로스앤젤레스 카운티, 오렌지 카운티(**Los Angeles and Orange Counties**)

SCAN CLASSIC(HMO)

2025 Medicare 보장 증명서

Medicare Advantage 플랜

scan™

2025년 1월 1일 – 12월 31일

보장 증명서:

SCAN Classic(HMO) 가입자로서 받으시는 Medicare 건강 보험 혜택, 서비스 및 처방약 보장

이 문서는 2025년 1월 1일부터 12월 31일까지의 Medicare 건강 관리 및 처방약 보장에 관한 세부 사항을 설명합니다. **본 문서는 중요한 법적 문서입니다. 안전한 장소에 보관해 주십시오.**

이 문서에 대한 질문은 추가 정보가 궁금하시면 가입자 서비스부에 1-800-559-3500번으로 문의해 주십시오. (TTY 사용자는 711번으로 전화해 주십시오). 업무 시간은 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일, 오전 8시~오후 8시이고, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시입니다. 휴일과 영업 시간 외 시간에 수신된 메시지는 영업일 기준으로 1일 이내에 답변을 드립니다. 해당 통화는 무료입니다.

이 플랜, SCAN Classic은 SCAN Health Plan에서 제공합니다. (이 *보장 증명서*에 나오는 '저희' 또는 '당사'라는 말은 SCAN Health Plan을 말합니다. '플랜' 또는 '저희 플랜'이라는 말은 SCAN Classic을 의미합니다.)

이 문서는 한국어로 무료로 제공됩니다.

이 문서는 점자체, 대형 인쇄물 또는 기타 대안적 형식과 같은 다른 형식으로 사용할 수 있습니다.

혜택, 보험료, 공제액 및/또는 자기부담금/공동보험액은 2026년 1월 1일에 변경될 수 있습니다.

처방집, 약국 네트워크 및/또는 서비스 제공자 네트워크는 언제든지 변경될 수 있습니다. 필요한 경우 알림을 받으시게 됩니다. 저희는 영향을 받는 가입자에게 최소 30일 전에 변경 사항을 통지할 것입니다.

이 문서에서는 귀하의 혜택과 권리에 대해 설명합니다. 이 문서를 사용하여 다음 사항에 대해 이해하십시오.

- 귀하의 플랜 보험료 및 비용 분담
- 귀하의 의료 및 처방약 혜택
- 서비스나 치료에 만족하지 않을 경우 불만 제기를 하는 방법
- 추가 도움이 필요할 때 당사로 연락하는 방법
- Medicare 법률에 따라 요구되는 기타 보호 혜택

H5425-006, H5425-007
Y0057_SCAN_21218_2025_C

2025 보장 증명서

목차

1장: *가입자로서 시작하기* **5**
섹션 1 소개 6
섹션 2 플랜 가입자가 되기 위한 자격 요건은 무엇입니까? 7
섹션 3 가입자가 받게 될 중요 멤버십 자료 8
섹션 4 SCAN Classic의 월 비용 9
섹션 5 월 보험료에 대한 추가 정보 12
섹션 6 플랜 가입자 기록을 최신으로 유지 14
섹션 7 다른 보험을 가지고 있는 경우 저희 플랜에 주는 영향 15

2장: *중요한 전화번호 및 자료* **17**
섹션 1 SCAN Classic 연락처 (가입자 서비스부에 연락하는 방법을 포함하여 당사로 연락하는 방법) 18
섹션 2 Medicare (연방 Medicare 프로그램으로부터 직접 도움과 정보를 얻는 방법) 26
섹션 3 주정부 건강보험 지원 프로그램 (무료 도움말, 정보 및 Medicare 관련 질문에 대한 답변) 28
섹션 4 품질 개선 기관 29
섹션 5 사회보장국 30
섹션 6 Medi-Cal(Medicaid) 31
섹션 7 처방약 지불을 돕는 프로그램에 관한 정보 32
섹션 8 철도원 퇴직 위원회 연락 방법 35
섹션 9 그룹 보험이나 기타 직장 건강 보험이 있으십니까? 36

3장: *의료 서비스에 플랜 이용하기* **37**
섹션 1 플랜의 가입자로서 치료를 받기 위해 알아야 할 사항 38
섹션 2 플랜의 네트워크 서비스 제공자에게서 진료 받기 40
섹션 3 응급 또는 긴급 진료가 필요한 경우 또는 재난 발생 시 서비스를 이용하는 방법 44
섹션 4 서비스 비용 전액을 직접 청구받은 경우 48
섹션 5 임상 연구에 참여할 경우, 의료 서비스 보장 방식 48
섹션 6 종교적 비의료 보건 기관에서 서비스를 받기 위한 규칙 50
섹션 7 내구성 의료 장비의 소유권에 대한 규칙 51

4장: *의료 혜택 차트(보장 내용 및 가입자 부담액)* 53
섹션 1 보장 서비스의 본인 부담 비용에 대한 이해 54
섹션 2 *의료 혜택 차트*에서 보장 내용과 가입자 납부액 확인 55
섹션 3 플랜에서 보장되지 않는 서비스는 어떤 것이 있습니까? 117
섹션 4 부록 123

5장 *플랜의 파트 D 처방약 보장 이용하기* 125
섹션 1 소개 126
섹션 2 네트워크 약국에서 또는 플랜의 우편 주문 서비스를 통해 처방약을 조제하십시오 126
섹션 3 귀하의 약이 플랜의 '의약품 목록'에 있어야 합니다 130
섹션 4 일부 약품의 보장에 대해서는 제한이 있습니다 131
섹션 5 귀하의 약 중의 한 가지가 원하는 방식으로 보장이 되지 않으면 어떻게 하나요? 132
섹션 6 귀하의 약들 중 한 가지에 대해 보장이 변경되면 어떻게 할까요? 135
섹션 7 어떤 종류의 약이 플랜에서 보장되지 *않습니까*? 137
섹션 8 처방약 조제 받기 138
섹션 9 특수 상황에서의 파트 D 약 보장 139
섹션 10 의약품 안전과 의약품 관리 프로그램 140

6장: *파트 D 처방약에 대한 가입자 부담액* 143
섹션 1 소개 144
섹션 2 약에 대한 가입자 부담은 약을 받을 때 어떤 약 비용 지불 단계에 있는지에 따라 다릅니다. 146
섹션 3 약에 대한 지급과 귀하가 어떤 지급 단계에 있는지를 설명하는 보고서를 보내드립니다 146
섹션 4 SCAN Classic에는 공제액이 없습니다 148
섹션 5 초기 보장 단계 동안은 가입자의 약 비용에 대해, 플랜이 분담금을 지급하고 가입자는 본인의 분담액을 부담합니다 148
섹션 6 재해성 보장 단계 동안, 플랜은 보장되는 파트 D 약의 전체 비용을 지불합니다 155
섹션 7 추가 혜택 정보 155
섹션 8 파트 D 백신. 가입자가 지불하는 비용은 귀하가 비용을 받는 방법과 장소에 따라 달라집니다 156

7장: *보장 의료 서비스 또는 약에 대해 받은 청구서의 플랜 부담분 지불 요청* 158
섹션 1 보장되는 서비스 또는 약의 분담액을 지급해 주도록 플랜에 요청해야 하는 상황 159
섹션 2 환급을 요청하거나 귀하가 받은 청구서에 지급하도록 요청하는 방법 161
섹션 3 귀하의 지급 요청을 심사하여 지급 여부를 알려 드리겠습니다..... 162

8장: *귀하의 권리와 책임* 163
섹션 1 저희 플랜은 가입자의 권리 및 문화적 장애를 존중해야 합니다..... 164
섹션 2 플랜 가입자로서의 책임 178

9장: *문제나 불만 사항이 있을 경우 해야 할 일(보장 결정, 이의제기, 불만 제기)* 180
섹션 1 소개 181
섹션 2 상세 정보와 개별화된 지원을 제공하는 곳 181
섹션 3 문제 해결을 위해 어떤 절차를 이용해야 하나요?..... 182
섹션 4 보장 결정과 이의 제기의 기본 사항에 대한 안내..... 182
섹션 5 가입자의 치료: 보장 결정을 요청하거나 보장 결정에 대한 이의 제기를 하는 방법..... 185
섹션 6 파트 D 처방약: 보장 결정을 요청하거나 이의 제기를 하는 방법 192
섹션 7 너무 빨리 퇴원한다고 생각하는 경우 입원 기간을 더 늘리는 보장을 요청하는 방법 201
섹션 8 보장이 곧 종료될 예정이며 특정 의료 서비스에 대한 지속적 보장을 요청하는 방법 205
섹션 9 3레벨 이상으로 이의 제기 진행 208
섹션 10 서비스 품질, 대기 시간, 고객 서비스 또는 기타 문제에 대한 불만을 제기하는 방법 211

10장: *플랜의 가입 종료*..... 215
섹션 1 플랜 탈퇴 소개 216
섹션 2 플랜 탈퇴가 가능한 경우..... 216
섹션 3 플랜 탈퇴 방법 218
섹션 4 귀하가 탈퇴할 때까지 저희 플랜을 통해 의료 용품, 의료 서비스, 의약품을 계속 받아야 합니다. 219
섹션 5 SCAN Classic이 가입자를 탈퇴시켜야 하는 특별한 상황..... 219

11장: *법적 고지* **221**
섹션 1 적용 법률에 대한 고지 222
섹션 2 차별 금지에 대한 통지문 222
섹션 3 Medicare 2차 납부자 보상 요구권에 대한 고지 222
섹션 4 구속력 있는 중재 222

12장: *중요 용어의 정의* **225**

1장:

가입자로서 시작하기

섹션 1 소개

섹션 1.1 귀하는 Medicare HMO인 SCAN Classic에 가입되어 있습니다

귀하는 Medicare 보장을 받으실 수 있으며 Medicare 의료 보장 및 처방약 보장을 저희 SCAN Classic을 통해 받기로 선택하셨습니다. 저희는 파트 A 및 파트 B 서비스를 모두 보장해야 합니다. 그러나 이 플랜의 비용 분담 및 서비스 제공자 이용은 Original Medicare와 다릅니다.

SCAN Classic은 Medicare가 승인하고 민간 회사가 운영하는 Medicare Advantage HMO Plan(HMO는 건강 관리 기관의 약자입니다)입니다.

본 플랜에 따른 보장은 유자격 건강 보장(QHC)로서 자격이 주어지며, 환자 보호 및 건강보험개혁법(ACA)의 개인 공동 책임 요건을 충족합니다. 자세한 정보는 미국 국세청(IRS) 웹사이트인 www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families를 방문해 주십시오.

섹션 1.2 *보장 증명서* 문서는 무엇입니까?

본 *보장 증명서* 문서에서는 의료 진료 및 처방약 이용 방법에 대해 설명되어 있습니다. 여기에는 가입자의 권리 및 책임, 보장 내용, 플랜 가입자로서 지불하는 비용, 결정이나 치료에 만족하지 않을 경우 불만 제기를 하는 방법이 설명되어 있습니다.

보장 및 *보장 서비스*라는 용어는 SCAN Classic 가입자로서 이용 가능한 진료, 서비스 및 처방약을 의미합니다.

플랜의 규칙과 이용 가능한 서비스가 무엇인지 파악하는 일이 중요합니다. 시간을 내시어 본 *보장 증명서*를 검토해 보시기를 권합니다.

혼동이 되거나 문제가 있거나 궁금하신 사항이 있으시면 가입자 서비스부로 연락해 주십시오.

섹션 1.3 *보장 증명서*에 대한 법적 정보

본 *보장 증명서*는 SCAN Classic이 귀하의 치료를 보장하는 방법에 관해 귀하와 맺은 계약의 일부입니다. 이러한 계약의 나머지 부분에는 가입자 양식, *보장 약 목록(처방집)* 그리고 귀하의 보장에 영향을 주는 보장 및 조건 변경에 관해 저희가 보내드리는 모든 통지가 포함됩니다. 이러한 통지를 *부칙* 또는 *수정안*이라고 합니다.

본 계약 사항은 귀하께서 SCAN Classic에 가입해 계시는 2025년 1월 1일부터 2025년 12월 31일까지의 기간에 대해 효력을 가집니다.

각 역년마다 Medicare는 저희가 제공하는 플랜에 대한 변경을 허가하고 있습니다. 이것은 2025년 12월 31일 이후에 SCAN Classic의 비용과 혜택을 변경할 수 있습니다. 또한 당사는 2025년 12월 31일 이후에 귀하가 있는 서비스 지역에서 플랜 제공을 중단할 수도 있습니다.

Medicare(Medicare 및 Medicaid 서비스 센터)는 매년 SCAN Classic을 승인해야 합니다 저희가 플랜을 계속 제공하기로 하고 Medicare가 플랜에 대한 승인을 갱신하는 한, 귀하는 매년 Medicare 보장을 저희 플랜의 가입자로서 받을 수 있습니다.

섹션 2 플랜 가입자가 되기 위한 자격 요건은 무엇입니까?

섹션 2.1 귀하의 자격 요건

다음에 해당되시는 경우 가입 자격이 되십니다.

- Medicare 파트 A와 Medicare 파트 B 둘 다 가입되어 있습니다.
- -- *그리고* -- 저희가 정한 지리적 서비스 지역에 거주해야 합니다(당사 서비스 지역은 섹션 2.2 참고). 수감된 개인은 지리적 서비스 지역에 물리적으로 위치해 있더라도 거주한다고 간주되지 않습니다.
- -- *그리고* -- 미국 시민권자이거나 합법적으로 미국에 거주해야 합니다.

섹션 2.2 다음은 SCAN Classic의 플랜 서비스 지역입니다

SCAN Classic은 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 카운티(Los Angeles County) 및 오렌지 카운티(Orange County)입니다.

서비스 지역 외부로 이사하려는 경우, 이 플랜의 가입자 상태를 유지할 수 없습니다. 새로운 지역에서 플랜이 있는지 알아보려면 가입자 서비스부로 연락해 주십시오. 이사를 가시는 경우 Original Medicare로 전환하실 수 있거나, 새로 옮긴 지역에서 이용할 수 있는 Medicare 건강 플랜 또는 약 플랜에 가입할 수 있는 특별 가입 기간이 주어집니다.

또한 이사를 가시거나 우편 주소가 변경되는 경우, 사회보장국에 연락하셔야 하는 일도 중요합니다. 사회보장국의 전화번호 및 연락처 정보는 2장, 섹션 5에 수록되어 있습니다.

섹션 2.3 미국 시민권자 또는 합법적 거주자

Medicare 건강 플랜 가입자는 미국 시민이거나 미국에 합법적으로 거주하고 있어야 합니다. Medicare(Medicare 및 Medicaid 서비스 센터)는 이런 기준에 따라 귀하가 가입 자격을 유지할 수 없는 경우 SCAN Classic에게 통보를 합니다. 가입자가 이 요건을 충족하지 않으면 SCAN Classic이 가입자를 탈퇴시켜야 합니다.

섹션 3 가입자가 받게 될 중요 멤버십 자료

섹션 3.1 귀하의 플랜 가입자 카드

플랜 가입자로서 본 플랜에서 보장되는 서비스를 받을 때마다 그리고 네트워크 약국에서 처방약을 받기 위해 가입자 카드를 사용하셔야 합니다. 해당되는 경우 서비스 제공자에게 Medi-Cal(Medicaid) 카드도 제시해야 합니다. 다음은 귀하께서 받으실 가입자 카드의 견본입니다.

이 플랜에 가입해 있는 동안 보장되는 서비스에 대해 빨간색, 흰색 및 파란색 Medicare 카드를 사용하지 마십시오. SCAN Classic 가입자 카드 대신에 Medicare 카드를 사용하는 경우, 의료비 전액을 본인이 내야 할 수도 있습니다. Medicare 카드를 안전한 곳에 보관하십시오. 병원 서비스, 호스피스 서비스가 필요하거나, 임상 시험이라고도 하는 Medicare 승인 임상 연구에 참여하는 경우 이를 제시하라는 요청을 받을 수 있습니다.

귀하의 플랜 가입자 카드가 손상되었거나 분실 또는 도난당한 경우, 가입자 서비스부에 바로 연락해 주시면 새 카드를 보내드릴 것입니다.

섹션 3.2 *서비스 제공자 및 약국 명부*

*서비스 제공자 및 약국 명부*에는 당사의 현재 네트워크 서비스 제공자가 포함됩니다. **네트워크 서비스 제공자**란 의사 및 다른 의료 전문가, 의료 그룹, 병원과 기타 의료 시설로서 당사의 지급과 모든 플랜 비용 분담액을 전체 지급액으로서 수령하겠음에 동의한 곳들입니다.

의료 및 서비스를 이용하시려면 네트워크 서비스 제공자를 이용하셔야 합니다. 적절한 허가 없이 다른 제공자를 이용하는 경우 가입자가 전액을 지불해야 합니다. 네트워크 서비스 제공자를 이용하지 않아도 되는 예외로는 응급 상황과 네트워크 서비스 제공자를 이용할 수 없을 때 긴급 서비스를 받아야 하는 경우(즉, 네트워크 내에서 서비스를 이용하는 것이 불합리하거나 불가능할 경우), 서비스 지역 외 투석 서비스, SCAN Classic이 네트워크 외부 서비스 제공자 이용을 허가한 경우입니다.

최신 서비스 제공자 목록은 웹사이트 www.scanhealthplan.com에서 확인할 수 있습니다.

서비스 제공자 및 약국 명부 사본이 없는 경우, 가입자 서비스부에 사본(전자 또는 하드카피 형식)을 요청할 수 있습니다. *서비스 제공자 및 약국 명부*의 출력본을 요청하시면 영업일 기준 3일 이내에 우편으로 발송됩니다.

서비스 제공자 및 약국 명부 www.scanhealthplan.com에는 네트워크 약국이 나열됩니다. **네트워크 약국**은 플랜 가입자를 위해 보장되는 처방약을 조제하는 것에 동의한 모든 약국을 말합니다. 이용을 원하는 네트워크 약국을 찾기 위해 *서비스 제공자/약국 명부*를 사용하실 수 있습니다. 플랜의 네트워크에 속하지 않은 약국을 이용할 수 있는 경우에 관한 정보는 5장, 섹션 2.5를 참고하십시오.

*서비스 제공자/약국 명부*로 네트워크에서 일부 의약품에 대해 어느 약국이 다른 네트워크 약국에서 제공하는 표준 비용 분담보다 낮은 선호 비용 분담을 실시하는지 확인하실 수 있습니다.

*서비스 제공자 및 약국 명부*가 없으면 가입자 서비스부에서 사본을 받으실 수 있습니다. 이러한 정보를 저희 웹사이트 www.scanhealthplan.com에서도 확인하실 수 있습니다.

섹션 3.3 플랜의 보장 약 목록*(처방집)*

플랜에는 *보장 약 목록(처방집)*이 있습니다. 이것을 '의약품 목록'이라고도 합니다. 또한 SCAN Classic에 포함되는 파트 D 혜택에 따라 어떤 파트 D 처방약이 보장되는지 보여줍니다. 플랜에서는 의료진과 약사들의 도움을 받아 이 목록에 들어갈 의약품을 선정합니다. 의약품 목록은 Medicare에서 정한 요건에 반드시 부합해야 합니다. Medicare는 SCAN Classic 의약품 목록을 승인했습니다.

의약품 목록은 또한 귀하의 약 보장에 제한을 두는 규칙이 있는지 알려 줍니다.

저희 플랜이 의약품 목록 사본을 보내드릴 것입니다. 보장되는 약에 대한 최신 정보를 확인하시려면 플랜의 웹사이트(www.scanhealthplan.com)를 방문하시거나 가입자 서비스부로 연락해 주십시오.

섹션 4 SCAN Classic의 월 비용

귀하의 비용에는 다음 사항이 포함될 수 있습니다.

- 플랜 보험료(섹션 4.1)
- Medicare 파트 B 월 보험료(섹션 4.2)
- 선택적 보조 혜택 보험료(섹션 4.3)
- 파트 D 가입 지연 벌금(섹션 4.4)
- 소득 관련 월 조정액(섹션 4.5)
- Medicare 처방약 지불 계획(섹션 4.6)

섹션 4.1 플랜 보험료

SCAN Classic에 별도의 월 플랜 보험료를 납부하지 않습니다.

섹션 4.2 월 Medicare 파트 B 보험료

여러 가입자들이 다른 Medicare 보험료를 내고 있습니다.

플랜 가입자 자격 유지를 위해서는 Medicare 보험료를 계속 납부해야 합니다. 여기에는 파트 B 보험료가 포함됩니다. 또한 무료 파트 A에 대한 자격이 없는 가입자에게 영향을 주는 파트 A의 보험료도 포함될 수 있습니다.

섹션 4.3 선택적 보조 혜택 보험료

귀하가 *선택적 보조 혜택*이라고도 하는 추가 혜택을 신청한 경우 귀하는 이러한 추가 혜택에 대한 추가 보험료를 매월 지불합니다. 자세한 내용은 4장, 섹션 2.2를 참고하십시오. 선택적 치과 PPO(DPPO) 플랜의 보험료는 월 $55입니다. 플랜 보험료에 대한 질문이 있으시면 가입자 서비스부로 연락해 주십시오(전화번호는 본 문서의 뒤표지에 기재됨).

섹션 4.4 파트 D 가입 지연 벌금

일부 가입자는 파트 D **가입 지연 벌금을** 납부해야 합니다. 파트 D 가입 지연 벌금은 최초 가입 기간이 끝난 후 언제든지 파트 D 또는 크레딧이 적용되는 기타 처방약 보장이 없을 때 연속으로 63일 이상이 지나면 파트 D 보장에 대해 지급해야 하는 추가 보험료입니다. 크레딧이 적용되는 처방약 보장은 Medicare의 표준 처방약 보장 이상으로 지급해야 하기 때문에 Medicare의 최소 표준을 충족하는 보장입니다. 가입 지연 벌금은 가입자의 파트 D 또는 기타 크레딧이 적용되는 처방약 보장이 없는 상태가 지속된 기간에 따라 다릅니다. 파트 D 보장을 이용하는 한 이 벌금을 납부해야 합니다.

SCAN Classic에 처음 가입하는 사람에게는 벌금 금액을 알려드립니다. 파트 D 가입 지연 벌금을 지불하지 않으면 처방약 혜택을 상실할 수 있습니다.

다음의 경우 귀하는 비용을 지불할 필요가 **없습니다**.

- 가입자는 처방약 지불에 대해 Medicare로부터 '추가 지원(Extra Help)'을 받습니다.
- 크레딧이 적용되는 보장 없이 63일 연속으로 감소했습니다.
- 귀하는 전 고용주, 조합, TRICARE 또는 재향 군인 보건국(VA)과 같은 다른 출처를 통해 크레딧이 적용되는 약 보장을 받으셨습니다. 귀하의 보험사 또는 인사부서는 매년 귀하의 약 보장이 크레딧이 적용되는 보장인지 알려 드립니다. 이 정보는 서신으로 보내거나 플랜의 뉴스레터에 포함될 수 있습니다. 나중에 Medicare 약 플랜에 가입할 경우 필요할 수 있으므로 이 정보를 보관해 두십시오.
    - **참고:** 모든 통지서에는 Medicare 표준 처방약 플랜에서 지급하는 크레딧이 적용되는 처방약 보장이 있음을 명시해야 합니다.
    - **참고:** 다음은 크레딧이 적용되는 처방약 보장이 아닙니다. 처방약 할인카드, 무료 클리닉 및 약품 할인 웹사이트.

Medicare는 벌금액을 결정합니다. 결정하는 방법은 다음과 같습니다.

- 파트 D에 처음 가입할 자격을 갖춘 후 파트 D 또는 기타 크레딧이 적용되는 처방약 보장이 없는 상태에서 63일 이상 지난 경우, 플랜은 보장을 받지 않은 개월 수를 계산합니다. 벌금은 크레딧이 적용되는 보장을 받지 않은 달에 대해 1%입니다. 예를 들어, 보장을 받지 않고 14개월이 지난 경우 벌금은 14%입니다.
- Medicare는 전년도를 바탕으로 국내 Medicare 약 플랜의 평균 월 보험료 금액을 결정합니다. 2025년의 경우 이 평균 보험료는 $36.78이었습니다.
- 월 벌금액을 계산하려면 벌금 비율과 월 평균 보험료를 곱한 다음 가장 가까운 10센트 단위로 반올림합니다. 예에서 14%에 $36.78을 곱하면 $5.15가 됩니다. 반올림하면 $5.20입니다. 이 금액은 **가입 지연 벌금이 있는 사람의 월 보험료에** 추가됩니다.

이 월 파트 D 가입 지연 벌금에 대해 세 가지 유념해야 할 중요한 사항이 있습니다.

- 첫째, **벌금은 매년 변경될 수 있습니다.** 그 이유는 월 평균 보험료가 매년 변경될 수 있기 때문입니다.
- 둘째, Medicare 파트 D 약 혜택이 제공되는 플랜에 가입되어 있는 한 가입자가 플랜을 변경해도 매달 **벌금을 계속 납부하게 됩니다.**
- 셋째, 65세 미만이고 현재 Medicare 혜택을 받고 있는 경우, 파트 D 가입 지연 벌금은 65세가 될 때 다시 재설정됩니다. 65세가 지나면, 가입자의 파트 D 가입 지연 벌금은 Medicare 초기 등록 기간이 지난 후 보장을 받지 않은 개월수만 기준으로 합니다.

파트 D 가입 지연 벌금에 대해 동의하지 않으시면 귀하나 대리인이 심사를 요청할 수 있습니다. 일반적으로 가입자는 가입 지연 벌금 납부에 대한 안내문을 받은 날로부터 **60일 이내에** 재검토를 요청해야 합니다. 하지만 플랜에 가입하기 전에 벌금을 납부한 경우, 가입 지연 벌금에 대한 검토를 요청할 다른 기회가 없을 수 있습니다.

중요: 가입 지연 벌금에 관한 결정 검토를 기다리는 동안 파트 D 가입 지연 벌금 납부를 중단하지 마십시오. 중단하시면, 플랜 보험료 미납으로 해지될 수 있습니다.

섹션 4.5 소득 관련 월 조정액

일부 가입자는 IRMAA라고도 하는 파트 D 소득 관련 월 조정액이라고 하는 추가 요금을 납부해야 할 수도 있습니다. 추가 요금은 2년 전 IRS 소득 신고서에 보고된 수정된 조정 총 소득을 사용하여 계산됩니다. 이 금액이 특정 금액을 초과하면 표준 보험료 금액과 추가 IRMAA를 지불합니다. 소득에 따라 지급해야 하는 추가 금액에 대한 자세한 정보는 https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans를 방문해주십시오.

추가 금액을 납부해야 하는 경우, Medicare 플랜이 아닌 사회보장국이 납부 금액과 납부 방법을 안내하는 서신을 보낼 것입니다. 추가 금액은 월 혜택이 납부하는 추가 금액으로 보장하기에

충분하지 않은 경우 귀하가 플랜 보험료를 얼마나 납부하고 있는지 여부에 관계 없이 사회보장국, 철도원 퇴직 위원회 또는 인사 관리국 혜택 확인에서 원천 징수합니다. 혜택 확인 결과 추가 금액을 보장하기에 충분하지 않은 경우 Medicare로부터 청구서를 받을 것입니다. **귀하는 정부에 추가 금액을 납부해야 합니다. 월 플랜 보험료와 함께 납부할 수 없습니다. 추가 금액을 납부하지 않을 경우 플랜에서 탈퇴되고 처방약 보장을 받지 못하게 됩니다.**

추가 금액 납부에 대해 동의하지 않는 경우 사회보장국에 결정을 검토하도록 요청할 수 있습니다. 이에 대한 자세한 내용을 알고 싶으면, 사회보장국 1-800-772-1213(TTY 1-800-325-0778)번으로 문의하십시오.

섹션 4.6 Medicare 처방약 지불 계획 금액

Medicare 처방약 지불 계획에 참여하는 경우, 매달 플랜 보험료(있는 경우)를 지불하고 처방약에 대해 건강 또는 약 플랜으로부터 청구서를 받게 됩니다(약국 비용 대신). 월 청구서는 귀하가 받은 처방약에 대해 지불해야 하는 금액과 이전 달 잔액을 해당 연도에 남은 개월 수로 나눈 값을 기준으로 합니다.

2장, 섹션 7에 Medicare 처방약 지불 계획에 대해 자세히 설명되어 있습니다. 이 지급 방법의 일부로 청구되는 금액에 동의하지 않는 경우 9장의 단계에 따라 불만을 제기하거나 이의제기를 할 수 있습니다.

섹션 5 월 보험료에 대한 추가 정보

섹션 5.1 파트 D 가입 지연 벌금을 다양한 방법으로 납부할 수 있습니다

벌금을 납부할 수 있는 방법은 4가지가 있습니다. SCAN 가입자 서비스부에 전화하여 결제 방법을 선택할 수 있습니다(가입자 서비스부의 전화번호는 본 문서의 뒤표지에 기재됨). www.scanhealthplan.com/members/register로 이동하여 SCAN 가입자 계정에 온라인으로 등록하면 온라인에서 결제를 할 수 있습니다.

옵션 1: 수표로 지불

매달 우편물로 SCAN Health Plan 내역서를 받게 됩니다. 납부 내역서를 떼어 내어 납부금과 함께 제공된 봉투에 넣어 다음 주소로 보내주십시오. SCAN Health Plan, P.O. Box 511339, Los Angeles, CA 90051-7894. 결제일은 매달 1일입니다. 수표를 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS) 또는 보건복지부(HHS)가 아니라 'SCAN Health Plan'에 지급되도록 해주시기 바랍니다.

옵션 2: 파트 D 지연 가입 벌금을 가입자의 은행 계좌에서 인출되도록 할 수 있습니다

파트 D 지연 가입 벌금을 매달 체킹(당좌) 계좌 또는 세이빙(예금) 계좌에서 자동으로 인출되게 할 수 있습니다. 이 프로그램은 무료이며 가입자가 매달 수표를 보낼 필요가 없습니다. 이 방법을 선택하시려면 가입자 서비스부로 연락하십시오. 이 방법으로 설정하는 데 도움을 드리겠습니다. 일반적으로 당사는 매달 1일 가입자의 은행 계좌에서 인출합니다. (가입자 서비스부의 전화번호는 본 문서의 뒤표지에 수록됨)

옵션 3: 파트 D 가입 지연 벌금을 신용카드 또는 직불카드로 낼 수 있습니다

파트 D 지연 가입 벌금을 매달 신용카드나 직불카드에 청구되게 할 수 있습니다. 이 방법을 선택하시려면 가입자 서비스부로 연락하십시오. 이 방법으로 설정하는 데 도움을 드리겠습니다. 일반적으로 당사는 매달 1일 신용 카드 또는 직불 카드에 청구합니다.

옵션 4: 매달 받는 사회보장연금 수표에서 파트 D 가입 지연 벌금이 제해지게 할 수 있습니다

매달 받는 사회보장연금 수표에서 파트 D 가입 지연 벌금이 제해지도록 할 수 있습니다. 이 방식의 월 벌금 납부에 관한 자세한 정보는 가입자 서비스부로 문의해 주십시오. 이 방법으로 설정하는 데 도움을 드리겠습니다.

파트 D 가입 지연 벌금 납부 방식 변경. 파트 D 가입 지연 벌금 납부 방식을 변경하기로 결정한 경우, 새로운 납부 방식이 적용되기까지 최대 3개월이 걸릴 수 있습니다. 당사가 납부 방식 변경 요청을 처리하는 동안 귀하는 파트 D 가입 지연 벌금을 적시에 납부할 책임이 있습니다. 결제 방법을 변경하려면 SCAN 가입자 서비스부에 전화하여 결제 방법을 정할 수 있습니다(가입자 서비스부의 전화번호는 본 문서의 뒤표지에 기재됨). www.scanhealthplan.com/members/register로 이동하여 SCAN 가입자 계정에 온라인으로 등록하면 온라인에서 결제를 할 수 있습니다.

파트 D 가입 지연 벌금을 납부하는 데 문제가 있는 경우 어떻게 해야 하나요?

파트 D 가입 지연 벌금 납부일은 매달 1일입니다. 매달 1일까지 가입자에게 납부금을 받지 못한 경우, 가입자에게는 파트 D 가입 지연 벌금을 3개월 이내에 받지 못하면 플랜 가입이 해지됨을 알리는 통지서가 발송됩니다. 파트 D 가입 지연 벌금을 납부해야 하는 경우, 처방약 보장을 유지하려면 이 벌금을 납부해야 합니다.

파트 D 가입 지연 벌금을 납부하는 데 문제가 있을 경우, 제시간에 가입자 서비스부에 연락하여 비용에 도움이 되는 프로그램으로 안내할 수 있는지 문의해 주십시오.

가입자가 파트 D 가입 지연 벌금을 납부하지 않아 당사가 가입을 종료할 경우, 귀하는 Original Medicare에 따라 건강 보장을 받게 됩니다. 또한 연례 가입 기간에 새로운 플랜에 가입하는 경우, 다음 연도까지 파트 D 보장을 받지 못할 수 있습니다. (크레딧이 적용되는 약 보장이 없는 상태가 63일 넘게 지속되는 경우, 파트 D 보장을 받고 있는 한 파트 D 가입 지연 벌금을 내야 할 수 있습니다.)

가입 해지가 되더라도 지불되지 않는 벌금에 대해서는 계속 채무 상태가 남게 됩니다. 당사는 가입자가 내야 하는 금액을 징수할 권리가 있습니다. 향후 저희 플랜(또는 저희가 제공하는 다른 플랜)에 다시 가입을 원하시는 경우, 등록을 하기 전에 채무액을 납부하셔야 합니다.

저희가 귀하의 가입을 부당하게 끝냈다고 생각하시는 경우, 불만 제기(고충 제기라고도 함)를 하실 수 있습니다. 불만 제기 방법은 9장을 참고하십시오. 통제할 수 없는 응급 상황으로 인해 파트 D 가입 지연 벌금을 납부할 수 없었던 경우, 유예 기간 내에 불만을 제기할 수 있습니다. 불만 사항이 있을 경우, 저희 결정을 다시 검토할 것입니다. 본 문서의 9장, 섹션 10에 불만 제기 방법이 있습니다. 또는 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일 오전 8시~오후 8시, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일부터 금요일까지 오전 8시~오후 8시에 1-800-559-3500번으로 연락하실 수 있습니다. TTY 사용자는 711번으로 전화해 주십시오. 귀하는 가입자 가입이 종료된 날짜 후 60일 이내에 요청을 해야 합니다.

섹션 5.2 연중에 월 플랜 보험료가 바뀔 수 있습니까?

아니요. 저희는 연중에 플랜의 월 플랜 보험료에 대해 청구하는 금액을 변경할 수 없습니다. 다음 연도에 월 플랜 보험료를 변경하고자 하는 경우, 9월에 미리 알려 드리고 실제 변경은 1월 1일부터 적용될 것입니다.

그러나 경우에 따라 가입 지연 벌금 납부를 중단하거나 가입 지연 벌금 납부를 시작해야 할 수 있습니다. 이러한 경우는 귀하께서 '추가 지원(Extra Help)' 프로그램의 수혜 자격이 되시거나 '추가 도움' 프로그램의 수혜 자격을 연중에 상실하시면 발생합니다.

- 현재 파트 D 가입 지연 벌금을 납부하고 있고 연중 '추가 지원(Extra Help)' 수혜 자격을 얻게 되면 벌금 납부를 중단할 수 있게 됩니다.
- '추가 지원(Extra Help)'을 상실할 경우, 파트 D 또는 크레딧이 적용되는 기타 처방약 보장 없이 연속 63일 이상이 지나면 가입 지연 벌금을 내야 할 수 있습니다.

'추가 지원(Extra Help)' 프로그램에 대한 자세한 정보를 2장, 섹션 7에서 확인하실 수 있습니다.

섹션 6 플랜 가입자 기록을 최신으로 유지

가입자 정보란 귀하의 주소 및 전화번호를 포함하여 귀하의 가입자 양식에 있는 정보를 말합니다. 주치의와 의료 그룹 또는 독립 의료 협회(IPA)을 포함하여 특정 플랜 보장이 표시됩니다. 의료 그룹(Medical Group)이란 SCAN Health Plan의 가입자에게 서비스를 제공하기로 계약한 의사 및 다른 의료 서비스 제공자의 그룹입니다. IPA는 SCAN Health Plan의 가입자에게 서비스를 제공하기로 계약한 의사 및 다른 의료 서비스 제공자 그룹입니다.

플랜 네트워크에 있는 의사, 병원, 약국 및 기타 서비스 제공자들은 귀하에 대한 정확한 정보를 가지고 있어야 합니다. **이러한 네트워크 서비스 제공자들은 가입자 기록을 이용하여 어떤 서비스와 약이 보장이 되는지와 귀하의 비용 분담이 얼마인지를 알 수 있습니다.** 이러한 이유로 귀하의 정보가 최신으로 유지되도록 도움을 주시는 것이 매우 중요합니다.

이러한 변경 사항이 생기면 저희에게 알려 주십시오.

- 이름, 주소 또는 전화번호의 변경
- 가지고 계신 다른 모든 건강 보험 보장(예: 귀하의 고용주, 배우자 또는 동거인의 고용주, 산재보험 또는 Medi-Cal(Medicaid))의 변경 사항
- 책임 청구 사항이 있으신 경우(예: 자동차 사고에서 발생한 청구건)
- 요양원에 입원한 경우
- 서비스 지역 외 또는 네트워크 외부 병원이나 응급실에서 진료를 받은 경우
- 귀하의 지정 책임자(예: 간병인)가 바뀌는 경우
- 임상 연구에 참여하는 경우(**참고:** 참여하려는 임상 연구이 있는 경우 플랜에 알리지 않아도 되지만, 알려주시기를 권장합니다).

이러한 정보가 변경된 경우, 가입자 서비스부에 전화하여 알려주십시오. www.scanhealthplan.com/members/register에서 SCAN 가입자 온라인 계정을 등록해 온라인으로 주소와 전화번호를 변경하실 수도 있습니다.

또한 이사를 가시거나 우편 주소가 변경되는 경우, 사회보장국에 연락하셔야 하는 일도 중요합니다. 사회보장국 전화번호와 연락처 정보는 2장, 섹션 5에 있습니다.

섹션 7 다른 보험을 가지고 있는 경우 저희 플랜에 주는 영향

기타 보험

Medicare는 귀하께서 가지고 있는 다른 의료 보험 또는 약 보험 보장에 대해 저희가 귀하로부터 정보를 수집하도록 규정하고 있습니다. 이는 저희 플랜으로부터 받으시는 혜택과 가지고 계신 다른 보장과 조정이 필요하기 때문입니다. 이것을 **혜택 조정**이라고 합니다.

일 년에 한 번, 저희가 알게 된 다른 의료 보험 및 약 보험 보장을 기재한 서신을 보내드립니다. 이 정보를 잘 읽어 주십시오. 해당 정보가 맞다면 어떠한 조치도 취하실 필요가 없습니다. 틀렸거나 기재되지 않은 다른 보장을 가지고 계신 경우, 가입자 서비스부로 연락해 주십시오. 귀하의 다른 보험사에게 귀하의 플랜 가입자 ID 번호를 알려 주셔야 할 수 있습니다(타 보험사 확인 시). 그래야 청구서가 시기적절하게 납부될 수 있습니다.

다른 보험(고용주가 제공하는 건강 보장 등)을 가지고 계실 때 저희 플랜과 다른 보험 중 어느 곳이 먼저 비용 지급을 하는지에 관해 Medicare에서 정한 규칙이 있습니다. 먼저 비용을 지급하는 보험을 일차 지급자라고 하며 일차 지급자는 보장 한도까지 비용 지급을 합니다. 두 번째로 비용 지급을 하는 보험을 이차 지급자라고 하며 일차 보장에 의해 보장되지 않은 남은 비용만 지급합니다. 이차 지급자는 보장이 안 된 비용 모두를 지급하지 않을 수도 있습니다. 다른 보험을 가지고 계신 경우, 의사, 병원 및 약국에 말씀해 주십시오.

이러한 규칙은 다음과 같은 고용주 또는 조합 그룹 건강 플랜 보장에 대해 적용됩니다.

- 은퇴자 보장을 가지고 계신 경우, Medicare가 먼저 지급합니다.
- 귀하의 그룹 건강 플랜 보장이 귀하나 가족의 현재 고용을 통해 받고 있는 경우, 일차 지불자의 결정은 귀하의 연령, 고용주의 종업원수, 귀하의 연령에서 Medicare를 가지고 있는지 여부, 장애 또는 말기 신장 질환(ESRD) 유무에 따라 다릅니다.
    - 귀하가 65세 미만이며 장애가 있고, 귀하 또는 가족이 일을 하고 있는 경우, 귀하의 고용주 직원 수가 100명 이상이거나 다중 고용주 플랜에 속한 고용주들 중에서 100명 이상 직원이 있는 고용주가 하나라도 있으면 귀하의 그룹 건강 플랜이 먼저 비용 지불을 하게 됩니다.
    - 귀하가 65세 이상이며 귀하나 귀하의 배우자 또는 동거인이 아직 일을 하고 있는 경우, 고용주 직원 수가 20명 이상이거나 직원이 20명 이상인 다중 고용주 플랜에 속한 고용주가 한 명이라도 있으면 그룹 건강 플랜이 먼저 비용을 지불합니다.
- ESRD로 인해 귀하께서 Medicare를 가지고 계시면 귀하께서 Medicare 가입 자격을 얻은 후 첫 30개월 동안 귀하의 그룹 건강 플랜이 비용 지불을 먼저 합니다.

이러한 종류의 보장은 다음 각 종류의 서비스에 대해 항상 먼저 비용 지불을 합니다.

- 무과실 책임 보험(자동차 보험 포함)
- 책임 보험(자동차 보험 포함)
- 탄진폐증 혜택
- 산재보험

Medi-Cal(Medicaid)과 TRICARE는 Medicare에서 보장되는 서비스에 대해 먼저 지급하지 않습니다. 이러한 보험은 Medicare, 고용주 그룹 건강 플랜 및/또는 Medigap이 비용 지불을 먼저 한 후에만 지불합니다.

2장:

중요한 전화번호 및 자료

섹션 1 SCAN Classic 연락처 (가입자 서비스부에 연락하는 방법을 포함하여 당사로 연락하는 방법)

플랜의 가입자 서비스부로 연락하는 방법

청구, 지불 또는 가입자 카드와 관련하여 궁금하신 사항은 SCAN Classic 가입자 서비스부로 전화하거나 서신으로 연락해 주십시오. 기꺼이 도와드리겠습니다.

방법	가입자 서비스부 - 연락처 정보
전화	**1-800-559-3500** 이 번호로의 통화는 무료입니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일, 오전 8시-오후 8시, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일-금요일 오전 8시-오후 8시에 연락해 주십시오. **참고:** 대부분의 연방 휴일은 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 번호로의 통화는 무료입니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일, 오전 8시-오후 8시, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일-금요일 오전 8시-오후 8시에 연락해 주십시오. **참고:** 대부분의 연방 휴일은 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

보장 결정이나 귀하의 진료에 대한 이의 제기를 요청할 때 당사로 연락하는 방법

보장 결정은 귀하의 혜택과 보장 또는 귀하의 의료 서비스 또는 파트 D 처방약에 대해 저희가 부담할 금액에 대해 내리는 결정입니다. 이의 제기는 저희의 보장 결정을 검토하고 변경하도록 요청하는 공식적인 방법입니다. 보장 결정 요청이나 귀하의 의료 서비스 또는 파트 D 처방약에 대한 이의제기에 관한 자세한 정보는 9장(*문제나 불만 사항이 있을 경우 해야 할 일(보장 결정, 이의제기, 불만 제기)*)에서 확인하십시오.

방법	의료에 대한 보장 결정 - 연락처 정보
전화	**1-800-559-3500** 이 번호로의 통화는 무료입니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일, 오전 8시-오후 8시, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일-금요일 오전 8시-오후 8시에 연락해 주십시오. **참고:** 대부분의 연방 휴일은 휴무입니다. 휴무일에는 메시지를 남기실 수 있습니다. 휴일과 영업 시간 외 시간에 수신된 메시지는 영업일 기준으로 1일 이내에 답변을 드립니다.
TTY	**711** 이 번호로의 통화는 무료입니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일, 오전 8시-오후 8시, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일-금요일 오전 8시-오후 8시에 연락해 주십시오. **참고:** 대부분의 연방 휴일은 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

방법	파트 D 처방약에 대한 보장 결정 - 연락처 정보
전화	**1-844-424-8886** 이 번호로의 통화는 무료입니다. 주 7일, 24시간 상담원과 연결됩니다.
TTY	**1-800-716-3231** 이 번호는 특별 전화 장비가 필요하며 청각 장애나 언어 장애가 있는 사람만을 위한 것입니다. 이 번호로의 통화는 무료입니다. 주 7일, 24시간 상담원과 연결됩니다.
팩스	**1-877-251-5896**(Attention: Medicare Reviews)
우편	**Express Scripts, Inc.** Attention: Medicare Reviews P.O. Box 66571 St. Louis, MO 63166-6571
웹사이트	www.express-scripts.com

방법	의료에 대한 이의 제기 - 연락처 정보
전화	**1-800-559-3500** 이 번호로의 통화는 무료입니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일, 오전 8시-오후 8시, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일-금요일 오전 8시-오후 8시에 연락해 주십시오. **참고:** 대부분의 연방 휴일은 휴무입니다. 휴무일에는 메시지를 남기실 수 있습니다. 휴일과 영업 시간 외 시간에 수신된 메시지는 영업일 기준으로 1일 이내에 답변을 드립니다.
TTY	**711** 이 번호로의 통화는 무료입니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일, 오전 8시-오후 8시, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일-금요일 오전 8시-오후 8시에 연락해 주십시오. **참고:** 대부분의 연방 휴일은 휴무입니다. 휴무일에는 메시지를 남기실 수 있습니다. 휴일과 영업 시간 외 시간에 수신된 메시지는 영업일 기준으로 1일 이내에 답변을 드립니다.
팩스	**1-562-989-0958**
우편	**SCAN Health Plan** Attention: Grievance and Appeals Department P.O. Box 22644 Long Beach, CA 90801-5644
웹사이트	www.scanhealthplan.com

방법	파트 D 처방약에 대한 이의 제기 - 연락처 정보
전화	**1-800-559-3500** 이 번호로의 통화는 무료입니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일, 오전 8시-오후 8시, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일-금요일 오전 8시-오후 8시에 연락해 주십시오. **참고:** 대부분의 연방 휴일은 휴무입니다. 휴무일에는 메시지를 남기실 수 있습니다. 휴일과 영업 시간 외 시간에 수신된 메시지는 영업일 기준으로 1일 이내에 답변을 드립니다.
TTY	**711** 이 번호로의 통화는 무료입니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일, 오전 8시-오후 8시, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일-금요일 오전 8시-오후 8시에 연락해 주십시오. **참고:** 대부분의 연방 휴일은 휴무입니다. 휴무일에는 메시지를 남기실 수 있습니다. 휴일과 영업 시간 외 시간에 수신된 메시지는 영업일 기준으로 1일 이내에 답변을 드립니다.
팩스	**1-562-989-0958**
우편	**SCAN Health Plan** Attention: Grievance and Appeals Department P.O. Box 22644 Long Beach, CA 90801-5644
웹사이트	www.scanhealthplan.com

귀하의 진료에 대해 불만 제기를 할 때 당사로 연락하는 방법

당사나 저희 네트워크 서비스 제공자나 약국에 대한 불만이나 진료 품질에 대한 불만을 제기하실 수 있습니다. 이러한 유형의 불만 제기는 보장 범위나 비용 분쟁과 관련이 없는 것입니다. 진료에 대한 불만 제기를 하는 것과 관련한 자세한 정보는 9장(*문제나 불만 사항이 있을 경우 해야 할 일(보장 결정, 이의제기, 불만 제기)*)에서 확인하십시오.

방법	의료에 대한 불만사항 - 연락처 정보
전화	**1-800-559-3500** 이 번호로의 통화는 무료입니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일, 오전 8시-오후 8시, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일-금요일 오전 8시-오후 8시에 연락해 주십시오. **참고:** 대부분의 연방 휴일은 휴무입니다. 휴무일에는 메시지를 남기실 수 있습니다. 휴일과 영업 시간 외 시간에 수신된 메시지는 영업일 기준으로 1일 이내에 답변을 드립니다.
TTY	**711** 이 번호로의 통화는 무료입니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일, 오전 8시-오후 8시, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일-금요일 오전 8시-오후 8시에 연락해 주십시오. **참고:** 대부분의 연방 휴일은 휴무입니다. 휴무일에는 메시지를 남기실 수 있습니다. 휴일과 영업 시간 외 시간에 수신된 메시지는 영업일 기준으로 1일 이내에 답변을 드립니다.
팩스	**1-562-989-0958**
우편	**SCAN Health Plan** Attention: Grievance and Appeals Department P.O. Box 22644 Long Beach, CA 90801-5644
MEDICARE 웹사이트	SCAN Classic에 대한 불만은 Medicare에 직접 제출하실 수 있습니다. Medicare에 온라인 불만을 제기하려면 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx로 이동하십시오.

방법	파트 D 처방약에 대한 불만사항 - 연락처 정보
전화	**1-800-559-3500** 이 번호로의 통화는 무료입니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일, 오전 8시-오후 8시, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일-금요일 오전 8시-오후 8시에 연락해 주십시오. **참고:** 대부분의 연방 휴일은 휴무입니다. 휴무일에는 메시지를 남기실 수 있습니다. 휴일과 영업 시간 외 시간에 수신된 메시지는 영업일 기준으로 1일 이내에 답변을 드립니다.
TTY	**711** 이 번호로의 통화는 무료입니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일, 오전 8시-오후 8시, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일-금요일 오전 8시-오후 8시에 연락해 주십시오. **참고:** 대부분의 연방 휴일은 휴무입니다. 휴무일에는 메시지를 남기실 수 있습니다. 휴일과 영업 시간 외 시간에 수신된 메시지는 영업일 기준으로 1일 이내에 답변을 드립니다.
팩스	**1-562-989-0958**
우편	**SCAN Health Plan** Attention: Grievance and Appeals Department P.O. Box 22644 Long Beach, CA 90801-5644
MEDICARE 웹사이트	SCAN Classic에 대한 불만은 Medicare에 직접 제출하실 수 있습니다. Medicare에 온라인 불만을 제기하려면 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx로 이동하십시오.

받으신 진료 또는 약에 대해 플랜 부담분을 플랜이 지불하도록 요청을 보낼 곳

플랜이 지급해야 한다고 생각하는 청구서를 받았거나 서비스 비용을 지불한 경우(예: 서비스 제공자 청구서) 환급을 요청하거나 서비스 제공자 청구서를 지불해야 할 수 있습니다. 7장(*보장 의료 서비스 또는 약에 대해 받은 청구서의 플랜 부담분 지불 요청*)을 참고하십시오.

참고: 저희에게 지불 요청을 보내시고 이러한 요청이 어느 일부라도 거절된 경우 저희 결정에 대해 이의를 제기하실 수 있습니다. 더 자세한 정보는 9장(*문제나 불만 사항이 있을 경우 해야 할 일(보장 결정, 이의제기, 불만 제기)*)을 확인하십시오.

방법	지불 요청 - 연락처 정보
전화	**1-800-559-3500** 이 번호로의 통화는 무료입니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일, 오전 8시-오후 8시, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일-금요일 오전 8시-오후 8시에 연락해 주십시오. **참고:** 대부분의 연방 휴일은 휴무입니다. 휴무일에는 메시지를 남기실 수 있습니다. 휴일과 영업 시간 외 시간에 수신된 메시지는 영업일 기준으로 1일 이내에 답변을 드립니다.
TTY	**711** 이 번호로의 통화는 무료입니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일, 오전 8시-오후 8시, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일-금요일 오전 8시-오후 8시에 연락해 주십시오. **참고:** 대부분의 연방 휴일은 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

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

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(CMS라고도 함)입니다. 이 기관은 당사를 포함한 Medicare Advantage 기관들과 계약을 맺었습니다.

방법	Medicare - 연락처 정보
전화	**1-800-MEDICARE** 또는 **1-800-633-4227** 이 번호로의 통화는 무료입니다. 주 7일, 하루 24시간 언제든 연락할 수 있습니다.
TTY	**1-877-486-2048** 이 번호는 특별 전화 장비가 필요하며 청각 장애나 언어 장애가 있는 사람만을 위한 것입니다. 이 번호로의 통화는 무료입니다.
웹사이트	www.medicare.gov 이 웹사이트는 Medicare의 공식 정부 웹사이트입니다. 이곳에서 Medicare에 관한 최신 정보와 현재의 Medicare 관련 사안들을 접하실 수 있습니다. 여기에는 병원, 요양 시설, 의사, 가정 건강 관리 기관, 투석 시설 등에 대한 정보도 포함되어 있습니다. 컴퓨터에서 직접 인쇄할 수 있는 문서가 포함되어 있습니다. 거주하시는 주의 Medicare 연락처도 찾으실 수 있습니다. Medicare 웹사이트에는 또한 Medicare 가입 자격 요건 및 가입 옵션에 대한 자세한 정보와 다음 툴이 수록되어 있습니다. • **Medicare 가입 자격 확인 툴(Medicare Eligibility Tool):** Medicare 가입 자격 상태 정보를 제공합니다. • **Medicare 플랜 찾기(Medicare Plan Finder):** 지역에서 이용할 수 있는 Medicare 처방약 플랜, Medicare 건강 플랜, Medigap(Medicare 보충 보험) 보험에 대한 개인맞춤 정보를 제공합니다. 이러한 툴은 여러 가지 Medicare 플랜에서 귀하의 본인 부담액 *추정치*를 알려 줍니다.

방법	Medicare - 연락처 정보
	또한 Medicare 웹사이트를 통해 SCAN Classic을 이용하면서 생긴 불만을 알릴 수도 있습니다. • **Medicare에 귀하의 불만 사항을 알리십시오.** SCAN Classic에 대한 불만은 Medicare에 직접 제출하실 수 있습니다. Medicare에 불만 사항을 제출하려면 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx에 방문하십시오. Medicare는 귀하의 불만 사항을 신중하게 검토하고 이 정보를 사용하여 Medicare 프로그램의 품질을 개선할 것입니다. 컴퓨터가 없을 경우, 지역 도서관이나 시니어 센터에 있는 컴퓨터를 이용하여 이 웹사이트를 이용하실 수 있습니다. 또는 Medicare에 전화를 걸어 찾고 계신 정보를 문의하실 수도 있습니다. 웹사이트에서 해당 정보를 찾고 가입자와 함께 정보를 검토할 것입니다. (Medicare에는 주 7일 하루 24시간 전화 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로도 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 연락해 주십시오.)

섹션 3 주정부 건강보험 지원 프로그램 (무료 도움말, 정보 및 Medicare 관련 질문에 대한 답변)

주정부 건강 보험 지원 프로그램(SHIP)은 각 주에서 교육을 받은 상담원이 도움을 드리는 정부 프로그램입니다. 캘리포니아주에서 SHIP은 '건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)'이라고 합니다.

HICAP는 독립된(어떤 보험 회사나 건강 플랜과도 연결되지 않음) 주 프로그램으로서 연방 정부로부터 자금을 지원하여 Medicare 가입자에게 무료로 지역 건강 보험 관련 상담을 제공합니다.

HICAP 상담원은 가입자의 Medicare 권리를 이해하고, 진료 또는 치료에 대한 불만을 제기하며, Medicare 청구서에 대한 문제를 해결할 수 있도록 도와줄 수 있습니다. HICAP 상담원은 Medicare 관련 질문과 문제에 대해서도 도움을 드립니다. 또한 Medicare 플랜의 선택을 이해하고 플랜 전환에 관한 질문에 답변해 드립니다.

SHIP 및 기타 자원을 이용하는 방법:

- https://www.shiphelp.org 방문(페이지 중간에 있는 SHIP LOCATOR 클릭)
- 목록에서 **주(STATE)**를 선택합니다. 그러면 주별 전화번호와 리소스가 포함된 페이지로 안내됩니다.

방법	**HICAP(캘리포니아주 SHIP) - 연락처 정보**
전화	1-800-434-0222
우편	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Dr, Suite 200 Sacramento, CA 95833
웹사이트	aging.ca.gov/hicap/

섹션 4 품질 개선 기관

각 주마다 Medicare 수혜자를 담당하는 품질 개선 기관이 지정되어 있습니다. 캘리포니아주에서 품질 개선 기관은 Livanta라고 합니다.

Livanta는 Medicare가 비용을 부담하는 의사 및 기타 의료 서비스 전문가로 구성된 그룹을 통해 Medicare 가입자를 위한 서비스 품질을 점검하고 개선하도록 지원합니다. Livanta는 독립된 기관입니다. 본 플랜과 연계되어 있지 않습니다.

다음과 같은 상황에서는 Livanta에 연락해야 합니다.

- 받으신 진료의 품질에 불만이 있는 경우.
- 귀하의 입원에 대한 보장이 너무 일찍 끝난다고 생각되는 경우.
- 귀하의 가정 건강 관리, 전문 간호 시설 서비스 또는 종합 외래환자 재활 시설(CORF) 서비스의 보장이 너무 일찍 끝난다고 생각되는 경우.

방법	**Livanta(캘리포니아 품질 개선 기관) - 연락처 정보**
전화	**1-877-588-1123** 월요일~금요일, 오전 9시-오후 5시, 토요일과 일요일, 공휴일은 오전 10시-오후 4시.
TTY	**1-855-887-6668** 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

섹션 5 사회보장국

사회보장국은 Medicare 가입 자격을 결정하고 가입을 관리합니다. 65세 이상 또는 장애가 있거나 말기 신장 질환이 있으며 특정 조건을 충족하는 미국 시민 및 합법적으로 체류 중인 영주권자는 Medicare의 가입 대상이 됩니다. 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.

사회보장국은 누가 소득이 높아 파트 D 약 보장을 받기 위해 추가 금액을 내야 하는지를 결정합니다. 사회보장국으로부터 추가 금액을 내야 한다는 내용의 서신을 받았고 그러한 추가 액수에 관해 질문이 있는 경우, 또는 생활에 변화가 있어 소득이 줄어든 경우, 재고를 요청하기 위해 사회보장국으로 전화하실 수 있습니다.

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

방법	사회보장국 - 연락처 정보
전화	**1-800-772-1213** 이 번호로의 통화는 무료입니다. 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 7시 중에 연락 가능합니다. 사회보장국 전화 서비스를 이용하여 하루 24시간 언제든 녹음된 정보를 듣거나 일부 업무를 처리할 수 있습니다.
TTY	**1-800-325-0778** 이 번호는 특별 전화 장비가 필요하며 청각 장애나 언어 장애가 있는 사람만을 위한 것입니다. 이 번호로의 통화는 무료입니다. 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 7시 중에 연락 가능합니다.
웹사이트	www.ssa.gov

섹션 6 Medi-Cal(Medicaid)

Medi-Cal(Medicaid)은 저소득층 및 자산이 제한적인 사람들의 의료비 부담을 도와주는 연방 및 주 정부의 합동 프로그램입니다. Medicare에 가입되어 있는 사람은 Medi-Cal(Medicaid)에도 가입 자격이 있습니다. Medi-Cal(Medicaid)을 통해 제공되는 프로그램은 Medicare 가입자가 Medicare 보험료와 같은 Medicare 비용을 지불하도록 돕습니다. 이러한 **Medicare Savings Program**에는 다음이 포함됩니다.

- **적격 Medicare 수혜자(QMB):** 이 프로그램은 Medicare 파트 A 및 파트 B의 보험료와 기타 비용 분담(공제액, 공동보험액 및 자기부담금 등) 지불을 돕습니다. (일부 QMB 대상자는 종합 Medicaid 혜택(QMB+)의 자격이 있음)
- **특정 저소득층 Medicare 수혜자(SLMB):** 이 프로그램은 파트 B 보험료 지불을 돕습니다. (일부 SLMB 대상자는 종합 Medicaid 혜택(SLMB+)의 자격이 있음)
- **자격이 있는 개인(QI):** 이 프로그램은 파트 B 보험료 지불을 돕습니다.
- **적격 장애인 및 근로자(QDWI):** 이 프로그램은 파트 A 보험료 지불을 돕습니다.

Medi-Cal(Medicaid)과 연관 프로그램에 대한 보다 자세한 정보는 캘리포니아주 의료 서비스부(DHCS)에 문의하십시오.

방법	**DHCS - 연락처 정보**
전화	옴부즈맨 사무국 **1-888-452-8609** 월요일~금요일, 오전 8시-오후 5시, 주 공휴일은 제외
TTY	**711**
우편	**California Department of Health Care Services** P.O. Box 997413, MS 0000 Sacramento, CA 95899-7413 MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
웹사이트	www.dhcs.ca.gov

섹션 7 처방약 지불을 돕는 프로그램에 관한 정보

Medicare.gov 웹사이트 (https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs)에는 처방약 비용을 절감하는 방법에 대한 정보가 포함되어 있습니다. 소득이 제한적인 사람들을 위해, 아래에 설명하는 다른 지원 프로그램도 있습니다.

Medicare의 '추가 지원(Extra Help)' 프로그램

Medicare는 소득이 낮고 자산이 제한적인 사람들을 위해 처방약 비용을 지불할 수 있도록 '추가 지원(Extra Help)'을 제공합니다. 자산에는 저축, 주식은 포함되지만 주택이나 자동차는 포함되지 않습니다. 자격이 되는 사람은 Medicare 약 플랜의 월 보험료, 연간 공제액 및 처방약 자기부담금 지불에 지원을 받게 됩니다. 이 '추가 지원(Extra Help)'은 본인 부담 비용에도 포함됩니다.

자동으로 '추가 지원(Extra Help)' Medicare 가입 자격이 되시면 우편을 통해 서신을 보내드릴 것입니다. 따로 신청하실 필요가 없습니다. 자동으로 자격이 되지 않을 경우, 처방약 보험료 및 비용 지불에 대해 '추가 지원(Extra Help)'을 받을 수 있습니다. '추가 지원(Extra Help)'을 받을 대상이 되는지 알아보시려면

- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오. 주 7일 하루 24시간 통화하실 수 있습니다.
- 사회보장국 사무소에는 1-800-772-1213번으로 월요일-금요일 오전 8시에서 오후 7시 사이에 전화해 주십시오. TTY 이용자는 1-800-325-0778번으로 전화해 주십시오. 또는
- 거주하고 있는 주 Medi-Cal(Medicaid) 사무소로 전화해 주십시오(연락처 정보는 본 장의 섹션 6 참고).

귀하가 '추가 지원(Extra Help)' 대상이 된다고 생각되고 약국에서 처방약을 받을 때 정확하지 않은 비용 분담액을 내고 있다고 생각되시면, 당사의 플랜에서 정한 절차를 통해 적정한 자기부담금 수준의 증거 확보에 도움을 요청하시거나 이미 해당 증거가 있으시면 이 증거를 저희에게 제공할 수 있습니다.

- 이용 가능한 최상의 증거를 얻고 이러한 증거를 제공하기 위해 도움을 요청하시려면 가입자 서비스부로 연락해 주십시오(전화번호는 본 문서의 뒤표지에 기재됨).
- 가입자의 자기부담금 수준을 증명하는 증거를 수령하면, 약국에서 다음 처방약을 살 때 적정한 자기부담금을 지불할 수 있도록 당사의 시스템을 업그레이드할 것입니다. 가입자가 자기부담금을 초과 지불하였으면, 당사가 가입자에게 환급해 드립니다. 가입자가 초과 지불한 금액을 수표로 보내드리거나 차후의 자기부담금에서 상쇄해드릴 것입니다. 약국이 가입자로부터 자기부담금을 징수하지 않고 가입자의 자기부담금을 가입자의 채무로 처리한 경우, 당사는 해당 금액을 약국에 직접 지급합니다. 만약 주정부가 귀하를 대신하여 지불했다면, 저희는 이 금액을 주에게 직접 지급할 수 있습니다. 궁금한 점이 있으시면 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

주정부의 의약품 지원 프로그램(SPAP)으로부터 추가 지원 보장을 받으면 어떻게 됩니까?

많은 주와 미국령 버진 아일랜드는 처방약, 약 플랜 보험료 및/또는 기타 의약품 비용 지불을 돕습니다. SPAP에 가입되어 있는 경우 Medicare의 추가 지원에서 먼저 비용을 지불합니다.

Genetically Handicapped Persons Program (GHPP)
MS 4502
P.O. Box 997413
Sacramento, CA 95899-7413
전화: **1-916-552-9105**
월요일~금요일, 오전 8시-오후 5시, 주 공휴일은 제외
이메일: ghppeligibility@dhcs.ca.gov
웹사이트: www.dhcs.ca.gov

AIDS 약 지원 프로그램(ADAP)으로부터 '추가 지원'과 보장을 받으면 어떻게 됩니까? ADAP란 무엇입니까?

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 사무소(Office of AIDS, Center for Infectious Diseases - California Department of Public Health)를 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 지원을 계속 받을 수 있습니다. 자격 기준, 보장 의약품 또는 프로그램 가입 방법에 대한 정보는 1-844-421-7050번으로 전화해 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(기밀성이 보장되지 않는 팩스)
www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OAmain.aspx

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 SPAP는 유전적 장애인 프로그램 GHPP입니다.

방법	**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** **Integrated Systems of Care Division** MS 4502 P.O. Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413 이메일: ghppeligibility@dhcs.ca.gov
웹사이트	www.dhcs.ca.gov

Medicare 처방약 지불 계획

Medicare 처방약 지불 계획은 현재 약 보장과 함께 사용할 수 있는 새로운 납부 옵션으로, **1년 내내**(1월~12월) **달라지는 월별 납부액**에 걸쳐 약 비용을 분산하여 관리 비용을 관리하는 데 도움이 될 수 있습니다. **이 지불 옵션은 비용을 관리하는 데 도움이 될 수 있지만 비용을 절약하거나 약 비용을 낮추지는 않습니다.** 자격이 있는 사람들을 위한 Medicare의 '추가 지원'과 SPAP 및 ADAP의 지원은 Medicare 처방약 지불 계획에 참여하는 것보다 더 유리합니다. 모든 가입자는 소득 수준에 관계없이 이 지급 옵션에 참여할 수 있으며, 모든 Medicare 약 플랜 및 약 보장이 있는 Medicare 건강 플랜은 이 지불 옵션을 제공해야 합니다. 저희에게 연락하시거나 www.Medicare.gov에 방문하여 결제 방법이 귀하에게 적합한지 확인해 보십시오.

방법	**Medicare 처방약 지불 계획 – 연락처 정보**
전화	1-866-845-1803 이 번호로의 통화는 무료입니다. 근무 시간은 주 7일, 하루 24시간입니다. 가입자 서비스부는 비영어권 이용자에게 통역 서비스를 무료로 제공합니다.
TTY	1-800-716-3231 이 번호는 특별 전화 장비가 필요하며 청각 장애나 언어 장애가 있는 사람만을 위한 것입니다. 이 번호로의 통화는 무료입니다. 근무 시간은 주 7일, 하루 24시간입니다.
우편	Express Scripts Medicare Prescription Payment Plan P.O. Box 2 Saint Louis, MO 63166
웹사이트	https://www.express-scripts.com/mppp

섹션 8 철도원 퇴직 위원회 연락 방법

철도원 퇴직 위원회RRB는 독립 연방 기관으로서 전국 철도 근로자와 그 가족들을 위한 종합적인 혜택 프로그램을 관리합니다. 철도원 퇴직 위원회를 통해 Medicare 혜택을 받고 계시다면, 이사를 하거나 우편 주소가 바뀌는 경우 그 사실을 알리는 것이 중요합니다. 철도원 퇴직 위원회의 혜택에 관하여 궁금하신 점이 있으시면, 이 기관으로 연락해 주십시오.

방법	철도원 퇴직 위원회 - 연락처 정보
전화	**1-877-772-5772** 이 번호로의 통화는 무료입니다. '0'을 누르시면 월요일, 화요일, 목요일 및 금요일 오전 9시부터 오후 3시 30분까지, 수요일 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 특별 전화 장비가 필요하며 청각 장애나 언어 장애가 있는 사람만을 위한 것입니다. 이 번호는 무료 전화번호가 아닙니다.
웹사이트	rrb.gov

섹션 9 그룹 보험이나 기타 직장 건강 보험이 있으십니까?

귀하(또는 배우자나 동거인)가 본 플랜의 일부로서 귀하(또는 배우자나 동거인)의 고용주나 퇴직자 그룹에서 보험 혜택을 받고 있는 경우, 궁금한 점이 있으면 고용주/조합 혜택 관리자 또는 가입자 서비스부에 문의하시면 됩니다. 귀하(또는 배우자나 동거인)의 고용주 또는 퇴직자 의료 혜택, 보험료 또는 가입 기간 등을 문의할 수 있습니다. (가입자 서비스부의 전화번호는 본 문서의 뒤표지에 수록됨) 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.

3장:

의료 서비스에 플랜 이용하기

섹션 1 플랜의 가입자로서 치료를 받기 위해 알아야 할 사항

이 장에서는 플랜을 이용하여 진료 보장을 받기 위해 알아야 할 사항을 설명합니다. 용어에 대한 정의를 제시하고 플랜에서 보장하는 치료, 서비스, 장비, 처방약 및 기타 진료를 받기 위해 따라야 할 규칙을 설명합니다.

플랜에서 보장하는 진료가 무엇인지, 이러한 진료를 받을 때 얼마를 내야 하는지에 관한 자세한 내용은 다음 장인 4장(*의료 혜택 차트, 보장 내용과 가입자 지불액*)에 나오는 혜택 차트를 확인하십시오.

섹션 1.1 네트워크 서비스 제공자와 보장 서비스란 무엇입니까?

- **서비스 제공자**는 의료 서비스 및 치료를 제공할 수 있도록 주 정부의 면허를 받은 의사와 기타 의료 전문가입니다. 서비스 제공자라는 용어에는 병원과 기타 보건 시설도 포함됩니다.
- **네트워크 서비스 제공자**는 의사 및 기타 의료 전문가, 의료 그룹, 병원 및 기타 의료 시설이며 당사의 지불금과 가입자의 비용 분담액을 완납액으로서 받기로 협약한 대상입니다. 저희는 이러한 서비스 제공자들을 저희 플랜 가입자에게 보장 서비스를 제공하기 위해 준비하였습니다. 당사의 네트워크에 가입된 서비스 제공자들은 제공한 진료에 대해 당사에 직접 청구합니다. 네트워크 서비스 제공자의 진료를 받을 때는 그 서비스에 대한 가입자의 자기부담금만 지불하면 됩니다.
- **보장 서비스**에는 저희 플랜에서 보장하는 모든 진료, 의료 서비스, 용품, 기기 및 처방약이 포함됩니다. 보장 서비스에 해당하는 진료는 4장에 있는 혜택 차트에 나와 있습니다. 처방약에 대한 보장 서비스는 5장에서 자세히 다룹니다.

섹션 1.2 플랜이 보장하는 진료를 받기 위한 기본 규칙

Medicare 건강 플랜인 SCAN Classic은 Original Medicare가 보장하는 모든 서비스를 보장해야 하며, Original Medicare의 보장 규칙을 반드시 따라야 합니다.

SCAN Classic은 일반적으로 다음의 경우에 가입자의 진료를 보장합니다.

- **귀하가 받는 진료가 플랜의 의료 혜택 차트에 포함되어 있는 경우**(이 차트는 본 문서의 4장 참고).
- **가입자가 받는 진료가 의학적으로 필요하다고 간주되는 경우.** 의학적으로 필요함이란 가입자의 의학적 상태를 예방, 진단 또는 치료하기 위해 필요한 서비스, 용품, 장비 또는 의약품이 인정된 의료 행위 표준을 충족하는 것을 의미합니다.

- **가입자에게 진료를 제공하고 감독하는 네트워크 주치의(PCP)가 있는 경우.** 저희 플랜의 가입자는 네트워크 PCP를 선택해야 합니다(자세한 정보는 본 장의 섹션 2.1 참고).
  - 대부분의 상황에서, 당사 네트워크 PCP 또는 플랜의 사전 승인이 있어야 가입자가 전문의, 병원, 전문 간호 시설 또는 가정 건강 관리 기관 등, 플랜의 네트워크에 가입된 다른 서비스 제공자를 이용할 수 있습니다. 이를 진료 의뢰라고 합니다. 이에 관한 자세한 내용은 본 장의 섹션 2.3을 참고하십시오.
  - 응급 진료나 긴급 서비스에는 PCP의 진료 의뢰가 요구되지 않습니다. PCP에게 사전 승인을 받지 않고 이용할 수 있는 다른 종류의 치료가 몇 가지 있습니다(자세한 정보는 본 장의 섹션 2.2 참고).
- **가입자는 반드시 네트워크 서비스 제공자에게 진료를 받아야 합니다**(이에 관한 자세한 내용은 본 장의 섹션 2 참고). 대부분의 경우, 네트워크 외부 서비스 제공자(저희 플랜의 네트워크에 소속되지 않은 서비스 제공자)가 제공하는 서비스는 보장되지 않습니다. 즉, 제공된 서비스에 대해 서비스 제공자에게 전액을 지불해야 합니다. *3가지 예외:*
  - 플랜은 가입자가 네트워크 외부 서비스 제공자로부터 받는 응급 진료 또는 긴급 진료를 보장합니다. 이에 관한 자세한 정보와 응급 진료 또는 긴급 서비스가 무엇인지를 알아보려면 본 장의 섹션 3을 참고하십시오.
  - 저희 플랜이 보장을 하도록 Medicare에서 규정하는 진료가 귀하께 필요하지만 저희 네트워크에 이런 서비스를 제공하는 전문의가 없을 경우, 네트워크 외부 서비스 제공자로부터 일반적으로 네트워크 내에서 지불하는 비용 분담과 동일한 비용 분담으로 이 서비스를 받을 수 있습니다. 가입자는 네트워크 외부에서 진료를 받기 전에 허가를 받아야 합니다. 담당 PCP가 허가를 얻도록 도와줄 수 있습니다. 이러한 상황에서, 귀하는 네트워크 서비스 제공자의 서비스를 이용할 경우 지불하는 금액과 동일한 금액을 지불하시게 됩니다. 네트워크 외부 의사에게 진료를 받기 위한 승인에 관한 정보는 본 장의 섹션 2.4를 참고하십시오.
  - 플랜은 일시적으로 플랜의 서비스 지역 외부에 있거나 이 서비스 제공자를 일시적으로 이용할 수 없는 경우 Medicare 인증 투석 시설에서 이용하는 신장 투석 서비스를 보장합니다. 투석을 위해 가입자가 플랜에 지불하는 비용 공유는 Original Medicare의 비용 공유를 초과할 수 없습니다. 플랜의 서비스 지역 외부에 있으며 플랜의 네트워크 외부에 있는 서비스 제공자로부터 투석을 받을 경우, 가입자의 비용 분담은 네트워크 내에서 지불하는 비용 분담을 초과할 수 없습니다. 그러나 투석을 위한 일반적인 네트워크 소속 서비스 제공자를 일시적으로 이용할 수 없으며 가입자가 플랜 네트워크 외부의 서비스 제공자로부터 서비스 지역 내부의 서비스를 이용하기로 선택하는 경우 투석에 대한 비용 분담이 더 높을 수 있습니다.

섹션 2 플랜의 네트워크 서비스 제공자에게서 진료 받기

섹션 2.1 가입자는 진료를 제공하고 감독할 주치의(PCP)를 선정해야 합니다

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, 내과의 등의 유형이 있습니다.

PCP 선택 방법

이용 가능한 PCP 목록은 *서비스 제공자 및 약국 명부* 또는 웹사이트 www.scanhealthplan.com 에서 확인할 수 있습니다. 거주 지역에서 이용할 수 있는 서비스 제공자 목록을 검토한 후에 가입자 서비스부로 연락해 주십시오(전화번호는 본 문서의 뒤표지에 기재됨).

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. 가까운 곳의 PCP를 선택하면 진료를 받거나 의사와 신뢰할 수 있고 친근한 관계를 형성하기가 훨씬 수월해집니다. 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 PCP는 가입자를 진료할 전문의를 결정할 수 있습니다.

PCP 변경

PCP는 언제, 어떤 이유로든 변경할 수 있습니다. 또한 담당 PCP도 저희 플랜의 서비스 제공자 네트워크를 탈퇴할 수 있으며 이 경우 새로운 PCP를 찾으셔야 합니다.

제휴한 의료 그룹이나 독립 의료 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. 변경 사항은 다음 달 1일부터 효력이 발생하게 됩니다. PCP를 변경하려면 가입자 서비스부로 연락해 주십시오(전화번호는 본 문서의 뒤표지에 기재됨).

다른 의료 그룹과 제휴하는 PCP를 변경하면 이 PCP가 진료 의뢰하는 전문의나 병원(하위 네트워크, 진료 의뢰 조직)이 제한될 수 있습니다.

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 그룹이나 독립 의료 협회(IPA)에 전문 의료 서비스 제공자가 소속되어 있는지 확인하며, 네트워크 소속이 아닐 경우, PCP를 변경할 때 가입자가 이용하던 전문의 진료 및 기타 서비스를 계속 받을 수 있도록 도와줄 것입니다. 새로 선택하기를 원하는 PCP가 신규 환자를 수락하는지도 확인해드릴 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.

섹션 2.2 PCP의 진료 의뢰 없이 이용할 수 있는 진료의 종류

아래에 열거된 서비스는 PCP의 사전 승인 없이도 이용할 수 있습니다.

- 네트워크 서비스 제공자로부터 검사를 받을 경우 유방 검사, 유방 조영상 검사(유방 엑스레이 촬영), 자궁경부세포도말검사(Pap Test), 골반 검사 등을 포함한 정기 여성 건강 관리
- 네트워크 서비스 제공자가 접종하는 경우 독감 예방접종(또는 백신), COVID-19 백신, B형 간염 백신, 폐렴 백신.
- 네트워크 서비스 제공자 또는 네트워크 외부 서비스 제공자의 응급 서비스
- 긴급 플랜 보장 서비스: 응급 상황이 아닌 즉각적인 치료가 필요한 플랜 보장 서비스로서 일시적으로 플랜의 서비스 지역 밖에 있거나 플랜과 계약을 맺은 네트워크 서비스 제공자로부터 이 서비스를 받는 것이 시간, 장소 및 상황을 고려할 때 불합리한 경우 긴급하게 이용하는 서비스. 긴급하게 필요한 서비스의 예로는 예상치 못한 의학적 질병 및 부상 또는 기존 상태의 예기치 않은 재발이 있습니다. 그러나 연례 검진과 같이 의학적으로 필요한 정기 서비스 제공자 방문은 귀하가 플랜의 서비스 지역 외부에 있거나 플랜 네트워크를 일시적으로 이용할 수 없는 경우에도 긴급하게 필요한 것으로 간주되지 않습니다.
- 일시적으로 플랜의 서비스 지역 외부에 있을 때 Medicare 인증 투석 기관에서 이용하는 신장 투석 서비스. 가능하다면 서비스 지역을 벗어날 경우 가입자 서비스부로 연락하여 외부에서도 투석 서비스를 받도록 조치하게 해주십시오.

섹션 2.3 전문의 및 기타 네트워크 서비스 제공자의 서비스 이용 방법

전문의는 특정 질병이나 신체의 특정 부위에 대한 의료 서비스를 제공하는 의사입니다. 수많은 종류의 전문의가 있습니다. 몇 가지 예는 다음과 같습니다.

- 종양학 전문의 암 환자 치료.
- 심장병 전문의가 심장 질환이 있는 환자를 치료.
- 정형외과 의사는 특정 뼈, 관절 또는 근육 질환 환자를 돌봅니다.

PCP로부터 서면 진료 의뢰(사전 승인)를 받은 후 플랜 전문의 또는 기타 특정 서비스 제공자의 진료를 받는 것이 중요합니다(몇 가지 예외가 있으며, 위의 섹션 2.2 참조). 전문의의 서비스를 이용하기 전에 진료 의뢰(사전 승인)를 받지 않은 경우, 서비스 비용을 직접 지불하셔야 할 수 있습니다.

일부 진료 의뢰는 PCP가 SCAN Health Plan으로부터 사전 승인을 받아야 합니다(이것을 '사전 허가'라고 함). 사전 허가는 서비스 이용에 대해 미리 승인을 받는 것입니다. 일부 네트워크 내 서비스는 담당 의사나 기타 네트워크 서비스 제공자가 플랜으로부터 '사전 허가'를 받은 경우에만

보장됩니다. 사전 허가가 필요한 보장 서비스는 4장, 섹션 2.1의 혜택 차트에 각주로 표시되어 있습니다.

전문의가 추가 진료를 위해 재방문을 지시한 경우, 첫 번째 방문을 위해 PCP로부터 받은 진료 의뢰(사전 승인)가 전문의의 추가 진료에도 적용되는지 우선 확인하십시오.

희망하는 전문의가 있다면 담당 PCP가 해당 전문의에게 환자의 진료 추천을 하는지 알아보십시오. 플랜 PCP마다 진료 의뢰를 할 때 이용하는 플랜 전문의가 있습니다. 즉, 가입자가 선택한 PCP는 가입자를 진료할 전문의를 결정할 수 있습니다. 희망하는 병원이 있다면 담당 PCP가 해당 병원을 이용하는지 먼저 확인해야 합니다.

전문의 또는 다른 네트워크 서비스 제공자가 플랜에서 탈퇴할 경우

저희는 귀하의 플랜에 소속된 병원, 의사 및 전문의(서비스 제공자)를 변경할 수 있습니다. 담당 의사나 전문의가 플랜을 탈퇴할 경우 가입자는 아래에 요약한 권리와 보호 혜택을 가집니다.

- 서비스 제공자 네트워크가 변경될 수 있지만 Medicare는 플랜이 가입자에게 적격 의사 및 전문의를 공백 없이 이용할 수 있도록 할 것을 요구하고 있습니다.
- 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.
- 지속적인 치료를 위해 새로운 적격 네트워크 소속 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.
- 네트워크 내 서비스 제공자 또는 혜택을 이용할 수 없거나 가입자의 의료적 필요를 충족하기에 불충분한 경우, 저희는 서비스 제공자 네트워크 외부에서 의학적으로 필요한 보장 혜택을 네트워크 내 비용 분담으로 수배해드립니다. 허가가 필요할 수 있습니다.
- 담당 의사나 전문의가 플랜을 탈퇴한다는 것을 알게 된 경우, 저희에게 연락하여 새로운 서비스 제공자가 치료를 관리할 수 있도록 해주시기 바랍니다.
- 플랜이 이전의 서비스 제공자를 대신할 수 있는 적격 서비스 제공자를 제시하지 않았거나 치료를 적절하게 관리하지 않았다고 생각하시는 경우, 귀하는 QIO에 서비스 품질 불만 제기, 플랜에 대한 서비스 품질 고충 제기 또는 두 경우 모두를 접수할 권리를 가집니다. 9장을 참고하십시오.

섹션 2.4 네트워크 외부 서비스 제공자의 서비스를 이용하는 방법

SCAN Classic은 다음의 예외를 제외하고 네트워크 외부에서 제공된 서비스를 보장하지 않습니다.

- 가입자가 네트워크 외부 서비스 제공자로부터 받는 응급 진료 또는 긴급 서비스. 여기에는 플랜이 보장하는 전 세계 보장이 포함됩니다.
- 저희 플랜이 보장을 하도록 Medicare에서 규정하는 진료가 귀하께 필요하며 네트워크 내 서비스 제공자가 그러한 서비스를 제공할 수 없는 경우, 네트워크 외부 서비스 제공자에게서 해당 서비스를 받으실 수 있습니다. 이러한 진료 의뢰의 경우, 진료를 받기 전에 허가를 받아야 합니다. 담당 PCP가 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 지역을 벗어났거나 사전 허가를 받은 경우 신장 투석 서비스.

(이와 관련한 자세한 정보는 본 장의 섹션 2.1, 섹션 2.3 참고). 이러한 서비스 장소에 대한 정보를 원하시면 가입자 서비스부로 연락해 주십시오(전화번호는 본 문서의 뒤표지에 기재됨).

섹션 3 응급 또는 긴급 진료가 필요한 경우 또는 재난 발생 시 서비스를 이용하는 방법

섹션 3.1 의학적 응급 상황일 때 치료 받기

의학적 응급 상황이란 무엇이며 그러한 상황이 발생할 시 무엇을 해야 합니까?

의학적 응급 상황은 평균적인 건강 및 의학 지식을 가진 가입자나 신중한 비전문가(prudent layperson)가 가입자의 사망(임산부인 경우, 태아를 잃는 경우), 사지 또는 사지 기능 손실, 신체 기능의 심각한 장애 발생을 막기 위해 즉각적인 의학적 주의가 필요한 증상이 있다고 생각하는 경우를 의미합니다. 의학적 증상에는 질병, 부상, 심각한 통증, 신속하게 악화되는 의학적 상태가 있을 수 있습니다.

의학적 응급 상황일 경우:

- **최대한 빨리 도움을 받으십시오.** 911에 전화해서 도움을 요청하거나 가까운 응급실 또는 병원으로 가십시오. 필요한 경우, 구급차를 부르십시오. PCP로부터 사전 승인이나 진료 의뢰를 받지 않아도 됩니다 네트워크 의사를 이용할 필요는 없습니다. 미국 또는 미국령 지역의 어디에서나 필요할 때마다, 그리고 네트워크에 가입되어 있지 않더라도 적절한 주 면허를 가진 서비스 제공자로부터 보장되는 응급 진료를 받을 수 있습니다. 저희 플랜은 또한 치료 사유가 위에서 설명된 의학적 응급 상황의 정의를 충족하는 경우 전 세계에서 모든 응급 서비스를 보장합니다. 자세한 정보는 4장을 참고하십시오.
- **가능한 한 조속히 저희 플랜에 응급 상황에 대해 알리도록 하십시오.** 응급 진료에 대한 후속 진료가 있어야 하기 때문입니다. 가입자나 다른 사람이 48시간 이내에 저희에게 전화하여

응급 진료에 대해 알려야 합니다. 연락처 정보는 2장과 본 문서의 뒤표지에서 확인할 수 있습니다.

의학적 응급 상황일 때 보장되는 항목은 무엇입니까?

저희 플랜은 즉시 응급실을 이용하지 않을 경우, 건강에 위협이 될 수 있는 상황에서는 구급차 서비스를 보장해 줍니다. 또한 응급 상황 동안의 의료 서비스도 보장합니다.

응급 진료를 담당하는 의사는 귀하의 상태가 안정되고 의학적 응급 상황이 종료된 시기를 결정합니다.

응급 상황이 종료된 후에는 안정적 상태를 유지하기 위해 후속 관리 치료를 받으실 수 있습니다. 담당 의사는 담당 의사가 플랜에 연락하여 추가 치료를 위한 계획을 세울 때까지 귀하를 계속 치료할 것입니다. 후속 관리 치료는 플랜이 보장합니다.

응급 진료를 네트워크 외부 서비스 제공자가 제공한 경우, 귀하의 의학적 상태와 상황이 허락하는 대로 저희는 귀하의 치료를 담당할 네트워크 서비스 제공자를 찾을 것입니다. 미국 이외의 미국 영토에서 응급 진료가 필요한 경우, 서비스 제공자가 SCAN에 직접 청구할 수 있도록 SCAN 가입자 카드를 제시하십시오. 응급 상황 이후의 후속 진료는 미국 또는 미국령 이외 지역에서는 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.

가입자가 제공한 특정 서비스를 보여주는 서면 사건 진술서, 의료 기록(가능한 경우), 상세 청구서 또는 영수증을 SCAN에 제공하는 것은 가입자의 책임입니다. 보장 서비스를 환급해주려면 항목별 청구서 사본 또는 항목별 영수증 사본을 보내 주십시오. SCAN은 귀하가 받은 서비스에 대한 비용 분담을 제외한 **Original Medicare 환급 요율**로 귀하에게 환급해 드립니다. 즉, 서비스에 대해 지불한 것보다 적은 환급을 받을 수 있습니다. 귀하는 의료 기록을 포함하여 환급 요청을 올바르게 처리하기 위해 필요한 추가 정보를 수령할 수 있도록 도와줄 준비가 되어 있어야 합니다.

SCAN은 응급 현장에서 가장 가까운 의료 시설 또는 서비스 제공자까지 가는 구급차 서비스를 포함하여 응급 상황 동안 필요한 서비스를 환급해 드립니다. SCAN은 외국에서 미국으로 돌아오는 교통편을 보장하지 **않습니다**.

응급 상황으로 인해 하루 이상 병원에 입원해야 하거나 외과적 시술이 필요한 경우 SCAN에 연락해야 합니다. 안정되면 가능한 한 빨리 알림을 보내야 합니다. SCAN 가입자 서비스부 전화번호는 가입자 카드 뒷면에서 확인할 수 있습니다.

후속 진료, 미국 체류 중 받은 처방전, 정기 진료는 여행 시 보장되지 않습니다.

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. 응급 상황이 발생하여 여행자 보험에 가입한 경우, 환급 서류를 제출할 때 보험 증권을 포함하십시오. SCAN은 보험사와 지급을 조율할 수 있습니다.

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 분담액 부분을 부담해야 합니다.

의학적 응급 상황이 아닌 경우

의학적 응급 상황인지 파악하는 것은 어려울 수 있습니다. 예를 들어, 매우 위험한 건강 상태라고 생각하여 응급 진료를 받으러 갔지만 의사가 의학적 응급 상황이 아니라고 말할 수 있습니다. 응급 상황이 아니라는 것이 확인되었으나, 건강이 심각하게 위험하다고 판단하신 근거가 있다면 저희는 해당 서비스를 보장합니다.

하지만 의사가 응급 상황이 *아니라고* 말한 후에는 다음의 두 가지 방법으로 추가 서비스를 받는 *경우에만* 추가 서비스를 보장해 드립니다.

- 네트워크 서비스 제공자로부터 추가 서비스를 받는 경우.
- - *또는*- 가입자가 이용하는 추가 서비스가 긴급 서비스로 간주되며 귀하가 이러한 긴급 서비스를 이용하기 위해 규칙을 따릅니다(자세한 정보는 아래 섹션 3.2 참고).

섹션 3.2 긴급 진료가 필요한 경우 진료 받기

긴급 서비스가 무엇입니까?

응급 상황이 아닌 즉각적인 치료가 필요한 플랜 보장 서비스로서 일시적으로 플랜의 서비스 지역 밖에 있거나 플랜과 계약을 맺은 네트워크 서비스 제공자로부터 이 서비스를 받는 것이 시간, 장소 및 상황을 고려할 때 불합리한 경우 긴급하게 이용하는 서비스. 긴급하게 필요한 서비스의 예로는 예상치 못한 의학적 질병 및 부상 또는 기존 상태의 예기치 않은 재발이 있습니다. 그러나 연례 검진과 같이 의학적으로 필요한 정기 서비스 제공자 방문은 귀하가 플랜의 서비스 지역 외부에 있거나 플랜 네트워크를 일시적으로 이용할 수 없는 경우에도 긴급하게 필요한 것으로 간주되지 않습니다.

긴급 서비스를 받으실 수 있는 4가지 방법:

- 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.
- 자기부담금 $0로 간호사 조언 전화을 이용해 전화 이용. 4장에 있는 의료 혜택 차트의 간호사 조언 전화를 참고하십시오.
- 의료 그룹이 제공하는 가상 진료(가상 진료는 진료실 방문 자기부담금으로 지불). 실제로 필요하기 전에 의사에게 원격 방문이 가능한지, 어떻게 이용하는지 문의해 두십시오.
- 자기부담금 $0로 가상 긴급 진료 원격 의료 이용. 4장에 있는 의료 혜택 차트의 원격 의료 서비스 아래 가상 긴급 진료 원격 의료를 참고하십시오.

저희 플랜은 다음과 같은 상황하에서 전 세계적인 응급 서비스 및 미국 외 긴급 진료를 보장합니다. 응급상황 또는 긴급히 필요한 진료 및 응급 상황이 발생한 장소로부터 가장 가까운 의료 치료 시설까지의 구급차 운송을 포함한 응급 서비스. 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**. 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 환급해주려면 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.

섹션 3.3 재난 발생시 진료 받기

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

재난 중 필요한 진료를 받는 방법에 관한 정보를 알아보시려면 웹사이트 www.scanhealthplan.com을 방문하십시오.

재난 발생 시 네트워크 서비스 제공자를 이용할 수 없는 경우, 귀하의 플랜은 네트워크 외부의 서비스 제공자로부터 네트워크 내 비용 분담으로 서비스를 받을 수 있도록 허용합니다. 재난 발생 시 네트워크 약국을 이용할 수 없는 경우, 네트워크 외부 약국에서 처방약을 조제할 수 있습니다. 자세한 정보는 5장, 섹션 2.5를 참고하십시오.

섹션 4 서비스 비용 전액을 직접 청구받은 경우

섹션 4.1 가입자는 보장 서비스 비용 중에서 플랜 분담액을 지급하도록 플랜에 요청하실 수 있습니다

보장 서비스에 대한 플랜 비용 분담액 이상을 지불했거나 보장 의료 서비스 전체 비용에 대한 청구서를 받은 경우 해야 할 일에 관한 정보는 7장(*보장 의료 서비스 또는 약에 대해 받은 청구서의 플랜 부담분 지불 요청*)을 참고하십시오.

섹션 4.2 플랜이 서비스를 보장하지 않을 경우, 가입자는 전체 비용을 지불하셔야 합니다

SCAN Classic은 본 문서의 4장에서 의료 혜택 차트에 나와 있는 모든 의학적으로 필요한 서비스를 보장합니다. 저희 플랜에서 보장되지 않는 서비스를 받으시거나 네트워크 외부에서 이용한 서비스가 승인되지 않은 경우, 가입자는 전체 서비스 비용을 지불할 책임이 있습니다.

혜택 한도를 가진 보장 서비스의 경우, 해당 유형의 보장 서비스에 대한 혜택을 소진한 후에 받은 모든 서비스 비용 전액도 가입자가 부담합니다. 보장되는 의료 혜택 한도에 도달한 이후 발생하는 추가 의료 비용은 가입자의 최대 본인 부담 비용 한도에 포함되지 않습니다. 이미 사용한 혜택 한도를 확인하려면 가입자 서비스부로 문의하실 수 있습니다.

섹션 5 임상 연구에 참여할 경우, 의료 서비스 보장 방식

섹션 5.1 임상 연구란?

임상 연구(*임상 시험*이라고도 함)는 의사 및 연구원들이 새로운 암 치료제의 효능과 같이 새로운 유형의 의학적 치료법을 테스트하는 방법입니다. 특정 임상 연구들은 Medicare의 승인을 받았습니다. Medicare 승인 임상 연구 결과는 일반적으로 자원봉사자들에게 임상 연구 참여 요청을 합니다.

Medicare가 이 연구를 승인했으며 귀하께서 관심을 표명하면, 연구에 참여한 사람이 귀하에게 연락하여 연구 내용에 대해 자세히 설명해주시고 연구를 진행하는 과학자가 정한 요건에 가입자가 부합하는지 확인할 것입니다. 임상 연구에 참여할 경우, 가입자는 임상 연구 요건에 부합해야 하며 또한 관련 사항을 완전히 이해하고 수락한 경우만 임상 연구에 참여할 수 있습니다.

Medicare 승인 임상 연구에 참여할 경우, Original Medicare는 연구의 일환으로서 가입자가 받은 보장 서비스 대부분의 비용을 부담합니다. 유자격 임상 시험에 참가했다는 것을 저희에게 알릴 경우, 해당 임상 시험에서 해당 서비스에 대한 네트워크 내 비용 분담만 귀하가 부담합니다. 예를 들어 귀하께서 Original Medicare 비용 분담액을 이미 지불한 경우 더 많이 지불한 경우, 저희는 귀하가 지불한 금액과 네트워크 내 비용 분담액 사이의 차액을 환급해 드립니다. 하지만 귀하가 얼마를 지불했는지를 보여주기 위해서는 문서를 제공해야 합니다. 임상 연구에 참여할 경우, 저희 플랜에 계속 가입하여 다른 진료(임상 연구와 관련이 없는 진료)를 계속 받을 수 있습니다.

Medicare에서 승인한 임상 연구에 참여하기를 원하는 경우, 저희에게 알려주거나 당사나 PCP의 승인을 얻지 *않아도* 됩니다. 임상 연구의 일환으로서 가입자에게 서비스를 제공하는 서비스 제공자는 저희 플랜의 서비스 제공자 네트워크 소속이 *아니어도* 됩니다. 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.

Original Medicare가 Medicare Advantage 가입자에게 보장하는 임상 연구에 참여하기 위해 저희 플랜의 허가를 받을 필요는 없지만, Medicare 인증 임상 시험에 참여하기로 선택할 때 미리 저희에게 통지할 것을 권장합니다.

Medicare가 승인하지 *않은* 연구에 가입자가 참여할 경우, *임상 연구 참여 비용 전액을 가입자가 부담해야 합니다*.

섹션 5.2 임상 연구 참여 시기 및 비용 부담

Medicare 승인 임상 연구에 참여한 Original Medicare는 임상 연구 참여자로서 다음과 같은 정기 항목 및 서비스를 보장합니다.

- 가입자가 임상 연구에 참여하지 않는 경우에도 Medicare가 비용을 부담하는 병실 및 식사비.
- 임상 연구의 참여의 일환으로 받는 수술 또는 기타 의료 시술.
- 새로운 치료법의 부작용 및 합병증 치료.

Medicare가 이러한 서비스에 대해 분담액을 지불한 후에 저희 플랜은 Original Medicare의 비용 분담과 가입자의 네트워크 내 비용 분담 간 차액을 저희 플랜이 부담합니다. 즉, 저희 플랜에서 이러한 서비스를 받았을 경우 귀하께서 부담하는 것처럼, 임상 연구의 일환으로 받게 되는 서비스에 대해 동일한 금액을 가입자가 부담하는 것입니다. 하지만 납부한 비용 분담액을 보여주는 서류를 제출해야 합니다. 지급 요청서 제출에 관한 자세한 정보는 7장을 참고하십시오.

비용 분담 방식의 예는 다음과 같습니다. 임상 연구의 일환으로 비용이 $100인 검사를 받았다고 가정하겠습니다. 또한 이 검사에 대한 가입자의 분담액이 Original Medicare에 따라 $20이지만 저희 플랜의 혜택에 따르면 이 검사 비용이 $10라고 하겠습니다. 이 경우, Original Medicare는 검사비로 $80를 지불하고 Original Medicare에 따라 요구되는 $20의 자기부담금을 지불합니다. 그런 다음 귀하께서 자격을 갖춘 임상 시험 서비스를 받았다는 것을 플랜에 알리고 서비스 제공자 청구서와 같은 문서를 플랜에 제출하십시오. 그런 다음 플랜에서 귀하에게 $10를 직접 지불하게 됩니다. 따라서 귀하의 순 납부액은 $10이며 저희 플랜의 혜택에 따라 귀하가 지불하는 금액과 동일합니다. 플랜으로부터 지불을 받으시려면 서비스 제공자 청구서와 같은 서류를 플랜에 제출해야 합니다.

임상 연구에 참여하는 경우, **Medicare나 저희 플랜은 다음을 지급하지 않습니다**.

- 일반적으로 귀하가 임상 연구에 참여하지 *않을* 때라도 Medicare가 새로운 항목이나 서비스를 보장하는 경우가 아니라면 Medicare는 임상 연구가 시험하고 있는 새로운 항목이나 서비스 비용을 지급하지 *않습니다*.
- 데이터 수집을 위해서만 제공되었으며 직접적인 의료 서비스에 사용되지 않는 항목 또는 서비스. 예를 들어, Medicare는 귀하의 의학적 상태가 CT 촬영을 보통 한 번만 필요로 하는 경우, 임상 연구 참여로 인해 월간 CT 촬영을 해야 한다면 그러한 추가 비용을 부담하지 않습니다.
- 임상 연구 후원자가 관례적으로 제공하는 항목 및 서비스는 모든 연구 등록자에게 무료입니다.

자세한 내용 확인

Medicare 웹사이트를 방문하여 *Medicare 및 임상 연구(Medicare and Clinical Research Studies)* 간행물을 읽거나 다운로드하여 임상 연구 참여에 관한 자세한 정보를 확인할 수 있습니다. (해당 간행물은www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf에서 볼 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.

섹션 6 종교적 비의료 보건 기관에서 서비스를 받기 위한 규칙

섹션 6.1 종교적 비의료 보건 기관이란?

종교적 비의료 보건 기관이란 보통은 병원이나 전문 간호 시설에서 치료를 받는 상태에 대해 보살핌을 제공하는 시설입니다. 병원 또는 전문 간호 시설에서 치료를 받는 것이 가입자의 종교적 신념에 위배될 경우, 저희 플랜은 종교적 비의료 보건 기관에서의 서비스에 대해 보장을 제공합니다. 이 혜택은 파트 A 입원환자 서비스(비의료 보건 서비스)에 대해서만 제공됩니다.

섹션 6.2 종교적 비의료 보건 기관에서 서비스 이용

종교적 비의료 보건 기관의 서비스를 이용하려면 귀하는 **비강제성** 의학적 치료를 받는 데 반대한다고 명시된 법적 문서에 서명해야 합니다.

- **비강제성** 진료 또는 치료는 연방, 주 또는 지역 법에 따라 *자발적이되 의무화하지 않은* 진료나 치료를 말합니다.
- **강제성** 의학적 치료는 연방, 주 또는 지역 법에 따라 *비*자발적이거나 *의무화한* 진료나 치료를 말합니다.

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

- 서비스를 제공하는 시설을 Medicare가 인증해야 합니다.
- 귀하가 받는 서비스에 대해 저희 플랜의 보장은 *비종교적인* 서비스로 제한됩니다.
- 시설에서 가입자에게 제공하는 서비스를 이 기관으로부터 받는 경우, 다음의 조건이 적용됩니다.
  - 가입자에게 입원환자 병원 치료 또는 전문 간호 시설 서비스에 대해 보장 서비스를 받을 수 있는 의학적 상태가 있어야 합니다.
  - -- *그리고*-- 시설에 입원하기 전에 플랜으로부터 사전에 승인을 받아야 합니다. 그렇지 않으면 보장이 되지 않습니다.

종교적 비의료 보건 서비스 제공자로부터 혜택 기간마다 90일까지 보장됩니다. 가입자는 입원환자 병원 진료와 동일한 비용 부담액을 지불합니다. 4장에 있는 의료 혜택 차트를 참고하십시오.

섹션 7 내구성 의료 장비의 소유권에 대한 규칙

섹션 7.1 플랜에 따라 정해진 금액을 납부하면 내구성 의료 장비를 소유하게 됩니까?

내구성 의료 장비(DME)에는 산소 장비 및 용품, 휠체어, 보행기, 전동 매트리스 시스템, 목발, 당뇨병 용품, 음성 생성 장비, IV 주입 펌프, 분무기, 가입자가 가정에서 사용하도록 서비스 제공자가 주문한 병원 침상이 포함됩니다. 보철과 같은 특정 물품은 항상 소유할 수 있습니다. 이 섹션에서는 가입자가 임대해야 하는 다른 유형의 DME를 설명합니다.

Original Medicare의 경우, 특정 유형의 DME를 빌리는 사람은 13개월 동안 자기부담금을 납부한 후 장비를 소유하게 됩니다. 그러나 SCAN Classic 가입자로서 저희 플랜에 가입하기 전에 Original Medicare에 따라 DME 품목에 대해 연속 12회까지 납부했다고 해도 가입자는 플랜 가입자 자격을 가진 동안 납부한 자기부담금에 관계 없이 임대한 DME 물품의 소유권을 일반적으로 가지지 않습니다.

Original Medicare로 전환할 경우, 내구성 의료 장비를 위해 납부한 비용의 처리

플랜에 가입한 동안 DME의 소유권을 취득하지 않은 경우, 소유권을 취득하려면 Original Medicare로 변경한 후 다시 13회 연속으로 비용을 납부해야 합니다. 플랜에 가입하는 동안 지불한 금액은 포함되지 않습니다.

예 1: Original Medicare의 품목에 대해 연속으로 12회 이하로 적은 납부금을 지불한 후 저희 플랜에 가입했습니다. Original Medicare에서 귀하가 지불한 금액은 포함되지 않습니다.

예 2: Original Medicare의 품목에 대해 연속으로 12회 이하로 적은 납부금을 지불한 후 저희 플랜에 가입했습니다. 귀하는 저희 플랜에 있었지만 저희 플랜에 있을 때 소유권을 얻지 못했습니다. 그런 다음 Original Medicare로 돌아갑니다. Original Medicare에 다시 가입하면 13회 연속으로 새로운 금액을 납부해야 합니다. 이전의 모든 납부액(저희 플랜이든 Original Medicare에 대한 것인지 여부)은 포함되지 않습니다.

섹션 7.2 산소 장비, 용품 및 유지보수에 대한 규칙

가입자가 받을 수 있는 산소 혜택은 무엇입니까?

Medicare 산소 장비 보장 자격이 되시면 SCAN Classic이 보장합니다.

- 산소 장비 대여
- 산소 및 산소 내용물 배송
- 산소 및 산소 물질 전달을 위한 관련 산소 부속품 및 튜브
- 산소 장비의 보수 및 수리

SCAN Classic을 탈퇴하거나 산소 장비가 필요 없게 된 경우, 산소 장비를 반환해야 합니다.

플랜을 탈퇴하고 Original Medicare로 복귀하면 어떻게 됩니까?

Original Medicare는 산소 공급자가 가입자에게 5년 동안 서비스를 제공하도록 규정합니다. 처음 36개월 동안은 장비를 임대해드립니다. 나머지 24개월 동안 공급자는 장비 및 유지보수 서비스를 제공합니다(가입자는 산소에 대한 자기부담금을 부담). 5년이 지나면 같은 회사에 머물거나 다른 회사에 갈 수도 있습니다. 이 시점에서, 5년 주기는 귀하가 동일한 회사에 남아 있더라도 처음 36개월 동안 자기부담금을 지불해야 하는 다시 시작됩니다. 플랜에 가입하거나 탈퇴하면 5년 주기가 다시 시작됩니다.

4장:

의료 혜택 차트
(보장 내용 및 가입자 부담액)

섹션 1 보장 서비스의 본인 부담 비용에 대한 이해

이 장에서는 보장 서비스를 나열하고 SCAN Classic의 가입자로서 보장되는 각 서비스에 대한 가입자 비용을 보여주는 의료 혜택 차트를 제공합니다. 이 장의 뒷부분에는 보장되지 않는 의료 서비스에 대한 정보가 포함되어 있습니다. 또한 특정 서비스의 한도에 대해서도 설명되어 있습니다. 본 장의 섹션 4에 있는 부록에서 제한 사항 및 예외 사항에 관한 자세한 내용을 확인하십시오.

섹션 1.1 보장 서비스에 대해 지불하게 될 수 있는 본인 부담 비용의 종류

이 장에 포함된 결제 정보를 이해하려면 보장 서비스에 대해 지불하게 되는 본인 부담 비용의 종류에 대해 알아야 합니다.

- **자기부담금**은 특정 의료 서비스를 받을 때마다 귀하가 지불하는 고정 금액입니다. 가입자는 의료 서비스를 받을 때 자기부담금을 지불합니다. (섹션 2에 있는 의료 혜택 차트에 자기부담금에 관한 자세한 정보가 포함되어 있음)
- **공동보험액**은 특정 의료 서비스의 총 비용에서 가입자가 부담하는 비율입니다. 가입자는 의료 서비스를 받을 때 공동보험액을 지불합니다. (섹션 2에 있는 의료 혜택 차트에 공동보험액에 관한 자세한 정보가 포함되어 있음)

Medi-Cal(Medicaid) 또는 적격 Medicare 수혜자(QMB) 프로그램에 대한 자격이 있는 대부분의 사람들은 공제액, 자기부담금 또는 공동보험액을 납부해서는 안 됩니다. 해당되는 경우 서비스 제공자에게 Medi-Cal(Medicaid) 또는 QMB 자격에 대한 증명을 제시하십시오.

섹션 1.2 Medicare 파트 A 및 파트 B 보장 의료 서비스에 대한 가입자 부담 비용 한도

귀하는 Medicare Advantage 플랜에 가입했기 때문에 Medicare 파트 A 및 파트 B에서 보장하는 네트워크 내 의료 서비스에 대해 납부해야 하는 연간 본인 부담 비용에 한도가 있습니다. 이 한도를 의료 서비스에 대한 최대 본인 부담액(MOOP)이라고 합니다. 2025년의 경우 이 금액은 $199입니다.

네트워크 내부 보장 서비스에 대한 자기부담금 및 공동보험액으로 지불하는 금액은 최대 본인 부담액에 누적됩니다. 가입 지연 벌금으로 납부할 금액과 파트 D 처방약에 대해 가입자가 지불하는 금액은 최대 본인 부담액에 포함되지 않습니다. 덧붙여, 일부 서비스에 대해 가입자가 지불하는 금액은 최대 본인 부담 비용에 가산되지 않습니다. 이런 서비스들은 의료 혜택 차트에서 별표 표시가 되어 있습니다. $199의 최대 본인 부담액에 도달하면 해당 연도의 나머지 기간에 네트워크 내에서 보장되는 파트 A 및 파트 B 서비스에 대해서 본인 부담 비용을 내지 않아도 됩니다. 하지만 (귀하의 파트 B 보험료를 Medi-Cal(Medicaid) 또는 다른 곳에서 대신 납부해주지 않는 한) Medicare 파트 B 보험료는 반드시 계속 내셔야 합니다.

섹션 1.3 당사 플랜은 서비스 제공자의 차액 청구(balance bill)를 허용하지 않습니다.

SCAN Classic의 가입자로서 귀하를 위한 중요한 보호 장치는 플랜이 보장하는 서비스를 받으셨을 때 플랜에 귀하의 비용 분담액만 지불하면 된다는 것입니다. 서비스 제공자는 **차액 청구**라고 하는 별도 비용을 추가하지 않을 수 있습니다. 이 보호 장치는 당사가 서비스에 대해 서비스 제공자가 청구하는 금액보다 적게 지불하는 경우 및 분쟁이 있어 당사에서 특정 서비스 제공자에게 비용을 지불하지 않는 경우에도 적용됩니다.

이 보호 장치의 내용은 다음과 같습니다.

- 귀하의 비용 분담이 자기부담금($15.00와 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.
    - Medicare에 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.)
    - Medicare에 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 서비스 지역 외부에서 긴급 서비스를 받는 등의 특정 상황에서만 네트워크 외부 서비스 제공자의 서비스를 보장합니다.)
- 서비스 제공자가 차액 청구를 한 것으로 생각하시면 가입자 서비스부로 연락해 주십시오.

섹션 2 *의료 혜택 차트*에서 보장 내용과 가입자 납부액 확인

섹션 2.1 플랜 가입자의 의료 혜택 및 비용

다음 페이지의 의료 혜택 차트에는 SCAN Classic이 보장하는 서비스와 각 서비스에 대해 귀하가 지불하는 본인 부담 비용이 제시되어 있습니다. 파트 D 처방약 보장 정보는 5장에 있습니다. 의료 혜택 차트에 제시된 서비스는 다음 보장 요건에 부합할 경우에만 보장됩니다.

- Medicare 보장 서비스는 Medicare가 정한 보장 지침에 따라 제공되어야 합니다.
- 귀하의 서비스(의료 진료, 서비스, 용품, 장비 및 파트 B 처방약 포함)는 *반드시* 의학적으로 필요해야 합니다. 의학적으로 필요하다는 것은 질환을 예방, 진단, 치료하기 위해 필요한 서비스, 용품 또는 약이 인정된 의학적 표준에 부합하는 것을 말합니다.
- 신규 가입자의 경우, MA 조정 진료 플랜은 최소 90일의 전환 기간을 제공해야 하며 이 전환 기간 동안 새로운 MA 플랜은 치료 과정이 네트워크 외부 서비스 제공자와 함께 시작된 서비스에 대한 것이더라도 진행 중인 치료 과정에 대한 사전 허가를 요구하지 않을 수 있습니다.
- 귀하는 서비스를 제공하고 관찰하는 주치의(PCP)를 가집니다. 대부분의 경우, PCP는 가입자가 플랜 네트워크의 다른 서비스 제공자를 이용하기 전에 미리 승인을 해주어야 합니다. 이를 진료 의뢰이라고 합니다.
- 의료 혜택 차트에 기재된 서비스 중 일부는 담당 의사나 다른 네트워크 서비스 제공자가 당사로부터 사전 승인(사전 허가라고도 함)을 받는 *경우에만* 보장됩니다. 사전 승인이 필요한 보장 서비스는 의료 혜택 차트에 각주로 표시되어 있습니다.

기타 보장에 대한 중요 정보:

- 모든 Medicare 건강 플랜이 그렇듯이 저희 플랜은 Original Medicare가 보장하는 서비스를 모두 보장합니다. 이러한 혜택 중 일부에 대해 가입자는 Original Medicare에서 지불하는 것보다 더 많이 지불할 수 있습니다. 그 외의 혜택에 대해서는 더 적은 비용을 지불하기도 합니다. (Original Medicare의 보장 및 비용에 관한 자세한 정보는 *메디케어와 가입자 2025(Medicare & You 2025)* 안내서를 확인하십시오. 이는 www.medicare.gov에서 온라인으로 보시거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 주 7일, 하루 24시간 언제든 연락하여 사본을 요청하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 연락해 주십시오.
- 저희 플랜은 Original Medicare에 의해 무료로 제공되는 모든 예방 서비스를 귀하에게 무료로 제공합니다. 하지만 예방 서비스를 받으러 병원을 방문한 동안 기존의 의학적 상태에 대해 치료 받거나 관리를 받을 경우, 그러한 서비스에 대해 자기부담금이 적용됩니다.
- Medicare가 2025년에 새로운 서비스에 대한 보장을 추가하는 경우 Medicare나 저희 플랜이 그러한 서비스를 보장합니다.

혜택 차트에서 예방 서비스 옆에 사과 그림이 표시된 것을 보실 수 있을 것입니다.

의료 혜택 차트

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 **가입자 부담액**	
	SCAN Classic 로스앤젤레스 카운티	**SCAN Classic 오렌지 카운티**
복부 대동맥류 검사 잠재적 환자에 대한 1회의 초음파 검사. 플랜은 귀하에게 특정 위험 요소가 있거나 의사, 의사 보조 인력, 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. 비용 분담은 병원을 방문하는 동안 가입자가 이용한 기타 서비스에 적용될 수 있습니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**	이러한 예방적 검사의 자격을 갖춘 가입자에게는 공동보험액, 자기부담금 또는 공제액이 발생하지 않습니다. 비용 분담은 병원을 방문하는 동안 가입자가 이용한 기타 서비스에 적용될 수 있습니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**
만성 요통을 위한 침술(Medicare 보장) 보장되는 서비스에 포함되는 사항: Medicare 수혜자에게는 다음 상황일 때 90일 동안 최대 12회 방문이 보장됩니다. 이 혜택의 목적에 따라 만성 요통은 다음과 같이 정의됩니다. • 12주 이상 통증이 지속 • 불특정하며 확인 가능한 원인이 없음(예: 전이, 염증, 감염병 등과 관련이 없음) • 수술과 관련이 없음 • 임신과 관련이 없음 상태가 호전되는 환자에게는 추가로 8회의 치료를 보장합니다. 연간 20회를 초과하여침술 치료를 제공할 수 없습니다.	진료실 방문당 자기부담금 $0. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**	진료실 방문당 자기부담금 $0. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 가입자 부담액	
	SCAN Classic 로스앤젤레스 카운티	**SCAN Classic 오렌지 카운티**
만성 요통을 위한 침술(Medicare 보장)(계속) 환자의 상태가 개선되지 않거나 악화된다면 치료를 중단해야 합니다. 서비스 제공자 요건: 의사(사회보장법(Act)의 1861년(r)(1))에 정의됨)는 해당 주 요건에 따라 침술을 제공할 수 있습니다. 의사 보조 인력(PA), 개업 간호사(NP)/임상 전문 간호사(CNS) (사회보장법의 1861(aa)(5)에 정의된) 및 보조원이 관련 주정부 요건을 모두 충족하고 다음을 보유하고 있으면 침술을 제공할 수 있습니다. • 침술 및 동양 의학 승인 위원회(ACAOM)의 인가를 받은 학교에서 침술 또는 동양 의학 석사 또는 박사 학위. • 미국 또는 컬럼비아 특별구의 주, 영토 또는 미연방(예: 푸에르토리코)에서 침술을 시행할 수 있는 현재, 완전하고 활동적이며 무제한적인 면허. 침술을 제공하는 보조 직원은 당사의 규정이 요구하는 의사, PA 또는 NP/CNS의 적절한 수준의 감독하에 42 CFR §§ 410.26 및 410.27번으로 제공되어야 합니다.		
침술 서비스(정기/비 Medicare 보장)* 침술 서비스는 의학적으로 필요한 정기 치료를 보장합니다. 계약된 플랜 소속 서비스 제공자를 이용해야 합니다. 정기 침술 서비스가 보장됩니다(정기/Medicare 비보장 카이로프랙틱 서비스와 합산). 첫 번째 침술 방문에 대해 진료 의뢰를 받지 않아도 됩니다. 차후 방문시에는 사전 허가가 필요합니다. *이 혜택은 최대 본인 부담액에 적용되지 않습니다.	매년 최대 30회까지 진료실 방문당 자기부담금 $5 **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**	매년 최대 30회까지 진료실 방문당 자기부담금 $5 **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 가입자 부담액	
	SCAN Classic 로스앤젤레스 카운티	**SCAN Classic 오렌지 카운티**
구급차 서비스 응급 상황이든 비응급 상황이든 보장되는 구급차 서비스에는 가입자의 의학적 상태 때문에 다른 교통편 사용이 건강을 위험하게 할 수 있거나 플랜이 허용한 경우에만 가장 가까운 적절한 시설로 가는 고정익, 회전익 및 지상 구급차 서비스가 포함됩니다. 보장 구급차 서비스가 응급 상황용이 아닌 경우, 가입자의 상태가 다른 교통 수단을 이용하면 건강을 위험하게 할 수 있으며 의학적으로 구급차로 이송해야 한다는 점을 문서화해야 합니다. 응급 구급차 서비스는 전 세계에서 보장됩니다. 자세한 내용은 3장, 섹션 3.1을 참고하십시오. 자기부담금은 다음과 같이, 예약된 비응급 시설간 교통편에는 적용되지 않습니다. • 급성 질환으로 인해 한 병원에서 다른 병원으로 이송 • 급성 질환으로 인해 병원에서 전문 간호 시설(SNF)로 이송 • SNF에서부터 SNF에서 제공하지 않는 보장 서비스나 치료를 제공하는 의료 시설까지의 이동. (긴급 진료와 진료실은 본 혜택의 목적에 따라 의료 시설로 간주되지 않습니다.) 준의료 지원 서비스는 Medicare가 정의한 제한적 상황에서 보장이 됩니다.	각 편도 이동의 경우 자기부담금 $200. **모든 비응급 구급차 서비스에는 사전 허가 규칙이 적용됩니다.**	각 편도 이동의 경우 자기부담금 $100 **모든 비응급 구급차 서비스에는 사전 허가 규칙이 적용됩니다.**
연례 신체 검사* 연간 1회 정기 신체 검사가 보장됩니다. 이 검사에는 필요에 따라 선별 검사실 서비스가 포함됩니다. *이 혜택은 최대 본인 부담액에 적용되지 않습니다.	방문당 자기부담금 $0.	방문당 자기부담금 $0.

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 **가입자 부담액**	
	SCAN Classic 로스앤젤레스 카운티	**SCAN Classic 오렌지 카운티**
연례 건강 검진 방문 12개월 이상 파트 B에 가입되어 있었고 현재 건강 및 위험 요소를 바탕으로 개인맞춤 예방 계획을 수립하기 위해서나 업데이트하기 위해 연례 건강 검진 방문을 할 수 있으며, 12개월마다 1회가 보장됩니다. **참고:** 최초 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.	연례 건강 검진 방문에는 공동보험액, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. 비용 분담은 병원을 방문하는 동안 가입자가 이용한 기타 서비스에 적용될 수 있습니다.	연례 건강 검진 방문에는 공동보험액, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. 비용 분담은 병원을 방문하는 동안 가입자가 이용한 기타 서비스에 적용될 수 있습니다.
골밀도 측정 자격이 있는 개인들(일반적으로 이는 골질량 손실 위험이 있거나 골다공증 위험이 있는 사람들을 의미합니다)의 경우, 다음 서비스들이 매 24개월마다 또는 의학적으로 필요한 경우 더 자주 보장됩니다. 의사의 결과 해석을 포함해 골밀도 파악 시술, 골손실 감지 또는 골질 판정.	Medicare 보장 골밀도 측정에는 공동보험액, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**	Medicare 보장 골밀도 측정에는 공동보험액, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 **가입자 부담액**	
	SCAN Classic 로스앤젤레스 카운티	**SCAN Classic 오렌지 카운티**
유방암 검사(유방 조영상) 보장되는 서비스에 포함되는 사항: • 35~39세 사이 여성은 1회의 기본 유방조영상 • 40세 이상 여성의 경우 12개월마다 1회의 유방조영상 검사 • 24개월마다 1회의 임상적 유방 검사	보장되는 유방조영상에는 공동보험액, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. 네트워크 내부에서의 연례 유방조영술 검사는 진료 의뢰가 필요없습니다(12개월마다 1회). 정기 유방 조영술 검사에는 MRI가 포함되어 있지 않습니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**	보장되는 유방조영상에는 공동보험액, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. 네트워크 내부에서의 연례 유방조영술 검사는 진료 의뢰가 필요없습니다(12개월마다 1회). 정기 유방 조영술 검사에는 MRI가 포함되어 있지 않습니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**
심장 재활 서비스 운동, 교육 및 상담을 포함한 종합 심장 재활 서비스 프로그램은 의사의 진료 의뢰를 받았으며 특정 조건에 부합하는 가입자에게 보장됩니다. 플랜은 또한 일반 심장 재활 프로그램보다 더 강도가 높고 집중적인 집중 심장 재활 프로그램을 보장해 줍니다.	진료실 방문당 자기부담금 $5. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**	진료실 방문당 자기부담금 $0. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**
심혈관계 질환 위험 감소를 위한 방문(심혈관계 질환 치료) 저희 플랜은 가입자가 심혈관계 질환 위험을 줄일 수 있도록 주치의 방문을 연간 1회 보장합니다. 방문했을 때 의사는 아스피린 사용(해당되는 경우)에 대해 논의하고, 혈압을 측정하며, 올바른 식습관을 위한 팁을 제공할 수 있습니다.	이러한 집중적인 행동 요법인 심혈관계 질환 예방 혜택에는 공동보험액, 자기부담금 또는 공제액이 발생하지 않습니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**	이러한 집중적인 행동 요법인 심혈관계 질환 예방 혜택에는 공동보험액, 자기부담금 또는 공제액이 발생하지 않습니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 **가입자 부담액**	
	SCAN Classic 로스앤젤레스 카운티	**SCAN Classic 오렌지 카운티**
심혈관계 질환 검사 5년(60개월)마다 1회 심혈관계 질환(심혈관계 질환 위험 증가와 관련된 이상 증상) 감지를 위한 혈액 검사.	5년마다 1회 보장되는 심혈관계 질환 검사에는 공동보험액, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**	5년마다 1회 보장되는 심혈관계 질환 검사에는 공동보험액, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**
간병인 교육* SCAN은 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. 4주간의 교육은 바쁜 스케줄에 맞게 짜여져 연중 여러 번에 걸쳐 제공됩니다. 자세한 내용은 가입자 서비스부로 문의해 주십시오. *이 혜택은 최대 본인 부담액에 적용되지 않습니다.	자기부담금 $0 **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**	자기부담금 $0 **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**
자궁경부 및 질암 검사 보장되는 서비스에 포함되는 사항: • 모든 여성: 자궁경부세포도말검사(Pap Test) 및 골반 검사는 24개월마다 1회 보장 • 자궁암 또는 질암의 위험이 높거나 가임기 여성으로서 지난 3년 동안 비정상적인 자궁경부세포도말검사(Pap Test) 결과가 있었던 경우: 12개월마다 1회 자궁경부세포도말검사(Pap Test) 보장	Medicare가 보장하는 예방적 자궁경부세포도말검사(Pap Test) 및 골반 검사에는 공동보험액, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. 네트워크 내부에서 산부인과 정기 예방 진료 방문을 하려면 진료 의뢰가 필요 없습니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**	Medicare가 보장하는 예방적 자궁경부세포도말검사(Pap Test) 및 골반 검사에는 공동보험액, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. 네트워크 내부에서 산부인과 정기 예방 진료 방문을 하려면 진료 의뢰가 필요 없습니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 **가입자 부담액**	
	SCAN Classic 로스앤젤레스 카운티	**SCAN Classic 오렌지 카운티**
카이로프랙틱 서비스(Medicare 보장) 보장되는 서비스에 포함되는 사항: • 아탈구을 교정하기 위해 척추를 직접 조작하는 것만 보장합니다 Medicare 보장 카이로프랙틱 서비스는 지정된 의료 그룹을 통해서만 보장됩니다.	진료실 방문당 자기부담금 $0. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**	진료실 방문당 자기부담금 $0. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**
카이로프랙틱 서비스(정기/Medicare 비보장)* 정기 카이로프랙틱 서비스는 의학적으로 필요한 정기 치료를 보장합니다. 정기 지압 요법 서비스가 보장됩니다(침술 서비스와 합산). 가입자는 SCAN Health Plan과 계약된 정기 카이로프랙틱 서비스 제공자를 이용해야 합니다. 첫 번째 카이로프랙틱 방문에 대해 진료 의뢰를 받지 않아도 됩니다. 차후 방문시에는 사전 허가가 필요합니다. *이 혜택은 최대 본인 부담액에 적용되지 않습니다.	매년 최대 30회까지 진료실 방문당 자기부담금 $5 **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**	매년 최대 30회까지 진료실 방문당 자기부담금 $5 **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 **가입자 부담액**	
	SCAN Classic 로스앤젤레스 카운티	**SCAN Classic 오렌지 카운티**
Cognifit* Cognifit은 주의력과 기억력 그리고 나이가 들면서 매우 중요한 다른 기술을 강화하도록 설계한 일련의 정신 활동을 하도록 도와주는 온라인 프로그램입니다. Cognifit은 다음을 제공합니다: • 주의력, 기억력, 두뇌 속도, 지능, 탐색 및 의사 소통 기술을 향상시켜 두뇌 건강을 유지하는 데 중점을 둔 두뇌 활동 게임입니다. • 개인별 두뇌 건강에 맞춘 운동. 특별한 방법을 이용하여 각각의 운동이 난이도가 조절되기 때문에, 이용하면서 항상 본인의 수행력을 개선할 수 있는 최적의 수준에서 운동할 수 있습니다. • 연중무휴 접속. Cognifit은 온라인으로 주 7일, 하루 24시간 이용할 수 있으므로 편할 때 언제든지 이용할 수 있습니다. Cognifit에 등록하려면 먼저 YourOnePass.com을 방문하여 가입 지침에 따라 One Pass 계정을 만들어야 합니다. 가입 후에 컴퓨터, 태블릿 또는 스마트폰으로 언제든지 Cognifit에 바로 접속할 수 있습니다. *이 혜택은 최대 본인 부담액에 적용되지 않습니다.	자기부담금 $0	자기부담금 $0

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 **가입자 부담액**	
	SCAN Classic 로스앤젤레스 카운티	**SCAN Classic 오렌지 카운티**
대장암 검사 다음과 같은 검사가 보장됩니다. • 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.	대장암 검사 혜택에는 공동보험액, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. 검사를 하는 동안 진단 시술이 필요한 경우, 추가적인 자기부담금을 지불하지 않아도 됩니다. 가상 대장 내시경 검사는 보장되는 시술이 아닙니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**	대장암 검사 혜택에는 공동보험액, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. 검사를 하는 동안 진단 시술이 필요한 경우, 추가적인 자기부담금을 지불하지 않아도 됩니다. 가상 대장 내시경 검사는 보장되는 시술이 아닙니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 가입자 부담액	
	SCAN Classic 로스앤젤레스 카운티	**SCAN Classic 오렌지 카운티**
대장암 검사(계속) • 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 대변 기반 대장암 선별 검사에서 양성 결과가 나온 후의 추적 선별 대장내시경검사가 포함됩니다.		
치과 서비스(Medicare 보장) 일반적으로 예방적 치과 서비스(클리닝 정기 치과 검진, 치과 엑스레이 등)는 Original Medicare가 보장하지 않습니다. 그러나 Medicare는 현재 제한적 상황에서, 특히 해당 서비스가 수혜자의 일차 의학적 상태의 특정 치료에서 필수적인 경우 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. 또한 다음을 보장합니다. • 의학적으로 필요하며 치아 및 지지 구조와 관련이 없는 구강 수술 • 턱 또는 관련 구조의 수술 • 턱 또는 얼굴 골격의 골절 치료 • 종양성 암의 방사선 치료를 위해 턱을 준비하기 위한 발치 • Medicare 보장, 이식전 치과 서비스 • 선천성 기형, 낭포, 악성 종양의 치료 보장되지 않는 기타 치과 시술에 대한 정보는 이 장 뒷부분의 '보장하지 않는 서비스 (예외 사항)' 섹션을 참조해 주십시오.	진료실 방문당 자기부담금 $0.	진료실 방문당 자기부담금 $0.

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 **가입자 부담액**	
	SCAN Classic 로스앤젤레스 카운티	**SCAN Classic 오렌지 카운티**
치과 서비스(정기/Medicare 비보장)* 위에 명시된 서비스 이외에도 SCAN Classic은 SCAN Classic 제휴 치과 서비스 제공자를 통해 다음의 정기 치과 서비스를 제공합니다. 네트워크 내 정기 치과 서비스에는 다음이 포함됩니다. • 구강 검진: 매년 최대 2회 방문. • 치아 스케일링: 매년 최대 2회 방문. • 치과 엑스레이: 매년 최대 2회 방문. 이 혜택에는 종합적인 치과 서비스도 포함됩니다. 기타 제한 사항 및 예외 사항을 포함한 전체 설명은 DeltaCare® USA 비용 안내를 참조해 주십시오. 치과 교정술은 혜택 플랜에서 제외됩니다. 정기 치과 방문을 하지 않거나(6개월마다 1회 이상) 또는 치주 질병 진단을 받은 가입자는 정기 스케일링과 같은 정기 진료를 받기 전에 치주 스케일링, 치근 활택술 또는 구강 전체의 괴사 조직 제거가 필요할 수 있습니다. 이러한 서비스에 대해 추가적인 비용 분담을 해야 할 수 있습니다. *이 혜택은 최대 본인 부담액에 적용되지 않습니다.	진료실 방문당 자기부담금 $0. 기타 치과 혜택 자기부담금과 관련한 내용은 DeltaCare® USA 요금 기준을 참조하십시오. 추가로 보험료를 납부하여 치과 혜택도 이용할 수 있습니다. 이 차트의 마지막에서 **섹션 2.2 구입할 수 있는 추가 '선택적 보조' 혜택**을 참고하십시오.	진료실 방문당 자기부담금 $0. 기타 치과 혜택 자기부담금과 관련한 내용은 DeltaCare® USA 요금 기준을 참조하십시오. 추가로 보험료를 납부하여 치과 혜택도 이용할 수 있습니다. 이 차트의 마지막에서 **섹션 2.2 구입할 수 있는 추가 '선택적 보조' 혜택**을 참고하십시오.
우울증 검사 연간 1회 우울증 검사를 보장합니다. 이 검사는 후속 치료 및 진료 의뢰를 할 수 있는 주치의 시설에서 해야 합니다.	연례 우울증 검사 방문에는 공동보험액, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**	연례 우울증 검사 방문에는 공동보험액, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 **가입자 부담액**	
	SCAN Classic 로스앤젤레스 카운티	**SCAN Classic 오렌지 카운티**
당뇨병 선별검사 귀하에게 고혈압, 콜레스테롤 및 트리글리세리드 수치 이상(이상지질혈증), 비만, 고혈당(글루코스) 등의 위험 요소가 있을 경우 이 검사(공복 혈당 검사 포함)를 보장합니다. 과체중 및 당뇨병 가족력 등과 같은 다른 요건에 부합할 경우에도 보장될 수 있습니다. 가장 최근의 당뇨병 검사 날짜 이후 12개월마다 최대 2회의 당뇨병 검사를 받을 수 있습니다.	Medicare 보장 당뇨병 검사에는 공동보험액, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**	Medicare 보장 당뇨병 검사에는 공동보험액, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**
당뇨병 자가 관리 교육, 당뇨병 서비스 및 용품 모든 당뇨병 환자(인슐린 및 비인슐린 사용자)를 대상으로 하며 보장 서비스에 포함되는 사항은 다음과 같습니다. • 혈당을 관리하기 위한 용품: 혈당 모니터, 혈당 검사지, 란셋 장치 및 란셋, 검사지와 모니터의 정확성을 확인하기 위한 혈당 조절 솔루션. • 심각한 당뇨병 발 질병을 앓고 있는 당뇨병 환자 대상**: 역년당 당뇨요법 맞춤 신발(신발과 함께 제공되는 삽입물 포함) 한 켤레 및 깔창 두 짝, 또는 당뇨병용 심저화(depth shoes) 한 켤레와 깔창 세 짝(신발과 함께 제공된 맞춤식이 아닌 탈착형 깔창은 제외). 피팅도 보장됩니다. • 당뇨병 자가 관리 교육은 특정 상황에서 보장됩니다. **Medicare가 지정. 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 자기부담금 $0. 당뇨병 치료 신발과 깔창에 대해 자기부담금 $0. 당뇨병 자가 관리 교육에 대한 자기부담금 $0 혈당 모니터, 검사지 및 조절 솔루션은 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.**	혈당 수치를 모니터링하기 위한 용품에 대해 자기부담금 $0. 당뇨병 치료 신발과 깔창에 대해 자기부담금 $0. 당뇨병 자가 관리 교육에 대한 자기부담금 $0 혈당 모니터, 검사지 및 조절 솔루션은 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.**

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 **가입자 부담액**	
	SCAN Classic 로스앤젤레스 카운티	**SCAN Classic 오렌지 카운티**
내구성 의료 장비(DME) 및 관련 의료용품 (내구성 의료 장비의 정의는 본 문서의 12장과 3장, 섹션 7 참고) 보장 품목에는 휠체어, 목발, 전동 매트리스 시스템, 당뇨병 용품(연속 혈당 모니터 등), 가입자가 가정에서 사용하도록 서비스 제공자가 주문한 병원 침상, IV 주입 펌프, 음성 생성 장비, 산소 장비, 분무기 및 보행기가 포함됩니다(이에 국한되지 않음). 저희는 Original Medicare가 보장하는 모든 의학적으로 필요한 DME를 보장합니다. 해당 지역의 서비스 제공자가 특정 브랜드 또는 제조업체의 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 Classic이 보장하는 다른 장비 또는 장치의 기능과 중복되지 않는 장비 및 장치로서 가정에서 사용하기에 적합한 것으로 제한됩니다. 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. 변기 의자, 산소 튜브, 양압기 마스크와 같이 개인 사용 품목으로 간주되는 DME 용품은 서비스 제공자에게 반환할 수 없습니다.	자기부담금 $0 네트워크 약국에서 처방전을 통해 이용할 수 있는 선호하는 지속적인 혈당 모니터링(예: Dexcom 및 Freestyle Libre). **사전 허가 및 기타 제한이 적용될 수 있습니다.** Medicare 산소 장비 보장에 대한 가입자의 비용 분담은 매월 $0입니다. SCAN Classic 가입 후 36개월 동안에는 비용 분담이 변경되지 않습니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**	자기부담금 $0 네트워크 약국에서 처방전을 통해 이용할 수 있는 선호하는 지속적인 혈당 모니터링(예: Dexcom 및 Freestyle Libre). **사전 허가 및 기타 제한이 적용될 수 있습니다.** Medicare 산소 장비 보장에 대한 가입자의 비용 분담은 매월 $0입니다. SCAN Classic 가입 후 36개월 동안에는 비용 분담이 변경되지 않습니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 **가입자 부담액**	
	SCAN Classic 로스앤젤레스 카운티	**SCAN Classic 오렌지 카운티**
응급 진료 응급 진료는 다음에 해당하는 서비스를 말합니다. • 응급 서비스를 제공할 자격을 갖춘 서비스 제공자가 제공. • 응급 의료 상태 평가 또는 안정화에 필요. 의학적 응급 상황이란 평균적인 건강과 의학 지식을 갖춘 가입자나 다른 신중한 일반인이 생명 손실(임신부의 경우 태아 사망), 사지 절단 또는 사지 기능 상실을 방지하기 위해 즉각적인 의료 처치가 필요하다고 생각하는 경우를 말합니다. 의학적 증상에는 질병, 부상, 심각한 통증, 신속하게 악화되는 의학적 상태가 있을 수 있습니다. 네트워크 외부에서 제공되는 필요한 응급 서비스에 대한 비용 분담은 네트워크 내에서 제공되는 서비스에 대해서와 동일합니다. 응급 진료 후 모니터링이나 회복 기간이 필요한 경우, '관찰 서비스' 대상이 될 수 있습니다. 이로 인해 필요한 경우 몇 시간 또는 하루 밤 동안 해당 시설에서 지내야 할 수 있습니다. 이 경우, 관찰 서비스를 받는 동안 가입자는 응급 진료 자기부담금만 부담합니다.	진료실 방문당 자기부담금 $90. 가입자가 관찰 서비스 직후에 입원환자로서 병원에 입원할 경우 자기부담금이 면제됩니다. 네트워크 외부 병원에서 응급 진료를 받고 응급 상황이 안정된 후 입원 진료가 필요한 경우, 플랜에서 승인한 네트워크 외부 병원에서 입원 치료를 받아야 하고, 가입자의 비용은 네트워크 병원에서 가입자가 지불하는 비용 분담 수준이 됩니다. 귀하의 상태가 네트워크 병원으로 복귀할 수 있는 수준이라면 의학적으로 필요한 진료(교통편 포함)가 제공됩니다.	진료실 방문당 자기부담금 $90. 가입자가 관찰 서비스 직후에 입원환자로서 병원에 입원할 경우 자기부담금이 면제됩니다. 네트워크 외부 병원에서 응급 진료를 받고 응급 상황이 안정된 후 입원 진료가 필요한 경우, 플랜에서 승인한 네트워크 외부 병원에서 입원 치료를 받아야 하고, 가입자의 비용은 네트워크 병원에서 가입자가 지불하는 비용 분담 수준이 됩니다. 귀하의 상태가 네트워크 병원으로 복귀할 수 있는 수준이라면 의학적으로 필요한 진료(교통편 포함)가 제공됩니다.

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 **가입자 부담액**	
	SCAN Classic 로스앤젤레스 카운티	**SCAN Classic 오렌지 카운티**
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 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 요양 시설 체류를 포함한 후속 치료는 응급 및 긴급 진료로 간주되지 않고 보장되지 않습니다. 미국 이외 지역에서 이용한 비응급 의약품은 보장되지 않습니다. 미국 외 지역에서의 응급 진료에 관한 자세한 정보는 3장, 섹션 3.1을 참고하십시오. 자세한 정보는 이 장의 뒷부분에 있는 '보장하지 않는 서비스 (예외 사항)' 섹션을 참조해 주십시오. *이 혜택은 최대 본인 부담액에 적용되지 않습니다.	전 세계 응급 서비스에 대해 자기부담금은 $90입니다. 전 세계 서비스에 대한 비용 환급 정보는 3장, 섹션 3.1~3.2 및 7장, 섹션 1.1을 참조해 주십시오.	전 세계 응급 서비스에 대해 자기부담금은 $90입니다. 전 세계 서비스에 대한 비용 환급 정보는 3장, 섹션 3.1~3.2 및 7장, 섹션 1.1을 참조해 주십시오.

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 **가입자 부담액**	
	SCAN Classic 로스앤젤레스 카운티	**SCAN Classic 오렌지 카운티**
헬스클럽 멤버십* SCAN Classic은 참여하는 피트니스 시설의 멤버십을 제공합니다. 귀하는 SCAN Classic의 계약 시설 네트워크에서 피트니스 클럽 또는 피트니스 스튜디오를 선택할 수 있습니다. 디지털 온라인 피트니스 클래스와 홈 피트니스 키트는 참여하는 클럽이나 스튜디오 근처에 거주하지 않거나 집에서 운동하는 것을 선호하는 가입자를 위해 제공됩니다. 연간 피트니스 키트 1개를 주문하실 수 있습니다. 자세한 정보는 가입자 서비스부로 문의해 주십시오. *이 혜택은 최대 본인 부담액에 적용되지 않습니다.	참여하는 피트니스 클럽 및 스튜디오의 멤버십에 대해 자기부담금 $0. 멤버십에는 표준 피트니스 시설 서비스가 포함됩니다. 추가 비용이 필요한 모든 서비스는 포함되어 있지 않습니다.	참여하는 피트니스 클럽 및 스튜디오의 멤버십에 대해 자기부담금 $0. 멤버십에는 표준 피트니스 시설 서비스가 포함됩니다. 추가 비용이 필요한 모든 서비스는 포함되어 있지 않습니다.
HEALTH*tech+** 컴퓨터, 태블릿 또는 스마트폰을 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 가입	통화당 자기부담금 $0	통화당 자기부담금 $0

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 가입자 부담액	
	SCAN Classic 로스앤젤레스 카운티	**SCAN Classic 오렌지 카운티**
HEALTH*tech+*(계속) HEALTH*tech+*는 장비 구입, 가정용 인터넷 또는 컴퓨터 하드웨어에 대한 지원을 포함하지 않습니다. 전화 지원 서비스를 이용하려면 1-833-437-0555번으로 전화해 주십시오. *이 혜택은 최대 본인 부담액에 적용되지 않습니다.		
청력 서비스(Medicare 보장) 서비스 제공자가 의학적 치료의 필요성을 확인하기 위해 실시하는 진단적 청력 및 밸런스 평가는 의사, 청력학자 또는 기타 유자격 서비스 제공자가 제공하는 경우, 외래환자 진료로서 보장됩니다.	진료실 방문당 자기부담금 $0. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**	진료실 방문당 자기부담금 $0. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**
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. 보청기 피팅 및 평가는 SCAN 보장 보청기를 구입한 후 12개월 동안 보장됩니다. 보청기 보장에는 60일의 평가 기간, 3년의 제조사 보증 및 80개의 배터리가 포함됩니다.	**정기 청력 검사** 자기부담금 $0(12개월마다 1회의 정기 청력 검사). **보청기 피팅/평가** 자기부담금 $0(보청기 피팅/평가는 계약된 벤더로부터 보청기를 구입한 후 12개월 후에 보장됨) **보청기** TruHearing Advanced 보청기의 경우, 하나당 자기부담금 $350, TruHearing Premium 보청기(12개월마다 2개의 보청기)의 경우 하나당 자기부담금은 $650입니다.	**정기 청력 검사** 자기부담금 $0(12개월마다 1회의 정기 청력 검사). **보청기 피팅/평가** 자기부담금 $0(보청기 피팅/평가는 계약된 벤더로부터 보청기를 구입한 후 12개월 후에 보장됨) **보청기** TruHearing Advanced 보청기의 경우, 하나당 자기부담금 $450, TruHearing Premium 보청기(12개월마다 2개의 보청기)의 경우 하나당 자기부담금은 $750입니다.

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 **가입자 부담액**	
	SCAN Classic 로스앤젤레스 카운티	**SCAN Classic 오렌지 카운티**
청력 서비스(정기/비 Medicare 보장)* (계속) *이 혜택은 최대 본인 부담액에 적용되지 않습니다.		
HIV 검사 HIV 검사를 요청하거나 HIV 감염 위험이 높은 사람에 대해 다음을 보장합니다. • 12개월마다 1회의 선별 검사 임산부의 경우 다음을 보장합니다. • 임신 기간에 3회까지 선별 검사	Medicare가 보장하는 예방적 HIV 검사의 자격을 갖춘 가입자에게는 공동보험액, 자기부담금 또는 공제액이 발생하지 않습니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**	Medicare가 보장하는 예방적 HIV 검사의 자격을 갖춘 가입자에게는 공동보험액, 자기부담금 또는 공제액이 발생하지 않습니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**
가정 배달 식사* SCAN Classic 가입자는 만성 질환 관리를 지원하기 위해 임시로 식사를 자택으로 배달 받을 수 있습니다. 가입자는 특정 기준을 충족해야 하며 다음에서 하나 이상의 질환을 가지고 있어야 합니다. 즉, 암, ESRD, 당뇨병, 심혈관계 질환, 울혈성 심부전, 치매, 신경계 질환 또는 가입자가 일정 기간 동안 집에 있어야 하는 질환 중 하나에 해당. 식사 서비스는 플랜 서비스 제공자 또는 SCAN Classic 사례 관리자가 요청해야 합니다. 식사 배달은 4주 기간으로 제한되며 매년 최대 84회 식사까지 보장됩니다. 자세한 내용은 가입자 서비스부로 문의해 주십시오. *이 혜택은 최대 본인 부담액에 적용되지 않습니다.	자기부담금 $0 **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**	자기부담금 $0 **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 **가입자 부담액**	
	SCAN Classic 로스앤젤레스 카운티	**SCAN Classic 오렌지 카운티**
가정 건강 관리 기관의 서비스 가정 의료 서비스를 받기 전에 담당 의사는 가입자에게 가정 의료 서비스가 필요하다는 것을 확인하고, 가정 건강 관리 기관이 제공하는 가정 의료 서비스를 지시할 것입니다. 가입자는 외출이 매우 어려운 상황이어야 합니다. 보장 항목에는 다음이 포함되며 이에만 국한되지 않습니다. • 파트 타임 또는 간헐적 전문 간호 및 가정 건강 보조원서비스 (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 의료용품	자기부담금 $0 공동보험액 납부금은 Medicare가 보장하며 가정 건강 서비스로서 주사기로 투약하는 외래환자 의약품 및 정맥 주입 의약품에 적용됩니다. 이 차트의 'Medicare 파트 B 처방약' 섹션을 참조해 주십시오. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**	자기부담금 $0 공동보험액 납부금은 Medicare가 보장하며 가정 건강 서비스로서 주사기로 투약하는 외래환자 의약품 및 정맥 주입 의약품에 적용됩니다. 이 차트의 'Medicare 파트 B 처방약' 섹션을 참조해 주십시오. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**
가정 주입 치료 가정 주입 치료는 가정에서 개인에게 약물 또는 생물학적 제제를 정맥 주입 또는 피하 주입하는 것을 말합니다. 가정 주입을 하기 위해 필요한 것에는 의약품(항생제, 면역 글로불린 등), 장비(펌프 등), 용품 (관, 카테터 등)이 포함됩니다. 보장 항목에는 다음이 포함되며 이에만 국한되지 않습니다. • 진료 계획에 따라 제공된 간호 서비스를 포함한 전문 서비스 • 내구성 의료 장비 혜택이 보장되지 않는 환자 훈련 및 교육 • 원격 모니터링 • 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** 자기부담금 $0 **내구성 의료 장비** 본 장의 '내구성 의료 장비(DME) 및 관련 용품' 섹션을 참조하십시오.	**방문당 가입자의 납부 내용은 다음과 같습니다.** **훈련과 교육, 모니터링 서비스를 포함한 가정 주입 치료 전문 서비스** 자기부담금 $0 **내구성 의료 장비** 본 장의 '내구성 의료 장비(DME) 및 관련 용품' 섹션을 참조하십시오.

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 **가입자 부담액**	
	SCAN Classic 로스앤젤레스 카운티	**SCAN Classic 오렌지 카운티**
가정 주입 치료(계속)	비용 분담 금액에 대한 장입니다. DME와 함께 사용하는 주입 약에 대한 비용 분담은 이 장의 'Medicare 파트 B 처방약' 섹션을 참조해 주십시오. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**	비용 분담 금액에 대한 장입니다. DME와 함께 사용하는 주입 약에 대한 비용 분담은 이 장의 'Medicare 파트 B 처방약' 섹션을 참조해 주십시오. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**
호스피스 간호 담당 의사와 호스피스 의사가 귀하의 질병이 말기이며 질병이 일반적으로 진행할 경우 또는 잔여 수명이 6개월 미만이라고 진단했을 경우, 호스피스 혜택을 받을 수 있습니다. 가입자는 Medicare 인증 호스피스 프로그램의 서비스를 받을 수 있습니다. 귀하의 플랜은 MA 조직이 소유, 관리 또는 재정적인 지분을 가진 지역을 포함하여 플랜의 서비스 지역에서 Medicare 인증 호스피스 프로그램을 찾도록 도와줄 의무가 있습니다. 호스피스 의사는 네트워크 서비스 제공자이거나 네트워크 외부 서비스 제공자일 수 있습니다. 보장되는 서비스에 포함되는 사항: • 증상을 통제하기 위한 약 및 진통제 • 단기 임시 간호 • 가정 건강 관리 호스피스에 입원한 경우 귀하는 플랜에 계속 가입할 권리를 가집니다. 귀하가 플랜에 계속 가입하기로 한 경우 귀하는 플랜 보험료를 계속 납부해야 합니다.	Medicare 인증 호스피스 프로그램에 가입한 경우, 말기 예후와 관련이 있는 호스피스 서비스와 파트 A 및 B 서비스는 SCAN Classic이 아니라 Original Medicare가 비용을 부담합니다.	Medicare 인증 호스피스 프로그램에 가입한 경우, 말기 예후와 관련이 있는 호스피스 서비스와 파트 A 및 B 서비스는 SCAN Classic이 아니라 Original Medicare가 비용을 부담합니다.

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 **가입자 부담액**	
	SCAN Classic **로스앤젤레스 카운티**	**SCAN Classic** **오렌지 카운티**
호스피스 간호(계속) 호스피스 서비스와 Medicare 파트 A나 B가 보장하고 말기 예후와 관련이 있는 서비스의 경우: 저희 플랜이 아닌 Original Medicare가 말기 예후와 관련된 호스피스 서비스와 파트 A 및 파트 B 서비스에 대해 호스피스 서비스 제공자에게 비용을 지불합니다. 호스피스 프로그램을 이용하는 동안, 호스피스 서비스 제공자는 Original Medicare가 비용을 부담하는 서비스 비용을 Original Medicare로 청구합니다. 귀하에게는 Original Medicare 비용 분담이 청구됩니다. Medicare 파트 A 또는 B가 보장하고 말기 예후와 관련이 없는 서비스의 경우: Medicare 파트 A 또는 B가 보장하며 말기 예후와 관련이 없는 비응급 또는 비긴급 서비스가 필요하신 경우, 이러한 서비스에 대한 가입자의 비용은 플랜의 네트워크 내 서비스 제공자를 이용하고 플랜 규칙을 따르는지에 따라(사전 허가를 받기 위한 요건이 있는 경우) 결정됩니다. • 보장 서비스를 네트워크 서비스 제공자로부터 받고 서비스를 받기 위해 플랜 규칙을 따르는 경우, 가입자는 네트워크 내 서비스에 대해 플랜 비용 분담액만 지불합니다. • 보장 서비스를 네트워크 외부 서비스 제공자로부터 받는 경우, 가입자는 수가제수가제 Medicare(Original Medicare)에 따른 비용 분담액만 지불합니다.		

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 **가입자 부담액**	
	SCAN Classic 로스앤젤레스 카운티	**SCAN Classic** 오렌지 카운티
호스피스 서비스(계속) SCAN Classic이 보장하지만 Medicare 파트 A 또는 B가 보장하지 않는 서비스: SCAN Classic은 가입자의 말기 예후와의 관련 여부에 상관 없이 파트 A 또는 B로 보장되지 않는플랜 보장 서비스를 계속 보장합니다. 가입자는 이러한 서비스에 대해 플랜 비용 분담액만 지불합니다. 플랜의 파트 D 혜택으로 보장될 수 있는 약에 대해: 이러한 의약품이 말기 호스피스 질환과 관련이 없는 경우 가입자는 비용 분담액을 지불합니다. 말기 호스피스 질환과 관련이 있는 경우, 귀하는 Original Medicare 비용 분담액을 지불합니다. 의약품은 호스피스와 당사의 플랜 모두가 동시에 보장하지는 않습니다. 자세한 내용은 5장, 섹션 9.4*(Medicare 인증 호스피스에 입원한 경우)*를 참고하십시오. **참고:** 호스피스 이외의 서비스가 필요하신 경우(말기 예후와 관련이 없는 서비스), 저희에게 연락하여 서비스를 받으셔야 합니다.		

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 **가입자 부담액**	
	SCAN Classic 로스앤젤레스 카운티	**SCAN Classic 오렌지 카운티**
예방접종 보장되는 Medicare 파트 B 서비스. • 폐렴 백신 • 독감/인플루엔자 예방 주사(또는 백신), 가을과 겨울의 독감/인플루엔자 계절에 각각 1회, 의학적으로 필요한 경우 추가 독감/인플루엔자 예방 주사(또는 백신) • B형 간염에 걸릴 위험이 중간 이상일 경우 B형 간염 백신 • COVID-19 백신 • 가입자의 감염 위험이 높으며 Medicare 파트 B 보장 규칙에 부합하는 기타 백신 저희는 파트 D 처방약 혜택에 따른 대부분의 다른 성인용 백신도 보장합니다. 자세한 내용은 6장, 섹션 8을 참고하십시오.	폐렴, 독감/인플루엔자, B형 간염 및 COVID-19 백신에는 공동보험액, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**	폐렴, 독감/인플루엔자, B형 간염 및 COVID-19 백신에는 공동보험액, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**
Included LGBTQ+ Health* Included LGBTQ+ Health는 LGBTQ+ 커뮤니티의 고유한 요구를 충족시키기 위해 신뢰할 수 있는 지침과 옹호를 제공합니다. 컨시어지 관리 코디네이터는 확인(affirming) 진료, 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.	자기부담금 $0	자기부담금 $0

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 **가입자 부담액**	
	SCAN Classic 로스앤젤레스 카운티	**SCAN Classic** 오렌지 카운티
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. 보장 항목에는 다음이 포함되며 이에 국한되지 않습니다. • 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 외과 및 의료 용품 • 휠체어와 같은 기기 사용 • 수술실 및 회복실 비용 • 물리 치료, 작업 치료, 언어 치료 • 입원환자 약물 사용 장애 서비스(이 차트 뒷부분의 '입원환자 정신 건강 관리'도 참조)	**각각의 입원환자 병원 입원(입원에서 퇴원까지)의 경우, 가입자는 다음을 부담합니다.** 자기부담금 $0 입원환자 혜택은 입원 날짜를 기준으로 합니다. 2025년에 병원에 입원하여 2026년까지 퇴원하지 않을 경우, 가입자가 병원에서 퇴원하거나 전문 간호 시설로 이전할 때까지 2025년 자기부담금이 적용됩니다. 응급 상태가 안정된 후 네트워크 외부 병원에서의 입원환자 진료를 승인 받을 경우, 가입자는 네트워크 병원에 지불하는 비용 분담액을 지불하게 됩니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**	**각각의 입원환자 병원 입원(입원에서 퇴원까지)의 경우, 가입자는 다음을 부담합니다.** 자기부담금 $0 입원환자 혜택은 입원 날짜를 기준으로 합니다. 2025년에 병원에 입원하여 2026년까지 퇴원하지 않을 경우, 가입자가 병원에서 퇴원하거나 전문 간호 시설로 이전할 때까지 2025년 자기부담금이 적용됩니다. 응급 상태가 안정된 후 네트워크 외부 병원에서의 입원환자 진료를 승인 받을 경우, 가입자는 네트워크 병원에 지불하는 비용 분담액을 지불하게 됩니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 **가입자 부담액**	
	SCAN Classic 로스앤젤레스 카운티	**SCAN Classic** 오렌지 카운티
입원환자 병원 진료(계속) • 특정 상황에서 다음 종류의 이식 수술이 보장됨: 각막, 신장, 신장/췌장, 심장, 간, 폐, 심장/폐, 골수, 줄기세포, 내장/복합 장기. 이식이 필요한 경우, 귀하의 사례를 Medicare에서 승인한 이식 센터에서 검토하여 이식 필요성을 결정하도록 할 것입니다. 이식 서비스 제공자는 서비스 지역 내부 또는 외부에 있을 수 있습니다. 저희 플랜의 네트워크 소속 이식 서비스가 커뮤니티 의료 제공 방식과 다른 경우, 현지 이식 서비스 제공자가 Original Medicare 요율을 수락한다면 현지 서비스를 이용할 수 있습니다. SCAN Classic이 귀하 커뮤니티 이식 시술에 대해 진료 패턴 외부의 장소에서 이식 서비스를 제공하고, 귀하가 이 원거리 장소에서 이식 수술을 받기로 선택하실 경우, 귀하와 동행인을 위해 적절한 숙박과 교통편을 제공해드리거나 아니면 비용을 지급해드릴 것입니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.** 이식을 위한 이동 비용 보장에 대한 플랜 정책의 자세한 정보는 가입자 서비스부에 문의해 주십시오. • 혈액 - 보관 및 관리 포함. 전혈 및 적혈구 팩(기타 혈액 성분 포함)에 대한 보장은 필요한 첫 번째 혈액 파인트부터 시작됩니다. • 의사 서비스 **참고:** 입원환자가 되려면 귀하의 담당 서비스 제공자가 입원환자로 정식으로 입원하라는 지시서를 작성해야 합니다. 병원에 실제 입원한 경우에도 외래환자로 간주될 수 있습니다. 본인이 입원환자인지 외래환자인지 확실하지 않다면 병원 직원에게 문의해야 합니다.		

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 **가입자 부담액**	
	SCAN Classic 로스앤젤레스 카운티	**SCAN Classic** 오렌지 카운티
입원환자 병원 진료(계속) 또한 보다 자세한 정보를 *입원환자인지 외래환자인지 확인하세요 - Medicare에 가입되어 있다면 물어보세요! (Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare - Ask!)* 본 자료표는 웹사이트 https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf에서 볼 수 있으며 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 확인할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오. 이 번호로 주 7일, 하루 24시간 무료로 통화하실 수 있습니다.		
정신병원의 입원환자 서비스 보장 서비스에는 입원이 필요한 정신 건강 관리 서비스가 포함됩니다. 혜택 기간마다 90일까지 보장됩니다. 혜택 기간은 가입자가 병원이나 전문 간호 시설을 이용하는 날부터 시작됩니다. 혜택 기간은 입원 서비스(또는 SNF에서 받은 서비스)를 60일 연속으로 받지 않은 경우 종료됩니다. 혜택 기간이 종료된 후 병원이나 전문 간호 시설을 이용할 경우, 새로운 혜택 기간이 시작됩니다. 혜택 기간의 횟수에는 제한이 없습니다.	**입원환자 정신건강 입원의 경우, 가입자는 혜택 기간마다 다음을 부담합니다.** 제1일-제90일 동안 하루당 자기부담금 $0. 입원환자 혜택은 입원 날짜를 기준으로 합니다. 2025년에 입원환자 정신 건강 시설에 입원하여 2026년까지 퇴원하지 않을 경우, 가입자가 급성 병원, 전문 간호 시설 또는 입원환자 정신 건강 시설에서	**입원환자 정신건강 입원의 경우, 가입자는 혜택 기간마다 다음을 부담합니다.** 제1일-제90일 동안 하루당 자기부담금 $0. 입원환자 혜택은 입원 날짜를 기준으로 합니다. 2025년에 입원환자 정신 건강 시설에 입원하여 2026년까지 퇴원하지 않을 경우, 가입자가 급성 병원, 전문 간호 시설 또는 입원환자 정신 건강 시설에서

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 **가입자 부담액**	
	SCAN Classic 로스앤젤레스 카운티	**SCAN Classic 오렌지 카운티**
정신병원의 입원환자 서비스(계속) 독립적인 정신병원에서의 입원환자 서비스는 평생 190일로 제한되어 있습니다. 190일의 한도는 종합 병원의 정신과 병동에서 제공된 정신 건강 서비스에는 적용되지 않습니다.	연속으로 60일 동안 입원환자 진료를 받지 않을 때까지 2025년 자기부담금이 적용됩니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**	연속으로 60일 동안 입원환자 진료를 받지 않을 때까지 2025년 자기부담금이 적용됩니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**
입원환자 입원: 보장되지 않는 입원 기간 동안 병원 또는 SNF에서 받는 보장 서비스 입원환자 혜택을 소진하였거나 입원이 적절하지 않거나 필요하지 않은 경우, 플랜은 입원을 보장하지 않습니다. 하지만 저희 플랜은 경우에 따라 가입자가 병원이나 전문 간호 시설(SNF)에 입원해 있는 동안 받는 특정 서비스에 대해 보장합니다. 보장 항목에는 다음이 포함되며 이에만 국한되지 않습니다. • 의사 서비스 • 진단 검사(예: 검사실 검사) • 기술 자료와 서비스를 포함한 엑스레이, 라듐 및 동위 원소 요법 • 외과적 드레싱 • 골절 및 탈구를 줄이기 위해 사용하는 부목, 석고붕대 및 기타 장치 • 내장 기관(연속 조직 포함)의 전체 또는 일부, 영구적으로 기능을 상실하거나 기능 부전인 내장 기관의 전체 또는 일부 기능을 대체하는 보철 및 보조 장치(치과 제외), 그러한 장치의 교체 또는 수리 포함	가입자는 이러한 서비스가 외래환자에게 제공된 것처럼 비용 분담액을 지불합니다. 이 차트의 해당 혜택 섹션을 참조해 주십시오. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**	가입자는 이러한 서비스가 외래환자에게 제공된 것처럼 비용 분담액을 지불합니다. 이 차트의 해당 혜택 섹션을 참조해 주십시오. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 **가입자 부담액**	
	SCAN Classic 로스앤젤레스 카운티	**SCAN Classic** 오렌지 카운티
입원환자 입원: 보장되지 않는 입원 기간 동안 병원 또는 SNF에서 받는 보장 서비스(계속) • 골절, 마모, 유실 또는 환자의 신체 상태 변화로 인해 필요한 조절, 수리 및 교체를 포함하여 다리, 팔, 등, 목의 보철, 탈장대 및 의족, 의수, 의안 • 물리치료, 언어치료 및 작업 치료		
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.	자기부담금 $0	자기부담금 $0
의학적 영양 치료법 이 혜택은 당뇨병, 신장병(투석은 제외) 환자에게 또는 의사가 진료 추천할 경우 신장 이식을 받은 후에 적용됩니다. 저희 플랜은 Medicare(저희 플랜, 기타 Medicare Advantage 플랜 또는 Original Medicare 포함)에 따라 의학적 영양 요법 서비스를 받은 첫 해에 3시간의 일대일 상담 서비스를 보장하며그 후부터는 매년 2시간의 상담 서비스를 보장합니다. 귀하의 상태, 치료 또는 진단이 바뀔 경우, 의사의 진료 의뢰를 받아 치료 시간을 늘릴 수 있습니다. 의사는 이러한 서비스를 처방하고 가입자의 치료가 다음 역년으로 이어질 경우, 매년 진료 의뢰를 갱신해야 합니다.	Medicare 보장 의학적 영양 치료법 서비스의 자격을 갖춘 가입자에게는 공동보험액, 자기부담금 또는 공제액이 발생하지 않습니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**	Medicare 보장 의학적 영양 치료법 서비스의 자격을 갖춘 가입자에게는 공동보험액, 자기부담금 또는 공제액이 발생하지 않습니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 **가입자 부담액**	
	SCAN Classic 로스앤젤레스 카운티	**SCAN Classic 오렌지 카운티**
Medicare 당뇨병 예방 프로그램(MDPP) MDPP 서비스는 모든 Medicare 건강 플랜에 따라 자격이 있는 Medicare 수혜자에게 보장됩니다. MDPP는 장기간의 식이 변화, 신체 활동 증가, 지속적인 체중 감량과 건강한 생활 방식을 막는 난관 극복을 위한 문제 해결 전략을 위해 실질적인 훈련을 제공하는 체계적인 건강 행동 변화 중재 프로그램입니다.	MDPP 혜택에는 공동보험액, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**	MDPP 혜택에는 공동보험액, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**
Medicare 파트 B 처방약 이러한 약은 Original Medicare의 파트 B로 보장됩니다. 저희 플랜 가입자는 플랜을 통해서 이러한 약에 대한 보장을 받습니다. 보장되는 약에 포함되는 사항: • 환자가 직접 투약할 수 없으며 의사, 병원 외래환자, 외래 수술 센터 서비스를 받는 동안 주사하거나 주입하는 약 • 내구성 의료 장비(예: 의학적으로 필요한 인슐린 펌프)를 통해 제공되는 인슐린 • 플랜에서 승인한 내구성 의료 장비(예: 분무기)를 사용하여 투약하는 기타 의약품 • 알츠하이머 치료제인 Leqembi®(복제명 lecanemab)는 정맥 주사로 투여됩니다. 약물 비용 외에도 총 비용에 추가될 수 있는 치료 전 및/또는 치료 중에 추가 스캔 및 검사가 필요할 수 있습니다. 치료의 일부로 필요할 수 있는 스캔 및 검사에 대해 의사와 상담하십시오. • 혈우병 환자인 경우, 주사로 직접 주입하는 응혈 인자	가입자는 파트 B 화학요법 및 기타 파트 B 약에 대해 Medicare 승인 금액의 최대 20% 또는 $0을 지불합니다. 가입자는 의학적으로 필요한 인슐린 펌프와 같은 내구성 의료 장비를 통해 제공되는 파트 B 인슐린 1개월분에 $35 이하를 납부합니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**	가입자는 파트 B 화학요법 및 기타 파트 B 약에 대해 Medicare 승인 금액의 최대 20% 또는 $0을 지불합니다. 가입자는 의학적으로 필요한 인슐린 펌프와 같은 내구성 의료 장비를 통해 제공되는 파트 B 인슐린 1개월분에 $35 이하를 납부합니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 가입자 부담액	
	SCAN Classic 로스앤젤레스 카운티	**SCAN Classic 오렌지 카운티**
Medicare 파트 B 처방약(계속) • 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. Medicare 약 보장 (파트 D)은 파트 B에서 보장하지 않는 경우 면역억제제를 보장한다는 점을 명심하십시오. • 외출이 어려우며, 의사가 폐경기 골다공증과 관련이 있다고 인정한 골절이 있으며, 약을 직접 투약할 수 없는 경우 주사기로 주입하는 골다공증약 • 일부 항원: Medicare는 의사가 항원을 준비하고 적절한 교육을 받은 사람(귀하, 환자일 수 있음)이 적절한 감독 하에 항원을 제공하는 경우 항원을 보장합니다 • 특정 구강암 예방약: Medicare는 동일한 약을 주사 형태로 사용할 수 있거나 약이 주사 가능한 약의 전구 약물(섭취 시 주사 가능한 약에서 발견되는 것과 동일한 활성 성분으로 분해되는 약물의 경구 형태)인 경우 경구 복용하는 일부 구강암 약을 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 화학요법의 일환으로 사용하는 경구용 구역질 예방제를 화학요법 48시간 전, 48시간 시점 또는 48시간 이내에 투여하거나 정맥 내 구역질 예방제의 완전한 치료 대체품으로 사용하는 경우 보장합니다.		

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 가입자 부담액	
	SCAN Classic 로스앤젤레스 카운티	**SCAN Classic 오렌지 카운티**
Medicare 파트 B 처방약(계속) • 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 Sensipar®를 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 말기 신장 질환(ESRD)이 있는 경우 또는 특정 기타 질환(예: Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® 또는 Darbepoetin Alfa)과 관련된 빈혈을 치료하기 위해 이 약이 필요한 경우 주사제로 에리스로포이에틴을 보장합니다. • 일차면역결핍증의 가정 치료를 위한 정맥주입 면역 글로불린 • 비경구 및 경장 영양(정맥 및 튜브 공급) 저희는 파트 B, 파트 D 처방약 혜택에 따른 대부분의 성인 백신도 보장합니다. 5장에서는 처방약 보장을 받기 위해 지켜야 하는 규칙을 포함하여 파트 D 처방약 혜택에 관해 설명합니다. 저희 플랜을 통한 파트 D 처방약에 대한 가입자 부담액은 6장에 설명되어 있습니다.		

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 가입자 부담액	
	SCAN Classic 로스앤젤레스 카운티	**SCAN Classic 오렌지 카운티**
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 상담 라인은 전화로 또는 가입자의 컴퓨터나 스마트폰에서 보안 비디오 기능을 사용하여 액세스할 수 있습니다. 간호사 조언 라인을 이용하려면 1-855-431-5537번으로 전화하거나 included.scanhealthplan.com 으로 이동하십시오. *이 혜택은 최대 본인 부담액에 적용되지 않습니다.	자기부담금 $0	자기부담금 $0
체중 감량을 촉진하기 위한 비만 검사 및 치료 체질량 지수가 30 이상일 경우, 체중 감소를 돕기 위해 집중적인 상담을 보장합니다. 이 상담은 일차 진료 시설에서 할 경우 보장되며 종합적인 예방 계획과 통합될 수 있습니다. 자세한 내용은 주치의 또는 개업의에게 문의해 주십시오.	예방적 비만 검사 및 치료에는 공동보험액, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**	예방적 비만 검사 및 치료에는 공동보험액, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 **가입자 부담액**	
	SCAN Classic 로스앤젤레스 카운티	**SCAN Classic 오렌지 카운티**
오피오이드 치료 프로그램 서비스 오피오이드 사용 장애(OUD)를 가진 플랜 가입자는 다음 서비스를 포함하는 오피오이드 치료 프로그램(OTP)을 통해 OUD를 치료하기 위한 서비스 보장을 받을 수 있습니다. • 미국 식품의약국(FDA)이 승인한 오피오이드 작용제 및 길항제 약물 보조 치료(MAT) 의약품. • MAT 약 조제 및 투여(해당되는 경우) • 약물 남용 장애 상담 • 개별 및 그룹 치료 • 독성학 검사 • 섭취 활동 • 주기적 평가	방문당 자기부담금 $10. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**	방문당 자기부담금 $10. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**
외래환자 진단 검사 및 진료 서비스와 의료용품 보장 항목에는 다음이 포함되며 이에만 국한되지 않습니다. • 엑스레이 • 기술자의 재료 및 용품을 포함한 방사선(라듐 및 동위원소) 요법 • 드레싱과 같은 외과용 의료용품 • 골절 및 탈구를 줄이기 위해 사용하는 부목, 석고붕대 및 기타 장치 • 검사실 검사 • 혈액 - 보관 및 관리 포함. 전혈 및 적혈구 팩(기타 혈액 성분 포함)에 대한 보장은 필요한 첫 번째 혈액 파인트부터 시작됩니다. • 기타 외래환자 진단 검사	**방문당 가입자의 납부 내용은 다음과 같습니다.** **표준 엑스레이** 자기부담금 $0 **표준 검사실 서비스** 자기부담금 $0 **표준 진단 시술 및 검사** 자기부담금 $0 비방사선 진단 서비스의 예에는 EKG, 폐기능 검사, 수면 조사 및 트레드밀 스트레스 검사 등이 포함되며 이에 국한되지 않습니다.	**방문당 가입자의 납부 내용은 다음과 같습니다.** **표준 엑스레이** 자기부담금 $0 **표준 검사실 서비스** 자기부담금 $0 **표준 진단 시술 및 검사** 자기부담금 $0 비방사선 진단 서비스의 예에는 EKG, 폐기능 검사, 수면 조사 및 트레드밀 스트레스 검사 등이 포함되며 이에 국한되지 않습니다.

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 **가입자 부담액**	
	SCAN Classic 로스앤젤레스 카운티	**SCAN Classic** 오렌지 카운티
외래환자 진단 검사 및 진료 서비스와 의료용품(계속) 외래환자가 받은 서비스에 대한 추가적인 비용 분담액을 가입자가 부담해야 할 수 있으며 여기에는 파트 B 의약품 및 방사선 검사가 포함되며 이에 국한되지 않습니다. 이 차트의 'Medicare 파트 B 처방약' 섹션을 참조해 주십시오.	**혈액 서비스** 자기부담금 $0 **의료 용품** 자기부담금 $0 **치료용 방사선 시술**(방사선 치료, 감마 나이프 및 사이버 나이프 시술 등) 자기부담금 $50 **진단용 방사선 시술**(CT, SPECT, MRI, MRA, 척수조영상, 방광조영술, 초음파 및 진단 핵영상스캔 등의 전문 영상 촬영) 자기부담금 $0 **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**	**혈액 서비스** 자기부담금 $0 **의료 용품** 자기부담금 $0 **치료용 방사선 시술**(방사선 치료, 감마 나이프 및 사이버 나이프 시술 등) 자기부담금 $50 **진단용 방사선 시술**(CT, SPECT, MRI, MRA, 척수조영상, 방광조영술, 초음파 및 진단 핵영상스캔 등의 전문 영상 촬영) 자기부담금 $0 **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**
외래환자 병원 관찰 관찰 서비스는 가입자가 입원환자로 입원해야 하거나 퇴원할 수 있는지 결정하기 위해 제공되는 병원 외래환자 서비스입니다. 외래환자 병원 관찰 서비스가 보장을 받으려면 Medicare 기준에 부합하고 적절하며 필요해야 합니다. 관찰 서비스는 의사의 지시로 제공되거나, 다른 주 인가법과 병원 직원 정관이 환자의 병원 입원을 허락하거나 외래환자 검사를 지시하여 제공될 경우에만 보장됩니다. **참고:** 서비스 제공자가 가입자에게 입원환자로 병원에 입원하도록 서면으로 지시한 경우가 아니라면 외래환자이며 외래환자 병원 서비스에 대한 비용 분담액을 지불합니다. 병원에 실제 입원한 경우에도 외래환자로 간주될 수 있습니다. 본인이 외래환자인지 확실치 않다면 병원 직원에게 문의해야 합니다.	관찰 서비스에 대한 추가적인 자기부담금은 없습니다. 하지만 관찰 서비스를 위한 입원을 하기 전에 이러한 시설을 방문한 경우, 응급 진료 또는 외래환자 병원 시설 자기부담금을 가입자가 부담합니다. 이 차트의 '응급 진료' 또는 '병원 외래환자 시설 및 외래 수술 센터에서 제공된 서비스를 포함한 외래환자 수술' 섹션을 참조해 주십시오.	관찰 서비스에 대한 추가적인 자기부담금은 없습니다. 하지만 관찰 서비스를 위한 입원을 하기 전에 이러한 시설을 방문한 경우, 응급 진료 또는 외래환자 병원 시설 자기부담금을 가입자가 부담합니다. 이 차트의 '응급 진료' 또는 '병원 외래환자 시설 및 외래 수술 센터에서 제공된 서비스를 포함한 외래환자 수술' 섹션을 참조해 주십시오.

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 **가입자 부담액**	
	SCAN Classic 로스앤젤레스 카운티	**SCAN Classic** 오렌지 카운티
외래환자 병원 관찰(계속) 또한 보다 자세한 정보를 *입원환자인지 외래환자인지 확인하세요 - Medicare에 가입되어 있다면 물어보세요! (Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare - Ask!)* 본 자료표는 웹사이트 https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf 에서 볼 수 있으며 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 확인할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오. 이 번호로 주 7일, 하루 24시간 무료로 통화하실 수 있습니다.		
외래환자 병원 서비스 저희는 외래환자 병원 부서에서 질병이나 부상의 진단이나 치료를 위해 이용한 의학적으로 필요한 서비스를 보장합니다. 보장 항목에는 다음이 포함되며 이에만 국한되지 않습니다. • 관찰 서비스 또는 외래환자 수술과 같은 응급 부서나 외래환자 클리닉에서의 서비스	**응급 서비스** 이 차트의 '응급 진료' 섹션을 참조하십시오. **관찰 서비스** 이 장의 '응급 진료' 또는 '병원 외래환자 시설 및 응급 수술 센터에서 제공되는 서비스 등 외래 환자 수술' 절을 참조하십시오. **외래환자 수술** 이 차트의 '병원 외래환자 시설 및 응급 수술 센터에서 제공되는 서비스 등 외래 환자 수술' 섹션을 참조하십시오.	**응급 서비스** 이 차트의 '응급 진료' 섹션을 참조하십시오. **관찰 서비스** 이 장의 '응급 진료' 또는 '병원 외래환자 시설 및 응급 수술 센터에서 제공되는 서비스 등 외래 환자 수술' 절을 참조하십시오. **외래환자 수술** 이 차트의 '병원 외래환자 시설 및 응급 수술 센터에서 제공되는 서비스 등 외래 환자 수술' 섹션을 참조하십시오.

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 가입자 부담액	
	SCAN Classic 로스앤젤레스 카운티	**SCAN Classic 오렌지 카운티**
외래환자 병원 서비스(계속) • 병원이 청구한 검사실 검사 및 진단 검사 • 병원이 비용을 청구한 엑스레이 및 기타 방사선 서비스 • 부목과 석고붕대와 같은 의료 용품	**실험실 및 진단 검사, 엑스레이, 방사선 서비스 및 의료 용품** 본 차트의 '외래환자 진단 검사, 치료 서비스 및 용품' 섹션을 참고하십시오.	**실험실 및 진단 검사, 엑스레이, 방사선 서비스 및 의료 용품** 본 차트의 '외래환자 진단 검사, 치료 서비스 및 용품' 섹션을 참고하십시오.
• 의사가 입원환자 치료가 필요하다고 증명한 경우, 부분적 입원 프로그램에서의 치료를 포함한 정신 건강 관리	**정신 건강 관리 및 부분 입원** 이 차트의 '외래환자 정신 건강 관리' 및 '부분 입원 서비스' 섹션을 참조하십시오.	**정신 건강 관리 및 부분 입원** 이 차트의 '외래환자 정신 건강 관리' 및 '부분 입원 서비스' 섹션을 참조하십시오.
• 의사가 입원환자 치료가 필요하다고 증명할 경우, 부분적 입원 프로그램에서의 치료를 포함한 약물 의존성 치료	**화학물질 의존성 치료** 이 차트의 '외래환자 약물 사용 장애 서비스' 섹션을 참조해 주십시오.	**화학물질 의존성 치료** 이 차트의 '외래환자 약물 사용 장애 서비스' 섹션을 참조해 주십시오.
• 가입자가 직접 사용할 수 없는 특정 의약품 및 생물학적 제제 **참고:** 서비스 제공자가 가입자에게 입원환자로 병원에 입원하도록 서면으로 지시한 경우가 아니라면 외래환자이며 외래환자 병원 서비스에 대한 비용 분담액을 지불합니다. 병원에 실제 입원한 경우에도 외래환자로 간주될 수 있습니다. 본인이 외래환자인지 확실치 않다면 병원 직원에게 문의해야 합니다.	**가입자가 직접 사용할 수 없는 의약품 및 생물학적 제제** 이 차트의 'Medicare 파트 B 처방약' 섹션을 참조해 주십시오. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**	**가입자가 직접 사용할 수 없는 의약품 및 생물학적 제제** 이 차트의 'Medicare 파트 B 처방약' 섹션을 참조해 주십시오. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 **가입자 부담액**	
	SCAN Classic 로스앤젤레스 카운티	**SCAN Classic** 오렌지 카운티
외래환자 병원 서비스(계속) 또한 보다 자세한 정보를 *입원환자인지 외래환자인지 확인하세요 - Medicare에 가입되어 있다면 물어보세요! (Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare - Ask!)* 본 자료표는 웹사이트 https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf 에서 볼 수 있으며 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하여 확인할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오. 이 번호로 주 7일, 하루 24시간 무료로 통화하실 수 있습니다. 비용 분담은 Medicare가 보장하며 주사기로 투약하는 의약품 및 외래환자 시설에서 투약한 정맥 주입 의약품에 적용됩니다. 이 차트의 'Medicare 파트 B 처방약' 섹션을 참조해 주십시오.		
외래환자 정신 건강 관리 보장되는 서비스에 포함되는 사항: 주에서 인가한 정신과 의사나 의사, 임상 심리의사, 임상 사회복지사, 임상 전문 간호사, 면허가 있는 전문 상담사(LPC), 면허가 있는 결혼 및 가족 치료사(LMFT), 개업 간호사(NP), 의사 보조 인력(PA) 또는 해당 주 법률에 따라 허용되는 기타 Medicare 인증 정신 건강 관리 전문가가 제공하는 정신 건강 서비스.	**정신과 방문** 단체 또는 개별적인 각 치료 방문에 대해 자기부담금 $0. **비정신과 방문** 단체 또는 개별적인 각 치료 방문에 대해 자기부담금 $0. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**	**정신과 방문** 단체 또는 개별적인 각 치료 방문에 대해 자기부담금 $0. **비정신과 방문** 단체 또는 개별적인 각 치료 방문에 대해 자기부담금 $0. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**
외래환자 재활 서비스 보장되는 서비스에 포함되는 사항: 물리 치료, 작업 치료, 언어 치료. 외래환자 재활 서비스는 병원 외래환자 부서, 독립적인 치료사 진료소, 종합 외래환자 재활 시설(CORF) 등과 같은 다양한 외래환자 시설에서 제공됩니다.	**작업 치료** 각각의 진료실 또는 클리닉 방문에 대해 자기부담금 $0. **물리 치료 및/또는 언어 치료** 각각의 진료실 또는 클리닉 방문에 대해 자기부담금 $0. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**	**작업 치료** 각각의 진료실 또는 클리닉 방문에 대해 자기부담금 $0. **물리 치료 및/또는 언어 치료** 각각의 진료실 또는 클리닉 방문에 대해 자기부담금 $0. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 **가입자 부담액**	
	SCAN Classic 로스앤젤레스 카운티	**SCAN Classic 오렌지 카운티**
외래환자 약물 사용 장애 서비스 외래환자 시설에서 화학물질 의존성을 치료하기 위한 서비스는 보장됩니다(단체 또는 개별 치료).	단체 또는 개별적인 각 치료 방문에 대해 자기부담금 $10. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**	단체 또는 개별적인 각 치료 방문에 대해 자기부담금 $10. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**
병원 외래환자 시설 및 외래 수술 센터에서 제공하는 서비스를 포함한 외래환자 수술 외래 수술 센터 또는 외래환자 병원 시설에서 제공된 외래환자 서비스는 보장이 됩니다. **참고:** 병원 시설에서 수술을 받을 경우, 자신이 입원환자인지, 외래환자가 될지를 서비스 제공자에게 확인해야 합니다. 서비스 제공자가 가입자에게 입원환자로 병원에 입원하도록 서면으로 지시한 경우가 아니라면 외래환자이며 외래환자 수술에 대한 비용 분담액을 지불합니다. 병원에 실제 입원한 경우에도 외래환자로 간주될 수 있습니다. 외래환자 병원에서 제공된 서비스에 대한 추가적인 비용 분담액을 가입자가 부담해야 할 수 있으며 여기에는 파트 B 의약품 및 방사선 검사가 포함되며 이에 국한되지 않습니다. 이 차트의 해당 혜택 섹션을 참조해 주십시오. 외래환자 병원에서 치료한 후 모니터링이나 회복 기간이 필요한 경우, '관찰 서비스' 대상이 될 수 있습니다. 이로 인해 필요한 경우 몇 시간 또는 하루 밤 동안 해당 시설에서 지내야 할 수 있습니다. 이 경우, 관찰 서비스를 받는 동안 가입자는 외래환자 병원 자기부담금을 부담합니다.	자기부담금 $0 **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**	자기부담금 $0 **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 **가입자 부담액**	
	SCAN Classic 로스앤젤레스 카운티	**SCAN Classic 오렌지 카운티**
비처방(OTC) 품목* CVS 소매점을 통해 구입할 수 있는 적격한 비처방 건강 제품에 대해 보장을 받습니다. Aspirin, 비타민, 기침 및 감기약, 기타 해당 품목과 같은 비처방약을 주문할 때 이 혜택을 이용할 수 있습니다. 보조금으로 자동 충전되는 선불형 직불 카드를 받게 됩니다. 자세한 내용은 1-844-428-8135번으로 전화해 주십시오. 이 혜택은 매 분기 즉, 1월, 4월, 7월, 10월의 첫날에 효력이 개시됩니다. 효력이 발생합니다. 사용하지 않은 잔액은 다음 분기로 이월됩니다. 사용하지 않은 잔액은 다음 역년으로 이월되지 않습니다. *이 혜택은 최대 본인 부담액에 적용되지 않습니다.	주문당 $0 분기당 최대 $150가 보장됩니다(3개월마다).	주문당 $0 분기당 최대 $125가 보장됩니다(3개월마다).
부분 입원 서비스 및 집중 외래환자 서비스 *부분적 입원*은 병원 외래환자 서비스로서 또는 지역사회 정신 건강 센터에서 제공되는 체계적이고 적극적인 정신과 치료 프로그램으로서 담당 의사, 치료사, 면허가 있는 결혼 및 가족 치료사(LMFT) 또는 면허가 있는 전문 상담사 사무실에서 받은 치료보다 더 집중적이며 입원을 대체하는 방식입니다.	각각의 부분 입원 방문에 대해 자기부담금 $10. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**	각각의 부분 입원 방문에 대해 자기부담금 $10. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 **가입자 부담액**	
	SCAN Classic 로스앤젤레스 카운티	**SCAN Classic** 오렌지 카운티
부분 입원 서비스 및 집중 외래환자 서비스(계속) *집중 외래환자 서비스*는 병원 외래환자 부서, 지역사회 정신 건강 센터, 연방 공인 보건소 또는 시골 보건소에서 제공되는 능동적 행동(정신적) 건강 치료의 구조화된 프로그램으로, 의사, 치료사, LMFT 또는 면허가 있는 전문 상담사 사무실에서 받는 치료보다 더 집중적이지만 부분 입원보다 덜 집중적입니다. 부분 입원에는 화학물질 의존성 치료도 포함됩니다.		
개인 응급 대응 시스템(PERS)* 특정 기준에 부합하는 가입자들이 이용할 수 있는 전자식 가정용 장치 또는 목 펜던트. **자세한 정보는 가입자 서비스부로 문의해 주십시오(전화번호는 본 문서의 뒤표지에 기재됨).** *이 혜택은 최대 본인 부담액에 적용되지 않습니다.	자기부담금 $0	자기부담금 $0
진료소 방문을 포함한 의사/개업의 서비스 보장되는 서비스에 포함되는 사항: • 의사의 진료실, 인증된 외래 수술 센터, 병원 외래환자 부서, 기타 장소에서 제공되는 의학적으로 필요한 진료 또는 수술 서비스 • 전문의와의 상담, 진단 및 치료 • 의학적 치료의 필요성을 확인하기 위해 담당 의사가 지시했으며 PCP가 실시한 기본 청력 및 밸런스 검사	**주치의 방문** 진료실 방문당 자기부담금 $0. **전문의 방문** 진료실 방문당 자기부담금 $0. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**	**주치의 방문** 진료실 방문당 자기부담금 $0. **전문의 방문** 진료실 방문당 자기부담금 $0. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 **가입자 부담액**	
	SCAN Classic **로스앤젤레스 카운티**	**SCAN Classic** **오렌지 카운티**

진료실 방문을 포함한 의사/전문의 서비스(계속)
• 병원 투석 센터 또는 중환자 병원 내 신장 투석 센터, 신장 투석 시설 또는 가입자의 집에서 가정 투석 가입자에 대해 매월 말기 신장 질환 관련 방문을 위한 원격 의료 서비스
• 가입자의 위치에 관계 없이 뇌졸중의 증상을 진단, 평가 또는 치료하기 위한 원격 의료 서비스
• 장소에 관계 없이 약물 사용 장애 또는 동종 정신 건강 장애가 있는 가입자를 위한 원격 의료 서비스
• 정신 건강 장애의 진단, 평가 및 치료를 위한 원격 의료 서비스.
  ○ 첫 번째 원격 의료 진료를 받기 6개월 전에 직접 방문
  ○ 이러한 원격 의료 서비스를 받는 동안 12개월마다 직접 방문
  ○ 특정 상황에서는 상기에 대해 예외를 적용할 수 있습니다.
• 시골 보건소 및 연방 공인 보건소에서 제공하는 정신 건강 방문을 위한 원격 의료 서비스
• <u>다음 경우에 대해</u> 5-10분 동안 서비스 제공자와 온라인으로 간단한 점검(예: 전화 또는 비디오 채팅을 통해):
  ○ 가입자가 재진 환자**이고,**
  ○ 간단한 점검이 지난 7일간 있었던 진료실 방문과 관련이 없는 사안에 대한 것**이고,**
  ○ 간단한 점검이 향후 24시간 이내 또는 더 일찍 예정된 진료실 방문을 야기하지 않는 경우		

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 **가입자 부담액**	
	SCAN Classic **로스앤젤레스 카운티**	**SCAN Classic** **오렌지 카운티**

진료실 방문을 포함한 의사/개업의 서비스(계속)
• <u>다음 경우에 대해</u> 가입자가 담당 의사에게 발송한 비디오 및/또는 이미지에 대한 평가 및 설명과 24시간 내 후속 조치:
  ◦ 가입자가 재진 환자**이고,**
  ◦ 평가가 지난 7일간 있었던 진료소 방문과 관련이 없는 사안에 대한 것**이며,**
  ◦ 설명이 향후 24시간 이내 또는 더 일찍 일어나야 할 진료소 방문을 야기하지 않는 경우
• 담당 의사가 전화, 인터넷 또는 전자 의무 기록을 이용하여 다른 의사와 함께 상담
• 수술 전 다른 네트워크 서비스 제공자의 이차 소견(이 장 뒷부분의 '이차 소견을 얻는 방법' 참조)
• 비정기적 치과 진료(보장 서비스는 턱이나 관련 구조의 수술, 턱이나 얼굴뼈의 골절 고정, 종양 질환의 방사선 치료를 위해 턱을 준비하기 위한 발치 또는 의사가 제공할 경우 보장되는 서비스 등으로 제한됨)
• 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.**		

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 가입자 부담액	
	SCAN Classic 로스앤젤레스 카운티	**SCAN Classic 오렌지 카운티**
진료실 방문을 포함한 의사/일반의 서비스(계속) 공동보험액 납부금은 Medicare가 보장하며 진료실에서 주사기로 투약하는 외래환자 의약품 및 정맥 주입 의약품에 적용됩니다. 이 차트의 'Medicare 파트 B 처방약' 섹션을 참조해 주십시오.		
발 관리 서비스 보장되는 서비스에 포함되는 사항: • 발의 부상 및 질병(망치족지 또는 발뒤꿈치 통증 증후군 등)에 대한 진단, 의학적 또는 외과적 치료 • 하반신에 특정 의학적 질환이 있는 가입자를 위한 정기 발 관리	해당 의료 그룹의 발 관리 전문의 방문에 대해 자기부담금 $0. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**	해당 의료 그룹의 발 관리 전문의 방문에 대해 자기부담금 $0. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**
전립선암 검사 50세 이상의 남성에 대해, 다음 서비스가 12개월마다 1회 보장됩니다. • 디지털 직장 검사 • 전립선 특이 항원(PSA) 검사	연례 PSA 검사 또는 디지털 직장 검사에는 공동보험액, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**	연례 PSA 검사 또는 디지털 직장 검사에는 공동보험액, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 **가입자 부담액**	
	SCAN Classic 로스앤젤레스 카운티	**SCAN Classic 오렌지 카운티**
보철 및 교정 기기 및 관련 의료용품 신체 부위나 기능을 전체 또는 일부 대체하는 장치(치과 제외). 여기에는 보철 및 교정 기기뿐 아니라 결장 조루술 치료와 직접 관련이 있는 결장 조루술용 백과 비품, 심장 박동기, 보철, 보철 신발, 인공 팔다리, 가슴 보형물(유방 절제술을 받은 후 외과용 브래지어 포함)의 사용에 대한 테스트, 피팅 또는 교육이 포함되지만 이에 국한되지 않습니다. 보철 기기와 관련된 용품, 보철 및 교정 기기의 수리 및/또는 교체가 포함됩니다. 또한 백내장 제거 또는 백내장 수술 후의 일부 보장도 포함합니다. 자세한 내용은 본 섹션 뒷부분에 있는 **안과 진료**를 참고하십시오. 외래환자 의료/치료 용품, 장치 및 기기에는 다음이 포함됩니다. 외과적 드레싱, 부목, 석고, 골절과 탈구를 줄이는 데 사용하는 다리와 팔, 허리, 목의 보조기 및 기타 장치. 보철 및 보조기구의 수리 및 교체는 파손, 마모 또는 가입자의 신체적 상태에 중대한 변화가 있을 경우 보장됩니다. 수리 및/또는 교체는 의학적으로 필요하며 Original Medicare가 보장하는 경우 실시합니다. 입원환자/외래환자 시설에서 설치한 보철 장치는 입원환자 병원/외래환자 수술 혜택에 따라 보장되며 추가적인 자기부담금이 적용되지 않습니다.	자기부담금 $0 **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**	자기부담금 $0 **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 **가입자 부담액**	
	SCAN Classic 로스앤젤레스 카운티	**SCAN Classic 오렌지 카운티**
폐 재활 서비스 폐 재활 종합 프로그램은 중증 이상의 만성 폐쇄성 폐질환(COPD)를 앓고 있으며 만성 폐 질환을 치료하는 의사가 폐 재활 진료 의뢰를 해준 가입자에 대해 보장이 됩니다.	폐 재활 방문당 자기부담금 $5. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**	폐 재활 방문당 자기부담금 $0. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**
임시 간호* 건강이 쇠약한 상태로 풀타임 무보수 간병인을 두고 계신 가입자는 SCAN 임시 간호 혜택을 이용할 수 있습니다. 적격 가입자인 경우, Scan에서는 일차 진료가 행해지는 가입자의 집에서 최대 40시간의 임시 간호가 제공될 수 있도록 합니다. 이 서비스는 4시간 단위로 이용해야 합니다. *이 혜택은 최대 본인 부담액에 적용되지 않습니다.	방문당 자기부담금 $0. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**	진료실 방문당 자기부담금 $0. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**
SCAN 집으로 퇴원하기* SCAN 집으로 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: 목욕, 옷 입기, 세탁, 침구 정리, 가벼운 집안 일, 간병인 지원 등과 같은 일상 생활에 도움이 되는 재택 간호 방문. • 전화 관리 조율: 필요에 따라 후속 진료 및 재택 지원 서비스를	진료실 방문당 자기부담금 $0. 최대 4시간의 재택 간호 방문이 보장됩니다(연간 총 60시간). **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**	진료실 방문당 자기부담금 $0. 최대 4시간의 재택 간호 방문이 보장됩니다(연간 총 60시간). **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 가입자 부담액	
	SCAN Classic 로스앤젤레스 카운티	**SCAN Classic 오렌지 카운티**
SCAN 퇴원하기(Returning to Home)*(계속) 예약하는 것을 지원 • 가정 배달 식사: 최대 4주 동안 가정 배달 식사(연간 최대 84회 식사) 이 혜택에 대한 허가를 받으려면 병원이나 전문 간호 시설에서 퇴원하고 7일 이내에 이 서비스를 요청해야 합니다. 이 혜택은 추가적인 서비스이며 Medicare에서 보장하는 다른 가정 건강 서비스를 대체하는 것이 아닙니다. *이 혜택은 최대 본인 부담액에 적용되지 않습니다.		
알코올 남용을 방지하기 위한 검사 및 상담 알코올을 남용하지만 알코올에 의존적이지 않은 Medicare 가입자(임신한 여성 포함)를 위해 1회 알코올 남용 검사를 보장합니다. 알코올 남용에 대해 양성일 경우, 연간 4회까지 주치의 또는 일반의가 일차 진료 시설에서 제공하는 간단한 일대일 상담(상담하는 동안 정신이 멀쩡하고 대화가 가능할 경우)을 받을 수 있습니다.	알코올 남용을 위한 예방 혜택으로서 Medicare 보장 검사 및 상담에 대해 공동보험액, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**	알코올 남용을 위한 예방 혜택으로서 Medicare 보장 검사 및 상담에 대해 공동보험액, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 가입자 부담액	
	SCAN Classic 로스앤젤레스 카운티	**SCAN Classic 오렌지 카운티**
저선량 컴퓨터 단층촬영(LDCT)을 이용한 폐암 검사 자격을 갖춘 개인에 대해서는 12개월마다 LDCT가 보장됩니다. **적격 가입자:** 폐암의 징후나 증상은 없지만 지난 20년 동안 담배를 피운 적이 있고 현재 담배를 피우거나 지난 15년 이내에 담배를 끊은 50세 이상 77세 이하의 개인으로서, 폐암 검사 상담과 Medicare 기준에 부합하고 의사나 의사가 아닌 적격 의료진이 참여하는 공동의 의사결정 방문 시에 LDCT를 받도록 지시받는 개인. *최초의 LDCT 검사 후에 하는 LDCT 폐암 검사의 경우:* 가입자는 LDCT 폐암 검진을 위한 지시를 받아야 하며, 이 검진은 의사 또는 의사가 아닌 적격 의료진이 참여하는 적절한 방문 중에 제공될 수 있습니다. 의사 또는 자격이 있는 비의사 개업의가 LDCT를 이용한 후속 폐암 검사에 대한 폐암 검사 상담 및 공동의 의사결정 방문을 제공하기로 결정한 경우, 그러한 방문에 대해 Medicare 기준을 충족해야 합니다.	Medicare가 보장하는 상담과 공동의 의사결정 방문 또는 LDCT에 대해서는 공동보험액, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**	Medicare가 보장하는 상담과 공동의 의사결정 방문 또는 LDCT에 대해서는 공동보험액, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**
성병(STI) 검사 및 성병 예방 상담 저희 플랜은 클라미디아, 임질, 매독, B형 간염 등을 선별하기 위한 STI 검사를 보장합니다. 이 검사는 일차 진료 제공자가 검사를 지시했을 경우 임산부와 성병 위험이 높은 사람에 대해 보장됩니다. 저희는 이러한 검사를 12개월마다 또는 임신 기간 중 특정 횟수를 보장합니다. 또한 매년 2회까지 성생활이 활발하고 성병 위험이 높은 성인을 대상으로 20~30분의 집중적인 일대일 행동 상담 세션을 보장해 드립니다. 이러한 상담 세션은 일차 진료 제공자가 제공하고 진료소와 같은 일차 진료 시설에서 제공될 경우 예방 서비스로서 보장됩니다.	Medicare 보장 성병 검사 및 성병 예방 상담 등에 공동보험액, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**	Medicare 보장 성병 검사 및 성병 예방 상담 등에 공동보험액, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 **가입자 부담액**	
	SCAN Classic 로스앤젤레스 카운티	**SCAN Classic 오렌지 카운티**
신장병 치료를 위한 서비스 보장되는 서비스에 포함되는 사항: • 신장 관리에 대해 교육하고 가입자들이 정보를 바탕으로 치료 결정을 내리도록 하기 위한 신장병 교육 서비스. 의사가 추천할 경우 4기 만성 신장병 환자는 평생 6회까지 신장병 교육 서비스 세션을 보장 받습니다. • 외래환자 투석 치료 (3장에서 설명한 바와 같이 일시적으로 서비스 지역을 벗어나거나 본 서비스의 서비스 제공자를 일시적으로 이용할 수 없는 경우에 투석 치료 포함) • 입원환자 투석 치료(특별 치료를 위해 입원환자로서 입원한 경우) • 자가 투석 교육(가입자 및 가정 투석 치료를 도와주는 사람에 대한 교육 포함) • 가정 투석 장비 및 용품 • 특정 가정 지원 서비스(예: 교육을 받은 투석 담당자가 가정 투석을 확인하고, 응급 상황을 지원하고, 투석 장비 및 물 공급을 확인하기 위해 가정을 방문) 투석을 위한 특정 약은 Medicare 파트 B 약 혜택으로 보장됩니다. 파트 B 약의 보장에 관한 정보는 아래 **Medicare 파트 B 처방약** 섹션에서 확인하십시오. 정기 투석은 미국 및 미국령을 벗어난 지역에서는 보장되지 않습니다. 지역 외 투석 서비스와 관련한 규칙은 3장, 섹션 2.2를 참고하십시오.	**신장병 교육 서비스** 자기부담금 $0 **투석 서비스** 각각의 Medicare 보장 투석 치료에 대한 자기부담금 $25 여기에는 전문의 방문(신장전문의 투석 클리닉 방문) 및 투석 시설 방문과 가정 투석이 모두 포함됩니다. 입원환자로서 받은 투석 서비스는 병원 입원환자 혜택에 따라 보장됩니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**	**신장병 교육 서비스** 자기부담금 $0 **투석 서비스** 각각의 Medicare 보장 투석 치료에 대한 자기부담금 $25 여기에는 전문의 방문(신장전문의 투석 클리닉 방문) 및 투석 시설 방문과 가정 투석이 모두 포함됩니다. 입원환자로서 받은 투석 서비스는 병원 입원환자 혜택에 따라 보장됩니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 **가입자 부담액**	
	SCAN Classic 로스앤젤레스 카운티	**SCAN Classic 오렌지 카운티**
전문 간호 시설(SNF) 서비스 (전문 간호 시설 서비스의 정의는 본 문서의 12장 참조. 전문 간호 시설은 SNF라고도 합니다.) 혜택 기간마다 100일 동안 보장됩니다. 병원 사전 입원 불필요. 가입자는 일상 전문 치료에 대해 의학적으로 필요한 기준을 충족해야 하며전문 간호 또는 치료 직원에게 또는 그 감독 하에 치료를 받아야 합니다. 혜택 기간은 가입자가 병원이나 전문 간호 시설을 이용하는 날부터 시작됩니다. 혜택 기간은 입원 서비스(또는 SNF에서 받은 서비스)를 60일 연속으로 받지 않은 경우 종료됩니다. 혜택 기간이 종료된 후 병원이나 전문 간호 시설을 이용할 경우, 새로운 혜택 기간이 시작됩니다. 혜택 기간의 횟수에는 제한이 없습니다. 보장 항목에는 다음이 포함되며 이에 국한되지 않습니다. • 2인실(또는 의학적으로 필요한 경우 1인실) • 특별 식단을 포함한 식사 • 전문 간호 서비스 • 물리 치료, 작업 치료, 언어 치료 • 플랜 서비스의 일환으로 투여되는 약(여기에는 응혈 인자와 같이 체내에 자연적으로 존재하는 물질이 포함됨) • 혈액 - 보관 및 관리 포함. 전혈 및 적혈구 팩(기타 혈액 성분 포함)에 대한 보장은 필요한 첫 번째 혈액 파인트부터 시작됩니다. • 일반적으로 LDCT를 받도록 지시받는 개인 의료 및 외과적 용품 • SNF가 일반적으로 제공하는 검사실 검사	**숙련된 간호 시설에 머무르는 경우 혜택 기간당 지불해야 하는 비용:** 제1일-제100일 동안 하루당 자기부담금 $0. 전문 간호 시설 혜택은 입원 날짜를 기준으로 합니다. 2025년에 전문 간호 시설(SNF)에 입원했으며 2026년까지 퇴원하지 않을 경우, 가입자가 급성 병원, SNF 또는 입원환자 정신 건강 시설에서 연속으로 60일 동안 입원환자 진료를 받지 않을 때까지 2025년 자기부담금이 적용됩니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**	**숙련된 간호 시설에 머무르는 경우 혜택 기간당 지불해야 하는 비용:** 제1일-제100일 동안 하루당 자기부담금 $0. 전문 간호 시설 혜택은 입원 날짜를 기준으로 합니다. 2025년에 전문 간호 시설(SNF)에 입원했으며 2026년까지 퇴원하지 않을 경우, 가입자가 급성 병원, SNF 또는 입원환자 정신 건강 시설에서 연속으로 60일 동안 입원환자 진료를 받지 않을 때까지 2025년 자기부담금이 적용됩니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 가입자 부담액	
	SCAN Classic 로스앤젤레스 카운티	**SCAN Classic 오렌지 카운티**
전문 간호 시설(SNF) 서비스(계속) • SNF가 일반적으로 제공하는 엑스레이 및 기타 방사선 서비스 • SNF가 일반적으로 제공하는 휠체어와 같은 기기 사용 • 의사/개업의 서비스 일반적으로 네트워크 시설에서 SNF 치료를 받게 됩니다. 하지만 아래에 열거된 특정 상황에서 네트워크 서비스 제공자가 아닌 시설이 저희 플랜의 비용을 수락한다면 이 시설에 대해 가입자는 네트워크 내 비용 분담액을 지불할 수도 있습니다. • 병원에 입원하기 직전에 거주했던 요양원 또는 지속적인 간호 은퇴 커뮤니티(전문 간호 시설의 서비스를 제공하는 경우) • 가입자가 병원에서 퇴원할 때 배우자 또는 동거인이 거주하고 있는 SNF		
금연 및 담배류 사용 중단(금연 및 담배류 사용을 중단하기 위한 상담) 흡연을 하지만 흡연 관련 질병의 징후나 증상이 없는 경우: 12개월 동안 가입자에 대한 무료 예방 서비스로서 금연 시도 상담을 2회까지 보장합니다. 각 상담에는 최대 4회의 일대일 방문이 포함되어 있습니다. 현재 담배류를 사용하며 담배 관련 질병을 진단 받았거나 담배의 영향을 받을 수 있는 약을 복용하고 있는 경우: 저희 플랜은 금연 상담 서비스를 보장합니다. 12개월 동안 2회의 금연 상담을 보장하지만 가입자는 해당 비용 분담액을 지불합니다. 각 상담에는 최대 4회의 일대일 방문이 포함되어 있습니다.	Medicare 보장 금연 및 금연 예방 혜택에 대해 공동보험액, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**	Medicare 보장 금연 및 금연 예방 혜택에 대해 공동보험액, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 **가입자 부담액**	
	SCAN Classic 로스앤젤레스 카운티	**SCAN Classic 오렌지 카운티**
감독하의 운동 치료(SET) 대증적 말초동맥질환(PAD)을 가졌으며 PAD 치료를 담당하는 의사로부터 PAD 진료 의뢰를 받은 가입자의 SET 비용은 보장됩니다. 모든 SET 프로그램 요건에 부합할 경우 12주 동안 최대 36회 세션. SET 프로그램은 반드시 다음 조건을 갖추어야 합니다. • 30~60분 세션으로 구성되고, 파행 환자의 PAD를 위한 치료 목적의 운동 교육 프로그램 포함 • 병원 외래환자 시설 또는 의사 진료실에서 실시 • 단점보다 장점이 많도록 PAD를 위한 운동 치료 교육을 이수한 적격 보조원이 실시 • 의사, 기본 및 고급 생명 유지 기술을 교육 받은 의사 보조 인력 또는 전문 간호사/임상 전문 간호사의 직접적인 감독 하에 실시 SET는 12주 동안 36회 이상 보장될 수 있으며, 의료 서비스 제공자가 의학적으로 필요하다고 판단할 경우 연장 기간에 추가로 36회의 세션이 보장될 수 있습니다.	진료실 방문당 자기부담금 $5. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**	진료실 방문당 자기부담금 $0. **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 **가입자 부담액**	
	SCAN Classic 로스앤젤레스 카운티	**SCAN Classic 오렌지 카운티**
원격 의료 서비스* **긴급 진료 원격 의료** 이 혜택으로 면허가 있는 의사를 방문하여 집에서 편안하게 진료를 받을 수 있습니다. 이 혜택은 기침, 독감, 메스꺼움, 목 따가움, 열 및 알레르기 등 생명을 위협하지 않는 질병에 대한 것입니다. 긴급 진료 원격 의료는 1년 365일, 주 7일, 하루 24시간 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 7일 영상으로 연결하실 수 있습니다. 유연한 예약이 가능하여 야간 및 주말 예약도 제공되며, 같은 날 여러 번 예약도 가능합니다. 개업의와의 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. 가입자가 처음 전화하거나 로그인하면 계정을 만들고 정보를 등록해야 합니다.	가상 방문당 $0.	가상 방문당 $0.

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 가입자 부담액	
	SCAN Classic 로스앤젤레스 카운티	**SCAN Classic 오렌지 카운티**
원격 의료 서비스*(계속) 본 혜택과 관련한 자세한 정보는 SCAN Health Plan 웹사이트 www.scanhealthplan.com에서 확인할 수 있습니다. *이 혜택은 최대 본인 부담액에 적용되지 않습니다.		
교통편(정기)* 해당되는 비응급 의료 서비스의 경우 정기 교통편은 택시나 휠체어 밴으로 제공됩니다. 여기에는 구급차 교통편은 포함되어 있지 않습니다. 이 차트 앞부분의 '구급차 서비스' 섹션을 참조해 주십시오. 휠체어 교통편을 포함한 모든 교통편은 플랜 기준에 부합해야 합니다. 각각의 편도 이동은 50마일을 초과할 수 없습니다. 교통편이 필요 없을 경우, 교통편 이용을 취소해야 합니다. 운전사가 출발하기 전에 탑승을 취소하지 않을 경우, 탑승한 것으로 간주되며 연례 탑승 한도에서 차감됩니다. 이 혜택에는 식료품점, 헬스클럽, 시니어 센터 등과 같은 비의료 시설까지의 탑승은 포함되지 않습니다. 교통편 예약은 승용차의 경우 최소한 24시간 전에 해야 하며(주말 제외), 휠체어 서비스의 경우 48시간 전에 해야 합니다(주말 제외). 예약하려면 SCAN 교통편 담당부서에 1-844-714-2218번으로 전화해 주십시오. 정기 교통편 혜택에 대한 자세한 설명은 이 장의 마지막에 제공되는 **'정기 교통편 혜택에 대한 중요한 정보'를 참조하십시오.** *이 혜택은 최대 본인 부담액에 적용되지 않습니다.	각각의 편도 탑승에 대해 자기부담금 $0. SCAN Classic과 계약을 맺은 교통편 서비스 제공자를 이용하여 SCAN Classic 보장 서비스 지역 내의 SCAN Classic 보장 서비스 제공자 및 시설로 가는 경우 연간 편도 32회까지(편도 50마일 한도) 보장됩니다.	각각의 편도 탑승에 대해 자기부담금 $0. SCAN Classic과 계약을 맺은 교통편 서비스 제공자를 이용하여 SCAN Classic 보장 서비스 지역 내의 SCAN Classic 보장 서비스 제공자 및 시설로 가는 경우 연간 편도 32회까지(편도 50마일 한도) 보장됩니다.

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 **가입자 부담액**	
	SCAN Classic 로스앤젤레스 카운티	**SCAN Classic 오렌지 카운티**
긴급 서비스 응급 상황이 아닌 즉각적인 치료가 필요한 플랜 보장 서비스로서 일시적으로 플랜의 서비스 지역 밖에 있거나 플랜의 서비스 지역 안에 있더라도 플랜과 계약을 맺은 네트워크 서비스 제공자로부터 이 서비스를 받는 것이 시간, 장소 및 상황을 고려할 때 불합리한 경우 긴급하게 이용하는 서비스. 귀하의 플랜은 긴급 서비스를 보장해야 하며 네트워크 내 비용 분담만 청구해야 합니다. 긴급하게 필요한 서비스의 예로는 예상치 못한 의학적 질병 및 부상 또는 기존 상태의 예기치 않은 재발이 있습니다. 그러나 연례 검진과 같이 의학적으로 필요한 정기 서비스 제공자 방문은 귀하가 플랜의 서비스 지역 외부에 있거나 플랜 네트워크를 일시적으로 이용할 수 없는 경우에도 긴급하게 필요한 것으로 간주되지 않습니다. 귀하가 플랜의 서비스 지역 내에 있을 경우, 네트워크 소속 서비스 제공자로부터 긴급 진료 서비스를 받아야 합니다. 공동보험액 납부금은 Medicare가 보장하며 긴급 진료 시설에서 주사기로 투약하는 외래환자 의약품 및 정맥 주입 의약품에 적용됩니다. 이 차트의 'Medicare 파트 B 처방약' 섹션을 참조해 주십시오.	진료실 방문당 자기부담금 $0.	진료실 방문당 자기부담금 $0.

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 **가입자 부담액**	
	SCAN Classic 로스앤젤레스 카운티	**SCAN Classic 오렌지 카운티**
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 요양 시설 체류를 포함한 후속 치료는 응급 및 긴급 진료로 간주되지 않고 보장되지 않습니다. 미국 이외 지역에서 이용한 비응급 의약품은 보장되지 않습니다. 외출한 경우 또는 미국 외 지역에 있는 경우 긴급 진료에 관한 자세한 정보는 3장, 섹션 3.2를 참고하십시오. 자세한 정보는 이 장의 뒷부분에 있는 '보장되지 않는 서비스(예외 사항)' 섹션을 참조해 주십시오. *이 혜택은 최대 본인 부담액에 적용되지 않습니다.	진료실 방문당 자기부담금 $0.	진료실 방문당 자기부담금 $0.

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 가입자 부담액	
	SCAN Classic 로스앤젤레스 카운티	**SCAN Classic 오렌지 카운티**
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 Medicare는 안경/콘택트렌즈를 위한 정기 눈 검사(눈 굴절력)를 보장하지 않습니다. • 녹내장 위험이 높은 사람의 경우, 저희는 매년 1회의 녹내장 검사 비용의 보장을 제공합니다. 녹내장 가족력이 있거나, 당뇨병이 있거나, 50세 이상의 아프리카계 미국인과 65세 이상의 히스패닉계 미국인과 같은 녹내장 위험이 높은 가입자 • 당뇨병 환자에게는 당뇨 망막병증 검사가 1년에 한 번 보장됩니다. • 안구내 렌즈 삽입을 포함한 백내장 수술을 한 후 안경 또는 콘택트렌즈 1쌍(2번의 백내장 수술을 한 경우, 첫 번째 수술 후 혜택을 유보하고 두 번째 수술 후 안경 2개를 구입할 수 없음) 의학적으로 필요한 눈 검사는 녹내장과 백내장을 포함한 안과 질환을 진단하고 치료하기 위해 플랜 의사가 플랜의 전문의에게 진료 의뢰를 해야 합니다.	의학적으로 필요한 눈 검사 및 치료에 대해 자기부담금 $0 녹내장 위험이 높을 경우 12개월마다 1회의 녹내장 선별 검사에 대한 자기부담금 $0 백내장 수술 후 Medicare에서 보장하는 안경에 대해 자기부담금 $0 **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**	의학적으로 필요한 눈 검사 및 치료에 대해 자기부담금 $0 녹내장 위험이 높을 경우 12개월마다 1회의 녹내장 선별 검사에 대한 자기부담금 $0 백내장 수술 후 Medicare에서 보장하는 안경에 대해 자기부담금 $0 **사전 허가 규칙이 적용됩니다.**

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 **가입자 부담액**	
	SCAN Classic 로스앤젤레스 카운티	**SCAN Classic 오렌지 카운티**
안과 진료(Medicare 보장)(계속) **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.		
안과 진료(정기/Medicare 비보장)* Original Medicare에 따라 보장되는 의학적으로 필요한 안과 서비스 이외에도, SCAN Classic은 Eye Med Select 시력 검사 서비스 제공업체 네트워크를 통해 다음의 정기 안과 진료 서비스를 제공합니다. • 정기 눈 검사, 12개월마다 1회로 제한 • 렌즈(단초점, 삼중초점 또는 이중초점), 표준 안경테 또는 안경류(렌즈와 안경테). 매년 한 쌍으로 제한됨. 플랜 소속 서비스 제공자로부터 구입할 경우, SCAN Classic은 표준 안경테와 렌즈 비용에 적용하도록	**정기 눈 검사** 자기부담금 $0 정기 눈 검사(굴절력)는 계약된 안과 서비스 제공자에 대한 진료 의뢰가 필요 없습니다. **정기 안경 또는 콘택트렌즈** 안경류 소재는 안경류 보조금에 포함되어 있습니다.	**정기 눈 검사** 자기부담금 $0 정기 눈 검사(굴절력)는 계약된 안과 서비스 제공자에 대한 진료 의뢰가 필요 없습니다. **정기 안경 또는 콘택트렌즈** 안경류 소재는 안경류 보조금에 포함되어 있습니다.

가입자를 위해 보장되는 서비스	이런 서비스를 받을 때 **가입자 부담액**	
	SCAN Classic 로스앤젤레스 카운티	**SCAN Classic 오렌지 카운티**
안과 진료(정기/Medicare 비보장)*(계속) 안과 보장액을 제공합니다. 보장 범위를 초과하는 나머지 금액은 가입자가 지불해야 합니다. • 안경을 대신한 콘택트렌즈는 매년 1쌍으로 제한됩니다. 플랜 서비스 제공자로부터 구입할 경우, SCAN Classic은 콘택트렌즈 비용에 적용하도록 보장액을 제공합니다. 가입자는 콘택트렌즈 피팅, 망막 영상과 같이 보장 범위를 초과하는 나머지 비용을 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. **기타 안경류 제한사항은 이 장의 뒷부분에 있는 '보장되지 않는 서비스(예외 사항)'를 참조해 주십시오.** *이 혜택은 최대 본인 부담액에 적용되지 않습니다.	매년 안경테 또는 콘택트렌즈에 대한 보장은 최대 $325입니다. 콘택트렌즈 보장에는 검사비, 전문의 비용, 용품 비용이 포함됩니다. 가입자는 SCAN Classic이 보장하는 금액을 초과하는 나머지 비용을 부담합니다.	매년 안경테 또는 콘택트렌즈에 대한 보장은 최대 $250입니다. 콘택트렌즈 보장에는 검사비, 전문의 비용, 용품 비용이 포함됩니다. 가입자는 SCAN Classic이 보장하는 금액을 초과하는 나머지 비용을 부담합니다.
Medicare 최초 가입자 예방 방문 플랜은 *Medicare 최초 가입자* 예방 방문을 1회 보장합니다. 이 방문에는 건강 평가, 가입자에게 필요한 예방 서비스에 대한 교육 및 상담(특정 검사 및 접종(또는 백신) 포함), 필요한 경우 다른 서비스 진료 의뢰 등이 포함됩니다. **중요:** 저희는 가입자가 Medicare 파트 B에 가입한 처음 12개월 동안에만 *Medicare 최초 가입자* 예방 방문을 보장합니다. 예약을 할 때 *Medicare 최초 가입자* 예방 방문(Welcome to Medicare Preventive Visit)을 예약하고 싶다고 의사 진료실에 알려 주시기 바랍니다.	Medicare 최초 가입자 예방 방문에는 공동보험액, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.	Medicare 최초 가입자 예방 방문에는 공동보험액, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.

정기 교통편 혜택에 대한 중요한 정보

SCAN Health Plan의 정기 교통편 서비스는 보충적 혜택이며 Original Medicare가 보장하지 않습니다. 정기 교통편의 주요 목적은 의학적으로 필요한 서비스에 대해 비응급 교통편을 제공하는 것입니다. 각각의 편도 이동은 50마일을 초과할 수 없습니다.

중요 사항:

- 본 혜택에 따른 정기 교통편 서비스는 무료입니다.
- 예약은 승용차의 경우 최소한 24시간 전에(주말은 제외) 해야 하며, 휠체어 서비스의 경우, 48시간 전에(주말은 제외) 해야 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 72시간 이상 이전에(주말 제외) 요청해야 합니다. 의학적 기준이 적용됩니다.
- 정기 예약: 매주 동일한 시간과 목적지로 반복적인 예약을 할 수 있습니다.
- 'Will-Call' 탑승은 예상보다 시간이 많이 걸릴 수 있는 진료 약속에 갈 때 예약할 수 있습니다. 가입자는 특정 픽업 시간을 예약하는 것이 아니라 픽업 준비가 되었을 때 SCAN 교통편 담당부서에 1-844-714-2218번으로 전화할 수 있습니다. 전화한 후 운전사가 도착할 때까지 최대 1시간이 소요될 수 있습니다.
- 승차 공유: 탑승할 때 차량에는 다른 목적지로 가는 다른 승객이 있을 수 있습니다.
- SCAN Health Plan 가입자가 탑승하는 동안 보호자가 동행할 수 있지만 이 서비스는 예약할 때 요청해야 합니다. 동행자는 18세 이상이어야 합니다.
- 운전사가 10분 이내에 도착하지 않을 경우, SCAN 교통편에 1-844-714-2218번으로 전화하여 다른 운전사를 파견하도록 해야 합니다. 새로운 픽업 시간을 알려드릴 것입니다.
- 운전사는 예약 시 요청한 최초의 목적지까지만 승객을 데려갈 수 있습니다.
- 정기 교통편에는 개인 차량 서비스(Lyft 또는 Uber) 운전사가 배정될 수 있습니다. 이러한 형태의 교통편을 원하지 않는다면 예약 시 알려주셔야 합니다.
- 탑승이 필요 없다면 반드시 취소해야 합니다. 운전사가 파견되기 전 탑승이 취소되지 않으면, 탑승한 것으로 간주되며 가입자의 연간 탑승 한도에서 차감됩니다.

보장되지 않는 사항(예외 사항):

- 편도 50마일의 한도를 초과하는 탑승.
- SCAN Health Plan의 연간 탑승 횟수 한도를 초과하는 탑승.
- 식료품점, 헬스클럽, 시니어 센터 등과 같은 비의료 시설까지의 탑승.

- SCAN Health Plan이 계약하지 않은 재향 군인부(VA) 시설과 같은 서비스 제공자 및 의료 시설까지의 탑승.
- SCAN Health Plan의 계약된 서비스 제공자가 제공할 수 있는 범위를 초과하여 가입자를 이동시키는 데 사용된 전문 장비 또는 차량
- 엘리베이터가 없는 건물에서의 도어 투 도어 서비스
- 가입자 자택의 현관 문을 '넘어서거나' 자택 내부에서 제공되는 지원.
- 가입자가 정한 교통편에 대한 환급은 제공되지 않습니다. 모든 교통편은 SCAN과 계약한 공급업체에서 제공해야 합니다.

섹션 2.2 귀하가 구입할 수 있는 추가 선택적 추가 혜택

저희 플랜은 Original Medicare에서 보장하지 않고 귀하의 혜택 패키지에 포함되지 않은 일부 추가 혜택을 제공합니다. 이러한 추가 혜택을 **선택적 추가 혜택**이라고 합니다. 귀하가 이들 선택적 추가 혜택을 원하는 경우 귀하는 반드시 이에 가입을 해야 하며 이에 대한 추가 보험료를 지불해야 할 수 있습니다. 이 섹션에 설명된 선택적 추가 혜택은 다른 혜택과 같이 동일한 이의 제기 절차 대상이 됩니다.

SCAN Classic은 선택적 보조 치과 혜택을 제공합니다. 다음 한 가지의 선택적 플랜이 제공됩니다.

- DPPO 치과 플랜—가입자는 매월 $55의 보험료를 추가로 납부

선택적 보조 플랜에 대한 기타 정보는 환영 패킷 및 이용 가능한 혜택에 대한 비용 안내를 참조하십시오.

선택적 보조 플랜 가입

선택적 보조 플랜에 가입하려면 가입 시 가입 양식으로 플랜을 구매하기로 선택했음을 명시해야 합니다.

현재 SCAN Classic 가입자라면 가입자 서비스부에 전화하거나 선택적 치과 가입 양식을 저희에게 보내 선택적 보조 플랜을 추가 또는 변경하실 수 있습니다. 선택적 보조 혜택을 변경하거나 선택하려면 연례 가입 기간(AEP)에 할 수 있으며 AEP 중에 선택적 보조 혜택을 선택하지 않은 경우는 1월 1일 이후 2개월 이내에 선택하거나 선택할 수 있습니다.

SCAN Classic에 신규 가입할 경우, 원래 보장 발효일로부터 2개월 동안 선택적인 보조 보장을 선택하게 됩니다. 가입자가 원래의 플랜 효력 발생일로부터 2개월 이내에 선택적 보조 보장에 대한 요청을 하지 않을 경우, 선택적 보조 플랜 보장을 선택하기 위해 다음 AEP 또는 다음 1월까지 기다려야 합니다.

보장은 귀하의 치과 보장 가입 양식을 접수한 다음 달 첫날부터 효력이 발생됩니다.

선택적 추가 플랜 탈퇴하기

선택적 보조 보장은 언제든지 해지할 수 있습니다. 가입자 서비스부에 전화하여 선택적 보조 플랜 탈퇴를 요청할 수 있습니다. 월말까지 접수된 탈퇴 요청은 다음 달 1일에 효력이 발생됩니다. 탈퇴 요청서가 월말 이후에 도착할 경우, 가입자는 선택적 보조 플랜 보험료를 납부해야 합니다.

선택적 보조 플랜의 탈퇴 요청서를 제출해도 SCAN Classic에서 탈퇴되지 않습니다. 선택적 보조 플랜을 탈퇴하면 다음 연례 가입 기간까지 재가입할 수 없습니다. 선택적 보조 플랜의 보험료를 납부하지 않으면 SCAN Classic에서 탈퇴될 수 있습니다. 이 경우, 다시 Original Medicare로 돌아가며 다음 연례 가입 기간까지 재가입할 수 없습니다.

보험료 환불

선택적 추가 플랜에 가입한 가입자들은 플랜 월 보험료가 있으며 탈퇴 시 연중 과다 지불한 플랜 보험료에 대한 환불을 받을 자격이 있습니다. 선택적 보조 플랜 보험료를 초과 납부하면 요청 시 또는 탈퇴할 때 환급됩니다. 저희는 통지 후 영업일 30일 이내에 과다 지불된 금액을 환불할 것입니다. 저희는 과다 지불된 선택적 추가 혜택 플랜 보험료를 해당되는 경우 귀하의 건강보험 월 보험료에 적용할 수 있습니다.

섹션 3 플랜에서 보장되지 않는 서비스는 어떤 것이 있습니까?

섹션 3.1 보장하지 *않는* 서비스 (예외 사항)

본 섹션에서는 Medicare 보장에서 제외되어 본 플랜이 보장하지 않는 서비스를 알려드립니다.

아래의 표에는 어떤 상황에서도 보장이 되지 않거나, 특수한 상황에서만 보장되는 서비스와 항목이 나열되어 있습니다.

제외되는 서비스(보장되지 않음)를 받는 경우, 아래에 열거된 특정 상황을 제외하고 가입자가 직접 비용을 지불해야 합니다. 제외되는 서비스를 응급 시설에서 받더라도, 해당 제외 서비스는 보장이 되지 않으며 저희 플랜에서 지불하지 않습니다. 유일한 예외는 이의 제기를 통해 해당 서비스가 가입자의 특정 상황 때문에 당사가 지불하거나 보장했어야 할 의료 서비스라고 결정되는 경우입니다. (의료 서비스를 보장하지 않기로 한 결정에 대한 이의제기에 관한 정보는 본 문서의 9장, 섹션 5.3 참고)

Medicare에 의해 보장되지 않는 서비스	어떤 상황에서도 보장되지 않는 서비스	특정 조건하에서만 보장됨
다른 안과 또는 의료 보험 또는 비계약 서비스 제공자가 제공하는 서비스나 물품	**어떤 상황에서도 보장되지 않는 서비스**	

Medicare에 의해 보장되지 않는 서비스	어떤 상황에서도 보장되지 않는 서비스	특정 조건하에서만 보장됨
바이오피드백		Medicare 지침에 따라 의학적으로 필요하며 플랜 의사나 플랜 의료 책임자(또는 피지정인) 또는 SCAN Health Plan이 허가한 경우는 예외입니다.
보완적 대체 의학(CAM) 및/또는 비주류 의학. 그 예에는 동종 요법, 요가, 극성 요법, 힐링 터치 요법, 생체 전자기학 등이 포함되며 이에 국한되지 않습니다.		Medicare 지침에 따라 의학적으로 필요하며 플랜 의사나 플랜 의료 책임자(또는 피지정인) 또는 SCAN Health Plan이 허가한 경우는 예외입니다.
성형 수술 또는 시술		• 사고에 의한 부상을 입은 경우, 또는 신체의 비정상적 기능을 개선하기 위한 경우에는 보장됩니다. • 대칭적 균형을 이루기 위해 절제를 하지 않은 유방에 대해서 뿐만 아니라 유방 절제술을 실시한 후의 유방에 대한 모든 단계의 재건이 보장됩니다.
보호 간호 보호 간호는 목욕이나 옷 입기와 같은 일상 활동을 도와주는 치료와 같이 교육을 받은 의료진이나 구급대원의 지속적 관리를 필요로 하지 않는 개인적인 서비스입니다.	**어떤 상황에서도 보장되지 않는 서비스**	
치아 부목, 치아 보철 또는 치아, 치주 또는 턱의 치료를 위한 치과 치료, 악관절(TMJ) 증후군과 관련된 치아 치료	**어떤 상황에서도 보장되지 않는 서비스**	

Medicare에 의해 보장되지 않는 서비스	어떤 상황에서도 보장되지 않는 서비스	특정 조건하에서만 보장됨
주 용도가 의료용이 아니며 질병이나 부상을 치료하기에 부적절하고 불필요한 내구성 의료 장비 품목. (본 장의 섹션 2.1, '내구성 의료 장비(DME) 및 관련 의료용품'을 참고하십시오.)		주립 요양 시설 수준의 간호 기준에 부합되는 경우 추가의 내구성 의료 장비는 Medi-Cal(Medicaid)에서 보장됩니다.
실험적 의료 및 외과 시술, 장비 및 약품. 일반적으로 의료 커뮤니티에서 허용되지 않는 품목과 시술은 실험적 시술 및 품목입니다.		• Medicare 승인 임상연구에서 Original Medicare에 의해, 또는 저희 플랜에 의해 보장될 수 있습니다. (임상 연구에 관한 자세한 정보는 3장, 섹션 5를 참고하십시오.)
직계 가족이나 가족 구성원에 의한 간호에 대해 부과되는 비용.	**어떤 상황에서도 보장되지 않는 서비스**	
서비스 지역 외에서 이용한 예상된 서비스		미국내 투석은 제외.
가정에서 제공되는 전일제 간호 관리.	**어떤 상황에서도 보장되지 않는 서비스**	
Medicare가 보장하지 않는 예방 접종 (이 장의 '예방 접종'을 참조)	**어떤 상황에서도 보장되지 않는 서비스**	
가입자가 온라인 또는 소매 지점에서 사전 허가 없이 구입한 품목.	**어떤 상황에서도 보장되지 않는 서비스**	
무릎형 스쿠터	**어떤 상황에서도 보장되지 않는 서비스**	

Medicare에 의해 보장되지 않는 서비스	어떤 상황에서도 보장되지 않는 서비스	특정 조건하에서만 보장됨
유지 요법		Medicare 지침에 따라 의학적으로 필요하며 플랜 의사나 플랜 의료 책임자(또는 피지정인) 또는 SCAN Health Plan이 허가한 경우는 예외입니다.
장기 이식 수혜자가 SCAN Health Plan 가입자가 아닐 경우, 장기 이식과 관련된 의료 및 병원 서비스	어떤 상황에서도 보장되지 않는 서비스	
의료용 마리화나	어떤 상황에서도 보장되지 않는 서비스	
자연 요법 서비스(자연 또는 대체 치료법 사용).	어떤 상황에서도 보장되지 않는 서비스	
구급차를 이용하는 비응급 교통편		Medicare 지침에 따라 의학적으로 필요하며 플랜 의사나 플랜 의료 책임자(또는 피지정인) 또는 SCAN Health Plan이 허가한 경우는 예외입니다.
비 Medicare 보장 장기 이식	어떤 상황에서도 보장되지 않는 서비스	
경구 영양 보조제 또는 포뮬라		플랜 의사나 플랜 의료 책임자(또는 피지정인) 또는 SCAN Health Plan이 허가한 경우는 예외입니다.
가입자의 편의를 위하거나, 주택 개조 및 차량 개조를 포함하여 주로 지역사회에서 사용하기 위한 DME의 선택적 또는 추가적 부속품, 교정 장기 및 보철	어떤 상황에서도 보장되지 않는 서비스	

Medicare에 의해 보장되지 않는 서비스	어떤 상황에서도 보장되지 않는 서비스	특정 조건하에서만 보장됨
정형외과용 신발 또는 발의 지지 장치		• 다리 부목의 일부이며 부목 비용에 포함된 신발. 당뇨에 의한 발 질병이 있는 사람의 교정용 또는 치료용 신발.
전화기나 TV와 같이 병원이나 전문 간호 시설의 병실에 있는 개인 물품.	어떤 상황에서도 보장되지 않는 서비스	
서비스 지역 외부에 있는 동안 받은 알려진 상태 및/또는 선택적 시술에 대한 이전에 예정된 서비스 및 치료.	어떤 상황에서도 보장되지 않는 서비스	
병원의 1인실.		• 의학적으로 필요한 경우에만 보장 제공.
방사상 각막 절개, 라식 수술, 기타 시력 보조장치.	어떤 상황에서도 보장되지 않는 서비스	
약물 남용에 대한 주거형 치료 서비스	어떤 상황에서도 보장되지 않는 서비스	
불임술의 반전 및/또는 비처방 피임 용품.	어떤 상황에서도 보장되지 않는 서비스	
SCAN Health Plan이 승인한 진료 의뢰나 사전 허가 없이 플랜 비소속 서비스 제공자로부터 받은 정기 진료 또는 선택적 의료 서비스	어떤 상황에서도 보장되지 않는 서비스	
정기 발 관리		• Medicare 지침에 따라 제공되는 일부 제한적인 보장(예: 당뇨병이 있는 경우).

Medicare에 의해 보장되지 않는 서비스	어떤 상황에서도 보장되지 않는 서비스	특정 조건하에서만 보장됨
Original Medicare 표준에 따라 부적절하고 필요하지 않다고 생각되는 서비스	어떤 상황에서도 보장되지 않는 서비스	
산재보험이 보장하는 질병을 위한 서비스	어떤 상황에서도 보장되지 않는 서비스	
지역, 주 또는 연방 정부 시설에서 제공된 서비스		플랜의 비용 지급이 연방 또는 주 법률에 의해 명시적으로 요구하거나 Medicare 지침에 따르는 경우는 제외
재향 군인부(VA) 시설에서 제공된 서비스		응급실 서비스는 의학적으로 필요한 경우 보장됩니다. (이 장 앞부분의 응급 진료 참조)
사전 승인 없이 의료 서비스, 용품 및/또는 약물을 얻기 위한 명시적 목적을 가지고 네트워크 외부로 이동하여 받은 서비스	어떤 상황에서도 보장되지 않는 서비스	
네트워크 내에서 제공하도록 이전에 허가받았던 서비스를 서비스 지역 외부에서 받은 경우(산소, 정기 혈액 검사, 화학요법 및/또는 비응급 수술을 포함하되 이에 국한되지 않음)	어떤 상황에서도 보장되지 않는 서비스	
방문 횟수 한도 또는 혜택 한도를 초과하여 제공된 서비스	어떤 상황에서도 보장되지 않는 서비스	
발의 지지 장치		당뇨에 의한 발 질병이 있는 사람의 교정용 또는 치료용 신발.

Medicare에 의해 보장되지 않는 서비스	어떤 상황에서도 보장되지 않는 서비스	특정 조건하에서만 보장됨
병적 비만을 위한 외과적 치료		Medicare 지침에 따라 의학적으로 필요하며 플랜 의사나 플랜 의료 책임자(또는 피지정인) 또는 SCAN Health Plan이 허가한 경우는 예외입니다.
전쟁으로 발생한 증상 또는 병원 보험 혜택 또는 보완적 의료보험 혜택의 현재 보장 효력 발생일 이후	**어떤 상황에서도 보장되지 않는 서비스**	
발생한 전쟁으로 인한 증상(공표 여부와 관계 없음)의 치료		
주로 미용을 목적으로 하는 안과 서비스 및/또는 물품으로서 혼합 이중 초점 또는 3중 초점 렌즈, 광발색 렌즈, 착색 렌즈, 누진 또는 다초점 렌즈, 렌즈의 코팅 또는 라미네이팅, UV(자외선) 렌즈, 폴리카보네이트/고굴절 렌즈, 반사 방지 코팅, 긁힘 방지 코팅, 광택제 및 기타 미용 처리, 비표준 또는 선택적 콘택트렌즈 및 평면 렌즈(비처방)	**어떤 상황에서도 보장되지 않는 서비스**	
가발(모든 종류 및 가발 관리)	**어떤 상황에서도 보장되지 않는 서비스**	

섹션 4 부록

플랜 제한 사항

SCAN Classic 플랜에 따라 다음의 품목, 시술, 혜택, 서비스, 의약품, 용품 및 장비가 제한됩니다.

- 보장 서비스는 가입자가 선택한 네트워크 소속의 플랜 서비스 제공자를 통해서만 이용 가능합니다(일시적으로 서비스 지역 외부에 있는 동안 응급 서비스, 긴급 서비스 또는 외부 신장 투석 서비스로서 제공된 치료, 전 세계 응급 서비스 또는 사전 허가를 받은 서비스는 제외). 네트워크 내에서 제공되도록 사전 허가되거나 계획된 서비스(산소, 정기 혈액 검사,

화학요법 및/또는 비응급 수술 등은 포함되지만 이에 국한되지 않음)는 서비스 지역 외부에서 보장되지 않습니다.

- 플랜 비소속 서비스 제공자가 제공하는 보장 서비스는 가입자가 일시적으로 서비스 지역 외부에 있을 때 긴급 진료 또는 투석 서비스, 전 세계 모든 장소에서의 응급 서비스 및 허가된 사후 안정화 치료, 사전 허가를 받은 서비스 등으로 제한됩니다. 예기치 않은 상황에서 SCAN Classic 서비스 제공자를 일시적으로 이용할 수 없을 경우 서비스 지역 내에서 긴급 진료가 보장됩니다. 이러한 상황에서 보장 서비스는 Medicare와 제휴한 의사 및 기타 의료진이 제공해야 합니다.
- SCAN Classic에서 승인하는 진료 의뢰 없이 플랜 비소속 서비스 제공자로부터 정기 진료 또는 선택적 의료 서비스를 받을 경우, SCAN Classic, Original Medicare 및 대부분의 Medicare 보충 보험(예: Medigap)에서 가입자의 진료 비용을 부담하지 않으며 가입자가 그러한 서비스의 비용을 지불해야 합니다.
- SCAN Classic은 의학적으로 필요하고, Medicare가 보장하며, 플랜 규칙에 따라 이용한 모든 의료 서비스를 보장합니다. 플랜 보장 서비스가 아니거나 네트워크 외부에서 서비스를 받았으며 승인되지 않았기 때문에 플랜이 보장하지 않는 서비스의 전체 비용은 가입자가 부담해야 합니다.
- 플랜 서비스 제공자는 Medicare 또는 SCAN Classic이 보장하지 않을 수 있는 대체 요법에 대해 논의할 수 있습니다. 논의된 대체 요법 중에서 의학적으로 필요하지 않은 것도 있을 수 있습니다. 모든 치료는 사전 허가를 받아야 합니다. 2장에 있는 전화번호로 가입자 서비스부에 연락하십시오.
- 가입자는 4장에 있는 모든 해당 비용 분담액에 전적으로 책임을 져야 합니다. 비용 분담은 조정이 불가능합니다.

이차 소견 받는 방법

가입자가 담당 의사의 소견에 동의하지 않거나 진단, 의학적 필요성 또는 치료법이나 시술에 대한 타당성을 확인하고 싶은 경우, 가입자는 PCP 또는 전문의에게 자신의 진료에 대한 의학적 이차 소견을 요청할 권리를 가집니다. 이차 소견을 요청하려면 담당 PCP에게 연락하면 됩니다. 이차 소견이 승인을 받으려면 PCP를 통해 이차 소견에 대한 사전 허가를 받아야 합니다.

의료 그룹은 가입자의 요청을 검토하고 이차 소견을 승인 또는 거절합니다. 이차 소견 요청이 승인되면 담당 PCP는 계약된 의료 그룹 또는 IPA 소속의 적격 서비스 제공자를 소개해 줄 것입니다. 가입자의 증상으로 인해 가입자 건강에 즉각적이며 심각한 위협이 있다면 제휴한 서비스 제공자 또는 SCAN Classic이 요청을 받은 후 72시간 이내에 이차 소견을 승인 또는 거절하게 됩니다.

의료 그룹이 이차 소견에 대한 가입자의 요청을 거절할 경우, 가입자는 SCAN Classic에 이의 제기를 할 권리를 가집니다. 궁금하신 사항은 가입자 서비스부로 문의해 주십시오. (이의제기를 할 가입자의 권리에 대한 정보는 9장에 있는 이의제기 및 고충 해결 절차 참고). 이차 소견은 치료 계획이 아닙니다. 이차 소견 이후에 실시되는 모든 치료는 의료 그룹이 승인해야 합니다.

가입자 서비스부에 전화하여 SCAN Classic에 이차 소견 요청에 대한 응답 시한을 사본으로 요청할 수 있습니다(전화번호는 본 문서의 뒤표지에 기재됨).

5장

플랜의 파트D 처방약 보장 이용하기

섹션 1 소개

이 장에서는 **파트 D 약의 보장의 이용에 대해 설명하고 있습니다.** Medicare 파트 B 약 혜택과 호스피스 약 혜택은 4장을 참고하십시오.

섹션 1.1 플랜의 파트 D 약 보장에 대한 기본 규칙

플랜은 일반적으로 다음과 같은 기본 규칙을 따르는 약에 대해서는 보장을 합니다:

- 귀하는 서비스 제공자(의사, 치과의사 또는 기타 처방자)가 가입자에게 해당 주법에 따라 유효한 처방약을 작성해야 합니다.
- 처방자는 Medicare의 예외 또는 제외 목록에 있지 않아야 합니다.
- 일반적으로 가입자는 처방약을 조제할 때 네트워크 약국을 이용해야 합니다. (자세한 내용은 본 장의 섹션 2을 참고하십시오. *또는 플랜의 우편 주문 서비스를 통해 처방약을 조제할 수 있습니다.)*
- 귀하의 약이 플랜의 *보장약 목록(처방집)*(간단히 '의약품 목록'이라고 함)에 있어야 합니다. (자세한 내용은 본 장의섹션 3을 참고하십시오.)
- 의학적으로 승인된 적응증에 약이 사용되어야 합니다. 의학적으로 인정되는 적응증은 식품의약국(FDA)의 승인을 받았거나 특정 참고 문헌에 의해 뒷받침되는 약물의 사용입니다. (의학적으로 승인된 적응증에 관한 자세한 정보는 섹션 3을 참고하십시오.)
- 귀하의 약은 보장을 받기 전에 승인이 필요할 수 있습니다. (보장 제한에 대한 자세한 내용은 본 장의 섹션 4를 참조하십시오.)

섹션 2 네트워크 약국에서 또는 플랜의 우편 주문 서비스를 통해 처방약을 조제하십시오

섹션 2.1 네트워크 약국 이용하기

대부분의 경우, 처방약은 오직 플랜에 가입된 네트워크 약국에서 조제 받을 때만 보장됩니다. (네트워크 외부 약국에서 조제 받은 처방약을 당사가 언제 보장하는지에 관한 내용은 섹션 2.5를 참고하십시오.)

네트워크 약국이란 플랜과 계약을 맺고 보장되는 처방약을 제공하는 약국을 말합니다. 보장 약이라는 용어는 플랜의 의약품 목록에 있는 모든 파트 D 처방약을 의미합니다.

섹션 2.2 네트워크 약국

가입자 거주 지역에서 네트워크 약국을 어떻게 찾나요?

네트워크 약국을 찾으시려면 *서비스 제공자 및 약국 명부*에서 찾거나, 당사의 웹사이트(www.scanhealthplan.com)를 방문하고, 가입자 서비스부로 연락하실 수 있습니다.

네트워크 약국이라면 어느 곳이나 이용 가능합니다. 당사의 네트워크 약국 중 일부는 표준 비용 분담을 실시하는 약국의 비용 분담보다 더 낮은 선호 비용 분담을 실시합니다. *서비스 제공자 및 약국 명부*에서 어떤 네트워크 약국이 선호 비용 분담을 실시하는지 알 수 있습니다. 저희에게 연락하여 여러 약에 대해 귀하의 본인 부담 비용이 어떻게 달라질 수 있는지에 대해 자세히 알아보십시오.

이용하던 약국이 네트워크를 탈퇴하면 어떻게 되나요?

이용하던 약국이 플랜의 네트워크에서 탈퇴하면, 네트워크에 가입된 약국을 새로 찾으셔야 합니다. 또는 이용하던 약국이 네트워크에 계속 가입되어 있지만 더 이상 선호 비용 분담을 제공하지 않을 경우, 이용 가능한 경우 다른 네트워크나 선호 약국으로 전환하실 수 있습니다. 거주 지역에서 다른 약국을 찾으시려면 가입자 서비스부의 도움을 받으시거나 *서비스 제공자 및 약국 명부*를 이용해 주십시오. 이 정보는 당사의 웹사이트 www.scanhealthplan.com에서도 확인할 수 있습니다.

특수 약국이 필요한 경우

일부 처방약은 특수 약국에서 구입해야 합니다. 특수 약국에는 다음이 포함됩니다.

- 가정 주입 치료를 위한 약을 제공하는 약국
- 장기 치료(LTC) 시설 거주자를 위한 약을 제공하는 약국. 보통, LTC 시설(요양원 등)에는 자체 약국이 있습니다. LTC 시설에서 귀하의 파트 D 혜택을 이용하는 데 어려움이 있으시면, 가입자 서비스부로 연락해주시기 바랍니다.
- 인디언 보건 서비스/부족원/도시 인디언 보건 프로그램(Indian Health Service/Tribal/Urban Indian Health Program, 푸에르토리코에서는 이용 불가)을 제공하는 약국. 응급상황을 제외하고, 아메리카 원주민이나 알래스카 원주민만 당사 네트워크 내의 이런 약국을 이용할 수 있습니다.
- FDA에 의해서 특정 지역에 제한되거나, 특수 취급, 의료진 조언, 또는 사용법에 관한 교육이 필요한 약을 제공하는 약국. 전문 약국을 찾으시려면 *서비스 제공자 및 약국 명부* www.scanhealthplan.com를 확인하시거나 가입자 서비스부로 연락해 주십시오.

섹션 2.3 플랜의 우편 주문 서비스 이용하기

저희 플랜의 우편 주문 서비스 이용 시 **100일치까지 주문할 수 있습니다**.

당사의 약국 네트워크에는 표준 비용 분담 및 선호 비용 분담을 실시하는 우편 주문 약국이 포함됩니다. 모든 우편 주문 네트워크 약국에서 보장되는 처방약을 받을 수 있지만, 가입자가 부담하는 비용은 선호 비용 분담이 있는 우편 주문 약국에서 받는 경우가 더 적을 수 있습니다.

우편으로 처방약을 리필하는 것에 관한 정보 및 주문 양식을 받으시려면 가입자 서비스부로 연락해 주십시오(전화번호는 본 문서의 뒤표지에 기재됨).

우편 주문 약국 주문은 14일 이내에 배송됩니다. 처방전을 처리하는 데 14일 이상 소요될 경우, 가입자 서비스부로 전화하여 지역 약국 리필에 대한 승인을 받을 수 있습니다. 소매 약국 자기부담금이 적용됩니다.

약국이 담당의사 진료소로부터 직접 받은 새로운 처방전.
약국은 다음 중 한 가지인 경우 귀하에게 확인하지 않고 의료 진료 제공자로부터 받은 신규 처방전을 자동으로 조제 및 배송할 것입니다.

- 귀하가 본 플랜으로 우편주문 서비스를 과거에 이용했던 경우, 또는
- 귀하가 진료 제공자로부터 직접 받은 모든 신규 처방전에 대한 자동 배송을 신청한 경우. 주 7일, 하루 24시간 언제든지 1-866-553-4125번으로 전화하여 모든 새로운 처방약의 자동 배송을 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 우편주문 배송을 한 번도 이용하지 않았고 그리고/또는 신규 처방전 자동 조제를 중단하기로 결정한 경우, 약국은 진료 제공자로부터 신규 처방전을 받을 때마다 귀하가 약을 즉시 조제하고 발송하기를 원하는지 확인하기 위해 귀하에게 연락할 것입니다. 새로운 처방약을 배송, 지연 또는 취소할지 여부를 알리기 위해 약국의 연락을 받을 때마다 답변하는 것이 중요합니다.

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.

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 충분하게 있거나 약이 변경된 경우, 예약된 리필을 취소할 수 있습니다.

당사의 자동 리필 프로그램을 선택하지 않았지만 우편 주문 약국이 처방약을 발송하기를 원하신다면, 현재 처방약이 소진되기 14일 전에 약국에 연락하시기 바랍니다. 따라서 정시에 주문이 배송될 것입니다.

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

원하지 않는 리필을 우편으로 자동으로 받는 경우, 귀하는 환불을 받을 자격이 있을 수 있습니다.

섹션 2.4 약을 장기간 분량으로 받으려면 어떻게 하나요?

약을 장기간 분량으로 받으면, 가입자의 비용 분담이 더 낮아질 수도 있습니다. 본 플랜에서는 당사 플랜의 의약품 목록에 있는 유지 약물을 장기간 분량(연장된 분량이라고도 함)으로 받기 위한 두 가지 방식을 제공합니다. (유지 약물이란 만성 또는 장기 질환에 때문에 규칙적으로 쓰는 약을 말합니다.)

1. 당사 네트워크의 일부 소매 약국에서는 가입자가 유지 약물을 장기간 분량으로 받을 수 있도록 허용합니다. *서비스 제공자 및 약국 명부*(www.scanhealthplan.com)에서 당사 네트워크의 어느 약국이 유지약물의 장기간 분량을 제공하는지 알 수 있습니다. 자세한 정보는 가입자 서비스부로 문의하실 수도 있습니다.
2. 또한 당사의 우편 주문 프로그램을 통해 유지 관리 의약품을 받을 수도 있습니다. 자세한 정보는 섹션 2.3을 참고하십시오.

섹션 2.5 플랜의 네트워크에 가입되지 않은 약국을 이용할 수 있는 경우는 언제입니까?

특정 상황에서 처방약이 보장되는 경우

일반적으로, 당사는 가입자가 네트워크 약국을 이용할 수 없는 경우에만 네트워크 미가입 약국에서 조제 받은 약을 보장합니다. 도움이 되도록, 서비스 지역 외부의 네트워크 약국에서도 가입자가 플랜의 가입자로서 처방약을 구입할 수 있습니다. 근처에 네트워크 약국이 있는지 알아보시려면 **가입자 서비스부에 먼저 확인하십시오**. 가입자는 네트워크 외부 약국에서 약값으로 지불하는 금액과 네트워크 약국에서 저희가 보장할 비용 금액간의 차액을 지불해야 할 수도 있습니다.

네트워크 외부 약국에서 처방약을 보장하는 경우는 다음과 같습니다.

- 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 30일치로 제한되며 사례별로 평가됩니다.

플랜으로부터 보험금 청구는 어떻게 하나요?

네트워크 외부 약국을 이용해야 하는 경우, 처방약을 기입할 때 일반적으로 전체 비용(일반 비용 분담액이 아니라)을 지불해야 합니다. 귀하는 당사의 비용 분담액에 대해 보상청구를 할 수 있습니다. (7장, 섹션 2에 플랜에 상환 청구하는 방법이 설명되어 있습니다.)

섹션 3 귀하의 약이 플랜의 '의약품 목록'에 있어야 합니다

섹션 3.1 의약품 목록에서 어느 파트 D 약이 보장되는지 알 수 있습니다

플랜에는 *보장 약 목록(처방집)*이 있습니다. 이 *보장 증명서*에서는, **이것을 간단히 의약품 목록이라고 합니다.**

플랜에서는 의료진과 약사들의 도움을 받아 이 목록에 들어갈 의약품을 선정합니다. 이 목록은 Medicare의 요건을 충족하며 Medicare의 승인을 받았습니다.

의약품 목록에는 Medicare 파트 D에서 보장되는 약만 포함되어 있습니다.

당사는 대부분의 경우 이 장에 설명되어 있는 다른 보장 규칙을 따르고 의학적으로 인정되는 적응증에 사용되는 경우, 플랜의 의약품 목록상의 약을 보장합니다. 의학적으로 승인된 적응증에 해당하는 약 사용은 *다음의 경우 중 하나*에 속해야 합니다.

- 처방되는 진단이나 상태에 대해 식품의약국의 승인을 받은 경우.
- -- 또는 -- 미국 병원 처방집 약물 정보 및 Micromedex DRUGDEX Information System와 같은 특정 참고문헌이 뒷받침

당사의 의약품 목록에는 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 목록에서 약을 참조할 때 이것은 약 또는 생물학적 제제일 수 있습니다.

복제약은 브랜드 약과 동일한 작용을 하는 성분을 가진 처방약입니다. 생물학적 제제에는 바이오시밀러라고 하는 대체약이 있습니다. 일반적으로 복제약과 바이오시밀러는 브랜드 약이나 오리지널 생물학적 제제뿐만 아니라 효과가 있으며 일반적으로 비용이 적게 듭니다. 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 12장을 참조하십시오.

의약품 목록에 *없는* 약

플랜에서 모든 처방약이 보장되지는 않습니다.

- 법에 따라 Medicare 플랜이 특정 유형의 약을 보장할 수 없는 경우도 있습니다 (이에 대한 자세한 내용은 본 장의 섹션 7.1 참고).
- 또 다른 경우, 당사가 의약품 목록상의 특정 약을 포함시키지 않기로 결정한 경우입니다. 경우에 따라, 귀하는 의약품 목록에 없는 약을 구할 수도 있습니다. 자세한 내용은 9장을 참고하십시오.

섹션 3.2 의약품 목록상의 약에 대해 비용 분담 군이 5가지 있습니다

플랜의 의약품 목록의 모든 약은 5개의 비용 분담 군 중 하나에 속합니다. 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 플랜의 의약품 목록을 살펴보십시오.

각각의 비용 분담 단계에 해당하는 의약품의 가입자 분담액은 6장(*파트 D 처방약에 대한 가입자 부담*)에 나와 있습니다.

섹션 3.3 특정 약이 의약품 목록에 있는지 어떻게 알 수 있습니까?

다음 5가지 방법으로 확인할 수 있습니다.

1. 전자 문서로 제공된 가장 최신 의약품 목록을 확인하십시오.
2. 플랜의 웹사이트(www.scanhealthplan.com)를 방문하십시오. 웹사이트에 올라온 의약품 목록은 항상 최신 정보입니다.
3. 가입자 서비스부에 특정 약이 의약품 목록에 있는지 확인하도록 요청하고 목록 사본을 요청하십시오.
4. 플랜의 '실시간 혜택 도구'(www.scanhealthplan.com 방문 또는 가입자 서비스부에 전화)를 사용하십시오. 해당 도구를 사용하면 의약품 목록에서 의약품을 검색하여 귀하가 지불할 금액의 추정치를 확인하고 의약품 목록에 동일한 질환을 치료할 수 있는 대체 의약품이 있는지 확인할 수 있습니다.
5. MemberServices@scanhealthplan.com으로 이메일을 보내 의약품 목록 사본을 요청하십시오.

섹션 4 일부 약품의 보장에 대해서는 제한이 있습니다

섹션 4.1 일부 약들이 제한되는 이유는 무엇입니까?

특정 처방약에 대해 플랜에서 보장하는 방식과 시기를 제한하는 특별 규칙이 있습니다. 의사와 약사로 구성된 팀이 이러한 규칙을 마련하여 귀하와 귀하의 의료진이 가장 효과적인 방법으로 약을 사용하도록 격려했습니다. 이 제한 중 귀하가 복용 중이거나 복용을 원하는 약에 해당하는 것이 있는지 알아보시려면 의약품 목록을 확인하십시오.

안전하고 저비용의 약이 고비용의 약만큼 의학적으로 효과가 있다면, 플랜의 규칙은 귀하와 귀하의 의료진이 그 저비용의 약을 사용하도록 장려하기 위한 것입니다.

당사의 의약품 목록에는 하나의 약이 여러 번 나오는 경우가 있습니다. 그 이유는 동일한 약이 귀하의 의료 서비스 제공자가 처방한 약물의 강도, 양 또는 형태에 따라 다를 수 있으며, 다양한 제한이나 비용 분담이 다른 버전의 약에 적용될 수 있기 때문입니다(예: 10mg vs. 100mg, 하루 1회 vs.하루 2회, 정제 vs. 액상).

섹션 4.2 어떤 종류의 제한이 있습니까?

아래의 섹션에서 특정 약에 대해 당사가 적용하는 제한 유형에 관하여 더 자세히 설명합니다.

귀하의 약에 제한이 있다면, 그것은 보통 당사가 그 약을 보장하기 위해서는 귀하나 귀하의 의료진이 추가 조치를 취해야 한다는 의미입니다. 가입자 서비스부에 연락하여 가입자나 담당 서비스 제공자가 약 보장을 받기 위해 무엇을 해야 하는지 알아보십시오. **당사가 귀하에 대한 제한을 철회해주기를 원하시면, 귀하는 보장 결정 과정을 이용해 당사에 예외를 적용해달라는 요청을 해야 합니다.** 귀하에 대한 철회에 동의할 수도, 하지 않을 수도 있습니다. (9장을 참고하십시오.)

플랜의 사전 승인

특정 약에 대해서는 귀하나 귀하의 의료진이 당사가 귀하의 약을 보장하기로 동의하기 전에 플랜으로부터 승인을 받아야 합니다. 이것을 **사전 허가**라고 합니다. 이것은 약의 안전을 보장하고 특정 약의 적절한 사용을 안내하는 데 도움이 되도록 마련됩니다. 이 승인을 받지 않으면, 플랜에서 약 보장을 받지 못할 수도 있습니다.

분량 제한

특정 약의 경우, 처방약을 기입할 때마다 받을 수 있는 약의 양을 제한합니다. 가령, 특정 약에 대해서 보통 하루 1정만 복용하는 것이 안전하다고 생각된다면, 하루 1정으로만 처방약 보장을 제한할 수도 있습니다.

섹션 5 귀하의 약 중의 한 가지가 원하는 방식으로 보장이 되지 않으면 어떻게 하나요?

섹션 5.1 가입자가 원하는 방식으로 보장되지 않는 약이 있을 경우 해야 할 일

귀하가 복용하는 처방약이 있거나, 귀하와 귀하의 의료진이 복용해야 한다고 생각하는 것이, 처방집에 없거나, 처방집에 있어 제한이 있는 경우가 있습니다. 예를 들면 다음과 같습니다.

- 해당 약이 전혀 보장이 되지 않을 수도 있습니다. 또는 복제약은 보장이 되지만 복용을 원하는 브랜드 약이 보장이 되지 않을 수 있습니다.
- 해당 약은 보장이 되지만 섹션 4에 설명된 바와 같이 해당 약에 추가 규칙 또는 제한 사항이 있습니다.
- 약이 보장되지만 본인의 생각보다 본인 부담이 더 비싼 비용 분담 군에 해당됩니다.

- 귀하의 약이 보장되기를 원하는 방식으로 보장되지 않는 경우에 해야 할 일이 있습니다. **귀하의 약이 의약품 목록에 없거나 제한 대상인 경우, 섹션 5.2에서 해야 할 일을 알아보십시오.**
- **약이 귀하의 생각보다 본인 부담 비용이 더 비싼 비용 분담 단계에 해당한다면 섹션 5.3에서 할 수 있는 조치를 알 수 있습니다.**

섹션 5.2 특정 약이 의약품 목록에 없거나 어떤 면에서 제한 대상인 경우 어떻게 해야 할까요?

귀하의 약이 의약품 목록에 없거나 제한 대상인 경우, 다음의 옵션이 있습니다.

- 임시 분량의 약을 받을 수 있을 수도 있습니다.
- 다른 약으로 변경할 수 있습니다.
- **예외사항**을 요구할 수 있고 플랜에 약을 보장해주거나 제한을 철회해 달라고 요청할 수 있습니다.

임시 분량을 받을 수 있을 것입니다

특정 상황에서, 플랜은 가입자가 이미 복용 중인 약을 임시 분량으로 제공해야 합니다. 이 임시 분량은 보장 변경에 대해 담당 의료진과 상의할 시간을 줍니다.

임시 분량을 받을 자격을 갖추려면, 복용해 온 약이 **더 이상 플랜의 의약품 목록에 없거나 어떤 면에서 제한 대상인** 경우.

- **신규 가입자인 경우,** 플랜에 가입한 후 첫 **90일** 동안 임시 분량의 약을 보장합니다.
- **작년에 플랜에 가입한 경우,** 해당 연도의 첫 **90일** 동안 임시 분량의 약을 보장합니다.
- 임시분은 최대 30일치(장기 치료 시설에 있지 않은 가입자의 경우) 또는 31일치(장기 치료 시설에 거주하는 가입자의 경우)에 대해 제공됩니다. 처방약이 며칠에 대해 처방된 경우, 최대 30일치(장기 치료 시설에 있지 않은 가입자의 경우) 또는 31일치(장기 치료 시설에 거주하는 가입자의 경우)까지 여러 차례 분량의 약을 제공할 수 있습니다. 처방약은 네트워크 약국에서 조제해야 합니다. (장기 치료 시설 소속 약국은 낭비를 예방하기 위해 한 번에 제공하는 약이 적을 수 있습니다.)
- **90일 이상 플랜에 가입되어 있고 장기 치료 시설에 거주하며 당장 공급이 필요한 가입자:** 특정 약의 31일 응급 공급 1회를 보장하고, 그보다 적은 일수로 처방전이 작성된 경우는 그보다 더 적습니다. 이것은 위의 임시분에 추가됩니다.
- **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 LTC 시설로 전환하는 가입자의 경우.**

  가입자의 임시분으로 최대 31일치를 보장하거나 처방전이 그보다 적은 일수로 발행된 경우 해당 일수만큼 보장합니다.

임시 분량에 대한 문의 사항은 가입자 서비스부로 문의해 주십시오.

임시 분량의 약을 사용할 때는 담당 의료진과 상의하여 임시 분량이 다 떨어지면 어떻게 할지 결정해야 합니다. 두 가지 옵션이 있습니다.

1) 다른 약으로 변경할 수 있습니다

귀하에게 효과가 있을지도 모르지만 플랜에서 보장되는 다른 약이 있는지 담당 의료진과 상담하십시오. 가입자 서비스부에 전화하여 동일한 질환을 치료하는 보장 약 목록을 요구할 수 있습니다. 이 목록은 서비스 제공자가 가입자를 위해 효과적인 보장 약을 찾는 데 도움이 될 수 있습니다.

2) 예외를 요청할 수 있습니다

귀하와 귀하의 의료진이 플랜에 예외를 적용해 줄 것과 보장을 원하는 방식으로 약을 보장해 줄 것을 요구할 수 있습니다. 담당 의료진이 귀하가 당사에 예외를 요구할 합당하게 의학적 이유가 있다고 말하면, 의료진이 귀하가 예외를 요청하는 것을 도와줄 수 있습니다. 예를 들어, 플랜의 의약품 목록에 있지 않더라도 약을 보장해줄 것을 플랜에 요구할 수 있습니다. 또는 플랜에 예외를 적용해줄 것과 제한 없이 약을 보장해줄 것을 요구할 수 있습니다.

귀하와 담당 서비스 제공자가 예외 적용을 요청하고 싶은 경우 9장, 섹션 6.4에 그 방법이 설명되어 있습니다. 귀하의 요청이 신속하고 공정하게 처리되도록 하기 위해 Medicare가 설정한 절차와 기한을 설명합니다.

섹션 5.3 본인의 약이 너무 높은 비용 분담 군에 속한다고 생각된다면 어떻게 해야 할까요?

본인의 약이 너무 높은 비용 분담 군에 속한다고 생각된다면 할 수 있는 일은 다음과 같습니다.

다른 약으로 변경할 수 있습니다.

본인의 약이너무 높은 비용 분담 군에 속한다고 생각된다면면 담당 서비스 제공자와 상담하십시오. 귀하에게 효과가 있을 수 있는 낮은 비용 분담 군에 다른 약이 있을 수 있습니다. 가입자 서비스부에 전화하여 동일한 질병을 치료하는 보장 약 목록을 요청하십시오. 이 목록은 서비스 제공자가 가입자를 위해 효과적인 보장 약을 찾는 데 도움이 될 수 있습니다.

예외를 요청할 수 있습니다

가입자와 담당 의료진이 지불액을 줄일 수 있도록 약에 대한 비용 분담 군에 예외를 적용해줄 것을 플랜에 요청할 수 있습니다. 담당 의료진이 귀하가 당사에 예외를 요구할 합당한 의학적 이유가 있다고 말하면, 의료진이 귀하가 규칙에 대한 예외를 요청하는 데 도움을 줄 수 있습니다.

귀하와 담당 서비스 제공자가 예외 적용을 요청하고 싶은 경우 9장, 섹션 6.4에 그 방법이 설명되어 있습니다. 귀하의 요청이 신속하고 공정하게 처리되도록 하기 위해 Medicare가 설정한 절차와 기한을 설명합니다.

당사의 5단계(특수 단계)에 있는 약들은 이런 유형의 예외 적용 대상이 아닙니다. 당사는 이 군에 속하는 약들에 대해서는 비용 분담액을 낮추지 않습니다.

섹션 6 귀하의 약들 중 한 가지에 대해 보장이 변경되면 어떻게 할까요?

섹션 6.1 의약품 목록은 연중 언제든 바뀔 수 있습니다

약 보장의 변경 대부분은 매년 초(1월 1일)에 이루어집니다. 그러나, 플랜은 연중 의약품 목록을 일부 변경할 수 있습니다. 가령, 플랜은:

- **의약품 목록에 약을 추가하거나 목록에서 약을 뺄 수도 있습니다.**
- **비용 분담이 더 많거나 적은 단계로 의약품을 이동할 수도 있습니다.**
- **약 보장에 제한을 적용하거나 삭제할 수도 있습니다.**
- **브랜드 약을 복제약으로 대체할 수 있습니다.**
- **원래의 생물학적 제제를 생물학적 제제의 교체 가능한 바이오시밀러 버전으로 대체하십시오.**

플랜의 의약품 목록을 변경하기 전에 Medicare 요건을 준수해야 합니다.

이 장에서 논의된 약물 유형의 약, 의약품정의는 12장을 참조하십시오.

섹션 6.2 복용 중인 약에 대해 보장이 변경되면 어떻게 됩니까?

약 보장의 변경에 관한 정보

의약품 목록이 변경되는 경우, 변경 사항에 대한 정보를 당사의 웹사이트에 게시합니다. 또한 온라인 의약품 목록도 정기적으로 업데이트합니다. 이 섹션에서는 의약품 목록에 대한 변경 사항의 종류와 복용 중인 약에 대해 변경이 있을 경우 가입자가 직접 통지를 받는 경우에 대해 설명합니다.

현재 플랜 연도에 영향을 주는 의약품 목록의 변경

- **의약품 목록에 신약을 추가하고 의약품 목록에서 유사한 의약품을 즉시 제거하거나 변경합니다.**
  - 의약품 목록에 새로운 버전의 약을 추가할 때, 당사는 의약품 목록에서 유사 의약품을 즉시 삭제하거나, 유사 의약품을 다른 비용 분담 군으로 이동하거나, 새로운 제한사항을 추가 또는 두 경우 모두를 할 수 있습니다. 새로운 버전의 약은 비용 분담 군이 동일하거나 낮으며 제한사항이 동일하거나 적습니다.
  - 브랜드 약에 상응하는 새로운 복제약 버전을 추가하거나 의약품 목록에 이미 있던 오리지널 생물학적 제제의 새로운 바이오시밀러 버전을 추가하는 경우에만 이러한 즉각적인 변경이 가능합니다.
  - 이러한 변경은 즉시 할 수 있으며 저희가 제거하거나 변경하는 약을 귀하가 복용하는 경우에도 나중에 알려드릴 수 있습니다. 변경이 있는 시점에 귀하가 유사 약을 복용 중이라면 특정 변경 사항에 대해 알려드릴 것입니다.

- **의약품 목록에 의약품을 추가하고 사전 통지를 통해 의약품 목록에 있는 유사 의약품을 제거 또는 변경합니다.**
  - 의약품 목록에 다른 버전의 약을 추가할 때, 당사는 의약품 목록에서 삭제하거나, 의약품을 다른 비용 분담 군으로 이동하거나, 새로운 제한사항을 추가 또는 두 경우 모두를 할 수 있습니다. 당사가 추가하는 의약품 버전은 비용 분담 군이 동일하거나 낮으며 제한사항이 동일하거나 적은 것입니다.
  - 브랜드 약의 새로운 복제약 버전을 추가하거나 의약품 목록에 이미 있던 오리지널 생물학적 제제의 특정 새로운 바이오시밀러 버전을 추가하는 경우에만 이러한 변경이 가능합니다.
  - 변경하기 최소 30일 전에 가입자에게 알리거나 변경 사항에 대해 안내하고 가입자가 복용하는 약 버전의 30일 조제를 보장합니다.
- **'의약품 목록'에 있는 시중에서 리콜된 안전하지 않은 의약품과 기타 의약품 삭제.**
  - 때로 약이 안전하지 않다고 간주되거나 혹은 다른 이유로 시장에서 철수되는 경우가 있습니다. 이 경우, 당사는 해당 의약품을 즉시 의약품 목록에서 삭제할 수 있습니다. 이 약을 복용 중이시라면, 변경한 후에 가입자에게 알릴 것입니다.
- **의약품 목록의 약에 대한 기타 변경.**
  - 새로운 연도가 시작된 후에 가입자가 복용하는 약에 영향을 주는 기타 변경이 있을 수 있습니다. 예를 들어 FDA 경고 문구나 Medicare가 인정한 새로운 임상 지침을 바탕으로 합니다.
  - 이러한 변경을 하기 최소 30일 전에 가입자에게 알리거나 변경 사항에 대해 안내하고 복용 중인 약의 추가 30일 조제를 보장합니다.

가입자가 복용하는 약에 대해 이러한 변경이 있을 경우, 질환을 치료하기 위해 다른 약으로 변경하거나 복용 중인 약에 대한 새로운 제한 사항을 충족하기 위해 보장 결정을 요청하는 것을 포함하여 가입자에게 가장 적합한 옵션에 대해 처방자와 상담하십시오. 가입자나 처방자는 가입자가 복용해 온 약 또는 버전의 약을 계속 보장하기 위해 예외를 요청할 수 있습니다. 예외를 포함해 보장 결정을 요청하는 방법에 대한 자세한 정보는 9장을 참고하십시오.

현재 플랜 연도 동안 가입자의 영향을 받지 않는 의약품 목록의 변경

저희는 위에 기술되지 않은 의약품 목록을 특정하게 변경할 수 있습니다. 이러한 경우, 변경 시 약을 복용하는 경우에는 그러한 변경이 적용되지 않습니다. 하지만 이러한 변경 사항은 가입자가 동일한 플랜을 유지하는 경우 다음 플랜 연도의 1월 1일부터 영향을 줄 수 있습니다.

일반적으로 현재 플랜 연도 동안 가입자에게 영향을 주지 않는 변경 사항은 다음과 같습니다.

- 저희는 귀하의 의약품을 더 높은 비용 분담 군으로 이동합니다.
- 귀하의 약 사용에 새로운 제한사항을 두고 있습니다.
- 의약품 목록에서 해당 의약품을 삭제합니다.

가입자가 복용하는 약에 대해 이러한 변경이 있을 경우(시장 철수, 브랜드 약을 대체하는 복제약, 위 섹션에서 설명한 기타 변경은 제외), 그러한 변경 사항은 내년 1월 1일까지 가입자의 사용이나 비용 분담액에 영향을 주지 않습니다.

저희는 현재 플랜 연도에 이러한 유형의 변경 사항에 대해 직접 알리지 않을 것입니다. 다음 플랜 연도에 의약품 목록을 확인하여(공개 가입 기간에 해당 목록이 제공될 경우) 다음 플랜 연도에 영향을 줄 약에 변경이 있는지 확인해야 합니다.

섹션 7 어떤 종류의 약이 플랜에서 보장되지 *않습니까*?

섹션 7.1 보장되는 않는 약의 종류

이 섹션에서는 어떤 종류의 처방약이 제외되는지 알려드립니다. 이것은 Medicare가 이 약들에 대해 비용 지불을 하지 않는다는 의미입니다.

제외되는 약을 받을 경우, 가입자는 직접 비용을 지불해야 합니다(고급형 약 보장에 따라 보장되는 특정 제외 약은 제외). 가입자가 이의 제기를 했으며 요청된 약이 파트 D에 따라 제외되지 않는 것으로 확인될 경우, 플랜이 비용을 지불하거나 보장합니다. (결정에 대한 이의제기에 관한 정보는 9장 참고)

파트 D에 따라 Medicare 약 플랜이 보장하지 않는 약에 관한 일반 규칙이 세 가지 있습니다:

- 당사 플랜의 파트 D 약 보장에서는 Medicare 파트A 또는 파트B에서 보장하는 약은 보장할 수 없습니다.
- 저희 플랜은 미국 또는 미국령 이외 지역에서 구입한 약을 보장하지 않습니다.
- 미국 병원 처방집 약물 정보 및 Micromedex DRUGDEX Information System와 같은 특정 참조 문서에서 해당 사용이 뒷받침되지 않는 경우, 당사의 플랜은 의약품의 *승인* 되지 않은 사용을 보장할 수 없습니다. *허가 외 사용(Off-label)*이란 약 라벨에 식품의약국 승인이 표시된 약 이외의 의약품 사용을 말합니다.

또한 법적으로 다음 범주의 약들은 Medicare 약 플랜에서 보장되지 않습니다.
(저희 플랜은 보험료가 추가로 청구될 수 있으므로 개선된 약 보장을 통해 아래에 열거된 특정 의약품을 보장합니다. 자세한 정보는 아래와 같습니다.)

- 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

- 제조회사가 판매 조건으로서 관련 검사나 모니터링 서비스를 제조회사로부터 단독 구매하기를 요구하는 외래 처방약

당사는 Medicare 처방약 플랜에서 일반적으로 보장하지 않는 일부 처방약(향상된 약 보장)에 대해 추가적인 보장을 제공합니다. 이러한 약(처방 비타민 및 발기부전 치료제)은 1군으로 보장됩니다. 당사가 보장하는 추가 의약품 목록과 적용될 수 있는 제한 사항은 '추가 보장 의약품' 섹션의 의약품 목록을 참조하십시오. 이러한 약에 대한 자세한 정보는 저희 플랜의 웹사이트(www.scanhealthplan.com)를 방문하시거나 가입자 서비스부로 전화해 주십시오. 이러한 약에 대해 가입자가 지불하는 금액은 재해성 보장 단계 자격에 포함되지 않습니다. (재해성 보장 단계는 이 문서의 6장, 섹션 6 참조)

또한 처방약 비용 지급을 위해 **Medicare로부터 '추가 지원(Extra Help)'을 받고 계신 경우**, '추가 지원(Extra Help)' 프로그램은 일반적으로 보장되지 않는 약 비용을 지불하지 않습니다. (자세한 정보는 플랜의 '의약품 목록'을 참조하거나 가입자 서비스부에 문의하십시오.) (가입자 서비스부의 전화번호는 본 문서의 뒤표지에 수록됨) 하지만 Medicaid를 통해 약 보장을 받는 경우, 주 Medicare 약 플랜에서 보장하지 않는 일부 처방약을 Medicaid 프로그램이 보장할 수 있습니다. 주정부 Medicaid 프로그램에 연락하여 어떤 약의 보장이 귀하에게 적용되는지 알아보시기 바랍니다. (2장, 섹션 6에서 Medicaid 전화번호와 연락처 정보 참고)

섹션 8 처방약 조제 받기

섹션 8.1 가입자 정보 제공

처방약을 조제 받으려면 가입자 카드에서 확인되는 플랜 가입자 정보를 선택한 네트워크 약국에서 제공하십시오. 네트워크 약국은 귀하의 약 비용 분담금을 *플랜에* 자동으로 청구합니다. 처방약을 가져 가실 때 *귀하의* 비용 부담금을 약국에 지불하셔야 합니다.

섹션 8.2 가입자 정보를 가지고 있지 않을 경우

처방약을 조제 받을 때 플랜 가입자 정보를 가지고 있지 않은 경우, 가입자나 약국이 플랜에 전화하여 필요한 정보를 얻거나 약국에 플랜 가입 정보를 조회하도록 요청할 수 있습니다.

약국이 필요한 정보를 받을 수 없는 경우에는, **가입자가 처방약의 비용 전액을 지불해야 할 수도 있습니다.** (그 이후 당사의 분담금 **상환을 당사에 요청**할 수 있습니다. 플랜에 환급을 요청하는 방법에 관한 내용은 7장 섹션 2 참고)

섹션 9 특수 상황에서의 파트 D 약 보장

섹션 9.1 플랜에서 보장하는 체류를 위해 병원에 입원해 있거나 전문 간호 시설에 있는 경우에는 어떻게 합니까?

플랜에서 보장하는 체류를 위해 병원이나 전문 간호 시설에 입원하는 경우, 당사는 일반적으로 체류하는 동안 처방약 비용을 보장합니다. 병원이나 전문 간호 시설에서 퇴원하고 나면, 플랜은 약이 본 장에 설명된 보장에 대한 당사의 모든 규칙을 충족하는 한 처방약을 보장합니다.

섹션 9.2 장기 치료(LTC) 시설에 거주하고 있는 경우에는 어떻게 합니까?

보통, 요양원 등의 LTC 시설에는 자체 약국이 있거나 입주민 전체를 위한 약을 제공하는 약국이 있습니다. LTC 시설에 거주하고 있다면, 네트워크에 가입되어 있는 시설 약국이나 이를 통해 처방약을 받으실 수 있습니다.

서비스 제공자 및 약국 명부 www.scanhealthplan.com를 확인하여 LTC 시설의 약국이나 해당 약국이 네트워크에 소속되어 있는지 확인하십시오. 네트워크에 소속되어 있지 않거나 추가 정보나 도움이 필요하시면 가입자 서비스부로 연락해 주십시오. LTC 시설에 거주하시는 분은 저희 LTC 약국 네트워크를 통해 정기적으로 파트 D 혜택을 받을 수 있도록 해야 합니다.

LTC 시설에 거주하고 있으며 의약품 목록에 없거나 어떤 면에서 제한 대상인 약이 필요한 경우

임시 또는 응급 용품에 관한 정보는 섹션 5.2를 참고하십시오.

섹션 9.3 고용주 또는 퇴직자 그룹 플랜에서 약 보장을 받고 있기도 하다면 어떻게 합니까?

현재 본인의(또는 배우자나 동거인의) 고용주 또는 퇴직자 단체를 통해 다른 처방약 보장을 받고 있는 경우, **해당 단체의 혜택 관리자에게** 연락해 주십시오. 그들이 귀하의 현재 처방약 보장을 당사의 플랜과 함께 운용할 방법에 대해 결정하도록 도와드릴 수 있습니다.

일반적으로 직원 또는 퇴직자 그룹 보장이 있다면 당사로부터 받는 약 보장은 그룹 보장에 비하면 *2차적* 보장이 됩니다. 즉, 그룹 보장에서 먼저 지급을 한다는 의미입니다.

크레딧이 적용되는 보장에 관한 특기 사항:

해마다 귀하의 고용주 또는 퇴직자 그룹은 다음 역년 동안의 처방약 보장이 크레딧이 적용되는지 알려주는 통지문을 보내야 합니다.

만약 그룹 플랜의 보장이 크레딧이 적용되면 그 플랜이 평균적으로 최소 Medicare 표준 처방약 보장만큼 지불할 것으로 예상되는 보장을 하는 것을 의미합니다.

추후에 필요할 수 있으므로 **크레딧이 적용되는 보장에 대한 본 고지를 보관하십시오**. 파트 D 약 보장을 포함하는 Medicare 플랜에 가입되어 있다면, 크레딧이 적용되는보장을 유지하고 있다는 것을 증명하기 위해 이 통지문이 필요할 것입니다. 크레딧이 적용되는 보장 통지를 받지 못한 경우, 고용주나 퇴직자 플랜의 혜택 관리자나 고용주 또는 노동조합에게 사본을 요청하십시오.

섹션 9.4 Medicare 인증 호스피스 병원에 입원한 경우

호스피스와 저희 플랜은 동일한 약을 동시에 보장하지 않습니다. Medicare 호스피스 보장에 가입되어 있고 말기 질환 및 관련 질환과 관련이 없어 호스피스에서 보장하지 않는 특정 약(예: 구토 방지제, 변비약, 진통제 또는 항안정제)이 필요한 경우, 저희 플랜은 처방자나 호스피스 서비스 제공자로부터 그 약이 관련이 없다는 통지를 받아야 저희 플랜이 그 약을 보장받을 수 있습니다. 플랜이 보장해야 하는 약 수령 지연을 예방하려면 호스피스 서비스 제공자나 처방자에게 약을 처방받기 전에 통지하도록 요청하십시오.

귀하가 호스피스 선출을 철회하거나 호스피스에서 퇴원을 하는 경우에, 당사의 플랜은 이 문서에 설명된 바와 같이 귀하의 약을 보장해야 합니다. 귀하의 Medicare 호스피스 혜택이 종료되는 경우 약국에서의 지체를 예방하기 위해서는 귀하의 철회 또는 퇴원을 확인하기 위한 서류를 약국에 제출하십시오.

섹션 10 의약품 안전과 의약품 관리 프로그램

섹션 10.1 가입자의 안전한 약 사용을 돕는 프로그램

당사는 가입자들이 안전하고 적절한 치료를 받고 있다는 확신을 할 수 있도록 의약품 사용 심사를 실시합니다.

귀하가 처방약 조제를 할 때마다 매번 심사를 합니다. 또한 정기적으로 당사의 기록도 심사합니다. 이 심사를 하는 동안, 다음과 같은 잠재적 문제점을 찾아냅니다:

- 있을 수 있는 투약 착오
- 동일한 질병을 치료하기 위해 다른 비슷한 약을 복용하고 있어 불필요할 수도 있는 약.
- 연령이나 성별에 따라 안전하지 않거나 적합하지 않은 약
- 동시에 복용하면 해로울 수 있는 약의 조합
- 알레르기가 있는 성분이 함유된 의약품 처방
- 복용 중인 약의 용량(복용량)의 착오
- 안전하지 않은 오피오이드 진통제 양

귀하의 약 사용에 문제점을 발견하면, 담당의사와 상의하여 그 문제를 바로 잡습니다.

섹션 10.2 가입자가 오피오이드 약품을 안전하게 사용하도록 하는 약물 관리 프로그램(DMP)

저희 플랜에는 가입자들이 처방된 오피오이드 및 기타 자주 남용되는 의약품을 안전하게 사용하도록 도와주는 프로그램이 있습니다. 이 프로그램을 DMP라고 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 위험할 수 있다고 판단할 경우, 담당 처방자와 협력하여 가입자가 그러한 의약품을 수령하는 것을 제한할 수 있습니다. 저희가 귀하를 DMP에 가입하는 경우, 제한 사항은 다음과 같습니다.

- 가입자가 모든 오피오이드 또는 벤조디아제핀 약에 대한 처방전을 특정 약국에서 수령
- 가입자가 모든 오피오이드 또는 벤조디아제핀 약에 대한 처방전을 특정 처방자로부터 수령
- 플랜이 가입자에게 보장하는 오피오이드 또는 벤조디아제핀 약의 수량을 제한

가입자가 이러한 약을 얼마나 받을 수 있는지 또는 얼마를 받을 수 있는지를 제한할 계획이라면, 미리 안내문을 보낼 것입니다. 이 서신에는 저희가 귀하를 위해 이러한 약의 보장을 제한할 것인지, 아니면 특정 처방자 또는 약국에서만 이러한 약에 대한 처방전을 받아야 하는지 여부가 설명되어 있습니다. 어떤 처방자나 약국을 사용하고 싶은지, 그리고 저희가 알아두어야 할 다른 정보에 대해 알려드릴 수 있습니다. 가입자가 답변할 기회를 가진 후 플랜이 해당 의약품에 대한 보장을 제한하기로 결정할 경우, 제한 사항을 확인하는 안내문을 발송합니다. 플랜이 실수를 했다고 생각하거나 저희의 결정이나 제한에 동의하지 않는 경우, 가입자와 담당 처방자는 이의를 제기할 권리가 있습니다. 이의 제기를 할 경우, 가입자의 사례를 검토해 새 결정을 내립니다. 가입자의 의약품 이용에 적용되는 제한 사항과 관련된 가입자의 요청 일부를 저희가 계속 거절할 경우, 해당 사례를 외부의 독립 심사 기관에게 자동으로 전달합니다. 이의제기 방법에 관한 자세한 정보는 9장을 참고하십시오.

암과 관련된 통증이나 겸상적혈구 질환과 같은 특정 의학적 질환이 있거나, 호스피스, 완화 또는 말기 치료를 받고 있거나, 장기 치료 시설에 거주하는 경우, 가입자는 DMP에 가입되지 않습니다.

섹션 10.3 가입자의 약 관리를 돕기 위한 약물 치료 관리(MTM) 프로그램

당사에는 복잡한 의료 요구가 있는 가입자들을 도울 수 있는 프로그램이 있습니다. 이 프로그램을 MTM 프로그램이라고 합니다. 이 프로그램은 자발적이고 무료입니다. 저희 플랜은 약사와 의사로 구성된 팀이 저희 플랜을 통해 가입자들이 복용하는 약을 최대한 활용할 수 있도록 도움을 드립니다.

특정 만성 질환을 앓고 있으며 특정 약 비용을 초과하는 약을 복용하거나 가입자가 오피오이드를 안전하게 사용하도록 돕기 위해 DMP에 가입되어 있는 가입자는 MTM 프로그램을 통해 서비스를 받을 수 있습니다. 프로그램 수혜 자격이 되시면 약사 또는 기타 의료 전문가가 귀하의 모든 의약품에 대한 종합적인 검토를 해줄 것입니다. 심사가 진행되는 동안 귀하의 약, 비용 및 처방약과 비처방 약에 관한 문제나 궁금한 사항에 대해 상담할 수 있습니다. 서면 요약서에는

의약품을 통해 최상의 결과를 얻기 위해 취해야 할 단계를 비롯하여 권장되는 할 일이 포함되어 있습니다. 가입자가 복용하는 모든 약, 복용 시기 및 이유가 포함된 의약품 목록도 받을 수 있습니다. 또한, MTM 프로그램 가입자는 통제 물질인 처방약의 안전한 처분에 관한 정보를 받게 됩니다.

권장되는 할 일 및 의약품 목록에 대해 의사와 상담하는 것이 좋습니다. 요약본을 가지고 가시거나 의사, 약사 및 기타 의료 서비스 제공자와 상담할 때 항상 말씀해 주십시오. 또한 병원이나 응급실에 갈 때도 귀하의 의약품 목록을 최신 상태로 유지하고(예: 신분증과 함께) 함께 보관하십시오.

당사에 귀하의 요구에 알맞은 프로그램이 있다면, 자동으로 프로그램에 가입시키고 그 정보를 보내드립니다. 참여하지 않기로 결정하신다면 저희에게 알려주시면 철회해 주십시오. 이 프로그램에 관해 궁금한 점이 있으시면 가입자 서비스부로 연락해 주십시오.

6장:

파트 D 처방약에 대한 가입자 부담액

약 비용 지불에 대한 지원을 받고 있습니까?

약 비용을 지원해주는 프로그램에 가입되어 있을 경우, **파트 D 처방약 비용과 관련하여 이 *보장 증명서에* 포함된 정보 중에서 가입자에게 적용되지 않는 정보가 있을 수 있습니다.** 저희는 *처방약 비용을 지불하면서 '추가 지원(Extra Help)'을 받는 가입자를 위한 보장 증명서* 부칙(저소득층 보조금 부칙 또는 LIS 부칙이라고도 함)이라고 하는 별도의 안내서를 귀하에게 보냈으며, 여기에는 약 보장이 설명되어 있습니다. 이 안내서가 없을 경우, 가입자 서비스부에 전화하여 *LIS 부칙*을 요청하십시오.

섹션 1 소개

섹션 1.1 이 장은 약 보장을 설명하는 다른 자료와 함께 이용하십시오

이 장에서는 파트 D 처방약에 대한 가입자 부담에 대해 집중합니다. 간단히 하기 위해서 이 장에서 '약'은 파트 D 처방약을 의미합니다. 5장에서 설명했듯이, 모든 약이 파트 D 약은 아닙니다. 일부 약은 Medicare 파트 A나 파트 B에서 보장하고 법적으로 Medicare 보장에서 제외되는 약도 있습니다.

지불 정보를 이해하려면 보장되는 약, 처방약을 어디에 기입해야 하는지, 보장되는 약을 받을 때 어떤 규칙을 따라야 하는지 알아야 합니다. 5장, 섹션 1~4에서 이러한 규칙을 설명합니다. 플랜의 '실시간 혜택 도구'를 사용하여 약 보장을 조회할 때(5장, 섹션 3.3 참고), 표시된 비용은 '실시간'으로 제공되는데, 이는 도구에 표시되는 비용이 귀하가 지불할 것으로 예상되는 본인 부담액 추정치를 제공하기 위해 특정 시점을 반영한다는 의미입니다. 가입자 서비스부에 전화하여 '실시간 혜택 도구'에서 제공하는 정보를 구할 수도 있습니다.

섹션 1.2 보장 서비스에 대해 지불하게 될 수 있는 본인 부담 비용의 종류

파트 D 약의 본인 부담 비용은 다양합니다. 귀하가 약값으로 내야 하는 금액을 **비용 분담**이라고 하며, 세 가지 방법으로 지불 요구를 받게 됩니다.

- **공제액**은 저희 플랜이 분담금을 지불하기 전에 귀하가 약에 지불하는 금액입니다.
- **자기부담금**은 처방약을 작성할 때마다 지불하는 고정 금액입니다.
- **공동보험액**은 처방약을 조제받을 때마다 지불하는 총 비용의 비율입니다.

섹션 1.3 Medicare가 귀하의 본인 부담 비용을 계산하는 방법

Medicare는 본인 부담 비용에 무엇이 중요하고 무엇이 포함되지 *않는지*에 대한 규칙이 있습니다. 귀하의 본인 부담 비용을 추적하기 위해 따라야 하는 규칙은 다음과 같습니다.

이러한 지급은 귀하의 본인 부담 비용에 포함됩니다

귀하의 본인 부담 비용에는 아래에 열거된 지급이 포함됩니다(파트 D 보장 약인 경우, 5장에 설명된 약 보장 규칙을 준수한 경우).

- 귀하가 다음 약 비용 지급 단계에 있을 때 약에 지불하는 금액:
  - 초기 보장 단계
- 저희 플랜에 가입하기 전에 다른 Medicare 처방약 플랜의 가입자로 역년 중 귀하가 지불한 금액.

지불 당사자:

- 이러한 지불을 **본인이** 한 경우 귀하의 본인 부담 비용에 포함됩니다.
- 이러한 지불은 **특정 다른 개인 또는 조직**이 귀하를 대신하여 지급하는 경우 귀하의 본인부담 *비용에도 포함됩니다*. 여기에는 친구나 친척, 대부분의 자선단체, 에이즈 약 지원프로그램, Medicare에서 자격을 부여하는 주정부 약 지원 프로그램 또는 고용주 또는 조합건강 플랜, 또는 인디안 건강 서비스에서 지급한 약이 포함됩니다. Medicare의 '추가 지원 (Extra Help)' 프로그램에서 지급하는 금액도 포함됩니다.

재해성 보장 단계로 이동:

귀하(또는 귀하를 대신하는 사람)가 역년 중 본인 부담 비용에 총 $2,000를 지출했으면 귀하는 초기 보장 단계에서 재해성 보장 단계로 이동합니다.

이러한 지급은 귀하의 본인 부담 비용에 포함되지 않습니다

귀하의 본인 부담 비용에는 다음 유형의 지급이 **포함되지 않습니다**.

- 귀하가 미국 영토 이외의 지역에서 구입하는 약.
- 저희 플랜에서 보장되지 않는 약.
- 네트워크 외부 보장을 받기 위한 플랜의 요구 사항을 충족하지 않는 네트워크 외부 약국에서 조제 받은 약.
- 파트 A 또는 파트 B로 보장되는 처방약.
- 추가적인 보장 범위로 보장을 받지만 일반적으로 Medicare 처방약 플랜이 보장하지 않는 의약품에 대해 가입자가 부담하는 비용.
- 일반적으로 Medicare 처방약 플랜에서 보장되지 않는 처방약에 대해 귀하가 지불한 금액.
- 재향 군인 보건국(VA)에서 약에 대해 지급한 금액
- 처방 비용에 대해 법적 지급 의무가 있는 제3자가 약에 대해 지급한 금액(예: 산재보험).

- 제조업체 할인 프로그램에 따라 제약회사가 지급하는 금액

주의 사항: 위에 열거된 조직과 같은 다른 조직이 귀하의 본인 부담 비용의 일부 또는 전부를 지불하는 경우, 가입자 서비스부에 전화하여 저희 플랜에 알려야 합니다.

귀하의 총 본인 부담액을 추적하는 방법

- **저희는 귀하에게 도움을 드립니다.** 귀하가 받는 *파트 D 혜택 설명*(EOB) 보고서에는 귀하의 본인 부담 비용의 현재 금액이 포함되어 있습니다. 이 금액이 $2,000에 도달하면 이 보고서는 초기 보장 단계를 벗어나 재해성 보장 단계로 이동했다는 것을 알려줍니다.
- **필요한 정보가 모두 제출된 상태인지 확인해 주십시오.** 섹션 3.2에서는 귀하가 지출한 금액에 대한 기록이 완전하고 최신인지 확인하기 위해 귀하가 취할 수 있는 조치를 설명합니다.

섹션 2 약에 대한 가입자 부담은 약을 받을 때 어떤 약 비용 지불 단계에 있는지에 따라 다릅니다.

섹션 2.1 SCAN Classic 가입자에 대한 약 비용 지급 단계

SCAN Classic에는 처방약 보장에 대한 3가지 **약 비용 지불 단계**가 있습니다. 가입자 납부액은 처방약을 조제하거나 재조제할 때 어떤 단계에 있는지에 따라 다릅니다. 각 단계의 상세 정보는 본 장의 섹션 4 ~ 6에 있습니다. 단계는 다음과 같습니다.

단계 1: 연간 공제액 단계

단계 2: 초기 보장 단계

단계 3: 재해성 보장 단계

섹션 3 약에 대한 지급과 귀하가 어떤 지급 단계에 있는지를 설명하는 보고서를 보내드립니다

섹션 3.1 *파트 D 혜택 설명*(파트 D EOB)이라는 월 요약서를 보내드립니다

저희 플랜은 귀하의 처방약 비용과 귀하가 약국에서 처방약을 조제하거나 다시 조제할 때 귀하가 지불한 액수를 추적합니다. 따라서 저희는 귀하가 한 약 비용 지불 단계에서 다른 단계로 이동한 시기를 알려드릴 수 있습니다. 특히 저희가 추적하는 비용은 두 가지 종류가 있습니다.

- 귀하가 얼마나 지급했는지를 추적합니다. 이것을 **본인 부담 비용**이라고 합니다. 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, 자선 단체 및 대부분의 주정부 약 지원 프로그램(SPAP)의 '추가 지원'을 통해 약에 대해 지급한 금액이 포함됩니다.

- 저희는 **총 약 비용**을 추적합니다. 이 금액은 보장되는 파트 D 약에 대해 지급된 모든 금액의 합계입니다. 여기에는 플랜에서 지급한 금액, 가입자가 지불한 금액, 다른 프로그램이나 조직이 보장되는 파트 D 약에 대해 지불한 금액이 포함됩니다.

이전 달에 플랜을 통해 하나 이상의 처방약을 조제받은 경우, *파트 D EOB*를 보내드립니다. *파트 D EOB*에는 다음이 포함됩니다.

- **해당 월에 대한 정보.** 이 보고서는 이전 달에 조제한 처방에 대한 지급 상세정보를 제공합니다. 총 약 비용, 플랜에서 지급한 액수 및 귀하 또는 다른 사람이 귀하를 대신하여 지불한 액수를 보여줍니다.
- **해당 연도의 1월 1일부터의 합계.** 이것을 '올해 초부터 현재까지'의 정보라고 합니다. 해당 연도가 시작된 이후로 귀하의 약에 대한 총 지급액과 총 약 비용을 보여줍니다.
- **의약품 가격 정보.** 이 정보는 각각의 처방약 청구에 대해 동일한 분량의 최초 기입부터 총 약 가격 및 가격 인상에 관한 정보를 표시합니다.
- **사용 가능한 저렴한 대안적 처방약.** 여기에는 해당하는 경우 각각의 처방약 청구에 대해 비용 분담이 더 낮은 기타 사용 가능한 약에 대한 정보가 포함됩니다.

섹션 3.2 귀하의 약 비용 지불에 대한 최신 정보를 제공해 주십시오

귀하의 약 비용과 약에 대한 귀하의 납부액을 추적하기 위해 저희는 약국에서 받은 기록을 사용합니다. 귀하의 정보를 올바르고 최신 상태로 유지하는 방법은 다음과 같습니다.

- **처방약을 구입할 때마다 가입자 카드를 제시하십시오.** 이것은 귀하가 처방약을 처방 받고 귀하가 지불하는 금액을 저희가 알 수 있는 데 도움이 됩니다.
- **필요한 정보가 모두 제출된 상태인지 확인해 주십시오.** 처방약의 전체 비용을 귀하가 지불할 수 있는 경우가 있습니다. 이러한 경우, 가입자의 본인 부담 비용을 추적하는 데 필요한 정보는 자동으로 받지 않습니다. 귀하의 본인 부담 비용을 추적할 수 있도록 영수증 사본을 저희에게 보내주십시오. **의약품 영수증 사본을 저희에게 제공해야 하는 경우의 예는 다음과 같습니다.**
    - 저희 플랜에서 제공하는 혜택이 아닌 특별한 가격 또는 할인 카드를 사용하여 네트워크 약국에서 보장 약을 구입할 경우.
    - 약 제조업체 환자 지원 프로그램에 따라 제공된 약에 대해 자기부담금을 지불한 경우.

- 네트워크 외부 약국에서 보장 약을 구입했거나 특수한 상황에서 보장 약에 대해 전액을 지불한 기타의 경우.
- 보장 약 비용이 귀하에게 청구되는 경우 귀하는 플랜의 분담액 비용을 지불하도록 요청할 수 있습니다. 이 방법에 관한 지침은7장, 섹션 2에서 확인하십시오.

- **가입자를 대신하여 타인이 지불한 금액에 대한 정보를 보내 주십시오.** 특정한 다른 개인과 조직이 지불한 비용도 귀하의 본인 부담 비용에 포함됩니다. 예를 들어, 주정부 약 지원 프로그램, 에이즈 약 지원 프로그램(ADAP), 인디언 건강 서비스 및 자선행위에서 지불한 비용은 귀하의 본인 부담 비용에 합산됩니다. 이러한 지급 기록을 보관하고, 저희가 귀하의 비용을 추적할 수 있도록 보내주십시오.
- **저희가 보내드리는 서면 보고서를 확인하십시오.** *파트 D EOB*를 받으시면 정보가 완전하고 올바른지 확인해 주십시오. 누락된 것이 있거나 궁금하신 사항이 있으시면 가입자 서비스부로 연락해 주십시오. 온라인 파트 D EOB 설명서는 **Express-Scripts.com**에 로그인하여 **내 계정(My Account)** 하단의 **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. 이 보고서를 보관해 두십시오.

섹션 4 SCAN Classic에는 공제액이 없습니다

SCAN Classic에는 공제액이 없습니다. 귀하는 올해 처음 처방약을 조제할 때 초기 보장 단계를 시작합니다. 초기 보장 단계의 보장에 관한 내용은 섹션 5를 참고하십시오.

섹션 5 초기 보장 단계 동안은 가입자의 약 비용에 대해, 플랜이 분담금을 지급하고 가입자는 본인의 분담액을 부담합니다

섹션 5.1 가입자의 약값 부담은 처방약을 조제하는 장소에 따라 다릅니다

초기 보장 단계 동안 플랜은 보장 처방약의 분담액을 지급하고 귀하는 본임 분담금(자기부담금 또는 공동보험액)을 지급합니다. 귀하의 본인 분담액은 약 및 귀하가 처방약을 조제하는 장소에 따라 달라집니다.

플랜에는 5가지 비용 분담 군이 있습니다

플랜의 의약품 목록의 모든 약은 5개의 비용 분담 군 중 하나에 속합니다. 일반적으로 비용 분담 군 번호가 높을수록 가입자가 부담할 약 비용도 높아집니다.

- 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.
    - 가입자는 이 군에서 보장되는 각 인슐린 제품에 대해 월 $35을 지불합니다.
- 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 플랜의 의약품 목록을 살펴보십시오.

약국의 선택

약 비용으로 지불할 금액은 다음의 구입 장소로 결정:

- 표준 비용 분담을 실시하는 네트워크 소매 약국 선호 비용 분담을 실시하는 약국에서는 비용이 더 저렴할 수 있습니다.
- 선호 비용 분담을 실시하는 네트워크 소매 약국
- 플랜의 네트워크에 없는 약국. 저희는 제한된 상황에서만 네트워크 외부 약국에서 조제한 처방약을 보장합니다. 네트워크 외부 약국에서 처방약 조제를 보장하는 시기를 확인하시려면 5장, 섹션 2.5를 참고하십시오.
- 플랜의 우편 주문 약국

이러한 약국 선택과 처방약 조제에 대한 자세한 정보는 5장과 플랜의 *서비스 제공자 및 약국 명부* www.scanhealthplan.com를 참고하십시오.

섹션 5.2 *1개월치*의 약 비용을 보여주는 표

초기 보장 단계 동안 보장 약에 대한 본인 분담액은 자기부담금 또는 공동보험액 중 하나입니다.

아래의 표에 나와 있듯이 자기부담금이나 공동보험액은 비용 분담 군에 따라 다릅니다.

약 비용이 가입자의 자기부담금보다 낮은 경우도 있습니다. 이러한 경우, 가입자는 자기부담금 대신에 약값을 낮게 지불합니다.

보장되는 파트 D 처방약(로스앤젤레스 카운티)의 *1개월치*에 대한 귀하의 본인 부담액:

Tier(군)		표준 소매 비용 분담(네트워크 내)(최대 30일치)	선호 소매 비용 분담(네트워크 내)(최대 30일치)	표준 우편 주문 비용 분담(최대 30일치)	선호 우편 주문 비용 분담(최대 30일치)	장기 치료(LTC) 비용 분담(최대 31일치)	네트워크 외부 비용 분담*(보장은 특정 상황으로 제한됨. 자세한 내용은5장 참조)(최대 30일치)
비용 분담 1단계 (선호 복제약)		자기부담금 $7	자기부담금 $0	자기부담금 $7	자기부담금 $0	자기부담금 $7	자기부담금 $7
비용 분담 2단계 (복제약)		자기부담금 $15	자기부담금 $0	자기부담금 $15	자기부담금 $0	자기부담금 $15	자기부담금 $15
비용 분담 3단계 (선호 브랜드)	**인슐린**	자기부담금 $35	자기부담금 $35	자기부담금 $35	자기부담금 $35	자기부담금 $35	자기부담금 $35
	기타 약	자기부담금 $47	자기부담금 $42	자기부담금 $47	자기부담금 $42	자기부담금 $47	자기부담금 $47
비용 분담 4단계 (비선호 의약품)		총 비용의 50%	총 비용의 50%	총 비용의 50%	총 비용의 50%	총 비용의 50%	총 비용의 50%
비용 분담 5단계 특수 단계		총 비용의 33%	총 비용의 33%	총 비용의 33%	총 비용의 33%	총 비용의 33%	총 비용의 33%

*네트워크 외부 약국에서 약을 받으실 수도 있지만 네트워크 내 약국에 내는 것보다 더 많은 금액을 낼 수도 있습니다.

비용 분담 단계와 관계없이 보장되는 각 인슐린 제품의 1개월분에 $35 넘게 지불하지 않습니다.

보장되는 파트 D 처방약(오렌지 카운티)의 *1개월치*에 대한 귀하의 본인 부담액:

Tier(군)		표준 소매 비용 분담(네트워크 내)(최대 30일치)	선호 소매 비용 분담(네트워크 내)(최대 30일치)	표준 우편 주문 비용 분담(최대 30일치)	선호 우편 주문 비용 분담(최대 30일치)	장기 치료(LTC) 비용 분담(최대 31일치)	네트워크 외부 비용 분담*(보장은 특정 상황으로 제한됨. 자세한 내용은5장 참조)(최대 30일치)
비용 분담 1단계 (선호 복제약)		자기부담금 $7	자기부담금 $0	자기부담금 $7	자기부담금 $0	자기부담금 $7	자기부담금 $7
비용 분담 2단계 (복제약)		자기부담금 $15	자기부담금 $0	자기부담금 $15	자기부담금 $0	자기부담금 $15	자기부담금 $15
비용 분담 3단계 (선호 브랜드)	**인슐린**	자기부담금 $35	자기부담금 $35	자기부담금 $35	자기부담금 $35	자기부담금 $35	자기부담금 $35
	기타 약	자기부담금 $47	자기부담금 $42	자기부담금 $47	자기부담금 $42	자기부담금 $47	자기부담금 $47
비용 분담 4단계 (비선호 의약품)		총 비용의 50%	총 비용의 50%	총 비용의 50%	총 비용의 50%	총 비용의 50%	총 비용의 50%
비용 분담 5단계 특수 단계		총 비용의 33%	총 비용의 33%	총 비용의 33%	총 비용의 33%	총 비용의 33%	총 비용의 33%

*네트워크 외부 약국에서 약을 받을 수도 있지만 네트워크 내 약국에 내는 것보다 금액을 더 많이 낼 수도 있습니다.

비용 분담 단계와 관계없이 보장되는 각 인슐린 제품의 1개월분에 $35 넘게 지불하지 않습니다.

파트 D 백신의 비용 분담에 관한 자세한 정보는 본 장의 섹션 8을 참고하십시오.

섹션 5.3 의사가 1개월분치 미만을 처방하는 경우 1개월치 비용을 지불할 필요가 없을 수 있습니다

일반적으로 처방약에 대해 가입자가 지불하는 금액으로 1개월치 전체가 보장됩니다. 귀하나 담당 의사가 1개월치 미만의 약을 수령하기를 원하는 경우가 있을 수 있습니다(예를 들어, 최초 약 복용 시). 여러 가지 처방약을 위한 재조제 날짜를 계획하는 데 도움이 된다면 의사에게 1개월치 미만의 약을 처방해 줄 것과 약사에게 조제해 줄 것을 요청할 수도 있습니다.

1개월치 미만의 특정 약을 받는 경우, 1개월치 비용을 지불하지 않아도 됩니다.

- 공동보험액을 지불해야 하는 경우 귀하는 약의 총 비용 중 일정 비율을 지불합니다. 공동보험액은 약의 총 비용을 기준으로 되므로 약의 총 비용이 낮아질 것이기 때문에 가입자의 비용이 더 낮아집니다.
- 약에 대해 자기부담금을 지불해야 할 경우, 가입자는 1개월 전체가 아니라 수령한 약 일수만 지불합니다. 저희는 약에 대해 매일 지불하는 금액을 계산하고(일별 비용 분담 요율) 받은 약의 일 수를 곱합니다.

섹션 5.4 *장기*(100일) 분량의 약에 대한 비용을 보여주는 표

일부 의약품의 경우, 장기간 분량(연장된 분량이라고도 함)을 받을 수 있습니다. 장기분은 최대 100일치까지 가능합니다.

아래의 표는 장기간 분량의 약을 받을 때 지불하는 금액을 보여줍니다.

- 약 비용이 가입자의 자기부담금보다 낮은 경우도 있습니다. 이러한 경우, 가입자는 자기부담금 대신에 약값을 낮게 지불합니다.

보장되는 파트 D 처방약(로스앤젤레스 카운티)의 *장기* 분량에 대한 귀하의 본인 부담액:

Tier(군)		표준 소매 분담(네트워크 소속)(최대 100일치)	선호 소매 분담(네트워크 소속)(최대 100일치)	표준 우편 주문 비용 분담(최대 100일치)	선호 우편 주문 비용 분담(최대 100일치)
비용 분담 1단계 (선호 복제약)		자기부담금 $14	자기부담금 $0	자기부담금 $14	자기부담금 $0
비용 분담 2단계 (복제약)		자기부담금 $30	자기부담금 $0	자기부담금 $30	자기부담금 $0
비용 분담 3단계 (선호 브랜드)	**인슐린**	자기부담금 $85	자기부담금 $85	자기부담금 $85	자기부담금 $85
	기타 약	자기부담금 $141	자기부담금 $126	자기부담금 $141	자기부담금 $126
비용 분담 4단계 (비선호 의약품)		총 비용의 50%	총 비용의 50%	총 비용의 50%	총 비용의 50%
비용 분담 5단계 (특수 단계)		장기간 분량은 5단계 의약품에는 사용할 수 없습니다.	장기간 분량은 5단계 의약품에는 사용할 수 없습니다.	장기간 분량은 5단계 의약품에는 사용할 수 없습니다.	장기간 분량은 5단계 의약품에는 사용할 수 없습니다.

비용 분담 단계와 관계없이 보장되는 각 인슐린 제품의 최대 2개월분까지 $70, 최대 3개월분까지 $85 넘게 지불하지 않습니다. 보장 결정, 이의 제기 또는 전환을 통해 보장되는 각 인슐린 제품의 2개월분에 $70 넘게, 최대 3개월분까지 $105 넘게 지불하지 않습니다.

보장되는 파트 D 처방약(오렌지 카운티)의 *장기* 분량에 대한 귀하의 본인 부담액:

Tier(군)		표준 소매 분담(네트워크 소속)(최대 100일치)	선호 소매 분담(네트워크 소속)(최대 100일치)	표준 우편 주문 비용 분담 (최대 100일치)	선호 우편 주문 비용 분담 (최대 100일치)
비용 분담 1단계 (선호 복제약)		자기부담금 $14	자기부담금 $0	자기부담금 $14	자기부담금 $0
비용 분담 2단계 (복제약)		자기부담금 $30	자기부담금 $0	자기부담금 $30	자기부담금 $0
비용 분담 3단계 (선호 브랜드)	**인슐린**	자기부담금 $85	자기부담금 $85	자기부담금 $85	자기부담금 $85
	기타 약	자기부담금 $141	자기부담금 $126	자기부담금 $141	자기부담금 $126
비용 분담 4단계 (비선호 의약품)		총 비용의 50%	총 비용의 50%	총 비용의 50%	총 비용의 50%
비용 분담 5단계 (특수 단계)		장기간 분량은 5단계 의약품에는 사용할 수 없습니다.	장기간 분량은 5단계 의약품에는 사용할 수 없습니다.	장기간 분량은 5단계 의약품에는 사용할 수 없습니다.	장기간 분량은 5단계 의약품에는 사용할 수 없습니다.

비용 분담 단계와 관계없이 보장되는 각 인슐린 제품의 최대 2개월분까지 $70, 최대 3개월분까지 $85 넘게 지불하지 않습니다. 보장 결정, 이의 제기 또는 전환을 통해 보장되는 각 인슐린 제품의 2개월분에 $70 넘게, 최대 3개월분까지 $105 넘게 지불하지 않습니다.

섹션 5.5 1년간 가입자의 본인부담 비용이 $2,000에 도달할 때까지 초기 보장 단계를 유지합니다

총 본인 부담 비용이 $2,000에 도달할 때까지는 초기 보장 단계입니다. 그런 다음 재해성 보장 단계로 이동합니다.

저희는 일반적으로 Medicare 처방약 플랜에서 보장되지 않는 일부 처방약에 대해 추가적인 보장을 제공합니다. 이러한 약에 대해 지급한 비용은 총 본인 부담 비용에 포함되지 않습니다.

가입자가 받는 *파트 D EOB*는 가입자, 플랜 및 제3자가 한 해 동안 귀하를 대신하여 지출한 금액이 얼마나 되는지 추적하는 데 도움이 됩니다. 모든 가입자가 한 해에 $2,000의 본인 부담 한도에 도달하는 것은 아닙니다.

저희는 귀하가 이 금액에 도달하는 경우 알려드릴 것입니다. 이 금액에 도달하는 경우 초기 보장 단계를 벗어나 재해성 보장 단계로 이동합니다. Medicare에서 귀하의 본인 부담 비용을 계산하는 방법에 관한 정보는 섹션 1.3을 참고하십시오.

섹션 6 재해성 보장 단계 동안, 플랜은 보장되는 파트 D 약의 전체 비용을 지불합니다

귀하의 본인 부담 비용이 해당 역년 동안 $2,000 한도에 도달하면 재해성 보장 단계가 됩니다. 재해성 보장 단계에 오게 되면 역년 말까지 이 지급 단계가 유지됩니다.

- 이 지급 단계에서 귀하는 보장되는 파트 D 약과 향상된 혜택에 따라 보장되는 제외 약에 대해서는 비용을 지불하지 않습니다.

섹션 7 추가 혜택 정보

합성 의약품 및 보장 범위:

합성 의약품은 기존의 처방약을 다양한 목적으로 혼합 또는 변형하여 만든 약입니다. 특정 성분에 대한 알레르기 때문에 표준 의약품을 사용할 수 없는 경우가 있는데, 이 경우, 정량의 약을 온전한 형상으로 사용할 수 없으므로 시판하는 의약품을 다른 형상으로 전환해야 합니다. 정제나 캡슐을 삼킬 수 없는 사람들을 위해 합성 처리를 하면 의약품을 파우더, 액체, 사탕, 좌약 또는 다른 형태로 맞춤화할 수 있습니다.

합성 의약품은 처방집에 열거된 약과 달리 식품의약국(FDA)의 승인을 받지 않았습니다. FDA의 감독을 받지 않으므로 합성 의약품의 순도, 안전성, 안전, 효능 또는 용량을 검증하지 않았기 때문에 조제했을 때 추가적인 위험요소가 있습니다. 합성 의약품의 품질이 저하되었을 수 있으므로 FDA는 가능하다면 합성 의약품 대신 엄격한 검증 절차를 거친 승인된 의약품을 사용할 것을 권장하고 있습니다.

저희 플랜이 보장하지 않는 합성 의약품이 있습니다. 경우에 따라 특정 합성 의약품은 Medicare 보장에서 '제외'됩니다. 또한 저희 플랜은 특정 합성 의약품을 보장하지 않기로 결정했습니다. 복합의약품의 올바른 사용을 위해 사전 허가 및 분량 제한 요구 사항과 같은 특정 규칙 및 제약이 적용됩니다.

가입자들은 의학적으로 필요한 경우에만 합성 의약품을 사용할 것을 권장합니다. 복합약제 및 복합약제 보장에 관해 궁금한 점이 있으시면 가입자 서비스부(전화번호는 본 문서의 뒤표지에 기재됨)에 문의하시거나 당사 웹사이트(www.scanhealthplan.com)를 방문해 주십시오.

섹션 8 파트 D 백신. 가입자가 지불하는 비용은 귀하가 비용을 받는 방법과 장소에 따라 달라집니다

백신 비용에 대한 중요 메시지 – 일부 백신은 의료 혜택으로 간주되며 파트 B에서 보장합니다. 기타 백신은 파트 D 의약품으로 간주됩니다. 이러한 백신은 플랜의 의약품 목록에 기재되어 있습니다. 저희 플랜은 대부분 성인용 파트 D 백신을 무료로 보장합니다. 특정 백신에 관한 보장 및 비용 분담 세부 정보는 플랜의 '의약품 목록'을 참고하거나 가입자 서비스부에 문의하십시오.

파트 D 백신의 보장 범위는 두 부분으로 되어 있습니다.

- 첫 번째 보장 부분은 **백신 자체** 비용입니다.
- 보장의 두 번째 부분은 **백신 접종** 비용에 대한 것입니다. (이것을 백신 투약이라고도 합니다.)

파트 D 백신에 대한 가입자의 비용은 세 가지에 따라 다릅니다.

1. **예방접종자문위원회(ACIP)라는 조직에서 성인 백신 접종을 권장하는지 여부**
   - 대부분의 성인 파트 D 백신은 ACIP에서 권장하며 비용이 들지 않습니다.
2. **백신 접종을 받는 장소**
   - 백신 자체는 약국에서 제공하거나 진료소에서 제공할 수 있습니다.
3. **백신 접종 제공자**
   - 약사 또는 다른 서비스 제공자가 약국에서 백신을 접종할 수 있습니다. 또는 서비스 제공자가 의사 진료소에서 접종할 수 있습니다.

파트 D 백신을 받을 당시 귀하가 지불하는 금액은 상황에 따라 그리고 어떤 **약 지불 단계**에 있는지에 따라 다를 수 있습니다.

- 때때로 백신을 접종받을 때 백신 자체와 제공자가 백신을 제공하는 비용 모두에 대한 전체 비용을 지불해야합니다. 저희의 비용 분담액에 대해 환불을 받으려면 문의하실 수 있습니다. 대부분의 성인용 파트 D 백신의 경우, 이는 귀하가 지불한 비용 전액을 환급받을 수 있음을 의미합니다.
- 또한 백신을 접종 받을 때는 파트 D 혜택에 따라 가입자가 부담하는 비용 중에서 귀하의 몫만 지불합니다. 대부분의 성인용 파트 D 백신에 대해 귀하는 비용을 지불하지 않습니다.

파트 D 백신 접종을 받을 수 있는 방법의 3가지 예는 다음과 같습니다.

상황 1: 네트워크 약국에서 파트 D 백신을 접종 받습니다. (이런 선택 여부는 귀하가 거주하는 지역에 따라 다릅니다. 일부 주에서는 특정 백신을 약국에서 접종하는 것을 허용하지 않습니다.)

- 대부분의 성인용 파트 D 백신에 대해 귀하는 비용을 지불하지 않습니다.
- 기타 파트 D 백신의 경우, 귀하는 백신 접종 비용을 포함하여 백신 자체에 대한 공동보험액 또는 자기부담금을 약국에 지불합니다.
- 저희 플랜은 나머지 비용을 지급합니다.

상황 2: 귀하는 의사 진료소에서 파트 D 백신을 접종 받습니다.

- 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 금액, 의사가 청구하는 금액과 저희가 일반적으로 지불하는 금액 사이의 차액을 뺀 금액을 환급받게 됩니다. ('추가 지원'을 받는 경우 이 차액을 환급해 드립니다.)

상황 3: 귀하는 파트 D 백신을 네트워크 약국에서 구입한 다음 담당 의사 진료소에서 백신 접종을 받습니다.

- 대부분의 성인용 파트 D 백신의 경우, 백신 자체에 대해 귀하는 비용을 지불하지 않습니다.
- 다른 파트 D 백신의 경우, 귀하는 백신 자체에 대해 공동보험액 또는 자기부담금을 약국에 지불합니다.
- 담당 의사가 귀하에게 백신을 접종하면 본 서비스에 대한 모든 비용을 귀하가 지불해야 할 수 있습니다.
- 그런 다음 7장에서 설명하는 절차에 따라 당사의 비용 부담액을 지불하도록 플랜에 요청할 수 있습니다.
- 대부분 성인용 파트 D 백신의 경우, 귀하는 지불한 모든 비용을 환급받습니다.

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

7장:

보장 의료 서비스 또는 약에 대해 받은 청구서의 플랜 부담분 지불 요청

섹션 1 보장되는 서비스 또는 약의 분담액을 지급해 주도록 플랜에 요청해야 하는 상황

때때로 의학적 치료나 처방약을 받을 때 귀하가 전체 비용을 지불해야 할 수 있습니다. 또는 플랜의 보장 규칙에 따라 예상보다 많이 지불했거나 서비스 제공자로부터 청구서를 받을 수 있습니다. 이러한 경우, 귀하는 당사의 플랜에 환급을 요청할 수 있습니다(환급이라고도 합니다). 저희 플랜에서 보장되는 의학적 서비스 또는 약에 대한 귀하의 분담액 비용 이상을 귀하가 지불할 때마다 플랜에 환급을 요청할 권리가 있습니다. 환급을 받기 위해 귀하가 충족해야 하는 기한이 있을 수 있습니다. 본 장의 섹션 2를 참고하십시오.

또한 본 문서에서 설명한 바와 같이 귀하가 받은 진료 전체 비용 또는 귀하의 비용 분담액 이상을 서비스 제공자에게 청구받을 때도 있을 수 있습니다. 먼저 서비스 제공자와 청구서를 해결하려고 합니다. 그것이 효과가 없는 경우, 청구서를 지불하지 않고 저희에게 보내십시오. 청구서를 검토한 후 서비스가 보장되는지 여부를 결정할 것입니다. 보장 대상으로 결정되는 경우 제공자에게 직접 지급할 것입니다. 저희가 지급하지 않기로 결정한 경우, 서비스 제공자에게 통지할 것입니다. 귀하는 플랜에서 허용하는 비용 분담액 이상을 지불해서는 안 됩니다. 이 서비스 제공자와 계약을 맺은 경우에도 치료 권리가 있습니다.

다음 예는 귀하가 플랜이 귀하에게 환급하거나 귀하가 받은 청구서에 지불하도록 요청해야 할 수 있는 상황입니다.

1. **당사 플랜의 네트워크에 소속된 서비스 제공자에게 응급 진료 또는 긴급 진료를 받은 경우**

   서비스 지역 밖에서는 서비스 제공자가 당사 네트워크의 일부인지 여부에 관계없이 모든 서비스 제공자로부터 응급 또는 긴급 서비스를 받을 수 있습니다. 이러한 경우,

   - 귀하는 응급 진료 또는 긴급 서비스에 대해 귀하의 비용 중에서 귀하의 몫을 지불할 책임이 있습니다. 응급 서비스 제공자는 법적으로 응급 진료를 제공해야 합니다. 치료를 받을 당시 전체 금액을 귀하가 지불한 경우 플랜의 비용 중에서 귀하에게 환급을 요청하십시오. 귀하의 지급 사실을 증명하는 문서와 함께 청구서를 저희에게 보내십시오.
   - 귀하가 빚지고 있지 않다고 생각되는 지급을 요청하는 청구서를 제공자로부터 받을 수 있습니다. 귀하가 이미 지급한 사실을 증명하는 문서와 함께 이 청구서를 저희에게 보내십시오.
     - 제공자에게 납부해야 하는 금액을 제공자에게 직접 지급할 것입니다.
     - 서비스 비용 중 귀하의 분담액 이상을 이미 지불한 경우 해당 금액을 결정한 후 저희 분담액을 귀하에게 환급해 드립니다.

2. 네트워크 서비스 제공자가 귀하가 지불할 필요가 없는 청구서를 보내는 경우

네트워크 서비스 제공자는 항상 플랜에 직접 청구해야 하며 귀하에게는 귀하의 분담액만 청구합니다. 하지만 실수로 분담액 이상을 지불하도록 귀하에게 청구하는 경우가 있습니다.

- 귀하는 보장 서비스를 받을 때 귀하의 비용 분담액만 지불하면 됩니다. 서비스 제공자가 '초과 청구'라고 하는 별도의 비용을 추가하는 것은 허용되지 않습니다. 이 보호장치(절대 귀하의 비용 분담액 이상을 지불하지 않도록 함)는 저희가 제공자가 서비스에 대해 청구하는 것보다 적게 제공자에게 지불하는 경우와 분쟁이 있고 저희가 특정 제공자에게 비용을 지불하지 않는 경우에도 적용됩니다.
- 귀하가 지불해야 하는 금액보다 많다고 생각되는 청구서를 네트워크 서비스 제공자로부터 받을 때마다 청구서를 저희에게 보내십시오. 제공자에게 직접 연락하여 청구 문제를 해결해 드리겠습니다.
- 네트워크 서비스 제공자에게 청구서를 이미 지불했지만 너무 많이 지불했다고 느끼는 경우 지불했음을 증명하는 문서와 함께 청구서를 보내 주시고 귀하가 지불한 금액과 플랜에서 지급해야 하는 금액 사이의 차액을 환급해 주도록 요청하십시오.

3. 플랜에 소급하여 가입한 경우

때때로 플랜 가입이 소급 적용되는 경우가 있습니다. (이는 가입 첫날이 이미 지났음을 의미합니다. 등록 날짜는 작년일 수도 있습니다.)

저희 플랜에 소급 가입했고 가입일 이후에 보장되는 서비스나 약에 대한 본인 부담액을 지불한 경우 플랜 분담액을 환급해주도록 요청할 수 있습니다. 환급을 처리하려면 영수증, 청구서 등의 서류를 제출해야 합니다.

4. 네트워크 외부 약국을 이용하여 처방약을 조제받는 경우

네트워크 외부 약국을 이용하는 경우, 약국은 당사에 직접 청구를 제출하지 못할 수 있습니다. 이런 일이 발생하면 처방 비용 전부를 귀하가 지불해야 합니다.

영수증을 잘 보관해 두었다가 플랜 분담액 환급을 요청할 때 사본을 저희에게 보내십시오. 제한된 상황에서는 네트워크 외부 약국만 보장합니다. 이러한 상황에 대한 자세한 내용은 5장, 섹션 2.5를 참고하십시오. 네트워크 외부 약국에서 약 비용을 지불한 금액과 네트워크 내 약국에서 저희가 지불하는 금액 사이의 차액을 환급하지 않을 수 있습니다.

5. 플랜 가입자 카드를 소지하고 있지 않아 처방약 비용 전액을 귀하가 지불한 경우

플랜 가입자 카드를 휴대하지 않은 경우 약국에 플랜에 전화를 걸거나 플랜 가입 정보를 조회하도록 요청할 수 있습니다. 그러나 약국이 즉시 필요한 가입 정보를 얻지 못할 경우 처방 비용 전액을 본인이 지불해야 할 수 있습니다.

영수증을 잘 보관해 두었다가 플랜 분담액 환급을 요청할 때 사본을 저희에게 보내십시오. 가입자가 지불한 현금 가격이 처방약에 대해 협상된 가격보다 높을 경우 지불한 전체 비용을 환급하지 않을 수 있습니다.

6. 그 외 상황에서 처방약 비용 전액을 지불하는 경우

어떤 이유로 약이 보장이 되지 않는 것을 발견하여 처방 비용 전액을 귀하가 지불할 수 있습니다.

- 예를 들어, 약이 플랜의 의약품 목록에 없거나, 귀하가 몰랐거나 적용된다고 생각하지 못한 요구 사항 또는 제한 사항이 있을 수 있습니다. 약을 즉시 받아야 하는 경우 귀하가 전액을 지불해야 할 수 있습니다.
- 영수증을 잘 보관해 두었다가 환급을 요청할 때 사본을 제출하십시오. 일부 상황에서는 저희 분담액을 귀하에게 환급하기 위해 의사로부터 추가 정보를 얻어야 할 수 있습니다. 가입자가 지불한 현금 가격이 처방약에 대해 협상된 가격보다 높을 경우 지불한 전체 비용을 환급하지 않을 수 있습니다.

위의 모든 예는 보장 결정 유형입니다. 즉, 귀하의 지급 요청을 거부하는 경우 귀하는 이 결정에 이의를 제기할 수 있습니다. 본 문서의 9장에 이의제기 방법에 관한 정보가 있습니다.

섹션 2 환급을 요청하거나 귀하가 받은 청구서에 지급하도록 요청하는 방법

귀하는 요청서를 서면으로 보내 환급을 요청할 수 있습니다. 서면으로 요청서를 보내는 경우, 귀하가 지불한 금액에 대한 청구서 및 문서를 보내 주십시오. 기록을 남기기 위해 청구서와 영수증을 복사하는 것이 좋습니다. **가입자는 의료 청구에 대해 12개월 이내에, 그리고** 서비스, 항목 또는 약을 받은 날의 **처방약 청구에 대해서는 36개월 이내에 청구를 저희에게 제출해야 합니다.**

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

- 양식을 반드시 사용할 필요는 없지만 정보를 더 빠르게 처리하는 데 도움이 됩니다.
- 양식 사본은 당사 웹사이트(www.scanhealthplan.com)에서 다운로드하거나 가입자 서비스부에 전화하여 양식을 요청하십시오.

의료비 청구의 경우, 항목별 청구서, 의료 기록 및 지급/영수증 증거와 함께 지급 요청서를 저희에게 다음 주소로 우편을 통해 보내 주십시오.

SCAN Health Plan
ATTN: Claims Department
P.O. Box 21543
Eagan, MN 55121

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

섹션 3 귀하의 지급 요청을 심사하여 지급 여부를 알려 드리겠습니다

섹션 3.1 서비스나 약의 보장 여부 및 환급액을 확인합니다

귀하의 지급 요청을 받으면 저희는 귀하로부터 추가 정보가 필요한지 알려 드릴 것입니다. 그렇지 않으면 귀하의 요청을 심사하여 보장 결정을 내립니다.

- 의학적 치료나 약이 보장되는 것으로 결정하고 귀하가 모든 규칙을 준수한 경우 플랜 분담액을 지불합니다. 플랜의 비용 분담액이 귀하가 지불한 전체 금액이 아닐 수 있습니다(예를 들어, 네트워크 외부 약국에서 약을 구입했거나 약에 대해 지불한 현금 가격이 협상 가격보다 높은 경우). 서비스나 약 비용을 귀하가 이미 지불한 경우 플랜의 분담액 환급 우편물을 보내드립니다. 아직 서비스나 약 비용을 지불하지 않은 경우 서비스 제공자에게 직접 지급 우편물을 보낼 것입니다.
- 의학적 치료나 약이 보장 대상이 아니라고 결정하거나, 귀하가 모든 규칙을 준수하지 않은 경우, 플랜 분담액을 지급하지 않습니다. 저희는 당사가 지급을 보내지 않은 이유와 이 결정에 이의를 제기할 가입자의 권리를 설명하는 서신을 보내드릴 것입니다.

섹션 3.2 의학적 치료 또는 약의 전부나 일부에 대해 플랜에서 지급하지 않는다고 통보하는 경우 이의를 제기할 수 있습니다

귀하의 지급 요청이나 저희가 지급하는 금액을 거절하는 것이 실수라고 생각하실 경우 이의 제기를 할 수 있습니다. 이의 제기를 하면 귀하의 지급 요청을 거절할 때의 결정을 변경하도록 요청하는 것과 같습니다. 이의 제기 과정은 절차가 세부적이며 기한이 중요한 공식 과정입니다. 이의를 제기하는 방법에 관한 자세한 내용은 본 문서의 9장에서 확인하십시오.

8장:

귀하의 권리와 책임

섹션 1 저희 플랜은 가입자의 권리 및 문화적 장애를 존중해야 합니다

섹션 1.1 플랜은 가입자에게 도움이 되고 문화적 민감성에 부합하는 방식으로 정보를 제공해야 합니다(영어 이외의 언어, 점자, 대형 인쇄물 또는 기타 대체 형식 등)

귀하의 플랜은 임상적 서비스나 비 임상적 모든 서비스가 문화적으로 만족할 만한 방식으로 제공되었으며, 영어/읽기/듣기 능력이 제한적이거나 또는 다양한 문화적, 민족적 배경을 가진 가입자를 포함하여 모든 가입자가 이용할 수 있도록 해야 합니다. 플랜이 이러한 접근성 요건에 부합할 수 있는 방법의 예에는 비처방 서비스, 통역사 서비스, 원격 타자기 또는 TTY(문자 전화 또는 원격 타자기 전화) 연결이 포함되며 이에 국한되지 않습니다.

저희 플랜은 비영어권 가입자의 질문에 답변할 수 있는 무료 통역 서비스를 제공합니다. 서면 자료는 영어와 스페인어로 제공 가능합니다. 또한 점자체, 대형 인쇄물 또는 기타 필요한 경우 대안적 형식으로 정보를 무료로 제공할 수도 있습니다. 저희는 귀하에게 적절하고 접근 가능한 형식으로 플랜 혜택에 대한 정보를 제공하도록 되어 있습니다. 당사로부터 귀하에게 도움이 되는 방식으로 정보를 얻으시려면 가입자 서비스부로 연락해 주십시오.

저희 플랜은 여성 가입자에게 여성의 정기 및 예방 건강 관리 서비스를 위해 네트워크 내부의 여성 건강 전문가에게 직접 액세스할 수 있는 옵션을 제공해야 합니다.

플랜의 전문의 네트워크 소속 서비스 제공자를 이용할 수 없는 경우, 네트워크 외부의 전문의를 찾아 필요한 진료를 제공하는 것은 플랜의 책임입니다. 이 경우, 가입자는 네트워크 내 비용 분담만 지불합니다. 필요한 서비스를 보장하는 플랜의 네트워크에 전문의가 없는 상황에 처한 경우, 플랜에 전화하여 네트워크 내부 비용 분담으로 이 서비스를 받을 장소에 대한 정보를 문의하십시오.

본 플랜에서 제공하는 정보를 귀하가 이용할 수 있는 형식으로 입수하거나, 여성 건강 전문가를 만나거나 네트워크 전문의를 찾는 데 어려움이 있으시면, 가입자 서비스부에 1-800-559-3500번으로 전화하여 고충을 제기할 수 있습니다. 또한 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하시거나 민권 사무국 1-800-368-1019 또는 TTY 1-800-537-7697번으로 직접 전화하여 Medicare에 불만을 제기하실 수도 있습니다.

We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, in braille, in large print, or other alternate formats, etc.)

Your plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how a plan may meet these accessibility requirements include, but are not limited to: provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. Written materials are available in English and Spanish. We can also give you information in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Member Services.

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services.

If providers in the plan's network for a specialty are not available, it is the plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you will only pay in-network cost-sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in the plan's network that cover a service you need, call the plan for information on where to go to obtain this service at in-network cost-sharing.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist or finding a network specialist, please call to file a grievance with Member Services at 1-800-559-3500. You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el inglés, en braille, grabación de audio, letra grande u otros formatos alternativos, etc.)

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

Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas de los miembros que no hablan inglés. Los materiales escritos están disponibles en inglés y español. También podemos brindarle información in braille, en letra grande u otros formats alternativos sin costo alguno si lo necesita. Estamos obligados a brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que funcione para usted, llame a Member Services.

Nuestro plan está obligado a brindar a las mujeres inscritas la opción de acceso direct a un especialista de la mujer dentro de la red servicios de atención médica preventiva y de rutina de la mujer.

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

situación en que no hay Especialistas en la red del plan que servicio que necesita, llame al Plan para obtener información sonde acudir in aobtener in a costos compartidos dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted, consultar a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llame para presentar una queja ante Member Services al 1-800-559-3500. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

섹션 1.2 보장 서비스와 약을 시기 적절하게 이용할 수 있도록 할 플랜의 의무

귀하는 플랜의 네트워크에서 주치의(PCP)를 선택하여 보장 서비스를 제공하고 수령할 권리를 가집니다. 귀하는 또한 진료 의뢰 없이도 여성 건강 전문가(산부인과 의사)를 방문할 권리를 가집니다.

귀하는 플랜의 서비스 제공자 네트워크로부터 *적절한 시기에* 예약을 하고 보장 서비스를 받을 권리를 가집니다. 여기에는 필요한 경우 전문의로부터 시기 적절하게 서비스를 받을 권리도 포함되어 있습니다. 또한 모든 네트워크 약국에서 오래 기다리지 않고 처방약을 조제하거나 재조제할 권리도 가지고 있습니다.

귀하가 타당한 시간 이내에 진료 또는 파트 D 약을 받지 못하고 있다고 생각하는 경우, 9장에서 귀하가 할 수 있는 일에 대해 알려드립니다.

섹션 1.3 가입자의 개인 건강 정보를 보호해야 할 의무

연방 및 주 법률에 따라 가입자의 의료 기록과 개인 건강 정보를 보호하고 있습니다. 저희는 이러한 법률이 요구하는 바와 같이 가입자의 개인 건강 정보를 보호합니다.

- 귀하의 개인 건강 정보에는 이 플랜에 가입했을 때 제공한 개인 정보와, 의료 기록, 기타 의료 및 건강 정보가 포함됩니다.
- 가입자는 본인의 정보 및 본인의 건강 정보의 사용 방법을 통제할 권리와 관련이 있습니다. 저희는 이러한 권리에 대해 알려주고 귀하의 건강 정보의 기밀성을 보호하는 방법을 설명한 **개인정보 보호정책 고지**라고 하는 안내문을 제공합니다.

가입자 건강 정보의 프라이버시 보호 방법

- 권한이 없는 사람은 귀하의 기록을 보거나 변경할 수 없도록 하고 있습니다.
- 아래에 명시된 상황을 제외하고, 플랜이 가입자에게 진료를 제공하지 않거나 치료 비용을 지불하지 않는 사람에게 건강 정보를 제공하려는 경우를 제외하고, *귀하나 귀하가 먼저 결정을 내릴 수 있는 법적 권한을 부여한 사람으로부터 서면 허가가 있어야* 합니다.

- 귀하로부터 사전 서면 허가를 받지 않아도 되는 예외적 상황이 있으며, 그러한 예외는 법의 허용이나 요구에 따른 것입니다.
  - 저희는 서비스 품질을 확인하는 정부 기관에게 건강 정보를 공개해야 합니다.
  - 귀하는 Medicare를 통해 저희 플랜의 가입자가 되었기 때문에 저희는 귀하의 파트 D 처방약에 대한 정보를 포함한 건강 정보를 Medicare에게 제공해야 합니다. Medicare가 귀하의 정보를 연구 또는 기타 목적으로 공개하는 경우, 연방법 및 규정에 따라 공개할 것입니다. 일반적으로 이러한 경우, 귀하를 고유하게 식별하는 정보는 공유되지 않게 해야 합니다.

가입자 기록에서 사전 승인이 필요한 정보와 그 공개 방법을 확인

귀하는 플랜이 보유하는 의료 기록을 검토하고 기록 사본을 수령할 권리를 가집니다. 저희는 사본 제작에 대한 비용을 귀하에게 부과할 수 있습니다. 귀하는 또한 본인의 의료 기록을 추가 또는 수정하도록 요청할 권리도 가집니다. 귀하의 요청이 있을 경우, 담당 의료 서비스 제공자와 협력하여 변경 여부를 결정할 것입니다.

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

개인 건강 정보의 프라이버시에 대한 질문이나 우려사항이 있으시면 가입자 서비스부로 연락해 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. 및 SCAN Health Plan New Mexico(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 2013년 5월 14일 발효되었으며 2023년 4월 11일에 마지막으로 검토되었습니다. 본 고지는 변경될 수 있으며 당사가 이를 교체하거나 수정할 때까지 효력을 가집니다.

가입자의 프라이버시 보호

SCAN은 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 PHI를 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 가입자의 건강 정보를 사용하는 방식

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

치료

SCAN은 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. SCAN이 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

SCAN은 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

SCAN은 다양한 업무 활동을 수행하기 위해 가입자의 서면 허가 없이 건강 정보를 사용하고 공개할 수 있습니다. 의료 서비스 업무는 SCAN의 일반적인 업무와 관련된 활동을 말합니다. 예를 들어, 당사는 다음의 목적으로 제3자와 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

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

기타 허용되는 사용 및 공개

SCAN은 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 SCAN은 다음의 경우에 가입자의 PHI를 공개하기 전에 가입자의 허가를 필요로 합니다. 즉, (1) 심리 치료 기록에 대한 대부분의 사용 및 공개, (2) 마케팅 목적의 사용 및 공개, (3) PHI의 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

SCAN은 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 PHI를 공유합니다. 당사는 또한 가입자의 진료 예약에 대한 알림을 드리기 위해 PHI를 사용할 수 있습니다. 또한 당사는 다른 치료, 기타 건강 관련 혜택 및 제공 서비스에 대한 정보를 전달해드리기 위해 가입자의 PHI를 사용할 수 있습니다.

SCAN은 또한 21세기 치료법이 정하고 있는 정보 차단 규칙을 준수하면서 가입자에게 PHI가 제공될 수 있도록 하기 위해 노력하고 있습니다.

당사는 또한 결제, 의료 서비스 업무 및 치료를 위해 건강 정보 교환(HIE) 시스템과 PHI를 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 SCAN이 가입자의 건강 정보를 보호하는 방식과 유사하게, 가입자 건강 정보의 기밀성을 보호하고 가입자 정보의 프라이버시를 보호해야 합니다.

가입자 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 제3자에게 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) SCAN이 보관하는 의료 정보의 일부가

아니거나, (3) 가입자가 검토 및 복사할 수 없는 정보의 일부이거나, (4) 정보 작성자가 수정할 수 없는 정보로서 SCAN이 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. SCAN은 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 6년 전까지 가능하되 2003년 4월 14일 이후의 공개 내역까지만 가능하며, 가입자가 더 짧은 기간을 요청한 경우는 해당 기간에 대해서 확인할 수 있습니다. 12개월 동안 1회를 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. SCAN은 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.com으로 이메일을 보내거나 1-562-308-1365번으로 팩스를 보내주십시오.

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

개인정보 보호정책에 대해 불만제기를 하는 방법

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

SCAN에 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.com으로 이메일을 보내거나 1-562-308-1365번으로 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.

SCAN은 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 Medicare의 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 https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html에서 구할 수 있습니다.

주정부에 대한 불만 제기(캘리포니아주 이중 적격자만 해당)

Medicare와 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 SCAN이 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.

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

SCAN은 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.

SCAN은 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.

SCAN이 인종, 피부색, 종교, 성별(임신, 성적 지향 또는 성 정체성 포함), 출신국, 나이(40세 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 가입자의 경우, 1-800-559-3500, NM 가입자의 경우: 1-855-826-7226, NV 가입자의 경우: 1-855-827-7226, TX 가입자의 경우: 1-855-844-7226, AZ 가입자의 경우: 1-855-650-7226(TTY: 711)
팩스: 1-562-989-0958

또는 당사의 웹사이트 내 '고충 제기(File a Grievance)' 양식을 이용하여 의견을 보낼 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 민권사무국 민원 포털(https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf)을 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 제기 양식은 https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html에서 구할 수 있습니다.

섹션 1.4 당사의 플랜, 서비스 제공자 네트워크, 보장 서비스 등에 대한 정보 제공에 대한 의무

SCAN Classic 가입자는 당사로부터 몇 가지 정보를 수령할 권리를 가집니다.

다음과 같은 종류의 정보를 원하시면 가입자 서비스부로 연락해 주십시오.

- **플랜에 대한 정보.** 여기에는 플랜의 재무 상태에 대한 정보가 포함됩니다.
- **네트워크 서비스 제공자 및 약국에 대한 정보.** 귀하는 네트워크에 있는 서비스 제공자 및 약국의 자격에 대한 정보와 네트워크의 서비스 제공자에게 저희가 지불하는 방식에 대한 정보를 수령할 권리를 가져야 합니다.
- **보장에 대한 정보와 보장을 사용하는 경우 지켜야 하는 규칙.** 3장과 4장에 의료 서비스에 관한 정보가 있습니다. 5장과 6장에 파트 D 처방약 보장에 관한 정보가 있습니다.
- **보장되지 않는 이유와 이 경우 해야 할 일에 대한 정보.** 9장에서는 의료 서비스나 파트 D 약이 보장되지 않는 이유나 보장이 제한되는 경우에 대한 서면 설명을 요청하는 방법을 설명합니다. 9장에 이의제기라고도 하는, 결정을 변경하도록 요청하는 정보가 있습니다.

섹션 1.5 치료 방법을 결정할 가입자의 권리를 지지할 플랜의 의무

치료 옵션에 대해 이해하고 건강 관리에 대한 결정에 참여할 가입자의 권리

귀하는 의사 및 기타 의료 서비스 제공자로부터 전체 정보를 수령할 권리를 가집니다. 귀하의 서비스 제공자는 귀하의 의학적 상태와 치료 선택에 대해 *이해할 수 있는 방식으로* 설명해야 합니다.

귀하는 또한 본인의 건강 관리에 대한 결정에 완전히 참여할 권리도 가집니다. 자신에게 가장 적합한 치료에 대해 의사와 결정을 내리는 데 도움이 되도록 귀하의 권리에는 다음이 포함됩니다.

- **모든 선택 항목에 대해 알 권리.** 비용이나 플랜의 보장 여부에 관계 없이 귀하의 상태에 대해 권장되는 모든 치료 옵션에 대해 안내를 받을 권리를 가집니다. 또한 가입자가 약을 관리하고 안전하게 사용하도록 돕기 위해 저희 플랜이 제공하는 프로그램에 대한 안내를 받을 권리도 포함됩니다.
- **위험에 대해 이해할 권리.** 귀하는 치료와 관련된 위험에 대해 안내를 받을 권리를 가집니다. 제안된 치료가 연구 실험의 일부인지 여부를 미리 안내 받아야 합니다. 귀하는 실험적 치료법을 거부하기로 선택할 수 있습니다.

- **'거절'할 권리.** 귀하는 권장된 치료법을 거절할 권리를 가집니다. 여기에는 담당 의사가 병원이나 기타 의료 시설에 머물도록 조언했다고 해도 이를 받아들이지 않을 권리가 포함됩니다. 또한 약 복용을 중단할 권리도 가집니다. 물론 치료를 거부하거나 약 복용을 중단할 경우 그 결과 신체에 발생하는 일에 대해 귀하가 완전한 책임을 지게 됩니다.

스스로 의학적 결정을 내릴 수 없을 경우, 해야 할 일을 지시할 가입자의 권리

사전 의료 지시서에 대한 추가 정보는 oag.ca.gov/consumers/general/care에서 찾을 수 있습니다.

때로 사람들은 사고 또는 중병으로 인해 스스로 의료 결정을 할 수 없게 되는 경우가 있습니다. 이러한 상황에 있을 때 가입자는 원하는 사항을 이야기할 권리를 가집니다. 즉, *본인이 원할 경우*, 다음을 할 수 있습니다.

- 본인이 의사 결정을 내릴 수 없는 상황이 발생할 때 **자신을 대신하여 의학적 결정을 내릴 법적 권한을 부여하는** 양식을 작성합니다.
- 본인이 의사 결정을 내릴 수 없는 상황이 발생할 때 원하는 치료에 대한 **의향서를 의사에게 제공**합니다.

이러한 상황에 미리 귀하의 의향을 제공하기 위해 사용할 수 있는 법적 문서를 **사전 의료 지시서**라고 합니다. 사전 의료 지시서의 종류는 다양하며 이를 부르는 명칭 또한 상이합니다. 사전 의료 지시서의 예에는 **생전 유서** 및 **건강 관리 결정에 대한 위임장**이 있습니다.

지시를 하기 위해 사전 의료 지시서를 사용하려는 경우, 해야 할 일은 다음과 같습니다.

- **양식 구하기.** 귀하의 변호사, 사회복지사 또는 일부 사무국 공급 상점에서 사전 의료 지시서 양식을 받으실 수 있습니다. Medicare에 대한 정보를 제공하는 기관에서도 사전 의료 지시서 양식을 제공할 수 있습니다.
- **양식을 작성한 후 서명합니다.** 양식의 입수 장소에 관계 없이, 이 문서가 법률 문서임을 기억해 두십시오. 양식 작성 시 변호사의 도움을 받는 것을 고려해 보십시오.
- **적절한 사람들에게 사본을 주십시오.** 담당 의사 및 본인이 의사 결정을 내릴 수 없는 경우, 본인에게 양식 사본을 제공해야 합니다. 가까운 친구나 가족에게 사본을 제공할 수도 있습니다. 사본은 집에 보관해 두십시오.

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

- 병원은 귀하께서 사전 의료 지시서에 서명했는지 그리고 귀하와 함께 가지고 있는지 여부를 문의할 것입니다.
- 사전 의료 지시서에 아직 서명하지 않은 경우, 병원에는 해당 양식이 있으니 귀하가 서명을 원하는지 물을 것입니다.

사전 의료 지시서의 작성 여부는 가입자의 선택입니다(병원에 입원해 있는 경우, 서명할지 여부 포함). 법률에 따라 사전 의료 지시서에 서명했는지 여부 때문에 치료를 거절 당하거나 차별을 받을 수 없습니다.

가입자의 지시 사항이 지켜지지 않은 경우

사전 의료 지시서에 서명했지만 담당 의사 또는 병원이 지시 사항을 따르지 않았다고 생각하는 경우, 캘리포니아주 의료 서비스부에 불만을 제기할 수 있습니다.

섹션 1.6 불만을 제기하고 플랜의 결정을 재고하도록 요청할 가입자의 권리

문제, 우려 사항 또는 불만 사항이 있으며 보장을 요청하거나 이의제기를 해야 할 경우 본 문서의 9장에서 귀하가 할 수 있는 일에 대해 알려드립니다. 보장 결정을 요청하거나, 이의제기를 하거나, 불만을 제기하더라도 **저희는 귀하를 공정하게 대우해야 합니다.**

섹션 1.7 부당한 대우를 받았거나 권리를 존중 받지 못했다고 생각할 경우 할 수 있는 일

차별에 대한 문제는 민권 사무국으로 연락

인종, 장애, 종교, 성별, 건강, 민족성, 신념(신념), 연령, 성적 지향 또는 출신 국가 때문에 부당한 대우를 받았거나 권리를 존중 받지 못했다고 생각하시는 경우, 보건복지부 **민권 사무국**에 1-800-368-1019번 또는 TTY 1-800-537-7697번으로 전화해 주십시오. 또는 지역 민권 사무국에 전화하십시오.

기타 문제

부당한 대우를 받았거나 자신의 권리를 존중 받지 못했다고 생각하며, 그리고 문제가 차별에 대한 것이 아닐 경우, 문제를 해결하기 위한 도움을 얻을 수 있습니다.

- **가입자 서비스부로 전화**하실 수 있습니다.
- **SHIP으로 전화**하실 수 있습니다. 자세한 내용은 2장, 섹션 3에서 확인하십시오.
- 또는 주 7일 하루 24시간 전화 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 **Medicare에 전화하실 수 있습니다**(TTY 1-877-486-2048).

섹션 1.8 권리에 대한 상세 정보 확인 방법

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

- PCP를 변경하려면 **가입자 서비스부로 연락해 주십시오**(전화번호는 본 문서의 뒤표지에 기재됨).
- **SHIP으로 전화**하실 수 있습니다. 자세한 내용은 2장, 섹션 3에서 확인하십시오.
- **Medicare**로 연락하실 수 있습니다.
  - Medicare 웹사이트에서 *Medicare 권리 및 보호(Medicare Rights & Protections)* 간행물을 읽거나 다운로드할 수 있습니다. (해당 간행물은 www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf에서 볼 수 있습니다.)

- 또는 주 7일 하루 24시간 언제든지 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하실 수 있습니다(TTY 1-877-486-2048).

섹션 2 플랜 가입자로서의 책임

플랜의 가입자로서 해야 할 일은 다음과 같습니다. 궁금한 점이 있으시면 가입자 서비스부로 연락해 주십시오.

- **보장 서비스에 대해 알아두고 보장 서비스를 이용하기 위해 지켜야 하는 규칙에 대해 알아두십시오.** 이 *보장 증명서*를 사용하여 보장 내용 및 보장 서비스를 받기 위해 지켜야 하는 규칙을 알아보십시오.
  - 3장과 4장에 귀하의 의료 서비스에 관한 상세 정보가 있습니다.
  - 5장과 6장에 파트 D 처방약 보장에 관한 자세한 내용이 있습니다.
- **플랜 이외에도 다른 건강 보험 보장이나 처방약 보장이 있을 경우, 저희에게 알려 주셔야 합니다.** 1장에 이러한 혜택 조정에 관한 설명이 있습니다.
- **담당 의사와 기타 건강 관리 제공자에게 저희 플랜에 가입한 것을 알려 주십시오.** 치료나 파트 D 처방약을 받을 때마다 플랜 가입자 카드를 보여 주십시오.
- **담당 의사와 다른 서비스 제공자에게 정보를 제공하고, 질문을 하고, 치료에 대한 후속 관리를 하여 도와주십시오.**
  - 최고의 치료를 받으려면 의사와 기타 의료 서비스 제공자에게 귀하의 건강 문제에 대해 알려주십시오. 귀하와 담당 의사가 합의한 치료 계획 및 지시를 따르도록 하십시오.
  - 귀하가 복용하는 비처방 약, 비타민, 보충제 등을 포함한 모든 약에 대해 담당 의사가 알도록 하십시오.
  - 궁금한 사항이 있을 경우, 반드시 질문하고 이해할 수 있는 답변을 얻으십시오.
- **사려 깊은 모습을 보여주십시오.** 저희는 모든 가입자가 다른 가입자의 권리를 존중해 주시기를 바랍니다. 또한 진료소, 병원, 기타 사무실이 원활하게 운영될 수 있도록 행동해야 합니다.
- **귀하의 몫을 지불해 주십시오.** 플랜 가입자로서 귀하는 다음 비용을 지급할 책임이 있습니다.
  - 플랜 가입자 자격을 유지하시려면 Medicare 파트 B 보험료를 계속 납부해야 합니다.
  - 플랜이 보장하는 대부분의 의료 서비스나 약의 경우, 서비스나 약을 이용할 때 자기부담금을 지불해야 합니다.
  - 가입 지연 벌금을 납부해야 할 경우, 처방약 보장을 유지하려면 이 벌금을 납부해야 합니다.
  - 연간 소득 때문에 파트 D에 대해 추가 금액을 납부해야 할 경우, 플랜 가입자 자격을 유지하려면 이 추가 금액을 정부에 직접 지급해야 합니다.

- **가입자가 플랜 서비스 지역 *내부*로 이사할 경우,** 가입자 기록을 최신 상태로 유지하고 가입자께 연락할 방법을 알려주셔야 합니다.
- **가입자가 플랜 서비스 지역 *외부*로 이사할 경우, 플랜 가입자 자격을 유지할 수 없습니다.**
- 이사하는 경우 사회보장국(또는 철도원 퇴직 위원회)에 알려야 합니다.

9장:

문제나 불만 사항이 있을 경우 해야 할 일(보장 결정, 이의제기, 불만 제기)

섹션 1 소개

섹션 1.1 문제가 있을 경우 해야 할 일

이 장에서는 2가지의 문제 해결을 위한 절차에 대해 설명합니다.

- 일부 문제는 **보장 결정 및 이의 제기 절차**를 사용해야 합니다.
- 다른 문제는 **불만 제기 절차**를 사용해야 합니다. 이는 고충 제기라고도 합니다.

이러한 절차는 Medicare가 승인했습니다. 각 절차에는 플랜과 가입자가 지켜야 하는 일련의 규칙, 절차 및 기한이 있습니다.

섹션 3에 있는 지침은 올바른 절차와 해야 할 일을 파악하는 데 도움이 될 것입니다.

섹션 1.2 관련 법률 용어

이 장에서 설명한 규칙, 절차 및 기한의 종류에 대한 법적 용어가 있습니다. 이러한 용어의 다수는 사람들에게 친숙하지 않으며 이해하기 어려운 경우가 많습니다. 더 쉽게 이해하실 수 있도록 이 장에서는 다음과 같이 설명합니다.

- 특정 법률 용어 대신에 간단한 단어를 사용합니다. 예를 들어 이 장에서는 일반적으로 고충 제기 대신 불만 제기를, 기관 판단이나 보장 판단, 위험 상황 판단 대신 보장 결정을, 독립 심사 법인 대신에 독립 심사 기관이라고 칭하고 있습니다.
- 또한 약어를 최소한 적게 사용하고 있습니다.

그러나 올바른 법률 용어를 아는 것은 도움이 되고 때로는 꽤 중요할 수 있습니다. 사용할 용어를 알면 상황에 맞는 도움이나 정보를 얻기 위해 보다 정확하게 의사 소통하는 데 도움이 됩니다. 사용할 용어에 대해 이해할 수 있도록 특정 유형의 상황에 대처하는 상세 정보를 제공하면서 법률 용어를 포함시켰습니다.

섹션 2 상세 정보와 개별화된 지원을 제공하는 곳

저희는 언제든지 가입자들을 도와드릴 수 있습니다. 플랜의 치료와 관련하여 불만 사항이 있다고 해도 불만 제기를 할 가입자의 권리를 존중해야 할 의무가 있습니다. 따라서 귀하는 항상 가입자 서비스부에 도움을 요청해야 합니다. 하지만 상황에 따라 플랜과 관련이 없는 누군가가 제공하는 도움이나 조언이 필요할 수 있습니다. 가입자가 도움을 받을 수 있는 두 가지 단체를 소개합니다.

주정부 건강 보험 지원 프로그램(SHIP)

각 주에는 교육을 받은 카운셀러가 있는 정부 프로그램이 있습니다. 그들은 저희나 보험회사 또는 건강 플랜과 아무런 관련이 없으며, 이 프로그램의 카운셀러는 가입자가 직면한 문제를 처리하기 위해 사용해야 할 절차를 이해하도록 도와줄 수 있습니다. 귀하의 질문에 답변하고, 자세한 정보를 제공하며, 진행 방향을 제시할 수 있습니다.

SHIP의 카운셀러 서비스는 무료입니다. 본 문서의 2장, 섹션 3에 전화번호와 웹사이트 URL이 있습니다.

Medicare

Medicare에 연락하여 도움을 받을 수도 있습니다. Medicare에 연락하는 방법은 다음과 같습니다.

- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)는 주 7일 하루 24시간 언제든지 이용하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오.
- Medicare 웹사이트(www.medicare.gov)에 방문하셔도 됩니다.

섹션 3 문제 해결을 위해 어떤 절차를 이용해야 하나요?

문제가 있을 경우, 이 장에서 현재 상황에 적용되는 부분을 읽어보아야 합니다. 다음의 지침이 도움이 될 것입니다.

문제가 혜택 또는 보장에 관한 문제입니까?

여기에는 의료(의료 품목, 서비스 및/또는 파트 B 처방약)의 보장 여부에 대한 문제, 보장 방식, 치료비 지불과 관련된 문제가 포함됩니다.

예.

본 장의 다음 섹션인 **섹션 4, 보장 결정 및 이의제기의 기본 사항에 대한 안내**로 진행하십시오.

아니요.

본 장의 마지막에 있는 **섹션 10**으로 바로 가십시오. **서비스 품질, 대기 시간, 고객 서비스 또는 기타 문제에 대한 불만을 제기하는 방법**으로 건너뛰십시오.

보장 결정 및 이의 제기

섹션 4 보장 결정과 이의 제기의 기본 사항에 대한 안내

섹션 4.1 보장 결정 요청 및 이의 제기: 전반적 상황

보장 결정 및 이의제기는 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 Medicare 파트 B 처방약을 **의료**라고 합니다. 귀하는 보장 여부 및 보장 방식과 같은 문제에 대해 보장 결정 및 이의 제기 절차를 사용합니다.

혜택을 받기 전에 보장 결정 요청

보장 결정은 귀하의 혜택과 보장 또는 귀하의 의료에서 저희가 부담할 금액에 대해 내리는 결정입니다. 예를 들어, 플랜 네트워크 의사가 네트워크 내에 있지 않은 의료 전문가를 진료 의뢰하는 경우, 네트워크 의사가 귀하께서 해당 의료 전문가에 대한 표준 거부 통지를 받았다는 것을 입증할 수 없거나 *보장 증명서*에서 추천된 서비스가 어떤 조건에서도 보장되지 않는다는 것을 분명히 하지 않는 한 이 추천은 유리한 보장 결정으로 간주됩니다. 저희가 특정 의료 서비스를 보장하거나 귀하에게 필요한 치료를 제공하는 것을 거절할지 담당 의사가 확실하게 모르는 경우 귀하나 담당 의사는 저희에게 연락하여 보장 결정을 요청할 수 있습니다. 다시 말해서 의료를 받기 전에 보장 여부를 알고 싶은 경우, 저희에게 보장 결정을 하도록 요청하실 수 있습니다. 제한적 상황에서는 보장 결정 요청이 기각되므로 요청을 검토하지 않습니다. 요청이 기각되는 경우의 예에는 요청이 불완전한 경우, 대리인이 귀하를 대신하여 요청을 하지만 법적으로 위임되지 않았거나 귀하의 요청 철회를 요청하는 경우 등이 포함됩니다. 보장 결정 요청을 기각할 경우, 기각 사유와 기각 심사를 요청하는 방법에 대한 통지서를 보낼 것입니다.

저희가 보장 내용과 플랜의 부담 금액을 결정할 때마다 보장 결정을 내립니다. 경우에 따라 저희가 의료가 보장되지 않는다고 결정하거나 Medicare가 더 이상 보장하지 않는다고 결정할 수 있습니다. 이러한 보장 결정에 동의하지 않을 경우, 이의 제기를 할 수 있습니다.

이의 제기

혜택을 받기 전후에 보장 결정을 내렸으나 만족하지 않을 경우 결정에 **이의 제기**를 할 수 있습니다. 이의 제기는 저희의 보장 결정을 검토하고 변경하도록 요청하는 공식적인 방법입니다. 나중에 다루겠지만, 귀하는 특정 상황에서 보장 결정에 대한 신속 또는 **빠른 이의 제기**를 요청할 수 있습니다. 귀하의 이의 제기는 원래의 결정을 내린 심사자와 다른 심사자들이 처리합니다.

플랜의 결정에 처음으로 이의를 제기하는 경우, 이것을 1레벨 이의 제기라고 합니다. 이 이의 제기에서, 당사는 보장 결정을 검토하여 규칙을 올바르게 준수했는지 확인합니다. 검토를 완료하면 결정 사항을 알려 드릴 것입니다.

제한적 상황에서는 1레벨 이의 제기 요청이 기각되므로 요청을 검토하지 않습니다. 요청이 기각되는 경우의 예에는 요청이 불완전한 경우, 대리인이 귀하를 대신하여 요청을 하지만 법적으로 위임되지 않았거나 귀하의 요청 철회를 요청하는 경우 등이 포함됩니다. 1레벨 이의 제기 요청을 기각할 경우, 기각 사유와 기각 심사를 요청하는 방법에 대해 통지서를 보낼 것입니다.

의료에 대한 귀하의 1레벨 이의 제기의 전체 또는 일부를 저희가 기각하는 경우, 귀하의 이의 제기는 자동으로 저희와 관련이 없는 독립 심사 기관이 실시하는 2레벨 이의 제기로 진행됩니다.

- 2레벨 이의 제기를 시작하기 위해 별도의 조치를 취할 필요는 없습니다. Medicare 규정에 따라 저희가 귀하의 1레벨 이의 제기에 완전히 동의하지 않을 경우 자동으로 귀하의 의료 서비스 이의 제기를 2레벨로 보냅니다.
- 진료에 대한 2단계 이의제기에 관한 자세한 정보는 본 장의 **섹션 5.4**를 참고하십시오.
- 파트 D 이의제기는 본 장의 섹션 6에서 더 자세히 설명합니다.

2단계 이의제기에 대한 결정에 만족하지 않는 경우, 추가적인 이의제기 단계로 진행할 수 있습니다(본 장의 섹션 9에 3단계, 4단계, 5단계 이의제기 절차에 관해 설명함).

섹션 4.2 보장 결정이나 이의 제기를 요청할 때 도움을 받는 방법

보장 결정이나 결정에 대한 이의 제기를 하기로 결정한 경우의 리소스는 다음과 같습니다.

- **가입자 서비스부로 전화하실 수 있습니다**.
- 주정부 건강 보험 지원 프로그램SHIP을 통해 **무료 도움을 받을 수 있습니다**.
- **담당 의사가 귀하를 위해 요청해줄 수 있습니다.** 담당 의사가 2단계 이상 이의제기에 도움을 줄 경우, 담당 의사를 대리인으로 지명해야 합니다. 가입자 서비스부에 전화하여 *대리인 임명장* 양식을 요청하십시오. (해당 양식은 Medicare 웹사이트 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 또는 당사 웹사이트 www.scanhealthplan.com/appointment-of-representative-form에서 제공됩니다.)
    - 치료 또는 파트 B 처방약의 경우, 담당 의사는 귀하를 대신하여 보장 결정이나 1레벨 이의 제기를 요청할 수 있습니다. 귀하의 이의 제기가 1레벨에서 기각될 경우, 자동으로 2레벨로 진행됩니다.
    - 파트 D 처방약의 경우, 담당 의사 또는 다른 처방자는 귀하를 대신하여 보장 결정이나 1레벨 이의 제기를 요청할 수 있습니다. 1레벨 이의 제기가 거부될 경우 담당 의사 또는 처방자는 2레벨 이의 제기를 요청할 수 있습니다.
- **다른 사람에게 본인을 대변하도록 요청할 수 있습니다.** 원할 경우, 다른 사람이 귀하의 대리인으로서 보장 결정을 요청하거나 이의 제기를 하도록 지명할 수 있습니다.
    - 친구, 친척 또는 다른 사람이 대리인이 되기를 원하는 경우 가입자 서비스부에 전화하여 *대리인 임명장* 양식을 요청하십시오. (해당 양식은 Medicare 웹사이트 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 또는 당사 웹사이트 www.scanhealthplan.com/appointment-of-representative-form에서 제공합니다.) 이 양식은 대리인에게 귀하를 대신하여 행동할 권한을 부여합니다. 귀하와 귀하를 대신하여 행동하려는 사람이 여기에 서명해야 합니다. 서명한 양식의 사본을 저희에게 제출해야 합니다.

  - 이 양식 없이도 이의제기를 수락할 수 있지만 양식을 수령할 때까지 검토를 완료할 수 없습니다. 귀하의 이의제기에 대한 결정을 내리기 위한 마감일 전에 양식을 받지 못한 경우 귀하의 이의제기는 기각됩니다. 이 경우, 독립 심사 기관이 이의 제기 기각에 대한 저희 결정을 검토하도록 요청할 가입자의 권리를 설명한 서면 통지를 발송해 드립니다.

- **귀하는 또한 변호사를 고용할 권리도 가 있습니다.** 개인 변호사에게 직접 연락하거나 지역 변호사 협회나 기타 추천 서비스에서 변호사를 지정할 수도 있습니다. 자격을 갖춘 경우, 무료 법률 서비스를 제공해주는 단체도 있습니다. 하지만 보장 결정이나 결정에 대한 이의 제기를 부탁하기 위해 **변호사를 고용하지 않아도 됩니다.**

섹션 4.3 이 장에서 가입자의 상황에 대한 상세 정보를 제공하는 섹션

보장 결정 및 이의 제기와 관련된 4가지 상황이 있습니다. 각 상황에는 다른 규칙과 기한이 있기 때문에 다른 섹션에서 각각에 대한 상세 정보를 다루고 있습니다.

- 본 장의 **섹션 5**: 귀하의 의료 진료: 보장 결정을 요청하거나 보장 결정에 대한 이의제기를 하는 방법
- 본 장의 **섹션 6**: 파트 D 처방약: 보장 결정을 요청하거나 이의제기를 하는 방법
- 본 장의 **섹션 7**: 너무 빨리 퇴원한다고 생각하는 경우 입원 기간을 더 늘리는 보장을 요청하는 방법
- 본 장의 **섹션 8**: 보장이 너무 빨리 종료될 예정이며 특정 의료 서비스에 대한 보장을 계속 요청하는 방법(재택 건강 관리, 전문 간호 시설 진료 및 종합 외래환자 재활 시설(CORF) *서비스에만 적용* 됨)

확인해야 할 섹션이 어느 것인지 확실하지 않다면 가입자 서비스부로 연락해 주십시오. SHIP과 같은 정부 기관에서도 도움이나 정보를 얻을 수 있습니다.

섹션 5 가입자의 치료: 보장 결정을 요청하거나 보장 결정에 대한 이의 제기를 하는 방법

섹션 5.1 이 섹션은 의학적 치료에 대한 보장을 받는데 문제가 있거나 치료 비용에서 플랜 분담액을 더 많이 환급 받기를 원할 경우 해야 할 일에 대해 안내합니다

본 섹션은 치료 혜택에 관한 것을 다룹니다. 이러한 혜택은 본 문서의 4장에 설명되어 있습니다. *의료 혜택 차트(보장 내용과 가입자 부담)* 일부의 경우, 파트 B 처방약을 요청을 위해 다른 규정이 적용됩니다. 그러한 경우, 저희는 파트 B 처방약에 대한 규정이 의료 항목 및 서비스에 대한 규정과 어떻게 다른지 설명해드릴 것입니다.

이 섹션에서는 다음 상황에 처해 있을 경우, 할 수 있는 일에 대해 설명하고 있습니다.

1. 원하는 특정 치료를 받지 못했으며 저희 플랜이 보장해야 하는 치료라고 생각하는 경우. **보장 결정을 요청하십시오. 섹션 5.2**.
2. 담당 의사나 기타 의료 서비스 제공자가 제공하려는 치료를 저희 플랜이 승인하지 않았으며 이 치료를 플랜이 보장한다고 생각하는 경우. **보장 결정을 요청하십시오. 섹션 5.2.**
3. 플랜이 보장해야 한다고 생각하는 치료나 서비스를 받았지만 치료 비용을 플랜이 지급하지 않는 경우. **이의 제기를 하십시오. 섹션 5.3**.
4. 플랜이 보장해야 한다고 생각하는 치료를 받았고 비용을 지불했으며 치료 비용을 플랜이 환급해주기를 원하는 경우. **청구서를 보내주십시오. 섹션 5.5**.
5. 플랜이 이전에 승인했으며 가입자가 받아온 특정 치료에 대한 보장이 축소되거나 중단될 예정이며 이 치료를 축소 또는 중단할 경우, 건강에 위협이 될 수 있다고 생각하는 경우. **이의 제기를 하십시오. 섹션 5.3**.

   참고: 중지 예정인 보장이 병원 치료, 재택 건강 관리, 전문 간호 시설 진료 또는 종합 외래환자 재활 시설(CORF) 서비스인 경우 본 장의 섹션 7 및 8을 읽어야 합니다. 이러한 종류의 치료에는 특별한 규칙이 적용됩니다.

섹션 5.2 단계별 절차: 보장 결정 요청 방법

법률 용어
보장 결정이 치료와 관련된 것일 경우 **기관 판단**이라고 합니다. 빠른 보장 결정은 **신속 판단**이라고 합니다.

1단계: 표준 보장 결정이 필요한지 빠른 보장 결정이 필요한지 결정합니다.

표준 보장 결정은 일반적으로 파트 B 의약품에 대해 역일로 14일 또는 72시간 이내에 이루어집니다. 빠른 보장 결정은 일반적으로 의료 서비스에 대해 72시간 이내에 또는 파트 B 의약품에 대해 24시간 이내에 이루어집니다. 빠른 보장 결정을 하려면 다음의 두 가지 요건에 부합해야 합니다.

- 귀하는 의료 항목 및/또는 서비스에 대한 보장 *만 요청*할 수 있습니다(이미 받은 항목 및/또는 서비스에 대한 지불 요청은 요청할 수 없음).
- 표준 기한이 *귀하의 건강이나 기능에 심각한 해를 초래할 수 있는 경우에만* 빠른 보장 결정을 받을 수 있습니다.
- **담당 의사가 귀하의 건강 상의 이유로 빠른 보장 결정이 필요하다고 플랜에 알릴 경우, 빠른 보장 결정을 내리는 것에 자동으로 동의하게 됩니다.**

- **담당 의사의 지원 없이 직접 빠른 보장 결정을 요청할 경우, 빠른 보장 결정을 내려야 하는 건강 상의 이유가 있는지 결정할 것입니다.** 빠른 보장 결정을 저희가 승인하지 않을 경우, 다음의 서신을 보내드립니다.
    - 표준 기한을 사용할 것이라고 설명합니다.
    - 담당 의사가 빠른 보장 결정을 요청하는 경우, 자동으로 빠른 보장 결정을 내릴 것이라고 설명합니다.
    - 요청한 빠른 보장 결정 대신 표준 보장 결정을 한다는 저희 결정에 대해 빠른 불만 제기를 할 수 있다고 설명합니다.

2단계: 보장 결정이나 빠른 보장 결정을 내리도록 플랜에 요청하십시오.

- 원하는 치료에 대한 보장을 승인하거나 제공하도록 요청하려면 플랜에 전화, 서신 발송 또는 팩스를 보내 시작하십시오. 귀하나 담당 의사, 대리인이 할 수 있습니다. 2장에 연락처 정보가 있습니다.

3단계: 치료 보장에 대한 가입자의 요청을 고려한 후 답변을 제공합니다.

표준 보장 결정의 경우, 표준 기한을 사용합니다.

즉, **의료 항목 또는 서비스에 대한** 요청을 접수한 후 **역일로 14일 이내에 답변을 제공합니다**. 귀하의 요청이 Medicare 파트 B 처방약에 대한 요청일 경우 저희는 귀하의 요청을 받은 이후 **72시간 이내에** 귀하에게 저희의 답변을 제공할 것입니다.

- **하지만** 시간을 더 요청하시거나 귀하에게 도움이 될 수 있는 기타 정보가 저희가 필요하다면, 귀하의 요청이 의료 항목이나 서비스에 대한 것이면 **역일로 최대 14일이 더 걸릴 수 있습니다**. 며칠 더 걸린다면 서면으로 가입자에게 알릴 것입니다. 당사는 가입자의 요청이 Medicare 파트 B 처방약에 대한 것일 경우, 결정하는 데 추가로 시간을 할애할 수 없습니다.
- 시간을 더 지체할 수 *없다*고 생각하시면 빠른 불만 제기를 할 수 있습니다. 저희는 결정을 내리는 즉시 불만 사항에 대한 답변을 제공할 것입니다. (불만 제기 절차는 보장 결정과 이의 제기 절차와 다릅니다. 불만 사항에 관한 정보는 본 장의 섹션 10을 참고하십시오).

빠른 보장 결정을 위해 플랜은 신속 보장 기간을 사용합니다.

빠른 보장 결정은 귀하의 요청이 의료 항목 또는 서비스에 대한 요청인 경우 저희가 72시간 이내에 귀하에게 저희의 답변을 제공한다는 의미입니다. 귀하의 요청이 Medicare 파트 B 처방약에 대한 요청일 경우 저희는 24시간 이내에 답변할 것입니다.

- **그러나** 귀하가 시간을 더 요청하거나 저희가 귀하에게 도움이 될 수 있는 정보가 더 필요한 경우 결정을 내리는 데 **최대 역일로 14일이 걸릴 수 있습니다.** 며칠 더 걸린다면 서면으로 가입자에게 알릴 것입니다. 당사는 가입자의 요청이 Medicare 파트 B 처방약에 대한 것일 경우, 결정하는 데 추가로 시간을 할애할 수 없습니다.
- 시간을 더 지체할 수 *없다*고 생각하시면 빠른 불만 제기를 할 수 있습니다. (불만 사항에 관한 정보는 본 장의 섹션 10을 참고하십시오.) 결정을 내리는 대로 귀하에게 전화로 알려드릴 것입니다.

- **가입자의 요청이 전체 또는 일부가 거절된 경우,** 거절 사유에 대해 설명한 통지서를 발송해 드립니다.

4단계: 치료 보장 요청이 기각된 경우, 이의 제기를 할 수 있습니다.

- 기각된 경우, 귀하는 이의 제기를 하여 이러한 결정을 재고하도록 요청할 권리를 가집니다. 즉, 원하는 치료 보장을 다시 요청합니다. 이의 제기를 하면 이의 제기 절차의 1레벨로 진행하는 것을 의미합니다.

섹션 5.3 단계별 절차: 1레벨 이의 제기 방법

법률 용어
의료 보장 결정에 대해 플랜에 이의 제기하는 것을 플랜 **재고**라고 합니다. 빠른 이의 제기는 **신속 재고**라고도 합니다.

1단계: 표준 이의 제기 또는 빠른 이의 제기가 필요한지 결정합니다.

표준 이의 제기는 일반적으로 파트 B 의약품에 대해 역일로 30일 또는 역일로 7일 이내에 이루어집니다. 빠른 이의 제기는 일반적으로 72시간 이내에 이루어집니다.

- 아직 받지 않은 치료에 대한 플랜의 보장 결정에 이의 제기를 하려는 경우, 귀하와 담당 의사는 빠른 이의 제기가 필요한지 결정해야 합니다. 담당 의사가 귀하의 건강상 이유로 빠른 이의 제기가 필요하다고 당사에 알릴 경우, 빠른 이의 제기를 허락합니다.
- 빠른 이의제기를 하기 위한 요건은 본 장의 섹션 5.2에 있는 빠른 보장 결정의 경우와 같습니다.

2단계: 플랜에 이의 제기 또는 신속 이의 제기

- **표준 이의 제기를 요청하시려면 서면으로 표준 이의 제기를 제출하십시오.** 저희에게 전화하여 이의 제기를 하실 수도 있습니다. 2장에 연락처 정보가 있습니다.
- **빠른 이의 제기를 요청하려면 서면으로 이의 제기를 하거나 저희에게 전화하십시오.** 2장에 연락처 정보가 있습니다.
- 귀하는 보장 결정에 대한 저희의 답변을 알리기 위해 발송한 서면 통지 날짜로부터 **역일로 65일 이내에 이의제기를 해야 합니다.** 이러한 기한을 놓쳤으며 시기를 놓친 합당한 사유가 있다면, 이의를 제기할 때 이의 제기가 지연된 사유를 설명하십시오. 저희는 이의 제기를 위한 시간을 더 제공할 수도 있습니다. 좋은 원인의 예에는 플랜에 연락할 수 없거나 이의 제기 기한에 대해 저희가 잘못되었거나 불완전한 정보를 제공한 심각한 질병이 포함될 수 있습니다.
- **귀하의 의료 결정에 관한 정보의 사본을 요청하실 수 있습니다. 귀하와 담당 의사는 귀하의 이의 제기를 뒷받침할 상세 정보를 추가할 수 있습니다.**

3단계: 저희가 이의 제기를 고려하여 답변을 제공합니다.

- 플랜은 귀하의 이의 제기를 검토할 때 모든 정보를 신중하게 검토합니다. 귀하의 요청을 기각한 경우 모든 규칙을 준수했는지 확인합니다.
- 필요한 경우 추가 정보를 수집하여 가입자나 담당 의사에게 문의할 수 있습니다.

빠른 이의 제기 기한

- 빠른 이의 제기의 경우, 저희는 **귀하의 이의 제기를 수령한 지 72시간 이내에** 답변을 제공해야 합니다. 가입자의 건강 상태로 인해 더 일찍 답변을 들어야 하는 경우, 신속하게 답변할 것입니다.
  - **하지만** 시간을 더 요청하시거나 귀하에게 도움이 될 수 있는 기타 정보가 저희가 필요하다면, 귀하의 요청이 의료 항목이나 서비스에 대한 것이면 **역일로 최대 14일이 더 걸릴 수 있습니다**. 며칠 더 걸린다면 서면으로 가입자에게 알릴 것입니다. 귀하의 요청이 Medicare 파트 B 처방약에 대한 요청일 경우 당사는 추가적인 시간을 할애할 수 없습니다.
  - 72시간 이내(또는 추가 기간이 끝날 때까지)에 답변을 주지 않을 경우, 귀하의 요청 사항을 자동으로 이의 제기 절차의 2레벨로 진행하여 독립 심사 기관이 검토하도록 해야 합니다. 섹션 5.4에서 2단계 이의제기 절차에 관해 설명합니다.
- **가입자의 요청이 전체 또는 일부 수락된 경우,** 플랜은 가입자의 요청을 수령한 지 72시간 이내에 제공하기로 합의한 보장을 승인하거나 제공해야 합니다.
- **가입자의 요청이 전체 또는 일부가 기각된 경우,** 서면으로 가입자에게 이의 제기를 전달하고 2레벨 이의 제기를 위해 독립 심사 기관에 자이의 제기동으로 이의 제기를 전달할 것입니다. 독립 심사 기관은 가입자의 이의 제기를 수령할 때 서면으로 가입자에게 통보를 합니다.

표준 이의 제기 기한

- 표준 이의 제기의 경우, 귀하의 이의 제기를 수령한 지 **역일로 30일 이내에** 답변을 제공해야 합니다. 가입자가 아직 수령하지 않은 Medicare 파트 B 처방약에 대한 요청일 경우, 이의 제기가 접수되고 **7일 이내에** 답변을 드릴 것입니다. 가입자의 건강 상태로 인해 더 일찍 답변을 들어야 하는 경우, 신속하게 처리할 것입니다.
  - **하지만** 시간을 더 요청하시거나 귀하에게 도움이 될 수 있는 기타 정보가 저희가 필요하다면, 귀하의 요청이 의료 항목이나 서비스에 대한 것이면 **역일로 최대 14일이 더 걸릴 수 있습니다**. 며칠 더 걸린다면 서면으로 가입자에게 알릴 것입니다. 당사는 가입자의 요청이 Medicare 파트 B 처방약에 대한 것일 경우, 결정하는 데 추가로 시간을 할애할 수 없습니다.
  - 시간을 더 지체할 수 *없다*고 생각하시면 빠른 불만 제기를 할 수 있습니다. 신속 불만 제기를 할 경우, 저희는 24시간 이내에 불만사항에 대한 답변을 제공할 것입니다. (불만 사항에 관한 정보는 본 장의 섹션 10을 참고하십시오.)
  - 저희가 기한까지(또는 연장된 기간이 종료될 때까지) 답변을 하지 않을 경우, 귀하의 요청을 2레벨 이의 제기로 보내 독립 심사 기관이 이의 제기를 검토할 것입니다. 섹션 5.4에서 2단계 이의제기 절차에 관해 설명합니다.
- **저희 플랜이 귀하의 요청 전체 또는 일부를 수락하는 경우,** 귀하의 요청이 의료 항목 또는 서비스에 대한 것이면 역일로 30일 이내에 또는 귀하의 요청이 Medicare 파트 B 처방약에 대한 요청인 경우 **역일로 7일 이내에** 보장을 승인하거나 제공해야 합니다.

- **저희 플랜이 귀하의 이의 제기의 전체 또는 일부를 기각하는 경우,** 2레벨 이의 제기를 위해 자동으로 독립 심사 기관으로 이의 제기를 전달할 것입니다.

섹션 5.4 단계별 절차: 2레벨 이의 제기의 진행 방법.

법률 용어
독립 심사 기관의 공식적인 이름은 **독립 심사 법인**이며, **IRE**로 부르기도 합니다.

독립 심사 기관은 Medicare가 채용한 독립 기관입니다. 해당 기관은 당사와 관련이 없으며 정부 기관이 아닙니다. 이 기관은 당사가 내린 결정이 올바른지 아니면 변경해야 하는지 결정합니다. Medicare의 감독을 받습니다.

1단계: 독립 심사 기관이 가입자의 이의 제기를 검토합니다.

- 플랜은 귀하의 이의 제기에 대한 정보를 이 기관에 보낼 것입니다. 이 정보를 **사례 파일**이라고 합니다. **귀하는 사례 파일의 사본을 요청할 권리를 가집니다.**
- 귀하는 독립 심사 기관에게 귀하의 이의 제기를 뒷받침할 추가 정보를 제공할 권리를 가집니다.
- 독립 심사 기관의 심사자는 귀하의 이의 제기와 관련된 모든 정보를 면밀하게 검토할 것입니다.

1단계에서 빠른 이의제기를 한 경우, 2단계에서도 빠른 이의제기를 진행

- 빠른 이의 제기의 경우, 이 기관은 귀하의 이의 제기를 받은 후 **72시간 이내에** 2레벨 이의 제기에 대한 답변을 제공해야 합니다.
- 하지만 귀하의 요청이 의료 항목 또는 서비스에 대한 것이고 독립 심사 기관이 귀하에게 유리할 수 있는 정보를 더 수집해야 할 경우 **역일로 최대 14일이 더 걸릴 수 있습니다.** 독립 심사 기관은 귀하의 요청이 Medicare 파트 B 처방약에 관한 요청인 경우 결정을 내리는 데 추가적으로 시간을 할애할 수 없습니다.

1단계에서 표준 이의 제기를 한 경우, 2단계에서도 표준 이의 제기를 진행

- 귀하의 요청이 의료 항목 또는 서비스에 대한 요청인 경우, 표준 이의 제기를 위해, 심사 기관은 이의 제기를 받은 후 **역일로 30일 이내에** 2레벨 이의 제기에 대한 답변을 제공해야 합니다. 귀하의 요청이 Medicare 파트 B 처방약에 대한 요청인 경우, 심사 기관은 귀하의 이의 제기를 받은 후 **역일로 7일 이내에** 귀하의 2레벨 이의 제기에 대한 답변을 드려야 합니다.
- 하지만 귀하의 요청이 의료 항목 또는 서비스에 대한 것이고 독립 심사 기관이 귀하에게 유리할 수 있는 정보를 더 수집해야 할 경우 **역일로 최대 14일이 더 걸릴 수 있습니다.** 독립 심사 기관은 귀하의 요청이 Medicare 파트 B 처방약에 관한 요청인 경우 결정을 내리는 데 추가적으로 시간을 할애할 수 없습니다.

2단계: 독립 심사 기관이 가입자에게 답변을 제공합니다.

독립 심사 기관은 서면으로 결정 사항을 알리며 그 사유를 설명해 드릴 것입니다.

- **의료 항목 또는 서비스에 대한 요청 전체 또는 일부가 심사 기관에 의해 수락된 경우,** 저희는 72시간 이내에 의료 보장을 승인하거나 표준 요청의 경우 심사 기관의 결정을 받은 후 역일로 14일 이내에 서비스를 제공해야 합니다. 신속 요청의 경우, 심사 기관의 결정을 수령한 날로부터 72시간이 소요됩니다.
- **Medicare 파트 B 처방약에 대한 요청 전체 또는 일부가 심사 기관에 의해 수락된 경우, 저희는 표준 요청에** 대해 심사 기관의 결정을 받은 후 **72시간** 이내에 파트 B 처방약을 승인하거나 제공해야 합니다. **신속 요청의** 경우, 심사 기관의 결정을 수령한 날로부터 **24시간**이 소요됩니다.
- **이 기관이 귀하의 이의 제기의 전체 또는 일부를 기각한 경우,** 귀하의 치료 보장 요청을 승인하지 않는다는 저희의 결정에 동의한 것을 의미합니다. (이것을 **결정 지지** 또는 **이의 제기 기각**이라고 합니다.) 이 경우 독립 심사 기관이 귀하에게 서신을 보낼 것입니다.
  - 결정 사항을 설명.
  - 치료 보장 금액이 특정 최소 금액과 부합하는 경우 3레벨 이의 제기에 대한 권리를 통지. 독립 심사 기관에서 수령한 서면 통지에는 이의 제기 절차를 지속하기 위해 귀하가 충족해야 하는 금액이 설명되어 있습니다.
  - 3레벨 이의 제기를 하는 방법 설명.

3단계: 귀하의 사례가 요건에 부합할 경우, 이의 제기를 더 진행할지 여부를 선택합니다.

- 2레벨 이후 이의 제기 절차에는 3가지의 레벨이 더 있습니다(이의 제기 단계는 총 5레벨). 3레벨 이의 제기를 진행하려는 경우, 자세한 방법은 2레벨 이의 제기를 한 후 수령한 안내문에 기재되어 있습니다.
- 3레벨 이의 제기는 행정법 판사나 재판관이 처리합니다. 본 장의 섹션 9에서 3단계, 4단계, 5단계 이의제기 절차에 관해 설명합니다.

섹션 5.5 치료에 대해 수령한 청구서에서 플랜 분담액의 환급을 요청하는 경우

7장에 환급을 요청하거나 서비스 제공자에게 받은 청구서 비용을 지불하는 경우에 관한 설명이 있습니다. 또한 당사에 대한 비용 부담 요청과 관련한 서류를 당사에 보내는 방법을 설명합니다.

환급 요청은 플랜의 보장 결정을 요청하는 것

환급을 요청하는 서류를 저희에게 보내는 것은 보장 결정을 요청하는 것입니다. 이 결정을 내리기 위해 귀하가 지불한 치료비가 보장되는지 확인할 것입니다. 또한 치료를 위해 보장을 사용할 경우의 모든 규칙을 준수했는지도 확인할 것입니다.

- **저희 플랜이 귀하의 요청을 수락하는 경우,** 의학적 치료가 보장되고 귀하가 모든 규칙을 준수한 경우, 일반적으로 역일로 30일 이내에 플랜 부담액을 귀하에게 보내며, 요청을 수령한 후 적어도 역일로 60일 이내에는 보내드립니다. 치료비를 지불하지 않은 경우 서비스 제공자에게 직접 지불금을 보내드립니다.

- **저희 플랜이 귀하의 요청을 기각하는 경우,** 치료가 보장되지 않는 것이거나 모든 규칙을 준수하지 *않은* 경우, 비용을 지급하지 않을 것입니다. 대신 치료 비용을 지불하지 않는다는 내용과 그 이유를 설명하는 서신을 보내드릴 것입니다.

귀하의 요청을 거절하는 결정에 대해 동의하지 않을 경우, **이의 제기를 할 수 있습니다.** 이의 제기를 하면 귀하의 지급 요청을 거절할 때의 보장 결정을 변경하도록 요청하는 것과 같습니다.

이러한 이의제기는, 섹션 5.3에서 저희가 설명한 이의제기 절차를 따르십시오. 환급에 관한 이의 제기는 다음 사항에 유의해 주십시오.

- 저희는 귀하의 이의 제기를 수령한 지 역일로 60일 이내에 답변을 제공해야 합니다. 이미 받고 지급한 치료에 대한 환급을 요청하는 경우, 빠른 이의 제기를 요청할 수 없습니다.
- 독립 심사 기관이 저희가 지급해야 한다고 결정하는 경우, 귀하나 서비스 제공자에게 역일로 30일 이내에 지급을 해야 합니다. 이의 제기가 이의 제기 절차의 2레벨 이후 특정 단계에서 수락된 경우, 가입자가 요청한 금액을 역일로 60일 이내에 가입자나 서비스 제공자에게 지급해야 합니다.

섹션 6 파트 D 처방약: 보장 결정을 요청하거나 이의 제기를 하는 방법

섹션 6.1 이 섹션에서는 파트 D 약을 구입하는 데 문제가 있거나 파트 D 약 비용을 환급 받으려는 경우 해야 할 일에 대해 설명합니다

혜택에는 많은 처방약에 대한 보장이 포함됩니다. 약이 보장을 받으려면 의학적으로 승인된 적응증에 사용되어야 합니다. (의학적으로 승인된 적응증에 관한 자세한 정보는 5장을 참고하십시오.) 파트 D 약, 규칙, 제한 및 비용에 관한 자세한 내용은 5장과 6장을 참고하십시오. **본 섹션에는 파트 D 약에 대해서만 설명되어 있습니다.** 편의를 위해 이 절의 나머지 부분에서는 *보장되는 외래환자 처방약*또는 *파트 D 약*이라는 말을 매번 반복하지 않고 *약*이라는 단어를 사용하고 있습니다. 또한 *보장 약 목록*또는 *처방집* 대신에 의약품 목록을 사용합니다.

- 약의 보장 여부를 모르거나 규칙을 충족하는지 모르는 경우 저희에게 문의하실 수 있습니다. 일부 의약품은 보장을 받기 전에 당사로부터 승인을 받아야 합니다.
- 약국이 귀하의 처방약을 조제할 수 없다고 말할 경우, 보장 결정을 요청하기 위해 플랜에 연락하는 방법을 설명한 서면 통지를 약국에서 발송하게 될 것입니다.

파트 D 보장 결정 및 이의 제기

법률 용어
파트 D 약에 대한 최초 보장 결정을 **보장 판단**이라고 합니다.

보장 결정은 귀하의 혜택과 보장 또는 의약품에 대해 저희가 부담할 금액에 대해 내리는 결정입니다. 이 섹션에는 다음과 같은 상황에 할 수 있는 일에 대해 설명합니다.

- 플랜의 *보장 약 목록*에 없는 파트 D 약에 대한 보장을 요청하십시오. **예외 요청을 하십시오. 섹션 6.2**
- 약에 대한 플랜의 보장의 제한사항(수령할 수 있는 약의 수량 제한, 사전 허가, 또는 다른 약을 먼저 수령해야 한다는 요건)을 면제하도록 요청하십시오. **예외 요청을 하십시오. 섹션 6.2**
- 더 높은 비용 분담 군에 대해 보장되는 약에 대해 더 비용 분담액이 적은 금액을 지불하도록 요청하십시오. **예외 요청을 하십시오. 섹션 6.2**
- 약에 대한 사전 승인을 요청하십시오. **보장 결정을 요청하십시오. 섹션 6.4**
- 이미 구입한 처방약 비용 지불을 요청하십시오. **환급을 요청하십시오. 섹션 6.4**

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.

섹션 6.2 예외란?

법률 용어
의약품 목록에 없는 약의 보장을 요청하는 것을 **처방집 예외** 요청이라고 하기도 합니다. 약 보장에 대한 제한사항의 해제를 요청하는 것을 **처방집 예외** 요청이라고 하기도 합니다. 보장되는 비우선적 약에 대해 저렴한 비용 지급을 요청하는 것을 **단계 예외** 요청이라고 하기도 합니다.

보장을 원하는 약이 보장되지 않는 경우, 저희에게 **예외**를 요청하실 수 있습니다. 예외는 보장 결정의 한 유형입니다.
저희가 귀하의 예외 요청을 고려해 보시려면 담당 의사나 기타 처방자는 예외를 승인 받아야 하는 의학적 사유를 설명해야 합니다. 가입자 또는 담당 의사가 플랜에게 요청할 수 있는 예외에는 3가지가 있습니다.

1. **당사의 의약품 목록에 없는 파트 D 약에 대한 보장.** 의약품 목록에 없는 약을 보장하는 것에 저희가 동의한 경우, 귀하는 4단계 약(비 선호 약)에 적용되는 비용 분담액을 지급해야 합니다. 이 약에 대해 지급해야 하는 비용 분담액에 대한 예외를 요청할 수 없습니다.
2. **보장 약에 대한 제한 사항 해제.** 5장에서는 의약품 목록의 특정 약에 적용되는 추가 규칙 또는 제한사항에 대해 설명하고 있습니다. 예외에 동의하고 제한을 면제해줄 경우, 이 약에 대해 지급해야 할 공동보험액에 대한 예외를 요청할 수 있습니다.

3. **낮은 비용 분담 군으로 약 보장 변경.** 의약품 목록에 있는 모든 약은 5가지 비용 분담 단계 중 하나에 속합니다. 일반적으로 비용 분담 군이 낮을수록 약 비용의 가입자 분담액도 적어집니다.
    - '의약품 목록'에 현재 의학적 질환을 치료하기 위해 사용 중인 의약품보다 비용 분담액 단계가 낮은 대체 의약품이 포함된 경우, 가입자는 대체 의약품에 적용되는 비용 분담액으로 해당 약을 보장하도록 저희 플랜에 요청할 수 있습니다.
    - 가입자가 복용하는 약이 생물학적 제품일 경우, 더 낮은 비용 분담액으로 해당 약을 보장하도록 요청할 수 있습니다. 이것은 귀하의 증상을 치료하기 위한 생물학적 대체약이 포함된 가장 낮은 단계입니다.
    - 가입자가 복용하는 약이 브랜드 약일 경우, 가입자의 증상을 치료하는 브랜드 대체약이 소속된 가장 낮은 단계에 적용하는 비용 분담액으로 해당 약을 보장하도록 요청할 수 있습니다.
    - 가입자가 복용하는 약이 브랜드 약일 경우, 가입자의 증상을 치료하는 브랜드 대체약 또는 복제약 대체약이 소속된 가장 낮은 단계에 적용하는 비용 분담액으로 해당 약을 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.

섹션 6.3 예외 요청에 대해 알아두어야 할 중요 사항

담당 의사는 반드시 의학적 사유에 대해 설명

담당 의사나 기타 처방자는 예외 요청에 대한 의학적 사유를 설명하는 진술서를 저희에게 제공해야 합니다. 결정을 더 촉진하기 위해 예외를 요청할 때 의사나 기타 처방자가 발행한 의료 정보를 포함시키도록 하십시오.

일반적으로 당사의 의약품 목록은 특정 질환을 치료하는 데 한 가지 이상의 의약품을 포함합니다. 이러한 여러가지 가능한 옵션을 **대안적** 의약품이라고 부릅니다. 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 허가하지 않습니다.

가입자의 요청에 대한 수락 또는 기각

- 귀하의 예외 요청을 승인할 경우, 저희 승인은 플랜 연도가 끝날 때까지 유효합니다. 이것은 담당 의사가 해당 약을 계속 처방하며 이 약이 귀하의 상태를 치료하는 데 지속적으로 안전하고 효과적일 경우에 한합니다.
- 가입자의 요청이 기각된 경우, 이의 제기를 하여 다시 심사를 요청할 수 있습니다.

섹션 6.4 단계별 절차: 예외를 포함한 보장 결정을 요청하는 방법

법률 용어
빠른 보장 결정은 **신속 보장 결정**이라고 합니다.

1단계: 표준 보장 결정이 필요한지 빠른 보장 결정이 필요한지 결정합니다.

표준 보장 결정은 의사의 진술서를 수령한 지 **72시간** 이내에 이루어집니다. **빠른 보장 결정**은 의사의 진술서를 수령한 지 **24시간** 이내에 이루어집니다.

가입자의 건강 상 필요하다면, 빠른 보장 결정을 요청하십시오 **빠른 보장 결정을 하려면 다음의 두 가지 요건에 부합해야 합니다.**

- 아직 수령하지 않은 약을 요청해야 합니다. (이미 구입한 약에 대해 환급을 요청하려면 빠른 보장 결정을 요청할 수 없습니다.)
- 표준 기한을 사용하면 귀하의 건강이나 기능에 심각한 해를 초래할 수 있습니다.
- **담당 의사 또는 다른 처방자가 귀하의 건강 상의 경우 빠른 보장 결정이 필요하다고 플랜에 알릴 경우, 자동으로 빠른 보장 결정을 내릴 것입니다.**
- **담당 의사나 처방자의 지원 없이 직접 빠른 보장 결정을 요청할 경우, 빠른 보장 결정을 내려야 하는 건강상의 이유로 결정합니다.** 빠른 보장 결정을 저희가 승인하지 않을 경우, 다음의 서신을 보내드립니다.
    - 표준 기한을 사용할 것이라고 설명합니다.
    - 담당 의사나 다른 처방자가 빠른 보장 결정을 요청하는 경우, 자동으로 빠른 보장 결정을 내릴 것이라고 설명합니다.
    - 요청한 빠른 보장 결정 대신, 표준 보장 결정을 내리는 저희 결정에 대해 빠른 불만 제기를 하는 방법에 대해 설명합니다. 접수 후 24시간 이내에 불만 사항에 답변해 드립니다.

2단계: 표준 보장 결정 또는 빠른 보장 결정 요청

원하는 치료에 대한 보장을 승인하거나 제공하도록 요청하려면 플랜에 전화, 서신 발송 또는 팩스를 보내 시작하십시오. 저희 웹사이트를 통해 보장 결정 절차에 액세스할 수도 있습니다. 저희는 *CMS 모델 보장 결정 요청서*나 저희 웹사이트 www.scanhealthplan.com에서 제공하는 플랜 양식으로 제출한 요청서을 포함하여 모든 서면 요청서를 수락해야 합니다. 2장에 연락처 정보가 있습니다. **당사의 웹사이트를 통해 다음 이메일로 신청서를 제출할 수 있습니다.** medicarepartdparequests@express-scripts.com. 플랜이 귀하의 요청을 처리하는 데 도움을 주기 위해서는 귀하의 이름, 연락처 정보 및 청구가 거부된 정보를 식별하는 정보가 이의 제기를 받고 있는지 확인하시기 바랍니다.

귀하, 담당 의사(또는 기타 처방자) 또는 대리인이 할 수 있습니다. 또한 변호사가 귀하를 대신하게 할 수 있습니다. 본 장의 섹션 4에 대리인의 역할을 하도록 다른 사람에게 서면 허가서를 주는 방법이 있습니다.

- **예외를 요청하는 경우,** 예외에 대한 의학적 이유가 되는는 **근거 진술서를 제시하십시오.** 담당 의사나 기타 처방자는 이러한 진술서를 팩스 또는 우편 발송할 수 있습니다. 또는 담당 의사나 다른 처방자가 저희에게 전화를 하여 필요한 경우 진술서를 팩스나 우편으로 발송할 수도 있습니다.

3단계: 저희는 귀하의 요청을 고려하여 답변을 제공합니다.

빠른 보장 결정 기한

- 저희는 일반적으로 귀하의 요청을 수령한 지 **24시간 이내에** 답변을 제공해야 합니다.
  - 예외에 대해서는 담당 의사의 지지 진술서를 수령한 지 24시간 이내에 답변을 해드립니다. 가입자의 건강 상태로 인해 더 일찍 답변을 들어야 하는 경우, 신속하게 답변할 것입니다.
  - 저희가 이 기한을 지키지 못할 경우, 이의 제기 절차의 2레벨에서 귀하의 요청을 보내 독립 심사 기관이 검토하게 됩니다.
- **가입자의 요청 전체 또는 일부가 수락되는 경우,** 플랜은 가입자의 요청을 수령한 지 24시간 이내에 제공하기로 합의한 보장을 제공해야 합니다.
- **가입자의 요청이 전체 또는 일부가 거절된 경우,** 거절 사유에 대해 설명한 통지서를 발송해 드립니다. 이의 제기 방법에 대해서도 안내할 것입니다.

수령하지 않은 약에 대한 표준 보장 결정의 기한

- 저희는 일반적으로 귀하의 요청을 수령한 지 **72시간 이내에** 답변을 제공해야 합니다.
  - 예외에 대해서는 담당 의사의 지지 진술서를 수령한 지 72시간 이내에 답변을 해드립니다. 가입자의 건강 상태로 인해 더 일찍 답변을 들어야 하는 경우, 신속하게 답변할 것입니다.
  - 저희가 이 기한을 지키지 못할 경우, 이의 제기 절차의 2레벨에서 귀하의 요청을 보내 독립 심사 기관이 검토하게 됩니다.
- **가입자의 요청이 전체 또는 일부 수락된 경우,** 플랜은 가입자의 요청을 수령한 지 **72시간 이내에** 제공하기로 합의한 **보장을 제공**해야 합니다.
- **가입자의 요청이 전체 또는 일부가 거절된 경우,** 거절 사유에 대해 설명한 통지서를 발송해 드립니다. 이의 제기 방법에 대해서도 안내할 것입니다.

이미 구입한 의약품 비용 지불에 대한 표준 보장 결정 기한

- 저희는 귀하의 요청을 수령하고 **역일로 14일 이내에** 답변을 제공해야 합니다.
  - 저희가 이 기한을 지키지 못할 경우, 이의 제기 절차의 2레벨에서 귀하의 요청을 보내 독립 심사 기관이 검토하게 됩니다.
- **가입자의 요청이 전체 또는 일부가 수락된 경우,** 플랜은 가입자의 요청을 수령한 지 역일로 14일 이내에 가입자에게 비용을 지불해야 합니다.

- **가입자의 요청이 전체 또는 일부가 거절된 경우,** 거절 사유에 대해 설명한 통지서를 발송해 드립니다. 이의 제기 방법에 대해서도 안내할 것입니다.

4단계: 보장 요청이 기각된 경우, 이의 제기를 할 수 있습니다.

- 기각된 경우, 귀하는 이의 제기를 하여 이러한 결정을 재고하도록 요청할 권리를 가집니다. 즉, 원하는 약 보장을 받기 위해 다시 요청합니다. 이의 제기를 하면 이의 제기 절차의 1레벨로 진행하는 것을 의미합니다.

섹션 6.5 단계별 절차: 1레벨 이의 제기 방법

법률 용어
파트 D 약 보장 결정에 대해 플랜에 이의제기하는 것을 플랜 **재판단**이라고 합니다. 빠른 이의 제기는 **신속 재결정**이라고도 합니다.

1단계: 표준 이의 제기 또는 빠른 이의 제기가 필요한지 결정합니다.

표준 이의 제기는 보통 역일로 7일 이내에 이루어집니다. 빠른 이의 제기는 일반적으로 72시간 이내에 이루어집니다. 귀하의 건강 상 필요하다면, 빠른 이의 제기를 요청하십시오

- 아직 받지 않은 약에 대한 저희의 결정에 이의제기를 하려는 경우, 귀하와 담당 의사 또는 다른 처방자는 빠른 이의제기가 필요한지 결정해야 합니다.
- 빠른 이의제기를 하기 위한 요건은 본 장의 섹션 6.4에 있는 빠른 보장 결정의 경우와 같습니다.

2단계: 귀하, 대리인, 의사 또는 기타 처방자는 저희에게 연락하여 1레벨 이의 제기를 해야 합니다. 건강상의 이유로 신속한 답변이 필요한 경우 **빠른 이의 제기**를 해야 합니다.

- **표준 이의 제기는 서면 신청서를 제출하거나 1-800-559-3500으로 전화해 주십시오.** 2장에 연락처 정보가 있습니다.
- **빠른 이의제기를 하고 싶으시면 서면으로 또는 1-800-559-3500번으로 전화하여 이의제기를 하십시오.** 2장에 연락처 정보가 있습니다.
- 저희는 웹사이트(www.scanhealthplan.com)에 있는 *CMS 모델 재판단 요청서*를 통해 제출한 요청서를 포함하여 **모든 서면 요청서를 수락해야 합니다**. 귀하의 요청 처리를 돕기 위해 귀하의 이름, 연락처 정보 및 청구와 관련된 정보가 반드시 포함되었는지 확인하십시오.
- **가입자 및 서비스 제공자는** 다음 웹사이트 www.scanhealthplan.com/file-an-appeal에서 **이의제기 요청을 전자 방식으로 제출할 수 있습니다.**
- 귀하는 보장 결정에 대한 저희의 답변을 알리기 위해 발송한 서면 통지 날짜로부터 **역일로 65일 이내에 이의제기를 해야 합니다.** 이러한 기한을 놓쳤으며 시기를 놓친 합당한 사유가 있다면, 이의를 제기할 때 이의 제기가 지연된 사유를 설명하십시오. 저희는 이의 제기를 위한 시간을 더 제공할 수도 있습니다. 좋은 원인의 예에는 플랜에 연락할 수 없거나 이의

제기 기한에 대해 저희가 잘못되었거나 불완전한 정보를 제공한 심각한 질병이 포함될 수 있습니다.

- **귀하는 귀하의 이의 제기에 관계된 정보의 사본을 요청할 수 있고 상세 정보를 추가할 수 있습니다.** 귀하와 담당 의사는 귀하의 이의 제기를 뒷받침할 상세 정보를 추가할 수 있습니다.

3단계: 저희가 이의 제기를 고려하여 답변을 제공합니다.

- 플랜이 귀하의 이의 제기를 검토할 때 귀하의 보장 요청에 대한 정보를 다시 한번 신중하게 검토합니다. 귀하의 요청을 기각한 경우 모든 규칙을 준수했는지 확인합니다. 당사는 추가 정보를 얻기 위해 가입자나 담당 의사 또는 기타 처방자에게 연락을 취할 수도 있습니다.

빠른 이의 제기 기한

- 빠른 이의 제기의 경우, 저희는 **귀하의 이의 제기를 수령한 지 72시간 이내에** 답변을 제공해야 합니다. 가입자의 건강 상태로 인해 더 일찍 답변을 들어야 하는 경우, 신속하게 답변할 것입니다.
  - 72시간 이내에 답변을 제공하지 않을 경우, 이의 제기 절차의 2레벨에서 귀하의 요청을 보내 독립 심사 기관이 검토하게 됩니다. 섹션 6.6에서 2단계 이의제기 절차에 관해 설명합니다.
- **가입자의 요청이 전체 또는 일부 수락된 경우,** 플랜은 가입자의 요청을 수령한 지 72시간 이내에 제공하기로 합의한 보장을 제공해야 합니다.
- **가입자의 요청이 전체 또는 일부가 거절된 경우,** 거절 사유와 결정에 이의 제기를 하는 방법에 대해 설명한 통지서를 발송해 드립니다.

수령하지 않은 약에 대한 표준 이의 제기 기한

- 표준 이의 제기의 경우, 귀하의 이의 제기를 수령한 지 **역일로 7일 이내에** 답변을 제공해야 합니다. 귀하가 아직 약을 수령하지 않았으며 건강상의 이유로 필요하다면 더 일찍 저희 결정을 알려 드릴 것입니다.
  - 저희가 역일로 7일 이내에 결정을 알리지 않을 경우, 이의 제기 절차의 2레벨에서 귀하의 요청을 보내 독립 심사 기관이 검토하게 됩니다. 섹션 6.6에서 2단계 이의제기 절차에 관해 설명합니다.
- **가입자의 요청이 전체 또는 일부가 수락된 경우,** 건강상 필요한 대로 최대한 빨리 보장을 제공해야 하지만 이의 제기를 수령하고 **역일로 7일** 이상 지난 후.
- **가입자의 요청이 전체 또는 일부가 거절된 경우,** 거절 사유와 결정에 이의 제기를 하는 방법에 대해 설명한 통지서를 발송해 드립니다.

이미 구입한 의약품 비용 지불에 대한 표준 이의 제기의 기한

- 저희는 귀하의 요청을 수령하고 **역일로 14일 이내에** 답변을 제공해야 합니다.
  - 저희가 이 기한을 지키지 못할 경우, 이의 제기 절차의 2레벨에서 귀하의 요청을 보내 독립 심사 기관이 검토하게 됩니다.

- **가입자의 요청 전체 또는 일부가 수락된 경우,** 저희는 가입자의 요청을 받은 후 **역일로 30일** 이내에 가입자에게 비용을 지급해야 합니다.
- **가입자의 요청이 전체 또는 일부가 거절된 경우,** 거절 사유에 대해 설명한 통지서를 발송해 드립니다. 이의 제기 방법에 대해서도 안내할 것입니다.

4단계: 귀하의 이의 제기를 저희가 기각하는 경우, 귀하는 이의 제기 절차를 계속 진행하고 *다시* 이의 제기를 할지 결정합니다.

- 다른 이의 제기를 하기로 결정한 경우, 이의 제기 절차의 2레벨로 진행하는 것을 의미합니다.

섹션 6.6 단계별 절차: 2레벨 이의 제기 방법

법률 용어
독립 심사 기관의 공식적인 이름은 **독립 심사 법인**이며, **IRE**로 부르기도 합니다.

독립 심사 기관은 Medicare가 채용한 독립 기관입니다. 해당 기관은 당사와 관련이 없으며 정부 기관이 아닙니다. 이 기관은 당사가 내린 결정이 올바른지 아니면 변경해야 하는지 결정합니다. Medicare의 감독을 받습니다.

1단계: 귀하(또는 대리인이나 담당 의사, 기타 처방자)는 독립 심사 기관에 연락하여 귀하의 사례 검토를 요청해야 합니다.

- 귀하의 1레벨 이의 제기가 기각된 경우, 귀하에게 발송한 서면 통지에는 **독립 심사 기관에 2레벨 이의 제기를 하는 방법에 대한 지침**이 포함되어 있을 것입니다. 이 지침은 2레벨 이의 제기를 할 수 있는 당사자, 지켜야 하는 기한, 심사 기관에 연락하는 방법 등에 대해 안내합니다. 그러나 저희가 해당 기간 내에 검토를 완료하지 않았거나 의약품 관리 프로그램의 **위험 상황** 결정에 관하여 불리한 결정을 내린 경우, 가입자의 청구를 IRE에 자동으로 전달합니다.
- 플랜은 귀하의 이의 제기에 대한 정보를 이 기관에 보낼 것입니다. 이 정보를 **사례 파일**이라고 합니다. **귀하는 사례 파일의 사본을 요청할 권리를 가집니다.**
- 귀하는 독립 심사 기관에게 귀하의 이의 제기를 뒷받침할 추가 정보를 제공할 권리를 가집니다.

2단계: 독립 심사 기관이 가입자의 이의 제기를 검토합니다.

독립 심사 기관의 심사자는 귀하의 이의 제기와 관련된 모든 정보를 면밀하게 검토할 것입니다.

빠른 이의 제기 기한

- 건강상의 이유로 필요한 경우 독립 심사 기관에게 빠른 이의 제기를 요청하십시오.
- 이 기관이 빠른 이의 제기를 하는 것에 동의할 경우, 이 기관은 귀하의 이의 제기를 수령한 지 **72시간 이내에** 2레벨 이의 제기에 대한 답변을 제공해야 합니다.

표준 이의 제기 기한

- 표준 이의 제기의 경우, 심사 기관은 가입자가 아직 수령하지 않은 의약품에 대한 이의 제기를 수령한 지 **역일로 7일 이내에** 2레벨 이의 제기에 대한 답변을 제공해야 합니다. 가입자가 이미 구입했던 의약품 비용을 환급하도록 당사에 요청할 경우, 이 심사 기관은 요청을 접수한 후 **역일로 14일 이내에** 2레벨 이의 제기에 대한 답변을 해야 합니다.

3단계: 독립 심사 기관이 가입자에게 답변을 제공합니다.

빠른 이의 제기의 경우:

- **귀하의 요청 사항의 전체 또는 일부가 독립 심사 기관에 의해 수락된 경우,** 저희가 심사 기관으로부터 결정을 수령한 지 **24시간 이내에** 심사 기관이 승인한 약 보장을 제공해야 합니다.

표준 이의 제기의 경우:

- **귀하의 보장 요청 전체 또는 일부가 독립 심사 기관에 의해 수락된 경우,** 저희가 심사 기관으로부터 결정을 수령한 지 **72시간 이내에** 심사 기관이 승인한 **약 보장을 제공해야 합니다.**

- **귀하가 이미 구입한 의약품의 환급 요청 전체 또는 일부가 독립 심사 기관에 의해 수락된 경우,** 저희가 심사 기관의 결정을 수령한 지 **역일로 30일 이내에 귀하에게 비용을 지급해야 합니다.**

가입자의 이의 제기를 심사 기관이 기각하는 경우

이 기관이 귀하의 이의 제기의 **전체 또는 일부**를 기각하는 경우, 귀하의 요청(또는 요청의 일부)을 승인하지 않기로 한 저희 결정에 동의한 것을 의미합니다. (이것을 **결정 지지**라고 합니다. 또한 **이의 제기 기각**이라고도 부릅니다.) 이 경우 독립 심사 기관이 귀하에게 서신을 보낼 것입니다.

- 결정 사항을 설명.
- 가입자가 요청하는 약 보장 금액이 특정 최소 금액과 부합하는 경우 3레벨 이의 제기에 대한 권리를 통지합니다. 귀하가 요청하는 약 보장의 금액이 너무 적을 경우, 다시 이의 제기를 할 수 없으며 2레벨의 결정이 최종 결정이 되는 것입니다.
- 이의 제기 절차를 지속하기 위해 분쟁에 해당해야 하는 금액에 대해 설명합니다.

4단계: 귀하의 사례가 요건에 부합할 경우, 이의 제기를 더 진행할지 여부를 선택합니다.

- 2레벨 이후 이의 제기 절차에는 3가지의 레벨이 더 있습니다(이의 제기 단계는 총 5레벨).
- 3레벨 이의 제기로 진행하려는 경우, 자세한 방법은 2레벨 이의 제기 결정 이후 수령한 서면 통지에 기재되어 있습니다.
- 3레벨 이의 제기는 행정법 판사나 재판관이 처리합니다. 본 장의 섹션 9에는 이의제기 절차 3단계, 4단계, 5단계이 자세히 설명되어 있습니다.

섹션 7 너무 빨리 퇴원한다고 생각하는 경우 입원 기간을 더 늘리는 보장을 요청하는 방법

병원에 입원한 경우, 가입자는 질병이나 부상을 진단하고 치료하는 데 필요한 모든 보장되는 병원 서비스를 받을 권리를 가집니다.

귀하의 보장되는 입원 기간 동안, 담당 의사와 병원 직원은 가입자의 퇴원 준비를 위해 협력할 것입니다. 탈퇴 후 귀하에게 필요할 수 있는 치료를 받도록 도와줄 것입니다.

- 귀하가 병원을 떠나는 날을 **퇴원일**이라고 부릅니다.
- 퇴원일이 결정되면 담당 의사나 병원 의료진이 알려줄 것입니다.
- 퇴원을 너무 일찍 한다고 생각할 경우, 입원 연장을 요청하면 이에 대해 검토할 것입니다.

섹션 7.1 병원에 입원한 동안 가입자에게 가입자의 권리에 대해 안내하는 Medicare의 안내문을 제공

병원에 입원한 지 역일로 2일 이내에 *Medicare의 가입자의 권리에 대한 중요 메시지*라는 서면 통지를 받게 됩니다. 모든 Medicare 가입자는 이 통지서의 사본을 받습니다. 사례 담당자 또는 간호사 등으로부터 통지서를 받지 못한 경우, 병원 직원에게 요청하십시오. 도움이 필요하시면 가입자 서비스부 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 주 7일 하루 24시간 전화해 주십시오(TTY 1-877-486-2048).

1. **이 통지서를 자세히 읽고 이해가 되지 않는 사항은 질문하십시오.** 다음의 내용이 설명되어 있습니다.
   - 입원 기간 또는 퇴원 후 의사의 지시에 따라 Medicare 보장 서비스를 받을 귀하의 권리. 여기에는 서비스의 내용, 비용 부담 당사자, 서비스를 받을 장소 등을 알 권리가 포함됩니다.
   - 입원에 대한 결정에 참여할 가입자의 권리.
   - 병원 서비스 품질에 대한 문제를 보고할 장소.
   - 퇴원을 너무 빨리 한다고 생각할 경우, 퇴원 결정에 대해 **즉시 심사를 요청할** 가입자의 권리. 이것은 저희가 귀하의 병원 치료를 더 오래 보장해주도록 퇴원 연기를 요청하는 공식적, 법적인 방법입니다.
2. **가입자는 서면 통지의 수령 사실을 확인하고 가입자 권리를 이해했음을 알리기 위해 이 통지서에 서명해야 합니다.**
   - 가입자나 가입자를 대신할 사람이 이 통지서에 서명해야 합니다.
   - 통지서에 서명하는 것은 가입자가 본인의 권리에 대한 정보를 수령했다는 것만 의미하며, 퇴원일은 통지서에 수록되지 않습니다. 통지서에 서명한다고 퇴원일에 동의한다는 **의미는** ***아닙니다***.

3. 통지서의 **사본을** 편리하게 **보관**하면 이의제기(또는 서비스 품질 문제를 보고)를 해야 할 때 필요한 정보를 얻을 수 있습니다.
   - 퇴원일 역일로 2일 이상 전에 이 통지서에 서명하면 퇴원을 예약하기 전에 다른 사본을 수령하게 됩니다.
   - 이 통지서의 사본을 미리 확인하시려면, 가입자 서비스부 또는 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 연락하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오. 해당 통지서는 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices에서 온라인으로도 확인할 수 있습니다.

섹션 7.2 단계별 절차: 병원 퇴원일을 변경하기 위해 1레벨 이의 제기를 하는 방법

플랜이 보장하는 입원 서비스의 연장을 요청하려면 이의 제기 절차를 사용하여 요청해야 합니다. 시작에 앞서, 귀하가 필요로 하는 부분과 관련 기한은 언제인지 파악하십시오.

- **절차 따르기.**
- **기한을 지키십시오.**
- **필요한 경우 도움을 요청하십시오.** 궁금하신 사항이 있거나 도움이 필요하시면 가입자 서비스부로 연락해 주십시오. 또는 개별화된 지원을 제공하는 정부 기관인 주 건강 보험 지원 프로그램에 연락해 주십시오.

1레벨 이의 제기를 하는 동안 품질 개선 기관이 귀하의 이의 제기를 검토합니다. 이 기관은 귀하의 예정된 퇴원일이 의학적으로 적합한 지 확인합니다.

품질 개선 기관은 Medicare 가입자의 서비스 품질을 점검하고 개선하기 위해 연방 정부가 지원하는 의사 및 기타 의료 서비스 전문가 그룹입니다. 여기에는 Medicare 가입자의 퇴원일 검토가 포함됩니다. 이러한 전문가는 당사의 플랜에 속해 있지 않습니다.

1단계: 해당 주의 품질 개선 기관에 연락하여 퇴원에 대한 즉각적인 검토를 요청합니다. 신속하게 조치를 취해야 합니다.

품질 개선 기관에 연락하는 방법

- 귀하가 수령한 서면 통지(*Medicare의 가입자의 권리에 대한 중요 메시지*)에는 이 기관에 연락하는 방법이 설명되어 있습니다. 또는 2장에서 해당 주의 품질 개선 기관 이름, 주소 및 전화번호를 찾으십시오.

신속하게 조치를 취하십시오.

- 이의를 제기하려면 퇴원하기 *전*에 그리고 **퇴원일의 자정 이전**에 품질 향상 기관에 문의해야 합니다.
  - **귀하가 이 기한을 지킬 경우,** 품질 개선 기관의 결정을 기다리는 동안 퇴원일 *이후에도 비용을 지불하지 않고* 병원에 머무를 수 있습니다.

- **이 기한을 지키지 *않은 경우*** 저희에게 연락해 주십시오. 예정된 퇴원일 이후에도 병원에 머무를 경우, 예정된 퇴원일 이후 이용한 병원 서비스의 *전체 비용을 귀하가 부담해야 할 수 있습니다.*

퇴원에 대한 즉각적인 심사를 요청하시면 품질 개선 기관이 저희에게 연락할 것입니다. 플랜의 연락을 받은 날의 정오까지 **퇴원 관련 상세 통지**를 제공할 것입니다. 이 통지서에는 예정된 퇴원일이 제시되어 있고 담당 의사, 병원, 플랜이 해당 날짜에 퇴원하는 것이 옳다고 생각하는 이유가 자세히 설명되어 있습니다.

가입자 서비스부 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 주 7일 하루 24시간 언제든지 전화하여 **퇴원 관련 상세 통지**의 샘플을 얻을 수 있습니다. (TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 연락해 주십시오.) 또는 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices에서 온라인으로 샘플 통지문을 보실 수 있습니다.

2단계: 품질 개선 기관이 귀하의 사례에 대해 독립적인 심사를 합니다.

- 품질 개선 기관의 의료 전문가(*심사자*)는 서비스에 대한 보장을 지속해야 하는 이유에 대해 귀하(또는 대리인)에게 질문할 것입니다. 귀하가 서면으로 준비할 것은 아무것도 없으며 원하는 경우 준비하실 수 있습니다.
- 심사자는 또한 귀하의 의료 정보를 검토하고, 담당 의사와 상담하고, 병원과 플랜이 제공한 정보를 검토할 것입니다.
- 심사자가 귀하의 이의 제기를 한 날의 정오까지 귀하는 예정된 퇴원일을 알려주는 서면 통지를 받게 될 것입니다. 이 통지서에는 담당 의사, 병원, 가입자가 그날 퇴원하는 것이 옳다고 생각하는 이유(의학적으로 적합)가 자세히 설명되어 있습니다.

3단계: 품질 개선 기관은 필요한 모든 정보를 확보한 후 1일 이내에 귀하의 이의 제기에 대한 답변을 제공할 것입니다.

이의 제기가 수락된 경우

- 심사 기관이 *수락*하는 경우, **의학적으로 해당 서비스가 필요한 기간 동안에는 보장되는 입원 서비스를 제공해야 합니다.**
- 귀하는 비용 중에서 가입자의 분담액(공제액 또는 자기부담금)을 계속 지급해야 합니다. 또한 보장되는 병원 서비스에 한도가 있을 수 있습니다.

이의 제기가 기각된 경우

- 심사 기관이 *기각*하는 경우, 예정된 퇴원일이 의학적으로 적합하다는 것을 말합니다. 이 경우, **입원환자 병원 서비스에 대한 저희 보장은** 품질 개선 기관이 귀하의 이의 제기에 대한 답변을 제공한 후 정오에 **종료됩니다.**
- 심사 기관이 귀하의 이의 제기를 *기각*하고 병원에 계속 머무르기로 결정한 경우, 품질 개선 기관이 이의 제기에 대한 답변을 제공한 날의 정오 이후에 받는 병원 서비스의 **전체 비용을 귀하가 부담해야 할 수 있습니다**.

4단계: 1레벨 이의 제기가 기각된 경우, 다른 이의 제기를 할지 결정합니다.

- 품질 개선 기관이 귀하의 이의 제기를 *기각했으며 또한* 예정된 퇴원일 이후에도 병원에 머무는 경우, 다른 이의 제기를 할 수 있습니다. 다른 이의 제기를 하는 것은 이의 제기 절차의 **레벨2**로 진행하는 것을 의미합니다.

섹션 7.3 단계별 절차: 병원 퇴원일을 변경하기 위해 2레벨 이의 제기를 하는 방법

2레벨 이의 제기 기간에 품질 개선 기관에게 최초 이의 제기에 대한 결정을 다시 검토할 것을 요청하십시오. 품질 개선 기관이 2레벨 이의 제기에 대해 거부 결정을 내리는 경우, 예정된 퇴원일 이후의 입원 비용을 본인이 부담해야 할 수 있습니다.

1단계: 품질 개선 기관에 다시 연락하여 재심사를 요청합니다.

- 품질 개선 기관이 귀하의 1레벨 이의 제기를 *기각*한 날부터 **역일로 60일 이내에** 심사를 요청해야 합니다. 치료 보장이 종료된 날 이후 병원에 머무른 경우에만 이러한 심사를 요청할 수 있습니다.

2단계: 품질 개선 기관이 귀하의 사례에 대해 2차 심사를 합니다.

- 품질 개선 기관의 심사 담당자는 귀하의 이의 제기에 관계된 모든 정보를 다시 한 번 주의 깊게 검토할 것입니다.

3단계: 2레벨 이의 제기 요청을 접수한지 역일로 14일 내에, 심사자는 귀하의 이의 제기에 대해 결정을 내리고 귀하에게 그러한 결정을 통지할 것입니다.

심사 기관이 이의 제기를 수락하는 경우:

- 저희는 최초 이의 제기를 품질 개선 기관이 기각한 날의 정오 이후에 귀하가 이용한 병원 서비스의 분담액을 귀하에게 환급해야 합니다. **의학적으로 필요하다면 당사는 병원 입원 치료를 위한 보장을 계속 제공해야 합니다.**
- 귀하는 해당 비용에 대한 귀하의 몫을 계속 지불하셔야 하고 보장 제한이 적용될 수 있습니다.

심사 기관이 이의 제기를 기각하는 경우:

- 심사 기관이 1레벨 이의 제기에 대해 내린 결정에 동의하는 것을 의미합니다. 이를 결정 지지라고 합니다.
- 통지서에는 심사 절차를 계속하려는 경우 할 수 있는 일이 설명되어 있습니다.

4단계: 기각된 경우, 3레벨로 진행하여 이의 제기를 계속할지 결정해야 합니다.

- 2레벨 이후 이의 제기 절차에는 3가지의 레벨이 더 있습니다(이의 제기 단계는 총 5레벨). 3레벨 이의 제기로 진행하려는 경우, 자세한 방법은 2레벨 이의 제기 결정 이후 수령한 서면 통지에 기재되어 있습니다.
- 3레벨 이의 제기는 행정법 판사(ALJ)나 재판관이 처리합니다. 본 장의 섹션 9에는 이의제기 절차 3단계, 4단계, 5단계이 자세히 설명되어 있습니다.

섹션 8 보장이 곧 종료될 예정이며 특정 의료 서비스에 대한 지속적 보장을 요청하는 방법

섹션 8.1 *이 섹션에서 3가지 서비스만 가능:* 가정 건강 관리, 전문 간호 시설 서비스 및 종합 외래환자 재활 시설(CORF) 서비스

보장 **가정 건강 서비스, 전문 간호 서비스 또는 재활 치료(종합 외래환자 재활 시설)**를 이용할 때, 귀하는 질병이나 부상을 진단하고 치료하기 위해 해당 유형의 치료에 대해 보장되는 서비스를 계속 받을 권리를 가집니다.

세 가지 종류의 서비스에 대한 보장을 중단하기로 결정할 경우, 미리 귀하에게 알려야 합니다. 이러한 서비스에 대한 보장이 종료될 경우, *저희는 서비스 비용의 플랜 분담액 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.

섹션 8.2 가입자의 보장 종료에 대해 사전 통지

법률 용어
Medicare 비보장 통지서. 또한 **빠른 이의 제기**를 요청하는 방법에 대해 설명합니다. 빠른 이의 제기를 요청하는 것은 치료를 중단할 시기에 대한 보장 결정을 변경하도록 요청하는 공식적이고 법적인 방법입니다.

1. 플랜이 치료 보장을 중단하려고 하기 최소 2일 전에 **서면으로 통지서를 수령하게 됩니다.** 이 통지서에는 다음의 내용이 포함되어 있습니다.
   - 플랜이 가입자를 위한 보장을 중단하는 날짜.
   - 치료 보장을 더 오래 지속하도록 요청하기 위해 빠른 이의 제기를 요청하는 방법.
2. **귀하나 귀하를 대리인이 통지서를 수령했다는 것을 보여주기 위해 통지서에 서명을 요청 받게 됩니다.** 통지서에 서명하는 것은 가입자가 본인의 보장 중단에 대한 정보를 수령했다는 *것만* 의미합니다. **서명을 한다고 해서** 치료를 중단하기로 한 플랜의 결정에 **귀하가 동의하는 것을 의미하지는 않습니다**.

섹션 8.3 단계별 절차: 플랜이 치료를 장기 보장하도록 1레벨 이의 제기를 하는 방법

플랜에게 치료 보장에 대한 연장을 요청하려면 이의 제기 절차를 사용하여 요청해야 합니다. 시작에 앞서, 귀하가 필요로 하는 부분과 관련 기한은 언제인지 파악하십시오.

- **절차 따르기.**
- **기한을 지키십시오.**
- **필요한 경우 도움을 요청하십시오.** 궁금하신 사항이 있거나 도움이 필요하시면 가입자 서비스부로 연락해 주십시오. 또는 개별화된 지원을 제공하는 정부 기관인 주 건강 보험 지원 프로그램에 연락해 주십시오.

1레벨 이의 제기를 하는 동안 품질 개선 기관이 귀하의 이의 제기를 검토합니다. 치료 종료일이 의학적으로 적합한 지 결정합니다.

품질 개선 기관은 Medicare 가입자의 진료 품질을 점검하고 개선하기 위해 연방 정부가 지원하는 의사 및 기타 의료 서비스 전문가 그룹입니다. 여기에는 특정 종류의 치료에 대한 보장을 중단할 시기에 대한 플랜의 결정을 검토하는 것이 포함됩니다. 이러한 전문가는 당사의 플랜에 속해 있지 않습니다.

1단계: 1레벨 이의 제기에 대해 품질 개선 기관에 연락하여 *빠른 이의 제기*를 요청합니다. 신속하게 조치를 취해야 합니다.

품질 개선 기관에 연락하는 방법

- 귀하가 수령한 서면 통지(*비 Medicare 보장 안내*)에는 이 기관에 연락하는 방법이 설명되어 있습니다. 또는 2장에서 해당 주의 품질 개선 기관 이름, 주소 및 전화번호를 찾으십시오.

신속하게 조치를 취하십시오.

- 이의 제기를 시작하려면 *Medicare 비보장 통지서*의 **발효 일자 전날 정오까지** 품질 개선 기관에 연락해야 합니다.
- 기한을 지키지 못했지만 이의제기를 하려는 경우에도 이의제기 권리가 있습니다. 품질 개선 기관에 문의하십시오.

2단계: 품질 개선 기관이 귀하의 사례에 대해 독립적인 심사를 합니다.

법률 용어
비보장 관련 상세 설명. 보장 종료 사유에 대한 상세 정보가 제공되는 통지서.

심사 기간에 발생하는 일

- 품질 개선 기관의 의료 전문가(심사자)는 서비스 보장을 지속해야 하는 이유에 대해 귀하 또는 귀하의 대리인에게 질문할 것입니다. 귀하가 서면으로 준비할 것은 아무것도 없으며 원하는 경우 준비하실 수 있습니다.
- 심사 기관은 또한 귀하의 의료 정보를 검토하고, 담당 의사와 상담하고, 저희 플랜이 제공한 정보를 검토할 것입니다.
- 심사자가 귀하의 이의 제기를 알릴 때까지 귀하는 서비스에 대한 보장을 종료하는 상세 사유를 설명하는 **비보장 설명**을 받게 될 것입니다.

3단계: 필요한 모든 정보를 수령한 후 1일 이내에 심사자는 결정 사항을 알려줍니다.

심사자가 이의 제기를 수락하는 경우

- 심사자가 귀하의 이의 제기를 *수락*하는 경우, **저희는 의학적으로 해당 서비스가 필요한 기간 동안에는 보장되는 서비스를 제공해야 합니다.**
- 귀하는 비용 중에서 가입자의 분담액(공제액 또는 자기부담금)을 계속 지급해야 합니다. 보장 서비스에 한도가 있을 수 있습니다.

심사자가 이의 제기를 기각하는 경우

- 심사자가 기각하는 경우, **귀하에게 이를 안내한 날에 보장이 종료됩니다.**
- 가정 건강 관리, 전문 간호 시설 서비스 또는 종합 외래환자 재활 시설(CORF) 서비스를 보장이 종료된 날 *이후*에도 계속 받기로 결정한 경우, 이러한 치료의 **전체 비용을 직접 부담해야 합니다.**

4단계: 1레벨 이의 제기가 기각된 경우, 다른 이의 제기를 할지 결정합니다.

- 심사자가 귀하의 1레벨 이의 제기를 *기각*했으며 또한 치료 보장이 종료된 후에도 계속 치료를 받기로 결정한 경우, 2레벨 이의 제기를 할 수 있습니다.

섹션 8.4 단계별 절차: 플랜이 치료를 장기 보장하도록 2레벨 이의 제기를 하는 방법

2레벨 이의 제기 기간에 품질 개선 기관에게 최초 이의 제기에 대한 결정을 다시 검토하도록 요청하십시오. 품질 개선 기관이 2레벨 이의 제기를 기각한 경우, 귀하의 보장이 종료된다고 알린 날짜 이후의 가정 건강 관리 또는 전문 간호 시설 서비스 또는 종합 외래환자 재활 시설(CORF) 서비스에 대한 전체 비용을 지불해야 할 수 있습니다.

1단계: 품질 개선 기관에 다시 연락하여 재심사를 요청합니다.

- 품질 개선 기관이 귀하의 1단계 이의제기를 *기각*한 날부터 **역일로 60일 이내에** 심사를 요청해야 합니다. 이러한 심사 요청은 귀하가 해당 의료 서비스에 대한 보장이 종료된 당일 이후에도 치료를 계속 받은 경우에만 가능합니다.

2단계: 품질 개선 기관이 귀하의 사례에 대해 2차 심사를 합니다.

- 품질 개선 기관의 심사 담당자는 귀하의 이의 제기에 관계된 모든 정보를 다시 한 번 주의 깊게 검토할 것입니다.

3단계: 이의제기 요청을 접수한 지 역일로 14일 내에, 심사자는 귀하의 이의제기에 대해 결정을 내리고 귀하에게 그러한 결정을 통지할 것입니다.

심사 기관이 이의 제기를 수락하는 경우

- 귀하의 보장이 종료되는 날짜부터 귀하에게 발생한 치료 비용의 플랜 분담액을 **귀하에게 환급해야 합니다**. 당사는 의학적으로 필요한 경우 진료에 대해 **보장을 계속 제공해야 합니다**.
- 귀하는 본인의 분담액을 계속 지급해야 하며 보장 한도가 적용될 수 있습니다.

심사 기관이 이의 제기를 기각하는 경우

- 1레벨 이의 제기에 대한 결정에 동의하는 것을 의미합니다.
- 통지서에는 심사 절차를 계속하려는 경우 할 수 있는 일이 설명되어 있습니다. 이 서신에서는 행정법 판사나 재판관이 처리하는 이의 제기의 다음 레벨로 계속 진행하는 방법에 관한 세부 내용을 설명합니다.

4단계: 기각된 경우, 이의 제기를 계속할지 결정해야 합니다.

- 2레벨 이후 이의 제기에는 3가지의 레벨이 더 있으며 총 5레벨이 됩니다. 3레벨 이의 제기로 진행하려는 경우, 자세한 방법은 2레벨 이의 제기 결정 이후 수령한 서면 통지에 기재되어 있습니다.
- 3레벨 이의 제기는 행정법 판사나 재판관이 처리합니다. 본 장의 섹션 9에는 이의제기 절차 3단계, 4단계, 5단계이 자세히 설명되어 있습니다.

섹션 9 3레벨 이상으로 이의 제기 진행

섹션 9.1 의료 서비스 요청에 대한 3레벨, 4레벨, 5레벨 이의 제기

이 섹션은 1레벨 이의 제기와 2레벨 이의 제기를 했는데 모두 기각된 경우, 도움이 될 수 있습니다.

이의 제기한 특정 항목 또는 의료 서비스의 비용이 특정 최소 수준에 부합할 경우, 이의 제기의 추가 레벨로 진행할 수 있습니다. 이러한 금액 가치가 최소 수준 미만인 경우, 귀하는 더 이상 이의를 제기하실 수 없습니다. 귀하가 수령하는 2레벨 이의 제기에 대한 답변서에 3레벨 이의 제기 방법에 대해 설명되어 있습니다.

이의 제기와 관련된 대부분의 상황에서 이의 제기의 마지막 세 레벨은 거의 비슷하게 진행됩니다. 각 레벨에서 귀하의 이의 제기를 처리하는 사람은 다음과 같습니다.

3단계 이의제기	**연방 정부에 소속된 행정법 판사나 재판관**은 가입자의 이의제기를 검토하고 답변을 제공합니다.

- **행정법 판사나 재판관이 가입자의 이의 제기를 수락하는 경우, 이의 제기 절차는 *끝날 수도 있고* 또는 *끝나지 않을 수도* 있습니다.** 2레벨 이의 제기에서의 결정과 달리 저희는 가입자께 유리한 3레벨 결정에 대해 이의를 제기할 권리를 가집니다. 저희가 이의 제기를 하기로 결정한 경우, 4레벨 이의 제기로 진행합니다.
  - 저희가 이의 제기를 하지 *않기*로 결정한 경우, 저희는 행정법 판사나 재판관의 결정을 수령하고 역일로 60일 이내에 의료를 승인하거나 제공해야 합니다.
  - 저희가 결정 사항에 대해 이의 제기를 하기로 결정한 경우, 가입자에게 관련 문서와 함께 4레벨 이의 제기 요청 사본을 보내 드립니다. 저희는 문제의 의료 서비스를 승인하거나 제공하기 전에 4레벨 이의 제기 결정을 기다릴 수 있습니다.
- **행정법 판사나 재판관이 가입자의 이의 제기를 기각하는 경우, 이의 제기 절차는 *끝날 수도 있고* 또는 *끝나지 않을 수도* 있습니다.**
  - 귀하의 이의 제기를 기각한 결정을 받아들이기로 결정한 경우, 이의 제기 절차는 종료됩니다.
  - 하지만 결정을 받아들이지 않는 경우, 다음 심사 절차로 진행할 수 있습니다. 통지서에는 4레벨 이의 제기를 위해 해야 할 일이 설명되어 있습니다.

4단계 이의제기	**Medicare 이의제기 위원회**(위원회)는 가입자의 이의제기를 검토하고 답변합니다. 이 위원회는 연방정부 소속입니다.

- **이의 제기가 수락된 경우나 이의 제기 위원회가 3레벨 이의 제기 결정을 검토해달라는 플랜의 요청을 기각한 경우, 이의 제기 절차는 끝날 *수도 있고* 또는 끝나지 *않을 수도* 있습니다.** 2단계에서의 결정과 달리 저희는 가입자께 유리한 4단계 결정에 대해 이의를 제기할 권리를 가집니다. 저희는 이 결정에 대해 5레벨에서 이의 제기를 할지 결정할 것입니다.
  - 결정된 사항에 대해 이의 제기를 하지 *않기로* 결정한 경우, 이의 제기 위원회의 결정을 수령하고 역일로 60일 이내에 의료를 승인하거나 제공해야 합니다.
  - 결정에 대해 이의 제기를 하기로 결정한다면 서면으로 가입자에게 알릴 것입니다.
- **이의제기가 기각되거나 이의제기 위원회가 심사 요청을 기각하는 경우, 이의제기 절차는 *종료되거나* 또는 *종료되지 않을 수 있습니다*.**
  - 귀하의 이의 제기를 기각한 결정을 받아들이기로 결정한 경우, 이의 제기 절차는 종료됩니다.
  - 하지만 결정을 받아들이지 않는 경우, 다음 심사 절차로 진행할 수 있습니다. 이의 제기 위원회가 가입자의 이의 제기를 기각하는 경우, 규칙에 따라 5레벨 이의 제기로 진행할 수 있는지, 그리고 5레벨 이의 제기를 계속할지 여부가 통지서에 설명되어 있습니다.

5단계 이의제기	귀하의 이의제기는 **연방 지방 법원**의 판사가 검토합니다.

- 판사가 모든 정보를 검토하고 귀하의 요청을 *수락* 또는 *기각* 결정합니다. 이것이 최종 답변입니다. 연방 지방 법원 이후에는 더 이상 이의 제기 수준이 없습니다.

섹션 9.2 파트 D 약 요청에 대한 3레벨, 4레벨, 5레벨 이의 제기

이 섹션은 1레벨 이의 제기와 2레벨 이의 제기를 했는데 모두 기각된 경우, 도움이 될 수 있습니다.

이의 제기한 특정 약의 비용이 특정 수준에 부합할 경우, 이의 제기의 추가 레벨로 진행할 수 있습니다. 이 금액이 부족할 경우, 더 이상 이의 제기를 할 수 없습니다. 귀하가 수령하는 2레벨 이의 제기에 대한 답변서에 3레벨 이의 제기를 요청하기 위해 해야 할 일과 연락처가 포함되어 있을 것입니다.

이의 제기와 관련된 대부분의 상황에서 이의 제기의 마지막 세 레벨은 거의 비슷하게 진행됩니다. 각 레벨에서 귀하의 이의 제기를 처리하는 사람은 다음과 같습니다.

3단계 이의제기	**연방 정부에 소속된 행정법 판사나 재판관**은 가입자의 이의제기를 검토하고 답변을 제공합니다.

- **이의 제기가 수락된 경우, 이의 제기 절차는 종료됩니다.** 저희는 행정법 판사나 재판관이 승인한 **의약품 보장을 72시간(신속 이의제기는 24시간) 이내에 허가 또는 보장하거나,** 결정을 통지 받은 후 **역일로 30일 이내에 비용을 지불해야 합니다**.
- **이의 제기를 기각한 경우, 이의 제기 절차는 종료될 *수도 있고* 또는 종료되지 *않을 수도* 있습니다.**
  - 귀하의 이의 제기를 기각한 결정을 받아들이기로 결정한 경우, 이의 제기 절차는 종료됩니다.
  - 하지만 결정을 받아들이지 않는 경우, 다음 심사 절차로 진행할 수 있습니다. 통지서에는 4레벨 이의 제기를 위해 해야 할 일이 설명되어 있습니다.

4단계 이의제기	**Medicare 이의제기 위원회**(위원회)는 가입자의 이의제기를 검토하고 답변합니다. 이 위원회는 연방정부 소속입니다.

- **이의 제기가 수락된 경우, 이의 제기 절차는 종료됩니다.** 저희는 이의 제기 위원회가 승인한 의약품 보장을 **72시간(신속 이의 제기는 24시간) 이내에 허가 또는 보장하거나** 결정을 통지 받은 후 **역일로 30일 이내에 비용을 지불해야 합니다.**
- **이의 제기가 기각된 경우, 이의 제기 절차는 종료 *될 수도 있고* 또는 종료되지 *않을 수도* 있습니다.**
  - 귀하의 이의 제기를 기각한 결정을 받아들이기로 결정한 경우, 이의 제기 절차는 종료됩니다.

- 하지만 결정을 받아들이지 않는 경우, 다음 심사 절차로 진행할 수 있습니다. 이의 제기 위원회가 가입자의 이의 제기를 기각하거나 이의 제기 검토 요청을 거절하는 경우, 규칙에 따라 5레벨 이의 제기로 진행할 수 있을지 여부가 통지서에 설명되어 있습니다. 또한 이의 제기를 계속 진행하기로 선택하는 경우, 연락 담당자와 다음에 해야 할 일에 대해서도 안내 드릴 것입니다.

5단계 이의제기	귀하의 이의제기는 **연방 지방 법원**의 판사가 검토합니다.

- 판사가 모든 정보를 검토하고 귀하의 요청을 *수락* 또는 *기각* 결정합니다. 이것이 최종 답변입니다. 연방 지방 법원 이후에는 더 이상 이의 제기 수준이 없습니다.

불만 제기

섹션 10 서비스 품질, 대기 시간, 고객 서비스 또는 기타 문제에 대한 불만을 제기하는 방법

섹션 10.1 불만 제기 절차에서 다루어지는 문제

불만 제기 절차는 특정 유형의 문제에 *만* 사용됩니다. 여기에는 서비스 품질, 대기 시간 및 고객 서비스와 관련된 문제가 포함됩니다. 불만 사항 제기 절차로 다뤄지는 문제 유형에 대한 예를 소개합니다.

불만	예
귀하의 의료 진료 품질	• 이용하신 의료 서비스 품질(병원 서비스 포함)에 만족하지 않으십니까?
프라이버시 존중	• 프라이버시를 존중하지 않거나 기밀 정보를 공유한 사람이 있었습니까?
무례함, 부실한 고객 서비스 또는 기타 부정적 행동	• 누군가 무례한 행동을 했거나 존중 받지 못했던 일이 있었습니까? • 가입자 서비스부에 만족하지 못하십니까? • 플랜 탈퇴를 권유 받았다고 생각하십니까?

불만	예
대기 시간	• 예약을 하는 데 문제가 있거나 대기 시간이 너무 길다고 생각하십니까? • 의사, 약사 또는 다른 의료 전문가의 서비스를 받을 때까지 너무 오래 기다린 적이 있습니까? 가입자 서비스부나 플랜의 직원이 오래 기다리게 한 적이 있습니까? ○ 예시로는 전화로 너무 오래 기다리거나, 대기실이나 검사실에서 대기하거나, 처방약을 받는 것이 포함됩니다.
청결함	• 클리닉, 병원 또는 진료소의 청결도나 상태에 만족하지 않으십니까?
저희가 제공하는 정보	• 귀하에게 필요한 통지문을 제공하지 않았습니까? • 당사의 서면 정보를 이해하기가 어려우십니까?
적시성 (이러한 유형의 불만은 보장 결정 및 이의제기에 대한 플랜의 *시기 적절*한 대응과 관련이 있음)	보장 결정을 요청했거나 이의 제기를 했으며 플랜이 신속하게 답변하지 않은 경우, 답변 지연에 대한 불만을 제기할 수 있습니다. 예: • *빠른 보장 결정* 또는 *빠른 이의제기*를 요청했으며 저희는 이를 기각했습니다. 불만 제기를 할 수 있습니다. • 저희가 보장 결정이나 이의 제기 기한을 지킬 수 없다고 생각하는 경우, 귀하는 불만 제기를 할 수 있습니다. • 저희가 승인된 특정 의료 품목 또는 서비스 또는 약에 대해 보장 또는 환급 기한을 지킬 수 없다고 생각하는 경우, 귀하는 불만 제기를 할 수 있습니다. • 저희가 가입자의 사례를 독립 심사 기관에 전달하기 위한 필수 기한을 지키지 못했다고 생각하는 경우, 불만 제기를 할 수 있습니다.

섹션 10.2 불만 제기 방법

법률 용어
• **불만**은 **고충**이라고도 합니다. • **불만 제기**는 **고충 제기**라고도 합니다. • **불만 제기 절차 사용**은 **고충 제기 절차 사용**이라고도 합니다. • **빠른 불만 제기**는 **신속 고충 제기**라고도 합니다.

섹션 10.3 단계별 절차: 불만 제기

1단계: 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 불만 사항을 서면으로 작성하는 경우, 플랜이 서면으로 답변해 드립니다.
- 1-800-559-3500, TTY 711로 전화하시면 가입자 서비스부로 연락하실 수 있습니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일, 오전 8시~오후 8시에 연락해 주십시오. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시입니다. 휴일과 영업 시간 외 시간에 수신된 메시지는 영업일 기준으로 1일 이내에 답변을 드립니다.
- 불만 제기 **기한**은 문제가 있을 때불만까지 역일로 60일입니다.

2단계: 불만 제기를 고려하여 답변을 제공합니다.

- **가능하다면 즉시 답변을 드릴 것입니다.** 가입자가 불만 사항이 있어 당사에 전화하는 경우, 답변도 전화로 할 수 있습니다.
- **대부분의 불만 사항에 대해서는 역일로 30일 이내에 답변을 드립니다.** 기타 정보가 필요하며 연기하는 것이 가입자에게 유리하거나 가입자가 시간 연장을 희망하는 경우, 불만 사항에 답변하는 데 역일로 최대 14일이 더 걸릴 수 있습니다(역일로 총 44일). 며칠 더 시간이 필요한 경우, 서면으로 가입자에게 알려드릴 것입니다.
- **빠른 보장 결정 또는 빠른 이의 제기 요청에 대해 플랜이 거부 결정을 내려 불만 제기를 하는 경우, 플랜은 귀하에게 자동으로 빠른 불만 제기를 허락할 것입니다.** 빠른 불만 제기를 한다는 것은 당사가 **24시간 이내에** 답변한다는 것을 의미합니다.
- 불만의 전체 또는 일부에 **저희가 동의하지 않거나** 귀하가 제기하는 문제에 대해 책임이 없을 경우, 답변에 저희의 사유를 포함시킬 것입니다.

섹션 10.4 품질 개선 기관에게 서비스 품질에 대한 불만을 제기 가능

불만이 *서비스 품질*에 대한 것일 경우, 다음의 두 가지 옵션이 있습니다.

- **품질 개선 기관에 직접 불만을 제기할 수 있습니다.** 품질 개선 기관은 참여 의사 및 연방 정부가 지원하는 기타 의료 서비스 전문가로 구성된 그룹으로서 Medicare 가입자에 대한 서비스를 점검하고 개선하는 일을 합니다. 2장에 연락처 정보가 있습니다.

또는

- **품질 개선 기관과 당사에 동시에 불만을 제기할 수 있습니다.**

섹션 10.5 Medicare에 불만 제기 가능

SCAN Classic에 대한 불만은 Medicare에 직접 제출하실 수 있습니다. Medicare에 불만 사항을 제출하려면 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx에 방문하십시오. 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하실 수도 있습니다. TTY/TDD 이용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오.

10장:

플랜의 가입 종료

섹션 1 플랜 탈퇴 소개

SCAN Classic 탈퇴는 **자발적**(가입자의 선택)이거나 **비자발적**(가입자가 선택하지 않음)일 수 있습니다.

- 귀하가 탈퇴를 원하여 플랜을 탈퇴하는 경우가 있을 수 있습니다. 섹션 2와 3에 자발적 플랜 탈퇴에 관한 정보가 있습니다.
- 가입자를 탈퇴시켜야 하는 상황도 제한적입니다. 섹션 5에서 당사가 가입자를 탈퇴시켜야 하는 상황에 관해 설명합니다.

플랜을 탈퇴할 경우, 당사 플랜은 반드시 귀하의 의료 진료와 처방약을 제공해야 하며 가입자는 가입이 종료될 때까지 귀하의 비용 부담금을 계속 부담하게 됩니다.

섹션 2 플랜 탈퇴가 가능한 경우

섹션 2.1 연례 가입 기간에 플랜 탈퇴 가능

가입자는 **연례 가입 기간**(**연례 공개 가입 기간**이라고도 함)에 플랜 가입을 종료할 수 있습니다. 이 기간 동안, 귀하의 건강 및 약 보장을 검토하고 내년의 보장에 대해 결정하십시오.

- **연례 가입 기간**은 **10월 15일부터 12월 7일까지**입니다.
- **현재 보장을 유지할지 내년에 대한 보장을 변경할지 선택하십시오.** 새로운 플랜으로 변경하기로 결정할 경우, 다음 유형의 플랜 중 하나를 선택할 수 있습니다.
  - 처방약 보장의 여부에 관계없이 다른 Medicare 건강 플랜.
  - 별도의 Medicare 처방약 플랜이 *포함된* Original Medicare.
  - – *또는* – 별도의 Medicare 처방약 플랜이 없는 Original Medicare.
    - 이 옵션을 선택한 경우, Medicare는 가입자가 자동 가입을 취소한 경우가 아닌 한 약 플랜에 가입자를 등록할 수 있습니다.

  참고: Medicare 처방약 보장을 탈퇴했으며 63일 이상 연속으로 '크레딧이 적용되는' 처방약 보장이 없을 경우, 나중에 Medicare 약 플랜에 가입할 때, 파트 D 가입 지연 벌금을 납부해야 할 수 있습니다.
- **귀하의 가입은** 1 월 1일에 새 플랜의 보장이 시작되면 **저희 플랜에서 종료됩니다.**

섹션 2.2 Medicare Advantage 공개 가입 기간에 플랜 탈퇴 가능

가입자는 Medicare Advantage 공개 가입 기간에 의료 보험을 1회 변경할 수 있습니다.

- **연례 Medicare Advantage 공개 가입 기간**은 1월 1일부터 3월 31일까지이며, 플랜에 가입한 신규 Medicare 수혜자의 경우 파트 A 및 파트 B에 대한 수혜 자격이 있는 달부터 세 번째달의 마지막 날까지입니다.

- **연례 Medicare Advantage 공개 가입 기간**에 다음이 가능합니다.
  - 처방약 보장의 여부에 관계없이 다른 Medicare Advantage 플랜으로 전환.
  - 당사의 플랜을 탈퇴하고 Original Medicare를 통해 보장 적용 혜택 이용. 이 기간에 Original Medicare로 전환하기로 선택한 경우, 별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입할 수도 있습니다.
- **가입자의 자격은** 다른 Medicare Advantage 플랜에 가입한 달 또는 Original Medicare로 전환하려는 귀하의 요청을 수령한 달의 첫 번째 날에 **종료됩니다.** Medicare 처방약 플랜에 가입하기로 선택한 경우에도 약 플랜의 가입자 자격은 약 플랜이 귀하의 가입 요청을 수령한 달의 첫 번째 날에 시작됩니다.

섹션 2.3 특정 상황에서 특별 가입 기간에 탈퇴 가능

특정 상황일 경우, SCAN Classic의 가입자는 다른 기간에 탈퇴할 수 있습니다. 이것을 **특별 가입 기간**이라고 합니다.

본인이 다음 상황 중 하나에 해당한다면 **귀하는 특별 가입 기간에 플랜을 탈퇴할 수 있습니다.** 이는 예에 불과하므로, 전체 목록이 필요하시면 플랜 또는 Medicare에 연락하거나 Medicare 웹사이트(www.medicare.gov)에 방문하십시오.

- 이사한 경우.
- Medi-Cal(Medicaid)에 가입한 경우.
- Medicare 처방약 지급을 위한 '추가 지원(Extra Help)'에 대한 자격이 있는 경우.
- 플랜이 가입자와의 계약을 위반한 경우.
- 요양원이나 장기 치료(LTC) 병원과 같은 기관에서 치료를 받는 경우.
- 고령자를 위한 포괄적 관리 프로그램(PACE)에 가입하시는 경우.
- **참고:** 약물 관리 프로그램을 진행하는 경우, 플랜을 변경하지 못할 수 있습니다. 5장, 섹션 10에 약물 관리 프로그램에 관한 자세한 정보가 있습니다.

가입 기간은 가입자의 상황에 따라 **다릅니다.**

특별 가입 기간에 가입할 수 있는지 확인하려면 Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 주 7일, 하루 24시간 언제든 연락하여 확인하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오. 특별한 상황 때문에 탈퇴할 수 있다면 Medicare 건강 보험과 처방약 보장을 변경할 수 있습니다.
다음을 선택하실 수 있습니다.

- 처방약 보장의 여부에 관계없이 다른 Medicare 건강 플랜.
- 별도의 Medicare 처방약 플랜이 *포함된* Original Medicare.
- – *또는* – 별도의 Medicare 처방약 플랜이 없는 Original Medicare.

  참고: Medicare 처방약 보장을 탈퇴했으며 63일 이상 연속으로 크레딧이 적용되는 처방약 보장이 없을 경우, 나중에 Medicare 약 플랜에 가입할 때, 파트 D 가입 지연 벌금을 납부해야 할 수 있습니다.

일반적으로 귀하가 플랜 변경 요청을 한 달의 첫 번째 날에 **플랜 가입 자격이 종료됩니다**.

처방약 비용에 대해 Medicare로부터 '추가 지원(Extra Help)'을 받는 경우: Original Medicare로 전환했으며 별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입하지 않은 경우, Medicare는 가입자가 자동 가입을 취소한 경우가 아니라면 약 플랜에 가입자를 등록할 수 있습니다.

섹션 2.4 플랜 탈퇴가 가능한 시기에 대한 자세한 정보 확인

가입자 자격 종료에 대한 질문이 있는 경우:

- **가입자 서비스부로 연락하십시오.**
- ***메디케어와 가입자 2025(Medicare & You 2025)*** 안내서에서 해당 정보를 찾으십시오.
- **Medicare**에는 주 7일 하루 24시간 언제든지 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의해 주십시오(TTY 1-877-486-2048).

섹션 3 플랜 탈퇴 방법

아래의 표에는 저희 플랜에서 탈퇴하는 방법이 설명되어 있습니다.

저희 플랜에서 다음으로 전환하는 경우:	해야 할 일:
• 다른 Medicare 건강 플랜.	• 새로운 Medicare 건강 플랜에 가입. • 새 플랜의 보장이 시작되면 SCAN Classic의 가입이 자동으로 해지됩니다.
• 별도의 Medicare 처방약 플랜이 포함된 Original Medicare.	• 새로운 Medicare 처방약 플랜에 가입. • 새 플랜의 보장이 시작되면 SCAN Classic의 가입이 자동으로 해지됩니다.
• 별도의 Medicare 처방약 플랜이 없는 Original Medicare.	• **플랜에 탈퇴 요청서를 발송.** 이 방법에 대한 자세한 정보가 필요하시면 가입자 서비스부로 연락하십시오. • **Medicare**에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 주 7일, 하루 24시간 언제든 연락하여 탈퇴를 요청할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오. • Original Medicare의 보장이 시작되면 SCAN Classic에서 탈퇴됩니다.

섹션 4 귀하가 탈퇴할 때까지 저희 플랜을 통해 의료 용품, 의료 서비스, 의약품을 계속 받아야 합니다.

탈퇴하고 새로운 Medicare 보장이 시작될 때까지 귀하는 저희 플랜을 통해 의료 서비스, 의료 용품, 처방약을 계속 받아야 합니다.

- **진료를 받기 위해 네트워크 서비스 제공자를 계속 이용하십시오.**
- **처방약을 조제하려면 저희 네트워크 약국이나 우편 주문을 계속 사용하십시오.**
- **탈퇴하는 날 입원할 경우, 귀하가 퇴원할 때까지 플랜에서 입원비를 보장합니다**(새로운 보장이 시작된 후 퇴원한 후에도 해당).

섹션 5 SCAN Classic이 가입자를 탈퇴시켜야 하는 특별한 상황

섹션 5.1 플랜이 가입자를 탈퇴시키는 경우

SCAN Classic은 다음의 상황이 발생할 경우, 플랜에서 가입자를 탈퇴시킵니다.

- Medicare 파트 A 및 파트 B에서 탈퇴한 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 이사하거나 여행하는 곳이 저희 플랜의 지역인지 확인해 주십시오.
- 수감되는 경우(감옥에 투옥).
- 미국 시민권자가 아니거나 미국에 합법적으로 거주하지 않은 경우
- 거짓말을 하거나 처방약 보장을 제공하는 다른 보험에 대한 정보를 숨기는 경우.
- 가입자가 저희 플랜에 가입 시, 고의적으로 잘못된 정보를 제시하고, 그 정보가 당사의 플랜에 대한 가입자의 자격 여부에 영향을 준 경우. (이러한 이유로 플랜을 탈퇴할 경우 Medicare로부터 사전 허가를 얻은 후에만 가능합니다.)
- 플랜의 업무 수행에 지속적으로 지장을 주며 이로 인해 플랜 가입자들에게 의료 서비스를 제공하는 것에 문제가 있을 경우. (이러한 이유로 플랜을 탈퇴할 경우 Medicare로부터 사전 허가를 얻은 후에만 가능합니다.)
- 다른 사람이 귀하의 가입자 카드를 사용하는 것을 허락한 경우. (이러한 이유로 플랜을 탈퇴할 경우 Medicare로부터 사전 허가를 얻은 후에만 가능합니다.)
  - 이러한 이유 때문에 당사가 가입자의 가입을 해지하는 경우, Medicare는 감사관을 통해 가입자의 사례를 조사할 수 있습니다.
- 귀하가 플랜 보험료를 3개월 동안 납부하지 않는 경우.
- 소득 때문에 파트 D 보험료를 추가로 납부해야 하지만 납부하지 않을 경우, Medicare는 귀하의 가입 자격을 종료할 것이며 처방약 보장도 종료됩니다.

자세한 정보를 얻을 수 있는 곳

궁금하신 사항이 있거나 플랜 탈퇴가 가능할 시기에 대한 자세한 정보는 가입자 서비스부로 문의해 주십시오.

섹션 5.2 건강과 관련된 이유로는 플랜 탈퇴 요청이 불가능

SCAN Classic은 건강과 관련된 이유로 가입자에게 플랜 탈퇴를 요청할 수 없습니다.

탈퇴를 요청한 경우 해야 할 일

건강과 관련된 이유로 플랜 탈퇴를 요청 받았다고 생각하실 경우, Medicare에 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 연락해 주십시오. (TTY 1-877-486-2048).

섹션 5.3 플랜이 가입자를 탈퇴시킨 경우, 가입자의 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.

11장:

법적 고지

섹션 1 적용 법률에 대한 고지

본 *보장 증명서*에 적용되는 주요 법률은 사회보장법 18편과 사회보장법에 따라 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터CMS 또는 CMS가 정한 규정입니다. 또한 기타 연방법이 적용될 수 있으며 특정 상황에서 현재 거주하는 주의 법률이 적용될 수 있습니다. 이 문서에 그러한 법률이 포함되어 있거나 설명되어 있지 않아도 가입자의 권리 및 책임에 영향을 줄 수 있습니다.

섹션 2 차별 금지에 대한 통지문

저희는 인종, 민족, 국적, 피부색, 종교, 성별, 성별, 연령, 성적 지향, 정신 또는 신체적 장애, 건강 상태, 클레임 경험, 병력, 유전 정보, 보험 적합성 증거 또는 서비스 지역 내 지리적 위치에 기초해 가입자를 **차별하지 않습니다**. 저희 플랜과 마찬가지로 Medicare Advantage 플랜을 제공하는 모든 기관은 1964년 공민권법 6편, 1973년 재활법, 1975년 연령 차별 금지법, 미국 장애인법, 건강보험개혁법(ACA) 섹션 1557, 기타 연방 정부의 지원을 받는 기관에게 적용되는 모든 법률, 다른 이유로 적용되는 기타 법률 및 규칙 등을 포함하여 차별을 금지하는 연방법을 준수해야 합니다.

자세한 정보가 필요하거나 차별 또는 부당한 대우에 대한 문제가 있을 경우, 보건복지부(Department of Health and Human Services)의 **민권 사무국(Office for Civil Rights)**에 1-800-368-1019(TTY: 1-800-537-7697)번으로 전화하거나 지역 민권 사무국으로 전화해 주십시오. 또한 https://www.hhs.gov/ocr/index.html에서 미국 보건복지부의 민권 사무국 정보를 살펴보실 수도 있습니다.

장애가 있고 치료를 받을 때 도움이 필요하시면 가입자 서비스부로 연락해 주십시오. 휠체어 이용 문제와 같은 불만이 있을 경우, 가입자 서비스부가 도움을 드릴 수 있습니다.

섹션 3 Medicare 2차 납부자 보상 요구권에 대한 고지

저희는 Medicare가 1차 납부자가 아닌 보장되는 Medicare 서비스 비용을 징수할 권리와 책임을 가집니다. 42 CFR 422.108절과 423.462절의 CMS 규정에 따라 SCAN Classic은 Medicare Advantage 기관으로서 42 CFR의 파트 411, 하위 파트 B에서 D까지의 CMS 규정에 따라 국무장관이 행사하는 동일한 회복 권리를 행사하며 이 섹션에 명시된 규칙은 모든 주 법률을 대체합니다.

섹션 4 구속력 있는 중재

SCAN Health Plan에 가입한 신규 가입자로서 발효 일자가 2008년 3월 1일 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 60일 이내에 중재 철회 카드에 있는 지침에 따라 카드를 SCAN Health Plan에 제출하여 구속력 있는 중재를 취소할 수 있는 기회를 가집니다.

다음의 구속력 있는 중재에 대한 설명은 아래의 가입자에게 적용됩니다.

- SCAN Health Plan 가입의 발효 일자가 2008년 3월 1일 이전인 모든 가입자 및
- SCAN Health Plan 가입에 대한 발효 일자가 2008년 3월 1일 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 효력 발생일 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. 즉,

- 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 Plan과 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.

법적 구속력 있는 중재 시작과 관련하여 질문이 있는 경우에는 JAMS에 1-800-352-5267번으로 전화하거나 웹사이트 www.jamsadr.com에 문의할 수 있습니다.

12장:

중요 용어의 정의

외래 수술 센터(Ambulatory Surgical Center) – 외래 수술 센터는 입원이 필요 없으며 센터 체류 예상 시간이 24시간을 초과하지 않는 환자에게 외래환자 수술 서비스를 제공할 목적으로만 운영되는 기관입니다.

연례 가입 기간(Annual Enrollment Period) – 가입자가 건강 또는 약 플랜을 변경하거나 Original Medicare로 전환할 수 있는 매년 10월 15일부터 12월 7일까지의 기간.

이의 제기(Appeal) – 플랜이 의료 서비스 또는 처방약 보장이나 이미 수령한 서비스 또는 약 비용 지급에 대한 요청을 거절했으며, 가입자가 이에 동의하지 않을 경우 할 수 있는 조치입니다. 귀하가 현재 이용하는 서비스를 플랜이 중단하기로 결정했으며 이에 동의하지 않을 경우에도 이의 제기를 할 수 있습니다.

초과 청구(Balance Billing) – 서비스 제공자(의사나 병원)가 플랜에서 허용한 분담액을 초과하여 환자에게 청구한 경우. SCAN Classic의 가입자로서 귀하는 플랜이 보장하는 서비스를 받았을 때 플랜의 분담액만 지급하면 됩니다. 서비스 제공자는 **초과 청구**를 하거나 가입자가 지불해야 하는 플랜 비용 분담액을 초과하여 청구할 수 없습니다.

혜택 기간(Benefit Period) – Original Medicare가 병원 및 전문 간호 시설(SNF) 서비스의 이용을 측정한 방식. 혜택 기간은 가입자가 병원이나 전문 간호 시설을 이용하는 날부터 시작됩니다. 혜택 기간은 60일 연속으로 입원환자 병원 진료(또는 SNF에서의 전문 진료)를 받지 않을 때 종료됩니다. 혜택 기간이 종료된 후 병원이나 전문 간호 시설을 이용할 경우, 새로운 혜택 기간이 시작됩니다. 혜택 기간의 횟수에는 제한이 없습니다.

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 제제. 바이오시밀러는 오리지널 생물학적 제제만큼 안전하고 효과적입니다. 일부 바이오시밀러는 새로운 처방전 없이 약국에서 오리지널 생물학적 제제를 대체할 수 있습니다('**대체 가능한 바이오시밀러**' 참조).

브랜드 약(Brand Name Drug) – 약을 처음부터 연구 및 개발한 제약회사가 제조하여 판매하는 처방약. 브랜드 약은 복제약과 동일한 활성 성분을 가집니다. 하지만 복제약은 다른 제약회사가 제조 및 판매하며 일반적으로 브랜드 약에 대한 특허가 만료될 때까지는 구입할 수 없습니다.

재해성 보장 단계(Catastrophic Coverage Stage) – 귀하(또는 귀하를 대신하는 기타 유자격 당사자)가 보장 연도에 파트 D 보장 약에 대해 $2,000을 지출했을 때 시작되는 파트 D 약 혜택 단계. 이 지급 단계에서 귀하는 보장되는 파트 D 약과 향상된 혜택에 따라 보장되는 제외 약에 대해서는 비용을 지불하지 않습니다.

Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS) (Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)) – Medicare를 운영하는 연방 기관.

만성 질환 관리 특별 요구 플랜(Chronic-Care Special Needs Plan) – C-SNP는 42 CFR 422.4(a)(1)(iv)에 명시된 여러 일반적 동반이환 및 임상적으로 연관된 질환 그룹을 기반으로 가입을 제한하는 것을 포함하여 42 CFR 422.2에 정의된 하나 이상의 중증 또는 장애가 있는 만성 질환이 있는 MA 적격 개인으로 가입을 제한하는 SNP입니다.

공동보험액(Coinsurance) – 서비스 또는 처방약 비용의 분담액으로서 비율(예: 20%)으로 표현해야 할 수 있는 금액.

불만 제기(Complaint) – 불만 제기의 공식 명칭은 **고충 제기**입니다. 불만 제기 절차는 특정 유형의 문제에 *대해서만* 사용됩니다. 여기에는 서비스 품질, 대기 시간, 귀하가 받은 고객 서비스 등과 관련된 문제가 포함됩니다. 또한 귀하의 플랜이 이의 제기 절차의 기간을 지키지 않을 경우의 불만 제기도 포함됩니다.

합성 의약품/합성(Compound Drug/Compounding) – 조제(컴파운딩)는 면허가 있는 약사, 면허가 있는 의사, 또는 면허가 있는 약사의 감독을 받는 사람이 의약품의 성분을 결합, 혼합 또는 변형하여 개별 환자의 요구에 맞게 맞춤화된 의약품을 만드는 관행을 말합니다.

종합 외래 재활 시설(Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) – 물리 치료, 사회 또는 심리학 치료, 호흡기 치료, 작업 치료 및 구화-언어 병리학 서비스, 가정 환경 평가 서비스 등 질병이나 부상에 대한 재활 서비스를 주로 제공하는 시설.

자기부담금(Copay 또는 Copayment) – 의사 방문, 외래환자 방문 또는 처방약과 같이 의료 서비스나 용품 비용에 대한 가입자의 비용 분담액으로서 지불해야 할 수 있는 금액. 자기부담금은 비율이 아니라 일정 금액(예: $10)입니다.

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) – 보장 약 목록의 모든 약은 5가지의 비용 분담 군 중 하나에 해당합니다. 일반적으로 비용 분담 군이 높을수록 가입자 부담금도 커집니다.

보장 판단(Coverage Determination) – 가입자에게 처방된 약을 플랜이 보장하는지 또는 처방약에 대해 가입자가 부담할 금액이 있는지의 여부에 대한 결정. 일반적으로, 처방전을 약국에 가져갈 때 플랜이 이 처방약을 보장하지 않는다고 알려주는데 이것은 보장 판단이 아닙니다. 플랜에 전화하거나 편지를 보내 보장에 대한 공식적인 결정을 문의해야 합니다. 보장 판단은 이 문서에서 **보장 결정**이라고 합니다.

보장 약(Covered Drugs) – 플랜이 보장하는 모든 처방약을 말할 때 쓰는 용어입니다.

보장 서비스(Covered Services) – 플랜이 보장하는 모든 의료 서비스 및 용품을 의미하기 위해 사용하는 용어입니다.

크레딧이 적용되는 처방약 보장(Creditable Prescription Drug Coverage) – Medicare의 표준 처방약 보장 이상으로 비용 지불을 해주는 처방약 보장(예: 고용주나 조합의 보장). Medicare 자격 취득 시 이러한 보장을 가지는 사람은 나중에 Medicare 처방약 보장에 가입하기로 했을 때 가입 지연 벌금을 납부하지 않고도 보장을 유지할 수 있습니다.

보호 간호(Custodial Care) – 보호 간호는 전문적인 의료 서비스나 전문 간호 서비스가 필요할 때 요양원, 호스피스, 기타 시설에서 제공되는 개인적인 서비스입니다. 전문적인 기술이나 교육을 받지 않은 사람들이 제공하는 보호 간호에는 목욕, 옷 입기, 식사, 침대나 의자에서 앉거나 일어선 것, 돌아다니기, 화장실 사용 등과 같은 일상 생활에 대한 도움이 포함됩니다. 여기에는 안약 사용과 같이 대부분의 사람들이 스스로 하는 건강 관련 서비스도 포함됩니다. Medicare는 보호 간호에 대한 비용을 지급하지 않습니다.

일별 비용 분담 요율(Daily Cost-Sharing Rate) – 일별 비용 분담 요율은 의사가 특정 약을 1개월치 미만으로 처방했으며 가입자가 자기부담금을 지불해야 할 때 적용할 수 있습니다. 일별 비용 분담 요율은 1개월치 분량을 일 수로 나눈 자기부담금입니다. 그 예는 다음과 같습니다. 약의 1개월치 자기부담금이 $30이며, 플랜의 1개월치는 30일 분량일 경우, 일별 비용 분담 요율은 하루에 $1입니다.

공제액(Deductible) – 플랜이 지불하기 전에 의료 서비스 또는 처방약에 대해 귀하가 지불해야 하는 금액.

탈퇴(Disenroll/Disenrollment) – 플랜의 가입자 자격을 종료하는 절차.

조제비(Dispensing Fee) – 약사가 처방약을 준비하고 포장하는 것과 같이 보장 약을 조제할 때마다 부과되는 비용.

이중 적격 특별 요구 플랜(Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP) – D-SNP는 Medicare(사회보장법 제 XVIII)와 Medicaid(타이틀 XIX)에 따라 주 플랜의 의료 지원을 모두 받을 자격이 있는 개인을 가입시켰습니다. 주정부는 주 및 개인의 자격에 따라 일부 Medicare 비용을 보장합니다.

내구성 의료 장비(Durable Medical Equipment, DME) – 담당 의사가 의학적 사유로 주문한 의료 장비. 이러한 품목의 예에는 보행기, 휠체어, 목발, 전동 매트리스 시스템, 당뇨병 용품, IV 주입 펌프, 음성 생성 장비, 산소 장비, 분무기, 가입자가 가정에서 사용하도록 서비스 제공자가 주문한 병원 침상이 포함됩니다.

응급 상황(Emergency) – 의학적 응급상황은 평균적인 건강 및 의학 지식을 가진 가입자나 신중한 비전문가가 목숨을 잃지 않도록 즉각적인 의학적 주의가 필요한 증상이 있다고 생각하는 경우(그리고 임산부인 경우, 태어나지 않은 아이를 잃음), 사지 손실, 사지 기능 상실 또는 신체 기능에 대한 심각한 장애 또는 상실. 의학적 증상에는 질병, 부상, 심각한 통증, 신속하게 악화되는 의학적 상태가 있을 수 있습니다.

응급 진료(Emergency Care) – 다음에 해당하는 보장 서비스: 1) 응급 서비스를 제공할 자격을 갖춘 서비스 제공자가 제공하는 서비스, 및 2) 응급 의학적 상태를 치료, 평가 또는 안정화하기 위해 필요한 경우.

보장 증명서(Evidence of Coverage, EOC) 및 공개 정보(Disclosure Information) – 이 문서는 기타 첨부, 부칙 또는 선택적 보장과 가입 신청서와 함께 가입자의 보장, 플랜의 임무, 가입자 권리, 플랜 가입자의 의무 등에 대해 기술하고 있습니다.

예외(Exception) – 승인될 경우 처방집에 없는 약을 수혜할 수 있거나(처방집 예외) 저렴한 비용 분담으로 비 선호 약을 수혜할 수 있는(단계 예외) 보장 결정의 종류. 당사 플랜이 가입자가 요청하는 약을 수령하기 전에 다른 약을 시도하도록 요구하거나, 당사 플랜이 약에 대한 사전 허가를 요구하는데 가입자가 기준 제한을 면제해 주기를 원하거나, 당사 플랜이 귀하가 요청하는 약의 수량이나 용량을 제한하는 경우(처방집 예외) 예외를 요청할 수도 있습니다.

'추가 지원'(Extra Help) – 소득과 자원이 제한적인 사람들이 보험료, 공제액 및 공동보험액과 같은 Medicare 처방약 프로그램 비용을 지불하도록 도와주는 Medicare 프로그램.

복제약(Generic Drug) – 식품의약국(FDA)이 브랜드 약과 동일한 활성 성분을 가졌다고 승인한 처방약. 일반적으로 복제약은 브랜드 약과 효과는 동일하며 비용은 더 저렴합니다.

고충 제기(Grievance) – 서비스 품질에 관한 불만을 포함하여 플랜, 서비스 제공자 또는 약국에 대해 제기하는 불만 제기의 한 종류. 여기에는 보장 또는 지급 분쟁은 포함되지 않습니다.

가정 건강 보조원(Home Health Aide) – 개인 간호(예: 목욕, 화장실 사용, 옷 입기, 처방된 운동하기)와 관련된 도움과 같이 전문 간호사나 치료사의 기술이 필요 없는 서비스를 제공하는 사람.

호스피스(Hospice) – 의학적으로 말기 질환으로 인증을 받은 가입자를 위해 특별 치료를 제공하는 혜택으로서, 6개월 미만의 평균 수명을 갖는 것을 의미합니다. 저희 플랜은 가입자에게 해당 지역의 호스피스 목록을 제공해야 합니다. 호스피스를 선택했으며 계속 보험료를 납부할 경우에도 저희 플랜의 가입자입니다. 또한 플랜이 제공하는 의학적으로 필요한 서비스와 보완적 혜택도 모두 누릴 수 있습니다.

병원 입원(Hospital Inpatient Stay) – 전문적 의료 서비스를 위해 공식적으로 병원에 입원했을 경우의 입원. 병원에 실제 입원한 경우에도 외래환자로 간주될 수 있습니다.

소득 관련 월 조정액(Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) – 2년 전에 IRS 소득 신고서에 보고된 수정된 조정 총 수입이 일정 금액을 초과하면 귀하는 표준 보험료 금액과 IRMAA라고 하는 소득 관련 월 조정액을 지불합니다. IRMAA는 귀하의 보험료에 더해진 추가 요금입니다. Medicare 가입자 중에서 5% 미만이 여기에 해당하므로 대부분의 가입자는 더 많은 보험료를 납부하지 않습니다.

독립 의사 협회(Independent Physician Association, IPA) – SCAN Health Plan의 가입자에게 서비스를 제공하기로 계약을 맺은 의사 및 기타 의료 제공자의 독립된 단체.

초기 보장 단계(Initial Coverage Stage) – 가입자의 본인부담 비용이 본인 부담 임계값 금액에 도달하기 전 단계.

최초 가입 기간(Initial Enrollment Period) – Medicare에 처음 가입할 경우, Medicare 파트 A 및 파트 B에 가입할 수 있는 기간. 65세가 될 때 Medicare 가입 자격이 되시면 최초 가입 기간은 65세가 되기 3개월 전에 시작되는 7개월의 기간이며, 65세가 되는 달을 포함하며, 65세가 된 달부터 3개월 후에 종료됩니다.

기관 상당 특별 요구 플랜(Institutional Equivalent Special Needs Plan, SNP) – 지역사회에 거주하지만 주 정부의 평가를 토대로 기관 수준의 진료가 필요한 적격 개인을 가입시키는 플랜. 평가는 주 정부 수준의 동일한 개별 진료 평가 도구를 사용하여 수행되어야 하며 플랜을 제공하는 기관이 아닌 다른 단체가 관리하여야 합니다. 이 같은 종류의 특별 필요 플랜은 특수 진료를 통일되게 전달하기 위하여 필요한 경우 계약을 맺은 반의탁 시설(ALF) 거주자로 가입을 제한할 수도 있습니다.

기관 특별 요구 플랜(Institutional Special Needs Plan, SNP) – 장기 치료(LTC) 시설에 90일 이상 연속 거주하거나 거주할 것으로 예상되는 적격 개인이 가입하는 플랜. 이러한 시설에는 전문 간호 시설(SNF), 간호 시설(NF), (SNF/NF), 지적 장애가 있는 개인을 위한 중간 진료 시설(ICF/IID), 입원환자 정신과 시설 및/또는 Medicare 파트 A, Medicare 파트 B 또는 Medicaid에 따라 보장되는 유사한 장기 의료 서비스를 제공하는 CMS가 승인한 시설 등이 포함될 수 있습니다. 거주자가 다른 명명된 시설 유형과 유사한 요구 사항 및 의료 상태를 가지고 있는 경우. 기관 특수 요구 플랜은 특정 LTC 시설과 계약을 체결(또는 소유 및 운영)해야 합니다.

상호 교환 가능한 바이오시밀러(Interchangeable Biosimilar) – 자동 상호 교환 가능성과 관련된 추가 요건을 충족하므로 새로운 처방전 없이 약국에서 오리지널 바이오시밀러 제품의 대체품으로 사용할 수 있는 바이오시밀러. 약국에서의 자동 대체는 주법의 적용을 받습니다.

보장 약 목록, 처방집 또는 의약품 목록(List of Covered Drugs, Formulary, Drug List) – 플랜이 보장하는 처방약 목록.

저소득층 보조금(Low Income Subsidy, LIS) – '추가 지원(Extra Help)'을 참조하십시오.

제조업체 할인 프로그램(Manufacturer Discount Program) – 의약품 제조업체가 보장되는 파트 D 브랜드 약 및 생물학적 제제에 대해 플랜 전체 비용의 일부를 지불하는 프로그램. 할인은 연방 정부와 제약회사 사이의 합의를 기준으로 제공됩니다.

최대 본인 부담액(Maximum Out-of-Pocket Amount) – 네트워크 내에서 보장되는 파트 A 및 파트 B 서비스에 대해 역년 중 지급하는 최대 본인 부담액. 처방약에 대해 귀하가 지불하는 금액은 최대 본인 부담액에 포함되지 않습니다.

Medi-Cal(Medicaid) 또는 의료 지원(Medicaid, Medical Assistance) – 저소득층 및 재산이 제한적인 사람들의 의료비 부담을 도와주는 연방 및 주 연합 프로그램. 주 Medi-Cal(Medicaid) 프로그램은 다양하지만 Medicare와 Medi-Cal(Medicaid)에 모두 가입 자격이 있을 경우 대부분의 의료 서비스 비용이 보장됩니다.

의료 그룹(Medical Group) – 의사, 병원, 약국 및 건강 플랜이 가입자를 위해 고용한 기타 의료 전문가 그룹을 말합니다. 자세한 내용은 3장, 섹션 1.1을 참고하십시오.

의학적으로 승인된 적응증(Medically Accepted Indication) – 식품의약국이 승인하거나 미국 병원 처방집 약물 정보 및 Micromedex DRUGDEX Information system와 같은 특정 참고문헌이 뒷받침하는 약의 사용.

의학적으로 필요(Medically Necessary) – 가입자의 의학적 상태를 예방, 진단, 치료하기 위해 필요한 서비스, 용품 또는 약으로서 허용된 의학적 표준에 부합하는 것을 말합니다.

Medicare – 65세 이상, 65세 미만의 특정 장애인, 말기 신장 질환 환자(투석이나 신장 이식이 필요한 영구적인 신장 질환을 가진 사람)을 위한 연방 건강 보험 프로그램.

Medicare Advantage(MA) 플랜(Medicare Advantage(MA) Plan) – Medicare 파트 C라고도 하며, Medicare와 계약을 맺은 민영 업체가 가입자에게 Medicare 파트 A 및 파트 B 혜택을 제공하는 플랜입니다. Medicare Advantage 플랜은 i) HMO, ii) PPO, iii) 개인 의료행위별 수가제(PFFS) 플랜 또는 iv) Medicare Medical Savings Account(MSA) 플랜일 수 있습니다. Medicare Advantage HMO 또는 PPO 플랜은 이런 종류의 플랜 중에서 선택하는 것 외에도 특수 요구 플랜(Special Needs Plan, SNP)이 될 수도 있습니다. 대부분의 경우 Medicare Advantage 플랜은 Medicare 파트 D(처방약 보장)도 제공합니다. **Medicare Advantage Plans with Prescription Drug Coverage**.

Medicare Advantage 공개 가입 기간(Medicare Advantage Open Enrollment Period) – Medicare Advantage 플랜 가입자가 플랜 가입을 취소하고 다른 Medicare Advantage 플랜으로 전환하거나 Original Medicare를 통해 보장을 받을 수 있는 1월 1일부터 3월 31일까지의 기간. 이 기간에 Original Medicare로 전환하기로 선택한 경우, 별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입할 수도 있습니다. Medicare Advantage 공개 가입 기간은 Medicare 가입 자격을 갖춘 후 3개월 동안 가입할 수 있습니다.

Medicare Cost 플랜 – Medicare Cost 플랜은 이 법의1876(h)절에 따른 비용 환급 계약에 의거해 Health Maintenance Organization(HMO) 또는 Competitive Medical Plan(CMP)이 운영하는 플랜입니다.

Medicare 보장 서비스(Medicare-Covered Services) – Medicare 파트 A 및 파트 B가 보장하는 서비스. 모든 Medicare 건강 플랜은 Medicare 파트 A 및 B가 보장하는 모든 서비스를 보장해야 합니다. Medicare 보장 서비스 용어에는 Medicare Advantage 플랜이 제공할 수 있는 안과, 치과 또는 청력과 같은 추가 혜택이 포함되지 않습니다.

Medicare 건강 플랜(Medicare Health Plan) – Medicare 건강 플랜은 이 플랜에 가입한 Medicare 가입자에게 파트 A 및 파트 B 혜택을 제공하기 위해 Medicare와 계약을 맺은 민영업체가 제공하는 Medicare 건강 플랜입니다. 이 용어에는 모든 Medicare Advantage 플랜, Medicare Cost 플랜, 특수 요구 플랜, 시연/시범 프로그램, PACE(All-inclusive Care for the Elderly) 프로그램이 포함됩니다.

Medicare 처방약 보장(Medicare 파트 D)(Medicare Prescription Drug Coverage (Medicare Part D)) – 외래환자 처방약, 백신, 생물학적 제제, Medicare 파트 A 또는 파트 B가 적용되지 않는 용품 등의 비용 지급을 도와주는 보험입니다.

Medigap(Medicare 보충 보험) 정책 – Original Medicare의 *보장 공백*을 채우기 위해 민영 보험 회사가 판매하는 Medicare 보충 보험 Medigap 보험은 Original Medicare하고만 연동됩니다. (Medicare Advantage 플랜은 Medigap 보험이 아님)

가입자, 저희 플랜 가입자 또는 플랜 가입자(Member, Member of our Plan, Plan Member) – 보장 서비스를 받을 수 있으며, 저희 플랜에 가입했으며, Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS)가 가입을 확인한 사람.

가입자 서비스부(Member Services) – 가입 자격, 혜택, 고충 제기, 이의 제기 등에 대한 질문에 답변하는 일을 담당하는 플랜의 부서.

네트워크(Network) – 의사, 병원, 약국 및 건강 플랜이 가입자를 위해 고용한 기타 의료 전문가 그룹을 말합니다. 자세한 내용은 3장, 섹션 1.1을 참고하십시오.

네트워크 약국(Network Pharmacy) – 플랜 가입자가 처방약 혜택을 받을 수 있는 플랜과 계약을 맺은 약국. 대부분의 경우, 귀하의 처방약은 네트워크 약국에서 조제된 경우에만 보장됩니다.

네트워크 서비스 제공자(Network Provider) – **서비스 제공자(Provider)**는 Medicare와 주정부가 의료 서비스를 제공하도록 면허를 부여하거나 인증한 의사, 기타 의료 서비스 전문가, 병원 및 기타 의료 시설에 대한 말입니다. **네트워크 서비스 제공자(Network providers)**는 저희 플랜과 계약을 맺고 플랜의 지급액을 전체 지급액으로 수락하고 플랜 가입자에게 보장 서비스를 제공하고 조율하는 경우도 있습니다. 네트워크 서비스 제공자는 **플랜 소속 서비스 제공자**라고도 합니다.

선택적 추가 혜택(Optional Supplemental Benefits) – Medicare 비보장 적용 혜택으로 추가 보험료를 지불하고 구매 가능하며 귀하의 혜택 패키지에 포함되지 않음. 이를 받기 위해서는 자발적으로 선택적 추가 혜택을 신청하셔야 합니다.

기관 판단(Organization Determination) – 품목이나 서비스의 보장 여부 또는 보장 품목이나 서비스에 대한 가입자 부담 여부에 대해 플랜이 내리는 결정. 기관 판단은 이 문서에서 보장 결정이라고 합니다.

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 수가제 Medicare(Original Medicare, Traditional Medicare, Fee-for-service Medicare) – Original Medicare는 Medicare Advantage 및 처방약 플랜과 같은 민영 건강 플랜이 아니라 정부가 제공합니다. Original Medicare에 따라 의회가 정한 고용 의사, 병원, 기타 의료 서비스 제공자의 지급금은 Medicare 서비스가 보장합니다. 귀하는 Medicare를 받는 의사나 병원, 기타 의료 서비스 제공자에게서 진료를 받을 수 있습니다. 가입자는 공제액을 납부해야 합니다. Medicare는 Medicare 승인 금액의 분담액을 납부하며 가입자는 가입자 분담액을 납부합니다. Original Medicare는 2개 부분, 즉 파트 A(병원 보험) 및 파트 B(의료 보험)가 있으며 미국 전역에서 이용할 수 있습니다.

네트워크 외부 약국(Out-of-Network Pharmacy) – 플랜 가입자에게 보장 약을 조율하거나 제공하기 위해 플랜과 계약을 맺지 않은 약국. 네트워크 외부 약국에서 받는 대부분의 약은 특정 조건이 적용되는 경우가 아니라면 저희 플랜이 보장하지 않습니다.

네트워크 외부 서비스 제공자 또는 네트워크 외부 시설(Out-of-Network Provider, Out-of-Network Facility) – 플랜 가입자에게 보장 서비스를 조율하거나 제공하기 위해 플랜과 계약을 맺지 않은 서비스 제공자 또는 시설. 네트워크 외부 서비스 제공자는 플랜이 채용하거나, 소유하거나, 운영하지 않는 서비스 제공자입니다.

본인 부담 비용(Out-of-Pocket Costs) – 위의 비용 분담의 정의를 참조해 주십시오. 수령한 서비스나 약 비용에 대한 가입자의 비용 분담 요건은 가입자의 본인 부담 비용 요건이라고도 합니다.

본인 부담 기준액(Out-of-Pocket Threshold) – 파트 D 약에 대해 본인 부담액으로 지불하는 최대 금액.

PACE 플랜(PACE plan) – PACE(노인을 위한 종합 케어 프로그램) 플랜은 노약자를 위한 의료적, 사회적, 장기 서비스 및 지원(LTSS)을 결합하여 사람들이 가능한 한 오랫동안 지역사회에서 독립적으로(요양원으로 이사하는 대신) 생활할 수 있도록 돕습니다. PACE 플랜 가입자는 이 플랜을 통해 Medicare 및 Medi-Cal(Medicaid) 혜택을 모두 받습니다.

파트 C(Part C) – Medicare Advantage(MA) 플랜 참조.

파트 D(Part D) – 자발적인 Medicare 처방약 혜택 프로그램.

파트 D 약(Part D Drugs) – 파트 D로 보장되는 약. 파트 D 약 중에서 제공되지 않는 약이 있을 수 있습니다. 특정 약 카테고리는 의회에서 보장되는 파트 D 약으로서 제외되었습니다. 파트 D 약의 특정 카테고리는 모든 플랜에서 보장되어야 합니다.

파트 D 가입 지연 벌금(Part D Late Enrollment Penalty) – 크레딧이 적용되는 보장(평균적으로 표준 Medicare 처방약 보장 이상을 지급해야 하는 보장)이 파트 D 플랜 가입 자격을 갖춘 후 63일 이상 연속적으로 없는 경우, Medicare 처방약 보장에 대한 월 보험료에 추가되는 금액.

선호 비용 분담(Preferred cost-sharing) – 선호 비용 분담이란 특정 네트워크 약국에서 보장되는 특정 파트 D 약에 대한 비용 분담이 적은 것을 말합니다.

선호 서비스 제공자 기관(Preferred Provider Organization, PPO) 플랜 – PPO 플랜은 정해진 금액으로 플랜 가입자를 치료하는 데 동의한 계약 서비스 제공자 네트워크를 갖춘 Medicare Advantage 플랜입니다. PPO 플랜은 네트워크 또는 네트워크 외부 서비스 제공자로부터 플랜 혜택을 받는지에 관계 없이 모든 플랜 혜택을 보장해야 합니다. 가입자 비용 분담은 네트워크 외부 서비스 제공자로부터 플랜 혜택을 받을 경우 더 비쌉니다. PPO 플랜은 네트워크(선호) 서비스 제공자에게 받은 서비스의 본인 부담 비용에 대해 연간 한도를 두고 있으며 네트워크(선호) 및 네트워크 외부(비선호) 서비스 제공자로부터 받은 모든 서비스 비용의 합계에 대해 더 높은 한도를 두고 있습니다.

보험료(Premium) – 건강 또는 처방약 보장에 대해 Medicare, 보험회사 또는 의료 서비스 플랜에 대한 정기 납부금.

주치의(Primary Care Provider, PCP) – 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.

사전 허가(Prior Authorization) – 서비스나 특정 의약품 이용에 대해 사전 승인. 사전 허가가 필요한 보장 서비스는 4장에 있는 혜택 차트에 표시되어 있습니다. 사전 허가가 필요한 보장 약은 처방집에 표시되어 있으며 기준은 당사 웹사이트에 게시되어 있습니다.

보철 및 보조기(Prosthetics and Orthotics) – 팔, 등, 목의 보철을 포함하되 이에 국한되지 않는 의료 기기(인공 팔다리, 인공 눈, 그리고 절제술 용품, 장 및 비경구적 영양 요법을 포함하여 내부 신체 부분이나 기능을 대체하는 데 필요한 장치).

품질 개선 기관(Quality Improvement Organization, QIO) – 참여 의사 및 연방 정부가 지원하는 기타 의료 서비스 전문가로 구성되었으며 Medicare 가입자에 대한 서비스를 점검하고 개선하는 일을 하는 그룹.

분량 제한(Quantity Limits) – 품질, 안전성, 유용성 등의 이유로 일부 약의 사용을 제한하도록 마련된 관리 도구. 한도는 처방당 보장하는 약의 수량이나 정해진 기간에 대해 적용될 수 있습니다.

'실시간 혜택 도구'(Real-Time Benefit Tool) – 가입자가 완전하고, 정확하고, 시기 적절하고, 임상적으로 적절한 가입자별 처방집 및 혜택 정보를 조회할 수 있는 포털 또는 컴퓨터 애플리케이션. 여기에는 비용 분담액, 특정 의약품과 동일한 건강 상태에 사용할 수 있는 대체 처방집 의약품, 대체 의약품에 적용되는 보장 제한(사전 승인, 분량 제한)이 포함됩니다.

재활 서비스(Rehabilitation Services) – 이러한 서비스에는 물리 치료, 말하기 및 언어 치료, 작업 치료 등이 포함됩니다.

서비스 지역(Service Area) – 특정 건강 플랜에 가입하기 위해 거주해야 하는 지리적 위치. 가입자가 이용할 수 있는 의사 및 병원에 한도가 있는 플랜의 경우, 일반적인(비응급) 서비스를 받을 수 있는 지역도 여기에 포함됩니다. 플랜은 가입자가 영구적으로 플랜의 서비스 지역 외부로 이사할 경우 탈퇴해야 합니다.

전문 간호 시설(Skilled Nursing Facility, SNF) 치료 – 전문 간호 시설에서 지속적으로 매일 제공된 전문 간호 시설 및 재활 서비스. 치료의 예에는 등록된 간호사나 의사만 이용할 수 있는 물리 치료나 정맥 주사가 포함됩니다. 숙련된 간호는 전문가 또는 기술 인력에 의해 또는 그의 감독 하에서만 안전하고 효과적으로 수행될 수 있는 간호 및 요법 치료입니다. 상태를 치료, 관리 및 관찰하고 치료를 평가하기 위해 전문 간호 또는 전문 치료가 필요할 때 제공되는 건강 관리입니다.

특별 가입 기간(Special Enrollment Period) – 가입자들이 건강 또는 약 플랜을 변경하거나 Original Medicare로 복귀 할 수 있는 기간. 특별 가입 기간에 해당할 수 있는 상황에는 서비스 지역 외부로 이사하거나, 처방약 비용에 대해 '추가 지원(Extra Help)'을 받거나, 요양원으로 이사하거나, 플랜이 가입자와의 계약을 위반한 경우입니다.

특별 요구 플랜(Special Needs Plan) – Medicare와 Medi-Cal(Medicaid)에 동시에 가입한 사람, 요양원에 거주하는 사람 또는 만성 의학적 상태를 가진 사람과 같은 특정 그룹에게 더 집중적인 의료 서비스를 제공하는 특별한 유형의 Medicare Advantage 플랜.

표준 비용 분담(Standard Cost-sharing) – 표준 비용 분담은 네트워크 약국에서 실시하는 선호 비용 분담이 아닌 비용 분담입니다.

보충적 소득 보장(Supplemental Security Income, SSI) – 사회보장이 장애인, 맹인 또는 65세 이상의 소득 및 재산이 제한적인 사람들에게 지급하는 월간 보조금. SSI 혜택은 사회보장 보조금과 다릅니다.

긴급 서비스(Urgently Needed Services) – 응급 상황이 아닌 즉각적인 치료가 필요한 플랜 보장 서비스로서 일시적으로 플랜의 서비스 지역 밖에 있거나 플랜과 계약을 맺은 네트워크 서비스 제공자로부터 이 서비스를 받는 것이 시간, 장소 및 상황을 고려할 때 불합리한 경우 긴급하게 이용하는 서비스. 긴급하게 필요한 서비스의 예로는 예상치 못한 의학적 질병 및 부상 또는 기존 상태의 예기치 않은 재발이 있습니다. 그러나 연례 검진과 같이 의학적으로 필요한 정기 서비스 제공자 방문은 귀하가 플랜의 서비스 지역 외부에 있거나 플랜 네트워크를 일시적으로 이용할 수 없는 경우에도 긴급하게 필요한 것으로 간주되지 않습니다.

SCAN Health Plan은 적용되는 연방 민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 여부 또는 성별에 따라 차별을 하거나 배제시키거나 다르게 대우하지 않습니다. SCAN Health Plan은 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 인쇄본, 오디오, 이용이 쉬운 전자 형식, 기타 형식) 등이 있습니다. SCAN Health Plan은 주 사용 언어가 영어가 아닌 분들을 위해 유자격 통역사와 다른 언어로 작성된 문서 등의 무료 언어 서비스를 제공합니다. 이러한 서비스가 필요하신 경우, SCAN 가입자 서비스부로 연락해 주십시오.

SCAN Health Plan이 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 이유로 이러한 서비스를 제공하지 않거나 다른 방식으로 차별했다고 생각하시는 경우, 다음 연락처로 직접 방문하시거나 전화로 연락하시거나 우편 또는 팩스를 통해 불만 제기를 하실 수 있습니다.

SCAN Health Plan
Attention: Grievance and Appeals Department
P.O. Box 22616
Long Beach, CA 90801-5616

SCAN Member Services
전화: 1-800-559-3500
팩스: 1-562-989-0958
TTY: 711

또는 당사의 웹사이트 내 '고충 제기(File a Grievance)' 양식을 이용하여 의견을 보낼 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 제기 양식은 https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html에서 구할 수 있습니다.

또한 캘리포니아주 의료서비스부(Department of Health Care Services), 민권 사무국(Office of Civil Rights)에 전화하거나 서면 또는 전자적으로 민권 민원을 제기할 수 있습니다.

- 전화: 1-916-440-7370번으로 전화하십시오. 말하기 또는 듣기가 어려운 경우 711(통신 중계 서비스)로 전화하십시오.
- 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 http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx에서 구할 수 있습니다.
- 온라인: CivilRights@dhcs.ca.gov로 이메일을 보내주십시오.

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. 통역을 이용하려면 1-800-559-3500번으로 전화해 주십시오. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

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 1-800-559-3500. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

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 1-800-559-3500 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 1-800-559-3500 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。

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 1-800-559-3500. Người nói Tiếng Việt có thể trợ giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

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 1-800-559-3500. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-559-3500 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Armenian: Առողջության կամ դեղերի ծրագրի վերաբերյալ որևէ հարց առաջանալու դեպքում կարող եք օգտվել անվճար թարգմանչական ծառայությունից: Թարգմանչի ծառայությունից օգտվելու համար զանգահարե՛ք 1-800-559-3500 հեռախոսահամարով: Ձեզ կօգնի հայերենին տիրապետող մեր աշխատակիցը: Ծառայությունն անվճար է:

Persian: ما خدمات مترجم رایگان داریم تا به هر سؤالی که ممکن است در مورد برنامه بهداشتی یا داروهای ما داشته:توجه شخصی که به زبان فارسی. تماس بگیرید1-800-559-3500 برای آن که مترجم دریافت کنید فقط کافیست با شماره.باشید پاسخ دهیم . این یک سرویس رایگان است.صحبت می کند، می تواند به شما کمک کند

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 1-800-559-3500. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит на русском языке. Данная услуга бесплатная.

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、1-800-559-3500 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。

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية لإلجابة عن أي أسئلة لديك تتعلق بخطتنا الصحية أو جدول الدواء. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى االتصال بنا على الرقم1-800-559-3500. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه الخدمة المجانية.

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 1-800-559-3500 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਜੋ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦਾ ਹੈ, ਉਹ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫ਼ਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

Mon-Khmer, Cambodian:
យើងខ្ញុំមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយមិនគិតថ្លៃចំពោះរាល់សំណួរដែលអ្នកអាចមានអំពីសុខភាព ឬ បណ្តាញសេវាកម្មឱសថរបស់យើងខ្ញុំ។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែ, សូមទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ 1-800-559-3500។ មានអ្នកដែលនិយាយភាសាខ្មែរ អាចជួយអ្នកបាន។ សេវាកម្មនេះមិនគិតថ្លៃទេ។

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 1-800-559-3500. Muaj qee tus neeg hais lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov no yog kev pab cuam pab dawb.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के किए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-559-3500 पर फोन करें कोई व्यक्ति जो हिंदी बोलता है, आपकी मदद कर सकता है यह एक मुफ्त सेवा है.

Thai: เรามีบริการล่ามฟรีเพื่อตอบข้อสงสัยต่าง ๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนสุขภาพและด้านเภสัชกรรมของเรา ขอความช่วยเหลือจากล่ามโดยโทรติดต่อเราที่หมายเลข 1-800-559-3500 เจ้าหน้าที่ในภาษาไทยจะเป็นผู้ให้บริการโดยไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ

Lao: ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍພາສາຟຣີ ເພື່ອຕອບຄຳຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຮັບເອົານາຍພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-800-559-3500. ບາງຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການຟຣີ.

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 1-800-559-3500. 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 1-800-559-3500. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

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 1-800-559-3500. Un nostro incaricato che parla Italiano Le fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

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 1-800-559-3500. Irá encontrar alguém que fale português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

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 1-800-559-3500. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

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 1-800-559-3500. Ta usługa jest bezpłatna.

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 1-800-559-3500. Muaj tus neeg hais lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

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 1-800-559-3500. Вам може допомогти людина, яка володіє українською мовою. Ця послуга безкоштовна.

SCAN Classic(HMO) 가입자 서비스부

방법	가입자 서비스부 – 연락처 정보
전화	**1-800-559-3500** 이 번호로의 통화는 무료입니다. 오전 8시~오후 8시에 10월 1일~3월 31일은 주 7일, 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 운영합니다. 가입자 서비스부는 비영어권 이용자에게 통역 서비스를 무료로 제공합니다.
TTY	**711** 이 번호로의 통화는 무료입니다. 오전 8시~오후 8시에 10월 1일~3월 31일은 주 7일, 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 운영합니다.
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

건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP): 캘리포니아주 SHIP

HICAP는 주정부 프로그램으로서 연방 정부로부터 자금을 지원하여 Medicare 가입자에게 무료로 지역 건강 보험 관련 상담을 제공합니다.

방법	캘리포니아주 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP) – 연락처 정보
전화	1-800-434-0222
우편	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Dr, Suite 200 Sacramento, CA 95833
웹사이트	aging.ca.gov/hicap/

PRA 공개 고지*1995 년 문서감축법(Paperwork Reduction Act of 1995) 에 따라 유효한 OMB 관리번호가 표시되어 있지 않으면 정보 수집에 응하지 않아도 됩니다. 본 정보 수집에 대한 유효한 OMB 관리번호는 0938-1051 입니다. 이 양식을 개선하는 것에 대한 의견이나 제안사항이 있을 경우 다음으로 편지를 보내 주십시오. CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*