉ុន ឡាវ មៀន កម្ពុជា ហ្វាស៊ី កូរ៉េ រុស្ស៊ី អេស្ប៉ាញ តាហ្គាឡុក ថៃ អ៊ុយក្រែន និង វៀតណាម រួមទាំងជាទម្រង់ផ្សេងៗ ដូចជាអក្សរពុម្ពធំ អក្សរសម្រាប់មនុស្សពិការភ្នែក ឬជាសំឡេង។ ដើម្បីទទួលបានឯកសារជាទម្រង់ណាមួយទាំងនេះ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក ឬសរសេរទៅកាន់៖

  L.A. Care Medicare Plus
  ផ្ញើទៅកាន់៖ ផ្នែកសេវាសមាជិក
  1200 West 7th Street
  Los Angeles, CA 90017

- ភាសា ឬទម្រង់ដែលអ្នកត្រូវការបានជានិច្ច។ ការស្នើសុំនេះហៅថាសំណើសុំដោយស្ម័យប្រវត្តិ។ យើងនឹងតាមដានសំណើសុំដោយស្ម័យប្រវត្តិរបស់អ្នក ដូច្នេះអ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើសំណើដាច់ដោយឡែករាល់ពេលដែលយើងផ្ញើព័ត៌មានទៅអ្នកឡើយ។ ដើម្បីទទួលបានឯកសារនេះជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស និង/ឬជាទម្រង់ផ្សេងទៀតនោះ សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខទូរសព្ទ (833) 522-3767, TTY: 711, 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃឈប់សម្រាក។ អ្នកតំណាងអាចជួយអ្នកស្នើសុំ ឬផ្លាស់ប្តូរសំណើសុំដោយស្ម័យប្រវត្តិបាន។
- សមាជិកមានសិទ្ធិផ្តល់ការណែនាំទាក់ទងនឹងគោលនយោបាយស្តីពីសិទ្ធិនិងទំនួលខុសត្រូវសមាជិករបស់ស្ថាប័ន។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាពិបាកក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងយើងដោយសារបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព និងចង់ធ្វើការប្តឹងតវ៉ា សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់៖

- Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកអាចធ្វើការហៅទូរស័ព្ទបាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។
- ការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋរបស់ Medi-Cal តាមរយៈលេខ 916-440-7370។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែទូរស័ព្ទទៅលេខ 711
- ក្រសួងសុខាភិបាលនិងសេវាមនុស្សជាតិសហរដ្ឋអាមេរិក ការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋ តាមរយៈលេខ 1-800-368-1019។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-537-7697។

A. حق شما برای دریافت خدمات و اطلاعات به گونه‌ای که نیازهای شما را برآورده کند

ما باید اطمینان حاصل کنیم که **همه** خدمات به شیوه‌ای قابل دسترس و متناسب با فرهنگ به شما ارائه می‌شود. ما باید شما را از حقوق و مزایای طرح ما به شیوه‌ای مطلع سازیم که برای شما قابل درک باشد. ما باید هر سال در صورت عضویت شما در طرح، حقوق‌تان را برای شما بازگو کنیم.

- برای کسب این اطلاعات با خدمات اعضاء تماس بگیرید. طرح ما از خدمات رایگان مترجم شفاهی برای پاسخ به سؤالات به زبان‌های مختلف برخوردار است.
- خدمات مترجم شفاهی موجود است. برای داشتن مترجم شفاهی، فقط کافی است با ما به شماره تلفن 1-833-522-3767 (TTY: 711) به صورت 24 ساعته و 7 روز هفته، از جمله تعطیلات، تماس بگیرید.
- طرح ما مطالب را به زبان‌های دیگر غیر از انگلیسی، از جمله عربی، ارمنی، حینی، پنجابی، هندی، همونگ، ژاپنی، لائوسی، مین، کامبوحی، فارسی، کره‌ای، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ، تایلندی، اوکراینی و ویتنامی و در فرمت‌هایی مانند چاپ بزرگ، خط بریل یا صوتی نیز ارائه می‌دهد. جهت دریافت اقلام به یکی از این فرمت‌های حایگزین، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید یا مکاتبه کنید با:

  L.A. Care Medicare Plus
  Attn: Member Services Department
  1200 West 7th Street
  Los Angeles, CA 90017

- می‌توانید درخواست کنید همواره اطلاعات را به زبان یا در قالب موردنیازتان برای شما ارسال کنیم. این عمل را درخواست ثابت می‌نامند. ما درخواست ثابت شما را ثبت می‌کنیم تا نیاز نباشد در هر بار ارسال اطلاعات، درخواست حداگانه‌ای ارائه دهید. برای دریافت این سند به زبانی غیر از انگلیسی و/یا فرمتی دیگر، لطفاً در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، از جمله تعطیلات، با خدمات اعضا به شمارهٔ 3767-522 (833)، TTY: 711 تماس بگیرید. نماینده خدمات اعضا می‌تواند رد ارائه یا تغییر درخواست ثابت به شما کمک کند.
- اعضاء حق دارند در مورد سیاست حقوق و مسئولیت‌های سازمان توصیه‌هایی را ارائه کنند.

اگر به دلیل مشکلات زبانی یا ناتوانی در دریافت اطلاعات از طرح ما مشکل دارید و می‌خواهید شکایت کنید، طبق اطلاعات زیر تماس بگیرید:

- Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی Medi-Cal به شماره 916-440-7370. کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند
- اداره بهداشت و خدمات انسانی، دفتر حقوق مدنی به شماره 1-800-368-1019. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند.

A. 가입자의 요구 사항에 부합하는 방식으로 서비스와 정보를 얻을 권리

당사는 가입자에게 제공되는 **모든** 서비스가 문화적으로 능숙하고 접근성이 좋은 방식으로 제공되도록 해야 합니다. 또한 가입자가 이해할 수 있는 방식으로 플랜의 혜택과 가입자의 권리를 알려야 할 의무도 있습니다. 가입자가 플랜에 가입한 이상 매년 가입자의 권리를 알려야 합니다.

- 정보를 이해하기 쉬운 방식으로 받으시려면 가입자 서비스부에 연락하십시오. 플랜에서 무료 통역사 서비스를 제공하여 다양한 언어로 질문에 답해드리고 있습니다.
- 무료 통역사 서비스가 제공됩니다. 통역사 서비스를 이용하려면 1-833-522-3767 (TTY: 711) 번으로 전화하기만 하면 됩니다. 이 전화는 하루 24시간, 연중무휴로 운영합니다(공휴일 포함).
- 플랜에서는 자료를 아랍어, 아르메니아어, 중국어, 펀자브어, 힌디어, 몽어, 일본어, 라오스어, 멘어, 캄보디아어, 크메르어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어, 태국어, 우크라이나어와 베트남어 버전으로 작성된 대형 활자 인쇄, 점자 또는 오디오 등의 형식으로도 제공합니다. 이러한 대체 형식으로 자료를 받아보려면 가입자 서비스에 문의하거나 다음 우편 주소로 문의하시기 바랍니다.

  L.A. Care Medicare Plus
  Attn: Member Services Department
  1200 West 7th Street
  Los Angeles, CA 90017

- 언제든지 원하는 언어와 형식으로 정보를 요청할 수 있습니다. 이를 표준 요청이라고 합니다. 플랜에서는 정보를 보낼 때마다 별도 요청을 하지 않아도 될 수 있도록 귀하의 표준 요청을 기록할 것입니다. 이 문서를 영어 외의 다른 언어나 대체 형식으로 받아보고자 하는 경우, 가입자 서비스 (833)522-3767(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 이 전화는 하루 24시간, 연중무휴로 운영합니다(공휴일 포함). 담당자가 표준 요청을 만들거나 변경하는 데 도움을 드릴 것입니다.
- 가입자에게는 당사의 가입자 권리 및 책임 규정에 관해 추천안을 제시할 권리가 있습니다.

언어 문제나 장애로 인해 플랜에서 정보를 얻는 데 어려움을 겪었고 이에 따라 불만을 제기하고자 하는 경우, 다음 전화번호로 문의하십시오.

- Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 문의하십시오. 이 전화는 24 시간, 연중무휴 언제든 이용하셔도 됩니다. TTY 이용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.
- Medi-Cal 인권국 번호는 916-440-7370입니다. TTY 이용자는 711번으로 전화하십시오.
- 미국 보건 사회복지부 인권국에 1-800-368-1019번으로 문의하십시오. TTY 이용자는 1-800-537-7697번으로 전화하십시오.

A. Ваше право на получение информации в соответствии с вашими потребностями

Мы должны удостовериться, что **все** услуги предоставляются вам культурно компетентным и доступным образом. Мы должны уведомлять вас о льготах в рамках плана и о ваших правах так, чтобы было вам понятно. Мы обязаны разъяснять вам ваши права каждый год, в течение которого вы являетесь участником нашего плана.

- Для получения информации наиболее понятным для вас способом позвоните в отдел обслуживания участников плана. Наш план предлагает бесплатные услуги устного переводчика, чтобы отвечать на вопросы на разных языках.
- Услуги устного перевода предоставляются бесплатно. Чтобы воспользоваться услугами устного переводчика, просто позвоните нам по телефону 1-833-522-3767 (линия TTY: 711) круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни.
- Наш план также может предоставлять вам материалы на других языках, кроме английского, включая арабский, армянский, китайский, пенджаби, хинди, хмонг, японский, лаосский, миен, камбоджийский, фарси, корейский, русский, испанский, тагальский тайский, украинский и вьетнамский, а также в других форматах. например, крупный шрифт, шрифт Брайля или аудио. Чтобы получить материалы в одном из этих альтернативных форматов, позвоните в Службу поддержки участников или напишите по адресу:

  L.A. Care Medicare Plus
  Attn: Member Services Department
  1200 West 7th Street
  Los Angeles, CA 90017
- Вы можете попросить, чтобы мы всегда отправляли вам информацию на нужном вам языке или в формате. Это называется постоянным запросом. Мы будем отслеживать ваш постоянный запрос, поэтому вам не придется делать отдельные запросы каждый раз, когда мы отправляем вам информацию. Чтобы получить этот документ на языке, отличном от английского, и/или в альтернативном формате, обратитесь в Службу поддержки участников по телефону (833) 522-3767, линия TTY 711, круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни. Представитель может помочь вам составить или изменить постоянный запрос.
- У участников есть право вносить рекомендации, касающиеся правил о правах участников организации и их обязанностей.

Если вам трудно получить информацию от нашего плана по причине языкового барьера или инвалидности, и вы хотите подать жалобу, позвоните:

- в программу Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Вы можете звонить круглосуточно и ежедневно. Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.
- в офис Управления по гражданским правам программы Medi-Cal по телефону 916-440-7370. Пользователям линии TTY следует звонить 711. Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 711.
- Звоните в Управление по гражданским правам Министерства здравоохранения и социального обеспечения по телефону 1-800-368-1019. Линия TTY: 1-800-537-7697.

A. Ang inyong karapatang makakuha ng mga serbisyo at impormasyon sa paraan na tumutugon sa mga pangangailangan ninyo

Dapat naming tiyaking naibibigay sa inyo ang **lahat** ng serbisyo sa paraang isinasaalang-alang ang kultura at madaling i-access. Dapat naming sabihin sa inyo ang tungkol sa mga benepisyo ng aming plano at ang inyong mga karapatan sa paraan na maiintindihan ninyo. Dapat naming sabihin sa inyo ang tungkol sa inyong mga karapatan bawat taon na kayo ay nasa aming plano.

- Pero kumuha ng impormasyon sa isang paraan na maiintindihan ninyo, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro. Ang aming plano ay may mga libreng serbisyo ng interpreter na magagamit para sagutin ang mga tanong sa iba't ibang wika.
- Mayroong mga serbisyo ng pagsasalin-wika. Pero makakuha ng interpreter, tawagan lang kami sa 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo, kasama ang mga holiday.
- Maaari ding magbigay sa inyo ang aming plano ng mga materyales sa mga wika maliban sa Ingles kabilang ang Arabic, Armenian, Chinese, Punjabi, Hindi, Hmong, Japanese, Laotian, Mien, Cambodian, Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog Thai, Ukrainian at Vietnamese at sa mga format tulad ng malalaking titik, braille, o audio. Para makakuha ng mga materyales sa isa sa mga alternatibong format na ito, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro o sumulat sa:

  L.A. Care Medicare Plus
  Attn: Member Services Department
  1200 West 7th Street
  Los Angeles, CA 90017
- Maaari mong hilingin na palagi kaming magpadala sa iyo ng impormasyon sa wika o format na kailangan mo. Tinatawag itong nagpapatuloy na kahilingan (standing request). Susubaybayan namin ang iyong kasalukuyang kahilingan para hindi mo kailangang gumawa ng hiwalay na mga kahilingan sa tuwing magpapadala kami sa iyo ng impormasyon. Para makuha ang dokumentong ito sa isang wika maliban sa Ingles at/o sa isang alternatibong format, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa (833) 522-3767, TTY: 711, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo, kasama ang mga holiday. Matutulungan ka ng isang kinatawan na gumawa o magbago ng isang nagpapatuloy na kahilingan.
- Ang mga miyembro ay may karapatang gumawa ng mga rekomendasyon tungkol sa patakaran sa mga karapatan at responsibilidad ng miyembro ng organisasyon.

Kung nahihirapan kayong makakuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at gusto ninyong magsampa ng reklamo, tumawag sa:

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puwede kang tumawag nang 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.
- Tanggapan para sa Mga Karapatang Sibil ng Medi-Cal sa 916-440-7370. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711
- Departamento ng Mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao ng U.S, Tanggapan para sa Mga Karapatang Sibil sa 1-800-368-1019. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-537-7697.

A. 您有權以符合您需求的方式獲得服務和資訊

我們必須確保以符合您文化背景且無障礙的方式為您提供**所有**服務。我們也必須以您能理解的方式告訴您本計劃的福利和您的權利。在您參加我們計劃的期間，我們每年皆必須向您說明您的權利。

- 如要獲得以您能理解的方式提供的資訊，請致電會員服務部。本計劃有免費的口譯服務，可以使用不同語言回答問題。
- 您可使用口譯服務。若需要使用口譯員，您只需致電 1-833-522-3767 (TTY: 711) 與我們聯絡即可，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時（包含假日）。
- 本計劃也可以為您提供英文以外之其他語言版本的資料，包括阿拉伯文版、亞美尼亞文版、中文版、旁遮普文版、印地文版、苗文版、日文版、寮文版、勉語版、柬埔寨文版、波斯文版、韓文版、俄文版、西班牙文版、塔加拉文版、泰文版、烏克蘭文版和越南文版以及諸如大字版、盲文版或語音版等格式。如欲取得上述其中一種替代格式的資料，請致電與會員服務部聯絡或寫信至：

  L.A. Care Medicare Plus
  Attn: Member Services Department
  1200 West 7th Street
  Los Angeles, CA 90017

  您可要求我們永遠寄您所需之語言版本或格式的資訊給您。這稱為長期申請。我們會將您的長期申請記錄下來，這樣您就不需在我們每次寄資訊給您時均提出個別的申請。如欲取得本文件英文以外的其他語言版本和／或替代格式，請致電 (833) 522-3767、TTY: 711 與會員服務部聯絡，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時（包含假日）。代表可協助您提出或變更長期申請。
- 會員有權針對組織的會員權利與責任政策提出建議。

如果您因語言或殘障問題在獲取我們計劃提供的資訊方面遇到困難並想提出投訴，請致電：

- Medicare ，電話號碼為 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 。您每週 7 天，每天 24 小時均可致電。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。
- Medi-Cal 民權辦公室電話 916-440-7370。TTY 使用者請致電 711

- 請致電 1-800-368-1019 與美國衛生及公共服務部民權辦公室聯絡。TTY 使用者請致電 1-800-537-7697。

A. Quý vị có quyền được nhận dịch vụ và thông tin theo cách đáp ứng nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải đảm bảo **tất cả** các dịch vụ được cung cấp cho quý vị theo cách có thể tiếp cận và phù hợp về mặt văn hóa. Chúng tôi phải cho quý vị biết các quyền lợi của chương trình chúng tôi và quyền của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho quý vị biết quyền của quý vị mỗi năm khi quý vị tham gia chương trình chúng tôi.

- Để được cấp thông tin bằng những hình thức quý vị hiểu được, xin gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên. Chương trình chúng tôi hiện có dịch vụ thông dịch miễn phí để giải đáp các thắc mắc bằng các ngôn ngữ khác nhau.
- Hiện có dịch vụ thông dịch. Để yêu cầu thông dịch viên, chỉ cần gọi chúng tôi theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị tài liệu bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh bao gồm tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Hoa, tiếng Punjabi, tiếng Hindi, tiếng Hmong, tiếng Nhật, tiếng Lào, tiếng Miên, tiếng Campuchia, tiếng Farsi, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Tagalog, tiếng Thái, tiếng Ukraina và tiếng Việt và ở các định dạng như chữ in lớn, chữ nổi hoặc âm thanh. Để có được tài liệu ở một trong những định dạng thay thế này, vui lòng gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên hoặc viết thư cho:

  L.A. Care Medicare Plus
  Attn: Member Services Department
  1200 West 7th Street
  Los Angeles, CA 90017
- Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi luôn gửi cho quý vị thông tin bằng ngôn ngữ hoặc định dạng quý vị cần. Đây được gọi là yêu cầu thường trực. Chúng tôi sẽ theo dõi yêu cầu thường trực của quý vị để quý vị không cần phải thực hiện các yêu cầu riêng biệt mỗi khi chúng tôi gửi thông tin cho quý vị. Để nhận tài liệu này bằng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh và/hoặc ở định dạng thay thế, vui lòng liên lạc với ban Dịch Vụ Hội Viên theo số (833) 522-3767, TTY: 711, 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Một nhân viên đại diện có thể giúp quý vị thực hiện hoặc thay đổi một yêu cầu thường trực.
- Hội viên có quyền đưa ra các đề nghị liên quan đến chính sách về quyền và trách nhiệm của hội viên thuộc tổ chức

Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc lấy thông tin từ chương trình chúng tôi vì vấn đề ngôn ngữ hoặc do tình trạng khuyết tật, và quý vị muốn than phiền, xin gọi:

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. Người dùng TTY cần gọi 1-877-486-2048.

- Văn Phòng Dân Quyền của Medi-Cal theo số 1-916-440-7370. Người dùng TTY vui lòng gọi 711.
- Bộ Dịch Vụ Y Tế và Nhân Sinh Hoa Kỳ, Văn Phòng Dân Quyền theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY cần gọi số 1-800-537-7697.

A. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بطريقة تلبي احتياجاتك

يجب أن نتأكد من تقديم **كافة** الخدمات لك بطريقة ملائمة ثقافيًا ويمكن الوصول إليها. يجب أن نخبرك عن مزاياك في الخطة وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. يجب أن نخبرك عن حقوقك كل سنة تكون فيها عضواً في خطتنا.

- للحصول على معلومات بطريقة يمكنك فهمها، اتصل بخدمات الأعضاء. تتضمن خطتنا خدمات مترجم فوري مجانية متاحة للإجابة على أسئلة بلغات مختلفة.
- خدمات الترجمة الفورية متوفرة. وللحصول على خدمة مترجم فوري، فقط اتصل بنا على الرقم (TTY: 711) 1-833-522-3767، على مدار 24 ساعة يوميًا و7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات.
- يمكن أن توفر لك خطتنا أيضًا مواد بلغات أخرى غير الإنجليزية بما في ذلك العربية والأرمنية والصينية والبنجابية والهندية والهمونغ واليابانية واللاوسية والمينية والكمبودية والفارسية والكورية والروسية والإسبانية والتاغالوغية والتايلاندية والأوكرانية والفيتنامية وبتنسيقات مثل الطباعة بأحرف الكبيرة أو طريقة برايل للمكفوفين أو ملف صوتي. للحصول على مواد بأحد هذه التنسيقات البديلة، يرجى الاتصال مع خدمات الأعضاء أو الكتابة إلى:

  برنامج L.A. Care Medicare Plus
  Attn: Member Services Department
  West 7th Street 1200
  Los Angeles, CA 90017

- يمكنك أن تطلب منا أن نرسل لك دائمًا المعلومات باللغة أو التنسيق الذي تريده. وهذا ما يسمى بالطلب الدائم. وسنقوم بتتبع طلبك الدائم حتى لا تحتاج إلى تقديم طلبات منفصلة في كل مرة نرسل إليك فيها معلومات. للحصول على هذه الوثيقة بلغة غير الإنجليزية و/أو بتنسيق بديل، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم TTY: 711، 522-3767 (833)، على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك أيام العطلات. يمكن للممثل مساعدتك في تقديم طلب دائم أو تغييره.
- يحق للأعضاء تقديم توصيات بشأن سياسة حقوق ومسؤوليات أعضاء المنظمة.

إذا كنت تواجه مشكلة في الحصول على معلومات من برنامجنا بسبب مشكلات لغوية أو إعاقة وتريد تقديم شكوى، اتصل مع:

- برنامج Medicare على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يمكنك الاتصال على مدار24 ساعة و 7 أيام في الأسبوع. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على رقم 1-877-486-2048.
- مكتب Medi-Cal للحقوق المدنية على 916-440-7370. يجب على مستخدمي TTY الاتصال على رقم 711
- مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات البشرية الأمريكية على الرقم 1-800-368-1019. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-800-537-7697.

B. 보험적용이 되는 서비스와 약품을 가입자가 제때 이용할 수 있도록 할 플랜의 책임

귀하에게는 플랜 가입자로서 권리가 있습니다.

- 저희 네트워크에서 주치의(Primary Care Physician, PCP)를 선택할 권리가 있습니다. 네트워크 의료제공자란 저희 플랜과 함께 일하는 의사/의료기관을 말합니다. 본 *가입자 안내서* **제3장**에서 PCP로 활동할 수 있는 의료제공자의 유형과 PCP 선택 방법에 대한 자세한 내용을 확인할 수 있습니다.
    - 네트워크 의료제공자 및 신규 환자를 받을 수 있는 의사에 대한 정보는 가입자 서비스부에 문의하거나 *의료제공자 및 약국 명부*에서 찾아보십시오.
- 여성 가입자는 진료의뢰 없이 부인과 의사나 다른 여성 보건 전문의에게 가서 진료를 받을 권리가 있습니다. 진료의뢰는 PCP가 아닌 의료제공자에게 진료를 받을 수 있도록 PCP가 내리는 승인입니다.
- 귀하는 합당한 시간 안에 네트워크 의료제공자로부터 보험적용이 되는 서비스를 받을 권리가 있습니다.
    - 여기에는 적시에 전문의 서비스를 받을 권리가 포함됩니다.
    - 저희는 가입자가 타당한 시간 내에 서비스를 받을 수 없을 경우, 비 네트워크 소속의 진료 비용을 부담해야 합니다.
- 귀하는 사전 승인(Prior Approval, PA) 없이 응급 진료 또는 긴급히 필요한 진료를 받을 권리가 있습니다.
- 저희 네트워크 약국 어디서나 오래 기다리지 않고 처방약을 조제 받을 권리가 있습니다.
- 네트워크 외 의료제공자에게 언제 갈 수 있는지 알 권리가 있습니다. 네트워크 외 의료제공자에 대해서는 본 *가입자 안내서* **제3장**을 참조하십시오.
- 저희 플랜에 처음으로 가입할 경우 특정 조건을 충족한다면 기존 의료제공자 및 서비스를 12개월까지 계속 이용할 권리가 있습니다. 기존 의료제공자 및 서비스 유지에 대해서는 본 *가입자 안내서* **제1장**을 참조하십시오.
- 귀하는 진료팀과 치료 관리사의 도움을 받아 스스로 의료 관련 결정을 내릴 권리가 있습니다.

본 가입자 안내서 **제9장**에서는 합당한 시간 내에 서비스 또는 약품을 받지 못한다고 생각될 경우 어떻게 대응할 수 있는지 설명합니다. 또한 저희 플랜에서 서비스 또는 약품에 대한 보험적용을 거부했고 가입자가 이 결정에 동의하지 않을 경우 해결 방법도 소개합니다.

C. 가입자의 개인 건강 정보(PHI)를 반드시 보호해야 할 책임

저희는 연방 및 주 법률의 요건대로 가입자의 개인 건강 정보(Personal Health Information, PHI)를 보호합니다.

귀하의 PHI에는 플랜 가입 시 제공하신 개인 정보가 포함됩니다. 가입자의 의료 기록과 기타 의료 및 건강 정보도 포함됩니다.

가입자에게는 정보와 관련한 권리가 있고 개인 건강 정보(Personal Health Information, PHI) 사용 방법을 통제할 권리가 있습니다. 당사에서는 가입자에게 서면 통지서를 전달하여 이러한 권리를 알리고, 당사에서 PHI 프라이버시를 보호하는 방법을 설명합니다. 이 통지서를 "개인정보 보호정책 고지문"이라고 합니다.

민감한 서비스를 받는 데 동의하는 가입자는 민감한 서비스를 받기 위해 다른 가입자의 승인을 받거나 민감한 서비스에 대한 청구를 제출할 필요가 없습니다. L.A. Care Medicare Plus는 가입자의 대체 지정된 우편 주소, 이메일 주소 또는 전화번호로 또는 지정이 없는 경우 파일에 있는 주소 또는 전화번호를 통해 가입자의 이름으로 민감한 서비스에 대한 의사소통을 지시할 것입니다. L.A. Care Medicare Plus는 진료를 받는 가입자의 서면 승인 없이 민감한 서비스와 관련된 의료 정보를 다른 가입자에게 공개하지 않을 것입니다. L.A. Care Medicare Plus는 요청된 양식 및 형식으로 또는 대체 장소에서 쉽게 제작할 수 있는 경우, 요청된 양식 및 형식으로 이루어지는 기밀 의사소통 요청을 수용할 것입니다. 민감한 서비스와 관련된 기밀 의사소통에 대한 가입자의 요청은 가입자가 요청을 철회하거나 기밀 의사소통에 대한 새로운 요청을 제출할 때까지 유효합니다.

플랜은 가입자에게 서면 또는 전자 전송을 통해 기밀 의사소통을 요청하도록 요구할 수 있습니다.

C1. 저희가 귀하의 PHI를 보호하는 방법

저희는 승인받지 않은 이들이 가입자의 기록을 열람하거나 변경하지 못하게 합니다.

아래 명시된 경우를 제외하고, 저희는 귀하를 치료하거나 치료 비용을 지불하지 않는 사람에게 귀하의 PHI를 제공하지 않습니다. 제공하는 경우, 저희는 가입자에게 먼저 서면 허가를 받아야 합니다. 귀하 또는 귀하를 대신하여 결정을 내릴 수 있는 법적 권한을 가진 사람이 서면 허가를 내릴 수 있습니다.

경우에 따라 먼저 귀하의 서면 허가를 받을 필요가 없습니다. 법률에 따라 허용되거나 요구되는 예외는 다음과 같습니다.

- 저희는 플랜의 진료 품질을 점검하는 정부 기관에 PHI를 공개해야 합니다.
- 법원 명령이 있을 시 캘리포니아주 법률에서 허용하는 경우에만 PHI를 공개할 수 있습니다.
- 저희는 귀하의 Medicare 파트 D 약품 정보를 포함하여 귀하의 PHI를 Medicare에 제공해야 합니다. Medicare가 연방법에 따라 가입자의 PHI를 연구용이나 기타 용도로 공개하게 됩니다. 이중 Medicare 및 Medi-Cal 혜택이 있는 경우, 더 나은 서비스와 치료를 제공하기

위해 플랜에서 Medi-Cal에 가입자의 건강 정보를 제공할 수도 있습니다. Medi-Cal이 연방법에 따라 가입자의 정보를 공개하거나 사용하게 됩니다. 법률에 의해 요구되는 경우, 저희 사업 파트너들이 저희와 협력할 때 이들 또한 저희가 그들과 공유하는 모든 PHI의 비밀을 보호해야 하며 법률 및 본 고지문에서 허용하는 경우를 제외하고 다른 곳에 PHI를 제공하는 것이 허용되지 않습니다.

C2. 의료 기록 열람 권리

- 가입자는 자신의 의료 기록을 볼 권리와 사본을 받을 권리가 있습니다.
- 가입자는 자신의 의료 기록 수정 또는 정정을 저희에게 요청할 권리가 있습니다. 가입자가 저희에게 이를 요청하면 저희는 가입자의 의료제공자와 협력하여 변경 여부를 결정합니다.
- 귀하는 저희가 귀하의 PHI를 일상적이지 않은 목적으로 타인과 공유하는지 여부와 그 방법을 알 권리가 있습니다.

PHI 개인 정보 보호에 관하여 의문이나 우려가 있는 분은 가입자 서비스부에 연락하십시오.

D. 가입자는 플랜의 개인정보 보호정책 고지문(Notice Of Privacy Practices, NOPP) 사본을 요청하여 자신의 개인 정보 보호 권리를 자세히 알아볼 수 있습니다. NOPP는 웹사이트에 게재되어 있으며(medicare.lacare.org) 가입자 서비스부에 전화하여 요청해도 됩니다. 가입자에게 정보를 제공할 책임

저희 플랜 가입자는 저희에게서 플랜, 네트워크 의료제공자 및 보험적용이 되는 서비스에 대한 정보를 받을 권리가 있습니다.

영어를 구사하지 못하시는 경우, 플랜 관련 질문에 답변해 드릴 수 있는 통역사 서비스를 이용하실 수 있습니다. 통역사 서비스를 이용하시려면 가입자 서비스부로 문의하십시오. 통역사 서비스는 무료로 제공됩니다. 아랍어, 아르메니아어, 중국어, 한국어, 캄보디아어, 페르시아어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어, 베트남어 등 다른 언어로 된 가입자 자료를 무료로 받아보실 수 있습니다. 대형 활자 인쇄본, 점자, 오디오 형식으로도 정보를 제공합니다.

다음 정보가 필요한 경우, 가입자 서비스부로 문의하십시오:

- 플랜 선택 또는 변경 방법
- 플랜에는 다음 사항이 포함됩니다.
  - 재무 정보
  - 플랜 가입자가 저희를 평가한 방식
  - 가입자들이 제기한 재고 요청의 수
  - 플랜 해지 방법

- 다음을 사항 비롯하여 저희 네트워크 의료제공자와 네트워크 약국에 관한 정보
  - 주치의(PCP 의사) 선택 또는 변경 방법
  - 네트워크 의료제공자 및 약국의 자격 요건
  - 플랜이 네트워크 의료제공자에게 비용을 지급하는 방법
- 다음 사항을 포함하여 보험적용이 되는 서비스 및 약품:
  - 플랜에서 보험적용하는 서비스(본 *가입자 안내서* **제3장 및 제4장** 참조) 및 약품(본 *가입자 안내서* **제5장 및 제6장** 참조)
  - 보험적용 범위 및 약품 한도
  - 가입자가 보험적용이 되는 서비스와 보험 약품을 받기 위하여 반드시 따라야 하는 규정
- 저희에게 다음 사항을 요청하는 것을 포함하여 보험적용되지 않는 사유 및 이에 대한 조치(본 *가입자 안내서* **제9장** 참조)
  - 어떤 항목에 보험이 적용되지 않는 이유를 설명하는 서면 자료 요청
  - 플랜에서 내린 결정을 번복하도록 요청
  - 가입자가 받은 청구서 비용을 플랜에서 지급해 달라고 요청

E. 네트워크 의료제공자는 가입자에게 의료비 직접 청구 불가

저희 네트워크의 의사, 병원, 기타 의료제공자는 가입자에게 보험적용이 되는 서비스 비용을 부담하라고 할 수 없습니다. 또한 의료제공자가 청구한 금액보다 저희가 적게 지불한 경우에도 청구서 잔액을 조정하거나 귀하에게 요금을 청구할 수 없습니다. 네트워크 의료제공자가 가입자에게 보험적용이 되는 서비스의 비용을 청구하는 경우에 대한 대응 방법은 본 *가입자 안내서* **제7장**을 참조하십시오.

F. 플랜을 해지할 권리

가입자가 원하지 않으면 어느 누구도 가입자가 저희 플랜을 유지하게 할 수 없습니다.

- 귀하에게는 Original Medicare(일반 Medicare)또는 다른 Medicare Advantage(MA) 플랜을 통해 대부분의 의료 서비스를 받을 권리가 있습니다.
- Medicare 파트 D 의=약품 혜택은 약품 플랜 또는 다른 MA 플랜에서 받을 수 있습니다.
- 이 *가입자 안내서* **제10장**을 참조하십시오.
  - 새로운 MA 또는 약품 혜택 플랜에 가입할 수 있는 시기에 대한 자세한 정보
  - 플랜을 해지할 경우 Medi-Cal 혜택을 받는 방법에 대한 정보

G. 가입자 자신의 건강 관리에 대한 결정을 내릴 권리

귀하에게는 의사 및 기타 의료제공자로부터 의료 서비스에 대한 결정을 내리는 데 도움이 되는 모든 정보를 받을 권리가 있습니다.

G1. 치료 선택 사항을 알고 결정을 내릴 권리

귀하의 의료제공자들은 귀하의 질환과 치료 선택권을 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 설명해야 합니다. 귀하에게는 다음과 같은 권리가 있습니다.

- **선택 사항을 알 권리.** 귀하에게는 모든 치료 옵션에 대해 안내받을 권리가 있습니다.
- **위험을 알 권리.** 귀하에게는 수반하는 위험에 대한 설명을 들을 권리가 있습니다. 연구 실험의 일부인 서비스나 치료의 경우 사전에 알아야 합니다. 귀하에게는 실험적인 치료를 거부할 권리가 있습다.
- **2차 소견을 구할 권리.** 귀하에게는 치료에 대한 결정을 내리기 전에 다른 의사의 진료를 받을 권리가 있습니다.
- **아니요라고 말할 권리.** 귀하는 무슨 치료든지 거부할 권리가 있습니다. 여기에는 의사가 만류하여도 병원이나 기타 의료 시설에서 나갈 수 있는 권리가 포함됩니다. 처방약 복용을 중단할 권리. 귀하가 치료를 거부하거나 처방약 복용을 중단하더라도 저희는 귀하를 플랜에서 제외하지 않습니다. 그러나 치료를 거부하거나 약물 투약을 중단하는 가입자는 자신에게 일어나는 일에 대하여 자신이 전적으로 책임을 집니다.
- **의료제공자가 진료를 거부할 경우 그 이유에 대해 플랜에 설명을 요구할 권리.** 귀하가 필요하다고 생각하는 진료를 의료제공자가 거부한 경우 귀하는 저희 플랜으로부터 설명을 들을 권리가 있습니다.
- **저희가 거부했거나 일반적으로 보험적용되지 않는 서비스 또는 약품에 대해서는 보험적용을 요청하십시오.** 이를 보험적용 결정이라고 합니다. 본 *가입자 안내서* **제9장**에는 보험적용 결정을 요청하는 방법이 나와 있습니다.

G2. 본인이 직접 의료 결정을 내릴 수 없는 경우, 원하는 바를 말할 권리

사람은 자신이 받을 의료 서비스를 결정할 수 없을 때도 있습니다. 그런 일이 생기기 전에 귀하는 다음과 같이 할 수 있습니다.

- 귀하가 스스로 의료 결정을 내릴 수 없게 될 경우, **다른 사람이 귀하를 대신하여 의료 서비스에 대한 결정을 내릴 권리를 부여하는** 서면 양식을 작성하십시오.
- 귀하가 스스로 결정을 내릴 수 없게 될 경우, 원하지 **않는** 치료를 포함하여 의료 서비스를 처리하는 방법에 대한 **서면 지시 사항을 의사에게 제공하십시오**.

귀하가 지시하기 위하여 사용할 수 있는 법적 문서를 "사전 의료 지시서"라고 합니다. 사전 의료 지시서에는 여러 종류와 이름이 있습니다. 예를 들면 생전 유언, 의료용 위임장 등입니다.

사전 의료 지시서는 필수는 아니지만 작성할 수 있습니다. 사전 의료 지시서를 작성하고자 하는 경우 다음과 같이 하면 됩니다.

- **양식을 구하십시오.** 의사, 변호사, 사회복지사 또는 사무용품점에서 양식을 구할 수 있습니다. 약국이나 의료제공자로부터 양식을 구할 수 있는 경우가 많습니다. 인터넷에서 무료 양식을 찾아 다운로드해도 됩니다.
- **양식을 작성하고 서명합니다.** 이 양식은 법적 문서입니다. 변호사나 가족, PCP와 같이 신뢰할 수 있는 사람의 도움을 받아 작성하는 것을 고려해 보십시오.
- **내용을 알고 있어야 하는 이들에게 양식의 사본을 제공하십시오.** 담당 의사에게도 양식의 사본을 제공하십시오. 귀하가 결정을 내릴 수 없는 경우, 대신 결정을 내릴 사람에게도 사본을 제공해야 합니다. 원하는 경우 가까운 친구나 가족에게 줄 수 있습니다. 사본 한 부는 자택에 보관하십시오.
- 귀하가 입원 중이고 서명된 사전 의료 지시서가 있는 경우, **사본 한부를 병원으로 가져가십시오**.
    - 병원에서 서명된 사전 의료 지시서가 있는지 여부와 사본 지참 여부를 물어볼 것입니다.
    - 서명된 사전 의료 지시서가 없는 경우, 병원에 양식이 있으므로 서명을 원하는지 물어볼 것입니다.

귀하에게는 다음과 같은 권리가 있습니다.

- 사전 의료 지시서를 의료 기록에 포함할 권리.
- 언제든지 사전 의료 지시서를 변경하거나 취소할 권리.
- 사전 의료 지시서 관련 법 변경 사항에 대해 알 권리. L.A. Care Medicare Plus는 변경 후 90일 이내에 주법 변경 사항을 알려드립니다.

법에 따라 사전 의료 지시서 서명 여부를 근거로 누구도 진료를 거부하거나 차별할 수 없습니다. 자세한 내용은 가입자 서비스부에 문의하십시오.

G3. 지시 사항이 준수되지 않을 경우의 대처 방법

사전 의료 지시서에 서명했는데 의사나 병원이 그 지침에 따르지 않는다고 생각하는 경우, *옴부즈맨 사무소에 불만을 제기할 수 있습니다. 1-888-452-8609번*으로 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 5시 사이에 문의하시면 됩니다.

H. 불만을 제기하고 결정 재검토를 요청할 권리

본 *가입자 안내서* **제9장**에 보험적용이 되는 서비스나 진료에 대하여 문제나 우려가 있는 가입자가 할 수 있는 일이 나와 있습니다. 예를 들면 가입자는 저희에게 보험적용 결정을 요청하거나 보험적용 결정에 대한 재고 요청, 불만 제기를 할 수 있습니다.

가입자에게는 다른 플랜 가입자들이 과거에 저희를 상대로 제기한 재고 요청 및 불만 제기에 대한 정보를 받을 권리가 있습니다. 이 정보를 얻으려면 가입자 서비스부로 전화하십시오.

H1. 불공정한 대우에 대한 조치 또는 귀하의 권리에 대한 자세한 정보 얻기

본 *가입자 안내서* **제11장**에 명시된 이유로 인한 차별 **외**의 이유로 저희가 귀하를 불공정하게 대했다고 생각하거나 귀하의 권리에 대한 자세한 정보를 원하시면 다음 부서로 전화하십시오.

- 가입자 서비스부.
- 건강보험 상담 지원 프로그램(Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP), 1-800-434-0222번으로도 전화할 수 있습니다. HICAP에 관한 자세한 정보는 **제2장**을 참조하십시오.
- Medi-Cal 옴부즈맨 번호는 1-888-452-8609번입니다. 이 프로그램에 대한 자세한 내용은 본 *가입자 안내서* **제2장**을 참조하십시오.
- Medicare 번호는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번입니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오. (또한 Medicare 웹사이트 www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf에서 "Medicare 권리 및 보호조치"를 읽거나 다운로드할 수 있습니다.)

I. 플랜 가입자로서의 책임

플랜 가입자로서 귀하는 아래 나열된 사항을 준수할 책임이 있습니다. 궁금한 점은 가입자 서비스부로 문의하십시오.

- **플랜에서 보험적용하는 내용과 보험적용이 되는 서비스 및 약품을 받기 위해 따라야 할 규칙을 알아보려면 본 *가입자 안내서***를 읽어보십시오. 상세 정보:
  - 보험적용이 되는 서비스는 *가입자 안내서*의 본 **제3장 및 제4장**을 참조하십시오. 이 장에서는 보험적용 사항, 보험 미적용 사항, 따라야 할 규칙 및 지불해야 할 금액을 설명합니다.
  - 보험적용이 되는 약물은 본 *가입자 안내서*의 **제5장 및 제6장**을 참조하십시오.
- **다른 건강 또는 약품 보험이 있는 경우** 알려주십시오. 의료 서비스를 받을 때 모든 보험 옵션을 활용할 수 있도록 해야 합니다. 다른 보험이 있을 경우 가입자 서비스부에 전화해 주십시오.
- **의사와 다른 의료제공자에게** 저희 플랜의 가입자임을 알리십시오. 서비스나 약품을 이용할 때 가입자 ID 카드를 제시하십시오.
- **담당 의사**와 다른 의료제공자가 최선의 진료를 제공하도록 **도와주십시오.**
  - 그들에게 본인 및 본인의 건강에 필요한 정보를 제공하십시오. 본인의 건강 문제를 가능한 한 최대로 알아두십시오. 본인과 의료제공자가 서로 동의하는 치료 계획과 지시를 따르십시오.
  - 귀하가 투약 중인 모든 약품에 대해 귀하의 의사 및 기타 의료제공자가 알고 있는지 확인하십시오. 여기에는 약품, 일반의약품, 비타민, 보조제가 포함됩니다.

- 어떠한 것이라도 질문하십시오. 의사들과 기타 의료제공자들은 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 설명해야 합니다. 귀하가 질문을 했으며 그 답변을 이해하지 못한 경우에는 다시 질문하십시오.
- 응급실을 남용하지 마십시오. 응급 상황의 경우 또는 귀하의 건강 관리 팀의 지시에 따라 응급실을 이용하십시오.

- **치료 관리팀과 협력하여** 치료 플랜에 참여하고 연례 건강 위험 평가를 완료하십시오.
- **배려하십시오.** 저희는 모든 플랜 가입자들이 다른 사람의 권리를 존중하기를 기대합니다. 또한 치료 관리사, 가입자 서비스 담당자 및 담당 의사, 병원 및 기타 의료제공자 사무실 직원을 포함하여 치료에 참여하는 모든 의료 전문가를 존중해야 합니다.
- **가입자 부담금을 지불하십시오.** 플랜 가입자에게는 다음과 같은 금액을 부담할 책임이 있습니다.
  - Medicare 파트 A와 파트 B 보험료. 대부분의 플랜 가입자의 경우, Medi-Cal에서 Medicare 파트 A 보험료와 Medicare 파트 B 보험료를 지불합니다.
  - 플랜에서 보험적용되는 일부 약품의 경우, 약을 받을 때 본인 부담금을 지불해야 합니다. 이는 본인 부담금/코페이먼트입니다. **제6장**에는 약품에 대한 본인 부담금이 명시되어 있습니다.
  - **플랜에서 보험적용되지 않는 서비스나 약품을 받는 경우, 귀하가 모든 비용을 지불해야 합니다.** (**참고:** 서비스 또는 약품 보험 미적용 결정에 동의하지 않으시면 재고 요청을 하실 수 있습니다. 이의 제기 방법은 **제9장**을 참조하십시오.)
- **이사할 경우 저희에게 알려주십시오.** 이사할 계획이시라면 즉시 알려주십시오. 가입자 서비스부에 연락하십시오.
  - **서비스 지역에서 벗어나 이사하면 플랜 가입 상태를 유지할 수 없습니다.** 이 플랜에는 서비스 지역 내에 거주하는 사람만 가입자로 받아들입니다. 서비스 지역에 관한 자세한 정보는 본 *가입자 안내서* **제1장**을 참조하십시오.
  - 가입자가 이사할 곳이 서비스 지역을 벗어나는지 알아보도록 저희가 도와드릴 수 있습니다.
  - 이사하는 경우, Medicare 및 Medi-Cal 에 새 주소를 알려주십시오. Medicare 및 Medi-Cal 전화번호는 본 *가입자 안내서* **제2장**을 참조하십시오.
  - **이사 후에도 서비스 지역 내에 거주하시는 경우에도 저희에게 알려주셔야 합니다.** 저희는 가입자의 기록을 최신 정보로 유지하여 연락하는 방법을 알아야 합니다.
  - **이사하시는 경우, 사회보장국(또는 철도연금위원회)에 알려주십시오.**
- **새로운 전화번호나** 연락 가능한 더 나은 방법**이 있으시면 알려주십시오.**
- **궁금한 점이나 우려 사항이 있으시면 가입자 서비스부에 연락하여 도움을 받으십시오.**

제9장: 문제나 불만 사항이 있는 경우 대처 방법(보험적용 결정, 재고 요청, 불만 제기 등)

서문

이 장에는 가입자의 권리에 대한 정보가 포함되어 있습니다. 본 장을 읽고 다음 경우에 어떻게 해야 하는지 확인하십시오.

- 플랜에 문제가 있거나 불만 사항이 있는 경우
- 플랜이 보장하지 않는다고 밝힌 서비스나 물품 또는 의약품이 필요한 경우
- 플랜 측에서 본인의 사례에 관해 내린 결정에 동의하지 않는 경우
- 보험적용이 되는 서비스가 너무 빨리 끝난다고 생각되는 경우
- 장기 요양 서비스 및 지원에 문제 또는 불만 사항이 있는 경우. 여기에는 커뮤니티 기반 성인 서비스(Community-Based Adult Service, CBAS), 간호 시설(Nursing Facility, NF) 서비스가 포함됩니다.

이 장은 원하는 상황을 쉽게 찾을 수 있도록 여러 섹션으로 나뉘어 있습니다. **문제 또는 우려 사항이 있는 경우, 이 장에서 가입자의 상황에 해당하는 부분을 찾아 읽으십시오.**

가입자는 담당 의사 및 기타 의료 기관이 진료 플랜의 일환으로 치료를 위해 필요한 것으로 판단한 의료, 약품 및 장기 요양 서비스 및 지원을 받아야 합니다. **치료와 관련해 문제가 발생하는 경우, Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램에 1-855-501-3077번으로 전화하여 도움을 청하십시오.** 이 장에서는 여러 가지 문제 및 불만 사항에 대해 가입자가 선택할 수 있는 여러 옵션을 설명합니다. 언제든지 Cal MediConnect 옴부즈맨 프로그램으로 전화하시면 문제를 해결하는 데 도움이 되도록 안내해 드립니다. 가입자의 우려 사항을 해결할 수 있는 그 외 기관 및 해당 기관에 연락할 수 있는 방법은 *가입자 안내서*의 **2장**을 참조하십시오.

목차

A. 문제나 우려가 있는 경우 해야 할 일 195
A1. 법률 용어 관련 내용 195
B. 도움을 받을 수 있는 곳 195
B1. 자세한 정보와 도움받기 195
C. Medicare 및 Medi-Cal 불만 제기 및 플랜에 대한 재고 요청에 대한 이해 197
D. 혜택에 문제가 있는 경우 197
E. 보험적용 결정 및 재고 요청 197
E1. 보험적용 결정 197

E2. 재고 요청 198
E3. 보험적용 결정과 재고 요청에 도움받기 198
E4. 이 장의 어느 섹션이 가입자에게 도움이 될까요? 199
F. 의료 서비스 200
F1. 이 섹션 사용 방법 200
F2. 보험적용 결정 요청하기 201
F3. 1단계 재고 요청 202
F4. 2단계 재고 요청 206
F5. 비용 지급 문제 213
G. Medicare 파트 D 약품 214
G1. Medicare 파트 D 보험적용 결정 및 재고 요청 214
G2. Medicare 파트 D 예외 215
G3. 예외 요청 시 알아두어야 할 중요한 사항들 216
G4. 예외 요청을 포함한 보험적용 결정 방법 217
G5. 1단계 재고 요청 219
G6. 2단계 재고 요청 220
H. 입원 연장에 대한 보장 요청 222
H1. 가입자의 Medicare 권리 알기 222
H2. 1단계 재고 요청 223
H3. 2단계 재고 요청 225
I. 특정 의료 서비스 보장 지속 요청 226
I1. 보험적용 만료 전 사전 고지 226
I2. 1단계 재고 요청 227
I3. 2단계 재고 요청 228
J. 2단계 이상의 재고 요청하기 229
J1. Medicare 서비스 및 물품에 대한 다음 단계 229
J2. 추가적인 Medi-Cal 재고 요청 230
J3. Medicare 파트 D 약품 요청에 대한 3, 4, 5단계 재고 요청 232
K. 불만을 제기하는 방법 234
K1. 불만 제기가 가능한 문제 유형 234
K2. 내부 불만 제기 235
K3. 외부 불만 제기 237

A. 문제나 우려가 있는 경우 해야 할 일

이 장에서는 문제와 우려 사항을 다루는 방법을 설명합니다. 사용하는 절차는 문제 유형에 따라 달라집니다. **보험적용 결정 및 재고 요청**에 한 가지 절차를 사용하고 이의 제기라고도 하는 **불만 제기**에 다른 절차를 사용합니다.

공정성과 신속한 문제 처리를 보장하기 위하여 각 절차에는 플랜과 가입자가 반드시 따라야 하는 일련의 규칙과 절차, 시한이 있습니다.

A1. 법률 용어 관련 내용

본 장의 일부 규정 및 시한의 경우 법률 용어를 포함하고 있습니다. 이들 용어 중 다수는 이해하기 어려울 수 있으므로 가능한 한 특정한 법률 용어 대신 더 간단한 용어를 사용합니다. 또한 되도록 약자를 적게 사용하려고 합니다.

예를 들어 다음과 같이 말합니다.

- "이의 제기" 대신 "불만 제기"
- "기관 결정", "혜택 판정", "위험 판정" 또는 "보장 판정" 대신 "보험적용 결정"
- "속결 판정" 대신 "빠른 보험적용 결정"
- "중립적 심사체(Independent Review Entity, IRE)" 대신 "중립적 심사 기관 (Independent Review Organization, IRO)"

적절한 법률 용어를 아는 것은 보다 명확한 의사 소통에 도움이 될 수도 있으므로 해당 용어도 함께 제공합니다.

B. 도움을 받을 수 있는 곳

B1. 자세한 정보와 도움받기

간혹 문제점을 처리하기 위한 절차를 시작하거나 이행하는 데 혼란스러움을 느낄 수 있습니다. 이는 가입자 건강 상태가 좋지 않거나 활력이 부족한 경우 특히 그렇습니다. 다음 단계로 무엇을 해야 할지 모를 때도 있습니다.

건강보험 상담 지원 프로그램에서 도움 받기

건강보험 상담 지원 프로그램(Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)에도 전화할 수 있습니다. HICAP 상담원은 가입자의 문의에 답하고, 가입자가 문제 해결 방법을 이해하도록 도와드릴 수 있습니다. HICAP는 플랜이나 다른 보험사 또는 다른 건강 플랜과 무관합니다. 카운티마다 훈련된 HICAP 카운셀러가 있으며, 서비스는 무료입니다. HICAP 전화번호는 1-800-434-0222번입니다.

Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램에서 도움받기

Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램에 전화를 걸어 상담원에게 건강보험에 대해 문의할 수 있습니다. 이들은 무료 법률 자문을 제공합니다. 옴부즈맨 프로그램은 플랜이나 어떤 보험사 또는 건강 플랜과도 관계가 없습니다. 전화번호는 1-855-501-3077번이고 웹사이트는 www.healthconsumer.org입니다.

Medicare의 도움 및 정보

자세한 정보와 도움을 원하시면 Medicare로 문의하십시오. Medicare에서 도움을 받기 위한 두 가지 방법은 다음과 같습니다.

- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)으로 전화하십시오. TTY 이용자는 1-877-486-2048번으로 전화하시면 됩니다.
- Medicare 웹사이트(www.medicare.gov)를 방문하십시오.

캘리포니아주 보건국의 도움

캘리포니아주 보건국(California Department of Healthcare Services, DHCS) Medi-Cal 관리 의료 서비스 옴부즈맨에서 도움을 드릴 수 있습니다. 이들은 귀하의 건강 플랜 가입, 변경 또는 탈퇴에 대해 문제가 있는 경우에 도와드릴 수 있습니다. 또한 귀하가 이사했거나 귀하의 Medi-Cal을 귀하의 새로운 카운티로 이전하는 데 문제가 있는 경우에도 도와드릴 수 있습니다. 가입자는 옴부즈맨(Ombudsman)에 월요일부터 금요일, 오전 8시에서 오후 5시 사이에 1-888-452-8609번으로 전화하실 수 있습니다.

캘리포니아주 관리보건국(California Department of Managed Health Care, DMHC)으로부터 도움 받기

캘리포니아주 관리보건국(DMHC)으로 전화하면 무료로 도움을 받으실 수 있습니다. DMHC는 건강 플랜을 감독할 책임이 있습니다. DMHC는 Medi-Cal 서비스 관련 재고 요청이나 청구 문제 해결을 돕습니다. 전화번호는 1-888-466-2219번입니다. 청각 또는 언어 장애가 있는 분은 무료 전화 TDD 번호 1-877-688-9891번을 이용하십시오. DMHC 웹사이트(www.dmhc.ca.gov)를 참조하실 수도 있습니다.

캘리포니아주 관리보건국은 의료 서비스 플랜에 대한 규제를 담당하는 부서입니다. 가입자의 건강 플랜에 이의가 있는 경우, 관리보건국에 연락하기 전에 가입자의 건강 플랜 전화, 1-833-522-3767(TTY: 711)번으로 전화해 가입자의 건강 플랜의 이의제기 절차를 먼저 밟을 필요가 있습니다. 해당 이의제기 절차를 이용한다고 해서 가입자에게 제공되는 다른 어떤 잠재적인 법적 권리나 해결 방안을 이용할 수 없게 되는 것은 아닙니다. 응급 상황과 연관되었거나 귀하의 건강 플랜에서 만족스럽게 해결하지 못했거나 또는 30일이 경과된 후에도 해결되지 않은 이의제기와 관련해 도움이 필요하시면 관리의료부에 전화하여 지원을 요청할 수 있습니다. 독립적 의료 평가(Independent Medical Review, IMR)를 받을 자격이 있을 수도 있습니다. IMR를 받을 자격이 있을 경우 IMR 절차는 제안된 서비스 또는 치료의 의학적 필요성, 실험적 또는 조사적인 성격을 가진 치료에 대한 보장 결정, 응급 또는 긴급 의료 서비스의 지불에 관한 분쟁과 관련하여 건강 플랜에서 내린 의학적 결정에 대한 공정한 심사를 제공할 것입니다. 또한 관리보건국은

무료 전화(**1-888-466-2219**) 및 청각 및 언어 장애인용 TDD 번호(**1-877-688-9891**)를 운영하고 있습니다. 관리보건국의 인터넷 웹사이트 www.dmhc.ca.gov 에는 불만 제기 양식, IMR 신청서 및 설명서가 온라인으로 게시되어 있습니다.

C. Medicare 및 Medi-Cal 불만 제기 및 플랜에 대한 재고 요청에 대한 이해

Medicare 및 Medi-Cal이 있으십니까? 이 장의 정보는 Medicare 및 Medi-Cal 관리 의료 혜택 모두에 적용됩니다. 이를 "통합 절차"라고도 하는데, Medicare와 Medi-Cal 프로세스를 결합하거나 통합하기 때문입니다.

Medicare와 Medi-Cal 프로세스를 결합할 수 없는 경우도 있습니다. 이와 같은 상황에서는 Medicare 혜택에 한 가지 프로세스를 사용하고 Medi-Cal 혜택에 다른 프로세스를 사용합니다. **섹션 F4**에서 이런 상황을 설명합니다.

D. 혜택에 문제가 있는 경우

문제 또는 우려 사항이 있는 경우, 이 장에서 가입자의 상황에 해당하는 부분을 찾아 읽으십시오. 아래 차트는 이 장에서 문제나 불만 제기에 맞는 섹션을 찾는 데 도움이 될 것입니다.

혜택 또는 보험에 관한 문제입니까? 여기에는 의학적으로 필요한 특정 치료(의약품, 서비스 및/또는 파트 B 처방약)의 보장 여부 관련 문제, 보장 방식, 그리고 치료비 비용 관련 문제가 포함됩니다.	
예. 제 문제는 혜택이나 보험에 관한 것입니다. **섹션 E**, "보험적용 결정 및 재고 요청" 항목을 참조하십시오.	**아니요.** 제 문제는 혜택이나 보장 범위에 관한 것이 아닙니다. **섹션 K**, "불만을 제기하는 방법"을 참조하십시오.

E. 보험적용 결정 및 재고 요청

지불을 비롯하여 치료(서비스, 물품 및 파트 B 처방약)를 위한 보험적용 결정 및 재고 요청 절차에서는 보험 및 혜택과 관련된 문제를 다룹니다. 이해를 돕기 위해 의약품, 서비스 및 파트 B 처방약은 전체적으로 치료로 지칭합니다.

E1. 보험적용 결정

보험적용 결정은 가입자의 혜택과 보장 범위에 대하여, 또는 가입자의 의료 서비스나 약품에 대하여 플랜이 부담할 금액에 관해 내리는 결정입니다. 가입자 또는 가입자의 주치의는 플랜에 문의하여 보험적용 결정을 요청할 수 있습니다. 가입자 또는 주치의는 플랜이 특정 의료

서비스를 보장하는지, 필요하다고 생각하는 의료 서비스 제공을 거부하는지 확신하지 못할 수 있습니다. **의료서비스를 받기 전에 플랜이 그에 대해 보험 혜택을 주는지 알고자 하는 가입자는 플랜에 보험적용 결정을 요청할 수 있습니다.**

플랜이 가입자의 보험적용 대상 및 플랜 측 금액 지불 요청을 검토할 때마다 보험적용 여부에 대한 결정이 내려집니다. 경우에 따라 플랜 측에서 서비스 또는 약품이 가입자의 사례에 대해 보장 대상이 아니라거나 Medicare나 Medi-Cal 보험이 더 이상 적용되지 않는다는 결정을 내릴 수 있습니다. 이런 보험적용 결정에 불복하는 가입자는 이의 신청을 할 수 있습니다.

E2. 재고 요청

플랜이 보험적용 결정을 내리는 데, 그 결정이 만족스럽지 않은 가입자는 "재고를 요청"할 수 있습니다. 재고 요청은 플랜이 내린 보험적용 결정의 재고와 변경을 정식으로 요청하는 방법입니다.

처음으로 결정에 대한 재고를 요청할 경우, 이를 1단계 재고 요청이라고 합니다. 이 재고 요청에서는 플랜이 내린 보험적용 결정을 검토하여 모든 규칙을 적절히 따랐는지 확인합니다. 원래의 불리한 결정을 내린 사람들과 다른 심사자들이 재고 요청을 처라합니다.

대부분 경우, 가입자는 반드시 1단계에서부터 재고 요청을 시작해야 합니다. 긴급한 문제이거나 건강에 즉각적이고 중대한 위협이 되는 경우, 또는 심한 통증이 있어서 즉각적인 결정이 필요한 경우, 가입자는 www.dmhc.ca.gov의 관리보건국에 IMR 의료 평가를 요청할 수 있습니다. 자세한 내용은 **섹션 F4를** 참조하십시오.

검토를 마치면 결정 내용을 알려드립니다. 이 장에서 나중에 설명하겠지만 특정 상황에서는 속결 또는 "빠른 보험적용 결정"이나 보험적용 결정의 "빠른 재고 요청"을 요청할 수 있습니다.

가입자의 요청 사항 일부 또는 전체가 **거부**되면, 편지로 그 사실을 알려드립니다. 해당 문제가 Medicare 치료의 보험 혜택에 관한 것이면, 2단계 재고 요청을 위해 가입자의 사례를 중립적 심사 기관(IRO)으로 전달했다는 사실을 편지로 알려드립니다. 해당 문제가 Medicare 파트 D 또는 Medicaid 서비스나 제품의 보험 혜택에 관한 것이면, 귀하가 직접 하는 2단계 재고 요청 방법을 서신으로 알려드립니다. 2단계 재고 요청에 대한 자세한 내용은 **섹션 F4**를 참조하십시오.

2단계 재고 요청에 불복하는 가입자는 계속해서 추가적인 재고 요청 단계를 거칠 수도 있습니다.

E3. 보험적용 결정과 재고 요청에 도움받기

다음 중 어디에나 도움을 요청할 수 있습니다.

- 페이지 맨 아래에 있는 번호로 **가입자 서비스부**에 문의합니다.
- **Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램에 1-855-501-3077번으로 문의합니다.**
- **건강보험 상담 지원 프로그램(HICAP)** 에 1-800-434-0222번으로 전화 문의해도 됩니다.
- **관리보건국(DMHC)의 지원센터**에 연락하시면 무료로 도움을 받을 수 있습니다. DMHC는 Medi-Cal 서비스 관련 재고 요청이나 청구 문제 해결을 돕습니다. 전화번호는 1-888-466-2219번입니다. 청각 또는 언어 장애가 있는 분은 무료 전화 TDD 번호 1-877-688-9891번을 이용하십시오. DMHC 웹사이트(www.dmhc.ca.gov)를 참조하실

수도 있습니다. DMHC는 관리형 Medi-Cal 플랜 가입자들을 도울 수 있지만 Medicare 플랜만 가입했거나 다음에 나열하는 카운티 보건 시스템(County Organized Health Systems, COHS) 가입자들의 경우 도울 수 없습니다. Partnership Health Plan, Gold Coast Health Plan, CenCal Health, Central California Alliance for Health, and CalOptima. 연방 정부가 Medicare를 규제하고 캘리포니아주 보건국(DHCS)이 COHS 플랜을 규제합니다.

- **가입자의 주치의 또는 기타 의료제공자와 상담하십시오**. 보험적용 결정 또는 재고 요청 등은 가입자를 대신하여 가입자의 주치의 또는 기타 의료진이 할 수도 있습니다.
- **지인 또는 가족과 상담하십시오.** "대리인" 역할을 할 사람을 지명하여 보험적용 결정 또는 재고 요청을 하도록 할 수 있습니다.
- **변호사와 상담하십시오.** 가입자에게는 변호사를 선임할 권리가 있지만 **변호사가 없어도** 보험적용 결정이나 재고 요청을 할 수 있습니다.
  - 변호사에게 직접 연락하거나 지역 변호사 협회나 기타 소개 서비스로부터 변호사를 소개받을 수 있습니다. 일부 법률 단체에서 무료 법률 서비스를 제공합니다(자격에 부합하는 경우).
  - Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램(1-855-501-3077)에 법률 지원 담당 변호사를 요청하십시오.

변호사 또는 다른 사람이 대리인 역할을 하기를 원하는 경우 대리인 지명 양식을 작성하십시오. 이 양식을 통해 다른 사람에게 대리 권한을 부여하게 됩니다.

페이지 하단에 있는 전화번호로 가입자 서비스부에 연락하여 "대리인 지명" 양식을 요청하십시오. 이 양식은 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 또는 플랜의 웹사이트(medicare.lacare.org)에서도 구할 수 있습니다. **가입자는 서명을 마친 양식의 사본을 플랜에 주셔야 합니다.**

E4. 이 장의 어느 섹션이 가입자에게 도움이 될까요?

보험적용 결정 및 재고 요청과 관련된 상황에는 4가지가 있습니다. 상황마다 규칙과 시한이 다릅니다. 이 장의 각 섹션에서 각각에 대한 자세한 정보를 설명합니다. 해당하는 섹션을 참조하십시오.

- **섹션 F**, "의료 서비스"
- **섹션 G**, "Medicare 파트 D 약품"
- **섹션 H**, "입원 연장에 대한 보장 요청"
- **섹션 I**, "특정 의료 서비스 보장 지속 요청"(이 섹션은 가정 간호나 전문 간호 시설 진료, 또는 종합 외래 재활 시설(Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 서비스에만 적용됩니다.)

어떤 섹션을 사용할지 알 수 없을 경우, 페이지 맨 아래에 있는 가입자 서비스부로 문의하십시오.

F. 의료 서비스

이 섹션에서는 의료에 보험 혜택을 받으시는 데 문제가 있거나 플랜에 진료비 환급을 원하는 경우 해야 할 일을 설명합니다. 입원 연장 요청에 대한 정보는 **섹션 H**를 참조하십시오.

이 섹션은 *가입자 안내서*의 **제4장에** 나와 있는 의료에 대한 혜택을 설명합니다. 경우에 따라 Medicare 파트 B 처방약에는 다른 규칙이 적용될 수 있습니다. 이 경우, 플랜이 Medicare 파트 B 처방약 규칙과 의료 서비스 및 물품에 대한 규칙의 차이를 설명해 드립니다.

F1. 이 섹션 사용 방법

이 섹션에서는 다음과 같은 상황에 처할 경우에 할 수 있는 일들을 알려드립니다.

1. 필요한 의료 서비스가 보장되지만 받지 못하고 있을 경우.

   할 수 있는 일: 플랜에 보험적용 결정을 요청할 수 있습니다. **섹션 F2를 참조하십시오**.

2. 플랜이 가입자의 주치의 또는 다른 의료 제공자가 제공하고자 하는 의료 서비스를 승인하지 않았지만 승인해야 한다고 생각하는 경우.

   할 수 있는 일: 결정에 재고 요청을 할 수 있습니다. **섹션 F3를 참조하십시오**.

3. 플랜이 보장한다고 생각하는 의료 서비스를 받았지만 플랜이 비용을 지불하지 않는 경우.

   할 수 있는 일: 비용을 지불하지 않기로 한 플랜의 결정에 재고 요청을 할 수 있습니다. **섹션 F5를 참조하십시오**.

4. 혜택이 있다고 생각된 의료서비스나 물품을 받고 비용을 냈고 플랜에 환급을 원하는 경우.

   할 수 있는 일: 플랜에 환급을 요청할 수 있습니다. **섹션 F5를 참조하십시오**.

5. 특정 의료 서비스에 대한 보장을 낮추거나 중단하였고 저희의 결정이 귀하의 건강에 해가 된다고 생각하는 경우.

   할 수 있는 일: 의료 서비스 감소 혹은 중단한 플랜의 결정에 재고 요청을 할 수 있습니다. **섹션 F4를 참조하십시오**.

   - 병원 진료, 가정 간호, 전문 간호 시설 진료 또는 CORF 서비스에 대한 보장이면 특별 규칙이 적용됩니다. 자세한 내용은 **섹션 H** 또는 **섹션 I**를 참조하십시오.
   - 특정 의료 서비스의 보장 감소 또는 중단에 대한 그 외의 다른 상황에서는 이 섹션(**섹션 F**)을 가이드로 사용하십시오.

6. 의료가 지연되고 있거나 의사를 찾을 수 없는 경우.

   할 수 있는 일: 불만을 제기할 수 있습니다. **섹션 K2를 참조하십시오**.

F2. 보험적용 결정 요청하기

> 의료 서비스와 관련된 보험적용 결정인 경우, 이를 "**통합 기관 결정**"이라고 합니다

가입자, 가입자의 주치의 또는 대리인이 다음과 같은 방법으로 보험적용 결정을 요청할 수 있습니다.

- 전화: 1-833-522-3767, TTY: 711.
- 팩스: 1-213-438-5748.
- 주소

  Attn: Member Appeals and Grievances Department
  1200 West 7th Street
  Los Angeles, CA 90017

표준 보험적용 결정

플랜은 결정을 내릴 때, "빠른" 시한을 사용하기로 합의하지 않은 한 "표준" 시한을 사용합니다. 표준 보험적용 결정이란 다음에 대한 답변을 드리는 것입니다.

- **사전 승인이 적용되는 경우** 의료 서비스 또는 물품에 대해, 요청이 접수된 후 **달력일 기준으로 5일** 이내에 답변을 드립니다.
- 요청이 접수된 후 **달력일 기준으로 14일** 이내에 **다른 모든 의료 서비스 또는 물품**에 대한 답변을 드립니다.
- 요청이 접수된 후 **72시간** 이내에 **Medicare 파트 B 처방약**에 대한 답변을 드립니다

빠른 보험적용 결정

> "빠른 보험적용 결정"을 뜻하는 법률 용어는 "**속결 결정**"입니다.

가입자의 의료 서비스에 대한 보험적용 결정을 요청하는데 건강 상태로 인해 빠른 답변이 필요한 경우, "빠른 보험적용 결정"을 요청하십시오. 빠른 보험적용 결정이란 다음에 대한 답변을 드리는 것입니다.

- 요청이 접수된 후 **72시간 이내에 의료 서비스 또는 물품에 대한 답변을 드립니다**.
- 요청이 접수된 후 **24시간 이내에 Medicare 파트 B 처방약에 대한 답변을 드립니다**.

빠른 보험적용 결정을 받으려면 반드시 두 가지 요건이 충족되어야 합니다.

- 가입자가 **받지 못한** 의약품 및/또는 서비스에 대한 보험적용을 요청하는 경우. 이미 받은 물품이나 서비스에 대한 빠른 보험적용 결정은 요청할 수 없습니다.
- 표준 시한을 적용하면 **가입자의 건강이 심하게 손상되거나** 신체 기능이 저하될 우려가 있을 경우.

주치의가 가입자의 건강 상태로 인해 빠른 결정이 필요하다고 알리면 자동으로 빠른 보험적용 결정을 제공합니다. 주치의의 지원 없이 가입자가 빠른 결정을 요청하는 경우, 플랜이 가입자에게 빠른 보험적용 결정이 필요한지 아닌지 결정합니다.

- 가입자의 증세가 빠른 보험적용 결정 요건에 맞지 않는다고 결정하면, 플랜은 가입자에게 이를 설명하는 편지를 보내고 대신 표준 시한을 사용합니다. 편지에서는 다음과 같은 내용을 전달합니다:
  - 주치의가 요청하는 경우, 플랜은 빠른 보험적용 결정을 적용합니다.
  - 가입자가 요청한 빠른 보험적용 결정 대신 표준 보험적용 결정을 내리기로 한 것에 대해 "빠른 불만 제기"를 할 수 있는 방법도 첨부합니다. 빠른 불만 제기를 비롯한 불만 제기에 대한 자세한 정보는 **섹션 K**를 참조하십시오.

플랜이 가입자의 요청 전체 또는 일부를 거부할 경우, 이유를 설명하는 편지를 보냅니다.

- 플랜이 요청을 **거부**하는 경우, 가입자는 재고를 요청할 권리가 있습니다. 재고 요청은 가입자가 생각하기에 플랜의 결정에 실수가 있으니 재검토 후 변경해 달라고 정식으로 요청하는 방법입니다.
- 재고 요청을 하기로 결정한 경우, 재고 요청 절차 1단계를 진행하게 됩니다(**섹션 F3** 참조).

특수한 상황에서 플랜이 보험적용 결정에 대한 요청을 기각할 수 있으며, 이는 플랜이 요청을 심사하지 않는다는 것을 의미합니다. 요청이 기각되는 경우의 예시는 다음과 같습니다.

- 요청이 불완전한 경우
- 누군가 법적 권한이 없는 채로 가입자를 대리하여 요청한 경우
- 가입자가 요청을 취소하기를 요청하는 경우

플랜이 보험적용 결정에 대한 요청을 기각하는 경우, 요청이 기각된 이유와 기각 재검토 요청 방법을 설명하는 통지서를 보내드립니다. 이런 심사를 재고 요청이라고 합니다. 재고 요청은 다음 섹션에서 자세히 설명합니다.

F3. 1단계 재고 요청

재고 요청을 시작하려면 가입자, 주치의 또는 가입자의 승인된 대리인이 플랜에 반드시 연락해야 합니다. 전화 문의는 1-833-522-3767(TTY: 711)번으로 해주시면 됩니다. 이 전화는 연중무휴 24시간 운영됩니다(공휴일 포함).

표준 재고 요청이나 빠른 재고 요청은 서면으로 보내거나 1-833-522-3767(TTY: 711)번으로 전화 신청해 주시면 됩니다. 이 전화는 연중무휴 24시간 운영됩니다(공휴일 포함).

L.A. Care Health Plan
Attn: Appeals and Grievances
1200 W 7th Street
Los Angeles, CA 90017

- 주치의나 다른 처방자가 재고 요청 중에 이미 받고 있는 서비스나 물품을 계속 받기를 요청하는 경우, 이들을 대리인으로 지명해야 할 수도 있습니다.
- 주치의가 아닌 다른 사람이 가입자를 대신하여 재고 요청을 하는 경우, 해당 사람을 대리인으로 승인하는 대리인 지명 양식을 포함하십시오. 이 양식은 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf *또는 플랜의 사이트* medicare.lacare.org에서 구할 수 있습니다.
- 양식 없이 재고 요청을 접수할 수 있지만, 양식이 없으면 심사를 시작하거나 완료할 수 없습니다. 재고 요청 결정을 위한 마감 기한 전까지 양식을 받지 못한 경우:
  - 요청을 기각합니다.
  - 중립적 심사 기관(Independent Review Organization, IRO)에 재고 요청 기각 결정에 대한 심사를 요청할 권리를 설명하는 서면 통지서를 보냅니다.
- 재고 요청은 저희가 결정 사항을 알리기 위해 보낸 편지에 적힌 날짜로부터 달력일 기준 65일 이내에 해야 합니다.
- 타당한 이유가 있어 기한을 지키지 못한 경우에는 재고 요청 기간을 연장해 드릴 수 있습니다. 타당한 이유의 예로는 중병을 앓았거나, 재고 요청 시한을 잘못 알려드린 경우 등이 있습니다. 재고 요청을 할 때, 재고 요청이 늦은 이유를 설명하셔야 합니다.
- 가입자에게는 플랜에 재고 요청과 관련된 정보의 무료 사본을 요청할 권리가 있습니다. 가입자 및 주치의는 재고 요청을 뒷받침하는 추가 정보를 제공할 수 있습니다.

가입자의 건강상 필요한 경우, "빠른 재고 요청"을 요청하십시오.

"빠른 재고 요청"을 뜻하는 법률 용어는 **"속결 재고"**입니다.

- 가입자가 보장에 대해 플랜이 내린 결정에 재고 요청을 하는 경우, 가입자 및/또는 주치의가 빠른 재고 요청을 할 수 있습니다.

주치의가 가입자의 건강 상태로 인해 빠른 재고 요청이 필요하다고 알리는 경우 플랜이 자동으로 빠른 재고 요청을 제공합니다. 주치의의 지원 없이 가입자가 빠른 재고를 요청하는 경우, 플랜이 가입자에게 빠른 재고 요청이 필요한지 아닌지 결정합니다.

- 가입자의 증세가 빠른 재고 요청 결정 요건에 맞지 않는다고 결정하면, 플랜은 가입자에게 이를 설명하는 편지를 보내고 대신 표준 시한을 사용합니다. 편지에서는 다음과 같은 내용을 전달합니다:
    - 주치의가 빠른 재고를 요청하는 경우 플랜이 자동으로 이를 제공합니다.
    - 플랜이 가입자에게 빠른 재고 대신 표준 재고 결정을 제공하기로 결정한 데 대한 " 빠른 불만 제기" 방법을 안내합니다. 빠른 불만 제기를 비롯한 불만 제기에 대한 자세한 정보는 **섹션 K**를 참조하십시오.

가입자가 받고 있는 서비스 또는 물품을 중단하거나 축소하겠다고 플랜 쪽에서 알리는 경우, 가입자는 재고 요청 기간에는 이러한 서비스 또는 물품을 계속 받을 수도 있습니다.

- 가입자가 받는 서비스 또는 물품에 대한 보장을 변경하거나 중단하기로 결정한 경우, 플랜은 조치를 취하기 전에 통지서를 보내드립니다.
- 플랜의 결정에 동의하지 않는 가입자는 1단계 재고 요청을 하실 수 있습니다.
- 가입자가 플랜에서 보낸 서신을 받은 날짜로부터, 또는 조치의 효력 발생일로부터(늦은 쪽 기준) 달력일 기준 10일 이내에 1단계 재고 요청을 하는 경우 해당 서비스 또는 물품을 계속 보장합니다.
    - 이 기한을 준수할 경우, 1단계 재고 요청이 계류되는 동안 변경 없이 서비스 또는 물품을 받게 됩니다.
    - 또한, (재고 요청 대상이 아닌) 그 외에 다른 모든 서비스나 물품도 변경 없이 받게 됩니다.
    - 기한 이전에 재고 요청을 하지 않는 경우, 가입자의 서비스나 물품은 재고 요청 결정을 기다리는 동안 보장되지 않습니다.

플랜이 재고 요청을 숙고한 다음, 답변을 드립니다.

- 재고 요청 심사 시, 플랜은 의료 혜택 요청에 관한 모든 정보를 철저히 검토합니다.
- 요청을 **거부**했을 때 플랜이 모든 규칙을 따랐는지 확인합니다.
- 필요한 경우, 추가적인 정보를 수집합니다. 가입자나 가입자의 주치의에게 연락해서 정보를 얻을 수도 있습니다.

빠른 재고 요청에는 시한이 있습니다.

- 빠른 시한을 사용하는 경우, **재고 요청을 받고 72시간 안에 답변을 드려야 하며, 가입자의 건강상 필요한 경우에는 더 빨리 답변합니다.** 가입자의 건강상 필요한 경우 더 빨리 답변해 드립니다.
    - 72시간 안에 답변을 드리지 않으면 가입자의 요청을 2단계 재고 요청 절차로 넘깁니다. 그런 다음 IRO가 해당 안건을 검토합니다. 이 기관에 대해서는 이 섹션의 뒷부분에서 알려드리며, 재고 요청 절차의 2단계에서는 어떻게 되는지 설명합니다. 문제가 Medicaid

서비스나 물품 보장 여부에 관한 사안인 경우, 시한이 종료되자마자 2단계 - 주정부 공정심의회를 직접 신청할 수 있습니다. 캘리포니아주에서는 State Hearing을 주정부 공정심의회라고 합니다. 주정부 공정심의회를 신청하는 방법은 이 *안내서*의 주정부 공정심의회 섹션을 참조하십시오.

- **가입자의 요청 사항 전체 또는 일부가 승인되면** 플랜은 재고 요청을 받은 시점으로부터 72시간 이내(가입자의 건강상 필요한 경우 더 짧은 시간 안에)에 해당 혜택을 승인 또는 제공해야 합니다.
- **가입자의 요청 사항 전체 또는 일부가 거부되면** 플랜은 이를 2단계 재고 요청을 위해 IRO에 보냅니다.

표준 재고 요청에는 시한이 있습니다.

- 표준 시한을 사용하는 경우, 플랜은 가입자가 받지 않은 서비스 보장에 대한 재고 요청이 접수된 후 **달력일 기준 30일 이내에** 답변을 드려야 합니다.
- 가입자가 받지 않은 Medicare 파트 B 처방약에 대한 요청일 경우, 재고 요청이 접수된 날로부터 **달력일 기준 7일 이내에** 답변을 드리고 건강상 필요한 경우 앞당겨 답변을 드립니다.
    - 기한까지 답변을 드리지 않으면 가입자의 요청을 2단계 재고 요청 절차로 넘깁니다. 그런 다음 IRO가 해당 안건을 검토합니다. 이 기관에 대해서는 이 섹션의 뒷부분에서 알려드리며, 재고 요청 절차의 2단계에서는 어떻게 되는지 설명합니다. 문제가 Medicaid 서비스나 물품 보장 여부에 관한 사안인 경우, 시한이 종료되자마자 2단계 - 주정부 공정심의회를 직접 신청할 수 있습니다. 캘리포니아주에서는 State Hearing을 주정부 공정심의회라고 합니다. 주정부 공정심의회를 신청하는 방법은 이 *안내서*의 주정부 공정심의회 섹션을 참조하십시오.

가입자의 요청 사항 전체 또는 일부가 승인되면, 플랜은 재고 요청이 접수된 날짜로부터 달력일 기준 30일 안에(또는 가입자 건강상 필요한 만큼 이른 시일 이내에), 또는 결정을 변경하기로 한 날짜로부터 72시간 이내에, 또는 가입자의 요청이 Medicare 파트 B 처방약에 대한 요청인 경우, 재고 요청이 접수된 날짜로부터 달력일 기준 7일 이내에 제공하기로 동의한 보장 범위를 승인 또는 제공해야 합니다.

요청 사항 전체 또는 일부를 **거부**한 경우, **가입자에게는 추가로 재고 요청을 할 권리가 있습니다.**

- 가입자의 요청 사항 일부 또는 전체가 **거부**되면, 편지로 그 사실을 알려드립니다.
- 해당 문제가 Medicare 서비스나 물품의 보험 혜택에 관한 것이면, 2단계 재고 요청을 위해 가입자의 사례를 IRO로 전달했다는 사실을 편지로 알려드립니다.
- 해당 문제가 Medi-Cal 서비스나 물품의 보험 혜택에 관한 것이면, 가입자가 직접 2단계 재고 요청을 하는 방법을 편지로 알려드립니다.

F4. 2단계 재고 요청

플랜이 1단계 재고 요청 내용의 일부 또는 전체를 **거부**할 경우 서신을 보냅니다. 이 편지를 통해 Medicare, Medi-Cal 또는 그 두 가지 프로그램이 해당 서비스 또는 물품을 제공하는지 알려드립니다.

- 해당 문제가 **Medicare** 서비스나 물품에 관한 것이면, 1단계 재고 요청이 마무리되는 대로 가입자의 사례가 자동으로 2단계 재고 요청 절차로 넘어갑니다.
- 해당 문제가 **Medi-Cal**에서 일반적으로 보장하는 서비스나 물품에 관한 것이면, 2단계 재고 요청을 할 수 있습니다. 이 편지에서 그 방법을 알려드립니다. 이 장의 후반부에 더욱 자세한 정보가 나와 있습니다.
- 해당 문제가 **Medicare 및 Medi-Cal**에서 보장하는 서비스나 물품에 관한 것이면, IRO에서 자동으로 2단계 재고 요청을 받게 됩니다. 자동 신청되는 2단계 재고 요청 외에, 가입자가 주정부 공정심의회와 독립적 의료 평가(주정부 상대)를 제기할 수도 있습니다. 다만, 이미 주정부 공정심의회에 증빙 자료를 제출한 후에는 독립적 의료 평가는 이용할 수 없습니다.

1단계 재고 요청을 신청했을 당시 혜택을 계속 받을 자격이 되는 경우, 재고 요청 대상인 서비스, 물품 또는 약품에 대한 혜택이 2단계 재고 요청 중에도 지속됩니다. 1단계 재고 요청 중 혜택 지속에 대한 정보는 **섹션 F3**을 참조하십시오.

- 해당 문제가 일반적으로 Medicare에서만 보장되는 서비스에 관한 것이면, IRO에서 2단계 재고 요청을 진행하는 중에 해당 서비스에 대한 혜택이 유지되지 않습니다.
- 해당 문제가 일반적으로 Medi-Cal에서만 보장하는 서비스에 관한 것이면, 결정 통지서를 받은 후 달력일 기준 10일 이내에 2단계 재고 요청을 제출하면 해당 서비스에 대한 혜택이 유지됩니다.

해당 문제가 일반적으로 Medicare에서 보장하는 서비스 또는 물품에 관한 것인 경우

IRO에서 재고 요청을 검토합니다. 이는 Medicare가 고용한 중립적 기관입니다.

> "중립적 심사 기관(IRO)"의 정식 명칭은 "**중립적 심사체(Independent Review Entity)**" 이며, "**IRE**"라고 부르기도 합니다.

- 이 기관은 플랜과 무관하며 정부 기관도 아닙니다. IRO가 될 회사는 Medicare에서 선택하고, 작업 내용을 감독하는 것도 Medicare입니다.
- 플랜이 이 기관으로 가입자의 재고 요청("사례 파일")에 대한 정보를 보냅니다. 가입자는 플랜에 사례 파일의 무료 사본을 요구할 권리가 있습니다.
- 가입자에게는 IRO에 재고 요청을 뒷받침하는 추가 정보를 제공할 수 있는 권리가 있습니다.
- IRO 검토 담당자가 가입자의 재고 요청과 관련된 모든 정보를 신중하게 검토합니다.

1단계에서 빠른 재고 요청을 했다면, 2단계에서도 빠른 재고 요청이 됩니다.

- 1단계에서 빠른 재고 요청을 한 경우, 2단계에서는 자동으로 빠른 재고 요청이 됩니다. IRO는 심사 요청을 받은 후 **72시간 이내에** 2단계 재고 요청에 대한 답변을 제공해야 합니다.

1단계에서 표준 재고 요청을 했다면 2단계에서도 표준 재고 요청이 됩니다.

- 1단계에서 표준 재고 요청을 했다면 2단계에서도 자동으로 표준 재고 요청이 됩니다.
- 해당 요청이 의료 물품이나 서비스에 관한 것이면, IRO는 2단계 재고 요청이 접수된 날로부터 **달력일 기준 30일 이내에** 답변을 제공해야 합니다.
- 해당 요청이 Medicare 파트 B 처방약에 관한 것이면, IRO는 2단계 재고 요청이 접수된 날로부터 **달력일 기준 7일 이내에** 답변을 제공해야 합니다.

IRO에서 서면으로 답변을 제공하며 여기에 이유도 설명되어 있습니다.

- **IRO에서 의료 물품이나 서비스에 관한 요청을 전체 또는 일부 승인한 경우,** 플랜은 즉시 이 결정 사항을 이행해야 합니다.
  - **72시간 이내에** 의료 서비스 보장을 승인하거나
  - **표준 요청**에 대한 IRO의 결정 사항을 받은 이후로 **영업일 기준 5일** 이내에 해당 서비스를 제공하거나
  - **속결 요청**에 대한 IRO의 결정 사항을 받은 날짜로부터 **72시간 이내에** 해당 서비스를 제공합니다.
- **IRO가 Medicare 파트 B 처방약에 대한 요청 전체 또는 일부를 승낙한 경우, 분쟁 대상인 Medicare 파트 B 처방약을 승인하거나 제공해야 합니다.**
  - **표준 요청**에 대한 IRO의 결정 사항을 받은 이후로 72시간 이내
  - **속결 요청**에 대한 IRO의 결정 사항을 받은 날짜로부터 24시간 이내
- **IRO에서 재고 요청의 일부 또는 전체**를 거부하는 경우, 이는 해당 기관이 플랜에서 가입자의 요청(또는 요청의 일부)을 승인하지 않는 것이 옳다고 동의한다는 뜻입니다. 이를 "결정 지지" 또는 "재고 요청 기각"이라고도 합니다.
  - 사례가 요건을 충족하면, 가입자는 이의 신청 계속 여부를 선택합니다.
  - 2단계 이후의 재고 요청 절차에는 3단계가 추가로 있어 총 5단계가 있습니다.
  - 2단계 재고 요청이 기각됐는데 재고 요청 절차를 계속할 요건이 충족된다면 3단계에서 세 번째 재고 요청을 할지 결정해야 합니다. 자세한 방법은 2단계 재고 요청 후에 받은 서면 통지서에 나와 있습니다.
  - 행정법 판사(Administrative Law Judge, ALJ) 또는 변호사가 3단계 재고 요청을 처리합니다. 3, 4, 5단계 재고 요청에 대한 자세한 정보는 **섹션 J**를 참조하십시오.

해당 문제가 일반적으로 Medi-Cal에서 보장하는 서비스 또는 물품에 관련된 경우

Medi-cal 서비스 및 물품에 대한 2단계 재고 요청에는 두 가지 방법, 즉, (1) 불만 제기 독립적 의료 평가 제출하기 또는 (2) 주 정부 공정심의회가 있습니다.

(1) 관리보건국(DHCS)

관리보건국(DMHC)의 지원 센터에 불만 제기를 하거나 독립적 의료 평가(IMR)를 요청할 수 있습니다. 불만을 제기하면 DMHC는 당사의 결정을 검토 후 결정을 내립니다. DMHC는 가입자의 불만 사항에 대해 자체 조사를 실시하거나, 해당 사례가 IMR 대상 자격이 되는지 여부를 결정합니다. IMR은 의료적 특성이 있는 모든 Medi-Cal 보험적용이 되는 서비스나 물품을 대상으로 합니다. IMR은 플랜 소속이 아닌 전문가들 또는 DMHC 소속이 아닌 전문가들이 가입자의 사례를 심사하는 것입니다. IMR에서 가입자에게 유리한 결정을 내리면, 플랜은 가입자가 요청한 서비스 또는 물품을 제공해야 합니다. 가입자는 IMR 비용을 내지 않습니다.

불만을 제기하거나 IMR을 요청할 수 있는 경우는 다음과 같습니다.

- 플랜이 의료적으로 필요하지 않다고 판단, Medi-Cal 서비스 또는 치료를 거절, 변경, 지연하는 경우
- 플랜에서 심각한 의료적 상태에 대한 실험적 또는 연구 논문 목적의 Medi-Cal 치료를 보장하지 않는 경우
- 외과적 서비스 또는 수술이 그 특성상 미용 혹은 재건 여부에 관해 플랜과 논쟁이 있는 경우
- 이미 이용한 응급실 이용 또는 긴급 Medi-Cal 서비스에 대한 비용을 플랜에서 지급하지 않는 경우
- 표준 재고 요청 시 30일 이내에, 건강상의 이유로 빠른 재고 요청 신청 시 72시간 혹은 그보다 더 이른 시간 내에 Medi-cal 서비스에서 대한 1단계 재고 요청이 처리되지 않은 경우

대부분의 경우에는 IMR을 요청하기 이전에 플랜에 재고 요청을 제출해야 합니다. 1단계 재고 요청 절차에 관한 정보는 **섹션 F3**을 참조하십시오. 만약 플랜의 결정에 동의하지 않는다면, DMHC에 불만을 제기하거나 DMHC 지원 센터에 IMR을 요청할 수 있습니다.

참고: 의료제공자가 재고 요청을 제출했으나 플랜이 대리인 지명 양식을 받지 못했다면, 재고 요청이 중증 통증, 사망의 가능성, 사지 또는 주요 신체 기능의 상실 등을 포함하나 이에 국한하지 않는 건강에 직접적이고 중대한 위협을 포함하지 않는 한, 가입자는 보건관리국에 2단계 IMR을 제출하기 이전에 플랜에 재고 요청을 한 번 더 제출해야 합니다.

가입자는 IMR 및 주정부 공정심의회를 요청할 수 있지만 주정부 공정심의회에 이미 증거를 제출했거나 같은 안건으로 주정부 공정심의회를 받은 적이 있다면 IMR은 요청할 수 없습니다.

실험적 또는 논문 연구 목적이라는 이유로 치료가 거부된다면 IMR을 신청하기 이전에 재고 요청 프로세스를 진행하지 않아도 됩니다.

가입자가 가진 문제가 긴급한 상황이거나, 건강에 즉각적이고 중대한 위협을 포함하거나, 중증 통증에 시달린다면 재고 요청 프로세스를 먼저 거치지 않고 DMHC의 검토를 요청할 수 있습니다.

IMR 신청은 재고 요청에 대한 서면 결정을 보낸 후에 **6개월 이내 신청해야 합니다**. DMHC는 정당한 사유, 예를 들어 의학적 상태로 인해 6개월 이내에 IMR을 신청할 수 없었거나 플랜으로부터 IMR 프로세스에 대한 충분한 통지를 받지 못한 경우라면 6개월 이후에 신청서를 접수할 수도 있습니다.

불만 제기 또는 IMR 요청 방법:

- www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx에서 독립적 의료 평가 신청서/불만 제기 양식을 다운로드하여 작성하거나 DMHC 지원 센터에 1-888-466-2219번으로 전화하시면 됩니다. TTY 사용자는 1-877-688-9891로 전화하면 됩니다.
- 양식을 작성했다면 플랜이 거부한 해당 서비스 또는 물품과 관련한 편지 또는 그 외 서류 사본을 첨부해 주십시오. IMR 절차가 빨리 처리될 수도 있습니다. 서류의 원본이 아닌 사본을 보내십시오. 지원 센터는 서류를 반환하지 않습니다.
- 가입자 대신 다른 사람이 IMR을 신청하는 경우, 승인된 보조인 양식(Authorized Assistant Form)을 작성하십시오. 양식은 www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx에서 다운로드하여 작성하거나 해당 부서의 지원 센터에 1-888-466-2219번으로 전화해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-688-9891로 전화하면 됩니다.
- IMR/불만 제기 양식 및 그 외 첨부 서류는 다음 방법으로 제출해 주십시오.
  온라인 제출: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx

  우편 또는 팩스 제출:

  Help Center
  Department of Managed Health Care
  980 Ninth Street, Suite 500
  Sacramento, CA 95814-2725
  팩스: 916-255-5241

DMHC가 7일 이내에 신청서를 검토하여 접수 확인 서신을 보내드립니다. DMHC에서 해당 사례가 IMR 대상 자격이 된다고 판단하는 경우, 필요한 모든 서류가 접수 후 30일 이내에 IMR 결정이 내려집니다.

가입자의 사례가 긴급한 상황이고 IMR 대상 자격이 된다면, 필요한 모든 서류 접수 후 7일 이내에 IMR 결정이 내려집니다.

만약 IMR 결정에 만족하지 않는다면 여전히 주정부 공정심의회를 신청할 수 있습니다.

DMHC에서 가입자를 진료하는 의사에게 필요한 모든 의료 기록을 전달받지 못한다면 IMR에 시간이 더 오래 소요될 수 있습니다. 가입자의 건강 보험 네트워크 외 의사에게 진료를 받고 있다면 해당 의사에게 의료 기록을 받아 플랜으로 보내야 합니다. 가입자의 건강 플랜은 네트워크 내의 의사에게 의료 기록 사본을 보낼 것을 요구합니다.

만약 DMHC에서 가입자의 사례가 IMR에 적합하지 않다고 판단한다면, 일반적인 소비자 불만 제기 프로세스를 통해 사례를 검토할 것입니다. 가입자의 불만 제기는 작성한 신청서 제출일로부터 달력일 기준 30일 이내에 해결되어야 합니다. 불만 제기가 긴급한 것일 경우 더 빨리 해결될 것입니다.

(2) 주정부 공정심의회

Medi-Cal 보험적용이 되는 서비스와 물품의 경우, 언제든 주정부 공정심의회를 요청할 수 있습니다. 주치의나 그 외 의료제공자가 플랜이 승인하지 않을 서비스나 물품을 요청하거나, 가입자가 이미 받은 서비스나 물품의 비용을 플랜에서 계속 부담하지 않고 1단계 재고 요청을 거부한 경우, 가입자는 주정부 공정심의회를 요청할 권리가 있습니다.

대부분의 경우 가입자에게 "재고 요청 결정 서신(Appeal Decision Letter)" 통지서가 우송된 후 **120일 이내에 주정부 공정심의회**를 신청할 수 있습니다.

참고: 플랜으로부터 지금 현재 받고 있는 서비스가 변경되거나 중단된다는 통보를 받은 이유로 재고 요청을 하는 경우, 주정부 공정심의회 중에 해당 서비스를 계속 받기를 원하면 **더 빠른 기한 내**에 재고 요청을 해야 합니다. 자세한 내용은 16페이지에 있는 "2단계 재고 요청을 하는 동안 혜택 제공 여부"를 참조하십시오.

주정부 공정심의회는 두 가지 방법으로 신청할 수 있습니다.

1. 조치 통지서 뒷면의 "주정부 공정심의회 신청서(Request for State Hearing)"를 작성하십시오" 이름, 주소, 전화번호, 귀하에게 불리한 결정을 한 플랜이나 카운티의 이름, 관련 원조 프로그램, 심의를 원하는 자세한 이유 등, 필요한 정보를 모두 기입해야 합니다. 이후 다음 중 한 가지 방법을 통해 요청서를 제출하면 됩니다:

    - 통지서에 나와 있는 주소를 이용해 카운티 복지과에 제출
    - 캘리포니아주 사회복지국(Department of Social Services)에 제출:

        State Hearings Division
        P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433
        Sacramento, California 94244-2430

    - 주정부 공정심의회국에 팩스 번호 916-309-3487번이나 무료 전화 1-833-281-0903번으로 문의하십시오.

2. 캘리포니아주 사회복지국에 1-800-743-8525번으로 전화하셔도 됩니다. TTY 사용자는 1-800-952-8349번으로 전화하십시오. 주정부 공정심의회를 전화로 신청할 경우, 통화 중일 경우가 많습니다.

가입자가 이 결정에 동의하지 않는 경우 다음을 하실 수 있습니다.

* 독립적 의료 평가를 요청하여 해당 건강 플랜과 무관한 외부 검토자가 가입자의 사례를 검토합니다.

* 주정부 공정심의회를 요청하여 판사가 가입자의 사례를 검토합니다.

독립 의료 평가와 주 정부 심의를 모두 동시에 요청할 수 있습니다. 또한 둘 중 하나를 먼저 요청해서 귀하의 문제가 해결되는지 확인할 수 있습니다. 예를 들어, 독립적 의료 평가를 먼저 요청하고 그 결정에 동의하지 않을 경우, 계속해서 주 정부 심의를 요청할 수 있습니다. 그러나 먼저 요청한 주 정부 심의가 이미 진행 중인 경우 독립적 의료 평가를 요청할 수 없습니다. 이 경우, 주 정부 심의에서 최종 결정을 내립니다.

독립적 의료 평가 또는 주 정부 심의 비용은 부담하지 않아도 됩니다.

독립 의료 평가

독립적 의료 평가를 원하는 경우 재고 요청 검토 결과 통지서의 날짜로부터 180일 이내에 신청해야 합니다. 아래 단락에 독립 의료 평가 요청 방법에 대한 정보를 제공합니다.1 "이의 제기"라는 용어는 "불만 제기"와 "재고 요청"을 모두 포괄합니다.

"캘리포니아주 관리보건국은 의료 서비스 보험 규제를 담당하는 부서입니다. 귀하의 건강 플랜에 이의가 있으면 관리보건국에 연락하기에 앞서 귀하의 건강 플랜 **1-888-839-9909**로 전화하여 해당 건강 플랜의 이의 제기 절차를 이용해야 합니다. 해당 이의제기 절차를 이용한다고 해서 귀하에게 제공되는 다른 어떤 잠재적인 법적 권리나 해결 방안을 이용할 수 없게 되는 것은 아닙니다. 응급 상황과 연관되었거나, 귀하의 건강 플랜에서 만족스럽게 해결하지 못하였거나, 또는 30일이 경과된 후에도 미해결 상태로 남아있는 경우의 이의 제기와 관련해 도움이 필요하시면 관리보건국에 전화하여 지원을 요청할 수 있습니다. 또한 귀하는 독립적 의료 평가(Independent Medical Review, IMR)를 받을 자격에 해당할 수도 있습니다. 귀하가 IMR을 받을 자격이 있을 경우 제안된 서비스 또는 치료에 대한 의학적 필요성, 실험 또는 연구 성격의 치료에 대한 보장 여부 결정, 그리고 응급 또는 긴급 의료 서비스에 대한 비용 지불 분쟁과 관련해 건강 플랜에서 내린 진료 결정은 IMR 프로세스를 통해 공정하게 검토될 것입니다. 또한 관리보건국은 무료 전화(**1-888-466-2219**) 및 청각 및 언어 장애인용 TDD 번호(**1-877-688-9891**)를 운영하고 있습니다. 관리보건국의 인터넷 웹사이트 **www.dmhc.ca.gov**에 불만 제기 양식, IMR 신청서 및 설명서가 온라인으로 게시되어 있습니다." 주정부 공정심의회

주정부 공정심의회를 원할 경우 재고 요청 검토 결과 통지서의 날짜로부터 120일 이내에 신청해야 합니다. 그러나 해당 건강 플랜이 계속해서 가입자에게 분쟁 중인 서비스(미결 보조금 지급)를 제공하였고 주정부 공정심의회의 결정이 내려질 때까지 해당 서비스를 원하는 경우, 재고 요청 검토 결과 통지서 날짜로부터 10일 이내에 주정부 공정심의회를 요청해야 합니다. 이런 방식으로 주정부 공정심의회를 요청하는 경우 해당 건강 플랜에서 미결 보조금 지급을 제공해야 하나, 가입자는 주정부 공정심의회의 결정이 내려질 때까지 미결 보조금 지급을 받기 원한다는 점을 해당 건강 플랜에 알려야 합니다. 귀하는 L.A. Care 가입자 서비스에 주 7일, 하루 24시간 운영하는 1-888-839-9909로 전화해야 합니다. 말하거나 듣기에 어려움이 있는 경우 TTY 711번으로 전화하십시오.

주정부 공정심의회는 다음과 같은 방법으로 요청할 수 있습니다.

* 온라인: www.cdss.ca.gov

* 전화번호: 1-800-743-8525번으로 전화하십시오. 이 번호는 통화량이 많을 수 있습니다. 나중에 다시 전화를 걸어달라는 메시지를 들으실 수도 있습니다. 언어 또는 청각 장애가 있는 경우 TTY/TDD 1-800-952-8349번으로 전화하십시오.

* 서면: 주정부 공정심의회 양식을 작성하거나 서신을 작성합니다. 작성 후 다음 주소로 우편이나 팩스를 보내십시오.

우편: California Department of Social Services

State Hearing Division

P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37

Sacramento, CA 94244-2430

팩스: (916) 309-3487 또는 무료 전화 1-833-281-0903

통역 서비스가 필요한 경우, 주정부 공정심의회국에 사용 언어를 알려주십시오. 통역사 이용 비용은 무료입니다. 주정부 심의과에서 통역사를 제공하게 됩니다. 장애인일 경우 심의에 참석할 수 있도록 주정부 심의과에서 무료로 특별 편의를 제공해 드립니다. 해당 장애 여부와 필요한 편의에 관한 내용을 포함하십시오.

주 정부 공정심의를 신청한 후, 귀하의 사례를 결정하고 답변을 보내는데 최대 90일이 소요될 수 있습니다. 해당 기간을 기다리는 동안 귀하의 건강이 악화될 것으로 생각되는 경우 3일 이내에 답변을 들을 수도 있습니다. 해당 의사 또는 건강 플랜에 귀하를 위해 서신을 작성해 줄 것을 요청하십시오. 서신에는 귀하의 사례가 결정되기까지 최대 90일을 기다릴 경우 귀하의 생명, 건강이나 최대한의 신체 기능을 달성, 유지 또는 회복하는 능력에 심각한 피해가 있을 것이라는 점을 구체적으로 설명해야 합니다. 그 후 속결 공정심의를 요청하고 서신에 심의회 요청서를 첨부했는지 확인하십시오.

귀하는 주 정부 공정심의에서 본인이 직접 대변할 수 있습니다. 또는 친척, 친구, 옹호자, 의사 또는 변호사 등의 다른 분이 가입자의 대리인이 될 수 있습니다. 다른 사람이 본인을 대변하기를 원할 경우, 해당인이 가입자를 대변하도록 허락을 받았다는 점을 반드시 주정부 공정심의회국에 알려야 합니다. 해당인을 승인된 대리인이라고 합니다.

법률 지원

귀하께서는 무료 법률 지원을 받으실 수 있습니다. 로스앤젤레스 카운티 소비자 기업 관리부 (Department of Consumer and Business Affairs) 1-800-593-8222로 전화하십시오. 또한 거주 카운티의 지역 법률 지원단(Legal Aid Society) 안내 전화 1-888-804-3536번으로 전화하실 수도 있습니다.

주정부 공정심의회국에서 결정 사항을 서면으로 전달하고 이유를 설명합니다.

- 주정부 공정심의회국에서 의료 물품이나 서비스 요청 전체 또는 일부를 **승인**할 경우**,** 플랜은 결정 사항을 받은 후 **72시간 이내**에 해당 서비스나 물품을 승인하거나 제공해야 합니다.
- 주정부 공정심의회국에서 재고 요청의 일부 또는 전체를 **거부**하는 경우, 이는 해당 기관이 플랜에서 가입자의 요청(또는 요청의 일부)을 승인하지 않는 것이 옳다고 동의한다는 뜻입니다. 이를 "결정 지지" 또는 "재고 요청 기각"이라고도 합니다.

IRO 또는 주정부 공정심의회에서 가입자의 요청을 전체 또는 일부 **거부**하는 경우, 가입자에게는 추가적인 재고 요청 권리가 있습니다.

2단계 재고 요청이 **IRO**로 넘어갔다면, 원하시는 서비스나 물품의 가격이 특정 최소 금액에 부합하는 경우에만 다시 재고를 요청할 수 있습니다. 3단계 재고 요청은 ALJ나 변호사가 처리합니다. **IRO에서 받는 서신에 가입자에게 부여되는 추가적인 재고 요청 권리가 설명되어 있습니다.**

주정부 공정심의회국에서 보내는 서신에 그다음 재고 선택지가 설명되어 있습니다.

2단계 이후 재고 요청 권리에 대한 자세한 정보는 **섹션 J**를 참조하십시오.

F5. 비용 지급 문제

플랜은 네트워크 의료제공자들이 가입자에게 보험적용이 되는 서비스 및 물품에 대한 의료비를 청구하는 것을 허용하지 않습니다. 의료제공자가 보험적용이 되는 서비스나 물품에 대해 청구한 금액을 플랜이 다 지불하지 않은 경우에도 이에 해당됩니다. 가입자는 의료제공자가 청구한 의료비 잔액을 지불할 의무가 없습니다. 가입자가 지불해야 하는 청구 비용은. 에 대한 코페이먼트가 전부입니다.

보험적용이 되는 서비스나 물품에 대해 코페이먼트보다 많은 의료비 청구를 받는 경우, 플랜에 그 청구서를 보내주십시오. 청구된 금액을 직접 지불하면 안 됩니다. 플랜 측에서 해당 의료제공자에게 직접 연락하여 문제를 해결합니다. 만약 청구서를 지불하셨더라도 서비스나 물품 이용 규칙을 준수하셨다면 플랜으로부터 해당 금액을 환급받을 수 있습니다.

자세한 정보는 *가입자 안내서*의 **제7장**을 참조하시기 바랍니다. 의료제공자에게 받은 청구서 금액 환급이나 지불 요청 상황에 대해 안내합니다. 또 지급 요청 서류를 보내는 방법도 설명합니다.

플랜에 환급을 요청하는 것은 곧 보험적용 결정을 요청하는 것입니다. 가입자가 부담한 서비스나 물품이 보험적용이 되는 서비스 또는 물품인지 알아보는 한편, 가입자가 보험 혜택 이용 규칙을 모두 지켰는지 확인합니다.

- 가입자가 부담한 서비스나 물품이 보험 적용 대상이고, 해당 규칙을 모두 지켰다면, 플랜은 통상적으로 환급을 요청을 받은 날로부터 달력일 기준 30일, 늦어도 60일 안에 해당 서비스나 물품 비용을 가입자에게 환급합니다.
- 아직 해당 서비스나 물품 비용을 내지 않았다면, 플랜이 의료제공자에게 직접 비용을 지급합니다. 플랜이 비용을 지급하는 것은 보험적용 결정 요청을 **승인**하는 것과 같은 의미입니다.
- 해당 서비스나 물품이 보험 적용 대상이 아니거나 가입자가 모든 규칙을 지키지 않은 경우에는, 플랜에서 해당 서비스나 물품 비용을 부담하지 않는다는 내용과 그 이유를 설명한 서신을 보내드립니다.

지급 거부 결정에 동의하지 않으시면 **재고 요청을 할 수 있습니다. 섹션 F3**에 설명된 재고 요청 절차를 따르십시오. 안내를 따르실 때 다음에 유의하시기 바랍니다:

- 가입자가 환급에 대한 재고 요청을 하는 경우, 플랜은 재고 요청을 받은 후 달력일 기준 30일 안에 반드시 답변해야 합니다.

플랜이 재고 요청을 **거부**했는데 해당 서비스나 물품이 일반적으로 **Medicare** 보험적용 대상인 경우, 가입자의 사례는 IRO로 전달됩니다. 이와 같은 일이 발생할 경우, 서신을 보내드립니다.

- IRO에서 플랜의 결정을 뒤집어 플랜에서 그 비용을 부담해야 한다면, 플랜은 달력일 기준 30일 내에 해당 금액을 가입자에게 환급하거나 또는 의료제공자에게 지불해야 합니다. 2단계 이후의 재고 요청 단계에서 가입자의 재고 요청이 **승인**되면, 플랜은 가입자가 요청한 금액을 달력일 기준 60일 이내에 가입자 또는 의료제공자에게 지급해야 합니다.
- IRO에서 재고 요청을 **거부**한 경우, 이는 해당 기관에서 플랜이 가입자의 요청을 승인하지 않는다는 데 동의한다는 뜻입니다. 이를 "결정 지지" 또는 "재고 요청 기각"이라고도 합니다. 가입자가 이행할 수 있는 추가적인 재고 요청 권리가 설명된 서신을 받게 됩니다. 추가적인 재고 요청 단계에 관한 자세한 내용은 **섹션 J**를 참조하십시오.

플랜이 재고 요청을 **거부**했는데 해당 서비스나 물품이 일반적으로 Medi-Cal 보험적용 대상이라면, 직접 2단계 재고 요청을 신청할 수 있습니다. 자세한 내용은 **섹션 F4**를 참조하십시오.

G. Medicare 파트 D 약품

가입자가 받는 플랜 혜택에는 다양한 처방약 혜택도 포함되어 있습니다. 대부분은 Medicare 파트 D 약품입니다. Medicare 파트 D에서 부담하지 않지만 Medi-Cal에서 부담할 수 있는 약품도 몇 가지 있습니다. **이 섹션은 Medicare 파트 D 약품 재고 요청에만 적용됩니다.** 이 섹션의 나머지 부분에서는 매번 "Medicare 파트 D 약품"이라고 지칭하지 않고, 대신 "약품"이라고만 합니다.

보험 혜택을 받으려는 약물은 반드시 의학적으로 인정된 적응증에 사용되어야 합니다. 이는 약품 사용을 미국 식품의약국(Food and Drug Administration, FDA)에서 승인하였거나 특정 의학적 참고 자료로 사용이 뒷받침되어야 한다는 뜻입니다. 의학적으로 인정되는 적응증에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내서*의 **제5장**을 참조하십시오.

G1. Medicare 파트 D 보험적용 결정 및 재고 요청

다음은 파트 D 약품에 대하여 가입자가 플랜에 요청할 수 있는 보험적용 결정의 예입니다.

- 가입자가 다음을 포함한 예외를 요청합니다
  - 플랜 약품 목록에 없는 Medicare 파트 D 약품에 대한 혜택
  - 특정 약품에 대한 플랜 혜택의 제한(예: 받을 수 있는 약품 수량 제한) 면제 요청
- 어떤 약품에 대한 보험 혜택이 적용되는지 저희에게 문의합니다(예를 들어, 약품이 플랜의 약품 목록에 있지만, 보험 혜택 적용 전에 저희가 승인을 요구한 경우)

참고: 약국이 처방약을 처방전대로 조제할 수 없다고 하는 경우, 해당 약국에서는 가입자에게 서면 통지서를 제공하여 플랜에 보험적용 결정을 요청하는 방법을 안내합니다.

> Medicare 파트 D 약품에 관한 1차 보험적용 결정을 **"보험적용 결정"**이라고 합니다.

- 이미 구매한 약품 비용을 지급해 달라고 요청합니다. 이것은 지불금에 대한 보험적용 결정을 요청하는 것입니다.

플랜이 내린 보험적용 결정에 동의하지 않는 경우, 재고 요청을 할 수 있습니다. 이 섹션에서는 보험적용 결정 요청 방법과 재고 요청 방법을 모두 설명합니다. 도움을 위해 아래의 표를 사용하십시오.

다음 중 해당되는 경우:			
플랜 약품 목록에 없는 약품이 필요하거나 보험 약품에 적용되는 규정이나 제한을 면제받을 필요가 있는 경우.	약품 목록에 있는 어떤 약품에 대한 보장을 원하며, 그 약품에 적용되는 플랜 규정이나 제한(예: 사전 승인)을 충족한다고 생각하는 x경우.	이미 구매한 약품 비용에 대한 환급을 원하는 경우.	저희가 귀하가 원하는 방식으로 약품에 혜택을 제공하거나 약품 비용을 부담하지 않겠다고 말한 경우.
플랜에 예외를 요청하실 수 있습니다. (이를 보험적용 결정이라고 합니다.)	**저희에게 보험적용 결정을 요청하실 수 있습니다.**	**저희에게 환급을 요청하실 수 있습니다.** (이를 보험적용 결정이라고 합니다.)	**재고 요청을 하실 수 있습니다.** (가입자기 플랜에 다시 고려해 달라고 요청한다는 뜻입니다.)
섹션 G2를 먼저 참조한 다음, **섹션 G3 및 G4**를 참조하십시오.	**섹션 G4**를 참조하십시오.	**섹션 G4**를 참조하십시오.	**섹션 G5**를 참조하십시오.

G2. Medicare 파트 D 예외

플랜이 어떤 약품을 가입자가 원하는 방식으로 보장하지 않는 경우, "예외"를 요청할 수 있습니다. 플랜이 예외 요청을 거부하는 경우, 플랜의 결정에 대해 재고 요청을 하실 수 있습니다.

예외를 요청할 때는 주치의나 다른 처방자가 가입자에게 예외를 인정해야 하는 의학적인 이유를 설명해야 합니다.

> *약품 목록*에 없는 약품에 대한 보장을 요청하거나 약품에 대한 제한을 면제해달라고 요청하는 경우, 이를 **"처방집 예외(formulary exception)"** 요청이라고 부르기도 합니다.

다음은 가입자나 주치의 또는 다른 처방자가 플랜에 요청할 수 있는 예외의 예시입니다.

1. 플랜 *약품 목록*에 없는 약품에 대한 보장

- 플랜에서 예외 적용에 동의하여 약품 목록에 없는 약품에 보험혜택을 허용할 경우, 4등급 약품군에 해당하는 코페이먼트를 내야 합니다.
- 약품에 필요한 코페이먼트 금액은 예외가 적용되지 않습니다.

2. 보험적용이 되는 약품에 대한 제한 면제

- 플랜 약품 목록의 특정 약품에 적용되는 별도 규정 또는 제한이 있습니다(자세한 내용은 **가입자 안내서**의 *제5장*을 참조하십시오).
- 특정 약품에 적용되는 별도 규정과 제한은 다음과 같습니다.
  - 브랜드 약품 대신 복제 약품 사용이 요구됨.
  - 약품을 보험으로 보장하기 전에 플랜의 승인을 먼저 받아야 함. 이를 "사전 승인(PA)"이라고도 합니다.
  - 요청한 약품을 보험으로 보장하기 전 다른 약품을 먼저 써볼 것을 요구함. 이를 "단계적 치료"라고도 합니다.
  - 수량 제한. 일부 약품의 경우, 가입자가 받을 수 있는 약품의 수량에 제한이 있습니다.

G3. 예외 요청 시 알아두어야 할 중요한 사항들

주치의나 그 외 처방자는 플랜에 의학적인 이유를 반드시 알려주어야 합니다.

주치의나 그 외 처방자는 예외를 요청하는 의학적인 이유를 설명하는 소견서를 플랜에 제공해야 합니다. 더욱 신속한 결정을 위하여, 예외 요청 시 주치의 또는 그 외 처방자가 작성한 의학적 정보를 첨부하여 주십시오

저희 *약품 목록*에는 보통 특정 증세 치료를 위한 약품이 두 가지 이상 포함되어 있습니다. 이를 "대체" 약품이라고 합니다. 어떤 대체 약품이 가입자가 요청하는 약품만큼 효과적이고, 부작용이나 다른 건강상의 문제를 일으키지 않는 경우, 플랜은 일반적으로 가입자의 예외 요청을 승인하지 **않습니다.** 가입자가 약품 등급 예외를 요청하는 경우, 더 낮은 비용 부담 약품군의 모든 대체 약품이 가입자에게 효과가 없거나 이상반응 또는 기타 위해를 야기할 수 있는 경우가 아니라면 일반적으로 예외 요청을 승인하지 **않습니다.**

플랜은 요청을 승인하거나 거부할 수 있습니다.

- 저희가 예외 요청을 **승인**하면 보통 그해 연말까지 계속 예외가 인정됩니다. 이는 주치의가 해당 약품을 계속 처방하고 그 약품이 가입자의 증세 치료에 계속 안전하고 효과적인 경우에 그렇습니다.
- 플랜이 예외 요청을 **거부**할 경우, 가입자는 재고 요청을 할 수 있습니다. 플랜이 **거부**할 시 재고 요청에 관한 내용은 **섹션 G5**를 참조하십시오.

다음 섹션의 내용은 예외 요청을 포함한 보험적용 결정 요청 방법입니다.

G4. 예외 요청을 포함한 보험적용 결정 방법

- 연중무휴 24시간 운영되는 1-833-522-3767(TTY: 711)번으로 전화를 걸거나, 우편 또는 팩스를 통해 가입자가 원하는 보험적용 결정을 요청합니다. 가입자나 가입자의 대리인 또는 주치의(혹은 다른 처방자)가 요청할 수 있습니다. 가입자 이름, 연락처 정보, 청구 정보를 포함해야 합니다.
- 가입자나 주치의(혹은 다른 처방자) 또는 가입자를 대리하는 다른 사람이 보험적용 결정을 요청할 수 있습니다. 또한 변호사가 대리인이 될 수 있습니다.
- 누군가를 대리인으로 지정하는 방법에 대한 자세한 내용은 **섹션 E3**을 참조하십시오.
- 가입자 대신 주치의나 다른 처방자가 보험적용 결정을 요청하면 가입자의 서면 허가서가 없어도 됩니다.
- 약품 비용의 환급을 원하는 경우에는 *가입자 안내서* **제7장을** 참조하십시오.
- 예외를 요청하는 경우, "증빙 소견서"를 제출해 주십시오. 증빙 소견서에는 주치의 또는 다른 처방자가 예외를 요청하는 의학적 이유가 포함됩니다.
- 주치의 또는 그 외 처방자는 소견서를 팩스나 우편으로 보내도 됩니다. 또한, 전화로 연락한 후 팩스나 우편을 통해 소견서를 보낼 수도 있습니다.

건강상 필요하면 플랜에 "빠른 보험적용 결정"을 요청하십시오.

플랜에서 "빠른 시한"을 사용하는 것에 동의하지 않는 한 "표준 시한"을 사용합니다.

- **표준 보험적용 결정**이란 플랜이 의사의 소견서를 받은 후 72시간 안에 답변한다는 뜻입니다.
- **빠른 보험적용 결정**이란 주치의의 소견서를 받은 후 24시간 안에 답변한다는 뜻입니다.

> "빠른 보험적용 결정"은 **"속결 보험적용 결정"이라고 합니다.**

다음과 같은 경우에 빠른 보험적용 결정을 받을 수 있습니다:

- 자신이 받지 않은 약품인 경우. 이미 구매한 의약품의 비용 환급을 요구할 때는 빠른 보험적용 결정을 받을 수 없습니다.
- 표준 시한을 사용하는 경우 건강 또는 신체 기능에 심각한 피해를 끼칠 경우.

주치의 또는 다른 처방자가 건강상의 이유로 빠른 보험적용 결정이 필요하다고 알리는 경우, 플랜은 이에 동의하고 빠른 결정을 내립니다. 그 사실을 서신으로 알립니다.

- 주치의나 다른 처방자의 도움 없이 빠른 보험적용 결정을 요청하는 경우에는 가입자에게 빠른 보험적용 결정이 필요한지 여부를 플랜이 결정합니다.

- 플랜에서 가입자의 증세가 빠른 보험적용 결정 요건에 맞지 않는다고 판단할 경우 대신 표준 시한을 사용합니다.
    - 표준 시한을 시용한다는 것을 알리는 서신을 보내드립니다. 또한 이 서신은 플랜의 결정에 대한 재고를 요청하는 방법을 설명합니다.
    - "빠른 불만 제기"를 하면 24시간 안에 그에 대한 답변을 받을 수 있습니다. 빠른 불만 제기를 비롯한 불만 제기에 대한 자세한 정보는 **섹션 K**를 참조하십시오.

빠른 보험적용 결정 시한

- 빠른 시한을 사용하면 재고 요청을 받은 후 24시간 내에 답변을 해야 합니다. 예외 요청의 경우, 요청을 뒷받침하는 주치의의 소견서를 접수한 후 24시간 안에 결과를 알려드립니다. 가입자의 건강상 필요한 경우 더 빨리 답변해 드립니다.
- 이 시한을 지키지 못하는 경우, 요청을 2단계 재고 요청 절차로 보내 IRO의 검토를 요청합니다. 2단계 재고 요청에 대한 자세한 내용은 **섹션 G6**을 참조하십시오.
- 가입자의 요청 전체 또는 일부를 **승인**할 경우, 요청 또는 주치의 증빙 소견서가 접수되고 나서 24시간 이내에 보험을 적용합니다.
- 플랜이 가입자의 요청 전체 또는 일부를 **거부**할 경우, 이유를 설명하는 서신을 보냅니다. 또한 이 서신은 재고 요청 방법을 설명합니다.

아직 받지 않은 약품에 대한 표준 보험적용 결정 시한

- 표준 시한을 사용하면 재고 요청을 받은 후 72시간 내에 답변을 해야 합니다. 예외 요청의 경우, 요청을 뒷받침하는 주치의의 소견서를 접수한 후 72시간 안에 결과를 알려드립니다. 가입자의 건강상 필요한 경우 더 빨리 답변해 드립니다.
- 이 시한을 지키지 못하는 경우, 요청을 2단계 재고 요청 절차로 보내 IRO의 검토를 요청합니다.
- 가입자의 요청 전체 또는 일부를 **승인**할 경우, 예외에 대한 요청 또는 주치의 증빙 소견서가 접수되고 나서 72시간 이내에 보험을 적용합니다.
- 플랜이 가입자의 요청 전체 또는 일부를 **거부**할 경우, 이유를 설명하는 서신을 보냅니다. 또한 이 서신은 재고 요청 방법을 설명합니다.

이미 구매하신 약품의 비용 지급에 대한 표준 보험적용 결정 시한

- 플랜은 요청을 받은 후 반드시 달력일 기준 14일 안에 답하여야 합니다.
- 이 시한을 지키지 못하는 경우, 요청을 2단계 재고 요청 절차로 보내 IRO의 검토를 요청합니다.
- 요청 전체 또는 일부를 **승인**할 경우, 달력일 기준 14일 이내에 환급해 드립니다.
- 플랜이 가입자의 요청 전체 또는 일부를 **거부**할 경우, 이유를 설명하는 서신을 보냅니다. 또한 이 서신은 재고 요청 방법을 설명합니다.

G5. 1단계 재고 요청

> Medicare 파트 D 약품 보험적용 결정에 대하여 플랜에 제기하는 재고 요청을 **"재결정"**이라고 합니다.

- **표준** 또는 **빠른 재고 요청**을 시작하려면 연중무휴 24시간 운영하는(공휴일 포함) 1-833-522-3767(TTY: 711)번으로 전화하거나 우편 또는 팩스로 신청하시면 됩니다. 가입자나 가입자의 대리인 또는 주치의(혹은 다른 처방자)가 요청할 수 있습니다. 가입자 이름, 연락처 정보, 재고 요청과 관련한 정보를 포함해야 합니다.
- 재고 요청은 저희가 결정 사항을 알리기 위해 보낸 편지에 적힌 날짜로부터 **달력일 기준 65일** 이내에 해야 합니다.
- 타당한 이유가 있어 기한을 지키지 못한 경우에는 재고 요청 기간을 연장해 드릴 수 있습니다. 타당한 이유의 예로는 중병을 앓았거나, 재고 요청 시한을 잘못 알려드린 경우 등이 있습니다. 재고 요청을 할 때, 재고 요청이 늦은 이유를 설명하셔야 합니다.
- 가입자에게는 플랜에 재고 요청과 관련된 정보의 무료 사본을 요청할 권리가 있습니다. 가입자 및 주치의는 재고 요청을 뒷받침하는 추가 정보를 제공할 수 있습니다.

가입자의 건강상 필요한 경우, "빠른 재고 요청"을 요청하십시오.

> 빠른 재고 요청은 **"속결 재결정"**이라고도 합니다.

- 가입자가 아직 받지 않은 약물에 대하여 플랜이 내린 결정에 재고 요청을 하는 경우, 가입자와 주치의 또는 그 외 처방자는 "빠른 이의 신청"이 필요한지 결정해야 합니다.
- 빠른 재고 요청의 요건은 빠른 보험적용 결정의 요건과 동일합니다. 자세한 내용은 **섹션 G4**를 참조하십시오.

플랜이 재고 요청을 숙고한 다음, 답변을 드립니다.

- 플랜은 보험 결정 요청에 관한 모든 정보를 다시 한 번 주의깊게 검토합니다.
- 요청을 **거부**했을 때 플랜이 모든 규칙을 따랐는지 확인합니다.
- 가입자나 주치의 또는 다른 처방자에게 연락해서 정보를 더 얻을 수도 있습니다.

1단계 빠른 재고 요청 시한

- 빠른 시한을 사용하면 재고 요청을 접수한 후 **72시간 내**에 답변을 해야 합니다.
  - 가입자의 건강상 필요한 경우 더 빨리 답변해 드립니다.
  - 72시간 안에 답변을 드리지 않으면 가입자의 요청을 2단계 재고 요청 절차로 넘깁니다. 그러면 IRO가 해당 안건을 검토합니다. 심사 기관과 2단계 재고 요청 절차에 관한 자세한 정보는 **섹션 G6**을 참조하십시오.

- 가입자의 요청 사항 전체 또는 일부가 **승인**되면 플랜은 재고 요청을 접수한 후로 72시간 이내에 제공에 동의한 혜택을 제공해야 합니다.
- 플랜이 가입자의 요청 전체 또는 일부를 **거부**할 경우, 이유와 재고 요청 방법을 설명하는 서신을 보냅니다.

1단계 표준 재고 요청 시한

- 표준 시한을 사용하는 경우, 플랜은 가입자가 받지 않은 약품에 대한 재고 요청이 접수된 후 **달력일 기준 7일 이내에** 답변해야 합니다.
- 가입자가 약품을 받지 않았는데 건강상 필요한 경우 결정 내용을 더 빨리 알려드립니다. 가입자의 건강상 필요한 경우, "빠른 재고 요청"을 요청하십시오.
    - 플랜이 7일 안에 결정을 내리지 못하면 요청을 2단계 재고 요청 절차로 넘깁니다. 그러면 IRO가 해당 안건을 검토합니다. 심사 기관과 2단계 재고 요청 절차에 관한 자세한 정보는 **섹션 G6**을 참조하십시오.

요청의 전체 또는 일부가 **승인**된 경우:

- 플랜은 가입자의 건강상 필요에 따라 신속하게, 그리고 재고 요청을 접수한 후 **늦어도 달력일 기준 7일** 이내에 제공하기로 동의한 **해당 혜택을 제공해야 합니다**.
- 재고 요청을 접수한 후 **달력일 기준 30일 이내**에 가입자의 구매 약품에 대해 **환급**해야 합니다.

요청의 전체 또는 일부가 **거부**된 경우:

- 이유와 재고 요청 방법을 설명하는 서신을 보냅니다.
- 재고 요청이 접수된 후 달력일 기준 14일 **이내에** 가입자가 구매한 약품의 환급에 대한 답변을 드려야 합니다.
    - 플랜이 달력일 기준 14일 안에 결정을 내리지 못하면 요청을 2단계 재고 요청 절차로 넘겨야 합니다. 그러면 IRO가 해당 안건을 검토합니다. 심사 기관과 2단계 재고 요청 절차에 관한 자세한 정보는 **섹션 G6**을 참조하십시오.
- 귀하 요청의 전체 또는 일부를 **승인**할 경우, 귀하의 요청을 받은 후 달력일 기준으로 30일 이내에 환급해 드려야 합니다.
- 플랜이 가입자의 요청 전체 또는 일부를 **거부**할 경우, 이유와 재고 요청 방법을 설명하는 서신을 보냅니다.

G6. 2단계 재고 요청

플랜에서 1단계 재고 요청을 **거부**할 경우, 가입자는 그 결정을 받아들일지 아니면 다른 재고 요청을 할 것인지 선택할 수 있습니다. 다시 재고 요청을 하기로 결정한 경우, 2단계 재고 요청 절차를 이용하십시오. 플랜이 첫 번째 재고 요청을 **거부**하면 **IRO**에서 그 결정을 검토합니다. 이 기관이 저희가 결정을 변경해야 하는지 여부를 결정합니다.

"중립적 심사 기관(IRO)"의 정식 명칭은 **"중립적 심사체(Independent Review Entity)"** 이며, **"IRE"**라고 부르기도 합니다.

2단계 재고 요청을 하려면 귀하의 대리인이나 주치의, 또는 그 외 처방자가 **서면**으로 IRO에 연락하여 사례에 대한 심사를 요청해야 합니다.

- 플랜이 1단계 재고 요청을 **거부**한 경우, 플랜이 보내는 편지에 IRO에 **2단계 재고 요청을 하는 방법에 대한 안내**를 포함합니다. 이 안내에는 2단계 재고 요청 신청자의 자격, 반드시 지켜야 할 시한, 심사 기관 연락 방법 등이 설명되어 있습니다.
- 가입자가 IRO에 재고를 요청하면 플랜은 재고 요청 관련 정보를 이 기관으로 보냅니다. 이 정보를 "사례 파일"이라고 합니다. **가입자는 플랜에 사례 파일의 무료 사본을 요구할 권리가 있습니다.** 사례 파일의 무료 사본을 요청하는데 도움이 필요한 경우, insert appropriate phone number로 전화하십시오.
- 가입자에게는 IRO에 재고 요청을 뒷받침하는 추가 정보를 제공할 수 있는 권리가 있습니다.

IRO에서 Medicare 파트 D 2단계 재고 요청을 검토하여 가입자에게 서면으로 결과를 알려줍니다. IRO에 관한 자세한 내용은 **섹션 F4**를 참조하십시오.

2단계 빠른 재고 요청 시한

가입자의 건강상 필요한 경우, 빠른 재고 요청을 요청하십시오.

- IRO에서 빠른 재고 요청에 동의하면 재고 요청이 접수된 후 **72시간 이내**에 답변을 제공해야 합니다.
- IRO에서 가입자의 요청 전체 또는 일부를 **승인**하는 경우, 플랜은 IRO의 결정 사항을 받은 후 **24시간 이내**에 승인된 약품 혜택을 제공해야 합니다.

2단계 표준 재고 요청 시한

가입자가 2단계 표준 재고 요청을 신청하면 IRO는 다음의 시한 내에 답변해야 합니다:

- **가입자가 받지 않은 약품에 대한 재고 요청을 받은 후** 달력일 기준 7일 이내**.**
- **가입자가 구매한 약품에 대하여 환급 재고 요청을 접수하고** 달력일 기준 14일 이내**.**

IRO에서 가입자의 요청의 전체 또는 일부를 **승인**한 경우:

- 플랜은 IRO의 결정 사항을 받은 후 **72시간 이내**에 승인된 약품 혜택을 제공해야 합니다.
- 플랜은 IRO의 결정 사항을 받은 후 달력일 기준 30일 이내에 가입자의 구매 약품에 대해 환급해야 합니다.
    - IRO에서 재고 요청을 **거부**하는 것은 요청을 승인하지 않은 플랜의 결정에 동의한다는 뜻입니다. 이를 "결정 지지" 또는 "재고 요청 기각"이라고도 합니다.

IRO가 2단계 재고 요청을 **거부**하는 경우, 가입자가 요청하는 약품 혜택의 금액이 최소 금액에 부합하는 경우 가입자에게는 3단계 재고 요청을 할 권리가 있습니다. 가입자가 요청하는 약품 혜택의 금액이 필수적인 최소 금액보다 낮을 경우, 가입자는 다시 재고 요청을 할 수 없습니다. 이 경우, 2단계 재고 요청 결정이 최종입니다. IRO에서 서신을 발송하여 3단계 재고 요청으로 계속 진행하는 데 필요한 최소 금액을 안내해 드립니다.

요청의 금액이 요건을 충족하면 가입자는 재고 요청을 계속 진행할지 선택합니다.

- 2단계 이후의 재고 요청 절차는 세 단계가 더 있습니다.
- IRO에서 2단계 재고 요청을 **거부**했고 가입자가 재고 요청 절차를 계속할 요구 사항에 부합하는 경우:
    - 3단계 재고 요청을 하고 싶은지 결정합니다.
    - 2단계 재고 요청 이후 IRO에서 발송하는 서신에 3단계 재고 요청 방법에 대한 자세한 정보가 안내되어 있습니다.

3단계 재고 요청은 ALJ나 변호사가 다룹니다. 3, 4, 5단계 재고 요청에 대한 정보는 **섹션 J**를 참조하십시오.

H. 입원 연장에 대한 보장 요청

가입자는 병원에 입원하는 경우, 질병이나 부상을 진단하고 치료하는 데 필요하고 플랜이 비용을 부담하는 모든 병원 서비스를 받을 권리가 있습니다. 플랜의 입원 보장 혜택에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내서*의 **제4장**을 참조하십시오.

보험이 적용되는 입원 기간 동안, 주치의와 병원 의료진은 가입자와 협력하여 퇴원할 날을 준비합니다. 또 퇴원 후에 필요할 수 있는 진료의 연결을 도와줍니다.

- 병원에서 퇴원하는 날을 "퇴원일"이라고 합니다.
- 주치의나 병원 의료진이 퇴원일을 알려줍니다.

병원에서 너무 빠르게 퇴원을 요청하는 것 같거나 병원을 떠난 후 치료에 대한 걱정이 있을 경우 입원 연장을 요청할 수 있습니다. 본 섹션에서는 입원 연장을 요청하는 방법을 알려드립니다.

이 **섹션 H**에서 거론하는 재고 요청과는 별개로, 병원 입원을 지속하기 위해 불만을 제기하고 DMHC에 독립적 의료 평가를 요청할 수도 있습니다. 불만 제기 방법과 DMHC에 독립적 의료 평가를 요청하는 방법은 **섹션 F4**를 참조하십시오. 3단계 재고 요청에 추가하거나, 이를 대신하여 독립적 의료 평가를 요청할 수 있습니다.

H1. 가입자의 Medicare 권리 알기

병원에 입원하고 이틀 안으로 병원 관계자(예: 간호사, 사례 담당자 등)가 "Medicare에서 전하는 가입자 권리에 대한 중요 메시지"라는 서면 통지서를 전달합니다. Medicare 수혜자는 누구나 병원에 입원할 때마다 이런 통지서를 받습니다.

통지서를 받지 못하면 병원 직원에게 요청하십시오. 도움이 필요할 경우 페이지 맨 아래에 있는 번호로 가입자 서비스부에 문의합니다. 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로도 연락하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.

- **통지서**를 주의 깊게 읽으시고 이해가 안 되면 질문하십시오. 통지서에 가입자로서의 권리를 포함하여, 병원 환자로서 귀하의 권리가 설명되어 있습니다:
  - 병원 입원 중 또는 퇴원 후에 Medicare 보장 혜택 서비스를 받을 수 있는 권리. 귀하는 무슨 서비스를 받고, 비용은 누가 부담하며, 어디서 서비스를 받을 수 있는지 등을 알 권리가 있습니다.
  - 병원 입원 기간에 관한 모든 결정에 참여할 권리
  - 병원 진료의 품질에 관한 문제점을 어디에 알려야 하는지 알 수 있는 권리
  - 병원에서 너무 빨리 퇴원시킨다고 생각하는 경우 이에 대해 재고 요청할 권리
- **통지서를 받으면** 이를 잘 받았고 본인의 권리를 이해한다는 뜻으로 **서명해야 합니다.**
  - 가입자 본인 또는 가입자의 대리인이 통지서에 서명할 수 있습니다.
  - 통지서에 서명하는 것은 **오직** 가입자가 자신의 권리에 대한 정보를 받았다는 것을 나타낼 뿐입니다. 서명한다고 해서 그것이 곧 주치의나 병원 의료진이 알려준 퇴원일에 동의한다는 의미는 **아닙니다.**
- 필요할 때 확인할 수 있도록 서명한 통지서 **사본을 보관해 두십시오.**

병원을 떠나기 2일 이상 전에 통지서에 서명하는 경우, 퇴원 전에 한 번 더 통지서 사본을 받게 됩니다.

다음과 같은 방법으로 통지서 사본을 미리 확인할 수 있습니다.

- 페이지 맨 아래에 있는 번호로 가입자 서비스부에 문의합니다.
- Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 문의합니다 TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.
- www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im를 방문합니다.

H2. 1단계 재고 요청

입원 환자 병원 서비스 혜택 기간을 연장하고 싶은 경우에는 재고 요청을 해야 합니다. 품질 향상 단체(Quality Improvement Organization, QIO)가 1단계 재고 요청을 심사해서 예정된 퇴원일이 가입자에게 의학적으로 적절한지 살펴봅니다.

QIO는 의사 및 기타 의료 전문가들로 구성된 단체로 연방 정부에서 보수를 받습니다. 전문가들은 Medicare 가입자의 입원 품질을 확인하고 개선하는 데 도움을 줍니다. 이들은 저희 플랜 소속이 아닙니다.

캘리포니아주 QIO는 Commence Health 입니다. 문의 전화는 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668)번입니다. 연락처 정보는 "Medicare에서 전하는 가입자 권리에 대한 중요 메시지" 통지서와 **제2장**에도 나와 있습니다.

가입자가 퇴원하기 전, 늦어도 예정된 퇴원일까지 QIO에 연락해야 합니다.

- **퇴원 전에 연락하면**, 예정된 퇴원일 이후에도 재고 요청에 대한 QIO의 결정을 기다리는 동안 병원 체류가 허용됩니다(비용 부담 없음).
- **재고 요청을 신청하지 않고** 예정된 퇴원일 이후에도 계속병원에 머무르는 경우, 예정된 퇴원일 이후에 받는 병원 진료에 대한 비용을 모두 자비로 부담해야 할 수 있습니다.
- 병원 입원은 Medicare와 Medi-Cal 둘 다 보장합니다. 따라서 품질 향상 단체가 가입자의 병원 입원일 연장 요청을 들어주지 않을 경우, 가입자의 상황이 긴급하다고 생각할 경우, 가입자의 건강에 즉각적이고 심각한 위협이 되는 경우, 가입자가 극심한 통증이 있는 경우, 가입자는 캘리포니아주 관리보건국(DMHC)의 지원 센터에 독립적 의료 평가를 요청할 수 있습니다. 불만 제기 방법과 DMHC에 독립적 의료 평가를 요청하는 방법은 **섹션 F4**를 참조하십시오.

필요하다면 도움을 청하십시오. 궁금한 점이 있거나 도움이 필요한 경우:

- 페이지 맨 아래에 있는 번호로 가입자 서비스부에 문의합니다.
- 건강보험 상담 지원 프로그램(HICAP), 1-800-434-0222번으로도 전화할 수 있습니다.

빠른 심사를 요청하십시오.빨리 대처하여 QIO에 병원 퇴원에 대한 빠른 심사를 요청하십시오.

> **"빠른 심사"**를 뜻하는 법률 용어는 **"즉시 심사(immediate review)"** 또는 **"속결 검토 (immediate review)"입니다.**

빠른 심사 진행 방식

- QIO 심사자들은 가입자나 가입자의 대리인에게 예정된 퇴원일 이후에도 보험 보장이 계속되어야 한다고 생각하는 이유를 묻습니다. 진술서 작성이 필수는 아니지만 작성해도 됩니다.
- 심사자들은 가입자의 의료 정보를 보고, 주치의와 상의하고, 해당 병원과 저희 플랜에서 제공한 정보를 심사합니다.
- 다음 날 정오까지 심사자들이 가입자의 재고 요청에 관해 플랜에 알리고, 그러면 가입자에게 예정된 퇴원일이 기재된 서신이 발송됩니다. 이 서신에 가입자의 주치의, 병원, 플랜이 왜 이날이 적절한 퇴원일이라고 생각하는지, 왜 이 결정이 가입자를 위해 의학적으로 적절한지 이유도 기재합니다.

이 서면 설명서를 뜻하는 법률 용어는 **"퇴원 상세 통지서(Detailed Notice of Discharge)"**입니다.페이지 맨 아래에 있는 번호 또는 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)번으로 가입자 서비스부에 전화를 걸어 견본을 받을 수 있습니다. (TTY 사용자인 경우 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.) 이 견본 통지서는 www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im에서 온라인 버전으로도 확인할 수 있습니다.

필요한 정보를 모두 확보하고 나면 만 하루 내에 QIO에서 가입자에게 재고 요청에 대한 답변을 드립니다.

QIO가 가입자의 재고 요청을 **승인**하는 경우:

- 플랜은 서비스가 의학적으로 필요한 경우에 한해 가입자에게 보장된 입원 환자 병원 서비스를 제공합니다.

QIO가 가입자의 재고 요청을 **거부**하는 경우:

- 해당 기관이 가입자의 예정된 퇴원일이 의학적으로 적절하다고 판단한 것입니다.
- QIO가 재고 요청에 대한 답변을 드린 날의 다음 날 정오에 입원 환자 병원 서비스 보장이 종료됩니다.
- QIO가 재고 요청에 대한 답변을 드린 날의 다음 날 정오가 지난 뒤부터 가입자가 받는 병원 치료 비용을 가입자 본인이 전액 부담해야 할 수 있습니다.
- QIO가 1단계 재고 요청을 거부하고**도** 가입자가 예정된 퇴원일 이후 병원에 계속 머무르는 경우 2단계 재고 요청을 할 수 있습니다.

H3. 2단계 재고 요청

2단계 재고 요청은 QIO에 1단계 재고 요청에서 내린 결정을 다시 심사해 달라고 요청하는 것입니다. 문의 전화는 1-877-588-1123 (TTY: *1-855-887-6668*)번입니다.

2단계 심사는 QIO가 1단계 재고 요청을 **거부**한 날로부터 **달력일 기준 60일 이내에** 요청해야 합니다. 이 심사는 해당 진료에 대한 혜택이 끝난 날 이후에도 병원에 계속 입원해 있는 경우에**만** 요청할 수 있습니다.

QIO 심사자가 다음과 같은 과정을 거칩니다:

- 재고 요청과 관련된 모든 정보를 신중하게 검토합니다.
- 2단계 심사 요청을 접수한 날로부터 달력일 기준 14일 이내에 2단계 재고 요청에 대한 결정을 알립니다.

QIO가 가입자의 재고 요청을 **승인**하는 경우:

- 플랜은 QIO가 1단계 재고 요청을 거부한 날짜의 다음 날 정오부터 병원 진료에 대한 플랜 부담금을 환급해야 합니다.

- 플랜은 서비스가 의학적으로 필요한 경우에 한해 가입자에게 보장된 입원 환자 병원 서비스를 제공합니다.

QIO가 가입자의 재고 요청을 **거부**하는 경우:

- 품질 향상 단체는 1단계 재고 요청에 대한 결정에 합의하고 이를 변경하지 않습니다.
- 재고 요청 절차를 계속하기 위해 할 수 있는 일과 3단계 재고 요청을 하는 방법을 알려주는 서신을 가입자에게 전달합니다.
- 지속적인 병원 입원을 위해 DMHC에 불만을 제기하거나 DMHC에 독립적 의료 평가를 요청할 수도 있습니다. 불만 제기 방법과 DMHC에 독립적 의료 평가를 요청하는 방법은 **섹션 E4**를 참조하십시오.

3단계 재고 요청은 행정법 판사(Administrative Law Judge, ALJ)나 변호사가 다룹니다. 3, 4, 5 단계 재고 요청에 대한 정보는 **섹션 J**를 참조하십시오.

I. 특정 의료 서비스 보장 지속 요청

이 섹션은 가입자가 받을 수 있는 세 가지 유형의 서비스에 대해서만 설명합니다.

- 가정 의료 서비스
- 전문 간호 시설에서 받는 전문 간호 서비스 **및**
- Medicare가 승인한 CORF에서 외래환자로 받는 재활 진료. 보통 이는 가입자가 질병이나 사고로 치료를 받고 있거나 대수술을 받고 회복 중이라는 뜻입니다.

이 세 가지 유형의 진료 중 어느 것이든 의사가 필요하다고 인증하는 한 가입자는 보험적용이 되는 서비스를 계속 받을 수 있는 권리가 있습니다.

플랜이 그중 어느 서비스에 대해 보험 혜택을 중단하기로 결정한 경우, 해당 서비스가 끝나기 **전에** 반드시 가입자에게 알려야 합니다. 해당 서비스에 대한 보험 혜택이 끝나면 가입자가 받는 서비스에 대한 진료비 지급이 중단됩니다.

플랜이 보험 혜택을 너무 일찍 끝낸다고 생각되면 **플랜 결정에 재고 요청을 할** 수 있습니다. 본 섹션에서는 재고 요청 방법을 알려드립니다.

I1. 보험적용 만료 전 사전 고지

저희 플랜은 진료비 지급을 중단하기 최소 2일 전에 가입자에게 서면 통지서를 보냅니다. 이를 "Medicare 혜택 중단 통지"라고 합니다. 통지서에는 플랜이 진료 혜택 제공을 중단하는 날짜와 이 결정에 대해 가입자가 재고 요청을 하는 방법이 나와 있습니다.

가입자나 가입자의 대리인은 통지서를 받았다는 것을 확인하기 위해 통지서에 서명해야 합니다. 통지서에 서명하는 것은 **오직** 가입자가 정보를 받았다는 것을 나타낼 뿐입니다. 서명을 하더라도 가입자가 플랜의 결정에 동의했다는 것을 의미하지는 **않습니다.**

I2. 1단계 재고 요청

플랜이 보험 혜택을 너무 일찍 끝낸다고 생각되면 플랜의 결정에 재고 요청을 할 수 있습니다. 이 섹션에서는 1단계 재고 요청 절차와 해야 할 일에 대해 설명합니다.

- **반드시 시한을 지켜야 합니다.** 시한을 지키는 일은 중요합니다. 절차에 적용되는 시한을 반드시 이해하고 지켜야 합니다. 플랜도 시한을 준수해야 합니다. 플랜이 시한을 지키지 않는다고 생각되면 불만을 제기할 수 있습니다. 불만 제기에 대한 정보는 **섹션 K**를 참조하십시오.
- **필요하다면 도움을 청하십시오.** 궁금한 점이 있거나 도움이 필요한 경우:
  - 페이지 맨 아래에 있는 번호로 가입자 서비스부에 문의합니다.
  - HICAP에는 1-800-434-0222번으로 문의하십시오.
- **QIO에 문의하십시오.**
  - QIO에 대한 정보와 연락하는 방법에 대한 자세한 내용은 **섹션 H2** 또는 *가입자 안내서*의 **제2장**을 참조하십시오.
  - 가입자의 재고 요청을 심사하고 플랜의 결정을 변경할지 여부를 결정해달라고 요청하십시오.
- **빨리 대처하여 "급행 재고 요청"을 신청하십시오.** QIO에 플랜이 의료 서비스 혜택을 중단하는 것이 의학적으로 적합한지 중립적으로 검토해달라고 하십시오.

이 단체에 연락하는 시한

- 가입자는 플랜이 보낸 "Medicare 혜택 중단 통지"에 나와 있는 효력 발생인 전날 정오까지 QIO에 연락하여 재고 요청을 시작해야 합니다.
- 품질 향상 단체가 가입자의 건강 관리 서비스 보장 요청을 들어주지 않을 경우, 가입자의 상황이 긴급하다고 생각할 경우, 가입자의 건강에 즉각적이고 심각한 위협이 되는 경우, 가입자가 극심한 통증이 있는 경우, 가입자는 불만 제기를 하고 캘리포니아주 관리보건국(DMHC)의 도움 센터에 독립적 의료 평가를 요청할 수 있습니다. 불만 제기 방법과 DMHC에 독립적 의료 평가를 요청하는 방법은 **섹션 F4**를 참조하십시오.

서면 통지를 뜻하는 법률 용어는 **"Medicare 혜택 중단 통지(Notice of Medicare Non-Coverage)"**입니다. 견본을 받으려면 페이지 맨 아래에 있는 전화번호로 가입자 서비스부에 연락하거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)번으로 Medicare에 연락하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오. 아니면 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices 에서 온라인으로도 다운로드하실 수 있습니다.

급행 재고 요청 절차

- QIO 심사자들은 가입자나 가입자의 대리인에게 보험 보장이 계속되어야 한다고 생각하는 이유를 묻습니다. 진술서 작성이 필수는 아니지만 작성해도 됩니다.
- 심사자들은 가입자의 의료 정보를 보고, 주치의와 상의하고, 저희 플랜에서 제공한 정보를 심사합니다.
- 또한, 저희 플랜은 서비스의 보험 혜택을 종료하는 이유를 설명하는 서면 통지서를 보냅니다. 가입자는 심사자가 플랜에 가입자의 재고 요청에 대해 알린 당일이 끝나기 전까지 통지서를 받게 됩니다.

> 이유를 설명하는 편지를 뜻하는 법률 용어는 **"혜택 중단 상세 설명서(Detailed Explanation of Non-Coverage)"**입니다.

- 심사자들은 필요한 정보를 모두 수집하고 나서 하루 안에 결정 내용을 제공합니다.

QIO가 가입자의 재고 요청을 **승인**하는 경우:

- 플랜은 서비스가 의학적으로 필요한 경우에 한해 가입자에게 보험적용이 되는 서비스를 제공합니다.

QIO가 가입자의 재고 요청을 **거부**하는 경우:

- 보험 혜택은 플랜이 말씀드린 날짜에 종료됩니다.
- 이 치료에 대한 비용은 통지서에 기재한 날짜부터 지급을 중단합니다.
- 보험 혜택 종료일 이후에도 가정 간호나 전문 간호 시설 진료 또는 CORF 서비스를 계속 받기로 하는 경우, 가입자가 진료비 전액을 부담해야 합니다.
- 가입자는 서비스 혜택을 계속 받고 2단계 재고 요청을 신청하고 싶은지 결정해야 합니다.

I3. 2단계 재고 요청

2단계 재고 요청은 QIO에 1단계 재고 요청에서 내린 결정을 다시 심사해 달라고 요청하는 것입니다. QIO 전화번호로 연락하십시오.

2단계 심사는 QIO가 1단계 재고 요청을 **거부**한 날로부터 **달력일 기준 60일 이내에** 요청해야 합니다. 심사는 가입자가 해당 진료에 대한 보험 혜택이 끝날 날짜 이후에도 진료를 계속 받은 경우에**만** 요청할 수 있습니다.

QIO 심사자가 다음과 같은 과정을 거칩니다:

- 재고 요청과 관련된 모든 정보를 신중하게 검토합니다.
- 2단계 심사 요청을 접수한 날로부터 달력일 기준 14일 이내에 2단계 재고 요청에 대한 결정을 알립니다.

QIO가 가입자의 재고 요청을 **승인**하는 경우:

- 보험 혜택이 종료된다고 통지한 날짜부터 가입자에게 발생한 치료 비용을 플랜이 환급합니다.
- 플랜은 의학적으로 필요한 치료에 한해 보험 혜택을 제공합니다.

QIO가 가입자의 재고 요청을 **거부**하는 경우:

- 이는 중립적 심사 기관이 혜택을 종료하기로 한 플랜의 결정에 동의하고 변경하지 않겠다는 것을 의미합니다.
- 재고 요청 절차를 계속하기 위해 할 수 있는 일과 3단계 재고 요청을 하는 방법을 알려주는 서신을 가입자에게 전달합니다.
- DMHC에 지속적인 의료 서비스 보장을 위해 불만을 제기하고 독립적 의료 평가를 요청할 수 있습니다. DMHC에 독립적 의료 평가를 요청하는 방법은 **섹션 F4**를 참조하십시오. 귀하는 추가로 3단계 재고 요청과 함께 또는 그 대신에 DMHC에 불만을 제기하고 독립적 의료 평가를 요청할 수 있습니다.

3단계 재고 요청은 행정법 판사(Administrative Law Judge, ALJ)나 변호사가 다룹니다. 3, 4, 5 단계 재고 요청에 대한 정보는 **섹션 J**를 참조하십시오.

J. 2단계 이상의 재고 요청하기

J1. Medicare 서비스 및 물품에 대한 다음 단계

Medicare 서비스 또는 물품에 대한 1단계 재고 요청과 2단계 재고 요청이 모두 승인이 거부된 경우, 가입자는 추가 단계의 재고 요청을 할 권리가 있습니다.

재고 요청을 하는 대상 Medicare 서비스 또는 물품의 금액이 특정 최소 금액 기준을 충족하지 않을 경우, 더 이상 재고 요청을 할 수 없습니다. 금액이 충분히 높을 경우, 재고 요청 절차를 계속할 수 있습니다. 2단계 재고 요청에 대하여 IRO에서 보낸 서신에 3단계 재고 요청을 하려면 누구에게 문의해야 하고 무엇을 해야 하는지 설명되어 있습니다.

3단계 재고 요청

3단계 재고 요청 절차는 ALJ 심의입니다. 결정을 내리는 사람은 ALJ 또는 연방 정부에서 일하는 변호사입니다.

ALJ 또는 변호사가 재고 요청을 **승인**할 경우**,** 플랜은 가입자에게 유리한 3단계 결정에 재고를 요청할 권리가 있습니다.

- 플랜이 결정에 **재고를 요청하기**로 하면, 플랜은 가입자에게 4단계 재고 요청서 사본을 첨부 서류와 함께 보냅니다. 플랜은 분쟁 중인 서비스를 승인하거나 제공하기 전에 4단계 재고 요청의 결정을 기다릴 수도 있습니다.

- 결정에 재고를 **요청하지 않기로** 하면, ALJ 또는 변호사의 결정 사항을 받은 후 달력일 기준으로 60일 이내에 서비스를 승인하거나 가입자에게 제공해야 합니다.
    - ALJ 또는 변호사가 재고 요청을 **거부**하면, 재고 요청 절차가 더 이어질 수도 있습니다.
- 가입자가 재고 요청 기각 결정을 **받아들이면** 재고 요청 절차는 끝납니다.
- 재고 요청 기각 결정을 **받아들이지 않으면** 다음 단계의 심사 절차를 진행할 수 있습니다. 가입자에게 보내는 통지서에 4단계 재고 요청을 위해 해야 할 일이 나와 있습니다.

4단계 재고 요청

Medicare 재고 요청 위원회(이하 '위원회')가 재고 요청을 심사하고 답변을 드립니다. 이 위원회는 연방 정부 소속입니다.

이 위원회가 4단계 재고 요청을 **승인**하거나 가입자에게 유리한 3단계 재고 요청 결정에 대한 플랜의 심사 요청을 거부할 경우, 플랜은 5단계 재고 요청을 할 권리가 있습니다.

- 플랜이 결정에 **재고 요청**을 하기로 하면, 서면으로 알려드립니다.
- 플랜이 결정에 **재고 요청을 하지 않기로** 하면, 이 위원회의 결정을 받은 날로부터 달력일 기준 60일 이내에 서비스를 승인하거나 가입자에게 제공해야 합니다.

이 위원회가 **거부**하거나 플랜의 심사 요청을 거부하면, 재고 요청 절차가 더 이어질 수도 있습니다.

- 가입자가 재고 요청 기각 결정을 **받아들이면** 재고 요청 절차는 끝납니다.
- 재고 요청 기각 결정을 **받아들이지 않으면** 다음 단계의 심사 절차를 진행할 수 있습니다. 가입자에게 보내는 통지서에 5단계 재고 요청 진행 가능 여부와 해야 할 일이 나와 있습니다.

5단계 재고 요청

- 연방 지구 법정 판사가 재고 요청과 모든 정보를 심사하여 **승인** 또는 **거부**를 결정할 것입니다. 이는 최종 결정입니다. 연방 지구 법정 이상의 다른 재고 요청 수준은 없습니다.

J2. 추가적인 Medi-Cal 재고 요청

일반적으로 Medi-Cal가 적용되는 서비스 또는 물품에 대한 재고 요청인 경우 가입자에게는 다른 재고 요청 권리도 있습니다. 주정부 공정심의회국에서 보내는 편지에 재고 요청 절차를 계속하고 싶을 경우 해야 할 일이 나와 있습니다.

가입자가 이 결정에 동의하지 않는 경우 다음을 하실 수 있습니다.

* 독립적 의료 평가를 요청하여 해당 건강 플랜과 무관한 외부 검토자가 가입자의 사례를 검토합니다.

* 주정부 공정심의회를 요청하여 판사가 가입자의 사례를 검토합니다.

독립 의료 평가와 주 정부 심의를 모두 동시에 요청할 수 있습니다. 또한 둘 중 하나를 먼저 요청해서 귀하의 문제가 해결되는지 확인할 수 있습니다. 예를 들어, 독립적 의료 평가를 먼저 요청하고 그 결정에 동의하지 않을 경우, 계속해서 주 정부 심의를 요청할 수 있습니다. 그러나 먼저 요청한 주 정부 심의가 이미 진행 중인 경우 독립적 의료 평가를 요청할 수 없습니다. 이 경우, 주 정부 심의에서 최종 결정을 내립니다.

독립적 의료 평가 또는 주 정부 심의 비용은 부담하지 않아도 됩니다.

독립 의료 평가

독립적 의료 평가를 원하는 경우 재고 요청 검토 결과 통지서의 날짜로부터 180일 이내에 신청해야 합니다. 아래 단락에 독립 의료 평가 요청 방법에 대한 정보를 제공합니다.1 "이의 제기"라는 용어는 "불만 제기"와 "재고 요청"을 모두 포괄합니다.

"캘리포니아주 관리보건국은 의료 서비스 보험 규제를 담당하는 부서입니다. 귀하의 건강 플랜에 이의가 있으면 관리보건국에 연락하기에 앞서 귀하의 건강 플랜 **1-888-839-9909**로 전화하여 해당 건강 플랜의 이의 제기 절차를 이용해야 합니다. 해당 이의제기 절차를 이용한다고 해서 귀하에게 제공되는 다른 어떤 잠재적인 법적 권리나 해결 방안을 이용할 수 없게 되는 것은 아닙니다. 응급 상황과 연관되었거나, 귀하의 건강 플랜에서 만족스럽게 해결하지 못하였거나, 또는 30일이 경과된 후에도 미해결 상태로 남아있는 경우의 이의 제기와 관련해 도움이 필요하시면 관리보건국에 전화하여 지원을 요청할 수 있습니다. 또한 귀하는 독립적 의료 평가(Independent Medical Review, IMR)를 받을 자격에 해당할 수도 있습니다. 귀하가 IMR을 받을 자격이 있을 경우 제안된 서비스 또는 치료에 대한 의학적 필요성, 실험 또는 연구 성격의 치료에 대한 보장 여부 결정, 그리고 응급 또는 긴급 의료 서비스에 대한 비용 지불 분쟁과 관련해 건강 플랜에서 내린 진료 결정은 IMR 프로세스를 통해 공정하게 검토될 것입니다. 또한 관리보건국은 무료 전화(**1-888-466-2219**) 및 청각 및 언어 장애인용 **TDD** 번호(**1-877-688-9891**)를 운영하고 있습니다. 관리보건국의 인터넷 웹사이트 **www.dmhc.ca.gov**에 불만 제기 양식, IMR 신청서 및 설명서가 온라인으로 게시되어 있습니다."

주정부 공정심의회

주정부 공정심의회를 원할 경우 재고 요청 검토 결과 통지서의 날짜로부터 120일 이내에 신청해야 합니다. 그러나 해당 건강 플랜이 계속해서 가입자에게 분쟁 중인 서비스(미결 보조금 지급)를 제공하였고 주정부 공정심의회의 결정이 내려질 때까지 해당 서비스를 원하는 경우, 재고 요청 검토 결과 통지서 날짜로부터 10일 이내에 주정부 공정심의회를 요청해야 합니다. 이런 방식으로 주정부 공정심의회를 요청하는 경우 해당 건강 플랜에서 미결 보조금 지급을 제공해야 하나, 가입자는 주정부 공정심의회의 결정이 내려질 때까지 미결 보조금 지급을 받기 원한다는 점을 해당 건강 플랜에 알려야 합니다. L.A. Care 가입자 서비스의 연중무휴 24시간 운영하는 1-888-839-9909번으로 전화하십시오. 말하거나 듣는 데 어려움이 있는 경우 TTY: 711번으로 전화하십시오.

주정부 공정심의회는 다음과 같은 방법으로 요청할 수 있습니다.

* 온라인: www.cdss.ca.gov

* 전화번호: 1-800-743-8525번으로 전화하십시오. 이 번호는 통화량이 많을 수 있습니다. 나중에 다시 전화를 걸어달라는 메시지를 들으실 수도 있습니다. 언어 또는 청각 장애가 있는 경우 TTY/TDD 1-800-952-8349번으로 전화하십시오.

* 서면: 주정부 공정심의회 양식을 작성하거나 서신을 작성합니다. 작성 후 다음 주소로 우편이나 팩스를 보내십시오.

우편: California Department of Social Services

State Hearing Division

P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37

Sacramento, CA 94244-2430

팩스: (916) 309-3487 또는 무료 전화 1-833-281-0903

이 서신에 주 심의회 양식이 들어 있습니다. 가입자의 이름, 주소, 전화번호, 사회보장번호 및/또는 임상 통합 네트워크(Clinically Integrated Network, CIN) 번호 그리고 주 정부 심의를 원하는 이유를 반드시 명시하십시오. 다른 분이 귀하의 주 정부 심의 요청을 도울 경우 해당인의 이름, 주소, 전화번호를 양식 또는 서신에 추가하십시오. 통역 서비스가 필요한 경우, 주정부 공정심의회국에 사용 언어를 알려주십시오. 통역사 이용 비용은 무료입니다. 주정부 심의과에서 통역사를 제공하게 됩니다. 장애인일 경우 심의에 참석할 수 있도록 주정부 심의과에서 무료로 특별 편의를 제공해 드립니다. 해당 장애 여부와 필요한 편의에 관한 내용을 포함하십시오.

주 정부 공정심의를 신청한 후, 귀하의 사례를 결정하고 답변을 보내는데 최대 90일이 소요될 수 있습니다. 해당 기간을 기다리는 동안 귀하의 건강이 악화될 것으로 생각되는 경우 3일 이내에 답변을 들을 수도 있습니다. 해당 의사 또는 건강 플랜에 귀하를 위해 서신을 작성해 줄 것을 요청하십시오. 서신에는 가입자의 사례가 결정되기까지 최대 90일을 기다릴 경우 가입자의 생명, 건강이나 최대한의 신체 기능을 달성, 유지 또는 회복하는 능력에 심각한 피해가 있을 것이라는 점을 구체적으로 설명해야 합니다. 그 후 속결 공정심의회를 요청하고 서신에 심의회 요청서를 첨부했는지 확인하십시오.

귀하는 주 정부 공정심의에서 본인이 직접 대변할 수 있습니다. 또는 친척, 친구, 옹호자, 의사 또는 변호사 등의 다른 분이 가입자의 대리인이 될 수 있습니다. 다른 사람이 본인을 대변하기를 원할 경우, 해당인이 가입자를 대변하도록 허락을 받았다는 점을 반드시 주정부 공정심의회국에 알려야 합니다. 해당인을 승인된 대리인이라고 합니다.

법률 지원

귀하께서는 무료 법률 지원을 받으실 수 있습니다. 로스앤젤레스 카운티 소비자 기업 관리부(Department of Consumer and Business Affairs) 1-800-593-8222로 전화하십시오. 또한 거주 카운티의 지역 법률 지원단(Legal Aid Society) 안내 전화 1-888-804-3536번으로 전화하실 수도 있습니다.

J3. Medicare 파트 D 약품 요청에 대한 3, 4, 5단계 재고 요청

이 섹션은 1단계 및 2단계 재고 요청을 했는데 두 번 다 기각된 가입자에게 해당할 수 있습니다.

재고를 요청한 약품의 가치가 특정 금액을 충족하면 재고 요청 단계를 높일 수도 있습니다. 2단계 재고 요청에 대한 서면 회신에 3단계 재고 요청을 누구에게 문의해야 하고 무엇을 해야 하는지 설명되어 있습니다.

3단계 재고 요청

3단계 재고 요청 절차는 ALJ 심의입니다. 결정을 내리는 사람은 ALJ 또는 연방 정부에서 일하는 변호사입니다.

ALJ 또는 변호사가 재고 요청을 **승인**하는 경우**:**

- 재고 요청 절차가 종료됩니다.
- 72시간(또는 속결 재고의 경우 24시간) 이내에 승인된 약품 보험 혜택을 승인하거나 제공해야 하고 또는 이 결정 사항을 받은 후 늦어도 달력일 기준 30일 이내에 환급해야 합니다.

ALJ 또는 변호사가 재고 요청을 **거부**하면, 재고 요청 절차가 더 이어질 수도 있습니다.

- 가입자가 재고 요청 기각 결정을 **받아들이면** 재고 요청 절차는 끝납니다.
- 재고 요청 기각 결정을 **받아들이지 않으면** 다음 단계의 심사 절차를 진행할 수 있습니다. 가입자에게 보내는 통지서에 4단계 재고 요청을 위해 해야 할 일이 나와 있습니다.

4단계 재고 요청

위원회에서 재고 요청을 심사하고 답변을 드립니다. 이 위원회는 연방 정부 소속입니다.

위원회에서 재고 요청을 **승인**하는 경우:

- 재고 요청 절차가 종료됩니다.
- 72시간(또는 속결 재고의 경우 24시간) 이내에 승인된 약품 보험 혜택을 승인하거나 제공해야 하고 또는 이 결정 사항을 받은 후 늦어도 달력일 기준 30일 이내에 환급해야 합니다.

위원회가 재고 요청을 **거부**하거나 심사 요청을 거부하면, 재고 요청 절차가 더 이어질 수도 있습니다.

- 가입자가 재고 요청 기각 결정을 **받아들이면** 재고 요청 절차는 끝납니다.
- 재고 요청 기각 결정을 **받아들이지 않으면** 다음 단계의 심사 절차를 진행할 수 있습니다. 가입자에게 보내는 통지서에 5단계 재고 요청 진행 가능 여부와 해야 할 일이 나와 있습니다.

5단계 재고 요청

- 연방 지구 법정 판사가 재고 요청과 모든 정보를 심사하여 **승인** 또는 **거부**를 결정할 것입니다. 이는 최종 결정입니다. 연방 지구 법정 이상의 다른 재고 요청 수준은 없습니다.

K. 불만을 제기하는 방법

K1. 불만 제기가 가능한 문제 유형

불만 제기 절차는 의료의 질, 대기 시간, 치료 조정, 가입자 서비스부와 관련된 문제 등 특정 문제에 대해서만 사용됩니다. 다음은 불만 제기 절차에서 다뤄지는 문제의 종류에 대한 예입니다.

불만 사항	예
의료의 품질	• 병원에서 받으신 진료 등 진료의 품질에 만족하지 않는 경우
개인 정보 존중	• 누군가가 가입자의 개인 정보 보호 권리를 존중하지 않았거나 가입자에 대한 기밀 정보가 공개되었다고 생각하는 경우
무례함, 실망스러운 가입자 서비스 또는 기타 부정적인 행동	• 의료제공자나 직원이 가입자를 존중하지 않거나 무례하게 대한 경우 • 플랜 직원이 무례하게 대한 경우 • 플랜이 가입자를 도외시한다고 생각하는 경우
접근성 및 언어 지원	• 의사나 의료제공자의 진료소에서 의료 서비스와 시설을 실질적으로 이용할 수 없는 경우 • 의사나 의료제공자가 가입자가 사용하는 비영어 언어(예: 미국 수어 또는 스페인어 등)에 대한 통역을 제공하지 않는 경우 • 의료제공자가 가입자에게 필요하고 가입자가 요청한 기타 타당한 편의를 제공하지 않는 경우
대기 시간	• 예약하는 데 어려움이 있거나 예약하기까지 너무 오래 기다려야 하는 경우 • 의사, 약사, 기타 건강 전문가, 가입자 서비스부 또는 기타 플랜 직원이 너무 오래 기다리게 한 경우
청결도	• 클리닉이나 병원, 의사의 진료소가 청결하지 않다고 생각되는 경우
플랜에서 받는 정보	• 받아야 할 통지서나 서신을 제공받지 못했다고 생각되는 경우 • 받은 편지 내용이 이해하기 너무 어렵다고 생각되는 경우
보험적용 결정이나 재고 요청과 관련한 적시성에 대한 불만	• 보험적용 결정이나 재고 요청에 대한 답변이 시한 내에 이뤄지지 않은 것으로 생각되는 경우 • 보험적용이나 재고 요청에서 승인을 받은 후, 의료 서비스를 승인하거나 제공하는 시한 또는 특정 의료 서비스에 대한 환불 시한을 지키지 않은 것으로 생각되는 경우 • 플랜이 사례를 제때 IRO에 보내지 않았다고 생각하는 경우

불만 제기는 여러 종류가 있습니다. 플랜 내/외부로 불만이 있으면 이를 제기할 수 있습니다. 내부적인 불만 제기는 저희 플랜에 대한 불만을 제기하고 플랜 측에서 그러한 불만 사항을 검토합니다. 외부적인 불만 제기는 저희 플랜과 무관한 기관에 대해 불만을 제기하고 그 기관에서 불만 사항을 검토합니다. 내부 및/또는 외부 불만 제기에 도움이 필요하시면

1-833-522-3767(TTY: 711)번으로 전화하십시오. 이 전화는 연중무휴 24시간 운영됩니다(공휴일 포함).

외부 불만 제기는 Medicare에 불만 제기 서신을 보낼 수도 있습니다.

Medicare 불만 제기 양식은 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx에서 찾을 수 있습니다.

> "불만"을 뜻하는 법률 용어는 "**이의(grievance)**"입니다.
>
> "불만 제기"를 뜻하는 법률 용어는 **"이의 제기(filing a grievance)"**입니다.

K2. 내부 불만 제기

내부적으로 불만을 제기하려면 연중무휴 24시간 연락할 수 있는 가입자 서비스부 1-833-522-3767(TTY: 711)번으로 전화하십시오(공휴일 포함). Medicare 파트 D 약품에 관한 불만을 제외하고 언제든 불만을 제기할 수 있습니다. Medicare 파트 D 약품에 관한 불만인 경우, 불만을 제기하고자 하는 문제가 발생하고 **달력일 기준 60일** 이내에 제기해야 합니다.

- 그밖에 해야 할 일이 있으면 가입자 서비스부에서 알려드립니다.
- 가입자의 불만사항을 작성하여 발송하셔도 됩니다. 불만사항을 서면으로 발송하면, 플랜도 불만에 대해 서면으로 답변합니다.

- 이의 제기 및 재고 요청은 다음과 같은 방법으로 제출할 수 있습니다.

  전화: 1-833-522-3767(TTY 711), 연중무휴 24시간(공휴일 포함**)**
  팩스: 1-213-438-5748
  우편: L.A. Care Health Plan
  Attention: Appeals & Grievance Department -348
  1200 W. 7th Street
  Los Angeles, CA 90081
  온라인: https://www.lacare.org/online-grievance-form

  - 가입자가 본인을 대신할 대리자(친척, 변호사)를 통해 진행을 원하는 경우, 대리인 지명(AOR) 양식을 반드시 작성해야 합니다.

    https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf에서 양식을 확인한 뒤, 팩스 또는 위의 우편 주소로 L.A. Care에 전송해야 합니다. 가입자를 대신해 가입자의 주치의가 재고를 요청할 경우에는 AOR 양식을 작성할 필요가 없습니다.

  - 이의 제기 및 재고 요청 기간

재고 요청

파트 C(재고)

- 거부 결정일로부터 60일 이내에 재고 요청을 할 수 있습니다. 타당한 이유가 있는 경우, 60일 기한 이후에도 재고 요청을 할 수 있습니다.
- 빠른 처리 기간: 72시간
- 표준 처리 기간: 서비스 전 30일/서비스 후 60일

파트 D(재결정)

- 거부 결정일로부터 60일 이내에 재고 요청을 할 수 있습니다. 타당한 이유가 있는 경우, 60일 기한 이후에도 재고 요청을 할 수 있습니다.
- 속결 처리 기간: 72시간
- 표준 처리 기간: 7일

이의 제기

파트 D

- 재고 요청이나 불만 제기는 언제든 할 수 있습니다.

기타 모든 불만 사항

- 불만족이나 불만 제기는 언제든 할 수 있습니다.
- 속결 이의 제기 처리 기간: 24시간
- 표준 처리 기간: 30일
- 추가로 14일이 연장될 수도 있습니다.
- "빠른 불만 제기"를 뜻하는 법률 용어는 "속결 이의 제기(expedited grievance)"입니다.

"빠른 불만 제기"를 뜻하는 법률 용어는 **"속결 이의 제기(expedited grievance)"입니다.**

가능한 경우, 플랜은 즉시 답변합니다. 불만에 대해 전화를 한 경우, 통화 중에 답변을 드릴 수도 있습니다. 가입자의 건강 상태가 플랜의 신속한 답변을 요하는 경우, 플랜은 신속하게 처리할 것입니다.

- 대부분의 불만 제기는 달력일 기준 30일 내에 답변됩니다. 추가 정보가 필요하여 달력일 기준 30일 이내에 결정하지 못하는 경우, 서면으로 답변합니다. 상황 업데이트 및 답변 예상 시간도 알려드립니다.
- "빠른 보험적용 결정"이나 "빠른 재고 요청"에 대한 플랜 측의 거부에 대해 불만을 제기한 경우, 자동적으로 "빠른 불만 제기"를 적용하여 24시간 이내에 가입자의 불만에 답변합니다.
- 플랜 측에서 보험적용 결정이나 재고 요청 문제를 해당 기한 내에 결정하지 않은 것에 대해 불만을 제기한 경우, 자동으로 "빠른 불만 제기"를 적용하여 24시간 이내에 가입자의 불만에 답변합니다.

플랜이 가입자의 불만 제기 사항의 일부 또는 전부에 동의하지 않을 경우, 가입자에게 알리고 해당 사유를 제공합니다. 플랜은 불만 제기 사항에 대한 동의 여부를 알려드립니다.

K3. 외부 불만 제기

Medicare

가입자는 Medicare에 불만을 제기하거나 Medicare에 불만 사항을 알릴 수 있습니다. Medicare 불만 제기 양식은 www.medicare.gov/my/medicare-complaint에서 찾을 수 있습니다. Medicare에 불만을 제기하기 전에는 *L.A. Care Medicare Plus*에 불만을 제기할 필요가 없습니다.

Medicare는 불만 사항을 진지하게 다루며, 이 정보를 Medicare 프로그램의 품질 개선에 사용합니다.

기타 의견 또는 우려 사항이 있으시거나 건강 플랜에서 가입자의 문제를 처리하지 않고 있다고 생각하시는 경우, 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하셔도 됩니다. TTY 이용자는 1-877-486-2048번으로 전화하시면 됩니다. 통화료는 무료입니다.

Medi-Cal

1-888-452-8609번으로 전화를 하면 캘리포니아주 보건국(DHCS) Medi-Cal 관리 의료 서비스 옴부즈맨으로 불만을 제기하실 수 있습니다. TTY 이용자는 711로 전화하시면 됩니다. 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시.

캘리포니아주 관리보건국(DMHC)에 불만 사항을 제기할 수 있습니다. DMHC는 건강 플랜을 규제할 책임이 있습니다. Medi-Cal 서비스에 관한 불만 사항은 DMHC 지원 센터에 연락해 도움을 받을 수 있습니다. 긴급하지 않은 사안인 경우, 1단계 재고 요청에 대한 결정에 동의하지 않는 경우 또는 플랜에서 달력일 기준 30일 이내에 불만을 해결하지 못한 경우 DMHC에 불만을 접수할 수 있습니다. 단, 1단계 재고 요청 없이도 DMHC에 문의해도 되는 경우도 있습니다. 예를 들어 긴급한 사안이나 본인의 건강에 즉각적이고 심각한 위협이 미친 사안과 관련한 불만에 도움이 필요한 경우 또는 통증이 심한 경우, 본인의 불만에 관한 플랜의 결정과 동의하지 않는 경우, 또는 플랜에서 달력일 기준 30일 이내에 불만을 해결하지 못한 경우 등입니다.

지원 센터는 다음 두 가지 방법으로 연락할 수 있습니다.

- 1-888-466-2219로 전화하십시오. 청각 또는 언어 장애가 있는 분은 무료 TTY 번호 1-877-688-9891을 이용하십시오. 통화료는 무료입니다.
- 관리보건국 웹사이트 방문: www.dmhc.ca.gov

인권국(Office for Civil Rights, OCR)

공정하게 대우를 받지 못했다고 생각하는 경우 보건 사회복지부(Department of Health and Human Services, HHS) OCR에 불만을 제기할 수 있습니다. 예를 들어 장애인 접근성 또는 언어 지원 등에 관해 불만을 제기할 수 있습니다. OCR 전화번호는 1-800-368-1019번입니다. TTY 이용자는 1-800-537-7697번으로 전화하시면 됩니다. 자세한 내용은 www.hhs.gov/ocr을 참조하십시오.

지역별 OCR 사무국에 문의하셔도 됩니다.

우편: Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
전화: 1-800-368-1019
TDD: 1-800-537-7697
팩스: 1-202-619-3818

또한 미국 장애인법(Americans with Disability Act, ADA)과 관련 주 법률에 따른 권리가 있을 수 있습니다. 옴부즈맨 프로그램에 연락해 도움을 받을 수 있습니다. 전화번호는 1-888-452-8609번입니다.

QIO

불만 사항이 진료의 품질에 관한 것이면 두 가지 선택권이 있습니다.

- 진료의 품질에 관한 불만을 QIO에 직접 제기합니다.
- QIO와 플랜에 불만을 제기합니다. QIO에 불만을 제기하는 경우, 플랜은 해당 기관과 협력하여 불만을 해결하고자 합니다.

QIO는 Medicare 환자에게 제공하는 치료 현황을 확인하고 개선하도록 연방 정부에서 고용한 의사 및 기타 의료 서비스 전문가로 구성된 집단입니다. QIO에 관한 자세한 정보는 **섹션 H2** 또는 *가입자 안내서*의 **제2장**을 참조하십시오.

캘리포니아주 QIO는 Commence Health 입니다. Commence Health 전화번호는 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668)입니다.

제10장: 플랜 탈퇴

서문

이 장에서는 플랜을 탈퇴하는 방법과 플랜 탈퇴 후 건강보험 옵션에 대해 설명합니다. 플랜을 탈퇴하더라도, 자격 요건을 충족하는 한 Medicare 및 Medi-Cal 프로그램은 계속 유지됩니다. 주요 용어와 정의는 이 *가입자 안내서*의 마지막 장에 알파벳순으로 정리되어 있습니다.

목차

A. 플랜 가입을 종료할 수 있는 시점 240

B. 플랜 가입 자격을 종료하는 방법 241

C. Medicare와 Medi-Cal 서비스를 별도로 받는 방법 241

C1. Medicare 서비스 241

C2. 귀하의 Medi-Cal 서비스 245

D. 플랜 가입 자격이 종료될 때까지 의료 서비스 및 의약품 246

E. 플랜 회원 자격이 종료되는 기타 상황 246

F. 건강 관련 사유로 가입자에게 플랜 탈퇴를 요청할 수 없도록 하는 규정 247

G. 플랜에서 가입자의 자격을 종료할 경우 불만을 제기할 수 있는 가입자의 권리 247

H. 플랜 회원 가입 종료에 대해 상세 정보를 얻을 수 있는 방법 247

A. 플랜 가입을 종료할 수 있는 시점

대부분 Medicare 수혜자는 연중 특정 시기에만 가입 자격을 종료할 수 있습니다. 귀하께서는 Medi-Cal 가입자이시므로

- 연중 언제든 플랜 가입을 종료할 수 있는 선택권이 있습니다.

또한 매년 다음의 기간 중 플랜 가입을 종료할 수 있습니다.

- 10월 15일부터 12월 7일까지 계속되는 **정규 가입 기간**. 이 기간에 새로운 플랜을 선택할 경우, 당사 플랜의 가입 자격은 12월 31에 종료되며 새로운 플랜에 대한 가입이 1월 1일에 시작됩니다.
- 1월 1일부터 3월 31일까지 계속되는 **Medicare Advantage(MA) 정규 가입 기간** 및 플랜에 가입한 새로운 Medicare 수혜자는 파트 A 및 파트 B에 가입한 달부터 가입 세 번째 달의 마지막 날까지입니다. 이 기간에 새로운 플랜을 선택할 경우, 새로운 플랜에 대한 회원 자격이 다음 달 1일에 시작됩니다.

가입을 변경할 자격이 있는 다른 상황이 있을 수 있습니다. 예시는 다음과 같습니다.

- 귀하가 당사 서비스 지역 밖으로 이사하는 경우,
- 귀하의 Medi-Cal 또는 Extra Help에 대한 자격이 변경된 경우 **또는**
- 최근 요양 시설이나 장기 요양 병원으로 이사했거나, 현재 요양 시설에서 치료를 받고 있거나, 방금 퇴원한 경우.

회원 자격은 당사 플랜이 플랜 변경 요청을 받는 달의 말일에 종료됩니다. 예를 들어, 1월 18일에 요청이 접수된 경우, 플랜 혜택은 1월 31일에 종료됩니다. 새로운 보험은 다음 달 1일(이 예시에서는 2월 1일)부터 시작됩니다.

당사 플랜을 탈퇴하는 경우, 다음 사항에 관한 정보를 받을 수 있습니다.

- **섹션 C1**의 표에서 Medicare 옵션을 확인할 수 있습니다.
- **섹션 C2**에서 Medi-Cal 옵션 및 서비스를 확인할 수 있습니다.

다음과 같이 회원 자격 종료 방법을 자세히 알아볼 수 있습니다.

- 페이지 맨 아래에 있는 번호로 가입자 서비스부에 문의합니다. 텔레타이프(Teletypewriter, TTY) 사용자 번호도 기재되어 있습니다.
- Medicare 번호는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번입니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.
- 캘리포니아 건강보험 상담 및 옹호 프로그램(Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP), 1-800-434-0222번으로 문의하십시오. 월요일부터 금요일까지, 오전 8시부터 오후 5시까지 운영합니다. 더 자세한 정보를 원하시거나 해당 지역의 HICAP 사무소를 찾으시려면 www.aging.ca.gov/HICAP을 방문하십시오.

건강관리옵션, 1-844-580-7272번으로 문의하십시오. 월요일부터 금요일까지 오전 8시부터 오후 6시까지 운영합니다. TTY 사용자는 1-800-430-7077번으로 전화하십시오.

- Medi-Cal 관리 의료 옴부즈맨에 1-888-452-8609번으로 전화 문의하십시오. 이 전화는 월요일~금요일 오전 8시~오후 5시까지 운영됩니다. 아니면 이메일 MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov로 문의해도 됩니다.

주의: 약품 관리 프로그램(drug management program, DMP)을 이용하고 있는 가입자는 플랜을 변경할 수 없을 수도 있습니다. 약품 관리 프로그램에 관한 정보를 알아보시려면 본 *가입자 안내서* **5장**을 참조하십시오.

B. 플랜 가입 자격을 종료하는 방법

가입 자격을 종료하기로 하는 경우 다른 Medicare 플랜에 가입하거나 Original Medicare로 전환할 수 있습니다. 하지만 당사 플랜에서 Original Medicare로 전환하고 싶지만 별도의 Medicare 의약품 플랜을 선택하지 않으셨다면, 플랜 탈퇴를 요청하셔야 합니다. 탈퇴 요청 방법은 다음과 같은 두 가지입니다:

- 서면으로 요청하실 수 있습니다. 자세한 내용은 이 페이지 하단의 번호로 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.
- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 문의하십시오. TTY 사용자(말하기나 듣기에 어려움이 있는 경우)는 1-877-486-2048번으로 전화하시면 됩니다. 1-800-MEDICARE 연락 시 다른 Medicare 건강보험이나 약품 플랜에도 등록하실 수 있습니다. 당사 플랜 탈퇴 후 Medicare 서비스를 받는 방법에 대해서는 242 페이지의 차트를 참조하십시오.
- 월요일~금요일, 오전 8시~오후 6시까지 건강관리옵션에 1-844-580-7272번으로 문의하십시오. TTY 사용자 번호는 1-800-430-7077번으로 전화하시면 됩니다.
- 아래의 **섹션 C**에는 다른 플랜에 등록하는 절차가 나와 있습니다. 다른 플랜에 등록하는 경우에도 당사 플랜의 가입 자격이 종료됩니다.

C. Medicare와 Medi-Cal 서비스를 별도로 받는 방법

플랜을 탈퇴하기로 선택하는 경우 Medicare와 Medi-Cal 서비스를 이용하는 것에 대한 선택권이 있습니다.

C1. Medicare 서비스

아래의 세 가지 방법으로 연중 어떤 달이든 Medicare 서비스를 받을 수 있습니다. **정규 가입 기간** 및 **Medicare Advantage 정규 가입 기간** 또는 **섹션 A**에서 설명된 기타 상황을 포함하여 연중 특정 기간 중에 아래와 같은 추가적인 옵션이 제공됩니다. 이 중 한 방법을 선택하면 귀하의 당사 플랜 가입이 자동으로 종료됩니다.

1. 변경: **Medicare Medi-Cal 플랜(Medi-Medi 플랜)은 일종의 Medicare Advantage 플랜입니다. 이 플랜은 Medicare와 Medi-Cal을 모두 이용하는 분들을 위한 것으로, Medicare와 Medi-Cal 혜택을 하나의 플랜으로 통합합니다. Medi-Medi Plan은 Medicare와 Medi-Cal 양쪽 프로그램의 모든 혜택과 서비스를 조정하며, 자격을 갖춘 경우 모든 Medicare 및 Medi-Cal 보험적용이 되는 서비스 또는 노인 종합 돌봄 프로그램 (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE) 플랜을 포함합니다.** **참고:** Medi-Medi 플랜이라는 용어는 캘리포니아의 통합 이중 자격 특별 필요 플랜(Dual Eligible Special Needs Plans, D-SNPs)을 나타내는 이름입니다.	**다음과 같이 하시기 바랍니다.** 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에문의하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오. 노인 종합 돌봄 프로그램(PACE) 문의는 1-855-921-PACE(7223)로 전화하십시오. 도움이나 자세한 정보가 필요할 경우: • 캘리포니아 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP)에 1-800-434-0222번으로 월요일부터 금요일까지 오전 8시부터 오후 5시까지 전화하십시오. 더 자세한 정보를 원하시거나 지역 HICAP 사무소를 찾으시려면 www.aging.ca.gov/HICAP/을 방문하십시오. **또는** 새로운 Medi-Medi Plan에 가입하십시오. 새로운 플랜의 혜택이 시작되면 당사의 Medicare 플랜에서 자동으로 탈퇴됩니다. 귀하의 Medi-Cal 플랜은 Medi-Medi 플랜에 맞춰 변경됩니다.

2. 다음 플랜으로 변경이 가능합니다. **별도의 Medicare 약품 플랜이 포함된 Original Medicare와 Medi-Cal 플랜.**	**다음과 같이 하시기 바랍니다.** 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에문의하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오. 도움이나 자세한 정보가 필요할 경우: • 캘리포니아 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP)에 1-800-434-0222번으로 월요일부터 금요일까지 오전 8시부터 오후 5시까지 전화하십시오. 더 자세한 정보를 원하시거나 지역 HICAP 사무소를 찾으시려면 www.aging.ca.gov/HICAP/을 방문하십시오. **또는** 새로운 Medicare 약품 플랜에 가입하십시오. Original Medicare 혜택이 시작되면 당사 플랜에서 자동으로 탈퇴됩니다. 다른 플랜을 선택하지 않는 한 Medi-Cal 플랜 가입은 유지됩니다.

3. 다음 플랜으로 변경이 가능합니다. **별도의 Medicare 약품 플랜이 포함되지 않은 Original Medicare(일반 Medicare)** **참고**: Original Medicare로 변경하고 별도의 Medicare 약품 플랜에 가입하지 않을 경우, 가입자가 Medicare에 가입을 원하지 않는다는 것을 밝히지 않는 한 Medicare는 가입자를 약품 플랜에 가입시킬 수 있습니다. 고용주 또는 노조와 같은 다른 출처를 통해 약품 보장이 있는 경우에 한해 약품 보장을 중단해야 합니다. 귀하에게 약품 보험적용이 필요한지 궁금한 경우 캘리포니아주 건강보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP)에 **1-800-434-0222**번으로 월요일-금요일, 오전 8시부터 오후 5시까지 전화해주십시오. 더 자세한 정보 또는 귀하 지역에 있는 근처 HICAP 사무실을 찾으시려면 www.aging.ca.gov/HICAP/를 방문해주십시오.	**다음과 같이 하시기 바랍니다.** 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에문의하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오. 도움이나 자세한 정보가 필요할 경우: • 캘리포니아 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP)에 1-800-434-0222번으로 월요일부터 금요일까지 오전 8시부터 오후 5시까지 전화하십시오. 더 자세한 정보를 원하시거나 지역 HICAP 사무소를 찾으시려면 www.aging.ca.gov/HICAP/을 방문하십시오. Original Medicare 혜택이 시작되면 당사 플랜에서 자동으로 탈퇴됩니다. 다른 플랜을 선택하지 않는 한 Medi-Cal 플랜 가입은 유지됩니다.

4. 다음 플랜으로 변경이 가능합니다.	**다음과 같이 하시기 바랍니다.**
정규 가입 기간, **Medicare Advantage 정규 가입 기간** 또는 **섹션 A**에서 설명된 기타 상황을 포함한 연중 특정 기간 중, 모든 Medicare 건강 플랜.	1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 문의하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오. 노인 종합 돌봄 프로그램(PACE) 문의는 1-855-921-PACE(7223)로 전화하십시오. 도움이나 자세한 정보가 필요할 경우: • 캘리포니아 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP)에 1-800-434-0222번으로 월요일부터 금요일까지 오전 8시부터 오후 5시까지 전화하십시오. 더 자세한 정보를 원하시거나 지역 HICAP 사무소를 찾으시려면 www.aging.ca.gov/HICAP/을 방문하십시오. **또는** 새로운 Medicare 플랜에 가입하십시오. 새로운 플랜의 혜택이 시작되면 당사의 Medicare 플랜에서 자동으로 탈퇴됩니다. Medi-Cal 플랜은 변경될 수 있습니다.

C2. 귀하의 Medi-Cal 서비스

귀하가 당사 플랜에서 탈퇴한 이후 Medi-Cal 서비스를 받는 방법에 관한 문의사항이 있으시면 건강관리옵션에 1-844-580-7272번으로, 월요일부터 금요일 오전 8시에서 오후 6시 사이에 연락하십시오. TTY 사용자는 1-800-430-7077번으로 전화하십시오. 또는 www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en을 방문하십시오. 다른 플랜 가입 또는 일반 Medicare로 복귀하는 것이 귀하의 Medi-Cal 혜택을 받는 데 어떻게 영향을 주는지 문의하십시오.

귀하의 지역 카운티 보건 및 복지서비스 담당국에 연락하여 L.A. Care 탈퇴를 요청하실 수 있습니다.

가까운 사무소 위치는 http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx를 참조하십시오. 또는 건강관리옵션에 전화하십시오

D. 플랜 가입 자격이 종료될 때까지 의료 서비스 및 의약품

당사 플랜을 탈퇴하는 경우 기존 가입자 자격이 종료되고 새로운 Medicare 및 Medi-Cal 혜택이 시작되기까지 시간이 걸릴 수도 있습니다. 해당 기간 중에는 귀하의 새로운 플랜이 시작될 때까지 당사 플랜을 통해 약품과 의료 서비스가 계속 제공됩니다.

- 당사의 네트워크 의료제공자를 이용해 의료 서비스를 받으십시오.
- 우편 주문 약국 서비스를 포함한 당사 네트워크 약국을 이용해 처방약을 받으십시오.
- 귀하가 L.A. Care Medicare Plus 회원 자격이 종료되는 당일 입원하는 경우, 당사 플랜이 병원 입원 비용을 퇴원 시까지 지원합니다. 퇴원 전에 새 건강보험 혜택이 시작되어도 마찬가지입니다.

E. 플랜 회원 자격이 종료되는 기타 상황

당사가 당사 플랜에 대한 귀하의 회원 자격을 종료해야 하는 경우가 다음과 같이 존재합니다.

- 가입자의 Medicare 파트 A와 Medicare 파트 B 혜택이 중단되는 경우.
- 가입자에게 Medi-Cal 가입 자격이 더는 없는 경우. 우리 플랜은 Medicare와 Medi-Cal 모두에 가입 자격이 있는 사람을 위한 보험입니다. 참고: Medi-Cal 가입 자격이 상실되는 경우, 임시로 당사 플랜에서 Medicare 혜택을 이어서 받을 수 있습니다. 가능한 기간은 아래 정보를 참조하십시오. 캘리포니아 보건국(Department of Health Care Services, DHCS) 또는 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS)에서는 더 이상 프로그램 수혜 자격이 없다고 판단될 경우 가입자의 Medi-Cal 가입을 해지할 수 있습니다.
- 가입자가 당사 서비스 지역 밖으로 이사하는 경우
- 가입자가 당사 서비스 지역에서 6개월 이상 떠나 있는 경우.
  - 이사하거나 장기 여행을 하는 가입자는 가입자 서비스부에 연락하여 이사 지역이나 여행지가 저희 플랜의 서비스 지역에 속하는지 알아보아야 합니다.
- 가입자가 형사범으로 투옥되거나 수감될 경우.
- 가입자가 약품 혜택이 있는 다른 보험의 존재에 대해 거짓말을 하였거나 관련 정보를 제공하지 않는 경우.
- 가입자가 미국 시민이 아니거나 미국 내 합법적으로 거주하고 있지 않은 경우.
  - 미국 시민이거나 합법적으로 거주하는 경우에만 당사 플랜에 가입할 수 있습니다.
  - Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)에서는 이를 바탕으로 귀하가 자격을 상실할 경우 당사에게 해당 사항을 알립니다.
  - 가입자가 이 요건을 충족하지 않을 경우 당사는 가입 해지 절차를 시작해야 합니다.

귀하가 당사 플랜의 3개월 가입 자격 지속 간주 기간 이내인 경우, 당사는 모든 Medicare Advantage Plan에서 보험적용을 하는 Medicare 혜택을 계속 제공할 것입니다. 그러나, 이 기간 동안, 당사는 해당 Medicaid State Plan에 의거하여 포함된 Medicaid 혜택에 보험적용을 계속하지도, 귀하가 Medicaid 가입 자격을 상실하지 않았을 경우에 주정부에 책임이 있었을 Medicare 보험료 또는 비용 분담금을 지불하지도 않을 것입니다. 서비스 비용은 변경될 수 있습니다. 당사 플랜에서 다음 이유로 가입자의 자격을 해지하려면 먼저 Medicare와 Medi-Cal의 허락을 받아야 합니다:

- 귀하가 당사 플랜 가입 시 고의적으로 부정확한 정보를 제공하였으며 해당 정보가 당사 플랜 수혜 자격에 영향을 주는 경우.
- 귀하가 당사가 귀하 및 다른 가입자에게 진료를 제공하기 어려울 정도로 지장을 주는 행동을 계속하는 경우.
- 본인의 가입자 ID 카드를 다른 사람이 사용하여 진료를 받는 것을 허용할 경우. (당사가 이러한 이유로 귀하의 자격을 해지하는 경우, Medicare는 감사관이 귀하의 사례를 조사하게 할 수도 있습니다.)

F. 건강 관련 사유로 가입자에게 플랜 탈퇴를 요청할 수 없도록 하는 규정

당사는 귀하의 건강과 관련된 어떠한 사유로도 플랜 탈퇴를 요청할 수 없습니다. 플랜에서 귀하의 건강상의 이유를 들어 가입 탈퇴를 요구한다고 생각할 경우 **Medicare**에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.

G. 플랜에서 가입자의 자격을 종료할 경우 불만을 제기할 수 있는 가입자의 권리

당사가 귀하의 플랜 회원 자격을 종료하는 경우, 당사는 귀하에게 회원 자격 종료 사유를 서면으로 알려야 합니다. 또한 가입자가 당사 플랜의 가입자 자격 종료 결정에 대해 이의를 제기하거나 불만을 표명하는 방법도 설명해야 합니다. 불만 제기 방법에 대해서는 본 *가입자 안내서*의 **9장**을 참조하십시오.

H. 플랜 회원 가입 종료에 대해 상세 정보를 얻을 수 있는 방법

탈퇴에 관해 궁금한 점이 있거나 자세한 정보를 알아보고자 하는 경우, 이 페이지 맨 아래에 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화 문의하십시오.

제11장: 법적 고지

서문

이 장에는 당사 플랜 회원 자격에 적용되는 법적 고지 사항이 포함되어 있습니다. 주요 용어와 정의는 본 *가입자 안내서*의 마지막 장에 알파벳순으로 정리되어 있습니다.

목차

A. 법률에 대한 고지 249
B. 차별 금지에 관한 연방 고지 249
C. Medi-Cal 차별 금지 관련 고지 249
D. 2차 지급자인 Medicare 및 최후 지급자인 Medi-Cal에 대한 고지 251
E. Medi-Cal 유산 회수 관련 고지 251

A. 법률에 대한 고지

본 *가입자 안내서*에는 여러 법률이 적용됩니다. 이러한 법률은 본 *가입자 안내서*에 포함되거나 설명되지 않은 경우에도 귀하의 권리와 책임에 영향을 미칠 수 있습니다. 적용되는 주된 법률은 Medicare와 Medi-Cal 프로그램에 대한 연방 법률입니다. 다른 연방 및 주정부 법률도 적용될 수 있습니다.

B. 차별 금지에 관한 연방 고지

당사는 인종, 민족, 출신 국가, 피부색, 종교, 성별, 나이, 정신적 또는 신체적 장애, 건강 상태, 청구 이력, 병력, 유전 정보, 보험 가입 가능성 증거 또는 서비스 지역 내 지리적 위치를 근거로 차별하지 않습니다. 당사 플랜 같은 Medicare Advantage Plan을 제공하는 모든 기관은 1964년 민권법(Civil Rights Act of 1964) 표제 VI, 1973년 재활법(Rehabilitation Act of 1973), 1975년 연령 차별 금지법(Age Discrimination Act of 1975), 미국 장애인법(Americans with Disabilities Act), 건강보험 개혁법(Affordable Care Act) 제 1557조, 그리고 연방 보조금을 받는 단체에 적용되는 기타 모든 법률, 기타 이유로 적용되는 기타 모든 법률과 규칙을 포함하여 차별을 금지하는 연방법을 준수하여야 합니다.

추가 정보나 차별 또는 부당한 대우에 대한 문제를 제기하려면:

- 보건 사회복지부 산하 인권국 전화번호 1-800-368-1019로 문의하십시오. TTY 이용자는 1-800-537-7697로 전화하시면 됩니다. 상세 내용은 www.hhs.gov/ocr을 방문하십시오.

C. Medi-Cal 차별 금지 관련 고지

당사는 인종, 민족, 출신 국가, 피부색, 종교, 성별, 나이, 정신적 또는 신체적 장애, 건강 상태, 청구 이력, 병력, 유전 정보, 보험 가입 가능성 증거 또는 서비스 지역 내 지리적 위치를 근거로 차별 또는 차별 대우를 하지 않습니다. 또한, 당사는 조상, 민족 집단 정체성, 성 정체성, 혼인 여부 또는 건강 상태를 이유로 불법적으로 차별하거나, 사람들을 배제하거나, 차별 대우를 하지 않습니다.

추가 정보나 차별 또는 부당한 대우에 대한 문제를 제기하려면:

- 보건국 산하 인권국(Department of Health Care Services, Office for Civil Rights) 전화번호 916-440-7370번으로 전화하십시오. 텔레타이프(Teletypewriter, TTY) 사용자는 711(통신 릴레이 서비스)로 전화하십시오. 차별을 당했다고 생각하며 차별에 대한 이의제기를 하고 싶으신 경우 연락해 주십시오.
- 전화: L.A. Care Health Plan의 최고 규정 준수 담당자에게 연중무휴 24시간(공휴일 포함) **1-833-522-3767**번으로 전화해 주십시오. 또는 말하거나 듣기에 어려움이 있는 경우 **TTY 711**번으로 전화하십시오.

- 서신: 불만 신고 양식을 작성하거나 재고 사항을 서신에 적어 다음 주소로 보냅니다.

  L.A. Care Health Plan
  Chief Compliance Officer

  1200 West 7th Street

  Los Angeles, CA 90017

- 직접 제출: 담당 의사 또는 L.A. Care Health Plan을 방문하여 민권 관련 이의제기 접수를 원한다고 알리십시오.
- 전자 방식 : L.A. Care Health Plan 웹사이트 www.lacare.org/members/member-support/file-grievance/grievance-appeal-form을 방문하거나 civilrightscoordinator@lacare.org로 이메일을 보내십시오.

귀하의 이의 제기가 Medi-Cal 프로그램의 차별에 대한 것일 경우, 귀하는 또한 캘리포니아주 보건국, 민권실에 전화, 서면 또는 온라인으로 민권 관련 불만을 제기하실 수 있습니다.

- 전화: 916-440-7370번으로 전화하십시오. 말을 잘 못하거나 잘 듣지 못하는 경우 711(통신 릴레이 서비스)로 전화하십시오.
- 서신: 불만 제기 양식을 작성하거나 서신에 적어 다음 주소로 발송합니다:

  Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

  불만 제기 양식은 www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx에서 이용 가능합니다.

- 전자 방식: CivilRights@dhcs.ca.gov로 이메일을 보내십시오.

장애가 있어 건강 관리 서비스나 의료서비스 기관을 이용하는 데 도움이 필요하면 가입자 서비스부에 연락하십시오. 휠체어 출입 문제 등과 같은 불만 사항은 가입자 서비스부의 도움을 받을 수 있습니다.

D. 2차 지급자인 Medicare 및 최후 지급자인 Medi-Cal에 대한 고지

당사 플랜에서 제공하는 서비스의 비용을 제3자가 먼저 부담해야만 할 때도 있습니다. 예를 들어 가입자가 교통사고를 당하거나 직장에서 다친 경우, 보험이나 근로자 재해 보상 보험에서 먼저 비용을 부담해야 합니다.

당사 플랜은 Medicare가 1차 부담자가 아닌 Medicare 혜택 서비스 비용을 수금할 권리와 책임이 있습니다.

당사는 가입자에게 제공된 의료 서비스에 대한 제삼자의 법적 책임과 관련한 연방 및 주정부 법률과 규정을 준수합니다. 당사는 Medi-Cal이 최종 지급자가 되도록 합리적인 모든 조치를 취합니다.

Medi-Cal 가입자는 Medi-Cal 가입 전에 건강보험으로 동일한 서비스를 이용할 수 있는 경우, Medi-Cal이 최후의 지급자이므로 다른 모든 건강보험(Other Health Coverage, OHC)을 먼저 이용해야 합니다. 즉, 대부분의 경우 Medi-Cal은 Medicare OHC의 보조 지급자가 되어, Medi-Cal 요율까지 당사 플랜이나 다른 OHC에서 지불하지 않는 허용 비용을 충당합니다.

E. Medi-Cal 유산 회수 관련 고지

Medi-Cal 프로그램은 55세 생일 또는 이후에 받은 Medi-Cal 혜택에 대해 특정 사망한 가입자의 유언집행 자산에서 상환을 받아야 합니다. 회수 범위에는 행위별 수가제(Fee-For-Service, FFS) 및 전문 간호 시설의 관리 의료 보험료/균일 할당제 지불, 가정 및 지역사회 기반 서비스, 그리고 해당 가입자가 간호 시설 입원환자로서 또는 가정 및 지역사회 기반 서비스를 받으면서 받은 병원 및 처방약 서비스 등이 포함됩니다. 환급은 가입자의 보호 대상 자산 가치를 초과할 수 없습니다.

자세한 정보는 보건국 자산 복구 부서 웹사이트 www.dhcs.ca.gov/er를 참조하거나 916-650-0590번으로 전화 문의 바랍니다.

제12장: 중요 용어 정의

서문

이 장에서는 본 *가입자 안내서* 전체에서 사용되는 주요 용어와 그 정의를 설명합니다. 용어는 알파벳순으로 정리되어 있습니다. 찾고 있는 용어를 찾을 수 없거나 정의에 나오는 것보다 더 많은 정보를 필요로 하는 경우, 가입자 서비스부에 문의하십시오.

일상 생활의 활동(Activities of daily living, ADL): 식사, 화장실 사용, 옷 입기, 목욕, 양치질 등 사람들이 일상생활에서 하는 일들을 말합니다.

행정법 판사: 행정법 판사(Administrative Law Judge, ALJ)는 정부 기관과 관련된 사건을 심리하고 판결하는 판사입니다. 3단계 재고 요청을 검토하는 판사입니다.

에이즈 약품 지원 프로그램(AIDS drug assistance program, ADAP): HIV/AIDS 보균자인 자격을 갖춘 개인이 생명을 구하는 HIV 약품을 이용할 수 있도록 지원하는 프로그램입니다.

외래 수술 센터: 병원 치료가 필요하지 않고 24시간 이상의 치료가 필요하지 않을 것으로 예상되는 환자에게 외래 수술을 제공하는 시설입니다.

재고 요청: 당사의 조치에 오류가 있다고 생각하는 경우 이의를 제기할 수 있는 방법입니다. 재고 요청를 제기하여 보험적용 결정의 변경을 요청할 수 있습니다. 재고 요청에 관한 설명 및 재고 요청을 하는 방법은 본 *가입자 안내서* **제9장**에 설명되어 있습니다.

행동 건강: 정서적, 심리적, 사회적 웰빙을 의미합니다. 간단히 말하면, 이는 우리가 생각하고, 느끼고, 다른 사람들과 상호 작용하는 방식에 관한 것입니다. 이 용어는 정신 건강 및 약물 사용 장애 서비스를 포괄해 지칭하는 용어입니다.

생물학적 약제(Biological Product): 동물 세포, 식물 세포, 박테리아, 효모 등의 자연 및 살아 있는 원료로 제조된 약품입니다. 생물학적 약제는 다른 약품보다 복잡하며 똑같이 복제할 수 없어 대체 형식은 바이오시밀러라고 부릅니다. ("원래 생물학적 약제" 및 "바이오시밀러" 참조).

바이오시밀러(Biosimilar): 원래 생물학적 약제와 매우 유사하지만 똑같지는 않은 생물학적 약품입니다. 바이오시밀러는 원래 생물학제 약제만큼 안전하고 효능이 있습니다. 일부 바이오시밀러는 새로운 처방약 없이 약국에서 원래 생물학적 약제를 대체할 수 있습니다. ("상호 교환 가능한 바이오시밀러" 참조).

브랜드 약품(Brand name drug): 최초로 해당 약품을 만든 제약사에서 제조, 판매하는 처방약입니다. 브랜드 약품의 성분은 성분명 약품과 똑같습니다. 성분명 약품은 일반적으로 다른 제약 회사에서 제조 및 판매하며, 일반적으로 브랜드 의약품의 특허가 만료될 때까지 사용할 수 없습니다.

치료 관리사(Care Manager): 가입자, 건강 플랜, 진료 의료 제공자와 공조하면서 가입자가 필요한 진료를 받을 수 있게 해주는 담당자입니다.

케어 플랜(Care Plan): "개별 진료 계획"을 참조하십시오

케어 팀: "협력 진료 팀"을 참조하십시오.

Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): Medicare를 담당하는 연방 정부 기관입니다. 이 *가입자 안내서* 2장에서는 CMS에 연락하는 방법을 설명합니다.

커뮤니티 기반 성인 서비스(Community-Based Adult Services, CBAS): 외래 환자를 위한 시설 기반 서비스 프로그램이며 자격 조건을 충족하는 가입자에게 전문 간호 서비스, 복지 서비스, 작업 치료 및 언어치료, 개인 위생, 가족/간병인 훈련 및 지원, 영양 서비스, 교통편 서비스, 기타 서비스를 제공합니다.

불만 제기(Complaint):서면 또는 구두로 가입자가 보험적용이 되는 서비스 또는 진료와 관련하여 겪고 있는 문제나 우려 사항을 알리는 것. 여기에는 진료의 품질, 당사 네트워크 의료제공자 또는 당사 네트워크 약국에 대한 우려 사항이 포함됩니다. "불만 제기"의 정식 명칭은 "이의제기"입니다.

종합 외래 재활 시설(Comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF):주로 질병, 사고, 큰 수술 이후에 재활 서비스를 제공하는 곳. 물리치료, 복지 또는 심리 서비스, 호흡 요법, 작업 치료, 언어 치료, 가정 환경 평가 서비스 등, 다양한 서비스를 제공합니다.

코페이먼트(Copay):가입자가 특정 약품을 조제받을 때마다 지불하는 고정 금액의 비용 분담금. 예를 들어, 가입자는 약품에 $2나 $5를 내기도 합니다.

비용 분담금(Cost-sharing): 가입자가 특정 약품을 받을 때 내야 하는 금액. 비용 분담금에는 코페이먼트가 포함됩니다.

비용 분담 약품군(Cost sharing tier): 코페이먼트가 동일한 약품의 모음. *보험적용 약품 목록*(*약품 목록*이라고도 함)에 수록된 각 약품은 비용 분담 약품군 네 단계 중 하나에 속합니다. 일반적으로, 비용 분담 약품군이 높아질수록 약품 비용은 증가합니다.

보험적용 결정(Coverage decision): 플랜에서 서비스에 대한 보험혜택 제공 여부 결정. 여기에는 보험적용이 되는 약물이나 서비스에 대한 결정 또는 당사가 가입자의 의료서비스에 부담하는 금액이 포함됩니다. 본 *가입자 안내서* **제9장**에는 보험적용 결정을 요청하는 방법이 설명되어 있습니다.

보험적용이 되는 약물(Covered drugs): 당사 플랜에서 보험을 적용하는 모든 처방약과 일반의약품(Over-The-Counter, OTC)을 의미하는 용어.

보험적용이 되는 서비스(Covered services): 당사 플랜을 통해 보험을 적용하는 모든 건강 관리, 장기 요양 서비스 및 지원, 소모품, 처방약 및 일반의약품, 장비, 기타 서비스를 의미하는 일반 용어.

문화 역량 훈련(Cultural competence training): 이 훈련은 당사의 의료제공자들이 귀하의 사회적, 문화적 및 언어적 필요사항을 충족하도록 서비스를 조정하기 위해 귀하의 배경, 가치 및 신념을 더 잘 이해할 수 있도록 돕기 위한 추가적인 교육입니다.

일일 비용 분담률(Daily cost sharing rate): 의사가 특정 약품을 1개월 미만의 분량으로 처방할 경우 적용되는 비율로서 코페이먼트를 지불해야 합니다. 일일 비용 분담률은 1개월분의 코페이먼트를 일수로 나눈 것입니다.

예: 1개월분(30일분)의 코페이먼트가 $1.35라면 이는 가입자의 일일 약품 부담금이 하루 0.05달러 미만이라는 뜻입니다. 7일치 약품을 받는 경우, 하루 $0.05 미만에 7일을 곱하여 총 지불액은 $0.35 미만입니다.

보건복지국(Department of Health Care Services, DHCS): Medicaid 프로그램(Medi-Cal로 지칭)을 관장하는 캘리포니아 주 정부 부서입니다.

관리 보건국(Department of Managed Health Care, DMHC): 건강 플랜을 감독할 책임이 있는 캘리포니아 주 정부 부서. DMHC는 Medi-Cal 서비스에 대한 재고 요청 및 불만 제기를 처리합니다. DMHC는 독립적 의료 평가(Independent Medical Reviews, IMR)도 수행합니다.

탈퇴(Disenrollment): 당사 플랜의 회원 자격을 종료하는 절차. 탈퇴는 자발적(본인의 선택) 이거나 비자발적(본인의 선택이 아님)으로 될 수 있습니다.

약품 관리 프로그램(Drug Management Program, DMP): 가입자가 처방받은 아편 유사제 및 여타 자주 남용되는 의약품을 안전하게 이용할 수 있도록 돕는 프로그램.

약품군(Drug tier): *약품 목록*에 있는 약품 그룹입니다. 성분명 약품, 브랜드 약품 또는 일반의약품(over-the-counter, OTC)이 약품군의 예입니다. *약품 목록*에 있는 모든 약품은 5단계 중 하나에 속합니다.

이중 자격 특수 요구 플랜(Dual eligible special needs plan, D-SNP): Medicare와 Medicare 모두에 가입 자격이 있는 개인에게 서비스를 제공하는 건강 플랜입니다. 본 플랜은 D-SNP 입니다.

내구성 의료 장비(Durable medical equipment, DME): 가입자가 자택에서 사용할 수 있도록 의사가 주문하는 특정 품목. 이들 품목으로는 휠체어, 목발, 동력 매트리스 시스템, 당뇨병 제품, 의사가 주문한 자택에서 사용할 병원침대, IV 주사 펌프, 언어 생성 장치, 산소 장비 및 제품, 흡입치료기 및 보행기 등을 들 수 있습니다.

응급(Emergency): 의학적 응급 상황으로 가입자 본인 또는 건강 및 의학에 관한 평균적인 지식을 가진 사람이 의학적 증세로 판단하기에 즉시 의학적으로 필요한 치료를 받지 못하면 사망, 신체 부위의 상실, 신체 기관의 장애(임신부인 경우 태아 손실도 포함)로 이어질 수 있는 경우입니다. 의학적인 증상에는 급속히 악화하는 질환이나 부상, 극심한 통증, 증세가 해당할 수 있습니다.

응급 치료(Emergency care): 응급 진료 교육을 받은 의료제공자가 실시하고 의학적 또는 행동 건강 응급 상황의 치료에 필요한 보험적용이 되는 서비스.

예외(Exception): 일반적으로 보장이 되지 않는 약품에 대해 보험을 적용받거나 특정 규정 및 제한 없이 약품을 사용하도록 허가하는 것.

제외된 서비스(Excluded Services): 이 건강 플랜에서 보장되지 않는 서비스.

추가 지원(Extra Help): 저소득자 및 빈곤자가 보험료, 공제액, 코페이먼트 등과 같이 Medicare 파트 D 약품의 약제비를 지불할 수 있도록 지원하는 Medicare 프로그램. 추가 지원은 "저소득층 보조금" 또는 "LIS"라고도 합니다.

성분명 약품(Generic drug): 브랜드 약품을 대신하여 사용할 수 있도록 연방 정부가 승인한 약품. 성분명 약품의 성분은 브랜드 약품과 똑같습니다. 대개 성분명 약품은 브랜드 약품보다 더 싸고 효과는 같습니다.

이의(Grievance):가입자가 당사 플랜 또는 네트워크 의료제공자나 약국에 대해 제기하는 불만. 여기에는 치료 품질 또는 건강 플랜이 제공하는 서비스 품질에 대한 불만도 포함됩니다.

건강보험 상담 지원 프로그램(Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP): Medicare에 대해 무료로 객관적인 정보 및 상담을 제공하는 프로그램. 이 **가입자 안내서** *2장*에서는 HICAP에 연락하는 방법을 설명합니다.

건강 플랜(Health plan): 의사, 병원, 약국, 장기 서비스 의료제공자, 기타 의료진으로 구성된 조직. 또한, 진료 코디네이터도 있어 가입자의 모든 제공자 및 서비스 관리를 돕습니다. 이 조직은 협력하여 가입자에게 필요한 진료를 제공합니다.

건강 위험 평가(Health risk assessment, HRA): 환자의 병력 및 현재 상태를 점검하는 것. 환자의 건강을 알아보고 건강 상태가 어떻게 바뀔지 알아보는 데 사용합니다.

가정 건강 도우미(Home health aide): 목욕, 배변, 옷 입기, 처방된 운동과 같은 개인 케어 활동을 돕는 등, 전문 간호사나 치료사가 필요하지 않은 서비스를 제공하는 사람. 가정 건강 도우미는 간호 면허가 없으며 치료를 제공하지 않습니다.

호스피스(Hospice): 말기 진단 환자의 편안한 생활을 돕기 위한 간호 및 지원 프로그램. 말기 진단은 의학적 진단을 통해 말기 질환을 가지고 있다는 것이 인증된 환자로, 즉 기대 수명이 6 개월 이하인 환자를 의미합니다.

- 말기 진단을 받은 가입자에게는 호스피스 선택권이 있습니다.
- 전문적인 훈련을 받은 전문가와 간병인으로 구성된 팀이 환자에게 신체적, 정서적, 사회적, 영적 필요를 비롯한 총체적 돌봄을 제공합니다.
- 당사는 가입자의 거주지에 있는 호스피스 의료제공자 명부를 반드시 제공하여야 합니다.

잘못된/부적합한 의료비 청구(Improper/inappropriate billing): 의료제공자(의사, 병원 등)에서 해당 서비스에 대해 당사의 비용 분담금보다 더 많은 금액을 가입자에게 청구하는 상황. 이해가 안 되는 청구서를 받으면 가입자 서비스부에 연락하십시오.

플랜 가입자로서 귀하는 당사 보험이 적용되는 서비스를 받을 때만 당사 플랜의 비용 분담금을 지불합니다. 당사는 의료제공자가 가입자에게 이 금액보다 더 많은 금액을 청구하는 것을 허용하지 **않습니다**.

가정 내 지원 서비스(In-Home Supportive Services, IHSS): IHSS 프로그램은 자택에서 안전하게 지낼 수 있도록 등록된 의료제공자가 귀하에게 제공하는 서비스의 비용을 지원합니다. IHSS는 요양원 또는 입주 간병 시설과 같이 자택 외부에서 받는 진료의 대안으로 간주됩니다. 서비스를 받으려면, 각 참여자의 필요에 따라 승인 가능한 서비스 유형을 결정하기 위한 평가가 진행됩니다. IHSS를 통해 승인될 수 있는 서비스 유형은 가사 청소, 식사 준비, 세탁, 식료품 쇼핑, 개인 관리 서비스(예: 배변 및 배뇨 관리, 목욕, 몸단장, 준의료 서비스), 진료 예약 동행, 그리고 정신 장애인을 위한 보호 감독입니다. IHSS는 카운티의 사회복지기관에서 관리합니다.

독립적 의료 평가(Independent Medical Review, IMR): 당사 플랜에서 귀하의 의료 서비스 또는 치료에 대한 요청을 거부할 경우 귀하는 재고 요청을 할 수 있습니다. 당사의 결정에 불복하고 해당 문제가 DME 공급품과 약품을 비롯한 Medi-Cal 서비스에 대한 것이면, 캘리포니아주 관리보건국에 IMR을 요청할 수 있습니다. IMR은 플랜 소속이 아닌 전문가들이

귀하의 사례를 심사하는 것입니다. 가입자에게 유리하게 IMR의 결정이 내려질 경우 당사 플랜은 귀하가 요청한 서비스 또는 치료를 제공해야 합니다. 가입자는 IMR 비용을 내지 않습니다.

독립 심사 기관(Independent review organization, IRO): Medicare가 고용한 독립 기관으로, 레벨 2 재고 요청을 검토합니다. 이 기관은 플랜과 무관하며 정부 기관도 아닙니다. 이 기관은 당사의 결정이 옳은지, 바뀌어야 하는지를 판단합니다. 기관의 업무 감독은 Medicare가 합니다. 정식 명칭은 **중립적 심사체(Independent Review Entity)**입니다.

개별 진료 계획(Individualized Care Plan, ICP 또는 케어 플랜): 귀하에게 필요한 서비스와 이를 받는 방법을 귀하 및 의사에게 알려주는 플랜. 케어 플랜에는 의료서비스, 행동 건 서비스, 장기 요양 서비스 및 지원 등이 포함될 수도 있습니다.

입원(Inpatient): 전문 의료 서비스를 받기 위해 정식으로 병원에 입원한 것을 나타내는 용어. 병원에 정식으로 입원하지 않으면, 병원에서 하룻밤을 보낸다 해도 입원환자가 아닌 외래환자로 여겨질 수 있습니다.

협력 진료 팀(Interdisciplinary Care Team, ICT, 협진팀): 협진팀은 의사, 간호사, 상담사를 비롯하여 가입자가 필요한 진료를 받도록 돕는 기타 의료 전문가가 포함될 수 있습니다. 가입자의 케어 팀도 가입자를 도와 진료 계획을 세웁니다.

통합 D-SNP(Integrated D-SNP): Medicare와 Medicaid에 모두 가입할 수 있는 특정 그룹의 개인에게 제공되는 단일 건강 플랜으로 Medicare 및 대부분 또는 모든 Medicaid 서비스를 보장하는 이중 자격 특별 필요 플랜입니다. 해당 개인은 완전한 혜택을 받는 이중 자격 개인이라고 합니다.

상호 교환이 가능한 바이오시밀러(Interchangeable Biosimilar): 자동 대체 가능성과 관련된 추가적인 요건을 충족하여 새로운 처방전 없이 약국에서 대체할 수 있는 바이오시밀러입니다. 약국에서의 자동 대체는 주 법률을 따릅니다.

보험적용 약품 목록(List of Covered Drugs)(약품 목록): 플랜에서 보험으로 보장하는 처방약 및 일반의약품(OTC) 목록. 당사는 의사와 약사들의 도움을 받아 이 목록에 있는 약품들을 선택합니다. *약품 목록*에는 가입자가 약물을 받을 때 따라야 하는 규칙이 있는지 나와 있습니다. *약품 목록*을 "처방집(formulary)"이라고도 합니다.

장기 요양 서비스 및 지원(Long-term services and supports, LTSS): 장기적인 질환을 완화하는 데 도움이 되는 장기 요양 서비스 및 지원입니다. 이런 서비스는 대부분 환자가 집에서 지내는 데 도움이 되므로 간호 시설이나병원에 가지 않아도 됩니다. 본 플랜이 보장하는 LTSS로는 커뮤니티 기반 성인 서비스(CBAS)(성인 주간 의료 서비스라고도 함), 간호 시설(NF), 커뮤니티 지원 등이 있습니다. IHSS와 1915(c) 면제 프로그램은 플랜 외부에서 제공하는 Medi-Cal LTSS입니다.

저소득자 보조금(Low-income subsidy, LIS): "추가 지원"을 참조하십시오.

우편 주문 프로그램(Mail Order Program): 일부 플랜에서는 최대 3개월분의 처방약을 자택으로 직접 배송받는 우편 주문 프로그램을 제공합니다. 이는 정기적으로 복용하는 처방약을 보충하는 비용 효율적이고 편리한 수단이 될 수 있습니다.

Medi-Cal: 캘리포니아주의 Medicaid 프로그램의 이름. Medi-Cal은 주 정부가 관리하며, 주 정부와 연방 정부에서 비용을 부담합니다.

- 저소득층의 장기 서비스 및 지원 비용 및 의료비 부담을 덜어드립니다.
- 또한 Medicare로 보장되지 않는 가외 서비스와 약품 비용을 부담합니다.
- Medicaid 프로그램은 주마다 다르지만, 가입자가 Medicare와 Medi-Cal 양쪽의 수혜 자격이 있으면 대부분 의료비가 보험으로 처리됩니다.

Medi-Cal 플랜: Medi-Cal 혜택만 보장하는 플랜. 예를 들어 장기 요양 서비스 및 지원, 의료 장비 및 교통편 등이 있습니다. Medicare 혜택은 별도입니다.

Medicaid(또는 Medical Assistance): 소득 수준이 낮은 인물을 위해 장기 요양 서비스 및 지원과 의료비를 지원하는 연방 정부 및 주 정부 운영 프로그램. Medi-Cal은 캘리포니아주의 Medicaid 프로그램 이름입니다.

의학적으로 필요한(Medically necessary): 질병을 예방, 진단, 치료하거나 현재 건강 상태를 유지하는 데 필요한 의료 서비스, 제품 또는 약품. 여기에는 가입자가 병원이나 간호 시설에 입원하지 않도록 조치하는 치료도 포함됩니다. 또한 해당 서비스, 소모품, 약품이 용인된 의료 활동 기준에 부합해야 합니다. 주 정부에서 정의하는 의학적으로 필요한 의료 서비스에는 생명을 보호하고 중대한 질병 또는 장애를 예방하고 심각한 통증을 완화하는 데 필요한 합당한 서비스가 포함됩니다.

Medicare:만 65세 이상, 만 65세 미만이고 특정 장애가 있는 사람, 말기 신장 질환을 앓고 있는 사람(대개 영구적인 신부전이 있어 투석 또는 신장 이식이 필요한 사람)을 위한 연방 정부 건강 보험 프로그램. Medicare 수혜자는 Original Medicare(일반 Medicare)나 관리 의료 플랜("건강 플랜" 참고)으로 Medicare 건강보험을 받을 수 있습니다.

Medicare Advantage: 민간 기업을 통해 MA 플랜을 제공하는 "Medicare 파트 C" 또는 "MA"라고도 알려진 Medicare 프로그램. Medicare는 귀하의 Medicare 혜택을 보장하기 위해 이들 회사에 지불합니다.

Medicare 재고 요청 위원회(Medicare Appeals Council)(위원회): 4단계 재고 요청을 심사하는 위원회. 이 위원회는 연방 정부 소속입니다.

Medicare 보험적용이 되는 서비스(Medicare-covered services): Medicare 파트 A 및 Medicare 파트 B로 보장되는 서비스. 본 플랜을 포함한 모든 Medicare 건강 플랜은 Medicare 파트 A 및 Medicare 파트 B로 보장하는 모든 서비스를 보장해야 합니다.

Medicare 당뇨병 예방 프로그램(Medicare diabetes prevention program, MDPP): 구조가 잡힌 건강 행동 변화 프로그램으로 장기간에 걸친 식단 변화, 신체 활동 증가, 체중 감량과 건강한 생활 방식 유지를 위해 난관을 극복할 전략 등을 제공합니다.

Medicare-Medi-Cal 가입자(Medicare-Medi-Cal enrollee): Medicare 및 Medicaid 보험 자격 조건에 부응하는 인물. Medicare-Medicaid 등록자는 "이중 자격 개인"(dually eligible individual)라고도 합니다.

Medicare 파트 A(Medicare Part A): 의학적으로 필요한 병원, 전문 간호 시설, 가정 건강 및 호스피스 서비스 대부분에 보험을 적용하는 Medicare 프로그램.

Medicare 파트 B(Medicare Part B): 어떤 질병이나 질환을 치료하기 위해 의학적으로 필요한 서비스(검사, 수술, 의사 방문 등) 및 소모품(휠체어, 지팡이 등)에 보험을 적용하는 Medicare 프로그램. 메디케어 파트 B는 다수의 예방적 서비스와 선별 검사 서비스 비용도 부담합니다.

Medicare 파트 C(Medicare Part C): 민간 건강보험사에서 MA 플랜을 통해 Medicare 혜택을 제공할 수 있는 "Medicare Advantage" 또는 "MA"라고 부르는 Medicare 프로그램.

Medicare 파트 D(Medicare Part D): Medicare 약품 혜택 프로그램. 이 프로그램을 줄여서 " 파트 D"라고 합니다. Medicare 파트 D는 Medicare 파트 A, Medicare 파트 B 또는 Medicaid에서 보장하지 않는 외래 환자용 약품, 백신 및 일부 의료용품을 보장합니다. 본 플랜에는 Medicare 파트 D가 포함되어 있습니다.

Medicare 파트 D 약품(Medicare Part D drugs): Medicare 파트 D에서 보장하는 약품. 의회에서는 구체적으로 특정 약품 범주를 Medicare 파트 D 약품 보장 범위에서 제외하였습니다. Medicaid는 이들 약품 중 일부에 보험 혜택을 적용할 수 있습니다.

의약품 치료 관리(Medication Therapy Management, MTM): 특정 요건을 충족하거나 약품 관리 프로그램에 참여하는 사람들에게 제공되는 복잡한 건강 요구 사항을 위한 Medicare 파트 D 프로그램입니다. MTM 서비스에는 일반적으로 의약품의 검토를 위한 약사 또는 의료제공자와의 논의가 포함됩니다. 자세한 정보는 본 *가입자 안내서* 제5장을 참조하십시오.

Medi-Medi 플랜(Medi-Medi Plan): Medi-Medi 플랜은 일종의 Medicare Advantage Plan 입니다. 이 플랜은 Medicare와 Medi-Cal을 모두 이용하는 분들을 위한 것으로, Medicare와 Medi-Cal 혜택을 하나의 플랜으로 통합합니다. Medi-Medi 플랜은 Medicare와 Medi-Cal의 모든 보험적용이 되는 서비스를 포함하여 두 프로그램에 걸쳐 모든 혜택과 서비스를 조정합니다.

가입자(당사 플랜 가입자 또는 플랜 가입자): Medicare 및 Medi-Cal 수혜자로서 보험적용이 되는 서비스를 받을 수 있고 당사 플랜에 등록했으며 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS)와 주 정부가 등록을 승인한 사람.

***가입자 안내서* 및 공개 정보(Member Handbook and Disclosure Information):** 본 문서와 가입자의 등록 양식 및 기타 첨부 자료 또는 부칙을 가리키며 가입자의 보장 범위, 당사 플랜의 책임, 가입자의 권리, 당사 플랜의 가입자로서 해야 할 일에 대해 설명합니다.

가입자 서비스부(Member Services): 당사 플랜에서 가입자의 회원 자격, 혜택, 이의, 재고 요청에 대한 문의에 답변할 책임이 있는 부서. 가입자 서비스부에 대한 자세한 정보는 *가입자 안내서* **제2장**을 참조하시기 바랍니다.

네트워크 약국(Network pharmacy):당사 플랜의 가입자를 위해 처방약을 조제해 주기로 한 약국(드럭스토어). 저희 플랜과 함께 일하기로 동의한 이런 약국들을 "네트워크 약국"이라고 합니다. 대부분의 경우, 당사는 처방약을 당사 네트워크 약국에서 조제받는 경우에 한해 보장합니다.

네트워크 의료제공자(Network provider): "의료제공자(Provider)"는 의사, 간호사를 비롯하여 가입자에게 서비스 및 진료를 제공하는 기타 관계자를 일반적으로 지칭하는 용어입니다. 이 용어에는 병원, 가정 간호 기관, 클리닉 및 가입자에게 의료서비스, 의료 기기, 장기 요양 서비스 및 지원을 제공하는 기타 장소도 포함됩니다.

- 이들은 Medicare와 주 정부의 인가 또는 공인을 받아 의료 서비스를 제공합니다.
- 당사는 이들이 당사 건강 플랜과 함께 일하기로 동의하고 당사가 지급하는 돈을 받으며 당사 가입자에게 별도 금액을 부과하지 않는 경우 이들을 "네트워크 의료제공자"라고 부릅니다.
- 당사 플랜의 가입자는 반드시 네트워크 의료제공자를 이용해야 보험으로 제공되는 서비스를 받을 수 있습니다. 네트워크 의료서비스 제공자는 "플랜 소속 의료제공자" 라고도 합니다.

요양원 또는 간호 시설(Nursing home 또는 facility): 자택에서 치료를 받을 수는 없지만 병원에 입원할 필요는 없는 사람을 돌보는 시설.

옴부즈맨(Ombudsman): 귀하를 대신해 옹호자로 일하는 귀하가 거주하는 주의 사무실. 문제나 불만이 있을 때 발생하는 질문에 답해 드리며, 할 수 있는 일들을 알려드릴 수 있습니다. 옴부즈맨 서비스는 무료입니다. 더 자세한 정보는 본 *가입자 안내서* **2장 및 9장**에서 찾아보실 수 있습니다.

기관 결정(Organization determination): 당사 또는 당사의 의료제공자 중 하나가 어떤 서비스에 보험을 적용할지 또는 가입자가 보험적용이 되는 서비스를 얼마나 부담할지 결정하기 위해 플랜에서는 기관 결정을 내립니다. 기관 결정은 "보험적용 결정"이라고 합니다. 보험적용 결정에 대한 설명은 본 *가입자 안내서* **제9장**을 참조하십시오.

원래 생물학적 약제(Original Biological Product): 식품의약국(Food and Drug Administration, FDA)에서 승인한 생물학적 약제로, 바이오시밀러 버전을 제조하는 제조사에 대한 비교군 역할을 합니다. 참조 제품이라고도 합니다.

Original Medicare(일반 Medicare 또는 진료별 수가제(fee-for-service) Medicare): Original Medicare(일반 Medicare)는 정부가 제공합니다. Original Medicare에 따라, Medicare 서비스는 의사, 병원, 그 외 의료제공자에게 의회가 정한 금액을 지급하여 비용이 처리됩니다.

- 귀하는 Medicare를 수락하는 아무 의사나 병원, 그 외 의료제공자에게 가도 됩니다. Original Medicare는 Medicare 파트 A(병원 보험) 및 Medicare 파트 B(의료 보험)로 구성됩니다.
- Original Medicare는 미국 전역에서 제공됩니다.
- 당사 플랜에 가입을 원하지 않는 사람은 Original Medicare를 선택할 수 있습니다.

네트워크 외 약국(Out-of-network pharmacy): 당사 플랜과 함께 일하면서 당사 플랜 가입자에게 보험적용이 되는 약물을 조제하는 데 동의하지 않은 약국. 당사 플랜에서는 가입자가 네트워크 외 약국에서 받는 대부분 약품에 대해 특정 조건이 적용되지 않는 한 비용을 부담하지 않습니다.

네트워크 외 의료제공자(Out-of-network provider) 또는 네트워크 외 시설(Out-of-network facility): 본 플랜이 고용하거나 소유하거나 운영하지 않는 의료제공자나 시설로, 플랜 가입자에게 보험적용이 되는 서비스를 제공하기로 계약을 체결하지 않은 곳. 본 *가입자 안내서*의 **제3장**에서는 네트워크 외 의료제공자 또는 시설에 대해 설명합니다.

본인 지출액 비용(Out-of-pocket costs): 가입자가 받는 서비스 또는 약품의 일부에 대해 지불하는 비용 분담 요건을 "본인 지출액 비용(out-of-pocket)" 요건이라고도 합니다. "비용 분담"의 정의는 위 정의를 참조하시오.

일반의약품(Over-the-counter, OTC): 일반의약품이란 의료 전문가의 처방전 없이 구입할 수 있는 약품 또는 의약품입니다.

파트 A: "Medicare 파트 A"를 참조하십시오.

파트 B: "Medicare 파트 B"를 참조하십시오.

파트 C: "Medicare 파트 C"를 참조하십시오.

파트 D: "Medicare 파트 D"를 참조하십시오.

파트 D 약품: "Medicare 파트 D 약품"을 참조하십시오.

개인 건강 정보(비공개 건강 정보[Personal health information]라고도 함)(Personal health information, PHI): 이름, 주소, 사회보장번호, 의사 방문 및 병력과 같은 귀하와 귀하의 건강에 관한 정보. 당사가 귀하의 PHI를 보호하고 사용하며 공개하는 방법 및 PHI에 대한 귀하의 권리에 대한 자세한 정보는 당사의 개인정보 보호정책 고지문을 참조하십시오.

예방적 서비스(Preventive service): 치료 효과가 가장 좋은 초기에 질환을 예방하거나 발견하기 위한 의료 서비스(예: 예방적 서비스에는 자궁경부 세포검사, 독감 예방 접종, 유방 촬영술 검진 등이 포함됩니다).

주치의(Primary care provider, PCP): 가입자가 대부분의 건강 문제와 관련하여 가장 먼저 찾아가는 의사나 기타 의료제공자. 주치의는 가입자에게 건강 유지에 필요한 진료를 받게 해줍니다.

- 주치의는 가입자의 진료에 관하여 다른 의사 및 의료제공자와 대화하고 그들에게 진료를 의뢰할 수도 있습니다.
- 다수의 Medicare 건강 플랜에서 가입자는 다른 의료제공자를 만나기 전에 반드시 주치의를 만나야 합니다.
- 주치의 진료를 받는 방법에 대해서는 본 *가입자 안내서*의 **제3장**을 참조하십시오.

사전 승인(Prior authorization, PA): 특정 서비스나 약품을 받거나 네트워크 외 의료제공자를 이용하기 전에 반드시 당사로부터 받아야 하는 승인입니다. 귀하가 승인을 받지 않은 경우, 당사 플랜은 서비스나 약품에 보험적용을 하지 않을 수도 있습니다.

당사 플랜은 의사 또는 기타 네트워크 의료제공자가 당사에게 PA를 받는 경우에만 일부 네트워크 의료 서비스에 보험을 적용합니다.

- 당사의 PA가 필요한 보험적용이 되는 서비스는 본 *가입자 안내서* **제4장**에 표시되어 있습니다.

당사 플랜은 가입자가 PA를 받는 경우에만 일부 약물에 혜택을 제공합니다.

- 플랜의 PA를 받아야 하는 보험적용이 되는 약물은 *보험적용 약품 목록*에 표시되어 있고 규칙은 당사 웹사이트에 게시됩니다.

노인을 위한 종합 진료 프로그램(Program for All-Inclusive Care for the Elderly, PACE): 만 55세 이상이고 자택 생활에서 더 높은 수준의 케어가 필요한 사람을 위해 Medicare 및 Medicaid 혜택을 통합적으로 제공하는 프로그램.

의료보장구(Prosthetics and Orthotics): 의사 또는 기타 의료제공자가 주문한 의료 기기로, 팔, 등, 목 고정기, 인공 팔다리, 의안, 신체의 내부 부분이나 기능 대체에 필요한 기기(장루 제품, 장관 및 비경구 영양 요법 포함) 등을 포함하나 이에 국한되지는 않습니다.

품질 향상 단체(Quality improvement organization, QIO): 의사 및 기타 건강 관리 전문가로 구성된 그룹. Medicare 가입자를 위한 서비스의 품질을 높이도록 돕습니다. QIO는 연방 정부에서 보수를 받아 환자들에게 제공되는 진료를 확인하고 개선합니다. QIO에 대한 자세한 정보는 본 *가입자 안내서* **제2장**을 참조하시기 바랍니다.

수량 제한(Quantity limits): 가입자가 투약할 수 있는 약품의 양 제한. 당사는 플랜이 처방당 부담하는 약품의 수량을 제한할 수 있습니다.

실시간 혜택 도구(Real Time Benefit Tool): 가입자가 완전하고, 정확하며, 시기적절하고, 임상적으로 적합한, 가입자별 보험적용이 되는 약물 및 혜택 정보를 조회할 수 있는 포털 또는 컴퓨터 애플리케이션입니다. 여기에는 비용 분담액, 특정 약물과 동일한 건강 상태에 사용될 수 있는 대체 약품, 그리고 대체 약품에 적용되는 혜택 제한(사전 승인, 단계적 치료, 수량 제한)이 포함됩니다.

진료의뢰(Referral): 진료의뢰는 귀하의 PCP가 아닌 의료제공자를 이용하기 위한 귀하의 주치의(PCP)의 승인입니다. 귀하가 승인을 우선 받지 않은 경우, 당사는 해당 서비스에 보험적용을 하지 않을 수도 있습니다. 여성 건강 전문의와 같은 특정 전문의를 만나기 위해 진료의뢰가 필요하지 않습니다. 진료의뢰에 대한 더 자세한 정보는 본 *가입자 안내서* **제3장 및 제4장**에서 찾아보실 수 있습니다.

재활 서비스(Rehabilitation services): 질환, 사고, 큰 수술 이후의 회복을 돕기 위한 치료. 재활 서비스에 대해 더 알아보려면 *가입자 안내서* **제4장**을 참조하시기 바랍니다.

민감한 서비스: 정신 또는 행동 건강, 성 및 생식 건강, 가족 계획, 성 접촉 감염(sexually transmitted infections, STI), HIV/AIDS, 성폭행 및 낙태, 약물 남용 장애, 성별 확인 치료 및 친밀한 파트너 폭력과 관련된 서비스.

서비스 지역(Service area): 거주 지역에 따라 가입자 자격을 제한하는 건강 플랜에서 가입자가 서비스를 받는 지리적 구역. 가입자가 이용할 수 있는 의사와 병원을 제한하는 플랜의 경우, 일반적으로 가입자가 일상적인(비응급) 서비스를 받을 수 있는 지역이기도 합니다. 당사의 서비스 지역 내에 거주하는 사람만이 당사 플랜에 가입할 수 있습니다.

비용 분담금(Share of Cost): 가입자가 매월 건강 관리 비용 중 본인 부담금을 지불해야 보험 혜택을 이용할 수 있는 경우가 있습니다. 가입자의 비용 분담금은 소득과 가용 자원에 따라 다릅니다.

전문 간호 시설(Skilled nursing facility, SNF): 전문 간호 서비스 및 대개는 전문 재활 서비스와 기타 관련 건강 서비스를 제공할 인력과 장비를 갖춘 간호 시설.

전문 간호 시설(Skilled nursing facility, SNF) 케어: 전문 간호 시설에서 지속적으로 매일 제공하는 전문 간호 서비스 및 재활 서비스. 전문 간호 시설 케어의 예로는 물리치료나 공인 간호사 또는 의사가 놓을 수 있는 정맥 내(IntraVenous, IV) 주사가 있습니다.

전문의: 특정 유형의 의료 문제를 치료하는 의사. 예를 들어, 정형외과 의사는 골절된 뼈를 치료합니다. 알러지 전문의는 알러지를 치료합니다. 그리고 심장병 전문의는 심장 문제를 치료합니다. 대부분 경우, 가입자가 전문의의 진료를 받으려면 가입자의 PCP로부터 진료의뢰가 필요합니다.

전문 약국: 전문 약국에 대한 자세한 내용은 본 *가입자 안내서*의 **제5장**을 참조하십시오.

주정부 공정심의회(State Fair Hearing): 가입자의 의사나 기타 의료제공자가 당사 플랜에서 승인하지 않을 Medi-Cal 서비스를 요청하거나 당사 플랜이 가입자가 이미 이용 중인 Medi-Cal 서비스의 비용을 더 이상 지불하지 않기로 할 경우, 가입자는 주 정부 공정심의회를 요청할 수 있습니다. 주 정부 공정심의회에서 가입자에게 유리한 결정을 내리면 당사 플랜은 가입자가 요청한 서비스를 제공해야 합니다.

단계적 치료(Step therapy): 가입자가 요청한 약품에 대해 보험을 적용하기에 앞서 가입자가 먼저 다른 약품을 사용해 보아야 하는 보장 관련 규정

생계보조비(Supplemental Security Income, SSI): 사회보장에서 장애가 있거나 시력을 상실했거나 만 65세 이상인 저소득자 및 빈곤자에게 매월 지급하는 금액. SSI 혜택은 사회 보장 혜택과 다릅니다.

긴급하게 필요한 치료(Urgently needed care): 응급 상황은 아니지만 당장 진료를 받아야 하는 예측하지 못한 질병, 부상, 질환에 대해 받는 진료. 가입자가 처한 시점, 장소 또는 상황상 네트워크 의료제공자로부터 서비스를 받는 것이 불가능하거나 불합리한 경우 네트워크 외 의료제공자에게 긴급하게 필요한 치료를 받아도 됩니다(예를 들어 플랜 서비스 지역에서 벗어났는데 예기치 못한 증상이 나타나 즉시 의학적으로 즉각적인 서비스가 필요하지만 의학적 응급 상황은 아닌 경우).

L.A. Care Medicare Plus 가입자 서비스부

전화	1-833-522-3767 통화료는 무료이며, 연중무휴 24시간 운영됩니다(공휴일 포함). 당사 가입자 서비스부는 영어를 사용할 수 없는 분들을 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711 특수 전화 장비가 필요하며 청각 또는 언어 장애인 전용입니다. 통화료는 무료이며, 연중무휴 24시간 운영됩니다(공휴일 포함).
팩스	1-213-438-5712
우편	L.A. Care Medicare Plus Attn: Member Services Department 1200 West 7th Street Los Angeles, CA 90017
웹사이트	medicare.lacare.org

L.A. Care
HEALTH PLAN®

For All of L.A.

수신자 부담 전화: **1.833.522.3767** | TTY: **711** **lacare.org**

LA3969 KO 09/25