



2022년 1월 1일~12월 31일

보장 범위 증명서:

Wellcare Patriot No Premium Open (PPO) 가입자의 Medicare 의료 혜택과 서비스

이 책자는 2022년 1월 1일부터 12월 31일까지의 Medicare 의료 보장에 관한 자세한 정보를 제공합니다. 이 책자는 가입자에게 필요한 의료 서비스 보장을 받는 방법을 설명합니다. **이 책자는 중요한 법적 문서입니다. 안전한 곳에 이 책자를 보관하십시오.**

Wellcare Patriot No Premium Open (PPO) 플랜은 Health Net Life Insurance Company에서 제공합니다(이 보장 범위 증명서에서 언급하는 “저희” 또는 “당사”는 Health Net Life Insurance Company를 의미합니다. 이 증명서에서 언급하는 “플랜” 또는 “당사 플랜”은 Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)을 의미합니다).

저희는 귀하에게 적합한 방식으로 정보를 제공해야 합니다(영어 이외의 언어, 오디오, 점자, 대형 활자본 또는 기타 대체 형식 등). 다른 형식으로 된 플랜 정보가 필요한 경우 이 책자의 뒷표지에 나와 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화하시기 바랍니다.

혜택, 공제액 및/또는 코페이먼트/공동보험료는 2023년 1월 1일에 변경될 수 있습니다.

의료 제공자 네트워크는 언제든지 변경될 수 있습니다. 필요하면 고지 내용을 보내 드립니다.

OMB Approval 0938-1051
(Expires: February 29, 2024)
OR2CNCEOC81183K_0010
H5439010000

ATENCIÓN: Si habla español, contamos con servicios de asistencia lingüística que se encuentran disponibles para usted de manera gratuita. Llame al 1-877-374-4056 (TTY: 711).

注意：如果您說中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-374-4056 (TTY: 711)。

Chú ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ có sẵn miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi số 1-877-374-4056 (TTY: 711).

주의사항: 한국어를 구사할 경우, 언어 보조 서비스를 무료로 이용 가능합니다. 1-877-374-4056 (TTY: 711)번으로 연락해 주십시오.

Atensyon: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may mga available na libreng tulong sa wika para sa iyo. Tumawag sa 1-877-374-4056 (TTY: 711).

Dumngeg: No agsasau ka iti Ilokano, dagiti tulong nga serbisio, a libre, ket available para kaniam. Awagan ti 1-877-374-4056 (TTY: 711).

La Silafia: Afai e te tautala i le gagana Sāmoa, gagana 'au'aunaga fesoasoani, fai fua leai se totogi, o lo'o avanoa ia te 'oe. Vala'au le 1-877-374-4056 (TTY: 711).

Maliu: Inā 'ōlelo Hawai'i 'oe, he lawelawe māhele 'ōlelo, manuahi, i lako iā 'oe. E kelepona iā 1-877-374-4056 (TTY: 711).

전화 한 통화로 연락이 가능합니다

ARKANSAS

+ HMO, HMO D-SNP

☎ 1-855-565-9518

📱 또는 www.wellcare.com/allwellAR 을 방문

ARIZONA

+ HMO, HMO C-SNP, HMO D-SNP

☎ 1-800-977-7522

📱 또는 www.wellcare.com/allwellAZ 을 방문

CALIFORNIA

+ HMO, HMO C-SNP, HMO D-SNP, PPO

☎ 1-800-275-4737

📱 또는 www.wellcare.com/healthnetCA 을 방문

FLORIDA

+ HMO D-SNP

☎ 1-877-935-8022

📱 또는 www.wellcare.com/allwellFL 을 방문

GEORGIA

+ HMO

☎ 1-844-890-2326

+ HMO D-SNP

☎ 1-877-725-7748

📱 또는 www.wellcare.com/allwellGA 을 방문

INDIANA

+ HMO, PPO

☎ 1-855-766-1541

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-202-4704

📱 또는 www.wellcare.com/allwellIN 을 방문

KANSAS

+ HMO, PPO

☎ 1-855-565-9519

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-402-6707

📱 또는 www.wellcare.com/allwellKS 을 방문

LOUISIANA

+ HMO

☎ 1-855-766-1572

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-541-0767

📱 또는 www.wellcare.com/allwellLA 을 방문

MISSOURI

+ HMO

☎ 1-855-766-1452

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-298-3361

📱 또는 www.wellcare.com/allwellMO 을 방문

MISSISSIPPI

+ HMO

☎ 1-844-786-7711

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-260-4124

📄 또는 www.wellcare.com/allwellMS 을 방문

NEBRASKA

+ HMO, PPO

☎ 1-833-542-0693

+ HMO D-SNP, PPO D-SNP

☎ 1-833-853-0864

📄 또는 www.wellcare.com/NE 을 방문

NEVADA

+ HMO, HMO C-SNP, PPO

☎ 1-833-854-4766

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-717-0806

📄 또는 www.wellcare.com/allwellNV 을 방문

NEW MEXICO

+ HMO, PPO

☎ 1-833-543-0246

+ HMO D-SNP

☎ 1-844-810-7965

📄 또는 www.wellcare.com/allwellNM 을 방문

NEW YORK

+ HMO, HMO-POS, HMO D-SNP

☎ 1-800-247-1447

📄 또는 www.fideliscare.org/wellcaremedicare 을 방문

OHIO

+ HMO, PPO

☎ 1-855-766-1851

+ HMO D-SNP

☎ 1-866-389-7690

📄 또는 www.wellcare.com/allwellOH 을 방문

OKLAHOMA

+ HMO, PPO

☎ 1-833-853-0865

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-853-0866

📄 또는 www.wellcare.com/OK 을 방문

OREGON

+ HMO, PPO

☎ 1-844-582-5177

📄 또는 www.wellcare.com/healthnetOR 을 방문

+ HMO D-SNP

☎ 1-844-867-1156

📄 또는 www.wellcare.com/trilliumOR 을 방문

PENNSYLVANIA

+ HMO, PPO

☎ 1-855-766-1456

+ HMO D-SNP

☎ 1-866-330-9368

📄 또는 www.wellcare.com/allwellPA 을 방문

SOUTH CAROLINA

+ HMO, HMO D-SNP

☎ 1-855-766-1497

📄 또는 www.wellcare.com/allwellSC 을 방문

TEXAS

+ HMO

☎ 1-844-796-6811

+ HMO D-SNP

☎ 1-877-935-8023

💻 또는 www.wellcare.com/allwellTX 을 방문

WISCONSIN

+ HMO D-SNP

☎ 1-877-935-8024

💻 또는 www.wellcare.com/allwellWI 을 방문

WASHINGTON

+ PPO

☎ 1-844-582-5177

💻 또는 www.wellcare.com/healthnetOR 을 방문

모든 주에 대한 TTY: 711

영업 시간

📅 10월 1일~3월 31일: 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시

📅 4월 1일~9월 30일: 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시

목차**2022년 보장 범위 증명서****목차**

이 책자를 사용하려면 우선 각 장과 페이지 번호가 수록된 아래 목차를 참조하십시오. 필요한 정보를 찾기 위해 더 자세한 도움이 필요하면 각 장의 첫 페이지로 가십시오. **각 장의 첫 부분에 자세한 주제 목록이 나와 있습니다.**

1장.	가입자로서의 시작	9
	Medicare 건강 플랜 가입의 의미와 이 책자의 사용법에 관해 설명합니다. 저희가 가입자에게 발송하는 자료, 가입자의 보험료, 플랜 가입자 카드 및 가입자 기록을 최신으로 유지하는 것에 관해 논의합니다.	
2장.	중요한 전화번호 및 자료	19
	당사 플랜(Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)) 및 Medicare, 주 건강보험 지원 프로그램(SHIP), 품질 개선 기관, 사회보장국, Medicaid(저소득자를 위한 주 건강보험 프로그램), 철도청 은퇴자 위원회(RRB) 등에 연락하는 방법을 소개합니다.	
3장.	의료 서비스에 대한 플랜의 보장 혜택 이용	32
	저희 플랜의 가입자들이 의료 서비스를 받기 위해 알고 있어야 할 중요한 사항에 관해 설명합니다. 플랜의 네트워크 소속 의료 제공자들로부터 의료 서비스를 받고 가입자에게 응급 상황이 발생했을 때 치료를 받는 방식 등의 내용이 포함됩니다.	
4장.	의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)	50
	저희 플랜 가입자들이 받는 치료 중 보장이 되는 것과 되지 않는 것에 관한 자세한 사항을 수록하고 있습니다. 보장되는 치료에 대한 가입자의 비용부담분 액수에 대해 설명합니다.	
5장.	보장 의료 서비스 및 의약품 청구에 대한 당사 부담분 지급 요청	136
	가입자가 보장 서비스에 대한 저희의 부담분 환급을 요청할 때 저희에게 청구서를 보내는 시기 및 방식에 관해 설명합니다.	
6장.	가입자의 권리 및 책임	142
	저희 플랜 가입자로서의 권리 및 책임에 관해 설명합니다. 가입자가 자신의 권리가 존중되지 않는다고 생각할 경우 취할 수 있는 조치에 관해 논의합니다.	

목차

7장.	문제 또는 불만사항이 있는 경우 할 수 있는 조치(보장에 대한 결정, 이의 신청, 불만사항)	154
	저희 플랜 가입자에게 문제 또는 우려 사항이 있을 경우 단계적으로 취할 조치에 관해 소개합니다.	
	- 가입자의 입장에서 저희 플랜에서 보장한다고 생각하는 의료 관리를 받는 데 문제가 발생할 경우 저희에게 보장 범위 결정 및 이의 신청을 요청하는 방식에 관해 설명합니다. 여기에는 보장이 곧 끝난다고 생각할 때 병원 치료 및 특정 유형의 의료 서비스에 대한 보장을 유지하도록 요청하는 것이 포함됩니다. - 의료 서비스의 품질, 대기 시간, 고객 서비스 및 기타 우려 사항에 대해 가입자가 불만사항을 제기하는 방식을 설명합니다.	
8장.	플랜 가입 종료	199
	가입자가 플랜을 종료할 수 있는 시기 및 방식에 관해 설명합니다. 저희 플랜이 가입자의 가입을 취소해야 하는 상황에 관해 설명합니다.	
9장.	법적 고지	207
	준거법 및 차별 금지에 관한 고지문을 포함합니다.	
10장.	주요 용어 정의	214
	이 책자에서 사용되는 중요한 용어를 설명합니다.	

1장

가입자로서의 시작

1장. 가입자로서의 시작**1장. 가입자로서의 시작**

섹션 1	개요.....	10
섹션 1.1	귀하는 Medicare PPO인 Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)에 가입되어 있습니다	10
섹션 1.2	보장 범위 증명서 책자는 어떤 내용입니까?.....	10
섹션 1.3	보장 범위 증명서에 대한 법적 정보.....	10
섹션 2	플랜 가입자가 될 수 있는 자격은 무엇입니까?	11
섹션 2.1	가입자의 자격 요건	11
섹션 2.2	Medicare Part A 및 Medicare Part B란 무엇입니까?	11
섹션 2.3	Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)의 서비스 지역.....	12
섹션 2.4	미국 시민 또는 합법적 체류자	12
섹션 3	가입자에게 기타 어떤 자료들이 제공됩니까?	12
섹션 3.1	플랜 가입자 카드 - 모든 보장된 치료를 받는 데 사용하십시오.....	12
섹션 3.2	의료 제공자 명부: 플랜 네트워크에 소속된 전체 의료 제공자 안내	13
섹션 4	Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)의 월 보험료	14
섹션 4.1	가입자의 보험료는 얼마입니까?	14
섹션 4.2	저희가 연도 중간에 가입자의 플랜 월 보험료를 변경할 수 있습니까?.....	15
섹션 5	귀하의 플랜 가입자 기록을 최신으로 유지하십시오.....	15
섹션 5.1	가입자에 관한 정확한 정보를 유지하는 방법.....	15
섹션 6	저희는 가입자의 개인 건강 정보를 보호합니다.....	16
섹션 6.1	저희는 가입자의 건강 정보를 보호합니다.....	16
섹션 7	가입자가 가입한 다른 보험과 저희 플랜 간의 보장 조율 방법.....	16
섹션 7.1	가입자가 다른 보험에 가입한 경우, 어느 플랜에서 먼저 지불합니까?	16

1장. 가입자로서의 시작**섹션 1****개요****섹션 1.1****귀하는 Medicare PPO인 Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)에 가입되어 있습니다**

귀하는 Medicare의 보장을 받으며, 당사 플랜인 Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)을 통해 Medicare 의료 보장을 받기로 선택하셨습니다.

Medicare 건강 플랜은 종류가 다양합니다. Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)은 Medicare Advantage PPO(우대 의료 제공자 기관) 플랜입니다. 이 플랜에는 Part D 처방약 보장이 포함되어 있지 않습니다. 다른 모든 Medicare 건강 플랜과 마찬가지로 Medicare PPO는 Medicare가 승인했으며 민간 업체가 운영합니다.

이 플랜에서 제공하는 보장은 적격 건강 보장(QHC)의 자격을 갖추었으며 환자보호 및 부담적정보험법(ACA)의 개인별 공동책임 요건을 충족합니다. 자세한 내용은 국세청(IRS) 웹사이트(www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families)에서 확인할 수 있습니다.

섹션 1.2**보장 범위 증명서 책자는 어떤 내용입니까?**

이 **보장 범위 증명서** 책자에는 저희 플랜을 통해 Medicare 의료 관리를 받는 방법이 나와 있습니다. 이 책자는 가입자의 권한과 책임, 보장범위 그리고 플랜 가입자가 납부하는 보험료에 관해 설명합니다.

“보장” 및 “보장 서비스”는 Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)의 가입자에게 제공되는 의료 및 서비스를 의미합니다.

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

혼동스럽거나 우려사항 또는 질문이 있는 경우, 플랜의 가입자 서비스부에 문의하시기 바랍니다(전화번호는 이 책자의 뒷표지에 안내됨).

섹션 1.3**보장 범위 증명서에 대한 법적 정보**

이는 저희와 가입자 간 계약의 일부입니다.

이 **보장 범위 증명서**는 저희 플랜이 가입자가 받는 진료 보장에 대해 계약자와 체결한 계약의 일부입니다. 이 계약의 다른 부분에는 가입 양식, 보장범위 또는 이에 영향을 미치는 조건의 변경 내역에 관해 저희가 가입자에게 발송하는 고지문이 포함됩니다. 이러한 고지문은 “특약” 또는 “개정문”이라고도 합니다.

1장. 가입자로서의 시작

이 계약은 2022년 1월 1일에서 2022년 12월 31일 사이에 Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)에 등록한 달 동안 유효합니다.

매년 Medicare에서는 저희가 제공하는 플랜을 변경할 수 있도록 허용합니다. 즉, 2022년 12월 31일 이후에는 Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)의 비용 및 혜택이 변경될 수 있습니다. 또한 2022년 12월 31일 토요일 이후에 저희는 이 플랜을 제공하지 않거나 다른 서비스 지역에서 제공하기로 선택할 수도 있습니다.

Medicare는 매년 저희 플랜을 승인해야 합니다

Medicare(Medicare 및 Medicaid 서비스 센터)는 매년 저희 플랜을 승인해야 합니다. 저희가 이 플랜을 계속 제공하고 Medicare에서 이 플랜의 승인을 갱신하는 한, 귀하는 저희 플랜의 가입자로서 Medicare 보장을 지속적으로 받을 수 있습니다.

섹션 2 플랜 가입자가 될 수 있는 자격은 무엇입니까?

섹션 2.1 가입자의 자격 요건

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

- Medicare Part A와 Medicare Part B를 둘 다 갖고 있는 분(섹션 2.2에서 Medicare Part A와 Medicare Part B에 대해 설명합니다)
- -- 그리고 -- 당사 서비스 지역에 거주하는 분(아래의 섹션 2.3에서 당사의 서비스 지역에 관해 설명합니다)
- -- 그리고 -- 미국 시민이거나 미국에서 합법적으로 거주하는 경우

섹션 2.2 Medicare Part A 및 Medicare Part B란 무엇입니까?

가입자가 Medicare에 처음 가입할 때, 가입자는 Medicare Part A 및 Medicare Part B에 따라 보장되는 서비스에 관한 정보를 받게 됩니다. 다음 사항을 유의하십시오.

- Medicare Part A는 일반적으로 병원(입원 환자 서비스, 전문요양시설 또는 가정 건강 기관)에서 제공하는 서비스를 보장합니다.
- Medicare Part B는 기타 대부분의 진료(의사 서비스, 가정 투여 요법 및 기타 외래환자 서비스 등) 및 특정 품목(내구성 의료장비(DME) 및 용품 등)에 대한 것입니다.

1장. 가입자로서의 시작

섹션 2.3

Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)의 서비스 지역

Medicare는 연방 프로그램이지만, 저희 플랜은 저희 플랜 서비스 지역에 거주하는 가입자에게만 제공됩니다. 저희 플랜의 가입자 자격을 유지하기 위해서는 이 플랜 서비스 지역에 지속적으로 거주해야 합니다. 이 서비스 지역은 아래에 설명되어 있습니다.

서비스 지역:

- Oregon 주의 Benton, Clackamas, Douglas, Jackson, Josephine, Lane, Linn, Marion, Multnomah, Polk, Washington 및 Yamhill 카운티가 포함됩니다.
- Washington 주의 Clark 카운티가 포함됩니다.

서비스 지역 외로 이사할 계획이 있으실 경우, 가입자 서비스부에 연락해 주십시오 (전화번호는 이 책자의 뒷표지에 안내됨). 이사를 할 경우에는 Original Medicare로 전환하거나 새로운 거주지에서 제공되는 Medicare 건강 플랜 또는 처방약 플랜에 가입할 수 있는 특별 등록 기간을 이용할 수 있습니다.

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

섹션 2.4

미국 시민 또는 합법적 체류자

Medicare 건강 플랜 가입자는 미국 시민권자이거나 합법적으로 체류하는 경우여야 합니다. 가입자가 이러한 자격 기준에 부합하지 않는 경우, Medicare(Medicare 및 Medicaid 서비스 센터)는 Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)에 이를 통보합니다. Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)은 가입자가 이 요건을 충족하지 못하는 경우 탈퇴시킬 것입니다.

섹션 3

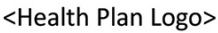
가입자에게 기타 어떤 자료들이 제공됩니까?

섹션 3.1

플랜 가입자 카드 - 모든 보장된 치료를 받는 데 사용하십시오

저희 플랜에 가입해 있는 동안 가입자는 이 플랜이 보장하는 모든 치료 서비스를 이용할 때마다 저희 플랜의 가입자 카드를 사용해야 합니다. 가입자는 해당되는 경우, 의료 제공자에게 Medicaid 카드를 제시해야 합니다. 가입자 카드의 견본은 아래와 같습니다.

1장. 가입자로서의 시작

		[<Health Plan Name>] [<Product Name>] CMS#: <XXXX-XXXX> Effective Date: <MM/DD/YYYY>		<HEALTH PLAN WEB URL>	
MEMBER INFORMATION Name: <First MI Last> Member ID#: <XXXXXXXXXX-XXX> Issuer ID: <(80840)> <9151014609>		PHARMACY INFORMATION Part B Drugs Only Rx Claims Processor: <CVS Caremark®> RXBIN: <XXXXXX> RXPCN/RXGRP: <XXXX>		FOR MEMBERS [<Member Services>] [X-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)] [<Mental Health Benefits>] [X-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)] [<24-hour Nurse Advice Line>] [X-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)] [<Transportation>] [X-XXX-XXX-XXXX (TTY: 711)]	
Medicare limiting charges apply [In-Network PCP Office visit: \$XX] [Out-of-Network PCP Office visit: \$XX]		FOR PROVIDERS [For Medical eligibility and prior auth/referrals:] [X-XXX-XXX-XXXX] [Dental Vendor:] [X-XXX-XXX-XXXX] [Vision Vendor:] [X-XXX-XXX-XXXX] <Medical Claims> <Health Plan Name> [Payor ID:] [XXXXX] <Health Plan Medical Claims Mailing Address>			
		[Pharmacy prior auth:] [X-XXX-XXX-XXXX] [For help with Part B Drugs:] [X-XXX-XXX-XXXX]			

이 플랜에 가입한 동안 보장되는 진료에 빨간색, 흰색, 파란색 Medicare 카드를 사용하지 마십시오. Wellcare Patriot No Premium Open (PPO) 가입자 카드 대신 Medicare 카드를 사용하는 경우, 의료 서비스 비용을 전액 본인이 부담해야 할 수 있습니다. Medicare 카드를 안전한 장소에 보관하십시오. 병원 서비스, 호스피스 서비스 또는 일상적인 연구 조사에 참여해야 하는 경우 카드를 보여달라는 요청을 받을 수 있습니다.

이것이 중요한 이유: 가입자가 Wellcare Patriot No Premium Open (PPO) 가입자 카드를 사용하는 대신 레드, 화이트, 블루 Medicare 카드를 사용하여 보장 서비스를 받을 경우, 가입자는 비용 전액을 본인이 부담해야 할 수 있습니다.

플랜 가입자 카드가 손상, 손실되거나 도난 당한 경우, 가입자 서비스부에 즉시 전화하시면 저희가 새로운 카드를 보내 드립니다(가입자 서비스부의 전화번호는 이 책자의 뒷표지에 인쇄되어 있습니다).

섹션 3.2

의료 제공자 명부: 플랜 네트워크에 소속된 전체 의료 제공자 안내

의료 제공자 명부는 네트워크 소속 의료 제공자 및 내구성 의료 장비 공급업 목록입니다.

“네트워크 소속 의료 제공자”란 무엇입니까?

네트워크 소속 의료 제공자는 완불금으로서 저희의 지불금 및 모든 플랜 비용분담분을 받기로 저희와 계약을 체결한 의사와 기타 의료 전문가, 의료 그룹, 내구성 의료 장비 공급자, 병원 및 기타 의료 시설을 의미합니다. 저희는 이 의료 제공자들과의 협의를 통해 이들이 저희 플랜 가입자들에게 보장되는 서비스를 제공하도록 조치해 놓았습니다.

1장. 가입자로서의 시작

의료 그룹은 가입자에게 서비스를 제공하기 위해 플랜과 계약을 맺은 PCP 및 전문의, 병원을 포함한 기타 의료 제공자를 포함한 의사 협회입니다.

최신 의료 제공자 목록은 당사 웹사이트(www.wellcare.com/healthnetor)에서 확인할 수 있습니다.

저희 네트워크에 어떤 의료 제공자가 소속되어 있는지를 알아야 하는 이유는 무엇입니까?

저희 플랜의 가입자는 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 치료를 받기로 선택할 수 있습니다. 저희 플랜은 네트워크 소속 의료 제공자 또는 네트워크 비소속 의료 제공자의 서비스 중 하나를 보장하나, 이는 해당 서비스가 혜택 대상에 해당하고 의학적으로 필요한 경우에 한합니다. 단, 가입자가 네트워크 비소속 의료 제공자일 경우에는 보장 서비스에 대한 비용분담분이 높아질 수 있습니다. 자세한 정보는 3장(의료 서비스에 대한 플랜의 보장 혜택 이용)을 참조해 주십시오.

의료 제공자 명부가 없다면 가입자 서비스부에 요청하여 받을 수 있습니다 (전화번호는 이 책자의 뒷표지에 안내됨). 자격 요건 등 네트워크 소속 의료 제공자에 관한 자세한 정보는 가입자 서비스부에 문의하십시오. 또한, www.wellcare.com/healthnetOR에서 의료 제공자 명부를 확인할 수 있습니다. 가입자 서비스부 및 웹사이트는 가입자에게 네트워크 소속 의료 제공자 관련 변경사항에 관한 최신 정보를 제공합니다.

섹션 4

Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)의 월 보험료

섹션 4.1

가입자의 보험료는 얼마입니까?

가입자는 Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)에 대해 별도의 보험료를 부담하지 않습니다. 가입자는 Medicare Part B 보험료를 계속 납부해야 합니다(단, 가입자를 대신하여 Medicaid 또는 제3자가 가입자의 Part B 보험료를 납부해 주는 경우는 예외임).

다수의 가입자는 기타 Medicare 보험료를 납부해야 합니다.

다수의 가입자는 기타 Medicare 보험료를 납부해야 합니다. 위의 섹션 2에서 설명한 대로, 당사 플랜에 가입할 수 있는 자격을 갖추기 위해서는 Medicare Part A 와 Medicare Part B를 모두 보유해야 합니다. 일부 플랜 가입자(보험료 무료 Part A 자격이 없는 사람)는 Medicare Part A 보험료를 납부합니다. 대부분의 가입자는 Medicare Part B의 보험료를 납부합니다. **이 플랜의 가입자 자격을 유지하기 위해서는 Medicare 보험료를 지속해서 납부해야 합니다.**

1장. 가입자로서의 시작

2022년 *Medicare & you* 책자의 “2022년 Medicare 비용” 섹션에서 Medicare 보험료에 관한 정보를 확인할 수 있습니다. 여기에서는 소득에 따른 Medicare Part B 보험료 차이를 설명합니다. 모든 Medicare 가입자는 매년 가을에 2022년 *Medicare & You* 책자를 받습니다. Medicare 신규 가입자는 처음 가입한 날로부터 1개월 내 사본이 발송됩니다. 또한 2022년 *Medicare & You* 핸드북 사본을 Medicare 웹사이트 (www.medicare.gov)에서 다운로드할 수 있습니다. 또는 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 주 7일, 하루 24시간 중 언제든지 전화하여 인쇄본을 주문할 수 있습니다. TTY 사용자를 위한 전화번호는 1-877-486-2048번입니다.

섹션 4.2 저희가 연도 중간에 가입자의 플랜 월 보험료를 변경할 수 있습니까?

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

섹션 5 귀하의 플랜 가입자 기록을 최신으로 유지하십시오

섹션 5.1 가입자에 관한 정확한 정보를 유지하는 방법

저희는 주소 및 전화번호 등 가입자 기록은 해당 정보를 가입 신청서에서 취합합니다. 이는 가입자의 주치의/IPA 등 가입자의 특정 플랜 적용범위를 명시합니다.

IPA는 PCP, 전문의 그리고 병원을 비롯한 기타 의료 공급업체를 포함하는 의사 협회로 이 플랜과 계약을 맺고 가입자들에게 의료 서비스를 제공합니다.

플랜의 네트워크 소속 의사, 병원 및 기타 의료 제공자는 가입자에 관한 정확한 정보를 유지해야 합니다. **이러한 네트워크 소속 의료 제공자는 가입자 기록을 이용하여 보장되는 서비스 및 가입자의 비용분담분에 관한 정보를 파악합니다.** 이러한 이유 때문에 저희가 가입자의 최신 정보를 유지할 수 있도록 가입자가 협조하는 일은 매우 중요합니다.

저희에게 다음 변경사항을 알려주십시오.

- 가입자의 이름, 주소 또는 전화번호의 변경사항
- 가입자가 가입한 다른 모든 건강 플랜의 보장 변경사항(예: 가입자의 직장, 가입자 배우자의 직장, 산재보험 또는 Medicaid 등)
- 교통사고 관련 청구 등 가입자가 일체의 배상책임 청구를 할 경우
- 가입자가 요양원에 입소할 경우
- 가입자가 서비스 지역 이외 또는 네트워크 비소속 병원 또는 응급실에서 치료를 받았을 경우

1장. 가입자로서의 시작

- 가입자에게 지정된 책임자(간병인 등)에 변경사항이 있을 경우
- 가입자가 임상 연구에 참여하고 있을 경우

이 정보에 변경사항이 있을 경우 가입자 서비스부에 연락하여 알려주십시오 (전화번호는 이 책자의 뒷표지에 안내됨).

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

가입자가 가입한 다른 보험에 관해 저희가 가입자에게 발송한 정보를 읽어 보십시오

Medicare의 요구에 따라 저희는 가입자가 가입한 다른 의료 또는 처방약 보험에 관한 정보를 가입자로부터 수집해야 합니다. 그 이유는 귀하가 가입한 다른 보험과 저희 플랜에 따라 귀하가 받는 혜택을 조율해야 하기 때문입니다(가입자가 다른 보험에 가입했을 때 저희의 보장 적용범위가 어떻게 되는지에 관한 자세한 정보는 이 장의 섹션 7을 참조하십시오).

저희는 가입자가 가입해 놓은 다른 건강 플랜 또는 처방약 보험 정보를 수록한 서신을 매년 한 번 발송해 드립니다. 이 정보를 유의하여 읽으십시오. 서신 내용이 정확할 경우, 가입자는 아무 조치도 취할 필요가 없습니다. 반면 정보에 오류가 있거나, 서신 상에 포함되어 있지 않은 다른 보험에 가입자가 가입한 경우 가입자 서비스부에 전화해 주십시오(전화번호는 이 책자의 뒷표지에 안내됨).

섹션 6 저희는 가입자의 개인 건강 정보를 보호합니다

섹션 6.1 저희는 가입자의 건강 정보를 보호합니다

연방법 및 주법은 가입자의 의료 기록 및 개인 건강 정보를 보호합니다. 저희는 이러한 법에 준해 가입자의 개인 건강 정보를 보호합니다

저희가 어떻게 가입자의 개인 건강 정보를 보호하는지에 관한 자세한 정보는 이 책자의 6장의 섹션 1.3를 참조하십시오.

섹션 7 가입자가 가입한 다른 보험과 저희 플랜 간의 보장 조율 방법

섹션 7.1 가입자가 다른 보험에 가입한 경우, 어느 플랜에서 먼저 지불합니까?

가입자가 다른 보험(직장 그룹 건강 플랜 등)에도 가입했을 때, 저희 플랜 또는 가입자의 다른 보험 중 어느 쪽이 먼저 지불하는지를 결정하는 Medicare 규칙이 있습니다. 첫 번째로 지불하는 보험을 “1차 지불 보험”이라고 하며, 이는 자체 보장 한도까지 지불합니다. 두 번째로 지불하는 보험은 “2차 지불 보험”이라고 하며, 이는 1차 보험에 의해 보장되지 않은 비용이 남아 있을 경우에만 지불합니다. 단, 2차 지불 보험은 이러한 미보장 비용 전액을 지불하지는 않을 수도 있습니다.

1장. 가입자로서의 시작

이러한 규칙은 직장 또는 노동조합 그룹 건강 플랜에 대해 다음과 같이 적용됩니다.

- 가입자가 은퇴자 보장에 가입한 경우, Medicare에서 먼저 지불합니다.
- 가입자의 그룹 건강 플랜이 가입자 또는 가족 구성원의 현재 직장에 기초할 경우, 먼저 지불하는 보험은 가입자의 나이, 가입자의 직장 고용된 사람 수 그리고 가입자가 자신의 나이, 장애 또는 말기 신장질환(ESRD)로 인해 Medicare에 가입했는지 여부에 따라 달라집니다:
 - 가입자가 만 65세 미만이고 장애인이며 가입자 또는 가입자의 가족 구성원이 아직 직장에 다니고 있을 경우, 이 직장의 직원 수가 100명 이상이거나 복수의 직장 보험에서 최소 한 직장의 직원 수가 100명을 초과하면 그룹 건강 플랜에서 먼저 지불합니다.
 - 가입자가 만 65세 이상이고 가입자 또는 가입자의 배우자가 아직 직장에 다니고 있을 경우, 이 직장의 직원 수가 20명 이상이거나 복수의 직장 건강 플랜에서 최소한 한 직장의 직원 수가 20명을 초과하면 그룹 건강 플랜에서 먼저 지불합니다.
- ESRD 때문에 가입자가 Medicare에 가입한 경우, 가입자의 그룹 건강 플랜은 가입자가 Medicare 가입 유자격 후 처음 3개월 동안 먼저 지불합니다.

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

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

Medicaid 및 TRICARE는 Medicare에서 보장하는 서비스에 대해 어떤 경우에도 먼저 지불하지 않습니다. 이들은 Medicare, 직장 그룹 건강 플랜 및/또는 Medigap에서 먼저 지불한 후에만 지불합니다.

다른 보험에도 가입된 가입자는 담당 의사, 병원 및 약국에 이를 알려야 합니다. 어느 보험이 먼저 지불하는지에 대해 의문이 있는 가입자나 다른 보험 정보를 업데이트해야 하는 가입자는 가입자 서비스부에 문의하십시오(전화번호는 이 책자의 뒷표지에 안내됨). 가입자의 청구서가 적시에 지불될 수 있도록 가입자는 다른 보험사에 플랜 가입자 ID 번호를 제공해야 할 수 있습니다(해당 보험사의 신원 확인 후).

2장

중요한 전화번호 및 자료

2장. 중요한 전화번호 및 자료**2장. 중요한 전화번호 및 자료**

섹션 1	Wellcare Patriot No Premium Open (PPO) 연락처 (플랜의 가입자 서비스부를 포함하여 당사에 연락하는 방법)	20
섹션 2	Medicare (연방 Medicare 프로그램으로부터 직접 도움을 받고 정보를 구하는 방법)	23
섹션 3	주 건강 보험 지원 프로그램 (Medicare에 관한 가입자의 질문에 대해 도움, 정보 및 답변을 무료로 제공함)	25
섹션 4	품질 개선 기관 (Medicare 가입자에 대한 의료 서비스 품질을 점검하도록 Medicare에서 채용한 기관)	26
섹션 5	사회보장국	27
섹션 6	Medicaid (일부 소득 및 자원이 제한된 분들을 위해 의료비를 지원하는 주와 연방 연합 프로그램)	28
섹션 7	철도청 은퇴자 위원회에 문의하는 방법	29
섹션 8	“그룹 보험” 또는 기타 직장 건강보험에 가입되어 있습니까?	30

2장. 중요한 전화번호 및 자료

섹션 1 Wellcare Patriot No Premium Open (PPO) 연락처 (플랜의 가입자 서비스부를 포함하여 당사에 연락하는 방법)

저희 플랜의 가입자 서비스부에 문의하는 방법

보험금 청구, 청구서 또는 가입자 카드와 관련한 질문에 도움이 필요하면 Wellcare Patriot No Premium Open (PPO) 가입자 서비스부로 연락하거나 서신을 보내주십시오. 저희는 기꺼이 가입자를 도와드리겠습니다.

방법	가입자 서비스부 - 연락처 정보
전화	1-844-582-5177 이 전화는 무료입니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시 ~오후 8시입니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시 ~오후 8시입니다. 하지만 4월 1일부터 9월 30일까지 주말과 공휴일에는 자동 전화 시스템이 전화를 받을 수 있습니다. 이름과 전화번호를 남겨 주십시오. 영업일 기준으로 1일 이내에 다시 전화드리겠습니다. 또한 가입자 서비스부는 영어 외 언어 사용자를 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711 이 전화는 무료입니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시 ~오후 8시입니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시 ~오후 8시입니다.
우편 주소	Wellcare by Health Net 7700 Forsyth Boulevard Clayton, MO 63105
웹사이트	www.wellcare.com/healthnetor

가입자가 의료 관리 보장에 대한 결정을 요청할 때 저희에게 연락하는 방법

보장에 대한 결정이란 가입자가 받는 혜택 및 보장 또는 가입자가 이용하는 의료 서비스를 위해 저희가 지불하는 금액과 관련하여 저희가 내리는 결정입니다. 의료 서비스에 대한 보장 결정 요청에 관한 자세한 정보는 7장(문제 또는 불만사항이 있는 경우 할 수 있는 조치(보장 결정, 이의 신청, 불만사항 제가))을 참고하십시오.

저희의 보장에 대한 결정 절차에 관해 질문이 있을 경우 저희에게 문의하십시오.

2장. 중요한 전화번호 및 자료

방법	의료 서비스 보장 결정 - 연락처 정보
전화	1-844-582-5177 이 전화는 무료입니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시 ~오후 8시입니다. 업무 시간은 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시 ~오후 8시입니다.
TTY	711 이 전화는 무료입니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시 ~오후 8시입니다. 업무 시간은 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시 ~오후 8시입니다.
우편 주소	Coverage Determinations Department - Medical 7700 Forsyth Boulevard Clayton, MO 63105

의료 관리에 대한 이의 신청 시 당사에 연락하는 방법

이의 신청이란 저희가 보장에 대해 내린 결정을 검토하고 변경하도록 저희에게 요청하는 공식적인 방식입니다. 가입자가 의료 관리와 관련해 이의를 신청하는 것에 대한 자세한 정보는 7장(문제 또는 불만사항이 있을 경우 할 수 있는 조치 (보장에 대한 결정, 이의 신청, 불만사항 제거))을 참조하십시오.

방법	의료 관리에 대한 이의 신청 - 연락처 정보
전화	1-844-582-5177 이 전화는 무료입니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시 ~오후 8시입니다. 업무 시간은 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시 ~오후 8시입니다.
TTY	711 이 전화는 무료입니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시 ~오후 8시입니다. 업무 시간은 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시 ~오후 8시입니다.
우편 주소	Appeals & Grievances Medicare Operations P.O. Box 10450 Van Nuys, CA 91410-0450
웹사이트	www.wellcare.com/healthnetOR

2장. 중요한 전화번호 및 자료**가입자가 의료 관리에 대해 불만사항을 제기할 때 저희에게 연락하는 방법**

가입자는 진료 품질에 대한 불만사항 등을 포함하여 저희 또는 네트워크 소속 의료 제공자에 대한 불만사항을 제기할 수 있습니다. 이러한 유형의 불만사항에 보장 또는 지불 관련 분쟁은 포함되지 않습니다(플랜의 보장 또는 지급에 문제가 있는 경우 이의 신청에 대한 위 섹션을 확인해야 합니다). 의료 서비스에 대한 불만사항 제기에 관한 자세한 정보는 7장(문제 또는 불만사항이 있을 경우 할 수 있는 조치(보장 결정, 이의 신청, 불만사항 제기))을 참고하십시오.

방법	의료 관리에 대한 불만사항 - 연락처 정보
전화	1-844-582-5177 이 전화는 무료입니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시 ~오후 8시입니다. 업무 시간은 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시 ~오후 8시입니다.
TTY	711 이 전화는 무료입니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시 ~오후 8시입니다. 업무 시간은 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시 ~오후 8시입니다.
팩스	1-844-273-2671
우편 주소	Appeals & Grievances Medicare Operations P.O. Box 10450 Van Nuys, CA 91410-0450
MEDICARE 웹사이트	가입자는 Medicare에 저희 플랜에 대한 불만사항을 직접 제기할 수 있습니다. 온라인으로 Medicare에 불만사항을 제기하려면 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 를 이용해 주십시오.

가입자가 받은 의료 관리에 대해 저희가 저희 비용분담분을 지불할 것을 요청하는 요청서를 보내는 곳

가입자가 당사에 보상을 요청하거나 의료 제공자로부터 받은 청구서에 대한 납부를 요청하는 경우에 관한 자세한 정보는 5장(보장 의료 서비스 청구에 대한 당사 분담분 지급 요청)을 참고하십시오.

유의 사항: 가입자가 저희에게 지불 요청서를 보냈으나 저희가 해당 요청의 일부 사항에 대해 지불을 거절한 경우, 가입자는 저희의 결정에 대해 이의 신청을 할 수 있습니다. 정보는 7장(가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 할 수 있는 조치(보장 결정, 이의 신청, 불만사항 제기))을 참조하십시오.

2장. 중요한 전화번호 및 자료

방법	지급 요청 - 연락처 정보
우편 주소	Member Reimbursement Dept P.O. Box 9030 Farmington, MO 63640
웹사이트	www.wellcare.com/healthnetOR

섹션 2 Medicare

(연방 Medicare 프로그램으로부터 직접 도움을 받고 정보를 구하는 방법)

Medicare는 만 65세 이상인 자, 일부 만 65세 미만의 장애인 및 말기 신장질환(ESRD) (투석이나 신장 이식을 해야 하는 영구 신장기능 부전)을 앓는 분들을 위한 연방 건강 플랜 프로그램입니다.

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

방법	Medicare - 연락처 정보
전화	1-800-MEDICARE 또는 1-800-633-4227 이 전화는 무료입니다. 주 7일, 하루 24시간 언제든지 연락하실 수 있습니다.
TTY	1-877-486-2048 이 전화번호를 사용하기 위해서는 특수 전화기가 필요하며 청각에 문제가 있거나 말하기에 어려움이 있는 분들만 사용할 수 있습니다. 이 전화는 무료입니다.

2장. 중요한 전화번호 및 자료

방법	Medicare - 연락처 정보
웹사이트	www.medicare.gov 이것은 Medicare를 위한 공식 정부 웹사이트입니다. 이 웹사이트는 가입자에게 Medicare 및 현재의 Medicare 문제에 관한 최신 정보를 제공합니다. 또한 병원, 요양원, 의사, 재택 건강 관리 기관 및 투석 시설에 관한 정보를 수록하고 있습니다. 가입자는 이 사이트에서 책자를 컴퓨터로 직접 인쇄할 수 있습니다. 또한 가입자가 거주하는 주의 Medicare 연락처 정보를 수록하고 있습니다. Medicare 웹사이트는 또한 다음과 같은 도구를 통해 Medicare 가입 자격 및 가입 옵션에 관한 자세한 정보를 제공합니다. • Medicare 가입 자격 도구: Medicare 가입 자격 정보를 제공합니다. • Medicare 플랜 찾기: 해당 지역에서 사용할 수 있는 Medicare 처방약 플랜, Medicare 건강 플랜 및 Medigap(Medicare 보충 보험) 정책에 관한 맞춤형 정보를 제공합니다. 이러한 도구는 다양한 Medicare 플랜에서 가입자의 본인부담금 <i>예상치</i>를 제공합니다. 가입자는 웹사이트를 통해 Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)에 대한 불만사항을 Medicare에 알릴 수도 있습니다. • Medicare에 불만사항 제기: 가입자는 Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)에 대한 불만사항을 Medicare에 직접 제기할 수 있습니다. Medicare에 불만사항을 제기하려면 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx를 방문하십시오. Medicare는 가입자의 불만사항을 진지하게 접수하고 있으며 Medicare 프로그램의 품질 개선을 위해 이러한 정보를 사용할 것입니다. 컴퓨터가 없는 가입자는 현지 도서관 또는 시니어 센터의 컴퓨터를 사용하여 이 웹사이트를 방문할 수 있습니다. 또는 Medicare에 전화하여 원하는 정보에 관해 문의할 수 있습니다. 담당 직원이 웹사이트에서 해당 정보를 인쇄하여 가입자에게 발송해 드릴 것입니다(가입자는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 연락하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번을 이용해 주십시오).

2장. 중요한 전화번호 및 자료**섹션 3****주 건강 보험 지원 프로그램**

(Medicare에 관한 가입자의 질문에 대해 도움, 정보 및 답변을 무료로 제공함)

주 건강 보험 지원 프로그램(SHIP)은 모든 주에서 시행되고 있으며 전문 상담원이 주재하고 있는 정부 프로그램입니다. 다음은 당사가 서비스를 제공하는 각 주의 건강 보험 지원 프로그램 목록입니다.

- Oregon에서는 SHIP을 Oregon Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA)라고 부릅니다.
- Washington에서는 SHIP을 Washington Statewide Health Insurance Benefits Advisors (SHIBA)라고 부릅니다.

SHIP은 독립적인 프로그램입니다(다른 보험 회사 또는 건강 플랜과 관련 없음). 이는 주 프로그램으로 연방 정부에서 예산을 받아 Medicare 가입자들에게 무료 현지 건강 보험 상담을 제공하고 있습니다.

SHIP 카운슬러는 귀하의 Medicare 질문이나 문제에 대한 도움을 드릴 수 있습니다. 상담원은 가입자의 Medicare 권리 이해를 돕고, 의료 관리 또는 치료에 관해 가입자가 불만을 제기하는 것을 도와드리며, 가입자의 Medicare 청구서와 관련된 문제 해결에 도움을 드립니다. 또한 SHIP 상담원은 가입자의 Medicare 플랜 선택에 관한 이해를 돕고 다른 플랜으로의 전환에 관한 질문에 답변해 드립니다.

SHIP 및 기타 리소스에 접근하는 방법:

- www.medicare.gov를 방문하시기 바랍니다.
- 상단의 메뉴 오른쪽 끝에 있는 “양식, 도움말 및 리소스”를 클릭합니다.
- 드롭다운에서 “전화번호 및 웹사이트”를 클릭합니다.
- 이제 몇 가지 옵션이 있습니다
 - 옵션 #1: **라이브 채팅**을 할 수 있습니다.
 - 옵션 #2: 맨 아래 메뉴에서 “주제” 중 하나를 클릭할 수 있습니다.
 - 옵션 #3: 드롭다운 메뉴에서 **주**를 선택하고 이동을 클릭합니다. 그러면 해당 주의 전화번호와 리소스가 있는 페이지로 이동합니다.

2장. 중요한 전화번호 및 자료

방법	Oregon Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA)	Washington Statewide Health Insurance Benefits Advisors (SHIBA)
전화	1-800-722-4134	1-800-562-6900
TTY	711	1-360-586-0241 이 전화번호를 사용하기 위해서는 특수 전화기가 필요하며 청각에 문제가 있거나 말하기에 어려움이 있는 분들만 사용할 수 있습니다.
우편 주소	SHIBA P.O. Box 14480 Salem, OR 97309	SHIBA, Office of the Insurance Commissioner P.O. Box 40255 Olympia, WA 98504-0255
웹사이트	http://www.oregon.gov/DCBS/SHIBA/pages/index.aspx	https://www.insurance.wa.gov/statewide-health-insurance-benefits-advisors-shiba

섹션 4**품질 개선 기관**

(Medicare 가입자에 대한 의료 서비스 품질을 점검하도록 Medicare에서 채용한 기관)

각 주에는 Medicare 수혜자에게 도움을 주고자 지정된 품질 개선 기관이 있습니다. 다음은 당사가 서비스를 제공하는 각 주의 품질 개선 조직 목록입니다.

- Oregon 주의 품질 개선 기구를 KEPRO라고 합니다.
- Washington 주의 품질 개선 기구를 KEPRO라고 합니다.

품질 개선 기관에는 연방 정부에서 비용을 부담하는 의사 및 기타 의료 전문가들이 있습니다. 이 기관은 Medicare 가입자에 대해 진료 품질을 점검하도록 Medicare에서 비용을 지불하는 기관입니다. 품질 개선 기관은 독립적인 기관입니다. 이 기관은 저희 플랜과 연계되어 있지 않습니다.

다음의 경우 품질 개선 기관에 문의해야 합니다.

- 가입자가 자신이 받은 서비스의 품질에 관해 불만사항이 있는 경우.
- 가입자가 자신의 병원 입원에 대한 보험 적용 기간이 너무 짧다고 생각하는 경우.

2장. 중요한 전화번호 및 자료

- 가입자가 자신의 재택 건강 관리, 전문요양시설 서비스 또는 종합외래재활시설(CORF) 서비스에 대한 보험 적용 기간이 너무 짧다고 생각하는 경우.

방법	KEPRO(Oregon 주 품질 개선 기관)	KEPRO(Washington 주 품질 개선 기관)
전화	1-888-305-6759 월요일~금요일, 현지 시간 오전 9시~오후 5시, 주말 및 공휴일, 현지 시간, 오전 11시~오후 3시	1-888-305-6759 월요일~금요일, 현지 시간 오전 9시~오후 5시, 주말 및 공휴일, 현지 시간, 오전 11시~오후 3시
TTY	1-855-843-4776 이 전화번호를 사용하기 위해서는 특수 전화기가 필요하며 청각에 문제가 있거나 말하기에 어려움이 있는 분들만 사용할 수 있습니다.	1-855-843-4776 이 전화번호를 사용하기 위해서는 특수 전화기가 필요하며 청각에 문제가 있거나 말하기에 어려움이 있는 분들만 사용할 수 있습니다.
우편 주소	KEPRO 5700 Lombardo Center Dr., Suite 100 Seven Hills, OH 44131	KEPRO 5700 Lombardo Center Dr., Suite 100 Seven Hills, OH 44131
웹사이트	https://www.keproqio.com/	https://www.keproqio.com/

섹션 5 사회보장국

사회보장국은 Medicare 가입 자격을 결정하고 가입을 취급하는 책임을 지고 있습니다. 미국 만 65세 이상 또는 장애가 있거나 ESRD가 있고 특정 조건을 충족하는 미국 시민 및 합법적인 체류자는 Medicare 가입 자격이 있습니다. 이미 사회보장 수표를 받고 있는 사람은 Medicare에 자동 가입됩니다. 사회보장 수표를 받고 있지 않는 사람은 Medicare에 가입해야 합니다.

Medicare 가입 신청을 하려면 사회보장국에 전화하거나 현지 사회보장국을 방문하십시오.

가입자가 이사를 했거나 우편 주소가 변경되었을 경우, 사회보장국에 전화하여 통보하는 것이 중요합니다.

2장. 중요한 전화번호 및 자료

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

섹션 6**Medicaid**

(일부 소득 및 자원이 제한된 분들을 위해 의료비를 지원하는 주와 연방 연합 프로그램)

Medicaid는 소득 및 자원이 제한된 특정인들을 위해 의료비를 지원해 주는 주와 연방 정부 연합 프로그램입니다. 일부 Medicare 가입자는 또한 Medicaid 가입 자격이 있습니다.

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

- **유자격 Medicare 수혜자(QMB):** Medicare Part A 및 Part B 보험료 그리고 기타 비용 부담(공제액, 공동보험료 및 코페이먼트)을 지원합니다(일부 QMB에 해당하는 분도 또한 전적인 Medicaid 혜택(QMB+)을 받을 자격이 있습니다).
- **특정 저소득 Medicare 수혜자(SLMB):** Part B 보험료 납부를 지원합니다(일부 SLMB에 해당하는 분도 또한 전적인 Medicaid 혜택(SLMB+)을 받을 자격이 있습니다).
- **유자격 개인(QI):** Part B 보험료를 지원합니다.
- **유자격 장애인 근로자(QDWI):** Part A 보험료 납부를 지원합니다.

Medicaid 및 관련 프로그램에 관한 자세한 내용은 해당 주의 Medicaid 기관에 문의하십시오(아래 목록 참고).

2장. 중요한 전화번호 및 자료

방법	Oregon 주 건강 플랜(Medicaid) - 연락처 정보	Washington Apple Health (Medicaid) - 연락처 정보
전화	1-800-699-9075 월요일~금요일, 현지 시간 오전 8시~오후 5시	1-800-562-3022 월요일~금요일, 현지 시간 오전 8시~오후 5시
TTY	711	711
우편 주소	Oregon Health Authority 500 Summer Street, NE, E-20 Salem, OR 97301-1097	Washington Apple Health P.O. Box 45531 Olympia, WA 98504
웹사이트	http://www.oregon.gov/OHA/HSD/OHP/Pages/About-Us.aspx	https://www.hca.wa.gov/free-or-low-cost-health-care/apple-health-medicaid-coverage

섹션 7 철도청 은퇴자 위원회에 문의하는 방법

철도청 은퇴자 위원회는 독립적인 연방 기관으로 미국 철도 근로자 및 가족을 위한 포괄적인 혜택 프로그램을 관리합니다. 철도청 은퇴자 위원회로부터 받는 혜택에 관해 질문이 있을 경우, 이 기관에 문의하십시오.

철도청 은퇴자 위원회를 통해 Medicare를 받는 가입자는 이사할 때나 우편 주소가 변경될 때 이를 위원회에 알려주는 것이 중요합니다.

방법	철도청 은퇴자 위원회 - 연락처 정보
전화	1-877-772-5772 이 전화는 무료입니다. “0”번을 누르시면 RRB 담당자와 통화하실 수 있습니다(월요일, 화요일, 목요일 및 금요일은 오전 9시~오후 3시 30분 사이, 수요일은 오전 9시~오후 12시 사이). “1”번을 누르면 주말과 공휴일을 포함하여 하루 24시간 언제든지 자동 RRB HelpLine과 녹음된 정보를 이용할 수 있습니다.

2장. 중요한 전화번호 및 자료

방법	철도청 은퇴자 위원회 - 연락처 정보
TTY	1-312-751-4701 이 전화번호를 사용하기 위해서는 특수 전화 장비가 필요하며 청각에 문제가 있거나 말하기에 어려움이 있는 분들만이 사용할 수 있습니다. 이 전화는 무료가 아닙니다.
웹사이트	rrb.gov/

섹션 8 “그룹 보험” 또는 기타 직장 건강보험에 가입되어 있습니까?

가입자(또는 가입자의 배우자)가 이 플랜의 일환으로 가입자의(또는 가입자 배우자의) 직장 또는 은퇴자 그룹으로부터 혜택을 받고 있을 경우, 질문이 있는 해당 가입자는 직장/노동조합 혜택 관리자 또는 가입자 서비스부에 문의하십시오. 가입자의(또는 가입자 배우자의) 직장 또는 은퇴자 의료 혜택, 보험료 또는 가입 기간에 관해 문의할 수 있습니다(가입자 서비스의 전화번호는 이 책자의 뒷표지에 안내됨). 이 플랜에 따른 Medicare 보장과 관련한 질문이 있는 경우 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227, TTY: 1-877-486-2048)로 문의하실 수도 있습니다.

3장

의료 서비스에 대한 플랜의 보장 혜택 이용

3장. 의료 서비스에 대한 플랜의 보장 혜택 이용**3장. 의료 서비스에 대한 플랜의 보장 혜택 이용**

섹션 1	플랜 가입자로서 의료 관리 보장을 받기 위해 알고 있어야 할 사항 ...	34
섹션 1.1	“네트워크 소속 의료 제공자” 및 “보장되는 서비스”란 무엇입니까?	34
섹션 1.2	플랜의 의학적 치료 보장에 대한 기본 규칙	34
섹션 2	네트워크 소속 의료 제공자 및 네트워크 비소속 의료 제공자를 통해 의료 관리 받기	35
섹션 2.1	가입자는 의료 관리를 제공하고 주관하는 주치의(PCP)를 선택할 수 있습니다	35
섹션 2.2	전문의 또는 기타 네트워크 소속 의료 제공자로부터 진료를 받는 방식	36
섹션 2.3	네트워크 비소속 의료 제공자로부터 진료를 받는 방법	38
섹션 3	가입자가 응급 상황에 처했거나 긴급하게 치료를 받아야 할 필요성이 있거나 재해가 진행되는 동안 보장 서비스를 받을 수 있는 방법	39
섹션 3.1	가입자에게 의학적 응급 상황이 발생하는 경우의 치료	39
섹션 3.2	긴급하게 서비스가 필요한 경우 치료 받기	40
섹션 3.3	재난 기간 동안 치료 받기	41
섹션 4	보장 서비스의 의료비 총액에 대해 가입자가 직접 청구서를 받았을 경우 어떻게 합니까?	42
섹션 4.1	가입자는 보장 서비스의 의료비 중 저희 비용분담분을 저희에게 지불하라고 요청할 수 있습니다	42
섹션 4.2	저희 플랜에서 보장하지 않는 서비스에 대해 가입자는 비용 총액을 지불해야 합니다	42
섹션 5	가입자가 “임상 연구”에 참여하고 있을 때 가입자가 이용하는 의료 서비스는 어떻게 보장됩니까?	43
섹션 5.1	“임상 연구”란 무엇입니까?	43
섹션 5.2	가입자가 임상 연구에 참여하는 동안 누가 어떠한 의료 서비스에 대해 지불합니까?	44
섹션 6	“종교적 비의학적 의료 기관”에서 보장하는 치료를 받기 위한 규칙	45
섹션 6.1	종교적 비의학적 의료 기관이란 무엇입니까?	45
섹션 6.2	종교적 비의학적 의료 기관으로부터 관리 받기	45
섹션 7	내구성 의료 장비의 소유권에 대한 규칙	46
섹션 7.1	가입자가 저희 플랜에 따라 특정 횟수의 지불금을 납부한 후 해당 내구성 의료 장비를 소유하게 됩니까?	46

3장. 의료 서비스에 대한 플랜의 보장 혜택 이용

섹션 8	산소 장비, 용품, 유지관리에 관한 규칙	47
섹션 8.1	어떤 산소 혜택을 받을 자격이 있습니까?	47
섹션 8.2	비용분담분은 얼마입니까? 36개월 후에 변경됩니까?	47
섹션 8.3	플랜을 탈퇴하고 Original Medicare로 돌아가면 어떻게 됩니까?	48

3장. 의료 서비스에 대한 플랜의 보장 혜택 이용**섹션 1 플랜 가입자로서 의료 관리 보장을 받기 위해 알고 있어야 할 사항**

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

당사 플랜에서 보장하는 의료 서비스 및 해당 서비스에 대한 가입자의 부담분에 관한 자세한 사항은 4장(의료 혜택표, 보장 사항 및 가입자 부담분)의 의료 혜택표를 참고하십시오.

섹션 1.1 “네트워크 소속 의료 제공자” 및 “보장되는 서비스”란 무엇입니까?

다음은 저희 플랜 가입자에 대해 보장되는 치료 및 서비스를 받는 방법을 이해하는데 유용한 몇 가지 용어의 정의입니다.

- **“의료 제공자”**란 주 면허가 있는 의사 및 기타 의료 전문가로, 환자를 치료하고 의료 서비스를 제공합니다. 또한 “의료 제공자”라는 용어에는 병원 및 기타 의료 시설도 포함됩니다.
- **“네트워크 소속 의료 제공자”**란 완불금으로서 저희의 지불금 및 가입자의 비용분담분을 받기로 저희와 계약을 체결한 의사와 기타 의료 전문가, 의료 그룹, 병원 및 기타 의료 시설입니다. 저희는 이 의료 제공자들과의 협의를 통해 이들이 저희 플랜 가입자들에게 보장되는 서비스를 제공하도록 조치해 놓았습니다. 네트워크 소속 의료 제공자는 가입자에게 제공한 진료에 대해 저희에게 직접 청구서를 보냅니다. 가입자가 네트워크 소속 의료 제공자의 진료를 받을 경우 해당 의료 서비스에 대한 가입자 비용분담분만 지불합니다.
- **“보장되는 서비스”**에는 저희 플랜에서 보장하는 모든 치료, 의료 관리 서비스, 용품 및 장비가 포함됩니다. 보장되는 치료 및 의료 관리는 4장의 혜택표에 수록되어 있습니다.

섹션 1.2 플랜의 의학적 치료 보장에 대한 기본 규칙

Medicare 건강 플랜인 저희 플랜은 Original Medicare에 의해 보장되는 모든 의료 서비스를 보장해야 하며 Original Medicare의 보장 규칙을 준수해야 합니다.

저희 플랜은 일반적으로 다음과 같은 경우에 가입자가 받은 의료 관리에 대해 보장해 드립니다.

- **가입자가 받은 의료 서비스가 이 플랜의 의료 혜택표에 포함됩니다**(이 표는 이 책자의 4장에 수록되어 있음).

3장. 의료 서비스에 대한 플랜의 보장 혜택 이용

- **가입자가 받은 진료는 의학적으로 필요한 것으로 간주됩니다.** “의학적으로 필요”하다는 표현은 서비스, 용품 또는 의약품이 가입자의 의학적 상태에 대한 예방, 진단 또는 치료를 위해 필요하며 일반적으로 인정된 진료 표준에 부합됨을 의미합니다.
- **귀하는 Original Medicare에 따라 서비스를 제공할 자격이 있는 의료 제공자로부터 치료를 받습니다.** 저희 플랜의 가입자는 네트워크 소속 의료 제공자 또는 네트워크 비소속 의료 제공자 중 하나로부터 치료를 받으실 수 있습니다(자세한 사항은 이 장의 섹션 2 참조).
 - 네트워크 소속 의료 제공자는 **의료 제공자 명부**에 나와 있습니다.
 - 가입자가 네트워크 비소속 의료 제공자일 경우에는 보장 서비스에 대한 비용분담분이 높아질 수 있습니다.
 - **유의 사항:** 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 치료를 받을 경우, 해당 네트워크 비소속 의료 제공자는 Medicare에 참여할 자격이 있어야 합니다. 응급 치료를 제외하고, 저희는 Medicare에 참여할 자격이 없는 의료 제공자에게 지불을 할 수 없습니다. Medicare에 참여할 자격이 없는 의료 제공자를 이용하는 경우, 귀하는 그로부터 받은 서비스에 대한 비용 총액을 지불해야 합니다. 서비스를 이용하기 전에 담당 의료 제공자가 Medicare에 참여할 수 있는지를 확인해 주십시오.

섹션 2

네트워크 소속 의료 제공자 및 네트워크 비소속 의료 제공자를 통해 의료 관리 받기

섹션 2.1

가입자는 의료 관리를 제공하고 주관하는 주치의(PCP)를 선택할 수 있습니다

“PCP”는 누구이며, PCP는 가입자를 위해 무엇을 합니까?

저희 플랜의 가입자가 되시면 플랜 의료 제공자 중에서 주치의(Primary Care Provider, PCP)를 선택하실 수 있습니다. 가입자의 PCP는 주에서 정한 요건에 부합되고 가입자에게 기본적인 의료 관리를 제공하도록 교육 받은 의료 전문가입니다. 네트워크 소속 PCP는 가정의, 내과 의사 및 일반의를 포함합니다. 가입자는 대부분의 정기적인 진료를 받을 때 담당 PCP의 진료를 먼저 받습니다. 가입자의 PCP는 대부분의 진료를 제공하며, 가입자가 저희 플랜 가입자로서 다음을 포함하는 보장되는 서비스를 조정하거나 조율하는 데 도움을 줍니다.

- X-레이
- 실험실 검사
- 물리치료, 작업치료 및/또는 언어치료

3장. 의료 서비스에 대한 플랜의 보장 혜택 이용

- 전문의 치료
- 병원 입원
- 정신과 또는 행동 진료
- 후속 치료

가입자가 이용하는 진료의 “조율”에는 가입자의 치료 및 경과와 관련하여 다른 플랜 의료 제공자를 확인하거나 상담하는 것이 포함됩니다. 일부 경우, 가입자 또는 가입자의 대리인이나 담당 PCP는 플랜으로부터 사전 승인을 받아야 할 수 있습니다. 가입자의 PCP가 의료 관리를 제공하고 조율할 수 있기 때문에 가입자는 담당 PCP의 진료실로 자신의 모든 과거 의료 기록을 보내야 합니다. 당사가 가입자의 의료 기록과 개인 건강 정보의 프라이버시를 보호하는 방법은 8장의 섹션 1.3에서 설명합니다.

가입자는 담당 PCP를 어떻게 선택합니까?

플랜의 가입자는 PCP 역할을 할 네트워크 소속 의료 제공자를 선택할 수 있습니다. PCP를 선택하려면 가입 양식에 선택한 PCP를 표시한 후 플랜에 제출해야 합니다. 당사 웹사이트(www.wellcare.com/healthnetor)에서 계약한 의료 제공자 목록을 확인할 수 있습니다. 의료 제공자의 이용 가능 여부를 확인하거나 특정 의료 제공자에 대해 문의하려면 이 책자의 뒤표지에 있는 전화번호로 가입자 서비스부에 문의하십시오.

담당 PCP 교체

가입자는 언제든지 이유를 불문하고 PCP를 교체할 수 있습니다. 또한 담당 PCP는 저희 플랜의 네트워크를 탈퇴할 수 있으며, 이 경우 가입자는 저희 플랜에서 새로운 PCP를 찾아야 합니다.

PCP를 변경하려면 이 책자의 뒤표지에 있는 전화번호로 가입자 서비스부에 문의하십시오. 변경사항은 다음달 첫째 날부터 유효합니다.

특정 상황에서 당사의 의료 제공자는 네트워크를 떠난 후에도 계속 관리해야 할 의무가 있습니다. 자세한 내용은 가입자 서비스부에 전화할 수 있습니다 (전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨).

섹션 2.2

전문의 또는 기타 네트워크 소속 의료 제공자로부터 진료를 받는 방식

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

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

3장. 의료 서비스에 대한 플랜의 보장 혜택 이용

특정 유형의 서비스에 대해서는 담당 의료 제공자가 플랜에서 사전 승인(“사전 허가”라고도 함)을 받아야 할 수도 있습니다.

플랜 전문가 또는 다른 의료 제공자의 서비스를 받기 전에 담당 PCP와 사전 승인 필요성에 대해 반드시 논의해야 합니다.

사전 승인이 필요한 보장 서비스는 4장, 섹션 2.1의 의료 혜택표에 나와 있습니다. 사전 승인이 필요한 보장 서비스에는 다음 사항이 포함되며 이에 국한하지 않습니다.

- 진단 및 치료 서비스
- 가정간호 기관의 서비스
- 보조기 및 보철 장치
- 내구성 의료 장비, 산소 및 의료 용품

이 플랜에서 보장하는 서비스 승인 요건에 대해 질문이나 우려 사항이 있을 때에는 가입자 서비스부에 문의하십시오(전화번호는 이 책자의 뒷표지에 안내됨).

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

연중 상시 플랜 소속의 병원, 의사 및 전문의(의료 제공자)는 변경될 수 있음에 유의해 주십시오. 가입자의 의료 제공자가 가입자의 플랜을 떠나는 이유는 다양하겠지만, 가입자의 의사 또는 전문의가 가입자의 플랜을 떠날 경우에 가입자는 아래에 요약된 특정 권리를 보유하고 보호를 받습니다.

- 연도 중간에 네트워크 소속 의료 제공자에게 변경사항이 있을 수 있지만, Medicare에서는 저희에게 가입자들이 유자격 의사 및 전문의의 진료를 지속적으로 받을 수 있도록 하라고 요구합니다.
- 가입자의 의료 제공자가 당사의 플랜에서 탈퇴할 경우 저희는 가능하면 가입자에게 최소한 30일 간의 고지 기간을 제공하여 가입자가 새로운 의료 제공자를 선택할 수 있는 시간을 드리기 위해 최선의 노력을 다할 것입니다.
- 저희는 가입자를 도와 가입자의 건강을 지속적으로 관리할 새로운 유자격 의료 제공자를 선택합니다.
- 치료 중인 가입자는 자신이 받고 있는 의학적으로 필요한 치료가 중단되지 않도록 요청할 권리가 있으며, 저희는 가입자와 협력하여 치료가 중단되지 않도록 최선을 다하고 있습니다.
- 가입자께서 저희가 가입자에게 이전의 의료 제공자를 대체할 유자격 의료 제공자를 배치하지 않았다고 생각하시거나 가입자의 치료가 적절히 관리되지 않고 있다고 생각하시는 경우 저희의 결정에 대해 이의 신청을 할 수 있는 권리가 있습니다.
- 담당 의사 또는 전문의가 플랜을 떠난다는 것을 알게 된 경우, 당사에 연락하여 가입자의 새로운 의료 제공자를 찾고 가입자의 치료를 관리할 수 있도록 하십시오.

3장. 의료 서비스에 대한 플랜의 보장 혜택 이용

전문의 또는 네트워크 소속 의료 제공자가 플랜을 탈퇴하여 지원이 필요한 경우, 이 책자의 뒤표지에 나와 있는 번호로 가입자 서비스부에 문의하십시오.

섹션 2.3

네트워크 비소속 의료 제공자로부터 진료를 받는 방법

저희 플랜의 가입자는 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 치료를 받기로 선택할 수 있습니다. 단, 저희와 계약하지 않은 의료 제공자는 응급 상황 이외에는 귀하를 치료할 의무를 지지 않는다는 점을 유념하십시오. 당사 플랜은 다음 중 하나의 서비스를 보장합니다.

서비스가 보장되는 혜택에 해당하며, 의학적으로 필요한 한 네트워크 소속 또는 네트워크 비소속 의료 제공자. 단, **가입자가 네트워크 비소속 의료 제공자일 경우에는 보장 서비스에 대한 비용분담분이 높아질 수 있습니다.** 네트워크 비소속 의료 제공자를 이용할 때에 관한 기타 중요 사항은 다음과 같습니다.

- 귀하는 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 치료를 받을 수 있습니다. 단, 대개의 경우 해당 네트워크 비소속 의료 제공자는 Medicare에 참여할 자격이 있어야 합니다. 응급 치료를 제외하고, 저희는 Medicare에 참여할 자격이 없는 의료 제공자에게 지불을 할 수 없습니다. Medicare에 참여할 자격이 없는 의료 제공자로부터 치료를 받는 경우, 귀하는 그로부터 받은 서비스에 대한 비용 총액을 지불해야 합니다. 서비스를 이용하기 전에 담당 의료 제공자가 Medicare에 참여할 수 있는지를 확인해 주십시오.
- 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 치료를 받을 때, 귀하는 진료 의뢰나 사전 승인을 받을 필요가 없습니다. 단, 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 서비스를 받기 전에 귀하는 자신이 받고 있는 서비스가 보장되며 의학적으로 필요한지 확인하기 위해 방문 전 보장 결정을 요청할 수 있습니다(보장 결정 요청에 관한 정보는 7장 섹션 4 참고). 이는 다음과 같은 이유로 중요합니다.
 - 방문 전 보장 결정을 받지 않은 경우, 서비스가 보장되지 않거나 의학적으로 불필요하다면 저희는 보장을 거절할 수 있으며, 가입자가 전체 비용을 부담하게 됩니다. 저희가 가입자의 서비스를 보장하지 않는다고 할 경우, 가입자의 치료를 보장하지 않는 저희의 결정에 대해 가입자는 이의 신청을 할 권리가 있습니다. 이의 신청 방법에 대해 알아보시려면 7장(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨)을 참조하십시오.
- 플랜에 먼저 청구할 것을 네트워크 비소속 의료 제공자에게 요청하는 것이 가장 좋습니다. 단, 귀하가 보장 서비스에 대해 이미 지불을 한 경우, 당사는 보장 서비스 비용에 대한 당사 분담분을 귀하에게 환급해 드립니다. 또는 당사가 지불해야 한다고 판단되는 청구서를 네트워크 비소속 의료 제공자가 귀하에게 보내는 경우, 귀하는 지불을 위해 그 청구서를 당사에 보낼 수 있습니다. 7장(보장 의료 서비스 청구에 대한 당사 분담분 지급 요청)에서 청구서를 수령하거나 환급을 요청해야 할 경우 취할 조치에 대해 확인하시기 바랍니다.
- 응급 치료, 긴급하게 필요한 서비스 또는 지역 외 투석을 위해 네트워크 비소속 의료 제공자를 이용하는 경우, 귀하는 더 많은 비용분담분을 지불하지 않아도 됩니다. 이러한 상황에 대한 자세한 내용은 섹션 3을 참조하십시오.

3장. 의료 서비스에 대한 플랜의 보장 혜택 이용

섹션 3	가입자가 응급 상황에 처했거나 긴급하게 치료를 받아야 할 필요성이 있거나 재해가 진행되는 동안 보장 서비스를 받을 수 있는 방법
-------------	--

섹션 3.1	가입자에게 의학적 응급 상황이 발생하는 경우의 치료
---------------	-------------------------------------

“의학적 응급 상황”이란 무엇이며, 가입자에게 응급 상황이 발생한 경우 어떻게 해야 하나?

“의학적 응급 상황”이란 가입자 또는 평균 수준의 의료 지식을 가진 기타 신중한 일반인이 사망, 팔다리의 손실 또는 팔다리 기능의 손실을 막기 위해 즉시 치료가 필요한 의학적 증상이 가입자에게 있다고 믿는 때를 의미합니다. 이러한 의학적 증상은 질병, 부상, 심한 통증 또는 급속히 악화되는 의학적 상태일 수 있습니다.

가입자에게 의학적 응급 상황이 발생한 경우 다음 조치를 취합니다.

- **최대한 신속하게 도움을 받습니다.** 911에 전화하여 도움을 요청하거나 가장 가까운 응급실 또는 병원으로 이동합니다. 가입자에게 필요할 경우 구급차를 부릅니다. 가입자는 담당 PCP의 승인 또는 진료 의뢰를 받을 필요가 없습니다.
- **최대한 신속하게 가입자의 응급 상황에 관해 저희 플랜에 알려야 합니다.** 저희는 가입자의 응급 치료에 대해 후속 조치를 취해야 합니다. 대개 48시간 이내에 가입자 또는 누군가가 저희에게 전화하여 가입자의 응급 치료에 관해 설명해 주어야 합니다. 가입자 서비스부의 전화번호는 이 책자의 뒷표지에 안내되어 있습니다.

가입자에게 의학적 응급 상황이 발생한 경우 무엇이 보장됩니까?

가입자는 미국 또는 미국령 어디에서든 필요할 때 언제든지 응급 진료에 대해 보장을 받을 수 있습니다. Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)에는 전 세계 응급/긴급 서비스가 포함됩니다. 저희 플랜은 구급차가 아닌 다른 방식으로 응급실로 이동할 경우 가입자의 건강을 위험에 처하게 할 수 있는 상황에서 구급차 서비스를 보장해 드립니다. 자세한 정보는 이 책자 4장의 의료 혜택표를 참조하십시오.

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

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

3장. 의료 서비스에 대한 플랜의 보장 혜택 이용

자세한 내용은 본 책자의 4장에 있는 의료 혜택표의 “응급 치료 및 긴급하게 필요한 서비스”를 참조하거나 이 책자의 뒷표지에 나와 있는 전화 번호로 가입자 서비스부에 문의하십시오.

가입자에게 응급 상황이 발생하는 경우 저희는 가입자를 응급 치료하는 의사와 논의하여 가입자 치료를 관리하고 후속 조치를 취할 것입니다. 가입자에게 응급 치료를 제공하는 의사는 가입자의 상태가 안정적이며 의학적 응급 상황이 끝났는지 여부를 결정합니다.

응급 상황이 끝난 후 가입자는 안정적인 상태를 유지하기 위해 후속 치료를 받을 수 있습니다. 가입자의 후속 치료는 저희 플랜에 의해 보장됩니다. 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 후속 치료를 받는 경우, 더 많은 네트워크 비소속 비용 분담을 납부해야 합니다.

의학적 응급 상황이 아닌 경우에는 어떻게 해야 하나요?

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

그러나 응급 상황이 아니라고 의사가 말한 경우, 귀하가 지불할 비용분담분은 귀하가 네트워크 소속 의료 제공자로부터 치료를 받는지 혹은 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 치료를 받는지에 따라 달라집니다. 네트워크 소속 의료 제공자로부터 치료를 받는 경우, 귀하의 비용분담분은 대체로 귀하가 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 치료를 받는 경우보다 적습니다.

섹션 3.2

긴급하게 서비스가 필요한 경우 치료 받기

“긴급하게 필요한 서비스”란 무엇입니까?

“긴급하게 필요한 서비스”란 응급 상황은 아니지만 즉각적인 치료가 필요한 예상치 못한 질환, 부상 또는 상태입니다. 긴급하게 필요한 서비스는 네트워크 소속 의료 제공자가 제공할 수 있지만 네트워크 소속 의료 제공자를 잠정적으로 이용할 수 없을 때 네트워크 비소속 의료 제공자가 이를 제공할 수 있습니다. 예를 들어, 예상치 못한 상태란 가입자의 알려진 질환이 갑작스럽게 재발하는 것을 의미할 수 있습니다.

긴급하게 필요한 서비스가 필요한 가입자가 이 플랜의 서비스 지역에 체재한 경우 어떻게 하나요?

대부분의 경우, 귀하가 플랜 서비스 지역에 있고 네트워크 비소속 의료 제공자를 이용할 때 귀하는 더 많은 비용분담분을 지불하게 됩니다.

긴급하게 필요한 네트워크 소속 서비스 이용에 대한 정보를 얻으려면 가입자 서비스부에 문의하십시오(전화번호는 이 책자의 뒷표지에 안내됨).

3장. 의료 서비스에 대한 플랜의 보장 혜택 이용

가입자는 또한 간호사 상담 라인으로 언제든지 연락하실 수 있습니다. 전문 간호사가 주 7일, 하루 24시간 언제든지 상주하여 문의 사항에 답변해 드립니다. 간호사 상담 라인에 관한 자세한 내용은 4장(의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분))의 건강 및 웰니스 교육 프로그램 혜택 카테고리를 참고하거나 가입자 서비스부(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨)로 문의해 주십시오.

긴급하게 필요한 서비스가 필요한 가입자가 이 플랜의 서비스 지역 밖에 체재하는 경우 어떻게 합니까?

가입자가 서비스 지역 밖에 있고 네트워크 소속 의료 제공자로부터 치료를 받을 수 없는 경우, 당사 플랜은 가입자가 네트워크 소속 비용 부담 금액보다 낮은 금액으로 의료 제공자로부터 긴급하게 필요한 서비스를 받는 것을 보장합니다.

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

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

자세한 내용은 본 책자의 4장에 있는 의료 혜택표의 “응급 치료 및 긴급하게 필요한 서비스”를 참조하거나 이 책자의 뒤표지에 나와 있는 전화 번호로 가입자 서비스부에 문의하십시오.

섹션 3.3 재난 기간 동안 치료 받기

귀하가 속한 주의 주지사, 미국 보건 복지부 장관 또는 미국 대통령이 귀하의 지역에 재난 또는 응급 상황을 선포하는 경우에도 귀하는 플랜에서 제공하는 서비스를 받을 권리가 있습니다.

재난 기간 동안 필요한 치료를 받을 수 있는 방법에 관한 정보는 웹사이트(www.wellcare.com/healthnetOR)에서 확인할 수 있습니다.

일반적으로, 재난 기간 동안에 네트워크 소속 의료 제공자를 이용할 수 없는 경우에는 플랜에서 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 치료받는 것을 허용하며 네트워크 소속 의료 제공자를 이용할 때와 동일한 방식의 비용분담이 적용됩니다.

3장. 의료 서비스에 대한 플랜의 보장 혜택 이용**섹션 4 보장 서비스의 의료비 총액에 대해 가입자가 직접 청구서를 받았을 경우 어떻게 합니까?****섹션 4.1 가입자는 보장 서비스의 의료비 중 저희 비용분담분을 저희에게 지불하라고 요청할 수 있습니다**

가입자가 보장 서비스에 대해 가입자 비용분담분보다 더 많은 금액을 납부했거나 보장 의료 서비스의 의료비 총액 청구서를 받은 경우 취해야 할 조치에 관한 정보는 5장(보장 의료 서비스 청구에 대한 당사 부담분 지급 요청)을 참고하십시오.

섹션 4.2 저희 플랜에서 보장하지 않는 서비스에 대해 가입자는 비용 총액을 지불해야 합니다

저희 플랜은 의학적으로 필요하고 플랜의 의료 혜택표(이 표는 이 책자의 4장에 수록됨)에 이러한 서비스가 명시되어 있으며 플랜의 규칙에 준해 제공되는 모든 의료 서비스에 대해 보장해 드립니다. 가입자는 저희 플랜에서 보장하지 않는 서비스에 대한 비용 총액을 지불해야 합니다. 단, 이는 그 서비스가 저희 플랜에서 보장하지 않는 서비스에 해당하거나 플랜의 규칙이 허용되지 않는 경우에만 해당합니다.

가입자가 고려하고 있는 진료 또는 치료와 관련하여 저희가 보장해 드리는지에 대해 질문이 있을 경우, 가입자는 사전에 저희에게 확인할 권리가 있습니다. 또한 가입자는 서면으로 이를 요청할 권리가 있습니다. 저희가 가입자의 서비스를 보장하지 않는다고 할 경우, 가입자의 치료를 보장하지 않는 저희의 결정에 대해 가입자는 이의 신청을 할 권리가 있습니다.

가입자가 당사의 보장 결정을 구하거나 이미 내린 결정에 이의 신청을 희망할 경우 할 수 있는 조치에 관한 자세한 내용은 7장(가입자가 문제 또는 불만사항이 있는 경우 할 수 있는 조치(보장 결정, 이의 신청, 불만사항 제기))을 참고하십시오. 또한 자세한 정보를 원하는 가입자는 가입자 서비스부에 문의하십시오(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨).

혜택 제한이 있는 보장 서비스의 경우, 가입자는 해당 보장 서비스에 대한 혜택을 전부 사용한 후에는 자신이 받는 모든 서비스에 대해 비용 총액을 지불해야 합니다. 혜택 한도에 도달한 후에 가입자가 지불한 비용은 가입자의 최대 본인부담금에 산입되지 않습니다. 이는 혜택 제한에 도달한 후 제공되는 서비스는 플랜에 의해 보장되지 않기 때문입니다. 자세한 정보는 4장의 섹션 1.3을 참고하십시오. 이미 사용한 혜택 한도액을 알고 싶다면 가입자 서비스부에 문의할 수 있습니다.

3장. 의료 서비스에 대한 플랜의 보장 혜택 이용**섹션 5 가입자가 “임상 연구”에 참여하고 있을 때 가입자가 이용하는 의료 서비스는 어떻게 보장됩니까?****섹션 5.1 “임상 연구”란 무엇입니까?**

임상 연구(또는 “임상 시험”)란 의사와 과학자들이 새로운 항암제의 약효 시험 등 새로운 유형의 의료 관리를 시험하는 방식입니다. 그들은 자발적 참여자들이 연구에 참여할 것을 요청하여 새로운 의료 관리 기술 및 신약을 시험합니다. 이러한 연구는 의사와 과학자들이 새로운 방식이 효과가 있으며 안전한지 여부를 확인할 수 있는 연구 절차의 마지막 단계에 해당합니다.

저희 플랜 가입자들이 모든 임상 연구에 참여할 수 있는 것은 아닙니다. Medicare에서 먼저 임상 연구를 승인해야 합니다. 가입자가 Medicare에서 승인하지 않은 연구에 참여할 경우, **자신의 연구 참여에 소요되는 모든 비용을 부담합니다.**

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

가입자가 Medicare 승인 연구에 참여할 경우, Original Medicare는 연구의 일환으로 가입자가 받는 보장 서비스에 대한 대부분의 비용을 지불합니다. 가입자는 임상 연구에 참여하는 동안 저희 플랜에 지속적으로 가입할 수 있고 저희 플랜을 통해 그 외의 치료(연구와 무관한 치료)를 받을 수 있습니다.

Medicare 승인 임상 연구에 참여하고자 하는 가입자는 저희 또는 PCP의 승인을 받을 필요가 **없습니다**. 임상 연구의 일환으로 가입자에게 치료를 제공하는 의료 제공자는 저희 플랜의 네트워크 소속 의료 제공자의 일부일 필요가 **없습니다**.

가입자는 임상 연구에 참여하기 위해 저희 플랜의 허락을 받을 필요는 없지만, **가입자는 임상 연구 참여를 시작하기 전에 저희에게 알려야 합니다.**

임상 연구에 참여할 계획이 있으시면 가입자 서비스부(전화번호는 이 책자의 뒷표지에 안내됨)로 연락하셔서, 임상 시험에 참여할 계획임을 알리고 해당 플랜이 지불할 비용에 관한 더 자세한 정보를 확인하십시오.

3장. 의료 서비스에 대한 플랜의 보장 혜택 이용

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

가입자는 Medicare 승인 임상 연구에 참여한 후 연구의 일환으로 받게 되는 다음과 같은 정기적인 서비스 및 품목에 대해 보장을 받습니다.

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

Original Medicare는 연구의 일환으로 가입자가 받는 보장 서비스에 대한 대부분의 비용을 지불합니다. Medicare에서 이러한 서비스에 대한 비용분담분을 지불한 후 저희 플랜도 또한 그 비용의 일부를 지불합니다. 저희는 Original Medicare의 비용분담분과 플랜 가입자의 비용분담분 간의 차액을 지불합니다. 이는 가입자가 저희 플랜에서 이러한 서비스를 받을 경우 지불하는 분담분과 동일한 액수의 분담분을 연구의 일환으로 받는 서비스에 대해서도 지불함을 의미합니다.

비용 분담 방식의 예는 다음과 같습니다. 연구의 일환으로 \$100의 비용이 드는 검사실 검사가 있다고 가정해 보겠습니다. 또한 이 검사에 대한 가입자의 비용분담분이 Original Medicare에서는 \$20라고 합시다. 그러나 이 검사는 저희 플랜 혜택에서는 \$10입니다. 이 경우, Original Medicare에서는 이 검사에 대해 \$80를 지불하고 저희가 추가로 \$10를 더 지불합니다. 이는 가입자가 저희 플랜 혜택에 따라 지불하는 금액과 동일한 금액인 \$10를 지불한다는 것을 의미합니다.

저희가 비용분담분을 지불하기 위해서는 가입자가 지불 요청서를 제출해야 합니다. 가입자는 요청서와 함께 Medicare 요약 고지문 사본 또는 연구의 일환으로 가입자가 받은 서비스의 내역 및 가입자가 지불해야 할 금액이 명시된 기타 문서의 사본을 보내야 합니다. 지불 요청서 제출에 관한 자세한 정보는 5장을 참조하십시오.

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

- 일반적으로, Medicare는 연구에서 시험되고 있는 새로운 항목 또는 서비스에 대해서는 지불하지 않습니다(단, 가입자가 연구에 참여하지 않더라도 Medicare에서 해당 항목 또는 서비스를 보장하는 경우는 예외입니다).
- 연구에서 가입자 또는 모든 참가자에게 무료로 제공하는 품목 및 서비스.
- 가입자의 치료에 직접 사용되지 않고 데이터를 수집하기 위해서만 제공되는 품목 또는 서비스. 예를 들어, 가입자의 의학적 상태에 따라 정상적으로 단 1회의 CT 스캔만 필요할 경우, Medicare 연구의 일환으로 시행되는 월별 CT 스캔에 대해서는 지불하지 않습니다.

3장. 의료 서비스에 대한 플랜의 보장 혜택 이용

그 외 궁금한 사항이 있습니까?

Medicare 웹사이트를 방문하여 "Medicare 및 임상 연구" 간행물을 읽거나 다운로드하여 임상 연구 참여에 대한 자세한 정보를 얻을 수 있습니다(이 간행물은 www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf에서 확인할 수 있습니다). 또한 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 문의하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오.

섹션 6 “종교적 비의학적 의료 기관”에서 보장하는 치료를 받기 위한 규칙

섹션 6.1 종교적 비의학적 의료 기관이란 무엇입니까?

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

섹션 6.2 종교적 비의학적 의료 기관으로부터 관리 받기

종교적 비의학적 의료 기관의 치료를 받고자 하는 가입자는 “비필수” 치료를 받는 것을 양심에 따라 반대한다는 법적 문서에 서명해야 합니다.

- “비필수” 의료 관리 또는 치료는 *자발적*이며 연방, 주 또는 현지 법이 *요구하지* 않는 모든 의료 관리 또는 치료입니다.
- “필수” 치료는 *비자발적*이며 연방, 주 또는 현지 법에 의해 *요구되는* 의료 관리 또는 치료입니다.

가입자가 종교적 비의학적 의료 기관에서 받은 치료에 대해 저희 플랜의 보장을 받으려면 다음 조건에 부합해야 합니다.

- 치료를 제공하는 시설은 Medicare의 인증을 받아야 합니다.
- 가입자가 받는 서비스에 대한 저희 플랜의 보장은 치료의 *비종교적* 측면에 한정됩니다.

3장. 의료 서비스에 대한 플랜의 보장 혜택 이용

- 가입자가 시설에서 제공되는 서비스를 이러한 기관에서 받았을 경우, 다음 조건이 적용됩니다.
 - 병원 입원 치료 또는 전문요양시설 치료를 위해 보장되는 서비스를 받아야 하는 가입자의 의학적 상태가 있어야 합니다.
 - - 그리고 - 가입자는 시설에 입소하기 전에 당사 플랜의 사전 승인을 받아야 하며, 사전 승인을 받지 않을 경우 가입자의 시설 입원은 보장되지 않습니다.

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

섹션 7

내구성 의료 장비의 소유권에 대한 규칙

섹션 7.1

가입자가 저희 플랜에 따라 특정 횟수의 지불금을 납부한 후 해당 내구성 의료 장비를 소유하게 됩니까?

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

Original Medicare에서는 특정 유형의 내구성 의료 장비를 대여하는 사람들은 13개월 간 해당 품목에 대한 코페이먼트를 지불한 후 해당 장비를 소유하게 됩니다. 저희 플랜의 가입자여, 지정된 기간 동안 해당 품목에 대한 비용을 지불한 후 소유할 특정 유형의 내구성 의료 장비도 있습니다. Original Medicare에 가입했을 때, 이전에 내구적 의료 장비 품목에 대해 지불했던 금액은 저희 플랜의 가입자인 동안 지불하는 금액에 포함되지 않습니다. 저희 플랜의 가입자인 동안 내구성 있는 의료 장비 품목의 소유권을 취득하고 장비를 유지 보수해야 하는 경우, 의료 제공자는 수리 비용에 대해 플랜에 청구할 수 있습니다. 또한 저희 플랜의 가입자인 동안 품목에 대해 아무리 비용을 많이 지불해도 소유권을 확보할 수 없는 특정 유형의 내구성 의료 장비도 있습니다. 내구성 의료 장비의 임대 또는 소유 요건과 제출 문서에 관한 정보는 가입자 서비스부에 문의하십시오(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨).

3장. 의료 서비스에 대한 플랜의 보장 혜택 이용

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

가입자는 저희 플랜 가입 기간 중 내구성 의료 장비 품목의 소유권을 확보하지 않았을 경우 해당 품목의 소유권을 확보하기 위해 Original Medicare로 전환한 후 새로 13회 연속 납부해야 합니다. 저희 플랜 가입 기간에 납부했던 가입자의 지불금은 이러한 13회 연속 납부금에 산입되지 않습니다.

가입자가 저희 플랜에 가입하기 전에 Original Medicare에서 내구성 의료 장비 품목 (DME)에 대해 13회 보다 적게 납부한 경우, 이전의 납부 금액도 13회 연속 납부금에 산입되지 않습니다. 가입자가 그 품목을 소유하기 위해서는 Original Medicare로 되돌아간 후 새롭게 13회 연속 납부해야 합니다. 가입자가 Original Medicare로 되돌아갈 때에도 이 경우에 대한 예외는 없습니다.

섹션 8 산소 장비, 용품, 유지관리에 관한 규칙

섹션 8.1 어떤 산소 혜택을 받을 자격이 있습니까?

귀하가 Medicare 산소 장비 보장 조건을 충족하는 경우, 가입자로 등록된 기간에 Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)에서는 다음을 보장합니다.

- 산소 장비 대여
- 산소 및 산소 함량 제공
- 산소 및 산소 함량 제공을 위한 튜브 및 관련 산소 액세서리
- 산소 장비의 유지관리 및 수리

Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)을 탈퇴하거나 더 이상 산소 장비가 의학적으로 필요하지 않은 경우 산소 장비를 소유자에게 반환해야 합니다.

섹션 8.2 비용분담분은 얼마입니까? 36개월 후에 변경됩니까?

Medicare 산소 장비 보장에 대한 가입자의 비용 분담은 매월 공동보험료 20% (네트워크 소속) 또는 공동보험료 30%(네트워크 비소속)입니다.

Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)에 가입하기 전에 산소 장비 보장에 대해 36개월간 대여료를 납부한 경우, Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)에서 가입자의 비용 분담은 공동보험료 20%(네트워크 소속) 또는 공동보험료 30%(네트워크 비소속)입니다.

3장. 의료 서비스에 대한 플랜의 보장 혜택 이용**섹션 8.3 플랜을 탈퇴하고 Original Medicare로 돌아가면 어떻게 됩니까?**

Original Medicare로 돌아가면 5년마다 갱신되는 36개월 주기가 새로 시작됩니다. 예를 들어, Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)에 가입하기 전에 산소 장비 대여료를 36개월간 납부하였고, Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)에 12개월 동안 가입하고 Original Medicare로 전환하는 경우 가입자는 산소 장비 보장에 대한 비용 분담 전액을 납부합니다.

마찬가지로, Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)에 가입한 상태에서 대여료를 36개월 동안 납부한 후 Original Medicare로 전환하는 경우, 가입자는 산소 장비 보장에 대한 비용 분담 전액을 납부합니다.

4장

의료 혜택표 (보장 사항 및 가입자 부담분)

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)**4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)**

섹션 1	보장 서비스에 대한 가입자의 본인부담금 이해하기.....	51
섹션 1.1	보장 서비스에 대해 납부해야 할 가입자의 본인부담금 유형	51
섹션 1.2	플랜 공제액은 얼마입니까?	51
섹션 1.3	Medicare Part A 및 Part B 보장 의료 서비스에 대한 가입자의 최대 납부액은 얼마입니까?	56
섹션 1.4	당사 플랜은 의료 제공자가 가입자에게 “결산 청구”하는 것을 허용하지 않습니다.....	56
섹션 2	의료 혜택표를 사용하여 보장 사항 및 납부 금액 찾기.....	57
섹션 2.1	플랜 가입자의 의료 혜택 및 비용	57
섹션 3	이 플랜에서 보장되지 않는 서비스에는 어떤 것이 있나요?	132
섹션 3.1	보장되지 않는 서비스(보장 제외사항)	132

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)**섹션 1****보장 서비스에 대한 가입자의 본인부담금 이해하기**

이 장에서는 보장 서비스 그리고 의료 혜택에 대한 가입자 부담분을 중점적으로 다룹니다. 여기에는 보장 서비스가 나열된 의료 혜택표가 수록되어 있으며, 저희 플랜의 가입자로서 여러분이 각 보장 서비스에 대해 얼마를 납부해야 하는지 나와 있습니다. 이 장의 뒷부분에서는 비보장 진료에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 또한 특정 서비스의 한도에 대한 설명도 제공됩니다.

섹션 1.1**보장 서비스에 대해 납부해야 할 가입자의 본인부담금 유형**

이 장에서 제공하는 납부 정보를 이해하려면 보장 서비스에 대해 납부해야 할 가입자의 본인부담금 유형에 대해 알아 두어야 합니다.

- **“공제액”**이란 당사 플랜에서 비용 분담을 시작하기 전에 가입자가 의료 서비스에 대해 납부해야 할 금액을 의미합니다(가입자의 플랜 공제액에 관한 자세한 정보는 섹션 1.2 참고).
- **“코페이먼트”**는 특정 의료 서비스를 받을 때마다 납부하는 고정 금액입니다. 즉, 의료 서비스를 받는 시점에 코페이먼트를 납부합니다(섹션 2에 수록된 의료 혜택표에 코페이먼트에 대한 자세한 내용이 나와 있습니다).
- **“공동보험료”**란 특정 의료 서비스의 총 비용에 대해 납부하는 일정 퍼센트입니다. 즉, 의료 서비스를 받는 시점에 공동보험료를 납부합니다(섹션 2에 수록된 의료 혜택표에 공동보험료에 대한 자세한 내용이 나와 있습니다).

Medicaid 또는 유자격 Medicare 수혜자(QMB) 프로그램에 가입할 자격이 있는 대부분의 사람들은 공제금, 코페이먼트 또는 공동보험료를 전혀 내지 않습니다. 해당되는 경우 의료 제공자에게 Medicaid나 QMB 증명서를 반드시 제시하십시오. 부당한 지급 요청을 받고 있다고 생각하면 가입자 서비스부에 문의하십시오.

섹션 1.2**플랜 공제액은 얼마입니까?**

가입자의 공제액은 \$125입니다. 이것은 당사가 가입자의 보장 의료 서비스에 대해 당사 부담금을 납부하기 전에 가입자가 납부해야 하는 금액입니다. 공제액을 납부할 때까지 대부분의 보장 서비스에 대해 전액을 납부해야 합니다(아래 나열된 서비스에는 공제액이 적용되지 않습니다). 가입자가 공제액을 납부하면 당사는 보장 의료 서비스에 대한 당사 부담금을 지급하기 시작하고 가입자는 해당 연도의 나머지 기간 동안 가입자의 부담금(코페이먼트 또는 공동보험료)을 납부하게 됩니다.

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

공제액은 네트워크 내 특정 예방 서비스를 비롯하여 일부 서비스에는 적용되지 않습니다. 즉, 해당 서비스에 대해 가입자가 공제액을 납부하지 않았더라도 당사는 당사 부담분을 납부합니다. 다음 서비스에는 공제액이 적용되지 않습니다.

네트워크 소속

- 당뇨병 자가관리 교육, 당뇨병 관련 서비스 및 용품
- 응급 치료
- 가정 투여 요법
- 가정간호 기관의 간호
- 입원 치료
- 입원 환자의 정신건강 관리
- Medicare Part B 처방약 - 화학요법/방사선 의약품
- Medicare Part B 처방약 - 기타 의약품
- Medicare에서 보장하는 침술 서비스
- Medicare에서 보장하는 청력 검사
- 의사/개업의 서비스(의사 진료실 방문 포함) - 추가 원격의료 서비스
- 의사/개업의 서비스(의사 진료실 방문 포함) - 추가 기본 청력 및 균형 검사
- 의사/개업의 서비스(의사 진료실 방문 포함) - 비정기적 치과 진료
- 의사/개업의 서비스(의사 진료실 방문 포함) - 의사 진료실에서 주치의가 제공하는 의학적으로 필요한 의료 또는 수술 서비스
- 전문요양시설(SNF)에서의 간호
- 긴급하게 필요한 서비스
- 시력 관리 - 백내장 수술 후 안경 또는 콘택트렌즈 한 쌍
- 시력 관리 - 안과 질병 및 부상의 진단 및 치료를 위한 외래 의사 서비스
- 시력 관리 - 당뇨병 환자 대상 당뇨병성 망막증 선별검사
- 복부 대동맥류 선별검사
- 연례 웰니스 방문
- 골밀도 측정
- 유방암 선별검사(x-레이 투영법)
- 심혈관계 질환 리스크 경감 방문(심혈관계 질환 치료)

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

- 심혈관계 질환 검사
- 자궁경부암 및 질암 선별검사
- Medicare 보장 바롬 관장 예방 서비스
- 대장암 선별검사
- 알콜 오용을 줄이기 위한 선별검사 및 상담
- 우울증 선별검사
- 당뇨병 자가관리 교육은 다음과 같은 조건 하에서 보장됩니다.
- 당뇨병 선별검사
- HIV 선별검사
- 예방접종
- 임상 영양 치료
- Medicare 당뇨 예방 프로그램(MDPP)
- 지속 가능한 체중 감량을 도모하기 위한 비만 선별검사 및 치료
- 전립선암 선별검사 - 디지털 직장 검사
- 전립선암 선별검사 - 전립선 특이 항원(PSA) 검사
- 성매개감염(STI) 선별검사 및 STI 질병예방 상담
- 저선량 컴퓨터단층촬영(LDCT)을 이용한 폐암 선별검사
- 흡연 및 담배 사용 중단(흡연 또는 담배 사용 중단을 위한 상담)
- 녹내장 선별검사
- 질병예방을 위한 “Medicare 가입 환영” 방문
- 가입 환영 예방 서비스 이후 Medicare 보장 EKG
- 추가 침술 서비스
- 흡연 및 금연 상담 추가 세션
- 대체 치료
- 연례 정기 건강 검진
- 정기적 척추교정 진료
- 외래 환자 정신건강 관리 - Teladoc™ 의료 제공자가 제공하는 추가 상담 방문
- 종합 치과 서비스
- 예방 치과 서비스

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

- 피트니스 혜택
- 추가 정기 청력 검사
- 보청기
- 보청기 피팅/평가
- 입원 치료 - 추가 일수
- 입원 환자 정신건강 관리 - 추가 일수
- 간호 핫라인
- 영양/식이요법 상담 혜택
- 전문요양시설(SNF)에서의 간호 - 추가 일수
- 원격 의료
- 추가 일상 안경류
- 정기 눈 검사
- 전세계 응급실 및 긴급하게 필요한 서비스

네트워크 비소속

- 응급 치료
- 의사/개업의 서비스(의사 진료실 방문 포함) - 추가 원격의료 서비스
- 긴급하게 필요한 서비스
- 복부 대동맥류 선별검사
- 연례 웰니스 방문
- 골밀도 측정
- 유방암 선별검사(x-레이 투영법)
- 심혈관계 질환 리스크 경감 방문(심혈관계 질환 치료)
- 심혈관계 질환 검사
- 자궁경부암 및 질암 선별검사
- 대장암 선별검사
- 알콜 오용을 줄이기 위한 선별검사 및 상담
- 우울증 선별검사
- 당뇨병 선별검사

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

- HIV 선별검사
- 예방접종
- 임상 영양 치료
- Medicare 당뇨 예방 프로그램(MDPP)
- 지속 가능한 체중 감량을 도모하기 위한 비만 선별검사 및 치료
- 전립선암 선별검사 - 전립선 특이 항원(PSA) 검사
- 성매개감염(STI) 선별검사 및 STI 질병예방 상담
- 저선량 컴퓨터단층촬영(LDCT)을 이용한 폐암 선별검사
- 흡연 및 담배 사용 중단(흡연 또는 담배 사용 중단을 위한 상담)
- 질병예방을 위한 “Medicare 가입 환영” 방문
- 추가 침술 서비스
- 흡연 및 금연 상담 추가 세션
- 대체 치료
- 연례 정기 건강 검진
- 정기적 척추교정 진료
- 외래 환자 정신건강 관리 - Teladoc™ 의료 제공자가 제공하는 추가 상담 방문
- 종합 치과 서비스
- 예방 치과 서비스
- 피트니스 혜택
- 추가 정기 청력 검사
- 보청기
- 보청기 피팅/평가
- 간호 핫라인
- 영양/식이요법 상담 혜택
- 추가 일상 안경류
- 정기 눈 검사
- 전세계 응급실 및 긴급하게 필요한 서비스

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

섹션 1.3	Medicare Part A 및 Part B 보장 의료 서비스에 대한 가입자의 최대 납부액은 얼마입니까?
---------------	---

저희 플랜에 따라, 보장되는 의료 서비스에 대해 본인부담금으로 지불해야 하는 금액에는 다음의 두 가지 한도가 적용됩니다.

- 귀하의 **네트워크 소속 가입자 부담 최대한도액**은 \$ 2,500입니다. 이는 네트워크 소속 의료 제공자로부터 받은 보장되는 Medicare Part A 및 Part B 서비스에 대해 귀하가 해당 연도 동안 지불할 최대 금액입니다. 네트워크 소속 의료 제공자가 제공하는 Medicare Part A 및 Part B 보장 서비스에 대해 공제액, 코페이먼트 및 공동보험료로 납부하는 금액은 이 네트워크 소속 가입자 부담 최대한도액에 산입됩니다(단, 네트워크 비소속 의료 제공자의 서비스 이용 시 납부하는 금액은 네트워크 소속 가입자 부담 최대한도액으로 계상되지 않습니다. 또한 일부 서비스에 대해 납부하는 금액도 네트워크 소속 가입자 부담 최대한도액에 산입되지 않습니다. 이러한 서비스는 의료 혜택표에 별표 (*)로 표시되어 있습니다). 네트워크 소속 의료 제공자가 제공하는 Medicare Part A와 Part B 보장 서비스에 대해 \$2,500를 지불한 경우, 당사의 네트워크 소속 의료 제공자를 이용할 때 남은 1년 동안 본인부담금이 들지 않습니다. 그러나 Medicare Part B 보험료는 계속 납부해야 합니다(Medicaid 또는 기타 제3자가 Part B 보험료를 대신 납부해 주는 경우 제외).
- 귀하의 **가입자 부담 통합 최대한도액**은 \$5,100입니다. 이는 네트워크 소속 및 네트워크 비소속 의료 제공자 모두로부터 받은 보장되는 Medicare Part A 및 Part B 서비스에 대해 귀하가 해당 연도 동안 지불할 최대 금액입니다. 보장 서비스에 대한 공제액, 코페이먼트 및 공동보험료로 납부하는 금액은 가입자 부담 통합 최대한도액에 산입됩니다(또한, 일부 서비스에 대해 납부하는 금액도 네트워크 소속 가입자 부담 최대한도액에 산입되지 않습니다. 이러한 서비스는 의료 혜택표에 별표(*)로 표시되어 있습니다). 가입자가 Part A 및 Part B 보장 서비스에 대해 \$5,100를 납부하면, 가입자는 100% 보장을 받게 되며 Medicare Part A 및 Part B 보장 서비스에 대해 해당 연도 나머지 기간에 어떠한 본인부담금도 발생하지 않습니다. 그러나 Medicare Part B 보험료는 계속 납부해야 합니다(Medicaid 또는 기타 제3자가 Part B 보험료를 대신 납부해 주는 경우 제외).

섹션 1.4	당사 플랜은 의료 제공자가 가입자에게 “결산 청구”하는 것을 허용하지 않습니다.
---------------	---

Wellcare Patriot No Premium Open (PPO) 가입자를 위한 중요한 보호 장치로서 가입자가 공제액을 충족하면, 가입자는 당사 플랜에서 보장하는 서비스를 받을 때 비용 분담 금액만 납부하면 됩니다. 당사는 의료 제공자가 “결산 청구”라고 하는 별도의 추가 금액을 청구하는 것을 허용하지 않습니다. 이 보호 장치(가입자는 비용분담분 이상의 금액을 납부하지 않음)는 의료 제공자가 서비스에 대해 청구한

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

금액 보다 낮은 금액을 당사가 지급하였거나 분쟁이 있어 특정 의료 제공자에게 비용을 지급하지 않는 경우에도 적용됩니다.

이 보호 장치가 어떻게 적용되는지 살펴보겠습니다.

- 귀하의 비용 부담이 코페이먼트인 경우(예: \$15.00와 같은 일정 금액)
네트워크 소속 의료 제공자가 제공하는 모든 보장 서비스에 대해 해당 금액만 납부합니다. 일반적으로 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 치료를 받으면 더 높은 코페이먼트를 부담하게 됩니다.
- 또는 비용분담 방식이 공동보험료(총 청구액의 일정 퍼센트)라면, 여러분은 해당 퍼센트 금액 이상은 절대 납부하지 않아도 됩니다. 단, 납부 비용은 여러분이 진료를 받게 될 의료 제공자의 유형에 따라 달라집니다.
 - 네트워크 소속 의료 제공자로부터 보장 서비스를 받는 경우, 공동보험료 퍼센트에 이 플랜의 환급률(의료 제공자와 플랜 간에 체결된 계약에 따라 결정됨)을 곱해 산출한 금액을 납부합니다.
 - 네트워크 비소속이면서 Medicare에 참여하는 의료 제공자로부터 보장 서비스를 받는 경우, 공동보험료 퍼센트에 참여 제공자에 대한 Medicare 지불률을 곱해 산출한 금액을 납부합니다.
 - 네트워크 비소속이면서 Medicare에 참여하지 않는 의료 제공자로부터 보장 서비스를 받는 경우, 공동보험료 퍼센트에 비참여 제공자에 대한 Medicare 지불률을 곱해 산출한 금액을 납부합니다.
- 의료 제공자가 귀하에게 “결산 청구”를 했다고 생각하는 경우 고객 서비스부에 연락하십시오(전화번호는 이 책자의 뒷표지에 안내됨).

섹션 2

의료 혜택표를 사용하여 보장 사항 및 납부 금액 찾기

섹션 2.1

플랜 가입자의 의료 혜택 및 비용

다음 페이지에 수록된 의료 혜택표에는 Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)에서 보장하는 서비스 및 각 서비스에 대한 가입자의 본인부담금이 나와 있습니다. 의료 혜택표에 나열된 서비스는 다음과 같은 보장 요건이 충족된 경우에만 보장됩니다.

- 가입자의 Medicare 보장 서비스는 Medicare가 수립한 보장 지침에 따라 제공되어야 합니다.
- 가입자의 서비스(의료, 서비스, 의료용품, 의료 장비 포함)는 반드시 의학적으로 필요한 것이어야 합니다. “의학적으로 필요”하다는 표현은 서비스, 용품 또는 의약품이 가입자의 의학적 상태에 대한 예방, 진단 또는 치료를 위해 필요하며 일반적으로 인정된 진료 표준에 부합됨을 의미합니다.
- 의료 혜택표에 나와 있는 서비스 중 일부는 의사 또는 기타 네트워크 소속 의료 제공자가 앞서 저희 플랜으로부터 승인을 받은 경우에만(때로 “사전 승인”이라고도 함) 네트워크 소속 서비스로서 보장이 가능합니다.

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

- 네트워크 소속 서비스로 보장받기 위해 사전 승인이 필요한 보장 대상 서비스는 의료 혜택표에 이탤릭체로 표시되어 있습니다.
- 네트워크 비소속 제공자로부터 네트워크 비소속 서비스를 받은 경우에는 사전 승인이 필요하지 않습니다.
- 네트워크 비소속 서비스에 대해 사전 승인이 필요하지는 않지만 귀하 또는 담당 의사는 저희에게 보장 결정을 사전에 요청할 수 있습니다.

보장에 대해 알아 두어야 할 기타 중요 사항:

- 귀하의 비용분담분이 공동보험료 퍼센트에 해당하는 혜택의 경우, 귀하가 지불하는 금액은 귀하에게 서비스를 제공한 다음 유형의 의료 제공자에 따라 달라집니다.
 - 네트워크 소속 의료 제공자로부터 보장 서비스를 받는 경우, 공동보험료 퍼센트에 이 플랜의 환급률(의료 제공자와 플랜 간에 체결된 계약에 따라 결정됨)을 곱해 산출한 금액을 납부합니다.
 - 네트워크 비소속이면서 Medicare에 참여하는 의료 제공자로부터 보장 서비스를 받는 경우, 공동보험료 퍼센트에 참여 제공자에 대한 Medicare 지불률을 곱해 산출한 금액을 납부합니다.
 - 네트워크 비소속이면서 Medicare에 참여하지 않는 의료 제공자로부터 보장 서비스를 받는 경우, 공동보험료 퍼센트에 비참여 제공자에 대한 Medicare 지불률을 곱해 산출한 금액을 납부합니다.
- 모든 Medicare 건강 플랜과 마찬가지로, 저희도 Original Medicare에서 보장하는 모든 사항을 보장합니다. 이들 혜택 가운데 일부에 대해서는 가입자가 Original Medicare에서보다 저희 플랜에서 더 많은비용을 납부해야 합니다. 반면 다른 혜택에 대해서는 더 적은비용을 납부합니다(보장 사항 및 Original Medicare에 대한 자세한 내용은 2022년 Medicare & You 핸드북을 참조하십시오. www.medicare.gov에서 온라인으로 확인하거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 주 7일 하루 24시간 언제든지 연락하여 사본을 요청할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오).
- Original Medicare에서 무료로 보장하는 모든 질병예방 서비스는 저희도 여러분에게 무료로 보장해 드립니다. 단, 질병예방 서비스를 받기 위해 의료 제공자를 방문한 동안 기존의 의학적 상태에 대한 치료 또는 모니터링 받을 경우, 해당 상태를 대상으로 받은 의료에 대한 코페이먼트가 적용됩니다.
- Medicare가 해당 연도에 새로운 서비스에 대해 Original Medicare 보장을 추가하는 경우가 종종 있습니다. Medicare가 2022년도에 서비스에 대한 보장을 추가하는 경우, Medicare 또는 저희 플랜에서 이들 서비스를 보장해 드립니다.

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)*만성 질환이 있는 가입자를 위한 중요한 혜택 정보*

- 다음과 같은 만성 질환이 있다고 진단받고 특정한 기준에 부합하는 경우, 만성 질환에 대한 특별 보조 혜택을 받을 자격이 될 수도 있습니다.
 - 만성 알코올 및 기타 의약품 의존성,
 - 다음으로 제한되는 자가면역 질환:
 - 결절성 다발성 동맥염,
 - 류마티스성 다발근육통,
 - 다발성근염,
 - 류마티스성 관절염 및
 - 전신홍반성 루푸스,
 - 암(암 전 상태 또는 제자리 암종 상태 제외),
 - 다음으로 제한되는 심혈관 질환:
 - 심장 부정맥,
 - 관상동맥 질환,
 - 말초 혈관 질환 및
 - 만성 정맥 혈전색전성 장애,
 - 울혈성 심부전,
 - 치매,
 - 진성 당뇨병,
 - 말기 간 질환,
 - 투석이 필요한 말기 신장질환(ESRD),
 - 다음으로 제한되는 중증 혈액장애:
 - 재생불량성 빈혈,
 - 혈우병,
 - 면역성 혈소판 감소성 자반병,
 - 골수이형성증후군,
 - 겸상 적혈구 질환(겸상 적혈구 질환 제외) 및
 - 만성 정맥 혈전색전성 장애,
 - HIV/AIDS,

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

- 다음으로 제한되는 만성 폐 질환:
 - 천식,
 - 만성 기관지염,
 - 폐기종,
 - 폐섬유증 및
 - 폐고혈압,
- 다음으로 제한되는 만성 및 장애 정신건강 상태:
 - 양극성 장애,
 - 주요 우울증 장애,
 - 편집성 장애,
 - 정신분열증 및
 - 분열정동 장애,
- 다음으로 제한되는 신경계 질환,
 - 근위축측삭경화증(ALS),
 - 간질,
 - 광범위한 마비(즉, 편마비, 사지마비, 하반신마비, 단마비),
 - 헌팅턴병,
 - 다발성 경화증,
 - 파킨슨병,
 - 다발신경병증,
 - 척추관협착증 및
 - 뇌졸중 관련 신경학적 결손 및
- 뇌졸중.
- 어떤 혜택을 받을 수 있는지 확인하려면 의료 관리자의 검토가 필요할 수 있습니다. 가입자 서비스부에 문의하려면 이 책자의 뒷표지에 나와 있는 전화 번호로 가입자 서비스부에 문의하십시오.
- 모든 만성 질병에 대한 특별 추가 혜택(SSBCI) 수혜자는 다음을 충족해야 합니다.

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

- 생명을 위협하거나 건강 또는 기능을 크게 제한하는 만성 질환이 하나 이상 있는 경우
- 입원 위험이 높은 경우(임상 기준)
- 집중 치료 조정 필요(치료 관리)
- 특정 임상 기준을 충족하고 적격 만성 질환에 대한 치료 관리를 받고 있는 경우, 만성 질병에 대한 특별 추가 혜택을 받을 수 있습니다.
- 더 자세한 사항은 아래의 의료 혜택표 “만성 질환 관련 특별 추가 혜택” 행을 참조하십시오.



의료 혜택표의 질병 예방 서비스에 이 사과 기호가 표시되어 있습니다.

의료 혜택표

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
 복부 대동맥류 선별검사 위험군에 속하는 분들을 대상으로 선별검사 목적의 초음파 1회 실시. 특정 위험 요인이 있으며 그 요인으로 담당 의사, 의사 보조사, 실무 전문 간호사 또는 임상 전문 간호사로부터 진료 의뢰를 받는 경우에만 플랜에서 선별검사를 보장해 줍니다.	네트워크 소속 이 질병예방 선별검사를 받을 자격이 있는 가입자에게는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다. 네트워크 비소속 이 질병예방 선별검사 자격을 갖춘 가입자의 경우 코페이먼트 \$0.

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
만성 요통을 위한 침술 치료 보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다. Medicare 수혜자는 다음 상황에서 90일 동안 최대 12회의 방문을 제공받습니다. 이 혜택에 대하여 만성 요통은 다음과 같이 정의됩니다. • 통증이 12주 이상 이어짐 • 식별 가능한 조직적 원인이 없는 불특정한 경우 (즉 전이성, 염증성, 전염성 질병과 관련이 없는 경우) • 수술과 관련이 없는 경우 및 • 임신과 관련이 없는 경우. 개선이 확인되는 환자의 경우 8개의 세션이 추가로 보장됩니다. 매년 20개 이하의 침술 치료를 받을 수 있습니다. 환자가 호전되지 않거나 퇴행하는 경우 치료를 중단해야 합니다. 의료 제공자 요건: 사회보장법(법)의 1861(r)(1)에 정의된 의사는 해당 주의 요건에 따라 침술을 제공할 수 있습니다. 의사 보조(PA), 임상 간호사(NP)/임상전문 간호사(CNS)(법 1861(aa)(5)에서 확인) 및 보조 인력은 모든 해당 주 요구 사항을 충족하고 다음을 충족하는 경우 침술을 제공할 수 있습니다. • 침술 및 한의학 인증 위원회(ACAOM)에서 인가한 학교의 침술 또는 한의학 석사 또는 박사 학위	네트워크 소속 PCP 진료실에서 받은 Medicare에서 보장하는 침술 서비스에 대해 코페이먼트 \$12. 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. PCP 진료실에서 받은 Medicare에서 보장하는 침술 서비스에 대해 코페이먼트 \$20. 네트워크 소속 공제액이 적용됩니다. 전문의 진료실에서 받은 Medicare에서 보장하는 침술 서비스에 대해 코페이먼트 \$25. 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. 전문의 진료실에서 받은 Medicare에서 보장하는 침술 서비스에 대해 코페이먼트 \$40. 네트워크 소속 공제액이 적용됩니다. 지압사 진료실에서 받은 Medicare 보장 침술에 대해 코페이먼트 \$0. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
미국의 주, 영토 또는 연방국(즉, 푸에르토리코) 또는 컬럼비아 특별구에서 침술을 시행할 수 있는 현행의, 완전하고, 활성 상태의 무제한 면허 침술을 제공하는 보조 의료인은 42 CFR § 410.26 및 410.27의 규정에 따라 요구되는 의사, PA 또는 NP/CNS의 적절한 감독을 받아야 합니다.	네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. 지압사 진료실에서 받은 Medicare 보장 침술에 대해 코페이먼트 \$0.
앰불런스 서비스 보장되는 앰불런스 서비스에는 가장 인근에 위치한 적합한 의료 시설로 이송해 주는 항공기, 헬기 및 지상 앰불런스 서비스가 포함됩니다. 이에 해당하는 앰불런스 서비스는 의학적 증상으로 인해 다른 교통수단을 사용하면 건강을 위협할 수 있는 경우 또는 이 플랜에서 허가하는 경우에 가입자에게 제공되는 서비스입니다.	네트워크 소속 공제액이 적용됩니다. Medicare에서 보장하는 지상 구급차 서비스에 대해 편도 교통편당 코페이먼트 \$100. 고정의 항공기 및 비응급 수송에는 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 입원 치료를 받는 경우에는 비용분담분이 면제되지 않습니다. 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. Medicare에서 보장하는 지상 구급차 서비스에 대해 편도 교통편당 코페이먼트 \$100. 입원 치료를 받는 경우에는 비용분담분이 면제되지 않습니다.

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
앰불런스 서비스(계속) 가입자의 증상으로 인해 다른 교통수단을 사용하면 건강을 위협할 수 있다는 사실 및 앰불런스 이송이 의료적으로 요구된다는 사실이 문서화된 경우, 앰불런스를 이용한 비응급 교통이 적합합니다.	네트워크 소속 공제액이 적용됩니다. Medicare에서 보장하는 항공 운송 서비스 편도 교통편당 코페이먼트 \$100. 고정익 항공기 및 비응급 수송에는 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 입원 치료를 받는 경우에는 비용분담분이 면제되지 않습니다. 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. Medicare에서 보장하는 항공 운송 서비스 편도 교통편당 코페이먼트 \$100. 입원 치료를 받는 경우에는 비용분담분이 면제되지 않습니다.
연례 정기 건강 검진 연례 건강 선별검사 - 연례 웰니스 방문에 포함된 서비스에 추가하여 심장, 폐, 복부 및 신경계 검사 그리고 신체 부위(머리, 목, 손발 등)를 의사가 손으로 진료하고 병력/가족력을 상세히 조사하는 것이 포함됩니다.	네트워크 소속 연례 정기 건강 검진에 대해 코페이먼트 \$0.* 네트워크 비소속 연례 정기 건강 검진에 대해 코페이먼트 \$0.*

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
 연례 건강 검진 Part B에 12개월 넘게 가입된 경우, 가입자의 현재 건강 및 위험요인에 근거하여 맞춤형 질병예방 플랜을 개발하거나 업데이트하기 위한 연례 웰니스 방문을 실시할 수 있습니다. 매 12개월마다 1회 보장됩니다. 참고: 첫 번째 연례 건강 검진은 질병예방을 위한 “Medicare 가입 환영” 방문 후 12개월 이내에는 실시할 수 없습니다. 그러나 12개월 동안 Part B에 가입된 이후에는 연례 웰니스 방문을 보장받기 위해 “Medicare 가입” 시에 이루어지는 방문을 별도로 할 필요가 없습니다.	네트워크 소속 연례 웰니스 방문에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다. 네트워크 비소속 연례 건강 검진에 대한 코페이먼트 \$0.
 골밀도 측정 유자격 개인(일반적으로 골밀도 손실 위험이나 골다공증 위험이 있는 개인)의 경우, 검진 결과의 의사 판독을 포함하여 골밀도 측정, 골 손실 측정, 골 품질 측정 등을 위한 시술이 의학적으로 필요하다면 24개월마다 또는 더 자주 보장됩니다.	네트워크 소속 Medicare에서 보장하는 골밀도 측정에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다. 네트워크 비소속 Medicare에서 보장하는 골밀도 측정에 대해 코페이먼트 \$0.

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
 유방암 선별검사(x-레이 투영법) 보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다. - 만 35~39세 대상 기본 유방 x-레이 투영법 1회 - 만 40세 이상 여성의 경우 매 12개월마다 유방 x-레이 투영법 선별검사 1회 - 매 24개월마다 유방 임상검사 1회 - 의학적으로 필요한 경우 유방 x-레이 투영법 진단 1회	네트워크 소속 보장되는 유방 x-레이 투영법 선별검사에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다. 네트워크 비소속 유방 x-레이 투영법 선별검사에 대해 코페이먼트 \$0. 네트워크 소속 공제액이 적용됩니다. 의학적으로 필요한 경우 유방 x-레이 투영법 진단 1회에 대해 코페이먼트 \$0. 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. 의학적으로 필요한 경우 유방 x-레이 투영법 진단 1회에 대해 공동보험료 20%.

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
심장 재활 서비스 운동, 교육 및 상담이 포함된 심장 재활 서비스 종합 프로그램은 일정한 조건을 충족하며 의사의 지시를 받은 가입자를 대상으로 보장됩니다. 또한 이 플랜은 일반적인 심장 재활 프로그램보다 더 집중적이거나 강도가 높은 심장 재활 집중 프로그램도 보장해 줍니다.	네트워크 소속 공제액이 적용됩니다. Medicare에서 보장하는 심장 재활 서비스에 대해 코페이먼트 \$25. 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. Medicare에서 보장하는 심장 재활 서비스에 대해 코페이먼트 \$40. 네트워크 소속 공제액이 적용됩니다. Medicare에서 보장하는 집중 심장 재활 서비스에 대해 코페이먼트 \$25. 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. Medicare에서 보장하는 집중 심장 재활 서비스에 대해 코페이먼트 \$40.
 심혈관계 질환 위험 경감 방문(심혈관계 질환 치료) 심혈관계 질환 위험을 낮추기 위해 주치의를 연 1회 방문하는 것을 보장합니다. 이와 같은 방문 시, 담당 의사는 아스피린 사용(적절한 경우)에 대해 논의하고, 혈압을 측정하며, 올바른 영양 섭취를 위한 도움말을 제공합니다.	네트워크 소속 집중 행동치료 심혈관계 질환 질병예방 혜택에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다. 네트워크 비소속 Medicare에서 보장하는 집중 행동치료 심혈관계 질환 질병예방 혜택에 대해 코페이먼트 \$0.

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
 심혈관계 질환 검사 심혈관계 질환(또는 심혈관계 질환의 위험 증가와 관련한 이상 증세)을 발견하기 위한 혈액 검사를 5년 (60개월)마다 1회 실시.	네트워크 소속 5년마다 1회 보장되는 심혈관계 질환 검사에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다. 네트워크 비소속 5년에 한 번 보장되는 Medicare 보장 심혈관 질환 검사에 대해 코페이먼트 \$0.
 자궁경부암 및 질암 선별검사 보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다. - 모든 여성을 대상으로 자궁 경부 세포 검사 및 골반 검사가 24개월마다 1회 보장됩니다. - 자궁경부암 또는 질암 고위험군에 속하거나, 가입연령이고 과거 3년 내에 자궁 경부 세포 검사 결과에 이상이 있는 경우: 12개월마다 1회 보장	네트워크 소속 Medicare에서 보장하는 질병예방 목적의 자궁 경부 세포 검사 및 골반 검사에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다. 네트워크 비소속 Medicare에서 보장하는 질병예방 목적의 자궁 경부 세포 검사 및 골반 검사에 대해 코페이먼트 \$0.

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
척추교정 서비스 보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다. 아탈구를 교정하기 위해 손을 사용하여 척추를 치료	네트워크 소속 공제액이 적용됩니다. Medicare에서 보장하는 지압요법 서비스에 대해 코페이먼트 \$0. 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. Medicare에서 보장하는 지압요법 서비스에 대해 코페이먼트 \$0.
 대장암 선별검사 만 50세 이상에 대해 다음 사항이 보장됩니다. - 유연한 내시경을 이용한 직장경 검사(또는 대체방법으로서 선별검사 목적의 바륨 관장), 48개월마다 1회 보장 다음 12개월 중 하나: - 구아약 기반 대변 잠혈 검사(gFOBT) - 분변 면역화학 검사(FIT) DNA 기반 대장암 선별검사, 3년마다 대장암 고위험군에 속한 분에 대해 다음 사항이 보장됩니다. - 선별검사 목적의 대장내시경 검사(또는 대체방법으로서 선별검사 목적의 바륨 관장), 24개월마다 1회 실시 대장암 고위험군에 속하지 않는 분에 대해서는 다음 사항이 보장됩니다. - 선별검사 목적의 대장내시경 검사, 10년(120개월)마다 1회 실시하며 선별검사 목적의 직장경 검사를 받은 이후 48개월 이내에는 보장되지 않음	네트워크 소속 Medicare에서 보장하는 대장암 선별검사에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다. 네트워크 비소속 Medicare에서 보장하는 결장암 선별검사 대해 코페이먼트 \$0.

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
Medicare 보장 바롬 관장 서비스	네트워크 소속 Medicare에서 보장하는 바롬 관장 서비스에 대해 코페이먼트 \$0. 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. Medicare에서 보장하는 바롬 관장 서비스에 대해 코페이먼트 \$0.
통증 관리에 대한 통합 혜택 당사 플랜은 가입자에게 통증 관리를 위한 통합 치료를 제공합니다. 이 혜택은 통증, 경직 또는 운동 범위 상실과 같은 부상이나 질병을 개선하기 위한 것입니다. 당사 플랜에서 보장하는 치료는 다음과 같습니다. - 자연 치료 - 보충적(비 Medicare 보장) 지압요법 서비스 - 보충적(비 Medicare 보장) 침술 서비스 위의 보장 서비스에 사용할 수 있는 방문 횟수는 총 24회로 제한됩니다. 보장 서비스 또는 자격 여부를 포함한 이 혜택에 관한 자세한 내용은 가입자 서비스부에 문의하십시오(전화 번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨).	네트워크 소속 대체 통증 치료에 대해 코페이먼트 \$0.* <i>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</i> 네트워크 비소속 대체 통증 치료에 대해 공동보험료 40%.*

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
치과 서비스 일반적으로, 질병예방 목적의 치과 서비스(치아 세척, 치과 정기 선별검사, 치아 x-레이 등)는 Original Medicare에서 보장하지 않습니다. 저희는 다음 사항을 보장해 드립니다. • Medicare 보장 치과 진료 - 보장 서비스는 턱 또는 관련 구조의 수술, 턱 또는 얼굴 뼈의 골절 고정, 턱에 발생한 종양 암 질환에 대한 방사선 치료 준비 목적의 발치 또는 의사가 제공할 경우 보장되는 서비스로 제한됨	Medicare에서 보장하는 서비스 네트워크 소속 Medicare에서 보장하는 치과 서비스당 코페이먼트 \$25. <i>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</i> 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. Medicare에서 보장하는 치과 서비스당 코페이먼트 \$40. 추가 서비스 네트워크 소속 및 네트워크 비소속 예방 및 종합 서비스에 대해 연간 최대 \$2,000의 플랜 혜택이 있습니다. 혜택 한도를 초과하는 금액은 가입자가 부담합니다.*

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
- 예방 목적의 치과 서비스(보장 서비스는 다음을 포함합니다) - 구강 검진 - 매년 2회 - 스케일링(예방) - 매년 2회 - 불소 치료 - 매년 1회	예방 목적의 치과 서비스 네트워크 소속 구강 검진당 코페이먼트 \$0.* 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 네트워크 비소속 구강 검진당 공동보험료 70%.* 네트워크 소속 스케일링당 코페이먼트 \$0.* 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 네트워크 비소속 스케일링당 공동보험료 70%.* 네트워크 소속 불소 치료당 코페이먼트 \$0.* 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 네트워크 비소속 불소 치료당 공동보험료 70%.*

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
○ 치과 X-레이 - 1~3년마다 1세트 ● 종합 치과 진료(보장 서비스는 다음을 포함합니다) ○ 비정기 서비스 - 24개월까지 매일 1회 ○ 진단 서비스 - 매년 1회	네트워크 소속 방문당 치과 X-레이에 대해 코페이먼트 \$0.* 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 네트워크 비소속 방문당 치과 X-레이에 대해 공동보험료 70%.* 종합 치과 네트워크 소속 비정기 서비스당 공동보험료 40%.* 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 네트워크 비소속 Medicare에서 보장하는 비정기 서비스당 공동보험료 70%.* 네트워크 소속 Medicare에서 보장하는 진단 서비스당 공동보험료 40%.* 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 네트워크 비소속 Medicare에서 보장하는 진단 서비스당 공동보험료 70%.*

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
○ 수복 서비스: 12~84개월마다 1원회 ○ 근관 치료 - 치아당 1회 ○ 치주 치료 - 6~36개월마다 1회 ○ 발치 - 치아당 1회	네트워크 소속 수복 서비스당 공동보험료 40%.* 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 네트워크 비소속 수복 서비스당 공동보험료 70%.* 네트워크 소속 근관 치료 서비스당 공동보험료 40%.* 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 네트워크 비소속 근관 치료 서비스당 공동보험료 70%.* 네트워크 소속 치주 치료 서비스당 공동보험료 40%.* 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 네트워크 비소속 치주 치료 서비스당 공동보험료 70%.* 네트워크 소속 발치당 공동보험료 40%.* 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 네트워크 비소속 발치당 공동보험료 70%.*

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
○ 의치를 포함한 보철 - 12~48개월마다 1회 ○ 구강/상악안면수술 - 12~60개월마다 또는 평생 1회 제한 및 예외사항이 적용됩니다. 서비스를 받기 전, 가입자는 선택 가능한 치료 종류에 대해 치과 정기 서비스에 참여하는 의료 제공자와 상의할 것을 권장합니다. 치료는 플랜 가입 연도에 플랜이 보장하는 동안 시작되고 종료되어야 합니다. 이 플랜에서 보장되지 않는 치과 서비스 비용은 가입자가 부담합니다. 보충(즉, 비 Medicare 보장) 치과 서비스는 참여 의료 제공자에게 받는 경우에만 플랜에서 보장됩니다. 의료 제공자 찾기, 청구, 상세한 보장 절차 목록 또는 기타 자세한 내용은 가입자 서비스부에 1-844-582-5177(TTY:711)번으로 전화하거나 당사 웹사이트(www.wellcare.com/healthnetOR)에서 확인해 주시기 바랍니다.	네트워크 소속 보철 서비스당 공동보험료 40%.* 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 네트워크 비소속 보철 서비스당 공동보험료 70%.* 네트워크 소속 상악안면 서비스당 공동보험료 40%.* 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 네트워크 비소속 상악안면 서비스당 공동보험료 70%.*

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
 우울증 선별검사 우울증 선별검사가 매년 1회 보장됩니다. 우울증 선별검사는 반드시 후속 치료 및/또는 진료 의뢰를 제공할 수 있는 1차 진료기관에서 실시되어야 합니다.	네트워크 소속 연례 우울증 선별검사 방문에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다. 네트워크 비소속 Medicare 보장 연례 우울증 선별검사 방문에 대한 코페이먼트 \$0.
 당뇨병 선별검사 가입자에게 다음과 같은 위험 요인이 있는 경우, 저혈당 상태에서 당뇨병 선별검사(공복 혈당 검사 포함)가 보장됩니다. 고혈압, 고콜레스테롤 및 고지혈증(이상지질혈증), 비만 또는 고혈당 병력을 보장해 드립니다. 또한 가입자가 과체중이며 가족 병력 중에 당뇨병이 있는 등 기타 요건에 부합하는 경우에도 검사가 보장될 수 있습니다. 이들 검사 결과에 근거하여 12개월마다 당뇨병 선별검사를 최대 2회까지 받을 수 있습니다.	네트워크 소속 Medicare에서 보장하는 당뇨병 선별검사에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다. 네트워크 비소속 Medicare에서 보장하는 당뇨병 선별검사에 대한 코페이먼트 \$0.
 당뇨병 자가관리 교육, 당뇨병 관련 서비스 및 용품 당뇨병이 있는 모든 분(인슐린 사용자와 비사용자 모두 포함). 보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다. • 혈당 모니터링 용품: 혈당 모니터, 혈당 검사용 스트립, 채혈기 및 채혈침 그리고 검사용 스트립과 모니터의 정확성을 확인해 주는 혈당 조절 솔루션	네트워크 소속 Medicare에서 보장하는 당뇨병 모니터링 용품에 대해 코페이먼트 \$0. <i>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</i> 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. Medicare에서 보장하는 당뇨병 모니터링 용품에 대해 코페이먼트 \$0.

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
• 중증 당뇨병성 족부 질환이 있는 당뇨병 환자의 경우: 역년당 치료용 맞춤형 신발 1켤레(해당 신발과 함께 제공되는 삽입물 포함) 및 삽입물 2쌍 추가 또는 깊이가 깊은 신발 1켤레 및 삽입물 3쌍(해당 신발과 함께 제공되며 맞춤형 제작되지 않은 탈착식 삽입물은 비포함). 신발에 대한 적합성 확인 즉 피팅도 보장됩니다. • 당뇨병 자가관리 교육은 다음과 같은 조건 하에서 보장됩니다. Lifescan의 OneTouch™ 제품은 당사가 선호하는 당뇨 검사 용품입니다(혈당 측정기 및 검사지). 우대하는 당뇨 테스트 용품 목록에 있는 품목에 대해 자세한 정보를 얻으려면 이 책자 뒷표지에 나와 있는 가입자 서비스부 전화번호로 문의하십시오. 이 플랜에서 우대하는 당뇨 관련 용품 이외의 제품을 사용하는 경우, 담당 의사에게 문의하여 새 처방전을 받거나 비우대 혈당 측정기 및 검사지에 대한 사전 승인을 요청해야 합니다.	네트워크 소속 중증 당뇨병 환자 발 질환이 있는 당뇨병 환자를 위한 Medicare 에서 보장하는 치료용 신발 또는 삽입물에 대해 공동보험료 20%. 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. 중증 당뇨병 환자 발 질환이 있는 당뇨병 환자를 위한 Medicare 에서 보장하는 치료용 신발 또는 삽입물에 대해 공동보험료 30%. 네트워크 소속 Medicare에서 보장하는 당뇨병 자가관리 교육에 대해 코페이먼트 \$0. 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. Medicare에서 보장하는 당뇨병 자가관리 교육에 대해 코페이먼트 \$0.

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
내구성 의료 장비(DME) 및 관련 용품 (“내구성 의료 장비”에 대한 용어 정의를 보시려면, 이 책자의 제10장을 참조하십시오.) 보장되는 품목은 다음을 포함하지만 이에 국한되지 않습니다. 휠체어, 목발, 전동 매트리스 시스템, 당뇨 관련 용품, 가정에서 사용하기 위해 공급자가 주문한 병원 침상, IV 주입 펌프, 음성 생성 장치, 산소 장비, 분무기 및 보행기. Original Medicare에서 보장하며 의학적으로 필요한 모든 DME를 보장해 드립니다. 가입자 지역에 위치한 저희 공급업체가 특정 브랜드 또는 특정 제조자의 제품을 구비하고 있지 않은 경우, 특별 주문을 할 수 있는지 문의할 수 있습니다. 최신 공급업체 목록은 당사 웹사이트(www.wellcare.com/healthnetor)에서 확인할 수 있습니다.	네트워크 소속 공제액이 적용됩니다. Medicare에서 보장하는 내구성 의료 장비에 대해 공동보험료 20%. <i>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</i> 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. Medicare에서 보장하는 내구성 의료 장비에 대해 공동보험료 30%. 네트워크 소속 공제액이 적용될 수 있습니다. Medicare에서 보장하는 의료 용품에 대해 공동보험료 20%. <i>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</i> 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. Medicare에서 보장하는 의료 용품에 대해 공동보험료 30%.

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
응급 치료 응급 치료는 다음과 같은 서비스를 지칭합니다. • 응급 서비스 제공 유자격 의료 제공자가 제공하는 서비스 그리고 • 응급 의료 상황을 평가하거나 안정화하는 데 필요한 서비스. “의학적 응급 상황”이란 가입자 또는 평균 수준의 의료 지식을 가진 기타 신중한 일반인이 사망, 팔다리의 손실 또는 팔다리 기능의 손실을 막기 위해 즉시 치료가 필요한 의학적 증상이 가입자에게 있다고 믿는 때를 의미합니다. 이러한 의학적 증상은 질병, 부상, 심한 통증 또는 급속히 악화되는 의학적 상태일 수 있습니다. 네트워크 외부에서 제공되는 필요한 응급 서비스에 대한 비용분담분은 네트워크 내에서 제공되는 서비스와 동일합니다. 미국 이외 국가에서의 응급 서비스는 보장되지 않습니다.	Medicare에서 보장하는 응급실 방문에 대해 코페이먼트 \$120. 24시간 내에 병원에 입원한 경우에는 이 금액을 지불하지 않습니다. 네트워크 비소속 병원에서 응급 치료를 받고 응급 상태가 안정된 후 입원 치료가 필요한 경우, 귀하는 안정화 후 입원에 대한 네트워크 소속 비용분담분을 지불하기 위해 네트워크 소속 병원으로 이동해야 합니다. 네트워크 비소속 병원에 입원하는 경우, 입원에 대해서는 보장되지만 안정을 찾은 이후의 입원에 대해서는 가입자가 네트워크 비소속 의료 서비스 비용분담분을 부담해야 합니다. 미국 외 지역의 응급 서비스에 대한 코페이먼트 \$120.* 입원 치료를 받는 경우에는 전 세계 응급실 비용분담분이 면제되지 않습니다. 미국 이외 지역에서 응급 서비스 또는 긴급하게 필요한 서비스를 받는 경우, 매년 최대 \$50,000 까지 보장됩니다.

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
 건강 및 웰니스 교육 프로그램 간호사 상담 회선 숙련된 임상 의사가 무료 전화상담 및 간호사 상담을 제공합니다. 건강 관련 질문에 대한 도움이 필요한 경우 주 7일, 하루 24시간 언제든지 간호사 상담 라인을 이용하실 수 있습니다. 가입자 ID 카드의 전화번호를 통해 간호사 상담 라인에 연락하거나 가입자 서비스부 (전화번호는 이 책자의 뒷표지에 안내됨)에 전화를 걸어 간호사 상담 라인으로 연결할 수 있습니다. 피트니스 혜택 당사 플랜은 활기차고 건강한 라이프 스타일을 지원하는 멤버십을 보장합니다. 피트니스 가입자는 다음 기능을 무료로 이용할 수 있습니다. • 피트니스 센터 멤버십: 피트니스 프로그램에 참여하는 현장 피트니스 센터 중에서 선택하세요. • 홈 피트니스 키트: 피트니스 센터를 방문할 수 없거나 집에서 운동하는 것을 선호한다면, Fitbit 또는 Garmin 웨어러블 트래커를 포함한 다양한 홈 피트니스 키트 중에서 선택할 수 있습니다. 혜택 연도당 최대 1개의 키트를 받을 수 있습니다. • 디지털 피트니스 프로그램: 디지털 라이브러리에서 8,000개 이상의 주문형 운동 비디오 중에서 선택할 수 있습니다. 피트니스 혜택에 대한 자세한 정보는 가입자 서비스부에 전화하거나(전화번호는 이 책자의 뒷표지에 안내됨) 당사 웹사이트 (www.wellcare.com/healthnetOR)를 방문하십시오.	네트워크 소속 간호사 상담 라인에 대해 코페이먼트 \$0.* 네트워크 비소속 네트워크 소속 의료 제공자는 네트워크 외 혜택을 제공해야 합니다.* 네트워크 소속 피트니스 혜택에 대해 코페이먼트 \$0.* 네트워크 비소속 네트워크 소속 의료 제공자는 네트워크 비소속 혜택을 제공해야 합니다.*

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
청력 서비스 가입자에게 의학적 치료가 필요한지 판단하기 위해 의사, 청력학자 또는 기타 유자격 의료 제공자가 진단 목적의 청력 및 균형감각 평가를 외래 진료로서 수행하는 경우 이를 보장합니다. 또한 저희 플랜에서는 다음과 같은 보충적(즉, 정기적) 청력 서비스도 보장해 드립니다. 1년마다 정기적인 청력 검사 1회. 1년마다 보청기 적합성 확인 및 피팅 1회.	네트워크 소속 Medicare에서 보장하는 청력 검사당 코페이먼트 \$25. 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. Medicare에서 보장하는 청력 검사당 코페이먼트 \$40. 보충적(즉, 정기적) 청력 서비스: 네트워크 소속 매년 정기적인 청력 검사 1회에 대한 코페이먼트 \$0.* 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 네트워크 비소속 매년 정기적인 청력 검사 1회에 대해 공동보험료 40%.* 네트워크 소속 매년 보청기 적합성 확인 및 피팅 1회에 대한 코페이먼트 \$0.* 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 네트워크 비소속 매년 보청기 적합성 확인 및 피팅 1회에 대해 공동보험료 40%.*

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
청력 서비스(계속) 귀당 비이식형 보청기 1개, 연간 최대 \$1,500. 1년 표준 보증 및 배터리 1패키지가 제공 혜택에 포함됩니다. 참고: 이 플랜에서 정기적 청력 서비스를 보장 받으려면 반드시 참여 의료 제공자로부터 해당 서비스를 받아야 합니다. \$1,500 이상의 비용은 가입자 부담이며, 추가 보청기는 보장되지 않습니다. 청력 관련 공급업체의 연락처 정보 및 혜택에 대한 자세한 내용은 가입자 서비스부(전화번호는 이 책자의 뒷표지에 안내됨)로 문의하거나 당사 웹사이트(www.wellcare.com/healthnetOR)에서 확인할 수 있습니다.	네트워크 소속 매년 보청기 2개에 대해 코페이먼트 \$0.* 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 네트워크 비소속 매년 보청기 2개에 대해 공동보험료 40%.*
 HIV 선별검사 HIV 선별검사를 요청하는 분 또는 HIV 감염 위험이 높은 분에 대해 다음 사항이 보장됩니다. 12개월마다 선별검사 1회 임신 중인 여성에 대해 다음 사항이 보장됩니다. - 임신 중에는 선별검사 최대 3회	네트워크 소속 Medicare에서 보장하는 HIV 질병예방 선별검사를 받을 자격이 있는 가입자에게는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다. 네트워크 비소속 Medicare에서 보장하는 HIV 질병예방 선별검사 자격을 갖춘 가입자에 대한 코페이먼트 \$0.
가정간호 기관의 간호 가정간호 서비스를 받기 전, 가입자에게 가정간호 서비스가 필요하다는 사실을 의사가 반드시 확인해 주어야 하며 의사가 가정간호 기관에게 가정간호 서비스를 제공할 것을 지시해야 합니다. 가입자는 외출을 하려면 힘이 많이 드는 이유로 주로 집에서 지내야 하는 칩거 상태여야 합니다. 보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함되며 이에 국한하지 않습니다. - 파트타임 또는 간헐적인 전문요양 및 가정 간호도우미 서비스(가정간호 혜택 하에서 보장을 받으려면 전문요양과 가정 간호 도우미 서비스 시간의 합계가 하루에 8시간 미만, 1주일에 35시간 미만이어야 함) - 물리치료, 작업치료 및 언어치료 - 의료 및 사회 서비스 - 의료 장비 및 용품	네트워크 소속 각 Medicare 보장 가정 건강 기관의 진료 서비스마다 코페이먼트 \$0. 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. Medicare에서 보장하는 가정 건강 기관의 진료 서비스당 공동보험료 20%.

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
가정 투여 요법 가정 투여 요법은 가정에서 개인에게 약이나 생물학적 제제를 정맥 또는 피하로 투여하는 것을 포함합니다. 가정 투여 요법을 수행하는 데 필요한 구성 요소에는 약(예: 항바이러스, 면역 글로불린), 장비(예: 펌프), 용품(예: 튜브 및 카테터)이 포함됩니다. 보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함되며 이에 국한하지 않습니다. - 간호 서비스를 포함한 전문 진료는 관리 플랜에 따라 제공됩니다. - 별도로 보장되지 않는 환자 훈련 및 교육 내구성 의료 장비 혜택 하에 제공 - 원격 모니터링 - 유자격 가정 약물 투약 공급업체가 제공하는 가정 약물 투약 및 의약품 공급을 위한 모니터링 서비스	네트워크 소속 간호 서비스, 훈련 및 교육, 원격 모니터링 및 모니터링 서비스를 포함한 주치의(PCP)의 전문 서비스에 대해 코페이먼트 \$12. 공제액이 적용됩니다. 간호 서비스, 훈련 및 교육, 원격 모니터링 및 모니터링 서비스를 포함한 전문의의 전문 서비스에 대해 코페이먼트 \$25. 자가 투여 요법 장비 및 용품은 내구성 의료 장비(DME) 혜택에 따라 보장됩니다. 비용분담 정보는 “내구성 의료 장비(DME) 및 관련 용품” 섹션을 참조하시기 바랍니다. 자가 투여 요법 약물은 Medicare Part B 처방약 혜택에 따라 보장됩니다. 비용분담 정보는 “Medicare Part B 처방약” 섹션을 참조하시기 바랍니다.

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
	네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. 간호 서비스, 훈련 및 교육, 원격 모니터링 및 모니터링 서비스를 포함한 주치의(PCP)의 전문 서비스에 대해 코페이먼트 \$20. 공제액이 적용될 수 있습니다. 간호 서비스, 훈련 및 교육, 원격 모니터링 및 모니터링 서비스를 포함한 전문의의 전문 서비스에 대해 코페이먼트 \$40. 자가 투여 요법 장비 및 용품은 내구성 의료 장비(DME) 혜택에 따라 보장됩니다. 비용분담 정보는 “내구성 의료 장비(DME) 및 관련 용품” 섹션을 참조하시기 바랍니다. 자가 투여 요법 약물은 Medicare Part B 처방약 혜택에 따라 보장됩니다. 비용분담 정보는 “Medicare Part B 처방약” 섹션을 참조하시기 바랍니다.

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
호스피스 간호 Medicare 공인 호스피스 프로그램으로부터 간호를 받을 수 있습니다. 의사 및 호스피스 의사로부터 현재 말기 질환 상태이며 해당 질환이 정상 속도로 진행될 경우 생존 기간이 6개월 이내일 것으로 확인받은 경우 호스피스 혜택을 이용할 자격이 있습니다. 호스피스 의사는 네트워크 소속 의료 제공자 또는 비소속 의료 제공자 모두 가능합니다. 보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다. • 증상 조절용 및 통증 완화용 약품 • 단기 휴식치료 • 가정간호	네트워크 소속 Medicare 공인 호스피스 프로그램에 등록하면, 호스피스 서비스, 말기 예후와 관련된 Part A 및 Part B 서비스는 당사 플랜이 아닌 Original Medicare에서 비용을 부담합니다. 호스피스 상담 서비스에 의사 서비스 비용 분담이 적용될 수 있습니다. 비용 분담에 대한 자세한 내용은 이 표의 “의사/개업의 서비스” 섹션을 참조하십시오. 네트워크 비소속 Medicare 공인 호스피스 프로그램에 등록하면, 호스피스 서비스, 말기 예후와 관련된 Part A 및 Part B 서비스는 당사 플랜이 아닌 Original Medicare에서 비용을 부담합니다. 호스피스 상담 서비스에 의사 서비스 비용 분담이 적용될 수 있습니다. 호스피스 비용 분담에 관한 자세한 내용은 이 표의 “의사/개업의 서비스” 섹션을 참고하십시오.

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
호스피스 간호(계속) <u>호스피스 서비스 및 Medicare Part A 또는 B에 의해 보장되고 말기 예후와 관련된 서비스의 경우:</u> Original Medicare(당사 플랜이 아님)에서 귀하의 호스피스 서비스, 말기 예후와 관련된 Part A 및 Part B 서비스 비용을 부담합니다. 가입자가 호스피스 프로그램에 있는 동안, 호스피스 제공자는 Original Medicare가 비용을 부담하는 서비스에 대해 Original Medicare에게 비용을 청구합니다. <u>Medicare Part A 또는 B에서 보장되며 말기 예후와 관련이 없는 서비스의 경우:</u> Medicare Part A 또는 B에서 보장되며 말기 예후와 관련이 없는 서비스로서 응급 또는 긴급하게 요구되지 않는 서비스가 필요한 경우, 해당 서비스에 대해 가입자가 부담하는 비용은 의료 제공자의 플랜 네트워크 소속 여부에 따라 달라집니다. • 네트워크 소속 의료 제공자로부터 보장 서비스를 받는 경우, 네트워크 소속 서비스에 대해 플랜의 비용분담분만 납부하면 됩니다. • 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 보장 서비스를 받는 경우, 가입자는 네트워크 비소속 서비스에 대한 플랜 비용 분담을 부담합니다. <u>저희 플랜에서는 보장되나 Medicare Part A 또는 B에서는 보장되지 않는 서비스의 경우:</u> 저희 플랜에서는 가입자의 말기 예후와 관련이 있는지의 여부에 관계없이 저희 플랜에서 보장되나 Medicare Part A 또는 B에서는 보장되지 않는 서비스를 계속 보장해 드립니다. 이들 서비스에 대해 플랜의 비용분담분을 납부하면 됩니다. 참고: 호스피스 이외의 치료(말기 예후와 관련되지 않은 치료)가 필요한 경우, 해당 서비스를 받기 위해 당사에 연락하셔야 합니다. 저희 플랜에서는 호스피스 혜택을 선택하지 않은 말기 환자에게 호스피스 상담 서비스(1회만 가능) 제공을 보장해 드립니다.	

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
 예방접종 Medicare Part B 보장 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다. • 폐렴 예방접종 • 독감 시즌마다 가을과 겨울에 맞는 독감 예방주사, 의학적으로 필요한 경우 추가의 독감 예방주사 • B형 간염 고위험군 또는 중위험군에 속한 가입자에 대해 B형 간염 예방접종 • COVID-19 예방접종 • 가입자에게 다른 질환의 위험이 있으며 해당 예방접종이 Medicare Part B의 보장 규칙에 부합하는 경우, 해당 예방접종	네트워크 소속 Medicare에서 보장하는 폐렴, 인플루엔자, B형 간염 및 COVID-19 예방접종에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다. 다른 Medicare에서 보장하는 예방접종의 경우(위험에 노출되었으며 Medicare Part B 보장 규칙을 충족하는 경우), 해당 비용 부담에 대해서는 이 표의 Medicare Part B 처방약 섹션을 참고하십시오. <i>일부 Part B 약품은 보장을 받으려면 사전 승인을 받아야 합니다.</i> 네트워크 비소속 Medicare에서 보장하는 폐렴, 인플루엔자, COVID-19, B형 간염 예방접종에 대해 코페이먼트 \$0. 다른 Medicare에서 보장하는 예방접종의 경우(위험에 노출되었으며 Medicare Part B 보장 규칙을 충족하는 경우), 해당 비용 부담에 대해서는 이 표의 Medicare Part B 처방약 섹션을 참고하십시오.

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
입원 치료 급성 입원환자 치료, 입원환자 재활, 장기 치료 병원 및 기타 유형의 입원 서비스가 포함됩니다. 입원 치료는 가입자가 의사의 지시로 정식으로 병원에 입원하는 날부터 시작됩니다. 퇴원하기 전날이 마지막 입원일입니다. Medicare에서 보장하는 입원은 무제한 보장됩니다. 보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함되며 이에 국한하지 않습니다. • 준개인 입원실(또는 의학적으로 필요한 경우, 개인 입원실) • 특별식을 포함한 식사 • 정기적인 간호 서비스 • 특별 치료실 비용(집중치료실 또는 관상동맥 질환 치료실 등) • 약품 • 실험실 검사 • x-레이 및 기타 방사선 서비스 • 필요한 수술용품 및 의료용품 • 휠체어와 같은 장비의 사용 • 수술실 및 회복실 비용 • 물리치료, 작업치료 및 언어치료 • 약물 남용 환자 입원 서비스	네트워크 소속 Medicare에서 보장하는 입원에 대해 입원 1회당: Medicare가 보장하는 병원 진료에 대해 1일당 코페이먼트 \$175(1~8일 차) 및 1일당 코페이먼트 \$0(9~90일 차). 보장되는 추가 일수에 대한 코페이먼트 \$0.* 응급 상황이 안정화된 후에 네트워크 비소속 병원에서 허가된 입원 치료를 받을 경우, 가입자는 네트워크 소속 병원에 납부해야 할 비용분담분만큼만 부담하면 됩니다. * Original Medicare는 90일의 급성 입원 환자 치료를 보장합니다. 당사 플랜은 의학적으로 필요한 경우 무제한 추가 일수를 제공합니다. 해당 일수에 대한 비용 분담이 있는 경우 최대 본인부담금에 적용되지 않습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
입원 치료(계속) - 특정한 조건 하에서, 다음과 같은 유형의 이식이 보장됩니다 - 각막, 신장, 신장-폐장, 심장, 간, 폐, 심장/폐, 골수, 줄기세포 및 장/복합장기 이식. 이식이 필요한 경우, 저희는 Medicare의 승인을 받은 이식센터에게 가입자 케이스 검토를 의뢰하고 이식 수술 후보가 될 수 있는지 판단하도록 조치합니다. 이식 수술 제공자는 인근 지역에 있을 수도 있고, 서비스 지역 이외 지역에 있을 수도 있습니다. 네트워크 소속 이식 서비스가 커뮤니티 치료 패턴을 벗어나는 경우 인근 지역에 있는 이식 수술 제공자가 Original Medicare 보상을 인정하는 한 인근 또는 먼 지역에 있는 이식 수술 제공자 중에서 선택할 수 있습니다. Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)이 귀하의 지역에서 이식 치료 패턴을 벗어난 위치에서 이식 서비스를 제공하고 귀하가 해당 위치에서 이식을 받기로 선택한 경우, 귀하와 동반자를 위해 적절한 숙박 및 교통비를 마련하거나 지급합니다. - 혈액 - 보관 및 주입 포함. 전혈 및 농축 적혈구에 대한 보장은 필요한 첫 번째 농축 적혈구부터 적용됩니다. 혈액의 기타 구성요소들에 대한 보장은 첫 번째 파인트 사용분부터 시작됩니다. - 의사 서비스 참고: 가입자가 입원을 하려면 의료 제공자가 가입자를 정식으로 입원시켜야 한다는 지시서를 작성해야 합니다. 하룻밤 동안 병원에서 지내더라도 “외래 환자”로 간주되는 경우도 있습니다. 본인이 입원 환자인지 외래 환자인지 불확실한 경우에는 병원 직원에게 물어보아야 합니다. 또한 자세한 정보를 원하시면 “당신은 외래 환자입니까, 입원 환자입니까? Medicare 가입자라면 주저 말고 물어보세요!” 이 자료표는 웹사이트 (www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf)에서 확인하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의하여 이용하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오. 주 7일, 하루 24시간 언제든지 이러한 전화번호로 연락하실 수 있습니다.	네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. Medicare에서 보장하는 입원에 대해 입원 1회당: Medicare가 보장하는 병원 진료에 대해 1일당 코페이먼트 \$200(1~8일 차) 및 1일당 코페이먼트 \$0(9~90일 차). 보장되는 추가 일수에 대해 코페이먼트 \$0 응급 상황이 안정화된 후에 네트워크 비소속 병원에서 허가된 입원 치료를 받을 경우, 가입자는 네트워크 소속 병원에 납부해야 할 비용분담분만큼만 부담하면 됩니다. Medicare의 병원 혜택 기간이 적용되지 않습니다. 입원 치료의 경우, 위에서 설명한 비용 분담은 병원에 입원할 때마다 적용됩니다. 분리된 시설로의(급성 입원 재활 병원 또는 또 다른 급성 치료 병원과 같은) 이송은 신규 입원으로 간주됩니다. 비용분담분은 입원 첫날부터 적용되고 퇴원일은 포함되지 않습니다.

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
입원 환자의 정신건강 관리 보장되는 서비스에는 입원을 요하는 정신 건강 관리 서비스가 포함됩니다. Medicare에서 보장하는 입원에 대해 입원당 90일 동안 보장됩니다. 정신병원에서 제공하는 입원 환자 정신건강 서비스에 대해 평생 동안 190일 한도가 적용됩니다. 이 190일 한도는 종합병원의 정신과 병동에서 제공하는 정신건강 서비스에는 적용되지 않습니다. 저희 플랜에 가입하기 전에 190일 Medicare 평생 혜택 중 일부를 사용했다면 플랜 혜택에서 이미 사용한 평생 일수의 차액만 받을 수 있습니다.	네트워크 소속 Medicare에서 보장하는 입원에 대해 입원 1회당: Medicare에서 보장하는 정신 건강 관리에 대해 1일당 코페이먼트 \$175(1~8일 차) 및 1일당 코페이먼트 \$0(9~90일 차). 최대 입원 일수 일당 코페이먼트 \$0. 최대 입원일이란 가입자의 입원 기간이 이 플랜에서 보장된 일수를 초과할 경우 플랜에서 비용을 부담해 주는 초과일을 의미합니다. 가입자는 평생 동안 총 60 예비일을 사용할 수 있습니다. 응급 상황이 안정화된 후에 네트워크 비소속 병원에서 허가된 입원 치료를 받을 경우, 가입자는 네트워크 소속 병원에 납부해야 할 비용분담분만큼만 부담하면 됩니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
	네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. Medicare에서 보장하는 입원에 대해 입원 1회당: Medicare에서 보장하는 정신 건강 관리에 대해 1일당 코페이먼트 \$200(1~8일 차) 및 1일당 코페이먼트 \$0(9~90일 차). 응급 상황이 안정화된 후에 네트워크 비소속 병원에서 허가된 입원 치료를 받을 경우, 가입자는 네트워크 소속 병원에 납부해야 할 비용분담분만큼만 부담하면 됩니다. Medicare의 병원 혜택 기간이 적용되지 않습니다. 입원 환자의 정신건강 관리의 경우, 상기 설명한 비용분담분이 병원에 입원할 때마다 적용됩니다. 분리된 시설로의(급성 입원 재활 병원 또는 또 다른 급성 치료 병원과 같은) 이송은 신규 입원으로 간주됩니다. 비용분담분은 입원 첫날부터 적용되고 퇴원일은 포함되지 않습니다.

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
입원 치료: 보장되지 않는 입원 치료 동안 병원 또는 SNF에서 받은 보장되는 서비스 입원 혜택을 다 사용했거나 입원의 합당성 및 필요성이 없는 경우, 저희는 입원에 대해 보장해 드리지 않습니다. 그러나 일부 경우에 한해, 병원 또는 전문요양시설(SNF)에서 지내는 동안 받은 특정 서비스에 대해 보장해 드립니다. 보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함되며 이에 국한하지 않습니다. • 의사 서비스 • 진단 목적의 검사(임상실험실 검사 등) • 방사선 기사 자료 및 서비스를 포함한 x-레이, 라듐 및 동위원소 치료 • 외과용 붕대 • 골절, 탈구를 줄이기 위해 사용하는 부목, 석고붕대 및 기타 장치 • 내장기관(인접 조직 포함)의 전부나 일부 또는 영구적으로 기능을 상실했거나 잘못 기능하는 내장기관의 전부나 일부를 대체하는 보철 장치 및 보조기(치과용은 제외)로, 이러한 장치의 교체 또는 수리가 포함됨 • 다리, 팔, 허리 및 목 보호대; 트러스, 인조 다리, 팔 및 눈. 여기에는 손상, 마모, 손실 또는 환자의 신체 조건 상 변화로 인해 요구되는 조정, 수리, 교체가 포함됨 • 물리치료, 언어치료 및 작업치료	네트워크 소속 나열된 서비스는 특정 서비스에 대한 혜택표에 표시된 비용분담분으로 계속 보장됩니다. 석고 및 부목을 포함한 Medicare에서 보장하는 의료 용품의 경우 특정 서비스가 제공되는 경우의 비용분담분을 납부합니다. 네트워크 비소속 나열된 서비스는 특정 서비스에 대한 혜택표에 표시된 비용분담분으로 계속 보장됩니다. 석고 및 부목을 포함한 Medicare에서 보장하는 의료 용품의 경우 특정 서비스가 제공되는 경우의 비용분담분을 납부합니다.

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
 임상 영양 치료 이 혜택은 담당 의사가 주문했을 때 당뇨병 환자, 신장질환 환자(단, 투석 환자는 제외) 또는 신장 이식을 받은 환자에게 제공됩니다. Medicare(저희 플랜, 기타 모든 Medicare Advantage 플랜 또는 Original Medicare 포함) 하에서 임상 영양 치료를 받는 첫 해 동안에는 총 3시간, 이후에는 매년 총 2시간의 일대일 상담 서비스를 보장해 드립니다. 가입자의 증세, 치료 또는 진단 상에 변화가 있을 경우, 의사로부터 지시서를 받아 치료 시간을 늘릴 수 있습니다. 달력 기준으로 다음 년도에도 치료가 필요한 경우에는 의사가 반드시 해당 서비스를 처방하고 지시서를 매년 갱신해야 합니다.	네트워크 소속 Medicare가 보장하는 임상 영양 치료 서비스 자격요건에 부합하는 가입자는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 없습니다. 네트워크 비소속 Medicare에서 보장하는 의학 영양 치료 서비스 자격을 갖춘 가입자의 경우 코페이먼트 \$0.
 Medicare 당뇨 예방 프로그램(MDPP) MDPP 서비스는 모든 Medicare 치료 플랜에서 자격 있는 Medicare 수혜자에 대해 보장됩니다. MDPP는 체중 감소와 건강한 라이프스타일을 유지하기 위한 과제를 극복하기 위해 장기적인 식이 변화, 신체 활동 증가 및 문제 해결 전략에 대한 실용적인 훈련을 제공하는 구조적인 건강 행동 변화 중재 프로그램입니다.	네트워크 소속 MDPP 혜택의 경우 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다. 네트워크 비소속 MDPP 혜택에 대해 코페이먼트 \$0.

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
Medicare Part B 처방약 이들 약품은 Original Medicare의 Part B에서 보장됩니다. 저희 플랜의 가입자는 플랜을 통해 이들 약에 대한 보장을 받습니다. 보장약에는 다음 사항이 포함됩니다. • 일반적으로 환자가 자가 투여하지 않는 약품의 경우, 의사, 병원 외래 또는 통원 수술 센터 서비스를 받는 동안에 주사 또는 주입됩니다. • 이 플랜에서 허가 받은 내구성 의료 장비(분무기 등)를 사용하여 복용하는 약품 • 혈우병 환자인 경우, 자가 주사로 체내에 주입하는 응고인자 • 장기 이식 당시에 Medicare Part A에 등록된 경우, 면역억제제 • 칩거 상태이고, 폐경에 따른 골다공증과 관련이 있다고 의사가 인정한 골절을 당했으며, 약을 자가 투여할 수 없는 상태의 가입자를 위한 주사용 골다공증 약 • 항원 • 항암용 경구 복용약 및 구토억제제 • 헤파린, 의학적으로 필요 시 헤파린 해독제, 국소 마취제, 적혈구 생성 자극제(Procrit® 등)를 포함한 가정 투석용 일부 의약품 • 주요 면역결핍질환에 대한 가정 치료용 정맥내 면역글로불린 다음 링크는 단계적 치료법의 대상이 될 수 있는 Part B 의약품 목록으로 이동합니다. https://wellcare.healthnetoregon.com/steptherapyb 또한 Part B 처방약 혜택에 따라 일부 백신도 보장됩니다.	일부 약물은 단계적 치료법이 적용될 수 있습니다. 네트워크 소속 기타 Medicare에서 보장하는 Part B 의약품에 대해 공동보험료 20%. 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. 기타 Medicare에서 보장하는 Part B 의약품에 대해 공동보험료 30%. 네트워크 소속 Medicare에서 보장하는 Part B 화학요법 의약품에 대해 공동보험료 20%. 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. Medicare에서 보장하는 Part B 화학요법 의약품에 대해 공동보험료 30%.

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
영양/식이요법 상담 혜택 저희는 귀하의 건강 상태를 개선할 수 있는 귀하의 행동에 대한 변화를 해결하기 위해 담당 의사의 지시에 따라 등록된 영양사나 영양 전문가를 통해 상담 세션을 보장합니다. 영양 상담은 우선 순위를 정하고, 목표를 설정하고, 자기 관리에 대한 책임을 인정하고 장려하는 개별화된 행동 계획을 수립하기 위한 지원 과정입니다.	네트워크 소속 개인 영양/식이요법 상담 방문당 코페이먼트 \$0.* 네트워크 비소속 네트워크 소속 의료 제공자는 네트워크 외 혜택을 제공해야 합니다.*
 지속 가능한 체중 감량을 도모하기 위한 비만 선별검사 및 치료 체질량지수가 30 이상인 경우, 체중 감량에 도움을 주는 집중 상담을 보장해 드립니다. 이 상담은 종합 예방계획과 협진하는 1차 진료 기관에서 받는 경우에만 보장됩니다. 자세한 정보를 얻으려면, 주치의 또는 개업의와 상담하십시오.	네트워크 소속 예방 목적의 비만 선별검사 및 치료에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다. 네트워크 비소속 Medicare에서 보장하는 질병예방 목적의 비만 선별검사 및 치료에 대해 코페이먼트 \$0.
오피오이드 치료 프로그램 서비스 오피오이드 사용 장애(OD)를 보장하는 저희 플랜의 가입자는 다음과 같은 서비스를 포함하는 Opioid Treatment 프로그램(OTP)을 통해 OD 치료 서비스 보장을 받을 수 있습니다. • 미국 식품의약국(FDA)에서 승인한 오피오이드 작용제 및 길항제 약물 보조 치료(MAT)의 약물. • MAT 약물 조제 및 투여(해당되는 경우) • 약물 남용 상담 • 개별 및 그룹 치료 • 독성 검사 • 섭취 활동 • 정기 평가	네트워크 소속 공제액이 적용됩니다. Medicare에서 보장하는 오피오이드 치료 서비스당 코페이먼트 \$25. 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. Medicare에서 보장하는 오피오이드 치료 서비스당 코페이먼트 \$40.

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
외래 진단 검사, 치료 서비스 및 용품 보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함되며 이에 국한하지 않습니다. • x-레이 • 방사선 기사 자료 및 용품을 포함한 방사선(라듐 및 동위원소) 치료	네트워크 소속 공제액이 적용됩니다. Medicare에서 보장하는 x-레이에 대한 코페이먼트 \$0. 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. Medicare에서 보장하는 x-레이에 대해 코페이먼트 \$20. 네트워크 소속 공제액이 적용됩니다. Medicare에서 보장하는 진단 방사선 서비스에 대해 공동보험료 20%. 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. Medicare에서 보장하는 진단 방사선 서비스에 대해 공동보험료 20%.

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
• 붕대 등 수술 용품 • 골절, 탈구를 줄이기 위해 사용하는 부목, 석고붕대 및 기타 장치 • 실험실 검사 • 혈액 - 보관 및 주입 포함. 전혈 및 농축 적혈구에 대한 보장은 필요한 첫 번째 농축 적혈구부터 적용됩니다. 혈액의 기타 구성요소들에 대한 보장은 첫 번째 파인트 사용분부터 시작됩니다.	네트워크 소속 공제액이 적용될 수 있습니다. 석고 및 부목을 포함한 Medicare에서 보장하는 의료 용품에 대해 공동보험료 20%. 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. 석고 및 부목을 포함한 Medicare에서 보장하는 의료 용품에 대해 공동보험료 30%. 네트워크 소속 공제액이 적용될 수 있습니다. Medicare에서 보장하는 검사 서비스(예: 소변 검사)에 대한 코페이먼트 \$0. 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. Medicare에서 보장하는 검사 서비스(예: 소변 검사)에 대한 코페이먼트 \$0. 네트워크 소속 공제액이 적용됩니다. Medicare에서 보장하는 혈액 서비스에 대해 코페이먼트 \$0. 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. Medicare에서 보장하는 혈액 서비스에 대해 코페이먼트 \$0.

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
- 기타 외래 진단 검사 - 방사선 외 진단 서비스(예: 알레르기 검사 또는 EKG) - 기타 외래 진단 검사(CT, MRI, MRA, SPECT 등 복잡한 검사 포함) - 평면 필름 X-레이를 제외한 방사선 진단 서비스	네트워크 소속 공제액이 적용될 수 있습니다. Medicare에서 보장하는 진단 절차 및 검사(예: 알레르기 검사 또는 EKG)에 대해 공동보험료 15%. 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. Medicare에서 보장하는 진단 절차 및 검사(예: 알레르기 검사 또는 EKG)에 대해 공동보험료 20%. 네트워크 소속 공제액이 적용됩니다. 의료 제공자의 진료실 또는 무료 의료 시설에서 제공되는 Medicare 보장 진단 방사선 서비스에 대한 코페이먼트 \$125. 외래 병원에서 제공되는 Medicare 보장 진단 방사선 서비스에 대한 코페이먼트 \$225. 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. Medicare 보장 진단 방사선 서비스에 대한 공동보험료 20%.

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
- 만성 폐쇄성 폐질환(COPD)에 대한 폐활량 측정. 폐활량 측정은 COPD 치료를 받은 후 폐가 얼마나 잘 기능하는지 확인하는 데 사용되는 일반적인 진단 검사입니다. - DEXA 스캔	네트워크 소속 공제액이 적용될 수 있습니다. COPD 진단을 받은 가입자를 위한 폐활량 측정법에 대한 코페이먼트 \$0 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. COPD 진단을 받은 가입자를 위한 폐활량 측정법에 대한 코페이먼트 \$0 네트워크 소속 공제액이 적용됩니다. DEXA 스캔에 대해 코페이먼트 \$0. 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. DEXA 스캔에 대해 공동보험료 20%. 당일에 동일한 시설 및 동일한 서비스 범주에서 여러 서비스를 받는 경우, 해당 장소의 서비스 범주에 대해 최대 코페이먼트를 지불할 책임이 있습니다. 그러나, 단일 서비스의 혜택이 코페이먼트이고 다른 서비스의 혜택이 공동보험료일 때, 가입자는 코페이먼트 및 공동보험료를 모두 납부하도록 요청받을 수 있습니다.

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
외래진료기관 관찰 관찰 서비스는 가입자가 입원할지 또는 퇴원할지 결정하기 위한 병원 외래환자 서비스입니다. 외래진료기관 관찰 서비스가 보장되려면 Medicare 기준에 부합하고 타당성과 필요성이 있어야 합니다. 관찰 서비스는 의사 또는 주 정부의 허가를 받은 개인 및 병원 직원이 법에 따라 환자를 병원에 입원시키거나 외래환자 검사 지시에 의해 제공될 때만 보장됩니다. 참고: 의료 제공자가 가입자에게 입원 지시서를 써주지 않는 이상, 가입자는 외래 환자이며 병원 외래 서비스에 대해 비용분담분을 부담해야 합니다. 하룻밤 동안 병원에서 지내더라도 “외래 환자”로 간주되는 경우도 있습니다. 본인이 외래 환자인지 불확실한 경우에는 병원 직원에게 물어 보아야 합니다. 또한 자세한 정보를 원하시면 “당신은 외래 환자입니까, 입원 환자입니까? Medicare 가입자라면 주저 말고 물어보세요!” 이 자료표는 웹사이트 (www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf)에서 확인하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의하여 이용하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오. 주 7일, 하루 24시간 언제든지 이러한 전화번호로 연락하실 수 있습니다.	네트워크 소속 공제액이 적용됩니다. 응급실을 통해 관찰 상태에 들어갈 때 외래환자 관찰 서비스에 대해 \$120의 코페이먼트를 납부합니다. 외래환자 시설을 통해 관찰 상태에 들어갈 때 외래환자 관찰 서비스에 대해 \$225의 코페이먼트를 납부합니다. Medicare Part B 처방약에 대해서는 추가 비용이 적용됩니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. 응급실을 통해 관찰 상태에 들어갈 때 외래환자 관찰 서비스에 대해 \$200의 코페이먼트를 납부합니다. 외래환자 시설을 통해 관찰 상태에 들어갈 때 외래환자 관찰 서비스에 대해 \$250의 코페이먼트를 납부합니다. Medicare Part B 처방약에 대해서는 추가 비용이 적용됩니다.

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
외래 환자를 위한 병원 서비스 저희 플랜에서는 질병이나 상해의 진단 또는 치료를 위해 병원 외래병동에서 받는 의학적으로 필요한 서비스를 보장해 드립니다. 보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함되며 이에 국한하지 않습니다. • 관찰 서비스나 통원 수술 등 응급실 또는 외래 클리닉에서 이루어지는 서비스 • 병원에서 청구한 임상실험실 검사 또는 진단 검사 • 부분 입원 프로그램에 참여하지 않으면 입원 치료가 요구된다는 사실을 의사가 증명할 경우, 이러한 프로그램에서 이루어지는 관리를 포함한 정신건강 관리 • 병원에서 청구한 x-레이 및 기타 방사선 서비스 • 부목, 석고붕대 등 의료 용품 • 자가 투여할 수 없는 특정 약품 및 생물학적 제제 참고: 의료 제공자가 가입자에게 입원 지시서를 써주지 않는 이상, 가입자는 외래 환자이며 병원 외래 서비스에 대해 비용분담분을 부담해야 합니다. 하룻밤 동안 병원에서 지내더라도 “외래 환자”로 간주되는 경우도 있습니다. 본인이 외래 환자인지 불확실한 경우에는 병원 직원에게 물어 보아야 합니다. 또한 자세한 정보를 원하시면 “당신은 외래 환자입니까, 입원 환자입니까? Medicare 가입자라면 주저 말고 물어보세요!” 이 자료표는 웹사이트 (www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf)에서 확인하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의하여 이용하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오. 주 7일, 하루 24시간 언제든지 연락하실 수 있습니다.	네트워크 소속 특정 서비스에 대해 이 의료 혜택표에 표시된 해당 비용 분담금을 납부합니다. 석고 및 부목을 포함한 Medicare에서 보장하는 의료 용품의 경우 특정 서비스가 제공되는 경우의 비용분담분을 납부합니다. 네트워크 비소속 특정 서비스에 대해 이 의료 혜택표에 표시된 해당 비용 분담금을 납부합니다. 석고 및 부목을 포함한 Medicare에서 보장하는 의료 용품의 경우 특정 서비스가 제공되는 경우의 비용분담분을 납부합니다.

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
외래 환자의 정신건강 관리 보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다. 주정부 면허를 소지한 정신과 의사나 의사, 임상 심리학자, 임상 사회복지사, 임상 간호전문가, 실무 전문 간호사, 의사 보조 인력 또는 해당 주 법률에 따라 허용되는 기타 Medicare에서 자격을 인정한 정신건강 관리 전문가가 제공하는 정신건강 서비스. 정신과 의사가 제공하는 서비스	네트워크 소속 공제액이 적용됩니다. 정신과 의사가 제공하는 Medicare에서 보장하는 개인 치료 방문당 코페이먼트 \$25. 정신과 의사가 제공하는 Medicare에서 보장하는 단체 치료 방문당 코페이먼트 \$25. 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. 정신과 의사가 제공하는 Medicare에서 보장하는 치료 방문당 코페이먼트 \$40.

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
• 다른 정신건강 관리 의료 제공자가 제공하는 서비스 Medicare에서 보장하는 외래환자 정신건강 혜택 외에도 결혼, 가족, 슬픔과 같은 일반적인 주제에 대한 상담도 제공합니다. Medicare에서 자격을 인정한 정신 건강 전문가를 만나거나, 전화 및 당사 플랜의 원격 의료 제공자인 Teladoc™을 통해 온라인으로 이러한 추가 서비스를 이용할 수 있습니다. 행동 건강 방문은 주 7일 현지 시간으로 오전 7시~오후 9시에 예약할 수 있습니다. Teladoc™에 1-800-835-2362, TTY: 711로 전화해 주십시오.	네트워크 소속 공제액이 적용됩니다. 기타 정신건강 관리 의료 제공자가 제공하는 Medicare에서 보장하는 개인 치료 방문당 코페이먼트 \$25. 기타 정신건강 관리 의료 제공자가 제공하는 Medicare에서 보장하는 단체 치료 방문당 코페이먼트 \$25. 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. 기타 정신건강 관리 의료 제공자가 제공하는 Medicare에서 보장하는 치료 방문당 코페이먼트 \$40. 네트워크 소속 Teladoc™ 의료 제공자가 제공하는 상담 방문당 코페이먼트 \$0.* 네트워크 비소속 네트워크 소속 의료 제공자는 네트워크 외 혜택을 제공해야 합니다.*
외래 재활 서비스 보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다. 물리치료, 작업치료 및 언어치료. 외래 재활 서비스는 병원 외래병동, 독립 치료사 진료실, 종합외래재활시설(CORF) 등 다양한 외래 환경에서 제공됩니다.	

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
• 물리 치료사가 제공하는 서비스	네트워크 소속 공제액이 적용됩니다. Medicare에서 보장하는 물리치료 방문당 코페이먼트 \$25. 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. Medicare에서 보장하는 물리치료 방문당 코페이먼트 \$40. 네트워크 소속 공제액이 적용됩니다. Medicare에서 보장하는 작업치료 방문당 코페이먼트 \$25. 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. Medicare에서 보장하는 작업치료 방문당 코페이먼트 \$40.
• 작업 치료사가 제공하는 서비스	

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
음성 언어 치료사가 제공하는 서비스	네트워크 소속 공제액이 적용됩니다. Medicare에서 보장하는 언어 치료 방문당 코페이먼트 \$25. <i>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</i> 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. Medicare에서 보장하는 언어 치료 방문당 코페이먼트 \$40.
약물 남용 외래 환자 서비스 보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다. 의사, 임상 심리학자, 임상 사회복지사, 임상 간호전문가, 실무 전문 간호사, 의사 보조 인력 또는 해당 주법에서 허용되고 기타 Medicare에서 자격을 인정한 정신건강 관리 전문가가 제공하는 개별 및 그룹 치료 세션과 같은 약물 남용 장애 서비스.	네트워크 소속 공제액이 적용됩니다. Medicare에서 보장하는 개인 치료 방문당 코페이먼트 \$25. <i>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</i> Medicare에서 보장하는 단체 치료 방문당 코페이먼트 \$25. <i>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</i> 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. Medicare에서 보장하는 치료 방문당 코페이먼트 \$40.

가입자를 위해 보장되는 서비스		이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
병원 외래 시설 및 통원 수술 센터에서 제공하는 서비스를 포함한 외래 수술 참고: 병원 시설에서 수술을 받는 경우, 의료 제공자에게 가입자 자신이 입원 환자인지 외래 환자인지를 확인해야 합니다. 의료 제공자가 가입자에게 입원 지시서를 써 주지 않는 이상, 가입자는 외래 환자이며 통원 수술에 대해 비용분담분을 부담해야 합니다. 하룻밤 동안 병원에서 지내더라도 “외래 환자”로 간주되는 경우도 있습니다. 외래 병원에서 제공되는 서비스	네트워크 소속 공제액이 적용됩니다. Medicare에서 보장하는 수술 목적의 외래 병원 시설 방문당 코페이먼트 \$225. 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. Medicare 보장 수술 목적의 외래 병원 시설 방문당 코페이먼트 \$250.	
통원 수술 센터에서 제공되는 서비스	네트워크 소속 공제액이 적용됩니다. Medicare에서 보장하는 통원 수술 센터 방문당 코페이먼트 \$150. 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. Medicare에서 보장하는 통원 수술 센터 방문당 코페이먼트 \$175.	

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
부분 입원 서비스 “부분 입원”이란 병원 외래시설 또는 커뮤니티 정신건강 센터에서 제공하는 구조를 갖춘 적극적인 정신과 치료 프로그램을 의미합니다. 이러한 프로그램은 의사나 치료사의 진료실에서 받는 관리보다 더 집중적이며, 병원 입원을 대체하는 성격입니다.	네트워크 소속 공제액이 적용됩니다. Medicare 보장 부분 입원에 대해 1일당 코페이먼트 \$55. <i>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</i> 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. Medicare에서 보장하는 부분 입원에 대해 1일당 코페이먼트 \$0.
의사 진료실 방문을 포함한 의사/개업의 서비스 보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다. 주치의가 진료실에서 제공하는 의학적으로 필요한 치료 또는 수술 서비스	네트워크 소속 Medicare에서 보장하는 PCP 진료실 방문당 코페이먼트 \$12. 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. Medicare에서 보장하는 PCP 진료실 방문당 코페이먼트 \$20.

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
인증된 통원 수술 센터, 병원 외래병동 또는 기타 장소에서 제공되는 의학적으로 필요한 진료 또는 수술 서비스	네트워크 소속 통원 수술 센터 방문 또는 병원 외래 환경에서 적용되는 비용분담분에 대해서는 이 표 앞부분의 “외래 수술”을 참고하십시오. 네트워크 비소속 통원 수술 센터 방문 또는 병원 외래 환경에서 적용되는 비용분담분에 대해서는 이 표 앞부분의 “외래 수술”을 참고하십시오. 네트워크 소속 공제액이 적용됩니다. Medicare에서 보장하는 전문의 방문당 코페이먼트 \$25. 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. Medicare에서 보장하는 전문의 방문당 코페이먼트 \$40.
전문의의 자문, 진단 및 치료	

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
기타 의료 전문가	네트워크 소속 공제액이 적용됩니다. PCP 진료실에서 기타 의료 전문가가 제공하는 서비스에 대해 코페이먼트 \$12. 기타 모든 장소에서 기타 의료 전문가가 제공하는 서비스에 대해 코페이먼트 \$25. 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. 주치의 진료실에서 기타 의료 전문가가 제공하는 서비스에 대해 코페이먼트 \$20. 기타 모든 장소에서 기타 의료 전문가가 제공하는 서비스에 대해 코페이먼트 \$40. 네트워크 소속 Medicare에서 보장하는 청력 서비스에 대해 코페이먼트 \$25. 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. Medicare에서 보장하는 청력 서비스에 대해 코페이먼트 \$40.
가입자에게 의학적 치료가 필요한지 확인하기 위해 담당 의사가 청력 및 균형감각 기본 검사를 지시할 경우, PCP 또는 전문의가 수행하는 이러한 검사	

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
• 다음을 포함한 특정 원격 의료 서비스: 긴급하게 필요한 서비스, 가정 건강 서비스, 주치의, 작업치료, 전문의, 정신건강 개별 세션, 족부 치료 서비스, 기타 건강관리 전문가, 정신질환 개별 세션, 물리치료 및 음성 언어 병리학 서비스, 외래 약물 남용 개별 세션, 당뇨병 자가관리 교육. ○ 가입자는 이러한 서비스를 직접 방문하여 받거나 원격의료를 통해 받는 것으로 선택할 수 있습니다. 이러한 서비스 중 하나를 원격의료로 받을 경우, 원격의료를 통해 서비스를 제공하는 네트워크 소속 의료 제공자를 이용해야 합니다. 당사 플랜은 Teladoc™을 통해 면허가 있는 의사를 주 7일, 하루 24시간 가상 방문할 수 있는 서비스를 제공하여 다양한 건강 관련 우려 사항/질문을 해결하도록 지원합니다. 보장 서비스에는 일반 의료, 행동 건강, 피부과 등이 포함됩니다. 가상 방문(원격 진료 상담이라고도 함)은 스마트폰, 태블릿 또는 컴퓨터를 사용하여 전화나 인터넷을 통해 의사를 방문하는 것입니다. 특정 유형의 방문에는 인터넷 및 카메라 지원 장치가 필요할 수 있습니다. 자세한 정보를 원하거나 예약 일정을 잡으려면 Teladoc™에 1-800-835-2362(TTY: 711)로 주 7일, 24시간 문의하십시오. • 특정 시골 지역이나 그 외 Medicare에서 승인한 지역에 있는 환자를 위해 의사 또는 개업의가 제공하는 상담, 진단 및 치료를 포함한 일부 원격 의료 서비스	네트워크 소속 Teladoc™에서 수행한 가상 방문 서비스에 대한 공동 부담금 \$0. 참고: 위의 공동 부담금 \$0는 Teladoc™에서 서비스를 받은 경우에만 적용됩니다. 가상 방문 벤더가 아닌 네트워크 소속 의료 제공자로부터 직접 또는 원격 의료 서비스를 받는 경우, 이 혜택표에 설명된 대로 해당 의료 제공자에 대한 비용분담분을 지불하게 됩니다(예: PCP에게 원격 의료 서비스를 받는 경우 PCP 비용분담분 지불). 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 네트워크 비소속 네트워크 소속 의료 제공자는 네트워크 비소속 혜택을 제공해야 합니다.

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
• 병원 또는 긴급 이용 병원의 신장 투석 센터, 신장 투석 시설, 가입자의 가정에서 가정 투석을 하는 가입자의 매월 만성신부전(ESRD) 관련 방문을 위한 원격의료 서비스 • 가입자의 위치와 관계없이 뇌졸중 증상을 진단, 평가 또는 치료하는 원격 의료 서비스 • 위치에 관계 없이 약물 남용 장애 또는 발생 정신건강 장애가 있는 가입자를 위한 원격 의료 서비스 • 다음의 경우 5~10분 동안 의사와 가상 체크인(예: 전화 또는 화상 채팅)을 진행합니다. ○ 신규 환자가 아니어야 하고 ○ 진료는 지난 7일 동안의 진료실 방문과 관련이 없으며 ○ 진료 결과 24시간 이내에 진료실 방문 또는 가능한 가장 빠른 예약으로 연결되지 않는 경우	네트워크 소속 가입자는 전문의 서비스에 적용되는 비용 부담을 납부해야 합니다(위의 “의사 진료실 방문을 포함한 의사/개업의 서비스” 참고). 네트워크 비소속 가입자는 전문의 서비스에 적용되는 비용 부담을 납부해야 합니다(위의 “의사 진료실 방문을 포함한 의사/개업의 서비스” 참고).

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
• 다음의 경우, 담당 의사는 24시간 이내에 귀하가 보낸 비디오 및/또는 이미지를 평가 및 해석하고 후속 조치를 취합니다. ○ 신규 환자가 아니어야 하고 ○ 평가는 지난 7일 동안의 진료실 방문과 관련이 없으며 ○ 평가 결과 24시간 이내에 진료실 방문 또는 가능한 가장 빠른 예약으로 연결되지 않는 경우 • 담당 의사가 전화, 인터넷 또는 전자식 건강 기록을 통해 다른 의사와 상담한 내용	네트워크 소속 가입자는 전문의 서비스에 적용되는 비용 부담을 납부해야 합니다(위의 “의사 진료실 방문을 포함한 의사/개업의 서비스” 참고). 네트워크 비소속 가입자는 전문의 서비스에 적용되는 비용 부담을 납부해야 합니다(위의 “의사 진료실 방문을 포함한 의사/개업의 서비스” 참고). 네트워크 소속 가입자는 전문의 서비스에 적용되는 비용 부담을 납부해야 합니다(위의 “의사 진료실 방문을 포함한 의사/개업의 서비스” 참고). 네트워크 비소속 가입자는 전문의 서비스에 적용되는 비용 부담을 납부해야 합니다(위의 “의사 진료실 방문을 포함한 의사/개업의 서비스” 참고).

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
- 수술 전에 다른 네트워크 소속 의료 제공자가 제공하는 2차 소견 - 비정기적 치과 진료(보장되는 서비스는 턱 또는 관련 구조에 대한 수술, 턱 또는 안면뼈 골절부위 고정, 턱에 발생한 종양 암 질환에 대한 방사선 치료 준비 목적의 발치 또는 의사가 제공할 경우 보장되는 서비스로 제한됨)	네트워크 소속 가입자는 전문의 서비스에 적용되는 비용 부담을 납부해야 합니다(위의 “의사 진료실 방문을 포함한 의사/개업의 서비스” 참고). 네트워크 비소속 가입자는 전문의 서비스에 적용되는 비용 부담을 납부해야 합니다(위의 “의사 진료실 방문을 포함한 의사/개업의 서비스” 참고). 네트워크 소속 Medicare에서 보장하는 치과 서비스당 코페이먼트 \$25. 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. Medicare에서 보장하는 치과 서비스당 코페이먼트 \$40.

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
	상기의 비용 부담뿐만 아니라 내구성 의료 장비 및 용품, 보철 장치 및 용품, 외래 진단 검사 및 치료 서비스, 백내장 수술 후 안경 및 콘택트렌즈, Part D 처방약, Medicare Part B 처방약에 대해 의학적으로 필요한 Medicare에서 보장하는 서비스가 있는 경우, 이 혜택표에 기술된 대로 코페이먼트 및/또는 공동보험료가 적용됩니다.
족부 치료 서비스 보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다. - 발에 발생한 상해 및 질병(망치 발가락 또는 족저근막염 등)에 대한 진단 및 의학적 또는 수술적 치료 - 다리에 영향을 미치는 특정 질환이 있는 가입자에 대한 정기적인 발 진료	네트워크 소속 공제액이 적용됩니다. Medicare에서 보장하는 족부 치료 서비스에 대해 코페이먼트 \$25. 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. Medicare에서 보장하는 족부 치료 서비스에 대해 코페이먼트 \$40.

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
 전립선암 선별검사 만 50세 이상 남성의 경우 12개월에 한 번 보장되는 서비스에는 다음이 포함됩니다. • 디지털 직장 검사 • 전립선 특이 항원(PSA) 검사	네트워크 소속 Medicare에서 보장하는 연간 직장검사에 대해 코페이먼트 \$0. 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. Medicare에서 보장하는 연간 직장검사에 대해 코페이먼트 \$0. 네트워크 소속 연례 PSA 검사에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다. 네트워크 비소속 연례 PSA 검사에 대해 코페이먼트 \$0.

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
보철 장치 및 관련 용품 신체 부위 또는 신체 기능의 전부 또는 일부를 대체하는(치과 장치 이외의) 장치. 여기에는 다음 사항이 포함되며 이에 국한하지 않습니다. 인공항문 형성술 치료와 직접적으로 관련된 배변 주머니 및 용품, 맥박조정기, 치열교정기, 정형제화, 의수족, 유방보형물(유방 절제수술 후 착용하는 외과 브래지어 포함). 보철 장치와 관련된 특정 용품, 보철 장치 수리 및/또는 교체를 포함합니다. 또한 백내장 제거 또는 백내장 수술 이후의 일부 보장을 포함합니다. 자세한 내용은 이 섹션 후반의 “시력 관리”를 참고하십시오.	네트워크 소속 공제액이 적용될 수 있습니다. Medicare에서 보장하는 보철 장치 및 보조기에 대해 공동보험료 20%. 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. Medicare에서 보장하는 보철 장치 및 보조기에 대해 공동보험료 30%. 네트워크 소속 공제액이 적용될 수 있습니다. 보철 장치와 관련한 Medicare에서 보장하는 의료용품에 대해 공동보험료 20%. 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. 보철 장치와 관련한 Medicare에서 보장하는 의료용품에 대해 공동보험료 30%.

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
호흡 재활 서비스 호흡 재활 종합 프로그램은 중증도나 아주 심한 정도의 만성 폐쇄성 폐질환(COPD)을 앓고 있으며 만성 호흡기 질환을 치료하는 의사로부터 호흡 재활 지시서를 받은 가입자에 대해 보장해 드립니다.	네트워크 소속 공제액이 적용됩니다. Medicare에서 보장하는 폐 재활 서비스당 코페이먼트 \$25. 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. Medicare에서 보장하는 폐 재활 서비스당 코페이먼트 \$40.
 알콜 오용을 줄이기 위한 선별검사 및 상담 Medicare 가입자로서 알콜을 오용하나 알콜 의존증은 없는 성인(임신한 여성 포함)에게 알콜 오용 선별검사 1회를 보장해 드립니다. 알콜 오용 선별검사 결과가 양성인 경우, 유자격 주치의 또는 개업의로부터 1차 진료 시설에서 매년 최대 4회까지 간략한 대면 상담 세션을 받을 수 있습니다(단 귀하께서 상담에 적극 참여할 수 있고 집중할 수 있어야 합니다).	네트워크 소속 알콜 오용을 줄이기 위한 선별검사 및 상담 등 Medicare에서 보장하는 질병예방 혜택에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다. 네트워크 비소속 알코올 오남용을 줄이기 위한 Medicare 보장 선별검사 및 상담 혜택에 대한 코페이먼트 \$0.

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
 저선량 컴퓨터단층촬영(LDCT)을 이용한 폐암 선별검사 유자격 자의 경우 LDCT는 12개월마다 보장됩니다. 적격 가입자: 만55~77세 사이로 폐암의 징후나 증상이 없으나 연간 최소 30갑 이상의 흡연력이 있고 현재 담배를 피우거나 지난 15년 이내에 금연한 적이 있는 사람으로서 폐암 선별검사 상담 및 공동 의사 결정 방문에서 이런 방문에 대한 Medicare 기준을 충족하고 의사 또는 유자격 비의사 의료인이 제공한 LDCT에 대한 서면 지시서를 받은 자. 초기 LDCT 후에 LDCT 폐암 선별검사의 경우: 가입자는 의사 또는 유자격 비의사 의료인이 적절한 방문 동안 제공할 수 있는 LDCT 폐암 선별검사에 대한 서면 지시서를 받아야 합니다. 의사 또는 유자격 비의사 의료인이 LDCT를 이용한 후속 폐암 선별검사를 위해 폐암 선별검사 카운셀링과 공유 결정 방문을 제공하도록 선택하는 경우 방문은 이런 방문에 대한 Medicare 기준을 충족해야 합니다.	네트워크 소속 Medicare 보장 상담 및 공동 의사결정 방문이나 LDCT에 대해 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 없습니다. 네트워크 비소속 Medicare에서 보장하는 상담 및 공동 의사 결정 방문 또는 LDCT에 대한 코페이먼트 \$0.
 성매개감염(STI) 선별검사 및 STI 질병예방 상담 클라미디아, 임질, 매독 및 B 형 간염에 대한 STI 선별검사를 보장해 드립니다. 이 선별검사는 임신한 여성과 주치의가 검사를 지시할 때 STI에 걸릴 위험이 높은 분들을 대상으로 보장됩니다. 당사는 이러한 검사를 12개월에 한 번 또는 임신 중 특정 시기에 보장합니다. 또한 STI에 걸릴 위험이 높으며 성생활이 왕성한 성인을 대상으로 20~30분간 대면 방식으로 진행되는 고강도의 행동 상담 세션을 매년 최대 2회 보장합니다. 주치의가 상담을 제공하며 의사 진료실과 같은 1차 진료 시설에서 이루어질 때만 질병예방 서비스로서의 상담 세션을 보장합니다.	네트워크 소속 STI 선별검사 및 STI 질병예방 카운셀링 등 Medicare에서 보장하는 질병예방 혜택에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다. 네트워크 비소속 STI 선별검사 및 STI 질병예방 상담 등 Medicare 보장 질병예방 혜택에 대한 코페이먼트 \$0.

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
신장질환 치료를 위한 서비스 보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다. - 가입자에게 신장 관리에 대해 교육하고 자신의 신장을 관리할 때 올바른 정보에 근거한 의사결정을 내릴 수 있도록 도와 주는 신장병 교육 서비스. 가입자가 의사로부터 진료 의뢰를 받은 만성신장병 4기 환자인 경우: 신장병 교육 서비스 세션을 평생 동안 최대 6회까지 보장해 드립니다. - 통원 투석 치료(3장에 설명된 바와 같이, 일시적으로 서비스 지역 이외의 지역에 있을 때 받는 투석 치료 포함)	네트워크 소속 공제액이 적용됩니다. Medicare에서 보장하는 신장병 교육 서비스에 대해 공동보험료 20%. 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. Medicare에서 보장하는 신장병 교육 서비스에 대해 코페이먼트 \$0. 네트워크 소속 공제액이 적용됩니다. Medicare에서 보장하는 외래 신장 투석 치료에 대해 공동보험료 20%. 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. Medicare에서 보장하는 외래 신장 투석 치료에 대해 공동보험료 30%.

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
• 입원 투석 치료(특별 치료를 위해 입원한 경우) • 자가 투석 교육(환자 본인 및 환자의 가정 투석 치료를 도와 주는 타인을 대상으로 한 교육 포함) • 가정 투석장치 및 용품	네트워크 소속 입원 투석 치료에 적용되는 비용 분담금에 대해서는 “입원 치료”를 참조하십시오. 네트워크 비소속 입원 투석 치료에 적용되는 비용 분담금에 대해서는 “입원 치료”를 참조하십시오. 네트워크 소속 공제액이 적용됩니다. Medicare에서 보장하는 자가 투석 교육에 대해 공동보험료 20%. 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. Medicare에서 보장하는 자가 투석 교육에 대해 공동보험료 30%. 네트워크 소속 공제액이 적용됩니다. Medicare에서 보장하는 가정 투석 장비에 대해 공동보험료 20%. 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. Medicare에서 보장하는 가정 투석 장비에 대해 공동보험료 30%.

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
가정 지원 서비스(필요 시, 훈련 받은 투석 전문가가 방문하여 가정 투석이 제대로 진행되는지 확인하고, 응급 상황 시 도움을 제공하며, 투석장치 및 용수 공급을 확인하는 것 등) Medicare Part B 약품 혜택 하에서 투석용 특정 약품이 보장됩니다. Part B 약품 보장에 대한 정보는 “Medicare Part B 처방약” 섹션을 참조하십시오.	네트워크 소속 공제액이 적용될 수 있습니다. Medicare에서 보장하는 투석 용품에 대해 공동보험료 20%. 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. Medicare에서 보장하는 투석 용품에 대해 공동보험료 30%. 네트워크 소속 공제액이 적용됩니다. Medicare에서 보장하는 가정 지원 서비스에 대해 공동보험료 20%. 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. Medicare에서 보장하는 가정 지원 서비스에 대해 공동보험료 30%.

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
전문요양시설(SNF)에서의 간호 (“전문요양시설에서의 간호”에 대한 용어 정의를 보시려면, 이 책자의 10장을 참조하십시오. 전문요양시설은 “SNF”로 불리기도 합니다.) SNF 또는 대체 시설에서 각 혜택 기간 동안 최대 100일간 보장되는 전문 요양 서비스는 플랜의 보장범위와 Medicare 보장 지침을 충족하는 경우에 보장되는 서비스입니다. 이전에 병원 입원을 하지 않아도 됩니다. 혜택 기간당 100일에는 혜택 기간 동안 플랜이나 Original Medicare 또는 다른 Medicare Advantage Organization을 통해 받는 SNF 일수가 포함됩니다. 보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함되며 이에 국한하지 않습니다. • 준개인 입원실(또는 의학적으로 필요한 경우, 개인 입원실) • 특별식을 포함한 식사 • 전문요양 서비스 • 물리치료, 작업치료 및 언어치료 • 치료 계획의 일부로서 가입자에게 투여되는 약품(여기에는 혈액응고인자와 같이 체내에 자연적으로 존재하는 물질이 포함됩니다). • 혈액 - 보관 및 주입 포함. 전혈 및 농축 적혈구에 대한 보장은 필요한 첫 번째 농축 적혈구부터 적용됩니다. 혈액의 기타 구성요소들에 대한 보장은 첫 번째 파인트 사용분부터 시작됩니다. • SNF에서 일상적으로 제공하는 의료 및 수술 용품 • SNF에서 일상적으로 제공하는 임상실험실 검사	네트워크 소속 Medicare에서 보장하는 입원의 경우, 혜택 기간당: Medicare에서 보장하는 전문요양시설 치료에 대해 1일당 코페이먼트 \$0(1~20일 차) 및 1일당 코페이먼트 \$184(21~100일 차). 당신은 매일 100일 이후 매일 모든 비용을 지불합니다. <i>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</i>

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
• SNF에서 일상적으로 제공하는 x-레이 및 기타 방사선 서비스 • SNF에서 일상적으로 제공하는 휠체어와 같은 장치 사용 • 의사/개업의 서비스 일반적으로 가입자는 네트워크 소속 시설에서 SNF 치료를 받게 됩니다. 그러나 아래 나열된 특정 조건에서 시설이 당사 플랜의 지급 금액을 수락하는 경우 네트워크 소속 의료 제공자가 아닌 시설에 대해 네트워크 내 비용 부담을 지급할 수 있습니다. • 병원에 가기 직전에 거주하던 요양원 또는 지속적 은퇴관리 커뮤니티(이곳에서 전문요양시설 간호를 제공하는 한) • 가입자가 병원에서 퇴원할 당시 배우자가 거주하고 있는 SNF	네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. Medicare에서 보장하는 입원의 경우, 혜택 기간당: Medicare에서 보장하는 전문요양시설 치료에 대해 1일당 코페이먼트 \$0(1~20일 차) 및 1일당 코페이먼트 \$220(21~100일 차). 당신은 매일 100일 이후 매일 모든 비용을 지불합니다. 혜택 기간은 전문요양시설에 입소하는 첫날부터 시작합니다. 혜택 기간은 가입자가 SNF에서 60일 연속으로 서비스를 받지 않은 시점에 종료됩니다. 한 번의 혜택 기간이 종료된 후 전문요양시설에 입소하면 새로운 혜택 기간이 시작됩니다. 혜택 기간의 수에는 제한이 없습니다. 비용 부담은 입원 첫날부터 적용되고 퇴원일은 포함되지 않습니다.

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
 흡연 및 담배 사용 중단(흡연 또는 담배 사용 중단을 위한 상담) <u>흡연을 하지만, 흡연과 관련한 질환의 징후 또는 증상이 없는 경우:</u> 질병예방 서비스로서 12개월 기간 내에 두 차례의 상담 금연 시도를 무료로 보장해 드립니다. 각각의 상담 시도에는 최대 4회의 대면 방문이 포함됩니다. <u>흡연을 하고 흡연과 관련된 질환으로 진단되었거나 담배의 영향을 받을 수 있는 약을 복용하고 있는 경우:</u> 금연 상담 서비스를 보장합니다. 12개월 기간 내에 두 차례의 상담 금연 시도를 보장해 드립니다. 단, 가입자는 해당하는 입원 또는 외래 비용분담분을 납부해야 합니다. 각각의 상담 시도에는 최대 4회의 대면 방문이 포함됩니다. 추가 금연: 또한 저희 플랜은 최대 5회의 추가온라인 및 전화 금연 상담 방문을 포장합니다. 숙련된 임상 의사가 방문 시 변경, 계획, 상담 및 교육 단계에 대한 지침을 제공합니다. 이 혜택은 원격 의료 제공자인 Teladoc™을 통해서만 이용할 수 있습니다. 자세한 내용을 보거나 예약 일정을 잡으려면 Teladoc™에 1-800-835-2362(TTY: 711)로 주 7일, 24시간 문의하십시오. 가입자 서비스부(전화번호는 이 책자 뒤표지에 안내됨)로 문의하거나 당사 웹사이트(www.wellcare.com/healthnetor)를 방문하십시오.	네트워크 소속 Medicare에서 보장하는 흡연 및 담배 사용 중단 질병예방 혜택에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다. 네트워크 비소속 Medicare 보장 서비스마다 \$0의 코페이먼트를 납부합니다. 네트워크 소속 추가 금연 세션에 대해 코페이먼트 \$0.* 네트워크 비소속 네트워크 소속 의료 제공자는 네트워크 외 혜택을 제공해야 합니다.*

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
만성 질환 관련 특별 추가 혜택 저희 플랜은 무료로 특정 가입자에게 추가 혜택을 제공합니다. 이러한 혜택을 받을 자격을 갖추려면 적격한 만성 질환에 대해 진료 관리하에 있고 입원 위험이 높은 것으로 판단되는 등 구체적인 기준을 충족시켜야 합니다. 자격 기준에 대한 전체 목록은 4장의 섹션 2.1을 참조하십시오. 자격이 되는 경우 다음과 같은 혜택을 받을 수 있습니다. 도우미 로봇 애완동물: 자격이 되는 경우, 계약된 의료 제공자로부터 대화식 반려 고양이 또는 개를 받을 수 있습니다. 반려동물 종류는 사용 가능 여부에 따라 달라질 수 있습니다. 도우미 로봇 반려동물은 반응성이 뛰어난 동반자 관계를 제공하여 기억을 개선하고 우울증 증상을 줄이는 것이 임상적으로 입증되었습니다. 고양이는 물리적 감촉에 사실적인 소리와 동작으로 반응합니다. 개는 물리적인 접촉에 사실적인 소리, 심장박동, 움직임으로 반응합니다. 반려동물의 특징과 유형에 대한 자세한 내용은 당사 플랜에 문의해 주십시오. 혜택은 연간 1마리의 반려동물로 제한됩니다. 위에 나열된 혜택을 받을 수 있는 자격을 갖추려면 진료 관리를 받고 있고 하나 이상의 적격 만성 질환을 가지고 있어야 합니다. 적격 만성 질환의 예는 다음이 포함되지만 이에 국한되지는 않습니다. - 당뇨병 - 만성 폐쇄성 폐질환(COPD) - 만성 폐질환 - 천식 - 울혈성 심부전(CHF) - 암 - 관상동맥 질환(CAD)	진료 의뢰가 필요할 수 있습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 특정 지역에서는 일부 혜택을 이용할 수 없습니다. 로봇 동반자 반려동물: 코페이먼트 \$0*

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
귀하가 기준을 충족한다고 생각하며 혜택을 받는 방법을 포함하여 위 혜택에 대한 자세한 내용을 알고 싶다면 가입자 서비스부(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨)에 전화하거나 당사 웹사이트(www.wellcare.com/healthnetOR)를 확인하십시오.	
감독이 필요한 운동치료(SET) SET는 증후성 말초동맥 질환(PAD)이 있는 가입자에게 보장됩니다. SET 프로그램 요건이 충족된다면 12주 기간에 걸쳐 최대 36회의 세션이 보장됩니다. SET 프로그램의 필수 사항: • 파행(절뚝거림) 환자들에서 치료 목적의 운동 훈련 프로그램으로 구성되는 30~60분간의 세션으로 구성 • 병원 외래환자 시설 또는 의사 진료실에서 실시 • PAD에 대한 운동 치료에 전문 훈련을 받아 혜택이 피해보다 더 크도록 하는데 필요한 자질을 갖춘 보조 인력에 의해 실시 • 생활 지원에 있어 기초 및 고급 기법의 훈련을 받아야 하는 의사, 의사 보조 또는 간호사/임상 간호 전문가의 직접 감독을 받음 SET는 12주간 36회, 의료 제공자가 의학적으로 필요하다고 판단할 경우 연장된 기간 동안 추가 36회로 보장될 수도 있습니다.	네트워크 소속 공제액이 적용됩니다. Medicare에서 보장하는 지도 하에 이루어지는 운동 치료 방문당 코페이먼트 \$25. 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. Medicare에서 보장하는 지도 하에 이루어지는 운동 치료 방문당 코페이먼트 \$40.

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
긴급하게 필요한 서비스 긴급하게 필요한 서비스란 응급하지 않으며 예기치 않은 의학적 질병, 부상 또는 질환으로서 즉각적인 치료가 필요한 상태를 해결하기 위해 제공하는 서비스입니다. 긴급하게 필요한 서비스는 네트워크 소속 의료 제공자가 제공할 수 있지만 네트워크 소속 의료 제공자를 잠정적으로 이용할 수 없을 때 네트워크 비소속 의료 제공자가 이를 제공할 수 있습니다. 네트워크 외부에서 제공되는 필수적이며 긴급하게 필요한 서비스의 비용분담분은 네트워크 내부에서 제공되는 그러한 서비스의 경우와 같습니다. 미국 이외 지역에서의 긴급하게 필요한 서비스가 보장됩니다.	Medicare에서 보장하는 긴급하게 필요한 서비스 방문에 대한 코페이먼트 \$25. 같은 질환에 대해 24시간 내에 병원에 입원할 경우 이 금액을 지불하지 않습니다. 미국 이외 지역에서 긴급하게 필요한 서비스 방문에 대한 코페이먼트 \$120.* 입원 치료를 받는 경우에는 전 세계 긴급히 필요한 서비스 방문 비용분담분이 면제되지 않습니다. 미국 이외 지역에서 응급 서비스 또는 긴급하게 필요한 서비스를 받는 경우, 매년 최대 \$50,000 까지 보장됩니다.

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
 시력 관리 보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다. • 눈 질병 및 상해의 진단과 치료를 위한 외래 의사 서비스로, 노화성 황반쇠퇴 치료를 포함합니다. Original Medicare는 안경/콘택트렌즈를 위한 정기적인 눈 검사(안굴절)는 보장하지 않습니다. • 녹내장 위험이 높은 사람의 경우 매년 녹내장 1회의 선별검사를 보장합니다. 녹내장 위험이 높은 사람: 녹내장 가족 병력이 있거나, 당뇨병 환자거나, 만 50세 이상의 아프리카계 미국인 및 만 65세 이상인 히스패닉계 미국인을 포함합니다. • 당뇨병이 있는 경우, 당뇨병성 망막증에 대한 선별 검사는 매년 한번 보장됩니다.	네트워크 소속 눈 질병의 진단 및 치료를 위한 모든 기타 눈 검사에 대한 코페이먼트 \$25. 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. 눈 질병의 진단 및 치료를 위한 모든 기타 눈 검사에 대한 코페이먼트 \$40. 네트워크 소속 Medicare에서 보장하는 녹내장 선별검사에 대해 코페이먼트 \$0. 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. Medicare에서 보장하는 녹내장 선별검사에 대해 코페이먼트 \$0. 네트워크 소속 당뇨병 가입자를 위한 Medicare에서 보장하는 망막 검사에 대해 코페이먼트 \$0. 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. 당뇨병 가입자를 위한 Medicare에서 보장하는 망막 검사에 대해 코페이먼트 \$0.

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
- 안구 내 렌즈 삽입이 포함되는 백내장 수술 후 한 쌍의 안경이나 콘택트렌즈(두 번의 백내장 수술을 따로 받은 경우, 첫 번째 수술 후의 혜택을 보류하여 두 번째 수술 후 두 개의 안경을 구입할 수 없습니다). - 저희 플랜에서는 다음 사항을 보장해 드립니다. - Medicare에서 보장하는 안경류 처방을 목적으로 제공되는 안굴절 검사. - Medicare에서 보장하는 콘택트렌즈를 위한 콘택트렌즈 적합성 검사 요금.	네트워크 소속 당사 플랜 가입자에게 해당하는 다음을 보장하는 Medicare 보장 안경류에 대한 코페이먼트 \$0. - Medicare에서 보장하는 안경류 처방을 목적으로 제공되는 안굴절 검사. - Medicare에서 보장하는 콘택트렌즈를 위한 콘택트렌즈 적합성 검사. 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. 당사 플랜 가입자에게 해당하는 다음을 보장하는 Medicare 보장 안경류에 대한 코페이먼트 \$40. - Medicare에서 보장하는 안경류 처방을 목적으로 제공되는 안굴절 검사. - Medicare에서 보장하는 콘택트렌즈를 위한 콘택트렌즈 적합성 검사.

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
또한 저희 플랜에서는 다음과 같은 보충적(즉, 정기적) 안과 서비스도 보장해 드립니다. 1년마다 정기적인 눈 검사 1회. 정기적인 눈 검사에는 녹내장 위험이 있는 분을 위한 녹내장 검사 그리고 당뇨병 환자를 위한 망막 검사가 포함됩니다. - 처방 받은 안경류 매년 무제한. 다음 항목에 대해 매년 최대 \$200의 혜택이 제공됩니다. - 안경(안경테 및 렌즈) 또는 - 안경 렌즈만 또는 - 안경테만 또는 - 안경 대신 콘택트렌즈 또는 - 비전 하드웨어 업그레이드 참고: 콘택트렌즈 적합성 검사 요금을 플랜에서 보장해 드립니다. 매년 \$200의 최대 플랜 혜택 금액은 프레임 및/또는 렌즈의 소매 비용(틴트 및 코팅과 같은 렌즈 옵션 포함)에 적용됩니다. Medicare에서 보장하는 안경류는 보충적(즉, 정기적) 최대 혜택에 포함되지 않습니다. 참고: 보충적(즉, 정기적) 안경류에 대한 최대 혜택 \$200를 초과하는 모든 비용은 가입자가 부담합니다.	보충적(즉, 정기적) 안과 서비스: 네트워크 소속 매년 정기적인 눈 검사 1회에 대해 코페이먼트 \$0.* 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 네트워크 비소속 매년 정기적인 눈 검사 1회에 대해 공동보험료 40%.* 네트워크 소속 안경류에 대해 코페이먼트 \$0.* 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 네트워크 비소속 안경류에 대해 공동보험료 40%.*

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 납부해야 할 금액
참고: 보충적(즉, 정기적) 안과 서비스를 이 플랜에서 보장 받으려면, 반드시 참여 의료 제공자로부터 해당 서비스를 받아야 합니다. 가입자는 추가 안경 혜택을 이용하여 Medicare에서 보장하는 안경에 대한 보장 범위를 늘릴 수 없습니다. 의료 제공자를 찾는 방법에 대한 질문이나 자세한 정보는 저희 가입자 서비스부에 연락해주시오(전화번호는 본 책자의 뒤표지에 안내됨).	
 질병예방을 위한 “Medicare 가입 환영” 방문 이 플랜에서는 질병예방을 위한 “Medicare 가입 환영” 방문을 1회 보장해 드립니다. 이 방문에는 가입자의 건강에 대한 검토, 필요한 질병예방 서비스에 대한 교육 및 상담(특정 선별검사 및 주사) 그리고 기타 진료가 필요한 경우 그에 대한 진료 의뢰서 발급이 포함됩니다. 중요: 질병예방을 위한 “Medicare 가입 환영” 방문은 가입자가 Medicare Part B에 가입된 최초 12개월 이내에만 보장됩니다. 방문 일정을 잡을 때, 질병예방을 위한 “Medicare 가입 환영” 방문 일정을 잡는 것이라고 의사 진료실에 밝히십시오. • 가입 환영 예방 서비스 이후 Medicare 보장 EKG	네트워크 소속 질병 예방을 위한 “Medicare 가입 환영” 방문에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다. 네트워크 비소속 질병예방을 위한 “Medicare 가입 환영” 방문에 대한 코페이먼트 \$0. 네트워크 소속 가입 환영 예방 서비스 이후 Medicare 보장 EKG 당 코페이먼트 \$0. 네트워크 비소속 공제액이 적용될 수 있습니다. 가입 환영 예방 서비스 이후 Medicare 보장 EKG 당 코페이먼트 \$0.

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)**섹션 3****이 플랜에서 보장되지 않는 서비스에는 어떤 것이 있나요?****섹션 3.1****보장되지 않는 서비스(보장 제외사항)**

이 섹션에서는 어떤 서비스가 Medicare 보장에서 “제외되어” 이 플랜에서 보장되지 않는지 설명해 드립니다. 어떤 서비스가 “제외된다”라는 표현은 이 플랜에서 해당 서비스를 보장해 주지 않는다는 의미입니다.

아래 표에는 어떤 조건에서도 보장되지 않는 일부 서비스 및 품목 그리고 특정 조건에서만 제외되는 일부 서비스 및 품목이 나와 있습니다.

가입자가 보장에서 제외되는(보장되지 않는) 서비스를 받을 경우, 가입자 본인이 이에 대한 비용을 반드시 부담해야 합니다. 보장에서 제외되어 아래 표에 나와 있는 진료는 여기에 열거된 특정 조건이 적용되는 경우를 제외하고는 저희 측에서 비용을 지급해 드리지 않습니다. 단, 유일한 예외사항은 다음과 같습니다. 이의 신청이 된 아래 표에 나온 서비스가 가입자가 처한 특정 상황으로 인해 저희 플랜에서 비용을 부담했어야 하거나 보장했어야 하는 의료 혜택인 것으로 판명되는 경우, 저희는 비용을 지불합니다(의료 서비스를 보장하지 않기로 한 저희 플랜의 결정사항을 상대로 이의를 신청하는 방법에 대한 정보를 보시려면, 이 책자의 7장의 섹션 5.3으로 가십시오).

서비스에 대한 모든 예외사항 또는 제한사항은 의료 혜택표 또는 아래 표에 설명되어 있습니다.

보장이 제외되는 서비스를 응급 시설에서 받더라도 해당 서비스는 보장을 받을 수 없으며 플랜에서 비용을 지불해 드리지 않습니다.

Medicare에서 보장하지 않는 서비스	어떤 조건에서도 보장되지 않음	특정 조건에서만 보장됨
성형 수술 또는 시술		✓ 사고에 따른 상해로 인하거나 신체의 기형 부위를 개선하기 위한 목적인 경우 보장됨. 유방 절제수술 이후, 형태의 대칭을 이루기 위해 절제된 쪽과 보존된 쪽에 실시하는 모든 단계의 재건이 보장됨.

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

Medicare에서 보장하지 않는 서비스	어떤 조건에서도 보장되지 않음	특정 조건에서만 보장됨
보호 치료란 전문적인 의료 관리나 전문요양이 요구되지 않는 경우에 요양원, 호스피스 또는 기타 시설에서 제공하는 간호를 의미합니다. 보호 치료란 목욕이나 옷 입기 등 일상생활의 활동을 도와 주는 간호로, 숙련된 의료인 또는 응급 구조인의 지속적인 돌봄을 필요로 하지 않는 간호입니다.	✓	
실험적인 의료 시술 및 수술, 장비 및 약품. 실험적인 시술 및 사항이란 의료계에서 일반적으로 인정되지 않는 것이라고 저희 플랜 및 Original Medicare에서 판단한 사항 및 시술을 의미합니다.		✓ Medicare가 승인한 임상 연구 하에서 Original Medicare가 또는 저희 플랜에서 보장을 제공할 수도 있음 (임상 연구에 대한 자세한 정보를 확인하려면 3장의 섹션 5를 참조하십시오).
가까운 친척이나 가족이 간호를 제공하여 청구하는 비용.	✓	
풀타임 가정간호.	✓	
가정 배달 식사	✓	
가사 서비스에는 간단한 가사 활동이나 간단한 식사 준비 등 기본적인 가사 보조가 포함됩니다.	✓	

4장. 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

Medicare에서 보장하지 않는 서비스	어떤 조건에서도 보장되지 않음	특정 조건에서만 보장됨
정형외과 신발		✓ 다리 보조기에 붙어 있는 신발로서 그 비용이 다리 보조기 비용에 포함되었거나 당뇨병 족부 질환 환자를 위한 신발인 경우를 제외한 정형외과 신발.
전화기나 TV 등 병원 또는 전문요양시설 내 병실에 제공되는 개인용 물품.	✓	
병원 내 개인 병실.		✓ 의학적으로 필요한 경우에만 보장됨.
방사선 각막 절개술, 라식(LASIK) 수술 및 기타 시력보조기구.	✓	
불임복원술 및/또는 비처방 피임용품.	✓	
정기 발 진료		✓ Medicare 지침에 따라 당뇨병 환자 등의 가입자에게는 일부 제한적 보장이 제공됩니다.
Original Medicare 기준에 따라 비합리적이거나 불필요하다고 간주되는 서비스.	✓	
발 지지 장치		✓ 당뇨성 족부 질환 환자를 위한 정형외과 신발 또는 치료용 신발.

5장

보장 의료 서비스 및
의약품 청구에 대한 당사
분담분 지급 요청

**5장. 보장 의료 서비스 및 의약품 청구에 대한 당사 분담분
지급 요청**

섹션 1	보장 서비스 비용에 대해 가입자가 플랜 분담분 부담을 저희 측에 요구해야 하는 상황.....	137
섹션 1.1	보장 서비스에 대해 가입자가 플랜 분담분을 지불하거나 또는 청구서를 받을 경우, 저희에게 지불 요구를 할 수 있습니다	137
섹션 2	환급 청구 또는 가입자가 받은 청구서 대금의 지불을 요구하는 방법....	139
섹션 2.1	지불 요구서를 보내는 방법과 보낼 곳	139
섹션 3	저희가 지불 요구서를 심사하여 지불 여부를 알려 드립니다	139
섹션 3.1	저희는 서비스 보장 여부 및 지불 금액을 확인합니다	139
섹션 3.2	저희가 치료비의 전부 또는 일부를 지불하지 않는다고 고지할 경우 이의 신청을 할 수 있습니다.	140

섹션 1 보장 서비스 비용에 대해 가입자가 플랜 분담분 부담을 저희 측에 요구해야 하는 상황

섹션 1.1 보장 서비스에 대해 가입자가 플랜 분담분을 지불하거나 또는 청구서를 받을 경우, 저희에게 지불 요구를 할 수 있습니다

어떤 경우에는 가입자가 의료 관리를 받을 때에 비용 전액을 즉시 지불해야 할 때가 있습니다. 또 다른 경우에는 플랜의 보장범위 규칙에 명시된 것보다 더 많은 금액을 가입자가 지불한 경우도 있습니다. 어떤 경우든 가입자는 저희 플랜에 환불을 요구할 수 있습니다(환불을 “환금”이라고도 합니다). 저희 플랜에서 보장하는 의료 서비스 비용분담분보다 더 많은 금액을 가입자가 지불한 경우 저희 측에 환불을 요구하는 것은 가입자의 권리입니다.

또한 가입자가 받았던 진료비 전액에 대한 청구서를 직접 받는 경우도 있습니다. 이때 가입자가 직접 지불하는 대신에 그 청구서를 저희에게 송부해야 하는 경우가 많습니다. 저희가 청구서를 검토하여 그 서비스가 보장 대상인지 여부를 결정합니다. 보장 대상이라고 판단되면 저희가 의료 제공자에게 직접 대금을 지불합니다.

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

1. 당사 플랜의 네트워크에 속하지 않은 의료 제공자로부터 의료 서비스를 받은 경우

저희 네트워크에 속하지 않은 의료 제공자로부터 치료를 받을 경우, 가입자는 전체 비용이 아닌 자신의 비용분담분만 지불할 책임이 있습니다(귀하의 비용 분담액은 네트워크 소속 의료 제공자보다 네트워크 비소속 의료 제공자가 더 높을 수 있습니다). 의료 제공자에게 당사 분담분은 플랜으로 청구하도록 요구해야 합니다.

- 가입자가 치료를 받을 당시에 비용 전액을 납부할 경우 가입자는 저희의 비용분담분만큼 환불해 주도록 저희에게 요구하셔야 합니다. 청구서와 함께 지불 증빙 서류를 저희에게 보내 주십시오.
- 때로는 가입자가 생각하기에 지불할 필요가 없다고 간주되는 금액 청구서를 의료 제공자로부터 받을 수도 있습니다. 이 청구서와 함께 가입자가 이미 지불한 금액에 대한 증빙 서류를 저희에게 보내 주십시오.
 - 의료 제공자에게 지불해야 할 금액이 있다면 저희가 의료 제공자에게 직접 지불합니다.
 - 가입자께서 서비스 비용의 가입자 분담분 이상을 이미 지불한 경우, 저희가 얼마를 지불해야 하는지 결정하고 비용의 당사 분담분을 가입자에게 상환할 것입니다.

- **유의 사항:** 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 치료를 받을 경우, 해당 네트워크 비소속 의료 제공자는 Medicare에 참여할 자격이 있어야 합니다. 응급 치료를 제외하고, 저희는 Medicare에 참여할 자격이 없는 의료 제공자에게 지불을 할 수 없습니다. 의료 제공자가 Medicare에 참여할 자격이 없는 경우, 귀하는 그로부터 받은 서비스에 대한 비용 총액을 지불해야 합니다.

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

네트워크 소속 의료 제공자는 항상 플랜에 직접 청구서를 발행하고, 가입자에게는 가입자 비용분담분만 납부하도록 요구합니다. 하지만 때로는 실수를 하여 가입자 비용분담분보다 더 많은 금액을 요구하기도 합니다.

- 저희가 보장하는 서비스를 받을 경우 가입자는 가입자 비용분담분만 지불하면 됩니다. 당사는 의료 제공자가 “결산 청구”라고 하는 별도의 추가 금액을 청구하는 것을 허용하지 않습니다. 이 보호 장치(가입자는 비용분담분 이상의 금액을 납부하지 않음)는 의료 제공자가 서비스에 대해 청구한 금액 보다 낮은 금액을 당사가 지급하였거나 분쟁이 있어 특정 의료 제공자에게 비용을 지급하지 않는 경우에도 적용됩니다. “결산 청구”에 관한 자세한 내용은 4장의 섹션 1.4을 참조하십시오.
- 가입자가 생각하는 것보다 더 많은 금액이 기재된 청구서를 네트워크 소속 의료 제공자로부터 받는 경우, 그 청구서를 저희에게 보내 주십시오. 저희가 직접 의료 제공자에 연락하여 청구 문제를 해결하겠습니다.
- 청구서 대금을 이미 네트워크 소속 의료 제공자에게 이미 지불한 후 너무 많이 지불했다는 생각이 들면, 그 청구서를 지불 증빙 서류와 함께 저희에게 보내 주시고 실제 지불액과 플랜에 따라 지불할 금액 간의 차액을 환불해 달라고 요구하십시오.

3. 당사 플랜에 소급 가입하는 경우

때로는 플랜에 소급해서 가입하는 경우가 있습니다(소급이라는 의미는 기준이 되는 가입 첫날이 이미 지나갔음을 뜻합니다. 심지어 가입 일자가 작년인 경우도 있습니다).

저희 플랜에 소급하여 가입하고 가입 일자 이후에 가입자가 보장 서비스에 대해 본인부담금을 지불한 경우, 저희 부담분만큼 환불해 달라고 요구할 수 있습니다. 환급 처리를 하려면 서류를 제출해야 합니다.

환급 요청 및 요청 기한에 관한 추가 정보는 가입자 서비스부로 문의해 주시기 바랍니다(가입자 서비스부의 전화번호는 이 책자의 뒷표지에 인쇄되어 있습니다).

위의 모든 예시는 보장 결정의 유형을 나타냅니다. 즉 저희가 가입자의 지불 요구를 거절할 경우 가입자는 저희의 결정에 이의 신청을 할 수 있습니다. 이 책자의 7장(가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치(보장에 대한 결정, 이의 신청, 불만사항))에는 이의 신청 방법에 관한 정보가 수록되어 있습니다.

섹션 2 환급 청구 또는 가입자가 받은 청구서 대금의 지불을 요구하는 방법

섹션 2.1 지불 요구서를 보내는 방법과 보낼 곳

지불 요구서는 청구서 및 지불 증빙 서류와 함께 저희에게 보내 주십시오.
기록관리용으로서 청구서 및 영수증을 복사해 두는 것이 좋습니다.

저희의 의사결정에 필요한 모든 정보를 확실히 제출하시려면 지불 요구서 양식을 작성하셔도 됩니다.

- 이 양식을 사용하지 않아도 되지만 정보를 더 빨리 처리하는 데 도움이 됩니다.
- 당사 웹사이트(www.wellcare.com/healthnetor)에서 해당 양식을 다운로드하거나 가입자 서비스부에 전화하여 양식을 요청하십시오(가입자 서비스부의 전화번호는 이 책자의 뒷표지에 인쇄되어 있습니다).

지급 요청 양식을 청구서나 영수증과 동봉하여 다음 주소로 보내 주십시오.

지급 요청 주소

Member Reimbursement Dept
P.O. Box 9030
Farmington, MO 63640

서비스 또는 품목 수령한 날로부터 **365일 이내에 당사에 청구서를 제출해야 합니다.**

질문이 있으면 가입자 서비스부에 전화해 주십시오(전화번호는 이 책자의 뒷표지에 안내됨). 가입자가 무엇을 지불했어야 하는지 모르거나 청구서를 받았는데 어떻게 해야 할지 모를 경우 저희가 도와 드릴 수 있습니다. 또한 저희에게 보내 주신 지불 요구서에 관한 추가 정보를 제공하기 위해 저희에게 전화하셔도 됩니다.

섹션 3 저희가 지불 요구서를 심사하여 지불 여부를 알려 드립니다

섹션 3.1 저희는 서비스 보장 여부 및 지불 금액을 확인합니다

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

- 해당 의료 관리가 보험 적용 대상이라는 결정이 나고, 가입자가 치료를 받을 때 모든 해당 규칙을 준수한 경우 저희의 분담분만큼을 지불해 드립니다. 가입자가 서비스 비용을 이미 지불한 경우 저희 분담분을 우편으로 환급해 드립니다. 가입자가 서비스 비용을 아직 지불하지 않았을 경우 그 금액을 의료 제공자에게 직접 송금합니다(3장에서는 보장되는 의료 서비스를 받기 위해 따라야 할 규칙을 설명하고 있습니다).

5장. 보장 의료 서비스 및 의약품 청구에 대한 당사 분담분 지급 요청

- 치료가 보장 대상이 아니라는 결정이 나거나 또는 가입자가 모든 규칙을 준수하지 않았을 경우, 저희의 분담분을 지불하지 않습니다. 대신에 가입자가 요구한 지불액을 송금하지 않은 이유와 그 결정에 대한 이의 신청 권리를 설명하는 서신을 보내 드립니다.

섹션 3.2

저희가 치료비의 전부 또는 일부를 지불하지 않는다고 고지할 경우 이의 신청을 할 수 있습니다.

가입자의 지불 요구를 거절한 것이 저희의 실수라고 판단되거나 저희가 지불한 금액에 동의하지 않을 경우 이의 신청을 하실 수 있습니다. 이의 신청은 저희가 지불 요구를 거절했던 결정을 변경하라고 가입자가 요구하는 것입니다.

이의 신청 방법에 관한 자세한 내용은 이 책자의 7장(가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치(보장에 대한 결정, 이의 신청, 불만사항))을 참조하십시오. 이의 신청 절차는 세부 절차와 중요한 기한이 있는 공식적 절차입니다. 이의 신청을 처음 해보실 경우 7장의 섹션 4부터 읽어 보시면 도움이 될 것입니다. 섹션 4는 보장 결정 및 이의 신청 절차를 설명하고 “이의 신청”과 같은 용어를 소개합니다. 그런 다음 섹션 4를 읽은 후, 의료 서비스에 대한 환급을 받기 위한 이의 신청 방법을 설명하는 7장의 섹션 5.3으로 이동할 수 있습니다.

6장

가입자의 권리 및 책임

6장. 가입자의 권리 및 책임**6장. 가입자의 권리 및 책임**

섹션 1	저희 플랜은 플랜 가입자의 권리를 존중합니다.....	143
섹션 1.1	가입자에게 적절한 방식으로 정보를 제공합니다(영어 외 언어, 오디오, 점자, 큰 활자 인쇄 또는 대체 형식 등).....	143
섹션 1.2	가입자가 보장 서비스를 적시에 받을 수 있도록 보장합니다.	143
섹션 1.3	저희는 가입자의 개인 건강 정보를 보호합니다	144
섹션 1.4	저희는 플랜, 의료 제공자 네트워크 및 보장되는 서비스에 관한 정보를 제공해야 합니다	145
섹션 1.5	저희는 치료에 관하여 결정할 가입자의 권리를 존중해야 합니다	146
섹션 1.6	가입자는 불만사항을 제기하고 저희의 결정을 재고하도록 요구할 권리가 있습니다	148
섹션 1.7	가입자는 가입자의 권리와 책임에 대해 권고할 권리가 있습니다	149
섹션 1.8	신기술 평가	149
섹션 1.9	가입자가 부당한 대우를 받거나 권리를 존중 받지 못하다고 느낄 때 취할 수 있는 조치는 무엇입니까?	149
섹션 1.10	가입자의 권리에 대한 자세한 정보를 입수하는 방법	150
섹션 2	가입자에게는 플랜 가입자로서 몇 가지 책임이 있습니다	150
섹션 2.1	가입자의 책임은 무엇입니까?	150

6장. 가입자의 권리 및 책임**섹션 1****저희 플랜은 플랜 가입자의 권리를 존중합니다****섹션 1.1****가입자에게 적절한 방식으로 정보를 제공합니다(영어 외 언어, 오디오, 점자, 큰 활자 인쇄 또는 대체 형식 등)**

To get information from us in a way that works for you, please call Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

Our plan has people and free interpreter services available to answer questions from disabled and non-English speaking members. We can also give you information in audio, in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet). You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights. Contact information is included in this Evidence of Coverage or with this mailing, or you may contact Member Services for additional information.

본인에게 적합한 방식으로 정보를 얻으려면 가입자 서비스부로 연락해 주십시오(전화번호는 본 책자 뒷표지에 인쇄되어 있습니다).

당사 플랜에는 장애인 및 비영어권 가입자의 질문에 답변할 수 있는 무료 통역 서비스가 있습니다. 또한 필요한 경우 오디오, 점자, 큰 활자 또는 기타 대체 형식으로 정보를 무료로 제공할 수 있습니다. 저희는 귀하가 이용할 수 있는 적절한 형식으로 플랜 혜택에 관한 정보를 제공해야 합니다. 본인에게 적합한 방식으로 정보를 얻으려면 가입자 서비스부로 연락해 주십시오(전화번호는 본 책자 뒷표지에 인쇄되어 있습니다).

플랜으로부터 귀하가 원하는 이용 방식으로 또는 귀하에게 적합한 형식으로 정보를 수령하는 데 문제가 있을 경우, 가입자 서비스부(전화번호는 이 책자 뒷표지에 인쇄되어 있습니다)로 전화하여 고충을 제기해 주십시오. 또한 Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하시거나 시민권리 담당실에 직접 전화하여 불만사항을 제기를 하실 수도 있습니다. 연락처 정보는 이 보장 범위 증명서 또는 이 우편물에 포함되어 있으며, 기타 정보는 가입자 서비스부로 문의하실 수 있습니다.

섹션 1.2**가입자가 보장 서비스를 적시에 받을 수 있도록 보장합니다.**

귀하는 플랜의 네트워크에서 의료 제공자를 선택할 권리가 있습니다. 신규 환자를 받을 수 있는 의사에 관한 정보를 알아보려면 가입자 서비스부에 전화해 주십시오(전화번호는 이 책자의 뒷표지에 안내됨). 또한 진료 의뢰 없이도 여성 건강 전문의(예: 부인과 의사)에게 진료를 받고 네트워크 소속 비용분담분을 지급할 권리가 있습니다.

6장. 가입자의 권리 및 책임

플랜 가입자는 **합리적인 기간 내에** 가입자의 의료 제공자로부터 예약 및 보장 서비스를 받을 권리가 있습니다. 여기에는 필요 시 전문의로부터 적시에 서비스를 받을 권리도 포함됩니다.

합리적인 시간 내에 치료를 받지 못한다고 생각하는 경우 가입자가 할 수 있는 일은 이 책자의 7장, 섹션 9에서 알아볼 수 있습니다(당사가 가입자의 치료에 대한 보장을 거절하고 가입자가 이 결정에 동의하지 않는 경우, 7장 섹션 4에서 가입자가 할 수 있는 조치를 확인하십시오).

섹션 1.3 저희는 가입자의 개인 건강 정보를 보호합니다

연방법 및 주법은 가입자의 의료 기록 및 개인 건강 정보를 보호합니다. 저희는 이러한 법에 준해 가입자의 개인 건강 정보를 보호합니다

- 가입자의 “개인 건강 정보”에는 플랜 등록 시에 제공한 개인 정보와 가입자의 의료 기록 및 기타 의료 및 건강 정보가 포함됩니다.
- 개인정보 보호 법률은 가입자로부터 정보를 얻고 건강 정보 사용 방법을 통제하는 것과 관련된 권리를 부여합니다. 저희는 “개인정보보호 실행방안 고지”라고 하는 고지서를 보내어 그러한 권리를 알려 드리고 가입자 건강 정보를 보호하는 방법을 설명합니다.

가입자 건강 정보를 어떻게 보호합니까?

- 저희는 미승인자가 가입자의 기록을 보거나 변경할 수 없도록 합니다.
- 가입자의 건강 정보를 치료제공자나 치료비 결제자가 아닌 사람에게 제공할 경우 대부분의 상황에서 저희는 먼저 가입자의 서면 승인을 받도록 요구됩니다. 서면 승인은 가입자가 직접 하거나 가입자의 결정을 대리할 법적 권한이 있는 사람이 할 수 있습니다.
- 가입자의 서면 승인을 먼저 받도록 요구하지 않는 특정 예외 상황이 있습니다. 이러한 예외는 법률이 허용하거나 요구하는 것입니다.
 - 예를 들어, 치료 품질을 점검하는 정부 당국에 건강 정보를 공개하도록 요구 받을 때가 있습니다.
 - 가입자는 Medicare와 연계된 저희 플랜의 가입자이기 때문에 저희는 가입자의 건강 정보를 Medicare에 제공해야 합니다. Medicare가 가입자의 정보를 연구나 다른 용도로 공개할 경우 이는 연방 법률이나 규정에 따라 실시하는 것입니다.

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

가입자는 플랜에 보유 중인 자신의 의료 기록을 조회하고 기록의 사본을 받아 볼 권리를 갖고 있습니다. 기록을 복사할 때 저희는 수수료를 부과할 수 있습니다. 가입자는 또한 자신의 의료 기록 내용을 추가 또는 정정하도록 저희에 요구할 권리가 있습니다. 이를 요구할 경우 저희는 가입자 담당 의료 제공자와 협의하여 그 변경을 해야 하는지 여부를 결정합니다.

6장. 가입자의 권리 및 책임

가입자는 자신의 건강 정보가 일상적 목적이 아닌 특별한 용도로 다른 사람들과 어떻게 공유되었는지 알 권리가 있습니다.

가입자의 개인 건강 정보 보호에 관한 질문이나 우려가 있으면 가입자 서비스부에 연락하십시오(전화번호는 이 책자의 뒷표지에 안내됨).

섹션 1.4

저희는 플랜, 의료 제공자 네트워크 및 보장되는 서비스에 관한 정보를 제공해야 합니다

저희 플랜 가입자는 저희로부터 몇 가지 정보를 받을 권리를 갖고 있습니다(상기 섹션 1.1에서 설명한 바와 같이 가입자는 자신에게 적합한 방식으로 정보를 받을 권리를 갖고 있습니다. 여기에는 영어 이외의 언어, 큰 글씨로 인쇄 또는 기타 대체 형식으로 정보를 얻는 것이 포함됩니다).

아래 종류의 정보 중에서 원하는 것이 있으면 가입자 서비스부에 연락하십시오(전화번호는 이 책자의 뒷표지에 안내됨):

- **플랜에 관한 정보.** 여기에는 예를 들어 플랜의 재정 상태에 관한 정보가 포함됩니다. 또한 가입자의 이의 신청 건수, 플랜의 성과 등급, 플랜 가입자의 평가 결과, 다른 Medicare 건강 플랜과의 비교 정보 등이 포함됩니다.
- **네트워크 의료 제공자에 대한 정보.**
 - 예를 들어 가입자는 저희 네트워크에 속한 의료 제공자의 자격에 관한 정보, 소속 의료 제공자에 대한 저희의 결제 방법에 관한 정보를 얻을 권리가 있습니다.
 - 이 플랜의 네트워크 소속 의료 제공자 목록은 의료 제공자 명부를 확인하시기 바랍니다.
 - 당사의 의료 제공자에 대한 자세한 내용은 가입자 서비스부에 전화하거나(전화번호는 이 책자의 뒷표지에 안내됨) 당사 웹사이트(www.wellcare.com/healthnetor)에서 확인할 수 있습니다.
- **가입자의 보장범위와 가입자가 보장범위를 활용할 때 준수해야 할 규칙에 관한 정보.**
 - 이 책자의 3장과 4장에서는 가입자에게 보장되는 진료, 보장범위의 제한, 보장되는 의료 서비스를 받기 위해 준수해야 할 규칙을 설명합니다.
 - 규칙이나 제한 사항에 관한 질문이 있으면 가입자 서비스부에 연락하십시오(전화번호는 이 책자의 뒷표지에 안내됨).

6장. 가입자의 권리 및 책임

- **참고:** 저희 플랜은 위임된 기관의 검토를 포함하여 활용 검토를 수행하는 의사, 의료 제공자 또는 직원에게 보상을 제공하지 않습니다. Utilization Management (UM)는 진료 및 서비스의 적합성과 보장 여부에 따라서만 진료 결정을 내립니다. 또한, 이 플랜은 보장을 거부한 개업의나 기타 개인에게 구체적으로 보상을 제공하지 않습니다. UM 의사 결정자를 위한 재정적 인센티브는 활용도가 낮은 의사 결정을 장려하지 않습니다.

● 일부 항목이 보장되지 않는 이유와 그 대응 방법에 관한 정보.

- 가입자에게 어떤 의료 서비스가 보장되지 않거나 가입자의 보장이 어떤 식으로든 제한될 경우 가입자는 저희에게 서면 설명을 요구할 수 있습니다. 가입자가 네트워크에 속하지 않은 의료 제공자로부터 의료 서비스를 받았을 경우에도 이러한 설명을 받을 권리가 있습니다.
- 가입자에게 보장되는 의료 관리에 관한 저희의 결정에 불만이 있거나 동의하지 않을 경우 그 결정을 변경해 달라고 저희에 요구할 권리가 있습니다. 이의 신청을 함으로써 결정을 변경하라고 요구할 수 있습니다. 가입자가 보장되어야 한다고 생각하지만 보장되지 않는 사항에 대해 어떻게 할 것인가에 관한 자세한 내용은 이 책자의 7장을 참조하십시오. 여기서는 가입자가 저희의 결정을 변경하고 싶을 때 이의 신청 방법을 자세히 설명합니다(7장에서는 의료 서비스 품질, 대기 시간 및 기타 우려에 관한 불만사항을 제기하는 방법도 설명합니다).
- 가입자가 의료 관리에 대해 받은 청구서에서 저희의 부담분을 지불하도록 저희에게 요구하고 싶으면 이 책자의 5장을 참조하십시오.

섹션 1.5

저희는 치료에 관하여 결정할 가입자의 권리를 존중해야 합니다

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

가입자는 의료 관리를 받기 위해 방문할 때 의사나 다른 보건 의료 제공자로부터 완전한 정보를 받을 권리를 갖고 있습니다. 해당 의료 제공자는 가입자의 의학적 상태와 치료 선택권을 가입자가 이해할 수 있는 방법으로 설명해야 합니다.

또한 가입자의 건강 관리에 관한 의사결정에 완전히 참여할 권리도 갖고 있습니다. 가입자에게 가장 적합한 치료가 무엇인지 의사와 결정하는 데 도움을 받기 위한 가입자의 권리에는 다음 사항이 포함됩니다.

- **가입자의 선택권을 모두 알 권리.** 이는 비용이나 저희 보험의 보장 여부에 관계없이 가입자의 질환에 권고할 수 있는 모든 치료 옵션에 관한 설명을 들을 권리를 의미합니다.

6장. 가입자의 권리 및 책임

- **위험에 관하여 알 권리.** 가입자는 치료와 관련된 위험에 관한 설명을 들을 권리가 있습니다. 제시된 의료 관리나 치료가 연구 실험의 일부인 경우에는 사전에 설명을 들어야 합니다. 가입자는 항상 실험적 치료를 거절할 선택권을 갖고 있습니다.
- **“아니요”라고 말할 권리.** 가입자는 권장하는 치료를 거절할 권리가 있습니다. 여기에는 의사가 퇴원하지 말라고 조언해도 병원이나 기타 의료시설에서 퇴원할 권리도 포함됩니다. 물론 가입자가 치료를 거절할 경우 그 결과 자신에게 발생하는 결과에 대해서는 가입자가 전적인 책임을 집니다.
- **치료에 대한 보장을 거절 당한 경우 설명을 받을 권리.** 가입자가 받아야 한다고 생각하는 치료를 의료 제공자가 거절한 경우 저희로부터 설명을 들을 권리가 있습니다. 이 설명을 받으려면 저희에게 보장범위에 관한 결정을 요구해야 합니다. 이 책자의 7장에서는 플랜에 보장범위 결정을 요구하는 방법을 설명합니다.

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

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

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

이러한 상황에서 사전 지시를 제공하는 데 사용할 수 있는 법률 문서를 **“사전 의료지시서”**라고 합니다. 사전 의료 지시서에는 여러 유형이 있으며 다양한 이름으로 불립니다. 사전 의료지시서를 **“생전 유언장”** 및 **“건강 관리 결정에 관한 위임장”**이라고도 합니다.

지침을 제공하기 위해 “사전 의료지시서”를 사용하려는 경우 필요한 조치는 다음과 같습니다.

- **양식을 구함.** 사전 의료지시서를 작성하려면 변호사나 사회복지사 또는 기타 사무용품 매장에서 양식을 구할 수 있습니다. 때로는 Medicare에 관한 정보를 제공하는 조직에서 사전 의료지시서 양식을 얻을 수도 있습니다.
- **작성 및 서명.** 양식을 어디서 받든지 간에 법률 문서라는 점에 유의하십시오. 그러므로 작성할 때 변호사의 도움을 받는 것을 고려하십시오.

6장. 가입자의 권리 및 책임

- **사본을 해당자들에게 제공.** 작성한 양식 사본을 의사와 가입자를 대신할 의사결정자로 양식에 명시한 사람에게 제공해야 합니다. 사본을 가까운 친구나 가족에게 제공할 수도 있습니다. 사본을 가까운 친구나 가족에게 제공할 수도 있습니다. 한 부는 반드시 집에 보관하십시오.

가입자가 입원할 것을 미리 알고 사전 의료지시서에 서명한 경우 사본을 병원으로 가져가십시오.

- 병원에 입원할 경우 직원들이 사전 의료지시서에 서명했는지 그리고 소지하고 있는지 여부를 물어볼 것입니다.
- 사전 의료지시서에 서명하지 않았을 경우 병원에 양식이 있으므로 서명할 것인지 물어볼 것입니다.

사전 의료지시서를 작성할 것인지 여부(병원에서 양식에 서명할 것인지 여부 포함)는 가입자의 선택사항이라는 점을 기억하십시오. 법률에 근거하여, 가입자가 사전 의료지시서를 서명했는지 여부에 따라 어느 누구도 가입자의 치료를 거절하거나 차별할 수 없습니다.

가입자의 사전 의료지시서를 따르지 않으면 어떻게 됩니까?

가입자가 사전 의료지시서에 서명했는데 의사가 병원에서 그 지침을 따르지 않을 경우 다음을 대상으로 불만사항을 제기할 수 있습니다.

- Oregon Senior Health Insurance Benefits Assistance Program
- Washington State Department of Social and Health Services

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

가입자의 보장 서비스나 치료에 문제나 우려사항이 있을 경우 취할 수 있는 조치에 대해 이 책자의 7장에서 설명합니다. 여기서는 모든 종류의 문제점과 불만사항을 처리하는 방법을 자세히 제시합니다. 문제점이나 우려에 대한 후속 관리를 위해 필요한 조치는 상황에 따라 다릅니다. 저희 플랜에 가입자를 위한 보장범위 결정을 하도록 요구하거나, 보장범위 결정을 변경하도록 이의 신청을 하거나 불만사항을 제기할 수도 있습니다. 가입자가 보장 결정 요청, 이의 신청 또는 불만사항 제기 등 어떤 결정을 내리든 **저희 플랜은 가입자를 공정하게 대우해야 할 의무가 있습니다.**

가입자는 다른 가입자들이 과거에 저희 플랜에 제기했던 이의 신청과 불만에 관한 요약 정보를 얻을 권리를 갖고 있습니다. 이 정보를 얻으려면 가입자 서비스부에 전화해 주십시오(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨).

6장. 가입자의 권리 및 책임

섹션 1.7 가입자는 가입자의 권리와 책임에 대해 권고할 권리가 있습니다

가입자 권리와 책임에 관하여 질문이나 우려 사항 또는 당사의 가입자 권리 정책을 개선하기 위한 건의 사항이 있는 경우, 이 책자 뒷면에 있는 번호로 가입자 서비스부에 연락하여 귀하의 생각을 공유해 주십시오.

섹션 1.8 신기술 평가

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

Medicare 보장 결정이 없는 경우, 저희 플랜은 동료 심사 공개를 통해 현재 발표된 의학 문헌에 대한 비판적 평가를 수행함으로써 가입자가 안전하고 효과적인 치료를 이용할 수 있도록 신규 기술 또는 기존 기술의 새로운 적용을 해당 혜택 플랜에 포함시킬 대상으로 평가합니다. 이를 위해 체계적 검토, 무작위 대조 시험, 코호트 연구, 결과가 안전성과 효과를 입증하는 통계적으로 유의미한 진단 시험 연구 및 증거 검토 등, 사례 관리 연구, 통계적으로 유의미한 결과가 있는 진단 테스트 연구, 안전 및 효과성을 입증하고 국가 기관 및 공인 기관에서 개발한 증거 기반 지침 검토를 수행합니다. 또한 저희 플랜은 의사, 국가적으로 인정된 의사 전문 협회를 포함한 의사 전문 학회, 합의 패널 또는 기타 국가적으로 인정된 연구 또는 기술 평가 기관, 정부 기관, 보고서 및 정부 기관의 간행물(예: 미국 식품의약국(FDA), 질병 관리 예방 센터(CDC), NIH(정신건강 연구소(NIH)))에 따른 의견, 권장 사항 및 평가를 고려합니다.

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

차별에 관한 내용일 경우 시민권리 사무국으로 전화하십시오.

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

다른 사항에 관한 내용입니까?

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

6장. 가입자의 권리 및 책임

- **가입자 서비스부에 전화할 수 있습니다**(전화번호는 이 책자의 뒷표지에 안내됨).
- **주 건강 보험 지원 프로그램(SHIP)에 전화할 수 있습니다.** 이 조직에 관한 상세 정보와 연락 방법은 2장의 섹션 3을 참조하십시오.
- 또는 주 7일, 하루 24시간 언제든지 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 **Medicare에 연락**하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오.

섹션 1.10 가입자의 권리에 대한 자세한 정보를 입수하는 방법

가입자는 다음과 같은 몇몇 곳에서 자신의 권리에 대한 자세한 정보를 얻을 수 있습니다.

- **가입자 서비스부에 전화할 수 있습니다**(전화번호는 이 책자의 뒷표지에 안내됨).
- **주 건강 보험 지원 프로그램(SHIP)에 전화할 수 있습니다.** 이 조직에 관한 상세 정보와 연락 방법은 2장의 섹션 3을 참조하십시오.
- **Medicare에 연락할 수 있습니다.**
 - Medicare 웹사이트에 방문하여 간행물 “Medicare 권리 및 보호”를 읽거나 다운로드할 수 있습니다(간행물 다운로드: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
 - 또는 주 7일, 하루 24시간 이용 가능한 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 연락하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오.

섹션 2 가입자에게는 플랜 가입자로서 몇 가지 책임이 있습니다

섹션 2.1 가입자의 책임은 무엇입니까?

플랜 가입자로서 지켜야 할 사항이 아래에 열거되어 있습니다. 질문이 있으면 가입자 서비스부에 전화해 주십시오(전화번호는 이 책자의 뒷표지에 안내됨). 정성껏 도와드리겠습니다.

- **가입자가 보장되는 서비스와 그 보장 서비스를 받기 위해 준수해야 할 규칙을 숙지하십시오.** 이 보장 범위 증명서 책자를 사용하여 가입자에게 보장되는 사항과 보장 서비스를 받기 위해 준수해야 할 규칙을 파악하십시오.
 - 3장과 4장에서는 보장 항목, 보장되지 않는 항목, 준수할 규칙 및 가입자의 부담금 등 의료 서비스에 관한 상세 정보를 제공합니다.
- **당사 플랜 외에 다른 건강 보험 보장이 있는 경우 당사에 알려야 합니다.** 가입자 서비스부에 연락하여 저희에게 알려주십시오(전화번호는 이 책자의 뒷표지에 안내됨).

6장. 가입자의 권리 및 책임

- 저희는 가입자가 저희 플랜의 보장 서비스를 받을 때 모든 보장을 함께 받을 수 있도록 하기 위해 Medicare가 수립한 규칙을 준수해야 합니다. 이것을 “혜택 조정”이라고 하는데 그 이유는 가입자가 받고 있는 다른 건강 혜택과 저희로부터 받는 건강 혜택을 조정하는 것이 필요하기 때문입니다. 저희가 가입자의 혜택을 조정하도록 도와 드립니다(혜택 조정에 관한 자세한 내용은 1장의 섹션 7을 참조하십시오).
- **담당 의사와 다른 보건 의료 제공자에게 가입자가 저희 플랜에 가입되어 있다는 사실을 알리십시오.** 의료 관리를 받을 때마다 항상 플랜 가입자 카드를 보여주십시오.
- **담당 의사 및 기타 의료 제공자들에게 정보를 제공하고 질문하고 치료에 대한 후속 관리를 함으로써 그들이 가입자를 도와 주도록 하십시오.**
 - 의사 및 기타 의료 제공자가 가입자에게 최선의 치료를 제공하도록 도와 주려면 가입자 본인의 건강 문제를 최대한 파악하고, 건강에 관하여 그들에게 필요한 정보를 제공하십시오. 담당 의사와 함께 동의한 치료 계획 및 지침을 따르십시오.
 - 일반의약품, 비타민, 보조식품 등을 포함하여 가입자가 복용 중인 모든 약을 의사에게 알려야 합니다.
 - 질문이 있으면 언제든지 물어 보십시오. 담당 의사와 다른 보건 의료 제공자들이 가입자가 이해할 수 있는 방식으로 설명을 해 줄 것입니다. 질문을 했는데 상대방의 답변을 이해할 수 없을 경우 다시 질문하십시오. 가입자는 자신의 건강 문제를 파악하고 가입자와 담당 의사가 동의하는 치료 목표 설정에 협조할 책임이 있습니다.
- **배려하십시오.** 모든 가입자들이 다른 환자의 권리를 존중할 것을 기대합니다. 또한 가입자가 이용하는 의원, 병원 또는 기타 진료실이 원활히 운영되도록 도와 주는 방식으로 행동할 것을 기대합니다.
- **본인의 부담금을 납부하십시오.** 가입자는 플랜 가입자로서 아래 금액을 납부할 책임이 있습니다.
 - 저희 플랜의 자격을 얻으려면 Medicare Part A와 Medicare Part B에 가입해야 합니다. 플랜의 가입자 자격을 유지하려면 일부 플랜 가입자들은 Medicare Part A 보험료를 납부해야 하고 대부분의 플랜 가입자들은 Medicare Part B 보험료를 납부해야 합니다.
 - 플랜에서 보장하는 일부 의료 서비스의 경우 서비스를 받을 때 가입자가 본인부담금을 지불해야 합니다. 이는 코페이먼트(고정 금액) 또는 공동보험료(총 비용의 일정 비율)에 해당합니다. 4장에서는 의료 서비스에 대해 지불해야 할 사항에 대해 설명합니다.
 - 저희의 플랜이나 다른 보험에서 보장하지 않는 의료 서비스를 받으려면 비용 전액을 납부해야 합니다.

6장. 가입자의 권리 및 책임

- 서비스 보장을 거절하는 당사의 결정에 동의하지 않으면 이의 신청을 할 수 있습니다. 이의 신청 방법에 관한 정보는 이 책자의 7장을 참조하십시오.
- **이사할 경우 알려주십시오.** 이사가 예정되어 있으면 저희에게 바로 알려주는 것이 중요합니다. 가입자 서비스부에 전화하십시오(전화번호는 이 책자의 뒷표지에 안내됨).
 - **저희의 플랜 서비스 지역 밖으로 이사할 경우 저희 플랜의 가입자 자격을 유지할 수 없습니다**(1장에서는 서비스 영역에 대해 설명합니다). 서비스 지역 밖으로 이동하는지 여부를 파악하는 데 도움을 드릴 수 있습니다. 가입자가 저희 서비스 지역을 떠날 경우 새로운 지역에서 제공되는 모든 Medicare 플랜에 가입할 수 있는 특별 등록 기간이 있습니다. 새로운 지역에 저희의 플랜이 있을 경우 알려 드립니다.
 - **저희의 서비스 지역 내에서 이사를 하더라도 가입자의 멤버십 기록을** 최신 상태로 유지하고 가입자에게 연락할 수 있는 방법을 저희에게 알려 주어야 합니다.
 - 이사를 할 경우 사회보장국(또는 철도청 은퇴자 위원회)에 알리는 것이 중요합니다. 이들 조직의 전화번호와 연락 정보는 2장에 나와 있습니다.
- **질문이나 우려사항이 있을 경우 가입자 서비스부에 연락하여 도움을 구하십시오.** 저희의 플랜 개선을 위해 제안이 있다면 언제든지 환영합니다.
 - 가입자 서비스부 전화번호 및 통화 가능 시간은 이 책자의 뒷표지에 인쇄되어 있습니다.
 - 저희에게 연락하는 방법과 우편 주소에 관한 정보는 2장을 참조하십시오.

7장

문제 또는 불만사항이
있는 경우 할 수 있는 조치(보장에 대한
결정,이의 신청,불만사항)

7장. 문제 또는 불만사항이 있는 경우 할 수 있는 조치(보장에 대한 결정,이의 신청, 불만사항)

7장. 문제 또는 불만사항이 있는 경우 할 수 있는 조치(보장에 대한 결정,이의 신청,불만사항)

섹션 1	개요	156
섹션 1.1	문제가 있거나 불만사항이 있으면 어떻게 해야 합니까?.....	156
섹션 1.2	법률 용어는 어떻게 해야 합니까?.....	156
섹션 2	저희와 연관이 없는 정부 기관으로부터 도움을 받으실 수 있습니다	157
섹션 2.1	더 많은 정보와 개별화된 도움을 받을 수 있는 곳	157
섹션 3	문제 처리를 위해 어떤 절차를 이용해야 합니까?.....	157
섹션 3.1	보장 결정 및 이의 신청 절차를 이용해야 합니까? 아니면 불만사항 제기 절차를 이용해야 합니까?	157
보장 결정 및 이의 신청.....		158
섹션 4	보장 결정 및 이의 신청에 대한 기본 가이드	158
섹션 4.1	보장 결정 및 이의 신청 요청: 전체적인 내용	158
섹션 4.2	보장 결정을 요청하거나 또는 이의 신청을 할 때 어떻게 도움을 받을 수 있습니까?	159
섹션 4.3	이 장의 어느 섹션에서 가입자의 상황에 대한 구체적인 설명을 볼 수 있습니까?.....	160
섹션 5	가입자의 의료 관리: 보장 결정을 요청하거나 이의 신청 하는 방법	161
섹션 5.1	이 섹션에서는 의료 관리의 보험 적용에 문제가 있거나 가입자가 지불하신 비용을 환급받고자 하는 경우 어떻게 해야 하는지를 설명합니다.....	161
섹션 5.2	단계별: 보장 결정을 요청하는 방법(가입자가 원하는 의료 서비스 보장을 승인 또는 제공하도록 요청하는 방법)	163
섹션 5.3	단계별: 1차 이의 신청 방법(플랜에서 내린 의료 서비스 보장 결정의 검토를 요청하는 방법)	166
섹션 5.4	단계별: 2차 이의 신청 방법	170
섹션 5.5	가입자는 수령한 의료비 청구서에서 플랜의 부담금 부분에 대한 환급을 요청할 수 있습니까?	172
섹션 6	의사가 조기 퇴원을 시킨다고 생각되는 경우, 더 장기간 입원하는 것에 대해 보장을 요청하는 법	173
섹션 6.1	입원 기간 동안 가입자의 권리에 대해 Medicare로부터 서면 고지서를 받게 됩니다.....	174

7장. 문제 또는 불만사항이 있는 경우 할 수 있는 조치(보장에 대한 결정,이의 신청, 불만사항)

섹션 6.2	단계별: 병원 퇴원일 변경을 위해 1차 이의 신청을 하는 방법 ...	175
섹션 6.3	단계별: 병원 퇴원일 변경을 위해 2차 이의 신청을 하는 방법...	178
섹션 6.4	1차 이의 신청 기한을 놓친 경우는 어떻게 합니까?	180
섹션 7	보장이 곧 끝난다고 생각할 때 특정 의료 서비스에 대한 보장을 유지하도록 요청하는 법	183
섹션 7.1	<i>이 섹션은 3개 서비스(가정 건강 관리, 전문 영양시설 및 종합외래재활시설(CORF) 서비스)에만 해당합니다.</i>	183
섹션 7.2	가입자에 대한 보장 제공이 만료됨을 미리 알려 드릴 것입니다.....	183
섹션 7.3	단계별: 플랜에서 더 오랜 기간 동안 보장을 제공하도록 1차 이의 신청을 하는 방법.....	184
섹션 7.4	단계별: 플랜에서 더 오랜 기간 동안 보장을 제공하도록 2차 이의 신청을 하는 방법.....	186
섹션 7.5	1차 이의 신청 기한을 놓친 경우는 어떻게 합니까?	188
섹션 8	3차 또는 그 이상의 단계로 이의 신청하기.....	190
섹션 8.1	의료 서비스 요청에 대한 3, 4 및 5차 이의 신청.....	190
불만사항 제기		192
섹션 9	건강 관리의 질, 대기 시간, 고객 서비스 또는 다른 고려사항에 대한 불만사항 제기 방법	192
섹션 9.1	불만사항 절차는 어떤 문제를 처리합니까?.....	192
섹션 9.2	“불만사항 제기”의 공식 명칭은 “고충 접수”입니다	195
섹션 9.3	단계별: 불만사항 제기.....	195
섹션 9.4	품질 개선 기관에 의료 품질에 대해 불만사항을 접수할 수도 있습니다.....	197
섹션 9.5	Medicare로 불만사항을 제기하실 수 있습니다	197

7장. 문제 또는 불만사항이 있는 경우 할 수 있는 조치(보장에 대한 결정,이의 신청, 불만사항)

섹션 1

개요

섹션 1.1

문제가 있거나 불만사항이 있으면 어떻게 해야 할까요?

이 장에서는 문제와 고려사항을 처리하는 두 가지 절차에 대해서 설명합니다.

- 일부 문제에 대해서는 **보장 결정 및 이의 신청 절차**를 이용해야 합니다.
- 다른 문제에 대해서는 **불만사항 제기 절차**를 이용해야 합니다.

이 두 절차는 Medicare의 승인을 받은 것입니다. 가입자의 문제를 빠르고 공정하게 처리하도록 하기 위해 각 절차는 저희 및 가입자가 따라야 하는 규칙, 절차, 기한을 규정하고 있습니다.

어떤 절차를 사용해야 할까요? 그것은 가입자의 문제 종류에 따라 틀려집니다. 섹션 3의 지침을 보시면 어떤 절차를 사용해야 하는지 확인할 수 있습니다.

섹션 1.2

법률 용어는 어떻게 해야 할까요?

이 장에 설명된 일부 규칙, 절차 및 기한에 대해 기술적인 법률 용어가 사용되었습니다. 대부분의 사람들은 이런 용어에 익숙하지 않으며 잘 이해하지 못합니다.

이 장에서는 편의 상 특정 법률 용어에 대해 더 간단한 용어를 사용하여 법적 규칙 및 절차를 설명합니다. 예를 들면 이 장에서 “고충 접수”보다는 “불만사항 제기”, “기관 판단”보다는 “보장 결정” 그리고 “독립 검토 주체”보다는 “독립 검토 기관”이라는 용어를 사용합니다. 또한 약어는 가능한 한 적게 사용합니다.

하지만 가입자가 처하신 상황에 대한 올바른 법률 용어를 아는 것이 때때로는 중요하고 도움이 될 수 있습니다. 어떤 용어를 사용해야 하는지 아는 것은 가입자의 문제를 처리할 때 더 명확하고 정확하게 의사소통하고 상황에 맞는 도움이나 정보를 받을 수 있도록 도와줍니다. 사용해야 하는 용어를 아실 수 있도록 특정 종류의 상황을 처리할 때 제공해 드리는 자료에는 법률 용어들이 포함되어 있습니다.

7장. 문제 또는 불만사항이 있는 경우 할 수 있는 조치(보장에 대한 결정,이의 신청, 불만사항)

섹션 2 저희와 연관이 없는 정부 기관으로부터 도움을 받으실 수 있습니다

섹션 2.1 더 많은 정보와 개별화된 도움을 받을 수 있는 곳

때때로 문제 처리를 시작하거나 절차를 따르는 것이 혼란스러울 수 있습니다. 몸이 편찮거나 기운이 없을 때는 더욱 그렇습니다. 또는 다음 단계를 취하기 위해 필요한 지식이 없을 때도 그럴 수 있습니다.

독립 정부 기관으로부터 도움 받기

저희는 항상 가입자를 도와 드릴 수 있습니다. 하지만 일부 경우에 저희와 상관이 없는 누군가로부터 도움을 받거나 지침을 받길 원하실 수 있습니다. 가입자는 언제든지 **주 건강보험 지원 프로그램(SHIP)**에 연락하실 수 있습니다. 이 정부 프로그램에서는 모든 주를 대상으로 훈련된 상담원을 제공합니다. 이 프로그램은 저희 또는 다른 보험회사나 건강 플랜과 아무런 관련이 없습니다. 이 프로그램의 상담원들은 가입자가 문제 처리를 위해 어떤 절차를 이용해야 할지 이해하실 수 있도록 도와 줄 것입니다. 가입자의 질문에 대답 및 정보를 제공하고 무엇을 하셔야 하는지 가이드해 줄 수 있습니다.

SHIP 상담원 서비스는 무료입니다. 이 책자의 2장의 섹션 3에서 전화번호를 찾으실 수 있습니다.

Medicare에서도 도움 및 정보를 받으실 수 있습니다

더 많은 정보가 필요하거나 문제 해결에 도움이 필요하시면 Medicare로 연락하십시오. 다음의 두 가지 방법을 통해 Medicare에서 직접 정보를 얻으실 수 있습니다.

- 주 7일, 하루 24시간 이용 가능한 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오.
- Medicare 웹사이트를 방문하실 수 있습니다(www.medicare.gov).

섹션 3 문제 처리를 위해 어떤 절차를 이용해야 합니까?

섹션 3.1 보장 결정 및 이의 신청 절차를 이용해야 합니까? 아니면 불만사항 제기 절차를 이용해야 합니까?

문제나 고려사항이 있으시면 이 장에서 가입자의 상황에 맞는 부분만 읽으시면 됩니다. 지침을 따르시는 것이 도움이 될 것입니다.

7장. 문제 또는 불만사항이 있는 경우 할 수 있는 조치(보장에 대한 결정,이의 신청, 불만사항)

이 장의 어느 부분이 가입자의 특정 문제나 고려사항에 도움이 될지를 알아보시려면, **여기에서 시작**하십시오.

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

(이것은 특정 의료 관리 또는 처방약이 보험 적용되는지, 어떻게 적용되는지 그리고 의료 관리 또는 처방약과 관련된 문제를 포함합니다)

예. 제 문제는 보험혜택 또는 보험 적용 범위에 관한 것입니다.

이 장의 다음 섹션인 **섹션 4, “보장 결정 및 이의 신청에 대한 기본 가이드”**로 이동하십시오.

아니요. 제 문제는 보험혜택 또는 보험 적용 범위에 관한 것이 아닙니다.

이 장의 마지막에 있는 **섹션 9 “의료 서비스 품질, 대기 시간, 고객 서비스부 및 기타 우려에 관한 불만사항을 제기하는 방법”**으로 이동하십시오.

보장 결정 및 이의 신청

섹션 4 보장 결정 및 이의 신청에 대한 기본 가이드

섹션 4.1 보장 결정 및 이의 신청 요청: 전체적인 내용

보장 결정 및 이의 신청 절차는 지불 관련 문제를 포함하여 의료 서비스에 대한 가입자의 보험 혜택 및 보장과 관련된 문제를 다룹니다. 이것은 어떤 것에 보험이 적용되는지 그리고 어떻게 적용되는지와 같은 이슈에 대해서 이용할 수 있는 절차입니다.

보장 결정 요청

보장에 대한 결정이란 가입자가 받는 혜택 및 보장 또는 가입자가 이용하는 의료 서비스를 위해 저희가 지불하는 금액과 관련하여 저희가 내리는 결정입니다. 예를 들면 가입자의 플랜 네트워크 의사는 가입자가 의료 관리를 받을 때 또는 다른 의료 전문인에게 가입자를 배정해 줄 때 (우대하는) 보장 결정을 내립니다. 가입자 또는 가입자의 의사가 특정 의료 관리가 보험에 적용이 되는지 확실하지 않을 경우 또는 적용이 될 것이라고 생각했는데 의사가 거부할 경우 저희에게 연락하실 수 있습니다. 즉, 의료 서비스를 받으시기 전에 보험 적용이 될지 알기를 원할 경우, 가입자는 저희에게 보장 범위 결정을 내려달라고 요청하실 수 있습니다. 제한된 상황에서는 보장 결정에 대한 요청이 기각될 것이며, 이는 저희가 요청을 검토하지

7장. 문제 또는 불만사항이 있는 경우 할 수 있는 조치(보장에 대한 결정,이의 신청, 불만사항)

않는다는 의미입니다. 요청이 기각되는 예로는 요청이 완료되지 않은 경우, 다른 사람이 귀하를 대신하여 요청을 했지만 법적으로 그렇게 할 권한이 없는 경우, 또는 요청을 철회하도록 요청하는 경우가 있습니다. 보장 결정에 대한 요청을 기각하는 경우, 요청을 기각한 이유와 기각 검토를 요청하는 방법을 설명하는 고지서를 보내드립니다.

무엇이 적용될지 그리고 얼마를 지불해야 할지에 대해 저희는 언제든지 보장 결정을 내려 드릴 수 있습니다. 일부 경우, 저희는 서비스에 대한 보장을 하지 않거나 또는 가입자에 대해 Medicare에서 더 이상 보장을 제공하지 않는 것으로 결정할 수 있습니다. 이러한 보장 결정에 동의하지 않으시면 이의 신청을하실 수 있습니다.

이의 신청

저희의 보장 결정에 대해 불만이 있으시다면 “이의 신청”을하실 수 있습니다. 이의 신청이란 저희가 보장에 대해 내린 결정을 검토하고 변경하도록 저희에게 요청하는 공식적인 방식입니다.

보장 결정에 대해 최초로 이의 신청을 하는 것을 1차 이의 신청이라고 합니다. 이의 신청을 하시면 저희는 모든 규정을 적절히 따랐는지 확인하기 위해 보장 결정을 검토합니다. 가입자의 이의 신청은 처음 결정을 한 이들이 아닌 다른 검토자들에 의해 처리될 것입니다. 검토를 마치면 결정 내용을 알려 드릴 것입니다. 단, 뒷부분에 구체적으로 설명할 특정 상황에서는 긴급한 또는 “신속한 보장 결정”, 아니면 보장 결정에 대한 신속한 이의 신청을 요청할 수 있습니다. 제한된 상황에서는 보장 결정에 대한 요청이 기각될 것이며, 이는 저희가 요청을 검토하지 않는다는 의미입니다. 요청이 기각되는 예로는 요청이 완료되지 않은 경우, 다른 사람이 귀하를 대신하여 요청을 했지만 법적으로 그렇게 할 권한이 없는 경우, 또는 요청을 철회하도록 요청하는 경우가 있습니다. 보장 결정에 대한 요청을 기각하는 경우, 요청을 기각한 이유와 기각 검토를 요청하는 방법을 설명하는 고지서를 보내드립니다.

가입자의 1차 이의 신청의 일부 또는 전체가 거절되는 경우, 2차 이의 신청을하실 수 있습니다. 2차 이의 신청은 본사와 연관이 없는 독립 검토 기관에 의해 실시됩니다(일부 경우에, 가입자의 케이스는 바로 2차 이의 신청을 위해 독립 검토 기관으로 자동 이관됩니다. 다른 경우 2차 이의 신청을 요청해야 합니다). 2차 이의 신청의 결정에 만족하지 않는 경우 추가 수준의 이의 신청을 계속할 수 있습니다.

섹션 4.2

보장 결정을 요청하거나 또는 이의 신청을 할 때 어떻게 도움을 받을 수 있습니까?

도움이 필요하십니까? 보장 결정을 요청하거나 또는 이의 신청을하실 때 다음과 같이 도움을 받으실 수 있습니다.

7장. 문제 또는 불만사항이 있는 경우 할 수 있는 조치(보장에 대한 결정,이의 신청, 불만사항)

- **가입자 서비스부에 전화할 수 있습니다**(전화번호는 이 책자의 뒷표지에 안내됨).
- 주 건강보험 지원 프로그램으로부터 **무료로 도움을 받으실 수 있습니다**(이 장의 섹션 2 참조).
- **가입자의 의사가 대신 신청을 할 수 있습니다.** 의료 관리 또는 Part B 처방약에 대해 가입자의 의사는 보장 결정을 요청하거나 가입자를 대신하여 1차 이의 신청을 할 수 있습니다. 이의 신청이 1차에서 거부되면 자동으로 2차로 신청이 넘어갑니다. 2차 이의 신청 후에 이의 신청을 다시 하시려면 가입자의 담당 의사를 가입자 대리인으로 지정해야 합니다.
- **다른 사람을 대리인으로 요청할 수 있습니다.** 원할 경우 적용 범위 결정이나 이의 신청을 하기 위해 다른 이를 가입자의 “대리인”으로 임명할 수 있습니다.
 - 주 법에 따라 이미 누군가가 가입자의 대리인 역할을 하도록 법적으로 권한을 부여받았을 수 있습니다.
 - 친구, 친척 또는 의사, 다른 제공자나 다른 이가 가입자의 대리인이 되길 원하신다면 가입자 서비스부(전화번호는 이 책자의 뒷표지에 안내됨)로 전화하셔서 “대리인 임명” 양식을 요청하십시오(이 양식은 Medicare 웹사이트(www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) or on our website at www.wellcare.com/healthnetOR)에서 이용할 수 있습니다). 이 양식은 대리인에게 본인의 대리 행위를 허가해주는 양식입니다. 가입자 및 대리인은 이 양식에 반드시 서명해야 합니다. 또한 서명한 사본을 저희에게 제공해 주셔야 합니다.
- **변호사를 대리인으로 선임하실 권리도 있습니다.** 가입자의 변호사에게 연락을 하거나 지역 변호사협회 또는 기타 의뢰 서비스를 이용하여 변호사 이름을 구할 수 있습니다. 또한 자격이 되는 이들에게 무료 법률 서비스를 제공하는 그룹들도 있습니다. 하지만 보장 결정이나 이의 신청을 요청하는 데 있어 반드시 변호사를 고용해야 하는 것은 아닙니다.

섹션 4.3

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

보장 결정 및 이의 신청이 포함되는 상황에는 세 가지 유형이 있습니다. 각 상황에 다른 규정 및 기한이 적용되므로 각각의 장에서 구체적인 사항을 개별적으로 다룹니다.

- 이 장의 **섹션 5**: “가입자의 의료 관리: 보장 결정을 요청하거나 이의 신청하는 방법”
- 이 장의 **섹션 6**: “의사가 조기 퇴원을 시킨다고 생각되는 경우, 더 장기간 입원하는 것에 대해 보장을 요청하는 법”

7장. 문제 또는 불만사항이 있는 경우 할 수 있는 조치(보장에 대한 결정,이의 신청, 불만사항)

- 이 장의 **섹션 7**: “보장의 종료 시점이 너무 이르다고 생각하는 경우에 특정 의료 서비스에 대한 보장을 유지하도록 요청하는 방법”(가정 건강 관리, 전문요양시설 및 종합외래재활시설(CORF) 서비스에만 해당합니다)

어느 섹션을 참조해야 할지 불확실할 경우, 가입자 서비스부(전화번호는 이 책자 뒷표지에 안내됨)에 전화하십시오. 가입자의 주 건강 보험 지원 프로그램(SHIP)(이 책자의 2장, 섹션 3에 이 프로그램 전화번호가 나와 있습니다)과 같은 정부 기관에서 도움 또는 정보를 받을 수 있습니다.

섹션 5 가입자의 의료 관리: 보장 결정을 요청하거나 이의 신청하는 방법



이 장의 섹션 4(보장 결정 및 이의 신청 “기본” 가이드)를 확인하셨습니까? 안 읽어 보신 경우, 이 섹션을 시작하시기 전에 읽어 보시기 바랍니다.

섹션 5.1 이 섹션에서는 의료 관리의 보험 적용에 문제가 있거나 가입자가 지불하신 비용을 환급받고자 하는 경우 어떻게 해야 하는지를 설명합니다

이 섹션은 가입자의 의료 관리 및 서비스를 위한 보험 혜택에 관한 것입니다. 이러한 혜택은 이 책자의 4장 **의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)**에서 기술합니다. 지금부터 이 섹션에서는 “의료 관리 또는 치료 또는 서비스”로 매번 반복하기 보다는 “의료 관리 보장” 또는 의료 관리로 지칭하겠습니다. “의료 관리”라는 말은 의료 용품과 서비스, Medicare Part B 처방약을 가리킵니다. 경우에 따라 Part B 처방약 요청에 대해 다른 규칙이 적용됩니다. 이러한 경우, Part B 처방약 규칙과 의료 용품 및 서비스의 규칙과의 차이점에 대해 설명해 드립니다.

이 섹션에서는 다음 5가지 상황에서 어떻게 해야 하는지를 알려 줍니다.

1. 원하는 특정 의료 서비스를 받지 못하고 있으며 당사 플랜에서 해당 의료 서비스를 보장한다고 생각하는 경우
2. 당사 플랜은 담당 의사 또는 기타 의료 제공자가 가입자에게 제공하려는 의료를 승인하지 않을 것이며, 이 플랜에서 해당 의료 서비스를 보장한다고 생각하는 경우
3. 플랜에서 보장해야 한다고 생각하는 의료 서비스를 받았지만, 당사는 이 의료 서비스에 대한 비용을 지급하지 않을 것이라고 한 경우
4. 플랜에서 보장해야 한다고 생각하는 의료 서비스를 받고 비용을 납부했으며, 이 의료 서비스에 대해 당사 플랜에 환급을 요청하려는 경우

7장. 문제 또는 불만사항이 있는 경우 할 수 있는 조치(보장에 대한 결정,이의 신청, 불만사항)

5. 당사가 이전에 승인한 특정 의료 서비스에 대한 보장이 축소되거나 중단될 것이라고 들었으며, 이러한 축소 또는 중단이 가입자의 건강에 해를 끼칠 수 있다고 생각하는 경우

참고: 중단되는 보장이 병원 치료, 가정 건강 관리, 전문요양시설 치료 또는 종합외래재활시설(CORF) 서비스에 대한 것인 경우 해당 치료 유형에 특별 규칙이 적용되기 때문에 이 장의 별도 섹션을 확인해야 합니다. 아래는 각 상황에 대해 읽어야 하는 부분입니다.

- 7장, 섹션 6: 의사가 조기 퇴원을 시킨다고 생각되는 경우, 더 장기간 입원하는 것에 대해 보장을 요청하는 방법
- 7장, 섹션 7: 보장의 종료 시점이 너무 이르다고 생각하는 경우에 특정 의료 서비스에 대한 보장을 유지하도록 요청하는 방법. 이 섹션은 3개의 서비스 즉, 재택 건강 관리, 전문요양시설 및 종합외래재활시설(CORF) 서비스에만 해당됩니다.
- 받으시던 의료 관리가 중지될 것이라는 것에 관련된 *다른 모든 상황*에 대해서는 이 섹션(섹션 5)을 지침으로 사용하십시오.

가입자가 처한 상황은 무엇입니까?

다음 상황인 경우:	취해야 할 조치:
원하는 의료 관리가 보험 적용이 되는지 알아보고 싶습니까?	보장 결정을 내려달라고 요청하실 수 있습니다. 이 장의 다음 섹션인 섹션 5.2 로 가십시오.
가입자가 원하시는 방식으로 보장되거나 지불이 되지 않을 것이라고 저희가 이미 고지를 했습니까?	이의 신청 을 하실 수 있습니다(저희가 재고려할 것을 요청하시는 것입니다). 이 장의 섹션 5.3 로 넘어가십시오.
이미 받고 지불하신 의료 관리를 저희가 지불하도록 요청하길 원하십니까?	청구서를 보내 주실 수 있습니다. 이 장의 섹션 5.5 으로 넘어가십시오.

7장. 문제 또는 불만사항이 있는 경우 할 수 있는 조치(보장에 대한 결정,이의 신청, 불만사항)

섹션 5.2

단계별: 보장 결정을 요청하는 방법(가입자가 원하는 의료 서비스 보장을 승인 또는 제공하도록 요청하는 방법)

법률 용어

보장 결정이 가입자의 의료 관리를 포함할 경우, “기관 판단”이라고 불립니다.

“신속한 보장 결정”은 “긴급 판단”이라고 불립니다.

1단계: 요청하는 의료 서비스에 대해 당사 플랜이 보장을 제공하도록 요청합니다. 가입자의 건강 상태가 신속한 응답을 요하는 경우, “신속한 보장 결정”을 하도록 요청합니다.

원하시는 의료 관리에 대해 보장을 요청하는 방법

- 먼저 당사 플랜에 전화, 서면 또는 팩스를 보내 귀하가 원하는 의료 서비스를 승인하거나 보장을 제공하도록 요청하십시오. 가입자나 가입자의 의사 또는 대리인이 하면 됩니다.
- 당사에 연락하는 구체적인 방법에 대해서는 2장, 섹션 1로 이동하여 **가입자가 의료 서비스 보장에 대한 결정을 요청할 때 당사에 연락하는 방법** 섹션을 참고하시기 바랍니다.

일반적으로 저희는 표준 기한에 따라 저희 결정을 제공합니다.

저희의 결정 제공에 있어서 “빠른” 기한에 저희가 동의하지 않은 이상, “표준” 기한이 사용됩니다. **표준 보장 결정이란 의료 용품 또는 서비스에 대한 가입자의 요청을 받은 후 달력일 기준으로 14일 내에 답변을 제공하는 것을 의미합니다.** 요청 사항이 **Medicare Part B 처방약에 대한 것이라면 가입자의 요청을 접수한 후 72시간 이내에 답변을 드립니다.**

- **하지만, 가입자가 시간을 더 요청하거나 가입자에게 유리한 정보(네트워크 비소속 의료 제공자가 제공하는 의료 기록)가 필요한 경우 의료품이나 서비스에 대한 요청은 달력일 기준으로 최대 14일이 추가로 소요됩니다.** 결정에 시간이 더 걸릴 경우에는 서면으로 알려 드립니다. 요청 사항이 Medicare Part B 처방약에 대한 것이라면 결정을 내리는 데 추가로 시간이 걸릴 수 있습니다.
- 시간이 더 오래 걸리지 **않아야** 한다고 생각한다면 당사의 결정이 지체되는 것에 대해 “신속한 불만사항”을 접수하십시오. 신속한 불만사항을 접수하시면, 24시간 내에 불만사항에 대해 답변을 드릴 것입니다(불만사항

7장. 문제 또는 불만사항이 있는 경우 할 수 있는 조치(보장에 대한 결정,이의 신청, 불만사항)

제기 절차와 보장 결정 및 이의 신청 절차는 다릅니다. 신속한 불만사항을 포함하여 불만사항 신청 절차에 대한 더 많은 정보는 이 장의 섹션 9을 참조하시기 바랍니다).

건강 상태로 인해 필요하신 경우 “신속한 보장 결정”을 요청하십시오.

- **신속한 보장 결정은 의료 용품 또는 서비스에 대한 요청일 경우 72시간 이내에 답변을 드립니다. 요청 사항이 Medicare Part B 처방약에 대한 것이라면 24시간 이내에 답변을 드립니다.**

- 하지만, 의료 용품 또는 서비스에 대한 요청일 경우, 가입자에게 유리한 정보가 제출되지 않았거나(네트워크 비소속 의료 제공자에게 입수한 의료 기록), 검토를 위한 정보를 저희에게 제공하는 데 시간이 걸린다면 달력일 기준으로 최대 14일의 시간이 더 걸릴 수 있습니다. 추가 일수 필요한 경우에는 서면으로 알려 드립니다. 요청 사항이 Medicare Part B 처방약에 대한 것이라면 결정을 내리는 데 추가로 시간이 걸릴 수 있습니다.
- 시간이 더 오래 걸리지 *않아야* 한다고 생각하신다면 저희 결정이 지체되는 것에 대해 “신속한 불만사항”을 접수하십시오(신속한 불만사항을 포함하여 불만사항 신청 절차에 대한 더 많은 정보는 이 장의 섹션 9을 참조하시기 바랍니다). 결정을 내리는 즉시 전화드리겠습니다.

- **신속한 보장 결정을 받으시려면 다음과 같은 두 가지 사항이 충족되어야 합니다.**

- 아직 받지 않은 진료에 대해 보험 처리를 요청하시는 경우에만 신속한 보장 결정을 받으실 수 있습니다(이미 받은 의료 관리에 대한 비용에 관한 것일 경우, 신속한 보장 결정을 받으실 수 없습니다).
- 표준 기한을 사용할 경우 가입자의 건강을 심하게 해치거나 기능을 다치게 할 수 있을 경우에만 신속한 보장 결정을 받으실 수 있습니다.

- **가입자의 건강에 대해 의사가 “신속한 보장 결정”을 요구하는 경우, 저희는 신속한 보장 결정을 제공하는 것에 대해 자동으로 동의할 것입니다.**

- **의사의 도움없이 가입자가 직접 신속한 보장 결정을 요청하시면, 저희는 가입자의 건강이 신속한 보장 결정을 필요로 하는지를 결정할 것입니다.**

- 가입자의 건강 상태가 신속한 보장 결정을 위한 요건을 충족하지 않는다고 판단될 경우, 가입자에게 그 사실을 서신으로 보내 드릴 것입니다(또한 표준 기한이 사용될 것입니다).
- 이 서신에는 가입자의 의사가 신속한 보장 결정을 요청할 경우, 저희가 자동으로 신속한 보장 결정을 제공할 것이라는 내용도 담고 있을 것입니다.

7장. 문제 또는 불만사항이 있는 경우 할 수 있는 조치(보장에 대한 결정,이의 신청, 불만사항)

- 또한 요청하신 신속한 보장 결정 대신 표준 보장 결정을 제공하는 것에 대해 어떻게 하면 “신속한 불만사항”을 접수할 수 있는지에 대한 내용도 담고 있을 것입니다(신속한 불만사항을 포함하여 불만사항 신청 절차에 대한 더 많은 정보는 이 장의 섹션 9을 참조하시기 바랍니다).

2단계: 저희는 의료 관리 보험 적용에 대한 가입자의 요청을 고려하여 답변을 제공합니다.

“신속한 보장 결정”기한

- 일반적으로 의료 용품 또는 서비스 요청에 대한 신속한 보장 결정을 하기 위해 **72시간 이내에** 답변을 드립니다. 요청 사항이 Medicare Part B 처방약에 대한 것이라면 **24시간 이내에** 답변을 드립니다.
 - 위에 설명된 것과 같이, 특정 상황에서는 달력일 기준으로 최대 14일의 시간이 더 걸릴 수 있습니다. 보장 결정에 시간이 더 걸릴 경우에는 서면으로 알려 드립니다. 요청 사항이 Medicare Part B 처방약에 대한 것이라면 결정을 내리는 데 추가로 시간이 걸릴 수 있습니다.
 - 시간이 더 오래 걸리지 *않아야* 한다고 생각하신다면 저희 결정이 지체되는 것에 대해 “신속한 불만사항”을 접수하십시오. 신속한 불만사항을 접수하시면, 24시간 내에 불만사항에 대해 답변을 드릴 것입니다(신속한 불만사항을 포함하여 불만사항 신청 절차에 대한 더 많은 정보는 이 장의 섹션 9을 참조하시기 바랍니다).
 - 저희가 72시간 내에(또는 기간을 연장할 경우 그 기간이 종료될 때까지) 또는 요청 사항이 Part B 처방약에 대한 것일 때, 저희가 24시간 이내에 답변을 드리지 않는 경우, 가입자는 이의 신청을 할 권리를 가집니다. 아래 섹션 5.3에서는 이의 신청 방법을 안내합니다.
- 저희가 가입자의 일부 또는 전체 요청을 거부하면 거부 사유를 설명하는 서신을 발송합니다.

“표준 보장 결정”기한

- 일반적으로 의료 용품 또는 서비스 요청에 대한 표준 보장 결정을 하기 위해 **요청을 수령하고 달력일 기준으로 14일 이내에** 답변을 드립니다. 요청 사항이 Medicare Part B 처방약에 대한 것이라면 가입자의 요청을 수령하고 **72시간 이내에** 답변을 드립니다.
 - 의료품 또는 서비스 요청의 경우, 특정 상황에서 추가로 달력일 기준으로 최대 14일(“연장 기간”)이 걸릴 수 있습니다. 보장 결정에 시간이 더 걸릴 경우에는 서면으로 알려 드립니다. 요청 사항이 Medicare Part B 처방약에 대한 것이라면 결정을 내리는 데 추가로 시간이 걸릴 수 있습니다.

7장. 문제 또는 불만사항이 있는 경우 할 수 있는 조치(보장에 대한 결정,이의 신청, 불만사항)

- 시간이 더 오래 걸리지 ~~않아야~~ 한다고 생각하신다면 저희 결정이 지체되는 것에 대해 “신속한 불만사항”을 접수하십시오. 신속한 불만사항을 접수하시면, 24시간 내에 불만사항에 대해 답변을 드릴 것입니다(신속한 불만사항을 포함하여 불만사항 신청 절차에 대한 더 많은 정보는 이 장의 섹션 9을 참조하시기 바랍니다).
- 달력일 기준으로 14일 내에 답변을 드리지 않거나(또는 기간을 연장할 경우 그 기간이 종료될 때까지) 또는 요청 사항이 Part B 처방약에 대한 것일 때, 저희가 72시간 이내에 답변을 드리지 않는 경우, 가입자는 이의 신청을 할 권리를 가집니다. 아래 섹션 5.3에서는 이의 신청 방법을 안내합니다.

- 저희가 가입자의 일부 또는 전체 요청을 거부하면 거부 사유를 설명하는 서신을 발송합니다.

3단계: 의료 관리에 대한 보험 적용 요청을 거부당한 경우, 이의 신청을 제기할 것인지를 결정하십시오.

- 당사가 거부 결정을 한 경우 이의를 신청하여 이 결정을 재고 및 변경하도록 요청할 권리가 있습니다. 이의 신청을 하시는 것은 원하시는 의료 관리에 대한 보장을 다시 받을 수 있도록 시도해보시는 것을 의미합니다.
- 이의 신청을 하기로 결정하는 것은 1차 이의 신청을 하는 것을 의미합니다 (아래의 섹션 5.3 참고).

섹션 5.3

단계별: 1차 이의 신청 방법(플랜에서 내린 의료 서비스 보장 결정의 검토를 요청하는 방법)

1단계: 당사로 연락하여 이의 신청을 합니다. 가입자의 건강이 신속한 답변을 필요로 하면 “신속한 이의 신청”을 합니다.

법률 용어

의료 관리 보장 결정에 대해 플랜에 이의 신청을 하는 것은 플랜 “**재고려**”라고 합니다.

취해야 할 조치

- 이의 신청을 시작하려면 가입자, 의사 또는 대리인이 반드시 저희에게 **연락을 해야 합니다.** 이의 신청과 관련하여 저희에게 연락하는 구체적인 방법은 2장 섹션 1에서 **의료 관리에 대한 이의 신청 시 당사에 연락하는 방법**을 참조하시기 바랍니다.
- 표준 이의 신청을 하길 원할 경우, 요청을 서면으로 제출하여 이의 신청을 하시면 됩니다.

7장. 문제 또는 불만사항이 있는 경우 할 수 있는 조치(보장에 대한 결정,이의 신청, 불만사항)

- 가입자의 의사가 아닌 사람이 이의 신청을 하는 경우, 반드시 가입자를 대리하도록 승인하는 위임장을 이의 신청에 포함하여 제출하셔야 합니다. 이 양식을 받으려면 가입자 서비스부 (전화번호는 이 책자 뒤표지에 안내됨) 에 전화하여 “위임장” 양식을 요청하십시오. 이 양식은 Medicare 웹사이트(www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) 또는 당사 웹사이트(www.wellcare.com/healthnetOR)에서도 확인할 수 있습니다. 양식이 제출되지 않아도 이의 신청은 접수하실 수 있지만 검토를 시작하거나 완료할 수는 없습니다. 가입자의 이의 신청이 접수된 후 달력일 기준으로 44일 내에 양식이 제출되지 않으면(이의 신청에 대해 결정을 내리는 기한) 이의 신청이 취소됩니다. 취소될 경우, 독립 검토 기관에게 가입자의 이의 신청에 대한 저희의 기각 결정을 검토해줄 것을 요청하실 권리를 설명하는 서면 고지서를 발송해 드릴 것입니다.
- **신속한 이의 신청을 요청하는 경우, 서면으로 이의를 제기하거나 2장, 섹션 1(의료 서비스에 대한 이의 신청 시 당사에 연락하는 방법)에 나와 있는 전화번호로 연락하여 주십시오.**
- **보장 결정 요청에 대한 대답이 서면 고지서에 기재된 날짜부터 달력일 기준으로 60일 이내에 이의 신청을 제출하셔야 합니다.** 합당한 이유로 기한을 놓치셨다면 이의 신청 시 이의 신청이 늦어진 이유를 설명해 주십시오. 이의 신청 기한을 연장해 드릴 수도 있습니다. 합당한 이유란 연락하기 힘들 정도로 아프셨거나 잘못된 또는 완전하지 않은 이의 신청 기한 정보를 제공받은 경우입니다.
- **가입자의 의료 결정 정보 사본을 요청하거나 이의 신청을 지지하기 위한 정보를 추가하실 수 있습니다.**
 - 가입자는 이의 신청에 대한 정보 사본을 요청하실 권리가 있습니다.
 - 원할 경우 가입자 및 또는 가입자의 의사가 이의 신청의 근거가 되는 추가 정보를 제공하셔도 됩니다.

건강 상 필요하신 경우, “신속한 이의 신청”(전화로 요청하실 수 있음)을 요청하십시오

7장. 문제 또는 불만사항이 있는 경우 할 수 있는 조치(보장에 대한 결정,이의 신청, 불만사항)

법률 용어

“신속한 이의 신청”은 “**긴급 재고려**”라고 불립니다.

- 아직 받지 않은 진료에 대한 저희의 보장 결정에 대해 이의 신청을 하신다면 가입자 또는 가입자의 의사는 “신속한 이의 신청”을 원하시는지 결정하셔야 합니다.
- “신속한 이의 신청”을 위한 요건 및 절차는 “신속한 보장 결정”을 하기 위한 것과 동일합니다. 신속한 이의 신청을 요청하려면 빠른 범위 보장 결정 지침을 따르십시오(이 지침은 이 섹션의 앞 부분에 제공되었습니다).
- 가입자의 건강에 대해 의사가 “신속한 이의 신청”이 필요하다고 할 경우 저희는 이의 신청을 신속히 처리해 드립니다.

2단계: 가입자의 이의 신청을 고려한 후 답변을 드립니다.

- 플랜에서 가입자의 이의 신청을 검토 시, 저희는 의료 관리 보험 적용에 대한 가입자의 요청을 위해 모든 정보를 신중하게 검토합니다. 요청이 거부된 경우, 저희가 모든 규정을 준수했는지 확인합니다.
- 필요한 경우, 더 많은 정보를 수집할 것입니다. 더 많은 정보를 구하기 위해 가입자 또는 가입자의 의사에게 연락드릴 수도 있습니다.

“신속한”이의 신청 기한

- 신속한 기한을 사용할 경우, 당사는 반드시 **이의 신청이 접수된 후 72 시간 이내에** 답변을 제공해야 합니다. 가입자의 건강 상태에 따라 더 빨리 답변을 제공해 드릴 수도 있습니다.
 - 하지만 가입자가 더 많은 시간을 요청하거나 저희가 가입자에게 유리한 정보를 더 수집하기 위해 시간이 필요한 경우, 의료 용품 또는 서비스 요청이라면 **달력일 기준으로 최대 14일까지 시간이 더 걸릴 수 있습니다.** 결정에 시간이 더 걸릴 경우에는 서면으로 알려드립니다. 요청 사항이 Medicare Part B 처방약에 대한 것이라면 결정을 내리는 데 추가로 시간이 걸릴 수 있습니다.
 - 72시간 내에 답변을 드리지 않는 경우(또는 시간이 연장된 경우 그 기간의 마지막 날까지), 저희는 자동적으로 독립 검토 기관이 검토를 하는 2차 이의 신청으로 가입자의 요청을 보내야 합니다. 이 섹션의 뒷부분에서 이 기관 및 2차 이의 신청 절차에 대한 구체적인 내용을 설명합니다.

7장. 문제 또는 불만사항이 있는 경우 할 수 있는 조치(보장에 대한 결정,이의 신청, 불만사항)

- **가입자의 일부 또는 전체 요청을 저희가 수락한 경우**, 저희는 반드시 가입자의 이의 신청을 받은 후 72시간 이내에 동의한 보장을 승인 또는 제공해야 합니다.
- **가입자의 일부 또는 전체 요청을 저희가 거부한 경우**, 가입자의 이의 신청을 2차 이의 신청 단계인 독립 검토 기관으로 자동 발송해드립니다.

“표준”이의 신청 기한

- 저희가 표준 기한을 사용한다면 저희는 가입자가 받지 않은 서비스에 대한 보험 적용 관련 이의 신청을 받은 후 **달력일 기준으로 30일 이내에** 반드시 의료 용품 또는 서비스 요청에 대한 답변을 제공해야 합니다. 가입자가 Medicare Part B 처방약을 요청하고 아직 받지 못한 경우 **달력일 기준 7일 이내에** 가입자 이의 신청을 받은 후 답변을 제공합니다. 귀하의 건강 상태로 인해 필요한 경 더 빨리 결정을 제공하여 드립니다.
 - 하지만 가입자가 더 많은 시간을 요청하거나 저희가 가입자에게 유리한 정보를 더 수집하기 위해 시간이 필요한 경우, 의료 용품 또는 서비스 요청이라면 **달력일 기준으로 최대 14일까지 시간이 더 걸릴 수 있습니다**. 결정에 시간이 더 걸릴 경우에는 서면으로 알려 드립니다. 요청 사항이 Medicare Part B 처방약에 대한 것이라면 결정을 내리는 데 추가로 시간이 걸릴 수 있습니다.
 - 시간이 더 오래 걸리지 **않아야** 한다고 생각하신다면 저희 결정이 지체되는 것에 대해 “신속한 불만사항”을 접수하십시오. 신속한 불만사항을 접수하시면, 24시간 내에 불만사항에 대해 답변을 드릴 것입니다(신속한 불만사항을 포함하여 불만사항 신청 절차에 대한 더 많은 정보는 이 장의 섹션 9을 참조하시기 바랍니다).
 - 저희가 위의 기한까지 답변을 드리지 않는 경우(또는 의료 용품 또는 서비스 요청을 검토하는 시간이 연장된 경우 그 기간의 마지막 날까지), 저희는 독립 검토 기관이 검토를 하는 2차 이의 신청으로 가입자의 요청을 보내야 합니다. 이 섹션의 뒷부분에서 이 검토 기관 및 2차 이의 신청 절차에 대한 구체적인 내용을 설명합니다.
- **가입자의 일부 또는 전체 요청을 저희가 수락한 경우**, 저희는 가입자의 요청을 접수한 후 의료 용품 또는 서비스에 대한 요청은 달력일 기준 30일 이내, Medicare Part B 처방약에 대한 요청은 이의 신청 접수 후 **달력일 기준 7일 이내에** 승인하거나 동의한 보장을 제공해야 합니다.

7장. 문제 또는 불만사항이 있는 경우 할 수 있는 조치(보장에 대한 결정,이의 신청, 불만사항)

- 가입자의 일부 또는 전체 요청을 저희가 거부한 경우, 가입자의 이의 신청을 2차 이의 신청 단계인 독립 검토 기관으로 자동 발송해드립니다.

3단계: 가입자의 일부 또는 전체 이의 신청을 당사가 거부한 경우, 가입자의 케이스는 자동으로 다음 이의 신청 단계로 보내집니다.

- 당사가 가입자의 이의 신청을 거부할 때 모든 규칙을 준수했는지 확인하기 위해 **가입자의 이의 신청을 "독립 검토 기관"에 보내야 합니다.** 이렇게 하면 가입자의 이의 신청이 다음 단계인 2차 이의 신청으로 전환됩니다.

섹션 5.4

단계별: 2차 이의 신청 방법

가입자의 1차 이의 신청을 저희가 거부한 경우, 가입자의 케이스는 자동으로 다음 이의 신청 단계로 보내집니다. 2차 이의 신청에서는 **독립 검토 기관**이 가입자의 1차 이의 신청에 대한 저희의 결정을 검토합니다. 이 기관은 저희의 결정 변경 여부를 결정합니다.

1단계: 독립 검토 기관이 이의 신청을 심사합니다.

법률 용어

“독립 검토 기관”의 정식 명칭은 “**독립 검토 주체**”입니다. 때때로는 “**IRE**”라고 지칭합니다.

- **독립 검토 기관은 Medicare가 고용한 독립 기관입니다.** 이 기관은 저희와 관련이 없으며 정부 기관도 아닙니다. 이 기관은 Medicare가 독립 검토 기관의 역할을 하도록 선택한 회사입니다. Medicare에서 과정을 감독합니다.
- 저희는 이 기관으로 가입자의 이의 신청 내용을 전송합니다. 이 정보를 “사례 파일”이라고 합니다. **사례 파일의 사본을 요청할 권리가 있습니다.**
- 가입자는 독립 검토 기관에게 가입자의 이의 신청을 뒷받침할 추가 정보를 제공할 권리가 있습니다.
- 독립 검토 기관의 검토자들은 가입자의 이의 신청과 관련된 모든 정보를 신중하게 검토할 것입니다.

7장. 문제 또는 불만사항이 있는 경우 할 수 있는 조치(보장에 대한 결정,이의 신청, 불만사항)

1차 신청에서 “신속한 이의 신청”을 하셨다면 2차 신청에서도 “신속한 이의 신청”을 진행하게 됩니다

- 1차 이의 신청에서 신속한 이의 신청을 하셨다면 2차 이의 신청에서도 자동으로 신속한 서비스를 받게 됩니다. 검토 기관은 가입자의 이의 신청을 받은 후 72 시간 내에 가입자의 2차 이의 신청에 대한 답변을 제공해야 합니다.
- 하지만 가입자의 요청이 의료 용품 또는 서비스에 대한 것이며 독립 검토 기관이 가입자에게 유리한 정보를 더 수집하기 위해 시간이 필요한 경우 **달력일 기준 최대 14일까지 시간이 더 걸릴 수 있습니다.** 독립 검토 기관은 가입자의 요청 사항이 Medicare Part B 처방약에 대한 것이라면 결정을 내리는 데 추가로 시간을 사용할 수 없습니다.

1차 신청에서 “표준 이의 신청”을 하셨다면 2차 신청에서도 “표준 이의 신청”을 진행하시게 됩니다.

- 1차 신청에서 표준 이의 신청을 하셨다면 2차 신청에서도 자동으로 “표준 이의 신청”을 진행하시게 됩니다. 가입자의 요청이 의료 용품 또는 서비스에 대한 것이라면 이 검토 기관은 이의 신청을 접수한 후 **달력일 기준으로 30일 이내에** 2차 이의 신청에 대한 답변을 제공해야 합니다. 가입자의 요청사항이 Medicare Part B 처방약에 대한 것이라면 이 검토 기관은 이의 신청을 접수한 후 2차 이의 신청에 대해 **달력일 기준으로 7일 이내에** 답변을 제공해야 합니다.
- 하지만 가입자의 요청이 의료 용품 또는 서비스에 대한 것이며 독립 검토 기관이 가입자에게 유리한 정보를 더 수집하기 위해 시간이 필요한 경우 **달력일 기준 최대 14일까지 시간이 더 걸릴 수 있습니다.** 독립 검토 기관은 가입자의 요청 사항이 Medicare Part B 처방약에 대한 것이라면 결정을 내리는 데 추가로 시간을 사용할 수 없습니다.

2단계: 독립 검토 기관 조직이 가입자에게 답변을 제공합니다.

독립 검토 기관이 서면으로 결정 및 이유를 알려 드릴 것입니다.

- 검토 기관이 가입자의 의료 용품 또는 서비스 요청의 일부 또는 모두를 승인한다면, 저희는 72시간 이내 또는 표준 요청에 대한 검토 기관으로부터 결정을 통보받은 후 달력일 기준으로 14일 이내에 또는 긴급 요청에 대한 검토 기관의 결정을 받은 날로부터 72시간 이내에 의료 보험 보장을 승인해야 합니다.
- 검토 기관이 Medicare Part B 처방약 요청의 전체 또는 일부를 승인한 경우,표준 요청에 대해 검토 기관의 결정을 통지받고 72시간 이내 또는 신속 요청에 대해 검토 기관의 결정을 수령한 날부터 24시간 이내에 문제의 Part B 처방약을 승인하거나 제공해야 합니다.

7장. 문제 또는 불만사항이 있는 경우 할 수 있는 조치(보장에 대한 결정,이의 신청, 불만사항)

- **가입자의 일부 또는 전체 이의 신청을 이 기관이 거부했다면** 의료 관리에 대한 가입자의 요청(부분 또는 전체)이 승인될 수 없다는 저희의 결정에 동의함을 의미합니다(이것은 “결정의 인정”이라고 불립니다. 또한 “가입자의 이의 신청 거부”라고도 불립니다).
- 독립 검토 기관이 해당 “결정을 인정”할 경우 가입자는 3차 이의 신청을 할 권리가 있습니다. 그러나 계속하여 3차 이의 신청을 하시려면 가입자가 요청하시는 의료 관리 보험비가 특정 최소 금액 이상이 되어야 합니다. 요청하시는 보험 적용 금액이 너무 낮으면 더 이상 이의 신청을 계속하지 못하게 되며 2차 이의 신청으로 끝나게 됩니다. 독립 검토 기관에서 받은 서면 고지서에서는 이의 신청을 계속하기 위해 충족되어야 하는 금액을 어떻게 알아보실 수 있는지 설명합니다.

3단계: 가입자의 케이스가 요건을 충족한다면 이의 신청을 계속할지 선택합니다.

- 2차 이의 신청 단계 이후 3개의 단계가 더 있습니다(총 5단계의 이의 신청).
- 2차 이의 신청이 거부되었고 이의 신청을 계속 할 요건이 충족되신다면, 3차 이의 신청을 하실지를 결정하셔야 합니다. 이것에 대한 구체적인 방법은 2차 이의 신청 후 받은 서면 고지서에 기재되어 있습니다.
- 3차 이의 신청은 행정법 판사 또는 대리 재판관이 처리합니다. 이 장의 섹션 8에서는 3차, 4차 및 5차 이의 신청 절차에 대해 더 구체적인 설명을 제공합니다.

섹션 5.5

가입자는 수령한 의료비 청구서에서 플랜의 부담금 부분에 대한 환급을 요청할 수 있습니까?

당사에 의료 서비스 비용의 환급을 요청하려면 이 책자의 5장(보장 의료 서비스 청구에 대한 당사 부담분 지급 요청)을 읽어 주십시오. 5장에서는 당사에 환급 요청을 하거나 의료 제공자에게 받은 청구서에 대해 납부하도록 요청하는 경우를 설명합니다. 지불 요청 관련 문서를 저희에게 제출하시는 방법도 설명합니다.

환불 요청은 보장 결정을 요청하는 것입니다.

환불을 요청하는 문서를 보내시는 것은 보장 결정을 해 달라고 요청하시는 것입니다(보험 적용에 대한 더 구체적인 정보는 이 장의 섹션 4.1을 참조하시기 바랍니다). 이 보장 결정을 내리기 위해 당사는 가입자가 납부한 해당 의료 서비스가 보장 서비스인지 확인합니다(4장 의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)를 참고하십시오). 또한 의료 관리에 대한 보장 관련 모든 규정을 따르셨는지 확인합니다(이러한 규정은 이 책자의 3장 의료 서비스에 대한 플랜의 보장 이용에 기재되어 있습니다).

7장. 문제 또는 불만사항이 있는 경우 할 수 있는 조치(보장에 대한 결정,이의 신청, 불만사항)

저희는 가입자의 요청을 승인하거나 거부할 것입니다.

- 가입자가 지불하신 의료 비용이 보험 적용되며 가입자가 모든 규정을 준수하셨다면, 요청을 받은 후 60일 내에 의료 비용에 대한 저희 부담액을 가입자에게 보내 드릴 것입니다. 또는 서비스 비용을 지불하지 않으셨다면 제공자에게 직접 저희가 비용을 지불할 것입니다(저희가 금액을 지불하면 보장 결정 요청에 대해 저희가 동의하는 것과 마찬가지입니다).
- 해당 의료 관리에 보험 적용이 되지 않거나 가입자가 모든 규정을 준수하지 않으셨다면 당사에서 지불을 하지 않을 것입니다. 그 대신 구체적인 이유 및 지불하지 않을 것이라는 서신을 가입자에게 발송할 것입니다(가입자의 지불 요청에 대한 거절은 보장 결정 요청에 대해 저희가 거부하는 것과 마찬가지입니다).

지불 요청을 했으나 저희가 지불하지 않으면 어떻게 해야 하나요?

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

이의 신청을 하시려면 이 섹션 5.3에 설명된 이의 신청 절차를 따르십시오. 단계별 지침은 이 섹션을 참조하십시오. 이 지침을 참조하실 때 다음에 유의하십시오.

- 환급에 대한 이의 신청을 할 경우, 당사는 이의 신청 접수 후 달력일 기준으로 60일 이내에 답변을 제공해야 합니다(가입자가 이미 지불하신 의료 관리비용에 대한 지불을 요청하시는 경우, 신속한 이의 신청을 접수하실 수 없습니다).
- 독립 검토 기관이 지불 거부에 대한 저희 결정을 기각할 경우, 저희는 요청하신 지불 금액을 가입자 또는 의료 제공자에게 달력일 기준으로 30일 내에 지불해야 합니다. 2차 이의 신청 후의 단계에서 이의 신청이 동의되면 저희는 요청하신 지불 금액을 가입자 또는 의료 제공자에게 달력일 기준으로 60일 내에 지불해야 합니다.

섹션 6

의사가 조기 퇴원을 시킨다고 생각되는 경우, 더 장기간 입원하는 것에 대해 보장을 요청하는 법

병원에 입원할 경우 가입자의 병이나 상해를 진단 및 치료하기에 필요한 보험 적용이 되는 모든 병원 서비스를 받으실 권리가 있습니다. 보장 제한사항을 포함하여 병원 치료에 대한 당사 보장에 관한 자세한 내용은 4장(의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분))을 참고하시기 바랍니다.

7장. 문제 또는 불만사항이 있는 경우 할 수 있는 조치(보장에 대한 결정,이의 신청, 불만사항)

보장을 받는 입원 기간 동안, 가입자의 의사 및 근무자들은 퇴원일을 준비하기 위해 노력할 것입니다. 퇴원하신 후 필요한 관리를 받으실 수 있도록 또한 도와 드릴 것입니다.

- 병원을 떠나는 날은 “**퇴원일**”이라고 합니다.
- 퇴원일이 결정되면 가입자의 의사나 병원 직원들이 알려 드릴 것입니다.
- 퇴원일이 너무 빠르다고 생각되면 병원 입원 연장을 요청하셔서 검토받으실 수 있습니다. 이 섹션에서는 요청 방법에 대해 설명합니다.

섹션 6.1 입원 기간 동안 가입자의 권리에 대해 Medicare로부터 서면 고지서를 받게 됩니다

보장되는 입원 기간 동안 가입자는 *가입자의 권리에 대한 Medicare의 중요 메시지*라는 서면 통지를 받게 됩니다. Medicare에 가입된 모든 사람들은 병원에 입원할 때마다 이 고지서를 받습니다. 병원에 있는 사람(예를 들면 케이스별 사회복지사 또는 간호사)은 입원한 후 2일 내에 가입자에게 고지서를 제공해야 합니다. 고지서를 받지 못하셨다면 병원 직원에게 요청하십시오. 도움이 필요하시면 가입자 서비스부에 연락하십시오(전화번호는 이 책자의 뒷표지에 안내됨). 또한 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 문의하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오.

1. 이 고지서를 주의 깊게 읽은 후, 이해가 되지 않는 부분이 있다면 문의하십시오. 이것은 다음을 포함하는 병원 환자로서의 가입자의 권리를 설명합니다.

- 입원 중 및 퇴원 후, 의사의 지시에 따라 Medicare에서 보장하는 서비스를 받을 권리 이것은 어떤 서비스가 있으며 누가 지불하고 어디에서 받을 수 있는지를 알 권리를 포함합니다.
- 병원 입원에 대한 모든 결정에 참여할 권리 및 누가 지불하게 될지를 알 권리.
- 병원 치료의 질에 대한 가입자의 우려를 어디에 보고해야 하는지 알 권리.
- 퇴원이 너무 이르다고 생각할 때 퇴원 결정에 대해 이의 신청을 할 권리.

7장. 문제 또는 불만사항이 있는 경우 할 수 있는 조치(보장에 대한 결정,이의 신청, 불만사항)

법률 용어

Medicare의 서면 고지서는 “**즉시 검토를 요청**”하는 방법을 알려줍니다. 즉각적인 검토 요청은 더 오랜 시간 동안 병원 진료를 보장할 수 있도록 퇴원 날짜의 연기를 요청하는 공식적이고 합법적인 방법입니다(섹션 6.2에서는 즉각 검토 요청을 하는 방법을 설명합니다).

2. 서면 고지서를 받았고 자신의 권리에 대해 이해했다는 것을 나타내기 위해 반드시 고지서에 서명하셔야 합니다.

- 가입자나 가입자의 대리인이 반드시 고지서에 서명하셔야 합니다(이 장의 섹션 4에서는 다른 사람이 가입자의 대리인을 할 수 있도록 서면 승인을 제공하는 법에 대해 설명합니다).
- 고지서에 서명하는 것은 가입자가 자신의 권리에 대한 정보를 받았다는 것만을 나타내는 것입니다. 고지서에는 퇴원일이 적혀 있지 않습니다(가입자의 의사나 병원 직원이 퇴원일을 알려 드릴 것입니다). 고지서에 서명하는 것이 퇴원일에 동의하는 것을 **의미하지 않습니다**.

3. 고지서 사본을 보관하여 필요한 경우 이의 신청(또는 치료 품질에 대한 우려 사항 보고) 관련 정보를 손쉽게 확보할 수 있도록 하십시오.

- 병원을 떠나시기 최소 2일 이전에 고지서에 서명하시면 퇴원하기 전에 사본을 하나 더 받을 것입니다.
- 본 고지서 사본을 미리 보시려면, 가입자 서비스부에 전화하거나(전화번호는 이 책자의 뒷표지에 안내됨) 주 7일, 하루 24시간 운영되는 전화 1-800 MEDICARE(1-800-633-4227)에 전화하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오. 이 고지서는 온라인(www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices)으로도 확인할 수 있습니다.

섹션 6.2

단계별: 병원 퇴원일 변경을 위해 1차 이의 신청을 하는 방법

입원 서비스에 대해 더 오랜 기간 동안 보장을 받으시려면, 이의 신청 절차를 밟으셔야 합니다. 이의 신청을 하시기 전에 무엇을 언제까지 하셔야 하는지 이해하십시오.

- 절차를 따르십시오.** 이의 신청의 첫 2단계 절차는 아래에 제공되어 있습니다.
- 기한을 지키십시오.** 기한이 중요합니다. 무엇을 해야 하는지에 대한 기한을 이해하고 따르십시오.

7장. 문제 또는 불만사항이 있는 경우 할 수 있는 조치(보장에 대한 결정,이의 신청, 불만사항)

- **필요하시면 도움을 요청하십시오.** 질문이 있으시거나 언제든지 도움이 필요하시면 가입자 서비스부(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨) 또는 개별 도움을 제공하는 정부 기관인 주 건강 보험 지원 프로그램에 전화하십시오(이 장의 섹션 2를 참조하십시오).

1차 이의 신청 시 품질 개선 기관이 가입자의 이의 신청을 검토할 것입니다. 이 기관은 가입자의 예정된 퇴원일이 의료적으로 가입자에게 적합한지를 확인합니다.

1단계: 가입자의 주에 있는 품질 개선 기관에 연락하여 병원 퇴원일의 “신속한 검토”를 요청하십시오. 빨리 조치를 취하셔야 합니다.

품질 개선 기관이란 무엇입니까?

- 이 기관은 연방 정부가 지불하는 의사 및 다른 건강 관리 전문의 그룹입니다. 이러한 전문가들은 저희 플랜에 소속되어 있지 않습니다. 이 기관은 Medicare 가입자에 대해 진료 품질을 점검하도록 Medicare에서 비용을 지불하는 기관입니다. 이것은 Medicare를 받는 사람들의 병원 퇴원일 검토를 포함합니다.

이 기관에 어떻게 연락을 합니까?

- 가입자가 받는 서면 고지서(가입자의 권리에 대한 Medicare의 중요 메시지)에는 이 기관에 연락하는 방법이 기재되어 있습니다(또는 이 책자의 2장, 섹션 4에서 가입자의 주에 있는 품질 개선 기관의 이름, 주소 또는 전화번호를 찾아보십시오).

빨리 조치하십시오.

- 이의 신청을 하려면 **퇴원예정일 전까지** 병원을 떠나기 전에 품질 개선 기관에 반드시 연락해야 합니다(가입자의 “예정된 퇴원일”은 병원을 떠나시도록 예정된 날짜를 말합니다).
 - 이 기한을 충족하면 품질 개선 기관으로부터 이의 신청 결정을 기다리는 동안 **비용 지불을 하지 않으면서 퇴원일 이후에도** 머무르실 수 있습니다.
 - 이 기한을 충족하지 못할 경우 예정된 퇴원일 이후에도 병원에 머무르기로 결정하셨다면 퇴원예정일 이후에 받은 **모든 건강 관리 비용을 직접 지불하셔야 할 수 있습니다.**
- 이의 신청을 위해 품질 개선 기관에 연락하는 기한을 놓치셨다면 저희 플랜으로 직접 이의 신청을 하실 수 있습니다. 이 이의 신청 방법에 대한 구체적인 사항은 섹션 6.4를 참조하십시오.

7장. 문제 또는 불만사항이 있는 경우 할 수 있는 조치(보장에 대한 결정,이의 신청, 불만사항)

“신속한 검토”를 요청하십시오.

- 가입자는 반드시 퇴원일에 대해 “신속한 검토”를 품질 개선 기관에게 요청하셔야 합니다. “신속한 검토” 요청은 기관에게 이의 신청에 대해 표준 기한이 아닌 “빠른” 기한을 사용하도록 요청하는 것을 의미합니다.

법률 용어

“신속한 검토”는 “즉각 검토” 또는 “긴급 검토”라고 불립니다.

2단계: 품질 개선 기관은 가입자의 케이스에 대해 독립 검토를 진행합니다.

이 검토에서 무엇을 합니까?

- 품질 개선 기관의 건강 전문인(“검토자”)은 가입자(또는 가입자의 대리인)에게 왜 이 서비스에 대해 계속 보장을 제공해야 하는지를 문의할 것입니다. 서면으로 준비하실 것은 없지만 원할 경우 하셔도 됩니다.
- 검토자는 가입자의 의료 정보를 검토하고, 가입자의 의사와 연락하고, 병원 및 저희가 제공한 정보를 검토할 것입니다.
- 가입자의 이의 신청에 대해 검토자들이 저희의 계획에 대한 정보를 받은 후 그 날 정오까지 가입자는 퇴원예정일 및 가입자의 의사, 병원의 구체적인 사유 그리고 저희가 적합하다(의료적으로)고 생각하는 퇴원일이 담긴 서면 고지서를 받게 됩니다.

법률 용어

이 서면 설명서는 “퇴원에 대한 상세 고지서”라고 합니다. 가입자 서비스부에 전화하거나(전화번호는 이 책자의 뒷표지에 안내됨) 주 7일, 하루 24시간 운영되는 전화 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의하여 본 고지서의 샘플을 받을 수 있습니다(TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오). 또한 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices에서 온라인으로도 샘플 고지서를 확인할 수 있습니다.

3단계: 모든 정보를 다 입수한 후 1일 뒤에 품질 개선 기관에서 가입자의 이의 신청에 대한 답변을 제공합니다.

7장. 문제 또는 불만사항이 있는 경우 할 수 있는 조치(보장에 대한 결정,이의 신청, 불만사항)

승인이 되면 어떻게 됩니까?

- 검토 기관이 가입자의 이의 신청을 승인하면 저희는 해당 서비스가 의학적으로 필요한 경우 계속하여 입원 서비스에 대한 보장을 제공해야 합니다.
- 가입자의 비용분담분을 계속해서 지불하셔야 합니다(적용되는 경우, 공제액 또는 코페이먼트 등). 추가로 가입자의 병원 서비스에 대한 보험 적용에 제한이 있을 수 있습니다(이 책자의 4장을 참조하십시오).

거부되면 어떻게 됩니까?

- 검토 기관이 가입자의 이의 신청을 거부하면, 그것은 가입자의 퇴원 예정일이 의료적으로 적합하다고 말하는 것입니다. 이런 경우, 가입자의 입원 서비스에 대한 보장 제공은 품질 개선 기관에서 귀하의 이의 신청에 대한 답변을 제공한 후, 정오에 끝나게 됩니다.
- 검토 기관이 가입자의 이의 신청을 거부했지만 병원에 계속 머무르고자 할 경우, 품질 개선 기관에서 귀하의 이의 신청에 대한 답변을 제공한 이후에 정오부터 병원비 전액을 지불해야 할 수 있습니다.

4단계: 1차 이의 신청이 거부되었다면 이의 신청을 계속할지 결정합니다.

- 품질 개선 기관이 이의 신청을 거부했고 가입자는 퇴원 예정일 후에도 계속해서 병원에 계신다면 또 다른 이의 신청을 하실 수 있습니다. 다른 이의 신청을 한다는 것은 "2차" 이의 신청을 한다는 것을 의미합니다.

섹션 6.3

단계별: 병원 퇴원일 변경을 위해 2차 이의 신청을 하는 방법

품질 개선 기관이 이의 신청을 거부했고 가입자가 퇴원예정일 후에도 계속해서 병원에 계신다면 2차 이의 신청을 하실 수 있습니다. 2차 이의 신청 기간 동안 1차 이의 신청에 대한 결정의 검토를 품질 개선 기관에 요청합니다. 품질 개선 기관이 2차 이의 신청을 거부한다면 퇴원예정일 이후 머물렀던 모든 병원 비용을 직접 지불하셔야 합니다.

다음은 2차 이의 신청 절차입니다.

7장. 문제 또는 불만사항이 있는 경우 할 수 있는 조치(보장에 대한 결정,이의 신청, 불만사항)

1단계: 품질 개선 기관에 다시 연락하여 검토를 요청합니다.

- 품질 개선 기관이 가입자의 1차 이의 신청을 거부한 후 **달력일 기준으로 60일 이내에** 검토를 요청하셔야 합니다. 이 검토는 가입자의 보험 적용 날짜가 지난 후에도 병원에 머물렀을 경우에만 요청하실 수 있습니다.

2단계: 품질 개선 기관은 가입자의 상황에 대해 2차 검토를 진행합니다.

- 품질 개선 기관의 검토자들은 가입자의 이의 신청과 관련된 모든 정보를 또 다시 신중하게 검토할 것입니다.

3단계: 2차 검토 요청을 받은 후 달력일 기준으로 14일 내에 품질 개선 기관 검토자들이 이의 신청에 대한 결정을 내리고 알려드립니다.

검토 기관이 승인한 경우:

- 저희는 품질 개선 기관이 1차 이의 신청을 거부한 날 이후 정오부터 가입자가 받은 모든 병원 비용에 대한 저희의 부담분을 가입자에게 **반드시 환불해 드려야 합니다. 저희는 반드시 의학적으로 필요할 때까지 계속해서 입원 서비스 비용에 대해 보장을 제공해야 합니다.**
- 가입자는 본인의 비용분담분을 계속해서 지불하셔야 하며 보험 적용 제한이 적용될 수 있습니다.

검토 기관이 거부한 경우:

- 1차 이의 신청에 대한 그들의 결정을 바꾸지 않을 것이라는 것을 의미합니다.
- 가입자가 받으시는 고지서에는 검토 절차를 계속하길 원할 경우 어떻게 하실 수 있는지 적혀있습니다. 행정법 판사 또는 대리 재판관이 처리하는 다음 단계의 이의 신청을 어떻게 하는지에 대한 구체적인 사항도 담고 있습니다.

4단계: 이의 신청이 거부된 경우, 3차 이의 신청을 할 것인지 결정해야 합니다.

- 2차 이의 신청 단계 이후 3개의 단계가 더 있습니다(총 5단계의 이의 신청). 검토 기관이 가입자의 2차 이의 신청을 거부한 경우, 결정을 받아들일지 아니면 3차 이의 신청을 하실 지 선택하셔야 합니다. 3차 이의 신청에서는 행정법 판사나 대리 재판관이 가입자의 요청을 심사합니다.
- 이 장의 섹션 9에서는 3차, 4차 및 5차 이의 신청 절차에 대해 더 구체적인 설명을 제공합니다.

7장. 문제 또는 불만사항이 있는 경우 할 수 있는 조치(보장에 대한 결정,이의 신청, 불만사항)

섹션 6.4

1차 이의 신청 기한을 놓친 경우는 어떻게 합니까?

저희에게 이의 신청을 하실 수 있습니다.

섹션 6.2에서 설명된 것과 같이 품질 개선 기관에게 퇴원일에 대한 1차 이의 신청을 하려면 빨리 조치하셔야 합니다(“신속하게”란 퇴원하기 전, 퇴원예정일 이전을 의미합니다). 이 기관에 연락할 기한을 놓친 경우 이의를 신청할 수 있는 다른 방법이 있습니다.

이 방식으로 이의 신청을 하는 경우, 처음 두 개의 이의 신청 절차가 다릅니다.

단계별: 1차 대체 이의 신청을 하는 방법

품질 개선 기관에 연락할 기한을 놓친 경우 "빠른 검토"를 요청하면서 당사에 이의 신청을 할 수 있습니다. 빠른 검토는 표준 마감일 대신 빠른 마감일을 사용하는 이의 신청입니다.

법률 용어

“신속한 검토”(또는 “신속한 이의 신청”)는 “**긴급 이의 신청**”이라고 불립니다.

1단계: 저희에게 연락하여 “신속한 검토”를 요청합니다.

- 저희에게 연락하는 구체적인 방법은 2장, 섹션 1에서 *의료 관리에 대한 이의 신청 시 당사에 연락하는 방법*을 참조하시기 바랍니다.
- “신속한 검토”를 요청하도록 합니다. 이 말은 “표준” 기한이 아닌 “빠른” 기한으로 가입자에게 저희가 답변을 드리도록 요청하는 것입니다.

2단계: 저희는 가입자의 퇴원 예정일에 대해 “신속한 검토”를 하여 의료적으로 적합한지를 확인합니다.

- 이 검토 시, 저희는 가입자의 입원 정보를 모두 검토합니다. 저희는 가입자의 예정된 퇴원일이 의료적으로 가입자에게 적합한 것이었는지를 확인합니다. 가입자의 퇴원예정일에 대한 결정이 적합한 것이었고 모든 규정을 따랐던 건지 확인할 것입니다.
- 이 상황에서는 답변을 드리기 위해 표준 기한이 아닌 “빠른” 기한을 사용할 것입니다.

7장. 문제 또는 불만사항이 있는 경우 할 수 있는 조치(보장에 대한 결정,이의 신청, 불만사항)

3단계: 저희는 가입자가 “신속한 검토”(“신속한 이의 신청”)를 요청한 후 72시간 내에 답변을 제공합니다.

- 저희가 가입자의 신속한 이의 신청을 승인하면, 가입자가 퇴원일 이후에도 병원에 있어야 하며 저희가 의학적으로 필요할 때까지 계속해서 입원 비용에 대해 보장을 한다는 것에 동의한다는 것을 의미합니다. 또한 보장되지 않는다고 말한 날 이후로 가입자가 받은 치료 비용에 대한 저희 부담분을 가입자에게 다시 지불하는 것에 동의하는 것을 의미합니다 (가입자는 반드시 가입자의 비용분담분을 지불하셔야 하며 보험 적용에는 제한이 있을 수 있습니다).
- 가입자의 신속한 이의 신청을 저희가 거부하는 경우 이는 가입자의 퇴원예정일이 의료적으로 적합하다고 판단한 것입니다. 가입자의 입원 서비스에 대한 저희의 보험 적용은 만료된다고 말씀드린 날에 만료가 됩니다.
 - 퇴원예정일 이후에도 병원에 계속 있었다면 퇴원예정일 이후에 발생한 병원 비용은 가입자 본인이 전액 납부해야 할 수 있습니다.

4단계: 가입자의 신속한 이의 신청을 저희가 거부하는 경우 해당 케이스는 자동으로 다음 이의 신청 단계로 보내집니다.

- 당사가 신속한 이의 신청을 거부할 때 모든 규칙을 준수했는지 확인하기 위해 가입자의 이의 신청을 "독립 검토 기관"에 보내야 합니다. 이렇게 하면 자동으로 2차 이의 신청으로 전환됩니다.

단계별: 2차 대체 이의 신청 절차

2차 이의 신청 기간 동안, 독립 검토 기관은 귀하의 “빠른 이의 신청”에 대해 저희가 거절했을 때 내린 결정을 검토합니다. 이 기관은 저희가 내린 결정을 변경해야 하는지 여부를 결정합니다.

법률 용어

“독립 검토 기관”의 정식 명칭은 “독립 검토 주체”입니다. 때때로는 “IRE”라고 지칭합니다.

1단계: 저희는 자동으로 가입자의 케이스를 독립 검토 기관으로 전달합니다.

- 저희는 가입자의 1차 이의 신청을 거부한 뒤 24시간 내에 가입자의 2차 이의 신청을 위해 독립 검토 기관에게 정보를 전달해야 합니다(저희가 이 기한 또는 다른 기한을 맞추지 못했다고 생각하시면 불만사항을 제기하실 수 있습니다. 이 불만사항 제기 절차는 이의 신청 절차와는 다릅니다. 이 장의 섹션 9에서는 불만사항 제기 절차를 설명합니다).

7장. 문제 또는 불만사항이 있는 경우 할 수 있는 조치(보장에 대한 결정,이의 신청, 불만사항)

2단계: 독립 검토 기관은 가입자의 이의 신청에 대해 “신속한 검토”를 진행합니다. 검토자는 72시간 내에 답변을 제공합니다.

- 독립 검토 기관은 Medicare가 고용한 독립 기관입니다. 이 기관은 저희 플랜과 관련이 없으며 정부 기관도 아닙니다. 이 기관은 Medicare가 독립 검토 기관의 역할을 하도록 선택한 회사입니다. Medicare에서 과정을 감독합니다.
- 독립 검토 기관의 검토자들은 가입자의 병원 비용에 대한 이의 신청과 관련된 모든 정보를 신중하게 검토할 것입니다.
- 이 기관이 가입자의 이의 신청을 승인하면 당사는 가입자의 퇴원예정일 이후 가입자가 받은 모든 병원 치료 비용에 대한 당사 부담분을 가입자에게 반드시 환급(환불)해야 합니다. 저희는 의학적으로 필요할 때까지 계속해서 입원 서비스 비용에 대해 플랜의 보장을 제공해야 합니다. 가입자는 비용분담분을 계속해서 지불하셔야 합니다. 만약 보험 적용에 제한이 있다면 이것은 저희의 환불 금액 및 얼마나 오랜 기간에 대해 보장을 제공하는지에 대한 것일 수 있습니다.
- 이 기관이 가입자의 이의 신청을 거부하면 가입자의 퇴원예정일이 의료적으로 적합하다는 당사 결정에 동의함을 의미합니다.
 - 가입자가 독립 검토 기관에서부터 받은 고지서에는 검토 절차를 계속하길 원할 경우 어떻게 하실 수 있는지 적혀있습니다. 행정법관사 또는 대리 재판관이 처리하는 3차 이의 신청을 어떻게 하는지에 대한 구체적인 사항도 담고 있습니다.

3단계: 독립 검토 기관이 가입자의 이의 신청을 거부하면 이의 신청을 계속할지 선택할 수 있습니다.

- 2차 이의 신청 단계 이후 3개의 단계가 더 있습니다(총 5단계의 이의 신청). 검토자가 가입자의 2차 이의 신청을 거부한 경우, 결정을 받아들일지 아니면 3차 이의 신청을 하실지 선택하셔야 합니다.
- 이 장의 섹션 9에서는 3차, 4차 및 5차 이의 신청 절차에 대해 더 구체적인 설명을 제공합니다.

7장. 문제 또는 불만사항이 있는 경우 할 수 있는 조치(보장에 대한 결정,이의 신청, 불만사항)

섹션 7 **보장이 곧 끝난다고 생각할 때 특정 의료 서비스에 대한 보장을 유지하도록 요청하는 법**

섹션 7.1 **이 섹션은 3개 서비스(가정 건강 관리, 전문 영양시설 및 종합외래재활시설(CORF) 서비스)에만 해당합니다**

이 섹션은 다음 종류의 건강 관리에만 관련 있습니다.

- 가입자가 받는 **재택 건강 관리 서비스**.
- 전문영양시설에서 환자로 가입자가 받으시는 **전문 영양** (“전문영양시설”로 간주하는 요건에 대해서는 10장, 주요 용어 정의를 참고하십시오).
- Medicare에서 승인한 종합외래재활시설(CORF)에서 외래 환자로 가입자가 받는 **재활 치료**. 보통 이것은 병이나 사고로 치료를 받고 계시거나 심각한 수술에서 회복되고 있는 것을 의미합니다(이러한 종류의 시설에 대한 더 많은 정보는 10장, 주요 용어 정의를 참조하십시오).

이러한 종류의 건강 관리를 받고 계실 때에 가입자의 병이나 상해를 진단 및 치료하기 위해 관리가 필요할 때까지 계속해서 보장되는 서비스를 받으실 권리가 있습니다. 가입자의 본인 부담금 및 보장에 적용되는 제한사항 등을 포함한 보장 서비스에 관한 자세한 내용은 이 책자의 4장(의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분))을 참고하시기 바랍니다.

이러한 3가지 종류의 관리에 대한 보장을 중지해야 한다고 결정할 때 저희는 가입자에게 미리 알려 드려야 합니다. 해당 진료 서비스에 대한 가입자의 보장이 종료되면 당사는 **비용 부담금 지급을 중지합니다**.

가입자의 진료 보장이 조기 종료되었다고 생각하는 경우, **저희 결정에 대해 이의 신청을 하실 수 있습니다**. 이 섹션에서는 이의 신청 방법에 대해 설명합니다.

섹션 7.2 **가입자에 대한 보장 제공이 만료됨을 미리 알려 드릴 것입니다**

법률 용어

서면 고지서는 **“신속 이의 신청”**을 요청하는 방법을 알려줍니다. 신속한 이의 신청을 요청하는 것은 치료 중지 시기에 대한 당사 보장 범위 결정의 변경을 요청하는 공식적이고 합법적인 방법입니다(섹션 7.3에서는 신속 이의 신청을 하는 방법을 설명합니다).

서면 고지서는 **“Medicare 보장 비제공 고지서”**라고 합니다.

7장. 문제 또는 불만사항이 있는 경우 할 수 있는 조치(보장에 대한 결정,이의 신청, 불만사항)

1. **서면으로 고지서를 받습니다.** 저희 플랜이 가입자의 건강 관리에 대한 보장을 중지하기 적어도 2일 전에 가입자는 고지서를 받게 됩니다.
 - 서면 고지서에는 가입자의 보험 적용 만료일이 기재되어 있습니다.
 - 서면 고지서에는 또한 만료일에 대한 결정을 변경하여 어떻게 더 오랜 기간 보장을 요청할 수 있는지에 대한 내용이 담겨져 있습니다.
2. **서면 고지서를 받았다는 것을 나타내기 위해 반드시 고지서에 서명하셔야 합니다.**
 - 가입자나 가입자의 대리인이 반드시 고지서에 서명하셔야 합니다 (섹션 4에서는 다른 사람이 가입자의 대리인을 할 수 있도록 서면 승인을 제공하는 법에 대해 설명합니다).
 - 고지서에 서명하는 것은 가입자가 보장 중지 날짜에 대한 정보를 받았음을 나타내는 것 뿐입니다. **서명을 하는 것은 가입자가 관리를 그만 받는 것에 대해 동의를 하는 것이 아닙니다.**

섹션 7.3

단계별: 플랜에서 더 오랜 기간 동안 보장을 제공하도록 1차 이의 신청을 하는 방법

병원 서비스에 대해 더 오랜 기간 동안 보장을 받으시려면, 이의 신청 절차를 밟으셔야 합니다. 이의 신청을 하시기 전에 무엇을 언제까지 하셔야 하는지 이해하십시오.

- **절차를 따르십시오.** 이의 신청의 첫 2단계 절차는 아래에 제공되어 있습니다.
- **기한을 지키십시오.** 기한이 중요합니다. 무엇을 해야 하는지에 대한 기한을 이해하고 따르십시오. 저희 플랜이 반드시 준수해야 하는 기한이 있습니다(저희가 이 기한을 지키지 못했다고 생각하시면 불만사항을 제기하실 수 있습니다. 이 장의 섹션 9에서는 불만사항 제기 방법을 설명합니다).
- **필요하시면 도움을 요청하십시오.** 질문이 있으시거나 언제든지 도움이 필요하시면 가입자 서비스부(전화번호는 이 책자의 뒷표지에 안내됨) 또는 개별 도움을 제공하는 정부 기관인 주 건강 보험 지원 프로그램에 전화하십시오(이 장의 섹션 2를 참조하십시오).

1차 이의 신청 기간에 품질 개선 기관이 가입자의 이의 신청을 검토하고 저희 플랜의 결정을 변경할지를 결정합니다.

7장. 문제 또는 불만사항이 있는 경우 할 수 있는 조치(보장에 대한 결정,이의 신청, 불만사항)

1단계: 가입자가 속한 주의 품질 개선 기관에 연락하고 검토를 요청하여 1차 이의 신청을 합니다. 빨리 조치를 취하셔야 합니다.

품질 개선 기관이란 무엇입니까?

- 이 기관은 연방 정부가 지불하는 의사 및 다른 건강 관리 전문의 그룹입니다. 이러한 전문가들은 저희 플랜에 소속되어 있지 않습니다. 이들은 Medicare를 가진 사람들이 받은 건강 관리의 질을 확인하고 특정 의료 관리의 보장을 중지할 시점을 검토합니다.

이 기관에 어떻게 연락을 합니까?

- 받은 서면 고지서에 이 기관에 연락하는 방법이 나와 있습니다(또는 이 책자의 2장, 섹션 4에서 가입자의 주에 있는 품질 개선 기관의 이름, 주소 또는 전화번호를 찾아보십시오).

무엇을 요청해야 합니까?

- 이 기관에게 저희가 가입자의 의료 서비스를 중지시키는 것이 의학적으로 적절한지에 대한 “신속 이의 신청”(독립 검토 실시)을 요청하십시오.

이 기관에 연락하는 데 있어 가입자가 지켜야 할 기한.

- 이의 신청을 하려면 Medicare 비보장 고지서(Notice of Medicare Non-Coverage)의 발효일 전날 정오까지 품질 개선 기관에 연락하셔야 합니다.
- 이의 신청을 위해 품질 개선 기관에 연락하는 기한을 놓치셨지만 이의 신청을 원하신다면 저희에게 직접 이의 신청을 하실 수 있습니다. 이 이의 신청 방법에 대한 구체적인 사항은 섹션 7.5를 참조하십시오.

2단계: 품질 개선 기관은 가입자의 케이스에 대해 독립 검토를 진행합니다.

이 검토에서 무엇을 합니까?

- 품질 개선 기관의 건강 전문인(“검토자”)은 가입자(또는 가입자의 대리인)에게 왜 이 서비스에 대해 계속 보장을 제공해야 하는지를 문의할 것입니다. 서면으로 준비하실 것은 없지만 원할 경우 하셔도 됩니다.
- 검토 기관은 가입자의 의료 정보를 검토하고, 가입자의 의사와 연락하고, 저희 플랜이 제공한 정보를 검토할 것입니다.
- 검토자는 그날 저희에게 가입자의 이의 신청을 알리며, 또한 가입자는 저희의 보험 적용이 만료되는 사유를 구체적으로 설명하는 서면 고지서를 받을 것입니다.

법률 용어

서면 설명서는 “보장 비제공에 대한 상세 설명서”라고 합니다.

7장. 문제 또는 불만사항이 있는 경우 할 수 있는 조치(보장에 대한 결정,이의 신청, 불만사항)

3단계: 모든 정보를 다 입수한 후 1일 내에 검토자들이 결정한 내용을 알려 드립니다.

검토자가 이의 신청을 승인하면 어떻게 됩니까?

- 검토자가 가입자의 이의 신청을 승인하면 저희는 해당 서비스가 의학적으로 필요한 경우 계속하여 서비스에 대한 보장을 반드시 제공해야 합니다.
- 가입자의 비용분담분을 계속해서 지불하셔야 합니다(적용되는 경우, 공제액 또는 코페이먼트 등). 추가로 가입자의 보장 서비스에는 제한이 있을 수 있습니다(이 책자의 4장 참조).

검토자가 이의 신청을 거부하면 어떻게 됩니까?

- 검토자가 가입자의 이의 신청을 거부하면 가입자의 보험 적용은 저희가 말씀드린 날짜에 만료됩니다. 고지서에 나와 있는 날짜에 이 건강 관리에 대한 저희 부담금의 지불을 중지할 것입니다.
- 저희가 말씀드린 가입자의 보험 적용일이 끝난 이후에도 재택 건강 관리, 전문요양시설 및 종합외래재활시설(CORF) 서비스를 계속 받기로 결정하면 가입자가 비용 전액을 지불해야 합니다.

4단계: 1차 이의 신청이 거부된 경우 이의 신청을 계속할지 결정합니다.

- 이렇게 처음 제기하신 이의 신청은 “1차” 이의 신청입니다. 검토자가 가입자의 1차 이의 신청을 거부하고 가입자가 보험 적용일이 끝난 이후에도 계속하여 관리를 받기로 결정했다면 또 다른 이의 신청을 할 수 있습니다.
- 다른 이의 신청을 한다는 것은 “2차” 이의 신청을 한다는 것을 의미합니다.

섹션 7.4

단계별: 플랜에서 더 오랜 기간 동안 보장을 제공하도록 2차 이의 신청을 하는 방법

품질 개선 기관이 이의 신청을 거부했고 가입자가 보험 적용 만료 후에도 계속해서 관리를 받기로 결정했다면 2차 이의 신청을 하실 수 있습니다. 2차 이의 신청 기간 동안 1차 이의 신청에 대한 결정의 검토를 품질 개선 기관에 요청합니다. 품질 개선 기관이 가입자의 2차 이의 신청을 거부하면, 가입자의 보험 적용 만료일 이후의 모든 재택 건강 관리, 전문요양시설 또는 종합외래재활시설(CORF) 서비스 비용을 직접 지불해야 할 수 있습니다.

다음은 2차 이의 신청 절차입니다.

7장. 문제 또는 불만사항이 있는 경우 할 수 있는 조치(보장에 대한 결정,이의 신청, 불만사항)

1단계: 품질 개선 기관에 다시 연락하여 검토를 요청합니다.

- 품질 개선 기관이 가입자의 1차 이의 신청을 거부한 후 **60일 이내에** 검토를 요청하셔야 합니다. 이 검토는 가입자의 보험 적용 날짜가 **지난 후에도** 건강 관리를 계속하여 받은 경우에만 요청하실 수 있습니다.

2단계: 품질 개선 기관은 가입자의 상황에 대해 2차 검토를 진행합니다.

- 품질 개선 기관의 검토자들은 가입자의 이의 신청과 관련된 모든 정보를 또 다시 신중하게 검토할 것입니다.

3단계: 이의 신청을 접수하고 14일 내에 품질 개선 기관 검토자들이 이의 신청에 대한 결정을 내린 후 알려 드립니다.

검토 기관이 이의 신청을 승인하면 어떻게 됩니까?

- 저희는 가입자의 보장이 만료된다고 말한 날 이후로 가입자가 받은 치료 비용에 대한 저희 부담금을 가입자에게 **반드시 다시 환불해야 합니다.** 저희는 반드시 의학적으로 필요할 때까지 **계속해서 입원 서비스 비용에 대해 보장을 제공해야 합니다.**
- 가입자는 반드시 계속해서 가입자의 부담분을 지불하셔야 하며 보험 적용에는 제한이 있을 수 있습니다.

검토 기관이 거부하면 어떻게 됩니까?

- 이것은 1차 이의 신청에 대한 저희의 결정에 동의한다는 것을 의미합니다.
- 가입자가 받으시는 고지서에는 검토 절차를 계속하길 원할 경우 어떻게 하실 수 있는지 적혀있습니다. 행정법 판사 또는 대리 재판관이 처리하는 다음 단계의 이의 신청을 어떻게 하는지에 대한 구체적인 사항도 담고 있습니다.

4단계: 이의 신청이 거부된 경우, 계속해서 이의 신청을 할 것인지 결정해야 합니다.

- 2차 이의 신청 단계 후 3개의 추가 단계, 즉 총 5개의 이의 신청 단계가 있습니다. 검토자가 가입자의 2차 이의 신청을 거부한 경우, 결정을 받아들일지 아니면 3차 이의 신청을 하실지 선택하셔야 합니다. 3차 이의 신청에서는 행정법 판사나 대리 재판관이 가입자의 요청을 심사합니다.
- 이 장의 섹션 8에서는 3차, 4차 및 5차 이의 신청 절차에 대해 더 구체적인 설명을 제공합니다.

7장. 문제 또는 불만사항이 있는 경우 할 수 있는 조치(보장에 대한 결정,이의 신청, 불만사항)

섹션 7.5 1차 이의 신청 기한을 놓친 경우는 어떻게 합니까?

저희에게 이의 신청을 하실 수 있습니다.

섹션 7.3에 설명된 것과 같이 품질 개선 기관에 1차 이의 신청을 하려면 빨리 연락하여 조치해야 합니다(늦어도 1~2일 내). 이 기관에 연락할 수 있는 기한을 놓치셨다면 다른 방법으로 이의 신청을 하실 수 있습니다. 이 방식으로 이의 신청을 하는 경우, 처음 두 개의 이의 신청 절차는 다릅니다.

단계별: 1차 대안 이의 신청을 하는 법

법을 용어

“신속한 검토”(또는 “신속한 이의 신청”)는 “**긴급 이의 신청**”이라고도 합니다.

품질 개선 기관에 연락할 기한을 놓친 경우 “빠른 검토”를 요청하면서 당사에 이의 신청을 할 수 있습니다. 빠른 검토는 표준 마감일 대신 빠른 마감일을 사용하는 이의 신청입니다.

다음은 1차 대안 이의 신청 단계입니다.

1단계: 저희에게 연락하여 “신속한 검토”를 요청합니다.

- 당사에 연락하는 자세한 방법은 2장, 섹션 1에서 *의료 서비스에 대한 이의 신청 시 당사에 연락하는 방법*을 참고하시기 바랍니다.
- “신속한 검토”를 요청하도록 합니다. 이 말은 “표준” 기한이 아닌 “빠른” 기한으로 가입자에게 저희가 답변을 드리도록 요청하는 것입니다.

2단계: 저희는 가입자의 서비스 보장 종료 시기에 관한 결정에 대해 “신속한 검토”를 합니다.

- 이 검토 시, 저희는 가입자 케이스의 정보를 모두 검토합니다. 가입자가 받으시는 서비스에 대한 플랜의 보험 적용 만료일을 결정할 때 모든 규정을 준수했는지 확인합니다.
- 저희는 답변을 드리기 위해 표준 기한이 아닌 “빠른” 기한을 사용할 것입니다.

3단계: 저희는 가입자가 “신속한 검토”(“신속한 이의 신청”)를 요청한 후 72시간 내에 답변을 제공합니다.

- 가입자의 신속한 이의 신청을 저희가 승인했다면 저희는 가입자가 서비스를 계속 받아야 하며 해당 서비스가 의학적으로 필요한 경우 계속해서 서비스를 보장함에 동의한다는 것을 의미합니다. 또한 보장되지

7장. 문제 또는 불만사항이 있는 경우 할 수 있는 조치(보장에 대한 결정,이의 신청, 불만사항)

않는다고 말한 날 이후로 가입자가 받은 치료 비용에 대한 저희 분담분을 가입자에게 다시 지불하는 것에 동의하는 것을 의미합니다(가입자는 반드시 가입자의 비용분담분을 지불하셔야 하며 보험 적용에는 제한이 있을 수 있습니다).

- **가입자의 신속한 이의 신청을 저희가 거부하는 경우** 저희가 말씀드린 날짜에 보험 보장이 종료되며 그 이후로는 분담분을 지불해드리지 않습니다.
- 저희가 말씀드린 가입자의 보험 적용일이 끝난 *이후에도* 재택 건강 관리, 전문요양시설 및 종합외래재활시설(CORF) 서비스를 계속 받기로 결정하면 **가입자가 비용 전액을 지불해야 합니다.**

4단계: 가입자의 신속한 이의 신청을 당사가 거부하는 경우 해당 케이스는 자동으로 다음 이의 신청 단계로 넘어갑니다.

- 당사가 신속한 이의 신청을 거부할 때 모든 규칙을 준수했는지 확인하기 위해 **가입자의 이의 신청을 "독립 검토 기관"에 보내야 합니다.** 이렇게 하면 자동으로 2차 이의 신청으로 전환됩니다.

단계별: 2차 대안 이의 신청 절차

법률 용어

“독립 검토 기관”의 정식 명칭은 “**독립 검토 주체**”입니다. 때때로는 “**IRE**”라고 지칭합니다.

가입자의 1차 이의 신청을 저희가 거부한 경우, 가입자의 케이스는 자동으로 다음 이의 신청 단계로 보내집니다. 2차 이의 신청 기간 동안, 독립 검토 기관은 저희가 가입자의 “빠른 이의 신청”을 거절했을 때 내린 결정을 검토합니다. 이 기관은 저희가 내린 결정을 변경해야 하는지 여부를 결정합니다.

1단계: 저희는 자동으로 가입자의 케이스를 독립 검토 기관으로 전달합니다.

- 저희는 가입자의 1차 이의 신청을 거부한 뒤 24시간 내에 가입자의 2차 이의 신청을 위해 독립 검토 기관에게 정보를 전달해야 합니다(저희가 이 기한 또는 다른 기한을 맞추지 못했다고 생각하시면 불만사항을 제기하실 수 있습니다. 이 불만사항 제기 절차는 이의 신청 절차와는 다릅니다. 이 장의 섹션 9에서는 불만사항 제기 절차를 설명합니다).

7장. 문제 또는 불만사항이 있는 경우 할 수 있는 조치(보장에 대한 결정,이의 신청, 불만사항)

2단계: 독립 검토 기관은 가입자의 이의 신청에 대해 “신속한 검토”를 진행합니다. 검토자는 72시간 내에 답변을 제공합니다.

- 독립 검토 기관은 Medicare가 고용한 독립 기관입니다. 이 기관은 저희 플랜과 관련이 없으며 정부 기관도 아닙니다. 이 기관은 Medicare가 독립 검토 기관의 역할을 하도록 선택한 회사입니다. Medicare에서 과정을 감독합니다.
- 독립 검토 기관의 검토자들은 가입자의 이의 신청과 관련된 모든 정보를 신중하게 검토할 것입니다.
- 이 기관이 가입자의 이의 신청을 승인하면 당사는 가입자의 퇴원에정일 이후 가입자가 받은 치료 비용에 대한 당사 부담분을 가입자에게 반드시 환급(환불)해야 합니다. 저희는 의학적으로 필요할 때까지 계속해서 건강 관리 비용에 대해 보장을 반드시 제공해야 합니다. 가입자는 비용분담분을 계속해서 지불하셔야 합니다. 만약 보험 적용에 제한이 있다면 이것은 저희의 환불 금액 및 얼마나 오랜 기간에 대해 보장을 제공하는지에 대한 것일 수 있습니다.
- 이 기관이 가입자의 이의 신청을 거부하면, 저희 플랜의 1차 이의 신청에 대한 결정에 동의하며 변경하지 않을 것임을 의미합니다.
 - 가입자가 독립 검토 기관에서부터 받은 고지서에는 검토 절차를 계속하길 원할 경우 어떻게 하실 수 있는지 적혀있습니다. 3차 이의 신청은 어떻게 하는지에 대한 구체적인 사항도 담고 있습니다.

3단계: 독립 검토 기관이 가입자의 이의 신청을 거부하면 이의 신청을 계속할지 선택하실 수 있습니다.

- 2차 이의 신청 단계 후 3개의 추가 단계, 즉 총 5개의 이의 신청 단계가 있습니다. 검토자가 가입자의 2차 이의 신청을 거부한 경우, 결정을 받아들일지 아니면 3차 이의 신청을 하실지 선택하셔야 합니다. 3차 이의 신청에서는 행정법 판사나 대리 재판관이 가입자의 요청을 심사합니다.
- 이 장의 섹션 8에서는 3차, 4차 및 5차 이의 신청 절차에 대해 더 구체적인 설명을 제공합니다.

섹션 8 3차 또는 그 이상의 단계로 이의 신청하기

섹션 8.1 의료 서비스 요청에 대한 3, 4 및 5차 이의 신청

이 섹션은 1차 이의 신청 및 2차 이의 신청을 하신 후 신청이 모두 거부된 경우에 읽어 보셔야 하는 부분입니다.

이의 신청한 품목 또는 진료의 금액이 특정 최소 금액을 만족할 경우, 다음 단계의 이의 신청을 하실 수 있습니다. 금액이 특정 최소 금액에 해당하지 않으면 더 이상 이의 신청을 하실 수 없습니다. 금액이 충분하시면 가입자의 2차 이의 신청에 대한

7장. 문제또는 불만사항이 있는 경우 할 수 있는 조치(보장에 대한 결정,이의 신청, 불만사항)

서면 답변서에 어디로 어떻게 연락하여 3차 이의 신청을 하실 수 있는지가 기재되어 있습니다.

대부분의 경우, 마지막 3단계의 이의 신청은 거의 다 동일합니다. 다음에서는 이러한 각 단계에서 가입자의 이의 신청을 누가 처리할 것인지 설명합니다.

3차 이의 신청 **연방 정부의 판사(행정법 판사라고 함) 또는 대리 재판관이**
가입자의 이의 신청을 검토하여 답변을 드립니다.

- 만약 행정법 판사 또는 대리 재판관이 가입자의 이의 신청을 승인하면 이의 신청 절차가 끝날 수도 있고, 끝나지 않을 수도 있습니다. 당사는 이 결정에 대해 4차 이의 신청을 진행할지를 결정합니다. 2차 이의 신청(독립 검토 기관)과는 다르게, 저희는 가입자에게 유리한 3차 결정 사항에 대해 이의 신청을 할 권리가 있습니다.
 - 저희가 결정에 대해 이의 신청을 하지 않기로 결정하는 경우, 행정법 판사 또는 대리 재판관의 결정문을 받은 뒤 달력일 기준으로 60일 이내에 반드시 서비스를 승인 또는 제공해야 합니다.
 - 결정에 대해 이의 신청을 하기로 결정했다면 저희는 4차 이의 신청 요청문을 관련 문서와 함께 가입자에게 보내 드립니다. 문제의 서비스를 승인 또는 제공하기 전에 저희는 4차 이의 신청 결정을 기다려야 합니다.
- 행정법 판사 또는 대리 재판관이 가입자의 이의 신청을 거부하면 이의 신청 절차가 끝날 수도 있고, 끝나지 않을 수도 있습니다.
 - 가입자가 이의 신청 거부를 받아들이시면 이의 신청 절차는 끝나게 됩니다.
 - 가입자가 결정을 받아들이지 않으시면, 다음 단계로 계속하여 검토 절차를 진행하실 수 있습니다. 만약 행정법 판사 또는 대리 재판관이 가입자의 이의 신청을 거부하면 결정문에서는 어떻게 다음 단계로 이의 신청을 계속하실 수 있는지 설명합니다.

4차 이의 신청 **Medicare 항소 의회(Appeals Council)(의회)에서** 가입자의 이의 신청을 검토하여 답변을 제공합니다. 이 의회는 연방 정부의 일원입니다.

- 결과가 승인으로 나오거나 항소 의회가 3차 이의 신청 결과에 대한 당사의 검토 요청을 거부했다면 이의 신청 절차가 끝날 수도 있고, 끝나지 않을 수도 있습니다. 당사는 이에 대해 5차 이의 신청을 할 것인지 결정합니다. 2차 결정(독립 검토 기관)과는 다르게, 저희는 품목 또는 의료 서비스의

7장. 문제 또는 불만사항이 있는 경우 할 수 있는 조치(보장에 대한 결정,이의 신청, 불만사항)

가치가 요구되는 금액에 부합할 경우 가입자에게 유리한 4차 결정에 대해 이의 신청을 할 권리가 있습니다.

- 저희가 결정에 대해 이의 신청을 *하지 않는 경우*, 의회의 결정문을 받은 뒤 달력일 기준으로 60일 이내에 반드시 서비스를 승인 또는 제공해야 합니다.
- 저희가 결정에 대해 이의 신청을 하기로 결정하는 경우, 저희는 서면으로 가입자에게 이 사실을 알려 드립니다.

• 결과가 거부로 나오거나 의회가 검토 요청을 거부하는 경우 이의 신청 절차는 끝날 수도 있고, 끝나지 않을 수도 있습니다.

- 가입자가 이의 신청 거부를 받아들이시면 이의 신청 절차는 끝나게 됩니다.
- 가입자가 결정을 받아들이고 싶지 않으시면 다음 단계로 계속하여 검토 절차를 진행하실 수 있습니다. 의회가 가입자의 이의 신청을 거부하면 고지서에는 가입자의 5차 이의 신청이 규정적으로 허용되는지 설명합니다. 규정적으로 허용되는 경우, 고지서에는 어디로 어떻게 연락하여 다음 이의 신청을 하실 수 있는지 기재되어 있습니다.

5차 이의 신청 연방 법원의 판사가 가입자의 이의 신청을 검토할 것입니다.

- 이것은 이의 신청의 마지막 단계입니다.

불만사항 제기

섹션 9 건강 관리의 질, 대기 시간, 고객 서비스 또는 다른 고려사항에 대한 불만사항 제기 방법

-  **혜택, 보장 또는 지급 결정에 관한 문제라면 이 섹션은 해당하지 않습니다. 그 대신 보장 결정 및 이의 신청 절차를 이용해야 합니다. 이 장의 섹션 4로 가십시오.**

섹션 9.1 불만사항 절차는 어떤 문제를 처리합니까?

이 섹션에서는 불만사항 제기 절차를 사용하는 법에 대해 설명합니다. 불만사항 제기 절차는 특정 종류의 문제만 해당됩니다. 건강 관리의 질, 대기 시간 및 고객 서비스부의 문제가 이에 포함됩니다. 불만사항 제기 절차에서 처리되는 문제의 예는 다음과 같습니다.

7장. 문제 또는 불만사항이 있는 경우 할 수 있는 조치(보장에 대한 결정,이의 신청, 불만사항)

다음과 같은 문제가 있으시다면 “불만사항을 제기”하실 수 있습니다.

불만사항	예
의료 관리의 질	받은 진료(병원 내에서의 서비스 포함)에 대해 불만족하십니까?
개인정보보호 준수	누군가가 가입자의 개인정보보호 권리를 준수하지 않았거나 기밀 정보를 공유했다고 생각하십니까?
기만, 미흡한 고객 서비스 또는 다른 부정적인 행위	- 누군가가 무례하거나 기만했다고 생각하십니까? - 가입자 서비스부의 대우에 불만족하십니까? - 플랜을 탈퇴하라는 권유를 받는 것 같습니까?
대기 시간	- 약속을 잡는 것이 어렵거나 기다리는 시간이 너무 길습니까? - 의사 또는 다른 건강 전문의를 기다리는 시간이 너무 길었습니까? 또는 저희 가입자 서비스부나 플랜의 다른 직원들을 오래 기다렸습니까? - 전화상에서 너무 오래 기다리는 것 등이 포함됩니다.
청결도	진료소, 종합 병원 또는 개인 병원의 청결도나 상태에 불만족하십니까?
저희가 제공한 정보	- 저희가 제공해야 하는 고지서를 제공하지 않았다고 생각하십니까? - 저희가 제공한 서면 정보가 이해하기 힘들다고 생각하십니까?

7장. 문제 또는 불만사항이 있는 경우 할 수 있는 조치(보장에 대한 결정,이의 신청, 불만사항)

불만사항	예
적시성 (이러한 종류의 불만사항은 보장 결정 및 이의 신청과 관련된 저희 조치의 적시성과 관련이 있습니다)	보장 결정 요청 및 이의 신청의 절차는 이 장의 섹션 4-8에 나와 있습니다. 보장 결정을 요청하거나 이의 신청을 하시려면 불만사항 제기가 아닌 그 절차를 이용하시기 바랍니다. 하지만 이미 보장 결정을 요청하셨거나 이의 신청을 하셨는데 빠른 답변을 받지 못한다고 느끼시면 저희의 느린 업무 처리에 대해 불만사항 접수를하실 수 있습니다. 다음의 예를 참조하십시오. - 가입자가 “신속한 보장 결정” 또는 “신속한 이의 신청”을 요청하셨는데 저희로부터 거절당하셨다면 불만사항을 제기하실 수 있습니다. - 보장 결정 또는 이의 신청에 대한 답변 제공에 있어서 저희가 기한을 맞추지 못했다면 불만사항을 접수하실 수 있습니다. - 저희의 보장 결정이 검토되었고 특정 의료 서비스에 대해 저희가 반드시 보장을 제공하거나 환불을 해야 한다고 할 경우, 기한이 적용됩니다. 저희가 이 기한을 맞추지 못했다고 생각하시면 불만사항을 제기하실 수 있습니다. - 저희가 결정을 제 시간에 제공하지 못한 경우, 저희는 가입자의 케이스를 독립 검토 기관으로 전달해야 합니다. 저희가 요구된 기한 내에 전달하지 못했다면 불만사항을 제기하실 수 있습니다.

7장. 문제 또는 불만사항이 있는 경우 할 수 있는 조치(보장에 대한 결정,이의 신청, 불만사항)

섹션 9.2

“불만사항 제기”의 공식 명칭은 “고충 접수”입니다

법률 용어

- 이 섹션에서 “불만사항”은 또한 “고충”이라고 불립니다.
- “불만사항 제기”는 “고충 접수”라고도 불립니다.
- “불만사항 접수 절차 사용”은 “고충 접수 절차 사용”이라고도 부릅니다.

섹션 9.3

단계별: 불만사항 제기

1단계: 저희에게 전화나 서면으로 즉시 연락해 주십시오.

- 일반적으로 가입자 서비스부에 전화를 하는 것이 첫 단계입니다. 해야 할 일이 있으시면 가입자 서비스부에서 알려 드립니다. 가입자 서비스부에 1-844-582-5177 (TTY: 711)번으로 연락하시기 바랍니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시 ~오후 8시입니다. 업무 시간은 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시 ~오후 8시입니다.
- 전화 통화를 원하지 않을 경우(또는 전화를 하였고 불만족하셨을 경우), 불만사항을 서면으로 작성하여 보내 주셔도 됩니다. 서면으로 불만사항을 제기하시면 서면으로 저희가 불만사항에 대한 답변을 드립니다.
- 서면 답변을 요청하는 경우 서면으로 응답하고, 서면 불만사항(고충)을 제기하시거나 불만사항이 진료 품질과 관련이 있는 경우 서면으로 답변해 드리겠습니다. 전화로 불만사항을 해결할 수 없는 경우 불만사항을 검토할 공식적인 절차가 있습니다. 이를 고충 절차라고 합니다. 불만사항을 제기하거나 이 절차에 대해 궁금한 점이 있으면 위의 전화번호로 가입자 서비스부에 문의하십시오. 또는 본 책자 2장의 의료 관리에 대한 이의 신청 또는 Part C 의료 관리에 대한 불만사항에 나와 있는 주소로 서면 요청서를 우편으로 보낼 수 있습니다.
 - 이벤트 후 달력일 기준으로 60일 이내에 불만사항을 제기해야 합니다. 또는 본 책자 2장의 의료 관리에 대한 이의 신청 또는 의료 관리에 대한 불만사항에 나와 있는 주소로 공식적인 서면으로 고충을 제출할 수 있습니다.
 - 저희는 귀하의 건강 상태에 따라 귀하의 사례에 필요한 만큼 신속하게 불만사항에 대한 결정을 통지해야 합니다. 단, 불만 접수 후 역일 기준 30일 이내에 통보해야 합니다. 연장을 요청하거나 추가 정보가 필요하여 지연이 귀하에게 가장 이익이 되는 경우 일정을 최대 14일까지 연장할 수 있습니다.
 - 경우에 따라 불만사항에 대한 신속한 검토를 요청할 권리가 있습니다. 이를 긴급 고충 절차라고 합니다. 다음과 같은 상황에서 당사의 결정에 동의하지 않을 경우 불만사항을 신속하게 검토할 수 있습니다.

7장. 문제 또는 불만사항이 있는 경우 할 수 있는 조치(보장에 대한 결정,이의 신청, 불만사항)

- 가입자의 의료 관리 요청의 신속한 검토 요청 거절
- 저희는 거부된 서비스의 이의 신청에 대한 신속한 검토 요청을 거부합니다.
- 의료 관리 요청을 검토하는 데 추가 시간이 필요하다고 결정합니다.
- 거부된 의료 관리에 대한 이의 신청을 검토하기 위해 추가 시간이 필요하다고 결정합니다.
- 본 책자의 뒷표지에 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화하여 이러한 유형의 불만사항을 제출할 수 있습니다. 또는 본 책자 2장의 **의료 관리에 대한 이의 신청 또는 Part C 의료 관리에 대한 불만사항**에 나와 있는 주소로 서면으로 불만사항을 제출할 수 있습니다.

긴급 고충을 접수하면 임상 의사가 사례를 검토하여 신속한 검토 요청의 거부 이유 또는 사례 연장이 적절했는지 여부를 판단합니다. 불만사항을 접수 후 24시간 이내에 구두 및 서면으로 신속한 사례의 결정을 통지합니다.

- **전화 또는 서면을 통해 가입자 서비스부에 바로 연락하셔야 합니다.**
불만사항은 반드시 발생한 지 60일 이내에 접수되어야 합니다.

법률 용어

이 섹션에서 “**신속한 불만사항**”은 또한 “**긴급 고충**”이라고 불립니다.

- 당사가 “**신속한 보장 결정**” 또는 “**신속한 이의 신청**”을 위한 **고객의 요청을 거부했기 때문에 고객이 불만사항을 제기한다면, 당사는 자동으로 고객에게 “신속한 불만사항” 접수 권한을 부여하고 24시간 안에 답변해야 합니다.**

2단계: 저희가 가입자의 불만사항을 검토 후 답변을 제공합니다.

- **가능하면 바로 답변을 제공할 것입니다.** 불만사항에 대해 전화를 하시면 바로 답변을 드릴 수도 있습니다. 가입자의 건강 상태에 따라 빠른 답변이 필요하시면 빠르게 답변해 드립니다.
- **대부분의 불만사항은 달력일 기준으로 30일 내에 처리됩니다.** 더 많은 정보가 필요하거나 가입자를 위해 시간 연장이 필요한 경우 또는 가입자가 더 많은 시간을 요청하실 경우 가입자의 불만사항에 대한 답변을 위해 달력일 기준 14일이 더 걸릴 수 있습니다(달력일 기준 총 44일). 시간이 더 걸릴 경우에는 서면으로 알려 드립니다.
- 일부 또는 전체의 불만사항에 저희가 **동의하지 않을 경우** 또는 가입자의 불만사항에 저희의 책임이 없는 경우, 해당 사실을 알려 드립니다. 저희의 답변에 대한 이유도 함께 알려 드립니다. 저희는 불만사항에 대해 동의 여부를 반드시 알려 드려야 합니다.

7장. 문제 또는 불만사항이 있는 경우 할 수 있는 조치(보장에 대한 결정,이의 신청, 불만사항)

섹션 9.4 품질 개선 기관에 의료 품질에 대해 불만사항을 접수할 수도 있습니다.

위에 설명된 단계별 절차를 사용하여 받은 의료 품질에 대해 불만사항을 제기할 수 있습니다.

가입자의 불만사항이 *의료 서비스 품질*에 관한 것이라면 2가지 중 하나를 선택하실 수 있습니다.

- **가입자는 품질 개선 기관에 불만사항을 접수할 수 있습니다.** 원하는 경우 가입자가 받은 의료 품질에 대한 불만사항을 당사에 제기하지 *않고* 이 기관에 바로 접수할 수 있습니다.
 - 품질 개선 기관은 연방 정부로부터 고용된 의사 및 다른 건강 관리 전문가 집단으로 Medicare 환자에게 제공된 관리의 질을 확인 및 개선합니다.
 - 이 책자의 2장의 섹션 4에서 가입자의 주에 있는 품질 개선 기관의 이름, 주소 또는 전화번호를 찾아보십시오. 이 기관으로 불만사항을 제기하신다면 저희는 이 기관과 협력하여 가입자의 불만사항을 처리할 것입니다.
- **또는 양측 모두에게 불만사항을 접수하실 수 있습니다.** 원할 경우 건강 관리의 질에 대한 가입자의 불만사항을 저희 및 품질 개선 기관에 모두 제기하실 수 있습니다.

섹션 9.5 Medicare로 불만사항을 제기하실 수 있습니다

가입자는 Medicare에 저희 플랜에 대한 불만사항을 직접 제기할 수 있습니다. Medicare에 불만사항을 제기하려면 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx를 방문하십시오. Medicare는 가입자의 불만사항을 진지하게 접수하고 있으며 Medicare 프로그램의 품질 개선을 위해 이러한 정보를 사용할 것입니다.

다른 피드백 또는 고려사항이 있으시거나 플랜이 가입자의 문제를 처리하지 않는다고 생각되시면 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오.

8장

플랜 가입 종료

8장. 플랜 가입 종료**8장. 플랜 가입 종료**

섹션 1	개요.....	200
섹션 1.1	이번 장에서는 저희 플랜 가입 종료에 대해 다룹니다	200
섹션 2	언제 플랜 가입을 종료할 수 있습니까?	200
섹션 2.1	연례 등록 기간에 가입을 종료할 수 있습니다	200
섹션 2.2	Medicare Advantage 정기 등록 기간에 가입을 종료할 수 있습니다...	201
섹션 2.3	특정한 상황에서 특별 등록 기간에 가입을 종료할 수 있습니다....	202
섹션 2.4	언제 가입을 종료할 수 있는지에 대한 자세한 정보는 어디에서 얻을 수 있습니까?	202
섹션 3	플랜 멤버십 종료 방법	203
섹션 3.1	일반적으로 다른 플랜에 가입하게 되면 현재 플랜의 가입이 종료됩니다	203
섹션 4	가입이 종료되기 전까지 계속 저희의 플랜을 통해 의료 서비스 보장을 받아야 합니다	204
섹션 4.1	가입이 종료되기 전까지는 여전히 저희 플랜의 가입자입니다 ...	204
섹션 5	플랜에서 특정 상황에서 가입자의 가입을 종료해야 합니다.....	205
섹션 5.1	저희가 가입자의 플랜 가입을 종료해야 하는 경우는 언제입니까?	205
섹션 5.2	저희는 가입자의 건강과 관련된 이유로 플랜 탈퇴를 요청할 수 없습니다	205
섹션 5.3	저희가 가입자의 가입을 종료시키는 경우 불만사항을 제기할 수 있는 권리가 있습니다	205

8장. 플랜 가입 종료**섹션 1 개요****섹션 1.1 이번 장에서는 저희 플랜 가입 종료에 대해 다룹니다**

Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)의 가입 종료는 **자발적**(본인의 선택) 또는 **비자발적**(본인의 선택이 아님)으로 일어날 수 있습니다.

- 가입자의 **개인 의지**에 따라 플랜 탈퇴를 결정할 수 있습니다.
 - 가입자는 특정 기간 또는 특정 상황에서 자발적으로 플랜 가입을 종료할 수 있습니다. 섹션 2에서는 가입자가 플랜을 종료할 수 있는 시기에 관해 설명합니다.
 - 자발적인 가입 종료 절차는 새로 선택하는 보험의 종류에 따라 달라질 수 있습니다. 섹션 3에서는 각 상황에서 가입을 종료할 수 있는 방법을 알려 드립니다.
- 가입자가 탈퇴하기로 결정하지 않았음에도 저희가 가입자의 가입을 종료해야 하는 제한적인 경우도 있습니다. 섹션 5에서는 저희가 가입을 종료해야 하는 경우에 대해 알려 드립니다.

저희의 플랜을 탈퇴하는 경우 가입이 종료되기 전까지 계속 저희의 플랜을 통해 의료 관리 보장을 받아야 합니다.

섹션 2 언제 플랜 가입을 종료할 수 있습니까?

매년 등록 기간으로 알려진 특정 시기에 저희 플랜의 가입을 종료할 수 있습니다. 모든 가입자는 연례 등록 기간 및 Medicare Advantage 정기 등록 기간에 플랜을 종료할 수 있는 기회가 있습니다. 특정 상황에서는 해당 연도의 다른 시기에도 플랜을 탈퇴할 수 있는 자격을 갖추 수 있습니다.

섹션 2.1 연례 등록 기간에 가입을 종료할 수 있습니다

가입자는 **연례 등록 기간**(일명 “연례 정기 등록 기간”)에 가입을 종료할 수 있습니다. 이는 가입자가 자신의 의료 및 의약품 보장을 검토하고 다음 해에 받을 보장에 대한 결정을 내리는 시기입니다.

- **연례 등록 기간은 언제입니까?** 10월 15일부터 12월 7일까지입니다.
- **연례 등록 기간에 어떤 유형의 플랜으로 전환할 수 있습니까?** 현재의 보장을 유지할 수도 있고 다음 해에 받을 보장을 변경할 수도 있습니다. 새로운 플랜으로 변경하기로 결정한 경우, 다음 유형의 플랜 중 하나를 선택할 수 있습니다.

8장. 플랜 가입 종료

- 다른 Medicare 건강 플랜(처방약을 보장하는 플랜 또는 처방약을 보장하지 않는 플랜을 선택할 수 있습니다).
- 별도의 Medicare 처방약 플랜이 있는 Original Medicare.
- - 또는 - 별도의 Medicare 처방약 플랜이 없는 Original Medicare.
- **언제 가입이 종료됩니까?** 새로운 플랜의 보장이 개시되는 1월 1일에 가입이 종료됩니다.

섹션 2.2**Medicare Advantage 정기 등록 기간에 가입을 종료할 수 있습니다**

가입자는 **Medicare Advantage 정기 등록 기간**에 의료 보장을 한 번 변경할 수 있습니다.

- **연례 Medicare Advantage 정기 등록 기간이 언제입니까?** 매년 1월 1일부터 3월 31일까지입니다.
- **연례 Medicare Advantage 정기 등록 기간에 무슨 종류의 플랜으로 변경할 수 있습니까?** 이 기간 중에 다음이 가능합니다.
 - 다른 Medicare Advantage Plan으로 변경하기(처방약을 보장하는 플랜 또는 처방약을 보장하지 않는 플랜을 선택할 수 있습니다).
 - 당사의 플랜에서 탈퇴하고 Original Medicare를 통해 보장 받기. 이 기간 동안 Original Medicare로 전환하는 것을 선택하면 그 기간 동안 별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입하실 수도 있습니다.
- **언제 가입이 종료됩니까?** 가입자가 다른 Medicare Advantage 플랜에 가입하거나 Original Medicare로 변경하겠다는 가입자의 요청을 당사에서 접수한 다음 달의 첫 날에 가입이 해지됩니다. 또한 Medicare 처방약 플랜에 등록하기로 선택한 경우에는 해당 의약품 플랜이 가입자의 등록 요청을 받은 다음 달 1일에 가입이 종료됩니다.

8장. 플랜 가입 종료**섹션 2.3 특정한 상황에서 특별 등록 기간에 가입을 종료할 수 있습니다**

특정한 상황에서 Wellcare Patriot No Premium Open (PPO) 가입자는 다른 시기에 가입을 종료할 수 있는 자격이 있습니다. 이는 **특별 등록 기간**이라고 합니다.

- **누가 특별 등록 기간 자격 대상이 됩니까?** 다음의 상황 중 하나에 해당되는 경우, 특별 등록 기간에 플랜 가입을 종료할 수 있습니다. 이상은 예시일 뿐이며, 전체 목록은 플랜에 문의하거나 Medicare에 전화하거나 Medicare 웹사이트(www.medicare.gov)를 방문하십시오.
 - 일반적으로, 이사한 경우.
 - Medicaid에 가입한 경우.
 - 저희가 가입자와의 계약을 위반한 경우.
 - 요양원 또는 장기요양(LTC) 병원과 같은 시설에서 의료 서비스를 받는 경우.
 - 종합 노령인 케어 프로그램(PACE)에 등록하는 경우.
- **특별 등록 기간은 언제입니까?** 등록 기간은 가입자의 상황에 따라 달라질 수 있습니다.
- **무슨 조치를 취해야 합니까?** 특별 등록 기간 자격 대상이 되는지 알아보려면 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 Medicare에 전화해 주십시오. TTY 사용자를 위한 전화번호는 1-877-486-2048번입니다. 특별한 상황으로 인해 가입을 취소할 수 있는 유자격 경우 Medicare 의료 보장과 처방약 보장을 모두 변경할 수 있습니다. 이는 가입자가 다음 유형의 플랜 중 하나를 선택할 수 있다는 의미입니다.
 - 다른 Medicare 건강 플랜(처방약을 보장하는 플랜 또는 처방약을 보장하지 않는 플랜을 선택할 수 있습니다).
 - 별도의 Medicare 처방약 플랜이 있는 Original Medicare.
 - - 또는 - 별도의 Medicare 처방약 플랜이 없는 Original Medicare.
- **언제 가입이 종료됩니까?** 저희가 가입자의 플랜 변경 요청을 받은 다음 달 1일에 가입이 종료됩니다.

섹션 2.4 언제 가입을 종료할 수 있는지에 대한 자세한 정보는 어디에서 얻을 수 있습니까?

질문이 있거나 언제 가입을 종료할 수 있는지에 대한 자세한 정보를 얻고 싶은 경우:

- **가입자 서비스부에 전화**할 수 있습니다(전화번호는 이 책자의 뒷표지에 안내됨).

8장. 플랜 가입 종료

- 해당 정보는 **2022년 Medicare & You** 핸드북에서 확인할 수 있습니다.
 - Medicare 가입자는 매년 가을에 2022년 Medicare & You 사본을 받아 볼 수 있습니다. Medicare 신규 가입자는 처음 가입한 날로부터 1개월 내 사본이 발송됩니다.
 - Medicare 웹사이트(www.medicare.gov)에서 다운로드 할 수도 있습니다. 또는 아래 번호로 Medicare에 전화하여 인쇄본을 한 부 주문할 수도 있습니다.
- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 **Medicare**에 연락하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오.

섹션 3 플랜 멤버십 종료 방법**섹션 3.1 일반적으로 다른 플랜에 가입하게 되면 현재 플랜의 가입이 종료됩니다**

일반적으로 저희 플랜 가입을 종료하려면 등록 기간 동안(등록 기간에 대한 정보는 이 장의 섹션 2 참조) 다른 Medicare 플랜에 가입하면 됩니다. 그러나 저희 플랜에서 Medicare 처방약 플랜 없이/ Original Medicare로 전환하고자 하는 경우 저희 플랜에서 탈퇴 요청을 해야 합니다. 탈퇴 요청에는 두 가지 방법이 있습니다.

- 저희에 서면으로 요청하실 수 있습니다. 탈퇴 요청 방법에 대해 자세히 알아보시려면 가입자 서비스부에 연락하십시오(전화번호는 이 책자의 뒷표지에 안내됨).
- --또는-- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 Medicare에 연락하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오.

아래의 표에서 저희 플랜 가입을 종료하는 방법에 대해 설명합니다.

**저희 플랜을 다음의 플랜으로 전환하고자 가입자가 취해야 할 조치:
하는 경우:**

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • 다른 Medicare 건강 플랜 | <ul style="list-style-type: none"> • 새로운 Medicare 건강 플랜에 등록합니다. 새로운 플랜의 보장이 시작되면 자동으로 Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)에서 탈퇴하게 됩니다. |
| <ul style="list-style-type: none"> • 별도의 Medicare 처방약 플랜이 있는 Original Medicare. | <ul style="list-style-type: none"> • 새로운 Medicare 처방약 플랜에 등록합니다. 새로운 플랜의 보장이 시작되면 자동으로 Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)에서 탈퇴하게 됩니다. |

8장. 플랜 가입 종료

**저희 플랜을 다음의 플랜으로 전환하고자 가입자가 취해야 할 조치:
하는 경우:**

- 별도의 Medicare 처방약 플랜이 **없는** Original Medicare
- **저희에게 서면으로 탈퇴 요청을 보내 주십시오.** 탈퇴 요청 방법에 대해 자세히 알아보시려면 가입자 서비스부에 연락하십시오 (전화번호는 이 책자의 뒷표지에 안내됨).
- 또한
1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 **Medicare**에 전화하여 탈퇴를 요청할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오.
- Original Medicare의 보장이 시작되면 자동으로 Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)에서 탈퇴하게 됩니다.

섹션 4 가입이 종료되기 전까지 계속 저희의 플랜을 통해 의료 서비스 보장을 받아야 합니다

섹션 4.1 가입이 종료되기 전까지는 여전히 저희 플랜의 가입자입니다

가입자가 저희의 플랜을 탈퇴하는 경우 가입이 종료되고 새로운 Medicare 보장이 발효되기까지 시간이 소요될 수 있습니다(새로운 보장 개시일 대한 정보는 섹션 2를 참고하십시오). 이 시기에 가입자는 계속 당사 플랜을 통해 의료 서비스를 받아야 합니다.

- **가입이 종료되는 날에 입원한 경우, 일반적으로 퇴원 시까지 입원 비용은** (새로운 의료 보장이 개시된 후에 퇴원하는 경우에도) 저희 플랜으로 보장받을 수 있습니다.

8장. 플랜 가입 종료**섹션 5 플랜에서 특정 상황에서 가입자의 가입을 종료해야 합니다****섹션 5.1 저희가 가입자의 플랜 가입을 종료해야 하는 경우는 언제입니까?**

다음 중 한 가지 상황이 발생할 경우에 플랜에서 가입자의 가입을 종료해야 합니다.

- Medicare Part A 및 Part B에서 탈퇴한 경우.
- 서비스 지역 밖으로 이사하는 경우.
- 저희의 서비스 지역을 6개월 이상 떠나게 된 경우.
 - 이사 또는 장기 여행을 가는 경우, 가입자 서비스부에 전화하여 이사 장소 또는 여행지가 저희 플랜 서비스 지역에 해당하는지 여부를 확인해야 합니다(가입자 서비스부의 전화번호는 이 책자의 뒷표지에 인쇄되어 있습니다).
- 수감되는 경우(교도소에 가는 경우).
- 미국 시민이 아니거나 미국에서 합법적 체류자가 아닌 경우.

자세한 정보는 어디에서 얻을 수 있습니까?

질문이 있거나 언제 저희가 가입자의 가입을 종료할 수 있는지에 대한 자세한 정보를 얻고 싶은 경우:

- 자세한 정보는 **가입자 서비스부**에 문의할 수 있습니다(전화번호는 이 책자의 뒷표지에 안내됨).

섹션 5.2 저희는 가입자의 건강과 관련된 이유로 플랜 탈퇴를 요청할 수 없습니다

Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)은 가입자의 건강과 관련한 이유로 플랜을 탈퇴할 것을 요청할 수 없습니다.

이러한 일이 일어나면 어떻게 해야 합니까?

건강과 관련된 이유로 저희 플랜 탈퇴 요청을 받았다고 생각한다면 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 전화해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오. 주 7일, 하루 24시간 상시 이용이 가능합니다.

섹션 5.3 저희가 가입자의 가입을 종료시키는 경우 불만사항을 제기할 수 있는 권리가 있습니다

저희가 가입자의 플랜 가입을 종료시키는 경우 저희는 가입자에게 가입 종료 이유를 서면으로 고지해야 합니다. 저희는 또한 가입 종료 결정에 대해 고충을 접수 또는 불만사항을 제기할 수 있는 방법에 대해 설명해야 합니다. 불만사항 제기 방법에 대한 정보는 7장의 섹션 9를 참조할 수 있습니다.

9장

법적 고지

9장. 법적 고지**9장. 법적 고지**

섹션 1	준거법에 대한 고지.....	208
섹션 2	차별금지에 대한 고지	208
섹션 3	Medicare 2차 지불자의 대위구상권에 대한 고지	208
섹션 4	Wellcare Patriot No Premium Open (PPO) 플랜에 따라 당사 플랜에서 제공한 혜택 회수.....	209
섹션 5	가입자 카드.....	211
섹션 6	독립 계약자.....	211
섹션 7	의료 플랜 사기	212
섹션 8	플랜이 통제할 수 없는 상황	212

9장. 법적 고지**섹션 1 준거법에 대한 고지**

보장 범위 증명서에는 많은 법률이 적용되며 법률에 따라 특정 추가적인 조항이 적용될 수 있습니다. 이 문서에 포함 또는 설명되지 않은 법률도 가입자의 권리 및 의무에 영향을 줄 수 있습니다. 이 문서에 적용되는 주요 법률은 사회 보장법 Title XVIII 및 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS)가 사회 보장법에 따라 수립한 규정입니다. 나아가, 기타 연방법이 적용될 수 있으며 특정 상황에서 거주하는 주의 법률이 적용될 수 있습니다.

섹션 2 차별금지에 대한 고지

저희 플랜은 가입자를 차별이나 부당한 대우로부터 보호하는 법률을 준수해야 합니다. 당사는 인종, 민족성, 출신 국가, 피부색, 종교, 성별, 연령, 정신 또는 신체적 장애, 건강 상태, 청구 이력, 병력, 유전자 정보, 보험 가입 능력 입증, 서비스 지역 내에서의 지리적 위치 등을 바탕으로 **차별 대우를 하지 않습니다.** Medicare Advantage 플랜을 제공하는 모든 기관은 차별을 금지하는 1964년 시민 권리에 관한 법률 Title VI, 1973년 재할법, 1975년 연령 차별 금지법, 미국 장애인법, 의료비용합리화법(AC) 1557항을 비롯한 연방법 및 기타 연방 재정 지원을 받는 단체에 적용되는 모든 법률과 다른 이유로 적용되는 기타 법률 및 규정을 준수해야 합니다.

차별이나 부당 대우에 관한 추가 정보가 필요하거나 우려사항이 있으면 보건복지부의 **시민권리 사무국** 전화 1-800-368-1019(TTY 1-800-537-7697)번 또는 현지 시민권리 사무국으로 전화하십시오.

장애가 있어서 치료 받는 데 도움이 필요하면 가입자 서비스부로 연락하십시오 (전화번호는 이 책자의 뒷표지에 안내됨). 휠체어 접근성 문제 등에 관한 불만사항이 있으시면 가입자 서비스부에서 도와 드립니다.

섹션 3 Medicare 2차 지불자의 대위구상권에 대한 고지

저희는 Medicare가 주 상환자가 아닌 Medicare 보장 서비스에 대해 비용을 수금할 수 있는 권리와 의무가 있습니다. CMS 규정 42 CFR 섹션 422.108과 423.462, 저희의 플랜에 따라, 저희는 Medicare Advantage 조직으로서 주 법률에 우대해 적용되는 42 CFR Part 411의 하위 Part B에서 D까지의 CMS 규정과 이 섹션에서 수립된 규정에 의거한 총무의 권리와 동일한 회복권을 행사할 수 있습니다.

9장. 법적 고지**섹션 4****Wellcare Patriot No Premium Open (PPO) 플랜에 따라 당사 플랜에서 제공한 혜택 회수****부상을 당한 경우**

다른 사람, 회사 또는 가입자("책임 당사자")의 행동을 통해 부상을 입거나 질병에 걸리거나 상태가 발현되는 경우, 당사 플랜은 가입자가 받는 보상 서비스에 대한 혜택을 제공합니다. 그러나, 합의, 판결, 또는 부상, 질병 또는 상태와 관련된 기타 지불을 통해, 부상, 질병 또는 상태로 인해 돈을 받을 자격이 있는 경우, 당사 플랜 및/또는 치료 제공자는 해당 주 법에 따라 이 플랜을 통해 귀하에게 제공되는 서비스의 가치를 회수할 권리를 보유합니다.

이 조항 전반에 걸쳐 사용되는 "책임 당사자"라 함은 부상, 질병 또는 상태에 대해 실제적 또는 잠재적으로 책임이 있는 개인 또는 단체를 의미합니다. 책임 당사자라는 용어에는 책임자나 법인의 책임 있는 사람 또는 단체의 법적 책임 또는 기타 보험사가 포함됩니다.

책임 당사자의 행동을 통해 부상을 입거나 질병에 걸리거나 상태가 발현될 수 있는 몇 가지 예는 다음과 같습니다.

- 교통 사고가 난 경우,
- 가게에서 미끄러져 넘어진 경우 또는
- 작업 중에 위험한 화학 물질에 노출된 경우.

저희 플랜의 회수 권리는 다음을 포함하여(단, 이에 국한되지 않음) 책임 당사자로부터 받은 모든 금액에 적용됩니다.

- 제3자 또는 제3자를 대신하여 보험 회사에서 지급한 금액,
- 보험이 없거나 부분적으로만 가입한 운전자 보장,
- 개인 상해 보호, 과실 없음 또는 기타 당사자 보장,
- 근로자 보상 또는 장애 보상 또는 결제,
- 자동차 정책, 건물 또는 주택 소유주의 보험 보장 또는 포괄 보장에 따른 의료 지급 보장,
- 소송 또는 기타 법적 소송에서 받은 합의,
- 소송 또는 기타 법적 소송에서 받은 판결 또는
- 책임 당사자의 작위 또는 부작위에 대한 보상으로 다른 모든 출처로부터 받은 기타 모든 지급.

9장. 법적 고지

이 플랜에 따른 혜택을 수락함으로써 귀하는 저희 플랜이 책임 당사자의 작위 또는 부작위로 인해 수령한 보장 서비스에 대한 혜택을 지급했을 때 적용되는 보상 및 상환에 대한 최우선 권한을 가지고 있으며 귀하 또는 귀하의 대리인은 책임 당사자로부터 금액을 회수하거나 회수할 자격이 있다는 데 동의합니다.

이 플랜에 따른 혜택을 수락함으로써 귀하는 (i) 상해, 질병 또는 상태와 관련하여 플랜에서 제공하는 모든 보장 서비스의 전체 비용까지 이용 가능한 모든 보장에서 의료 비용을 회수할 수 있는 권리를 저희 플랜에 양도하고 (ii) 책임 당사자가 귀하를 대신하여 플랜을 직접 상환하도록 구체적으로 지시하는 데 동의합니다.

또한 이 플랜에 따른 혜택을 수락함으로써 저희 플랜에 모든 회수, 합의 또는 판결 또는 기타 보상 출처에 대한 우선 유치권을 부여하고 책임 당사자의 작위 또는 부작위로 인한 귀하의 부상, 질병 또는 상태와 관련된 플랜에 따라 지급된 보장 서비스 혜택의 전체 비용에 대해 모두 상환합니다. 이 우선 순위는 금액이 의료 비용 회수로 구체적으로 식별되는지 여부와 손실에 대한 전부 또는 전적인 보상 여부와 관계없이 적용됩니다. 당사 플랜은 비교 과실이나 기타 이유로 인해 귀하의 잘못에 대한 청구와 관계없이 본 플랜에서 제공하는 모든 혜택의 전체 비용을 회수할 수 있습니다. 변호사 비용은 저희 플랜의 회수액에서 공제될 수 없으며, 저희 플랜은 책임 당사자에 대한 청구 또는 소송을 진행하기 위해 고용된 또는 변호사에 대한 법정 비용 또는 변호사 비용을 지불하거나 지불하는 데 기여할 필요가 없습니다.

수행해야 하는 단계

책임 당사자로 인해 부상을 입거나 질병에 걸리거나 상태가 악화된 경우, 가입자는 다음을 포함하여 비용을 회수하기 위한 당사 플랜 및/또는 치료 제공자의 노력에 협조해야 합니다.

- 해당되는 경우, 저희 플랜이나 치료 제공자에게 책임 당사자 및/또는 해당 변호사의 이름과 주소(알고 있는 경우), 변호사의 이름과 주소(변호사를 아용하는 경우), 관련 보험 회사의 이름과 주소를 부상, 질병 또는 상태의 원인에 대한 설명을 포함하여 알려주기.
- 저희 플랜이나 치료 제공자가 유치권 또는 회수권을 집행하는 데 도움이 되도록 합리적으로 요청할 수 있는 모든 서류 작성.
- 저희 플랜 또는 치료 제공자의 사례 또는 청구의 상태 및 모든 합의 논의에 대한 문의에 신속하게 응답.
- 귀하 또는 귀하의 변호사가 책임 당사자 또는 기타 다른 출처로부터 돈을 받은 즉시 저희 플랜에 통보.

9장. 법적 고지

- 의료 비용 회수로 구체적으로 식별되는지 여부와 손실에 대한 전부 또는 전적인 보상 여부와 관계없이, 책임 당사자로 인한 귀하의 상해, 질병 또는 상태와 관련된 플랜에 따라 지급된 전체 혜택 비용에 대한 저희 플랜에 따른 모든 환급을 포함하여, 회복, 합의, 판결 또는 기타 보상 출처에서 의료 유치권 또는 플랜 회수액 지급.
- 위에 명시된 바와 같이 저희 플랜의 권리를 침해하는 행위를 하지 않음. 여기에는 플랜에서 지불한 모든 혜택의 전체 비용을 결제 또는 회수에서 줄이거나 배제하려는 시도 또는 저희 플랜의 최우선 회수 또는 유치권을 거부하려는 시도가 포함되지만 이에 국한되지 않습니다.
- 귀하 또는 귀하의 변호사가 책임 당사자로부터 또는 다른 어떤 출처로부터 받는 돈을 보관 및 해당하는 경우 귀하가 지불받는 즉시, 회수할 권리를 주장하는 다른 잠재적 유치권자 또는 제3자의 지불 전에 플랜에 따라 회수액에 대해 저희 플랜 또는 치료 제공자에게 상환.
- 가입자는 그러한 환급 또는 초과 지불 금액에 대해 저희와 협력해야 합니다.

섹션 5 가입자 카드

이 보장 범위 증명서에 따라 저희 플랜에서 발급한 가입자 카드는 신분 확인만을 목적으로 합니다. 가입자 카드를 소지하더라도 이 보장 범위 증명서에 따른 서비스 또는 기타 혜택을 받을 수 있는 권리가 있는 것은 아닙니다. 이 보장 범위 증명서에 따라 서비스 또는 혜택을 받으려면 카드 소지자가 보장 자격을 갖추고 이 보장 범위 증명서에 따라 가입자로 등록해야 합니다. 이 보장 범위 증명서에 따라 자격이 없는 사람이 서비스를 받은 경우 해당 서비스에 대해 지불할 책임이 있습니다. 가입자는 서비스를 받을 때 Medicare 카드가 아닌 플랜의 가입자 카드를 제시해야 합니다. 가입자 카드를 교체해야 하는 경우 이 책자의 뒷표지에 나와 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화하시기 바랍니다.

참고: 가입자 카드의 남용 또는 오용을 고의로 허용하는 가입자는 가입이 취소될 수 있습니다. 가입자 카드 남용 또는 오용으로 인해 발생한 탈퇴를 감찰관 사무실에 신고해야 하며, 이로 인해 형사 기소될 수 있습니다.

섹션 6 독립 계약자

저희 플랜과 각 참여 의료 제공자 간의 관계는 독립 계약자 관계입니다. 참여 의료 제공자는 저희 플랜의 직원 또는 대리인이 아니며, 저희 플랜도, 저희 플랜의 직원도, 참여 의료 제공자의 직원 또는 제공자 대리인도 아닙니다. 어떠한 경우에도 저희 플랜은 참여 의료 제공자 또는 다른 의료 제공자의 과실, 부당 행위 또는 실수에 대해 책임을 지지 않습니다. 저희 플랜이 아닌 참여 의사는 가입자와 의사-환자 관계를 유지합니다. 저희 플랜은 의료 제공자가 아닙니다.

9장. 법적 고지

섹션 7 의료 플랜 사기

의료 플랜 사기는 의료 제공자, 가입자, 고용주 또는 그들을 대리하는 사람이 플랜에 대해 속이거나 허위 진술하는 것으로 정의됩니다. 기소될 수 있는 중죄입니다. 예를 들어 허위이거나 기만적인 진술이 포함된 청구서를 제출함으로써 의료 플랜을 속이려 하는 활동에 고의로 알고도 관여하는 사람은 의료 플랜 사기에 해당합니다.

청구서 또는 혜택 설명 양식에 표시된 요금에 대해 우려되거나 불법 행위를 알거나 의심되는 경우, 저희 플랜의 수신자 부담 사기 핫라인(Fraud Hotline)에 1-866-685-8664(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 사기 핫라인(Fraud Hotline)은 주 7일 하루 24 시간 운영됩니다. 모든 통화 내용은 엄격히 기밀로 유지됩니다.

섹션 8 플랜이 통제할 수 없는 상황

자연 재해, 전쟁, 폭동, 내란, 전염병, 시설의 전체 또는 부분 파괴, 핵 폭발 또는 기타 핵 에너지 방출, 중요한 의료 그룹 직원의 장애, 응급 상황 또는 기타 유사한 사건이 당사 플랜의 통제 범위를 벗어나 플랜의 시설 또는 직원이 이 **보장 범위 증명서**에 따라 서비스 또는 혜택을 제공하거나 마련할 수 없게 되는 경우, 해당 서비스 또는 혜택을 제공해야 하는 플랜의 의무는 플랜이 현재 이용할 수 있는 시설 또는 직원 내에서 그러한 서비스 또는 혜택을 제공하거나 제공하기 위해 선의의 노력을 기울여야 한다는 요건으로 제한됩니다.

10장

주요 용어 정의

10장. 주요 용어 정의**10장. 주요 용어 정의**

통원 수술 센터 - 통원 수술 센터는 병원 치료가 필요하지 않고, 센터에 머무는 동안 24시간 이상 케어가 필요하지 않을 것으로 예상되는 환자들에게 외래 환자 수술을 제공하기 위한 단체입니다.

연례 등록 기간 - 매년 가을 가입자가 의료 또는 의약품 플랜을 변경하거나 Original Medicare로 전환할 수 있는 기간. 연례 등록 기간은 10월 15일부터 12월 7일까지입니다.

이의 신청 - 이의 신청은 가입자가 이미 받은 의료 서비스 보장 요청을 거절하는 당사의 결정에 동의하지 않는 경우에 가입자가 취할 수 있는 조치입니다. 받고 있는 서비스를 중단시키는 저희의 결정에 동의하지 않는 경우에도 이의 신청을 할 수 있습니다. 예를 들어, 가입자가 받을 수 있다고 생각하는 의약품 또는 품목, 서비스에 대한 비용을 저희가 지불하지 않은 경우 이의 신청을 요청할 수 있습니다. 이의 신청 절차 등 이의 신청에 관한 내용은 7장을 참조하십시오.

결산 청구 - 의료 제공자(의사나 병원 등)가 서비스에 대해 플랜에서 허용하는 비용분담분을 초과하여 개인에게 청구하는 상황을 말합니다. 저희 플랜의 가입자는 저희 플랜으로 보장되는 서비스를 받을 때 저희 플랜의 비용분담분만 부담하면 됩니다. 저희는 의료 제공자가 가입자에게 “결산 청구” 또는 가입자가 부담하도록 플랜에 명시되어 있는 비용분담분보다 많은 금액을 청구하는 것을 허용하지 않습니다.

혜택 기간 - 저희 플랜과 Original Medicare가 함께 가입자의 전문요양시설(SNF) 서비스 이용을 측정하는 방법입니다. 혜택 기간은 전문요양시설에 입소하는 날부터 시작합니다. 혜택 기간은 가입자가 60일 연속으로 SNF에서 전문 치료를 받지 않은 시점에 종료됩니다. 한 번의 혜택 기간이 종료된 후 전문요양시설에 입소하면 새로운 혜택 기간이 시작됩니다. 혜택 기간의 수에는 제한이 없습니다.

Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS) - Medicare를 관장하는 연방 기관입니다. CMS 연락 방법은 2장을 참조하십시오.

공동보험료 - 공제액을 납부한 후 서비스 비용의 가입자 부담금으로 납부해야 하는 금액입니다. 일반적으로 공동보험료는 비율(예:20%)로 지정됩니다.

가입자 부담 통합 최대한도액 - 네트워크 소속(우대) 의료 제공자 및 네트워크 비소속(비우대) 의료 제공자가 제공하는 모든 Part A 및 Part B 서비스에 대해 연간 지불하는 최대 금액입니다. 가입자 부담 통합 최대한도액에 대한 정보는 4장의 섹션 1.2를 참고하십시오.

10장. 주요 용어 정의

불만사항 - “불만사항 제기”의 정식 명칭은 “고충 접수”입니다. 불만사항 제기 절차는 특정 종류의 문제만 해당됩니다. 건강 관리의 질, 대기 시간 및 고객 서비스부의 문제가 이에 포함됩니다. 이 주요 용어 정의의 “고충” 항목도 참조하십시오.

종합외래재활시설(CORF) - 주로 질병 또는 상해 후 재활 서비스를 제공하는 시설을 말합니다. 물리치료, 사회적 및 심리적 서비스, 호흡 치료, 작업치료, 음성 언어 병리학 서비스, 가정 환경 평가 서비스 등 다양한 서비스를 제공합니다.

코페이먼트(또는 “코페이”) - 의사 방문, 병원 외래 방문 또는 처방약과 같이 의료 서비스나 용품에 대해 본인부담금으로서 납부해야 할 수 있는 금액입니다. 코페이먼트는 비율보다는 고정 금액으로 지정됩니다. 예를 들어, 의사 방문 또는 처방약에 대해 \$10 또는 \$20를 지불할 수 있습니다.

비용 부담 - 비용 부담은 서비스를 받을 때 가입자가 부담해야 하는 금액을 말합니다. 비용 부담 방식은 다음 세 가지 지급 유형의 조합을 포함합니다. (1) 서비스가 보장되기 전에 플랜에서 부과할 수 있는 공제액, (2) 특정 서비스를 받을 때 플랜에서 요구하는 고정 “코페이먼트” 금액 또는 (3) 특정 서비스를 받을 때 플랜이 요구하는 서비스에 대해 지급한 총금액의 일정 비율인 “공동보험료” 금액.

보장 서비스 - EOC에서 당사 플랜이 보장하는 모든 의료 서비스 및 용품을 의미하는 일반 용어.

보호 치료 - 보호 치료는 전문 의료 관리 또는 전문 간호사의 케어를 필요로 하지 않는 경우 요양원 또는 호스피스, 기타 시설 환경에서 제공되는 개인 치료입니다. 보호 치료는 개인 관리로 목욕, 옷 입기, 침대 또는 의자 사용, 이동, 화장실 사용을 돕는 일과 같이 전문 기술 또는 훈련이 필요 없는 서비스를 제공합니다. 안약 사용과 같이 대부분이 직접 할 수 있는 의료 관련 관리도 이에 포함될 수 있습니다. Medicare는 보호 치료에 대한 비용을 지불하지 않습니다.

공제액 - 저희 플랜이 비용을 지불하기 전에 의료 서비스에 대해 가입자가 지불해야 하는 금액.

가입 취소 또는 탈퇴 - 플랜 가입 종료 절차. 탈퇴는 자발적(본인의 선택)일 수도 있고 비자발적(본인의 선택이 아님)일 수도 있습니다.

10장. 주요 용어 정의

내구성 의료 장비(DME) - 의료적인 이유로 담당 의사가 주문해 주는 특정 의료 장비. 예를 들어 보행기, 휠체어, 목발, 전동 매트리스, 당뇨병 용품, 정맥 주입 펌프, 발성기, 산소 장비, 분무기 또는 의료 제공자가 가정용으로 주문한 병상 등이 포함됩니다.

응급 상황 - 의료적 응급 상황이란 가입자 본인 또는 건강과 의학에 대해 평균적인 지식을 가진 다른 사람이 볼 때 사망, 특정 신체 부위의 상실 또는 특정 신체 부위 기능의 상실 등을 방지하려면 즉각적인 의료적 처치가 필요하다고 생각되는 의료적 증상을 보이는 경우를 말합니다. 이러한 의학적 증상은 질병, 부상, 심한 통증 또는 급속히 악화되는 의학적 상태일 수 있습니다.

응급 치료 - 1) 응급 서비스를 제공할 수 있는 자격을 갖춘 의료 제공자에 의해 제공되고 2) 응급 상태를 치료, 평가 또는 안정화하는 데 필요한 보장 서비스를 의미합니다.

보장 범위 증명서(EOC) 및 공개 정보 - 등록 양식과 기타 첨부 문서, 부칙 또는 기타 선택된 선택적 보장과 더불어 이 문서는 가입자의 보장, 저희의 의무, 가입자의 권리, 가입자의 의무에 대해 설명합니다.

고충 - 진료 품질에 관한 불만사항을 포함하여 가입자가 당사 플랜에 대해 제기하는 불만사항 유형. 이러한 유형의 불만사항에 보장 또는 지불 관련 분쟁은 포함되지 않습니다.

가정 간호 도우미 - 가정 간호 도우미는 개인 간호(예: 목욕, 화장실 사용, 옷 입기 또는 처방된 운동 실시하기)를 돕는 일과 같이, 면허가 있는 정식 간호사 또는 치료사의 전문 기술이 필요 없는 서비스를 제공합니다. 가정 간호 도우미는 간호사 면허가 없으며 치료 요법을 제공하지 않습니다.

호스피스 - 남은 수명이 6개월 이하인 가입자는 호스피스를 선택할 수 있는 권리가 있습니다. 저희 플랜은 가입자의 거주 지역 내 호스피스 제공자 목록을 제공해야 합니다. 만약 호스피스를 선택한 경우 가입자는 여전히 저희 플랜 가입자로서 보험료를 지불해야 합니다. 가입자는 여전히 저희가 제공하는 의학적으로 필요한 서비스와 보조 혜택을 받을 수 있습니다. 호스피스는 가입자의 상태에 대해 특별한 치료를 제공합니다.

입원 치료 - 전문 의료 서비스를 받기 위해 공식적으로 병원에 입원하여 체류하는 경우. 하룻밤 동안 병원에서 지내더라도 “외래 환자”로 간주되는 경우도 있습니다.

10장. 주요 용어 정의

독립 의사 협회(IPA) - 가입자에게 서비스를 제공하기 위해 플랜과 계약을 맺은 PCP, 전문의 및 기타 의료 제공자(병원 포함)를 포함하는 의사 연합입니다. 1장의 섹션 5.1을 참고하십시오.

초기 등록 기간 - 처음 Medicare 자격 대상 요건을 갖추었을 때 Medicare Part A와 Part B에 가입할 수 있는 기간. 예를 들어, 만 65세가 되었을 때 Medicare 자격을 갖추게 되는 경우 초기 등록 기간은 7개월이며 만 65세가 되기 전 3개월 전부터 개시되어 만 65세가 되는 달과 만 65세가 된 후의 3개월이 이에 포함됩니다.

네트워크 소속 가입자 부담 최대한도액 - 네트워크(우대) 소속 의료 제공자로부터 받은 보장되는 Part A 및 Part B 서비스에 대해 가입자가 지불할 최대 금액. 이 한도액에 도달하면 남은 계약 연도 동안 네트워크 소속 의료 제공자로부터 보장 서비스를 받을 때 비용을 지불할 필요가 없습니다. 단, 총 본인부담금에 도달할 때까지 가입자는 네트워크 비소속(비우대) 의료 제공자로부터 받는 치료에 대한 비용분담분을 계속 지불해야 합니다. 네트워크 소속 가입자 부담 최대한도액에 대한 정보는 4장의 섹션 1.3을 참고하십시오.

Medicaid (또는 Medical Assistance) - 저소득 및 제한된 자원을 지닌 일부 사람들의 의료비를 지원하는 연방 및 주 공동 프로그램. 프로그램은 주마다 다를 수 있으나 Medicare와 Medicaid 모두의 자격 대상이 된다면 대부분의 진료 비용이 보장됩니다. 거주하는 주의 Medicaid에 연락하는 방법에 대해서는 2장의 섹션 6을 참조하십시오.

의료 그룹 - 가입자에게 서비스를 제공하기 위해 플랜과 계약을 맺은 PCP, 전문의 및 기타 의료 제공자(병원 포함)를 포함하는 의 연합입니다. 1장의 섹션 3.2을 참조하십시오.

의학적으로 필요 - 가입자의 의학적 상태의 예방, 진단에 필요하고 치료의 허용 기준을 준수하는 서비스, 의료 용품, 의약품.

Medicare - 만 65세 이상 개인, 특정 장애가 있는 만 65세 미만 일부 개인 그리고 말기 신장 질환(보통 투석 또는 신장 이식을 요하는 영구 신부전) 환자를 대상으로 하는 연방 건강 플랜 프로그램입니다. Medicare 가입자는 Original Medicare 또는 PACE 플랜, Medicare Advantage 플랜을 통해 Medicare 의료 보장을 받을 수 있습니다.

Medicare Advantage 정기 등록 기간 - 매년 Medicare Advantage 플랜 가입자가 플랜 등록을 취소하고 Medicare Advantage 플랜으로 변경하거나 Original Medicare를 통해 보장 혜택을 받을 수 있도록 지정된 기간. 이 기간 동안 Original Medicare로 전환하는 것을 선택하면 그 기간 동안 별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입하실 수도 있습니다. Medicare Advantage 정기등록 기간은 1월 1일부터 3월 31일까지이며, 가입자가 처음 Medicare를 받을 유자격 후 3개월 동안 사용할 수 있습니다.

10장. 주요 용어 정의

Medicare Advantage (MA) 플랜 - Medicare Part C라고도 부릅니다. 가입자에게 Medicare Part A와 Part B 혜택을 제공하기 위해 Medicare와 계약한 민간 회사가 제공하는 플랜입니다. Medicare Advantage 플랜은 또는 HMO 또는 PPO, 민간 행위별 수가제(PFFS) 플랜 또는 Medicare Medical Savings Account (MSA) 플랜일 수 있습니다. Medicare Advantage 플랜에 등록하면 Medicare 서비스는 해당 플랜에 의해 보장되며 Original Medicare에서 비용을 지불하지 않습니다. 대부분의 경우 Medicare Advantage 플랜에서는 Medicare Part D(처방약 보장)도 제공합니다. 이러한 플랜은 **처방약 보장이 되는 Medicare Advantage 플랜**이라고 합니다. Medicare Part A 및 Part B 가입자는 해당 지역에서 제공되는 Medicare 건강 플랜에 가입할 수 있습니다.

Medicare에서 보장하는 서비스 - Medicare Part A 및 Part B에서 보장하는 서비스. 저희 플랜을 비롯하여 모든 Medicare 건강 플랜은 Medicare Part A와 Part B에서 보장하는 모든 서비스를 보장해야 합니다.

Medicare 건강 플랜 - Medicare 건강 플랜은 해당 플랜에 등록한 Medicare 보유자에게 Part A와 Part B의 혜택을 제공하도록 Medicare와 계약한 민간 회사가 제공합니다. 이 용어에는 모든 Medicare Advantage 플랜, Medicare Cost 플랜, 시범/시험 프로그램, 종합 노령인 케어(PACE) 프로그램이 포함됩니다.

“Medigap”(Medicare 보충 보험) 정책 - Original Medicare의 보장 “공백”을 보완하기 위해 민간 보험 회사가 판매하는 Medicare 보충 보험. Medigap 정책은 오로지 Original Medicare와 함께 이용할 수 있습니다(Medicare Advantage 플랜은 Medigap 보험이 아닙니다).

가입자(저희 플랜 가입자 또는 “플랜 가입자”) - 보장 서비스를 받을 수 있는 유자격 Medicare 보유자로서 저희 플랜에 가입했고 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS)에서 가입을 승인받은 사람입니다.

가입자 서비스부 - 가입, 혜택, 고충, 이의 신청에 대한 문의에 답변을 제공하는 플랜의 부서. 가입자 서비스부 연락 방법에 대한 정보는 2장을 참조하십시오.

네트워크 소속 의료 제공자 - “의료 제공자”는 의료 서비스를 제공할 수 있도록 Medicare와 주 정부의 승인 또는 허가를 받은 의사 및 기타 의료 전문가, 병원, 기타 의료 시설을 총칭하는 저희의 용어입니다. 저희 건강 플랜과 공조하고 저희의 비용 지불을 전체 비용으로서 수락하며 경우에 따라 저희 플랜 가입자를 위해 보장되는 서비스를 편성 또는 제공하는 데 동의한 의료 제공자를 **“네트워크 소속 의료 제공자”**라고 합니다. 저희 플랜은 계약 또는 해당 제공자가 가입자에게 플랜에서 보장된 서비스를 제공하는 데 동의했는지 여부를 기준으로 네트워크 소속 의료 제공자에게 비용을 지불합니다. 네트워크 소속 의료 제공자는 “플랜 의료 제공자”라고도 부릅니다.

10장. 주요 용어 정의

기관 판단 - Medicare Advantage 플랜은 품목 또는 서비스가 혜택 대상인지 여부 또는 보장 품목 또는 서비스에 대해 가입자가 얼마나 지불해야 하는지에 대해 기관 판단을 통해 결정합니다. 기관 판단은 이 책자에서 “보장 결정”이라고도 합니다. 7장에서 플랜에 보장 결정을 요청하는 방법을 설명하고 있습니다.

Original Medicare(“기존 Medicare” 또는 “행위별 수가제 Medicare”) - Original Medicare는 정부가 제공하며 Medicare Advantage 플랜과 처방약 플랜과 같은 민간 건강 플랜이 아닙니다. Original Medicare는 의사, 병원, 기타 의료 제공자에게 의회에 의해 수립된 비용 지불 금액을 지불함으로써 Medicare 서비스를 보장합니다. Medicare를 수용하는 모든 의사 또는 병원, 의료 제공자를 이용할 수 있습니다. 가입자는 공제액을 지불해야 합니다. Medicare는 Medicare가 승인한 금액의 부담 부분을 지불하고 가입자는 가입자가 부담하는 부분을 지불합니다. Original Medicare에는 두 개의 Part가 있습니다. Part A(병원 보험)와 Part B(건강 플랜)는 미국 내 어디서든 이용할 수 있습니다.

네트워크 비소속 의료 제공자 또는 네트워크 비소속 시설 - 저희 플랜 가입자에게 보장 서비스를 편성 또는 제공하도록 주선되지 않은 의료 제공자 또는 시설. 네트워크 비소속 의료 제공자는 저희 플랜이 고용, 소유 또는 운영하지 않으며 가입자에게 보장 서비스를 제공하도록 계약을 체결하지 않은 의료 제공자입니다. 네트워크 비소속 의료 제공자 또는 시설 이용에 관한 설명은 3장을 참고하십시오.

본인부담금 - 상기 “비용 부담”의 정의를 참조하십시오. 이용하는 서비스 또는 의약품 비용의 일부를 가입자 본인이 부담해야 한다는 비용 부담 요건을 가입자의 “본인부담금” 비용 요건이라고도 합니다.

PACE 플랜 - PACE(고령자 종합 케어 프로그램) 플랜은 의료적, 사회적, 장기요양 서비스를 결합하여 가입자가 가능한 오래 필요한 양질의 케어를 받으며 거주하는 지역사회에서 요양원에 입소하는 대신 독립적으로 생활할 수 있도록 지원합니다. PACE 플랜에 등록된 가입자는 플랜을 통해 Medicare와 Medicaid 혜택을 모두 받을 수 있습니다.

Part C - “Medicare Advantage(MA) 플랜”을 참고하십시오.

우대 의료 제공자 기관(PPO) 플랜 - 우대 의료 제공자 기관 플랜은 가입자를 명시된 비용으로 치료하는 데 동의하고 계약한 의료 제공자 네트워크가 있는 Medicare Advantage 플랜입니다. PPO 플랜은 네트워크 소속 또는 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 받은 모든 혜택을 보장해야 합니다. 가입자의 비용분담분은 일반적으로 플랜 혜택을 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 받는 경우에 더 높아집니다. PPO 플랜에는 네트워크 소속(우대) 의료 제공자로부터 받은 서비스에 대한 본인부담금에 대한 연간 한도가 있으며 네트워크 소속(우대) 및 비소속(비우대) 의료 제공자 모두의 서비스에 대한 통합 본인부담금에는 더 높은 한도가 있습니다.

10장. 주요 용어 정의

보험료 - 진료 또는 처방약 보장을 받는 대가로 Medicare, 보험 회사 또는 건강 보험에 정기적으로 납부하는 금액.

주치의(PCP) - 주치의는 대부분의 건강 문제에 대해 가장 먼저 상담하는 의사 또는 의료 제공자입니다. 주치의는 가입자가 건강을 유지하기 위해 필요한 관리를 받고 있는지 확인합니다. 또한 다른 의사 및 의료 제공자와 가입자의 진료에 대해 논의하고 이들에게 의뢰할 수도 있습니다. 많은 Medicare 건강 플랜의 경우, 다른 의료 제공자를 방문하기 전에 주치의를 방문해야 합니다. 주치의에 대한 정보는 3장의 섹션 2.1을 참조하십시오.

사전 승인 - 보장 서비스를 받기 위해 필요한 사전 허가. PPO 네트워크에서, 네트워크 소속 의료 서비스 중에는 담당 의사나 다른 네트워크 소속 의료 제공자가 저희 플랜으로부터 “사전 승인”을 받아야만 혜택이 적용되는 경우가 있습니다. PPO에서는 네트워크 비소속 서비스를 받기 위해 사전 승인이 필요하지 않습니다. 단, 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 서비스를 받기 전에 해당 서비스가 귀하의 플랜으로 보장되고 귀하가 부담해야 할 비용분담분이 얼마인지를 확인하기 위해 플랜에 문의할 수 있습니다. 사전 승인이 필요한 보장 서비스는 4장 의료 혜택표에 따로 표시되어 있습니다. 의약품 중에도 귀하의 담당 의사 또는 기타 네트워크 소속 의료 제공자가 저희로부터 “사전 승인”을 받아야만 혜택이 적용되는 경우가 있습니다. 사전 승인이 필요한 보장약은 처방집에 따로 표시되어 있습니다.

보철 장치 및 보조기 - 보철 장치 및 보조기는 의료 장치로서 담당 의사 또는 기타 의료 제공자가 주문합니다. 보장되는 품목에는 팔 보호대, 허리 보호대 및 목 보호대, 의수족, 인공 눈 그리고 인공항문성형 용품, 경장영양요법, 정맥영양요법 등 내부 장거나 기능을 대체하는 데 필요한 장비가 포함됩니다.

품질 개선 기관(QIO) - Medicare 환자들에게 제공되는 관리의 품질을 확인 및 개선하기 위해 연방 정부로부터 보수를 지급받는 의사 및 그 외 의료 전문가들이 모인 단체. 해당 주 QIO에 연락하는 방법에 대해서는 2장의 섹션 4를 참조하십시오.

재활 서비스 - 물리치료, 언어치료, 작업치료가 이러한 서비스에 포함됩니다.

서비스 지역 - 건강 플랜이 거주 지역에 따라 가입자를 제한하는 경우, 가입자를 받아 주는 지리적인 지역입니다. 가입자가 이용할 수 있는 의사와 병원을 제한하는 플랜의 경우 일반적으로 일상적인(비응급) 서비스를 받을 수 있는 지역이기도 합니다. 이러한 플랜은 영구적으로 해당 서비스 지역 밖으로 이주한 가입자를 탈퇴시킬 수 있습니다.

전문요양시설(SNF)에서의 간호 - 전문요양시설에서 매일 지속적으로 제공되는 전문 간호 치료 및 재활 서비스입니다. 전문요양시설의 예로는 정식 간호사나 의사만 제공할 수 있는 물리치료 또는 정맥 주사 등이 있습니다.

10장. 주요 용어 정의

특별 등록 기간 - 가입자가 의료 또는 의약품 플랜을 변경하거나 Original Medicare로 전환할 수 있도록 정해진 기간. 특별 등록 기간 자격 대상이 될 수 있는 상황은 다음과 같습니다 - 서비스 지역 밖으로 이사한 경우, 요양원에 입소한 경우, 저희가 가입자와의 계약을 위반한 경우.

특별 요구 플랜 - Medicare와 Medicaid를 모두 보유한 사람, 요양원 거주자, 특정 만성 질환 환자 등 특정한 집단의 사람들을 위해 집중 의료 서비스를 제공하는 특별한 유형의 Medicare Advantage 플랜.

보조적 소득 보장(ssi) - 사회복지부가 장애인 또는 시각장애인, 만 65세 이상으로 소득 및 재원이 제한적인 사람에게 제공하는 월 지불 혜택. ssi 혜택은 사회 복지 혜택과는 다릅니다.

긴급하게 필요한 서비스 - 응급하지 않으며 예기치 않은 의학적 질병, 부상 또는 질환으로서 즉각적인 치료가 필요한 상태를 해결하기 위해 제공하는 서비스입니다. 긴급하게 필요한 서비스는 네트워크 소속 의료 제공자가 제공할 수 있지만 네트워크 소속 의료 제공자를 잠정적으로 이용할 수 없을 때 네트워크 비소속 의료 제공자가 이를 제공할 수 있습니다.

Wellcare Patriot No Premium Open (PPO) 가입자 서비스부

방법	가입자 서비스부 - 연락처 정보
전화	1-844-582-5177 이 전화는 무료입니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시 ~ 오후 8시입니다. 업무 시간은 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시 ~오후 8시입니다. 하지만 4월 1일부터 9월 30일까지 주말과 공휴일에는 자동 전화 시스템이 전화를 받을 수 있습니다. 이름과 전화번호를 남겨 주십시오. 영업일 기준으로 1일 이내에 다시 전화드리겠습니다. 또한 가입자 서비스부는 영어 외 언어 사용자를 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711 이 전화는 무료입니다.
우편 주소	Wellcare by Health Net 7700 Forsyth Boulevard Clayton, MO 63105
웹사이트	www.wellcare.com/healthnetor

주 건강보험 지원 프로그램

주 건강 보험 지원 프로그램(SHIP)은 지방 건강보험이 Medicare 보유자에게 무료 상담을 제공할 수 있도록 연방 정부의 재정적 지원을 받는 주 정부 프로그램입니다. 가입자 주의 SHIP은 보장 범위 증명서 2장 섹션 3에 나와 있습니다.

PRA 공개 선언문 1995년 서류간소화법(Paperwork Reduction Act)에 따라 유효한 OMB 관리 번호가 표시되어 있지 않다면 개인은 정보 수집에 응답할 필요가 없습니다. 이 정보 수집을 위한 유효한 OMB 관리 번호는 0938-1051입니다. 이 양식을 개선하기 위한 의견 또는 제안 사항은 다음 주소로 알려 주십시오. CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850