

# Health Net Cal MediConnect 플랜(Medicare-Medicaid Plan)

## 회원 안내서

2018년 1월 1일 – 2018년 12월 31일

### Health Net Cal MediConnect 하에서 귀하가 받는 의료 및 약품 보장

본 안내서는 2018년 12월 31일까지 Health Net Cal MediConnect 하에서 받는 귀하의 보장에 대해 설명합니다. 본 안내서는 의료 서비스, 행동 건강 (정신 건강 및 약물 남용 장애) 서비스, 처방약 보장, 장기 서비스 및 지원에 대해 설명합니다. 장기 서비스 및 지원을 통해 귀하가 요양원이나 병원에 가는 대신 집에 계실 수 있도록 도움을 받을 수 있습니다. 장기 서비스 및 지원에는 지역사회 중심 성인 서비스 (Community-Based Adult Services, CBAS), 다목적 시니어 서비스 프로그램 (Multipurpose Senior Services Program, MSSP), 요양 시설 (Nursing Facilities, NF)이 있습니다.

**이는 중요한 법률 문서입니다. 안전한 장소에 보관하시기 바랍니다.**

이 Cal MediConnect 플랜은 Health Net Community Solutions, Inc.에서 제공합니다. 이 **회원 안내서**에서 "저희" 또는 "저희의"라는 말이 나올 때 이는 Health Net Community Solutions, Inc를 의미합니다. "본 플랜" 또는 "저희 플랜"이라는 말은 Health Net Cal MediConnect (Medicare-Medicaid 플랜)를 뜻합니다.

귀하께서 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어, 페르시아어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어, 베트남어를 구사하시면, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-464-3571 (TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 이 번호는 무료 통화입니다.

إذا كنت تتحدث اللغة العربية فنود أن نطمئنك أن خدمات المساعدة اللغوية متوفرة لك مجاناً. اتصل بالرقم 1-855-464-3571 واطلب الرقم الفرعي (711) ما بين الساعة الثامنة صباحاً وحتى الساعة الثامنة مساءً من الاثنين إلى الجمعة. أما إذا اتصلت خارج ساعات الدوام أو في أيام عطلة نهاية الأسبوع والعطل الرسمية، فيمكنك أن تترك رسالة لنا. سيتم الرد على اتصالك في يوم العمل التالي. هذا الاتصال مجاني.

Եթե խոսում եք հայերեն լեզվով, ձեզ համար մատչելի են անվճար լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ձանգահարեք 1-855-464-3571 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Աշխատանքային ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի, ինչպես նաև տոն օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրը: Ձանգն անվճար է:

531004

EOC019847KN00

H3237-001

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문해 주십시오.



បើលោកអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសាមានផ្តល់ជូនលោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ សូមហៅទូរស័ព្ទមកកាន់លេខ 1-855-464-3571 (TTY: 711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ។ ក្រៅម៉ោងធ្វើការ រៀងរាល់ថ្ងៃចុងសប្តាហ៍ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក លោកអ្នកអាចផ្ញើសារទុកបាន។ យើងខ្ញុំនឹងហៅទៅកាន់លោកអ្នកវិញនៅថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃទេ។

如果您說中文，您可以免費獲得語言協助服務。請於週一至週五上午 8 點至晚上 8 點撥打 1-855-464-3571 (聽障專線：711)。在非營業時間、週末及假日，您可留下留言。您將會 在下一個工作日接獲回電。此電話為免費電話。

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

한국어로 통화하기를 원하는 경우 언어 서비스를 무료로 이용할 수 있습니다. 전화: 1-855-464-3571(TTY: 711) 월요일부터 금요일까지, 오전 8시 - 오전 8:00 근무시간 이외, 주말, 휴일에는 메시지를 남길 수 있습니다. 전화 통화는 근무일 기준 1일 이내에 회신될 것입니다. 통화는 무료입니다.

Если ваш родной язык русский, вы можете бесплатно получить помощь переводчика. Позвоните по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711). Мы работаем с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. В нерабочее время, на выходных и праздниках можно оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день. Звонки бесплатные.

Si habla español, tiene servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, disponibles para usted. Llame al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados pueda dejar un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

Kung nagsasalita ka ng Tagalog, mga serbisyo sa tulong sa wika na walang bayad ay mayroon sa iyo. Tumawag sa 1-855-464-3571 (TTY: 711) mula 8 a.m. hanggang 8 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Pagkatapos ng mga oras, sa mga dulonglinggo at sa mga piyesta, maaari kang mag-iwan ng mensahe. Ibabalik ang iyong tawag sa loob ng susunod na araw ng negosyo. Ang tawag ay libre.

Nếu quý vị nói Tiếng Việt, thì dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí sẽ sẵn có cho quý vị. Vui lòng gọi số 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 tin nhắn. Chúng tôi sẽ gọi lại cho quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí.

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문해 주십시오.



무료로 이 문서를 대형 인쇄체, 점자 및/또는 오디오와 같은 다른 형식으로 받을 수 있습니다. 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다.

Health Net Cal MediConnect에서 귀하께 회원 정보 자료를 보낼 때, 점자 혹은 큰 글자 등 다른 형식으로 만들어졌거나, 영어 외의 다른 언어로 된 자료를 지속적으로 보내주기를 원하신다면 회원서비스부 담당자에게 연락해 주십시오. 회원 정보 자료를 다른 형식이나 언어로 받고자 한다면 회원서비스부 담당자에게 요청하십시오.

## 책임의 한계

Health Net Community Solutions, Inc.는 가입자분들에게 두 가지 프로그램의 혜택을 제공하기 위해 Medicare 및 Medi-Cal과 협약을 맺은 건강 플랜입니다.

최소 필수 보장으로 Health Net Cal MediConnect 하에서 받는 보장 (MEC). 이는 미국 환자 보호 및 적정 부담 보험법(Patient Protection and Affordable Care Act, ACA)의 개인책임 부담 조건을 만족합니다. MEC 개별 공유책임 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 참조하십시오.

제약사항, 코페이, 제한사항이 적용될 수 있습니다. 자세한 내용은 Health Net Cal MediConnect 회원 서비스부에 전화하시거나 Health Net Cal MediConnect 회원 *안내서*를 읽으십시오. 이는 일부 서비스에 대해서는 귀하가 지불을 해야 할 수도 있으며 Health Net Cal MediConnect에서 귀하가 받는 서비스를 지불하려면 귀하가 일정 규칙을 따라야 한다는 뜻입니다.

보장되는 약 및/또는 약국, 공급자 네트워크는 연중 때때로 변경될 수 있습니다. 귀하에게 영향을 미치는 변경사항을 결정하기 전에 통지서를 보내드릴 것입니다.

혜택 및/또는 공동부담금은 매년 1월 1일에 변경될 수 있습니다.

처방약 공동부담금은 귀하가 받는 추가 지원 단계에 따라 달라질 수 있습니다. 자세한 내용을 원하시면 플랜에 연락하십시오.

---

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문해 주십시오.



## 제1장: 회원으로서의 첫 시작

### 목차

A. Health Net Cal MediConnect에 가입하신 것을 환영합니다.....	5
B. 메디케어와 Medi-Cal은 무엇인가?.....	5
메디케어 .....	5
Medi-Cal .....	6
C. 본 플랜의 장점은 무엇인가? .....	6
D. Health Net Cal MediConnect의 서비스 지역은 무엇인가? .....	7
E. 플랜 회원이 되기 위한 자격은 무엇인가? .....	7
F. 건강 플랜에 처음 가입하고 나서 예상할 수 있는 것은 .....	8
G. 진료 팀과 진료 플랜이란 무엇인가? .....	9
의료팀 .....	9
의료 플랜 .....	9
H. Health Net Cal MediConnect에 내는 월 플랜 보험료가 있는가?.....	10
I. 회원 안내서에 대하여 .....	10
J. 귀하께서 받게 될 다른 정보에 대하여 .....	10
귀하의 Health Net Cal MediConnect 회원 ID 카드 .....	10
공급자 및 약국 명부 .....	11
"네트워크 진료 공급자"란 무엇을 뜻하는가?.....	11
보장되는 약 목록.....	12
혜택 설명서.....	12
K. 자신의 회원 기록 정보를 업데이트하려면? .....	13
개인 건강정보를 보관합니까?.....	14

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문해 주십시오.



## A. Health Net Cal MediConnect에 가입하신 것을 환영합니다

Health Net Cal MediConnect는 Cal MediConnect 플랜입니다. Cal MediConnect 플랜은 의사, 병원, 약국, 장기 서비스 및 지원 공급자, 행동 건강 서비스 공급자, 기타 진료 공급자들로 구성된 조직입니다. 또한 케어 조정자 및 케어 팀을 두고 귀하의 모든 진료 공급자들과 서비스를 귀하가 관리할 수 있도록 돕습니다. 이들 모두는 귀하가 필요한 진료를 제공하기 위해 협력해서 일합니다.

Health Net Cal MediConnect는 캘리포니아주 및 the Centers for Medicare & Medicaid Services(CMS)의 승인을 받아 Cal MediConnect의 일환으로서 귀하에게 서비스를 제공합니다.

Cal MediConnect는 캘리포니아주와 연방 정부가 공동으로 감독하는 시범 프로그램으로서 Medicare와 Medi-Cal 둘 다를 갖고 있는 사람들에게 보다 나은 진료를 제공하기 위해 마련되었습니다. 이를 통해 주정부 및 연방정부는 귀하의 메디케어 및 Medi-Cal 서비스 이용 방법을 향상시킬 수 있는 새로운 방법을 시험합니다.

### 신뢰할 수 있는 경험

믿을 수 있는 건강 플랜에 가입하셨습니다.

Health Net에서는 메디케어와 Medi-Cal 회원 수백만 명이 필요한 서비스를 받을 수 있도록 돕고 있습니다. 저희는 귀하의 메디케어, Medi-Cal 혜택과 서비스에 쉽게 접근할 수 있도록 해 드리며, 또한 더욱 많은 것을 제공하고 있습니다.

- 회원 여러분께 훌륭한 고객 서비스를 제공할 수 있게 되어 자랑스럽습니다. 이러한 서비스는 적극적으로 개인별로 초점을 맞춰 주의를 기울이면서 이루어집니다. 훈련받은 회원 서비스 담당 직원이 귀하께서 기다리실 필요 없이 통역 서비스를 이용하지 않고 다국어로 지원해 드릴 수 있습니다. 또한, 귀하를 가족처럼 돕기 위한 «컨시어지» 수준의 서비스를 제공하여 혜택을 둘러보고 빠르게 답변을 받을 수 있도록 도와 드립니다.
- 저희는 25년 이상 수준높은 의사 네트워크를 구축해왔습니다. Cal MediConnect 네트워크에 속한 의사와 전문가들이 진료 그룹을 만들어 여러분이 필요한 진료를 필요할 때에 받을 수 있도록 협력합니다.
- 귀하의 지역사회는 저희의 지역사회입니다 - 저희는 남가주 회사입니다. 따라서 저희 직원들은 귀하가 거주하시는 곳에 살고 있습니다. 저희는 저희 지역 사회를 다음과 같이 지원합니다.
  - 지역 건강 이벤트 및 커뮤니티 센터에서 건강 선별검사 실시
  - 무료 건강 교육 과정 제공

## B. 메디케어와 Medi-Cal은 무엇인가?

### 메디케어

메디케어는 연방정부 건강 보험 프로그램으로,

---

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문해 주십시오.



- 65세 이상인 분들,
- 65세 미만이나 특정 질병이 있는 분들,
- 말기 신장 질환(신부전증)이 있는 분들을 위한 것입니다.

## Medi-Cal

Medi-Cal은 캘리포니아가 실시하는 Medicaid 프로그램의 명칭입니다. Medi-Cal은 주 정부에서 운영하며 주 정부, 연방 정부에서 지불합니다. Medi-Cal은 소득과 자원이 제한된 분들의 장기 서비스 및 지원(LTSS), 의료비용 지불을 돕습니다. 또한 메디케어에서 보장하지 않은 추가 서비스나 약을 보장합니다.

메디케어와 캘리포니아주는 Health Net Cal MediConnect를 승인했습니다. 귀하는 아래 조건이 부합되는 한 저희 플랜을 통해 메디케어, Medi-Cal 서비스를 받으실 수 있습니다.

- 저희가 플랜을 제공하도록 결정하고, 또한
- 메디케어와 캘리포니아주에서 저희가 이 플랜을 계속 제공하도록 허락하는 한.

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

---

## C. 본 플랜의 장점은 무엇인가?

---

귀하는 이제 처방약을 포함해서 모든 보장된 메디케어, Medi-Cal 서비스를 Health Net Cal MediConnect를 통해서 받게 됩니다. 본 건강 플랜에 가입하기 위해 귀하가 추가로 지불하는 비용은 없습니다.

Health Net Cal MediConnect에서는 메디케어, Medi-Cal 양쪽 혜택을 귀하가 더욱 손조롭게 받으실 수 있도록 도울 것입니다. 플랜의 장점에는 아래 사항이 포함됩니다.

- 귀하는 진료 팀을 갖게 되며, 이 팀 구성에는 귀하가 참여합니다. 귀하의 진료 팀에는 귀하 자신과 간병인, 의사, 간호사, 카운슬러, 기타 의료 전문가 등이 포함될 수 있습니다.
- 귀하는 진료 조정인과 연락하실 수 있습니다. 이 조정인은 귀하와, Health Net Cal MediConnect와, 귀하의 진료 팀과 함께 진료 플랜을 짜는 일을 돕는 사람입니다.
- 귀하의 진료 팀과 진료 조정인의 도움을 받아 귀하는 자신의 진료를 지시할 수 있게 됩니다.
- 이 진료 팀과 진료 조정인은 귀하와 협력하여 귀하의 건강 필요를 충족하기 위해 특별히 제작된 진료 플랜을 짜게 됩니다. 진료 팀은 귀하가 필요로 하는 서비스의 조정을 돕게 됩니다.
  - » 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.

---

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문해 주십시오.



- » 귀하의 진료 팀은 귀하의 검사 결과가 귀하의 모든 의사들이 공유하고 적절한 상황에서 다른 진료 공급자들도 공유할 수 있도록 해 줍니다.

## D. Health Net Cal MediConnect의 서비스 지역은 무엇인가?

당사 서비스 지역에는 캘리포니아주의 다음 카운티가 포함됩니다: 로스앤젤레스 지역, 다음 우편번호가 해당하는 지역은 제외됩니다. 90704.

저희 서비스 지역에 거주하는 분들만 Health Net Cal MediConnect에 가입할 수 있습니다.

귀하가 저희 서비스 지역 외로 이사하시면 본 플랜을 유지하실 수 없습니다. 귀하 지역 카운티 자격심사 담당자(eligibility worker)에게 아래의 번호로 연락하십시오.

<b>전화</b>	<p><u>지역 무료 전화:</u></p> <p>1-877-597-4777</p> <p><u>주 전역 무료 전화:</u></p> <p>1-800-541-5555</p> <p>이 번호는 무료 통화입니다.</p> <p>월~금, 오전 8:00시 ~ 오후 5:00시, 공휴일 제외</p>
<b>TTY</b>	<p><u>지역 무료 전화:</u></p> <p>1-800-660-4026</p> <p><u>주 전역 TTY:</u></p> <p>711(전국 연결 서비스)</p> <p>이 번호는 듣는 데나 말하는 데 어려움이 있는 분들을 위한 번호입니다. 이 번호에 전화하시려면 특수 전화 장비가 필요합니다.</p>
<b>편지</b>	가장 가까운 사회보장 서비스 사무실 주소는 귀하의 카운티 정부 전화번호부를 참조하여 주십시오.
<b>웹사이트</b>	<a href="http://dpss.lacounty.gov/programs.cfm">http://dpss.lacounty.gov/programs.cfm</a>

## E. 플랜 회원이 되기 위한 자격은 무엇인가?

아래의 요건이 충족되는 한 귀하는 저희 플랜 자격을 유지할 수 있습니다.

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문해 주십시오.





- 저희 서비스 지역 내 거주하고 있으며,
- 등록 당시 21세 이상이며,
- 메디케어 파트 A, 메디케어 파트 B 둘 다 소지하고 있으며,
- 현재 Medi-Cal 유자격자이며 Medi-Cal 전체 혜택을 받고 있으면 됩니다. 여기 포함되는 것은,
  - 다목적 시니어 서비스 프로그램(Multipurpose Senior Services Program, MSSP)에 등록한 사람.
  - 아래 설명된 비용 분담 조항에 부합되는 사람:
    - 비용 분담 조항이 있는 간호 시설 거주자,
    - 비용 분담 조항이 있는 MSSP 등록자,
- 미국 시민권자 혹은 합법적인 미국 거주자.

귀하의 카운티에 자격여부 추가 규칙이 있을 수 있습니다. 자세한 내용은 회원 서비스에 전화하십시오.

## F. 건강 플랜에 처음 가입하고 나서 예상할 수 있는 것은

귀하가 플랜에 처음 가입하고 45~90일 사이에 본인의 건강 상태(예: 고 또는 저 위험)에 따라 건강 위험성 평가(Health Risk Assessment, HRA)를 받게 됩니다.

귀하에 대하여 반드시 HRA를 수행하도록 되어 있습니다. 이 HRA는 귀하의 개별 진료 플랜 (Individual Care Plan, ICP)을 짜는 데 기초가 됩니다. HRA에는 귀하의 의료적, 장기 서비스 및 지원(LTSS), 행동 건강 및 기능적 필요에 대한 질문들이 포함됩니다.

HRA를 완성하기 위해 귀하께 연락을 드리겠습니다. HRA는 직접 방문, 전화, 우편을 통해 완성됩니다.

HRA에 대한 자세한 정보를 귀하께 별도로 보내 드리겠습니다.

**Health Net Cal MediConnect에 새로 가입하셨다면** 특정 기간 동안은 귀하가 현재 보시는 의사들을 계속해서 보실 수가 있습니다. 아래 모든 조건에 부합된다면, 등록 당시 진료 공급자와 이용 중인 서비스를 최대 12개월간 유지하실 수 있습니다.

- 귀하와 귀하의 대변인, 또는 귀하의 공급자는 현재 보시는 진료 공급자를 유지할 수 있도록 저희에게 직접 요청하셔야 합니다.
- 저희는 귀하가 주치의나 전문의와 이미 관계가 성립되었음을 입증할 수 있습니다. 단 예외가 있습니다. *기존 관계란*, 귀하께서 첫 Health Net Cal MediConnect 가입일 이전 12개월 사이에 비응급 방문으로 네트워크에 속하지 않은 주치의를 최소 한 번 방문하셨음을 의미합니다.

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문해 주십시오.





- 저희가 가지고 있는 귀하의 의료 정보 또는 귀하가 저희에게 제공하는 정보를 검토하여 기존 관계의 성립 여부를 저희가 결정할 것입니다.
- 귀하의 요청에 저희는 30일 안에 답변해야 합니다. 귀하는 신속한 결정을 저희에게 요구하실 수 있으며, 저희는 15일 안에 반드시 답변해야 합니다.
- 귀하가 요청하는 경우 귀하나 귀하의 진료 공급자는 기존 관계를 증명하는 서류를 제출해야 하며 특정 조건에 동의해야 합니다.

➔ **주의:** 내구성 의료 장비(DME), 교통편, 기타 부수적 서비스, 또는 Cal MediConnect에 포함되지 않는 서비스 공급자에 대해서는 이 요청을 하실 수 **없습니다**.

지속적 진료 기간이 끝난 뒤, 귀하는 Health Net Cal MediConnect 내에서 귀하의 의료서비스 제공자의 의료 그룹과 제휴한 의사나 기타 진료 공급자를 방문하셔야 합니다. 단 저희가 네트워크 외 의사와 계약을 맺는 경우는 제외입니다. 네트워크 진료 공급자란 본 건강 플랜과 협약을 맺은 공급자를 뜻합니다. 귀하는 저희 플랜에 등록하실 때 저희 네트워크에서 계약 의료 그룹을 선택하셔야 합니다. 이 계약 의료 그룹에서 자신의 PCP를 선택하게 됩니다. 의료 그룹 및 계약 PCP를 선택하지 않으면 당사에서 한 분을 배정해 드립니다. 진료를 받는 것에 대한 자세한 내용은 제3장을 참조하십시오.

## G. 진료 팀과 진료 플랜이란 무엇인가?

### 의료팀

필요한 의료 서비스를 받는 데 도움이 필요하십니까? 의료팀이 귀하를 도와드릴 수 있습니다. 의료팀에는 귀하의 의사, 진료 조정인, 혹은 귀하께서 선택하신 기타 의료전문가가 포함됩니다. 조정인은 귀하께서 필요로 하는 의료 서비스를 관리할 때 도움을 주도록 훈련된 담당자입니다. Health Net Cal MediConnect에 등록하시면 진료 조정인이 배정됩니다. 진료 조정인은 Health Net Cal MediConnect에서 귀하가 필요로 하는 서비스를 제공하지 않을 경우, 지역사회 내에서 이용 가능한 서비스를 찾는 역할도 수행합니다. 의료팀이 필요하시면, 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 통화는 무료입니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다.

### 의료 플랜

의료 팀은 귀하의 의료 플랜을 짜게 됩니다. 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.

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문해 주십시오.



- 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. 귀하는 최소 매년 귀하의 의료 팀과 함께 의료 플랜을 업데이트하게 됩니다.

## H. Health Net Cal MediConnect에 내는 월 플랜 보험료가 있는가?

없습니다.

## I. 회원 안내서에 대하여

본 **회원 안내서**는 저희와 귀하 사이의 계약 일부입니다. 즉 본 문서의 모든 규칙을 저희가 반드시 따라야 한다는 뜻입니다. 만약 저희가 취한 조치 중 이 문서의 규칙에 위배되는 것이 있다고 생각하신다면, 그러한 조치에 대해 이의제기나 문제제기를 할 수 있습니다. 이의제기에 관련된 자세한 정보는 제9장을 참조하시거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오.



본 계약은 2018년 1월 1일부터 2018년 12월 31일 사이, 귀하께서 Health Net Cal MediConnect에 등록되어 있는 기간 동안 유효합니다.

## J. 귀하께서 받게 될 다른 정보에 대하여

귀하는 이미 Health Net Cal MediConnect 가입자 ID 카드와, **공급자 및 약국 명부, 보장 약 목록**에 대한 정보와 이용 방법에 대한 정보를 이미 받으셨을 것입니다.

### 귀하의 Health Net Cal MediConnect 회원 ID 카드

귀하는 플랜에 가입한 뒤, 장기 서비스 및 지원, 특정 행동 건강 서비스, 처방 등을 포함하는 메디케어, Medi-Cal 서비스 이용에 쓰일 카드 한 장을 받게 됩니다. 모든 서비스와 처방약 수령 시 반드시 이 카드를 제시하셔야 합니다. 귀하의 카드는 이 샘플 회원카드와 같은 모양으로 발급됩니다.

<p>Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)</p> <p>Member Name: [FIRST MI LAST NAME]</p> <p>Member ID: [XXXXXXXXXX]</p> <p>Health Plan (80840): 9210567898</p> <p>MEMBER CANNOT BE CHARGED</p> <p>Cost Sharing/Copays: \$0 for PCP/Specialist/ER</p> <p>PCP Name: [PCP FIRST MI LAST NAME]</p> <p>Provider Group: [PPG NAME]</p> <p>Material ID# [XXXXXX_XXXX_XXXX] CMS Approved [XXXXXXXXXX]</p>	 <p>Health Net COMMUNITY SOLUTIONS</p>  <p>MedicareRx Prescription Drug Coverage</p> <p>RxBIN: [004336] RxPCN: [MEDDADV] RxGrp: [RX6270] RxD: [XXXXXXXXXXXX]</p>	<p>Member/Provider Service &amp; Behavioral Health: [X-XXX-XXX-XXXX] TTY Member Service &amp; Behavioral Health: [XXX] 24-Hour Nurse Advice Line: [X-XXX-XXX-XXXX] or TTY: [XXX] Caremark Pharmacy Help Desk: [X-XXX-XXX-XXXX] PCP Phone Number: [X-XXX-XXX-XXXX]</p> <p>Website: [www.healthnet.com/calmedicconnect]</p> <p>Send claims to: <b>Submit Medical Claims to:</b> [Health Net Community Solutions, Inc.] [P.O. Box 14703] [Lexington, KY 40512]</p> <p><b>Submit Drug Claims to:</b> [Health Net - Attn: Pharmacy Claims] [PO Box 419069] [Rancho Cordova, CA 95741-9069]</p>
---	--	---

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmedicconnect](http://www.healthnet.com/calmedicconnect)를 방문해 주십시오.



귀하의 Cal MediConnect 회원카드가 손상, 분실되거나, 카드를 도난당한 경우 회원 서비스에 즉시 전화하시면 새 카드를 보내 드리겠습니다. 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 회원 서비스부로 전화하실 수 있습니다. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다.

저희 플랜의 회원으로 계시는 동안에는 Cal MediConnect 서비스를 받기 위해 귀하의 적, 백, 청색 메디케어 카드나 Medi-Cal 카드를 사용하실 필요가 없습니다. 그 카드들은 추후에 필요하게 될 때를 대비해서 안전한 곳에 두십시오. 귀하께서 Health Net Cal MediConnect 회원 ID 카드 대신 Medicare 카드를 제출하실 경우, 서비스 제공자가 저희 플랜 대신 메디케어에 서비스 이용료를 청구하여 귀하께서 요금을 부담해야 할 수 있습니다. 서비스 제공자로부터 서비스 이용료가 청구되었을 때 취할 조치에 관해서는 7장을 참조하여 주십시오.

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

## 공급자 및 약국 명부

공급자 및 약국 명부에는 Health Net Cal MediConnect 네트워크에 가입된 진료 공급자와 약국이 나와 있습니다. 저희 플랜에 회원로 남아 계시는 동안 귀하는 반드시 네트워크 진료 공급자로부터 보장된 서비스를 받으셔야 합니다. 저희 플랜에 처음 가입하실 때는 몇 가지 예외 사항이 있습니다("F. □□ □□□ □□ □□□□ □□ □□□ □ □□ □□" on page 8페이지 참조).

- ▶ **공급자 및 약국 명부**를 받아 보시려면 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 회원 서비스부로 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. 또한, [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)에서 **공급자 및 약국 명부**를 보시거나 다운받으실 수 있습니다.

저희 네트워크 진료 공급자들에 관해 변경된 사항 최신 업데이트를 회원 서비스 또는 저희 웹사이트에서 제공받으실 수 있습니다. 이 명부에는 귀하가 Health Net Cal MediConnect 회원 자격으로 방문할 수 있는 의료전문가(의사, 전담 간호사 및 심리학자 등), 시설(병원이나 진료소 등), 보조 서비스 제공자(주간보호소 혹은 가정의료 서비스 제공자 등)이 나와 있습니다. 또한, 처방약을 구입할 수 있는 약국 목록도 제공합니다. 이 목록에 등록된 약국 중에는 일반 판매, 통신 판매, 재택 투여, 장기 의료(Long-Term Care, LTC) 서비스 등을 제공하는 약국도 포함됩니다.

### "네트워크 진료 공급자"란 무엇을 뜻하는가?

- 네트워크 진료 공급자는 다음으로 구성됩니다.
  - 귀하가 저희 플랜의 회원으로서 방문하게 될 의사, 간호사, 기타 의료 서비스 제공 전문인들을 뜻합니다.
  - 또한, 저희 플랜을 통해 건강 서비스를 제공하는 진료소, 병원, 간호 시설, 기타 서비스 시설도 포함됩니다.

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문해 주십시오.



- 여기에는 LTSS(장기 서비스 및 지원), 행동 건강 서비스, 가정 건강 대행사, 내구성 의료기기 공급업체, 그리고 귀하가 메디케어나 Medi-Cal을 통해서 받는 물품이나 서비스를 제공하는 기타 업체 등도 포함됩니다.
- 네트워크 진료 공급자들은 보장된 서비스에 대한 저희 플랜의 지불금을 지불금 전액으로 수령하는 것에 동의했습니다.
- **주의:** 재가 지원 서비스(In-Home Supportive Services, IHSS)는 네트워크에 속해 있지 않습니다. 따라서 귀하께서 원하시는 대로 자격을 갖춘 IHSS 제공자를 선택하실 수 있습니다.

### "네트워크 약국"이란 무엇을 뜻하는가?

- 네트워크 약국이란 본 플랜 회원들을 위해 처방전을 조제하는 데 동의한 약국(약품 상점)을 뜻합니다. **공급자 및 약국 명부를** 통해서 이용할 네트워크 약국을 찾으실 수 있습니다.
- 응급 상황을 제외하고, 저희 플랜을 통해 약값을 지원받으려면 **반드시** 저희 네트워크 약국을 통해 처방약을 받으셔야 합니다.

더욱 자세한 정보를 원하시면 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 회원 서비스부로 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. 가입자 서비스 및 Health Net Cal MediConnect 웹사이트 둘 다를 통해 네트워크 약국과 서비스 제공자에 관한 최신 정보 업데이트를 제공받으실 수 있습니다.

### 보장되는 약 목록

본 플랜에는 **보장되는 약 목록**이 있습니다. 저희는 이를 줄여서 "약 목록"이라고 부릅니다. 이 목록을 이용하여 어느 처방약이 Health Net Cal MediConnect를 통해 보장되는지 확인하실 수 있습니다.

또한, 받을 수 있는 수량 제한 등 약에 따른 규칙이나 제한 사항이 있는지도 확인할 수 있습니다. 이러한 규칙이나 제한 사항에 대한 자세한 내용은 제5장을 참조하십시오.

저희는 매해 약 목록 사본을 귀하께 보내 드립니다. 단 연중에 바뀌는 내용이 있을 수 있습니다. 보장되는 약에 대한 최신 정보가 필요하시다면, [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문하시거나 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화하여 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다.

### 혜택 설명서

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

---

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문해 주십시오.



**혜택 설명서**는 그 달에 파트 D 처방약에 귀하나 귀하를 대신하여 다른 분이 지불하신 총액과 각 파트 D 처방약마다 저희가 지불한 금액의 총액을 알려 드립니다. 제6장에서는 **혜택 설명서**에 대해 더 자세한 정보를 드리며 귀하의 약 보험 보장을 추적하는 방법을 알려드립니다.

요청하시면, **혜택 설명서**를 귀하께 직접 보내 드립니다. 사본을 받아 보시려면 1-855-464-3571 (TTY: 711)로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 회원 서비스부로 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다.

## K. 자신의 회원 기록 정보를 업데이트하려면?

귀하의 개인정보가 바뀌는 경우, 이를 알려 주시면 회원 기록을 업데이트하실 수 있습니다.

플랜 네트워크 공급자 및 약국은 귀하에 대한 올바른 정보를 갖고 있어야 합니다. **귀하가 어떤 서비스와 약을 받는지를 알기 위해, 또 귀하가 지불하는 비용은 얼마일지를 정하는 데 귀하의 가입자 기록을 이용합니다.** 이런 이유로 귀하의 개인정보를 항상 최신 상태로 유지하여 주시는 것이 매우 중요합니다.

아래의 사항을 저희에게 알려 주십시오.

- 이름, 주소, 전화번호 변경 여부.
- 귀하가 지닌 다른 건강 보험 보장에 변화가 생긴 경우, 예를 들면 고용주를 통한 보험, 배우자 고용주를 통한 보험, 산업 재해 보험 보장.
- 교통사고로 인한 청구 등 책임 보험 청구가 생긴 경우.
- 간호 시설이나 병원에 입소, 입원한 경우.
- 병원 또는 응급실에서 진료를 받는 경우.
- 귀하를 돌봐주는 사람이나 귀하를 책임지는 사람이 바뀐 경우.
- 귀하가 임상 연구 실험에 참여하고 있는 경우.

개인정보 변경 시, 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 회원 서비스부로 전화하여 변경 내역을 알려 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다.

또한 저희 웹사이트 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)에 방문하셔서 주소, 전화번호를 변경하실 수도 있습니다.

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문해 주십시오.



## 개인 건강정보를 보관합니까?

그렇습니다. 주정부, 연방정부 법에 따라 저희는 귀하의 의료 기록 및 개인 건강 정보를 보호해야 합니다. 저희는 귀하의 건강 정보를 보호합니다. 귀하의 개인 건강 정보를 저희가 어떻게 보호하는지에 대한 자세한 내용은 제11장을 참조하십시오.

---

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문해 주십시오.



## 제 2 장 : 중요 전화번호 및 자료

### 목차

<b>A. Health Net Cal MediConnect (Medicare-Medicaid 플랜) 가입자 서비스에 연락하는 방법</b>	<b>17</b>
아래의 경우 회원 서비스에 연락하십시오.....	17
▪ 플랜에 관한 질문 .....	17
▪ 보험청구, 청구서, 회원 카드에 대한 질문 .....	17
▪ 건강 진료에 대한 보장 결정에 대한 질문 .....	17
▪ 귀하의 진료에 대한 이의제기 .....	17
▪ 귀하가 받은 진료에 대한 불만 .....	18
▪ 귀하의 약에 대한 보장범위 결정 .....	18
▪ 귀하의 처방약 보장범위에 대한 자세한 내용은 제9장을 참조하십시오. ....	19
▪ 귀하의 약에 대한 이의 제기 .....	19
▪ 귀하의 약에 대한 불만 .....	19
▪ 이미 지불한 의료서비스 요금이나 약값에 대한 보장 .....	19
<b>B. 귀하의 진료 조정인(Care Coordinator)에게 연락하는 방법</b>	<b>20</b>
아래 사항에 대하여 진료 조정인에게 연락하십시오. ....	20
▪ 귀하가 받은 진료에 대한 질문 .....	20
▪ 행동 건강 (정신 건강 및 약물 남용 장애) 서비스 이용에 대한 질문 .....	21
▪ 교통편에 대한 질문 .....	21
▪ 장기 서비스 및 지원(LTSS)에 대한 질문 .....	21
<b>C. 간호사 상담 전화 서비스를 사용하는 방법</b>	<b>23</b>
아래의 질문이 있으시면 간호사 상담 전화 서비스에 전화하십시오. ....	24
▪ 귀하가 받은 진료에 대한 질문 .....	24
▪ 연중무휴, 주 7일 24시간 이용 가능한 간호사 상담 전화를 통해 일상적 건강 문제나 질문에 대한 즉각적인 임상 지원을 제공합니다. 간호사는 다음과 같이 전화 통화자분들을 돕습니다. ....	24

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문해 주십시오.





○ 경미한 부상 및 질병에 대한 간호, .....	24
○ 응급 의료 상황 평가, .....	24
<b>D. 행동 건강 응급 전화 서비스를 사용하는 방법 .....</b>	<b>25</b>
아래 사항에 대하여 행동 건강 응급 전화 서비스를 이용하십시오. ....	25
▪ 행동 건강 및 약물 남용 서비스에 관한 질문 .....	25
<b>E. 건강 보험 자문 및 상담 프로그램(Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)에 연락하는 방법 .....</b>	<b>26</b>
아래에 대해서는 HICAP에 연락하십시오. ....	26
▪ 귀하의 Cal MediConnect 플랜에 대한 질문 .....	26
<b>F. 품질 향상 기관(QIO)에 연락하기 .....</b>	<b>27</b>
아래에 대해서는 Livanta에 연락하십시오. ....	27
▪ 귀하가 받은 진료에 대한 질문 .....	27
<b>G. 메디케어에 연락하는 방법 .....</b>	<b>28</b>
<b>H. Medi-Cal Health Care Options에 연락하는 방법 .....</b>	<b>29</b>
<b>I. Cal MediConnect Ombuds 프로그램에 연락하는 방법 .....</b>	<b>30</b>
<b>J. 카운티 사회보장 서비스에 연락하는 방법 .....</b>	<b>31</b>
<b>K. 귀하 카운티 특수 정신 건강 플랜에 연락하는 방법 .....</b>	<b>31</b>
아래 사항에 대하여 카운티 특수 정신 건강 플랜에 연락하십시오. ....	32
▪ 카운티에서 제공하는 행동 건강 서비스에 대한 질문 .....	32
<b>L. 캘리포니아주 관리보건부에 연락하는 방법 .....</b>	<b>33</b>
<b>M. 기타 자료 .....</b>	<b>34</b>

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문해 주십시오.



## A. Health Net Cal MediConnect (Medicare-Medicaid 플랜) 가입자 서비스에 연락하는 방법

<b>전화</b>	1-855-464-3571  월~금, 오전 8:00시부터 오후 8:00시까지 상담원이 대기하고 있습니다. 토, 일요일과 연방 공휴일을 포함한 다른 시간에는 음성 메시지를 남기실 수 있습니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다.  영어를 하지 않는 분들을 위해서 무료 통역 서비스를 제공해 드립니다.
<b>TTY</b>	711(전국 연결 서비스) 통화는 무료입니다.  이 번호는 듣는 데나 말하는 데 어려움이 있는 분들을 위한 번호입니다. 이 번호에 전화하시려면 특수 전화 장비가 필요합니다.  월~금, 오전 8:00시부터 오후 8:00시 사이에 이용 가능합니다. 토, 일, 연방 공휴일을 포함한 다른 시간에는 음성 메시지를 남기실 수 있습니다.
<b>팩스</b>	1-800-281-2999 또는 1-866-461-6876
<b>편지</b>	Health Net Community Solutions, Inc. PO Box 10422 Van Nuys, CA 91410-0422
<b>웹사이트</b>	<a href="http://www.healthnet.com/calmediconnect">www.healthnet.com/calmediconnect</a>

### 아래의 경우 회원 서비스에 연락하십시오.

- 플랜에 관한 질문
- 보험청구, 청구서, 회원 카드에 대한 질문
- 건강 진료에 대한 보장 결정에 대한 질문

귀하의 건강 진료 보장 결정이란 다음에 대한 결정입니다.

- » 귀하가 받는 혜택 및 보장된 서비스 **또는**
- » 귀하가 받은 의료 서비스에 저희가 지불할 금액.

귀하의 건강 진료에 대한 보장 결정에 대해 질문이 있으시면 저희에게 전화하십시오.

➔ 보험 보장범위 결정에 대한 자세한 내용은 제9장을 참조하십시오.

- 귀하의 진료에 대한 이의제기

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문해 주십시오.



**이의제기**란 저희가 실수를 한 것으로 생각될 때, 귀하의 보장에 대한 저희 결정을 재검토하고 변경할 것을 요청하는 공식적인 방법입니다.

➔ **이의제기에 대한 자세한 내용은 제9장을 참조하십시오.**

#### ■ **귀하가 받은 진료에 대한 불만**

저희나 진료 공급자(네트워크에 속하건 속하지 않건)에 대한 불만을 제기하실 수 있습니다. 네트워크 진료 공급자란 본 건강 플랜과 협약을 맺은 공급자를 뜻합니다. 또한 귀하가 받으신 진료의 품질에 대해 저희에게 불만을 제기하시거나 품질 향상 기관(아래의 섹션 F 참조)에 제기하실 수 있습니다.

- ➔ 저희에게 전화하셔서 귀하의 불만 사항을 설명하실 수 있습니다. 회원 서비스에 1-855-464-3571 (TTY: 711)로 월~금 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다.
- ➔ 귀하의 불만 사항이 귀하의 진료에 대한 보장범위 결정에 관한 것이라면 이의제기를 하실 수 있습니다(위 조항 참조).
- ➔ Health Net Cal MediConnect에 대한 불만 사항을 메디케어에 보내실 수 있습니다. 귀하가 이용할 수 있는 온라인 서식은 <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx> 에서 찾을 수 있습니다. 또는 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 번으로 전화하셔서 도움을 요청하실 수 있습니다.
- ➔ Health Net Cal MediConnect에 대한 불만이 있는 경우, 1-855-501-3077(TTY: 1-855-847-7914) 로 Cal MediConnect Ombuds Program에 전화하셔서 불만 사항을 제기하실 수 있습니다.
- ➔ 귀하가 받은 진료에 대한 불만 제기에 대한 자세한 내용은 제9장을 참조하십시오.

#### ■ **귀하의 약에 대한 보장범위 결정**

귀하의 약 보장범위 결정은 다음에 대한 결정입니다.

- » 귀하가 받는 혜택 및 보장된 약, **또는**
- » 귀하의 처방약에 대한 저희 보장범위.

이것은 파트 D 약, Medi-Cal 처방약, Medi-Cal 비처방약에 적용됩니다.

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문해 주십시오.



- 귀하의 처방약 보장범위에 대한 자세한 내용은 제9장을 참조하십시오.
- **귀하의 약에 대한 이의 제기**

*이의제기*란 보장범위 결정을 변경하도록 저희에게 요청하는 것입니다.

전화를 통해 귀하의 처방약 보장에 관한 이의제기를 하는 방법에 대해 더욱 자세히 알고 싶으시다면, 1-855-464-3571(TTY: 711)로 회원 서비스에 월~금 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다.

➔ **귀하의 처방약에 관한 이의제기에 대한 자세한 내용은 제9장을 참조하십시오.**

- **귀하의 약에 대한 불만**

귀하는 저희나 약국에 대한 불만을 제기하실 수 있습니다. 여기에는 처방약에 대한 불만도 포함됩니다.

귀하의 불만 사항이 귀하의 처방약에 대한 보장 결정이라면, 귀하는 이의 제기를하실 수 있습니다. (위 섹션 참조.)

Health Net Cal MediConnect에 대한 불만 사항을 메디케어에 보내실 수 있습니다. 귀하가 이용할 수 있는 온라인 서식은 <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>에서 찾을 수 있습니다. 또는 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 번으로 전화하셔서 도움을 요청하실 수 있습니다.

➔ **귀하의 처방약에 관한 불만제기에 대한 자세한 내용은 제9장을 참조하십시오.**

- **이미 지불한 의로서비스 요금이나 약값에 대한 보장**

이미 지불한 요금이나 약값을 돌려받거나, 청구된 요금이나 약값을 지불하는 방법에 대해서는 제 7장을 참조하여 주십시오.

➔ 귀하의 청구요금 지불 요청이 부분적으로, 혹은 전체적으로 거부된 경우, 귀하는 거부결정에 대한 이의를 제기하실 수 있습니다. 이의제기에 대한 자세한 내용은 제9장을 참조하십시오.

---

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문해 주십시오.



## B. 귀하의 진료 조정인(Care Coordinator)에게 연락하는 방법

진료 조정인은 귀하가 필요로 하는 진료를 받을 수 있도록 귀하와 건강 플랜과 진료 조정인과 함께 일하는 한 명의 주요 담당자를 뜻합니다. 진료 조정인은 귀하가 플랜에 가입하실 때 귀하에게 지정됩니다.

회원 서비스에서는 귀하의 진료 조정인에게 연락하는 방법을 알려 드립니다. 진료 조정인은 귀하의 진료 필요를 충족하기 위해 의료 서비스를 조정하는 것을 돕습니다. 진료 조정인은 귀하와 함께 귀하의 진료 플랜을 짭니다. 진료 조정인은 귀하의 진료 팀에 누구를 포함시킬지에 대한 귀하의 결정을 돕습니다. 귀하의 진료 조정인은 귀하가 받는 의료 서비스의 관리를 위해 필요한 정보를 귀하께 드립니다. 이를 통해 귀하는 자신에게 맞게 선택할 수 있습니다. 진료 조정인에게 연락할 때 도움이 필요하시면 회원 서비스에 전화해 주십시오.

진료 조정인을 바꾸기 원하거나 추가 질문이 있으시면 하기의 전화번호로 회원 서비스에 연락하십시오.

진료 조정인이 연락하기 전에 귀하께서 먼저 진료 조정인에게 연락하실 수도 있습니다. 아래 번호로 전화하셔서 귀하의 진료 조정인과 상담하고 싶다고 말씀하시면 됩니다.

<b>전화</b>	<p>1-855-464-3571 통화는 무료입니다.</p> <p>월~금, 오전 8:00시부터 오후 8:00시까지 이용 가능합니다. 토, 일요일과 연방 공휴일을 포함한 다른 시간에는 음성 메시지를 남기실 수 있습니다.</p> <p>영어를 하지 않는 분들을 위해서 무료 통역 서비스를 제공해 드립니다.</p>
<b>TTY</b>	<p>711(전국 연결 서비스) 통화는 무료입니다.</p> <p>이 번호는 듣는 데나 말하는 데 어려움이 있는 분들을 위한 번호입니다. 이 번호에 전화하시려면 특수 전화 장비가 필요합니다.</p> <p>월~금, 오전 8:00시부터 오후 8:00시까지 이용 가능합니다. 토, 일요일과 연방 공휴일을 포함한 다른 시간에는 음성 메시지를 남기실 수 있습니다.</p>
<b>편지</b>	<p>Health Net Community Solutions, Inc. PO Box 10422 Van Nuys, CA 91410-0422</p>

**아래 사항에 대하여 진료 조정인에게 연락하십시오.**

- **귀하가 받은 진료에 대한 질문**

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문해 주십시오.



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

장기 서비스 및 지원에는 지역 기반 성인 서비스(CBAS), 다목적 시니어 서비스 프로그램(MSSO), 간호 시설(Nursing Facilities, NF)이 포함됩니다.

귀하는 때로 일상적 진료나 생활상의 필요에도 도움을 받으실 수가 있습니다. 하기의 서비스를 받으실 수도 있습니다.

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

#### **지역 기반 성인 서비스(CBAS):**

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

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

- |          |          |
|----------|----------|
| ○ 목욕     | ○ 화장실 가기 |
| ○ 옷 입기   | ○ 걸어다니기  |
| ○ 스스로 먹기 | ○ 이동하기   |
| ○ 투약 관리  | ○ 개인 위생  |

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문해 주십시오.



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

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

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

- 개인 위생
- 돈 관리
- 자원 이용
- 식사 준비
- 교통편

---

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문해 주십시오.





- 예방적 의료 서비스가 신체 기능의 현 수준을 유지하거나 향상시킨다는 타당한 기대(예를 들어, 충격이나 염증으로 야기된 뇌 부상의 경우)
- CBAS가 이용가능하지 않을 시 더욱 악화되거나 입소가 필요해질 수 있다는 높은 가능성(예를 들어, 뇌 종양 또는 HIV 관련 치매)

### 다목적 시니어 서비스 프로그램(MSSP),

다목적 시니어 서비스 프로그램(MSSP) 이용 자격을 얻기 위해서 Medi-Cal 회원들은 다음의 기준에 부합되어야 합니다.

- 65세 이상
- 전문 간호 시설(SNF) 입소 인증 자격 취득자
- MSSP 시설이 있는 카운티 거주, 당해 시설의 서비스 지역 내에 거주
- 케어 관리 서비스를 받기에 적합해야 함
- MSSP 비용 제한 내에서 서비스를 받을 수 있어야 함

### 요양원(NF):

장기 케어(LTC) 수령이나 전문 간호 시설(SNF)에 입소 자격이 있으려면 24시간 장단기 의료적 케어를 요한다는 의사의 처방이 반드시 있어야 합니다.

---

## C. 간호사 상담 전화 서비스를 사용하는 방법

---

Health Net Cal MediConnect 간호사 상담 전화는 무료 전화를 이용한 간호지원 및 상담 서비스로서, 훈련된 임상 전문가가 연중무휴로 주 7일 24시간 내내 대기하는 서비스입니다. 간호사 상담 전화는 회원이 현재 필요로 하는 진료의 수준을 정할 수 있도록 돕는 실시간 의료평가 서비스를 제공합니다. 간호사가 일대일 상담을 진행하며 의료 관련 질문에 답하고 증상 관리를 지원하여 회원 스스로 확신을 가지고 적절한 치료나 처치를 받을 수 있도록 돕습니다. 회원 여러분께서는 회원 ID 카드의 뒷면에 있는 Health Net Cal MediConnect 회원 서비스 전화번호로 전화를 걸어 간호사 상담 전화 서비스를 이용하실 수 있습니다.

### 전화

1-855-464-3571

이 번호는 무료 통화입니다. 훈련된 임상 전문가가 주 7일 24시간 내내 대기하는 무료 간호지원 및 상담 전화 서비스입니다.

영어를 하지 않는 분들을 위해서 무료 통역 서비스를 제공해 드립니다.

---

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문해 주십시오.



<b>TTY</b>	<p>TTY:711</p> <p>이 번호는 무료 통화입니다.</p> <p>이 번호는 듣는 데나 말하는 데 어려움이 있는 분들을 위한 번호입니다. 이 번호에 전화하시려면 특수 전화 장비가 필요합니다.</p> <p>훈련된 임상 전문가가 주 7일 24시간 내내 대기하는 무료 간호지원 및 상담 전화 서비스입니다.</p>
------------	---

## 아래의 질문이 있으시면 간호사 상담 전화 서비스에 전화하십시오.

- 귀하가 받은 진료에 대한 질문
- 연중무휴, 주 7일 24시간 이용 가능한 간호사 상담 전화를 통해 일상적 건강 문제나 질문에 대한 즉각적인 임상 지원을 제공합니다. 간호사는 다음과 같이 전화 통화자분들을 돕습니다.
  - 경미한 부상 및 질병에 대한 간호,
  - 응급 의료 상황 평가,
  - 적절한 의료적 결정 지원
- 교육받은 임상 전문가와의 일대일 상담 저희의 24시간 클리니션은 연관성 있고 복잡해질 수 있는 여러 가지 문제를 짚어보고 해결하는 노력과 함께 귀하가 염려하고 있는 문제를 도울 수 있는 경험과 노하우를 가지고 있습니다.
- 하루 24시간 건강관련 질문에 답변을 하고 있습니다. 그러나 생명을 위협하는 상황인 경우 항상 911로 전화하거나 응급실로 바로 이동하셔야 합니다.

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문해 주십시오.



## D. 행동 건강 응급 전화 서비스를 사용하는 방법

<b>전화</b>	<p>1-855-464-3571 통화는 무료입니다.</p> <p>행동 건강 면허를 보유한 임상 전문가가 주 7일, 하루 24시간 대기합니다.</p> <p>영어를 하지 않는 분들을 위해서 무료 통역 서비스를 제공해 드립니다.</p>
<b>TTY</b>	<p>711(전국 연결 서비스) 통화는 무료입니다.</p> <p>이 번호는 듣는 데나 말하는 데 어려움이 있는 분들을 위한 번호입니다. 이 번호에 전화하시려면 특수 전화 장비가 필요합니다.</p> <p>행동 건강 면허를 보유한 임상 전문가가 주 7일, 하루 24시간 대기합니다.</p>

### 아래 사항에 대하여 행동 건강 응급 전화 서비스를 이용하십시오.

- **행동 건강 및 약물 남용 서비스에 관한 질문**

Health Net Cal MediConnect에서는 24시간 내내 의료 정보 및 자문을 제공합니다. 전화하시면 저희 행동 건강 전문가들이 보건 및 복지 관련 질문에 대답해 드릴 것입니다. 긴급한 건강 관련 필요가 있는데 응급 상황은 아니라면, 행동 건강 임상 관련 질문을 위해 주 7일, 하루 24시간 저희 행동 건강 응급 전화 서비스에 전화하십시오.

귀하의 카운티 특수 정신 건강 서비스에 대한 질문이 있으시면 32페이지를 참조하십시오.

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문해 주십시오.



## E. 건강 보험 자문 및 상담 프로그램(Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)에 연락하는 방법

건강보험 자문 및 옹호 프로그램(HICAP)에서는 메디케어에 가입되어 있는 분들에게 무료 건강 보험 상담을 제공합니다. HICAP 카운슬러들은 귀하의 질문에 대답해 드리고 문제를 해결하기 위해서는 어떻게 해야 하는지 귀하가 이해하는 것을 돕습니다. HICAP에서는 모든 카운티마다 훈련받은 상담사를 두고 있으며, 서비스는 무료입니다.

HICAP은 보험 회사나 건강 플랜과 연결되어 있지 않습니다.

<b>전화</b>	1-213-383-4519 L.A. 카운티 전용: 1-800-824-0780 월요일부터 금요일까지, 오전 9:00시부터 오후 5:00시까지.
<b>TTY</b>	L.A. 카운티 전용: 1-213-251-7920  이 번호는 듣는 데나 말하는 데 어려움이 있는 분들을 위한 번호입니다. 이 번호에 전화하시려면 특수 전화 장비가 필요합니다.
<b>편지</b>	HICAP 520 S. Lafayette Park Place, Suite 214 Los Angeles, CA 90057
<b>웹사이트</b>	<a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/Contact_HICAP/County_List/">http://www.aging.ca.gov/HICAP/Contact_HICAP/County_List/</a>

### 아래에 대해서는 HICAP에 연락하십시오.

#### ■ 귀하의 Cal MediConnect 플랜에 대한 질문

HICAP 카운슬러들은 다음을 도와드릴 수 있습니다.

- » 귀하의 권리를 이해하는 것
- » 귀하의 플랜 선택사항을 이해하는 것
- » 새로운 플랜으로 변경하는 데 대한 귀하의 질문에 답변
- » 귀하가 받은 의료 서비스나 진료에 대한 불만을 제기하는 것 **및**
- » 귀하가 받은 청구서 관련 문제를 정리하는 것을 지원

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문해 주십시오.



## F. 품질 향상 기관(QIO)에 연락하기

캘리포니아주에는 Livanta라 불리는 조직이 있습니다. 이 조직은 의사나 건강 서비스 전문인들로 구성되어 있으며 메디케어 회원들이 받는 진료 품질 향상을 돕습니다. Livanta는 당사 플랜과 연계되어 있지 않습니다.

전화	1-877-588-1123
TTY	1-855-887-6668  이 번호는 듣는 데나 말하는 데 어려움이 있는 분들을 위한 번호입니다. 이 번호에 전화하시려면 특수 전화 장비가 필요합니다.
팩스	이의제기 1-855-694-2929 기타 모든 심사: 1-844-420-6672
편지	Livanta BFCC-QIO Program, Area 5 9090 Junction Drive, Suite 10 Annapolis Junction, MD 20701
웹사이트	<a href="http://www.BFCCQIOAREA5.com">www.BFCCQIOAREA5.com</a>

아래에 대해서는 Livanta에 연락하십시오.

### ■ 귀하가 받은 진료에 대한 질문

아래의 경우에 해당된다면 귀하가 받은 진료에 대해 불만을 제기하실 수 있습니다.

- » 진료의 품질에 대해 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.

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문해 주십시오.



## G. 메디케어에 연락하는 방법

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

메디케어를 담당하는 연방정부 기관은 Centers for Medicare & Medicaid Services, 또는 CMS입니다.

<b>전화</b>	<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).</p> <p>귀하는 이 번호에 무료로 주 7일, 하루 24시간 전화할 수 있습니다.</p>
<b>TTY</b>	<p>1-877-486-2048 통화는 무료입니다.</p> <p>이 번호는 듣는 데나 말하는 데 어려움이 있는 분들을 위한 번호입니다.</p> <p>이 번호에 전화하시려면 특수 전화 장비가 필요합니다.</p>
<b>웹사이트</b>	<p><a href="http://www.medicare.gov">http://www.medicare.gov</a></p> <p>이것은 공식 메디케어 웹사이트입니다. 여기에서 메디케어 관련 문제들에 대한 최신 정보를 보실 수 있습니다. 병원, 요양원, 의사, 재택 건강 요원, 투석 시설 등에 대한 정보도 들어 있습니다. 컴퓨터에서 직접 인쇄하실 수 있는 책자들도 있습니다. "Forms, Help &amp; Resources"(양식, 도움 및 자료)를 선택하시고 "Phone numbers &amp; websites"(전화번호 및 웹사이트)를 클릭하시면 귀하가 거주하시는 주의 메디케어 연락처를 찾을 수 있습니다.</p> <p>메디케어 웹사이트에는 귀하의 지역에서 플랜을 찾을 수 있게 해 주는 아래와 같은 도구들이 있습니다.</p> <p><b>메디케어 플랜 파인더:</b> 귀하 지역의 메디케어 처방약 플랜, 메디케어 건강 플랜, Medigap(메디케어 보충 보험) 보험에 대해 개인에게 적합한 정보를 제공합니다. "Find health &amp; drug plans"(건강 &amp; 약 플랜 찾기)를 선택하십시오.</p> <p>컴퓨터가 없으시면 가까운 도서관이나 시니어 센터에 가시면 자체 보유 컴퓨터로 이 웹사이트를 방문하는 것을 도와 드릴 것입니다. 또는 메디케어에 위에 나온 번호로 전화하셔서 귀하가 원하는 정보가 무엇인지를 알려주세요. 귀하가 필요로 하는 정보를 웹사이트에서 찾아 인쇄해서 보내 드릴 것입니다.</p>

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문해 주십시오.



## H. Medi-Cal Health Care Options에 연락하는 방법

Medi-Cal Health Care Options에서는 Cal MediConnect 플랜 선택 또는 기타 등록 문제에 대한 질문이 있는 경우 도와 드릴 수 있습니다. 메디케어 회원들을 위한 무료 건강 보험 상담에 대해서는 (HICAP) 섹션 E를 참조하십시오.

<b>전화</b>	1-844-580-7272  Health Care Options 담당직원과는 오전 8:00시부터 오후 5:00시까지, 월요일에서 금요일까지 통화할 수 있습니다.
<b>TTY/TDD</b>	1-800-430-7077  이 번호는 듣는 데나 말하는 데 어려움이 있는 분들을 위한 번호입니다. 이 번호에 전화하시려면 특수 전화 장비가 필요합니다.
<b>편지</b>	California Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
<b>웹사이트</b>	<a href="https://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/contact-us">https://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/contact-us</a>

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문해 주십시오.





## I. Cal MediConnect Ombuds 프로그램에 연락하는 방법

Cal MediConnect Ombuds 프로그램에서는 서비스나 청구서 관련 문제에 대해 귀하를 도와드릴 수 있습니다. 귀하의 질문에 대답해 드리고 문제를 해결하기 위해서는 어떻게 해야 하는지 귀하가 이해하는 것을 도와 드립니다. 본 서비스는 무료입니다.

Cal MediConnect Ombuds 프로그램은 당사 또는 어떤 보험회사나 건강플랜과도 관계가 없습니다.

<b>전화</b>	1-855-501-3077 통화는 무료입니다.  월~금, 오전 9시~오후 5시, 공휴일 제외, 수요일 오후 2시~4시에는 닫습니다.
<b>TTY</b>	1-855-847-7914  월~금, 오전 9:00시부터 오후 5:00시까지.  이 번호는 듣는 데나 말하는 데 어려움이 있는 분들을 위한 번호입니다. 이 번호에 전화하시려면 특수 전화 장비가 필요합니다.
<b>편지</b>	Neighborhood Legal Services of Los Angeles County c/o the Los Angeles Health Consumer Alliance  13327 Van Nuys Blvd. Pacoima, CA 91331-3099  1104 E. Chevy Chase Drive Glendale, CA 91205  9354 Telstar Avenue El Monte, CA 91731
<b>웹사이트</b>	<a href="http://www.calduals.org/implementation/policy-topics/ombudsman-resources/">http://www.calduals.org/implementation/policy-topics/ombudsman-resources/</a> .

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문해 주십시오.



## J. 카운티 사회보장 서비스에 연락하는 방법

카운티 소셜 서비스에서 지원을 제공하는 서비스 관련 도움이 필요하시면, 해당되는 혜택에 따라 지역 카운티 소셜 서비스 부서에 연락하십시오.

<b>전화</b>	1-888-678-4477 또는 1-888-944-4477. 통화는 무료입니다. 월~금, 오전 8:00시 ~ 오후 5:00시, 공휴일 제외
<b>TTY</b>	711 (전국 연결 서비스)  이 번호는 듣는 데나 말하는 데 어려움이 있는 분들을 위한 번호입니다. 이 번호에 전화하시려면 특수 전화 장비가 필요합니다.
<b>편지</b>	가장 가까운 사회보장 서비스 사무실 주소는 귀하의 카운티 정부 전화번호부를 참조하여 주십시오.
<b>웹사이트</b>	<a href="http://dpss.lacounty.gov">http://dpss.lacounty.gov</a>

## K. 귀하 카운티 특수 정신 건강 플랜에 연락하는 방법

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

<b>전화</b>	로스앤젤레스 카운티 정신건강부(DMH) 직통전화: 1-800-854-7771 통화는 무료입니다.  주 7일, 하루 24시간.  영어를 하지 않는 분들을 위해서 무료 통역 서비스를 제공해 드립니다.
<b>TTY</b>	711(전국 연결 서비스) 통화는 무료입니다.  이 번호는 듣는 데나 말하는 데 어려움이 있는 분들을 위한 번호입니다. 이 번호에 전화하시려면 특수 전화 장비가 필요합니다.  주 7일, 하루 24시간.

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문해 주십시오.



## 아래 사항에 대하여 카운티 특수 정신 건강 플랜에 연락하십시오.

- 카운티에서 제공하는 행동 건강 서비스에 대한 질문

무료로 제공되며 비밀이 보장되는 정신 건강 정보, 서비스 공급자 의뢰, 위기 상담을 원하시면 아무 때나, 아무 요일이나 로스앤젤레스 정신 건강국 상담 전화 서비스에 전화하십시오.

---

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문해 주십시오.



## L. 캘리포니아주 관리보건부에 연락하는 방법

캘리포니아주 관리보건부(DMHC)에서는 건강 플랜을 규제하고 있습니다. DMHC Help Center에서는 귀하의 Medi-Cal 서비스에 대한 건강 플랜 관련 문의 제기와 불만 제기를 도와 드릴 수 있습니다.

<b>전화</b>	1-888-466-2219  DMHC 담당직원과는 오전 8:00시부터 오후 6:00시까지, 월요일에서 금요일까지 통화할 수 있습니다.
<b>TDD/TTY</b>	TDD: 1-877-688-9891  TTY: 711 (전국 연결 서비스)  이 번호는 듣는 데나 말하는 데 어려움이 있는 분들을 위한 번호입니다. 이 번호에 전화하시려면 특수 전화 장비가 필요합니다.
<b>편지</b>	Help Center California Department of Managed Health Care 980 9 <sup>th</sup> Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
<b>팩스</b>	1-916-255-5241
<b>웹사이트</b>	<a href="http://www.hmohelp.ca.gov">http://www.hmohelp.ca.gov</a>

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문해 주십시오.



## M. 기타 자료

### 지역 고령국 (Area Agencies on Aging)

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

<b>전화</b>	1-888-202-4248 1-213-738-2600 또는 L.A. 카운티 전용: 1-800-510-2020 월~금, 오전 8:00시 ~ 오후 5:00시, 공휴일 제외
<b>TTY</b>	711 (전국 연결 서비스)
<b>편지</b>	Los Angeles County Community & Senior Services 3333 Wilshire Blvd., Suite 400  Los Angeles, CA 90010
<b>웹사이트</b>	<a href="http://css.lacounty.gov/">http://css.lacounty.gov/</a>

### 보건관리부(Department of Health Care Services, DHCS)

저희 플랜의 회원으로서 귀하는 메디케어, Medi-Cal (메디케이드) 모두에 자격이 있습니다. Medi-Cal(메디케이드)은 연방 및 주 정부 공동 프로그램으로서 소득 및 자원이 제한된 일부 사람들을 위해 의료비를 지원합니다. Medi-Cal(메디케이드)에서 받는 지원에 대해 질문이 있으시면 보건관리부(DHCS)에 연락하십시오.

<b>전화</b>	무료 통화: 1-800-541-5555
<b>TTY</b>	711 (전국 연결 서비스)
<b>편지</b>	Department of Health Care Services PO Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
<b>웹사이트</b>	<a href="http://www.medi-cal.ca.gov">www.medi-cal.ca.gov</a>

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문해 주십시오.



## 사회 보장국

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

또한 사회 보장국은 소득이 높은 이유로 파트 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 전화하셔서 재고를 요청하십시오.

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

<b>전화</b>	<p>1-800-772-1213 이 번호는 무료 전화입니다.</p> <p>동부 표준시 기준 오전 7:00시부터 오후 7:00시까지, 월요일에서 금요일까지 (주말과 휴일을 포함하여 매일 24시간 녹음된 정보를 듣거나 자동 서비스를 이용하실 수 있습니다).</p> <p>사회 보장국의 자동 응답 전화 서비스를 이용하시면 하루 24시간 언제든지 녹음된 정보를 통해 원하는 일을 처리하실 수 있습니다.</p>
<b>TTY</b>	<p>1-800-325-0778</p> <p>이 번호는 특수 전화장비가 필요하며, 듣거나 말하기에 어려움이 있는 사람만을 위한 번호입니다.</p> <p>이 번호는 무료 전화입니다.</p> <p>오전 7:00시부터 오후 7:00시까지, 월요일에서 금요일까지.</p>
<b>웹사이트</b>	<p><a href="http://www.ssa.gov">http://www.ssa.gov</a></p>

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문해 주십시오.



## 제3장: 의료 서비스 및 기타 서비스에 대해 플랜의 보장범위 사용하기

### 목차

A. "서비스," "보장 서비스," "공급자," "네트워크 서비스 공급자"에 관한 자료.....	38
B. 플랜이 보장하는 의료 서비스, 행동 건강, 장기 서비스 및 지원을 받기 위한 규칙 .....	38
C. 진료 조정인 .....	40
D. 일차 진료 공급자, 전문의, 기타 네트워크 진료 공급자, 네트워크 외 진료 공급자에게서 진료 받기 .....	40
일차 진료 공급자(주치의)로부터 진료 받기 .....	40
전문의나 다른 네트워크 진료 공급자들로부터 진료를 받는 방법 .....	43
네트워크 진료 공급자가 당사 플랜을 탈퇴할 경우 .....	44
네트워크 외의 진료 공급자들로부터 진료를 받는 방법.....	45
E. 장기 서비스 및 지원(LTSS)을 받는 방법 .....	45
F. 행동 건강 (정신 건강 및 약물 남용 장애) 서비스를 받는 방법 .....	46
어떤 Medi-Cal 행동 건강 서비스가 Health Net Cal MediConnect 외에서 Los Angeles County 정신 건강국(DMH)과 Los Angeles County 공공 보건국(약물 남용 예방 및 통제) (DPH/SAPC)을 통해 제공되는가? .....	46
G. 이송 서비스를 받는 방법 .....	49
H. 응급의료 상황 또는 긴급한 진료가 필요한 상황, 재난 상황에 보장 서비스를 받는 방법 .....	51
의료적 응급 상황에서 진료 받기 .....	51
긴급하게 필요한 치료 받기 .....	52
재난 상황 중에 의료 서비스 받기 .....	53

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문해 주십시오.





<b>I. 플랜에서 보장하는 진료 서비스 이용료가 직접 자신에게 청구된 경우에 해야 할 일 .....</b>	<b>54</b>
플랜에서 서비스를 보장하지 않는 경우 어떻게 해야 하는가?.....	54
<b>J. 임상 연구 실험에 참여하는 경우 의료 서비스 보장 방법 .....</b>	<b>54</b>
임상 연구 실험이란 무엇인가?.....	54
임상 연구 실험 참여 시의 진료 서비스 이용요금 부담자와 부담액 .....	55
자세한 내용 .....	55
<b>K. 종교적 비의료 진료 기관에 머무르는 경우 어떻게 진료 서비스를 보장받는가? .....</b>	<b>56</b>
종교적 비의료 서비스 기관이란 무엇인가?.....	56
종교적 비의료 서비스 기관에서 받을 수 있는 서비스 중 본 플랜에서 보장하는 것은 무엇인가? .....	56
<b>L. 내구성 의료기기(DME) 보유 관련 규칙.....</b>	<b>57</b>
내구성 의료 장비를 보유하려 합니까?.....	57
Medicare로 전환할 경우 어떻게 됩니까?.....	57

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문해 주십시오.



## A. "서비스," "보장 서비스," "공급자," "네트워크 서비스 공급자"에 관한 자료

**서비스**는 의료 서비스, 장기 서비스 및 지원, 용품, 행동 건강 서비스, 처방약과 비처방약, 기기 및 기타 서비스를 말합니다. **보장된 서비스**는 저희 플랜이 지불하는 모든 해당 서비스를 말합니다. 보장된 의료 서비스, 행동 건강, 장기 서비스 및 지원은 제4장에 있는 혜택 차트에 나옵니다.

**공급자**는 의사, 간호사, 기타 귀하에게 서비스와 간호를 제공해 주는 사람들을 말합니다. **공급자**라는 용어에는 병원, 가정 건강 기관, 진료실, 기타 귀하께 의료 서비스, 행동 건강 서비스, 의료 기기, 기타 장기 서비스 및 지원을 제공하는 장소들도 포함됩니다.

**네트워크 공급자**는 본 건강 플랜과 함께 일하는 공급자들을 말합니다. 이러한 공급자들은 저희의 지불금을 총 지불액으로 받는 데 동의했습니다. 네트워크 공급자들은 귀하께 드린 진료비를 저희에게 직접 청구합니다. 귀하가 네트워크 공급자의 진료를 보시면 보장된 서비스에 대해서는 대개 아무것도 지불하지 않습니다.

## B. 플랜이 보장하는 의료 서비스, 행동 건강, 장기 서비스 및 지원을 받기 위한 규칙

Health Net Cal MediConnect는 메디케어 및 Medi-Cal이 보장하는 모든 서비스를 보장합니다. 여기에는 행동 건강, 장기 서비스 및 지원(LTSS), 처방약이 포함됩니다.

Health Net Cal MediConnect는 귀하가 플랜의 규칙을 따른다면 일반적으로 귀하가 받는 의료 서비스, 행동 건강 서비스, LTSS를 지불합니다. 보장받기 위해서는:

- 귀하가 받는 진료가 반드시 **플랜 혜택** 대상이어야 합니다. 이 말은 그것이 반드시 본 플랜의 혜택 차트에 포함되어야 한다는 뜻입니다. (혜택 차트는 본 안내서의 제4장에 나옵니다.)
- 진료는 반드시 **필요한 것**이어야 합니다. 필요하다는 말은, 귀하의 상태를 예방, 진단, 치료하기 위해서 또는 귀하의 현 건강 상태를 유지하기 위해서 그와 같은 서비스가 필요하다는 것을 저희는 뜻합니다. 여기에는 귀하가 종합 병원 또는 양로원에 들어가지 않을 수 있게 해 주는 진료도 포함됩니다. 이는 또한 그 서비스, 용품, 약품이 용인된 의료 수준에 부합됨을 뜻합니다.
- 의료 서비스를 위해서 귀하는 반드시 진료를 오더했거나 다른 의사를 보아야 한다고 말한 **네트워크 주치의(primary care provider, PCP)**가 있어야 합니다. 플랜 회원으로서 귀하는 반드시 네트워크 공급자를 자신의 PCP로 선택해야 합니다.
  - » 대부분의 경우, 가입자가 플랜 네트워크 내의 다른 진료 공급자에게 가기 전에 네트워크 PCP가 이를 승인해야 합니다. 이것을 **의뢰**라고 부릅니다. 의뢰에 대한 자세한 내용은 43페이지를 참조하십시오.

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문해 주십시오.



- » 저희 플랜의 PCP는 의료 그룹과 연계되어 있습니다. 귀하는 PCP를 선택하실 때 연계되는 의료 그룹도 선택하게 됩니다. 다시 말해, 귀하의 PCP는 귀하의 상태를 자신의 의료그룹과 연계된 전문가 및 서비스에게 의뢰하게 되는 것을 뜻합니다. 의료 그룹은 서로 협력하고 저희 플랜과 협력하기로 계약이 체결되어 있는 PCP, 전문의, 기타 의료서비스 공급자 집단입니다.
- » 응급 진료나 긴급히 필요한 진료, 또는 여성 의료서비스 공급자를 보기 위해서는 PCP의 의뢰가 필요하지 않습니다. PCP에게서 의뢰를 받지 않고도 다른 종류의 진료를 받을 수가 있습니다. 이에 대한 자세한 내용은 43페이지를 참조하십시오.
  - ▶ PCP 선택에 대한 내용은 41페이지를 참조하십시오.
- **귀하는 귀하의 PCP 의료 그룹과 제휴를 맺은 네트워크 진료 공급자로부터 진료를 받아야 합니다.** 일반적으로 플랜에서는 본 플랜이나 귀하를 담당하는 PCP의 의료그룹과 함께 일하지 않는 공급자로부터 받은 진료는 보장하지 않습니다. 그러나 다음의 경우에는 이 규칙이 적용되지 않습니다.
  - » 본 플랜은 응급 상황 또는 긴급히 필요한 진료를 네트워크 외의 공급자에게서 받았을 때 이를 보장합니다. **응급 상황 또는 긴급히 필요한 진료**가 무엇을 뜻하는지를 보시려면 51페이지를 참조하십시오.
  - » 저희 플랜이 보장하는 진료를 귀하가 필요로 하며 저희 네트워크 진료 공급자들이 그 진료를 제공해 줄 수 없는 경우, 귀하는 네트워크 외의 공급자에게서 그와 같은 진료를 받을 수 있습니다. 네트워크 외의 공급자를 보아야 한다면 사전 승인이 필요합니다. 승인이 되면, 귀하, 요청을 하는 공급자, 수락하는 공급자는 승인에 대한 통지를 받을 것입니다. 이 상황에서 저희는 그와 같은 진료를 귀하에게 무료로 보장할 것입니다. 네트워크 외의 공급자의 진료를 받기 위한 승인에 대한 자세한 내용은 45페이지를 참조하십시오.
  - » 본 플랜은 회원이 플랜 서비스 지역 외부에 머무는 경우, 단기간에 한하여 신장 투석 서비스를 보장합니다. 이러한 서비스는 메디케어 인증 투석 시설에서 받으실 수 있습니다.
  - » 귀하가 플랜에 처음 가입할 때 자신의 현재 공급자들을 계속해서 보기 원한다는 요청을 할 수가 있습니다. 몇몇 예외사항을 제외하고, 저희는 귀하께서 공급자와 기존 관계를 유지하고 있음을 증명할 수 있는 경우에는 이러한 요청을 승인해야 합니다(제1장 8페이지 참조). 귀하의 요청이 승인되면 자신의 현재 의료서비스 공급자를 최대 12개월까지 계속해서 보실 수 있습니다. 이 기간 동안 저희의 진료 조정인이 귀하께 연락해서 PCP의 의료 그룹과 제휴된 저희 네트워크의 서비스 공급자를 찾도록 도와드릴 것입니다. 12개월 후에도 귀하가 저희 네트워크에 있지 않고 귀하의 PCP의 의료 그룹과 제휴되지 않은 공급자의 진료를 계속 받을 경우, 귀하의 진료비가 더 이상 보장되지 않습니다.

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문해 주십시오.



## C. 진료 조정인

진료 조정인은 귀하가 필요로 하는 진료를 받을 수 있도록 귀하와 건강 플랜과 진료 조정인과 함께 일하는 한 명의 주요 담당자를 뜻합니다. 진료 조정인은 귀하가 플랜에 가입하실 때 귀하에게 지정됩니다.

회원 서비스에서는 귀하의 진료 조정인에게 연락하는 방법을 알려 드립니다. 진료 조정인은 귀하의 진료 필요를 충족하기 위해 의료 서비스를 조정하는 것을 돕습니다. 진료 조정인은 귀하와 함께 귀하의 진료 플랜을 짭니다. 진료 조정인은 귀하의 진료 팀에 누구를 포함시킬지에 대한 귀하의 결정을 돕습니다. 귀하의 진료 조정인은 귀하가 받는 의료 서비스의 관리를 위해 필요한 정보를 귀하께 드립니다. 이를 통해 귀하는 자신에게 맞게 선택할 수 있습니다. 진료 조정인에게 연락할 때 도움이 필요하시면 회원 서비스에 전화해 주십시오.

자신의 진료 조정인을 바꾸고 싶으시면, 회원 서비스에 전화하십시오.

도움이 필요하시면 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시 사이에 회원 서비스로 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다.

## D. 일차 진료 공급자, 전문의, 기타 네트워크 진료 공급자, 네트워크 외 진료 공급자에게서 진료 받기

### 일차 진료 공급자(주치의)로부터 진료 받기

귀하는 자신이 받는 진료를 제공하고 관리하는 주치의(PCP)를 반드시 선택해야 합니다. 저희 플랜의 PCP는 의료 그룹과 연계되어 있습니다. 귀하는 PCP를 선택하실 때 연계되는 의료 그룹도 선택하게 됩니다.

#### "PCP"란 무엇이며 PCP가 하는 역할은 무엇인가?

저희 플랜에 가입하시면, 귀하는 Health Net Cal MediConnect 네트워크 공급자 한 명을 자신의 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 산부인과전문의(OB/GYN)가 포함됩니다.

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

- 엑스레이
- 병리 검사
- 치료 요법

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문해 주십시오.



- 전문의의 진료
- 병원 입원
- 후속 진료.

보장 서비스를 "조정"하는 데에는 귀하가 받는 진료에 대해 플랜 진료 공급자를 상대로 점검하고 진행 상태에 대해 자문을 받는 일을 포함합니다. 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 것이라면, 귀하의 PCP는 저희 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.

위에서 설명한 대로, 대부분의 일상적 진료를 귀하의 PCP에게서 먼저 받게 될 것입니다. PCP가 전문의의 진료가 필요하다고 생각하면 플랜 전문의나 다른 진료 공급자에게 갈 수 있도록 귀하에게 소개(즉 미리 받는 승인)를 해 드릴 것입니다. 앞서 설명드린 대로, PCP의 허가를 받지 않고 받을 수 있는 보장 서비스는 몇 되지 않습니다.

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

회원은 비의사 의료 전문가를 주치의(PCP)로 선택할 수 있습니다. 비의사 의료 전문가에는 자격이 인정되는 간호 조무사, 면허를 취득한 임상간호사(Nurse Practitioner), 의사 보조사(Physician Assistant)가 포함됩니다. 귀하는 감독 주치의를 연결이 되지만 계속해서 자신이 선택한 비의사 의료 전문가로부터 서비스를 받게 됩니다. 귀하는 감독 주치의를 변경함으로써 자신이 선택한 비의사 의료 전문가를 변경할 수 있습니다. 귀하의 ID 카드에는 감독 주치위의 이름이 적히게 됩니다. 귀하는 전문의를 PCP로 지명할 수 있습니다. 전문의는 귀하가 필요로 하는 의료 서비스를 제공할 의지와 능력을 갖추어야 합니다.

## 연방정부 자격 인증 보건 센터 (Federally Qualified Health Center, FQHC) 또는 지방 보건소 (Rural Health Clinic, RHC) 를 PCP 로 선택하기

FQHC 또는 RHC는 진료소이고 귀하 PCP가 될 수 있습니다.

FQHC 또는 RHC는 일차 진료 서비스를 제공하는 보건 센터입니다. 회원 서비스에 전화하여 Health Net Cal MediConnect와 협약된 FQHC 및 RHC의 이름 및 주소를 확인하거나 **공급자 및 약국 명부를 확인하여** 주십시오.

### PCP는 어떻게 선택하는가?

저희 플랜에 등록하실 때 귀하는 저희 네트워크에서 계약 의료 그룹을 선택하셔야 합니다. 의료 그룹은 저희 플랜과 협력하기로 계약이 체결되어 있는 PCP, 전문의, 기타 의료서비스 공급자 집단입니다. 이 계약 의료 그룹에서 자신의 PCP를 선택하게 됩니다. 선택하는 PCP는 주거지 또는 직장에서 30마일 또는 30분 거리 안에 위치한 의료 그룹 중에서 선택해야 합니다. 의료 그룹

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문해 주십시오.



(및 제휴 PCP 및 병원)은 **공급자 및 약국 명부**나 저희 웹사이트 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)에서 보실 수 있습니다. 어떤 진료 공급자가 이용가능한지 알고 싶거나 특정 PCP에 대한 질문이 있으면 회원 서비스에 월~금, 오전 8시~오후 8시 사이에 1-855-464-3571(TTY:711)로 연락하십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다.

각 의료 그룹 및 PCP는 네트워크 안에 있는 플랜 전문의에게 의뢰하고 그 안에 있는 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 회원 카드에 인쇄되어 있습니다.

의료 그룹 또는 PCP를 선택하지 않거나, 본 플랜 하에서 이용가능하지 않은 의료 그룹이나 PCP를 선택하시면, 저희가 자동적으로 귀하의 집에서 가까운 의료 그룹 및 PCP를 지정해 드립니다.

자신의 PCP를 바꾸는 방법은 하기의 "PCP 변경하기"를 참조하십시오.

### **PCP 변경하기**

어떤 이유에서든 아무 때에라도 자신의 PCP를 바꿀 수가 있습니다. 또한 귀하의 PCP가 저희 플랜 네트워크를 떠날 수도 있습니다. 귀하의 PCP가 저희 플랜 네트워크를 떠난다면 저희 플랜 네트워크 내의 새 PCP를 찾을 수 있도록 저희가 도와 드립니다.

귀하의 요청은 저희 플랜이 귀하의 요청을 접수한 날 다음 달의 첫 번째 날부터 유효합니다. PCP를 교체하고 싶으시다면 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 회원 서비스로 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. 혹은 당사 웹사이트 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문하여 신청하실 수 있습니다.

저희에게 연락하실 때 귀하가 PCP의 승인이 필요한 전문의 진료를 받고 계시거나 다른 보장 서비스를 받고 계시다면 이를 꼭 알려 주십시오(예를 들면 가정 건강 서비스나 내구성 의료 장비 등). 회원 서비스에서는 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. 회원 서비스에서는 새 PCP의 이름이 나오도록 귀하의 회원 카드를 새로 만들어 드리며 새 PCP로의 변경이 언제부터 효력을 발생하는지를 알려 드릴 것입니다.

---

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문해 주십시오.



또한 새 PCP의 이름과 전화번호가 인쇄된 새 회원 카드를 보내 드립니다.

저희 플랜의 PCP는 의료 그룹과 연계되어 있음을 기억해 주십시오. PCP가 교체될 경우, 의료 그룹도 변경됩니다. PCP 교체를 요구하실 때에는 회원 서비스에 전문의 진료를 받고 있거나, PCP의 허가가 필요한 기타 보장 대상 서비스를 받고 있는지 여부를 말씀하여 주십시오. 회원 서비스에서는 귀하가 PCP를 바꿀 때 귀하가 받아 오신 특별 진료나 기타 서비스를 계속해서 받을 수 있도록 도움을 드릴 것입니다.

### **본인의 PCP에게 우선 승인을 받지 않고도 받을 수 있는 서비스**

대부분의 경우, 다른 공급자를 보시기 전에 자신의 PCP에게서 승인이 필요합니다. 이 승인을 **의뢰라고 부릅니다**. 아래에 나열된 서비스는 PCP에게서 우선 승인을 받지 않고도 받으실 수가 있습니다.

- 네트워크 내의 진료 공급자나 네트워크 외의 공급자에게서 응급 시에 받는 서비스.
- 네트워크 진료 공급자들에게서 받은 긴급히 필요한 진료.
- 네트워크 진료 공급자에게 갈 수 없을 때 네트워크 외 공급자에게서 받는 긴급히 필요한 진료(예를 들면, 귀하가 플랜 서비스 지역 밖에 있는 경우)
- 회원이 본 플랜 서비스 지역 외에 있는 동안 메디케어 인증 투석 시설에서 받는 신장 결석 서비스. (서비스 지역을 떠나기 전에 회원 서비스에 전화하십시오. 떠나 계시는 동안 투석을 받을 수 있도록 저희가 도와 드립니다.)
- 독감 주사, 폐렴 백신. 단 네트워크 진료 공급자에게서 받는 것이라야 함.
- 정기적인 여성 건강 진료 및 가족 계획 서비스. 유방 검사, 선별 검사 매모그램 (유방 방사선 촬영 검사), 자궁 경부 세포진 검사, 자궁 경부암 검사. 단 네트워크 진료 공급자로부터 받는 것이라야 함.
- 또한 인디언 의료서비스 공급자에게서 서비스를 받을 자격이 되는 가입자는 의뢰서 없이 그러한 공급자들로부터 진료를 받을 수 있습니다.
- 네트워크 공급자 및 네트워크 이외 공급자로부터의 가족 계획 서비스.
- 기본 산전 관리, 성전염질병 서비스 및 HIV 감염 검사

### **전문이나 다른 네트워크 진료 공급자들로부터 진료를 받는 방법**

**전문**의는 특정 질병이나 신체 특정 부위에 진료를 제공하는 의사를 말합니다. 전문의에는 여러 종류가 있습니다. 몇 가지 예가 아래 있습니다.

- **종양 전문의**는 암 환자를 진료합니다.
- **심장 전문의**는 심장 문제가 있는 환자를 진료합니다.
- **정형외과 전문의**는 뼈, 관절, 근육 문제를 가진 환자를 진료합니다.

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문해 주십시오.





전문의의 진료를 받으시려면 대개 PCP의 승인(이것을 전문의에게 "의뢰" 받는다고 합니다)을 받아야 합니다. 플랜 전문의 또는 어떤 다른 진료 공급자를 보시기 전에 PCP의 의뢰(사전 승인)을 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.

전문의가 귀하에게 다시 오라고 할 경우, 귀하가 PCP에게 받은 의뢰(사전 승인)로 향후 방문까지도 보장이 되는 것인지를 우선 확인하십시오.

각 의료 그룹 및 PCP는 네트워크 안에 있는 플랜 전문의에게 의뢰하고 그 안에 있는 병원을 이용합니다. 이는 귀하가 선택하는 의료 그룹 및 PCP가 귀하가 이용할 수 있는 전문의나 병원을 결정할 수 있다는 의미입니다. 귀하가 진료받기 원하는 특정 전문의나 병원이 있으면 귀하의 의료 그룹이나 PCP가 이 전문의 또는 병원을 이용하는지를 확인하십시오. 일반적으로, 현재 PCP는 의뢰해 줄 수 없는 플랜 전문의나 병원에 가고 싶으시다면 언제라도 자신의 PCP를 변경할 수 있습니다. "PCP 변경하기" 아래의 본 장에서 어떻게 PCP를 바꿀 수 있는지 설명해 드립니다.

어떤 유형의 서비스는 저희 플랜이나 귀하의 의료 그룹의 승인을 미리 받아야 합니다. (이것을 "사전 승인"이라 부릅니다.) 사전 승인은 특정 서비스를 받기 전에 일어나는 승인 절차를 말합니다. 귀하가 필요로 하는 서비스가 사전 승인을 요하는 것이면, 귀하의 PCP나 다른 네트워크 진료 공급자는 저희 플랜 또는 귀하의 의료 그룹측에 승인을 요청할 것입니다. 이 요청을 검토하고 결정을 내린 뒤 (기관 결정) 귀하와 귀하의 공급자에게 그 내용을 보냅니다. 본 책자 제4장의 혜택 차트에 사전 승인을 요하는 서비스가 구체적으로 나와 있습니다.

## 네트워크 진료 공급자가 당사 플랜을 탈퇴할 경우

귀하가 이용하는 네트워크 진료 공급자가 당사 플랜을 떠날 수도 있습니다. 만약 귀하 공급자 중 한 분이 당사 플랜에서 탈퇴할 경우, 아래의 특정 권리 및 보호를 요청할 수 있습니다.

- 당사 네트워크 공급자가 연중 변경되더라도 당사는 반드시 귀하가 자격이 있는 의료서비스 공급자의 서비스를 지속적으로 받을 수 있도록 해야 합니다.
- 최소 30일간 귀하에게 네트워크 서비스 공급자가 변경됨을 미리 고지하는 선의의 노력을 들어 귀하로 하여금 새로운 공급자를 선택할 수 있는 시간을 드릴 것입니다.
- 귀하에게 필요한 건강 의료를 계속해서 관리하는 새로운 유자격 공급자를 선택하도록 도와드릴 것입니다.

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문해 주십시오.





- 귀하는 필요한 치료를 받는 도중, 이러한 치료가 중단되지 않도록 요청할 권리가 있으며, 당사는 이를 보장하기 위하여 협조합니다.
- 당사가 귀하의 이전 공급자를 유자격 공급자로 교체하지 않았다고 생각하시거나 귀하의 의료가 적절히 관리되지 않았다고 생각되시면 당사의 결정에 이의제기를 할 권리가 귀하에게 있습니다.

귀하 공급자 중 한 분이 당사 플랜을 탈퇴하는 것을 알게되면 당사에 연락하여 새로운 공급자를 찾아드리고 귀하 의료를 관리하는데 필요한 도움을 드릴 수 있도록 해 주십시오. 지원이 필요하시면 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 회원 서비스로 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다.

### 네트워크 외의 진료 공급자들로부터 진료를 받는 방법

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

네트워크 외 진료 공급자에게 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 메디케어 인증 투석 시설에서 받은 신장 투석 서비스는 제외). 사전 승인을 받지 못하면 그런 서비스에 대해서 귀하가 직접 지불해야 할 수도 있습니다.

네트워크 외에서 응급 또는 긴급하게 필요한 진료 보장에 대한 내용은 본 장의 섹션 H를 참조하십시오.

- ▶ **주의:** 귀하가 네트워크 외 진료 공급자에게 가시면 해당 의료서비스 공급자는 반드시 메디케어 및/또는 메디케이드에 참여할 자격이 있어야만 합니다. 저희는 메디케어 및/또는 메디케이드에 참여할 자격이 없는 공급자에게 지불할 수 없습니다. 메디케어에 참여할 자격이 없는 공급자에게 가시면 귀하가 받는 서비스 전액을 반드시 귀하가 지불해야 합니다. 공급자는 메디케어에 참여할 자격이 없다면 이를 반드시 귀하에게 알려야 합니다.

## E. 장기 서비스 및 지원(LTSS)을 받는 방법

장기 서비스 및 지원(LTSS)에는 지역 기반 성인 서비스 (Community-Based Adult Services, CBAS), 다목적 시니어 서비스 프로그램(Multipurpose Senior Services Program, MSSP), 요양 시설 (Nursing Facilities, NF)이 있습니다. 이 서비스는 귀하의 가정, 지역사회, 또는 시설 내에서 이루어질 수 있습니다. LTSS의 종류는 아래와 같습니다.

**질문이 있으시면,** Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문해 주십시오.



- **지역 기반 성인 서비스(CBAS):** 외래 환자, 시설 기반 서비스 프로그램으로 전문 간호 의료, 사회 서비스, 작업치료 및 언어치료, 개인관리, 가족/간병인 교육 및 지원, 영양 서비스, 교통편, 기타 해당 자격 요건 기준에 부합하는 서비스.
- **다목적 시니어 서비스 프로그램(Multipurpose Senior Services Program, MSSP):** 캘리포니아 지정 프로그램은 가정 및 지역 기반 성인 서비스(HCBS)를 통하여 요양시설 이용 자격을 갖추었으나 지역사회에 남아 있기를 원하는 노인 고객들에 대한 서비스를 제공합니다. Medi-Cal 혜택 대상자로, 장애가 있는 65세 이상인 노인들이 이 프로그램을 이용할 수 있습니다. 이 프로그램은 요양 시설 입주를 대체하는 프로그램입니다. MSSP 서비스는 다음을 포함하지만 이에 국한되지 않습니다. 성인 주간 간호/지원 센터, 가내 지원 및 신체적응, 보조기구, 잡무 및 개인관리 지원, 보호관리 감독, 간호 관리, 기타 형태의 서비스.
- **요양 시설(Nursing Facility, NF):** 가정에서는 안전하게 살 수 없지만 종합병원에 들어갈 필요는 없는 사람들을 위한 시설입니다.

귀하의 진료 조정인이 각 프로그램을 이해할 수 있도록 도와 드릴 것입니다. 이 프로그램들에 대한 더 자세한 내용을 알고 싶으시다면 회원 서비스에 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월~금 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다.

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

귀하는 메디케어와 Medi-Cal에서 보장하는 의료적으로 필요한 행동 건강 서비스 이용할 수 있습니다. Health Net Cal MediConnect에서는 메디케어가 보장하는 행동 건강 서비스 이용을 제공합니다. Medi-Cal이 보장하는 행동 건강 서비스는 Health Net Cal MediConnect를 통해서 제공되지 않습니다. Health Net Cal MediConnect의 유자격 가입자들은 Los Angeles County 정신 건강국(DMH) 및 Los Angeles County 공공 보건국(약물 남용 장애 예방 및 통제)(DPH/SAPC)을 통해 이를 이용하실 수가 있습니다.

### 어떤 Medi-Cal 행동 건강 서비스가 Health Net Cal MediConnect 외에서 Los Angeles County 정신 건강국(DMH)과 Los Angeles County 공공 보건국(약물 남용 예방 및 통제)(DPH/SAPC)을 통해 제공되는가?

Medi-Cal 특수 정신 건강 서비스의 의료적 필요 기준에 부합된다면 Medi-Cal 특수 정신 건강 서비스를 카운티 정신건강 플랜(MHP)을 통해 이용하실 수 있습니다. Los Angeles 카운티 정신 보건부(Department of Mental Health, DMH) 및 Los Angeles 카운티 공중 보건부(약물 남용 예방 및 관리)(DPH/SAPC)에 의해 제공되는 Medi-Cal 특수 정신 건강 서비스에는 다음이 포함됩니다.

**질문이 있으시면,** Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문해 주십시오.



- 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 내래환자 병원 서비스
- 대상 사례 관리

약물 Medi-Cal 필요 기준에 부합될 경우 Los Angeles 카운티 공중 보건부(약물 남용 예방 및 관리)(DPH/SAPC)를 통해 약물 Medi-Cal 서비스가 이용 가능합니다. Los Angeles 카운티 공중 보건부(약물 남용 예방 및 관리)(DPH/SAPC)를 통해 제공되는 약물 Medi-Cal 서비스에는 다음이 포함됩니다.

- 집중 외래환자 치료 서비스
- 거주 치료 서비스
- 외래 약물 극복 서비스
- 향 정신성 약물 치료 서비스
- 아편 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 메디케어에서 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.

- 외래환자 서비스: 약물 사용 및 장애와 연관된 외래 환자 위기 개입, 단기 평가 및 치료요법, 중장기 특화 치료요법, 재활 케어.

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문해 주십시오.



- 입원 환자 서비스 및 용품: 두 대 이상의 침대가 있는 방 제공, 특수 치료 유닛, 용품, 시설에서 통상적으로 제공하는 부대 서비스 포함.
- 입원 환자 및 대체 진료: Medicare 인증 시설에서의 부분 입원, 외래 중환자 서비스.
- 해독요법: 약물 남용과 관련된 급성 해독 및 심각한 건강 상태의 치료를 위한 입원환자 서비스.
- 응급 서비스: 정신건강상 응급한 의료적 상태 존재 여부를 결정하기 위한 선별검사, 검사, 평가, 정신건강상 응급한 의료적 상태를 악화 또는 제거하기 위해 필요한 케어 및 치료.

공급자 관련 정보는 **공급자 및 약국 명부**를 참조하십시오. 또한 Health Net Cal MediConnect 회원 서비스에 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월~금 오전 8시~오후 8시 사이에 연락할 수 있습니다. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. 또한 당사 웹사이트인 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문하실 수 있습니다.

### 행동 건강 서비스 제외 및 제한 사항

행동 건강 서비스 제외 및 제한 사항은 다음에 나와 있습니다. 제4장 섹션 F: Health Net Cal MediConnect 플랜, Medicare 또는 Medi-Cal에서 보장되지 않는 혜택

### 행동 건강 서비스를 위한 의료적 필요를 결정하는 데 이용되는 절차

보장되기 위해서는 반드시 본 플랜이 특정 행동 건강 서비스 및 용품을 승인해야 합니다. 사전 승인이 요구되는 서비스에 대한 자세한 내용은 제4장을 참조하십시오. 이러한 서비스에 대한 승인을 받으려면 반드시 Health Net Cal MediConnect 회원 서비스에 1-855-464-3571(TTY:711)로 월~금 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. 플랜이 귀하를 계약을 맺은 가까운 정신 건강 전문가에게 의뢰해 드릴 것이고 그 전문의는 치료가 더 필요한지를 결정하기 위한 평가를 할 것입니다. 치료가 필요한 경우 계약 정신 건강 전문가가 치료 계획을 세워 Health Net의 검토를 받기 위해 제출할 것입니다. 치료 플랜에 포함되는 서비스는 플랜이 승인하는 경우 보장됩니다. 플랜이 치료 계획을 승인하지 않을 경우 그 병증에 관련한 서비스 또는 소모품이 더이상 보장되지 않습니다. 그러나 플랜은 귀하가 필요로 하는 진료 수령에 도움을 받을 수 있도록 카운티 정신 건강국으로 귀하를 연결시켜 드릴 수 있습니다.

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문해 주십시오.



## Health Net Cal MediConnect와 Los Angeles 카운티 공중 보건부(약물 남용 예방 및 관리) (DPH/SAPC) 간 의뢰 절차.

Health Net Cal MediConnect 행동 건강 서비스 의뢰는 많은 곳에서 받을 수가 있습니다. 여기에는 카운티 행동 건강 공급자, 카운티 사례 관리자, PCP, 가입자나 가입자의 가족 등이 포함됩니다. 이러한 의뢰 대상자들은 회원 ID 카드에 나와 있는 번호로 Health Net Cal MediConnect에 문의하실 수 있습니다. Health Net에서는 자격 여부를 확인하고 적절한 경우 서비스를 승인합니다.

Health Net은 로스앤젤레스 카운티와 연계하여 귀하를 위한 적절한 의뢰를 제공하고 진료를 조정할 것입니다.

카운티 특수 정신 건강(County Specialty Mental Health) 및/또는 술, 약물 서비스(Alcohol & Drug Services)로의 의뢰는 귀하가 직접 하실 수도 있습니다.

진료 조정 서비스에는 PCP, 카운티

행동 건강 진료 공급자, 카운티 사례 관리자, 귀하, 귀하의 가족이나 책임자 사이에서 이루어지는 적절한 조정도 포함됩니다.

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

이 항에 포함된 혜택은 다른 혜택과 같은 이의 제기 절차가 적용됩니다. 불만을 제기하는 방법에 대해서는 제9장, 문제나 불만이 있는 경우 할 수 있는 일(보험 보장 결정, 이의 제기, 불만)을 참조하십시오.

### 현재 행동 건강 서비스를 받고 있는 회원들을 위한 진료 연속성

귀하가 현재 행동 건강 서비스를 받고 있다면 자신의 공급자를 계속 볼 수 있도록 요청할 수 있습니다. 자신의 공급자와의 관계가 이미 가입 12개월 이전부터 존재하고 있음을 귀하가 보여줄 수 있는 경우 저희는 그러한 요청을 승인해야 합니다. 귀하의 요청이 승인되면 자신의 현재 진료 공급자를 12개월까지 계속해서 보실 수 있습니다. 첫 12개월 후에 귀하가 계속해서 네트워크 외의 공급자를 보신다면 저희는 더 이상 귀하가 받는 진료를 보장하지 않을 수도 있습니다. 귀하의 요청에 대한 지원을 받으려면 Health Net Cal MediConnect 회원 서비스에 1-855-464-3571 (TTY:711)로 월~금 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다.

## G. 이송 서비스를 받는 방법

Health Net Cal MediConnect에서는 LogistiCare Solutions, LLC(LogistiCare)와 제휴하여 비응급 의료 이송(NEMT) 및 비의료 이송(NMT) 서비스를 Cal MediConnect Plan에 들어 있는 Health Net 가입자들에게 제공합니다.

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문해 주십시오.



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

비응급 의료 이송은 보장되는 의료 서비스를 받기 위해 필요하고, 의사, 치과의사, 또는 발전문의의 서면 처방에 구속을 받으며 수혜자의 의료 및 신체 상태가 버스, 승용차, 택시, 또는 다른 유형의 대중 교통수단 또는 사설 운송수단으로 이동할 수 없어야 합니다.

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

NMT에는 승용차에 의한 진료 서비스로의 이송, 또는 Medi-Cal 공급자로서 비등록 개인인 사람이 제공하는 기타 형태의 대중 또는 민간 이송이 포함됩니다.

NMT 이송에는 아픈, 부상당한, 환자용 휠체어를 요하는, 요양소 입소 중인, 병약한, 또는 그 외 무능력 상태의 회원을 구급차, 비응급 이송 밴, 휠체어 밴 의료 이송 서비스로 이송하는 것이 포함되지 않습니다.

NMT 이송에는 다음이 포함됩니다.

- 회원당 연간 무제한으로 사용 가능한 무료 왕복 교통편
- 시설 간 이송 서비스
- 택시, 표준 승용차, 미니밴
- 진료 약속에 가는 길, 오는 길, 또는 자택에서 의사 사무실까지
- 서비스 지역 내에서는 거리 제한 없음
- 추가 비용 없이 가족 또는 간병인 한 명 포함
- 의사 진료실에서 오는 길에 운전자에게 약국, 엑스레이 공급자, 검사실에 들러 줄 것을 요청할 수 있음 (별도의 교통편으로 간주되지 않음)

위에 설명된 이송 서비스를 요청하시려면 Health Net Cal MediConnect 회원 서비스 1-855-464-3571 (TTY:711)로 월~금 오전 8시~오후 8시 사이에 전화하십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다.

이송 요청은 비응급 의료 이송 및 비응급 이송 두 경우 모두 반드시 7근무일 이전에 미리 제출되어야 합니다.

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

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문해 주십시오.





## H. 응급의료 상황 또는 긴급한 진료가 필요한 상황, 재난 상황에 보장 서비스를 받는 방법

### 의료적 응급 상황에서 진료 받기

#### 의료적 응급 상황이란?

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 기능이 심각하게 저해된 상황 **또는**
- 신체 기관이나 부위의 기능이 심각하게 손상된 상황 **또는**
- 임신한 여성의 경우, 실제적인 해산, 즉 아래의 상황이 발생할 수 있는 출산:
  - » 해산 전까지 다른 병원으로 회원을 안전하게 이송할 시간이 충분치 않은 경우.
  - » 타 병원으로 이송 시 환자나 태아에게 상당한 건강상 위협을 가할 상황인 경우.

#### 의료적 응급 상황에 처한 경우 해야 할 일

의료적 응급 상황에 처하셨다면:

- **최대한 빨리 도움을 받으십시오.** 911에 전화하거나 가장 가까운 응급실 또는 종합병원에 가십시오. 필요하다면 구급차를 부르십시오. 이때는 PCP에게서 사전 승인 또는 의뢰를 먼저 받을 필요가 없습니다.
- **가능한 한 빨리 당사에 귀하의 응급상황에 대하여 알려 주십시오.** 저희는 귀하가 받는 응급 진료에 대해 후속 조치를 해야 합니다. 본인이나 다른 사람이 대개 48시간 안에 귀하가 받는 응급 진료에 대해 저희에게 알려셔야 합니다. 저희에게 알리는 것이 지연되었기 때문에 필요한 응급 서비스에 대해 귀하가 지불해야 하는 비용은 없습니다. 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 회원 서비스부로 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다.

#### 의료적 응급 상황에 처했을 때 무엇이 보장되는가?

보장된 응급 진료는 미 전역 또는 미 영토 어디서든 필요할 때면 언제든지 받을 수 있습니다. 응급실로 가기 위해 구급차가 필요하시면 저희 플랜에서는 이를 보장합니다. 자세한 내용은 제4장 혜택 차트를 참조하십시오.

미국 외 지역에서 응급 진료를 보장받을 수도 있습니다. 이 혜택이 보장하는 금액은 연간 50,000 달러로 제한됩니다. 더욱 자세한 정보를 원하시면, 이 설명서의 제4장 혜택 차트의 "Worldwide

**질문이 있으시면,** Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문해 주십시오.



Emergency/Urgent Coverage"(국제적 응급상황/긴급 보장) 항목을 참조하시거나 1-855-464-3571 (TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 회원 서비스부로 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다.

응급 상황이 끝난 뒤 상태 개선을 위해서 후속 진료가 필요할 수 있습니다. 그러한 후속 진료는 저희가 보장합니다. 네트워크 외의 공급자로부터 응급 진료를 받을 경우, 저희는 가능한 빨리 네트워크 공급자가 귀하의 진료를 맡도록 노력할 것입니다.

### **만약 의료적 응급 상황이 아니었다면?**

때로는 자신이 의료적 응급 상황에 처한 것인지 아닌지를 알기가 쉽지 않습니다. 응급 진료를 받으러 갔는데 의사가 의료적 응급 상황이 아니었다고 말할 수가 있습니다. 자신의 건강이 심각한 위협에 처한 상황이었다고 귀하가 합리적으로 생각한 한 저희는 귀하가 받은 진료를 보장합니다.

그러나 의사가 응급 상황이 *아니었다고* 말한 뒤에는 아래의 조건에 해당될 *때에만* 추가 진료를 보장할 것입니다.

- 귀하가 네트워크 공급자에게 갔거나 **또는**
- 귀하가 받은 추가 진료가 "긴급하게 필요한 진료"로 간주되고 진료를 받기 위한 규칙을 귀하가 따른 경우. (다음 섹션 참조)

### **긴급하게 필요한 치료 받기**

#### **긴급히 필요한 진료란 무엇인가?**

**긴급히 필요한 진료**란 응급 상황은 아니지만 즉각적인 진료를 요하는 갑작스런 질병, 부상, 상태를 말합니다. 예를 들어, 기존 병증이 악화되어 치료를 요하게 될 수 있습니다.

#### **플랜 서비스 지역에 있는 경우 긴급하게 필요한 진료 받기**

대부분의 상황에서 아래의 조건에 부합될 *때에만* 긴급하게 필요한 진료를 보장할 것입니다.

- 네트워크 소속 의료서비스 공급자에게서 진료를 받은 경우, **그리고**
- 본 장에 설명된 다른 규칙들을 귀하가 따른 경우.

그러나 귀하가 네트워크 공급자를 볼 수 없는 경우, 네트워크 외 공급자에게서 받은 긴급히 필요한 진료를 보장합니다.

심각한 응급 상황에는: "911"에 전화하거나 가장 가까운 종합병원에 가십시오.

상황이 그렇게 심각하지 않다면: 귀하의 PCPN나 의료 그룹에 전화하십시오. 전화를 할 수 없거나 즉시 진료가 필요하면 가까운 의료 센터, 긴급 의료 센터, 종합병원으로 가십시오.

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문해 주십시오.





응급 의료적 상태인지 아닌지 확신할 수 없다면 귀하의 의료 그룹이나 PCP에게 전화해서 도움을 청하십시오.

귀하의 의료 그룹은 하루 24시간, 주 7일 귀하가 즉각적으로 필요하다고 생각하는 진료에 대한 귀하의 전화에 응합니다. 의료 그룹에서는 귀하의 상황을 평가하고 어디에 가서 필요한 진료를 받아야 하는지를 알려 드릴 것입니다.

응급 상황인지 긴급 진료가 필요한 것인지 확신할 수 없다면 회원 서비스에 1-855-464-3571 (TTY:711)로 간호상담 서비스를 요청하십시오. 월~금 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. Health Net MediConnect 회원으로서 귀하는 주 7일, 하루 24시간 중증도 분류(Triage) 또는 선별(Screening) 서비스를 이용하실 수 있습니다.

### 플랜 서비스 지역 밖에 있는 경우 긴급하게 필요한 진료 받기

귀하가 서비스 지역 밖에 있는 경우, 네트워크 공급자에게서 진료를 받을 수가 없는 경우도 있습니다. 그런 경우, 저희 플랜은 귀하가 어떤 공급자에게서 받든 긴급하게 필요한 진료를 보장해 드립니다.

- ▶ 미국 외 지역에서 받은 긴급히 필요한 서비스는 국제 응급/긴급 보장 혜택 하에서의 응급 상황으로 간주될 수도 있습니다. 자세한 내용은 본 책자의 제4장 의료 혜택 차트에서 "국제 응급/긴급 보장" 항목을 보십시오.

### 재난 상황 중에 의료 서비스 받기

귀하가 거주하는 주의 주지사, 미국 연방정부 보건후생부 장관, 혹은 미국 대통령이 귀하 지역에 대하여 재난 상황 혹은 긴급 상황을 선포한 경우에도 귀하는 Health Net Cal MediConnect의 보장 대상 자격을 유지합니다.

재난 상황에서 진료를 받는 방법에 대하여 자세히 알고 싶으시다면 저희 홈페이지 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문하여 주십시오.

재난 상황 중에 귀하께서 네트워크 소속 의료서비스 제공자의 서비스를 받을 수 없을 경우, 무료로 네트워크에 소속되지 않은 타 서비스 제공자의 서비스를 받을 수 있도록 주선해 드립니다. 재난 상황 중에 네트워크 소속 약국에서 약을 구매하실 수 없는 경우, 네트워크에 소속되지 않은 타 약국에서 처방된 약을 구입하실 수 있습니다. 자세한 내용은 제5장을 참조하십시오.

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문해 주십시오.



## I. 플랜에서 보장하는 진료 서비스 이용료가 직접 자신에게 청구된 경우에 해야 할 일

진료 공급자가 청구서를 플랜에 보내는 대신 귀하에게 직접 보냈다면, 청구 요금 중 저희가 부담해야 하는 부분에 대하여 지불을 요청하십시오.

▶ **청구 요금을 본인이 직접 지불하면 안 됩니다. 환자 본인이 직접 요금을 납부하는 경우, 플랜에서 요금을 환급하지 못할 수도 있습니다.**

보장되는 서비스에 대해 지불하셨거나 혹은 보장되는 의료 서비스에 대한 전체 비용의 청구서를 받으셨다면 어떻게 행동해야 하는지 알기 위해 **제 7장**을 참조하십시오.

### 플랜에서 서비스를 보장하지 않는 경우 어떻게 해야 하는가?

Health Net Cal MediConnect에서는 하기의 모든 서비스를 보장합니다:

- 필요한 것으로 결정된 서비스, **그리고**
- 플랜의 혜택 차트(제4장 참조)에 수록된 서비스, **그리고**
- 플랜의 규칙에 따라 귀하가 받는 서비스.

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

저희가 의료 서비스나 진료를 지불할지 알기 원하시면, 귀하는 저희에게 이를 문의하실 권리가 있습니다. 귀하에게는 서면으로 다음에 대하여 문의할 권리가 있습니다. 귀하의 서비스를 저희가 지불하지 않는다고 하면, 저희의 결정에 이의제기할 권리가 있습니다.

저희가 의료 항목 또는 서비스를 보장하기 원할 때 어떻게 해야 하는지에 대한 설명은 제 9장을 보십시오. 저희의 보장 결정에 이의제기 하는 방법도 나와 있습니다. 이의제기에 대한 귀하의 권리에 대한 더 자세한 내용은 회원 서비스에 전화하십시오.

저희는 어느 한도까지 그러한 서비스에 대해 지불할 것입니다. 그 한도를 넘어간 뒤 동종 서비스를 더 받으시려면 귀하가 전액을 내셔야 합니다. 그러한 한도에 대해서, 또 자신이 그 한도에 얼마나 도달했는지 아시려면 회원 서비스에 전화하십시오.

## J. 임상 연구 실험에 참여하는 경우 의료 서비스 보장 방법

### 임상 연구 실험이란 무엇인가?

**임상 연구 실험(임상 실험이라고도 함)**은 의사들이 신종 진료 또는 약품을 시험하는 방법입니다. 실험에 참여할 자원자들을 대상으로 실시합니다. 이런 종류의 실험을 통해 의사들은 신종 진료 또는 약품이 효과가 있는지, 안전한지를 알 수 있습니다.

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문해 주십시오.



메디케어에서 귀하가 참여를 원하는 실험을 승인하면 실험 담당자가 귀하에게 연락을 할 것입니다. 그 사람이 실험에 대해 귀하께 알려 드리고 참가할 자격 여부를 말해 드릴 것입니다. 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 저희 플랜 등록 상태를 유지할 수 있습니다. 그럼으로써 연구에 관련되지 않은 저희 플랜의 진료를 계속해서 받을 수가 있습니다.

귀하가 메디케어 승인 임상 연구 실험에 참여하고 싶으신 경우, 저희나 주치의로부터 승인을 받으실 필요가 **없습니다**. 연구의 일환으로 귀하에게 진료를 제공하는 공급자는 네트워크 소속일 필요가 **없습니다**.

**귀하가 임상 연구 실험에 참여하기 전에 저희에게 이를 알려 주셔야 합니다.** 귀하가 임상 연구 실험에 참여할 계획이라면 귀하나 귀하의 진료 조정인이 회원 서비스에 연락하여 저희에게 귀하가 임상 실험 대상이 될 것임을 알려 주어야 합니다.

### 임상 연구 실험 참여 시의 진료 서비스 이용요금 부담자와 부담액

귀하께서 메디케어 승인 임상 연구 실험에 스스로 참여하시는 경우, 연구 도중 저희 서비스로 보장되는 사안에 대해서는 일체 부담하지 않으며, 메디케어에서 귀하가 연구 중 받는 서비스나 일상적인 진료 서비스 중 보장 대상이 되는 서비스에 대한 비용을 부담합니다. 메디케어 승인 임상 연구 실험에 참가하시게 되면, 실험의 일환으로 받는 대부분의 항목 및 서비스를 보장받습니다. 여기에는 다음 항목이 포함됩니다.

- 귀하가 연구 참여 중이 아니었을지라도 메디케어가 지불했을 병원 입원 숙식비.
- 연구 실험의 일환으로 받는 수술 및 기타 의료 시술.
- 신종 진료 부작용 및 합병증 치료.

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

### 자세한 내용

임상 연구 실험에 참여하는 것에 대한 더 자세한 내용은 메디케어 웹사이트에서 제공하는 "메디케어와 임상 연구 실험" 항목을 참조하시면 됩니다 (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf>). 혹은 주 7일 24시간 내내 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하셔서 문의할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화해 주십시오.

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문해 주십시오.



## K. 종교적 비의료 진료 기관에 머무르는 경우 어떻게 진료 서비스를 보장받는가?

### 종교적 비의료 서비스 기관이란 무엇인가?

종교적 비의료 서비스 기관이란 일반적으로 병원이나 전문 간호 시설에서 받는 진료를 제공하는 장소를 말합니다. 병원 또는 전문 간호 시설에서 받는 진료가 회원의 종교적 신념에 위배된다면, 대신 종교적 비의료 서비스 기관을 통해 받는 케어를 보장할 것입니다. 언제라도 어떤 이유에서라도 건강 진료를 받고자 선택하실 수가 있습니다. 이 혜택은 메디케어 파트 A 입원 서비스(비의료 건강 진료 서비스)를 통해서만 제공됩니다. 메디케어에서는 종교적 비의료 서비스 기관이 제공한 비의료적 진료 서비스만을 지불할 것입니다.

### 종교적 비의료 서비스 기관에서 받을 수 있는 서비스 중 본 플랜에서 보장하는 것은 무엇인가?

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

- "비제외" 치료란 연방정부, 주정부, 지방법규에 *요구되지 않는*, *자발적인* 모든 진료를 말합니다.
- "제외" 치료란 연방정부, 주정부, 지방법규에 *요구되는*, *자발적이지 않은* 진료를 말합니다.

저희 플랜의 보장을 받으려면 종교적 비의료 서비스 기관에서 받는 진료가 반드시 하기의 조건에 부합되어야 합니다.

- 진료를 제공하는 시설이 메디케어 인증 시설이어야 합니다.
- 저희 플랜이 보장하는 서비스는 진료의 *비종교적* 측면으로 제한됩니다.
- 귀하가 시설에 머무는 동안 이러한 기관으로부터 서비스를 받으신 경우, 하기의 조건이 적용됩니다.
  - » 입원 병원 진료 또는 전문 간호 시설 진료를 통해 보장 서비스를 받을 수 있게 해 주는 병증을 갖고 있어야 합니다.
  - » 그 시설에 입원하기 전에 저희 플랜의 사전 승인을 반드시 받아야 합니다. 그렇지 않으면 입원이 보장되지 않습니다.

귀하가 위 조건을 만족하는 한 이 혜택의 보장 범위는 무제한으로 적용됩니다.

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문해 주십시오.



## L. 내구성 의료기기(DME) 보유 관련 규칙

### 내구성 의료 장비를 보유하려 합니까?

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

보철 같은 일정 품목은 회원가 언제든지 소유할 수 있습니다. 본 섹션에서는 반드시 임대해야 하는 내구성 의료기기에 대해 설명합니다.

메디케어에서 특정 내구성 의료기기를 임대한 사람들은 13개월 동안 임대한 후에 소유하게 됩니다. 저희 플랜 가입자로서, 귀하는 의학적으로 필요하고 그 품목을 장기간 필요로 하는 한 임대한 내구성 의료기기의 소유권을 획득할 수도 있습니다. 또한 동 품목은 반드시 회원의 PCP, 의료 그룹, 및/또는 Health Net에 의해 승인되고 마련되고 조정되어야 합니다. 내구성 의료장비의 대여나 소유, 또는 귀하가 제출하여야 하는 서류에 대하여 더 자세히 알아보시려면 Health Net Cal MediConnect 회원 서비스에 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월~금 오전 8시~오후 8시에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 이 번호는 무료 통화입니다.

특정 경우에, 당사는 귀하께 내구성 의료기기의 소유권을 이전합니다. 회원 서비스에 전화하여 요구조건과 제출하여야 하는 서류에 대해 알아보실 수 있습니다.

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

### Medicare로 전환할 경우 어떻게 됩니까?

오리지널 메디케어 하에서 13회의 지불금을 납입해야 합니다. 단 이는,

- 귀하가 저희 플랜 가입기간 동안 당해 내구성 의료기기의 소유자가 되지 못하신 경우, **그리고**
- 오리지널 메디케어 프로그램 하의 모든 건강 플랜 밖에서 메디케어 혜택을 받게 되는 경우입니다.

저희 플랜에 가입하시기 전, 기존 메디케어 하에서 이 내구성 의료기기에 대해 지불금을 내셨었다면, 기존 메디케어 납입금은 이 13회 지불에 계산되지 않습니다. 내구성 의료기기 품목을 소유하려면 오리지널 메디케어 하에서 13회 신규 지불금을 납입하셔야 합니다.

➔ 귀하가 오리지널 메디케어로 돌아가시는 경우 이 부분에 대해서는 예외가 없습니다.

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문해 주십시오.



## 제4장: 혜택 차트

---

### 목차

A. 보장 서비스 이해하기 .....	59
B. 본 플랜은 진료 공급자가 서비스에 대해 귀하께 지불요청하는 것을 허락하지 않.....	59
C. 혜택 차트에 대하여 .....	60
D. 혜택 차트 .....	61
E. Health Net Cal MediConnect 외부에서 보장되는 혜택 .....	96
캘리포니아 커뮤니티 전환 (CCT) .....	96
Medi-Cal 치과 프로그램 .....	97
호스피스 의료 .....	97
F. Health Net Cal MediConnect 플랜, Medicare 또는 Medi-Cal에서 보장되지 않는 혜택 .....	98

---

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## A. 보장 서비스 이해하기

본 장은 저희 플랜에 어떤 서비스에 대해 지불하는지를 말해 줍니다. 보장되지 않는 서비스가 무엇인지도 말해 줍니다. 약 혜택에 대해서는 제5장을 참조하십시오. 본 장은 일부 서비스에 가해지는 제한 사항을 설명해 줍니다.

귀하는 Medi-Cal의 지원을 받기 때문에 귀하가 플랜 규칙을 따르는 한 보장 서비스에 대해서 귀하는 아무것도 지불하지 않습니다. 플랜 규칙에 대한 자세한 내용은 제3장을 참조하십시오.

어떤 서비스가 보장되는지 알기 원하시면 귀하의 진료 조정인 및/또는 가입자 서비스에 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 회원 서비스부로 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다.

## B. 본 플랜은 진료 공급자가 서비스에 대해 귀하께 지불요청하는 것을 허락하지 않

저희는 당사 플랜 공급자들이 보장되는 서비스에 대해 귀하께 지불 요청하는 것을 허락하지 않습니다. 저희는 의료 공급자들에게 직접 지불하며, 모든 지불 청구에 대해 귀하를 보호합니다. 의료 공급자가 서비스에 대해 청구하는 금액보다 낮은 금액을 저희가 지불하더라도 그렇습니다.

- ▶ **귀하는 결코 의료 공급자에게서 혜택이 보장되는 서비스에 대한 지불청구서를 받아서는 안됩니다. 만일 받으셨다면, 제7장을 참조하거나 회원 서비스부로 전화해 주십시오.**

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.




## C. 혜택 차트에 대하여

혜택 차트는 플랜이 지불하는 서비스가 무엇인지를 말해 줍니다. 알파벳 순서로 서비스를 분류해서 나열하고 있으며 보장 서비스를 설명합니다.

**저희는 하기의 규칙이 준수되는 한 혜택 차트에 나온 서비스를 지불합니다. 하기에 설명된 보장 요건을 준수하는 한 귀하는 혜택 차트에 나열된 서비스에 대해서는 아무것도 지불하지 않습니다.**

- 귀하의 Medicare, Medi-Cal 보장 서비스는 반드시 Medicare, Medi-Cal이 세운 규칙에 따라 제공되어야 합니다.
- 그 서비스들(의료 서비스, 행동 건강 및 약물 서비스, 장기 서비스 및 지원, 용품, 의료 장비, 약품 포함)은 의료적으로 필요한 것이라야 합니다. 의료적으로 필요하다는 말은 의료적 상태를 예방, 진단, 치료하기 위해 그 서비스가 필요하다는 뜻입니다. 의료적으로 필요하다는 말은 질환, 질병, 또는 상해의 진단 혹은 치료를 통해 생명 보호, 현저한 질병 또는 현저한 장애의 예방, 또는 중증 통증의 완화를 위한 합리적이고 필요한 모든 보장 서비스를 가리킵니다.
- 네트워크 의료 공급자에게서 서비스를 받습니다. 네트워크 의료 공급자란 본 건강 플랜 하에서 일하는 제공자를 뜻합니다. 대부분의 경우 네트워크 외의 의료 공급자에게서 받은 진료는 저희가 지불하지 않습니다. 제3장에 네트워크, 네트워크 외 의료 공급자 이용에 대한 자세한 내용이 나와 있습니다.
- 귀하는 주치의(PCP) 또는 진료 팀이 있으며 이들이 귀하가 받는 진료를 제공하고 관리합니다. 대부분의 경우 귀하가 다른 네트워크 의료 공급자를 보기 전에 귀하의 PCP가 반드시 이를 승인해 주어야 합니다. 이것을 진료의뢰라고 부릅니다. 제3장에 진료의뢰에 대한 자세한 내용이 나와 있으며 언제 진료의뢰가 필요하지 않은지가 설명되어 있습니다.
- 귀하는 귀하의 PCP 의료 그룹과 제휴를 맺은 진료 공급자로부터 진료를 받아야 합니다. 자세한 내용은 제3장을 참조하십시오.
- 혜택 차트에 나열된 서비스 중 일부는 귀하의 의사 또는 다른 네트워크 의료 공급자가 저희에게 미리 승인을 받았을 때에만 보장됩니다. 이것을 **사전 승인**이라고 합니다. 사전 승인이 필요한 보장 서비스는 혜택 차트에 이탤릭체로 표기되어 있습니다.



모든 예방 서비스는 무료입니다. 혜택 차트에서 예방 서비스  옆에 이러한 사과 모양을 보실 겁니다.

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.





## D. 혜택 차트

본 플랜이 지불하는 서비스	
 <b>복부 대동맥류 검사</b>	<p>저희는 위험률이 높은 분들을 위한 초음파 검사 1회에 대한 비용을 지불합니다. 귀하가 특정 위험 인자를 보유하고 있거나, 귀하의 담당의사, 보조의사, 전문 간호사, 임상간호 전문가로부터 소개를 받았을 때에만 플랜이 이 검사를 보장합니다.</p> <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.</i></p>
<b>침술</b>	<p><i>저희는 한 달에 최대 2번 또는 의료적으로 필요하다면 더 자주 외래환자 침술 서비스에 대한 비용을 지불합니다.</i></p>
 <b>술 남용 선별검사 및 상담</b>	<p>저희는 술 남용 선별검사(SBIRT)를 술을 남용하지만 술에 의존적이지 않은 성인에 대해 1회에 한해 지불합니다. 여기에는 임신 여성도 포함됩니다.</p> <p>알코올 남용 검사가 양성인 경우 연간 4차례까지 짧은 대면 상담을 받을 수 있으며(상담 참여 능력이 있고 기민한 경우에만) 일차진료 시설에서 유자격 일차 의료 공급자나 개업의에 의해 제공됩니다.</p>
<b>구급차 서비스</b>	<p>보장된 구급차 서비스에는 지상, 고정날개, 회전날개, 지상 구급차 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 구급차 서비스는 반드시 저희가 승인해야 합니다.</p> <p>응급 상황이 <i>아닌</i> 경우, 저희가 구급차 서비스를 지불할 수도 있습니다. 귀하의 상태가 심각해서 다른 방편으로 진료 장소로 이동하는 것은 귀하의 생명이나 건강에 위험한 상황이어야 합니다.</p> <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고, 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요합니다.</i></p>

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## 본 플랜이 지불하는 서비스

### 연례적 건강검진 방문

귀하는 연례적 건강검진을 받을 수 있습니다. 이것은 귀하의 현재 위험 인자에 근거해서 예방 플랜을 짜거나 이를 업데이트하는 것을 말합니다. 저희는 이 방문을 매 12개월마다 한번씩 지불합니다.

### 골밀도 측정

저희는 자격이 있는 회원들(대개 골밀도 손실이나 골다공증 위험이 높은 사람)을 위해 일부 의료 절차를 지불합니다. 그러한 절차는 골밀도, 골손실, 골의 질을 알기 위한 절차입니다. 저희는 그러한 서비스에 대해 매 24개월마다 한번씩, 또는 의료적으로 필요하다면 더 자주 지불합니다. 저희는 또 의사가 검사 결과를 살펴보고 설명해 주는 서비스에 대해 지불합니다.

*자신의 의료 공급자와 얘기하시고 진료의뢰를 받으셔야 합니다.*

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

### 유방암 선별검사 (마모그램)

저희는 하기의 서비스를 지불합니다.

- 35세에서 39세 사이 여성은 1회 베이스라인 마모그램
- 40세 이상 여성은 매 12개월마다 1회 스크리닝 마모그램
- 임상적 유방 검사는 매 24개월마다 1회

### 심장 재활 서비스

저희는 운동, 교육, 상담 같은 심장 재활 서비스를 지불합니다. 가입자들은 의사의 진료의뢰 관련 일정 조건에 부합되어야 합니다. 저희는 또 심장 재활 프로그램보다 더 집중적인 집중심장 재활 프로그램도 보장합니다.

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

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## 본 플랜이 지불하는 서비스

### 심장 질환 위험인자 축소 방문 (심장 질환 치료요법)

본 플랜은 심장 질환 위험인자를 낮추기 위한 일차 의료 공급자의 방문에 대해 1년에 1회 지불합니다. 이 방문 동안 귀하의 의사는 아래의 항목을 할 수 있습니다.

- 아스피린 사용에 대한 의논
- 귀하의 혈압 측정
- 음식을 잘 섭취하기 위한 요령

### 심장 질환 검사

저희는 매 5년(60개월)마다 한번씩 심장 질환을 검사하기 위한 혈액 검사를 지불합니다. 이 혈액 검사는 심장 질환 위험 인자가 높은 경우 문제가 없는지를 검사합니다.

*자신의 의료 공급자와 얘기하시고 진료의뢰를 받으셔야 합니다.*

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

### 자궁경부암, 질 암 선별검사

저희는 하기의 서비스를 지불합니다.

- 모든 여성에 대하여: 펩테스트와 골반 검사는 매 24개월마다 1회씩
- 자궁경부 또는 자궁 암 위험 인자가 높은 여성의 경우: 매 12개월마다 1회씩 펩테스트
- 최근 3년 내 펩테스트 결과가 비정상이며 출산 연령인 여성의 경우: 매 12개월마다 1회씩 펩테스트

### 카이로프랙틱 서비스

저희는 하기의 서비스를 지불합니다.

- § 척추를 바로잡기 위한 교정 치료

*자신의 의료 공급자와 얘기하시고 진료의뢰를 받으셔야 합니다.*

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

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## 본 플랜이 지불하는 서비스

### 대장암 선별검사

50세 이상인 분들을 위해 저희는 하기의 서비스를 지불합니다.

- 매 48개월마다 유연한 결장경 (또는 바륨 관장 선별검사)
- 분변잠혈검사, 매 12개월마다.
- 구아약 기반 분변잠혈검사 또는 대변잠혈반응검사, 매 12개월마다.
- DNA 기반 결장 선별검사, 매 3년마다.
- 매 10년마다 대장내시경 선별검사(결장경 선별검사 후 48개월이 지나야 받을 수 있음).
- 대장암 위험인자가 높은 사람에 대하여 결장경 검사(또는 바륨 관장 선별검사), 매 24개월마다.

*자신의 의료 공급자와 얘기하시고 진료의뢰를 받으셔야 합니다.*

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

### 지역 기반 성인 서비스(COMMUNITY-BASED ADULT SERVICES, CBAS)

CBAS는 시설에서 제공되는 외래환자 서비스로 정해진 스케줄에 따라 참여하는 프로그램입니다. 이를 통해 전문 간호 케어, 소셜 서비스, 치료요법(직업, 심리, 언어 요법 포함), 개인적 케어, 가정/케어 공급자 교육 및 지원, 영양 서비스, 교통편, 기타 서비스가 제공됩니다. 귀하가 자격 요건에 부합되면 저희는 CBAS를 지불합니다.

**주의: CBAS 시설이 이용가능하지 않은 경우, 저희는 이러한 서비스를 별도로 제공할 수 있습니다.**

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

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## 본 플랜이 지불하는 서비스

### 흡연 또는 담배 이용 중지를 위한 상담

귀하가 담배를 이용하나 담배 관련 질병의 징조나 증세가 없고 금연을 원하거나 금연이 필요한 경우:

- 저희는 예방 서비스로서 12개월 기간 동안 두 차례 이용 중지에 대한 비용을 지불합니다. 귀하는 본 서비스를 무료로 받으십니다. 각 이용 중지 시도는 최대 4회의 대면 상담 방문을 포함합니다.

담배를 사용하고, 담배 관련 질병을 진단받았거나 담배에 의한 약물대사의 영향이 있는 약품을 복용하는 경우:

- 저희는 12개월 기간 동안 두 차례 이용 중지를 위한 상담을 지불합니다. 각 회의 상담 시도는 최대 4회의 대면 방문을 포함합니다.

임신중이라면 사전 승인을 받고서 횟수에 제한없이 담배 중지 상담을 받을 수 있습니다.

*자신의 의료 공급자와 얘기하시고 진료의뢰를 받으셔야 합니다.*

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

본 플랜은 추가적으로 사전 승인 없이 온라인 및 전화로 금연 상담을 보장합니다. 자세한 내용은 회원 서비스에 연락하십시오.

### 치과 서비스

Medi-Cal 치과 프로그램을 통해 세척, 필링, 전체 의치를 포함한 특정 치과 서비스를 이용할 수 있습니다. 이 혜택에 대한 자세한 내용은 섹션 E를 참조하십시오.

### 우울증 선별검사

저희는 해마다 1회 우울증 선별검사를 지불합니다. 이 선별검사는 반드시 일차 진료 상황에서 이루어져 후속 치료 및 진료의뢰로 이어져야 합니다.

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## 본 플랜이 지불하는 서비스

### 당뇨병 선별검사

귀하가 하기의 위험 인자 중 하나라도 갖고 있는 경우 저희는 이 선별검사(공복 글루코스 검사 포함)를 지불합니다.

- 고혈압
- 비정상적 콜레스테롤 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 12개월마다 2회까지 당뇨병 선별검사를 받을 자격이 있을 수 있습니다.

*자신의 의료 공급자와 얘기하시고 진료의뢰를 받으셔야 합니다.*

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

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



### 본 플랜이 지불하는 서비스

#### 당뇨병 자가 관리 교육, 당뇨병 서비스 및 용품

저희는 당뇨병이 있는 분들(인슐린 사용 여부에 관계 없이)에 대해 하기의 서비스를 지불합니다.

- 하기 품목을 포함하여 혈액 내 글루코스 수준을 감독하기
  - » 혈액 글루코스 모니터
  - » 혈액 글루코스 검사 스트립
  - » 피침 기기 및 피침
  - » 검사 스트립 및 모니터 점검을 위한 글루코스 컨트롤 솔루션
  - » 혈당 검사를 위한 용품은 일부 제조업체로 제한될 수 있습니다. 귀하의 PCP가 보장 서비스 마련 및 조정을 도와 드릴 것입니다.
- 당뇨병이 있는 사람 중 심각한 당뇨병성 족부 질환이 있는 경우, 저희는 하기의 품목을 지불합니다.
  - » 깔개를 포함한 치료용 맞춤형 신발 한쌍 및 매 달력연도마다 깔개 2쌍, **또는**
  - » 매해 깊이 신발 1쌍 및 깔개 3쌍 (신발에 달려오는 비맞춤형 비고정 깔개는 비포함)
- 일부 경우 저희는 당뇨병 관리를 위해 귀하가 받는 교육을 지불합니다. 좀 더 자세한 내용은 회원서비스부로 전화해 주십시오.

*자신의 의료 공급자와 얘기하시고 진료의뢰를 받으셔야 합니다.*

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

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## 본 플랜이 지불하는 서비스

### 내구성 의료 장비(DME) 및 관련 의료 용품

("내구성 의료 장비(DME)"의 정의는 본 책자의 제12장을 참조하십시오.)

다음 품목들은 보장됩니다.

- 휠체어
- 목발
- 전동식 매트리스
- 당뇨병 용품
- 가정 사용용으로 의료 제공자가 오더한 병원 침대
- IV 정맥 펌프
- 언어 생성 장치
- 산소 장비 및 용품
- 가습기
- 보행기

다른 품목들이 보장될 수도 있습니다.

저희는 Medicare와 Medi-Cal에서 대개 지불하는, 의료적으로 필요한 모든 DME를 지불합니다. 귀하의 지역에 있는 저희 공급업체가 특정 상표나 제조업체의 물품을 취급하지 않는 경우, 특별 주문을 해 줄 수 있는지 공급업체에 문의하시기 바랍니다.

특정 품목을 제공할 수 있는 다른 공급업체를 찾는 데 도움을 받으려면 회원 서비스부로 문의하십시오.

자택 밖에서 사용되는 Medicare 보장되지 않는 내구성 의료 장비도 또한 보장됩니다. 자신의 의료 공급자와 얘기하시고 진료의뢰를 받으셔야 합니다.

저희는 Medicare와 Medi-Cal에서 대개 지불하는, 의료적으로 필요한 모든 DME를 지불합니다. 귀하의 지역에 있는 저희 공급업체가 특정 상표나 제조업체의 물품을 취급하지 않는 경우, 특별 주문을 해 줄 수 있는지 공급업체에 문의하시기 바랍니다.

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

### 응급 치료

응급 치료란 아래의 서비스를 말합니다.

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.





### 본 플랜이 지불하는 서비스

- 응급 서비스 제공 자격이 있는 의료 제공자에 의해 제공되고, **또한**

- 의료적 응급 상황 치료를 위해 필요함.

*의료적 응급 상황*이란 심각한 통증이나 심각한 부상을 동반한 의료적 상태를 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 위험상황 **또는**
- 신체 기능이 심각하게 저해된 상황 **또는**
- 신체 기관이나 부위의 기능이 심각하게 손상된 상황 **또는**
- 임신한 여성의 경우, 실제적인 해산, 즉 아래의 상황이 발생할 수 있는 출산:

- » 해산 전까지 다른 병원으로 회원을 안전하게 이송할 시간이 충분치 않은 경우.
- » 타 병원으로 이송 시 환자나 태아에게 상당한 건강상 위협을 가할 상황인 경우.

귀하가 네트워크 외 병원에서 응급 치료를 받고 차후에 응급 상황이 안정된 뒤 입원 치료를 필요로한다면, 반드시 네트워크 병원으로 복귀해야만 귀하가 받는 치료가 계속해서 지불될 수가 있습니다. 플랜에서 네트워크 외 병원에 머무르도록 승인한 경우에만 그 병원에서 입원 치료를 받을 수가 있습니다.

- 미국에서 보장<sup>2</sup>.

미국 이외에서의 보장은<sup>2</sup>, 본 의료 혜택 도표 아래의 "전세계 응급/긴급 상황 보장"을 참조하십시오.

<sup>2</sup>미국은 50개 주, 콜롬비아 특별구, 푸에르토리코, 버진 아일랜드, 괌, 북 마리아나 제도, 미국 사모아를 말합니다.

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## 본 플랜이 지불하는 서비스

### 가족계획 서비스

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

저희는 하기의 서비스를 지불합니다.

- 가족 계획 검사 및 치료
- 가족 계획 및 진단 검사
- 가족 계획 방법 (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 21세 이상이어야 합니다. 수술 날짜로부터 최소한 30일에서 최고 180일 미만의 기간 내에 연방 불임법 동의서에 서명해야 합니다.)
- 유전자 상담

저희는 기타 가족 계획 서비스 중 일부를 지불합니다. 그러나 다음의 서비스에 대해서는 반드시 저희의 의료 공급자 네트워크 중에서 의료 공급자를 보셔야 합니다.

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

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## 본 플랜이 지불하는 서비스

### 건강 및 웰니스 교육 프로그램

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

- 건강 교육 수업.
- 영양 교육 수업.
- 흡연 및 담배 이용 중지; 및
- 건강 상담 핫라인

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

### 청각 질환 서비스

저희는 귀하의 의료 공급자가 하는 청각 및 균형 감각 검사를 지불합니다. 이런 검사들로 귀하가 치료가 필요한지 아닌지를 알 수 있습니다. 의사, 청력학자, 기타 유자격 의료 공급자가 외래 환자 진료로 제공하는 이러한 검사들은 보장됩니다.

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

저희는 또한 보청기 및 다음 항목을 지불합니다.

- 틀, 옹품, 삽입부품
- 건당 \$25를 초과하는 수리비
- 최초 배터리 세트
- 귀하가 보청기를 받고 나서 동일 공급업체에서 받는 교육, 조정, 피팅 목적의 방문 6회
- 보청기 임대 시험 기간

보청기 혜택 서비스는 판매세 포함해서 회계연도당 \$1,510입니다(회계연도는 7월부터 다음 해 6월까지 기간입니다). 귀하가 임신중이거나 간호 시설에 거주하고 있다면 최대 혜택 금액인 \$1,510는 귀하께 적용되지 않습니다. 자신의 통제 밖의 상황에서 분실, 도난, 파괴된 보청기 교체비는 최대 혜택 금액인 \$1,510에 포함되지 않습니다.

*자신의 의료 공급자와 얘기하시고 진료의뢰를 받으셔야 합니다.*

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## 본 플랜이 지불하는 서비스

### HIV 선별검사

저희는 아래에 해당되는 회원에게 매 12개월마다 1회 HIV 선별 검사를 지불합니다.

- HIV 선별 검사를 요청한 사람, **또는**
- HIV 감염에 보다 높은 위험이 있는 사람.

임신 여성에 대해서 저희는 HIV 선별 검사를 임신 기간 동안 3회까지 지불합니다.

### 가정 건강 관리 기관

가정 건강 서비스를 받기 위해서는 귀하가 이 서비스가 필요하다는 의사의 말이 반드시 필요하며 가정 건강 관리 기관이 제공하는 것이라야 합니다.

저희는 다음의 서비스를 지불하며, 여기에 나열되지 않은 다른 서비스를 지불할 수도 있습니다.

- 시간제 또는 간헐적 전문 간호 및 가정 건강 서비스 (가정 건강 서비스 혜택으로 보장받고 있으며 총 의료 서비스 합계 시간이 하루 8시간 미만 또는 일주일에 35시간 미만이어야 합니다)
- 물리 치료, 직업 치료, 언어 치료
- 의료 및 사회 복지 서비스
- 의료 장비 및 용품

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

### 호스피스 의료

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

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

- 증세와 통증을 치료하기 위한 약물
- 단기 입시 간호 서비스
- 흡의료

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



### 본 플랜이 지불하는 서비스

**Medicare 파트 A, B가 보장하는 호스피스 서비스와 서비스는 Medicare로 청구됩니다.**

- 자세한 내용은 본 장의 섹션 E를 참조하십시오.

**Health Net Cal MediConnect가 보장하지만 Medicare 파트A, B가 보장하지 않는 서비스에 대하여:**

- Health Net Cal MediConnect는 플랜이 보장하지만 Medicare 파트A, B가 보장하지 않는 서비스를 지불합니다. 플랜은 귀하의 말기 진단 관련 여부와 관계없이 서비스를 보장합니다. 이러한 서비스에 대하여 귀하는 아무것도 지불하지 않습니다.

**Health Net Cal MediConnect의 Medicare 파트 D 혜택에 의해 보장될 수 있는 약물의 경우:**

- 약물은 절대 호스피스 및 당사 플랜 둘 모두에 의해 동시에 보장되지 않습니다. 추가 정보는 제5장을 참조하십시오.

**주의:** 귀하가 비호스피스 의료가 필요하다면 진료 조정인에게 전화하여서 서비스를 조정하십시오. 비호스피스 의료는 말기 진단에 관련되지 않은 간호를 말합니다.

본 플랜은 호스피스 혜택을 선택하지 않은 말기 환자에게 호스피스 상담 서비스를 보장합니다 (단 한 번).

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

### 예방 접종

저희는 하기의 서비스를 지불합니다.

- 폐렴 백신
- 독감 예방 주사, 일 년에 한 번, 가을 또는 겨울에 실시
- B형 간염 백신, B형 간염 발생의 위험이 크거나 중간 이상인 경우
- 감염 위험성이 있으며 Medicare 파트 B 보장 규정을 충족하는 기타 백신

저희는 Medicare 파트D 보장 규칙에 부합되는 기타 백신을 지불합니다. 자세한 내용은 제6장을 참조하십시오.

폐렴 백신 또는 독감 주사는 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요하지 않습니다.

자신의 의료 공급자와 얘기하시고 B형 간염 및 기타 백신을 위한 진료의뢰를 받으십시오.

B형 간염 및 기타 백신을 보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고, 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## 본 플랜이 지불하는 서비스

### 병원 입원 치료

저희는 다음의 서비스를 지불하며, 여기에 나열되지 않은 다른 서비스를 지불할 수도 있습니다.

- 세미 개인 병실 (또는 의료적으로 필요하면 개인 병실)
- 특별한 다이어트를 포함한 식사
- 일반 간호 서비스
- 집중 관리 치료 비용, 예를 들면 중환자실 또는 심장 동맥 질환 치료병동
- 약물치료
- 병리 검사
- X-레이 및 기타 방사선 서비스
- 필요한 수술 및 의료 용품
- 휠체어 등 기구
- 수술실 및 회복실 서비스
- 물리 치료, 직업 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 필요하면 Medicare의 승인을 받은 이식 센터는 귀하의 사례를 심사하여 귀하가 이식을 받을 수 있는 분인지 결정할 것입니다. 특정 조건에 따라, 이식 제공자는 서비스 지역 내에 있을 수도, 외에 있을 수도 있습니다. 지역 내 이식 제공자가 Medicare 요율을 수락한다면 가까운 지역에서 이식 서비스를 받을 수도 있고 거주 지역 이외 지역에서 받을 수도 있습니다. Health Net Cal MediConnect에서 이식 서비스를 귀하의 의료 서비스 지역 이외에서 제공하고 귀하 역시 해당 지역에서 이식을 받기로 선택하였다면, 당사는 적합한 숙박 시설과 교통 비용을 환자와 보호자 한 분에 한해 지급합니다.

**본 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.**

### 병원 입원 치료

(계속)

- 혈액, 저장 및 수혈 포함

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



### 본 플랜이 지불하는 서비스

#### ■ 의사 서비스

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

*자신의 의료 공급자와 얘기하시고 진료의뢰를 받으셔야 합니다.*

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

#### 입원 환자 정신 건강 치료

저희는 병원 입원이 필요한 입원환자 정신 건강 치료 서비스를 지불합니다.

- 단독 건물 정신과 병원에서 입원환자 서비스가 필요하다면, 저희는 첫 190 일을 지불합니다. 그 후에는 지역 카운티 정신 건강 기관에서 의료적으로 필요한 입원환자 정신건강 서비스를 지불할 것입니다. 190 일이 지난 후의 치료 승인은 티역 카운티 정신 건강 기관과 함께 조정될 것입니다.
  - 평생 190 일 제한은 종합 병원의 정신 병동에서 제공되는 입원환자 정신 건강 관리에는 적용되지 않습니다.
- 귀하가 65 세 이상인 경우 저희는 정신 질환 관리 기관 (Institute for Mental Diseases, IMD) 에서 귀하가 받은 서비스를 지불합니다. 자신의 의료 공급자와 얘기하시고 진료의뢰를 받으셔야 합니다.

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

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



### 본 플랜이 지불하는 서비스

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

귀하의 입원이 합리적이지 않으며 필요하지 않은 경우, 저희는 이를 지불하지 않습니다.

그러나 어떤 경우 저희는 병원 또는 요양원에서 귀하가 받은 서비스를 지불합니다. 좀 더 자세한 내용은 회원서비스부로 전화해 주십시오.

저희는 다음의 서비스를 지불하며, 여기에 나열되지 않은 다른 서비스를 지불할 수도 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:
  - » 체내 기관의 전체 또는 일부의 교체 (인접 조직 포함), 또는
  - » 체내 기관 중 작동하지 않거나 오작동하는 기능의 전체 또는 일부의 교체.
- 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.
- 치물리 요법, 언어 치료, 작업 치료

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

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.





## 본 플랜이 지불하는 서비스

### 신장 질환 서비스 및 용품

저희는 하기의 서비스를 지불합니다.

- 신장 치료 교육 및 좋은 의사 결정을 도와주는 신장 질환 교육 서비스 반드시 제IV기 만성 신장 질환이 있어야 하며 의사의 의뢰가 있어야 합니다. 저희는 신장 질환 교육 서비스를 6회까지 보장합니다.
- 외래환자 투석 치료, 제3장에서 설명되었듯이 일시적으로 서비스 제공이 중단되는 영역의 투석 치료를 포함.
- 입원환자 투석 치료, 특별 치료를 위한 병원입원 환자인 경우
- 자가 투석 교육, 회원과 가정 투석 치료를 돕는 간병인에 대한 교육을 포함
- 가정 투석 장비 및 소모품
- 특정 재가 지원 서비스, 예를 들면 가정 투석 상태, 비상 상태 지원, 가정 투석 장비 및 투석액 확인하는 투석 전문가의 필요한 방문

*자신의 의료 공급자와 얘기하시고 진료의뢰를 받으셔야 합니다.*

*사전 승인(미리 승인 받는 것)은 응급상황 또는 귀하 플랜의 서비스 지역 밖에서 신장 투석이 필요한 경우를 제외하고는 보장받기 위해 필요할 수 있습니다.*

**귀하의 Medicare 파트B 약 혜택에서 투석약 일부를 지불합니다. 자세한 내용은 본 차트에서 "Medicare 파트B 처방약"을 참조하십시오.**

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## 본 플랜이 지불하는 서비스

### 폐암 선별검사

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

- 55-77세
- 담당의사 또는 다른 유자격 의료 공급자와의 상담 및 공유 의사결정 방문을 가진 경우
- 폐암의 징후나 증상 없이 30년 동안 최소 하루 1갑을 피웠거나 현재 흡연하고 있거나 지난 15년 내에 금연한 경우

첫 번째 선별검사 후, 담당의사 또는 다른 유자격 의료 공급자의 서면 오더가 있을 때 본 플랜은 매년 추가 선별검사를 지불합니다.

### 의료적 영양 치료

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

저희는 귀하가 Medicare를 통해 의료적 영양 치료를 받은 첫 해 동안 일대일 상담 서비스를 3시간까지 지불합니다. (여기에는 저희 플랜, 여타의 Medicare Advantage 플랜, 또는 Medicare가 포함됩니다.)

그 후에는 저희가 해마다 일대일 상담을 2시간까지 지불합니다. 의사의 진료의뢰와 더불어 귀하의 병증, 치료, 진단 변경에 따라 치료 시간이 상향 조정될 수 있습니다. 다음 연도에도 필요한 경우 의사는 이러한 서비스를 해마다 처방하고 진료의뢰를 갱신해야 합니다.

*자신의 의료 공급자와 얘기하시고 진료의뢰를 받으셔야 합니다.*

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

### Medicare 당뇨 예방 프로그램(MDPP)

당사는 MDPP 서비스에 대한 비용을 지불합니다.

MDPP는 장기적인 식이습관 변화, 신체활동 증가, 체중 감량 지속에 따르는 문제를 극복하고 건강한 생활습관을 지키기 위한 문제 해결 전략 등에 대하여 실질적인 교육을 제공하는 구조화된 건강 행동 변화 개입입니다.

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## 본 플랜이 지불하는 서비스

### Medicare 파트B 처방약

다음과 같은 약품은 오리지널 Medicare 파트B를 통해 보장됩니다. Health Net Cal MediConnect는 다음 약품에 대해 지불합니다.

- 의사, 병원 외래 환자 또는 외래 수술 센터 서비스를 받는 동안 환자 본인이 투여할 수 없으며 주사 또는 주입되어야 하는 약품
- 본 플랜이 보장하는 내구성 의료 장비(예를 들면 분무기)를 통해 투여하는 약품

- 혈우병이 있는 경우 직접 자가 주사해야 하는 혈액 응고 인자
- 장기 이식 시점에서 Medicare 파트 A에 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 경구용 항암제 및 항구토제 약품
- (의료적으로 필요한 경우) 헤파린, 헤파린에 대한 해독제를 포함한 홈 투석에 대한 특정 약품, 국소 마취제, 적혈구 조혈 자극 요원 (Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa 등)
- 일차 면역 결핍 질환의 가정 치료를 위한 IV 면역 글로블린
- ➔ **제5장은 외래환자 처방약 혜택을 설명합니다.** 처방약을 보장받기 위하여 귀하가 따라야 하는 규칙이 설명되어 있습니다.
- ➔ **제6장은 저희 플랜을 통하여 외래환자 처방약에 대하여 귀하가 지불하는 부분을 설명합니다.**

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

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## 본 플랜이 지불하는 서비스

### 다목적 시니어 서비스 프로그램(MSSP)

MSSP는 가정 및 지역사회 기반 서비스(HCBS)를 Medi-Cal 수혜 자격이 있는 분들에게 제공하는 사례 관리 프로그램입니다.

자격을 갖기 위해서는 65세 이상으로 현장 서비스 지역 내 거주해야 하며 MSSP 비용 제한수준 내에서 서비스를 받을 수 있어야 하고, 사례 관리 서비스에 적절해야 하며, 현재 Medi-Cal 수혜 자격이 있고, 영양원 배치가 인증되었거나 인증가능해야 합니다.

MSSP 서비스에는 다음이 포함됩니다.

- 주간 성인 보호 시설/ 지원 센터
- 주거 지원
- 가사일 및 개인적 케어 지원
- 보호적 감독
- 치료 관리
- 임시 간호
- 교통편
- 식사 서비스
- 사회복지 서비스
- 소통 서비스

이 혜택은 연간 \$4,285까지 보장됩니다.

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

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## 본 플랜이 지불하는 서비스

### 비용급 의료 이송

이 혜택은 가장 비용 효율적이며 접근성이 뛰어난 이송 방법입니다. 이것은 다음을 포함할 수 있습니다. 구급차, 비용급 이송 밴, 휠체어 밴 의료 이송 서비스.

다음의 경우 이송 방법이 승인됩니다.

- 보장되는 의료 서비스를 받기 위해 필요하고, 의사, 치과의사, 또는 발 전문의의 서면 처방에 구속을 받으며 수혜자의 의료 및 신체 상태가 버스, 승용차, 택시, 또는 다른 유형의 대중 교통수단 또는 사설 운송수단으로 이동할 수 없어야 하며
- 필요한 의료 서비스를 받기 위해 이송이 필요한 때.

서비스에 따라 사전 승인이 필요할 수도 있습니다.

위에 설명된 이송 서비스를 요청하시려면 Health Net Cal MediConnect 회원 서비스 1-855-464-3571(TTY:711)번으로 월~금 오전 8시~오후 8시 사이에 전화하십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. 이송 요청은 비용급 의료 이송 및 비용급 이송 두 경우 모두 반드시 7일의 근무일 이전에 미리 제출되어야 합니다.

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

LogistiCare는 의료 공급자로부터 처방전(의사 인증서 양식)을 신속히 받을 수 있게 해줍니다.

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## 본 플랜이 지불하는 서비스

### 비의료 이송

다른 수단을 이용할 수 없다고 확인해주시면, 이 혜택을 통해 승용차, 택시, 여타의 공공 또는 개인 이송 수단을 통하여 의료 서비스로의 이송을 받을 수 있습니다.

무제한으로 왕복 이송을 받을 수 있습니다. 서비스에 따라 사전 승인이 필요할 수도 있습니다.

이 혜택은 비응급 의료 이송 혜택을 제한하지 않습니다.

이송 서비스에 대한 자세한 내용은 제3장 섹션 G를 참조하십시오.

위에 설명된 이송 서비스를 요청하시려면 Health Net Cal MediConnect 회원 서비스 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월~금 오전 8시~오후 8시 사이에 전화하십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다.

이송 요청은 비응급 의료 이송 및 비응급 이송 두 경우 모두 반드시 7일의 근무일 이전에 미리 제출되어야 합니다.

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

LogistiCare는 의료 공급자로부터 처방전(의사 인증서 양식)을 신속히 받을 수 있게 해줍니다.

### 요양원 서비스

요양원(NF)은 가정에서 간호를 받을 수 없지만 종합병원에 들어갈 필요는 없는 사람들을 위해 간호를 제공하는 시설입니다.

저희가 지불하는 서비스에는 하기의 항목이 포함되나 이에 제한되지는 않습니다.

- 세미 개인 병실 (또는 의료적으로 필요하면 개인 병실)
- 특별한 다이어트를 포함한 식사
- 간호 서비스
- 물리 치료, 직업 치료, 언어 치료
- 치료 계획에 따라 주어지는 약품. (신체에 자연적으로 존재하는 혈액 응고 인자 등의 물질을 포함합니다.)

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



### 본 플랜이 지불하는 서비스

- 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
- 침술
- 시력 혜택
- 보청기
- 청각 검사
- 카이로프랙틱 치료
- 발 전문의 서비스

귀하는 대개 네트워크 의료 공급자에게 진료를 받게 됩니다. 그러나 저희 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 케어 퇴직자 전용시설(단 요양 시설 서비스를 제공해야 합니다).
- 병원 퇴원 시 귀하의 배우자가 거주하고 있는 요양 시설.

*자신의 의료 공급자와 얘기하시고 진료의뢰를 받으셔야 합니다.*

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

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



### 본 플랜이 지불하는 서비스

#### 비만 선별검사 및 저체중 유지 치료요법

귀하의 체질량 지수가 30 이상인 경우 저희는 체중 감량을 위한 상담을 지불합니다. 귀하는 반드시 일차 진료 상황에서 상담을 받아야 합니다. 그럼으로써 전체 예방 플랜 하에서 관리가 가능해집니다. 더 상세한 정보를 원하시면 일차 의료 공급자와 상담하십시오.

#### 외래환자 진단 검사와 치료 서비스 및 용품

저희는 다음의 서비스를 지불하며, 여기에 나열되지 않은 다른 서비스를 지불할 수도 있습니다.

- 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)

*자신의 의료 공급자와 얘기하시고 진료의뢰를 받으셔야 합니다.*

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

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.





## 본 플랜이 지불하는 서비스

### 외래 환자 병원 서비스

귀하가 병원 외래 환자 부서에서 받는, 질병이나 부상의 진단 또는 치료를 위한 의료적으로 필요한 서비스를 보장합니다.

저희는 다음의 서비스를 지불하며, 여기에 나열되지 않은 다른 서비스를 지불할 수도 있습니다.

- 관찰 서비스, 외래 수술 등과 같은 응급실 또는 외래환자 클리닉 서비스
- 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 약물

*자신의 의료 공급자와 얘기하시고 진료의뢰를 받으셔야 합니다.*

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

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## 본 플랜이 지불하는 서비스

### 입원 환자 정신 건강 치료

저희는 아래의 사람이 제공한 외래환자 정신 치료를 지불합니다.

- 주 정부 발행 면서 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 전문인

저희는 다음의 서비스를 지불하며, 여기에 나열되지 않은 다른 서비스를 지불할 수도 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 약물 요법 목적의 외래환자 서비스
- 외래환자 랩, 약물, 용품 및 보충 품목
- 심리 상담

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

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## 본 플랜이 지불하는 서비스

### 외래환자 재활 서비스

저희는 물리 치료, 작업 치료, 언어 치료를 지불합니다.

병원 외래 부서, 독립 치료요법 사무소, 종합 외래환자 재활 시설 (CORFs), 기타 시설 등에서 외래환자 재활 서비스를 받을 수 있습니다.

*자신의 의료 공급자와 얘기하시고 진료의뢰를 받으셔야 합니다.*

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

### 외래환자 약물 남용 서비스

저희는 다음의 서비스를 지불하며, 여기에 나열되지 않은 다른 서비스를 지불할 수도 있습니다.

- 술 남용 선별검사 및 상담
- 약물 남용 치료
- 유자격 클리니션과의 그룹 또는 개인 상담
- 주거 중독 프로그램을 통한 아급성 해독 치료
- 집중 외래환자 치료 센터에서의 술 및/또는 약물 서비스
- 연장 방출 Naltrexone (비비트론) 치료

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

### 외래환자 수술

저희는 병원 외래환자 시설 및 외래환자 수술 센터에서 받는 외래환자 수술 및 서비스를 지불합니다.

*자신의 의료 공급자와 얘기하시고 진료의뢰를 받으셔야 합니다.*

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

### 부분적 입원 서비스

*부분적 입원*이란 활동적 심리 치료의 조직적 프로그램입니다. 병원 외래환자 서비스로 또는 지역사회 정신 건강 센터에서 제공됩니다.

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



### 본 플랜이 지불하는 서비스

의사나 치료 전문가의 사무실에서 받는 간호보다는 더 집중적인 서비스입니다. 이를 통해 회원은 병원 입원을 하지 않아도 될 수가 있습니다.

**주의:** 저희 네트워크 내에는 지역사회 정신 건강 센터가 없기 때문에 저희는 병원 외래환자 환경에서만 부분적 입원 서비스를 보장합니다.

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

### 의사 진료실 방문을 포함한 의사/개업의 서비스

저희는 하기의 서비스를 지불합니다.

- 다음과 같은 장소에서 제공되는, 의료적으로 필요한 진료 또는 수술 서비스:
  - » 의사 진료실
  - » 공인 외래환자 수술 센터
  - » 병원 외래환자 부서
- 전문인의 상담, 진단 및 치료
- 기본 청력 및 균형 검사이며 귀하가 치료를 필요로 하는지를 살피기 위해 *귀하의 주치의에 의해 수행됩니다.*
- 의료적 처치가 있기 전 *다른 네트워크 의료 공급자에 의한 이차 소견*
- 비일상적 치과 진료 보장된 서비스는 다음에 국한됩니다.
  - » 턱 수술 또는 관련 구조물
  - » 턱 또는 얼굴뼈 골절 맞추기
  - » 신생 암 방사선 치료 전 발치
  - » 의사 제공 시 보장되는 서비스들

*전문의를 보시려면 자신의 의료 공급자와 얘기하시고 진료의뢰를 받으셔야 합니다.*

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

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## 본 플랜이 지불하는 서비스

### 족부의학 서비스

당사는 하기의 서비스에 대한 비용을 지불합니다.

- 발 부상과 질병(망치족지와 족저근막염 등)의 진단, 약물 및 수술 치료
- 당뇨병 등 발에 영향을 주는 병증을 가진 회원들을 위한 일반 발 진료

추가적인 일반 발 진료는 일년에 12회로 제한되며 해당 진료는 티눈 및 굳은 살 절지 및 제거 그리고 발톱 손질, 깎기 등을 포함합니다.

*자신의 의료 제공자와 얘기하시고 진료의뢰를 받으셔야 합니다.*



### 전립선 암 선별검사

50세 이상 남자인 경우 매 12개월마다 한번씩 하기의 서비스를 저희가 지불합니다.

- 직장손가락검사
- 전립선 특이 항원 (PSA) 검사

*자신의 의료 공급자와 얘기하시고 진료의뢰를 받으셔야 합니다.*

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

### 보철 장치 및 관련 용품

보철 장치는 신체의 전체 또는 한 부위의 기능을 대체합니다. 저희는 다음의 보철 장치들을 지불하며, 여기에 나열되지 않은 다른 서비스를 지불할 수도 있습니다.

- 결장조루술 진료 관련 결장조루술 백 및 용품
- 페이스메이커
- 보호대
- 의족용 신발
- 인공 팔, 다리
- 유방 보형물 (유방 절제술 뒤 수술용 브래지어 포함)
- 요실금 크림 및 기저귀

저희는 또 보철 장치 관련 용품 일부를 지불합니다. 저희는 또 보철 장치 수리 또는 교체품을 지불합니다.

저희는 백내장 제거 또는 백내장 수술 후의 일부 보장을 제공합니다. 자세한 내용은 본 장 뒷부분에 나오는 "시각 진료"를 참조하십시오.

*자신의 의료 공급자와 상담하시고 실금 연고 및 기저귀에 대한 진료의뢰를 받으셔야 합니다.*

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

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## 본 플랜이 지불하는 서비스

### 폐 재활 서비스

저희는 중간 수준에서 매우 심한 수준의 폐쇄 폐 질환(COPD)을 가진 회원들을 위한 폐 재활 서비스를 지불합니다. 반드시 COPD를 치료하는 의사나 의료 공급자로부터 폐 재활에 대한 **진료의뢰**가 있어야 합니다.

당사는 환자에 따라 환기기용 호흡 서비스에 대해 지불할 것입니다.

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



### 성 매개 감염증(STIs) 선별검사 및 상담

저희는 클라미디아, 임질, 매독, B형 간염에 대한 선별검사를 지불합니다. 이러한 선별검사는 임신 여성과 STI의 위험이 높은 일부 사람들을 위한 것입니다. 반드시 주치의가 이러한 검사들을 지시해야 합니다. 12개월에 한번 또는 임신 중 특정 시점에 이러한 검사를 보장합니다.

저희는 성관계를 갖는 성인 중 STI의 위험이 높은 사람들에게 대하여 해마다 2회까지 고집중도의 행동 대면 상담 세션을 지불합니다. 매 세션의 길이는 20분에서 30분이 될 수 있습니다. 저희는 예방 서비스로서 이러한 상담 세션을 지불합니다. 단 주치의에게 제공하는 것이라야 합니다. 이러한 세션은 반드시 의사 진료실 같은 일차 진료 환경에서 이루어져야 합니다.

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## 본 플랜이 지불하는 서비스

### 전문 간호 시설 (SNF) 치료

저희는 다음의 서비스를 지불하며, 여기에 나열되지 않은 다른 서비스를 지불할 수도 있습니다.

- 세미 개인 병실, 또는 의료적으로 필요하면 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 공급자에게 진료를 받게 됩니다. 그러나 저희 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 케어 퇴직자 전용시설(단 요양 시설 서비스를 제공해야 합니다).
- 병원 퇴원 시 귀하의 배우자가 거주하고 있는 요양 시설.

*자신의 의료 공급자와 얘기하시고 진료의뢰를 받으셔야 합니다.*

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

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## 본 플랜이 지불하는 서비스

### 긴급 진료

긴급 진료는 다음의 항목 치료를 위해 주어지는 것입니다.

- 긴급한 진료를 요하는 비응급 상황, **또는**
- 갑작스런 질병, **또는**
- 부상, **또는**
- 즉각적인 진료를 필요로 하는 증세.

귀하가 긴급 진료를 필요로 하는 경우, 우선 네트워크 의료 공급자로부터 받는 것을 시도해야 합니다. 그러나, 네트워크 제공자에게 갈 수가 없는 경우 네트워크 외 제공자를 이용하실 수 있습니다.

미국 외 지역에서 받은 긴급히 필요한 진료는 전세계 응급/긴급 상황 보장 혜택 하에서의 응급 상황으로 간주될 수도 있습니다. 더 상세한 정보는 아래 의료 혜택 차트에 나와 있는 "전 세계 응급/긴급 상황 보장"을 참고하십시오.

### 시각 진료

저희는 하기의 서비스를 지불합니다.

- 매년 번의 정기 시력 검사
- 안경의 경우 \$250까지(표준 및 비표준 안경테, 기본적 단일 초점, 이중 초점, 삼중 초점 또는 수정체 안경 렌즈), 매2년마다\*, \*\* 또는
- 선택적 콘택트렌즈, 피팅, 검사를 \$250 매2년마다\*, \*\*, \*\*\*.
- 저시력 검사(연간 최대 4번)\*\*\*\*
- 저시력 보조기\*\*\*\*

\*서비스구매 일자로부터, 다년간 혜택은 향후 연도에 이용가능하지 않을 수 있음.

\*\*\$250 허용금을 초과하는 잔액은 100% 귀하의 책임입니다.

\*\*\*시각적으로 필요한 콘택트렌즈, 피팅, 평가는 매2년마다 지불됩니다.

\*\*\*\*진단 및 처방 기준에 부합되는 경우, 보장은 임신 여성 또는 전문 간호 시설에 거주하는 사람들에게 제한됩니다. 보장 서비스는 다음과 같습니다.

검사: 전문 검사, 저시력 보조 피팅 및 향후 관리, 적절한 경우 6개월 후속 치료.

다음은 포함한 저시력 보조기:

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.





### 본 플랜이 지불하는 서비스

- 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

의료적 눈 서비스:

*공급자와 상담하시고 Medicare가 보장하는 시력 검사에 대한 진료의뢰를 받아야 합니다.*

의료적 눈 서비스는 귀하의 PCP가 제공하거나 조정됩니다. 저희는 눈 질병 및 부상의 진단과 치료에 대해서는 외래환자 의사 서비스를 지불합니다. 예를 들어, 여기에는 당뇨병을 가진 사람의 당뇨망막병증에 대한 연간 눈 검사와 노화와 관련된 황반변성 치료가 포함됩니다.

녹내장 위험이 높은 분들에게 저희는 녹내장 선별검사를 매년 1회 지불합니다. 녹내장 위험이 높은 분들은 다음과 같습니다.

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

저희는 의사가 안구내 렌즈를 삽입한 경우 매년 백내장 수술 뒤 안경 또는 콘택트렌즈 한 쌍을 지불합니다. (두 차례의 백내장 수술을 했다면 각 수술 후마다 안경 한 쌍씩을 받아야 합니다. 첫 수술 뒤에 안경 한 쌍을 받지 못했다 할지라도 두번째 수술 뒤에 안경 두 쌍을 한꺼번에 받을 수 없습니다.) 렌즈 이식 수술 없이 백내장 제거 수술을 받은 뒤 교정 렌즈, 안경테, 교체품이 필요한 경우 저희는 이를 지불합니다.

#### 시력 관리 혜택을 이용하는 방법

본 플랜은 정기적 눈 검사를 매년 한번, 안경류를 매 24개월마다 한번 제공합니다. 귀하는 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. 참여 안과의 위치는 Health Net Cal MediConnect 회원 서비스에 1-855-464-3571(TTY:711)번으로 월~금 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. 또는 온라인 ([www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect))으로 찾아보실 수 있습니다.

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



### 본 플랜이 지불하는 서비스

귀하를 검사했던 의료 공급자로부터 안경류를 구매하거나 귀하가 사는 서비스 지역 내의 참여 안경류 공급자 목록에서 찾아서 구매하실 수 있습니다. 참여 안경 업체가 아닌 다른 업체에서 제공하는 안경은 보장하지 않습니다. 참여 안경류 공급자의 위치는 Health Net Cal MediConnect 회원 서비스에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월~금 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. 또는 온라인 ([www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect))으로 찾아보실 수 있습니다.

안경류 허용 금액을 초과한 금액 또는 굽힘 방지 코팅, 다중 초점 렌즈, 틸트, 등등 미용 렌즈 옵션과 같은 비보장 서비스의 지불금에 대한 책임은 귀하에게 있습니다. 이러한 비보장 서비스에 대해서는 귀하가 본인의 참여 안경류 공급자에게 직접 지불해야 합니다.

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

일상 시력 및 안경류 제외 항목들을 보시려면 본 장의 섹션 F를 참조하십시오.



#### "Welcome to Medicare" 예방 진료 방문

저희는 한 차례 'Welcome to Medicare' 예방 진료 방문을 보장합니다. 이 방문에는 다음이 포함됩니다.

- 귀하의 건강 상태 검토,
- 귀하가 필요한 예방 서비스에 대한 교육, 상담 (선별검사 및 주사 포함), 또한
- 필요하다면 다른 진료를 받기 위한 진료의뢰.

**중요:** 저희는 "Welcome to Medicare" 예방 방문을 귀하가 Medicare 파트 B를 받게 된 첫 12개월 동안만 보장합니다. 귀하가 방문 약속을 잡을 때 의사의 진료실측에 "Welcome to Medicare" 예방 방문을 잡겠다고 말하십시오.

#### 전세계 응급/긴급 상황 보장

전세계 응급/긴급 상황 보장. 미국 밖에서 받게 되는 응급, 긴급, 안정후 진료로 정의됩니다.<sup>1</sup>

- 미국 내에서 받게 되었을 때 응급, 긴급, 안정후 진료로 분류될 수 있는 진료 서비스로 제한합니다.<sup>1</sup>

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



### 본 플랜이 지불하는 서비스

- 응급실로 이동할 때 일상적 교통수단을 이용하는 것이 귀하의 건강을 위태롭게 할 수 있는 경우 구급차 서비스가 보장됩니다.
- 외국 세금과 수수료는 포함되지 않습니다(통화 변환 또는 거래 수수료를 포함하지만 이에 제한되지 않습니다).

전 세계 응급/긴급 상황 보장 범위는 연간 \$50,000로 제한됩니다.

<sup>1</sup>미국은 50개 주, 콜롬비아 특별구, 푸에르토리코, 버진 아일랜드, 괌, 북 마리아나 제도를 의미합니다.

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## E. Health Net Cal MediConnect 외부에서 보장되는 혜택

다음 서비스는 Health Net Cal MediConnect에서 보장되지 않지만, Medicare 또는 Medi-Cal를 통해 이용할 수 있습니다.

### 캘리포니아 커뮤니티 전환 (CCT)

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

거주 국가에서 운영되고 있는 CCT 선도 조직으로부터 전환 조정 서비스를 받을 수 있습니다. 보건국 웹사이트 [www.medi-cal.ca.gov](http://www.medi-cal.ca.gov)에서 CCT 선도 조직 및 운영 국가 목록을 찾아볼 수 있습니다.

#### CCT 전환 조정 서비스:

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

#### CCT 전환과 관련되지 않은 서비스:

의료 공급자는 귀하가 받는 서비스에 대해 Health Net Cal MediConnect에 청구합니다. Health Net Cal MediConnect는 전환 후 제공되는 서비스를 지불합니다. 이러한 서비스에 대하여 귀하는 아무것도 지불하지 않습니다.

CCT 전환 조정 서비스를 받고 있는 동안, Health Net Cal MediConnect는 본 장의 섹션 D에 나온 혜택 차트에 나열된 서비스를 지불합니다.

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

약품은 CCT 프로그램에서 보장되지 않습니다. Health Net Cal MediConnect를 통해 계속해서 일반적인 약품 혜택을 받게 됩니다. 추가 정보는 제5장을 참조하십시오.

**주의:** 귀하가 비-CCT 전환 관리가 필요하다면 진료 조정인에게 전화하셔서 서비스를 조정하십시오. 비-CCT 전환 관리는 기관/시설로부터의 전환과 관련되지 않은 간호를 말합니다. 진료 조정인에게 연락하려면 Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다.

**질문이 있으시면,** Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## Medi-Cal 치과 프로그램

Medi-Cal 치과 프로그램을 통해 특정 치과 서비스를 이용할 수 있습니다. 서비스에는 다음이 포함됩니다.

- 최초 검사, 정기 구강 세척 및 깊은 구강 세척(스케일링 및 치근 활택술)
- 방사선투과사진(X선)/사진 영상, 구강 예방 및 불소 치료
- 아말감 및 복합 레진 수복(충치 치료)
- 임상병리실 처리 크라운 및 사전 제작 스테인레스, 수지, 수지 창 크라운
- 앞니 및 뒷니에 대한 근관 치료
- 부분 의치 및 전체 의치(즉시 의치 포함)
- 전체 의치 조정, 수리 및 리라인

Denti-Cal로 알려져 있는 유료 서비스 제공 시스템에서 치과 혜택을 이용할 수 있습니다. 추가 정보가 필요하거나 Denti-Cal을 수용하는 치과를 찾는 데 도움이 필요하시면 Denti-Cal 혜택 고객 서비스 라인 1-800-322-6384 (TTY 이용자는 1-800-735-2922번으로 전환)번으로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. Medi-Cal 치과 프로그램 담당자는 월요일부터 금요일 오전 8시 ~ 오후 5시 사이에 도움을 제공해 드립니다. 자세한 내용은 Denti-Cal 웹사이트 <http://www.denti-cal.ca.gov>를 방문하십시오.

사크라멘토나 로스 엔젤레스의 카운티에 사는 경우, 치과 관리 치료 플랜을 통해서도 치과 혜택을 이용할 수 있습니다. 치과 플랜에 관한 추가 정보가 필요하거나, 치과 플랜을 확인하는 데 도움이 필요하거나, 치과 플랜의 변경을 원하시면 월요일부터 금요일 오전 8시 ~ 오후 5시 사이에 헬스케어 옵션 1-844-580-7272 (TTY/TDD 이용자는 1-800-430-7077번)번으로 문의하십시오. 통화는 무료입니다.

## 호스피스 의료

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

호스피스 의료 서비스를 받는 동안 Health Net Cal MediConnect에서 지불하는 항목에 대한 자세한 내용은 본 장의 섹션 D에 나온 혜택 차트를 참조하십시오.

### 말기 진단과 관련해 Medicare 파트A, B가 보장하는 서비스와 호스피스 서비스:

- 호스피스 의료 공급자는 귀하가 받는 서비스에 대해 Medicare에 청구합니다. Medicare는 말기 진단과 관련한 호스피스 서비스를 지불합니다. 이러한 서비스에 대하여 귀하는 아무것도 지불하지 않습니다.

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



**귀하의 말기 진단과 관련없는 Medicare 파트A, B 보장 서비스에 대하여** (응급 치료 및 긴급히 필요한 진료는 제외):

- 의료 공급자는 귀하가 받는 서비스에 대해 Medicare에 청구합니다. Medicare는 Medicare 파트A 또는 B가 보장하는 서비스를 지불합니다. 귀하는 그러한 서비스에 대하여 아무것도 지불하지 않습니다.

**Health Net Cal MediConnect의 Medicare 파트 D 혜택에 의해 보장될 수 있는 약물의 경우:**

- 약물은 절대 호스피스 및 당사 플랜 둘 모두에 의해 동시에 보장되지 않습니다. 추가 정보는 제5장을 참조하십시오.

**주의:** 귀하가 비호스피스 의료가 필요하다면 진료 조정인에게 전화하셔서 서비스를 조정하십시오. 비호스피스 의료는 말기 진단에 관련되지 않은 간호를 말합니다. 진료 조정인에게 연락하려면 Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화료는 무료입니다.

## F. Health Net Cal MediConnect 플랜, Medicare 또는 Medi-Cal에서 보장되지 않는 혜택

이 항은 본 플랜에서 어떤 종류의 혜택이 제외되는지를 설명합니다. **제외**라는 말은 저희가 그러한 혜택을 지불하지 않는다는 뜻입니다. Medicare와 Medi-Cal에서도 지불하지 않습니다.

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

명시된 특정 조건 하를 제외하고, 저희는 본 섹션에 나열된 (또는 본 *회원 안내서* 어딘가에 나열된) 제외 의료 혜택에 대해서는 지불하지 않습니다. 보장되지 않는 서비스를 저희가 지불해야 된다고 생각하신다면, 이의제기를 접수하실 수 있습니다. 이의 제기에 대한 정보는 제9장을 참조하십시오.

본 혜택 차트 안에 설명된 제외나 한계 외에도, 다음 항목과 서비스는 저희 플랜에 의해 보장되지 않습니다:

- Medicare, Medi-Cal의 표준에 따라, 합당하고 필요한 서비스로 간주되지 않은 서비스. 다만, 그 서비스가 저희 플랜에 의해 보장되는 서비스로서 나열된 경우는 예외입니다.
- 실험 목적 의료적 및 외과적 치료, 품목 및 의약품. 다만, Medicare에 의해 또는 Medicare가 승인한 임상 연구 실험 하에 또는 저희 플랜에 의해 보장되는 경우는 예외입니다. 임상 연구 검사에 대한 자세한 정보를 보려면 54쪽의 3장을 보십시오. 실험적 치료 및 품목들은 의료계에서 일반적으로 수용되지 않는 것들입니다.

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



- 병적 비만을 위한 외과적 치료. 의료적으로 필요하며 Medicare에서 지불하는 경우는 예외입니다.
- 병원에서 개인실. 다만 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). 다만 의료적으로 필요한 경우는 예외입니다.
- 성형 수술 또는 기타 성형 시술, 단 사고로 인한 부상으로 야기되었거나 모양이 올바르지 않은 신체 부위를 개선하기 위한 경우는 예외. 그러나 저희는 유방 절제술 후의 유방 재건술 및 모양을 맞추기 위한 나머지 유방에 대한 치료를 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.
- 당뇨병성 족부질환자를 위한 정형외과적 혹은 치료용 신발 이외의 발 지지장치.
- 불임 복원 처치, 비처방 피임 용품.
- 자연요법 서비스 (자연 치료 혹은 대체 치료의 사용)
- 보훈처(Veterans Affairs; VA) 시설에서 참전용사에게 제공되는 서비스. 그러나 보훈자가 보훈 병원(VA hospital)에서 응급진료를 받고 보훈 비용분담액이 본 플랜에서의 비용분담액보다 클 때, 저희는 그 차액을 보훈자에게 실비정산 해줄 것입니다. 회원은 여전히 회원의 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 이용가능할 수 있습니다.
- 다음의 보조 서비스: 직업 재활 및 기타 재활 서비스 (이 혜택은 카운티 특수 정신 건강 혜택 하에서 이용가능할 수 있습니다) 및 영양 서비스.
- 치료 계획 보조를 위해 유면허 심리학자가 실행하는 경우를 제외한 심리 검사, 신경심리학적 검사. 이것은 약품 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.

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.





- 바이오 피드백, 또는 최면 요법.
- 경두개자기자극술(Transcranial Magnetic Stimulation, TMS)
- DSM 5에 수록된 V-코드.
- Health Net에 의해 실험적 또는 조사 연구적으로 판단된 서비스.
- 귀하가 주로 거주하는 주 밖에서 행해지는 서비스. 응급 치료나 Health Net이 승인한 경우는 제외.
- 전기-경련 요법(Electro-Convulsive Therapy, ECT), Health Net에서 승인한 경우는 제외.
- 세척, 필링 또는 의치 등 일상적 치과 진료 서비스. 그러나 의치를 포함해서 일부 치과 서비스는 캘리포니아주의 Denti-Cal 프로그램에서 제공됩니다. 자세한 내용은 혜택 차트의 치과 서비스를 참조하십시오.

### Medicare 비보장 일상적 시력 및 안경류 제외 항목 :

- 방사상 각막절개술, 라식 수술, 시력 치료요법. *라식 시술 할인에 대한 정보를 원하시면 플랜에 연락하십시오.*
- 사시 교정, 시력 트레이닝, 기타 관련 보조 검사.
- 각막 굴절 치료요법 (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(+ .50 디옵터 미만의 굴절 교정 렌즈).
- 이중초점 렌즈 대신 안경 두 쌍.
- 비처방 안경류 및 섀글라스
- 렌즈 추가
- 본 플랜 하에서 제공되는, 분실된, 부러진 렌즈 및 안경테의 교체품. 단 정상적 간격을 둔, 그렇지 않아도 서비스가 이용가능한 때의 경우는 제외.
- 눈의 의료 또는 외과적 치료 (보장 수술 치료에 대해서는 본 장의 혜택 차트를 보십시오.)
- 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 공급자가 아닌 의료 공급자가 제공한 시력 관리 서비스 또는 용품.

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.





- 외래환자 처방약 또는 비처방약은 귀하의 시각 진료 혜택으로 보장하지 않습니다. 의학적 또는 처방약 혜택에서의 외래환자 처방약에 관한 자세한 내용은 이 장 앞부분 또는 제 5장과 6장에 나오는 혜택 차트를 참조하십시오.
- 본 장의 앞에 나온 혜택 차트에서 설명된 대로 시력 보조기구 (안경 또는 콘택트렌즈 제외) 또는 저시력 보조기구.
- 본 플랜이 보장한다고 구체적으로 명시하지 않는 한, 고용자가 요구하는 고용 전제조건 및 보호 안경으로 착용하게 되는 교정 안경 류.
- 다른 메디컬 그룹의 혜택에 의해 제공되는 시력 관리 서비스나 재료.
- 귀하의 보험이 종료한 후 제공된 서비스. 보험 종료 전에 주문한 물품과 이러한 주문날부터 31일 이내에 제공된 시력 관리 서비스인 경우는 제외합니다.
- 정부 기관이나 프로그램, 또는 연방, 주, 또는 산하 기관 등에서 요구하는 산업재해법 또는 이와 유사한 법률의 결과로 제공하는 시력 관리 서비스.
- 본 *회원 안내서*에 명시되지 않은 시력 관리 서비스 및/또는 재료.

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



---

**질문이 있으시면**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일 날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## 제5장: 외래환자 처방 약품 플랜을 통하여 받기

### 목차

개요 .....	105
외래환자 약품 보장에 관한 플랜의 규칙 .....	105
<b>A. 처방약 조제 받기.....</b>	<b>106</b>
고객의 처방전을 협력업체 약국에서 조제하십시오 .....	106
처방을 조제할 때 고객의 회원 ID 카드를 제시하십시오.....	106
다른 협력업체 약국으로 바꾸고 싶은 경우 어떻게 해야 하는가?.....	106
이용해온 약국이 협력업체 네트워크를 떠나는 경우에는 어떻게 되는가? .....	106
전문 약국이 필요한 경우에는 어떻게 되는가? .....	107
약품을 받기 위해 우편 주문 서비스를 이용할 수 있는가?.....	107
플랜의 협력업체 협력업체에 속하지 않는 약국을 이용할 수 있는가?.....	109
고객이 처방약 비용을 지불하면 플랜에서 이를 상환해 주는가? .....	109
<b>B. 플랜의 약품 목록.....</b>	<b>109</b>
약품 목록에 있는 약품은 어떤 약품인가? .....	109
어떤 약품이 약품 목록에 있는지 여부를 알아볼 방법은? .....	110
약품 목록에 <u>없</u> 는 약품은 어떤 약품들인가?.....	110
비용 부담 단계란 무엇인가? .....	111
<b>C. 일부 약품에 대한 보장 제한 .....</b>	<b>111</b>
왜 어떤 약품에는 제한이 있는가? .....	111
어떤 규칙이 있는가? .....	112
이 규칙들은 고객의 약품에도 적용되는가? .....	112

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



<b>D. 고객의 약품이 보장되지 않을 수도 있는 이유</b> .....	<b>113</b>
임시 공급량을 받으실 수 있습니다 .....	113
<b>E. 고객의 약품 보험보장 변경</b> .....	<b>115</b>
<b>F. 특별한 경우에서의 약품 보장</b> .....	<b>116</b>
고객이 플랜에 의해 보장되는 병원 입원 또는 전문 간호 시설 입원을 한 경우 .....	116
고객이 장기 간호 시설에 입원한 경우 .....	116
고객이 장기간간호시설 입소자이고 플랜의 신규 회원인 경우 .....	117
고객이 Medicare 인증 호스피스 프로그램에 있을 경우 .....	117
<b>G. 약 안전 및 약 관리 프로그램</b> .....	<b>118</b>
회원이 약을 안전하게 사용하도록 돕는 프로그램 .....	118
회원이 본인의 약품을 관리하는데 도움이 되는 프로그램 .....	118

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## 개요

본 장에서는 **외래환자 처방약**을 받기 위한 규칙을 설명합니다. 이 약품은 고객의 진료 서비스 공급자가 지시하고, 고객이 약국에서 받거나 우편 주문으로 받는 약을 말합니다. 이것에는 Medicare 파트 D 및 Medi-Cal 하에서 보장되는 약품이 포함됩니다. 제6장에는 이러한 약품에 대해 고객이 무엇을 지불해야 하는 것이 설명되어 있습니다.

Health Net Cal MediConnect에서는 다음의 약을 보장합니다. 본 장에서는 이에 대해 논하지 않습니다:

- Medicare 파트A가 보장하는 약. 여기에는 고객이 병원 또는 요양 시설에 머무는 동안 주어진 일부 약품이 포함됩니다.
- Medicare 파트B가 보장하는 약. 여기에는 키모 요법 약 일부, 의사나 기타 진료 공급자가 진료실 방문시 고객에게 투여한 약물 일부, 투석 클리닉에서 고객이 받은 약품이 포함됩니다. Medicare 파트B 약 중 무엇이 보장되는지에 대한 자세한 내용은 제4장의 혜택 차트를 참조하십시오.

### 외래환자 약품 보장에 관한 플랜의 규칙

1. 본 섹션에 명시된 규칙을 고객이 따르는 한 당사는 대부분 고객의 약품을 보장합니다. 고객은 반드시 의사나 기타 진료 공급자에게 처방전을 받아야 합니다. 이 사람은 대개 고객의 주치의입니다(PCP). 고객의 주치의가 진료를 위해 고객을 다른 데로 소개했다면 다른 진료 공급자가 될 수도 있습니다.고객
2. 처방을 조제하려면 일반적으로 반드시 협력업체 약국을 이용해야 합니다.
3. 고객의 처방약은 반드시 플랜의 **보장 약품 목록**에 들어 있어야 합니다. 당사는 이를 줄여서 "약품 목록"이라고 부릅니다.
  - 그 약품이 약품 목록에 없는 경우, 당사는 예외 처리를 통해 이를 보장해 드릴 수도 있습니다. 예외 처리에 대한 자세한 내용은 116쪽을 참조하십시오.
4. 고객의 약품은 **의학적으로 용인된 적응증**에 사용되어야 합니다. 이는 약품의 사용이 식약청에 의해 승인되거나 특정 참고문헌에 의해 뒷받침 된다는 뜻입니다. Medi-Cal 보장 약물의 경우, 의학적으로 필요하다는 말은 질환, 질병, 또는 상해의 진단 혹은 치료를 통해 생명 보호, 현저한 질병 또는 현저한 장애의 예방, 또는 중증 통증의 완화를 위한 합리적이고 필요한 모든 보장 서비스를 가리킵니다.

**문의 사항**은, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## A. 처방약 조제 받기

### 고객의 처방전을 협력업체 약국에서 조제하십시오

대부분의 경우, 당사는 당사의 협력업체 약국에서 조제되는 *경우에만* 처방 약품의 비용을 지급합니다. *협력업체 약국*이란 본 플랜 가입자들을 위해 처방전을 조제하는 데 동의한 약국을 뜻합니다. 당사의 협력업체 약국 중 아무 곳이나 가도 됩니다.

- ▶ 협력업체 약국을 찾으시려면 *공급자 및 약국 명부*를 보시거나, 당사 웹사이트를 방문하시거나, 가입자 서비스에 연락하십시오.

### 처방을 조제할 때 고객의 회원 ID 카드를 제시하십시오

처방을 조제하려면 고객이 선택한 협력업체 약국에서 **고객의 회원 ID 카드**를 제시하십시오. 협력업체 약국은 고객의 보장약에 대해 당사 부담금을 당사에 청구할 것입니다. 고객은 약국에 고객 의처방에 대한 고객의 공동 부담금을 지불해야 할 것입니다.

처방을 조제할 때 회원 ID 카드를 소지하지 않은 경우에는 약국측에 플랜에 전화해 필요한 정보를 받으라고 요청하십시오.

필요한 정보를 약국이 확인할 수 없는 경우, *고객은 조제된 처방의 비용 전액을 부담해야 할 수도 있습니다.* 고객 그 비용의 당사측 부담액을 상환하라고 당사에 요청할 수 있습니다. 고객이 약품 비용을 지불할 수 없는 경우, 회원 서비스에 즉시 전화하십시오. 당사가 할 수 있는 것을 도와 드리도록 하겠습니다.

- ▶ 당사로 지불금 상환을 요청하는 방법에 대해서는 제7장을 참조하십시오.
- ▶ 처방전을 조제받는 데 도움이 필요하시면 가입자 서비스에 연락하십시오.

### 다른 협력업체 약국으로 바꾸고 싶은 경우 어떻게 해야 하는가?

고객이 약국을 변경하고 처방전을 재조제해야 하는 경우요청하거나 고객 공급자가 새 처방전을 써 줄 것을 고객의 약국에 처방전을 새 약국으로 전환해 달라고 하십시오.

- ▶ 협력업체 약국 변경에 도움이 필요하시면 회원 서비스에 연락하십시오.

### 이용해온 약국이 협력업체 네트워크를 떠나는 경우에는 어떻게 되는가?

고객이 이용해온 약국이 협력업체 네트워크를 떠나는 경우, 새 협력업체 약국을 찾으셔야 합니다.

- ▶ 새 협력업체 약국을 찾으시려면 *공급자 및 약국 명부*를 보시거나, 당사 웹사이트를 방문하시거나, 가입자 서비스에 연락하십시오.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## 전문 약국이 필요한 경우에는 어떻게 되는가?

어떤 때는 처방을 전문 약국에서 조제해야 합니다. 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. 의 장기 간호 시설 약국이 당사의 협력업체에 속하지 않은 경우 또는 장기 간호 시설에서 약품 혜택을 이용하는 데 어려움이 있는 경우에는 회원서비스에 문의하십시오.
  - Indian Health Service/Tribal/Urban Indian Health Program에 서비스를 제공하는 약국. 응급 상황을 제외하고는 미국 인디언, 또는 알래스카 원주민만이 이러한 약국을 사용할 수 있습니다.
  - 특별 취급 또는 사용 지시사항을 요하는 약품을 공급하는 약국.
- ➔ 특화 약국을 찾으시려면 **공급자 및 약국 명부**를 보시거나, 당사 웹사이트를 방문하시거나, 가입자 서비스에 연락하십시오.

## 약품을 받기 위해 우편 주문 서비스를 이용할 수 있는가?

특정 종류의 약품은 플랜의 협력업체 우편주문 서비스를 이용할 수 있습니다. 일반적으로, 우편주문을 통해 구할 수 있는 약품은 고객이 만성적 혹은 장기적 의료적 상태 때문에 정기적으로 복용하는 약입니다. 본 플랜의 우편주문 서비스를 통해 구할 수 있는 약품은 당사의 약품 목록 안에 우편주문 약품이라고 표시되어 있습니다.

당사 플랜의 우편주문을 통해 **최대 90일치 복용량을 주문할 수 있습니다.** 90일 주문량은 한 달 주문량과 공동 부담금액이 같습니다.

### 우편으로 처방약을 조제받는 방법은?

주문 서식이나 고객의 처방전을 우편으로 조제받기 위한 정보를 원하시면 당사 웹사이트 ([www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect))를 방문하거나, 가입자 서비스에 전화해서 도움을 받으십시오 (전화번호는 본 페이지 밑에 나와 있음).

대개 우편 주문 처방약은 10일 안에 받으실 수 있습니다. 우편 주문한 약품이 도착하지 않고 지체되면, 가입자 서비스에 전화해서 도움을 구하십시오(전화번호는 이 페이지의 밑에 나와 있음).

---

**문의 사항은,** Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## 우편 주문 서비스가 본인의 처방약을 어떻게 처리하나요?

우편 주문 서비스에는 고객이 제한 신규 처방전, 고객의 공급자 사무실로부터 직접 받은 처방전, 처방전을 다시 조제받기 위한 리필에 대한 각기 다른 절차가 있습니다.

### 1. 약국이 고객에게 받은 새 처방전

약국은 자동으로 조제해서 고객으로부터 받은 새 처방전을 인도합니다.

### 2. 약국이 고객의 공급자로부터 직접받은 새 처방전

약국이 건강 의료 공급자로부터 처방전을 받은 후 즉시 또는 나중에 조제받고 싶은지 여부를 알기 위해 고객에게 연락드릴 것입니다. 이렇게 함으로써 약국이 올바른 약(용량, 수량, 형식 포함)을 전달하고 필요한 경우 금액을 청구받고 배송되기 전에 중지 또는 연기할 수 있도록 합니다. 따라서 약국에서 연락을 받을 때마다 바로 답변하여 새 처방전을 어떻게 처리했으면 좋겠고, 배송과 관련된 지연을 예방할 수 있도록 하기 위한 것이 중요합니다.

### 3. 우편 주문 처방약 재조제

재조제를 받기 위해서는 다음 주분이 적시에 배송되도록 하기 위해 보유한 약품이 다 소진된다고 생각되기 21일 전에 약국으로 연락해 주십시오.

배송하기 전에 고객의 주문을 확인하기 위해 약국이 고객에게 연락될 수 있도록 고객에게 연락드릴 수 있는 최선의 방법을 약국에 꼭 알려주십시오. 주문할 때마다 고객의 연락 정보를 제공해야 할 수 있습니다.

## 의약품의 장기 복용량을 구매할 수 있는가?

고객은 당사 플랜의 약품 목록에 나와 있는 *유지 치료약*의 장기 복용량을 구매할 수 있습니다. *유지 치료약*은 만성적 혹은 장기적 의료적 상태 때문에 정기적으로 복용하는 약입니다. 고객이 약의 장기 복용량을 구입할 때는 고객의 공동 부담금이 적어질 수 있습니다.

일부 네트워크 소매약국에서 고객은 유지치료 약의 장기 공급을 받을 수 있습니다. 90일 주문량은 한 달 주문량과 공동 부담금액이 같습니다. 약국이 유지 치료약의 장기 복용량을 제공하는지를 알기 원하시면 *공급자 및 약국 명부*를 보십시오. 더 자세한 내용은 회원 서비스에 전화하십시오.

특정 종류의 약에 대해서는 고객은 유지 치료약의 장기 복용량을 받기 위해 플랜의 협력업체 가입 우편 주문 서비스를 이용하실 수 있습니다. 우편 주문 서비스에 대한 자세한 내용은 상기 섹션을 참조하십시오.

---

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.





## 플랜의 협력업체 협력업체에 속하지 않는 약국을 이용할 수 있는가?

일반적으로 당사는 고객이 협력업체 약국을 이용할 수 없는 *경우에만* 미소속 약국에서 조제된 약을 지불합니다. 당사는 당사의 서비스 지역 밖에도 고객이 본 플랜의 가입자로서 고객의 처방을 조제받을 수 있는 협력업체 약국을 두고 있습니다.

당사는 다음의 경우에 협력업체 미소속 약국에서 조제된 처방약을 지불합니다.

- 고객이 30일 공급량 이상을 받지 않거나 또한
- 고객의 가까운 곳에 협력업체 약국이 열린 곳이 없거나, 또는
- 가까운 협력업체 약국에서는 얻을 수 없는 약품이 필요하거나, 또는
- 응급 상황에서 또는 긴급한 의료적 진료 상황에서 약품이 필요하거나, 또는
- 연방 정부 재난 또는 기타 공공 보건 응급 상황으로 인해 고객이 집을 떠나야만 할 때.

➔ 그런 상황에서는 먼저 가입자 서비스에 전화해서 근처에 협력업체 약국이 있는지를 확인하십시오.

## 고객이 처방약 비용을 지불하면 플랜에서 이를 상환해 주는가?

고객이 비협력업체 약국을 이용해야 하는 경우, 일반적으로 고객은 통상적인 공동 부담금이 아니라 처방전의 약을 조제할 때 비용 전액을 지불해야 할 것입니다. 고객은 그 비용의 당사 측 부담액을 상환하라고 당사로 요청할 수 있습니다.

➔ 이에 대한 자세한 내용은 제7장을 참조하십시오.

---

## B. 플랜의 약품 목록

---

당사는 *보장되는* 약품 목록을 갖고 있습니다. 당사는 이를 줄여서 "약품 목록"이라고 부릅니다.

이 목록에 나와 있는 약품은 여러 의사들, 약사들의 도움 하에 당사가 선택한 것들입니다. 약품 목록을 보시면 고객이 약품을 받는 데 따라야 하는 어떠한 규칙이 있는지를 보실 수 있습니다.

당사는 일반적으로 플랜의 약품 목록에 있는 약품은 고객이 본 장에 설명된 규칙을 따르는 한 보장합니다.

### 약품 목록에 있는 약품은 어떤 약품인가?

약품 목록에는 Medicare 파트D 및 Medi-Cal 혜택으로서 보장되는 일부 처방약 및 비처방약, 제품들이 포함됩니다.

약품 목록에는 유명상표 약뿐 아니라 *제너릭* 의약품도 있습니다. 제너릭 의약품은 유명상표 약과 동일한 활성 성분을 갖고 있습니다. 일반적으로 제너릭 의약품은 유명상표 똑같이 잘 듣는 동시에 대개 더 저렴합니다.

---

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



당사는 일반적으로 플랜의 약품 목록에 있는 약품은 고객이 본 장에 설명된 규칙을 따르는 한 보장합니다.

당사 플랜은 또한 일부 비처방 약과 제품들을 보장합니다. 일부 비처방약은 처방약보다 저렴하면서 똑같이 잘 듣습니다. 좀 더 자세한 내용은 회원 서비스로 전화하십시오.

## 어떤 약품이 약품 목록에 있는지 여부를 알아볼 방법은?

고객이 복용하는 어떤 약품이 약품 목록에 있는지를 알아보려면 다음의 방법이 있습니다.

- 당사가 고객에게 우편으로 발송한 최신 약품 목록을 살펴참조하십시오.
- 플랜의 웹사이트 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 방문하십시오. 웹사이트에 있는 약품 목록은 언제나 현행 최신 목록입니다.
- 회원 서비스에 전화해서 어떤 약품이 플랜의 약품 목록에 있는지 물어보거나 목록의 사본을 보내달라고 요청하십시오.

## 약품 목록에 없는 약품은 어떤 약품들인가?

당사는 모든 처방약을 보장하지는 않습니다. 일부 약품은 법에 따라가 보장할 수가 없으므로 약품 목록에 올라 있지 않습니다. 당사가 특정 약을 당사의 약품 목록에 포함시키지 않기로 결정한 다른 경우도 있습니다.

Health Net Cal MediConnect에서는 본 섹션에 열거된 약들을 지불하지 *않을* 것입니다. 이런 약품들은 *제외된 약품*이라 불립니다. 고객이 제외된 약 처방전을 받았다면 고객이 직접 해당 비용을 지불하셔야 합니다. 고객의 상황으로 인하여, 당사가 제외된 약품을 지불해야 한다고 생각하시면, 이의제기를하실 수 있습니다. (이의제기에 대한 자세한 내용은 제9장을 참조하십시오.)

제외된 약품에 대한 세 가지 일반적 규칙은 다음과 같습니다.

- 당사 플랜의 외래환자 약품 보장(파트 D 및 메디케이드 약품 포함)은 Medicare 파트 A 또는 파트 B하에서 이미 보장되는 약품에 대해 지불할 수 없습니다. Medicare 파트 A 또는 파트 B하에서 보장되는 약품은 Net Cal MediConnect에서 무료로 보장되지만, 외래환자 약품 의료 혜택의 일환으로 간주되지는 않습니다.
- 본 플랜은 미국 영토 밖에서 구매된 약품을 보장할 수 없습니다.
- 고객 이용은 식약청의 승인이 있거나 고객의 병증에 대한 치료책으로서 언급한 참고 문헌 내용의 뒷받침이 있어야 합니다. 고객의 의사가 고객의 증세를 치료하기 위한 어떤 약품을 처방했는데 그 약품이 그 증세의 치료책으로 승인되지 않을 수도 있습니다. 이것을 *오프라벨(off-label)* 이용이라 부릅니다. 당사 플랜당사대개 오프라벨 용도로 처방되었을 때 해당 약품을 보장하지 않습니다.

또한 아래 나열된 종류의 약품은 Medicare나 Medi-Cal이 보장하지 않습니다.

---

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



- 가임 능력을 촉진하기 위해 사용되는 약품
- 미용 목적을 위해 또는 모발성장을 촉진하기 위해 사용된 약품
- Viagra®, Cialis®, Levitra®, and Caverject® 같은, 성 기능장애나 발기부전 치료에 사용된 약품
- 약 제조업체가 오직 자기들이 검사나 서비스를 수행해야만 한다고 말하는 외래환자 약품

### 비용 부담 단계란 무엇인가?

- 당사의 약품 목록에 있는 모든 약품은 비용분담 3단계 중 하나 안에 있습니다. 단계란 일반적으로 동일한 유형의 약품 그룹입니다. (예: 유명상표 약, 제네릭 또는 일반의약품) 일반적으로, 비용분담 단계가 높을수록 해당 약품을 위한 고객의 부담 비용이 높습니다. 단계1 약품은 낮은 공동 부담금을 갖습니다. 이 단계 약품은 제네릭 의약품입니다. 공동 부담금은 \$0.00에서 \$3.35입니다. 고객의 Medi-Cal 보장 수준이 무엇인지에 따라 다릅니다.
- 단계2 약품은 공동 부담금이 더 높습니다. 이 단계 약품은 유명상표 약품입니다. 공동 부담금은 \$0.00에서 \$8.35입니다. 고객의 Medi-Cal 보장 수준이 무엇인지에 따라 다릅니다.
- 단계3 약품은 공동 부담금이 \$0.00입니다. 이 단계 약품은 Medi-Cal이 보장하는 처방약과 OTC 약입니다.

고객의 약품이 어떤 비용분담 단계에 속하는지 알아보려면 당사 약품 목록에서 그 약품이 어디에 있는지를 살펴 참조하십시오.

➔ 제6장에 각 비용 부담 단계 약품에 대해 고객이 얼마를 지불하시는지가 나와 있습니다.

---

## C. 일부 약품에 대한 보장 제한

---

### 왜 어떤 약품에는 제한이 있는가?

일부 처방약에 대해서는 플랜이 어떤 식으로 어떤 경우에 보장하는지를 제한하는 특별 규칙이 있습니다. 일반적으로 당사 규칙은 고객이 고객의 의료적 상태에 잘 듣고 안전하며 효과적인 약품을 받도록 장려합니다. 안전하고 저렴한 약품이 더 비싼 약품과 똑같이 잘 듣는 경우, 당사는 고객의 진료 공급자가 더 저렴한 약품을 이용할 것을 기대합니다.

**고객의 약품에 특별 규칙이 있다면 그것은 보통 당사가 그 약품을 보장하도록 당사나 당사의 진료 공급자가 추가 단계를 밟아야 한다는 것을 의미합니다.** 예를 들어, 고객의 진료 공급자는 고객이 받은 진단 또는 혈액 검사 결과를 당사에 먼저 알려 주어야 할 수도 있습니다. 고객 또는 고객의 진료 공급자가 생각하기에 당사의 규칙이 당사의 상황에는 적용되지 않는다면, 고객은 당사로 예외 처리를 요청하셔야 합니다. 당사는 고객이 해당 약품을 이용하는 데 추가 단계를 밟음이 없이 동의할 수도, 동의하지 않을 수도 있습니다.

➔ 예외처리 요청에 대한 자세한 내용은 제9장을 참조하십시오.

---

**문의 사항은,** Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## 어떤 규칙이 있는가?

### 1. 약품의 제네릭 의약품 버전이 있는 경우 유명상표 약품 이용 제한

일반적으로 "제네릭 의약품"은 유명상표 약과 똑같은 효과가 있으면서 보통은 더 저렴합니다. 대부분의 경우, 만약 유명상표 약의 제네릭 버전이 있다면, 당사 협력업체 약국은 고객에게 제네릭 버전 약을 드릴 것입니다. 당사는 제네릭 버전이 있는 경우, 일반적으로 유명상표 약품에 대한 비용 지급은 하지 않습니다. 그러나 고객의 진료 공급자가 제네릭 버전 약품이 고객에게 듣지 않는 의료적 이유를 당사에 말한 경우, 당사는 유명상표 약을 보장할 것입니다. 고객의 공동 부담액은 제네릭 의약품보다 유명상표 약품이 더 높을 것입니다.

### 2. 플랜으로부터 사전에 승인 받기

일부 약품에 대해서는 고객이 처방전을 조제하기 전에 고객 또는 고객의 의사가 먼저 Health Net Cal MediConnect의 승인을 받아야 합니다. 고객이 승인을 받지 않는다면 Health Net Cal MediConnect에서는 그 약을 보장하지 않을 수도 있습니다.

### 3. 다른 약품을 먼저 시도하기

일반적으로, 당사는 고객이 더 저렴한 약(종종 효과는 동일함)을 더 비싼 약보다 먼저 시도하기를 원합니다. 예를 들어 A약품과 B약품이 같은 의료적 상태를 치료하고, A약품이 B약품보다 저렴하다면, 플랜은 A약품을 먼저 시도하도록 고객에게 요구할 수 있습니다. A약품이 고객에게 듣지 않는다면 그 뒤에 당사는 B약품을 보장합니다. 이것을 *단계적 요법*이라 부릅니다.

### 4. 수량 제한

일부 약품의 경우, 당사는 고객이 받을 수 있는 약품의 수량을 제한합니다. 이것을 수량 제한이라고 부릅니다. 예를 들어, 당사는 처방전을 조제받을 때마다 받는 약품의 수량을 제한할 수 있습니다.

## 이 규칙들은 고객의 약품에도 적용되는가?

상기 규칙들 중 하나라도 고객이 복용하는 약품이나 복용하고 싶은 약에 해당되는지 알고 싶다면, 살펴보십시오 약품 목록을 가장 최신 정보를 원하시면 가입자 서비스에 전화하시거나 당사 웹사이트 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)를 확인하십시오.

---

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## D. 고객의 약품이 보장되지 않을 수도 있는 이유

당사는 고객이 약품 보장을 잘 적용받도록 노력합니다. 그러나 때로는 약품이 고객이 원하는 방식으로 보장되지 않을 수도 있습니다. 예:

- **고객이 복용하고 싶은 약품이 당사 플랜에서 보장되지 않습니다.** 해당 약품이 약품 목록에 올라있지 않을 수 있습니다. 그 약품의 제네릭 약품 버전은 보장되지만 고객이 복용하고 싶은 유명상표 약품은 보장되지 않을지도 모릅니다. 어떤 약품은 신약품이라 당사에서 안정성과 효율성 검토를 아직 하지 않았을 수도 있습니다.
- **약품은 보장되지만 그 약품의 보장에 대한 특별 규칙이나 제한이 있습니다.** 위 섹션에서 설명했듯이, 플랜에 의해 보장되는 약품들 중 일부는 사용을 제한하는 규칙이 적용됩니다. 일부 경우, 고객 또는 고객의 처방전 공급자는 규칙 예외 처리를 요청할 수가 있습니다.

고객의 약품이 고객이 원하는 방식으로 보장되지 않는 경우에 고객이 할 수 있는 것이 있습니다.

### 임시 공급량을 받으실 수 있습니다

특정 상황에서, 당사는 고객의 약품이 약품 목록에 없을 때 또는 고객의 약품이 어떤 식으로든 제한될 때 고객에게 약품의 임시공급을 제공할 수 있습니다. 그럼으로써 고객의 진료 공급자와 다른 약품에 대해서 의논하거나 당사에 약품 보장을 요청할 시간이 생깁니다.

어떤 약품의 임시 공급량을 받으려면 먼저 하기의 두 가지 규칙에 부합해야 합니다.

#### 1. 고객이 복용하는 약품 조건:

- 더이상 약품 목록에 없거나, **또는**
- 더이상 약품 목록에 없거나, **또는**
- 어떤 방식으로든 제한되어야 합니다.

#### 2. 고객은 아래 상황 중 하나에 속해야 함:

- **고객님은 작년도 당사 플랜에 가입해 있었으며 장기 간호 시설에 거주하고 있지 않습니다.** 당사는 **달력상 역년의 첫 90일 동안의 고객의 약의 임시공급량을 보장할 것입니다.** 이 임시 복용량은 최대 30일분량입니다. 고객의 처방전에 기간이 모자라게 기재되었다면, 당사는 최대 30일 공급량을 제공하도록 여러번 재조제를 받을 수 있도록 허용합니다. 처방전은 반드시 협력업체 약국에서 조제받아야 합니다.
- **고객님은 당사 플랜에 신규 가입했고 장기 간호 시설에 거주하고 있지 않습니다.**

**문의 사항은,** Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



당사는 고객이 플랜에 가입한 후 **첫 90일 동안의** 고객 복용 약품의 임시복용량을 보장할 것입니다. 이 임시 복용량은 최대 30일분량입니다. 고객의 처방전에 기간이 모자라게 기재되었다면, 당사는 최대 30일 공급량을 제공하도록 여러번 재조제를 받을 수 있도록 허용합니다. 처방전은 반드시 협력업체 약국에서 조제받아야 합니다.

- **고객님은 작년도 당사 플랜에 가입해 있었으며 장기 간호 시설에 거주하고 있지 않습니다.**

당사는 **달력상 역년의 첫 90일 동안의 고객의 약의 임시공급량을 보장할 것입니다. 총 분량은 판매 증가량에 대해 최대 98일분량**입니다. 고객의 처방전에 기간이 모자라게 기재되었다면, 당사는 최대 98일 공급량을 제공하도록 여러번 재조제를 받을 수 있도록 허용합니다. (장기 치료시설에 있는 약국에서 시간 낭비를 막기 위한 경우 더 적은 양의 약을 공급할 수 있습니다.)

- **고객님은 당사 플랜에 신규 가입했고 장기 간호 시설에 거주하고 있습니다.**

당사는 고객이 플랜에 가입한 후 **첫 90일 동안의** 고객 복용 약품의 임시복용량을 보장할 것입니다. 총 분량은 판매 증가량에 따라 최대 98일분량입니다. 고객의 처방전에 더 적은 기간의 공급량이 적혀 있다면 당사는 최대 98일 공급량을 제공하도록 여러번 재조제를 받을 수 있도록 허용합니다. (장기 치료시설에 있는 약국에서 시간 낭비를 막기 위한 경우 더 적은 양의 약품을 공급할 수 있습니다.)

- **고객님은 플랜에 가입한 지 90일 이상 지났고 장기치료 시설에 거주하고, 그리고 즉시 약품 공급이 필요합니다.**

당사는 31일 공급량을 보장하거나 고객의 처방전에 그보다 짧은 일수로 처방되어 있다면 그 짧은 일수의 분량을 보장할 것입니다. 이것은 위에서 말한 장기치료 과도기 공급에 추가해 보장됩니다.

- **본 플랜에 현재 가입해 있고, 장기치료 시설(LTC)을 나와 병원에 입원하거나 집으로 갈 예정이고, 과도기 공급이 즉시 필요한 가입자:**

당사는 1회 30일 분량을 보장하거나, 고객의 처방전에 그보다 고객의 처방전에 그보다 짧은 일수로 처방되어 있다면 그 짧은 일수의 분량을 보장할 것입니다(이 경우 당사는 약의 총 30일까지의 공급량을 제공하는 여러 번의 재조제를 허용할 것입니다).

- **플랜에 현재 가입해 있고, 집이나 병원 입원으로부터 장기치료(LTC) 시설로 옮길 예정이고, 과도기적 분량이 즉시 필요한 가입자:**

당사는 1회 31일 분량을 보장하거나, 고객의 처방전에 그보다 짧은 일수로 처방되어 있다면 그 짧은 일수의 분량을 보장할 것입니다(이 경우 당사는 약품의 총 31일까지의 공급량을 제공하는 여러 번의 재조제를 허용할 것입니다).

- ▶ 약품의 임시 공급량을 요청하려면 회원 서비스에 전화하십시오.

**문의 사항은,** Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.





고객은 약품의 임시공급량을 복용하는 동안, 공급량이 소진된 후의 대책을 고객의 진료 공급자와 상의해야 합니다. 고객은 아래 중 하나를 선택하실 수 있습니다.

▪ **고객은 다른 약품으로 변경할 수 있습니다.**

고객에게 약효가 있는, 당사 플랜이 보장하는 다른 약품이 있을 수 있습니다. 고객은 회원 서비스에 전화해서 똑같은 질환을 치료하는 보장되는 약품 목록을 요청할 수 있습니다. 그 목록은 고객의 진료 공급자가 고객에게 효력이 있는 보장되는 약을 찾는 데 도움이 될 수 있습니다.

또는

▪ **고객은 예외 처리를 요청할 수 있습니다.**

고객 또는 고객의 진료 공급자는 당사로 예외처리를 요청할 수 있습니다. 예를 들어 고객 약품이 약품 목록에 없더라도 그 약을 보장하기를 당사로 요청할 수 있습니다. 또는 제한 없이 약을 보장하기를 당사로 요청하실 수 있습니다. 고객의 진료 공급자가 고객이 예외처리의 충분한 사유가 있다고 말하면, 그 공급자는 예외처리에 대해 고객 도와드릴 수 있습니다.

- ➔ 예외처리 요청에 대한 자세한 내용은 제9장을 참조하십시오.
- ➔ 예외처리 요청에 도움이 필요하시면 가입자 서비스에 연락하십시오.

## E. 고객의 약품 보험보장 변경

대부분의 약품 관련 보험 보장 변경은 1월 1일에 일어납니다. 그러나 당사는 연중에 약품 목록 일부를 변경할 수도 있습니다. 당사는 다음을 할 수도 있습니다.

- 제네릭 약을 포함해서 신규 약품이 이용가능해졌거나 기존 약의 새 이용에 대한 정부 승인이 나서 이러한 약을 추가.
- 약품이 리콜됐거나 더 저렴한 약품의 효능이 똑같으므로 일부 약품을 삭제.
- 약품을 더 높은 또는 더 낮은 비용분담 단계로 이동.
- 약품의 보장에 제한 사항을 추가 또는 삭제.
- 유명 상표 약품을 제네릭 약으로 대체할 수 있습니다.

다음 유형의 변동 중 하나라도 고객 복용 중인 약품에 영향을 주면, 그 변동은 이듬해 1월 1일까지 고객에게 영향을 주지 않을 것입니다.

- 당사가 고객의 약품을 더 높은 비용분담 단계로 옮기는 경우.
- 당사가 고객의 약품 사용에 새로운 제한을 가하는 경우.
- 리콜 때문에 또는 새로운 제네릭 약품이 그 약품을 대체했기 때문에 당사가 고객의 약품을 약품 목록에서 삭제하는 경우.

**문의 사항은,** Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



다음 해 1월 1일 이전까지 고객은 대개 지불금이 인상되지 않거나 약 이용에 추가 제한을 받지 않을 것입니다. 변경 사항은 다음 해 1월 1일부터 고객에게 영향을 줄 것입니다.

하기의 경우에, 고객은 1월 1일 전에 발생하는 보장 변동 사항의 영향을 받을 것입니다.

- 고객이 유명상표 약품이 신규 제네릭 약품으로 대체되었다면, 당사는 변경에 대해 최소 60일 전 통지를 고객에게 드려야 합니다.
    - 당사는 고객이 복용하는 유명상표 약품을 협력업체 약국에서 60일 분량 재조제를 드릴 수도 있습니다.
    - 이 60일 기간 동안 플랜이 보장하는 제네릭 약품이나 다른 약품으로 바꾸는 것을 고객의 진료 공급자와 상의하셔야 합니다.
    - 고객나 고객의 진료 공급자는 유명상표 약품을 계속해서 보장하도록 당사로 요청하실 수 있습니다. 이 방법에 대해서는 제9장을 참조하십시오.
  - 약품이 불안전하다고 밝혀져서 또는 기타 이유로 리콜되면, 당사는 그 약품을 약품 목록에서 삭제할 것입니다. 당사는 이 변동사항을 고객에게 즉시 알려드릴 것입니다.
    - 고객의 진료 공급자도 이 변경에 대해 알게 될 것입니다. 고객의 진료 공급자는 고객과 함께 고객의 상태에 맞는 다른 약을 찾을 수 있습니다.
- ➔ 고객이 복용 중인 약의 보장이 변동되면 당사는 **고객에게 통지서를 보내 드릴 것입니다.** 보통 당사는 변경 실시 최소 60일 전에 고객에게 알려드릴 것입니다.

## F. 특별한 경우에서의 약품 보장

### 고객이 플랜에 의해 보장되는 병원 입원 또는 전문 간호 시설 입원을 한 경우

고객이 저희 플랜에 의해 보장되는 병원 입원 또는 전문 간호 시설에 입원한 경우, 당사는 일반적으로 고객의 입원 기간 동안의 처방약 비용을 보장할 것입니다. 고객은 공동 부담금을 지불하지 않습니다. 고객이 병원이나 전문 간호 시설에서 퇴원하면 당사는 약품이 당사의 약 보장 규칙을 모두 충족하는 한 고객의 약품을 보장할 것입니다.

- ➔ 약품 보장 범위와 고객이 지불하는 부분에 대한 자세한 내용은 제6장을 참조하십시오.

### 고객이 장기 간호 시설에 입원한 경우

대체로 요양원 같은 장기치료 시설은 자체의 약국을 두고 있거나 모든 입소자에게 약을 공급하는 약국을 두고 있습니다. 고객이 장기치료 시설에 거주하고 있으면, 고객은 그 시설의 약국이 당사 협력업체의 일부인 한 그 시설의 약국을 통해서 고객의 처방약을 구할 수 있습니다.

고객의 장기치료시설의 약국이 당사 협력업체의 일부인지 알아보려면 고객의 **공급자 및 약국 명부**를 살펴보십시오. 아닌 경우, 또는 더 자세한 내용을 원하시면, 회원 서비스에 연락하십시오.

**문의 사항은,** Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.





## 고객이 장기간호시시설 입소자이고 플랜의 신규 회원인 경우

고객이 당사의 약품 목록에 없거나 또는 어떤 식으로든 제한되는 약품이 필요한 경우, 당사는 고객이 플랜에 가입한 후 첫 90일 동안 구입한 고객의 약품의 임시 공급량을 보장하며 최대 98일 분량까지 보장할 것입니다. 최초 공급은 최대 31일 공급량, 또는 고객의 처방전에 그보다 적은 기간의 공급량이 적혀 있다면 그 적은 기간의 공급량일 것입니다. 재조제가 필요하다면, 당사는 고객이 플랜에 가입한 후 첫 90일 동안의 재조제를 보장할 것입니다.

당사 플랜에 가입한 지 90일 이상이고, 당사 약품 목록에 없는 약품이 필요한 경우, 당사는 31일 공급량을 1회에 한해 보장합니다. 당사는 또한 그 약품보장에 제한이 있는 경우 31일 공급량을 1회에 한해 보장합니다. 고객의 처방전이 31일 미만으로 처방되었을 경우, 그 적인 일수의 복용량을 장할 것입니다.

고객은 약품의 임시공급량을 복용하는 동안, 공급량이 소진된 후의 대책을 고객의 진료 공급자와 상의해야 합니다. 플랜에서 보장되는 다른 약품이 아마도 고객에게 똑같이 효력이 있을 것입니다. 고객과 고객의 진료 공급자는 고객이 원하는 방식으로 예외처리하고 약을 보장하기를 당사로 요청할 수 있습니다.

▶ 예외처리 요청에 대한 자세한 내용은 제9장을 참조하십시오.

## 고객이 Medicare 인증 호스피스 프로그램에 있을 경우

약물은 절대 호스피스 및 당사 플랜 둘 모두에 의해 동시에 보장되지 않습니다. Medicare 호스피스에 가입되어 있고 고객의 말기 예후 및 관련 상태와 관계 없기에 호스피스에 의해 보장되지 않는 통증, 항오심, 설사제, 지사제 약물을 필요로 할 경우, 당사 플랜은 반드시 처방자 또는 고객 공급자로부터 해당 약물이 관련 없다라는 통지서를 당사 플랜이 해당 약물을 보장할 수 있기 전에 받아야 합니다. 당사 플랜에 의해 보장되어야 하는 관련 없는 약물을 받는데 생기는 지연을 예방하기 위해 고객은 처방전을 조제하도록 약국에 요청하기 전에 호스피스 공급자 또는 처방인에게 해당 약물이 관련 없다는 통지서를 당사에 보내도록 해야 할 것입니다.

호스피스를 떠날 경우, 당사 플랜은 고객의 모든 약물을 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. 파트 D의 약 보장을 받는 것에 대한 규정에 대해 설명하는 본 장의 이전 부분들을 참조하십시오.

▶ 호스피스 혜택에 대한 자세한 내용은 제4장을 참조하십시오.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## G. 약 안전 및 약 관리 프로그램

### 회원이 약을 안전하게 사용하도록 돕는 프로그램

고객이 처방전을 제조할 때마다 당사는 발생가능한 문제들을 점검합니다. 예를 들면:

- 약품 오류
- 고객이 같은 효과의 다른 약을 복용 중이기 때문에 불필요할 수도 있는 약
- 고객의 나이나 성별에 불안전할 수 있는 약품
- 동시에 복용하면 고객에게 해로울 수 있는 약품
- 고객이 알레르기 반응을 일으키는 성분을 함유한 약품

당사가 고객의 처방약에서 문제 가능성을 발견하면 당사는 문제를 바로잡기 위해 고객의 진료 공급자와 협력할 것입니다.

### 회원이 본인의 약품을 관리하는데 도움이 되는 프로그램

다른 의료 상태에 대해 의약품을 복용하는 경우, 의약품 요법 관리(Medication Therapy Management, MTM) 프로그램을 통해 무료로 서비스를 받을 자격이 고객에게 있을 수 있습니다. 이 프로그램은 고객과 공급자가 고객의 의약품이 본인의 건강을 향상시키기 위해 작용하는지 확인하는 것을 돕습니다. 약사나 다른 보건 전문가가 고객에게 고객의 모든 의약품에 대한 포괄적으로 검토를 제공하고 다음에 대해 상담할 것입니다.

- 복용하고 있는 약물로부터 최대한의 혜택을 받는 방법
- 의약품 비용, 약물 작용과 같은 갖고 있는 우려사항
- 의약품 복용하는 최선의 방법
- 처방약 및 비처방 소매점 판매 의약품에 관한 질문 또는 문제

고객은 이 상담의 서면 요약서를 받을 것입니다. 본인의 약품을 최대한 활용할 수 있는 방법을 권장하는 약품 행동 계획이 요약서에 담겨져 있습니다. 또한 고객은 고객이 복용 중인 모든 투약과 복용하는 이유가 적힌 개인 투약품 목록도 받을 것입니다.

연간 "건강검진" 방문 전에 본인의 약품 검토 일정을 잡는 것이 좋습니다. 이렇게 하면 행동 계획과 약품 목록에 대해 담당 의사와 상담할 수 있습니다. 의사와의 진료 예약 또는 의사, 약사, 기타 건강 의료 공급자와 상담할 때마다 행동 계획 및 의약품 목록을 지참하십시오. 또한 병원 혹은 응급실에 갈 경우 본인의 약품 목록을 지참하십시오.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



약 치료요법 관리 프로그램들은 자발적이며 유자격 가입자에게 무료입니다. 당사도 고객의 필요에 맞는 프로그램이 있으면 당사는 고객을 그 프로그램에 등록시키고 고객에게 정보를 보내드릴 것입니다. 프로그램 가입을 원치 않으시면 당사도 이를 알려 주십시오. 당사는 고객을 프로그램에서 제외시켜 드릴 것입니다.

➔ 이 프로그램에 대한 질문이 있으시면 회원 서비스에 연락하십시오.

---

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## 제6장: Medicare, Medi-Cal 처방약에 대해 고객이 지불하는 부분

### 목차

개요 .....	122
A. 혜택 설명서 (EOB) .....	123
B. 고객의 약품 비용 추적하기 .....	124
1. 본인의 플랜 ID 카드 사용 처방을 조제받을 때 고객의 회원 ID 카드를 제시하십시오 .....	124
2. 당사로 필요한 정보를 당사에게 제공해 주십시오. ....	124
3. 고객을 위해 다른 사람이 지불한 지불금에 대한 정보를 당사로 보내주십시오. 다른 사람이나 기관에서 지불한 금액도 고객의 본인 부담 비용에 가산됩니다. ....	124
4. 당사가 발송해 드린 보고서를 확인하십시오. 고객이혜택 설명서를 우편으로 받으면 내용이 빠짐없고 정확한지를 확인하시기 바랍니다. ....	124
C. Medicare 파트 D 약에 대한 약 지불 단계 .....	125
D. 단계 1: 최초 보장 단계 .....	126
고객의 약국 선택.....	126
약품의 장기 공급량 받기 .....	126
고객은 얼마를 지불하는가? .....	126
최초 보장 단계가 언제 종료하는가?.....	128
E. 단계 2: 최초 보장 단계.....	128
F. 고객의 의사가 한 달 못되는 분량의 약품을 처방한 경우 고객이 지불하는 약값 .....	129
G. HIV/AIDS 보균자를 위한 처방약 비용 분담 지원 .....	130
AIDS 약품 지원 프로그램(ADAP)이란 무엇인가? .....	130
ADAP에 가입되어 있지 않다면? .....	130
ADAP에 이미 등록되어 있다면? .....	130

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



**H. 백신 접종 ..... 130**

    백신 접종을 받기 전에 ..... 130

    고객이 Medicare 파트D 백신접종에 대해 지불하는 금액 ..... 131

---

**문의 사항은,** Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## 개요

이 장은 고객의 외래환자 처방약에 대해 고객이 지불하는 부분을 설명합니다. "약품"이라는 단어로 당사는:

- Medicare 파트D 처방약, **또한**
- Medi-Cal에서 보장되는 약품과 물품, **또한**
- 추가 혜택으로서 플랜이 보장하는 약품과 품목을 뜻합니다.

Medi-Cal 수혜 자격이 있으므로, 고객은 Medicare 파트D 처방약 지불을 Medicare의 "추가 지원"을 통해 지원받고 있습니다.

처방약에 대한 자세한 내용은 아래를 참조하십시오:

- **당사의 보장되는 약품 목록.** 당사는 이것을 "약품 목록"이라고 부릅니다. 이 목록을 보면:
  - » 당사가 어떤 약품에 대한 비용을 지급하는지
  - » 각 약품이 비용 분담 3단계 어디에 속하는지
  - » 약에 대한 제한이 있는지를 알 수 있습니다.

약품 목록 사본이 필요하시면 회원 서비스에 전화하십시오. 약품 목록은 당사 웹사이트 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) 에도 나와 있습니다. 웹사이트에 있는 약품 목록은 언제나 현행 최신 목록입니다.

- **회원 안내서의 제5장.** 제5장은 외래환자 처방약을 당사 플랜을 통해서 받는 방법을 설명합니다. 고객이 따라야 하는 규칙도 말해 줍니다. 또한 어떤 종류의 처방약품이 본 플랜에서 보장되지 않는지도 설명합니다
- **당사 공급자 및 약국 명부.** 대부분의 경우, 고객은 반드시 보장 약을 받기 위해 협력업체 약국을 이용하셔야 합니다. 협력업체 약국들은 당사와 협약을 맺은 약국들입니다. **공급자 및 약국 명부**에는 협력업체 약국 목록이 나옵니다. 협력업체 약국에 대한 자세한 내용은 제5장을 참조하십시오.

**문의 사항은,** Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## A. 혜택 설명서(EOB)

당사 플랜은 고객의 처방약을 추적합니다. 당사는 두 가지 종류의 비용을 추적합니다.

- **고객의 본인 부담 지출 비용.** 이 금액은 고객이 받은 처방약에 대해 고객 또는 타인이 고객을 대신해 지불한 금액을 말합니다.
- **고객의 총 약 비용.** 이 금액은 고객이 받은 처방약에 대해 고객 또는 타인이 고객을 대신해 지불한 금액과 당사가 지불한 금액을 말합니다.

고객이 처방약을 저희 플랜을 통해서 받으시면, 당사는 **혜택 설명서**라 불리는 보고서를 고객께 보내 드립니다. 당사는 이를 줄여서 **EOB**라고 부릅니다. EOB에는 다음이 포함됩니다:

- **당월 정보:** 이 보고서에는 고객이 어떤 처방약을 받았는지 써 있습니다. 상세정보는 총 약 비용, 당사가 지불한 부분, 고객과 고객을 대신해 다른 사람이 지불한 부분을 보여줍니다.
  - **"연초대비" 정보.** 이는 1월 1일부터 고객의총 약품 비용과 총 지불액을 보여 줍니다.
- ➔ 당사는 Medicare에서 보장하지 않는 약품 보장을 제공합니다. 이러한 약품에 대한 지불금은 고객의 본인 부담 지출에 계산되지 않습니다. 어느 약품이 당사 플랜에서 보장되는지를 보시려면 약품 목록을 참조하십시오.

**문의 사항은,** Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## B. 고객의 약품 비용 추적하기

고객의 약품 비용과 지불하신 금액을 추적하기 위해 당사는 고객으로부터 또 고객의 약국으로부터 받은 기록을 사용합니다. 고객이 당사를 도울 수 있는 방법은 다음과 같습니다.

### 1. 본인의 플랜 ID 카드 사용 처방을 조제받을 때 고객의 회원 ID 카드를 제시하십시오

그럼으로써 고객이 어떤 처방전을 조제받았으며 얼마를 지불했는지 당사가 알 수 있습니다.

### 2. 당사로 필요한 정보를 당사에게 제공해 주십시오.

고객이 지불한 약품 영수증 사본을 당사로 주십시오. 고객은 그 비용의 당사측 부담액을 상환하라고 당사에 요청할 수 있습니다.

다음은 고객의 영수증 사본을 당사로 주셔야 하는 경우들의 예입니다.

- 고객이 보장되는 약품을 네트워크 약국에서 특별 가격으로 구매하거나 본 플랜의 혜택에 속하지 않는 할인카드를 사용해서 산 경우
  - 고객이 약 제조업체측의 환자 지원 프로그램 하에 제공되는 약품에 공동 부담금을 지불하는 경우
  - 고객이 협력업체 약국 외 약국에서 보장 약품을 사는 경우
  - 고객이 보장 약품을 정가에 사는 경우
- ➔ 해당 약품의 당사측 부담금을 고객에게 상환하도록 당사로 요청하는 방법에 대해서는 제7장을 참조하십시오.

### 3. 고객을 위해 다른 사람이 지불한 지불금에 대한 정보를 당사로 보내주십시오. 다른 사람이나 기관에서 지불한 금액도 고객의 본인 부담 비용에 가산됩니다.

예를 들어 AIDS약 지원 프로그램, 인디언 보건 서비스(Indian Health Service), 대부분의 자선단체가 지불한 지불금은 고객의 본인부담 비용에 가산됩니다. 그럼으로써 재난 보장에 자격을 얻는 데 도움을 받습니다. 재난 보장 단계에 도달하면 Health Net Cal MediConnect에서는 연말까지 고객의 모든 파트D 약 비용을 지불합니다.

### 4. 당사가 발송해 드린 보고서를 확인하십시오. 고객이혜택 설명서를 우편으로 받으면 내용이 빠짐없고 정확한지를 확인하시기 바랍니다.

보고서에 무언가 잘못되었거나 빠진 부분이 있다고 생각되면, 또는 질문이 있으면, 회원 서비스에 전화하십시오. 그 보고서를 보관하시기 바랍니다. 그 보고서는 고객의 약품 경비의 중요한 기록입니다.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.





## C. Medicare 파트D 약에 대한 약 지불 단계

Health Net Cal MediConnect를 통한 Medicare 파트D 처방약 보장에는 두 지불 단계가 있습니다. 고객이 얼마를 내는지는 처방약을 조제 또는 재조제한 당시 고객이 어떤 단계에 속해 있는지에 달려 있습니다. 두 단계는 다음과 같습니다.

단계 1: 최초 보장 단계	단계 2: 재난 보장 단계
<p>이 단계에서 <b>당사는 고객의 약품 비용 일부를 지불하고</b>, 고객은 고객의 분담 부분을 내십니다. 고객의 분담 부분은 공동 부담금(코페이, co-pay)이라 합니다.</p> <p>고객은 그 해에 첫 처방약을 조제할 때 이 단계에서 시작하십니다.</p>	<p>이 단계에서 <b>당사는 고객의 약품 비용 전부를</b> 2015년 12월 31일까지 지불합니다.</p> <p>고객은 일정액에 달하는 본인 부담금을 내신 뒤 이 단계를 시작하십니다.</p>

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## D. 단계 1: 최초 보장 단계

최초 보장 단계에서, 당사는 고객의 보장 처방약품의 비용분담액을 지불하고 고객은 고객의 비용분담액을 지불합니다. 고객의 분담 부분은 **공동 부담금**(코페이, co-pay)이라 합니다. 공동 부담금액은 약품이 어느 비용 분담 단계에 속하며 고객이 이를 어디서 받았는지에 달려 있습니다.

비용 분담 단계란 동일한 공동 부담금이 적용되는 약의 그룹을 말합니다. 플랜의 모든 약 수록된 모든 약들은 3가지 비용 분담 단계 중 하나에 해당됩니다. 일반적으로, 단계 수가 높아질수록 공동 부담금이 높아집니다. 고객이 이용하는 약품이 어느 비용분담 단계에 속하는지를 보려면 약품 목록을 보십시오.

- 단계1 약품은 공동 부담금이 낮습니다. 이 단계 약은 제네릭 약품입니다. 공동 부담금은 \$0.00에서 \$3.35입니다. 고객의 Medi-Cal 보장 수준이 무엇인지에 따라 다릅니다.
- 단계2 약품은 공동 부담금이 더 높습니다. 이 단계 약품은 유명상표 약품입니다. 공동 부담금은 \$0.00에서 \$8.35입니다. 고객의 Medi-Cal 보장 수준이 무엇인지에 따라 다릅니다.
- 단계3 약품은 공동 부담금이 \$0.00입니다. 이 단계 약품은 Medi-Cal이 보장하는 처방약과 비처방약(OTC) 약입니다.
- 고객의 약국 선택

고객이 약품에 얼마를 지불하는지는 고객이 약품을 다음 약국에서 구매하는지 여부에 좌우됩니다.

- 협력업체 약국, **또는**
  - 협력업체 네트워크 외의 약국.
- ➔ 당사는 드문 경우에 협력업체 외 약국에서 제조된 처방약을 보장합니다. 그러한 경우가 언제인지를 보려면 제5장을 참조하십시오.
- ➔ 약국 선정에 대한 자세한 내용은 본 안내서의 제5장과 당사의 **공급자 및 약국 명부를** 참조하십시오.

### 약품의 장기 공급량 받기

일부 약품의 경우, 고객은 처방을 조제받을 때 장기 공급량("연장 공급량"이라고도 합니다)을 구매할 수 있습니다. 장기 공급량은 최대 90일까지의 공급량을 말합니다. 이는 고객께 한 달 공급량과 같은 비용이 소요됩니다.

- ➔ 약품의 장기공급량을 어디서 어떻게 구매할 수 있는지에 대한 세부사항을 보려면 제5장 또는 **공급자 및 약국 명부**를 참조하십시오.

### 고객은 얼마를 지불하는가?

초기 보장 단계에서 고객은 매번 처방전을 제조받을 때마다 공동 부담금을 지불해야할 수 있습니다. 보장되는 약품의 비용이 공동 부담금 이하일 경우, 둘 중 낮은 금액을 지불합니다.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



▶ 보장약에 대한 고객의 공동 부담금액이 얼마인지 알고 싶으면 가입자 서비스로 문의하십시오.

**보장되는 파트D 처방약의 1개월 또는 장기 복용량다음 약국으로부터 구매할 때 고객의 비용분담액:**

	A 협력업체 약국	플랜 우편 주문 서비스	협력업체 장기 간호 약국	협력업체 외 협력업체 약국
	1개월 또는 최대 90일 복용량	1개월 또는 90일까지의 공급량	최대 31일 복용량	최대 30일 공급량 보장은 특정 케이스로 제한됩니다. 자세한 내용은 제 5장을 보십시오.
<b>비용 분담 단계 1</b> (파트 D 제너릭 약품)	\$0.00 - \$3.35 이것은 고객의 Medi-Cal 보장 수준이 무엇인지에 따라 다릅니다.	\$0.00 - \$3.35 이것은 고객의 Medi-Cal 보장 수준이 무엇인지에 따라 다릅니다.	\$0.00 - \$3.35 이것은 고객의 Medi-Cal 보장 수준이 무엇인지에 따라 다릅니다.	\$0.00 - \$3.35 고객의 Medi-Cal 보장 수준이 무엇인지에 따라 다릅니다.
<b>비용 분담 단계 2</b> (파트 D 유명상표 약품)	\$0.00 - \$8.35 이것은 고객의 Medi-Cal 보장 수준이 무엇인지에 따라 다릅니다.	\$0.00 - \$8.35 이것은 고객의 Medi-Cal 보장 수준이 무엇인지에 따라 다릅니다.	\$0.00 - \$8.35 이것은 고객의 Medi-Cal 보장 수준이 무엇인지에 따라 다릅니다.	\$0.00 - \$8.35 고객의 Medi-Cal 보장 수준이 무엇인지에 따라 다릅니다.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



	A 협력업체 약국	플랜 우편 주문 서비스	협력업체 장기 간호 약국	협력업체 외 협력업체 약국
	1 개월 또는 최대 90 일 복용량	1 개월 또는 90 일까지의 공급량	최대 31 일 복용량	최대 30 일 공급량 보장은 특정 케이스로 제한됩니다. 자세한 내용은 제 5 장을 보십시오.
<b>비용 부담 단계 3</b>  (Medi-Cal 이 보장하는 처방약과 OTC 약)	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00

▶ 어느 약국에서 장기 복용량을 구매할 수 있는지에 대한 자세한 내용은 당사의 **공급자 및 약국 명부를** 참조하십시오.

### 최초 보장 단계가 언제 종료하는가?

최초 보장 단계는 고객의 총 본인 부담 비용이 \$5,000에 도달했을 때 끝납니다. 그 시점에서 재난 보장 단계가 시작됩니다. 저희는 그 해 연말까지 고객의 약 비용 전액을 보장합니다.

혜택 설명서 보고서를 보면 고객이 연중 약품에 지불한 금액을 추적하는 데 도움이 됩니다. 당사는 고객이 이 \$5,000 제한에 도달하면 고객에게 알려드릴 것입니다. 많은 사람들이 일년 동안 그 금액에 도달하지 않습니다.

## E. 단계 2: 최초 보장 단계

고객이 처방약 구매로 본인 부담 한계액인 \$5,000에 도달하면, 재난 보장 단계가 시작됩니다. 고객은 그 역년 말까지 재난 보장 단계에 머무르게 됩니다. 이 단계에 속한 동안에는 플랜이 약 비용 전체를 지불할 것입니다.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## F. 고객의 의사가 한 달 못되는 분량의 약품을 처방한 경우 고객이 지불하는 약값

어떤 경우에 고객은 보장되는 약품의 1개월 공급량을 보장하기 위한 공동 부담금을 지불합니다. 그러나 고객의 의사는 약품을 1개월 미만 공급량으로 처방할 수 있습니다. 고객이 약품을 1개월 미만 공급량으로 처방해주기를 고객의 의사에게 요청하고 싶을 때가 있을 수 있습니다 (예를 들어 고객이 중대한 부작용이 있다고 알려진 약품을 처음으로 시험복용할 경우). 고객의 의사가 동의하면 고객은 약품의 1개월 공급량 전부를 지불할 필요가 없습니다.

약의 1개월 미만 공급량을 받으면, 고객의 공동 부담금은 고객이 받는 약품의 일수에 좌우될 것입니다. 당사는 고객에게 1일 지불하는 금액("일일 비용분담률")을 계산하고 그것에 고객이 받는 약품의 일수를 곱할 것입니다.

- 한 예를 들어 드립니다: 예를 들어 고객의 1개월 공급량(30일 공급량)의 약품의 공동 부담금이 \$1.20라고 가정해 봅시다. 이것은 고객이 고객의 약품에 1일 지불하는 금액이 \$0.04라는 뜻입니다. 고객이 7일 공급량의 약품을 받는다면, 고객의 지불금은 하루당 \$0.04 x 7일이 되어 총 지불금은 \$0.28일 것입니다.

일일 비용분담은 고객이 1개월 공급량 전액을 지불하기 전에 약품이 고객에게 잘 듣는지 확인할 수 있게 해줍니다. 약품의 재조제하고 약국으로가는 횟수를 줄이는 계획에 도움이 된다면 약품을 1개월 미만으로 처방하도록 공급자에게 요청할 수도 있습니다. 지불하는 금액은 수령하는 날짜의 공급량에 따라 다릅니다.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## G. HIV/AIDS 보균자를 위한 처방약 비용 분담 지원

### AIDS 약품 지원 프로그램(ADAP)이란 무엇인가?

AIDS 약품 지원 프로그램(AIDS Drug Assistance Program, ADAP)이란 유자격 HIV/AIDS 보균자들이 생명 유지에 필요한 HIV 약품을 이용할 수 있도록 돕습니다. ADAP를 통해서도 보장되는 외래환자 Medicare 파트D 처방약에 대해서는 캘리포니아 보건국, AIDS 사무국을 통해서 ADAP 회원들이 처방약 비용 분담 지원을 받을 수 있습니다.

### ADAP에 가입되어 있지 않다면?

자격 심사 기준, 보장되는 약, 프로그램 등록 등에 대한 정보를 원하시면 1-844-421-7050번으로 전화하거나 ADAP 약 혜택 관리자, Ramsell Public HealthRx, 웹사이트 <http://www.cdph.ca.gov/programs/aids/Pages/OAMedPtDindiv.aspx> 로 가십시오.

### ADAP에 이미 등록되어 있다면?

ADAP에서는 ADAP 시방서에 올라 있는 약에 대하여 ADAP 고객에게 Medicare 파트D 처방약 비용 분담 지원을 계속해서 지원할 수 있습니다. 이 지원을 계속 받기 원하시면 고객의 지역 ADAP 등록 담당자에게 고객의 Medicare 파트D 이름 또는 보험 증권 번호 관련 변경 사항을 알려 주십시오. 가까운 ADAP 등록 사무소 및/또는 등록 담당자를 찾는 데 도움이 필요하면 1-844-421-7050 번으로 전화하거나 상기 웹사이트를 참조하십시오.

## H. 백신 접종

당사는 Medicare 파트D 백신을 보장합니다. Medicare 파트D 백신접종에 대한 당사의 보장에는 두 부분이 있습니다.

1. 보장의 첫 파트는 **백신 약 자체**의 비용입니다. 백신은 처방약입니다.
2. 보장의 둘째 파트는 **고객에게 백신 주사를 놓는** 비용입니다. 예를 들어 고객은 의사에게 백신을 가지고 가서 주사를 맞을 수 있습니다.

### 백신 접종을 받기 전에

당사는 고객이 백신접종을 받을 계획이 있을 때마다 먼저 회원 서비스에 전화하시기를 권합니다.

- 당사는 고객의 백신접종이 본 플랜에서 어떻게 보장되는지, 고객의 비용분담액이 얼마가 되는지 알려드릴 수 있습니다.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



- 당사는 고객이 당사 협력업체 진료 공급자와 약국을 이용함으로써 고객의 비용을 낮출 방법을 알려드릴 수 있습니다. **협력업체 약국**들은 당사와 협약을 맺은 약국들입니다. **협력업체 공급자**란 본 건강 플랜과 협약을 맺은 공급자를 뜻합니다. 협력업체 공급자는 Health Net Cal MediConnect과 협력해서 고객이 파트D 백신 비용을 미리 지불하지 않도록 해 주어야 합니다.

## 고객이 Medicare 파트D 백신접종에 대해 지불하는 금액

예방접종에 대해 얼마나 지불하는가는 백신 유형(무엇에 대한 예방접종을 받는가)에 따라 다릅니다.

- 일부 백신은 약품이 아닌 건강 혜택으로 간주됩니다. 이러한 백신들은 무료로 보장됩니다. 이러한 백신 보장에 대한 내용은 제4장 혜택 차트를 참조하십시오.
- 그밖의 백신들은 Medicare 파트D 약으로 간주됩니다. 이 백신들은 플랜의 약품 목록에 나열되어 있습니다. Medicare 파트 D 백신에 대해서 공동부담금을 지불해야 할 수 있습니다.

Medicare 파트D 백신접종을 받을 수 있는 일반적 방법 세 가지는 다음과 같습니다.

1. 고객이 협력업체 약국에서 Medicare 파트D 백신을 사고 그 약국에서 주사를 맞을 수도 있습니다.
  - 백신에 대한 공동부담금을 지불해야 합니다.
2. 의사 진료소에서 Medicare 파트 D 백신을 받아 해당 의사가 주사를 놓아줍니다.
  - 백신에 대한 공동부담금을 의사에게 지불해야 합니다.
  - 본 플랜은 고객에게 백신 주사를 놓은 비용을 지불할 것입니다.
  - 이 상황에서 해당 의사의 병원은 그 백신에 대해서 고객이 공동부담금만을 지불하면 된다는 것을 확인하기 위해 당사 플랜에 전화해야 합니다.
3. 고객이 Medicare 파트D 백신 약품 자체를 약국에서 사고 그것을 고객의 의사 진료실에 가져가 거기서 주사를 맞습니다.
  - 백신에 대한 공동부담금을 지불해야 합니다.
  - 본 플랜은 고객에게 백신 주사를 놓은 비용을 지불할 것입니다.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## 제7장: 보장되는 서비스 또는 약에 대해 고객이 청구서를 받은 경우 당사로 당사측 분담액의 지불을 요구하기

---

### 목차

A. 고객이 받은 서비스나 약품 비용을 당사로 청구할 수 있는 경우 .....	133
B. 당사로 고객의 지불 요청서를 어디로 어떻게 보내야 하는가 .....	135
C. 당사는 보장 결정을 내릴 것입니다 .....	135
D. 고객은 이의제기를 할 수 있습니다 .....	136

---

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.





## A. 고객이 받은 서비스나 약품 비용을 당사로 청구할 수 있는 경우

당사 네트워크 진료 공급자는 고객이 이미 받은 보장 서비스 및 약을 반드시 고객이 청구해야 합니다. **협력업체 공급자**란 본 건강 플랜과 협약을 맺은 공급자를 뜻합니다.

**전체 건강 관리 또는 약품에 대한 비용을 청구받은 경우 청구서를 당사로 보내주십시오.** 당사로 청구서를 보내시는 것에 대해서는 135쪽을 참조하십시오.

- 그 서비스 또는 약품이 보장되는 것이라면, 당사는 공급자에게 직접 지불할 것입니다.
  - 서비스나 약품이 보장 대상이며, 서비스나 약품에 대해 고객의 부담 금액 이상을 고객이 지불하셨다면 이를 돌려받는 것은 고객의 권리입니다.
  - 서비스나 약품이 보장되지 **않는** 것이라면, 당사는 이를 고객에게 알려드릴 것입니다.
- ➔ 질문 사항이 있으시면 회원 서비스에 전화하십시오. 고객이 무엇을 지불했어야 했는지 모르겠는 경우 또는 고객이 청구서를 받았는데 이에 대해 어떻게 해야 할지 모르겠는 경우, 당사가 도와줄 수 있습니다. 또한 고객은 고객이 이미 당사로 보냈던 지불요청서에 대하여 당사로 추가 정보를 말해 주고 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 협력업체 외의 공급자에게서 받은 경우

고객은 청구서를 당사로 보내라고 진료 공급자에게 말해야 합니다.

- 고객이 받을 때 비용 전액을 고객 자신이 지불하는 경우, 고객에게 상환하라고 당사로 요청하십시오. 청구서와 고객의 지불 증거를 당사로 보내 주십시오.
- 고객은 고객이 낼 필요가 없다고 생각되는 지불을 요청하는 청구서를 진료 공급자로부터 받을 수도 있습니다. 청구서와 고객의 지불 증거를 당사에게 보내 주십시오.
  - 진료 공급자가 지불을 받아야 하는 것이라면, 당사는 진료 공급자에게 직접 지불할 것입니다.
  - 고객이 서비스에 대해 이미 지불하신 경우 당사가 상환해 드립니다.

### 2. 협력업체 진료 공급자가 고객에게 청구서를 보내는 경우

협력업체 진료 공급자는 언제나 당사로 청구서를 보내야 합니다.

서비스나 처방을 받을 때 고객의 Health Net Cal MediConnect 회원 ID 카드를 보여 주십시오. 진료 공급자(의사나 병원)이 서비스에 대하여 플랜의 비용 부담금 이상의 금액을 고객에게 청구하는 경우 부적절한 청구가 발생합니다. 고객이 이해할 수 없는 청구서를 받은 경우 회원 서비스에 전화하십시오.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



- Health Net Cal MediConnect가 고객의 서비스에 대한 전체 비용을 지불하기 때문에, 고객은 어떤 비용 부담금의 부담도 지지 않습니다. 공급자는 이런 서비스에 대해 어떤 것도 고객에게 청구하지 않아야 합니다.
- 협력업체 공급자로부터 청구서를 받을 때 그 청구서를 당사에 보내주시기 바랍니다. 당사가 진료 공급자에게 직접 연락하고 그 문제를 해결할 것입니다.
- 협력업체 공급자에게 받은 청구서를 고객이 이미 지불하신 경우 그 청구서와 지불 증거를 당사에 보내십시오. 고객이 받은 보장 서비스에 대해 당사가 고객께 상환해 드리겠습니다.

### 3. 고객이 처방 조제를 위해 협력업체 비소속 약국을 이용하는 경우

고객이 협력업체 비소속 약국에 가시는 경우, 처방전 비용 전액을 고객이 내셔야 합니다.

- ▶ 당사는 오직 드문 경우에만 협력업체 외 약국에서 제조된 처방약을 보장합니다. 당사가 부담하는 부분 상환을 요청하실 때에는 영수증 사본을 보내 주십시오. 협력업체 외 약국에 대한 자세한 내용은 제5장을 참조하십시오.

### 4. 본인의 회원 ID 카드를 소지하지 않았기에 처방약에 대한 전액 비용을 지불한 경우

고객은 회원 ID 카드를 소지하지 않은 경우, 약국측에 당사로 전화해보라고 또는 고객의 플랜 등록 정보를 조회해 보라고 요청할 수 있습니다. 약국이 필요한 정보를 당장 입수할 수 없는 경우, 고객 자신이 처방약 비용 전액을 지불해야 할 수도 있습니다.

- 당사가 부담하는 부분 상환을 요청하실 때에는 영수증 사본을 보내 주십시오.

### 5. 보장되지 않는 처방약 비용 전액을 고객이 내는 경우 고객은 약품이 어떤

까닭에인지 보장되지 않는 것을 알게 되어 처방의 비용 전액을 지불할 수 있도 있습니다.

- 약품이 플랜의 보장되는 약품 목록(약 목록)에 없을 수도 있고, 또는 고객이 모르거나 고객에게 적용된다고 생각하지 못한 요건이나 제한이 있을 수도 있습니다. 고객이 약품을 구매하기로 결정한다면 고객이 그 비용 전액을 지불해야 할 수도 있습니다.
  - 고객이 약품 비용을 지불하지 않고 약품이 보장되어야 한다고 고객이 생각이 되면, 보장 결정을 요청할 수 있습니다(제9장을 볼 것).
  - 고객 또는 고객의 의사, 또는 다른 처방전 공급자의 생각에 고객이 그 약품을 당장 필요하다고 여긴다면, 고객은 신속 보장 결정을 요청할 수 있습니다(제9장을 볼 것).
- 당사에 지불 상환을 요청하실 때에는 영수증 사본을 보내 주십시오. 일부 상황에서는, 당사가 약 비용의 당사측 부담액을 고객에게 상환하기 위해 고객의 의사나 다른 처방전 제공자에게서 추가 정보를 받아야 할 수도 있습니다.

고객이 당사로 지불 요청을 보내시면, 당사는 고객의 요청을 검토하고 그 서비스나 약품이 보장되어야 할지를 결정할 것입니다. 이것은 "보장 결정"이라 불립니다. 보장되어야 한다고 결정하면, 당사는 서비스나 약품 대금에서 당사가 부담하는 부분을 지불할 것입니다. 당사가 고객의 지불 요청을 기각하는 경우, 고객은 당사의 결정에 이의제기를 할 수 있습니다.

- ▶ 이의제기에 대한 자세한 내용은 제9장을 참조하십시오.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## B. 당사로 고객의 지불 요청서를 어디로 어떻게 보내야 하는가

청구서와 고객의 지불 증거를 당사로 보내 주십시오. 지불 증거는 고객이 쓴 수표나 공급자에게서 받은 영수증 사본이 될 수 있습니다. 고객의 기록용으로 고객의 청구서와 영수증을 복사해두는 것이 좋습니다. 고객은 진료 제공자에게 도움을 요청하실 수 있습니다.

당사가 결정을 내리는 데 필요한 모든 정보를 고객이 당사로 제공하도록 확실히 하기 위해, 고객은 당사의 청구사안 서식을 작성해서 지불요청을 할 수 있습니다.

- 고객은 그 서식을 사용하지 않아도 되지만 서식을 사용하면 당사가 정보를 더 빨리 처리하는 데 도움이 될 것입니다.
- 당사 웹사이트에서 서식 사본을 얻으실 수 있고 ([www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)), 회원 서비스에 전화하셔서 서식을 요청하셔도 됩니다.

고객의 지불요청서를 청구서나 영수증과 함께 당사로 아래 주소로 우편으로 보내주십시오.

의료 클레임 주소:

### Cal MediConnect는:

Health Net Community Solutions, Inc.  
P.O. Box 14703  
Lexington, KY 40512-4703

**의료 불만 사항 제기 주소는 2018년 1월 1일부로 다음주소로 변경됨을 숙지하시기 바랍니다.**

Health Net Community Solutions, Inc.  
P.O. Box 9030  
Farmington, MO 63640-9030

약국 클레임 주소:

### Health Net Community Solutions, Inc.

Attn: Pharmacy Claims  
PO BOX 419069

Rancho Cordova, CA 95741-9069

고객은 당사로 고객의 클레임을 서비스, 품목 또는 약을 받은 날짜로부터 **달력상 1년 이내(의료 클레임인 경우)와 3년 이내(약 클레임인 경우)**에 제출해야 합니다.

## C. 당사는 보장 결정을 내릴 것입니다

고객의 지고객의청을 받고 나면 당사는 **보장 결정을 내릴** 것입니다. 이는 고객이 받은 의료 서비스나 약품이 당사 플랜에 의해 보장되는지를 당사가 결정한다는 뜻입니다. 당사는 또 그 의료 서비스나 약에 대해 고객이 지불할 부분이 있다면 그 금액을 결정할 것입니다.

- 고객으로부터 추가 정보를 받아야 한다면 당사는 이를 고객께 알려드릴 것입니다.

**문의 사항**은, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



- 당사가 의료서비스 혹은 약은 보장되고 고객이 이를 받기 위한 모든 규칙을 따랐다고 결정하면, 당사는 그 비용의 당사측 부담액을 지불할 것입니다. 고객이 이미 그 서비스나 약에 지불했다면 당사는 그 비용의 당사측 부담액을 수표로 고객에게 발송해 것입니다. 고객이 그 서비스나 약에 아직 지불을 하지 않았다면 당사는 진료 공급자에게 직접 지불할 것입니다.
- ▶ 제3장은 고객의 서비스를 보장받기 위한 규칙을 설명합니다. 제5장은 고객의 Medicare 파트D 처방약을 보장받기 위한 규칙을 설명합니다.
- 서비스나 약 비용의 당사 부담 부분을 지불하지 않기로 당사가 결정하면 그 이유를 설명하는 편지를 고객께 보내 드릴 것입니다. 이 편지에는 이의제기를 할 수 있는 고객의 권리가 설명되어 있습니다.
- ▶ 보험 보장 결정에 대한 자세한 내용은 제9장을 참조하십시오.

## D. 고객은 이의제기를 할 수 있습니다

고객의 지불 요청을 거절한 것이 당사의 실수라고 생각한다면, 고객은 당사 결정을 변경하도록 요청할 수 있습니다. 이것을 *이의제기*라 부릅니다. 고객은 또한 당사가 지불하는 금액에 동의하지 않는다면 이의제기를 하실 수 있습니다.

- ▶ 이의제기 과정은 세부 절차와 중요한 마감일이 있는 공식 과정입니다. 이의제기에 대한 자세한 내용은 제9장을 참조하십시오.
  - 건강 진료 서비스에 관한 상황에 대하여 이의제기를 하고 싶다면 173쪽을 참조하십시오.
  - 약에 관한 상황에 대하여 이의제기를 하고 싶다면 187쪽을 읽어참조하십시오.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## 제8장: 고객의 권리와 책임

### 목차

개요 .....	138
A. 고객은 고객의 필요에 부합되는 방식으로 정보를 받아볼 권리가 있습니다 .....	138
B. 당사는 귀하를 언제나 정중하고 공정하고 품위있게 대해야 합니다 당사는 귀하를 차별이나 .....	151
C. 당사는 고객이 보장되는 서비스와 약을 제때 이용할 수 있도록 해야 합니다 .....	152
D. 당사는 고객의 건강 정보를 반드시 보호해야 합니다 .....	153
당사는 고객의 건강 정보를 보호합니다. ....	153
고객은 자신의 의료 기록을 볼 권리가 있습니다 .....	153
E. 당사는 고객에게 플랜, 당사 협력업체 공급자 및 고객의 보장되는 서비스에 대한 정보를 제공해야 합니다 .....	154
F. 협력업체 진료 공급자들은 고객에게 직접 지불청구를 해서는 안됩니다.....	155
G. 고객은 당사 Cal MediConnect 플랜을 언제든지 떠날 권리가 있습니다 .....	155
H. 고객은 자신의 건강 진료에 대한 결정을 내릴 권리가 있습니다 .....	156
고객은 고객의 치료 옵션을 알고 고객의 건강관리에 대한 결정을 내릴 권리가 있습니다 .....	156
고객은 자신이 직접 건강 진료 결정을 내릴 수 없을 때 어떻게 하기를 원하는지를 말할 권리가 있습니다 .....	156
고객의 지시사항이 지켜지지 않는 경우 할 수 있는 것 .....	157
I. 고객은 당사로 불만을 제기할 권리와 당사 결정의 재고를 요청할 권리가 있습니다 .....	158
고객이 불공정 대우를 받고 있다고 생각되거나 고객의 권리가 존중되지 않고 있다고 생각되는 경우에 고객이 할 수 있는 것 .....	158
고객의 권리에 대한 추가 정보를 얻는 방법.....	158
J. 고객은 또한 플랜의 회원로서 책임이 있습니다 .....	159

**문의 사항**은, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## 개요

본 장에는 플랜 회원로서 고객의 권리와 책임이 설명되어 있습니다. 저희는 고객의 권리를 반드시 존중해야 합니다.

## 고객은 고객의 필요에 부합되는 방식으로 정보를 받아볼 권리가 있습니다

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.

- ▶ 고객께서 이해하실 수 있는 방법으로 정보를 얻으시려면 회원서비스부로 전화해 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. Health Net Cal MediConnect 고객에게 회원정보 자료를 보낼 때, 점자 혹은 큰 글자 등 다른 형식으로 만들어졌거나, 영어 외의 다른 언어로 쓰인 자료를 지속적으로 보내기를 원하신다면 회원서비스부 담당자에게 연락해 주십시오. 회원 정보 자료를 항상 대체 형식 및/또는 고객이 선택한 기준 언어로 받기 위한 지속 요청을 하고자 한다고 회원서비스부 담당자에게 밝히십시오.
- ▶ 주중(월-금) 오전 8:00시에서 오후 8:00시 사이에 회원서비스부에 1-855-464-3571(TTY: 711) 번으로 전화하여 본 안내서를 다음 언어로 받아보실 수도 있습니다. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다.
  - 아라비아어
  - 아르메니아어
  - 캄보디아어
  - 중국어
  - 페르시아어
  - 한국어
  - 러시아어
  - 스페인어
  - 타가로그어
  - 베트남어
- 당사 플랜에 대한 정보를 얻는 데 언어나 장애 문제로 어려움이 있으시고 이에 대해 불만을 제기하기 원하시면, Medicare에 1-800-MEDICARE로 전화하십시오.

(1-800-633-4227). 하루 24시간 주7일 언제든지 전화할 수 있습니다. TTY 사용자는

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.





1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오. Medi-Cal에 불만을 제기하는 것에 대해 좀 더 알고 싶으시면 주중(월-금) 오전 8:00시에서 오후 8:00시 사이에 회원서비스부에 1-855-464-3571(TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다.

يجب أن نخبرك عن مزايا الخطة وحقوقك بطريقة تتمكن من فهمها. ولا بد لنا أن نطلعك على حقوقك طالما أنك مشترك معنا في خطتنا سنوياً.

→ وللحصول على المعلومات بطريقة تتمكن من فهمها، اتصل بخدمات الأعضاء. لدينا كادر يجيدون التحدث بلغات عدة حيث بوسعهم الإجابة على أسئلتك.

→ بمقدور خطتنا إعطائك مواد أيضاً في لغات أخرى غير اللغة الإنجليزية وبتنسيقات مثل أحرف طباعة كبيرة أو طريقة بريـل أو تسجيل صوتي. إذا رغبت أن تقوم Health Net Cal MediConnect بإرسالك مواد خاصة بالأعضاء بصورة مستمرة بتنسيقات أخرى، كالبريل أو أحرف طباعة كبيرة، أو بلغة غير الإنجليزية، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء. بإمكانك إخبار خدمات الأعضاء أنك تود أن تقدم طلباً للحصول دوماً على موادك بتنسيقات بديلة وأو لغة خرى.

→ يمكنك الحصول على هذا الدليل باللغات التالية مجاناً بمجرد الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-855-464-3571 (TTY: 711)، من الاثنين إلى الجمعة، 8:00 ص - 8:00 م:

- اللغة العربية
- اللغة الأرمينية
- اللغة الكمبودية
- اللغة الصينية
- اللغة الفارسية
- اللغة الكورية
- اللغة الروسية
- اللغة الإسبانية
- اللغة التاغلوغية
- اللغة الفيتنامية

→ إذا كنت تواجه صعوبة في الحصول على معلومات من خطتنا نتيجة لمشاكل اللغة أو العجز وترغب بتقديم شكوى، اتصل بـ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يمكنك الاتصال على مدار 24 ساعة يومياً، سبعة أيام في الأسبوع. على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. وللمزيد من المعلومات عن تقديم شكوى إلى Medi-Cal، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-855-464-3571 (TTY: 711)، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 ص إلى 8:00 م.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



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 սպասարկում: Մեր ծրագիրը մարդիկ ունի, ովքեր կարող են հարցերի պատասխանել տարբեր լեզուներով:
- ➔ Մեր ծրագիրը կարող է նաև ձեզ նյութեր տրամադրել *անգլերենից բացի այլ լեզուներով* և այլ ձևաչափերով, ինչպիսիք են՝ խոշոտ տառատեսակը, Բրեյլը կամ ձայնագրությունը: Եթե ցանկանում եք խնդրել Health Net Cal MediConnect-ին, որ ձեզ միշտ ուղարկեն անդամի տեղեկատվական նյութերն այլընտրանքային ձևաչափով, ինչպես օրինակ՝ Բրեյլը կամ խոշոտ տառատեսակը, կամ անգլերենից բացի այլ լեզվով, խնդրում ենք դիմել Անդամների սպասարկում: Ասացեք Անդամների սպասարկմանը, որ ցանկանում եք մշտական խնդրանք ներկայացնել, որ միշտ ստանաք ձեր նյութերն այլ ձևաչափով կամ լեզվով:
- ➔ Կարող եք նաև անվճար ստանալ այս տեղեկագիրքը հետևյալ լեզուներով՝ զանգահարելով Անդամների սպասարկում՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, ժամը 8:00 a.m. -ից 8:00 p.m-ը:
  - o Արաբերեն
  - o Հայերեն
  - o Կամբոջերեն
  - o Չինարեն
  - o Պարսկերեն
  - o Կորեերեն
  - o Ռուսերեն
  - o Իսպաներեն
  - o Տազալոգ
  - o Վիետնամերեն
- ➔ Եթե խնդիրներ ունեք մեր ծրագրի մասին տեղեկություններ ստանալու հարցում լեզվի կամ հաշմանդամության պատճառով, ու ցանկանում եք բողոք ներկայացնել, զանգահարեք Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով : Կարող եք զանգահարել օրը 24 ժամ, շաբաթը յոթ օր: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով : Medi-Cal-ին բողոք ներկայացնելու մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար խնդրում ենք դիմել Անդամների

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.





ឃ្លុយឃ្លុយឃ្លុយ 1-855-464-3571 អេឡិចត្រូនិច (TTY 711), ត្រឹមត្រូវ ៨:០០ ព្រឹក - ៨:០០ យប់:

យើងត្រូវបានប្រាប់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍នានានៃគម្រោង និងសិទ្ធិរបស់អ្នកតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន។ យើងត្រូវបានប្រាប់អ្នកអំពីសិទ្ធិនានារបស់អ្នកជាមួយរាល់ឆ្នាំ ដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

- ➔ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់សេវាសមាជិក។ គម្រោងរបស់យើងមានមនុស្សដែលអាចឆ្លើយសំណួរនានារបស់អ្នកបានជាភាសាផ្សេងៗ។
- ➔ គម្រោងរបស់យើងក៏ផ្តល់ជូនលោកអ្នកនូវឯកសារ ជាភាសាផ្សេងទៀតក្រៅពីភាសាអង់គ្លេសផងដែរ នៅក្នុងទ្រង់ទ្រាយដូចជាអក្សរពុម្ពធំៗ អក្សរសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬជាខ្សែអាត់សំឡេង។ បើអ្នកចង់ស្នើសុំឱ្យ Health Net Cal MediConnect ផ្ញើឯកសារជូនដំណឹងដល់សមាជិកជានិច្ចជាទ្រង់ទ្រាយផ្សេងៗ និង/ឬក្រុមភាសាដែលអ្នកពេញចិត្ត សូមទាក់ទងមកកាន់សេវាសមាជិក។ ប្រាប់ដល់សេវាសមាជិកថា លោកអ្នកចង់ដាក់សំណើជាអចិន្ត្រៃយ៍ដើម្បីទទួលបានឯកសារជូនដំណឹងដល់សមាជិកជានិច្ចជាទ្រង់ទ្រាយផ្សេងៗ និង/ឬក្រុមភាសាទៅតាមជម្រើសរបស់លោកអ្នក។
- ➔ លោកអ្នកក៏អាចទទួលបានសៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះជាភាសាដូចខាងក្រោម ឥតគិតថ្លៃដោយគ្រាន់តែទូរស័ព្ទទៅកាន់សេវាសមាជិកតាមលេខ 1-855-464-3571 (TTY: 711) ដែលបម្រើការពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក - 8:00 យប់

- ភាសាអារ៉ាប់
- ភាសាអាមេនី
- ភាសាខ្មែរ
- ភាសាចិន
- ភាសាហ្វាស៊ី
- ភាសាកូរ៉េ
- ភាសារុស្ស៊ី
- ភាសាអេស្ប៉ាញ
- ភាសាកាតាឡុក
- ភាសាវៀតណាម

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



- ➔ **ប្រសិនបើអ្នកកំពុងមានបញ្ហាជាមួយការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើង ដោយសារតែបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព ហើយអ្នកចង់រៀបចំបណ្តឹង សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ។ អ្នកអាចហៅទូរស័ព្ទ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។ សម្រាប់ព័ត៌មានទាក់ទងនឹងការធ្វើពាក្យបណ្តឹងជាមួយ Medi-Cal សូមទំនាក់**

**ទំនាក់សេវាសមាជិកតាមលេខ 1-855-464-3571 (TTY: 711), ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រពីម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ 8:00 យប់។**

---

**문의 사항은,** Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



我們必須透過您能夠瞭解的方式告知您計畫的各項福利以及您的權利。在您參加本計畫期間，我們必須每年均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，請致電與會員服務部聯絡。本計畫備有可使用不同語言為您解答疑問的工作人員。
- ▶ 本計畫也可為您提供英文以外之其他語言版本以及如大字版、點字版或語音版等格式的資料。如果您想請 Health Net Cal MediConnect 持續寄其他格式（如點字版或大字版）或英文以外之其他語言版本的會員資料給您，請與會員服務部聯絡。請告知會員服務部您想提出長期申請，以取得其他格式或語言版本的會員資料。
- ▶ 您也可以免費取得本手冊的下列語言版本，您僅需於週一至週五上午 8:00 至晚上 8:00 致電 1-855-464-3571 (TTY : 711) 與會員服務部聯絡即可。
  - 阿拉伯文
  - 亞美尼亞文
  - 柬埔寨文
  - 中文
  - 波斯文
  - 韓文
  - 俄文
  - 西班牙文
  - 塔加拉文
  - 越南語
- ▶ 如果您因為語言問題或殘障而無法透過本計畫取得資訊而您想提出投訴，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 與 Medicare 聯絡。您每週七天，每天 24 小時均可致電。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 8:00 至晚上 8:00 致電 1-855-464-3571 (TTY : 711) 與會員服務部聯絡。

**문의 사항은,** Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



ما باید مزایای برنامه درمانی و حقوق قانونی شما را به صورتی به شما بگوئیم که برایتان قابل فهم باشد. ما باید هر سال حقوق قانونی که در برنامه درمانی ما دارید را به شما بگوئیم.

← برای دریافت اطلاعات به روشی که می توانید درک کنید با خدمات اعضا تماس بگیرید. برنامه درمانی ما اختصاصی را در استخدام دارد که می توانند به سوالات به زبان های مختلف پاسخ دهند.

← برنامه درمانی ما مطالب و نشریات را به زبان هایی به غیر از انگلیسی و به فرمت هایی از قبیل چاپ درشت، بریل یا صوتی نیز ارائه می کند. اگر می خواهید که Health Net Cal MediConnect مطالب و نشریات اطلاعاتی اعضا را به طور متداوم به سایر فرمت ها از قبیل بریل یا چاپ درشت، یا به زبانی به غیر از انگلیسی برای شما ارسال دارد، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید. به خدمات اعضا بگوئید که می خواهید یک درخواست جاری را ارائه کنید تا مطالب و نشریات اطلاعاتی اعضا را به فرمت یا زبان دیگری دریافت کنید.

← توسط تماس با شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711)، از دوشنبه تا جمعه و بین ساعات 8:00 صبح تا 8:00 شب، می توانید این کتابچه را نیز به طور رایگان به زبان های زیر دریافت کنید:

- عربی
- ارمنی
- کامبوجی
- چینی
- فارسی
- کره ای
- روسی
- اسپانیایی
- ناگولوگ
- ویتنامی

← اگر به خاطر مشکلات زبانی یا معلولیت در دریافت اطلاعات از برنامه ما با مشکلاتی مواجه هستید و می خواهید شکایتی را تسلیم کنید، با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE 1-800-633-4227 تماس بگیرید. می توانید در 24 ساعت شبانه روز و هفت روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. برای اطلاعات مربوط به تسلیم شکایت به Medi-Cal، لطفاً از دوشنبه تا جمعه و بین ساعات 8:00 صبح تا 8:00 شب با خدمات اعضا به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) تماس بگیرید.

**문의 사항은,** Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



당사는 반드시 귀하께서 이해하실 수 있는 방법으로 보험 플랜의 혜택 및 귀하의 권리를 알려드려야 합니다. 또한 귀하께서 당사의 보험 플랜에 계속해 가입해 있는 한 매년 반드시 귀하의 권리를 공지해 드려야 합니다.

- ▶ 귀하께서 이해하실 수 있는 방법으로 정보를 얻으시려면 회원서비스부로 전화해 주십시오. 여러 다른 언어로 질문에 답변해 드릴 수 있는 직원들이 근무하고 있습니다.
- ▶ 당사 플랜은 영어 이외의 **다른 언어 및 대형 인쇄체**, 점자 혹은 오디오 형식으로 된 자료도 제공해 드릴 수 있습니다. **Health Net Cal MediConnect**로 하여금 항상 회원 정보 자료를 점자, 대형 인쇄체, 혹은 영어 이외의 다른 언어로 된 대체 형식으로 우송해 드리길 원하시면 회원서비스부로 연락해 주십시오. 회원 정보 자료를 항상 대체 형식 또는 다른 언어로 받기 위한 지속 요청을 신청하고자 한다고 회원서비스부 담당자에게 밝혀주십시오.
- ▶ **주중(월-금) 오전 8:00시에서 오후 8:00시 사이에 회원서비스부에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 전화하여 본 안내서를 다음 언어로 받아보실 수도 있습니다.**
  - 아라비아어
  - 아르메니아어
  - 캄보디아어
  - 중국어
  - 페르시아어
  - 한국어
  - 러시아어
  - 스페인어
  - 타갈로그어
  - 베트남어
- ▶ 언어 문제 또는 장애로 인해 당사 보험 플랜으로부터 정보를 얻는데 곤란을 겪고 있어 불만을 제기하고 싶으시면 **Medicare 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)**로 전화해 주십시오. 연중무휴 24시간 항시 전화하실 수 있습니다. TTY 사용자는 **1-877-486-2048**번으로 전화하십시오. **Medi-Cal**에 불만을 제기하는 것에 대해 좀 더 알고 싶으시면 주중(월-금) 오전 8:00시에서 오후 8:00시 사이에 회원서비스부에 **1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.**

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



Об обслуживании, покрываемом планом, и о ваших правах мы должны сообщать вам в понятной вам форме. Пока вы остаетесь участником нашего плана, мы должны каждый год сообщать вам о ваших правах.

- ➔ Для того чтобы получать эти сведения в удобной для вас форме, позвоните в наш отдел обслуживания. В нашем плане работают люди, которые могут отвечать на вопросы участников плана, говорящих на разных языках.
- ➔ Кроме того, вы можете получить материалы нашего плана *в переводе на другие языки или в других формах, например в виде аудиозаписи или напечатанными крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Если вы хотите, чтобы план Health Net Cal MediConnect всегда присылал вам свои материалы в переводе на другие языки или в других формах, например в виде аудиозаписи или напечатанными крупным шрифтом или шрифтом Брайля, обратитесь в наш отдел обслуживания. Ответившему сотруднику отдела скажите, что вы хотите обратиться с просьбой (standing request) о том, чтобы материалы и письма вам всегда присылали в альтернативной форме или в переводе на выбранный вами язык.*
- ➔ Телефон нашего отдела обслуживания 1-855-464-3571 (TTY: 711), линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 утра до 8:00 вечера. Позвоните по этому телефону, и вам бесплатно пришлют этот справочник в переводе на выбранный вами язык из следующего списка:
  - Арабский.
  - Армянский.
  - Кхмерский.
  - Китайский.
  - Фарси.
  - Корейский.
  - Русский.
  - Испанский.
  - Тагальский.
  - Вьетнамский.
- ➔ Если из-за инвалидности или недостаточного знания английского языка вам трудно разбираться в информации, которую мы вам сообщаем, вы можете подать жалобу в программу Medicare. Телефон программы Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).  
Звонить в программу Medicare можно круглосуточно и без выходных. Если вы пользуетесь линией TTY, звоните по телефону 1-877-486-2048. Если вы хотите

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.





узнать о том, как подать жалобу в программу Medi-Cal, позвоните в наш отдел обслуживания, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00.

Le explicaremos los beneficios de su plan y sus derechos de una manera que usted pueda comprender. Haremos esto cada año de 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 a sus preguntas en varios idiomas.
- ➔ También podemos proporcionarle material en *otros idiomas, además del inglés*, y en distintos formatos como en braille, en audio o en letra grande. Si desea que Health Net Cal MediConnect siempre le envíe los materiales informativos para afiliados en otros formatos, como en braille o en letra grande, o en un idioma que no sea inglés, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado. Dígame al representante que desea realizar una solicitud permanente para que siempre le envíen los materiales informativos para afiliados en otro formato o idioma.
- ➔ También puede obtener este manual en forma gratuita en los siguientes idiomas llamando 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:
  - Árabe
  - Armenio
  - Camboyano
  - Chino
  - Farsi
  - Coreano
  - Ruso
  - Español
  - Tagalo
  - Vietnamita
- ➔ Si tiene dificultades para obtener información de parte de nuestro plan por problemas relacionados con el idioma o con una discapacidad y desea 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. Si desea información sobre cómo presentar una queja ante Medi-Cal, comuníquese

---

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



con el 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.

Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa mga benepisyo sa plan at ang iyong mga karapatan sa isang paraan na maiintindihan mo. Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa iyong mga karapatan bawat taon na nasa plan ka namin.

- ➔ Para makakuha ng impormasyon sa isang paraan na maiintindihan mo, tawagan ang Member Services (Mga Serbisyo sa Miyembro). Ang aming plan ay mayroong mga tao na makakasagot sa iyong mga tanong sa iba't ibang mga wika.
- ➔ Mabibigyan ka rin ng aming plan ng mga materyales *na nasa mga wika maliban sa Ingles at nasa mga format tulad ng malalaking letra, braille, o audio*. Kung gusto mong hilingin sa Health Net Cal MediConnect na patuloy kang padalhan ng mga materyales para sa miyembro na nasa iba pang mga format, tulad ng braille o malalaking letra, o nang nasa wika maliban sa Ingles, mangyaring makipag-ugnayan sa Member Services. Sabihin sa Member Services na gusto mong maglagay ng patuloy na kahilingan para palaging makakuha ng mga materyales na nasa alnatibong format o wika.
- ➔ Maaari mo ring makuha ang handbook na ito sa mga sumusunod na wika nang libre sa pamamagitan lang ng pagtawag sa Member Services sa 1-855-464-3571 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m.- 8:00 p.m:
  - Arabic
  - Armenian
  - Cambodian
  - Chinese
  - Farsi
  - Korean
  - Russian
  - Espanyol
  - Tagalog
  - Vietnamese
- ➔ Kung nagkakaproblema kang makakuha ng impormasyon mula sa aming plan dahil sa mga problema sa wika o isang kapansanan at gusto mong maghain ng reklamo, tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaari kang tumawag nang 24 na oras sa isang araw, pitong araw sa isang linggo. Dapat tawagan ng mga gumagamit ng TTY ang 1-877-486-2048. Para sa impormasyon sa paghahain ng reklamo sa Medi-Cal,

---

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.





mangyaring makipag-ugnayan sa Member Services sa 1-855-464-3571 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m.

Chúng tôi phải cho quý vị biết về các phúc 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 Thành 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 cung cấp cho quý vị tài liệu *bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh* và ở các định dạng như bản in khổ lớn, chữ nổi braille, hoặc bản âm thanh. Nếu quý vị muốn Health Net Cal MediConnect phải liên tục gửi cho quý vị các tài liệu dành cho thành viên bằng định dạng khác, như chữ nổi braille hoặc bản in khổ lớn hoặc bằng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, vui lòng liên lạc với Dịch Vụ Thành Viên. Cho Dịch Vụ Thành Viên biết quý vị muốn yêu cầu lâu dài rằng quý vị phải luôn nhận được tài liệu của quý vị bằng định dạng hoặc ngôn ngữ khác.
- ▶ Quý vị cũng có thể nhận sổ tay này miễn phí bằng các ngôn ngữ dưới đây chỉ cần gọi đến Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-855-464-3571 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối:
  - Tiếng Ả Rập
  - Tiếng Armenia
  - Tiếng Campuchia
  - Tiếng Trung
  - Tiếng Ba Tư
  - Tiếng Hàn
  - Tiếng Nga
  - Tiếng Tây Ban Nha

---

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



- Tiếng Tagalog
- Tiếng Việt

➔ 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 khuyết tật và quý vị muốn nộp đơn khiếu nại, hãy gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi 24 giờ một ngày, bảy ngày một tuần. Người dùng TTY cần gọi số 1-877-486-2048. Để biết thông tin về cách nộp đơn khiếu nại cho Medi-Cal, vui lòng liên lạc bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số điện thoại 1-855-464-3571 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.

---

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



당사는 귀하를 언제나 정중하고 공정하고 품위있게 대해야 합니다 당사는 귀하를 차별이나 부당대우로부터 보호하는 법을 따라야 합니다. 당사는 하기 중 어떠한 이유로든 가입자들을 **차별하지 않습니다.**

- |                   |                 |
|-------------------|-----------------|
| ▪ 나이              | ▪ 의료 병력         |
| ▪ 이의제기            | ▪ 정신적 능력        |
| ▪ 행동              | ▪ 정신적 또는 신체적 능력 |
| ▪ 클레임 경험          | ▪ 출신 국가         |
| ▪ 민족              | ▪ 인종            |
| ▪ 보험 적용 가능성의 증거   | ▪ 건강 진료 수령      |
| ▪ 유전적 정보          | ▪ 종교            |
| ▪ 성 정체성           | ▪ 성별            |
| ▪ 서비스 지역 내 지리적 위치 | ▪ 성적 취향         |
| ▪ 건강 상태           | ▪ 서비스 이용        |

당사 플랜 규칙에 따라 고객은 강압, 강요, 강제, 징계, 편의, 보복의 수단으로 사용될 수 있는 여하한 형태의 신체적 구속 또는 격리를 받지 않을 권리가 있습니다.

당사는 고객이 자신의 권리를 사용한 것으로 인해 귀하에게 서비스를 거부하거나 고객을 처벌할 수 없습니다.

- ➔ 더 자세한 내용을 원하시거나, 차별 또는 부당 대우에 대해 우려 사항이 있으시면, Department of Health and Human Services의 Office for Civil Rights에 1-800-368-1019번으로 전화하십시오(TDD 1-800-537-7697). 자세한 내용은 <http://www.hhs.gov/ocr/office/> 를 방문하십시오.
- ➔ 고객의 지역 Office for Civil Rights에 전화하실 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 번호 1-800-368-1019  
팩스 1-202-619-3818  
TDD 1-800-537-7697
- ➔ 장애가 있어서 진료나 공급자에게 접근하는 데 도움이 필요하시면 회원 서비스에 전화하십시오. 고객이 접근 문제 같은 불만이 있는 경우, 회원 서비스가 도움을 드릴 수 있습니다.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## 당사는 고객이 보장되는 서비스와 약을 제때 이용할 수 있도록 해야 합니다

고객이 서비스를 받기 위해 타당한 진료 예약을 할 수 없거나, 담당 의사가 생각하기에 고객이 더 이상 기다릴 수 없다고 본다면, 고객은 Health Net's Cal MediConnect 회원 서비스 부서에 1-855-464-3571번으로(TTY: 711)로 월~금 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 이 번호는 무료 통화이며 지원을 받을 수 있습니다. 고객이 타당한 시간 안에 서비스를 받을 수가 없다면, 당사는 협력업체 네트워크 외 진료에 대한 비용을 지불해야 합니다.

당사 플랜의 회원로서:

- 고객은 당사 협력업체 네트워크 안에서 주치의(PCP)를 선택할 권리가 있습니다. **협력업체 공급자**란 본 건강 플랜 하에서 일하는 공급자를 뜻합니다.
  - » 어느 의사들이 새 환자를 받는지 알려면 가입자 서비스에 전화하시거나 **공급자 및 약국 명부**를 보십시오.
- 여성들은 산부인과 의사에게 갈 권리 또는 의뢰 없이 다른 여성 건강 전문의에게 갈 권리가 있습니다. **의뢰**란 고객의 일차 진료의 공급자가 내 주는 서면 의뢰서입니다.
- 고객은 타당한 시간 내에 협력업체 공급자에게서 보장 서비스를 받을 권리가 있습니다.
  - » 여기에는 전문의에게서 시의적절한 서비스를 받을 권리가 포함됩니다.
- 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.
- 고객은 협력업체 외 진료 공급자를 언제 볼 수 있는지 알 권리가 있습니다. 협력업체 외 진료 공급자에 대한 자세한 내용은 제3장을 참조하십시오.
- 고객이 당사 플랜에 처음 가입하면, 고객은 특정한 조건을 맞출 때는 12개월까지 고객의 현 공급자를 유지하고 서비스 승인을 받을 권리가 있습니다. 자신의 공급자와 서비스 승인을 유지하는 것에 대한 자세한 내용은 제1장을 참조하십시오.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



- 고객은 고객의 진료 팀과 진료 조정인의 도움을 받아 진료를 자체 지시(self-direct)할 권리가 있습니다.

제9장은 고객이 타당한 시간 안에 서비스나 약품을 받고 있지 않다고 생각할 경우 할 수 있는 일에 대해 설명해 줍니다. 제9장은 또한 고객이 서비스 또는 약품 보장을 당사가 거절했고 고객이 당사의 결정에 동의하지 않는 경우 할 수 있는 일에 대해 설명해 줍니다.

## 당사는 고객의 건강 정보를 반드시 보호해야 합니다

당사는 연방법, 주정부법이 요구하는 대로 고객의 개인건강정보를 보호합니다.

- 고객의 개인건강정보에는 고객이 본 플랜에 등록할 때 당사로 제공한 정보가 포함됩니다. 여기에는 또 고객의 의료 기록 및 기타 의료 및 건강 정보가 포함됩니다.
- 고객은 정보를 얻을 권리, 고객의 건강 정보가 이용되는 방법을 통제할 권리가 있습니다. 당사는 고객에게 이 권리들이 나와 있고 당사가 고객의 건강정보 프라이버시를 어떻게 보호하는지가 설명되어 있는 서면 통지서를 드립니다. 이 통지서는 "Medicare 비보장 통지서"라고 불립니다.

당사는 고객의 건강 정보를 보호합니다.

- 당사는 허가 받지 않은 사람이 고객의 기록을 열람 또는 변경하지 못하게 합니다.
- 대부분의 경우, 당사는 고객에게 진료를 제공하거나 고객의 진료를 지불하는 사람이 아닌 다른 사람에게 고객의 건강 정보를 주지 않습니다. 주는 경우에는 당사가 먼저 고객으로부터 서면 동의서를 받아야 합니다. 서면허가는 고객이 줄 수 있고, 또는 고객을 위해 결정을 내릴 법적 권한이 있는 사람이 줄 수 있습니다.
- 당사가 고객으로부터 서면 동의서를 받지 않아도 되는 몇 가지 경우가 있습니다. 이 예외는 법에 의해 허용되거나 요구되는 것들입니다.
  - » 당사는 당사의 진료품질을 점검하는 정부기관에는 건강정보를 공개해야 합니다.
  - » 당사는 법원 명령이 있을 시 건강 정보를 공개할 수 있습니다.
  - » 당사는 고객의 건강 및 약 정보를 Medicare에 주어야 합니다. Medicare가 고객의 정보를 연구나 다른 용도를 위해 공개한다면 그것은 연방 법규에 따라 행해질 것입니다. 당사가 고객의 정보를 Medi-Cal과 공유한다면 이는 연방정부, 주정부 법규에 준하여 이루어질 것입니다.

고객은 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 록 허락됩니다.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



- 고객은 고객의 의료 기록을 업데이트하거나 정정하라고 당사로 요청할 권리가 있습니다. 귀하가 그런 변경을 당사로 요청하는 경우, 당사는 고객의 보건 서비스 공급자와 상의해서 그 변경을 해야 하는지 여부를 결정할 것입니다.
- 고객은 고객의 건강 정보가 다른 사람들과 공유되었는지를 여부와 그 방법을 알 권리가 있습니다.

고객의 개인 건강 정보 프라이버시에 대해 질문이나 우려 사항이 있으면 회원 서비스에 전화하십시오.

**개인정보 보호 관행 공지서는 제11장 제항에 나와 있습니다.**

## 당사는 고객에게 플랜, 당사 협력업체 공급자 및 고객의 보장되는 서비스에 대한 정보를 제공해야 합니다

Health Net Cal MediConnect 회원로서 고객은 당사로부터 정보를 받을 권리가 있습니다. 고객이 영어를 구사하지 않는다면 당사 건강 플랜에 대해 고객의 질문에 대답해줄 수 있는 통역 서비스가 마련되어 있습니다. 통역사를 원하신다면, 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시 사이 1-855-464-3571(TTY: 711)으로 전화하십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 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.

고객이 아래 항목 중 하나를 원하신다면 회원 서비스에 전화하십시오.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



- **플랜 선택 또는 변경에 대한 정보**
- **하기의 항목을 포함한 본 플랜에 대한 정보:**
  - » 재정 정보
  - » 플랜 회원들이 당사를 어떻게 등급을 매겼는가
  - » 회원들이 한 이의제기 건수
  - » 당사 플랜을 탈퇴하는 방법
- **하기의 항목을 포함한 당사 협력업체 진료공급자 및 당사 협력업체 약국에 대한 정보**
  - » 일차 진료 공급자 선택 또는 변경 방법
  - » 당사 협력업체 공급자 및 약국의 자격
  - » 당사가 당사 협력업체 내 진료 공급자들에게 어떻게 지불하는가
- **하기의 항목을 포함하여, 보장되는 서비스나 약품, 고객이 따라야 하는 규칙에 대한 정보:**
  - » 당사 플랜에 의해 보장되는 서비스나 약품
  - » 고객의 보장 또는 약품에 가해지는 제한
  - » 보장되는 서비스나 약품을 받기 위해 따라야 하는 규칙
- **하기의 항목을 포함하여, 어떤 것들은 왜 보장되지 않는지, 그런 경우에 고객이 할 수 있는 것은 무엇인지에 대한 정보:**
  - » 무언가가 보장되지 않는 이유를 서면으로 남기도록 당사에게 요청하기
  - » 당사가 내린 결정을 변경하도록 당사로 요청하기
  - » 고객이 받은 청구서를 지불하도록 당사로 요청하기

---

## 협력업체 진료 공급자들은 고객에게 직접 지불청구를 해서는 안됩니다

---

당사 협력업체 내 의사, 병원, 기타 진료 공급자들은 보장 서비스에 대해 고객에게 지불을 요구할 수 없습니다. 당사가 공급자가 청구하는 것보다 적은 금액의 지불을 한다 해도 공급자가 고객에게 지불을 청구할 수 없습니다. 보장 서비스에 대해 고객에게 지불 청구를 하려 할 때 어떻게 해야 하는지는 제7장을 참조하십시오.

---

## 고객은 당사 Cal MediConnect 플랜을 언제든지 떠날 권리가 있습니다

---

누구도 고객의 의사에 반하여 당사 플랜에 머물도록 고객에게 강요할 수 없습니다. 고객은 언제든지 당사 플랜을 탈퇴하실 수 있습니다. 고객이 당사 플랜을 탈퇴해도, 고객이 되는 한 Medicare 및 Medi-Cal 프로그램에 계속 남아계실 것입니다. 고객은 고객의 보건 서비스 대부분을 오리지널 Medicare 또는 Medicare Advantage 플랜을 통해 받을 권리가 있습니다. 고객은 고객의 Medicare

---

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



파트D 처방약 혜택을 처방약 플랜 또는 Medicare Advantage 플랜에서 받으실 수 있습니다. 고객의 Medi-Cal 혜택은 고객이 본 카운티 내 이용가능한 다른 플랜을 선택하지 않는 한 Health Net Community Solutions, Inc.를 통해서 계속해서 제공될 것입니다.

- 당사 플랜을 탈퇴하는 것에 관한 더 자세한 정보는 제10장을 참조하십시오.

## 고객은 자신의 건강 진료에 대한 결정을 내릴 권리가 있습니다

### 고객은 고객의 치료 옵션을 알고 고객의 건강관리에 대한 결정을 내릴 권리가 있습니다

고객은 서비스를 받을 때 고객의 의사와 기타 건강서비스 공급자에게서 모든 정보를 들을 권리가 있습니다. 고객의 진료 제공자는 고객의 상태와 선택한 치료법을 **고객이 이해할 수 있는 방식**으로 설명해 주어야 합니다.

- **고객의 선택사항에 대하여 알아보기.** 고객 모든 종류의 치료 옵션에 대해 들을 권리가 있습니다.
- **위험이 무엇인지를 아십시오.** 고객은 모든 위험에 대하여 설명 들을 권리가 있습니다. 서비스나 치료가 연구 실험의 일부이면 이는 반드시 사전에 고객에게 설명되어야 합니다. 고객은 실험적 치료를 거부할 권리가 있습니다.
- **고객은 2차 소견을 얻을 수 있습니다.** 고객은 치료를 거부하기 전에 다른 의사를 볼 권리가 있습니다.
- **고객은 "거부"할 수 있습니다.** 고객은 모든 치료를 거부할 권리가 있습니다. 이것은 설명 고객의 의사가 고객에게 퇴원하지 말라고 조언하더라도 고객이 병원이나 기타 의료시설을 퇴원할 권리를 포함합니다. 또한 고객은 처방약 복용을 중단할 권리도 있습니다. 고객이 치료를 거부하거나 처방약 복용을 중단하더라도 당사 플랜에서 탈퇴당하지 않을 것입니다. 그러나 귀하가 치료를 거부하거나 처방약 복용을 중단하면, 자신에게 일어나는 일에 대한 전적인 책임은 고객이 지는 것입니다.
- **고객은 진료 공급자가 왜 진료를 거부했는지에 대한 설명을 당사로 요청할 수 있습니다.** 고객이 받아야 한다고 생각되는 치료를 진료 공급자가 거부한 경우, 고객은 당사로부터 설명을 들을 권리가 있습니다.
- **고객은 거절되거나 대개는 보장되지 않는 서비스나 약품을 보장할 것을 당사로 요청할 수 있습니다.** 이것은 보장 결정이라 불립니다. 플랜에 보장 결정을 요청하는 방법은 이 책자의 제9장에 나와 있습니다.

### 고객은 자신이 직접 건강 진료 결정을 내릴 수 없을 때 어떻게 하기를 원하는지를 말할 권리가 있습니다

때로 사람들은 자신이 직접 건강 진료 결정을 내릴 수가 없게 됩니다. 그런 일이 일어나기 전에 고객은:

- 서식을 작성해서 **본인을 대신해 건강 진료 결정을 내릴 권리를 다른 이에게 줄 수 있습니다.**

**문의 사항은,** Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.





- 고객은 고객이 직접 결정을 내릴 수 없게 되는 경우에 고객의 의사가 고객의 건강 진료를 어떻게 처리하기를 바라는지에 대한 서면 지시사항을 고객의 의사에게 줄 수 있습니다.

지시사항을 주기 위해 사용할 수 있는 이 법적 문서는 *사전의료지시서*라 불립니다. 사전의료지시서에는 여러 종류가 있고 각각의 이름이 있습니다. 예를 들면 *생존시 유서* 및 *건강 진료를 위한 위임서*를 들 수 있습니다.

고객이 사전의료지시서를 반드시 사용해야 하는 것은 아니지만, 원하시면 사용할 수 있습니다. 아래와 같이 하시면 됩니다:

- **서식을 구하십시오.** 서식을 의사, 변호사, 법률 서비스 에이전시 또는 복지사에게서 구하거나, Medicare 또는 Medi-Cal에 대한 정보를 주는 기관, 예를 들면 HICAP (Health Insurance and Counseling Advocacy Program)에서 사전의료지시서 서식을 비치하고 있을 수 있습니다.
- **서식을 작성하고 서명하십시오.** 이 서식은 법적 문서입니다. 문서 작성을 변호사에게 의뢰하는 것을 고려하십시오.
- **이에 대해 알아야 할 사람들에게 사본을 주십시오.** 고객은 이 서식 사본을 고객의 의사에게 주어야 합니다. 고객은 고객을 위해 결정을 내려줄 사람으로 지명한 사람에게도 사본을 주어야 합니다. 사본을 친구들이나 가족에게도 주십시오. 반드시 사본 1부를 집에 보관하십시오.

고객이 입원할 예정이고 사전의료지시서에 이미 서명했다면, **사본을 병원에 가져가십시오.**

- 병원측은 고객에게 사전의료지시서에 서명했는지 여부와 그것을 가져 왔는지 여부를 물어볼 것입니다.
- 고객이 사전의료지시서에 서명하지 않은 경우, 병원은 이용 가능한 서식을 비치하고 있으며, 고객에게 서식에 서명하고 싶은지 여부를 물어볼 것입니다.

**명심하십시오. 사전의료지시서를 작성할지 말지 선택권은 고객에게 있습니다.**

## 고객의 지시사항이 지켜지지 않는 경우 할 수 있는 것

고객이 사전의료지시서에 서명했고 고객의 생각에 의사 또는 병원이 문서 내부의 지시사항을 따르지 않았다면, 고객은 고객이 사는 지역의 민권 사무소(Office for Civil Rights)에 불만을 제출할 수 있습니다.

### 인권사무소

미국 보건복지부(Department of Health & Human Services):  
90 7th Street, Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103

전화번호: 1-800-368-1019(TDD: 1-800-537-7697).

**문의 사항**은, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## 고객은 당사료 불만을 제기할 권리와 당사 결정의 재고를 요청할 권리가 있습니다

제9장은 고객의 보장 서비스 또는 진료에 대한 문제나 우려 사항이 있는 경우 고객이 할 수 있는 일이 무엇인지를 말해 줍니다. 예를 들어, 당사료 보장 결정을 내리도록 요청하거나, 이의제기를 함으로써 보장 결정을 변경하도록 요청하거나, 불만을 제기할 수 있습니다.

고객은 다른 회원들이 본 플랜에 제출한 이의제기와 불만에 대한 정보를 받을 권리가 있습니다. 이 정보를 원하시면 회원 서비스에 전화하십시오.

### 고객이 불공정 대우를 받고 있다고 생각되거나 고객의 권리가 존중되지 않고 있다고 생각되는 경우에 고객이 할 수 있는 것

고객이 불공정 대우를 받았다고 생각하면 - 그리고 152쪽에 나열된 이유로 인한 차별이 *아니라면* - 하기의 방법으로 도움을 받을 수 있습니다.

- 가입자 서비스부에 전화할 수 있습니다.
- 건강보험 자문 및 옹호(Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 프로그램에 전화할 수 있습니다. 이 기관과 이 기관의 문의처에 대한 자세한 정보를 원하시면 제2장을 참조하십시오.
- Cal MediConnect Ombuds Program에 전화할 수 있습니다. 이 기관과 이 기관의 문의처에 대한 자세한 정보를 원하시면 제2장을 참조하십시오.
- 또는 주 7일, 하루 24시간 Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오.

### 고객의 권리에 대한 추가 정보를 얻는 방법

고객이 고객의 권리에 대한 추가 정보를 얻을 수 있는 방법은 몇 가지가 있습니다.

- 가입자 서비스부에 전화할 수 있습니다.
- 건강보험 자문 및 옹호(Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 프로그램에 전화할 수 있습니다. 이 기관과 이 기관의 문의처에 대한 자세한 정보를 원하시면 제2장을 참조하십시오.
- Cal MediConnect Ombuds Program에 전화할 수 있습니다. 이 기관과 이 기관의 문의처에 대한 자세한 정보를 원하시면 제2장을 참조하십시오.
- 고객은 Medicare에 문의할 수 있습니다.
  - » Medicare 웹사이트를 방문해서 "Medicare Rights & Protections"(Medicare 권리 및 보호)를 읽거나 다운로드할 수 있습니다. (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534.pdf>로 가십시오.)
  - » 또는 고객은 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)번으로 하루 24시간, 주7일 전화할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. 추가 정보를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## 고객은 또한 플랜의 회원로서 책임이 있습니다

플랜 회원로서, 고객은 하기에 나열된 일들을 할 책임이 있습니다. 질문이 있으시면 회원 서비스에 전화하십시오.

- **회원 안내서를 읽고 무엇이 보장되며 보장 서비스나 약을 받기 위해서는 어떤 규칙을 따라야 하는지를 확인하십시오.**
  - » 고객의 보장 서비스에 대한 자세한 내용은 제3,4장을 참조하십시오. 그 장에서는 보장되는 것과 보장되지 않는 것, 고객이 따라야 할 규칙, 귀하가 지불하는 부분이 설명되어 있습니다.
  - » 고객의 보장 약품에 대한 자세한 내용은 제5,6장을 참조하십시오.
- **고객이 다른 건강보조제 또는 처방약 보장에 대해 당사로 알려 주십시오.** 당사는 고객이 건강 진료를 받을 때 고객이 가진 모든 보장 옵션이 사용되는지를 확인해야 합니다. 다른 보장을 가지고 계신다면 회원서비스부로 전화해 주십시오.
- **고객의 의사와 기타 건강 진료서비스 공급자에게 고객은 본 플랜에 등록되어 있다고 말하십시오.** 고객이 서비스나 약을 받을 때 고객이 회원 ID 카드를 제시하십시오.
- **고객의 의사와 기타 건강 진료 공급자들이 고객에게 최선의 진료를 제공할 수 있도록 도와십시오**
  - » 고객과 고객의 건강에 대해 진료 공급자가 필요로 하는 정보를 제공하십시오. 고객의 건강 문제에 대해 최대한 배우십시오. 고객과 고객의 진료 공급자가 동의하는 치료 계획 및 지시사항을 준수하십시오.
  - » 고객의 의사와 기타 진료 공급자가 고객이 복용하는 모든 약에 대해 반드시 알 수 있도록 하십시오. 여기에는 처방약, 비처방약, 비타민제, 보충제가 포함됩니다.
  - » 궁금한 점이 있으면 꼭 물어보십시오. 고객의 의사와 기타 진료 공급자는 반드시 고객이 이해할 수 있는 방식으로 설명해야 합니다. 질문을 하고 나서 대답이 이해되지 않으면 다시 물어 참조하십시오.
- **타인을 배려하십시오.** 당사는 당사의 모든 회원이 다른 환자의 권리를 존중하기를 기대합니다. 당사는 또한 의사 진료실, 병원, 기타 진료 제공사 진료실에서 고객이 배려있는 행동을하기를 기대합니다.
- **고객이 지불해야 하는 것은 지불하십시오.** 플랜 가입자로서 고객은 이것들을 지불할 책임이 있습니다.
  - » Medicare 파트A, Medicare 파트B 보험료. 대부분의 Health Net Cal MediConnect 회원들에 대해 Medi-Cal에서는 고객의 파트A 보험료와 파트B 보험료를 지불합니다.

**문의 사항**은, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



- » Medi-Cal 프로그램이 부담하는 비용이 있다면, Health Net Cal MediConnect가 고객의 Medi-Cal 보장 서비스를 지불하기 전에 고객은 고객의 비용 부담금을 지불할 책임이 있습니다.
- » 플랜에 의해 보장되는 약품 일부에 대해서, 고객이 해당 약품을 받을 때 그 비용의 고객 측 부담액을 반드시 지불해야 합니다. 이 공동 부담금(고정액)입니다 제6장에는 고객이 고객의 약품에 대해 지불해야 하는 것이 설명되어 있습니다.
- » 고객이 당사 플랜에 의해 보장되지 않는 서비스나 약품을 받는 경우, 고객은 비용 전액을 지불해야 합니다.
- ➔ **고객이 어떤 서비스나 약품을 보장하지 않는다는 당사의 결정에 이의가 있는 경우, 고객 이의제기를 할 수 있습니다. 이의제기 방법에 대해서는 제9장을 참조하십시오.**
- **이사를 간다면 당사에 알려주십시오.** 고객이 이사를 간다면 당사에 즉시 알리는 것이 중요합니다. 회원 서비스에 전화하십시오.
  - » **고객이 당사 서비스 지역 외로 이사하시면 본 플랜을 유지하실 수 없습니다.** 당사 서비스 지역에 거주하는 분들만 Health Net Cal MediConnect에 가입할 수 있습니다. 당사 서비스 지역은 제1장에 설명되어 있습니다. 당사 서비스 지역 밖으로 이사가지는지 여부를 알 수 있도록 당사가 도와드리겠습니다. 특별 등록 기간 동안 고객은 오리지널 Medicare로 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, 고객 이사가신다면 Mediicare와 Medi-Cal에 새 주소를 알려 주십시오. Medicare와 Medi-Cal 전화번호는 제2장을 참조하십시오. 이
  - » **당사 서비스 지역 내에서 이사하신다 해도 당사로 알려주셔야 합니다.** 당사는 고객의 회원 기록을 업데이트해야 하고 고객의 연락처를 알아야 합니다.
- **궁금한 점이나 염려 사항이 있으면 회원 서비스에 전화해서 도움을 요청하십시오.**

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## 제9장: 문제나 불만이 있는 경우 할 수 있는 일 (보험 보장 결정, 이의 제기, 불만)

---

### 본 장의 내용은?

---

본 장은 고객의 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, 약품이 필요합니다.
- 고객은 고객의 플랜이 고객의 진료에 대해 내린 결정에 동의하지 않습니다.
- 고객은 고객이 받은 보장 서비스가 너무 빨리 끝난다고 생각합니다.
- 고객은 복합 시니어 서비스 프로그램(MSSP), 지역 기반 성인 서비스(CBAS), 요양 시설(NF) 서비스 같은 고객의 장기 서비스 및 지원에 문제나 불만이 있습니다.

고객이 문제나 우려사항을 가진 경우, 고객은 이 장의 내용 중 고객의 상황에 해당하는 부분만 읽으면 됩니다. 본 장은 고객이 원하는 내용을 쉽게 찾을 수 있도록 여러 섹션으로 나누어져 있습니다.

### 고객이 고객의 건강 또는 장기 서비스 및 지원에 관련 문제에 직면해 있는 경우

---

고객은 고객의 의사 및 기타 진료 공급자가 필요하다고 결정한 건강 진료, 약, 장기 서비스 및 지원을 고객의 진료 플랜의 일환으로서 받아야 합니다. **고객의 진료와 관련해 문제를 겪고 있다면 Cal MediConnect Ombuds Program에 1-855-501-3077번으로 전화하셔서 도움을 받으실 수 있습니다.** 본 장은 고객이 직면한 여러 문제와 불만에 대해 어떤 옵션이 있는지를 설명합니다. 그러나 문제 해결에 관해 고객은 Cal MediConnect Ombuds Program에 어느 때에든 전화할 수 있습니다.

---

**문의 사항은,** Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



**목차**

<b>본 장의 내용은?</b> .....	<b>161</b>
<b>고객이 고객의 건강 또는 장기 서비스 및 지원에 관련 문제에 직면해 있는 경우</b> .....	<b>161</b>
<b>제1항: 개요</b> .....	<b>164</b>
제1.1항: 문제나 불만이 있는 경우 할 수 있는 일.....	164
제1.2항: 법률 용어들은?.....	164
<b>제2항: 도움을 받기 위해 전화할 수 있는 곳</b> .....	<b>164</b>
제2.1항: 추가 정보나 도움을 받을 수 있는 곳.....	164
<b>제3항: 고객의 혜택과 관련된 문제</b> .....	<b>166</b>
제3.1항: 보장 결정 및 이의제기 과정을 사용해야 하는가? 아니면 불만 제기를 해야 하는가?.....	166
<b>제4항: 보장 결정 및 이의제기</b> .....	<b>166</b>
제4.1항: 보장 결정 및 이의제기 개요.....	166
제4.2항: 보장 결정 및 이의제기에 도움 받기.....	167
제4.3항: 본 장의 어느 항이 고객에게 도움이 되는가?.....	168
<b>제5항: 서비스, 품목, 약품(파트D약품은 제외)에 대한 문제</b> .....	<b>169</b>
제5.1항: 본 항을 사용해야 하는 경우.....	169
제5.2항: 보장 결정 요청하기.....	170
제5.3항: 서비스, 품목, 약(파트D약품은 제외)에 대한 레벨1 이의제기.....	173
제5.4항: 서비스, 품목, 약(파트D약품은 제외)에 대한 레벨2 이의제기.....	177
제5.5항: 지불 문제.....	182
<b>제6항: Part D drugs</b> .....	<b>185</b>
제6.1항: 고객이 파트D 약품을 구하는 데 문제가 있는 경우 또는 파트D 약에 대해 고객에게 상환하라고 당사로 요청하고 싶은 경우 해야 할 일.....	185
제6.2항: 예외처리란 무엇인가?.....	186

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



제6.3항: 예외처리 요청에 대하여 알아야 할 중요한 점 ..... 187

제6.4항: 예외처리를 포함해서 파트D 약품 보장 결정 또는 파트D에 대한 지불금 환급을 요청하는 방법 ..... 188

제6.5항: 파트D 약에 대한 레벨1 이의제기 ..... 192

제6.6항: 파트D 약에 대한 레벨2 이의제기 ..... 194

**제7항: 당사로 더 긴 병원 입원 기간 보장을 요청하기 ..... 196**

제7.1항: 고객의 Medicare 권리가 무엇인지를 알기 ..... 196

제7.2항: 고객의 퇴원 날짜를 변경하기 위한 레벨1 이의제기 ..... 197

제7.3항: 고객의 퇴원 날짜를 변경하기 위한 레벨2 이의제기 ..... 199

제7.4항: 이의제기 마감일을 놓치면 어떻게 되는가? ..... 200

**제8항: 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 ..... 202**

제8.1항: 고객의 보장이 끝나갈 때 당사는 고객에게 미리 알려드릴 것입니다 ..... 203

제8.2항: 고객의 진료를 계속 받기 위한레벨 1 이의제기 ..... 203

제8.3항: 고객의 진료를 계속 받기 위한레벨 2 이의제기 ..... 205

제8.4항: 고객이 고객의 레벨 1 이의제기의 마감일을 놓치면 어떻게 되는가? ..... 206

**제9항: 레벨2 이상으로 이의제기를 진행하기 ..... 208**

제9.1항: Medicare 서비스 및 품목에 대한 다음 단계 ..... 208

제9.2항: Medi-Cal 서비스 및 품목에 대한 다음 단계 ..... 209

**제10항: 불만 제기하는 방법 ..... 209**

제10.1항: 내부 불만사항 ..... 211

제10.2항: 외부 불만사항 ..... 213

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.





---

## 제1항: 개요

---

### 제1.1항: 문제나 불만이 있는 경우 할 수 있는 일

본 장은 고객이 고객의 플랜이나 서비스, 지불에 대해 문제가 있을 때 할 수 있는 것이 무엇인지를 말해 줍니다. 이러한 절차들은 Medicare와 Medi-Cal에 의해 승인되었습니다. 각 절차는 당사와 고객이 따라야 하는 일단의 규칙, 절차 및 마감일이 있습니다.

### 제1.2항: 법률 용어들은?

이 장에 설명된 규칙, 마감일 중 일부는 어려운 법률 용어를 담고 있습니다. 이 용어 중 많은 것들은 이해하기 어렵기 때문에 당사는 어떤 법률 용어들을 같음하여 더 간단한 단어들을 사용했습니다. 당사는 약어를 가능한 한 적게 사용합니다.

예를 들어, 당사는 이런 문장을 사용합니다.

- "고충사항"발의 대신 "불만사항 접수"
- "기관 결의" 또는 "혜택 결의", "보장 결의" 대신 "보장 결정"
- "신속 결의" 대신 "빠른 보장 결정"이라는 표현을 썼습니다.

적절한 법률 용어를 아는 것은 고객이 더욱 명료하게 소통하는 데 도움이 되므로 그러한 용어들도 제공을 했습니다.

---

## 제2항: 도움을 받기 위해 전화할 수 있는 곳

---

### 제2.1항: 추가 정보나 도움을 받을 수 있는 곳

때로는 문제처리 과정을 시작하거나 완수하는 혼란스러울 수 있습니다. 고객이 상태가 좋지 않거나 기운이 없을 때 특히 그럴 수 있습니다. 또 때로는 고객이 그 다음 단계를 밟기 위해 필요한 지식을 갖고 있지 않을 수도 있습니다.

**Cal MediConnect Ombuds Program로부터 도움을 받을 수 있습니다.**

추가 도움이 필요하시면 항상 Cal MediConnect Ombuds Program으로 전화하실 수 있습니다. Cal MediConnect Ombuds Program에서는 고객의 질문에 대해 드리고 문제를 해결하기 위해서는 어떻게 해야 하는지에 대한 이해를 돕습니다. 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 Program 전화번호는 1-855-501-3077 (TTY: 1-855-847-7914)입니다. 본 서비스는 무료입니다.

**고객은 건강보험 자문 및 프로그램(Health Insurance Counseling and Advocacy Program)에서 도움을 받을 수 있습니다.**

---

**문의 사항은,** Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.





고객은 또 건강보험 자문 및 옹호(Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 프로그램에 전화할 수 있습니다. HICAP 카운슬러들은 고객의 질문에 대해 드리고 문제를 해결하기 위해서는 어떻게 해야 하는지 고객이 이해하는 것을 돕습니다. HICAP 은당사회나 어떤 보험회사, 또는 건강 플랜과도 관계가 없습니다. HICAP에서는 모든 카운티마다 교육받은 카운슬러를 두고 있으며, 서비스는 무료입니다. 전화번호는 1-800-434-0222번입니다.

## Medicare에서 도움 받기

고객은 문제에 대해 Medicare에서 직접 도움을 받을 수 있습니다. Medicare로부터 도움을 얻을 두 가지 방법:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)번으로 하루 24시간, 주7일 전화할 수 있습니다. TTY: 1-877-486-2048. 통화는 무료입니다.
- Medicare 웹사이트(<http://www.medicare.gov>)를 방문할 수 있습니다.

## 캘리포니아 관리 의료서비스부에서 도움을 받을 수 있습니다

다음은 캘리포니아 보건 및 안전 법규 제 1368.02(b)항에 의거하여 공개해야 하는 내용입니다. 이 단락에서 "고충"이라는 용어는 Medi-Cal 서비스에 대한 이의 및 불만 제기를 뜻합니다.

캘리포니아 주 관리보건부(Department of Managed Health Care)에서 건강 의료 건강 보험 서비스를 관리하고 있습니다. 고객 건강보험 플랜에 대한 고충사항이 있으면 평일 오전 8시부터 오후 8시 사이에 먼저 고객의 건강보험 플랜 번호인 1-855-464-3571(TTY:711) 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. 그리고 부서 연결 고객의 건강 플랜 상 고충 처리 절차를 활용하십시오. 이러한 고충처리 절차를 활용해도 고객에게 적용되는 잠재적 법적 권리나 구제책이 금지되지는 않습니다. 응급조치와 관련된 불만, 해당 건강 보험에서 만족스럽게 해결되지 않은 불만 또는 30일 이상 해결되지 않은 불만의 경우, 에 연락하여 도움을 청할 수 있습니다. 고객에게는 독립의료심사(IMR)를 요청할 자격도 있을 수 있습니다. 만약 고객이 IMR을 받는다면 IMR 절차는 신청한 서비스에 필요한 의료와 관련한 건강 플랜의 의료 선택 또는 시험적 또는 연구적 특성의 치료에 대한 치료, 보상의 선택 및 응급 또는 긴급 의료 서비스의 지급 분쟁에 대한 공정한 검토를 제공할 것입니다. 관리보건부에는 또한 무료 전화번호(1-888-HMO-2219) 및 청각이나 언어 장애를 가진 분들을 위한 TDD 회선(1-877-688-9891)이 마련되어 있습니다. 관리보건부의 인터넷 웹 사이트인 <http://www.hmohelp.ca.gov>에서 고충처리 양식, IMR 신청서, 온라인 지침서를 찾아보실 수 있습니다.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## 제3항: 고객의 혜택과 관련된 문제

### 제3.1항: 보장 결정 및 이의제기 과정을 사용해야 하는가? 아니면 불만 제기를 해야 하는가?

고객이 문제나 우려사항을 가진 경우, 고객은 이 장의 내용 중 고객의 상황에 해당하는 부분만 읽으면 됩니다. 하기의 차트는 문제나 불만에 대해 고객이 본 장의 알맞는 부분을 찾을 수 있도록 도와 줍니다.

#### 고객의 문제나 우려사항은 고객의 혜택 혹은 보장에 대한 것입니까?

(이것은 특정 의료서비스, 장기 서비스나 지원, 혹은 처방약품이 보장되는지 여부, 보장되는 방식, 의료서비스 혹은 처방약의 지불 관련 문제를 포함합니다.)

#### 예.

제 문제는 혜택 또는 보장에 관한 것입니다.

167 쪽의 다음 항, **제4항, "보장 결정 및 이의제기"**으로 가십시오.

#### 아니오.

제 문제는 혜택 또는 보장에 관한 것이 *아닙니다*.

**제 10항으로** 209쪽 "**불만 제기 방법.**"

## 제4항: 보장 결정 및 이의제기

### 제4.1항: 보장 결정 및 이의제기 개요

보장 결정 요청 및 이의 제기 절차는 고객이 받는 혜택 및 보험보장과 연관된 문제를 다루는 것입니다. 이는 또한 지불 문제도 포함합니다. 고객은 파트D 공동 부담금을 제외한 Medicare 비용에 대한 지불의 책임이 없습니다.

#### 보장 결정이란 무엇인가?

*보장 결정*은 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, 약품이 Medicare나 Medi-Cal에 의해 보장되는지 확신이 안선다면 의사가 서비스, 품목, 약품을 제공하기 전에 고객 또는 고객의 의사는 보장 결정을 요청할 수 있습니다.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## 이의제기란 무엇인가?

이의제기란 고객의 생각에 당사가 실수를 했다고 여겨질 때 당사가 내린 결정을 당사가 검토하고 이를 변경해 달라고 하는 공식적인 요청입니다. 예를 들어 고객이 원하는 서비스, 물품, 또는 약물이 보장되지 않는지 또는 Medicare 또는 Medi-Cal에 의해 더이상 보장되지 않는지에 대한 결정을 내릴 수 있습니다. 고객 또는 고객의 의사가 당사의 결정에 동의하지 않으면, 고객은 이의제기를 할 수 있습니다.

### 제4.2항: 보장 결정 및 이의제기에 도움 받기

#### 보장 결정 요청 또는 이의제기에 도움을 받으려면 어디에 전화해야 하는가?

고객은 아래의 사람들에게 도움을 요청할 수 있습니다.

- 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 회원 **서비스부**로 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다.
- 무료 지원을 원하시면 **Cal MediConnect Ombuds 프로그램**에 전화하십시오. Cal MediConnect Ombuds 프로그램은 Cal MediConnect 가입자의 서비스 혹은 비용 청구 문제를 도와드립니다. 전화번호: 1-855-501-3077
- 무료 지원을 원하시면 **건강 보험 상담 및 도움 프로그램(HICAP)**으로 전화해 주십시오. HICAP는 독립적인 운영 기관입니다. 본 보험 플랜과는 연관이 없습니다. 전화번호는 1-800-434-0222번입니다.
- **관리 보건 서비스부(DMHC) 지원 센터(Help Center)**에 전화해서 무료로 도움을 받으십시오. DMHC는 건강 보험을 규제합니다. DMHC에서는 Cal MediConnect에 가입된 분들이 Medi-Cal 서비스 또는 청구 문제에 대해 이의제기 하는 것을 도와드립니다. 전화번호는 1-888-466-2219입니다. 청각 장애가 있거나 청력에 어려움이 있는 분들은 TDD 번호, 무료전화 1-877-688-9891로 전화하십시오.
- **담당 의사 혹은 기타 공급자와** 상의하십시오. 담당 의사 혹은 서비스 공급자는 고객을 대신하여 보장 결정 또는 이의신청을 요청할 수 있습니다.
- **친구나 가족에게** 이야기해서 고객을 대변해 달라고 하십시오. 고객은 고객의 "대리인"으로 고객을 대신해 보장을 요청하거나 이의제기를 할 다른 사람을 지명할 수 있습니다.
  - » 고객의 친구나 친척, 또는 다른 사람이 고객의 대리인이 되기를 원한다면 회원 서비스에 전화해서 "대리인 지정" 서식을 요청하십시오. 이 서식은 Medicare 웹사이트 <http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf>에서나 당사 웹사이트 [https://www.healthnet.com/portal/shopping/content/iwc/shopping/medicare/duals/appeals\\_and\\_grievances.action](https://www.healthnet.com/portal/shopping/content/iwc/shopping/medicare/duals/appeals_and_grievances.action)에서 얻을 수 있습니다. 이 서식을 통해 그 사람은 고객을 대변할 허락을 받게 됩니다. 고객은 서명된 서식의 사본을 당사로 주셔야 합니다.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



- 또한 고객은 고객을 대행할 변호사를 고용할 권리가 있습니다. 고객은 고객의 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. 고객이 변호사의 변호를 받기 원한다면 고객은 대리인 지명 서식을 작성하셔야 합니다.

그러나 고객은 보장 결정을 요청하거나 이의제기를 하기 위해 변호사를 반드시 고용해야 하는 것은 아닙니다.

### 제4.3항: 본 장의 어느 항이 고객에게 도움이 되는가?

보장 결정과 이의제기에 관련된 상황에는 4가지가 있습니다. 각 상황마다 그 규칙과 마감일이 다릅니다. 당사는 본 장을 고객이 준수해야 할 규칙을 찾는 데 도움이 될 수 있도록 항별로 나누었습니다. 고객은 자신의 문제에 해당되는 항만을 읽으시면 됩니다.

- **170페이지 제5항**은 서비스, 품목, 약 문제 관련 정보를 담고 있습니다(파트D 약은 제외). 예를 들어 아래의 경우 이 항 내용을 이용하십시오.
  - 고객은 원하는 의료서비스를 받지 못하고 있고, 고객은 그 의료서비스가 본 플랜에 의해 보장된다고 생각합니다.
  - 당사는 고객의 의사가 고객에게 제공하기 원하는 서비스, 품목, 약품을 승인하지 않았고 고객은 그 진료가 보장되어야 한다고 생각합니다.
    - **주의:** 제5항은 이 파트D에 의해 보장되지 않을 경우에만 사용하십시오. 보장 약품 목록에 올라 있는 약품 중 "NT"라고 되어 있는 것은 파트D를 통해 보장되지 않는 것들입니다. 파트D 약품 관련 이의 제기는 185쪽의 제6항을 보십시오.
  - 고객이 보장되어야 한다고 생각하는 의료 진료나 서비스를 받았는데 당사가 이에 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.
    - **주의:** 중단될 보장이 병원 치료, 가정 건강 케어, 전문 간호시설 케어, 또는 포괄적 외래환자 재활시설(Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 서비스에 대한 것이면, 이 장의 별도 항을 읽으십시오. 그런 종류의 서비스에는 특별 규칙이 적용됩니다. 203쪽과 197쪽의 제7항과 8항을 참조하십시오.
- 186페이지 상 **제6항에서는** 파트D 약품에 대한 정보를 제공합니다. 예를 들어 아래의 경우 이 항 내용을 이용하십시오.

**문의 사항은,** Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



- 고객은 **보장되는 약품 목록(약 목록)**에 올라있지 않은 파트D 약품을 예외처리하여 보장하도록 당사로 요청하기를 원합니다.
- 고객이 구매할 수 있는 약품의 양에 적용되는 제한을 적용하지 않도록 당사로 요청하기를 원합니다.
- 고객은 사전 승인이 요구되는 약품 보장을 당사로 요청하기를 원합니다.
- 당사가 고객의 요청 또는 예외 요청을 승인하지 않았으며, 고객 또는 고객의 의사, 또는 다른 처방전 공급자의 생각에 당사가 승인했어야 한다고 생각합니다.
- 고객은 고객이 이미 구매한 처방약의 비용을 지불하라고 당사로 요청하기를 원합니다. (이것은 지불금에 대한 보장 결정을 요청하는 것입니다.)
- **197 상의 제7항**은 고객이 생각하기에 의사가 고객을 너무 일찍 퇴원시키는 경우, 더 오랜 입원환자 입원을 보장하라고 당사로 요청하는 방법을 설명합니다. 다음의 경우 이 섹션을 사용하십시오.
  - 고객이 병원에 있고 의사가 고객에게 너무 일찍 퇴원하라고 생각이 든 경우가 있습니다.
- **203쪽의 제8항**은 가정 건강 케어, 전문 간호 시설 케어, 포괄 외래 환자 재활 시설(CORF) 서비스가 너무 빨리 끝난다고 생각하는 경우에 대해 설명합니다.

1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 회원 서비스부로 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다.

Cal MediConnect Ombuds Program에 1-855-501-3077번으로 전화하십시오.

## 제5항: 서비스, 품목, 약품(파트D약품은 제외)에 대한 문제

### 제5.1항: 본 항을 사용해야 하는 경우

본 항은 고객이 받는 의료, 행동 건강, 장기 서비스 및 지원(LTSS) 혜택에 대해 문제가 있을 경우 할 수 있는 것을 말해 줍니다. 고객은 파트D로 보장되지 않는 약에 대한 문제가 있을 시 본 섹션을 사용할 수 있습니다. 보장되는 약품 목록에 "NT"라고 표기된 약품은 파트D로 보장되지 않는 약입니다. 파트D 약품 이의제기에 대해서는 제6항을 보십시오.

이 항은 고객이 아래 상황에 처한 경우에 할 수 있는 일들을 설명합니다:

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



**1. 고객은 필요하지만 받고 있지는 않은 의료, 행동 건강, 장기 서비스 및 지원(LTSS)을 플랜이 보장해야 한다고 생각되는 경우가 있습니다.**

고객이 할 수 있는 일은 다음과 같습니다. 고객은 고객에게 보장 결정을 해주기를 당사에게 요청할 수 있습니다. 보장결정 요청 관련 정보를 원하시면 170쪽의 제5.2항 보십시오.

**2. 고객의 의사가 고객에게 제공하기 원하는 진료를 플랜이 승인하지 않았으며, 고객은 이 진료가 승인되었어야 한다고 생각하는 경우가 있습니다.**

고객이 할 수 있는 일은 다음과 같습니다. 고객은 진료를 승인하지 않은 플랜의 결정에 이의제기를 할 수 있습니다. 이의제기 관련 정보를 원하시면 제5.3항 제 173쪽을 보십시오.

**3. 고객은 플랜이 보장한다고 생각하는 서비스나 품목을 받았는데 플랜은 이를 지불하지 않습니다.**

고객이 할 수 있는 일은 다음과 같습니다. a지불하지 않기로 한 플랜의 결정에 이의제기를 할 수 있습니다. 이의제기 관련 정보를 원하시면 제5.3항 제 173쪽을 보십시오.

**4. 고객은 보장된다고 생각한 의료 서비스나 품목을 받고 이를 지불했으며 그 서비스나 품목에 대해 플랜이 고객에게 상환하기를 원합니다.**

고객이 할 수 있는 일은 다음과 같습니다. 고객은 당사로 상환을 요청할 수 있습니다. 보장결정 요청 관련 정보를 원하시면 183 제5.5항을 보십시오.

**5. 특정 서비스에 대한 고객의 보장은 감소 또는 중지되고 있으며, 당사의 결정에 동의하지 않습니다.**

고객이 할 수 있는 일은 다음과 같습니다. 고객은 서비스를 줄이거나 중지한 당사의 결정에 이의제기를 할 수 있습니다. 이의제기 관련 정보를 원하시면 173 쪽의 제5.3항 을 보십시오.

**주의:** 중단되는 보장이 종합병원 진료, 가정 보건 케어, 전문 간호 시설 케어, 포괄적 외래환자 재활 시설(CORF) 서비스라면, 특별 규칙이 적용됩니다. 자세한 내용은 197쪽과 203쪽의 제7항과 제 8항을 참조하십시오.

## 제5.2항: 보장 결정 요청하기

### 의료, 행동 건강, 또는 특정 장기 서비스 및 지원(MSSP, CBAS, NF 서비스)에 대한 보장 결정을 요청하는 방법

보장 결정을 요청하려면 당사로 전화하거나 편지를 쓰거나 팩스를 보내시거나, 고객의 대리인 또는 의사에게 당사로결정 요청을 하라고 하십시오.

- 다음 번호로 당사로 전화하실 수 있습니다. 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시 사이 1-855-464-357(TTY: 711). 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다.

**문의 사항은,** Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.





- 팩스는 다음 번호로 가능합니다. 1-800-281-2999

우편물 발송 주소는  
Health Net Community Solutions, Inc.  
P.O. 10422  
Van Nuys, CA 91410-0422 입니다.

### **보장 결정은 시간이 얼마나 걸리는가?**

대개는 고객의 요청이 있는 후 휴일 포함 14일까지 걸립니다. 휴일 포함 14일 안에 당사가 결정을 알려드리지 않는다면 고객은 이의제기를 하실 수 있습니다.

- ▶ 때로는 당사가 시간이 더 필요할 수가 있습니다. 그러면 당사는 휴일 포함 14일이나 그 이상 소요될 수 있음을 알리는 편지를 고객에게 보내드릴 것입니다. 추가 시간이 필요하면 고객에게 통지하여 이유를 설명해 드립니다.

### **보장 결정을 더 빨리 받을 수 있는가?**

예. 고객의 건강 때문에 빠른 답변이 필요하다면 당사로 "빠른 보장 결정"을 내리도록 요청하십시오. 요청을 당사가 승인하면, 당사는 결정을 72시간 내에 고객께 알려드립니다.

그러나 때로는 당사가 시간이 더 필요할 수가 있습니다. 그러면 당사는 휴일 포함 14일이나 그 이상 소요될 수 있음을 알리는 편지를 고객에게 보내드릴 것입니다. 추가 시간이 필요하면 고객에게 통지하여 이유를 설명해 드립니다.

**"빠른 보장 결정"의 법률 용어는 "신속 의결"입니다.**

### **빠른보장 결정 요청하기:**

- 고객이 신속 보장 결정을 요청한다면, 전화 또는 팩스로 당사의 플랜을 알려주시면서 고객이 원하는 진료를 당사가 보장하기 원한다는 요청을 하십시오.
- 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 이 번호는 무료 통화이며, 팩스번호는 1-800-281-2999입니다. 당사로 연락하는 방법은 제2장을 보십시오.
- 고객의 의사나 대리인이 당사로 전화하도록 하셔도 됩니다.

### **보장 결정을 요청하는 규칙은 다음과 같습니다.**

보장 결정을 받으려면 하기의 두 가지 요구조건이 반드시 충족되어야 합니다.

1. 고객은 고객이 아직 받지 않은 진료나 품목에 대한 보장을 요청하는 경우에만 보장 결정을 받을 수 있습니다. (고객은 고객이 이미 받은 진료나 품목에 대한 지불에 대하여 요청하는 경우에는 빠른 보장 결정을 받을 수 없습니다.)

**문의 사항은,** Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



2. 고객은 표준적인 휴일 포함 14일을 기준일로 사용하면 **고객의 건강이나 기능 능력이 심각하게 손상될 수 있는 경우에만** 신속 보장 결정을 받을 수 있습니다.

- ▶ **고객의 의사가 고객은 신속 보장 결정이 필요하다고 말한다면, 당사는 자동적으로 신속 보장 결정을 드릴 것입니다.**
- ▶ 의사의 지원이 없이 고객이 신속 보장 결정을 요청하면 고객에게 신속 보장 결정을 드릴지를 당사가 결정합니다.
  - 고객의 건강이 신속 보장 결정 요구조건에 부합되지 않는다고 당사가 결정하면, 당사는 고객에게 편지를 보낼 것입니다. 당사는 휴일 포함 14일 마감일을 대신해서 사용할 것입니다.
  - 이 서신은 고객의 의사가 신속 보장 결정을 요청하는 경우에는 당사가 자동으로 신속 보장 결정을 해줄 것이라는 점을 고객에게 알려드릴 것입니다.
  - 또한 이 서신은 고객이 요청한 신속 보장 결정 대신에 표준 보장 결정을 해주기로 하는 당사의 결정에 대하여 고객이 "신속 불만"을 제출할 수 있는 방법도 고객에게 알려드릴 것입니다. 빠른 이의 제기를 비롯한 이의 제기 과정에 대한 자세한 정보를 보려면 210쪽의 제10항을 참조하십시오.

### 보장 결정이 승낙이라면, 그 서비스나 품목은 언제 받게 되는가?

고객은 고객이 요청한 시점부터 (표준 보장 결정의 경우) 휴일 포함 14일 안에, 또는 (신속 보장 결정의 경우) 72시간 안에 요청된 서비스나 품목을 받게 됩니다. 당사가 당사의 보장 결정을 내리는 데 필요한 시간을 연장한 경우, 당사는 그 연장기간이 끝날 때까지는 보장을 제공할 것입니다.

### 보장 결정이 거절인 경우 어떻게 알아볼 수 있는가?

대답이 **거절**이라면, 당사는 **거절**한 이유에 대해 설명하는 편지를 고객에게 보내드릴 것입니다.

- 당사가 결정을 **아니오** 거부하면 고객은 이의제기를 통해 당사로 그 결정의 변경을 요청할 권리가 있습니다. 이의제기를 하는 것은 보장을 거부한 당사 결정을 재고할 것을 요청하는 것입니다.
- 고객이 이의제기를하기로 결정한다면, 그것은 고객이 이의제기 과정의 레벨 1로 간다는 것을 의미합니다 (다음 항을 참조하십시오).

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.





**제5.3항: 서비스, 품목, 약(파트D약품은 제외)에 대한 레벨1 이의제기****이의제기란 무엇인가?**

이의제기란 고객의 생각에 당사가 실수를 했다고 여겨질 때 당사가 내린 결정을 당사가 검토하고 이를 변경해 달라고 하는 공식적인 요청입니다. 고객 또는 고객의 의사, 또는 다른 진료 공급자가 당사의 결정에 동의하지 않으면, 고객은 이의제기를 할 수 있습니다.

대부분의 경우, 고객은 반드시 레벨1에서 이의제기를 시작하셔야 합니다. Medi-Cal 서비스 플랜에 일차 이의제기 하기를 원치 않는다면, 주 공정 청문회 또는, 특수한 경우, 독립 의료 심사를 요청할 수 있습니다. 자세한 내용은 177쪽을 참조하십시오.

이의제기 과정에서 도움이 필요하신 경우, Cal MediConnect Ombuds Program로 다음 번호로 문의 주시기 바랍니다. 1-855-501-3077 Cal MediConnect Ombuds Program 프로그램은 당사 또는 어떤 보험회사나 건강플랜과도 관계가 없습니다.

**레벨1 이의제기란 무엇인가?**

레벨1 이의제기란 당사 플랜에 제기하는 첫번째 이의제기를 말합니다. 당사는 당사가 내린 보장 결정을 검토하고 그것이 올바른 것인지 확인합니다. 검토자는 최초의 보장 결정을 내린 사람이 아닌 다른 사람이 됩니다. 당사가 검토를 완료하면 당사의 결정을 고객에게 서면으로 알려 드립니다.

당사가 검토 후 서비스나 품목이 보장되지 않는다는 내용을 고객에게 알려드린 경우, 고객의 사례는 레벨2 이의제기로 올라갑니다.

**레벨 1 이의제기를 하는 방법?**

- 고객의 이의제기를 시당사로 고객, 고객의 의사, 다른 진료 공급자, 또는 고객의 대리인이 당사로 연락해야 합니다. 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. 이의제기와 관련해 시당사로 연락하는 방법은 제2장을 보십시오.

**요약 설명: 레벨1 이의제기를 하는 방법**

고객, 고객의 의사, 또는 처방의, 또는 고객의 대리인은 고객의 요청을 서면으로 작성해서 당사로 우편이나 팩스로 보내야 합니다.

고객은 당사로 전화로 이의제기를 할 수도 있습니다.

- 고객이 이의를 제기하는 결정의 결정일로부터 **휴일 포함 60일 이내에** 요청하십시오. 고객이 정당한 사유로 인해 마감일을 지키지 못했다면, 여전히 이의제기를 하실 수 있습니다(175쪽 참조).
- 고객이 서비스가 당사로부터 현재 변경되거나 중단되었다라는 이야기를 들었기 때문이라면 **이의 제기할 수 있는 일수가 더 줄어듭니다** 이의제기가 진행 중인 기간에 해당 서비스를 계속 받고 싶은 경우(176쪽 참조).
- ▶ 본 항을 계속 읽어나가셔서 고객의 이의제기에 어떤 기한이 적용되는지 파악하십시오.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



- 고객은 "표준 이의제기" 또는 "빠른 이의제기"를 요청할 수 있습니다.
- 고객이 표준 이의제기 또는 빠른 이의제기를 요청한다면, 고객의 이의제기를 서면으로 하시거나 당사로 전화하십시오.

- 서면 요청은 하기의 주소로 보내실 수 있습니다.

우편물 발송 주소는 Health Net Community Solutions, Inc.  
P.O. 10422  
Van Nuys, CA 91410-0422 입니다.

- 고객의 요청을 다음 온라인 주소에서 제출할 수 있습니다. [https://www.healthnet.com/portal/member/content/iwc/member/unprotected/health\\_plan/content/file\\_ag\\_duals.action](https://www.healthnet.com/portal/member/content/iwc/member/unprotected/health_plan/content/file_ag_duals.action)
- 또한 당사로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이 1-855-464-3571번으로 전화하셔서 이의제기를 하실 수도 있습니다. (TTY:711) 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다.
- 고객의 이의제기 수령했다는 것을 알려드리는 편지를 수령 후 휴일 포함 5일이내로 보내드릴 것입니다.

**"빠른 이의제기"의 법률 용어는 "신속 재고"입니다.**

## 다른 사람이 나를 대신해서 이의제기를 할 수 있는가?

**예.** 고객의 의사, 또는 다른 진료 공급자가 고객을 대신해서 이의제기를 할 수 있습니다. 또한, 고객을 대신해서 고객의 의사나 다른 진료 공급자가 이의제기를 할 수 있습니다. 그러나 우선 고객은 대리인 임명 서식을 작성해야 합니다. 이 서식을 통해 그 다른 사람은 고객을 대행할 수 있는 허락을 받게 됩니다.

대리인 임명 서식을 얻으려면 가입자 서비스에 전화하셔서 요청하거나 다음의 Medicare 웹사이트 <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> 또는 당사 웹사이트 [https://www.healthnet.com/portal/shopping/content/iwc/shopping/medicare/duals/appeals\\_and\\_grievances.action](https://www.healthnet.com/portal/shopping/content/iwc/shopping/medicare/duals/appeals_and_grievances.action) 를 방문하십시오.

- ▶ 고객, 고객의 의사, 다른 진료 공급자가 아닌 다른 사람으로부터 이의제기가 들어오는 경우, 당사가 이의제기를 고려하기 전에 작성된 대리인 임명 서식을 반드시 받아야 합니다.

## 이의제기를 할 시간은 얼마나 있는 것인가?

고객은 당사의 결정을 알려주는 편지상의 날짜로부터 반드시 **휴일 포함 60일** 안에 이의제기를 해야 합니다.

**문의 사항은,** Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



고객이 이 마감일을 놓치고 마감일을 놓친 정당한 사유가 있으면, 당사는 고객에게 이의제기를 위한 시간을 더 줄 당사있습니다. 좋은 사유의 예는 다음과 같습니다. 고객이 심각한 질병이 있었거나, 이의제기 요청 마감일에 대한 잘못된 정보를 당사가 고객에게 주었을 때입니다.

- ▶ **주의:** 고객이 서비스가 당사로부터 현재 변경되거나 중단되었다라는 이야기를 들었기 때문이라면 **이의 제기할 수 있는 일수가 더 줄어듭니다** 이의제기가 진행 중인 기간에 해당 서비스를 계속 받고 싶은 경우. 더 자세한 사항은 177쪽의 "내가 받는 혜택은 레벨1 이의제기 기간 동안 계속되는가"를 읽으십시오.

## 내 사례 파일 사본을 받을 수 있는가?

**예.** 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 회원 서비스부로 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다.

## 내 의사가 내 이의제기에 대한 더 자세한 정보를 제출할 수 있는가?

그렇습니다. 고객과 고객의 의사는 고객의 이의제기를 뒷받침할 추가 정보를 당사로 제공할 수 있습니다.

## 플랜이 이의제기 결정을 어떻게 내리는가?

당사는 의료 진료 보장에 대한 고객의 요청과 연관된 모든 정보를 자세하게 검토합니다. 당사는 당사가 고객의 요청에 **아니오**라고 거부할 때 모든 규칙을 따랐었는가를 점검합니다. 검토자는 최초의 보장 결정을 내린 사람이 아닌 다른 사람이 됩니다.

만일 당사가 더 정보가 필요하면 고객나 고객의 의사에게 요청할 것입니다.

## "표준" 이의제기 결정은 언제 들을 수 있는가?

당사는 고객의 이의제기를 접수한 후 휴일 포함 30일 이내에 고객에게 당사의 답변을 드려야 합니다. 고객의 건강상태 때문에 답변을 더 일찍 받을 필요가 있다면 당사는 당사의 답변을 더 일찍 줄 것입니다.

- 그러나 고객이 더 많은 시간을 요청하는 경우, 또는 당사가 추가 정보를 모을 시간이 더 필요한 경우, 당사는 추가로 휴일 포함 14일을 더 소요할 수 있습니다. 당사는 결정을 내리는 데 추가 시일을 소요하기로 결정하면 고객에게 서면으로 알려드릴 것입니다.
- 고객은 당사가 추가 시일을 소요해서는 안 된다고 생각하시면, 추가 시일을 소요하기로 한 당사의 결정에 대하여 "빠른 이의 제기" 제출할 수 있습니다. 고객이 빠른 이의 제기를 접수하면 당사는 고객의 불만에 24시간 이내에 답변할 것입니다. 빠른 이의 제기를 비롯한 이의 제기 과정에 대한 자세한 정보를 보려면 210쪽의 제10항을 참조하십시오.
- 고객이 휴일 포함 30일 이내에, 또는 추가 시일 (추가 시일을 소요한 경우) 종료일까지 답변을 드리지 않았으면, 또 고객의 문제가 Medicare 서비스 또는 품목에 관한 것이라면 당사는 고객의 케이스를 자동적으로 레벨2 이의제기 절차로 보낼 것입니다. 그럴 경우 고객은 통지를 받게 됩니다. 고객의 문제가 Medi-Cal 서비스나 품목에 관한 것이라면, 고객은 자신이 직접 레벨 2 이의제기를 접수해야 합니다. 레벨2 이의제기 관련 자세한 내용은 177쪽 본 장의 5.4항으로 가십시오.

**문의 사항은,** Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



- ▶ 고객이 요청한 사항의 부분 또는 전체에 대한 당사의 **대답이 '예'라면 당사는 반드시** 고객의 이의제기를 접수한 뒤 휴일 포함 30일 안에 보장을 승인하거나 제공해야 합니다.
- ▶ 고객이 요청한 사항의 부분 또는 전체에 대한 당사의 **대답이 '아니오'라면 당사는** 고객에게 편지를 보낼 것입니다. 고객의 문제가 Medicare 서비스나 품목에 대한 것이라면, 이 편지는 레벨 2 이의제기를 위하여 당사가 고객의 사례를 독립 심사 기관으로 보냈다는 내용을 담고 있을 것입니다. 고객의 문제가 Medi-Cal 서비스나 품목에 대한 것이라면, 이 편지는 레벨 2 이의제기를 고객이 직접 접수해야 한다는 내용을 담고 있을 것입니다. 레벨 2 이의제기 관련 자세한 내용은 178쪽 5.4항으로 가십시오.

## 이의제기 결정은 언제 들을 수 있는가?

고객이 신속 이의제기를 요청하면 당사는 고객의 이의제기를 받고 나서 72시간 안에 답변을 드려야 합니다. 고객의 건강 때문에 답변을 더 일찍 받을 필요가 있다면 당사는 당사의 답변을 더 일찍 줄 것입니다.

- 그러나 고객이 더 많은 시간을 요청하는 경우, 또는 당사가 추가 정보를 모을 시간이 더 필요한 경우, 당사는 추가로 휴일 포함 14일을 더 소요할 수 있습니다. 당사는 결정을 내리는 데 추가 시일을 소요하기로 결정하면 고객에게 서면으로 알려드릴 것입니다.
  - 고객은 당사가 추가 시일을 소요해서는 안 된다고 생각하시면, 추가 시일을 소요하기로 한 당사의 결정에 대하여 "빠른 이의 제기"를 제출할 수 있습니다. 고객이 빠른 이의 제기를 접수하면 당사는 고객의 불만에 24시간 이내에 답변할 것입니다. 빠른 이의 제기를 비롯한 이의 제기 과정에 대한 자세한 정보를 보려면 210쪽의 제10항을 참조하십시오.
  - 당사가 고객의 이의 제기에 72 시간 이내에, 또는 추가 시일 (추가 시일을 소요한 경우) 종료일까지 답변을 드리지 않았으면, 또 고객의 문제가 Medicare 서비스 또는 품목에 관한 것이라면 당사는 고객의 케이스를 자동적으로 레벨 2 이의제기 절차로 보낼 것입니다. 그럴 경우 고객은 통지를 받게 됩니다. 고객의 문제가 Medi-Cal 서비스나 품목에 관한 것이라면, 고객은 자신이 직접 레벨 2 이의제기를 접수해야 합니다. 레벨 2 이의제기 관련 자세한 내용은 178쪽 5.4항으로 가십시오.
- ▶ 고객이 요청한 사항의 부분 또는 전체에 대한 당사의 **대답이 '예'라면 당사는 반드시** 고객의 이의제기를 접수한 뒤 휴일 포함 72시간 안에 보장을 승인하거나 제공해야 합니다.
  - ▶ 고객이 요청한 사항의 부분 또는 전체에 대한 당사의 **대답이 '아니오'라면 당사는** 고객에게 편지를 보낼 것입니다. 고객의 문제가 Medicare 서비스나 품목에 대한 것이라면, 이 편지는 레벨 2 이의제기를 위하여 당사가 고객의 사례를 독립 심사 기관으로 보냈다는 내용을 담고 있을 것입니다. 고객의 문제가 Medi-Cal 서비스나 품목에 대한 것이라면, 이 편지는 레벨 2 이의제기를 고객이 직접 접수해야 한다는 내용을 담고 있을 것입니다. 레벨 2 이의제기 관련 자세한 내용은 178쪽 5.4항으로 가십시오.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## 내가 받는 혜택은 레벨1 이의제기 기간 동안 계속되는가? 빠른

이전에 승인되었던 서비스 또는 품목에 대한 보장을 변경하거나 중단하기로 결정한 경우, 실행되기 전 통보를 발송할 것 입니다. 해당 조치에 동의하지 않는다면, 고객은 레벨 1 이의 신청을 제기할 수 있고 해당 서비스 또는 품목에 대한 혜택을 계속해줄 것을 요청할 수 있습니다. **다음 기한 전후로 요청을 하셔야** 혜택을 지속적으로 받으실 수 있습니다.

- 조치에 대한 통보 우편 발송일로부터 10일 이내 또는
- 조치 효력 발생

기한을 지키신다면, 이의 신청이 진행되는 동안 문제되는 서비스 또는 품목의 혜택을 계속 받으실 수 있습니다. 고객의 혜택이 계속되고 이의 신청의 결과가 당사의 행동에 지지를 보낸다면, 이의 신청이 진행되는 동안 고객에게 제공된 서비스 및 품목의 비용을 회수할 수도 있습니다.

### 제5.4항: 서비스, 품목, 약(파트D약은 제외)에 대한 레벨2 이의제기

#### 플랜이 레벨1에서 '아니오'라고 한 경우, 그 다음은 어떻게 되는가?

- 고객의 레벨1 이의제기의 일부 또는 전부를 당사가 **거절한** 경우, 당사는 고객에게 편지를 보내 드릴 것입니다. 이 편지에는 그 서비스나 품목이 대개 Medicare 또는 Medi-Cal에 의해 보장되는지에 대한 내용이 들어 있습니다.
- 고객의 문제가 **Medicare** 서비스나 품목에 대한 것이라면, 당사는 레벨1 이의제기가 완료되자마자 고객의 사례를 자동적으로 이의제기 레벨2로 보낼 것입니다.
- 고객의 문제가 **Medi-Cal** 서비스나 품목에 관한 것이라면, 고객은 자신이 직접 레벨2 이의제기를 접수해야 합니다. 이 편지에는 어떻게 이를 접수하는지가 설명되어 있습니다. 관련 정보는 아래에도 나와 있습니다.

#### 레벨2 이의제기란 무엇인가?

레벨2 이의제기는 이차 이의제기이며 플랜과 연결되지 않은 독립적인 기관이 수행합니다.

#### 내 문제는 Medi-Cal 서비스 또는 품목에 관한 것입니다. 레벨2 이의제기를 하는 방법은?

Medi-Cal 서비스나 품목에 대해 레벨2 이의제기를 하는 방법은 두 가지입니다. 1) 독립 의료 심사(IMR) 2) 주 공정 청문회.

##### 1) 독립의료심사

캘리포니아 주 관리보건부(DMHC)의 도움 센터에 독립 의료 심사(IMR)를 요청할 수 있습니다. 의료적 성격의 Medi-Cal 보장 서비스 또는 용품에 대해 IMR을 이용할 수 있습니다. IMR란 당사 플랜에 속하지 않은 의사들이 고객의 사례를 검토하는 것입니다. IMR가 고객에게 유리하게 결정을 내린다면, 당사는 고객이 요청한 서비스나 용품을 반드시 제공해야 합니다. IMR은 무료입니다.

고객이 Health Net Cal MediConnect에 대해 IMR를 신청할 수 있는 경우는 다음과 같습니다.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



- Health Net Cal MediConnect에서 의료적으로 필요하지 않다고 결정했기 때문에 Medi-Cal 서비스나 치료(IHSS는 제외)를 거절, 변경, 지연하는 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 레벨1 이의제기를 표준 이의제기는 휴일 포함 30일, 신속 이의제기는 72시간 안에 결정짓지 않은 경우

주 공정 청문회를 이미 요청한 경우 IMR을 요청할 수 있지만 동일한 문제에 대해 이미 주 공정 청문회를 받았을 경우 요청할 수 없습니다.

대부분의 경우, IMR를 요청하기 전에 반드시 당사 앞으로 이의제기를 접수해야 합니다. Health Net Cal MediConnect의 레벨1 이의제기 절차에 대한 내용은 173쪽을 참조하십시오. 고객이 당사의 결정에 동의하지 않는다면, DMHC 지원 센터에 IMR를 요청할 수 있습니다.

- ▶ 고객의 치료가 실험적이었거나 조사적 성격이므로 거절되었다면, 고객은 IMR에 신청하기 전에 Health Net Cal MediConnect의 이의제기 절차를 시작해야 할 필요가 없습니다.
- ▶ 고객의 문제가 긴급하고 고객의 건강에 즉각적이고 중대한 위협을 줄 수 있는 것이라면, 고객은 이를 DMHC에 즉시 알려야 합니다. DMHC에서는 특별하고 확실한 사례인 경우 Health Net Cal MediConnect의 이의제기 절차를 우선 봐야 하는 요구조건을 철회할 수도 있습니다.

고객은 이의신청에 대한 당사의 서면 결정서가 발송된 후 **6개월 이내에 IMR를 신청**해야 합니다. DMHC에서는 고객이 상황 때문에 시간 안에 신청서를 제출하지 못했다고 결정하는 경우 고객의 신청을 6개월 후까지 받아줄 수 있습니다.

---

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.





## IMR 신청 준비 사항:

- <http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForm.aspx>을 방문하여 온라인 독립적 의료 검토 (IMR)/항소 신청서를 내려받아 작성합니다. 또는 도움이 필요하시면 DMHC 지원센터에 1-888-466-2219번으로 연락하십시오. TDD 사용자는 1-877-688-9891으로 전화하십시오.
- 당사가 거절한 서비스나 품목에 대한 편지 사본이나 기타 서류를 고객이 갖고 있는 경우 이를 첨부하십시오. 그래야만 IMR 절차를 신속하게 처리할 수 있습니다. 서류의 원본이 아닌 사본을 보내십시오. Help Center에서는 어떤 서류도 반환해 줄 수 없습니다.
- 다른 사람이 고객의 IMR을 도와주는 경우에는 인증 지원 양식을 작성하십시오. 서식을 받을 수 있는 곳은 [http://www.dmhc.ca.gov/Portals/0/FileAComplaint/IMRForms/20160AAF\\_English.pdf](http://www.dmhc.ca.gov/Portals/0/FileAComplaint/IMRForms/20160AAF_English.pdf). 또는 도움이 필요하시면 DMHC 지원센터에 1-888-466-2219번으로 연락하십시오. TDD 사용자는 1-877-688-9891으로 전화하십시오.
- 작성한 서식이나 기타 첨부 서류를 아래로 보내십시오.

고객 센터

캘리포니아 주(州) 관리보건부 (California Department of Managed Health Care)

980 9번가, 스위트 500

세크라멘토, 캘리포니아 95814-2725

팩스: 916-255-5241

긴급하지 않은 Medi-Cal 서비스 관련 사례의 경우(IHSS은 제외), 고객은 IMR 결정을 받을 것입니다. 고객의 신청서 및 근거 서류 수령으로부터 30일 이내에 DMHC로부터 고객의 건강에 즉각적이고 중대한 위험이 되는 긴급한 사례인 경우, 고객은 3일에서 7일 이내에 IMR 결정을 받게 될 것입니다.

고객이 IMR 결정에 만족하지 않는 경우, 고객은 여전히 주 공정 청문회를 요청할 수 있습니다.

고객의 사례가 IMR의 대상이 아니라고 DMHC 결정할 경우, DMHC는 일반 소비자 불만 과정을 통해 고객 사례를 심사할 것입니다.

## 2) 주(州) 공청회

Medi-Cal이 보장하는 서비스와 품목에 대한 주(州) 공청회를 요청하실 수 있습니다. 고객의 의사나 기타 진료 제공자가 당사가 승인하지 않을 서비스나 품목을 요청하는 경우, 또는 고객이 이미 받고 있는 서비스나 품목을 당사가 계속해서 지불하지 않고, 고객의 레벨 1 이의제기를 거절한 경우, 고객은 주 공정 청문회를 요청할 권리가 있습니다.

대부분의 경우 고객은 "고객의 청문회 요청 권리" 통지서를 우편으로 받은 뒤 **120일 안에 주 공정 청문회를 요청해야 합니다.**

- ➔ **주의:** 고객이 서비스가 당사로부터 현재 변경되거나 중단되었다라는 이야기를 들었기 때문이라면 **이의 제기할 수 있는 일수가 더 줄어듭니다** 이의제기가 진행 중인 기간에 해당 서비스를 계속 받고 싶은 경우, 더 자세한 사항은 181쪽의 "**내가 받는 혜택은 레벨2 이의제기 기간 동안 계속되는가**"를 읽으십시오.

**문의 사항은,** Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



주 공정 청문회를 요청하는 방법에는 두 가지가 있습니다.

1. 고객은 조처 통지서 뒷면에 있는 "주 공정 청문회 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 수신.
  - 캘리포니아 사회복지 부서 (California Department of Social Services):
 

주 청문회 부서  
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37  
캘리포니아 94244-2430
  - 주 청문회 부서 수신 팩스 번호 916-651-5210 또는 916-651-2789.
2. 캘리포니아 사회복지국에 1-800-952-5253번으로 전화하십시오. TDD 사용자는 1-800-952-8349번으로 전화하십시오. 만약 전화로 신청하기 전에 통화 대기 시간이 오래 걸릴 수 있음을 알고 계십시오.

## 내 문제는 Medicare 서비스 또는 품목에 관한 것입니다. 레벨2 이의제기는 어떻게 진행되는가?

독립 심사 기관에서 레벨1 결정을 상세하게 검토하고 변경이 필요한지를 결정합니다.

- 고객은 레벨2 이의제기 신청을 할 필요가 없습니다. 당사가 모든 거절 (전부 또는 일부를) 사례를 자동적으로 독립 심사 기관으로 보냅니다. 그럴 경우 고객은 통지를 받게 됩니다.
- 이 독립 심사 기관은 Medicare가 채용한 기관으로 본 플랜과는 관련이

1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 회원 서비스부로 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다.

- ▶ 독립 심사기관은 고객의 이의를 접수한 지 달력일 기준으로 30일 이내에 고객에게 고객의 레벨 2 이의제기에 대한 답변을 드려야 합니다. 이 규칙은 의료 서비스나 품목을 받기 전에 고객의 이의제기를 보냈어도 적용됩니다.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.





- » 그러나 독립 심사기관이 고객에게 유리할 수도 있는 추가 정보를 모을 필요가 있는 경우, 독립 심사기관은 추가로 휴일 포함 14일 더 소요할 수 있습니다. IRE가 결정을 내리는 데 추가 시일이 필요하면 고객에게 서면으로 알려드릴 것입니다.
- ▶ 고객이 레벨 1에서 "신속 이의제기"를 했다면 고객의 이의는 레벨 2에서도 자동으로 신속 이의제기가 될 것입니다. 독립 심사기관은 고객의 이의를 접수한 지 72시간 이내에 고객에게 답변을 드려야 합니다.
  - » 그러나 독립 심사기관이 고객에게 유리할 수도 있는 추가 정보를 모을 필요가 있는 경우, 독립 심사기관은 추가로 휴일 포함 14일 더 소요할 수 있습니다. IRE가 결정을 내리는 데 추가 시일이 필요하면 고객에게 서면으로 알려드릴 것입니다.

## 내가 받는 혜택은 레벨2 이의제기 기간 동안 계속되는가?

고객의 문제가 Medicare 보장 서비스나 품목에 대한 것이라면, 독립 심사 기관에서 진행되는 레벨2 이의제기 동안 고객의 서비스나 품목 혜택은 계속되지 **않을** 것입니다.

고객의 문제가 Medi-Cal 보장 서비스나 품목에 대한 것이고 주 공정 청문회를 요청한다면, 청문회 결정이 나기까지 그 서비스나 품목 관련 Medi-Cal 혜택은 계속될 것입니다. **다음 기한 전후로** 요청을 하셔야 혜택을 지속적으로 받으실 수 있습니다.

- 부정적인 혜택 결정(레벨1 이의제기)이 유지된다는 조치에 대한 통보 우편 발송일로부터 10일 이내 또는
- 조치 효력 발생

기한을 지키신다면, 이의 신청이 진행되는 동안 문제되는 서비스 또는 품목의 혜택을 계속 받으실 수 있습니다. 고객의 혜택이 계속되고 이의 신청의 결과가 당사의 행동에 지지를 보낸다면, 이의 신청이 진행되는 동안 고객에게 제공된 서비스 및 품목의 비용을 회수할 수도 있습니다.

## 결정에 대해서 어떻게 알 수 있는가?

고객의 레벨 2 이의제기가 독립 의료 심사이었다면 관리보건부는 고객의 사례를 심사한 의사가 내린 결정을 설명하는 편지를 보내드릴 것입니다.

- ▶ 독립 의료 심사 결정이 고객이 요청한 항목 전부 또는 일부에 대해 **승락**이면 당사는 반드시 그 서비스나 치료를 제공해야 합니다.
- ▶ 독립 의료 심사 결정이 고객이 요청한 항목 전부 또는 일부에 대해 **거절**이라면, 이는 그들이 레벨1 결정에 동의한다는 뜻입니다. 고객은 여전히 주 공정 청문회를 할 수 있습니다. 주 공정 청문회 요청에 대한 자세한 내용은 179쪽을 보십시오.

고객의 레벨2 이의제기가 주 공정 청문회라면, 캘리포니아 사회복지국에서 결정 사항을 설명한 편지를 고객에게 보낼 것입니다.

---

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



- ▶ 주 공정 청문회 결정이 고객이 요청한 항목 전부 또는 일부에 대해 '예'라면 당사는 반드시 이 결정을 준수해야 합니다. 당사는 그 결정 사본 수령일로부터 휴일 포함 30일 안에 반드시 기술된 조치를 완료해야 합니다.
- ▶ 주 공정 청문회 결정이 고객이 요청한 항목 전부 또는 일부에 대해 '아니오'라면, 이는 그들이 레벨1 결정에 동의한다는 뜻입니다. 당사는 고객이 받고 있는 계류중인 지원 지불을 중단할 수 있습니다.

고객의 레벨2 이의제기가 Medicare 독립 검토 기관으로 갔다면 그곳에서 고객에게 결정을 설명하는 편지를 보낼 것입니다.

- ▶ 독립 심사 기관에서 고객이 요청한 항목 전부 또는 일부를 **승인하면** 당사는 72시간 안에 반드시 그 의료 진료 보장을 승인하거나, IRE 결정을 당사가 받은 날로부터 휴일 포함 14일 안에 고객에게 그 서비스나 품목을 제공해야 합니다. 빠른 이의제기를 하셨다면, 당사는 IRE 결정을 당사가 받은 날로부터 72시간 안에 반드시 그 의료 진료 보장을 승인하거나 고객에게 그 서비스나 품목을 제공해야 합니다.
- ▶ 독립 심사 기관이 고객이 요청한 항목 전부 또는 일부를 거절하면, 이는 그들이 레벨1 결정에 동의한다는 뜻입니다. 이것을 "결정 확정"이라고 부릅니다.  
"고객의 이의제기를 기각한다"고도 합니다.

## 내가 요청한 것의 전부 또는 일부에 대해 거절하는 결정이라면, 또다른 이의제기를 할 수 있는가?

고객의 레벨2 이의제기가 독립 의료 심사였으면, 고객은 주 공정 청문회를 요청할 수 있습니다. 주 공정 청문회 요청에 대한 자세한 내용은 179쪽을 보십시오.

고객의 레벨2 주 공정 청문회였으면, 결정을 받은 뒤 30일 안에 재청문회를 요청할 수 있습니다. 고객은 결정을 받은 뒤 1년 안에 고등법원에 신청을 접수함으로써 주 공정 청문회 거절에 대한 사법(judicial review)을 요청할 수 있습니다(민사 소송법 코드 제 1094.5항). 고객이 같은 쟁점으로 주 공정 청문회를 이미 요청했다면 IMR를 요청할 수 없습니다.

고객의 레벨2 이의제기가 Medicare 독립 검토 기관으로 갔으면, 고객은 고객이 원하는 서비스나 품목의 달러 가치가 일정 최소 금액에 부합될 때에만 또한번 이의제기를 할 수 있습니다. 고객이 IRE에서 받는 편지에 고객에게 있을 수 있는 추가 이의제기 권리가 설명되어 있습니다.

추가 레벨 이의제기에 대한 자세한 내용은 209쪽의 섹션9를 참조하십시오.

## 제5.5항: 지불 문제

당사는 당사 플랜 공급자들이 보장되는 서비스에 대해 고객께 지불 요청하는 것을 허락하지 않습니다. 공급자가 서비스에 대해 청구하는 금액보다 낮은 금액을 당사가 지불하더라도 그렇습니다. 고객은 청구서의 금액을 납부하지 않으셔도 됩니다. 납부하셔야 할 유일한 금액은 티어 1과 티어 2의 약품에 대한 본인 부담금입니다.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



보장 서비스와 품목의 본인 부담금 이상의 청구서를 받으셨다면, 청구서를 당사로 보내주십시오. **청구 요금을 본인이 직접 지불하면 안 됩니다.** 당사가 진료 공급자에게 직접 연락하고 그 문제를 해결할 것입니다.

자세한 내용은 제7장을 참조하십시오. *보장되는 서비스 또는 약에 대해 고객이 청구서를 받은 경우 당사로 당사 측 부담액의 지불을 요구하기.* 제7장은 고객이 진료 공급자로부터 받은 지불청구서에 대하여 당사로 실비정산 혹은 상환을 요청할 필요가 있는 상황을 설명합니다. 또한 당사 측 지불을 요청하는 문서를 당사로 보내는 방법도 설명합니다.

### 내가 지불한 의료 서비스나 품목에 대해 플랜의 부담금을 환급하도록 플랜에 요청하려면?

보장 서비스와 품목의 본인 부담금 이상의 청구서를 받으셨다면, 청구서를 당사로 보내주십시오. 만약 청구서를 납부하셨다면, 서비스와 품목 제공에 대한 규칙에 따라 환불받으실 수 있습니다.

이것의 상황을 요청한다면 고객은 보장 결정을 요청하는 것입니다. 당사는 고객이 지불한 서비스나 품목이 보장 서비스나 품목인지를 확인할 것이고, 고객이 보험보장을 이용하는 데 대한 모든 규칙을 따랐는지를 확인할 것입니다.

- 고객이 지불한 서비스 및 품목이 보장 범위에 속하고, 규칙에 부합한다면, 고객의 요청 수령 후 휴일 포함 60일 이내에 서비스 및 품목에 대한 당사의 비용 부담 부분을 보내드릴 것 입니다.  
또는, 고객이 그 서비스나 품목의 비용을 아직 지불하지 않았다면, 당사는 그 지불금을 진료 공급자에게 곧장 보낼 것입니다. 당사가 지불금을 보내는 것은 보장 결정에 대한 고객의 요청을 승인하는 것과 같은 것 입니다.
- 만일 그 진료가 보장되지 않는 것이거나, 고객이 모든 규칙을 준수하지 않았다면, 당사는 그 서비스나 품목을 당사가 지불하지 않는다는 내용과 그 이유를 편지로 고객에게 보낼 것입니다.

### 고객의 서비스를 당사가 지불하지 않는다고 하면, 당사의 결정에 이의제기할 권리가 있습니다.

당사의 결정에 고객이 동의하지 않는 경우, **고객은 이의제기를 할 수 있습니다.** 이의제기 절차에 대해서는 173 5.3항을 참조하십시오. 고객은 이 지침을 따를 때, 다음을 주의하십시오.

- 고객이 실비정산에 대한 이의를 제기하면, 당사는 고객의 이의를 접수 후 휴일 60일 이내에 고객에게 당사의 답변을 드려야 합니다.
  - 고객이 이미 받았고 비용을 직접 지불한 의료서비스에 대하여 고객에게 상환하라고 고객이 당사로 요청하는 경우, 고객은 신속 이의제기를 요청하는 것이 허용되지 않습니다.
- ▶ 플랜이 고객의 이의제기를 **기각**하고 그 서비스나 품목이 대개 Medicare에서 보장하는 것이라면, 당사는 고객의 사례를 자동적으로 독립 검토 기관으로 보낼 것입니다. 그럴 경우 당사는 이를 고객에게 편지로 통고객 것입니다.
- IRE에서 당사의 결정을 번복하고 당사가 고객에게 지불해야 한다고 한다면, 당사는 반드시 휴일 포함 30일 안에 고객 또는 고객의 진료 공급자에게 지불금을 보내야 합니다. 레벨 2 다음의 이의제기 과정 중 어느 단계에서든 고객의 이의제기에 **승낙** 답변이 나오면, 당사는 고객이 요청한 지불금을 휴일 60일 이내에 고객에게 또는 진료 제공자에게 보내야 합니다.

**문의 사항은,** Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



- IRE에서 고객의 이의제기를 **거부**한다면 그것은 그 심사기관은 고객의 요청을 승인하지 않기로 한 당사의 결정에 동의한다는 것을 의미합니다. (이것을 "결정 확정" 이라고 부릅니다. "고객의 이의제기를 기각한다"고도 합니다.) 고객이 받는 편지에 고객에게 있을 수 있는 추가 이의제기 권리가 설명되어 있습니다. 고객은 고객이 원하는 서비스나 품목의 달러 가치가 특정 최소 금액에 부합될 때에만 또다시 이의제기를 할 수 있습니다. 추가 레벨 이의제기에 대한 자세한 내용은 208쪽의 섹션9를 참조하십시오.
- ▶ 고객의 이의제기를 당사가 **거부**했고 그 서비스나 품목이 대개 Medi-Cal이 보장하는 것이라면, 고객은 레벨2 이의제기를 직접 제기할 수 있습니다 (178의 5.4항을 참조하십시오)

---

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## 제6항: Part D drugs

### 제6.1항: 고객이 파트D 약품을 구하는 데 문제가 있는 경우 또는 파트D 약에 대해 고객에게 상환하라고 당사로 요청하고 싶은 경우 해야 할 일

플랜 회원로서 고객의 혜택은 많은 처방약에 대한 보장을 포함합니다. 이 약 대부분은 "파트D 약"입니다. Medicare 파트D는 보장하지 않지만 Medi-Cal이 보장할 수도 있는 약품이 몇 있습니다. **본항은 파트D 약 이의제기에만 적용됩니다.**

- **보장되는 약품 목록(약 목록)**에는 "NT"라고 되어있는 일부 약품이 있습니다. 이러한 약들은 파트D 약품이 **아닙니다**. "NT" 기호가 붙은 약에 대한 이의제기나 보장 결정은 169 쪽의 **제5항**에 나와 있는 절차를 따라야 합니다.

### 파트D 처방약에 대한 보장 결정 요청 또는 이의제기를 할 수 있는가?

**예.** 다음은 고객이 당사에게 고객의 파트D 약품에 대하여 요청할 수 있는 보장 결정의 예입니다.

- 고객은 당사로 다음을 비롯해 예외처리를 요청합니다:
  - » 플랜의 **보장되는 약품 목록(약 목록)**에 있지 않은 파트D약품을 보장하기를 당사로 요청
  - » 플랜의 약품 보장에 대한 제한(예: 고객이 구할 수 있는 약품의 양의 한계)를 포기하기를 당사로 요청
- 어떤 약품이 보장되는지를 고객이 당사로 문의합니다(예를 들면, 고객의 약품이 플랜의 약품 목록에 있지만 이를 보장해드리기 전에 고객이 당사로 승인을 받도록 당사가 요구하는 경우).
  - » **주의:** 고객의 약국이 고객에게 고객의 처방은 조제될 수 없다고 말하는 경우, 고객은 당사로 연락해 보장 결정을 요청하는 방법이 설명된 통지서를 받을 것입니다.
- 고객은 고객이 이미 구매한 처방약의 비용을 지불하라고 당사로 요청합니다. 이것은 지불금에 대한 보장 결정을 요청하는 것입니다.

고객의 파트D 약품에 대한 보장 결정의 **법률 용어**는 "**보장 의결**"입니다.

**문의 사항은,** Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



당사가 결정한 보장 결정에 고객이 동의하지 않는 경우, 고객은 당사의 결정에 이의제기를 할 수 있습니다. 이 항은 보장범위 결정을 요청하는 방법과 이의제기를 요청하는 방법을 설명합니다.

아래 차트는 고객의 상황에 맞는 정보가 어느 부분에 들어 있는지 파악하는 데 도움이 될 것입니다.

고객은 이중 어떤 상황에 있습니까?			
<p>고객은 당사의 약품 목록에 없는 약품이 필요합니까? 또는 당사가 보장하는 약에 대한 규칙이나 제한을 당사가 포기하는 것이 필요합니까?</p> <p><b>고객은 당사로 예외처리를 요청할 수 있습니다.</b> (이것은 일종의 보장 결정입니다.)</p> <p>186쪽의 <b>6.2항</b>에서 출발하십시오. 188쪽과 189의 6.3, 6.4항도 참조하십시오.</p>	<p>고객은 당사가 당사의 약품 목록에 있는 약품을 보장하기를 원합니까? 또한 고객은 고객에게 필요한 약에 대한 플랜 규칙이나 제한 (예: 사전승인을 받기)을 고객이 충족한다고 생각합니까?</p> <p><b>고객은 당사로 보장 결정을 요청할 수 있습니다.</b></p> <p>189쪽 <b>제 6.4항</b>으로 건너뛰십시오.</p>	<p>고객은 당사로부터 이미 받았고 지불된 약품에 대하여 당사로 상환 요청하시고 싶습니까?</p> <p><b>고객은 당사로 상환을 요청할 수 있습니다.</b> (이것은 일종의 보장 결정입니다.)</p> <p>189쪽 <b>제 6.4항</b>으로 건너뛰십시오.</p>	<p>당사는 의료서비스를 고객이 원하는 방식으로 보장하지 않을 것이라고 또는 지불하지 않을 것이라고 당사가 고객에게 이미 통지했습니까?</p> <p><b>고객은 이의제기를 할 수 있습니다.</b> (이것은 고객이 당사에게 재고를 요청한다는 것을 의미합니다.)</p> <p>193쪽의 <b>제 6.5항</b>으로 건너뛰십시오.</p>

### 제6.2항: 예외처리란 무엇인가?

**예외처리**란 당사 **보장되는 약품 목록**에는 대개 올라있지 않은 약품을 보장받기 위한, 또는 약품을 특정 규칙이나 제한 없이 이용하기 위한 허락을 말합니다. 약품이 당사의 **보장되는 약품 목록**에 없거나, 고객이 원하는 방식으로 보장되지 않는다면, 고객은 당사로 "예외처리" 요청을 할 수 있습니다.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



고객이 예외처리를 요청할 때, 고객의 의사 또는 다른 진료 공급자는 예외처리가 왜 고객에게 필요한지 의학적 사유를 설명해야 합니다.

아래는 고객, 고객의 의사 또는 다른 진료 공급자가 당사로 요청할 수 있는 예외처리의 예입니다.

1. 당사의 보장되는 약품의 목록(약품 목록에 없는 파트D 약품을 고객에게 보장.
  - 당사가 예외 처리를 하고 약품 목록에 없는 약품을 보장하기로 동의하면, 고객은 단계2 유명상표 약 또는 단계1 복제약에 적용되는 비용분담액을 지불해야 합니다. 고객은 당사의 요구에 의해 고객이 약에 지불해야 하는 공동 부담금이나 공동 보험금에는 예외처리를 요청할 수 없습니다.
2. 당사의 보험보장에 가해진 제한사항을 없애기 당사 약품 목록상의 특정 약에는 추가 규칙 또는 제한사항이 적용됩니다(자세한 내용은 제5장을 참조하십시오.)
  - 특정 약품의 보장에 대한 추가 규칙 및 제한은 다음을 포함합니다.
    - » 유명상표 약 대신에 제네릭 버전을 사용할 것이 요구됨.
    - » 당사가 고객에게 약품을 보장하기로 동의하기 전에 플랜의 승인을 받아야 함. (이것을 때로 "사전 승인"이라고 합니다.)
    - » 고객이 요청하는 약품을 보장하기로 당사가 동의하기 전에 다른 약품을 먼저 시도하도록 요구됨. (이것을 때로 "단계요법"(step therapy)이라고 합니다.)
    - » 수량 한계. 일부 약품의 경우, 당사는 고객이 받을 수 있는 약품의 수량을 제한합니다.
    - » 당사가 예외로 처리해 고객에 대한 제한을 포기하기로 동의하면, 고객은 당사의 요구에 의해 약에 지불해야 하는 공동 부담금에 예외처리를 요청할 수 있습니다.

**약품의 보장에 대한 제한을 제거하라고 요청하는 것에 대한 법적 용어는 "처방서 예외" 요청이라고 합니다.**

### 제6.3항: 예외처리 요청에 대하여 알아야 할 중요한 점

#### 고객의 의사나 다른 처방전 공급자가 당사로 의학적 사유를 알려주어야 합니다

고객의 의사 또는 다른 진료 공급자는 예외를 요청하는 의학적 사유를 설명하는 진술서를 당사로 제공해야 합니다. 고객이 고객의 의사나 기타 처방전 공급자로부터 이 정보를 받아서 예외처리 요청시 이를 포함시키면 당사의 예외처리 결정이 신속히 이루어집니다.

대체로 당사의 약품 목록에는 특정 상태를 치료하기 위한 약품이 하나 이상 포함되어 있습니다. 이 다른 옵션들을 "대체" 약품이라고 합니다. 대체 약품이 고객이 요청하는 약품만큼 효과적이고 부작용이나 건강 문제를 더 적게 유발할 것으로 보이면, 당사는 일반적으로 **고객의** 예외처리 요청을 승인하지 **않을** 것입니다.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.





**당사는 고객의 요청을 승낙하거나 거절할 것입니다.**

- 고객의 예외처리 요청을 당사가 **승낙**하면 대개는 당해 역년 말까지 예외처리가 지속될 것입니다. 고객의 의사가 고객에게 그 약품을 계속 처방하고 그 약품이 고객의 상태를 치료하는데 계속 안전하고 효과적인 한 그렇게 적용됩니다.
- 당사가 고객의 예외처리 요청을 **거절**하면 고객은 이의제기를 함으로써 당사 결정에 대한 심사를 요청할 수 있습니다. 당사가 **거절**하는 경우에 이의제기를 하는 방법은 193.6.5항에 나와 있습니다.

그 다음 항에는 예외처리를 비롯해 보장 결정을 요청하는 방법이 설명되어 있습니다.

**제6.4항: 예외처리를 포함해서 파트D 약품 보장 결정 또는 파트D에 대한 지불금 환급을 요청하는 방법**
**해야 할 일**

- 고객이 원하는 종류의 보장 결정을 요청하십시오. 요청을 하려면 전화, 서신, 또는 팩스를 보내십시오. 이것은 고객, 고객의 대리인, 또는 고객의 의사 (또는 다른 처방전 공급자)가 할 수 있습니다. 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다.
- 고객 또는 고객의 의사 (또는 다른 처방전 공급자) 또는 고객을 대행하는 사람이 보장 결정을 요청할 수 있습니다. 고객은 변호사로 하여금 고객을 대행하게 할 수 있습니다.

**요약 설명: 약 또는 지불금에 대해 보장 결정을 요청하는 방법**

요청을 위해서는 당사로 전화, 편지, 팩스를 보내시거나, 고객의 대리인, 의사, 기타 처방전 공급자에게 요청해 달라고 하십시오. 표준 보장 결정의 경우 고객에게 72시간 내에 답변을 드릴 것입니다. 고객이 이미 지불한 파트D 약품의 지불금 상환에 대한 답변을 휴일 포함 14일 이내에 드릴 것입니다.

- 예외처리를 요청하는 경우, 고객의 의사나 다른 처방전 공급자가 쓴 진술서를 근거 자료로 포함시키십시오.
- 고객, 고객의 의사, 또는 다른 처방전 공급자는 신속 결정을 요청할 수 있습니다. (신속 결정은 대개 24시간 내에 이루어집니다.)
- ▶ 본 장의 내용을 읽으시고 고객이 빠른결정을 요청할 자격이 되는지 확인하십시오! 결정 마감일에 대한 정보도 확인하십시오.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.





다른 사람이 고객의 대리인 역할을 하도록 허락해 주는 방법을 보려면 167쪽의 제4항을 읽으십시오.

▶ 고객의 의사, 다른 처방전 공급자가 고객을 대신해서 보장 결정을 당사로 요청하는 데에는 서면 허락을 줄 필요가 없습니다.

- 당사로 진료비 지불을 청구하기 원하시면 본 책자의 제7장을 읽으십시오. 제7장에는 고객이 실비정산을 요청할 수 있는 경우가 설명되어 있습니다. 또한 고객이 지불한 약품의 비용의 당사로분담액을 고객에게 상환하라고 당사로 요청하는 서류를 당사로 보내는 방법도 설명되어 있습니다.
- 예외 처리를 요청한다면 "지원 진술"을 제출하십시오. 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.

## 고객의 건강 때문에 필요하다면, 당사로 "신속 보장 결정"을 요청하십시오

당사는 "신속 마감일"을 사용하기로 동의하지 않은 한 "표준 마감일"을 사용할 것입니다.

- **표준 보장 결정**은 당사가 고객의 의사의 진술서를 접수한 후 72시간 이내에 고객에게 당사의 답변을 드린다는 것을 의미합니다.
- **표준 보장 결정**은 당사가 고객의 의사의 진술서를 접수한 후 24시간 이내에 고객에게 당사의 답변을 드린다는 것을 의미합니다.
  - » 고객은 **고객이 아직 받지 않은 약**에 대해 요청하는 **경우에만** 신속 보장 결정을 받을 수 있습니다. (고객은 고객이 이미 구매한 약에 대해 고객에게 상환하라고 당사로 요청하는 경우에는 신속 보장 결정을 요청할 수 없습니다.)
  - » 고객은 표준 마감일을 사용하면 **고객의 건강이 심각하게 손상될 수 있거나 고객의 기능 능력이 손상될 수 있는 경우에만** 신속 보장 결정을 받을 수 있습니다.
  - » 고객의 의사나 다른 진료 공급자가 고객의 건강 때문에 "신속 보장 결정"이 필요하다고 당사로 알려주면, 당사는 고객에게 신속 보장 결정을 해주기로 자동으로 동의할 것이며, 그런 내용의 편지가 고객에게 나갈 것입니다.

고객이 신속 보장 결정을 홀로(고객의 의사나 다른 진료 제공자의 지원 없이) 요청하면, 당사는 고객의 건강이 당사가 고객에게 신속 보장 결정을 해줄 것을 요하는지 여부를 결정할 것입니다.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



당사가 고객의 의학적 상태가 신속 보장 결정의 요건을 충족하지 않는다고 결정하면, 당사는 고객에게 거부를 통지하는 서신을 보낼 것입니다 (그리고 당사는 대신에 표준 마감일을 사용할 것입니다). 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. 고객은 24시간 안에 "신속 불만"을 제기해서 결정을 받을 수 있습니다. 빠른 이의 제기를 비롯한 이의 제기 과정에 대한 자세한 정보를 보려면 210쪽의 제 10항을 참조하십시오.

### "빠른 보장 결정"의 법률 용어는 "신속 보장 의결"입니다.

#### "빠른 보장 결정" 마감일

- 당사가 신속 마감일을 사용하는 경우, 당사는 24시간 이내에 고객에게 당사의 답변을 드려야 합니다. 이것은 당사가 고객의 요청을 접수한 후 24시간 이내를 의미합니다. 또는, 고객이 예외처리를 요청한다면 고객의 요청의 근거가 되는 고객의 의사 또는 처방의의 진술을 당사가 받고 나서 24시간 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 레벨2 이의제기 절차로 보낼 것입니다. 레벨2에서는 독립 검토 기관이 당사 결정을 검토할 것입니다.
- ▶ 고객이 요청한 것 일부 또는 전부에 대한 **당사의 답변이 승락이면**, 당사는 고객의 요청 또는 그것을 지원하는 고객의 의사나 처방의의 진술을 받고 나서 24시간 이내에 고객에게 보장을 제공해야 합니다.
- ▶ 고객이 요청한 사항의 부분 또는 전체에 대한 **당사의 대답이 거절이라면**, 당사는 거부 사유를 설명한 편지를 고객에게 보낼 것입니다.

#### 고객이 아직 받지 않은 약에 대한 "표준" 보장 결정의 마감일

- 당사가 신속 마감일을 사용하는 경우, 당사는 72시간 이내에 고객에게 당사의 답변을 드려야 합니다. 또는, 고객이 예외처리를 요청한다면 고객의 요청의 근거가 되는 고객의 의사 또는 처방의의 진술 수령 이후에 고객의 건강상태 때문에 답변을 더 일찍 받을 필요가 있다면 당사는 당사의 답변을 더 일찍 줄 것입니다.
- 당사가 이 마감일을 맞추지 못하면, 당사는 고객의 요청을 레벨2 이의제기 절차로 보낼 것입니다. 레벨2에서는 독립 검토 기관이 당사 결정을 검토할 것입니다.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



- ▶ 고객이 요청한 것 일부 또는 전부에 대하여 **당사가 승낙하면**, 당사는 고객의 요청 또는 그것을 지원하는 고객의 의사나 처방의의 진술을 받고 나서 72시간 이내에 고객에게 보장을 제공해야 합니다.
- ▶ 고객이 요청한 사항의 부분 또는 전체에 대한 **당사의 대답이 거절이라면**, 당사는 **거부** 사유를 설명한 편지를 고객에게 보낼 것입니다.

### 고객이 이미 구매한 약품의 지불에 대한 "표준 보장 결정" 마감일

- 당사는 고객의 요청을 접수한 후 달력일 기준으로 14일 이내에 고객에게 당사의 답변을 드려야 합니다.
- 당사가 이 마감일을 맞추지 못하면, 당사는 고객의 요청을 레벨2 이의제기 절차로 보낼 것입니다. 레벨2에서는 독립 검토 기관이 당사 결정을 검토할 것입니다.
- ▶ 고객이 요청한 사항의 부분 또는 전체에 대한 **당사의 대답이 승락이면** 당사는 휴일 포함 14일 안에 고객에게 지불금을 보낼 것입니다.
- ▶ 고객이 요청한 사항의 부분 또는 전체에 대한 **당사의 대답이 거절이라면**, 당사는 **거부** 사유를 설명한 편지를 고객에게 보낼 것입니다.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## 제6.5항: 파트D 약에 대한 레벨1 이의제기

- 고객님의 이의제기를 시작하려면 고객, 고객님의 의사, 다른 진료 제공자, 또는 고객님의 대리인이 당사로 연락해야 합니다.
- 표준 이의제기를 요청하려면, 서면 요청서를 보냄으로써 이의제기를 할 수 있습니다. 또한 당사로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이 1-855-464-3571 번으로 전화하셔서 이의제기를 하실 수도 있습니다. (TTY:711) 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다.
- 고객이 신속 이의제기를 원한다면, 서면으로 이의제기를 하거나 당사로 전화해서 할 수 있습니다.
- 고객은 당사의 결정을 알려주는 통지서 날짜로부터 반드시 휴일 포함 60일 안에 이의제기 요청을 해야 합니다. 고객이 이 마감일을 놓치고 마감일을 놓친 정당한 사유가 있으면, 당사는 고객에게 이의제기를 위한 시간을 더 줄 수 있습니다. 마감일을 놓친 정당한 사유의 예로는 고객에게 중병이 있어 당사로 연락할 수 없었던 경우, 또는 당사가 고객에게 이의제기 요청 마감일에 대한 부정확하거나 불완전한 정보를 준 경우가 포함됩니다.

### 요약 설명: 레벨1 이의제기를 하는 방법

고객, 고객님의 의사, 또는 처방의, 또는 고객님의 대리인은 고객님의 요청을 서면으로 작성해서 당사로 우편이나 팩스로 보내야 합니다. **고객은 당사로 전화로 이의제기를 할 수도 있습니다.**

- 고객이 이의를 제기하는 결정의 결정일로부터 휴일 포함 60일 이내에 요청하십시오. 고객이 정당한 사유로 인해 마감일을 지키지 못했다면, 여전히 이의제기를 하실 수 있습니다.
- 고객, 고객님의 의사, 처방의, 또는 고객님의 대리인은 전화로 당사로 신속 이의제기를 요청할 수 있습니다.
- ▶ 본 장의 내용을 읽으시고 고객이 빠른결정을 요청할 자격이 되는지를 확인하십시오! 결정 마감일에 대한 정보도 확인하십시오.

파트 D 약품 보장 결정에 대하여 플랜에 이의제기를 하는 것을 플랜 "**재결정**" 이라고 부릅니다.

- 고객은 고객님의 이의제기에 관한 정보의 사본을 당사로 요청할 권리가 있습니다. 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 회원 서비스부로 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



- » 고객이 원한다면, 고객과 고객의 의사 또는 다른 진료 공급자는 고객의 이의제기를 뒷받침할 추가 정보를 당사에게 제공할 수 있습니다.

### 고객의 건강 때문에 빠른 응답이 필요하다면, 고객은 "신속 이의제기"를 요청해야 합니다.

- 고객이 아직 받지 않은 약에 대해 당사 플랜이 내린 결정에 고객이 이의제기를 하는 경우, 고객과 고객의 의사 또는 다른 처방의는 고객에게 "신속 이의제기"가 필요한지 여부를 결정해야 합니다.
- "신속 이의제기"를 받기 위한 요건은 189쪽 6.4항에 설명된 "신속 보장 결정"을 받기 위한 요건과 똑같습니다.

"빠른 이의제기"의 범를 용어는 "신속 재고"입니다.

### 당사 플랜은 고객의 이의제기를 검토하고 당사 결정을 고객에게 드릴 것입니다

- 당사는 고객의 보장 요청에 대한 모든 정보를 상세히 다시한번 재고할 것입니다. 당사는 당사가 고객의 요청을 거부할 때 모든 규칙을 따랐었는가를 점검합니다. 당사는 추가 정보를 얻기 위해 고객, 고객의 의사 또는 다른 진료 공급자에게 연락할 수도 있습니다. 검토자는 최초의 보장 결정을 내린 사람이 아닌 다른 사람이 됩니다.

### "신속 이의제기" 마감일

- 고객이 신속 마감일을 사용한다면, 당사는 고객의 이의제기를 받은 뒤 72시간 안에, 또는 고객의 건강이 요한다면 그보다 더 빨리 답변을 드려야 합니다.
  - 당사가 72시간 안에 답변을 드리지 못한다면, 당사는 고객의 요청을 레벨2 이의제기 절차로 보낼 것입니다. 레벨2에서는 독립 검토 기관이 당사 결정을 검토할 것입니다.
- ➔ 고객이 요청한 사항의 부분 또는 전체에 대한 **당사의 대답이 승락이라면** 당사는 반드시 고객의 이의제기를 접수한 뒤 72시간 안에 보장을 제공해야 합니다.
- ➔ 고객이 요청한 사항의 부분 또는 전체에 대한 **당사의 대답이 거절이라면**, 당사는 거부 사유를 설명한 편지를 고객에게 보낼 것입니다.

### "표준 이의제기" 마감일

- 당사가 표준 마감일을 사용하는 경우, 당사는 고객의 이의를 접수한 후 달력일 기준으로 7일 이내에, 또는 고객의 건강이 요한다면 그보다 더 빨리 답변을 드려야 합니다. 고객이 자신의 건강 때문에 이유가 된다고 생각하면 당사에게 "신속 이의제기"를 요청해야 할 것입니다.
  - 당사가 휴일 포함 7일 안에 답변을 드리지 못한다면, 당사는 고객 요청을 레벨2 이의제기 절차로 보낼 것입니다. 레벨2에서는 독립 검토 기관이 당사 결정을 검토할 것입니다.
- ➔ 고객이 요청한 것의 일부나 전부에 대한 **당사의 답변이 승낙인 경우:**

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



- » 당사가 보장 요청을 승인하면, 당사는 제공하기로 동의한 보장을, 고객의 건강이 필요로 하는 만큼 빠르게 그러나 당사가 고객의 이의제기를 접수한 후 달력일 기준으로 7일 이내에, 제공해야 합니다.
  - » 고객이 이미 구매한 약에 대해 고객에게 상환하라는 요청을 당사가 승인하면, 당사는 고객의 이의제기 요청을 접수한 후 달력일 기준으로 30일 이내에 고객에게 지불액을 보내드릴 것입니다.
- ▶ 고객이 요청한 것 일부 또는 전부에 대한 당사의 답변이 **거절이면, 거절한 이유와** 당사의 결정에 이의제기하는 방법을 설명하는 편지를 보내드릴 것입니다.

## 제6.6항: 파트D 약에 대한 레벨2 이의제기

당사가 고객의 이의제기를 **거부**하면, 고객은 이 결정을 받아들일지 아니면 또 한 번 이의제기를 할지 선택합니다. 고객이 레벨2 이의제기로 갈 것을 결정하면, 독립 검토 기관이 당사 결정을 검토할 것입니다.

- 고객이 자신의 사례를 독립 심사 기관이 심사하기를 원한다면, 고객의 이의제기는 서면으로 작성되어야 합니다. 레벨1 이의제기에 대한 당사 결정을 말해 주는 당사에는 레벨2 이의제기하는 방법이 설명되어 있습니다.
- § 고객이 독립 심사 기관에 이의제기를 하면, 당사는 고객의 사례 파일을 그쪽으로 보낼 것입니다. 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시 사이에 회원 서비스부로 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다.
- 고객은 고객의 이의를 뒷받침할 다른 정보를 독립 심사 기관에게 고객 권리가 있습니다.
- 독립 심사기관은 Medicare가 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 고객에게 보낼 것입니다.

### 요약 설명: 레벨2 이의제기를 하는 방법

고객이 자신의 사례를 독립 심사 기관이 심사하기를 원한다면, 고객의 이의제기는 서면으로 작성되어야 합니다.

고객이 이의를 제기하는 결정의 결정일로부터 **휴일 포함 60일 이내**에 요청하십시오. 고객이 정당한 사유로 인해 마감일을 지키지 못했다면, 여전히 이의제기를 하실 수 있습니다.

고객, 고객의 의사, 또는 다른 처방의, 또는 고객의 대리인이 레벨2 이의제기를 요청할 수 있습니다.

본 장의 내용을 읽으시고 고객이 빠른결정을 요청할 자격이 되는지를 확인하십시오! 결정 마감일에 대한 정보도 확인하십시오.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



파트D 약품 보장 결정에 대해 플랜에 제기하는 이의제기의 **법률 용어**는 "재의결"입니다.

## 레벨 2에서 "빠른 이의제기" 마감일

- 고객의 건강 때문에 빠른 응답이 필요하다면, 독립 심사기관측에 "빠른 이의제기"를 요청하십시오.
- 독립 심사기관이 고객 가"빠른 이의제기"를 진행하는 것에 동의하면, 그 심사기관은 고객의 이의제기 요청을 접수한 후 72시간 이내에 고객에게 고객의 레벨 2 이의제기에 대한 답변을 주어야 합니다.
- 고객이 요청한 사항의 부분 또는 전체에 대 독립 심사 기관이 승낙하면 당사는 반드시 결정 이후 24시간 이내에 약 보장을 승인하거나 제공해야 합니다.

## 레벨 2에서 "표준 이의제기" 마감일

- 고객이 레벨 2에서 표준 이의제기를 하면, 독립 심사기관은 고객의 이의제기를 접수한 후 휴일 포함 7일 이내에 고객에게 고객의 레벨 2 이의제기에 대한 답변을 주어야 합니다.
  - » 고객이 요청한 사항의 부분 또는 전체에 대하여 독립 심사 기관이 **승낙**하면 당사는 반드시 결정 이후 72시간 이내에 약 보장을 승인하거나 제공해야 합니다.
  - » 고객이 이미 구매한 약에 대해 고객에게 상환하라는 요청을 독립 심사 기관이 승인하면, 당사는 고객의 이의제기 요청을 접수한 후 휴일 포함 30일 이내에 고객에게 지불액을 보내드릴 것입니다.

## 독립 심사 기관이 레벨 2 이의제기를 거절하면?

**거절했다는 말은** 독립 심사 기관이 고객의 요청을 승인하지 않기로 한 당사의 결정에 동의한다는 뜻입니다. 이것을 "결정 확정" 이라고 부릅니다. "고객의 이의제기를 기각한다"고도 합니다.

계속하여 레벨 3에서 다시 한 번 이의제기를 하려면, 고객이 요청하는 약 비용의 달러 가치가 특정 최소금액을 충족해야 합니다. 달러 가치가 최소 수준보다 적으면, 고객은 이의제기를 그 이상 할 수 없습니다. 달러 가치가 충분히 높으면 고객은 레벨 3 이의제기를 요청할 수 있습니다. 고객이 독립 심사기관으로부터 받는 통지서는 이의제기 과정을 계속하기 위해 필요한 달러 가치를 알려드릴 것입니다.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.





## 제7항: 당사로 더 긴 병원 입원 기간 보장을 요청하기

고객이 병원에 입원했으면, 고객은 고객의 병이나 부상을 진단 및 치료하는 데 필요한, 당사가 보장하는 모든 병원 서비스를 받을 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"이라 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 항은 이것을 요청하는 방법을 설명합니다.

### 제7.1항: 고객의 Medicare 권리가 무엇인지를 알기

고객이 병원에 입원하고 나서 이를 안에 케이스 담당자나 간호사가 고객의 *권리에 대해 Medicare 에서 드리는 중요한 메시지*라는 통지서를 드릴 것입니다. 고객이 이 통지서를 받지 못한 경우, 병원 직원 아무에게나 달라고 요청하십시오. 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시 사이에 회원 서비스부로 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. 고객은 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 하루 24시간, 주7일 전화할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화해 주십시오.

이 통지서를 꼼꼼히 읽으시고 이해 안 되는 점이 있으면 질문하십시오. 중요한 메시지는 병원 환자로서 다음 권리를 포함한 전체적인 고객의 권리에 대하여 알려드립니다.

- 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 병원치료의 품질에 대한 고객의 우려사항을 보고할 곳.
- 고객을 너무 빨리 퇴원시킨다고 고객이 생각하는 경우에 이의제기를 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**.

서명한 통지서에 담긴 내용이 추후에 필요할 수 있으므로 고객의 사본을 보관해 두십시오.

- 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월~금 오전 8시~오후 8시 사이에 회원 서비스부로 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. 고객은 연중무휴로 운영되는 다음 번호 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.





번으로 전화해 주십시오. 통화는 무료입니다.

또한 온라인으로 다음 주소에서 그 통지서를 볼 수 있습니다 <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>.

▶ 도움이 필요하시면 회원 서비스 또는 상단에 기재된 Medicare 번호로 연락하십시오.

## 제7.2항: 고객의 퇴원 날짜를 변경하기 위한 레벨1 이의제기

고객이 받는 입원환자 병원 서비스를 당사가 더 오래 보장하기 원한다면 고객은 반드시 이의제기를 요청해야 합니다. 품질 개선 기관에서 레벨1 이의제기 심사를 함으로써 고객의 경우 계획된 고객의 퇴원 날짜가 의료적으로 적절했는지를 확인합니다. 캘리포니아 주의 품질 향상 기관의 명칭은 Livanta입니다.

퇴원 날짜 변경에 대한 이의제기를 하려면 다음 번호로 Livanta에 전화하십시오. 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668).

### 바로 전화하십시오!

이의제기를 하려면, 고객은 병원을 떠나기 **전**, 예정 퇴원날짜 이전에 품질 개선 기관에 연락해야 합니다. *고객의 권리에 대해 Medicare에서* 드리는 중요한 메시지에는 품질 개선 기관에 연락하는 방법에 대한 내용이 담겨 있습니다.

- 고객이 병원을 떠나기 전에 전화를 하면, 고객은 품질 개선 기관으로부터 고객의 이의제기에 대한 결정이 오기를 기다리면서, 고객의 퇴원날짜 *이후에도비용 지불 없이* 병원에 머물 수 있습니다.
- 고객이 이의제기를 위해 전화를 *하지 않고*, 고객의 예정 퇴원날짜 이후에도 계속 입원해 있기로 결정하면, 고객은 본인의 예정 퇴원날짜 이후에 고객이 받는 병원 치료의 *모든 비용을 지불해야 할 수도 있습니다*.

#### 요약 설명: 퇴원 날짜 변경 후 레벨1 이의제기를 하는 방법

품질 개선 기관에 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668)로 전화하여 "빠른 심사"를 요청하십시오.

고객이 병원을 떠나기 전에, 그리고 계획된 퇴원 날짜 이전에 전화하십시오.

▶ 고객이 고객의 이의제기에 대한 품질 개선 기관 고객 마감일을 놓치면, 고객은 대신에 고객의 이의를 곧장 본 플랜에 제기할 수 있습니다. 201쪽의 7.4항에서 참조하십시오.

▶ 품질 개선 기관에서 병원 입원 기간을 연장하는 고객의 신청을 검토하지 않는다면, 고객은 캘리포니아 보건 관리국의 독립 의료 심사 기관에 문의하실 수도 있습니다. 177쪽의 제 5.4항을 보고 캘리포니아 보건 관리국의 독립 의료 심사를 신청하는 방법을 숙지하십시오.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



당사는 자신이 무엇을 해야 하며 마감일이 언제인지를 고객이 제대로 이해하기를 원합니다.

- **필요할 때 도움을 요청하십시오.** 문의 사항 또는 도움 요청 사항이 있으면 1-855-464-3571 (TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시 사이에 회원 서비스부로 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. 고객은 또 건강보험 자문 및 호(Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 프로그램에 해당 번호(1-800-434-0222)로 전화할 수 있습니다. Cal MediConnect Ombuds Program에 1-855-501-3077번으로 전화하십시오.

## 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 회원들의 케어 품질을 점검하고 품질 개선을 돕도록 Medicare로부터 보수를 받습니다.

## "신속 심사"를 요청하십시오

고객은 품질 개선 기관에게 고객의 퇴원의 "고객 심사"를 요청해야 합니다. "빠른 심사"를 요청한다는 것고객이 그 기관에 고객의 이의제기에 표준 마감일 대신에 신속 마감일을 사용해달라고 요청한다는 것을 의미합니다.

**"빠른 심사"의 법률 용어는 "즉각적 심사"입니다.**

## 이 심사는 어떻게 진행되는가?

- 품질 개선 기관에서 일하는 심사자들은 고객 또는 고객의 대리인에게 계획된 퇴원 날짜 이후에도 보장이 지속되어야 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 관련된 모든 정보를 검토할 것입니다.
- 다음 날 정오까지 심사자들은 당사로 고객의 이의제기에 대해 알려줄 것이고, 고객은 계획된 퇴원 날짜를 알려주는 편지를 받게 될 것입니다. 이 편지에는 고객의 의사, 병원, 그리고 당사가 그 날짜에 고객이 퇴원하는 것이 고객에게 적합하다고 생각하는 이유가 설명되어 있을 것입니다.

**이 서면 설명서의 법률 용어는 "퇴원 상세 통지서"입니다.** 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월~금 오전 8시~오후 8시 사이에 회원 서비스부로 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일날 전화드릴 것입니다. 고객은 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 하루 24시간, 7일 전화할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오. 또는 <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNH/HospitalDischargeAppealNotices.html> 에서 온라인으로 샘플 통지서를 보실 수 있습니다.

**문의 사항은,** Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## 승낙하는 답변이면 어떻게 되는가?

- 심사기관이 고객의 이의제기를 **승낙하면**, 당사는 고객의 병원 서비스가 의학적으로 필요한 동안 계속 그 서비스를 보장해야 합니다.

## 거부하는 답변이면 어떻게 되는가?

- 심사기관이 고객의 이의제기를 **거부한다면**, 그들은 고객의 예정 퇴원날짜가 의학적으로 적절하다고 말하는 것입니다. 이런 경우, 고객의 입원환자 병원 서비스에 대한 당사의 보장은 품질 개선 기관이 고객에게 답변을 준 날의 **다음날** 정오에 끝날 것입니다.
- 심사기관이 고객의 이의제기를 **거부하고** 고객이 병원에 계속 있기로 결정하면, 고객은 품질 개선 기관이 고객의 이의제기에 답변을 준 날의 다음날 정오 이후에 고객이 받는 병원치료의 비용 전액을 지불해야 할 수 있습니다. 심사기관이 고객의 이의제기를 거부하고 고객이 병원에 고객이 있기로 결정하면, 고객은 품질 개선 기관이 고객의 이의제기에 답변을 준 날의 다음날 정오 이후에 고객이 받는 병원치료의 비용 전액을 지불해야 할 수 있습니다.
- 품질 개선 기관이 고객의 이의제기를 기각하고 **또한** 고객이 고객의 예정 퇴원날짜 이후에도 병원에 계속 입원해 있다면, 고객은 레벨2 이의제기를 할 수 있습니다.

### 제7.3항: 고객의 퇴원 날짜를 변경하기 위한 레벨2 이의제기

품질 개선 기관이 고객의 이의제기를 기각했고 **고객이** 고객의 예정 퇴원날짜 이후에도 병원에 계속 입원하고 있다면, 고객은 레벨 2 이의제기를 할 수 있습니다. 고객은 품질 개선 기관에 다시 연락해서 또 한 번 심사를 요청해야 합니다.

고객은 레벨2 심사 요청을 다음 시점 이후 **휴일 포함 60일 이내**에 하십시오. 품질 개선 기관이 고객의 레벨 1 이의제기를 **기각한** 시점. 고객은 그 치료에 대한 고객의 보험보장이 끝나는 날짜 이후에도 계속 병원에 입원해 있는 경우에만 이 심사를 요청할 수 있습니다.

캘리포니아 주의 품질 향상 기관의 명칭은 Livanta입니다. Livanta에 다음 연락처로 전화하실 수 있습니다. **1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668)**.

- 품질 개선 기관의 심사자들은 고객의 이의제기에 관련된 모든 정보를 또 한 번 신중히 살펴볼 것입니다.
- 2차 심사 요청 수령 후 휴일 포함 14일 안에, 품질 개선 기관 심사자들은 결정을 내릴 것입니다.

#### 요약 설명: 퇴원 날짜 변경 후 레벨2 이의제기를 하는 방법

품질 개선 기관에 1-877-588-1123 (TTY:1-855-887-6668)로 전화하여 "빠른 심사"를 요청하십시오.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## 승낙하는 답변이면 어떻게 되는가?

- 당사는 고객이 첫 이의제기 결정 일자 다음 날 정오부터 받은 병원 진료 비용의 당사 부담액을 고객에게 상환해야 합니다. 고객의 입원환자 병원치료가 의학적으로 필요한 동안은 당사는 병원치료에 대한 보장을 계속 제공해야 합니다.
- 고객은 계속 고객의 비용분담액을 지불해야 하고, 보장 한계가 적용될 수 있습니다.

## 거부하는 답변이면 어떻게 되는가?

이는 품질 심사 기관이 레벨 1 결정에 동의하며 당사가 이를 변경하지 않을 것이라는 뜻입니다. 고객이 받는 편지는 고객이 이의제기를 계속하고 싶은 경우에 고객이 할 수 있는 것들을 알려드릴 것입니다.

품질 개선 기관이 고객의 레벨 2 이의제기를 기각하면, 고객은 고객의 예정 퇴원날짜 이후의 입원 비용의 전액을 지불해야 할 수도 있습니다.

고객은 병원 입원 기간을 연장을 위한 독립 의료 심사 기관의 심사 관련 캘리포니아 보건 관리국에 문의하실 수도 있습니다. 177쪽의 제 5.4항을 보고 캘리포니아 보건 관리국의 독립 의료 심사를 신청하는 방법을 숙지하십시오.

### 제7.4항: 이의제기 마감일을 놓치면 어떻게 되는가?

고객이 마감일을 놓치면, 대체 이의제기라고 불리는, 레벨1, 레벨2 이의제기를 할 수 있는 또다른 방법이 있습니다. 그러나 첫 두 레벨의 이의제기는 다른 것입니다.

## 고객의 퇴원 날짜를 변경하기 위한 레벨1 대체 이의제기

품질 개선 기관에 연락할 수 있는 마감일을 놓쳤으면 당사로 "신속 심사"를 요청하여 이의제기를 할 수 있습니다. 신속 심사는 표준 마감일이 아닌 신속 마감일을 사용하는 이의제기입니다.

- 이 심사를 하는 동안 당사는 고객의 입원에 대한 모든 정보를 살펴봅니다. 당사는 고객이 퇴원해야 하는 시점에 대한 결정이 공정했는지 그리고 모든 규칙을 따랐는지 여부를 점검합니다.
- 당사는 고객에게 이 심사에 대한 답변을 드리는 데 표준 마감일보다는 신속 마감일을 사용할 것입니다. 당사는 고객이 "빠른 심사"를 요청한 후 72시간 이내에 고객에게 당사의 결정을 드립니다.

### 요약 설명: 레벨1 대체 이의제기를 하는 방법

당사 회원 서비스 번호에 전화하십시오. 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다.

당사는 당사의 결정을 72시간 이내에 고객에게 드릴 것입니다.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



- **고객의 신속 심사 요청을 당사가 승락하면**, 퇴원 날짜 후에 고객이 계속 병원에 있어야 한다는 데 당사가 동의함을 뜻합니다. 의료적으로 필요한 한 당사는 계속해서 병원 서비스를 보장할 것입니다.

또한 그것은 당사가 말한 고객의 보장이 끝나는 날짜 이후로 고객이 받은 치료의 비용의 당사 측 부담액을 고객에게 상환하기로 당사가 동의했다는 것도 의미합니다.

- **고객의 빠른 심사를 당사가 거절하면**, 당사는 예정 퇴원날짜가 의료적으로 적절했다고 보는 것입니다. 고객의 입원환자 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.**

- ▶ 고객의 이의 제기를 당사가 거절했을 때 당사가 모든 규칙을 준수했는지 확인하기 위해 당사는 고객의 이의 제기를 "독립 심사 기관"으로 보낼 것입니다. 그렇게 하는 것은 고객의 사례가 **자동적으로 이의제기 절차의 레벨2로 간다는 뜻입니다.**

**"빠른 심사" 또는 "빠른 이의제기"의 법률 용어는 "신속 재고"입니다.**

## 고객의 퇴원 날짜를 변경하기 위한 레벨2 대체 이의제기

당사는 당사가 고객에게 레벨1 결정을 드린 시점으로부터 24시간 안에 고객의 레벨2 이의제기 정보를 독립 심사 기관에 보낼 것입니다. 당사가 이 마감일이나 다른 마감일을 지키지 않는다고 고객이 생각하시면 불만을 제기하실 수 있습니다. 209쪽의 제 10항 에 "불만 제기 방법"에 대한 설명이 있습니다.

레벨2 이의제기가 처리되는 동안, 독립 심사 기관은 고객의 "빠른 심사"를 **거부한** 당사의 결정을 심사합니다. 이 기관은 당사가 내린 결정이 변경되어야 하는지 여부를 결정합니다.

- 독립 심사 기관은 이의신청의 "빠른 심사"를 합니다. 심사자들이 72시간 내에 고객에게 답변을 드립니다.
- 독립 심사기관은 Medicare가 고용한 독립 기관입니다. 이 기관은 당사 플랜과 관련 없으며 정부기관이 아닙니다.
- 독립 심사기관의 심사자는 고객의 이의에 관련된 모든 정보를 신중히 살펴볼 것입니다.

### 요약 설명: 레벨2 대체 이의제기를 하는 방법

고객은 아무것도 하지 않아도 됩니다. 플랜에서 자동적으로 고객의 이의제기를 독립 심사 기관에 보낼 것입니다.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



- 독립 심사 기관이 고객의 이의제기를 **승낙하면**, 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 이의제기를 **거부한다면** 그것은 그들은 그들은 고객의 예정 퇴원날짜가 의학적으로 적절했다는 당사 의견에 동의한다는 것을 의미합니다.

고객이 독립 심사기관으로부터 받는 편지는 고객이 심사 과정을 계속하고 싶은 경우에 고객이 할 수 있는 것들을 알려드릴 것입니다. 그 통지서는 판사가 주재하는 레벨3의 이의제기로 가는 방법을 자세히 알려드릴 것입니다.

고객은 병원 입원 기간을 연장을 위한 독립 의료 심사 기관의 심사 관련캘리포니아 보건 관리국에 문의하실 수도 있습니다. 177쪽의 제 5.4항을 보고 캘리포니아 보건 관리국의 독립 의료 심사를 신청하는 방법을 숙지하십시오. 레벨 3 이의제기에 같음하거나 추가해서 독립 의료 심사를 요청하실 수도 있습니다.

## 제8항: 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 항은 오직 다음 종류의 의료에 대한 것입니다.

- 가정 건강 의료 서비스
- 전문 간호 시설에서 받는 전문 간호 케어
- Medicare가 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 필요하다고 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 고객의 보장이 끝날 때, 당사는 **고객의 케어에 대한 당사 측 비용분담액의 지불을 중단할 것입니다.**

고객은 당사가 고객의 케어에 대한 보장을 너무 일찍 끝낸다고 생각되면, **당사의 결정에 이의제기를 할 수 있습니다.** 이 항은 이의제기를 요청하는 방법을 설명합니다.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.





**제8.1항: 고객의 보장이 끝나갈 때 당사는 고객에게 미리 알려드릴 것입니다**

- 고객에게 진료를 제공하는 기관이나 시설에서 당사가 고객의 진료 지불을 중단하기 최소한 이틀 전에 고객에게 통지서를 드릴 것입니다. *Medicare 비보장 통지서*
- 그 서면 통지서는 당사가 고객에게 고객의 케어의 보장을 중단할 날짜를 고객에게 알려줍니다.
- 고객이 받은 서면 통지서는 또한 이 결정에 이의를 제기할 방법을 고객에게 알려줍니다.

고객 또는 고객의 대리인은 이 서면 통지서를 받았음을 확인하기 위해 이에 서명해야 합니다. 통지서에 서명하는 것은 케어를 받는 것을 중단할 때라는 것에 플랜과 동의한다는 것을 의미하지 **않습니다**.

고객의 보장이당사날 때, 당사는 고객의 케어에 대한 당사 측 비용분담액의 지불을 중단할 것입니다.

**제8.2항: 고객의 진료를 계속 받기 위한레벨 1 이의제기**

고객은 당사가 고객의 케어에 대한 보장을 너무 일찍 끝낸다고 생각되면, 당사의 결정에 이의제기를 할 수 있습니다. 이 항은 이의제기를 요청하는 방법을 설명합니다.

고객이기 앞서, 고객이 무엇을 해야 하는지 그리고 마감일이 어떻게 되는지 이해해 두십시오.

- **마감일을 지키십시오.** 마감일은 중요합니다. 고객이 해야 하는 일에 적용되는 마감일을 반드시 이해하고 따르십시오. 당사 플랜측에서도 지켜야 하는 마감일들이 있습니다. (고객은 당사가 이 마감일이나 다른 마감일을 지키지 않는다고 생각되면 불만을 제출할 수 있습니다. 210쪽의 제 10항에 "불만 제기 방법"에 대한 설명이 있습니다.)
- **필요할 때 도움을 요청하십시오.** 문의 사항 또는 도움 요청 사항이 있으면 1-855-464-3571 (TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시 사이에 회원 서비스부로 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. 또는 고객의 주 건강 보험 지원 프로그램에 (213) 383-4519번으로 전화하십시오. L.A. 카운티 내. L.A.카운티 전화 번호: 1-800-824-0780 TTY (213) 251-7920.

레벨1 이의제기 동안, 품질 개선 기관은 고객의 이의제기를 심사하고, 본 플랜이 내린 결정을 변경할지 여부를 결정할 것입니다. 캘리포니아 주의 품질 향상 기관의 명칭은 Livanta입니다. Livanta에 다음 연락처로 전화하실 수 있습니다. 1-877-588-1123(TTY: 1-855-887-6668). 품질 개선 기관 으로의 이의 제기 관련 정보는 *Medicare 비보장 공지에서도 확인할 수 있습니다.* 당사에서 고객의 치료에 대한 보장을 중지할 경우에 받게 되실 공지입니다.

**요약 설명: 고객의 진료를 플랜이 계속 보장해 주도록 레벨1 이의제기 하는 방법**

품질 개선 기관에 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668)로 전화하여 "빠른 심사"를 요청하십시오.

고객에게 진료를 제공하는 기관이나 시설에서 나오기 전에, 그리고 예정 퇴원 날짜 전에 전화하십시오.

**문의 사항은,** Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 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 회원들의 케어 품질을 점검하고 품질 개선을 돕도록 Medicare로부터 보수를 받습니다.

## 고객은 무엇을 요청해야 하는가?

"빠른 이의 제기"를 요청하십시오. 당사가 고객의 서비스에 대한 보장을 종료하는 것이 의학적으로 적절한지 여부에 대한 독립 심사를 해달라고 그들에게 요청하십시오.

## 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.
- 고객이 고객의 이의제기에 대한 품질 개선 기관 연락 마감일을 놓치면, 고객은 대신에 고객의 이의를 곧장 본 플랜에 제기할 수 있습니다. 고객의 이의제기를 할 이 다른 방법에 대한 자세한 정보를 보려면 207쪽의 8.4항을 참조하십시오.
- 고객은 개선 기관에서 병원 입원 기간을 연장하는 고객의 신청을 검토하지 않는다면, 고객은 캘리포니아 보건 관리국의 독립 의료 심사 기관에 문의하실 수도 있습니다. 177쪽의 제 5.4항을 보고 캘리포니아 보건 관리국의 독립 의료 심사를 신청하는 방법을 숙지하십시오.

이 서면 통지서의 **법률 용어**는 "**Medicare 비보장 통지서**"입니다. 샘플 사본이 필요하시면 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 회원 서비스부로 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일날 전화드릴 것입니다. 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 하루 24시간, 주7일 전화할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오. 또는 온라인으로 <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BN/MAEDNotices.html> 에서도 사본을 볼 수 있습니다.

## 품질 개선 기관 심사는 어떻게 진행되는가?

- 품질 개선 기관에서 일하는 심사자들은 고객 또는 고객의 대리인에게 당해 서비스가 지속되어야 한다고 생각하는 이유를 물을 것입니다. 고객은 아무 것도 서면으로 준비할 필요가 없지만 고객이 원한다면 준비할 수 있습니다.
- 고객이 이의제기를 요청하면 플랜은 왜 고객의 서비스가 종료되어야 하는지를 설명하는 편지를 써야 합니다.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.





- 심사기관은 고객의 의료 기록을 살펴보고, 고객의 의사와 이야기하고, 본 플랜이 그들에게 준 정보를 검토할 것입니다.
- **심사자들은 필요한 모든 정보를 확보한 뒤 만 하루 내에 고객에게 그들의 결정을 알려드릴 것입니다.** 고객은 이 결정을 설명하는 편지를 받을 것입니다.

고객의 서비스가 왜 종료되어야 하는지를 설명하는 편지의 법률 용어는 "**비보장 상세 설명**"입니다.

### 심사자들이 승낙하는 경우는 어떻게 되는가?

- 심사자들이 고객의 이의제기를 **승낙하면**, 당사는 고객의 보장되는 서비스가 의학적으로 필요한 동안은 고객에게 계속 그 서비스를 제공해야 합니다.

### 심사자들이 거부하는 경우는 어떻게 되는가?

- 심사자들이 고객의 이의제기를 **거부하면**, 고객의 보장은 당사가 고객에게 알려준 그 날짜에 끝날 것입니다. 당사는 이 케어의 비용의 당사측 부담액을 지불하는 것을 중단할 것입니다.
- 고객이 고객의 보장이 끝나는 날짜 **후에**도 가정 건강 관리, 숙련 간호 시설 서비스, 또는 포괄적 외래환자 재활시설(CORF) 서비스를 계속 받기로 결정하면, 고객은 그 케어의 비용 전액을 고객이 지불해야 할 것입니다.

## 제8.3항: 고객의 진료를 계속 받기 위한 레벨 2 이의제기

품질 개선 기관이 고객의 이의제기를 **거부**했고 **그리고** 고객이 고객의 케어 보장이 끝난 후에도 그 케어를 계속 받기로 선택하면, 고객은 레벨 2 이의제기를 할 수 있습니다.

레벨 2 이의제기 동안에, 품질 개선 기관 고객의 1차 이의제기에 내린 결정을 다시 한 번 검토할 것입니다. 고객은 개선 기관에서 레벨 1 결정에 동의한다고 하면, 고객은 당사가 알려준 고객의 보장이 끝나는 날짜 **이후의** 가정 건강 관리, 숙련 간호 시설 서비스, 또는 포괄적 외래환자 재활시설(CORF) 서비스의 비용 전액을 고객이 지불해야 할 수도 있습니다

캘리포니아 주의 품질 향상 기관의 명칭은 Livanta입니다. Livanta에 다음 연락처로 전화하실 수 있습니다. 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668). 고객은 레벨 2 심사 요청을 품질 개선 기관이 고객의 레벨 1 이의제기를 **거부**한 날로부터 **휴일 포함 60일 이내에** 해야 합니다. 고객은 고객의 케어 보장이 끝나는 날짜 이후에도 계속 케어를 받은 경우에만 이 심사를 요청할 수 있습니다.

#### 요약 설명: 플랜이 고객의 진료를 더 오래 보장하도록 요청하는 레벨 2 이의제기를 하는 방법

품질 개선 기관에 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668)로 전화하여 새로운 심사를 요청하십시오.

고객에게 진료를 제공하는 기관이나 시설에서 나오기 전에, 그리고 예정 퇴원 날짜 전에 전화하십시오.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



- 품질 개선 기관의 심사자들은 고객의 이의제기에 관련된 모든 정보를 또 한 번 신중히 살펴볼 것입니다.
- 품질 개선 기관은 이의제기 신청 접수 후 휴일 포함 14일 안에 결정을 내릴 것입니다.

### 심사기관이 승낙하면 어떻게 되는가?

- 당사는 당사가 말한 고객의 보장이 끝나는 날짜 이후로 고객이 받은 케어의 비용의 당사 측 분담액을 고객에게 반드시 상환해야 합니다. 또한 당사는 그 의료가 의학적으로 필요한 동안은 그 의료를 계속 보장해야 합니다.

### 심사기관이 거부하면 어떻게 되는가?

- 그것은 그들이 고객의 레벨 1 이의제기에 대하여 당사가 내린 결정에 동의하고 그 결정을 변경하지 않을 것이라는 것을 의미합니다.
- 고객이 받는 편지는 고객이 이의제기를 계속하고 싶은 경우에 고객이 할 수 있는 것들을 알려드릴 것입니다. 그 통지서는 판사가 주재하는 레벨3의 이의제기로 가는 방법을 자세히 알려드릴 것입니다.
- 품질 개선 기관에서 병원 입원 기간을 연장하기 고객은 캘리포니아 보건 관리국의 독립 의료 심사 기관에 문의하실 수도 있습니다. 177쪽의 제 5.4항을 보고 캘리포니아 보건 관리국의 독립 의료 심사를 신청하는 방법을 숙지하십시오. 레벨 3 이의제기에 같음하거나 추가해서 독립 의료 심사를 요청하실 수도 있습니다.

### 제8.4항: 고객이 고객의 레벨 1 이의제기의 마감일을 놓치면 어떻게 되는가?

고객이 마감일을 놓치면, 대체 이의제기라고 불리는, 레벨1, 레벨2 이의제기를 할 수 있는 또다른 방법이 있습니다. 그러나 첫 두 레벨의 이의제기는 다른 것입니다.

### 고객의 진료를 더 오래 받기 위한 레벨1 대체 이의제기

품질 개선 기관에 연락할 수 있는 마감일을 놓쳤으면 당사로 "신속 심사"를 요청하여 이의제기를 할 수 있습니다. 신속 심사는 표준 마감일이 아닌 신속 마감일을 사용하는 이의제기입니다.

- 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 고객의 서비스가 언제 종료될지에 대한 결정이 공정했는지 그리고 모든 규칙을 따랐는지 여부를 점검합니다.

#### 요약 설명: 레벨1 대체 이의제기를 하는 방법

월~금 오전 8시~오후 8시 사이에 회원 서비스부로 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 그리고 "퇴원 날짜 빠른 심사"를 요청하십시오.

당사는 당사의 결정을 72시간 안에 고객에게 드릴 것입니다.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



- 당사는 고객에게 이 심사에 대한 답변을 드리는 데 표준 마감일보다는 신속 마감일을 사용할 것입니다. 당사는 고객이 "신속 심사"를 요청한 후 72시간 이내에 귀고객이 당사의 결정을 드립니다.
  - 고객의 신속 심사를 **당사가 승낙하면**, 이는 의료적으로 필요한 한 당사가 고객의 서비스를 계속해서 보장하는 데 동의한다는 뜻입니다.  
또한 그것은 당사가 말한 고객의 보장이 끝나는 날짜 이후로 고객이 받은 치료의 비용의 당사 측 부담액을 고객에게 상환하기로 당사가 동의했다는 것도 의미합니다.
  - **고객의 신속 심사를 당사가 거절하면** 당사는 고객의 서비스를 종료하는 것이 의료적으로 적절했다고 당사의 보장은 당사가 보장이 끝난다고 한 일자로 종료됩니다.
    - » 당사가 종료된다고 말한 날 이후에도 고객이 계속해서 서비스를 받는다면, 서비스에 대한 **비용 전액을 고객이 지불해야 할 수도 있습니다.**
- ▶ 고객의 이의 제기를 당사가 **거절했을** 때 당사가 모든 규칙을 준수했는지 확인하기 위해 당사는 고객의 이의 제기를 "독립 심사 기관"으로 보낼 것입니다. 그렇게 하는 것은 고객의 사례가 **자동적으로 이의제기 절차의 레벨2로 간다는 뜻입니다.**

"빠른 심사" 또는 "빠른 이의제기"의 **법을 용어는 "신속 이의제기"입니다.**

## 고객의 진료를 더 오래 받기 위한 레벨2 대체 이의제기

당사는 당사가 고객에게 레벨1 결정을 드린 시점으로부터 24시간 안에 고객의 레벨2 이의제기 정보를 독립 심사 기관에 보낼 것입니다. 당사가 이 마감일이나 다른 마감일을 지키지 않는다고 고객이 생각하시면 불만을 제기하실 수 있습니다. 210쪽의 제 10항 에 "불만 제기 방법"에 대한 설명이 있습니다.

레벨2 이의제기가 처리되는 동안, **독립 심사 기관**은 고객의 "빠른 심사"를 **거부한** 당사의 결정을 심사합니다. 이 기관은 당사가 내린 결정이 변경되어야 하는지 여부를 결정합니다.

- 독립 심사 기관은 이의신청의 "빠른 심사"를 합니다. 심사자들이 72시간 내에 고객에게 답변을 드립니다.

### 요약 설명: 플랜이 고객의 진료를 더 오래 보장하도록 요청하는 레벨2 이의제기를 하는 방법

고객은 아무것도 하지 않아도 됩니다. 플랜에서 자동적으로 고객의 이의제기를 독립 심사 기관에 보낼 것입니다.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



- 독립 심사기관은 Medicare가 고용한 독립 기관입니다. 이 기관은 당사 플랜과 관련 없으며 정부기관이 아닙니다.
- 독립 심사기관의 심사자는 고객의 이의에 관련된 모든 정보를 신중히 살펴볼 것입니다.
- **이 당사이 고객의 이의제기를 승락하면**, 당사는 반드시 진료 비용의 당사측 부담액을 고객에게 상환해야 합니다. 또한 당사는 의학적으로 필요한 동안은 고객의 병원 서비스에 대한 플랜의 보장을 계속해야 합니다.
- **이 기관이 고객의 이의제기를 거부한다면** 당사는 그들은 서비스 보장을 중단하는 것이 의학적으로 적절했다는 당사 의견에 동의한다는 것을 의미합니다.

고객이 독립 심사기관으로부터 받는 편지는 고객이 심사 과정을 계속하고 싶은 경우에 고객이 할 수 있는 것들을 알려드릴 것입니다. 그 통지서는 판사가 주재하는 레벨3의 이의제기로 가는 방법을 자세히 알려드릴 것입니다.

품질 개선 기관에서 병원 입원 기간을 연장하기 고객은 캘리포니아 보건 관리국의 독립 의료 심사 기관에 문의하실 수도 있습니다. 177쪽의 제 5.4항을 보고 캘리포니아 보건 관리국의 독립 의료 심사를 신청하는 방법을 숙지하십시오. 레벨 3 이의제기에 같음하거나 추가해서 독립 의료 심사를 요청하실 수도 있습니다.

## 제9항: 레벨2 이상으로 이의제기를 진행하기

### 제9.1항: Medicare 서비스 및 품목에 대한 다음 단계

고객이 Medicare 서비스나 품목에 대해 레벨1 이의제기와 레벨2 이의제기를 했고, 두 이의제기 모두 거절되었다면, 추가 단계의 이의제기를 할 권리가 있을 수도 있습니다. 고객이 독립 심사기관으로부터 받는 편지는 고객이 이의제기 과정을 계속하고 싶은 경우에 고객이 할 수 있는 것들을 알려드릴 것입니다.

레벨3 이의제기 절차는 행정법 판사(ALJ) 심리입니다. 고객이 ALJ가 자신의 사례를 검토하기 원한다면, 고객이 요청하는 의료 서비스가 최소 달러 가치에 부합되어야 합니다. 달러 가치가 최소 수준보다 적으면, 고객은 이의제기를 그 이상 할 수 없습니다. 달러 가치가 충분히 높으면 고객은 ALJ 가의 이의제기를 들을 수 있도록 요청할 수 있습니다.

고객이 ALJ의 결정에 동의하지 않으면, 고객은 Medicare 이의제기 위원회로 갈 수 있습니다. 그 후에는 연방 법원이 고객의 이의제기를 검토하도록 요청할 수 있을 수도 있습니다.

이의제기의 여하한 과정에서 도움이 필요하시면 Cal MediConnect Ombuds Program에 1-855-501-3077번으로 전화하실 수 있습니다.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## 제9.2항: Medi-Cal 서비스 및 품목에 대한 다음 단계

만약 이의제기가 Medi-Cal에 의해 보장되는 서비스 또는 물품인 경우, 추가 이의제기 권리가 고객에게 있습니다. 주 공정 청문회의 결정에 동의하지 않고 다른 심판관이 심사하길 원할 경우, 재공청회 및/또는 사법적 검토를 요청할 수 있습니다.

청문회를 요청하려면 서면 요청(편지)을 하기의 주소로 보내십시오.

재청문회 부서  
744 P번가, MS 19-37,  
캘리포니아 95814

이 편지는 고객이 결정을 받은 뒤 30일 안에 보내야 합니다. 요청을 늦게 하게된 올바른 사유가 있을 경우, 최대 180일 연장하실 수 있습니다.

청문회 요청서에 고객이 결정을 받은 날짜를 적고 왜 재청문회가 허락되어야 하는지 이유를 적으십시오. 추가 증거를 제시하기 원하면 추가 증거가 무엇인지를 적고 그것이 전에 제기되지 않은 이유와 그 증거로 인해 결정이 어떻게 바뀔지를 설명하십시오. 고객은 법률 서비스에 연락해서 도움을 받으실 수도 있습니다.

사법적 검토를 요청하려면 (민사 절차법 제1094.5항에 준하여)에 신청서를 접수해야 합니다. 우선 고객의 결정을 받은 뒤 반드시 1년 안에 고등법원에 고객의 결정에 거명된 카운티 내의 고등법원에 신청서를 접수하십시오. 재청문회를 요청하지 않고 이 신청서를 접수할 수도 있습니다. 접수비는 없습니다. 법원의 최종 결정이 고객에게 유리한 쪽으로 난다면 고객은 타당한고객은의 변호사비 및 비용을 받을 수도 있습니다.

재청문회가 실시되었고 고객이 재청문회 결정에 동의하지 않는다면 고객은 사법적 검토를 요구할 수 있으나 또다른 재청문회를 요청할 수는 없습니다.

## 제10항: 불만 제기하는 방법

### 어떤 문제들이 불만이 될 수 있는가?

불만 처리 과정은 특정 종류의 *문제들만* 다룹니다. 예를 들면 진료 품질, 대기 시간, 고객 서비스 등입니다. 불만처리 과정이 처리하는 문제들의 종류는 예를 들어 다음과 같습니다.

### 요약 설명: 불만 제기하는 방법

고객은 당사의 플랜 관련 내부 불만 사항을 접수하거나 당사 플랜과 관련이 없는 외부 기관을 통한 외부 불만 접수를 하실 수 있습니다.

회원 서비스에 전화하거나 당사료 편지를 보내서 고객의 불만에 대해 알려주십시오.

외부 불만 사항을 처리하는 각기 다른 기관이 있습니다. 자세한 사항은 214쪽의 10.2항을 참조 하십시오.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



**품질에 관한 불만**

- 고객은 병원에서 받은 진료 등 진료의 품질에 대해 만족하지 않습니다.

**프라이버시에 대한 불만**

- 고객은 누군가가 고객의 프라이버시에 대한 권리를 존중하지 않았거나 고객에 대한 비밀 정보를 공유했다고 생각이 되는 경우가 있습니다.

**고객 서비스에 대한 불만**

- 건강 공급자 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 공급자 진료실에서 신체적으로 건강 진료 서비스 및 시설 이용에 접근할 수가 없습니다.
- 고객의 서비스 공급자가 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.
- 고객은 의사나 약사, 기타 진료 공급자들 또는 회원 서비스나 기타 플랜 담당자를 너무 오래 기다려야 했습니다.

**청결에 대한 불만**

- 고객은 클리닉, 병원, 의사 진료실이 청결하지 않다고 생각합니다.

**언어적 접근에 대한 불만**

- 고객의 의사, 진료 공급자가 고객의 진료 약속 시간 동안 고객에게 통역을 제공해 주지 않았습니다.

**와의 소통에 대한 불만**

- 고객은 자신이 받아야 했던 통지서나 편지를 당사가 드리지 않았다고 생각합니다.
- 고객은 당사가 보낸 서면 정보가 이해하기에 너무 어려웠다고 생각합니다.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.





**보장 결정 또는 이의제기와 연관된 당사의 조치의 시의적절성에당사한 불만**

- 고객은 보장 결정이나 고객의 이의제기에 대한 답변 마감일을 당사가 지키지 못하였다고 생각합니다.
- 고객은 보장 결정이나 이의제기 결정을 고객에게 유리한 쪽으로 받은 뒤에 당사가 고객의 서비스를 보장하거나 제공하거나 특정 의료 서비스에 대해 고객에게 상환하는 마감일을 지키지 않았다고 생각합니다.
- 고객의 사례를 독립 심사 기관에 제때에 보내지 않았다고 생각합니다.

"불만"의 법률 용어는 "고충처리"입니다.

"불만 제기"를 뜻하는 법률 용어는 "고충처리 제기"입니다.

**불만 사항에 각기 다른 유형이 있습니까?**

**예.** 고객은 내부 불만 사항을 접수하거나 외부 불만 접수를 하실 수 있습니다. 내부 불만 사항은 당사 플랜에서 처리되고 검토됩니다. 외부불만 사항은 당사 플랜과 연관이 없는 외부 기관에서 처리되고 검토됩니다. 내부 및/또는 외부 불만사항을 접수하는데 도움이 필요하시면, Cal MediConnect Ombuds Program에 1-855-501-3077번으로 전화하십시오.

**제10.1항: 내부 불만사항**

1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 회원 서비스부로 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. 파트 D 약 관련 이외의 불만사항은 상시 접수 가능합니다. 파트 D 약 관련 불만사항은 고객이 불만을 제기하고 싶은 문제를 겪은 후 **휴일 포함 60일 이내에 제기되어야 합니다.**

- 고객이 할 필요가 있는 다른 뭔가가 있으면, 회원 서비스가 고객에게 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 신속히, 그러나 고객의 불만을 접수한 후 휴일 30일 이내에, 고객에게 통지해야 합니다. 당사가 정보가 더 필요하고 30일 안에 결정을 못했으면, 고객에게 서면으로 이를 통지하고 현황을 업데이트해 드리며 고객이 답변을 받을 수 있는 예상 시기를 알려 드립니다. 예를 들어 Medicare 관련 고충처리는 최대 14일까지 연장될 수만 있다고 알려드립니다. 어떤 경우, 고객은 고객의 불만의 신속 심사를 요청할 권리가 있습니다. 이것을 "빠른 불만 처리" 절차라고 부릅니다. 아래 상황에서 고객이 당사 결정에 이의가 있는 경우 고객은 고객의 불만의 심사를 받을 자격이 있습니다.

**문의 사항은,** Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



- 의료서비스 혹은 Medicare 파트D 약품에 대한 요청을 신속 심사해 달라는 고객의 요청을 당사가 거부하는 경우.
  - 거부된 서비스 혹은 Medicare 파트D 약품에 대한 이의제기를 신속 심사해 달라는 고객의 요청을 당사가 거부하는 경우.
  - 의료서비스에 대한 고객의 요청을 심사하기 위해 추가 시간이 필요하다고 당사가 결정하는 경우.
  - 거부된 의료서비스에 대한 고객의 이의제기를 심사하기 위해 추가 시간이 필요하다고 당사가 결정하는 경우.
  - 고객이 자신의 건강에 즉각적이고 중대한 위험이 되는 긴급한 문제가 있는 경우.
- Medicare 파트 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 반드시 휴일 포함 180일 안에 당사 또는 해당 공급자에 접수되어야 합니다.
  - 당사가 고객의 불만 사항을 영업일로 다음 날까지 해결하지 못하면, 고객은 고객의 불만서를 당사가 수령한 날로부터 휴일 포함 5일 안에 당사가 이를 수령했다는 내용의 편지를 보내드릴 것입니다.

당사가 "빠른 보장 결정" 또는 "빠른 이의제기"를 위한 고객의 요청을 거부했기 때문에 고객이 불만을 제기하고 있다면, 당사는 자동으로 고객에게 "빠른 불만" 접수권한을 부하고 24시간 안에 고객의 불만에 답변해야 합니다. 자신고객은강에 즉각적이고 중대한 위험이 되는 긴급한 문제가 있는 경우, 고객은 "빠른 이의제기"를 요청할 수 있으며 당사는 72시간 안에 답변할 것입니다.

**"신속 불만"의 법률 용어는 "신속 고충처리"입니다.**

가능하면 당사는 고객에게 즉시 답변할 것입니다. 고객이 당사로 전화로 불만을 제기하면 당사는 그 통화에서 고객에게 답변을 줄 수도 있습니다. 고객의 건강 상태 때문에 당사가 신속히 답변해야 한다면 당사는 그렇게 할 것입니다.

- 대부분의 불만은 휴일 포함 30일 안에 답변됩니다. 당사가 정보가 더 필요하고 휴일 포함 30일 안에 결정을 못했으면, 고객에게 서면으로 이를 통지하고 현황을 업데이트해 드리며 고객이 답변을 받을 수 있는 예상 시기를 알려 드립니다.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.





- 당사가 "빠른 보장 결정" 또는 "빠른 이의제기"를 위한 고객의 요청을 거부했기 때문에 고객이 불만을 제기하고 있다면, 당사는 자동으로 고객에게 "빠른 불만" 접수권한을 부여하고 24시간 안에 고객의 불만에 답변해야 합니다.
- 당사가 보장 결정 또는 이의제기 관련하여 추가적으로 시간을 소요하여 고객이 불만을 제기하고 있다면, 당사는 자동으로 고객에게 "빠른 불만" 접수권한을 부여하고 24시간 안에 고객의 불만에 답변해야 합니다.

**고객의 불만 사항 전부 또는 일부에** 동의하지 않으면 당사는 고객에게 이를 알려 드리고 이유를 말씀드릴 것입니다. 당사는 당사가 불만에 동의하든 안 하든 답변을 드릴 것입니다.

## 제10.2항: 외부 불만사항

### 고객은 고객의 불만을 Medicare에도 말할 수 있습니다

고객의 불만을 Medicare에도 보낼 수 있습니다. Medicare 불만 양식은 다음에서 이용 가능합니다.  
<https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>

Medicare는 고객의 불만을 진지하게 받아들이고, Medicare 프로그램의 품질 개선을 돕기 위해 이 정보를 사용할 것입니다.

고객은 다른 피드백 할 사항이나 우려 사항이 있으면 또는 플랜이 고객의 문제를 다루고 있지 않다고 생각되면, 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)에 전화하십시오. TTY/TDD 사용자분들은 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오. 통화는 무료입니다.

### 고객은 고객의 불만을 Medi-Cal에도 말할 수 있습니다.

Cal MediConnect Ombuds Program에서도 당사 회원들이 당사가 제공해야 하는 모든 제공 서비스를 받는지 확인하기 위해 독립적 견지에서 문제 해결을 돕습니다. Cal MediConnect Ombuds Program 프로그램은 당사 또는 어떤 보험회사나 건강플랜과도 관계가 없습니다.

Cal MediConnect Ombuds Program 전화번호는 1-855-501-3077입니다. 본 서비스는 무료입니다.

### 캘리포니아 주 관리보건부에 고객의 불만을 제기할 수 있습니다.

캘리포니아주 관리보건부(DMHC)에서는 건강 플랜을 규제하고 있습니다. 고객은 DMHC 지원 센터에 전화해서 Medi-Cal 서비스에 대한 불만 제기에 대한 도움을 받을 수 있습니다. 당사로 응급 상황 관련 불당사약품들이 필요하거나, Health Net Cal MediConnect의 결정에 대해 동의하처방약의 않거나, Health Net Cal MediConnect이 휴일 포함 30일 안에 고객의 불만을 해결하지 않은 경우, 캘리포니아 보건 복지국(DMHC)에 연락할 수 있습니다.

지원 센터의 도움을 얻을 수 있는 두 가지 방법은 다음과 같습니다.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



- 1-888-HMO-2219번으로 전화하십시오. 청각 장애가 있거나 청력에 어려움이 있는 분들은 TTY 번호, 무료전화 1-877-688-9891로 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
- 관리보건 서비스부 웹사이트(<http://www.hmohelp.ca.gov>)를 방문하십시오.

## 고객은 인권 사무국에 불만을 접수할 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. TDD 사용자는 1-800-537-7697으로 전화하십시오. 자세한 내용은 <http://www.hhs.gov/ocr/office/>를 방문하십시오.

지역 인권 사무소로 연락하실 수도 있습니다.

인권사무소  
미국 보건 및 인권 서비스  
부서 90 7th Street, Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103  
전화 번호 1-800-368-1019  
팩스 1-202-619-3818  
TDD 1-800-537-7697

고객은 또한 미국 장애인 법 및 Unruh 시민권 법 상의 권리가 있으며 Cal MediConnect Ombuds에 연락하여 보조를 요청할 수 있습니다. 전화번호: 1-855-501-3077

## 고객은 품질 개선 기관에 불만을 접수할 수 있습니다

고객의 불만이 *케어의 품질에* 대한 것이라면 고객은 2가지 옵션이 있습니다.

- §고객이 원하면 고객은 고객이 받은 케어의 품질에 대한 불만을 곧장 이 기관에(저희에게 제기하지 *않고*) 제기할 수 있습니다.
- 또는 고객의 불만을 저희에게 제기하고 **또한** 품질 개선 기관에도 제기할 수 있습니다. 고객이 불만을 이 기관에 제기하면 저희는 고객의 불만을 해결하기 위해 그들과 협력할 것입니다.

품질 개선 기관은 Medicare 환자들이 받는 케어를 점검하고 개선하도록 연방정부가 보수를 주는 현역 의사들과 기타 건강관리 전문가들로 이루어진 집단입니다.

캘리포니아 주의 품질 향상 기관의 명칭은 Livanta입니다. Livanta의 전화번호는 **1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668)**입니다.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## 제10장: 당사 Cal MediConnect 플랜에서 탈퇴하기

### 목차

개요 .....	216
A. 당사 Cal MediConnect 플랜에서 언제 탈퇴할 수 있는가? .....	216
B. 당사 Cal MediConnect 플랜에서 어떻게 탈퇴할 수 있는가? .....	217
C. 다른 Cal MediConnect 플랜에 가입하는 방법? .....	217
D. 고객이 당사 플랜에서 탈퇴하고 다른 종류의 Cal MediConnect 플랜 가입을 원치 않는다면, 어떻게 Medicare, Medi-Cal 서비스를 받을 수 있는가? .....	218
Medicare 서비스를 어떻게 받게 되는가 .....	218
Medi-Cal 서비스를 어떻게 받게 되는가 .....	220
E. Cal MediConnect 플랜 회원 자격이 종료될 때까지는 계속해서 당사 플랜을 통해서 의료 서비스와 약을 받으실 것입니다. ....	221
F. 가입자님의 당사 Cal MediConnect 플랜 회원 자격은 특정 상황에서 종료될 수 있습니다. ....	221
G. 당사는 고객의 건강과 연관된 어떠한 이유로든 고객을 Cal MediConnect 플랜에서 탈퇴하라고 요구할 수 없습니다. ....	223
H. 고객은 당사가 본 플랜에서 고객의 회원자격을 종료시키면 불만을 제기할 권리가 있습니다. ....	223
I. 고객의 플랜 회원자격을 종료시키는 데 대한 자세한 정보를 어디서 얻을 수 있는가? .....	223

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## 개요

본 장은 고객이 Cal MediConnect에서 탈퇴하는 방법과 플랜을 탈퇴한 후에 고객이 갖는 건강 보험 보장 옵션에 대해 다룹니다. 고객이 당사 플랜을 탈퇴해도, 자격이 되는 한 Medicare 및 Medi-Cal 프로그램에 계속 남아계실 것입니다.

### A. 당사 Cal MediConnect 플랜에서 언제 탈퇴할 수 있는가?

고객은 언제든지 Health Net Cal MediConnect에서 탈퇴할 수 있습니다. 고객의 회원자격은 보통 고객의 플랜을 변경하기 위한 고객의 요청을 당사가 접수한 달의 마일막 날에 종료될 것입니다. 예를 들어 고객의 요청을 당사가 1월 18일에 받았다면, 당사 플랜 보장은 1월 31일에 끝날 것입니다. 고객의 새 보장은 다음 달 첫째날에 시작될 것입니다.

당사 플랜에서 탈퇴하면, 고객이 다른 Cal MediConnect 플랜을 선택하지 않는 한, 고객은 Medi-Cal 서비스에 대해서 Medi-Cal 관리 진료 플랜에 계속 등록이 되어 있을 것입니다. 당사 플랜을 탈퇴해도 Medicare 등록 옵션을 선택할 수 있습니다.

- ▶ Cal MediConnect 플랜을 탈퇴할 때 Medicare 옵션에 대한 자세한 내용은 219쪽에 있는 도표를 보십시오.
- ▶ 당사 Cal MediConnect 플랜을 탈퇴할 때 고객의 Medi-Cal 서비스에 대한 내용은 219쪽을 참조하십시오.

탈퇴 방법에 대한 더 자세한 정보는 다음의 방법으로 얻을 수 있습니다.

- 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시 사이에 회원 서비스부로 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다.
- Health Care Options에 1-844-580-7272번으로 월요일부터 금요일까지 오전 8:00부터 오후 5:00까지 전화하십시오. TTY/TDD 사용자는 1-800-430-7077번으로 전화하십시오.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



- 캘리포니아 건강 보험 상담 및 변호 프로그램(California Health Insurance Counseling & Advocacy Program, HICAP)에 -800-434-0222로 월요일에서 금요일까지 오전 8:00시부터 오후 5:00시까지 전화하십시오. 상세 정보에 대해 알려면 또는 자신의 지역에 있는 현지 HICAP 사무소를 찾으려면, <http://www.aging.ca.gov/HICAP/>를 방문 하십시오.
- Cal MediConnect Ombuds Program에 1-855-501-3077번으로 월요일에서 금요일까지 오전 9시부터 오후 5시까지 전화하십시오. TTY 사용자는 1-855-847-7914로 전화해야 합니다.
- 또는 주 7일, 하루 24시간 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.

## B. 당사 Cal MediConnect 플랜에서 어떻게 탈퇴할 수 있는가?

고객이 탈퇴하기로 결정하면 Medi-Cal이나 Medicare에 Health Net Cal MediConnect에서 탈퇴하고 싶다고 말하십시오:

- Health Care Options에 1-844-580-7272번으로 월요일부터 금요일까지 오전 8:00부터 오후 5:00 사이에 전화하십시오. TTY/TDD 사용자는 1-800-430-7077로 전화해야 합니다.
- 또는 주 7일, 하루 24시간 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하실 수 있습니다. TTY 이용자(청각 장애, 청력 문제, 언어 장애가 있는 사람들)은 1-877-486-2048번으로 전화하십시오. 1-800-MEDICARE에 전화하시면 Medicare 건강 또는 약 플랜 등록도 할 수 있습니다. 고객이 당사 플랜에서 탈퇴할 때 Medicare 서비스를 어떻게 받는지에 대한 더 자세한 정보는 219쪽에 나옵니다.

## C. 다른 Cal MediConnect 플랜에 가입하는 방법?

단일 플랜을 통해 고객의 Medicare 및 Medi-Cal 혜택을 함께 계속해서 받기 원한다면 고객은 다른 종류의 Cal MediConnect 플랜에 가입할 수 있습니다.

다른 종류의 Cal MediConnect 플랜에 가입하려면

- Health Care Options에 1-844-580-7272번으로 월요일부터 금요일까지 오전 8:00부터 오후 5:00 사이에 전화하십시오. TTY/TDD 사용자는 1-800-430-7077로 전화해야 합니다. 전화해서 Health Net Cal MediConnect에서 탈퇴하고 다른 종류의 Cal MediConnect 플랜에 가입하고 싶다고 하십시오. 어떤 플랜에 가입해야 할지 고객이 확실히 모르겠으면 담당자들이 고객이 사는 지역에 있는 다른 종류의 플랜에 대해 말해줄 것입니다.

Health Net Cal MediConnect가 제공하는 보장은 당사가 고객의 탈퇴 요청을 받은 달의 마지막 날로 종료됩니다.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## D. 고객이 당사 플랜에서 탈퇴하고 다른 종류의 Cal MediConnect 플랜 가입을 원치 않는다면, 어떻게 Medicare, Medi-Cal 서비스를 받을 수 있는가?

고객이 Health Net Cal MediConnect에서 탈퇴한 뒤에 다른 종류의 Cal MediConnect 플랜 가입을 원치 않는다면, 고객은 고객의 Medicare, Medi-Cal 서비스에 각각 별도로 돌아가게 될 것입니다.

### Medicare 서비스를 어떻게 받게 되는가

고객은 Medicare 혜택에 대한 선택 가능한 옵션이 있습니다.

Medicare 서비스를 받을 수 있는 세 가지 옵션이 있습니다. 이 중 하나의 옵션을 선택함으로써 고객은 자동적으로 당사 Cal MediConnect 플랜에서 탈퇴하게 됩니다.

<p><b>1. 하기의 프로그램으로 전환할 수 있습니다.</b></p> <p><b>Medicare 건강 플랜(예: Medicare Advantage plan) 또는, 자격 요건을 충족하고 서비스 지역 내에 사는 경우, 고연령자를 위한 포괄적 프로그램 (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)</b></p>	<p><b>아래와 같이 하시면 됩니다.</b></p> <p>또는 주 7일, 하루 24시간 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하실 수 있습니다. TTY 이용자들은 1-877-486-2048번으로 전화해서 Medicare만 취급하는 건강 플랜에 새로 가입하십시오.</p> <p>PACE 질문에 대해서는, 1-855-921-PACE(7223)로.</p> <p>도움이나 자세한 정보가 필요하면:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 캘리포니아 건강 보험 상담 및 변호 프로그램(California Health Insurance Counseling &amp; Advocacy Program, HICAP)에 1-800-434-0222로 월요일에서 금요일까지 오전 8시부터 오후 5시 사이에 전화하십시오. 상세 정보에 대해 알려면 또는 자신의 지역에 있는 현지 HICAP 사무소를 찾으려면, <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">http://www.aging.ca.gov/HICAP/</a>를 방문해 주십시오."</li> </ul> <p>고객의 신규 플랜의 보장이 시작될 때 고객은 자동으로 Health Net Cal MediConnect 플랜에서 탈퇴될 것입니다.</p>
--	---

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



<p><b>2. 하기의 프로그램으로 전환할 수 있습니다.</b></p> <p><b>별도의 Medicare 처방약 플랜이 있는 오리지널 Medicare</b></p>	<p><b>아래와 같이 하시면 됩니다.</b></p> <p>또는 주 7일, 하루 24시간 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.</p> <p>도움이나 자세한 정보가 필요하면:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 캘리포니아 건강 보험 상담 및 변호 프로그램(California Health Insurance Counseling &amp; Advocacy Program, HICAP)에 1-800-434-0222로 월요일에서 금요일까지 오전 8시부터 오후 5시 사이에 전화하십시오. 상세 정보에 대해 알려면 또는 자신의 지역에 있는 현지 HICAP 사무소를 찾으려면, <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">http://www.aging.ca.gov/HICAP/</a>를 방문해 주십시오.</li> </ul> <p>고객의 Original Medicare의 보장이 시작될 때 고객은 자동으로 Health Net Cal MediConnect 플랜에서 탈퇴될 것입니다.</p>
---	--

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.





<p><b>3. 하기의 프로그램으로 전환할 수 있습니다.</b></p> <p><b>별도의 Medicare 처방약 플랜이 없는 오리지널 Medicare.</b></p> <p><b>주의:</b> 고객이 오리지널 Medicare로 전환하고 별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입하지 않으면 Medicarecare는, 고객이 Medicarecare 측에 등록을 원치 않는다고 말하지 않는 한, 약 플랜에 고객을 등록시킬 수 있습니다.</p> <p>고객은 고용주나 노조, 기타 출처에서 처방전 약 보장을 받는다면 오직 약 보장만 등록하지 않아야 합니다. 약물 보험 적용을 필요로 하는지에 대한 질문이 있는 경우, 캘리포니아 건강 보험 상담 및 변호 프로그램(California Health Insurance Counseling &amp; Advocacy Program, HICAP)에 1-800-434-0222로 월요일에서 금요일까지 오전 8시부터 오후 5시 사이에 전화하십시오. 상세 정보에 대해 알려면 또는 자신의 지역에 있는 현지 HICAP 사무소를 찾으려면, <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">http://www.aging.ca.gov/HICAP/</a>를 방문해 주십시오.</p>	<p><b>아래와 같이 하시면 됩니다.</b></p> <p>또는 주 7일, 하루 24시간 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.</p> <p>도움이거나 자세한 정보가 필요하면:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>캘리포니아 건강 보험 상담 및 변호 프로그램(California Health Insurance Counseling &amp; Advocacy Program, HICAP)에 1-800-434-0222로 월요일에서 금요일까지 오전 8시부터 오후 5시 사이에 전화하십시오. 상세 정보에 대해 알려면 또는 자신의 지역에 있는 현지 HICAP 사무소를 찾으려면, <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">http://www.aging.ca.gov/HICAP/</a>를 방문해 주십시오.</li> </ul> <p>고객의 Original Medicare의 보장이 시작될 때 고객은 자동으로 Health Net Cal MediConnect 플랜에서 탈퇴될 것입니다.</p>
--	---

### Medi-Cal 서비스를 어떻게 받게 되는가

고객이 당사 Cal MediConnect 플랜을 탈퇴하면 고객은 원하는 Medi-Cal 관리 진료 플랜에 가입할 것입니다. Medi-Cal 서비스에는 대부분의 장기 서비스 및 지원, 행동 건강 치료가 포함됩니다.

고객은 당사 Cal MediConnect 플랜에서 탈퇴를 요청할 때 가입하고 싶은 Medi-Cal 관리 진료 플랜을 Health Care Options 측에 알려야 합니다.

- Health Care Options에 1-844-580-7272번으로 월요일부터 금요일까지 오전 8:00부터 오후 5:00시 사이에 전화하십시오. TTY/TDD 사용자는 1-800-430-7077로 전화해야 합니다. 전화해서 Health Net Cal MediConnect에서 탈퇴하고 Medi-Cal 관리 진료 플랜에 가입하고 싶다고 하십시오. 어떤 플랜에 가입해야 할지 고객이 확실히 모르겠으면 담당자들이 고객이 사는 지역에 있는 다른 종류의 플랜에 대해 말해줄 것입니다.

고객이 당사 Cal MediConnect 플랜에서 탈퇴할 때, 고객은 새 ID 카드, 새 **회원 안내서**, 그리고 Medi-Cal 보장을 위한 새 **공급자 및 약국명부**를 받게 될 것입니다.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## E. Cal MediConnect 플랜 회원 자격이 종료될 때까지는 계속해서 당사 플랜을 통해서 의료 서비스와 약을 받으실 것입니다.

고객이 Health Net Cal MediConnect을 탈퇴하는 경우, 고객의 회원자격이 종료되고 고객의 새 Medicare 보장이 발효되기까지는 시간이 걸릴 수 있습니다. 자세한 내용은 219쪽을 참조하십시오. 이 기간 동안 고객은 당사 플랜을 통해 진료 및 처방약을 계속해서 받게 됩니다.

**고객의 처방전을 조제하려면 당사 협력업체 약국을 사용하셔야 합니다. 보통 고객의 처방약은 당사의 편주문 약국 서비스를 통한 조제를 포함해 협력업체 약국에서 조제되는 경우에만 보장됩니다.**

**고객의 회원자격이 종료되는 날 입원하게 되었다면, 고객의 병원 입원은 보통 고객이 퇴원할 때까지 Cal MediConnect 플랜에서 보장됩니다.** 이는 새 건강 보험 보장이 고객이 퇴원하기 이전에 시작된다 할지라도 그렇게 될 것입니다.

## F. 가입자님의 당사 Cal MediConnect 플랜 회원 자격은 특정 상황에서 종료될 수 있습니다.

다음은 Health Net Cal MediConnect에서 플랜에 대한 고객의 회원 자격을 종료해야 하는 상황들입니다.

- 고객의 Medicare 파트A, 파트B 보장이 중단된 시점이 있었거나,
- Medi-Cal 자격이 더 이상 없는 경우. 당사 플랜은 Medicare 및 Medi-Cal 수혜 자격이 있는 분들을 위한 것입니다. 캘리포니아 주 또는 Medicare는 Health Net Cal MediConnect 플랜으로부터 고객을 탈퇴시키고 고객은 오리지널 Medicare로 복귀될 것입니다. 고객의 Medicare 파트D 처방약 지불을 추가 지원을 통해 받고 있다면, CMS은 고객을 Medicare Prescription Drug Plan에 자동 등록시킬 것입니다. 고객이 나중에 다시 Medi-Cal에 대해 자격을 갖추고 Health Net Cal MediConnect에 재등록하길 원하는 경우, Health Care Options에 1-844-580-7272번으로 월요일부터 금요일 사이에 오전 8시부터 오후 5시까지 전화해야 할 것입니다. TTY/TDD 사용자는 1-800-430-7077 번으로 전화하십시오. 그들에게 Health Net Cal MediConnect에 재가입하고 싶다고 말하십시오.
- 고객이 서비스 지역 밖으로 이사 가는 경우.
- 고객이 당사의 서비스 지역을 6개월 넘게 벗어나는 경우.

**문의 사항은,** Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



- » 고객은 장기간 출타 또는 여행을 간다면 가려는 곳이 본 플랜의 서비스 지역에 속하는지 여부를 회원 서비스에 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 합법적으로 미국에 없는 경우.

고객은 당사 플랜의 회원이 되려면 미국 시민이거나 합법적으로 미국에 있어야 합니다. Centers for Medicare and Medicaid Services는 고객이 이런 기준에서 계속 회원일 수 있는 자격이 없는지를 당사로 통지할 것입니다. 고객이 이런 요건을 충족하지 않으면 당사는 고객을 등록 해제해야 합니다.

더 이상 Medi-Cal 자격자가 아니거나 상황이 변동되어 Cal MediConnect의 유자격자가 아닐 경우, 추가로 두 달 동안 Health Net Cal MediConnect로부터 계속해서 혜택을 받을 수 있습니다. 고객이 자신을 여전히 유자격자라고 생각하는 경우, 이 추가 시간은 자신인 가입자격 정보를 정정할 수 있게 하여줍니다. 고객은 자신인 가입자격 정보를 정정하는 지침서가 첨부된 자격 변경에 관한 편지를 당사로부터 받게 됩니다.

- Health Net Cal MediConnect의 가입자로 계속 남으실려면 이 두 달의 추가 기간의 마지막 날까지 다시 자격을 갖추어야 합니다.
- 이 두 달 기간의 끝까지 자격을 회복하지 못하면 Health Net Cal MediConnect로부터 가입 해지되실 것입니다.

당사는 Medicare와 Medi-Cal에 우선 허락을 얻어야만 하기의 이유들로 인해 고객을 당사 플랜에서 탈퇴하게 만들 수 있습니다.

- 고객이 본 플랜에 가입할 때 의도적으로 부정확한 정보를 제공하고 그 정보가 본 플랜에 대한 고객의 적격에 영향을 주는 경우.
- 고객이 고객과 본 플랜의 다른 회원들에게 당사가 의료 서비스를 제공하는 데 지장을 주는 식으로 계속 행동하는 경우.
- 고객이 다른 사람이 고객의 ID 카드를 사용해 의료 서비스를 받는 것을 허락하는 경우.
  - » 당사가 이런 이유 때문에 고객의 회원자격을 종료시키면 Medicare는 감사관을 시켜 고객의 사례를 조사할 수 있습니다.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## G. 당사는 고객의 건강과 연관된 어떠한 이유로든 고객을 Cal MediConnect 플랜에서 탈퇴하라고 요구할 수 없습니다.

고객은 건강 관련 이유 Medicare본 플랜을 탈퇴하라고 종용 당한다고 생각되면 Medicare에 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)번으로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오. 하루 24시간 주7일 언제든지 전화할 수 있습니다.

- 또한 Cal MediConnect Ombuds Program에 1-855-501-3077번으로 전화하십시오. 월요일에서 금요일까지 오전 9시부터 오후 5시 사이에 TTY 사용자는 1-855-847-7914로 전화해야 합니다.

## H. 고객은 당사가 본 플랜에서 고객의 회원자격을 종료시키면 불만을 제기할 권리가 있습니다.

당사가 Cal MediConnect 플랜에서 고객의 회원자격을 종료시키는 경우, 당사는 고객의 회원자격을 종료시키는 당사의 사유를 서면으로 고객에게 알려야 합니다. 또한 당사는 고객의 회원자격을 종료하기로 한 당사의 결정에 대하여 고객이 불만을 제기하거나 할 수 있는 방법도 설명해 드려야 합니다. 또한 항의하는 방법에 대해서는 제 9장을 참조할 수 있습니다.

## I. 고객의 플랜 회원자격을 종료시키는 데 대한 자세한 정보를 어디서 얻을 수 있는가?

고객은 본인의 회원자격을 언제 종료할 수 있는지에 대한 의문이 있거나 추가 정보가 필요하면 아래와 같이 할 수 있습니다.

- 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시 사이에 회원 서비스부로 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다.
- Health Care Options에 1-844-580-7272번으로 월요일부터 금요일까지 오전 8:00부터 오후 5:00 사이에 전화하십시오. TTY/TDD 사용자는 1-800-430-7077로 전화해야 합니다.
- 캘리포니아 건강 보험 상담 및 변호 프로그램(California Health Insurance Counseling & Advocacy Program, HICAP)에 1-800-434-0222로 월요일에서 금요일까지 오전 8시부터 오후 5시까지 전화하십시오. 상세 정보에 대해 알려면 또는 자신의 지역에 있는 현지 HICAP 사무소를 찾으려면, <http://www.aging.ca.gov/HICAP/>를 방문해 주십시오.
- Cal MediConnect Ombuds Program에 1-855-501-3077번으로 월요일에서 금요일까지 오전 9시부터 오후 5시까지 전화하십시오. TTY 사용자는 1-855-847-7914로 전화해야 합니다(TTY: 1-855-847-7914).

**문의 사항은,** Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



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

---

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## 제11장: 법률적 고지

---

### 목차

A. 법률에 관한 고지 .....	226
B. 차별 금지에 관한 고지 .....	226
C. 이차 지불인으로서 Medicare 관련 및 최종 지불인으로서 Medi-Cal에 대한 통지 .....	227
D. 조치 통지.....	227
E. 제3자 책임 .....	227
F. 독립 계약업자 .....	228
G. 보건 플랜 사기 .....	228
H. Health Net의 통제 밖의 정황 .....	228
I. 개인정보 보호 관행 공지서 .....	228

---

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## A. 법률에 관한 고지

본 가입자 안내서에는 많은 법규들이 적용됩니다. 그 법규들이 이 안내서에 포함되어 있지 않거나 설명되어 있지 않더라도 그 법규들은 고객의 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 고지

Medicare 및 Medi-Cal과 협력하는 모든 회사 및 기관은 법을 준수해야 합니다. 고객은 연령, 청구 경험, 피부색, 신념, 민족, 보험 적용가능성의 증거, 유전 정보, 지리적 위치, 건강 상태, 병력, 정신적 또는 신체적 장애, 국적, 인종, 종교, 또는 성별 때문에 다르게 취급될 수 없습니다. 이러한 이유 중 하나로라도 고객이 공정하게 대우받지 못했다고 생각된다면 건강 복지국 (Department of Health and Human Services), 민권 사무국(Office for Civil Rights)에 1-800-368-1019번으로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-800-537-7697번으로 전화하십시오. 자세한 내용은 <http://www.hhs.gov/ocr>를 방문하십시오.

Medicare 및 Medi-Cal과 협력하는 모든 회사 및 기관은 법을 준수해야 합니다. 고객은 연령, 청구 경험, 피부색, 신념, 민족, 보험 적용가능성의 증거, 유전 정보, 지리적 위치, 건강 상태, 병력, 정신적 또는 신체적 장애, 국적, 인종, 종교, 또는 성별 때문에 다르게 취급될 수 없습니다.

Health Net Cal MediConnect:

- 유자격 수화 통역사, 다른 형식(대형 인쇄체, 이용 가능한 전자 형식, 기타 다른 형식)으로 된 서면 정보와 같이 장애를 앓고 있는 분들과 효과적으로 소통하기 위해 무료 보조 도구 및 서비스를 제공합니다.
- 유자격 통역사, 다른 언어로 작성된 정보와 같이 영어를 주 언어로 구사하지 않는 분에게 무료 언어 서비스를 제공합니다.

이런 서비스들이 필요하다면, Health Net Cal MediConnect 고객 연락 센터에 1-855-464-3571 (TTY: 711)로 월요일에서 금요일까지 오전 8시~오후 8시까지 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다.

Health Net Cal MediConnect가 이러한 서비스를 제공하지 않았거나 인종, 피부색, 출신국가, 연령, 장애 또는 성별에 따른 다른 방식으로 차별을 하였다고 생각하시면 위 번호로 전화하여 고충처리를 제기하실 수 있습니다. 고충처리를 제기하는데 도움이 필요하실 경우, Health Net Cal MediConnect 고객서비스부가 도와드릴 수 있습니다.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



미 보건복지부, 민권사무국에 민권 관련 불만을 민권사무국 불만 포털을 통해 전자적 (<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>) 또는 아래로 우편 혹은 전화로 제기하실 수도 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).

불만 서식은 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>에서 받아보실 수 있습니다.

---

## C. 이차 지불인으로서 Medicare 관련 및 최종 지불인으로서 Medi-Cal에 대한 통지

---

때로 당사가 고객에게 제공한 서비스에 대해 다른 사람이 우선 지불을 할 수가 있습니다. 예를 들어 고객이 차 사고를 당했거나 직장에서 다친 경우, 보험 회사 또는 직장 상해 보험에서 먼저 지불해야 합니다.

당사는 Medicare가 일차 지불인이 아닌 보장되는 Medicare 서비스에 대하여 징수할 권리와 책임이 있습니다.

Cal MediConnect 프로그램은 수혜자가 받은 건강 관리 서비스 관련 제삼자 법적 책임에 관한 주 법규, 연방 법규, 기타 법규를 준수합니다. 당사는 Medi-Cal 프로그램이 최종 지불인이 될 수 있도록 타당한 모든 노력을 기울입니다.

---

## D. 조치 통지

---

당사는 조치 통지서(Notice of Action, NOA) 서식을 이용해서 혜택 상의 거부, 종료, 지연, 수정을 고객에게 통지해야 합니다. 고객이 당사의 결정에 동의하지 않으면, 당사 플랜에 이의제기를 할 수 있습니다. 고객은 i-Cal 서비스에 대해서라면 고객은 동시에 주 청문회를 요청할 수 있습니다. 고객은 몇 가지 예외 경우를 제외하고는 독립 의료 심사(IMR)를 요청하기 전에 당사 플랜에 먼저 이의제기를 제기할 수 있습니다. 이러한 절차들에 대해 고객이 지불해야 하는 비용은 없습니다.

---

## E. 제3자 책임

---

Health Net는 산업재해보험 보험금 및 무보험 운전자 보장을 포함한 제3자 또는 일상적 책임 보험의 불법 행위 책임과 관련된 조치의 결과로 인한 회수의 경우 회원에게 제공된 보장된 서비스의 가치의 회수에 대한 청구를 하지 않을 것입니다. 하지만 Health Net는 DHCS에 그러한 잠재적 사례를 알릴 것이며 DHCS로 하여금 그러한 회수의 환급을 할 수 있는 주 정부의 권리를 추구하는데 도움이 될 것입니다. 회원은 이것과 관련하여 Health Net와 DHCS를 도와야만 합니다.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.





## F. 독립 계약업자

Health Net과 참여하는 의사나 병원 간의 관계는 독립 계약업자 관계입니다. 참여하는 의사나 병원은 Health Net의 직원 내지 기관이 아니고, Health Net과 Health Net의 직원도 참여하는 의사나 병원의 직원 내지 기관이 아닙니다. 어떤 경우에도 Health Net은 참여하는 의사나 병원 또는 기타 건강 의료 서비스 공급자의 태만이나 부당행위, 누락에 책임이 없습니다. 참여하는 의사는 Health Net이 아니라 회원와 의사-환자 관계를 유지합니다. Health Net은 건강 의료 공급자가 아닙니다.

## G. 보건 플랜 사기

보건 플랜 사기는 진료 공급자, 회원, 직원, 그들의 대행자에 의한 속임이나 부실표시 (misrepresentation)라고 정의됩니다. 이것은 기소될 수 있는 중죄입니다. 허위진술을 포함하는 클레임을 제출함으로써 보건 플랜에 사기를 치려는 활동에 알면서도 고의로 참여하는 사람은 보험사기 유죄입니다.

지불청구서나 혜택설명서에 적힌 청구액에 대하여 우려사항이 있으면, 또는 불법활동을 알거나 의심되면, 본 플랜의 무료 Fraud Hotline(사기 응급전화) 1-800-977-3565번으로 전화하십시오. 사기 응급전화는 하루 24시간 주7일 운영됩니다. 모든 전화는 엄격히 비밀이 유지됩니다. 1-800-977-3565. 사기 응급전화는 하루 24시간 주7일 운영됩니다. 모든 전화는 엄격히 비밀이 유지됩니다.

## H. Health Net의 통제 밖의 정황

자연재해, 전쟁, 폭동, 반란사태, 전염병, 시설의 완전 또는 부분 파괴, 핵폭발, 기타 원자력 사고, 중요 의료그룹 사람의 장애, 그밖에 Health Net의 통제권 내에 있지 않은 유사 사건으로 인해 Health Net의 시설이나 인력이 이 *가입자 안내서*에 의거한 서비스나 혜택을 제공하지 못하거나 주선하지 못하는 정도까지, 그런 서비스나 혜택을 제공할 Health Net의 의무는 Health Net의 시설이나 인력의 현재의 가용성 내에서 그런 서비스나 혜택을 제공하거나 그 주선을 기하 위해 신의성실의 노력을 한다는 요건에 국한되어야 합니다.

## I. 개인정보 보호 관행 공지서

이 공지서 어떻게 고객에 관한 의료 정보가 사용 되고 공개 될지에 관해 그리고 어떻게 이 정보를 이용할 수 있는지에 대해 설명해 줍니다.

*이를 신중하게 검토하시기 바랍니다.*

2017년 08월 14일부로 시행

문의 사항은, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. 추가 정보를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



이 고지는 Health Net\*\*(이하 "당사" 또는 "플랜"이라고 칭합니다)이 고객의 보호된 개인 정보를 수집, 사용, 공개할 수 있는 방식과, 고객의 보호되는 건강 정보에 관한 고객의 권리를 설명합니다. "보호되는 건강 정보"는 고객에 대한 인구통계학적 정보를 비롯해, 고객을 식별하는 데 합리적으로 사용될 수 있고, 고객의 과거와 현재, 미래의 신체적 또는 정신적 건강이나 상태, 고객에게 제공된 의료, 또는 그 의료에 대한 지불과 관련 있는 정보입니다.

\*\*본 개인정보보호 정책 고지는 또한 다음의 Health Net 조직 중 모든 곳의 등록자에게 적용됩니다:

**Health Net of California, Inc., Health Net Life Insurance Company, Health Net Health Plan of Oregon, Inc., Managed Health Network, LLC 및 Health Net Community Solutions, Inc. 개정 2017년 6월 5일**

### **보장되는 조직 의무:**

Health Net은 1996년의 건강보험 양도 및 책임에 관한 법안(HIPAA)에 따라 정의되고 규제되는 HIPAA 규제 대상 조직입니다. 법률에 의해, Health Net은 법률에 요구에 의해, 보호되는 건강 정보 (PHI)의 정보보호를 유지하고, 고객의 PHI에 관련되는당사의 법률적 의무와 개인정보보호 실무에 대한 이런 고통을 고객에게 제공하고, 현재 실시되고 있는 고지의 조건을 준수하고, 보호되지 않은 PHI 위반이 있는 경우에 고객에게 통지해야 합니다.

본 고지는 당사가 고객의 PHI를 사용 및 공개하는 방식을 기술합니다. 이것은 고객의 PHI에(를) 접속, 수정 및 관리하는 고객의 권리와 그런 권리들을 행사하는 방법도 기술합니다. 본 고지에 기술되지 않은 고객의 PHI의 다른 모든 사용이나 공개는 고객의 서면허가가 있어야만 합니다.

Health Net은 본 고지를 변경할 권리를 보유하고 있습니다. 당사는 당사가 이미 입수하였고 장래에 입수하게 될 고객의 PHI에 대해 효력이 있는 고지를 개정 또는 변경할 권리를 보유하고 있습니다. Health Net은 이용, 공개, 고객의 권리, 당사의 법적 의무, 기타 본 고지에 담긴 개인 정보 보호 관행 중 중요한 내용 변경이 있을 시에는 언제든지 본 고지를 신속하게 개정하고 배포할 것입니다. 당사는 모든 개정된 고지를 Health Net 웹사이트에서 볼 수 있도록 할 것입니다.

### **구두, 필기 및 전자 PHI에 대한 내부 보호:**

Health Net이 고객의 PHI를 보호합니다. 당사는 고객을 돕기 위해 프라이버시 및 안전 절차를 가지고 있습니다. 고객의 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 권한 있는 자와만 고객의 PHI를 공유합니다.
- 당사는 고객의 PHI를 발송 및 저장하는 데 안전하게 유지합니다.
- 당사는 권한 없는 자가 고객의 PHI에 대한 액세스를 기술로 차단합니다.

**문의 사항은,** Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## 허락되는 고객의 PHI 사용 및 공개:

다음은 고객의 허락이나 권리부여 없이 고객의 PHI를 사용하거나 공개할 수 있는 방법의 목록입니다:

- **치료** - 당사는 고객의 PHI를 사용하거나 고객에게 치료를 제공하는 의사나 기타 의료제공자에 공개하여 의료 제공자들 간에 고객의 치료를 조정하거나 고객의 혜택과 관련된 사전 승인 결정을 하는 데 당사로 도움을 주도록 할 수 있습니다.
- **결제** - 당사는 고객에게 제공되는 의료 서비스에 대한 혜택 결제를 하기 위해 고객의 PHI를 사용하고 공개할 수 있습니다. 당사는 결제 목적당사위해 고객의 PHI를 더 큰 건강 플랜, 의료 제공자, 또는 연방 개인정보보호 규칙의 적용을 받는 다른 조직에 공개할 수 있습니다. 결제 활동에는 청구의 처리, 청구에 대한 자격이나 보험적용 범위의 결정, 보험료 청구서의 발급, 의료적 필요를 위한 서비스의 검토, 청구의 활용 검토의 실시 등이 포함될 수 있습니다.
- **의료 운영** - 당사는 의료 운영의 수행에서 고객의 PHI를 사용 및 공개할 수 있습니다. 이런 활동에는 고객 서비스의 제공, 항의 및 이의에 대한 처리, 사례 관리 및 치료 조정의 제공, 청구에 대한 의료적 검토의 수행, 기타 품질 평가 및 개선 활동 등이 포함될 수 있습니다. 당사는 또한 당사의 의료 운영에서 고객의 PHI의 개인정보를 보호하는 조건을 담고 있는 서면 계약을 당사와 맺고 있는 사업체 직원에게 고객의 PHI를 공개할 수 있습니다. 당사는 연방 개인정보보호 규칙의 적용을 받고 품질 평가 및 개선 활동, 의료 전문인의 능력이나 자격의 검토, 사례 관리 및 치료 조정, 또는 의료 사기와 남용의을 감지나 예방과 관련된 의료 운영을 위해 고객과 관계를 갖고 있는 또 하나의 조직에 고객의 PHI를 공개할 수 있습니다.
- **그룹 건강 플랜/플랜 스폰서 공개** - 스폰서가 보호되는 건강 정보를 사용 또는 공개하는 방식에 대해 어떤 제한을 가하는 데 동의하는 경우, 당사는 고객의 보호되는 건강 정보를 고용주나 고객에게 의료를 제공하는 여타의 조직과 같은 그룹 건강 플랜의 스폰서에게 공개할 수 있습니다.

## 기타 허용되거나 요구되는 고객의 PHI 공개:

- **기금모집 활동** - 당사는 고객의 PHI를 자선 단체나 기타 유사한 단체의 활동 자금을 마련하는 데 도움이 되기 위한 자금 모금 활동과 같은 자금 모금 활동을 위해 이용하거나 공개할 수 있습니다. 자금 모금 활동으로 당사가 고객에게 연락을 드리면 당사는 향후 그러한 연락을 받지 않도록 고객이 선택하거나 이를 중지할 수 있는 기회를 드릴 것입니다.
- **보험인수 목적** - 당사는 보장 신청 또는 요청에 대한 결정을 내리는 것 등 보험인수 목적으로 고객의 PHI를 이용하거나 공개할 수 있습니다. 보험인수 목적으로 고객의 PHI를 이용하거나 공개하는 경우, 당사는 보험인수 과정에서 유전자 정보인 고객의 PHI를 이용 또는 공개하는 것이 금지되어 있습니다.
- **치료 예약 알림/치료 대안** - 연방, 주 및/또는 현지 법률이 고객의 PHI의 사용이나 공개를 요구하는 경우, 당사는 사용이나 공개가 해당 법률을 준수하고 해당 법률의 요건으로 제한되는 정도까지 고객의 PHI 정보를 사용하거나 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 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



- **법률의 요구에 따라** - 연방, 주 및/또는 현지 법률이 고객의 PHI의 사용이나 공개를요구하는 경우, 당사는 사용이나 공개가 해당 법률을 준수하고 해당 법률의 요건으로제한되는 정도까지 고객의 PHI 정보를 사용하거나 공개할 수 있습니다. 동일한사용이나 공개에 적용되는 2개 이상의 법률이나 규정이 충돌하는 경우, 당사는 더엄격한 법률이나 규정을 준수할 것입니다.
- **공공 보건 활동** - 당사는 질병, 부상, 또는 장애를 방지하거나 통제할 목적으로 고객의 PHI를 공공 보건 당국에 공개할 수 있습니다. 당사는 제품이나 서비스의 품질, 안전성 또는 효과를 FDA의 관할 하에 있도록 보장하기 위해 고객의 PHI를 식품의약국(FDA)에 공개할 수 있습니다.
- **학대나 방치의 희생자** - 당사는 학대, 방치 또는 가정 폭력이 있다고 생각되는 합리적인 근거가 있는 경우에 그런 보고를 받도록 법률로 허가된 사회 봉사나 보호 서비스 기관을 포함한 현지, 주, 또는 연방 정부 당국에 고객의 PHI를 공개할 수 있습니다.
- **사법적 및 행정적 소송진행** - 당사는 사법적 및 행정적 소송진행, 법원이나 행정법원의 명령에 대한 응답으로, 소환장, 소환, 영장, 발견 요청, 또는 유사한 법적 요청에 대한 응답으로 고객의 PHI를 공개할 수 있습니다.
- **법률 집행** - 당사는 법원 명령, 법원 명령 영장, 법관에 의해 발급된 소환장이나 호출, 또는 대배심 명령에 대한 응답으로, 고객의 관련 PHI를 법집행 당국에 공개가 필요한 경우에 공개 할수 있습니다. 당사는 피의자, 도망자, 중요한 증인, 또는 실종인을 확인하거나 찾을 목적으로 고객의 관련 PHI를 공개할 수도 있습니다.
- **검시관, 검시의 및 장의사** - 당사는 고객의 PHI를 검시관이나 검시의에게 공개할 수 있습니다. 이것은 예를 들면 사망 원인을 확인하기 위해 필요할 수 있습니다. 당사는 장의사에게 자신의 의무를 수행하도록 필요한대로 고객의 PHI를 공개할 수도 있습니다.
- **기관, 눈 및 조직 기증** - 당사는 고객의 PHI를 장기 조달 조직 또는 사체 장기, 눈 또는 조직의 조달, 보관 또는 이식에 종사하는 조직에 공개할 수 있습니다.
- **건강 및 안전에 대한 위협** - 당사가 공개 또는 사용이 개인이나 공중의 건강이나 안전에 대한 중대하거나 임박한 위협을 방지하거나 줄이기 위해 필요하다고 선신로 믿는 경우에, 당사는 고객의 PHI를 사용하거나 공개할 수 있습니다.
- **특화된 정부 기능** - 고객이 미군의 일원인 경우, 당사는 고객의 PHI 를 군 명령 당국에 의한 요구에 따라 공개할 수 있습니다. 당사는 고객의 PHI를 국가 안보 및 정보 활동을 위해 권한을 부여받은 연방 공무원에게, 의료적 적절성 판단을 위해 그리고 대통령 또는 기관 권한있는 사람들의 보호 서비스를 위해 국무부에 고객의 PHI를 공개할 수 있습니다.
- **노동자의 보상** - 당사는 업무 관련 부상이나 질환에 대해 과실에 상관없이 혜택을 제공하는, 노동자의 보상이나 법률로 정립된 다른 유사한 프로그램과 관련된 법률을 준수하기 위해 고객의 PHI를 공개할 수 있습니다.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



- **긴급 상황** - 당사는 긴급 상황에서, 또는 고객이 무능력하게 되었거나 부재한 경우에 고객의 PHI를 가족 구성원, 가까운 개인적 친구, 권한있는 재해 구조 기관, 또는 고객에 의해 이전에 확인된 어떤 다른 사람에게 공개할 수 있습니다. 당사는 공개가 고객에게 가장 이익이 되는지를 결정하기 위해 전문가적인 판단과 경험을 이용할 것입니다. 공개가 고객에게 가장 이익이 된다면, 당사는 해당인이 고객의 치료에 관여하는 것에 직접 관련되는 PHI만을 공개할 것입니다.
- **수감자** - 고객이 교정 기관의 수감자이거나 법 집행관의 구치 상태 하에 있는 경우, 당사는 해당 기관이 고객에게 의료를 제공하기 위해, 고객 또는 다른 사람들의 건강이나 안전을 보호하기 위해 또는 교정 기관의 안전과 보안을 위해 해당 정보가 필요하면 고객의 PHI를 해당 교정 기관이나 법집행관에게 공개할 수 있습니다.
- **연구** - 어떤 상황에서, 임상 연구 시험이 승인되었고 고객의 PHI의 개인정보 및 보호를 보장하기 위해 어떤 안전장치가 준비된 경우에 당사가 고객의 PHI를 연구자들에게 공개할 수 있습니다.

### **고객의 서면 허락을 필요로 하는, 고객의 PHI 사용 및 공개**

당사는 몇 가지 제외되는 경우가 아니라면 하기의 이유로 고객의 PHI를 이용 또는 공개하는 데 고객의 서면 허가를 받아야 합니다:

**PHI의 판매** - 당사는 하의 PHI의 판매라고 여겨지는 여하한 공개를 하기 전에 고객의 서면 허가를 요청할 것입니다. 이는 그와 같은 방식으로 PHI를 공개함으로써 당사가 보상을 받는다는 뜻입니다.

**마케팅** - 당사는 몇 가지 예외 경우는 제외하고 고객의 PHI를 마케팅 목적으로 이용 또는 공개하는 데 고객의 서면 허가를 요청할 것입니다. 여기에는 당사가 마케팅 내용을 직접 대면해서 전달하거나 금전적 가치가 적은 프로모션 선물을 제공하는 것 등이 포함됩니다.

**정신과치료 내용** - 당사는 몇 가지 예외 사항을 제외하고는 당사가 보유하고 있을 수 있는 고객의 정신 상담 기록을 이용 또는 공개하기 위해 고객의 서면 허가를 요청할 것입니다. 예외에는 특정 치료, 지불, 또는 의료 운영 기능 등이 포함됩니다.

### **개인의 권리**

다음은 고객의 PHI에 관한 고객의 권리입니다. 고객이 다음 권리들 중 어떤 것을 사용하고자 하는 경우, 본 고지의 끝에 있는 정보를 이용하여 당사로 연락해 주십시오.

- **허락을 취소할 권리** - 고객은 언제든지 자신의 허락을 취소할 수 있으며, 그 허락의 취소는 서면으로 해야 합니다. 당사가 허락을 믿고 그리고 당사가 고객의 서면 취소를 받기 전에 이미 조치를 취했던 정도를 제외하고 취소는 즉시 효과가 발생합니다.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.





- 제한을 요청할 권리** - 고객은 치료, 결제 또는 의료 운영을 위한 고객의 PHI 사용 및 공개에 대해, 그리고 가족 구성원이나 가까운 친구와 같이 고객의 치료나 고객의 치료의 결제에 관여하는 사람들에게 공개하는 것에 대해 제한을 요청할 권리를 갖습니다. 고객의 요청은 고객이 요청하고 있는 제한사항을 진술하고 그 제한이 누구에게 적용되는지를 진술해야 합니다. 당사는 이 요청에 동의할 필요는 없습니다. 당사가 동의하면 당사는 정보가 고객에게 응급 치료를 제공하기 위해 필요하지 않는 한 고객의 제한 요청을 준수할 것입니다. 그러나, 고객이 서비스나 항목에 대해 현금으로 전액 결제한 경우에는 당사는 결제나 의료 운영을 위한 PHI의 사용이나 공개를 건강 플랜에 제한할 것입니다.
- 기밀 통신 요청 권리** - 고객은 당사가 고객의 PHI에 관하여 고객과 대안적인 수단으로 또는 대안적인 장소로 통신하도록 요청할 권리를 갖습니다. 이 권리는 해당 정보가 대안적인 수단으로 또는 대안적인 장소로 통신되지 않으면 고객을 위협하게 할 수 있는 경우에만 적용됩니다. 고객은 자신의 요청 이유를 설명할 필요는 없지만, 통신 수단이나 장소가 변경되지 않으면 해당 정보가 고객을 위협하게 할 수 있다고 진술해야 합니다. 당사는 그것이 타당하고 대안적인 수단 또는 고객의 PHI가 전달되어야 하는 장소를 정지하는 경우에 고객의 요청을 수용해야 합니다.
- 고객의 PHI에 접근하고 사본을 받을 권리** - 고객은 제한적인 경우를 제외하고 지정된 기록 세트에 포함된 고객의 PHI를 조회하거나 그 사본을 받을 권리를 갖습니다. 고객은 당사가 사진복사가 아닌 형식으로 사본을 제공하도록 요청할 수 있습니다. 당사는 실행 가능하게 그렇게 할 수 없는 경우가 아니면 고객이 요청하는 형식을 사용할 것입니다. 고객은 고객의 PHI에 접근권한을 얻기 위해 서면으로 요청해야 합니다. 당사가 고객의 접근 요청을 거부하면, 당사는 이에 대한 서면 설명을 고객에게 제공할 것입니다. 또한 거절의 이유가 검토될 수 있는지, 그러한 검토를 어떻게 신청하는지, 또는 거절 이유가 검토될 수 없는지를 알려 드릴 것입니다.
- 고객의 PHI를 수정할 권리** - 고객은 자신의 PHI가 부정확한 정보를 포함하고 있다고 생각하는 경우에 당사로 수정하거나 변경하도록 요청할 권리를 갖습니다. 고객의 요청은 서면으로 이루어져야 하고, 해당 정보가 수정되어야 하는 이유를 설명해야 합니다. 당사는 어떤 이유로, 예를 들면, 고객이 수정되기를 원하는 정보를 당사가 생성하지 않았고 PHI를 만든 사람이 수정할 수 있는 경우에, 고객의 요청을 거부할 수 있습니다. 당사가 고객의 요청을 거부하면, 당사는 서면 설명을 고객에게 제공할 것입니다. 고객은 당사의 결정에 동의하지 않는다는 진술로 응답할 수 있고 당사는 당사로 수정해달라고 고객이 요청하는 PHI에 고객의 진술을 첨부할 것입니다. 당사가 고객의 정보 수정 요청을 수락하는 경우, 고객이 거명하는 다른 사람들에게 수정내용을 알리고 변경사항을 해당 정보에 대한 향후의 모든 공개에 포함시키기 위한 합리적인 노력을 할 것입니다.
- 공개 설명을 받을 권리** - 고객은 당사와 당사 업무 직원이 고객의 PHI를 공개한 마지막 6년 이내의 사건 목록을 받을 권리를 갖습니다. 이것은 치료, 결제, 의료 운영, 또는 고객이 허락한 공개 및 어떤 다른 활동의 목적을 위한 공개에 적용되지 않습니다. 고객이 12개월에 한번 넘게 이 설명을 요청하는 경우, 당사는 고객에게 이런 추가 요청에 대한 비용 기준의 합리적인 요금을 부과할 수 있습니다. 당사는 고객의 요청 시에 당사 요금에 대한 상세 정보를 고객에게 제공할 것입니다.

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



- **본 고지의 사본을 받을 권리** - 고객은 고지의 끝에 있는 연락처 정보 목록을 이용하여 언제든지 당사 고지서 사본을 요청할 수 있습니다. 고객이 당사의 웹사이트에서 또는 전자 메일(이메일)로 본 고지서를 받는 경우, 고지서의 종이 사본을 요청할 권리도 있습니다.
- **불만을 제기할 권리** - 고객이 자신의 개인정보보호 권리가 침해되었다거나 당사가 당사 자신의 개인정보보호 실무를 위반했다고 느끼는 경우, 본 고지서 끝에 있는 연락처 정보를 이용하여 당사로 서면으로 또는 전화로 불만을 제기할 수 있습니다. Medi-Cal 회원 불만의 경우, 회원은 다음 섹션에 있는 캘리포니아주 보건관리부(California Department of Health Care Services)에 연락할 수도 있습니다.

고객은 또한 서신을 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201으로 보내거나 1-800-368-1019(TTY: 1-866-788-4989)로 전화하거나 [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/)을 방문함으로써 미 보건복지부 인권 사무국에 불만을 제할 수 있습니다.

**당사는 고객이 불만을 제출했다 하여 고객을 상대로 어떤 조치도 취하지 않을 것입니다.**

### 연락처 정보

본 고지서, 고객의 PHI와 관련된 당사의 개인정보보호 실무 또는 고객의 권리 행사 방법에 대해 문의사항이 있으면, 아래에 있는 연락처 정보를 이용하여 서면으로 또는 전화로 당사로 연락할 수 있습니다.

**Health Net 개인정보보호국**

**전화: 1-800-522-0088**

수신: 개인정보보호 담당관

팩스: 1-818-676-8314 사서

함 9103

이메일: [Privacy@healthnet.com](mailto:Privacy@healthnet.com)

Van Nuys, CA 91409

Medi-Cal 회원에 한해서, 만약 당사가 고객 개인정보를 보호하기 않았다고 믿고 불만을 제기하길 원할 경우, 다음으로 전화 또는 서신을 보내어 불만을 제기하실 수 있습니다.

개인정보보호 담당자

참조 법무 서비스국

캘리포니아 보건 복지 서비스부(California Department of Health Care Services)

1501 Capitol Avenue, MS 0010

사서함 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 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



## 재무정보 개인정보보호 고지

이 공지는 어떻게 고객에 관한 **재무 정보**가 사용되고 공개 될지에 관해 그리고 어떻게 이 정보를 이용할 수 있는지에 대해 설명해 줍니다. 이를 신중하게 검토하시기 바랍니다.

당사는 고객의 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 고객에 대한 개인 재무 정보를 수집합니다:

- 당사가 신청서 또는 다른 양식에서 고객으로부터 받는 정보(예: 이름, 주소, 연령, 의료 정보 및 주민등록번호),
- 당사 및 당사의 계열사 또는 타인들과 고객의 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 제 3자에게도 공개하지 않습니다. 예를 들면, 당사의 일반적인 사업 실무의 과정에서, 당사는 고객에 대해 수집하는 개인 재무 정보를 법률에 의해 허락되는 바에 따라, 고객의 허락 없이 다음 유형의 기관에 공재할 수 있습니다:

- 당사의 회사 계열사(예: 다른 보험회사),
- 당사의 일상 업무 목적으로 비계열 회사(고객의 거래를 처리하고, 고객의 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 고객의 개인적 재무 정보를 상실, 파괴, 또는 남용으로부터 보호하기 위해 물리적, 전자적 및 절차적 보호수단을 유지합니다. 이런 수단에는 컴퓨터 보호수단, 안전 한파일 및 건물, 고객의 개인 재무 정보에 접근할 수 있는 사람에 대한 제한 등이 포함됩니다.

### 본 고지에 대한 질문:

본 고지에 대한 질문이 있는 경우:

**고객의 ID 카드 뒷면의 무료 전화 번호로 전화하거나 Health Net에 1-800-522-0088로 연락해 주십시오.**

**문의 사항은,** Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.





## 제12장: 중요 단어 정의

---

**일상활동(Activities of Daily Living, ADL):** 사람들이 정상적인 하루 동안 하는 일들, 예를 들면 식사하기, 변기사용하기, 옷입기, 목욕하기, 양치질하기 등.

**계류중 지불 보조:** 고객은 레벨 1 이의제기 또는 주 청문회(자세한 내용은 제9장을 볼 것)의 결정을 기다리는 동안 고객의 혜택을 계속해서 받을 수 있습니다. 이와 같은 계속되는 보장을 "계류중 지불 보조"라 부릅니다.

**외래환자 수술 센터:** 병원 간호는 필요하지 않은 환자들, 24시간 이상의 간호가 필요하지 않을 것으로 예상되는 환자들에게 외래환자 수술을 제공하는 시설.

**이의제기:** 고객의 생각에 당사가 실수를 했을 경우 당사가 취한 조치를 이의를 제기하는 방법. 고객은 이의제기를 함으로써 당사로 보장 결정 변경을 요청할 수 있습니다. 이의를 제기하는 방법을 포함해 제 9장에서 이의제기가 설명되어 있습니다.

**행동 건강:** 정신 건강 및 약물 이용 장애를 지칭하는 포괄적인 용어.

**유명상표 약품:** 특정 약품을 처음에 제조한 회사에서 제조하고 판매하는 처방약. 유명상표 약품은 그 약품의 제네릭 버전과 동일한 활성성분을 갖고 있습니다. 제네릭 약품은 다른 제약회사가 제조하고 판매합니다.

**Cal MediConnect:** 고객의 Medicare와 Medi-Cal 혜택을 하나의 건강 플랜으로 제공하는 프로그램. 고객은 고객의 모든 혜택을 위한 하나의 ID 카드를 갖고 있습니다.

**의료 조정인:** 의료 조정인은 고객이 필요로 하는 진료를 받을 수 있도록 고객과 건강 플랜과 의료 조정인과 함께 일하는 한 명의 주요 담당자.

**진료 플랜 선택 서비스(Care Plan Optional Services, CPO Services):** 고객의 개별 진료 플랜(Individualized Care Plan, ICP) 하에 옵션 항목인 추가 서비스들. 이러한 서비스들은 고객이 Medi-Cal 하에 받도록 허가된 장기 서비스나 지원을 교체하고자 의도된 것은 아닙니다.

**의료 플랜:** "개인 의료 플랜"을 참조하십시오.

**의료팀:** "융합 진료 팀"을 참조하십시오.

**재난 보장 단계:** 파트D 약품 혜택 중 플랜이 연말까지 고객의 모든 약품 비용을 지불하게 되는 단계. 고객이 처방약 구매로 \$5,000 상한선에 도달했을 때 이 단계가 시작됩니다.

**Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS):** Medicare를 담당하는 연방 정부 기관. CMS에 연락하는 방법은 제2장에 설명되어 있습니다.

---

**문의 사항은,** Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일날 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



**지역 기반 성인 서비스(CBAS):** 외래 환자, 시설 기반 서비스 프로그램으로 전문 간호 케어, 사회 서비스, 치료요법, 개인적 케어, 가족/케어 담당자 교육 및 지원, 영양 서비스, 교통편, 기타 서비스로, 해당 자격 요건 기준에 부합되는 가입자들에게 제공됨.

**불만:** 고객의 보장 서비스나 진료에 대한 문제나 우려 사항을 서면으로 또는 구두로 진술하는 것. 협력업체 약국이 받은 진료, 당사 협력업체 진료 공급자, 또는 당사 협력업체 약국의 품질에 대한 모든 우려 사항이 포함됩니다. "불만 제기(making a complaint)"의 공식 이름은 "불만 제출(filing a grievance)"입니다

**포괄 외래환자 재활 시설(CORF):** 질병, 사고, 대수술 후 재활 서비스를 주로 제공하는 시설. 여기서는 물리 치료 요법, 사회적 또는 심리적 서비스, 호흡기 치료, 작업 치료, 언어 치료, 가정 환경 평가 서비스를 제공합니다.

**공동부담금:** 고객이 특정 처방약을 받을 때마다 내는 비용으로서의 고정 금액. 예를 든다면 일정 처방약에 대해 고객이 \$2를 낸다든지 \$5를 낸다든지 하는 것을 말합니다.

**비용 분담:** 고객이 특정 처방약을 구입할 때 지불해야 하는 금액. 공동부담금을 포함한 비용 공유.

**비용분담 단계:** 공동부담금이 동일한 약품 그룹. *보장 약물 목록에* 있는 모든 약물은 3가지 비용 공유 단계 중 하나에 해당합니다.

**보장 결정:** 당사가 어떤 혜택을 보장할지에 대한 결정. 여기에는 보장 약이나 서비스, 또는 고객의 건강 서비스에 대해 당사가 지불하는 금액이 포함됩니다. 보장 결정을 요청하는 방법은 제9장에 설명되어 있습니다.

**보장되는 약품:** 본 플랜에 의해 보장되는 모든 처방약을 뜻하기 위해 사용하는 용어입니다.

**보장되는 서비스:** 당사 플랜이 보장하는 모든 건강 진료, 장기 서비스 및 지원, 소모품, 처방약이나 비처방약, 기기, 기타 서비스를 뜻합니다.

**일일 비용 분담율:** 고객의 의사가 고객에게 약의 한 달 공급량보다 적게 처방하고 고객이 공동 부담금을 지불해야 하는 경우에 적용되는 비율. 일일 비용분담률은 공동 부담금을 1개월 공급의 일수로 나눈 것입니다. 한 예를 들어 드립니다: 약의 1개월 공급량에 대한 고객의 공동 부담금이 \$1.20이고 고객의 플랜에서 1개월 공급량이 30일이면, 고객의 "일일 비용분담률"은 하루당 \$0.04입니다. 이것은 고객이 처방을 조제 받을 때 1일 공급량에 대해 \$0.04를 지불한다는 것을 의미합니다.

**건강의료 서비스부(Department of Health Care Services, DHCS):** 본 안내서에서는 메디케이드 프로그램(캘리포니아에서는 Medi-Cal이라 불림)을 행정 처리하는 캘리포니아 국무부를 일반적으로 "주 정부"라 부릅니다.

**문의 사항은,** Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



**관리보건부(Department of Managed Health Care, DMHC):** 건강 플랜 규제를 담당하는 캘리포니아 국무부. DMHC에서는 Cal MediConnect에 등록된 분들이 Medi-Cal 서비스에 대해 이의 및 불만 제기를 도와드립니다. DMHC는 또한 독립 의료 심사(IMR)를 실시합니다.

**탈퇴:** 당사 플랜에서 고객의 가입 자격이 종료되는 절차. 탈퇴는 자발적(고객 자신이 선택함)이거나 강제적(고객 자신의 선택이 아님)일 수 있습니다.

**내구성 의료 장비(DME):** 고객의 의사가 고객의 집에서 사용하기 위해 주문하는 특정 품목. 이런 품목의 예는 휠체어, 목발, 전동 매트리스 시스템, 당뇨병 관련 공급품, 가정 사용용으로 의료 제공자가 주문한 병원 침대, 정맥 주입 펌프, 음성 발생 장치, 산소 장비 및 비품, 분무기, 보행보조기 등입니다.

**응급상황:** "의료적 응급상황"이란 건강 및 의료에 대한 평균적 지식을 갖춘 고객 또는 여타의 신중한 일반인이 믿기에 생명의 상실, 사지의 상실, 사지 기능의 상실을 예방하기 위하여 고객이 즉각적인 진료를 요하는 증상을 갖고 있다고 보는 상황입니다. 그 의료적 병증은 심각한 부상이나 극심한 통증이 될 수 있습니다.

**응급진료:** 응급 서비스를 제공하도록 교육받은 진료 공급자가 제공하고 또 의료적 또는 행동적 건강 응급 상황을 치료하는 데 필요한 보장 서비스.

**예외:** 당사 보장되는 약 목록에는 대개 올라있지 않은 약을 보장받기 위한, 또는 약을 특정 규칙이나 제한 없이 이용하기 위한 허락.

**추가 지원:** 소득이나 자원이 제한된 사람들의 Medicare 파트D 처방약 지불을 돕는 Medicare 프로그램. 추가 지원은 또한 "저소득 지원(Low-Income Subsidy)", 또는 "LIS"로 불립니다.

**제너릭 약품:** 유명상표 약을 대신해서 사용할 수 있도록 연방 정부에서 승인한 처방약. 제너릭 약은 유명상표 약과 동일한 활성 성분을 갖고 있습니다. 대개는 더 저렴하면서도 유명상표 약과 동일하게 잘 듣습니다.

**고충처리:** 고객이 당사나 당사 협력업체 진료 공급자, 또는 약국에 대해 제기하는 불만. 여기에는 고객이 받은 진료의 품질에 대한 불만도 포함됩니다.

**건강 보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP):** Medicare에 대한 객관적인 정보와 자문을 무료로 제공하는 프로그램. HICAP에 연락하는 방법은 제2장에 설명되어 있습니다.

**건강 플랜:** 의사, 병원, 약국, 장기 서비스 공급자 및 기타 공급자로 구성된 조직. 또한 케어 조정자들을 두고 고객의 모든 진료 제공자들과 서비스를 고객이 관리할 수 있도록 돕습니다. 이들 모두는 고객이 필요한 진료를 제공하기 위해 협력해서 일합니다.

**건강 위해 요소 평가:** 환자의 병력과 현 병증에 대한 검토. 환자의 건강을 점검하고 앞으로 환자의 건강이 어떻게 변할지를 점검하는 데 사용됩니다.

**문의 사항은,** Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



**가정 건강 보조원:** 간호 자격증을 갖춘 간호사나 요법사의 기술을 요하지 않는 서비스, 예를 들어 개인 케어(예: 목욕, 변기 사용, 옷 입기, 처방된 운동 수행) 지원을 제공하는 사람. 가정 건강 보조원은 간호 면허가 없거나 치료 요법을 제공하지 않습니다.

**호스피스:** 말기 진단을 받은 분들이 편안하게 지낼 수 있도록 돕기 위한 의료 및 지원 프로그램. 말기 진단은 어떤 사람이 말기 질환을 앓고 있고 6개월 이하로 생존할 것으로 예상된다는 것을 의미합니다. 말기 진단을 받는 등록자는 호스피스를 선택할 권리를 갖습니다. 물리, 감성, 사회, 영적 필요성을 포함한 전체 분들에게 의료를 제공하도록 특별히 훈련된 전문가 및 간병인 팀. Health Net Cal MediConnect는 반드시 고객 지역의 호스피스 공급자 목록을 제공해야 합니다.

**부적절한/부적합한 청구:** 진료 공급자(의사나 병원)이 서비스에 대하여 플랜의 비용 부담금 이상의 금액을 고객에게 청구하는 상황. 서비스나 처방을 받을 때 고객의 Health Net Cal MediConnect 회원 ID 카드를 보여 주십시오. 고객이 이해할 수 없는 청구서를 받은 경우 회원 서비스에 전화하십시오.

Health Net Cal MediConnect가 고객의 서비스에 대한 전체 비용을 지불하기 때문에, 고객은 어떤 비용 부담금의 부담도 지지 않습니다. 공급자는 이런 서비스에 대해 어떤 것도 고객에게 청구하지 않아야 합니다.

**독립 의료 심사(Independent Medical Review, IMR):** 당사가 의료 서비스나 치료에 대한 고객의 요청을 거절했다면 고객은 당사로 이의제기를 할 수 있습니다. 고객이 당사의 결정에 동의하지 않고 고객의 문제가 고객이-Medi-Cal 서비스에 대한 것이라면, 고객은 캘리포니아주 관리 보건 서비스부에 IMR를 요청할 수 있습니다. IMR는 당사 플랜 소속이 아닌 의사들이 고객의 사례를 검토하는 것입니다. IMR가 고객에게 유리하게 결정을 내린다면, 당사는 고객이 요청한 서비스나 치료를 반드시 제공해야 합니다. IMR는 무료입니다.

**개별 진료 플랜(ICP 또는 진료 플랜):** 고객이 어떤 서비스를 어떻게 받는지에 대해 세우는 계획. 고객의 플랜에는 의료 서비스, 행동 건강 서비스, 장기 서비스 및 지원이 포함됩니다.

**최초 보장 단계:** 고객의 총 파트 D 약 구매 비용이 \$5,000에 도달하기 전의 단계. 여기에는 고객이 지불한 금액, 당사 플랜이 고객을 대신해서 지불한 금액, 그리고 저소득 지원금이 포함됩니다. 고객은 그 해에 첫 처방약을 조제할 때 이 단계에서 시작합니다. 이 단계에서 플랜은 고객의 약 비용 일부를 지불하고, 고객은 고객의 부담 부분을 내십니다.

**입원환자:** 고객이 전문 의료 서비스를 받기 위해 병원에 공식적으로 입원했을 때 사용되는 용어. 고객이 공식적으로 입원하지 않았으면 하룻밤을 보내더라도 입원환자가 아니라 외래환자로 간주될 수 있습니다.

**융합 진료 팀(ICT 또는 진료팀):** 고객이 필요로 하는 진료를 받는 것을 돕는 진료 팀에 속할 수 있는 사람들은 돕는 의사, 간호사, 카운셀러, 기타 의료 전문인들입니다. 고객의 진료 팀은 고객이 진료 플랜을 짜는 것을 또한 돕습니다.

**문의 사항은,** Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



**보장되는 약 목록(약 목록):** 플랜이 보장하는 처방약 목록. 플랜은 의사와 약국의 도움을 받고 목록에 있는 약들을 선택합니다. 약 목록을 보시면 고객님의 약을 받는 데 고객님의 따라야 하는 여하한 규칙이 있는지를 보실 수 있습니다. 약 목록은 때로 "처방서"라 불립니다.

**장기 서비스 및 지원(LTSS):** 장기 서비스 및 지원은 장기 의료적 병증을 개선시키는 것을 돕는 서비스를 말합니다. 대부분의 이러한 서비스는 고객이 요양원이나 병원에 가지 않고 집에서 거주할 수 있도록 도와 줍니다. LTSS에는 다중목적 시니어 서비스 프로그램(MSSP), 지역 기반 성인 서비스(CBAS), 요양원/비급성 진료 시설(NF/SCF)이 포함됩니다.

**저소득 지원(LIS):** "추가 지원"을 볼 것.

**Medi-Cal:** Medi-Cal은 캘리포니아가 실시하는 Medicaid 프로그램의 명칭입니다. Medi-Cal은 주 정부에서 운영하며 주 정부, 연방 정부에서 지불합니다. 이는 소득과 자원이 제한된 분들의 장기 서비스 및 지원, 의료비용 지불을 돕습니다. 또한 Medicare에서 보장하지 않은 추가 서비스나 약을 보장합니다. Medi-Cal에 문의하는 방법은 제2장을 보십시오.

**Medi-Cal 플랜:** 장기 서비스 및 지원, 의료 기기, 교통편 같은 Medi-Cal 혜택만을 보장하는 플랜. Medicare 혜택은 별개입니다.

**의료 그룹:** 서로 협력하고 당사 플랜과 협력하기로 계약이 되어 있는 PCP, 전문의, 기타 건강 의료서비스 제공자의 그룹.

**의료적 필요성:** 이 말은 의료적 상태를 예방, 진단, 치료하기 위해 필요하거나 고객님의 현 건강 상태를 유지하기 위해 필요한 서비스, 소모품, 약품을 말합니다. 그 서비스, 용품, 약품이 용인된 의료 수준에 부합됩니다. 의료적으로 필요하다는 말은 질환, 질병, 또는 상해의 진단 혹은 치료를 통해 생명 보호, 현저한 질병 또는 현저한 장애의 예방, 또는 중증 통증의 완화를 위한 합리적이고 필요한 모든 보험 적용 서비스를 가리킵니다.

**Medicare:** 65세 이상 노인, 65세 미만으로 특정 장애가 있는 사람, 말기 신장병 환자(일반적으로 영구 신부전으로 투석이나 신장 이식이 필요한 사람)를 대상으로 하는 연방 건강보험 프로그램. Medicare를 가지신 분들은 오리지널 Medicare나 관리 진료 플랜("건강 플랜"을 볼 것)을 통해 Medicare 건강 보장을 받습니다.

**Medicare 보장 서비스:** Medicare 파트A 파트 B가 보장하는 서비스. 당사 플랜을 포함해서 모든 Medicarecare 건강 플랜은 Medicare 파트A 파트B가 보장하는 모든 서비스를 반드시 보장해야 합니다.

**Medicare 및 Medi-Cal 가입자(이중 자격):** Medicare와 Medi-Cal 보장에 모두 자격이 있는 사람. Medicare-Medi-Cal 등록자는 또한 "이중 유자격 수혜자"로도 불립니다.

**문의 사항은,** Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



**Medicare 파트 A:** 질병이나 병증을 치료하는데 의료적으로 필요한 (병리 검사, 수술, 의사 진료실 방문 같은) 서비스나 (휠체어, 보행 보조기 같은) 소모품을 보장하는 Medicare 프로그램.

**Medicare 파트 B:** 질병이나 병증을 치료하는 데 의료적으로 필요한 (병리 검사, 수술, 의사 진료실 방문 같은) 서비스나 (휠체어, 보행 보조기 같은) 소모품을 보장하는 Medicare 프로그램. Medicare 파트B도 예방 및 선별검사 서비스를 보장할 수 있습니다.

**Medicare 파트 C:** 민간 건강 보험 회사가 Medicare Advantage Plan을 통해 Medicare 혜택을 제공하게 해 주는 Medicare 프로그램.

**Medicare 파트 D:** Medicare 처방약 혜택 프로그램. (당사는 이 프로그램을 줄여서 "파트D"라 부릅니다.) 파트 D는 외래환자 처방약, 백신, Medicare 파트 A 또는 파트 B 또는 Medi-Cal에서 보장되지 않는 일부 용품을 보장합니다. Health Net Cal MediConnect는 Medicare 파트 D를 포함합니다.

**Medicare 파트 D 약품:** Medicare 파트D 하에서 보장될 수 있는 약품. 의회가 일부 항목 약들은 파트D 약품 보장에서 구체적으로 제외시켰습니다. Medi-Cal에서 이 약 중 일부를 보장할 수 있습니다.

**회원(당사 플랜의 회원 또는 플랜 회원):** Medicare와 Medi-Cal을 받고 있고 보장 서비스를 받을 자격이 있으며, 당사 플랜에 등록하고 그 등록이 Medicare 및 메디케이드 서비스 센터(CMS)와 주 정부에 의해 확인된 사람.

**회원 안내서 및 공개 정보:** 고객의 등록 서식, 기타 첨부문서, 부칙, 선택된 기타 보장 문서와 더불어 이 문서에는 고객의 보장, 당사가 해야 하는 일, 고객의 권리, 본 플랜의 가입자로서 고객이 해야 하는 것들이 설명되어 있습니다.

**가입자 서비스:** 본 플랜에서 가입자의 회원자격, 혜택, 불만, 이의제기에 대한 질문에 대답할 책임이 있는 부서. 회원 서비스에 문의하는 방법은 제2장을 보십시오.

**진료 모델:** 진료의 모델에는 여러 가지 부분이 포함됩니다. 이는 진료 관리의 구조로 이용됩니다. 이는 고객의 건강에 필요한 진료에 대해 고객의 건강 진료 팀에게 지침이 됩니다. 진료의 모델은 건강 진료 팀 멤버들이 포함됩니다. 이는 또한 고객의 팀을 돕는 도구입니다. 일부 도구는 설문조사입니다. 고객의 건강에 대해 고객에게 묻는 설문조사입니다. 고객의 답변은 고객의 팀과 고객이 목표가 설정된 자신의 진료 플랜을 만드는 데 도움이 됩니다. 이러한 목표들은 고객이 최상의 건강을 얻는 데 도움이 됩니다. 고객과 팀은 또한 고객의 목표를 향해 얼마나 전진했는지를 검토할 수 있습니다.

**다목적 시니어 서비스 프로그램(Multipurpose Senior Services Program, MSSP):** 가정 및 지역 기반 서비스(HCBS)는 Medi-Cal 수혜 자격이 있는, 장애가 있는 65 이상인 사람들에게 간호 시설 입소에 대한 대안으로 서비스를 제공하는 프로그램입니다.

**문의 사항은,** Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.





**협력업체 약국:** 본 플랜 회원들을 위해 처방전을 조제하는 데 동의한 약국. 이 약국들은 당사 플랜과 협력하기로 동의했기 때문에 당사는 이들을 "협력업체 약국"이라고 부릅니다. 대부분의 경우, 고객의 처방은 당사의 협력업체 약국에서 조제되는 경우에만 보장됩니다.

**협력업체 공급자:** "공급자"는 의사, 간호사, 기타 고객에게 서비스와 간호를 제공해 주는 사람들을 칭하는 일반적인 용어입니다. 이 용어에는 병원, 가정 건강 기관, 진료실, 기타 고객께 건강 진료 서비스, 의료 기기, 기타 장기 서비스 및 지원을 제공하는 장소들도 포함됩니다. 이들은 건강 진료 서비스를 제공할 수 있는 면허가 있거나 Medicare와 주정부의 인증을 받은 이들입니다. 당사는 그들이 플랜과 협력할 것에 동의하고 당사 지불을 수락하며 회원들에게 추가 금액을 청구하지 않을 것에 동의했을 때 그들을 "협력업체 진료 공급자"라 부릅니다. 당사 플랜에 회원로 남아 계시는 동안 고객은 반드시 협력업체 진료 공급자로부터 보장된 서비스를 받으셔야 합니다. 협력업체 진료 공급자들은 또한 "플랜 진료 공급자들"이라 불리기도 합니다.

**양로원 또는 양로 시설:** 가정에서는 케어를 받을 수가 없지만 종합병원에 들어갈 필요는 없는 사람들을 위해 케어를 제공하는 장소.

**옴부즈먼:** 고객이 당사 플랜 관련 문제가 있는 경우 고객의 주에서 지원을 제공하는 사무소. 옴부즈먼 서비스는 무료입니다.

**기관 의결:** 플랜이나 플랜의 공급자중 하나가 어떤 서비스의 보장 여부 또는 보장 서비스에 대한 지불 금액을 결정했으면 이는 기관 결정을 내린 것입니다. 이 안내서에서는 기관 의결을 "보장 결정"이라고 부릅니다. 보장 결정을 요청하는 방법은 제9장에 설명되어 있습니다.

**오리지널 Medicare(전통 Medicare 또는 행위별 수가제 Medicare):** 오리지널 Medicare는 정부에서 제공합니다. 오리지널 Medicare에서 Medicare 서비스는 의회가 정한 금액을 의사, 병원, 기타 보건 공급자에게 지불함으로써 보장됩니다. 고객은 Medicare를 수락하는 어떤 의사, 병원, 기타 보건 제공자에게나 갈 수 있습니다. 오리지널 Medicare는 두 부분으로 되어 있습니다. 파트A(병원 보험)과 파트B(의료 보험). 오리지널 Medicare는 미국 어디서나 이용가능합니다. 고객이 당사 플랜에 가입되기를 원치 않는다면 오리지널 Medicare를 선택하실 수 있습니다.

**비협력업체 약국:** 당사 플랜 회원들에게 보장 서비스를 제공하고 조정하기 위해 당사 플랜과 협력하도록 협의하지 않은 약국. 특정 조건이 적용되지 않는 한 대부분의 고객이 네트워크 비소속 약국에서 받는 대부분의 약은 당사 플랜이 보장하지 않습니다.

**비협력업체 공급자 또는 비네트워크 시설:** 당사 플랜이 채용, 소유, 운영하지 않는 공급자나 시설로서, 당사 플랜 회원들에게 보장 서비스를 제공하도록 협약을 맺지 않음. 제3장은 비협력업체 공급자 또는 시설을 설명합니다.

**본인 부담 지출:** 자신들이 받는 서비스나 약의 비용 일부를 가입자들이 지불하도록 하는 비용 부담 요구사항은 또한 "본인 부담 지출" 비용 요구조건이라 불립니다. 위의 "비용 부담"을 참조하십시오.

**문의 사항은,** Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.





**파트 A:** "Medicare 파트A"를 참조하십시오.

**파트 B:** "Medicare 파트B"를 참조하십시오.

**파트 C:** "Medicare 파트C"를 참조하십시오.

**파트 D:** "Medicare 파트D"를 참조하십시오.

**파트 D 약품:** "메 Medicare파트 D 약품"을 참조하십시오.

**일차 진료 공급자(PCP):** 고객의 주치의는 고객이 대부분의 건강 문제로 맨 먼저 찾아가는 의사나 기타 진료 공급자입니다. 이들은 고객에게 고객의 건강 유지에 필요한 케어를 제공합니다. 주치의는 고객의 케어에 대하여 다른 의사나 진료 공급자와 얘기하고 고객을 그들에게 의뢰할 수 있습니다. 여러 Medicare 건강 플랜에서, 고객은 다른 건강 의료 서비스 공급자에게 가기 전에 반드시 먼저 고객의 주치의에게 가야 합니다. 일차 진료 공급자로부터 진료를 받는 방법에 관한 정보는 제3장을 참조하십시오.

**사전 승인:** 고객이 특정 서비스나 약품을 받기 전에 받아야 하는 승인. 네트워크 의료서비스 중 일부는 고객의 의사나 다른 협력업체 진료 공급자가 본 플랜으로부터 사전 승인을 받는 경우에만 보장됩니다. 사전 승인이 필요한 보장되는 서비스는 제4장에 있는 혜택 차트 안에 표시되어 있습니다. 어떤 약들은 고객이 당사의 사전 승인을 받아야만 보장됩니다. 사전 승인이 필요한 약은 보장되는 약 목록에 표시되어 있습니다.

**고령자를 위한 포괄적 케어 프로그램(PACE) 플랜:** 55세 이상이며, 집에서 거주하려면 보다 높은 Medicare 케어가 필요한 사람들을 위한, Medicare와 Medi-Cal 혜택을 모두 보장하는 프로그램.

**보철과 보조기:** 이것들은 고객의 의사나 다른 의료 공급자에 의해 주문되는 의료 기기입니다. 보장되는 항목은 팔 보조기, 허리 보조기 및 목 보조기, 인공 사지, 인공 눈, 인공항문 비품 및 장경 영양 요법과 비장관 영양 요법을 포함하여 내부 신체 부분이나 기능을 대신하기 위해 필요한 기기 등을 포함하되 이에 국한되지 않습니다.

**품질 개선 기관(QIO):** 의사나 건강 서비스 전문인들로 구성되어 있으며 Medicare 회원들이 받는 진료 품질 향상을 돕는 그룹. 그들은 환자에게 제공된 진료를 점검하고 향상시키도록 연방 정부로부터 지불을 받습니다. 고객이 거주하는 주의 QIO에 연락하는 방법을 보려면 제2장을 보십시오.

**수량 한계:** 고객이 받는 약의 수량에 가해지는 한계. 당사가 처방에 따라 보장하는 약의 양에 한계가 있을 수 있습니다.

**재활 서비스:** 고객이 질병, 사고, 대수술로부터 회복하는 데 도움이 되는 치료. 재활 서비스에 대해 좀 더 배우려면 제4장을 참조하십시오.

**서비스 구역:** 건강 플랜이 거주지역에 기초해 회원자격을 제한하는 경우에 가입자를 수락하는 지역. 고객이 이용할 수 있는 의사와 병원에 제한을 두는 플랜의 경우, 서비스 지역은 일반적으로 고객이 일상적(비응급) 서비스를 받을 수 있는 지역이기도 합니다. 당사 서비스 지역에 거주하는 분들만 Health Net Cal MediConnect에 가입할 수 있습니다.

**문의 사항은,** Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.



**비용 공유:** 고객의 건강 진료 비용 중 Cal MediConnect 혜택이 유효하기 전에 매달 고객이 내야 할 수 있는 금액. 고객의 소득과 재원에 따라 고객의 부담액은 달라질 수 있습니다.

**전문 간호 시설(SNF):** 전문 간호 케어, 또한 대부분의 경우 전문 재활 서비스, 기타 관련 건강 서비스를 제공하기 위해 직원 및 장비를 갖춘 간호 시설.

**전문 간호 시설(SNF) 진료:** 전문 간호시설에서 지속적으로 날마다 제공되는 전문 간호 서비스와 재활 서비스. 전문 간호 시설 진료의 예로는 정식 간호사(registered nurse)나 의사가 제공할 수 있는 물리 요법 또는 정맥(IV) 주사가 포함됩니다.

**전문의:** 특정 질병이나 신체 특정 부위에 진료를 제공하는 의사.

**지속 요청:** Health Net Cal MediConnect로 더 요청하거나 전하하지 않고도 고객의 회원 통지 자료를 특정 형식(큰 인쇄물이나 접속가능한 PDF)이나 언어로 받기 위해 고객이 하는 요청. 지속 요청은 고객이 변경을 요청할 때까지 고객의 기록에 유지됩니다.

**주(州) 공청회:** 고객의 의사나 기타 진료 제공자가 Medi-Cal 서비스를 요청하고 당사가 승인하지 않는 경우, 또는 고객이 이미 받고 있는 Medi-Cal 서비스를 당사가 계속해서 지불하지 않는 경우, 고객은 주 청문회를 요청할 수 있습니다. 주 공정 청문회에서 고객에게 유리하게 결정을 내린다면, 당사는 고객이 요청한 서비스를 반드시 제공해야 합니다.

**단계 요법:** 고객이 요청하는 약품을 당사가 보장하기 전에 먼저 다른 약 복용을 시도하도록 하는 보장 규칙.

**보충 보장 소득(Supplemental Social Income, SSI):** 장애인, 맹인, 또는 65세 이상이고 소득과 자원이 부족한 사람에게 사회보장(Social Security)이 지불하는 월간 혜택. SSI 혜택은 사회보장 혜택과는 다릅니다.

**긴급진료:** 응급 상황은 아니지만 즉각적인 진료를 요하는 갑작스런 질병, 부상, 상태에 대해 고객이 받는 진료. 고객은 협력업체 공급자가 이용 가능하지 않거나 갈 수 없을 때 비협력업체 공급자로부터 긴급하게 필요한 진료를 받을 수 있습니다.

---

**문의 사항은,** Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 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).

**Armenian:** ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվակազմի անվճար ծառայություններ: Չանգահարեք 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)

**Cambodian:** ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល 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).

## Health Net Cal MediConnect 회원 서비스

<b>전화</b>	1-855-464-3571  이 번호는 무료 전화입니다. 주중(월-금) 오전 8:00시부터 오후 8:00시 사이에는 상담원이 전화를 받습니다. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다.  회원 서비스에서는 비영어 사용자를 위하여 무료로 통역 서비스를 제공합니다.
<b>TTY</b>	711(전국 연결 서비스) 통화는 무료입니다.  이 번호는 특수 전화장비가 필요하며, 듣거나 말하기에 어려움이 있는 사람만을 위한 번호입니다.  이 번호로 전화하는 것은 월요일에서 금요일까지 오전 8시에서 오후 8시까지 무료입니다. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일날 전화드릴 것입니다.
<b>팩스</b>	1-800-281-2999
<b>편지</b>	Health Net Community Solutions, Inc. PO Box 10422 Van Nuys, CA 91410-0422
<b>웹사이트</b>	<a href="http://www.healthnet.com/calmediconnect">www.healthnet.com/calmediconnect</a>

**문의 사항은**, Health Net Cal MediConnect 1-855-464-3571(TTY: 711)로 월요일에서 금요일 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무 시간 후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드릴 것입니다. 통화는 무료입니다. **추가 정보**를 원하시면 [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)로 방문해 주십시오.

