로스앤젤레스, 리버사이드, 샌버나디노
및 샌디에고 카운티(Los Angeles, Riverside, San Bernardino, and San Diego Counties)

SCAN Connections(HMO D-SNP)

Medicare 및 Medi-Cal Advantage 플랜

2025 가입자 안내서

scan
HEALTH PLAN®

SCAN Connections *가입자 안내서*

2025년 1월 1일 - 12월 31일

SCAN Connections(HMO D-SNP)의 의료 혜택, 서비스 및 처방약 보장

이 문서는 2025년 1월 1일부터 12월 31일까지의 Medicare 및 Medi-Cal(Medicaid) 의료 서비스, 처방약 보장에 대한 세부 정보를 제공합니다.

가입자 안내서 소개

*보장 증명서*라고도 하는 이 *가입자 안내서*는 2025년 1월 1일부터 12월 31일까지 당사 플랜의 보장을 설명합니다. 또한 의료 서비스, 행동 건강(정신 건강 및 약물 남용 문제) 서비스, 처방약 보장, 장기 서비스 및 지원에 대해서도 설명하고 있습니다. 주요 용어 및 정의는 *가입자 안내서* **12장**에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

본 문서는 중요한 법적 문서입니다. 안전한 장소에 보관해 주십시오.

본 *가입자 안내서*에 '저희', '당사', '당사의' 또는 '당사 플랜'이라는 말은 SCAN Connections를 의미합니다.

이 문서는 다른 언어 및 형식으로 무료로 사용할 수 있습니다.

이 문서는 이 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화하여 큰 활자, 점자 및/또는 오디오와 같은 다른 형식으로 무료로 받을 수 있습니다. 통화는 무료입니다.

영어 이외의 언어 또는 다른 형식으로 자료를 요청하려면 가입자 서비스부에 전화해 주십시오. 귀하는 가입자 서비스부에 향후 우편물 발송을 위해 선호하는 언어 및/또는 형식으로 기록을 업데이트하도록 요청할 수 있습니다.

- **Arabic:**

إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة لديك تتعلق بخطتنا الصحية أو جدول الدواء.
. سيقوم شخص ما يتحدث العربية 1-866-722-6725للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على الرقم
بمساعدتك.هذه الخدمة المجانية.

- **Armenian:** Առողջության կամ դեղերի ծրագրի վերաբերյալ որևէ հարց առաջանալու դեպքում կարող եք օգտվել անվճար թարգմանչական ծառայությունից: Թարգմանչի ծառայությունից օգտվելու համար զանգահարե՛ք 1-866-722-6725 հեռախոսահամարով: Ձեզ կօգնի հայերենին տիրապետող մեր աշխատակիցը: Ծառայությունն անվճար է:
- **Chinese Cantonese (Traditional):** 我們提供免費的口譯服務，以解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何問題。如需獲得口譯服務，請致電 1-866-722-6725 聯絡我們。我們有會說中文的工作人員可以為您提供幫助。這是一項免費服務。
- **Chinese Mandarin (Simplified):** 我们提供免费的口译服务，以解答您对我们的健康或药物计划可能有的任何问题。如需获得口译服务，请致电 1-866-722-6725 联系我们。我们有会说中文的工作人员可以为您提供帮助。这是一项免费服务。
- **English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-866-722-6725. Someone who speaks English can help you. This is a free service.
- **French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan sante oswa medikaman nou yo. Pou w jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-866-722-6725. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.
- **French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-866-722-6725. Quelqu'un parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.
- **German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-866-722-6725. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.
- **Hindi**: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-866-722-6725 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.
- **Hmong:** Peb muaj cov kev pab cuam txhais lus los teb koj cov lus nug uas koj muaj txog ntawm peb lub phiaj xwm kho mob thiab tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws txhais lus, tsuas yog hu peb ntawm 1-866-722-6725. Muaj qee tus neeg hais lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov no yog kev pab cuam pab dawb.

- **Hmong-Mien:** Peb muaj kev pab cuam txhais lus pub dawb los teb cov lus nug uas koj muaj txog ntawm peb lub phiaj xwm kev noj qab haus huv los sis phiaj xwm tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws txhais lus, tsuas yog hu peb ntawm 1-866-722-6725. Muaj tus neeg hais lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.
- **Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per usufruire di un interprete, contattare il numero 1-866-722-6725. Un nostro incaricato che parla Italiano Le fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.
- **Japanese:** 当社の健康保険と処方薬プランに関するご質問にお答えするため に、無料の通訳サービスをご用意しています。通訳をご利用になるには 1-866-722-6725 にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサー ビスです。
- **Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-866-722-6725 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.
- **Lao:** ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍພາສາຟຣີ ເພື່ອຕອບຄຳຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຮັບເອົານາຍພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-866-722-6725. ບາງຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການຟຣີ.
- **Mon-Khmer, Cambodian:** យើងខ្ញុំមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយមិនគិតថ្លៃចាំឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអ្នកអាចមានអំពីសុខភាព ឬផែនការឱសថរបស់យើងខ្ញុំ។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែ គ្រាន់តែហៅទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ 1-866-722-6725។ មានគេដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយលោកអ្នកបាន។ សេវាកម្មនេះមិនគិតថ្លៃទេ។
- **Persian:**
  ما خدمات مترجم رایگان داریم تا به هر سؤالی که ممکن است در مورد برنامه بهداشتی یا داروهای ما داشته باشید پاسخ توجه:
  شخصی که به زبان فارسی صحبت تماس بگیرید.1-866-722-6725دهیم. برای آن که مترجم دریافت کنید فقط کافیست با شماره
  می کند، می تواند به شما کمک کند. این یک سرویس رایگان است.
- **Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-866-722-6725. Ta usługa jest bezpłatna.

- **Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-866-722-6725. Irá encontrar alguém que fale português para o ajudar. Este serviço é gratuito.
- **Punjabi:** ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਦਵਾਈ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲਾਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫ਼ਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ। ਕੋਈ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ, ਬੱਸ ਸਾਨੂੰ 1-866-722-6725 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਜੋ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦਾ ਹੈ, ਉਹ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫ਼ਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।
- **Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно плана медицинского обслуживания или обеспечения лекарственными препаратами, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по номеру 1-866-722-6725. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит на русском языке. Данная услуга бесплатная.
- **Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, llame al 1-866-722-6725. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.
- **Tagalog:** Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter upang masagot ang anumang katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng interpreter, tawagan lamang kami sa 1-866-722-6725. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.
- **Thai:** เรามีบริการล่ามฟรีเพื่อตอบข้อสงสัยต่าง ๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนสุขภาพและด้านเภสัชกรรมของเรา ขอความช่วยเหลือจากล่ามโดยโทรติดต่อเราที่หมายเลข 1-866-722-6725 เจ้าหน้าที่ในภาษาไทยจะเป็นผู้ให้บริการโดยไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ
- **Ukrainian:** Ми надаємо безкоштовні послуги усного перекладача, який відповість на будь-які ваші запитання щодо нашого плану медичного обслуговування або лікарського забезпечення. Щоб отримати послуги перекладача, просто зателефонуйте нам за номером 1-866-722-6725. Вам може допомогти людина, яка володіє українською мовою. Ця послуга безкоштовна.
- **Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi quý vị có thể có về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Để được thông dịch, chỉ cần gọi theo số 1-866-722-6725. Người nói Tiếng Việt có thể trợ giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

목차

페이지

1장: 가입자로서 시작하기 8

2장: 중요 전화 번호 및 리소스 20

3장: 건강 관리를 위한 플랜의 보장과 기타 보장 서비스의 이용 45

4장: 혜택 차트 68

5장: 외래환자 처방약을 받는 방법 147

6장: Medicare 및 Medi-Cal(Medicaid) 처방약에 대한 가입자 부담 166

7장: 보장 서비스 또는 약에 대해 받은 청구서의 플랜 부담분 지불 요청 181

8장: 귀하의 권리와 책임 188

9장: 문제나 불만 사항이 있을 경우 해야 할 일(보장 결정, 이의 제기, 불만 제기) 208

10장: 플랜의 가입 종료 254

11장: 법적 고지 262

12장: 중요 용어의 정의 267

고지 사항

- SCAN Connections(HMO D-SNP)는 Medicare 및 캘리포니아 Medi-Cal 프로그램과 계약을 맺은 HMO 플랜입니다. SCAN Health Plan 가입은 계약 갱신 때마다 다시 심사되고 결정됩니다.
- SCAN Connections는 조정 진료 플랜입니다. SCAN Connections는 주 정부의 의료 지원 및 Medicare를 모두 받고 있는 사람은 누구나 이용할 수 있습니다.
- SCAN Connections에서는 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 하나의 건강 플랜으로 이용할 수 있습니다.
- 이 문서는 2025년 1월 1일부터 12월 31일까지의 Medicare 및 Medi-Cal 의료 및 처방약 보장에 대한 세부 정보를 제공합니다.
- SCAN Connections의 보장은 '최소 필수 보장'이라고 하는 적격 건강 보장입니다. 또한 건강보험개혁법(ACA)의 개별 공동 책임 요건을 충족합니다. 개인 공동 책임 요건에 대한 자세한 내용은 미국 국세청(IRS) 웹사이트 www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families를 방문해 주십시오.

1장: 가입자로서 시작하기

소개

이 장에는 모든 Medicare 서비스를 보장하고 모든 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 조정하는 건강 플랜인 SCAN Connections와 가입에 대한 정보가 포함되어 있습니다. 또한 당사를 통해 제공되는 서비스와 기타 정보에 대해서도 설명되어 있습니다. 주요 용어 및 정의는 *가입자 안내서*의 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

목차

A. 당사 플랜에 가입하신 것을 환영합니다 10

B. Medicare 및 Medi-Cal 정보 10

B1. Medicare 10

B2. Medi-Cal 10

C. 당사 플랜의 장점 11

D. 당사 플랜의 서비스 지역 12

E. 플랜 가입자가 되기 위한 자격 12

F. 당사의 건강 플랜에 처음 가입하게 되면 예상되는 일 13

G. 진료 팀 및 진료 계획 14

G1. 진료 팀 14

G2. 진료 계획 14

H. SCAN Connections의 월 비용 15

H1. 플랜 보험료 15

H2. 월 Medicare 파트 B 보험료 15

H3. Medicare 처방약 지불 금액 15

I. 가입자 안내서 16

J. 당사가 제공하는 기타 중요 정보 16

J1. 가입자 ID 카드 16

J2. 서비스 제공자 및 약국 명부 17

J3. 보장 약 목록(처방집) 18

J4. 혜택 설명 18

K. 가입자 기록을 최신 상태로 유지 19

K1. 개인 건강 정보(PHI)의 개인정보 보호 19

A. 당사 플랜에 가입하신 것을 환영합니다

당사 플랜은 두 프로그램 모두에 가입할 자격이 있는 개인에게 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 제공합니다. 당사 플랜에는 의사, 병원, 약국, 장기 서비스 및 지원 제공자, 행동 건강 서비스 제공자, 기타 서비스 제공자를 포함합니다. 또한 진료 코디네이터 및 진료 팀이 있어 귀하의 모든 서비스 제공자와 서비스를 관리하는 데 도움을 줍니다. 이들은 모두 귀하가 필요로 하는 의료 서비스를 제공하고자 협력하고 있습니다.

이 플랜에 가입하려면.

- 65 세 이상이어야 합니다.
- 전체 Medi-Cal 혜택을 받을 자격이 있어야 합니다. **그리고**
- 재택 지원 서비스(IHSS) 프로그램, 다목적 시니어 서비스 프로그램(MSSP) 또는 재택 활동(IHO)과 같은 Medi-Cal 면제 프로그램에 가입되어 있지 **않아야** 합니다.

참고: 자격이 상실되었지만 3개월 이내에 자격이 다시 복구될 것으로 합리적으로 예상할 수 있는 경우, 귀하는 여전히 당사 플랜에 가입할 자격이 있습니다.

B. Medicare 및 Medi-Cal 정보

B1. Medicare

Medicare는 다음의 개인을 대상으로 한 연방 건강 보험 프로그램입니다.

- 65세 이상,
- 특정 장애가 있는 65세 미만의 일부 사람들, **그리고**
- 말기 신장 질환(신부전)이 있는 사람.

B2. Medi-Cal

Medi-Cal은 캘리포니아주 Medicaid 프로그램의 이름입니다. Medi-Cal은 주 정부에서 운영하며 주 정부와 연방 정부가 비용을 부담합니다. Medi-Cal은 수입과 재산이 제한적인 사람들의 장기 서비스 및 지원(LTSS)과 의료비를 지원해줍니다. Medicare에서 보장하지 않는 추가 서비스 및 의약품을 보장합니다.

각 주정부는 다음을 결정합니다.

- 소득 및 재산에 포함되는 대상
- 자격이 있는 사람

- 보장되는 서비스 **및**
- 서비스 비용.

프로그램이 연방 규정을 준수할 경우, 주 정부는 프로그램의 운영 방식을 결정할 수 있습니다.

Medicare와 캘리포니아주가 당사 플랜을 승인했습니다. 다음의 경우 저희 플랜을 통해 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 받을 수 있습니다.

- 저희가 플랜을 제공하기로 선택한 경우, **및**
- Medicare 와 캘리포니아주가 이 플랜을 계속 제공하는 것을 허용합니다.

향후 플랜 운영이 중단되더라도 Medicare 및 Medi-Cal 서비스에 대한 귀하의 자격은 영향을 받지 않습니다.

C. 당사 플랜의 장점

이제 처방약을 포함하여 보장되는 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 당사 플랜에서 받을 수 있습니다. **이 건강 플랜에 가입할 때 추가 비용이 들지 않습니다.**

저희는 귀하의 Medicare 및 Medi-Cal 혜택이 귀하에게 함께 더 잘 작용할 수 있도록 도와드립니다. 그러한 혜택에는 다음 사항이 포함됩니다.

- 가입자는 **대부분**의 건강 관리 필요성과 관련하여 당사와 협력할 수 있습니다.
- 가입자에게는 이러한 혜택을 상호 연결할 진료 팀이 배정됩니다. 가입자의 진료 팀에는 가입자 본인, 간병인, 의사, 간호사, 카운셀러, 기타 의료 전문가가 포함될 수 있습니다.
- 가입자는 진료 코디네이터를 이용할 수 있습니다. 진료 코디네이터는 가입자, 당사 플랜, 진료 팀과 협력하여 진료 계획을 세우도록 도와주는 사람입니다.
- 가입자는 진료 팀 및 진료 코디네이터의 도움을 받아 건강 관리를 지시할 수 있습니다.
- 진료 팀과 진료 코디네이터는 가입자와 협력하여 **가입자**의 건강 요구 사항에 부합하도록 개인 중심의 진료 계획을 세웁니다. 진료 팀은 가입자에게 필요한 서비스를 조율하도록 도와줍니다. 예를 들어, 진료 팀이 수행하는 업무는 다음과 같습니다.
    - 의사는 귀하가 복용하는 모든 약에 대해 알고 있으므로 귀하가 올바른 약을 복용하고 있는지 확인하고 약으로 인한 부작용을 줄일 수 있습니다.
    - 검사 결과를 모든 담당 의사 및 기타 서비스 제공자와 공유하도록 합니다.

SCAN Connections 신규 가입자: 대부분의 경우, SCAN Connections 가입을 요청한 달의 첫 번째 날에 Medicare 혜택을 받기 위해 SCAN Connections에 가입하게 됩니다. 추가 1개월 동안은 이전 Medi-Cal 건강 플랜에서 Medi-Cal 서비스를 계속 받을 수 있습니다. 그 이후에는 SCAN Connections를 통해 Medi-Cal 서비스를 받게 됩니다.

가입자의 Medi-Cal 보장에는 공백이 없습니다. 궁금한 점이 있으시면 1-866-722-6725 (TTY 사용자는 711)번으로 전화하십시오.

D. 당사 플랜의 서비스 지역

SCAN Connections는 플랜의 서비스 지역에 거주하는 개인만 이용할 수 있습니다. 당사 플랜의 가입자로 남기 위해서는 플랜 서비스 지역에 계속해서 거주하셔야 합니다. 서비스 지역은 다음과 같습니다.

저희 서비스 지역은 캘리포니아주의 로스앤젤레스, 리버사이드, 샌버나디노 및 샌디에고 카운티가 포함됩니다.

서비스 지역 내에 거주하는 사람만 당사 플랜에 가입할 수 있습니다.

가입자가 서비스 지역 외부로 이사하는 경우 당사 플랜을 유지할 수 없습니다. 가입자 안내서의 **8장**을 참조하여 서비스 지역 외부로 이사할 경우 받을 수 있는 영향에 대한 자세한 정보를 확인하십시오.

E. 플랜 가입자가 되기 위한 자격

다음의 조건에 부합할 경우 가입 자격을 가집니다.

- 서비스 지역에 거주하며(수감된 개인은 물리적으로 서비스 지역에 위치하는 경우에도 해당 지역에 거주하는 것으로 간주되지 않음), **또한**
- 가입 당시 65세 이상이어야 하며, **또한**
- Medicare 파트 A와 Medicare 파트 B를 가지고 있어야 하고, **또한**
- 미국 시민이거나 미국에 합법적으로 거주하고 있어야 하며, **또한**
- 현재 비용 분담 없이 전체 Medi-Cal을 받을 자격이 있으며, **또한**
- 아래 설명된 특별 자격 요건을 충족해야 합니다.

본 플랜의 특수 자격 요건

이 플랜에 가입하려면, 가입자 연령이 65세 이상이어야 합니다. 당사 플랜은 특정 Medi-Cal(Medicaid) 혜택을 받고 간호 시설 진료 수준에 대한 캘리포니아주 기준을 충족하며 자신의 집이나 생활 보조 시설에 거주하는 사람들의 요구를 충족하도록 설계되었습니다. 가입자는 연간 자격을 결정하기 위해 초기 및 연간 평가에 동의해야 합니다. (Medi-Cal(Medicaid)은 저소득층 및 재산이 제한적인 사람들의 의료비 부담을 도와주는 연방 및 주 정부의 합동 프로그램입니다.) 당사 플랜에 가입하려면 Medicare 및 모든 Medi-Cal(Medicaid) 혜택에 대한 자격이 있어야 하며, 재택 지원 서비스(IHSS) 프로그램, 다목적 시니어 서비스 프로그램(MSSP) 또는 재택 활동(IHO)이 포함되지만 이에 국한되지 않는 Medi-Cal(Medicaid) 면제 프로그램에 가입할 수 없습니다.

Medi-Cal 자격이 상실되었지만 3개월 이내에 자격이 다시 복구될 것으로 예상할 수 있는 경우, 귀하는 여전히 당사 플랜에 가입할 자격이 있습니다.

자세한 내용은 가입자 서비스부에 문의하십시오.

F. 당사의 건강 플랜에 처음 가입하게 되면 예상되는 일

당사 플랜에 처음 가입하면, 가입 발효 일자 전후 90일 이내에 건강 위험 평가(HRA)를 받습니다.

저희는 가입자의 HRA를 완료해야 합니다. 이 HRA는 가입자의 진료 계획을 수립하는 기준이 됩니다. HRA에는 의료적, 행동적 건강 및 기능적 필요를 파악하기 위한 질문이 포함되어 있습니다.

저희는 HRA를 완료하기 위해 가입자에게 연락을 드립니다. 저희는 직접 방문, 전화 통화, 전자식 방법 또는 우편을 통해 HRA를 완료할 수 있습니다.

저희는 HRA에 대한 자세한 정보를 가입자에게 보내드립니다.

당사 플랜이 신규 플랜인 경우, 현재 전문의의 치료를 받고 있거나, 서비스를 받고 있거나, 예정된 수술/시술이 있는 경우, 당사 네트워크에 가입되어 있지 않더라도 의사를 계속 만날 수 있습니다. 우리는 이것을 연속성 치료라고 부릅니다. 여기에는 화학 요법, 방사선 치료법, 외래환자 정신 건강 서비스, 약물 의존성 치료, 내구성 의료 장비(예: 산소 또는 병원 침대) 또는 현재 전문 간호 시설에서 치료를 받고 있는 경우가 포함되며 이에 국한되지 않습니다.

연속성 치료 요청이 있는 경우 가능한 한 빨리 당사에 알려주셔야 합니다. SCAN은 주치의 및 의료 그룹과 협력하여 귀하의 진료를 조율하고 안전한 전환을 보장합니다. 귀하가 선택한 의료 그룹은 네트워크 내의 서비스 제공자, 위치 또는 공급업체에 대한 이용 허가를 할 수 있습니다. 승인된 요청은 최소 90일의 전환 기간 또는 치료 과정 기간 동안 승인됩니다. 자세한 내용은 가입자 서비스부에 문의하여 도움을 받으십시오.

연속성 치료 기간이 종료된 후에는 당사가 귀하의 네트워크 외부 의사와 계약을 맺지 않은 한, 귀하 주치의의 의료 그룹과 제휴 관계에 있는 SCAN Connections 네트워크의 의사 및 기타 서비스 제공자를 이용해야 합니다. 네트워크 서비스 제공자는 건강 플랜과 업무 협조 관계에 있는 서비스 제공자입니다. 진료 받기에 대한 자세한 정보는 *가입자 안내서* **3장**을 참조하십시오.

G. 진료 팀 및 진료 계획

G1. 진료 팀

진료 팀은 귀하가 필요한 치료를 계속 받을 수 있도록 도와드릴 수 있습니다. 진료 팀에는 담당 의사, 진료 코디네이터 또는 귀하가 선택한 기타 의료 담당자가 포함될 수 있습니다.

진료 코디네이터는 귀하에게 필요한 진료를 관리하는 데 도움을 줄 수 있도록 교육을 받은 사람입니다. 당사 플랜에 가입하시면 진료 코디네이터를 만나실 수 있습니다. 이 담당자는 또한 당사 플랜이 제공하지 않을 수 있는 다른 커뮤니티 리소스를 조사하며 귀하의 진료 팀과 협력하여 진료 조정을 도와줄 것입니다. SCAN에는 개인 지원 라인(PAL)이라고 하는 전담 진료 코디네이터 팀이 있으며, 이들은 Medicare 및 Medicaid 혜택에 대한 질문에 답변하고 필요한 진료 및 서비스의 일정과 조정을 도와드립니다. 페이지 하단에 있는 번호로 전화하시면 귀하의 진료 코디네이터와 진료팀에 관한 자세한 정보를 얻으실 수 있습니다.

G2. 진료 계획

진료 팀은 진료 계획을 마련하기 위해 귀하와 협력해 나갈 것입니다. 진료 계획으로 귀하와 담당 의사는 필요한 서비스가 무엇이고 어떻게 그러한 서비스를 받아야 할지를 알 수 있습니다. 여기에는 의료, 행동 건강, LTSS 또는 기타 서비스가 포함됩니다.

귀하의 진료 계획에는 다음이 포함됩니다.

- 귀하의 건강 관리 목표
- 귀하에게 필요한 서비스를 받기 위한 일정.
- 확인된 신체적, 행동적 건강 문제와 우려 사항
- 말기 또는 진행성 질환에 대한 계획
- 기능 및 안전 문제 **및**
- 지역 사회 기반 자원 및 서비스에 대한 진료 의뢰.

의료진은 HRA 후에 귀하와 만납니다. 그리고 귀하에게 필요한 서비스에 대해 논의합니다. 또한 고려해보실 수도 있을 서비스에 대해 알려드립니다. 귀하의 진료 계획은 귀하의 필요와 목표에 따라 작성됩니다. 진료 팀은 귀하와 협력하여 최소 1년에 한 번은 진료 계획 내용을 갱신하게 됩니다.

H. SCAN Connections의 월 비용

당사 플랜에는 보험료가 없습니다.

귀하의 비용에는 다음 사항이 포함될 수 있습니다.

- Medicare 처방약 지불 계획 금액(**섹션 H4**)

H1. 플랜 보험료

귀하의 보험료는 Medi-Cal이 지불합니다. SCAN Connections에 대해 별도의 보험료를 지불하지 않아도 됩니다.

H2. 월 Medicare 파트 B 보험료

여러 가입자들이 다른 Medicare 보험료를 내고 있습니다.

일부 가입자들은 다른 Medicare 보험료를 내야할 수 있습니다. 위의 섹션 E에서 설명한 바와 같이, 플랜 가입 자격이 되려면 Medi-Cal 가입 자격을 유지해야 하며 Medicare 파트 A와 Medicare 파트 B에 모두 가입되어 있어야 합니다. 대부분의 SCAN Connections 가입자에 대해 Medi-Cal은 Medicare 파트 A 보험료(자동으로 자격을 갖추지 못한 경우) 및 Medicare 파트 B 보험료를 지불합니다.

Medi-Cal에서 귀하의 Medicare 보험료를 지불하지 않는 경우 귀하는 플랜 가입자 자격을 유지하기 위해 Medicare 보험료를 계속 지불해야 합니다. 여기에는 Medicare 파트 B 보험료가 포함됩니다. 또한 Medicare 파트 A의 보험료도 포함될 수 있습니다(보험료가 없는 Medicare 파트 A에 대한 자격이 없는 가입자의 경우). 또한 **가입자 서비스부 또는 진료 코디네이터에게 연락하여 이러한 변경 사항을 알려주시기 바랍니다.**

H3. Medicare 처방약 지불 금액

Medicare 처방약 지불 플랜에 참여하는 경우, 약국에 지불하는 대신 플랜에서 처방약에 대한 청구서를 받게 됩니다. 월 청구서는 받은 처방약에 대해 지불해야 하는 금액과 이전 달 잔액을 해당 연도의 남은 개월 수로 나눈 값을 기준으로 합니다.

2장, 섹션 L4에서는 Medicare 처방약 지불 계획에 대해 자세히 설명합니다. 이 지불 방법의 일부로 청구되는 금액에 동의하지 않는 경우 **9장**의 단계에 따라 불만을 제기하거나 이의 제기를 할 수 있습니다.

I. 가입자 안내서

*가입자 안내서*는 가입자와 당사 간 계약의 일부 내용입니다. 즉, 저희는 이 문서의 모든 규칙을 준수해야 합니다. 규칙에 위반되는 사항이 있다고 생각하실 경우, 당사의 결정에 이의 제기를 할 수 있습니다. 이의 제기에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내서* **9장**을 참조하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화 문의하십시오.

페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화하여 *가입자 안내서*를 요청할 수 있습니다. 또한 페이지 하단의 웹사이트 주소에서 *가입자 안내서*를 참조하실 수도 있습니다.

이 계약은 2025년 1월 1일에서 2025년 12월 31일 사이에 당사 플랜에 가입한 기간(월) 동안 유효합니다.

J. 당사가 제공하는 기타 중요 정보

당사가 귀하에게 제공하는 기타 중요 정보에는 가입자 ID 카드, *서비스 제공자 및 약국 명부*에 액세스하는 방법에 대한 정보, *처방집*이라고도 하는 *보장 약 목록*에 액세스하는 방법에 대한 정보가 포함됩니다.

J1. 가입자 ID 카드

당사 플랜에 가입하면 LTSS, 특정 행동 건강 서비스 및 처방약을 포함한 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 받을 때 쓰는 카드를 받게 됩니다. 서비스나 처방약을 받을 때 이 카드를 제시하십시오. 샘플 가입자 ID 카드는 다음과 같습니다.

가입자 ID 카드가 손상되었거나 분실 또는 도난당한 경우, 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 즉시 연락해 주십시오. 새로운 카드를 보내드립니다.

당사 플랜 가입자라면 대부분의 서비스를 받기 위해 빨간색, 흰색, 파란색 Medicare 카드 또는 Medi-Cal 카드를 사용할 필요가 없습니다. 그러한 카드들은 나중에 필요할 수 있으므로 안전한 장소에 보관해 두십시오. 가입자 ID 카드 대신 Medicare 카드를 제시하는 경우 서비스 제공자는 당사 플랜 대신 Medicare에게 비용을 청구할 수 있으며 가입자가 청구서를 받을 수 있습니다. 서비스 제공자로부터 청구서를 받는 경우 처리 방법은 *가입자 안내서*의 **7장**을 참조하십시오.

다음 서비스를 이용하려면 Medi-Cal 카드 또는 혜택 ID 카드(BIC)가 필요하다는 점을 기억하십시오.

- 카운티 행동 건강 서비스
- 성인 위기 주거 서비스
- 성인 거주 치료 서비스

J2. *서비스 제공자 및 약국 명부*

*서비스 제공자 및 약국 명부*는 당사 플랜 네트워크의 서비스 제공자 및 약국의 목록입니다. 플랜의 가입자인 동안에는 보장 서비스를 이용할 때 네트워크 서비스 제공자를 이용해야 합니다.

페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화하여 *서비스 제공자 및 약국 명부*(전자 또는 인쇄본 형태)를 요청할 수 있습니다. 서비스 제공자 및 약국 명부의 출력본을 요청하시면 영업일 기준 3일 이내에 우편으로 발송됩니다.

또한 페이지 하단의 웹 주소에서 서비스 제공자 및 약국 명부를 참조할 수도 있습니다.

의료 및 서비스를 이용하시려면 네트워크 서비스 제공자를 이용하셔야 합니다. 적절한 허가 없이 다른 제공자를 이용하는 경우 가입자가 전액을 지불해야 합니다. 유일한 예외 사항은 네트워크 서비스 제공자를 이용하는 것이 불가능할 때 응급 상황, 긴급 서비스를 받는 경우(즉, 네트워크 내에서 서비스를 이용하는 것이 불합리하거나 불가능할 경우), 서비스 지역 외 투석 서비스, SCAN Connections가 네트워크 외부 서비스 제공자 이용을 허가한 경우만 해당됩니다.

네트워크 서비스 제공자의 정의

- 당사 네트워크 서비스 제공자에는 다음이 포함됩니다.
  - 당사 플랜 가입자로서 이용하실 수 있는 의사, 간호사, 다른 의료 전문가,
  - 당사 플랜에서 진료를 제공하는 클리닉, 병원, 간호 시설 및 기타 시설, **및**
  - LTSS, 행동 건강 서비스, 가정 건강 관리 기관, 내구성 의료 장비(DME) 공급업체, Medicare 또는 Medi-Cal을 통해 물품이나 서비스를 제공하는 기타 업체

네트워크 서비스 제공자는 보장 서비스에 대해 플랜이 전체 비용을 지급하는 것에 동의합니다.

네트워크 약국의 정의

- 네트워크 약국은 플랜 가입자를 위해 처방 약을 조제하는 데 동의한 약국을 말합니다. 원하시는 네트워크 약국을 찾기 위해 *서비스 제공자 및 약국 명부*를 사용할 수 있습니다.

- 응급 상황을 제외하고 플랜이 비용을 부담하기를 원하시면 반드시 네트워크 약국 중 한 곳에서 처방약을 조제해야 합니다.

자세한 내용은 페이지 하단의 번호로 가입자 서비스부에 문의하십시오. 가입자 서비스부와 이 웹사이트에서 네트워크 약국과 서비스 제공자의 변경 사항에 대한 최신 정보를 확인할 수 있습니다.

J3. *보장 약 목록(처방집)*

플랜에는 *보장 약 목록(처방집)*이 있습니다. 이것을 '*의약품 목록*'이라고도 합니다. 또한 이 목록은 당사 플랜이 어떤 파트 D 처방약을 보장하는지 알려드립니다.

*의약품 목록*은 특정 약에 대해 어떠한 규칙이나 제한 사항이 적용되는지, 예를 들어, 받을 수 있는 양의 제한 등을 안내합니다. 자세한 정보는 *가입자 안내서*의 **5장**을 참조해 주십시오.

매년 *의약품 목록*을 이용하는 방법에 대한 정보를 발송하지만 연중 변경 사항이 발생할 수 있습니다. 보장되는 약에 대한 최신 정보를 원하시면 가입자 서비스부에 전화하시거나 페이지 하단의 주소로 저희 웹사이트를 방문하십시오.

J4. *혜택 설명*

귀하의 Medicare 파트 D 처방약 혜택을 이용하실 때 저희는 Medicare 파트 D 처방약에 대한 지불액 내역을 확인하고 추적하실 수 있도록 요약서를 보내드립니다. 이 요약 보고서를 *혜택 설명서*(EOB)라고 합니다.

EOB는 귀하 또는 귀하의 대리인이 Medicare 파트 D 처방약에 지출한 액수와 해당 월에 귀하의 Medicare 파트 D 처방약 각각에 대해 저희가 지불해드린 액수를 알려 줍니다. 이 EOB는 청구서가 아닙니다. EOB에는 가입자가 복용하는 약에 대한 자세한 정보가 포함되어 있습니다. EOB 및 의약품 보장 추적을 지원하는 방법에 대한 자세한 정보는 *가입자 안내서*의 **6장**을 참조하십시오.

EOB를 요청할 수 있습니다. 사본을 받으시려면 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부로 연락해 주십시오.

온라인 파트 D EOB 설명서는 **www.Express-Scripts.com**에 로그인하여 **내 계정(My Account)** 아래에서 **원하는 연락 방법 선택(Select Communication Preferences)**으로 이동하여 확인할 수 있습니다. **편집 기본설정(Edit preferences)**을 클릭하고 인쇄 자료물을 온라인으로 받기로 선택하십시오. 그러면 Medicare 파트 D EOB 자료를 우편보다는 온라인으로 받게 될 것입니다. 비용은 들지 않고 언제든지 인쇄물 EOB로 변경할 수 있습니다. 첫 방문자는 SCAN Health Plan 가입자 ID 번호로 등록을 해야 합니다.

K. 가입자 기록을 최신 상태로 유지

가입자 정보가 변경될 경우, 저희에게 통지하여 가입자 정보를 최신 상태로 유지할 수 있습니다.

당사 기록에 귀하의 정확한 정보가 있는지 확인하기 위해 이 정보가 필요합니다. 당사의 네트워크 서비스 제공자와 약국도 귀하에 대한 정확한 정보가 필요합니다. **서비스 제공자들은 가입자 기록을 이용하여 어떠한 서비스 및 약을 이용하는지, 얼마의 비용이 들지 알게 됩니다**.

다음 사항에 대해 즉시 저희에게 알려주십시오.

- 이름, 주소 또는 전화번호의 변경
- 가입자의 회사, 배우자의 회사, 동거 파트너의 회사 또는 산재 보험과 같은 기타 건강 보험 보장의 변경
- 자동차 사고로 인한 보상 청구와 같은 책임 보상 청구가 있을 경우
- 간호 시설 또는 병원 입원
- 병원이나 응급실에서 진료를 받는 경우
- 간병인(또는 귀하를 책임지는 사람)의 변경, **및**
- 가입자가 임상 연구에 참여하는 경우 (**참고:** 귀하가 참여 중이거나 참여하게 된 임상 연구 연구에 대해 당사에 통지할 필요는 없지만 통지하는 것이 좋습니다.)

정보가 변경되면 페이지 하단의 번호로 가입자 서비스부에 연락해 주십시오.

K1. 개인 건강 정보(PHI)의 개인정보 보호

가입자 기록의 정보에는 개인 건강 정보(PHI)가 포함될 수 있습니다. 연방 및 주 법률은 가입자의 PHI를 보호하도록 요구하고 있으며, 저희는 가입자의 PHI를 보호합니다. PHI 보호 방법에 대한 자세한 정보는 *가입자 안내서*의 **8장**을 참조하십시오.

2장: 중요 전화 번호 및 리소스

소개

이 장에는 당사 플랜에 대한 질문과 의료 서비스 혜택에 대한 질문에 대한 답변을 얻는 데 도움이 될 중요한 리소스의 문의처 정보가 포함되어 있습니다. 또한 가입자에게 도움을 줄 진료 코디네이터나 기타 담당자에게 연락하는 방법도 안내되어 있습니다. 주요 용어 및 정의는 *가입자 안내서*의 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

목차

A. 가입자 서비스 22

B. 진료 코디네이터 25

C. 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP) 27

D. 간호사 상담 전화 28

E. 품질 개선 기관(QIO) 29

F. Medicare 30

G. Medi-Cal 31

H. Medi-Cal 옴부즈맨 관리형 진료 및 정신 건강 사무국 32

I. 카운티 사회복지 서비스 33

J. 카운티 행동 건강 서비스 기관 35

K. 캘리포니아주 관리보건부 36

L. 처방약 비용 지불을 돕는 프로그램 37

L1. 추가 지원(Extra Help) 37

L2. AIDS 약 지원 프로그램(ADAP) 39

L3. Medicare 처방약 지불 계획 39

M. 사회보장국 40

N. 철도원 퇴직 위원회(RRB) 41

O. 단체 보험 또는 기타 고용주 보험.....42

P. 기타 리소스 43

Q. Medi-Cal 치과 프로그램 44

A. 가입자 서비스

전화	1-866-722-6725. 이 통화는 무료입니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 8시 중에 전화해 주십시오. 참고: 대부분의 국경일은 휴무입니다. 휴무일에는 메시지를 남기실 수 있습니다. 휴일과 영업 시간 외 시간에 수신된 메시지는 영업일 기준으로 1일 이내에 답변을 드립니다. 저희는 비영어권 이용자를 위한 언어 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711번으로 전화해주십시오. 이 통화는 무료입니다. 이 번호는 청각 장애나 언어 장애가 있는 사람들을 위한 것입니다. 이 번호를 이용하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 8시 중에 전화해 주십시오. 참고: 대부분의 국경일은 휴무입니다. 휴무일에는 메시지를 남기실 수 있습니다. 휴일과 영업 시간 외 시간에 수신된 메시지는 영업일 기준으로 1일 이내에 답변을 드립니다.
팩스	1-562-989-5181
우편	SCAN Health Plan Attention: Member Services Department P.O. Box 22616 Long Beach, CA 90801-5616
웹사이트	www.scanhealthplan.com

다음과 관련한 지원을 받으려면 가입자 서비스부로 문의해 주십시오.

- 플랜에 관한 질문
- 클레임 또는 청구 관련 질문
- 가입자의 건강 관리에 대한 보장 결정
  - 가입자의 건강 관리에 대한 보장 결정이란 다음 내용에 대한 결정을 말합니다.
    - 가입자의 혜택 및 보장 서비스, **또는**
    - 가입자의 의료 서비스에 대해 플랜이 부담하는 금액
  - 가입자 건강 관리의 보장 결정에 대해 문의 사항이 있을 경우 저희에게 연락해 주십시오.
  - 보장 결정에 대해 자세히 알아보려면 *가입자 안내서*의 **9장**을 참조하십시오.
- 귀하의 건강 관리에 대한 이의 제기
  - 이의 제기는 당사의 결정 과정에 실수가 있다고 여겨지는 경우 또는 결정에 동의하지 않는 경우 결정 내용을 변경하도록 요청하거나 당사가 내린 결정을 심사해줄 것을 요청하는 공식적인 방법입니다.
  - 이의 제기에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내서* **9장**을 참조하거나 가입자 서비스부로 문의하십시오.
- 귀하의 건강 관리에 대한 불만 사항
  - 가입자는 당사나 서비스 제공자(비네트워크 또는 네트워크 서비스 제공자 포함)에 대한 불만을 제기할 수 있습니다. 네트워크 서비스 제공자는 당사 플랜과 업무 협조 관계에 있는 서비스 제공자입니다. 또한 귀하가 받은 진료의 품질에 대해 당사 또는 품질 개선 기관(QIO)에 불만을 제기할 수 있습니다(**섹션 F** 참조).
  - 저희에게 1-866-722-6725번으로 연락하여 불만 사항을 설명할 수도 있습니다.
  - 불만 사항이 건강 관리 관련 보장 결정에 대한 것이라면 이의 제기를 하실 수 있습니다(위의 섹션 참조).
  - 당사 플랜에 대한 불만 사항을 Medicare에 제출하실 수 있습니다. 온라인 양식은 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx에서 이용할 수 있습니다. 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 도움을 요청하실 수도 있습니다.

- 1-855-501-3077번으로 전화하여 Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램에 당사 플랜에 대한 불만을 제기할 수 있습니다.
- 귀하의 건강 관리에 대한 불만 제기에 대한 자세한 내용은*가입자 안내서*의 **9장**을 참조하십시오.

- 의약품에 대한 보장 결정
  - 가입자의 약에 대한 보장 결정은 다음에 대한 결정입니다.
    - 가입자의 혜택 및 보장 약, **또는**
    - 약에 대해 저희가 지불하는 금액
  - 일부 처방약과 비처방 의약품은 의사의 처방전이 있으면 네트워크 약국에서 Medi-Cal(Medicaid) 혜택으로 보장됩니다. 보장되는 약에 대한 추가 정보는 가입자 서비스부에 문의하시거나 저희 웹사이트(www.scanhealthplan.com)를 방문해 주십시오.
  - 처방약에 대한 보장 결정에 대한 자세한 내용은 가입자 안내서의 9장을 참조하십시오.
- 약에 대한 이의 제기
  - 이의 제기는 보장 결정을 변경하도록 당사에 요청하는 것을 말합니다.
  - 처방약의 이의 제기 대한 자세한 내용은*가입자 안내서*의 **9장**을 참조하십시오.
- 약에 대한 불만 사항
  - 저희 또는 약국에 불만을 제기하실 수 있습니다. 여기에는 가입자의 처방약에 대한 불만이 포함됩니다.
  - 불만 사항이 처방약 관련 보장 결정에 대한 것이라면 이의 제기를 하실 수 있습니다. (위의 섹션 참조.)
  - 당사 플랜에 대한 불만 사항을 Medicare에 제출하실 수 있습니다. 온라인 양식은 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx에서 이용할 수 있습니다. 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 도움을 요청하실 수도 있습니다.
  - 처방약에 대한 불만 제기 관련 자세한 내용은*가입자 안내서*의 **9장**을 참조하십시오.
- 비용을 지불한 진료 또는 약에 대한 환급
  - 환급 요청이나 받은 청구서의 지불 요청에 대한 자세한 정보는*가입자 안내서*의 **7장**을 참조하십시오.
  - 저희에게 청구서 납부를 요청하셨으나 어느 부분이라도 거절된 경우, 저희의 결정 내용에 이의 제기를 하실 수 있습니다. *가입자 안내서*의 **9장**을 참조하십시오.

B. 진료 코디네이터

진료 코디네이터는 교육을 받은 의료 전문가로서 귀하께서 필요한 치료를 받고 관리하는 데 도움을 줄 수 있습니다. SCAN에는 개인 지원 라인(PAL)이라고 하는 전담 진료 코디네이터 팀이 있으며, 이들은 Medicare 및 Medicaid 혜택에 대한 질문에 답변하고 필요한 진료 및 서비스의 일정과 조정을 도와드립니다. 다음과 같은 방법으로 진료 코디네이터에게 연락할 수 있습니다.

전화	1-866-722-6725. 이 통화는 무료입니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 8시 중에 전화해 주십시오. 참고: 대부분의 국경일은 휴무입니다. 휴무일에는 메시지를 남기실 수 있습니다. 휴일과 영업 시간 외 시간에 수신된 메시지는 영업일 기준으로 1일 이내에 답변을 드립니다. 저희는 비영어권 이용자를 위한 언어 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711번으로 전화해주십시오. 이 통화는 무료입니다. 이 번호는 청각 장애나 언어 장애가 있는 사람들을 위한 것입니다. 이 번호를 이용하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 8시 중에 전화해 주십시오. 참고: 대부분의 국경일은 휴무입니다. 휴무일에는 메시지를 남기실 수 있습니다. 휴일과 영업 시간 외 시간에 수신된 메시지는 영업일 기준으로 1일 이내에 답변을 드립니다.
팩스	1-562-308-3679
우편	SCAN Health Plan Attention: Member Services Department P.O. Box 22616 Long Beach, CA 90801-5616
웹사이트	www.scanhealthplan.com

진료 코디네이터에게 연락하여 다음에 대한 도움을 받으십시오.

- 건강 관리에 관한 질문
- 행동 건강(정신 건강 및 약물 남용 문제) 서비스 이용에 대한 질문
- 치과 혜택에 대한 질문
- 진료 예약에 가기 위한 교통편에 관한 질문
- 커뮤니티 기반 성인 서비스(CBAS), 간호 시설(NF)을 포함한 장기 서비스 및 지원(LTSS)에 대한 질문

위에 언급했듯이 귀하가 이용할 수 있는 장기 서비스 및 지원(LTSS)도 있습니다. LTSS는 목욕, 옷 입기, 음식 준비와 같은 일상적인 일을 하는 데 도움이 필요한 사람들을 돕습니다. 이러한 서비스의 대부분은 귀하의 집이나 커뮤니티에서 제공되며 많은 노인들이 요양원 밖에서 지내는 데 필요한 추가 지원(Extra Help)을 제공합니다.

LTSS에는 다음이 포함될 수 있습니다.

- 커뮤니티 기반 성인 서비스(CBAS), 이전 명칭 성인 주간 건강 관리
- 가정 배달 식사
- 가사 서비스
- 실금 및 위생 용품
- 재택 간병인 지원
- 입원환자 보호 진료
- 개인 관리 서비스
- 영양 보조제
- 특별 욕실 안전 장비 및
- 교통편 에스코트 서비스

LTSS가 필요한 경우 상기 방법 중 하나로 문의하십시오.

C. 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)

주정부 건강 보험 지원 프로그램(SHIP)은 Medicare 가입자에게 무료 건강 보험 상담을 제공합니다. 캘리포니아주에서 SHIP은 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)이라고 합니다. HICAP 카운셀러는 질문에 답변하고 문제 해결을 위해 해야 할 일을 알려드릴 것입니다. HICAP는 카운티마다 교육을 받은 카운셀러를 두고 있으며 서비스는 무료입니다.

HICAP는 어느 보험회사 또는 건강 플랜과도 관련이 없습니다.

전화	1-800-434-0222 이 통화는 무료입니다. 월요일~금요일, 오전 9시부터 오후 4시까지
우편	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Dr, Suite 200 Sacramento, CA 95833
웹사이트	www.aging.ca.gov/hicap

HICAP에 문의하여 도움을 받으십시오.

- Medicare에 관한 질문
- HICAP 상담원은 신규 플랜으로 변경하는 것에 대한 질문에 답변하고 다음에 대한 도움을 줄 수 있습니다.
  - 가입자의 권리 이해
  - 가입자의 플랜 선택에 대해 이해
  - 건강 관리나 치료와 관련된 불만 제기 **및**
  - 청구서 관련 문제 해결

D. 간호사 상담 전화

조언 간호사는 의학적 문제를 평가하고 의학적으로 적절한 경우를 전화를 통해 조언을 제공하기 위해 특별히 교육을 받은 등록 간호사입니다. 건강 또는 건강 관리에 대한 질문이 있는 경우 간호사 상담 전화에 연락할 수 있습니다.

전화	1-855-431-5537. 이 통화는 무료입니다. 주 7일, 하루 24시간 언제든 연락할 수 있습니다. 저희는 비영어권 이용자를 위한 언어 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711번으로 전화해주십시오. 이 통화는 무료입니다. 청각 또는 언어 장애가 있는 경우, 이 번호를 이용해 주십시오. 이 번호를 이용하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다. 주 7일, 하루 24시간 언제든 연락할 수 있습니다.

E. 품질 개선 기관(QIO)

우리 주에는 Livanta라는 조직이 있습니다. 이 프로그램은 Medicare 가입자의 진료 품질 개선을 돕는 의사 및 다른 의료 전문가 그룹입니다. Livanta는 당사 플랜과 관련이 없는 곳입니다.

전화	1-877-588-1123 월요일~금요일, 오전 9시-오후 5시, 토요일과 일요일 오전 11시-오후 3시 주 공휴일은 제외
TTY	1-855-887-6668 이 번호로의 통화는 무료입니다. 이 번호는 특별 전화 장비가 필요하며 청각 장애나 언어 장애가 있는 사람만을 위한 것입니다.
우편	Livanta LLC BFCC-QIO Area 9 10820 Guilford Rd, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
웹사이트	www.livantaqio.com

다음에 대해 Livanta에 연락하여 도움을 받으십시오.

- 건강 관리 권리에 대한 질문
- 다음에 해당하는 경우, 받은 치료에 대한 불만 제기.
  - 진료 품질에 문제가 있을 경우,
  - 귀하의 병원 입원이 너무 일찍 끝난다고 생각하는 경우, **또는**
  - 가정 건강 관리, 전문 간호 시설 진료, 종합 외래환자 재활 시설(CORF) 서비스가 너무 일찍 종료된다고 생각하는 경우.

F. Medicare

Medicare는 65세 이상의 어르신과 65세 미만의 장애인, 말기 신장 질환을 가진 환자(투석 또는 신장 이식이 필요한 영구적인 신부전)를 위한 연방 건강 보험 프로그램입니다.

Medicare를 담당하는 연방 기관은 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터 또는 CMS라고 합니다.

전화	1-800-MEDICARE(1-800-633-4227) 이 전화는 주 7일 하루 24시간 언제든 무료로 이용하실 수 있습니다.
TTY	1-877-486-2048번으로 연락해 주십시오. 이 통화는 무료입니다. 이 번호는 청각 장애나 언어 장애가 있는 사람들을 위한 것입니다. 이 번호를 이용하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.
웹사이트	www.medicare.gov 이 웹사이트는 Medicare의 공식 웹사이트입니다. 이 웹사이트는 Medicare에 대한 최신 정보를 제공합니다. 여기에는 병원, 간호 시설, 의사, 가정 건강 관리 기관, 투석 시설, 입원환자 재활 시설 및 호스피스에 대한 정보도 포함되어 있습니다. 도움이 되는 웹사이트와 전화번호도 포함되어 있습니다. 개인 컴퓨터에서 인쇄할 수 있는 문서도 포함되어 있습니다. 컴퓨터가 없을 경우, 지역 도서관이나 시니어 센터에 있는 컴퓨터를 이용하여 이 웹사이트를 이용하실 수 있습니다. 또는 위의 전화번호로 Medicare에 전화하여 자신이 원하는 사항을 문의할 수도 있습니다. 웹사이트에서 해당 정보를 찾고 가입자와 함께 정보를 검토할 것입니다.

G. Medi-Cal

Medi-Cal은 캘리포니아주의 Medicaid 프로그램입니다. 이 프로그램은 자녀가 있는 가족, 노인, 장애인, 위탁 보호 아동 및 청소년, 임산부를 포함한 저소득 개인에게 필요한 의료 서비스를 제공하는 공공 건강 보험 프로그램입니다. Medi-Cal은 주 및 연방 정부 기금으로 자금을 조달합니다.

Medi-Cal 혜택은 의료, 치과, 행동 건강, 장기 서비스 및 지원이 포함합니다.

귀하는 Medicare 및 Medi-Cal에 가입되어 있습니다. Medi-Cal 혜택에 대해 궁금한 점이 있으시면 플랜 진료 코디네이터에게 문의하십시오. Medi-Cal 플랜 가입에 대한 질문이 있는 경우 Health Care Options로 전화하십시오.

전화	1-800-430-4263. 이 통화는 무료입니다. 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 6시까지
TTY	1-800-430-7077. 이 통화는 무료입니다. 청각 또는 언어 장애가 있는 경우, 이 번호를 이용해 주십시오. 이 번호를 이용하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.
우편	California Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
웹사이트	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

H. Medi-Cal 옴부즈맨 관리형 진료 및 정신 건강 사무국

옴부즈맨 사무국은 가입자를 옹호하는 업무를 수행합니다. 질문이나 불만이 있을 경우, 질문에 답변하고 해야 할 일을 이해하도록 도와줄 수 있습니다. 옴부즈맨 사무국은 서비스 또는 청구 문제에 대해서도 도움을 드립니다. 이 곳은 당사 플랜이나 보험 회사 또는 건강 플랜과 관련이 없습니다. 서비스는 무료입니다.

전화	1-888-452-8609 이 통화는 무료입니다. 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 5시까지
TTY	711 이 통화는 무료입니다.
우편	California Department of Healthcare Services Office of the Ombudsman 1501 Capitol Mall MS 4412 PO Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413
이메일	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
웹사이트	www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOfficeoftheOmbudsman.aspx

I. 카운티 사회복지 서비스

혜택과 관련하여 도움이 필요하시면 지역 카운티 사회복지 서비스 기관에 연락하십시오.

Medi-Cal 자격에 대한 질문은 카운티 사회복지 서비스 기관에 문의하십시오.

공공사회복지부(로스앤젤레스 카운티)

전화	1-866-613-3777 또는 1-877-597-4777. 이 통화는 무료입니다. 월요일~금요일, 오전 7시 30분부터 오후 7시 30분까지 토요일, 오전 8시부터 오후 4시 30분까지
TTY	1-877-735-2929. 이 통화는 무료입니다. 청각 또는 언어 장애가 있는 경우, 이 번호를 이용해 주십시오. 이 번호를 이용하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.
우편	Los Angeles County Department of Public Social Services Customer Service Center P.O. Box 77267 Los Angeles, CA 90007-9819
웹사이트	www.dpss.lacounty.gov/en.html

공공사회복지부(리버사이드 카운티)

전화	1-877-410-8827. 이 통화는 무료입니다. 월요일~목요일, 오전 8시부터 오후 5시까지 금요일, 오전 8시부터 오후 4시 30분까지
TTY	1-800-806-4474. 이 통화는 무료입니다. 이 번호는 청각 장애나 언어 장애가 있는 사람들을 위한 것입니다. 이 번호를 이용하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.
우편	Riverside County Department of Public Social Services 4060 County Circle Drive Riverside, CA 92503
웹사이트	www.rivcodpss.org

공공사회복지부(샌버나디노 카운티)

전화	1-877-410-8829. 이 통화는 무료입니다. 월요일~금요일, 오전 7시부터 오후 5시까지
TTY	711번으로 전화해주십시오. 이 통화는 무료입니다. 이 번호는 청각 장애나 언어 장애가 있는 사람들을 위한 것입니다. 이 번호를 이용하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.
우편	Human Services System Transitional Assistance Department 1895 Del Rosa Ave N. San Bernardino, CA 92415
웹사이트	wp.sbcounty.gov/hs

공공사회복지부(샌디에이고 카운티)

전화	1-866-262-9881. 이 통화는 무료입니다. 월요일~금요일, 오전 7시부터 오후 5시까지
TTY	711번으로 전화해주십시오. 이 통화는 무료입니다. 이 번호는 청각 장애나 언어 장애가 있는 사람들을 위한 것입니다. 이 번호를 이용하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.
우편	Department of Health & Human Services Agency 1600 Pacific Highway, Room 206 San Diego, CA 92101
웹사이트	www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa/programs/ssp/medi-cal_program.html

J. 카운티 행동 건강 서비스 기관

Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스는 이용 기준을 충족하는 경우 카운티 및 약물 남용 장애 서비스를 통해 이용할 수 있습니다.

전화	로스엔젤레스 카운티 1-800-854-7771. 이 통화는 무료입니다. 주 7일, 하루 24시간 언제든 연락할 수 있습니다. 저희는 비영어권 이용자를 위한 언어 통역 서비스를 제공합니다. 리버사이드 카운티 1-800-706-7500. 이 통화는 무료입니다. 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 5시까지 저희는 비영어권 이용자를 위한 언어 통역 서비스를 제공합니다. 샌버나디노 카운티 1-888-743-1478. 이 통화는 무료입니다. 주 7일, 하루 24시간 언제든 연락할 수 있습니다. 저희는 비영어권 이용자를 위한 언어 통역 서비스를 제공합니다. 샌디에이고 카운티 1-888-724-7240. 이 통화는 무료입니다. 주 7일, 하루 24시간 언제든 연락할 수 있습니다. 저희는 비영어권 이용자를 위한 언어 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711번으로 전화해주십시오. 이 통화는 무료입니다. 청각 또는 언어 장애가 있는 경우, 이 번호를 이용해 주십시오. 이 번호를 이용하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다. 월요일~금요일, 오전 7시 30분부터 오후 7시까지 토요일, 오전 8시부터 오후 4시 30분까지

카운티 행동 건강 기관에 연락하여 도움을 받으십시오.

- 카운티에서 제공하는 전문 정신 건강 서비스에 대한 질문
- 카운티에서 제공하는 약물 남용 장애 서비스에 대한 질문

K. 캘리포니아주 관리보건부

캘리포니아주 관리보건부(DMHC)는 건강 플랜을 관리하는 일을 담당합니다. DMHC 지원 센터는 장기 서비스 및 지원(LTSS) 및 Medicare에서 보장하지 않는 기타 서비스 및 의약품을 포함하는 Medi-Cal 서비스 및 혜택에 대한 이의 제기 및 불만 제기에 대해 도움을 드릴 수 있습니다.

전화	1-888-466-2219. 이 통화는 무료입니다. DMHC 담당자와는 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 6시 중에 통화할 수 있습니다.
TDD	1-877-688-9891. 이 통화는 무료입니다. 청각 또는 언어 장애가 있는 경우, 이 번호를 이용해 주십시오. 이 번호를 이용하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.
우편	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
팩스	1-916-255-5241
웹사이트	www.dmhc.ca.gov

L. 처방약 비용 지불을 돕는 프로그램

Medicare.gov 웹사이트(www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs)에는 처방약 비용을 절감하는 방법에 대한 정보가 포함되어 있습니다. 소득이 제한적인 사람들을 위해 아래에 설명된 대로 도움을 줄 수 있는 다른 프로그램도 있습니다.

L1. 추가 지원(Extra Help)

Medi-Cal의 적격 판정자는 처방약 플랜 비용을 지급할 때 Medicare로부터 '추가 지원(Extra Help)'을 받을 수 있습니다. 귀하는 '추가 지원(Extra Help)'을 받기 위해 아무 일도 할 필요가 없습니다.

전화	1-800-MEDICARE(1-800-633-4227) 이 전화는 주 7일 하루 24시간 언제든 무료로 이용하실 수 있습니다.
TTY	1-877-486-2048번으로 연락해 주십시오. 이 통화는 무료입니다. 이 번호는 청각 장애나 언어 장애가 있는 사람들을 위한 것입니다. 이 번호를 이용하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.
웹사이트	www.medicare.gov

귀하가 약국에서 처방약을 받을 때 정확하지 않은 비용 분담액을 지불하고 있다고 생각하는 경우 저희 플랜은 귀하가 올바른 자기부담금 수준에 대한 증거 획득을 위한 지원을 요청하거나 귀하에게 이미 해당 증거가 있을 경우 이 증거를 저희에게 제공하는 절차를 가지고 있습니다.

- 이용 가능한 최상의 증거를 얻고 이러한 증거를 제공하기 위해 도움을 요청하시려면 페이지 하단에 있는 전화번호로 가입자 서비스부에 전화해 주십시오.
- 가입자의 자기부담금 수준을 증명하는 증거를 수령하면 다음 처방약을 살 때 적정한 자기부담금을 지불할 수 있도록 당사의 시스템을 업그레이드할 것입니다. 가입자가 자기부담금을 초과 지불하였으면, 당사가 가입자에게 환급해 드립니다. 수표를 보내 드리거나 차후의 자기부담금에서 해당 금액을 공제해 드립니다. 약국이 가입자로부터 자기부담금을 징수하지 않고 가입자의 자기부담금을 가입자의 채무로 처리한 경우, 당사는 해당 금액을 약국에 직접 지급합니다. 만약 주 정부가 가입자를 대신하여 지불했다면, 당사가 주 정부에 직접 지급합니다. 궁금한 점이 있으시면 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

주정부 약 지원 프로그램(SPAP)으로부터 추가 지원 및 보장을 받으면 어떻게 됩니까?

많은 주와 미국령 버진 아일랜드는 처방약, 약 플랜 보험료 및/또는 기타 의약품 비용 지불을 돕습니다. 주정부 약 지원 프로그램(SPAP)에 가입되어 있는 경우, Medicare의 추가 지원이 먼저 지급됩니다.

주정부 약 지원 프로그램

많은 주에는 일부 사람들에게 재정적 필요, 나이 또는 의학적 상태 또는 장애에 기초해 처방약 비용 지불을 도와주는 주정부 약 지원 프로그램이 있습니다. 주마다 가입자들에게 약 보장을 제공하는 규칙이 서로 다릅니다.

캘리포니아주에서 주정부 의약품 지원 프로그램은 유전적 장애인 프로그램입니다.

방법	유전적 장애인 프로그램(GHPP)(캘리포니아주의 주정부 의약품 지원 프로그램) - 연락처 정보
전화	**1-916-552-9105** 월요일~금요일, 오전 8시-오후 5시(주 공휴일은 제외)
우편	**Genetically Handicapped Persons Program** MS 4502 P.O. Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413
이메일	ghppeligibility@dhcs.ca.gov
웹사이트	www.dhcs.ca.gov

L2. AIDS 약 지원 프로그램(ADAP)

ADAP는 HIV/AIDS에 걸려 ADAP 자격이 되는 사람들이 생명을 구할 약을 이용할 수 있도록 도와줍니다. ADAP 처방집에 수록된 Medicare 파트 D 처방약은 캘리포니아주 공중보건부 감염병 센터 AIDS 사무소를 통해 처방약 비용 분담 지원 자격을 갖추게 됩니다. 참고: 가입자가 거주하고 있는 주에서 운영하는 ADAP에 자격이 되려면, 해당 주에 거주한다는 증거와 HIV 상태, 주정부에서 정한 저소득, 보험 미가입/보장 불충분 상태 증거를 비롯한 특정 기준을 충족해야 합니다. 플랜을 변경하시면 지역 ADAP 가입 담당자에게 알려주셔야 자격 기준, 보장 의약품 또는 프로그램 가입 방법에 대한 지원을 계속 받을 수 있습니다. 1-844-421-7050번으로 전화 주십시오.

Office of AIDS, Center for Infectious Diseases – California Department of Public Health
MS7700
P.O. Box 997426
Sacramento, CA 95899-7426

1-844-421-7050(전화)

1-844-421-8008(비보안 팩스)

www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OAmain.aspx

L3. Medicare 처방약 지불 계획

Medicare 처방약 지불 계획은 현재 약 보장과 함께 사용할 수 있는 새로운 지불 옵션으로, 연중 내내(1월-12월) 달라지는 월별 지불액에 분산하여 약 비용을 관리하는 데 도움이 될 수 있습니다. 이 지불 옵션은 비용을 관리하는 데 도움이 될 수 있지만 비용을 절약하거나 약 비용을 낮추지는 않습니다. '추가 지원' 양식 Medicare와 SPAP 및 ADAP의 지원은 자격이 있는 사람들을 위해 소득 수준에 관계없이 이 지불 옵션에 참여하는 것보다 더 유리하며, 약 보장이 있는 플랜은 이 지불 옵션을 제공해야 합니다. 페이지 하단의 전화번호로 문의하시거나 Medicare.gov 에 방문하여 이 지불 옵션이 귀하에게 적합한지 확인하십시오.

M. 사회보장국

사회보장국은 Medicare 가입 자격을 결정하고 가입을 처리합니다. 65세 이상이거나 장애 또는 말기 신장 질환(ESRD)이 있고 특정 조건을 충족하는 미국 시민 및 합법적인 영주권자는 Medicare의 가입 자격이 있습니다. 사회보장연금 수표를 이미 받고 계신 경우 Medicare에 자동으로 가입됩니다. 사회보장연금 수표를 받고 있지 않다면 Medicare에 등록을 해야 합니다. Medicare를 신청하시려면 사회보장국으로 연락하거나 지역 사회보장국 사무소를 방문해야 합니다.

이사 또는 우편 주소가 변경된 경우, 사회보장국으로 연락하여 알리는 것이 중요합니다.

전화	1-800-772-1213 이 번호로의 통화는 무료입니다. 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 7시 중에 연락 가능합니다. 자동 전화 서비스를 이용하여 하루 24시간 언제든 녹음된 정보를 듣거나 일부 업무를 처리할 수 있습니다.
TTY	1-800-325-0778 이 번호는 청각 장애나 언어 장애가 있는 사람들을 위한 것입니다. 이 번호를 이용하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.
웹사이트	www.ssa.gov

N. 철도원 퇴직 위원회(RRB)

RRB는 전국 철도 근로자와 그 가족을 위한 종합적인 혜택 프로그램을 관리하는 독립적인 연방 기관입니다. RRB를 통해 Medicare를 받고 계시다면, 이사 또는 우편 주소 변경 여부를 알려주셔야 합니다. RRB 혜택에 관해 궁금한 점이 있으시면, 이 기관으로 연락해 주십시오.

전화	1-877-772-5772 이 번호로의 통화는 무료입니다. '0'을 누르시면 월요일, 화요일, 목요일 및 금요일 오전 9시부터 오후 3시 30분까지, 수요일에는 오전 9시부터 오후 12시까지 RRB 상담원과 통화하실 수 있습니다. '1'을 누르시면 주말과 공휴일을 포함해 하루 24시간 자동 RRB 헬프라인 및 녹음된 정보를 이용하실 수 있습니다.
TTY	1-312-751-4701 이 번호는 청각 장애나 언어 장애가 있는 사람들을 위한 것입니다. 이 번호를 이용하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다. 이 번호는 무료 전화번호가 아닙니다.
웹사이트	www.rrb.gov

O. 단체 보험 또는 기타 고용주 보험

본인(또는 배우자나 동거인)이 본인의(또는 배우자나 동거인) 고용주나 퇴직자 단체로부터 보험 혜택을 받고 있는 경우, 궁금한 점이 있으면 고용주/노동조합의 혜택 관리자 또는 가입자 서비스부에 문의하시면 됩니다. 본인(또는 배우자나 동거인)의 고용주 또는 퇴직자 의료 혜택, 보험료 또는 가입 기간에 대해 문의할 수 있습니다. 이 플랜에 대한 Medicare 보장과 관련한 문의 사항이 있으시면 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227, TTY: 1-877-486-2048)로 연락 주십시오.

본인의(또는 배우자나 동거인의) 고용주 또는 퇴직자 단체를 통해 다른 처방약 보장을 받고 있다면, **그 단체의 혜택 관리자에게** 연락해 주십시오. 그 혜택 관리자가 현재 귀하의 처방약 보장이 당사의 플랜과 어떻게 연계되는지 판단하실 수 있도록 도와드립니다.

P. 기타 리소스

Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램은 건강 보장을 받거나 유지하는 데 어려움을 겪고 있고, 건강 플랜과 관련된 문제를 해결하는 데 어려움을 겪고 있는 사람들을 돕기 위해 무료 지원을 제공합니다.

다음과 같은 문제가 있는 경우.

- Medi-Cal
- Medicare
- 건강 플랜
- 의료 서비스 이용
- 거부된 서비스, 의약품, 내구성 의료 장비(DME), 정신 건강 서비스 등에 대한 이의 제기
- 의료 청구
- 장기 서비스 및 지원(LTSS)

Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램은 불만 제기, 이의 제기 및 공청회를 지원합니다. 옴부즈맨 프로그램의 전화번호는 1-855-501-3077번입니다.

Q. Medi-Cal 치과 프로그램

다음과 같은 특정 치과 서비스(이에 국한되지 않음)는 Medi-Cal 치과 프로그램을 통해 이용할 수 있습니다.

- 초기 검진, 엑스레이, 클리닝, 불소 처리
- 수복 및 크라운
- 근관 치료
- 부분 및 전체 의치, 조정, 수리 및 재이장

치과 혜택은 Medi-Cal 치과 의료행위별 수가제(FFS), 치과 관리 진료(DMC) 프로그램 및 San Mateo의 건강 플랜을 통해 이용할 수 있습니다.

전화	1-800-322-6384 통화는 무료입니다. Medi-Cal 치과 FFS 프로그램 담당자가 월요일부터 금요일까지 오전 8시-오후 5시에 도움을 드릴 수 있습니다.
TTY	1-800-735-2922 이 번호는 청각 장애나 언어 장애가 있는 사람들을 위한 것입니다. 이 번호를 이용하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.
웹사이트	www.dental.dhcs.ca.gov smilecalifornia.org

Medi-Cal 치과 의료행위별 수가제 프로그램 외에도 치과 관리 진료 플랜을 통해 치과 혜택을 받을 수 있습니다. 치과 관리 진료 플랜은 새크라멘토 카운티와 로스앤젤레스 카운티에서 이용할 수 있습니다. 치과 플랜에 대한 자세한 정보가 필요하거나 치과 플랜을 변경하려면 월요일부터 금요일까지 오전 8시-오후 6시에 1-800-430-4263(TTY 사용자는 1-800-430-7077)번으로 Health Care Options에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. DMC 연락처는 여기에서도 확인할 수 있습니다: https://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx

2022년 1월 1일부터 귀하의 의료 건강 플랜이 산마테오 건강 플랜(HPSM)인 경우 HPSM에서 치과 서비스를 받게 됩니다. 치과를 찾거나 치과 서비스를 받는 데 도움이 필요하시면 1-800-750-4776(수신자 부담)(TTY 1-800-735-2929 또는 711)번으로 전화해 주십시오. 자세한 내용을 확인하려면 HPSM의 웹사이트 www.hpsm.org/dental를 방문할 수도 있습니다.

3장: 건강 관리를 위한 플랜의 보장과 기타 보장 서비스의 이용

소개

이 장에는 당사 플랜을 통해 의료 서비스 및 기타 보장되는 서비스를 받기 위해 알아야 할 특정 조건 및 규칙이 포함되어 있습니다. 또한 진료 코디네이터 정보, 다양한 서비스 제공자로부터 특정 상황에서(네트워크 외부 서비스 제공자 또는 약국 포함) 서비스를 받는 방법, 당사 플랜이 보장하는 서비스에 대해 직접 비용이 청구된 경우 해야 할 일, 내구성 의료 장비(DME) 소유 규칙 등에 대한 설명도 포함되어 있습니다. 주요 용어 및 정의는 *가입자 안내서*의 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

목차

A. 서비스 및 서비스 제공자 관련 정보 47

B. 당사 플랜이 보장하는 서비스를 받기 위한 규칙 47

C. 진료 코디네이터 49

C1. 진료 코디네이터란? 49

C2. 진료 코디네이터에게 연락하는 방법 49

C3. 진료 코디네이터를 변경하는 방법 49

D. 서비스 제공자가 제공하는 서비스 49

D1. 주치의(PCP)의 진료 49

D2. 전문의 및 기타 네트워크 서비스 제공자의 서비스 52

D3. 서비스 제공자가 플랜에서 탈퇴하는 경우 53

D4. 네트워크 외부 서비스 제공자 54

E. 장기 서비스 및 지원(LTSS) 54

F. 행동 건강(정신 건강 및 약물 남용 문제) 서비스 55

F1. 플랜 외부에서 제공되는 Medi-Cal 행동 건강 서비스 55

G. 교통편 서비스 57

G1. 비응급 상황의 의료 교통편 57

G2. 비의료 교통편 58

H. 의료 응급 상황, 긴급하게 필요한 경우 또는 재난 발생 시 보장되는 서비스 59

H1. 의학적 응급 상황에서의 치료 59

H2. 긴급 진료 61

H3. 재난 시 진료 받기 62

I. 당사 플랜이 보장하는 서비스에 대해 비용을 직접 청구받은 경우 해야 할 일 63

I1. 당사 플랜이 서비스를 보장하지 않는 경우 해야 할 일 63

J. 임상 연구에서의 의료 서비스 보장 64

J1. 임상 연구의 정의 64

J2. 임상 연구에 참여하고 있을 때 서비스 비용 지불 64

J3. 임상 연구에 대한 자세한 정보 65

K. 종교적 비의료 보건 기관에서 가입자의 건강 관리 서비스 보장 65

K1. 종교적 비의료 보건 기관의 정의 65

K2. 종교적 비의료 보건 기관에서의 진료 65

L. 내구성 의료 장비(DME) 66

L1. 당사 플랜 가입자의 DME 66

L2. Original Medicare로 전환하는 경우의 DME 소유권 66

L3. 당사 플랜 가입자의 산소 장비 혜택 67

L4. Original Medicare 또는 다른 Medicare Advantage(MA) 플랜으로 전환할 때의 산소 장비 ... 67

A. 서비스 및 서비스 제공자 관련 정보

서비스에는 진료, 장기 서비스 및 지원(LTSS), 용품, 행동 건강 서비스, 처방약, 처방전 없이 구입할 수 있는 약, 장비 및 다른 서비스가 포함됩니다. **보장 서비스**는 플랜이 비용을 부담하는 모든 서비스를 말합니다. 보장되는 건강 관리, 행동 건강 및 LTSS는 가입자 안내서의 **4장**에 있습니다. 처방약 및 비처방약에 대한 보장 서비스는 가입자 안내서의 **5장**에 있습니다.

서비스 제공자는 가입자에게 서비스와 진료를 제공하는 의사, 간호사 및 기타 사람들입니다. 서비스 제공자에는 병원, 가정 건강 기관, 클리닉 및 의료 서비스, 행동 건강 서비스, 의료 장비 및 특정 LTSS를 제공하는 기타 장소도 포함됩니다.

네트워크 서비스 제공자는 당사의 플랜과 업무 협조 관계에 있는 서비스 제공자입니다. 이러한 서비스 제공자는 당사의 지불을 전액 지불로서 수락하기로 동의했습니다. 네트워크 서비스 제공자들은 제공한 진료에 대해 당사에 직접 청구합니다. 네트워크 서비스 제공자를 이용할 때는 일반적으로 보장 서비스에 대해 비용을 지불하지 않습니다.

B. 당사 플랜이 보장하는 서비스를 받기 위한 규칙

당사 플랜은 모든 Medicare 보장 서비스 및 대부분의 Medi-Cal 보장 서비스를 보장합니다. 여기에는 특정 행동 건강 및 LTSS가 포함됩니다.

당사 플랜은 일반적으로 건강 관리 서비스, 행동 건강 서비스 및 귀하가 저희 규칙을 준수할 때 받는 많은 LTSS에 대해 비용을 지불합니다. 당사 플랜의 보장을 받으려면,

- 가입자가 이용하는 서비스는 **플랜이 보장하는 혜택**이어야 합니다. 즉, *가입자 안내서*의 **4장**의 혜택 차트에 있는 서비스입니다.
- 이러한 건강 관리는 **의학적으로 필요한 것이어야 합니다.** 의학적으로 필요함이란 합리적이고 생명을 보호하는 중요한 서비스를 의미합니다. 의학적으로 필요한 치료는 개인이 중병에 걸리거나 장애인이 되지 않도록 하고 질병, 질환 또는 부상을 치료하여 심각한 통증을 줄이기 위해 필요합니다.
- 의학적 서비스를 받으려면, 치료를 지시하거나 다른 서비스 제공자의 진료를 받도록 한 네트워크 **주치의(PCP)**가 있어야 합니다. 플랜 가입자로서 귀하는 네트워크 서비스 제공자를 PCP로 지정해야 합니다.
    - 대부분의 경우, 네트워크 PCP 또는 당사 플랜은 가입자가 PCP가 아닌 서비스 제공자를 이용하거나 당사 플랜 네트워크의 다른 서비스 제공자를 이용하기 전에 귀하에게 승인을 주어야 합니다. 이것을 **진료 의뢰**라고 합니다. 승인을 얻지 못하면 저희는 서비스 비용을 보장하지 않을 수 있습니다. 진료 의뢰에 대한 자세한 내용은 이 장의 섹션 D를 참조하십시오.

- 저희 플랜의 PCP는 의료 그룹과 제휴하고 있습니다. PCP를 선택하면 제휴 의료 그룹도 선택하게 됩니다. 즉, 담당 PCP는 자신이 소속된 의료 그룹과 제휴한 전문의 및 서비스를 추천합니다. 의료 그룹은 귀하에게 의료 서비스를 제공하기로 당사와 계약을 맺은 의사/서비스 제공자 그룹입니다. 가입자가 네트워크 서비스 제공자에게 진료를 받을 때, 보장 서비스에 대해서는 지불을 하지 않습니다.

- 응급 진료 또는 긴급 진료, 여성 의료 서비스 제공자 이용 또는 본 장의 섹션 D1에 나열된 기타 서비스에 대해서는 PCP의 진료 의뢰가 필요하지 않습니다.

- **귀하는 담당 PCP의 의료 그룹과 제휴한 네트워크 서비스 제공자로부터 진료를 받으셔야 합니다.** 일반적으로 당사 건강 플랜 및 PCP의 의료 그룹과 협력하지 않는 서비스 제공자의 진료는 보장하지 않습니다. 즉, 제공된 서비스에 대해 귀하께서는 서비스 제공자에게 전액을 지불해야 합니다. 이 규칙이 적용되지 않는 몇 가지 경우는 다음과 같습니다.

  - 저희는 네트워크 외부 서비스 제공자의 응급 진료 또는 긴급 진료를 보장합니다(자세한 정보는 이 장의 **Section H** 참조).

  - 당사 플랜이 보장하지만 네트워크 서비스 제공자가 제공할 수 없는 진료를 받으셔야 하는 경우, 네트워크 외부 서비스 제공자를 이용하실 수 있습니다. *가입자는 네트워크 외부에서 진료를 받기 전에 허가를 받아야 합니다.* 이런 경우, 저희는 가입자에게 무료로 치료를 보장합니다.

  - 저희는 귀하가 당사 플랜의 서비스 지역 외부에 단기간 동안 있는 경우 또는 귀하의 서비스 제공자를 일시적으로 이용할 수 없거나 접근할 수 없는 경우의 신장 투석 서비스를 보장합니다. Medicare 인증 투석 시설에서 이러한 서비스를 받을 수 있습니다. 투석을 위해 귀하가 지불하는 비용 분담은 Original Medicare의 비용 분담을 초과할 수 없습니다. 플랜의 서비스 지역 외부에 있으며 플랜의 네트워크 외부에 있는 서비스 제공자로부터 투석을 받는 경우, 귀하의 비용 분담은 네트워크 내에서 지불하는 비용 분담을 초과할 수 없습니다. 그러나 투석을 위한 일반적인 네트워크 내 서비스 제공자를 일시적으로 이용할 수 없으며 네트워크 외부 서비스 제공자로부터 서비스 지역 내부의 서비스를 받기로 선택한 경우 투석에 대한 비용 분담이 더 높을 수 있습니다.

  - 당사 플랜에 처음 가입할 때 현재 서비스 제공자를 계속 이용할 수 있게 저희에게 요청할 수 있습니다. 가입자가 기존의 서비스 제공자로부터 진료를 받았다는 기존 관계를 저희가 파악할 수 있는 경우, 저희는 이러한 요청을 승인해야 합니다. *가입자 안내서*의 **1장**을 참조하십시오. 요청이 승인될 경우, 최대 12개월 동안 현재 서비스 제공자를 계속 이용할 수 있습니다. 이 기간 동안 진료 코디네이터가 귀하에게 담당 PCP의 의료 그룹과 제휴한 네트워크 서비스 제공자를 찾아드릴 것입니다. 12개월 후, 네트워크에 소속되지 않았으며 담당 PCP의 의료 그룹과 제휴하지 않은 서비스 제공자의 진료를 계속해서 받으실 경우 그러한 진료를 더 이상 보장해 드리지 않습니다.

SCAN Connections 신규 가입자: 대부분의 경우, SCAN Connections 가입을 요청한 달의 첫 번째 날에 Medicare 혜택을 받기 위해 SCAN Connections에 가입하게 됩니다. 추가 1개월 동안은 이전 Medi-Cal 건강 플랜에서 Medi-Cal 서비스를 계속 받을 수 있습니다. 그 이후에는 SCAN Connections를 통해 Medi-Cal 서비스를 받게 됩니다. 가입자의 Medi-Cal 보장에는 공백이 없습니다. 궁금한 점이 있으시면 1-866-722-6725(TTY 사용자는 711)번으로 전화하십시오.

C. 진료 코디네이터

C1. 진료 코디네이터란?

진료 코디네이터는 교육을 받은 의료 전문가로서 귀하께서 필요한 치료를 받고 관리하는 데 도움을 줄 수 있습니다. SCAN에는 개인 지원 라인(PAL)이라고 하는 전담 진료 코디네이터 팀이 있으며, 이들은 Medicare 및 Medicaid 혜택에 대한 질문에 답변하고 필요한 진료 및 서비스의 일정과 조정을 도와드립니다.

C2. 진료 코디네이터에게 연락하는 방법

1-866-722-6725번으로 전화하여 진료 코디네이터에게 연락할 수 있습니다. 진료 코디네이터에게 연락하는 다른 방법은 **2장, 섹션 B**에 자세히 설명되어 있습니다.

C3. 진료 코디네이터를 변경하는 방법

1-866-722-6725번으로 전화하여 다른 진료 코디네이터를 요청할 수 있습니다.

D. 서비스 제공자가 제공하는 서비스

D1. 주치의(PCP)의 진료

PCP의 정의 및 PCP의 역할

주치의(PCP, Primary Care Provider) – 대부분의 건강 문제로 가장 먼저 진료를 받는 의사 또는 기타 서비스 제공자. 여러 Medicare 건강 플랜들에서, 가입자가 다른 의료 서비스 제공자를 만나기 전에 주치의에게 진료를 받도록 하고 있습니다.

PCP란 무엇이며 PCP가 하는 일은 무엇입니까?

PCP는 주정부의 요건에 부합하고 가입자에게 기본적인 진료를 제공하도록 교육을 받은 서비스 제공자입니다. 아래에 설명된 바와 같이 PCP로부터 정기적 진료 또는 기본 진료를 받을 수 있습니다. 또한 PCP는 당사 플랜의 가입자가 이용하는 나머지 보장 서비스를 조율해주기도 합니다. 예를 들어, 가입자가 전문의 진료를 받으려면 먼저 담당 PCP의 승인을 받아야 합니다(이것을 전문의에게 '진료 의뢰'한다고 함). PCP가 대부분의 진료를 제공하고 귀하가 당사 플랜의 가입자로서 받는 나머지 보장 서비스를 준비하고 조정하도록 도와줄 것입니다.

이러한 권리에 다음 사항이 포함됩니다.

- 엑스레이
- 검사실 검사
- 치료
- 전문의의 진료
- 병원 입원
- 후속 진료

서비스 '조정'에는 귀하의 진료와 그 진행 상태를 확인하고 다른 플랜 소속 서비스 제공자와 상의하는 것도 포함됩니다. 특정 유형의 보장되는 서비스 또는 용품이 필요하다면 PCP로부터 미리 서면으로 승인을 받아야 합니다(전문의 진료를 받도록 진료 의뢰를 해주는 것). 경우에 따라 PCP는 SCAN Health Plan 또는 PCP의 의료 그룹에게 사전 허가(사전 승인)을 받아야 할 수 있습니다. PCP가 귀하의 진료를 제공하고 조정하기 때문에 주치의 진료소로 귀하의 과거 의료 기록을 모두 보내야 합니다.

PCP가 될 수 있는 서비스 제공자에는 다음이 포함됩니다. 가정 주치의, 일반 의원, 내과의와 같은 유형이 있습니다.

가입자의 PCP 선택

이용 가능한 PCP 목록은 서비스 제공자 및 약국 명부 또는 www.scanhealthplan.com에서 확인할 수 있습니다. 거주 지역에서 이용할 수 있는 서비스 제공자 목록을 검토한 후 이 페이지 하단의 전화번호로 가입자 서비스부에 전화하여 PCP를 선택하십시오.

참고: 가입 후 30일 이내에 PCP를 선택하지 않으면, SCAN Health Plan이 대신 PCP를 지정합니다.

가입자와 PCP와의 관계는 중요하기 때문에 집에서 가까운 곳의 PCP를 선택하도록 적극 권장하고 있습니다. 인근에 위치한 PCP를 선택하면 의료 서비스를 받거나 신뢰할 수 있는 열린 관계를 쌓기에 매우 편리합니다. 가입 후 90일 이내에 새로운 PCP와 최초 건강 평가 예약을 하는 것이 중요합니다.

PCP가 가입자를 치료하기 위한 기본 정보를 얻을 수 있기 때문입니다.

플랜 PCP마다 진료 의뢰를 할 때 이용하는 플랜 전문의가 있습니다. 즉, 가입자가 선택한 PCP가 가입자를 진료할 전문의를 결정할 수 있습니다.

PCP 변경 옵션

PCP는 언제, 어떤 이유로든 변경할 수 있습니다. 또한 PCP는 플랜 네트워크를 탈퇴할 수도 있습니다. 담당 PCP가 플랜 네트워크를 탈퇴하면 저희가 플랜 네트워크 소속인 새로운 PCP를 찾도록 도와드릴 수 있습니다.

계약된 의료 그룹이나 독립 의사 협회(IPA)에 소속된 PCP로 변경하려는 경우, 다음 달 1일부터 효력이 발생합니다. PCP를 기타 계약된 의료 그룹 또는 IPA에 속한 의사로 변경하려면, 해당 월의 20일 또는 이전까지 요청이 접수되어야 합니다. 다른 의료 그룹에 속한 PCP로 변경하면 해당 PCP가 추천하는 특정 전문의 또는 병원(예: 하위 네트워크, 진료 의뢰 조직)으로 제한될 수 있습니다. PCP를 변경하려면 이 페이지 하단에 있는 전화번호로 가입자 서비스부에 전화하십시오.

전화하실 때 가입자 서비스부에게 전문의를 원하시거나 PCP의 승인이 필요한 다른 보장 서비스(가정 건강 서비스 및 내구성 의료 장비)를 원하시는지를 알려 주시기 바랍니다. 가입자 서비스부는 가입자가 선택한 의료 그룹 또는 독립 의사 협회(IPA)에 소속된 전문 과목 서비스 제공자인지 확인 후 가입자가 계속해서 해당 전문 과목 진료 및 기타 서비스를 받을 수 있는지 확인합니다. 새로 선택하고 싶은 PCP가 신규 환자를 수락하는지도 확인해 드릴 것입니다.

가입자 서비스부는 새로운 PCP로 변경한 것이 언제부터 유효한지 알려드릴 것입니다. 새로운 PCP의 이름과 전화번호가 표시된 새 가입자 카드도 보내드릴 것입니다.

현재 이용하는 네트워크 서비스 제공자가 플랜에서 탈퇴하는 경우가 있습니다. 이 경우, 플랜 소속의 다른 서비스 제공자로 전환해야 합니다. 가입자가 가입자 서비스부에 전화하여 다른 서비스 제공자를 찾는데 도움을 요청하거나, 저희와 계약한 의료 그룹 또는 독립 의사 협회(IPA)의 다른 PCP를 선택해드릴 수도 있습니다. 저희가 선택한 PCP를 변경하고 싶다면 언제든지 저희에게 전화하시면 됩니다.

PCP로부터 승인을 받지 않고 이용할 수 있는 서비스

대부분의 경우, 다른 서비스 제공자를 방문하기 전에 PCP의 승인이 필요합니다. 이러한 승인을 **진료 의뢰**라고 합니다. 아래에 나열된 서비스는 PCP의 사전 허가를 받지 않고도 이용할 수 있습니다.

- 네트워크 서비스 제공자 또는 네트워크 외부 서비스 제공자가 제공하는 응급 서비스
- 네트워크 서비스 제공자가 제공하는 긴급 진료
- 네트워크 내 서비스 제공자를 이용할 수 없는 경우 네트워크 외부 서비스 제공자가 제공하는 긴급 진료(예를 들어, 가입자가 당사 플랜의 서비스 지역의 외부에 있는 경우)

  참고: 긴급 진료는 즉각적으로 필요하고 의학적으로 필요해야 합니다.
- 플랜의 서비스 지역을 벗어난 경우, Medicare 인증 투석 시설에서 받을 수 있는 신장 투석 서비스. 서비스 지역을 떠나기 전에 가입자 서비스부에 전화하시면 외출 중에도 투석을 받을 수 있도록 도와드릴 수 있습니다.
- 독감 예방 주사 및 COVID-19 예방 접종, B형 간염 예방 접종 및 폐렴 예방 접종.

- 일상적인 여성 건강 관리. 여기에는 네트워크 서비스 제공자로부터 받는 유방 검사, 유방 조영상 검사(유방 엑스레이 촬영), 파파니콜로 검사, 골반 검사 등이 포함됩니다.
- 또한 아메리칸 인디언 가입자인 경우 네트워크 주치의의 진료 추천 또는 사전 허가 없이 인디언 의료 서비스 제공자로부터 보장 서비스를 받을 수 있습니다.

D2. 전문의 및 기타 네트워크 서비스 제공자의 서비스

전문의는 특정 질환 또는 특정 신체 기관에 대한 의료 서비스를 제공하는 의사입니다. 수많은 종류의 전문의가 있으며, 그러한 예는 다음과 같습니다.

- 종양학 전문의는 암 환자를 진료합니다.
- 심장병 전문의는 심장 질환 환자를 진료합니다.
- 정형외과 의사는 특정 뼈, 관절 또는 근육 질환 환자를 진료합니다.

서면 진료 의뢰는 1회 방문에 대한 것일 수도 있고, 지속적인 서비스가 필요한 경우 1회 이상 정기 진료 의뢰일 수도 있습니다. 저희는 귀하에게 다음 상태에 대해 자격을 갖춘 네트워크 전문가로 상시 진료 의뢰를 제공해야 합니다.

- 만성(진행 중인) 상태.
- 생명을 위협하는 정신적 또는 육체적 질병.
- 퇴행성 질환 또는 장애.
- 전문의의 치료가 필요할 정도로 심각하거나 복잡한 기타 상태 또는 질병.

필요할 때 서면 진료 의뢰를 받지 못하면 청구서를 지불하지 않아도 됩니다. 자세한 내용은 이 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 문의하십시오.

저희가 자격을 갖춘 플랜 네트워크 서비스 제공자를 찾을 수 없는 경우, 저희는 다음 상태에 대해 자격을 갖춘 전문가에게 상시 서비스 허가를 제공해야 합니다.

- 만성(진행 중인) 상태.
- 생명을 위협하는 정신적 또는 육체적 질병.
- 퇴행성 질환 또는 장애.
- 전문의의 치료가 필요할 정도로 심각하거나 복잡한 기타 상태 또는 질병.

필요할 때 서비스 허가를 받지 못한 경우 청구서가 지불되지 않을 수 있습니다. 자세한 정보는 본 페이지 하단에 인쇄된 전화번호로 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

D3. 서비스 제공자가 플랜에서 탈퇴하는 경우

가입자가 이용하는 네트워크 서비스 제공자가 플랜에서 탈퇴할 수 있습니다. 그러한 경우, 가입자에게는 다음에 요약한 바와 같이 특정 권리와 보호 장치가 있습니다.

- 서비스 제공자 네트워크가 변경되더라도 저희는 가입자가 자격을 갖춘 서비스 제공자를 지속적으로 이용할 수 있도록 해야 합니다.
- 새로운 서비스 제공자를 선택하실 수 있도록 서비스 제공자가 플랜을 탈퇴함을 알려드립니다.
    - 귀하의 주치의 또는 행동 건강 서비스 제공자가 플랜을 탈퇴하는 경우, 귀하가 지난 3년 이내에 해당 서비스 제공자를 진료받은 적이 있다면 저희는 귀하에게 통지할 것입니다.
    - 귀하의 다른 서비스 제공자가 플랜을 탈퇴하는 경우, 귀하가 해당 서비스 제공자에 배정되었거나, 현재 해당 서비스 제공자로부터 치료를 받고 있거나, 지난 3개월 이내에 진료를 받은 적이 있는지 알려드립니다.
- 저희는 귀하의 의료 요구를 지속적으로 관리할 새로운 적격 네트워크 내 서비스 제공자를 선택하실 수 있도록 도와드립니다.
- 현재 서비스 제공자와 함께 현재 의학적 치료 또는 치료를 받고 있는 경우, 귀하는 의학적으로 필요한 치료 또는 요법이 계속되도록 요청할 권리가 있으며 저희는 귀하와 협력합니다.
- 당사는 귀하가 이용할 수 있는 다양한 가입 기간과 플랜 변경 옵션에 대한 정보를 제공할 것입니다.
- 가입자가 이용할 수 있는 자격을 갖춘 네트워크 전문의를 찾을 수 없는 경우, 네트워크 내 서비스 제공자 또는 혜택을 이용할 수 없거나 가입자의 의학적 요구를 충족하기에 부적절할 때 가입자에게 진료를 제공할 네트워크 외부 전문의를 배치해야 합니다. 사전 허가 기준이 적용될 수 있습니다.
- 저희가 가입자의 이전 서비스 제공자를 유자격 서비스 제공자로 교체하지 않았거나 가입자의 진료를 적절하게 관리하지 못하고 있다고 생각하는 경우 가입자는 QIO에 진료 품질 불만을 제기하거나 진료 품질 고충을 제기하거나 둘 다 제기할 권리가 있습니다. (더 자세한 정보는 **9장,** 문제나 불만 사항이 있을 경우 해야 할 일(보장 결정, 이의 제기, 불만 제기) 을 확인하십시오.)

귀하의 서비스 제공자 중 한 명이 플랜을 탈퇴한다는 것을 알게 된 경우, 당사는 새로운 서비스 제공자를 찾고 진료를 관리하는 데 도움을 드릴 수 있습니다. 자세한 정보는 본 페이지 하단에 인쇄된 전화번호로 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

D4. 네트워크 외부 서비스 제공자

SCAN Connections은 네트워크 외 서비스를 보장하지 않지만 다음과 같은 예외가 적용됩니다.

- 네트워크 외부 서비스 제공자로부터 받은 응급 진료 또는 긴급 서비스, 여기에는 전 세계 보장이 포함됩니다.
- 가입자가 Medicare 또는 Medi-Cal(Medicaid)이 당사 플랜이 보장하도록 요구하는 의학적 치료가 필요하지만 네트워크의 서비스 제공자가 해당 서비스를 제공할 수 없는 경우, 네트워크 외부 서비스 제공자로부터 이러한 서비스를 받을 수 있습니다. 이러한 진료 의뢰의 경우, 진료를 받기 전에 허가를 받아야 합니다. 담당 PCP 가 허가를 얻도록 도와줄 수 있습니다. 이런 상황에서 귀하가 네트워크 서비스 제공자에게 진료를 받는 경우 저희는 이 서비스들을 보장할 것입니다. 네트워크 외부 서비스 제공자의 서비스를 이용하기 전에 사전 허가를 받지 않는 경우, 서비스 비용을 직접 지불하셔야 할 수 있습니다.
- 일시적으로 서비스 지역 외부에 있거나 사전 허가를 받은 신장 투석 서비스.

이에 대한 자세한 내용은 본 장의 섹션 D1을 참조하십시오. 이러한 서비스 장소에 대한 정보를 원하시면 이 페이지 하단에 있는 전화번호로 가입자 서비스부에 연락해 주십시오.

네트워크 외부 서비스 제공자를 이용하는 경우, 해당 서비스 제공자는 Medicare 및/또는 Medi-Cal에 참여할 자격을 갖추어야 합니다.

- 저희는 Medicare 및/또는 Medi-Cal 가입 자격을 갖추지 않은 서비스 제공자에게 비용을 지급할 수 없습니다.
- Medicare에 가입할 자격이 없는 서비스 제공자를 이용할 경우, 서비스의 전체 비용을 가입자 본인이 부담해야 합니다.
- 서비스 제공자는 Medicare 가입 자격이 없을 경우, 이를 가입자에게 알려야 합니다.

E. 장기 서비스 및 지원(LTSS)

LTSS는 목욕, 옷 입기, 음식 준비, 약 복용과 같은 일상적인 일을 하는 데 도움이 필요한 사람들을 돕습니다. 이러한 서비스의 대부분은 귀하의 집이나 커뮤니티에서 제공되며 많은 노인들이 요양원 밖에서 지내는 데 필요한 추가 지원(Extra Help)을 제공합니다. LTSS에는 다음이 포함될 수 있습니다.

- 커뮤니티 기반 성인 서비스(CBAS), 이전 명칭 성인 주간 건강 관리
- 가정 배달 식사
- 가사 서비스
- 실금 및 위생 용품
- 영양 보조제

- 재택 간병인 지원
- 입원환자 보호 진료
- 개인 관리 서비스
- 특별 욕실 안전 장비
- 교통편 에스코트 서비스

귀하는 LTSS 자격 요건을 충족해야 하며 재택 평가는 매년 수행되어야 합니다. LTSS에 가입한 후 귀하는 SCAN Health Plan이 제공하는 개인 관리 및 관련 가사 서비스를 받는 것에 동의해야 합니다. LTSS가 필요하거나 궁금한 점이 있으면 이 페이지 하단의 전화번호로 전화하여 도움을 받으실 수 있습니다.

F. 행동 건강(정신 건강 및 약물 남용 문제) 서비스

가입자는 Medicare 및 Medi-Cal이 보장하는 의학적으로 필요한 행동 건강 서비스를 이용할 수 있습니다. 저희는 Medicare 및 Medi-Cal 관리형 의료가 보장하는 행동 건강 서비스를 이용할 수 있도록 합니다. 당사 플랜은 각 카운티 행동 건강 서비스 기관을 통해 Medi-Cal 전문 정신 건강 및 카운티 약물 남용 장애 서비스를 제공합니다.

F1. 플랜 외부에서 제공되는 Medi-Cal 행동 건강 서비스

Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스는 가입자가 전문 정신 건강 서비스를 이용할 수 있는 기준에 부합하는 경우 카운티 정신 건강 플랜(MHP)을 통해 제공될 수 있습니다. 로스앤젤레스, 리버사이드, 샌버나디노 및 샌디에고 카운티에서 제공하는 Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스는 다음과 같습니다.

- 정신 건강 서비스
- 투약 지원 서비스
- 집중적인 주간 치료
- 주간 재활
- 위기 중재
- 위기 안정화
- 성인 거주 치료 서비스
- 위기 상황 거주 치료 서비스
- 정신질환 건강 시설 서비스

- 정신질환 입원환자 병원 서비스
- 집중 사례 관리
- 치료 행동 서비스
- 집중 관리 조율
- 집중 재택 서비스

Medi-Cal 또는 의약품 Medi-Cal 조직화 전달 시스템 서비스는 귀하가 이러한 서비스를 받기 위한 기준을 충족하는 경우 카운티 정신 건강 플랜 을 통해 이용할 수 있습니다. 로스앤젤레스, 리버사이드, 샌버나디노, 샌디에고 카운티 에서 제공하는 의약품 Medi-Cal 서비스는 다음과 같습니다.

- 외래환자 집중 치료 서비스
- 주산기 주거용 물질 사용 장애 치료
- 외래환자 치료 서비스
- 마약 치료 프로그램
- 중독 치료를 위한 약물(약물 보조 치료라고도 함)

의약품 Medi-Cal 조직화 전달 시스템 서비스에는 다음이 포함됩니다.

- 외래환자 치료 서비스
- 외래환자 집중 치료 서비스
- 부분 입원 서비스
- 중독 치료를 위한 약물(약물 보조 치료라고도 함)
- 거주 치료 서비스
- 금단 관리 서비스
- 마약 치료 프로그램
- 회복 서비스
- 진료 조정

위에 나열한 서비스 이외에도 기준에 부합할 경우, 가입자는 자발적 입원환자 중독 치료 서비스를 이용할 수 있습니다.

G. 교통편 서비스

G1. 비응급 상황의 의료 교통편

예약 장소까지 자동차, 버스 또는 택시를 이용할 수 없고 의료적 필요성이 있는 경우 비응급 의료 교통편을 이용할 수 있습니다. 비응급 의료 교통편은 의료, 치과, 정신 건강, 약물 남용 및 약국 예약과 같은 보장 서비스에 대해 제공될 수 있습니다. 비응급 의료 교통편이 필요한 경우, 담당 SCAN 교통편 서비스 제공자에게 연락하여 요청할 수 있습니다. 귀하의 SCAN 교통편 서비스 제공자는 귀하의 요구에 가장 적합한 교통편 유형을 결정할 것입니다. 비응급 의료 교통편이 필요한 경우, 양식을 작성하고 SCAN Connections에 제출하여 승인을 받아 이용할 수 있습니다. 귀하의 의학적 필요에 따라 승인은 1년 동안 유효합니다. SCAN 교통편 서비스 제공자는 12개월마다 재승인을 위해 비응급 의료 교통편에 대한 필요성을 재평가합니다.

비응급 의료 교통편은 구급차, 밴, 휠체어 밴 또는 항공 운송입니다. SCAN Connections는 예약 장소까지 차량이 필요할 때 가장 저렴한 비용으로 보장되는 교통편과 의료적 필요에 가장 적합한 비응급 의료 교통편을 제공합니다. 예를 들어, 휠체어 밴으로 신체적 또는 의학적으로 이동할 수 있는 경우, SCAN Connections는 구급차 비용을 지불하지 않습니다. 귀하의 건강 상태로 인해 육상 이송이 불가능한 경우에만 항공 교통편을 이용할 수 있습니다.

비응급 의료 교통편을 이용해야 하는 경우는 다음과 같습니다.

- 버스, 택시, 승용차 또는 밴을 이용하여 진료 예약에 갈 수 없기 때문에 PCP *또는* SCAN 교통편 서비스 제공자의 서면 허가에 따라 결정된 바와 같이 신체적 또는 의학적으로 비응급 의료 교통편이 필요합니다.
- 신체적 또는 정신적 장애로 인해 거주지, 차량 또는 치료 장소를 왕복하는 운전자의 도움이 필요합니다.

긴급하지 않은 **정기 예약**을 위해 담당 의사가 처방하는 의료 교통편을 요청하시려면 SCAN 교통편에 1-844-714-2218번으로 전화해 주시되, 다음 규칙을 따라 주십시오.

- 집 앞까지 가는 이동 차량 서비스 및 차량 공유 교통편은 24 시간 전(주말 제외)
- 도어 투 도어 휠체어 밴 교통편은 48 시간 전(주말 제외) 또는
- 들것/바퀴 달린 들것이 포함된 도어 투 도어 교통편은 72 시간 전(주말 제외)

SCAN 교통편은 월요일~금요일, 오전 6시부터 오후 6시(태평양 표준시) 중에 이용 예약을 받습니다. **응급 예약**의 경우 최대한 빨리 전화해 주십시오. 전화할 때 가입자 ID 카드를 준비해야 합니다. 자세한 정보가 필요한 경우에도 전화할 수 있습니다.

의료 교통편 제한

SCAN Connections는 자택에서 진료가 가능한 가장 가까운 서비스 제공자까지 가는 귀하의 의료 요구 사항을 충족하는 가장 저렴한 의료 교통편을 보장합니다. Medicare 또는 Medi-Cal이 서비스를 보장하지 않는 경우에는 의료 교통편이 제공되지 않습니다. 예약 유형이 Medi-Cal에서 보장되지만 건강 플랜을 통해서는 보장되지 않는 경우, SCAN Connections가 교통편 예약을 도와드릴 것입니다. 보장 서비스 목록은 이 안내서의 4장에 나와 있습니다. 사전 승인되었거나 전 세계 응급 진료와 관련이 없는 한 SCAN Connections 네트워크 또는 서비스 지역 외부에서의 교통편은 보장되지 않습니다.

G2. 비의료 교통편

비의료 교통편 혜택에는 서비스 제공자가 승인한 서비스를 이용하기 위해 예약 장소까지 왕복하는 이동이 포함됩니다. 다음과 같은 경우 무료로 교통편 서비스를 이용할 수 있습니다.

- 서비스 제공자가 승인한 서비스를 위해 예약 장소를 왕복하는 이동, 또는
- 처방전 및 의료 용품을 수령.

SCAN Connections는 의료 서비스 제공자가 승인한 서비스를 이용하기 위해 자동차, 택시, 버스 또는 기타 공공/민간 수단을 사용하여 비의료 예약 장소로 이동하는 것을 허용합니다. SCAN Connections는 SafeRide Health를 사용하여 비의료 교통편을 제공합니다. 저희는 귀하의 요구 사항을 충족하는 가장 저렴한 비의료 교통편 유형을 보장합니다.

일부 경우 귀하가 예약한 개인 차량의 교통편 비용을 환급받을 수 있습니다. SCAN Connections는 귀하가 승차하기 **전** 이를 승인해야 하며, 귀하는 버스 이용과 같은 다른 방법으로 승차할 수 없는 이유를 당사에 통지해야 합니다. 귀하는 전화 또는 이메일 또는 직접 방문하여 이를 통지할 수 있습니다. **귀하가 직접 운전한 경우에는 환급을 받을 수 없습니다.**

마일리지 환급에는 다음이 모두 필요합니다.

- 운전자의 운전 면허증
- 운전자의 차량 등록
- 운전자의 자동차 보험 증명서

승인된 서비스에 대한 차량 서비스를 요청하시려면 SCAN 교통편 서비스 제공자에게 1-844-714-2218번으로 다음 시간까지 전화해 주십시오.

- 집 앞까지 가는 이동 차량 서비스 및 차량 공유 교통편은 24 시간 전(주말 제외)
- 도어 투 도어 휠체어 밴 교통편은 48 시간 전(주말 제외) 또는
- 들것/바퀴 달린 들것이 포함된 도어 투 도어 교통편은 72 시간 전(주말 제외)

SCAN 교통편은 월요일~금요일, 오전 6시부터 오후 6시(태평양 표준시) 중에 이용 예약을 받습니다. **응급 예약**의 경우 최대한 빨리 전화해 주십시오. 전화할 때 가입자 ID 카드를 준비해야 합니다. 자세한 정보가 필요한 경우에도 전화할 수 있습니다.

참고: 아메리칸 인디언 가입자의 경우 지역 인디언 건강 클리닉에 연락하여 비의료 교통편을 요청할 수 있습니다.

비의료 교통편 제한

SCAN의 교통편은 자택에서 예약 가능한 가장 가까운 서비스 제공자까지 귀하의 요구 사항에 부합하는 가장 저렴한 비의료 교통편을 제공합니다. **귀하는 직접 운전하거나 직접 환급 받을 수 없습니다.**

비의료 교통편이 적용되지 **않는** 경우는 다음과 같습니다.

- 서비스를 이용하려면 구급차, 밴, 휠체어 밴 또는 기타 형태의 비응급 의료 교통편이 필요합니다.
- 신체적 또는 의료적 상태로 인해 거주지, 차량 또는 치료 장소를 왕복하는 운전자의 도움이 필요합니다.
- 가입자가 휠체어를 이용하며 운전자의 도움 없이는 차량에 탑승 또는 하차할 수 없습니다.
- 이 서비스는 Medicare 또는 Medi-Cal에서 보장하지 않습니다.

H. 의료 응급 상황, 긴급하게 필요한 경우 또는 재난 발생 시 보장되는 서비스

H1. 의학적 응급 상황에서의 치료

의학적 응급 상황은 심한 통증 또는 심각한 부상 같은 증상으로 인정될 수 있는 의학적 상태입니다. 이러한 상태는 매우 심각하여 즉시 의학적 치료를 받지 않을 경우, 귀하 또는 평균적인 건강 및 의료 지식을 가진 모든 사람이 다음의 결과를 예상할 수 있습니다.

- 가입자의 심각한 건강 위험 **또는**
- 신체 기능에 심각한 해를 입거나 **또는**
- 신체 조직이나 부분의 심각한 기능 장애 **또는**

의학적 응급 상황일 경우:

- **최대한 신속하게 도움을 받으십시오.** 911에 전화하거나 가까운 응급실 또는 병원을 이용하십시오. 필요한 경우, 구급차를 부르십시오. 귀하는 PCP로부터 승인이나 진료 의뢰를 받지 **않아도 됩니다.** 귀하는 네트워크 서비스 제공자를 이용하지 않아도 됩니다. 귀하는 필요할 때마다 미국 또는 미국 영토 또는 전 세계 어디에서나 적절한 주 면허를 획득한 서비스 제공자로부터 응급 의료를 받을 수 있습니다.

- **최대한 빨리 당사 플랜으로 응급 상황에 대해 알려 주십시오.** 응급 진료에 대한 후속 조치가 취해집니다. 가입자나 다른 사람이 48시간 이내에 저희에게 전화하여 응급 진료에 대해 알려야 합니다. 그러나 늦게 연락을 한 경우라도 응급 서비스에 대한 비용 부담을 하는 것은 아닙니다. 이 페이지 하단 또는 SCAN ID 카드 뒷면에 있는 번호로 가입자 서비스부에 연락해 주십시오.

의학적 응급 상황에서 보장되는 서비스

SCAN Connections는 귀하가 위의 의료 응급 상황의 정의를 충족하는 한 전 세계 응급 의료 서비스를 보장합니다(섹션 H1 참조).

전 세계 응급 진료는 Original Medicare에서 보장하지 않으며 보조 혜택으로 간주됩니다.

응급실로 이동하기 위해 구급차가 필요한 경우 플랜이 이를 보장합니다. 또한 응급 상황 동안의 의료 서비스도 보장합니다. 자세한 내용은 *가입자 안내서* **4장**의 혜택 차트를 참조하십시오.

응급 진료를 제공하는 서비스 제공자는 귀하의 상태가 안정되고 의학적 응급 상황이 종료된 시기를 결정합니다. 그리고 계속해서 귀하를 치료할 것이며 예후를 향상하기 위해 후속 진료가 필요한 경우 계획을 세우기 위해 저희에게 연락할 것입니다.

당사의 플랜은 후속 진료를 보장합니다. 네트워크 외부 서비스 제공자에게 응급 진료를 받은 경우, 네트워크 서비스 제공자가 최대한 빨리 가입자의 진료를 넘겨 받을 수 있도록 노력할 것입니다.

응급 상황이 아닐 때 응급 진료 받기

의학적 또는 행동 건강 응급 상황인지 파악하는 것은 어려울 수 있습니다. 응급 진료를 위해 병원에 갔는데 의사가 응급 상황이 아니라고 할 수 있습니다. 가입자가 건강이 심각하게 위험한 상태라고 판단할 적절한 근거가 있다면, 플랜이 진료를 보장합니다.

의사가 응급이 아니라고 말한 후 저희는 다음과 같은 경우에만 추가 진료를 보장할 것입니다.

- 네트워크 서비스 제공자를 이용한 경우 **또는**
- 귀하가 받는 추가 치료는 '긴급진료'로 간주하며 귀하는 이를 받기 위해 규칙을 따라야 합니다. 다음 섹션을 참조하십시오.

미국 또는 미국령 이외 지역에서 응급 진료 또는 긴급 서비스를 받은 경우, 서비스를 받을 때 가입자는 청구서를 지불해야 합니다. 대부분의 외국 서비스 제공자는 Medicare 또는 SCAN으로부터 직접 환급을 받을 자격이 없으며 Medicare 또는 SCAN으로부터 환급을 받지 않을 것이며 서비스 비용을 직접 지급하도록 요청할 것입니다. 가입자가 제공한 특정 서비스를 보여주는 서면, 상세 청구서 또는 영수증을 SCAN에 제공하는 것은 가입자의 책임입니다. 귀하가 받은 서비스에 대한 비용 분담이 적은 **Original Medicare 환급 요율**로 보장 서비스를 환급해 드릴 수 있도록 항목별 청구서 사본 또는 항목별 영수증 사본을 보내 주십시오. 귀하는 의료

기록을 포함하여 환급 요청을 올바르게 처리하기 위해 필요한 추가 정보를 수령할 수 있도록 도와줄 준비가 되어 있어야 합니다.

의료 여행 보험 정책은 건강 플랜이 보장하지 않는 서비스에 대해 더 높은 본인 부담 의료 비용을 지불하지 않도록 보호하고 해외 여행 중 발생한 예측되지 않은 의료 비용을 보장합니다. 국외로 여행하기 전에 의료 여행 보험을 구매하시는 것이 좋습니다.

전 세계 응급 및 긴급 진료 보장은 Original Medicare에서 보장하지 않으며 보조 혜택으로 간주됩니다. SCAN은 미국과 미국령 밖에서의 보장되는 네트워크 외부 응급 및 긴급 진료 서비스에 대해 **Original Medicare 환급 요율**로 환급합니다. 귀하는 Original Medicare가 지불하는 금액을 초과하는 비용, 귀하가 이용한 서비스에 대한 비용 분담액을 뺀 금액을 부담해야 합니다.

H2. 긴급 진료

긴급 진료는 급작스러운 상황은 아니지만 당장의 치료를 필요로 하는 건강 상태에서 받게 되는 의료 서비스입니다. 예를 들어, 기존 질환이 재발하거나 예상치 못한 질병이나 부상이 있을 수 있습니다.

당사 플랜 서비스 지역에서의 긴급 진료

대부분의 사례에서 다음과 같은 경우에만 긴급 진료를 보장합니다.

- 네트워크 서비스 제공자로부터 이 진료를 받는 경우 **및**
- 가입자가 이 장에 설명된 규칙을 준수하는 경우.

네트워크 서비스 제공자를 방문할 수 없거나 그렇게 하는 것이 합리적이지 않은 경우, 가입자의 시간, 장소 또는 상황을 고려할 때 당사는 네트워크 외부 서비스 제공자에게 받은 긴급 진료를 보장합니다.

긴급 서비스를 받으실 수 있는 4가지 방법:

1. 긴급 진료 센터 직접 방문
   - 모든 긴급 진료 센터에 갈 수 있지만 플랜의 서비스 지역에 있을 때는 담당 의사가 근무하는 긴급 진료 센터로 가야 합니다. 병원에 가기 전에 담당 의사에게 함께 일하는 긴급 진료 센터 목록을 요청하십시오.
2. 간호사 상담 라인을 이용한 전화 통화(자기부담금 $0). *가입자 안내서* **4장**의 혜택 차트에 있는 간호사 상담 라인을 참조하십시오.
3. 의료 그룹에서 제공하는 원격 방문(원격 방문에 대해 진료실 방문 자기부담금 지불). 실제로 필요하기 전에 의사에게 원격 방문이 가능한지, 어떻게 이용하는지 문의해 두십시오.
4. 자기부담금 $0의 긴급 진료용 원격 의료 방문. *가입자 안내서* **4장**의 혜택 차트에 있는 원격 의료 서비스 아래의 긴급 진료용 원격 의료를 참조하십시오.

당사 플랜 서비스 지역 외부에서의 긴급 진료

당사 플랜의 서비스 지역을 벗어난 경우, 네트워크 서비스 제공자에게 진료를 받지 못할 수 있습니다. 이 경우, 당사 플랜은 모든 서비스 제공자에게 받은 긴급 진료를 보장합니다.

당사 플랜은 다음과 같은 상황에서 전 세계 응급 서비스 및 미국 외 지역의 긴급 진료 서비스를 보장합니다. 응급 또는 긴급 진료와 응급 현장에서 가장 가까운 의료 치료 시설까지 가는 구급차 운송을 포함한 응급 서비스를 말합니다. 다른 국가에서 미국으로 돌아오는 교통편은 보장되지 **않습니다**. 진행 중인 알려진 질환 및/또는 선택적 시술에 대하여 사전에 예약된 계획 치료(만성 투석 포함)는 **보장되지 않습니다**. 알려진 진행 중인 질환 및/또는 선택적 시술에 대해 미리 예약된 치료(만성 투석 포함)는 보장되지 않습니다. 후속 관리, 재활, 의사 방문 및 전문 간호 시설 체류 등의 모든 후속 진료는 응급 또는 긴급 진료로 간주되지 않으며 **보장되지 않습니다**.

미국 또는 미국령 이외 지역에서 응급 진료 또는 긴급 서비스를 받은 경우, 서비스를 받을 때 가입자는 청구서를 지불해야 합니다. 대부분의 외국 서비스 제공자는 Medicare 또는 SCAN으로부터 직접 환급을 받을 자격이 없으며 Medicare 또는 SCAN으로부터 환급을 받지 않을 것이며 서비스 비용을 직접 지급하도록 요청할 것입니다. 가입자에게 제공된 특정 서비스를 보여주는 서면, 상세 청구서 또는 영수증을 요청하십시오. 귀하가 받은 서비스에 대한 비용 분담이 적은 **Original Medicare 환급 요율**로 보장 서비스를 환급해 드릴 수 있도록 항목별 청구서 사본 또는 항목별 영수증 사본을 보내 주십시오. 귀하는 의료 기록을 포함하여 환급 요청을 올바르게 처리하기 위해 필요한 추가 정보를 수령할 수 있도록 도와줄 준비가 되어 있어야 합니다.

의료 여행 보험 정책은 건강 플랜이 보장하지 않는 서비스에 대해 더 높은 본인 부담 의료 비용을 지불하지 않도록 보호하고 해외 여행 중 발생한 예측되지 않은 의료 비용을 보장합니다. 국외로 여행하기 전에 의료 여행 보험을 구매하시는 것이 좋습니다.

전 세계 응급 및 긴급 진료 보장은 Original Medicare에서 보장하지 않으며 보조 혜택으로 간주됩니다. SCAN은 미국과 미국령 밖에서의 보장되는 네트워크 외부 응급 및 긴급 진료 서비스에 대해 **Original Medicare 환급 요율**로 환급합니다. 귀하는 Original Medicare가 지불하는 금액을 초과하는 비용, 귀하가 이용한 서비스에 대한 비용 분담액을 뺀 금액을 부담해야 합니다.

H3. 재난 시 진료 받기

캘리포니아 주지사, 미국 보건복지부 장관 또는 미국 대통령이 해당 지역에 재난 또는 비상 사태를 선언할 경우에도, 가입자는 플랜의 서비스를 받을 권리를 가집니다.

재난 상황으로 선언되는 동안 필요한 치료를 받는 방법에 대한 정보는 저희 웹사이트 www.scanhealthplan.com를 방문하십시오.

재난 선언 시 가입자가 네트워크 서비스 제공자를 이용할 수 없는 경우 가입자는 *무료로* 네트워크 외부 서비스 제공자를 이용할 수 있습니다. 재난 선언 시 네트워크 약국을 이용하실 수 없는 경우, 귀하의 처방약을 네트워크 외부 약국에서 조제하실 수 있습니다. 자세한 정보는 *가입자 안내서*의 **5장**을 참조해 주십시오.

I. 당사 플랜이 보장하는 서비스에 대해 비용을 직접 청구받은 경우 해야 할 일

서비스 제공자가 청구서를 당사 플랜으로 보내지 않고 귀하에게 보내는 경우, 귀하는 저희에게 청구서 지불을 요청해야 합니다.

직접 비용을 납부하지 않도록 하십시오. 이 경우, 저희는 가입자에게 비용을 환급하지 못할 수 있습니다.

보장 서비스에 대해 비용을 지불했거나 보장 의료 서비스에 대한 청구서를 받은 경우, 해야 할 일을 알아보려면 *가입자 안내서*의 **7장**을 참조하십시오.

I1. 당사 플랜이 서비스를 보장하지 않는 경우 해야 할 일

당사 플랜은 다음과 같은 모든 서비스를 보장합니다.

- 의학적으로 필요하다고 확인된 서비스, **및**
- 플랜의 혜택 차트에 포함된 서비스(*가입자 안내서*의 **4장** 참조), **및**
- 플랜 규칙에 따라 서비스나 항목을 이용한 경우

당사 플랜에서 보장하지 않는 서비스를 받으시는 경우, 당사 플랜 외부의 다른 Medi-Cal 프로그램에서 보장하지 않는 한 **귀하가 전체 비용을 직접 지불**합니다.

특정 의료 서비스나 치료 비용을 플랜이 부담하는지 궁금하시면 저희에게 질문할 권리가 있습니다. 또한 서면으로 이를 요청할 권리가 있습니다. 저희가 특정 서비스를 보장하지 않을 경우, 결정 사항에 대해 이의 제기를 하실 권리도 있습니다.

가입자 안내서의 **9장**은 의료 서비스 또는 항목에 대해 저희가 보장하기를 원하는 경우 어떻게 해야 하는지에 대한 설명을 제공합니다. 또한 보장 결정에 이의 제기를 하는 방법도 설명되어 있습니다. 가입자 서비스부에 전화하여 이의 제기 권리에 대해 자세히 알아보십시오.

저희는 특정 한도까지 일부 서비스 비용을 부담합니다. 한도를 초과할 경우, 가입자가 그러한 서비스를 더 받으려면 전체 비용을 지불해야 합니다. 구체적인 혜택 한도는 *가입자 안내서* **4장**을 참조하십시오. 가입자 서비스부에 전화하여 혜택 한도와 사용한 혜택 금액을 확인하십시오.

J. 임상 연구에서의 의료 서비스 보장

J1. 임상 연구의 정의

임상 연구(임상 시험)는 의사가 새로운 종류의 치료법 또는 의약품을 테스트하는 방법입니다. Medicare에서 승인한 임상 연구에서는 일반적으로 자발적인 연구 참여가 요구됩니다.

귀하가 참여하고자 하는 연구를 Medicare가 승인하고 귀하가 관심을 표명하면, 해당 연구 담당자가 귀하에게 연락을 드립니다. 연구 담당자는 임상 연구에 대해 설명하고 가입자의 참여 자격을 확인할 것입니다. 가입자가 필수 조건에 부합한다면 해당 임상 연구에 참여할 수 있습니다. 가입자는 임상 연구를 위해 해야 할 일을 이해하고 수락해야 합니다.

임상 연구에 참여하는 동안 가입자는 당사 플랜 가입을 유지할 수 있습니다. 이러한 방식으로 당사 플랜은 임상 연구와 관련이 없는 서비스 및 치료에 대해서도 계속해서 보장을 제공합니다.

Medicare에서 승인한 임상 연구에 참여하기를 원하는 경우, 저희에게 알려주거나 당사나 주치의의 승인을 받을 필요가 **없습니다**. 연구와 관련하여 귀하에게 진료를 제공하는 서비스 제공자는 네트워크 서비스 제공자일 필요는 **없습니다**. 단, 저희 플랜이 제공하는 혜택 중에 혜택을 평가하기 위한 임상 시험 또는 임상 시험 등록과 관련된 것은 혜택으로 포함되지 않음을 주지해 주십시오. 증거 개발(NCDs-CED)을 통한 보장이 필요한 국가 보장 판단(NCD) 및 시험용 기기 면제(IDE) 연구에 명시된 특정 혜택이 그러한 예가 될 수 있으며, 이러한 혜택을 이용하려면 사전 허가를 받아야 하거나 기타 플랜 규칙의 적용을 받을 수 있습니다.

임상 연구에 참여하기 전에 저희에게 사실을 알리는 것이 좋습니다.

Original Medicare가 가입자를 위해 보장하는 임상 연구에 참여할 계획인 경우, 가입자 또는 진료 코디네이터가 가입자 서비스부에 연락하여 임상 시험에 참여할 것임을 알릴 것을 권장합니다.

J2. 임상 연구에 참여하고 있을 때 서비스 비용 지불

Medicare가 승인하는 임상 시험 연구에 자원하는 경우 귀하는 연구에 포함된 서비스에 대해 비용을 지불하지 않습니다. Medicare는 임상 시험에 따라 보장되는 서비스 및 귀하의 치료와 관련된 일상적인 비용을 지불합니다. 가입자가 Medicare 승인 임상 연구에 참여하면 연구의 일환으로 받는 대부분의 서비스와 항목에 대해 보장을 받습니다. 이러한 권리에 다음 사항이 포함됩니다.

- 가입자가 임상 연구에 참여하지 않는 경우에도 Medicare가 비용을 부담하는 병원 입원의 병실 및 식사비
- 임상 연구의 일부인 수술 또는 기타 의학적 시술
- 새로운 진료의 부작용 및 합병증 치료

Medicare가 승인하지 **않은** 연구에 참여하는 경우, 연구 참여에 소요되는 모든 비용을 가입자 본인이 지불합니다.

J3. 임상 연구에 대한 자세한 정보

Medicare 웹사이트에 있는 'Medicare 및 임상 연구'(http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf) 문건을 읽고임상 연구 참여 방법에 대한 자세한 내용을 확인할 수 있습니다. 또한 주 7일 하루 24시간 언제든 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오.

K. 종교적 비의료 보건 기관에서 가입자의 건강 관리 서비스 보장

K1. 종교적 비의료 보건 기관의 정의

종교적 비의료 보건 기관은 병원 또는 전문 간호 시설에서 일반적으로 받는 서비스를 제공하는 곳입니다. 병원이나 전문 간호 시설에서 진료를 받는 것이 종교적 신념에 위배될 경우, 저희는 종교적 비의료 보건 기관에서의 서비스를 보장합니다.

이러한 혜택은 Medicare 파트 A 입원환자 서비스(비의료적 건강 관리 서비스)만을 위한 것입니다.

K2. 종교적 비의료 보건 기관에서의 진료

종교적 비의료 보건 기관에서 서비스를 받으려면 가입자가 '비강제성' 의료 치료를 받는 데 반대한다고 명시한 법률 문서에 서명해야 합니다.

- '비강제성' 의학적 치료는 **자발적이고** 연방, 주 또는 지방 정부 법에서 **의무화하지 않는** 모든 진료를 말합니다.
- '강제성' 의학적 치료는 **비자발적이고** 연방, 주 또는 지방 정부 법에서 **의무화한** 진료를 말합니다.

플랜의 보장을 받기 위해서는 가입자가 종교적 비의료 보건 기관에서 받는 서비스가 다음의 조건을 충족해야 합니다.

- 서비스를 제공하는 시설을 Medicare가 인증해야 합니다.
- 플랜의 서비스 보장범위는 비종교적 관점의 케어로만 제한됩니다.
- 시설에서 가입자에게 제공하는 서비스를 이 기관에서 이용할 경우.
  - 가입자는 입원환자 병원 진료 또는 전문 간호 시설 진료에 대해 보장 서비스를 받을 수 있는 의학적 상태여야 합니다.
  - 이러한 시설에 입원하기 전에 플랜의 허가를 받아야 하며, 그렇지 **않을** 경우, 입원이 보장되지 않습니다.

종교적 비의료 보건 서비스 제공자로부터 혜택 기간마다 90일까지 보장됩니다. 가입자는 입원환자 병원 진료와 동일한 비용 부담액을 지불합니다. *가입자 안내서* 4장의 혜택 차트를 참조해 주십시오.

L. 내구성 의료 장비(DME)

L1. 당사 플랜 가입자의 DME

DME에는 서비스 제공자가 주문한 휠체어, 목발, 전동 매트리스 시스템, 당뇨병 용품, 가입자가 가정에서 사용하도록 서비스 제공자가 주문한 병원 침상, 정맥(IV) 주입 펌프, 음성 생성 장비, 산소 장비 및 용품, 분무기 및 보행기 등 의학적으로 필요한 특정 품목이 포함됩니다.

보철과 같은 특정 물품은 항상 소유할 수 있습니다.

이 섹션에서는 가입자가 임대하는 DME를 설명합니다. 당사 플랜의 가입자는 임대 기간에 관계없이 DME를 소유 할 수 **없습니다**.

당사 플랜에 가입하기 전 Medicare에 따라 최대 12개월 동안 DME에 가입한 경우에도 가입자는 장비를 소유할 수 **없습니다**.

L2. Original Medicare로 전환하는 경우의 DME 소유권

Original Medicare 프로그램에서 특정 DME를 빌린 사람은 13개월 후 해당 장비를 소유하게 됩니다. Medicare Advantage(MA) 플랜에서 DME를 소유하려면 가입자가 DME 대여 개월 수를 설정할 수 있습니다.

참고: Original Medicare 및 MA 플랜의 정의는 12장에서 확인할 수 있습니다. 또한 *메디케어와 가입자 2025(Medicare & You 2025)* 안내서에서 자세한 정보를 확인할 수도 있습니다. 이 책자의 사본이 없으시면 Medicare 웹사이트(www.medicare.gov/medicare-and-you)에서 얻으시거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 연락해 받으실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오.

Medi-Cal이 선택되지 않으면 다음과 같은 경우 DME 항목을 소유하기 위해 Original Medicare에 연속으로 13회를 납부하거나 MA 플랜에서 설정한 납부 횟수만큼 연속으로 납부해야 합니다.

- 플랜에 가입되어 있는 동안 DME 품목의 소유자가 되지 않은 경우 **및**
- 당사 플랜을 탈퇴하고 Original Medicare 프로그램 또는 MA 플랜의 건강 플랜 외부에서 Medicare 혜택을 받는 경우

당사 플랜에 가입하기 전에 Original Medicare 또는 MA 플랜에 따라 DME 항목에 대한 비용을 지불한 경우, **해당 Original Medicare 또는 MA 플랜 지불은 플랜을 탈퇴한 후 지불해야 하는 지불액에 포함되지 않습니다**.

- DME 품목을 소유하려면 Original Medicare의 경우 연속으로 새롭게 13회 납부하거나, MA 플랜이 정한 횟수만큼 납부해야 합니다.
- 여기에는 Original Medicare 또는 MA 플랜에 복귀하더라도 예외가 적용되지 않습니다.

L3. 당사 플랜 가입자의 산소 장비 혜택

Medicare가 보장하는 산소 장비 혜택을 받을 수 있으며 당사 플랜의 가입자인 경우, 다음이 보장됩니다.

- 산소 장비 대여
- 산소 및 산소 내용물 배송
- 산소 및 산소 내용물 배송과 관련된 부속품 및 튜브
- 산소 장비의 보수 및 수리

산소 장비는 의학적으로 더 이상 필요하지 않거나 플랜을 탈퇴하는 경우 반환해야 합니다.

L4. Original Medicare 또는 다른 Medicare Advantage(MA) 플랜으로 전환할 때의 산소 장비

산소 장비가 의학적으로 필요하며 **가입자가 플랜에서 탈퇴하고 Original Medicare로 전환**할 경우, 가입자는 공급업체로부터 장비를 36개월 동안 대여하게 됩니다. 월 대여료에는 위에 나열한 산소 장비와 용품 및 서비스가 포함됩니다.

36개월 동안 대여한 후 산소 장비가 의학적으로 필요한 경우, 공급업체는 다음을 제공해야 합니다.

- 추가 24개월 동안 산소 장비, 용품 및 서비스
- 의학적으로 필요한 경우 최장 5년 동안 산소 장비 및 용품

5년 후에도 산소 장비가 계속 의학적으로 필요한 경우:

- 공급업체가 더 이상 장비를 제공할 수 없으면, 다른 공급업체로부터 대체 장비를 구하는 방법을 선택할 수 있습니다.
- 새롭게 5년 기간이 시작됩니다.
- 공급업체로부터 36개월 동안 대여할 수 있습니다.
- 공급업체는 추가로 24개월 동안 산소 장비, 용품, 서비스 등을 제공합니다.
- 산소 장비가 의학적으로 필요하다면 5년마다 새로운 대여 주기가 시작됩니다.

산소 장비가 의학적으로 필요하여 **플랜을 탈퇴하고 다른 MA 플랜으로 전환하는** 경우, 플랜은 최소한 Original Medicare가 보장하는 금액을 보장합니다. 새 MA 플랜에 보장되는 산소 장비 및 용품, 비용 등에 대해 문의하십시오.

4장: 혜택 차트

소개

이 장에서는 플랜이 보장하는 서비스와 이러한 서비스에 대한 제한 사항에 대해 설명합니다. 또한 당사의 플랜이 보장하지 않는 혜택에 대해 설명되어 있습니다. 주요 용어 및 정의는 *가입자 안내서*의 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

SCAN Connections 신규 가입자: 대부분의 경우, SCAN Connections 가입을 요청한 달의 첫 번째 날에 Medicare 혜택을 받기 위해 SCAN Connections에 가입하게 됩니다. 추가 1개월 동안은 이전 Medi-Cal 건강 플랜에서 Medi-Cal 서비스를 계속 받을 수 있습니다. 그 이후에는 SCAN Connections를 통해 Medi-Cal 서비스를 받게 됩니다.
가입자의 Medi-Cal 보장에는 공백이 없습니다. 궁금한 점이 있으시면 1-866-722-6725(TTY 사용자는 711)번으로 전화하십시오.

목차

A. 보장 서비스 69

A1. 공중 보건 비상 사태 중....69

B. 가입자에게 서비스 비용을 청구하는 서비스 제공자에 대한 규칙 69

C. 당사 플랜 혜택 차트 소개 69

D. 당사 플랜 혜택 차트 72

E. 정기 교통편 혜택에 대한 중요한 정보 126

F. 커뮤니티 지원....127

G. 당사 플랜 외부에서 보장되는 혜택 128

G1. 캘리포니아 지역사회 전환(CCT) 140

G2. Medi-Cal Dental....140

G3. 호스피스 간호 141

G4. 플랜 외부에서 제공되는 카운티 행동 건강 서비스(정신 건강 및 약물 남용 장애 서비스)..142

H. 당사 플랜, Medicare 또는 Medi-Cal이 보장하지 않는 혜택 144

A. 보장 서비스

이 장에서는 당사 플랜이 보장하는 서비스에 대해 설명합니다. 또한 보장되지 않는 서비스에 대해서도 확인하실 수 있습니다. 약 혜택에 대한 정보는 *가입자 안내서*의 **5장**에 있습니다.

귀하는 Medi-Cal의 지원을 받으시므로 플랜의 규칙을 따르시는 한 보장되는 서비스에 대해 지불할 비용이 없습니다. 플랜 규칙에 대한 자세한 내용은 가입자 안내서의 **3장**을 참조하십시오.

어떤 서비스가 보장되는지 이해하는 데 도움이 필요하시면 가입자 서비스부에 1-866-722-6725번으로 전화해 주십시오.

A1. 공중 보건 비상 사태 중

공중 보건 비상 사태 시에는 혜택을 이용하는 방법이 다를 수 있습니다.
SCAN은 당사의 웹사이트(www.scanhealthplan.com)에 최신 정보 및 지침을 게시하며 또는 1-866-722-6725(TTY 사용자는 711)번으로 SCAN에 전화하여 자세한 내용을 문의할 수 있습니다.

B. 가입자에게 서비스 비용을 청구하는 서비스 제공자에 대한 규칙

저희는 서비스 제공자가 네트워크 보장 서비스를 귀하에게 청구하는 것을 허용하지 않습니다. 서비스 제공자에게 플랜이 직접 비용을 지불하므로 가입자에게는 비용이 청구되지 않습니다. 서비스 제공자가 청구하는 서비스 비용보다 저희가 적게 지불하는 경우에도 마찬가지입니다.

따라서 보장 서비스에 대해 서비스 제공자가 가입자에게 비용을 청구하지 않을 것입니다. 그러한 경우 *가입자 안내서*의 **7장**을 참조하거나 가입자 서비스부로 연락해 주십시오.

C. 당사 플랜 혜택 차트 소개

이 혜택 차트에는 당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스가 표시되어 있습니다. 보장 서비스는 알파벳 순서로 나열되어 있으며 이와 관련된 설명이 제공됩니다. 차트에서 서비스를 찾으려면 장 끝에 있는 색인을 사용할 수도 있습니다.

다음의 규칙을 준수할 경우 혜택 차트에 나열된 서비스에 대해 당사가 비용을 부담합니다.
귀하는 아래 기술된 요건을 충족하시는 한 혜택 차트에 나열된 서비스에 대해 지불하실 의무가 **없습니다**.

- 당사는 Medicare 및 Medi-Cal이 정한 규칙에 따라 보장되는 Medicare 및 Medi-Cal 보장 서비스를 제공합니다.
- 의료, 행동 건강 및 약물 남용 서비스, 장기 서비스 및 지원, 용품, 장비 및 의약품을 포함한 서비스는 '의학적으로 필요'해야 합니다. 의학적으로 필요하다는 것은 가입자의 의학적 상태를 예방, 진단 또는 치료하거나 현재 건강 상태를 유지하기 위해 서비스, 용품 또는 약이 필요하다는 것을 의미합니다. 여기에는 병원이나 간호 시설까지 갈 수 없는 상황도

포함됩니다. 이것은 요구되는 서비스, 의료용품 또는 의약품이 의료 관행의 표준에 부합함을 의미하기도 합니다.

- 신규 가입자의 경우, 플랜은 최소 90일의 전환 기간을 제공해야 하며, 이 기간 동안 새로운 MA 플랜은 치료 과정이 네트워크 외부 서비스 제공자와 함께 시작된 서비스에 대한 것이더라도 활성 치료 과정에 대한 사전 허가를 요구하지 않을 수 있습니다.
- 가입자는 네트워크 서비스 제공자로부터 진료를 받습니다. 네트워크 서비스 제공자는 저희 플랜과 업무 협조 관계에 있는 서비스 제공자입니다. 대부분의 경우, 응급 진료나 긴급 진료가 필요한 경우 또는 플랜이나 네트워크 서비스 제공자가 진료 의뢰를 하지 않는 한 네트워크 외부 서비스 제공자로부터 받는 치료는 보장되지 않습니다. *가입자 안내서*의 **3장**에는 네트워크 소속 및 네트워크 외부 서비스 제공자 이용에 대한 자세한 정보가 포함되어 있습니다.
- 주치의(PCP) 또는 진료 팀이 가입자의 진료를 담당하고 관리합니다. 대부분의 경우, PCP는 가입자가 주치의가 아닌 의사의 진료를 받거나 네트워크 소속의 다른 서비스 제공자를 이용하기 전에 승인을 해야 합니다. 이것을 진료 의뢰라고 합니다. *가입자 안내서*의 **3장**에는 진료 의뢰를 받는 방법과 진료 의뢰가 필요하지 **않은** 경우에 대한 자세한 정보가 제공됩니다.
- 저희는 담당 의사나 다른 네트워크 서비스 제공자가 당사의 사전 승인을 얻는 경우에만 혜택 차트에 제시된 서비스 중 일부를 보장합니다. 이를 사전 허가(PA)라고 합니다. 혜택 차트에서 PA가 필요한 보장 서비스에 대해 '사전 허가 규칙이 적용됩니다'로 표시합니다.
- 귀하의 플랜이 치료 과정에 대한 PA 요청을 승인하는 경우, 보장의 기준, 병력 및 치료 서비스 제공자의 권고에 따라 치료 중단을 피하기 위해 의학적으로 합당하고 필요한 기간 동안 승인이 유효해야 합니다.
- Medi-Cal 혜택을 상실하는 경우, 자격이 계속되는 것으로 간주되는 3개월 이내에 이 플랜의 Medicare 혜택은 계속됩니다. 하지만 Medi-Cal 서비스가 보장되지 않을 수 있습니다. Medi-Cal 자격에 대한 정보는 카운티 자격 사무소 또는 Health Care Options에 문의하십시오. Medicare 혜택은 유지할 수 있지만 Medi-Cal 혜택은 유지할 수 없습니다.

'만성 질환에 대한 특별 보조 혜택(SSBCI)':
특정 만성 질환을 가진 가입자를 위한 중요한 혜택 정보.

- 다음과 같은 만성 질환을 앓고 있고 특정 의학적 기준을 충족하는 경우 추가 혜택을 받을 수 있습니다.
  - 암
  - 심혈관 질환
  - 만성 심부전
  - 치매

  - 당뇨병
  - 말기 간/신장 질환
  - 신경 장애
  - 만성 알코올 및 기타 약물 의존
  - 자가 면역 질환
  - 중증 혈액 질환
  - 만성 폐 질환
  - 만성 및 장애가 있는 정신 건강 상태
  - 뇌졸중
  - 서비스 제공자가 진단 확인서를 작성하거나 SCAN이 귀하의 추가 혜택 자격 여부를 결정하기 위한 만성 질환 건강 평가를 수행합니다.

- 자세한 정보는 혜택 차트의 '특정 만성 질환에 대한 도움' 행을 참조하십시오.
- 추가 정보가 필요하시면 저희에게 문의해 주십시오.

모든 예방 서비스는 무료입니다. 의료 혜택 차트 내 예방 서비스 옆에는 이 사과 그림 이 표시되어 있습니다.

- **커뮤니티 지원:** 커뮤니티 지원은 개인 진료 플랜으로 이용할 수 있습니다. 커뮤니티 지원은 의학적으로 적절하고 비용 대비 효율적인 대체 서비스 또는 환경입니다. 이러한 서비스는 가입자에게 특약으로 제공됩니다. 자격이 있는 경우 이러한 서비스는 가입자의 보다 독립적인 생활을 지원합니다. 단, Medi-Cal 에 따라 이미 제공되는 기존 혜택을 대체하지 않습니다. 도움이 필요하거나 어떤 커뮤니티 지원이 가능한지 알고 싶으시면 가입자 서비스부(TTY 사용자는 711 로 전화)에 전화하거나 담당 의료 서비스 제공자에게 전화하십시오.

D. 당사 플랜 혜택 차트

당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	복부 대동맥류 검사 저희는 위험군 가입자의 초음파 검사에 대해 1회에 한해 비용을 부담합니다. 플랜은 귀하에게 특정 위험 요소가 있거나 의사, 의료 보조원, 개업 간호사 또는 임상 전문 간호사로부터 진료 의뢰를 받은 경우에만 이 선별검사를 보장합니다.	이러한 예방적 검사의 자격을 갖춘 가입자에게는 공동보험액, 자기부담금 또는 공제액이 발생하지 않습니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**
	침술(Medicare 보장) 플랜에서는 역월로 1개월 동안 외래환자 침술 서비스에 대해 2회까지 지불하며 의학적으로 필요한 경우 더 자주 침술 서비스를 받을 수 있습니다. 다음과 같이 정의된, 만성 요통이 있는 경우 90일 동안 최대 12회 침술 방문에 대해서도 비용을 지불합니다. • 12주 이상 통증이 지속 • 불특정한 통증(전이, 염증 또는 감염성 질환과 관련이 없는 통증과 같이, 전신에 영향을 주는 확인 가능한 원인이 없음) • 수술과 관련이 없음, **그리고** • 임신과 관련이 없음 또한, 호전을 보이는 경우 만성 요통에 대해 추가로 8회 침술의 비용을 보장합니다. 만성 요통에 대한 침술 치료는 매년 20회를 초과할 수 없습니다. 침술 치료는 상태가 나아지지 않거나 악화되면 중단해야 합니다.	$0 **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**

당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	침술 서비스(정기/비 Medicare 보장)* 침술 서비스는 의학적으로 필요한 정기 치료를 보장합니다. 계약된 플랜 소속 서비스 제공자를 이용해야 합니다. 귀하는 침술 서비스에 대해 연간 최대 36회 방문이 보장됩니다. 첫 번째 침술 방문에 대해 진료 의뢰를 받지 않아도 됩니다. 차후 방문시에는 사전 허가가 필요합니다. *이 혜택은 최대 본인 부담액에 적용되지 않습니다.	$0 **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**
	알코올 오용 검사 및 상담 저희는 알코올을 오용하고 있지만 알코올에 의존적이지 않은 성인을 위한 알코올 오용 검사(SABIRT) 비용을 부담합니다. 알코올 오용에 대해 양성 반응이 나온 경우, 매년 4회에 걸쳐 자격을 갖춘 주치의(PCP) 또는 일차 진료 환경에서 개업의와 일대일 상담 세션을 가질 수 있습니다(단, 가입자가 상담 중 온전한 상태에서 상담 내용을 이해할 수 있는 경우).	$0 **사전 허가 규칙이 적용됩니다**
	구급차 서비스 응급 상황이든 비응급 상황이든 보장되는 구급차 서비스에는 지상 및 항공(비행기 및 헬리콥터)편이 포함됩니다. 구급차는 가입자를 진료할 수 있는 가까운 장소까지 데려다 줄 것입니다. 가입자의 상태는 다른 방법으로 병원에 갈 경우 건강이나 생명이 위험해질 수 있을 정도로 심각한 상태여야 합니다. 다른 경우(비응급 상황)에 대한 구급차 서비스는 당사의 승인을 받아야 합니다. 응급 상황이 아닐 경우에도 플랜이 구급차 비용을 부담할 수 있습니다. 가입자의 상태는 다른 방법으로 병원에 갈 경우 생명이나 건강이 위험해질 수 있을 정도로 심각한 상태여야 합니다.	$0 **사전 허가 규칙이 비응급 구급차 서비스에 적용됩니다.**
	연례 신체 검사* 연간 1회 정기 신체 검사가 보장됩니다. 이 검사에는 필요에 따라 선별검사 서비스가 포함됩니다. *이 혜택은 최대 본인 부담액에 적용되지 않습니다.	$0

당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	연례 건강증진 방문 가입자는 연례 검진을 받을 수 있습니다. 이것은 가입자의 현재 위험 요소를 기반으로 예방 계획을 수립하고 업데이트하기 위한 것입니다. 저희는 12개월마다 1회 이 비용을 부담합니다. **참고:** 최초의 연례 건강 검진 방문은 **Medicare 최초 가입자** 예방 방문으로부터 12개월이 지나야 하실 수 있습니다. 하지만 12개월 동안 파트 B에 가입된 상태이면 연례 건강 검진 방문의 보장을 받기 위해 **Medicare 최초 가입자** 방문을 할 필요는 없습니다.	$0
	천식 예방 서비스 천식 조절이 원활하지 않는 가입자의 경우 가정에서 흔히 볼 수 있는 유발 요인과 관련한 천식 교육 및 가정 환경 평가를 받을 수 있습니다.	$0
	골밀도 측정 저희는 적격 가입자(일반적으로, 골량 손실의 위험이나 골다공증 위험이 있는 사람)의 특정 처치 비용을 부담합니다. 이러한 처치를 통해 골량, 뼈 손실 또는 뼈 건강 상태를 파악합니다. 또한 저희는 24개월 주기 또는 의학적으로 필요한 경우 더 자주 이 서비스 비용을 부담합니다. 결과를 관찰하고 소견을 제공하는 의사의 비용도 부담합니다.	$0 **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**
	유방암 검사(유방 조영상 검사) 저희는 다음 서비스 비용을 부담합니다. • 12개월마다 1회의 유방 조영상 검사 • 24개월마다 1회의 임상적 유방 검사	$0 네트워크 내부에서의 연례 유방조영술 검사는 진료 의뢰가 필요없습니다(12개월마다 1회). 정기 유방 조영술 검사에는 MRI가 포함되어 있지 않습니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**

당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	심장 재활 서비스 저희는 운동, 교육, 상담과 같은 심장 재활 서비스 비용을 부담합니다. 가입자는 특정 조건을 충족하고 의사의 진료 의뢰를 받아야 합니다. 또한 심장 재활 프로그램보다 더 강도가 높은 집중 심장 재활 프로그램도 보장합니다.	$0 **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**
	심혈관계 질병 위험 감소 방문(심장병 치료) 저희 플랜은 심장병 위험을 낮추기 위해 연간 1회, 또는 의학적으로 필요한 경우 더 많이 주치의(PCP) 방문 비용을 부담합니다. 이러한 방문 시 담당 의사의 역할: • 아스피린 사용에 대해 상담, • 혈압 검사 **및/또는** • 올바른 식습관을 위한 요령 제공.	$0 **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**
	심혈관계 질병 검사 저희는 5년(60개월)마다 1회의 심혈관계 질병을 검사하기 위한 혈액 검사 비용을 부담합니다. 이러한 혈액 검사를 통해 높은 심장병 위험으로 인한 문제도 확인합니다.	$0 **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**

당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	치료 관리* 건강 관리 전문가 팀이 귀하의 건강 상태를 관리해 드립니다. 진료 관리자는 다음과 같은 방식으로 귀하와 협력합니다. ● 건강 상태 관리 지원 ● 귀하와 함께 건강 상태와 관련한 전문 진료 계획 수립 ● 팀의 전문의와 협력하여 귀하의 건강 상태를 위한 최상의 치료 이용 ● 병원 입원 동안 치료와 관련하여 귀하가 이해할 수 있도록 지원 ● 병원 간 이동 시 필요한 지원, 전문 진료 시설 또는 퇴원 후 가정 건강 관리와 관련한 지원 제공 ● 특수한 요구 사항과 관련된 예약. 여기에는 교통편, 내구성 의료 장비, 주입 및 가정 건강 관리가 포함될 수 있습니다. 진료 관리자는 귀하의 건강 상태에 대한 자세한 이해를 도우며 건강을 유지하기 위한 유용한 정보를 제공합니다. 제공되는 유용한 정보. ● 귀하에게 적합한 식단을 알아보기 위한 지원 ● 귀하의 의약품 및 올바른 복용 방법을 이해할 수 있도록 지원 ● 규칙적인 운동 방법 알아보기 ● 건강 문제를 방지할 수 있는 중요 검사 및 선별검사를 이해할 수 있도록 지원 *이 혜택은 최대 본인 부담액에 적용되지 않습니다.	$0 **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**

당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	자궁경부 및 질암 검사 저희는 다음 서비스 비용을 부담합니다. • 모든 여성: 24개월마다 1회의 파파니콜로 도말검사 및 골반 검사 • 자궁경부암 또는 자궁암 위험이 있는 여성: 12개월마다 1회의 파파니콜로 도말검사 지난 3년 이내에 비정상적인 자궁경부암검사 결과가 있었던 가임기 여성: 12개월마다 1회 자궁경부암검사 보장 • 30~65세 여성: 5년마다 인유두종 바이러스(HPV) 검사 또는 파파니콜로 검사와 HPV 검사	$0 네트워크 내부에서 산부인과 정기 예방 진료 방문을 하려면 진료 의뢰가 필요 없습니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**
	카이로프랙틱 서비스(Medicare 보장) 저희는 다음 서비스 비용을 부담합니다. • 척추 배열을 교정하기 위한 척추 조절	$0 **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**
	카이로프랙틱 서비스(정기/비 Medicare 보장)* 정기 카이로프랙틱 서비스는 의학적으로 필요한 정기 치료를 보장합니다. 연간 30회까지 정기 카이로프랙틱 서비스가 보장됩니다. 가입자는 SCAN Health Plan과 계약된 정기 카이로프랙틱 서비스 제공자를 이용해야 합니다. *이 혜택은 최대 본인 부담액에 적용되지 않습니다.	$0 첫 번째 지압 요법 방문에 대해 진료 의뢰를 받지 않아도 됩니다. 차후 방문시에는 사전 허가가 필요합니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**
	만성 질환 관리 식사* 이 차트의 뒷부분에 있는 '간병인을 위한 솔루션' 혜택을 참조해 주십시오.	

당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	대장암 검사 저희는 다음 서비스 비용을 부담합니다. • 대장내시경검사는 최소 또는 최대 연령 제한이 없으며 고위험군이 아닌 환자의 경우 120개월(10년)마다 1회, 대장암 위험이 높지 않은 환자의 경우 이전의 연성에스상결장경검사 후 48개월, 이전 대장내시경검사 또는 바륨 관장 후 고위험 환자의 경우 24개월에 한 번 보장됩니다. • 45세 이상의 환자를 위한 연성에스상결장경검사. 고위험군이 아닌 환자의 경우 환자가 선별 대장내시경검사를 받은 후 120개월에 한 번. 고위험 환자의 경우 마지막 연성에스상결장경검사 또는 바륨 관장 이후로 48개월에 한 번 • 45세 이상 환자의 경우 분변잠혈 검사. 12개월에 한 번. • 45세에서 85세 사이이고 고위험 기준을 충족하지 않는 환자를 위한 다중 표적 분변 DNA. 3년에 한 번 • 45세에서 85세 사이이고 고위험 기준을 충족하지 않는 환자를 위한 혈액 기반 바이오마커 검사. 3년에 한 번 • 마지막 선별 바륨 관장 또는 마지막 선별 대장내시경검사 후 24개월이 지난 고위험 환자의 경우 대장내시경검사의 대안으로 바륨 관장 • 바륨 관장은 고위험군이 아닌 45세 이상의 환자를 위한 연성에스상결장경검사의 대안입니다. 마지막 선별 바륨 관장 또는 선별 연성에스상결장경 검사 후 최소 48개월에 한 번 대장암 선별 검사에는 Medicare가 보장하는 비침습적 대변을 바탕으로 한 대장암 선별 검사에서 양성 결과가 나온 후의 추적 선별 대장내시경검사가 포함됩니다.	$0 가상 대장 내시경 검사는 보장되는 시술이 아닙니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**

당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	치과 서비스(Medicare 보장) 저희는 클리닝, 충전재 및 의치를 포함하되 이에 국한되지 않는 특정 치과 서비스에 대해 비용을 지불합니다. 저희가 보장하지 않는 것은 아래 섹션 F2에 설명된 Medi-Cal 치과를 통해 이용할 수 있습니다. 일부 치과 서비스가 수혜자의 일차 의학적 질환의 치료에 필수적인 경우 당사는 치과 서비스 비용을 지불합니다. 몇 가지 예에는 골절이나 부상 후 턱 재건, 턱과 관련된 암에 대한 방사선 치료를 준비하기 위해 행해진 치아 발치 또는 신장 이식 전 구강 검사가 포함됩니다.	$0 **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**
	치과 서비스(정기/비 Medicare 보장)* 위에서 언급한 서비스 이외에도 SCAN Connections는 DeltaCare® USA와 계약된 치과 서비스 제공자를 통해 다음과 같은 정기 치과 서비스를 제공합니다. 네트워크 내 정기 치과 서비스에는 다음이 포함됩니다. • 구강 검사: 무제한 방문 • 클리닝: 12개월마다 최대 2회 • 치과 엑스레이: 12개월마다 2회 방문 교익 엑스레이는 6개월의 기간 동안 4장 필름 1시리즈 이하로 제한됩니다. 전체 구강 엑스레이는 24개월 연속 기간 동안 1세트로 제한됩니다. 이 혜택에는 종합적인 치과 서비스도 포함됩니다. 추가 제한 사항 및 예외 사항을 포함한 전체 설명은 DeltaCare USA 요금 안내를 참조하십시오. 치과 교정술은 귀하의 플랜에서 제외됩니다. *이 혜택은 최대 본인 부담액에 적용되지 않습니다.	방문당 $0. 기타 치과 혜택 자기부담금에 대해서는 DeltaCare USA 요금 안내를 참조하십시오.

당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	우울증 검사 저희는 매년 1회 우울증 검사 비용을 부담합니다. 이 선별검사는 후속 진료 및/또는 진료 의뢰를 해줄 수 있는 일차 진료 시설에서 이루어져야 합니다.	$0 **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**
	당뇨병 선별검사 저희는 가입자에게 다음의 위험 요소가 있을 경우, 이 선별검사(공복시 혈당 검사 포함) 비용을 부담합니다. • 고혈압(고혈압) • 비정상적 콜레스테롤 및 고중성지방 수치 병력(이상지질혈증) • 비만 • 고혈당(글루코스) 병력 과체중이며 당뇨병 가족력이 있는 등 일부 사례에서 검사 비용이 보장됩니다. 가장 최근의 당뇨병 검사일 이후 12개월마다 최대 2회의 당뇨병 검사를 받을 수 있습니다.	$0 **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**

당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	당뇨병 자가 관리 교육, 서비스 및 의료용품 당사 플랜은 당뇨병을 앓고 있는 모든 사람들을 위해 다음 서비스에 대해 비용을 지불합니다(인슐린 사용 여부에 관계 없음). ● 다음을 포함하여 혈당 검사를 위한 용품 제공. ○ 혈당 측정기 ○ 혈당 검사지 ○ 란셋 장치 및 란셋 ○ 검사지 및 모니터의 정확도 확인을 위한 당 관리 용액 ● 당뇨병 관련 발 질병을 가진 당뇨병 환자의 경우, 플랜이 다음 비용을 부담합니다. ○ 착용 확인을 포함하여, 치료상 맞춤 제작된 신발 한 켤레(깔창 포함)와 역년으로 매년, 추가로 두 쌍의 깔창 **또는** ○ 착용 확인을 포함하여 매년 1켤레의 당뇨병 치료용 신발, 3켤레의 깔창(신발과 함께 제공된 비맞춤 탈착 깔창은 불포함) ● 경우에 따라 당사는 당뇨병 관리에 도움이 되는 교육 비용을 지불합니다. 자세한 내용은 가입자 서비스부에 연락하시기 바랍니다. 연속 혈당 모니터 및 관련 용품은 내구성 의료 장비로 간주됩니다. 이 차트의 뒷부분에 있는 '내구성 의료 장비(DME) 및 관련 용품'을 참조해 주십시오.	혈당 수치를 모니터링하기 위한 용품에 대해 $0. 당뇨병 치료 신발과 깔창에 대해 $0. 당뇨병 자가 관리 교육에 대해 $0. 혈당 모니터, 검사지 및보정 용액은 하나의 제조업체(Abbott)에서만 사용할 수 있습니다. 란셋은 모든 제조업체의 것을 사용할 수 있습니다. (자세한 정보는 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.) **당뇨병 자가 관리 교육, 치료용 신발 및 깔창에는 사전 허가 규칙이 적용됩니다.**

당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	내구성 의료 장비(DME) 및 관련 의료용품 '내구성 의료 장비(DME)'의 정의는 *가입자 안내서*의 **12장**을 참조하십시오. 저희가 보장하는 품목은 다음과 같습니다. ● 전동 휠체어를 포함한 휠체어 ● 목발 ● 전동 매트리스 시스템 ● 매트리스용 압축 패드 ● 당뇨 용품 ● 가입자가 가정에서 사용하도록 서비스 제공자가 주문한 병원 침상 ● 정맥(IV) 주입 펌프 및 지지대 ● 음성 생성 장비 ● 산소 장비 및 용품 ● 의료용 분무기 ● 보행기 ● 표준형 곡선 손잡이 또는 네발 지팡이, 교체 용품 ● 경추 견인장치(문 위에 사용) ● 골 자극기 ● 투석 관리 장비 다른 항목도 보장될 수 있습니다. **본 혜택 안내는 다음 페이지에서 계속됩니다.**	$0 Medicare 산소 장비 보장에 대한 가입자의 비용 분담은 매월 $0입니다. SCAN Connections에 가입하고 36개월 동안에는 비용 분담이 변경되지 않습니다. 귀하는 자격 요건을 충족하는 경우 추가적인 내구성 의료 용품 및 관련 용품에 대한 자격이 있을 수 있습니다. 자세한 내용은 이 페이지 하단의 전화번호로 SCAN PAL 부서로 문의해 주십시오. 연속 혈당 모니터는 약국에서 또는 DME 서비스 제공자에게 $0입니다.

당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	내구성 의료 장비(DME) 및 관련 의료용품(계속) Medicare와 Medi-Cal이 일반적으로 비용을 지불하며 의학적으로 필요한 모든 DME에 대해 비용을 지불합니다. 해당 지역의 서비스 제공자가 특정 브랜드 또는 생산업체 제품을 취급하지 않을 경우, 특별 주문을 할 수 있는지 문의하실 수 있습니다. 최신 공급자 목록은 웹사이트 www.scanhealthplan.com에서 확인할 수 있습니다. DME 용품은 SCAN Connections가 보장하는 다른 장비 또는 장치의 기능과 중복되지 않는 장비 및 장치로 제한되며 가정에서 사용하기에 적합해야 합니다. 집 밖에서 사용하는 산소, 램프, 휴대용 분무기, 기타 장비 등의 품목은 보장되지 않습니다. DME 수리 및 교체는 파손, 마모 또는 가입자의 신체적 상태에 중대한 변화가 있을 경우 보장됩니다. 수리 및/또는 교체는 의학적으로 필요하며 Medicare가 보장하는 경우 실시합니다. DME와 함께 사용하는 의약품에 대한 자세한 정보는 이 차트의 'Medicare 파트 B 처방약'을 참조하십시오.	Freestyle Libre 및 Dexcom CGM은 계약된 약국에서 보장됩니다. 다른 CGM 제조업체 제품은 계약된 DME 서비스 제공자에서 이용할 수 있습니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.** $0 Medicare 산소 장비 보장에 대한 가입자의 비용 분담은 매월 $0입니다. SCAN Connections에 가입하고 36개월 동안에는 비용 분담이 변경되지 않습니다. 귀하는 자격 요건을 충족하는 경우 추가적인 내구성 의료 용품 및 관련 용품에 대한 자격이 있을 수 있습니다. 자세한 내용은 이 페이지 하단의 전화번호로 SCAN PAL 부서로 문의해 주십시오. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**

당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	응급 진료 응급 진료는 다음과 같은 서비스를 의미합니다. ● 응급 서비스를 제공하도록 교육을 받은 서비스 제공자의 서비스, **그리고** ● 의학적 응급 상황을 치료하기 위해 필요한 서비스 의학적 응급 상황은 심한 통증 또는 심각한 부상을 가진 의학적 상태입니다. 이러한 상태는 매우 심각하여 즉시 의학적 치료를 받지 않을 경우, 평균적인 건강 및 의료 지식을 가진 모든 사람이 다음의 결과를 예상할 수 있습니다. ● 가입자의 심각한 건강 위험 **또는** ● 신체 기능에 심각한 해를 입거나 **또는** ● 신체 조직이나 부분의 심각한 기능 장애	$0 네트워크 외부 병원에서 응급 진료를 받고 응급 상황이 안정된 후 입원환자 진료가 필요한 경우, 플랜에서 승인한 네트워크 외부 병원에서 입원환자 진료를 받아야 하고, 가입자의 비용은 네트워크 병원에서 가입자가 지불하는 비용 분담 수준이 됩니다. 가입자의 상태에서 네트워크 병원으로 돌아갈 수 있는 경우, 의학적으로 필요한 경우(교통편 포함) 진료가 배정됩니다.

당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	응급 진료 - 전 세계에서 보장* 미국 이외 지역에서의 응급 의료 상태를 평가하거나 안정화하기 위한 서비스에 대해서는 전 세계 응급 및 긴급 진료가 보장됩니다. 응급 서비스에 대한 전 세계보장: • 여기에는 응급 현장에서 가장 가까운 의료 치료 시설까지의 응급 또는 긴급 진료 및 응급 구급차 교통편이 포함됩니다. • 다른 국가에서 미국으로 돌아오는 교통편은 보장되지 않습니다. • 미리 예정된, 계획된 및/또는 선택적 시술은 응급/긴급 진료로 간주되지 않고 보장되지 않습니다. • 퇴원 후 치료, 재활 및 전문 간호 시설 체류를 포함한 후속 치료는 응급 및 긴급 진료로 간주되지 않고 보장되지 않습니다. 미국 이외 지역에서 이용한 비응급 의약품은 보장되지 않습니다. 자세한 정보는 이 장의 뒷부분에 있는 '보장되지 않는 서비스(예외 사항)' 섹션을 참조해 주십시오. *이 혜택은 최대 본인 부담액에 적용되지 않습니다.	$0
	헬스클럽 멤버십* SCAN Connections 는 피트니스 시설을 이용할 수 있는 회원권을 제공합니다. 귀하는 SCAN Connections 의 계약된 시설 네트워크에서 피트니스 클럽 또는 피트니스 스튜디오를 선택할 수 있습니다. 디지털 온라인 피트니스 강좌와 재택 피트니스 키트는 참여 클럽 근처에 거주하지 않거나 운동하는 것을 선호하는 가입자를 위해 제공됩니다. 연간 피트니스 키트 1 개를 주문하실 수 있습니다. 자세한 정보는 가입자 서비스부로 문의해 주십시오. *이 혜택은 최대 본인 부담액에 적용되지 않습니다.	참여하는 피트니스 클럽 및 스튜디오의 멤버십에 대해 $0 멤버십에는 표준 피트니스 시설 서비스가 포함됩니다. 추가 비용이 필요한 모든 서비스는 포함되어 있지 않습니다.

당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	HEALTH*tech+** 컴퓨터, 태블릿 또는 스마트 폰을 사용하여 의료 및 의료 관련 정보를 이용하는 방법에 대한 교육 및 훈련을 제공하는 기술 지원 라인. 온라인으로, 전화로, 또는 가정 방문으로 도움을 드릴 수 있도록 서비스가 제공됩니다. HEALTH*tech+*가 도움이 되는 부문은 다음과 같습니다. • 진료 방문 관련 Skype/Zoom/FaceTime 교육 • 원격 의료 방문 개요, 개인 기기 설정(전화기, 태블릿 또는 컴퓨터) • 처방약 배송 설정 • 의료 커뮤니케이션을 위한 이메일 계정 생성/설정 • 해당 의료 그룹의 온라인 포털 • SCAN Health Plan 가입자 포털 등록 HEALTH*tech+*는 장비 구입, 가정용 인터넷 또는 컴퓨터 하드웨어에 대한 지원을 포함하지 않습니다. 기술 지원을 이용하시려면 1-833-437-0555 번으로 연락해 주십시오. *이 혜택은 최대 본인 부담액에 적용되지 않습니다.	$0
	건강 및 건강증진 교육 프로그램 저희는 특정 건강 상태를 전문으로 하는 다양한 프로그램을 제공하고 있으며, 다음이 포함됩니다. • 건강 교육 수업 • 영양 교육 수업 • 금연 **및** • 간호 핫라인	$0
	청력 서비스(Medicare 보장) 저희는 담당 서비스 제공자가 실시하는 청력 및 균형 검사 비용을 부담합니다. 이러한 검사를 통해 가입자에게 의학적 치료가 필요한지 확인합니다. 의사, 청력학자 또는 기타 자격을 갖춘 서비스 제공자가 검사를 실시할 경우 외래환자 진료로서 보장됩니다.	$0 **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**

당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	청력 서비스(정기/비 Medicare 보장)* 보장되는 서비스에 포함되는 사항. ● 정기 청력 검사/선별 검사 ● 보청기 ● 보청기 피팅/평가 보청기에 대한 필요성을 확인하기 위한 청력 검사를 위해 제휴한 정기 청력 서비스 제공자를 방문할 경우 진료 의뢰가 필요하지 않습니다. 보청기가 필요하다고 판단되며 계약된 서비스 제공자로부터 구입할 경우, 보장됩니다. 분실 또는 파손되어 본 플랜에 따라 제공되는 보청기의 교체와 관련하여 전문 서비스 또는 재료에 대한 혜택은 제공되지 않습니다. 단, 해당 물품을 교체해야 하는 경우는 예외입니다. 보청기 피팅 및 평가는 SCAN 보장 보청기를 구입한 후 12개월 동안 보장됩니다. 보청기 보장에는 60일의 평가 기간, 3년의 제조사 보증 및 80개의 배터리가 포함됩니다. *이 혜택은 최대 본인 부담액에 적용되지 않습니다.	**정기 청력 검사** $0(12개월마다 1회의 정기 청력 검사) **보청기 피팅/평가** $0(보청기 피팅/평가는 계약된 벤더로부터 보청기를 구입한 후 12개월 후에 보장됨) **보청기** TruHearing Advanced 보청기 또는 TruHearing Premium 보청기에 대해 보청기당 $0. (보청기는 12개월마다 2개) 귀하는 의학적으로 필요한 경우 다른 제조사의 보청기를 구입할 자격이 있을 수 있습니다.

당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	특정 만성 질환에 대한 도움 *만성 질환에 대한 특별 보조 혜택(SSBCI)* 이러한 혜택 자격은 만성 질환에만 근거한 것이 아닙니다. 혜택이 제공되기 전에 적용 가능한 모든 자격 요건이 충족되어야 합니다. SSBCI 혜택을 받기 위해 필요한 적격 만성 질환에는 심혈관 질환, 만성 심부전, 당뇨병, 암, 만성 폐 질환이 포함됩니다. 다른 만성 질환이 적용될 수 있습니다. 의료 기록은 혜택에 대한 자격을 설정하는 데 사용됩니다. 비처방(OTC) 혜택과 함께 건강 식료품에 대해 월 최대 $65를 받을 수 있습니다. 자격이 되면 선불향 직불 카드를 받게 되며 활성화해야 합니다. 카드의 지침을 따르십시오. • 금액은 매월 1일에 충전되며 월말에 만료됩니다. • 직불 카드는 참여 소매점에서 일부 식료품을 구매하는 데 사용할 수 있습니다. • 미사용 금액은 다음 달로 이월되지 않습니다. • 자신의 상품에 대해서만 지불할 수 있으며 현금으로 전환할 수 없습니다. • 참여 매장 및 적격 식료품을 찾으려면 www.scanhealthplan.com에 로그인하십시오. • 보조금을 사용한 후에는 나머지 구매 비용을 귀하가 부담해야 합니다. **본 혜택 안내는 다음 페이지에서 계속됩니다.**	OTC 혜택과 함께 월 최대 $65가 보장됩니다. **사전 허가 규칙 및 기준이 적용됩니다.** SCAN Connections와 계약된 교통편 서비스 제공자를 이용할 경우 매년 최대 24회 편도 승차(75마일 한도)에 대해 보장이 됩니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**

당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	비의료 교통편 식료품점, 헬스클럽, 시니어 센터로 가기 위한 정기 교통편은 택시 또는 휠체어 밴으로 제공됩니다. 휠체어 교통편을 포함한 모든 교통편은 플랜 기준에 부합해야 합니다. 각각의 편도 이동은 75 마일을 초과할 수 없습니다. 운전자가 귀하를 태우러 출발하기 전에 승차를 취소하더라도, 그 경우는 숫자에 합산이 되고 연간 승차 한도에서 공제될 것입니다. 교통편 예약은 승용차의 경우 최소한 24 시간 전에 해야 하며(주말 제외), 휠체어 서비스의 경우 48 시간 전에 해야 합니다(주말 제외). 예약하려면 SCAN 교통편 담당부서에 1-844-714-2218 번으로 전화해 주십시오. 교통편 혜택에 대한 자세한 설명은 이 장의 마지막에 있는 **'정기 교통편 혜택에 대한 중요한 정보'를 참조**하십시오. *이 혜택은 최대 본인 부담액에 적용되지 않습니다.	
	HIV 검사 저희 플랜은 다음 대상자를 위한 HIV 검사 비용을 12개월마다 1회 부담합니다. • HIV 검사 요청자 **또는** • HIV 감염 위험이 높은 사람 임산부의 경우, 임신 기간 동안 최대 3회의 HIV 검사 비용을 보장합니다. 담당 의사가 권장한 추가의 HIV 선별검사도 보장합니다.	$0

당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	홈 어드밴티지* 최근에 귀하께서 일상 활동을 감소시키는 낙상(넘어지는) 사고 또는 질병을 겪으셨다면 연례 재택 평가를 요청하실 수 있습니다. SCAN 케어 네비게이터는 최초 재택 평가를 실시하여 낙상/부상 위험을 식별하고서 안전하게 지낼 수 있는 안전 조치를 추천합니다. SCAN 케어 네비게이터는 후속 가정 방문을 실시하여 다음과 같은 활동을 수행합니다. ● 권고 사항을 이행할 수 있도록 돕습니다. ● 귀하의 증상을 회복시키기 위한 계획을 이해하고 지킬 수 있게 돕습니다. ● 지침과 지원을 제공하여 가정 내에서 안전하게 생활하실 수 있게 합니다. ● 커뮤니티에서 활용하실 수 있는 다른 추가 리소스를 소개해드립니다. *이 혜택은 최대 본인 부담액에 적용되지 않습니다.	$0 **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**
	가정 배달 식사* 이 차트의 뒷부분에 있는 '퇴원하기' 및 '간병인을 위한 솔루션' 혜택을 참조해 주십시오.	
	가정 건강 관리 기관의 서비스 가정 건강 서비스를 이용하려면 의사가 그 필요성을 저희에게 알리고 가정 건강 관리 기관이 서비스를 제공해야 합니다. 가입자는 외출이 매우 어려운 상황이어야 합니다. 저희는 다음 서비스 비용을 부담하며 여기에 나열되지 않은 다른 서비스 비용도 부담할 수 있습니다. ● 파트 타임 또는 간헐적 전문 간호 및 가정 건강 보조원 서비스(가정 건강 관리 혜택으로 보장 받으려면 전문 간호 및 가정 건강 보조원 서비스를 합하여 하루 8시간, 주 35시간을 초과할 수 없음) ● 물리 치료, 작업 치료, 언어 치료 ● 의료 및 사회복지 서비스 ● 의료 장비 및 용품	$0 귀하는 의학적으로 필요한 경우 의사 진료실을 방문하는 대신 의사의 가정 방문을 받을 수 있습니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**

당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	가정 주입 치료 플랜은 의약품 또는 생물학적 제제로서 정맥으로 투여되거나 피하로 적용되며 가정에서 제공되는 치료법의 비용을 보장합니다. 가정 주입 치료법을 위해 다음 품목이 필요합니다. ● 항바이러스제 또는 면역 글로불린과 같은 의약품 또는 생물학적 제제 ● 펌프와 같은 장비 **및** ● 튜브 또는 카테터와 같은 용품 당사 플랜은 다음과 같은 가정 주입 서비스를 보장합니다(이에만 국한되지 않음). ● 귀하의 진료 계획에 따라 제공되는 간호 서비스 등의 전문 서비스 ● DME 혜택에 포함되어 있지 않은 가입자 교육 및 훈련 ● 원격 모니터링 **및** ● 가정 주입 치료 제공을 위한 모니터링 서비스 및 적격 가정 주입 치료 제공자가 제공하는 가정 주입 의약품 주입 약, 장비 및 용품과 같은 가정 주입을 위해 필요한 용품은 DME 혜택으로 보장됩니다.	방문당 가입자의 납부 내용은 다음과 같습니다. 훈련과 교육, 모니터링 서비스를 포함한 가정 주입 치료 전문 서비스 $0 **내구성 의료 장비** 비용 분담 금액은 본 장의 '내구성 의료 장비(DME) 및 관련 용품' 섹션을 참조하십시오. DME 와 함께 사용하는 주입 약에 대한 비용 분담은 이 장의 'Medicare 파트 B 처방약' 섹션을 참조해 주십시오. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**

당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	호스피스 간호 귀하의 서비스 제공자 및 호스피스 의료 책임자가 말기 예후가 있다고 판단하면 귀하는 호스피스를 선택할 권리가 있습니다. 말기 예후란 환자가 말기 질환을 가지고 있고 6개월 이하로 생존이 예상되는 경우를 말합니다. 가입자는 Medicare가 인증한 호스피스 프로그램을 통해 서비스를 이용할 수 있습니다. 당사 플랜은 귀하가 플랜의 서비스 지역에서 Medicare 인증 호스피스 프로그램을 찾을 수 있도록 도와야 합니다. 호스피스 의사는 네트워크 서비스 제공자이거나 네트워크 외부 서비스 제공자일 수 있습니다. 보장되는 서비스에 포함되는 사항. ● 증상과 통증을 치료하기 위한 의약품 ● 단기 임시 간호 ● 가정 건강 관리 **호스피스 서비스 및 말기 예후와 관련하여 Medicare 파트 A 또는 Medicare 파트 B가 보장하는 서비스는 Medicare에 청구됩니다.** ● 보다 자세한 사항은 본 장의 **섹션 F**를 참고해 주십시오. **당사 플랜에서 보장하지만 Medicare 파트 A 또는 Medicare 파트 B가 보장하지 않는 서비스의 경우.** ● 당사 플랜은 Medicare 파트 A 또는 Medicare 파트 B로 보장되지 않는 플랜 보장 서비스를 보장합니다. 저희는 가입자의 말기 예후와의 관련성 여부와 관계없이 서비스를 보장합니다. 귀하는 이러한 서비스에 대해 플랜에서 비용 분담금을 지불합니다. **본 혜택 안내는 다음 페이지에서 계속됩니다.**	Medicare 인증 호스피스 프로그램에 가입한 경우, 말기 예후와 관련이 있는 호스피스 서비스와 파트 A 및 B 서비스는 SCAN Connections이 아니라 Original Medicare가 비용을 부담합니다.

당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	호스피스 간호(계속) **당사 플랜의 Medicare 파트 D 혜택으로 보장될 수 있는 약.** ● 의약품은 호스피스와 당사의 플랜 모두가 동시에 보장하지는 않습니다. 자세한 정보는 *가입자 안내서*의 **5장**을 참조해 주십시오. **참고:** 심각한 질병을 앓고 있는 경우, 삶의 질을 향상시키기 위해 팀 기반의 환자 및 가족 중심 치료를 제공하는 완화 치료를 받을 자격이 있을 수 있습니다. 완화 치료는 치료적/일반 치료와 동시에 받을 수 있습니다. 자세한 정보는 아래의 완화 치료 섹션을 참조해 주십시오. **참고:** 호스피스 간호 이외의 서비스가 필요하신 경우, 담당 진료 코디네이터 및/또는 가입자 서비스부에 전화하여 서비스를 예약하십시오. 호스피스 간호 이외의 서비스는 말기 예후와 관련이 **없는** 서비스입니다.	
	예방접종 저희는 다음 서비스 비용을 부담합니다. ● 폐렴 백신 ● 가을과 겨울의 독감 계절에 독감 예방접종 1회, 의학적으로 필요한 경우 추가적인 독감 예방접종 ● B형 간염에 걸릴 위험이 중간 이상일 경우 B형 간염 백신 ● COVID-19 백신 ● 인유두종 바이러스(HPV) 백신 ● 가입자의 감염 위험이 높으며 Medicare 파트 B 보장 규칙에 부합하는 기타 백신 저희는 Medicare 파트 D 보장 규칙에 부합하는 기타 백신의 비용을 부담합니다. 자세한 내용은 *가입자 안내서*의 **6장**을 참조하십시오.	$0 폐렴, 독감, B형 간염 및 COVID-19 백신에는 공동보험액, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**

당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	Included LGBTQ+ Health* Included LGBTQ+ Health는 LGBTQ+ 커뮤니티의 고유한 요구를 충족시키기 위해 신뢰할 수 있는 지침과 옹호를 제공합니다. 컨시어지 관리 코디네이터는 긍정 관리, 생활 방식 지원, 동료 그룹, 커뮤니티 리소스 및 옹호 활동 등을 통해 여러분을 안내합니다. Included LGBTQ+ Health를 이용하시려면 1-877-330-0889번으로 전화해 주십시오. *이 혜택은 최대 본인 부담액에 적용되지 않습니다.	$0
	요실금 및 위생 용품* 크림 및 목욕용품, 일회용 팬티, 기저귀, 팬티, 속옷, 라이너 및 패드와 같은 요실금 용품을 받을 자격이 있는 가입자 *이 혜택은 최대 본인 부담액에 적용되지 않습니다.	$0
	입원환자 병원 진료 입원환자 급성, 입원환자 재활, 장기 치료 병원, 기타 입원환자 병원 서비스 등이 포함됩니다. 입원환자 병원 진료는 의사의 지시에 따라 병원에 정식으로 입원한 날부터 시작됩니다. 퇴원 전날이 마지막 입원일입니다. 플랜이 보장하는 의학적으로 필요한 입원일 수에는 제한이 없습니다. 당사 플랜은 다음 서비스 비용을 부담하며 여기에 나열하지 않은 다른 의학적으로 필요한 서비스 비용도 부담할 수 있습니다. • 2인실(또는 의학적으로 필요한 경우 1인실) • 특별 식단을 포함한 식사 • 일반 간호 서비스 • 특별 치료 시설 비용(집중 치료 또는 관상동맥 치료 시설) • 의약품 • 검사실 검사 • 엑스레이 및 기타 방사선 서비스 • 필요한 외과용품 및 의료용품 • 휠체어와 같은 기기 • 수술실 및 회복실 서비스 • 물리 치료, 작업 치료 및 언어 치료 • 입원환자 약물 남용 서비스 • 경우에 따라 다음 종류의 이식 수술: 각막, 신장, 신장/췌장, 심장, 간, 폐, 심장/폐, 골수, 줄기세포, 내장/복합 장기 **본 혜택 안내는 다음 페이지에서 계속됩니다.**	$0 응급 상황이 안정화된 후 네트워크 외부 병원에서 입원환자 진료를 받으려면 당사 플랜의 승인을 받아야 합니다. 응급 상태가 안정된 후 네트워크 외부 병원에서의 입원환자 진료를 승인받을 경우, 가입자는 네트워크 병원에 지불하는 비용 분담액을 지불하게 됩니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**

당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	입원환자 병원 진료(계속) 이식이 필요한 경우, Medicare 승인 이식 센터가 사례를 검토하여 이식 대상자인지의 여부를 결정합니다. 이식 서비스 제공자는 서비스 지역 내부 또는 외부에 있을 수 있습니다. 지역의 이식 서비스 제공자가 Medicare의 요율을 기꺼이 수락할 경우, 지역에서 이식 서비스를 받거나 가입자 커뮤니티의 진료 방식과 다르게 서비스를 받을 수 있습니다. 당사 플랜이 커뮤니티 치료 패턴 이외의 이식 서비스를 제공하고 귀하가 그곳에서 이식 수술을 받기로 선택한 경우, 사전 허가가 적용되기 전에 귀하와 다른 한 사람을 위해 숙박 및 여행 비용을 주선하거나 비용을 지불합니다. 이식을 위한 여행의 보장에 대한 플랜 정책의 자세한 내용은 페이지 하단에 있는 전화번호로 가입자 서비스부에 문의하십시오. • 혈액(보관 및 관리 포함) • 의사 서비스 **참고:** 입원환자가 되려면 귀하의 담당 서비스 제공자가 입원환자로 정식으로 입원하라는 지시서를 작성해야 합니다. 병원에 실제 입원한 경우에도 '외래환자'로 간주될 수 있습니다. 본인이 입원환자인지 외래환자인지 확실하지 않다면 병원 직원에게 문의해야 합니다. 또한 보다 자세한 정보를 '입원환자인가요, 외래환자인가요? Medicare를 보유하고 있다면, 물어보세요!('Are you a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!')'라는 Medicare 안내서에서 확인하실 수 있습니다. 이 안내서는 es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf 에서 이용하거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하여 얻을 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오. 이 번호로 주 7일, 하루 24시간 무료로 통화하실 수 있습니다.	

당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	정신병원의 입원환자 서비스 플랜은 병원 입원이 필요한 정신 건강 관리 서비스의 비용을 부담합니다. ● 독립적인 정신병원에서 입원환자 서비스를 받아야 할 경우, 플랜은 처음 190일 동안 비용을 부담합니다. 그 후, 지역 카운티 정신 건강 기관이 의학적으로 필요한 입원 환자 정신과 서비스에 대한 비용을 지불합니다. 190일 이후의 치료 허가는 지역 카운티 정신 건강 기관과 조율합니다. ○ 190일의 제한은 종합병원의 정신병동에서 제공되는 입원환자 정신 건강 서비스에는 적용되지 **않습니다**. ● 가입자가 65세 이상인 경우, 정신 질환 기관(IMD)에서 이용한 서비스의 비용을 플랜이 부담합니다.	$0 **사전 허가 규칙이 적용됩니다**
	입원환자 입원: 보장되지 않는 입원 기간 동안 병원 또는 전문 간호 시설(SNF)에서 보장되는 서비스 저희는 가입자가 입원환자 혜택을 모두 사용했거나 입원이 합리적이지 않고 의학적으로 필요하지 않은 경우 입원 비용을 지불하지 않습니다. 하지만 입원환자 진료가 보장되지 않는 특정 상황에서도 가입자가 병원이나 간호 시설에 있는 동안 이용한 서비스 비용을 당사가 부담할 수 있습니다. 자세한 내용은 가입자 서비스부에 연락하시기 바랍니다. 저희는 다음 서비스 비용을 부담하며 여기에 나열되지 않은 다른 서비스 비용도 부담할 수 있습니다. ● 의사 서비스 ● 임상병리 검사 같은 진단 검사 ● 기술 자료와 서비스를 포함한 엑스레이, 라듐 및 동위원소 요법 ● 외과적 드레싱 ● 골절과 탈골에 사용되는 부목, 석고, 기타 장치 ● 치과 이외의 보철 및 교정 기기, 이런 장치의 교환이나 수리 포함. 다음의 전체 또는 일부를 교체하는 장치가 있습니다. **본 혜택 안내는 다음 페이지에서 계속됩니다.**	$0 **사전 허가 규칙이 적용됩니다**

당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	입원환자 입원: 보장되지 않는 입원 기간 동안 병원 또는 전문 간호 시설(SNF)에서 보장되는 서비스(계속) ○ 내부 신체 장기(근접한 조직 포함), **또는** ○ 기능을 전혀 하지 않거나 제대로 기능을 안 하는 내부 신체 장기의 기능 ● 다리, 팔, 등 및 목 보조기, 트러스 및 인공 다리, 팔 및 안구. 여기에는 파손, 마모, 유실 또는 가입자 상태의 변화로 인해 필요한 조정, 수리 및 교체가 포함됩니다. ● 물리 치료, 언어 치료 및 작업 치료	
	신장병 서비스 및 의료용품 저희는 다음 서비스 비용을 부담합니다. ● 신장 관리법을 교육하고 가입자가 본인의 치료에 대해 현명한 판단을 내리도록 돕기 위한 신장병 교육 서비스. 가입자는 IV단계 만성 신부전증이 있어야 하며 담당 의사가 추천해야 합니다. 당사 플랜은 최대 6회까지 신장병 교육 서비스 세션 비용을 부담합니다. ● 외래환자 투석 치료, *가입자 안내서*의 **3장**에서 설명된 바와 같이 일시적으로 서비스 지역을 벗어난 경우의 투석 치료 포함 또는 이 서비스 제공자를 일시적으로 이용할 수 없거나 접근할 수 없는 경우. ● 특별 치료를 위해 병원에 입원환자로 입원한 경우 입원환자 투석 치료 ● 가입자 본인과 가정 투석 치료를 돕는 사람을 위한 교육을 포함하여 자가 투석 교육 ● 가정 투석 장비 및 용품 ● 가입자의 가정 투석을 점검하고, 응급 상황을 도우며, 투석 장비와 물 공급을 확인하기 위해 교육을 받은 투석 담당자가 가정을 방문하는 것과 같은 가정 지원 서비스 Medicare 파트 B 약 혜택은 투석을 위한 일부 의약품 비용을 부담합니다. 자세한 정보는 본 장의 'Medicare 파트 B 처방약'을 참조하십시오.	$0 **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**

당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	폐암 검사 당사 플랜에서는 가입자가 다음과 같은 경우 12개월마다 폐암 검사 비용을 부담합니다. • 나이가 50-77세 사이 **및** • 의사 또는 기타 유자격 서비스 제공자와의 상담과 공동의 의사결정 방문 **및** • 폐암의 징후나 증상 없이 지난 20년 동안 하루 한 갑 이상 담배를 피운 적이 있거나 현재 담배를 피우고 있거나 지난 15년 이내에 담배를 끊은 경우 처음 검사 후 당사 플랜은 의사 또는 기타 유자격 서비스 제공자로부터 서면 지시가 있으면 매년 다른 검사 비용을 부담합니다.	$0
	의학적 영양 치료법 이 혜택은 당뇨병 또는 투석을 하지 않는 신장병 가입자를 위한 것입니다. 또한 의사가 추천한 경우 신장 이식 후에도 적용됩니다. 저희는 Medicare에 따라 의학적 영양 치료법 서비스를 받는 첫 번째 연도에 3시간의 일대일 상담 서비스 비용을 부담합니다. 의학적으로 필요한 경우 추가로 서비스를 승인할 수 있습니다. 그 이후, 저희는 매년 2시간의 일대일 상담 서비스 비용을 부담합니다. 가입자의 상태, 치료 또는 진단이 바뀌는 경우, 의사의 진료 의뢰를 받아 더 많은 시간 동안 치료를 받을 수 있습니다. 의사는 이러한 서비스를 처방해야 하며 치료가 역년으로 다음 연도에도 필요할 경우, 매년 진료 의뢰를 갱신해야 합니다. 의학적으로 필요한 경우 추가로 서비스를 승인할 수 있습니다.	$0 **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**
	Medicare 당뇨병 예방 프로그램(MDPP) 당사 플랜은 MDPP 서비스 비용을 부담합니다. MDPP는 건강한 행동을 돕기 위한 프로그램으로서, 다음에 대한 실제적인 훈련을 제공합니다. • 장기적인 식단 변경 **및** • 신체 활동 촉진 **및** • 체중 감소 및 건강한 생활습관 방법	$0 **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**

당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	Medicare 파트 B 처방약 이러한 약은 Medicare의 파트 B로 보장됩니다. 당사 플랜이 비용을 지불하는 약. ● 일반적으로 본인이 직접 투약하지 않으며 의사, 병원 외래환자 또는 외래 수술 센터 서비스를 통해 주사 또는 투약할 수 있는 의약품 ● 내구성 의료 장비(예: 의학적으로 필요한 인슐린 펌프)를 통해 제공되는 인슐린 ● 당사 플랜이 승인한 내구성 의료 장비(예: 분무기)를 사용하여 투약하는 기타 의약품 ● 정맥 주사(IV)로 투여되는 알츠하이머 치료제 Leqembi(복제약 레카네맙) ● 혈우병 환자인 경우, 주사로 직접 주입하는 응혈 인자 ● 이식/면역억제제: Medicare가 장기 이식 비용을 부담한 경우 Medicare는 이식 약물 치료를 보장합니다. 보장되는 이식을 받을 때는 파트 A가 있어야 하고, 면역억제제를 받을 때는 파트 B가 있어야 합니다. 파트 B에서 보장하지 않는 경우 Medicare 파트 D는 면역억제제를 보장합니다 ● 주사할 수 있는 골다공증 약물. 이러한 의약품은 가입자가 집안에 있으며, 의사가 폐경기 골다공증과 관련이 있다고 확인한 골절이 있으며, 본인이 직접 투약할 수 없는 경우, 당사가 비용을 부담합니다. ● 일부 항원: Medicare는 의사가 항원을 준비하고 적절한 교육을 받은 사람(귀하, 환자일 수 있음)이 적절한 감독 하에 항원을 제공하는 경우 항원을 보장합니다 **본 혜택 안내는 다음 페이지에서 계속됩니다.**	$0 **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**

당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	Medicare 파트 B 처방약(계속) ● 특정 구강암 예방약: Medicare는 동일한 약을 주사 형태로 사용할 수 있거나 약이 주사제(섭취 시 주사 가능한 약에서 발견되는 것과 동일한 활성 성분으로 분해되는 약물의 경구 형태)인 경우 경구로 복용하는 일부 경구암제를 보장합니다. 새로운 구강암 치료제를 이용할 수 있게 되면 파트 B가 이를 보장할 수 있습니다. 파트 B가 이를 보장하지 않는 경우, 파트 D가 보장합니다 ● 경구 구역질 예방제: Medicare는 항암 화학요법 요법의 일환으로 사용하는 경구 구역질 예방제를 화학요법 이전, 진행 중 또는 화학요법 이후 48시간 이내에 투여하거나 정맥 내 구역질 예방제의 완전한 치료 대체품으로 사용하는 경우 보장합니다 ● 동일한 약을 주사 형태로 사용할 수 있고 파트 B ESRD 혜택이 보장하는 특정 경구용 말기 신장 질환(ESRD) 의약품 ● 정맥 주사 약물 Parsabiv 및 경구 약물 Sensipar를 포함한 ESRD 지불 시스템에 따른 칼슘 모방 약물 ● 헤파린, 헤파린 해독제(의학적으로 필요한 경우), 국소 마취제, 적혈구 생성 자극제 등을 포함한 가정 투석을 위한 특정 의약품 ● 적혈구 생성 자극제: Medicare는 ESRD가 있거나 특정 기타 질환(예: Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa®, Mircera® 또는 Methoxy polyethylene glycol-epotin beta)과 관련된 빈혈을 치료하기 위해 이 약이 필요한 경우 주사로 에리스로포이에틴을 보장합니다 **본 혜택 안내는 다음 페이지에서 계속됩니다.**	

당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	Medicare 파트 B 처방약(계속) • 주요 면역 결핍증의 가정 치료를 위한 IV 면역 글로불린 • 비경구 및 경장 영양(IV 및 튜브 공급) 저희는 Medicare 파트 B, Medicare 파트 D 처방약 혜택에 따른 대부분의 성인 백신도 보장합니다. *가입자 안내서*의 **5장**에서는 외래환자 처방약 혜택에 대해 설명합니다. 또한 처방약 보장을 받기 위해 가입자가 따라야 하는 규칙에 대해서도 설명합니다. *가입자 안내서*의 **6장**에는 당사 플랜을 통해 제공되는 외래환자 처방약에 대해 가입자가 부담하는 금액을 설명합니다.	
	간호사 상담 라인* 간호사 상담 라인 혜택으로 주 7일, 하루 24시간 언제든 현재 증상에 대해 간호사로부터 조언을 구할 수 있습니다. 자격을 갖춘 간호사가 증상을 관리하고 치료 장소와 방법을 결정할 수 있도록 도와줄 수 있습니다. 간호사 조언 라인은 전화로 또는 가입자의 컴퓨터나 스마트폰에서 보안 비디오 기능을 사용하여 액세스할 수 있습니다. 간호사 상담 라인을 이용하려면 1-855-431-5537로 전화하거나 www.scanhealthplan.com을 방문하십시오. *이 혜택은 최대 본인 부담액에 적용되지 않습니다.	$0

당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	간호 시설에서 받는 관리 간호 시설(NF)이란 가정에서 돌봄을 받을 수 없지만 병원 입원이 필요하지 않은 이들을 위해 치료 서비스를 제공하는 시설입니다. 플랜이 비용을 부담하는 서비스에는 다음이 포함되며 이에만 국한되지 않습니다. ● 2인실(또는 의학적으로 필요한 경우 1인실) ● 특별 식단을 포함한 식사 ● 간호 서비스 ● 물리 치료, 작업 치료, 언어 치료 ● 호흡기 치료 ● 플랜 서비스의 일환으로 가입자에게 제공된 의약품. (여기에는 인체에 자연적으로 존재하는 혈액 응고 인자와 같은 물질이 포함됩니다.) ● 혈액(보관 및 관리 포함) ● 간호 시설에서 일반적으로 제공하는 의료 및 외과 용품 ● 일반적으로 간호 시설에서 제공하는 검사 ● 간호 시설에서 일반적으로 제공하는 엑스레이 및 기타 방사선 서비스 ● 휠체어와 같이 일반적으로 간호 시설에서 제공하는 기구 사용 ● 의사/개업의 서비스 ● 내구성 의료 장비 **본 혜택 안내는 다음 페이지에서 계속됩니다.**	$0

당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	간호 시설에서 받는 관리(계속) ● 틀니를 포함한 치과 서비스 ● 안과 혜택 ● 청력 검사 ● 카이로프랙틱 치료 ● 발 관리 서비스 가입자는 일반적으로 네트워크 시설에서 치료를 받습니다. 하지만 네트워크에 소속되지 않은 시설에서 치료를 받을 수도 있습니다. 플랜의 지급금을 수락할 경우, 다음 장소에서 치료를 받을 수 있습니다. ● 병원에 가기 전에 거주한 간호 시설 또는 지속적인 치료 퇴직자 커뮤니티(간호 시설 치료를 제공하는 경우) ● 병원에서 퇴원할 때 배우자 또는 동거인이 거주하고 있는 간호 시설	
	영양 보조제* 자격이 되는 가입자는 주치의의 처방이 접수된 후 보장, 부스트 또는 글루세르마와 같은 영양 보충제를 받을 자격이 있을 수 있습니다. *이 혜택은 최대 본인 부담액에 적용되지 않습니다.	$0 **사전 허가 규칙이 적용됩니다**
	체중 감소를 위한 비만 검사 및 치료 체질량 지수가 30 이상일 경우, 플랜은 체중 감소를 돕는 상담 비용을 부담합니다. 가입자는 일차 진료 시설에서 상담을 받아야 합니다. 그래야 완전한 예방 계획으로 관리할 수 있기 때문입니다. 자세한 내용은 담당 주치의에게 문의하십시오.	$0 **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**

당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	오피오이드 치료 프로그램(OTP) 서비스 당사 플랜은 오피오이드 사용 장애(OUD)를 치료하기 위한 다음 서비스 비용을 지불합니다. • 수용 활동 • 주기적 평가 • FDA 승인을 받은 의약품 및 해당될 경우, 이러한 의약품의 관리 및 투약 • 약물 남용 장애 상담 • 개인 및 그룹 치료 • 체내의 약물 또는 화학물질 검사(독성 검사)	$0 **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**
	외래환자 진단 검사 및 진료 서비스와 의료용품 당사 플랜은 다음 서비스 비용을 부담하며 여기에 나열하지 않은 다른 의학적으로 필요한 서비스 비용도 부담할 수 있습니다. • 엑스레이 • 기술자의 기구 및 용품을 포함한 방사선(라듐 및 동위원소) 요법 • 골절과 탈골에 사용되는 드레싱, 부목, 석고, 기타 장치와 같은 외과용 용품 • 검사실 검사 • 혈액(보관 및 관리 포함) • 기타 외래환자 진단 검사	$0 **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**

당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	외래환자 병원 서비스 저희 플랜은 병원의 외래환자 부서에서 질병이나 부상의 진단 또는 치료를 위해 가입자가 받는 의학적으로 필요한 서비스 비용을 부담합니다. ● 외래환자 수술 또는 관찰 서비스와 같은 응급 부서나 외래환자 클리닉에서의 서비스 ○ 관찰 서비스는 가입자가 '입원환자'로서 병원에 입원해야 할지 의사가 파악하는 데 도움이 됩니다. ○ 경우에 따라 병원에서 밤을 보내도 '외래환자'가 되는 경우가 있을 수 있습니다. ○ 입원환자 또는 외래환자가 되는 것에 대한 자세한 정보는 다음 안내서에서 확인할 수 있습니다. es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf. ● 병원이 청구한 검사실 검사 및 진단 검사 ● 의사가 입원환자 치료가 필요함을 입증할 경우, 일부 입원 프로그램에서의 치료를 포함한 정신 건강 관리 ● 병원이 비용을 청구한 엑스레이 및 기타 방사선 서비스 ● 부목과 석고와 같은 의료용품 ● 혜택 차트에서 나열된 예방적 검사와 서비스 ● 본인이 직접 투약할 수 없는 일부 의약품 ● 의사가 입원환자 치료가 필요하다고 증명할 경우, 부분적 입원 프로그램에서의 치료를 포함한 약물 의존성 치료	$0 **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**

당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	외래환자 정신 건강 관리 당사 플랜은 다음이 제공한 정신 건강 서비스 비용을 부담합니다. • 주 면허를 획득한 정신과 의사 또는 의사 • 임상 심리학자 • 임상 사회 복지사 • 임상 간호 전문가 • 면허가 있는 전문 상담사(LPC) • 면허가 있는 결혼 및 가족 치료사(LMFT) • 개업 간호사(NP) • 진료 보조사(PA) • 주 법률이 허용한 기타 Medicare 인증 정신 건강 관리 전문가 저희는 다음 서비스 비용을 부담하며 여기에 나열되지 않은 다른 서비스 비용도 부담할 수 있습니다. • 클리닉 서비스 • 일일 치료 • 심리사회적 재활 서비스 • 일부 입원 또는 집중 외래환자 프로그램 • 개별 및 단체 정신 건강 평가 및 치료 • 정신 건강 결과를 평가하도록 임상적 지시가 있는 경우, 정신건강 검사 • 약물 치료 관리를 위한 외래환자 서비스 • 외래환자 검사, 의약품, 의료용품 및 보충제 • 정신질환 상담 • 성인 거주 치료 • 위기 안정화	$0 **사전 허가 규칙이 적용됩니다**

당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	외래환자 재활 서비스 당사 플랜은 물리 치료, 작업 치료, 언어 치료 비용을 부담합니다. 병원 외래환자 부서, 독립적인 치료사 진료소, 종합 외래환자 재활 시설(CORF), 기타 시설 등에서 외래환자 재활 서비스를 받을 수 있습니다.	$0 **사전 허가 규칙이 적용됩니다**
	외래환자 약물 남용 장애 서비스 저희는 다음 서비스 비용을 부담하며 여기에 나열되지 않은 다른 서비스 비용도 부담할 수 있습니다. • 알코올 오용 검사 및 상담 • 약물 남용 치료 • 자격을 갖춘 임상의와 단체 상담 또는 개별 상담 • 거주형 중독 프로그램에서 아급성 중독 치료 • 집중 외래환자 치료 센터에서 알코올 및/또는 약물 서비스 • 장기 지속형 날트렉손(비비트롤) 치료	$0 **사전 허가 규칙이 적용됩니다**
	외래환자 수술 당사 플랜은 병원 외래환자 시설과 외래 수술 센터에서의 외래환자 수술 및 서비스 비용을 부담합니다.	$0 **사전 허가 규칙이 적용됩니다**

당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목

	비처방(OTC) 품목*
	
	적격 비처방(OTC) 품목에 대해 매월 최대 $65가 보장됩니다. 이 혜택은 식료품 혜택과 함께 제공됩니다.
	
	우편으로 직불 카드를 받게 되며 사용하기 전에 카드를 활성화해야 합니다.
	• 금액은 매월 1일에 충전되며 12월 31일에 만료됩니다.
	• 직불 카드는 참여 CVS 소매점에서 일부 OTC 제품을 구매하는 데 사용할 수 있습니다.
	• 미사용 금액은 다음 달로이월되지 않습니다.
	• OTC 제품을 구입하는 다른 방법
	  ○ 전화로 주문하기
	  ○ 온라인으로 주문하기
	• OTC 혜택으로 구매한 품목에 대해서는 반품 또는 교환이 허용되지 않습니다
	• OTC 카탈로그에 나열된 품목만 혜택에서 보장되며 참여 CVS 위치 또는 온라인에서 보장됩니다.
	• 자신의 상품에 대해서만 지불할 수 있으며 현금으로 전환할 수 없습니다.
	• 보조금을 사용한 후에는 나머지 구매 비용을 귀하가 부담해야 합니다.
	
	추가 정보:
	• 카탈로그 가격은 다른 프로모션 행사와 함께 사용할 수 없습니다.
	• 일부 제품은 특별한 제한이나 크기로 제공될 수 있습니다.
	
	*이 혜택은 최대 본인 부담액에 적용되지 않습니다.
		일부 CVS 매장에서 일부 OTC 제품 또는 우편 주문 배송에 대해 매월 최대 $65가 보장됩니다.
		
		이 혜택은 식료품 혜택과 합산됩니다.
		
		사전 허가 규칙이 적용됩니다.

당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	완화 치료 완화 치료는 당사 플랜에서 보장합니다. 완화 치료는 심각한 질병을 앓고 있는 사람들을 위한 것입니다. 고통을 예측하고, 예방하고, 치료함으로써 삶의 질을 향상시키는 환자 및 가족 중심의 치료를 제공합니다. 완화 치료는 호스피스가 **아니므로** 완화 치료를 받기 위해 기대 수명이 6개월 이하일 필요는 없습니다. 완화 치료는 치료적/일반 치료와 동시에 받을 수 있습니다. 완화 치료에는 다음이 포함됩니다. ● 사전 진료 계획 ● 완화 치료 평가 및 상담 ● 정신 건강 및 의료 사회복지 서비스를 포함하여 승인된 모든 완화 및 치료 치료를 포함하는 치료 계획 ● 전담 진료 팀의 서비스 ● 진료 조정 ● 통증 및 증상 관리 21세 이상인 경우 호스피스 간호와 완화 치료를 동시에 받지 못할 수 있습니다. 완화 치료를 받고 있고 호스피스 간호 자격을 충족하는 경우, 언제든지 호스피스 간호로 변경을 요청할 수 있습니다.	$0 **사전 허가 규칙이 적용됩니다**

당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	부분 입원 서비스 및 집중 외래환자 서비스 부분 입원은 적극적인 정신질환 치료를 위한 체계적인 프로그램으로서, 병원 외래환자 서비스로 제공하거나 커뮤니티 정신 건강 센터에서 제공합니다. 이는 의사, 치료사, 면허가 있는 결혼 및 가족 치료사(LMFT) 또는 면허가 있는 전문 상담사 사무실에서 받는 치료보다 더 집중적입니다. 따라서 병원 입원의 필요성을 줄일 수 있습니다. 부분 입원에는 화학물질 의존성 치료도 포함됩니다. 집중 외래환자 서비스는 병원 외래환자 서비스, 지역사회 정신 건강 센터, 연방 공인 보건 센터 또는 시골 보건 클리닉으로 제공되는 능동적 행동적(정신적) 건강 치료 치료의 구조화된 프로그램으로, 의사, 치료사, LMFT 또는 면허가 있는 전문 상담사 진료소에서 받은 치료보다 강렬하지만 부분 입원보다는 덜 강렬합니다. 부분 입원에는 화학물질 의존성 치료도 포함됩니다.	$0 **사전 허가 규칙이 적용됩니다**
	개인 응급 대응 시스템(PERS)* 특정 기준에 부합하는 가입자들이 이용할 수 있는 전자식 가정용 장치 또는 목 펜던트 **자세한 정보는 이 페이지 하단에 있는 전화번호로 가입자 서비스부로 문의해 주십시오.** *이 혜택은 최대 본인 부담액에 적용되지 않습니다.	$0

당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	의사 진료실 방문을 포함한 의사/서비스 제공자의 서비스 저희는 다음 서비스 비용을 부담합니다. ● 다음의 장소에서 제공되는 의학적으로 필요한 건강 관리 또는 수술 서비스. ● 의사 진료소 ● 인증된 외래 수술 센터 ● 병원 외래환자 부서 ● 전문의와의 상담, 진단 및 치료 ● 가입자에게 치료가 필요한지 여부를 확인하기 위해 의사가 지시하는 경우 주치의가 제공하는 기본 청력 및 균형 검사 ● 직접 내원하시거나 원격 의료를 통해 이러한 서비스를 받기로 선택하실 수 있습니다. 원격 의료를 통해 이러한 서비스 중 하나를 받기로 선택하려면 가입자는 반드시 원격 의료를 통해 서비스를 제공하는 네트워크 서비스 제공자를 이용해야 합니다. ● 병원 투석 센터 또는 중환자 병원 내 신장 투석 센터, 신장 투석 시설 또는 자택에서 가정 투석 가입자에 대해 매월 말기 신장 질환(ESRD) 관련 방문을 위한 원격 의료 서비스 ● 뇌졸중의 증상을 진단, 평가 또는 치료하기 위한 원격 의료 서비스 ● 약물 남용 장애 또는 동시 발생한 정신 건강 문제가 있는 가입자들 위한 원격 의료 서비스 ● 다음 경우와 같은 정신 건강 장애의 진단, 평가 및 치료를 위한 원격 의료 서비스. ● 첫 번째 원격 의료 방문 전 6개월 이내에 직접 방문한 경우 ● 이러한 원격 의료 서비스를 받는 동안 12개월마다 직접 방문한 경우 ● 특정 상황에서는 위의 사항에 대한 예외가 있을 수 있습니다. ● 시골 건강 클리닉 및연방정부 공인 보건소 에서 제공하는 정신 건강 방문을 위한 원격 의료 서비스. **본 혜택 안내는 다음 페이지에서 계속됩니다.**	$0

당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	의사 진료실 방문을 포함한 의사/서비스 제공자의 서비스(계속) • **다음 경우**에 대해 5~10분 동안 의사와 온라인으로 간단한 점검(예: 전화 또는 영상 통화를 통해) ○ 가입자가 재진 환자이고, **또한** ○ 간단한 점검이 지난 7일간 있었던 진료실 방문과 관련이 없는 사안에 대한 것이며, **또한** ○ 간단한 점검이 향후 24시간 이내 또는 더 일찍 일어나야 할 진료실 방문을 야기하지 않는 경우 • **다음 경우**에 대해 가입자가 담당 의사에게 발송한 영상 및/또는 이미지에 대한 평가 및 설명과 24시간 내 후속 조치. ○ 가입자가 재진 환자이고 또한 ○ 설명이 지난 7일간 있었던 진료실 방문과 관련이 없는 사안에 대한 것이며 **또한** ○ 설명이 향후 24시간 이내 또는 더 일찍 일어나야 할 진료실 방문을 야기하지 않는 경우 • 가입자가 재진 환자인 경우 전화, 인터넷 또는 전자 의무 기록을 이용하여 담당 의사가 다른 의사와 함께 상담 • 수술하기 전 다른 네트워크 서비스 제공자의 이차 소견 • 비정기 치과 진료 보장 서비스는 다음으로 제한됩니다. ○ 턱 또는 관련 구조의 수술 ○ 턱 또는 얼굴 골격의 골절 치료 ○ 종양의 방사선 치료 전 발치 ○ 의사가 제공할 경우 보장되는 서비스 ○ 진료실에서 실시된 알레르기 검사 및 치료 (보장에는 알레르기 혈청 및 주사 서비스가 포함) 가입자는 의학적으로 필요한 경우, 진료실 방문 대신 가정 방문 서비스를 받을 수 있습니다. 사전 허가 규칙이 적용됩니다.	

당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	발 관리 서비스(Medicare 보장) 저희는 다음 서비스 비용을 부담합니다. ● 발의 부상 및 질병에 대한 진단 및 의학적 치료나 수술적 치료(망치족지, 발뒤꿈치 통증 증후군) ● 당뇨병과 같이 다리에 영향을 주는 증상을 가진 가입자를 위한 정기 발 관리	$0 **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**
	전립선암 검사 50세 이상 남성의 경우, 저희는 12개월마다 다음 서비스 비용을 1회 부담합니다. ● 디지털 직장 검사 ● 전립선 특이항원(PSA) 검사	$0 **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**
	보철 및 교정 기기 및 관련 의료용품 보철 기기는 신체 부위나 기능의 전체 또는 일부를 대체합니다. 저희는 다음 보철 기기 비용을 부담하며 여기에 나열되지 않은 다른 장치 비용도 부담할 수 있습니다. ● 결장조루술 주머니 및 결장조루술 치료와 관련된 의료용품 ● 급식 주입 키트, 주입 펌프, 관 및 어댑터, 용액, 자가 주입용 용품 등을 포함한 주입 및 비경구 영양법 ● 심박 조율기 ● 치아 교정기 ● 교정 신발 ● 의수 및 의족 ● 가슴보형물(유방 절제술 후 외과용 브래지어 포함) ● 보철 및 교정 기기 사용에 대한 테스트, 피팅 또는 교육 ● 결장조루술 주머니 및 결장조루술 치료와 관련된 의료용품 ● 급식 주입 키트, 주입 펌프, 관 및 어댑터, 용액, 자가 주입용 용품 등을 포함한 주입 및 비경구 영양법 ● 심박 조율기 **본 혜택 안내는 다음 페이지에서 계속됩니다.**	$0

당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	보철 및 교정 기기 및 관련 의료용품(계속) ● 치아 교정기 ● 교정 신발 ● 의수 및 의족 ● 가슴보형물(유방 절제술 후 외과용 브래지어 포함) ● 질병, 부상 또는 선천적 결함으로 인해 제거되거나 손상된 외부 안면 부위의 전체 또는 일부 부분을 대체하기 위한 보철물 ● 실금 크림 및 기저귀	
	당사는 보철 및 교정 기기와 관련된 일부 의료용품의 비용을 부담합니다. 당사는 보철 및 교정 기기를 수리 또는 교체하는 비용도 부담합니다. ● 백내장 제거 또는 백내장 수술을 한 후 일부 보장을 제공합니다. 자세한 내용은 이 차트 뒷부분의 '안과 진료'를 참조하십시오.	
	폐 재활 서비스 저희는 중간 정도 이상의 만성 폐쇄성 폐질환(COPD)을 가진 가입자의 폐 재활 프로그램 비용을 부담합니다. COPD를 치료하는 의사나 서비스 제공자의 폐 재활을 위한 진료 의뢰를 받아야 합니다.	$0 **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**
	임시 간호* 건강이 쇠약한 상태로 풀타임 무보수 간병인을 두고 계신 가입자는 SCAN 임시 간호 혜택을 이용할 수 있습니다. 자격이 된다면 일차 진료가 행해지는 가입자의 집에서 최대 40시간의 임시 간호를 실시하도록 SCAN이 마련합니다. 이 서비스는 4시간 단위로 이용해야 합니다. *이 혜택은 최대 본인 부담액에 적용되지 않습니다.	$0 **사전 허가 규칙이 적용됩니다**

당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	SCAN 퇴원하기* SCAN 퇴원하기는 병원이나 전문 간호 시설에서 퇴원한 직후부터 지원 서비스 및 개인 관리 서비스를 통해 가입자를 지원하는 프로그램입니다. 이 프로그램은 다음 서비스를 보장합니다. ● 개인 재택 보살핌: 최대 10 회의 4 시간 재택 보살핌 방문으로(한 해 총 40 시간) 목욕, 옷입기, 세탁, 침구 정리, 가벼운 집안 일, 간병인 휴식을 위한 도움을 받을 수 있습니다. ● 전화 관리 조율: 필요에 따라 후속 진료 및 재택 지원 서비스를 예약하는 것을 지원 ● 가정 배달 식사: 최대 4 주 동안 가정 배달 식사(연간 최대 84 회 식사) 이 혜택에 대한 허가를 받으려면 병원이나 전문 간호 시설에서 퇴원하고 7 일 이내에 이 서비스를 요청해야 합니다. 이 혜택은 추가적인 서비스이며 Medicare 에서 보장하는 다른 가정 건강 서비스를 대체하는 것이 아닙니다. *이 혜택은 최대 본인 부담액에 적용되지 않습니다.	$0 **사전 허가 규칙이 적용됩니다**
	SCAN 커뮤니티 지원* SCAN 은 노숙 환경에 처했거나 주거지를 잃을 위험이 있는 가입자를 위한 서비스를 제공합니다. 다음 서비스가 제공될 수 있습니다. ● 주거지 이전 - 주거지를 찾는 데 도움 제공 ● 주거지 계약금 입금 - 세입자가 내야 하는 계약금에 대해 일회성 지원 ● 주거지 입주 및 유지 서비스 - 안전하고 안정적인 주거지를 유지할 수 있도록 지원 **본 혜택 안내는 다음 페이지에서 계속됩니다.**	$0 로스앤젤레스 카운티 가입자에게만 해당 **사전 허가 규칙이 적용됩니다**

당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	SCAN 커뮤니티 지원*(계속) ● 퇴원 후 단기 주거지 - 병원 퇴원 후에 시설에서 보살핌을 제공 ● 회복을 위함 보살핌 - 병원 퇴원 후 의료 시설에서 단기 보살핌 커뮤니티 지원 서비스를 이용하려면 가입자는 특정 요건을 충족해야 합니다. 자격 요건이 충족되면 SCAN 을 통해 서비스를 받는 데 동의해야 합니다. 자세한 내용은 가입자 서비스부로 문의해 주십시오. *이 혜택은 최대 본인 부담액에 적용되지 않습니다.	
	SCAN 학습 커뮤니티* 정신 건강과 신체 건강을 유지하기 위한 가상 및 대면 건강 교육 수업 및 그룹. 추가 정보가 필요한 경우 가입자 서비스부로 연락해 주십시오. *이 혜택은 최대 본인 부담액에 적용되지 않습니다.	$0
	SCAN 개인 지원 라인(PAL)* SCAN PAL 부서는 Medicare와 Medi-Cal(Medicaid) 모두를 이해하기 위한 교육을 받은 전담 직원 팀입니다. 그들을 SCAN PAL이라고 합니다. 가입자 각자 SCAN PAL과 파트너가 되어 혜택, 약, 전문의 진료 의뢰 및 기타 Medi-Cal(Medicaid) 문제나 질문에 대해 답을 얻을 수 있습니다. *이 혜택은 최대 본인 부담액에 적용되지 않습니다.	$0
🍎	**성병(STI) 검사 및 상담** 저희는 클라미디아, 임질, 매독, B형 간염 등의 검사 비용을 부담합니다. 이러한 검사는 임산부와 STI 감염 위험이 높은 사람들의 경우 보장됩니다. 이러한 검사는 주치의가 지시해야 합니다. 저희는 이러한 검사를 12개월마다 또는 임신 기간 중 특정 횟수를 보장합니다. 저희는 STI 감염 위험이 높으며 성생활을 활발하게 하는 성인을 대상으로 매년 최대 2회까지 일대일 집중 행동 상담 세션 비용을 부담합니다. 각 세션은 20 - 30분이 소요될 수 있습니다. 저희는 이러한 상담 세션을 주치의가 제공할 경우에만 예방 서비스로서 부담합니다. 이 세션은 의사 진료소와 같은 일차 진료 환경에서 이루어져야 합니다.	$0

당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	전문 간호 시설(SNF) 서비스 저희는 다음 서비스 비용을 부담하며 여기에 나열되지 않은 다른 서비스 비용도 부담할 수 있습니다. ● 준전용 병실(또는 의학적으로 필요한 경우, 개인 인실) ● 특별 식단을 포함한 식사 ● 간호 서비스 ● 물리 치료, 작업 치료, 언어 치료 ● 혈액 응고 인자와 같이 자연적으로 몸안에 존재하는 물질을 포함하여 치료 계획의 일부로 투약하는 약 ● 혈액(보관 및 관리 포함) ● 간호 시설에서 제공하는 의료 및 외과 용품 ● 간호 시설에서 제공하는 검사 ● 간호 시설에서 제공하는 엑스레이 및 기타 방사선 서비스 ● 휠체어와 같이 일반적으로 간호 시설이 제공하는 기구 ● 의사/서비스 제공자 서비스 가입자는 일반적으로 네트워크 시설에서 치료를 받습니다. 하지만 네트워크에 소속되지 않은 시설에서 치료를 받을 수도 있습니다. 플랜의 지급금을 수락할 경우, 다음 장소에서 치료를 받을 수 있습니다. ● 병원에 가기 전에 거주한 간호 시설 또는 지속적인 치료 퇴직자 지역사회(간호 시설 치료를 제공하는 경우) ● 병원에서 퇴원할 때 배우자 또는 동거인이 거주하고 있는 간호 시설	$0 **사전 허가 규칙이 적용됩니다**

당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	금연 담배류를 사용하지만 담배류 관련 질병의 징후나 증상이 없고 금연을 원하거나 금연해야 하는 경우. • 저희는 예방 서비스로서 12개월 동안 2회의 금연 시도에 대해 비용을 부담합니다. 이 서비스는 가입자에게 무료로 제공됩니다. 각 금연 상담에는 최대 4회의 일대일 상담 방문이 포함되어 있습니다. 현재 담배류를 사용하며 담배 관련 질병을 진단 받았거나 담배의 영향을 받을 수 있는 약을 복용하고 있는 경우: • 당사는 12개월 동안 2회의 금연 상담 비용을 부담합니다. 각 상담에는 최대 4회의 일대일 방문이 포함되어 있습니다.	$0 **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**
	간병인을 위한 솔루션* **가정 배달 식사** SCAN Connections 가입자는 만성 질환 관리를 위해 자택으로 임시 식사 배달을 받을 수 있습니다. 가입자는 특정 기준을 충족해야 하며 다음에서 하나 이상의 질환을 가지고 있어야 합니다. 즉, 암, ESRD, 당뇨병, 심혈관계 질환, 울혈성 심부전, 치매, 파킨슨병 또는 가입자가 일정 기간 동안 앓고 있는 질환 중 하나에 해당. 식사 서비스는 플랜 소속 서비스 제공자 또는 SCAN Connections 케이스 관리자가 요청해야 합니다. 식사 배달은 4 주로 제한되며 매년 최대 84 회 식사까지 보장됩니다. 자세한 내용은 가입자 서비스부로 문의해 주십시오. **간병인 교육** SCAN 은 간병인이 수행하는 중요한 역할과 간병인이 직면한 문제를 이해합니다. 일련의 교육 수업은 간병인 본인 또는 SCAN 가입자에게 서비스하는 무보수 간병인이 이용할 수 있습니다. 일련의 교육 수업은 간병인을 위한 정보, 기술 교육 및 지원을 제공합니다. 4 주간의 교육은 바쁜 스케줄에 맞게 짜여져 연중 여러 번에 걸쳐 제공됩니다. 자세한 내용은 가입자 서비스부로 문의해 주십시오. *이 혜택은 최대 본인 부담액에 적용되지 않습니다.	$0 **사전 허가 규칙이 적용됩니다**

당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	감독하의 운동 치료(SET) 저희는 대증적 말초동맥질환(PAD)을 가졌으며 PAD 치료를 담당하는 의사로부터 PAD 진료 의뢰를 받은 가입자의 SET 비용을 부담합니다. 당사 플랜이 지급하는 대상. • 모든 SET 요건에 부합할 경우 12주 동안 최대 36세션 • 의료 서비스 제공자가 의학적으로 필요하다고 판단할 경우 추가로 36세션 SET 프로그램은 반드시 다음 조건을 갖추어야 합니다. • 혈액 순환이 좋지 않아 다리에 쥐가 나는(파행) 가입자의 PAD를 위해 30 - 60분 세션의 치료용 운동 훈련 프로그램 • 병원 외래환자 시설 또는 의사 진료실에서 실시 • 단점보다 장점이 많도록 PAD를 위한 운동 치료 교육을 이수한 적격자가 진행 • 의사, 기본 및 고급 생명 유지 기술을 교육 받은 의사 보조원 또는 전문 간호사/임상 전문 간호사의 직접적인 감독 하에 실시	$0 사전 허가 규칙이 적용됩니다

당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	원격 의료 서비스* **긴급 진료 원격 의료** 이 혜택으로 면허가 있는 의사를 방문하여 집에서 편안하게 진료를 받을 수 있습니다. 이 혜택은 기침, 독감, 메스꺼움, 인후통, 열 및 알레르기 등 생명을 위협하지 않는 질병에 대한 것입니다. 긴급 진료 원격 의료는 1 년 365 일, 주 7 일, 하루 24 시간 이용하실 수 있습니다. 가입자의 컴퓨터, 태블릿 또는 스마트폰에서 보안 비디오 기능을 통해 의사와의 긴급 진료 원격 의료 진료를 받을 수 있습니다. 긴급 진료 원격 의료는 주치의 또는 전문의를 대신하기 위한 것이 아닙니다. 가입자가 처음 전화하거나 로그인하면 계정을 만들고 정보를 등록해야 합니다. **행동 원격 의료** 이 혜택으로 면허가 있는 심리학자, 석사 수준의 치료사 또는 정신과 의사와 예약을 통해 주 7 일 영상으로 연결하실 수 있습니다. 유연한 예약이 가능하여 야간 및 주말 예약도 제공되며, 같은 날 여러 번 예약도 가능합니다. 일반의와의 행동 원격 의료 검진은 가입자의 컴퓨터, 태블릿 또는 스마트폰에서 보안 동영상 기능을 통해 이루어질 수 있습니다. 행동 원격 의료는 주치의 또는 전문의를 대신하기 위한 것이 아닙니다. 행동 원격 의료에 액세스하려면 앱을 통해 또는 SCAN 웹사이트를 통해 이용해야 합니다. 처음 전화하거나 로그인하는 경우, 앱이나 SCAN 웹사이트를 통해 액세스해야 합니다. 가입자가 처음 전화하거나 로그인하면 계정을 만들고 정보를 등록해야 합니다. 본 혜택과 관련한 자세한 정보는 SCAN Health Plan 웹사이트 www.scanhealthplan.com 에서 확인할 수 있습니다. *이 혜택은 최대 본인 부담액에 적용되지 않습니다.	$0

당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	교통편: 비응급 의료 교통편 이 혜택을 통해 가장 비용 효율적이고 접근 가능한 교통편을 이용할 수 있습니다. 여기에는 밴, 휠체어 밴 의료 운송 서비스, 장애인 교통편과의 조정이 포함될 수 있습니다. 교통편은 다음과 같은 경우에 승인됩니다. ● 귀하의 의학적 및/또는 신체적 상태로 인해 버스, 승용차, 택시 또는 기타 형태의 대중 교통 또는 개인 교통편으로 이용할 수 없습니다. **또한** ● 서비스에 따라 사전 허가가 필요할 수 있습니다. 보장되는 진료 예약 및 의료 관련 진료를 무제한 이용할 수 있습니다. 치과 진료를 받으러 가거나 처방약을 수령하는 등 필요한 의료 서비스를 받기 위해서는 교통편이 필요합니다. 응급 진료가 아닌 의료 서비스의 경우 정기 교통편은, 휠체어 밴 또는 바퀴달린 들것 밴으로 제공됩니다. 여기에는 구급차 교통편은 포함되어 있지 않습니다. 이 장의 앞에 있는 '구급차 서비스' 섹션을 참조하십시오. 휠체어와 바퀴달린 들것 수송차량을 포함하여 모든 교통편은 플랜의 기준에 맞아야 합니다. 각각의 편도 이동은 75마일을 초과할 수 없습니다. 의학적으로 필요한 경우 75마일의 한도를 초과하여 추가 거리가 제공될 수 있습니다. 75마일을 초과하는 장거리 운송을 위해서는 사전 허가가 필요합니다. 교통편이 필요 없을 경우, 교통편 이용을 취소해야 합니다. 교통편 예약은 휠체어와 바퀴달린 들것 서비스에 대해서는 최소 48시간 전에 미리 해야 합니다(주말 제외). 예약하려면 SCAN 교통편 담당부서에 1-844-714-2218번으로 전화해 주십시오. **본 혜택 안내는 다음 페이지에서 계속됩니다**	$0 SCAN Connections와 계약된 교통편 서비스 제공자를 이용할 경우 매번 최대 75 마일까지 횟수가 무제한으로 보장되며, 단 SCAN Connections와 계약된 서비스 제공자와 시설로 가는 경우에만 해당됩니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다**

당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	교통편: 비응급 의료 교통편(계속) 이 혜택에는 식료품점, 헬스클럽, 시니어 센터 등과 같은 비의료 시설까지의 탑승은 포함되지 않습니다. 특정 기준에 부합되는 경우에는 이러한 목적지로 가는 추가적 수송 서비스를 받을 자격이 될 수 있습니다. 이 차트의 앞부분에 있는 **'특정 만성 질환에 대한 도움'**을 참조하십시오. 정기 교통편 혜택에 대한 자세한 설명은 이 섹션의 마지막에 제공되는 '**정기 교통편 혜택에 대한 중요한 정보**'를 참조하십시오. *이 혜택은 최대 본인 부담액에 적용되지 않습니다.	
	긴급 진료 긴급 진료는 다음을 치료하기 위한 진료입니다. • 즉각적인 의학적 치료가 필요한 비응급 상황 **또는** • 예기치 않은 질병, **또는** • 부상, **또는** • 즉시 치료가 필요한 상태 긴급 진료가 필요한 경우, 네트워크 서비스 제공자에게 먼저 진료를 요청해야 합니다. 그러나 시간, 장소, 상황에 따라 네트워크 서비스 제공자로부터 서비스를 받는 것이 불가능하거나 불합리하기 때문에 네트워크 서비스 제공자에게 갈 수 없는 경우(예를 들어, 플랜의 서비스 지역 외부에 있고 예측하지 못한 상태로 인해 의학적으로 필요한 즉각적인 서비스가 필요하지만 의학적 응급 상황이 아닌 경우) 네트워크 외부 서비스 제공자를 이용할 수 있습니다.	$0

당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	긴급 서비스 - 전 세계에서 보장* 미국 이외 지역에서의 긴급 또는 응급 상황을 평가하거나 안정화하기 위한 서비스에 대해서는 전 세계 응급 및 긴급 진료가 보장됩니다. **긴급 서비스에 대한 전 세계 보장.** • 여기에는 응급 현장에서 가장 가까운 의료 치료 시설까지의 응급 또는 긴급 진료 및 응급 구급차 교통편이 포함됩니다. • 다른 국가에서 미국으로 돌아오는 교통편은 보장되지 않습니다. • 미리 예정된, 계획된 및/또는 선택적 시술은 응급/긴급 진료로 간주되지 않고 보장되지 않습니다. • 퇴원 후 치료, 재활 및 전문 간호 시설 체류를 포함한 후속 치료는 응급 및 긴급 진료로 간주되지 않고 보장되지 않습니다. 미국 이외 지역에서 이용한 비응급 의약품은 보장되지 않습니다. 자세한 정보는 이 장의 뒷부분에 있는 '보장되지 않는 서비스 (예외 사항)' 섹션을 참조해 주십시오.	$0

당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	안과 진료 (Medicare 보장) 보장되는 서비스에 포함되는 사항. • 눈의 질병 및 부상의 진단과 치료를 위한 외래환자 의사 서비스, 연령 관련 시력 감퇴 치료 포함. Original Medicare 는 안경/콘택트렌즈를 위한 정기 눈 검사(눈 굴절력)를 보장하지 않습니다. • 녹내장 위험이 높은 사람의 경우, 저희는 매년 1 회의 녹내장 검사 비용의 보장을 제공합니다. 녹내장 가족력이 있거나, 당뇨병이 있거나, 50 세 이상의 아프리카계 미국인과 65 세 이상의 히스패닉계 미국인과 같은 녹내장 위험이 높은 가입자 • 당뇨병 환자에게는 당뇨 망막병증 검사가 1 년에 한 번 보장됩니다. • 안구내 렌즈 삽입을 포함한 백내장 수술을 한 후 안경 또는 콘택트렌즈 1 쌍(2 번의 백내장 수술을 한 경우, 첫 번째 수술 후 혜택을 유보하고 두 번째 수술 후 안경 2 개를 구입할 수 음) 의학적으로 필요한 눈 검사는 녹내장과 백내장을 포함한 안과 질환을 진단하고 치료하기 위해 플랜 의사가 플랜의 전문의에게 진료 의뢰를 해야 합니다. **안구내 렌즈** 표준 안구 내 렌즈(IOL)에 대해서는 변경된 것이 없습니다. 하지만 추가 비용을 지불하고 백내장 수술 후 기존의 IOL 대신에 노안 교정 IOL(예: Crystalens™, AcrySof RESTOR™ 및 ReZoom™) 삽입 요청을 할 수 있습니다. 담당 의사가 추천하거나 지시했으며 비주류 IOL 제품에 대해서는 추가 비용을 지불하게 됩니다. 백내장 수술 후 기존의 IOL 삽입 비용을 초과하는 노안 교정 IOL 및 관련 서비스 비용은 가입자가 부담합니다. 가입자는 수술 전 안과의와 추가 비용에 대해 상담하여 비용 부담의 범위에 대해 명확하게 이해할 수 있도록 해야 합니다.	의학적으로 필요한 눈 검사 및 치료에 대해 $0 녹내장 위험이 높을 경우 12 개월마다 1 회의 녹내장 선별 검사에 대해 $0 백내장 수술 후 Medicare 에서 보장하는 안경에 대해 $0 **사전 허가 규칙이 적용됩니다**

당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	안과 진료(정기/비 Medicare 보장)* Original Medicare 에서 보장되는 의학적으로 필요한 안과 서비스 이외에도, SCAN Health Plan 은 Eye Med Select 검안 서비스 제공자 네트워크를 통해 다음과 같은 정기 안과 진료 서비스를 제공합니다. • 정기 눈 검사, 12 개월마다 1 회로 제한 • 렌즈, 안경테 또는 안경류(렌즈와 안경테 둘 다). 12 개월마다 안경 1 개로 제한 SCAN Connections 는 플랜 소속 서비스 제공자 소재지에서 구입하는 경우 안경테와 렌즈 비용에 쓸 수 있는 안과 보장 금액을 제공합니다. 보장 범위를 초과하는 나머지 금액은 가입자가 지불해야 합니다. • 안경을 대신한 콘택트렌즈는 12 개월마다 1 쌍으로 제한됩니다. SCAN Connections 는 플랜 소속 서비스 제공자 소재지에서 구입한 경우 콘택트렌즈 비용에 쓸 수 있는 보장 금액을 제공합니다. 이 보장을 초과하는 나머지 비용(예: 콘택트렌즈 피팅, 망막 영상)은 귀하가 지불해야 합니다. 본 플랜에서 제공된 렌즈 및 안경테가 분실 또는 파손되어 교체하는 것과 관련된 전문의 서비스 또는 물품에 대해서는 교체 시기가 되어 교체하는 것이 아니라면 혜택이 없습니다. 추가적인 안경류 제한 사항은 이 장 뒷부분 섹션 G. '당사 플랜, Medicare 또는 Medi-Cal 이 보장하지 않는 혜택'을 참조하십시오. *이 혜택은 최대 본인 부담액에 적용되지 않습니다.	**정기 눈 검사** $0 정기 눈 검사(굴절력)는 제휴한 안과 서비스 제공자에 대한 진료 의뢰가 필요 없습니다. **정기 안경 또는 콘택트렌즈** 안경류 소재는 안경류 보조금에 포함되어 있습니다. **안경류 보조금** 안경테와 렌즈 또는 콘택트렌즈에 대해 12 개월마다 최대 $500 까지 보장합니다. 가입자는 SCAN Health Plan 이 보장하는 금액을 초과하는 나머지 비용을 부담합니다. 콘택트렌즈 비용만 포함되는 콘택트렌즈를 보장합니다. 가입자는 SCAN Health Plan이 보장하는 금액을 초과하는 나머지 비용을 부담합니다.

당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
🍎	**'Medicare 최초 가입자' 예방 방문** 저희는 1회에 한 해 'Medicare 최초 가입자' 예방 방문을 보장합니다. 이 방문에는 다음이 포함됩니다. • 가입자 건강 평가 • 필요한 예방 서비스에 대한 교육 및 상담(선별검사 및 예방주사 포함), **그리고** • 필요한 경우, 기타 진료를 위한 진료 의뢰 **참고:** 가입자가 Medicare 파트 B에 가입한 후 12개월 동안에만 'Medicare 최초 가입자' 예방 방문을 보장합니다. 예약을 할 때 진료소에 'Medicare 최초 가입자' 예방 방문의 예약을 희망한다고 말씀해 주십시오.	$0

E. 정기 교통편 혜택에 대한 중요한 정보

중요 사항.

- 본 혜택에 따른 정기 교통편 서비스는 무료입니다.
- 승용차에 대해서는 최소 24 시간 전(주말 미포함), 휠체어에 대해서는 최소 48 시간 전에(주말 미포함), 바퀴 달린 들것 서비스에 대해서는 최소 72 시간 전에 미리 예약해야 합니다.
- 커브 투 커브 서비스: 집 밖의 차량 정차 장소 또는 기타 승차 장소에서 운전사와 만납니다. 이 서비스는 다른 유형의 서비스를 요청한 경우가 아니라면 일반적으로 제공되는 서비스입니다.
- 도어 투 도어 서비스: 차량까지 갈 수 있게 약간의 도움을 제공하기 위해 운전사가 현관 앞 또는 기타 장소까지 옵니다. 이 서비스는 예약 시간으로부터 48~72 시간 이상 이전에(차량 유형에 따라 다름)(주말 제외) 요청해야 합니다. 의학적 기준이 적용됩니다.
- 정기 예약: 매주 동일한 시간과 목적지로 반복적인 예약을 할 수 있습니다.
- 'Will-Call' 탑승은 예상보다 멀리 가는 예약 장소까지 갈 때 예약할 수 있습니다. 가입자는 특정 픽업 시간을 예약하는 것이 아니라 픽업 준비가 되었을 때 SCAN 교통편 담당부서에 1-844-714-2218 번으로 전화할 수 있습니다. 전화한 후 운전사가 도착할 때까지 최대 1 시간이 소요될 수 있습니다.
- 승차 공유: 탑승할 때 차량에는 다른 목적지로 가는 다른 승객이 있을 수 있습니다.
- SCAN Health Plan 가입자가 탑승하는 동안 안내원이 동행할 수 있지만 이 서비스는 예약할 때 요청해야 합니다. 동행자는 18 세 이상이어야 합니다.

이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다.

- SCAN 서비스 지역 안에서 보장이 되지 않는 SCAN 목적지로의 이동과 서비스는 그 이동이 Medi-Cal(Medicaid) 기준에 부합하는 경우 계약자 이용 가능 여부에 따라 예약을 할 수 있습니다. 운전기사가 10 분 이내에 도착하지 않을 경우, SCAN 교통편에 1-844-714-2218 번으로 전화하여 다른 운전사를 요청하십시오. 새로운 픽업 시간을 알려드릴 것입니다.
- 운전사는 예약 시 요청한 최초의 목적지까지만 승객을 데려갈 수 있습니다.
- 정기 교통편에는 개인 차량 서비스(Lyft 또는 Uber) 운전자가 배정될 수 있습니다. 이러한 형태의 교통편을 원하지 않는다면 예약 시 알려주셔야 합니다.
- 탑승이 필요 없다면 반드시 취소해야 합니다.

보장되지 않는 사항(예외 사항).

- 의학적으로 필요하며 SCAN 의료 관리의 사전 승인을 받지 않은 경우 편도 75 마일의 한도를 초과하는 목적지까지의 차량 서비스
- 사전 허가되지 않은 재향 군인부(VA) 시설과 같이 SCAN Health Plan 이 계약하지 않은 서비스 제공자 및 의료 시설까지의 탑승
- SCAN Health Plan 의 계약된 서비스 제공자가 제공할 수 있는 범위를 초과하여 가입자를 이동시키는 데 사용된 전문 장비 또는 차량
- 엘리베이터가 없는 건물에서의 도어 투 도어 서비스

F. 커뮤니티 지원

개별 진료 계획에 따라 지원을 받을 수 있습니다. 커뮤니티 지원은 Medi-Cal 주 플랜에서 보장하는 서비스에 대한 의학적으로 적절하고 비용 대비 효율적인 대체 서비스 또는 환경입니다. 이러한 서비스는 가입자에게 특약으로 제공됩니다. 자격이 있는 경우 이러한 서비스는 가입자의 보다 독립적인 생활을 지원합니다. 단, Medi- Cal에 따라 이미 제공되는 기존 혜택을 대체하지 않습니다.

CalAIM 커뮤니티 지원은 로스앤젤레스 카운티에서만 이동 가능하거나 제공됩니다

커뮤니티 지원은 기본적인 건강 요구 사항 이상을 지원하여 더 큰 독립성과 웰빙을 촉진하도록 설계된 서비스입니다. 특정 자격 기준에 따라 커뮤니티 지원을 받을 자격이 있을 수 있습니다. 이러한 서비스는 선택 사항이며 기존의 Medi-Cal 혜택을 대체하지 않습니다.

SCAN은 노숙 상태에 있거나 주거지를 잃을 위험이 있는 가입자를 위해 다음과 같은 커뮤니티 지원 서비스를 제공합니다.

- **주거지 전환**

  주택 평가 수행, 주택 지원 계획 개발, 주택 검색 및 주택 확보를 포함하여 가입자가 주택을 찾는 데 도움을 줍니다.

- **주거지 보증금**

  보증금, 유틸리티 설치비/보증금, 일회성 청소비, 가구 및 기타 물품과 같은 기본 주거 환경을 구성하기 위한 일회성 비용을 제공합니다.

- **주택 입주 및 유지 서비스**

  가입자가 입주 후 집에서 안전하고 안정적으로 지낼 수 있도록 돕습니다. 여기에는 세입자 및 집주인의 권리와 책임에 대한 교육, 집주인과의 관계 개발 및 유지에 대한 코칭, 주거 환경 관리 활동에 대한 지속적인 지원이 포함됩니다.

- **퇴원 후 단기 주거**

  입원환자 병원, 주거용 약물 남용 장애 치료 또는 회복 시설에서 퇴원한 후 거주지가 없고 의학적 요구 또는 행동 건강 관련 요구가 큰 가입자를 위해 시설에서 치료를 제공합니다.

- **회복 보살핌**

  부상이나 질병을 치료할 수 있는 안전한 장소가 필요하지만 더 이상 입원이 필요하지 않은 가입자를 위해 의료 시설에서 단기 치료를 제공합니다.

  커뮤니티 지원 서비스를 받으려면 특정 기준을 충족해야 합니다. 자격 요건이 충족되면 SCAN을 통해 서비스를 받는 데 동의해야 합니다.

도움이 필요하거나 어떤 커뮤니티 지원이 제공되는지 알아보려면 1-866-722-6725번으로 전화해 주십시오(TTY 사용자는 711번으로 전화).

G. 당사 플랜 외부에서 보장되는 혜택

아래에 나열된 혜택은 행위별수가제 Medi-Cal(Medicaid)에 의해 보장됩니다. 우측 마지막 열은 SCAN Connections 가입자에게 적용되는 보장과 비용을 나타냅니다.

혜택 범주	**MEDI-CAL(MEDICAID) 행위별수가제**	**SCAN CONNECTIONS (HMO D-SNP)**
침술 서비스	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	Medicare 및 Medi-Cal(Medicaid) 서비스 정의에 따른 연간 36 회 방문까지 가입자 납부액은 $0 입니다.

이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다.

혜택 범주	**MEDI-CAL(MEDICAID)** 행위별수가제	**SCAN CONNECTIONS (HMO D-SNP)**
급성 투여 일수	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	Medicare 및 Medi-Cal(Medicaid) 서비스 정의에 따른 가입자 납부액은 $0 입니다.
혈액 및 혈액 제제	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	Medicare 및 Medi-Cal(Medicaid) 서비스 정의에 따른 가입자 납부액은 $0 입니다.
캘리포니아 아동 서비스**(CCS)**	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	비보장
암 바이오마커 테스트	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	Medicare 및 Medi-Cal(Medicaid) 서비스 정의에 따른 가입자 납부액은 $0 입니다.
가족 전담 공인 개업 간호사	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	Medicare 및 Medi-Cal(Medicaid) 서비스 정의에 따른 가입자 납부액은 $0 입니다.
공인 소아과 개업 간호사 서비스	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	비보장
아동 건강 및 장애 예방**(CHDP)** 프로그램	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	비보장
아동 납 중독 케이스 관리 (지역 카운티 보건 부서 제공)	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	비보장
카이로프랙틱 서비스	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	Medicare 에서 보장하는 카이로프랙틱 서비스에 대한 가입자 납부액은 $0 입니다. Medicare 비보장(정기) 카이로프랙틱 서비스에 대한 연간 자기부담금은 $0 입니다. 연간 30 회 방문으로 제한됩니다.

이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다.

혜택 범주	**MEDI-CAL(MEDICAID)** 행위별수가제	**SCAN CONNECTIONS (HMO D-SNP)**
만성 혈액투석	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	Medicare 및 Medi-Cal(Medicaid) 서비스 정의에 따른 가입자 납부액은 $0 입니다.
커뮤니티 기반 성인 서비스(**CBAS**)	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	Medi-Cal(Medicaid) 서비스 정의에 따른 가입자 납부액은 $0 입니다.
종합 주산기 서비스	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	보장되지 않음.
의약품 **Medi-Cal** 약물 남용 서비스	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	Medicare 에서 보장하는 약물 남용 서비스에 대한 가입자 납부액은 $0 입니다. Medi-Cal 약물 남용 서비스는 보장되지 않습니다.
내구성 의료 장비	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	Medicare 보장 내구성 의료 장비에 대한 가입자 납부액은 $0 입니다. 또한, 필요한 경우 일부 Medicare 비보장 욕실 안전 장비를 받을 자격이 될 수도 있습니다. 기준이 적용됩니다.
조기 및 주기적 선별, 진단 및 치료(**EPSDT**) 서비스와 **EPSDT** 보조 서비스	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	보장되지 않음.
95 항의 정의에 따른 고급 케이스 관리(**ECM**)	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	SCAN 혜택과 연계된 주별 고급 사례 관리 서비스에 대한 가입자 납부액은 $0 입니다.
종합 알파페토프로틴 검사(**DCHS** 의 유전자 질병 지점에서 관리)	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	보장되지 않음

이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다.

혜택 범주	**MEDI-CAL(MEDICAID)** 행위별수가제	**SCAN CONNECTIONS (HMO D-SNP)**
안경, 콘택트렌즈, 저시력 보조장치, 의안 및 기타 안과 기구	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	백내장 수술 후 Medicare 에서 보장하는 안경 또는 콘택트렌즈 한 쌍에 대해 가입자 납부액은 $0 입니다. 12 개월마다 안경테와 렌즈 또는 콘택트렌즈 구입에 대해 $500 까지 보장됩니다. Medi-Cal 보장 저시력 보조장치, 의안 및 의학적으로 필요한 기타 안과 기구에 대한 가입자 납부액은 $0 입니다.
연방정부 공인 보건소(FQHC) (Medi-Cal 보장 서비스만 해당)	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	Medicare 및 Medi-Cal(Medicaid) 서비스 정의에 따른 가입자 납부액은 $0 입니다.
보청기	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	Medicare 및 Medi-Cal(Medicaid) 서비스 정의에 따른 가입자 납부액은 $0 입니다.
자택 및 커뮤니티 기반 면제 서비스(EPSDT 서비스 미포함)	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	Medi-Cal 서비스 정의에 따른 비면제 자택 및 커뮤니티 기반 서비스에 대한 가입자 납부액은 $0 입니다. 가입자 안내서의 4 장을 참조하십시오.

이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다.

혜택 범주	**MEDI-CAL(MEDICAID)** 행위별수가제	**SCAN CONNECTIONS (HMO D-SNP)**
가정 건강 관리 기관 서비스	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	Medicare 및 Medi-Cal(Medicaid) 서비스 정의에 따른 가입자 납부액은 $0 입니다.
가정 건강 관리 보조원 서비스	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	Medicare 및 Medi-Cal(Medicaid) 서비스 정의에 따른 가입자 납부액은 $0 입니다.
호스피스 간호	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	Medicare 및 Medi-Cal(Medicaid) 서비스 정의에 따른 가입자 납부액은 $0 입니다.
병원 외래 부서 서비스 및 조직화된 외래 클리닉 서비스	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	Medicare 및 Medi-Cal(Medicaid) 서비스 정의에 따른 가입자 납부액은 $0 입니다.
인체 면역 결핍 바이러스 및 **AIDS** 의약품	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	파트 D 처방약 자기부담금에 대해서는 6 장, 섹션 C4 및 D3(가입자 부담)을 참조하십시오. Medicare 보장 지침에 따른 Medicare 보장 파트 B 의약품에 대한 가입자 납부액은 $0 입니다.
자궁절제술	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	Medicare 및 Medi-Cal(Medicaid) 서비스 정의에 따른 가입자 납부액은 $0 입니다.
인디언 건강 서비스**(Medi-Cal** 보장 서비스만 해당**)**	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	Medicare 및 Medi-Cal(Medicaid) 서비스 정의에 따른 가입자 납부액은 $0 입니다.

이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다.

혜택 범주	**MEDI-CAL(MEDICAID)** 행위별수가제	**SCAN CONNECTIONS (HMO D-SNP)**
재택 치료 면제 서비스 및 간호 시설 면제 서비스	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	비면제 재택 서비스에 대한 가입자 납부액은 $0 입니다. 가입자 안내서의 4 장을 참조하십시오.
입원환자 병원 서비스	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	Medicare 및 Medi-Cal(Medicaid) 서비스 정의에 따른 가입자 납부액은 $0 입니다.
발달 장애아를 위한 중간 진료 시설 서비스	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	보장되지 않음.
발달 장애아 재활을 위한 중간 진료 시설 서비스	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	보장되지 않음.
발달 장애아 간호를 위한 중간 진료 시설 서비스	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	보장되지 않음.
중간 진료 서비스	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	Medicare 는 중간 진료 시설을 보장하지 않습니다. SCAN 주 계약 정의에 따라 중간 치료 시설에 대한 가입자 납부액은 $0 입니다.
검사실, 방사선 및 방사성 동위 원소 서비스	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	Medicare 및 Medi-Cal(Medicaid) 서비스 정의에 따른 가입자 납부액은 $0 입니다.
면허가 있는 조산사 서비스	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	보장되지 않음.
지역 교육 기관**(LEA)** 서비스	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	보장되지 않음.
장기 치료**(LTC)**	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	Medicare 및 Medi-Cal(Medicaid) 서비스 정의에 따른 가입자 납부액은 $0 입니다.

이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다.

혜택 범주	**MEDI-CAL(MEDICAID)** 행위별수가제	**SCAN CONNECTIONS (HMO D-SNP)**
의료 용품	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	Medicare 및 Medi-Cal(Medicaid) 서비스 정의에 따른 가입자 납부액은 $0 입니다. Medi-Cal(Medicaid) 서비스 정의에 따른 실금 기저귀 및 패드에 대한 가입자 납부액은 $0 입니다.
의료 교통편 서비스	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	Medicare 및 Medi-Cal(Medicaid) 지침에 따라 정의된 응급 및 비응급 의료 교통편(NEMT) 및 비의료 교통편(NMT) 서비스에 대한 가입자 납부액은 $0 입니다. 의료 예약을 위해 그리고 보장되는 비의료 예약을 위해 오가는 교통편 이용에 대해 가입자 납부액은 $0 입니다. NEMT 및 NMT 서비스에 대하여 75 마일을 초과하는 교통편 이용에 대해서는 사전 허가가 필요합니다.
다목적 시니어 서비스 프로그램**(MSSP)**	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	보장되지 않음.
마취 간호사 서비스	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	Medicare 및 Medi-Cal(Medicaid) 서비스 정의에 따른 가입자 납부액은 $0 입니다.
조산사 서비스	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	보장되지 않음.

이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다.

혜택 범주	**MEDI-CAL(MEDICAID)** 행위별수가제	**SCAN CONNECTIONS (HMO D-SNP)**
시력 검사 서비스	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	12 개월마다 최대 1 회 Medicare 비보장(정기) 안과 서비스(굴절)에 대한 가입자 납부액은 $0 입니다. 12 개월마다 안경테와 렌즈 또는 콘택트렌즈 구입에 대해 $500 까지 보장됩니다.
조직화된 외래 클리닉 서비스	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	Medicare 및 Medi-Cal(Medicaid) 서비스 정의에 따른 가입자 납부액은 $0 입니다.
외래 헤로인 중독 치료 서비스	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	Medicare 및 Medi-Cal(Medicaid) 서비스 정의에 따른 가입자 납부액은 $0 입니다. Medi-Cal 보장 외래 헤로인 중독 치료 서비스는 보장되지 않습니다.
외래환자 정신 건강	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	Medicare 및 Medi-Cal(Medicaid) 서비스 정의에 따른 가입자 납부액은 $0 입니다.
소아 아급성 치료	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	보장되지 않음.

이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다.

혜택 범주	MEDI-CAL(MEDICAID) 행위별수가제	SCAN CONNECTIONS (HMO D-SNP)
개인 관리 서비스	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	다음과 같은 서비스에 대해 가입자 납부액은 $0 입니다. • 개인 관리 서비스: 목욕, 옷 입기, 식사, 침대에서 일어나기 및 눕기, 산책 및 몸단장 • 가사 서비스: 가벼운 청소, 식료품 쇼핑, 세탁 및 식사 준비 지원 • 가정 배달 식사: 영양 요구 사항 충족 • 재택 간병인 구제: 정기 간병인을 이용할 수 없을 때 가입자 재택 내 간병인 지원 서비스 • 요실금 용품: 크림 및 목욕용품 포함
제약 서비스 및 처방약	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	파트 D 처방약 자기부담금에 대해서는 6 장, 섹션 C4 및 D3(가입자 부담)을 참조하십시오. Medicare 보장 지침에 따른 Medicare 보장 파트 B 의약품에 대한 가입자 납부액은 $0 입니다. 처방전과 함께 Medi-Cal(Medicaid) 혜택에 따라 플랜에서 보장되는 일부 처방약 및 비처방약에 대한 가입자 납부액은 $0 입니다.

이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다.

혜택 범주	**MEDI-CAL(MEDICAID)** 행위별수가제	**SCAN CONNECTIONS (HMO D-SNP)**
물리 치료, 작업 치료, 언어 병리학 및 청각 서비스	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	Medicare 및 Medi-Cal(Medicaid) 서비스 정의에 따른 가입자 납부액은 $0 입니다.
의사 서비스	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	Medicare 및 Medi-Cal(Medicaid) 서비스 정의에 따른 가입자 납부액은 $0 입니다.
발 관리 서비스	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	Medicare 에서 보장하는 발 관리 서비스에 대한 가입자 납부액은 $0 입니다.
보철 및 보조 장치	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	Medicare 및 Medi-Cal(Medicaid) 서비스 정의에 따른 가입자 납부액은 $0 입니다.
정신 치료 약	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	파트 D 처방약 자기부담금에 대해서는 6 장, 섹션 C4 및 D3(가입자 부담)을 참조하십시오. Medicare 보장 지침에 따른 Medicare 보장 파트 B 의약품에 대한 가입자 납부액은 $0 입니다.
재활 센터 외래 서비스	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	Medicare 및 Medi-Cal(Medicaid) 서비스 정의에 따른 가입자 납부액은 $0 입니다.
재활 센터 서비스	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	Medicare 및 Medi-Cal(Medicaid) 서비스 정의에 따른 가입자 납부액은 $0 입니다.

이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다.

혜택 범주	**MEDI-CAL(MEDICAID)** 행위별수가제	**SCAN CONNECTIONS (HMO D-SNP)**
신장 동종 이식	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	Medicare 및 Medi-Cal(Medicaid) 서비스 정의에 따른 가입자 납부액은 $0 입니다.
EPSDT 보조 서비스에 적용되는 요구 사항	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	보장되지 않음.
호흡기 진료 서비스	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	Medicare 및 Medi-Cal(Medicaid) 서비스 정의에 따른 가입자 납부액은 $0 입니다.
농촌건강 진료 서비스	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	Medicare 및 Medi-Cal(Medicaid) 서비스 정의에 따른 가입자 납부액은 $0 입니다.
수화통역사 서비스 범위	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	Medicare 및 Medi-Cal(Medicaid) 서비스 정의에 따른 가입자 납부액은 $0 입니다.
주 또는 연방 병원에서 제공하는 서비스	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	보장되지 않음.
Short-Doyle 정신 건강 **Medi-Cal** 프로그램 서비스	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	보장되지 않음.
전문 간호 시설 서비스	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	Medicare 및 Medi-Cal(Medicaid) 서비스 정의에 따른 가입자 납부액은 $0 입니다.
특별 의무 간호	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	Medicare 및 Medi-Cal(Medicaid) 서비스 정의에 따른 가입자 납부액은 $0 입니다.
전문 간호 시설 및 중간 진료 시설의 전문 재활 서비스	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	보장되지 않음.

이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다.

혜택 범주	**MEDI-CAL(MEDICAID)** 행위별수가제	**SCAN CONNECTIONS (HMO D-SNP)**
전문 정신 건강 서비스	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	보장되지 않음.
주 지원 서비스	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	보장되지 않음
아급성 진료 서비스	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	Medicare 및 Medi-Cal(Medicaid) 서비스 정의에 따른 가입자 납부액은 $0 입니다. 전문 간호 시설에서 급성기 이후 치료 또는 임시 간호에 대해 5 일까지 가입자 납부액은 $0 입니다. 가입자는 병원 퇴원, 응급실 방문 이후 또는 임시 간호 서비스를 위해 이 서비스를 이용할 수 있습니다.
흔들침대 서비스	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	Medi-Cal(Medicaid) 서비스 정의에 따른 가입자 납부액은 $0 입니다.
집중 사례 관리 서비스 프로그램	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	보장되지 않음.
집중 사례 관리 서비스	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	보장되지 않음.
과도기 입원환자 진료 서비스	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	Medicare 및 Medi-Cal(Medicaid) 서비스 정의에 따른 가입자 납부액은 $0 입니다.
결핵(TB) 관련 서비스	Medi-Cal 보장(Medicaid) 서비스에 대해 $0	Medicare 에서 보장하는 결핵 서비스에 대한 가입자 납부액은 $0 입니다. Medi-Cal 결핵 관련 서비스는 보장되지 않습니다.

G1. 캘리포니아 지역사회 전환(CCT)

캘리포니아 지역사회 전환(CCT) 프로그램은 지역 선임 기관을 통해 최소 연속 90일 이상 입원환자 시설에 거주한 적격 Medi-Cal 수혜자가 지역사회 환경으로 복귀하여 안전하게 머물 수 있도록 돕습니다. CCT 프로그램은 전환 전 기간과 전환 후 365일 동안 전환 조정 서비스에 자금을 지원하여 수혜자가 커뮤니티 환경으로 돌아갈 수 있도록 지원합니다.

귀하가 거주하는 카운티에 서비스를 제공하는 모든 CCT 책임 기관 에서 전환 조정 서비스를 받을 수 있습니다. CCT 주도 조직 목록과 이들이 서비스를 제공하는 카운티는 캘리포니아주 의료 서비스부(DHCS) 웹사이트 www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT에서 확인할 수 있습니다.

CCT 전환 조정 서비스의 경우

Medi-Cal은 전환 조정 서비스 비용을 부담합니다. 가입자는 이러한 서비스에 대해 비용을 부담하지 않습니다.

CCT 전환과 관련되지 않은 서비스의 경우

서비스 제공자는 귀하의 서비스에 대해 당사에 청구합니다. 당사 플랜은 전환 후 제공된 서비스 비용을 부담합니다. 가입자는 이러한 서비스에 대해 비용을 부담하지 않습니다.

CCT 전환 조정 서비스를 받는 동안 **섹션 D**의 혜택 차트에 나열된 서비스에 대해서는 비용을 지불합니다.

약 보장 혜택에 변경 없음

CCT 프로그램은 약물을 보장**하지 않습니다**. 당사 플랜을 통해 정상적인 약 혜택을 계속 받으실 수 있습니다. 자세한 정보는 *가입자 안내서*의 **5장**을 참조해 주십시오.

참고: 비CCT 전환 치료 서비스가 필요한 경우, 진료 코디네이터에게 연락하여 서비스를 정하십시오. 비CCT 전환 치료는 기관이나 시설에서의 전환과 관련이 **없는** 치료입니다.

G2. Medi-Cal Dental

특정 치과 서비스는 Medi-Cal Dental을 통해 이용할 수 있습니다. 자세한 내용은SmileCalifornia.org 웹 사이트에 있습니다. 다음과 같은 서비스(이에 국한되지 않음)는 Medi-Cal Dental을 통해 이용할 수 있습니다.

- 초기 검진, 엑스레이, 클리닝, 불소 처리
- 수복 및 크라운
- 근관 치료
- 부분 및 전체 의치, 조정, 수리 및 재이장

Medi-Cal Dental에서 이용할 수 있는 치과 혜택에 관한 자세한 정보가 필요하거나 Medi-Cal을 수락하는 치과의사를 찾는 데 도움이 필요하시면 고객 서비스부 1-800-322-6384(TTY 사용자는 1-800-735-2922번)로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. Medi-Cal Dental 담당자가 월요일부터 금요일까지 오전 8시-오후 5시에 도움을 드릴 수 있습니다. 자세한 내용은 웹사이트 smilecalifornia.org/를 방문하십시오.

새크라멘토 카운티와 로스앤젤레스 카운티에서는 치과 관리 진료(DMC) 플랜을 통해 Medi-Cal 치과 혜택을 받을 수 있습니다. Medi-Cal 치과 플랜에 대한 자세한 정보가 필요하거나 변경을 원할 경우, 월요일부터 금요일까지 오전 8시~오후 6시에 Health Care Options에 1-800-430-4263(TTY 사용자는 1-800-430-7077)번으로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. DMC 연락처는 여기에서도 확인할 수 있습니다: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx.

참고: 저희 플랜은 추가적인 치과 서비스를 제공합니다. 자세한 내용은 **섹션 D**의 혜택 차트를 참조하십시오.

G3. 호스피스 간호

귀하의 서비스 제공자 및 호스피스 의료 책임자가 말기 예후가 있다고 판단하면 귀하는 호스피스를 선택할 권리가 있습니다. 말기 예후란 환자가 말기 질환을 가지고 있고 6개월 이하로 생존이 예상되는 경우를 말합니다. 가입자는 Medicare가 인증한 호스피스 프로그램을 통해 서비스를 이용할 수 있습니다. 플랜은 Medicare 인증 호스피스 프로그램을 찾는 것을 지원해야 합니다. 호스피스 의사는 네트워크 서비스 제공자이거나 네트워크 외부 서비스 제공자일 수 있습니다.

가입자가 호스피스 간호 서비스를 받는 동안 저희가 지급하는 비용에 대한 자세한 정보는 **섹션 D**의 혜택 차트를 참조해 주십시오.

호스피스 서비스와 가입자의 말기 예후와 관련이 있는 Medicare 파트 A 및 Medicare 파트 B로 보장되는 서비스

- 호스피스 서비스 제공자가 가입자의 서비스에 대해 Medicare에게 비용을 청구합니다. Medicare는 시한부 선고와 관련된 호스피스 서비스 비용을 지급합니다. 가입자는 이러한 서비스에 대해 비용을 부담하지 않습니다.

Medicare 파트 A 또는 Medicare 파트 B에서 보장하며 말기 예후와 관련이 없는 서비스의 경우

- 서비스 제공자가 가입자의 서비스에 대해 Medicare로 비용을 청구합니다. Medicare는 Medicare 파트 A 또는 Medicare 파트 B가 보장하는 서비스 비용을 부담합니다. 가입자는 이러한 서비스에 대해 비용을 부담하지 않습니다.

당사 플랜의 Medicare 파트 D 혜택으로 보장될 수 있는 약

- 의약품은 호스피스와 당사의 플랜 모두가 동시에 보장하지는 않습니다. 자세한 정보는 *가입자 안내서*의 **5장**을 참조해 주십시오.

참고: 심각한 질병을 앓고 있는 경우, 삶의 질을 향상시키기 위해 팀 기반의 환자 및 가족 중심 치료를 제공하는 완화 치료를 받을 자격이 있을 수 있습니다. 완화 치료는 치료적/일반 치료와 동시에 받을 수 있습니다. 자세한 정보는 위의 완화 치료 섹션을 참조해 주십시오.

참고: 호스피스 간호 이외의 서비스가 필요한 경우, 진료 코디네이터에게 연락하여 서비스를 정하십시오. 호스피스 간호 이외의 서비스는 말기 예후와 관련이 없는 서비스입니다.

G4. 플랜 외부에서 제공되는 카운티 행동 건강 서비스(정신 건강 및 약물 남용 장애 서비스)

가입자는 Medicare 및 Medi-Cal이 보장하는 의학적으로 필요한 행동 건강 서비스를 이용할 수 있습니다. 저희는 Medicare 및 Medi-Cal 관리형 의료가 보장하는 행동 건강 서비스를 이용할 수 있도록 합니다. 당사 플랜은 Medi-Cal 전문 정신 건강 또는 카운티 약물 남용 장애 서비스를 제공하지 않지만 이러한 서비스는 카운티 행동 건강 기관을 통해 이용할 수 있습니다.

Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스는 가입자가 전문 정신 건강 서비스를 이용할 수 있는 기준에 부합하는 경우 카운티 정신 건강 플랜(MHP)을 통해 제공될 수 있습니다. 카운티 MHP에서 제공하는 Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스는 다음과 같습니다.

- 정신 건강 서비스
- 투약 지원 서비스
- 집중적인 주간 치료
- 주간 재활
- 위기 중재
- 위기 안정화
- 성인 거주 치료 서비스
- 위기 상황 거주 치료 서비스
- 정신질환 건강 시설 서비스
- 정신질환 입원환자 병원 서비스
- 집중 사례 관리
- 치료 행동 서비스
- 집중 관리 조율
- 집중 재택 서비스

의약품 Medi-Cal 조직화 전달 시스템 서비스는 귀하가 이러한 서비스를 받기 위한 기준을 충족하는 경우 카운티 정신 건강 기관을 통해 이용할 수 있습니다. 카운티에서 제공하는 의약품 Medi-Cal 서비스는 다음과 같습니다.

- 외래환자 집중 치료 서비스
- 주산기 주거용 물질 사용 장애 치료
- 외래환자 치료 서비스
- 마약 치료 프로그램
- 중독 치료를 위한 약물(약물 보조 치료라고도 함)
- 동료 지원 서비스
- 커뮤니티 기반 모바일 위기 중재 서비스

의약품 Medi-Cal 조직화 전달 시스템 서비스에는 다음이 포함됩니다.

- 외래환자 치료 서비스
- 외래환자 집중 치료 서비스
- 부분 입원 서비스
- 중독 치료를 위한 약물(약물 보조 치료라고도 함)
- 거주 치료 서비스
- 금단 관리 서비스
- 마약 치료 프로그램
- 회복 서비스
- 진료 조정
- 동료 지원 서비스
- 커뮤니티 기반 모바일 위기 중재 서비스
- 비상 사태 관리 서비스

위에 나열한 서비스 이외에도 기준에 부합할 경우, 가입자는 자발적 입원환자 중독 치료 서비스를 이용할 수 있습니다.

H. 당사 플랜, Medicare 또는 Medi-Cal이 보장하지 않는 혜택

이 섹션에서는 당사 플랜에서 제외되는 혜택에 대해 설명합니다. '제외'되었다는 것은 이러한 혜택의 비용을 플랜이 부담하지 않는다는 뜻입니다. Medicare와 Medi-Cal도 이에 대해 보장하지 않습니다.

아래 목록은 저희가 어떠한 상황에서도 보장하지 않거나 특별한 상황에서 제외하는 몇 가지 서비스 및 항목을 나열하고 있습니다.

나열된 특정 상태를 제외하고 저희는 이 섹션(또는 이 *가입자 안내서*의 다른 곳)에 나열된 제외된 의료 혜택에 대해 보장을 하지 않습니다. 응급 시설에서 서비스를 받은 경우에도 플랜은 서비스 비용을 지불하지 않습니다. 보장되지 않는 서비스에 대해 당사 플랜이 비용을 부담해야 한다고 생각할 경우, 귀하는 이의 제기를 할 수 있습니다. 이의 제기에 대한 정보는 *가입자 안내서*의 **9장**을 참조하십시오.

혜택 차트에 설명된 제외 또는 제한 사항뿐만 아니라 당사 플랜은 다음 항목 및 서비스에 대한 보장을 제공하지 않습니다.

- Medicare 및 Medi-Cal에 따라 '합리적이고 의학적으로 필요하지 않은' 것으로 간주되는 서비스(단, 저희가 이러한 서비스를 보장 서비스로 나열한 경우는 제외)
- Medicare, Medicare 승인 임상 연구 또는 당사 플랜이 이를 보장하는 경우를 제외하고 실험적 의료 및 외과적 치료, 품목 및 의약품. 임상 연구에 대한 자세한 정보는 *가입자 안내서*의 **3장**을 참조하십시오. 실험적 치료법 및 항목은 일반적으로 의료계에서 수락하지 않는 것입니다.
- 의학적으로 필요하고 Medicare가 보장하는 경우를 제외하고, 병적 비만을 위한 외과 치료법
- 의학적으로 필요한 경우를 제외하고 병원의 1인실
- 개인 간호사
- 병원이나 간호 시설의 병실에 있는 전화기나 TV와 같은 개인 물품
- 가정에서 제공되는 전일제 간호 서비스
- 친척이나 가족에 의해 발생한 비용
- 선택적 또는 자발적 개선 조치 또는 서비스(체중 감소, 발모, 성기능, 운동 기능, 미용 목적, 노화 방지 및 집중력 포함), 단 의학적으로 필요한 경우는 제외됩니다.

- 사고로 발생한 부상 때문에 필요하거나 아직 형성되지 않은 신체 일부를 개선하기 위해 필요한 경우를 제외하고 성형 수술 또는 기타 시술. 하지만 저희는 유방 절제술을 한 후 유방 재건과 이를 다른 쪽 유방에 맞게 처치하기 위한 비용을 부담합니다.
- **섹션 D** 혜택 차트의 발 관리 서비스에서 설명된 항목을 제외한 정기 발 관리
- 다리 보조기의 일부이며 보조기 비용에 포함된 신발이거나, 당뇨병 관련 발 질병을 가진 사람을 위한 신발을 제외한 정형외과용 신발
- 당뇨병 관련 발 질병을 가진 사람들을 위한 정형외과 또는 치료용 신발을 제외한 발 지지 장치
- 방사상 각막 절개, 라식 수술, 기타 시력 보조장치
- 불임 복구 시술
- 자연요법 서비스(자연 또는 대안적 치료법 사용)
- 재향 군인부(VA) 시설에서 재향 군인에게 제공되는 서비스. 하지만 재향 군인이 VA 병원에서 응급 서비스를 받았으며 VA 비용 분담이 플랜에 따른 비용 분담보다 클 경우, 차액을 재향 군인에게 환급해줍니다. 가입자는 비용 분담액을 지급해야 합니다.
- 바이오피드백
- 치아 부목, 치아 보철 또는 치아, 치주 또는 턱의 치료를 위한 치과 치료, 악관절(TMJ) 증후군과 관련된 치아 치료
- 사전 허가 없이 가입자가 온라인 또는 소매점에서 구입한 품목
- 무릎 스쿠터
- 장기 이식 수혜자가 SCAN Health Plan 가입자가 아닐 경우, 장기 이식과 관련된 의료 및 병원 서비스
- 의료용 마리화나
- Medicare 비보장 장기 이식
- 가입자의 편의를 위하거나, 주택 개조 및 차량 개조를 포함하여 주로 커뮤니티에서 사용하기 위한 내구성 의료 장비의 선택적 또는 추가적 부속품, 교정 장기, 및 보철
- 전화기나 TV와 같이 병원이나 전문 간호 시설의 병실에 있는 개인 물품
- 알려진 질환 및/또는 선택적 절차에 대한 예정된 또는 계획된 서비스 및 치료를 서비스 지역 외부에 있는 동안 받은 경우
- 약물 남용을 위한 주거형 치료 서비스

- SCAN Health Plan이 승인한 진료 의뢰나 사전 허가 없이 플랜 비소속 서비스 제공자로부터 받은 정기 진료 또는 선택적 의료 서비스
- 산재보험이 보장하는 증상을 위한 서비스
- 네트워크 외부에서 사전 허가 없이 의료 서비스, 용품 및/또는 의약품을 신속하게 이용할 목적으로 이용한 서비스
- 네트워크 내부에서 제공되었던 서비스 지역 외부에서 받은 서비스(산소, 정기 혈액 검사, 화학요법 및/또는 비소속 수술 포함하되 이에 국한되지 않음)
- 방문 횟수 한도 또는 혜택 한도를 초과하여 제공된 서비스
- 전쟁으로 발생한 증상 또는 병원 보험 혜택 또는 보완적 의료보험 혜택의 현재 보장 발효 일자 이후 발생한 전쟁으로 인한 증상(공표 여부와 관계 없음)의 치료

5장: 외래환자 처방약을 받는 방법

소개

이 장에서는 외래환자 처방약 구입 규칙에 대해 설명합니다. 외래환자 처방약이란 가입자가 약국이나 우편 주문을 통해 받는 약을 담당 서비스 제공자가 가입자를 위해 주문하여 받는 것입니다. 여기에는 Medicare 파트 D 및 Medi-Cal에서 보장되는 약이 포함됩니다. *가입자 안내서* 의 **6장**에는 이러한 약에 대해 가입자가 부담하는 금액이 나와 있습니다. 주요 용어 및 정의는 가입자 안내서의 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

이 장에서 다루고 있지 않지만 저희는 다음의 의약품에 대해서도 보장을 합니다.

- **Medicare 파트 A가 보장하는 약.** 여기에는 일반적으로 병원이나 간호 시설에 있는 동안 제공된 약이 포함됩니다.
- **Medicare 파트 B로 보장되는 약.** 여기에는 일부 화학요법 약, 진료실을 방문했을 때 의사나 기타 서비스 제공자가 투약하는 일부 주사제, 투석 병원에서 제공되는 약 등이 포함됩니다. 보장되는 Medicare 파트 B 약에 대한 자세한 정보는 *가입자 안내서*의 **4장**에 있는 혜택 차트를 참조해 주십시오.
- 플랜의 Medicare 파트 D와 의료혜택 보장 외에도, 귀하가 Medicare 호스피스 병원에 입원해 있다면 Original Medicare에 의해 약에 대해서도 보장받을 수 있습니다. 자세한 내용은 **5장,** 섹션 F ‘Medicare 인증 호스피스 프로그램에 가입한 경우’를 참조하십시오.

당사 플랜의 외래환자 약 보장 규칙

저희 플랜은 이 섹션의 규칙을 준수할 경우, 일반적으로 가입자의 약에 대해 비용을 보장합니다.

귀하는 서비스 제공자(의사, 치과의사 또는 기타 처방자)가 가입자에게 해당 주법에 따라 유효한 처방약을 작성해야 합니다. 이 의사는 가입자의 주치의(PCP)인 경우가 많습니다. PCP가 진료 의뢰를 한 경우, 다른 서비스 제공자가 될 수도 있습니다.

처방자는 Medicare의 예외 또는 제외 목록 또는 유사한 Medi-Cal 목록에 있지 않아야 합니다.

일반적으로 가입자는 처방약을 조제할 때 네트워크 약국을 이용해야 합니다. 또는 플랜의 우편 주문 서비스를 통해 처방약을 조제할 수 있습니다.

처방된 약은 플랜의 *보장 약 목록(처방집)*에 있어야 합니다. 이것을 *'의약품 목록'*이라고도 합니다. (본 장의 **섹션 B** 참조)

- *의약품 목록*에 없을 경우, 예외를 적용하여 보장할 수 있습니다.
- 예외를 요청하는 방법에 대한 설명은 **9장**을 참조하십시오.
- 또한 처방약에 대한 보장 요청은 Medicare 및 Medi-Cal 표준에 따라 평가됩니다.

의학적으로 승인된 적응증에 약이 사용되어야 합니다. 즉, 약 사용은 식품의약국(FDA)이 승인했거나 특정 의료 참고 서적으로 뒷받침이 될 경우 사용이 가능합니다. 처방자는 의료 참조를 확인하는 것을 지원하여 처방약의 요청된 사용을 지원할 수 있습니다. (의학적으로 승인된 적응증에 대한 자세한 정보는 **9장, 섹션 G**를 참조하십시오.)

귀하의 약은 보장을 받기 전에 승인이 필요할 수 있습니다. 이 장의 **섹션 C**를 참조하십시오.

목차

A. 처방약 조제하기 150

A1. 네트워크 약국 또는 플랜의 우편 주문 서비스를 통해 처방약 조제 받기 150

A2. 처방약을 조제할 때 가입자 ID 카드를 사용하십시오 150

A3. 네트워크 약국을 변경하려는 경우 해야 할 일 150

A4. 약국이 네트워크를 탈퇴할 경우 150

A5. 특수 약국 이용 151

A6. 약 구입 시 우편 주문 서비스 이용 151

A7. 약 장기 투약분 받기 153

A8. 당사 플랜의 네트워크와 제휴하지 않은 약국 이용 153

A9. 가입자가 처방약 비용을 지불한 경우의 환급 154

B. 당사 플랜의 의약품 목록 154

B1. *의약품 목록에* 있는 의약품 154

B2. *의약품 목록*에 있는 약을 찾는 방법....155

B3. *의약품 목록*에 수록되지 않은 의약품 155

B4. *의약품 목록* 비용 분담 군 156

C. 일부 의약품에 대한 제한 사항 157

D. 약이 보장되지 않는 이유 158

D1. 임시분 제공....158

D2. 임시 분량 요청 160

E. 약에 대한 보장 변경 160

F. 특별한 경우의 약 보장....163

F1. 당사 플랜이 보장하는 전문 간호 시설이나 병원 체류....163

F2. 장기 진료 시설 163

F3. Medicare 인증 호스피스 프로그램 163

G. 약 안전 및 관리형 약에 대한 프로그램 164

G1. 가입자의 안전한 약 사용을 도와주는 프로그램 164

G2. 가입자가 본인의 약을 관리하도록 도와주는 프로그램 164

G3. 오피오이드 약물의 안전한 사용을 위한 약물 관리 프로그램 165

A. 처방약 조제하기

A1. 네트워크 약국 또는 플랜의 우편 주문 서비스를 통해 처방약 조제 받기

대부분의 경우, 저희는 네트워크 약국에서 처방약을 조제할 경우에만 처방약 비용을 부담합니다. 네트워크 약국은 당사 플랜 가입자를 위해 처방약을 조제하는 데 동의한 약국입니다. 네트워크 약국이라면 어느 곳이나 이용 가능합니다.

네트워크 약국을 찾으시려면 *서비스 제공자 및 약국 명부*를 확인하시거나, 저희 웹사이트를 방문하시거나, 가입자 서비스부로 연락해 주십시오.

A2. 처방약을 조제할 때 가입자 ID 카드를 사용하십시오

처방약을 조제하려면 네트워크 약국에서 **가입자의 플랜 ID 카드를 제시**해 주시기 바랍니다. 네트워크 약국은 보장되는 처방약의 분담액을 당사에 청구합니다. 처방전을 수령할 때 약국에 자기부담금을 지불해야 할 수도 있습니다.

처방약을 조제할 때 가입자 ID 카드를 소지하지 않은 경우, 약국에 전화를 요청하여 필요한 정보를 얻거나 약국에 플랜 가입 정보를 조회하도록 요청할 수 있습니다.

약국이 필요한 정보를 받을 수 없는 경우에는 처방약의 비용 전액을 지불해야 할 수도 있습니다. 그런 다음 당사 분담금의 환급을 요청할 수 있습니다. **약 비용을 지불할 수 없는 경우, 가입자 서비스부에 즉시 연락해 주십시오.** 최대한 도움을 드리겠습니다.

- 환급을 요청하려면 *가입자 안내서*의 **7장**을 참조하십시오.
- 처방약을 조제하는 데 도움이 필요하시면 가입자 서비스부로 연락해 주십시오.

A3. 네트워크 약국을 변경하려는 경우 해야 할 일

약국을 변경한 후 처방약 리필이 필요한 경우, 서비스 제공자에게 새 처방전을 써달라고 요청하거나 새 약국에 리필할 약 재고가 있을 경우 기존 약국에 처방전을 전달해달라고 요청할 수 있습니다.

네트워크 약국을 변경하는 데 도움이 필요하시면 가입자 서비스부로 연락해 주십시오.

A4. 약국이 네트워크를 탈퇴할 경우

가입자가 이용하는 약국이 당사 플랜의 네트워크에서 탈퇴할 경우, 새로운 네트워크 약국을 찾아야 합니다.

새로운 네트워크 약국을 찾으시려면 *서비스 제공자 및 약국 명부*를 확인하시거나, 저희 웹사이트를 방문하시거나, 가입자 서비스부로 연락해 주십시오.

A5. 특수 약국 이용

처방약을 특수 약국에서 조제해야 하는 경우가 있습니다. 특수 약국은 다음을 포함합니다.

- 가정 주입 치료를 위한 약을 제공하는 약국
- 간호 시설과 같은 장기 진료 시설의 거주자를 위해 약을 공급하는 약국
  - 일반적으로 장기 요양 시설에는 자체 약국이 있습니다. 장기 진료 시설의 약국이 네트워크에 없거나 장기 진료 시설에서 약을 받는 데 어려움이 있는 경우, 가입자 서비스부로 연락하십시오.
- 인디언 의료 서비스 제공자(IHCP) 및 도시 인디언 기관(UIO) 약국을 제공하는 약국 인디언 보건 서비스/부족/도시 인디언 보건 프로그램(푸에르토리코에서는 이용 불가). 응급 상황을 제외하고 아메리카 원주민 또는 알래스카 원주민만 이러한 약국을 이용할 수 있습니다.
- FDA에 의해서 특정 지역에 제한되거나, 특수 취급, 서비스 제공자 조정, 또는 사용법에 관한 교육이 필요한 약을 제공하는 약국. (참고: 이런 경우는 드물게 발생됩니다.)

전문 약국을 찾으시려면 *서비스 제공자 및 약국 명부*를 확인하시거나, 저희 웹사이트를 방문하시거나, 가입자 서비스부로 연락해 주십시오.

A6. 약 구입 시 우편 주문 서비스 이용

저희 플랜의 우편 주문 서비스 이용시 100일치까지 주문할 수 있습니다. 100일치의 자기부담금은 1개월치와 같습니다.

우편으로 처방약 조제

우편을 통한 처방약 조제에 관한 정보 및 주문 양식을 받으시려면 가입자 서비스부로 연락해 주십시오.

일반적으로 우편 주문 처방약은 14일 이내에 도착합니다. 처방전을 처리하는 데 14일 이상 소요될 경우, 가입자 서비스부로 전화하여 지역 약국 리필에 대한 승인을 받을 수 있습니다.

우편 주문 절차

우편 주문 서비스는 가입자가 제출한 새로운 처방전, 서비스 제공자 진료소에서 직접 제출한 새로운 처방전, 우편 주문 처방약의 리필 등에 대해 다른 절차를 적용합니다.

1. 가입자가 약국에 제출한 새 처방전

약국은 가입자가 제출한 새 처방전을 자동으로 조제하여 제공합니다.

2. 서비스 제공자의 진료소에서 약국이 받은 새 처방전

약국은 다음 중 한 가지인 경우 귀하에게 확인하지 않고 의료 진료 제공자로부터 받은 신규 처방전을 자동으로 조제 및 배송할 것입니다.

- 귀하가 본 플랜으로 우편 주문 서비스를 과거에 이용했던 경우, **또는**
- 귀하가 의료 서비스 제공자로부터 직접 받은 모든 신규 처방전에 대한 자동 배송을 신청한 경우. 주 7일, 하루 24시간 언제든지 1-866-553-4125번으로 전화하여 모든 새로운 처방약을 즉시 또는 원하는 시간에 자동으로 배송하도록 요청할 수 있습니다. TTY 사용자는 711번을 이용해 주십시오. 저희 플랜에서 우편 주문 서비스를 이용한 적이 없다면 의료 서비스 제공자가 가입자의 첫 번째 처방전을 약국으로 직접 제출할 때 약국에서 가입자에게 연락하여 배송하기 전에 주문 내역을 확인할 것입니다. 주 7일, 하루 24시간 언제든지 1-866-553-4125번으로 전화하여 약국이 가입자에게 연락할 수 있는 최선의 방법을 알려 주실 수 있습니다. TTY 사용자는 711번을 이용해 주십시오.

귀하가 원하지 않는 처방약을 우편으로 자동 배송받고 발송되기 전에 귀하가 원하는지 여부 확인을 위한 연락을 받지 않은 경우 귀하는 환불을 받을 자격이 있을 수 있습니다.

과거에 우편 주문을 사용했으며 약국이 새로운 처방전을 자동으로 조제하여 배송하는 것을 원하지 않는다면 주 7일, 하루 24시간 언제든지 1-866-553-4125번으로 전화하실 수 있습니다. TTY 사용자는 711번을 이용해 주십시오.

귀하가 저희 우편 주문 배송을 한 번도 이용하지 않았고 그리고/또는 신규 처방전 자동 조제를 중단하기로 결정한 경우, 약국은 의료 서비스 제공자로부터 신규 처방전을 받을 때마다 귀하가 약을 즉시 조제하고 발송하기를 원하는지 확인하기 위해 귀하에게 연락할 것입니다.

- 이 기회에 약국이 올바른 약을(강도, 함량, 제형) 배송할 것인지 확인할 수 있고, 필요하다면 청구서를 받기 전에, 그리고 배송 전에 주문을 취소하거나 연기할 수 있습니다.
- 새로운 처방전을 어떻게 조제할지 알려주고, 배송 지연을 방지하려면 약국이 가입자에게 연락을 할 때마다 답변을 제공하십시오.

의료 서비스 제공자의 진료실에서 직접 받은 새로운 처방전의 자동 전달을 취소하려면 주 7일, 하루 24시간 언제든지 1-866-553-4125번으로 전화하실 수 있습니다. TTY 사용자는 711번을 이용해 주십시오.

3. 우편 주문 처방약의 리필.

의약품 리필을 위해 가입자는 자동 리필 프로그램을 신청할 수 있습니다. 이 프로그램에 따라 당사 기록에 의해 가입자의 약이 소진될 때임이 확인되면 자동으로 다음 리필의 처리를 시작합니다.

- 약국은 각각의 리필을 배송하기 전에 가입자에게 연락하여 약이 더 필요한지 확인하며, 약이 충분히 있거나 약을 변경한 경우, 예약된 리필을 취소할 수 있습니다.

- 당사의 자동 리필 프로그램을 사용하지 않기로 선택한 경우, 현재 처방약이 소진되기 14일 전에 약국에 연락하여 다음 주문이 제시간에 배송되도록 하십시오.

자동으로 우편 주문 리필을 준비하는 프로그램에서 탈퇴하려면 주 7일, 하루 24시간 언제든지 1-866-553-4125번으로 전화하실 수 있습니다. TTY 사용자는 711번을 이용해 주십시오.

약국이 배송 전에 주문을 확인하기 위해 연락할 수 있도록 가장 좋은 연락 방법을 약국에 알려주십시오. 주 7일, 하루 24시간 언제든 1-866-553-4125번으로 전화하실 수 있습니다. TTY 사용자는 711번을 이용해 주십시오. 귀하와 연락할 가장 좋은 연락 방법을 저희에게 알려 주십시오.

A7. 약 장기 투약분 받기

플랜의 *의약품 목록*에 있는 관리형 약은 장기분으로 받을 수 있습니다. 유지 약물이란 만성 또는 장기 질환에 때문에 규칙적으로 쓰는 약을 말합니다.

일부 네트워크 약국은 관리형 약을 장기분으로 받을 수 있도록 허용합니다. 100일치의 자기부담금은 1개월치와 같습니다. *서비스 제공자 및 약국 명부*에는 유지 약물의 장기간 분량을 제공하는 약국이 포함되어 있습니다. 자세한 정보는 가입자 서비스부로 문의하실 수도 있습니다.

저희 플랜의 네트워크 우편 주문 서비스를 이용하여 유지 약물을 장기간 분량으로 받으실 수 있습니다. 우편 주문 서비스에 대한 자세한 내용은 **섹션 A6**을 참조하십시오.

A8. 당사 플랜의 네트워크와 제휴하지 않은 약국 이용

일반적으로 가입자가 네트워크 약국을 이용할 수 없는 경우에만 네트워크 외부 약국에서 조제한 약의 비용을 당사가 부담합니다. 서비스 지역 외부의 네트워크 약국에서도 가입자가 플랜의 가입자로서 처방약을 조제할 수 있습니다. 이런 경우, 먼저 가입자 서비스부에 문의하여 근처에 네트워크 약국이 있는지 확인하십시오. 가입자는 네트워크 미가입 약국에서 약값으로 지불하는 금액과 네트워크 약국에서 저희가 보장할 비용 금액간의 차액을 지불해야 할 수도 있습니다.

다음의 경우, 네트워크 외부 약국에서 조제한 처방약 비용을 당사가 부담합니다.

- 운전해서 갈 수 있는 거리 이내에 24시간 서비스를 제공하는 네트워크 소속 약국이 없어서 시기 적절하게 보장약을 구할 수 없는 경우.
- 일반적으로 적격 네트워크 소매 또는 우편 주문 약국에서 구비하고 있지 않은 보장 처방약을 조제하려는 경우.
- 미국 국내에 있지만 플랜의 서비스 지역을 벗어났으며 건강이 좋지 않거나 처방약이 떨어진 경우, 가입자가 본 문서와 처방집에 명시된 모든 기타 보장 규칙을 준수하며 네트워크 약국을 이용할 수 없는 경우 저희 플랜은 네트워크 외부 약국에서 조제한 처방약을 보장합니다.
- 네트워크 외부에서의 조제는 건별로 평가됩니다.

A9. 가입자가 처방약 비용을 지불한 경우의 환급

네트워크 외부 약국을 이용해야 하는 경우, 처방약을 받을 때 일반적으로 자기부담금 대신 전체 비용을 지불해야 합니다. 귀하는 당사의 비용 분담액에 대해 환급을 요청할 수 있습니다.

이에 대해 자세히 알아보려면 *가입자 안내서*의 **7장**을 참조하십시오.

B. 당사 플랜의 의약품 목록

저희는 *보장 약 목록(처방집)이 있습니다.* 이것을 '*의약품 목록*'이라고도 합니다.

저희는 의사와 약사 팀의 도움을 받아 *의약품 목록에서* 약을 선정합니다. *의약품 목록*에는 약을 구입하기 위해 가입자가 지켜야 할 규칙이 설명되어 있습니다.

일반적으로 이 장에서 설명한 규칙을 준수할 경우 플랜의 *의약품 목록*에 있는 약의 비용이 보장됩니다.

B1. *의약품 목록에* 있는 의약품

당사의 *의약품 목록*에는 Medicare 파트 D에 따라 보장되는 약이 포함됩니다.

일부 처방약과 비처방 의약품은 의사의 처방전이 있으면 네트워크 약국에서 Medi-Cal(Medicaid) 혜택으로 보장됩니다. 보장되는 약에 대한 추가 정보는 가입자 서비스부에 문의하시거나 저희 웹사이트(www.scanhealthplan.com)를 방문해 주십시오.

당사의 *의약품 목록*에는 브랜드 약, 복제약 및 생물학적 제제(바이오시밀러가 포함될 수 있음)가 포함됩니다.

브랜드 약은 의약품 제조업체가 소유한 상표 이름으로 판매하는 처방약입니다. 생물학적 제제는 일반적인 약보다 더 복잡한 약입니다. *의약품 목록*에서 '약'은 약 또는 생물학적 제제를 의미할 수 있습니다.

복제약은 브랜드 약과 동일한 활성 성분을 가집니다. 생물학적 제제에는 바이오시밀러라고 하는 대체약이 있습니다. 일반적으로 복제약과 바이오시밀러는 브랜드 약 또는 오리지널 생물학적 제제와 효능은 비슷하지만 가격이 저렴합니다. 브랜드 약에는 복제약 대체약이 많이 있으며, 일부 오리지널 생물학적 제제에는 바이오시밀러 대체약이 있습니다. 일부 바이오시밀러는 상호 교환이 가능한 바이오시밀러이며, 복제약이 브랜드 약을 대체할 수 있는 것처럼 주법에 따라 새로운 처방전 없이 약국에서 오리지널 생물학적 제제를 대체할 수 있습니다.

의약품 목록에 포함될 수 있는 약의 종류에 대한 정의는 **12장**을 참조하십시오.

B2. *의약품 목록*에 있는 약을 찾는 방법

가입자가 복용하는 특정 약이 *의약품 목록*에 있는지 확인하려면 다음의 방법을 이용할 수 있습니다.

- 전자 문서로 제공된 가장 최신 *의약품 목록*을 확인하십시오.
- 당사 플랜의 웹사이트 www.scanhealthplan.com을 방문하십시오.
- 이 웹사이트의 *의약품 목록*은 가장 최근 목록입니다.
- 가입자 서비스부에 연락하여 특정 약이 *의약품 목록*에 있는지 확인하거나 목록 사본을 요청하십시오.
- www.scanhealthplan.com에서 '실시간 혜택 도구'를 사용하거나 가입자 서비스부로 전화하십시오. 이 도구를 사용하면 *의약품 목록*에서 의약품을 검색하여 지불할 금액을 추정하고 *의약품 목록*에 동일한 질환을 치료할 수 있는 대체 의약품이 있는지 확인할 수 있습니다.
- MemberServices@scanhealthplan.com으로 이메일을 보내 *의약품 목록* 사본을 요청하십시오.

B3. *의약품 목록*에 수록되지 않은 의약품

저희가 보장하지 않는 처방약도 있습니다. 법률에 의해 플랜이 보장할 수 없는 약이 있기 때문에 당사의 *의약품 목록*에 포함되지 않은 약도 있습니다. 또는 당사가 *의약품 목록*에 포함하지 않기로 결정한 경우도 있습니다.

당사 플랜은 이 섹션에 설명된 약의 종류에 대해서는 비용을 지불하지 않습니다. 이것을 **제외된 의약품**이라고 합니다. 제외된 약에 대해 처방전을 받은 경우, 비용을 가입자가 부담해야 할 수 있습니다. 제외된 약 비용을 당사가 부담해야 한다고 생각할 경우, 이의 제기를 할 수 있습니다. 이의 제기에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내서*의 **9장**을 참조하십시오.

제외된 약에 대한 일반적인 규칙 3가지는 다음과 같습니다.

1. 당사 플랜의 외래환자 약 보장(Medicare 파트 D 포함)은 Medicare 파트 A 또는 Medicare 파트 B가 이미 보장하고 있는 약에 대해 비용을 지불할 수 없습니다. 당사 플랜은 Medicare 파트 A 또는 Medicare 파트 B에서 보장하는 의약품을 무료로 보장하지만, 이러한 의약품은 외래환자 처방약 혜택의 일부로 간주되지 않습니다.
2. 당사 플랜은 미국 및 미국령 이외 지역에서 구입한 약을 보장하지 않습니다.
3. 약 사용은 FDA가 승인하거나 특정 참고 문헌이 가입자 상태를 위한 치료법이라고 증명해야 사용이 가능합니다. 담당 의사나 기타 서비스 제공자는 특정 약이 가입자의 상태를 치료한다는 것이 검증되지 않은 경우에도 특정 약을 처방할 수 있습니다. 이것을 '비인가 약

사용'이라고 합니다. 당사 플랜은 비인가 약이 처방되는 경우, 해당 약에 대해 보장을 하지 않습니다.

또한 법에 따라 Medicare는 아래 나열된 약물 유형을 보장할 수 없습니다. 그러나 이 약들 중 일부는 가입자의 Medi-Cal 약 보장에 따라 보장이 될 수 있습니다. 보장되는 약에 대한 추가 정보는 가입자 서비스부에 문의하시거나 저희 웹사이트(www.scanhealthplan.com)를 방문해 주십시오.

- 처방전 없이 구입 가능한 약(비처방 약 또는 OTC 약이라고도 함)
- 불임 증진을 위해 사용되는 의약품
- 기침이나 감기 증상 완화에 사용되는 의약품
- 미용 목적이나 모발 성장을 촉진하기 위해 사용되는 의약품
- 임산부 비타민과 불소 제제물질을 제외한 처방 비타민과 미네랄 제품
- 성기능 장애 또는 발기 장애 치료에 사용되는 의약품
- 거식증, 체중 감량 또는 체중 증가 치료에 사용되는 약
- 가입자가 해당 회사를 통해서만 검사 또는 서비스를 받아야 한다고 말하는 기업의 외래환자 의약품

일부 처방약과 비처방 의약품은 의사의 처방전이 있으면 네트워크 약국에서 Medi-Cal(Medicaid) 혜택으로 보장됩니다. 보장되는 약에 대한 추가 정보는 가입자 서비스부에 문의하시거나 저희 웹사이트(www.scanhealthplan.com)를 방문해 주십시오.

B4. *의약품 목록* 비용 분담 군

*의약품 목록*에 있는 모든 약은 5가지 군 중 하나에 속합니다. 단계는 일반적으로 동일한 유형(예: 브랜드 약 또는 복제약)의 의약품 그룹입니다. 일반적으로 비용 분담 군이 높을수록 가입자 부담금도 커집니다.

- 비용 분담 1단계: 선호 복제약. 이 군에는 복제약이 포함됩니다(최저 군).
- 비용 분담 2단계: 복제약. 이 군에는 복제약이 포함됩니다.
- 비용 분담 3단계: 선호 브랜드 약. 이 군에는 인슐린, 기타 브랜드 의약품 및 일부 복제약이 포함됩니다.
- 비용 분담 4단계: 비선호 의약품. 이 군에는 브랜드 약과 일부 복제약이 포함됩니다.
- 비용 분담 5단계: 특수 단계. 이 군에는 특수 약이 포함됩니다(최고 군).

귀하의 약이 어떤 비용 분담 군에 해당하는지 알아보시려면 *의약품 목록*에서 해당 약을 찾으십시오.

가입자 안내서 의 **6장**에는 각 단계의 약에 대해 지불하는 금액이 나와 있습니다.

C. 일부 의약품에 대한 제한 사항

특정 처방약의 경우, 특별 규칙이 플랜의 보장 방식과 시기를 제한합니다. 일반적으로 당사의 규칙은 가입자의 의학적 상태에 효과적으로 작용하며 안전하고 효과적인 약을 구입할 것을 권장합니다.

가입자의 약에 대해 특별 규칙이 있을 경우, 가입자나 서비스 제공자는 플랜이 이 약을 보장하도록 하기 위해 추가 절차를 거쳐야 합니다. 예를 들어, 서비스 제공자는 가입자의 진단에 대해 당사에 알리거나 혈액 검사 결과를 먼저 제공해야 할 수 있습니다. 가입자나 서비스 제공자가 플랜의 규칙이 가입자의 상황에 적용할 수 없다고 생각하는 경우, 가입자는 플랜에 예외 요청을 해야 합니다. 저희 플랜은 추가 절차를 거치지 않고 해당 약을 사용하는 것을 허용하거나 허용하지 않을 수 있습니다.

예외 요청에 대해 자세히 보려면 *가입자 안내서* **9장**을 참조하십시오.

1. 복제약 또는 상호 교환이 가능한 바이오시밀러 버전을 사용할 수 있는 경우 브랜드 의약품 또는 오리지널 생물학적 제제의 사용 제한

일반적으로 복제약 또는 대체 가능한 바이오시밀러는 브랜드 의약품 또는 오리지널 생물학적 제제와 동일하게 작용하며 일반적으로 비용이 적게 듭니다. 브랜드 의약품 또는 오리지널 생물학적 제제의 복제약 또는 대체 가능한 바이오시밀러 버전을 이용할 수 있는 경우, 당사의 네트워크 약국은 복제약 또는 대체 가능한 바이오시밀러 버전을 제공합니다.

- 당사는 일반적으로 사용 가능한 복제약이 있을 때 브랜드 약이나 오리지널 생물학적 제제에 대해 비용을 지불하지 않습니다.
- 하지만 서비스 제공자가 동일한 질환을 치료하는 복제약, 대체 가능한 바이오시밀러 또는 기타 보장 약이 가입자에게 효과가 없다고 말하는 경우, 당사는 브랜드 약을 보장합니다.
- 브랜드 약이나 오리지널 생물학적 제제가 복제약이나 대체 가능한 바이오시밀러보다 자기부담금이 더 클 수 있습니다.

2. 플랜의 사전 승인

일부 약의 경우, 가입자 또는 담당 처방자는 가입자가 처방약을 조제하기 전에 당사 플랜으로부터 승인을 얻어야 합니다. 이것을 **사전 허가**라고 합니다. 이것은 약의 안전을 보장하고 특정 약의 적절한 사용을 안내하는 데 도움이 되도록 마련됩니다. 승인을 얻지 못하면 저희는 약 비용을 보장하지 않을 수 있습니다.

3. 분량 제한

일부 약에 대해 가입자가 사용할 수 있는 양의 수량을 제한합니다. 이것을 분량 제한이라고 합니다. 예를 들어, 처방약을 조제할 때마다 저희는 조제할 수 있는 약의 양을 제한할 수 있습니다.

위의 규칙 중에서 가입자가 쓰고 있거나 쓰려는 약에 적용되는 것이 있는지 알아보려면 *의약품 목록*을 확인해 주십시오. 최신 정보는 가입자 서비스부에 전화하거나 당사 웹사이트 www.scanhealthplan.com을 확인하십시오. 위의 이유 중 하나에 근거하여 보장 결정에 동의하지 않는 경우 이의 제기를 요청할 수 있습니다. *가입자 안내서*의 **9장**을 참조하십시오.

D. 약이 보장되지 않는 이유

약 보장이 가입자에게 혜택을 줄 수 있도록 노력하지만 가입자가 원하는 대로 보장되지 않는 약이 있을 수 있습니다. 예를 들어,

- 당사 플랜이 가입자가 복용하고자 하는 약을 보장하지 않습니다. 이 약이 *의약품 목록*에 없을 수 있습니다. 저희는 약의 복제약 버전을 보장할 수 있지만, 가입자가 복용하려는 브랜드 약 버전은 보장하지 않습니다. 새로운 약이어서 안전성과 효능을 아직 검증하지 못했을 수 있습니다.
- 당사 플랜은 약을 보장하지만 보장에 대한 특별한 규칙이나 제한이 있습니다. 위의 섹션(C. 일부 의약품에 대한 제한)에서 설명했듯이 일부 의약품은 플랜 커버에는 사용을 제한하는 규칙이 있습니다. 경우에 따라 가입자 또는 처방자는 당사 플랜에 규칙의 예외를 요청할 수 있습니다.

가입자가 원하는 방식으로 저희가 약을 보장하지 않는 경우 가입자가 취할 수 있는 조치가 있습니다.

D1. 임시분 제공

경우에 따라, 약이 *의약품 목록*에 없거나 제한되어 있을 경우 저희는 특정 약의 임시 분량을 가입자에게 제공할 수 있습니다. 그 결과 다른 약을 사용하는 것에 대해 서비스 제공자와 상담하거나, 플랜에 해당 약을 승인하도록 요청할 시간을 확보할 수 있습니다.

약의 임시분을 받으려면 다음 2가지 규칙에 부합해야 합니다.

1. 가입자가 이용 중인 약이 다음과 같은 경우
   - 플랜의 *의약품 목록*에서 더 이상 없거나, **또는**
   - *의약품 목록*에 없는 경우(신규 가입자에게만 해당), **또는**
   - 현재 어떠한 방식으로 제한되어 있는 경우

2. 가입자가 다음 상황 중 하나에 해당되어야 합니다.

- 작년에 플랜 가입자였던 경우
  - 해당 연도에 **역년 기준으로 처음 90일 동안**은 임시분에 대해 당사가 보장을 합니다.
  - 이 임시분은 최대 30일치(장기 진료 시설에 있지 않은 가입자의 경우) 또는 31일치(장기 진료 시설에 있는 가입자의 경우)에 대한 것입니다.
  - 처방전이 며칠에 대해 작성된 경우, 최대 30일치(장기 진료 시설에 있지 않은 가입자의 경우) 또는 31일치(장기 진료 시설에 있는 가입자의 경우)까지 여러 차례 리필할 수 있습니다. 네트워크 약국에서 처방약을 조제해야 합니다.
  - 장기 요양 시설 약국은 낭비를 예방하기 위해 한 번에 제공하는 처방약이 적을 수 있습니다.
- 현재 당사의 플랜 가입자인 경우
  - 플랜 가입 후 **처음 90일 동안은 임시분에 대해 당사가 비용을 보장합니다.**
  - 이 임시분은 최대 30일치(장기 진료 시설에 있지 않은 가입자의 경우) 또는 31일치(장기 진료 시설에 있는 가입자의 경우)에 대한 것입니다.
  - 처방전이 며칠에 대해 작성된 경우, 최대 30일치까지 여러 차례 리필할 수 있습니다.
  - 장기 요양 시설 약국은 낭비를 예방하기 위해 한 번에 제공하는 처방약이 적을 수 있습니다.
- 당사 플랜에 90일 이상 가입되어 있으며 장기 진료 시설에 거주하고 즉시 복용할 약이 필요한 경우.
  - 당사는 가입자의 처방전이 더 적은 기간에 대해 작성된 경우, 31일치 이하를 1회 보장합니다. 이는 위의 임시분에 추가된 것입니다.
- **장기 치료(LTC) 시설이나 병원에서 가정으로 전환하는 가입자의 경우:**
  - 가입자의 임시분으로 최대 30일치를 보장하거나 처방전이 그보다 적은 일수로 발행된 경우 해당 일수만큼 보장합니다.
- **가정이나 병원 입원에서 장기 치료(LTC) 시설로 전환하는 가입자의 경우.**
  - 가입자의 임시분으로 최대 31일치를 보장하거나 처방전이 그보다 적은 일수로 발행된 경우 해당 일수만큼 보장합니다.

D2. 임시 분량 요청

약의 임시분을 요청하시려면 가입자 서비스부로 문의해 주십시오.

약의 임시분을 구입할 때, 최대한 빠른 시일 내에 약이 소진되면 어떻게 할지에 관해 담당 의사와 상담하십시오. 다음 중에서 선택하실 수 있습니다.

- 다른 약으로 변경합니다.

  당사 플랜은 가입자에게 효과가 있는 다른 약을 보장할 수 있습니다. 가입자 서비스부에 전화하여 동일한 질환을 치료하는 보장 의약품 목록을 요청하십시오. 이 목록은 서비스 제공자가 자신에게 효과적인 보장 약을 찾는 데 도움이 될 수 있습니다.

  또는

- 예외를 요청합니다.

  가입자와 서비스 제공자는 플랜에 예외를 요청할 수 있습니다. 예를 들어, 가입자는 *의약품 목록*에 없는 약의 보장을 요청하거나 제한 없는 약 보장을 요청할 수 있습니다. 서비스 제공자가 예외를 인정할 충분한 의학적 사유가 귀하에게 있다고 말할 경우, 승인 요청을 도와줄 수 있습니다. 저희는 가입자의 요청(또는 처방자의 근거 진술서)을 받은 후 72시간 이내에 예외 요청에 답변해 드립니다.

E. 약에 대한 보장 변경

대부분의 약 보장 변경은 1월 1일에 발생하지만 연중
*의약품 목록*의 약을 추가 또는 삭제할 수 있습니다. 또한 의약품에 관한 규칙을 변경할 수도 있습니다. 예를 들어,

- *의약품 목록*에 약을 추가하거나 목록에서 약을 뺄 수도 있습니다.
- 브랜드 약을 복제약과 대체합니다.
- 어떤 의약품에 대한 사전 승인(PA)을 요구하거나 요구하지 않기로 결정할 수 있습니다(약을 수령하기 전 당사의 허가).
- 받을 수 있는 의약품의 양을 추가 또는 변경합니다(분량 제한).
- 원래의 생물학적 제제를 생물학적 제제의 교체 가능한 바이오시밀러 버전으로 대체하십시오.

이러한 약 규칙에 대한 자세한 정보는 **섹션 C**를 참조해 주십시오.

가입자가 **연초에** 보장이 되는 약을 복용하고 있는 경우, 일반적으로 당사는 다음의 경우에 해당하지 않는다면 **해당 연도의 나머지 기간 동안** 그 약의 보장을 삭제하거나 변경하지 않습니다.

- 현재 의약품 목록에 있는 의약품과 약효가 동일하지만 더 저렴한 의약품이 시판되는 경우, 또는지금 *의약품 목록* **또는**
- 약이 안전하지 않음을 당사에서 알게 된 경우, **또는**
- 의약품 시판이 중지될 경우

복용 중인 약에 대해 보장이 변경되면 어떻게 됩니까?

*의약품 목록*이 변경되었을 경우에 대한 자세한 정보는 다음에서 확인할 수 있습니다.

- www.scanhealthplan.com에서 현재 *의약품 목록*을 온라인으로 확인 **또는**
- 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화하여 현재 *의약품 목록*을 확인하십시오.

현재 플랜 연도에 영향을 주는 의약품 목록의 변경

*의약품 목록*의 일부 변경 사항은 즉시 적용됩니다. 예를 들어,

- 새로운 복제약을 이용할 수 있게 된 경우. 때때로, 현재 *의약품 목록*에 있는 브랜드 의약품 또는 오리지널 생물학적 제제뿐만 아니라 효과가 있는 새로운 복제약 또는 바이오시밀러가 시장에 출시됩니다. 이 경우, 당사는 브랜드 약을 삭제하고 새로운 복제약을 추가할 수 있으며, 제한 사항은 동일하거나 적지만 신약에 대한 가입자의 비용은 동일하게 유지되거나 더 낮아집니다.

  당사가 새로운 복제약을 추가하는 경우, 브랜드 약을 목록에 계속 유지하기로 결정할 수도 있지만 보장 규칙이나 제한은 변경할 수 있습니다.

  - 이러한 변경을 하기 전에 귀하에게 알리지 않을 수 있지만 변경 사항이 발생하면 특정 변경에 대한 정보를 보내드립니다.
  - 가입자 또는 담당 서비스 제공자가 이러한 변경에 대해 '예외'를 요청할 수 있습니다. 예외를 요청하기 위해 귀하가 취할 수 있는 단계가 포함된 통지서를 보내드립니다. 예외에 대한 자세한 정보는 이 안내서의 **9장**을 참조하십시오.

어떤 의약품이 시장에서 없어지는 경우. FDA가 귀하가 복용하는 약이 안전하지 않거나 효과적이지 않다고 말하거나 해당 약의 제조업체가 해당 약을 시장에서 철수하는 경우, 당사는 즉시 해당 약을 *의약품 목록*에서 삭제할 수 있습니다. 귀하께서 약을 사용 중인 경우, 저희는 변경을 한 후 통지를 보내드립니다. 귀하께서는 저희가 보장하는 다른 약으로 바꾸거나 복용 중인 약에 대한 새로운 제한 사항을 충족하기 위해 처방자와 협력해야 합니다.

저희는 쓰시는 약에 영향을 줄 수 있는 기타 변경을 할 수 있습니다. *의약품 목록*에 이러한 기타 변경 사항이 생기면 가입자에게 미리 알려드립니다. 이러한 변경은 다음과 같은 경우에 발생할 수 있습니다.

- FDA가 새로운 지침을 제공하거나 약에 대한 새로운 임상 지침이 있습니다.

이러한 변경 사항이 있을 경우 당사는,

- *의약품 목록*을 변경하기 30일 이상 이전에 미리 가입자에게 안내, **또는**
- 가입자가 리필을 요청한 후 30일치의 약을 제공

그 동안 가입자는 담당 의사나 다른 처방자와 상의할 시간을 확보할 수 있습니다. 그러한 의료 제공자는 귀하께서 다음 사항을 결정하는 데 도움을 줄 수 있습니다.

- *의약품 목록*에 가입자가 대신 사용할 수 있는 유사한 약이 있는지의 여부 **또는**
- 복용 중인 약 또는 약의 버전에 대한 보장을 계속하기 위해 이러한 변경 사항의 예외를 요청해야 하는 경우. 예외 요청에 대해 자세히 보려면 *가입자 안내서* **9장**을 참조하십시오.

현재 플랜 연도 동안 가입자의 영향을 받지 않는 *의약품 목록*의 변경

당사는 위에 기술되지 않았으며 현재 가입자에게 영향을 주지 않으며 가입자가 복용하는 의약품을 변경할 수 있습니다. 그러한 변경이 있을 경우, **연초에** 당사가 보장한 약을 가입자가 복용하고 있다면 일반적으로 **연말까지** 해당 약의 보장을 삭제하거나 변경하지 않습니다.

예를 들어, 당사가 복용 중인 약을 제거하거나 사용을 제한하는 경우(시장 철수, 브랜드 약을 대체하는 복제약, 위 섹션에서 언급한 기타 변경 사항은 제외), 해당 변경 사항은 해당 연도의 나머지 기간 동안 귀하의 약 사용이나 약에 대한 가입자 비용에 영향을 미치지 않습니다. 저희는 현재 플랜 연도에 이러한 유형의 변경 사항에 대해 직접 알리지 않을 것입니다. 다음 플랜 연도에 *의약품 목록*을 확인하여(공개 가입 기간에 해당 목록이 제공될 경우) 다음 플랜 연도에 영향을 줄 약에 변경이 있는지 확인해야 합니다.

가입자가 복용하는 약에 대해 이러한 변경이 있을 경우(위 섹션에서 언급한 변경사항은 제외), 내년 1월 1일까지 가입자의 사용에 영향을 주지 않습니다.

이러한 유형의 변경 사항에 대해서는 당해 연도에 직접 알리지 않을 것입니다. 다음 플랜 연도에 *의약품 목록을* 확인하여(공개 가입 기간에 해당 목록이 제공될 경우) 다음 플랜 연도에 영향을 줄 변경 사항이 있는지 확인해야 합니다.

F. 특별한 경우의 약 보장

F1. 당사 플랜이 보장하는 전문 간호 시설이나 병원 체류

당사 플랜이 보장하는 입원을 병원이나 전문 간호 시설에서 한 경우, 일반적으로 입원 기간 동안의 처방약 비용을 보장합니다. 가입자는 자기부담금은 납부하지 않습니다. 병원이나 전문 간호 시설에서 퇴원하면 가입자의 의약품이 보장 규칙에 부합하는 한 약 비용을 플랜이 부담합니다.

약 보장 및 가입자 부담에 대해 자세히 알아보려면 *가입자 안내서*의 **6장**을 참조하십시오.

F2. 장기 진료 시설

보통, 장기 진료 시설(간호 시설 등)에는 자체 약국이 있거나 그 거주민 전체를 위한 약을 제공하는 약국이 있습니다. 장기 진료 시설에 거주하고 있다면, 네트워크에 가입되어 있는 시설 약국을 통해서 처방약을 구입할 수 있습니다.

장기 진료 시설의 약국이 네트워크에 소속되었는지 확인하려면 *서비스 제공자 및 약국 명부*를 확인해 주십시오. 그렇지 않거나 기타 정보가 필요한 경우, 가입자 서비스부로 연락해 주십시오. LTC 시설에 거주하시는 분은 저희 LTC 약국 네트워크를 통해 정기적으로 파트 D 혜택을 받을 수 있도록 해야 합니다.

F3. Medicare 인증 호스피스 프로그램

의약품은 호스피스와 당사의 플랜 모두가 동시에 보장하지는 않습니다.

- 가입자가 Medicare 호스피스에 등록되어 있고 호스피스에서 보장하지 않는 특정 약(예: 통증, 구역질 예방제, 변비약 또는 항안정제)이 필요할 수 있는데, 이는 말기 예후 및 상태와 관련이 없기 때문에 호스피스에서 보장하지 않습니다. 그러한 경우, 당사 플랜은 처방자 또는 호스피스 서비스 제공자로부터 해당 약이 보장되기 전에 해당 약이 관련이 없다는 통지를 받아야 합니다.
- 당사 플랜에서 보장되어야 하는 관련 없는 약 수령 지연을 예방하기 위해서 귀하는 호스피스 서비스 제공자 또는 처방자에게 그 약이 관련이 없다는 통지를 당사에 보낼 것을 요청하고, 그 후에 약국에 처방약 조제를 요청할 수 있습니다.

호스피스를 나오시는 경우, 플랜은 가입자의 모든 약을 보장합니다. Medicare 호스피스 혜택이 종료될 때 약국에서의 지연을 방지하려면, 호스피스를 나왔다는 것을 입증하는 서류를 약국에 가지고 가야 합니다.

당사 플랜이 보장하는 약에 대해 설명하는 이 장의 앞부분을 참조하십시오. 호스피스 혜택에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내서*의 **4장**을 참조하십시오.

G. 약 안전 및 관리형 약에 대한 프로그램

G1. 가입자의 안전한 약 사용을 도와주는 프로그램

가입자가 처방약을 조제할 때마다 저희는 의약품 오류나 다음의 잠재적 문제에 주목하고 있습니다.

- 동일한 작용을 하는 다른 유사한 약을 복용하고 있으므로 불필요할 수 있는 약
- 가입자의 연령이나 성별에 안전하지 않을 수 있는 약
- 동시에 쓸 때 유해할 수 있는 약
- 가입자가 알레르기가 있거나 있을 수 있는 성분을 포함
- 복용 중인 약의 용량(복용량)의 착오
- 위험한 분량의 오피오이드 진통제를 포함

저희가 가입자의 처방약 사용에 잠재적 문제를 발견할 경우, 서비스 제공자와 협력하여 문제를 시정하도록 할 것입니다.

G2. 가입자가 본인의 약을 관리하도록 도와주는 프로그램

당사 플랜에는 복잡한 건강 요구가 있는 가입자를 돕기 위한 프로그램이 있습니다. 그러한 경우, 약물 요법 관리(MTM) 프로그램을 통해 무료로 서비스를 받을 수 있습니다. 이 프로그램은 자발적이고 무료입니다. 이 프로그램은 가입자의 약이 건강을 개선하는 데 효과가 있는지 가입자와 서비스 제공자가 확인하도록 해줍니다. 프로그램 수혜 자격이 되면 약사 또는 기타 의료 전문가가 귀하의 모든 약에 대한 종합적인 검토를 제공하고 다음에 관해 상담할 것입니다.

- 가입자가 쓰는 약을 최대한 활용하는 방법
- 약 비용 및 약 반응과 같은 문제점
- 약을 가장 잘 쓰는 방법
- 처방전과 처방전 없이 구입 가능한 약에 대한 질문이나 문제점

그런 다음 가입자에게는 다음이 제공됩니다.

- 이 상담을 서면으로 요약하여 드립니다. 이 요약서에는 약을 최대한 활용하기 위해 가입자가 할 수 있는 일을 권장하는 투약 계획이 포함되어 있습니다.
- 복용하는 모든 약, 복용 시기 및 이유가 포함된 개인 약 목록
- 통제 물질인 처방약의 안전한 폐기에 대한 정보가 제공됩니다.

행동 계획과 약물 목록에 대해 처방자와 상담하는 것이 좋습니다.

- 병원을 방문하거나 의사, 약사 및 기타 건강 관리 서비스 제공자와 상담할 때 항상 계획서와 약 목록을 지참하십시오.
- 병원이나 응급실에 갈 때 자신의 약 목록을 지참하십시오.

MTM 프로그램은 자발적으로 이용하는 것이며 자격을 갖춘 가입자에게 무료입니다. 가입자의 요구 사항에 맞는 프로그램이 있을 경우, 해당 프로그램에 가입자를 등록하고 정보를 보내줄 것입니다. 프로그램 가입을 원하지 않을 경우, 저희에게 알려주시면 프로그램에서 탈퇴시켜 드립니다.

이러한 프로그램에 대해 궁금하신 점이 있을 경우, 가입자 서비스부로 문의해 주십시오.

G3. 오피오이드 약물의 안전한 사용을 위한 약물 관리 프로그램

당사 플랜에는 가입자가 처방된 오피오이드 약품 또는 기타 자주 남용되는 의약품을 안전하게 사용하도록 도와주는 프로그램이 있습니다. 이 프로그램을 의약품 관리 프로그램(DMP)이라고 합니다.

처방자나 약국이 제공하는 오피오이드 약품을 사용할 경우 또는 최근에 오피오이드 과용을 한 경우, 당사가 담당 처방자에게 연락하여 현재 오피오이드 약품 사용이 적합하며 의학적으로 필요한지 확인할 수 있습니다. 당사가 가입자에게 처방된 오피오이드 또는 벤조디아제핀 약의 사용이 위험하다고 판단할 경우, 처방자와 협력하여 가입자가 그러한 의약품을 수령하는 것을 제한할 수 있습니다. 제한 사항에는 다음이 포함될 수 있습니다.

- 한 곳의 약국 및/또는 처방자로부터 의약품의 처방전을 받아야 함
- 플랜이 가입자에게 제공하는 의약품의 수량을 제한

가입자에게 하나 이상의 제한 사항을 적용해야 한다고 판단하면, 당사는 미리 안내문을 발송할 것입니다. 이 서신에는 저희가 귀하를 위해 이러한 약의 보장을 제한할 것인지, 아니면 특정 서비스 제공자 또는 약국에서만 이러한 약에 대한 처방전을 받아야 하는지 여부가 설명되어 있습니다.

가입자는 본인이 선호하는 처방자나 약국을 당사에 알리고 당사가 알아두어야 할 중요한 정보에 대해 알릴 기회를 가집니다. 가입자가 답변할 기회를 가진 후 이러한 약에 대한 가입자의 보장을 제한하기로 결정할 경우, 확정된 제한 사항에 대해 알리는 안내문을 발송합니다.

당사가 실수했다고 생각하며 가입자에게 처방약 남용의 위험이 있다는 점이나 제한 사항에 대해 동의하지 않을 경우, 가입자와 처방의는 이의 제기를 할 수 있습니다. 가입자가 이의 제기를 하는 경우, 당사가 가입자의 사례를 검토해 결정을 내립니다. 이러한 의약품 사용의 제한과 관련된 가입자의 이의 제기의 일부를 당사가 거절할 경우, 가입자의 사례를 자동으로 독립 심사 기관(IRO)으로 보냅니다. (이의 제기 및 IRO에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내서*의 **9장**을 참조하십시오.)

DMP는 다음의 경우 가입자에게 적용되지 않을 수 있습니다.

- 암이나 겸상적혈구 빈혈증 과 같은 특정 의학적 증상이 있음 또는
- 호스피스, 완화 또는 시한부 환자 간호를 받고 있음**, 또는**
- 장기 진료 시설에 거주하고 있음

6장: Medicare 및 Medi-Cal(Medicaid) 처방약에 대한 가입자 부담

소개

이 장에서는 외래환자 처방약에 대해 가입자가 부담할 비용을 설명합니다. '의약품'의 의미는,

- Medicare 파트 D 처방약, **및**
- Medi-Cal에서 보장되는 의약품 및 품목

귀하는 Medi-Cal에 가입할 수 있으므로 Medicare 파트 D 처방약 비용을 지원받기 위해 Medicare로부터 '추가 지원(Extra Help)'을 받게 됩니다. 저희 플랜은 '처방약 비용에 대해 추가 지원(Extra Help)을 받는 가입자를 위한 보장 증명서 부칙'(일명, '저소득층 보조금 부칙' 또는 'LIS 부칙')으로서, 약 보장에 대해 설명하는 별도의 안내서를 가입자에게 발송했습니다. 이 안내서가 없을 경우, 가입자 서비스부에 전화하여 'LIS 부칙'을 요청하십시오.

> **추가 지원(Extra Help)**은 Medicare 프로그램으로서 소득 및 재산이 제한적인 가입자가 보험료, 공제액, 자기부담금과 같은 Medicare 파트 D 처방약 비용을 절감하도록 해줍니다. 추가 지원(Extra Help)은 "저소득 보조금" 또는 "LIS"라고도 합니다.

주요 용어 및 정의는 가입자 안내서의 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다. *가입자 안내서.*

처방약에 대해 더욱 자세히 알고 싶으시면, 다음과 같은 출처에서 살펴볼 수 있습니다.

- *보장 약 목록(처방집)*
  - 당사는 이것을 '*의약품 목록*'이라고 부릅니다. 다음의 내용이 설명되어 있습니다.
    - 플랜이 비용을 부담하는 약
    - 각 약이 5개 단계 중 어느 단계에 해당하나요?
    - 의약품에 어떠한 한도가 있는지의 여부

- *의약품 목록* 사본이 필요하신 경우, 가입자 서비스부로 연락해 주십시오. 또한 저희 웹사이트 www.scanhealthplan.com에서 *의약품 목록*의 최신 사본을 찾으실 수 있습니다.
- 의약품 목록에 등재되지 않은 일부 처방약과 비처방 의약품은 의사의 처방전이 있는 경우 네트워크 약국에서 Medi-Cal(Medicaid) 혜택으로 보장됩니다. 보장되는 약에 관한 추가 정보는 본 페이지 하단의 전화번호로 가입자 서비스부에 문의하시거나 저희 웹사이트(www.scanhealthplan.com)를 방문해 주십시오.

- *가입자 안내서*의 **5장**
  - 여기에서는 플랜을 통해 외래환자 처방약을 받는 방법에 대해 설명합니다.
  - 여기에는 귀하가 준수해야 할 규칙이 포함되어 있습니다. 또한 당사 플랜이 보장하지 않는 처방약 유형도 알려줍니다.
  - 플랜의 '실시간 혜택 도구'를 사용하여 약 보장을 조회할 때(5장, 섹션 B2 참조), 표시된 비용은 '실시간'으로 제공되는데, 이는 도구에 표시된 비용이 귀하가 지불할 것으로 예상되는 본인 부담 비용의 추정치를 제공하기 위해 특정 시점을 반영한다는 의미입니다. 자세한 내용은 가입자 서비스부에 문의하실 수 있습니다.
- *서비스 제공자 및 약국 명부*
  - 대부분의 경우 귀하는 보장되는 의약품을 구입하기 위해 네트워크 약국을 이용하셔야 합니다. 네트워크 약국은 당사와의 업무 협조에 동의하는 약국입니다.
  - *서비스 제공자 및 약국 명부*에는 네트워크 약국이 수록되어 있습니다. 네트워크 약국에 대한 자세한 정보는 가입자 안내서의 **5장**을 참조하십시오.

목차

A. *혜택 설명*(EOB) 169

B. 가입자의 의약품 비용을 추적하는 방법 170

C. Medicare 파트D 약 또는 약의 장기간 분량에 대한 약 지불 단계 172

C1. 당사의 비용 분담 군 172

C2. 약국의 선택 172

C3. 약 장기분 받기 173

C4. 가입자 부담금 173

D. 단계 1: 초기 보장 단계 175

D1. 약국의 선택 175

D2. 약 장기분 받기 175

D3. 가입자 부담금 176

D4. 초기 보장 단계의 종료 176

E. 단계 2: 재해성 보장 단계 177

F. 의사가 1개월분 미만을 처방할 경우의 약값 177

G. HIV/AIDS 환자를 위한 처방 비용 분담 지원. 178

G1. AIDS 약 지원 프로그램(ADAP) 178

G2. ADAP에 가입하지 않은 경우 178

G3. ADAP에 가입한 경우 178

H. 예방 접종 178

H1. 백신 접종을 하기 전에 알아 두어야 할 사항 179

H2. Medicare 파트 D가 보장하는 백신 접종에 대해 가입자가 부담하는 금액 179

A. *혜택 설명*(EOB)

당사 플랜은 가입자의 처방약을 추적합니다. 플랜은 다음 2가지 종류의 비용을 추적합니다.

- 가입자의 **본인 부담 비용**. 이 금액은 가입자나 가입자를 대신한 다른 사람이 처방약비용에 대해 지불하는 금액입니다. 여기에는 보장되는 파트 D 약을 받을 때 지불한 금액,가족이나 친구가 약에 대해 지불한 금액, Medicare, 고용주 또는 조합 건강 플랜, 인디언 건강 서비스, 에이즈 약 지원 프로그램, 자선단체 및 대부분의 주정부약 지원 프로그램(SPAP)의 '추가 지원'을 통해 약에 대해 지급한 금액이 포함됩니다.
- 가입자의 **총 의약품 비용**. 이 금액은 보장되는 파트 D 약에 대해 지급된 모든 금액의합계입니다. 여기에는 플랜에서 지급한 금액과 다른 프로그램이나 조직이 보장되는 파트D 약에 대해 지불한 금액이 포함됩니다.

당사 플랜을 통해 처방약을 구입할 경우, *혜택 설명서*라고 하는 보고서를 보내드립니다. 이것을 줄여서 EOB라고도 합니다. EOB는 청구서가 아닙니다. EOB에는 가입자가 복용하는 약에 대한 자세한 정보가 포함되어 있습니다. EOB에 포함되는 정보는 다음과 같습니다.

- **해당 월에 대한 정보**. 요약은 지난 달에 어떤 처방약을 받았는지 알려줍니다. 총 약 비용, 플랜에서 지급한 액수 및 귀하 또는 다른 사람이 귀하를 대신하여 지불한 액수를 보여줍니다.
- **올해 초부터 오늘까지 정보.** 이 금액은 총 의약품 비용이며 1월 1일부터 지불한 전체 금액입니다.
- **약 가격에 대한 정보**. 이것은 첫 조제 이후 약의 총 가격과 첫 조제 이후 약 가격의 비율 변화입니다.
- **더 낮은 비용 대안**. 이용 가능한 경우에는 요약 보고서에서 현재의 약 아래에 나와 있습니다 더 자세한 내용에 관해서는 처방자와 상의하실 수 있습니다.

저희 플랜은 Medicare가 보장하지 않는 의약품을 보장합니다.

- 이러한 약에 대해 지급한 비용은 총 본인 부담 비용에 포함되지 않습니다.
- 일부 처방약과 비처방 의약품은 의사의 처방전이 있으면 네트워크 약국에서 Medi-Cal(Medicaid) 혜택으로 보장됩니다. 보장되는 약에 대한 추가 정보는 가입자 서비스부에 문의하시거나 저희 웹사이트(www.scanhealthplan.com)를 방문해 주십시오.
- 당사 플랜이 보장하는 약을 찾으시려면 *의약품 목록을* 참조하십시오.

B. 가입자의 의약품 비용을 추적하는 방법

가입자의 의약품 비용과 지급한 금액을 추적하기 위해 저희는 가입자와 약국에서 수집한 기록을 사용합니다. 아래는 저희에게 도움을 주실 수 있는 방법입니다.

1. 귀하의 가입자 ID 카드를 이용해 주십시오.

처방약을 조제할 때마다 가입자 ID 카드를 제시하십시오. 가입자가 조제하는 처방약과 지급한 금액을 파악하는 데 도움이 됩니다.

2. 필요한 정보가 모두 제출된 상태인지 확인해 주십시오.

경우에 따라 귀하의 본인 부담 비용을 추적하는 데 필요한 정보가 자동으로 제공되지 않습니다. 귀하가 지불한 보장 약의 영수증 사본을 저희에게 주십시오. 귀하는 당사의 약 비용 분담액에 대해 환급을 요청할 수 있습니다.

영수증 사본을 제출해야 하는 경우의 예는 다음과 같습니다.

- 네트워크 약국에서 보장 약을 특별 가격으로 구입했거나, 플랜 혜택의 일부가 아닌 할인 카드를 사용하여 구입한 경우
- 제약사의 환자 지원 프로그램 하에서 구입한 의약품에 대한 자기부담금을 귀하가 지불할 때
- 네트워크 외부 약국에서 보장되는 의약품을 구입할 때
- 보장되는 의약품에 대해 전액을 지불할 때

약 비용에서 플랜 분담액의 환급 요청에 대한 자세한 정보는 *가입자 안내서* 의 **7장**을 참조하십시오.

3. 가입자를 대신하여 타인 지불한 금액에 대한 정보를 보내 주십시오.

특정한 다른 사람과 조직이 지불한 비용도 귀하의 본인 부담 비용에 포함됩니다. 예를 들어, AIDS 약 지원 프로그램(ADAP), 인디언 건강 서비스 및 대부분의 자선행위에서 지불한 비용은 귀하의 본인 부담 비용에 합산됩니다. 이를 통해 재해성 보장 자격을 얻을 수 있습니다. 재해성 보장 단계에 도달하면 당사 플랜은 해당 연도의 나머지 기간 동안 Medicare 파트 D 약의 모든 비용을 지불합니다.

4. 당사가 귀하에게 보낸 혜택 설명서를 확인하십시오.

EOB를 우편으로 받으시면 반드시 완전하고 정확한지 확인하십시오.

- **각 약국이 아는 약국입니까?** 날짜를 확인하세요. 그날 약을 받았습니까?
- **표시된 의약품을 받았습니까?** 영수증에 기재된 내용과 일치합니까? 약이 의사가 처방한 것과 일치합니까?

자세한 내용은 SCAN Connections 가입자 서비스부에 문의하거나 SCAN Connections *가입자 안내서*를 참조하십시오. *가입자 안내서*는 www.scanhealthplan.com/scan-resources/plan-materials에서 확인하실 수 있습니다.

이 혜택 요약에서 오류를 발견하면 어떻게 해야 합니까?

이 EOB에서 뭔가 혼란스럽거나 옳지 않은 것이 있다면 SCAN Connections 가입자 서비스부로 전화해 주십시오.

사기 가능성이 있다면 어떻게 해야 합니까?

이 요약에 귀하가 받지 않는 약이나 기타 의심스러운 사항이 표시되면 저희에게 연락해 주십시오.

- SCAN Connections 가입자 서비스부로 연락해 주십시오.
- 또는 Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오. 이 번호로 주 7일, 하루 24시간 무료로 통화하실 수 있습니다.
- Medi-Cal을 받는 서비스 제공자가 사기, 낭비 또는 남용을 저질렀다고 의심되는 경우 기밀 무료 전화 1-800-822-6222로 전화하여 신고할 권리가 있습니다. Medi-Cal 사기를 신고하는 다른 방법은 다음에서 찾을 수 있습니다. www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi CalFraud.aspx.

뭔가 잘못되었거나 누락이 있다고 생각되거나 궁금한 사항이 있으시면 가입자 서비스부로 연락해 주십시오. 이러한 EOB를 보관해 두십시오. 약 비용에 관한 중요한 기록입니다.

C. Medicare 파트D 약 또는 약의 장기간 분량에 대한 약 지불 단계

저희 플랜에 따른 Medicare 파트 D 처방약 보장에는 두 가지 지급 단계가 있습니다. 귀하가 지불하는 금액은 처방약을 조제하거나 리필할 때 어느 단계에 있는지에 따라 다릅니다. 다음은 그러한 두 가지 단계입니다.

단계 1: 초기 보장 단계	단계 2: 재해성 보장 단계
이 단계에서 저희는 약 비용의 일부를 지불하고 귀하는 귀하의 몫을 지불합니다. 귀하의 몫을 자기부담금이라고 합니다. 해당 연도의 첫 번째 처방약을 조제할 때 이 단계부터 시작합니다.	이 단계에서 당사는 2025년 12월 31일까지 모든 약 비용을 지불합니다. 이 단계는 일정 금액의 본인 부담 비용을 지불했을 때 시작합니다.

C1. 당사의 비용 분담 군

비용 분담 군은 자기부담금이 동일한 의약품 그룹입니다. *의약품 목록에* 있는 모든 약은 5가지 비용 분담 군 중 하나에 속합니다. 일반적으로 단계 번호가 높을수록 자기부담금도 높아집니다. 약에 대한 비용 분담 군을 찾으려면 *의약품 목록을* 참조하십시오.

- 비용 분담 1단계: 선호 복제약. 이 군에는 복제약이 포함됩니다(최저 군).
- 비용 분담 2단계: 복제약. 이 군에는 복제약이 포함됩니다.
- 비용 분담 3단계: 선호 브랜드 약. 이 군에는 인슐린, 기타 브랜드 의약품 및 일부 복제약이 포함됩니다.
- 비용 분담 4단계: 비선호 의약품. 이 군에는 브랜드 약과 일부 복제약이 포함됩니다.
- 비용 분담 5단계: 특수 단계. 이 군에는 특수 약이 포함됩니다(최고 군).

C2. 약국의 선택

약 비용으로 지불할 금액은 다음의 구입 장소로 결정:

- 네트워크 약국 **또는**
- 선호 비용 분담을 실시하는 네트워크 소매 약국 **또는**
- 네트워크 외부 약국. 제한된 경우, 네트워크 외부 약국에서 조제한 처방약을 보장합니다. *가입자 안내서* 의 **5장**을 참조하여 당사가 언제 그렇게 하는지 확인하십시오. **또는**

- 우편 주문 약국을 확인하십시오.

약이 보장되지 않는다는 말을 들었을 때 이의 제기를 하는 방법에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내서* **9장**을 참조하십시오. 이러한 약국 선택에 대해 자세히 알아를보려면 *가입자 안내서*의 **5장**을 및 *서비스 제공자 및 약국 명부*를 참조하십시오.

C3. 약 장기분 받기

일부 의약품의 경우, 처방약 조제 시, 장기분을 받을 수 있습니다(일명 '연장 투약분'). 장기분은 최대 100일치까지 가능합니다. 비용은 1개월치와 같습니다.

약을 장기분으로 받는 장소와 방법에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내서* **5장** 또는 *서비스 제공자 및 약국 명부*를 참조하십시오.

C4. 가입자 부담금

처방약을 조제할 때 자기부담금을 지불할 수 있습니다. 보장 약의 비용이 자기부담금보다 낮을 경우, 가입자는 더 낮은 비용을 지불합니다.

보장되는 약에 대한 자기부담금이 얼마인지 알아보려면 가입자 서비스부로 연락하십시오.

일부 처방약과 비처방 의약품은 의사의 처방전이 있으면 네트워크 약국에서 Medi-Cal(Medicaid) 혜택으로 보장됩니다. 보장되는 약에 대한 추가 정보는 가입자 서비스부에 문의하시거나 저희 웹사이트(www.scanhealthplan.com)를 방문해 주십시오.

보장되는 처방약의 1개월치에 대한 귀하의 본인 부담액:

	표준 소매 및 우편 주문 비용 분담 (네트워크 내) (최대 30일치)	**선호소매비용 분담 (네트워크 내)** (최대 30일치)	**선호우편 주문비용 분담** (최대 30일치)	**장기치료(LTC) 비용 분담** (최대 31일치)	**네트워크외부비용 분담** (보장은 특정 사례로 제한됩니다. 자세한 내용은 *가입자 안내서* 의 **5장**을 참조하십시오.) (최대 30일치)
비용 분담 1단계 (선호 복제약)	자기부담금 $0	자기부담금 $0	자기부담금 $0	자기부담금 $0	자기부담금 $0
비용 분담 2단계 (복제약)	자기부담금 $0 또는 $1	자기부담금 $0	자기부담금 $0	자기부담금 $0 또는 $1	자기부담금 $0 또는 $1
비용 분담 3단계 (선호 브랜드 약) 인슐린	복제약(복제약처럼 취급되는 약들 포함):				
기타 약	- 자기부담금 $0 또는 $1.60 또는 $4.90				
비용 분담 4단계 (비선호 의약품)	그 외 모든 의약품:				
비용 분담 5단계 특수 단계	- 자기부담금 $0 또는 $4.80 또는 $12.15				

*'추가 지원'을 받는 경우, 보장이 되는 파트 D 처방약의 한 달분에 대한 가입자의 비용 분담은 가입자가 받는 '추가 지원'의 수준에 따라 다릅니다. 약 비용에 관한 자세한 정보는 별도의 첨부 자료('LIS 부칙')를 참조하십시오.

장기 분량을 제공할 수 있는 약국에 대한 정보는 플랜의 *서비스 제공자 및 약국 명부*를 참조하십시오.

D. 단계 1: 초기 보장 단계

초기 보장 단계 동안 당사는 보장 처방약 비용의 일부를 지급하고 가입자는 귀하의 몫을 지불합니다. 귀하의 몫을 자기부담금이라고 합니다. 자기부담금은 약이 어떤 비용 분담 군에 속하며 어디에서 받는지에 따라 다릅니다.

비용 분담 군은 자기부담금이 동일한 의약품 그룹입니다. 당사 플랜의 *의약품 목록*에 있는 모든 약은 5가지 비용 분담 군 중 하나에 속합니다. 일반적으로 단계 번호가 높을수록 자기부담금도 높아집니다. 약에 대한 비용 분담 군을 찾으려면 *의약품 목록을* 참조하십시오.

- 비용 분담 1단계: 선호 복제약. 이 군에는 복제약이 포함됩니다(최저 군).
- 비용 분담 2단계: 복제약. 이 군에는 복제약이 포함됩니다.
- 비용 분담 3단계: 선호 브랜드 약. 이 군에는 인슐린, 기타 브랜드 의약품 및 일부 복제약이 포함됩니다.
- 비용 분담 4단계: 비선호 의약품. 이 군에는 브랜드 약과 일부 복제약이 포함됩니다.
- 비용 분담 5단계: 특수 단계. 이 군에는 특수 약이 포함됩니다(최고 군).

D1. 약국의 선택

약 비용으로 지불할 금액은 다음의 구입 장소로 결정:

- 네트워크 약국 **또는**
- 선호 비용 분담을 실시하는 네트워크 소매 약국 **또는**
- 플랜의 우편 주문 약국 **또는**
- 네트워크 외부 약국.

제한된 경우, 네트워크 외부 약국에서 조제한 처방약을 보장합니다. **5장** 참조 *가입자 안내서*를 참조하여 당사가 언제 그렇게 하는지 확인하십시오.

이러한 약국 선택에 대해 자세히 알아보려면 *가입자 안내서* **5장** 및 *서비스 제공자 및 약국 명부*를 참조하십시오.

D2. 약 장기분 받기

일부 의약품의 경우, 처방약 조제 시, 장기분을 받을 수 있습니다(일명 '연장 투약분'). 장기분은 최대 100일치까지 가능합니다. 비용은 1개월치와 같습니다.

약을 장기분으로 받는 장소와 방법에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내서* **5장** 또는*서비스 제공자 및 약국 명부*를 참조하십시오.

D3. 가입자 부담금

초기 보장 단계 동안에는 처방약을 조제할 때마다 자기부담금을 지불할 수 있습니다. 보장 약의 비용이 자기부담금보다 낮을 경우, 가입자는 더 낮은 비용을 지불합니다.

보장되는 약에 대한 자기부담금이 얼마인지 알아보려면 가입자 서비스부로 연락하십시오.

보장되는 처방약의 1개월치에 대한 귀하의 본인 부담액:

<table>
<tr><th colspan="2"></th><th>표준 소매 및 우편 주문 비용 분담 (네트워크 내) (100일치)</th><th>우선적 소매비용 분담 (네트워크 내) (100일치)</th><th>우선적 우편 주문비용 분담 (100일치)</th></tr>
<tr><td colspan="2">비용 분담 1단계
(선호 복제약)</td><td>자기부담금 $0</td><td>자기부담금 $0</td><td>자기부담금 $0</td></tr>
<tr><td colspan="2">비용 분담 2단계
(복제약)</td><td>자기부담금 $0 또는 $1.60 또는 $2</td><td>자기부담금 $0</td><td>자기부담금 $0</td></tr>
<tr><td rowspan="2">비용 분담 3단계
(선호 브랜드 약)</td><td>인슐린</td><td colspan="3" rowspan="3">복제약(복제약처럼 취급되는 약들 포함):

- 자기부담금 $0 또는 $1.60 또는 $4.90

그 외 모든 의약품:

- 자기부담금 $0 또는 $4.80 또는 $12.15</td></tr>
<tr><td>기타 약</td></tr>
<tr><td colspan="2">비용 분담 4단계
(비선호 의약품)</td></tr>
<tr><td colspan="2">비용 분담 5단계
특수 단계</td><td>장기간 분량은 5단계 의약품에는 사용할 수 없습니다.</td><td>장기간 분량은 5단계 의약품에는 사용할 수 없습니다.</td><td>장기간 분량은 5단계 의약품에는 사용할 수 없습니다.</td></tr>
</table>

*'추가 지원'을 받고 있는 경우, 보장이 되는 파트 D 처방약의 장기분에 대한 가입자의 비용 분담은 가입자가 받는 '추가 지원'의 수준에 따라 다릅니다. 약 비용에 관한 자세한 정보는 별도의 첨부 자료('LIS 부칙')를 참조하십시오.

장기 분량을 제공할 수 있는 약국에 대한 정보는 플랜의 *서비스 제공자 및 약국 명부*를 참조하십시오.

D4. 초기 보장 단계의 종료

초기 보장 단계는 총 본인 부담 비용이 $2,000에 도달하면 종료됩니다. 이 시점에서 재해성 보장 단계가 시작됩니다. 당사는 그때부터 연말까지 모든 약 비용을 보장합니다.

EOB는 한 해 동안 약 비용을 얼마나 지불했는지 추적하는 데 도움이 됩니다. $2,000 한도에 도달하면 알려드립니다. 많은 경우 1년 안에 도달하지 못합니다.

E. 단계 2: 재해성 보장 단계

처방약의 본인 부담 한도인 $2,000 에 도달하면 재해성 보장 단계가 시작됩니다. 귀하는 역년 말까지 재해성 보장 단계에 속하게 됩니다. 이 단계 동안에는 파트 D 보장 약에 대해 비용을 지불하지 않습니다.

F. 의사가 1개월분 미만을 처방할 경우의 약값

일반적으로 귀하는 보장 약의 1개월분을 충당하기 위해 자기부담금을 지불합니다. 하지만 의사가 1개월치 미만의 약을 처방할 수 있습니다.

- 의사에게 1개월분 미만의 약을 처방해 주도록 요청할 때가 있을 수 있습니다(예를 들어, 심각한 부작용이 있는 것으로 알려진 약을 처음 복용할 때).
- 담당 의사가 동의하는 경우, 가입자는 특정 약에 대해 1개월분 비용을 지불하지 않습니다.

1개월분 미만의 약을 받을 경우, 가입자가 지불하는 금액은 받은 약의 일수를 기준으로 합니다. 저희는 약에 대해 매일 지불하는 금액을 계산하고(일별 비용 분담 요율) 받은 약의 일 수를 곱합니다.

- 그 예는 다음과 같습니다. 가입자의 약 1개월치(30일분)의 자기부담금이 $1.35라고 가정하겠습니다. 즉, 약에 대해 지불하는 금액이 하루에 $0.05 미만인 것입니다. 약을 7일치 수령한 경우, 가입자는 $.05*7일을 하여 총 $0.35 미만을 지불하게 됩니다.
- 일일 비용 분담으로 1개월치에 대한 전체 금액을 지불하기 전에 특정 약이 자신에게 맞는 약인지 확인할 수 있습니다.
- 또한 다음과 같은 도움이 되도록 의료진에게 1개월치 미만의 약을 처방해 달라고 요청할 수도 있습니다.
    - 의약품 리필 시기를 더 잘 계획하고,
    - 복용 중인 다른 약과의 리필을 조율, **그리고**
    - 약국 방문 횟수를 줄이십시오.

G. HIV/AIDS 환자를 위한 처방 비용 분담 지원.

G1. AIDS 약 지원 프로그램(ADAP)

ADAP는 HIV/AIDS를 가진 적격 개인이 생명을 구할 HIV 의약품을 이용할 수 있도록 도와줍니다. ADAP로도 보장되는 외래환자 Medicare 파트 D 처방약은 ADAP에 가입한 개인에 대해 캘리포니아주 공중보건부, AIDS 사무소를 통해 처방약 비용 분담 지원 자격이 있습니다.

G2. ADAP에 가입하지 않은 경우

자격 기준, 보장 의약품 또는 프로그램 가입 방법에 대한 정보는 1-844-421-7050으로 전화하거나 ADAP 웹사이트(www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx)를 확인하십시오.

G3. ADAP에 가입한 경우

ADAP는 ADAP 처방집에 있는 약에 대해 ADAP 고객에게 Medicare 파트 D 처방약 비용 분담 지원을 계속 제공할 수 있습니다. 이 지원을 계속 받으려면 지역 ADAP 가입 담당자에게 Medicare 파트 D 플랜 이름 또는 보험 번호의 변경 사항을 알려주시기 바랍니다. 가장 가까운 ADAP 가입 사이트 및/또는 가입 담당자를 찾는 데 도움이 필요하시면 1-844-421-7050번으로 전화하시거나 위에 나열된 웹사이트를 확인하십시오.

H. 예방 접종

백신 비용에 대한 중요 메시지: 일부 백신은 의료 혜택으로 간주되며 Medicare 파트 B에서 보장합니다. 기타 백신은 Medicare 파트 D 의약품으로 간주됩니다. 이러한 백신은 플랜의 *보장 약 목록 (처방집)*에 나열되어 있습니다. 당사 플랜은 대부분의 성인용 Medicare 파트 D 백신을 무료로 보장합니다. 특정 백신에 대한 보장 및 비용 분담 세부 정보는 플랜의 *보장 약 목록(처방집)* 을 참조하거나 가입자 서비스부에 문의하십시오.

Medicare 파트 D 백신 접종의 보장범위에는 두 가지 부분이 있습니다.

1. 보장의 첫 번째 부분은 **백신 자체** 비용에 대한 것입니다. 백신은 처방약입니다.
2. 보장의 두 번째 부분은 **백신 접종** 비용에 대한 것입니다. 예를 들어, 담당 의사가 귀하에게 제공한 주사로 백신 접종을 할 수 있습니다.

H1. 백신 접종을 하기 전에 알아 두어야 할 사항

예방 접종을 받을 계획이라면 가입자 서비스부에 전화하는 것이 좋습니다.

- 당사 플랜이 귀하의 예방 접종을 어떻게 보장하는지 알려드리고 귀하의 비용 분담액을 설명할 수 있습니다.
- 또한 네트워크에 있는 네트워크 약국 및 서비스 제공자를 이용하여 귀하의 비용을 낮추는 방법도 알려 드릴 수 있습니다. 네트워크 약국 및 서비스 제공자는 당사 플랜과 협력하는 것에 동의합니다. 네트워크 서비스 제공자는 당사와 협력하여 가입자에게 Medicare 파트 D 백신에 대한 선지급 비용이 없도록 해야 합니다.

H2. Medicare 파트 D가 보장하는 백신 접종에 대해 가입자가 부담하는 금액

백신 접종에 대해 귀하가 지불하는 금액은 백신 유형(접종 대상)에 따라 다릅니다.

- 일부 백신은 의약품이 아닌 건강상의 이점으로 간주됩니다. 이러한 백신은 무료로 보장합니다. 이러한 백신의 보장에 대해 알아보려면 *가입자 안내서* **4장**의 혜택 차트를 참조하십시오.
- 기타 백신은 Medicare 파트 D 의약품으로 간주됩니다. 이러한 백신은 당사 플랜의 *의약품 목록에서* 찾을 수 있습니다. Medicare 파트 D 백신에 대해 자기부담금을 지불해야 할 수 있습니다. **자문위원회 또는 예방 접종 기관(ACIP)**이라는 조직에서 성인에게 백신을 권장하는 경우 백신 비용은 들지 않습니다.

Medicare 파트 D 백신 접종을 받을 수 있는 세 가지 일반적인 방법은 다음과 같습니다.

1. 네트워크 약국에서 Medicare 파트 D 백신 접종을 받습니다.
   - 대부분의 성인용 파트 D 백신에 대해 귀하는 비용을 지불하지 않습니다.
   - 다른 파트 D 백신의 경우, 가입자는 백신에 대한 자기부담금을 지불합니다.
2. 가입자가 의사 진료소에서 Medicare 파트 D 백신을 접종하면 담당 의사가 접종합니다.
   - 백신을 접종받을 때 백신 자체의 전체 비용과 서비스 제공자가 귀하에게 백신을 접종해 주는 비용을 지불해야 할 수 있습니다.
   - 그런 다음 7장에서 설명하는 절차에 따라 당사의 비용 분담액을 지불하도록 플랜에 요청할 수 있습니다.
   - 대부분 성인용 파트 D 백신의 경우, 귀하는 지불한 모든 비용을 환급받습니다. 다른 파트 D 백신의 경우, 귀하는 백신에 대한 공동보험액이나 자기부담금(투여 포함)을 뺀 금액을 환급받게 됩니다.

3. 가입자가 Medicare 파트 D 백신 약을 약국에서 받고 담당 의사 진료소에 가져가 접종을 받습니다.
   - 대부분의 성인용 파트 D 백신의 경우, 백신 자체에 대해 귀하는 비용을 지불하지 않습니다.
   - 다른 파트 D 백신의 경우, 가입자는 백신에 대한 자기부담금을 지불합니다.
   - 저희 플랜은 귀하에게 주사를 놓는 비용을 지불합니다.

일부 병원에서는 파트 D 백신 및/또는 접종 비용을 전자식으로 처리할 수 있습니다.

7장: 보장 서비스 또는 약에 대해 받은 청구서의 플랜 부담분 지불 요청

소개

이 장에서는 저희 플랜에 청구서를 발송하는 방법과 시기에 대해 설명합니다. 또한 보장 결정에 동의하지 않을 경우 이의 제기를 하는 방법에 대해서도 설명합니다. 주요 용어 및 정의는 *가입자 안내서*의 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

목차

A. 서비스나 의약품 비용을 플랜에 청구 182

B. 지급 요청서 발송 186

C. 보장 결정 187

D. 이의 제기 187

A. 서비스나 의약품 비용을 플랜에 청구

네트워크 내 서비스나 의약품에 대해서는 가입자에게 청구할 수 없습니다. 가입자가 이미 받은 보장 서비스 및 의약품에 대해서는 네트워크 서비스 제공자가 건강 플랜에 청구해야 합니다. 네트워크 서비스 제공자는 건강 플랜과 업무 협조 관계에 있는 서비스 제공자입니다.

당사는 SCAN Connections 서비스 제공자가 귀하에게 서비스나 의약품에 대해 청구하는 것을 허용하지 않습니다. 서비스 제공자에게 플랜이 직접 비용을 지불하므로 가입자에게는 비용이 청구되지 않습니다.

의료 서비스 또는 약 전체 비용에 대한 청구서를 받은 경우 청구서를 지불하지 말고 청구서를 저희에게 보내십시오. 청구서를 보내려면 가입자 포털을 참조하거나 가입자 서비스부에 전화하여 청구서를 SCAN에 보내는 방법과 장소에 대한 정보를 문의하십시오.

- 저희가 서비스나 약을 보장하는 경우, 서비스 제공자에게 직접 비용을 지불할 것입니다.
- 저희가 서비스나 약을 보장하고 귀하가 이미 귀하의 분담액 비용 이상을 지불한 경우, 귀하는 환급을 받을 권리가 있습니다.
  - Medicare에서 보장하는 서비스에 대해 귀하가 비용을 지불한 경우, 저희는 귀하에게 환급해 드립니다.
- 귀하가 이미 받은 Medi-Cal 서비스에 대해 비용을 지불한 경우, 다음 조건을 모두 충족하면 귀하는 환급을 받을 자격이 있을 수 있습니다.
  - 귀하가 받은 서비스는 당사가 지불할 책임이 있는 Medi-Cal 보장 서비스입니다. SCAN Connections가 보장하지 않는 서비스에 대해서는 환급하지 않습니다.
  - 귀하는 SCAN Connections 적격 가입자가 된 후에 보장 서비스를 받았습니다.
  - 보장 서비스를 받은 날로부터 1년 이내에 환급을 요청합니다.
  - 귀하는 서비스 제공자의 자세한 영수증과 같이 보장 서비스에 대해 지불했다는 증거를 제공합니다.
  - 귀하는 SCAN Connections 네트워크에서 Medi-Cal에 등록된 서비스 제공자로부터 보장 서비스를 받았습니다. 응급 진료, 가족 계획 서비스 또는 Medi-Cal이 네트워크 외부 서비스 제공자가 사전 승인(사전 허가) 없이 수행하도록 허용하는 기타 서비스를 받은 경우에는 이 조건을 충족할 필요가 없습니다.
- 보장 서비스에 일반적으로 사전 승인(사전 허가)이 필요한 경우, 보장 서비스에 대한 의학적 필요성을 보여주는 서비스 제공자의 증거를 제공해야 합니다.

- SCAN Connections는 조치 통지서라는 서신을 통해 환급 여부를 알려드릴 것입니다. 위의 모든 조건을 충족하는 경우 Medi-Cal 등록 서비스 제공자는 귀하가 지불한 전체 금액을 귀하에게 환급해야 합니다. 서비스 제공자가 환급을 거부하는 경우, SCAN Connections는 귀하가 지불한 전체 금액을 귀하에게 환급할 것입니다. 청구 접수 후 영업일 기준 45일 이내에 환급해 드립니다. 서비스 제공자가 Medi-Cal에 등록되어 있지만 당사의 네트워크에 속해 있지 않고 귀하에게 환급을 거부하는 경우, SCAN Connections는 귀하에게 환급하지만 FFS Medi-Cal이 지급할 금액까지만 환급합니다. SCAN Connections는 응급 서비스, 가족 계획 서비스 또는 Medi-Cal이 사전 승인 없이 네트워크 외부 서비스 제공자가 제공하도록 허용한 기타 서비스에 대한 본인 부담액 전액을 귀하에게 환급해 드립니다. 위의 조건 중 하나를 충족하지 않으면 환급하지 않습니다.
- 다음과 같은 경우 환급하지 않습니다.
  - 귀하는 미용 서비스와 같이 Medi-Cal에서 보장하지 않는 서비스를 요청하고 받았습니다.
  - 이 서비스는 SCAN Connections에서 보장하는 서비스가 아닙니다.
  - Medi-Cal을 받지 않는 의사에게 갔고 여하튼 진료를 받고 싶다는 양식에 서명했으며 서비스 비용을 직접 지불하겠다고 밝혔습니다.
- 저희가 서비스나 약을 보장하지 않는 경우 알려드릴 것입니다.

궁금하신 사항이 있을 경우, 가입자 서비스부에 문의해 주십시오. 본인이 부담해야 할 부분을 모르거나 청구서를 받았지만 어떻게 해야 할지 모르겠는 경우 저희가 도와드릴 수 있습니다. 또한 저희에게 이미 발송한 지불 요청에 대해 자세한 정보를 제공하기 위해 전화하실 수도 있습니다.

환급을 요청해야 할 경우 또는 청구된 금액을 지불해야 하는 경우의 예는 다음과 같습니다.

1. 귀하께서 네트워크 외부 서비스 제공자를 통해 응급 또는 긴급 진료를 받은 경우

서비스 제공자에게 저희 플랜에 비용을 청구하도록 요청해야 합니다.

- 치료를 받을 당시 전체 금액을 귀하가 지불하는 경우 플랜의 분담액을 환급해 주도록 저희에게 요청하십시오. 청구서와 가입자가 지급한 증빙 자료를 저희에게 보내 주십시오.
- 서비스 제공자로부터 청구서를 받았는데 지불하지 않아도 된다고 생각되는 경우가 있을 수 있습니다. 청구서와 가입자가 지급한 증빙 자료를 저희에게 보내 주십시오.
  - 서비스 제공자에게 지급해야 하는 경우라면 저희가 서비스 제공자에게 직접 지급할 것입니다.

- Medicare 서비스 비용 중 귀하의 분담액 이상을 이미 지불한 경우, 해당 금액을 파악한 후 비용에서 저희 분담액을 귀하에게 환급해 드립니다.

2. 네트워크 서비스 제공자가 귀하에게 청구서를 보내는 경우

네트워크 서비스 제공자는 항상 저희에게 비용을 청구해야 합니다. 서비스나 처방약을 받을 때 가입자 ID 카드를 제시하는 것이 중요합니다. 그러나 때때로 네트워크 서비스 제공자가 실수로 서비스 비용을 청구하거나 귀하의 비용 분담액 이상을 지불하도록 요청합니다. **청구서를 받은 경우** 이 페이지 하단에 있는 번호로 **가입자 서비스부**에 전화하십시오.

- 플랜 가입자는 저희가 보장하는 서비스를 받을 때만 자기부담금을 지불합니다. 저희는 이 금액 이상으로 서비스 제공자가 가입자에게 청구하는 것을 허용치 않습니다. 서비스 제공자가 청구하는 서비스 비용보다 저희가 적게 지불하는 경우에도 마찬가지입니다. 플랜이 일부 비용을 지급하지 않기로 결정하는 경우에도, 가입자는 서비스 제공자에게 지급하지 않습니다.

- 귀하가 지불해야 하는 금액보다 많다고 생각되는 청구서를 네트워크 서비스 제공자로부터 받을 때마다 청구서를 저희에게 보내십시오. 저희가 서비스 제공자에게 직접 연락해 이 문제를 처리할 것입니다.

- Medicare 보장 서비스에 대해 네트워크 서비스 제공자가 보낸 청구서를 이미 지불했으나 너무 많이 지불했다고 생각하실 경우, 저희에게 해당 청구서와 지불 증빙 서류를 보내 주십시오. 보장 서비스에 대해 **또는** 가입자가 지불한 금액과 플랜에 따른 가입자 부담분 사이의 차액을 환급해 드릴 것입니다.

3. 당사 플랜에 소급하여 가입한 경우

경우에 따라 플랜 가입이 소급 적용될 수 있습니다. (소급이란 가입 첫 날이 이미 지난 것을 의미합니다. 가입일이 작년일 수도 있습니다.)

- 소급하여 가입되었고 가입일 이후에 청구서를 지불한 경우 저희에게 환급을 요청할 수 있습니다.

- 청구서와 가입자가 지급한 증빙 자료를 저희에게 보내 주십시오.

4. 처방전을 조제 받기 위해 네트워크 외부 약국을 이용하시는 경우

네트워크 외부 약국을 이용하시는 경우, 귀하는 처방약 비용 전액을 지불합니다.

- 드물게 네트워크 외부 약국에서 조제한 처방약을 보장하는 경우가 있습니다. 비용 분담액 환급을 요청할 때 영수증 사본을 저희에게 보내십시오.
- 네트워크 외부 약국에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내서*의 **5장**을 참조해 주십시오.

- 네트워크 외부 약국에서 약 비용을 지불한 금액과 네트워크 내 약국에서 저희가 지불하는 금액 사이의 차액을 환급하지 않을 수 있습니다.

5. 가입자 ID 카드를 가지고 있지 않아 전체 처방 비용을 지불하는 경우

귀하에게 가입자 ID 카드가 없는 경우, 해당 약국에 저희에게 전화로 연락하도록 요청하시거나, 귀하의 플랜 가입 정보를 조회해 보도록 요청하실 수 있습니다.

- 약국에서 정보를 즉시 얻을 수 없는 경우, 처방전 비용 전액을 직접 지불하거나 가입자 ID 카드를 지참하여 약국으로 돌아가야 할 수 있습니다.
- 비용 분담액 환급을 요청할 때 영수증 사본을 저희에게 보내십시오.
- 가입자가 지불한 현금 가격이 처방약에 대해 협상된 가격보다 높을 경우 지불한 전체 비용을 환급하지 않을 수 있습니다.

6. 보장되지 않는 약에 대한 처방 전액을 지불하는 경우

처방 비용에 대해 전액을 부담하는 경우가 있습니다.

- 해당 약의 경우 당사 웹 사이트의 *보장 의약품 목록*(처방집)에 없거나 귀하가 알지 못하거나 귀하에게 적용되지 않는다고 생각되는 요건 또는 제한 사항이 있을 수 있습니다. 약을 구입하기로 결정하시면 약 비용 전액을 지불하셔야 합니다.
  - 가입자가 약에 대해 비용을 지불하지 않지만 저희가 비용을 부담해야 한다고 생각하는 경우, 보장 결정을 요청할 수 있습니다(*가입자 안내서*의 **9장** 참조).
  - 가입자와 담당 의사 또는 기타 처방자가 가입자에게 해당 의약품이 당장(24시간 이내) 필요하다고 생각한다면, 빠른 보장 결정을 요청하실 수 있습니다(*가입자 안내서*의 **9장** 참조).
- 환급을 요청할 때 영수증 사본을 저희에게 보내십시오. 경우에 따라 당사의 비용 분담액을 귀하에게 환급하기 위해 의사로부터 추가 정보를 얻어야 할 수도 있습니다. 가입자가 지불한 가격이 처방약에 대해 협상된 가격보다 높을 경우 당사는 귀하가 지불한 전체 비용을 환급하지 않을 수 있습니다.

지급 요청서를 발송하면 저희는 요청서를 심사한 후 서비스나 의약품의 보장 여부를 결정합니다. 이를 '보장 결정'이라고 합니다. 서비스나 약을 보장하기로 결정된 경우, 그 비용의 분담액을 지불합니다.

가입자의 지급 요청을 거절할 경우, 가입자는 결정 사항에 대한 이의 제기를 할 수 있습니다. 이의 제기 방법을 알아보려면 *가입자 안내서*의 **9장**을 참조하십시오.

B. 지급 요청서 발송

청구서, 해당하는 의료 문서 및 Medicare 서비스에 대한 지불 증명서를 저희에게 보내십시오. 지급 증빙 자료는 귀하가 작성한 수표 사본 또는 서비스 제공자의 영수증일 수 있습니다. **기록을 남기기 위해 청구서와 영수증을 복사하는 것이 좋습니다. 의료 청구의 경우 12개월 이내에, 처방약 청구의 경우 36개월 이내에** 서비스, 항목 또는 약을 받은 날의 정보를 저희에게 보내야 합니다.

결정을 내리는 데 필요한 모든 정보를 보내려면 청구 양식을 작성하여 지급을 요청할 수 있습니다.

- 양식을 반드시 사용할 필요는 없지만, 정보를 더 빠르게 처리하는 데 도움이 됩니다.
- 저희 웹사이트 https://www.scanhealthplan.com/scan-resources/plan-materials/claim-forms 또는 가입자 서비스부에 전화하여 양식을 받으실 수 있습니다.

의료비 청구의 경우, 청구서나 영수증과 함께 지급 요청서를 저희에게 다음 주소로 우편을 통해 보내 주십시오.

SCAN Health Plan
PO Box 22698
Long Beach, CA 90801-9826

처방약 청구의 경우, 청구서나 영수증과 함께 지급 요청서를 저희에게 다음 주소로 우편을 통해 보내 주십시오.

Express Scripts
ATTN: Medicare Part D
P.O. Box 14718
Lexington, KY 40512-4718

의료 청구의 경우 12개월 이내에, 처방약 청구의 경우 36개월 이내에 서비스, 항목 또는 약을 받은 날의 청구 건을 저희에게 보내야 합니다.

C. 보장 결정

가입자의 지급 요청이 있을 경우, 보장을 결정합니다. 이는 당사 플랜이 가입자의 서비스, 품목 또는 의약품을 보장하는지 여부를 저희가 결정함을 의미합니다. 또한 가입자가 지불해야 하는 금액(있는 경우)도 결정합니다.

- 정보가 추가로 필요한 경우 가입자에게 알려드릴 것입니다.
- 플랜이 서비스, 품목 또는 의약품의 보장을 결정하고 가입자가 이를 수령하기 위한 모든 규칙을 준수하면 저희는 해당 비용 중 플랜의 분담액을 지불합니다. 서비스나 약 비용을 귀하가 이미 지불한 경우 귀하가 지불한 금액 **또는** 플랜의 분담액 수표를 우편으로 보내드립니다. 약 비용 전액을 지불한 경우, 지불한 금액 전액을 환급받지 못할 수 있습니다(예를 들어, 네트워크 외부 약국에서 약을 구입했거나 지불한 현금 가격이 협상 가격보다 높은 경우). 가입자가 지불하지 않은 경우 저희가 서비스 제공자에게 직접 비용을 지불합니다.

*가입자 안내서*의 **3장**에는 서비스를 보장받기 위한 규칙이 설명되어 있습니다. *가입자 안내서*의 **5장**에서는 Medicare 파트 D 처방약을 보장받기 위한 규칙에 대한 설명을 제공합니다.

- 서비스 또는 의약품에 대한 플랜 부담분을 지급하지 않기로 결정한 경우, 그 이유를 설명하는 안내문을 발송합니다. 이 서신에서는 귀하의 이의 제기 권리도 설명합니다.
- 보장 결정에 대해 자세히 알아보려면 *가입자 안내서*의 **9장**을 참조하십시오.

D. 이의 제기

지급 요청을 거절한 결정이 플랜의 오류라고 생각할 경우, 플랜에 결정 사항을 변경하도록 요청할 수 있습니다. 이것은 '이의 제기'라고 합니다. 또한 플랜의 부담분 수준에 동의하지 않을 경우에도 이의 제기를 할 수 있습니다.

공식적인 이의 제기 절차에는 자세한 절차와 마감일이 있습니다. 이에 대해 자세히 알아보려면 *가입자 안내서*의 **9장**을 참조하십시오.

- 건강 관리 서비스에 대한 환급과 관련하여 이의 제기를 하려면 **섹션 F**를 참조해 주십시오.
    - 의약품 비용 환급과 관련하여 이의 제기를 하려면 **섹션 G**를 참조해 주십시오.

8장: 귀하의 권리와 책임

소개

이 장에는 플랜 가입자의 권리와 책임에 대한 설명이 포함되어 있습니다. 저희는 가입자의 권리를 존중합니다. 주요 용어 및 정의는 *가입자 안내서*의 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

목차

A. 요구 사항을 충족하는 방식으로 서비스 및 정보를 얻을 가입자 권리 189

B. 보장 서비스 및 의약품에 대한 적시의 가입자 이용에 대한 당사의 책임....189

C. 가입자의 비공개 건강 정보(PHI)를 보호할 당사의 책임 190

C1. 가입자의 PHI를 보호하는 방법 191

C2. 가입자는 본인의 의료 기록을 열람할 권리가 있습니다....191

D. 정보 제공에 대한 당사의 책임 200

E. 네트워크 서비스 제공자의 가입자에 대한 직접 청구 금지....201

F. 플랜을 탈퇴할 가입자의 권리 202

G. 자신의 건강 관리에 대해 결정할 가입자의 권리 202

G1. 치료 선택을 알고 결정할 가입자 권리....202

G2. 가입자는 스스로 건강 관리에 관한 결정을 내릴 수 없는 경우 어떻게 하고 싶은지를 말할 권리가 있습니다. 203

G3. 귀하의 지침이 준수되지 않는 경우의 대처 204

H. 불만 사항을 제기하고 플랜이 내린 결정을 재고하도록 요청할 가입자의 권리....204

H1. 부당한 대우에 대해 해야 할 일 또는 가입자의 권리에 대한 자세한 정보를 얻기 위해 해야 할 일....205

I. 플랜 가입자로서 귀하의 책임 205

A. 요구 사항을 충족하는 방식으로 서비스 및 정보를 얻을 가입자 권리

저희는 문화적으로 유능하고 접근 가능한 방식으로 **모든** 서비스가 가입자에게 제공되도록 해야 합니다. 또한 저희는 가입자가 이해할 수 있는 방법으로 플랜의 혜택 및 가입자 권리를 설명해야 합니다. 또한 가입자가 당사 플랜에 가입한 후 매년 가입자의 권리에 대해 알려야 할 의무가 있습니다.

- 가입자가 이해할 수 있는 방식으로 정보를 얻으려면 가입자 서비스부로 전화해 주십시오. 당사 플랜은 다양한 언어로 질문에 답변할 수 있는 무료 통역 서비스를 제공합니다.
- 또한 큰 활자체, 점자, 오디오와 같은 형식과 영어 이외의 언어로 된 자료를 제공해드릴 수도 있습니다. 이러한 대체 형식 중 하나로 자료를 받으시려면 가입자 서비스부에 at 1-866-722-6725번으로 전화하시거나 저희에게 다음 주소로 서신을 보내주십시오. SCAN Health Plan, Attention: Member Services Department, P.O. Box 22616, Long Beach, CA 90801-5616. 이 문서는 다른 언어 및 형식으로 무료로 사용할 수 있습니다.
    - 영어 이외의 언어 또는 다른 형식으로 자료를 요청하시려면 가입자 서비스부에 전화해 주십시오

언어 문제나 장애로 인해 당사 플랜으로부터 정보를 얻는 데 문제가 있고 불만을 제기하려면

- Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화해 주십시오. 주 7일 하루 24시간 언제든 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오.
- Medi-Cal 민권사무국에 916-440-7370번으로 연락해 주십시오. TTY 사용자는 711번으로 전화해 주십시오.
- 미국 보건복지부 민권사무국 1-800-368-1019. TTY 사용자는 1-800-537-7697번으로 전화해 주십시오.

B. 보장 서비스 및 의약품에 대한 적시의 가입자 이용에 대한 당사의 책임

귀하는 플랜 가입자로서의 권리를 갖습니다.

- 귀하는 플랜 네트워크에서 주치의(PCP)를 선택할 권리를 가집니다. 네트워크 서비스 제공자는 저희 플랜과 업무 협조 관계에 있는 서비스 제공자입니다. PCP 역할을 할 수 있는 서비스 제공자의 유형과 PCP 선택 방법에 대한 자세한 정보는 *가입자 안내서*의 **3장**에서 확인할 수 있습니다.
    - 진료 코디네이터 또는 가입자 서비스부에 전화하거나 *서비스 제공자 및 약국 명부*에서 네트워크 서비스 제공자 및 신규 환자를 받는 의사에 대해 자세히 알아보십시오.

- 여성 가입자는 진료 의뢰를 받지 않고도 여성 의료 전문가를 방문할 권리를 가집니다. 진료 의뢰는 PCP가 서비스 제공자의 진료를 받도록 승인하는 것입니다.
- 귀하는 합리적인 시간 내에 네트워크 서비스 제공자로부터 보장 서비스를 받을 권리가 있습니다.
  - 여기에는 전문의로부터 적시의 서비스를 받을 수 있는 권리가 포함됩니다.
  - 적절한 시간 내에 서비스를 받지 못한다면 저희 플랜이 네트워크 외부 서비스 비용을 지불해야 합니다.
- 가입자는 사전 승인(PA) 없이 긴급하게 필요한 응급 서비스나 응급 진료를 받을 권리를 가집니다.
- 귀하는 오랜 지연 없이 당사의 네트워크 약국 어디에서든 처방전을 조제 받을 수 있는 권리가 있습니다.
- 가입자는 네트워크 외부 서비스 제공자를 이용할 수 있는 경우에 대해 알 권리를 가집니다. 네트워크 외부 서비스 제공자에 대해 알아보려면 *가입자 안내서*의 **3장**을 참조하십시오.
- 당사의 플랜에 최초 가입하는 가입자는 특정 기준에 부합할 경우, 최대 12개월 동안 현재의 서비스 제공자 및 서비스 허가를 유지할 권리가 있습니다. 서비스 제공자 및 서비스 허가 유지 방법에 대해 자세히 알아보려면 *가입자 안내서*의 **1장**을 참조하십시오.
- 가입자는 관리 팀 및 진료 코디네이터의 도움을 받아 자기 주도적으로 건강 관리를 지시할 권리가 있습니다.

*가입자 안내서*의 **9장**에는 합리적인 시간 내에 서비스 또는 의약품을 받지 못한다고 생각되는 경우 취할 수 있는 조치에 대한 설명이 제공됩니다. 그리고 당사가 가입자의 서비스 또는 의약품에 대한 보장을 거부하고 가입자는 당사의 결정에 동의하지 않을 경우 가입자가 취할 수 있는 조치에 대한 설명도 제공됩니다.

C. 가입자의 비공개 건강 정보(PHI)를 보호할 당사의 책임

당사는 연방법 및 주법에서 요구하는 바에 따라 귀하의 PHI를 보호합니다.

가입자의 PHI에는 가입자가 플랜에 가입할 때 제공했던 정보가 포함되어 있습니다. 또한 가입자의 의료 기록 및 기타 의료 정보와 건강 정보가 포함되어 있습니다.

귀하는 귀하의 정보 및 PHI 사용 방법을 제어할 권리가 있습니다. 저희는 이러한 권리에 대해 안내하고 가입자의 PHI를 보호하는 방법에 대해 설명한 서면 통지를 가입자에게 제공합니다. 이러한 안내서를 '개인정보 보호 관행 고지'라고 합니다.

민감한 서비스를 이용하는 것에 동의할 수 있는 가입자는 민감한 서비스를 받거나 민감한 서비스에 대한 청구를 제출하기 위해 다른 가입자의 승인을 받을 필요가 없습니다.

SCAN Connections는 민감한 서비스에 대한 연락을 가입자의 대체 지정 우편 주소, 이메일 주소 또는 전화번호로 전달하거나, 지정되지 않은 경우 등록된 주소 또는 전화번호에 등록된 가입자의 이름으로 전달합니다. SCAN Connections는 치료를 받는 가입자의 서면 허가를 받지 않고 민감한 서비스와 관련된 의료 정보를 다른 가입자에게 공개하지 않습니다. SCAN Connections는 요청된 양식 및 형식 또는 대체 위치에서 쉽게 생성할 수 있는 경우 요청된 양식 및 형식으로 기밀 연락 요청을 제공해 드립니다. 민감한 서비스와 관련된 가입자의 기밀 연락 요청은 가입자가 요청을 철회하거나 기밀 연락에 대한 새로운 요청을 제출할 때까지 유효합니다.

ID 카드 뒷면에 있는 전화번호로 SCAN 가입자 서비스부에 연락하여 기밀 커뮤니케이션을 요청하거나 PrivacyOffice@scanhealthplan.com으로 SCAN 개인정보보호 사무소에 서신을 보내 기밀 커뮤니케이션을 요청할 수 있습니다. 해당 요청은 서면으로 작성하여 SCAN에 제출해야 합니다. HIPAA에 따른 기밀 커뮤니케이션 절차 및 가입자 권리에 대한 추가 정보는 SCAN 개인정보 보호정책 고지를 참조하시기 바랍니다.

C1. 가입자의 PHI를 보호하는 방법

저희는 권한이 없는 사람은 가입자의 기록을 보거나 변경할 수 없도록 하고 있습니다.

아래에 명시된 경우를 제외하고, 저희는 가입자의 진료를 제공하지 않거나 진료 비용을 지불하지 않는 사람에게 가입자의 PHI를 제공하지 않습니다. 예외적으로 정보를 제공해야 하는 경우, 당사는 반드시 먼저 귀하의 서면 허가를 구해야 합니다. 귀하 또는 귀하를 대신하여 결정을 내릴 수 있는 법적 권한이 있는 사람이 서면 허가를 제공할 수 있습니다.

일부 경우에는 서면 허가를 사전에 받을 필요가 없습니다. 그러한 예외는 법의 허용이나 요구에 따른 것입니다.

- 저희는 플랜의 진료 품질을 확인하는 정부 기관에 PHI를 공개해야 합니다.
- 법원의 명령이 있는 경우 PHI를 공개할 수 있지만 캘리포니아 주법이 허용하는 경우에만 공개할 수 있습니다.
- 저희는 Medicare에 가입자의 PHI를 제공해야 합니다. Medicare가 연구 또는 기타 용도로 가입자의 PHI를 공개하는 경우, 그러한 공개는 연방법에 따라 시행됩니다.

C2. 가입자는 본인의 의료 기록을 열람할 권리가 있습니다

- 귀하는 귀하에 관한 의료 기록을 열람하고 귀하의 기록 사본을 얻을 권리가 있습니다.
- 귀하는 당사에 귀하의 의료 기록을 갱신하거나 시정하도록 요청할 권리가 있습니다. 당사에 이러한 요청을 하는 경우, 당사는 귀하의 의료 서비스 제공자와 공조해 해당 변경 사항이 처리되어야 하는지를 결정합니다.
- 귀하는 저희가 귀하의 PHI를 다른 사람과 공유했는지 여부와 방법을 알 권리가 있습니다.

PHI의 보호에 대한 질문이나 궁금하신 사항은 가입자 서비스부로 문의해 주십시오.

SCAN 개인정보 보호정책 고지

이 고지는 가입자에 대한 의료 정보를 사용하고 공개하는 방법 및 이러한 정보에 접근하는 방법에 대해 설명하고 있습니다. 이 안내문을 잘 검토해 주십시오.

SCAN Health Plan, SCAN Desert Health Plan, Inc., SCAN Health Plan Nevada, Inc., SCAN Health Plan Texas, Inc.(본 고지에서는 통칭하여 'SCAN'으로 칭함)는 법률에 따라 가입자의 건강 정보를 지키고 당사의 법적 의무 및 개인정보 보호정책에 관한 본 고지를 가입자에게 제공해야 합니다. 당사는 본 고지가 유효한 동안에 여기에 명시된 개인정보 보호정책을 준수해야 합니다. 본 고지는 2013 년 5 월 14 일 발효되었으며 2023 년 4 월 11 일에 마지막으로 검토되었습니다. 본 고지는 변경될 수 있으며 당사가 이를 교체하거나 수정할 때까지 효력을 가집니다.

가입자의 프라이버시 보호

SCAN 은 개인 건강 정보의 기밀성을 보호하는 것의 중요성을 이해하며 주 및 연방 법률에 따라 개인의 건강 정보를 사용하기 위해 노력하고 있습니다. 본 고지에는 당사가 가입자의 건강 정보를 사용하는 방법이 설명되어 있고, 가입자의 의료 서비스에 참여하는 사람들과 가입자의 건강 정보를 공유하는 방법이 설명되어 있습니다. 또한 가입자의 건강 정보에 관한 가입자의 권리와 이러한 권리를 행사하는 방법도 기술되어 있습니다.

비공개 건강 정보

본 고지의 목적에 따라 '건강 정보' 또는 '정보'는 비공개 건강 정보 또는 PHI 를 말합니다. 비공개 건강 정보는 개인을 식별하는 정보로서 개인의 과거, 현재 또는 미래의 신체 또는 정신 건강이나 상태, 치료 제공 또는 치료비 결제 등과 관련된 정보로 정의됩니다.

당사가 귀하의 건강 정보를 사용하는 방식

SCAN 은 가입자의 건강 정보를 치료, 결제, 의료 서비스 운영을 위해 또한, 기타 연방, 주 또는 지방법으로 허가되거나 요구되는 용도로 사용하고 공유합니다.

치료

SCAN 은 가입자의 서면 허가없이 가입자의 치료와 관련하여 가입자의 건강 정보를 사용할 수 있으며 이를 요청하는 의료 서비스 제공자(의사, 병원, 약국, 기타 서비스 제공자)에게 공개할 수 있습니다. 가입자의 의료 기록은 의사의 진료실에 보관됩니다. SCAN 이 가입자 정보를 공유하는 방법에 대한 예는 다음과 같습니다.

- 가입자가 치료를 받기 위해 필요한 경우, 당사는 담당 의사나 의료 그룹과 정보를 공유할 수 있습니다.
- 가입자가 적절한 치료를 받을 수 있도록 가입자 정보를 병원과 공유할 수 있습니다.

- 의료 서비스 제공에 참여하는 플랜 소속 서비스 제공자와 가입자 정보를 공유할 수 있습니다. 여기에는 지역, 주 또는 전국 건강 정보 교환('HIE')의 일부로 가입자에 대한 건강 정보를 공유하는 것이 포함됩니다.

지급

SCAN 은 가입자가 이용한 의료 서비스의 결제를 위해 가입자의 서면 허가 없이 건강 정보를 사용하고 공개할 수 있습니다. 여기에는 청구비 지급, 자격, 이용도 관리, 치료 관리 활동 등이 포함될 수 있습니다. 예를 들어,

- 당사는 가입자의 자격 정보를 담당 의료 그룹에게 제공하여 정확한 금액을 기한 내에 지급받도록 할 수 있습니다.
- 당사는 청구서가 가입자에게 올바르게 청구될 수 있도록 가입자 정보를 병원과 공유할 수 있습니다.
- 당사는 가입자의 담당 의사나 병원이 정확한 금액을 기한 내에 지급받을 수 있도록 제3자에게 가입자 정보를 제공할 수 있습니다.

의료 서비스 업무

SCAN 은 다양한 업무 활동을 수행하기 위해 가입자의 서면 허가 없이 건강 정보를 사용하고 공개할 수 있습니다. 의료 서비스 업무는 SCAN 의 일반적인 업무와 관련된 활동을 말합니다. 예를 들어, 당사는 다음의 목적으로 제 3 자와 정보를 공유할 수 있습니다.

- 자격 검증 활동 및 업계 평가와 같은 품질 관리 및 개선 업무
- 플랜 소속 서비스 제공자 및 벤더와 계약 업무
- 가입자 만족도 설문조사와 같은 조사 및 연구
- 준법 및 규제 활동
- 위험 관리 활동
- 인구 및 질병 관리 연구와 프로그램 및
- 고충 제기 및 이의 제기 활동

SCAN 은 보험 인수 목적으로 가입자의 유전자 건강 정보를 사용하거나 공개할 수 없습니다.

기타 허용되는 사용 및 공개

SCAN 은 제한적인 상황에서 다음의 목적으로 가입자의 건강 정보를 가입자의 서면 허가 없이 사용 또는 공개할 수 있습니다.

- SCAN이 올바르게 비용을 지급하도록 하고 연방/주 Medicaid 프로그램을 지원할 목적으로 데이터를 수집할 법적 권리를 가진 주 및 연방 기관에게 사용 또는 공개
- 질병 발생 신고나 재난 구조와 같은 공중 보건 활동을 위해 사용 또는 공개
- 사기 행위 및 남용 조사와 같은 정부의 보건 감독 활동을 위해 또는 식품의약국(FDA)에게 사용 또는 공개
- 법원 명령, 소환 또는 수색 영장에 응하는 등의 사법, 중재 및 행정 절차를 위해 사용 또는 공개
- 후견인에 대한 필요성을 결정하기 위해 유언 재판소 조사원에게 사용 또는 공개
- 실종자 수색을 위해 제한적 정보를 제공하는 등의 법률 집행 목적으로 사용 또는 공개
- 질병이나 장애 예방과 관련된 연구와 같이 모든 개인정보 보호법 요건을 준수하는 리서치 연구를 위해 사용 또는 공개
- 건강이나 안전에 대한 심각하고 즉각적인 위협을 예방하기 위해 사용 또는 공개
- Medicare 및/또는 SCAN에 따른 새롭거나 변경된 혜택에 대해 가입자에게 안내하기 위해 사용 또는 공개
- 의사 방문/배송에 대해 안내하기 위해 사용 또는 공개
- 사용자 신원 파악에 사용할 수 없는 정보 수집을 위해 사용 또는 공개
- 아동 또는 노인 학대나 방치와 관련된 문제가 발생할 경우 사용 또는 공개
- 사망 시 검시관, 검시 의사, 장의사 또는 장기 이식관리 기관 등에게 사용 또는 공개
- 국가 보안 및 군사 활동을 위한 정보 제공과 같이 정부의 특별 임무 수행을 위해 사용 또는 공개
- 주 산재보험법이 요구하는 산재보험 청구 또는 기관에게 사용 또는 공개.
- 그룹 건강 플랜 또는 직원 복지 혜택 플랜의 플랜 후원사에게 사용 또는 공개
- 수감자 또는 보호관찰 대상자인 경우 법률 집행 담당자에게 사용 또는 공개. 가입자에게 의료 서비스를 제공하거나 타인을 보호하고 안전을 유지하기 위해 필요하다면 허용됩니다.
- 가입자가 의학적 응급 상황과 같이 정보 공개에 동의하는 것이 불가능한 경우 가입자의 건강 관리 또는 의료비 납부를 돕기 위해 필요하다면 친구나 가족에게 사용 또는 공개
- 연방, 주 또는 지방법률로 요구되는 경우 사용 또는 공개

본 통지서에 명시되지 않은 사용 및 공개는 가입자의 서면 허가가 있어야만 이루어집니다. 예를 들어 SCAN 은 다음의 경우에 가입자의 PHI 를 공개하기 전에 가입자의 허가를 필요로 합니다. 즉, (1) 심리 치료 기록에 대한 대부분의 사용 및 공개, (2) 마케팅 목적의 사용 및 공개, (3) PHI 의 판매와 관련된 사용 및 공개의 경우가 해당됩니다. 가입자가 철회 요청을 서면으로 하고 플랜이 특정 조치를 취하기 위해 사용자의 허가를 받지 않은 경우라면 사용자는 언제든지 허가를 철회할 수 있습니다. 타인과 가입자 건강 정보 공유

SCAN 은 일반 업무의 일부로서 계약된 플랜 소속 서비스 제공자(예: 의료 그룹, 병원, 약국 혜택 관리 업체, 사회복지 서비스 제공자 등)와 가입자 정보를 공유합니다. 또한 당사는 건강 플랜을 위해 다양한 종류의 활동을 수행하는 다른 회사 및 사업자와 가입자의 PHI 를 공유합니다. 당사는 또한 가입자의 진료 예약에 대한 알림을 드리기 위해 PHI 를 사용할 수 있습니다. 또한 당사는 다른 치료, 기타 건강 관련 혜택 및 제공 서비스에 대한 정보를 전달해드리기 위해 가입자의 PHI 를 사용할 수 있습니다.

SCAN 은 또한 21 세기 치료법이 정하고 있는 정보 차단 규칙을 준수하면서 가입자에게 PHI 가 제공될 수 있도록 하기 위해 노력하고 있습니다.

당사는 또한 결제, 의료 서비스 업무 및 치료를 위해 건강 정보 교환(HIE) 시스템과 PHI 를 공유하거나 이를 사용할 수 있습니다. 가입자의 건강 정보를 플랜 소속 서비스 제공자와 공유할 때마다 건강 정보의 프라이버시를 보호하기 위한 문구를 포함하는 서면 계약서를 갖추고 있습니다. 저희 플랜 소속 서비스 제공자는 주 및 연방법에 따라 SCAN 이 가입자의 건강 정보를 보호하는 방식과 유사하게, 가입자 건강 정보의 기밀성을 보호하고 가입자 정보의 프라이버시를 보호해야 합니다.

가입자의 건강 정보와 관련된 가입자의 권리

가입자는 당사에게 본인의 건강 정보를 사용하거나 타인에게 공개하는 것에 대한 서면 허가를 제공할 수 있습니다. 허가하시는 경우, 언제든지 서면으로 허가를 철회할 수 있습니다. 하지만 철회한다고 해도 가입자가 허가한 사용이나 공개에는 영향을 주지 않습니다.

제한사항을 요청할 권리

가입자는 본 고지에 설명한 바와 같이 치료, 결제 또는 의료 서비스 업무를 위해 본인의 정보를 사용하고 공개하는 방법을 제한하도록 저희에게 요청할 권리를 가집니다. 또한 저희가 가족이나 본인의 건강 관리에 관여하는 사람들에게 정보 제공을 제한하도록 저희에게 요청할 권리도 가집니다. 하지만 저희는 이러한 제한 요청에 동의하지 않아도 됩니다. 가입자의 요청을 거절할 경우 구체적인 거절 사유를 서면으로 통지를 합니다. 건강 정보를 제한하는 요청에 저희가 동의한다면 응급 진료를 위해 정보를 제공해야 할 경우를 제외하고 비공개 건강 정보를 사용하거나 공개할 수 없습니다. *보장 증명서*의 '응급 상황'에 대한 정의를 참조해 주십시오. 또한 법률에 따라 건강 정보를 공개해야 하거나 가입자를 치료하기 위해 건강 정보가 필요한 경우에는 가입자의 제한 요청을 수락하지 않아도 됩니다.

가입자는 저희 플랜이 수락한 제한 요청을 해지할 권리도 가지며 전화나 서면으로 해지할 수 있습니다. 가입자가 제한 해지에 동의하거나 저희가 가입자에게 제한 해지를 서면으로 통지한 후에는 당사가 제한을 해지할 권리를 가집니다. 이 경우, 가입자에게 통지한 후 생성하거나 수령한 가입자의 의료 정보에만 적용됩니다.

가입자는 제한 요청을 서면으로 해야 하며, 제한을 요청하려는 구체적인 정보를 저희에게 알려 주어야 합니다. 여기에는 제한하려는 정보, 제한을 적용하려는 대상이 포함됩니다.

검토 및 복사에 대한 권리

가입자는 당사가 보유하는 건강 정보의 사본을 검토하고 사본을 수령할 권리를 가집니다. 여기에는 SCAN 가입자로서의 보장, 청구 및 기타 결정에 사용된 기록이 포함될 수 있습니다. *중요 사항: 당사는 가입자 의료 기록의 전체 사본을 가지고 있지 않습니다. 가입자가 본인의 의료 기록을 검토하거나, 사본을 입수하거나, 변경하려면 담당 서비스 제공자에게 문의해 주십시오.*

> 가입자의 요청은 서면으로 해야 하며, 요청하려는 구체적인 정보를 저희에게 알려 주어야 합니다. 가입자 서비스부에 전화하시면 관련 양식을 보내드릴 것입니다(전화번호는 본 고지의 하단에 수록되어 있습니다). 또는 서면으로 요청서를 보내셔도 됩니다.
>
> SCAN Health Plan
> Attention: Member Services (Request to Inspect and Copy)
> 3800 Kilroy Airport Way
> Long Beach, CA 90801-5616

가입자의 건강 정보가 포함된 전자식 의무 기록을 당사가 보관할 경우, 가입자는 본인에게 또는 본인이 지정한 제 3 자에게 건강 정보 사본을 발송하도록 요청할 권리를 가집니다. 가입자의 건강 정보에 대한 전자식 사본을 제작하는 비용과 우편 요금을 가입자에게 청구할 수 있습니다. 이 비용은 사본을 수령하기 전에 지불해야 합니다. 가입자는 비공개 건강 정보의 전체가 아닌 요약 정보를 제공하도록 저희에게 요청할 수도 있습니다. 이 경우, 요약 정보를 제공하기 전에 작성 비용을 저희에게 지불해야 합니다.

특정 상황에서 가입자가 본인의 건강 정보 사본을 검토하거나 수령하려는 요청을 저희가 거절할 수 있습니다. 가입자의 요청을 거절할 경우 구체적인 거절 사유를 서면으로 통지를 합니다. 안내문에는 당사의 거절 사항에 대한 검토를 요청하는 방법의 정보도 포함될 수 있습니다. 가입자는 세 가지의 경우에만 거절 사항 검토를 요청할 수 있습니다. 그러한 세 가지의 경우에는 면허를 가진 의료 서비스 제공자가 판단할 때 정보 접근 시 가입자나 다른 사람의 생명이나 신체적 안전에 위협이 될 수 있는 경우가 포함됩니다. 저희 안내문에는 가입자의 불만 제기 권리도 설명되어 있습니다. 이러한 권리는 본 고지에 설명된 권리와 동일합니다.

PHI 수정을 요청할 권리

가입자는 본인의 건강 정보를 수정하도록 요청할 권리를 가집니다. 요청은 서면으로 해야 하며 정보를 수정해야 하는 이유를 설명해야 합니다. 요청서는 본 고지의 '불만 제기' 섹션에 있는 주소를 사용하여 가입자 서비스부로 발송해야 합니다.

가입자가 요청서를 서면으로 제출하지 않거나 요청 사유를 기술하지 않을 경우, 수정 요청이 거절됩니다. 또한 (1) 정확하고 완전한 정보이거나, (2) SCAN 이 보관하는 의료 정보의 일부가 아니거나, (3) 가입자가 검토 및 복사할 수 없는 정보의 일부이거나, (4) 정보 작성자가 수정할 수 없는 정보로서 SCAN 이 작성하지 않은 정보인 경우에도 수정 요청을 거절할 수 있습니다.

가입자의 수정 요청을 거절한다면 서면으로 사유를 설명할 것입니다. 이 안내문은 당사 또는 보건복지부 비서관에게 불만 제기를 하는 방법을 안내합니다. 당사의 거절 결정에 동의하지 않는다는 진술서를 접수할 가입자의 권리와 기타 권리도 안내할 것입니다.

가입자의 정보 수정 요청을 수락한다면 해당 사항을 수정할 것입니다. 하지만 먼저 가입자에게 연락하여 통지하기를 원하는 대상을 확인하고 통지에 대한 가입자의 허락을 받을 것입니다. 다른 연락 대상자들에게도 수정에 대해 안내하고, 미래에 정보 공개를 할 때 해당 변경 사항을 포함시키도록 노력할 것입니다.

비공개로 통지서를 받을 권리

가입자는 본인의 건강 정보에 대해 대안적 방식 또는 다른 주소를 사용하여 비공개로 안내하도록 요청할 권리를 가집니다(예: 사서함 주소로 발송 또는 지정된 번호로 팩스 전송). 가입자의 요청은 서면으로 해야 하며 요청 사항이 수락되지 않으면 문제가 있을 수 있음을 명확하게 기술해야 합니다. SCAN 은 적절한 요청사항을 수용할 것입니다.

공개 내역을 수령할 권리

가입자는 본인의 건강 정보에 관한 공개 내역을 수령할 권리를 가집니다. 일반적으로 내역에는 '기타 허용되는 사용 및 공개' 섹션에 명시된 공개가 포함됩니다. 공개 내역에는 치료, 결제 및 의료 서비스 업무 등의 목적으로 공개한 것과 가입자가 허락한 것은 포함되지 않습니다.

공개 내역에 대한 모든 요청은 서면으로 해야 하며, 요청하려는 구체적인 정보를 저희에게 알려 주어야 합니다. 이 공개 내역 확인은 공개일을 기준으로 최대 6 년 전까지 가능하되 2003 년 4 월 14 일 이후의 공개 내역까지만 가능하며, 가입자가 더 짧은 기간을 요청한 경우는 해당 기간에 대해서 확인할 수 있습니다. 12 개월 동안 1 회를 초과하여

공개 내역을 요청하면 공개 내역을 작성하는 것에 대한 수수료를 부과할 수 있습니다. 그 전에 수수료를 통지하고, 수수료를 줄이기 위해 요청을 철회하거나 제한할 수 있는 기회를 드립니다.

비공개 건강 정보의 침해에 대한 고지를 수령할 권리

가입자는 본인의 건강 정보를 무단 입수, 접근 또는 공개한 사실에 대해 통지 받을 권리를 가집니다. SCAN 은 법률에 따라 가입자 건강 정보를 무단으로 사용, 입수, 접근 또는 공개한 사례를 고지하도록 되어 있습니다.

본 고지의 사본에 대한 권리.

가입자는 이 고지의 추가적인 사본을 수령할 권리를 가집니다.

당사의 개인정보 보호정책 고지에 대해 질문이 있거나 고지서의 추가 사본을 요청하려면 가입자 서비스부에 본 고지의 하단에 수록된 전화번호로 연락해 주십시오. 또는 다음 주소로 서신을 보낼 수도 있습니다.

SCAN Health Plan
Attention: Privacy Office
3800 Kilroy Airport Way, Ste 100
Long Beach, CA 90806

또는 개인정보보호 사무소 PrivacyOffice@scanhealthplan.com 로 이메일을 보내거나 1-562-308-1365 번으로 팩스를 보내주십시오.

또한, 온라인으로 당사 웹사이트 www.scanhealthplan.com 에서 통지서의 인쇄용 버전을 다운로드할 수도 있습니다.

개인정보 보호정책에 대해 불만제기를 하는 방법

SCAN 이 본인의 프라이버시 권리를 침해했다고 생각하거나, 본인의 건강 정보 이용에 대한 당사의 결정에 동의하지 않을 경우 SCAN 개인정보보호 사무소에 불만 제기를 서면으로 제출하실 수 있습니다.

SCAN 에 대한 불만 제기

당사에 불만 제기를 하실 경우 다음으로 서신을 보내 주십시오.

SCAN Health Plan
Attention: Privacy Office
3800 Kilroy Airport Way, Ste 100
Long Beach, CA 90806

또는 PrivacyOffice@scanhealthplan.com 으로 이메일을 보내거나 1-562-308-1365 번으로 팩스를 보내주십시오.

불만 제기에 도움이 필요하신 경우 SCAN 가입자 서비스부에 본 고지의 하단에 있는 전화번호로 연락해 주십시오.

연방 정부에 불만 제기

연방 정부에 불만 제기를 하려면 미국 보건복지부 서기관에게 통지할 수 있습니다.

SCAN 은 가입자의 개인정보 및 건강 정보를 보호할 권리를 존중합니다. 당사 또는 미국 보건복지부에 불만 제기를 하기로 결정한 경우 당사는 어떠한 방식으로도 보복을 하지 않습니다. 불만 제기를 하는 경우에도 SCAN 또는 Medicare 의 혜택에 영향을 받지 않습니다.

연방 정부에서 불만 제기.

U.S. Department of Health and Human Services
Office of Civil Rights
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019(TTY: 1-800-537-7697)

불만 제기 양식은 http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html 에서 구할 수 있습니다

주정부에 대한 불만 제기(캘리포니아주 이중 적격자만 해당)

Medicare 와 Medi-Cal(Medicaid) 건강 보험에 모두 가입된 가입자는 다음으로 연락할 수도 있습니다.

DHCS Privacy Office
c/o: Office of HIPAA Compliance
California Department of Health Care Services
P.O. Box 997413, MS 0010
Sacramento, CA 95899-7413
전화: 1-916-445-4646(음성)
(877) 735-2929(TTY/TDD)
이메일: incidents@dhcs.ca.gov

고지에 대한 변경

이 고지의 조건은 가입자의 건강 정보를 포함하며 SCAN 이 작성하거나 보관하고 있는 모든 기록에 적용됩니다. 당사는 개인정보 보호정책 고지를 개정 또는 수정할 권리를 가집니다. 본 고지에 대한 개정 또는 수정 사항은 당사가 과거에 작성했거나 보관한 모든 기록에 대해 유효합니다. 그러한 개정 또는 수정은 당사가 미래에 작성하거나 보관할 모든 기록에 대해 유효합니다. 본 고지를 수정할 경우 가입자에게 사본을 발송할 것입니다.

SCAN 은 적용되는 연방 민권법을 준수하며 인종, 피부색, 종교, 성별(임신, 성적 지향 또는 성 정체성 포함), 출신국, 나이(40 세 이상), 장애 및 유전 정보(가족력 포함)를 이유로 사람을 차별, 배제하거나 다르게 대우하지 않습니다.

SCAN 은 장애를 가진 사람들이 플랜과 효과적으로 의사 소통을 할 수 있도록 무료 지원과 서비스를 제공합니다. 제공되는 서비스에는 자격을 갖춘 수화 통역사, 다른 형식의 서면 정보(대형 활자체, 오디오, 이용이 쉬운 전자 형식, 기타 형식) 등이 있습니다.

SCAN 은 주 사용 언어가 영어가 아닌 분들을 위해 유자격 통역사와 다른 언어로 작성된 문서 등의 무료 언어 서비스를 제공합니다.

이러한 서비스가 필요하신 경우, SCAN 가입자 서비스부에 아래 해당 주 건강 플랜에 대한 전화번호로 연락해 주십시오.

SCAN 이 인종, 피부색, 종교, 성별(임신, 성적 지향 또는 성 정체성 포함), 출신국, 나이(40 세 이상), 장애 및 유전 정보(가족력 포함)을 이유로 이러한 서비스를 제공하지 않았거나 다른 방식으로 차별했다고 생각하시는 경우, 다음 장소로 직접 방문하시거나 전화로 연락하시거나 우편 또는 팩스를 통해 고충 제기를 하실 수 있습니다.

SCAN Member Services
Attention: Grievance and Appeals Department
P.O. Box 22644
Long Beach, CA 90801-5644
전화: CA 가입자: 1-800-559-3500, NV 가입자: 1-855-827-7226,
TX 가입자: 1-855-844-7226, AZ 가입자: 1-855-650-7226 팩스: 1-562-989-0958

또는 당사의 웹사이트 내 '고충 제기 접수(File a Grievance)' 양식을 이용하여 의견을 제시할 수 있습니다. 주소: https://www.scanhealthplan.com/contact-us/file-a-grievance

고충 제기를 하는 데 도움이 필요하시면 SCAN 가입자 서비스부에서 도움을 드릴 수 있습니다.

또한 시민권 관련 민원은 미국 보건복지부, 민권 사무국에 https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf 민권사무국 민원 포털을 통해 전자 방식으로 제출하거나 우편이나 전화로 제출할 수 있습니다. 주소 및 연락처는 다음과 같습니다.

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019(TTY: 1-800-537-7697)

불만 사항 접수 양식은 http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html 에서 이용하실 수 있습니다

D. 정보 제공에 대한 당사의 책임

당사 플랜의 가입자로서 귀하는 플랜, 네트워크 서비스 제공자 및 보장 서비스에 대한 정보를 당사로부터 받아 볼 권리가 있습니다.

영어를 사용하지 않을 경우, 당사 플랜에 대한 가입자의 질문에 답변해줄 통역 서비스가 있습니다. 통역사를 이용하시려면 가입자 서비스부로 연락해 주십시오. 이러한 서비스는 무료입니다. 당사는 정보를 대형 활자 인쇄본, 점자 및 오디오 형식으로도 제공할 수 있습니다.

다음 사항 중 필요한 정보가 있으면 가입자 서비스부에 연락해 주십시오.

- 플랜을 선택 또는 변경하는 방법
- 다음을 포함한 당사의 플랜.
  - 재무 정보
  - 플랜 가입자가 당사를 평가한 방법
  - 가입자에 의한 이의 제기 횟수
  - 당사 플랜 탈퇴 방법
- 다음을 포함한 네트워크 서비스 제공자 및 네트워크 약국.
  - 주치의 선택 및 변경 방법
  - 당사의 네트워크 서비스 제공자 및 약국의 자격 요건
  - 당사가 네트워크에 속한 서비스 제공자에게 비용을 지불하는 방식
- 다음을 포함한 보장 서비스 및 의약품.
  - 당사 플랜이 보장하는 서비스(가입자 안내서의 **3장 및 4장** 참조) 및 의약품(*가입자 안내서*의 **5장 및 6장** 참조)
  - 의약품 및 보장 한도
  - 보장 서비스와 의약품을 제공 받기 위해 준수해야 하는 규칙
- 보장되지 않는 이유와 이에 대해 취할 수 있는 조치(*가입자 안내서* **9장** 참조), 당사에 다음을 요청하는 것을 포함합니다.
  - 보장되지 않는 이유를 서면으로 설명
  - 당사의 결정 사항 변경
  - 가입자가 수령한 청구서 납부

E. 네트워크 서비스 제공자의 가입자에 대한 직접 청구 금지

네트워크 소속 의사, 병원 및 기타 서비스 제공자는 보장 서비스에 대해 가입자에게 지급하도록 할 수 없습니다. 또한 서비스 제공자가 청구한 금액보다 저희가 적은 금액을 지불하는 경우에도 저희는 청구 잔액을 조정하거나 가입자에게 청구할 수 없습니다. 네트워크 서비스 제공자가 보장 서비스 비용을 청구할 때 해야 할 일은 *가입자 안내서*의 **7장**을 참조해 주십시오.

F. 플랜을 탈퇴할 가입자의 권리

원치 않으시면, 누구도 귀하의 당사 플랜 가입 유지를 강제할 수 없습니다.

- 가입자는 대부분의 건강 관리 서비스를 Original Medicare 또는 다른 Medicare Advantage(MA) 플랜을 통해 이용할 권리를 가집니다.
- Medicare 파트 D 처방약 혜택은 처방약 플랜이나 다른 MA 플랜을 통해 받을 수 있습니다.
- *가입자 안내서*의 **10장**을 참조하십시오.
  - 가입자가 새로운 MA 또는 처방약 혜택 플랜에 가입할 수 있는 시기에 대한 자세한 정보
  - 당사 플랜을 탈퇴하는 경우 Medi-Cal 혜택을 받는 방법에 대한 정보

G. 자신의 건강 관리에 대해 결정할 가입자의 권리

가입자는 건강 관리에 대한 결정을 내리는 데 도움이 되도록 의사 및 기타 의료 서비스 제공자로부터 완전한 정보를 받아 볼 권리가 있습니다.

G1. 치료 선택을 알고 결정할 가입자 권리

담당 서비스 제공자는 가입자의 상태와 치료 옵션에 대해 가입자가 이해할 수 있는 방식으로 설명해야 합니다. 귀하는 다음에 대한 권리가 있습니다.

- **귀하의 선택안을 알아두십시오.** 가입자는 모든 치료 옵션에 대해 알 권리가 있습니다.
- **위험을 알아두십시오.** 귀하는 수반되는 모든 위험에 대해 알 권리가 있습니다. 저희는 서비스 또는 치료가 연구 실험의 일부인 경우 이를 미리 통지해야 합니다. 귀하는 실험 차원의 치료를 거부할 권리가 있습니다.
- **귀하는 이차 소견을 구하십시오.** 가입자는 치료에 대한 결정에 앞서 또 다른 의사에게서 진료를 받을 권리가 있습니다.
- **원치 않는 진료를 '거절'할 수 있습니다**. 가입자는 어떠한 치료든 거부할 권리가 있습니다. 여기에는 가입자의 의사가 병원이나 기타 의료 시설을 떠나지 않도록 권고하는 경우에도 가입자가 원하면 떠날 수 있는 권리도 포함됩니다. 또한 처방약 복용을 중단할 권리도 가집니다. 가입자가 치료를 거부하거나 처방약 투약을 중단하더라도 플랜에서 탈퇴되지 않습니다. 그러나 치료를 거부하거나 투약을 중단하는 경우, 귀하에게 발생한 일에 대한 모든 책임은 전적으로 귀하에게 있습니다.
- **서비스 제공자가 치료를 거절한 이유를 문의하십시오.** 보장된다고 생각한 치료를 서비스 제공자가 거절할 경우, 그 이유를 설명 받을 권리를 가집니다.

- **가입자는 플랜이 거부했거나 또는 통상 보장되지 않은 서비스 또는 의약품을 보장하도록 요청하십시오.** 이를 '보장 결정'이라고 합니다. *가입자 안내서*의 **9장**에는 보장 결정을 요청하는 방법이 나와 있습니다.

G2. 가입자는 스스로 건강 관리에 관한 결정을 내릴 수 없는 경우 어떻게 하고 싶은지를 말할 권리가 있습니다.

가끔씩 스스로 건강 관리에 관한 결정을 내리지 못하는 경우가 있습니다. 그런 일이 일어나기 전에 귀하는,

- **타인이 본인의 의료 서비스에 대한 결정을 내릴 권리를 부여**하려면 양식을 작성해야 합니다.
- 원치 **않는** 치료 등 본인이 의사 결정을 내릴 수 없는 상황이 발생할 때 원하는 치료에 대한 **의향서를 의사에게 제공합니다.**

귀하의 지침을 전달하는 데 사용될 수 있는 법적 문서는 '사전 의료 지시서'라고 합니다. 사전 의료 지시서의 종류는 다양하며 이를 부르는 명칭 또한 상이합니다. 그러한 예에는 생전 유서 및 건강 관리 결정에 대한 위임장이 포함됩니다.

사전 의료 지시서가 있어야 하는 것은 아니지만 가능합니다. 사전 의료 지시서를 활용하려는 경우 수행할 작업은 다음과 같습니다.

- **양식 구하기.** 양식은 주치의, 변호사, 법률 서비스 기관 또는 사회 복지사를 통해 구하실 수 있습니다. 약국과 의료 서비스 제공자 사무소에는 양식이 있는 경우가 많습니다. 온라인에서 무료 양식을 찾아 다운로드할 수 있습니다.
- **양식을 작성하고 서명하십시오.** 이 양식은 법적 문서입니다. 변호사 또는 가족이 또는 PCP와 같이 믿을 수 있는 사람의 도움을 받아 작성하는 것이 좋습니다.
- **알아야 하는 사람들에게 사본을 배부하십시오.** 가입자는 주치의에게 양식 사본을 제공해야 합니다. 또한 귀하를 대신해 결정하도록 지정한 사람에게도 사본을 제공해야 합니다. 가까운 친구나 가족에게 사본을 제공할 수도 있습니다. 사본은 집에 보관해 두십시오.
- 입원할 예정이며 사전 의료 지시서에 서명한 상태라면, **사본을 병원에 가져가십시오.**
    - 병원 측에서는 귀하에게 사전 의료 지시서에 서명했는지, 그리고 지시서 지참 여부를 물을 것입니다.
    - 사전 의료 지시서에 아직 서명하지 않은 경우, 병원에는 해당 양식이 있으니 귀하가 서명을 원하는지 물을 것입니다.

귀하는 다음에 대한 권리가 있습니다.

- 사전 의료 지시서를 의료 기록에 포함하십시오.
- 사전 의료 지시서는 언제든지 변경하거나 취소할 수 있습니다.
- 사전 의료 지시법의 변경 사항을 숙지하십시오. SCAN Connections는 변경 후 90일 이내에 주별 변경 내용에 대해 통지해 드립니다.

자세한 내용은 가입자 서비스부에 문의하십시오.

G3. 귀하의 지침이 준수되지 않는 경우의 대처

사전 의료 지시서에 서명했지만 의사 또는 병원이 지시 사항을 따르지 않았다고 생각하는 경우, 다음 연락처로 불만을 제기할 수 있습니다.

의사에 관한 불만 사항은 다음 연락처로 문의하십시오.

California Department of Human Services (DHS)
Licensing and Certification
PO BOX 997377, MS 0500
Sacramento, CA 95899-7377

전화: 1-800-236-9747
TTY: 711
월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 5시까지

병원/의료 시설에 관한 불만 사항은 귀하가 거주하는 지역 면허 인증 발행 사무국 에 문의하십시오.

로스앤젤레스: 1-800-228-1019
리버사이드: 1-888-354-9203
새크라멘토: 1-800-554-0354
샌버나디노: 1-800-344-2896
샌디에이고(북부): 1-800-824-0613
샌디에이고(남부): 1-866-706-0759
TTY: 711

H. 불만 사항을 제기하고 플랜이 내린 결정을 재고하도록 요청할 가입자의 권리

*가입자 안내서*의 **9장**에는 보장되는 서비스 또는 치료에 대해 문제나 우려 사항이 있는 경우 취할 수 있는 조치에 대한 설명을 제공합니다. 예를 들어, 가입자는 당사에 보장 결정을 요청하거나 당사에 대한 이의 제기를 통해 보장 결정을 변경하도록 하거나 또는 불만을 제기할 수 있습니다.

가입자는 다른 플랜 가입자가 플랜을 상대로 제기했던 이의 제기와 불만 사항에 대한 정보를 얻을 권리가 있습니다. 이 정보를 얻으려면 가입자 서비스부에 전화하십시오.

H1. 부당한 대우에 대해 해야 할 일 또는 가입자의 권리에 대한 자세한 정보를 얻기 위해 해야 할 일

저희가 귀하를 부당하게 대우했다고 생각하고 *가입자 안내서*의 **11장**에 나열된 이유로 인한 차별이 **아니라고** 생각하거나 가입자의 권리에 대한 자세한 정보를 원하시면 다음으로 전화해 주십시오.

- 가입자 서비스부
- 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP) 1-800-434-0222. HICAP에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내서*의 **2장, 섹션 C**를 참조하십시오.
- 옴부즈 프로그램 1-888-452-8609. 이 프로그램에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내서*의 **2장 섹션 H**를 참조하십시오.
- 주 7일 하루 24시간 언제든 Medicare 전화 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오. (또한 Medicare 웹사이트 www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf에 있는 'Medicare 권리 및 보호'를 읽거나 다운로드할 수도 있습니다.)

I. 플랜 가입자로서 귀하의 책임

플랜 가입자는 아래에 나열된 항목을 이행해야 할 책임이 있습니다. 궁금하신 사항은 가입자 서비스부로 문의해 주십시오.

- 보장 서비스 및 의약품을 받기 위해 준수해야 할 규칙이 무엇인지 확인하시려면 ***가입자 안내서***를 **읽어보시기 바랍니다.** 가입자의 다음에 대한 상세 정보.
  - 보장 서비스는 *가입자 안내서*의 **3장 및 4장**을 참조하십시오. 이러한 장에서는 보장되는 서비스와 보장되지 않는 서비스, 반드시 준수해야 할 규칙 및 납부 대상을 설명합니다.
    - 보장되는 의약품은 *가입자 안내서*의 **5장 및 6장**을 참조하십시오.
- **저희에게 갖고 계신 기타 모든 건강 보험 또는 처방약 보장에 대해 알려주십시오.** 가입자가 건강 관리 서비스를 받을 때 당사는 가입자가 모든 보장 옵션을 이용하도록 해야 합니다. 다른 보장이 있는 경우 가입자 서비스부에 전화하십시오.
- 담당 의사와 기타 건강 관리 서비스 제공자에게 **당사 플랜의 가입자임을 알려 주십시오.** 서비스나 약을 받을 때는 가입자 ID 카드를 제시하십시오.
- 담당 의사와 기타 의료 서비스 제공자가 가입자에게 최상의 의료 서비스를 제공할 수 있도록 **협조해 주십시오.**
  - 서비스 제공자에게 가입자와 가입자의 건강에 대해 필요로 하는 정보를 제공해 주십시오. 귀하의 건강 문제에 관해 가능한 한 많이 확인해 주십시오. 귀하와 서비스 제공자가 동의한 치료 계획 및 지침을 따르십시오.

- 가입자가 현재 쓰고 있는 모든 약에 대해 담당 의사와 기타 서비스 제공자에게 알려 주십시오. 여기에는 처방약, 처방전 없이 구입 가능한 약, 비타민 및 보충제가 포함됩니다.
- 궁금한 점을 문의해 주십시오. 담당 의사 및 기타 서비스 제공자는 가입자가 이해할 수 있는 방법으로 설명해야 합니다. 질문한 뒤 질문에 대한 답변이 이해되지 않으면 다시 질문해 주십시오.

- 연간 건강 위험 평가를 완료하는 등 **진료 코디네이터와 협력**하십시오**.**
- **사려 깊은 모습을 보여주십시오.** 당사 플랜은 모든 가입자가 다른 가입자의 권리를 존중해 주시기를 바랍니다. 또한 의사 진료소, 병원, 기타 서비스 제공자의 진료소에서 가입자가 타인을 존중하며 행동해 주시기를 기대합니다.
- **귀하의 몫을 지불해 주십시오.** 플랜 가입자로서 귀하는 다음 비용을 지급할 책임이 있습니다.
  - Medicare 파트 A와 Medicare 파트 B 보험료. 대부분의 SCAN Connections 가입자에 대해 Medi-Cal은 귀하의 Medicare 파트 A 보험료와 Medicare 파트 B 보험료를 지불합니다.
  - 귀하의 비용 분담이 자기부담금($15.00 와 같은 일정 금액)일 경우, 귀하는 네트워크 서비스 제공자의 보장 서비스에 대해 이 금액만 지불합니다.
  - 귀하의 비용 분담이 공동보험액(총 청구액의 일정 비율)일 경우, 귀하는 해당 비율보다 많이 지불하지 않습니다. 하지만 귀하의 비용은 이용하는 서비스 제공자의 유형에 따라 다릅니다. 네트워크 서비스 제공자로부터 보장 서비스를 받을 경우, 귀하는 플랜의 환급 비율(서비스 제공자와 플랜의 계약으로 결정)에 공동보험액 비율을 곱한 금액을 납부합니다.
  - Medicare 에 참여하는 네트워크 외부 서비스 제공자로부터 보장 서비스를 받는 경우, 귀하는 참여 서비스 제공자의 Medicare 지급율과 공동보험액 비율을 곱한 금액을 납부합니다. (플랜은 가입자가 진료 의뢰를 받거나 응급 상황이나 긴급 서비스를 받는 등의 특정 상황에서만 네트워크 외부 서비스 제공자의 서비스를 보장합니다.)
  - Medicare 에 참여하지 않는 네트워크 외부 서비스 제공자로부터 보장 서비스를 받는 경우, 귀하는 비참여 서비스 제공자의 Medicare 지급율과 공동보험액 비율을 곱한 금액을 납부합니다. (플랜은 가입자가 진료 의뢰를 받거나 응급 상황이나 긴급 서비스를 받는 등의 특정 상황에서만 네트워크 외부 서비스 제공자의 서비스를 보장합니다.)
  - 귀하의 비용 분담이 자기부담금($15.00 와 같은 일정 금액)일 경우, 귀하는 네트워크 서비스 제공자의 보장 서비스에 대해 이 금액만 지불합니다.
  - 귀하의 비용 분담이 공동보험액(총 청구액의 일정 비율)일 경우, 귀하는 해당 비율보다 많이 지불하지 않습니다. 하지만 귀하의 비용은 이용하는 서비스 제공자의 유형에 따라 다릅니다. 네트워크 서비스 제공자로부터 보장 서비스를 받을 경우, 귀하는

플랜의 환급 비율(서비스 제공자와 플랜의 계약으로 결정)에 공동보험액 비율을 곱한 금액을 납부합니다.

- Medicare 에 참여하는 네트워크 외부 서비스 제공자로부터 보장 서비스를 받는 경우, 귀하는 참여 서비스 제공자의 Medicare 지급율과 공동보험액 비율을 곱한 금액을 납부합니다. (플랜은 가입자가 진료 의뢰를 받거나 응급 상황이나 긴급 서비스를 받는 등의 특정 상황에서만 네트워크 외부 서비스 제공자의 서비스를 보장합니다.)
- Medicare 에 참여하지 않는 네트워크 외부 서비스 제공자로부터 보장 서비스를 받는 경우, 귀하는 비참여 서비스 제공자의 Medicare 지급율과 공동보험액 비율을 곱한 금액을 납부합니다. (플랜은 가입자가 진료 의뢰를 받거나 응급 상황이나 긴급 서비스를 받는 등의 특정 상황에서만 네트워크 외부 서비스 제공자의 서비스를 보장합니다.)
- 서비스 제공자가 '초과 청구'를 한 것으로 생각하시면 가입자 서비스부로 연락해 주십시오.
- **당사 플랜에서 보장되지 않는 서비스나 의약품을 받은 경우, 전액을 직접 지불해야 합니다. (참고:** 특정 서비스나 의약품을 보장하지 않는다는 플랜의 결정 사항에 동의하지 않을 경우, 이의 제기를 할 수 있습니다. 이의 제기 방법은 *가입자 안내서*의 **9장**을 참조하십시오.)

- **이사를 가시는 경우 저희에게 알려주십시오.** 이사가 예정된 경우 바로 알려주십시오. 진료 코디네이터 또는 가입자 서비스부에 연락하십시오.
  - **서비스 지역 외부로 이사할 경우, 플랜 가입을 지속할 수 없습니다.** 서비스 지역 내에 거주하는 사람만 이 플랜에 가입할 수 있습니다. *가입자 안내서*의 **1장**에서는 서비스 지역에 대한 설명이 제공됩니다.
  - 가입자의 이사가 서비스 지역을 벗어나는 경우인지를 확인해드릴 수 있습니다. 특별 가입 기간에 새로 이사한 장소에서 Original Medicare로 전환하거나 Medicare 건강 플랜 또는 처방약 플랜에 가입할 수 있습니다. 새로운 지역에서 플랜이 있는지 가입자에게 알려 드릴 수 있습니다.
  - 이사할 때 Medicare 및 Medi-Cal에 새 주소를 알려주십시오. Medicare 및 Medi-Cal의 전화번호는 *가입자 안내서*의 **2장**을 참조하십시오.
  - **서비스 지역 내에서 이사하시는 경우에도 알려 주셔야 합니다.** 저희는 가입자 기록을 최신 상태로 유지해 귀하께 연락을 취할 수 있어야 합니다.
- **새 전화번호가 있거나** 연락할 수 있는 더 좋은 방법이 있으면 알려주십시오.
- **궁금한 사항이나 문제가 있을 경우 가입자 서비스부에 연락하여 도움을 요청하십시오.**

9장: 문제나 불만 사항이 있을 경우 해야 할 일(보장 결정, 이의 제기, 불만 제기)

소개

이 장에는 가입자의 권리에 대한 정보가 포함되어 있습니다. 플랜과 문제가 있거나 불만 사항이 있는 경우 이 장을 읽고 해야 할 일을 알아보십시오.

- 플랜과 관련된 문제가 있거나 불만이 있을 경우
- 플랜이 부담하지 않는 서비스, 항목 또는 의약품이 필요한 경우
- 플랜이 가입자의 치료에 대해 내린 결정에 동의하지 않는 경우
- 보장 서비스가 너무 빨리 종료된다고 생각하는 경우
- 커뮤니티 기반 성인 서비스(CBAS), 간호 시설(NF) 등을 포함한 장기 서비스 및 지원에 대한 문제나 불만 사항이 있는 경우

이 장은 가입자가 찾는 대상을 쉽게 찾도록 여러 섹션으로 제공됩니다. **문제나 우려 사항이 있을 경우, 이 장에서 현재 상황에 적용되는 부분을 읽어보아야 합니다.**

담당 의사 및 기타 서비스 제공자가 가입자의 진료 계획의 일환으로서 가입자의 치료에 필요하다고 정한 건강 관리, 의약품, 장기 서비스 및 지원을 받아야 합니다. **치료에 문제가 있는 경우 Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램에 1-855-501-3077번으로 전화하여 도움을 받을 수 있습니다.** 이 장에서는 다양한 문제 및 불만 사항에 대한 다양한 옵션에 대해 설명되어 있지만 언제든지 옴부즈 프로그램에 연락하여 프로그램 이해를 위한 도움을 요청할 수 있습니다. 우려 사항을 해결하기 위한 추가 자료 및 연락 방법은 *가입자 안내서*의 **2장**을 참조하십시오.

목차

A. 문제 또는 우려 사항이 있을 경우 해야 할 일 211

A1. 법률 용어 설명 211

B. 도움을 받을 수 있는 곳 211

B1. 자세한 정보 및 지원 211

C. 당사 플랜의 Medicare 및 Medi-Cal 불만 사항 및 이의 제기 알아보기 213

D. 혜택에 관한 문제 213

E. 보장 결정 및 이의 제기 214

E1. 보장 결정 214

E2. 이의 제기 214

E3. 보장 결정 및 이의 제기에 대한 지원 215

E4. 이 장에서 도움이 될 섹션 216

F. 진료 216

F1. 이 섹션의 활용 216

F2. 보장 결정 요청 217

F3. 1단계 이의 제기 219

F4. 2단계 이의 제기 222

F5. 지불 문제 228

G. Medicare 파트 D 처방약 229

G1. Medicare 파트 D 보장 결정 및 이의 제기 229

G2. Medicare 파트 D 예외 231

G3. 예외 요청에 대해 알아두어야 할 중요한 사항 232

G4. 예외를 포함한 보장 결정 요청 232

G5. 1단계 이의 제기 235

G6. 2단계 이의 제기 237

H. 장기 병원 입원 보장 요청 239

H1. Medicare 권리 활용법 239

H2. 1단계 이의 제기 240

H3. 2단계 이의 제기 242

I. 특정 의료 서비스를 계속 보장해 줄 것을 요청 243

I1. 보장이 종료되기 전 사전 통지 243

I2. 1단계 이의 제기 243

I3. 2단계 이의 제기 245

J. 2단계 이후의 이의 제기 246

J1. Medicare 서비스 및 항목을 위한 다음 단계 246

J3. Medicare 파트 D 약 요청에 대한 이의 제기 3, 4 및 5단계 247

K. 불만 제기 방법 248

K1. 어떤 종류의 문제에 불만을 제기해야 합니까? 248

K2. 내부 불만 제기 250

K3. 외부 불만 제기 252

A. 문제 또는 우려 사항이 있을 경우 해야 할 일

이 장에서는 문제와 우려 사항을 처리하는 방법에 대한 설명을 제공합니다. 가입자가 이용하는 프로세스는 문제의 유형에 따라 다릅니다. **보장 결정 및 이의 제기**에는 단일 프로세스를 이용하고 **불만 제기**(고충 해결이라고도 함)에는 다른 프로세스가 이용됩니다.

공정성과 신속성을 보장하기 위해 각 프로세스에는 당사와 가입자가 준수해야 하는 일련의 규칙, 절차 및 마감일이 있습니다.

A1. 법률 용어 설명

이 장에는 일부 규칙 및 마감일에 대한 법률 용어가 포함되어 있습니다. 어떤 경우는 이해가 쉽지 않아 가능한 한 해당 법률 용어 대신 쉬운 용어를 사용하였습니다. 또한 약어를 최소한 사용했습니다.

예:

- ‘고충 접수’보다는 ‘불만 제기’라는 용어가 사용됩니다.
- ‘조직 판단’, ‘혜택 판단’, ‘위험 판단’ 또는 ‘보장 판단’이라는 말 대신 ‘보장 결정’라는 용어가 사용됩니다.
- ‘신속 판단’ 대신에 ‘빠른 보장 결정’이라는 용어가 사용됩니다.
- ‘독립 심사 법인(IRE)’ 대신 ‘독립 심사 기관(IRO)’이라는 용어가 사용됩니다.

올바른 법률 용어의 의미를 이해하는 것은 더 명확하게 의사소통을 하는 데 도움이 될 수 있으므로 그러한 용어도 제공하고 있습니다.

B. 도움을 받을 수 있는 곳

B1. 자세한 정보 및 지원

문제 해결을 위한 절차를 시작하거나 진행하는 것이 혼란스러운 경우가 있습니다. 특히 몸이 좋지 않거나 체력이 제한적일 때 그러합니다. 또는 다음 절차로 진행하는 데 필요한 지식이 없을 수도 있습니다.

건강 보험 상담 및 지원 프로그램의 지원

건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 문의할 수 있습니다. HICAP 카운셀러는 질문에 답변하고 문제 해결을 위해 해야 할 일을 알려드릴 것입니다. HICAP는 보험회사 또는 건강 플랜과 관련이 없습니다. HICAP는 카운티마다 교육을 받은 카운셀러를 두고 있으며 서비스는 무료입니다. HICAP 전화번호는 1-800-434-0222번입니다.

Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램의 도움

Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램에 전화하여 건강 보장 관련 질문에 대해 상담원과 상담할 수 있습니다. 무료 법률 지원이 제공됩니다. 옴부즈맨 프로그램은 저희나 어떤 보험회사 또는 건강 플랜과 아무런 관련이 없습니다. 전화번호는 1-855-501-3077이며 웹사이트는 www.healthconsumer.org입니다.

Medicare의 지원 및 정보

자세한 정보와 도움이 필요한 경우 Medicare에 연락하실 수 있습니다. Medicare로부터 도움을 받는 방법은 두 가지가 있습니다.

- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)에 주 7일, 하루 24시간 언제든 연락해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오.
- Medicare 웹사이트(www.medicare.gov)를 방문하십시오.

Medi-Cal의 지원 및 정보

캘리포니아주 의료서비스부의 지원

캘리포니아주 의료서비스부(DHCS) Medi-Cal 관리 의료 옴부즈맨이 도와드릴 수 있습니다. 건강 플랜에 가입, 변경 또는 탈퇴하는 데 문제가 있는 경우 도움을 드릴 수 있습니다. 이사하여 Medi-Cal을 새 카운티로 이전하는 데 문제가 있는 경우에도 도움을 드릴 수 있습니다. 옴부즈맨은 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 5시 중에 1-888-452-8609번으로 전화할 수 있습니다.

캘리포니아주 관리보건부의 지원

장기 서비스 및 지원(LTSS) 및 Medicare에서 보장하지 않는 기타 서비스 및 의약품을 포함한 Medi-Cal 서비스 및 혜택과 관련된 무료 도움은 캘리포니아주 관리보건부(DMHC)에 문의하십시오. DMHC는 건강 플랜을 감독할 책임이 있습니다. DMHC는 Medi-Cal 서비스 또는 청구 문제에 대한 이의 제기를 도와드립니다. 전화번호는 **1-888-466-2219**입니다. 청각 장애, 청력 문제 또는 언어 장애를 가진 사람은 무료 TDD 번호인 **1-877-688-9891**번을 이용할 수 있습니다. DMHC 웹사이트 **www.dmhc.ca.gov**를 방문하셔도 됩니다.캘리포니아주 관리보건부는 의료 서비스 보험을 규제할 책임이 있습니다. 본인의 현재 건강 플랜에 고충이 있다면, 관리보건부에 연락하기 전에 먼저 본인의 건강 플랜에 **1-866-722-6725**번으로 전화하여 건강 플랜 고충 처리 절차를 활용해야 합니다. 이 고충 절차를 활용한다고 해도 가입자가 행사할

수 있는 법적 권리 또는 구제책이 금지되지는 않습니다. 응급 상황과 관련된 고충, 건강 플랜이 만족스럽게 해결하지 못한 고충, 30일 이상 미결 상태로 남은 고충 등에 대해 도움이 필요한 경우, 관리보건부에 도움을 요청할 수 있습니다. 또한 귀하는 독립 의료 심사(IMR)의 자격이 될 수 있습니다. 귀하가 IMR 이용 자격이 되는 경우, IMR 절차는 제안된 서비스나 치료의 의료적 필요성에 관계되거나 본질상 실험적이거나 조사 차원인 치료에 대한 보장 결정에 관계되거나 또는 비상 또는 응급 의료 서비스에 대한 지불 갈등과 관련해 건강 보험 측이 내린 의료 결정에 공정한 심사를 내릴 것입니다. 관리보건부는 수신자 부담 전화번호(1-888-466-2219) 및 청각 및 언어 장애자를 위한 TDD 전화(1-877-688-9891)를 설치해 두고 있습니다. 관리보건부의 인터넷 웹사이트 www.dmhc.ca.gov에 불만 처리 양식, IMR 신청서 및 안내서가 있습니다.

C. 당사 플랜의 Medicare 및 Medi-Cal 불만 사항 및 이의 제기 알아보기

가입자는 Medicare와 Medi-Cal을 보유합니다. 이 장의 정보는 가입자의 **모든** Medicare 및 Medi-Cal 관리형 진료 혜택에 적용됩니다. 이는 Medicare와 Medi-Cal 프로세스를 결합하거나 통합하기 때문에 '통합 프로세스'라고도 합니다.

일부 경우 Medicare와 Medi-Cal 절차를 결합할 수 없습니다. 그러한 경우 가입자는 Medicare 혜택에서 한 프로세스를 사용하고 Medi-Cal 혜택에서 프로세스를 사용합니다. **섹션 F4**에서는 이러한 상황에 대한 설명을 제공합니다.

D. 혜택에 관한 문제

문제나 우려 사항이 있을 경우, 이 장에서 현재 상황에 적용되는 부분을 읽어보아야 합니다. 다음 차트는 이 장에서 문제 또는 불만 사항에 대한 해당 섹션을 찾는 데 도움이 됩니다.

문제가 혜택 또는 보장에 관한 문제입니까? 여기에는 특정 의료(의료 품목, 서비스 및/또는 파트 B 처방약)의 보장 여부에 대한 문제, 보장 방식, 치료비 지불에 대한 문제가 포함됩니다.	
예. 내 문제는 혜택이나 보장에 대한 것입니다. **섹션 E**, '보장 결정 및 이의 제기'를 참조하십시오.	**아니요.** 내 문제는 혜택이나 보장에 대한 것이 아닙니다. **섹션 K**, '불만 제기 방법'을 참조하십시오.

E. 보장 결정 및 이의 제기

보장 결정을 요청하고 이의 제기를 하는 절차는 귀하의 의료 서비스(서비스, 품목 및 파트 B 처방약, 지급 포함)에 대한 혜택 및 보장과 관련된 문제를 다룹니다. 간단히 하기 위해 일반적으로 의료 항목, 서비스 및 파트 B 처방약을 **의료**라고 합니다.

E1. 보장 결정

보장 결정은 귀하의 혜택과 보장 또는 귀하의 의료 서비스나 약 비용에서 저희가 부담할 금액에 대해 내리는 결정입니다. 예를 들어, 플랜 네트워크 담당 의사는 귀하가 담당 의사로부터 치료를 받을 때마다 귀하에게 (유리한) 보장 결정을 내립니다(*가입자 안내서*의 **4장, 섹션 G** 참조).

가입자 또는 담당 의사가 저희에게 연락하여 보장 결정을 요청할 수도 있습니다. 가입자 또는 담당 의사는 저희가 특정 의료 서비스를 보장하는지 또는 가입자가 필요하다고 생각하는 의료 서비스 제공을 당사가 거부할 수 있는지 확신할 수 없을 수 있습니다. **의료 서비스를 받기 전에 보장 여부를 알고 싶은 경우, 저희에게 보장 결정을 하도록 요청하실 수 있습니다.**

가입자를 위해 보장하는 범위와 그 금액을 결정할 때마다 보장 결정을 합니다. 경우에 따라 보장되지 않거나 Medicare 또는 Medi-Cal이 더 이상 보장하지 않는 서비스나 약을 결정할 수 있습니다. 이러한 보장 결정에 동의하지 않을 경우, 이의 제기를 할 수 있습니다.

E2. 이의 제기

저희가 보장 결정을 했는데 이에 만족하지 않을 경우, 결정 사항에 대해 '이의 제기'를 할 수 있습니다. 이의 제기는 저희의 보장 결정을 검토하고 변경하도록 요청하는 공식적인 방법입니다.

플랜의 결정에 처음으로 이의를 제기하는 경우, 이것을 1단계 이의 제기라고 합니다. 이 이의 제기에서, 저희는 보장 결정을 심사하여 모든 규칙을 올바르게 준수했는지 확인합니다. 원래의 불리한 결정을 내린 심사 담당자와 다른 심사 담당자가 이의 제기를 처리합니다.

대부분의 경우, 1단계에서 이의 제기를 시작해야 합니다. 귀하의 건강 문제가 긴급하거나 귀하의 건강에 즉각적이고 심각한 위협이 있는 경우, 또는 심한 통증이 있고 즉각적인 결정이 필요한 경우, www.dmhc.ca.gov의 관리보건부에 IMR 독립 의료 심사를 요청할 수 있습니다. 자세한 정보는 **섹션 F4**를 참조해 주십시오.

심사를 완료하면 결정 사항을 알려 드릴 것입니다. 이 장의 뒷부분에 있는 섹션 F3에서 설명하는 특정 상황에서는 신속 또는 '빠른 보장 결정' 또는 보장 결정에 대한 빠른 이의 제기를 요청할 수 있습니다.

당사가 가입자가 요청한 사항의 일부 또는 전부를 **기각**하는 경우, 서신을 보내드립니다. 문제가 Medicare 의료 보장에 관한 것이라면 2단계 이의 제기를 위해 귀하의 사례를 독립 심사 기관(IRO)으로 보냈다는 것을 서신으로 알려드릴 것입니다. 문제가 Medicare 파트 D 또는

Medicaid 서비스나 항목의 보장에 관한 것이라면 2단계 이의 제기를 직접 제출하는 방법을 서신으로 안내할 것입니다. 2단계 이의 제기에 대한 자세한 내용은 **섹션 F4**를 참조하십시오. 문제가 Medicare와 Medicaid에서 모두 보장되는 서비스나 항목의 보장에 관한 것이라면 서신을 통해 두 가지 유형의 2단계 이의 제기에 관한 정보를 얻을 수 있습니다.

2단계 이의 제기에 대한 결정에 만족하지 않을 경우, 추가적인 이의 제기 단계를 진행할 수 있습니다.

E3. 보장 결정 및 이의 제기에 대한 지원

도움을 요청할 수 있는 곳은 다음과 같습니다.

- 페이지 하단에 있는 번호로 **가입자 서비스부**에 연락
- **Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램에 1-855-501-3077번으로 연락.**
- **캘리포니아주 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)**에 1-800-434-0222번으로 연락.
- **관리보건부(DMHC) 헬프 센터**에 전화하여 무료로 도움을 요청. DMHC는 건강 플랜을 감독할 책임이 있습니다. DMHC는 Medi-Cal 서비스 또는 청구 문제에 대한 이의 제기를 도와드립니다. 전화번호는 1-888-466-2219입니다. 청각 장애, 청력 문제 또는 언어 장애를 가진 사람은 무료 TDD 번호인 1-877-688-9891번을 이용할 수 있습니다. DMHC 웹사이트 www.dmhc.ca.gov를 방문하셔도 됩니다.
- **귀하의 의사 또는 다른 서비스 제공자**에게 문의. 귀하의 의사나 기타 서비스 제공자는 귀하를 대신해 보장 결정이나 이의 제기를 요청할 수 있습니다.
- **친구 또는 가족**. 다른 사람을 '대리인'으로 지정하여 보장 결정을 요청하고 이의 제기를 해달라고 요청할 수 있습니다.
- **변호사**. 가입자는 변호사를 선임할 권리가 있지만 보장 결정을 요청하거나 이의 제기를 하기 위해 **변호사를 선임할 필요는 없습니다**.
  - 개인 변호사에게 직접 연락하거나 지역 변호사 협회나 기타 추천 서비스에서 변호사를 지정할 수도 있습니다. 일부 법률 그룹은 가입자가 자격을 갖춘 경우 무료 법률 서비스를 제공합니다.
  - Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램의 법률 지원 변호사를 1-855-501-3077번으로 요청하십시오.

변호사 또는 다른 사람이 대리인 역할을 하도록 하려면 대리인 임명 양식을 작성하십시오. 이 양식은 다른 사람이 가입자를 대신하여 행동할 수 있도록 허가하는 것입니다.

페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화하여 '대리인 임명장' 양식을 요청하십시오. www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf를 방문하여 양식을 얻을 수도 있습니다. **서명한 양식의 사본을 저희에게 제출해야 합니다.**

E4. 이 장에서 도움이 될 섹션

보장 결정 및 이의 제기와 관련된 상황에는 4가지가 있습니다. 각각의 상황에는 다양한 규칙 및 기한이 있습니다. 이 장의 별도 섹션에서 각각에 대한 자세한 내용을 제공합니다. 해당하는 섹션을 참조하십시오.

- **섹션 F**, '진료'
- **섹션 G**, 'Medicare 파트 D 처방약'
- **섹션 H**, '장기 병원 입원 보장 요청'
- **섹션 I**, '특정 의료 서비스를 계속 보장해 줄 것을 요청' (이 섹션은 가정 건강 관리, 전문 간호 시설 서비스 및 종합 외래환자 재활 시설(CORF) 서비스에만 적용됩니다.)

어떤 섹션을 사용해야 할지 잘 모르겠다면 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화하십시오.

F. 진료

이 섹션은 진료에 대한 보장을 받는 데 문제가 있거나 치료 비용에서 플랜 분담액을 환급 받기를 원할 경우 해야 할 일에 대해 설명합니다.

이 섹션에는 *가입자 안내서* **4장**의 의학적 치료 혜택에 대한 내용이 포함되어 있습니다. 경우에 따라 Medicare 파트 B 처방약에 다른 규칙이 적용될 수 있습니다. 그러한 경우 Medicare 파트 B 처방약에 대한 규칙이 의료 서비스 및 품목에 대한 규칙과 어떻게 다른지에 대한 설명이 제공됩니다.

F1. 이 섹션의 활용

이 섹션에서는 가입자가 다음 상황에 처한 경우 해야 할 일에 대해 설명합니다.

1. 귀하는 저희가 필요한 의료 서비스를 보장한다고 생각하지만 받지 못하고 있습니다.

   할 수 있는 일: 가입자는 당사에 보장 결정을 하도록 요청하실 수 있습니다. **섹션 F2**를 참조하십시오.

2. 저희는 주치의 또는 기타 의료 서비스 제공자가 귀하에게 제공하기를 원하는 의료 서비스를 승인하지 않았으며 귀하는 저희가 이를 승인해야 한다고 생각합니다.

   할 수 있는 일: 귀하는 당사의 결정에 이의 제기를 할 수 있습니다. **섹션 F3**을 참조하십시오.

3. 당사가 보장해야 한다고 생각하는 서비스나 용품을 귀하가 받았지만, 당사가 비용을 지불하지 않습니다.

   할 수 있는 일: 가입자는 지불하지 않기로 한 당사의 결정에 이의 제기를 할 수 있습니다. **섹션 F5**를 참조하십시오.

4. 귀하가 보장된다고 생각한 진료를 이용하고 비용을 지불했으며 플랜이 비용을 환급해주기를 원합니다.

   할 수 있는 일: 플랜에 비용 환급을 요청할 수 있습니다. **섹션 F5**를 참조하십시오.

5. 저희가 특정 의료 서비스에 대한 보장을 축소 또는 중단했으며, 귀하는 그러한 결정이 건강에 해를 끼칠 수 있다고 생각합니다.

   할 수 있는 일: 귀하는 진료를 축소하거나 중단한다는 당사의 결정에 대해 이의 제기를 할 수 있습니다. **섹션 F4를** 참조하십시오.

   - 보장이 병원 진료, 가정 건강 관리, 전문 간호 시설 진료 또는 CORF 서비스인 경우, 특별 규칙이 적용됩니다. 자세한 내용은 **섹션 H** 또는 **섹션 I**를 참조하십시오.
   - 특정 의료 서비스에 대한 보장을 축소 또는 중단하는 것과 관련된 기타 모든 상황의 경우 이 섹션(**섹션 F**)을 지침으로 활용하십시오.

6. 치료가 지연되거나 의사를 찾을 수 없습니다.

   할 수 있는 일: 불만을 제기할 수 있습니다. **섹션 K2**를 참조하십시오.

F2. 보장 결정 요청

> 보장 결정이 진료와 관련된 것일 경우 **"통합 조직 판단"**이라고 합니다.

가입자, 주치의 또는 대리인은 다음을 통해 보장 결정을 요청할 수 있습니다.

- 전화: 1-866-722-6725, TTY: 711번으로 전화해주십시오.
- 팩스: 1-562-989-5181.
- 서신: SCAN Health Plan
  PO Box 22698
  Long Beach, CA 90801-9826

표준 보장 결정

플랜의 결정을 통보하는 경우, '빠른' 기한을 사용하도록 합의한 경우가 아니라면 '표준' 기한을 사용합니다. 표준 보장 결정이란 다음과 같이 답변을 제공한다는 것을 나타냅니다.

- 가입자의 요청을 받은 후 역일 기준 14일 이내의 의료 서비스 또는 품목. Knox-Keene 플랜의 경우, 영업일 기준 5일 이내, 요청을 받은 후 역일로 14일 이내
- 가입자의 요청을 받은 후 72시간 이내의 Medicare 파트 B 처방약

빠른 보장 결정

> "빠른 보장 결정"에 해당하는 법률 용어는 **"신속 판단"**입니다.

가입자의 진료에 대한 보장 결정을 저희에게 요청하고 가입의 건강과 관련한 빠른 응답이 필요한 경우 '빠른 보장 결정'을 요청하십시오. 빠른 보장 결정이란 다음에 대한 답변을 제공한다는 것을 나타냅니다.

- 귀하의 요청을 받은 후 72시간 이내 또는 귀하의 건강 상태로 인해 더 빠른 대응이 필요한 경우 더 빠른 의료 서비스 또는 물품 제공
- 가입자의 요청을 받은 후 24시간 이내의 Medicare 파트 B 처방약

빠른 보장 결정을 하려면 다음의 두 가지 요건에 부합해야 합니다.

- 가입자가 **받지 않은** 다음과 같은 품목 및/또는 서비스 서비스에 대한 보장을 요청합니다. 이미 받은 품목 또는 서비스 비용 지불에 대한 빠른 보장 결정을 요청할 수 없습니다.
- 표준 기한을 사용하면 **건강에 심각한 해를 입히거나** 기능을 손상시킬 수 있습니다.

주치의가 가입자의 건강에 필요하다고 통지하는 경우 저희는 빠른 보장 결정을 자동으로 제공합니다. 의사의 지원 없이 요청하는 경우, 저희는 빠른 보장 결정 여부를 정합니다.

- 가입자의 건강이 빠른 보장 결정의 요건에 부합하지 않는다고 결정할 경우, 이를 설명하는 안내문을 보내 드립니다(대신 표준 기한을 사용합니다). 서신에는 다음이 포함됩니다.
  - 주치의가 요청하는 경우 저희는 빠른 보장 결정을 자동으로 제공합니다.
  - 빠른 보장 결정 대신 표준 보장 결정을 한다는 저희 결정에 대해 '빠른 불만 제기'를 하는 방법. 빠른 불만 제기를 포함하여 불만 제기에 대한 자세한 내용은 **섹션 K**를 참조하십시오.

가입자 요청의 일부 또는 전부가 거절되면 이유를 설명하는 서신을 보내드립니다.

- **거절된 경우**, 가입자는 이의 제기를 할 권리를 가집니다. 저희가 실수를 했다고 생각하는 경우 가입자가 이의 제기를 하는 것은 저희의 결정을 심사 및 변경하도록 요청하는 공식적인 방법입니다.
- 이의 제기를 하기로 결정한 경우 이의 제기 절차의 1단계로 이동합니다(**섹션 F3** 참조).

제한된 상황에서 저희는 보장 결정에 대한 가입자의 요청을 기각할 수 있으며, 이는 저희가 요청을 심사하지 않음을 의미합니다. 요청이 기각되는 경우의 예는 다음과 같습니다.

- 요청이 완료되지 않은 경우
- 누군가가 가입자를 대신하여 요청했지만 그렇게 하는 것이 법적 권한이 없는 경우, **또는**
- 가입자가 요청을 철회하도록 요청하는 경우

저희가 보장 결정 요청을 기각하는 경우, 요청이 기각된 이유와 기각 심사를 요청하는 방법을 설명하는 통지서를 보내드립니다. 이러한 심사를 이의 제기라고 합니다. 이의 제기에 대한 설명은 다음 절에서 제공됩니다.

F3. 1단계 이의 제기

이의 제기를 시작하려면 가입자, 담당 의사나 대리인이 플랜에 연락해야 합니다. 1-866-722-6725번으로 연락해 주십시오.

표준 이의 제기 또는 빠른 이의 제기를 서면으로 또는 1-866-722-6725번으로 요청하실 수 있습니다.

- 가입자의 주치의 또는 기타 처방자가 가입자의 이의 제기 기간 동안 이미 받고 있는 서비스나 품목을 계속 제공해 달라고 요청하는 경우 해당 사람을 가입자를 대신할 대리인으로 지명해야 할 수도 있습니다.
- 가입자의 주치의가 아닌 다른 사람이 가입자를 대신하여 이의 제기를 하는 경우 해당 사람이 가입자를 대리할 수 있도록 승인하는 대리인 임명 양식을 포함하십시오. www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf를 방문하거나 당사 웹사이트 www.scanhealthplan.com에서 양식을 얻을 수 있습니다.
- 이 양식 없이도 이의 제기를 수락할 수 있지만, 양식을 수령할 때까지 심사를 시작 또는 완료할 수 없습니다. 귀하의 이의 제기에 대한 결정을 내리기 위한 마감일 전에 양식을 받지 못한 경우:
    - 저희는 귀하의 요청을 기각합니다. 그리고

  - 저희는 IRO가 이의 제기 기각에 대한 저희 결정을 심사하도록 요청할 가입자의 권리를 설명한 서면 통지를 발송해 드립니다.

- 결정 사항을 알리는 안내문의 날짜로부터 역일로 60일 이내에 이의 제기를 요청해야 합니다.

- 이러한 기한을 놓쳤으며 시기를 놓친 합당한 사유가 있다면, 당사는 이의 제기를 할 수 있는 추가 시간을 제공할 수도 있습니다. 합당한 사유의 예는 가입자가 심각한 질병에 걸렸거나 마감일에 대해 잘못된 정보를 제공한 경우입니다. 이의 제기를 할 때 이의 제기가 지연된 이유를 설명하십시오.

- 귀하는 귀하의 이의 제기에 대한 정보의 무료 사본을 요청할 권리가 있습니다. 또한 가입자와 담당 의사는 이의 제기를 뒷받침할 자세한 정보를 제공해줄 수 있습니다.

귀하의 건강 상 필요하다면, '빠른 이의 제기'를 요청하십시오.

> "빠른 이의 제기"에 해당하는 법률 용어는 **"신속 재심"**입니다.

- 아직 받지 않은 치료에 대한 보장과 관련한 결정한 사항에 대해 이의를 제기하는 경우 가입자 및/또는 주치의는 빠른 이의 제기가 필요한지 여부를 결정합니다.

담당 의사가 건강상 필요하다고 말하는 경우 자동으로 빠른 이의 제기를 합니다. 의사의 지원 없이 요청한 경우, 저희는 빠른 이의 제기를 할지 결정합니다.

- 가입자의 건강이 빠른 이의 제기의 요건에 부합하지 않는다고 결정할 경우, 이를 설명하는 안내문을 보내 드립니다(대신 표준 기한을 사용합니다). 서신에는 다음이 포함됩니다.

  - 담당 의사가 요청하면 자동으로 빠른 이의 제기를 합니다.

  - 빠른 이의 제기 대신 표준 이의 제기를 하기로 한 저희 결정에 대해 '빠른 불만 제기'를 하는 방법. 빠른 불만 제기를 포함하여 불만 제기에 대한 자세한 내용은 **섹션 K**를 참조하십시오.

가입자가 이미 받고 있는 서비스 또는 품목을 중단하거나 축소한다고 저희가 통지하는 경우, 가입자는 이의 제기 기간 동안 해당 서비스 또는 품목을 계속 이용할 수 있습니다.

- 저희가 이전에 제공한 서비스나 품목에 대한 보장을 변경하거나 중단하기로 결정하는 경우, 당사는 조치를 취하기 전에 가입자에게 통지문을 보내드립니다.

- 당사의 결정에 동의하지 않을 경우, 가입자는 1단계 이의 제기를 할 수 있습니다.

- 가입자가 당사 서신에 기재된 날짜로부터 역일 기준 10일 이내 또는 조치의 발효 일자 중 더 늦은 날짜까지 1단계 이의 제기를 요청하는 경우 저희는 계속해서 해당 서비스 또는 품목을 보장합니다.
  - 이 기한을 준수하면 1단계 이의 제기가 보류 중인 동안 변경 사항 없이 서비스 또는 품목을 이용할 수 있습니다.
  - 또한 변경 없이 다른 모든 서비스 또는 품목(이의 제기의 대상이 아닌)도 이용할 수 있습니다.
  - 이 날짜 이전에 이의 제기를 하지 않으면 이의 제기 결정을 기다리는 동안 서비스 또는 항목을 계속해서 이용할 수 없습니다.

저희가 이의 제기를 고려하여 답변을 제공합니다.

- 저희가 이의 제기를 심사할 때 치료 보장 요청에 대한 정보를 다시 한번 신중하게 심사합니다.
- 가입자의 요청에 대해 **거부** 결정이 내려지면 저희는 모든 규칙을 준수했는지 확인합니다.
- 필요한 경우 저희는 정보를 더 수집할 것입니다. 자세한 정보를 얻기 위해 귀하나 담당 의사에게 연락할 수 있습니다.

빠른 이의 제기에는 마감일이 있습니다.

- 빠른 기한을 사용하는 경우, **이의 제기를 접수한 후 72시간 이내에 답변을 제공해야 하며, 건강상의 이유로 더 빠른 답변이 필요한 경우 더 일찍** 답변을 제공해야 합니다. 가입자의 건강 상태로 인해 더 일찍 답변을 들어야 하는 경우, 더 일찍 답변할 것입니다.
  - 가입자에게 72시간 내에 답변을 제공하지 않는 경우, 가입자의 요청을 이의 제기 과정의 2단계로 진행시켜야 합니다. 그런 다음 독립 심사 기관(IRO)이 이를 검토합니다. 이 장의 뒷부분에서는 이 기관에 대해 설명하고 이의 제기의 2단계에 대해 설명합니다. 문제가 Medi-Cal(Medicaid) 서비스 또는 항목 보장에 관한 것이라면 귀하는 시간이 다 되는 즉시 주정부에 2단계 – 주 공청회를 직접 제출할 수 있습니다. 주 청문회를 제출하려면 섹션 J2를 참조하십시오.
- **귀하의 요청 전체 또는 일부가 수락된 경우**, 저희는 귀하의 이의 제기를 접수한 후 72시간 이내에 또는 귀하의 건강상 필요한 경우 더 빨리 제공하기로 합의한 보장을 승인하거나 제공해야 합니다.
- **가입자 요청의 전체 또는 일부가 거절된 경우**, 저희는 2단계 이의 제기를 위해 IRO로 이의 제기를 전달할 것입니다.

표준 이의 제기에는 마감일이 있습니다.

- 표준 기한을 사용할 경우, 가입자가 아직 수령하지 않은 서비스 보장에 대한 이의 제기를 수령한 지 **역일로 30일 이내에** 답변을 제공해야 합니다.
- 가입자의 요청이 받지 않은 Medicare 파트 B 처방약에 대한 것인 경우, 저희는 이의 제기를 받은 후 **역일 기준으로 7일 이내**에 또는 가입자의 건강에 필요한 경우 더 일찍 답변을 드립니다.
    - 가입자에게 기한 내에 답변을 제공하지 않는 경우, 가입자의 요청이 이의 제기 과정의 2단계로 진행됩니다. 그런 다음 IRO가 검토합니다. 이 장의 뒷부분에서는 이 기관에 대해 설명하고 이의 제기의 2단계에 대해 설명합니다. 문제가 Medi-Cal(Medicaid) 서비스 또는 항목 보장에 관한 것이라면 귀하는 시간이 다 되는 즉시 주정부에 2단계 – 주 공청회를 직접 제출할 수 있습니다. 주 청문회를 제출하려면 섹션 J2를 참조하십시오.

귀하의 요청 전체 또는 일부가 수락된 경우, 저희는 귀하의 이의 제기 요청을 받은 날로부터 역일로 30일 이내에, 또는 귀하의 건강 상태에 따라 최대한 빨리, 결정을 변경한 날로부터 72시간 이내에, 또는 귀하의 요청이 Medicare 파트 B 처방약에 대한 요청인 경우 귀하의 이의 제기를 받은 날로부터 역일로 7일 이내에 제공하기로 합의한 보장을 승인하거나 제공해야 합니다.

가입자 요청의 일부 또는 전체가 **거부**된 경우 **가입자에게는 다음과 같은 추가 이의 제기 권리가 있습니다.**

- 귀하가 요청했던 사항의 일부 또는 모두에 대해 **거부** 결정이 내려지는 경우, 플랜은 가입자에게 안내 서신을 발송합니다.
- 문제가 Medicare 서비스 또는 항목 보장에 관한 것이라면 2단계 이의 제기를 위해 IRO에 귀하의 사례를 보냈다는 내용의 서신을 보내드립니다.
- 문제가 Medi-Cal 서비스나 항목 보장에 대한 것이라면 2단계 이의 제기를 직접 접수하는 방법을 서신으로 안내할 것입니다.

F4. 2단계 이의 제기

1단계 이의 제기의 일부 또는 전체에 대해 **거부** 결정이 내려지면, 플랜은 가입자에게 안내 서신을 발송합니다. 이 서신에서는 Medicare, Medi-Cal 또는 두 프로그램 모두가 일반적으로 해당 서비스나 항목을 보장하는지 여부를 알려줍니다.

- 가입자의 문제가 일반적으로 **Medicare**가 보장하는 서비스 또는 품목에 대한 것일 경우, 1단계 이의 제기가 완료되는 직후에 해당 사례를 자동으로 2단계 이의 제기 절차로 보냅니다.
- 문제가 **Medi-Cal**이 일반적으로 보장하는 서비스나 품목에 대한 것이라면 2단계 이의 제기를 직접 접수할 수 있습니다. 이 서신은 그 방법에 대한 설명이 제공됩니다. 또한 이 장의 뒷부분에 자세한 정보가 포함되어 있습니다.

- **Medicare와 Medi-Cal이 모두** 보장할 수 있는 서비스나 항목에 관한 문제인 경우, 자동으로 IRO를 통해 2단계 이의 제기를 받게 됩니다. 자동 2단계 이의 제기 외에도 주 공청회 및 주 정부에 독립 의료 심사를 요청할 수 있습니다. 그러나 주 공청회에서 이미 증거를 제시한 경우 독립 의료 심사를 이용할 수 없습니다.

가입자가 1단계 이의 제기를 요청할 때 혜택 지속 자격이 있다면, 이의 제기 대상인 서비스, 용품 또는 약에 대한 혜택은 2단계 동안 계속될 수도 있습니다. 1단계 이의 제기 중에 혜택을 계속 받을 수 있는 방법에 대한 정보는 **섹션 F3**을 참조하십시오.

- 일반적으로 Medicare에서만 보장되는 서비스에 관한 문제인 경우, 해당 서비스에 대한 혜택은 IRO의 2단계 이의 제기 절차 동안 지속되지 않습니다.

- 문제가 일반적으로 Medi-Cal에서만 보장되는 서비스에 관한 것일 경우 결정 서신을 받은 후 역일을 기준으로 10일 이내에 2단계 이의 제기를 제출하면 해당 서비스에 대한 혜택이 계속 제공됩니다.

가입자의 문제가 Medicare가 일반적으로 보장하는 서비스 또는 품목에 관한 것인 경우

IRO는 귀하의 이의 제기를 검토합니다. 독립 심사 기관은 Medicare에서 고용한 독립 기관입니다.

> "독립 심사 기관(IRO)"의 공식적인 이름은
> **"독립 심사 법인"**이며, " **IRE"**라고도 합니다.

- 이 기관은 저희와 관련이 없으며 정부 기관이 아닙니다. Medicare는 회사를 IRO로 선택했으며 Medicare는 그들의 업무를 감독합니다.

- 저희는 가입자의 이의 제기에 대한 정보(가입자의 '사례 파일')를 이 기관으로 보냅니다. 가입자는 무료 사례 파일 사본을 보유할 권리가 있습니다.

- 귀하는 IRO에 귀하의 이의 제기를 뒷받침할 추가 정보를 제공할 권리가 있습니다.

- IRO의 심사자는 귀하의 이의 제기와 관련된 모든 정보를 주의 깊게 검토합니다.

1단계에서 '빠른 이의 제기'를 한 경우, 2단계에서도 '빠른 이의 제기'가 진행됩니다.

- 1단계에서 빠른 이의 제기를 했다면, 2단계에서도 자동으로 빠른 이의 제기가 진행됩니다. IRO는 이의 제기를 받은 후 **72시간 이내에** 2단계 이의 제기에 대한 답변을 제공해야 합니다.

1단계에서 표준 이의 제기를 한 경우, 2단계에서도 표준 이의 제기가 진행됩니다.

- 1단계에서 표준 이의 제기를 한 경우, 2단계에서도 자동으로 표준 이의 제기를 진행하게 됩니다.

- 귀하의 요청이 의료 항목 또는 서비스에 대한 요청인 경우, IRO는 이의 제기를 받은 후 **역일로 30일 이내에** 2단계 이의 제기에 대한 답변을 제공해야 합니다.

- 귀하의 요청이 Medicare 파트 B 처방약에 대한 요청인 경우, IRO는 이의 제기를 받은 후 **역일로 7일 이내에** 2단계 이의 제기에 대한 답변을 제공해야 합니다.

IRO가 서면으로 답변을 제공하고 그 이유를 설명하는 경우

- **IRO가 의료 항목 또는 서비스에 대한 요청의 일부 또는 전부에 대해 '예'라고 대답하는 경우,**
  우리는 즉시 다음 결정을 이행해야 합니다.
  - **72시간 이내**에 의료 보장을 승인하거나 **또는**
  - **표준 요청**에 대한 IRO의 결정을 받은 후 **영업일 기준 5일** 이내에 **승인을 제공하거나, 또는**
  - **신속 요청**에 대한 IRO의 결정을 받은 날로부터 **72시간 이내에** 서비스를 제공합니다.
- **IRO가 Medicare 파트 B 처방약에 대한 요청의 일부 또는 전부를 수락하는 경우, 당사는 분쟁 중인 Medicare 파트 B 처방약을 다음과 같이 승인하거나 제공해야 합니다.**
  - **표준 요청**에 대한 IRO의 결정을 받은 후 **72시간 이내, 또는**
  - **신속 요청**에 대한 IRO의 결정을 받은 날로부터 **24시간 이내**에
- **IRO가 귀하의 이의 제기의 일부 또는 전부를 기각하는 경우,** IRO가 귀하의 치료 보장 요청(또는 요청의 일부)을 승인하지 않는다는 데 동의한다는 의미입니다. 이를 '결정 지지' 또는 '이의 제기 기각'이라고 합니다.
  - 귀하의 사례가 요건에 부합할 경우, 이의 제기를 더 진행할지의 여부를 선택합니다.
  - 2단계 이후 이의 제기 절차에는 3가지의 단계가 더 있으며, 이의 제기 단계는 총 5단계입니다.
  - 2단계 이의 제기가 거절되었으며 이의 제기 절차를 계속할 요건에 부합하는 경우, 3단계로 진행하여 세 번째 이의 제기를 진행할지의 여부를 결정해야 합니다. 이 방법에 대한 자세한 내용은 2단계 이의 제기를 한 후 수령한 서면 통지에 명시되어 있습니다.
  - 행정법 판사(ALJ) 또는 변호사 심사관이 3단계 이의 제기를 처리합니다. 3, 4 및 5단계 이의 제기에 대한 자세한 내용은 **섹션 J**를 참조하십시오.

문제가 Medi-Cal에서 일반적으로 보장하는 서비스 또는 품목에 대한 것인 경우

Medi-Cal 서비스 및 항목에 대한 2단계 이의 제기를 하는 방법은 (1) 불만 제기 또는 독립 의료 심사(IMR) 또는 (2) 주정부 공청회가 있습니다.

(1) 독립 의료 심사

캘리포니아주 관리보건부(DMHC)의 헬프 센터에 불만 사항을 접수하거나 독립 의료 심사(IMR)를 요청할 수 있습니다. 불만 사항을 접수하면 DMHC가 당사의 결정을 검토하고 결정을 내립니다. IMR은 의료와 관련된 모든 Medi-Cal 보장 서비스나 항목에 대해 가능합니다. IMR은 당사 플랜 또는 DMHC에 소속되지 않은 전문가가 가입자의 사례를 검토하는 것입니다 IMR 결과가 가입자에게 유리하게 나온 경우, 저희는 가입자가 요청한 서비스나 용품을 제공해야 합니다. IMR에는 비용이 따르지 않습니다.

당사 플랜이 다음에 해당할 경우 가입자는 불만 사항을 접수하거나 IMR을 신청할 수 있습니다.

- 당사 플랜이 의학적으로 필요하지 않다고 판단하여 Medi-Cal 서비스나 치료를 거절, 변경, 지연하는 경우
- 중대한 질병에 대한 실험 또는 조사 차원의 Medi-Cal 치료를 보장하지 않는 경우
- 외과 서비스나 시술이 본질적으로 미용적인지 재건적인지에 대한 분쟁
- 가입자가 이미 이용한 응급 또는 긴급 Medi-Cal 서비스를 보장하지 않는 경우
- 표준 이의 제기의 경우 역일로 30일 이내에, 빠른 이의 제기의 경우 72시간 이내에, 또는 건강상 필요한 경우 더 일찍 Medi-Cal 서비스에 대한 1단계 이의 제기를 해결하지 않은 경우

참고: 서비스 제공자가 귀하를 위해 이의 제기를 했지만 저희가 귀하의 대리인 임명 양식을 받지 못한 경우, 귀하의 이의 제기가 심한 통증, 잠재적 인명 손실, 사지 또는 주요 신체 기능 관련 사안을 포함하되 이에 국한되지 않는 귀하의 건강에 대한 임박하고 심각한 위협과 관련되지 않는 한, 관리보건부에 2단계 IMR을 신청하기 전에 당사에 이의 제기를 다시 제출해야 합니다.

귀하는 IMR과 주 청문회를 모두 받을 자격이 있지만, 동일한 문제에 대해 주 청문회에서 이미 증거를 제시한 경우 IMR을 받을 자격이 없습니다.

대부분의 경우, IMR을 요청하기 전에 이의 제기를 접수해야 합니다. 1단계 이의 제기 절차에 대한 정보는 240페이지를 참조해 주십시오. 저희 플랜의 결정에 동의하지 않을 경우, DMHC에 불만 사항을 접수하거나 DMHC 헬프 센터에 IMR을 요청할 수 있습니다.

가입자의 치료가 실험적 또는 연구 치료라는 이유로 거절된 경우, 가입자는 IMR 신청을 하기 전에 당사의 이의 제기 절차에 참여하지 않아도 됩니다.

가입자의 문제가 긴급하거나 건강에 즉각적이며 심각한 위협이 되거나, 심한 통증이 있다면 이의 제기 절차를 거치지 않고 DMHC에게 즉시 접수할 수 있습니다.

가입자의 이의 제기에 대한 결정을 서면으로 발송한 후 **6개월 이내에 IMR을 신청**해야 합니다. DMHC는 가입자가 IMR을 6개월 이내에 요청하지 못할 의학적 증상이 있었거나, IMR 프로세스에 대해 적절한 통지를 받지 못한 것과 같은 합당한 사유가 있을 경우 6개월 후에도 가입자의 요청을 수락할 수 있습니다.

IMR 신청 방법.

- www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx 에서 독립 의료 심사 신청서/불만 사항 제기 양식을 작성하거나 DMHC 헬프 센터에 1-888-466-2219번으로 전화해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-688-9891.
- 플랜에서 거부한 서비스 또는 항목에 대한 서신이나 기타 문서가 있다면 사본을 첨부해 주십시오. 그러면 IMR 절차가 더욱 신속하게 처리될 수 있습니다. 문서의 원본이 아닌 사본을 보내 주세요. 헬프 센터는 어떠한 문서도 반송해 드리지 않습니다.
- IMR과 관련하여 타인의 도움을 받고 있다면 보조자 위임장을 작성해 주세요. 양식은 www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx 에서 얻거나 당국의 헬프 센터에 1-888-466-2219번으로 전화해 주십시오. TTY 사용자는1-877-688-9891.
- 양식과 첨부 서류를 다음으로 우편 발송하거나 팩스로 보내 주십시오.
  Help Center
  Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500
  Sacramento, CA 95814-2725
  팩스: 1-916-255-5241
- 또한 독립 의료 심사 신청서/불만 제기 양식 및 공인 대리인 양식을 온라인으로 제출할 수도 있습니다. www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx

귀하가 IMR의 자격이 되는 경우 DMHC에서는 귀하의 사례를 검토하고 귀하가 IMR의 자격이 되는지에 관한 내용의 서신을 역일로 7일 이내에 발송해 드립니다. 가입자 플랜에서 신청서와 증빙 서류를 수령한 후 역일로 30일 이내에 IMR 결정이 내려집니다. 가입자는 작성한 신청서를 제출하고 역일로 45일 이내에 IMR 결정을 받게 됩니다.

가입자의 사례가 긴급하며, IMR의 자격이 되는 경우, DMHC에서는 귀하의 사례를 검토하고 귀하가 IMR의 자격이 되는지에 관한 내용의 서신을 작성한 신청서를 접수한 지 48시간 이내에 발송해 드립니다. 가입자 플랜에서 신청서와 증빙 서류를 수령한 후 역일로 3일 이내에 IMR 결정이 내려집니다. 가입자는 작성한 신청서를 제출하고 역일로 7일 이내에 IMR 결정을 받게 됩니다. IMR 결과에 만족하지 않을 경우에도 주 공청회를 요청할 수 있습니다.

DMHC가 가입자나 담당 의사로부터 필요한 모든 의료 기록을 받지 못할 경우, IMR은 더 오래 걸릴 수 있습니다. 가입자가 건강 플랜의 네트워크 소속이 아닌 의사의 진료를 받는다면, 해당 의사로부터 의료 기록을 받아 저희에게 보내주셔야 합니다. 해당 건강 플랜은 네트워크 소속인 담당 의사로부터 의료 기록의 사본을 입수해야 합니다.

DMHC가 가입자의 사례는 IMR에 해당하지 않는다고 결정할 경우, DMHC는 정기 소비자 불만 제기 절차를 통해 해당 사례를 검토할 것입니다. 가입자의 불만 사항은 작성한 신청서를 제출하고 역일로 30일 이내에 해결되어야 합니다. 불만 사항이 긴급한 것일 경우, 더 일찍 해결됩니다.

(2) 주 공청회:

가입자는 Medi-Cal이 보장하는 서비스와 용품에 대하여 주 공청회를 요청하실 수 있습니다. 담당 의사나 기타 서비스 제공자가 플랜이 승인하지 않는 서비스를 요청하거나 가입자가 이미 이용한 서비스에 대한 지급을 플랜이 중단했으며 당사가 가입자의 1단계 이의 제기를 기각할 경우, 가입자는 주정부 공청회를 요청할 권리를 가집니다.

대부분의 경우 '이의 제기 결정 서신' 통지서가 귀하에게 우편으로 발송된 후 **120일 이내에만 주 공청회를 요청할** 수 있습니다.

참고: 가입자가 현재 받고 있는 서비스가 변경되거나 중단될 것이라는 소식을 들어 주 공청회를 요청하는 경우, 주 공청회가 미결 중인 동안에도 해당 서비스를 계속 받고자 한다면 **가입자는 더 신속히 요청서를 제출해야 합니다**. 자세한 정보는 섹션 F3의 '2단계 이의 제기 동안 혜택을 계속 받을 수 있습니까'를 확인하십시오.

주 공청회를 요청하는 2가지 방법은 다음과 같습니다.

1. 조치 통지서 뒷면에 있는 '주정부 공청회 요청서'를 작성할 수 있습니다. 가입자의 전체 이름, 주소, 전화번호, 가입자를 위해 조치를 취한 플랜 또는 카운티 이름, 관련 보조 프로그램, 공청회를 요청하는 상세 이유 등과 같은 요청된 모든 정보를 제공해야 합니다. 그 다음 다음과 같은 방법으로 요청서를 제출할 수 있습니다.
   - 통지서에 표시된 주소로 카운티 복지부에 제출
   - 캘리포니아주 사회복지 서비스부에 제출.
     State Hearings Division
     P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433
     Sacramento, California 94244-2430
   - 주 공청회과에 팩스 번호 916-309-3487 또는 1-833-281-0903번으로 제출.
2. 캘리포니아주 사회복지부, 1-800-743-8525번으로 연락하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-800-952-8349번으로 전화해 주십시오. 전화로 주 공청회를 요청할 경우, 통화량이 매우 많다는 것을 기억해두시기 바랍니다.

주 공청회과는 서면으로 결정을 내리고 그 이유를 설명합니다.

- 주 공청회과가 의료 품목 또는 서비스에 대한 요청의 일부 또는 전체를 **수락**한 경우, 저희는 결정을 수령한 후 **72시간 이내**에 서비스 또는 품목을 승인하거나 제공해야 합니다.
- 주 공청회과가 가입자의 이의 제기의 전체 또는 일부를 **거절**한 경우, 이는 가입의 치료 보장 요청을 승인하지 않는다는 저희의 결정에 동의한 것을 의미합니다. 이를 '결정 지지' 또는 '이의 제기 기각'이라고 합니다.

IRO 또는 주 공청회 결정이 귀하의 요청 전체 또는 일부에 대해 **기각**된 경우 귀하는 추가적인 이의 제기 권리가 있습니다.

2단계 이의 제기가 **IRO**로 전달된 경우, 원하는 서비스 또는 품목의 금액이 특정 최소 금액을 충족하는 경우에만 다시 이의 제기를 할 수 있습니다. ALJ 또는 변호사 심사관이 3단계 이의 제기를 처리합니다. **IRO로부터 받는 서신에는 귀하가 가질 수 있는 추가 이의 제기 권리가 설명되어 있습니다.**

주 공청회에서 받는 서신에는 다음 이의 제기 옵션이 설명되어 있습니다.

2단계 이후의 이의 제기 권리에 대한 자세한 정보는 **섹션 J**를 참조하십시오.

F5. 지불 문제

당사는 네트워크 소속 서비스 제공자가 보험이 적용되는 서비스와 용품을 귀하에게 청구하는 것을 허용하지 않습니다. 보장되는 서비스나 용품에 대해 서비스 제공자가 청구하는 것보다 더 적은 금액을 당사가 지불하는 경우에도 마찬가지입니다. 가입자는 청구금액의 차액을 지불할 필요가 전혀 없습니다.

보장 서비스 및 품목에 대한 청구서를 받은 경우 청구서를 저희에게 보내십시오. 직접 비용을 납부하지 않도록 하십시오. 저희가 서비스 제공자에게 직접 연락해 이 문제를 처리할 것입니다. 청구서를 지불한 경우 서비스나 항목을 받기 위한 규칙을 따랐다면 당사 플랜에서 환급받을 수 있습니다.

자세한 정보는 *가입자 안내서*의 **7장**을 참조해 주십시오. 여기에는 환급을 요청하거나 서비스 제공자로부터 받은 청구서를 지불해야 할 수 있는 상황이 설명되어 있습니다. 또한 당사에 대한 비용 부담 요청과 관련한 서류를 당사에 보내는 방법을 설명합니다.

환급을 요청하는 것은 보장 결정을 요청하는 것입니다. 저희는 가입자가 지불한 서비스 또는 항목이 보장되는지 확인할 것이며 가입자가 보장 활용과 관련된 모든 규칙을 준수했는지 확인할 것입니다.

- 귀하가 지불한 서비스 또는 항목이 보장되고 귀하가 모든 규칙을 준수한 경우, 당사는 일반적으로 귀하의 요청을 받은 후 역일로 30일 이내, 늦어도 역일로 60일 이내에 서비스 또는 항목에 대한 적절한 환급액을 귀하에게 보낼 것입니다.
- 서비스 또는 품목에 대한 비용을 지불하지 않은 경우, 서비스 제공자에게 직접 비용을 지급할 것입니다. 당사가 비용을 지급하는 것은 가입자의 보장 결정 요청을 **수락**하는 것과 마찬가지입니다.
- 의학적 치료가 보장되지 않거나 가입자가 모든 규칙을 준수하지 않았다면 당사는 가입자에게 해당 서비스 또는 항목에 대해 비용을 지불하지 않을 것이며 그 이유를 설명하는 서신을 보낼 것입니다.

저희의 미지급 결정에 동의하지 않을 경우 가입자는 **이의 제기를 할 수 있습니다. 섹션 F3**에 설명한 이의 제기 과정을 따르십시오. 이러한 지침을 따를 경우 다음에 유의하십시오.

- 환급에 대한 이의 제기를 하는 경우, 가입자의 이의 제기를 수령한 지 역일로 30일 이내에 가입자에게 답변을 제공해야 합니다.

- 이용하여 직접 비용을 부담했던 의학적 치료에 대해 당사에 환급을 요청하는 경우, 가입자는 빠른 이의 제기를 요청할 수 없습니다.

이의 제기를 저희가 **거절**하고 **Medicare**가 일반적으로 서비스 또는 항목을 보장하는 경우, 저희는 귀하의 사례를 IRO로 보낼 것입니다. 그러한 경우 당사는 가입자에게 통지할 것입니다.

- IRO가 플랜의 결정에 반대하고 플랜이 비용을 지급해야 한다고 할 경우, 역일로 30일 이내에 가입자 또는 서비스 제공자에게 비용을 지불해야 합니다. 이의 제기가 이의 제기 절차의 2단계 이후 특정 단계에서 **수락**된 경우, 저희는 가입자가 요청한 금액을 역일로 60일 이내에 가입자나 의료 서비스 제공자에게 지급해야 합니다.

- IRO가 귀하의 이의 제기를 **기각** 하는 경우, IRO가 귀하의 요청을 승인해서는 안 된다는 데 동의한다는 의미입니다. 이를 '결정 지지' 또는 '이의 제기 기각'이라고 합니다. 가입자는 추가 이의 제기 권리를 설명하는 서신을 받게 됩니다. 추가 이의 제기 단계에 대한 자세한 내용은 **섹션 J**를 참조하십시오.

가입자의 이의 제기를 저희가 **거절**하고 Medi-Cal이 일반적으로 보장하는 서비스 또는 품목에 관련된 이의 제기인 경우, 가입자는 2단계 이의 제기를 직접 제출할 수 있습니다. 자세한 정보는 **섹션 F4**를 참조해 주십시오.

G. Medicare 파트 D 처방약

플랜 가입자의 혜택에는 다양한 처방약 보장이 포함되어 있습니다. 이러한 대부분의 약은 Medicare 파트 D 약입니다. Medi-Cal이 보장할 수 있지만 Medicare 파트 D에서 보장하지 않는 약이 있습니다. **이 섹션은 Medicare 파트 D 약 이의 제기에만 적용됩니다.** 이 섹션의 나머지 부분에서는 'Medicare 파트 D 약'이 아닌 '약'을 칭합니다.

약이 보장을 받으려면 의학적으로 승인된 적응증에 사용되어야 합니다. 즉, 약은 식품의약국(FDA)이 승인했거나 특정 의료 참고 서적으로 뒷받침됩니다. 의학적으로 허용되는 적응증에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내서*의 **5장**을 참조하십시오.

G1. Medicare 파트 D 보장 결정 및 이의 제기

Medicare 파트 D 약에 대해 가입자가 저희에게 요청하는 보장 결정의 예는 다음과 같습니다.

- 다음을 포함한 예외를 당사에 요청.
  - 당사 플랜의 의약품 목록에 없는 Medicare 파트 D 약에 대한 보장 또는
  - 약에 대한 보장에 대한 제한을 별도로 설정(예: 받을 수 있는 금액에 대한 제한)
- 특정 약이 보장되는지 질문하실 수 있습니다(예를 들어, 가입자의 약이 당사 플랜의 의약품 목록에 있지만 보장하기 전 가입자를 대신해 승인해야 하는 경우).

참고: 약국이 가입자의 처방약을 조제할 수 없다고 말할 경우, 약국은 보장 결정을 요청하기 위해 플랜에 연락하는 방법을 설명한 서면 통지를 가입자에게 제공합니다.

> Medicare 파트 D 약에 대한 초기 보장 결정을 **"보장 판단"**이라고 합니다.

- 가입자가 이미 구입한 약 비용을 플랜이 부담하도록 요청합니다. 이것은 비용 부담에 대한 보장 결정을 요청하는 것입니다.

보장 결정에 동의하지 않을 경우, 가입자는 결정에 대해 이의 제기를 할 수 있습니다. 이 섹션에서는 보장 결정을 요청하는 방법과 이의 제기를 하는 방법에 대해 설명하고 있습니다. 아래 차트를 유용하게 사용할 수 있습니다.

귀하는 이러한 상황 중 어떤 경우입니까?			
귀하는 당사의 의약품 목록에 없는 약이 필요하십니까, 혹은 당사에 보장 의약품 제한이나 규칙을 별도로 설정하도록 요청해야 합니다.	귀하는 당사가 의약품 목록에 나온 의약품을 보장해 주기를 원하고 필요로 하는 의약품에 대한 제한(사전 승인을 얻는 것처럼)이나 플랜 측의 규칙을 충족하고 있다고 생각합니다.	귀하께서는 이미 비용을 지불하고 받은 의약품에 대해 당사에 환급을 요청하고 싶습니다.	저희는 원하시는 방식으로 약을 보장하거나 비용을 지불하지 않을 것이라고 말했습니다.
플랜에 예외를 요청할 수 있습니다. (이것은 보장 결정의 한 종류입니다.)	**보장 결정을 요청할 수 있습니다.**	**플랜에 비용 환급을 요청할 수 있습니다.** (이것은 보장 결정의 한 종류입니다.)	**이의 제기를 할 수 있습니다.** (즉 저희에게 재고를 요청하는 것입니다.)
섹션 G2-섹션 G3 및 섹션 G4를 참조하십시오.	**섹션 G4**를 참조하십시오.	**섹션 G4**를 참조하십시오.	**섹션 G5**를 참조하십시오.

G2. Medicare 파트 D 예외

저희가 원하는 방식으로 약품을 보장하지 않는 경우 가입자는 '예외'를 요청하실 수 있습니다. 가입자의 예외 요청을 거절할 경우, 가입자는 결정 사항에 대한 이의 제기를 할 수 있습니다.

예외를 요청할 때 담당 의사나 기타 처방자는 예외를 받아야 하는 의학적 이유에 대해 설명해야 합니다.

> 저희 의약품 목록에 없는 약에 대한 보장을 요청하거나 의약품에 대한 제한 사항을 제거하도록 요청하는 것을 **"처방집 예외"** 요청이라고 합니다.

가입자 또는 담당 의사가 플랜에게 요청할 수 있는 예외가 몇 가지 있습니다.

1. ***의약품 목록*에 없는 약에 대한 보장**
   - 플랜이 예외를 인정하고 의약품 목록에 없는 약을 보장하는 데 동의하는 경우, 가입자는 4단계 약(비선호 의약품)에 적용되는 자기부담금을 지불합니다.
   - 해당 약에 대해 요구되는 자기부담금에 대해서는 예외를 받을 수 없습니다.
2. **보장 약에 대한 제한 제거**
   - 당사 *의약품 목록에* 있는 특정 약의 경우 추가 규칙 또는 제한이 적용됩니다(자세한 정보는 *가입자 안내서*의 **5장**을 참조해 주십시오.
   - 특정한 약에 관한 추가 규칙 및 제한에는 다음이 포함됩니다.
     - 약 보장에 동의하기 전에 사전 승인 획득. 이를 '사전 허가(PA)'라고도 합니다.
     - 분량 제한 일부 약의 경우, 수령할 수 있는 양에 제한이 있습니다.
3. **낮은 비용 분담 군으로 약 보장 변경.** *의약품 목록에* 있는 모든 약은 5가지 비용 분담 군 중 하나에 속합니다. 일반적으로 비용 분담 군이 낮을수록 필요한 자기부담금도 적어집니다.

> 보장되는 비선호 약에 대해 저렴한 비용 지급을 요청하는 것을 **"분류 예외"** 요청이라고 하기도 합니다.

- 당사의 *의약품 목록*에는 특정 상태를 치료하기 위한 1개 이상의 약이 포함되는 경우가 많습니다. 이것을 '대체' 의약품이라고 합니다.
- 귀하의 의학적 상태에 대한 대체 약이 복용하는 약보다 비용 분담 군이 낮은 경우, 대체 약에 대한 비용 분담액으로 보장하도록 요청할 수 있습니다. 이렇게 하면 약에 대한 자기부담금이 낮아집니다.

  - 가입자가 복용하는 약이 복제약일 경우, 가입자의 상태에 맞는 복제약 대체약의 가장 낮은 단계에 해당하는 비용 분담액으로 보장하도록 요청할 수 있습니다.

- 5단계의 모든 약에 대한 비용 분담 군을 변경하도록 요청하실 수 있습니다. 특수 단계.

- 단계별 예외 요청을 저희가 승인했으며 가입자가 복용할 수 없는 대체약이 소속된 낮은 비용 분담 1단계 이상이 있을 경우, 가입자는 가장 저렴한 금액을 지불합니다.

G3. 예외 요청에 대해 알아두어야 할 중요한 사항

담당 의사나 기타 처방자는 당사에게 의학적 사유를 알려야 합니다.

담당 의사 또는 기타 처방자는 예외를 요청하는 의학적 사유를 설명한 진술서를 제출해야 합니다. 결정을 더 촉진하기 위해 예외를 요청할 때 의사나 기타 처방자가 발행한 의료 정보를 포함시키도록 하십시오.

당사의 *의약품 목록*에는 특정 상태를 치료하기 위한 1개 이상의 약이 포함되는 경우가 많습니다. 이것을 '대체' 의약품이라고 합니다. 대안 약의 효능이 귀하가 요청하는 약만큼 효과적이며 부작용이나 기타 건강 문제를 유발하지 않을 경우, 일반적으로 귀하의 예외 요청을 승인하지 **않습니다**. 계층 군 예외를 요청하는 경우, 더 낮은 비용 분담 군의 모든 대체약이 귀하에게 효과가 없거나 이상 반응이나 기타 해를 유발할 가능성이 있는 경우를 제외하고 당사는 일반적으로 예외 요청을 허가**하지 않습니다**.

가입자의 요청에 대한 수락 또는 기각

- 저희가 가입자의 예외 요청에 대해 **수락** 결정을 내리면, 예외는 보통 역년으로 연말까지 지속됩니다. 이것은 담당 의사가 해당 약을 계속 처방하며 이 약이 귀하의 상태를 치료하는 데 지속적으로 안전하고 효과적일 경우에 한합니다.

- 가입자의 예외 요청에 대해 저희가 **거부**하면 이의 제기를 할 수 있습니다. **거절**할 경우 이의 제기에 대한 정보는 **섹션 G5**를 참조하십시오.

다음 섹션에서는 예외를 포함해 보장 결정을 요청하는 방법에 대해 설명합니다.

G4. 예외를 포함한 보장 결정 요청

- 1-866-722-6725번으로 전화하거나 서신 또는 팩스를 보내 원하는 보장 결정 유형을 문의하십시오. 이러한 조치가 가능한 해당자는 가입자, 대리인 또는 담당 의사(처방자)입니다. 귀하의 이름, 연락처 정보 및 청구에 대한 정보를 포함하십시오.

- 가입자나 담당 의사(또는 기타 처방자) 또는 가입자를 대신하는 사람이 보장 결정을 요청할 수 있습니다. 또한 변호사가 귀하를 대신하게 할 수 있습니다.

- 누군가를 대리인으로 지명하는 방법에 대한 내용은 **섹션 E3**을 참조하십시오.

- 가입자를 대신하여 보장 결정을 요청하기 위해 의사 또는 기타 처방자에게 서면 허가를 제공할 필요는 없습니다.
- 약에 대한 환급을 요청하려면 **7장**을 참조하십시오. *가입자 안내서.*
- 예외를 요청하는 경우 '근거 진술'을 제공하십시오. 근거 진술에는 예외 요청에 대한 담당 의사 또는 기타 처방자의 의학적 사유가 포함됩니다.
- 담당 의사나 기타 처방자는 이러한 근거 진술을 팩스 또는 우편으로 당사로 보낼 수 있습니다. 또한 전화로 저희에게 말한 후 근거 진술을 팩스 또는 우편으로 보낼 수 있습니다.
- **당사의 웹사이트를 통해 이메일로 요청서를 제출할 수 있습니다. 이메일:** medicarepartdparequests@express-scripts.com.

가입자의 건강 상 필요한 경우 당사에 '빠른 보장 결정'을 요청하십시오.

'빠른 기한'을 사용하도록 합의한 경우가 아니라면 '표준 기한'을 사용합니다.

- **표준 보장 결정**이란 의사의 진술서를 수령하고 72시간 이내에 답변을 하는 것을 의미합니다.
- **빠른 보장 결정**이란 의사의 진술서를 수령하고 24시간 이내에 답변을 하는 것을 의미합니다.

> "빠른 보장 결정"은 **"신속 보장 판단"**이라고 합니다.

다음과 같은 경우 빠른 보장 결정을 이용할 수 있습니다.

- 가입자가 받지 못한 약에 대한 사안입니다. 이미 구입한 약에 대한 환급을 요청하는 경우에는 빠른 보장 결정을 요청하실 수 없습니다.
- 표준 기한을 사용하면 가입자의 건강이나 기능 능력이 심각하게 해를 입을 수 있습니다.

담당 의사 또는 기타 처방자가 가입자의 건강에 빠른 보장 결정이 필요하다고 말하면 당사는 이에 동의하고 가입자에게 이를 제공합니다. 저희는 이를 통지하는 서신을 보내드립니다.

- 의사의 지원 없이 빠른 보장 결정을 요청하는 경우, 저희는 빠른 보장 결정 여부를 정합니다.
- 가입자의 건강 상태가 빠른 보장 결정 요건에 부합하지 않는다고 판단되면 가입자에게 안내문을 보내 드립니다.
  - 저희는 이를 통지하는 서신을 보내드립니다. 이 서신은 또한 저희 결정에 대해 불만을 제기하는 방법을 안내합니다.

- 귀하가 빠른 불만 처리를 신청하면 24시간 내에 답신을 받으실 수 있습니다. 빠른 불만 제기 등 불만 제기에 대한 자세한 내용은 **섹션 K**를 참조하십시오.

빠른 보장 결정 기한

- 당사가 표준 기한을 이용할 경우, 가입자의 이의 제기를 수령한 지 24시간 이내에 답변을 제공해야 합니다. 예외를 요청하는 경우, 귀하의 요청을 뒷받침하는 담당 의사의 진술서를 수령한 후 24시간 이내에 답변을 해드립니다. 가입자의 건강 상태로 인해 더 일찍 답변을 들어야 하는 경우, 더 일찍 답변할 것입니다.
- 저희가 이 기한을 지키지 못할 경우, IRO의 검토를 위해 이의 제기 절차의 2단계로 요청을 보냅니다. 2단계 이의 제기에 대한 자세한 내용은 **섹션 G6**을 참조하십시오.
- 저희가 가입자 요청의 일부 또는 전부를 **수락**하면 가입자의 요청이나 담당 의사의 근거 진술서를 수령한 후 24시간 이내에 보장을 제공합니다.
- 가입자 요청의 일부 또는 전부를 **거부**하면 이유를 설명하는 서신을 보내드립니다. 이 서신에는 이의 제기를 할 수 있는 방법에 대한 설명도 제공됩니다.

수령하지 않은 약에 대한 표준 보장 결정의 기한

- 당사가 표준 기한을 이용할 경우, 가입자의 이의 제기를 수령한 지 72시간 이내에 답변을 제공해야 합니다. 예외를 요청하는 경우, 귀하의 요청을 뒷받침하는 담당 의사의 진술서를 수령한 후 72시간 이내에 답변을 해드립니다. 가입자의 건강 상태로 인해 더 일찍 답변을 들어야 하는 경우, 더 일찍 답변할 것입니다.
- 저희가 이 기한을 지키지 못할 경우, IRO의 검토를 위해 이의 제기 절차의 2단계로 요청을 보냅니다.
- 저희가 가입자 요청의 일부 또는 전부를 **수락**하면 가입자의 요청이나 담당 의사의 예외 근거 진술서를 수령한 후 72시간 이내에 보장을 제공합니다.
- 가입자 요청의 일부 또는 전부를 **거부**하면 이유를 설명하는 서신을 보내드립니다. 이 서신에는 이의 제기 방법에 대한 설명도 제공됩니다.

이미 구입한 의약품에 대한 표준 보장 결정 기한

- 당사는 가입자의 이의 제기를 받은 지 역일로 14일 내에 답변을 제공해야 합니다.
- 저희가 이 기한을 지키지 못할 경우, IRO의 검토를 위해 이의 제기 절차의 2단계로 요청을 보냅니다.
- 가입자 요청의 일부 또는 전부를 당사가 **수락**하면 역일 기준 14일 이내에 환불해 드립니다.
- 가입자 요청의 일부 또는 전부를 **거부**하면 이유를 설명하는 서신을 보내드립니다. 이 서신에는 이의 제기 방법에 대한 설명도 제공됩니다.

G5. 1단계 이의 제기

> Medicare 파트 D 약 보장 결정에 대해 플랜에 이의 제기하는 것을 플랜**"재판단"**이라고 합니다.

- 1-866-722-6725번으로 전화하거나 서신 또는 팩스를 보내 **표준** 또는 **빠른 이의 제기**를 시작하십시오. 이러한 조치가 가능한 해당자는 가입자, 대리인 또는 담당 의사(처방자)입니다. 귀하의 이름, 연락처 정보 및 이의 제기에 관한 정보를 포함하십시오.
- **가입자와 서비스 제공자는** www.scanhealthplan.com/file-an-appeal에서 **전자적으로 이의 제기 요청을 제출할 수 있습니다**.
- 결정 사항을 알리는 안내문의 날짜로부터 **역일로 65일 이내에** 이의 제기를 요청해야 합니다.
- 이러한 기한을 놓쳤으며 시기를 놓친 합당한 사유가 있다면, 당사는 이의 제기를 할 수 있는 추가 시간을 제공할 수도 있습니다. 타당한 이유의 예는 다음과 같은 것입니다가입자가 심각한 질병에 걸렸거나 마감일에 대해 잘못된 정보를 제공한 경우. 이의 제기를 할 때 이의 제기가 지연된 이유를 설명하십시오.
- 귀하는 귀하의 이의 제기에 대한 정보의 무료 사본을 요청할 권리가 있습니다. 또한 가입자와 담당 의사는 이의 제기를 뒷받침할 자세한 정보를 제공해줄 수 있습니다.

귀하의 건강 상 필요하다면, '빠른 이의 제기'를 요청하십시오.

> 빠른 이의 제기는 **"신속 재판단"**이라고도 합니다.

- 아직 수령하지 않은 약에 대한 플랜의 결정에 이의 제기를 하려는 경우, 가입자와 담당 의사 또는 다른 처방자는 '빠른 이의 제기'가 필요한지 결정해야 합니다.
- 빠른 이의 제기에 대한 요구 사항은 빠른 보장 결정 절차와 동일합니다. 자세한 정보는 **섹션 G4**를 참조해 주십시오.

저희가 이의 제기를 고려하여 답변을 제공합니다.

- 저희는 가입자의 이의 제기를 심사하고 가입자의 보장 요청에 대한 정보를 다시 한번 신중하게 심사합니다.
- 가입자의 요청에 대해 **거부** 결정이 내려지면 저희는 규칙을 준수했는지 확인합니다.
- 당사는 추가 정보를 얻기 위해 가입자나 담당 의사 또는 기타 처방자에게 연락을 취할 수도 있습니다.

1단계에서 빠른 이의 제기의 기한

- 빠른 기한을 사용할 경우, 저희는 **가입자의 이의 제기를 수령한 지 72시간 이내에** 답변을 제공해야 합니다.
  - 가입자의 건강 상태로 인해 더 일찍 답변을 들어야 하는 경우, 더 일찍 답변할 것입니다.
  - 가입자에게 72시간 내에 답변을 제공하지 않는 경우, 가입자의 요청을 이의 제기 과정의 2단계로 진행시켜야 합니다. 그런 다음 IRO가 검토합니다. 심사 기관 및 2단계 이의 제기 절차에 대한 정보는 **섹션 G6**을 참조하십시오.
- 가입자 요청의 전체 또는 일부가 **수락**된 경우, 저희는 가입자의 이의 제기를 수령한 지 72시간 이내에 제공하기로 합의한 보장을 제공해야 합니다.
- 가입자의 요청의 일부 또는 전부를 **거절**하는 경우, 저희는 이유를 설명하고 이의 제기할 수 있는 방법을 알려주는 서신을 보내드립니다.

1단계에서 '표준 이의 제기'의 기한

- 표준 기한을 사용할 경우, 저희는 가입자가 아직 수령하지 않은 약에 대한 이의 제기를 수령한 지 **역일로 7일 이내에** 답변을 제공해야 합니다.
- 가입자가 약을 받지 않았고 건강 상태에 따라 필요한 경우 저희는 더 빨리 결정을 내립니다. 건강상의 이유로 필요한 경우 '빠른 이의 제기'를 요청하십시오.
  - 저희가 귀하에게 역일로 7일 내에 결정 사항을 전달하지 않는 경우, 귀하의 요청을 이의 제기 과정의 2단계로 넘길 것입니다. 그런 다음 IRO가 검토합니다. 심사 기관 및 2단계 이의 제기 절차에 대한 정보는 **섹션 G6**을 참조하십시오.

가입자 요청의 일부 또는 전체를 **수락**한 경우.

- 저희가 보장 요청을 승인할 경우, 건강상 필요에 따라 합의한 **보장을 최대한 빨리 제공**해야 하지만, 이의 제기를 수령하고 **역일로 7일 이상 지연될 수 없습니다.**
- 저희는 가입자의 이의 제기를 접수한 후 **역일로 30일 이내**에 가입자가 구입한 약에 대한 비용을 **가입자에게 지급해야 합니다**.

가입자의 요청의 일부 또는 전부를 당사가 **거절**하는 경우.

- 저희는 이유를 설명하고 이의 제기할 수 있는 방법을 알려주는 서신을 보내드립니다.
- 저희는 가입자의 이의 제기를 접수한 후 **역일로 14일 이내**에 구입한 약과 관련한 환급에 대한 답변을 제공해야 합니다.

  - 저희가 귀하에게 역일로 14일 내에 결정 사항을 전달하지 않는 경우, 귀하의 요청을 이의 제기 과정의 2단계로 넘길 것입니다. 그런 다음 IRO가 검토합니다. 심사 기관 및 2단계 이의 제기 절차에 대한 정보는 **섹션 G6**을 참조하십시오.

- 가입자 요청의 일부 또는 전부를 **수락**한 경우, 저희는 요청을 접수한 후 역일로 30일 이내에 가입자에게 비용을 지불해야 합니다.

- 가입자의 요청의 일부 또는 전부를 **거절**하는 경우, 저희는 이유를 설명하고 이의 제기할 수 있는 방법을 알려주는 서신을 보내드립니다.

G6. 2단계 이의 제기

가입자의 1단계 이의 제기가 **거절**되면 가입자는 당사의 결정을 수락하거나 다른 이의 제기를 할 수 있습니다. 다른 이의 제기를 하기로 결정한 경우 가입자는 2단계 이의 제기 절차를 활용합니다. **IRO**는 귀하의 첫 번째 이의 제기를 저희가 **기각**했을 때 저희 결정을 검토합니다. 이 기관은 결정을 변경해야 하는지 여부를 결정합니다.

> "독립 심사 기관(IRO)"의 공식적인 이름은 **"독립 심사 법인"**이며, " **IRE"**라고도 합니다.

2단계 이의 제기를 하려면 가입자(또는 대리인이나 담당 의사, 기타 처방자)는 IRO에 **서면으로** 연락하여 가입자의 사례 심사를 요청해야 합니다.

- 가입자의 1단계 이의 제기를 **거절**한 경우, 가입자에게 발송한 안내문에는 IRO에 **2단계 이의 제기를 하는 방법에 대한 지침**이 포함되어 있을 것입니다. 이 지침은 2단계 이의 제기를 할 수 있는 당사자, 준수해야 하는 기한, 심사 기관에 연락하는 방법 등에 대해 안내합니다.

- IRO에 이의 제기를 하면 저희는 가입자의 이의 제기에 대한 정보를 이 기관에게 보낼 것입니다. 이 정보를 '사례 파일'이라고 합니다. **가입자는 무료 사례 파일 사본을 보유할 권리가 있습니다**. 사례 파일의 무료 사본을 요청하는 데 도움이 필요하시면 1-866-722-6725번으로 전화해 주십시오.

- 귀하는 IRO에 귀하의 이의 제기를 뒷받침할 추가 정보를 제공할 권리가 있습니다.

IRO는 Medicare 파트 D 2단계 이의 제기를 심사하고 서면 답변을 제공합니다. IRO에 대한 자세한 내용은 **섹션 F4**를 참조하십시오.

2단계에서 빠른 이의 제기의 기한

건강상 필요한 경우 IRO에 빠른 이의 제기를 요청하십시오.

- 빠른 이의 제기에 동의하는 경우 독립 심사 기관은 이의 제기 요청을 접수한 후 **72시간 이내**에답변을 제공해야 합니다.

- IRO가 요청의 일부 또는 전체를 **수락**한 경우 저희는 IRO의 결정을 수령한 후 **24시간 이내**에 승인된 의약품 보장을 제공해야 합니다.

2단계에서 '표준 이의 제기'의 기한

2단계에서 표준 이의 제기가 활용된 경우 IRO는 다음과 같은 답변을 제공해야 합니다.

- 가입자가 받지 않은 약에 대한 이의 제기를 접수한 후 **역일로 7일 이내**
- 구입한 약에 대한 상환과 관련된 이의 제기를 접수한 후 **역일로 14일 이내**

가입자 요청의 일부 또는 전체를 IRO가 **수락**한

- 저희는 IRO의 결정을 수령한 후 **72시간 이내**에 승인된 의약품 보장을 제공해야 합니다.
- 저희는 IRO의 결정을 수령한 후 역일로 30일 이내에 가입자가 구입한 약과 관련하여 가입자에게 환급해야 합니다.
- 귀하의 이의 제기에 대해 IRO가 **거부** 결정을 내린 경우, 이 기관은 귀하의 요청을 승인하지 않은 저희 결정에 동의한다는 것을 의미합니다. (이것을 '결정 지지' 또는 '이의 제기 기각'이라고 합니다.)

IRO가 가입자의 2단계 이의 제기를 **거절**하는 경우, 가입자가 요청하는 의약품 보장의 금전 가치가 최소 금전 가치를 충족하는 경우 가입자에게는 3단계 이의 제기에 대한 권리가 있습니다. 가입자가 요청하는 의약품 보장의 금전 가치가 요구되는 최소 금액보다 적으면 다른 이의 제기를 할 수 없습니다. 이 경우 2단계 이의 제기 결정이 최종적입니다. IRO는 3단계 이의 제기를 계속 진행하기 위해 필요한 최소 금액을 알려주는 서신을 보냅니다.

요청하는 금액이 요건에 부합할 경우, 가입자는 추가로 이의 제기를 할지 선택합니다.

- 2단계 이후 이의 제기 절차에는 3가지 추가 단계가 있습니다.
- IRO가 2단계 이의 제기를 **거절**하고 가입자가 이의 제기 절차를 계속하기 위한 요건을 충족하는 경우 가입자는,
  - 3단계 이의 제기 여부를 결정합니다.
  - 3단계 이의 제기 방법에 대한 자세한 내용은 2단계 이의 제기 후 IRO에서 보낸 서신을 참조하십시오.

ALJ 또는 변호사 심사관이 3단계 이의 제기를 처리합니다. 3단계, 4단계 및 5단계 이의 제기에 대한 정보는 **섹션 J**를 참조하십시오.

H. 장기 병원 입원 보장 요청

입원 시, 귀하는 당사의 보장에 따라 질병이나 부상을 치료하고 진단하는 데 필요한 모든 병원 서비스를 받을 권리가 있습니다. 당사 플랜의 병원 보장에 대한 자세한 정보는 *가입자 안내서*의 **4장**을 참조하십시오.

귀하의 보장되는 병원 입원 기간 동안, 담당 의사와 병원 직원은 가입자의 퇴원 준비를 위해 협력할 것입니다. 또한 퇴원 후에 귀하에게 필요할 수 있는 치료를 받도록 도와줄 것입니다.

- 귀하가 병원을 떠나는 날을 '퇴원일'이라고 부릅니다.
- 담당 의사나 병원 의료진이 퇴원일을 알려 줄 것입니다.

너무 빨리 퇴원하라는 요청을 받고 있다고 생각되거나 퇴원 후 치료가 걱정된다면 오랜 기간 병원 입원을 요청할 수 있습니다. 이 섹션에서는 요청 방법에 대해 설명합니다.
이 **섹션 H**에서 논의된 이의 제기에도 불구하고, 귀하는 또한 DMHC에 불만을 제기하고 병원 입원을 계속하기 위한 독립적인 의료 심사를 요청할 수 있습니다. 독립 심사 기관에 불만 제기를 하고 DMHC에게 독립 의료 심사를 요청하는 방법에 관해서는 **섹션 F4**를 참조하시기 바랍니다. 가입자는 3단계 이의 제기에 더해, 또는 그것을 대신하여 독립 의료 심사를 요청할 수도 있습니다.

H1. Medicare 권리 활용법

병원에 입원한 후 2일 이내에 간호사 또는 사회복지사와 같은 병원 인력이 '귀하의 권리에 관한 Medicare의 중요한 메시지'라는 서면 통지서를 제공합니다. 모든 Medicare 가입자는 입원할 때마다 이 안내문의 사본을 수령합니다.

안내문을 받지 못한 경우, 병원 직원에게 요청하십시오. 도움이 필요하면 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화해 주십시오. 또한 주 7일 하루 24시간 언제든 1-800-MEDICARE(1-800- 633-4227)로 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오.

- **이 안내문을 자세히 읽고** 이해가 되지 않는 사항은 질문하십시오. 이 안내문은 다음에 대한 가입자의 권리를 포함하여 병원 환자로서의 권리에 대해 알려줍니다.
  - 병원 입원 기간 중 및 퇴원 후 Medicare가 보장하는 서비스를 받을 수 있는 권리. 귀하는 이러한 서비스 내용, 서비스 비용 부담자 및 서비스 제공 장소에 대해 알아두어야 할 권리가 있습니다.
  - 병원 입원 기간에 대한 결정에 참여할 권리
  - 병원 진료 품질에 대한 문제를 보고할 장소를 알 권리
  - 퇴원이 지나치게 이르다고 생각될 경우 이의 제기를 할 권리
- 수령 사실을 확인하고 가입자 권리를 이해했음을 알리기 위해 **안내문에 서명**합니다.

  - 귀하나 귀하를 대신할 사람이 이 안내문에 서명할 수 있습니다.
  - 안내문에 서명하는 것은 가입자가 본인의 권리에 대한 정보를 수령했다는 **것만**을 의미합니다. 서명한다고 해서 의사나 병원 직원이 알려준 퇴원 날짜에 동의한다는 의미는 **아닙니다**.
- 서명한 안내문의 **사본을 보관**하면 필요할 때 정보를 이용할 수 있습니다.

퇴원하기 2일 이상 전에 이 안내문에 서명하면 또 다른 사본도 수령하게 됩니다.

다음과 같은 경우 안내문 사본을 미리 볼 수 있습니다.

- 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화하십시오.
- 주 7일 하루 24시간 언제든 Medicare 전화 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오.
- www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices를 방문하십시오.

H2. 1단계 이의 제기

당사가 입원환자 병원 서비스를 장기적으로 보장하길 원한다면, 이의 제기를 하십시오. 품질 개선 기관(QIO)은 1단계 이의 제기 심사를 수행하여 예정된 퇴원일이 귀하에게 의학적으로 적절한지를 확인할 것입니다.

QIO는 연방 정부가 급여를 지급하는 의사 및 기타 의료 서비스 전문가 그룹입니다. 이러한 전문가들은 Medicare 가입자의 질을 점검 및 개선하는 데 도움을 줍니다. 이러한 전문가는 당사의 플랜에 속해 있지 않습니다.

캘리포니아주에서는 QIO가 Livanta입니다. 1-877-588-1123으로 전화하십시오. 연락처 정보는 통지서, 'Medicare 가입자의 권리에 대한 중요 메시지' 및 **2장**에도 있습니다.

퇴원하기 전, 늦어도 예정된 퇴원일까지 QIO에 연락하십시오.

- **퇴원하기 전에 전화하면** 이의 제기에 대한 QIO의 결정을 기다리는 동안 비용을 지불하지 않고 예정된 퇴원일 이후에도 병원에 머물 수 있습니다.
- **이의 제기를 위해 전화를 하지 않고** 예정된 퇴원 날짜 이후에도 병원에 계속 입원하기로 결정하는 경우 예정된 퇴원 날짜 후에 받는 병원 진료에 대한 모든 비용을 귀하가 지불해야 할 수 있습니다.
- 병원 입원은 Medicare와 Medi-Cal이 모두 보장하므로, 품질 개선 기관이 병원 입원을 지속하려는 가입자의 요청을 거절하거나, 가입자가 본인의 상황이 긴급하며 즉각적으로 건강에 위협이 된다고 판단하거나, 극심한 통증을 느낄 경우, 캘리포니아주 관리보건부(DMHC)에 불만 제기를 하거나 독립 의료 심사를 요청할 수도 있습니다. 독립 심사 기관에 불만 제기를 하고 DMHC에게 독립 의료 심사를 요청하는 방법에 관해서는 **섹션 F4**를 참조하시기 바랍니다.

필요한 경우 도움을 요청하십시오. 질문이 있거나 도움이 필요하면 언제든지 이곳으로 연락해 주십시오.

- 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화하십시오.
- 캘리포니아주 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 1-800-434-0222번으로 연락하십시오

빠른 심사를 요청하십시오. 신속하게 행동하고 QIO에 연락하여 퇴원에 대한 빠른 심사를 요청하십시오.

> **"빠른 심사"**에 해당하는 법률 용어는 **"즉시 심사"** 또는 **"신속 심사"**입니다.

빠른 심사 과정 동안의 진행 상황

- QIO의 심사 담당자는 귀하나 대리인에게 예정된 퇴원일 이후에 보장이 계속되어야 한다고 생각하는 이유를 물을 것입니다. 진술서를 작성할 필요는 없지만 작성하는 것이 가능합니다.
- 심사 담당자는 귀하의 의료 정보를 심사하고, 담당 의사와 상담하고, 병원과 플랜이 제공한 정보를 심사할 것입니다.
- 심사 담당자가 귀하의 이의 제기에 대해 당사에 의견을 전달한 그 날 정오까지, 귀하에게 예정된 퇴원일을 제시하는 서신이 전달됩니다. 이 서신에는 담당 의사, 병원, 그리고 저희가 그 날짜가 귀하에게 의학적으로 적합한 퇴원일이라고 생각하는 이유도 나와 있습니다.

> 이 안내문의 법률 용어를 **"퇴원에 대한 상세 고지"**라고 합니다. 페이지 하단에 있는 가입자 서비스부 전화번호로 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 주 7일 하루 24시간 언제든 전화하시면 샘플을 받으실 수 있습니다. (TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 연락해 주십시오.) 샘플 안내문의 내용은 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices에서 온라인으로 확인하실 수도 있습니다.

QIO는 필요한 모든 정보를 확보한 후 1일 이내에 이의 제기에 대한 답변을 제공합니다.

QIO가 귀하의 이의 제기를 **수락**하는 경우:

- 저희는 서비스가 의학적으로 필요한 동안 보장되는 입원환자 병원 서비스를 제공합니다.

QIO가 귀하의 이의 제기를 **기각**하는 경우:

- 귀하의 예정된 퇴원일이 의학적으로 적절한 것으로 간주됩니다.

- 입원환자 병원 서비스에 대한 저희 보장은 QIO이 귀하의 이의 제기에 대한 답변을 제공한 후 정오에 종료됩니다.
- 귀하는 QIO이 이의 제기에 대한 답변을 제공한 다음 날 정오 이후에 받는 병원 진료 비용 전액을 지불해야 할 수도 있습니다.
- QIO이 귀하의 1단계 이의 제기를 거부하고 **그리고** 귀하가 예정된 퇴원일 이후에 병원에 체류하는 경우 2단계 이의 제기를 할 수 있습니다.

H3. 2단계 이의 제기

2단계 이의 제기 기간에 QIO에게 1단계 이의 제기에서 내린 결정을 다시 심사하도록 요청하십시오. 1-877-588-1123으로 전화하십시오.

본 심리는 QIO의 1단계 이의 제기에 대한 **거부 결정**일 이후 **역일로 60일 내에** 요청되어야 합니다. 치료 보장이 종료된 날 이후 병원에 머무른 경우**에만** 이러한 심사를 요청할 수 있습니다.

QIO 심사자는 다음을 수행합니다.

- 귀하의 이의 제기에 대한 모든 정보를 다시 한 번 주의 깊게 심사합니다.
- 두 번째 심사 요청을 받은 후 14일 이내에 2단계 이의 제기에 대한 결정을 알려 드립니다.

QIO가 귀하의 이의 제기를 **수락**하는 경우:

- 저희는 QIO가 귀하의 1단계 이의 제기를 거부한 날의 다음 날 정오 이후부터 저희가 분담하는 병원 진료 비용을 귀하에게 환급해야 합니다.
- 저희는 서비스가 의학적으로 필요한 동안 보장되는 입원환자 병원 서비스를 제공합니다.

QIO가 귀하의 이의 제기를 **기각**하는 경우:

- 귀하의 1단계 이의 제기에 대한 결정에 동의하며 이를 변경하지 않습니다.
- 이의 제기 절차를 계속하고 3단계 이의 제기를 하기를 원할 경우 할 수 있는 사항을 알려주는 서신을 제공합니다.
- 또한 귀하는 병원 입원을 계속하기 위해 불만 제기를 하거나 독립 의료 심사를 DMHC에 요청할 수도 있습니다. 독립 심사 기관에 불만 제기를 하고 DMHC에게 독립 의료 심사를 요청하는 방법에 관해서는 **섹션 E4**를 참조하시기 바랍니다.

ALJ 또는 변호사 심사관이 3단계 이의 제기를 처리합니다. 3단계, 4단계 및 5단계 이의 제기에 대한 정보는 **섹션 J**를 참조하십시오.

I. 특정 의료 서비스를 계속 보장해 줄 것을 요청

이 섹션에서는 귀하가 받을 수 있는 3가지 유형의 서비스에 대해서만 설명합니다.

- 가정 건강 관리 서비스
- 전문 간호 시설에서의 전문 간호 서비스 **및**
- Medicare 승인의 외래환자로서 재활 관리. 보통 이는 귀하가 질병이나 사고에 대한 치료를 받고 있거나 대수술을 받고 회복 중에 있음을 뜻합니다.

이러한 3가지 종류의 서비스는 담당 의사가 필요하다고 인정하는 한 가입자는 계속하여 보장 서비스를 받을 수 있는 권리가 있습니다.

당사가 이러한 서비스 보장 중단을 결정하는 경우에는 서비스가 종료되기 **전** 귀하에게 이러한 사실을 알려야 합니다. 이러한 서비스에 대한 보장이 종료될 경우, 저희는 서비스에 대한 납부를 중단할 것입니다.

플랜이 가입자의 서비스 보장을 너무 빨리 중단한다고 생각할 경우, **가입자는 당사의 결정에 이의 제기를 할 수 있습니다.** 이 섹션에서는 이의 제기 방법에 대해 설명합니다.

I1. 보장이 종료되기 전 사전 통지

저희는 치료 비용 지불을 중단하기 최소 2일 전에 귀하에게 서면 통지를 보내드립니다. 이것을 'Medicare 비보장 안내문'이라고 합니다. 안내문을 통해 가입자에게 서비스 보장 중단일과 이 결정에 대한 이의 제기 방법을 알려드릴 것입니다.

귀하 또는 대리인은 수령 사실을 확인하기 위해 안내문에 서명해야 합니다. 통지서에 서명하는 것은귀하가 정보를 받았다는 **것만을** 보여줍니다. 서명한다고 해서 저희의 결정에 동의하는 것은 **아닙니다**.

I2. 1단계 이의 제기

플랜이 가입자의 서비스 보장을 너무 빨리 중단한다고 생각할 경우, 가입자는 당사의 결정에 이의 제기를 할 수 있습니다. 이 섹션에서는 1단계 이의 제기 절차 및 해야 할 일에 대해 설명합니다.

- **기한을 지키십시오.** 기한은 중요합니다. 해야 할 일의 기한을 이해하고 이를 준수하십시오. 당사 플랜도 마감일을 준수해야 합니다. 저희가 이 기한을 지키지 않았다고 생각하실 경우, 불만을 제기하실 수 있습니다. 불만 사항에 대한 자세한 내용은 **섹션 K**를 참조하십시오.
- **필요한 경우 도움을 요청하십시오.** 질문이 있거나 도움이 필요하면 언제든지 이곳으로 연락해 주십시오.
    - 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화하십시오.

  - HICAP에 1-800-434-0222로 전화하십시오.

- **QIO에 문의하십시오.**
  - QIO 및 연락 방법에 대한 자세한 내용은 **섹션 H2**를 참조하거나 *가입자 안내서*의 **2장**을 참조하십시오.
  - 귀하의 이의 제기를 심사하고 당사 플랜의 결정을 변경할지 여부를 결정하도록 요청하십시오.
- **신속하게 행동하고 '빠른 이의 제기'를 요청하십시오.** 저희가 귀하의 의료 서비스 보장을 종료하는 것이 의학적으로 적절한지 QIO에 문의하십시오.

이 기관에 연락하는 기한

- 귀하는 QIO에 연락하여 저희가 보내드린 Medicare 비보장 통지서의 발효 일자 전날 정오까지 이의 제기를 시작해야 합니다.
- 품질 개선 기관이 가입자의 의료 서비스 보장 지속에 대한 요청을 거절하거나, 가입자가 본인의 상황이 긴급하며 즉각적으로 건강에 위협이 된다고 판단하거나, 극심한 통증을 느낄 경우, 캘리포니아주 관리보건부(DMHC)에게 불만 제기를 하고 독립 의료 심사를 요청할 수도 있습니다. 독립 심사 기관에 불만 제기를 하고 DMHC에게 독립 의료 심사를 요청하는 방법에 관해서는 **섹션 F4**를 참조하시기 바랍니다.

> 서면 통지의 법률 용어는 **"Medicare 비보장 안내문"**입니다. 샘플 사본을 받으려면 페이지 하단에 있는 가입자 서비스부에 전화하거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 Medicare에 주 7일 하루 24시간 언제든 전화해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오. 또는 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices에서 온라인으로 사본을 받으십시오.

빠른 이의 제기 중 발생하는 일

- QIO의 심사 담당자는 귀하나 대리인에게 보장이 계속되어야 한다고 생각하는 이유를 물을 것입니다. 진술서를 작성할 필요는 없지만 작성하는 것이 가능합니다.
- 심사 담당자는 귀하의 의료 정보를 심사하고, 담당 의사와 상담하고, 플랜이 제공한 정보를 심사할 것입니다.

- 당사 플랜은 또한 귀하의 서비스 보장을 종료하는 이유를 설명하는 서면 통지를 귀하에게 보내드립니다. 심사 담당자가 귀하의 이의 제기를 저희에게 통지하는 날이 종료될 때까지 귀하께 통지가 제공됩니다.

> 통지 설명의 법률 용어는 **"비보장에 관한 상세 설명"**입니다.

- 심사 담당자는 필요한 모든 정보를 확보한 후 하루 내에 결정을 알려줍니다.

QIO가 귀하의 이의 제기를 **수락**하는 경우:

- 저희는 의학적으로 필요한 동안 보장되는 서비스를 제공합니다.

QIO가 귀하의 이의 제기를 **기각**하는 경우:

- 귀하의 보장은 저희가 알려드린 날짜에 종료됩니다.
- 통지문에 제시된 날짜에 해당 진료 비용에 대한 지불이 중단됩니다.
- 보장 종료일 이후에 가정 건강 관리, 전문 간호 시설 치료 또는 CORF 서비스를 계속하기로 결정한 경우 귀하가 이 치료의 전체 비용을 직접 부담합니다.
- 귀하는 이러한 서비스를 계속하고 2단계 이의 제기를 할 것인지 결정합니다.

I3. 2단계 이의 제기

2단계 이의 제기 기간에 QIO에게 1단계 이의 제기에서 내린 결정을 다시 심사하도록 요청하십시오. 1-877-588-1123으로 전화하십시오.

본 심리는 QIO의 1단계 이의 제기에 대한 **거부 결정**일 이후 **역일로 60일 내에** 요청되어야 합니다. 이러한 심사 요청은 귀하가 해당 의료 서비스에 대한 보장이 종료된 당일 이후에도 치료를 계속 받는 **경우에만** 가능합니다.

QIO 심사자는 다음을 수행합니다.

- 귀하의 이의 제기에 대한 모든 정보를 다시 한 번 주의 깊게 심사합니다.
- 두 번째 심사 요청을 받은 후 14일 이내에 2단계 이의 제기에 대한 결정을 알려 드립니다.

QIO가 귀하의 이의 제기를 **수락**하는 경우:

- 당사는 귀하의 보장이 종료된다고 답변했던 날짜 이후에 귀하가 받은 치료 비용을 환급해야 합니다.
- 저희는 의학적으로 필요한 경우 진료에 대해 보장을 계속 제공합니다.

QIO가 귀하의 이의 제기를 **기각**하는 경우:

- 독립 심사 기관은 귀하의 치료를 종료하기로 한 저희 결정에 동의하며 이를 변경하지 않을 것입니다.
- 이의 제기 절차를 계속하고 3단계 이의 제기를 하기를 원할 경우 할 수 있는 사항을 알려주는 서신을 제공합니다.
- 또한 귀하는 불만 제기를 하고 DMHC에 건강 관리 서비스의 보장을 계속하기 위해 독립 의료 심사를 요청할 수도 있습니다. 독립 심사 기관에 DMH를 요청하는 방법에 관해서는 **섹션 F4**를 참조하시기 바랍니다. 가입자는 불만 제기를 하고 3단계 이의 제기 대신에 또는 추가적으로 DMHC에 독립 의료 심사를 요청할 수도 있습니다.

ALJ 또는 변호사 심사관이 3단계 이의 제기를 처리합니다. 3단계, 4단계 및 5단계 이의 제기에 대한 정보는 **섹션 J**를 참조하십시오.

J. 2단계 이후의 이의 제기

J1. Medicare 서비스 및 항목을 위한 다음 단계

Medicare 서비스 또는 항목에 대해 1단계 이의 제기와 2단계 이의 제기를 했는데 모두 거부된 경우 귀하는 이의 제기의 추가 단계를 진행할 권리가 있을 수 있습니다.

귀하가 이의 제기한 Medicare 서비스 또는 품목의 금액 가치가 특정 최소 금액을 충족하지 못하는 경우, 귀하는 더 이상 이의 제기를 할 수 없습니다. 금전 가치가 충분히 높으면 이의 제기 절차를 계속할 수 있습니다. 2단계 이의 제기를 위해 IRO에서 받은 서신에는 3단계 이의 제기를 요청하기 위해 누구에게 연락해야 하고 무엇을 해야 하는지에 대한 설명이 제공됩니다.

3단계 이의 제기

이의 제기 3단계는 ALJ 심리입니다. 결정을 내리는 사람은 ALJ 또는 연방 정부에서 일하는 변호사 심사관입니다.

ALJ 또는 변호사 심사관이 귀하의 이의 제기를 **수락**하면**,** 저희는 귀하에게 유리한 3단계 결정에 이의 제기할 권리가 있습니다.

- 저희가 결정 사항에 대해 **이의 제기를 하기로** 결정한 경우, 가입자에게 관련 문서와 함께 4단계 이의 제기 요청 사본을 보내 드립니다. 저희는 문제의 서비스를 승인 또는 제공하기 전에 4단계 이의 제기 결정을 기다릴 수 있습니다.
- 결정된 사항에 대해 **이의 제기를 하지 않기로** 결정한 경우, 저희 플랜은 ALJ 또는 재판관의 결정을 수령하고 역일로 60일 이내에 서비스를 승인하거나 제공해야 합니다.
    - ALJ 또는 재판관이 귀하의 항소를 **거부**하면 항소 절차가 끝나지 않을 수 있습니다.
- 귀하의 이의 제기를 기각한 결정을 **수락**하기로 결정한 경우, 이의 제기 절차는 종료됩니다.

- 이의 제기를 기각하는 이 결정을 **수락하지 않기로** 결정한 경우 다음 단계의 심사 절차를 계속 진행할 수 있습니다. 귀하가 받는 통지서는 4단계 이의 제기를 위해 해야 할 일에 대한 설명이 제공됩니다.

4단계 이의 제기

Medicare 이의 제기 위원회(위원회)는 귀하의 이의 제기를 검토하고 답변을 제공합니다. 이 위원회는 연방정부 소속입니다.

위원회가 귀하의 4단계 이의 제기를 **수락**하거나 귀하에게 유리한 3단계 이의 제기 결정을 심사해 달라는 요청을 거부하는 경우, 저희는 5단계에 대해 이의 제기를 할 권리가 있습니다.

- 저희가 결정에 대해 **이의 제기를 하기로** 결정한다면 서면으로 가입자에게 알릴 것입니다.
- 결정된 사항에 대해 **이의 제기를 하지 않기로** 결정한 경우, 위원회의 결정을 수령하고 역일로 60일 이내에 서비스를 승인하거나 제공해야 합니다.

위원회가 **거절**하거나 심사 요청을 거부하는 경우 이의 제기 절차가 끝나지 않을 수 있습니다.

- 귀하의 이의 제기를 기각한 결정을 **수락**하기로 결정한 경우, 이의 제기 절차는 종료됩니다.
- 이의 제기를 기각하는 이 결정을 **수락하지 않기로** 결정한 경우 다음 단계의 심사 절차를 계속 진행할 수 있습니다. 귀하가 받는 통지서에는 귀하가 5단계 이의 제기를 진행할 수 있는지 여부와 해야 할 일에 대한 설명이 제공됩니다.

5단계 이의 제기

- 연방 지방 법원 판사가 귀하의 이의 제기와 모든 정보를 심사하고 **수락** 또는 **거절**을 결정합니다. 이것이 최종 결정입니다. 연방 지방 법원 이외의 다른 이의 제기 단계는 없습니다.

J2. 추가 Medi-Cal 이의 제기

또한 귀하에게는 Medi-Cal이 일반적으로 보장하는 서비스나 품목에 대한 이의 제기인 경우 다른 이의 제기 권리도 있습니다. 귀하가 주 공청회국으로부터 받은 서신에서는 이의 제기 과정을 계속하기 위해 수행할 수 있는 조치를 설명합니다.

J3. Medicare 파트 D 약 요청에 대한 이의 제기 3, 4 및 5단계

이 절은 1단계 이의 제기와 2단계 이의 제기를 했는데 모두 기각된 경우, 적합할 수 있습니다.

이의 제기한 특정 약의 비용이 특정 수준에 부합할 경우, 이의 제기의 추가 단계를 진행할 수 있습니다. 귀하가 수령하는 2단계 이의 제기에 대한 답변서에 3단계 이의 제기를 요청하기 위해 해야 할 일과 연락처가 포함되어 있을 것입니다.

3단계 이의 제기

이의 제기 3단계는 ALJ 심리입니다. 결정을 내리는 사람은 ALJ 또는 연방 정부에서 일하는 변호사 심사관입니다.

ALJ 또는 변호사 심사관이 귀하의 이의 제기를 **수락**하는 경우.

- 이의 제기 절차가 종료됩니다.
- 저희는 승인된 의약품 보장을 72시간(신속 이의 제기는 24시간) 이내에 허가 또는 제공하거나 결정을 통지 받은 후 역일로 30일 이내에 비용을 지불해야 합니다.

ALJ 또는 재판관이 귀하의 항소를 **거부**하면 항소 절차가 끝나지 않을 수 있습니다.

- 귀하의 이의 제기를 기각한 결정을 **수락**하기로 결정한 경우, 이의 제기 절차는 종료됩니다.
- 이의 제기를 기각하는 이 결정을 **수락하지 않기로** 결정한 경우 다음 단계의 심사 절차를 계속 진행할 수 있습니다. 귀하가 받는 통지서는 4단계 이의 제기를 위해 해야 할 일에 대한 설명이 제공됩니다.

4단계 이의 제기

이의 제기 위원회는 귀하의 이의 제기를 검토하고 답변을 제공합니다. 이 위원회는 연방정부 소속입니다.

위원회가 귀하의 이의 제기를 **수락**하는 경우.

- 이의 제기 절차가 종료됩니다.
- 저희는 승인된 의약품 보장을 72시간(신속 이의 제기는 24시간) 이내에 허가 또는 제공하거나 결정을 통지 받은 후 역일로 30일 이내에 비용을 지불해야 합니다.

위원회가 귀하의 항소를 **거부**하면 항소 절차가 끝나지 않을 수 있습니다.

- 귀하의 이의 제기를 기각한 결정을 **수락**하기로 결정한 경우, 이의 제기 절차는 종료됩니다.
- 이의 제기를 기각하는 이 결정을 **수락하지 않기로** 결정한 경우 다음 단계의 심사 절차를 계속 진행할 수 있습니다. 귀하가 받는 통지서에는 귀하가 5단계 이의 제기를 진행할 수 있는지 여부와 해야 할 일에 대한 설명이 제공됩니다.

5단계 이의 제기

- 연방 지방 법원 판사가 귀하의 이의 제기와 모든 정보를 심사하고 **수락** 또는 **거절**을 결정합니다. 이것이 최종 결정입니다. 연방 지방 법원 이외의 다른 이의 제기 단계는 없습니다.

K. 불만 제기 방법

K1. 어떤 종류의 문제에 불만을 제기해야 합니까?

불만 제기 절차는 진료 품질, 대기 시간, 진료 조정 및 고객 서비스와 관련된 문제 같이 특정 종류의 문제에만 사용됩니다. 불만 사항 제기 절차로 다뤄지는 문제 유형에 대한 예를 소개합니다.

불만	예
귀하의 의료 진료 품질	• 귀하는 병원에서 받은 의료 서비스 같은 진료 품질에 불만족하고 있습니다.
프라이버시 존중	• 귀하는 누군가가 귀하의 개인정보보호 권리를 존중하지 않았거나 귀하에 대한 기밀 정보를 공유했다고 생각합니다.
무례함, 부실한 고객 서비스 또는 기타 부정적 행동	• 의료 서비스 제공자 또는 직원이 귀하에게 무례했거나 실례를 했습니다. • 우리 직원이 귀하를 나쁘게 대했습니다. • 귀하는 플랜에서 강제로 탈퇴되었다고 생각합니다.
접근성 및 언어 지원	• 의사 또는 서비스 제공자 진료소에서 건강 관리 서비스와 시설을 물리적으로 이용할 수 없습니다. • 의사 또는 서비스 제공자는 귀하가 사용하는 비영어권 언어(예: 미국 수화 또는 스페인어)에 대한 통역사를 제공하지 않습니다. • 귀하의 서비스 제공자는 귀하에게 필요하고 요청되는 기타 합당한 편의를 제공하지 않습니다.
대기 시간	• 귀하는 예약을 하는데 문제가 있거나 대기 시간이 너무 깁니다. • 의사, 약사 또는 기타 의료 전문가, 가입자 서비스부 또는 기타 플랜 직원이 귀하를 너무 오래 기다리게 합니다.
청결함	• 클리닉, 병원 또는 의사의 진료소가 청결하지 않다고 생각합니다.

불만	예
저희가 제공하는 정보	• 플랜에서 귀하가 받아야 하는 안내문이나 서신을 제공하지 않았다고 생각합니다. • 귀하는 당사가 귀하에게 보냈던 서면 정보가 이해하기 어렵다고 생각합니다.
보장 결정 또는 이의 제기와 관련된 시간 적절성	• 귀하는 플랜이 보장 결정이나 이의 제기 답변을 위한 마감일이 준수되지 않는다고 생각합니다. • 귀하는 보장을 받거나 귀하에게 유리한 이의 제기 결정을 받은 후 플랜에서 귀하에게 서비스를 승인 또는 제공하지 않거나 특정한 의학적 서비스에 대해 환급해 주지 않는다고 생각합니다. • 귀하는 저희가 귀하의 케이스를 제때에 IRO에 보내지 않았다고 생각합니다.

불만의 종류는 다양합니다. 내부 불만 제기 및/또는 외부 불만 제기를 할 수 있습니다. 내부 불만 제기는 당사에 제기하고 당사의 심사를 받는 것입니다. 외부 불만 제기는 플랜과 제휴 관계가 없는 기관에 제기하고 그 기관의 심사를 받는 것입니다. 내부 및/또는 외부 불만 제기를 하는 데 도움이 필요하시면 가입자 서비스부에 1-866-722-6725번으로 전화하실 수 있습니다.

> "불만"에 해당하는 법률 용어는 **"고충"**입니다.
>
> "불만 제기"에 해당하는 법률 용어는 **"고충 제기"**입니다.

K2. 내부 불만 제기

내부 불만 제기를 하시려면, 가입자 서비스부에 1-866-722-6725번으로 전화해 주십시오. 가입자는 Medicare 파트 D 의약품이 아닌 경우 언제든지 불만을 제기할 수 있습니다. Medicare 파트 D 의약품에 대한 불만 제기의 경우 불만을 제기하려는 문제가 발생한 후 **역일로 60일 이내에** 하셔야 합니다.

- 그 밖에 해야 할 일이 있다면 가입자 서비스부에서 알려줄 것입니다.
- 불만 사항을 서면으로 작성하여 당사에 보낼 수도 있습니다. 가입자가 불만을 서면으로 작성하는 경우, 플랜이 서면으로 답변해 드립니다.
- 제1단계: 즉시 전화나 서면으로 플랜에 연락하십시오.

- 일반적으로 가장 먼저 가입자 서비스부에 연락합니다. 그 밖에 해야 할 일이 있다면 가입자 서비스부에서 알려줄 것입니다.

- 전화 연락을 원하지 않으실 경우(또는 통화를 했지만 불만족스러운 경우), 불만 사항을 서면으로 작성하여 저희에게 보내실 수 있습니다. 가입자가 불만을 서면으로 작성하는 경우, 플랜이 서면으로 답변해 드립니다.

- 고충 제기를 할 수 있는 사람
  SCAN Health Plan 가입자는 고충 제기를 직접 접수하거나 다른 사람을 지명하여 접수할 수 있습니다. 가입자가 지정한 사람을 위임 받은 대리인이라고 합니다. 친구, 친척, 담당 의사 또는 다른 서비스 제공자나 다른 사람이 대리인이 되기를 원할 경우 가입자 서비스부(전화번호는 본 문서의 뒤표지에 기재됨)에 전화하여 '대리인 임명장' 양식을 요청하십시오. (이 양식은 Medicare 웹사이트 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 또는 당사 웹사이트 www.scanhealthplan.com/appointment-of representative-form 에서 제공됩니다.) 이 양식은 대리인에게 귀하를 대신하여 행동할 권한을 부여합니다. 귀하와 귀하를 대신하여 행동하도록 승인한 사람이 여기에 서명해야 합니다. 서명한 양식의 사본을 저희에게 제출해야 합니다. Medicaid 별 혜택 또는 서비스와 관련된 고충 제기에는 대리인 임명장(AOR) 양식 또는 이에 해당하는 서면 통지서가 필요하지 않습니다.

  플랜에 고충 제기 접수

  불만사항이 있을 경우, 가입자나 대리인은 파트 C 고충 제기(파트 C 진료 또는 서비스에 대한 불만사항) 및/또는 파트 D 고충 제기(파트 D 의약품 및 서비스에 대한 불만사항)를 위해 플랜에 전화하실 수 있습니다. 전화번호는 *가입자 안내서*의 **2 장, 섹션 A** 에 나와 있습니다. 전화를 통해 불만을 해결할 수 있도록 노력할 것입니다. 전화로 불만을 해결할 수 없을 경우 가입자 불만을 검토하는 공식적인 절차가 있습니다. 이것을 고충 처리 절차라고 합니다. 고충 처리 절차에서 가입자가 답변서를 요청하거나, 고충 제기를 서면 접수하거나, 가입자의 불만이 진료 품질에 관한 것일 경우, 서면으로 답변해 드릴 것입니다.

  고충은 서면이나 구두로 제출하실 수 있습니다. 고충을 서면으로 보내려면 *가입자 안내서*의 **2 장, 섹션 A** 에 기재된 주소로 보내시거나 당사 웹사이트 www.scanhealthplan.com/scan-resources/report-an issue/ file-a-grievance to submit online 를 방문하여 고충 제기를 온라인으로 제출하십시오. 고충은 사건이나 사고가 있은 후 언제든지 제기할 수 있습니다. 플랜은 귀하의 건강 상태를 고려하여 최대한 빨리 불만 제기를 접수한 후 역일로 30 일 이내에 귀하의 고충을 처리해야 합니다. 귀하가 기한 연기를 요청하거나, 추가 정보가 필요한 합당한 이유가 있거나, 연장하는 것이 귀하에게 유리한 경우 역일로 14 일까지 연장할 수 있습니다. 가입자 고충의 전체 또는 일부를 당사가 거절할 경우, 거절 사유를 설명하고 분쟁 해결 옵션에 대해 안내를 해드릴 것입니다.

- 전화하거나 서신을 보내더라도 가입자 서비스부에 즉시 연락해야 합니다. 문제가 발생하신 후 언제든지 불만을 제기하실 수 있습니다.

> "빠른 불만 제기"에 해당하는 **법률 용어**는 **"신속 고충 제기"**입니다.

가능한 경우 저희는 즉시 답변을 드립니다. 가입자가 불만 사항이 있어 당사에 전화하는 경우, 답변도 전화로 할 수 있습니다. 귀하의 건강 때문에 당사의 신속한 답변이 필요한 경우, 당사는 그렇게 조치할 것입니다.

- 당사는 대부분의 불만 제기에 대해 역일로 30일 이내에 답변합니다. 당사에서 정보가 더 필요하여 역일로 30일 이내에 결정을 하지 않으면, 서면으로 가입자에게 통보합니다. 또한 상태 업데이트와 답변을 받을 수 있는 예상 시간을 알려드릴 것입니다.
- '빠른 보장 결정' 또는 '빠른 이의 제기' 요청에 대해 플랜이 거부 결정을 내려 불만 제기를 하는 경우, 플랜은 귀하에게 자동으로 '빠른 불만 제기'를 허락하고 24시간 내에 불만 제기에 응답할 것입니다.
- 당사가 보장 결정이나 이의 제기를 하는 데 추가로 시간이 필요하여 가입자가 불만을 제기하는 경우, 당사는 자동으로 '빠른 불만 제기'를 허락하고 24시간 이내에 불만 제기에 답변할 것입니다.

당사가 가입자의 불만 사항 일부 또는 전체에 동의하지 않는 경우, 가입자에게 그 사유를 설명할 것입니다. 당사는 해당 불만 사항에 동의하는지의 여부를 답변합니다.

K3. 외부 불만 제기

Medicare

귀하는 불만 사항을 Medicare에 통지하거나 Medicare에 보낼 수 있습니다. Medicare 불만 양식은 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx에서 구할 수 있습니다. Medicare에 불만을 제기하기 전에 SCAN Connections에 불만을 제기할 필요는 없습니다.

Medicare는 귀하의 불만 사항을 신중하게 검토하고 이 정보를 사용하여 Medicare 프로그램의 품질을 개선할 것입니다.

다른 의견이나 문제가 있거나, 플랜이 귀하의 문제를 해결해주지 않는다고 생각하실 경우, 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로도 연락할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

Medi-Cal

1-888-452-8609로 전화하여 캘리포니아주 의료서비스부(DHCS) Medi-Cal 관리형 의료 옴부즈맨에 불만을 제기할 수 있습니다. TTY 사용자는 711로 전화해 주십시오. 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 5시 중에 직접 연락할 수 있습니다.

캘리포니아주 관리보건부(DMHC)에 불만을 제기할 수 있습니다. DMHC는 헬프 플랜을 관리하는 일을 담당합니다. DMHC 헬프 센터에 전화하여 Medi-Cal 서비스 관련 불만 사항에 대해 도움을 받을 수 있습니다. 긴급하지 않은 사안의 경우, 1단계 이의 제기의 결정에 동의하지 않거나 플랜이 역일로 30일 후에도 불만 사항을 해결하지 못한 경우 DMHC에 불만을 제기할 수 있습니다. 그러나 긴급한 문제 또는 귀하의 건강에 즉각적이고 심각한 위협과 관련된 불만 사항에 대해 도움이 필요하거나, 심한 통증을 느끼거나, 불만 사항에 대한 플랜의 결정에 동의하지 않거나, 당사 플랜이 역일로 30일 후에도 귀하의 불만을 해결하지 못한 경우, 1단계 이의 제기를 제기하지 않고 DMHC에 바로 연락할 수 있습니다.

헬프 센터의 도움을 받는 2가지 방법.

- 1-888-466-2219로 전화하십시오. 청각 장애, 청력 문제 또는 언어 장애를 가진 사람은 무료 TTY 번호인 1-877-688-9891번을 이용할 수 있습니다. 통화는 무료입니다.
- 캘리포니아주 관리보건부 웹사이트(www.dmhc.ca.gov)를 방문하십시오.

민권사무국(OCR)

공정한 대우를 받지 못했다고 생각되는 경우 보건복지부(HHS) OCR에 불만을 제기할 수 있습니다. 예를 들어, 장애인을 위한 편의나 언어 지원에 관해 불만을 제기하실 수 있습니다. OCR의 전화번호는 1-800-368-1019입니다. TTY 사용자는 1-800-537-7697번으로 전화해 주십시오. 자세한 정보는 www.hhs.gov/ocr을 방문하여 확인하실 수 있습니다.

다음 주소로 지역 OCR 사무소에 연락할 수도 있습니다.

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019(TTY: 1-800-537-7697)

귀하는 또한 미국 장애인법(ADA)에 따른 권리를 가질 수 있습니다. ADA에 1-800-514-0301번으로 연락해 주십시오.

QIO

불만이 진료 품질에 대한 것일 경우, 다음의 두 가지 선택이 있습니다.

- QIO에 진료 품질에 대한 불만을 제기할 수 있습니다.
- QIO 및 당사 플랜에 불만을 제기할 수 있습니다. QIO에 불만을 제기하면 저희는 이 기관과 협력하여 문제를 해결하게 됩니다.

QIO는 참여 의사 및 연방 정부가 지원하는 기타 의료 서비스 전문가로 구성된 그룹으로서 Medicare 가입자에 대한 서비스를 점검하고 개선하는 일을 합니다. QIO에 대해 자세히 알아보려면**섹션 H2**를 참조하거나 *가입자 안내서*의 **2장**을 참조하십시오.

캘리포니아주에서는 QIO를 Livanta라고 합니다. Livanta의 전화번호는 1-877-588-1123입니다.

10장: 플랜의 가입 종료

소개

이 장에서는 플랜에서 탈퇴한 후 플랜 가입을 종료하는 방법과 건강 보장 옵션에 대해 설명합니다. 당사의 플랜을 탈퇴하시는 경우에도 Medicare 및 Medi-Cal 프로그램에는 여전히 속하시게 됩니다. 주요 용어 및 정의는 *가입자 안내서*의 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

SCAN Connections에서 탈퇴하는 것은 가입자의 자발적 의사에 따르거나(가입자 스스로 선택) 또는 비자발적(가입자 자신의 선택이 아님)일 수 있습니다.

- 귀하가 탈퇴를 원하여 플랜을 탈퇴하는 경우가 있을 수 있습니다. 섹션 B 와 C 는 자발적으로 가입을 종료하는 방법에 대한 정보를 제공합니다.
- 또한 가입자가 탈퇴를 선택하는 것이 아니라 플랜이 가입자의 자격을 종료해야 하는 제한적인 상황도 있습니다. 섹션 E 에서는 가입자를 탈퇴시켜야 하는 상황에 대해서 설명하고 있습니다.

플랜을 탈퇴할 경우, 당사 플랜은 반드시 귀하의 의료 진료와 처방약을 제공해야 하며 가입자는 가입이 종료될 때까지 귀하의 비용 부담금을 계속 부담하게 됩니다.

목차

A. 플랜 탈퇴가 가능한 경우 255

B. 당사 플랜을 탈퇴하는 방법 256

C. Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 따로 받는 방법 257

C1. Medicare 서비스 257

C2. Medi-Cal 서비스 260

D. 플랜 가입이 종료될 때까지 귀하의 의료 서비스 및 약 260

E. 당사 플랜 탈퇴의 기타 상황 260

F. 건강 관련 사유로 가입자에게 당사 플랜 탈퇴를 요청하는 것에 대한 규칙 261

G. 당사가 가입자의 플랜 가입을 종료한 경우, 가입자가 불만 제기를 할 권리 261

H. 플랜 가입 해지와 관련하여 자세한 정보를 얻는 방법 261

A. 플랜 탈퇴가 가능한 경우

Medicare 가입자 대부분은 연중 일정 기간에 탈퇴할 수 있습니다. Medi-Cal을 가지고 있기 때문에 연중 언제든지 플랜 가입을 종료할 수 있는 몇 가지 선택권이 있습니다.

또한 매년 다음 기간 동안 플랜 가입을 종료할 수 있습니다.

- **연례 가입 기간**은 10월 15일부터 12월 7일까지입니다. 이 기간에 새 플랜을 선택할 경우, 저희 플랜의 가입자 자격은 12월 31일에 종료되고 새 플랜의 가입자 자격은 1월 1일에 시작됩니다.
- **Medicare Advantage(MA) 공개 가입 기간은** 1월 1일부터 3월 31일까지이며, 플랜에 가입한 신규 Medicare 수혜자의 경우 파트 A 및 파트 B에 대한 수혜 자격이 있는 달부터 세 번째달의 마지막 날까지입니다. 이 기간에 새 플랜을 선택할 경우, 새 플랜의 가입자 자격은 다음 달 첫 날부터 시작됩니다.

가입을 변경할 수 있는 다른 상황이 있을 수 있습니다. 예를 들어,

- 서비스 지역 외부로 이사한 경우,
- Medi-Cal 또는 추가 지원(Extra Help) 자격이 변경되었거나, **또는**
- 간호 시설이나 장기 치료 병원에 최근에 입주했거나 현재 치료를 받고 있거나 퇴원한 경우.

가입자의 자격은 당사가 플랜 변경 요청서를 접수한 달의 마지막 날에 종료됩니다. 예를 들어, 당사가 요청서를 1월 18일에 받았다면, 당사의 플랜이 제공하는 가입자의 보장은 1월 31일에 종료됩니다. 귀하의 새로운 보장은 다음 달 첫 날(해당 예에서는 2월 1일)에 시작됩니다.

당사 플랜에서 탈퇴하시면 다음에 대한 가입자의 정보를 얻을 수 있습니다.

- **섹션 C1**의 표에 있는 Medicare 옵션.
- **섹션 C2**의 Medi-Cal 옵션 및 서비스.

탈퇴 방법에 관한 자세한 정보 문의는 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화하십시오. TTY 사용자 번호도 있습니다.

- 주 7일 하루 24시간 언제든 Medicare 전화 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오.

- 캘리포니아 주 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 1-800-434-0222번으로 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 5시 중에 연락해 주십시오. 자세한 정보나 지역의 HICAP 사무실을 찾으려면 www.aging.ca.gov/HICAP를 방문해 주십시오. Health Care Options에 1-844-580-7272번으로 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 6시 중에 연락해 주십시오. TTY 사용자는 1-800-430-7077번으로 연락해 주십시오.

- Medi-Cal 관리형 진료 옴부즈맨에 1-888-452-8609번으로 월요일-금요일, 오전 8시-오후 5시 중에 전화하시거나MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov로 이메일을 보내주십시오.

참고: 약물 관리 프로그램(DMP)을 진행하는 경우, 플랜을 변경하지 못할 수 있습니다. 의약품 관리 프로그램에 대한 정보는 *가입자 안내서*의 **5장**을 참조하십시오.

B. 당사 플랜을 탈퇴하는 방법

가입자 자격을 종료하기로 결정한 경우 다른 Medicare 플랜에 가입하거나 Original Medicare로 전환할 수 있습니다. 그러나 귀하가 당사 플랜에서 Original Medicare로 전환하고자 하지만 별도의 Medicare 처방약 플랜을 선택하지 않은 경우, 귀하는 당사 플랜 탈퇴를 요청해야 합니다. 탈퇴 요청을 하는 방법은 두 가지가 있습니다.

- 서면으로 요청을 하실 수 있습니다. 이 방법에 대한 자세한 정보가 필요하시면 이 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 문의하십시오.

- 주 7일 하루 24시간 언제든 Medicare 전화 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자(청력 또는 언어 장애를 가진 사람)는 1-877-486-2048번으로 전화해야 합니다. 1-800-MEDICARE로 연락하실 때 다른 Medicare 건강 플랜 또는 약 보험에 가입하실 수도 있습니다. 저희 플랜 탈퇴 시 가입자의 Medicare 서비스 이용 방법에 관한 자세한 정보는 278페이지의 차트에 나와 있습니다.

- Health Care Options에 1-844-580-7272번으로 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 6시 중에 연락해 주십시오. TTY 사용자는 1-800-430-7077번으로 연락해 주십시오.
- 아래 섹션 C에는 다른 플랜에 등록하기 위해 취할 수 있는 단계가 포함되어 있으며, 그러면 당사 플랜의 멤버십도 종료됩니다.

C. Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 따로 받는 방법

당사 플랜을 탈퇴하기로 선택한 경우 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 받을 수 있는 선택권이 있습니다.

C1. Medicare 서비스

연중 어느 달에나 아래에 나열된 Medicare 서비스를 받기 위한 세 가지 옵션이 있습니다. **연례 가입 기간**, **Medicare Advantage 공개 가입 기간** 또는 **섹션 A**에 설명된 기타 상황을 포함하여 연중 특정 기간 동안 아래에 나열된 추가 옵션이 있습니다. 이러한 옵션 중 하나를 선택하시면 당사의 플랜 가입자 자격이 자동으로 종료됩니다.

1. 변경 가능 대상 플랜: **Medicare Medi-Cal 플랜(Medi-Medi 플랜)은 Medicare Advantage 플랜의 한 유형입니다. 이 플랜은 Medicare와 Medi-Cal을 모두 가지고 있는 분들을 위한 것으로, Medicare와 Medi-Cal 혜택을 하나의 플랜으로 결합한 것입니다. Medi-Medi 플랜은 모든 Medicare 및 Medi-Cal 보장 서비스를 포함하여 두 프로그램의 모든 혜택과 서비스를 조정합니다.** **참고**: Medi-Medi 플랜이라는 용어는 캘리포니아주에서 통합 이중 적격 특수 요구 플랜(D-SNP)의 이름입니다.	**다음은 이용 방법입니다.** 주 7일 하루 24시간 언제든 Medicare 전화 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오. 어르신 종합 돌봄 프로그램(PACE)에 대한 문의는 1-855-921-PACE(7223)로 전화하십시오. 도움이나 더욱 자세한 정보가 필요한 경우. • 캘리포니아주 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 월요일부터 금요일까지 오전 8시부터 오후 5시에 1-800-434-0222번으로 전화하십시오. 자세한 정보나 지역의 HICAP 사무실을 찾으려면 www.aging.ca.gov/HICAP/을 방문해 주십시오. **또는** 새로운 Medi-Medi 플랜에 가입합니다.

	새 플랜의 보장이 시작되면 저희 Medicare 플랜 가입이 자동으로 해지됩니다. 귀하의 Medi-Cal 플랜은 귀하의 Medi-Medi 플랜과 일치하도록 변경됩니다.
2. 변경 가능 대상 플랜: **별도의 Medicare 처방약 플랜이 포함된 Original Medicare**	**다음은 이용 방법입니다.** 주 7일 하루 24시간 언제든 Medicare 전화 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오. 도움이나 더욱 자세한 정보가 필요한 경우. • 캘리포니아주 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 월요일부터 금요일까지 오전 8시부터 오후 5시에 1-800-434-0222번으로 전화하십시오. 자세한 정보나 지역의 HICAP 사무실을 찾으려면 www.aging.ca.gov/HICAP/을 방문해 주십시오. **또는** 새로운 Medicare 처방약 플랜에 가입. Original Medicare 보장이 시작되면 당사 플랜에서 자동으로 탈퇴됩니다.
3. 변경 가능 대상 플랜: **별도의 Medicare 처방약 플랜이 없는 Original Medicare** **참고:** Original Medicare로 전환하고 별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입하시지 않는 경우, 귀하께서 Medicare 측에 가입을 원치 않는다고 명시적으로 말씀하시지 않는 한 Medicare에서 귀하를 처방약 플랜에 가입시키는 경우도 있습니다. 가입자의 고용주나 조합과 같은 기타 단체를 통해 약 보장을 받고 있다면 처방약 보장만	**다음은 이용 방법입니다.** 주 7일 하루 24시간 언제든 Medicare 전화 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오. 도움이나 더욱 자세한 정보가 필요한 경우. • 캘리포니아주 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 월요일부터 금요일까지 오전 8시부터 오후 5시에 1-800-434-0222번으로 전화하십시오.

중단해야 합니다. 약 보장이 필요한지 여부에 대해 질문이 있는 경우 캘리포니아 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 1-800-434-0222번으로 월요일부터 금요일까지 오전 8시부터 오후 5시까지 전화해 주십시오. 자세한 정보나 지역의 HICAP 사무실을 찾으려면 www.aging.ca.gov/HICAP/을 방문해 주십시오.	자세한 정보나 지역의 HICAP 사무실을 찾으려면 www.aging.ca.gov/HICAP/을 방문해 주십시오. Original Medicare 보장이 시작되면 당사 플랜에서 자동으로 탈퇴됩니다.
4. 변경 가능 대상 플랜: **연례 가입 기간** 및 **Medicare Advantage 공개 가입 기간**을 포함하여 연중 특정 기간 동안 또는 섹션 A에 설명된 기타 상황에서 **모든 Medicare 건강 플랜**.	**다음은 이용 방법입니다.** 주 7일 하루 24시간 언제든 Medicare 전화 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오. 어르신 종합 돌봄 프로그램(PACE)에 대한 문의는 1-855-921-PACE(7223)로 전화하십시오. 도움이나 더욱 자세한 정보가 필요한 경우. • 캘리포니아주 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 월요일부터 금요일까지 오전 8시부터 오후 5시에 1-800-434-0222번으로 전화하십시오. 자세한 정보나 지역의 HICAP 사무실을 찾으려면 www.aging.ca.gov/HICAP/을 방문해 주십시오. **또는** 새로운 Medicare 플랜에 가입하십시오. 새 플랜의 보장이 시작되면 저희 Medicare 플랜 가입이 자동으로 해지됩니다. 귀하의 Medi-Cal 플랜이 변경될 수 있습니다.

C2. Medi-Cal 서비스

플랜을 탈퇴한 후 Medi-Cal 서비스를 받는 방법에 대한 질문은 Health Care Options에 1-844-580-7272번으로 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 6시 중에 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-800-430-7077번으로 전화해 주십시오. 다른 플랜에 가입하거나 Original Medicare로 복귀하는 것이 Medi-Cal 보장을 받는 방식에 어떤 영향을 미치는지 질문하십시오.

D. 플랜 가입이 종료될 때까지 귀하의 의료 서비스 및 약

가입자가 당사 플랜을 탈퇴하는 경우, 가입이 해지되고 새로운 Medicare 및 Medi-Cal 보장이 시작되기까지 시간이 걸릴 수 있습니다. 이 기간 동안 귀하는 새로운 플랜이 시작될 때까지 당사 플랜을 통해 처방약과 건강 관리를 계속 받을 수 있습니다.

- 네트워크 서비스 제공자를 이용하여 진료를 받으십시오.
- 우편 주문 약국 서비스를 포함한 네트워크 약국을 이용하여 처방약을 조제하십시오.
- SCAN Connections 가입이 종료되는 날 입원할 경우, 퇴원할 때까지 당사 플랜이 병원 입원을 보장합니다. 가입자가 퇴원 전 새로운 보장이 시작되는 경우에도 마찬가지입니다.

E. 당사 플랜 탈퇴의 기타 상황

당사 플랜에서 귀하의 멤버십을 종료해야 하는 경우는 다음과 같습니다.

- 가입자의 Medicare 파트 A 및 Medicare 파트 B 보장에 단절이 발생하는 경우.
- Medi-Cal 가입 자격을 상실하는 경우. 당사 플랜은 Medicare와 Medi-Cal 모두에 대해 자격을 갖춘 분을 위한 것입니다. 참고: 더 이상 Medi-Cal 자격이 없는 경우 Medicare 혜택과 함께 당사 플랜을 일시적으로 계속할 수 있습니다. 아래 고려 기간 정보를 참조하십시오.
- 의료 스펜다운을 지급하지 않은 경우(해당하는 경우).
- 가입자가 서비스 지역을 벗어나 이주한 경우.
- 가입자가 6개월 이상 연속으로 서비스 지역을 떠나 있는 경우.
  - 이사를 하거나 장기 여행을 가는 경우, 가입자 서비스부에 전화하여 이사 또는 여행하는 곳이 당사 플랜의 서비스 지역인지 확인해 주십시오.
- 형사 범죄로 감옥이나 교도소에 투옥되는 경우.
- 가입자가 다른 건강 보험의 처방약에 대해 거짓을 말하거나 관련 정보를 제시하지 않는 경우.

- 미국 시민이 아니거나 미국에 합법적으로 거주하고 있지 않은 경우.
  - 플랜에 가입하려면 미국 시민이거나 미국에 합법적으로 거주하고 있어야 합니다.
  - Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS)는 이런 기준에 따라 귀하가 가입 자격을 유지할 수 없는 경우 저희에게 통보를 합니다.
  - 저희는 귀하가 이 요건을 충족하지 못하는 경우 귀하의

가입을 해지해야 합니다.

- 더 이상 Medi-Cal(Medicaid)의 자격이 없는 경우. *가입자 안내서* **1 장**에 명시된 바와 같이, 당사 플랜은 Medicare 와 Medi-Cal(Medicaid) 둘 다 자격이 있는 사람들을 위한 것입니다. Medi-Cal(Medicaid) 혜택을 받을 자격을 잃은 후 90 일 이내에 가입 해지될 것입니다.

다음의 플랜 탈퇴 사유는 Medicare 및 Medi-Cal로부터 사전 허가를 얻는 경우에만 허용됩니다.

- 가입자가 당사 플랜에 가입 시, 고의적으로 잘못된 정보를 제시하고, 그 정보가 당사의 플랜에 대한 가입자의 자격 여부에 영향을 준 경우.
- 플랜의 업무 수행에 지속적으로 지장을 주며 이로 인해 플랜 가입자들에게 의료 서비스를 제공하는 것에 문제가 있을 경우.
- 다른 사람에게 귀하의 가입자 ID 카드를 진료를 위해 사용하도록 허락한 경우. (이러한 이유로 귀하의 가입자 자격을 종료하는 경우 Medicare는 감찰관에게 귀하의 사례를 조사하도록 요청할 수 있습니다.)

F. 건강 관련 사유로 가입자에게 당사 플랜 탈퇴를 요청하는 것에 대한 규칙

저희는 가입자의 건강과 관련된 이유로는 플랜 탈퇴 요청을 할 수 없습니다. 건강과 관련된 이유로 플랜 탈퇴를 요청 받았다고 생각하실 경우, **Medicare**에 1-800-MEDICARE로 전화해 주십시오.
(1-800-633-4227)로 전화하여 요청하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오. 주 7일, 하루 24시간 언제든 문의하실 수 있습니다.

G. 당사가 가입자의 플랜 가입을 종료한 경우, 가입자가 불만 제기를 할 권리

플랜이 가입자를 탈퇴시킨 경우, 그 사유를 서면으로 통지해야 합니다. 저희는 또한 플랜의 탈퇴 결정에 대해 고충을 제기하거나 불만을 제기할 수 있는 방법에 대해서도 설명해야 합니다. 또한 불만 제기 방법에 대한 정보는 *가입자 안내서*의 **9장**을 참조할 수도 있습니다.

H. 플랜 가입 해지와 관련하여 자세한 정보를 얻는 방법

궁금한 점이 있거나 가입 해지에 대한 자세한 정보를 원하시면 이 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 문의할 수 있습니다.

11장: 법적 고지

소개

이 장에는 당사 플랜 가입에 적용되는 법적 고지가 포함되어 있습니다. 주요 용어 및 정의는 *가입자 안내서*의 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

목차

A. 법률에 대한 고지 263

B. 차별 금지에 대한 고지 263

C. 2차 지급자로서의 Medicare, 보완적 지급자로서의 Medi-Cal에 대한 고지 264

D. Medi-Cal 재산 복구에 관한 고지 264

E. 구속력 있는 중재 264

A. 법률에 대한 고지

이 *가입자 안내서*에는 다양한 법률이 적용됩니다. 그러한 법률은 해당 법률이 *가입자 안내서*에 포함되거나 설명되어 있지 않은 경우에도 가입자의 권리와 책임에 영향을 줄 수 있습니다. 적용되는 주요 법률은 Medicare와 Medi-Cal 프로그램에 대한 연방법 및 주법입니다. 기타 연방 및 주 법률도 적용될 수 있습니다.

B. 차별 금지에 대한 고지

당사는 귀하의 인종, 민족, 출신 국가, 피부색, 종교, 성별, 성별, 연령, 성적 지향, 정신적 또는 신체적 장애, 건강 상태, 청구 경험, 병력, 유전 정보, 보험 적합성 증거 또는 서비스 지역 내 지리적 위치를 이유로 귀하를 차별하거나 다르게 대우하지 않습니다. 또한 저희는 혈통, 인종, 성별, 결혼 여부, 질환 등을 이유로 불법적으로 사람을 차별하거나 배제하거나 다르게 대우하지 않습니다.

차별이나 부당 대우에 대한 자세한 정보가 필요하거나 문제가 있을 경우.

- 보건복지부 민권사무국에 1-800-368-1019번으로 문의하십시오.
  TTY 사용자는 1-800-537-7697번으로 전화할 수 있습니다. 자세한 정보는 www.hhs.gov/ocr을 방문하여 확인하실 수도 있습니다.

- 캘리포니아주 의료서비스부 민권사무국에 916-440-7370번으로 문의하십시오.
  TTY 사용자는 711(통신 중계 서비스)에 전화할 수 있습니다. 차별을 받았다고 생각하며 차별 고충 제기를 원하시면 다음 연락처로 연락해 주십시오.
  SCAN Health Plan
  Attention: Grievance and Appeals Department
  P.O. Box 22644, Long Beach, CA 90801-5644
  1-866-722-6725(TTY: 711)
  팩스: 1-562-989-0958

  또는 당사의 웹사이트 내 '고충 제기 접수(File a Grievance)' 양식을 작성하여 의견을 제출하실 수 있습니다. 주소: www.scanhealthplan.com/contact-us/file-a-grievance.

  고충 제기를 하는 데 도움이 필요하시면 SCAN 가입자 서비스부에서 도움을 드릴 수 있습니다.

귀하의 고충이 Medi-Cal 프로그램의 차별에 관한 것인 경우, 전화, 서면 또는 전자 방식으로 다음과 같이 의료서비스부, 인권 사무국에 불만을 제기할 수도 있습니다.

- 전화: 916-440-7370번으로 연락해 주십시오. 언어 또는 청력에 문제가 있으시면 711(통신 중계 서비스)번으로 연락해 주십시오.
- 서신: 불만 제기 양식을 작성하거나 편지를 작성하여 다음으로 보내 주십시오.
  Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

불만 제기 양식은 www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx에서 구할 수 있습니다.

- 온라인: CivilRights@dhcs.ca.gov로 이메일을 보내주십시오.

장애가 있어 의료 서비스를 받거나 서비스 제공자 이용에 도움이 필요하시다면, 가입자 서비스부로 연락해 주십시오. 휠체어 이용 문제와 같은 불만이 있을 경우, 가입자 서비스부가 도움을 드릴 수 있습니다.

C. 2차 지급자로서의 Medicare, 보완적 지급자로서의 Medi-Cal에 대한 고지

당사가 제공하는 서비스 비용을 다른 사람이 먼저 지급하는 경우가 있습니다. 예를 들어, 자동차 사고를 당했거나 직장에서 부상을 입은 경우, 보험회사나 산재 보험에서 먼저 비용을 지급해야 합니다.

저희는 Medicare가 1차 납부자가 아닌 보장 Medicare 서비스에 대해 비용을 징수할 권리와 책임을 가집니다.

저희는 가입자 진료에 대한 제삼자의 법적 책임과 관련하여 연방 및 주 법과 규정을 준수합니다. 저희는 Medi-Cal이 보완적 지급자 역할을 하도록 모든 적절한 조치를 취할 것입니다.

D. Medi-Cal 재산 복구에 관한 고지

Medi-Cal 프로그램은 55세 생일 당일 또는 이후에 수령한 Medi-Cal 혜택에 대해 사망한 특정 가입자의 유증 재산으로부터 상환을 요청해야 합니다. 상환액에는 가입자가 간호 시설에 입원해 있거나 가정 및 커뮤니티 기반 서비스를 받고 있을 때 받은 간호 시설 서비스, 가정 및 지역사회 기반 서비스, 관련 병원 및 처방약 서비스에 대한 행위별수가제 및 관리 진료 보험료/일인당 지불금이 포함됩니다. 상환액은 가입자의 유증 재산 가치를 초과할 수 없습니다.

자세한 내용은 의료서비스부의 재산 복구 웹사이트 www.dhcs.ca.gov/er를 방문하거나 916-650-0590번으로 전화하여 문의해 주십시오.

E. 구속력 있는 중재

SCAN Health Plan 에 가입한 신규 가입자로서 발효 일자가 2008 년 3 월 1 일 당일 또는 이후에 해당하는 가입자는 가입 후 자료에 구속력 있는 중재에서 탈퇴할 때 사용할 수 있는 중재 철회 카드가 포함되어 있습니다. 이러한 가입자는 SCAN Health Plan 가입 신청일로부터 60 일 이내에 중재 철회 카드에 있는 지침에 따라 카드를 SCAN Health Plan 에 제출하여 구속력 있는 중재를 취소할 수 있는 기회를 가집니다.

다음의 구속력 있는 중재에 대한 설명은 아래의 가입자에게 적용됩니다.

- SCAN Health Plan 가입의 발효 일자가 2008 년 3 월 1 일 이전인 모든 가입자 및

- SCAN Health Plan 가입에 대한 발효 일자가 2008 년 3 월 1 일 당일 또는 이후에 해당하는 모든 가입자로서 가입 후 자료에 포함된 중재 탈퇴 카드를 제출하지 않아 구속력 있는 중재 절차를 명시적으로 철회하지 않은 가입자.
- 청구인과 피청구인(아래에 정의됨)이 모두 배심원 재판 또는 법원 재판에 대한 권리를 포기했으며 구속력 있는 중재를 사용하는 것을 수락한 '구속력 있는 중재' 조항에 해당하는 모든 청구. 이 '구속력 있는 중재' 조항은 SCAN Health Plan 당사자(아래에 정의)가 주장하는 청구에 적용되므로 본 보장 증명서의 발효 일자 이전에 발생한 미결 청구는 모두 소급적용하여 적용됩니다. 그러한 소급 적용은 SCAN Health Plan 당사자에게만 구속력을 가집니다.

중재 범위

다음의 모든 조건이 충족될 경우 구속력 있는 중재를 따릅니다.

- 의료 과실 또는 병원의 과실로 인한 청구(의료 서비스가 불필요했거나 허가를 받지 않았거나, 부적절하거나 부주의하거나 무자격으로 제공됨) 또는 부지의 법적 책임에 대한 청구이거나, 주장된 청구가 법 이론을 따르지 않은 서비스의 보장 또는 제공과 관련이 있는 경우를 포함하여, 청구가 부수적 임무의 위반으로 발생하거나 위반과 관련이 있거나, 본 보장 증명서와 관련하여 또는 SCAN Health Plan 과 가입 당사자(아래에 정의됨)와의 관계로 발생하거나 관련이 있음.
- 해당 청구를 한 명 이상의 가입 당사자가 한 명 이상의 SCAN Health Plan 당사자를 상대로 주장하거나, 한 명 이상의 SCAN Health Plan 당사자가 한 명 이상의 가입 당사자를 상대로 주장하는 경우.
- 이러한 청구는 소액청구 법원의 관할권에 속하지 않습니다.
- 또한 Medicare 이의 제기 절차를 따르지 않습니다.

'구속력 있는 중재' 조항에서 말한 '가입 당사자'에는 다음이 포함됩니다.

- 가입자
- 가입자의 승계자, 친척, 개인적 대리인
- 자신에 대한 의무가 가입자와 한 명 이상의 SCAN Health Plan 당사자와의 관계로 발생한다고 주장하는 사람

'SCAN Health Plan 당사자'에는 다음이 포함됩니다.

- SCAN Health Plan
- SCAN Group 및 자회사
- 전술한 기관의 직원 또는 에이전트

'청구인'은 가입 당사자 또는 SCAN Health Plan 당사자로서 위에 설명한 대로 청구를 주장하는 사람입니다. '피청구인'은 가입 당사자 또는 SCAN Health Plan 당사자로서 청구 주장의 대상자입니다.

JAMS가 실시하는 중재

청구인은 구속력 있는 중재에 따라 분쟁을 JAMS(중재 서비스를 제공하는 기관)에게 제출하여 단일 중재자가 최종 판결 및 구속력 있는 중재를 하도록 합니다. 캘리포니아 주법이 중재 절차에 대한 사법적 검토를 규정하는 경우를 제외하고 분쟁은 법률 소송으로 해결하지 않습니다.

청구인은 중재 요청서를 JAMS에 제출하여 중재를 개시합니다. 중재 요청서를 제출하려면 아래에 제공된 전화번호나 이메일 주소로 JAMS에게 연락해 주십시오.

중재 요청서에는 피청구인에 대한 주장의 근거, 청구인이 중재를 통해 요청하는 손해액, 청구인과 변호사의 이름, 주소 및 전화번호, 모든 피청구인의 이름 등이 포함됩니다. 청구인은 중재 요청서에 동일한 사건, 거래 또는 관련 상황을 바탕으로 하여 피청구인에 대한 모든 청구를 포함시켜야 합니다.

중재는 JAMS가 JAMS 종합 중재 규칙 및 절차에 따라 실시합니다. 청구인과 피청구인은 중재자 지명을 위해 상호 합의하기 위해 노력합니다. 하지만 중재 요청일로부터 30일 이내에 합의에 도달하지 못한다면 JAMS 종합 중재 규칙 및 절차에 명시된 중재자 지명 절차를 사용합니다.

중재 공청회를 캘리포니아주 로스앤젤레스 또는 청구인과 피청구인이 서면으로 합의한 다른 장소에서 개최합니다. 캘리포니아 주법 및 캘리포니아주 민사소송 법규가 정한 대로 중재에서 민사 증거개시 절차를 실시할 수 있습니다. 선택된 중재자는 증거개시 시간, 범위 및 방식을 제어할 권한을 가집니다. 중재자는 또한 캘리포니아주 대법원과 동일하게 제재를 가하는 것을 포함하되 이에 국한되지 않는 증거개시와 관련된 임무를 양쪽 당사자에게 행사할 권한을 가집니다. 중재자는 캘리포니아주 법률이 제공하는 모든 구제책을 부여할 권한을 가집니다.

중재자는 결정 내용에 대해 법적, 사실적 사유를 포함하는 판결문을 서면으로 작성합니다. 이 판결문에는 소송 수수료 및 양쪽 당사자의 경비에 대한 배분이 포함됩니다. 구속력 있는 중재의 요건은 당사자가 관할 법원으로부터 임시 제한 명령을 요청하거나 예비적 금지 명령 또는 기타 임시 구제책을 요청하는 것을 배재하지 않습니다. 하지만 피해 보상을 요구하는 소송을 포함하되 이에 국한되지 않는 다른 모든 청구나 소송의 원인은 다음에 기술한 대로 구속력 있는 중재를 따릅니다. 이러한 중재에는 연방 중재법, 9 U.S.C. §§ 1-16이 적용됩니다.

구속력 있는 중재 시작과 관련하여 질문이 있는 경우 JAMS에
1-800-352-5267 또는 인터넷 www.jamsadr.com.

12장: 중요 용어의 정의

소개

이 장에는 *가입자 안내서*에서 사용된 중요 용어와 그 정의가 포함되어 있습니다. 해당 용어는 알파벳 순서로 나열되어 있습니다. 찾으려는 용어를 못 찾거나 정의에 대한 자세한 정보가 필요하신 경우, 가입자 서비스부로 연락해 주십시오.

일상 생활의 활동(Activities of daily living, ADL): 식사, 화장실 사용, 옷 입기, 목욕 또는 양치질 같은 일상 활동.

행정법 판사(Administrative law judge): 3단계 이의 제기를 심사하는 판사.

AIDS 약 지원 프로그램(AIDS drug assistance program, ADAP): HIV/AIDS를 가진 적격 개인이 생명을 구할 HIV 의약품을 이용할 수 있도록 돕는 프로그램입니다.

외래 수술 센터(Ambulatory surgical center): 외래환자 수술을 병원 진료가 필요없고 24시간 이상 보살핌이 필요하지 않을 것으로 예상되는 환자에게 시행하는 시설.

이의 제기(Appeal): 당사에서 실수가 있었다고 생각하여 당사가 조치를 해주도록 요청하는 방법. 귀하는 당사에 이의 제기를 통해 보장에 대한 결정을 바꾸도록 요청하실 수 있습니다. *가입자 안내서*의 **9장**에서는 이의 제기 방법 등 이의 제기에 대한 설명을 제공합니다.

행동 건강(Behavioral Health): 정신 건강 및 약물 남용 장애 서비스를 지칭하는 포괄적인 용어입니다.

생물학적 제제(Biological Product): 동물 세포, 식물 세포, 박테리아 또는 효모와 같은 천연 및 생물 공급원으로 만든 처방약. 생물학적 제제는 다른 약물보다 복잡하고 정확하게 복제할 수 없으므로 대체 형태를 바이오시밀러라고 합니다. ('오리지널 생물학적 제제' 및 '바이오시밀러'도 참조).

바이오시밀러(Biosimilar): 오리지널 생물학적 제제와 매우 유사하지만 동일하지는 않은 생물학적 의약품. 바이오시밀러는 오리지널 생물학적 제제만큼 안전하고 효과적입니다. 일부 바이오시밀러는 새로운 처방전 없이 약국에서 오리지널 생물학적 제제를 대체할 수 있습니다. ('상호 교환 가능한 바이오시밀러' 참조).

브랜드 약(Brand name drug): 의약품을 최초로 제조했던 회사가 만들고 판매하는 처방약. 브랜드 약은 상응하는 복제약과 동일한 성분을 가집니다. 복제약은 다른 제약사에서 만들어서 판매됩니다.

진료 코디네이터(Care coordinator): 가입자가 필요로 하는 건강 서비스를 반드시 받을 수 있도록 가입자, 건강 플랜, 진료 제공자와 협력하는 주요 담당자.

진료 계획(Care plan): '개인 진료 계획'을 참조하십시오.

진료 계획 옵션 서비스(Care Plan Optional Services, CPO 서비스): 개인 진료 계획(ICP)에 따라 선택할 수 있는 추가 서비스. 이러한 서비스는 Medi-Cal에 따라 이용할 수 있는 장기 서비스 지원을 대체하기 위한 것이 아닙니다.

진료 팀(Care team): '통합 진료 팀'을 참조하십시오.

재해성 보장 단계(Catastrophic coverage stage): 당사 플랜이 연말까지 모든 약 비용을 지불하는 Medicare 파트 D 약 혜택 단계. 이 단계는 귀하(또는 귀하를 대신하는 기타 유자격 당사자)가 한 해 동안 파트 D 보장 약에 대해 $2,000을 지출했을 때 시작됩니다. 가입자는 아무것도 지불하지 않습니다.

Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): Medicare를 담당하는 연방 기관. *가입자 안내서*의 **2장**에는 CMS에 연락하는 방법이 설명되어 있습니다.

커뮤니티 기반 성인 서비스(Community-Based Adult Services, CBAS): 가입자가 자격 기준에 부합할 경우 이용할 수 있는 외래환자, 전문 간호 서비스를 제공하는 시설 기반 서비스 프로그램, 사회복지 서비스, 작업 치료 및 언어 치료, 개인 관리, 가족/간병인 교육 및 지원, 영양 서비스, 교통편, 기타 서비스.

불만 사항(Complaint): 보장의 서비스 또는 건강 관리에 대해 귀하의 문제 또는 우려를 전하는 서면 또는 구두 진술. 여기에는 귀하가 받는 서비스 품질, 진료 서비스의 품질, 네트워크 서비스 제공자 또는 네트워크 약국에 대한 모든 우려가 포함됩니다. '불만 제기'의 공식적 용어는 '고충 제기'입니다.

종합 외래환자 재활 시설(Comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF): 질병, 사고 또는 대수술 후 주로 재활 서비스를 제공하는 시설. 이 시설에서는 물리 치료, 사회 복지 및 심리 치료, 호흡기 치료, 작업 치료, 언어 치료 및 가정 환경 평가 서비스 등의 다양한 서비스를 제공합니다.

자기부담금(Copay): 특정 의료 서비스나 처방약을 받을 때마다 귀하가 비용 분담으로 지불하는 고정 금액. 예를 들어 진료를 받거나 처방약을 이용할 때마다 $2 또는 $5를 지불해야 할 수 있습니다.

비용 분담(Cost-sharing): 비용 분담은 가입자가 서비스나 약을 수령할 때 지급해야 하는 금액을 말합니다. 비용 분담에는 다음 3가지의 지급액의 조합이 포함됩니다. (1) 서비스나 약이 보장되기 전에 플랜이 부과할 수 있는 공제액, (2) 특정 서비스나 약을 수령할 때 플랜이 요구하는 고정된 '자기부담금', (3) 서비스나 약에 대해 지급된 '공동보험액', 총 금액의 비율로서 특정 서비스나 약을 수령할 때 플랜이 요구하는 금액.

비용 분담 군(Cost-sharing tier): 자기부담금이 동일한 의약품 그룹. *보장 약 목록*(일명 의약품 목록)의 모든 약은 5개의 비용 분담 군 중 하나에 속합니다. 일반적으로 비용 분담 군이 높을수록 가입자 부담금도 커집니다.

보장 결정(Coverage decision): 플랜이 보장하는 혜택에 대한 결정. 여기에는 보장 약이나 서비스에 대한 결정 또는 플랜이 가입자의 의료 서비스에 대해 지급하는 금액에 대한 결정이 포함됩니다. *가입자 안내서*의 **9장**에는 보장 결정을 요청하는 방법이 나와 있습니다.

보장 약(Covered drugs): 당사 플랜이 보장하는 모든 처방약 및 처방전 없이 구입 가능한 약(OTC)을 뜻하는 데 사용되는 용어.

보장 서비스(Covered services): 모든 건강 관리, 장기 서비스 및 지원, 의료용품, 처방약 및 처방전 없이 구입 가능한 약, 장비 및 플랜이 보장하는 기타 서비스를 의미하는 일반적인 용어.

문화 역량 교육(Cultural competence training): 의료 서비스 제공자에게 추가적으로 제공되는 교육으로서 가입자의 배경, 가치관, 혜택에 대해 이해하여 가입자의 사회적, 문화적, 언어적 요구 사항에 부합하는 서비스를 적용하도록 하는 교육.

일일 비용 분담 요율(Daily cost-sharing rate): 의사가 특정 약을 1개월치 미만으로 처방했으며 가입자가 자기부담금을 지불해야 할 때 적용할 수 있는 요율. 일별 비용 분담 요율은 1개월치 분량을 일 수로 나눈 자기부담금입니다.

그 예는 다음과 같습니다. 가입자의 약 1개월치(30일분)의 자기부담금이 $1.35라고 가정하겠습니다. 즉, 약에 대해 지불하는 금액이 하루에 $0.05 미만인 것입니다. 약을 7일치 수령한 경우, 가입자는 $0.05*7일을 하여 총 $0.35 미만을 지불하게 됩니다.

의료서비스부(Department of Health Care Services, DHCS): Medicaid 프로그램(Medi-Cal로 알려짐)을 관리하는 캘리포니아주 부처.

관리보건부(Department of Managed Health Care, DMHC): 건강 보험의 규제를 담당하는 캘리포니아주 부서. DMHC는 Medi-Cal 서비스 관련 이의 제기, 불만 사항을 해결하도록 도와줍니다. DMHC는 또한 독립 의료 심사(IMR)를 수행합니다.

탈퇴(Disenrollment): 플랜 가입을 해지하는 절차. 가입 해지는 자발적(본인의 선택)이거나 비자발적일 수 있습니다(본인에 의한 선택이 아님).

약물 관리 프로그램(Drug management program, DMP): 가입자가 처방된 오피오이드 및 기타 자주 남용되는 약물을 안전하게 사용할 수 있도록 도와주는 프로그램입니다.

약 단계(Drug tiers): 의약품 목록에 있는 의약품 그룹. 복제약 또는 브랜드 약이 약 단계의 예입니다. 의약품 목록에 있는 모든 약은 5가지 군 중 하나에 속합니다.

이중 자격 특별 요구 플랜(Dual eligible special needs plan, D-SNP): Medicare와 Medicaid에 모두 가입할 자격이 있는 개인에게 서비스를 제공하는 건강 플랜. 당사 플랜은 D-SNP입니다.

내구성 의료 장비(Durable medical equipment, DME): 가정에서 소유하도록 의사가 지시하는 특정 품목. 이러한 품목의 예에는 휠체어, 목발, 전동 매트리스 시스템, 당뇨병 용품, 가입자가 가정에서 사용하도록 서비스 제공자가 주문한 병원 침상, IV 주입 펌프, 음성 생성 장비, 산소 장비 및 용품, 분무기 및 보행기가 포함됩니다.

응급 상황(Emergency): 의학적 응급 상황은 평균적인 건강 및 의학 지식을 가진 가입자나 다른 사람이 사망, 사지 손실 또는 사지 기능의 손실 또는 심각한 장애 등을 방지하기 위해 즉각적인 의학적 조치가 필요한 증상이 있다고 생각하는 상황을 말합니다. 의학적 증상에는 질병, 부상, 심각한 통증, 신속하게 악화되는 의학적 상태가 있을 수 있습니다.

응급 진료(Emergency care): 응급 서비스를 제공하도록 훈련 받은 서비스 제공자가 제공하며 의학적 또는 행동 건강상 응급 상태를 치료하는 데 필요한 보장 서비스.

예외(Exception): 일반적으로 보장되지 않는 의약품에 대해 보장을 받거나 특정한 규칙과 제한 없이 의약품을 사용할 수 있도록 허용하는 것.

제외되는 서비스(Excluded Services): 이 건강 플랜에서 보장하지 않는 서비스.

추가 지원(Extra Help): Medicare 프로그램으로서 소득 및 재산이 제한적인 가입자가 보험료, 공제액, 자기부담금과 같은 Medicare 파트 D 처방약 비용을 절감하도록 해줍니다. 추가 지원(Extra Help)은 '저소득 보조금' 또는 'LIS'라고도 합니다.

복제약(Generic drug): 연방 정부가 브랜드 약 대신 사용하도록 승인한 처방약입니다. 복제약은 브랜드 약과 동일한 성분을 가지고 있습니다. 복제약은 보통 브랜드 약보다 가격이 저렴하고 효과가 유사합니다.

고충(Grievance): 저희 네트워크 서비스 제공자 또는 약국이나 당사에 대해 제기하는 불만. 여기에는 진료의 품질, 건강 보험이 제공한 서비스의 품질에 대한 불만 사항이 포함됩니다.

건강 보험 상담 및 지원 프로그램(Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP): Medicare에 대해 무료 정보나 상담을 객관적으로 제공하는 프로그램. *가입자 안내서*의 **2장**에는 HICAP에 연락하는 방법이 설명되어 있습니다.

건강 플랜(Health plan): 의사, 병원, 약국, 장기 서비스 제공자 및 기타 서비스 제공자로 구성된 기관. 또한 진료 코디네이터 팀을 두어 귀하의 모든 서비스 제공자와 서비스를 관리하는 데 도움을 줍니다. 이들은 모두 귀하가 필요로 하는 의료 서비스를 제공하고자 협력하고 있습니다.

건강 위험 평가(Health risk assessment, HRA): 귀하의 의료 기록과 현재 상태에 대한 심사. 이는 귀하의 건강을 확인하고 앞으로 어떻게 바뀔 수 있는지를 알아보는 데 이용됩니다.

가정 건강 보조(Home health aide): 개인 관리(목욕, 화장실 사용, 옷 입기, 처방된 운동 실시)에 대한 도움과 같이 면허를 가진 간호사나 치료사의 기술이 필요 없는 서비스를 제공하는 사람. 가정 건강 보조는 간호 면허가 없어도 되며 치료를 제공하지 않아도 됩니다.

호스피스(Hospice): 말기 예후를 가진 사람들이 편안하게 지낼 수 있도록 도움과 보살핌을 제공하는 프로그램. 말기 예후는 의학적으로 말기 질환으로 진단을 받은 사람을 의미하며, 이는 기대 수명이 6개월 이하임을 의미합니다.

- 말기 예후를 가진 가입자는 호스피스를 선택할 권리를 가집니다.
- 특별히 훈련된 전문가 및 간병인 팀이 신체적, 감정적, 사회적, 영적 요구가 충족될 수 있도록 환자를 책임집니다.
- 저희는 귀하의 지리적 지역에 있는 호스피스 서비스 제공자 목록을 제공해야 합니다.

부적절한/부적절한 청구(Improper/inappropriate billing): 서비스 제공자(의사나 병원)가 해당 진료에 대해 당사 플랜의 비용 분담액을 초과하여 환자에게 청구한 경우. 이해되지 않는 내용의 청구서를 받으신 경우 가입자 서비스부로 연락해 주십시오.

서비스에 대한 전체 비용을 저희가 부담하기 때문에 귀하는 비용 분담을 하지 **않아도** 됩니다. 서비스 제공자는 이러한 서비스에 대해 귀하에게 어떠한 청구도 청구해서는 안 됩니다.

재택 지원 서비스(In Home Supportive Services, IHSS): IHSS 프로그램은 가입자가 자택에서 안전하게 지낼 수 있도록 제공된 서비스의 비용을 부담하는 데 도움을 줍니다. IHSS는 요양원이나 숙식 및 요양 시설과 같은 가정 밖 보살핌의 대안입니다. IHSS를 통해 승인될 수 있는 서비스 유형은 집안 청소, 식사 준비, 세탁, 식료품 쇼핑, 개인 관리 서비스(예: 장 및 방광 관리, 목욕, 몸단장 및 준의료 서비스), 진료 예약 동행, 정신 장애인 보호 감독 등입니다. 카운티 사회복지 기관이 IHSS를 관리합니다.

독립 의료 심사(Independent Medical Review, IMR): 의료 서비스나 치료 요청을 플랜이 거절할 경우, 이의 제기를 접수할 수 있습니다. 귀하께서 저희 결정에 동의하지 않고, 문제가 DME 용품 및 의약품을 포함한 Medi-Cal 서비스에 관련된 것이면 캘리포니아주 관리보건부에 IMR을 요청하실 수 있습니다. IMR은 당사 플랜에 소속되지 않은 의사가 가입자의 사례를 검토하는 것입니다. IMR 결과가 가입자에게 유리하게 나온 경우, 플랜은 가입자가 요청한 서비스나 치료를 제공해야 합니다. IMR에는 비용이 따르지 않습니다.

독립 심사 기관(Independent review organization, IRO): Medicare가 고용한 독립 기관으로서 2단계 이의 제기를 검토합니다. 해당 기관은 당사와 관련이 없으며 정부 기관이 아닙니다. 이 기관은 당사가 내린 결정이 올바른지 아니면 변경해야 하는지 결정합니다. Medicare의 감독을 받습니다. 정식 명칭은 **독립 심사 법인**입니다.

개인 진료 계획(ICP 또는 진료 계획) [Individualized Care Plan (ICP or Care Plan)]: 가입자가 받게 될 서비스와 서비스를 이용하는 방법에 대한 플랜. 가입자의 플랜에는 의료 서비스, 행동 건강 서비스, 장기 서비스 및 지원이 포함될 수 있습니다.

초기 보장 단계(Initial coverage stage): 총 Medicare 파트 D 약 비용이 $2,000에 도달하기 전의 단계. 여기에는 귀하가 지불한 금액, 저희 플랜이 귀하를 대신하여 지불한 금액 및 저소득 보조금이 포함됩니다. 해당 연도의 첫 번째 처방약을 조제할 때 이 단계부터 시작합니다. 이 단계에서 저희는 약 비용의 일부를 지불하고 귀하는 귀하의 몫을 지불합니다.

입원 환자(Inpatient): 전문 의료 서비스를 받기 위해 병원에 정식으로 입원했을 때 사용되는 용어. 정식으로 입원한 경우가 아니라면, 하룻밤을 재원했을지라도 입원환자 대신, 외래환자로 간주될 수 있습니다.

통합 진료 팀(ICT 또는 진료 팀) [Interdisciplinary Care Team (ICT or Care team)]: 진료 팀에는 가입자가 필요로 하는 서비스를 받도록 도와주는 의사, 간호사, 카운셀러, 기타 의료 전문가가 포함될 수 있습니다. 귀하의 진료 팀은 진료 계획을 수립하실 수 있도록 돕습니다.

통합 D-SNP (Integrated D-SNP): Medicare와 Medicaid에 모두 수혜 자격이 있는 특정 개인 그룹을 위한 단일 건강 플랜으로 Medicare 및 대부분 또는 모든 Medicaid 서비스를 보장하는 이중 적격 특별 요구 플랜. 이러한 개인을 전체 혜택 이중 자격 개인이라고 합니다.

상호 교환 가능한 바이오시밀러(Interchangeable Biosimilar): 자동 대체 가능성과 관련된 추가 요구 사항을 충족하기 때문에 새로운 처방 없이 약국에서 대체할 수 있는 바이오시밀러. 약국에서의 자동 대체는 주법의 적용을 받습니다.

***보장 약 목록(처방집)* [*List of Covered Drugs* (*Formulary*)]:** 당사가 보장하는 처방약 목록. 저희는 의사와 약국의 도움을 받아 목록에 나온 약을 선택합니다. 의약품 구입 시 지켜야 할 수칙이 있는 경우, 처방약 목록에 그러한 내용이 설명되어 있습니다. 처방약 목록은 '처방집'이라고도 부릅니다.

장기 서비스 및 지원(Long-term services and supports, LTSS): 장기 서비스 및 지원은 장기적인 의료 문제를 개선하는 데 도움을 줍니다. 이러한 서비스는 대부분 가정 지원 서비스를 제공하므로 간호 시설이나 병원을 방문할 필요가 없습니다. 플랜에서 보장하는 LTSS에는 성인 주간 건강 관리라고도 하는 커뮤니티 기반 성인 서비스(CBAS), 간호 시설(NF) 및 지역사회 지원이 포함됩니다. IHSS 및 1915(c) 면제 프로그램은 당사 플랜 외부에서 제공되는 Medi-Cal LTSS입니다.

저소득층 보조금(Low-income subsidy, LIS): '추가 지원'을 참조하십시오.

우편 주문 프로그램(Mail Order Program): 일부 플랜은 최대 3개월 분량의 보장 처방약을 집으로 직접 보낼 수 있는 우편 주문 프로그램을 제공할 수 있습니다. 이를 통해 정기적으로 복용하는 처방전을 비용 효율적이고 편리한 방법으로 조제할 수 있습니다.

Medi-Cal: 캘리포니아주의 Medicaid 프로그램의 입니다. Medi-Cal은 주가 관리하며 주와 연방 정부가 비용을 지불합니다.

- 수입과 재산이 제한적인 사람들의 장기 서비스 및 지원과 의료비를 지원해줍니다.
- 이 프로그램은 Medicare가 보장하지 않는 추가 서비스와 일부 의약품을 보장합니다.
- Medicaid 프로그램은 주마다 다르지만 Medicare와 Medi-Cal에 모두 가입 자격이 있는 경우 대부분의 의료 서비스 비용이 보장됩니다.

Medi-Cal 플랜(Medi-Cal plans): 장기 서비스 및 지원, 의료 장비, 교통편과 같이 Medi-Cal 혜택만 보장하는 플랜. Medicare 혜택은 별도입니다.

Medicaid(또는 의료 지원) [Medicaid (or Medical Assistance)]: 연방 정부와 주에서 운영하는 프로그램으로, 소득과 자원이 제한적인 사람들이 장기 서비스와 지원 및 의료 비용을 지불하도록 돕습니다. Medi-Cal은 캘리포니아주의 Medicaid 프로그램입니다.

의학적으로 필요(Medically necessary): 의료상 필요하다는 것은 가입자의 의학적 질환을 예방, 진단 또는 치료하거나 현재 건강 상태를 유지하기 위해 서비스, 용품 또는 약이 필요하다는 것을 의미합니다. 여기에는 병원이나 간호 시설까지 갈 수 없는 상황도 포함됩니다. 이것은 요구되는 서비스, 의료용품 또는 의약품이 의료 관행의 표준에 부합함을 의미하기도 합니다.

Medicare: 65세 이상의 연령층, 특정한 장애를 가진 경우 65세 미만의 연령층, 그리고 말기 신장 질환(일반적으로 투석이나 신장 이식이 필요한 영구적 신장 장애 환자)을 앓고 있는 환자를 대상으로 하는 연방 건강 보험 프로그램. Medicare 가입자는 Original Medicare 또는 관리형 진료 계획을 통해 Medicare 건강 보장을 받을 수 있습니다('건강 플랜' 참조).

Medicare Advantage: ‘Medicare 파트 C’ 또는 ‘MA’이라고도 하는 Medicare 프로그램으로서 민간 업체를 통해 MA 플랜을 제공합니다. Medicare는 Medicare 혜택을 보장하기 위해 이들 업체에게 비용을 지불합니다.

Medicare 이의 제기 위원회(위원회) [Medicare Appeals Council (Council)]: 4단계 이의 제기를 심사하는 위원회. 이 위원회는 연방정부 소속입니다.

Medicare 보장 서비스(Medicare-covered services): Medicare 파트 A 및 Medicare 파트 B가 보장하는 서비스. 당사 플랜을 포함하여 모든 Medicare 건강 플랜은 Medicare 파트 A 및 Medicare 파트 B가 적용되는 모든 서비스를 보장해야 합니다.

Medicare 당뇨병 예방 프로그램(Medicare diabetes prevention program, MDPP): 장기간의 식이 변화, 신체 활동 증가, 지속적인 체중 감량 및 건강한 생활 방식에 대한 도전 극복을 위한 전략 교육을 제공하는 체계적인 건강 행동 변화 프로그램입니다.

Medicare-Medi-Cal 가입자(Medicare-Medi-Cal enrollee): Medicare 및 Medicaid 보장을 받을 자격이 있는 사람. Medicare-Medicaid 가입자는 ‘이중 적격 개인’이라고도 합니다.

Medicare 파트 A (Medicare Part A): 대부분의 의학적으로 필요한 병원 진료, 전문 간호 시설 진료, 가정 건강 관리 및 호스피스 간호를 보장하는 Medicare 프로그램.

Medicare 파트 B (Medicare Part B): 질병 또는 건강 상태를 치료하기 위해 의학적으로 필요한 서비스(검사실 검사, 수술 및 의사 방문) 및 의료용품(휠체어 및 보행보조기 같은)을 보장하는 Medicare 프로그램. Medicare 파트 B는 또한 수많은 예방 차원의 서비스와 선별 서비스를 보장합니다.

Medicare 파트 C (Medicare Part C): ‘Medicare Advantage’ 또는 ‘MA’라고도 하는 Medicare 프로그램은 민간 건강 보험 회사가 MA 플랜을 통해 Medicare 혜택을 제공할 수 있도록 합니다.

Medicare 파트 D (Medicare Part D): Medicare 처방약 혜택 프로그램. 이 프로그램은 짧게 ‘파트 D’라 함. Medicare 파트 D는 외래환자 처방약, 백신 및 Medicare 파트 A, Medicare 파트 B, Medicaid에서 보장하지 않는 일부 용품을 보장합니다. 당사 플랜에는 Medicare 파트 D가 포함되어 있습니다.

Medicare 파트 D 약(Medicare Part D drugs): Medicare 파트 D에 따라 보장되는 의약품. 의회는 특히 Medicare 파트 D에 따른 보장에서 특정 범주의 의약품을 제외합니다. Medicaid는 이러한 의약품 중 일부를 보장할 수 있습니다.

약물 치료 관리(Medication Therapy Management, MTM): 환자에게 최상의 치료 결과를 보장하기 위해 약사를 비롯한 의료 서비스 제공자가 제공하는 별개의 서비스 그룹 또는 서비스 그룹입니다. 자세한 정보는 *가입자 안내서*의 **5장**을 참조해 주십시오.

Medi-Medi 플랜(Medi-Medi Plan): Medicare Medi-Cal 플랜(Medi-Medi 플랜)은 Medicare Advantage 플랜의 한 유형입니다. 이 플랜은 Medicare와 Medi-Cal을 모두 가지고 있는 분들을 위한 것으로, Medicare와 Medi-Cal 혜택을 하나의 플랜으로 결합한 것입니다. Medi-Medi 플랜은 모든 Medicare 및 Medi-Cal 보장 서비스를 포함하여 두 프로그램의 모든 혜택과 서비스를 조정합니다.

가입자(당사의 플랜 가입자 또는 플랜 가입자) [Member (member of our plan, or plan member)]: Medicare 및 Medi-Cal을 통해 보장 서비스를 이용할 자격이 있으며 당사 플랜에 가입했고, Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS) 및 주 정부를 통해 가입 확인을 받은 사람.

***가입자 안내서* 및 공개 정보(*Member Handbook* and Disclosure Information):** 가입 양식 및 기타 첨부, 부칙을 포함한 이 문서는 가입자의 보장, 플랜의 임무, 가입자 권리, 플랜 가입자의 의무 등을 기술한 부칙에 대해 설명하고 있습니다.

가입자 서비스부(Member Services): 가입 자격, 혜택, 고충 제기, 이의 제기 등에 대한 질문에 답변하는 일을 담당하는 플랜의 부서. 가입자 서비스부에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내서*의 **2장**을 참조하십시오.

네트워크 약국(Network pharmacy): 플랜 가입자를 위해 처방약을 조제하는 데 동의한 약국(드럭 스토어)을 말합니다. 이들 약국은 당사 플랜과 제휴하기로 동의했기 때문에 '네트워크 약국'이라 합니다. 대부분의 경우, 저희는 네트워크 약국에서 처방약을 조제할 경우에만 처방약 비용을 보장합니다.

네트워크 서비스 제공자(Network provider): '서비스 제공자'란 의사, 간호사나 서비스 또는 진료를 제공하는 다른 사람들을 저희 플랜에서 칭하는 일반적 용어입니다. 또한 이 용어는 병원, 가정 간호 기관, 클리닉 및 귀하에게 의료 서비스, 의료 장비, 장기 서비스와 지원을 제공하는 기타 시설을 포함합니다.

- 서비스 제공자는 Medicare와 진료를 제공하는 것으로 주정부에서 면허를 받았거나 인증된 사람들입니다.
- 이러한 서비스 제공자가 건강 플랜과 업무 제휴를 하고 당사의 지급액을 수락하며 가입자에게 추가 금액을 청구하지 않기로 합의한 경우, 그들을 '네트워크 서비스 제공자'라고 합니다.
- 플랜의 가입자인 동안에는 보장 서비스를 이용할 때 네트워크 서비스 제공자를 이용해야 합니다. 네트워크 서비스 제공자는 '플랜 소속 서비스 제공자'라고도 합니다.

요양원 또는 간호 시설(Nursing home or facility): 가정에서 돌봄을 받을 수 없지만 병원 입원이 필요하지 않은 이들을 위해 돌봄 서비스를 제공하는 시설.

옴부즈맨(Ombudsman): 가입자의 대변인 역할을 하는 주 담당실. 질문이나 불만이 있을 경우, 질문에 답변하고 해야 할 일을 이해하도록 도와줄 수 있습니다. 옴부즈맨의 서비스는 무료입니다. *가입자 안내서*의 **2장 및 9장**에서 더 많은 정보를 확인할 수 있습니다.

조직 결정(Organization determination): 당사 플랜은 당사 또는 서비스 제공자 중 한 곳이 서비스 보장 여부 또는 보장 서비스에 대해 귀하가 지불하는 금액을 결정할 때 조직 결정을 합니다. 조직 판단을 '보장 결정'이라고 부릅니다. *가입자 안내서* **9장**에서 보장 결정에 대해 설명합니다.

오리지널 생물학적 제제(Original Biological Product): 미국 식품의약국(FDA)의 승인을 받았으며 바이오시밀러 버전을 만드는 제조업체를 위해 비교 역할을 하는 생물학적 제제입니다. 참조 제품이라고도 합니다.

Original Medicare(전통적 Medicare 또는 행위별 수가제 Medicare) [Original Medicare (traditional Medicare or fee-for-service Medicare)]: 정부는 Original Medicare를 제공합니다. Original Medicare에서 서비스는 의회가 결정한 의사, 병원 및 기타 의료 서비스 제공자 비용을 지불하여 보장됩니다.

- 귀하는 Medicare를 받는 의사나 병원, 기타 의료 서비스 제공자에게서 진료를 받을 수 있습니다. Original Medicare는 2개 부분, 즉 Medicare 파트 A(병원 보험) 및 Medicare 파트 B(의료 보험).
- Original Medicare는 미국 어디에서나 사용 가능합니다.
- 당사 플랜 가입을 원하지 않는 경우, Original Medicare를 선택하실 수 있습니다.

네트워크 외부 약국(Out-of-network pharmacy): 플랜 가입자에게 보장 약을 조율하거나 제공하는 데 당사 플랜과 계약을 맺지 않은 약국. 당사 플랜은 특정 조건이 적용되는 경우를 제외하고 네트워크 외부 약국에서 구입하는 대부분의 약을 보장하지 않습니다.

네트워크 외부 서비스 제공자 또는 네트워크 외부 시설(Out-of-network provider or Out-of-network facility): 당사 플랜이 고용, 소유하거나 운영하지 않으며, 당사 플랜에게 보장 서비스를 제공하도록 계약을 맺지 않은 서비스 제공자 또는 시설. 플랜 가입자에 대한 서비스. *가입자 안내서*의 **3장**에서는 네트워크 외부 서비스 제공자 또는 시설에 대한 설명을 제공합니다.

본인 부담 비용(Out-of-pocket costs): 가입자가 받는 서비스나 약의 일부 비용을 지급해야 하는 비용 분담 요건은 '본인 부담 비용' 요건이라고도 합니다. 위의 '비용 분담'에 대한 정의를 참조하십시오.

비처방(OTC) 의약품[Over-the-counter (OTC) drugs]: 비처방 약은 의료 전문가의 처방전 없이 구입할 수 있는 약이나 약입니다.

파트 A (Part A): 'Medicare 파트 A'를 참조하십시오.

파트 B (Part B): 'Medicare 파트 B'를 참조하십시오.

파트 C (Part C): 'Medicare 파트 C'를 참조하십시오.

파트 D (Part D): 'Medicare 파트 D'를 참조하십시오.

파트 D 약물(Part D drugs): 'Medicare 파트 D 약'을 참조하십시오.

개인 건강 정보(비공개 건강 정보라고도 함)(PHI) [Personal health information, Protected health information, PHI]: 가입자의 이름, 주소, 사회보장 번호, 의사 방문 횟수, 병력 등과 같은 가입자와 가입자의 건강에 관한 정보. 저희가 귀하의 PHI를 보호, 사용 및 공개하는 방법과 귀하의 PHI에 대한 귀하의 권리에 대한 자세한 내용은 개인정보 보호관행 고지를 참조하십시오.

주치의(Primary care provider, PCP): 대부분의 건강 문제로 가장 먼저 만나는 의사 또는 기타 서비스 제공자입니다. 주치의는 가입자가 건강 유지를 위해 필요한 서비스를 받도록 합니다.

- 또한 다른 의사나 의료 서비스 제공자에게 가입자의 치료에 대한 정보를 안내하고 진료 추천을 할 수도 있습니다.

- 여러 Medicare 건강 플랜들에서, 가입자가 다른 의료 서비스 제공자를 만나기 전에 주치의에게 진료를 받도록 하고 있습니다.
- 주치의에게 치료를 받는 것과 관련한 정보는 *가입자 안내서*의 **3장**을 참조하십시오.

사전 허가(Prior authorization, PA): 특정 서비스 또는 의약품을 받거나 네트워크 외부 서비스 제공자를 이용하려면 먼저 당사로부터 받아야 하는 승인입니다. 당사 플랜은 승인을 사전에 얻지 못한 서비스 또는 의약품을 보장하지 않을 수 있습니다.

당사 플랜은 귀하의 의사 또는 기타 네트워크 서비스 제공자가 당사로부터 PA를 받은 경우에만 일부 네트워크 의료 서비스를 보장합니다.

- 당사 플랜의 PA가 필요한 보장 서비스는 *가입자 안내서*의 **4장**에 표시되어 있습니다.

당사 플랜은 귀하가 당사로부터 PA를 받은 경우에만 일부 약품을 보장합니다.

- 당사 플랜의 PA가 필요한 보장 약은 *보장 약 목록*(처방집)에 표시되어 있으며 규칙은 당사 웹사이트에 게시되어 있습니다.

고령자를 위한 포괄적 관리 프로그램(Program for All-Inclusive Care for the Elderly, PACE): 집에서 생활하기 위해 더 높은 수준의 보살핌이 필요한 55세 이상의 사람들을 위해 Medicare와 Medicaid 혜택을 함께 보장하는 프로그램입니다.

보철 및 보조 장치(Prosthetics and Orthotics): 팔, 허리 및 목 보조기, 의수 및 의족, 의안, 신체 내부 장기나 기능을 대체하기 위해 필요한 장치(개구술 용품 및 장관 영양법 및 비경구 영양법 포함) 등이 포함되나 이에만 국한되지 않는 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자가 주문한 의료 기기.

품질 개선 기관(Quality improvement organization, QIO): Medicare 가입자의 진료 품질 개선을 돕는 의사 및 다른 의료 전문가 그룹. 연방 정부는 환자에게 제공되는 치료를 확인하고 개선하기 위해 QIO에 비용을 지불합니다. QIO에 대한 정보는 *가입자 안내서*의 **2장**을 참조하십시오.

분량 제한(Quantity limits): 귀하가 받을 수 있는 의약품 총량 한도. 저희는 처방할 때마다 당사가 보장하는 의약품 양에 근거하여 제한할 수 있습니다.

실시간 혜택 도구(Real Time Benefit Tool): 가입자가 완전하고 정확하며 시기 적절하고 임상적으로 적절하며 가입자별로 특정적인 보장 의약품 및 혜택에 대한 정보를 조회할 수 있는 포털 또는 컴퓨터 애플리케이션. 여기에는 비용 분담액, 특정 의약품과 동일한 건강 상태에 사용할 수 있는 대체 의약품 및 대체 의약품에 적용되는 보장 제한(사전 허가 또는 분량 제한)이 포함됩니다.

진료 의뢰(Referral): 진료 의뢰는 주치의(PCP)가 귀하의 PCP 이외의 서비스 제공자를 이용하도록 승인하는 것입니다. 우선 승인을 얻지 못하면 저희는 서비스 비용을 보장하지 않을 수 있습니다. 여성 건강 전문의와 같은 특정 전문의는 진료 의뢰가 필요 없습니다. *가입자 안내서*의 **3장 및 4장**에서 진료 의뢰에 대한 자세한 정보를 확인할 수 있습니다.

재활 서비스(Rehabilitation services): 질병, 사고 또는 주요 수술에서 회복하도록 받는 치료. 재활 서비스에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내서* **4장**을 참조하십시오.

민감한 서비스(Sensitive services): 정신 또는 행동 건강, 성 및 재생산 건강, 가족 계획, 성병(STI), HIV/AIDS, 성폭행 및 낙태, 약물 남용 장애, 성별 확인 치료 및 친밀한 파트너 폭력과 관련된 서비스.

서비스 지역(Service area): 거주 지역을 기준으로 가입자 수를 제한할 경우, 건강 플랜이 가입자를 수용하는 지리적 위치. 가입자가 이용할 수 있는 의사 및 병원에 한도가 있는 플랜의 경우, 일반적인(비응급) 서비스를 받을 수 있는 지역도 여기에 포함됩니다. 서비스 지역에 거주하는 사람만 플랜에 가입할 수 있습니다.

비용 분담액(Share of cost): 귀하의 혜택이 발효되기 전에 매달 가입자가 지불해야 하는 진료 비용의 부담분. 가입자가 부담할 금액은 가입자의 소득 및 재산에 따라 다릅니다.

전문 간호 시설(Skilled nursing facility, SNF): 전문 간호 서비스를 제공하기 위해, (대부분의 경우는 전문 재활 서비스 및 기타 관련 건강 서비스) 인력과 장비를 보유하고 있는 간호 시설.

전문 간호 시설(SNF) 서비스 [Skilled nursing facility (SNF) care]: 전문 간호 시설에서 지속적이고 일상적으로 제공되는 전문 간호 서비스 및 재활 서비스. 전문 간호 시설 서비스의 예로는 물리 치료 또는 정규 간호사(RN)나 의사가 줄 수 있는 정맥 주사(IV)를 포함한 전문 시설에서 시행할 수 있는 처치가 포함됩니다.

전문의(Specialist): 특정 질환 또는 특정 신체 부분에 대한 의료 서비스를 제공하는 의사.

전문 약국(Specialized pharmacy): 전문 약국에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내서*의 **5장**을 참조하십시오.

주 공청회(State Hearing): 담당 의사나 기타 서비스 제공자가 플랜이 승인하지 않는 Medi-Cal 서비스를 요청할 경우, 또는 가입자가 이미 이용한 Medi-Cal 서비스에 대한 지급을 중단할 경우, 가입자는 주 공청회를 요청할 권리를 가집니다. 주 공청회가 가입자에게 유리한 결정을 내린 경우, 플랜은 가입자가 요청한 서비스를 제공해야 합니다.

보조 사회보장 소득(Supplemental Security Income, SSI): 사회보장국이 제한적 소득과 재산을 가진 장애인, 맹인 또는 65세 이상 개인에게 지급한 월간 혜택. SSI 혜택은 사회보장 보조금과 다릅니다.

긴급 진료(Urgently needed care): 긴급 진료는 예상치 못한 질병, 부상 또는 응급 상황은 아니지만 당장의 치료를 필요로 하는 건강 상태에서 받게 되는 의료 서비스입니다. 시간, 장소 또는 상황을 고려할 때 네트워크 서비스 제공자로부터 서비스를 받는 것이 불가능하거나 불합리하기 때문에 네트워크 외부 서비스 제공자로부터 긴급 진료를 받을 수 있습니다(예를 들어, 플랜의 서비스 지역 외부에 있고 예측하지 못한 상태로 인해 의학적으로 필요한 즉각적인 서비스가 필요하지만 의학적 응급 상황이 아닌 경우).

SCAN Connections(HMO D-SNP) 가입자 서비스부

방법	가입자 서비스부 - 연락처 정보
전화	1-866-722-6725 이 번호로의 통화는 무료입니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 8시 중에 전화해 주십시오. 참고: 대부분의 국경일은 휴무입니다. 휴무일에는 메시지를 남기실 수 있습니다. 휴일과 영업 시간 외 시간에 수신된 메시지는 영업일 기준으로 1일 이내에 답변을 드립니다. 가입자 서비스부는 비영어권 이용자에게 통역 서비스를 무료로 제공합니다.
TTY	711 이 번호는 특별 전화 장비가 필요하며 청각 장애나 언어 장애가 있는 사람만을 위한 것입니다. 이 번호로의 통화는 무료입니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 8시 중에 전화해 주십시오. 참고: 대부분의 국경일은 휴무입니다. 휴무일에는 메시지를 남기실 수 있습니다. 휴일과 영업 시간 외 시간에 수신된 메시지는 영업일 기준으로 1일 이내에 답변을 드립니다.
팩스	1-562-989-5181
우편	SCAN Health Plan Attention: Member Services Department P.O. Box 22616 Long Beach, CA 90801-5616
웹사이트	www.scanhealthplan.com