

# Health Net Cal MediConnect 플랜 (Medicare-Medicaid 플랜) 가입자 안내서

2022 년 1 월 1 일 – 2022 년 12 월 31 일

## Health Net Cal MediConnect 하에서 가입자가 받는 건강 및 의약품 보장

### 가입자 안내서 소개

본 안내서는 2022 년 12 월 31 일까지 Health Net Cal MediConnect 하에서 받는 가입자의 보장에 대해 설명합니다. 본 안내서는 의료 서비스, 행동 건강(정신 건강 및 의약품 남용 장애) 서비스, 처방약 보장, 장기 서비스 및 지원에 대해 설명합니다. 장기 일상 서비스 및 지원을 통해 귀하가 요양원이나 병원에 가는 대신 집에 계실 수 있도록 도움을 받으실 수 있습니다. 주요 용어와 정의는 *가입자 안내서*의 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

**이 문서는 중요한 법적 효력을 지닙니다. 안전한 장소에 보관하시기 바랍니다.**

이 Cal MediConnect 플랜은 Health Net Community Solutions Inc.가 제공합니다. 이 *가입자 안내서*에서 “당사”라는 말은 Health Net Community Solutions Inc.를 의미합니다. “본 플랜” 또는 “당사 플랜”이라는 말은 Health Net Cal MediConnect 플랜(Medicare-Medicaid 플랜)을 의미합니다.

주의: 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어, 페르시아어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어, 베트남어를 구사하시면, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.

1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다.

CA2CNCEOC76966K\_0001

H3237\_001

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)을 참조해 주십시오.



- ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-464-3571 (TTY: 711), from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you can leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

■ تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجانًا. يُرجى الاتصال بالرقم 1-855-464-3571 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، من يوم الاثنين إلى الجمعة، وللإتصال في غير أوقات الدوام الرسمي، أيام الأجازات والعطلات، يمكنك ترك رسالة. سنرد على مكالمتك في يوم العمل التالي. هذه المكالمة مجانية.

- ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե Հայերեն եք խոսում, անվճար լեզվական օգնության ծառայություններ են հասնում Ձեզ : Չանգահարեք 1-855-464-3571 (TTY՝ 711): Մի անձ այստեղ է Ձեզ հետ զրուցելու նպատակով երկուշաբթիից ուրբաթ, կ.ա. 8:00-ից կ.հ. 8:00-ը: Աշխատանքային ժամերից անց, հանգստյան օրերին եւ տոներին, կարող եք թողնել հաղորդագրություն: Ձեր զանգը կվերադարձվի հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Հեռախոսազանգն անվճար է:

■ **ចំណាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃ គឺមានសំរាប់អ្នក។ ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-855-464-3571 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ ថ្ងៃច័ន្ទ រហូតថ្ងៃសុក្រ។ បន្ទាប់ពីម៉ោងធ្វើការ នៅចុងអាទិត្យ និងថ្ងៃបុណ្យ អ្នកអាចទុកសារសំព្ទបាន។ អ្នកនឹងត្រូវបានទូរស័ព្ទមកវិញ នៅថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់ទៀត។ ការហៅនេះ គឺឥតចេញថ្លៃឡើយ។**

- 請注意：如果您使用中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-464-3571 (聽障專線：711)。週一至週五，上午8點到下午8點。非營業時間、週末及假日，您可以留言。我們會在下一個工作日給您回電。此專線為免付費電話。

■ توجه: اگر به فارسی صحبت می کنید، خدمات امداد زبانی به طور رایگان در اختیار شما می باشند. با شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571 از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب، دوشنبه تا جمعه تماس بگیرید. بعد از ساعات کاری، در آخر هفته ها و تعطیلات رسمی، می توانید پیام بگذارید. به تماس تلفنی شما در روز کاری بعدی پاسخ داده خواهد شد. این تماس رایگان است.

문의 사항은 Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. 추가 정보가 필요하시면, [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



- **알림:** 귀하께서 한국어를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 다음 영업일에 저희가 귀하께 전화를 드리겠습니다. 안내전화는 무료입니다.
- **ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите по-русски, мы можем предложить вам бесплатные услуги переводчика. Звоните по телефону 1-855-464-3571 (линия ТТУ: 711) Вы можете получить необходимую информацию непосредственно у сотрудника плана с понедельника по пятницу с 8:00 часов утра до 8:00 часов вечера. В нерабочее время, а также в выходные и праздничные дни, вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день.Звонок бесплатный.
- **ATENCIÓN:** Si usted habla español, hay servicios de asistencia de idiomas disponibles para usted sin cargo. Llame al 1-855-464-3571 (TTY: 711) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes. Después del horario de atención, los fines de semana y los días feriados puede dejar un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.
- **PAALALA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, available sa inyo ang mga serbisyo ng tulog sa wika, nang walang singil. Tumawag sa 1-855-464-3571 (TTY: 711) mula 8 a.m. hanggang 8 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Paglipas ng mga oras ng negosyo, tuwing Sabado at Linggo at sa pista opisyal, maaari kang mag-iwan ng mensahe. Ang iyong tawag ay ibalik sa loob ng susunod na araw ng negosyo. Libre ang tawag.
- **XIN LƯU Ý:** Nếu quý vị nói tiếng Việt, chú ng tôi sẵn có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi 1-855-464-3571 (TTY: 711) từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, từ thứ Hai đến hết thứ Sáu. Sau giờ làm việc, vào các ngày cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Cuộc gọi của quý vị sẽ được hồi đáp vào ngày làm việc hôm sau. Cuộc gọi này miễn phí.

---

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



대형 활자 인쇄본, 점자, 오디오와 같은 다른 형식으로 제작된 이 문서를 무료로 받으실 수 있습니다. 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다.


Health Net Cal MediConnect 플랜(Medicare-Medicaid 플랜)은 귀하가 귀하의 건강보험 정보를 잘 이해하실 것을 바라고 있습니다. 가입자의 요청이 있을 경우, 다른 언어로 작성되었거나 대체 형식으로 제작된 자료를 보내드릴 수 있습니다. 이를 “지속 요청”이라 합니다. 귀하가 선택하신 방식으로 문서를 준비하여 발송해 드립니다.

아래와 같은 경우라면 연락하십시오.

- 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어(크메르어), 중국어(번체), 이란어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어, 베트남어 등의 언어로 된 자료나 다른 형태로 된 자료를 받고 싶을 수 있습니다. 이들 언어 중 한가지를 선택하여 대체 형식 자료를 요청하실 수 있습니다.
- 당사가 가입자에게 보내드리는 자료의 언어나 형식을 바꾸고 싶으실 수도 있습니다.

귀하의 플랜 자료를 이해하는 데 도움이 필요하시면, Health Net Cal MediConnect 가입자 서비스부에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 서비스 운영 시간은 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시입니다. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다.

---

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**  [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.

**2022 Health Net Cal MediConnect 가입자 안내서****목차**

1장: 가입자로서의 첫 시작.....	7
2장: 중요 전화번호 및 리소스.....	20
3장: 의료 서비스 및 기타 보장 서비스에 대한 플랜의 보장 이용.....	41
4장: 혜택 차트.....	66
5장: 플랜을 통하여 외래 환자 처방약 받기.....	120
6장: Medicare, Medi-Cal 처방약에 대해 가입자가 지불하는 부분.....	139
7장: 보장 서비스 또는 의약품에 대해 받은 청구 금액을 당사에 분담하도록 요청하기.....	150
8장: 권리와 책임.....	156
9장: 문제나 불만이 있는 경우 할 수 있는 일(보장 결정 요청, 이의 신청, 불만 접수).....	190
10장: 당사 Cal MediConnect 플랜에서 탈퇴하기.....	246
11장: 법적 고지.....	257
12장: 중요 단어 정의.....	261

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)을 참조해 주십시오.



## 면책 고지

- ❖ Health Net Community Solutions, Inc.는 가입자에게 Medicare 및 Medi-Cal 프로그램의 혜택을 제공하도록 양 프로그램과 계약을 맺은 건강보험입니다.
- ❖ 네트워크 비소속 또는 비계약 서비스 제공자는 응급 상황을 제외하고 Health Net Cal MediConnect 가입자를 치료할 의무가 없습니다. 네트워크 비소속 서비스에 적용되는 비용 분담을 비롯한 자세한 정보는 가입자 서비스부 전화번호로 문의하시거나 *가입자 안내서*를 참조해 주십시오.
- ❖ Health Net Cal MediConnect 하의 보장은 “최소 필수 보장”이라고 하는 적격 건강 보장입니다. 이는 환자보호 및 건강보험개혁법(Patient Protection and Affordable Care Act, ACA)의 개인 분담 책임요건을 충족합니다. 개인 책임 분담 요건에 대한 자세한 내용은 미국 국세청(Internal Revenue Service, IRS) 웹사이트 [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families)를 참조해 주십시오.

---

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)을 참조해 주십시오.



# 1장: 가입자로서의 첫 시작

---

## 개요

이 장에는 Medicare 와 Medi-Cal 서비스, 그리고 그 안에서 귀하의 가입자 자격을 모두 보장하는 건강 보험인 Health Net Cal MediConnect 에 대한 정보가 담겨 있습니다. 또한 Health Net Cal MediConnect 에서 얻을 수 있는 혜택 및 기타 정보를 알려줍니다. 주요 용어와 정의는 *가입자 안내서*의 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

## 목차

A. Health Net Cal MediConnect 가입을 환영합니다.....	9
B. Medicare 와 Medi-Cal 에 대한 정보.....	10
B1. Medicare .....	10
B2. Medi-Cal .....	10
C. 본 플랜의 장점.....	11
D. Health Net Cal MediConnect 의 서비스 지역 .....	12
E. 플랜 가입자가 될 수 있는 자격.....	13
F. 건강 보험에 처음 가입하고 나서 예상할 수 있는 것 .....	13
G. 의료팀과 의료 플랜.....	14
G1. 의료팀.....	14
G2. 의료 플랜 .....	15
H. Health Net Cal MediConnect 플랜 월 보험료 .....	15
I. <i>가입자 안내서</i> .....	15
J. 당사에서 제공하는 기타 정보 .....	16
J1. 귀하의 Health Net Cal MediConnect 가입자 ID 카드.....	16
J2. 서비스 제공자 및 약국 명부.....	17
J3. 보장 의약품 목록 .....	18
J4. 혜택 설명서.....	18

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



K. 가입자 최신 정보를 유지하는 방법 ..... 19

    K1. 개인 건강 정보(PHI) 보호 정책..... 19

---

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)을 참조해 주십시오.





## A. Health Net Cal MediConnect 가입을 환영합니다

Health Net Cal MediConnect 는 Cal MediConnect 플랜입니다. Cal MediConnect 플랜은 의사, 병원, 약국, 장기 서비스 및 지원 서비스 제공자, 행동 건강 서비스 제공자, 기타 서비스 제공자로 구성된 조직입니다. 또한 케어 코디네이터 및 의료 팀을 두고 귀하의 모든 의료 서비스 제공자들과 서비스를 귀하가 관리할 수 있도록 돕습니다. 이들 모두는 가입자가 필요로 하는 진료를 제공하고자 협력해서 일합니다.

Health Net Cal MediConnect 는 Cal MediConnect 의 일환으로서 귀하에게 서비스를 제공하고자 California 주와 Centers for Medicare & Medicaid Services(CMS)의 승인을 받았습니다.

Cal MediConnect 는 Medicare 와 Medi-Cal 을 모두 보유한 사람들에게 더 나은 의료 서비스를 제공하기 위해 California 와 연방 정부가 공동으로 모니터링하는 데모 프로그램입니다. 이 데모 프로그램에 따라 주 및 연방 정부는 Medicare 및 Medi-Cal 서비스 제공 방법을 개선할 수 있는 새로운 방법을 테스트하고자 합니다.

### 신뢰할 수 있는 경험

믿을 수 있는 건강 플랜에 가입하셨습니다.

Health Net에서는 Medicare와 Medi-Cal 가입자 수백만 명이 필요한 서비스를 받을 수 있도록 돕고 있습니다. 당사는 귀하가 Medicare, Medi-Cal 혜택과 서비스를 보다 잘 활용하실 수 있도록 지원하며, 이외에도 더 많은 혜택을 제공합니다.

- 가입자 여러분께 훌륭한 가입자 서비스를 제공할 수 있어 자랑스럽습니다. 이러한 서비스는 적극적으로 개인별로 초점을 맞춰 주의를 기울임으로써 이루어집니다. 훈련받은 가입자 서비스부 담당 직원이 있으므로 가입자는 기다리실 필요 없이 통역 서비스를 통하여 다국어 지원을 받으실 수 있습니다. 가족을 돌보듯 "컨시어지" 수준의 서비스를 제공하여 귀하께서 혜택을 둘러보고 빠르게 답변을 받을 수 있도록 도와 드립니다.
- 저희는 25년 이상 수준 높은 의사 네트워크를 구축해왔습니다. Cal MediConnect 네트워크에 속한 의사와 전문가들이 진료 그룹을 만들어 여러분이 필요한 진료를 필요할 때에 받을 수 있도록 협력합니다.
- 귀하의 지역 사회는 저희의 지역 사회입니다. 저희는 Southern California 소재 회사입니다. 따라서 저희 직원들은 귀하가 거주하시는 곳에 살고 있습니다. 당사는 지역 사회를 다음과 같이 지원합니다.

– 지역 건강 이벤트 및 커뮤니티 센터에서 건강 선별검사 실시

– 무료 건강 교육 과정 제공

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## B. Medicare 와 Medi-Cal 에 대한 정보

### B1. Medicare

Medicare 는 다음 분들을 위한 연방정부 건강 보험 프로그램입니다.

- 65 세 이상인 분들,
- 65 세 미만이나 장애가 있으신 분들, 및
- 말기 신장 질환(신부전증)이 있는 분들.

### B2. Medi-Cal

Medi-Cal 은 California 주에서 실시하는 Medicaid 프로그램의 명칭입니다. Medi-Cal 은 주 정부에서 운영하며 주 정부 및 연방 정부에서 지불합니다. Medi-Cal 은 소득과 자산이 제한된 분들의 장기 서비스 및 지원(LTSS), 의료비용 지불을 돕습니다. 또한, Medicare 에서 보장하지 않은 추가 서비스나 약을 보장합니다.

각 주의 결정은 다음과 같습니다:

- 소득과 자산 인정,
- 자격자,
- 보장 서비스, 및
- 서비스 비용.

주정부는 연방 규칙을 준수하는 한 프로그램 운영 방법을 결정할 수 있습니다.

Medicare 와 California 주는 Health Net Cal MediConnect 를 승인했습니다. 귀하는 다음 조건에 부합하는 한 당사 플랜을 통해 Medicare, Medi-Cal 서비스를 받으실 수 있습니다.

- 당사가 플랜을 제공하도록 **결정하고**
- 당사는 Medicare 와 California 주정부로부터 플랜을 계속 제공할 수 있는 허가를 받았습니니다.

만일 미래에 당사 플랜이 운영을 중단한다 해도 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 받을 수 있는 귀하의 자격 상태는 지장받지 않습니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## C. 본 플랜의 장점

이제 처방약을 비롯한 Medicare 및 Medi-Cal 의 모든 보장 서비스를 Health Net Cal MediConnect 에서 받으시게 됩니다. **본 건강 플랜에 가입하기 위해 귀하가 추가로 지불하는 비용은 없습니다.**

Health Net Cal MediConnect 에서는 Medicare, Medi-Cal 양쪽 혜택을 귀하가 더욱 순조롭게 받으실 수 있도록 도울 것입니다. 플랜의 장점에는 하기 사항이 포함됩니다.

- 또한 건강 플랜 **하나**로 건강 보험에 필요한 **모든** 사항이 해결됩니다.
- 귀하는 진료 팀을 갖게 되며, 이 팀 구성에는 귀하가 참여합니다. 귀하의 진료 팀에는 귀하 자신, 케어 서비스 제공자, 의사, 간호사, 카운슬러, 기타 건강 전문의 등이 포함될 수 있습니다.
- 귀하는 케어 코디네이터와 연락하실 수 있습니다. 이 케어 코디네이터는 귀하와, Health Net Cal MediConnect 와, 귀하의 진료 팀과 함께 진료 플랜을 짜는 일을 돕는 사람입니다.
- 귀하의 진료 팀과 케어 코디네이터의 도움을 받아 귀하는 자신의 진료를 지시할 수 있습니다.
- 이 진료 팀과 케어 코디네이터는 귀하와 협력하여 귀하의 건강 필요를 충족하기 위해 특별히 제작된 진료 플랜을 짭니다. 진료 팀은 귀하가 필요로 하는 서비스의 조정을 돕습니다. 예를 들면,
  - 귀하의 진료 팀은 귀하가 복용하는 모든 약을 귀하의 의사들이 알게 함으로써 올바른 약을 복용하는지 확인하고 또 약 때문에 생길 수 있는 부작용을 줄일 수 있도록 해 줍니다.
  - 의료팀은 검사 결과를 모든 의사가 공유하고 적절한 상황에서 기타 서비스 제공자들도 공유할 수 있도록 해 줍니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## D. Health Net Cal MediConnect 의 서비스 지역

당사 서비스 지역에는 California 주의 다음 카운티가 포함됩니다. Los Angeles, 다음 우편번호가 해당하는 지역은 제외됩니다. 94704.

당사 서비스 지역에 거주하는 분들만 Health Net Cal MediConnect 에 가입하실 수 있습니다.

**서비스 지역 밖으로 이사하실 경우**, 이 플랜을 유지하실 수 없습니다. 서비스 지역 밖으로 이사할 때 미치는 영향은 8 장, 섹션 K, 193 페이지를 참조해 주십시오. 귀하의 지역 카운티 자격 심사 담당자에게 아래의 번호로 문의해 주십시오.

<b>전화</b>	<p><u>지역 무료 전화:</u> 1-866-613-3777</p> <p><u>주 전역 무료 전화:</u> 1-800-541-5555</p> <p>이 번호는 무료 통화입니다. 월요일~금요일 오전 8시~오후 5시, 공휴일 제외</p>
<b>TTY</b>	<p>711(전국 중계 서비스)</p> <p>이 번호는 듣거나 말하기에 어려움이 있는 분들을 위한 전화입니다. 이 번호에 전화하시려면 특수 전화 장비가 필요합니다.</p>
<b>우편</b>	<p>가장 가까운 사회보장 서비스 사무실 주소는</p> <p>귀하의 카운티 정부 전화번호부를 참조하여 주십시오.</p>
<b>웹사이트</b>	<p><a href="http://dpss.lacounty.gov/en/health/senior-disabled.html">http://dpss.lacounty.gov/en/health/senior-disabled.html</a></p>

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면**, [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)을 참조해 주십시오.



## E. 플랜 가입자가 될 수 있는 자격

아래 요건이 충족되는 한 귀하는 당사 플랜 자격을 유지하실 수 있습니다.

- 당사 서비스 지역 내에 거주하고,
- 등록 당시 21 세 이상이며,
- Medicare Part A, Medicare Part B 둘 다 소지하고 있으며,
- 현재 Medi-Cal 유자격자이며 다음을 포함한 Medi-Cal 전체 혜택을 받고 있으면 됩니다.
  - 하기에 설명된 비용 부담 조항에 부합되는 사람:
  - 비용 부담 조항이 있는 간호 시설 거주자, 및
- 미국 시민권자 혹은 합법적인 미국 거주자.

귀하의 카운티에 자격 여부 추가 규칙이 있을 수 있습니다. 자세한 내용은 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

## F. 건강 보험에 처음 가입하고 나서 예상할 수 있는 것

본 플랜에 처음 가입하시면 처음 45~90 일 사이에 본인의 건강 상태(예: 고위험 또는 저위험)에 따라 건강 위험 평가(Health Risk Assessment, HRA)를 받습니다.

귀하에 대하여 반드시 HRA 를 실시하도록 되어 있습니다. 이 HRA 는 귀하의 Individual Care 플랜(ICP)을 짜는 데 기초가 됩니다. HRA 에는 귀하의 의료적, 장기 서비스 및 지원(LTSS), 행동 건강 및 기능적 필요에 대한 질문들이 포함됩니다.

HRA 를 완성하기 위해 귀하께 연락을 드리겠습니다. HRA 는 직접 방문, 전화, 우편을 통해 완성됩니다.

HRA 에 관한 자세한 내용은 귀하께 보내 드리겠습니다.

**Health Net Cal MediConnect 에 새로 가입하셨다면**, 특정 기간 동안 가입자가 현재 진료를 받고 있는 의사들로부터 계속해서 진료를 받으실 수 있습니다. 아래 모든 조건에 부합된다면, 가입 당시 현재의 서비스 제공자와 이용 중인 서비스 승인을 최대 12 개월간 유지하실 수 있습니다.

- 현재의 의료 서비스 제공자로부터 계속 진료받을 수 있도록 가입자, 가입자의 대리인 또는 의료 서비스 제공자가 당사에 직접 요청하셔야 합니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



- 당사는 귀하가 주치의나 전문의와 이미 관계가 성립되었음을 입증할 수 있습니다. 단 예외가 있습니다. 기존 관계란 첫 Health Net Cal MediConnect 가입일 이전 12 개월 사이에 비응급 방문으로 네트워크 비소속 의료 서비스 제공자를 최소 한 번 방문하셨음을 의미합니다.
  - 당사가 가지고 있는 귀하의 의료 정보 또는 귀하가 당사에 제공하는 정보를 검토하여 기존 관계의 성립 여부를 당사가 결정할 것입니다.
  - 귀하의 요청에 당사는 30 일 안에 답변해야 합니다. 귀하는 빠른 결정을 당사에 요구하실 수 있으며, 당사는 15 일 안에 반드시 답변해야 합니다.
  - 귀하의 치료 중단으로 인해 귀하가 피해를 입을 위험이 있는 경우 귀하의 요청에 응할 수 있는 시간은 역일 기준 3 일입니다.
  - 귀하가 요청하시는 경우, 귀하나 귀하의 서비스 제공자는 기존 관계를 증명하는 서류를 제출해야 하며 특정 조건에 동의해야 합니다.

**유의사항:** 내구성 의료 장비(DME), 이송, 기타 부가 서비스 또는 Cal MediConnect 에 포함되지 않는 서비스를 제공하는 서비스 제공자에 대해서는 이 요청을 하실 수 **없습니다**.

지속적 진료 기간이 끝난 후, 가입자는 주치의 의료 그룹과 제휴하고 있는 Health Net Cal MediConnect 네트워크 소속 의사 및 기타 의료 서비스 제공자의 진료를 받으셔야 합니다. 단, 당사가 네트워크 비소속 의사와 협약을 맺고 있다면 그렇지 않습니다. 네트워크 서비스 제공자란 당사 건강보험과 협약을 맺은 서비스 제공자를 뜻합니다. 당사 플랜에 가입하실 때 귀하는 당사 네트워크에서 계약 의료 그룹을 선택하셔야 합니다. 또한, 이 계약 의료 그룹에서 주치의(PCP)를 선택하시게 됩니다. 의료 그룹 및 계약 PCP 를 선택하지 않으면 당사에서 한 분을 배정해 드립니다. 의료 서비스를 받는 것에 대한 자세한 내용은 3 장, 섹션 D, 46 페이지를 참조하십시오.

## G. 의료팀과 의료 플랜

### G1. 의료팀

필요한 의료 서비스를 받는 데 도움이 필요하십니까? 의료팀에서 가입자를 도와드릴 수 있습니다. 의료팀은 가입자의 의사, 케어 코디네이터, 혹은 고객이 선택하신 기타 의료전문가가 포함됩니다.

케어 코디네이터는 가입자가 필요로 하는 의료 서비스를 관리할 때 도움을 주도록 훈련된 담당자입니다. Health Net Cal MediConnect에 등록하시면 케어 코디네이터가 배정됩니다. 케어 코디네이터는 Health Net Cal MediConnect에서 귀하가 필요로 하는 서비스를 제공하지 않을 경우, 지역 사회 리소스로 연결해 드리는 역할도 수행합니다.

1-855-464-3571(TTY: 711)로 전화하시면 진료팀을 요청하실 수 있습니다. 서비스 운영 시간은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시입니다. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 통화는 무료입니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주시요. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## G2. 의료 플랜

의료 팀이 귀하의 의료 플랜을 짜 드립니다. 의료 플랜을 바탕으로 귀하와 귀하의 의사에게 귀하가 필요로 하는 서비스와 이를 받는 방법을 알 수 있습니다. 여기에는 귀하의 의료정보, 행동 건강 상태, LTSS 요구사항이 포함됩니다. 귀하의 의료 플랜은 귀하와 귀하의 요구사항만을 위하여 만들어집니다.

이런 의료 플랜에는 다음 내용이 포함됩니다.

- 건강관리의 목표.
- 필요한 서비스를 받기 위한 일정.

귀하는 건강 위해성 평가를 마친 후 의료 팀과 만나게 됩니다. 이들은 귀하께 필요한 서비스가 무엇인지 말씀드릴 것입니다. 또한, 혹시 받기를 원할 수도 있는 서비스에 대해서도 알려 드릴 수 있습니다. 귀하의 의료 플랜은 귀하의 요구를 바탕으로 만들어집니다. 귀하의 의료팀은 최소 1 년에 한번 가입자와 함께 의료 플랜을 갱신합니다.

---

## H. Health Net Cal MediConnect 플랜 월 보험료

Health Net Cal MediConnect 에는 월 보험료가 없습니다.

---

## I. 가입자 안내서

본 *가입자 안내서*는 당사와 가입자 간 계약의 일부입니다. 즉 본 문서의 모든 규칙을 당사가 반드시 따라야 한다는 뜻입니다. 만일 당사가 이 규칙에 위배되는 행위를 했다고 생각하시면, 당사가 취한 조처에 이의 신청 또는 문제 제기를 하실 수 있습니다. 이의 신청 방법에 대해서는 9장, 섹션 D, 195페이지를 참조하시거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의해 주십시오.

*가입자 안내서*는 가입자 서비스부 전화번호 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. *가입자 안내서*를 [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)에서 참조하시거나 이 웹사이트에서 다운로드하실 수도 있습니다.

본 계약은 2022 년 1 월 1 일부터 2022 년 12 월 31 일 사이, 가입자께서 Health Net Cal MediConnect 에 등록되어 있는 기간 동안 유효합니다.

---

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)을 참조해 주십시오.



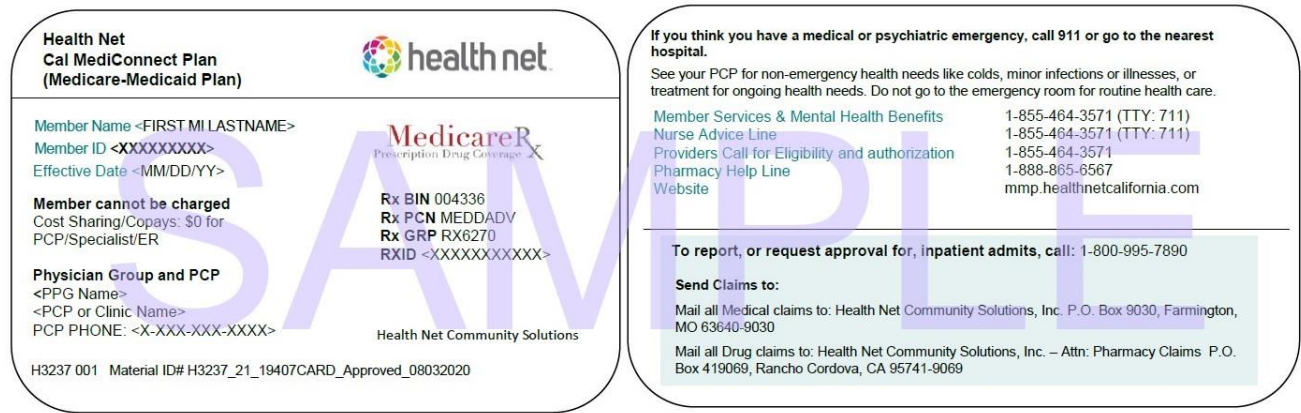


## J. 당사에서 제공하는 기타 정보

가입자는 이미 Health Net Cal MediConnect 가입자 ID 카드와, *의료 서비스 제공자 및 약국 명부, 보장의약품 목록*에 대한 정보를 이미 받으셨을 것입니다.

### J1. 귀하의 Health Net Cal MediConnect 가입자 ID 카드

플랜에 가입하시면 가입자에게 장기 일상 서비스 및 지원, 특정 행동 건강 서비스, 처방약을 포함하는 Medicare 및 Medi-Cal 서비스 이용에 쓰실 카드 한 장이 발급됩니다. 모든 서비스와 처방약 수령 시 반드시 이 카드를 제시하셔야 합니다. 가입자 ID 카드는 이 샘플 카드와 같은 모양으로 발급됩니다.



귀하의 Cal MediConnect 카드가 손상되거나, 분실 또는 도난당한 경우, 가입자 서비스부에 즉시 전화하시면 새 카드를 보내 드리겠습니다. 동일한 의료 상태를 치료하는 보장 의약품 목록을 요청하시려면, 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시 사이에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주시요. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다.

당사 플랜의 가입자으로 계시는 동안에는 Cal MediConnect 서비스를 받기 위해 귀하의 적, 백, 청색 Medicare 카드나 Medi-Cal 카드를 사용하실 필요가 없습니다. 그 카드들은 추후에 필요하게 될 때를 대비해서 안전한 곳에 두십시오. 귀하께서 Health Net Cal MediConnect 가입자 ID 카드 대신 Medicare 카드를 제출하실 경우, 서비스 제공자가 당사 플랜 대신 Medicare 에 서비스 이용료를 청구하여 귀하께서 요금을 부담해야 할 수 있습니다. 의료 서비스 제공자로부터 청구받은 경우 어떻게 해야 하는지 알아보려면 7 장, 섹션 A, 154 페이지를 참조하십시오.

카운티 Mental Health 플랜(MHP)을 통해 전문 정신 건강 서비스를 받으려면 Medi-Cal 카드를 사용하셔야 한다는 점을 기억해 주십시오.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주시요. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.





## J2. 서비스 제공자 및 약국 명부

서비스 제공자 및 약국 명부에는 Health Net Cal MediConnect 네트워크에 가입된 의료 서비스 제공자와 약국이 나와 있습니다. 당사 플랜에 가입자로 계시는 동안 반드시 네트워크 서비스 제공자로부터 보장된 서비스를 받으셔야 합니다. 당사 플랜에 처음 가입하실 때는 몇 가지 예외 사항이 있습니다(13 페이지 참조).

의료 서비스 제공자 및 약국 명부는 가입자 서비스부 전화번호 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주시시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. *의료 서비스 제공자 및 약국 명부*를 [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)에서 참조하시거나 이 웹사이트에서 다운로드하실 수도 있습니다.

가입자 서비스부 및 웹사이트를 통해 네트워크 서비스 제공자와 약국의 변경 사항에 관한 최신 정보를 제공받을 수 있습니다. 이 *의료 서비스 제공자 및 약국 명부*에는 가입자가 Health Net Cal MediConnect 가입자 자격으로 방문할 수 있는 의료 전문가(의사, 전문 간호사 및 심리학자 등), 시설(병원이나 진료소 등), 보조 서비스 제공자(주간 보호소 혹은 가정 의료 서비스 제공자 등)이 나와 있습니다. 또한, 처방약을 구입할 수 있는 약국 목록도 수록되어 있습니다. 이 *의료 서비스 제공자 및 약국 명부*에 등록된 약국 중에는 일반 판매, 통신 판매, 재택 투여, 장기 의료(Long-Term Care, LTC) 서비스 등을 제공하는 약국도 포함됩니다.

### 네트워크 서비스 제공자의 정의

- Health Net Cal MediConnect 네트워크 서비스 제공자는 다음으로 구성됩니다.
  - 당사 플랜의 가입자로서 방문할 수 있는 의사, 간호사, 기타 의료 전문가,
  - 당사 플랜을 통해 건강 서비스를 제공하는 진료소, 병원, 요양 시설, 기타 서비스 시설 및
  - 여기에는 LTSS(장기 서비스 및 지원), 행동 건강 서비스, 가정 건강 대행사, 내구성 의료기기 공급업체 그리고 귀하가 Medicare 나 Medi-Cal 을 통해서 받는 물품이나 서비스를 제공하는 기타 업체 등도 포함됩니다.

네트워크 의료 서비스 제공자들은 보장된 서비스에 대한 당사 플랜의 지불금을 지불금 전액으로 수락하는 것에 동의했습니다.

### 네트워크 약국의 정의

- 네트워크 약국이란 본 플랜 가입자들을 위해 처방전을 조제하는 데 동의한 약국(약품 상점)을 뜻합니다. *서비스 제공자 및 약국 명부*에서 이용할 네트워크 약국을 찾으실 수 있습니다.
- 응급 상황을 제외하고 당사 네트워크 약국을 통해 처방약을 받아야만 당사 플랜에서 이에 대한 비용을 지원합니다.

---

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주시시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)을 참조해 주십시오.



가입자 서비스부에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 연락하셔서 자세한 정보를 확인해 보세요. 서비스 운영 시간은 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시입니다. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 가입자 서비스부 및 Health Net Cal MediConnect 웹사이트를 통해 네트워크 약국과 서비스 제공자의 변경 사항에 관한 최신 정보를 제공받을 수 있습니다.

### J3. 보장 의약품 목록

본 플랜에는 *보장되는 약 목록*이 있습니다. 이를 “의약품 목록”이라고 합니다. 이 목록을 이용하여 어느 처방약이 Health Net Cal MediConnect 를 통해 보장되는지 확인하실 수 있습니다.

또한, 받을 수 있는 수량 제한 등 약에 따른 규칙이나 제한 사항이 있는지도 확인할 수 있습니다. 이러한 규칙 및 제한 사항에 대한 자세한 내용은 5 장, 섹션 C, 129 페이지를 참조하십시오.

매년 의약품 목록의 이용 방법이 나온 정보를 보내 드립니다. 단, 내용은 연중에 바뀔 수 있습니다. 보장되는 의약품에 대한 최신 정보를 확인하려면 [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 방문하거나 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다.

### J4. 혜택 설명서

Part D 처방약 혜택을 이용하시면 요약 보고서를 보내 드립니다. 이 보고서를 통해 Part D 처방약 지불 내역을 이해하고 추적하는 데 도움을 받으실 수 있습니다. 이 요약 보고서는 *혜택 설명서(EOB)*라 불립니다.

EOB 는 그 달에 Part D 처방약에 귀하 또는 귀하를 대신하여 다른 분이 지불한 총액과 Part D 처방약마다 당사가 지불한 금액의 총액을 알려 드립니다. EOB 는 가입자가 복용하는 의약품에 대한 자세한 정보를 포함하고 있습니다. 예를 들어 가격 상승이나 이용 가능한 다른 의약품 중 분담해야 하는 비용이 더 낮은 의약품 등에 관한 정보가 있을 수 있습니다. 분담 비용이 더 낮은 이러한 의약품에 대해서는 처방 의사와 상담해 주십시오. 6 장, 섹션 A, 144 페이지에서는 EOB 에 관한 자세한 정보와 가입자의 의약품 보장을 추적하는 방법을 알려 드립니다.

EOB 를 요청하시면 직접 보내 드립니다. 사본을 요청하시려면, 가입자 서비스부에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다.

---

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## K. 가입자 최신 정보를 유지하는 방법

가입자 정보가 변경되는 경우, 이를 당사에 알려 주시면 가입자 기록을 갱신하실 수 있습니다.

플랜 네트워크 서비스 제공자 및 약국은 귀하에 대한 올바른 정보를 갖고 있어야 합니다. 그들은 귀하가 어떤 서비스와 약을 받는지를 알기 위해, 또 귀하가 지불하는 비용은 얼마일지를 정하는 데 귀하의 가입자 기록을 이용합니다. 이런 이유로 귀하가 자신에 대한 정보를 당사에 갱신해 주는 것이 매우 중요합니다.

아래의 사항을 당사에 알려 주십시오.

- 이름, 주소, 전화번호 변경
- 고용주를 통한 보험, 배우자의 고용주를 통한 보험, 동거인의 고용주를 통한 보험 또는 산업 재해 보험과 같은 가입자가 지닌 다른 건강 보험의 보장 범위가 변경된 경우
- 교통사고로 인한 청구 등 책임 보험 청구
- 간호 시설이나 병원에 입소, 입원한 경우
- 병원 또는 응급실에서 진료를 받는 경우
- 간병인(또는 담당자) 변경
- 임상 실험 참여

이 중 어떤 사항이라도 변경되면 가입자 서비스부에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다.

### K1. 개인 건강 정보(PHI) 보호 정책

가입자 기록 정보에는 개인 건강 정보(PHI)가 포함될 수 있습니다. 주 정부, 연방 정부 법에 따라 당사는 귀하의 PHI 를 보호해야 합니다. 당사는 귀하의 PHI 가 반드시 보호되도록 노력합니다. PHI 를 보호하는 방법에 대한 자세한 내용은 8 장, 섹션 C, 171 페이지를 참조하십시오.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## 2장: 중요 전화번호 및 리소스

### 개요

이 장에는 Health Net Cal MediConnect 와 건강 보험 혜택에 대하여 궁금한 점을 알아볼 수 있는 중요한 자료의 연락처 정보가 담겨 있습니다. 케어 코디네이터나 가입자를 대변할 수 있는 사람에게 연락하는 방법에 대한 정보도 나와 있습니다. 주요 용어와 정의는 *가입자 안내서*의 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

### 목차

A. Health Net Cal MediConnect 가입자 서비스부 문의 방법 .....	22
A1. 언제 가입자 서비스부에 문의해야 하는가.....	22
B. 케어 코디네이터에게 연락하는 방법 .....	25
B1. 언제 케어 코디네이터에게 연락해야 하는가 .....	26
C. 간호사 상담 전화를 이용하는 방법 .....	28
C1. 언제 간호사 상담 전화에 연락해야 하는가.....	28
D. 행동 건강 위기 관련 상담 전화를 이용하는 방법 .....	29
D1. 언제 행동 건강 응급 전화에 연락해야 하는가 .....	29
E. 건강 보험 자문 및 상담 프로그램(HICAP)에 연락하는 방법 .....	30
E1. 언제 HICAP 에 연락해야 하는가 .....	30
F. 품질 개선 조직(QIO)에 연락하는 방법.....	31
F1. 언제 Livanta 에 연락해야 하는가.....	31
G. Medicare 에 연락하는 방법.....	32
H. Medi-CalHealth Care Options 에 연락하는 방법 .....	33
I. Cal MediConnect Ombuds 프로그램에 연락하는 방법.....	34
J. 카운티 사회 보장 서비스에 연락하는 방법 .....	35
K. 카운티 특수 Mental Health 플랜에 연락하는 방법.....	36

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주시요. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



K1. 다음 사항에 대해 카운티 특수 Mental Health 플랜에 문의해 주십시오..... 36

L. California 보건 관리부에 연락하는 방법 ..... 37

M. 기타 자원 ..... 38

---

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)을 참조해 주십시오.



## A. Health Net Cal MediConnect 가입자 서비스부 문의 방법

<b>전화</b>	<p>1-855-464-3571 통화는 무료입니다.</p> <p>월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다.</p> <p>영어를 사용하지 않는 분들을 위해서 무료 통역 서비스를 제공해 드립니다.</p>
<b>TTY</b>	<p>711(전국 중계 서비스) 이 통화는 무료입니다.</p> <p>이 번호는 듣거나 말하기에 어려움이 있는 분들을 위한 전화입니다. 이 번호에 전화하시려면 특수 전화 장비가 필요합니다.</p> <p>월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다.</p>
<b>팩스</b>	1-800-281-2999 또는 1-866-461-6876
<b>우편</b>	<p>Health Net Community Solutions, Inc.</p> <p>PO Box 10422</p> <p>Van Nuys, CA 91410-0422</p>
<b>웹사이트</b>	<a href="http://mmp.healthnetcalifornia.com">mmp.healthnetcalifornia.com</a>

### A1. 언제 가입자 서비스부에 문의해야 하는가

- 플랜에 관한 질문
- 보험청구, 청구서 또는 가입자 카드에 대한 질문
- 진료에 대한 보장 결정
  - 귀하의 건강 진료 보장 결정이란 다음에 대한 결정입니다.
    - 혜택 및 보장 서비스 또는
    - 귀하가 받은 의료 서비스에 당사가 지불할 금액
  - 귀하의 건강 진료에 대한 보장 결정에 대해 질문이 있으시면 당사에 문의해 주십시오.
  - 보장 결정에 대한 자세한 내용은 9 장, 섹션 D, 195 페이지를 참조하십시오.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



- 진료에 대한 이의 신청
  - 이의 신청이란 당사가 실수를 했다고 생각하실 때, 귀하의 보장에 대한 당사 결정을 재검토하고 변경할 것을 공식적으로 요청하는 방법입니다.
  - 이의 신청에 대한 자세한 내용은 9 장, 섹션 D, 195 페이지를 참조하십시오.
- 귀하가 받은 진료에 대한 불만
  - 당사나 의료 서비스 제공자(네트워크 비소속 및 소속 공급 모두 포함)에 대한 불만을 제기하실 수 있습니다. 네트워크 서비스 제공자란 당사 건강보험과 협약을 맺은 서비스 제공자를 뜻합니다. 또한 가입자가 받으신 진료의 품질에 대해 저희에게 불만을 제기하시거나 품질 향상 기관(아래의 섹션 F, 31 페이지 참조)에 제기하실 수 있습니다.
  - 당사에 전화로 불만을 설명하실 수 있습니다. 가입자 서비스부에 1-855-464-3571 (TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다.
  - 가입자의 불만이 진료에 대한 보장 범위 결정에 관한 것이라면 이의 신청을 하실 수 있습니다(위 섹션, 22 페이지 참조).
  - Health Net Cal MediConnect에 대한 불만을 Medicare에 보내실 수 있습니다. 온라인 신청서 양식은 [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx) 에 있습니다. 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 도움을 요청하실 수 있습니다.
  - Health Net Cal MediConnect 에 대한 불만은 Cal MediConnect Ombuds 프로그램에 1-855-501-3077(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 9 시~오후 5 시에 전화하여 알려 주시기 바랍니다(휴일 제외).
  - 진료에 대한 불만 제기에 관한 자세한 내용은 9 장, 섹션 J, 240 페이지를 참조해 주십시오.
- 약의 보장 결정
  - 귀하의 약 보장범위 결정이란 다음에 대한 결정입니다.
    - 귀하가 받는 혜택 및 보장약 또는
    - 귀하가 받은 의약품에 당사가 지불할 금액
  - Part D 의약품, Medi-Cal 처방약, Medi-Cal 일반 의약품에 적용됩니다.
  - 처방약 관련 보장 결정에 대한 자세한 내용은 9 장, 섹션 F4, 218 페이지를 참조하십시오.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



- 귀하의 약에 대한 이의 신청
  - 이의 신청이란 보장 결정을 변경하도록 당사에 요청하는 것입니다.
  - 전화로 처방약 보장에 대한 이의를 신청하는 방법에 대한 자세한 내용은 가입자 서비스부에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 또한 요청 사항을 1-866-388-1766 번으로 팩스 발송할 수도 있습니다. 서면으로 이의 신청을 하거나 불만을 제출하고자 하는 경우, 아래 주소로 이의 신청 내용을 보내 주십시오.

Health Net Community Solutions, Inc.  
 Medicare Part D Appeals  
 PO Box 31383  
 Tampa, FL 33631-3383

- 전화로 Medi-Cal 의약품 보장에 대한 이의를 신청하는 방법에 대한 자세한 내용은 가입자 서비스부에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말 및 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 영업일에 전화드리겠습니다. 또한 요청 사항을 1-877-713-6189 번으로 팩스 발송할 수도 있습니다. 서면으로 이의 신청을 하거나 불만을 제출하고자 하는 경우, 아래 주소로 이의 신청 내용을 보내 주십시오.

Health Net Community Solutions, Inc.  
 Attn: Appeals & Grievances Dept.  
 PO Box 10422  
 Van Nuys, CA 91410-0422

- 처방약 관련 이의 신청에 대한 자세한 내용은 9 장, 섹션 F5, 221 페이지를 참조해 주십시오.

- 약에 대한 불만

- 귀하는 당사나 약국에 대한 불만을 제기하실 수 있습니다. 여기에는 처방약에 대한 불만도 포함됩니다.
- 불만이 귀하의 처방약에 대한 보장 결정에 관한 것이라면, 귀하는 이의 신청을하실 수 있습니다. (위의 섹션, 22 페이지 참조)
- Health Net Cal MediConnect에 대한 불만을 Medicare에 보내실 수 있습니다. 온라인 신청서 양식은 [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx) 에 있습니다. 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 도움을 요청하실 수 있습니다.
- 처방약 관련 불만 접수에 관한 자세한 내용은 9 장, 섹션 J, 240 페이지를 참조해 주십시오.

- 귀하가 이미 지불한 진료비나 약제비의 지급

- 환급 또는 가입자가 받은 청구서를 당사가 지불하도록 요청하는 방법은 7 장, 섹션 A, 151 페이지를 참조해 주십시오.
  - 귀하가 청구서 지불을 당사에 요청했는데 당사가 이를 부분적 또는 전체적으로 거부했다면 귀하는 당사의 결정에 대해 이의 신청을하실 수 있습니다. 이의 신청에 대한 자세한 내용은 9 장, 섹션 D, 195 페이지를 참조하십시오.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.





## B. 케어 코디네이터에게 연락하는 방법

케어 코디네이터는 귀하가 필요로 하는 의료 서비스를 받으실 수 있도록 귀하, 건강 보험, 진료 서비스 제공자와 함께 일하는 한 명의 주요 담당자를 뜻합니다. 케어 코디네이터는 귀하가 플랜에 가입하실 때 귀하에게 지정됩니다. 플랜 가입 시 담당 케어 코디네이터가 가입자에게 연락을 드립니다.

가입자 서비스부에서 케어 코디네이터에게 연락하는 방법을 알려드리기도 합니다. 케어 코디네이터는 귀하의 진료 필요를 충족하기 위해 의료 서비스를 조정하는 것을 돕습니다. 케어 코디네이터는 귀하와 함께 귀하의 진료 플랜을 짭니다. 케어 코디네이터는 귀하의 진료 팀에 누구를 포함시킬지에 대한 귀하의 결정을 돕습니다. 귀하의 케어 코디네이터는 귀하가 받는 의료 서비스의 관리를 위해 필요한 정보를 귀하께 드립니다. 이를 통해 귀하는 자신에게 맞게 선택할 수 있습니다. 케어 코디네이터에게 연락할 때 도움이 필요하시면 가입자 서비스부에 전화해 주십시오.

케어 코디네이터를 바꾸기 원하거나 추가 질문이 있으시면 아래 전화번호로 가입자 서비스에 연락해 주십시오.

케어 코디네이터가 연락하기 전에 귀하께서 먼저 케어 코디네이터에게 연락하실 수도 있습니다. 아래 번호로 전화하셔서 귀하의 케어 코디네이터와 상담하고 싶다고 말씀하시면 됩니다.

<b>전화</b>	<p>1-855-464-3571 통화는 무료입니다.</p> <p>월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다.</p> <p>영어를 사용하지 않는 분들을 위해서 무료 통역 서비스를 제공해 드립니다.</p>
<b>TTY</b>	<p>711(전국 중계 서비스) 이 통화는 무료입니다.</p> <p>이 번호는 듣거나 말하기에 어려움이 있는 분들을 위한 전화입니다. 이 번호에 전화하시려면 특수 전화 장비가 필요합니다.</p> <p>월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다.</p>

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



<b>우편</b>	<p>Health Net Community Solutions, Inc.</p> <p>PO Box 10422</p> <p>Van Nuys, CA 91410-0422</p>
-----------	--

### B1. 언제 케어 코디네이터에게 연락해야 하는가

- 의료에 대한 질문
- 행동 건강(정신 건강 및 약물 남용 장애) 서비스 이용에 대한 질문
- 교통편에 대한 질문
- 장기 서비스 및 지원(LTSS)에 대한 질문

LTSS에는 지역 사회 기반 성인 서비스(CBAS), 요양 시설(NF)이 포함됩니다.

귀하는 때로 일상적 진료나 생활상의 필요에도 도움을 받으실 수가 있습니다.

하기의 서비스를 받으실 수도 있습니다.

- 지역 기반 성인 서비스(CBAS),
- 전문 간호 케어,
- 물리치료,
- 작업 요법,
- 언어 요법,
- 의료 사회 서비스 및
- 가정 건강 의료.

#### 지역 사회 기반 성인 서비스(CBAS):

Medi-Cal 가입자들 중 18세 이후 신체적, 정신적, 사회적 장애가 일어난 사람은 지역 기반 성인 서비스(CBAS) 수령 자격이 있을 수도 있습니다.

유자격 가입자들은 하기의 조건 중 하나를 충족해야 합니다.

- 필요의 심각도가 요양원 수준 케어 A(NF-A) 이상의 요건을 충족해야 함
- 중간 또는 심각한 수준의 인지적 장애, 중간 또는 심각한 수준의 알츠하이머 또는 기타 치매를 포함
- 발달 장애

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)을 참조해 주십시오.



온건 또는 중간 수준의 인지적 장애, 알츠하이머와 치매 포함, 아래 둘 중 하나에 도움이나 감독이 필요함.

- 목욕하기
- 옷 입기
- 스스로 먹기
- 화장실 가기
- 걸어다니기
- 이동하기
- 투약 관리
- 개인 위생

만성 정신 질병 또는 뇌 부상이 있어 아래 둘 중 하나에 도움이나 감독이 필요함

- 목욕하기
- 옷 입기
- 스스로 먹기
- 화장실 가기
- 걸어다니기
- 이동하기

투약 관리 또는 위의 목록 중 하나와 아래 목록 중 하나에 도움이나 감독이 필요함

- 개인 위생
- 돈 관리
- 자원 이용
- 음식 조리
- 교통편
- 예방적 의료 서비스가 신체 기능의 현 수분을 유지하거나 향상시킨다는 타당한 기대(예를 들어, 충격이나 염증으로 야기된 뇌 부상의 경우)
- CBAS가 이용 가능하지 않을 시 더욱 악화되거나 입소가 필요해질 수 있다는 높은 가능성(예를 들어, 뇌 종양 또는 HIV 관련 치매)

### 요양원(NF):

장기 요양(LTC) 서비스를 받거나 전문 간호 시설(SNF)에 입소 자격이 있으려면 24시간 장단기 의료 서비스를 받아야 한다는 의사의 처방이 반드시 있어야 합니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주시십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## C. 간호사 상담 전화를 이용하는 방법

Health Net Cal MediConnect 간호사 상담 전화는 무료 전화를 이용한 간호 지원 및 상담 서비스로서, 훈련된 임상 전문가가 연중무휴 24시간 대기하는 서비스입니다. 간호사 상담 전화는 가입자가 현재 필요로 하는 진료의 수준을 정할 수 있도록 돕는 실시간 의료평가 서비스를 제공합니다. 임상가가 일대일 상담을 진행하며 의료 관련 질문에 답하고 증상 관리를 지원하여 가입자 스스로 확신을 가지고 적절한 치료나 처치를 받을 수 있도록 돕습니다. 가입자는 가입자 ID 카드의 뒷면에 있는 Health Net Cal MediConnect 가입자 서비스부에 연락하셔서 간호사 상담 전화를 이용하실 수 있습니다.

<b>전화</b>	<p>1-855-464-3571 통화는 무료입니다.</p> <p>훈련된 임상 전문가가 연중무휴 24시간 대기하는 간호 지원 및 상담 전화 서비스입니다.</p> <p>영어를 사용하지 않는 분들을 위해서 무료 통역 서비스를 제공해 드립니다.</p>
<b>TTY</b>	<p>711(전국 중계 서비스) 이 통화는 무료입니다.</p> <p>이 번호는 듣거나 말하기에 어려움이 있는 분들을 위한 전화입니다. 이 번호에 전화하시려면 특수 전화 장비가 필요합니다.</p> <p>훈련된 임상 전문가가 연중무휴 24 시간 대기하는 간호 지원 및 상담 전화 서비스입니다.</p>

### C1. 언제 간호사 상담 전화에 연락해야 하는가

- 의료에 대한 질문

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)을 참조해 주십시오.



## D. 행동 건강 위기 관련 상담 전화를 이용하는 방법

Managed Health Network(MHN)는 행동 건강 관련 지원이 필요한 가입자를 위하여 행동 건강 위기 관련 상담 전화를 연중무휴 24시간 운영합니다. 가입자는 통화 중 언제라도 면허가 있는 임상과의 통화를 요청하여 자신에게 필요한 서비스에 도움을 받을 수 있습니다. 응급 전화 서비스를 이용하시려면 아래 전화번호로 연락하시면 됩니다.

<b>전화</b>	<p>1-855-464-3571 통화는 무료입니다.</p> <p>면허 소지 행동건강 임상 전문가가 연중무휴 24시간 대기합니다.</p> <p>영어를 사용하지 않는 분들을 위해서 무료 통역 서비스를 제공해 드립니다.</p>
<b>TTY</b>	<p>711(전국 중계 서비스) 이 통화는 무료입니다.</p> <p>이 번호는 듣거나 말하기에 어려움이 있는 분들을 위한 전화입니다. 이 번호에 전화하시려면 특수 전화 장비가 필요합니다.</p> <p>면허 소지 행동건강 임상 전문가가 연중무휴 24 시간 대기합니다.</p>

### D1. 언제 행동 건강 응급 전화에 연락해야 하는가

- 행동 건강 및 약물 남용 서비스에 관한 질문
- Health Net Cal MediConnect에서는 24시간 내내 의료 정보 및 자문을 제공합니다. 전화를 주시면 당사 행동 건강 전문가들이 보건 및 복지 관련 질문에 답변해 드릴 것입니다. 긴급한 건강 관련 도움이 필요하지만 응급 상황은 아니라면, 연중무휴 24시간 운영되는 당사 행동 건강 위기 관련 상담 전화에 연락하여 행동 건강 임상 관련 질문을 문의해 주십시오.

가입자의 카운티 특수 정신 건강 서비스에 대해 질문이 있으시면 36 페이지를 참조해 주십시오.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## E. 건강 보험 자문 및 상담 프로그램(HICAP)에 연락하는 방법

건강보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP)은 Medicare 에 가입되어 있는 분들에게 무료 건강보험 상담을 제공합니다. HICAP 카운슬러들은 귀하의 질문에 대답해 드리고 문제를 해결하기 위해서는 어떻게 해야 하는지 귀하가 이해하는 것을 돕습니다. HICAP 는 모든 카운티에 훈련받은 상담사를 두고 있으며, 서비스는 무료입니다.

HICAP 은 어떤 보험 회사나 건강 보험과도 관계가 없습니다.

<b>전화</b>	1-213-383-4519 Los Angeles 카운티 내: 1-800-824-0780 월요일~금요일 오전 9 시~오후 5 시
<b>TTY</b>	Los Angeles 카운티 내: 711(전국 중계 서비스) 이 번호는 듣거나 말하기에 어려움이 있는 분들을 위한 전화입니다. 이 번호에 전화하시려면 특수 전화 장비가 필요합니다. 월요일~금요일 오전 9 시~오후 5 시
<b>우편</b>	HICAP Center for Health Care Rights 520 S. Lafayette Park Place, Suite 214 Los Angeles, CA 90057
<b>웹사이트</b>	<a href="http://www.healthcarerights.org">www.healthcarerights.org</a>

### E1. 언제 HICAP 에 연락해야 하는가

- Cal MediConnect 플랜 또는 기타 Medicare 에 대한 질문
  - HICAP 카운슬러는 새 플랜으로 변경하는 데 대한 질문에 답변하며 다음 사항에 도움을 드립니다.
    - 가입자의 권리 이해
    - 플랜 선택사항의 이해
    - 의료 서비스나 진료에 대한 불만 제기 및
    - 귀하가 받은 청구서와 관련된 문제 정리

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## F. 품질 개선 조직(QIO)에 연락하는 방법

캘리포니아 주에는 Livanta 라 불리는 조직이 있습니다. 이 조직은 의사 및 기타 의료 전문가로 구성되어 있으며, Medicare 가입자들이 받는 진료의 품질 향상을 도모합니다. Livanta 는 당사 플랜과 관계가 없습니다.

전화	1-877-588-1123
TTY	1-855-887-6668 이 번호는 듣거나 말하기에 어려움이 있는 분들을 위한 전화입니다. 이 번호에 전화하시려면 특수 전화 장비가 필요합니다.
우편	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Rd, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
웹사이트	<a href="http://www.livantaqio.com">www.livantaqio.com</a>

### F1. 언제 Livanta 에 연락해야 하는가

- 의료에 대한 질문
  - 아래의 경우에 해당된다면 귀하가 받은 진료에 대해 불만을 제기할 수 있습니다.
    - 진료의 품질에 문제가 있는 경우
    - 병원 입원 기간이 너무 빨리 끝난다고 생각하는 경우 또는
    - 가정 건강 의료 서비스, 전문 간호 시설 케어, 포괄 외래 환자 재활 시설(CORF) 서비스가 너무 빨리 끝난다고 생각하는 경우

문의 사항은 Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. 추가 정보가 필요하시면, [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## G. Medicare 에 연락하는 방법

Medicare 는 65 세 이상, 일부 장애가 있는 65 세 미만, 말기 신장질환(투석 또는 신장 이식 수술을 요하는 영구 신부전증) 환자를 위한 연방정부 제공 건강 보험 프로그램입니다.

Medicare 를 담당하는 연방 정부 기관은 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)입니다.

<b>전화</b>	<p>1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)</p> <p>귀하는 연중무휴 24 시간 이 번호로 무료 전화를 이용하실 수 있습니다.</p>
<b>TTY</b>	<p>1-877-486-2048 이 통화는 무료입니다.</p> <p>이 번호는 듣거나 말하기에 어려움이 있는 분들을 위한 전화입니다. 이 번호에 전화하시려면 특수 전화 장비가 필요합니다.</p>
<b>웹사이트</b>	<p><a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a></p> <p>이것은 Medicare 공식 웹사이트입니다. Medicare 에 관한 최신 정보가 제공됩니다. 또한, 병원, 요양원, 의사, 가정 건강 기관, 투석 시설, 입원 환자 재활 시설, 호스피스 등에 대한 정보도 제공됩니다.</p> <p>유용한 웹사이트와 전화번호도 찾을 수 있습니다. 컴퓨터에서 직접 인쇄하실 수 있는 책자들도 있습니다.</p> <p>컴퓨터가 없으시면 가까운 도서관이나 복지 회관을 방문하시면 자체 보유 컴퓨터로 이 웹사이트를 방문하는 것을 도와 드립니다. 또는 위에 나온 번호로 Medicare 에 전화하여 원하는 내용을 알려주십시오. 귀하에게 필요한 정보를 웹사이트에서 찾아 인쇄하여 보내 드립니다.</p>

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.





## H. Medi-Cal Health Care Options 에 연락하는 방법

Medi-Cal 건강관리 옵션 부서는 Cal MediConnect 플랜을 선택하거나 기타 가입 문제에 대한 질문이 있으신 경우 도움을 드릴 수 있습니다.

<b>전화</b>	1-844-580-7272 Health Care Options 담당 직원과는 월요일~금요일 오전 8시~오후 6시에 통화하실 수 있습니다.
<b>TTY</b>	1-800-430-7077 이 번호는 듣거나 말하기에 어려움이 있는 분들을 위한 전화입니다. 이 번호에 전화하시려면 특수 전화 장비가 필요합니다.
<b>우편</b>	California Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
<b>웹사이트</b>	<a href="http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov">www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov</a>

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## I. Cal MediConnect Ombuds 프로그램에 연락하는 방법

Cal MediConnect Ombuds 프로그램은 귀하를 대변하는 역할을 수행합니다. 문제나 불만이 있는 경우 질문에 답변하고 어떤 조치를 취해야 하는지 알려드립니다. Cal MediConnect Ombuds 프로그램은 서비스 혹은 비용 청구 문제도 도와드립니다. Cal MediConnect Ombuds 프로그램은 당사와 무관하며 어떤 보험 회사나 건강 플랜과도 관계가 없습니다. 이 서비스는 무료입니다.

<b>전화</b>	1-855-501-3077 이 통화는 무료입니다. 월요일~금요일 오전 9 시~오후 5 시, 휴일 제외.
<b>TTY</b>	711(전국 중계 서비스) 이 번호는 듣거나 말하기에 어려움이 있는 분들을 위한 전화입니다. 이 번호에 전화하시려면 특수 전화 장비가 필요합니다. 월요일~금요일 오전 9 시~오후 5 시, 휴일 제외.
<b>우편</b>	Neighborhood Legal Services of Los Angeles County Health Consumer Center 13327 Van Nuys Blvd. Pacoima, CA 91331  1102 East Chevy Chase Drive Glendale, CA 91205  3629 Santa Anita Avenue El Monte, CA 91731
<b>웹사이트</b>	<a href="http://calduals.org/background/cal-medicconnect/problem-resolution/ombudsman/">calduals.org/background/cal-medicconnect/problem-resolution/ombudsman/</a>

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주시십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## J. 카운티 사회 보장 서비스에 연락하는 방법

카운티 사회 보장 서비스에서 지원하는 서비스(예: 적용 가능한 혜택) 관련 도움이 필요하시면, 지역 카운티 사회 보장 서비스 부서에 문의해 주십시오.

<b>전화</b>	1-866-613-3777 이 통화는 무료입니다. 휴일 제외: 월요일~금요일 오전 7 시 30 분~오후 7 시 30 분 토요일 오전 8 시~오후 4 시 30 분
<b>TTY</b>	711(전국 중계 서비스) 이 번호는 듣거나 말하기에 어려움이 있는 분들을 위한 전화입니다. 이 번호에 전화하시려면 특수 전화 장비가 필요합니다. 월요일~금요일 오전 7 시 30 분~오후 7 시 30 분 토요일 오전 8 시~오후 4 시 30 분
<b>우편</b>	가장 가까운 사회보장 서비스 사무실 주소는 <a href="http://dpss.lacounty.gov/en/resources/offices.html">dpss.lacounty.gov/en/resources/offices.html</a> 을 확인하시거나, 자신의 전화번호부에서 카운티 정부 아래의 화이트 페이지를 찾아보십시오.
<b>웹사이트</b>	<a href="http://dpss.lacounty.gov">dpss.lacounty.gov</a>

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## K. 카운티 특수 Mental Health 플랜에 연락하는 방법

의학적 필요 기준에 부합된다면, 카운티 Mental Health 플랜(MHP)을 통해 Medi-Cal 특수 정신 건강 서비스를 이용하실 수 있습니다.

<b>전화</b>	<p>Los Angeles 카운티 정신보건부(DMH) 직통전화: 1-800-854-7771 통화는 무료입니다. 연중무휴 24 시간 영어를 사용하지 않는 분들을 위해서 무료 통역 서비스를 제공해 드립니다.</p>
<b>TTY</b>	<p>711(전국 중계 서비스) 이 통화는 무료입니다. 이 번호는 듣거나 말하기에 어려움이 있는 분들을 위한 전화입니다. 이 번호에 전화하시려면 특수 전화 장비가 필요합니다. 연중무휴 24 시간</p>

### K1. 다음 사항에 대해 카운티 특수 Mental Health 플랜에 문의해 주십시오.

- 카운티에서 제공하는 행동 건강 서비스에 대한 질문
- 시기를 불문하고, 무료의 비공개 정신건강 정보, 의료 서비스 제공자로의 진료 의뢰, 위기 상담 등이 필요하시면, Los Angeles 정신건강부 상담 전화(핫라인)에 문의하십시오.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## L. California 보건 관리부에 연락하는 방법

California 보건 관리부(DMHC)에서는 건강 보험을 규제하고 있습니다. DMHC Help Center에서는 Medi-Cal 서비스 관련 귀하의 건강 보험에 대한 이의 신청과 불만 접수를 도와 드릴 수 있습니다.

<b>전화</b>	1-888-466-2219 DMHC 담당 직원과는 월요일에서 금요일, 오전 8 시~오후 6 시에 통화할 수 있습니다.
<b>TDD</b>	1-877-688-9891 이 번호는 듣거나 말하기에 어려움이 있는 분들을 위한 전화입니다. 이 번호에 전화하시려면 특수 전화 장비가 필요합니다.
<b>우편</b>	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
<b>팩스</b>	1-916-255-5241
<b>웹사이트</b>	<a href="http://www.dmhc.ca.gov">www.dmhc.ca.gov</a>

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## M. 기타 자원

### 고령자 서비스국(Area Agencies on Aging)

귀하의 지역 고령국에서는 고령자들이 받을 수 있는 서비스 조정에 관한 정보와 도움을 드립니다.

<b>전화</b>	1-800-510-2020 월요일~금요일 오전 8 시~오후 5 시, 공휴일 제외
<b>TTY</b>	711(전국 중계 서비스) 이 번호는 듣거나 말하기에 어려움이 있는 분들을 위한 전화입니다. 이 번호에 전화하시려면 특수 전화 장비가 필요합니다. 월요일~금요일 오전 8 시~오후 5 시, 공휴일 제외
<b>웹사이트</b>	<a href="https://wdacs.lacounty.gov/services">https://wdacs.lacounty.gov/services</a>

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)을 참조해 주십시오.



## 보건 복지부(DHCS)

당사 플랜의 가입자로서, 귀하에게는 Medicare 및 Medi-Cal(Medicaid) 모두에 자격이 있습니다. Medi-Cal(Medicaid)은 연방 및 주 정부 공동 프로그램으로서 소득 및 자원이 제한된 특정 사람들을 위해 의료 비용을 지원합니다. Medi-Cal(Medicaid)에서 받는 지원에 대한 문의 사항은 보건복지부(DHCS)에 문의해 주십시오.

<b>전화</b>	1-888-452-8609 이 통화는 무료입니다. 월요일~금요일 오전 8 시~오후 5 시, 공휴일 제외
<b>TTY</b>	711(전국 중계 서비스) 이 번호는 듣거나 말하기에 어려움이 있는 분들을 위한 전화입니다. 이 번호에 전화하시려면 특수 전화 장비가 필요합니다. 월요일~금요일 오전 8 시~오후 5 시, 공휴일 제외
<b>웹사이트</b>	<a href="http://www.dhcs.ca.gov/individuals">www.dhcs.ca.gov/individuals</a>

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## 사회보장국(Social Security)

사회 보장국은 Medicare 가입 자격을 결정하고 등록을 처리하는 기관입니다. 미국 시민권자들 중 65세 이상이거나 장애 또는 말기 신장 질환이 있고 일정 조건에 부합되는 분들은 Medicare 가입 자격이 있습니다. 귀하가 사회 보장 수표를 받고 계시다면 Medicare 등록은 자동적으로 이루어집니다. 사회 보장 수표를 받지 않고 있다면, 귀하는 Medicare에 등록하셔야 합니다. 사회보장국은 Medicare 등록 절차를 처리합니다. Medicare에 등록하시려면 사회 보장국에 전화하시거나 귀하가 사는 지역의 사회 보장 사무소를 방문해 주시기 바랍니다.

또한 사회 보장국은 소득이 높은 이유로 Part D 약 보장에 대해 어떤 이들이 추가 금액을 지불해야 할지를 결정합니다. 사회 보장국에서 추가 금액을 지불하라는 편지를 받으셨고 그 금액에 대해 질문이 있으시거나 생활에 큰 변화를 가져오는 일을 겪음으로써 소득이 내려간 상황이라면 사회 보장국에 전화해서서 재고를 요청해 주십시오.

이사하거나 우편 주소가 바뀐 경우 사회 보장국에 연락해서 이를 알리는 것이 중요합니다.

<b>전화</b>	<p>1-800-772-1213 이 통화는 무료입니다.</p> <p>월요일~금요일 오전 8시~오후 7시</p> <p>사회 보장국의 자동 전화 서비스를 이용하여 녹음된 정보를 들으시고, 연중무휴 24 시간 일부 업무를 수행하실 수 있습니다.</p>
<b>TTY</b>	<p>1-800-325-0778 이 통화는 무료입니다.</p> <p>이 번호는 특수 전화 장비를 필요로 하고, 듣거나 말하기에 어려움이 있는 분들을 위한 번호입니다.</p> <p>월요일~금요일 오전 8시~오후 7시</p> <p>사회 보장국의 자동 전화 서비스를 이용하여 녹음된 정보를 들으시고, 연중무휴 24 시간 일부 업무를 수행하실 수 있습니다.</p>
<b>웹사이트</b>	<p><a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a></p>

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.





## 3장: 의료 서비스 및 기타 보장 서비스에 대한 플랜의 보장 이용

### 개요

이 장에는 Health Net Cal MediConnect 를 통해 의료 및 기타 보장 서비스를 받기 위해 알아야 하는 특정 용어와 규칙이 나와 있습니다. 또한 케어 코디네이터에 관해 설명하고, 다양한 서비스 제공자와 특수 상황(네트워크 비소속 서비스 제공자나 약국 포함)에서 어떻게 진료받는지, 본 플랜의 보장 서비스로 직접 청구받은 경우 대처, 내구성 의료 장비(DME) 소유에 관한 규칙 등에 대해 알려줍니다. 주요 용어와 정의는 *가입자 안내서*의 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

### 목차

A. “서비스”, “보장 서비스”, “서비스 제공자”, “네트워크 서비스 제공자” 정보 .....	43
B. 플랜이 보장하는 의료 서비스, 행동 건강, 장기 서비스 및 지원(LTSS)을 받기 위한 규칙.....	43
C. 케어 코디네이터에 대한 정보 .....	45
C1. 의료 조정인이란.....	45
C2. 케어 코디네이터에게 연락하는 방법.....	45
C3. 진료 조정인 변경 방법 .....	45
D. 주치의, 전문의, 기타 네트워크 의료 서비스 제공자 및 네트워크 비소속 의료 서비스 제공자의 진료.....	46
D1. 주치의에게서 받는 진료.....	46
D2. 전문의 및 다른 네트워크 서비스 제공자에게 받는 진료.....	49
D3. 서비스 제공자가 플랜을 떠날 때 해야 할 일.....	50
D4. 네트워크 비소속 의료 서비스 제공자들로부터 진료를 받는 방법 .....	51
E. 장기 일상 서비스 및 지원(LTSS)을 받는 방법.....	51
F. 행동 건강(정신 건강 및 약물 남용 장애) 서비스를 받는 방법 .....	52
F1. 어떤 Medi-Cal 행동 건강 서비스가 Health Net Cal MediConnect 외에서 Los Angeles 카운티 정신 보건부(DMH)와 Los Angeles 카운티 공중 보건부(약물 사용 장애 예방 및 관리)(DPH/SAPC)를 통해 제공되는가? .....	52

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주시요. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)을 참조해 주십시오.



G. 이송 서비스를 받는 방법 .....	55
H. 의료적 응급 상황 또는 긴급 진료가 필요한 상황, 재난 상황에 보장 서비스를 받는 방법 .....	57
H1. 응급 의료 상황에서의 진료 .....	57
H2. 긴급하게 필요한 진료 .....	58
H3. 재난 상황 중 의료 서비스 .....	59
I. 당사 플랜에서 보장하는 서비스 비용이 가입자에게 직접 청구된 경우에 해야 할 일 .....	60
I1. 플랜에서 서비스를 보장하지 않는 경우 .....	60
J. 임상 연구 시험 참여 시 의료 서비스 보장 .....	61
J1. 임상 연구 실험의 정의 .....	61
J2. 임상 연구 실험 참여 시 서비스 이용 요금 .....	61
J3. 임상연구 시험에 대해 자세히 알아보기 .....	62
K. 종교적 비의료 서비스 기관에서 진료를 받는 경우 의료 서비스를 보장받는 방법 .....	62
K1. 종교적 비의료 서비스 기관의 정의 .....	62
K2. 종교적 비의료 서비스 기관에서 진료 받기 .....	62
L. 내구성 의료 장비(DME) .....	63
L1. 당사 플랜의 가입자로서 DME .....	63
L2. Original Medicare 또는 Medicare Advantage 로 전환 시 DME 소유권 .....	63
L3. 당사 플랜 가입자로서 산소 장비 혜택 .....	64
L4. Original Medicare 또는 Medicare Advantage 로 전환 시 산소 장비 .....	64

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## A. “서비스”, “보장 서비스”, “서비스 제공자”, “네트워크 서비스 제공자” 정보

서비스는 의료 서비스, 장기 일상 서비스 및 지원, 용품, 행동 건강 서비스, 처방약과 비처방약, 장비 및 기타 서비스를 말합니다. **보장 서비스**는 당사 플랜이 지불하는 모든 서비스를 말합니다. 보장 의료 서비스, 행동 건강, 장기 서비스 및 지원(LTSS)은 4 장, 섹션 D, 70 페이지에 있는 혜택 차트에 나옵니다.

의료 서비스 제공자란 의사, 간호사, 기타 가입자에게 서비스와 간호를 제공해 주는 사람을 말합니다. 서비스 제공자라는 용어에는 병원, 가정 건강 기관, 클리닉 및 기타 장소(의료 서비스, 행동 건강 서비스, 의료 장비, 특정 장기 일상 서비스 및 지원(LTSS)을 제공하는 곳)도 포함됩니다.

네트워크 소속 의료 서비스 제공자는 본 건강 플랜과 함께 일하는 서비스 제공자를 말합니다. 이러한 서비스 제공자들은 당사의 지불금을 전액 지불금으로 받는 데 동의했습니다. 네트워크 서비스 제공자들은 가입자에게 제공한 진료에 대해 당사에 직접 청구합니다. 네트워크 소속 의료 서비스 제공자의 진료를 받으시면 보장 서비스에 대해서는 대개 아무것도 지불하지 않습니다.

## B. 플랜이 보장하는 의료 서비스, 행동 건강, 장기 서비스 및 지원(LTSS)을 받기 위한 규칙

Health Net Cal MediConnect 는 Medicare 와 Medi-Cal 에서 보장하는 모든 서비스에 적용됩니다. 여기에는 행동 건강 및 장기 서비스 및 지원(LTSS)이 포함됩니다.

귀하가 본 플랜의 규칙을 따른다면, Health Net Cal MediConnect 는 일반적으로 귀하가 받는 의료 서비스, 행동 건강 서비스, LTSS 에 대한 비용을 지불합니다. 당사 플랜이 보장하는 내용은 다음과 같습니다.

- 귀하가 받으시는 진료는 반드시 **플랜 혜택** 대상이어야 합니다. 즉, 해당 진료가 본 플랜의 혜택 차트에 포함되어야 한다는 뜻입니다. (혜택 차트는 본 안내서의 4 장, 섹션 D, 70 페이지에 나옵니다.)
- 해당 진료는 **의학적으로 필요한** 것이어야 합니다. 의학적으로 필요하다는 말은 가입자의 상태를 예방, 진단, 치료하거나 현재의 건강 상태를 유지하기 위해서 그와 같은 서비스가 필요하다는 것을 뜻합니다. 여기에는 귀하가 종합 병원 또는 양로원에 들어가지 않을 수 있게 해 주는 진료도 포함됩니다. 이는 또한 해당 서비스, 용품 또는 의약품이 용인된 의료 행위 표준에 부합됨을 뜻합니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



- 의료 서비스를 위해서 가입자는 반드시 진료를 주문했거나 다른 의사를 보아야 한다고 말한 네트워크 **주치의(PCP)**가 있어야 합니다. 플랜 가입자로서, 귀하는 네트워크 서비스 제공자를 담당 PCP 로 선택하셔야 합니다.
  - 대부분의 경우 가입자가 담당 PCP 가 아닌 의사 또는 본 플랜 네트워크 소속의 다른 의료 서비스 제공자로부터 진료를 받기 전, 가입자의 네트워크 PCP 가 이를 승인해야 합니다. 이것을 **진료 의뢰**라고 합니다. 승인을 받지 않은 서비스는 Health Net Cal MediConnect 에서 보장하지 않을 수도 있습니다. 여성 건강 전문가와 같은 특정 전문의에게 진료를 받아야 할 때는 진료 의뢰가 필요하지 않습니다. 진료 의뢰에 대한 자세한 내용은 48 페이지를 참조해 주십시오.
  - 당사 플랜의 PCP 는 의료 그룹과 협약되어 있습니다. 담당 PCP 를 선택하실 때 협약 의료 그룹도 선택하시게 됩니다. 이는 PCP 가 자신의 의료 그룹과 협약된 전문의 및 서비스에 가입자를 진료 의뢰하는 것을 뜻합니다. 의료 그룹은 서로 협력하고 당사 플랜과 협력하기로 계약이 체결되어 있는 PCP, 전문의, 기타 의료 서비스 제공자 집단입니다.
  - 응급 진료나 긴급하게 필요한 진료 또는 여성 건강 의료 서비스 제공자로부터 진료를 받는 데에는 PCP 의 진료 의뢰가 필요하지 않습니다. 담당 PCP 의 진료 의뢰 없이 다른 종류의 진료를 받으실 수 있습니다. 이에 대한 자세한 내용은 48 페이지를 참조해 주십시오.
  - PCP 선택에 대한 자세한 내용은 47 페이지를 참조해 주십시오.
- **가입자는 담당 PCP 의료 그룹과 협약한** 네트워크 소속 의료 서비스 제공자로부터 진료를 받아야 합니다. 일반적으로 플랜에서는 본 플랜이나 귀하를 담당하는 PCP 의 의료 그룹과 함께 일하지 않는 서비스 제공자로부터 받은 진료는 보장하지 않습니다. 그러나 이 규칙이 적용되지 않는 아래와 같은 경우들이 있습니다.
  - 본 플랜은 응급 상황 또는 긴급하게 필요한 진료를 네트워크 비소속 서비스 제공자에게서 받았을 때 이에 대해 보장합니다. 응급 상황 또는 긴급히 필요한 진료가 무엇인지를 보시려면 섹션 H, 57 페이지를 참조하십시오.
  - 당사 플랜이 보장하지만 당사 네트워크 서비스 제공자들이 귀하에게 필요한 진료를 제공할 수 없는 경우, 네트워크 비소속 서비스 제공자에게서 해당 진료를 받으실 수 있습니다. 네트워크 비소속 서비스 제공자를 보아야 한다면 사전 승인이 필요합니다. 사전 승인이 되면 요청한 의료 서비스 제공자와 수락한 의료 서비스 제공자는 승인에 대한 통지를 받게 됩니다. 이 상황에서 당사는 해당 진료를 가입자에게 무료로 보장할 것입니다. 네트워크 비소속 의료 서비스 제공자로부터 진료를 받기 위한 승인에 대한 자세한 내용은 46 페이지 섹션 D 를 참조해 주십시오.
  - 본 플랜은 가입자가 단기간 본 플랜의 서비스 지역 외부에 있는 동안의 신장 투석 서비스를 보장합니다. 이러한 서비스는 Medicare 인증 투석 시설에서 받으실 수 있습니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



- 본 플랜에 처음 가입하실 때 가입자의 현재 의료 서비스 제공자로부터 계속해서 진료받을 수 있도록 요청하실 수 있습니다. 일부 예외 사항을 제외하고, 가입자가 해당 의료 서비스 제공자와 기존 관계를 유지하고 있었음을 증명할 수 있는 경우, 당사는 이 요청을 승인해야 합니다(1 장 13 페이지 참조). 요청이 승인되면 가입자의 현재 의료 서비스 제공자로부터 해당 서비스를 최대 12 개월 계속해서 받으실 수 있습니다. 이 기간에 귀하의 케어 코디네이터가 연락해서 담당 PCP 의료 그룹과 협약한 당사 네트워크 소속 서비스 제공자를 찾도록 도와 드릴 것입니다. 12 개월 후에도 당사 네트워크 소속이 아니고 담당 PCP 의료 그룹과 협약하지 않은 의료 서비스 제공자의 진료를 계속해서 받으실 경우, 당사는 가입자의 진료에 대해 더 이상 보장하지 않습니다.

## C. 케어 코디네이터에 대한 정보

### C1. 케어 코디네이터란

케어 코디네이터는 귀하가 필요로 하는 의료 서비스를 받으실 수 있도록 귀하, 건강 보험, 진료 서비스 제공자와 함께 일하는 한 명의 주요 담당자를 뜻합니다. 케어 코디네이터는 귀하의 진료 필요를 충족하기 위해 의료 서비스를 조정하는 것을 돕습니다. 케어 코디네이터는 귀하와 함께 귀하의 진료 플랜을 짭니다. 케어 코디네이터는 귀하의 진료 팀에 누구를 포함시킬지에 대한 귀하의 결정을 돕습니다. 귀하의 케어 코디네이터는 귀하가 받는 의료 서비스의 관리를 위해 필요한 정보를 귀하께 드립니다. 이를 통해 귀하는 자신에게 맞게 선택할 수 있습니다.

### C2. 케어 코디네이터에게 연락하는 방법

케어 코디네이터는 귀하가 플랜에 가입하실 때 귀하에게 지정됩니다. 플랜 가입 시 담당 케어 코디네이터가 가입자에게 연락을 드립니다. 가입자 서비스부에서 케어 코디네이터에게 연락하는 방법을 알려드리기도 합니다. 케어 코디네이터에게 연락할 때 도움이 필요하시면 가입자 서비스부에 전화해 주십시오.

### C3. 케어 코디네이터 변경 방법

자신의 케어 코디네이터를 바꾸고 싶으시면, 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



도움이 더 필요하시면 가입자 서비스부에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주시요. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다.

## D. 주치의, 전문의, 기타 네트워크 의료 서비스 제공자 및 네트워크 비소속 의료 서비스 제공자의 진료

### D1. 주치의에게서 받는 진료

가입자는 진료를 제공하고 관리하는 주치의(PCP)를 선택하셔야 합니다. 당사 플랜의 PCP 는 의료 그룹과 협약되어 있습니다. 담당 PCP 를 선택하실 때 협약 의료 그룹도 선택하시게 됩니다.

#### “PCP”의 정의와 역할

당사 플랜에 가입하시면, 귀하는 Health Net Cal MediConnect 네트워크 서비스 제공자 한 명을 담당 PCP로 선택하셔야 합니다. PCP란 요구조건에 부합되는 의사이며 귀하에게 기본적인 진료를 제공할 수 있도록 교육받은 사람을 말합니다. 여기에는 일반의 및/또는 가정의, 내과의, 여성 진료를 담당하는 산부인과 전문의(OB/GYN)가 포함됩니다.

대부분의 일상 또는 기본 진료는 PCP에게서 받게 될 것입니다. 귀하의 PCP는 당사 플랜의 가입자로서 귀하가 받는 나머지 보장 서비스를 관리하는 업무도 담당합니다. 여기에는 다음 항목이 포함됩니다.

- 엑스레이
- 병리 검사
- 치료 요법
- 전문의의 진료
- 병원 입원
- 후속 진료

보장 서비스를 “조정”하는 데에는 귀하가 받는 진료에 대해 플랜 의료 서비스 제공자를 상대로 점검하고 진행 상태에 대해 자문을 받는 일이 포함됩니다. 특정한 보장 서비스나 소모품이 필요한 경우, 반드시 귀하의 PCP에게 사전 승인을 받아야 합니다(예를 들면 전문의를 보기 위해 소개를 받는 것). 일부 서비스에 대해서는 귀하의 PCP가 사전 승인(미리 받는 승인)을 받아야 합니다. 귀하가 필요로 하는 서비스가 사전 승인을 요하는 것이면, PCP가 당사 플랜 또는 귀하의 의료 그룹 측에 승인을 요청할 것입니다. 귀하가 받는 진료를 PCP가 제공하고 조정하기 때문에 자신의 과거 의료 기록 전체를 PCP 사무실에 보내셔야 합니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주시요. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



위에서 설명한 대로, 대부분의 일상적 진료를 귀하의 PCP에게서 먼저 받게 될 것입니다. PCP가 전문의 진료가 필요하다고 생각하면 플랜 전문의나 다른 의료 서비스 제공자를 만나 볼 수 있도록 귀하에게 의뢰서(사전 승인)를 제공해야 합니다. 앞서 설명드린 대로, PCP의 허가를 받지 않고 받을 수 있는 보장 서비스는 몇 되지 않습니다.

각 가입자에 대하여 개별적으로 PCP를 지명합니다. PCP는 심지어 진료소(클리닉)이 될 수도 있습니다. 여성은 산부인과전문의(OB/GYN) 또는 가족 계획 의원을 PCP로 선택할 수 있습니다.

가입자는 비의사 의료 전문가를 주치의(PCP)로 선택할 수 있습니다. 비의사 의료인에는 인증 간호조무사, 인증 전문간호사, 보조 의사가 포함됩니다. 귀하는 감독 주치의와 연결이 되지만 계속해서 자신이 선택한 비의사 의료 전문가로부터 서비스를 받게 됩니다. 귀하는 감독 PCP를 변경함으로써 선택하신 비의사 임상의를 변경하실 수 있습니다. 귀하의 ID 카드에는 감독 주치의의 이름이 적히게 됩니다. 전문의를 담당 PCP 역할을 하도록 지정하실 수 있습니다. 전문의는 가입자가 필요로 하는 의료 서비스를 제공할 의지와 능력을 갖추어야 합니다.

### 연방정부 자격 인증 보건 센터(FQHC) 또는 지방 보건소(RHC)를 PCP로 선택하기

FQHC 또는 RHC는 클리닉으로서, PCP가 그 역할을 맡을 수 있습니다. FQHC 또는 RHC는 1차 진료서비스를 제공하는 건강 센터입니다. Health Net Cal MediConnect와 협약된 FQHC 및 RHC의 이름 및 주소에 대해서는 가입자 서비스부로 전화하거나 *의료 서비스 제공자 및 약국 명부*에서 찾으십시오.

### PCP의 선택

당사 플랜에 가입하실 때 귀하는 당사 네트워크에서 계약 의료 그룹을 선택하셔야 합니다. 의료 그룹은 서로 협력하고 당사 플랜과 협력하기로 계약을 맺은 PCP, 전문의, 기타 의료 서비스 제공자 집단입니다. 또한 이 계약 의료 그룹에서 PCP를 선택하시게 됩니다. 담당 주치의의 진료실은 쉽게 방문할 수 있어야 합니다. 거주지 또는 직장에서 10마일 또는 30분 이내에 있는 PCP를 요청하실 수 있습니다. 의료 그룹(및 협약 PCP와 병원)은 *서비스 제공자 및 약국 명부*나 당사 웹사이트 [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)에서 확인하실 수 있습니다. 이용 가능한 의료 서비스 제공자를 확인하시거나 특정 PCP에 대한 문의 사항이 있으시면, 가입자 서비스부에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다.

각 의료 그룹 및 PCP는 특정 플랜 전문의에게 진료 의뢰하고 네트워크 내에 있는 특정 병원을 이용합니다. 이용하기 원하시는 특정 플랜 전문의 또는 병원이 있다면 그 전문의나 병원이 의료 그룹과 PCP의 네트워크 안에 들어 있는지를 먼저 확인하십시오. 귀하의 PCP 이름 및 사무실 전화번호는 가입자 ID 카드에 인쇄되어 있습니다.

귀하가 의료 그룹 또는 PCP를 선택하지 않으셨거나 본 플랜에서 이용할 수 없는 의료 그룹 또는 PCP를 선택하신 경우, 당사가 자동적으로 귀하의 집에서 가까운 의료 그룹 및 PCP를 지정해 드립니다.

---

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)을 참조해 주십시오.





담당 PCP를 변경하는 방법은 아래 “PCP 변경 옵션”을 참조해 주십시오.

### PCP 변경 옵션

어떤 이유에서든 언제든지 담당 PCP 를 변경하실 수 있습니다. 또한 귀하의 PCP 가 저희 플랜 네트워크를 떠날 수도 있습니다. 귀하의 PCP 가 당사 플랜 네트워크를 떠날 경우 플랜 네트워크 내에서 새 PCP 를 찾을 수 있도록 도와 드립니다.

귀하의 요청은 당사 플랜이 귀하의 요청을 접수한 날 다음 달의 첫 번째 날부터 유효합니다. PCP를 변경하려면 가입자 서비스부에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 또는 당사 웹사이트 [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)을 방문하셔서 요청하십시오.

당사에 연락하실 때, 귀하가 PCP의 승인을 필요로 하는 전문의 진료나 기타 보장 서비스(예: 가정 건강 서비스, 내구성 의료 장비)를 받고 계시다면 이를 꼭 알려 주십시오. 가입자 서비스부에서는 귀하가 PCP를 바꿀 때 귀하가 받아 오신 특별 진료나 기타 서비스를 계속해서 받을 수 있는 방법을 알려 드릴 것입니다. 또한 귀하가 바꾸고 싶어하는 PCP가 새로운 환자를 받는지도 확인할 것입니다. 가입자 서비스부에서는 새 PCP의 이름이 나오도록 귀하의 가입자 카드를 새로 만들어 드리며 새 PCP로의 변경이 언제부터 효력을 발생하는지를 알려 드릴 것입니다.

또한 새 담당 PCP의 이름과 전화번호가 기재된 새 가입자 ID 카드를 보내 드립니다.

당사 플랜의 PCP 는 의료 그룹과 협약되어 있음을 기억해 주십시오. 담당 PCP 를 변경하시면 의료 그룹도 변경될 수 있습니다. 담당 PCP 교체 를 요구하실 때에는 전문의 진료를 받고 있는지, PCP 승인이 필요한 기타 보장 서비스를 받고 있는지를 가입자 서비스부에 말씀해 주십시오. 가입자 서비스부에서는 가입자가 PCP 를 변경할 때 받고 있는 특별 치료나 기타 서비스를 계속 받으실 수 있도록 도움을 드릴 것입니다.

### 본인의 PCP 에게 우선 승인을 받지 않고도 받을 수 있는 서비스

대부분의 경우, 다른 의료 서비스 제공자로부터 진료를 받기 전에 담당 PCP 의 승인이 필요합니다. 이것을 **진료 의뢰**라고 합니다. 아래에 나열된 서비스들은 PCP 에게서 우선 승인을 받지 않고도 받으실 수가 있습니다.

- 네트워크 내의 의료 서비스 제공자나 네트워크 비소속 서비스 제공자에게서 응급 시에 받는 서비스.
- 네트워크 의료 서비스 제공자들에게서 받은 긴급히 필요한 진료.
- 네트워크 서비스 제공자에게 갈 수 없을 때 네트워크 비소속 서비스 제공자에게서 받는 긴급히 필요한 진료(예를 들면, 귀하가 플랜 서비스 지역 밖에 있는 경우)

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)을 참조해 주십시오.





- 가입자가 본 플랜 서비스 지역 외에 있는 동안 Medicare 인증 투석 시설에서 받는 신장 결석 서비스. (서비스 지역을 떠나기 전에 가입자 서비스부에 문의해 주십시오. 떠나 계시는 동안 투석을 받을 수 있도록 당사가 도와 드립니다.)
- 독감 주사 및 코로나 19 백신, B 형 간염 백신, 폐렴 백신. 단 네트워크 의료 서비스 제공자에게서 받는 것이라야 함.
- 정기적인 여성 건강 진료 및 가족 계획 서비스. 유방 검사, 유방조영상 선별검사(유방 방사선 촬영 검사), 팍테스트, 자궁 경부암 검사. 단 네트워크 진료 서비스 제공자로부터 받는 것이라야 함.
- 또한, 인디언 의료 서비스 제공자에게서 서비스를 받을 자격이 되는 가입자는 진료 의뢰 없이 해당 의료 서비스 제공자들로부터 진료를 받으실 수 있습니다.
- 네트워크 서비스 제공자 및 네트워크 비소속 서비스 제공자의 가족 계획 서비스.
- 기본 산전 관리, 성병 서비스 및 HIV 감염 검사.

담당 PCP 의 진료 의뢰 또는 사전 승인이 필요할 수 있는 보장 서비스에 대한 자세한 내용은 4 장을 참조해 주십시오.

## D2. 전문의 및 다른 네트워크 서비스 제공자에게 받는 진료

전문의는 특정 질병이나 신체 특정 부위를 진료하는 의사를 말합니다. 전문의에는 여러 종류가 있습니다. 다음의 몇 가지 예를 참조해 주십시오.

- 암 전문의는 암 환자를 진료합니다.
- 심장 전문의는 심장 문제가 있는 환자를 진료합니다.
- 정형외과 의사는 뼈, 관절, 근육 문제를 가진 환자를 진료합니다.

전문의의 진료를 받으시려면 대개 PCP의 승인(이것을 전문의에게 “의뢰” 받는다고 함)을 받아야 합니다. 플랜 전문의 또는 어떤 다른 진료 서비스 제공자를 보시기 전에 PCP의 의뢰(사전 승인)를 받는 것이 매우 중요합니다. (일상적 여성 건강 진료를 포함해서 몇 가지 예외가 적용됩니다.) 전문의의 서비스를 받기 전에 의뢰(사전 승인)를 받지 않았으면 서비스에 대해 귀하가 직접 돈을 지불해야 할 수도 있습니다.

추가 진찰을 위해 귀하의 재방문을 전문의가 원하는 경우, 첫 방문을 위해 PCP에게 받은 의뢰서(사전 승인)로 향후 방문까지도 보장이 되는지 우선 확인해 주십시오.

각 의료 그룹 및 PCP는 특정 플랜 전문의에게 진료 의뢰하고 네트워크 내에 있는 특정 병원을 이용합니다. 이는 귀하가 선택하는 의료 그룹 및 PCP가 귀하가 이용할 수 있는 전문의나 병원을 결정할 수 있다는 의미입니다. 귀하가 진료를 받으려는 특정 전문의나 병원이 있으면 귀하의 의료 그룹이나 PCP가 해당 전문의 또는 병원을 이용하는지 확인해 주십시오. 일반적으로, 현재 PCP가 진료 의뢰해 줄 수 없는 플랜 전문의나 병원에 가고 싶으시다면

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



언제라도 담당 PCP를 변경하실 수 있습니다. 이 장의 “PCP 변경 옵션” 아래에서 담당 PCP를 변경하는 방법에 대해 설명합니다.

일부 유형의 서비스의 경우 당사 플랜이나 귀하의 의료 그룹으로부터 사전에 승인을 받아야 합니다(이를 “사전 승인”이라 함). 사전 승인은 특정 서비스를 받기 전에 일어나는 승인 절차를 말합니다. 가입자가 필요로 하는 서비스가 사전 승인을 요하는 것이라면, 가입자의 PCP나 다른 네트워크 의료 서비스 제공자가 당사 플랜 또는 가입자의 의료 그룹 측에 사전 승인을 요청할 것입니다. 이 요청을 검토하고 결정을 내린 뒤(기관 결정) 귀하와 귀하의 서비스 제공자에게 그 내용을 보냅니다. 본 책자 4 장의 혜택 차트에 사전 승인을 요하는 서비스가 구체적으로 나와 있습니다.

### D3. 서비스 제공자가 플랜을 떠날 때 해야 할 일

귀하가 이용하는 네트워크 의료 서비스 제공자가 당사 플랜을 떠날 수도 있습니다. 만약 귀하 서비스 제공자 중 한 분이 당사 플랜에서 탈퇴할 경우, 귀하는 아래에 요약된 특정 권리 및 보호를 받습니다.

- 당사 네트워크 서비스 제공자가 연중 변경되더라도 당사는 귀하가 자격을 갖춘 서비스 제공자의 서비스를 지속적으로 받으실 수 있도록 해야 합니다.
- 최소 30 일 전에 귀하에게 미리 고지하여 새 서비스 제공자를 선택하실 수 있는 시간을 드리도록 노력합니다.
- 당사는 귀하가 자격을 갖춘 새로운 서비스 제공자를 선택하시도록 도와 귀하의 건강 관리 요구를 지속적으로 관리합니다.
- 귀하는 필요한 치료를 받는 도중, 이러한 치료가 중단되지 않도록 요청할 권리가 있으며, 당사는 이를 보장하기 위하여 협조합니다.
- 당사가 귀하의 이전 서비스 제공자를 유자격 서비스 제공자로 교체하지 않았다고 생각하시거나 귀하의 의료가 적절히 관리되지 않았다고 생각되시면 당사의 결정에 이의를 신청할 권리가 귀하에게 있습니다.

귀하의 서비스 제공자 중 하나가 당사 플랜을 탈퇴하는 것을 아시게 되면, 새로운 서비스 제공자를 찾아 귀하의 진료를 관리하는 데 필요한 도움을 드릴 수 있도록 당사에 연락해 주십시오. 도움이 필요한 경우, 가입자 서비스부에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



#### D4. 네트워크 비소속 의료 서비스 제공자들로부터 진료를 받는 방법

특정 서비스가 필요하신데 저희 플랜 네트워크 하에서는 이용 가능하지 않은 것이 있다면, 우선 사전 승인(미리 받는 승인)을 받으셔야 합니다. 담당 PCP가 당사 플랜 또는 귀하의 의료 그룹에 사전 승인을 요청할 것입니다.

네트워크 비소속 진료 서비스 제공자에게 진료를 받거나 저희 네트워크 외에서 서비스를 받으시기 전에 사전 승인을 얻는 것이 매우 중요합니다. (응급 또는 긴급하게 필요한 진료, 가족 계획 서비스, 귀하가 플랜 서비스 지역 외에 일시적으로 체류하는 동안 Medicare 인증 투석 시설에서 받은 신장 투석 서비스는 제외). 사전 승인을 받지 못하면 그런 서비스에 대해서 귀하가 직접 지불하셔야 할 수도 있습니다.

네트워크 비소속 응급 또는 긴급 진료 보장에 대한 자세한 내용은 본 장의 섹션 H를 참조해 주십시오.

가입자가 네트워크 비소속 의료 서비스 제공자의 진료를 받으신 경우, 해당 의료 서비스 제공자는 반드시 Medicare 또는 Medi-Cal 참여 자격이 있어야만 합니다.

- 당사는 Medicare 및/또는 Medi-Cal 에 참여할 자격이 없는 의료 서비스 제공자에게 지불할 수 없습니다.
- Medicare 참여 자격이 없는 의료 서비스 제공자의 진료를 받으시면, 받으신 서비스 전액에 대해 가입자가 지불하셔야 합니다.
- 서비스 제공자는 Medicare 에 참여할 자격이 없다면 이를 반드시 귀하에게 알려야 합니다.

#### E. 장기 일상 서비스 및 지원(LTSS)을 받는 방법

장기 일상 서비스 및 지원(LTSS)에는 지역 사회 기반 성인 서비스(Community-Based Adult Services, CBAS) 및 요양 시설(NF) 등이 있습니다. 이 서비스는 귀하의 가정, 지역 사회 또는 시설 내에서 이루어질 수 있습니다. LTSS 의 종류는 아래와 같습니다.

- **지역 사회 기반 성인 서비스(Community Based Adult Services, CBAS):** 외래 환자, 시설 기반 서비스 프로그램으로 전문 간호 진료, 사회 보장 서비스, 작업 치료 및 언어 치료, 개인 관리, 가족/간병인 교육 및 지원, 영양 서비스, 이송, 기타 해당하는 자격 요건 기준에 부합하는 서비스.
- **요양원(Nursing Facility, NF):** 가정에서는 안전하게 살 수 없지만 종합 병원에 들어갈 필요는 없는 사람들을 위한 시설입니다.

귀하의 케어 코디네이터가 각 프로그램의 이해를 도와 드릴 것입니다. 이러한 프로그램에 대한 자세한 내용을 알고 싶으시다면 가입자의 케어 코디네이터에게 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## F. 행동 건강(정신 건강 및 약물 남용 장애) 서비스를 받는 방법

또한 Medicare 및 Medi-Cal 에서 보장하고 Health Net Cal MediConnect Mental Health Network 를 통해 행정 처리되는 의료적으로 필요한 행동 건강 서비스를 받으실 수도 있습니다. Health Net Cal MediConnect 를 통해 Medicare 에서 제공하는 행동 건강 서비스를 이용하실 수 있습니다. Medi-Cal 이 보장하는 행동 건강 서비스는 Health Net Cal MediConnect 를 통해서 제공되지 않습니다. Health Net Cal MediConnect 의 유자격 가입자는 Los Angeles 카운티 정신 보건부(DMH) 및 Los Angeles 카운티 공중 보건부(약물 남용 장애 예방 및 관리)(DPH/SAPC)를 통해 이 서비스를 이용하실 수 있습니다.

### F1. 어떤 Medi-Cal 행동 건강 서비스가 Health Net Cal MediConnect 외에서 Los Angeles 카운티 정신 보건부(DMH)와 Los Angeles 카운티 공중 보건부(약물 사용 장애 예방 및 관리)(DPH/SAPC)를 통해 제공되는가?

Medi-Cal 특수 정신 건강 서비스의 의료적 필요 기준에 부합될 경우, Medi-Cal 특수 정신 건강 서비스를 카운티 Mental Health 플랜(MHP)을 통해 이용하실 수 있습니다. Los Angeles 카운티 정신 보건부(Department of Mental Health, DMH) 및 Los Angeles 카운티 공중 보건부(Department of Public Health, DPH), 약물 남용 예방 및 관리(Substance Use Disorder Prevention & Control, SAPC)에 의해 제공되는 Medi-Cal 특수 정신 건강 서비스에는 다음이 포함됩니다.

- 정신 건강 서비스(평가, 치료요법, 재활, 부차적 치료, 플랜 개발)
- 약 지원 서비스
- 일일 집중 치료
- 일일 재활
- 위기 개입
- 위기 안정화
- 성인 거주 치료 서비스
- 위기 거주 치료 서비스
- 정신과 건강 시설 서비스
- 정신과 입원환자 병원 서비스
- 대상 사례 관리

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)을 참조해 주십시오.



의약품 Medi-Cal 의학적 필요성 기준에 부합될 경우 Los Angeles 카운티 공중 보건부(의약품 사용 장애 예방 및 관리)(DPH/SAPC)를 통해 의약품 Medi-Cal 서비스가 제공됩니다. Los Angeles 카운티 공중 보건부(의약품 남용 장애 예방 및 관리)(DPH/SAPC)를 통해 제공되는 의약품 Medi-Cal 서비스에는 다음이 포함됩니다.

- 집중 외래 환자 치료 서비스
- 거주 치료 서비스
- 외래환자 의약품 극복 서비스
- 향 정신성 약물 치료 서비스
- 오피오이드 의존성 치료를 위한 날트렉손 서비스

위에 나열된 Drug Medi-Cal 서비스뿐만 아니라 귀하가 의료적 필요성 기준에 부합된다면 자발적 내래환자 해독 서비스를 이용하실 수도 있습니다.

또한 Medicare에서 보장하고 Health Net Cal MediConnect Mental Health Network를 통해 행정 처리되는 의료적으로 필요한 행동 건강 서비스를 받으실 수도 있습니다. 행동 건강 서비스의 예에는 다음이 포함되지만 이에 국한되지 않습니다.

- 외래 환자 서비스: 약물 사용 장애와 관련된 외래 환자 위기 개입, 단기 평가 및 치료 요법, 중장기 특화 치료 요법, 재활 케어.
- 입원 서비스 및 용품: 두 대 이상의 침대가 있는 병실에서의 숙식(특수 치료과, 용품, 시설에서 통상적으로 제공하는 부가 서비스 포함).
- 입원 및 치료 수준의 변경 Medicare 인증 시설에서의 부분적 입원 및 집중 외래 환자 서비스.
- 해독 치료: 약물 남용 장애와 관련된 급성 해독 치료 및 급성 의료 상태의 치료를 위한 입원 서비스.
- 응급 서비스: 정신과적 응급 의료 상황인지를 결정하기 위한 선별검사, 검사, 평가 및 정신과적 응급 의료 상황의 완화 또는 제거를 위해 필요한 진료 및 치료.

서비스 제공자 관련 자세한 내용은 *서비스 제공자 및 약국 명부*를 참조해 주십시오. Health Net Cal MediConnect 가입자 서비스부에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 또는 당사 웹사이트 [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)을 방문하십시오.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)을 참조해 주십시오.



## 행동 건강 서비스 제외 및 제한 사항

행동 건강 서비스 제외 및 제한 사항 목록은 4장, 섹션, F, 116페이지를 참조하십시오. Health Net Cal MediConnect, Medicare 또는 Medi-Cal에서 보장하지 않는 혜택을 참조해 주십시오.

### 행동 건강 서비스를 위한 의학적 필요성을 결정하는 데 이용되는 절차

보장받기 위해서는 반드시 본 플랜에서 특정 행동 건강 서비스 및 용품을 승인해야 합니다. 사전 승인이 요구되는 서비스에 대한 자세한 내용은 4 장을 참조해 주십시오. 이러한 서비스에 대한 사전 승인을 받으려면 Health Net Cal MediConnect 가입자 서비스부에 1-855-464-3571 (TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 본 플랜은 귀하를 계약을 맺은 가까운 정신 건강 전문가에게 진료 의뢰하고, 해당 전문가는 귀하에게 치료가 더 필요한지를 결정하기 위한 평가를 할 것입니다. 치료가 필요한 경우, 계약 정신 건강 전문가가 치료 계획을 세워 Health Net Cal MediConnect의 검토를 받기 위해 해당 계획을 제출할 것입니다. 치료 계획에 포함되는 서비스는 본 플랜이 승인하는 경우 보장됩니다. 플랜이 치료 계획을 승인하지 않을 경우 그 병증에 관련한 서비스 또는 소모품이 더 이상 보장되지 않습니다. 그러나 플랜은 귀하가 필요로 하는 진료 수령에 도움을 받을 수 있도록 카운티 정신 건강국으로 귀하를 연결시켜 드릴 수 있습니다.

### Health Net Cal MediConnect와 Los Angeles 카운티 정신 보건부(DMH), Los Angeles 카운티 공중 보건부(약물 사용 장애 예방 및 관리)(DPH/SAPC) 간의 진료 의뢰 절차:

Health Net Cal MediConnect 행동 건강 서비스 의뢰는 많은 곳에서 받을 수가 있습니다. 여기에는 카운티 행동 건강 서비스 제공자, 카운티 사례 관리자, PCP, 가입자나 가입자의 가족 등이 포함됩니다. 이러한 진료 의뢰자들은 가입자 ID 카드에 나와 있는 전화번호로 Health Net Cal MediConnect에 문의하시면 됩니다. Health Net Cal MediConnect는 자격 여부를 확인하고 적절한 경우 해당 서비스를 승인합니다.

Health Net Cal MediConnect는 Los Angeles 카운티와 협력하여 귀하에게 적절한 진료 의뢰와 진료 조정을 제공할 것입니다.

카운티 특수 정신 건강(County Specialty Mental Health) 또는 알코올 및 의약품 치료 서비스(Alcohol & Drug Services)로의 진료 의뢰는 귀하가 직접 하실 수도 있습니다.

진료 조정 서비스에는 PCP, 카운티 행동 건강 서비스 제공자, 카운티 사례 관리자, 가입자, 가입자의 가족이나 간병인 사이에서 이루어지는 서비스의 적절한 조정이 포함됩니다.

### 행동 건강 서비스에 대해 문제나 불만이 있는 경우 할 수 있는 일

이 섹션에 포함된 혜택은 다른 혜택과 같은 이의 신청 절차가 적용됩니다. 불만 제기에 대한 자세한 내용은 9장, 섹션 J, 240페이지를 참조하십시오.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## 현재 행동 건강 서비스를 받고 있는 가입자를 위한 지속적인 진료

귀하가 현재 행동 건강 서비스를 받고 있다면, 귀하의 서비스 제공자로부터 계속 진료받을 수 있도록 요청하실 수 있습니다. 자신의 서비스 제공자와의 관계가 이미 가입 12개월 이전부터 존재하고 있었음을 귀하가 보여 줄 수 있는 경우 당사는 그러한 요청을 승인해야 합니다. 귀하의 요청이 승인되면 자신의 현재 의료 서비스 제공자를 12개월까지 계속해서 보실 수 있습니다. 첫 12개월 후에도 귀하가 계속해서 네트워크 비소속 서비스 제공자의 진료를 받으실 경우, 당사는 귀하의 진료에 대해 더 이상 보장하지 않을 수도 있습니다. 가입자의 요청에 대한 지원을 받으시려면, Health Net Cal MediConnect 가입자 서비스부에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주시요. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다.

## G. 이송 서비스를 받는 방법

Health Net Cal MediConnect에서는 ModivCare Solutions, LLC(구 LogistiCare)와 제휴하여 비응급 의료 이송(NEMT) 및 비의료 이송(NMT) 서비스를 당사의 플랜 가입자에게 제공합니다.

### 비응급 의료 이송(Non-Emergency Medical Transportation, NEMT)

비응급 의료 이송은 보장되는 의료 서비스를 받기 위해 필요하고, 의사, 치과 의사 또는 족부 의학과 의사의 서면 처방이 있어야 하며, 수혜자의 의료 및 신체 상태가 버스, 승용차, 택시 또는 다른 유형의 대중 교통수단 또는 사설 운송수단으로 이동할 수 없어야 합니다.

NEMT 이송 혜택에는 다음이 포함됩니다.

- 가입자당 연간 무제한으로 사용 가능한 무료 왕복 교통편
- 구급 이송 수단, 휠체어 밴, 승강기 밴
- 자택에서 진료 약속에 오가는 이송 서비스
- 서비스 지역 내에서는 거리 제한 없음
- 추가 비용 없이 가족 구성원 또는 간병인 한 명 포함
- 의사 진료실에서 오는 길에 운전자에게 약국, 방사선 서비스 제공자, 검사실에 들러 줄 것을 요청할 수 있음

### 비의료 이송(Non-Medical Transportation, NMT)

NMT에는 승용차에 의한 진료 서비스로의 이송 또는 Medi-Cal 서비스 제공자로서 비등록 개인인 사람이 제공하는 기타 형태의 대중 또는 민간 이송이 포함됩니다. 이 서비스는 가입자가 아닌 운전기사에게 마일리지를 환급해 줍니다. 친구 또는 가족이 운전하는 차량을 이용하고 환급을 받으려면 MotivCare에 문의하십시오.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주시요. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)을 참조해 주십시오.





NMT 이송에는 구급 이송 수단, 승강기 밴, 휠체어 밴으로 아프거나, 부상을 입었거나, 요양 중이거나, 병약하거나 또는 그 밖의 장애가 있는 가입자들을 운송하는 의료 이송 서비스가 포함되지 않습니다.

NMT 이송에는 다음이 포함됩니다.

- 가입자당 연간 무제한으로 사용 가능한 무료 왕복 교통편
- 시설 간 이송 서비스
- 택시, 표준 승용차, 미니밴, 기타 대중 교통수단 또는 사설 운송수단
- 마일리지 환급은 가입자가 아닌 운전기사에게 제공됩니다.
- 자택에서 진료 약속에 오가는 이송 서비스
- 서비스 지역 내에서는 거리 제한 없음
- 추가 비용 없이 가족 구성원 또는 간병인 한 명 포함
- 의사 진료실에서 오는 길에 운전자에게 약국, 방사선 서비스 제공자, 검사실에 들러 줄 것을 요청할 수 있음

위에 설명된 이송 서비스를 요청하시려면, Health Net Cal MediConnect 가입자 서비스부에 1-855-464-3571(TTY 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주시십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다.

이송 요청은 비응급 의료 이송 및 비응급 이송 두 경우 모두 반드시 달력 기준으로 7일 이전에 미리 제출하셔야 합니다.

귀하께서 예약 요청을 미리 못하시는 경우, 요청하신 예약 건은 진료 약속의 성격, 의료 서비스 예약 일정이 잡힌 시점, 차량 가용성에 따라 사례별로 고려되고 있습니다.

---

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주시십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.





## H. 의료적 응급 상황 또는 긴급 진료가 필요한 상황, 재난 상황에 보장 서비스를 받는 방법

### H1. 응급 의료 상황에서의 진료

#### 의료적 응급 상황의 정의

의료적 응급 상황이란 심각한 통증이나 심각한 부상 등 의료적 상태나 병증이 있는 것을 말합니다. 상태가 너무나 심각해서 건강 및 의료에 대한 평균적 지식을 갖춘 귀하 혹은 타인이 예측하기에 즉각적인 의료적 처치가 없이는 다음의 일이 일어날 것으로 예측할 수 있는 상태입니다.

- 귀하 혹은 귀하의 태아에 대한 심각한 건강상 위협이 될 위험 상황 또는
- 신체 기능의 중대한 피해 또는
- 신체 기관이나 부위의 중대한 기능 장애 또는
- 임신한 여성의 경우, 실제적인 해산, 즉 아래의 상황이 발생할 수 있는 출산:
  - 해산 전까지 다른 병원으로 안전하게 이송할 시간이 충분치 않은 경우.
  - 다른 병원으로 이송 시 가입자나 태아의 건강 또는 안전에 위협을 가할 상황인 경우.

#### 응급 상황이 일어나는 경우 취할 수 있는 조치

의료적 응급 상황에 처하셨다면:

- **최대한 빨리 도움을 받으십시오.** 911 에 전화하시거나 가장 가까운 응급실 또는 종합 병원을 방문해 주십시오. 필요하다면 구급차를 부르십시오. 이때는 PCP 에게서 사전 승인 또는 진료 의뢰를 먼저 받을 필요가 없습니다.
- **가능한 한 빨리 당사에 귀하의 응급상황에 대하여 알려 주십시오.** 당사는 귀하가 받는 응급 진료에 대해 후속 조치를 해야 합니다. 일반적으로 48 시간 이내에 가입자 혹은 다른 사람이 가입자의 응급 진료에 대해 당사에 알려주셔야 합니다. 단, 당사에 알리는 것이 지연되었더라도 응급 서비스에 대한 비용을 지불하실 필요는 없습니다. 가입자 서비스부에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 문의해 주십시오. 근무 시간 이후나 주말 및 공휴일에는 보안 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다.**의료적 응급 상황에서 보장되는 서비스**

보장된 응급 진료는 미 전역 또는 미 영토 어디서든 필요할 때면 언제든지 받을 수 있습니다. 응급실로 가기 위해 구급 이송이 필요하신 경우 당사 플랜에서는 이를 보장합니다. 자세한 내용은 4 장, 섹션 D, 70 페이지 혜택 차트를 참조해 주십시오.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



미국 외 지역에서 응급 진료를 보장받으실 수도 있습니다. 이 혜택은 연간 \$50,000로 제한합니다. 자세한 내용은 본 책자의 4장 의료 혜택 차트에서 “국제 응급/긴급 보장” 항목을 보거나 가입자 서비스부에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주시요. 근무 시간 이후나 주말 및 공휴일에는 보안 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다.

응급 상황이 끝난 뒤 상태 개선을 위해서 후속 진료가 필요할 수 있습니다. 그러한 후속 진료는 당사가 보장합니다. 네트워크 비소속 서비스 제공자로부터 응급 진료를 받으실 경우, 가능하면 빨리 네트워크 서비스 제공자가 귀하의 진료를 맡게 되도록 노력할 것입니다.

### 응급 상황이 아닌 경우 받은 응급 진료

때로는 자신이 의료적 응급 상황 또는 행동 건강 응급 상황에 처한 것인지 아닌지를 알기가 쉽지 않습니다. 응급 진료를 받으러 갔는데 의사가 응급 상황이 아니었다고 말할 수가 있습니다. 귀하의 건강이 심각한 위험에 처한 상황이었다고 합리적으로 생각하신 한, 당사는 귀하가 받으신 진료를 보장합니다.

그러나 의사가 응급 상황이 아니었다고 말한 뒤에는 아래의 조건에 해당할 때에만 추가 진료를 보장합니다.

- 귀하가 네트워크 서비스 제공자에게 방문하는 경우 또는
- 귀하가 받은 추가 진료가 “긴급하게 필요한 진료”로 간주되고 진료를 받기 위한 규칙을 귀하가 따른 경우. (다음 섹션 참조)

## H2. 긴급하게 필요한 진료

### 긴급하게 필요한 치료의 정의

긴급하게 필요한 진료란 응급 상황은 아니지만 즉각적인 치료를 요하는 갑작스러운 질병, 부상, 상태를 말합니다. 예를 들어, 기존 병증이 악화되어 치료가 필요할 수 있습니다.

### 플랜 서비스 지역에 있을 때 긴급하게 필요한 진료

대부분의 상황에서 아래의 조건에 부합될 때에만 긴급하게 필요한 진료를 보장합니다.

- 네트워크 소속 의료 서비스 제공자에게서 진료를 받은 경우, 그리고
- 본 장에 설명된 다른 규칙들을 귀하가 따른 경우.

그러나 귀하가 네트워크 서비스 제공자를 볼 수 없는 경우, 네트워크 비소속 서비스 제공자에게서 받은 긴급히 필요한 진료를 보장합니다.

심각한 응급 상황에는: “911”에 전화하시거나 가장 가까운 종합 병원을 방문해 주십시오.

상황이 그렇게 심각하지 않다면: 귀하의 PCP나 의료 그룹에 문의해 주십시오. 전화를 할 수 없거나 즉시 진료가 필요하다면 가까운 의료 센터, 긴급 의료 센터, 종합 병원을 방문해 주십시오.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주시요. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



응급 의료적 상태인지 아닌지 확신할 수 없다면 귀하의 의료 그룹이나 PCP에게 문의해서 도움을 청해 주십시오.

가입자의 의료 그룹은 연중무휴 24시간 가입자가 즉각적으로 필요하다고 생각하는 진료에 대한 가입자의 전화에 응답합니다. 의료 그룹에서는 귀하의 상황을 평가하고 어디에 가서 필요한 진료를 받아야 하는지를 알려 드릴 것입니다.

응급 상황인지 긴급 진료가 필요한지 확실하지 않은 경우, 당사 간호사 상담 전화를 밤낮으로 언제든지 이용하실 수 있습니다. 간호사 상담 전화에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. Health Net MediConnect 가입자는 연중무휴 24시간 중증도 분류 또는 선별검사 서비스를 이용할 수 있습니다. 의료 서비스 제공자를 찾는 데 도움을 받고자 하는 경우, 가입자 서비스부에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 가입자 서비스부에서 간호사 상담 전화로 연결해 드릴 수도 있습니다. 가입자 서비스부는 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 이용하실 수 있습니다. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다.

### 플랜 서비스 지역 외부에 있을 때 긴급하게 필요한 진료

귀하가 플랜의 서비스 지역 밖에 있는 경우, 네트워크 서비스 제공자에게서 진료를 받을 수가 없는 경우도 있습니다. 그런 경우, 당사 플랜은 귀하가 어떤 서비스 제공자에게서 받은 긴급하게 필요한 진료를 보장해 드립니다.

당사 플랜은 미국 외 지역에서 받은 긴급하게 필요한 진료 또는 기타 **비용급** 진료를 보장하지 않습니다.

미국 외 지역에서 받은 긴급하게 필요한 서비스는 전 세계 응급/긴급 상황 보장 혜택 하에서의 응급 상황으로 간주될 수도 있습니다. 자세한 내용은 본 책자의 4장 의료 혜택 차트에서 "전 세계 응급/긴급 상황 보장" 항목을 참조해 주십시오.

### H3. 재난 상황 중 의료 서비스

주지사, 미국 보건복지부 장관, 미국 대통령이 귀하 지역에 대하여 재난 상태 혹은 비상 사태를 선포한 경우에도, 귀하는 여전히 Health Net Cal MediConnect 로부터 진료를 받을 자격이 있습니다.

재난이 선언된 상황에서 진료를 받는 방법에 대한 자세한 내용은 당사 웹사이트 [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.

재난 상황 중에 네트워크 서비스 제공자의 서비스를 받으실 수 없을 경우, 네트워크 비소속 서비스 제공자의 서비스를 무료로 받으실 수 있도록 할 것입니다. 재난 상황 중에 네트워크 소속 약국을 이용하실 수 없는 경우, 네트워크 비소속 약국에서 처방약을 조제하실 수 있습니다. 자세한 내용은 5 장을 참조해 주십시오.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## I. 당사 플랜에서 보장하는 서비스 비용이 가입자에게 직접 청구된 경우에 해야 할 일

의료 서비스 제공자가 청구서를 플랜에 보내는 대신 가입자에게 직접 보냈다면, 청구 요금 중 당사가 부담해야 하는 부분에 대하여 지불을 요청해 주십시오.

**청구 비용을 가입자가 직접 지불하시면 안 됩니다. 직접 지불하면 플랜에서 귀하께 돈을 환급하지 못할 수도 있습니다.**

보장 서비스에 대해 지불하셨거나 혹은 보장 의료 서비스에 대한 비용 전액을 청구받으셨다면 7 장, 섹션 A, 154 페이지의 해야 할 일을 참조해 주십시오.

### 11. 플랜에서 서비스를 보장하지 않는 경우

Health Net Cal MediConnect에서는 하기의 모든 서비스를 보장합니다.

- 의학적으로 필요한 것으로 결정된 서비스 및
- 플랜의 혜택 차트(4 장, 섹션 D, 70 페이지 참조)에 수록된 서비스 그리고
- 플랜의 규칙에 따라 귀하가 받는 서비스.

당사 플랜이 보장하지 않는 서비스를 귀하가 받는 경우, **진료비 전액을 귀하가 반드시 부담하셔야 합니다.**

당사가 어떤 의료 서비스 또는 진료를 지불할지 알기 원하신다면, 귀하는 당사에게 이를 문의하실 권리가 있습니다. 귀하에게는 서면으로 다음에 대하여 문의할 권리가 있습니다. 귀하가 받으신 서비스에 대해 당사가 지불하지 않는 경우, 귀하는 당사의 결정에 이의를 신청하실 권리가 있습니다.

당사가 의료 품목 또는 서비스를 보장하기 원할 때 어떻게 해야 하는지에 대한 설명은 9 장, 섹션 D, 200 페이지를 참조해 주십시오. 당사의 보장 결정에 대해 이의 신청하는 방법도 나와 있습니다. 이의 신청에 대한 귀하의 권리에 대해서는 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

당사는 특정 한도까지 일부 서비스에 대해 지불할 것입니다. 그 한도를 넘어간 뒤 동종 서비스를 더 받으시려면 귀하가 전액을 내셔야 합니다. 해당 한도는 어느 정도이며 귀하가 해당 한도에 얼마나 도달했는지 알아보시려면 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)을 참조해 주십시오.



## J. 임상 연구 시험 참여 시 의료 서비스 보장

### J1. 임상 연구 실험의 정의

임상 연구 실험(임상 실험이라고도 함)은 의사들이 신중 치료 또는 의약품을 시험하는 방법입니다. 실험에 참여할 자원자들을 대상으로 실시합니다. 이런 종류의 연구를 통해 의사들은 새로운 종류의 의료 또는 의약품이 효과가 있는지, 안전한지를 결정할 수 있습니다.

Medicare 에서 귀하가 참여를 원하는 실험을 승인하면 실험 담당자가 귀하에게 연락을 할 것입니다. 그 담당자가 해당 연구에 대해 설명하고 가입자의 참가 자격 여부를 확인합니다. 귀하가 요구 조건에 부합되는 한 연구에 참여하실 수가 있습니다. 귀하는 이 연구에서 자신이 무엇을 해야 하는지를 반드시 이해하고 이를 수락해야 합니다.

귀하가 연구에 참여하는 동안 당사 플랜 등록 상태를 유지할 수 있습니다. 그럼으로써 연구에 관련되지 않은 당사 플랜의 진료를 계속해서 받으실 수 있습니다.

Medicare 승인 임상 연구 실험에 참여하고 싶으신 경우, 당사나 주치의로부터 승인을 받으실 필요가 *없습니다*. 연구의 일환으로 귀하에게 진료를 제공하는 서비스 제공자는 네트워크 소속일 필요가 *없습니다*.

**임상 연구 실험에 참여하시기 전에 당사에 이를 알려 주셔야 합니다.**

귀하가 임상 연구 실험에 참여할 계획이라면 귀하나 귀하의 케어 코디네이터가 가입자 서비스부에 연락하여 해당 사실을 알려야 합니다.

### J2. 임상 연구 실험 참여 시 서비스 이용 요금

Medicare 승인 임상 연구 실험에 스스로 참여하시는 경우, 연구 도중 당사 서비스로 보장되는 사안에 대해서는 일체의 부담이 발생하지 않으며, Medicare 는 귀하가 연구 중 받은 서비스나 진료 관련 일상적인 진료 서비스에 대한 비용을 부담합니다. Medicare 승인 임상 연구 실험에 참가하시게 되면, 실험의 일환으로 받는 대부분의 항목 및 서비스를 보장받습니다. 여기에는 다음 항목이 포함됩니다.

- 귀하가 연구에 참여하지 않았더라도 Medicare 가 지불하는 병원 입원을 위한 병실 및 숙식.
- 해당 연구의 일환으로 받는 수술 및 기타 의료 시술.
- 새로운 진료의 부작용 및 합병증 치료.

귀하가 Medicare 가 **승인하지 않은** 실험에 참가한다면, 실험에 참여하는 데 드는 모든 비용을 귀하가 지불하셔야 합니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주시요. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



### J3. 임상연구 시험에 대해 자세히 알아보기

임상 연구 실험에 참여하는 것에 대한 자세한 내용은 “Medicare & Clinical Research Studies”라는 제목의 글을 Medicare 웹사이트([www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf))에서 참조해 주십시오. 가입자는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 연중무휴 24 시간 전화하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화해 주십시오.

## K. 종교적 비의료 서비스 기관에서 진료를 받는 경우 의료 서비스를 보장받는 방법

### K1. 종교적 비의료 서비스 기관의 정의

종교적 비의료 서비스 기관이란 일반적으로 병원이나 전문 간호 시설에서 받는 진료를 제공하는 장소를 말합니다. 병원 또는 전문 간호 시설에서 받는 진료가 가입자의 종교적 신념에 위배된다면, 대신 종교적 비의료 서비스 기관을 통해 받는 케어를 보장할 것입니다.

언제라도 어떤 이유에서라도 건강 진료를 받고자 선택하실 수가 있습니다. 이 혜택은 Medicare Part A 입원 서비스(비의료 건강 진료 서비스)를 통해서만 제공됩니다. Medicare 에서는 종교적 비의료 서비스 기관이 제공한 비의료적 진료 서비스만을 비용을 지불할 것입니다.

### K2. 종교적 비의료 서비스 기관에서 진료 받기

종교적 비의료 서비스 기관에서 진료를 받으시려면 “비제외” 치료 받는 것에 반대한다는 법적 서류에 서명하셔야 합니다.

- “비제외” 치료란 연방 정부, 주 정부, 지방 법규에 요구되지 않는, 자발적인 모든 진료를 말합니다.
- “제외” 치료란 연방 정부, 주 정부, 지방 법규에 요구되는, 자발적이지 않은 진료를 말합니다.

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

- 진료를 제공하는 시설이 Medicare 인증 시설이어야 합니다.
- 당사 플랜이 보장하는 서비스는 진료의 비종교적 측면으로 제한됩니다.
- 귀하가 시설에 머무는 동안 이러한 기관으로부터 서비스를 받으신 경우, 다음 조건이 적용됩니다.
  - 입원 병원 진료 또는 전문 간호 시설 진료를 통해 보장 서비스를 받을 수 있게 해 주는 병증을 갖고 있어야 합니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



- 그 시설에 입원하기 전에 당사 플랜의 사전 승인을 반드시 받아야 합니다. 그렇지 않으면 입원이 보장되지 않습니다.

가입자가 위 요건을 충족하는 한 입원 치료에 대해 무제한 보장이 적용됩니다.

## L. 내구성 의료 장비(DME)

### L1. 당사 플랜의 가입자로서 DME

DME 란 가입자가 자신의 집에서 사용하도록 의료 서비스 제공자가 주문한 품목을 말합니다. 이런 품목의 예는 휠체어, 목발, 전동 매트리스 시스템, 당뇨병 관련 공급품, 가정 사용용으로 의료 서비스 제공자가 주문한 병원 침대, 정맥(IV) 주입 펌프, 음성 발생 장치, 산소 장비 및 비품, 분무기, 보행보조기 등입니다.

보철 같은 일정 품목은 가입자가 언제든지 소유할 수 있습니다.

본 섹션에서는 임대해야 하는 DME 에 대해 설명합니다. Health Net Cal MediConnect 가입자로서, 해당 품목이 의학적으로 필요하고 장기간 필요로 하는 한, 가입자는 임대한 DME 의 소유권을 가지게 되실 수도 있습니다. 또한, 해당 품목은 담당 PCP, 의료 그룹 또는 Health Net Cal MediConnect 에서 승인하고 배정하고 조정해야 합니다. Health Net Cal MediConnect 가입자 서비스부에 1-855-464-3571(TTY: 711)로 전화하여 내구성 의료 장비의 대여나 소유 또는 가입자가 제출해야 하는 서류에 대하여 자세히 알아보십시오. 서비스 운영 시간은 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시입니다. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다.

특정 상황에서 당사는 귀하에게 DME 품목의 소유권을 이전합니다. 가입자 서비스부에 전화하여 요구조건과 제출하여야 하는 서류에 대해 알아보실 수 있습니다.

당사 플랜 가입자으로 계신 동안 내구성 의료기기의 소유권을 획득한 상태에서 기기의 정비나 수리가 필요한 경우, 의료 서비스 제공자가 수리비용을 귀하에게 청구할 수도 있습니다.

### L2. Original Medicare 또는 Medicare Advantage 로 전환 시 DME 소유권

Original Medicare 프로그램에서 특정 유형의 DME 를 임대한 사람들은 13 개월 동안 임대한 후에 소유하게 됩니다. Medicare Advantage 플랜에서는 특정 유형의 DME 를 소유하기까지 필수 임대 기간을 개월 수로 플랜이 지정할 수 있습니다.

**유의사항:** Original Medicare 와 Medicare Advantage 플랜의 정의는 12 장에 나와 있습니다. *Medicare & You 2022* 안내서에서도 정보를 찾을 수 있습니다. 이 책자의 사본이 없으시면 Medicare 웹사이트([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov))에서 찾으시거나 연중무휴 24 시간 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 받으실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화해 주십시오.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.





Original Medicare 하에서 지불금을 13 회 연속으로 지불하시거나 Medicare Advantage 플랜에서 정한 연속 지불 횟수대로 지불하신 후, 아래 경우에 해당하면 DME 품목을 소유하실 수 있습니다.

- 플랜 가입 기간 동안 DME 품목의 소유자가 되지 못하신 경우, **그리고**
- 본 플랜을 해지하고 Original Medicare 프로그램 또는 Medicare Advantage 플랜이 아닌 보험으로 혜택을 받게 됩니다.

본 플랜에 가입하기 전에 Original Medicare 또는 Medicare Advantage 플랜에서 이 DME 지불금을 내고 있었다면, 해당 **Original Medicare 또는 Medicare Advantage 지불금은 본 플랜 해지 후 납입해야 하는 지불금에 포함되지 않습니다.**

- DME 품목을 소유하려면 Original Medicare 에서 신규로 지불금을 13 회 연속 납입하거나, Medicare Advantage 플랜에서 연속 횟수를 정해야 합니다.
- Original Medicare 또는 Medicare Advantage 플랜으로 돌아가도 이 부분에 대해서는 예외가 없습니다.

### L3. 당사 플랜 가입자로서 산소 장비 혜택

Medicare 에서 보장하는 산소 장비에 대한 자격이 있고 당사 플랜의 가입자인 경우, 당사는 다음을 보장합니다.

- 산소 장비 임대
- 산소 및 산소 함유물 배송
- 산소 및 산소 함유물 배송을 위한 튜브 및 관련 부속품
- 산소 장비 유지 보수 및 수리

산소 장비가 귀하에게 더 이상 의학적으로 필요하지 않거나 귀하가 당사 플랜에서 탈퇴하는 경우, 본래 소유권자에게 반환되어야 합니다.

### L4. Original Medicare 또는 Medicare Advantage 로 전환 시 산소 장비

산소 장비가 의학적으로 필요하고 귀하가 당사 플랜을 떠나 **Original Medicare 로 전환**하는 경우, 귀하는 공급업체로부터 36 개월 동안 해당 장비를 임대하게 됩니다. 월 임대료에는 위에 명시된 산소 장비, 용품, 서비스가 포함됩니다.

**산소 장비를 36 개월 동안 임대 한 후에도** 의학적으로 필요한 경우:

- 공급업체는 추가 24 개월 동안 산소 장비, 용품 및 서비스를 제공해야 합니다.
- 의학적으로 필요한 경우 공급업체는 최대 5 년 동안 산소 장비 및 용품을 제공해야 합니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주시요. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.





**5 년이 지난 후에도 산소 장비가 여전히 의학적으로 필요한 경우:**

- 공급업체는 더 이상 이를 제공할 필요가 없으며, 귀하는 어떤 공급업체든지 교체 장비를 받도록 선택하실 수 있습니다.
- 새로운 5 년의 기간이 다시 시작됩니다.
- 공급업체로부터 36 개월 동안 임대합니다.
- 공급업체가 추가 24 개월 동안 산소 장비, 용품 및 서비스를 제공해야 합니다.
- 산소 장비가 의학적으로 필요한 한, 5 년마다 새로운 주기가 시작됩니다.

산소 장비가 의학적으로 필요하고 귀하가 **당사 플랜을 떠나 Medicare Advantage 플랜으로 전환**하는 경우, 본 플랜은 최소한 Original Medicare 가 보장하는 서비스를 보장합니다. Medicare Advantage 플랜에 어떤 산소 장비 및 용품이 보장되는지, 비용이 얼마인지 문의하실 수 있습니다.

---

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## 4장: 혜택 차트

---

### 개요

이 장에는 Health Net Cal MediConnect 의 보장 서비스와 제한 사항 또는 한도가 나와 있습니다. 본 플랜에서 보장하지 않는 혜택도 소개합니다. 주요 용어와 정의는 *가입자 안내서*의 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

### 목차

A. 보장 서비스 .....	67
A1. 공공 보건 응급 상황 기간 중 .....	67
B. 보험 가입자에게 진료비를 청구하는 서비스 제공자에 대한 규칙 .....	67
C. 본 플랜의 혜택 차트.....	68
D. 혜택 차트.....	70
E. Health Net Cal MediConnect 외부에서 보장되는 혜택.....	114
E1. California Community Transitions (CCT) .....	114
E2. Medi-Cal 치과 프로그램 .....	115
E3. 호스피스 의료 .....	115
F. Health Net Cal MediConnect, Medicare 또는 Medi-Cal 에서 보장하지 않는 혜택.....	116

---

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## A. 보장 서비스

이 장에서는 Health Net Cal MediConnect 가 어떤 서비스에 대해 지불하는지를 설명합니다. 보장되지 않는 서비스가 무엇인지도 말해 줍니다. 의약품 혜택에 대한 정보는 5 장, 섹션 A, 123 페이지에 설명되어 있습니다. 본 장은 일부 서비스에 가해지는 제한 사항을 설명해 줍니다.

귀하는 Medi-Cal 의 지원을 받으시기 때문에 본 플랜 규칙을 따르시는 한, 보장 서비스에 대해서 아무것도 지불하지 않습니다. 플랜의 규칙에 대한 자세한 정보는 3 장, 섹션 B, 43 페이지를 참조하십시오.

보장 서비스를 이해하는 데 도움이 필요하시면 케어 코디네이터 또는 가입자 서비스부에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다.

### A1. 공공 보건 응급 상황 기간 중

Health Net Cal MediConnect 는 공중 보건 응급 상황(PHE)과 관련된 모든 주 및/또는 연방 지침을 준수합니다. PHE 기간 동안, 플랜은 당사 가입자에게 필요한 모든 보장 혜택을 제공할 것입니다. 보장 범위는 제공받은 서비스와 PHE 기간에 따라 달라질 수 있습니다. PHE 기간 중 진료를 받는 방법에 대한 자세한 내용은 당사 웹사이트 [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조하시거나 가입자 서비스부에 문의해 주십시오. 가입자 서비스부에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다.

## B. 보험 가입자에게 진료비를 청구하는 서비스 제공자에 대한 규칙

Health Net Cal MediConnect 서비스 제공자들은 보장 서비스에 대해 귀하에게 직접 대금을 청구해서는 안 됩니다. 당사는 의료 서비스 제공자들에게 직접 대금을 지불하며, 모든 지불 청구로부터 귀하를 보호합니다. 의료 서비스 제공자가 서비스에 대해 청구하는 금액보다 낮은 금액을 당사가 지불하더라도 그렇습니다.

귀하는 서비스 제공자에게서 보장 서비스에 대한 지불 청구서를 받으시면 안 됩니다. 받은 경우, 7 장, 섹션 A, 151 페이지를 참조하시거나 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## C. 본 플랜의 혜택 차트

혜택 차트는 본 플랜이 지불하는 서비스가 무엇인지를 말해 줍니다. 서비스 범주가 알파벳순으로 수록되어 있고 보장 서비스를 설명합니다.

**당사는 아래 규칙이 준수되는 경우에 한해 혜택 차트에 열거된 서비스에 대한 비용을 지불합니다.** 아래 설명된 보장 요건을 충족하는 한 귀하는 혜택 차트에 수록된 서비스에 대해 아무것도 지불하지 않습니다.

- 귀하의 Medicare 및 Medi-Cal 보장 서비스는 반드시 Medicare 및 Medi-Cal 에서 정한 규칙에 따라 제공되어야 합니다.
- 서비스(의료 서비스, 행동 건강 및 의약품 사용 서비스, 장기 서비스 및 지원, 용품, 의료 장비, 의약품 포함)는 의학적으로 필요한 것이라야 합니다. 의학적으로 필요하다는 말은 귀하의 의료 상태를 예방, 진단, 치료하거나 현 건강 상태를 유지하기 위해서 그와 같은 서비스가 필요하다는 것을 뜻합니다. 여기에는 귀하가 종합 병원 또는 양로원에 들어가지 않을 수 있게 해 주는 진료도 포함됩니다. 이는 또한 해당 서비스, 용품 또는 의약품이 용인된 의료 행위 표준에 부합됨을 뜻합니다. 생명을 보호하고 중대한 질병이나 심각한 장애를 예방하거나 중증 통증을 완화하기 위해 합리적이고 필요할 때 의료적으로 필요한 서비스입니다.
- 네트워크 의료 서비스 제공자에게서 서비스를 받습니다. 네트워크 서비스 제공자란 당사와 협약한 서비스 제공자를 뜻합니다. 대부분의 경우 네트워크 비소속 의료 서비스 제공자에게서 받은 진료는 당사가 지불하지 않습니다. 3 장, 섹션 D, 46 페이지에 네트워크 소속 및 비소속 의료 서비스 제공자 이용에 대한 자세한 내용이 나와 있습니다.
- 귀하는 주치의(PCP) 또는 진료 팀이 있으며 이들이 귀하가 받는 진료를 제공하고 관리합니다. 대부분의 경우 가입자가 PCP 외의 의사 또는 플랜 네트워크 내의 다른 서비스 제공자를 방문하기 전에 PCP 가 이를 승인해야 합니다. 이것을 진료 의뢰라고 합니다. 3 장, 섹션 D, 46 페이지에 진료 의뢰에 대한 자세한 내용이 나와 있으며 언제 진료의뢰가 필요하지 않은지가 설명되어 있습니다.
- 귀하는 담당 PCP 의료 그룹과 협약한 서비스 제공자로부터 진료를 받으셔야 합니다. 자세한 내용은 3 장, 섹션 D, 46 페이지를 참조하십시오.
- 혜택 차트에 수록된 서비스 중 일부는 담당 의사 또는 기타 네트워크 서비스 제공자가 당사의 승인을 미리 받았을 때만 보장됩니다. 이것을 사전 승인이라고 합니다. 사전 승인이 필요한 보장 서비스는 혜택 차트에 이탤릭체로 표기되어 있습니다.
- 모든 예방 서비스는 무료입니다. 혜택 차트의 예방 서비스 옆에 이러한 사과 🍏 모양이 표시됩니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.




- 진료 플랜 선택(Care Plan Optional, CPO) 서비스는 개별 진료 플랜에 따라 이용하실 수 있습니다. 이러한 서비스는 가정 환경에서 더 많은 도움(예: 식사, 가입자 또는 간병인을 위한 도움, 샤워 손잡이 및 경사로)을 제공합니다. 이러한 서비스는 가입자가 보다 독립적으로 생활할 수 있도록 지원하지만 Medi-Cal 에 따라 승인된 LTSS(장기 서비스 및 지원)를 대체하지는 **않습니다**. Health Net Cal MediConnect 에서 과거에 제공한 CPO 서비스에는 다음과 같은 서비스가 포함됩니다. 6 개월마다 최대 24 시간 가족 간병인을 위한 임시 간호 및 가입자를 지역 사회 리소스에 연계하는 것을 목표로 가정 방문 일정을 잡고 수행하는 특별 그룹 서비스(Special Services for Groups, SSG). 도움이 필요하시거나 CPO 서비스가 어떤 도움을 주는지 알아보시려면 담당 케어 코디네이터에게 문의해 주십시오.

---

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## D. 혜택 차트

본 플랜이 지불하는 서비스	
	<p><b>복부 대동맥류 검사</b></p> <p>당사는 위험률이 높은 분들을 위해 초음파 검사 1 회에 대한 비용을 지불합니다. 본 플랜은 귀하가 특정 위험 인자를 보유하고 있고, 담당 의사, 보조 의사, 전문 간호사, 임상 간호 전문가로부터 이에 대한 진료 의뢰를 받았을 때에만 이 선별검사를 보장합니다.</p> <p><i>귀하의 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.</i></p> <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.</i></p>
	<p><b>침술</b></p> <p>당사는 한 달에 최대 2 회 또는 의학적으로 필요하다면 더 자주 외래 환자 침술 서비스에 대한 비용을 지불합니다.</p> <p>또한, 당사는 다음과 같이 정의된 만성 요통의 경우 90 일 동안 최대 12 회 침술 치료 방문에 대해 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 12 주 이상 지속.</li> <li>• 특정할 수 없음(확인할 수 있는 구체적 원인이 없음. 예: 전이성, 염증성 또는 전염성 질병과 관련이 없음).</li> <li>• 수술과 관련이 없음. <b>그리고</b></li> <li>• 임신과 관련이 없음.</li> </ul> <p>또한, 당사는 만성 요통이 개선된 경우 추가 8 회의 침술에 대한 비용을 지불합니다. 만성 요통에 대한 침술 치료는 연간 20 회를 초과하여 받으실 수 없습니다.</p> <p>만성 요통에 대한 침술 치료는 상태가 나아지지 않거나 악화되면 중단해야 합니다.</p>



**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



본 플랜이 지불하는 서비스	
	<p><b>알코올 남용 선별검사 및 상담</b></p> <p>당사는 술 남용 선별검사(SBIRT)를 술을 남용하지만 술에 의존적이지 않은 성인에 대해 1 회에 한해 지불합니다. 여기에는 임신 여성도 포함됩니다.</p> <p>알코올 남용 선별검사 결과가 양성인 경우, 1 차 진료 환경에서 자격을 갖춘 주치의나 임상사와 연간 4 회까지 간단한 대면 상담을 받으실 수 있습니다(상담 참여 능력이 있고 기민한 경우).</p> <p><i>귀하의 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.</i></p> <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.</i></p>
	<p><b>구급 이송 서비스</b></p> <p>보장된 구급 이송 서비스에는 지상, 고정 날개, 회전 날개 구급 이송 서비스가 포함됩니다. 구급차는 귀하에게 진료를 제공할 수 있는 가까운 장소로 데려가 줍니다.</p> <p>귀하의 상태가 심각해서 다른 방편으로 진료 장소로 이동하는 것은 귀하의 건강이나 생명에 위험한 상황이어야 합니다. 다른 경우를 위한 구급 이송 서비스는 반드시 당사가 승인해야 합니다.</p> <p>응급 상황이 아닌 경우, 당사가 구급 이송 서비스에 대해 지불할 수도 있습니다. 귀하의 상태가 심각해서 다른 방편으로 진료 장소로 이동하는 것이 귀하의 생명이나 건강에 위험한 상황이어야 합니다.</p> <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.</i></p>
	<p><b>연례 웰니스 방문</b></p> <p>귀하는 연례적 건강검진을 받을 수 있습니다. 이것은 귀하의 현재 위험 인자에 근거해서 예방 플랜을 짜거나 이를 업데이트하는 것을 말합니다. 당사는 이 방문에 대해 12 개월마다 한 번씩 지불합니다.</p> <p><i>귀하의 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.</i></p> <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.</i></p>

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주시요. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.






본 플랜이 지불하는 서비스	
	<p><b>골밀도 측정</b></p> <p>당사는 자격이 있는 가입자들(대개 골밀도 손실이나 골다공증 위험이 높은 사람)을 위해 일부 의료 절차를 지불합니다. 그러한 절차는 골밀도, 골손실, 골의 질을 알기 위한 절차입니다.</p> <p>당사는 그러한 서비스에 대해 매 24 개월마다 한번씩 또는 의료적으로 필요하다면 더 자주 지불합니다. 또한 의사가 검사 결과를 살펴보고 설명해 주는 서비스에 대해 지불합니다.</p> <p><i>귀하의 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.</i></p> <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.</i></p>
	<p><b>유방암 선별검사(유방조영상)</b></p> <p>당사는 다음 서비스에 대해 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 35 세에서 39 세 사이 여성의 경우 베이스라인 유방조영상 1 회</li> <li>• 40 세 이상 여성의 경우 12 개월마다 선별검사 유방조영상 1 회</li> <li>• 임상적 유방 검사는 24 개월마다 1 회</li> </ul> <p><i>귀하의 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.</i></p> <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.</i></p>
	<p><b>심장 재활 서비스</b></p> <p>당사는 운동, 교육, 상담과 같은 심장 재활 서비스에 대해 지불합니다. 가입자들은 의사의 진료 의뢰와 함께 특정 조건에 부합되어야 합니다.</p> <p>당사는 또한 심장 재활 프로그램보다 더 강도 높은 집중 심장 재활 프로그램도 보장합니다.</p> <p><i>귀하의 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.</i></p> <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.</i></p>

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.






본 플랜이 지불하는 서비스	
	<p><b>심장 질환 위험인자 축소 방문(심장 질환 치료요법)</b></p> <p>본 플랜에서는 심장 질환 위험 인자를 낮추기 위한 주치의 방문에 대해 1 년에 1 회 혹은 의학적으로 필요한 경우 1 회 이상 지불합니다. 방문 중 귀하의 의사는 아래의 항목을 수행할 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 아스피린 사용에 대한 의논,</li> <li>• 혈압 측정 <b>및/또는</b></li> <li>• 음식을 잘 섭취하고 있는지 확인하는 방법 제공.</li> </ul> <p><i>귀하의 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.</i></p> <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.</i></p>
	<p><b>심장 질환 검사</b></p> <p>당사는 매 5 년(60 개월)마다 한번씩 심장 질환을 검사하기 위한 혈액 검사에 대해 대금을 지불합니다. 이 혈액 검사는 심장 질환 위험 인자가 높은 경우 문제가 없는지를 검사합니다.</p> <p><i>귀하의 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.</i></p> <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.</i></p>
	<p><b>자궁경부암, 질 암 선별검사</b></p> <p>당사는 다음 서비스에 대해 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 여성 가입자: 팍테스트와 골반 검사는 매 24 개월마다 1 회씩</li> <li>• 자궁 경부암 또는 질암 위험 인자가 높은 여성의 경우 12 개월마다 1 회씩 팍테스트</li> <li>• 최근 3년 이내에 팍테스트 결과가 비정상적으로 나왔으며 가입 연령인 여성의 경우: 12개월마다 팍테스트 1회</li> <li>• 만 30 세~만 65 세 여성의 경우: 5 년마다 인체 유두종 바이러스(HPV) 검사 또는 자궁 경부암 검사 1 회</li> </ul> <p><i>귀하의 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.</i></p> <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.</i></p>

문의 사항은 Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. 추가 정보가 필요하시면,



[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



본 플랜이 지불하는 서비스	
	<p><b>카이로프랙틱 서비스</b></p> <p>당사는 다음 서비스에 대해 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 척추를 바로잡기 위한 교정 치료</li> </ul> <p><i>귀하의 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.</i></p> <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.</i></p>
	<p><b>대장암 선별검사</b></p> <p>50 세 이상인 분들을 위해 당사는 아래 서비스에 대해 대금을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 매 48 개월마다 유연한 S 상 결장경검사(또는 바륨 관장 선별검사)</li> <li>• 분변잠혈검사, 매 12 개월마다</li> <li>• 구아약 기반 분변잠혈검사 또는 대변잠혈반응검사, 매 12 개월마다</li> <li>• DNA 기반 결장 선별검사, 매 3 년마다</li> <li>• 매 10 년마다 대장 내시경 검사(S 상 결장경검사 후 48 개월이 지나야 받을 수 있음)</li> <li>• 대장암 위험 인자가 높은 사람에 대하여 대장 내시경 검사(또는 바륨 관장 선별검사), 매 24 개월마다</li> </ul> <p><i>귀하의 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.</i></p> <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.</i></p>
	<p><b>지역 사회 기반 성인 서비스(Community Based Adult Services, CBAS)</b></p> <p>CBAS 는 시설에서 제공되는 외래환자 서비스로 정해진 스케줄에 따라 참여하는 프로그램입니다. 이를 통해 전문 간호 케어, 소셜 서비스, 요법(작업요법, 물리치료, 언어치료 포함), 개인 위생, 가정/케어 서비스 제공자 교육 및 지원, 영양 서비스, 교통편, 기타 서비스가 제공됩니다. 귀하가 자격 요건에 부합되면 당사는 CBAS 에 대해 대금을 지불합니다.</p> <p><b>유의사항:</b> CBAS 시설을 이용할 수 없는 경우, 당사는 이러한 서비스를 별도로 제공할 수 있습니다.</p> <p><i>귀하의 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.</i></p> <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.</i></p>

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



본 플랜이 지불하는 서비스	
	<p><b>흡연 또는 담배 이용 중지를 위한 상담</b></p> <p>귀하가 담배를 이용하나 담배 관련 질병의 징조나 증세가 없고 금연을 원하거나 금연이 필요한 경우:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>당사는 예방 서비스로서 12 개월 기간 동안 두 차례 금연 시도에 대해 대금을 지불합니다. 귀하는 본 서비스를 무료로 받으십니다. 각 이용 중지 시도는 최대 4 회의 대면 상담 방문을 포함합니다.</li> </ul> <p>담배를 사용하고, 담배 관련 질병을 진단받았거나 담배에 의한 약물대사의 영향이 있는 약품을 복용하는 경우:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>당사는 12 개월 기간 동안 두 차례 금연 시도를 위한 상담 비용에 대해 대금을 지불합니다. 각 회의 상담 시도는 최대 4 회의 대면 방문을 포함합니다.</li> </ul> <p>임신 중이라면 사전 승인을 받고서 횟수에 제한 없이 담배 중지 상담을 받을 수 있습니다.</p> <p><i>귀하의 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.</i></p> <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.</i></p>
	<p><b>치과 서비스</b></p> <p>Medi-Cal 치과 프로그램을 통해 스케일링, 필링, 전체 의치를 포함한 특정 치과 서비스를 이용할 수 있습니다. 이 혜택에 대한 자세한 내용은 섹션 E2 를 참조하십시오.</p> <p><i>귀하의 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.</i></p> <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.</i></p>
	<p><b>우울증 선별검사</b></p> <p>당사는 해마다 1 회 우울증 선별검사에 대해 대금을 지불합니다. 이 선별검사는 후속 치료 및 진료 의뢰로 이어질 수 있도록 반드시 1 차 진료 환경에서 이루어져야 합니다.</p> <p><i>귀하의 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.</i></p> <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.</i></p>

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주시요. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## 본 플랜이 지불하는 서비스



### 당뇨병 선별검사

귀하가 아래 위험 인자 중 하나라도 갖고 있는 경우 당사는 이 선별검사(공복 글루코스 검사 포함)에 대해 대금을 지불합니다.

- 고혈압
- 비정상적 콜리스테롤 및 트리글리세라이드 수준 병력(이상지혈증)
- 비만
- 고혈당(글루코스) 병력

다른 몇몇 경우 검사가 보장될 수 있습니다. 예를 들면 귀하가 과체중이고 당뇨 가족력이 있는 경우.

검사 결과에 따라 귀하는 매 12 개월마다 2 회까지 당뇨병 선별검사를 받을 자격이 있을 수 있습니다.

*귀하의 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.*

*보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.*

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## 본 플랜이 지불하는 서비스



### 당뇨병 자기 관리 교육, 당뇨병 서비스 및 용품

당사는 당뇨병 환자(인슐린 사용 여부에 관계 없음)를 위한 아래 서비스에 대해 지불합니다.

- 아래 품목을 포함하는 혈당 측정 용품:
  - 혈액 글루코스 모니터
  - 혈액 글루코스 검사 스트립
  - 피침 기기 및 피침
  - 검사 용지 및 모니터의 정확성 확인을 위한 정도 관리물질
- 당뇨병 환자 중 심각한 당뇨병성 족부 질환이 있는 경우, 당사는 다음에 대한 비용을 지불합니다.
  - 깔개를 포함한 치료용 맞춤형 신발 1 쌍(피팅 포함) 및 매 달력 연도마다 깔개 2 쌍 또는
  - 매해 깊이 신발 1 쌍(피팅 포함) 및 깔개 3 쌍(신발에 달려오는 비맞춤형 탈착식 깔개는 비포함)
- 일부의 경우 당사는 당뇨병 관리를 위해 귀하가 받는 교육에 대해 대금을 지불합니다. 자세한 내용은 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

당뇨병 혈당 측정기 및 용품은 약국에서 구입 시 Accu-Check 와 OneTouch 제품으로 제한됩니다. 사전 승인된 경우가 아니면 다른 상표는 보장되지 않습니다

*귀하의 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.*

*보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.*

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## 본 플랜이 지불하는 서비스

### 내구성 의료 장비(DME) 및 관련 의료 용품

(“내구성 의료 장비(DME)”의 정의는 본 안내서의 12 장, 269 페이지를 참조해 주십시오.)

다음 품목들은 보장됩니다.

- 휠체어
- 목발
- 전동식 매트리스
- 매트리스용 건식 압력 패드
- 당뇨병 용품
- 가정 사용용으로 의료 서비스 제공자가 주문한 병원 침대
- 정맥(IV) 주입 펌프 및 폴
- 경장 펌프 및 용품
- 언어 생성 장치
- 산소 장비 및 용품
- 분무기
- 보행기
- 표준 곡선형 핸들 또는 네발 지팡이 및 교체 용품
- 경추 견인(문 위)
- 뼈 자극 장치
- 투석 장비

다른 품목들이 보장될 수도 있습니다.

당사는 Medicare 및 Medi-Cal 에서 통상적으로 지불하는, 의학적으로 필요한 모든 DME 에 대한 비용을 지불합니다. 귀하의 지역에 있는 당사 공급업체가 특정 상표나 제조사의 물품을 취급하지 않는 경우, 특별 주문을 해 줄 수 있는지 공급업체에 문의하시기 바랍니다.

**이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.**

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



### 본 플랜이 지불하는 서비스

#### 내구성 의료 장비(DME) 및 관련 용품 (계속)

특정 품목을 제공할 수 있는 다른 공급업체를 찾는 데 도움을 받으시려면 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

자택 밖에서 사용되는 Medicare 비보장 내구성 의료 장비도 보장됩니다.

*귀하의 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.*

*보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고, 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요합니다.*

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## 본 플랜이 지불하는 서비스

### 응급 치료

응급 진료란 아래의 서비스를 말합니다.

- 응급 서비스를 제공하도록 교육 받은 서비스 제공자가 제공함, **그리고**
- 의료적 응급 상황 치료를 위해 필요함.

의료적 응급 상황은 심각한 통증이나 심각한 부상을 동반한 의료적 상태입니다. 상태가 너무나 심각해서 건강 및 의료에 대한 평균적 지식을 갖춘 귀하 혹은 타인이 예측하기에 즉각적인 의료적 처치가 없이는 다음의 일이 일어날 것으로 예측할 수 있는 상태입니다.

- 귀하 혹은 귀하의 태아에 대한 심각한 건강상 위협이 될 위험 상황 **또는**
- 신체 기능의 중대한 피해 **또는**
- 신체 기관이나 부위의 중대한 기능 장애 **또는**
- 임신한 여성의 경우, 실제적인 해산, 즉 아래의 상황이 발생할 수 있는 출산:
  - 해산 전까지 다른 병원으로 안전하게 이송할 시간이 충분치 않은 경우.
  - 다른 병원으로 이송 시 가입자나 태아의 건강 또는 안전에 위협을 가할 상황인 경우.

가입자가 네트워크 비소속 병원에서 응급 치료를 받고 차후에 응급 상황이 안정된 뒤 입원 치료를 필요로 한다면, 반드시 네트워크 소속 병원으로 복귀해야만 가입자가 받는 치료에 대한 지불이 계속해서 이루어질 수 있습니다. 본 플랜에서 네트워크 비소속 병원에 입원하도록 승인한 경우에만 해당 병원에서 입원 치료를 받으실 수 있습니다.

- 미국 내에서 보장.

미국 이외에서의 보장은 본 의료 혜택 도표 아래 "전 세계 응급/긴급 상황 보장"을 참조해 주십시오.

미국은 50 개 주, 콜롬비아 특별구, 푸에르토리코, 버진 아일랜드, 괌, 북 마리아나 제도, 미국령 사모아를 의미합니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.





## 본 플랜이 지불하는 서비스

### 가족 계획 서비스

법에 따라 귀하는 특정 가족 계획 서비스에 대해 서비스 제공자를 선택할 수 있습니다. 의사, 진료소, 병원, 약국, 가족 계획 사무소 등에서 선택할 수 있습니다.

당사는 다음 서비스에 대해 지불합니다.

- 가족 계획 검사 및 치료
- 가족 계획 및 진단 검사
- 가족 계획 방법(IUC/IUD, 임플란트, 주사, 피임약, 패치 또는 링)
- 가족 계획용 용품 처방(콘돔, 스폰지, 폼, 필름, 다이어프램, 캡)
- 불임 상담 및 진단, 관련 서비스
- 성 접촉을 통한 감염(STI) 관련 상담, 검사 및 치료
- HIV, AIDS 및 기타 HIV 관련 병증 상담과 검사
- 영구 피임(이 가족 계획 방법을 선택하려면 21 세 이상이어야 합니다. 수술 날짜로부터 최소한 30 일에서 최고 180 일 미만의 기간 내에 연방 불임법 동의서에 서명해야 합니다.)
- 유전자 상담

당사는 기타 가족 계획 서비스 중 일부를 지불합니다. 그러나 다음의 서비스에 대해서는 반드시 당사의 의료 서비스 제공자 네트워크 소속 의료 서비스 제공자의 진찰을 받아야 합니다.

- 불임의 의료적 상태 치료(이 서비스는 임신하기 위한 인공적 방법을 포함하지 않습니다.)
- AIDS 및 기타 HIV 관련 병증
- 유전자 검사

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## 본 플랜이 지불하는 서비스



### 건강 및 웰니스 교육 프로그램

당사는 특정 병증에 중점을 두는 여러 프로그램을 제공합니다. 여기에는 다음이 포함됩니다.

- 건강 교육 수업
- 영양 교육 수업
- 금연 및
- 간호 상담 핫라인
- 피트니스 혜택

피트니스 혜택은 참여 시설에서의 기본적인 피트니스 가입자 자격을 제공합니다.

또는 가입자께서 웨어러블 피트니스 추적기를 포함하는 가정 내 피트니스 프로그램을 요청할 수 있습니다.

*귀하의 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.*


*보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고, 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요합니다.*

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주시십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)을 참조해 주십시오.



본 플랜이 지불하는 서비스	
	<p><b>청각 질환 서비스</b></p> <p>당사는 귀하의 의료 서비스 제공자가 하는 청각 및 균형 감각 검사에 대한 대금을 지불합니다. 이런 검사들로 귀하가 치료가 필요한지 아닌지를 알 수 있습니다. 의사, 청력학자, 기타 자격을 갖춘 서비스 제공자가 외래 환자 진료로 제공하는 이러한 검사들은 보장됩니다.</p> <p>임신 중이시거나 요양 시설에 거주하시는 경우 당사는 보청기 및 다음 품목에 대한 비용도 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 틀, 용품, 삽입 부품</li> <li>• 건당 \$25 를 초과하는 수리비</li> <li>• 초기 배터리 세트</li> <li>• 귀하가 보청기를 받고 나서 동일 공급업체에서 받는 교육, 조정, 피팅 목적의 방문 6 회</li> <li>• 보청기 임대 시험 기간</li> </ul> <p>보청기 혜택 서비스는 판매세를 포함해서 회계연도당 \$1,510입니다(회계연도는 7월부터 다음 해 6월까지 기간입니다). 귀하가 임신중이라면 최대 혜택 금액인 \$1,510는 귀하께 적용되지 않습니다. 자신의 통제 밖의 상황에서 분실, 도난, 파괴된 보청기 교체비는 최대 혜택 금액인 \$1,510에 포함되지 않습니다.</p> <p><i>귀하의 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.</i></p> <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고, 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요합니다.</i></p>
	<p><b>HIV 선별검사</b></p> <p>당사는 아래에 해당되는 가입자에게 매 12 개월마다 1 회 HIV 선별검사에 대해 대금을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• HIV 선별검사를 요청한 사람 또는</li> <li>• HIV 감염에 보다 높은 위험이 있는 사람.</li> </ul> <p>임신 여성의 경우, 당사는 임신 중 최대 3 회의 HIV 선별검사에 대한 비용을 지불합니다.</p> <p>또한 의료 서비스 제공자가 권장하는 경우 당사가 추가 HIV 검사 비용도 지불합니다.</p> <p><i>귀하의 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.</i></p> <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고, 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요합니다.</i></p>

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



<b>본 플랜이 지불하는 서비스</b>	
<b>가정 건강 관리 기관</b>	<p>가정 건강 서비스를 받기 위해서는 귀하가 이 서비스가 필요하다는 의사의 말이 반드시 필요하며 가정 건강 관리 기관이 제공하는 것이라야 합니다.</p> <p>당사는 다음 서비스에 대한 비용을 지불하며, 여기에 수록되지 않은 기타 서비스에 대해서도 지불할 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 시간제 또는 간헐적 전문 간호 및 가정 건강 서비스(가정 건강 서비스 혜택으로 보장받고 있으며 총 의료 서비스 합계 시간이 하루 8 시간 미만 또는 일주일에 35 시간 미만이어야 합니다)</li> <li>• 물리 치료, 직업 치료, 언어 치료</li> <li>• 의료 및 사회 복지 서비스</li> <li>• 의료 장비 및 용품</li> </ul> <p><i>귀하의 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.</i></p> <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고, 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요합니다.</i></p>
<b>가정 주입 요법</b>	<p>본 플랜은 정맥 투여나 피하주사를 통해 가정에서 제공하는 의약품 또는 생물제로 정의되는 가정 주입 요법에 대한 비용을 지불합니다. 가정 주입을 수행하려면 다음이 필요합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 항바이러스 성 또는 면역 글로불린과 같은 의약품 또는 생물제</li> <li>• 펌프와 같은 장비 및</li> <li>• 튜브 또는 카테터와 같은 용품</li> </ul> <p>본 플랜은, 예를 들어, 아래의 품목을 포함하는 가정 주입 서비스를 보장합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 귀하의 의료 플랜에 따라 제공되는, 간호 서비스를 포함한 전문 서비스</li> <li>• DME 혜택에 아직 포함되지 않은 가입자 훈련 및 교육</li> <li>• 원격 모니터링 및</li> <li>• 자격을 갖춘 가정 주입 요법 공급업체가 제공하는 가정 주입 요법 및 가정 주입 의약품 제공을 위한 모니터링 서비스</li> </ul> <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고, 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요합니다.</i></p>

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주시요. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## 본 플랜이 지불하는 서비스

### 호스피스 의료

귀하는 Medicare 에서 인증하는 어떠한 호스피스 프로그램에서도 간호를 받을 수 있습니다. 귀하에게는 귀하의 의료 서비스 제공자 및 호스피스 의료 팀장이 귀하의 질병이 말기인 것으로 판단한 경우, 호스피스를 선택할 권리가 있습니다. 즉, 귀하가 말기 질환을 앓고 있고 6 개월 이하로 생존할 것으로 예상된다는 것을 의미합니다. 호스피스 의사는 네트워크 서비스 제공자 또는 네트워크 비소속 서비스 제공자 모두 다 가능합니다.

본 플랜은 귀하가 호스피스 서비스를 받고 있는 동안 다음에 대해 지불합니다.

- 증세와 통증을 치료하기 위한 의약품
- 단기 임시 간호 서비스
- 홈 의료

**이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.**

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## 본 플랜이 지불하는 서비스

### 호스피스 진료(계속)

**Medicare Part A, B 가 보장하는 호스피스 서비스와 서비스는 Medicare 로 청구됩니다.**

- 자세한 내용은 본 장의 섹션 F 를 참조해 주십시오.

**Health Net Cal MediConnect 가 보장하지만 Medicare PartA, B 가 보장하지 않는 서비스에 대하여:**

- Health Net Cal MediConnect 는 Medicare Part A 또는 Part B 가 보장하지 않는, 플랜 보장 서비스를 보장합니다. 본 플랜은 말기 예후 관련 여부와 관계없이 해당 서비스를 보장합니다. 이러한 서비스에 대하여 가입자는 아무것도 지불하지 않습니다.

**Health Net Cal MediConnect 의 Medicare Part D 혜택에 의해 보장될 수 있는 의약품의 경우:**

의약품은 절대 호스피스 및 당사 플랜 모두에 의해 동시에 보장되지 않습니다. 자세한 내용은 5 장, 섹션 F3, 135 페이지를 참조하십시오.

**유의사항:** 비호스피스 의료 서비스가 필요하신 경우 케어 코디네이터에게 문의하여 서비스를 조정해 주십시오. 비호스피스 의료는 말기 진단에 관련되지 않은 간호를 말합니다. 케어 코디네이터에게 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다.

당사 플랜은 호스피스 혜택을 선택하지 않은 말기 환자에게 호스피스 상담 서비스 (1 회로 제한)를 보장합니다.

*귀하의 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.*


*보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고, 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요합니다.*

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



본 플랜이 지불하는 서비스	
	<p><b>예방 접종</b></p> <p>당사는 다음 서비스에 대해 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 폐렴 백신</li> <li>• 독감 예방 주사(가을과 겨울 매 독감 시즌에 1 회), 의학적으로 필요한 경우 추가 독감 예방 주사</li> <li>• B 형 간염 백신, B 형 간염 발생의 위험이 크거나 중간 이상인 경우</li> <li>• COVID-19 백신</li> <li>• 감염 위험성이 있으며 Medicare Part B 보장 규정을 충족하는 기타 백신</li> </ul> <p>당사는 Medicare Part D 보장 규칙에 부합되는 기타 백신에 대한 비용을 지불합니다. 자세한 내용은 6 장, 섹션 H, 150 페이지를 참조하십시오.</p> <p>당사는 예방 접종 자문 위원회(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)에서 권장하는 성인용 모든 백신에 대한 비용을 지불합니다.</p> <p><i>자신의 의료 서비스 제공자와 얘기하시고 B 형 간염 및 기타 백신을 위한 진료의뢰를 받으십시오.</i></p> <p><i>폐렴 백신 또는 독감 주사는 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요하지 않습니다.</i></p> <p><i>B 형 간염 및 기타 백신을 보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고, 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.</i></p>
	<p><b>병원 입원 치료</b></p> <p>당사는 다음 서비스에 대해 대금을 지불하며, 여기에 나열되지 않은 의학적으로 필요한 다른 서비스에 대해서도 대금을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 세미 개인 병실(또는 의료적으로 필요하면 개인 병실)</li> <li>• 특별한 다이어트를 포함한 식사</li> <li>• 일반 간호 서비스</li> <li>• 집중 관리 치료 비용, 예를 들면 중환자실 또는 심장 동맥 질환 치료병동</li> <li>• 의약품 및 약물</li> <li>• 병리 검사</li> <li>• X-레이 및 기타 방사선 서비스</li> <li>• 필요한 수술 및 의료 용품</li> </ul> <p style="text-align: right;"><b>이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.</b></p>

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## 본 플랜이 지불하는 서비스

### 병원 입원 치료 (계속)

- 휠체어 등 기구
- 수술실 및 회복실 서비스
- 물리 치료, 작업 치료, 언어 치료
- 입원 환자 약물 남용 서비스
- 일부의 경우 다음 유형의 이식: 각막, 신장, 신장/췌장, 심장, 간, 심폐, 골수, 줄기세포, 장기/다장기.

이식이 필요한 경우 Medicare 가 승인한 이식 센터에서 가입자의 사례를 검토하여 이식을 받으실 수 있는지 결정합니다. 이식 서비스 제공자는 서비스 지역 내에 있을 수도, 외에 있을 수도 있습니다. 지역 내 이식 서비스 제공자가 Medicare 요율을 수락할 의향이 있다면, 가까운 지역에서 이식 서비스를 받으실 수도 있고 거주 지역 외부에서 받으실 수도 있습니다. Health Net Cal MediConnect 에서 제공하는 이식 서비스가 당사의 서비스 지역 외부이고 가입자가 해당 지역에서 이식을 받기로 선택하신 경우, 당사는 가입자와 보호자 한 명에 한해 숙박과 교통비를 지불합니다.

- 혈액(저장 및 수혈 포함)
- 의사 서비스

응급 상황이 진정된 후 네트워크 비소속 병원에서 받는 입원 치료를 계속 받으시려면 본 플랜의 승인이 있어야 합니다.

*귀하의 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.*

*보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고, 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요합니다.*

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주시십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.





## 본 플랜이 지불하는 서비스

### 입원 환자 정신 건강 치료

당사는 병원 입원이 필요한 입원 환자 정신 건강 치료 서비스에 대해 대금을 지불합니다.

- 단독 건물 정신과 병원에서 입원 환자 서비스가 필요하다면, 당사는 첫 190 일에 대한 대금을 지불합니다. 그 후에는 지역 카운티 정신 건강 기관에서 의료적으로 필요한 입원환자 정신건강 서비스를 지불할 것입니다. 190 일이 지난 후의 치료 승인은 지역 카운티 정신 건강 기관과 함께 조정될 것입니다.
  - 190 일 제한은 종합 병원의 정신 병동에서 제공되는 입원환자 정신 건강 관리에는 적용되지 않습니다.
- 귀하가 65 세 이상인 경우 당사는 정신 질환 관리 기관(Institute for Mental Diseases, IMD)에서 귀하가 받은 서비스에 대해 대금을 지불합니다.

*보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고, 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요합니다.*

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주시요. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)을 참조해 주십시오.



## 본 플랜이 지불하는 서비스

### 입원환자 체류: 보장되지 않는 입원환자 체류 중 병원 또는 전문요양시설(SNF)에서의 보장 서비스

귀하의 입원이 합리적이지 않으며 의학적으로 필요하지 않은 경우, 당사는 이에 대해 지불하지 않습니다.

그러나 입원 치료가 보장되지 않는 특정 상황에서는 병원 또는 요양 시설에 있는 동안 귀하가 받은 서비스에 대해 여전히 지불할 수 있습니다. 자세한 내용은 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

당사는 다음 서비스에 대한 비용을 지불하며, 여기에 수록되지 않은 기타 서비스에 대해서도 지불할 수 있습니다.

- 의사 서비스
- 진단 검사, 예를 들면 병리 검사
- 테크니션 사용 재료와 서비스 등을 포함한 X-레이, 라듐, 동위원소 치료
- 외과적 드레싱
- 부목, 캐스트 및 골절 및 탈구에 사용되는 다른 장치
- 보철 및 정형외과적 장치, 치과는 제외, 그와 같은 장치의 교체품 또는 수리 포함. 여기서 장치란 다음을 말합니다.
  - 체내 기관의 전부 또는 일부의 대체(인접 조직 포함) 또는
  - 체내 기관 중 작동하지 않거나 오작동하는 기능의 전부 또는 일부의 대체.
- 다리, 팔, 등, 목 교정기, 트러스, 인공 다리, 팔, 눈 여기에는 부서지거나 마모되거나 손실되었기 때문에, 또는 환자의 상태가 변했기 때문에 필요하게 된 교정, 수리, 교체가 포함됩니다.
- 물리 치료, 언어 치료, 작업 치료

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## 본 플랜이 지불하는 서비스

### 신장 질환 서비스 및 소모품

당사는 다음 서비스에 대해 지불합니다.

- 신장 치료 교육 및 좋은 의사 결정을 도와주는 신장 질환 교육 서비스 반드시 제 IV 기 만성 신장 질환이 있어야 하며 의사의 의뢰가 있어야 합니다. 당사는 신장 질환 교육 서비스를 6 회까지 보장합니다.
- 외래환자 투석 치료, 3 장, 섹션 D4, 51 페이지에서 설명되었듯이 일시적으로 서비스 제공이 중단되는 영역의 투석 치료를 포함
- 입원환자 투석 치료, 특별 치료를 위한 병원입원 환자인 경우
- 자가 투석 교육, 가입자과 가정 투석 치료를 돕는 간병인에 대한 교육을 포함
- 가정 투석 장비 및 소모품
- 특정 가정 지원 서비스(예: 가정 투석 확인, 비상 시 지원, 가정 투석 장비 및 투석액 확인을 위해 투석 전문가의 필요한 방문)

Medicare Part B 의약품 혜택에서 일부 투석약에 대해 지불합니다. 자세한 내용은 본 차트에서 “Medicare Part B 처방약”을 참조해 주십시오.

*귀하의 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.*



### 폐암 선별검사

본 플랜은 귀하가 다음에 해당하는 경우 매 12 개월마다 폐암 선별검사를 지불합니다.

- 50-80세 **그리고**
- 담당 의사 또는 다른 유자격 서비스 제공자와 상담하고, 공유 의사 결정 방문을 가진 경우, **그리고**
- 폐암의 징후나 증상 없이 20년 동안 최소 하루 1갑을 피웠거나 현재 흡연하고 있거나 지난 15년 내에 금연한 경우.

첫 번째 선별검사 후 담당 의사 또는 기타 자격을 갖춘 서비스 제공자의 서면 지시가 있을 때, 본 플랜은 매년 추가 선별검사에 대해 지불합니다.

*귀하의 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.*

*보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.*

문의 사항은 Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. 추가 정보가 필요하시면,

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## 본 플랜이 지불하는 서비스

### 식사 혜택

플랜은 가입자의 회복을 돕기 위해 입원환자의 입원 기간 직후 가정 배달 식사를 제공합니다. 총 혜택은 14일 동안 매일 3회 식사를 제공하는 것으로, 연간 발생 횟수에 제한 없이 발생 건당 최대 42회 식사를 제공합니다.

식사 배달을 예약하시려면 가입자 서비스부에 문의해 주십시오. 전화번호는 이 페이지의 하단에 기재되어 있습니다.

*보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.*



### 의료적 영양 치료

이 혜택은 당뇨병이나 신장 질환이 있으며 투석을 하지 않는 사람들을 위한 것입니다. 가입자가 신장 이식을 받았으면 의사가 의뢰한 경우 이 치료를 받을 수 있습니다.

당사는 귀하가 Medicare 를 통해 의료적 영양 치료를 받으시는 첫해 동안 일대일 상담 서비스에 대해 최대 3 시간의 비용을 지불합니다. (여기에는 당사 플랜, 여타의 Medicare Advantage 플랜 또는 Medicare 가 포함됩니다.) 당사는 의학적으로 필요한 경우 추가 서비스를 승인할 수 있습니다.

그 후에는 매년 일대일 상담 서비스에 대해 최대 2 시간의 비용을 지불합니다. 귀하의 병증, 치료, 진단이 변경되면 의사의 진료 의뢰를 받아 치료 시간이 상향 조정될 수 있습니다. 다음 연도에도 필요한 경우 의사는 이러한 서비스를 매년 처방하고 진료 의뢰를 갱신해야 합니다. 당사는 의학적으로 필요한 경우 추가 서비스를 승인할 수 있습니다.

*귀하의 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.*

*보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.*

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## 본 플랜이 지불하는 서비스



### Medicare 당뇨병 예방 프로그램(MDPP)

본 플랜은 MDPP 서비스에 대한 비용을 지불합니다. MDPP 는 건강한 행동 증진에 도움이 되도록 설계합니다. 이것은 다음과 같은 실용적인 교육을 제공합니다.

- 장기적인 식이 변화, **그리고**
- 신체 활동 증가, **그리고**
- 체중 감량 상태와 건강한 생활습관을 유지하는 방법

*귀하의 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.*

*보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.*

### Medicare Part B 처방약

다음과 같은 의약품은 Medicare Part B 를 통해 보장됩니다. 다음과 같은 일부 의약품의 경우 단계 치료의 적용을 받을 수 있습니다. Health Net Cal MediConnect 는 다음 의약품에 대한 비용을 지불합니다.

- 의사, 병원 외래 환자 또는 외래 수술 센터 서비스를 받는 동안 일반적으로 환자가 자가 투여할 수 없으며 주사 또는 주입되어야 하는 의약품
- 본 플랜이 보장하는 내구성 의료 장비(예를 들면 분무기)를 통해 투여하는 의약품
- 혈우병이 있는 경우 직접 자가 주사해야 하는 혈액 응고 인자
- 장기 이식 시점에서 Medicare Part A 에 등록된 경우 면역 억제제
- 주사용 골다공증 치료제 이동이 불편하여 집에서 머물며 지내야 하며 폐경 후 골다공증과 관련된 골절이 있다는 의사의 증명이 있을 때. 한편 치료제를 자가 투여할 수 없는 경우, 그러한 약들은 지불됩니다.
- 항원
- 일부 경구 항암제 및 항구토제 의약품

**이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.**

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## 본 플랜이 지불하는 서비스

### Medicare Part B 처방약(계속)

- 헤파린, 헤파린 해독제(의료적으로 필요한 경우)를 포함한 가정 투석 의약품, 국소 마취제, 적혈구 조혈 자극제(Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, 또는 Darbepoetin Alfa) 등
- 일차 면역 결핍 질환의 가정 치료를 위한 면역 글로불린 정맥주사(IV)

다음 링크 <https://mmp.healthnetcalifornia.com/mmp/resources.html> 에서 단계 치료의 대상이 될 수 있는 Part B 의약품 목록을 확인하실 수 있습니다.

또한 Medicare Part B 및 Part D 처방약 혜택에 따라 일부 백신을 보장합니다.

5 장, 섹션 A, 123 페이지에서 외래 환자 처방약 혜택을 설명합니다. 처방약을 보장받기 위하여 가입자가 따라야 하는 규칙이 설명되어 있습니다.

6 장, 섹션 D3, 146 페이지에서는 당사의 플랜을 통하여 외래 환자 처방약에 대하여 가입자가 지불하는 부분을 설명합니다.

*보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.*

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](https://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## 본 플랜이 지불하는 서비스

### 비용급 의료 이송(Non-Emergency Medical Transportation, NEMT)

이 혜택은 가장 비용 효율적이며 접근성이 뛰어난 이송 방법입니다. 여기에는 구급차, 비용급 이송 밴, 휠체어 밴 의료 이송 서비스, 장애인 이송 조정이 포함될 수 있습니다.

다음의 경우 이송 방법이 승인됩니다.

- 가입자의 의료 상태가 버스, 승용차, 택시 또는 다른 유형의 대중 교통 수단 또는 사설 운송 수단으로 이동할 수 없을 때 **및**
- 필요한 의료 서비스를 받기 위해 이송이 필요한 때.

서비스에 따라 사전 승인이 필요할 수도 있습니다.

위에 설명된 이송 서비스를 요청하시려면, Health Net Cal MediConnect 가입자 서비스부에 1-855-464-3571(TTY 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주시요. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다.

이송 요청은 비용급 의료 이송 및 비용급 이송 두 경우 모두 반드시 달력 기준으로 7일 이전에 미리 제출하셔야 합니다.

귀하께서 이와 같이 예약 요청을 미리 못하는 경우 요청하신 예약건은 의료 약속의 성격, 의료 일정이 잡힌 시점, 차량 가용성에 따라 사례별로 고려되고 있습니다.

ModivCare(구 LogistiCare)는 의료 서비스 제공자로부터 처방전(의사 인증서 양식)을 빠르게 받을 수 있게 해줍니다.

*귀하의 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.*

*서비스에 따라 사전 승인이 필요할 수도 있습니다.*

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주시요. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## 본 플랜이 지불하는 서비스

### 비의료 이송(Non-Medical Transportation, NMT)

이 혜택을 통해 승용차, 택시 또는 다른 유형의 대중 교통수단 또는 사설 운송수단으로 의료 서비스로 이송해 드릴 수 있습니다.

이 혜택은 비응급 의료 이송 혜택을 제한하지 않습니다.

이송 서비스에 대한 자세한 내용은 3장, 섹션 G, 55페이지를 참조해 주십시오.

위에 설명된 이송 서비스를 요청하시려면, Health Net Cal MediConnect 가입자 서비스부에 1-855-464-3571(TTY 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다.

이송 요청은 비응급 의료 이송 및 비응급 이송 두 경우 모두 반드시 달력 기준으로 7일 이전에 미리 제출하셔야 합니다.

귀하께서 이와 같이 예약 요청을 미리 못하는 경우 요청하신 예약건은 의료 약속의 성격, 의료 일정이 잡힌 시점, 차량 가용성에 따라 사례별로 고려되고 있습니다.

ModivCare(구 LogistiCare)는 의료 서비스 제공자로부터 처방전(의사 인증서 양식)을 빠르게 받을 수 있게 해줍니다.

*귀하의 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.*

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)을 참조해 주십시오.





## 본 플랜이 지불하는 서비스

### 요양 시설 서비스

요양 시설(NF)은 가정에서 간호를 받을 수 없지만 병원에 들어갈 필요는 없는 사람들을 위해 간호를 제공하는 시설입니다.

당사가 지불하는 서비스에는 아래 항목이 포함되나 이에 제한되지는 않습니다.

- 준개인 병실(또는 의학적으로 필요한 경우 개인 병실)
- 특별한 다이어트를 포함한 식사
- 간호 서비스
- 물리 치료, 직업 치료, 언어 치료
- 호흡 요법
- 치료 계획에 따라 주어지는 의약품. (신체에 자연적으로 존재하는 혈액 응고 인자 등의 물질을 포함합니다.)
- 혈액(저장 및 수혈 포함)
- 요양원에서 통상적으로 주어지는 의료 및 수술 용품
- 요양원에서 통상적으로 주어지는 병리 검사
- 요양원에서 통상적으로 주어지는 X-레이 및 기타 방사선 서비스
- 요양원에서 통상적으로 주어지는 기구의 사용, 예를 들면 휠체어
- 의사/개업의 서비스
- 내구성 의료 장비
- 치과 서비스, 의치 포함
- 시력 혜택


이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주시요. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



본 플랜이 지불하는 서비스	
	<p><b>요양 시설 서비스 (계속)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 청각 검사</li> <li>• 카이로프랙틱 치료</li> <li>• 족부 치료 서비스</li> </ul> <p>귀하는 대개 네트워크 의료 서비스 제공자에게 진료를 받게 됩니다. 그러나 당사 네트워크 안에 있지 않은 시설에서 진료를 받을 수도 있습니다. 저희 플랜 금액을 지불금으로 수락하는 한 귀하는 다음의 장소에서 진료를 받으실 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 병원 입원 바로 전에 거주한 요양원 또는 지속적 퇴직자 케어 전용시설(단 요양 시설 서비스를 제공해야 합니다).</li> <li>• 병원 퇴원 시 가입자의 배우자 또는 동거인이 거주하고 있는 요양 시설.</li> </ul> <p><i>귀하의 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.</i></p> <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.</i></p>
	<p><b>비만 선별검사 및 체중 감량을 위한 치료 요법</b></p> <p>귀하의 체질량 지수가 30 이상인 경우 체중 감량을 위한 상담에 대해 지불합니다. 귀하는 반드시 1 차 진료 상황에서 상담을 받아야 합니다. 그럼으로써 전체 예방 플랜 하에서 관리가 가능해집니다. 자세한 내용은 주치의와 상담해 주십시오.</p> <p><i>귀하의 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.</i></p> <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.</i></p>

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## 본 플랜이 지불하는 서비스

### 오피오이드 치료 프로그램(OTP) 서비스

본 플랜은 오피오이드 사용 장애(ODU)를 치료하기 위한 다음 서비스 비용을 지불합니다.

- 복용 활동
- 정기 평가
- 미 식품의약국(FDA)의 승인을 받은 약물 및 해당되는 경우 이러한 약물의 관리 및 제공
- 약물 사용 상담
- 개별 및 그룹 치료
- 신체 내의 의약품 또는 화학물질 검사(독성 검사)

*보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.*

### 외래환자 진단 검사와 치료 서비스 및 용품

당사는 다음 서비스에 대해 대금을 지불하며, 여기에 나열되지 않은 의학적으로 필요한 다른 서비스에 대해서도 대금을 지불합니다.

- X-레이
- 테크니션 사용 재료와 용품 등을 포함한 방사선(라듐, 동위원소) 치료
- 드레싱을 포함한 외과적 용품
- 부목, 캐스트 및 골절 및 탈구에 사용되는 다른 장치
- 병리 검사
- 혈액(저장 및 수혈 포함)
- 기타 외래환자 진단 검사(CT, MRI, MRA, SPECT 등의 복잡한 검사를 포함)

*귀하의 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.*

*보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.*

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주시십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## 본 플랜이 지불하는 서비스

### 외래 환자 병원 서비스

귀하가 병원 외래 환자 부서에서 받는 다음과 같은 질병이나 부상의 진단 또는 치료를 위한 의학적으로 필요한 서비스에 대해 지불합니다.

- 외래 수술 또는 관찰 서비스 등과 같은 응급실 또는 외래 환자 클리닉에서의 서비스
  - 관찰 서비스를 통해 의사는 귀하가 “입원 환자”로 병원에 입원해야 하는지 알 수 있습니다.
  - 병원에서 하룻밤을 보내더라도 여전히 “외래 환자”인 경우가 있습니다.
  - 이 자료표([www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf](http://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf))에서 입원환자인지, 아니면 외래환자인지에 대한 자세한 정보를 얻으실 수 있습니다.
- 병원에서 청구하는 병리 검사 및 진단 테스트
- 부분적 입원 프로그램 관리 등을 포함한 정신 건강 관리, 단 그러한 관리가 없이는 입원환자 치료가 필요해진다는 의사의 인증 필요
- X-레이 및 병원이 청구하는 다른 방사선 서비스
- 부목 및 캐스트 등의 의료 용품
- 혜택 차트에 나열된 예방 선별검사 및 서비스
- 자가 투여할 수 없는 특정 의약품

*귀하의 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.*

*보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.*

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주시요. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## 본 플랜이 지불하는 서비스

### 입원 환자 정신 건강 치료

당사는 아래의 사람이 제공한 외래 환자 정신 치료에 대해 대금을 지불합니다.

- 주 정부 발행 면허 소지 정신치료자 또는 의사
- 임상 심리학자
- 임상 소셜 워커
- 임상 간호 전문가
- 전문 간호사
- 보조 의사
- 기타 해당 법규 하에 허용된 Medicare 유자격 건강 관리 전문가

당사는 다음 서비스에 대한 비용을 지불하며, 여기에 수록되지 않은 기타 서비스에 대해서도 지불할 수 있습니다.

- 진료소 서비스
- 일일 치료
- 심리 재활 서비스
- 부분적 입원/집중 외래환자 프로그램
- 개인 및 그룹 정신 건강 평가 및 치료
- 정신 건강 결과 평가가 임상적으로 필요할 시 심리 검사
- 감독 의약품 요법 목적의 외래환자 서비스
- 외래환자 랩, 의약품, 용품 및 보충 품목
- 심리 상담

*보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.*

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주시요. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



<b>본 플랜이 지불하는 서비스</b>	
	<p><b>외래환자 재활 서비스</b></p> <p>당사는 물리 치료, 작업 치료, 언어 치료를 지불합니다.</p> <p>병원 외래 부서, 독립 치료사 치료실, 종합 외래 환자 재활 시설(CORF), 기타 시설 등에서 외래 환자 재활 서비스를 받으실 수 있습니다.</p> <p><i>귀하의 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.</i></p> <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.</i></p>
	<p><b>외래환자 약물 남용 서비스</b></p> <p>당사는 다음 서비스에 대한 비용을 지불하며, 여기에 수록되지 않은 기타 서비스에 대해서도 지불할 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 알코올 남용 선별검사 및 상담</li> <li>• 의약품 남용 치료</li> <li>• 유자격 클리니션과의 그룹 또는 개인 상담</li> <li>• 주거 중독 프로그램을 통한 아급성 해독 치료</li> <li>• 집중 외래환자 치료센터에서의 알코올 또는 의약품 치료 서비스</li> <li>• 연장 방출 Naltrexone(비비트롤) 치료</li> </ul> <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.</i></p>
	<p><b>외래환자 수술</b></p> <p>당사는 병원 외래 환자 시설 및 외래 환자 수술 센터에서 받는 외래 환자 수술 및 서비스에 대해 대금을 지불합니다.</p> <p><i>귀하의 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.</i></p> <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.</i></p>

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



<b>본 플랜이 지불하는 서비스</b>	
<b>비처방(OTC) 품목</b>	<p>이 플랜은 우편으로 제공되는 제한된 OTC 품목과 일부 CVS 소매 약국에 대해 무료로 보장합니다. 자세한 내용은 Health Net Cal MediConnect에 문의하십시오.</p> <p>추가 혜택으로, 당사 플랜은 비처방(OTC) 품목에 대해 분기당 최대 \$55까지 보장합니다. OTC 혜택은 분기당 1회 주문으로 제한됩니다. 모든 미사용 금액은 다음 분기로 이월 불가능합니다.</p> <p>약품 목록에 달리 명시되지 않은 한, 동일 품목을 분기당 최대 9개까지 주문하실 수 있습니다. 주문의 총 품목 수에는 제한이 없습니다.</p> <p>이 혜택은 가입자를 위해 OTC 제품을 주문할 때만 사용할 수 있습니다.</p>
<b>부분적 입원 서비스</b>	<p>부분적 입원이란 활동적 심리 치료의 조직적 프로그램입니다. 병원 외래 환자 서비스 또는 지역 사회 정신 건강 센터에서 제공됩니다. 의사나 치료 전문가의 사무실에서 받는 간호보다는 더 집중적인 서비스입니다. 이를 통해 가입자는 병원 입원을 하지 않아도 됩니다.</p> <p><b>유의사항:</b> Cal MediConnect 에는 Medicare 승인이 필요하므로 병원 외래 환자 환경에서만 부분적 입원을 보장합니다.</p> <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.</i></p>
<b>의사 진료실 방문을 포함한 의사/개업의 서비스</b>	<p>당사는 다음 서비스에 대해 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 다음과 같은 장소에서 제공되는, 의료적으로 필요한 진료 또는 수술 서비스: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 의사 진료실</li> <li>○ 공인 외래환자 수술 센터</li> <li>○ 병원 외래환자 부서</li> </ul> </li> <li>● 전문의 상담, 진단 및 치료</li> <li>● 기본 청력 및 균형 검사이며 치료가 필요한지 살피기 위해 가입자의 주치의가 수행합니다.</li> </ul> <p style="text-align: right;"><b>이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.</b></p>

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)을 참조해 주십시오.



## 본 플랜이 지불하는 서비스

### 의사 진료실 방문을 포함한 의사/서비스 제공자 서비스 (계속)

1. 특정 원격 진료 서비스. 예: 1 차 진료, 전문의 및 기타 의료 전문가 서비스, 정신과 진료를 포함한 외래 환자 정신 건강 전문 서비스.
  - 이러한 서비스를 직접 방문 또는 원격 진료를 통해 받을 수 있는 옵션이 있습니다. 원격 진료를 통해 이러한 서비스 중 하나를 받기로 선택하시면, 원격 진료 서비스를 제공하는 네트워크 소속 의료 서비스 제공자를 이용하셔야 합니다.
2. 병원 기반 또는 중환자 병원 기반 신장 투석 센터, 신장 투석 시설 또는 가입자의 집에서 가정 투석 가입자에 대한 매월 말기 신장 질환(ESRD) 관련 방문을 위한 원격 진료 서비스
3. 뇌졸중의 증상을 진단, 평가 또는 치료하기 위한 원격 진료 서비스
4. 약물 사용 장애 또는 동반 정신 건강 장애가 있는 가입자를 위한 원격 진료 서비스
  - 신규 환자가 아닌 경우 5~10 분 동안 담당 의사와의 가상 체크인(예: 전화 또는 화상 채팅)
  - 신규 환자가 아닌 경우 담당 의사에게 보낸 비디오나 이미지에 대해서 담당 의사가 24 시간 이내에 평가, 해석 및 후속 조치
5. 신규 환자가 아닌 경우 전화, 인터넷 또는 전자 건강 기록을 통해 담당 의사가 다른 의사와 상담
  - 수술 전 다른 네트워크 서비스 제공자의 2 차 소견
  - 비정기 치과 진료. 보장된 서비스는 다음에 국한됩니다.
    - 턱 수술 또는 관련 구조물
    - 턱 또는 얼굴뼈 골절 맞추기
    - 신생 암 방사선 치료 전 발치
    - 의사가 제공했을 경우 보장되는 서비스

귀하의 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.

보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.


문의 사항은 Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주시요. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. 추가 정보가 필요하시면,

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)을 참조해 주십시오.





본 플랜이 지불하는 서비스	
	<p><b>족부 치료 서비스</b></p> <p>당사는 다음 서비스에 대해 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 발 부상과 질병(망치족지와 족저근막염 등)의 진단, 약물 및 수술 치료</li> <li>• 당뇨병 등 발에 영향을 주는 병증을 가진 가입자들을 위한 일반 발 진료</li> </ul> <p>추가 정기 발 진료는 일년에 12회로 제한되며, 해당 진료에는 티눈 및 굳은 살 절지 및 제거, 발톱 손질 및 깎기 등이 포함됩니다.</p> <p><i>귀하의 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.</i></p>
	<p><b>전립선암 선별검사</b></p> <p>50 세 이상 남자인 경우 매 12 개월마다 한번씩 다음 서비스에 대해 대금을 당사가 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 직장손가락검사</li> <li>• 전립선 특이 항원(PSA) 검사</li> </ul> <p><i>귀하의 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.</i></p> <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.</i></p>

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## 본 플랜이 지불하는 서비스

### 보철 장치 및 관련 용품

보철 장치는 신체의 전체 또는 한 부위의 기능을 대체합니다. 당사는 다음의 보철 장치에 대한 비용을 지불하며, 여기에 기재되지 않은 다른 장치에 대해서도 지불할 수 있습니다.

- 결장조루술 진료 관련 결장조루술 백 및 소모품
- 영양 공급 키트, 주입 펌프, 튜브와 어댑터, 용액 및 자가 투여 주사용 용품을 포함한 장내 및 비경구 영양
- 페이스메이커
- 보호대
- 의족용 신발
- 인공 팔, 다리
- 유방 보형물(유방 절제술 뒤 수술용 브래지어 포함)
- 질병, 부상 또는 선천적 장애로 인해 제거되거나 손상된 외부 안면 부위의 모든 부분을 대체하는 보형물
- 요실금 크림 및 기저귀

당사는 또 보철 장치 관련 용품 일부에 대해 대금을 지불합니다. 당사는 또 보철 장치 수리 또는 교체품에 대해 대금을 지불합니다.

당사는 백내장 제거 또는 백내장 수술 후의 일부 보장을 제공합니다. 자세한 내용은 이 섹션 뒷부분 110 페이지의 “안과 진료”를 참조하십시오.

당사는 보철 치과 장치에 대해서는 비용을 지불하지 않습니다.

*귀하의 서비스 제공자와 상의하시고 요실금 용품 및 기저귀에 대한 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.*

*보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.*

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## 본 플랜이 지불하는 서비스

### 폐 재활 서비스

당사는 중간 수준에서 매우 심각한 수준의 만성 폐쇄성 폐질환(COPD)을 가진 가입자를 위한 폐 재활 프로그램에 대해 지불합니다. 반드시 COPD 를 치료하는 의사나 의료 서비스 제공자로부터 폐 재활에 대한 진료 의뢰가 있어야 합니다.

당사는 인공 호흡기 의존 환자를 위한 호흡기 서비스에 대해 지불합니다.

*귀하의 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.*

*보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고, 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요합니다.*



### 성 접촉을 통한 감염(STI) 선별검사 및 상담

당사는 클라미디아, 임질, 매독, B형 간염에 대한 선별검사에 대해 대금을 지불합니다. 이러한 선별검사는 임신 여성과 STI 의 위험이 높은 일부 사람들을 위한 것입니다. 반드시 주치의가 이러한 검사들을 지시해야 합니다. 12 개월에 한번 또는 임신 중 특정 시점에 이러한 검사를 보장합니다.

당사는 성관계를 갖는 성인 중 STI 의 위험이 높은 사람들에 대하여 해마다 2 회까지 고집중도의 행동 대면 상담 세션에 대해 대금을 지불합니다. 매 세션의 길이는 20 분에서 30 분이 될 수 있습니다. 저희는 예방 서비스로서 이러한 상담 세션을 지불합니다. 단 주치의에게 제공하는 것이어야 합니다. 이러한 세션은 반드시 의사 진료실 등 1 차 진료 환경에서 이루어져야 합니다.

*귀하의 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.*

*보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고, 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요합니다.*

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주시요. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## 본 플랜이 지불하는 서비스

### 전문 간호 시설(SNF) 진료

당사는 다음 서비스에 대한 비용을 지불하며, 여기에 수록되지 않은 기타 서비스에 대해서도 지불할 수 있습니다.

- 준개인 병실 또는 의학적으로 필요한 경우 개인 병실
- 특별한 다이어트를 포함한 식사
- 간호 서비스
- 물리 치료, 직업 치료, 언어 치료
- 혈액 응고 인자 같이 체내에 자연적으로 존재하는 물질을 포함하여, 귀하의 치료 플랜의 일환으로 받는 약
- 혈액(저장 및 수혈 포함)
- 요양원에서 주어지는 의료 및 수술 용품
- 요양원에서 주어지는 병리 검사
- 요양원에서 주어지는 X-레이 및 기타 방사선 서비스
- 요양원에서 주어지는 기구의 사용, 예를 들면 휠체어
- 의사/개업의 서비스

귀하는 대개 네트워크 의료 서비스 제공자에게 진료를 받게 됩니다. 그러나 당사 네트워크 안에 있지 않은 시설에서 진료를 받을 수도 있습니다. 저희 플랜 금액을 지불금으로 수락하는 한 귀하는 다음의 장소에서 진료를 받으실 수 있습니다.

- 병원 입원 바로 전에 거주한 요양원 또는 지속적 퇴직자 케어 전용시설(단 요양 시설 서비스를 제공해야 합니다).
- 병원 퇴원 시 가입자의 배우자 또는 동거인이 거주하고 있는 요양 시설

*보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고, 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요합니다.*

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주시요. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## 본 플랜이 지불하는 서비스

### 감독 운동치료 요법(SET)

본 플랜은 말초 동맥 질환(PAD) 증상이 있고 PAD 치료 담당 의사로부터 PAD 치료를 위해 진료 의뢰를 받은 가입자의 SET 비용을 지불합니다. 본 플랜은 다음의 경우에 대해 지불합니다.

- SET 요건을 모두 충족한 경우 12주 동안 최대 36회 세션
- 의료 서비스 제공자가 의학적으로 필요하다고 판단할 경우, 시간 경과에 따라 36회의 추가 세션

#### SET 프로그램의 요건:

- 원활하지 않은 혈액순환으로 인한 절뚝거림(파행) 증상이 있는 가입자의 PAD 치료를 위한 운동 프로그램 30~60분 세션
- 병원 외래환자 또는 의사 진료실에서
- 해로움보다 유익이 크다는 것을 보장하고, PAD 운동 치료 요법에 관한 교육을 받은, 유자격 담당자가 제공
- 기본 및 고급 생명 유지 장치 기법에 관한 훈련을 받은 의사, 보조 의사 또는 전문 간호사/임상 간호 전문가의 직접 감독하에 시행

*귀하의 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.*

*보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고, 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요합니다.*

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주시요. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



본 플랜이 지불하는 서비스	
	<p><b>긴급 진료</b></p> <p>긴급 진료는 다음의 항목 치료를 위한 것입니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 긴급한 진료를 요하는 비응급 상황 또는</li> <li>• 갑작스런 질병 또는</li> <li>• 부상 또는</li> <li>• 즉각적인 진료를 필요로 하는 증세.</li> </ul> <p>긴급 진료가 필요하신 경우, 먼저 네트워크 서비스 제공자로부터 진료받는 것을 시도하셔야 합니다. 단, 네트워크 서비스 제공자에게 갈 수 없는 경우 네트워크 비소속 서비스 제공자를 이용하실 수 있습니다.</p> <p>미국 외 지역에서 받은 긴급하게 필요한 진료는 전 세계 응급/긴급 상황 보장 혜택 하에서의 응급 상황으로 간주될 수도 있습니다. 자세한 내용은 아래 113 페이지의 의료 혜택 차트에 나와 있는 “전 세계 응급/긴급 상황 보장”을 참고해 주십시오.</p>
	<p><b>안과 진료</b></p> <p>당사는 다음 서비스에 대해 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 매년 정기 안과 검사 1 회 및</li> <li>• 안경의 경우 \$250 까지(표준 및 비표준 안경테, 기본적 단일 초점, 이중 초점, 삼중 초점 또는 수정체 안경 렌즈), 매 2 년마다 또는</li> <li>• 선택적 콘택트렌즈, 피팅 및 검사의 경우 최대 \$250(매 2 년마다)*, **, ***.</li> <li>• 저시력 검사(연간 최대 4 번)****</li> <li>• 저시력 보조기****</li> </ul> <p>*서비스 또는 구매일로부터, 다년간 혜택은 향후 연도에는 제공되지 않을 수 있음.                  **\$250 수당을 초과하는 잔액은 100% 귀하의 책임입니다.                  ***시각적으로 필요한 콘택트렌즈, 피팅, 평가는 매 2년마다 전액 지불됩니다.                  ****진단 및 처방 기준에 부합되는 경우, 보장은 임신 여성 또는 전문 간호 시설에 거주하는 사람들에게 제한됩니다. 보장 서비스는 다음과 같습니다.</p> <p>검사: 전문 검사, 저시력 보조 피팅 및 향후 관리, 적절한 경우 6개월 후속 치료</p> <p style="text-align: right;"><b>이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.</b></p>

문의 사항은 Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. 추가 정보가 필요하시면, [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## 본 플랜이 지불하는 서비스



### 안과 진료(계속)

다음에 포함한 저시력 보조기:

- 손에 드는 낮은 시력 보조기구 및 기타 읽기 전용 착용용 보조기구
- 단일 렌즈 착용용 저시력 보조기구
- 원거리 시력 망원, 근거리 시력 망원, 복합 렌즈 시스템 포함, 망원 및 기타 복합 렌즈 시스템

안과 진료(계속) 안과 서비스:

서비스 제공자와 상담하시고 Medicare가 보장하는 시력 검사에 대한 진료 의뢰를 받아야 합니다. 의료적 눈 서비스는 귀하의 PCP가 제공하거나 조정됩니다.

당사는 눈 질병 및 부상의 진단과 치료에 대해서는 외래 환자 의사 서비스에 대해 대금을 지불합니다. 예를 들어, 여기에는 당뇨병을 가진 사람의 당뇨망막병증에 대한 연간 안과 검사와 노화와 관련된 황반변성 치료가 포함됩니다.

녹내장 위험이 높은 분들에 대해서 당사는 녹내장 선별검사에 대해 매년 1 회 대금을 지불합니다. 녹내장 위험이 높은 분들은 다음과 같습니다.

- 녹내장 가족력이 있는 사람
- 당뇨병이 있는 사람
- 50 세 이상인 아프리카계 미국인
- 65 세 이상인 히스패닉계 미국인

당사는 의사가 안구 내 렌즈를 삽입한 경우 매번 백내장 수술 뒤 안경 또는 콘택트렌즈 한 쌍에 대해 대금을 지불합니다. (두 차례의 백내장 수술을 했다면 각 수술 후마다 안경 한 쌍씩을 받아야 합니다. 첫 수술 뒤에 안경 한 쌍을 받지 못했다 할지라도 두 번째 수술 뒤에 안경 두 쌍을 한꺼번에 받을 수 없습니다.) 렌즈 이식 수술 없이 백내장 제거 수술을 받은 뒤 교정 렌즈, 안경테, 교체품이 필요한 경우 당사는 이에 대한 대금을 지불합니다.

**이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.**

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주시요. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## 본 플랜이 지불하는 서비스

### 안과 진료 (계속)

#### 시력 관리 혜택을 이용하는 방법

본 플랜은 정기적 안과 검사를 매년 한번, 안경류를 매 24개월마다 한번 제공합니다. 귀하가 귀하의 의료 그룹이 아닌, 참여 안과를 통해서 연간 시력 검사 (귀하가 시력 교정 안경류가 필요한지를 결정하기 위해) 및 해당되는 안경류를 받으시게 됩니다.

참여 안과와 연계적 시력 검사 약속을 잡으십시오. 참여하는 안과 서비스 제공자를 찾으시려면, Health Net Cal MediConnect 가입자 서비스부에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 또는 온라인으로 [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)에서 확인하실 수 있습니다.

귀하를 검사했던 서비스 제공자나 귀하의 서비스 지역 내에 있는 참여 안경류 서비스 제공자 목록에 있는 서비스 제공자로부터 안경류를 구입하실 수 있습니다. 참여 안경 업체가 아닌 다른 업체에서 제공하는 안경은 보장하지 않습니다. 참여 안경류 서비스 제공자의 위치는 Health Net Cal MediConnect 가입자 서비스부에, 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 또는 온라인으로 [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)에서 확인하실 수 있습니다.

안경류 허용 금액을 초과한 금액 또는 굽힘 방지 코팅, 다중 초점 렌즈, 틴트, 등 미용 렌즈 옵션과 같은 비보장 서비스에 대한 비용은 가입자가 지불해야 합니다. 이러한 비보장 서비스에 대해 가입자가 지불하는 비용은 해당 안경류 서비스 제공자에게 직접 전달됩니다.

이것으로 통상적 시력 검사를 받거나 새 안경이나 콘택트렌즈를 구입하기 위해서 귀하가 취할 모든 행동을 설명드렸습니다.

일상 시력 및 안경류 제외된 항목들을 보시려면 본 장의 섹션 F 를 참조해 주십시오.


**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.





본 플랜이 지불하는 서비스	
	<p><b>“Welcome to Medicare” 예방 진료 방문</b></p> <p>당사는 한 차례 'Welcome to Medicare' 예방 진료 방문을 보장합니다. 이 방문에는 다음이 포함됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 가입자의 건강 상태 검토,</li> <li>• 가입자에게 필요한 예방 서비스에 대한 교육 및 상담(선별검사 및 주사 포함) 및</li> <li>• 필요 시 다른 진료를 위한 진료 의뢰.</li> </ul> <p><b>유의사항:</b> “Welcome to Medicare” 예방 방문은 Medicare Part B 를 받게 된 첫 12 개월 동안만 보장합니다. 방문 약속을 잡을 때 의사의 진료실 측에 “Welcome to Medicare” 예방 방문을 예약하고 싶다고 말씀해 주십시오.</p> <p><i>귀하의 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.</i></p> <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고, 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요합니다.</i></p>
	<p><b>전 세계 응급/긴급 상황 보장</b></p> <p>전 세계 응급/긴급 상황 보장. 미국 외 지역에서 받게 되는 응급, 긴급, 안정 후 진료로 정의됩니다.<sup>1</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 미국 내에서 받게 되었을 때 응급, 긴급, 안정 후 진료로 분류될 수 있는 진료 서비스로 제한합니다.<sup>1</sup></li> <li>• 응급실로 이동할 때 일상적 교통 수단을 이용하는 것이 귀하의 건강을 위태롭게 할 수 있는 경우 구급 이송 서비스가 보장됩니다.</li> <li>• 외국 세금과 수수료는 포함되지 않습니다(통화 변환 또는 거래 수수료를 포함하지만 이에 제한되지 않습니다).</li> </ul> <p>전 세계 응급/긴급 상황 보장 범위는 연간 \$50,000로 제한됩니다.</p> <p><sup>1</sup>미국은 50 개 주, 콜롬비아 특별구, 푸에르토리코, 버진 아일랜드, 괌, 북 마리아나 제도, 미국령 사모아를 의미합니다.</p>

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## E. Health Net Cal MediConnect 외부에서 보장되는 혜택

다음 서비스는 Health Net Cal MediConnect 에서 보장되지 않지만, Medicare 또는 Medi-Cal 을 통해 이용할 수 있습니다.

### E1. California Community Transitions (CCT)

California Community Transitions (CCT) 프로그램은 해당 지역에서 선도 조직을 이용해 최소 90 일 이상 연속해서 입원 시설에 체류하였던 자격 있는 Medi-Cal 수혜자들이 다시 사회로 복귀하고 안전하게 살아갈 수 있도록 돕습니다. CCT 프로그램은 선전환 기간과 전환 후 365 일 동안 전환 조정 서비스에 대한 자금을 공급하여 수혜자들이 커뮤니티 환경에 복귀할 수 있도록 도움을 제공합니다.

가입자는 거주하는 카운티에 서비스를 제공하는 모든 CCT 선도 조직에서 전환 조정 서비스를 받을 수 있습니다. CCT 선도 조직 및 CCT 선도 조직이 서비스를 제공하는 카운티 목록은 [www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT](http://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT) 에서 확인할 수 있습니다.

#### CCT 전환 조정 서비스:

Medi-Cal 는 전환 조정 서비스를 지불합니다. 이러한 서비스에 대하여 귀하는 아무것도 지불하지 않습니다.

#### CCT 전환과 관련되지 않은 서비스:

의료 서비스 제공자는 귀하가 받는 서비스에 대해 Health Net Cal MediConnect 에 청구합니다. Health Net Cal MediConnect 는 전환 후 제공되는 서비스를 지불합니다. 이러한 서비스에 대하여 귀하는 아무것도 지불하지 않습니다.

CCT 전환 조정 서비스를 받고 있는 동안, Health Net Cal MediConnect 는 본 장의 섹션 D 에 나온 혜택 차트에 나열된 서비스를 지불합니다.

#### Health Net Cal MediConnect 의약품 보장 혜택에는 변경 내용이 없습니다.

약품은 CCT 프로그램에서 보장되지 않습니다. Health Net Cal MediConnect 를 통해 계속해서 일반적인 의약품 혜택을 받게 됩니다. 자세한 내용은 5 장, 섹션 F, 135 페이지를 참조하십시오.

**유의사항:** 비-CCT 전환 관리가 필요하신 경우 케어 코디네이터에게 문의하여 서비스를 조정해 주십시오. 비-CCT 전환 관리는 기관/시설로부터의 전환과 관련되지 않은 간호를 말합니다. 케어 코디네이터에게 문의하려면 Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## E2. Medi-Cal 치과 프로그램

Medi-Cal 치과 프로그램을 통해 다음과 같은 특정 치과 서비스를 이용하실 수 있습니다.

- 초기 검사, X-레이, 스케일링, 불소 치료
- 복원 및 크라운
- 근관 치료
- 의치, 교정, 복구, 이장

Medi-Cal 치과 프로그램에서 행위별 수가제 치과 혜택을 이용하실 수 있습니다. 추가 정보가 필요하시거나 Medi-Cal 치과 프로그램을 받는 치과 의사를 찾는 데 도움이 필요하시면, 1-800-322-6384(TTY 사용자: 1-800-735-2922)번으로 고객 서비스부에 문의해 주십시오. 통화는 무료입니다. Medi-Cal 치과 서비스 프로그램 담당자가 월요일~금요일 오전 8 시~오후 5 시에 도와 드릴 수 있습니다. 자세한 내용은 웹사이트 [dental.dhcs.ca.gov/](http://dental.dhcs.ca.gov/)에서도 확인하실 수 있습니다.

행위별 수가제 Medi-Cal 치과 서비스 프로그램 이외에, 치과 관리 치료 플랜을 통해 치과 혜택을 받으실 수도 있습니다. 치과 관리 치료 플랜은 Los Angeles 카운티에서 이용하실 수 있습니다. 치과 플랜에 관한 추가 정보가 필요하시거나, 치과 플랜을 확인하는 데 도움이 필요하시거나, 치과 플랜의 변경을 원하시면 월요일~금요일 오전 8:00~오후 6:00 에 1-800-430-4263(TTY 이용자는 1-800-430-7077)번으로 헬스케어 옵션에 문의해 주십시오. 통화는 무료입니다.

## E3. 호스피스 의료

귀하는 Medicare 에서 인증하는 어떠한 호스피스 프로그램에서도 간호를 받을 수 있습니다. 귀하에게는 귀하의 의료 서비스 제공자 및 호스피스 의료 팀장이 귀하의 질병이 말기인 것으로 판단한 경우, 호스피스를 선택할 권리가 있습니다. 즉, 귀하가 말기 질환을 앓고 있고 6 개월 이하로 생존할 것으로 예상된다는 것을 의미합니다. 호스피스 의사는 네트워크 서비스 제공자 또는 네트워크 비소속 서비스 제공자 모두 다 가능합니다.

호스피스 의료 서비스를 받는 동안 Health Net Cal MediConnect 에서 지불하는 항목에 대한 자세한 내용은 본 장의 섹션 D 에 나온 혜택 차트를 참조해 주십시오.

### 말기 예후와 관련해 Medicare Part A 또는 B 가 보장하는 서비스와 호스피스 서비스:

- 호스피스 서비스 제공자는 귀하가 받는 서비스에 대해 Medicare 에 청구합니다. Medicare 는 말기 예후와 관련한 호스피스 서비스에 대해 지불합니다. 이러한 서비스에 대하여 귀하는 아무것도 지불하지 않습니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



### 말기 진단과 관련 없는 Medicare Part A, B 가 보장하는 서비스(응급 치료 및 긴급히 필요한 진료는 제외):

- 서비스 제공자는 귀하가 받는 서비스에 대해 Medicare 에 청구합니다. Medicare 는 Medicare Part A 또는 B 가 보장하는 서비스를 지불합니다. 귀하는 그러한 서비스에 대하여 아무것도 지불하지 않습니다.

### Health Net Cal MediConnect 의 Medicare Part D 혜택에 의해 보장될 수 있는 의약품의 경우:

- 의약품은 절대 호스피스 및 당사 플랜 모두에 의해 동시에 보장되지 않습니다. 자세한 내용은 5 장, 섹션 F3, 135 페이지를 참조하십시오.

**유의사항:** 비호스피스 의료 서비스가 필요하신 경우 케어 코디네이터에게 문의하여 서비스를 조정해 주십시오. 비호스피스 의료는 말기 진단에 관련되지 않은 간호를 말합니다. 케어 코디네이터에게 문의하려면 Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다.

## F. Health Net Cal MediConnect, Medicare 또는 Medi-Cal 에서 보장하지 않는 혜택

이 섹션은 본 플랜에서 어떤 종류의 혜택이 제외되는지를 설명합니다. 제외라는 말은 당사가 그러한 혜택을 지불하지 않는다는 뜻입니다. Medicare 와 Medi-Cal 에서도 지불하지 않습니다.

아래 목록은 어떤 조건에서도 보장되지 않는 서비스 및 항목과 특정 조건에서만 제외되는 서비스 및 항목들을 설명하고 있습니다.

명시된 특정 조건을 제외하고, 당사는 본 섹션에 나열된(또는 본 *가입자 안내서* 어딘가에 나열된) 의료 혜택 제외 항목에 대해서는 대금을 지불하지 않습니다. 보장되지 않는 서비스를 당사가 지불해야 된다고 생각하신다면, 이의 신청을 신청하실 수 있습니다. 이의 신청에 대한 자세한 내용은 9 장, 섹션 D, 200 페이지를 참조하십시오.

본 혜택 차트에서 설명한 예외 또는 한도 항목 외에도 다음 항목과 서비스는 당사 플랜에서 보장하지 않습니다.

- Medicare, Medi-Cal 의 표준에 따라, 합당하고 필요한 서비스로 간주되지 않은 서비스. 단, 해당 서비스가 당사 플랜에 의해 보장되는 서비스로서 나열된 경우는 예외입니다.
- 실험적인 의료 및 수술 치료, 품목 및 의약품. 단, Medicare, Medicare 가 승인한 임상 연구 시험 또는 당사 플랜에서 보장하는 경우는 예외. 임상 연구 실험에 대한 자세한 내용은 3 장, 섹션 J, 61 페이지를 참조해 주십시오. 실험적 치료 및 품목들은 의료계에서 일반적으로 수용되지 않는 것들입니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



- 병적 비만을 위한 외과적 치료. 의료적으로 필요하며 Medicare 에서 지불하는 경우는 예외입니다.
- 병원의 개인실. 의료적으로 필요하다고 간주된 경우는 예외입니다.
- 개인 간호사.
- 병원이나 요양 시설의 개인실 안의 개인적 물품, 예를 들면 전화나 TV.
- 자택에서 정규시간 간호 서비스.
- 귀하와 한 집에 사는 직계가족이나 식구에 의해 부과된 요금.
- 임의로 선택한 혹은 자발적으로 선택한 처치나 서비스(체중 감량, 체모 성장, 성적 기능, 운동 성능, 미용, 노화방지 및 정신 기능을 포함). 단, 의료적으로 필요한 경우는 예외입니다.
- 성형 수술 또는 기타 성형 시술. 단, 사고로 인한 부상인 경우 또는 모양이 바르지 않은 신체 부위를 개선하기 위한 경우는 예외. 그러나 당사는 유방 절제술 후의 유방 재건술 및 모양을 맞추기 위한 나머지 유방에 대한 치료에 대해 대금을 지불합니다.
- 보장 가이드라인과 일치하는 척추 수동 교정을 제외한 카이로프랙틱 치료.
- 정형외과적 신발. 다만, 그 신발이 다리 보조기이고 보조기 비용에 포함되는 경우 또는 그 신발이 당뇨병성 족부질환(diabetic foot disease) 환자용인 경우는 예외입니다.
- 발 지지장치 (당뇨병 족부 질환 환자를 위한 정형외과적 혹은 치료 신발 제외).
- 불임 복원 시술 및 비처방 피임 용품.
- 자연 요법 서비스(자연 치료 혹은 대체 치료의 사용)
- 보훈처(Veterans Affairs; VA) 시설에서 참전용사에게 제공되는 서비스. 그러나 보훈자가 보훈 병원(VA hospital)에서 응급 진료를 받고 보훈 비용 부담액이 본 플랜에서의 비용 부담액보다 클 때, 당사는 그 차액을 보훈자에게 실비로 정산해 드립니다. 가입자는 여전히 가입자의 비용분담액에 대한 책임이 있습니다.
- 의학적으로 필요하거나 본 플랜 계약에서 허용되는 방문을 제외한 법원 명령 검사 및 치료.
- 주거 치료 센터에서의 치료. 이 혜택은 카운티 특수 정신 건강 혜택 하에서 이용 가능할 수 있습니다.
- 다음의 보조 서비스: 직업 재활 및 기타 재활 서비스(이 혜택은 카운티 특수 정신 건강 혜택 하에서 이용 가능) 및 영양 서비스.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



- 치료 계획 보조를 위해 유면허 심리학자가 실행하는 경우를 제외한 심리 검사 및 신경심리학적 검사. 이것은 약물 관리, 진단 설명을 포함하며 구체적으로 모든 교육과 성취검사, 건강 상태에 관한 심리 검사, 수술에 대한 준비성과 자동화된 컴퓨터 정보 보고서는 특별히 제외합니다.
- 귀하에 의한 병원 또는 시설에 대한 손실.
- 바이오 피드백 또는 최면 요법.
- 경두개자기자극술(Transcranial Magnetic Stimulation, TMS)
- DSM 5에 수록된 V-코드.
- Health Net Cal MediConnect에 의해 실험적 또는 연구적으로 판단된 서비스.
- 귀하가 주로 거주하시는 주 외부에서 받으신 서비스(응급 서비스 및 Health Net Cal MediConnect에서 승인한 경우는 제외).
- 전기-경련 요법(Electro-Convulsive Therapy, ECT)(Health Net Cal MediConnect에서 승인한 경우는 제외).
- 정기 치과 진료(예: 스케일링, 필링 또는 의치). 그러나 의치를 포함해서 일부 치과 서비스는 캘리포니아주의 Denti-Cal 프로그램에서 제공됩니다. 자세한 내용은 혜택 차트의 “치과 서비스”를 참조해 주십시오.

#### **Medicare 비보장 정기 시력 및 안경류 제외 항목:**

- 방사상 각막 절개술 및 라식 수술. 라식 시술의 할인에 대한 자세한 내용은 플랜에 문의해 주십시오.
- 사시 교정, 시력 트레이닝, 기타 관련 보조 검사.
- 각막 굴절 치료 요법(CRT).
- 각막 교정술(근시를 감소시킬 목적으로 각막의 모양 변형을 위해 콘택트렌즈를 이용해서 이루어지는 시술).
- 첫(90일) 피팅 기간 이후 콘택트렌즈의 재피팅.
- 플라노 렌즈, 플라노 콘택트 렌즈(+0.50 디옵터 미만의 굴절 교정 렌즈).
- 이중초점 렌즈 대신 안경 두 쌍.
- 비처방 안경류 및 선글라스
- 렌즈 추가

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



- 본 플랜 하에서 제공되는, 분실된, 부러진 렌즈 및 안경테의 교체품. 단 서비스가 달리 가능하고 정상적인 간격 내에 있을 경우는 제외.
- 눈의 의료 또는 외과적 치료(보장 수술 치료에 대해서는 본 장의 혜택 차트를 참조해 주십시오.)
- 실험적 성격의 교정 시력 치료.
- 눈 색깔을 미용적으로 바꾸기 위한 플라노 콘택트렌즈.
- 플랜 혜택이 허용하는 금액을 초과한 서비스 및/또는 재료 비용.
- 예술적으로 페인트된 콘택트렌즈.
- 콘택트렌즈 수정, 광택, 클리닝.
- 콘택트렌즈 병리학 관련 추가 진료실 방문.
- 콘택트렌즈 보험 증권 또는 서비스 계약.
- 참여 의료 서비스 제공자가 아닌 의료 서비스 제공자가 제공한 시력 관리 서비스 또는 용품.
- 외래 환자 처방약 또는 일반의약품은 귀하의 안과 진료 혜택의 일부로서 보장되지 않습니다. 의학적 또는 처방약 혜택에서의 외래 환자 처방약에 관한 자세한 내용은 이 장 앞부분 또는 5장과 6장에 나오는 혜택 차트를 참조해 주십시오.
- 본 장의 앞에 나온 혜택 차트에서 설명된 대로 시력 보조기(안경 또는 콘택트렌즈 제외) 또는 저시력 보조기.
- 본 플랜이 보장한다고 구체적으로 명시하지 않는 한, 고용자가 요구하는 고용 전제조건 및 보호 안경으로 착용하게 되는 교정 안경류.
- 다른 메디컬 그룹의 혜택에 의해 제공되는 안과 진료 서비스나 재료.
- 귀하의 보험이 종료한 후 제공된 서비스. 보험 종료 전에 주문한 물품과 이러한 주문날부터 31일 이내에 제공된 시력 관리 서비스인 경우는 제외합니다.
- 근로자 상해 보험 관련 법률 또는 이와 유사한 법률의 결과로 제공되거나 연방, 주 또는 산하 기관 등 정부 기관이나 프로그램이 요구하는 시력 관리 서비스.
- 본 가입자 안내서에 명시되지 않은 안과 서비스 또는 자재.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## 5장: 플랜을 통하여 외래 환자 처방약 받기

### 개요

본 장에서는 외래 환자 처방약을 받기 위한 규칙을 설명합니다. 이 의약품은 가입자의 서비스 제공자가 지시하여 가입자가 약국에서 받거나 우편 주문으로 받는 의약품을 말합니다. 여기에는 Medicare Part D와 Medi-Cal 에서 보장하는 의약품이 포함됩니다. 6 장, 섹션 D3, 148 페이지에는 이러한 의약품에 대한 지불 비용이 나와 있습니다. 주요 용어와 정의는 가입자 안내서의 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

이 장에서는 이에 대해 논하지 않습니다만, Health Net Cal MediConnect 는 다음 의약품을 보장합니다.

- Medicare PartA 가 보장하는 약. 여기에는 고객이 병원 또는 요양 시설에 머무는 동안 주어진 일부 의약품이 포함됩니다.
- Medicare Part B 가 보장하는 의약품. 여기에는 항암 화학요법 의약품 일부, 의사나 기타 의료 서비스 제공자가 진료실 방문 시 고객에게 투여한 의약품 일부, 투석 클리닉에서 고객이 받은 의약품이 포함됩니다. Medicare Part B 약 중 무엇이 보장되는지에 대한 자세한 내용은 4 장, 섹션 D, 70 페이지의 혜택 차트를 참조해 주십시오.

### 외래환자 의약품 보장에 관한 플랜의 규칙

본 섹션에 명시된 규칙을 고객이 따르는 한 당사는 대부분 고객의 의약품을 보장합니다.

1. 고객은 반드시 의사나 기타 의료 서비스 제공자에게 처방전을 받아야 합니다. 이 사람은 대개 귀하의 주치의(PCP)입니다. 가입자의 주치의가 진료를 위해 가입자를 진료 의뢰했다면 다른 서비스 제공자가 될 수도 있습니다.
2. 처방약을 조제하려면 일반적으로 네트워크 약국을 이용하셔야 합니다.
3. 고객의 처방약은 반드시 플랜의 보장 의약품 목록에 들어 있어야 합니다. 이를 “의약품 목록”이라고 합니다.
  - 그 의약품이 의약품 목록에 없는 경우, 당사는 예외 처리를 통해 이를 보장해 드릴 수도 있습니다.
  - 예외 처리 요청에 대한 자세한 내용은 9 장, F2, 216 페이지를 참조하십시오.
4. 의약품은 의학적으로 용인된 적응증에 사용되어야 합니다. 이는 의약품의 사용이 식품 의약품에 의해 승인되거나 특정 의료 참고 문헌에 의해 뒷받침 된다는 뜻입니다. Medi-Cal 보장 의약품의 경우, 이는 생명을 보호하거나, 심각한 질병이나 장애를 예방하거나, 질환이나 질병 또는 부상의 진단 또는 치료를 통한 중증 통증의 완화를 위해 해당 의약품의 사용이 합리적이고 필요하다는 것을 뜻합니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.





## 목차

A. 처방약 조제받기 .....	123
A1. 네트워크 약국에서 처방약 조제 .....	123
A2. 처방약을 조제할 때 가입자 ID 카드 제시 .....	123
A3. 다른 네트워크 약국으로 변경하고 싶은 경우 .....	123
A4. 이용하던 약국이 네트워크를 탈퇴하는 경우 .....	123
A5. 전문약국의 이용 .....	124
A6. 우편 주문 서비스로 의약품 받기 .....	124
A7. 의약품의 장기 공급분 받기 .....	126
A8. 플랜의 네트워크에 속하지 않은 약국 이용하기 .....	126
A9. 가입자가 처방약 비용을 지불한 경우 플랜의 환급 .....	126
B. 플랜의 약 목록 .....	127
B1. 약품 목록에 있는 의약품 .....	127
B2. 약품 목록에서 의약품 찾기 .....	127
B3. 약품 목록에 없는 의약품 .....	127
B4. 약품 목록 비용 부담 범주 .....	128
C. 일부 의약품 제한 사항 .....	129
D. 약을 보장받지 못하는 이유 .....	130
D1. 임시 공급량 받기 .....	130
E. 귀하의 약 보험보장 변경 .....	133
F. 특별한 경우에서의 의약품 보장 .....	135
F1. 플랜에서 보장하는 병원 또는 전문 간호 시설에 입원한 경우 .....	135
F2. 장기 간호 시설에 입원한 경우 .....	135
F3. 가입자가 Medicare 인증 호스피스 프로그램에 있을 경우 .....	135

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주시요. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**  
[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)을 참조해 주십시오.



G. 약 안전 및 약 관리 프로그램..... 136

    G1. 가입자가 의약품을 안전하게 사용하도록 돕는 프로그램..... 136

    G2. 가입자 의약품 관리를 돕는 프로그램..... 136

    G3. 오피오이드 약물의 안전한 사용을 도와주는 Drug Management 프로그램..... 137

---

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## A. 처방약 조제받기

### A1. 네트워크 약국에서 처방약 조제

대부분의 경우, 당사는 당사 네트워크 약국에서 조제되는 경우에만 처방약에 대한 비용을 지불합니다. 네트워크 약국이란 당사 플랜 가입자를 위해 처방약을 조제하는 데 동의한 약국을 뜻합니다. 당사 네트워크 소속 약국 중 어디든지 가셔도 됩니다.

네트워크 약국을 찾으시려면 *서비스 제공자 및 약국 명부*를 참조하시거나, 당사 웹사이트를 확인하시거나, 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

### A2. 처방약을 조제할 때 가입자 ID 카드 제시

처방약을 조제하시려면 네트워크 약국에서 **가입자 ID 카드**를 제시해 주십시오. 네트워크 소속 약국은 가입자의 보장 처방약에 대해 당사 부담금을 당사에 청구할 것입니다. 가입자는 처방약을 받을 때 약국에 자기부담금을 지불해야 할 수도 있습니다.

처방약 조제 시 가입자 ID 카드를 소지하지 않으신 경우에는 약국 측에 플랜에 문의해 필요한 정보를 받으라고 요청하십시오.

**필요한 정보를 약국이 확인할 수 없는 경우, 귀하는 조제된 처방 비용 전액을 부담해야 할 수도 있습니다.** 가입자 그 비용의 당사측 부담액을 상환하라고 당사에 요청할 수 있습니다. 가입자가 의약품 비용을 지불할 수 없는 경우, 가입자 서비스부에 즉시 문의해 주십시오. 당사가 할 수 있는 것을 도와 드리도록 하겠습니다.

- 당사에 지불금 상환을 요청하는 방법에 대한 자세한 내용은 7 장, 섹션 A, 151 페이지를 참조하십시오.
- 처방약을 조제 받는 데 도움이 필요하시면 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

### A3. 다른 네트워크 약국으로 변경하고 싶은 경우

약국을 변경하고 처방약을 재조제해야 하는 경우, 의료 서비스 제공자에게 새 처방전을 써 줄 것을 요청하시거나 재조제 분량이 남아 있으면 기존 약국에 이 처방전을 새 약국으로 이전해 달라고 요청하실 수 있습니다.

네트워크 약국 변경에 도움이 필요하시면 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

### A4. 이용하던 약국이 네트워크를 탈퇴하는 경우

가입자가 이용하시는 약국이 본 플랜 네트워크를 탈퇴하는 경우, 새로운 네트워크 약국을 찾으셔야 합니다.

새로운 네트워크 소속 약국을 찾으시려면 *의료 서비스 제공자 및 약국 명부*를 참조하시거나, 당사 웹사이트를 확인하시거나, 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## A5. 전문약국의 이용

간혹 전문약국에서 처방약을 조제해야 하는 경우가 있습니다. 전문 약국이란 다음 약국들입니다.

- 재택 주입 요법을 위한 약을 공급하는 약국.
- 요양원 같은 장기 간호 시설 입소자들을 위한 약을 공급하는 약국.
  - 대개 장기 간호 시설에는 자체 약국이 있습니다. 장기 간호 시설의 입소자인 경우 시설의 약국에서 필요한 약을 얻을 수 있는지 확인해야 합니다.
  - 가입자의 장기 간호 시설 약국이 당사의 협력업체에 속하지 않은 경우 또는 장기 간호 시설에서 의약품 혜택을 이용하는 데 어려움이 있는 경우에는 가입자 서비스부에 문의하십시오.
- Indian Health Service/Tribal/Urban Indian Health 프로그램에 서비스를 제공하는 약국. 응급 상황을 제외하고는 미국 인디언 또는 알래스카 원주민만이 이러한 약국을 사용할 수 있습니다.
- 사용에 있어서 특별 취급 또는 지시 사항을 요구하는 의약품을 공급하는 약국.

전문 약국을 찾으시려면 *의료 서비스 제공자 및 약국 명부*를 참조하시거나, 당사 웹사이트를 확인하시거나, 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

## A6. 우편 주문 서비스로 의약품 받기

특정 종류의 의약품의 경우 본 플랜의 네트워크 우편 주문 서비스를 이용하실 수 있습니다. 일반적으로 우편 주문을 통해 구할 수 있는 의약품은 고객이 만성적 혹은 장기적 의료적 상태 때문에 정기적으로 복용하는 의약품입니다. 이 플랜 우편 주문 서비스를 통해 구입할 수 없는 의약품은 당사의 의약품 목록에 “NM”으로 표시되어 있습니다.

당사 플랜의 우편 주문을 통해 최대 90 일치 복용량을 주문할 수 있습니다. 90 일 공급분은 한 달 공급분과 자기부담금이 같습니다.

### 우편으로 처방약 조제하기

주문 양식 및 처방약 우편 조제 정보는 당사의 웹사이트 [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 방문하시거나 가입자 서비스부에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다.

대개, 우편 주문 처방약은 10~14 일 이내에 받으실 수 있습니다. 우편 주문이 지연되는 경우 가입자 서비스부 또는 CVS Caremark 에 1-888-624-1139(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오.

---

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## 우편 주문 절차

우편 주문 서비스에는 귀하에게서 받은 새 처방전, 귀하의 서비스 제공자 진료실에서 직접 받은 새 처방전, 귀하의 우편 주문 처방약 재조제 등 다양한 절차가 있습니다.

### 1. 가입자가 약국에 제출한 새 처방전

약국은 귀하로부터 받은 새 처방전을 자동으로 조제하여 전달합니다.

### 2. 의료 서비스 제공자 사무실에서 약국에 직접 제출한 새 처방전

약국에서 의료 서비스 제공자로부터 처방전을 받은 후 가입자에게 연락드려 약물을 즉시 또는 나중에 조제받고 싶으신지 확인할 것입니다.

- 이렇게 함으로써 약국이 올바른 의약품(용량, 수량, 형식 포함)을 전달하고 필요한 경우 금액을 청구받고 의약품이 배송되기 전에 중지 또는 연기할 수 있도록 합니다.
- 따라서 약국에서 연락드릴 때마다 답변하여 새 처방전을 어떻게 처리해야 할지 알림으로써 배송 지연을 막는 것이 중요합니다.

### 3. 우편 주문 처방약 재조제

약 재조제를 위해 선택에 따라 자동 재조제 프로그램에 가입할 수 있습니다. 이 프로그램에서는 기록상 약이 떨어질 때가 되면 자동으로 다음재조제 과정을 시작합니다.

- 재조제 약물을 배송하기 전에 약국에서 가입자에게 연락하여 약물이 더 필요하신지 확인합니다. 약물이 충분히 있거나 약물이 변경된 경우에는 예약된 재조제를 취소하실 수 있습니다.
- 자동 재조제 프로그램을 사용하지 않기로 선택하는 경우, 다음 주문이 적시에 배송되도록 보유한 약이 다 소진될 것이라 예상하는 날로부터 14 일 전에 약국으로 연락해 주십시오.

우편 주문 자동 재조제 프로그램 선택을 해지하려면 가입자 서비스부 또는 우편 주문 약국으로 문의해 주십시오.

CVS Caremark: 전화번호는 1-888-624-1139(TTY: 711)

약국에서 배송하기 전에 귀하에게 연락하여 주문을 확인할 수 있도록 귀하에게 연락할 수 있는 가장 좋은 방법을 약국에 반드시 알려 주십시오. 주문하실 때마다, 자동 재조제 프로그램에 가입하실 때 또는 연락처 정보가 변경되는 경우, 귀하의 연락처 정보를 확인하셔야 합니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## A7. 의약품의 장기 공급분 받기

가입자는 당사 플랜의 의약품 목록에 있는 유지약의 장기 공급분을 구입하실 수 있습니다. 유지약은 만성 혹은 장기 의료 상태 때문에 정기적으로 복용하는 의약품입니다.

일부 네트워크 약국에서 유지약의 장기 공급분을 구입하실 수 있습니다. 90 일 공급분은 한 달 공급분과 자기부담금이 같습니다. 약국이 유지 치료약의 장기 공급분을 제공하는지를 알기 원하시면 **의료 서비스 제공자 및 약국 명부**를 보십시오. 자세한 내용은 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

특정 종류의 의약품의 경우 가입자는 유지 치료약의 장기 공급분을 받기 위해 본 플랜의 네트워크 우편 주문 서비스를 이용하실 수 있습니다. 우편 주문 서비스에 대한 자세한 내용은 상기 섹션, 127 페이지를 참조하십시오.

## A8. 플랜의 네트워크에 속하지 않은 약국 이용하기

일반적으로 당사는 가입자가 네트워크 약국을 이용하실 수 없는 경우에만 네트워크 비소속 약국에서 조제된 의약품에 대해 지불합니다. 당사 서비스 지역 외부에도 귀하가 당사 플랜의 가입자로서 처방약을 조제받을 수 있는 네트워크 약국이 있습니다.

당사는 다음의 경우에 네트워크 비소속 약국에서 조제된 처방약에 대해 지불합니다.

- 플랜의 서비스 지역 밖에서 여행하고 있고 가까운 네트워크 소속 약국에서 구할 수 없는 의약품이 필요한 경우.
- 급히 의약품을 복용해야 하며 가까운 곳에 영업을 하고 있는 네트워크 소속 약국이 없는 경우.
- 연방 정부 재난 또는 기타 공공 보건 응급 상황으로 인해 집을 떠나야 하는 경우.

일반적으로 이러한 상황에서는 네트워크 소속 약국이 아닌 약국에서 최대 30 일 동안 한 번 조제받을 수 있습니다.

그런 상황에서는 먼저 가입자 서비스부에 문의해서 근처에 협력업체 약국이 있는지를 확인해 주십시오.

## A9. 가입자가 처방약 비용을 지불한 경우 플랜의 환급

가입자가 네트워크 비소속 약국을 이용해야 하는 경우, 일반적으로 가입자는 가입자의 처방약을 조제 받을 때 자기부담금 대신 비용 전액을 지불해야 할 것입니다. 가입자는 비용에 대한 당사 분담액의 환급을 당사에 요청하실 수 있습니다.

이에 대한 자세한 내용은 7 장, 섹션 A, 151 페이지를 참조하십시오.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## B. 플랜의 약 목록

당사에는 **보장 의약품 목록**이 있습니다. 이를 “의약품 목록”이라고 합니다.

이 목록에 나와 있는 의약품은 여러 의사들, 약사들의 도움 하에 당사가 선택한 것들입니다. 약품 목록을 보시면 고객이 의약품을 받는 데 따라야 하는 어떠한 규칙이 있는지를 보실 수 있습니다.

당사는 일반적으로 플랜의 의약품 목록에 있는 의약품은 고객이 본 장에 설명된 규칙을 따르는 한 보장합니다.

### B1. 약품 목록에 있는 의약품

의약품 목록에는 Medicare Part D 에서 보장하는 의약품, 일부 처방약과 비처방약(OTC), Medi-Cal 혜택으로 보장되는 제품이 포함됩니다.

약품 목록에는 유명 상표약과 복제약 의약품이 모두 있습니다. 복제약은 유명 상표약과 동일한 성분을 갖고 있습니다. 일반적으로 복제약은 유명 상표약과 동일한 효능을 갖고 있으면서 보통은 더 저렴합니다.

당사 플랜은 일부 OTC 의약품과 제품도 보장합니다. 일부 OTC 약은 처방약보다 저렴하면서 마찬가지로 효과를 발휘합니다. 자세한 내용은 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

### B2. 약품 목록에서 의약품 찾기

고객이 복용하는 어떤 의약품이 의약품 목록에 있는지를 알아보려면 다음의 방법이 있습니다.

- 당사가 우편으로 보내 드린 최신 의약품 목록을 확인해 주십시오.
- 본 플랜의 웹사이트 [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오. 웹사이트에 있는 의약품 목록은 언제나 최신 목록입니다.
- 가입자 서비스부에 전화해서 어떤 의약품이 플랜의 의약품 목록에 있는지 물어보거나 목록의 사본을 보내달라고 요청하십시오.

### B3. 약품 목록에 없는 의약품

당사는 모든 처방약을 보장하지는 않습니다. 일부 의약품은 법에 따라가 보장할 수가 없으므로 의약품 목록에 올라 있지 않습니다. 당사가 특정 약을 당사의 의약품 목록에 포함시키지 않기로 결정한 다른 경우도 있습니다.

Health Net Cal MediConnect 에서는 본 섹션에 열거된 약들을 지불하지 않을 것입니다. 이런 의약품들은 **제외된 의약품**이라 불립니다. 고객이 제외된 약 처방전을 받았다면 고객이 직접 해당 비용을 지불하셔야 합니다. 고객의 상황으로 인하여 당사가 제외된 의약품을 지불해야 한다고 생각하시면, 이의를 신청하실 수 있습니다. (이의 신청 방법에 대한 자세한 내용은 9 장, 섹션 F5, 226 페이지를 참조하십시오.)

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



제외된 의약품에 대한 세 가지 일반적 규칙은 다음과 같습니다.

1. 당사 플랜의 외래 환자 의약품 보장(Part D 및 Medi-Cal 의약품 포함)은 Medicare Part A 또는 Part B 하에서 이미 보장되는 의약품에 대한 비용을 지불할 수 없습니다. Medicare Part A 또는 Part B 하에서 보장되는 의약품은 Health Net Cal MediConnect 에서 무료로 보장하지만, 외래 환자 처방약 혜택의 일환으로 간주되지는 않습니다.
2. 당사 플랜은 미국 외 지역에서 구입한 의약품을 보장할 수 없습니다.
3. 미 식품 의약국(FDA)의 승인을 받았거나 귀하의 병증에 대한 치료책으로서 특정 의료 참고 문헌에 의해 뒷받침되는 의약품만 사용해야 합니다. 귀하의 의사가 귀하의 증세를 치료하기 위한 어떤 약을 처방했는데 그 약이 그 증세의 치료책으로 승인되지 않을 수도 있습니다. 이것을 오프라벨(off-label) 이용이라 부릅니다. 당사 플랜은 대개 오프라벨 용도로 처방되었을 때 해당 의약품을 보장하지 않습니다.

또한 아래 나열된 종류의 의약품은 Medicare 나 Medi-Cal 이 보장하지 않습니다.

- 가입 능력을 촉진하기 위해 사용되는 의약품
- 미용 목적을 위해 또는 모발성장을 촉진하기 위해 사용된 의약품
- Viagra®, Cialis®, Levitra®, Caverject® 같은 성 기능 장애나 발기 부전 치료에 사용된 의약품
- 약품 제조업체가 검사나 서비스를 해당 제조업체에서 수행해야만 한다고 하는 경우 외래 환자 의약품

#### B4. 약품 목록 비용 분담 범주

당사의 의약품 목록에 있는 모든 의약품은 3 가지 비용 분담 범주 중 하나에 해당합니다. 하나의 범주는 일반적으로 동일한 유형의 의약품 그룹입니다(예: 유명 상표약, 복제약, 비처방약(OTC)). 일반적으로 비용 분담 범주가 높을수록 가입자가 부담하는 의약품 비용이 높습니다.

- 범주 1(복제약)에는 복제약이 포함됩니다. 이 범주는 가장 낮은 비용 분담 범주입니다.
- 범주 2(브랜드 약)에는 브랜드 약이 포함되며 일부 복제약이 포함될 수 있습니다. 이 범주는 가장 높은 비용 분담 범주입니다.
- 범주 3(비 Medicare 처방약/비처방약(OTC))에는 Medi-Cal이 보장하는 일부 처방약 및 비처방(OTC) 복제약 및 브랜드 약이 포함됩니다.

가입자의 의약품이 어떤 비용 분담 범주에 속하는지 확인하시려면, 당사 의약품 목록에서 해당 의약품을 확인해 주십시오.

6 장, 섹션 D3, 148 페이지에 각 비용 분담 범주에서 가입자가 약에 지불하는 금액이 나옵니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.





## C. 일부 의약품 제한 사항

일부 처방약에 대해서는 플랜이 어떤 식으로 어떤 경우에 보장하는지를 제한하는 특별 규칙이 있습니다. 일반적으로 당사 규칙은 고객이 고객의 의료적 상태에 잘 듣고 안전하며 효과적인 의약품을 받도록 장려합니다. 안전하고 저렴한 의약품이 더 비싼 의약품과 똑같이 잘 듣는 경우, 당사는 귀하의 서비스 제공자가 더 저렴한 의약품을 처방할 것을 기대합니다.

**특별 규칙이 적용되는 의약품이 있다면, 일반적으로 당사가 해당 약을 보장하도록 귀하나 귀하의 의료 서비스 제공자가 추가 단계를 밟아야 한다는 의미입니다.** 예를 들어, 귀하의 의료 서비스 제공자는 귀하가 받은 진단 또는 혈액 검사 결과를 당사에 먼저 알려 주어야 할 수도 있습니다. 귀하나 귀하의 의료 서비스 제공자가 생각하기에 당사의 규칙이 귀하의 상황에 적용되지 않아야 한다면, 귀하는 당사에 예외 처리를 요청하셔야 합니다. 당사는 추가 단계 없이 해당 의약품 이용에 데 동의하거나 동의하지 않을 수도 있습니다.

예외 처리 요청에 대한 자세한 내용은 9 장 섹션 F2 216 페이지를 참조하십시오.

### 1. 복제약이 있는 경우 유명 상표약 이용 제한

일반적으로 복제약은 유명 상표약과 동일한 효능을 갖고 있으면서 보통은 더 저렴합니다. 대부분의 경우, 유명 상표약의 복제약이 있는 경우, 당사 네트워크 소속 약국에서는 복제약을 제공합니다.

- 복제약 버전이 있는 경우, 당사는 보통 유명 상표약에 대한 비용을 지불하지 않습니다.
- 그러나 가입자의 의료 서비스 제공자가 해당 복제약이 가입자에게 적합하지 않은 의료적 이유를 당사에 설명하는 경우, 당사는 유명 상표약을 보장할 것입니다.
- 가입자 자기부담금은 복제약보다 유명 상표약이 더 높습니다.

### 2. 플랜으로부터 사전에 승인 받기

일부 의약품에 대해서는 고객이 처방전을 조제하기 전에 고객 또는 고객의 의사가 먼저 Health Net Cal MediConnect 의 승인을 받아야 합니다. 귀하가 승인을 받지 않는다면 Health Net Cal MediConnect 에서는 그 약을 보장하지 않을 수도 있습니다.

### 3. 다른 약을 먼저 시도하기

일반적으로, 당사는 고객이 더 저렴한 약(종종 효과는 동일함)을 더 비싼 약보다 먼저 시도하기를 원합니다. 예를 들어 A 약과 B 약이 같은 의료적 상태를 치료하고, A 약품이 B 약품보다 저렴하다면, 플랜은 A 약품을 먼저 시도하도록 고객에게 요구할 수 있습니다.

A 약이 효과가 없다면 당사는 B 약을 보장합니다. 이것을 단계적 요법이라 부릅니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주시십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## 4. 수량 한계

일부 의약품의 경우, 당사는 고객이 받을 수 있는 의약품의 수량을 제한합니다. 이것을 수량 제한이라고 부릅니다. 예를 들어, 당사는 처방전을 조제받을 때마다 받는 의약품의 수량을 제한할 수 있습니다.

상기 규칙 중 하나라도 귀하가 복용하거나 복용하려는 의약품에 적용되는지 알고 싶다면, 의약품 목록을 참조해 주십시오. 최신 정보를 원하시면 가입자 서비스부에 문의하시거나 당사 웹사이트 [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.

## D. 약을 보장받지 못하는 이유

당사는 고객이 의약품 보장을 잘 적용받도록 노력합니다. 그러나 때로는 의약품이 고객이 원하는 방식으로 보장되지 않을 수도 있습니다. 예:

- 고객이 복용하고 싶은 의약품이 당사 플랜에서 보장되지 않습니다. 해당 의약품이 의약품 목록에 올라 있지 않을 수 있습니다. 해당 의약품의 복제약은 보장될 수 있지만, 귀하가 복용하고 싶은 유명 상표약은 보장되지 않을 수도 있습니다. 어떤 의약품은 신약이라 당사가 안정성과 효율성 검토를 아직 하지 않았을 수도 있습니다.
- 약품은 보장되지만 그 의약품의 보장에 대한 특별 규칙이나 제한이 있습니다. 위 섹션, 131 페이지에서 설명했듯이, 플랜에 의해 보장되는 약들 중 일부는 사용을 제한하는 규칙이 적용됩니다. 일부 경우, 귀하나 귀하의 처방전 서비스 제공자는 규칙 예외 처리를 요청할 수가 있습니다.

고객의 의약품이 고객이 원하는 방식으로 보장되지 않는 경우에 고객이 할 수 있는 것이 있습니다.

### D1. 임시 공급량 받기

경우에 따라 의약품이 의약품 목록에 없거나 어떤 식으로든 제한되어 있을 때 의약품의 임시 공급량을 귀하에게 제공할 수 있습니다. 그럼으로써 귀하의 의료 서비스 제공자와 다른 의약품에 대해서 의논하거나 당사에 의약품 보장을 요청할 시간이 생깁니다.

**어떤 의약품의 임시 공급량을 받으려면 먼저 하기의 두 가지 규칙에 부합해야 합니다.**

#### 1. 고객이 복용하는 의약품 조건:

- 더 이상 의약품 목록에 **없거나**
- 의약품 목록에 실린 적이 **없거나**
- 어떤 방식으로든 제한됨

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## 2. 귀하는 아래 상황 중 하나에 속해야 합니다.

- 작년 본 플랜에 가입되어 있었습니다.
  - 당사는 **달력상 연도의 첫 90 일 동안의** 귀하 의약품의 임시 공급량을 보장할 것입니다.
  - 이 임시 공급분은 소매 약국의 경우 최대 30 일, 장기 관리 약국의 경우 31 일 복용량입니다.
  - 가입자의 처방전에 더 적은 기간의 공급분이 적혀 있다면, 당사는 소매 약국의 경우 최대 30 일, 장기 관리 약국의 경우 31 일 공급분의 약물을 제공하도록 여러 번 재조제받는 것을 허용합니다. 처방약은 반드시 네트워크 약국에서 조제받아야 합니다.
  - 장기 관리 약국에서 낭비를 막기 위해 한 번에 소량의 처방약을 제공할 수도 있습니다.
- 귀하는 당사 플랜에 새로 가입하셨습니다.
  - 당사는 **귀하가 플랜에 가입한 후 첫 90 일 동안 기존에 복용하던 의약품**의 임시 공급량을 보장합니다.
  - 이 임시 공급분은 소매 약국의 경우 최대 30 일, 장기 관리 약국의 경우 31 일 복용량입니다.
  - 가입자의 처방전에 더 적은 기간의 공급분이 적혀 있다면, 당사는 소매 약국의 경우 최대 30 일, 장기 관리 약국의 경우 31 일 공급분의 약물을 제공하도록 여러 번 재조제받는 것을 허용합니다. 처방약은 반드시 네트워크 약국에서 조제받아야 합니다.
  - 장기 관리 약국에서 낭비를 막기 위해 한 번에 소량의 처방약을 제공할 수도 있습니다.
- 가입자가 플랜에 가입한 지 90 일 이상 지났고 장기치료 시설에 거주하고, 약 공급이 즉시 필요한 경우.
  - 당사는 31 일 공급분을 1 회 보장합니다. 가입자의 처방전에 더 적은 기간으로 처방되어 있다면 더 적은 일수의 공급분을 보장합니다. 이것은 위에서 말한 임시 공급량에 추가하여 보장됩니다.
  - 치료 수준이 변경될 경우 당사는 의약품의 임시 공급분을 보장합니다. 병원에서 퇴원할 때 치료 수준이 변경됩니다. 장기 치료 시설로 옮기거나 퇴원하는 경우에도 발생합니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주시요. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



- 장기 간호 시설이나 병원에서 집으로 옮기고 임시 공급분이 필요한 경우 30일 공급분 1회를 보장합니다. 귀하의 처방전에 더 적은 기간의 공급분이 적혀 있다면 총 합산하여 최대 30일 공급분을 제공하도록 재조제를 허용합니다.
- 집이나 병원에서 장기 간호 시설로 옮기고 임시 공급분이 필요한 경우 31일 공급분 1회를 보장합니다. 가입자의 처방전에 더 적은 기간의 공급분이 적혀 있다면 총 합산하여 최대 31일 공급분을 제공하도록 재조제를 허용합니다.
- 의약품의 임시 공급량을 요청하려면, 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

귀하는 의약품의 임시 공급량을 복용하는 동안, 공급량이 소진된 후의 대책을 귀하의 의료 서비스 제공자와 상의해야 합니다. 고객은 아래 중 하나를 선택하실 수 있습니다.

- 귀하는 다른 약으로 변경할 수 있습니다.

고객에게 약효가 있는, 당사 플랜이 보장하는 다른 의약품이 있을 수 있습니다. 귀하는 가입자 서비스부에 문의하여 동일 질환을 치료하는 보장 의약품 목록을 요청할 수 있습니다. 해당 목록은 귀하의 의료 서비스 제공자가 귀하에게 효력이 있는 보장 의약품을 찾는 데 도움이 될 수 있습니다.

#### 또는

- 고객은 예외 처리를 요청할 수 있습니다.

고객 또는 고객의 의료 서비스 제공자는 당사로 예외 처리를 요청하실 수 있습니다. 예를 들어 귀하는 의약품이 의약품 목록에 없더라도 해당 의약품을 보장해 주도록 당사에 요청할 수 있습니다. 또는 제약 없이 의약품을 보장해 주도록 당사에 요청하실 수 있습니다. 가입자의 의료 서비스 제공자가 가입자는 예외 처리의 충분한 사유가 있다고 말하면, 해당 의료 서비스 제공자는 예외 처리에 대해 가입자를 도와 드릴 수 있습니다.

귀하가 복용 중인 의약품이 다음 연도에 의약품 목록에서 제외되거나 어떤 방식으로든 제한될 경우, 다음 연도 이전에 예외를 요청하실 수 있습니다.

- 다음 연도 의약품 보장 범위의 변경에 대해 알려 드리겠습니다. 그런 다음 당사에 예외 처리를 요청하여 다음 연도에 귀하가 원하는 방식으로 의약품을 보장하도록 요청하실 수 있습니다.
- 요청(또는 처방의의 입증 진술서)을 받은 후 72 시간 이내에 귀하의 예외 처리 요청에 대한 답변을 드립니다.

예외 처리 요청에 대한 자세한 내용은 9 장 섹션 F2 216 페이지를 참조하십시오.

예외 처리 요청에 도움이 필요하시면 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## E. 귀하의 약 보험보장 변경

대부분의 의약품 보장 변경은 1 월 1 일에 발생합니다. 그러나 연중에도 의약품 목록에 의약품을 추가하거나 삭제할 수 있습니다. 약 관련 보험사 규정을 변경할 수도 있습니다. 예를 들어 당사는 다음과 같이 할 수 있습니다.

- 어떤 약에 사전 승인이 필요한지 여부를 결정합니다. (사전 승인이란 약을 구입하기 전에 Health Net Cal MediConnect 의 허락을 받아야 하는 경우입니다.)
- 고객이 받아갈 수 있는 약의 수량을 추가하거나 변경합니다(수량 한계라 부름).
- 어떤 약의 단계 요법 제한을 추가하거나 변경합니다. (단계 요법이란 어떤 약을 시도한 다음에야 다른 약이 보장된다는 의미.)

의약품 규정에 대한 자세한 내용은 본 장의 앞부분인 C 섹션을 참조해 주십시오.

**연초에** 보장된 의약품을 가입자가 계속 복용 중인 경우, **연중 나머지 기간에** 해당 의약품의 보장을 삭제하거나 변경하는 일은 일반적으로 없지만 다음 상황은 예외입니다.

- 현재 의약품 목록에 등재된 의약품과 효과가 동일하고 더 저렴한 새로운 의약품의 시판 또는
- 의약품이 안전하지 않다는 사실을 알게 됨 또는
- 의약품이 시장에서 퇴출됨

약품 목록이 변경되면 어떻게 되는지 자세한 내용은 항상 다음에서 알아볼 수 있습니다.

- [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 에서 온라인으로 최신 의약품 목록을 확인하시거나
- 현재 의약품 목록을 확인하려면 가입자 서비스부에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



약품 목록의 일부 사항은 **즉시** 변경됩니다. 예:

- **복제약이 새로 나왔습니다.** 현재 의약품 목록에 등재된 의약품과 효과가 동일하고 더 저렴한 새로운 의약품의 시장에 출시되기도 합니다. 그러면 유명 상표약을 삭제하고 새로운 복제약을 추가할 수 있습니다. 다만 가입자가 새 의약품에 지불하는 비용은 동일하거나 더 낮아집니다.

새 복제약을 추가하면서 유명 상표약을 목록에 계속 유지하되 보장 규정이나 한도만 변경할 수 있습니다.

- 이러한 변경은 사전에 가입자에게 알리지 않고 진행되나, 일단 결정되면 구체적인 변경 내용을 알려드립니다.
- 가입자 또는 의료 서비스 제공자는 이러한 변경 사항에서 “예외 처리”를 요청할 수 있습니다. 그러면 당사가 예외 처리를 요청하기 위해 밟아야 할 단계를 알려드립니다. 예외 처리에 대한 자세한 내용은 본 안내서의 9 장을 참조해 주십시오.

- **시장 퇴출.** 미국 식품 의약국(FDA)이 안전하지 않다고 발표하거나 의약품 제조사에서 판매를 중지하는 경우, 당사는 해당 의약품을 의약품 목록에서 삭제합니다. 해당 의약품을 복용 중인 가입자에게는 당사가 공지합니다. 다른 옵션에 대해 담당 의사와 상담해 주십시오.

**그 밖에 보험사 자체적으로 변경하는 경우가 있습니다.** 여기에 해당하는 의약품 목록의 변경 사항은 가입자에게 사전에 고지합니다. 다음과 같은 경우가 해당됩니다.

- 의약품에 대한 FDA의 지침 또는 임상 지침 변경.
- 판매되고 있는 복제약 추가 및
  - 현재 의약품 목록에 있는 유명 상표약을 복제약으로 **대체하거나**
  - 유명 상표약에 대한 보장 규칙 또는 제한사항 변경.

이러한 변경이 발생하면 당사는 다음을 수행합니다.

- 약품 목록을 변경하기 최소 30일 전에 고지합니다. **또는**
- 재조제를 신청하시면 알려드리고 30일 복용량을 제공합니다.

그러면 이 기간 동안 가입자는 담당 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자와 충분히 상담할 수 있습니다. 이들은 다음에 대한 도움을 줄 수 있습니다.

- 대신 복용할 만한 비슷한 약이 의약품 목록에 있는지 **또는**
- 이러한 변경 사항에서 예외 처리를 요청해야 할지 예외 처리 요청에 대한 자세한 내용은 9 장 섹션 F2 216 페이지를 참조하십시오.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



당사는 귀하가 복용 중인 의약품에 대한 규정을 변경할 수 있지만, 귀하에게 현재 영향을 미치지 않습니다. 이러한 변경의 경우, 연초에 보장된 의약품을 가입자가 계속 복용 중인 경우, 당사는 일반적으로 연중 나머지 기간에 해당 의약품의 보장을 삭제하거나 변경하지 않습니다.

예를 들어, 귀하가 복용 중인 의약품을 삭제하거나, 해당 의약품에 대한 지불금을 늘리거나, 해당 의약품 사용을 제한하는 경우, 변경 사항으로 인해 해당 연도의 나머지 기간에 해당 의약품의 사용 또는 해당 의약품에 대한 지불금은 영향을 받지 않습니다.

## F. 특별한 경우에서의 의약품 보장

### F1. 플랜에서 보장하는 병원 또는 전문 간호 시설에 입원한 경우

고객이 당사 플랜에 의해 보장되는 병원 입원 또는 전문 간호 시설에 입원한 경우, 당사는 일반적으로 고객의 입원 기간 동안의 처방약 비용을 보장할 것입니다. 고객은 자기부담금을 지불하지 않습니다. 고객이 병원이나 전문 간호 시설에서 퇴원하면 당사는 의약품이 당사의 약 보장 규칙을 모두 충족하는 한 고객의 의약품을 보장할 것입니다.

약품 보장 범위 및 가입자가 지불하는 부분에 대한 자세한 내용은 6 장, 섹션 D3, 146 페이지를 참조하십시오.

### F2. 장기 간호 시설에 입원한 경우

대체로 요양원 같은 장기치료 시설은 자체의 약국을 두고 있거나 모든 입소자에게 약을 공급하는 약국을 두고 있습니다. 귀하가 장기치료 시설에 거주하고 있으면, 귀하는 그 시설의 약국이 저희 네트워크의 일부인 한 그 시설의 약국을 통해서 귀하의 처방약을 구할 수 있습니다.

고객의 장기치료시설의 약국이 당사 협력업체의 일부인지 알아보려면 고객의 *서비스 제공자 및 약국 명부*를 살펴보십시오. 그렇지 않은 경우 또는 자세한 내용을 원하시면, 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

### F3. 가입자가 Medicare 인증 호스피스 프로그램에 있을 경우

의약품은 절대 호스피스 및 당사 플랜 모두에 의해 동시에 보장되지 않습니다.

- Medicare 호스피스에 가입되어 있고 귀하의 말기 예후 및 관련 상태와 관계 없기에 호스피스에 의해 보장되지 않는 진통제, 항오심제, 설사제, 항불안제가 필요로 할 경우, 당사 플랜은 반드시 처방의 또는 귀하의 호스피스 서비스 제공자로부터 해당 의약품이 관련 없다는 통지서를 당사 플랜이 해당 의약품을 보장할 수 있기 전에 받아야 합니다.
- 당사 플랜에 의해 보장되어야 하는 관련 없는 의약품을 받는 데 생기는 지연을 예방하기 위해 고객은 처방전을 조제하도록 약국에 요청하기 전에 호스피스 서비스 제공자 또는 처방인에게 해당 의약품이 관련 없다는 통지서를 당사에 보내도록 해야 할 것입니다.

문의 사항은 Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. 추가 정보가 필요하시면,

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.





호스피스를 떠날 경우, 당사 플랜은 고객의 모든 의약품을 보장해야 합니다. 고객의 Medicare 호스피스 혜택이 종료될 때 약국에서 지연이 발생하는 것을 방지하려면 고객이 호스피스를 떠났다는 것을 확인하기 위해 해당 약국에 서류를 갖고 와야 합니다. Part D 의약품 보장 규정에 대해 설명한 본 장의 이전 부분들을 참조해 주십시오.

호스피스 혜택에 대한 자세한 내용은 4 장, 섹션 E3, 115 페이지를 참조하십시오.

## G. 약 안전 및 약 관리 프로그램

### G1. 가입자가 의약품을 안전하게 사용하도록 돕는 프로그램

고객이 처방전을 받아 약을 구입할 때마다 당사는 의약품 오류 같은 발생 가능한 문제들을 점검합니다. 예를 들면 다음과 같습니다.

- 효과가 동일한 다른 약을 복용 중이기 때문에 불필요할 수도 있는 약
- 고객의 나이나 성별에 불안전할 수 있는 약
- 동시에 복용하면 해로울 수 있는 약
- 알레르기가 있거나 알레르기가 있을 수 있는 성분이 포함된 약품
- 안전하지 않은 양의 오피오이드 진통제가 포함된 약물

당사는 가입자의 처방약 사용에 문제 가능성을 발견한 경우, 문제를 바로잡기 위해 가입자의 의료 서비스 제공자와 협력할 것입니다.

### G2. 가입자 의약품 관리를 돕는 프로그램

귀하가 다른 의료 상태에 대해 약물을 복용하거나 오피오이드 약물의 안전한 사용을 돕는 의약품 관리 프로그램에 계신 경우, Medication Therapy Management (MTM) 프로그램을 통해 무료로 서비스를 받을 자격이 되실 수 있습니다. 이 프로그램은 가입자와 서비스 제공자가 가입자가 복용 중인 약물이 가입자의 건강 향상에 도움이 되는지 확인하는 것을 돕습니다. 약사나 다른 보건 전문가가 고객에게 고객의 모든 약물에 대해 포괄적인 검토를 제공하고 다음에 대해 상담할 것입니다.

- 복용하고 있는 의약품으로부터 최대한의 혜택을 받는 방법
- 약물 비용, 의약품 반응 등 우려 사항
- 약물을 복용하는 최선의 방법
- 처방약 및 일반의약품에 관한 질문 또는 문제

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.





귀하는 이 상담의 서면 요약서를 받을 것입니다. 본인의 약물을 최대한 활용할 수 있는 방법을 권장하는 약물 행동 계획이 요약서에 담겨져 있습니다. 귀하는 또한 복용 중인 모든 약물과 해당 약물을 복용하는 이유가 적힌 개인 약물 목록도 받으시게 됩니다. 또한, 규제 약물인 처방약의 안전한 폐기에 대한 정보를 얻으실 수 있습니다.

연간 “웰니스” 방문 전에 귀하의 약물 검토 일정을 잡는 것이 좋습니다. 이렇게 하면 행동 계획과 약물 목록에 대해 담당 의사와 상담하실 수 있습니다. 의사와의 진료 예약 또는 의사, 약사, 기타 건강 의료 서비스 제공자와 상담할 때마다 행동 계획 및 약물 목록을 지참해 주십시오. 또한 병원 혹은 응급실에 갈 경우 본인의 약물 목록을 지참해 주십시오.

약 치료요법 관리 프로그램들은 자발적이며 유자격 가입자에게 무료입니다. 고객의 필요에 맞는 프로그램이 있으면 당사는 고객을 그 프로그램에 등록시키고 고객에게 정보를 보내드릴 것입니다. 프로그램 참여를 원치 않으시면 당사에 알려 주십시오. 당사는 가입자를 프로그램에서 제외시켜 드릴 것입니다.

이 프로그램에 대한 문의 사항은 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

### G3. 오피오이드 약물의 안전한 사용을 도와주는 Drug Management 프로그램

Health Net Cal MediConnect 에는 가입자가 처방받은 오피오이드 약물 또는 기타 오용하기 쉬운 약물을 안전하게 사용하도록 돕는 프로그램이 있습니다. 이것을 의약품 관리 프로그램(DMP)이라고 부릅니다.

여러 의사 또는 약국에서 받은 오피오이드 약물을 사용하거나 최근에 오피오이드 약물을 과다 복용한 경우, 당사는 귀하의 오피오이드 약물 사용이 적절하고 의학적으로 필요한지 확인하기 위해 담당 의사와 상의할 수 있습니다. 의사에게 확인한 결과 처방 오피오이드 또는 벤조디아제핀 약물을 사용하는 것이 안전하지 않다고 판단하면, 당사는 해당 약물의 구입 방법을 제한할 수 있습니다. 제한 사항에는 다음이 포함됩니다.

- 해당 약물의 모든 처방전을 **특정 약국** 또는 **특정 의사**에게서 받도록 요구
- 당사가 보장하는 해당 약물의 **수량 제한**

제한 사항을 두 가지 이상 적용해야 한다고 생각하는 경우 사전에 편지로 고지합니다. 적용해야 한다고 생각하는 제한 사항을 서신에서 설명합니다.

**가입자는 선호하는 의사 또는 약국 및 당사가 알아야 할 중요한 모든 정보를 당사에 알릴 기회가 있습니다.** 가입자에게 응답할 기회가 주어진 후 해당 약물에 대한 보장을 제한하기로 결정한 경우, 당사는 제한 사항을 확인하는 또 다른 서신을 보내 드립니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



당사의 실수라고 생각하거나, 처방약 오용 위험이 있다는 의견에 동의하지 않거나, 제한 사항에 동의하지 않는 경우, 귀하와 처방의는 이의 신청을 제기하실 수 있습니다. 이의 신청이 제기되면, 당사는 가입자의 사례를 검토하고 당사의 결정을 가입자에게 알려 드립니다. 당사가 이러한 약물에 대한 접근 제한과 관련된 귀하의 이의 신청 일부를 계속해서 거부하는 경우, 당사는 귀하의 사례를 자동으로 독립 심사 기관(IRE)으로 보냅니다. (이의 신청 제기 및 IRE 에 대한 자세한 내용은 9 장, 섹션 F5, 221 페이지를 참조해 주십시오.)

가입자가 다음 상황인 경우 DMP 를 적용하지 않습니다.

- 암 또는 겸상 적혈구 질환 등 특정 의료 상태,
- 호스피스, 고통 완화 또는 시한부 치료를 받는 중 또는
- 장기 간호 시설에 거주함.

---

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## 6장: Medicare, Medi-Cal 처방약에 대해 가입자가 지불하는 부분

### 개요

이 장은 고객의 외래환자 처방약에 대해 고객이 지불하는 부분을 설명합니다. “약품”의 의미는 다음과 같습니다.

- Medicare Part D 처방약, 그리고
- Medi-Cal 에서 보장되는 의약품과 물품, 그리고
- 추가 혜택으로서 플랜이 보장하는 의약품과 품목

귀하는 Medi-Cal 수혜 자격이 있으므로 Medicare Part D 처방약에 대한 지불금에 대해 Medicare 의 “Extra Help”를 받고 있습니다.

**Extra Help** 란 소득이나 자원이 제한된 사람들에게 보험료, 공제액, 자기부담금 등 Medicare Part D 처방약 비용을 지원하는 Medicare 프로그램입니다. Extra Help 는 “저소득 보조금” 또는 “LIS”라고도 합니다.

기타 주요 용어와 정의는 *가입자 안내서*의 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

처방약에 대한 자세한 내용은 아래를 참조해 주십시오.

- 당사의 *보장 의약품 목록*.
  - 당사는 이것을 “의약품 목록”이라고 부릅니다. 이 목록을 보면 다음을 알 수 있습니다.
    - 당사가 어떤 의약품에 대해 지불하는지
    - 각 의약품이 3 가지 비용 부담 범주 중에서 어디에 속하는지
    - 의약품에 대한 제한이 있는지
  - 의약품 목록 사본이 필요하시면 가입자 서비스부에 문의해 주십시오. 의약품 목록은 당사 웹사이트 [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 에서도 찾아보실 수 있습니다. 웹사이트에 있는 의약품 목록은 언제나 최신 목록입니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



- 본 *가입자 안내서*의 5 장.
  - 5 장, 섹션 A, 123 페이지에서는 외래 환자 처방약을 당사 플랜을 통해서 받는 방법을 설명합니다.
  - 여기에는 가입자가 따라야 할 규칙이 포함됩니다. 또한 어떤 종류의 처방약품이 본 플랜에서 보장되지 않는지도 설명합니다.
- 당사 *서비스 제공자 및 약국 명부*.
  - 대부분의 경우, 고객은 반드시 보장 약을 받기 위해 협력업체 약국을 이용하셔야 합니다. 네트워크 약국들은 당사와 협약을 맺은 약국들입니다.
  - *서비스 제공자 및 약국 명부*에는 네트워크 약국 목록이 나옵니다. 네트워크 소속 약국에 대한 자세한 내용은 5 장, 섹션 A, 123 페이지를 참조해 주십시오.

---

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## 목차

A. 혜택 설명서(EOB) .....	142
B. 귀하의 약 비용 추적하는 방법 .....	143
C. Medicare PartD 약에 대한 약 지불 단계 .....	144
D. 단계 1: 초기 보장 단계.....	144
D1. 귀하의 약국 선택.....	145
D2. 약품의 장기 복용량 받기.....	145
D3. 가입자 지불.....	146
D4. 초기 보장 단계의 종료 .....	147
E. 2 단계: 재난 보장 단계.....	147
F. 귀하의 의사가 한 달 미만 분량의 약을 처방한 경우 귀하가 지불하는 약값 .....	147
G. HIV/AIDS 보균자를 위한 처방약 비용 분담 지원 .....	148
G1. AIDS Drug Assistance 프로그램(ADAP)이란 .....	148
G2. ADAP 에 가입하지 않은 경우.....	148
G3. ADAP 에 이미 가입되어 있다면 .....	148
H. 백신 접종 .....	148
H1. 백신 접종을 받기 전에 알아야 할 사항 .....	149
H2. Medicare Part D 백신 접종에 대해 귀하가 지불하는 부분 .....	149

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## A. 혜택 설명서(EOB)

당사 플랜은 고객의 처방약을 추적합니다. 당사는 두 가지 종류의 비용을 추적합니다.

- **고객의 본인 부담 비용.** 이 금액은 고객이 받은 처방약에 대해 고객 또는 타인이 고객을 대신해 지불한 금액을 말합니다.
- **귀하의 총 의약품 비용.** 이 금액은 고객이 받은 처방약에 대해 고객 또는 타인이 고객을 대신해 지불한 금액과 당사가 지불한 금액을 말합니다.

당사 플랜을 통해 처방약을 받으신 경우 당사는 **혜택 설명서**라 불리는 요약물 가입자에게 보내 드립니다. 당사는 이를 줄여서 EOB 라고 부릅니다. EOB 는 가입자가 복용하는 의약품에 대한 자세한 정보를 포함하고 있습니다. 예를 들어 가격 상승이나 이용 가능한 다른 의약품 중 분담해야 하는 비용이 더 낮은 의약품 등에 관한 정보가 있을 수 있습니다. 분담 비용이 더 낮은 이러한 의약품에 대해서는 처방 의사와 상담해 주십시오. EOB 에는 다음이 포함됩니다.

- **당월 정보.** 이 요약에는 가입자가 어떤 처방약을 받았는지 써 있습니다. 여기서는 총 의약품 비용, 당사가 지불한 부분, 귀하와 귀하를 대신해 다른 사람이 지불한 부분을 보여줍니다.
- **“연초대비” 정보.** 이는 1 월 1 일부터 귀하의 총 약 비용과 총 지불액을 보여 줍니다.
- **의약품 가격 정보.** 이는 총 가격 및 첫 번째 처방 이후 의약품 가격의 변동 비율입니다.
- **더 저렴한 대체품.** 사용 가능한 경우 현재 의약품의 요약에 표시됩니다. 자세한 정보를 알고 싶으신 경우 처방 의사와 상담해 주십시오.

당사는 Medicare 에서 보장하지 않는 의약품 보장을 제공합니다.

- 이러한 약에 대한 지불금은 귀하의 본인 부담 지출에 계산되지 않습니다.
- 어느 의약품이 당사 플랜에서 보장되는지를 알아보시려면 의약품 목록을 참조해 주십시오.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## B. 귀하의 약 비용 추적하는 방법

고객의 의약품 비용과 지불하신 금액을 추적하기 위해 당사는 고객으로부터 또 고객의 약국으로부터 받은 기록을 사용합니다. 가입자가 당사를 도울 수 있는 방법은 다음과 같습니다.

### 1. 가입자 ID 카드를 사용해 주십시오.

처방약을 조제받으실 때 가입자 ID 카드를 제시해 주십시오. 그럼으로써 귀하가 어떤 처방약을 조제받았으며 얼마를 지불했는지 당사가 알 수 있습니다.

### 2. 당사에 필요한 정보를 제공해 주십시오.

귀하가 지불하신 의약품 영수증 사본을 당사에 제공해 주십시오. 귀하는 그 비용의 저희측 분담액을 상환하라고 당사에 요청할 수 있습니다.

다음은 영수증 사본을 당사에 제공하셔야 하는 경우들의 예입니다.

- 고객이 보장되는 의약품을 네트워크 약국에서 특별 가격으로 구매하거나 본 플랜의 혜택에 속하지 않는 할인카드를 사용해서 산 경우
- 고객이 약 제조업체측의 환자 지원 프로그램 하에 제공되는 의약품에 자기부담금을 지불하는 경우
- 고객이 네트워크 비소속 약국에서 보장 의약품을 사는 경우
- 귀하가 보장 의약품에 대해 전액 지불하신 경우

해당 의약품 비용의 당사 분담액을 가입자에게 환급하도록 당사에 요청하는 방법에 대해서는 7 장, 섹션 A, 151 페이지를 참조해 주십시오.

### 3. 가입자를 위해 다른 사람이 지불한 지불금에 대한 정보를 당사로 보내주십시오.

다른 사람이나 기관에서 지불한 지불금도 가입자의 본인 부담 비용에 가산됩니다. 예를 들어 AIDS 약 지원 프로그램, 인디언 보건 서비스(Indian Health Service), 대부분의 자선단체가 지불한 지불금은 귀하의 본인부담 비용에 가산됩니다. 그럼으로써 재난 보장에 자격을 얻는 데 도움을 받습니다. 재난 보장 단계에 도달하면 Health Net Cal MediConnect 에서는 연말까지 귀하의 모든 Part D 의약품 비용을 지불합니다.

### 4. 당사가 발송해 드리는 EOB 를 확인해 주십시오.

EOB 를 우편으로 받으시면 내용이 빠짐 없고 정확한지를 확인하시기 바랍니다. 무언가 잘못되었거나 빠진 부분이 있다고 생각되거나 문의 사항이 있으시면, 가입자 서비스부에 문의해 주십시오. 우편으로 종이 EOB 를 받는 대신 이제 전자 EOB(eEOB)를 받을 수 있습니다. [www.caremark.com](http://www.caremark.com) 을 방문하여 eEOB 를 요청할 수 있습니다. 수신 동의를 선택한 경우 eEOB 를 열람하거나 인쇄하거나 다운로드할 준비가 되면 이메일을 받게 됩니다. eEOB 는 '종이 없는 EOB'라고도 불립니다. 이러한 eEOB 는 인쇄된 EOB 와 정확히 일치하는 사본(이미지)입니다. 이 EOB 를 보관하시기 바랍니다. 그러한 보고서는 의약품 비용에 대한 중요한 기록입니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## C. Medicare PartD 약에 대한 약 지불 단계

Health Net Cal MediConnect 를 통한 Medicare Part D 처방약 보장에는 두 가지 지불 단계가 있습니다. 가입자가 얼마를 지불하는지는 처방약을 조제 또는 재조제받을 당시 가입자가 어떤 단계에 속해 있는지에 따라 다릅니다. 두 단계는 다음과 같습니다.

단계 1: 초기 보장 단계	2 단계: 재난적 보장 단계
<p>이 단계에서 당사는 고객의 의약품 비용 일부를 지불하고, 고객은 고객의 분담 부분을 지불합니다. 가입자 분담금을 자기부담금이라고 합니다.</p> <p>해당 연도의 첫 처방약을 조제받을 때 이 단계가 시작됩니다.</p>	<p>이 단계에서 저희는 가입자의 약 비용 전부를 2022년 12월 31일까지 지불합니다.</p> <p>가입자가 일정액에 달하는 본인 부담 비용을 지불하신 후 이 단계가 시작됩니다.</p>

## D. 단계 1: 초기 보장 단계

초기 보장 단계에서 당사는 귀하의 보장 처방약 비용 중 일부를 지불하고 가입자는 가입자 분담액을 지불합니다. 가입자 분담금을 자기부담금이라고 합니다. 자기부담금은 해당 의약품이 어느 비용 분담 범주에 속하며 가입자가 이를 어디서 받았는지에 따라 다릅니다.

비용 분담 범주란 동일한 자기부담금이 적용되는 의약품 그룹을 말합니다. 본 플랜의 의약품 목록에 있는 모든 의약품은 3 가지 비용 분담 범주 중 하나에 해당합니다. 일반적으로 범주가 높을수록 자기부담금이 높습니다. 귀하가 이용하는 의약품이 어느 비용 분담 범주에 속하는지를 알아보시려면 의약품 목록을 참조해 주십시오.

- 범주 1(복제약)에는 복제약이 포함됩니다. 가입자의 소득에 따라 자기부담금은 \$0~\$3.95 사이입니다.
- 범주 2(브랜드 약)에는 브랜드 약이 포함되며 일부 복제약이 포함될 수 있습니다. 가입자의 소득에 따라 자기부담금은 \$0~\$9.85 사이입니다.
- 범주 3(비 Medicare 처방약/비처방약(OTC))에는 Medi-Cal 이 보장하는 일부 처방약 및 비처방(OTC) 복제약 및 브랜드 약이 포함됩니다. 자기부담금은 \$0 입니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.





## D1. 귀하의 약국 선택

고객이 의약품에 얼마를 지불하는지는 고객이 의약품을 다음 약국에서 구매하는지 여부에 좌우됩니다.

- 네트워크 약국 또는
- 네트워크 비소속 약국

당사는 제한된 경우에 한해, 네트워크 비소속 약국에서 조제한 처방약을 보장합니다. 이 시점에 대한 자세한 내용은 5 장, 섹션 A8, 126 페이지를 참조해 주십시오.

약국 선정에 대한 자세한 내용은 본 안내서의 5 장, 섹션 A, 123 페이지와 당사의 *의료 서비스 제공자 및 약국 명부*를 참조해 주십시오.

## D2. 약품의 장기 복용량 받기

일부 의약품의 경우, 가입자는 처방약을 조제받을 때 장기 공급분("연장 공급분"이라고도 함)을 구입하실 수 있습니다. 장기 공급분은 최대 90 일 공급분을 말합니다. 이는 1 개월 공급분의 비용과 같습니다.

의약품의 장기 공급분을 어디서 어떻게 구입할 수 있는지에 대한 자세한 내용은 5 장, 섹션 A7, 126 페이지 또는 *의료 서비스 제공자 및 약국 명부*를 참조해 주십시오.

---

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



### D3. 가입자 지불

초기 보장 단계에서 고객은 매번 처방전을 조제받을 때마다 자기부담금을 지불해야 할 수 있습니다. 보장되는 의약품의 비용이 자기부담금보다 적을 경우, 둘 중 적은 금액을 지불합니다.

보장 의약품에 대한 가입자 자기부담금이 얼마인지 알아보시려면 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

**보장되는 처방약의 1 개월 또는 장기 공급분을 다음으로부터 구매할 때 가입자의 비용 분담액:**

	네트워크 약국	플랜 우편 주문 서비스	네트워크 장기 간호 약국	네트워크 비소속 약국
	1 개월 또는 90 일까지의 공급량	1 개월 또는 90 일까지의 공급량	최대 31 일 공급량	최대 30 일 공급량 보장은 특정 사례에 제한됩니다. 자세한 내용은 5 장, A8, 128 페이지를 참조하십시오.
<b>비용 분담 범주 1</b> (복제약)	\$0, \$1.35, \$3.95 자기부담금 가입자의 Medi-Cal 보장 수준에 따라 다릅니다.	\$0, \$1.35, \$3.95 자기부담금 가입자의 Medi-Cal 보장 수준에 따라 다릅니다.	\$0, \$1.35, \$3.95 자기부담금 가입자의 Medi-Cal 보장 수준에 따라 다릅니다.	\$0, \$1.35, \$3.95 자기부담금 가입자의 Medi-Cal 보장 수준에 따라 다릅니다.
<b>비용 분담 범주 2</b> (유명 상표약)	\$0, \$4, \$9.85 자기부담금 가입자의 Medi-Cal 보장 수준에 따라 다릅니다.	\$0, \$4, \$9.85 자기부담금 가입자의 Medi-Cal 보장 수준에 따라 다릅니다.	\$0, \$4, \$9.85 자기부담금 가입자의 Medi-Cal 보장 수준에 따라 다릅니다.	\$0, \$4, \$9.85 자기부담금 가입자의 Medi- Cal 보장 수준에 따라 다릅니다.
<b>비용 분담 범주 3</b> (비 Medicare 처방약 및 비처방약 (OTC))	\$0 자기부담금	\$0 자기부담금	\$0 자기부담금	\$0 자기부담금

문의 사항은 Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. 추가 정보가 필요하시면,

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



어느 약국에서 장기 공급분을 구매할 수 있는지에 대한 자세한 내용은 당사의 *의료 서비스 제공자 및 약국 명부*를 참조해 주십시오.

#### D4. 초기 보장 단계의 종료

초기 보장 단계는 가입자의 총 본인 부담 비용이 \$7,050 에 도달했을 때 종료됩니다. 그 시점에서 재난적 보장 단계가 시작됩니다. 당사는 당해 연말까지 고객의 의약품 비용 전액을 보장합니다.

EOB 는 가입자가 연중 의약품에 지불한 금액을 추적하는 데 도움이 됩니다. 당사는 가입자가 \$7,050 한도에 도달하면 가입자에게 알려 드릴 것입니다. 많은 사람들이 일년 동안 그 금액에 도달하지 않습니다.

### E. 2 단계: 재난 보장 단계

처방약에 대한 본인 부담 한도액인 \$7,050 에 도달하면, 재난적 보장 단계가 시작됩니다. 가입자는 해당 달력 연도 말까지 재난 보장 단계에 있게 됩니다. 이 단계에서 본 플랜이 Medicare 의약품 비용 전액을 지불합니다.

### F. 귀하의 의사가 한 달 미만 분량의 약을 처방한 경우 귀하가 지불하는 약값

어떤 경우에 가입자는 보장 의약품의 1 개월 공급분에 대한 자기부담금을 지불합니다. 그러나 담당 의사는 의약품을 1 개월 미만 공급분으로 처방할 수 있습니다.

- 고객이 의약품을 1 개월 미만 공급량으로 처방해주기를 고객의 의사에게 요청하고 싶을 때가 있을 수 있습니다(예를 들어 고객이 중대한 부작용이 있다고 알려진 의약품을 처음으로 시험 복용할 경우).
- 담당 의사가 동의하면 가입자는 특정 의약품에 대해 1 개월 공급분에 대한 전액을 지불할 필요가 없습니다.

1 개월 미만의 공급분을 받게 되면, 귀하가 지불하는 금액은 귀하가 받는 의약품의 일수에 따라 결정됩니다. 당사는 가입자가 의약품에 대해 하루에 지불하는 금액(“일일 비용 부담률”)을 계산하여 그 금액에 의약품의 복용 일수를 곱할 것입니다.

- 한 예를 들어 드립니다: 예를 들어 가입자의 1 개월분(30 일분) 의약품에 대한 자기부담금이 \$1.35 라고 가정해 보겠습니다. 이것은 가입자가 하루에 의약품 비용으로 지불하는 금액이 \$0.05 미만이라는 뜻입니다. 따라서 가입자가 7 일분 의약품을 처방받는 경우에 지불하게 되는 총 금액은 하루 \$0.05 미만의 금액에 7 일을 곱한 금액인 \$0.35 미만이 됩니다.
- 일일 비용 부담은 가입자가 1 개월 공급분에 대해 지불하기 전에 의약품이 가입자에게 잘 듣는지 확인할 수 있게 해줍니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



- 다음 항목에 도움이 된다면 의약품을 1 개월 미만으로 처방하도록 서비스 제공자에게 요청할 수도 있습니다.
  - 의약품을 언제 재조제할 것인지 더 나은 계획을 세울 수 있음,
  - 가입자가 복용하는 다른 의약품과 재조제를 조정할 수 있음 그리고
  - 약국 방문 횟수가 줄어듦.

## G. HIV/AIDS 보균자를 위한 처방약 비용 분담 지원

### G1. AIDS Drug Assistance 프로그램(ADAP)이란

AIDS Drug Assistance 프로그램(ADAP)은 유자격 HIV/AIDS 보균자들이 생명 유지에 필요한 HIV 약물을 이용할 수 있도록 돕습니다. ADAP 를 통해서도 보장되는 외래 환자 Medicare Part D 처방약에 대해서는 California 보건 관리부, AIDS 사무국을 통해서 ADAP 가입자들이 처방약 비용 분담 지원을 받을 수 있습니다.

### G2. ADAP 에 가입하지 않은 경우

자격 심사 기준, 보장되는 의약품, 프로그램 가입 등에 대한 정보를 원하시면, 1-844-421-7050 번으로 문의하시거나 ADAP 웹사이트

[https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA\\_adap\\_eligibility.aspx](https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx) 를 참조해 주십시오.

### G3. ADAP 에 이미 가입되어 있다면

ADAP 에서는 ADAP 처방집에 수록된 의약품에 대하여 ADAP 가입자에게 Medicare Part D 처방약 비용 분담 지원을 계속해서 제공할 수 있습니다. 이 지원을 계속 받기 원하시면 고객님의 지역 ADAP 등록 담당자에게 고객님의 Medicare Part 플랜 D 이름 또는 보험 증권 번호 관련 변경 사항을 알려 주십시오. 가까운 ADAP 등록 사무소 및/또는 등록 담당자를 찾는 데 도움이 필요하시면 1-844-421-7050 번으로 문의하시거나 상기 웹사이트를 참조해 주십시오.

## H. 백신 접종

당사는 Medicare Part D 백신을 보장합니다. Medicare Part D 백신 접종에 대한 당사의 보장에는 두 부분이 있습니다.

1. 보장의 첫 부분은 **백신 약 자체**의 비용입니다. 백신은 처방약입니다.
2. 보장의 둘째 Part 는 **고객에게 백신 주사를 놓는** 비용입니다. 예들 들어 고객은 의사에게 백신을 가지고 가서 주사를 맞을 수 있습니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## H1. 백신 접종을 받기 전에 알아야 할 사항

당사는 가입자가 예방 접종을 받을 계획이 있을 때마다 먼저 가입자 서비스부에 연락하시기를 권장합니다.

- 당사는 가입자의 백신 접종이 본 플랜에서 어떻게 보장되는지, 가입자의 비용 부담액이 얼마가 되는지 알려드릴 수 있습니다.
- 당사는 네트워크 약국과 서비스 제공자를 이용하여 비용을 절감하는 방법을 알려 드릴 수 있습니다. 네트워크 약국은 당사와 협약을 맺은 약국들입니다. 네트워크 서비스 제공자란 당사 건강보험과 협약을 맺은 서비스 제공자를 뜻합니다. 네트워크 서비스 제공자는 Health Net Cal MediConnect 와 협력하여 귀하가 Part D 백신 비용을 미리 지불하지 않도록 해 주어야 합니다.

## H2. Medicare Part D 백신 접종에 대해 귀하가 지불하는 부분

예방접종에 대해 얼마나 지불하는가는 백신 유형(무엇에 대한 예방접종을 받는가)에 따라 다릅니다.

- 일부 백신은 의약품이 아닌 건강 혜택으로 간주됩니다. 이러한 백신들은 무료로 보장됩니다. 이러한 백신 보장에 대한 내용은 4 장, 섹션 D, 70 페이지 혜택 차트를 참조해 주십시오.
- 기타 백신들은 Medicare Part D 의약품으로 간주됩니다. 이 백신들은 본 플랜의 의약품 목록에 수록되어 있습니다. Medicare Part D 백신에 대해 자기부담금을 지불해야 하실 수도 있습니다.

Medicare Part D 예방 접종을 받을 수 있는 일반적 방법 세 가지는 다음과 같습니다.

1. 네트워크 약국에서 Medicare Part D 백신을 구입해 해당 약국에서 접종을 받습니다.
  - 백신에 대한 자기부담금을 지불하셔야 합니다.
2. 의사 진료실에서 Medicare Part D 백신을 받아 해당 의사가 주사를 놓아줍니다.
  - 백신에 대한 자기부담금을 의사에게 지불해야 합니다.
  - 당사 플랜은 귀하에게 백신 주사를 놓은 비용을 지불할 것입니다.
  - 이 상황에서 해당 의사의 병원은 그 백신에 대해서 귀하가 자기부담금만을 지불하면 된다는 것을 확인하기 위해 당사 플랜에 전화해야 합니다.
3. Medicare Part D 백신 자체를 약국에서 구입해 담당 의사 진료실에 가져가 주사를 맞습니다.
  - 백신에 대한 자기부담금을 지불하셔야 합니다.
  - 당사 플랜은 귀하에게 백신 주사를 놓은 비용을 지불할 것입니다.

---

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## 7장: 보장 서비스 또는 의약품에 대해 받은 청구 금액을 당사에 분담하도록 요청하기

---

### 개요

이 장에서는 지불을 요구하는 청구서를 언제 어떻게 당사에 보내는지 설명합니다. 귀하가 결정에 동의하지 않을 경우 이의를 신청하는 방법도 알려드립니다. 주요 용어와 정의는 *가입자 안내서*의 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

### 목차

A. 귀하가 받은 서비스나 약 비용을 당사에 요청하기 .....	151
B. 지급 요청 발송 .....	154
C. 보장 결정 .....	155
D. 이의 신청 .....	155

---

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)을 참조해 주십시오.



## A. 귀하가 받은 서비스나 약 비용을 당사에 요청하기

당사 네트워크 의료 서비스 제공자는 고객이 이미 받은 보장 서비스 및 의약품을 반드시 고객이 청구해야 합니다. 네트워크 서비스 제공자란 당사 건강보험과 협약을 맺은 서비스 제공자를 뜻합니다.

**건강 관리 또는 의약품에 대한 비용 전액을 청구받은 경우 청구서를 당사로 보내주십시오.** 청구서를 보내려면 섹션 B, 157 페이지를 참조하십시오.

- 해당 서비스 또는 의약품이 보장되는 경우, 당사는 서비스 제공자에게 직접 비용을 지불할 것입니다.
- 서비스나 의약품이 보장 대상이며 서비스나 의약품에 대해 가입자의 분담액을 초과하여 지불하셨다면, 이를 환급받으시는 것은 가입자의 권리입니다.
- 서비스나 의약품이 보장되지 **않는** 것이라면, 당사는 이를 가입자에게 알려 드릴 것입니다.

문의 사항은 가입자 서비스부에 문의해 주십시오. 귀하가 무엇을 지불했어야 하는지 모르는 경우 또는 청구서를 받았는데 이에 대해 어떻게 해야 할지 모르는 경우, 당사가 도와 드릴 수 있습니다. 또한, 가입자는 가입자가 이미 당사로 보내신 지불 요청서에 대하여 당사로 추가 정보를 알려주고 싶은 경우에도 당사로 전화하실 수 있습니다.

고객이 당사로 상환을 요청해야 하는 경우 또는 고객이 받은 청구서를 지불하라고 당사로 요청해야 하는 경우의 예가 아래에 나와 있습니다.

### 1. 고객이 응급 상황 또는 긴급히 필요한 진료를 네트워크 비소속 서비스 제공자에게서 받은 경우

귀하는 청구서를 당사로 보내라고 해당 서비스 제공자에게 말해야 합니다.

- 귀하가 진료를 받을 때 비용 전액을 지불하신 경우, 당사로 환급을 요청해 주십시오. 청구서와 가입자의 지불 증거를 당사로 보내 주십시오.
- 귀하는 귀하가 낼 필요가 없다고 생각되는 지불을 요청하는 청구서를 의료 서비스 제공자로부터 받을 수도 있습니다. 청구서와 가입자의 지불 증거를 당사로 보내 주십시오.
  - 의료 서비스 제공자가 지불을 받아야 하는 것이라면, 당사는 의료 서비스 제공자에게 직접 지불할 것입니다.
  - 고객이 서비스에 대해 이미 지불하신 경우 당사가 상환해 드립니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## 2. 협력업체 의료 서비스 제공자가 고객에게 청구서를 보내는 경우

협력업체 의료 서비스 제공자는 언제나 당사로 청구서를 보내야 합니다. 서비스나 처방을 받을 때 가입자의 Health Net Cal MediConnect 가입자 ID 카드를 보여 주십시오. 서비스 제공자(의사나 병원)가 서비스에 대하여 본 플랜의 비용 분담액 이상의 금액을 가입자에게 청구하는 경우 부적절한 청구가 발생합니다. **어떤 청구서든 받으면 가입자 서비스부에 문의하십시오.**

- Health Net Cal MediConnect 가입자로서, 귀하는 당사 플랜에서 보장하는 서비스를 받으실 때만 자기부담금을 지불하시면 됩니다. 당사는 서비스 제공자가 이 금액 이상을 귀하에게 청구하는 것을 허용하지 않습니다. 해당 서비스 제공자가 서비스에 대해 청구한 금액보다 낮은 금액을 당사가 지불하더라도 그렇습니다. 당사가 일부 비용을 지불하지 않기로 결정한 경우에도 귀하는 비용을 지불하실 필요가 없습니다.
- 네트워크 서비스 제공자로부터 귀하가 지불해야 할 금액보다 많은 금액의 청구서를 받으시면, 그 청구서를 당사로 보내 주십시오. 당사가 해당 서비스 제공자에게 직접 연락하여 문제를 해결할 것입니다.
- 네트워크 소속 의료 서비스 제공자에게 받으신 청구서에 대해 이미 지불하신 경우, 하지만 너무 많은 금액을 지불했다고 생각되시면, 그 청구서와 가입자의 지불 증거를 당사로 보내 주십시오. 귀하가 지불한 금액과 플랜에 따라 지불해야 하는 금액 간의 차액은 환불해 드립니다.

## 3. 귀하가 처방약 조제를 위해 네트워크 비소속 약국을 이용하는 경우

네트워크 비소속 약국을 이용하시는 경우, 가입자가 처방약 비용 전액을 지불하셔야 합니다.

- 당사는 드문 경우에 한해 네트워크 비소속 약국에서 조제한 처방약을 보장합니다. 당사 분담액의 환급을 요청하실 때에는 영수증 사본을 보내 주십시오.
- 네트워크 비소속 약국에 대한 자세한 내용은 가입자 안내서 5 장, 섹션 A8, 126 페이지를 참조해 주십시오.

## 4. 가입자 ID 카드를 소지하지 않았기에 처방약에 대한 비용 전액을 귀하가 지불하는 경우

가입자 ID 카드를 소지하지 않은 경우, 약국 측에 당사에 문의해 보라고 하거나 귀하의 플랜 등록 정보를 조회해 보라고 요청할 수 있습니다.

- 약국에서 필요한 정보를 즉시 입수할 수 없는 경우, 귀하가 처방약 비용 전액을 지불하셔야 할 수도 있습니다.
- 당사 분담액의 환급을 요청하실 때에는 영수증 사본을 보내 주십시오.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.





## 5. 보장되지 않는 처방약 비용 전액을 귀하가 지불하는 경우

귀하는 약이 보장되지 않기에 처방약 비용 전액을 지불할 수도 있습니다.

- 약이 플랜의 *보장되는 약의 목록*(약 목록)에 없을 수도 있고, 또는 귀하가 모르거나 귀하에게 적용된다고 생각하지 못한 요건이나 제한이 있을 수도 있습니다. 귀하가 약을 구매하기로 결정한다면 귀하가 그 비용 전액을 지불해야 할 수도 있습니다.
  - 가입자가 약 비용을 지불하지 않고 약을 보장받는 것이 합당하다고 생각한다면, 보장 결정을 요청할 수 있습니다(9 장, 섹션 F4, 218 페이지 참조).
  - 가입자, 가입자의 주치의 또는 다른 처방전 의료 서비스 제공자가 가입자에게 해당 약이 당장 필요하다고 판단하는 경우, 가입자는 빠른 보장 결정을 요청할 수 있습니다(9 장, 섹션 F4, 218 페이지 참조).
- 당사에 환급을 요청하실 때에는 영수증 사본을 보내 주십시오. 일부 상황에서는 당사가 의약품 비용의 당사 측 분담액을 가입자에게 상환하기 위해 가입자의 의사나 다른 처방의에게서 추가 정보를 받아야 할 수도 있습니다.

가입자가 당사로 지불 요청을 보내시면, 당사는 가입자의 요청을 검토하고 그 서비스나 의약품이 보장되어야 할지를 결정할 것입니다. 이것은 “보장 결정”이라 불립니다. 보장되어야 한다고 결정하면, 당사는 서비스나 의약품 대금에서 당사가 분담하는 부분을 지불할 것입니다. 당사가 귀하의 지불 요청을 거부하는 경우, 귀하는 당사의 결정에 이의 신청을하실 수 있습니다.

이의 신청 방법에 대한 자세한 내용은 9 장, 섹션 F5, 221 페이지를 참조하십시오.

---

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## B. 지급 요청 발송

청구서와 고객의 지불 증거를 당사로 보내 주십시오. 지불 증거는 고객이 쓴 수표나 서비스 제공자에게서 받은 영수증 사본이 될 수 있습니다. **귀하의 기록용으로 귀하의 청구서와 영수증을 복사해두는 것이 좋습니다.** 귀하는 케어 코디네이터에게 도움을 요청하실 수 있습니다.

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

- 반드시 해당 양식을 사용해야 하는 것은 아니지만 해당 양식을 사용하면 당사가 정보를 더 빨리 처리하는 데 도움이 됩니다.
- 당사 웹사이트([mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com))에서 양식 사본을 받아 보실 수 있고, 가입자 서비스부에 문의해 양식을 요청하실 수도 있습니다.

가입자의 지불 요청서 및 증거를 청구서나 영수증과 함께 당사에 아래 주소로 우편으로 보내 주십시오. 취소된 수표 사본, 신용 카드 또는 직불 카드 명세서, 전신 송금 영수증 등 승인된 유형의 지불 증거를 제공해 주십시오.

의료 클레임 주소:

**Health Net Cal MediConnect**  
Health Net Community Solutions, Inc.  
PO Box 9030  
Farmington, MO 63640-9030

서비스 또는 품목을 받은 날로부터 **1 년 이내에 당사에 클레임을 제출해야 합니다.**

약국 클레임 주소:

**Health Net Cal MediConnect**  
Part D Prescription Drug Claims  
Attn: Pharmacy Claims  
PO Box 31577  
Tampa, FL 33631-3577

의약품을 받은 날로부터 **3 년 이내에 당사에 클레임을 제출해야 합니다.**

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## C. 보장 결정

가입자의 지불 요청을 받으면 당사는 보장 결정을 내립니다. 이는 고객이 받은 의료 서비스나 의약품이 당사 플랜에 의해 보장되는지를 당사가 결정한다는 뜻입니다. 당사는 또 그 의료 서비스나 약에 대해 고객이 지불할 부분이 있다면 그 금액을 결정할 것입니다.

- 가입자로부터 추가 정보를 받아야 한다면 당사는 이를 가입자에게 알려 드릴 것입니다.
- 의료 혹은 의약품이 보장되고 가입자가 이를 받기 위한 모든 규칙을 따랐다고 당사가 결정하면, 그 비용의 당사 분담액을 지불합니다. 귀하가 이미 그 서비스나 약에 지불했다면 저희는 그 비용의 저희측 분담액을 수표로 귀하에게 발송할 것입니다. 귀하가 해당 서비스나 의약품에 대해 아직 비용을 지불하지 않으셨다면 당사는 해당 서비스 제공자에게 직접 지불합니다.

3 장, 섹션 B, 43 페이지에서는 가입자의 서비스를 보장받기 위한 규칙을 설명합니다. 5 장, 섹션 A, 123 페이지에서는 가입자의 Medicare Part D 처방약을 보장받기 위한 규칙을 설명합니다.

- 서비스나 약 비용의 당사 부담 부분을 지불하지 않기로 당사가 결정하면 그 이유를 설명하는 편지를 가입자에게 보내 드립니다. 이 편지에는 귀하의 이의 신청 권리가 설명되어 있습니다.
- 보장 결정에 대한 자세한 내용은 9 장, 섹션 D, 195 페이지를 참조하십시오.

## D. 이의 신청

가입자의 지불 요청을 거부한 것이 당사의 실수라고 생각하시면, 가입자는 당사에 당사의 결정을 변경하도록 요청하실 수 있습니다. 이것을 이의 신청이라 부릅니다. 또한 당사가 지불하는 금액에 동의하지 않으시는 경우 이의 신청을 하실 수 있습니다.

- 이의 신청 절차는 세부 절차와 중요한 기한이 있는 공식 절차입니다. 이의 신청에 대한 자세한 내용은 9 장, 섹션 D, 195 페이지를 참조하십시오.
- 건강 진료 서비스에 관한 상황에 대하여 이의를 신청하고 싶다면 9 장, 섹션 E5, 212 페이지를 참조하십시오.
- 약에 관한 상황에 대하여 이의를 신청하고 싶다면 9 장, 섹션 F5, 221 페이지를 참조하십시오.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## 8장: 권리와 책임

### 개요

본 장에는 플랜 가입자로서 가입자의 권리와 책임을 설명합니다. 당사는 귀하의 권리를 반드시 존중해야 합니다. 주요 용어와 정의는 *가입자 안내서*의 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

### 목차

A. 고객의 필요에 부합되는 방식으로 정보를 받아볼 권리 .....	157
B. 보장되는 서비스와 약을 가입자가 적시에 이용하도록 보장할 의무 .....	170
C. 개인 건강 정보(PHI) 보호 의무 .....	171
C1. 당사의 가입자 PHI 보호 방법 .....	171
C2. 가입자는 자신의 의료 기록을 볼 권리가 있습니다 .....	172
D. 플랜, 네트워크 서비스 제공자, 보장 서비스에 대한 정보 제공 의무 .....	182
E. 네트워크 서비스 제공자의 고객 직접 청구 불가 .....	183
F. Cal MediConnect 플랜 탈퇴 권리 .....	183
G. 자신의 치료를 결정할 고객의 권리 .....	184
G1. 자신의 치료 옵션을 알고 건강 관리에 대한 결정을 내릴 권리 .....	184
G2. 스스로 치료 결정을 내릴 수 없을 때 대처 방법을 제시할 권리 .....	184
G3. 가입자의 지시 사항이 지켜지지 않는 경우 할 수 있는 것 .....	185
H. 불만을 제기하고 당사 결정의 재고를 요청할 권리 .....	186
H1. 불공정 대우를 받고 있다고 생각되거나 귀하의 권리에 대한 자세한 내용을 원하는 경우 할 수 있는 것 .....	186
I. 당사 가입자 권리와 책임 정책에 건의할 가입자의 권리 .....	186
J. 새로운 기술과 기존 기술의 평가 .....	187
K. 플랜 가입자로서 가입자의 책임 .....	188

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주시요. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)을 참조해 주십시오.



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

We must tell you about the plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you are in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has people who can answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials *in languages other than English and* in formats such as large print, braille, or audio. If you want to get documents in a different language and/or format for future mailings, please call Member Services. Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) wants to make sure you understand your health plan information. We can send materials to you in another language or alternate format if you ask for it this way. This is called a "standing request." We will document your choice. Please call us if:
  - You want to get your materials in Arabic, Armenian, Cambodian (Khmer), Chinese (traditional characters), Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, Vietnamese or in an alternate format. You can ask for one of these languages in an alternate format.
  - You want to change the language or format that we send you materials.

If you need help understanding your plan materials, please contact Health Net Cal MediConnect Member Services at 1-855-464-3571 (TTY: 711). Hours are from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you can leave a message. Your call will be returned within the next business day.

If you are having trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). You can call 24 hours a day, 7 days a week. TTY users should call 1-877-486-2048. For information on filing a complaint with Medi-Cal, please contact Member Services at 1-855-464-3571 (TTY: 711), from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you can leave a message. Your call will be returned within the next business day.

---

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## لديك الحق في الحصول على المعلومات بالطريقة التي تفي باحتياجاتك

يجب علينا إخبارك عن مزايا الخطة وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. ولا بد لنا أن نخبرك بحقوقك سنويًا طالما أنك تشترك معنا في خطتنا.

- للحصول على المعلومات بطريقة تتمكن من فهمها، اتصل بخدمات الأعضاء. خطتنا لديها أشخاص يمكنهم الإجابة على الأسئلة بلغات مختلفة.
  - بمقدور خطتنا تزويدك أيضًا بمواد بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية وبصيغ مختلفة مثل الطباعة بأحرف طباعة كبيرة أو طريقة برايل أو تسجيل صوتي. إذا كنت ترغب في الحصول على الوثائق بلغة و/أو صيغة أخرى للمراسلات المستقبلية، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء. تريد خطة Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) التأكد من أنك تفهم معلومات خطتك الصحية. يمكننا أن نرسل إليك مواد بلغة أخرى أو بصيغة بديلة إذا طلبت ذلك. وهذا يسمى "طلب دائم." وستقوم بتوثيق اختيارك. يُرجى الاتصال بنا في حالة:
    - كنت تريد الحصول على المواد باللغة العربية أو الأرمينية أو الكمبودية (الخميرية) أو الصينية (بأحرف تقليدية) أو الفارسية أو الكورية أو الروسية أو الإسبانية أو التايوانية أو الفيتنامية أو بصيغة بديلة. يمكنك طلب إحدى هذه اللغات بصيغة بديلة.
    - كنت تريد تغيير اللغة أو الصيغة التي نرسل المواد بها إليك.
- إذا كنت بحاجة إلى مساعدة لفهم مواد خطتك، فُرجى الاتصال بخدمات أعضاء Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711). ساعات العمل من 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات، يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي.
- إذا كنت تواجه صعوبة في الحصول على معلومات من خطتنا نتيجة لمشاكل تخص اللغة أو عجز وتريد تقديم شكوى، فاصِل بخطة Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يمكنك الاتصال على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. ينبغي على مستخدمي جهاز الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. وللحصول على المعلومات حول تقديم شكوى إلى Medi-Cal، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات، يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي.

문의 사항은 Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. 추가 정보가 필요하시면, [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## Ձեր իրավունքը ստանալ տեղեկություններ այնպես, որը բավարարում է ձեր կարիքները

Մենք պետք է տեղեկացնենք ձեզ ծրագրի նպաստների և ձեր իրավունքների մասին ձեզ հասկանալի ձևով: Մենք պետք է տեղեկացնենք ձեզ ձեր իրավունքների մասին յուրաքանչյուր տարի, քանի դեռ դուք մեր ծրագրի անդամ եք:

- Ձեզ հասկանալի ձևով տեղեկություն ստանալու համար զանգահարեք Անդամների ծառայություններ: Մեր ծրագրում կան մարդիկ, ովքեր կարող են հարցերի պատասխանել տարբեր լեզուներով:
- Մեր ծրագիրը կարող է նաև տրամադրել նյութեր *անզլերենից տարբերվող այլ լեզուներով* և ձևաչափերով, ինչպես օրինակ՝ խոշոր տառատեսակ, բրեյլ կամ ձայնագրություն: Եթե հետագա առաքումների համար փաստաթղթերը ցանկանում եք ստանալ մեկ այլ լեզվով և/կամ ձևաչափով, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների ծառայությունների բաժին: Health Net Cal MediConnect Plan-ը (Medicare-Medicaid Plan) ցանկանում է հավաստիանալ, որ դուք հասկանում եք ձեր առողջապահական ծրագրի տեղեկատվությունը: Մենք կարող ենք նյութեր ուղարկել այլ լեզվով կամ այլընտրանքային ձևաչափով, եթե խնդրեք այն: Սա կոչվում է «մշտական խնդրանք»: Մենք կարձանագրենք ձեր ընտրությունը: Խնդրում ենք զանգահարել մեզ, եթե.
  - Ցանկանում եք ստանալ նյութերն արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն (քմեր), չինարեն (ավանդական), պարսկերեն, կորեերեն, ռուսերեն, իսպաներեն, թագալոգ, վիետնամերեն լեզուներով կամ այլընտրանքային ձևաչափով: Կարող եք խնդրել այս լեզուներից մեկն այլընտրանքային ձևաչափով:
  - Ցանկանում եք փոխել լեզուն կամ ձևաչափը, որով մենք ձեզ նյութեր ենք ուղարկում:

Եթե ձեր ծրագրի նյութերը հասկանալու հարցում օգնության կարիք ունեք, խնդրում ենք դիմել Health Net Cal MediConnect-ի Անդամների ծառայությունների բաժին 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711): Աշխատանքային ժամերն են՝ 8 a.m.-ից մինչև 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոն օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում:

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



Եթե մեր ծրագրից տեղեկություն ստանալու դժվարություններ ունեք լեզվի խնդիրների կամ հաշմանդամության պատճառով և ցանկանում եք զանգատ ներկայացնել, զանգահարեք Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: Կարող եք զանգահարել օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: Medi-Cal-ին զանգատ ներկայացնելու մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար խնդրում ենք դիմել Անդամների ծառայությունների բաժին 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոն օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում:

---

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.





# សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានតាមរបៀបដែលបំពេញទៅតាមតម្រូវការរបស់អ្នក

យើងខ្ញុំត្រូវតែប្រាប់លោកអ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍នានានៃគម្រោង និងសិទ្ធិរបស់លោកអ្នកតាមរបៀបដែលលោកអ្នកអាចយល់បាន។ យើងខ្ញុំត្រូវតែប្រាប់លោកអ្នកអំពីសិទ្ធិនានារបស់លោកអ្នកជាដាច់ខាតដល់អ្នកដែលលោកអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានតាមរបៀបដែលលោកអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរសព្ទទៅកាន់សេវាបម្រើសមាជិក។ គម្រោងរបស់យើងខ្ញុំមានមនុស្សដែលអាចឆ្លើយសំណួរនានារបស់លោកអ្នកបានជាភាសាផ្សេងៗ។
- គម្រោងរបស់យើងខ្ញុំក៏អាចផ្តល់សម្ភារៈដល់លោកអ្នកជាភាសាក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស និងក្នុងទម្រង់ដូចជា អក្សរពុម្ពធំ អក្សរសម្រាប់ជនពិការ ឬជាសម្លេង។ ប្រសិនបើលោកអ្នកចង់ទទួលបានឯកសារភាសា និង/ឬ ទម្រង់ផ្សេងទៀតដើម្បីធ្វើតាមសំបុត្រនាពេលអនាគត សូមទូរសព្ទមកផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក។ គម្រោង Health Net Cal MediConnect (គម្រោង Medicare-Medicaid) ចង់ធ្វើឱ្យប្រាកដថា លោកអ្នកយល់ពីព័ត៌មានស្តីពីគម្រោងសុខភាពរបស់លោកអ្នក។ យើងខ្ញុំអាចបញ្ជូនព័ត៌មានទៅកាន់លោកអ្នកជាភាសាមួយទៀតឬជាទម្រង់ផ្សេងទៀត ប្រសិនបើលោកអ្នកស្នើសុំវិធីនេះ។ នេះត្រូវបានគេហៅថា "សំណើអចិន្ត្រៃយ៍"។ យើងខ្ញុំនឹងចងក្រងឯកសារជម្រើសរបស់លោកអ្នក។ សូមហៅទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំ ប្រសិនបើ៖
  - លោកអ្នកចង់ទទួលបានព័ត៌មានរបស់លោកអ្នកជាភាសាអារ៉ាប់ អាមេនី កង់ដា (ខ្មែរ) ចិន (អក្សរចិនបុរាណ) ហ្វារស៊ី កូរ៉េ រុស្ស៊ី អេស្ប៉ាញ តាហ្គាឡ វៀតណាម ឬ ជាទម្រង់ផ្សេងៗ លោកអ្នកអាចស្នើសុំភាសាណាមួយក្នុងចំណោមភាសាទាំងនេះជាទម្រង់ផ្សេងបាន។
  - លោកអ្នកចង់ផ្លាស់ប្តូរភាសាឬទម្រង់នៃព័ត៌មានដែលយើងធ្វើទៅកាន់លោកអ្នក។

ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយដើម្បីយល់ពីព័ត៌មានស្តីពីគម្រោងរបស់លោកអ្នក លោកអ្នកអាចទំនាក់ទំនងសេវាបម្រើសមាជិក Health Net Cal MediConnect តាមរយៈលេខ 1-855-464-3571 (TTY:711)។ ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ។ ក្រៅម៉ោងធ្វើការ រៀងរាល់ថ្ងៃចុងសប្តាហ៍ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក លោកអ្នកអាចធ្វើសារទុកបាន។ គេនឹងហៅទូរសព្ទទៅកាន់លោកអ្នកវិញនៅថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។

문의 사항은 Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. 추가 정보가 필요하시면, [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)을 참조해 주십시오.



ប្រសិនបើលោកម្នាក់កំពុងមានបញ្ហាជាមួយការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើង ឬ ដោយសារតែបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព ហើយលោកម្នាក់ចង់រៀបចំបណ្តឹង សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ។ លោកម្នាក់អាចហៅទូរសព្ទ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ។ ម្នាក់ប្រើប្រាស់ TTY គួរហៅទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048 ។ សម្រាប់ព័ត៌មានស្តីអំពីការដាក់ពាក្យបណ្តឹងជាមួយ Medi-Cal សូមទាក់ទងមកកាន់សេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-855-464-3571 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ។ ក្រៅម៉ោងធ្វើការរៀងរាល់ថ្ងៃចុងសប្តាហ៍ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក លោកម្នាក់អាចធ្វើសារទុកបាន។ គេនឹងហៅទូរសព្ទទៅកាន់លោកម្នាក់វិញនៅថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។

---

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)을 참조해 주십시오.



## 您有權以符合您需求的方式取得資訊

我們必須透過您能夠瞭解的方式告知您有關計畫的福利及您的權利。只要您尚在本計畫中，我們每年皆必須告知您有關您的權利。

- 如欲透過您能夠瞭解的方式取得資訊，請致電會員服務部。本計畫有精通不同語言的人士可為您解答疑問。
- 本計畫也可以為您提供*英語以外的語言版本*、大字版、點字版或語音版的資訊。若您想要取得其他語言和/或格式的文件以供未來郵寄使用，請致電會員服務部。**Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)** 想確保您瞭解自己的健保計畫資訊。如果您提出要求，我們可以用其他語言或其他格式向您傳送材料。這被稱為「長期申請」。我們將會記錄您的選擇。如果您有以下要求，請致電我們：
  - 您需要阿拉伯語、亞美尼亞語、柬埔寨語（高棉語）、中文（繁體字）、波斯語、韓語、俄語、西班牙語、塔加洛語、越南語或其他格式的材料。您可以要求用另一種格式提供其中一種語言。
  - 您想變更我們向您傳送材料的語言或格式。

如果您需要幫助來瞭解自己的計畫材料，請致電 **1-855-464-3571**（聽障專線：711）聯絡 **Health Net Cal MediConnect** 會員服務部。服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言。我們將會在下個工作日回電給您。

如果您因語言問題或殘疾，而在向本計畫取得資訊時遭遇困難，因此想要提出投訴，請致電 **Medicare**，電話是 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**。您可以全天候撥打，每天 24 小時，每週 7 天均提供服務。聽障專線使用者請致電 **1-877-486-2048**。如需有關向 **Medi-Cal** 提出投訴的資訊，請於週一至週五上午 8 點至晚上 8 點聯繫會員服務部，電話是 **1-855-464-3571**（聽障專線：711）。非營業時間、週末及假日，您可以留言。我們將會在下個工作日回電給您。

---

**문의 사항은 Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주시요. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. 추가 정보가 필요하시면, [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.**



## حق شما برای دریافت اطلاعات به نحوی که متناسب با نیازتان باشد

ما باید مزایای برنامه درمانی و حقوق قانونی شما را به صورتی به شما بگوییم که برایتان قابل فهم باشد. ما باید هر سال حقوق قانونی را که در برنامه درمانی ما دارید به شما بگوییم.

- برای دریافت اطلاعات به شکلی که برایتان قابل فهم باشد، با مرکز «خدمات اعضا» تماس بگیرید. برنامه درمانی ما افرادی را در استخدام دارد که می‌توانند به زبان‌های مختلف به پرسش‌ها پاسخ دهند.
  - برنامه ما همچنین می‌تواند مطالبی به همه زبان‌های غیر از انگلیسی و قالب‌هایی مثل چاپ درشت، خط بریل و قالب صوتی برای شما فراهم کند. اگر می‌خواهید در آینده این سند را به زبان و/یا قالب دیگری با ارسال پستی دریافت کنید، لطفاً با مرکز «خدمات اعضا» تماس بگیرید.
- Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)** می‌خواهد مطمئن شود که شما اطلاعات برنامه درمانی خود را درک می‌کنید. در صورت درخواست شما، می‌توانیم مطالب را به زبان‌ها یا قالب‌های دیگر برای شما ارسال کنیم. این کار «درخواست دائمی» نامیده می‌شود. ما انتخاب شما را ثبت می‌کنیم. لطفاً در موارد زیر با ما تماس بگیرید:
- تمایل دارید مطالب را به زبان‌های عربی، ارمنی، کامبوجی (خمیر)، چینی (نویسه‌های سنتی)، فارسی، کره‌ای، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ، ویتنامی یا در قالب دیگر دریافت کنید. می‌توانید یکی از این زبان‌ها را در قالب جایگزین درخواست کنید.
  - تمایل دارید زبان یا قالب مطالب ارسالی‌مان به شما را تغییر دهید.

اگر برای درک مطالب برنامه خود نیاز به کمک دارید، لطفاً با مرکز خدمات اعضای Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571 تماس بگیرید. ساعات اداری از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه است. بعد از ساعات اداری، آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد.

اگر به‌خاطر مشکلات زبانی یا معلولیت، در دریافت اطلاعات از برنامه درمانی ما با مشکل مواجه هستید و می‌خواهید شکایتی را ارائه کنید، با Medicare به شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. برای کسب اطلاعات در مورد ارائه شکایت به Medi-Cal، لطفاً روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب با مرکز خدمات اعضا به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571 تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری، آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد.

문의 사항은 Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. 추가 정보가 필요하시면, [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## 고객의 필요에 부합되는 방식으로 정보를 받아볼 권리

당사는 플랜 혜택, 고객의 권리를 반드시 고객이 이해할 수 있는 방식으로 고객에게 알려 드려야 합니다. 또한 고객께서 당사의 보험 플랜에 계속해 가입해 있는 한 매년 반드시 고객의 권리를 공지해 드려야 합니다.

- 귀하가 이해하실 수 있는 방법으로 정보를 얻으려면 가입자 서비스에 문의해 주십시오. 여러 다른 언어로 질문에 답변해 드릴 수 있는 직원들이 근무하고 있습니다.
- 당사 플랜은 *영어 이외의 다른 언어와* 대형 인쇄체, 점자 혹은 오디오 형식으로 된 자료도 제공해 드릴 수 있습니다. 향후 우편 발송 시 다른 언어 및 형식으로 작성된 문서를 수신하기 원하시면 가입자 서비스에 문의해 주십시오.

**Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)**은 귀하가 귀하의 건강보험 정보를 잘 이해하실 것을 바라고 있습니다. 가입자의 요청이 있을 경우, 다른 언어로 작성되었거나 대체 형식으로 제작된 자료를 보내드릴 수 있습니다. 이를 "지속 요청"이라 합니다. 귀하가 선택하신 방식으로 문서를 준비하여 발송해 드립니다. 아래와 같은 경우라면 연락하십시오.

- 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어(크메르어), 중국어(번체), 이란어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어, 베트남어 등의 언어로 된 자료나 다른 형태로 된 자료를 받고 싶을 수 있습니다. 이들 언어 중 한가지를 선택하여 대체 형식 자료를 요청하실 수 있습니다.
- 당사가 가입자에게 보내드리는 자료의 언어나 형식을 바꾸고 싶으실 수도 있습니다.

귀하의 플랜 자료를 이해하는 데 도움이 필요하시면, **Health Net Cal MediConnect** 가입자 서비스에 **1-855-464-3571(TTY: 711)**번으로 연락하십시오. 서비스 운영 시간은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시입니다. 근무시간 이후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다.

당사 플랜에 대한 정보를 얻는 데 언어나 장애 문제로 어려움이 있고 이에 대해 불만을 제기하길 원하시면, **1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)**번으로 Medicare에 문의해 주십시오. 연중무휴 24시간 언제든지 전화하실 수 있습니다. TTY 사용자는 **1-877-486-2048**로 문의해 주십시오. Medi-Cal에 불만을 제기하는 것에 대한 자세한 내용은 월요일~금요일 오전 8시에서 오후 8시에 **1-855-464-3571(TTY: 711)**번으로 가입자 서비스에 문의해 주십시오. 근무시간 이후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 **1-855-464-3571(TTY: 711)**번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## Ваше право на получение информации в соответствии с вашими потребностями

О страховом покрытии плана и ваших правах мы должны сообщать вам в понятной для вас форме. Пока вы остаетесь участником нашего плана, мы должны каждый год сообщать вам о ваших правах.

- Чтобы получить информацию в удобной для вас форме, позвоните в отдел обслуживания участников плана. В нашем плане работают люди, которые могут отвечать на вопросы на разных языках.
- Наш план также может предоставить вам материалы *на языках, отличных от английского*, и в других форматах, например напечатанными крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в формате аудиозаписи. Если вы желаете в будущем получать документы на другом языке и/или в ином формате, позвоните в наш отдел обслуживания участников плана. Мы хотим, чтобы вы понимали всю информацию, связанную с вашим планом медицинского страхования Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan). По вашему запросу мы можем присылать вам материалы на другом языке или в альтернативном формате. Такой запрос называется «постоянно действующим запросом». Мы укажем ваш выбор в документах. Позвоните нам, если:
  - вы хотите получать материалы на арабском, армянском, камбоджийском (кхмерском), китайском (традиционном), корейском, русском, испанском, тагальском, вьетнамском языках, на фарси или же в другом формате. Вы можете запросить материалы на одном из этих языков в другом формате;
  - вы хотите изменить язык или формат материалов, которые мы вам присылаем.

Если вам нужна помощь, чтобы понять информацию, представленную в материалах плана, обратитесь в отдел обслуживания участников плана Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711). Время работы: с 8:00 до 20:00 с понедельника по пятницу. В нерабочее время, в выходные и праздничные дни вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день.

Если у вас возникли сложности с получением информации от нашего плана из-за языкового барьера или ограниченных возможностей и вы хотите подать жалобу, звоните в программу Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Эта линия работает круглосуточно и без выходных. Если вы пользуетесь телефоном TTY, звоните по номеру 1-877-486-2048. Чтобы узнать, как подать жалобу в Medi-Cal, обратитесь в отдел обслуживания участников плана по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711) с 8:00 до 20:00 с понедельника по пятницу. В нерабочее время, в выходные и праздничные дни вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день.

---

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주시요. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.





## Su derecho a obtener información de manera tal que satisfaga sus necesidades

Debemos explicarle los beneficios del plan y sus derechos de una manera que usted pueda comprender e informarle sus derechos cada año que tenga la cobertura de nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que usted pueda comprender, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Nuestro plan cuenta con personas que pueden responder sus preguntas en varios idiomas.
- El plan también puede proporcionarle material *en otros idiomas, además del inglés, y en distintos formatos, como en braille, en audio o en letra grande*. Si quiere recibir los documentos en otro idioma o formato en la correspondencia que se le envíe en el futuro, llame al Departamento de Servicios al Afiliado.

En Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan), queremos asegurarnos de que usted entiende la información de su plan de salud. Podemos enviarle materiales en otros idiomas o en formatos alternativos si así los solicita. Esto se denomina “solicitud permanente”. Guardaremos su elección. Llámenos en los siguientes casos:

- Si quiere recibir sus materiales en árabe, armenio, camboyano (jemer), chino (caracteres tradicionales), farsi, coreano, ruso, español, tagalo o vietnamita, o en un formato alternativo. También puede solicitar que se le envíen en uno de estos idiomas y, a su vez, en un formato alternativo.
- Si quiere cambiar el idioma o el formato en el que le enviamos los materiales.

Si necesita ayuda para entender los materiales de su plan, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3571 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan por problemas relacionados con el idioma o una discapacidad y quiere presentar una queja, comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para obtener información sobre cómo presentar una queja ante Medi-Cal, llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

---

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)을 참조해 주십시오.



## Ang inyong karapatang makakuha ng impormasyon sa isang paraan na tumutugon sa mga pangangailangan ninyo

Dapat naming sabihin sa inyo ang tungkol sa mga benepisyo ng plano at ang inyong mga karapatan sa isang paraan na mauunawaan ninyo. Dapat naming sabihin sa inyo ang tungkol sa inyong mga karapatan bawat taon na nasa plano namin kayo.

- Para makakuha ng impormasyon sa isang paraan na maiintindihan ninyo, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro. Ang aming plano ay mayroong mga tao na makakasagot sa inyong mga tanong sa iba't ibang mga wika.
- Mabibigyan rin kayo ng aming plano ng mga materyales *na nasa mga wika maliban sa Ingles at nasa mga format tulad ng malalaking letra, braille, o audio.* Kung gusto ninyong makuha ang mga dokumento sa ibang wika at/o format para sa mga mailing sa hinaharap, pakitawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro. Gustong masiguro ng Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) na nauunawaan ninyo ang impormasyon sa inyong planong pangkalusugan. Maaari kaming magpadala sa inyo ng mga materyal sa ibang wika o alternatibong format kung hihilingin ninyo ito sa ganitong paraan. Tinatawag itong “pangmatagalang kahilingan.” Itatala namin ang inyong pinili. Tumawag sa amin kung:
  - Gusto ninyong makuha ang inyong mga materyal sa Arabic, Armenian, Cambodian (Khmer), Chinese (mga tradisyonal na karakter), Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, Vietnamese o sa isang alternatibong format. Maaari ninyong hilingin ang isa sa mga wikang ito sa isang alternatibong format.
  - Gusto ninyong baguhin ang wika o format na ipinadala namin sa inyo ang mga materyal.

Kung kailangan ninyo ng tulong sa pag-unawa ng mga materyal ng inyong plano, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro ng Health Net Cal MediConnect sa 1-855-464-3571 (TTY: 711). Ang mga oras ay mula 8 a.m. hanggang 8 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Para sa mga oras pagkatapos ng trabaho, Sabado at Linggo, at pista opisyal, maaari kayong mag-iwan ng mensahe. May tatawag sa inyo sa susunod na araw ng negosyo.

Kung nahihirapan kayong makakakuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at gusto ninyong maghain ng reklamo, tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaari kayong tumawag 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Para sa impormasyon sa paghahain ng reklamo sa Medi-Cal, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-855-464-3571 (TTY: 711), mula 8 a.m. hanggang 8 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Para sa mga oras pagkatapos ng trabaho, Sabado at Linggo, at pista opisyal, maaari kayong mag-iwan ng mensahe. May tatawag sa inyo sa susunod na araw ng negosyo.

---

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.





## Quyền nhận thông tin theo cách đáp ứng nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền lợi trong chương trình và quyền của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền của quý vị vào mỗi năm mà quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để nhận thông tin theo cách thức quý vị có thể hiểu được, hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ hội viên. Chương trình của chúng tôi có những người có thể trả lời các câu hỏi của quý vị bằng các ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị các tài liệu *bằng ngôn ngữ khác không phải tiếng Anh* và bằng các định dạng chẳng hạn như bản in khổ lớn, chữ nổi braille hoặc âm thanh. Nếu quý vị muốn nhận tài liệu bằng ngôn ngữ và/hoặc định dạng khác để trao đổi thư từ trong tương lai, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch vụ hội viên. Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) muốn đảm bảo rằng quý vị hiểu rõ thông tin về chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị. Chúng tôi có thể gửi cho quý vị các tài liệu bằng ngôn ngữ khác hoặc bằng định dạng thay thế nếu quý vị có yêu cầu. Điều này được gọi là “yêu cầu thường xuyên”. Chúng tôi sẽ ghi chép lại lựa chọn của quý vị. Vui lòng gọi cho chúng tôi nếu:
  - Quý vị muốn nhận tài liệu bằng tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia (tiếng Khơ-me), tiếng Trung (phồn thể), tiếng Ba Tư, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Tagalog, tiếng Việt và/hoặc bằng định dạng thay thế. Quý vị có thể yêu cầu một trong những ngôn ngữ này ở một định dạng thay thế.
  - Quý vị muốn thay đổi ngôn ngữ hoặc định dạng của tài liệu mà chúng tôi gửi cho quý vị.

Nếu quý vị cần trợ giúp để hiểu rõ các tài liệu của chương trình, vui lòng liên lạc với bộ phận Dịch vụ hội viên của Health Net Cal MediConnect theo số 1-855-464-3571 (TTY: 711). Giờ làm việc từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, thứ Hai đến thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại lời nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo.

Nếu quý vị đang gặp khó khăn với việc tiếp nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi do các vấn đề về ngôn ngữ hoặc do tình trạng khuyết tật và quý vị muốn nộp đơn than phiền, hãy gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048. Để biết thông tin về cách nộp đơn than phiền với Medi-Cal, vui lòng liên lạc bộ phận Dịch vụ hội viên theo số điện thoại 1-855-464-3571 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, thứ Hai đến thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại lời nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo.

---

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)을 참조해 주십시오.



## E. 보장되는 서비스와 약을 가입자가 적시에 이용하도록 보장할 의무

가입자가 보장 서비스를 받기 위해 적시에 진료 예약을 할 수 없거나, 담당 의사가 생각하기에 가입자가 진료 예약을 더 이상 기다릴 수 없다고 판단한 경우, Health Net Cal MediConnect 가입자 서비스부에 전화하시면 도움을 받으실 수 있습니다. 서비스 운영 시간은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시입니다. 근무시간 이후나 주말 및 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 영업일에 전화드리겠습니다.

당사 플랜의 가입자로서:

- 귀하는 당사 네트워크 내에서 주치의(PCP)를 선택할 권리가 있습니다. 네트워크 서비스 제공자란 당사와 협약한 서비스 제공자를 뜻합니다. 3 장, 섹션 D, 46 페이지에서 PCP 역할을 할 수 있는 의료 서비스 제공자 유형과 PCP 선택 방법에 대한 자세한 정보를 찾으실 수 있습니다.
  - 네트워크 서비스 제공자에 대한 자세한 내용 및 신규 환자를 받는 의사를 알아보시려면, 가입자 서비스부에 문의하시거나 *서비스 제공자 및 약국 명부를* 확인해 주십시오.
- 여성들은 진료 의뢰 없이 여성 건강 전문가를 진료 방문할 권리가 있습니다. 진료 의뢰란 PCP 가 아닌 다른 의사에게 진료를 보도록 PCP 에게 허락을 받는 일입니다.
- 고객은 타당한 시간 내에 협력업체 서비스 제공자에게서 보장 서비스를 받을 권리가 있습니다.
  - 여기에는 전문의에게서 적절한 서비스를 제때 받을 권리가 포함됩니다.
  - 가입자가 타당한 시간 안에 서비스를 받으실 수 없다면, 당사는 네트워크 비소속 진료에 대한 비용을 지불해야 합니다.
- 고객은 사전 승인 없이 응급 서비스 또는 긴급히 필요한 진료를 받을 권리가 있습니다.
- 또한 고객은 오래 지체하지 않고 당사 협력업체의 아무 약국에서나 고객의 처방을 조제받을 권리가 있습니다.
- 가입자는 네트워크 비소속 의료 서비스 제공자를 언제 볼 수 있는지 알 권리가 있습니다. 네트워크 비소속 의료 서비스 제공자에 대한 자세한 내용은 3 장, 섹션 D4, 51 페이지를 참조하십시오.
- 고객이 당사 플랜에 처음 가입하면, 고객은 특정한 조건을 맞출 때는 12 개월까지 고객의 현 서비스 제공자를 유지하고 서비스 승인을 받을 권리가 있습니다. 가입자의 의료 서비스 제공자와 서비스 승인을 유지하는 것에 대한 자세한 내용은 1 장, 섹션 F, 13 페이지를 참조해 주십시오.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



- 고객은 고객의 진료 팀과 케어 코디네이터의 도움을 받아 진료를 자체 지시(self-direct)할 권리가 있습니다.

9 장, 섹션 E, 199 페이지에서는 가입자가 타당한 시간 안에 서비스나 의약품을 받고 있지 않다고 생각할 경우 할 수 있는 일에 대해 설명합니다. 9 장, 섹션 D, 195 페이지에서는 또한 가입자의 서비스 또는 의약품 보장을 당사가 거부했고 가입자가 당사의 결정에 동의하지 않는 경우 가입자가 할 수 있는 일에 대해 설명합니다.

## F. 개인 건강 정보(PHI) 보호 의무

당사는 연방법 및 주 정부 법규가 요구하는 대로 귀하의 개인 건강 정보(PHI)를 보호합니다.

고객의 PHI에는 고객이 본 플랜에 등록할 때 당사로 제공한 정보가 포함됩니다. 여기에는 또 고객의 의료 기록 및 기타 의료 및 건강 정보가 포함됩니다.

고객은 자신의 PHI 사용 방식에 대한 정보를 받아보고 통제할 권리가 있습니다. 당사는 이러한 권리가 명시되어 있으며 고객의 PHI를 보호하는 방법을 설명한 서면 통지서를 고객에게 제공합니다. 이 통지서는 “개인 정보 보호 관행 통지”라고 불립니다.

### C1. 당사의 가입자 PHI 보호 방법

당사는 허가받지 않은 사람이 가입자의 의료 기록을 열람하거나 변경하지 못하도록 합니다.

대부분의 경우 당사는 고객에게 진료를 제공하거나 고객의 치료비를 지불하는 사람이 아닌 다른 사람에게 고객의 PHI를 제공하지 않습니다. 제공하는 경우에는 고객으로부터 먼저 서면 동의서를 받아야 합니다. 서면 허가는 귀하가 주시거나 귀하를 대신해 결정을 내릴 법적 권한이 있는 사람이 줄 수 있습니다.

당사가 귀하로부터 서면 동의서를 받지 않아도 되는 몇 가지 경우가 있습니다. 이 예외는 법에 의해 허용되거나 요구되는 것들입니다.

- 당사는 당사의 진료 품질을 점검하는 정부 기관에는 PHI를 공개해야 합니다.
- 당사는 법원 명령이 있을 시 PHI를 공개해야 합니다.
- 당사는 Medicare에 귀하의 PHI를 제공해야 합니다. Medicare가 연구나 기타 용도로 귀하의 PHI를 공개하는 경우, 이는 연방법에 따라 수행됩니다. 당사가 가입자의 정보를 Medi-Cal과 공유한다면 이 또한 연방법 및 주 정부 법규에 따라 이루어집니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주시요. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)을 참조해 주십시오.



## C2. 가입자는 자신의 의료 기록을 볼 권리가 있습니다

- 고객은 자신의 의료 기록을 열람하고 복사본을 받을 권리가 있습니다. 당사가 고객의 의료 기록 복사본을 마련하는 요금을 고객에게 청구하는 것이 허락됩니다.
- 고객은 고객의 의료 기록을 업데이트하거나 정정하라고 당사로 요청할 권리가 있습니다. 귀하가 그런 변경을 당사로 요청하는 경우, 당사는 고객의 보건 서비스 제공자와 상의해서 그 변경을 해야 하는지 여부를 결정할 것입니다.
- 고객은 고객의 PHI가 다른 사람들과 공유되었는지 여부와 그 방법을 알 권리가 있습니다.

귀하의 PHI 보호에 대해 질문이나 우려 사항이 있으시면, 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

---

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)을 참조해 주십시오.



## 개인정보 보호 관행 공지서

이 공지서 는 어떻게 귀하에 관한 의료 정보가 사용 되고 공개 될지에 관해 그리고 어떻게 이 정보를 이용할 수 있는지에 대해 설명해 줍니다.

*이를 신중하게 검토하시기 바랍니다.*

발효일 2017년 8월 14일

### 보장 조직 의무:

Health Net\*\*("당사" 또는 "본 플랜"이라고 함)은 1996년의 건강 보험 이전 및 책임법(HIPAA)에 따라 정의되고 규제되는 보장 조직입니다. 법률에 의해, Health Net은 법률에 요구에 의해, 보호되는 건강 정보(Protected Health Information, PHI)의 정보 보호를 유지하고, 귀하의 PHI에 관련되는 당사의 법률적 의무와 개인 정보 보호 실무에 대한 이런 고지를 귀하에게 제공하고, 현재 실시되고 있는 고지의 조건을 준수하고, 보호되지 않은 PHI 위반이 있는 경우에 귀하에게 통지해야 합니다. PHI는 귀하에 대한 인구학적 정보를 비롯해, 귀하를 식별하는 데 합리적으로 사용될 수 있고, 귀하의 과거와 현재, 미래의 신체적 정신적 건강이나 상태, 귀하에게 제공된 건강 케어 또는 그 케어에 대한 지불과 관련 있는 정보입니다.

본 고지는 당사가 귀하의 PHI를 사용 및 공개하는 방식을 기술합니다. 이것은 귀하의 PHI에 접속, 수정 및 관리하는 귀하의 권리와 그런 권리들을 행사하는 방법도 기술합니다. 본 고지에 기술되지 않은 귀하의 PHI의 다른 모든 사용이나 공개는 귀하의 서면허가가 있어야만 합니다.

**\*\*본 개인 정보 보호 관행 공지서는 다음의 Health Net 조직 중 모든 곳의 등록자에게 적용됩니다.**

Health Net of California, Inc., Health Net Community Solutions, Inc., Health Net Health Plan of Oregon, Inc., Managed Health Network, LLC 및 Health Net Life Insurance Company는 Health Net, LLC와 Centene Corporation의 자회사입니다. Health Net은 Health Net, LLC의 등록 상표입니다. 다른 모든 상표/서비스 마크는 각 회사의 자산으로 유지됩니다. 모든 권리 보유. 2018년 4월 6일 개정.

Health Net은 본 고지를 변경할 권리를 보유하고 있습니다. 당사는 당사가 이미 입수하였고 장래에 입수하게 될 귀하의 PHI에 대해 효력이 있는 고지를 개정 또는 변경할 권리를 보유하고 있습니다. Health Net은 다음 내용에 중요한 내용 변경이 있을 때마다 본 고지를 빠르게 개정하고 배포할 것입니다.

- 이용 또는 공개
- 귀하의 권리
- 당사의 법적 의무
- 통지에서 진술된 기타 개인 정보 보호 정책

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



당사는 개정된 모든 고지를 당사의 웹사이트와 가입자 안내서에서 확인할 수 있도록 할 것입니다.

### **구두, 서면 및 전자 PHI에 대한 내부 보호:**

Health Net이 귀하의 PHI를 보호합니다. 당사는 돕기 위한 프라이버시 및 안전 절차를 가지고 있습니다. 귀하의 PHI를 보호하는 몇 가지 방법은 아래와 같습니다.

- 당사의 모든 직원이 프라이버시 및 안전 절차의 준수에 대한 교육을 받습니다.
- 사업체 직원이 당사의 프라이버시 및 안전 절차를 준수하는 것이 요구됩니다. 당사는 모든 진료실의 안전을 유지합니다.
- 당사는 업무상 알 필요가 있는 사람들 하고만 귀하의 PHI를 공유합니다.
- 당사는 귀하의 PHI를 전자적으로 발송 및 저장하는 데 보안을 유지합니다.
- 당사는 승인되지 않은 사람이 귀하의 PHI에 접근하는 것을 기술을 사용해 차단합니다.

### **허락되는 귀하의 PHI 사용 및 공개:**

다음은 귀하의 허락이나 승인 없이 당사가 귀하의 PHI를 사용하거나 공개하는 경우에 관한 목록입니다.

- **치료** - 당사는 가입자의 PHI를 이용하거나 가입자를 치료하는 의사 또는 다른 건강 관리 전문가에게 공개하여 진료 서비스 제공자 간에 가입자의 치료를 조율하거나 가입자 혜택에 관련된 사전 승인 결정을 내리는 데 당사를 지원할 수 있도록 할 수 있습니다.
- **지급** - 당사는 가입자에게 제공되는 의료 서비스에 대한 혜택 관련 금액을 지급하기 위해 가입자의 PHI를 사용하고 공개할 수 있습니다. 당사는 지불 목적을 위해 귀하의 PHI를 다른 건강 보험, 의료 서비스 제공자 또는 연방 개인 정보 보호 규칙의 적용을 받는 기타 조직에 공개할 수 있습니다. 결제 활동은 다음 사항을 포함할 수 있습니다.
  - 클레임 처리
  - 클레임의 적격성이나 보장을 결정
  - 보험금 청구서 발행
  - 의학적 필요를 위한 서비스 검토
  - 클레임의 활용 검토 실행
- **건강 보험 운영** - 당사는 가입자의 PHI를 이용하고 공개하여 당사의 건강 보험 사업을 수행할 수 있습니다. 이런 활동은 다음 사항을 포함할 수 있습니다.
  - 고객 서비스 제공
  - 불만 및 이의 신청에 대한 대응

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



- 사례 관리 및 치료 조정의 제공
- 클레임에 대한 의료적 검토 및 기타 품질 평가의 수행
- 개선 활동

당사는 당사의 의료 운영에서 PHI를 사업체 직원에게 공개할 수 있습니다. 당사는 이런 직원들로부터 귀하의 PHI의 개인 정보를 보호하기 위한 계약을 체결합니다. 당사는 귀하의 PHI를 연방 개인 정보 보호 규칙의 적용을 받는 다른 조직에 공개할 수 있습니다. 이 조직은 또한 그 조직의 건강 의료 운영을 위해 귀하와의 관계를 가져야 합니다. 이것은 다음과 같은 항목을 포함합니다.

- 품질 평가와 개선 활동
- 의료 전문가의 능력이나 자격의 검토
- 사례 관리 및 치료 조정
- 의료 사기 및 남용의 감지 또는 방지

**그룹 건강 플랜/플랜 후원 기관 공개** - 후원 기관이 개인 의료정보를 사용 또는 공개 방법에 대한 특정 제한(고용 관련 조치 또는 결정에 보호된 건강 정보를 사용하지 않기로 합의 등)에 동의한 경우 당사는 가입자에게 의료 서비스 프로그램을 제공하는 직장이나 기타 기관 등 그룹 건강 플랜의 후원 기관에 가입자의 개인 의료정보를 공개할 수 있습니다.

#### 기타 허용되거나 요구되는 귀하의 PHI 공개:

- **기금 조성 활동** - 당사는 자선 재단이나 유사한 기관의 활동 기금 조성에 도움을 주기 위한 모금 등의 기금 조성 활동을 위해 가입자의 PHI를 사용하거나 공개할 수 있습니다. 기금 조성 활동으로 당사가 귀하에게 연락을 드리면 당사는 향후 그러한 연락을 받지 않도록 귀하가 선택하거나 이를 중지할 수 있는 기회를 드릴 것입니다.
- **보험 인수 목적** - 당사는 보장 신청이나 요청에 관한 결정 등 비용 동의를 가입자의 PHI를 이용하거나 공개할 수 있습니다. 보증 목적으로 귀하의 PHI를 사용하거나 공개하는 경우, 당사는 보증 과정에서 유전자 정보인 귀하의 PHI를 사용하거나 공개하는 것이 금지되어 있습니다.
- **예약 알림/치료 대안** - 당사는 가입자의 PHI를 이용하고 공개하여 가입자에게 치료 및 진료 예약을 알리거나, 금연이나 체중 감량 방법 등 치료 대안 또는 기타 건강 관련 혜택과 서비스를 안내할 수 있습니다.
- **법률 준수** - 연방이나 주 및/또는 지역 법률에서 가입자의 PHI를 이용하거나 공개하도록 규정한 경우, 당사는 해당 법률을 준수하는 범위 내에서 해당 법률의 요건에 한하여 PHI를 이용하거나 공개할 수 있습니다. 동일한 사용이나 공개에 적용되는 2개 이상의 법률이나 규정이 충돌하는 경우, 당사는 더 엄격한 법률이나 규정을 준수할 것입니다.

문의 사항은 Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주시요. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



- **공공 보건 활동** - 당사는 질병이나 상해, 장애의 예방 또는 통제를 위해 공공 보건 당국에 가입자의 PHI를 공개할 수 있습니다. 당사는 제품이나 서비스의 품질, 안전성 또는 효과를 식품 의약국(FDA) 관할 하에 있도록 보장하기 위해 FDA에 귀하의 PHI를 공개할 수 있습니다.
- **학대 및 방치 피해자** - 당사는 학대, 방치, 가정폭력이 발생했다는 합리적인 판단이 있을 경우, 가입자의 PHI를 법률에 의해 해당 보고를 받을 권한을 갖춘 사회복지 또는 보호 서비스 기관 등 지역, 주, 연방 정부 기관에 공개할 수 있습니다.
- **사법 및 행정 소송** - 당사는 가입자의 PHI를 사법 및 행정 소송에 공개할 수 있습니다. 당사는 다음 사항에 대응하여 공개할 수도 있습니다.
  - 법원의 명령
  - 행정 심판
  - 소환장
  - 소환
  - 영장
  - 증거개시 요청
  - 유사한 법률적 요청
- **법률 집행** - 당사는 필요할 경우 가입자의 관련 PHI를 법률 집행 기관에 공개할 수 있습니다. 예를 들면, 다음 사항에 대응하는 경우입니다.
  - 법원 명령
  - 법원 명령 영장
  - 소환장
  - 법관에 의해 발급된 소환장
  - 대배심 소환장
 당사는 피의자, 도주자, 중요한 증인 또는 실종자를 확인하거나 찾기 위해 귀하의 관련 PHI를 공개할 수도 있습니다.
- **검시관, 법의학자, 장의사** - 당사는 가입자의 PHI를 검시관이나 법의학자에게 공개할 수 있습니다. 이것은 예를 들면 사망 원인을 확인하기 위해 필요할 수 있습니다. 당사는 필요에 따라 장의사에게 귀하의 PHI를 공개하여 직무를 수행하도록 할 수도 있습니다.
- **장기, 안구, 조직 기증** - 가입자의 PHI를 장기 기증 기관에 공개할 수 있습니다. 당사는 다음과 같은 신체 조직의 조달, 보관 또는 이식을 담당하는 기관에 귀하의 PHI를 공개할 수도 있습니다.
  - 사체 기관
  - 눈
  - 조직

문의 사항은 Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. 추가 정보가 필요하시면, [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.





- **보건 및 안전 위협**- 당사는 개인이나 공공의 보건 안전을 심각하게 또는 급박하게 위협하는 상황을 방지하거나 완화하는 데 필요한 것으로 신의성실하게 판단한 경우 가입자의 PHI를 이용하거나 공개할 수 있습니다.
- **전문 정부 기능**- 가입자가 미군일 경우, 당사는 가입자의 PHI를 군 지휘 기관의 요구에 따라 공개할 수 있습니다. 당사는 다음과 같이 귀하의 PHI를 공개할 수도 있습니다.
  - 국가 보안과 첩보 활동을 위한 허가된 연방공무원에게
  - 의학적 적합성 판단을 위해 국무부에게
  - 대통령이나 다른 공인의 보호 서비스를 위해
- **산업 재해 보상**- 당사는 업무 관련 상해나 질병에 대한 보상을 제공하는 산업 재해 보상이나 기타 이와 유사한 프로그램 관련 법률을 준수하기 위해 가입자의 PHI를 공개할 수 있습니다.
- **응급 상황**- 당사는 응급 상황인 경우 또는 가입자가 정상적인 생활을 할 수 없거나 현재 없는 경우, 가족이나 가까운 친구, 권한을 갖춘 재난 구제 기관, 기타 이전에 가입자가 지정한 사람에게 가입자의 PHI를 공개할 수 있습니다. 당사는 공개가 귀하에게 가장 이익이 되는지를 결정하기 위해 전문가적인 판단과 경험을 이용할 것입니다. 공개가 귀하에게 가장 이익이 된다면, 당사는 해당인이 귀하의 치료에 관여하는 것에 직접 관련되는 PHI만을 공개할 것입니다.
- **수감자**- 가입자가 교정 기관의 수감자이거나 법률 집행 기관에 의해 구금 중인 경우, 본사는 가입자의 건강 관리, 가입자의 보건 또는 안전 보호, 타인의 보건 또는 안전, 교정 기관의 안전과 보안을 보호하기 위해 가입자의 PHI를 교정 기관이나 법률 집행 기관에 공개할 수 있습니다.
- **연구**- 특정 상황에 당사는 임상 연구가 승인되었고 가입자 PHI의 프라이버시 및 보호가 확보된 경우 가입자의 PHI를 연구자들에게 공개합니다.

### 귀하의 서면 승인을 필요로 하는, 귀하의 PHI 사용 및 공개

당사는 제한적인 예외를 두고 아래의 이유로 귀하의 PHI를 사용하거나 공개하는 데 귀하의 서면 승인을 받아야 합니다.

**PHI 판매**- 가입자 PHI 공개를 공개하고 대가를 받음으로써 PHI의 판매로 간주되는 경우, 당사는 사전에 가입자의 서면 승인을 요청할 것입니다.

**마케팅**- 당사는 직접 대면 마케팅 홍보 시 또는 홍보용 선물 제공 시 등 제한적인 예외를 두고 마케팅 목적으로 가입자의 PHI를 이용하거나 공개할 때 가입자의 서면 승인을 요청합니다.

**정신과 치료 노트**- 당사는 특정 치료나 결제, 건강 보험 운영 기능 등 제한적 예외를 두고 당사 파일에 보유한 가입자의 정신과 치료 노트 이용 또는 공개 시 가입자의 서면 승인을 요청합니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주시요. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## 개인의 권리

다음은 귀하의 PHI에 관한 귀하의 권리입니다. 귀하가 다음 권리 중 하나를 사용하고자 하는 경우, 본 고지의 끝에 있는 정보를 이용하여 당사로 연락해 주십시오.

- **승인 철회 권리**- 가입자는 언제든지 승인을 철회할 수 있으며 승인 철회는 반드시 서면으로 작성해야 합니다. 당사가 승인을 받고 귀하의 서면 취소를 받기 전에 이미 조치를 취한 경우를 제외하고 취소는 즉시 효력을 발생합니다.
- **제한을 요청할 권리**- 가입자는 치료, 지급 또는 의료 서비스 업무를 위한 가입자 PHI의 사용 및 공개뿐만 아니라 가족 구성원 또는 가까운 친구 등 가입자의 진료 또는 가입자의 진료에 대한 지급과 관련된 사람을 대상으로 한 공개에 대해 제한할 권리가 있습니다. 귀하의 요청에 요청하신 제한 사항과 제한 사항이 적용되는 대상을 명시하셔야 합니다. 당사는 이 요청에 동의할 필요는 없습니다. 당사가 동의하면 당사는 정보가 귀하에게 응급 치료를 제공하기 위해 필요하지 않는 한 귀하의 제한 요청을 준수할 것입니다. 단, 귀하가 서비스나 품목에 대해 전액 지불하신 경우, 당사는 지불이나 의료 운영을 위한 PHI의 사용이나 공개를 건강 보험으로 제한할 것입니다.
- **기밀 소통을 요청할 권리**- 가입자는 대체 수단 또는 대체 장소에서 가입자의 PHI에 대해 당사가 가입자와 소통하도록 요청할 권리가 있습니다. 이 권리는 다음 상황에서만 적용됩니다. (1) 통신문은 민감 서비스의 수령과 관련되는 의료 정보나 서비스 제공자 이름 및 주소를 공개합니다. 또는 (2) 의료 정보나 서비스 제공자 이름 및 주소의 전부나 일부의 공개는 그 공개가 대안적 수단으로 또는 귀하가 원하는 대안적 장소로 통신되지 않으면 귀하를 위협하게 할 수 있습니다. 귀하는 귀하의 요청에 대한 이유를 설명하지 않아도 되지만, 귀하의 요청서는 그 통신문이 민감 서비스의 수령과 관련되는 의료 정보나 서비스 제공자 이름 및 주소를 공개하는지 또는 의료 정보나 서비스 제공자 이름 및 주소의 전부나 일부의 공개가 통신 수단이나 장소가 변경되지 않으면 귀하를 위협하게 할 수 있다는 것을 분명하게 진술해야 합니다. 귀하의 요청이 타당하고 대안적인 수단 또는 귀하의 PHI가 전달되어야 하는 장소를 명시하는 경우, 당사는 귀하의 요청을 수용해야 합니다.
- **가입자 PHI 사본을 열람 또는 수령할 권한**- 가입자는 제한적인 예외를 두고 지정된 기록 세트에 포함된 가입자의 PHI의 사본을 살펴보거나 구할 권리가 있습니다. 귀하는 복사 이외의 형식으로 사본을 제공하도록 당사에 요청하실 수 있습니다. 당사는 실행이 가능하지 않는 경우 외에는 귀하가 요청하는 형식을 사용할 것입니다. 귀하는 자신의 PHI에 접근권한을 얻기 위해 서면으로 요청해야 합니다. 당사가 귀하의 접근 요청을 거부하면, 당사는 이에 대한 서면 설명을 귀하에게 제공할 것입니다. 또한 거부 이유를 검토할 수 있는지, 그러한 검토를 어떻게 요청하는지 또는 거부 이유를 검토할 수 없는지를 알려 드릴 것입니다.

문의 사항은 Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. 추가 정보가 필요하시면,

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



- 가입자의 PHI를 수정할 권리** - 가입자가 가입자의 PHI에 잘못된 정보가 포함되어 있다고 판단하는 경우, 가입자는 당사로 하여금 가입자의 PHI를 수정하거나 변경하도록 요청할 권리가 있습니다. 귀하의 요청은 서면으로 이루어져야 하고, 정보가 수정되어야 하는 이유를 설명해야 합니다. 당사는 어떤 이유로, 예를 들면, 귀하가 수정되기를 원하는 정보를 당사가 생성하지 않았고 PHI를 만든 사람이 수정할 수 있는 경우에, 귀하의 요청을 거부할 수 있습니다. 당사가 귀하의 요청을 거부하면, 당사는 서면 설명을 귀하에게 제공할 것입니다. 귀하는 당사의 결정에 동의하지 않는다는 진술로 응답할 수 있고 당사는 당사로 수정해 달라고 귀하가 요청하는 PHI에 귀하의 진술을 첨부할 것입니다. 당사가 귀하의 정보 수정 요청을 수락하는 경우, 귀하가 거명하는 다른 사람들에게 수정내용을 알리고 변경사항을 해당 정보에 대한 향후의 모든 공개에 포함시키기 위한 합리적인 노력을 할 것입니다.
- 공개 관련 설명을 수령할 권리** - 가입자는 당사 또는 당사의 사업 제휴자가 가입자의 PHI를 공개한 지난 6년 내 사례의 목록을 수령할 권리가 있습니다. 이것은 치료, 지불, 의료 운영 또는 귀하가 허가한 공개 및 특정 다른 활동을 위한 공개에는 적용되지 않습니다. 12개월 동안 두 번 이상 이 목록을 요청하실 경우, 당사는 귀하에게 추가 요청에 대한 합리적인 비용 기반 요금을 부과할 수 있습니다. 요청 시 당사 요금에 대한 상세 정보를 제공할 것입니다.
- 불만 제기 권리** - 가입자는 프라이버시 권리가 침해되었다고 생각하거나 당사가 프라이버시 보호를 위반했다고 생각할 경우, 본 통지서 끝부분에 있는 연락처 정보를 이용하여 서면이나 전화로 당사에 불만을 제기할 수 있습니다. Medi-Cal 가입자 불만의 경우, 가입자는 다음 섹션에 있는 California 주 보건 복지부(California Department of Health Care Services)에 연락하실 수도 있습니다.

또한 미국 보건 복지부(Department of Health and Human Services) 인권 사무국(Office for Civil Rights) 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201로 서신을 보내거나 1-800-368-1019(TTY: 1-866-788-4989)번으로 연락하거나 [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints)를 참조해 불만을 제기하실 수 있습니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)을 참조해 주십시오.



당사는 귀하가 불만을 제기한 것에 대해 귀하를 상대로 어떤 조치도 취하지 않을 것입니다.

**본 고지의 사본을 수령할 권리** - 가입자는 고지 마지막에 있는 연락처 정보 목록을 사용하여 언제든지 당사 고지의 사본을 요청할 수 있습니다. 귀하가 당사의 웹사이트에서 또는 전자 메일(이메일)로 본 고지서를 받으신 경우, 종이 사본을 요청할 권리도 있습니다.

### 연락처 정보

본 고지서, 귀하의 PHI와 관련된 당사의 개인 정보 보호 실무 또는 귀하의 권리 행사 방법에 대해 문의 사항이 있으시면, 아래에 있는 연락처 정보를 이용하여 서면 또는 전화로 당사에 연락하실 수 있습니다.

#### **Health Net Privacy Office**

Attn: Privacy Official

P.O. Box 9103

Van Nuys, CA 91409

**전화: 1-855-464-3571(TTY: 711)**

팩스: 1-818-676-8314

이메일: [Privacy@healthnet.com](mailto:Privacy@healthnet.com)

Medi-Cal 가입자에 한해서, 만약 당사가 가입자 개인정보를 보호하지 않았다고 믿고 불만을 제기하길 원할 경우, 다음으로 전화 또는 서신을 보내어 불만을 제기하실 수 있습니다.

Privacy Officer

c/o Office of Legal Services

California Department of Health Care Services

1501 Capitol Avenue, MS 0010

P.O. Box 997413

Sacramento, CA 95899-7413

전화: 1-916-445-4646 또는 1-866-866-0602 (TTY/TDD: 1-877-735-2929)

이메일: [Privacyofficer@dhcs.ca.gov](mailto:Privacyofficer@dhcs.ca.gov)

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)을 참조해 주십시오.



## 재무 정보 개인 정보 보호 고지

이 고지는 어떻게 가입자에 관한 **재무 정보**가 사용되고 공개될지에 관해 그리고 어떻게 이 정보를 이용할 수 있는지에 대해 설명해 줍니다. 이를 신중하게 검토하시기 바랍니다.

당사는 귀하의 개인 재무 정보의 기밀을 유지하는 데 노력합니다. 본 고지의 목적상, "개인 재무 정보"는 해당 개인의 신원을 식별해주고, 일반적으로 공공적으로 구할 수 없으며, 해당 개인으로부터 수집되거나 해당 개인에게 건강 의료 보험적용을 제공하는 것과 관련되어 확보되는, 등록자 또는 건강 의료 보험적용 신청자에 대한 정보를 의미합니다.

**당사가 수집하는 정보:** 당사는 다음 출처로부터 귀하에 대한 개인 재무 정보를 수집합니다.

- 당사가 신청서 또는 다른 양식에서 귀하로부터 받는 정보(예: 이름, 주소, 연령, 의료 정보 및 주민등록번호),
- 당사 및 당사의 계열사 또는 타인들과 귀하의 거래에 대한 정보(예: 보험료 결제 및 청구 이력) 및
- 소비자 보고로부터의 정보.

**정보의 공개:** 당사는 법률로 요구되거나 허락되는 경우를 제외하고 등록자 또는 이전 등록자에 대한 개인 재무 정보를 어떤 타사에게도 공개하지 않습니다. 예를 들면, 당사의 일반적인 사업 실무의 과정에서, 당사는 귀하에 대해 수집하는 개인 재무 정보를 법률에 의해 허락되는 바에 따라, 귀하의 허락 없이 다음 유형의 기관에 공개할 수 있습니다.

- 당사의 회사 계열사(예: 다른 보험회사),
- 당사의 일상 업무 목적으로 비계열 회사(귀하의 거래를 처리하고, 귀하의 계정을 유지하고 또는 법원 명령과 법률적 조사에 대응하기 위해),
- 당사를 대신하여 판촉용 통신문을 보내는 것을 포함하여 당사를 위한 서비스를 수행하는 계열관계가 없는 회사.

**기밀유지 및 보안:** 당사는 해당 주 및 연방 기준에 따라 귀하의 개인적 재무 정보를 상실, 파괴 또는 남용으로부터 보호하기 위해 물리적, 전자적 및 절차적 보호수단을 유지합니다. 이런 수단에는 컴퓨터 보호수단, 안전한 파일 및 건물, 귀하의 개인 재무 정보에 접근할 수 있는 사람에 대한 제한 등이 포함됩니다.

**본 고지에 대한 질문:** 본 고지에 대한 질문이 있으시면:

가입자의 ID 카드 뒷면의 무료 전화번호로 전화하거나 Health Net에

1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)을 참조해 주십시오.



## G. 플랜, 네트워크 서비스 제공자, 보장 서비스에 대한 정보 제공 의무

Health Net Cal MediConnect 가입자로서 가입자는 당사로부터 정보를 받을 권리가 있습니다.

고객이 영어를 구사하지 않는다면 당사 건강 플랜에 대해 고객의 질문에 대답해줄 수 있는 통역 서비스가 마련되어 있습니다. 통역사가 필요한 경우, 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주시시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통역 서비스는 고객에게 무료로 제공됩니다. 고객은 또한 하기의 언어로 본 정보 안내서를 무료로 받으실 수 있습니다.

- 아라비아어
- 아르메니아어
- 캄보디아어
- 중국어
- 페르시아어
- 한국어
- 러시아어
- 스페인어
- 타갈로그어
- 베트남어

당사는 대형 인쇄체, 프레일식 점자, 오디오로도 정보를 드릴 수 있습니다.

다음 사항을 알고 싶으신 경우 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

- 플랜 선택 또는 변경 방법
- 하기의 항목을 포함한 본 플랜에 대한 정보:
  - 재정 정보
  - 플랜 가입자들이 당사를 어떻게 등급을 매겼는가

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주시시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)을 참조해 주십시오.



- 가입자들이 한 이의 신청 건수
- 당사 플랜을 탈퇴하는 방법
- 아래 항목을 포함한 네트워크 서비스 제공자 및 네트워크 약국에 관한 정보:
  - 주치의 선택 또는 변경 방법
  - 당사 네트워크 서비스 제공자 및 약국의 자격
  - 당사가 네트워크 서비스 제공자에게 지불하는 방식
- 보장되는 서비스와 의약품, 그리고 고객이 따라야 하는 규칙:
  - 당사 플랜에 의해 보장되는 서비스나 의약품
  - 고객의 보장 또는 의약품에 가해지는 제한
  - 보장되는 서비스나 의약품을 받기 위해 따라야 하는 규칙
- 비보장 이유와 고객이 취할 수 있는 조치:
  - 보장되지 않는 이유를 서면으로 요청
  - 당사가 내린 결정을 변경하도록 요청
  - 고객이 받은 청구서를 지불하도록 요청

---

## H. 네트워크 서비스 제공자의 고객 직접 청구 불가

당사 네트워크 소속 의사, 병원, 기타 의료 서비스 제공자들은 보장 서비스에 대해 귀하에게 지불을 요구할 수 없습니다. 당사가 서비스 제공자가 청구하는 것보다 적은 금액의 지불을 한다 해도 서비스 제공자가 고객에게 지불을 청구할 수 없습니다. 네트워크 소속 의료 서비스 제공자가 보장 서비스에 대해 가입자에게 지불 청구를 하려 할 때 어떻게 해야 하는지는 7 장, 섹션 A, 151 페이지를 참조해 주십시오.

---

## I. Cal MediConnect 플랜 탈퇴 권리

누구도 가입자의 의사에 반하여 당사 플랜을 유지하도록 가입자에게 강요할 수 없습니다.

- 고객은 고객의 보건 서비스 대부분을 Original Medicare 또는 Medicare Advantage 플랜을 통해 받을 권리가 있습니다.
- 처방약 플랜 또는 Medicare Advantage 플랜에서는 Medicare Part D 처방약 혜택을 받으실 수 있습니다.
- 새 Medicare Advantage 또는 처방약 혜택 플랜에 가입할 시기에 대한 자세한 내용은 10 장, 섹션 C, 249 페이지를 참조해 주십시오.
- 고객의 Medi-Cal 혜택은 고객이 본 카운티 내 이용 가능한 다른 플랜을 선택하지 않는 한 Health Net Community Solutions, Inc.를 통해서 계속해서 제공될 것입니다.

---

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.





## J. 자신의 치료를 결정할 고객의 권리

### G1. 자신의 치료 옵션을 알고 건강 관리에 대한 결정을 내릴 권리

고객은 서비스를 받을 때 고객의 의사와 기타 건강서비스 제공자에게서 모든 정보를 들을 권리가 있습니다. 귀하의 의료 서비스 제공자는 귀하의 상태와 선택한 치료법을 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 설명해 주어야 합니다. 귀하에게는 다음과 같은 권리가 있습니다.

- **고객의 선택사항에 대하여 알아보십시오.** 귀하는 모든 종류의 치료 옵션에 대해 들을 권리가 있습니다.
- **위험이 무엇인지를 아십시오.** 귀하는 모든 위험에 대하여 설명 들을 권리가 있습니다. 서비스나 치료가 연구 실험의 일부이면 이는 반드시 사전에 귀하에게 설명되어야 합니다. 귀하는 실험적 치료를 거부할 권리가 있습니다.
- **2차 소견을 구할 수 있습니다.** 가입자는 치료를 거부하기 전에 다른 의사를 볼 권리가 있습니다.
- **필요 시 “아니요”라고 말하십시오.** 가입자는 모든 치료를 거부할 권리가 있습니다. 이것은 설령 고객의 의사가 고객에게 퇴원하지 말라고 조언하더라도 고객이 병원이나 기타 의료시설을 퇴원할 권리를 포함합니다. 또한 고객은 처방약 복용을 중단할 권리가 있습니다. 귀하가 치료를 거부하거나 처방약 복용을 중단하더라도 당사 플랜에서 탈퇴당하지 않을 것입니다. 그러나 귀하가 치료를 거부하거나 처방약 복용을 중단하면, 자신에게 일어나는 일에 대한 전적인 책임은 귀하가 지는 것입니다.
- **귀하는 의료 서비스 제공자가 왜 진료를 거부했는지에 대한 설명을 당사로 요청할 수 있습니다.** 귀하는 받아야 한다고 생각하는 치료를 의료 서비스 제공자가 거부한 경우, 당사에게서 설명을 들을 수 있는 권리가 있습니다.
- **고객은 거절당했거나 일반적으로 보장되지 않는 서비스나 의약품을 보장할 것을 당사로 요청할 수 있습니다.** 이것을 보장 결정이라 부릅니다. 당사에 보장 결정을 요청하는 방법은 9 장, 섹션 D, 195 페이지에 설명되어 있습니다.

### G2. 스스로 치료 결정을 내릴 수 없을 때 대처 방법을 제시할 권리

때로 사람들은 자신이 직접 건강 진료 결정을 내릴 수가 없게 됩니다. 그런 일이 일어나기 전에 고객은:

- 서면 양식을 작성하여 귀하를 대신해 의료 결정을 내릴 권리를 다른 사람에게 줄 수 있습니다.
- 보살핌귀하가 직접 결정을 내릴 수 없는 경우, 귀하의 의료에 대한 처리 방법을 작성한 서면 지시 사항을 담당 의사에게 줄 수 있습니다.

문의 사항은 Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. 추가 정보가 필요하시면,

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.





지시사항을 주기 위해 사용할 수 있는 이 법적 문서는 사전 의료 지시서라 불립니다. 사전의료지시서에는 여러 종류가 있고 각각의 이름이 있습니다. 예를 들면 사망 선택 유언장 및 건강 진료를 위한 위임장을 들 수 있습니다.

귀하가 사전의료지시서를 반드시 사용해야 하는 것은 아니지만, 원하시면 사용할 수 있습니다. 아래와 같이 하시면 됩니다.

- **형식을 마련해 주십시오.** 양식은 의사, 변호사, 법률 서비스 기관 또는 사회복지사에게서 구하실 수 있습니다. Medicare 또는 Medi-Cal 에 대한 정보를 주는 기관, 예를 들면 HICAP(Health Insurance and Counseling Advocacy 프로그램)에서 사전 의료 지시서 양식을 비치하고 있을 수 있습니다.
- **양식을 작성하고 서명해 주십시오.** 이 형식은 법적 문서입니다. 문서 작성을 변호사에게 의뢰하는 것을 고려해 주십시오.
- **이에 대해 알아야 할 사람들에게 사본을 주십시오.** 귀하는 이 형식 사본을 귀하의 의사에게 주어야 합니다. 귀하는 귀하를 위해 결정을 내려줄 사람으로 이름이 명시된 사람에게도 사본을 주어야 합니다. 사본을 친구들이나 가족에게도 주십시오. 반드시 사본 1 부를 집에 보관해 주십시오.
- **고객이 입원할 예정이고 사전 의료 지시서에 이미 서명했다면, 사본을 병원에 가져가십시오.**
  - 병원측은 귀하에게 사전의료지시서에 서명했는지 여부와 그것을 가져 왔는지 여부를 물어볼 것입니다.
  - 고객이 사전의료지시서에 서명하지 않은 경우, 병원은 이용 가능한 형식을 비치하고 있으며, 고객에게 형식에 서명하고 싶은지 여부를 물어볼 것입니다.

명심해 주십시오. 사전 의료 지시서 작성 여부에 대한 선택권은 본인에게 있습니다.

### G3. 가입자의 지시 사항이 지켜지지 않는 경우 할 수 있는 것

귀하가 사전 의료 지시서에 서명했고, 의사 또는 병원이 해당 사전 의료 지시서의 지시 사항을 따르지 않았다고 생각하시면, 귀하는 거주 지역의 인권 사무국(Office for Civil Rights)에 불만을 제기하실 수 있습니다.

Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health & Human Services  
90 7th Street, Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103

인권 사무국(Office for Civil Rights)에 1-800-368-1019(TTY: 1-800-537-7697)번으로 연락하실 수 있습니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## K. 불만을 제기하고 당사 결정의 재고를 요청할 권리

9 장, 섹션 E, 199 페이지에서는 가입자의 보장 서비스 또는 진료에 대한 문제나 우려 사항이 있는 경우 가입자가 할 수 있는 일이 무엇인지를 말해 줍니다. 예를 들어, 당사에 보장 결정을 내리도록 요청하거나, 이의 신청을 함으로써 보장 결정을 변경하도록 요청하거나, 불만을 제기하실 수 있습니다.

귀하는 다른 가입자들이 본 플랜에 제출한 이의 신청과 불만에 대한 정보를 받아 볼 수 있는 권리가 있습니다. 이 정보를 원하시면 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

### H1. 불공정 대우를 받고 있다고 생각되거나 귀하의 권리에 대한 자세한 내용을 원하는 경우 할 수 있는 것

귀하가 불공정 대우를 받았다고 생각하시면 - 그리고 제 11 장에 기재된 이유로 인한 차별이 **아니라면** - 또는 귀하의 권리에 대한 자세한 내용을 원하시면 아래로 전화하셔서 도움을 받으실 수 있습니다.

- 가입자 서비스부.
- 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP). 이 기관과 이 기관의 문의처에 대한 자세한 정보를 원하시면 2 장, 섹션 E, 30 페이지를 참조하십시오.
- Cal MediConnect Ombuds 프로그램. 이 기관과 이 기관의 문의처에 대한 자세한 정보를 원하시면 2 장, 섹션 I, 34 페이지를 참조하십시오.
- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare 에 연중무휴 24 시간 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화해 주십시오. (Medicare 웹사이트 [www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf) 에서 “Medicare 권리 및 보호”를 읽거나 다운로드하실 수 있습니다.)

## L. 당사 가입자 권리와 책임 정책에 건의할 가입자의 권리

가입자 권리와 책임에 관하여 질문이나 우려 사항이 있거나 당사의 가입자 권리 정책을 개선하기 위한 건의 사항이 있으시면, 가입자 서비스부에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## M. 새로운 기술과 기존 기술의 평가

신기술은 특정 질병이나 상태의 치료를 위해 최근 개발된 기술, 의약품, 생물제재 또는 장치를 말합니다. 기존의 기술, 의약품, 생물제재 또는 장치의 새로운 응용을 포함합니다. 당사 플랜은 해당하는 경우 Medicare의 국가 및 지역 보장 의결(National and Local Coverage Determinations)을 따릅니다.

Medicare 보장 의결이 없는 경우, 당사 플랜은 동료 심사 간행물 중 현재 공개된 의학 문헌에 대한 중요한 평가를 실행함으로써 가입자가 안전하고 효과적인 치료를 이용하실 수 있도록 적용 가능한 혜택에 포함하기 위한 새로운 기술이나 기존 기술의 새로운 적용을 평가합니다. 여기에는 체계적인 검토, 무작위 배정 대조 시험, 코호트 연구, 사례 통제 연구, 안전성과 유효성을 보여주는 통계적으로 유의한 결과를 갖는 진단 검사 연구, 국가 기관과 인정받은 당국에 의해 개발된 증거 기반 지침의 검토 등이 포함됩니다. 당사 플랜은 또한 개업의, 의사 전문 협회, 컨센서스 패널 또는 국가적으로 인정받은 다른 연구나 기술 평가 기관을 포함하는 국가적으로 인정받은 의학 협회에 의한 의견, 권고안 및 평가, 정부 기관(예: 식품 의약국(FDA), 질병 통제 예방 센터(CDC), 국립 보건원(NIH))의 보고서와 간행물을 고려합니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주시십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)을 참조해 주십시오.



## N. 플랜 가입자로서 가입자의 책임

플랜 가입자로서, 가입자는 하기에 나열된 일들을 할 책임이 있습니다. 질문이 있으시면 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

- **가입자 안내서를 읽고** 무엇이 보장되며 보장 서비스나 약을 받기 위해서는 어떤 규칙을 따라야 하는지를 확인하십시오. 다음에 대한 상세 내용을 파악해야 합니다.
  - 보장 서비스에 대해서는 3 장, 섹션 B, 43 페이지 및 4 장, 섹션 D, 70 페이지를 참조하십시오. 그 장에서는 보장되는 것과 보장되지 않는 것, 고객이 따라야 할 규칙, 귀하가 지불하는 부분이 설명되어 있습니다.
  - 보장 의약품에 대해서는 5 장, 섹션 A, 123 페이지 및 6 장, 섹션 C, 144 페이지를 참조하십시오.
- **다른 건강 보장 또는 처방약 보장이 있으시면 당사에 알려 주십시오.** 당사는 가입자가 의료 서비스를 받으실 때 가입자가 가지고 계신 모든 보장 옵션이 사용되는지를 확인해야 합니다. 다른 보장을 가지고 계신 경우 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.
- **당사 플랜에 가입되어 있다고 담당 의사와 기타 의료 서비스 제공자에게 말씀해 주십시오.** 서비스나 의약품을 받으실 때는 항상 가입자 ID 카드를 제시해 주십시오.
- **귀하에게 최선의 진료를 제공할 수 있도록 의료 서비스 제공자와 담당 의사를 도와주십시오.**
  - 귀하와 귀하의 건강에 대해 담당 의사와 기타 의료 서비스 제공자가 필요로 하는 정보를 제공해 주십시오. 귀하의 건강 문제에 대해 최대한 배우십시오. 귀하와 귀하의 의료 서비스 제공자가 동의하는 치료 계획 및 지시 사항을 준수해 주십시오.
  - 귀하의 의사와 기타 의료 서비스 제공자가 귀하가 복용하는 모든 약에 대해 반드시 알 수 있도록 해 주십시오. 여기에는 처방약, 비처방약, 비타민제, 보충제가 포함됩니다.
  - 궁금한 점이 있으면 꼭 물어보십시오. 귀하의 의사와 기타 의료 서비스 제공자는 반드시 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 설명해야 합니다. 질문을 하고 나서 대답이 이해되지 않으면 다시 물어 참조해 주십시오.
- **배려해 주십시오.** 당사는 당사의 모든 가입자가 다른 환자의 권리를 존중하기를 기대합니다. 저희는 또한 의사 진료실, 병원, 기타 서비스 공급자 진료실에서 귀하가 배려있는 행동을하기를 기대합니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



- **지급 의무가 있는 것은 지불해 주십시오.** 플랜 가입자로서 귀하는 이것들을 지불할 책임이 있습니다.
  - Medicare Part A 및 Medicare Part B 보험료. 대부분의 Health Net Cal MediConnect 가입자들에 대해 Medi-Cal에서는 가입자의 PartA 보험료와 PartB 보험료를 지불합니다.
  - Medi-Cal 프로그램에 따라 가입자 비용 부담이 있다면, Health Net Cal MediConnect가 Medi-Cal 보장 서비스에 대해 지불하기 전에 가입자는 가입자 비용 부담액을 지불할 책임이 있습니다.
  - 본 플랜이 보장하는 일부 의약품의 경우, 가입자가 해당 의약품을 받으실 때 가입자 비용 부담액을 반드시 지불하셔야 합니다. 이것은 6 장, 섹션 D3, 146 페이지에서 가입자의 약제비 지불에 대해 설명하고 있는 자기부담금(고정 금액)입니다.
  - **당사 플랜이 보장하지 않는 서비스나 의약품을 받으시는 경우, 가입자는 비용 전액을 지불하셔야 합니다.** 귀하가 어떤 서비스나 의약품을 보장하지 않는다는 당사의 결정에 이의가 있는 경우, 귀하는 이의를 신청하실 수 있습니다. 이의 신청 방법에 대한 자세한 내용은 9 장, 섹션 D, 195 페이지를 참조하십시오.
- **이사를 하시는 경우 당사에 알려 주십시오.** 귀하가 이사를 하신다면 당사에 즉시 알리는 것이 중요합니다. 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.
  - **서비스 지역 밖으로 이사하실 경우, 이 플랜을 유지하실 수 없습니다.** 당사 서비스 지역에 거주하는 분들만 Health Net Cal MediConnect 에 가입할 수 있습니다. 당사 서비스 지역은 1 장, 섹션 D, 12 페이지에 설명되어 있습니다.
  - 당사 서비스 지역 밖으로 이사하시는지 여부를 알 수 있도록 당사가 도와 드리겠습니다. 특별 등록 기간 동안 고객은 Original Medicare 로 전환하거나 새 지역 내에 있는 Medicare 건강 또는 처방약 플랜에 가입하실 수 있습니다. 당사는 고객의 새 거주지역에 본 플랜이 있는지 여부를 고객에게 알려드릴 수 있습니다.
  - 또한, 고객이 이사를 가신다면 Medicare 와 Medi-Cal 에 새 주소를 알려 주십시오. Medicare 및 Medi-Cal 의 전화번호는 2 장, 섹션 G, 32 페이지 및 섹션 H, 33 페이지를 참조하십시오.
  - **당사 서비스 지역 내에서 이사한다 해도 당사로 알려주셔야 합니다.** 당사는 가입자의 가입자 기록을 업데이트해야 하고 가입자의 연락처를 알아야 합니다.
- 질문이나 우려 사항이 있으시면 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## 9장: 문제나 불만이 있는 경우 할 수 있는 일(보장 결정 요청, 이의 신청, 불만 접수)

---

### 개요

본 장은 가입자의 권리에 대한 정보를 담고 있습니다. 하기의 상황에서 어떻게 해야 하는지에 대해 본 장을 읽으십시오.

- 고객은 고객의 플랜에 대해 문제가 있거나 불만이 있습니다.
- 고객은 고객의 플랜이 지불하지 않겠다고 한 서비스, 품목, 약물이 필요합니다.
- 고객은 고객의 플랜이 고객의 진료에 대해 내린 결정에 동의하지 않습니다.
- 고객은 고객이 받은 보장 서비스가 너무 빨리 끝난다고 생각합니다.
- 가입자가 지역 기반 성인 서비스(CBAS), 요양 시설(NF) 서비스 같은 가입자의 장기 서비스 및 지원에 문제나 불만이 있습니다.

문제나 우려 사항이 있으시면, 이 장의 내용 중 가입자의 상황에 해당하는 부분만 확인하시면 됩니다. 본 장은 귀하가 원하는 내용을 쉽게 찾을 수 있도록 여러 섹션으로 나누어져 있습니다.

#### 고객이 고객의 건강 또는 장기 서비스 및 지원에 관련된 문제에 직면해 있는 경우

고객은 고객의 의사 및 기타 의료 서비스 제공자가 필요하다고 결정한 건강 진료, 의약품, 장기 서비스 및 지원을 고객의 진료 플랜의 일환으로서 받아야 합니다. **진료와 연관해 문제를 겪고 계신다면, Cal MediConnect Ombuds 프로그램에 1-855-501-3077 로 연락하여 도움을 받으실 수 있습니다.** 본 장은 가입자가 직면한 여러 문제와 불만에 대해 어떤 옵션이 있는지를 설명합니다. 그러나 가입자는 문제 해결에 관한 도움을 받기 위해 Cal MediConnect Ombuds 프로그램에 언제든지 전화하실 수 있습니다. 우려 사항을 해결해 줄 수 있는 추가 리소스와 연락 방법은 2 장, 섹션 I, 34 페이지에 Ombuds 맨 프로그램에 대한 자세한 정보를 참조해 주십시오.

---

문의 사항은 Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. 추가 정보가 필요하시면, [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## 목차

A. 문제가 있는 경우 할 수 있는 일 .....	193
A1. 법률 용어.....	193
B. 도움을 받기 위해 전화할 수 있는 곳 .....	193
B1. 추가 정보나 도움을 받을 수 있는 곳.....	193
C. 혜택과 관련된 문제.....	195
C1. 보장 결정 및 이의 신청 또는 불만 접수 절차 이용하기 .....	195
D. 보장 결정 및 이의 신청 .....	195
D1. 보장 결정 및 이의 신청 개요 .....	195
D2. 보장 결정 및 이의 신청에 도움 받기 .....	196
D3. 본 장에서 도움이 되는 섹션 이용하기.....	197
E. 서비스, 품목, 의약품(Part D 의약품은 제외)에 대한 문제 .....	199
E1. 이 섹션을 이용해야 하는 경우.....	199
E2. 보장 결정 요청하기 .....	200
E3. 서비스, 품목, 의약품(Part D 의약품은 제외)에 대한 1 단계 이의 신청.....	202
E4. 서비스, 품목, 약(Part D 의약품은 제외)에 대한 2 단계 이의 신청 .....	206
E5. 지불 문제.....	212
F. Part D 의약품 .....	214
F1. 가입자가 Part D 의약품을 구하는 데 문제가 있거나 Part D 의약품에 대한 환급을 요청하려는 경우 해야 할 일 .....	214
F2. 예외 처리란 무엇인가?.....	216
F3. 예외 처리 요청에 대하여 알아야 할 중요한 점 .....	217
F4. 예외 처리를 포함한 Part D 의약품 보장 결정 또는 Part D 의약품에 대한 환급을 요청하는 방법 .....	218

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주시요. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



F5. Part D 의약품에 대한 1 단계 이의 신청 .....	221
F6. Part D 의약품에 대한 2 단계 이의 신청 .....	223
G. 당사로 더 긴 병원 입원 기간 보장을 요청하기.....	225
G1. 가입자의 Medicare 권리가 무엇인지를 알기 .....	225
G2. 퇴원 날짜 변경을 위한 1 단계 이의 신청.....	226
G3. 퇴원 날짜 변경을 위한 2 단계 이의 신청.....	228
G4. 이의 신청 기한을 놓치면 어떻게 되는가?.....	230
H. 가정 건강 의료 서비스, 전문 간호 시설 케어, 포괄 외래 환자 재활 시설(Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 서비스가 너무 빨리 끝난다고 생각하는 경우 할 수 있는 일.....	232
H1. 가입자의 보장이 끝나갈 때 당사는 가입자에게 미리 알려 드릴 것입니다 .....	232
H2. 치료를 계속 받기 위한 1 단계 이의 신청.....	233
H3. 치료를 계속 받기 위한 2 단계 이의 신청.....	235
H4. 가입자가 1 단계 이의 신청 기한을 놓치면 어떻게 되는가?.....	236
I. 2 단계 이상으로 이의 신청 진행하기 .....	238
I1. Medicare 서비스 및 품목에 대한 다음 단계 .....	238
I2. Medi-Cal 서비스 및 품목에 대한 다음 단계 .....	238
J. 불만 접수 방법.....	240
J1. 어떤 문제들이 불만이 될 수 있는가? .....	240
J2. 내부 불만 .....	242
J3. 외부 불만 .....	244

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.





## A. 문제가 있는 경우 할 수 있는 일

본 장은 가입자의 플랜이나 서비스 또는 지불에 대해 문제가 있을 때 가입자가 하실 수 있는 일에 대해 설명합니다. 이러한 절차들은 Medicare 와 Medi-Cal 에 의해 승인되었습니다. 각 절차에는 당사와 가입자가 따라야 하는 일련의 규칙, 절차 및 기한이 있습니다.

### A1. 법률 용어

이 장에 설명된 규칙 및 기한 중 일부는 어려운 법률 용어를 담고 있습니다. 이 용어 중 많은 것들은 이해하기 어렵기 때문에 당사는 어떤 법률 용어들을 갈음하여 더 간단한 단어들을 사용했습니다. 당사는 약어를 가능한 한 적게 사용합니다.

예를 들어, 당사는 이런 문장을 사용합니다.

- “고충 사항 제기” 대신 “불만 접수”
- “기관 결의”, “혜택 결의”, “위험 결의” 또는 “보장 결의” 대신 “보장 결정”
- “신속 결의” 대신 “빠른 보장 결정”이라는 표현을 썼습니다.

올바른 법률 용어를 아는 것은 보다 명확한 소통을 하는 데 도움이 되므로, 당사는 그러한 법률 용어도 제공합니다.

## B. 도움을 받기 위해 전화할 수 있는 곳

### B1. 추가 정보나 도움을 받을 수 있는 곳

때로는 문제 처리 과정을 시작하거나 수행하는 일이 혼란스러울 수 있습니다. 가입자의 건강이 좋지 않거나 기운이 없을 때 특히 그럴 수 있습니다. 때로는 가입자가 다음 단계로 가기 위해 필요한 지식이 없을 수도 있습니다.

**Cal MediConnect Ombuds 프로그램에서 도움을 받으실 수 있습니다.**

도움이 필요하시면 Cal MediConnect Ombuds 프로그램에 언제든지 전화하실 수 있습니다. Cal MediConnect Ombuds 프로그램은 고객의 질문에 답하고 문제 해결 조치를 알려주는 Ombuds 만 프로그램입니다. Cal MediConnect Ombuds 프로그램은 당사 또는 어떤 보험회사나 건강플랜과도 관계가 없습니다. 이 프로그램은 고객께서 어떤 절차를 이용해야 하는지에 대한 이해를 도울 수 있습니다. Cal MediConnect Ombuds 프로그램 전화번호는 1-855-501-3077 번입니다. 본 서비스는 무료입니다. Ombudsman 프로그램에 대한 자세한 내용은 2 장, 섹션 I, 34 페이지를 참조하십시오.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



**Health Insurance Counseling and Advocacy 프로그램에서 도움을 받으실 수 있습니다.**

또한 Health Insurance Counseling and Advocacy 프로그램(HICAP) 프로그램에 문의하실 수 있습니다. HICAP 카운슬러들은 귀하의 질문에 대해 드리고 문제를 해결하기 위해서는 어떻게 해야 하는지 귀하가 이해하는 것을 돕습니다. HICAP은 당사나 다른 보험사 또는 건강보험과 관계가 없습니다. HICAP은 모든 카운티에 훈련받은 상담사를 두고 있으며, 서비스는 무료입니다. HICAP 전화번호는 1-800-434-0222입니다.

**Medicare 에서 도움 받기**

귀하는 문제에 대해 Medicare 에서 직접 도움을 받을 수 있습니다. 다음은 Medicare 의 도움을 받는 두 가지 방법입니다.

- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 연중무휴 24 시간 문의하실 수 있습니다. TTY: 1-877-486-2048. 통화는 무료입니다.
- Medicare 웹사이트 <http://www.medicare.gov> 를 참조해 주십시오.

**California 보건 관리부에서 도움을 받으실 수 있습니다.**

이 단락에서 “고충”이라는 용어는 귀하의 건강 플랜인 Medi-Cal 서비스 또는 의료 서비스 제공자에 대한 이의 및 불만 제기를 뜻합니다.

California 관리의료부가 건강보험 서비스 플랜 규제를 담당하고 있습니다. 건강 플랜에 대한 고충 사항이 있으시면 건강 플랜에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 문의하시고, 보건 관리부로 연락하시기 전에 건강 보험의 고충 사항 처리 절차를 이용해 주십시오. 서비스 운영 시간은 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시입니다. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 이러한 고충 사항 처리 절차를 활용해도 가입자에게 적용되는 잠재적 법적 권리나 구제책이 금지되지는 않습니다. 응급조치와 관련된 불만, 해당 건강 보험에서 만족스럽게 해결되지 않은 불만 또는 30 일 이상 해결되지 않은 불만의 경우, 건강관리국에 연락하여 도움을 청할 수 있습니다. 가입자는 독립 의료 심사(IMR)를 요청할 자격이 될 수 있습니다. IMR 요청 자격이 될 경우, IMR 절차를 통해 제안된 서비스 또는 치료에 대한 의학적 필요성에 관해 건강 보험이 내린 의료적 결정, 실험적 또는 연구적 성격을 띠는 치료에 대한 보장 결정, 응급 또는 긴급 의료 서비스에 대한 지불 분쟁 등에 대해 공정한 검토가 이루어질 것입니다. 또한 관리의료부는 수신자 부담 전화번호(1-888-466-2219) 및 청각 및 언어 장애인을 위한 TDD 회선(1-877-688-9891)을 운영합니다. 불만 제기 양식, IMR 신청서, 온라인 지침은 관리의료부의 인터넷 웹사이트 [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov) 에서 찾아보실 수 있습니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## C. 혜택과 관련된 문제

### C1. 보장 결정 및 이의 신청 또는 불만 접수 절차 이용하기

문제나 우려 사항이 있으시면, 이 장의 내용 중 가입자의 상황에 해당하는 부분만 확인하시면 됩니다. 하기의 차트는 문제나 불만에 대해 귀하가 본 장의 알맞는 부분을 찾을 수 있도록 도와 줍니다.

<p><b>문제나 우려 사항이 혜택 혹은 보장에 대한 것입니까?</b></p> <p>(이것은 특정 의료서비스, 장기 서비스나 지원, 혹은 처방약품이 보장되는지 여부, 보장되는 방식, 의료서비스 혹은 처방약의 지불 관련 문제를 포함합니다.)</p>	
<p><b>예.</b></p> <p>혜택이나 보장에 관한 문제입니다.</p> <p><b>섹션 D</b>의 “<b>보장 결정 및 이의 신청</b>”(200 페이지)을 참조해 주십시오.</p>	<p><b>아니요.</b> 혜택이나 보장에 관한 문제가 아닙니다.</p> <p><b>섹션 J: “불만 제기 방법</b>”(245 페이지)으로 건너뛰십시오.</p>

## D. 보장 결정 및 이의 신청

### D1. 보장 결정 및 이의 신청 개요

보장 결정 요청 및 이의 신청 접수 절차는 가입자의 혜택 및 보장과 관련된 문제를 다룹니다. 이는 또한 지불 문제도 포함합니다. 귀하는 Part D 자기부담금을 제외한 Medicare 비용에 대한 지불의 책임이 없습니다.

#### 보장 결정이란 무엇인가?

보장 결정은 당사가 고객의 혜택과 보장에 대하여 혹은 고객의 서비스나 약에 당사가 지불하게 될 금액에 대하여 내리는 일차 결정입니다. 당사는 무엇이 고객에게 보장되는지와 당사가 얼마를 지불하는지를 결정할 때마다 보장 결정을 내립니다.

고객 또는 고객의 의사가 서비스, 품목, 의약품이 Medicare 나 Medi-Cal 에 의해 보장되는지 확신이 안 선다면 의사가 서비스, 품목, 의약품을 제공하기 전에 고객 또는 고객의 의사는 보장 결정을 요청할 수 있습니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## 이의 신청이란 무엇인가?

이의 신청이란 고객의 생각에 당사가 실수를 했다고 여겨질 때 당사가 내린 결정을 당사가 검토하고 이를 변경해 달라고 하는 공식적인 요청입니다. 예를 들어 가입자가 원하는 서비스, 물품 또는 의약품이 보장되지 않는지 또는 Medicare 또는 Medi-Cal 에 의해 더 이상 보장되지 않는지에 대한 결정을 내릴 수 있습니다. 가입자 또는 담당 의사가 당사의 결정에 동의하지 않으면, 가입자는 이의 신청을 하실 수 있습니다.

## D2. 보장 결정 및 이의 신청에 도움 받기

### 보장 결정 요청이나 이의 신청에 도움을 받으려면 어디에 문의해야 하는가?

고객은 아래의 사람들에게 도움을 요청할 수 있습니다.

- **가입자 서비스부**에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다.
- 무료 지원을 원하시면 **Cal MediConnect Ombuds 프로그램**에 문의해 주십시오. Cal MediConnect Ombuds 프로그램은 Cal MediConnect 가입자의 서비스 혹은 비용 청구 문제를 도와드립니다. 전화번호는 1-855-501-3077 입니다.
- 무료로 도움을 받으시려면 **건강 보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP)**에 문의해 주십시오. HICAP 은 독립 기관입니다. 본 보험 플랜과는 연관이 없습니다. 전화번호는 1-800-434-0222 입니다.
- 무료로 도움을 받으시려면 **보건 관리부(DMHC) 지원 센터(Help Center)**에 문의해 주십시오. DMHC 는 건강 보험을 규제합니다. DMHC 에서는 Cal MediConnect 에 가입된 분들이 Medi-Cal 서비스 또는 청구 문제에 대해 이의 신청 하는 것을 도와드립니다. 전화번호는 1-888-466-2219 입니다. 청각 장애가 있거나 청력에 어려움이 있는 분들은 TDD 번호, 무료전화 1-877-688-9891 로 전화하십시오.
- **담당 의사 또는 기타 서비스 제공자와 상담**해 주십시오. 귀하의 의사나 기타 의료 서비스 제공자는 귀하를 대신해서 보장 결정이나 이의 신청을 요청할 수 있습니다.
- **친구나 가족**에게 이야기해서 가입자를 대변해 달라고 하십시오. 귀하는 귀하의 “대리인”으로서 귀하를 대신해 보장을 요청하거나 이의 신청을 할 다른 사람을 지명할 수 있습니다.
  - 가입자의 친구나 친척 또는 다른 사람이 가입자의 대리인이 되기를 원한다면, 가입자 서비스부에 문의하여 “대리인 임명” 양식을 요청해 주십시오. 또한 [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) 또는 당사 웹사이트 [mmp.healthnetcalifornia.com/mmp/appeals-grievances.html](http://mmp.healthnetcalifornia.com/mmp/appeals-grievances.html) 에서 대리인 임명 양식을 받아 보실 수 있습니다. 이 양식은 해당인에게 가입자를 대행할 권한을 부여합니다. 가입자는 서명된 양식의 사본을 당사에 보내셔야 합니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



- **또한 가입자는** 가입자를 대행할 변호사를 고용할 권리가 있습니다. 귀하는 귀하의 변호사에게 전화할 수도 있고 또는 지역 변호사 협회나 다른 의뢰기관으로부터 변호사의 이름을 입수할 수도 있습니다. 또한 고객이 자격이 되는 경우에 고객에게 무료 법률서비스를 제공할 일부 법률 그룹들도 있습니다. 귀하가 변호사의 대변을 받기 원한다면 귀하는 대리인 지명 형식을 작성하셔야 합니다. 건강 소비자 연합(Health Consumer Alliance)에 1-888-804-3536 번으로 연락하여 법률 자문을 제공할 변호사를 요청하실 수 있습니다.
  - 다만, 가입자는 보장 결정을 요청하거나 이의 신청 접수를 위해 **변호사를 반드시 고용해야 하는 것은 아닙니다.**

### D3. 본 장에서 도움이 되는 섹션 이용하기

보장 결정과 이의 신청에 관련된 상황에는 4 가지가 있습니다. 각 상황마다 그 규칙과 마감일이 다릅니다. 당사는 본 장을 고객이 준수해야 할 규칙을 찾는 데 도움이 될 수 있도록 항별로 나누었습니다. **가입자 본인의 문제에 해당되는 섹션만 읽으시면 됩니다.**

- **204 페이지 섹션 E** 는 서비스, 품목 및 의약품(Part D 의약품은 **제외**)에 관한 문제가 있는 경우에 필요한 정보를 제공합니다. 예를 들어, 다음의 경우 이 섹션을 이용합니다.
  - 고객은 원하는 의료서비스를 받지 못하고 있고, 고객은 그 의료서비스가 본 플랜에 의해 보장된다고 생각합니다.
  - 당사는 고객의 의사가 고객에게 제공하기 원하는 서비스, 품목, 의약품을 승인하지 않았고 고객은 그 진료가 보장되어야 한다고 생각합니다.
    - **유의사항:** Part D 에서 보장하지 **않는** 의약품인 경우에만 섹션 E 를 이용해 주십시오. **보장 의약품 목록**에 있는 의약품("NT"가 표기된 의약품 목록이라고도 함)은 Part D 에서 보장하지 않습니다. Part D 의약품에 대한 이의 신청은 219 페이지 섹션 F 를 참조해 주십시오.
  - 가입자가 보장되어야 한다고 생각하는 의료 진료나 서비스를 받았으나, 당사가 이 진료에 대해 지불하지 않고 있습니다.
  - 고객이 보장된다고 생각하는 의료 서비스나 품목을 받았고 이를 지불했으며 당사로 이를 상환해 달라고 요청하기 원합니다.
  - 고객이 받아온 진료 보장이 줄어들거나 중지될 거라는 말을 들었고 고객은 당사의 결정에 동의하지 않습니다.
    - **유의사항:** 중단되는 보장이 병원 치료, 가정 건강 관리, 전문 간호 시설 치료 또는 종합 외래환자 재활시설(CORF) 서비스일 경우, 본 장의 별도 섹션을 확인해 주십시오. 이러한 종류의 서비스에는 특별 규칙이 적용됩니다. 225 페이지 섹션 G 및 232 페이지 섹션 H 를 참조해 주십시오.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



- **214 페이지 섹션 F**에서는 Part D 의약품에 대한 정보를 제공합니다. 예를 들어, 다음의 경우 이 섹션을 이용합니다.
  - 당사의 의약품 목록에 있지 않은 Part D 의약품을 예외로 처리해 달라고 당사에게 요청하려고 합니다.
  - 고객이 구매할 수 있는 의약품의 양에 적용되는 제한을 적용하지 않도록 당사로 요청하기 원합니다.
  - 고객은 사전 승인이 요구되는 의약품 보장을 당사로 요청하기 원합니다.
  - 당사가 고객의 요청 또는 예외 요청을 승인하지 않았으며, 고객 또는 고객의 의사 또는 다른 처방전 서비스 제공자의 생각에 당사가 승인했어야 한다고 생각합니다.
  - 고객은 고객이 이미 구매한 처방약의 비용을 지불하라고 당사로 요청하기 원합니다. (이것은 지불금에 대한 보장 결정을 요청하는 것입니다.)
- **225 페이지 섹션 G**는 가입자가 생각하기에 담당 의사가 너무 일찍 퇴원시키는 경우, 병원 입원 연장을 보장하도록 당사에 요청하는 방법을 설명합니다. 다음의 경우 본 섹션을 이용해 주십시오.
  - 가입자가 병원에 있고 의사가 가입자에게 너무 일찍 퇴원하라고 했다고 생각합니다.
- **232 페이지 섹션 H**는 가정 건강 관리, 전문 간호 시설 치료, 종합 외래 환자 재활 시설(CORF) 서비스가 너무 빨리 끝난다고 생각하시는 경우, 필요한 정보를 제공합니다.

어떤 항을 사용해야 할지 모르겠다면 가입자 서비스부에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다.

다른 도움이나 정보가 필요하신 경우, Medi-Cal Connect Ombuds 프로그램에 1-855-501-3077 번으로 문의해 주십시오.

---

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## E. 서비스, 품목, 의약품(Part D 의약품은 제외)에 대한 문제

### E1. 이 섹션을 이용해야 하는 경우

이 섹션은 가입자가 받는 의료, 행동 건강, 장기 일상 서비스 및 지원(LTSS) 혜택에 문제가 있을 경우 하실 수 있는 일을 설명합니다. Medicare Part B 의약품을 포함한 Part D 에서 보장하지 않는 의약품 문제에 대해서도 이 섹션을 이용하실 수 있습니다. “NT”가 표기된 의약품 목록에 있는 의약품은 Part D 에서 보장하지 않습니다. Part D 의약품 이의 신청은 섹션 F 를 이용해 주십시오.

본 섹션은 가입자가 아래 상황에 처한 경우에 하실 수 있는 일에 대해 설명합니다.

1. 당사가 고객에게 필요한 의료, 행동 건강, 장기 서비스 및 지원(LTSS)을 보장한다고 생각하나 그러한 보장을 받지 못한 경우.

**가입자가 하실 수 있는 일은 다음과 같습니다.** 가입자는 보장 결정을 해주기를 당사에 요청하실 수 있습니다. 보장 결정 요청에 대한 정보는 200 페이지 섹션 E2 를 참조해 주십시오.

2. 담당 의사가 가입자에게 제공하고자 하는 치료를 당사가 승인하지 않았고, 가입자는 당사가 해당 치료를 승인해야 한다고 생각합니다.

**가입자가 하실 수 있는 일은 다음과 같습니다.** 가입자는 해당 치료를 승인하지 않은 당사의 결정에 이의 신청을 하실 수 있습니다. 이의 신청 접수에 대한 정보는 202 페이지 섹션 E3 을 참조해 주십시오.

3. 플랜에서 보장하는 것으로 생각되는 서비스나 의약품을 받았는데 플랜에서 비용을 지불하지 않습니다.

**가입자가 하실 수 있는 일은 다음과 같습니다.** 지불하지 않기로 한 당사의 결정에 이의 신청을 하실 수 있습니다. 이의 신청 접수에 대한 정보는 202 페이지 섹션 E3 을 참조해 주십시오.

4. 보장된다고 생각한 의료 서비스나 품목을 받고 지불을 마쳤으며, 해당 서비스나 품목에 대한 환급을 받고 싶습니다.

**가입자가 하실 수 있는 일은 다음과 같습니다.** 가입자는 당사에 환급을 요청하실 수 있습니다. 지불금 요청에 대한 정보는 212 페이지 섹션 E5 를 참조해 주십시오.

5. 특정 서비스에 대한 보장이 축소 또는 중지되었는데, 이러한 결정에 동의하지 않습니다.

**가입자가 하실 수 있는 일은 다음과 같습니다.** 가입자는 해당 서비스를 축소하거나 중지한 당사의 결정에 이의 신청을 하실 수 있습니다. 이의 신청 접수에 대한 정보는 202 페이지 섹션 E3 을 참조해 주십시오.

**유의사항:** 중단되는 보장이 병원 치료, 가정 건강 관리, 전문 간호 시설 치료 또는 종합 외래 환자 재활 시설(CORF) 서비스라면 특별 규칙이 적용됩니다. 자세한 내용은 225 페이지 섹션 G 및 232 페이지 섹션 H 를 참조해 주십시오.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.





## E2. 보장 결정 요청하기

### 의료, 행동 건강, 특정 장기 일상 서비스 및 지원(CBAS 또는 NF 서비스) 보장 결정 요청 방법

보장 결정을 요청하려면 당사로 전화하거나 편지를 쓰거나 팩스를 보내시거나, 고객의 대리인 또는 의사에게 당사로 결정 요청을 하라고 하십시오.

- 전화번호: 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다.
- 팩스: 1-800-743-1655
- 우편물 발송 주소:

Health Net Community Solutions, Inc.  
 Medical Management  
 21281 Burbank Boulevard  
 Woodland Hills, CA 91367-6607

### 보장 결정을 받는 데 얼마나 걸리는가?

가입자가 요청하여 당사에서 필요한 모든 정보를 받은 후, 가입자의 요청이 Medicare Part B 처방약에 대한 것이 아니라면, 결정을 내리기까지는 보통 업무일 기준으로 5 일이 걸립니다. 가입자의 요청이 Medicare Part B 처방약에 대한 것이라면, 당사는 가입자의 요청을 접수한 후 72 시간 이내에 결정을 알려 드립니다. 14 일 이내(또는 Medicare Part B 처방약의 경우 72 시간 이내)에 당사가 결정을 알려 드리지 않으면, 이의 신청을하실 수 있습니다.

때로는 시간이 더 필요할 수가 있습니다. 그러면 당사는 최대 14 일이 더 소요될 수 있음을 알리는 편지를 보내 드립니다. 편지에는 추가 시간이 필요한 이유가 설명되어 있습니다. 가입자의 요청이 Medicare Part B 처방약에 대한 것인 경우, 당사는 결정을 내리는 데 추가 시간을 사용할 수 없습니다.

### 보장 결정을 더 빨리 받을 수 있는가?

**예.** 가입자의 건강 때문에 빠른 답변이 필요하시면, 당사로 “빠른 보장 결정”을 내리도록 요청해 주십시오. 해당 요청을 당사가 승인하면, 당사는 72 시간(또는 Medicare Part B 처방약의 경우 24 시간) 이내에 당사의 결정을 가입자에게 알려 드립니다.

그러나 때로는 시간이 더 필요할 수가 있습니다. 그러면 당사는 최대 14 일이 더 소요될 수 있음을 알리는 편지를 보내 드립니다. 편지에는 추가 시간이 필요한 이유가 설명되어 있습니다. 가입자의 요청이 Medicare Part B 처방약에 대한 것인 경우, 당사는 결정을 내리는 데 추가 시간을 사용할 수 없습니다.

“빠른 보장 결정”에 해당하는 **법률 용어**는 “**신속 의결(expedited determination)**”입니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.





**빠른 보장 결정 요청하기:**

- 먼저 전화나 팩스를 통해 당사에 원하시는 진료를 보장해 달라고 요청해 주십시오.
- 당사에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 또는 1-800-743-1655 번으로 팩스를 보내주십시오.
- 자세한 연락 방법은 2 장, 섹션 A, 22 페이지를 참조해 주십시오.

또한 고객의 의료 서비스 제공자나 대리인에게 빠른 보장 결정을 요청하도록 주문하실 수 있습니다.

**빠른 보장 결정을 요청하는 규칙은 다음과 같습니다.**

빠른 보장 결정을 받으시려면 아래 두 가지 요건이 반드시 충족되어야 합니다.

1. 고객은 **아직 받지 않은 진료나 품목 보장을 요청하는 경우에만** 빠른 보장 결정을 받을 수 있습니다. (가입자의 요청이 이미 받은 진료나 품목에 대한 지불에 관한 것인 경우, 가입자는 빠른 보장 결정을 요청하실 수 없습니다.)
2. 가입자는 **14 일 표준 기한(또는 Medicare Part B 처방약의 경우 72 시간의 기한)이 가입자의 건강에 심각한 해를 입히거나 가입자의 기능을 손상시키는 경우에만 빠른 보장 결정을 받으실 수 있습니다.**
  - 담당 의사가 빠른 보장 결정이 필요하다고 말할 경우, 당사는 자동으로 빠른 보장 결정을 적용합니다.
  - 의사의 지원이 없이 고객이 빠른 보장 결정을 요청하는 경우 빠른 보장 결정의 적용 여부는 당사가 결정합니다.
    - 가입자의 건강이 빠른 보장 결정 요건에 부합되지 않는다고 당사가 결정하면, 당사는 가입자에게 편지를 보내 드립니다. 당사는 14 일 표준 기한(또는 Medicare Part B 처방약의 경우 72 시간의 기한)을 대신 사용할 것입니다.
    - 이 편지에서 담당 의사가 빠른 보장 결정을 요청하는 경우 당사가 자동으로 빠른 보장 결정을 내릴 것임을 가입자에게 알려 드립니다.
    - 이 편지에서는 또한 가입자에게 빠른 보장 결정이 아닌 표준 보장 결정을 내린 당사 결정에 대한 “빠른불만” 제기 방법을 안내해 드립니다. 빠른 불만을 포함한 불만 접수 절차에 관한 자세한 내용은 240 페이지 섹션 J 를 참조해 주십시오.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



**보장 결정이 거절인 경우 어떻게 알아볼 수 있는가?**

답변이 '거부'라면, 당사는 '거부'한 이유에 관해 설명하는 편지를 보내 드립니다.

- 당사가 결정을 거부하면 고객은 이의 신청을 통해 당사로 그 결정의 변경을 요청할 권리가 있습니다. 이의 신청을 하는 것은 보장을 거부한 당사 결정을 재고할 것을 요청하는 것입니다.
- 이의 신청을 하기로 결정하신 경우, 1 단계 이의 신청 절차로 간다는 것을 의미합니다(자세한 내용은 다음 섹션 참조).

**E3. 서비스, 품목, 의약품(Part D 의약품은 제외)에 대한 1 단계 이의 신청****이의 신청이란 무엇인가?**

이의 신청이란 고객의 생각에 당사가 실수를 했다고 여겨질 때 당사가 내린 결정을 당사가 검토하고 이를 변경해 달라고 하는 공식적인 요청입니다. 가입자 또는 담당 의사 또는 기타 서비스 제공자가 당사의 결정에 동의하지 않으면, 가입자는 이의 신청을 하실 수 있습니다.

대부분의 경우, 가입자는 1 단계부터 이의 신청을 시작하셔야 합니다. Medi-Cal 서비스에 대해 플랜에 1 차 이의 신청을 원하지 않으시는 경우, 건강 문제가 긴급하거나 건강에 즉각적이고 심각한 위협을 주는 경우, 극심한 통증이 있어서 즉각적인 결정이 필요한 경우, [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov) 를 통해 보건 관리부의 독립 의료 심사를 요청하실 수 있습니다. 자세한 내용은 207 페이지를 참조하십시오. 이의 신청 절차 동안 도움이 필요하신 경우, 1-855-501-3077 번으로 Cal MediConnect Ombuds 프로그램에 문의해 주십시오. Cal MediConnect Ombuds 프로그램은 당사 또는 어떤 보험 회사나 건강 보험과도 관계가 없습니다.

**1 단계 이의 신청이란 무엇인가?**

1 단계 이의 신청이란 당사 플랜에 제기하는 첫 번째 이의 신청을 말합니다. 당사는 당사가 내린 보장 결정을 검토하고 그것이 올바른 것인지를 확인합니다. 검토자는 최초의 보장 결정을 내린 사람이 아닌 다른 사람이 됩니다. 당사가 검토를 완료하면 당사의 결정을 귀하에게 서면으로 알려 드립니다.

당사가 검토 후 서비스나 품목이 보장되지 않는다는 내용을 귀하에게 알려 드린 경우, 귀하의 사례는 2 단계 이의 신청으로 올라갑니다.

**요약 설명: 1 단계 이의 신청 방법**

가입자, 담당 의사 또는 가입자의 대리인은 가입자의 요청을 서면으로 작성하여 당사에 우편이나 팩스로 보낼 수도 있습니다. 가입자는 전화로 당사에 이의 신청을 요청하실 수도 있습니다.

- 가입자가 이의신청을 하려고 하는 건의 결정일로부터 **60 일 이내**에 하십시오. 가입자가 정당한 사유로 인해 마감일을 지키지 못했다면, 여전히 이의 신청을 하실 수 있습니다(200 페이지 참조).
- 현재 받고 계신 서비스가 변경되거나 중단될 것임을 당사가 통지했기에 이의 신청을 하신 경우, 이의 신청이 진행되는 동안 해당 서비스를 계속 받고자 하신다면 **이의 신청 가능 일수가 더 짧아집니다**(211 페이지 참조).
- 본 섹션을 계속 읽으신 후 가입자의 이의 신청에 어떤 기한이 적용되는지 참조해 주십시오.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



**1 단계 이의 신청을 하는 방법?**

- 이의 신청이 시작되면 귀하, 귀하의 의사, 기타 의료 서비스 제공자 또는 귀하의 대리인이 당사로 연락해야 합니다. 당사에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 이의 신청에 대해 당사로 연락하는 방법에 관한 추가 자세한 내용은 2 장, 섹션 A, 22 페이지를 참조해 주십시오.
- 가입자는 당사에 “표준 이의 신청” 또는 “빠른 이의 신청”을 요청하실 수 있습니다.
- 귀하가 표준 이의 신청 또는 빠른 이의 신청을 요청하신다면, 귀하의 이의 신청을 서면으로 하시거나 당사에 문의해 주십시오.
  - 서면 요청은 하기의 주소로 보내실 수 있습니다.

Health Net Community Solutions, Inc.  
Attn: Appeals & Grievances Dept.  
PO Box 10422  
Van Nuys, CA 91410-0422

- [mmp.healthnetcalifornia.com/mmp/appeals-grievances.html](http://mmp.healthnetcalifornia.com/mmp/appeals-grievances.html)에서 온라인으로 요청서를 제출하실 수 있습니다.
- 또한 이의 신청에 대해 문의하려면 당사에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다.
- 당사는 가입자의 이의 신청을 받은 지 5 일 이내에 서신을 보내 이의 신청을 받았음을 알려 드립니다.

“빠른 이의 신청”에 해당하는 **법률 용어**는 “**빠른 재고(expedited reconsideration)**”입니다.

**다른 사람이 나를 대신해서 이의 신청을 할 수 있는가?**

**예.** 귀하의 의사 또는 다른 의료 서비스 제공자가 귀하를 대신해 이의 신청을 할 수 있습니다. 또한 귀하를 대신해서 귀하의 의사나 다른 의료 서비스 제공자가 이의 신청을 하실 수 있습니다. 그러나 먼저 대리인 임명 형식을 작성해야 합니다. 이 양식은 해당인에게 가입자를 대행할 권한을 부여합니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)을 참조해 주십시오.



대리인 임명 양식을 받으시려면, 가입자 서비스부에 문의하여 요청하시거나  
[www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) 또는 당사  
웹사이트 [mmp.healthnetcalifornia.com/mmp/appeals-grievances.html](http://mmp.healthnetcalifornia.com/mmp/appeals-grievances.html) 을 참조해 주십시오.

**가입자, 담당 의사, 기타 서비스 제공자가 아닌 다른 사람으로부터 이의 신청이 들어오는 경우, 당사는 이의 신청을 검토하기 전에 작성된 대리인 임명서를 먼저 받아야 합니다.**

### 이의 신청을 접수할 시간은 얼마나 있습니까?

가입자는 당사의 결정을 알리는 편지의 날짜로부터 **60 일 이내에** 이의 신청을 하셔야 합니다.

가입자가 이 기한을 놓쳤지만 정당한 사유가 있는 경우, 당사는 가입자에게 이의 신청 접수를 위한 시간을 더 드릴 수 있습니다. 정당한 사유의 예는 다음과 같습니다. 가입자가 심각한 질병이 있었거나, 당사가 가입자에게 이의 신청 요청 기한에 대한 잘못된 정보를 제공했을 때입니다. 이의 신청을 하실 때 이의 신청이 늦어지는 이유를 설명하셔야 합니다.

**유의사항:** 현재 받고 계신 서비스가 변경되거나 중단될 것임을 당사가 통지했기에 이의 신청을 하신 경우, 이의 신청이 진행되는 동안 해당 서비스를 계속 받고자 하신다면 **이의신청 기간이 더 짧아집니다.** 자세한 내용은 206 페이지의 “내가 받는 혜택은 1 단계 이의 신청 기간 동안 계속되는가?”를 참조해 주십시오.

### 내 사례 파일 사본을 받을 수 있는가?

**예.** 사본 요청은 가입자 서비스부에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다.

### 내 의사가 내 이의 신청에 대한 더 자세한 정보를 제출할 수 있는가?

**예.** 가입자와 담당 의사는 해당 이의 신청을 뒷받침할 추가 정보를 당사에 제공할 수 있습니다.

### 플랜이 이의 신청 결정을 어떻게 내리는가?

당사는 가입자의 의료 진료와 관련된 보장 요청에 대한 모든 정보를 상세히 살펴볼 것입니다. 그 후에 당사가 가입자의 요청을 **거부**했을 때 모든 규칙을 준수하였는지 확인합니다. 검토자는 최초의 보장 결정을 내린 사람이 아닌 다른 사람입니다.

만일 당사가 더 정보가 필요하면 고객이나 고객의 의사에게 요청할 것입니다.

---

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



**“표준” 이의 신청 결정은 언제 들을 수 있는가?**

당사는 이의 신청을 접수한 후 30 일 이내(또는 Medicare Part B 처방약의 경우 7 일 이내)에 가입자에게 당사의 답변을 드려야 합니다. 가입자의 건강 상태 때문에 답변이 더 빨리 필요하시면, 당사는 더 빨리 결정을 알려 드립니다.

- 30 일 이내(또는 Medicare Part B 처방약의 경우 7 일 이내)에 이의 신청에 대한 답변이 없고 Medicare 서비스나 품목의 보장에 관한 문제인 경우, 당사는 자동으로 해당 사례를 이의 신청 절차의 2 단계로 보냅니다. 그럴 경우 가입자는 통지를 받게 됩니다.
- Medi-Cal 서비스나 품목의 보장에 관한 문제인 경우, 가입자가 직접 2 단계 이의 신청을 제기하셔야 합니다. 2 단계 이의 신청 절차에 관한 자세한 내용은 211 페이지 섹션 E4 를 참조해 주십시오.

가입자가 요청하신 사항의 일부 또는 전부를 **당사가 승낙하면**, 당사는 이의 신청을 접수한 후 30 일 이내(또는 Medicare Part B 처방약의 경우 7 일 이내)에 해당 보장을 승인하거나 제공해야 합니다.

가입자가 요청하신 사항의 일부 또는 전부를 **당사가 거부하면**, 당사는 가입자에게 편지를 보내 드립니다. Medicare 서비스나 품목의 보장에 관한 문제인 경우, 이 편지는 2 단계 이의 신청을 위해 독립 심사 기관으로 해당 사례를 보냈음을 알려 드립니다. Medi-Cal 서비스나 품목의 보장에 관한 문제인 경우, 이 서신은 2 단계 이의 신청을 가입자가 직접 제기하는 방법을 알려 드립니다. 2 단계 이의 신청 절차에 관한 자세한 내용은 206 페이지 섹션 E4 를 참조해 주십시오.

**“빠른” 이의 신청 결정은 언제 들을 수 있는가?**

가입자가 빠른 이의 신청을 요청하면, 당사는 이의 신청을 접수한 후 72 시간 이내에 답변을 드려야 합니다. 가입자의 건강 상태 때문에 답변이 더 빨리 필요하시면, 당사는 더 빨리 답변을 드립니다.

- 72 시간 이내에 이의 신청에 답변이 없고 Medicare 서비스나 품목의 보장에 대한 문제에 해당한다면, 자동으로 이의 신청 절차의 2 단계로 사건이 회부됩니다. 그럴 경우 가입자는 통지를 받게 됩니다.
- Medi-Cal 서비스나 품목의 보장에 관한 문제인 경우, 가입자가 직접 2 단계 이의 신청을 제기하셔야 합니다. 2 단계 이의 신청 절차에 관한 자세한 내용은 211 페이지 섹션 E4 를 참조해 주십시오.

가입자가 요청하신 사항의 일부 또는 전부를 **당사가 승낙하면**, 당사는 이의 신청을 접수한 후 72 시간 이내에 보장을 승인하거나 제공해야 합니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



가입자가 요청하신 사항의 일부 또는 전부를 **당사가 거부하면**, 당사는 가입자에게 편지를 보내 드립니다. Medicare 서비스나 품목의 보장에 관한 문제인 경우, 이 편지는 2 단계 이의 신청을 위해 독립 심사 기관으로 해당 사례를 보냈음을 알려 드립니다. Medi-Cal 서비스나 품목의 보장에 관한 문제인 경우, 이 서신은 2 단계 이의 신청을 가입자가 직접 제기하는 방법을 알려 드립니다. 2 단계 이의 신청 절차에 관한 자세한 내용은 206 페이지 섹션 E4 를 참조해 주십시오.

### 내가 받는 혜택은 1 단계 이의 신청 기간에 계속되는가?

이전에 승인되었던 서비스 또는 품목에 대한 보장을 변경하거나 중단하기로 결정한 경우, 실행되기 전 통보를 발송할 것 입니다. 이에 동의하지 않으시면, 가입자는 1 단계 이의 신청을 제기하실 수 있고 당사에 해당 서비스 또는 품목에 대한 혜택을 계속 보장하도록 요청하실 수 있습니다. 가입자의 혜택을 계속 보장받기 위해서는 **다음 중 늦은 날짜에 또는 그 이전에 요청**하셔야 합니다.

- 결정 통지서 우편 발송일로부터 10 일 이내 또는
- 해당 결정의 효력 발생일.

이 기한을 지키신다면, 이의 신청이 진행되는 동안 분쟁이 된 서비스 또는 품목을 보장받으실 수 있습니다.

### E4. 서비스, 품목, 약(Part D 의약품은 제외)에 대한 2 단계 이의 신청

#### 플랜이 1 단계에서 '아니오'라고 한 경우, 그 다음은 어떻게 되는가?

고객의 1 단계 이의 신청의 일부 또는 전부를 당사가 **거절**한 경우, 당사는 고객에게 편지를 보내 드릴 것입니다. 이 편지는 해당 서비스나 품목이 대개 Medicare 또는 Medi-Cal 에서 보장되는지 알려 드릴 것입니다.

- **Medicare** 서비스나 품목에 관한 문제인 경우, 1 단계 이의 신청이 완료되자마자 당사는 자동으로 이의 신청 절차의 2 단계로 해당 사례를 보냅니다.
- **Medi-Cal** 서비스나 품목에 관한 문제인 경우, 가입자가 직접 2 단계 이의 신청을 제기하실 수 있습니다. 이 편지에는 어떻게 제기하는지 설명되어 있습니다. 관련 정보는 아래에도 나와 있습니다.

#### 2 단계 이의 신청이란 무엇인가?

2 단계 이의 신청은 이차 이의 신청이며 플랜과 연결되지 않은 독립적인 기관이 수행합니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



**내 문제는 Medi-Cal 서비스 또는 품목에 관한 것입니다. 2 단계 이의 신청을 하는 방법은?**

Medi-Cal 서비스나 품목에 대해 2 단계 이의 신청을 하는 방법은 두 가지입니다. (1) 불만 제기 또는 독립 의료 심사 신청 또는 (2) 주 공청회.

**(1) 독립 의료 심사**

귀하는 California 주 보건 관리부(DMHC) 지원 센터에 불만을 제기하거나 독립 의료 심사(IMR)를 신청하실 수 있습니다. 불만을 제기하면 DMHC가 당사의 결정을 검토하고 결정을 내립니다. 의료적 성격의 Medi-Cal 보장 서비스 또는 용품에 대해 IMR을 이용할 수 있습니다. IMR이란 당사 플랜에 속하지 않거나 DMHC에 속한 의사들이 고객의 사례를 검토하는 것입니다. IMR이 고객에게 유리하게 결정을 내린다면, 당사는 고객이 요청한 서비스나 용품을 반드시 제공해야 합니다. IMR은 무료입니다.

다음의 경우 불만을 제기하거나 IMR을 신청하실 수 있습니다.

- 당사 플랜에 따라 의료적으로 필요하지 않은 것으로 판단되어 Medi-Cal 서비스나 치료를 거부, 변경 또는 지연한 경우
- 심각한 건강 상태와 관련된 실험적 또는 연구성 Medi-Cal 치료를 보장하지 않는 경우
- 이미 받은 응급 또는 긴급 Medi-Cal 서비스에 대하여 지불하지 않는 경우
- Medi-Cal 서비스에 대한 고객의 1 단계 이의 신청을 표준 이의 신청은 휴일 포함 30 일, 빠른 이의 신청은 72 시간 안에 결정짓지 않은 경우

**유의사항:** 고객의 서비스 제공자가 고객을 대신하여 이의를 신청하였으나 당사가 고객의 대리인 임명서를 받지 못한 경우, 고객은 보건 관리부에 2단계 IMR을 제출하기 전에 먼저 당사에 이의를 신청해야 합니다.

고객은 IMR과 주 공청회 권한을 모두 갖지만, 이미 같은 문제에 대해 주 공정 청문회를 실시했다면 그러한 권한을 갖지 못합니다.

대부분의 경우, IMR을 요청하시기 전에 당사에 이의 신청을 제기하셔야 합니다. Health Net Cal MediConnect의 1단계 이의 신청 절차에 대한 내용은 202페이지를 참조하십시오. 당사의 결정에 동의하지 않으시면, DMHC에 불만을 제기하거나 DMHC 지원 센터에 IMR을 요청하실 수 있습니다.

치료가 실험적 또는 연구적이라는 이유로 거부되었다면, 가입자는 IMR을 신청하기 전에 당사의 이의 신청 절차를 거칠 필요가 없습니다.

문제가 긴급하거나 건강에 즉각적이고 심각한 위협을 주는 경우 또는 극심한 통증이 있는 경우, 당사의 이의 신청 절차를 먼저 진행할 필요 없이 즉시 DMHC에 도움을 요청하실 수 있습니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.





가입자는 이의 신청에 대한 당사의 서면 결정이 발송된 후 **6개월 이내에 IMR을 신청**하셔야 합니다. 6개월 이내에 IMR 신청을 하실 수 없는 의료 상태였거나 당사로부터 IMR 절차에 대한 적절한 통지서를 받지 못하는 등 정당한 사유가 있으면 6개월 후에도 DMHC는 가입자의 신청서를 수락할 수 있습니다.

#### IMR 신청 준비 사항:

- [www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx](http://www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx) 에 있는 독립 의료 심사 신청서/불만 양식을 작성하시거나 1-888-466-2219 번으로 DMHC 지원 센터에 문의해 주십시오. TDD 사용자는 1-877-688-9891 번으로 문의해 주십시오.
- 당사가 거부한 서비스나 품목에 대한 편지 사본이나 기타 서류를 가지고 계시면 이를 첨부해 주십시오. 그래야만 IMR 절차를 빠르게 처리할 수 있습니다. 서류의 원본이 아닌 사본을 보내십시오. Help Center 에서는 어떤 서류도 반환해 줄 수 없습니다.
- 다른 사람이 가입자의 IMR 을 도와주는 경우에는 대리인 지정 양식을 작성해 주십시오. 양식은 [www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx](http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx) 에서 받으시거나 1-888-466-2219 번으로 보건 관리부 지원 센터에 문의해 주십시오. TDD 사용자는 1-877-688-9891 번으로 문의해 주십시오.
- 작성한 양식과 기타 첨부 서류를 우편이나 팩스로 보내 주십시오.

Help Center  
Department of Managed Health Care  
980 Ninth Street, Suite 500  
Sacramento, CA 95814-2725  
팩스번호: 916-255-5241

귀하가 IMR 자격 요건을 갖추었다면 DMHC 는 귀하 케이스를 검토하여 달력 기준 7 일 이내에 서신을 보내 IMR 자격을 갖추었음을 통보해 드립니다. 귀하의 신청서와 증빙 서류를 보험사로부터 받으면 IMR 은 달력 기준으로 30 일 이내에 결정을 내립니다. 가입자는 신청 접수 후 달력 기준으로 45 일 이내에 IMR 결정을 받게 됩니다.

긴급한 사안이고 IMR 자격 요건을 갖추었다면 DMHC 는 귀하 케이스를 검토하여 달력 기준 2 일 이내에 IMR 자격을 갖추었음을 통보해 드립니다. 가입자의 신청서와 증빙 서류를 보험사를 통해 전달받으면 IMR 은 달력 기준으로 3 일 이내에 결정을 내립니다. 가입자는 신청 접수 후 달력 기준으로 7 일 이내에 IMR 결정을 받게 됩니다. 가입자가 IMR 결정에 만족하지 않는 경우, 가입자는 여전히 주 공청회를 요청하실 수 있습니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.





DMHC 가 가입자 또는 담당 치료 의사로부터 필요한 모든 의료 기록을 받지 못하면 IMR 이 더 오래 걸릴 수 있습니다. 가입자의 건강 보험 네트워크 소속이 아닌 의사의 진료를 받으시는 경우, 해당 의사로부터 의료 기록을 받아 당사에 보내는 것이 중요합니다. 가입자의 건강 보험은 네트워크 소속 의사로부터 가입자의 의료 기록 사본을 받아야 합니다.

DMHC 에서 가입자의 사례가 IMR 자격이 되지 않는다고 결정하는 경우, DMHC 는 일반 소비자불만 처리 절차를 통해 가입자 사례를 검토합니다. 고객의 불만 제기는 신청서 제출일로부터 30 일 이내에 처리됩니다. 불만 제기가 시급한 경우 더 빨리 처리될 것입니다.

## (2) 주 공청회

Medi-Cal 이 보장하는 서비스와 품목에 대한 주 공청회를 요청하실 수 있습니다. 담당 의사 또는 기타 서비스 제공자가 당사가 승인하지 않은 서비스나 품목을 요청하는 경우 또는 가입자가 이미 받은 서비스나 품목에 대해 당사가 계속해서 지불하지 않고 가입자의 1 단계 이의 신청을 거부한 경우, 가입자는 주 공청회를 요청하실 권리가 있습니다.

대부분의 경우 가입자는 “가입자 청문 요청 권리” 통지서를 우편으로 받은 뒤 **120 일 이내에 주 공청회를 요청하셔야 합니다.**

**유의사항:** 현재 받고 계신 서비스가 변경되거나 중단될 것임을 당사가 통지했기에 주 공청회를 요청하신 경우, 주 공청회가 보류 중인 동안 해당 서비스를 계속 받고자 하신다면 **해당 요청을 제출할 기간이 더 짧아집니다.** 자세한 내용은 210 페이지의 “내가 받는 혜택은 2 단계 이의 신청 기간 동안 계속되는가?”를 참조해 주십시오.

주 공청회를 요청하는 방법에는 두 가지가 있습니다.

1. 고객은 조처 통지서 뒷면에 있는 "주 공청회 요청서"를 작성할 수 있습니다. 고객은 본명, 주소, 전화번호, 고객에게 불리한 조처를 취한 플랜 또는 카운티 이름, 연계된 보조 프로그램, 고객이 청문회를 원하는 상세한 이유를 다 제공해야 합니다. 그런 다음 요청서를 아래의 둘 중 하나에 보낼 수 있습니다.

- 통지서에 나와 있는 카운티 복지국 주소
- California Department of Social Services 주소

State Hearings Division  
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37  
Sacramento, California 94244-2430

- 주 공청회 부서 수신 팩스 번호 916-651-5210 또는 916-651-2789.

2. California 사회복지국에 1-800-952-5253번으로 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-800-952-8349번으로 문의해 주십시오. 만약 전화로 신청하기 전에 통화 대기 시간이 오래 걸릴 수 있음을 알고 계십시오.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



**내 문제는 Medicare 서비스 또는 품목에 관한 것입니다. 2 단계 이의 신청은 어떻게 진행되는가?**

독립 검토 기관(IRE)은 1 단계 결정을 신중히 검토하여 변경 여부를 결정하게 됩니다.

- 고객은 2 단계 이의 신청을 할 필요가 없습니다. 당사가 모든 거절(전부 또는 일부를) 사례를 자동적으로 독립 심사 기관으로 보냅니다. 그럴 경우 가입자는 통지를 받게 됩니다.
- IRE 는 Medicare 에서 고용하며 본 플랜과 관계가 없습니다.
- 파일 사본을 요청하고자 할 경우 가입자 서비스부 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주시요. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다.

IRE 는 가입자의 이의 신청을 접수한 후 30 일 이내(또는 Medicare Part B 처방약의 경우 7 일 이내)에 가입자에게 2 단계 이의 신청에 대한 답변을 드려야 합니다. 이 규칙은 의료 서비스나 품목을 받기 전에 가입자가 이의 신청을 보냈어도 적용됩니다.

- 그러나 독립 심사 기관이 귀하에게 유리할 수도 있는 추가 정보를 모을 필요가 있는 경우, 독립 심사 기관은 추가로 휴일 포함 14 일을 더 소요할 수 있습니다. IRE 가 결정을 내리는 데 추가 시일이 필요하면 가입자에게 서면으로 알려 드릴 것입니다. 가입자의 이의 신청이 Medicare Part B 처방약에 대한 것인 경우, IRE 는 결정을 내리는 데 추가 시간을 사용할 수 없습니다.

1 단계에서 “빠른 이의 신청”을 진행한 경우, 가입자는 2 단계에서 자동으로 빠른 이의 신청을 진행하게 됩니다. 독립 심사 기관은 고객의 이의를 접수한 지 72 시간 이내에 고객에게 답변을 드려야 합니다.

- 그러나 독립 심사 기관이 귀하에게 유리할 수도 있는 추가 정보를 모을 필요가 있는 경우, 독립 심사 기관은 추가로 휴일 포함 14 일을 더 소요할 수 있습니다. IRE 가 결정을 내리는 데 추가 시일이 필요하면 가입자에게 서면으로 알려 드릴 것입니다. 가입자의 이의 신청이 Medicare Part B 처방약에 대한 것인 경우, IRE 는 결정을 내리는 데 추가 시간을 사용할 수 없습니다.

**내가 받는 혜택은 2 단계 이의 신청 기간에 계속되는가?**

Medicare 보장 서비스나 품목에 관한 문제인 경우, 독립 심사 기관에서 2 단계 이의 신청 절차가 진행되는 동안 해당 서비스나 품목에 대한 혜택은 계속해서 보장되지 않습니다.

Medi-Cal 보장 서비스나 품목에 관한 문제이고 주 공청회를 요청하신 경우, 해당 서비스나 품목에 대한 Medi-Cal 혜택은 청문 결정이 날 때까지 계속해서 보장될 수 있습니다. 가입자의 혜택을 계속 보장받기 위해서는 **다음 중 늦은 날짜에** 또는 그 이전에 청문을 요청하셔야 합니다.

- 혜택에 불리한 결정(1 단계 이의 신청 결정)이 유지될 것임을 가입자에게 알리는 통지서 발송일로부터 10 일 이내 **또는**
- 해당 결정의 효력 발생일.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주시요. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



기한을 지키신다면, 이의 신청이 진행되는 동안 문제되는 서비스 또는 품목의 혜택을 계속 받으실 수 있습니다.

### 결정에 대해서 어떻게 알 수 있는가?

가입자의 2 단계 이의 신청이 독립 의료 심사였다면, 보건 관리부에서 가입자의 사례를 심사한 의사가 내린 결정을 설명하는 편지를 보내 드립니다.

- 독립 의료 심사 결정이 가입자 요청의 전체나 일부를 **인정**한 경우, 당사는 서비스나 치료를 제공해야 합니다.
- 독립 의료 심사 결정이 고객이 요청한 항목 전부 또는 일부에 대해 **거절**이라면, 이는 그들이 1 단계 결정에 동의한다는 뜻입니다. 가입자는 여전히 주 공청회를 하실 수 있습니다. 주 공청회 요청에 대한 자세한 내용은 209 페이지를 참조하십시오.

가입자의 2 단계 이의 신청이 주 공청회라면, California 사회복지국에서 결정 사항을 설명하는 편지를 보내 드립니다.

- 주 공청회 결정이 가입자 요청의 전체나 일부를 **인정**한 경우, 당사는 해당 결정을 준수해야 합니다. 당사는 그 결정 사본 수령일로부터 휴일 포함 30 일 안에 반드시 기술된 조치를 완료해야 합니다.
- 주 공청회 결정이 고객이 요청한 항목 전부 또는 일부에 대해 **'아니요'**라면, 이는 그들이 1 단계 결정에 동의한다는 뜻입니다. 당사는 고객이 받고 있는 계류중인 지원 지불을 중단할 수 있습니다.

고객의 2 단계 이의 신청이 Medicare 독립 검토 기관으로 갔다면 그곳에서 고객에게 결정을 설명하는 편지를 보낼 것입니다.

- 독립 심사 기관에서 고객이 요청한 항목 전부 또는 일부를 **승낙**하면 당사는 72 시간 안에 반드시 그 의료 진료 보장을 승인하거나, IRE 결정을 당사가 받은 날로부터 휴일 포함 14 일 안에 고객에게 그 서비스나 품목을 제공해야 합니다. 빠른 이의 신청을 하셨다면, 당사는 IRE의 결정을 받은 날로부터 72 시간 이내에 해당 의료 보장을 승인하거나 해당 서비스나 품목을 제공해야 합니다.
- IRE 가 Medicare Part B 처방약에 대한 표준 이의 신청에서 가입자가 요청하신 항목의 일부 또는 전부를 **승낙**하면, 당사는 IRE의 결정을 받은 후 72 시간 이내에 Medicare Part B 처방약을 승인하거나 제공해야 합니다. 빠른 이의 신청을 하셨다면, 당사는 IRE의 결정을 받은 날로부터 24 시간 이내에 Medicare Part B 처방약을 승인하거나 제공해야 합니다.
- IRE 가 가입자가 요청하신 항목의 일부 또는 전부를 **거부**하면, 이는 1 단계 결정에 동의한다는 뜻입니다. 이것을 “결정 확정”이라고 합니다. “고객의 이의 신청을 기각한다”고도 합니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주시요. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)을 참조해 주십시오.



## 내가 요청한 것의 전부 또는 일부에 대해 거절하는 결정이라면, 또다른 이의 신청을 할 수 있는가?

2 단계 이의 신청이 독립 의료 심사였으면, 가입자는 주 공청회를 요청하실 수 있습니다. 주 공청회 요청에 대한 자세한 내용은 214 페이지를 참조하십시오.

2 단계 이의 신청이 주 공청회였으면, 결정을 받은 뒤 30 일 이내에 재청문을 요청하실 수 있습니다. 가입자는 해당 결정을 받은 뒤 일 년 내로 고등 법원에 진정서를 제출하여 주 공청회에서 내린 거부 결정에 대한 사법적 검토를 요청하실 수 있습니다(민사 소송법 제 1094.5 항). 고객이 같은 쟁점으로 주 공정 청문회를 이미 요청했다면 IMR 를 요청할 수 없습니다.

고객의 2 단계 이의 신청이 Medicare 독립 검토 기관으로 갔으면, 고객은 고객이 원하는 서비스나 품목의 달러 가치가 일정 최소 금액에 부합될 때에만 또 한번 이의 신청을 할 수 있습니다. 가입자가 IRE 에서 받는 편지에는 추가 이의 신청에 대한 가입자의 권리가 설명되어 있습니다.

추가 이의 신청 단계에 대한 자세한 내용은 238 페이지 섹션 I 를 참조하십시오.

### E5. 지불 문제

당사는 당사 네트워크 소속 의료 서비스 제공자들이 가입자에게 보장 서비스 및 품목에 대해 청구하도록 승인하지 않습니다. 서비스 제공자가 보장 서비스 또는 품목에 대해 청구하는 금액보다 낮은 금액을 당사가 지불하더라도 그렇습니다. 가입자는 청구 금액의 잔액을 지불하실 필요가 없습니다. 가입자가 납부하셔야 하는 금액은 범주 1 의약품 또는 범주 2 의약품의 자기부담금입니다.

보장 서비스 및 품목의 자기부담금보다 높은 금액의 청구서를 받았다면 해당 청구서를 당사에 보내 주십시오. **청구 비용을 가입자가 직접 지불하시면 안 됩니다.** 당사가 해당 서비스 제공자에게 직접 연락하여 문제를 해결할 것입니다.

자세한 내용은 7 장 “보장 서비스 또는 의약품에 대해 받은 청구 금액을 당사에 분담하도록 요청하기”를 참조해 주십시오. 7 장은 가입자가 서비스 제공자로부터 받은 청구서에 대하여 환급 또는 지불을 요청할 필요가 있는 상황을 설명합니다. 또한, 당사에 지불을 요청하는 문서를 당사로 보내는 방법도 설명합니다.

---

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



**내가 지불한 의료 서비스나 품목에 대해 플랜의 분담금을 환급하도록 플랜에 요청하려면?**

보장 서비스 및 품목의 자기부담금보다 높은 금액의 청구서를 받은 경우에 해당 청구 금액을 직접 지불하시면 안 됩니다. 만약 청구 금액을 지불하신 경우, 서비스와 품목을 받는 것에 대한 규칙을 따르셨다면 환불 받으실 수 있습니다.

이것의 상환을 요청한다면 고객은 보장 결정을 요청하는 것입니다. 당사는 가입자가 지불한 서비스나 품목이 보장 서비스나 품목인지를 확인할 것이고, 가입자가 보장 이용에 대한 모든 규칙을 준수했는지를 확인합니다.

- 가입자가 지불한 서비스나 품목이 보장되고 가입자가 모든 규칙을 준수했다면, 당사는 가입자의 요청을 접수한 후 60 일 이내에 해당 서비스 또는 품목에 대한 당사 분담액을 해당 서비스 제공자에게 보냅니다. 그 후에 서비스 제공자는 가입자에게 지불금을 지급합니다.
- 가입자가 해당 서비스나 품목의 비용을 아직 지불하지 않았다면, 당사는 지불금을 해당 서비스 제공자에게 직접 보냅니다. 당사가 지불금을 보내는 것은 보장 결정에 대한 가입자의 요청을 승낙하는 것과 같습니다.
- 서비스나 품목이 보장되지 않거나 가입자가 모든 규칙을 준수하지 않았다면, 당사는 해당 서비스나 품목에 대한 지불하지 않을 것과 그 이유를 설명하는 편지를 보내 드립니다.

**고객의 서비스를 당사가 지불하지 않는다고 하면, 당사의 결정에 이의 신청할 권리가 있습니다.**

당사의 결정에 가입자가 동의하지 않는 경우, **가입자는 이의 신청을 접수하실 수 있습니다.** 207 페이지 섹션 E3 에 설명된 이의 신청 절차를 따라 주십시오. 가입자가 이 지침을 따르실 때, 다음을 주의해 주십시오.

- 가입자가 환급에 대한 이의 신청을 접수하신 경우, 당사는 이의 신청을 접수한 후 30 일 이내에 가입자에게 답변을 드려야 합니다.
- 가입자가 이미 받은 서비스나 품목에 대해 직접 지불한 다음 환급을 요청하시는 경우, 빠른 이의 신청을 요청하실 수 없습니다.

당사가 이의 신청을 **거부**하고 해당 서비스나 품목이 대개 Medicare 에서 보장하는 것이라면, 당사는 가입자의 사례를 자동으로 독립 심사 기관(IRE)에 보냅니다. 그럴 경우 당사는 이를 고객에게 편지로 통고할 것입니다.

- IRE 에서 당사의 결정을 반복하고 당사가 고객에게 지불해야 한다고 한다면, 당사는 반드시 휴일 포함 30 일 안에 고객 또는 고객의 의료 서비스 제공자에게 지불금을 보내야 합니다. 2 단계 다음이이의 신청 과정 중 어느 단계에서든 고객의 이의 신청에 **승낙** 답변이 나오면, 당사는 고객이 요청한 지불금을 휴일 포함 60 일 이내에 고객에게 또는 진료 서비스 제공자에게 보내야 합니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



- IRE 에서 고객의 이의 신청을 **거부**한다면 그것은 그 심사기관은 고객의 요청을 승인하지 않기로 한 당사의 결정에 동의한다는 것을 의미합니다. (이것을 “결정 확정”이라고 부릅니다. “가입자의 이의 신청을 기각한다”고도 합니다.) 가입자가 받는 편지에는 추가 이의 신청에 대한 가입자의 권리가 설명되어 있습니다. 가입자는 가입자가 원하는 서비스나 품목의 달러 가치가 특정 최소 금액에 부합될 때에만 또다시 이의 신청을 하실 수 있습니다. 추가 이의 신청 단계에 대한 자세한 내용은 238 페이지 섹션 I 를 참조하십시오.

당사가 이의 신청을 **거절**하고 해당 서비스나 품목이 대개 Medi-Cal 에서 보장하는 것이라면, 가입자는 직접 2 단계 이의 신청을 제기하실 수 있습니다(206 페이지 섹션 E4 참조).

## F. Part D 의약품

### F1. 가입자가 Part D 의약품을 구하는 데 문제가 있거나 Part D 의약품에 대한 환급을 요청하려는 경우 해야 할 일

플랜 가입자로서 귀하의 혜택은 많은 처방약에 대한 보장을 포함합니다. 이 약 대부분은 “Part D 약”입니다. Medicare Part D 는 보장하지 않지만 Medi-Cal 이 보장할 수도 있는 약이 몇 있습니다. 이 섹션은 **Part D 의약품 이의 신청에만 적용됩니다.**

의약품 목록은 “NT”가 표기된 일부 의약품을 포함합니다. 이러한 약들은 Part D 약이 **아닙니다.** “NT” 기호가 표기된 의약품에 대한 이의 신청이나 보장 결정은 199 페이지 섹션 E 의 절차에 따릅니다.

#### Part D 처방약에 대한 보장 결정 요청 또는 이의 신청을 할 수 있는가?

**예.** 다음은 귀하가 당사에게 귀하의 Part D 의약품에 대하여 요청할 수 있는 보장 결정의 예입니다.

- 가입자는 당사에 다음과 같은 예외 처리를 요청합니다.
  - 플랜의 의약품 목록에 없는 Part D 의약품을 보장하도록 당사에 요청
  - 플랜의 의약품 보장에 대한 제한(예: 가입자가 구입할 수 있는 의약품의 양을 제한)을 면제하도록 당사에 요청
- 어떤 의약품이 보장되는지를 당사에 문의(예를 들면, 의약품이 본 플랜의 의약품 목록에 있지만 당사가 보장하기 전에 가입자가 당사에 승인을 받도록 요구하는 경우).

**유의사항:** 귀하의 약국이 귀하에게 귀하의 처방은 조제될 수 없다고 말하는 경우, 귀하는 당사에 문의해 보장 결정을 요청하는 방법이 설명된 통지서를 받을 것입니다.

- 귀하는 귀하가 이미 구매한 처방약의 비용을 지불하라고 당사에 요청합니다. 이것은 지불금에 대한 보장 결정을 요청하는 것입니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



Part D 의약품에 대한 보장 결정에 해당하는 **법률 용어**는 “**보장 의결(coverage determination)**”입니다.

당사의 보장 결정에 동의하지 않으시면, 가입자는 당사의 결정에 이의 신청을 하실 수 있습니다. 이 항은 보장범위 결정을 요청하는 방법과 이의 신청을 요청하는 방법을 설명합니다.

아래 차트는 가입자의 상황에 맞는 정보가 어느 부분에 들어 있는지 파악하는 데 도움이 될 것입니다.

가입자는 이중 어떤 상황에 있습니까?			
당사의 의약품 목록에 없는 의약품이 필요합니까? 또는 당사가 보장하는 의약품에 대한 규칙이나 제한을 면제받는 것이 필요합니까?	당사가 당사의 의약품 목록에 있는 의약품을 보장하기를 원합니까? 또한 필요한 의약품에 대한 플랜 규칙이나 제한(예: 사전 승인 받기)을 가입자가 충족한다고 생각합니까?	이미 받아서 지불한 의약품에 대하여 당사가 환급하도록 요청하고 싶습니까?	당사가 가입자가 원하는 방식으로 의약품을 보장하거나 지불하지 않을 것이라고 가입자에게 이미 통지했습니까?
가입자는 당사에 예외 처리를 요청하실 수 있습니다. (이것은 일종의 보장 결정입니다.)	가입자는 당사로 보장 결정을 요청할 수 있습니다.	가입자는 당사에 환급을 요청하실 수 있습니다. (이것은 일종의 보장 결정입니다.)	가입자는 이의 신청을 할 수 있습니다. (당사에 재고를 요청하실 수 있습니다.)
216 페이지 <b>섹션 F2</b> 에서 시작해 주십시오. 또한 217 페이지 및 218 페이지의 <b>섹션 F3</b> 과 <b>F4</b> 를 참조하십시오.	218 페이지 <b>섹션 F4</b> 로 건너뛰십시오.	218 페이지 <b>섹션 F4</b> 로 건너뛰십시오.	221 페이지 <b>섹션 F5</b> 로 건너뛰십시오.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.





## F2. 예외 처리란 무엇인가?

예외 처리란 일반적으로 당사의 의약품 목록에 없는 의약품에 대한 보장을 허가하거나 특정 규정과 제한을 따르지 않고 의약품을 사용하도록 하는 허가를 말합니다. 의약품이 당사의 의약품 목록에 없거나 가입자가 원하는 방식으로 보장이 되지 않는 경우, 가입자는 당사에 “예외 처리”를 요청하실 수 있습니다.

고객이 예외 처리를 요청할 때, 고객의 의사 또는 다른 의료 서비스 제공자는 예외 처리가 왜 고객에게 필요한지 의학적 사유를 설명해야 합니다.

아래는 귀하, 귀하의 의사 또는 다른 의료 서비스 제공자가 당사에 요청할 수 있는 예외 처리의 예입니다.

1. 당사 의약품 목록에 없는 Part D 의약품 보장
  - 당사가 예외 처리와 의약품 목록에 없는 의약품 보장에 동의한 경우, 가입자는 범주 2 유명 상표약 또는 범주 1 복제약에 적용되는 비용 부담액을 지불하셔야 합니다.
  - 당사가 가입자에게 의약품에 대해 지불하도록 요구하는 자기부담금이나 공동 보험료에 대해서는 예외 처리를 요청하실 수 없습니다.
2. 당사의 보험보장에 가해진 제한사항을 없애기 당사 의약품 목록상의 특정 약에는 추가 규칙 또는 제한사항이 적용됩니다(자세한 내용은 5 장, 섹션 C, 129 페이지를 참조해 주십시오).
  - 특정 약의 보장에 대한 추가 규칙 및 제한은 다음을 포함합니다.
    - 유명 상표약 대신 복제약을 이용해야 함.
    - 당사가 귀하에게 약을 보장하기로 동의하기 전에 플랜의 승인을 받아야 함. (이것을 때로 “사전 승인”이라고 합니다.)
    - 고객이 요청하는 의약품을 보장하기로 당사가 동의하기 전에 다른 의약품을 먼저 시도하도록 요구됨. (이것을 때로 “단계요법”(step therapy)이라고 합니다.)
    - 수량 한계. 일부 의약품의 경우, 당사는 고객이 받을 수 있는 의약품의 수량을 제한합니다.
  - 당사가 예외 처리와 제한을 면제하는 데 동의하면, 당사가 가입자에게 의약품에 대해 지불하도록 요구하는 자기부담금에 예외 처리를 요청하실 수 있습니다.

의약품의 보장에 대한 제한을 없애는 요청에 해당하는 **법률 용어**는 “**처방집 예외 처리**” 요청이라고도 합니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.





### F3. 예외 처리 요청에 대하여 알아야 할 중요한 점

#### 담당 의사나 다른 처방의가 당사에 의학적 사유를 설명해야 합니다

고객의 의사 또는 다른 의료 서비스 제공자는 예외를 요청하는 의학적 사유를 설명하는 진술서를 당사로 제공해야 합니다. 귀하가 귀하의 의사나 기타 처방전 서비스 제공자로부터 이 정보를 받아서 예외 처리 요청 시 이를 포함시키면 당사의 예외 처리 결정이 빠르게 이루어집니다.

대체로 당사의 의약품 목록에는 특정 상태를 치료하기 위한 의약품이 하나 이상 포함되어 있습니다. 이들을 “대체” 의약품이라고 합니다. 대체 의약품의 효능이 가입자가 요청한 의약품의 효능과 동일하고 더 심각한 부작용 또는 기타 건강 문제를 일으키지 않는 경우, 당사는 일반적으로 예외 처리 요청을 승인하지 않습니다.

#### 예외 처리 요청에 대한 승낙 또는 거부

- 가입자의 예외처리 요청을 당사가 **승낙**하면 대개는 당해 역년 말까지 예외처리가 지속될 것입니다. 가입자의 의사가 가입자에게 그 의약품을 계속 처방하고 그 의약품이 고객의 상태를 치료하는 데 계속 안전하고 효과적인 한 그렇게 적용됩니다.
- 당사가 가입자의 예외 처리 요청을 **거부**한 경우, 가입자는 이의 신청을 통해 당사의 결정의 검토를 요청할 수 있습니다. 221 페이지 섹션 F5는 당사가 **거부**하는 경우 이의 신청 방법에 대해 설명합니다.

다음 섹션은 예외 처리를 포함한 보장 결정을 요청하는 방법에 대해 설명합니다.

---

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주시십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## F4. 예외 처리를 포함한 Part D 의약품 보장 결정 또는 Part D 의약품에 대한 환급을 요청하는 방법

### 해야 할 일

- 가입자가 원하시는 종류의 보장 결정을 요청해 주십시오. 요청을 하려면 전화, 서신 또는 팩스를 보내십시오. 이것은 고객, 고객의 대리인 또는 고객의 의사(또는 다른 처방전 서비스 제공자)가 할 수 있습니다. 당사에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다.
- 고객 또는 고객의 의사(또는 다른 처방전 서비스 제공자) 또는 고객을 대행하는 사람이 보장 결정을 요청할 수 있습니다. 변호사에게 가입자를 대행하게 할 수 있습니다.
- 195 페이지 섹션 D 에서 다른 사람에게 대리인 권한을 부여하는 방법을 참조해 주십시오.
- 담당 의사나 다른 처방의가 가입자를 대신해서 당사에 보장 결정을 요청하는 데에는 서면 허락을 줄 필요가 없습니다.
- 당사에 의약품에 대한 환급을 요청하시려면, 본 안내서의 7 장, 섹션 A, 151 페이지를 참조해 주십시오. 7 장에는 가입자가 환급을 요청하실 필요가 있는 경우가 설명되어 있습니다. 또한 고객이 지불한 의약품의 비용의 당사로 분담액을 고객에게 상환하라고 당사로 요청하는 서류를 당사로 보내는 방법도 설명되어 있습니다.
- 예외 처리를 요청한다면 “지원 진술”을 제출해 주십시오. 약 예외 처리에 대한 의학적 이유를 고객의 의사나 다른 약 처방의가 반드시 제시해야 합니다. 당사는 이것을 “지원 진술”이라고 부릅니다.
- 고객의 의사나 다른 약 처방의는 당사로 진술서를 팩스나 우편으로 보낼 수 있습니다. 또는 고객의 의사 또는 다른 당사로의는 당사로 전화하고, 그 뒤에 팩스나 우편으로 진술서를 보낼 수 있습니다.

### 요약 설명: 약 또는 지불금에 대해 보장 결정을 요청하는 방법

요청을 위해서는 당사에 전화, 편지, 팩스를 보내시거나, 귀하의 대리인, 의사, 기타 처방전 서비스 제공자에게 요청해 달라고 해 주십시오. 표준 보장 결정의 경우 귀하에게 72 시간 내에 답변을 드릴 것입니다. 고객이 이미 지불한 Part D 의약품의 지불금 상환에 대한 답변을 휴일 포함 14 일 이내에 드릴 것입니다.

- 예외 처리를 요청하는 경우, 귀하의 의사나 다른 처방전 서비스 제공자가 쓴 진술서를 근거 자료로 포함시키십시오.
- 고객, 고객의 의사 또는 다른 처방전 서비스 제공자는 빠른 결정을 요청할 수 있습니다. (빠른 결정은 대개 24 시간 내에 이루어집니다.)
- 본 장의 내용을 읽으시고 고객이 빠른 결정을 요청할 자격이 되는지를 확인해 주십시오! 결정 기한에 대한 정보도 확인해 주십시오.

문의 사항은 Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. 추가 정보가 필요하시면, [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



**고객의 건강 때문에 필요하다면, 당사로 “빠른 보장 결정”을 요청해 주십시오**

당사는 “빠른 기한”을 사용하기로 동의하지 않은 한, “표준 기한”을 사용합니다.

- **표준 보장 결정**은 당사가 담당 의사의 진술서를 받은 후 72 시간 이내에 가입자에게 답변을 드리는 것을 의미합니다.
- **빠른 보장 결정**은 당사가 담당 의사의 진술서를 받은 후 24 시간 이내에 가입자에게 답변을 드리는 것을 의미합니다.

“빠른 보장 결정”에 해당하는 **법률 용어**는 “**신속 보장 의결(expedited coverage determination)**”입니다.

고객은 고객이 아직 받지 않은 약에 대해 요청하는 경우에만 빠른 보장 결정을 받을 수 있습니다. (고객은 고객이 이미 구매한 약에 대해 고객에게 상환하라고 당사로 요청하는 경우에는 빠른 보장 결정을 요청할 수 없습니다.)

고객은 표준 마감일을 사용하면 고객의 건강이 심각하게 손상될 수 있거나 고객의 기능 능력이 손상될 수 있는 경우에만 빠른 보장 결정을 받을 수 있습니다.

담당 의사나 다른 처방의가 가입자의 건강 때문에 “빠른 보장 결정”이 필요하다고 당사에 알리면, 당사는 자동으로 빠른 보장 결정을 내리는 데 동의하고 가입자에게 이에 대한 편지를 보내 드립니다.

- 귀하가 빠른 보장 결정을 홀로(귀하의 의사나 다른 진료 서비스 제공자의 지원 없이) 요청하면, 저희는 귀하의 건강이 저희가 귀하에게 빠른 보장 결정을 해줄 것을 요하는지 여부를 결정할 것입니다.
- 당사가 가입자의 의료 상태가 빠른 보장 결정의 요건을 충족하지 않는다고 결정하면, 당사는 대신 표준 기한을 사용합니다.
  - 당사가 고객에게 표준 결정을 드리기로 결정한 경우, 그런 내용의 편지를 보내드릴 것입니다. 그 편지에 표준 결정을 드리기로 한 당사의 결정에 대해 불만을 제기하는 방법이 설명되어 있습니다.
  - 가입자는 “빠른불만”을 제기하셔서 24 시간 이내에 답변을 받으실 수 있습니다. 빠른불만을 포함한불만 접수 절차에 관한 자세한 내용은 240 페이지 섹션 J를 참조해 주십시오.

**“빠른 보장 결정” 기한**

- 당사가 빠른 마감일을 사용하는 경우, 당사는 24 시간 이내에 귀하에게 당사의 답변을 드려야 합니다. 이것은 당사가 고객의 요청을 접수한 후 24 시간 이내를 의미합니다. 또는 가입자가 예외처리를 요청한다면 이는 가입자의 요청의 근거가 되는 가입자의 의사 또는 처방의의 진술을 당사가 받고 나서 24 시간 이내를 의미합니다. 고객의 건강상태 때문에 답변을 더 일찍 받을 필요가 있다면 당사는 당사의 답변을 더 일찍 줄 것입니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)을 참조해 주십시오.



- 당사가 이 마감일을 맞추지 못하면, 당사는 고객의 요청을 2 단계 이의 신청 절차로 보낼 것입니다. 2 단계에서는 독립 심사 기관이 가입자의 요청을 심사할 것입니다.
- 가입자가 요청하신 사항의 일부 또는 전부를 **당사가 승낙하면**, 당사는 가입자의 요청 또는 해당 요청을 입증하는 담당 의사나 처방의의 진술서를 받은 후 24 시간 이내에 가입자에게 보장을 제공해야 합니다.
- 가입자가 요청하신 사항의 일부 또는 전부를 **당사가 거부하면**, 당사는 **거부** 이유를 설명하는 편지를 가입자에게 보내 드립니다. 편지에는 당사의 결정에 이의 신청을 하는 방법도 설명되어 있습니다.

### 가입자가 아직 받지 않은 의약품에 대한 “표준 보장 결정” 기한

- 당사가 표준 기한을 사용하는 경우, 당사는 가입자의 요청을 접수한 후 72 시간 이내에 가입자에게 당사의 답변을 드려야 합니다. 또는 가입자가 예외 처리를 요청한 경우, 이는 가입자의 요청의 근거가 되는 가입자의 의사 또는 처방의의 진술을 받고 나서 72 시간 이내를 의미합니다. 고객의 건강상태 때문에 답변을 더 일찍 받을 필요가 있다면 당사는 당사의 답변을 더 일찍 줄 것입니다.
- 당사가 이 마감일을 맞추지 못하면, 당사는 고객의 요청을 2 단계 이의 신청 절차로 보낼 것입니다. 2 단계에서는 독립 심사 기관이 가입자의 요청을 심사할 것입니다.
- 가입자가 요청하신 사항의 일부 또는 전부를 **당사가 승낙하면**, 당사는 가입자의 요청을 접수한 후(또는 예외 처리를 요청하는 경우, 해당 요청을 지원하는 담당 의사나 처방의의 입증 진술서를 받은 후) 72 시간 이내에 요청을 승인하거나 보장을 제공해야 합니다.
- 가입자가 요청하신 사항의 일부 또는 전부를 **당사가 거부하면**, 당사는 **거부** 이유를 설명하는 편지를 가입자에게 보내 드립니다. 편지에는 당사의 결정에 이의 신청을 하는 방법도 설명되어 있습니다.

### 고객이 이미 구매한 의약품의 지불에 대한 “표준 보장 결정” 마감일

- 당사는 고객의 요청을 접수한 후 달력일 기준으로 14 일 이내에 고객에게 당사의 답변을 드려야 합니다.
- 당사가 이 마감일을 맞추지 못하면, 당사는 고객의 요청을 2 단계 이의 신청 절차로 보낼 것입니다. 2 단계에서는 독립 심사 기관이 가입자의 요청을 심사할 것입니다.
- 가입자가 요청하신 사항의 일부 또는 전부를 **당사가 승낙하면**, 당사는 14 일 이내에 가입자에게 지불합니다.
- 가입자가 요청하신 사항의 일부 또는 전부를 **당사가 거부하면**, 당사는 **거부** 이유를 설명하는 편지를 가입자에게 보내 드립니다. 편지에는 당사의 결정에 이의 신청을 하는 방법도 설명되어 있습니다.

문의 사항은 Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**  
[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## F5. Part D 의약품에 대한 1 단계 이의 신청

- 이의 신청을 시작하시려면 가입자, 담당 의사나 다른 처방의 또는 가입자의 대리인이 당사에 연락해야 합니다.
- 표준 이의 신청을 요청하시려면, 서면 요청서를 보내 이의 신청을 하실 수 있습니다. 또한 이의 신청에 대해 문의하려면 당사에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다.
- 가입자가 빠른 이의 신청을 원하시면, 서면이나 당사에 전화하셔서 이의 신청을 하실 수 있습니다.
- 고객은 당사의 결정을 알려주는 통지서 날짜로부터 반드시 **휴일 포함 60 일 안에** 이의 신청 요청을 해야 합니다. 고객이 이 마감일을 놓치고 마감일을 놓친 정당한 사유가 있으면, 당사는 고객에게 이의 신청을 위한 시간을 더 줄 수 있습니다. 마감일을 놓친 정당한 사유의 예로는 귀하에게 중병이 있어 당사에 연락할 수 없었던 경우 또는 당사가 귀하에게 이의 신청 요청 마감일에 대한 부정확하거나 불완전한 정보를 준 경우가 포함됩니다.
- 고객은 고객의 이의 신청에 관한 정보의 사본을 당사로 요청할 권리가 있습니다. 사본 요청은 가입자 서비스부에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다.

### 요약 설명: 1 단계 이의 신청 방법

가입자, 담당 의사나 처방의 또는 가입자의 대리인은 가입자의 요청을 서면으로 작성하여 당사에 우편이나 팩스로 보내야 합니다. 가입자는 전화로 당사에 이의 신청을 요청하실 수도 있습니다.

- 가입자가 이의 신청을 하려고 하는 건의 결정일로부터 **60 일 이내**에 하십시오. 고객이 정당한 사유로 인해 마감일을 지키지 못했다면, 여전히 이의 신청을 하실 수 있습니다.
- 귀하 또는 대리인, 주치의, 처방의는 전화로 당사에 빠른 이의 신청을 요청할 수 있습니다.
- 본 장의 내용을 읽으시고 고객이 빠른 결정을 요청할 자격이 되는지를 확인해 주십시오! 결정 기한에 대한 정보도 확인해 주십시오.

Part D 의약품 보장 결정에 관해 플랜에 제기하는 이의 신청에 해당하는 **법률 용어**는 플랜 “**재의결(redetermination)**”입니다.

가입자가 원하시면 가입자 및 담당 의사나 다른 처방의가 가입자의 이의 신청을 뒷받침할 추가 정보를 당사에 제공할 수 있습니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



**고객의 건강 때문에 빠른 응답이 필요하다면, 고객은 “빠른 이의 신청”을 요청해야 합니다.**

- 가입자가 아직 받지 않은 의약품에 대해 당사 플랜이 내린 결정에 이의 신청을 하시는 경우, 가입자 및 담당 의사나 다른 처방의가 가입자에게 “빠른 이의 신청”이 필요한지 결정해야 합니다.
- “빠른 이의 신청”을 위한 요건은 218 페이지 섹션 F4 “빠른 보장 결정”을 받는 요건과 같습니다.

“빠른 이의 신청”에 해당하는 **법률 용어**는 “**신속 재의결(expedited redetermination)**”입니다.

**당사 플랜은 고객의 이의 신청을 검토하고 당사 결정을 고객에게 드릴 것입니다**

- 당사는 고객의 보장 요청에 대한 모든 정보를 상세히 다시한번 재고할 것입니다. 당사가 가입자의 요청을 **거부**했을 때 모든 규칙을 준수하였는지 확인합니다. 당사는 추가 정보를 얻기 위해 고객, 고객의 의사 또는 다른 의료 서비스 제공자에게 연락할 수도 있습니다. 검토자는 최초의 보장 결정을 내린 사람이 아닌 다른 사람이 됩니다.

**“빠른 이의 신청” 마감일**

- 고객이 빠른 마감일을 사용한다면, 당사는 고객의 이의 신청을 받은 뒤 72 시간 안에 또는 고객의 건강이 요한다면 그보다 더 빨리 답변을 드려야 합니다.
- 당사가 72 시간 안에 답변을 드리지 못한다면, 당사는 고객의 요청을 2 단계 이의 신청 절차로 보낼 것입니다. 2 단계에서는 독립 심사 기관이 가입자의 이의 신청을 심사할 것입니다.
- 고객이 요청한 사항의 일부 또는 전부를 **당사가 승낙하면**, 당사는 반드시 고객의 이의 신청을 접수한 뒤 72 시간 안에 보장을 제공해야 합니다.
- 고객이 요청한 사항의 부분 또는 전체를 **당사가 거부하면**, 당사는 **거부** 사유를 설명한 편지를 귀하에게 보낼 것입니다.

**“표준 이의 신청” 마감일**

- 당사가 표준 마감일을 사용하는 경우, 당사는 고객의 이의를 접수한 후 달력일 기준으로 7 일 이내 또는 고객의 건강이 요한다면 그보다 더 빨리 답변을 드려야 합니다. 단, 이미 구매한 의약품에 대해 상환을 요청했을 경우는 예외입니다. 이미 구매한 의약품에 대해 상환을 요청했을 경우, 당사는 고객의 이의를 접수한 후 달력일 기준으로 14 일 이내에 답변을 드려야 합니다. 가입자의 건강상 이유라면 당사에 “빠른 이의 신청”을 요청하셔야 합니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주시요. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



- 7 일 이내(또는 이미 구입한 의약품에 대한 환급을 요청했을 때는 14 일 이내)에 당사가 결정을 알려 드리지 못하면, 당사는 가입자의 요청을 2 단계 이의 신청 절차로 보냅니다. 2 단계에서는 독립 심사 기관이 가입자의 이의 신청을 심사할 것입니다.
- 가입자가 요청하신 사항의 일부 또는 전부를 **당사가 승낙한 경우**:
  - 당사가 보장 요청을 승인하면, 당사는 제공하기로 동의한 보장을 가입자의 건강이 필요로 하는 만큼 신속하게 제공해야 하지만, 이의 신청을 접수한 후 7 일 이내(또는 가입자가 이미 구입한 의약품에 대한 환급을 요청했을 경우, 14 일 이내)에 제공해야 합니다.
  - 가입자가 이미 구입한 의약품에 대한 환급 요청을 당사가 승인하면, 당사는 요청을 접수한 후 30 일 이내에 가입자에게 지불금을 보내 드립니다.
- 가입자가 요청한 사항의 부분 또는 전체를 **당사가 거부하면**, 당사는 **거부** 사유와 저희의 결정에 이의를 신청하는 방법을 설명하는 편지를 보내드릴 것입니다.

## F6. Part D 의약품에 대한 2 단계 이의 신청

당사가 가입자의 이의 신청 일부 또는 전부를 **거부**한 경우, 가입자는 이 결정을 수락하거나 다른 이의 신청을 할 수 있습니다. 가입자가 2 단계 이의 신청을 진행하기로 결정하시면, 독립 심사 기관(IRE)이 당사 결정을 심사합니다.

- 고객이 자신의 사례를 독립 심사 기관이 심사하기를 원한다면, 고객의 이의 신청은 서면으로 작성되어야 합니다. 1 단계 이의 신청에 대한 당사 결정을 말해 주는 당사에는 2 단계 이의 신청하는 방법이 설명되어 있습니다.
- 고객이 IRE 에 이의 신청을 하면, 당사는 고객의 사례 파일을 IRE 로 보낼 것입니다. 가입자는 본인의 사건 파일 사본을 당사에 요청할 권리가 있으며, 이에 대해서는 가입자 서비스부에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다.
- 고객은 고객의 이의를 뒷받침할 다른 정보를 독립 심사 기관에게 제출할 권리가 있습니다.

### 요약 설명: 2 단계 이의 신청 방법

고객이 자신의 사례를 독립 심사 기관이 심사하기를 원한다면, 고객의 이의 신청은 서면으로 작성되어야 합니다.

- 가입자가 이의 신청을 하려고 하는 건의 결정일로부터 **60 일 이내**에 하십시오. 고객이 정당한 사유로 인해 마감일을 지키지 못했다면, 여전히 이의 신청을 하실 수 있습니다.
- 고객, 고객의 의사 또는 다른 처방의 또는 고객의 대리인이 2 단계 이의 신청을 요청할 수 있습니다.
- 본 장의 내용을 읽으시고 고객이 빠른 결정을 요청할 자격이 되는지를 확인해 주십시오! 결정 기한에 대한 정보도 확인해 주십시오.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면**, [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.





- 독립 심사기관은 Medicare 가 고용한 독립 기관입니다. 이 기관은 본 플랜과 관련 없으며 정부기관이 아닙니다.
- 독립 심사기관의 심사자는 고객의 이의에 관련된 모든 정보를 신중히 살펴볼 것입니다. 이 기관에서는 내려진 결정을 설명하는 편지를 가입자에게 보내 드립니다.

Part D 의약품에 관해 IRE 에 제기하는 이의 신청에 해당하는 **법률 용어**는 “**재고(reconsideration)**”입니다.

## 2 단계에서 “빠른 이의 신청” 기한

- 고객의 건강 때문에 빠른 응답이 필요하다면, 독립 심사 기관측에 “빠른 이의 신청”을 요청해 주십시오.
- 가입자의 “빠른 이의 신청”에 IRE 가 동의하면, IRE 는 가입자의 요청을 접수한 후 72 시간 이내에 가입자의 2 단계 이의 신청에 대한 답변을 드려야 합니다.
- 가입자가 요청하신 사항의 일부 또는 전부를 IRE 가 **승낙하면**, 당사는 해당 결정을 받은 후 24 시간 이내에 의약품 보장을 승인하거나 제공해야 합니다.

## 2 단계에서 “표준 이의 신청” 기한

- 2 단계에서 표준 이의 신청을 하시면, 독립 심사 기관(IRE)은 가입자의 이의 신청을 접수한 후 7 일 이내 또는 이미 구입한 의약품에 대한 환급을 요청하셨다면 14 일 이내에 가입자에게 2 단계 이의 신청에 대한 답변을 드려야 합니다.
- 가입자가 요청하신 사항의 일부 또는 전부를 IRE 가 **승낙하면**, 당사는 해당 결정을 받은 후 72 시간 이내에 의약품 보장을 승인하거나 제공해야 합니다.
- 고객이 이미 구매한 약에 대해 고객에게 상환하라는 요청을 독립 심사 기관이 승인하면, 당사는 고객의 이의 신청 요청을 접수한 후 휴일 포함 30 일 이내에 고객에게 지불액을 보내드릴 것입니다.

## 독립 심사 기관이 2 단계 이의 신청을 거부하면?

거부는 독립 심사 기관(IRE)이 가입자의 요청을 승인하지 않기로 한 당사의 결정에 동의한다는 뜻입니다. 이것을 “결정 확정”이라고 합니다. “고객의 이의 신청을 기각한다”고도 합니다.

계속하여 3 단계에서 다시 한 번 이의 신청을 하려면, 고객이 요청하는 약 비용의 달러 가치가 특정 최소금액을 충족해야 합니다. 달러 가치가 최소 수준보다 적으면, 고객은 이의 신청을 그 이상 할 수 없습니다. 달러 가치가 충분히 높으면 고객은 레벨 3 이의 신청을 요청할 수 있습니다. IRE 로부터 받는 편지에는 이의 신청 절차를 계속하기 위해 필요한 달러 가치가 설명되어 있습니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.





## G. 당사로 더 긴 병원 입원 기간 보장을 요청하기

가입자가 병원에 입원하시면, 가입자는 병이나 부상을 진단하고 치료하는 데 필요한, 당사가 보장하는 모든 병원 서비스를 받으실 권리가 있습니다.

고객이 입원해 있는 동안, 고객의 의사와 병원 직원은 고객과 합심해서 고객이 퇴원하게 될 날을 대비할 것입니다. 또한 그들은 고객에게 퇴원 후에 필요할 수 있는 여하한 케어의 주선을 도울 것입니다.

- 고객이 병원을 떠나는 날은 “퇴원 날짜”라 불립니다.
- 고객의 의사나 병원 직원은 고객의 퇴원 일자가 언제인지를 알려드릴 것입니다.

고객이 생각하기에 고객을 너무 빨리 퇴원시키려 하면, 고객은 더 오랜 입원을 요청할 수 있습니다. 이 섹션은 이것을 요청하는 방법을 설명합니다.

### G1. 가입자의 Medicare 권리가 무엇인지를 알기

고객이 병원에 입원하고 나서 이틀 안에 케이스 담당자나 간호사가 “고객의 권리에 대해 Medicare 에서 드리는 중요한 메시지”라는 통지서를 드릴 것입니다. 가입자가 이 통지서를 받지 못한 경우, 병원 직원에게 요청해 주십시오. 도움이 필요하시면 가입자 서비스부에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 가입자는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 연중무휴 24 시간 전화하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화해 주십시오.

이 통지서를 주의 깊게 읽으시고 이해가 안 되는 부분은 질문해 주십시오. “중요한 메시지”는 병원 환자로서 다음 권리를 포함한 가입자의 권리에 대하여 설명해 드립니다.

- 병원 입원 동안 그리고 퇴원 후 Medicare 보장 서비스를 받을 고객의 권리. 고객은 그 서비스들이 무엇인지, 누가 지불하는지, 어디서 받을 수 있는지를 알 권리가 있습니다.
- 병원 입원 기간에 대한 모든 결정에 참여할 고객의 권리.
- 고객의 병원 치료의 품질에 대한 고객의 우려 사항을 보고할 곳.
- 너무 빨리 퇴원시킨다고 고객이 생각하는 경우에 이의 신청을 할 고객의 권리.

고객은 통지서를 받았고 고객의 권리를 이해했다는 것을 명시하기 위해 통지서에 서명해야 합니다. 통지서에 서명하는 것은 고객의 의사나 병원 직원이 고객에게 알려준 퇴원 날짜에 동의한다는 뜻이 **아닙니다**.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



서명한 통지서 사본을 보관해 주십시오. 추후에 통지서 내용이 필요하실 수도 있습니다.

- 이 통지서 사본을 미리 보시려면 가입자 서비스부에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 고객은 연중무휴 24 시간 운영되는 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)번으로 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화해 주십시오. 통화는 무료입니다.
- 또한 온라인으로 [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNH/HospitalDischargeAppealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNH/HospitalDischargeAppealNotices) 에서 해당 통지서를 참조하실 수 있습니다.
- 도움이 필요하시면 위에 수록된 가입자 서비스부 또는 Medicare 전화번호로 연락해 주십시오.

## G2. 퇴원 날짜 변경을 위한 1 단계 이의 신청

고객이 받는 입원 환자 병원 서비스를 당사가 더 오래 보장하기 원한다면 고객은 반드시 이의 신청을 요청해야 합니다. 품질 개선 기관에서 1 단계 이의 신청 심사를 함으로써 가입자의 경우 계획된 가입자의 퇴원 날짜가 의료적으로 적절했는지를 확인합니다. California 품질 개선 조직의 명칭은 Livanta 입니다.

퇴원 날짜 변경에 대한 이의 신청을 하려면 다음 번호로 Livanta 에 문의해 주십시오. 전화번호는 1-877-588-1123(TTY: 1-855-887-6668)번입니다.

### 바로 전화하십시오!

이의 신청을 하시려면, 가입자는 병원을 나오기 전, 예정된 퇴원 날짜 이전에 품질 개선 조직에 연락하셔야 합니다. “귀하의 권리에 관한 Medicare 의 중요 메시지”에는 품질 개선 조직에 연락하는 방법에 관해 설명되어 있습니다.

- **가입자가 병원을 나오기 전에 연락하시면,** 가입자는 품질 개선 조직으로부터 가입자의 이의 신청에 대한 결정이 오기를 기다리면서 예정된 퇴원 날짜 이후에도 비용을 지불하지 않고도 병원에 입원해 계실 수 있습니다.
- **가입자가 이의 신청을 위해 전화하지 않고** 가입자의 예정된 퇴원 날짜 이후에도 입원해 있기로 결정하면, 가입자는 예정된 퇴원 날짜 이후에 받는 병원 치료에 대한 모든 비용을 지불하셔야 할 수도 있습니다.

#### 요약 설명: 퇴원 날짜 변경을 위한 1 단계 이의 신청 방법

가입자가 거주하는 주의 품질 개선 조직에 1-877-588-1123(TTY: 1-855-887-6668)번으로 전화하시고 “빠른 심사”를 요청해 주십시오.

가입자가 병원을 나오기 전, 예정된 퇴원 날짜 이전에 연락해 주십시오.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



- **가입자가** 이의 신청에 대한 품질 개선 조직 연락 기한을 놓치시면, 가입자는 대신에 당사 플랜에 직접 이의 신청을 하실 수 있습니다. 자세한 내용은 230 페이지 섹션 G4 를 참조해 주십시오.
- 병원 입원은 Medicare 와 Medi-Cal 이 모두 보장하기 때문에, 품질 개선 조직이 가입자가 입원을 지속하는 것에 대한 요청을 심리하지 않거나, 상황이 긴급하고 건강에 즉각적이고 심각한 위협을 준다고 가입자가 판단하거나, 극심한 통증이 있는 경우, 가입자는 California 보건 관리부(DMHC)에 불만을 제기하거나 독립 의료 심사를 요청하실 수 있습니다. DMHC 에 불만 제기 및 독립 의료 심사 요청 방법은 206 페이지 섹션 E4 를 참조해 주십시오.

당사는 가입자가 해야 할 일과 기한이 언제인지를 가입자가 제대로 이해하기를 원합니다.

- **필요 시 도움을 요청해 주십시오.** 언제든지 질문이 있거나 도움이 필요하시면 가입자 서비스부에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 또한 1-800-434-0222 번으로 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP)에 문의하실 수 있습니다. 또는 1-855-501-3077 번으로 Cal MediConnect Ombuds 프로그램에 문의해 주십시오.

### 품질 개선 기관(Quality Improvement Organization)이란 무엇인가?

이 기관은 연방정부로부터 보수를 받는 의사들과 기타 의료전문가들로 구성된 그룹입니다. 이 전문가들은 본 플랜의 일부가 아닙니다. 이 기관은 Medicare 가입자들의 케어 품질을 점검하고 품질 개선을 돕도록 Medicare 로부터 보수를 받습니다.

### “빠른 심사”를 요청해 주십시오

귀하는 품질 개선 기관에 귀하의 퇴원의 “빠른 심사”를 요청해야 합니다. “빠른 심사”를 요청한다는 것은 고객이 그 기관에 고객의 이의 신청에 표준 마감일 대신에 빠른 마감일을 사용해달라고 요청한다는 것을 의미합니다.

“빠른 심사”에 해당하는 **법률 용어**는 “**즉시 심사(immediate review)**”입니다.

### 이 심사는 어떻게 진행되는가?

- 품질 개선 조직의 심사자들은 가입자 또는 대리인에게 예정된 퇴원 날짜 이후에도 보장이 계속되어야 한다고 생각하는 이유를 물을 것입니다. 고객은 아무 것도 서면으로 준비할 필요가 없지만 고객이 원한다면 준비할 수 있습니다.
- 심사자들은 고객의 의료 기록을 살펴보고, 고객의 의사와 이야기하고, 고객의 병원 입원과 연관된 모든 정보를 검토할 것입니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



- 다음 날 정오까지 심사자들은 당사로 고객의 이의 신청에 대해 알려주고, 고객은 계획된 퇴원 날짜를 알려주는 편지를 받습니다. 이 편지에는 고객의 의사, 병원, 그리고 당사가 그 날짜에 고객이 퇴원하는 것이 고객에게 적합하다고 생각하는 이유가 설명되어 있을 것입니다.

이 서면 설명서에 해당하는 **법률 용어**는 “**퇴원에 대한 세부 공지(Detailed Notice of Discharge)**”입니다. 가입자 서비스부에 전화하시면 샘플을 받을 수 있으며 이에 대해서는 가입자 서비스부에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주시요. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 가입자는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 연중무휴 24 시간 전화하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화해 주십시오. 또는 온라인으로 <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices>에서 샘플 통지서를 보실 수 있습니다.

### 승낙하는 답변이면 어떻게 되는가?

- 품질 개선 조직이 가입자의 이의 신청을 **승낙**하면, 당사는 가입자의 병원 서비스가 의학적으로 필요한 동안 계속해서 해당 서비스를 보장해야 합니다.

### 거부하는 답변이면 어떻게 되는가?

- 품질 개선 조직이 가입자의 이의 신청을 **거부**하면, 그들은 가입자의 예정된 퇴원 날짜가 의학적으로 적절하다고 판단하는 것입니다. 이런 경우, 가입자의 병원 입원 서비스에 대한 당사의 보장은 품질 개선 조직이 가입자에게 답변을 준 후 다음날 정오에 종료될 것입니다.
- 품질 개선 조직이 가입자의 이의 신청을 **거부**했는데 가입자가 병원에 계속 입원해 있기로 결정한 경우, 가입자는 병원에 계속 입원해 있는 것에 대한 비용 전액을 지불하셔야 할 수 있습니다. 가입자가 지불하셔야 할 수도 있는 병원 치료에 대한 비용은 품질 개선 조직이 가입자의 이의 신청에 답변을 준 후 다음날 정오에 시작합니다.
- 품질 개선 조직이 가입자의 이의 신청을 거부하고 가입자가 예정된 퇴원 날짜가 지난 후에 병원에 입원해 있을 경우, 가입자는 다음 섹션에 설명된 2 단계 이의 신청을하실 수 있습니다.

### G3. 퇴원 날짜 변경을 위한 2 단계 이의 신청

품질 개선 기관이 고객의 이의 신청을 기각하고 또한 고객이 고객의 예정 퇴원날짜 이후에도 병원에 계속 입원해 있다면, 고객은 2 단계 이의 신청을 할 수 있습니다. 가입자는 품질 개선 조직에 다시 연락하여 심사를 한 번 더 요청하셔야 합니다.

품질 개선 조직이 1 단계 이의 신청을 **거부**한 날로부터 **60 일 이내**에 가입자는 2 단계 이의 신청을 해 주십시오. 고객은 그 치료에 대한 고객의 보험보장이 끝나는 날짜 이후에도 계속 병원에 입원해 있는 경우에만 이 심사를 요청할 수 있습니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주시요. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)을 참조해 주십시오.



캘리포니아 품질 개선 조직의 명칭은 Livanta 입니다. Livanta 에 다음 전화번호로 연락하실 수 있습니다. **전화번호는 1-877-588-1123(TTY: 1-855-887-6668) 번입니다.**

- 품질 개선 조직 심사자들은 가입자의 이의 신청과 관련된 모든 정보를 다시 한 번 신중히 살펴볼 것입니다.
- 2 차 심사 요청 수령 후 14 일 이내에, 품질 개선 조직 심사자들은 결정을 내립니다.

#### 요약 설명: 퇴원 날짜 변경을 위한 2 단계 이의 신청 방법

가입자가 거주하는 주의 품질 개선 조직에 1-877-588-1123(TTY: 1-855-887-6668)번으로 전화하시고 다시 심사를 요청해 주십시오.

#### 승낙하는 답변이면 어떻게 되는가?

- 당사는 가입자의 첫 이의 신청 결정일 다음 날 정오부터 가입자가 받으신 병원 치료에 대한 당사 부담액을 가입자에게 환급해야 합니다. 귀하의 입원 환자 병원 치료가 의학적으로 필요한 동안은 당사는 병원 치료에 대한 보장을 계속 제공해야 합니다.
- 가입자는 계속해서 가입자의 부담액을 지불하셔야 하고, 보장 제한이 적용될 수 있습니다.

#### 거부하는 답변이면 어떻게 되는가?

이는 품질 심사 기관이 1 단계 결정에 동의하며 당사가 이를 변경하지 않을 것이라는 뜻입니다. 고객이 받는 편지는 고객이 이의 신청을 계속하고 싶은 경우에 고객이 할 수 있는 것들을 알려드릴 것입니다.

품질 개선 기관이 고객의 2 단계 이의 신청을 기각하면, 고객은 고객의 예정 퇴원날짜 이후의 입원 비용의 전액을 지불해야 할 수도 있습니다.

가입자는 또한 병원 입원을 지속할 수 있도록 DMHC 에불만을 제기하시거나 독립 의료 심사를 요청하실 수 있습니다. DMHC 에불만 제기 및 독립 의료 심사 요청 방법은 206 페이지 섹션 E4 를 참조해 주십시오.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## G4. 이의 신청 기한을 놓치면 어떻게 되는가?

가입자가 이의 신청 기한을 놓치면, 1 단계 및 2 단계 이의 신청을 하실 수 있는 다른 방법이 있습니다. 이를 대체 이의 신청이라고 합니다. 그러나 첫 두 단계의 이의 신청은 다른 것입니다.

### 퇴원 날짜 변경을 위한 1 단계 대체 이의 신청

품질 개선 조직에 연락할 수 있는 기한(60 일 이내 또는 예정된 퇴원 날짜보다 늦지 않은 날짜 중 빠른 날짜)을 놓치면, 당사료 “빠른 심사”를 요청하여 이의 신청을 하실 수 있습니다. 빠른 심사는 표준 기한이 아닌 빠른 기한을 사용하는 이의 신청입니다.

- 이 심사를 하는 동안 당사는 가입자의 병원 입원에 대한 모든 정보를 살펴봅니다. 당사는 가입자가 퇴원해야 하는 시점에 관한 결정이 공정하고 모든 규칙을 준수했는지를 확인합니다.
- 당사는 가입자에게 이 심사에 대한 답변을 드리는 데 표준 기한이 아닌 빠른 기한을 사용할 것입니다. 당사는 고객이 “빠른 심사”를 요청한 후 72 시간 이내에 고객에게 당사의 결정을 알려 드립니다.
- **고객의 빠른 심사 요청을 당사가 승낙하면**, 퇴원 날짜 후에 고객이 계속 병원에 있어야 한다는 데 당사가 동의함을 뜻합니다. 의료적으로 필요한 한 당사는 계속해서 병원 서비스를 보장할 것입니다.
- 또한 그것은 당사가 가입자의 보장 종료를 고지한 날짜 이후로 가입자가 받은 병원 치료에 대한 당사 부담액을 가입자에게 환급하기로 당사가 동의했다는 것을 의미합니다.
- **고객의 빠른 심사를 당사가 거부하면**, 당사는 예정 퇴원날짜가 의료적으로 적절했다고 보는 것입니다. 귀하의 입원 환자 병원 서비스 보장은 당사가 보장이 끝난다고 한 날에 끝나는 것입니다.
  - 고객의 예정 퇴원날짜 후에도 고객이 계속 입원해 있으면, 고객은 예정 퇴원날짜 이후로 고객이 받은 병원 치료의 **비용 전액을 지불해야 할 수도 있습니다**.
- 당사는 가입자의 빠른 이의 신청을 거부했을 때 모든 규정을 준수함을 확인하기 위해 가입자의 이의 신청을 독립 심사 기관에 보냅니다. 당사가 이런 조치를 취할 때, 이는 가입자의 사례가 자동으로 2 단계 이의 신청 절차로 가는 것을 의미합니다.

#### 요약 설명: 1 단계 대체 이의 신청을 하는 방법

당사 가입자 서비스부 전화번호로 연락하여 병원 퇴원 날짜의 “빠른 심사”를 요청해 주십시오.

당사는 72 시간 이내에 당사의 결정을 알려 드립니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면**, [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



“빠른 심사” 또는 “빠른 이의 신청”에 해당하는 **법률 용어**는 “**신속 이의 신청(expedited appeal)**”입니다.

### 퇴원 날짜 변경을 위한 2 단계 대체 이의 신청

당사는 당사가 고객에게 1 단계 결정을 드린 시점으로부터 24 시간 안에 고객의 2 단계 이의 신청 정보를 독립 심사 기관에 보낼 것입니다. 당사가 관련 기한을 지키지 않는다고 생각하시면, 불만을 접수하실 수 있습니다. 240 페이지 섹션 J는 불만 접수 방법에 대해 설명합니다.

당사가 가입자의 “빠른 심사”를 **거부**한 경우, 2 단계 이의 신청을 실시하는 동안 IRE는 당사가 내린 결정을 검토합니다. 이 기관은 당사가 내린 결정이 변경되어야 하는지를 결정합니다.

- 독립 심사 기관은 이의 신청을 “빠른 심사”합니다. 심사자들이 72 시간 내에 고객에게 답변을 드립니다.
- 독립 심사기관은 Medicare가 고용한 독립 기관입니다. 이 기관은 당사 플랜과 관련 없으며 정부기관이 아닙니다.
- 독립 심사 기관의 심사자는 고객의 이의에 관련된 모든 정보를 신중히 살펴볼 것입니다.
- 독립 심사 기관이 고객의 이의 신청을 **승낙**하면, 당사는 고객의 예정 퇴원날짜 이후로 고객이 받은 병원치료의 비용의 당사 측 부담액을 고객에게 상환해야 합니다. 또한 당사는 의학적으로 필요한 동안은 고객의 병원 서비스에 대한 플랜의 보장을 계속해야 합니다.
- 이 기관이 고객의 이의 신청을 **거부**하면 그것은 그들은 고객의 예정 퇴원날짜가 의학적으로 적절했다는 당사 의견에 동의한다는 것을 의미합니다.
- 고객이 독립 심사 기관으로부터 받는 편지는 고객이 심사 과정을 계속하고 싶은 경우에 고객이 할 수 있는 것들을 알려드릴 것입니다. 편지에는 판사가 주재하는 3 단계 이의 신청으로 가는 방법을 자세히 알려 드릴 것입니다.

가입자는 또한 병원 입원을 지속할 수 있도록 DMHC에 불만을 제기하거나 독립 의료 심사를 요청하실 수 있습니다. DMHC에 불만 제기 및 독립 의료 심사 요청 방법은 206 페이지 섹션 E4를 참조해 주십시오. 3 단계 이의 신청 외에(또는 이를 대신하여) 독립 의료 심사를 요청하실 수도 있습니다.

#### 요약 설명: 2 단계 이의 신청 방법

귀하는 아무것도 하지 않아도 됩니다. 본 플랜에서 자동으로 가입자의 이의 신청을 독립 심사 기관에 보냅니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)을 참조해 주십시오.





## H. 가정 건강 의료 서비스, 전문 간호 시설 케어, 포괄 외래 환자 재활 시설(Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 서비스가 너무 빨리 끝난다고 생각하는 경우 할 수 있는 일

이 섹션은 다음 종류의 치료에 대한 것만 해당합니다.

- 가정 건강 의료 서비스
- 전문 간호 시설에서 받는 전문 간호 케어
- Medicare 가 승인한 포괄적 외래환자 재활시설(CORF)에서 고객이 외래환자로서 받고 있는 재활 케어. 대체로 이것은 고객이 병이나 사고 때문에 치료를 받고 있다는 것을 또는 중요한 수술을 받고 나서 회복 중이라는 것을 의미합니다.
  - 이런 종류의 간호 중 여하한 것에 대해 고객이 이를 필요로 한다고 의사가 말하는 한 고객은 보장 서비스를 받을 권리가 있습니다.
  - 이 중 하나라도 당사가 보장을 중단하기로 결정하면 당사는 서비스가 끝나기 전에 고객에게 이를 알려드려야 합니다. 그 케어에 대한 귀하의 보장이 끝날 때, 당사는 귀하의 케어에 대한 당사 측 비용 부담액의 지불을 중단할 것입니다.

고객은 당사가 고객의 케어에 대한 보장을 너무 일찍 끝낸다고 생각되면, **당사의 결정에 이의 신청을 할 수 있습니다.** 이 섹션은 이의 신청을 요청하는 방법을 설명합니다.

### H1. 가입자의 보장이 끝나갈 때 당사는 가입자에게 미리 알려 드릴 것입니다

고객에게 진료를 제공하는 기관이나 시설에서 당사가 고객의 진료 지불을 중단하기 최소한 이틀 전에 고객에게 통지서를 드릴 것입니다. 이는 “Medicare 비보장 통지서”라는 통지서입니다. 서면 통지서에는 가입자의 치료를 중단하는 날짜와 이 결정에 대해 이의를 신청하는 방법이 나와 있습니다.

고객 또는 고객의 대리인은 이 서면 통지서를 받았음을 확인하기 위해 이에 서명해야 합니다. 통지서에 서명한다고 해서 본 플랜이 치료를 중단할 때라고 명시한 사실에 가입자가 동의하는 것을 의미하지는 **않습니다.**

가입자의 보장이 끝날 때, 당사는 가입자의 치료 비용에 대한 당사 부담액의 지불을 중단합니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.





## H2. 치료를 계속 받기 위한 1 단계 이의 신청

가입자는 당사가 치료에 대한 보장을 너무 일찍 끝낸다고 생각하시면, 당사의 결정에 이의 신청을하실 수 있습니다. 이 섹션은 이의 신청을 요청하는 방법을 설명합니다.

이의 신청을 시작하시기 전에 가입자가 해야 할 일과 기한이 언제인지를 이해하셔야 합니다.

- **마감일을 지키십시오.** 기한은 중요합니다. 해야 할 일에 적용되는 마감일을 이해하고 이를 준수하도록 하십시오. 당사의 플랜이 준수해야 할 마감일도 있습니다. (당사가 관련 기한을 지키지 않는다고 생각하시면, 불만을 제기하실 수 있습니다. 240 페이지 섹션 J는 불만 제기 방법에 대해 설명합니다.)
- **필요 시 도움을 요청해 주십시오.** 언제든지 질문이 있거나 도움이 필요하시면 가입자 서비스부에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 또는 1-213-383-4519 번으로 State Health Insurance Assistance 프로그램에 연락해 주십시오. L.A. 카운티에 거주하시는 경우, 1-800-824-0782(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오.

1 단계 이의 신청이 진행되는 동안, 품질 개선 조직은 가입자의 이의 신청을 심사하고, 본 플랜이 내린 결정을 변경할지를 결정할 것입니다. California 품질 개선 조직의 명칭은 Livanta입니다. Livanta 에 다음 전화번호로 연락하실 수 있습니다. 전화번호는 1-877-588-1123(TTY: 1-855-887-6668)번입니다. 품질 개선 기관에 제출한 이의 신청 관련 자세한 내용은 “Medicare 비보장 통지서”에서도 확인할 수 있습니다. 당사에서 가입자의 치료에 대한 보장을 중지할 경우에 받으실 통지서입니다.

### 요약 설명: 귀하의 진료를 플랜이 계속 보장해 주도록 1 단계 이의 신청 하는 방법

가입자가 거주하는 주의 품질 개선 조직에 1-877-588-1123(TTY: 1-855-887-6668)번으로 전화하시고 “빠른 이의 신청”을 요청하십시오.

치료를 제공하는 기관이나 시설을 나오기 전, 예정된 퇴원 날짜 이전에 문의해 주십시오.

### 품질 개선 기관(Quality Improvement Organization)이란 무엇인가?

이 기관은 연방정부로부터 보수를 받는 의사들과 기타 의료전문가들로 구성된 그룹입니다. 이 전문가들은 본 플랜의 일부가 아닙니다. 이 기관은 Medicare 가입자들의 케어 품질을 점검하고 품질 개선을 돕도록 Medicare 로부터 보수를 받습니다.

### 고객은 무엇을 요청해야 하는가?

“빠른 이의 신청”을 요청해 주십시오. 당사가 고객의 서비스에 대한 보장을 종료하는 것이 의학적으로 적절한지 여부에 대한 독립 심사를 해달라고 그들에게 요청해 주십시오.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



**고객이 이 기관에 연락할 마감일은 언제인가?**

- 고객은 당사가 고객의 케어 보장을 언제 중단할지가 적힌 서면 통지서를 받은 날의 다음날 정오 이전에 반드시 품질 개선 기관에게 연락해야 합니다.
- 가입자가 이의 신청에 관해 품질 개선 조직에 연락할 수 있는 기한을 놓치시면, 가입자는 대신에 당사에 직접 이의 신청을 하실 수 있습니다. 이의 신청을 하는 기타 방법에 대한 자세한 내용은 236 페이지 섹션 H4 를 참조해 주십시오.
- 품질 개선 조직이 가입자의 의료 서비스 보장 지속에 대한 요청을 심리하지 않거나, 상황이 긴급하고 건강에 즉각적이고 심각한 위협을 준다고 가입자가 판단하거나, 극심한 통증이 있는 경우, 가입자는 California 보건 관리부(DMHC)에 불만을 제기하거나 독립 의료 심사를 요청하실 수 있습니다. DMHC 에 불만 제기 및 독립 의료 심사 요청 방법은 206 페이지 섹션 E4 를 참조해 주십시오.

서면 통지서에 해당하는 **법률 용어**는 “**Medicare 비보장 공지(Notice of Medicare Non-Coverage)**”입니다. 샘플을 받으시려면, 가입자 서비스부에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 다음 업무일에 연락을 드릴 것입니다. 또는 연중무휴 24 시간 운영되는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)를 이용해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화해 주십시오. 또는 온라인으로 [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices) 에서 사본을 확인하실 수 있습니다.

**품질 개선 조직 심사는 어떻게 진행되는가?**

- 품질 개선 조직의 심사자들은 가입자 또는 대리인에게 해당 서비스에 대한 보장이 계속되어야 한다고 생각하는 이유를 물을 것입니다. 고객은 아무 것도 서면으로 준비할 필요가 없지만 고객이 원한다면 준비할 수 있습니다.
- 고객이 이의 신청을 요청하면 플랜은 왜 고객의 서비스가 종료되어야 하는지를 설명하는 편지를 써야 합니다.
- 심사자들은 또한 가입자의 의료 기록을 살펴보고, 가입자의 의사와 상의하고, 본 플랜이 보낸 정보를 검토할 것입니다.
- 심사자들은 필요한 모든 정보를 확보한 뒤만 하루 내에 고객에게 그들의 결정을 알려드릴 것입니다. 가입자는 이 결정을 설명하는 편지를 받게 됩니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



가입자 서비스 종료 사유를 설명하는 편지에 해당하는 **법률 용어**는 “**비보장에 대한 세부 설명(Detailed Explanation of Non-Coverage)**”입니다.

#### 심사자들이 승낙하는 경우는 어떻게 되는가?

- 심사자들이 가입자의 이의 신청을 **승낙**하면, 당사는 보장되는 서비스가 의학적으로 필요한 동안 가입자에게 계속 해당 서비스를 제공해야 합니다.

#### 심사자들이 거절하는 경우는 어떻게 되는가?

- 심사자들이 고객의 이의 신청을 **거부**하면, 고객의 보장은 당사가 고객에게 알려준 그 날짜에 끝납니다. 당사는 이 치료에 대한 당사 부담액의 지불을 중단합니다.
- 가입자가 보장이 끝나는 날짜 이후에도 가정 건강 관리, 전문 간호 시설 치료 또는 종합 외래 환자 재활 시설(CORF) 서비스를 계속 받기로 결정하시면, 가입자는 이 치료 비용의 전액을 지불하셔야 합니다.

### H3. 치료를 계속 받기 위한 2 단계 이의 신청

품질 개선 기관이 이의 신청을 **거부**하고 가입자가 보장 종료 후 진료를 계속 받고자 한다면 2 단계 이의 신청을 해야 합니다.

2 단계 이의 신청 동안에, 품질 개선 기관 고객의 1 단계 이의신청 청에 내린 결정을 다시 한 번 검토할 것 입니다. 품질 개선 기관에서 1 단계 결정에 동의하면, 당사가 가입자의 보장 종료를 고지한 날짜 이후의 가정 건강 관리, 전문 간호 시설 치료 또는 종합 외래 환자 재활 시설(CORF) 서비스에 대한 비용 전액을 가입자가 지불하셔야 할 수도 있습니다.

California 품질 개선 조직의 명칭은 Livanta 입니다. Livanta 에 다음 전화번호로 연락하실 수 있습니다. 전화번호는 1-877-588-1123(TTY: 1-855-887-6668)번입니다. 품질 개선 조직이 1 단계 이의 신청을 **거부**한 날로부터 **60 일 이내**에 가입자는 2 단계 이의 신청을 해 주십시오. 고객은 고객의 케어 보장이 끝나는 날짜 이후에도 계속 케어를 받은 경우에만 이 심사를 요청할 수 있습니다.

- 품질 개선 조직 심사자들은 가입자의 이의 신청과 관련된 모든 정보를 다시 한 번 신중히 살펴볼 것입니다.
- 품질 개선 기관은 이의 신청 접수 후 휴일 포함 14 일 안에 결정을 내릴 것 입니다.

#### 요약 설명: 플랜이 고객의 진료를 더 오래 보장하도록 요청하는 2 단계 이의 신청을 하는 방법

가입자가 거주하는 주의 품질 개선 조직에 1-877-588-1123(TTY: 1-855-887-6668)번으로 전화하시고 다시 심사를 요청해 주십시오.

치료를 제공하는 기관이나 시설을 나오기 전, 예정된 퇴원 날짜 이전에 문의해 주십시오.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



### 심사 기관이 승낙하면 어떻게 되는가?

- 당사는 당사가 말한 가입자의 보장이 끝나는 날짜 이후로 가입자가 받은 케어의 비용의 당사 측 부담액을 가입자에게 반드시 상환해야 합니다. 병원 치료가 의학적으로 필요한 기간 동안 당사는 병원 치료에 대한 보장을 계속 제공해야 합니다.

### 심사 기관이 거부하면 어떻게 되는가?

- 그것은 그들이 고객의 1 단계 이의 신청에 대하여 당사가 내린 결정에 동의하고 그 결정을 변경하지 않을 것이라는 것을 의미합니다.
- 고객이 받는 편지는 고객이 이의 신청을 계속하고 싶은 경우에 고객이 할 수 있는 것들을 알려드릴 것입니다. 편지에는 판사가 주재하는 3 단계 이의 신청으로 가는 방법을 자세히 알려 드릴 것입니다.
- 가입자의 의료 서비스 보장이 계속될 수 있도록 DMHC 에 불만을 제기하고 독립 의료 심사를 요청하실 수 있습니다. DMHC 독립 의료 심사 요청 방법은 211 페이지 섹션 E4 를 참조해 주십시오. 3 단계 이의 신청 외에(또는 이를 대신하여) DMHC 에 불만을 제기하고 독립 의료 심사를 요청하실 수도 있습니다.

### H4. 가입자가 1 단계 이의 신청 기한을 놓치면 어떻게 되는가?

가입자가 이의 신청 기한을 놓치면, 1 단계 및 2 단계 이의 신청을 하실 수 있는 다른 방법이 있습니다. 이를 대체 이의 신청이라고 합니다. 그러나 첫 두 단계의 이의 신청은 다른 것입니다.

#### 고객이 진료를 더 오래 받기 위한 1 단계 대체 이의 신청

품질 개선 기관에 연락할 수 있는 마감일을 놓쳤으면 당사로 “빠른 심사”를 요청하여 이의 신청을 할 수 있습니다. 빠른 심사는 표준 기한이 아닌 빠른 기한을 사용하는 이의 신청입니다.

- 이 심사를 하는 동안 당사는 고객의 가정 건강 의료 서비스, 전문 간호 시설 케어, 포괄 외래 환자 재활 시설(CORF) 서비스 등에 대한 모든 정보를 살펴봅니다. 당사는 가입자의 서비스가 종료되는 시점에 관한 결정이 공정하고 모든 규칙을 준수했는지를 확인합니다.
- 당사는 가입자에게 이 심사에 대한 답변을 드리는 데 표준 기한이 아닌 빠른 기한을 사용할 것입니다. 당사는 고객이 “빠른 심사”를 요청한 후 72 시간 이내에 고객에게 당사의 결정을 알려 드립니다.
- 고객의 빠른 심사를 **당사가 승낙하면**, 이는 의료적으로 필요한 한 당사가 고객의 서비스를 계속해서 보장하는 데 동의한다는 뜻입니다.

#### 요약 설명: 1 단계 대체 이의 신청을 하는 방법

당사 가입자 서비스부 번호로 연락하여 “빠른 심사”를 요청해 주십시오.

당사는 72 시간 이내에 당사의 결정을 알려 드립니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



- 또한 그것은 당사가 가입자의 보장 종료를 고지한 날짜 이후로 가입자가 받은 병원 치료에 대한 당사 부담액을 가입자에게 환급하기로 당사가 동의했다는 것을 의미합니다.
- 고객의 빠른 심사를 **당사가 거부하면** 당사는 귀하의 서비스를 종료하는 것이 의료적으로 적절했다고 보는 것입니다. 당사의 보장은 보장 종료일로 고지한 날짜에 종료됩니다.

당사가 종료를 고지한 날짜 이후에도 가입자가 계속해서 서비스를 받으신다면, 해당 서비스에 대한 **비용 전액을 가입자가 지불하셔야 할 수도 있습니다.**

본사는 가입자의 빠른 이의 신청을 **거부했을 때** 모든 규정을 준수함을 확인하기 위해 가입자의 이의 신청을 독립 심사 기관에 보냅니다. 당사가 이런 조치를 취할 때, 이는 가입자의 사례가 자동으로 2 단계 이의 신청 절차로 가는 것을 의미합니다.

“빠른 심사” 또는 “빠른 이의 신청”에 해당하는 **법률 용어는 “신속 이의 신청(expedited appeal)”**입니다.

### 치료를 계속 받기 위한 2 단계 대체 이의 신청

당사는 당사가 고객에게 1 단계 결정을 드린 시점으로부터 24 시간 안에 고객의 2 단계 이의 신청 정보를 독립 심사 기관에 보낼 것입니다. 당사가 관련 기한을 지키지 않는다고 생각하시면, 불만을 접수하실 수 있습니다. 240 페이지 섹션 J 는 불만 접수 방법에 대해 설명합니다.

당사가 가입자의 “빠른 심사”를 **거부한 경우**, 2 단계 이의 신청을 실시하는 동안 IRE 는 당사가 내린 결정을 검토합니다. 이 기관은 당사가 내린 결정이 변경되어야 하는지를 결정합니다.

- 독립 심사 기관은 이의 신청을 “빠른 심사”합니다. 심사자들이 72 시간 내에 고객에게 답변을 드립니다.
- 독립 심사기관은 Medicare 가 고용한 독립 기관입니다. 이 기관은 당사 플랜과 관련 없으며 정부기관이 아닙니다.
- 독립 심사기관의 심사자는 고객의 이의에 관련된 모든 정보를 신중히 살펴볼 것입니다.
- **이 기관이 가입자의 이의 신청을 승낙하면**, 당사는 반드시 진료 비용의 당사측 부담액을 가입자에게 상환해야 합니다. 또한 당사는 의학적으로 필요한 동안은 고객의 병원 서비스에 대한 플랜의 보장을 계속해야 합니다.
- **이 기관이 고객의 이의 신청을 거절하면** 서비스 보장을 중단하는 것이 의학적으로 적절했다는 당사 의견에 그들이 의한다는 것을 의미합니다.

#### 요약 설명: 플랜이 고객의 진료를 더 오래 보장하도록 요청하는 2 단계 이의 신청을 하는 방법

귀하는 아무것도 하지 않아도 됩니다. 본 플랜에서 자동으로 가입자의 이의 신청을 독립 심사 기관에 보냅니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주시요. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면**, [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



고객이 독립 심사 기관으로부터 받는 편지는 고객이 심사 과정을 계속하고 싶은 경우에 고객이 할 수 있는 것들을 알려드릴 것입니다. 그 통지서는 판사가 주재하는 레벨 3 의 이의 신청으로 가는 방법을 자세히 알려드릴 것입니다.

가입자는 또한 의료 서비스 보장이 계속될 수 있도록 DMHC 에 불만을 제기하고 독립 의료 심사를 요청하실 수 있습니다. DMHC 독립 의료 심사 요청 방법은 206 페이지 섹션 E4 를 참조해 주십시오. 3 단계 이의 신청 외에(또는 이를 대신하여) 불만을 제기하고 독립 의료 심사를 요청하실 수도 있습니다.

## I. 2 단계 이상으로 이의 신청 진행하기

### I1. Medicare 서비스 및 품목에 대한 다음 단계

고객이 Medicare 서비스나 품목에 대해 1 단계 이의 신청과 2 단계 이의 신청을 했고, 두 이의 신청 모두 거절되었다면, 추가 단계의 이의 신청을 할 권리가 있을 수도 있습니다. 귀하가 독립 심사 기관으로부터 받는 편지는 귀하가 이의 신청 과정을 계속하고 싶은 경우에 귀하가 할 수 있는 것들을 알려드릴 것입니다.

레벨 3 이의 신청 절차는 행정법 판사(ALJ) 심리입니다. 레벨 3 이의 신청에서 결정을 내리는 사람은 행정법 판사 또는 변호 심사관입니다. 고객이 ALJ 또는 변호 심사관이 자신의 사례를 검토하기 원한다면, 고객이 요청하는 의료 서비스가 최소 달러 가치에 부합되어야 합니다. 달러 가치가 최소 수준보다 적으면, 고객은 이의 신청을 그 이상 할 수 없습니다. 달러 가치가 충분히 높으면 고객은 ALJ 또는 변호 심사관을 요청하여 이의 신청을 듣게 할 수 있습니다.

고객이 ALJ 또는 변호 심사관의 결정에 동의하지 않으면 Medicare 이의 신청 위원회로 갈 수 있습니다. 그 후에는 연방 법원에 이의 신청 검토를 요청할 권리가 가입자에게 있을 수도 있습니다.

이의 신청 절차의 어떤 단계에서든 도움이 필요하시면, 1-855-501-3077 번으로 Cal MediConnect Ombuds 프로그램에 문의하실 수 있습니다.

### I2. Medi-Cal 서비스 및 품목에 대한 다음 단계

또한 Medi-Cal 에서 다룰 수 있는 서비스 또는 항목에 대한 이의 신청 권리도 더 있습니다. 가입자가 주 공청회 결정에 동의하지 않고 다른 판사가 검토하기를 원할 경우 재심리 및/또는 사법적 검토를 요청할 수 있습니다.

재청문을 요청하시려면 서면 요청서(편지)를 아래 주소로 보내 주십시오.

The Rehearing Unit  
744 P Street, MS 19-37  
Sacramento, CA 95814

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



이 편지는 가입자가 해당 결정을 받으신 후 30 일 이내에 보내셔야 합니다. 요청이 늦은 정당한 사유가 있을 경우, 최대 180 일까지 연장하실 수 있습니다.

재청문 요청 시, 가입자가 결정을 받으신 날짜 및 재청문이 허락되어야 하는 이유를 적어 주십시오. 추가 증거를 제시하기 원하면 추가 증거가 무엇인지를 적고 그것이 전에 제기되지 않은 이유와 그 증거로 인해 결정이 어떻게 바뀔지를 설명해 주십시오. 고객은 법률 서비스에 연락해서 도움을 받으실 수도 있습니다.

사법적 검토를 요청하시려면, 결정을 받은 지 1 년 이내에 고등 법원에 신청서를 제출하셔야 합니다(민사 소송법(Code of Civil Procedure) 1094.5 항에 따름). 귀하의 결정에 거명된 카운티 내의 고등 법원에 신청서를 접수해 주십시오. 재청문회를 요청하지 않고 이 신청서를 접수할 수도 있습니다. 접수비는 없습니다. 법원의 최종 결정이 고객에게 유리한 쪽으로 난다면 고객은 타당한 변호사비 및 비용을 받을 수도 있습니다.

재청문이 실시되었고 가입자가 재청문 결정에 동의하지 않으시면, 가입자는 사법적 검토를 요구하실 수 있으나 추가 재청문을 요청하실 수는 없습니다.

---

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.





## J. 불만 접수 방법

### J1. 어떤 문제들이 불만이 될 수 있는가?

불만 처리 과정은 특정 종류의 문제들만을 다룹니다. 예를 들면 진료 품질, 대기 시간, 가입자 서비스 등입니다. 불만 처리 절차에서 다루는 문제들의 종류는 다음과 같습니다.

#### 품질에 관한 불만

- 고객은 병원에서 받은 진료 등 진료의 품질에 대해 만족하지 않습니다.

#### 프라이버시에 대한 불만

- 누군가가 귀하의 개인 사생활에 대한 권리를 존중하지 않았거나 귀하에 대한 비밀 정보를 공유했다고 생각이 되는 경우가 있습니다.

#### 고객 서비스에 대한 불만

- 건강 서비스 제공자 또는 직원이 고객에게 무례했거나 고객을 존중하지 않았습니다.
- Health Net Cal MediConnect 직원이 고객을 무례하게 대했습니다.
- 고객은 자신이 플랜에서 억지로 탈퇴당한다고 생각이 드는 경우가 있습니다.

#### 물리적 접근성에 대한 불만

- 고객은 의사나 서비스 제공자 진료실에서 신체적으로 건강 진료 서비스 및 시설 이용에 접근할 수가 없습니다.
- 고객의 서비스 제공자가 미국 수화 통역사 등의 고객이 필요한 적절한 보조를 제공하지 않습니다.

#### 대기 시간에 대한 불만

- 고객이 예약을 하는 데 문제가 있거나 예약하는 데 너무 오래 걸립니다.
- 가입자는 의사나 약사, 기타 의료 서비스 제공자들 또는 가입자 서비스부나 기타 플랜 담당자를 너무 오래 기다려야 했습니다.

#### 청결에 대한 불만

- 고객은 클리닉, 병원, 의사 진료실이 청결하지 않다고 생각합니다.

#### 요약 설명: 불만 접수 방법

고객은 당사의 플랜 관련 내부 불만을 접수하거나 당사 플랜과 관련이 없는 외부 기관을 통한 외부 불만 접수를 하실 수 있습니다.

가입자 서비스부에 전화하거나 당사로 편지를 보내서 가입자의 불만에 대해 알려주십시오.

외부 불만을 처리하는 각기 다른 기관이 있습니다. 자세한 내용은 249 페이지 섹션 J3 를 참조해 주십시오.

문의 사항은 Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. 추가 정보가 필요하시면, [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.





**언어적 접근에 대한 불만**

- 고객의 의사, 의료 서비스 제공자가 고객의 진료 약속 시간 동안 고객에게 통역을 제공해 주지 않았습니다.

**당사와의 소통에 대한 불만**

- 고객은 자신이 받아야 했던 통지서나 편지를 당사가 드리지 않았다고 생각합니다.
- 고객은 당사가 보낸 서면 정보가 이해하기에 너무 어려웠다고 생각합니다.

**당사의 보장 결정이나 이의 신청 관련 조치 일정에 관한 불만.**

- 당사가 보장 결정 또는 고객의 이의 신청 답변 시 기한을 준수하지 않았다고 생각합니다.
- 고객은 보장 결정이나 이의 신청 결정을 고객에게 유리한 쪽으로 받은 뒤에 당사가 고객의 서비스를 보장하거나 제공하거나 특정 의료 서비스에 대해 고객에게 상환하는 마감일을 지키지 않았다고 생각합니다.
- 귀하의 사례를 독립 심사 기관에 제때에 보내지 않았다고 생각합니다.

“불만”에 해당하는 법률 용어는 “**불만(grievance)**”입니다.

“**불만 제기(making a complaint)**”의 공식 이름은 “**불만 제출(filing a grievance)**”입니다.

**불만에 각기 다른 유형이 있습니까?**

**예.** 고객은 내부 불만을 접수하거나 외부 불만 접수를 하실 수 있습니다. 내부 불만은 당사 플랜에서 처리되고 검토됩니다. 외부 불만은 당사 플랜과 연관이 없는 외부 기관에서 처리되고 검토됩니다. 내부 또는 외부 불만을 접수하는 데 도움이 필요하시면, 1-855-501-3077 번으로 Cal MediConnect Ombuds 프로그램에 문의하실 수 있습니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## J2. 내부 불만

내부 불만을 제기하려면, 가입자 서비스부에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. Part D 약 관련 이외의 불만은 상시 접수 가능합니다. Part D 약 관련 불만사항은 고객이 불만을 제기하고 싶은 문제를 겪은 후 **휴일 포함 60 일 이내**에 제기되어야 합니다.

- 가입자가 할 필요가 있는 다른 뭔가가 있으면, 가입자 서비스부가 가입자에게 말씀드릴 것입니다.
- 고객의 불만을 적어서 당사로 보내셔도 됩니다. 고객이 불만을 서면으로 적으면 당사는 고객의 불만에 서면으로 응답할 것입니다.

당사는 고객의 불만에 대한 당사의 결정을 고객의 건강 상태에 기초해 고객의 사례가 요하는 만큼 빠르게, 그러나 고객의 불만을 접수한 후 휴일 30일 이내에, 고객에게 통지해야 합니다. 당사가 더 많은 정보를 필요로 하고 30일 이내에 결론을 내리지 못한 경우, 당사는 고객에게 서면으로 통지하고 진행 상황 소식과 예상 답변 시간을 알릴 것입니다. 예를 들어 당사는 Medicare 관련 불만이 최대 14일까지만 연장될 수 있음을 통지할 수 있습니다. 어떤 경우, 고객은 불만의 빠른 심사를 요청할 권리가 있습니다. 이것을 “빠른 불만” 절차라고 부릅니다. 아래 상황에서 고객이 당사 결정에 이의가 있는 경우 고객은 불만의 빠른 심사를 받을 자격이 있습니다.

- 의료 서비스 혹은 Medicare Part D 의약품에 대한 요청을 빠른 심사해 달라는 고객의 요청을 당사가 거부하는 경우.
- 거부된 서비스 혹은 Medicare Part D 의약품에 대한 이의 신청을 빠르게 심사해 달라는 고객의 요청을 당사가 거부하는 경우.
- 의료서비스에 대한 고객의 요청을 심사하기 위해 추가 시간이 필요하다고 당사가 결정하는 경우.
- 거부된 의료 서비스에 대한 고객의 이의 신청을 심사하기 위해 추가 시간이 필요하다고 당사가 결정하는 경우.
- 고객이 자신의 건강에 즉각적이고 중대한 위험이 되는 긴급한 문제가 있는 경우
- Medicare Part D 관련 불만은 고객이 불만을 제기하고 싶은 문제를 겪은 후 휴일 포함 반드시 60일 이내에 제기되어야 합니다. 기타 모든 유형의 불만은 반드시 고객이 불만족을 느낀 사건 및 행동 발생 당일로부터 언제든지 당사 또는 해당 서비스 제공자에 접수되어야 합니다.
- 당사가 고객의 불만을 영업일로 다음 날까지 해결하지 못하면, 고객은 고객의 불만서를 당사가 수령한 날로부터 휴일 포함 5일 안에 당사가 이를 수령했다는 내용의 편지를 보내드릴 것입니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



당사가 “빠른 보장 결정” 또는 “빠른 이의 신청”을 위한 고객의 요청을 거부했기 때문에 고객이 불만을 제기하고 있다면, 당사는 자동으로 고객에게 “빠른 불만” 접수권한을 부여하고 24시간 안에 고객의 불만에 답변해야 합니다. 건강에 즉각적이고 중대한 위험이 될 긴급한 문제가 있는 경우, 고객은 “빠른 불만” 접수권한을 요청할 수 있으며 당사는 72시간 안에 답변할 것입니다.

“빠른 불만”에 해당하는 **법률 용어**는 “**빠른 불만 제기(expedited grievance)**”입니다.

가능하면 당사는 귀하에게 즉시 답변할 것입니다. 고객이 당사로 전화로 불만을 제기하면 당사는 그 통화에서 고객에게 답변을 줄 수도 있습니다. 고객의 건강 상태 때문에 당사가 빠르게 답변해야 한다면 당사는 그렇게 할 것입니다.

- 대부분의 불만은 휴일 포함 30 일 안에 답변됩니다. 당사가 더 많은 정보를 필요로 하여 30 일 이내에 결정을 내리지 못할 경우, 서면으로 고객에게 통지할 것입니다. 당사는 또한 진행 상태 소식과 예상 답변 시간을 제공할 것입니다.
- 당사가 “빠른 보장 결정” 또는 “빠른 이의 신청”을 위한 고객의 요청을 거부했기 때문에 고객이 불만을 제기하고 있다면, 당사는 자동으로 고객에게 “빠른 불만” 접수권한을 부여하고 24 시간 안에 고객의 불만에 답변해야 합니다.
- 당사가 보장 결정을 내리는 데 추가 시간이 소요되어 가입자가 불만을 접수하신 경우, 당사는 자동으로 “빠른 불만”을 제공하여 24 시간 이내에 가입자의 불만에 답변을 드립니다.
- 당사가 가입자의 불만의 일부 또는 전부에 **동의하지** 않으면, 가입자에게 이를 알려 드리고 이유를 설명합니다. 당사는 불만에 동의하든 안 하든 답변을 드립니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)을 참조해 주십시오.



### J3. 외부 불만

#### **고객의 불만을 Medicare 에도 제기할 수 있습니다**

가입자는 불만을 Medicare 에 보내실 수 있습니다. Medicare 불만 제기 양식은 다음에서 받으실 수 있습니다. [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx)

Medicare 는 가입자의 불만을 중요하게 생각하며 이러한 정보는 Medicare 프로그램 품질을 개선하는 데 사용됩니다.

다른 의견이나 우려 사항이 있거나 플랜에서 본인의 문제를 다루지 않고 있다고 생각하시는 경우, 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 로 문의해 주십시오. 통화는 무료입니다.

#### **고객은 고객의 불만을 Medi-Cal 에도 말할 수 있습니다.**

Cal MediConnect Ombuds 프로그램에서도 당사 가입자들이 당사가 제공해야 하는 모든 제공 서비스를 받는지 확인하기 위해 중립적 견지에서 문제 해결을 돕습니다. Cal MediConnect Ombuds 프로그램은 당사 또는 어떤 보험회사나 건강플랜과도 관계가 없습니다.

Cal MediConnect Ombuds 프로그램 전화번호는 1-855-501-3077 번입니다. 본 서비스는 무료입니다.

#### **California 보건 관리부에 불만을 접수하실 수 있습니다.**

California 보건 관리부(DMHC)에서는 건강 보험을 규제하고 있습니다. 가입자는 DMHC 지원 센터에 연락하여 Medi-Cal 서비스 관련 불만에 대한 도움을 받으실 수 있습니다. 긴급한 문제가 수반된 불만 또는 건강에 즉각적이고 심각한 위협을 주는 불만과 관련하여 도움이 필요하신 경우, 극심한 통증이 있는 경우, 불만에 대한 당사 플랜의 결정에 동의하지 않는 경우, 30 일이 지난 후에도 당사 플랜이 불만을 해결하지 못한 경우, DMHC 에 문의하실 수 있습니다.

지원 센터의 도움을 받을 수 있는 두 가지 방법은 다음과 같습니다.

- 1-888-466-2219 번으로 전화해 주십시오. 청각 장애가 있거나 청력에 어려움이 있는 분들은 TDD 번호, 무료전화 1-877-688-9891 로 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
- 보건 관리부 웹사이트([www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov))를 참조해 주십시오.

#### **가입자는 인권 사무국에 불만을 제기하실 수 있습니다**

고객이 공정하게 대우받지 못했다고 생각된다면 보건 복지국(Department of Health and Human Services)에 불만을 접수할 수 있습니다. 예를 들면, 장애 관련 또는 언어 관련 보조에 대한 "불만 제기"를 하실 수 있습니다. 인권 사무소 전화번호는 1-800-368-1019 입니다. TTY 사용자는 1-800-537-7697 번으로 문의해 주십시오. 자세한 내용은 [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr) 에서도 확인하실 수 있습니다.

---

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



지역 인권 사무국으로 연락하실 수도 있습니다.

Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health and Human Services  
90 7th Street, Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103  
전화: 1-800-368-1019  
TTY: 1-800-537-7697  
팩스: 1-202-619-3818

또한 가입자는 미국 장애인법(Americans with Disability Act) 및 언루 인권법(Unruh Civil Rights Act)에 따른 권리를 갖고 있습니다. Cal MediConnect Ombuds 프로그램에 지원을 문의하실 수 있습니다. 전화번호는 1-855-501-3077 입니다.

### 고객은 품질 개선 기관에 불만을 접수할 수 있습니다

불만이 케어의 품질에 대한 것이면 고객은 2 가지 선택 사항이 있습니다.

- 가입자가 원하시면, 치료의 품질에 대한 불만을 당사에 접수하지 않고 품질 개선 조직에 직접 접수하실 수 있습니다.
- 또는 당사와 품질 개선 기관에 불만을 제기할 수 있습니다. 가입자가 불만을 이 조직에 접수하시면, 당사는 불만 해결을 위해 그들과 협력할 것입니다.

품질 개선 조직은 Medicare 환자들이 받는 치료를 점검하고 개선하도록 연방 정부가 보수를 지급하는 현역 의사와 기타 의료 전문가로 이루어진 집단입니다. 품질 개선 조직에 대한 자세한 내용은 2 장, 섹션 F, 31 페이지를 참조하십시오.

California 품질 개선 조직의 명칭은 Livanta 입니다. Livanta 전화번호는 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668)번입니다.

---

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## 10장: 당사 Cal MediConnect 플랜에서 탈퇴하기

### 개요

본 장은 가입자가 Cal MediConnect 에서 탈퇴하는 방법과 플랜을 탈퇴한 후에 가입자가 갖는 건강 보험 보장 옵션에 대해 다룹니다. 당사 플랜을 탈퇴해도 자격이 되시는 한 Medicare 및 Medi-Cal 프로그램에 계속 남아있게 됩니다. 주요 용어와 정의는 *가입자 안내서*의 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

### 목차

A. 당사 Cal MediConnect 플랜에서 탈퇴할 수 있는 시기 .....	247
B. 당사 Cal MediConnect 플랜에서 탈퇴하는 방법.....	248
C. 다른 Cal MediConnect 플랜에 가입하는 방법 .....	249
D. Medicare 와 Medi-Cal 서비스를 별개로 받는 방법 .....	250
D1. Medicare 서비스를 받는 방법 .....	250
D2. Medi-Cal 서비스를 받는 방법.....	253
E. 가입자 자격이 종료될 때까지 본 플랜을 통해 의료 서비스와 의약품 받기 .....	253
F. 당사의 Cal MediConnect 플랜 가입자 자격이 종료되는 기타 상황 .....	254
G. 건강 관련 이유로 당사의 Cal MediConnect 플랜에서 탈퇴하도록 요구할 경우 적용되는 규정 .....	255
H. 당사가 본 플랜에서 가입자격을 종료시켰을 때 불만을 제기할 귀하의 권리 .....	256
I. 귀하의 플랜 가입자자격을 종료시키는 데 관해 자세한 정보를 얻는 방법 .....	256

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)을 참조해 주십시오.



## A. 당사 Cal MediConnect 플랜에서 탈퇴할 수 있는 시기

다른 Medicare Advantage 플랜에 가입하거나 다른 Cal MediConnect 플랜에 가입하거나 Original Medicare 로 변경함으로써 해당 연도 중에 언제든지 Health Net Cal MediConnect 플랜(Medicare-Medicaid 플랜) 가입을 종료하실 수 있습니다.

가입자 자격은 보통 플랜을 변경하려는 가입자의 요청을 당사가 접수한 달의 마지막 날에 종료됩니다. 예를 들어 고객의 요청을 당사가 1 월 18 일에 받았다면, 당사 플랜 보장은 1 월 31 일에 끝납니다. 고객의 새 보장은 다음 달 첫째 날(위 예시에서는 2 월 1 일)에 시작됩니다.

당사 플랜에서 탈퇴하면, 다른 Cal MediConnect 플랜을 선택하지 않는 한 귀하는 Medi-Cal 서비스를 위해 선택한 Medi-Cal 관리 의료 플랜에 등록되어 있을 것입니다. 당사 플랜을 탈퇴해도 Medicare 등록 옵션을 선택할 수 있습니다. 당사 플랜을 탈퇴하시면, 다음 정보를 받으실 수 있습니다.

- 섹션 D1, 250 페이지 표에 있는 Medicare 옵션.
- 섹션 D2, 253 페이지에 있는 Medi-Cal 서비스.

다음으로 연락하시면 탈퇴 방법에 대한 자세한 정보를 받으실 수 있습니다.

- 가입자 서비스부에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주시요. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다.
- 월요일~금요일 오전 8 시~오후 6 시, 건강 관리 옵션(Health Care Options), 1-844-580-7272. TTY 사용자는 1-800-430-7077 번으로 문의해 주십시오.
- 월요일~금요일 오전 8 시~오후 5 시, State Health Insurance Assistance 프로그램(SHIP), California Health Insurance Counseling and Advocacy 프로그램(HICAP), 1-800-434-0222. 자세한 정보가 필요하시거나 지역 HICAP 사무소를 확인하시려면, [www.aging.ca.gov/HICAP/](http://www.aging.ca.gov/HICAP/)를 참조해 주십시오.
- Cal MediConnect Ombuds 프로그램 1-855-501-3077, 월~금 오전 9:00~오후 5:00. TTY 사용자는 1-855-847-7914 로 문의해 주십시오.
- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare 에 연중무휴 24 시간 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화해 주십시오.

**유의사항:** 의약품 관리 프로그램에 참여하시는 경우, 플랜을 변경하실 수 없습니다. 의약품 관리 프로그램에 대한 내용은 5 장, 섹션 G, 136 페이지를 참조하십시오.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주시요. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## B. 당사 Cal MediConnect 플랜에서 탈퇴하는 방법

가입자가 탈퇴하기로 결정하시면, Medi-Cal 이나 Medicare 에 Health Net Cal MediConnect 에서 탈퇴하고 싶다고 말씀해 주십시오.

- Health Care Options 1-844-580-7272, 월요일~금요일 오전 8:00~오후 6:00. TTY 사용자는 1-800-430-7077 로 문의해 주십시오. 또는
- 연중무휴 24 시간 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare 에 문의해 주십시오. TTY 사용자(난청 또는 언어 장애인)는 1-877-486-2048 로 문의해 주십시오. 1-800-MEDICARE 에 연락하시면 다른 Medicare 건강 또는 의약품 플랜에도 가입하실 수 있습니다. 당사 플랜 탈퇴 시 Medicare 서비스에 관한 자세한 내용은 250 페이지 차트에 제시되어 있습니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.





---

## C. 다른 Cal MediConnect 플랜에 가입하는 방법

단일 플랜을 통해 고객님의 Medicare 및 Medi-Cal 혜택을 함께 계속해서 받기 원한다면 고객은 다른 종류의 Cal MediConnect 플랜에 가입할 수 있습니다.

다른 종류의 Cal MediConnect 플랜에 가입하려면

- 월요일~금요일 오전 8 시~오후 6 시에 1-844-580-7272 번으로 건강 관리 옵션에 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-800-430-7077 번으로 문의해 주십시오. 문의해서 Health Net Cal MediConnect 에서 탈퇴하고 다른 종류의 Cal MediConnect 플랜에 가입하고 싶다고 해 주십시오. 어떤 플랜에 가입해야 할지 가입자가 잘 모를 경우, 담당자가 거주 지역에 있는 다른 플랜에 대해 설명해 드릴 것입니다.

Health Net Cal MediConnect 의 가입자 보장은 가입자의 요청을 당사가 접수한 달의 마지막 날에 종료됩니다.

---

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)을 참조해 주십시오.



## D. Medicare 와 Medi-Cal 서비스를 별개로 받는 방법

고객이 Health Net Cal MediConnect 에서 탈퇴한 뒤에 다른 종류의 Cal MediConnect 플랜 가입을 원치 않는다면, 고객은 다시 Medicare, Medi-Cal 서비스를 각각 별개로 받습니다.

### D1. Medicare 서비스를 받는 방법

고객은 Medicare 혜택에 대한 선택 가능한 옵션이 있습니다.

Medicare 서비스를 받을 수 있는 세 가지 옵션이 있습니다. 이 중 하나의 옵션을 선택하시면 가입자는 자동으로 당사 Cal MediConnect 플랜에서 탈퇴하게 됩니다.

<p><b>1. 다음 프로그램으로 변경하실 수 있습니다.</b></p> <p><b>Medicare Advantage 플랜과 같은 Medicare 건강보험 또는 자격 요건을 충족하고 서비스 지역 내에 거주하는 경우, 노인을 위한 포괄적 진료 프로그램(PACE)</b></p> <p><b>이 차트는 다음 페이지로 계속됩니다.</b></p>	<p><b>아래와 같이 하시면 됩니다.</b></p> <p>연중무휴 24 시간 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 Medicare 에 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화해 주십시오.</p> <p>PACE 에 관한 질문에 대해서는 1-855-921-PACE(7223)로 문의해 주십시오.</p> <p>도움이나 자세한 내용이 필요하신 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 5 시에 1-800-434-0222 번으로 California Health Insurance Counseling and Advocacy 프로그램(HICAP)에 문의해 주십시오. 자세한 내용이 필요하거나 지역 내 HICAP 사무소를 확인하시려면 <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>를 참조해 주십시오.</li> </ul> <p>신규 플랜의 보장이 시작될 때 가입자는 자동으로 Health Net Cal MediConnect 플랜에서 탈퇴됩니다.</p>
---	---

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)을 참조해 주십시오.





<p><b>(계속)</b></p> <p><b>3. 다음 프로그램으로 변경하실 수 있습니다.</b></p> <p><b>별도의 Medicare 처방약 플랜이 없는 Original Medicare</b></p> <p><b>유의사항:</b> Original Medicare 로 전환하고 별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입하지 않으신 경우, 귀하가 Medicare 측에 등록을 원치 않는다고 알리지 않는 한, Medicare 에서 귀하를 의약품 플랜에 가입시킬 수 있습니다.</p> <p>가입자가 고용주나 조합 등 다른 출처로부터 의약품 보장을 받는 경우, 처방약 보장만 제외하셔야 합니다. 의약품 보장에 관한 질문이 있으시면, 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 5 시 사이에 California Health Insurance Counseling and Advocacy 프로그램(HICAP)에 1-800-434-0222 번으로 문의해 주십시오. 자세한 내용이 필요하거나 지역 내 HICAP 사무소를 확인하시려면 <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>를 참조해 주십시오.</p>	<p><b>아래와 같이 하시면 됩니다.</b></p> <p>연중무휴 24 시간 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 Medicare 에 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화해 주십시오.</p> <p>도움이나 자세한 내용이 필요하신 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 5 시에 1-800-434-0222 번으로 California Health Insurance Counseling and Advocacy 프로그램(HICAP)에 문의해 주십시오. 자세한 내용이 필요하거나 지역 내 HICAP 사무소를 확인하시려면 <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>를 참조해 주십시오.</li> </ul> <p>Original Medicare 보장이 시작될 때 가입자는 자동으로 Health Net Cal MediConnect 플랜에서 탈퇴됩니다.</p>
--	--

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)을 참조해 주십시오.



## D2. Medi-Cal 서비스를 받는 방법

당사 Cal MediConnect 플랜을 탈퇴하시면, 귀하는 선택하신 Medi-Cal 관리의료 플랜에 가입됩니다.

Medi-Cal 서비스에는 대부분의 장기 일상 서비스 및 지원, 행동 건강 서비스가 포함됩니다.

당사 Cal MediConnect 플랜의 가입자 자격 종료를 요청하실 때, 건강관리 옵션(Health Care Options) 부서에 어떤 Medi-Cal 관리의료 플랜에 가입하고 싶은지 알려셔야 합니다.

- 월요일~금요일 오전 8 시~오후 6 시에 1-844-580-7272 번으로 건강 관리 옵션에 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-800-430-7077 번으로 문의해 주십시오. 문의해서 Health Net Cal MediConnect 에서 탈퇴하고 Medi-Cal 관리 의료 플랜에 가입하고 싶다고 말씀해 주십시오. 어떤 플랜에 가입해야 할지 가입자가 잘 모를 경우, 담당자가 거주 지역에 있는 다른 플랜에 대해 설명해 드릴 것입니다.

가입자가 당사 Cal MediConnect 플랜에서 탈퇴하실 때, 새 가입자 ID 카드, 새 *가입자 안내서*, Medi-Cal 보장에 대한 새 *서비스 제공자 및 약국 명부*가 제공됩니다.

---

## E. 가입자 자격이 종료될 때까지 본 플랜을 통해 의료 서비스와 의약품 받기

가입자가 Health Net Cal MediConnect 를 탈퇴하시면, 가입자 자격이 종료되고 가입자의 새 Medicare 및 Medi-Cal 보장이 시작되기까지는 시간이 걸릴 수 있습니다. 자세한 내용은 섹션 A, 247 페이지를 참조해 주십시오. 이 기간에 가입자는 당사 플랜을 통해 의료 및 처방약을 계속해서 받으시게 됩니다.

- **가입자의 처방약을 조제받으시려면 당사 네트워크 약국을 이용하셔야 합니다.**  
일반적으로 처방약은 당사의 우편 주문 약국 서비스를 이용하거나 네트워크 소속 약국에서 처방전을 제출한 경우에만 보장됩니다.
- **가입자 자격이 종료되는 날 입원하시게 되었다면, 가입자의 병원 입원은 보통 퇴원하실 때까지 Cal MediConnect 플랜에서 보장합니다.** 이는 새 건강 보장이 가입자가 퇴원하시기 전에 시작된다 해도 마찬가지입니다.

---

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## F. 당사의 Cal MediConnect 플랜 가입자 자격이 종료되는 기타 상황

다음은 Health Net Cal MediConnect 가 본 플랜에서 가입자의 가입자 자격을 종료해야 하는 상황들입니다.

- 가입자의 Medicare Part A 및 Part B 보장이 중단된 시점이 있는 경우.
- 더 이상 Medi-Cal 자격이 없는 경우. 당사의 플랜은 Medicare 와 Medi-Cal 모두에 대해 적격한 사람들을 위해 제공됩니다. California 주 또는 Medicare 는 Health Net Cal MediConnect 플랜에서 가입자를 등록 취소하게 되며 가입자의 플랜은 Original Medicare 로 다시 변경됩니다. 가입자가 Medicare Part D 처방약 지불에 대한 Extra Help 를 받으시는 경우, CMS 는 가입자를 Medicare 처방약 플랜에 자동 가입시킵니다. 가입자가 나중에 다시 Medi-Cal 에 대해 자격을 갖추고 Health Net Cal MediConnect 에 재가입하기 원하시는 경우, 월요일~금요일 오전 8 시~오후 5 시에 1-844-580-7272 번으로 Health Care Options 에 연락하셔야 합니다. TTY 사용자는 1-800-430-7077 번으로 연락하셔야 합니다. 그들에게 Health Net Cal MediConnect 에 재가입하고 싶다고 말해 주십시오.
- 가입자가 서비스 지역 밖으로 이사할 경우.
- 가입자가 당사의 서비스 지역을 6 개월 넘게 벗어나는 경우.
  - 가입자는 장기간 출타 또는 여행을 간다면 가려는 곳이 본 플랜의 서비스 지역에 속하는지 여부를 가입자 서비스부에 전화해서 알아볼 필요가 있습니다.
- 고객이 형사 범죄 때문에 구치소나 감옥에 가는 경우.
- 고객이 처방약 보장을 제공하는 다른 보험에 가입한 사실에 대하여 거짓말을 하거나 관련 정보를 제공하지 않는 경우.
- 고객이 미국 시민이 아니거나 미국에 합법적으로 있지 않는 경우.
  - 귀하는 당사 플랜의 가입자가 되려면 미국 시민이거나 합법적으로 미국에 있어야 합니다.
  - Centers for Medicare & Medicaid Services 는 가입자가 이런 기준에서 계속 가입자일 수 있는 자격이 없는지를 당사로 통지할 것입니다.
  - 고객이 이런 요건을 충족하지 않으면 당사는 고객을 등록 해제해야 합니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



더 이상 Medi-Cal 자격자가 아니거나 상황이 변동되어 Cal MediConnect 의 유자격자가 아닐 경우, 추가로 두 달 동안 Health Net Cal MediConnect 로부터 계속해서 혜택을 받을 수 있습니다. 귀하가 자신을 여전히 유자격자라고 생각하시는 경우, 이 추가 기간에 자신의 가입자격 정보를 정정할 수 있습니다. 고객은 자신의 가입 자격 정보를 정정하는 지침서가 첨부된 자격 변경에 관한 편지를 당사로부터 받게 됩니다.

- Health Net Cal MediConnect 의 가입자로 계속 남으시려면 이 두 달의 추가 기간의 마지막 날까지 다시 자격을 갖추어야 합니다.
- 이 두 달 기간의 끝까지 자격을 회복하지 못하면 Health Net Cal MediConnect 로부터 가입 해지되실 것입니다.

당사는 우선 Medicare 와 Medi-Cal 의 허가를 받아야만 아래 이유로 귀하를 당사 플랜에서 탈퇴시킬 수 있습니다.

- 귀하가 본 플랜에 가입할 때 의도적으로 부정확한 정보를 제공하고 그 정보가 본 플랜에 대한 귀하의 적격에 영향을 주는 경우.
- 가입자가 가입자과 본 플랜의 다른 가입자들에게 당사가 의료 서비스를 제공하는 데 지장을 주는 식으로 계속 행동하는 경우.
- 가입자가 다른 사람이 가입자의 ID 카드를 사용해 의료 서비스를 받는 것을 허락하는 경우.
  - 당사가 이런 이유 때문에 가입자 자격을 종료시키면, Medicare 는 감사관을 시켜 가입자의 사례를 조사할 수 있습니다.

## G. 건강 관련 이유로 당사의 Cal MediConnect 플랜에서 탈퇴하도록 요구할 경우 적용되는 규정

건강 관련 이유 때문에 본 플랜을 탈퇴하라는 요구를 받는다고 생각되시면 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 **Medicare 에 문의**해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화해 주십시오. 연중무휴 24 시간 연락하실 수 있습니다.

또한 월요일~금요일 오전 9 시~오후 5 시에 1-855-501-3077 번으로 **Cal MediConnect Ombuds 프로그램에 연락**하셔야 합니다. TTY 사용자는 1-855-847-7914 번으로 문의하셔야 합니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## H. 당사가 본 플랜에서 가입자격을 종료시켰을 때 불만을 제기할 귀하의 권리

당사가 Cal MediConnect 플랜에서 가입자의 가입자 자격을 종료시키는 경우, 당사는 가입자의 가입자 자격을 종료시키는 당사의 사유를 서면으로 가입자에게 알려야 합니다. 또한 당사는 가입자 자격을 종료하기로 한 당사의 결정에 대하여 가입자가 고충 사항을 제기하거나 불만을 접수하는 방법도 설명해 드려야 합니다. 또한 불만을 접수하는 방법에 대해서는 9 장, 섹션 J, 245 페이지를 참조하실 수 있습니다.

## I. 귀하의 플랜 가입자자격을 종료시키는 데 관해 자세한 정보를 얻는 방법

가입자는 본인의 가입자 자격을 언제 종료할 수 있는지에 대한 의문이 있거나 추가 정보가 필요하면 아래와 같이 할 수 있습니다.

- 가입자 서비스부에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다.
- 월요일~금요일 오전 8 시~오후 6 시에 1-844-580-7272 번으로 건강 관리 옵션에 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-800-430-7077 번으로 문의해 주십시오.
- 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 5 시에 1-800-434-0222 번으로 California 건강보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP)에 문의해 주십시오. 자세한 내용이 필요하거나 지역 내 HICAP 사무소를 확인하시려면 [www.aging.ca.gov/HICAP/](http://www.aging.ca.gov/HICAP/)를 참조해 주십시오.
- 월요일~금요일 오전 9 시~오후 5 시에 1-855-501-3077 번으로 MediConnect Ombuds 프로그램에 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-855-847-7914 로 문의해 주십시오.
- 연중무휴 24 시간 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare 에 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화해 주십시오.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)을 참조해 주십시오.





## 11장: 법적 고지

---

### 개요

본 장에는 Health Net Cal MediConnect 의 가입자 자격에 적용할 수 있는 법적 고지가 포함되어 있습니다. 주요 용어와 정의는 *가입자 안내서*의 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

### 목차

A. 법률 관련 주의사항.....	258
B. 차별 금지에 관한 공지.....	258
C. 이차 지불인으로서 Medicare 와 최후 방편 지불인으로서 Medi-Cal 에 대한 통지.....	259
D. 독립 계약자.....	259
E. 보건 플랜 사기.....	259
F. Health Net Cal MediConnect 의 통제를 벗어난 상황.....	260

---

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주시요. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)을 참조해 주십시오.



## A. 법률 관련 주의사항

본 *가입자 안내서*에는 많은 법규들이 적용됩니다. 그 법규들이 이 안내서에 포함되어 있지 않거나 설명되어 있지 않더라도 그 법규들은 귀하의 권리와 책임에 영향을 줄 수 있습니다. 본 안내서에 적용되는 주요 법규들은 Medicare 및 Medi-Cal 프로그램에 관한 연방정부 법규들입니다. 기타 연방 및 주 법규들도 적용될 수 있습니다.

## B. 차별 금지에 관한 공지

Medicare 및 Medi-Cal 과 함께 일하는 모든 기업이나 기관은 차별이나 부당한 처우로부터 가입자를 보호하는 법률을 준수해야 합니다. 당사는 연령, 클레임 경험, 피부색, 인종, 보험 증거, 젠더, 유전자 정보, 서비스 지역 내 지리적 위치, 건강 상태, 병력, 정신적 또는 신체적 장애, 출신 국가, 인종, 종교, 성별을 이유로 가입자를 차별하거나 다르게 대우하지 않습니다. 또한, 당사는 가입자의 혈통, 결혼 여부, 성적 정체성 또는 성적 취향을 이유로 차별하거나 다르게 대우하지 않습니다.

차별 또는 부당한 처우에 관한 자세한 정보가 필요하시거나 우려 사항이 있으신 경우:

- 보건 복지부(Department of Health and Human Services) 인권 사무국(Office for Civil Rights) 1-800-368-1019 로 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-800-537-7697 번으로 문의해 주십시오. 자세한 내용은 [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr) 에서도 확인하실 수 있습니다.
- 다음으로 지역 인권 사무국에 문의해 주십시오.

Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health and Human Services  
90 7th Street, Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103  
전화: 1-800-368-1019  
TTY: 1-800-537-7697  
팩스: 1-202-619-3818

장애로 인해 건강 보험 서비스나 서비스 제공자를 이용하는 데 도움이 필요한 경우, 가입자 서비스부에 문의해 주십시오. 가입자가 휠체어 접근 문제 같은 불만이 있는 경우, 가입자 서비스부가 도움을 드릴 수 있습니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## C. 이차 지불인으로서 Medicare 와 최후 방편 지불인으로서 Medi-Cal 에 대한 통지

때로 당사가 가입자에게 제공한 서비스에 대해 다른 사람이 우선 지불해야 합니다. 예를 들어 고객이 차 사고를 당했거나 직장에서 다친 경우, 보험 회사 또는 직장 상해 보험에서 먼저 지불해야 합니다.

당사는 Medicare 가 일차 지불인이 아닌 보장되는 Medicare 서비스에 대하여 징수할 권리와 책임이 있습니다.

Cal MediConnect 프로그램은 제 3 자의 가입자 건강 보험 서비스 제공에 관한 주 및 연방 법률과 규정을 준수합니다. 당사는 Medi-Cal 프로그램이 최종 지불인이 될 수 있도록 타당한 모든 노력을 기울입니다.

## D. 독립 계약자

Health Net Cal MediConnect와 각각의 참여 서비스 제공자 간의 관계는 독립 계약자 관계입니다. 참여 서비스 제공자는 Health Net의 직원이나 기관이 아니고, Health Net과 Health Net의 직원도 참여 서비스 제공자의 직원이나 기관이 아닙니다. 어떤 경우에도 Health Net은 참여하는 의사나 병원 또는 기타 건강 의료 서비스 제공자의 태만이나 부당행위, 부작위에 대해 책임을 지지 않습니다. 참여하는 의사는 Health Net이 아니라 가입자와의 사이에서 의사-환자 관계를 유지합니다. Health Net은 건강 의료 제공자가 아닙니다.

## E. 보건 플랜 사기

보건 플랜 사기는 의료 서비스 제공자, 가입자, 직원, 그들의 대행자에 의한 속임이나 허위진술이라고 정의됩니다. 이것은 기소될 수 있는 중죄입니다. 예를 들어, 허위 진술을 포함하는 클레임을 제출하는 등 의료 플랜에 대한 사기 행위에 고의적으로 가담하는 경우 건강 보험 사기죄가 적용됩니다.

지불청구서나 혜택설명서에 적힌 청구액에 대하여 우려사항이 있으면, 또는 불법활동을 알거나 의심되면, 본 플랜의 무료 Fraud Hotline(사기 응급전화) 1-800-977-3565(TTY: 711)번으로 전화하십시오. Fraud Hotline(사기 응급전화)은 연중무휴 24시간 운영합니다. 모든 통화 내용은 엄격하게 비밀이 유지됩니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



## F. Health Net Cal MediConnect의 통제를 벗어난 상황

자연 재해나 전쟁, 폭동, 민란, 전염병 유행, 시설의 완전한 또는 부분적 파괴, 원자폭탄 폭발 또는 기타 핵에너지 방출, 주요 의료 단체 직원의 장애, 비상사태 또는 그 외 당사가 통제할 수 없는 기타 유사한 사건으로 인해 본 *가입자 안내서*에 의거한 서비스나 혜택을 Health Net의 시설이나 인력을 이용하여 제공하거나 주선하지 못하는 범위 내에서 해당 서비스나 혜택을 제공할 Health Net의 의무는 Health Net의 시설이나 인력의 현재의 가용성 내에서 그런 서비스나 혜택을 제공하거나 그 제공을 주선하기 위해 신의 성실의 노력을 한다는 요건으로 국한되어야 합니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)을 참조해 주십시오.



## 12장: 중요 단어 정의

---

### 개요

본 장에는 *가입자 안내서*에 사용된 핵심 용어와 그 정의가 포함되어 있습니다. 용어는 알파벳 순서로 수록되어 있습니다. 찾는 용어가 없거나 포함된 정의 이상의 정보가 필요하시면, 가입자 서비스부에 연락해 주십시오.

---

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)을 참조해 주십시오.



**일상 생활 활동(ADL):** 식사하기, 화장실 이용하기, 옷 입기, 목욕하기, 양치질하기 등 일상생활에서 하는 일들.

**계류 중 지불 보조:** 가입자는 1단계 이의 신청이나 주 공청회 결정을 기다리는 동안 계속 혜택을 받으실 수 있습니다(자세한 내용은 9장, 섹션 E3, 202 페이지 참조). 이와 같은 계속되는 보장을 “계류 중 지불 보조”라 부릅니다.

**외래 수술 센터:** 입원 치료가 필요하지 않은 환자 및 24 시간 이상의 치료가 필요할 것으로 예상되지 않는 환자에게 외래 환자 수술을 제공하는 시설.

**이의 신청:** 가입자 생각에 당사가 실수를 했을 경우 당사의 조치에 이의를 신청하는 방법. 가입자는 이의 신청을 제기함으로써 당사에 보장 결정 변경을 요청하실 수 있습니다. 9 장, 섹션 D, 195 페이지에 이의 신청 방법을 포함한 이의 신청에 관한 설명이 나와 있습니다.

**행동 건강:** 정신 건강 및 약물 남용 장애를 지칭하는 포괄적인 용어.

**유명 상표약:** 해당 의약품의 처음 만든 회사가 제조하여 판매하는 처방약. 유명 상표약은 해당 의약품의 복제약과 동일한 성분을 갖고 있습니다. 복제약은 통상적으로 다른 제약 회사가 제조하고 판매합니다.

**Cal MediConnect:** 가입자의 Medicare 및 Medi-Cal 혜택을 하나의 건강 보험으로 제공하는 프로그램. 한 장의 가입자 ID 카드로 모든 혜택을 누리실 수 있습니다.

**케어 코디네이터:** 귀하가 필요로 하는 진료를 받으실 수 있도록 귀하, 건강 보험 및 의료 서비스 제공자와 함께 일하는 한 명의 주요 담당자.

**의료 플랜:** “개별 진료 플랜”을 참조하십시오.

**진료 플랜 선택 서비스(Care Plan Optional Services, CPO Services):** 가입자의 개별진료 플랜(ICP)에 따라 선택할 수 있는 추가 서비스. 이러한 서비스들은 가입자가 Medi-Cal 하에 받도록 승인된 장기 일상 서비스 및 지원을 대체하고자 의도된 것은 아닙니다.

**의료팀:** “융합 진료 팀”을 참조하십시오.

**재난 보장 단계:** Part D 의약품 혜택 중 본 플랜이 연말까지 귀하의 의약품에 대한 모든 비용을 지불하는 단계. 가입자가 처방약 구매 한도 \$7,050 에 도달하는 시점부터 이 단계가 시작됩니다.

**Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS):** Medicare 를 담당하는 연방 정부 기관. CMS 에 연락하는 방법은 2 장, 섹션 G, 32 페이지에 설명되어 있습니다.

**지역 사회 기반 성인 서비스(CBAS):** 외래 환자, 시설 기반 서비스 프로그램으로 전문 간호 진료, 사회 보장 서비스, 작업 치료 및 언어 치료, 개인 관리, 가족/간병인 교육 및 지원, 영양 서비스, 이송, 해당하는 자격 요건 기준에 부합하는 가입자에게 제공되는 기타 서비스.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주시요. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



**불만:** 보장 서비스나 진료에 대한 문제나 우려 사항을 제기하는 서면 또는 구두 진술. 여기에는 서비스 품질, 진료 품질, 당사 네트워크 서비스 제공자 또는 당사 네트워크 약국에 대한 우려 사항이 포함됩니다. “불만 접수(making a complaint)”의 공식 이름은 “고충 사항 제기(filing a grievance)”입니다.

**종합 외래 환자 재활 시설(CORF):** 주로 질병, 사고, 주요 수술 후 재활 서비스를 제공하는 시설. 여기서는 물리 치료, 사회적 또는 심리적 서비스, 호흡기 치료, 작업 치료, 언어 치료, 가정 환경 평가 서비스를 제공합니다.

**자기부담금:** 특정 처방약을 받을 때마다 가입자의 부담액으로 지불하는 고정 금액. 예를 든다면 일정 처방약에 대해 \$2 또는 \$5 를 지불하는 것을 말합니다.

**비용 부담:** 특정 처방약을 이용할 때 가입자가 지불해야 하는 금액. 비용 부담은 자기부담금을 포함합니다.

**비용 부담 범주:** 자기부담금이 동일한 의약품 그룹. *보장 의약품 목록*(의약품 목록이라고도 함)의 모든 의약품은 세 가지 비용 부담 범주 중 하나에 해당합니다. 일반적으로 비용 부담 범주가 높을수록 가입자가 부담하는 의약품 비용이 높습니다.

**보장 결정:** 당사가 보장하는 혜택 결정. 여기에는 보장 의약품이나 서비스 또는 귀하의 건강 서비스에 대해 당사가 지불하는 금액에 대한 결정이 포함됩니다. 보장 결정을 요청하는 방법은 9 장, 섹션 D, 195 페이지에 설명되어 있습니다.

**보장 의약품:** 당사 플랜에서 보장하는 모든 처방약과 비처방(OTC)약을 뜻하는 용어.

**보장 서비스:** 모든 의료, 장기 일상 서비스 및 지원, 공급분, 처방약 및 비처방약, 장비, 기타 플랜이 보장하는 서비스를 뜻하는 당사의 일반 용어.

**문화적 역량 훈련:** 귀하의 배경과 가치, 신념을 잘 이해하고 사회적, 문화적, 언어적 필요에 부합하는 서비스를 제공할 수 있도록 당사 의료 서비스 제공자들에게 제공하는 추가 교육.

**일일 비용 부담률:** 담당 의사가 가입자에게 의약품의 한 달 공급분보다 적게 처방했을 때 가입자가 자기부담금을 지불해야 하는 경우에 적용되는 비율. 일일 비용 부담률은 자기부담금을 1 개월 공급분의 일수로 나눈 것입니다.

다음은 이에 대한 예입니다. 예를 들어 가입자의 1 개월분(30 일분) 의약품에 대한 자기부담금이 \$1.35 라고 가정해 보겠습니다. 이것은 가입자가 하루에 의약품 비용으로 지불하는 금액이 \$0.05 미만이라는 뜻입니다. 따라서 가입자가 7 일분 의약품을 처방받는 경우에 지불하게 되는 총 금액은 하루 \$0.05 미만의 금액에 7 일을 곱한 금액인 \$0.35 미만이 됩니다.

**건강의료 서비스(Department of Health Care Services, DHCS): Medicaid 프로그램** (California 에서 Medi-Cal 이라 함)을 관리하는 California 주 정부 부서이며 본 안내서에서는 일반적으로 “주”라고 지칭합니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



**관리보건부(Department of Managed Health Care, DMHC):** 건강 보험 규제를 담당하는 California 주의 주 정부 부서. DMHC 에서는 Cal MediConnect 에 등록된 분들의 Medi-Cal 서비스에 대한 이의 신청 및 불만 신청을 도와 드립니다. DMHC 는 또한 독립 의료 심사(IMR)를 실시합니다.

**탈퇴:** 가입자의 당사 플랜 가입자 자격 종료 절차. 탈퇴는 자발적(귀하 자신이 선택함)이거나 강제적(귀하 자신의 선택이 아님)일 수 있습니다.

**의약품 범주:** 의약품 목록에 있는 의약품 그룹. 의약품 범주의 예로는 복제약, 유명 상표약, 비처방(OTC)약이 있습니다. 의약품 목록의 모든 의약품은 세 범주 중 하나에 해당합니다.

**내구성 의료 장비(DME):** 가입자의 집에서 사용하기 위해 담당 의사가 주문하는 특정 품목. 이런 품목의 예는 휠체어, 목발, 전동 매트리스 시스템, 당뇨병 용품, 서비스 제공자가 주문한 가정용 병원 침대, 정맥 주입 펌프, 음성 발생 장치, 산소 장비 및 용품, 분무기, 보행기 등입니다.

**응급 상황:** 의료적 응급 상황이란 가입자 또는 건강 및 약품에 대한 평균적 지식을 갖춘 다른 사람이 생각하기에 생명의 상실, 사지의 상실, 사지 기능의 상실을 예방하기 위하여 즉각적인 의료를 필요로 하는 증상을 가입자가 갖고 있다고 보는 상황입니다. 그 의료적 증상은 심각한 부상이나 극심한 통증이 될 수 있습니다.

**응급 진료:** 응급 서비스를 제공하도록 교육받은 서비스 제공자가 제공하고 또 의료적 또는 행동 건강 응급 상황을 치료하는 데 필요한 보장 서비스.

**예외 처리:** 일반적으로 보장되지 않는 의약품을 보장하거나 특정 규칙과 제한 없이 의약품을 사용하게 하는 허가를 말합니다.

**Extra Help:** 소득이나 자원이 제한된 분들에게 보험료, 공제액, 자기부담금 등 Medicare Part D 처방약 비용을 지원하는 Medicare 프로그램입니다. Extra Help 는 “저소득 보조금” 또는 “LIS”라고도 합니다.

**복제약:** 유명 상표약을 대신해서 사용할 수 있도록 연방 정부에서 승인한 처방약. 복제약은 유명 상표약과 같은 성분을 갖고 있습니다. 대개는 더 저렴하면서도 유명 상표약과 효능이 같습니다.

**고충 사항:** 귀하가 당사나 당사의 네트워크 서비스 제공자 또는 약국에 대해 접수하는 불만. 여기에는 가입자 받은 진료 품질에 관한 불만이나 건강 보험이 제공하는 서비스 품질에 관한 불만이 포함됩니다.

**건강 보험 상담 및 변호 프로그램(HICAP):** Medicare 에 대하여 객관적인 무료 정보 및 상담을 제공하는 프로그램. HICAP 에 연락하는 방법은 2 장, 섹션 E, 30 페이지에 설명되어 있습니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주시요. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.





**건강 플랜:** 의사, 병원, 약국, 장기 서비스 제공자, 기타 서비스 제공자로 구성된 조직. 또한 케어 코디네이터가 있어서 가입자가 모든 의료 서비스 제공자와 서비스를 관리하실 수 있도록 도움을 드립니다. 이들 모두는 가입자가 필요로 하는 진료를 제공하고자 협력해서 일합니다.

**건강 위험 평가:** 환자의 병력과 현 병증에 대한 검토. 환자의 건강 상태를 파악하고 향후 어떻게 변할 것인지 알아보는 데 이용됩니다.

**가정 건강 보조원:** 개인 간병 보조(목욕하기, 화장실 이용하기, 옷 입기, 처방된 운동 실시) 등 면허를 소지한 간호사나 치료사의 기술이 필요하지 않은 서비스를 제공하는 사람. 가정 건강 보조인은 간호 면허가 없거나 치료 요법을 제공하지 않습니다.

**호스피스:** 말기 진단을 받은 분들이 편안하게 지낼 수 있도록 돕기 위한 보살핌 및 지원 프로그램. 말기 진단은 어떤 사람이 말기 질환을 앓고 있고 6 개월 이하로 생존할 것으로 예상된다는 것을 의미합니다.

- 말기 진단을 받는 가입자는 호스피스를 선택할 권리를 갖습니다.
- 물리, 감정, 사회, 영적 필요성을 포함한 전인적 치료를 제공하도록 특별히 훈련된 전문가 및 간병인 팀.
- Health Net Cal MediConnect 는 반드시 귀하 지역의 호스피스 서비스 제공자 목록을 제공해야 합니다.

**부적절함/부적합한 청구:** 서비스 제공자(의사나 병원)가 서비스에 대한 본 플랜의 비용 부담액을 초과하여 가입자에게 청구하는 상황. 서비스나 처방을 받을 때 **가입자의 Health Net Cal MediConnect** 가입자 ID 카드를 보여 주십시오. 귀하가 이해할 수 없는 청구서를 받으신 경우 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

Health Net Cal MediConnect 가 가입자의 서비스에 대한 비용 전액을 지불하기 때문에, 가입자는 어떠한 비용 부담의 책임도 부담하지 않습니다. 서비스 제공자는 이런 서비스에 대한 어떤 비용도 가입자에게 청구하지 않아야 합니다.

**독립 의료 심사(Independent Medical Review, IMR):** 당사가 가입자의 의료 서비스나 치료에 대한 가입자의 요청을 거부할 경우, 가입자는 당사에 이의 신청을 제기하실 수 있습니다. 가입자가 당사 결정에 동의하지 않고 가입자의 문제가 DME 용품 및 의약품 등 Medi-Cal 서비스에 대한 것이라면, 가입자는 California 보건 관리부에 IMR 을 요청하실 수 있습니다. IMR 이란 당사 플랜에 속하지 않은 의사들이 가입자의 사례를 검토하는 것입니다. IMR 이 가입자에게 유리하게 결정을 내린다면, 당사는 가입자가 요청한 서비스나 치료를 제공해야 합니다. IMR 은 무료입니다.

**개별 진료 플랜(ICP 또는 Care 플랜):** 가입자가 받으실 서비스와 서비스를 받는 방법에 대한 계획. 가입자의 계획에는 의료 서비스, 행동 건강 서비스, 장기 일상 서비스 및 지원이 포함됩니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



**초기 보장 단계:** 가입자의 Part D 의약품 구매 한도가 \$7,050 에 도달하기 전까지의 단계를 말합니다. 여기에는 가입자가 지불한 금액, 당사 플랜이 가입자를 대신하여 지불한 금액, 저소득 보조금이 포함됩니다. 해당 연도의 첫 처방약을 조제받을 때 이 단계가 시작됩니다. 이 단계에서 본 플랜은 귀하의 의약품 비용 중 일부를 지불하고, 가입자는 가입자 분담액을 지불합니다.

**입원 환자:** 가입자가 숙련된 의료 서비스를 받기 위해 공식적으로 병원에 입원한 경우를 나타내는 용어. 귀하가 공식적으로 입원하지 않았다면 하룻밤을 보내더라도 입원 환자가 아니라 외래 환자로 간주될 수 있습니다.

**융합 진료 팀(ICT 또는 진료팀):** 의료팀은 의사, 간호사, 상담사, 가입자가 필요로 하는 진료를 받으실 수 있도록 돕는 기타 건강 전문가를 포함할 수 있습니다. 귀하의 의료팀은 귀하가 의료 플랜을 짜는 것도 도와 드립니다.

**보장되는 의약품 목록(의약품 목록):** 본 플랜에서 보장하는 처방약 및 비처방(OTC)약 의약품 목록. 본 플랜은 의사와 약국의 도움을 받아 이 목록에 있는 의약품을 선택합니다. 약 목록을 보시면 귀하의 약을 받는 데 귀하가 따라야 하는 여하한 규칙이 있는지를 보실 수 있습니다. 의약품 목록은 때로 “처방집”이라고 불립니다.

**장기 서비스 및 지원(LTSS):** 장기 일상 서비스 및 지원이란 장기적인 의료 상태를 개선하는 데 도움이 되는 서비스를 말합니다. 대부분의 이러한 서비스는 가입자가 요양원이나 병원에 가지 않고 집에서 거주할 수 있도록 도와 줍니다. LTSS 에는 지역 사회 기반 성인 서비스(CBAS), 요양원/비급성 진료 시설(NF/SCF)이 포함됩니다.

**저소득 보조금(LIS):** “Extra Help”를 참조하십시오.

**Medi-Cal:** Medi-Cal 은 California 주에서 실시하는 Medicaid 프로그램의 이름입니다. Medi-Cal 은 주 정부에서 운영하며 주 정부 및 연방 정부에서 지불합니다.

- 이는 소득과 자원이 제한된 분들의 장기 일상 서비스 및 지원과 의료 비용 지불을 돕습니다.
- 또한, Medicare 에서 보장하지 않은 추가 서비스나 일부 의약품을 보장합니다.
- 메디케이드 프로그램은 주마다 다르지만 귀하가 Medicare 와 메디케이드 둘 다에 적격하면 대부분의 보건 비용이 보장됩니다.
- Medi-Cal 에 문의하는 방법에 대한 내용은 2 장, 섹션 H, 33 페이지를 참조하십시오.

**Medi-Cal 플랜:** 장기 일상 서비스 및 지원, 의료 장비 및 이송 등 Medi-Cal 혜택만 보장하는 플랜. Medicare 혜택은 별개입니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



**의학적 필요성:** 가입자가 의료 상태를 예방, 진단, 치료하거나 현재 건강 상태를 유지하는 데 필요한 서비스, 용품 또는 의약품을 뜻합니다. 여기에는 귀하가 종합 병원 또는 양로원에 들어가지 않을 수 있게 해 주는 진료도 포함됩니다. 이는 또한 해당 서비스, 용품 또는 의약품이 용인된 의료 행위 표준에 부합됨을 뜻합니다. 의학적으로 필요하다는 말은 생명을 보호하거나, 심각한 질병이나 장애를 예방하거나, 질환이나 질병 또는 부상의 진단 또는 치료를 통한 중증 통증의 완화를 위해 합리적이고 필요한 모든 보장 서비스를 말합니다.

**Medicare:** 만 65 세 이상 노인, 만 65 세 미만으로 특정 장애가 있는 분, 말기 신장 질환 환자(일반적으로 영구 신부전으로 투석이나 신장 이식이 필요한 사람)를 대상으로 하는 연방 건강 보험 프로그램. Medicare 를 가지신 분들은 Original Medicare 나 관리 진료 플랜("건강 플랜" 참조)을 통해 Medicare 건강 보장을 받습니다.

**Medicare Advantage 플랜:** 민간 기업을 통해 플랜을 제공하는 Medicare 프로그램으로, "Medicare Part C" 또는 "MA 플랜"이라고도 합니다. Medicare 는 해당 회사에 가입자의 Medicare 혜택을 보장하도록 지불합니다.

**Medicare 보장 서비스:** Medicare Part A 및 Part B 에 의해 보장되는 서비스. 당사의 플랜을 포함한 모든 Medicare 건강 보험 플랜은 Medicare Part A 및 Part B 가 보장하는 모든 서비스를 보장해야 합니다.

**Medicare 및 Medi-Cal 가입자(이중 자격):** Medicare 및 Medi-Cal 보장 자격을 갖춘 사람. Medicare-Medi-Cal 가입자는 "이중 자격을 가진 개인"이라고도 합니다.

**Medicare Part A:** 의학적으로 가장 필요한 병원, 전문 간호 시설, 가정 건강 및 호스피스 케어를 보장하는 Medicare 프로그램.

**Medicare Part B:** 질병이나 질환을 치료하는 데 의학적으로 필요한 서비스(예: 임상 병리 검사, 수술, 의사 방문) 및 용품(예: 휠체어, 보행기)을 보장하는 Medicare 프로그램. Medicare Part B 는 예방 및 선별검사 서비스도 보장합니다.

**Medicare Part C:** 민간 건강 보험사가 Medicare Advantage 플랜을 통해 Medicare 혜택을 제공하도록 하는 Medicare 프로그램.

**Medicare Part D:** Medicare 처방약 혜택 프로그램. (당사는 이 프로그램을 줄여서 "Part D"라 부릅니다.) Part D 는 외래 환자 처방약, 백신, Medicare Part A 나 Part B 또는 Medi-Cal 에서 보장하지 않는 일부 용품을 보장합니다. Health Net Cal MediConnect 는 Medicare Part D 를 포함합니다.

---

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주시요. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



**Medicare Part D 의약품:** Medicare Part D 에 의해 보장되는 의약품. 의회는 Part D 의약품 보장에서 특정 범주의 의약품을 특별히 배제하였습니다. Medi-Cal 에서 이러한 의약품 중 일부를 보장할 수 있습니다.

**가입자(당사 플랜의 가입자 또는 플랜 가입자):** 보장 서비스를 받을 자격을 갖추고, 당사의 플랜에 가입했으며, Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS)와 주에서 가입을 확인한 Medicare 및 Medi-Cal 이용자.

**가입자 안내서 및 공개 정보:** 가입 양식, 기타 첨부 문서, 부칙과 함께 본 문서에는 가입자의 보장, 당사가 해야 하는 일, 가입자의 권리, 당사 플랜의 가입자로서 가입자가 해야 하는 사항이 설명되어 있습니다.

**가입자 서비스부:** 본 플랜에서 가입자의 가입 자격, 혜택, 불만, 이의 신청에 대한 질문에 대답할 책임이 있는 부서. 가입자 서비스부에 문의하는 방법에 관한 내용은 2 장, 섹션 A, 22 페이지를 참조해 주십시오.

**네트워크 약국:** 당사 플랜 가입자에게 처방약을 조제하는 데 동의한 약국(의약품 상점). 이 약국들은 당사 플랜과 협력하기로 동의했기 때문에 당사는 이들을 “네트워크 약국”이라고 부릅니다. 대부분의 경우, 귀하의 처방은 당사의 네트워크 약국에서 조제되는 경우에만 보장됩니다.

**네트워크 서비스 제공자:** “서비스 제공자”는 의사, 간호사, 가입자에게 서비스 및 진료를 제공해 주는 기타 인력을 나타내는 일반 용어입니다. 이 용어에는 병원, 가정 건강 기관, 클리닉 및 기타 장소(의료 서비스, 의료 장비, 장기 일상 서비스 및 지원을 제공하는 장소)도 포함됩니다.

- 이들은 Medicare 및 주 정부에서 의료 서비스를 제공할 수 있는 면허 또는 인증을 받았습니다.
- 당사는 플랜과 협력할 것에 동의하고 당사 지불을 수락하며 가입자들에게 추가 금액을 청구하지 않을 것에 동의한 경우 “네트워크 의료 서비스 제공자”로 인정합니다.
- 당사 플랜에 가입자로 계시는 동안 반드시 네트워크 서비스 제공자로부터 보장된 서비스를 받으셔야 합니다. 네트워크 서비스 제공자를 또한 “플랜 서비스 제공자”라고도 합니다.

**양로원 또는 시설:** 가정에서는 치료를 받지 못하지만 종합 병원에 들어갈 필요는 없는 사람들을 위해 치료를 제공하는 장소입니다.

**Ombudsman:** 가입자를 대변하는 역할을 수행하는 가입자가 거주하는 주에 있는 사무소. 문제나 불만이 있는 경우 질문에 답변하고 어떤 조치를 취해야 하는지 알려드립니다. Ombudsman 서비스는 무료입니다. Cal MediConnect Ombuds 프로그램은 본 안내서의 2 장, 섹션 I, 34 페이지와 9 장, 섹션 A, 193 페이지를 참조해 주십시오.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



**기관 의결:** 본 플랜이나 플랜의 서비스 제공자 중 하나가 어떤 서비스의 보장 여부 또는 보장 서비스에 대한 지불 금액을 결정했다면 이는 본 플랜에서 기관 의결을 내린 것입니다. 본 안내서에서는 기관 의결을 “보장 결정”이라고 부릅니다. 보장 결정을 요청하는 방법은 9 장, 섹션 D, 195 페이지에 설명되어 있습니다.

**Original Medicare(기존 Medicare 또는 행위별 수가제 Medicare):** Original Medicare 는 정부에서 제공합니다. Original Medicare 에서 Medicare 서비스는 의회가 정한 금액을 의사, 병원, 기타 의료 서비스 제공자에게 지불함으로써 보장됩니다.

- 가입자는 Medicare 를 수락하는 모든 의사, 병원, 기타 의료 서비스 제공자에게서 진료를 받으실 수 있습니다. Original Medicare 는 두 부분으로 되어 있습니다. Part A(병원 보험)과 Part B(의료 보험).
- Original Medicare 는 미국 어디서나 이용 가능합니다.
- 귀하가 당사 플랜에 가입되기를 원치 않는다면 Original Medicare 를 선택하실 수 있습니다.

**네트워크 비소속 약국:** 당사 플랜과 협력하여 당사 플랜 가입자에게 보장 의약품을 제공하거나 협조하도록 계약하지 않은 약국. 네트워크 -비소속- 약국에서 가입자가 구입한 대부분의 의약품은 특정 조건이 적용되지 않는 한 플랜에서 보장하지 않습니다.

**네트워크 비소속 의료 서비스 제공자 또는 네트워크 비소속 시설:** 당사 플랜이 고용, 소유, 운영하지 않았으며 당사 플랜 가입자에게 보장 서비스를 제공하도록 계약을 맺지 않은 서비스 제공자나 시설. 네트워크 비소속 의료 서비스 제공자 또는 시설은 3 장, 섹션 D4, 51 페이지에 설명되어 있습니다.

**본인 부담 비용:** 가입자가 받은 서비스나 의약품의 일부에 대해 가입자가 지불하도록 하는 비용 부담 요건은 또한 “본인 부담” 비용 요건이라 불립니다. 위의 “비용 부담” 정의를 참조해 주십시오.

**비처방(OTC)약:** 비처방약은 가입자가 의료 전문가의 처방 없이 구입할 수 있는 의약품을 뜻합니다.

**Part A:** “Medicare Part A”를 참조하십시오.

**Part B:** “Medicare Part B”를 참조하십시오.

**Part C:** “Medicare Part C”를 참조하십시오.

**Part D:** “Medicare Part D”를 참조하십시오.

**Part D 의약품:** “Medicare Part D 의약품”을 참조하십시오.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



**개인 건강 정보(보호되는 건강정보라고도 함)(PHI):** 이름, 주소, 사회 보장 번호, 의사 진료, 병력과 같이 가입자와 가입자의 건강에 대한 정보. 가입자의 PHI 에 관한 가입자의 권리뿐 아니라 Health Net Cal MediConnect 가 어떻게 가입자의 PHI 를 보호하고 사용하며 공개하는지에 관한 자세한 내용은 Health Net Cal MediConnect 의 개인 정보 보호 관행 통지를 참조해 주십시오.

**주치의(PCP):** 가입자의 주치의는 대부분의 건강 문제에 대해 먼저 진료받는 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자에 해당합니다. 이들은 가입자에게 가입자의 건강 유지에 필요한 케어를 제공합니다.

- 주치의는 가입자의 진료에 대하여 다른 의사나 의료 서비스 제공자와 상담하고 가입자의 진료를 의뢰할 수 있습니다.
- 여러 Medicare 건강 보험에서, 가입자는 다른 의료 서비스 제공자에게 진료를 받으시기 전에 반드시 먼저 주치의에게 가셔야 합니다.
- 주치의로부터 진료를 받는 방법에 관한 자세한 내용은 3 장, 섹션 D, 46 페이지를 참조해 주십시오.

**사전 승인:** 네트워크 비소속 의료 서비스 제공자로부터 특정 서비스 또는 의약품 받기 전에 Health Net Cal MediConnect 로부터 미리 획득해야 하는 승인을 말합니다. 가입자가 승인을 받지 않으면 Health Net Cal MediConnect 에서는 해당 서비스나 의약품을 보장하지 않을 수 있습니다.

네트워크 의료 서비스 중 일부는 담당 의사 또는 기타 네트워크 서비스 제공자가 당사 플랜으로부터 사전 승인을 받는 경우에만 보장됩니다.

- 당사 플랜의 사전 승인이 필요한 보장 서비스는 4 장, 섹션 D, 70 페이지에 있는 혜택 차트 안에 표시되어 있습니다.

일부 의약품은 당사의 사전 승인을 받아야만 보장됩니다.

- 당사 플랜의 사전 승인이 필요한 보장 의약품은 *보장 의약품 목록*에 표시되어 있습니다.

**고령자를 위한 포괄적 케어 프로그램(PACE) 플랜:** 만 55 세 이상이며, 집에서 거주하려면 보다 높은 수준의 보살핌이 필요한 분들을 위한, Medicare 및 Medi-Cal 혜택을 모두 보장하는 프로그램.

**보철과 보조기:** 의사나 기타 의료 서비스 제공자가 주문하는 의료 장치입니다. 보장되는 품목은 팔, 등, 목 교정기, 인공 사지, 인공 눈, 내부 신체 부위나 기능을 대체하기 위해 필요한 기기(예: 인공 항문 용품, 장 및 장관외 영양 요법을 포함) 등을 포함하되 이에 국한되지 않습니다.

**품질 개선 기관(QIO):** 의사 및 기타 의료 전문가로 구성되어 있으며, Medicare 가입자들이 받는 진료의 품질 향상을 도모하는 그룹. 이들은 환자에게 제공되는 진료를 확인하고 개선하도록 연방 정부의 급여를 받습니다. 가입자가 거주하는 주의 QIO 에 연락하는 방법은 2 장, 섹션 F, 31 페이지를 참조해 주십시오.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.





**수량 제한:** 가입자가 사용할 수 있는 의약품 양의 한도입니다. 당사가 보장하는 의약품의 처방당 양에 제한이 있을 수 있습니다.

**진료 의뢰:** 진료 의뢰란 가입자가 주치의(PCP)가 아닌 다른 의료인의 진료를 받기 전에 가입자의 주치의(PCP)가 먼저 승인을 해야 함을 뜻합니다. 승인을 받지 않은 서비스는 Health Net Cal MediConnect 에서 보장하지 않을 수도 있습니다. 여성 건강 전문가와 같은 특정 전문의에게 진료를 받아야 할 때는 진료 의뢰가 필요하지 않습니다. 의뢰에 관해서는 3 장, 섹션 D, 46 페이지에서, 의뢰가 필요한 서비스에 관해서는 4 장, 섹션 D, 70 페이지에서 자세한 정보를 확인할 수 있습니다.

**재활 서비스:** 질병, 사고, 주요 수술 후 회복을 돕기 위해 받는 치료. 재활 서비스에 대한 자세한 내용은 4 장, 섹션 D, 70 페이지를 참조하십시오.

**서비스 지역:** 건강 보험이 거주지를 기준으로 가입자 자격을 제한하는 경우, 가입자를 받는 지리적 지역. 가입자가 이용할 수 있는 의사와 병원에 제한을 두는 플랜의 경우, 서비스 지역은 일반적으로 가입자가 정기(비응급) 서비스를 받을 수 있는 지역이기도 합니다. 당사 서비스 지역에 거주하는 분들만 Health Net Cal MediConnect 에 가입할 수 있습니다.

**분담액:** Cal MediConnect 혜택이 효력을 발생하기 전에 가입자가 매달 지불해야 할 수 있는 가입자의 의료 비용 중 일부 금액. 귀하의 소득과 재원에 따라 귀하의 분담액은 달라질 수 있습니다.

**전문 간호 시설(SNF):** 전문 간호 진료를 제공할 수 있는 직원과 장비를 갖춘 요양원, 대부분의 경우 전문 재활 서비스와 기타 관련 건강 서비스를 제공합니다.

**전문 간호 시설(SNF) 진료:** 전문 간호 시설에서 매일 지속적으로 제공되는 전문 간호 진료 및 재활 서비스. 전문 간호 시설 진료의 예로는 물리 치료 및 등록 간호사나 의사가 제공할 수 있는 정맥(IV) 주사가 있습니다.

**전문의:** 특정 질병이나 신체 특정 부위에 대한 의료를 제공하는 의사.

**주 공청회:** 담당 의사 또는 기타 서비스 제공자가 Medi-Cal 서비스를 요청하였으나 당사가 승인하지 않은 경우 또는 귀하가 이미 받은 Medi-Cal 서비스 비용을 당사가 계속 지불하지 않은 경우, 주 공청회를 요청하실 수 있습니다. 주공청회에서 가입자에게 유리하게 결정을 내린다면, 당사는 가입자가 요청한 서비스를 제공해야 합니다.

**단계 치료:** 귀하가 요청하는 의약품을 당사가 보장하기 전에 먼저 다른 의약품 복용을 시도하도록 하는 보장 규칙.

---

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



**보충 보장 소득(Supplemental Social Income, SSI):** 장애인, 맹인 또는 만 65 세 이상이고 소득과 자원이 제한된 분들에게 사회 보장(Social Security)이 지불하는 월간 혜택. SSI 혜택은 사회 보장 혜택과는 다릅니다.

**긴급 진료:** 응급 상황은 아니지만 즉각적인 치료를 요하는 갑작스런 질병, 부상, 상태에 대해 받는 진료. 네트워크 서비스 제공자를 이용할 수 없거나 찾아갈 수 없을 경우, 네트워크 비소속 서비스 제공자로부터 긴급하게 필요한 진료를 받으실 수 있습니다.

---

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주시요. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.





# 차별 금지 공지

Health Net Community Solutions, Inc.(Health Net Cal MediConnect 플랜(Medicare-Medicaid 플랜))는 해당 연방 인권법을 준수하며 성별, 인종, 피부색, 종교, 혈통, 국적, 민족 집단, 연령, 정신 장애, 신체 장애, 의료 상태, 유전 정보, 결혼 여부, 젠더, 성 정체성 또는 성적 취향에 따라 차별 또는 배제하거나 다르게 대우하지 않습니다.

## Health Net Cal MediConnect:

- 장애가 있는 분들과 효과적으로 소통하기 위해 무료 지원 및 서비스를 제공합니다. 예: 자격을 갖춘 수화 통역사, 다른 형식(대형 활자 인쇄본, 오디오, 접근성을 갖춘 전자 형식, 기타 다른 형식)으로 작성된 서면 정보.
- 유자격 통역사, 다른 언어로 작성된 정보와 같이영어를 주 언어로 구사하지 않는 분에게 무료 언어 서비스를 제공합니다.

이러한 서비스가 필요하시면 Health Net Cal MediConnect 고객 서비스부에 1-855-464-3571(Los Angeles 카운티), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화하십시오. 근무시간 이후나 주말 및 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 영업일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다.

Health Net Cal MediConnect가 이러한 서비스를 제공하지 않았거나 다른 방식으로 차별하였다고 생각하시면, 위 전화번호로 연락하여 고충 접수하시거나 고충 사항 제기에 관한 도움이 필요하다고 말씀하실 수 있습니다. Health Net Cal MediConnect 고객 서비스 센터는 가입자를 돕기 위해 운영됩니다.

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)을 참조해 주십시오.



또한, 인종, 피부색, 국적, 연령, 장애 또는 성별에 따른 차별의 우려가 있으신 경우, 미국 보건 복지부인권 사무국의 인권 사무국 불만사항 포털 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>를 통해 온라인으로 인권 관련 불만사항을 제기하실 수 있습니다. 또는 다음 주소와 전화번호를 통해 우편이나 전화로 인권 관련 불만사항을 제기하실 수 있습니다. U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697).

불만사항 접수 양식은 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>에서 받아보실 수 있습니다.

FLY047573EH00 (9/20)

---

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)을 참조해 주십시오.



## Multi-Language Insert

### Multi-language Interpreter Services

**English:** ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Spanish:** ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Chinese Mandarin:** 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。

**Chinese Cantonese:** 注意：如果您說中文，您可獲得免費的語言協助服務。請致電 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。

**Tagalog:** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Vietnamese:** CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Korean:** 주의 : 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). 번으로 전화해 주십시오 .

**Russian:** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Arabic:** ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل بالرقم 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Hindi:** ध्यान दें: यदि आप बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). पर कॉल करें।

**Japanese:** 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。まで、お電話にてご連絡ください。

**Farsi:** توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Thai:** เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

H3237\_17\_MLI\_Accepted\_09092017

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. 추가 정보가 필요하시면,

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.



**Armenian:** ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվակապակց անվճար ծառայություններ: Չանգահարեք 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)

**Cambodian:** ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អិត គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Hmong:** LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Punjabi:** ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711) ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

**Laotian:** ໂປດຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາອັງກິດ, ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ກະລຸນາໂທ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Cal MediConnect Member Multi-Language Insert

FLY015174ZO00 (8/17)

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화해주시요. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,**

[mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)을 참조해 주십시오.



## Health Net Cal MediConnect 가입자 서비스부

<b>전화</b>	<p>1-855-464-3571</p> <p>이 번호로 전화하시면 무료입니다. 서비스 운영 시간은 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시입니다. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다.</p> <p>가입자 서비스부에서는 비영어 사용자를 위하여 무료로 통역 서비스도 제공해 드립니다.</p>
<b>TTY</b>	<p>711(전국 중계 서비스)</p> <p>이 번호는 특수 전화 장비를 필요로 하고, 듣거나 말하기에 어려움이 있는 분들을 위한 번호입니다.</p> <p>이 번호로 전화하시면 무료입니다. 서비스 운영 시간은 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시입니다. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다.</p>
<b>팩스</b>	1-800-281-2999
<b>우편</b>	<p>Health Net Community Solutions, Inc.</p> <p>PO Box 10422</p> <p>Van Nuys, CA 91410-0422</p>
<b>웹사이트</b>	<a href="http://mmp.healthnetcalifornia.com">mmp.healthnetcalifornia.com</a>

**문의 사항은** Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화해주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보가 필요하시면,** [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) 을 참조해 주십시오.

