

보장 범위 증명서
(Evidence of Coverage)



HMSA Akamai Advantage
Dual Care (PPO D-SNP)

2025

..... MedicareRx
Prescription Drug Coverage X

hmsa  
An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

H3832_1150_8700_1062672_AA_Dual_Care_25_C

2025 년 1 월 1 일~12 월 31 일

보장 범위 증명서(Evidence of Coverage):

***HMSA Akamai Advantage® Dual Care(PPO D-SNP)* 회원으로서 누릴 수 있는 Medicare 의료 혜택 및 서비스 및 처방약 보장 혜택**

본 문서에서는 2025 년 1 월 1 일~12 월 31 일까지 Medicare 의료 혜택 및 처방약 보장에 관한 상세 정보를 제공하며, 고객에게 필요한 의료 서비스와 처방약을 보장받는 방법을 설명합니다. 이는 중요한 법률 문서입니다. 안전한 곳에 보관하십시오.

본 문서에 대한 질문은 1-800-660-4672 번으로 고객관리부에 문의하십시오. (TTY 사용자는 711 번으로 전화하셔야 합니다). 운영 시간은 주 7 일, 오전 7 시 45 분~오후 8 시까지입니다. 이 통화는 무료입니다.

HMSA Akamai Advantage Dual Care 는 Hawai'i Medical Service Association(HMSA)(HMSA Akamai Advantage)에서 제공합니다. (본 *보장 범위 증명서*에서 “당사”, “당사를” 또는 “당사의”라고 언급하는 경우, 이는 Hawai'i Medical Service Association(HMSA)을 의미합니다. “플랜” 또는 “저희 플랜”이라고 할 때, 이는 *HMSA Akamai Advantage Dual Care* 를 의미합니다.)

본 문서는 일로카노어, 베트남어, 중국어(번체), 한국어로 무료로 제공됩니다.

HMSA 는 영어를 사용하지 않는 사람들을 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다(전화번호는 본 문서의 뒷 표지에 인쇄되어 있습니다).

다른 형식의 정보가 필요한 경우 플랜에 문의하십시오.

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

처방집, 약국 네트워크 및/또는 서비스 제공자 네트워크는 수시로 변경될 수 있습니다. 필요할 때 통지를 받으실 것입니다. 저희는 영향을 받는 가입자에게 최소 30 일 전에 변경 사항을 통지합니다.

본 문서는 귀하의 혜택과 권리를 설명합니다. 본 문서를 사용하여 다음 사항들에 대해 이해하시기 바랍니다.

- 귀하의 플랜 보험료 및 비용 부담금
- 귀하의 의료 및 처방약 혜택
- 서비스 또는 치료에 만족하지 않는 경우 불만을 제기하는 방법

- 추가 지원이 필요한 경우 당사에 연락하는 방법
- Medicare 법에서 요구하는 기타 보호 사항.

OMB 승인 0938-1051(만료일: 2026 년 8 월 31 일)

목차

2025 년 보장 범위 증명서

목차

제 1 장: 회원으로 시작하기 3

섹션 1	서론.....	4
섹션 2	플랜 가입 자격 요건.....	6
섹션 3	귀하가 받게 될 중요한 회원 자료.....	8
섹션 4	HMSA Akamai Advantage Dual Care 의 월 비용.....	10
섹션 5	월 보험료에 대한 추가 정보.....	14
섹션 6	플랜 회원 기록을 최신 상태로 유지하기.....	18
섹션 7	다른 보험이 저희 플랜과 함께 적용되는 방법.....	19

제 2 장: 중요 전화번호 및 자원 21

섹션 1	HMSA Akamai Advantage Dual Care 연락처 (고객관리부에 연락하는 방법을 포함하여 당사에 문의하는 방법).....	22
섹션 2	Medicare (연방 Medicare 프로그램으로부터 직접 도움과 정보를 받는 방법).....	30
섹션 3	주 의료보험 지원 프로그램 (Medicare 에 관한 무료 도움, 정보, 질문에 대한 답변).....	31
섹션 4	품질 개선 조직.....	32
섹션 5	사회보장국.....	33
섹션 6	Medicaid.....	34
섹션 7	개인들의 처방약 비용 지급을 돕는 프로그램에 관한 정보.....	36
섹션 8	전국 철도 퇴직근로자 관리회에 연락하는 방법.....	38
섹션 9	고용주가 제공하는 그룹 보험 또는 다른 의료보험이 있습니까?.....	39

제 3 장: 귀하의 의료 서비스를 위한 플랜 이용 41

섹션 1	저희 플랜의 회원으로서 의료 서비스를 받는 것에 대해 알아야 할 사항.....	42
섹션 2	플랜 네트워크에 속한 서비스 제공자를 이용하여 의료 서비스를 받으십시오.....	43
섹션 3	응급 상황에 처하거나 긴급하게 치료가 필요한 경우 또는 재난 시 서비스를 받는 방법.....	49
섹션 4	서비스의 전체 비용이 귀하에게 직접 청구되는 경우 어떻게 해야 합니까?.....	51
섹션 5	임상 조사 연구에 참여할 시 귀하의 의료 서비스가 어떤 방식으로 보장됩니까?.....	52
섹션 6	종교적 비 의료 보건 기관에서 치료를 받기 위한 규칙.....	55
섹션 7	내구성 의료 장비의 소유권에 대한 규칙.....	56

제 4 장: 의료 혜택표 (보장 사항 및 회원 부담분) 59

섹션 1	보장 서비스에 대한 귀하의 본인 부담 비용 이해하기.....	60
섹션 2	의료 혜택표(Medical Benefits Chart)를 이용하여 보장 서비스와 지불해야 할 비용에 대해 알아보십시오.....	62
섹션 3	플랜에서 보장하지 않는 서비스는 무엇입니까?.....	124

제 5 장: Part D 처방약에 대한 플랜 보장 사용 131

섹션 1	서론.....	132
섹션 2	네트워크 약국에서 또는 플랜의 우편 주문 서비스를 통해 처방약 조제.....	134
섹션 3	약품이 플랜의 Drug List 에 등재되어 있어야 합니다.....	138
섹션 4	일부 약물 보장에 대한 제약사항이 있습니다.....	140
섹션 5	약품이 귀하가 원하는 방식으로 보장되지 않는 경우 어떻게 합니까?.....	142
섹션 6	귀하의 약물들 중 하나의 보장이 변경되는 경우 어떻게 됩니까?.....	144
섹션 7	플랜에서 보장하지 않는 유형의 약품은 무엇입니까?.....	147
섹션 8	처방전 조제.....	148
섹션 9	특별 상황에서의 Part D 약물 보장.....	149
섹션 10	약품 안전성 및 약물 관리에 관한 프로그램.....	151

제 6 장: 귀하가 Part D 처방약에 지급하는 비용 155

섹션 1	서론.....	156
섹션 2	약품에 지불하는 비용은 약품을 조제할 때 귀하가 속한 약품비용 지불 단계에 따라 결정됩니다.....	159
섹션 3	약품 비용 지급, 귀하가 속한 지불 단계를 설명하는 보고서를 보내드립니다.....	159
섹션 4	공제액 단계 (Deductible Stage) 동안, 귀하의 약품 비용 전액을 지불합니다.....	161
섹션 5	최초 보장 단계 동안, 플랜이 약품의 플랜 비용 부담금을 지급하고 귀하가 본인 부담금을 지불합니다.....	162
섹션 6	비상 재해 보험보장 단계 동안 플랜에서 보장되는 Part D 약품에 대한 비용 전액을 지급합니다.....	166

섹션 7	Part D 백신. 귀하가 지불하는 금액은 백신 접종 방법 및 장소에 따라 달라집니다	166
제 7 장: 저희에게 귀하에게 청구된 보장 의료 서비스 또는 의약품 비용에 대한 당사 비용 분담금 지불 요청하기.....169		
섹션 1	보장 서비스 또는 약품에 대해 저희에게 지불을 요청해야 하는 상황	170
섹션 2	귀하가 받은 청구서에 대해 저희에게 환급을 요청하는 방법	173
섹션 3	귀하의 지급 요청을 검토한 후 수용 또는 거부 결정을 내립니다	175
제 8 장: 귀하의 권리와 책임		
섹션 1	저희 플랜은 플랜의 회원으로서 귀하의 권리와 문화적 감수성을 존중해야 합니다	178
섹션 2	플랜 회원으로서 귀하에게 부과되는 일부 책임이 있습니다	187
제 9 장: 문제 또는 불만 사항이 있는 경우 해야 할 일(보장 결정, 이의 제기, 불만 제기).....189		
섹션 1	서론.....	190
섹션 2	추가 정보와 개인화된 지원을 받을 수 있는 곳	191
섹션 3	Medicare 및 Medicaid 플랜에 대한 불만 및 이의 제기 방법 알아보기	192
해택 관련 문제	192	
섹션 4	보장 결정 및 이의 제기	192
섹션 5	보장 결정 및 이의 제기 기초 가이드	193
섹션 6	귀하의 의료 서비스: 보장 결정을 요청하거나 보장 결정에 대해 이의 제기를 하는 방법.....	196
섹션 7	Part D 처방약: 보장 결정을 요청하거나 이의를 제기하는 방법.....	208
섹션 8	귀하를 너무 빨리 퇴원시킨다고 판단되는 경우, 입원 기간을 더 길게 보장해 줄 것을 저희에게 요청하는 방법	218
섹션 9	귀하의 보장이 너무 빨리 종료된다고 생각하는 경우, 특정 의료 서비스를 계속하여 보장해 줄 것을 요청하는 방법	224
섹션 10	이의 제기를 Level 3 이상으로 진행하기	229
섹션 11	치료의 질, 대기 시간, 고객 서비스, 기타 우려사항에 관한 불만 제기 방법	233
제 10 장: 귀하의 플랜 가입 종료		
섹션 1	귀하의 플랜 가입 종료에 대한 간략 정보	240
섹션 2	귀하는 언제 저희 플랜 가입을 종료할 수 있습니까?	240
섹션 3	플랜 가입을 어떻게 종료합니까?	244
섹션 4	가입이 종료될 때까지, 저희 플랜을 통해 계속하여 의료용품, 서비스 및 약품을 받으셔야 합니다.....	245
섹션 5	HMSA Akamai Advantage Dual Care 는 특정 상황에서 귀하의 플랜 가입을 종료해야 합니다.....	245
제 11 장: 법적 통지.....		
섹션 1	정부 법률에 관한 통지문	250
섹션 2	차별 금지에 관한 공지	250
섹션 3	회원의 비책임에 대한 고지	252
섹션 4	상해에 대한 책임이 다른 당사자들에게 있는 경우에 대한 고지	252
섹션 5	법률에서 요구하는 개인 금융 정보에 대한 당사의 개인정보 보호정책 및 관행에 대한 고지.....	253
섹션 6	Medicare 2 차 지불자 대위권에 관한 통지	254
섹션 7	대위 및 제 3 자 책임에 대한 고지	255
섹션 8	사기, 낭비 및 남용 신고에 관한 고지	257
제 12 장: 중요 단어의 정의.....		
		259

제 1 장:

회원으로 시작하기

섹션 1 서론

섹션 1.1 귀하를 특화된 Medicare Advantage Plan(Special Needs Plan)인 HMSA Akamai Advantage Dual Care 에 가입되어 있습니다.

귀하는 Medicare 와 Medicaid 의 보장을 모두 받고 계십니다.

- **Medicare** 는 65 세 이상, 특정 장애가 있는 65 세 미만의 일부 개인들, 말기 신장질환(end-stage renal disease)(신부전) 환자들을 위한 연방 의료보험 프로그램입니다.
- **Medicaid** 는 소득과 자원이 제한적인 일부 개인들의 의료 비용 지불을 돕는 연방과 주 정부 공동 프로그램입니다. Medicaid 보장은 귀하가 가입한 Medicaid 유형 및 주에 따라 다릅니다. 일부 Medicaid 가입자는 Medicare 보험료 및 기타 비용을 지불하는 데 도움을 받습니다. 다른 사람들은 또한 Medicare 가 보장하지 않는 추가 서비스 및 약품에 대한 보장을 받습니다.

귀하는 저희 플랜인 HMSA Akamai Advantage Dual Care 를 통해 Medicare 및 Medicaid 의료 서비스 및 처방약 보장을 받기로 선택하셨습니다. 당사는 모든 Part A 및 Part B 서비스를 보장해야 합니다. 그러나 이 플랜의 비용 부담금 및 서비스 제공자 이용은 Original Medicare 와 다릅니다.

HMSA Akamai Advantage Dual Care 는 특화된 Medicare Advantage Plan(Medicare “Special Needs Plan”)으로, 특별한 건강 관리가 필요한 사람들을 위한 혜택으로 설계되었습니다. HMSA Akamai Advantage Dual Care 는 Medicare 를 가지고 있고 Medicaid 의 지원을 받을 자격도 있는 사람들을 위해 설계되었습니다.

귀하는 Medicare Part A 및 B 비용 부담금(공제액(deductibles), 본인부담금(copayments) 및 공동보험금(coinsurance))에 대해 Medicaid 의 지원을 받기 때문에 Medicare 의료 서비스에 대해 어떤 비용도 지불하지 않을 수 있습니다. Medicaid 는 또한 Medicare 에서 일반적으로 보장하지 않는 의료 서비스를 보장함으로써 귀하에게 다른 혜택을 제공할 수 있습니다. 또한 Medicare 처방약 비용을 지불할 수 있도록 Medicare 로부터 “Extra Help”를 받게 됩니다. HMSA Akamai Advantage Dual Care 는 귀하가 받을 자격이 있는 의료 서비스 및 지불 지원을 받을 수 있도록 이러한 모든 혜택을 관리하는 데 도움을 드릴 것입니다.

HMSA Akamai Advantage Dual Care 는 민간 회사에서 운영합니다. 모든 Medicare Advantage Plan 과 마찬가지로 이 Medicare Special Needs Plan 도 Medicare 의 승인을 받았습니다. 또한 이 플랜은

제 1 장 회원으로 시작하기

하와이주 Medicaid 프로그램과 계약되어 있어 Medicaid 혜택을 조정할 수 있으며 이에 따라 처방약 보장을 포함한 Medicare 및 Medicaid 의료 보장을 제공합니다.

이 플랜을 통해 받는 보장은 조건부 의료 보장(Qualifying Health Coverage, QHC)의 자격이 주어지며 이는 환자 보호 및 적정가 의료법(Affordable Care Act, ACA)의 개인 분담금 규정을 충족시킵니다. 미국 국세청(IRS) 웹사이트인 www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families 를 방문하여 자세한 정보를 확인하십시오.

섹션 1.2 보장 범위 증명서란 무엇입니까?

이 **보장 범위 증명서**는 Medicare 및 Medicaid 의료 서비스 및 처방약 보장을 받는 방법을 설명합니다. 여기에는 귀하의 권리와 책임, 보장 사항, 플랜 회원으로서 납부하는 금액, 결정 또는 치료에 만족하지 않는 경우 불만 제기 방법이 설명되어 있습니다.

보장 및 **보장 서비스**라는 단어는 귀하가 HMSA Akamai Advantage Dual Care 의 회원으로서 이용할 수 있는 의학적 치료와 서비스 및 처방약을 의미합니다.

플랜 규칙, 귀하에게 이용 가능한 서비스를 숙지하시는 것이 중요합니다. 시간을 할애하여 이 **보장 범위 증명서**를 검토하실 것을 권장합니다.

혼란스럽거나 걱정되거나 궁금한 점이 있는 경우 고객관리부에 문의하시기 바랍니다.

섹션 1.3 보장 근거에 관한 법률 정보

이 **보장 범위 증명서**는 HMSA Akamai Advantage Dual Care 가 귀하의 치료를 보장해 주는 방법에 관해 귀하와 체결한 저희 계약의 일부입니다. 이 계약의 다른 요소에는 등록 양식, **보장 의약품 목록(처방집)**, 귀하의 보장 변경 사항 또는 보장에 영향을 미치는 조건에 관해 저희로부터 받게 될 통지 등이 있습니다. 이 통지를 때때로 **부칙** 또는 **개정사항**이라 부릅니다.

계약은 귀하가 2025 년 1 월 1 일부터 2025 년 12 월 31 일 사이에서 HMSA Akamai Advantage Dual Care 에 등록하는 달에 효력을 발휘합니다.

매년, Medicare 는 저희가 제공하는 플랜을 변경할 수 있도록 허용합니다. 즉, 2025 년 12 월 31 일 이후 HMSA Akamai Advantage Dual Care 의 보험료와 혜택이 변경될 수 있습니다. 또한 2025 년 12 월 31 일 이후 플랜 제공을 중단하거나 다른 서비스 지역에서 이를 제공할 수도 있습니다.

Medicare(Centers for Medicare & Medicaid Services)가 매년 HMSA Akamai Advantage Dual Care 를 승인해야 합니다. 계속하여 플랜을 제공하고 Medicare 가 플랜 승인을 갱신하면 귀하는 저희 플랜의 회원으로서 계속해서 Medicare 보장을 받으실 수 있습니다.

섹션 2 플랜 가입 자격 요건

섹션 2.1 자격 요건

다음 조건에 해당하는 경우 플랜에 가입할 수 있습니다.

- Medicare Part A 와 Medicare Part B 양쪽에 가입되어 있는 경우
- 지리적 서비스 지역에 거주하시는 경우(서비스 지역에 관한 아래 섹션 2.3 참조) 수감자는 해당 지역에 물리적으로 거주하고 있더라도 지리적 서비스 지역에 거주하는 것으로 간주되지 않습니다.
- 미국 시민권자이거나 미국에 합법적으로 거주하고 있는 경우
- 아래 설명된 특별 자격 요건을 충족하는 경우

제 1 장 회원으로 시작하기**플랜 가입 특별 자격 요건**

저희 플랜은 특정 Medicaid 혜택을 받는 사람들의 필요를 충족하도록 설계되었습니다. (Medicaid 는 소득과 자원이 제한적인 일부 개인들의 의료 비용 지급을 돕는 연방과 주 정부 공동 프로그램입니다.) 저희 플랜에 가입할 자격이 되려면 Medicare 및 전체 Medicaid 혜택을 받을 자격이 있어야 합니다. Medicaid 플랜은 HMSA QUEST 여야 합니다.

유의사항: 자격을 상실했지만 6 개월 이내에 자격을 회복할 것으로 합리적으로 예상할 수 있는 경우에도 여전히 저희 플랜에 가입할 자격이 있습니다(제 4 장, 섹션 2.1 에서 자격 지속 간주 기간 동안의 보장 및 비용 분담금에 관해 설명합니다).

섹션 2.2**Medicaid 소개**

Medicaid 는 소득과 자원이 제한적인 일부 개인들의 의료 비용 지급을 돕는 연방과 주 정부 공동 프로그램입니다. 각 주는 소득과 자원으로 간주되는 항목, 자격 대상, 보장 서비스, 서비스 비용을 결정합니다. 또한 주 정부는 그들이 연방 지침을 준수하는 한 프로그램을 어떻게 운영할 것인지 결정할 수 있습니다.

또한 Medicare 가입자들이 Medicare 보험료와 같은 Medicare 비용을 지급하도록 도와주는, Medicaid 를 통해 제공되는 프로그램들이 있습니다. 이 “Medicare 절약 프로그램(Medicare Savings Programs)”이 소득과 자원이 제한적인 개인들이 매년 의료 비용을 절약하도록 도와줍니다.

- 적격의 Medicare 수혜자(Qualified Medicare Beneficiary, QMB): Medicare Part A 와 Part B 보험료, 다른 비용 분담금(예, 공제액, 공동보험금, 본인부담금) 납부를 도와줍니다. (QMB 의 일부 개인들은 또한 전체 Medicaid 혜택을 받을 자격이 있습니다(QMB+).)

섹션 2.3**HMSA Akamai Advantage Dual Care 의 플랜 서비스 지역**

HMSA Akamai Advantage Dual Care 는 저희 플랜 서비스 지역에 거주하는 개인들에게만 제공됩니다. 저희 플랜의 회원으로 남으시려면, 계속하여 플랜 서비스 지역에 거주하셔야 합니다. 서비스 지역이 아래에 기술되어 있습니다.

저희 서비스 지역에는 하와이주가 포함됩니다.

서비스 지역 밖으로 이주할 계획이신 경우, 이 플랜의 회원으로 남아 있을 수 없습니다. 새로운 지역에 저희 플랜이 있는지 확인하려면 고객센터에 문의하시기 바랍니다. 이주하시는 경우, 귀하의 새로운 지역에서 Original Medicare 또는 이용 가능한 Medicare 의료 또는 약품 플랜에 등록할 수 있는 특별 등록 기간을 갖게 됩니다.

이주하시거나 우편 주소를 변경하시는 경우, 사회보장국에도 전화하셔야 합니다. 제 2 장 섹션 5 에서 사회보장국 전화번호와 연락처 정보를 찾아보실 수 있습니다.

섹션 2.4 미국 시민권자 또는 합법적 거주

Medicare 건강보험 회원은 반드시 미국 시민이거나 미국에 합법적으로 거주해야 합니다. Medicare(Centers for Medicare & Medicaid Services)는 귀하가 이 기준에 따라 회원으로 남아 있을 자격이 없는 경우 HMSA Akamai Advantage Dual Care 에 이를 통지합니다. 귀하가 이 요건을 충족시키지 못하는 경우 HMSA Akamai Advantage Dual Care 는 귀하를 탈퇴 처리해야만 합니다.

섹션 3 귀하가 받게 될 중요한 회원 자료

섹션 3.1 플랜 회원 카드

저희 플랜의 회원이신 동안, 이 플랜에서 보장하는 서비스 및 네트워크 약국에서 조제 받는 처방약에 귀하의 회원 카드를 사용하셔야 합니다. 또한 Medicaid 에서만 보장하는 서비스의 경우 Medicaid 카드를 의료 기관에 제시해야 합니다. 샘플 회원 카드는 다음과 같습니다.

		Akamai Advantage Dual Care (PPO D-SNP)	
Subscriber Name KIMO M ALOHA		Group M12462 MedicareRx Prescription Drug Coverage H3832 011	
Subscriber ID XLLA000012345678		PCP JOHN MAHALO MD PCP Phone (808) 123-4567	
Effective Date 11/05/22 PLAN (80840) MEDICAL 696 RXBIN 004336 PART D 785 RXPCN MEDDADV RXGRP RX3982 RXID A000012345678 Generated 06-16-2022		DENTAL N11 VISION OMC CMPCARE S03 TPL [YES/NO]	
			

hmsa.com/advantage
 Customer Service and
 24-Hour Nurseline:
(808) 948-6000
 or **1 (800) 660-4672**
 TTY **711**
 For care when traveling out of state, call
 BlueCard: **1 (800) 810-BLUE**
 Pharmacy Help Desk:
1 (866) 693-4620

Blue Cross Blue Shield of Hawai'i
 818 Keeaumoku St.
 Honolulu, HI 96814-2365
 An Independent Licensee of the
 Blue Cross and Blue Shield Association
Business hours: Seven days a week
 7:45 a.m. to 8 p.m.

Member: This is your Medicare plan and QUEST (Medicaid) identification card. Present it to the provider of health care when you receive services. Please call HMSA if you have questions regarding your benefits.

Providers: This is a Medicare Advantage and QUEST member. QUEST is a state of Hawaii Medicaid Managed Care Program. Payment of benefits will be based on the patient's eligibility at the time services are received. Medicare limiting charges may apply.

Submit claims to: HMSA-CLAIMS, P.O. Box 860, Honolulu, HI 96808-0860

This member has limited benefits outside of Hawaii. Services rendered out-of-state, mail claims to: The local Blue Cross and Blue Shield of the service area.

For prescription drug benefit claims, mail to: Medicare Part D Claims, P.O. Box 52066, Phoenix, AZ 85072-2066

제 1 장 회원으로 시작하기

이 플랜의 회원이신 동안에는 보장되는 의료 서비스에 빨간색, 흰색 및 파란색 Medicare 카드를 사용하지 마십시오. *HMSA Akamai Advantage Dual Care*. 회원 카드 대신 Medicare 카드를 사용하는 경우, 의료 서비스 비용 전액을 귀하가 직접 부담해야 할 수 있습니다. Medicare 카드를 안전한 장소에 보관하십시오. 병원 서비스, 호스피스 서비스가 필요한 경우, 또는 Medicare 가 승인한 임상 연구(임상시험이라고도 함)에 참여하는 경우, 이를 제시할 것을 요청받을 수 있습니다.

회원 카드가 훼손, 분실되거나 도난당한 경우, 즉시 고객센터부로 전화 주시면 새로운 카드를 보내드립니다.

섹션 3.2

서비스 제공자 디렉터리

*서비스 제공자 디렉터리*에는 최신 네트워크 서비스 제공자, 약국 및 내구성 의료 장비 공급업체가 명시되어 있습니다. 또한 이 디렉터리에서는 QUEST (Medicaid)에 참여하는 서비스 제공자 정보도 확인할 수 있습니다. QUEST (Medicaid)에 참여하지 않더라도 플랜 보장 서비스에 대해 디렉터리에 있는 서비스 제공자로부터 진료를 받을 수 있습니다.

네트워크 서비스 제공자는 의사 및 기타 의료 전문가, 의료 그룹, 내구성 의료 장비 공급업체, 병원 및 기타 의료 시설로서 저희의 비용 지급 및 모든 플랜 비용 부담을 전액 지불로 수락하기로 당사와 계약을 맺습니다. **네트워크 약국**이란 저희 플랜 회원들의 보장 처방약을 조제하기로 합의한 모든 약국입니다.

의학적 치료 및 서비스를 받으려면 네트워크 서비스 제공자를 이용해야 합니다. 적절한 승인 없이 다른 곳을 방문할 경우 귀하가 전액을 지불해야 합니다. 유일한 예외는 응급 상황, 네트워크를 이용할 수 없을 때 긴급하게 필요한 서비스(즉, 네트워크 내 서비스를 받는 것이 불합리하거나 불가능한 상황), 지역 외 투석 서비스, *HMSA Akamai Advantage Dual Care* 가 네트워크 외 서비스 제공자의 이용을 승인하는 경우입니다.

최신 서비스 제공자 목록은 당사 웹사이트 www.hmsa.com/advantage 에서 확인하실 수 있습니다. 플랜의 네트워크에 속하지 않은 약국을 이용할 수 있는 경우에 대한 정보는 제 5 장, 섹션 2.5 를 참조하십시오.

*서비스 제공자 디렉터리*가 없는 경우, 고객센터부에서 사본(전자 또는 하드카피 형식)을 받을 수 있습니다. 하드카피 서비스 제공자 디렉터리는 영업일 기준 3 일 이내에 우편으로 발송됩니다.

섹션 3.3 플랜의 보장 의약품 목록(처방집)

플랜에는 *보장 의약품 목록(처방집)*이 있습니다. 이를 간략하게 “Drug List”라고 합니다. 이 목록에는 HMSA Akamai Advantage Dual Care 에 포함된 Part D 혜택으로 보장되는 Part D 처방약이 나와 있습니다. 이 목록의 약품들은 의사와 약사 팀의 도움을 받아 플랜이 선택합니다. 이 목록은 Medicare 가 정한 요건을 충족시켜야 합니다. Medicare 는 HMSA Akamai Advantage Dual Care Drug List 를 승인했습니다.

Drug List 는 또한 약품 보장을 제한하는 규칙이 있는지 알려줍니다.

저희가 Drug List 1 부를 제공해 드립니다. 보장되는 의약품에 대한 가장 완전한 최신 정보를 얻으려면 플랜의 웹사이트(www.hmsa.com/advantage)를 방문하거나 고객관리부에 문의하시기 바랍니다.

섹션 4 HMSA Akamai Advantage Dual Care 의 월 비용

귀하의 비용에는 다음이 포함될 수 있습니다.

- 플랜 보험료(섹션 4.1)
- Medicare Part B 월 보험료(섹션 4.2)
- Part D 등록 지연 벌금(섹션 4.3)
- 소득 관련 월별 조정 금액(섹션 4.4)

일부 상황에서 귀하의 플랜 보험료가 이보다 적을 수 있습니다

“Extra Help” 프로그램이 자원이 제한적인 개인들의 약품 비용 지급을 도와줍니다. 제 2 장 섹션 7 에서 이 프로그램에 관해 자세히 설명합니다. 자격 요건을 충족하시면, 프로그램에 등록되어 플랜 월 보험료가 줄어 들 수 있습니다.

귀하가 *이미* 등록하여 이 프로그램 중 하나로부터 도움을 받고 계시면, **이 보장 범위 증명서의 보험료에 관한 정보가 귀하에게 적용되지 않을 수 있습니다.** 저희는 *처방약 지급을 위해 Extra Help* 를 받는 개인들을 위한 **보장 범위 증명서 부칙**(저소득 보조금 부칙 또는 LIS 부칙이라고도

제 1 장 회원으로 시작하기

함)이라는 별도의 부록을 보내 드렸으며, 이 부록에서는 귀하의 약품 보장에 대해 설명해 드립니다. 이 부록을 가지고 계시지 않으면 고객센터부에 전화하여 LIS 부칙을 요청하십시오.

Medicare Part B 와 Part D 보험료는 개인의 소득에 따라 다릅니다. 이러한 보험료에 대해 궁금한 점이 있는 경우, 2025 Medicare *H/용* 섹션인 Medicare & You 2025 핸드북 사본을 검토하십시오. 사본이 필요한 경우 Medicare 웹사이트(www.medicare.gov/medicare-and-you)에서 다운로드할 수 있습니다. 연중무휴 24 시간 언제든지 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 인쇄본을 주문하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하십시오.

섹션 4.1

플랜 보험료

저희 플랜의 회원은 처방약 비용에 대한 “Extra Help” 자격이 없는 한 플랜 월 보험료를 납부합니다. Medicare 및 Medicaid 가입자는 자동으로 “Extra Help” 자격이 주어지며 플랜 월 보험료를 납부하지 않습니다. 일시적으로 자격을 상실하는 경우, 플랜 월 보험료를 납부해야 할 책임이 있습니다. 2025 년 HMSA Akamai Advantage Dual Care 의 월 보험료는 \$47.70 입니다.

섹션 4.2

Medicare Part B 월 보험료

많은 회원들이 다른 Medicare 보험료를 납부해야 합니다.

저희 플랜의 회원으로서, HMSA Akamai Advantage Dual Care 는 귀하의 월 Medicare Part B 보험료를 \$3 낮출 것입니다. 감액은 Medicare 에서 설정하고 사회보장국(SSA)을 통해 관리됩니다. 귀하의 Medicare Part B 보험료 납부 방법에 따라, 귀하의 감액 금액은 사회보장 수표에 적립되거나 Medicare Part B 보험료 명세서에 적립될 수 있습니다.

일부 회원들은 플랜 월 보험료 납부 외에 다른 Medicare 보험료도 납부해야 합니다. 위의 섹션 2 에 설명된 바와 같이, 저희 플랜에 가입할 자격을 갖추려면 Medicaid 자격을 유지하고 Medicare Part A 와 Medicare Part B 를 모두 가지고 있어야 합니다. 대부분의 HMSA Akamai Advantage Dual Care 회원의 경우, Medicaid 가 Part A 보험료(자동으로 자격이 없는 경우) 및 Part B 보험료를 납부합니다.

Medicaid 가 귀하의 Medicare 보험료를 대신 납부하지 않는 경우, 플랜의 회원 자격을 유지하려면 귀하가 Medicare 보험료를 계속 납부해야 합니다. 여기에는 Part B 보험료가 포함됩니다. 또한 Part A 보험료가 포함될 수 있으며, 이는 보험료 면제 Part A 자격이 없는 회원에게 영향을 미칩니다.

섹션 4.3

Part D 등록 지연 벌금

이중 자격에 해당하므로 이중 자격 상태를 유지하는 한 LEP 가 적용되지 않지만 이중 자격 상태를 상실하게 되면 LEP 가 발생할 수 있습니다. Part D 등록 지연 벌금은 최초 등록 기간이 종료된 후 언제든지 귀하가 Part D 또는 다른 전용 가능 처방약 보장을 가지고 있지 않았던 연속 63 일 이상의 기간이 있는 경우 Part D 보장을 위해 추가적으로 납부해야 하는 보험료입니다. 전용 가능 처방약 보장은 평균적으로 최소한 Medicare 의 표준 처방약 보장만큼 지급할 것으로 기대되기에 Medicare 의 최소 표준을 충족시키는 보장입니다. 등록 지연 벌금의 비용은 Part D 또는 기타 전용 가능 처방약 보장을 받지 않았던 기간에 따라 달라집니다. 귀하가 Part D 보장을 가지고 있는 한 이 벌금을 납부해야 합니다.

다음과 같은 경우에는 납부하지 **않아도 됩니다**.

- Medicare 로부터 처방약 지급을 위한 “Extra Help”를 받고 있는 경우
- 연속 63 일 미만으로 전용 가능 보장 없이 지낸 경우
- 이전 고용주, 노조, TRICARE 또는 재향군인 보건국(VA)과 같은 다른 출처를 통해 신뢰할 수 있는 처방약 보장을 받은 적이 있는 경우. 보험사 또는 인사 부서에서 매년 신뢰할 수 있는 처방약 보장을 받을 수 있는지 알려드립니다. 이 정보는 서한으로 발송하거나, 플랜의 뉴스레터에 포함되어 있을 수 있습니다. 나중에 Medicare 약품 플랜에 가입할 때 필요할 수 있으므로, 이 정보를 보관합니다.
 - **참고:** 모든 통지서에는 Medicare 의 표준 처방약 플랜이 지급하는 만큼 지급할 것으로 기대되는 전용 가능 처방약 보장을 가지고 있었음을 명시해야 합니다.
 - **참고:** 전용 가능 처방약 보장이 *아닌* 항목은 처방약 할인 카드, 무료 클리닉, 약품 할인 웹사이트입니다.

Medicare 가 벌금 금액을 산정합니다. 산정 방식은 다음과 같습니다.

- 먼저 귀하가 Medicare 약품 플랜에 등록할 자격을 갖춘 후, 등록을 연기한 개월 수를 계산합니다. 또는 보장 공백 기간이 63 일 이상이었던 경우, 전용 가능 처방약 보장을 가지고 있지 않았던 전체 개월 수를 계산합니다. 전용 가능 보장을 가지고 있지 않았던 각 달의 벌금은 1%입니다. 예를 들어 14 개월 동안 보장이 없는 경우, 벌금은 14%입니다.

제 1 장 회원으로 시작하기

- 그 후 Medicare 가 전년도 전국 Medicare 약품 플랜의 평균 월 보험료 금액을 계산합니다. 2025 년에 이 평균 보험료는 \$36.78 입니다.
- 월별 벌금을 계산하기 위해, 벌금 퍼센트와 평균 월 보험료를 곱한 후, 가장 가까운 10 센트로 반올림합니다. 이 예에서 이는 $14\% \times \$36.78 = \5.1492 입니다. 이 금액은 \$5.15 로 반올림됩니다. 이 금액이 **Part D 등록 지연 벌금을 납부해야 할 개인의 월 보험료에** 추가됩니다.

이 월별 Part D 등록 지연 벌금에 관해 유의해야 할 세 가지 중요 사항이 있습니다.

- 첫째, 평균 월 보험료가 매년 변경될 수 있기에, **벌금이 매년 변경될 수 있습니다.**
- 둘째, 귀하가 Medicare Part D 약품 혜택을 포함하는 플랜에 등록되어 있는 한, 귀하의 플랜을 변경할지라도 매달 **벌금을 계속하여 지불해야 합니다.**
- 셋째, 귀하가 65 세 미만이고 현재 Medicare 혜택을 받고 있는 경우, Part D 등록 지연 벌금은 65 세가 될 때 재설정됩니다. 65 세 후, Part D 등록 지연 벌금은 귀하가 연령으로 인한 Medicare 최초 등록 기간 후 보장을 가지고 있지 않은 개월 수에만 기반합니다.

귀하가 Part D 등록 지연 벌금에 동의하지 않는 경우, 귀하 또는 대리인이 검토를 요청할 수 있습니다. 일반적으로 등록 지연 벌금을 납부해야 함을 통지하는 서한을 수령한 날로부터 **60 일** 이내에 이 검토를 요청해야 합니다. 그러나 저희 플랜에 가입하시기 전에 벌금을 납부한 경우, 등록 지연 벌금에 대한 검토를 요청할 또 다른 기회가 없을 수도 있습니다.

중요: Part D 등록 지연 벌금 결정에 관한 검토를 기다리는 동안 등록 지연 벌금 납부를 중단하지 마십시오. 중단하는 경우, 플랜 보험료 미납으로 플랜에서 탈퇴 처리될 수 있습니다.

섹션 4.4

소득 관련 월별 조정 금액

일부 회원은 Part D 소득 관련 월별 조정 금액, 즉 IRMAA 라고도 하는 추가 비용을 지불해야 할 수 있습니다. 추가 요금은 2 년 전 IRS 소득 신고서에 보고된 대로 수정된 조정 총소득을 사용하여 계산됩니다. 이 금액이 특정 금액을 초과하는 경우, 표준 보험료 금액과 추가 IRMAA 를 납부해야 합니다. 소득에 따라 납부해야 할 수 있는 추가 금액에 대한 자세한 내용은 <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans> 를 참조하십시오.

귀하가 추가 금액을 납부해야 하는 경우, Medicare 플랜이 아닌 사회보장국이 추가 금액을 알리는 서한을 발송합니다. 귀하가 보통 플랜 보험료를 납부하는 방법에 관계없이, 사회보장, 전국 철도 퇴직근로자 관리회 또는 미국 인사관리처(Office of Personnel Management) 연금 수표로부터 추가 금액을 징수할 것이나, 단 월 연금이 납부해야 할 추가 금액을 지급하기에 충분하지 않은 경우는 예외입니다. 연금 수표가 추가 금액을 지급하기에 충분하지 않은 경우, Medicare 로부터 청구서를 받게 됩니다. **정부에 추가 금액을 납부해야 합니다. 이는 플랜 월 보험료와 함께 납부할 수 없습니다. 추가 금액을 납부하지 않으면 플랜에서 탈퇴 처리되고 처방약 보장을 잃게 됩니다.**

추가 금액 납부에 동의하지 않는 경우, 사회보장국에 결정을 검토하도록 요청할 수 있습니다. 이의 요청 방법에 관한 추가 정보는 1-800-772-1213 번(TTY 1-800-325-0778)으로 사회보장국에 문의하십시오.

섹션 5 월 보험료에 대한 추가 정보

섹션 5.1 플랜 보험료를 납부할 수 있는 방법에는 여러 가지가 있습니다

플랜 보험료를 납부할 수 있는 방법에는 네 가지가 있습니다.

옵션 1: 수표, 직접 방문 또는 전화로 납부하기

플랜 월 보험료는 현금, 수표 또는 신용카드로 저희 플랜에 직접 납부하실 수 있습니다. 가까운 Neighborhood Center 에 직접 방문하여 수표를 제출하실 수 있습니다. 현금 납부는 Neighborhood Centers 에 직접 방문해야만 가능합니다. 수표는 다음 주소로 우편으로 보내실 수도 있습니다.

Hawai'i Medical Service Association
P.O. Box 29810
Honolulu, HI 968202210

현금, 수표 또는 신용카드 결제는 해당 월의 5 일까지 접수되어야 합니다. 수표의 수취인은 HMSA 로 해야 합니다. 매월 청구서를 보내드립니다. 적시에 결제를 처리할 수 있도록 청구서를 수표에 첨부하고 수표에 회원 ID 번호를 기재하십시오.

여러 계정에 대한 납부금을 제출하는 경우, 청구서들 또는 회원 ID 번호와 계정 번호(보험료 청구서 오른쪽 상단에 있음)를 모두 수표와 함께 포함시키고, 결제 시 각 계정에 입금할 금액에 대해 명확하고 자세한 설명을 제공해야 합니다. 은행의 청구서 납부 서비스(“온라인 청구서 납부”라고도

제 1 장 회원으로 시작하기

함)를 선택하는 경우, 해당 은행이 수표에 회원 ID 번호와 계정 번호를 포함시키는지 확인하십시오. 청구서 납부 서비스로 결제하는 경우 수표당 하나의 계정에 대해서만 납부가 가능합니다.

또한 청구서에 기재된 수신자 부담 IVR 결제 시스템 전화번호(1-855-613-9221)로 전화하여 청구서를 납부할 수도 있습니다. 당좌예금 또는 저축예금 계좌를 사용하거나 신용카드 또는 직불카드를 사용하여 납부할 수 있습니다. 전화로 납부하려면 청구서에 기재된 계정 번호와 은행 계좌의 라우팅 번호 및 계좌 번호 또는 사용하려는 신용카드 또는 직불카드가 필요합니다.

전화로 납부하는 경우:

- 수신자 부담 전화 1-855-613-9221 번으로 전화하십시오. 연중무휴 24 시간 이용 가능합니다.
- 청구서 상단에 표시되는 PPARA 로 시작하는 계정 번호의 마지막 부분만 입력하고 문자와 모든 앞자리 0 은 무시합니다.

예:

	Subscriber Number	Account Number
	A00003333333	PPARA0000123456
	STATEMENT DATE:	06/15/2023
	PAYMENT IS DUE BY:	07/05/2023

Pay by Phone(전화 납부) 서비스를 이용하기 위한 추가 수수료는 없습니다!

옵션 2: 귀하의 은행 계좌에서 직접 보험료를 납부할 수 있습니다

플랜 월 보험료를 매월 은행 당좌예금 또는 저축예금 계좌에서 자동 이체할 수 있습니다. 현재 플랜 월 보험료가 은행 계좌에서 자동 이체되고 있지 않지만 이를 원하는 경우, 회원 서비스부에 전화하여 HMSA 의 자동 납부 서비스에 대해 문의하십시오. 이 자동 납부 서비스는 하와이주 내에 소재한 은행을 통해서만 이용할 수 있습니다.

또는 www.hmsa.com/help-center/need-a-form/에서 제공되는 HMSA Medicare Advantage Plans Automatic Payments 양식을 작성하시면 됩니다. 처리에는 최대 30 일이 소요될 수 있습니다. 공제는 매월 5 일 또는 5 일이 주말이나 공휴일인 경우 다음 영업일에 이루어집니다.

옵션 3: 온라인 청구서 납부를 설정할 수 있습니다

HMSA 회원 카드를 사용하여 My Account(내 계정)에 등록할 수 있습니다. 내 계정에서 일시납 또는 자동납부를 하기 위해 VueBill 을 설정할 수 있습니다. 자세한 내용은 당사 웹사이트

[www.hmsa.com/Media/Default/documents/2500-50067-Vuebill-Guide-for-Individual-Members\(F\)\(S-F\).pdf](http://www.hmsa.com/Media/Default/documents/2500-50067-Vuebill-Guide-for-Individual-Members(F)(S-F).pdf) 에서 확인하실 수 있습니다.

www.HMSA.com 에서 등록하십시오.

내 계정을 통해 청구 내역을 확인하고, 개인 정보를 업데이트하고, 귀하의 의료 플랜을 쉽게 관리할 수 있습니다. 등록하려면 다음 단계를 따르십시오.

- www.hmsa.com 으로 이동하여 Member Login(회원 로그인)을 클릭합니다.
- Create an Account(계정 만들기)를 클릭하고 안내를 따릅니다.
- 등록을 완료하려면 HMSA 회원 카드에 있는 회원 ID 번호와 유효한 이메일 주소가 필요합니다. HMSA 회원 카드의 예는 제 1 장 섹션 3.1 을 참조하시기 바랍니다.

종이 사용을 줄이세요! 일시납 일정을 예약하거나 자동납부를 설정할 수 있는 옵션이 있습니다. 또한 통지서 및 청구서를 이메일로 받거나 내 계정에서 확인할 수도 있습니다. 이 서비스는 HMSA 회원에게 완전히 무료로 제공되며 온라인 납부에 대한 추가 비용이 발생하지 않습니다.

자동 결제를 신청하려면 다음 단계를 따르십시오.

- 이메일 주소와 비밀번호를 사용하여 내 계정에 로그인합니다.
- Profile(프로필)을 클릭하고 Pay My Bill(내 청구서 납부)을 선택합니다. 그러면 청구서 및 납부 내역의 PDF 사본이 표시됩니다.
- 직불카드, 신용카드, 미국 당좌예금 계좌 또는 미국 저축예금 계좌를 사용하여 Payment Accounts(결제 계좌)에 결제 수단을 추가합니다.
- 그런 다음 Automatic Payments(자동 결제)로 이동하여 매월 1 일 청구서를 결제하도록 결제 방법을 예약합니다.
- https://www.youtube.com/watch?v=_adJPXP-ZYc 이 동영상을 시청하면 온라인에서 할 수 있는 모든 방법을 확인할 수 있습니다.

옵션 4: 매월 사회보장 연금 수표에서 플랜 보험료 공제 받기

사회보장 공제는 사회보장국에서 공제를 승인한 후 시작되기까지 2 개월 이상 소요될 수 있습니다. 대부분의 경우, 사회보장국에서 자동 공제 요청을 수락하는 경우, 사회보장국 혜택에서 첫 번째로 공제되는 금액에는 원천징수 시작 시점부터 납부해야 할 모든 보험료가 포함됩니다. SSA 는 \$300 미만의 플랜 보험료만 공제합니다.

제 1 장 회원으로 시작하기

플랜 보험료 납부 방법 변경하기. 플랜 보험료 납부 옵션을 변경하기로 결정하는 경우, 새로운 납부 방법이 효력을 발휘하는 데 최고 3 개월이 소요될 수 있습니다. 저희가 새로운 납부 방법 요청을 처리하는 동안, 귀하는 플랜 보험료의 정시 납부를 지켜 주셔야 합니다. 납부 방법을 변경하려면 다음 주소로 요청서를 보내주십시오.

HMSA
ATTN: Membership Services
P.O. Box 860
Honolulu, HI 968080860

또는 오아후에서는 (808) 948-6174 번, 이웃 섬 또는 미국 본토에서는 수신자 부담 전화 1-800-782--4672 번으로 HMSA 의 회원 서비스부에 전화하실 수 있습니다.

연중 다른 납부 옵션이 이용 가능해지는 경우 귀하에게 안내해 드립니다.

플랜 보험료를 납부하는 데 어려움을 겪는 경우 해야 할 일

플랜 보험료는 매달 5 일까지 저희 사무실에 납부하셔야 합니다. 저희가 해당 달의 5 일까지 보험료를 받지 못한 경우, 30 일 내에 보험료를 받지 못하면 귀하의 플랜 등록이 종료될 것임을 알리는 통지를 발송해 드립니다. Part D 등록 지연 벌금을 납부해야 하는 경우, 처방약 보장을 유지하려면 벌금을 납부해야 합니다.

보험료를 정시에 납부하는 데 어려움을 겪으신다면 고객센터로 연락하여 저희가 귀하께 플랜 보험료 납부를 도와드릴 프로그램을 소개해 드릴 수 있는지 알아보십시오.

플랜 보험료 미납으로 인해 저희가 귀하의 플랜 등록을 종료하더라도 Original Medicare 에 따른 의료 보장은 유지됩니다. 처방약 비용에 대한 “Extra Help”를 받고 있는 한, Part D 약품 보장은 계속 유지됩니다. Medicare 는 Part D 보장을 위한 새로운 처방약 플랜에 귀하를 등록시켜 드립니다.

저희가 귀하의 플랜 등록을 종료할 때, 미납 보험료가 있을 수 있습니다. 미래에 귀하가 다시 저희 플랜(또는 저희가 제공하는 다른 플랜)에 등록하고 싶으시면 등록 전 미납 금액을 납부하셔야 합니다.

저희가 귀하의 플랜 등록을 부당하게 종료했다고 생각하는 경우, 불만(고충이라고도 함)을 제기하실 수 있습니다. 불만 제기 방법은 제 9 장을 참조하십시오. 귀하가 통제할 수 없는 응급 상황이 발생하여 유예 기간 내에 플랜 보험료를 납부할 수 없는 경우 불만을 제기하실 수 있습니다. 불만 제기가 되는 경우, 저희는 결정을 다시 검토합니다. 본 문서의 제 9 장 섹션 11 에서 불만 제기 방법을

확인하거나, 하와이 표준시로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 5 시 사이에 (808) 948-6174 또는 1-800--782-4672 번으로 전화하셔도 됩니다. TTY 사용자는 711 번으로 전화하셔야 합니다. 가입이 종료된 날로부터 역일 기준 60 일 이내에 요청하셔야 합니다.

섹션 5.2 저희가 연중 플랜 월 보험료를 변경할 수 있습니까?

아니요. 저희는 연중에 플랜 월 보험료를 변경할 수 없습니다. 내년도 플랜 월 보험료가 변경되는 경우, 9 월에 이를 알려드리며, 변경 사항은 1 월 1 일에 발효됩니다.

그러나 일부의 경우, 귀하가 납부하셔야 할 보험료의 일부가 연중 변경될 수 있습니다. 귀하가 연중 “Extra Help” 프로그램의 자격을 충족시키게 되는 경우 또는 “Extra Help” 프로그램의 자격을 상실하게 되는 경우, 보험료의 일부가 변경될 수 있습니다. 회원이 처방약 비용의 “Extra Help”를 받을 자격을 충족시키는 경우, “Extra Help” 프로그램이 회원의 플랜 월 보험료의 일부를 납부합니다. 연중 자격을 상실하는 회원은 월 보험료 전액 납부를 시작해야 합니다. 제 2 장 섹션 7 에서 “Extra Help” 프로그램에 관한 추가 정보를 검색하실 수 있습니다.

섹션 6 플랜 회원 기록을 최신 상태로 유지하기

귀하의 회원 기록은 주소, 전화번호 등, 등록 양식으로부터 수집한 정보를 포함합니다. 여기에는 주치의를 포함한 귀하의 구체적인 플랜 보장이 명시되어 있습니다.

플랜 네트워크 의사들, 병원들, 약사들 및 기타 서비스 제공자들이 귀하에 관한 정확한 정보를 가지고 있어야 합니다. **이 네트워크 서비스 제공자들은 귀하의 회원 기록을 사용하여 어떠한 서비스 및 약품이 보장되는지, 귀하의 비용 부담액이 얼마인지 파악합니다.** 이로 인해, 저희가 귀하의 정보를 최신 정보로 유지하도록 도와주시는 것이 매우 중요합니다.

다음 변경 사항들에 관해 알려주십시오.

- 이름, 주소 또는 전화번호 변경 사항.
- 가입되어 있는 다른 의료보험 보장(고용주, 배우자 또는 동거 파트너의 고용주, 산재 보상 또는 Medicaid 로부터의 보장 등)에서의 변경 사항.
- 자동차 사고로 인한 청구 등의 배상 책임 청구가 있는 경우.
- 요양원에 입소한 경우.

제 1 장 회원으로 시작하기

- 다른 지역 또는 네트워크 외 병원이나 응급실에서 치료를 받는 경우.
- 귀하가 지명한 책임자(예: 간병인)가 변경되는 경우.
- 임상 연구에 참여하는 경우. (**참고:** 귀하가 참여하고자 하는 임상 연구에 대해 귀하의 플랜에 알릴 필요는 없지만 그렇게 할 것을 권장합니다).

이 정보가 변경되는 경우, 고객센터에 전화로 알려주시기 바랍니다.

이주하시거나 우편 주소를 변경하시는 경우, 사회보장국에도 연락하셔야 합니다. 제 2 장 섹션 5 에서 사회보장국 전화번호와 연락처 정보를 찾아보실 수 있습니다.

섹션 7 다른 보험이 저희 플랜과 함께 적용되는 방법

다른 보험

Medicare 는 귀하가 가입한 다른 의료 또는 약품 보험 보장에 관한 정보를 귀하로부터 수집할 것을 요구하고 있습니다. 이는 저희가 귀하의 다른 보험 보장과 저희 플랜에 따른 혜택을 조율해야 하기 때문입니다. 이를 **혜택의 조정(Coordination of Benefits)**이라고 합니다.

매년 1 회, 저희가 알고 있는 다른 의료 또는 약물 보험 보장을 기재한 서한을 보내드립니다. 이 정보를 주의 깊게 읽어 주십시오. 이 정보가 정확한 경우, 귀하가 해야 할 일은 없습니다. 정보가 정확하지 않거나 목록에 없는 다른 보장이 있는 경우 고객센터에 연락하시기 바랍니다. 귀하의 청구서가 정확히 제때 지급될 수 있도록, (다른 보험회사들의 신원을 확인한 후) 이들에 플랜 회원 ID 번호를 제공해야 할 수 있습니다.

귀하가 다른 보험(예: 고용주 그룹 의료 보장)을 가지고 계신 경우, 저희 플랜 또는 다른 보험 중 누가 먼저 지급해야 할지를 결정하는 규칙을 Medicare 에서 채택해 놓았습니다. 먼저 지급하는 보험을 1 차 지불자라 하고, 보장 한도액까지 지급합니다. 2 차 지불자라고 하는 두 번째로 지급하는 보험은 1 차 보험이 보장해 주지 않은 남은 비용이 있는 경우에만 지급합니다. 2 차 지불자는 보장되지 않은 비용을 모두 지급하지 않을 수도 있습니다. 다른 보험이 있는 경우, 담당 의사, 병원, 약국에 알립니다.

다음 규칙이 고용주 또는 노조 그룹 의료 플랜 보험보장에 적용됩니다.

- 퇴직자 보험보장을 가지고 있는 경우, Medicare 가 먼저 지급합니다.

- 그룹 의료 플랜 보험보장이 귀하 또는 가족 구성원의 현재 고용에 기반하는 경우, 누가 먼저 지급하는가는 귀하의 연령, 고용주가 고용한 직원 수, 연령, 장애 또는 말기 신장질환(End-Stage Renal Disease, ESRD)에 기반한 Medicare 를 가지고 있는가에 따라 결정됩니다.
 - 귀하가 65 세 미만이고 장애가 있으며 귀하 또는 가족 구성원이 아직도 일하고 있는 경우, 고용주가 100 명 이상의 직원을 고용하거나 여러 고용주 플랜의 최소 한 명의 고용주가 100 명 이상의 직원을 고용하고 있는 경우, 귀하의 그룹 건강보험이 먼저 지급합니다.
 - 귀하가 65 세 이상이고 귀하 또는 배우자 또는 동거 파트너가 아직도 일하고 있는 경우, 고용주가 20 명 이상의 직원을 고용하거나 여러 고용주 플랜의 최소 한 명의 고용주가 20 명 이상의 직원을 고용하고 있는 경우, 귀하의 그룹 건강보험이 먼저 지급합니다.
- ESRD 로 인해 Medicare 를 가지고 있는 경우, 그룹 의료 플랜이 귀하가 Medicare 자격을 충족시킨 후 첫 30 개월 동안 먼저 지급합니다.

다음 유형의 보험보장이 보통 각 유형과 관련된 서비스를 먼저 지급합니다.

- 무과실 보험(자동차 보험 포함)
- 책임(자동차 보험 포함)
- 진폐증 보상
- 산재 보상

Medicaid 와 TRICARE 는 Medicare 보장 서비스 비용을 절대 먼저 지급하지 않습니다. Medicare 및/또는 고용주 그룹 의료 플랜이 비용을 지급한 후에만 지급합니다.

제 2 장:

중요 전화번호 및 자원

섹션 1**HMSA Akamai Advantage Dual Care 연락처**

(고객관리부에 연락하는 방법을 포함하여 당사에 문의하는 방법)

섹션 1.1**저희 플랜의 고객관리부에 연락하는 방법**

청구 지원, 의료비 청구 또는 회원 카드 관련 질문인 경우, HMSA Akamai Advantage Dual Care 고객관리부로 전화하시거나 편지를 보내주십시오. 기꺼이 도와드리겠습니다.

방법	고객관리부 – 연락처 정보
전화	오아후 지역 내: (808) 9486000, 옵션 6 이웃 섬 및 미국 본토: 18006604672 이 전화번호로 통화는 무료입니다. 이 전화번호는 주 7 일, 오전 7 시 45 분~오후 8 시 사이에 이용할 수 있습니다. 고객관리부는 영어를 사용하지 않는 사람들을 위해 무료 통역 서비스도 제공합니다.
TTY	711 이 번호로의 통화는 무료입니다. 이 전화번호는 주 7 일, 오전 8 시~오후 8 시 사이에 이용할 수 있습니다.
팩스	(808) 948-6433
우편	HMSA Akamai Advantage Customer Relations P.O. Box 860 Honolulu, HI 968080860
웹사이트	www.hmsa.com/advantage

**섹션 1.2 의료 서비스 또는 Part D 처방약에 관한 보장 결정 또는 이의 제기를 신청할 때
당사에 연락하는 방법**

보장 결정은 귀하의 혜택 및 보장 또는 저희가 귀하의 의료 서비스 또는 Part D 처방약에 대해 지급할 금액에 관해 내리는 결정입니다. 이의 제기는 저희가 내린 보장 결정의 검토와 변경을 요청하는 공식적인 방법입니다. 의료 서비스 또는 Part D 처방약에 관한 보장 결정 또는 이의 제기 신청에 관한 추가 정보는 제 9 장(*문제 또는 불만 사항이 있는 경우 해야 할 일(보장 결정, 이의 제기, 불만 제기)*)을 참조하십시오.

방법	의료 서비스에 대한 보장 결정 - 연락처 정보
전화	오아후 지역 내: (808) 9486000, 옵션 6 이웃 섬 및 미국 본토: 18006604672 이 전화번호로 통화는 무료입니다. 이 전화번호는 주 7 일, 오전 7 시 45 분~오후 8 시 사이에 이용할 수 있습니다.
TTY	711 이 번호로의 통화는 무료입니다. 이 전화번호는 주 7 일, 오전 8 시~오후 8 시 사이에 이용할 수 있습니다.
팩스	(808) 9445611
우편	HMSA Akamai Advantage Medical Management P.O. Box 2001 Honolulu, HI 968052001
웹사이트	www.hmsa.com/advantage
방법	Part D 처방약의 보장 결정 - 연락처 정보
전화	1-855-479-3659: 표준 및 빠른 결정, 처방집 및 이용 관리 예외 사항에 관한 문의. 이 번호로의 통화는 무료입니다. 이 번호는 하루 24 시간, 주 7 일 이용이 가능합니다.
TTY	711 이 번호로의 통화는 무료입니다. 이 번호는 하루 24 시간, 주 7 일 이용이 가능합니다.

팩스	1-855-633-7673 또는 업무 시간 이후에는 위의 수신자 부담 전화번호로 전화하십시오. 반드시 “빠른(fast)”, “신속(expedited)” 또는 “24 시간(24-hour)” 검토를 요청하십시오.
우편	Medicare Coverage Determinations P.O. Box 52000 MC109 Phoenix, AZ 850722000
웹사이트	www.hmsa.com/advantage
방법	의료 서비스 및 Part D 처방약에 대한 이의 제기 - 연락처 정보
전화(업무 시간 중)	오아후 지역 내: (808) 9485090 이웃 섬 및 미국 본토: 18004622085 이 전화번호로 통화는 무료입니다. 이 전화번호는 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시 사이에 이용 가능합니다.
전화(업무 시간 이후)	(808) 948-6483 빠른 이의 제기 신청만 가능합니다. 이 번호는 고객관리부 전화번호가 아닙니다. 이 번호로의 통화는 무료가 아닙니다.
TTY	711 이 번호로의 통화는 무료입니다. 이 번호는 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시 사이에 또는 업무 시간 이후에 이용할 수 있습니다.
팩스	(808) 952-7546 팩스를 다음 주소로 보냅니다. HMSA Akamai Advantage Dual Care Appeals Coordinator.
이메일	appeals@hmsa.com
우편	HMSA Medicare Advantage Attention: Appeals Coordinator P.O. Box 1958 Honolulu, HI 968051958
웹사이트	www.hmsa.com/advantage

섹션 1.3 의료 서비스 또는 Part D 처방약에 관한 불만을 제기할 때 당사에 연락하는 방법

치료의 질에 관한 불만을 포함하여 저희 또는 네트워크 서비스 제공자 또는 약국 중 하나에 관한 불만을 제기할 수 있습니다. 이 유형의 불만 제기는 보장 또는 지급 분쟁과 관련이 없습니다. 귀하의 의료 서비스와 관련한 불만 제기에 대한 추가 정보는 제 9 장(*문제 또는 불만 사항이 있는 경우 해야 할 일(보장 결정, 이의 제기, 불만 제기)*)을 참조하십시오.

방법	의료 서비스에 관한 불만 제기 - 연락처 정보
전화	오아후 지역 내: (808) 9486000, 옵션 6 이웃 섬 및 미국 본토: 18006604672 이 전화번호로 통화는 무료입니다. 이 전화번호는 주 7 일, 오전 7 시 45 분~오후 8 시 사이에 이용할 수 있습니다.
TTY	711 이 번호로의 통화는 무료입니다. 이 전화번호는 주 7 일, 오전 8 시~오후 8 시 사이에 이용할 수 있습니다.
팩스	(808) 948-6433
우편	HMSA Akamai Advantage Customer Relations P.O. Box 860 Honolulu, HI 968080860
MEDICARE 웹사이트	귀하는 <i>HMSA Akamai Advantage Dual Care</i> 에 대한 불만 제기를 Medicare 에 직접 접수하실 수 있습니다. 온라인으로 Medicare 에 불만 제기를 접수하시려면, www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 를 방문하십시오.
방법	Part D 처방약에 관한 불만 제기 - 연락처 정보
전화	1-855-479-3659 이 번호로의 통화는 무료입니다. 이 번호는 하루 24 시간, 주 7 일 이용이 가능합니다.
TTY	711 이 번호로의 통화는 무료입니다. 이 번호는 하루 24 시간, 주 7 일 이용이 가능합니다.

우편	CVS Caremark-Grievances P.O. Box 30016 Pittsburg, PA 15222-0330
MEDICARE 웹사이트	귀하는 <i>HMSA Akamai Advantage Dual Care</i> 에 대한 불만 제기를 Medicare 에 직접 접수하실 수 있습니다. 온라인으로 Medicare 에 불만 제기를 접수하시려면, www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 를 방문하십시오.

**섹션 1.4 귀하가 제공받은 의학적 치료 또는 약품에 대한 당사 비용 분담금 지급을
요청하는 요청서를 발송할 곳**

귀하가 당사에서 지급해야 한다고 생각하는 서비스(서비스 제공자 청구서 등)에 대한 청구서를 받았거나 비용을 지불하신 경우, 당사에 환급을 요청하거나 서비스 제공자 청구금을 납부해야 할 수 있습니다. 제 7 장(저희에게 귀하에게 청구된 보장 의료 서비스 또는 의약품 비용에 대한 당사 비용 분담금 지불 요청하기)을 참조하십시오.

유의사항: 귀하가 지급 요청을 전송하고 저희가 요청의 일부를 거부하는 경우, 저희 결정에 이의를 제기하실 수 있습니다. 추가 정보는 제 9 장(문제 또는 불만 사항이 있는 경우 해야 할 일(보장 결정, 이의 제기, 불만 제기))을 참조하십시오.

방법	의료 서비스에 대한 지급 요청 - 연락처 정보
전화	오아후 지역 내: (808) 9486000, 옵션 6 이웃 섬 및 미국 본토: 18006604672 이 전화번호로 통화는 무료입니다. 이 전화번호는 주 7 일, 오전 7 시 45 분~오후 8 시 사이에 이용할 수 있습니다.
TTY	711 이 번호로의 통화는 무료입니다. 이 전화번호는 주 7 일, 오전 8 시~오후 8 시 사이에 이용할 수 있습니다.
팩스	(808) 948-6433
우편	HMSA-CLAIMS P.O. Box 860 Honolulu, HI 968080860
웹사이트	www.hmsa.com/advantage
방법	Part D 처방약에 대한 지급 요청 - 연락처 정보
전화	1-855-479-3659 이 번호로의 통화는 무료입니다. 이 번호는 하루 24 시간, 주 7 일 이용이 가능합니다.
TTY	711

	이 번호로의 통화는 무료입니다. 이 번호는 하루 24 시간, 주 7 일 이용이 가능합니다.
우편	Medicare Part D Paper Claim P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 850722066
웹사이트	www.hmsa.com/advantage 지급 요청 양식은 당사 웹사이트 www.hmsa.com/help-center/how-to-get-copies-of-the-drug-claim-form/ 에서 다운로드할 수 있습니다.
방법	정기 시력 관리 항목 및 서비스에 대한 지급 요청 – 연락처 정보
전화	오아후 지역 내: (808) 9486000, 옵션 6 이웃 섬 및 미국 본토: 18006604672 이 전화번호로 통화는 무료입니다. 이 전화번호는 주 7 일, 오전 7 시 45 분~오후 8 시 사이에 이용할 수 있습니다.
TTY	711 이 번호로의 통화는 무료입니다. 이 전화번호는 주 7 일, 오전 8 시~오후 8 시 사이에 이용할 수 있습니다.
우편	First American Administrators, Inc. Attn: OON Claims PO Box 8504 Mason, OH 45040-7111
웹사이트	지급 요청 양식은 www.eyemedonline.com/managed-vision-care/member-forms/out-of-network-claim#/ 에서 다운로드할 수 있습니다.

섹션 1.5**여러 가지 또는 복합적인 질환을 겪고 있는 경우 사례 관리팀에 연락하는 방법**

사례 관리는 여러 가지 또는 복합적인 질환을 겪고 있는 가입자와 그 가족을 돕기 위해 제공됩니다.

사례 관리의 목표는 가입자가 최적의 건강 또는 개선된 기능 상태에 도달할 수 있도록 치료, 서비스 및 치료 조율을 이용할 수 있도록 하는 것입니다. 사례 관리자는 협력 프로세스를 통해 의료 서비스 제공자, 가족 구성원, 지역사회 사례 관리자 및 시설(요양원, 전문 요양 시설, 호스피스 및 위탁 가정

제 2 중요 전화번호 및 자원

포함)과 협력하여 의료 서비스 및 의료 플랜 혜택을 조율합니다. 서비스를 조율하고 개별화된 사례 관리를 제공하여 가입자가 자신의 옵션을 이해하고 가능한 최선의 치료를 받을 수 있도록 합니다.

담당 PCP 가 사례 관리에 귀하를 의뢰할 수 있습니다. 사례 관리 프로그램에 대한 자세한 정보는 월요일~금요일 오전 8 시~오후 5 시 사이에 1-855-329-5461 번으로 문의하시기 바랍니다. TTY 사용자는 711 번으로 전화하십시오.

방법	사례 관리 – 연락처 정보
전화	1-855-329-5461
TTY	711

섹션 2**Medicare**

(연방 Medicare 프로그램으로부터 직접 도움과 정보를 받는 방법)

Medicare 는 65 세 이상, 장애가 있는 65 세 미만의 일부 개인들, 말기 신장질환(End-Stage Renal Disease)(투석 또는 신장 이식을 필요로 하는 영구 신부전) 환자들을 위한 연방 의료보험 프로그램입니다.

Medicare 를 책임지는 연방 기관은 Medicare & Medicaid 서비스 센터(Centers for Medicare & Medicaid Services, 때때로 CMS 라 함)입니다. 이 기관은 당사를 포함한 Medicare Advantage 기관들과 계약을 체결합니다.

방법	Medicare – 연락처 정보
전화	1-800-MEDICARE 또는 1-800-633-4227 이 번호로의 통화는 무료입니다. 하루 24 시간 주 7 일.
TTY	1-877-486-2048 이 번호는 특수 전화 장비를 필요로 하고 청력 또는 언어 문제가 있는 개인을 위한 번호입니다. 이 번호로의 통화는 무료입니다.
웹사이트	www.Medicare.gov 이는 Medicare 의 공식 정부 웹사이트입니다. 이는 Medicare, 현행 Medicare 이슈에 관한 최신 정보를 제공합니다. 또한 병원, 요양원, 의사, 가정 건강 관리 기관, 투석 시설에 관한 정보를 제공합니다. 이는 컴퓨터에서 직접 인쇄할 수 있는 문서를 포함합니다. 또한 거주 주의 Medicare 연락처를 찾아보실 수 있습니다. Medicare 웹사이트가 또한 다음 도구로 Medicare 자격요건, 등록 옵션에 관한 상세한 정보를 제공합니다. • Medicare 자격요건 도구: Medicare 자격요건 상태 정보를 제공합니다. • Medicare 플랜 검색기: 귀하 지역의 이용 가능한 Medicare 처방약 플랜, Medicare 의료 플랜, Medigap(Medicare 보충 보험) 보험에 관한 개인화된

정보를 제공합니다. 이 도구들이 다른 Medicare 플랜들에서 귀하의 본인 부담 비용에 관한 **추산치**를 제공합니다.

방법

Medicare – 연락처 정보

웹사이트 (계속)

또한 웹사이트를 이용하여 *HMSA Akamai Advantage Dual Care* 에 관한 귀하의 불만 사항을 Medicare 에 알릴 수 있습니다.

- **귀하의 불만 사항에 관해 Medicare 에 알리십시오.** 귀하는 *HMSA Akamai Advantage Dual Care* 에 대한 불만 제기를 Medicare 에 직접 접수하실 수 있습니다. Medicare 에 불만 제기를 접수하시려면, www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 를 방문하십시오. Medicare 가 귀하의 불만을 심각하게 받아들이고, Medicare 프로그램의 질을 개선하는 데 이 정보를 사용합니다.

컴퓨터가 없는 경우, 도서관 또는 노인 복지 센터가 자체 컴퓨터를 이용하여 이 웹사이트를 방문하도록 도와줄 수 있습니다. 또는 Medicare 에 전화하여 검색하고자 하는 정보를 알려주실 수 있습니다. 담당자가 웹사이트에서 정보를 찾아 귀하와 함께 해당 정보를 검토할 것입니다. (연중무휴 24 시간, 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare 에 전화하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하셔야 합니다.)

섹션 3

주 의료보험 지원 프로그램

(Medicare 에 관한 무료 도움, 정보, 질문에 대한 답변)

State Health Insurance Assistance Program(SHIP)은 모든 주에 교육받은 상담사를 보유한 정부 프로그램입니다. 하와이에서는 SHIP 을 Hawaii SHIP 이라고 합니다.

Hawaii SHIP 은 Medicare 가입자에게 무료 현지 의료 보험 상담을 제공하기 위해 연방 정부로부터 지원금을 받는 독립적인(보험 회사나 의료 플랜과 연계되지 않은) 주 프로그램입니다.

Hawaii SHIP 상담사들이 귀하의 Medicare 권리에 관한 이해를 돕고, 의료 서비스 또는 치료에 관한 불만 제기를 도우며, Medicare 청구서 문제를 해결하도록 도와드릴 수 있습니다. 또한 Hawaii SHIP 상담사들은 Medicare 관련 질문이나 문제에 대해 도움을 드리며, Medicare 플랜 선택 옵션들에 대한 이해를 돕고, 플랜 변경에 관한 질문에 답변해 드릴 수 있습니다.

SHIP 및 기타 자원을 이용하는 방법:

- <https://www.shiphelp.org> 를 방문합니다(페이지 중간에 있는 SHIP LOCATOR(SHIP 찾기) 클릭)
- 목록에서 해당 STATE(주)를 선택합니다. 그러면 해당 주에 해당하는 전화번호와 자원이 있는 페이지로 이동합니다.

방법	Hawaii SHIP – 연락처 정보
전화	오아후 지역 내: (808) 5867299 이웃 섬: 18888759229 이 전화번호로 통화는 무료입니다.
TTY	711 이 번호는 특수 전화 장비를 필요로 하고 청력 또는 언어 문제가 있는 개인을 위한 번호입니다. 이 번호로의 통화는 무료입니다.
우편	Hawaii SHIP Executive Office on Aging Hawaii State Department of Health No. 1 Capitol District 250 South Hotel St. Suite 406 Honolulu, HI 968132831
웹사이트	www.hawaiiiship.org

섹션 4 품질 개선 조직

각 주에는 Medicare 가입자를 위해 지정된 품질 개선 조직이 있습니다. 하와이주의 경우, 품질 개선 조직은 Livanta 라고 합니다.

Livanta 에는 의사 및 기타 의료 전문가 그룹이 있으며, 이들은 Medicare 에서 보수를 받고 Medicare 가입자를 위한 의료 서비스의 품질을 점검하고 이를 개선하는 데 도움을 줍니다. Livanta 는 독립 기관입니다. 이는 저희 플랜과 관련이 없습니다.

다음의 상황에서 Livanta 에 연락하셔야 합니다.

- 귀하가 받은 치료의 질에 대해 불만 사항이 있는 경우

- 병원 입원에 대한 보장이 너무 빨리 끝났다고 판단되는 경우
- 가정 간호, 전문 요양 시설 간호 또는 포괄적 외래 재활 시설(CORF) 서비스가 너무 빨리 끝났다고 판단되는 경우

방법	Livanta(하와이주의 품질 개선 조직) – 연락처 정보
전화	18775881123 이 번호로의 통화는 무료입니다. 이 번호는 월~금요일 오전 9시부터 오후 5시까지(현지 시간) 이용할 수 있습니다. 토/일 및 공휴일: 오전 10:00~오후 4:00(현지 시간) 음성 메일 서비스는 24 시간 이용 가능합니다.
TTY	711 이 번호는 특수 전화 장비를 필요로 하고 청력 또는 언어 문제가 있는 개인을 위한 번호입니다.
팩스	1-855-694-2929
웹사이트	www.livantaqio.com/en/states/hawaii

섹션 5 사회보장국

사회보장국이 Medicare 의 자격요건을 결정하고 등록을 처리하는 것을 책임집니다. 65 세 이상이거나 장애 또는 말기 신장질환(End-Stage Renal Disease)을 앓고 있고 일부 조건을 충족시키는 미국 시민들 및 합법적 영주권자들이 Medicare 에 가입할 자격이 있습니다. 사회보장 연금 수표를 받고 있는 경우, Medicare 에 자동으로 등록됩니다. 사회보장 연금 수표를 받고 있지 않은 경우, 귀하께서 Medicare 에 등록하셔야 합니다. Medicare 를 신청하려면, 사회보장국에 전화하거나 가까운 사회보장국 사무소를 방문할 수 있습니다.

사회보장국에서는 또한 높은 소득으로 인해 Part D 약물 보장에 추가 금액을 납부해야 하는 가입자들의 결정을 책임집니다. 사회보장국으로부터 추가 금액을 납부해야 함을 통지하는 서한을 받고 그 금액에 대한 질문이 있는 경우 또는 삶을 변화시키는 사건으로 인해 소득이 감소한 경우 사회보장국에 전화하여 재심을 요청할 수 있습니다.

이주하시거나 우편 주소를 변경하시는 경우, 사회보장국에 연락하셔야 합니다.

방법	사회보장국 - 연락처 정보
전화	1-800-772-1213 이 번호로의 통화는 무료입니다. 월요일~금요일 오전 8 시~오후 7 시 사이에 이용 가능합니다. 사회보장국의 자동 전화 서비스를 이용하여 녹음된 정보를 얻고 하루 24 시간 일부 안건을 처리할 수 있습니다.
TTY	1-800-325-0778 이 번호는 특수 전화 장비를 필요로 하고 청력 또는 언어 문제가 있는 개인을 위한 번호입니다. 이 번호로의 통화는 무료입니다. 월요일~금요일 오전 8 시~오후 7 시 사이에 이용 가능합니다.
웹사이트	www.ssa.gov

섹션 6 Medicaid

귀하는 Medicare 와 Medicaid 의 보장을 모두 받고 계십니다. Medicaid 는 소득과 자원이 제한적인 일부 개인들의 의료 비용 지불을 돕는 연방과 주 정부 공동 프로그램입니다.

Medicaid 를 통해 제공되는 프로그램들은 Medicare 가입자가 Medicare 보험료와 같은 Medicare 비용을 지불하는 데 도움을 줍니다. 이러한 Medicare Savings Program 에는 다음이 포함됩니다.

- **적격의 Medicare 수혜자(Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Medicare Part A 와 Part B 보험료, 다른 비용 부담금(예, 공제액, 공동보험금, 본인부담금) 납부를 도와줍니다. (QMB 의 일부 개인들은 또한 전체 Medicaid 혜택을 받을 자격이 있습니다(QMB+).)
- **특정 저소득 Medicare 수혜자(Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Part B 보험료 납부를 도와줍니다. (SLMB 의 일부 개인들은 또한 전체 Medicaid 혜택을 받을 자격이 있습니다(SLMB+).)

Medicaid로부터 받는 지원과 관련하여 질문이 있는 경우, 하와이주 복지부 MedQUEST 부서(State of Hawai'i Department of Human Services MedQUEST Division)에 문의하십시오.

방법	QUEST (Medicaid)(하와이주 Medicaid 프로그램)- 연락처 정보
전화	오아후 지역 내: (808) 5243370 이웃 섬 및 미국 본토: 18003168005 이 전화번호는 주 공휴일을 제외하고 월요일~금요일 오전 7:45~오후 4:30 사이에 이용 가능합니다.
TTY	711 이 번호는 특수 전화 장비를 필요로 하고 청력 또는 언어 문제가 있는 개인을 위한 번호입니다.
팩스	오아후 사무소: (808) 5873543
우편	QUEST Hawaii Medicaid Program P.O. Box 3490 Honolulu, HI 96811-3490
웹사이트	www.medquest.hawaii.gov

Hawaii Medicaid Ombudsman 은 서비스 또는 청구 문제가 있는 Medicaid 가입자를 지원합니다. 저희 플랜에 대한 고충 제기 또는 이의 제기를 도와드릴 수 있습니다. Hawaii Medicaid Ombudsman 은 Hawaii State Medicaid Programs Ombudsman Office 입니다.

방법	Hawaii Medicaid Ombudsman - 연락처 정보
전화	오아후 지역 내: (808) 746-3324 이웃 섬: 1-888-488-7988 이 전화번호로 통화는 무료입니다. 이 전화번호는 하와이주 공휴일을 제외하고 월요일~금요일 오전 7:45~오후 4:30 사이에 이용 가능합니다.
우편	hiombudsman@koanrisksolutions.com
웹사이트	www.himedicaidombudsman.com

LongTerm Care Ombudsman Program 은 사람들이 요양원에 대한 정보를 얻고 요양원과 거주자 또는 그 가족 간의 문제를 해결하는 데 도움을 줍니다.

방법	LongTerm Care Ombudsman Program – 연락처 정보
전화	(808) 586-7268
우편	john.mcdermott@doh.hawaii.gov
웹사이트	https://health.hawaii.gov/eoa/home/long-term-care-ombudsman-program/

섹션 7 개인들의 처방약 비용 지급을 돕는 프로그램에 관한 정보

Medicare.gov 웹사이트(<https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs>)에서 처방약 비용을 낮추는 방법을 제공하며, 소득이 제한적인 분들을 위해 아래에 설명된 다른 지원 프로그램들도 있습니다.

Medicare 의 “Extra Help” 프로그램

귀하는 Medicaid 자격이 있으므로 처방약 플랜 비용을 지불하기 위해 Medicare로부터 “Extra Help”를 받을 자격이 있으며 이를 받고 있습니다. 이 “Extra Help”를 받기 위해 추가 조치를 취할 필요는 없습니다.

“Extra Help”에 대한 질문이 있는 경우 다음 전화로 문의하십시오.

- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227). TTY 사용자는 하루 24 시간 주 7 일 1-877-486-2048 번으로 전화하셔야 합니다.
- 사회보장국 사무소는 월요일~금요일 오전 8 시~오후 7 시 사이에 1-800-772-1213 번으로 전화하시면 됩니다. TTY 사용자는 1-800-325-0778 번 또는
- 해당 주 정부 Medicaid 사무소(연락처 정보는 이 장의 섹션 6 참조)

약국에서 처방약을 조제할 때 잘못된 비용 분담금을 지불하고 있다고 생각하시는 경우, 저희 플랜에는 적절한 본인부담금 수준에 대한 증거를 확보하는 데 도움을 요청하거나 혹은 이미 증거를 가지고 있는 경우 이를 저희에게 제공할 수 있는 프로세스가 마련되어 있습니다.

- 고객센터부에 문의하실 수 있습니다. 정보, 즉 회원 이름, 회원 ID 번호, “Extra Help” 정보(예: 보조금 수준) 및 귀하가 받을 자격이 있는 “Extra Help”에 관해 가지고 있는 모든 문서를 준비해 주시기 바랍니다. 고객센터부 전화번호는 본 문서의 뒷 표지에 나와 있습니다.
- 저희가 귀하의 본인부담금 수준을 보여주는 증거를 수령한 후, 약국에서 다음 처방전을 조제할 때 정확한 본인부담금을 지급할 수 있도록 시스템을 업데이트합니다. 귀하가 본인부담금을 초과 지급하는 경우, 환급해 드립니다. 저희가 초과 금액을 수표로 발송하거나 미래 본인부담금에서 공제합니다. 약국이 본인부담금을 아직 수령하지 않았고 귀하가 지급해야 할 부채로 본인부담금을 이월하는 경우, 저희가 약국에 직접 지급할 수 있습니다. 주 정부가 귀하를 대신하여 지급한 경우, 저희가 직접 주 정부에 지급할 수 있습니다. 질문이 있는 경우 고객센터부에 문의하시기 바랍니다.

AIDS 약품 지원 프로그램(ADAP)으로부터 Extra Help 및 보장을 받는 경우 어떻게 됩니까?

AIDS 약품 지원 프로그램(ADAP)이란 무엇입니까?

AIDS Drug Assistance Program(ADAP)은 HIV/AIDS 와 더불어 살아가는 ADAP 자격 충족 개인들이 생명을 구하는 필수 HIV 약물에 접근할 수 있도록 도와줍니다. ADAP 처방집에 포함된 Medicare Part D 처방약은 HIV Drug Assistance Program(HDAP)을 통해 처방약 비용 분담금 지원을 받을 수 있습니다.

참고: 해당 주에서 운영 중인 ADAP 자격을 갖기 위해서는 주 거주 및 HIV 상태, 주에서 정한 저소득, 무보험/과소보험 상태에 대한 증거를 포함하여 특정 기준에 부합해야 합니다. 플랜을 변경하는 경우 지원을 계속 받을 수 있도록 현지 ADAP 등록 담당자에게 알려주십시오. 자격 기준, 보장 약품 또는 프로그램 등록 방법에 관한 정보가 필요하시면 다음 연락처로 전화하십시오.

방법	HIV Drug Assistance Program(HDAP) – 연락처 정보
전화	(808) 733-9360 이 전화번호는 주 공휴일을 제외하고 월요일~금요일 오전 7:45~오후 4:30 사이에 이용 가능합니다.
TTY	711 이 번호로의 통화는 무료입니다. 이 전화번호는 주 공휴일을 제외하고 월요일~금요일 오전 7:45~오후 4:30 사이에 이용 가능합니다.
우편	Hawai'i State Department of Health Harm Reduction Services Branch 3627 Kilauea Avenue, Suite 306 Honolulu, HI 96816
웹사이트	https://health.hawaii.gov/harmreduction/about-us/hiv-programs/hiv-medical-management-services/

섹션 8 전국 철도 퇴직근로자 관리회에 연락하는 방법

전국 철도 퇴직근로자 관리회는 전국의 철도 근로자와 그 가족들의 종합적인 혜택 프로그램을 운영하는 독립적인 연방 기관입니다.

전국 철도 퇴직근로자 관리회를 통해 Medicare 를 받으신다면 이주 시 혹은 우편 주소 변경 시 이를 위원회에 알려주셔야 합니다. 전국 철도 퇴직근로자 관리회의 혜택에 관한 질문이 있으신 경우, 위원회로 문의하십시오.

방법	전국 철도 퇴직근로자 관리회(Railroad Retirement Board) – 연락처 정보
전화	1-877-772-5772 이 번호로의 통화는 무료입니다. “0”을 누르시면, 월요일, 화요일, 목요일, 금요일은 오전 9 시~오후 3 시 30 분, 수요일은 오전 9 시~오후 12 시에 RRB 담당자와 통화하실 수 있습니다. “1”을 누르시면 자동 RRB 헬프라인에 연결하여 주말과 공휴일을 포함하여 하루 24 시간 미리 녹음된 정보를 이용하실 수 있습니다.
TTY	1-312-751-4701 이 번호는 특수 전화 장비를 필요로 하고 청력 또는 언어 문제가 있는 개인을 위한 번호입니다. 이 번호로의 통화는 무료가 <i>아닙니다</i> .
웹사이트	www.rrb.gov/

섹션 9 고용주가 제공하는 그룹 보험 또는 다른 의료보험이 있습니까?

귀하(또는, 배우자 또는 동거 파트너)가 이 플랜의 일부로 귀하의(또는 배우자 또는 동거 파트너의) 고용주 또는 퇴직자 그룹으로부터 혜택을 받는 경우, 고용주/노조 혜택 관리자 또는 고객관리부에 전화하여 질문사항을 문의하실 수 있습니다. 귀하(또는, 배우자 또는 동거 파트너)의 고용주 또는 퇴직자 의료 혜택, 보험료 또는 등록 기간에 관해 질문하실 수 있습니다. (고객관리부 전화번호는 본 문서의 뒷 표지에 인쇄되어 있습니다.) 또한 이 플랜에 따른 Medicare 보장과 관련된 문제로 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048)에 전화하실 수 있습니다.

귀하(또는, 배우자 또는 동거 파트너)의 고용주 또는 퇴직자 그룹을 통한 다른 처방약 보장을 가지고 계신 경우, **그룹의 혜택 관리자**에게 연락하십시오. 혜택 관리자가 현재 처방약 보장이 저희 플랜과 함께 혜택을 제공할 방법을 결정하도록 도와드릴 수 있습니다.

제 3 장:

귀하의 의료 서비스를 위한 플랜 이용

섹션 1 저희 플랜의 회원으로서 의료 서비스를 받는 것에 대해 알아야 할 사항

이 장에서는 의료 서비스를 보장받기 위한 플랜 사용에 대해 알아야 할 사항을 설명합니다. 용어의 정의를 제공하고, 플랜에서 보장하는 의학적 치료, 서비스, 장비, 처방약 및 기타 의료 서비스를 받기 위해 준수해야 할 규칙을 설명합니다.

저희 플랜에서 보장하는 의료 서비스와 이 서비스를 제공받을 때 귀하가 부담해야 하는 금액에 대한 자세한 내용은 다음 장인 제 4 장(*의료 혜택표, 보장 사항 및 회원 부담분*(Medical Benefits Chart, what is covered and what you pay))의 혜택표를 참조하십시오.

섹션 1.1 네트워크 서비스 제공자 및 보장 서비스란 무엇입니까?

- **서비스 제공자**는 주에서 의료 서비스와 진료를 제공하도록 면허를 받은 의사 및 기타 의료 전문가입니다. 서비스 제공자라는 용어에는 병원 및 기타 의료 시설도 포함됩니다.
- 네트워크 서비스 제공자는 의사 및 기타 의료 전문가, 의료 그룹, 병원 및 기타 의료 시설로서 저희의 비용 지급 및 모든 플랜 비용 분담 금액을 전액 지불로 수락하기로 당사와 계약을 맺습니다. 저희는 이러한 서비스 제공자가 저희 플랜의 회원에게 보장 서비스를 제공하도록 추천했습니다. 저희 네트워크에 소속된 서비스 제공자는 귀하의 의료 서비스에 관하여 저희에게 직접 청구합니다. 네트워크 소속 서비스 제공자를 이용하는 경우, 귀하는 보장 서비스 비용 중 귀하의 비용 분담금만 지불합니다.
- 보장 서비스에는 저희 플랜에서 보장하는 모든 의료 서비스, 보건 서비스, 소모품, 장비 및 처방약이 포함됩니다. 의료 서비스에 대해 보장되는 서비스는 제 4 장의 혜택표에 나와 있습니다. 처방약에 대한 보장 서비스는 제 5 장에 설명되어 있습니다.

섹션 1.2 플랜에서 보장하는 의료 서비스를 받기 위한 기본 규칙

Medicare 의료 플랜인 HMSA Akamai Advantage Dual Care 는 Original Medicare 에서 보장하는 모든 서비스를 보장해야 합니다.

제 3 장 귀하의 의료 서비스를 위한 플랜 사용

HMSA Akamai Advantage Dual Care 는 일반적으로 다음과 같은 경우에 한하여 귀하의 의료 서비스를 보장합니다.

- **귀하가 받는 의료 서비스는 플랜의 의료 혜택표에 포함되어 있습니다**(이 표는 본 문서의 제 4 장에 나와 있습니다).
- **귀하가 받는 의료 서비스가 의학적으로 필요한 것으로 간주됩니다.** 의학적으로 필요하다는 것은 서비스, 소모품, 장비 또는 의약품이 귀하의 의학적 질환을 예방, 진단 또는 치료하기 위해 필요하며 의료 행위 허용 기준을 충족함을 의미합니다.
- **Original Medicare 에 따라 서비스를 제공할 자격이 있는 서비스 제공자로부터 진료를 받은 경우.** 저희 플랜의 회원으로서, 귀하는 네트워크 내 서비스 제공자 또는 네트워크 외 서비스 제공자의 진료를 받을 수 있습니다(이에 대한 자세한 내용은 이 장의 섹션 2 를 참조하십시오).
 - 네트워크에 소속된 서비스 제공자는 *서비스 제공자 디렉터리*(<https://www.hmsa.com/advantage>)에서 확인할 수 있습니다.
 - 네트워크 외 서비스 제공자를 이용하는 경우, 해당 보장 서비스에 대한 귀하의 비용 부담금이 더 높을 수 있습니다.
 - 유의사항: 네트워크 외 서비스 제공자로부터 진료를 받을 수 있을지라도, 해당 서비스 제공자는 반드시 Medicare 에 참여할 자격이 있어야 합니다. 응급 치료를 제외하고, Medicare 에 참여할 자격이 없는 서비스 제공자에게는 저희가 비용을 지불할 수 없습니다. Medicare 에 참여할 자격이 없는 서비스 제공자를 방문할 경우, 제공받은 서비스에 대한 전체 비용을 본인이 지불하셔야 합니다. 서비스를 받기 전에 서비스 제공자가 Medicare 에 참여할 자격이 있는지 확인하십시오.

섹션 2 플랜 네트워크에 속한 서비스 제공자를 이용하여 의료 서비스를 받으십시오

섹션 2.1 귀하에게 진료를 제공하고 이를 관리할 주치의(PCP)를 선택할 수 있습니다

PCP 란 무엇이며 PCP 는 귀하를 위해 어떤 일을 합니까?

주치의(PCP)는 기본 진료 및 연례 건강 검진을 위해 방문하는 의사입니다. 귀하의 PCP 는 하와이주에서 진료를 할 수 있는 면허를 가지고 있으며, 필요한 경우 전문의에게 진료를 받도록 의뢰할 수 있습니다.

PCP 가 있다는 것은 건강에 대한 귀하의 요구 사항과 병력을 알고 있는 사람이 있다는 뜻입니다. 장기적인 관계를 맺으며 귀하에게 중요한 것이 무엇인지 이해할 수 있는 의사입니다. 귀하가 잘 알고 신뢰하는 PCP 가 있는 경우, 귀하의 건강 문제에 대해 솔직하게 이야기할 수 있고 정기 검사, 예방 관리 및 기타 치료가 더욱 원활하게 진행될 수 있습니다.

어떤 종류의 의사를 PCP 로 선택할 수 있습니까?

PCP 는 의사 또는 진료 제공자가 될 수 있습니다. 진료 제공자는 의사 보조사 PCP(PAPCP) 또는 상급 실무 간호사(APRN)입니다.

일반적으로 이러한 서비스 제공자는 다음과 같은 분야에서 진료합니다.

- 가정의학과
- 일차진료
- 내과
- 산부인과

담당 PCP 는 무슨 도움을 줄 수 있습니까?

담당 PCP 는 대부분의 진료를 제공하고 귀하에게 필요한 보장 서비스를 주선 또는 조율하는 데 도움을 드릴 것입니다.

담당 PCP 가 조율을 도와드리는 서비스:

- 후속 관리.
- 병원 입원.
- 검사실 검사.
- 치료사.
- 전문의 진료.
- X-레이.

PCP 는 어떻게 선택합니까?

PCP 를 선택하는 방법에는 다음과 같이 몇 가지 방법이 있습니다.

- www.hmsa.com/search/providers 에서 Find a Doctor(의사 찾기) 검색 도구를 사용합니다.
- www.hmsa.com/advantage 를 방문하여 *서비스 제공자 디렉터리*를 확인하고 다운로드합니다.
“HMSA Akamai Advantage(PPO)” 디렉터를 다운로드하십시오.
- 본 문서의 뒷면에 나와 있는 당사 고객관리부로 전화합니다.
- 가까운 HMSA 센터 또는 사무소를 방문합니다. 위치 및 운영 시간은 본 문서의 뒷면과 www.hmsa.com/contact 에서 확인할 수 있습니다.

귀하가 선호하는 전문의 또는 병원이 있는 경우: 이러한 서비스 제공자들을 계속하여 이용하고 싶은 경우, 담당 PCP 가 귀하를 해당 제공자에게 의뢰할 수 있는지 확인하십시오.

담당 PCP 변경

귀하는 이유를 불문하고 언제든지 PCP 를 변경할 수 있습니다. 또한 귀하의 PCP 가 저희 플랜 서비스 제공자 네트워크에서 탈퇴하여 귀하가 저희 플랜에서 새로운 PCP 를 찾아야 할 수도 있습니다. 그렇지 않을 경우 귀하는 보장 서비스에 대해 더 많은 비용을 지불하게 됩니다.

새로운 PCP 를 찾는 데 도움이 필요한 경우, 본 문서 뒷면에 있는 고객관리부 전화번호로 전화하십시오. 전화하여 담당 PCP 를 변경하면 즉시 새 PCP 와 진료를 시작할 수 있습니다.

팁: 저희에게 전화하실 때, 현재 진료받고 있는 전문의의 이름 또는 제공받고 있는 서비스(예: 가정 건강 서비스 또는 의료 장비)를 알려주십시오. 계속해서 이러한 서비스 제공자를 방문하거나 필요한 서비스를 받을 수 있도록 도와드리겠습니다. 저희는 새로운 담당 PCP 정보가 포함된 새 HMSA 회원 카드를 귀하에게 보내드립니다. 귀하는 자신의 의료 기록이 다른 서비스 제공자에게서 새 담당 PCP 에게 발송될 수 있도록 조치해야 합니다. 제 11 장(법적 통지)에서는 당사가 귀하의 개인 건강 정보 및 의료 기록을 보호하는 방법을 설명합니다.

섹션 2.2 전문의 및 기타 네트워크 서비스 제공자로부터 의료 서비스를 받는 방법

전문의는 특정 질환 또는 신체 부위에 관한 의료 서비스를 제공하는 의사입니다. 전문의의 종류는 다양합니다. 다음은 몇 가지 예입니다.

- 암 전문의는 암에 걸린 환자들을 진료합니다.
- 심장내과 전문의는 심장 질환을 앓고 있는 환자들을 진료합니다.
- 정형외과 전문의는 특정 뼈, 관절 또는 근육 질환을 앓고 있는 환자들을 진료합니다.

전문적인 치료가 필요한 경우, 담당 PCP 가 전문의 또는 다른 네트워크 서비스 제공자에게 귀하를 의뢰할 수 있습니다. 귀하는 의뢰가 필요하지 않기 때문에, 저희 서비스 제공자 네트워크에서 자신의 전문의를 선택할 수 있습니다.

누가 내 치료를 조정합니까?

담당 PCP 가 귀하의 치료를 조정하고 담당 의료팀의 다른 의사 및 전문의와 상의합니다. 또한 담당 PCP 는 검사실 검사 의료용품을 받는 데도 도움을 드릴 수 있습니다.

사전 승인이란 무엇입니까?

일부 경우, 특정 서비스 또는 용품을 받기 위해서는 사전에 HMSA 의 승인이 필요할 수 있습니다. 이를 사전 승인이라 합니다. 담당 PCP, 전문의 또는 의료 공급업체는 HMSA 로부터 사전 승인을 받을 책임이 있습니다. 사전 승인이 필요한 서비스를 확인하려면 제 4 장, 섹션 2.1 을 참조하십시오.

팁: 네트워크 서비스 제공자를 선택하면 비용을 절약할 수 있습니다. 이러한 서비스 제공자는 당사와 협의된 수수료를 청구하는 계약을 맺고 있습니다. 네트워크 외 서비스 제공자를 선택하는 경우, 보장 서비스에 대한 귀하의 비용 부담금이 더 높을 수 있습니다.

전문의 또는 네트워크 서비스 제공자가 저희 플랜을 탈퇴할 경우에는 어떻게 됩니까?

당사는 연중 귀하의 플랜에 포함된 병원, 의사 및 전문의(서비스 제공자)를 변경할 수 있습니다. 귀하의 담당 의사 또는 전문의가 플랜을 탈퇴하는 경우 귀하는 아래에 요약된 것과 같은 특정 권리와 보호 수단을 갖습니다.

- 저희 서비스 제공자 네트워크는 연중 변경될 수 있으나, Medicare 는 귀하가 자격을 갖춘 의사 및 전문의를 중단 없이 접근할 수 있는 서비스를 제공하도록 요구합니다.
- 새로운 서비스 제공자를 선택할 시간을 가질 수 있도록 귀하에게 귀하의 서비스 제공자가 플랜을 탈퇴할 것임을 알려드릴 것입니다.
 - 귀하의 일차 진료 또는 행동 건강 서비스 제공자가 플랜을 탈퇴하는 경우, 지난 3 년 내에 해당 서비스 제공자를 방문한 적이 있는 경우 알려드릴 것입니다.

제 3 장 귀하의 의료 서비스를 위한 플랜 사용

- 귀하의 다른 서비스 제공자가 플랜을 탈퇴하는 경우, 귀하가 서비스 제공자에
배정되었거나 현재 진료를 받고 있거나 지난 3 개월 내에 진료를 받은 적이 있는지
알려드릴 것입니다.
- 저희는 귀하가 자격을 갖춘 새로운 네트워크 내 서비스 제공자를 선택하여 지속적인 진료를
받을 수 있도록 지원할 것입니다.
- 귀하가 담당 서비스 제공자에게 의학적 치료 또는 요법을 받고 있는 경우, 귀하는 귀하가 받고
있는 의학적으로 필요한 치료 또는 요법이 계속될 수 있도록 요청할 권리가 있으며, 당사는
귀하와 협력하여 이를 보장할 것입니다.
- 저희는 귀하가 이용할 수 있는 다양한 등록 기간과 플랜 변경 옵션에 대한 정보를 제공할
것입니다.
- 네트워크 내 서비스 제공자 또는 혜택을 이용할 수 없거나 귀하의 의학적 필요를
충족시키기에 불충분한 경우, 저희는 네트워크 내 비용 부담금으로 서비스 제공자 네트워크
외부에서 의학적으로 필요한 보장 혜택을 준비해 드릴 것입니다. 귀하의 PCP 와 같은
네트워크 내 서비스 제공자는 당사가 네트워크 내 비용 부담금으로 서비스를 보장할 수
있도록 사전 승인을 요청할 수 있습니다.
- 귀하의 의사 또는 전문의가 저희 플랜을 탈퇴한 사실을 알게 된 경우 귀하가 새로운 서비스
제공자를 찾아 의료 서비스를 관리하는 것을 도울 수 있도록 저희에게 연락해 주시기
바랍니다.
- 저희가 귀하의 이전 서비스 제공자를 자격 있는 서비스 제공자로 대체하지 않았거나 귀하의
의료 서비스가 적절하게 관리되고 있지 않다고 판단되는 경우, 귀하는 QIO 에 의료 서비스
품질에 대한 불만 제기를 하거나, 플랜에 의료 서비스 품질에 대한 고충 제기를 하거나, 혹은
두 가지 모두 하실 권리가 있습니다. 제 9 장을 참조하십시오.

완화 치료는 어떻게 이용할 수 있습니까?

저희 플랜의 회원은 자격에 따라 *Supportive Care* 혜택을 통해 고통을 예측, 예방 및 치료함으로써 삶의 질을 최적화하는 환자 및 가족 중심 치료인 완화 치료를 이용할 수 있습니다. 주치의, 전문의 및 완화 치료/호스피스 간호 서비스 제공자와 협력하여 완화 치료를 치료 계획에 통합할 수 있는 방법에 대해 논의해야 합니다. *Supportive Care* 혜택에 대한 자세한 내용은 제 4 장, 섹션 2.1(*의료 혜택표, 보장 내역 및 회원 부담금*)을 참조하십시오.

섹션 2.3

네트워크 외 서비스 제공자로부터 의료 서비스를 받는 방법

저희 플랜의 회원으로서, 귀하는 네트워크 외 서비스 제공자에게 치료를 받기로 선택할 수 있습니다. 그러나 저희와 계약을 체결하지 않은 서비스 제공자는 응급 상황을 제외하고는 귀하를 치료할 의무가 없습니다. 저희 플랜은 네트워크 내 또는 네트워크 외 서비스 제공자의 서비스가 보장되는 혜택이고 의학적으로 필요한 경우에 한해, 이 서비스들을 보장합니다. 그러나 **네트워크 외 서비스 제공자를 이용하는 경우, 해당 보장 서비스에 대한 귀하의 비용 부담금이 더 높을 수 있습니다.** 네트워크 외 서비스 제공자 이용에 대해 알아야 할 기타 중요한 사항은 다음과 같습니다.

- 네트워크 외 서비스 제공자로부터 진료를 받을 수 있지만, 대부분의 경우 해당 서비스 제공자가 Medicare 에 참여할 자격이 있어야 합니다. 응급 치료를 제외하고, Medicare 에 참여할 자격이 없는 서비스 제공자에게는 저희가 비용을 지불할 수 없습니다. Medicare 에 참여할 자격이 없는 서비스 제공자의 비응급 진료를 받는 경우, 제공받은 서비스에 대한 전체 비용을 본인이 지불하셔야 합니다. 서비스를 받기 전에 서비스 제공자가 Medicare 에 참여할 자격이 있는지 확인하십시오.
- 네트워크 외 서비스 제공자로부터 진료를 받는 경우, 진료 의뢰 또는 사전 승인은 받을 필요가 없습니다. 그러나 네트워크 외 서비스 제공자로부터 서비스를 받기 전, 귀하가 받고 있는 서비스가 보장되고 의학적으로 필요한지 확인하기 위해 방문 전 보험적용 결정을 요청할 수 있습니다. (보험적용 결정 요청에 관한 정보는 제 9 장 섹션 4 를 참조하십시오.) 이는 다음과 같은 이유로 중요합니다.
 - 방문 전 보험적용 결정이 없으면, 저희가 나중에 서비스가 보장되지 않거나 의학적으로 필요하지 않다고 결정하는 경우, 보험적용을 거부할 수 있으며 귀하가 전체 비용을 부담해야 합니다. 저희가 귀하의 서비스에 대한 비용을 보장하지 않는다고 답할 경우, 귀하는 저희가 귀하의 의료 서비스를 보장하지 않기로 한 결정에 이의를 제기할 권리가 있습니다. 이의 제기 방법을 알아보려면 제 9 장(문제 또는 불만 사항이 있는 경우 해야 할 일)을 참조하십시오.
- 네트워크 외 서비스 제공자에게 저희에게 먼저 청구하도록 요청하는 것이 가장 좋습니다. 하지만 보험적용 서비스를 이미 지급하신 경우, 저희가 보험적용 서비스에 대한 당사 비용 부담금을 환급해 드릴 것입니다. 또는 네트워크 외 서비스 제공자가 저희가 지급해야 한다고 생각되는 청구서를 귀하에게 보내는 경우, 이의 지급을 위해 저희에게 청구서를 보내주실 수 있습니다. 청구서를 받거나 환급을 요청해야 하는 경우 어떻게 해야 하는지에 대한 정보는

제 3 장 귀하의 의료 서비스를 위한 플랜 사용

제 7 장(보장 서비스 또는 약품에 관하여 받으신 청구서의 당사 비용 분담금 지급 요청)을 참조하십시오.

- 응급 치료, 긴급하게 필요한 서비스 또는 지역 외 투석을 위해 네트워크 외 서비스 제공자를 이용하는 경우, 더 높은 비용 분담금을 지불하지 않아도 될 수 있습니다. 이러한 상황에 대한 자세한 내용은 섹션 3 을 참조하십시오.

섹션 3 응급 상황에 처하거나 긴급하게 치료가 필요한 경우 또는 재난 시 서비스를 받는 방법

섹션 3.1 의료적 응급 상황 시 의료 서비스 받기

의료적 응급 상황이란 무엇이며 이에 처하면 어떻게 해야 할까요?

의료적 응급 상황이란 귀하 또는 건강과 의학에 관한 평균 지식을 가진 다른 일반인이 귀하가 귀하의 사망(및 임산부의 경우 태아 사망), 사지 상실 또는 사지 기능 상실, 신체 기능 상실 또는 심각한 장애를 예방하기 위해 즉각적인 치료를 필요로 하는 의학적 증상을 경험하고 있다고 생각하는 경우입니다. 의학적 증상은 질병, 상해, 중증의 통증 또는 빠르게 악화되는 의학적 상태일 수 있습니다.

응급 의료 상황에 처한 경우 다음과 같이 하십시오.

- **최대한 신속하게 도움을 받으십시오.** 지원을 위해 911 로 전화하거나 가장 가까운 응급실 또는 병원으로 가십시오. 필요한 경우 구급차를 요청하십시오. 귀하의 PCP 로부터 사전 승인 또는 의뢰서를 받을 필요가 *없습니다*. 네트워크 의사를 이용할 필요는 없습니다. 필요할 때는 언제든지, 미국 또는 미국령 어느 곳에서든, 저희 네트워크 소속이 아니더라도 적절한 주변허를 가진 서비스 제공자로부터 보장 응급 치료를 받을 수 있습니다.

응급 의료 상황에서는 어떤 항목이 보장됩니까?

저희 플랜은 귀하가 응급실을 방문해야 하는 상황에서 다른 방법으로는 귀하의 건강을 위태롭게 할 수 있는 경우 구급차 서비스를 보장합니다. 또한 응급 상황 중 의료 서비스도 보장합니다.

귀하에게 응급 치료를 제공하는 의사는 귀하의 상태가 안정되고 의료적 응급 상황이 끝나는 시기를 결정할 것입니다.

응급 상황이 종료된 후에도 귀하는 귀하의 상태가 계속 안정적인지 확인하기 위해 후속 치료를 받을 권리가 있습니다. 담당 의사는 본인이 당사에 연락하여 추가 치료를 위한 계획을 세울 때까지 귀하를 계속 치료할 것입니다. 귀하의 치료에 사전 승인이 필요한 경우, 담당 PCP 가 저희와 협력하여 이 승인을 받을 것입니다. 후속 치료는 저희 플랜에서 보장합니다. 네트워크 외 서비스 제공자로부터 후속 치료를 받는 경우, 귀하는 더 높은 비용의 네트워크 외 비용 부담금을 지불하게 됩니다.

의료적 응급 상황이 아닌 것으로 확인되면 어떻게 됩니까?

응급 의료 상황인지 여부를 판단하기 어려운 경우도 있습니다. 예를 들어, 귀하는 귀하의 건강이 심각한 위험에 처해 있다고 생각하여 응급 치료를 받을 수 있으며, 의사는 이것이 의료적 응급 상황이 아니었다고 말할 수 있습니다. 의료적 응급 상황이 아닌 것으로 확인되는 경우, 합리적인 판단에 따라 귀하의 건강이 심각한 위험에 처했다고 생각했다면 저희가 치료를 보장할 것입니다.

그러나 의사가 응급 상황이 *아니라고* 말한 후 저희는 귀하가 추가적인 치료를 다음 두 가지 방법 중 하나로 받는 *경우에만* 추가적인 치료를 보장합니다.

- 추가적인 치료를 받기 위해 네트워크 서비스 제공자를 방문하는 경우.
- - 또는 - 귀하가 받는 추가적인 치료가 “긴급하게 필요한 서비스”로 간주되며 귀하가 이 긴급한 치료를 받기 위한 규칙을 따르는 경우(이에 대한 자세한 내용은 아래 섹션 3.2 를 참조하십시오).

섹션 3.2

긴급하게 서비스를 받아야 할 필요가 있을 시 의료 서비스 받기

긴급하게 필요한 서비스란 무엇입니까?

응급 상황이 아닌 즉각적인 치료가 필요한 플랜 보장 서비스는 일시적으로 플랜의 서비스 지역을 벗어나 있거나 플랜과 계약을 체결한 네트워크 서비스 제공자로부터 이 서비스를 받을 시간, 장소 및 상황을 고려할 때 불합리한 경우에 긴급하게 이용할 수 있는 서비스입니다. 긴급하게 필요한 서비스의 예로는 예상치 못한 의학적 질병과 부상 또는 기존 질환의 예상치 못한 급성 악화가 있습니다. 그러나 연례 검진과 같이 의학적으로 필요한 정기 서비스 제공자 방문은 귀하가 플랜의

제 3 장 귀하의 의료 서비스를 위한 플랜 사용

서비스 지역 밖에 있거나 플랜 네트워크를 일시적으로 이용할 수 없는 경우에도 긴급히 필요한 것으로 간주되지 않습니다.

또한 특정 네트워크 내 긴급하게 필요한 서비스는 HMSA 의 Online Care(<https://hmsaonlinecare.com>)를 통해서도 이용할 수 있습니다. HMSA 의 Online Care 에 대한 자세한 내용은 제 4 장(의료 혜택표, 보장 내역 및 회원 부담금)을 참조하십시오. 또한 고객관리부에 문의하실 수도 있습니다(전화번호는 본 문서 뒷 표지에 나와 있음).

저희 플랜은 응급 서비스, 긴급하게 필요한 서비스 또는 미국 및 미국령 이외 지역에서의 기타 진료 서비스는 보장하지 않습니다.

섹션 3.3	재난 시 치료 의료 서비스 받기
---------------	--------------------------

주지사, 보건복지부 장관 또는 미국 대통령이 귀하의 지역에 대한 국가 재난 사태 또는 응급 사태를 선포할 경우에도 귀하는 귀하의 플랜으로부터 의료 서비스를 제공받을 권리가 있습니다.

재난 시 필요한 의료 서비스를 받는 방법에 대한 정보는 다음의 웹사이트 www.hmsa.com/advantage 를 참조하십시오.

귀하가 재난 시 네트워크 서비스 제공자를 이용할 수 없는 상황인 경우 귀하의 플랜은 네트워크 내 비용 부담액으로 네트워크 외 서비스 제공자에게 치료를 받도록 허용할 것입니다. 귀하가 재난 시 네트워크 약국을 이용할 수 없을 경우 귀하는 네트워크 외 약국에서 처방약을 조제하실 수 있습니다. 자세한 정보는 제 5 장 섹션 2.5 를 참조하십시오.

섹션 4	서비스의 전체 비용이 귀하에게 직접 청구되는 경우 어떻게 해야 합니까?
-------------	--

섹션 4.1 귀하는 보장 서비스에 대한 당사 비용 분담금을 지급하도록 요청할 수 있습니다

귀하가 보장 의료 서비스에 대해 귀하의 플랜 비용분담금보다 더 많은 금액을 지불했거나 보장 의료 서비스의 전체 비용에 대한 청구서를 받은 경우 어떻게 해야 하는지에 대한 정보는 제 7 장(보장 서비스 또는 약품에 관하여 받으신 청구서의 당사 비용 분담금 지급 요청)을 참조하십시오.

섹션 4.2 저희 플랜에서 서비스를 보장하지 않는 경우에는 어떻게 합니까?

HMSA Akamai Advantage Dual Care 는 본 문서 제 4 장의 의료 혜택표에 명시되어 있는 의학적으로 필요한 모든 서비스를 보장합니다. 저희 플랜에서 보장하지 않는 서비스를 받는 경우, 귀하는 서비스 비용 전액을 지불할 책임이 있습니다.

혜택 제한이 있는 보장 서비스의 경우, 귀하는 해당 유형의 보장 서비스에 대한 혜택을 소진한 후 받는 모든 서비스의 비용 전액도 지불합니다. 혜택 한도에 도달한 후 받은 서비스와 관련된 일체의 비용은 최대 본인부담금에 포함되지 않습니다.

섹션 5 임상 조사 연구에 참여할 시 귀하의 의료 서비스가 어떤 방식으로 보장됩니까?

섹션 5.1 임상 조사 연구란 무엇입니까?

임상 조사 연구(임상시험이라고도 함)는 의사와 과학자들이 새로운 항암제가 얼마나 잘 작용하는지 등 새로운 유형의 의학적 치료를 시험하는 방법입니다. 특정 임상 조사 연구는 Medicare 의 승인을 받았습니다. Medicare 에서 승인한 임상 조사 연구는 일반적으로 자원자에게 연구 참여를 요청합니다.

Medicare 가 연구를 승인하고 귀하가 관심을 표명하면, 연구를 담당하는 누군가가 귀하에게 연락하여 연구에 대한 더 자세한 설명을 제공하고 귀하가 연구를 운영하는 과학자들이 정한 요건을 충족하는지 알아볼 것입니다. 귀하가 연구에 대한 요건을 충족하는 경우, 그리고 해당 연구 참여 시 관련 사항에 대해 완전히 이해하고 이를 수락하는 한, 귀하는 해당 연구에 참여할 수 있습니다.

제 3 장 귀하의 의료 서비스를 위한 플랜 사용

귀하가 Medicare 가 승인한 연구에 참여하는 경우, Original Medicare 는 연구의 일환으로 귀하가 받는 보장 서비스에 대한 비용의 대부분을 지불합니다. 귀하가 적격 임상시험에 참여하고 있다고 저희에게 말씀하시는 경우, 귀하는 해당 임상시험의 서비스에 대한 네트워크 내 비용 분담금에 대해서만 책임이 있습니다. 귀하가 더 많은 금액을 지불한 경우(예: 귀하가 이미 Original Medicare 비용 분담 금액을 지불한 경우), 당사는 귀하가 지불한 금액과 네트워크 내 비용 분담금 간의 차액을 환급해 드립니다. 하지만, 귀하는 본인이 지불한 금액을 증명할 수 있는 서류를 제출해야 합니다. 귀하가 임상 조사 연구에 참여하는 동안 귀하는 저희 플랜에 계속 등록되어 있고 저희 플랜을 통해 귀하의 나머지 의료 서비스(연구와 관련되지 않은 의료 서비스)를 계속해서 받으실 수 있습니다.

Medicare 승인 임상 연구의 참여를 원하시는 경우에는 저희에게 알려주거나 저희 또는 PCP로부터 승인을 받을 필요가 없습니다. 임상 조사 연구의 일환으로 귀하의 의료 서비스를 제공하는 서비스 제공자는 저희 플랜의 서비스 제공자 네트워크의 일부가 될 필요가 없습니다. 여기에는 혜택 평가를 위한 임상 시험 또는 등록을 구성 요소로서 포함하는 저희 플랜이 책임지는 혜택은 포함되지 않습니다. 여기에는 근거 창출(NCD-CED) 및 연구용 기기 면제(IDE) 연구를 통한 보험 급여가 필요한 국가 보장 결정에 따라 지정된 특정 혜택이 포함되며, 사전 승인 및 기타 플랜 규정이 적용될 수 있습니다.

Original Medicare 가 Medicare Advantage 가입자를 위해 보장하는 임상 조사 연구에 참여하기 위해 저희 플랜의 허가를 받을 필요는 없지만, 귀하가 Medicare 인증 임상시험에 참여하기로 선택한 경우 사전에 저희에게 알려주실 것을 권장합니다.

Medicare 에서 승인하지 않은 연구에 참여하는 경우, *해당 연구 참여에 대한 모든 비용을 본인이 부담해야 합니다.*

섹션 5.2

임상 조사 연구 참여 시 누가 무슨 비용을 지불합니까?

Medicare 가 승인한 임상 조사 연구에 참여하게 되면 Original Medicare 는 다음과 같이 연구의 일환으로 정기적으로 제공받는 물품 및 서비스를 보장합니다.

- 연구에 참여하지 않더라도 Medicare 에서 보장하는 입원을 위한 병실 사용료 및 식대 비용.
- 조사 연구의 일환으로 실시되는 수술 또는 기타 의료 시술.
- 새로운 치료 방법의 부작용 및 합병증 치료.

Medicare 가 이러한 서비스에 대한 비용 분담금을 지불한 후, 저희 플랜은 Original Medicare 의 비용 분담금과 저희 플랜 회원인 귀하의 네트워크 내 비용 분담금 간의 차액을 지불합니다. 이는 귀하가 저희 플랜으로부터 이러한 서비스를 받는 경우와 마찬가지로, 임상시험의 일환으로 받는 서비스에 대해 동일한 금액을 지불하게 될 것임을 의미합니다. 하지만, 귀하는 본인이 지불한 비용 분담 금액을 증명하는 서류를 제출해야 합니다. 지급 요청서 제출에 대한 자세한 내용은 제 7 장을 참조하십시오.

다음은 비용 분담이 어떻게 적용되는지에 관한 예시입니다. 조사 연구의 일부로 \$100 의 비용이 드는 검사실 검사를 받았다고 가정해 봅시다. 또한 이 검사 비용 중 귀하의 분담금이 Original Medicare 에서는 \$20 이지만, 저희 플랜의 혜택에 따른 비용은 \$10 라고 가정해 봅시다. 이 경우, Original Medicare 는 해당 검사에 대해 \$80 를 지불하고 귀하는 Original Medicare 에 따라 요구되는 \$20 의 본인부담금을 지불하게 됩니다. 그런 다음 적격 임상시험 서비스를 받았다는 사실을 플랜에 통지하고 서비스 제공자 청구서 등의 서류를 플랜에 제출합니다. 그러면 플랜에서 귀하에게 \$10 를 직접 지급합니다. 따라서 귀하의 순 지불액은 \$10 이며, 이는 저희 플랜의 혜택에 따라 귀하가 지불하게 될 금액과 동일합니다. 플랜으로부터 지급금을 받기 위해서는 서비스 제공자 청구서 등의 서류를 플랜에 제출해야 한다는 점을 기억하십시오.

귀하가 임상 조사 연구에 참여할 시, **Medicare 와 저희 플랜은 다음 항목에 대해 어떠한 비용도 지급하지 않을 것입니다.**

- 일반적으로, Medicare 는 귀하가 연구에 참여하지 *않더라도* Medicare 가 해당 항목 또는 서비스를 보장하는 경우를 제외하고, 연구가 시험하는 새로운 항목 또는 서비스에 대한 비용을 지불하지 *않습니다*.
- 데이터 수집을 위해서만 제공되며 귀하의 직접적인 의료 서비스에는 사용되지 않는 품목 또는 서비스. 예를 들어, Medicare 는 귀하의 의학적 질환이 보통 1 회의 CT 스캔만을 필요로 하는 경우 연구의 일부로 실시하는 월별 CT 스캔 비용을 지급하지 않을 것입니다.
- 임상시험 의뢰자가 임상시험의 모든 등록자에게 관례적으로 무료로 제공하는 물품 및 서비스

더 자세히 알기 원하십니까?

Medicare 웹사이트를 방문해 *Medicare 와 임상 조사 연구*라는 간행물을 읽어 보시면 임상 조사 연구 참여에 관한 추가 정보를 얻으실 수 있습니다. (이 간행물은 www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf 에서 이용하실 수 있습니다.) 또한 연중무휴 24 시간

제 3 장 귀하의 의료 서비스를 위한 플랜 사용

1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하셔야 합니다.

섹션 6 종교적 비의료 보건 기관에서 치료를 받기 위한 규칙

섹션 6.1 종교적 비의료 보건 기관이란 무엇입니까?

종교적 비의료 보건 기관이란 일반적으로 병원이나 전문 요양 시설에서 받게 되는 질환에 대한 진료를 제공하는 시설입니다. 병원 또는 전문 요양 시설에서 의료 서비스를 받는 것이 회원의 종교적 신념에 반하는 경우 저희는 종교적 비의료 보건 기관에서의 진료를 보장합니다. 이 혜택은 Medicare Part A 입원 서비스(비의료적 보건 서비스)에만 제공됩니다.

섹션 6.2 종교적 비의료 보건 기관에서 진료받기

종교적 비의료 보건 기관에서 진료를 받으시려면 귀하는 반드시 양심적으로 **통상적인** 의학적 치료에 반한다는 귀하의 의사를 밝히는 법률 서류에 서명해야 합니다.

- **통상적인** 의료 서비스 또는 치료는 *자발적이고* 연방, 주 또는 지역 법으로 *의무화하지 않는* 의료 서비스 또는 치료입니다.
- 귀하가 제공받는 **예외적인** 의료 서비스 또는 치료는 *비자발적이고* 연방, 주 또는 지역 법으로 *의무화하는* 의료 서비스 또는 치료입니다.

저희 플랜에서 보장받으려면 귀하가 종교적 비의료 보건 기관에서 받는 진료가 다음 조건에 부합해야 합니다.

- 진료를 제공하는 시설이 Medicare 의 인증을 받은 곳이어야 합니다.
- 귀하가 제공받는 저희 플랜의 서비스 보장은 의료 서비스의 비종교적 부분에 한합니다.
- 이 기관이 제공하는 서비스를 시설에서 받을 경우 다음 조건이 적용됩니다.
 - 귀하가 병원 또는 전문 요양 시설 입원 치료에 대한 보장 서비스를 받을 수 있는 의학적 상태여야 합니다.
 - – *그리고* – 시설에 입원하기 전에 저희 플랜으로부터 사전 승인을 받아야 하며, 그렇지 않으면 입원이 보장되지 않습니다.

귀하가 종교적 비의료 보건 기관에서 입원환자로서 받는 비종교적 서비스에 대한 저희 플랜의 보장은 병원 입원 보장과 동일합니다. 자세한 내용은 제 4 장, *병원 입원 치료*의 혜택을표를 참조하십시오.

섹션 7 내구성 의료 장비의 소유권에 대한 규칙

섹션 7.1 저희 플랜에서 일정 횟수의 금액을 지불한 후 내구성 의료 장비를 소유하게 됩니까?

내구성 의료 장비(DME)에는 산소 장비 및 소모품, 휠체어, 목발, 전동 매트리스 시스템, 목발, 당뇨용품, 음성 발생 장치, 정맥 주입 펌프, 분무기 및 서비스 제공자가 가정용으로 주문하는 병원용 침상 등의 물품이 있습니다. 회원은 항상 보철물과 같은 특정 물품을 소유하게 됩니다. 본 섹션은 귀하가 반드시 임차해야 하는 다른 유형의 DME 에 대해 다룹니다.

Original Medicare 에서 특정 유형의 DME 를 임차하는 사람들은 13 개월 동안 해당 물품에 대한 본인부담금을 지불하고 난 후 장비를 소유합니다. 그러나 HMSA Akamai Advantage Dual Care 의 회원인 귀하는 저희 플랜에 가입하기 전에 Original Medicare 에 따라 DME 품목에 대해 최대 12 회 연속 납입을 했더라도, 귀하가 저희 플랜의 회원인 동안 해당 품목에 대해 지불한 본인부담금 지불 횟수와 상관없이 임차한 DME 품목의 소유권을 취득할 수 없습니다. DME 의 소유권은 HMSA 의 재량에 따라 결정됩니다. 다음과 같은 예가 포함되나 이에 국한되지 않습니다.

가입자가 즉시 소유하는 내구성 의료 장비 품목:

- 보철 및 정형용 교정장치
- 보행 보조기
- 소모품

Medicare 에서 규정한 연속 13 개월의 임차 기간 후 소유권이 이전되는 내구성 의료 장비 품목:

- 휠체어
- 병원 침상
- 인슐린 펌프
- PAP 장치

제 3 장 귀하의 의료 서비스를 위한 플랜 사용

소유권이 이전되지 않는 내구성 의료 장비 품목:

- 지속적 수동운동(Continuous Passive Motion, CPM) 기구
- 인공호흡기

Original Medicare 로 전환할 경우 내구성 의료 장비에 대해 지불한 금액은 어떻게 됩니까?

귀하가 저희 플랜의 회원이신 동안 DME 물품의 소유권을 취득하지 않은 경우, Original Medicare 로 전환한 후 해당 물품을 소유하기 위해서는 새롭게 13 회 연속 납입을 해야 합니다. 플랜에 등록되어 있는 동안 지불한 금액은 포함되지 않습니다.

예 1: Original Medicare 에서 해당 물품에 대해 연속 12 회 이하로 납입한 후 저희 플랜에 가입했습니다. Original Medicare 에서 납입한 금액은 포함되지 않습니다. 해당 품목을 소유하기 전에 저희 플랜에 13 회 납입하셔야 합니다. 귀하가 Original Medicare 로 복귀할 경우 이에 대한 어떠한 예외도 인정되지 않습니다.

예 2: Original Medicare 에서 해당 물품에 대해 연속 12 회 이하로 납입한 후 저희 플랜에 가입했습니다. 저희 플랜에 가입되어 있었지만 플랜 등록 기간 동안 소유권을 취득하지 않았습니다. 이후 Original Medicare 로 복귀합니다. Original Medicare 에 다시 가입한 후 해당 물품을 소유하려면 새로 13 회 연속 납입해야 합니다. 이전의 모든 납입금(저희 플랜 또는 Original Medicare 에 대한)은 포함되지 않습니다.

섹션 7.2

산소 장비, 소모품 및 유지보수에 대한 규칙

귀하가 산소 장비에 대해 받을 수 있는 혜택은 무엇입니까?

귀하가 Medicare 산소 장비 보장을 받을 자격이 있는 경우, HMSA Akamai Advantage Dual Care 는 다음을 보장합니다.

- 산소 장비 임차
- 산소 및 산소 내용물 공급
- 산소 및 산소 내용물 공급을 위한 튜브 및 관련 산소 부속품
- 산소 장비의 유지보수 및 수리

HMSA Akamai Advantage Dual Care 를 탈퇴하거나 더 이상 의학적으로 산소 장비가 필요하지 않은 경우 산소 장비를 반납해야 합니다.

플랜을 탈퇴하고 Original Medicare 로 돌아가는 경우 어떻게 됩니까?

Original Medicare 에서는 산소 공급업체가 5 년 동안 귀하에게 서비스를 제공하도록 요구합니다. 처음 36 개월 동안은 장비를 대여합니다. 나머지 24 개월 동안 공급업체는 장비와 유지보수를 제공합니다(산소에 대한 본인부담금은 여전히 귀하가 부담해야 합니다). 5 년 후에는 같은 회사를 계속 이용하거나 다른 회사로 옮기는 것을 선택할 수 있습니다. 이 시점에서 5 년 주기가 다시 시작되며, 동일한 회사에 남아 있더라도 처음 36 개월 동안은 본인부담금을 지불해야 합니다. 저희 플랜에 가입하거나 탈퇴하는 경우, 5 년 주기가 다시 시작됩니다.

제 4 장:

의료 혜택표

(보장 사항 및 회원 부담분)

섹션 1 보장 서비스에 대한 귀하의 본인 부담 비용 이해하기

이 장에서는 귀하의 보장 서비스를 명시하고 HMSA Akamai Advantage Dual Care 의 회원으로서 각 보장 서비스에 대해 귀하가 지불할 금액을 안내하는 의료 혜택표를 제공합니다. 이 장의 후반부에서 보장되지 않는 의료 서비스에 관한 정보를 찾으실 수 있습니다. 또한 특정 서비스에 대한 제한도 설명합니다.

섹션 1.1 귀하가 보장 약품에 지불해야 할 수 있는 본인 부담 비용의 유형

저희가 이 장에서 제공해 드리는 지급 정보를 이해하기 위해, 귀하가 보장 서비스에 지불할 수 있는 본인 부담 비용의 유형을 알고 계셔야 합니다.

- **공제액(Deductible)**은 플랜이 분담금 지급을 시작하기 전 귀하가 의료 서비스에 대해 지불해야 할 금액입니다. (섹션 1.2 는 특정 서비스 범주에 대한 공제액에 대해 자세히 설명합니다.)
- **본인부담금(Copayment)**은 특정 의료 서비스를 받을 때마다 귀하가 지불하는 고정 금액입니다. 귀하는 의료 서비스를 받을 때 본인부담금을 지불합니다. (섹션 2 의 의료 혜택표는 본인부담금에 대해 자세히 설명합니다.)
- **공동보험금(Coinsurance)**은 특정 의료 서비스의 총비용에 대해 귀하가 지불하는 비율입니다. 귀하는 의료 서비스를 받을 때 공동보험금을 지불합니다. (섹션 2 의 의료 혜택표는 공동보험금에 대해 자세히 설명합니다.)

섹션 1.2 저희 플랜에는 특정 유형의 서비스에 대한 공제액이 있습니다

특정 유형의 서비스에 대한 공제액이 있습니다.

플랜에는 다음 유형의 서비스에 대한 공제액이 있습니다.

- Medicare Part A 보장 서비스에 대한 공제액은 \$1,676 입니다. 이 공제액은 1 회 입원당 적용됩니다.
- Medicare Part B 보장 서비스에 대한 공제액은 \$257 입니다. 이 공제액은 응급 상황 또는 긴급하게 필요한 치료에는 적용되지 않습니다.

귀하가 공제액을 지불하기 전까지는 귀하가 Medicare Part A 및 Part B 보장 서비스에 대한 비용 전액을 지불해야 합니다. 귀하가 공제액을 지불하면 저희가 이러한 서비스에 대한 당사 비용 부담금을 지급하게 되고, 연도의 나머지 기간 동안 귀하는 귀하의 부담금(귀하의 본인부담금 또는 공동보험금)을 지불하게 됩니다. 섹션 2 의 혜택표에는 서비스 범주 공제액이 나와 있습니다.

귀하가 Medicaid 에 따른 Medicare 비용 부담금 지원을 받을 자격이 있는 경우 공제액이 없습니다.

섹션 1.3 Medicare Part A 및 Part B 보장 의료 서비스에 대해 지불해야 하는 최대 비용은 얼마입니까?

참고: 저희 회원들은 Medicaid 의 지원도 받기 때문에 이 최대 본인부담금에 도달하는 회원은 거의 없습니다. 귀하는 보장되는 Part A 및 Part B 서비스에 대한 최대 본인부담금(maximum out-of-pocket)에 대해 어떠한 본인 부담 비용(out-of-pocket costs)도 지불할 책임이 없습니다.

귀하는 Medicare Advantage Plan 에 가입되어 있기 때문에, Medicare Part A 및 Part B 에 따라 보장되는 의료 서비스에 대해 매년 본인부담금으로 지불해야 하는 금액에 한도가 있습니다. 이러한 한도를 의료 서비스에 대한 최대 본인부담금(maximum out-of-pocket, MOOP)이라고 합니다. 2025 년도의 경우 이 금액은 \$9,350 입니다.

보장 서비스에 대한 공제액, 본인부담금 및 공동보험금에 대해 귀하가 지불하는 금액이 이 최대 본인부담금으로 계산됩니다. (플랜 보험료 및 Part D 처방약에 대해 귀하가 지불하는 금액은 최대 본인부담금에 포함되지 않습니다. 또한, 일부 서비스에 대해 귀하가 지불하는 금액은 최대 본인부담금에 포함되지 않습니다. 이러한 서비스는 의료 혜택표에 별표로 표시되어 있습니다.) 최대

본인부담금인 \$9,350 에 도달하면, 네트워크 내 서비스 제공자의 보장되는 Part A 및 Part B 서비스에 대해 해당 연도의 남은 기간 동안 어떠한 본인 부담 비용도 지불할 필요가 없습니다. 최대 본인부담금인 \$14,000 에 도달하면, 보장되는 Part A 및 Part B 서비스에 대해 해당 연도의 남은 기간 동안 어떠한 본인 부담 비용도 지불할 필요가 없습니다. 그러나 (Medicaid 또는 다른 제삼자가 귀하의 Part B 보험료를 납부하는 경우를 제외하고) 귀하의 플랜 보험료 및 Medicare Part B 보험료를 계속하여 납부해야 합니다.

섹션 2 **의료 혜택표(Medical Benefits Chart)를 이용하여 보장 서비스와 지불해야 할 비용에 대해 알아보십시오**

섹션 2.1 **플랜 회원으로서 받을 수 있는 귀하의 의료 혜택 및 비용**

다음 페이지의 의료 혜택표에는 HMSA Akamai Advantage Dual Care 가 보장하는 서비스와 각 서비스에 대해 귀하가 지불해야 할 본인부담금이 명시되어 있습니다. Part D 처방약 보장은 제 5 장에 나와 있습니다. 의료 혜택표에 명시된 서비스는 다음 보장 요건이 충족되는 경우에만 보장됩니다.

- Medicare 보장 서비스는 Medicare 에서 정한 보장 지침에 따라 제공되어야 합니다.
- 귀하의 서비스(의학적 치료, 서비스, 소모품, 장비, Part B 처방약품 등)는 **반드시** 의학적으로 필요한 것이어야 합니다. 의학적으로 필요하다는 것은 서비스, 소모품 또는 의약품이 귀하의 의학적 질환을 예방, 진단 또는 치료하기 위해 필요하며 의료 행위 허용 기준을 충족함을 의미합니다.
- 신규 가입자의 경우, MA 조정 치료 플랜은 최소 90 일의 전환 기간을 제공해야 하며, 이 기간 동안 새로운 MA 플랜은 네트워크 외부 서비스 제공자를 통해 시작된 치료 과정인 경우에도 모든 유효한 치료 과정에 대해 사전 승인을 요구하지 않을 수 있습니다.
- 의료 혜택표에 명시된 서비스 중 일부는 담당 의사 또는 기타 네트워크 서비스 제공자가 사전에 HMSA Akamai Advantage Dual Care 로부터 승인(사전 승인이라고도 함)을 받은 경우에만 보장됩니다. 사전 승인이 필요한 보장 서비스는 의료 혜택표에 말미 주석으로 표시되어 있습니다. 또한, 네트워크 서비스 제공자의 의뢰에 따라 네트워크 외 서비스 제공자가 제공하는 Medicare Part A 및 Part B 서비스는 HMSA 의 사전 승인을 받은 경우에만 네트워크 내 또는 네트워크 외 비용 부담금 중 적은 금액으로 보장됩니다.

- 조정 치료 플랜에서 치료 과정에 대한 사전 승인 요청을 승인하는 경우, 해당 보장 기준, 병력 및 치료 제공자의 권고에 따라 치료 중단을 피하기 위해 의학적으로 합리적이고 필요한 기간 동안 유효해야 합니다.

당사의 보장에 대해 알아야 할 기타 중요 사항:

- 귀하는 Medicare 와 Medicaid 의 보장을 모두 받고 계십니다. Medicare 는 의료 서비스 및 처방약을 보장합니다. Medicaid 는 Medicare 서비스에 대한 귀하의 비용 부담금을 보장합니다. Medicaid 는 Medicare 가 보장하지 않는 서비스도 보장합니다.
- 모든 Medicare 의료보험과 마찬가지로, 저희는 Original Medicare 가 보장하는 모든 것을 보장합니다. (Original Medicare 의 보장 및 비용에 대해 자세히 알고 싶으신 경우, *Medicare & You 2025* 핸드북을 참조하십시오. www.medicare.gov 에서 온라인으로 확인하시거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 주 7 일, 하루 24 시간 중 언제든지 전화하여 사본을 요청하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 로 전화하십시오.)
- Original Medicare 에서 무료 보장되는 모든 예방 서비스의 경우, 저희 또한 귀하에게 무료로 해당 서비스를 보장합니다. 그러나, 귀하가 예방 서비스를 받기 위한 방문 중 기존 의학적 질환에 대해 치료나 모니터링을 받는 경우, 기존 의학적 질환에 대해 받은 치료에 대해서는 본인부담금이 적용됩니다.
- Medicare 가 2025 년에 신규 서비스에 대한 보장을 추가하는 경우, Medicare 또는 저희 플랜이 해당 서비스를 제공합니다.
- 귀하가 저희 플랜의 자격 지속 간주 기간인 6 개월 내에 있는 경우, 저희는 모든 Medicare Advantage 플랜이 보장하는 Medicare 혜택을 계속 제공합니다. 그러나 이 기간 동안 저희는 귀하가 Medicaid 자격을 상실하지 않았다면 주에서 달리 책임져야 할 Medicare 보험료 또는 비용 부담금은 지급하지 않습니다. 이 기간 동안 Medicare 보장 서비스에 대해 귀하가 지불하는 금액이 증가할 수 있습니다.
- 위에 기재된 보장 요건을 충족시키는 한 귀하는 혜택표에 명시된 서비스에 대해 어떠한 비용도 지불하지 않습니다.
- “네트워크 내” 아래 명시된 비용 부담 금액은 Medicaid 에 따른 Medicare 비용 부담 지원금이 지급된 **후에** 표시됩니다. “네트워크 외” 아래 명시된 비용 부담 금액은 Medicaid 에 따른 Medicare 비용 부담 지원금이 지급되기 **전에** 표시됩니다.

“Extra Help” 자격이 있는 가입자를 위한 중요 혜택 정보:

- 보험료, 공제액 및 공동보험금과 같은 Medicare 처방약 프로그램 비용을 지불하기 위해 “Extra Help”를 받는 경우, 귀하는 다른 타겟형 추가 혜택 및/또는 타겟형 비용 부담금 감소 혜택을 받을 자격이 있을 수 있습니다.
- 자세한 내용은 아래 의료 혜택표에서 VBID 행을 참조하십시오.
- HMSA Akamai Advantage Dual Care 회원은 보장되는 모든 Part D 약품에 대해 \$0 의 본인부담금을 지불합니다. 자세한 내용은 제 6 장을 참조하십시오.



혜택표에서 예방 서비스의 옆에는 이 사과 모양이 표시되어 있습니다.

* 혜택표에서 최대 본인부담금에 포함되지 않는 서비스 옆에 이 별표가 표시됩니다. 최대 본인부담금에 대한 자세한 정보는 제 4 장, 섹션 1.3 을 참조하십시오.

혜택표의 말미 주석에 관한 자세한 내용은 이 표의 끝에 있는 “혜택표에 대한 참고 사항”을 참조하십시오.

의료 혜택표(Medical Benefits Chart)

귀하에게 보장되는 서비스	해당 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
 복부 대동맥류 검사 위험군인 사람에 대해 1 회의 초음파 검사. 해당 검사는 귀하에게 특정 위험 요인이 있는 경우, 또는 귀하의 의사, 의사 보조사, 임상 간호사 또는 임상 전문 간호사로부터 검사를 위한 의뢰서를 받을 경우에만 보장됩니다.	네트워크 내 및 네트워크 외 이 예방 검진을 받을 자격이 주어지는 회원에게는 공동보험금, 본인부담금 또는 공제액이 없습니다.
만성 요통에 대한 침술 치료 보장 서비스에는 다음이 포함됩니다. 다음과 같은 상황에서 Medicare 수혜자는 90 일 이내에 최대 12 회 방문이 보장됩니다. 이 혜택을 위한 만성 요통의 정의는 다음과 같습니다. • 12 주 이상 지속됨 • 식별 가능한 전신성 원인이 없다는 점(즉, 전이성, 염증성, 감염성 질환 등과 관련되지 않음)에서 비특이적 • 수술과 관련이 없음 • 임신과 관련이 없음. 개선이 있는 환자의 경우 8 회의 추가 세션이 보장될 것입니다. 침술 치료는 매년 20 회를 초과하여 실시할 수 없습니다. 환자가 호전되지 않거나 퇴행하는 경우 치료를 중단해야 합니다. 서비스 제공자 요건: (사회보장법(법)의 1861(r)(1)에 정의된) 의사는 해당 주 요건에 따라 침술 치료를 제공할 수 있습니다.	네트워크 내 일차 의료 서비스 제공자의 진료실에서 일차 진료 제공자, 또는 상급 실무 간호사, 임상 간호사, 의사 보조사로부터 제공받는 만성 요통에 대한 Medicare 보장 침술 치료 방문 1 회당 본인부담금 \$0. 전문의로부터 제공받는 만성 요통에 대한 Medicare 보장 침술 치료 방문 1 회당 본인부담금 \$0. 외래 병원 시설, 인증된 통원 수술 센터 또는 클리닉에서 제공하는 만성 요통에 대한 Medicare 보장 침술 치료 방문 1 회당 본인부담금 \$0. 네트워크 외 일차 의료 서비스 제공자의 진료실에서 일차 진료 제공자, 또는 상급 실무 간호사, 임상 간호사, 의사 보조사로부터 제공받는 만성 요통에

귀하에게 보장되는 서비스	해당 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
(법 1861(aa)(5)에 명시된 바에 따른) 의사 보조사(PA), 임상 간호사(NP)/ 임상 전문 간호사(CNS), 보조 요원이 모든 해당 주 요건을 충족하고 다음 조건을 충족하는 경우 침술 치료를 제공할 수 있습니다. - 침술 및 한의학 인증 위원회(ACAOM)가 인가한 학교에서 침술 또는 한의학 석사 또는 박사 학위를 취득하고, - 미국의 주, 준주 또는 코먼웰스(즉, 푸에르토리코) 또는 컬럼비아 특별구에서 침술 치료를 실시할 수 있는 현행의 유효하고 완전하며 제한이 없는 라이선스가 있는 자. 침술 치료를 제공하는 보조 요원은 42 CFR §§ 410.26 및 410.27 의 당사 규정에서 요구하는 의사, PA 또는 NP/CNS 의 적절한 수준의 감독을 받아야 합니다.	대한 Medicare 보장 침술 치료 방문 1 회당 비용의 30%. 전문의로부터 제공받는 만성 요통에 대한 Medicare 보장 침술 치료 방문 1 회당 비용의 30%. 외래 병원 시설, 인증된 통원 수술 센터 또는 클리닉에서 제공하는 만성 요통에 대한 Medicare 보장 침술 치료 방문 1 회당 비용의 30%.

귀하에게 보장되는 서비스	해당 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
구급차 서비스 보장되는 구급차 서비스에는 응급 상황이든 아니면 비응급 상황이든 관계없이 치료를 제공할 수 있는 가장 가까운 시설로의 고정 날개, 회전 날개, 육상 수송 구급차 서비스가 포함되며, 회원의 의학적 상태로 인해 다른 이송 수단의 이용이 회원의 건강을 위태롭게 할 수 있는 경우 또는 플랜에서 승인한 경우에만 적용됩니다. 보장되는 구급차 서비스가 응급 상황을 위한 것이 아닌 경우, 회원의 상태가 다른 이송 수단을 이용했을 시 회원의 건강을 위태롭게 할 수 있으며 구급차를 이용한 이송이 의학적으로 필요하다는 사실을 문서화해야 합니다. 이송은 부상이나 질병이 발생했거나 응급 치료가 처음 필요한 곳에서 시작됩니다. 이송은 치료를 제공할 수 있는 가장 가까운 적절한 시설에서 종료됩니다. 하와이와 미국 본토 간 비응급 환자수송항공기 이송에는 플랜의 사전 승인이 필요합니다.	네트워크 내 Medicare 가 보장하는 구급차 혜택에 대해 구급차 서비스 제공자당 1 일 편도 이동 1 회당 본인부담금 \$0. 항공 구급차는 Medicare 지침에 따라 응급 상황에서만 보장됩니다. (1) 네트워크 외 Medicare 가 보장하는 구급차 혜택에 대해 편도 이동 1 회당 비용의 30%.
연례 정기 신체검사 연례 정기 신체검사는 자격을 갖춘 의사 또는 비의사 진료 제공자가 제공합니다. 이는 매년 1 회 보장됩니다.	네트워크 내 및 네트워크 외 연례 정기 신체검사 혜택에는 공동보험금, 본인부담금 또는 공제액이 적용되지 않습니다.

귀하에게 보장되는 서비스	해당 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
 연례 건강검진 방문 Part B 를 12 개월 이상 유지하신 경우, 매년 건강 방문을 통해 현재 건강 및 위험 요인에 따라 맞춤형 예방 계획을 짜거나 갱신할 수 있습니다. 이는 매년 1 회 보장됩니다. 참고: 귀하의 첫 연례 건강검진 방문은 Welcome to Medicare 예방 검진 후 12 개월 이내에는 이루어질 수 없습니다. 그러나 12 개월 동안 Part B 를 유지한 후에는 연례 건강검진을 받기 위해 Welcome to Medicare 검진을 받지 않으셔도 됩니다.	네트워크 내 및 네트워크 외 연례 건강검진 방문에는 공동보험금, 본인부담금 또는 공제액이 적용되지 않습니다.
 골질량 측정 조건에 부합하는 개인(일반적으로, 이는 골 질량 손실 또는 골다공증 위험이 있는 사람들을 의미합니다)에 대해 24 개월마다 또는 의학적으로 필요한 경우 더 자주 의사의 검사 결과 해석 등 골질량을 검사하거나, 골손실을 감지하거나, 골질을 결정하는 기술이 보장됩니다.	네트워크 내 및 네트워크 외 Medicare 에서 보장하는 골질량 측정에는 공동보험금, 본인부담금 또는 공제액이 적용되지 않습니다.
 유방암 검사(유방조영상) 보장 서비스에는 다음이 포함됩니다. • 35 세에서 39 세 사이에 실시하는 기초 유방조영상 1 회 • 40 세 이상 여성에 대해 매년 1 회 실시하는 선별 유방조영상 1 회 • 24 개월마다 1 회 실시하는 임상적 유방암 검사	네트워크 내 및 네트워크 외 보장되는 유방조영상 검사에는 공동보험금, 본인부담금 또는 공제액이 적용되지 않습니다.

귀하에게 보장되는 서비스	해당 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
심장 재활 서비스 운동, 교육 및 상담을 포함한 심장 재활 서비스의 포괄적인 프로그램은 의사의 지시를 통해 특정 조건을 충족하는 회원들에게 보장됩니다. 또한 플랜은 심장 재활 프로그램보다 더 엄격하거나 집중적으로 이루어지는 집중 심장 재활 프로그램도 보장합니다. 심장 재활은 의학적으로 필요한 경우 제한된 횟수의 세션에 대해 보장됩니다.	네트워크 내 Medicare 에서 보장하고 담당 의사가 지시한 심장 재활 서비스 1 회당 본인부담금 \$0. Medicare 에서 보장하고 담당 의사가 지시한 집중 심장 재활 서비스 1 회당 본인부담금 \$0. 네트워크 외 Medicare 에서 보장하고 담당 의사가 지시한 심장 재활 서비스 1 회당 비용의 30%. Medicare 에서 보장하고 담당 의사가 지시한 집중 심장 재활 서비스 1 회당 비용의 30%.
 심혈관계 질환 위험 감소 진료(심혈관계 질환 치료) 저희는 귀하의 심혈관계 질환 위험을 낮추기 위해 매년 1 회 주치의 방문을 보장합니다. 이러한 방문 시, 담당 의사가 아스피린 사용(적절한 경우)에 관해 논의하고, 혈압을 확인하고, 건강한 식습관을 유지하기 위한 팁을 제공할 수 있습니다.	네트워크 내 및 네트워크 외 집중 행동 치료 심혈관계 질환 예방 혜택에는 공동보험금, 본인부담금 또는 공제액이 적용되지 않습니다.
 심혈관계 질환 검사 심혈관계 질환(또는 심혈관계 질환의 위험 증가와 관련된 이상)을 감지하기 위한 혈액 검사 5 년(60 개월)마다 1 회.	네트워크 내 및 네트워크 외 5 년마다 1 회 보장되는 심혈관계 질환 검사에는 공동보험금, 본인부담금 또는 공제액이 적용되지 않습니다.

귀하에게 보장되는 서비스	해당 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
 자궁경부암 및 질암 검사 보장 서비스에는 다음이 포함됩니다. - 모든 여성: 자궁경부암 검사 및 골반 검사는 24 개월마다 1 회 보장됩니다. - 자궁경부암 또는 질암의 위험이 높거나 가임 연령이고 지난 3 년 이내에 자궁경부암 검사 이상이 있었을 경우: 자궁경부암 검사 및 골반 검사 12 개월마다 1 회 - 만 30~65 세의 무증상 가입자에 대해 자궁경부암 검사와 함께 5 년에 한 번씩 HPV 검사를 보장합니다.	네트워크 내 및 네트워크 외 Medicare 에서 보장하는 예방 목적의 자궁경부암 검사 및 골반 검사에는 공동보험금, 본인부담금 또는 공제액이 적용되지 않습니다. Medicare 에서 보장하는 예방 목적의 HPV 검사에는 공동보험금, 본인부담금 또는 공제액이 적용되지 않습니다.
척추교정 서비스 보장 서비스에는 다음이 포함됩니다. 아탈구 교정을 위한 수동 척추 조작만 보장합니다.	네트워크 내 Medicare 보장 서비스를 위한 방문 1 회당 본인부담금 \$0. 네트워크 외 Medicare 보장 서비스를 위한 방문 1 회당 비용의 30%.

직장암 검사

다음과 같은 선별 검사가 보장됩니다.

- 대장내시경 검사는 최소 또는 최대 연령 제한이 없으며 직장암 고위험군이 아닌 환자의 경우 120 개월(10 년)마다 1 회, 또는 직장암 고위험군이 아닌 환자의 경우 이전 연성 S 상 결장경 검사 후 48 개월마다 1 회, 고위험군 환자의 경우 이전 대장내시경 선별검사 또는 바륨 관장 후 24 개월마다 1 회 보장됩니다.
- 45 세 이상 환자를 위한 연성 S 상 결장경 검사. 대장내시경 선별검사를 받은 후 위험도가 높지 않은 환자의 경우 120 개월마다 1 회. 마지막 연성 S 상 결장경 검사 또는 바륨 관장을 받은 고위험군 환자의 경우 48 개월마다 1 회.
- 45 세 이상 환자의 경우 분변잠혈 선별검사. 12 개월마다 1 회.
- 45~85 세 환자 중 고위험 기준을 충족하지 않는 환자의 경우 다중표적 대변 DNA 검사. 3 년마다 1 회.
- 45~85 세의 환자 중 고위험 기준을 충족하지 않는 환자의 경우 혈액 기반 바이오마커 검사. 3 년마다 1 회.
- 마지막 바륨 관장 검사 또는 마지막 대장내시경 선별검사 후 24 개월이 경과한 고위험군 환자의 경우 대장내시경 대안으로 바륨 관장.
- 고위험군이 아니면서 45 세 이상인 환자의 경우 연성 S 상 결장경 검사의 대안으로 바륨 관장. 마지막 바륨 관장 검사 또는 연성 S 상 결장경 검사 후 최소 48 개월 경과 후 1 회.

직장암 선별검사에는 Medicare 에서 보장하는 비침습적 대변 기반 직장암 선별검사에서 양성 결과가 나온 후 후속 대장내시경 선별검사가 포함됩니다.

네트워크 내

공동보험금이 적용되는 바륨 관장을 제외하고, Medicare 에서 보장하는 각 바륨 관장에 대해 본인부담금 \$0. 담당 의사가 대장내시경 또는 연성 S 상 결장경 검사 중에 용종이나 기타 조직을 발견하여 제거하는 경우, 선별 검사는 진단 검사가 되며 귀하는 의사 서비스에 대해 Medicare 에서 보장하는 각 직장암 선별 검사에 대해 \$0 를 지불합니다. 병원 외래 환경에서도 Medicare 에서 보장하는 각 직장암 선별 검사에 대해 병원에 \$0 를 지불합니다. Part B 공제액은 적용되지 않습니다.

네트워크 외

Medicare 에서 보장하는 각 바륨 관장 비용의 30%.

네트워크 내 및

네트워크 외

Medicare 에서 보장하는 직장암 선별검사에는 공동보험금, 본인부담금 또는 공제액이 적용되지 않습니다.

귀하에게 보장되는 서비스	해당 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
치과 치료 일반적으로 예방 치과 치료(클리닝, 정기 치과 검진 및 치과 X-레이 등)는 Original Medicare 를 통해 보장되지 않습니다. 그러나 Medicare 는 현재 제한된 상황, 특히 해당 서비스가 수혜자의 일차 의료 상태에 대한 특정 치료의 필수적인 부분인 경우 치과 치료 비용을 지급합니다. 일부 예로는 골절 또는 부상 후 턱 재건, 턱 관련 암에 대한 방사선 치료를 준비하기 위한 발치, 신장 이식 전 구강 검사 등이 있습니다. 또한 다음을 보장합니다. 진단 및 예방 치과 진료: * - 구강 검사 – 매년 2 회 - 스케일링 – 매년 2 회 - 구강 전체 X-레이 또는 파노라마 X-레이: 5 년마다 1 세트 - 교익 X-레이: 구강 전체 X-레이 또는 파노라마 X-레이 후 12 개월 이내에 실시한 경우를 제외하고, 매년 1 세트 - 불소: 매년 2 회 치료 - 실버 디아민 불화물: 매년 2 회 치료 종합 치과 치료: * - 충전재: 매년 2 회 - 발치: 매년 4 회 QUEST (Medicaid)는 진단, 예방, 복원 및 몇 가지 보철 서비스를 보장합니다.	네트워크 내 Medicare 보장 치과 치료에 대해 방문 1 회당 본인부담금 \$0. 진단 및 예방 치과 치료와 종합 치과 치료에 대해 본인부담금 \$0.* (2) 네트워크 외 Medicare 보장 치과 치료에 대해 방문 1 회당 비용의 30%. 진단 및 예방 치과 치료와 종합 치과 치료에 대해 비용의 30%.* (2)

귀하에게 보장되는 서비스	해당 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
 우울증 검사 저희는 매년 우울증에 대한 1 회의 검진을 보장합니다. 검사는 반드시 후속 치료의 제공 및/또는 진료 의뢰가 가능한 1 차 진료 기관에서 이루어져야 합니다.	네트워크 내 및 네트워크 외 매년 우울증 선별검사 방문에는 공동보험금, 본인부담금 또는 공제액이 적용되지 않습니다.
 당뇨병 검사 고혈압, 콜레스테롤 및 중성지방 이상 수치(이상지질혈증), 비만, 고혈당 병력과 같은 위험 인자가 있는 경우 저희는 이 선별검사(공복 혈당 검사 포함)를 보장합니다. 과체중 및 당뇨 가족력과 같은 다른 요건을 충족하는 경우에도 검사가 보장될 수 있습니다. 가장 최근의 당뇨병 선별검사일 이후 12 개월마다 최대 2 회의 당뇨병 선별검사를 받을 자격이 있을 수 있습니다.	네트워크 내 및 네트워크 외 Medicare 에서 보장하는 당뇨병 선별검사에는 공동보험금, 본인부담금 또는 공제액이 적용되지 않습니다.
 당뇨 자가 관리 교육, 당뇨 서비스 및 소모품 당뇨병이 있는 모든 대상(인슐린 및 인슐린 비사용자)을 위한 혜택입니다. 보장 서비스에는 다음이 포함됩니다. • 혈당 모니터링을 위한 용품: 혈당측정기, 혈당 측정 검사지, 채혈기 및 채혈침, 측정 검사지 및 모니터의 정확도 확인을 위한 포도당 보정 용액. 당뇨병 검사지에 대한 수량 제한이 있습니다. 담당 의사는 더 많은 수의 검사지가 필요하다고 판단되는 경우 예외를 요청할 수 있습니다. 혈당 모니터링을 위한 혈당 측정기(BGM) 및 관련 소모품의 선호 브랜드와 제조업체는 다음과 같습니다. • FreeStyle • FreeStyle InsuLinx	네트워크 내 Medicare 에서 보장하는 혈당측정기(연속 혈당 측정기 포함) 및 당뇨병 모니터링 용품에 대한 본인 부담금 \$0. Medicare 에서 보장하는 치료용 신발 또는 깔창에 대한 본인 부담금 \$0. Medicare 에서 보장하는 당뇨병 자가 관리 교육에 대한 본인 부담금 \$0. 네트워크 외

귀하에게 보장되는 서비스	해당 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
- FreeStyle Lite - FreeStyle Precision Neo - OneTouch Ultra 2 - OneTouch Verio - Precision Xtra 또한 약사에게 저희가 보장하는 브랜드 및 제조업체를 알려달라고 요청하실 수도 있습니다. 일반적으로 저희는 귀하의 담당 의사 또는 기타 서비스 제공자가 저희에게 해당 브랜드가 귀하의 의료적 필요에 적합하다고 알려주지 않는 한 다른 브랜드 및 제조업체의 당뇨용품은 보장하지 않습니다. 그러나 귀하가 HMSA Akamai Advantage Dual Care 에 처음 가입하여 선호하지 않는 브랜드의 당뇨용품을 사용하고 있는 경우, 최대 100 일 동안 해당 브랜드를 계속 보장해	Medicare 에서 보장하는 혈당측정기(연속 혈당 측정기 포함) 및 당뇨병 모니터링 용품 비용의 30%. Medicare 에서 보장하는 치료용 신발 또는 깔창 비용의 30%. Medicare 에서 보장하는 당뇨병 자가 관리 교육 비용의 30%.
당뇨 자가 관리 교육, 당뇨 서비스 및 소모품(계속) 드립니다. 해당 기간 동안 귀하는 담당 의사와 상의하여 100 일 기간이 지난 후 귀하에게 의학적으로 적합한 선호 브랜드를 결정해야 합니다. - 혈당 모니터링을 위한 기타 용품: 연속 혈당 모니터링 시스템(CGMS) 및 관련 소모품. 저희는 혈당 모니터링을 위해 다음과 같은 선호 브랜드 및 제조업체의 연속 혈당 모니터링 시스템(CGMS)과 관련 소모품을 보장합니다. - Dexcom - Freestyle Libre - 중증 당뇨병 발 질환이 있는 당뇨병 환자의 경우: 매년 한 켤레의 치료용 맞춤형 교정 신발(이러한 신발과 함께 제공되는 깔창 포함) 및 두 쌍의 추가 깔창, 또는 한 켤레의 깊은 신발 및 세 쌍의 깔창(이러한 신발과 함께	

귀하에게 보장되는 서비스	해당 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
제공되는 비맞춤형 분리형 깔창은 포함되지 않음). 보장에는 피팅이 포함됩니다. 당뇨병 자가 관리 교육은 특정 조건에서 보장됩니다.	

내구성 의료 장비(DME) 및 관련 소모품

(내구성 의료 장비의 정의는 본 문서의 제 3 장 섹션 7 및 제 12 장을 참조하십시오.)

보장되는 물품에는 휠체어, 목발, 전동 매트리스 시스템, 당뇨용품, 서비스 제공자가 가정용으로 주문하는 병원용 침상, 정맥 주입 펌프, 음성 발생 장치, 산소 장비, 분무기 및 보행 보조기가 포함되나 이에 국한되지 않습니다.

저희는 Original Medicare 에서 보장하는 모든 의학적으로 필요한 DME 를 보장합니다. 귀하의 지역에 있는 공급업체에서 특정 브랜드 또는 제조업체를 취급하지 않는 경우 특별 주문이 가능한지 여부를 문의하실 수 있습니다. 최신 공급업체 목록은 당사 웹사이트 www.hmsa.com/advantage 에서 확인하실 수 있습니다.

네트워크 내

Medicare 에서 보장하는 내구성 의료 장비 및 관련 소모품에 대한 본인 부담금 \$0.

Medicare 산소 장비 보장에 대한 귀하의 비용 분담금은 임차료 지급 시마다 본인부담금 \$0 입니다.

귀하의 비용 분담금은 가입 후 36 개월 동안 변경되지 않습니다.

HMSA Akamai Advantage Dual Care 에 등록하기 전에 산소 장비 보장을 위해 36 개월치의 임차료를 지불한 경우, HMSA Akamai Advantage Dual Care 에서의 비용 분담금은 본인부담금 \$0 입니다.

승인 규칙이 적용될 수 있습니다. (1)

네트워크 외

Medicare 에서 보장하는 내구성 의료 장비 및 관련 소모품 비용의 30%.

Medicare 산소 장비 보장에 대한 귀하의 비용 분담금은 임차료 지급 시마다 해당 비용의 30%입니다.

귀하의 비용 분담금은 가입 후 36 개월 동안 변경되지 않습니다.

HMSA Akamai Advantage Dual Care 에 등록하기 전에 산소 장비 보장을 위해 36 개월치의 임차료를 지불한 경우, HMSA Akamai Advantage Dual Care 에서의 비용 분담금은 해당 비용의 30%입니다.

귀하에게 보장되는 서비스	해당 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
	가정 주입 요법 서비스에 대한 비용분담금(별도로 청구되는 경우)은 <i>가정 주입 요법</i>을 참조하십시오.
응급 치료 응급 치료는 다음에 해당하는 서비스를 가리킵니다. • 응급 서비스를 제공할 자격이 있는 서비스 제공자가 제공하며, • 의학적 응급 상태를 평가하거나 안정화하기 위해 필요한 진료. 의료 응급상황이란 귀하 또는 건강과 의학에 관한 평균 지식을 가진 다른 일반인이 사망(및 임산부의 경우 태아 사망), 사지 상실 또는 사지 기능 상실을 예방하기 위해 즉각적인 치료를 필요로 하는 의학적 증상을 경험하고 있다고 생각하는 경우입니다. 의학적 증상은 질병, 상해, 중증의 통증 또는 빠르게 악화되는 의학적 상태일 수 있습니다. 네트워크 외에서 제공되는 필수 응급 서비스에 대한 비용분담금은 네트워크 내에서 서비스가 제공될 때와 동일합니다. 응급 서비스는 미국 내에서 보장되는 혜택입니다.	네트워크 내 및 네트워크 외 Medicare 에서 보장하는 응급실 방문 1 회당 본인부담금 \$0. 동일한 질환으로 24 시간 이내에 병원에 입원하는 경우, 응급실 방문에 대해 \$0 를 지불합니다. 응급실 방문의 일환으로 네트워크 외 시설에서 추가 서비스를 받는 경우, 귀하의 해당 비용은 귀하가 네트워크 서비스 제공자에게 지불하는 비용 분담금입니다. 네트워크 외 병원에서 응급 치료를 받고 응급 상태가 안정된 후 입원 치료가 필요한 경우, 치료를 계속 보장받으려면 네트워크 병원으로 돌아가야 합니다. 또는 플랜에서 승인한 네트워크 외 병원에서 입원 치료를 받아야 하며, 해당 비용은 네트워크 병원에서 지불할 비용 분담금입니다. 응급실에서 받은 추가 서비스에 대한 비용 분담금은 다음을 참조하십시오.

귀하에게 보장되는 서비스	해당 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
응급 치료(계속)	• 응급실 입원으로 시작된 입원 치료는 <i>병원 입원 치료</i>를 참조하십시오. • 의사 서비스(별도로 청구되는 경우)는 <i>의사/진료 제공자 서비스(의사 진료실 방문 포함)</i>를 참조하십시오. • 당일 수술을 포함한 외래진료소 서비스(별도로 청구되는 경우)는 <i>외래 수술(외래 시설 및 이동 수술 센터에서 제공되는 서비스 포함)</i>을 참조하십시오. (1) • 검사실 검사, x-레이 및 기타 방사선 서비스, 부목 및 깁스와 같은 의료용품은 <i>외래 진단 검사 및 치료 서비스 및 소모품</i>을 참조하십시오. (1) • 스스로 투여할 수 없는 특정 의약품 및 생물학적 제제는 <i>Medicare Part B 처방약</i>을 참조하십시오. (1)
피트니스 프로그램 – Silver&Fit® 건강한 노화 및 운동 프로그램 Silver&Fit 건강한 노화 및 운동(Silver&Fit Healthy Aging and Exercise) 프로그램은 피트니스 센터 멤버십, 홈 피트니스 키트, 건강한 노화 코칭 및 기타 혜택을 제공합니다.	네트워크 내 및 네트워크 외 Silver&Fit 프로그램

귀하에게 보장되는 서비스	해당 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
• 피트니스 센터 멤버십: 전국적으로 수천 개의 참여 피트니스 센터 중 한 곳 또는 일부 YMCA 에서 무료로 Standard Fitness Network 멤버십을 이용할 수 있습니다. (참여 피트니스 센터/YMCA 에서의 비표준 멤버십 서비스는 Silver&Fit 프로그램에 포함되지 않습니다.) Standard Fitness Network 멤버십을 선택하면 한 달에 한 번 피트니스 센터를 변경할 수 있습니다. 또한 월 이용료를 지불하면 수천 개의 추가 피트니스 센터가 포함된 Premium Fitness Network 를 이용할 수 있습니다. Premium 피트니스 센터에 따라 이용료가 다릅니다. 참여 피트니스 센터/YMCA 를 찾거나 이용 중인 피트니스 센터/YMCA 를 변경하려면, www.silverandfit.com 을 방문하거나 Silver&Fit 고객 서비스에 전화하십시오.* • 홈 피트니스 키트: 추가 비용 없이 매년 1 개의 홈 피트니스 키트를 받으실 수 있습니다.* • 건강한 노화 코칭: 추가 비용 없이 숙련된 코치와 전화, 화상 또는 채팅을 통해 Silver&Fit 건강한 노화 코칭 세션을 이용할 수 있습니다.* • 웰빙 클럽: 웹사이트에서 웰빙 주제에 대한 선호 사항을 설정하면 기사, 동영상, 실시간 가상 수업 및 이벤트, 사교 그룹 등 귀하의 관심 사항과 건강한 노화 목표에 맞는 리소스를 찾을 수 있습니다. • 디지털 운동: Silver&Fit Signature Series Classes®를 포함하여, 웹사이트의 디지털 운동 라이브러리를 통해 주문형 동영상을 볼 수 있습니다.	피트니스 센터 멤버십 Standard Network 피트니스 센터의 경우 월 이용료 \$0 Premium Network 피트니스 센터의 경우 월 이용료 \$30~\$250.* (2) 홈 피트니스 키트 매년 1 개의 홈 피트니스 키트에 대한 본인부담금 \$0.* (2) 건강한 노화 코칭 건강한 노화 코칭 무제한 세션에 대한 본인부담금 \$0.* (2)
피트니스 프로그램 – Silver&Fit® 건강한 노화 및 운동 프로그램(계속) • Silver&Fit Connected!™: Silver&Fit Connected! 도구는 귀하의 활동을 추적하는 데 도움이 될 수 있습니다.	

귀하에게 보장되는 서비스	해당 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
Connected! 도구를 사용하려면 일부 웨어러블 피트니스 트래커나 앱을 구매해야 할 수 있으며, Silver&Fit 프로그램에서 환급받을 수 없습니다. www.silverandfit.com 을 방문하여 온라인 뉴스레터, 주문형 운동 동영상, 피트니스 센터 검색 및 Silver&Fit Connected!™ 도구를 등록하고 이용하십시오. 또한 온라인으로 등록하여 Silver&Fit 카드를 발급받고 참여 피트니스 센터/YMCA 에 직접 가져가는 것도 가능합니다. 자세한 내용은 www.silverandfit.com 을 방문하거나 Silver&Fit 고객센터(1-888-354-4934, 월요일~금요일 오전 8 시~오후 5 시 사이에 HST(TTY/TDD 711))로 전화하십시오. Silver&Fit 프로그램은 American Specialty Health Incorporated(ASH)의 자회사인 American Specialty Health Fitness, Inc.(ASH Fitness)에서 제공합니다. Silver&Fit, Silver&Fit Signature Series Classes, 및 Silver&Fit Connected!는 ASH 의 상표이며 허가를 받아 본 문서에 사용되었습니다. 피트니스 센터 참여 여부는 지역에 따라 다를 수 있으며 변경될 수 있습니다. 키트는 변경될 수 있습니다.	
 건강 및 웰니스(wellness) 교육 프로그램 HMSA Health Education Workshop 은 회원들에게 피트니스, 영양, 스트레스 관리, 그리고 신체적, 정서적, 사회적 건강에 영향을 미칠 수 있는 건강 및 웰빙의 기타 측면에 대해 가르치는 재미있는 대화형 워크숍입니다. HMSA Health Education Workshop 에 대해 자세히 알아보려면 www.hmsa.com/healtheducation 을 방문하십시오.	네트워크 내 및 네트워크 외 보장되는 추가 건강 교육 워크숍에 대한 본인 부담금 \$0.

귀하에게 보장되는 서비스	해당 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
청력 서비스 의사, 청능사 또는 기타 유자격 서비스 제공자가 제공할 시, 서비스 제공자가 의학적 치료의 필요 여부를 결정하기 위해 실시하는 청력 및 균형 진단 평가를 보장합니다. 당사가 보장하지 않는 서비스에 대해서는 이 장의 섹션 3.1 을 참조하십시오.	네트워크 내 Medicare 에서 보장하는 청력 및 균형 진단 검사 1 회당 본인부담금 \$0. 네트워크 외 Medicare 에서 보장하는 청력 및 균형 진단 검사 1 회당 비용의 30%.

특정 만성 질환에 대한 지원**치과 치료 - 전체 건강을 위한 구강 검진**

이 프로그램은 구강 건강에 영향을 미치는 당뇨병, 관상동맥 질환, 임신, 뇌졸중, 만성 폐쇄성 폐질환, 말기 신장 질환, 대사 증후군, 두경부암, 구강암, 쇼그렌 증후군 등의 질환에 중점을 둡니다. 이 프로그램에는 특정 질환이 확인된 회원을 위한 추가적인 치과 혜택 및 회원을 지원하고 구강 건강을 증진하기 위한 지원 활동이 포함됩니다. 이 프로그램에 대한 자세한 내용은 www.hmsadental.com/members/oral-health-for-total-health/enroll 에서 확인하거나 고객관리부에 문의하십시오(전화번호는 본 문서의 뒤표지에 표시되어 있음).

당뇨병, 관상동맥 질환, 뇌졸중, 임신, 만성 폐쇄성 폐질환, 말기 신장 질환 또는 대사 증후군 진단을 받은 회원은 플랜의 치과 혜택 외에 다음 서비스를 받을 자격이 있습니다.

치과 치료: *

- 스케일링: 매년 추가로 2 회
- 치아 구강 전체 괴사 조직 제거: 2 년마다 1 회
- 치과 딥 클리닝: 2 년마다 사분면당 1 회

두경부암, 구강암 또는 쇼그렌 증후군 진단을 받은 회원은 플랜의 치과 혜택에 추가하여 다음 서비스를 받을 자격이 있습니다.

치과 치료: *

- 스케일링: 매년 추가로 2 회
- 치아 구강 전체 괴사 조직 제거: 2 년마다 1 회
- 불소: 최소 3 개월 간격으로 매년 2 회의 추가 치료
- 구강 검사: 매년 추가로 2 회

네트워크 내

특정 질환이 확인된 회원을 위한 추가적인 치과 혜택에 대해 본인부담금 \$0.* (2)

네트워크 외

특정 질환이 확인된 회원을 위한 추가적인 치과 혜택에 대해 비용의 30%. (2)

플랜의 치과 혜택에 대한 비용 부담은 치과 치료를 참조하십시오.

귀하에게 보장되는 서비스	해당 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
특정 만성 질환에 대한 지원 재택 건강 평가 프로그램 이 프로그램은 매년 1 회 재택 건강 평가를 제공합니다. 임상 간호사가 방문을 실시하며 건강 검진 권장 사항, 건강 관련 예방 팁 및 치료 자원 지원도 제공할 수도 있습니다. 방문 후 평가 요약은 적절한 경우 회원 및 회원의 PCP 또는 치료 팀과 공유됩니다. 당뇨병, 만성 폐쇄성 폐질환(COPD), 울혈성 심부전(CHF), 고혈압, 관상동맥 질환(CAD), 기분 장애, 류마티스 관절염, 치매, 암, 혈관 질환, 만성 신장 질환(CKD), 비만을 포함한 영양 관련 장애 또는 혈액학적 장애 등 만성 질환 진단을 받았으며 PCP 가 없거나 PCP 와 함께 만성 질환을 관리하는데 도움이 필요한 회원에게는 재택 건강 평가를 준비하기 위해 연락을 드릴 수 있습니다.	네트워크 내 및 네트워크 외 In-home Health Assessments Program 에는 공동보험금, 본인부담금 또는 공제액이 적용되지 않습니다.*
 HIV 검사 HIV 선별검사를 요청하거나 HIV 감염 위험이 높은 사람들에게 대해 저희는 다음을 보장합니다. 선별검사 12 개월마다 1 회 임신한 여성에 대해 저희는 다음을 보장합니다. 임신 중 최대 3 회의 선별검사	네트워크 내 및 네트워크 외 Medicare 보장 HIV 예방 선별검사를 받을 자격이 주어지는 회원에게는 공동보험금, 본인부담금 또는 공제액이 적용되지 않습니다.

귀하에게 보장되는 서비스	해당 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
가정 간호 서비스 가정 간호 서비스를 받기 전, 의사가 반드시 귀하에게 가정 간호 서비스가 필요하다는 것을 증명해야 하며 가정 간호 기관을 통한 가정 간호 서비스를 처방할 것입니다. 귀하는 반드시 집에서만 머무는 상황이어야 하며, 이는 외출이 중대한 노력임을 의미합니다. 보장 서비스에는 다음이 포함되나 이에 국한되지 않습니다. • 시간제 또는 임시 전문 간호 및 가정 간호 보조원 서비스(가정 간호 서비스 혜택을 보장받으려면 귀하의 전문 간호와 가정 간호 보조원 서비스를 통틀어 하루 8 시간 이하, 주 35 시간 이하가 되어야 함) • 물리 치료, 언어 치료 및 작업 치료 • 의료 및 사회 서비스 • 의료 기기 및 소모품	네트워크 내 Medicare 에서 보장하는 가정 간호 서비스에 대한 본인 부담금 \$0. 승인 규칙이 적용될 수 있습니다. (1) 네트워크 외 Medicare 에서 보장하는 가정 간호 서비스 비용의 30%.

귀하에게 보장되는 서비스	해당 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
가정 주입 요법 가정 주입 요법은 가정에서 개인에게 약제 또는 생물학적 제제를 정맥내 또는 피하에 투여하는 것입니다. 가정 주입 요법을 실시하는 데 필요한 구성 요소에는 약제(예: 항바이러스제, 면역 글로불린), 장비(예: 펌프) 및 소모품(예: 튜브 및 카테터)이 포함됩니다. 보장 서비스에는 다음이 포함되나 이에 국한되지 않습니다. - 간호 서비스를 포함한 전문 서비스는 의료 계획에 따라 제공됩니다. - 내구성 의료 장비 혜택으로 달리 보장되지 않는 환자 훈련 및 교육 - 원격 모니터링 - 자격을 갖춘 가정 주입 요법 공급업체가 제공하는 가정 주입 요법 및 가정 주입 약제의 공급 모니터링 서비스	네트워크 내 별도로 청구되는 경우, 자격을 갖춘 가정 주입 요법 공급업체가 제공하고 Medicare 가 보장하는 가정 주입 요법 서비스에 대한 본인 부담금 \$0. 네트워크 외 별도로 청구되는 경우, 자격을 갖춘 가정 주입 요법 공급업체가 제공하고 Medicare 가 보장하는 가정 주입 요법 서비스 비용의 30%. 내구성 의료 장비(DME)(별도로 청구되는 경우)에 대한 비용 분담금은 <i>내구성 의료 장비(DME) 및 관련 소모품</i>을 참조하십시오. Medicare Part B 처방약품(별도로 청구되는 경우)에 대한 비용 분담금은 <i>Medicare Part B 처방약품</i>을 참조하십시오.
호스피스 간호 담당 의사와 호스피스 의료 책임자가 귀하가 말기 질병 상태에 있으며 귀하의 질병이 정상적으로 진행될 경우 생존 기간이 6 개월 이하임을 증명하는 말기 예후를 통지한 경우, 귀하에게 호스피스 혜택을 받을 자격이 주어집니다. 귀하는 Medicare 에서 인증된 모든 호스피스 프로그램을 통해 의료 서비스를 제공받을 수 있습니다. 귀하의 플랜은 MA 조직이	Medicare 인증 호스피스 프로그램에 등록하는 경우, 귀하의 말기 예후와 관련된 호스피스 서비스와 Part A 및 Part B 서비스에 대한 비용은 HMSA Akamai Advantage Dual Care 가 아닌 Original Medicare 에서 지불합니다.

귀하에게 보장되는 서비스	해당 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
소유 또는 지배하거나 재정적 이해관계가 있는 것을 포함하여 플랜의 서비스 지역에서 Medicare 인증 호스피스 프로그램을 찾는 데 도움을 줄 의무가 있습니다. 귀하의 호스피스 의사는 네트워크 서비스 제공자 또는 네트워크 외 서비스 제공자가 될 수 있습니다. 보장 서비스에는 다음이 포함됩니다. • 증상 조절 및 통증 완화를 위한 약제 • 단기 임시 간호 • 가정 간호 <u>귀하의 말기 예후와 관련된 호스피스 서비스 및 Medicare Part A 또는 B 보장 서비스에 대해:</u> Original Medicare(저희 플랜이 아닌)가 귀하의 말기 예후와 관련된 호스피스 서비스 및 Part A, Part B 서비스에 대해 호스피스 서비스 제공자에게 비용을 지불합니다. 귀하가 호스피스 프로그램에 있는 동안, 귀하의 호스피스 서비스 제공자는 Original Medicare 가 지급하는 서비스 비용에 대해 Original Medicare 에 청구할 것입니다. Original Medicare 비용 부담금이 귀하에게 청구됩니다. <u>귀하의 말기 예후와 관련이 없는 Medicare Part A 또는 B 보장 서비스에 대해:</u> Medicare Part A 또는 B 에 의해 보장되며 말기 예후와 관련이 없는 비응급, 비긴급하게 필요한 서비스가 필요한 경우, 이러한 서비스에 대한 귀하의 부담 비용은 귀하가 저희 플랜의 네트워크 서비스 제공자를 이용하는지 여부 그리고 플랜 규칙(사전 승인 취득 요건 등)을 따르는지 여부에 따라 달라집니다. • 네트워크 서비스 제공자로부터 보장 서비스를 받고 서비스를 받기 위한 플랜 규칙을 따르는 경우, 귀하는	호스피스 혜택을 선택하지 않은 말기 환자를 위한 호스피스 상담 서비스 비용 부담(1 회에 한함)은 <i>의사/진료 제공자 서비스(의사 진료실 방문 포함)</i>를 참조하십시오.

귀하에게 보장되는 서비스	해당 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
네트워크 내 서비스에 대한 플랜 비용분담금만 지불하면 됩니다. 호스피스 간호(계속) 네트워크 외 서비스 제공자로부터 보장 대상 서비스를 받는 경우, Fee-for-Service Medicare(Original Medicare)에 따라 본인 부담금을 지불해야 합니다. <u>HMSA Akamai Advantage Dual Care</u>에서는 보장하지만 Medicare Part A 또는 B 에서 보장되지 않는 서비스의 경우: HMSA Akamai Advantage Dual Care 는 귀하의 말기 예후와 관련이 있는지 여부와 상관없이 Part A 또는 B 에서 보장하지 않는 플랜 보장 서비스를 계속해서 보장합니다. 귀하는 이러한 서비스에 대한 플랜 비용분담액을 지불합니다. <u>플랜의 Part D 혜택으로 보장될 수 있는 의약품:</u> 이러한 약품이 말기 호스피스 상태와 관련이 없는 경우 본인 부담금을 지불해야 합니다. 이들이 말기 호스피스 상태와 관련이 있는 경우, 가입자 본인이 Original Medicare 비용 분담금을 지불합니다. 약품이 호스피스와 저희 플랜에 의해 동시에 보장되는 경우는 없습니다. 자세한 정보는 제 5 장, 섹션 9.4(<i>Medicare 인증 호스피스에 입원한 경우</i>)를 참조하십시오. 참고: 비호스피스 간호(말기 예후와 관련이 없는 의료 서비스)가 필요한 경우, 저희에게 연락하여 서비스 일정을 잡으셔야 합니다. 저희 플랜은 호스피스 혜택을 선택하지 않은 말기 질환 환자를 위한 호스피스 상담 서비스(단 1 회 제공)를 보장합니다.	

귀하에게 보장되는 서비스	해당 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
 예방접종 보장되는 Medicare Part B 서비스에는 다음이 포함됩니다. • 폐렴 백신 • 가을과 겨울 독감 계절마다 독감/인플루엔자 예방접종(또는 백신) 1 회, 의학적으로 필요한 경우 추가적인 독감/인플루엔자 예방접종 • B 형 간염 감염 위험이 높거나 중간일 경우 B 형 간염 백신 접종 • COVID-19 백신 • 귀하가 위험에 노출되어 있고 Medicare Part B 보장 규칙에 부합할 경우 기타 백신 접종 또한 저희는 Part D 처방약 혜택에 따라 대부분의 다른 성인 백신도 보장합니다. 추가 정보는 제 6 장 섹션 8 을 참조하십시오.	네트워크 내 및 네트워크 외 폐렴, 독감/인플루엔자, B 형 간염 및 COVID-19 백신에 대해서는 공동보험금, 본인부담금 또는 공제액이 없습니다. 기타 백신에 대한 보장(귀하가 위험에 노출되어 있고 해당 백신(들)이 Medicare Part B 보장 규칙을 충족하는 경우)은 <i>Medicare Part B 처방약</i>을 참조하십시오. (1)

귀하에게 보장되는 서비스	해당 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
병원 입원 치료 급성기 입원, 재활 입원, 장기 요양 병원 및 기타 유형의 병원 입원 서비스가 포함됩니다. 병원 입원 치료는 의사의 지시로 병원에 정식 입원한 날부터 시작됩니다. 귀하의 퇴원 전날이 마지막 입원일입니다. 플랜은 입원당 다음과 같은 입원일수를 보장합니다. • 플랜은 입원일수 90 일을 보장합니다. • 플랜은 평생 추가 입원일수(Lifetime Reserve Days) 60 일을 보장합니다. 보장 서비스에는 다음이 포함되나 이에 국한되지 않습니다. • 2 인 1 실 병실(또는 의학적으로 필요한 경우 개인 병실) • 특별 규정식을 포함한 식사 제공 • 정기 간호 서비스 • 특수 병동 사용료(중환자실 또는 관상동맥 집중치료실 등) • 약물 및 약품 • 검사실 검사 • X-레이 및 기타 방사선과 서비스 • 필요한 수술 및 의료용품 • 휠체어와 같은 의료기구 사용 • 수술실 및 회복실 서비스 사용료 • 물리, 작업 및 언어 치료 • 입원 환자 약물 사용 장애 서비스	네트워크 내 Medicare 에서 보장하는 병원 입원 시: 1~90 일차: 1 일당 본인부담금 \$0 각 평생 추가 입원일수(Lifetime Reserve Day) 본인부담금 \$0 응급 상황인 경우를 제외하고, 담당 의사는 반드시 귀하의 병원 입원 계획을 플랜에 알려야 합니다. 승인 규칙이 적용될 수 있습니다. (1) 네트워크 외 Medicare 에서 보장하는 병원 입원 시: 공제액 \$1,676 및 1~60 일차: 1 일당 본인부담금 \$0 61~90 일차: 1 일당 본인부담금 \$419 각 평생 추가 입원일수(Lifetime Reserve Day) 본인부담금 \$838. 입원 1 회당 공제액 및/또는 기타 비용 부담금이 부과됩니다. 전원을 했지만 퇴원하지 않은 경우 동일한 입원으로 간주됩니다.

병원 입원 치료(계속)

특정 조건에서 각막, 신장, 신장/췌장, 심장, 간, 폐, 심장/폐, 골수, 줄기세포, 장/다장기와 같은 유형의 이식이 보장됩니다. 이식이 필요한 경우 저희가 Medicare 승인 이식 센터에서 귀하의 케이스를 검토하여 귀하가 이식 후보자인지 여부를 결정하도록 주선해 드립니다. 이식 서비스 제공자는 지역 내에 있거나 서비스 지역 외에 있어도 무관합니다. 당사의 네트워크 내 이식 서비스가 귀하의 지역을 벗어난 곳에 위치한 경우, 귀하는 그 지역 이식 서비스 제공자가 Original Medicare 요율을 수락할 의향이 있는 한 해당 지역에서 서비스를 받기로 선택할 수 있습니다. HMSA Akamai Advantage Dual Care 가 귀하의 지역을 벗어난 곳에서 이식 수술 서비스를 제공하고 귀하가 해당 원격지에서 이식 수술을 받기로 선택한 경우, 저희는 귀하와 동반자를 위해 적절한 숙박 및 교통을 준비하고 해당 경비를 지급합니다. 또한 하와이에서 이식 수술을 받을 수 없거나 해당 원격지가 의학적으로 더 유리한 것으로 간주되는 경우, 저희는 HMSA 의 정책에 따라 원격지에서의 이식 수술 및 귀하와 동반자의 숙박비와 교통비를 보장합니다.

- 혈액 - 보관 및 투여 포함. 전혈 및 농축 적혈구의 보장은 귀하에게 필요한 혈액의 첫 파인트(pint)부터 시작됩니다. 혈액의 다른 모든 구성 요소는 처음 사용한 파인트(pint)부터 보장됩니다.
- 의사 서비스

참고: 입원을 하려면 귀하의 서비스 제공자가 귀하를 공식적인 병원 입원 환자로 받기 위한 서면 지시서를 작성해야 합니다. 귀하가 병원에 하룻밤 입원하더라도 여전히 외래 환자로 간주될 수 있습니다. 귀하가 입원 환자인지 외래 환자인지 확실하지 않은 경우, 병원 직원에게 문의해야 합니다.

귀하의 응급 상태가 안정된 후 네트워크 외 병원에서 입원 치료를 받는 경우, 귀하는 네트워크 병원에서 지불하는 비용분담금을 지불합니다.

귀하에게 보장되는 서비스	해당 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
또한 Medicare 입원 혜택이라는 Medicare 팩트 시트에서 추가 정보를 찾아볼 수 있습니다. 이 팩트 시트는 웹사이트 https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf 에서 확인하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 요청할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하십시오. 이 수신자 부담 전화번호로 하루 24 시간 주 7 일 전화하실 수 있습니다.	

귀하에게 보장되는 서비스	해당 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
정신과 병원 입원 서비스 보장 서비스에는 입원을 요하는 정신 건강 의료 서비스가 포함됩니다. 플랜은 입원당 다음과 같은 입원일수를 보장합니다. • 플랜은 입원일수 90 일을 보장합니다. • 플랜은 평생 추가 입원일수(Lifetime Reserve Days) 60 일을 보장합니다. 정신과 병원에서 받는 입원 서비스에 대한 평생 한도는 190 일입니다. 이 190 일 한도는 종합 병원의 정신과 병동에서 제공되는 정신 건강 의료 서비스에는 적용되지 않습니다.	네트워크 내 Medicare 에서 보장하는 병원 입원 시: 1~90 일차: 1 일당 본인부담금 \$0 각 평생 추가 입원일수(Lifetime Reserve Day) 본인부담금 \$0 승인 규칙이 적용될 수 있습니다. (1) 네트워크 외 Medicare 에서 보장하는 병원 입원 시: 공제액 \$1,676 및 1~60 일차: 1 일당 본인부담금 \$0 61~90 일차: 1 일당 본인부담금 \$419 각 평생 추가 입원일수(Lifetime Reserve Day) 본인부담금 \$838. 네트워크 내 및 네트워크 외 Medicare 190 일 평생 한도를 모두 소진한 후에는 기타 모든 입원 서비스에 대한 보장은 다음을 참조하십시오. <i>입원: 병원 또는 SNF 에서 비보장 입원 중에 제공받은 보장 서비스.</i> 입원 1 회당 공제액 및/또는 기타 비용 부담금이 부과됩니다. 전원을 했지만 퇴원하지 않은 경우 동일한 입원으로 간주됩니다.

입원: 병원 또는 SNF 에서 비보장 입원 중에 제공받은 보장 서비스

귀하의 입원 혜택이 소진되었거나 입원이 타당하며 필요한 것이 아닌 경우, 저희는 귀하의 입원을 보장하지 않습니다. 그러나 경우에 따라 저희는 병원 또는 전문 요양 시설(SNF)에 입원해 있는 동안 귀하가 받는 특정 서비스를 보장합니다. 보장 서비스에는 다음이 포함되나 이에 국한되지 않습니다.

- 의사 서비스
- 진단 검사(검사실 검사 등)
- 기술자 자재 및 서비스를 포함한 x-레이, 라듐 및 동위 원소 치료
- 봉합재
- 부목, 깁스 및 기타 골절 및 탈구를 감소시키는 데 사용되는 기구
- 체내 장기(인접 조직 포함)의 전체 또는 일부를 대체하거나, 영구적으로 작동하지 않거나 제대로 작동하지 않는 체내 장기 기능의 전부 또는 일부를 대체하는 보철 및 정형용 교정장치(치과 제외), 해당 장치의 교체 또는 수리 포함
- 다리, 팔, 등, 목 교정기; 트러스, 인공 다리, 팔, 눈, 파손, 마모, 손실 또는 회원의 신체적 상태 변화로 인해 필요한 교정, 복원 및 교체 포함.
- 물리 치료, 언어 치료 및 작업 치료

귀하의 입원이 더 이상 보장되지 않는 경우, 다음 섹션에 설명된 대로 이러한 서비스가 보장됩니다.

의사 서비스에 대한 비용분담금은 *의사/진료 제공자 서비스(의사 진료실 방문 포함)*를 참조하십시오.

진단 검사(검사실 검사 등), 기술자 자재 및 서비스를 포함한 x-레이, 라듐 및 동위 원소 치료, 수술용 드레싱, 부목, 깁스 및 기타 골절 및 탈구를 감소시키는 데 사용되는 기구에 대한 비용 분담금은 *외래 진단 검사 및 치료 서비스 및 소모품*을 참조하십시오. (1)

체내 장기(인접 조직 포함)의 전체 또는 일부를 대체하거나, 영구적으로 작동하지 않거나 제대로 작동하지 않는 체내 장기 기능의 전부 또는 일부를 대체하는 보철 및 정형용 교정장치(치과 제외), 해당 장치의 교체 또는 수리를 포함한 서비스에 대한 비용 분담금의 경우, 그리고 다리, 팔, 등, 목 교정기; 트러스, 인공 다리, 팔, 눈, 파손, 마모, 손실 또는 회원의 신체적 상태 변화로 인해 필요한 교정, 복원 및 교체를 포함한 서비스에 대한 비용 분담금의 경우, *보철 장치 및 관련 소모품*을 참조하십시오. (1)

귀하에게 보장되는 서비스	해당 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
	물리 치료, 언어 치료 및 작업 치료에 대한 비용 부담금은 <i>외래 재활 서비스</i> 를 참조하십시오. (1)
 임상 영양 요법 이 혜택은 당뇨병, 신장 질환(투석은 받지 않음)을 앓고 있는 대상, 또는 담당 의사의 지시가 있는 신장 이식 후의 환자들을 위한 것입니다. 저희는 귀하가 Medicare(저희 플랜, 기타 Medicare Advantage Plan, Original Medicare 포함)를 통해 의학적인 영양 요법 서비스를 받는 첫 해 동안 3 시간의 일대일 상담 서비스를 보장하며, 이후 매년 2 시간을 보장합니다. 귀하의 상태, 치료 또는 진단에 변화가 있는 경우 귀하는 의사의 지시에 따라 추가 치료 시간을 제공받을 수 있습니다. 반드시 의사가 이러한 서비스를 처방해야 하며 다음 해에도 치료가 필요한 경우 매년 지시서를 갱신해야 합니다.	네트워크 내 및 네트워크 외 Medicare 에서 보장하는 의학적인 영양 요법 서비스를 받을 자격이 있는 회원에게는 공동보험금, 본인부담금 또는 공제액이 적용되지 않습니다.
 Medicare 당뇨병 예방 프로그램(MDPP) 모든 Medicare 의료 플랜에 따른 적격의 Medicare 가입자에게 MDPP 서비스가 보장됩니다. MDPP 는 장기적인 식습관 변화를 위한 실질적인 교육, 신체 활동 증가, 그리고 체중 감량 및 건강한 생활 습관을 유지하는 데 장애가 되는 요인들을 극복하기 위한 문제 해결 전략을 제공하는 건강 행위 변화를 위한 체계적인 중재 프로그램입니다.	네트워크 내 및 네트워크 외 MDPP 혜택에는 공동보험금, 본인부담금 또는 공제액이 적용되지 않습니다.
Medicare Part B 처방약품	네트워크 내

귀하에게 보장되는 서비스	해당 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
Original Medicare 의 Part B 에서 보장되는 약품입니다. 저희 플랜 회원들은 저희 플랜을 통해 이러한 약품에 대한 보장을 받습니다. 보장 약품에는 다음이 포함됩니다. - 일반적으로 환자가 자가 투여하지 않고 의사, 병원 외래환자 또는 외래 수술 센터 서비스를 받는 동안 주사 또는 주입받는 약제 - 내구성 의료 장비 품목(예: 의학적으로 필요한 인슐린 펌프)을 통해 제공되는 인슐린 - 플랜에서 승인한 내구성 의료 장비(의료용 분무기 또는 인슐린 펌프 등)를 사용하여 투약하는 기타 약품	Original Medicare 의 Part B 에서 보장하는 처방약에 대한 Medicare 승인 비용에 대해 본인 부담금 \$0. 귀하는 내구성 의료 장비 품목(예: 의학적으로 필요한 인슐린 펌프)을 통해 제공되는 1 개월 분량의 인슐린에 대해 \$35 를 초과하여 지불하지 않습니다. 승인 규칙이 적용될 수 있습니다. (1)
Medicare Part B 처방약품(계속) - 알츠하이머 약물인 Leqembi®(일반명 레카네맵)는 정맥 주사로 투여됩니다. 약물 비용 외에도, 치료 전 및/또는 치료 중에 귀하의 전체 비용을 가중시킬 수 있는 추가적인 스캔 및 검사가 필요할 수 있습니다. 치료의 일부로 어떤 스캔과 검사가 필요할 수 있는지 담당 의사와 상의하십시오 - 혈우병 환자인 경우 직접 주사하는 응혈 인자 - 이식/면역억제 약물: Medicare 는 장기 이식 비용을 지불한 경우 이식 약물 요법을 보장합니다. 귀하는 보장되는 이식 시점에 Part A 를 가지고 있어야 하며, 면역억제제를 받을 때 Part B 를 가지고 있어야 합니다. Medicare 의약품 보장(Part D)은 Part B 가 이를 보장하지 않는 경우 면역억제제를 보장함을 기억해 두십시오	Original Medicare 의 Part B 에서 보장하는 처방약에 대한 Medicare 승인 비용에 대해 비용의 최대 30%. 일부 약품에는 단계별 치료가 적용될 수 있습니다. 가정 주입 요법 서비스에 대한 비용분담금(별도로 청구되는 경우)은 <i>가정 주입 요법</i>을 참조하십시오. 환급 가능 약품에 대해서는 더 낮은 공동보험금을 지불할 수도 있습니다. “환급 가능 약품”의 정의는 본 문서의 제 12 장을 참조하십시오.

귀하에게 보장되는 서비스	해당 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
- 골다공증 주사제, 귀하가 외출이 불가능하고 의사가 인증한 폐경 후 골다공증 관련 골절이 있고 자가 투여할 수 없는 경우 - 일부 항원: 의사가 항원을 준비하고 적절한 교육을 받은 사람(귀하일 수 있는 환자)이 적절한 감독하에 항원을 제공하는 경우, Medicare 가 항원을 보장합니다 - 특정 경구 항암제: 동일한 약물이 주사형으로 이용 가능하거나 약물이 주사형 약물의 전구약물(복용 시 주사형 약물에서 발견되는 동일한 활성 성분으로 분해되는 약물의 경구 형태)인 경우, Medicare 는 귀하가 경구로 복용하는 일부 구강암 약물을 보장합니다. 새로운 경구 항암제가 이용 가능해짐에 따라, Part B 가 이를 보장할 수 있습니다. Part B 가 보장하지 않는 경우, Part D 가 보장합니다 - 경구 항오심제: Medicare 는 항암화학요법 전에, 항암화학요법 중에 또는 항암화학요법 후 48 시간 이내에 투여되거나 정맥 내 항오심 약물의 완전한 치료적 대체제로 사용되는 경우 항암화학요법의 일부로 사용하는 경구 항오심 약물을 보장합니다 - 동일한 약물을 주사형으로 이용할 수 있고 Part B ESRD 혜택이 적용되는 경우, 특정 경구 말기 신장 질환(ESRD) 약물 - 정맥 주사 약물인 Parsabiv,[®] 및 경구 약물인 Sensipar[®]를 포함한 ESRD 지급 시스템에 따른 칼슘 유사 약물	
Medicare Part B 처방약품(계속) 헤파린, 의학적으로 필요한 경우의 헤파린 해독제, 국소 마취제를 포함한 가정 투석을 위한 특정 약물	

귀하에게 보장되는 서비스	해당 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
• 적혈구 생성 촉진제: Medicare 는 말기 신장 질환(ESRD)이 있거나 특정 다른 질환과 관련된 빈혈을 치료하기 위해 이 약물이 필요한 경우 에리스로포이에틴을 주사로 보장합니다(예: Procrit®) • 1 차 면역 결핍 질환의 가정 치료를 위한 정맥용 면역 글로불린 • 비경구 및 장관 영양법(정맥 내 및 튜브 영양법) www.hmsa.com/part-b-step/ 링크를 클릭하면 단계별 치료의 적용을 받을 수 있는 Part B 약품 목록으로 이동합니다. 저희는 또한 Part B 에 따라 일부 백신을 보장하고 Part D 처방약 혜택에 따라 대부분의 성인 백신을 보장합니다. 제 5 장은 처방약 보장을 받기 위해 따라야 할 규칙을 포함하여 Part D 처방약 혜택에 관해 설명합니다. 저희 플랜을 통해 Part D 처방약에 대해 귀하가 지불하는 비용은 제 6 장에 설명되어 있습니다.	
 비만 검진 및 지속적인 체중 감량을 촉진하기 위한 치료 체질량 지수가 30 이상인 경우, 저희는 체중 감소를 돕기 위한 집중 상담을 보장합니다. 이 상담은 일차 진료 환경에서 받을 경우 보장되며, 귀하의 종합 예방 계획과 함께 조율할 수 있습니다. 자세한 내용은 주치의 또는 진료의와 상의하십시오.	네트워크 내 및 네트워크 외 예방을 위한 비만 선별 검사 및 치료에 대해서는 공동보험금, 본인부담금 또는 공제액이 적용되지 않습니다.

귀하에게 보장되는 서비스	해당 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
온라인 진료 HMSA 의 Online Care 를 이용하면 가정, 직장 또는 온라인 접속이 가능한 어디에서나 편안하면서도 사생활을 지키며 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자의 진료를 받을 수 있습니다. 의사들은 하루 24 시간, 주 7 일 진료를 제공하며 상태를 진단하고 치료를 권하며 필요한 경우 약물을 처방할 수 있습니다. 온라인 치료 및 상담 세션은 예약을 통해 이용할 수 있습니다.* 시작하려면 무료 Online Care 모바일 앱을 다운로드하거나, 컴퓨터에서 www.hmsaonlinecare.com 으로 이동하여 자세한 정보를 확인하십시오. 세션 및 자격요건은 HMSA 의 Online Care 소비자 사용자 계약의 적용을 받습니다.	네트워크 내 및 네트워크 외 행동 건강 외 방문: 본인부담금 \$0. 최대 15 분.* (2) 행동 건강 방문: 본인부담금 \$0. 최대 60 분.* (2)
아편유사제 치료 프로그램 서비스 아편유사제 사용 장애(ODU)가 있는 플랜 회원은 다음 서비스를 포함하는 Opioid Treatment Program(OTP)을 통해 OUD 치료를 위한 서비스를 보장받을 수 있습니다. • 미국 식품의약청(FDA)에서 승인한 아편유사 작용제 및 길항제 약물 보조 치료(MAT) 약물 • MAT 약물 조제 및 투여(해당하는 경우) • 약물 사용 장애 상담 • 개인 및 그룹 치료 • 독성 시험 • 섭취 활동 • 정기 평가 또한 자격을 갖춘 네트워크 서비스 제공자의 원격 진료를 통해 보장됩니다.	네트워크 내 Medicare 승인 Opioid Treatment Program 서비스에 대한 본인 부담금 \$0. 네트워크 외 Medicare 승인 Opioid Treatment Program 서비스 비용의 30%.

귀하에게 보장되는 서비스	해당 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
외래 진단 검사 및 치료 서비스 및 소모품 보장 서비스에는 다음이 포함되나 이에 국한되지 않습니다. • X-레이 • 첨단 영상 검사. 첨단 영상 검사에는 MRI, MRA, CT, PET 및 심장핵의학 서비스가 포함됩니다 • Medicare 에서 보장하는 기타 진단 방사선 서비스(X-레이 또는 첨단 영상 제외) • 외래 진단 검사 및 치료 서비스 및 소모품(계속) • 기술자 자재 및 소모품을 포함한 방사선(라듐 및 동위원소) 치료 • 드레싱과 같은 수술 용품 • 부목, 깁스 및 기타 골절 및 탈구를 감소시키는 데 사용되는 기구 • 검사실 검사 • 혈액 - 보관 및 투여 포함. 전혈 및 농축 적혈구의 보장은 귀하에게 필요한 혈액의 첫 파인트(pint)부터 시작됩니다. 혈액의 다른 모든 구성 요소는 처음 사용한 파인트(pint)부터 보장됩니다. • 기타 외래 진단 검사, 치료 서비스 및 소모품	네트워크 내 Medicare 에서 보장하는 X-레이에 대한 본인 부담금 \$0. 첨단 영상 검사에 대한 본인 부담금 \$0. (1) Medicare 에서 보장하는 진단 방사선 서비스(X-레이 또는 첨단 영상 제외)에 대한 본인 부담금 \$0. Medicare 에서 보장하는 방사선 치료 서비스에 대한 본인 부담금 \$0. (1) 드레싱, 부목, 깁스 및 기타 골절 및 탈구를 감소시키는 데 사용되는 기구와 같은 Medicare 보장 수술 용품에 대한 본인 부담금 \$0. Medicare 에서 보장하는 검사실 서비스에 대한 본인 부담금 \$0. Medicare 에서 보장하는 혈액에 대한 본인 부담금 \$0. Medicare 에서 보장하는 기타 진단 검사, 치료 서비스 및 소모품에 대한 본인 부담금 \$0. (1) 승인 규칙이 적용될 수 있습니다. (1) 네트워크 외 Medicare 에서 보장하는 X-레이 비용의 30%. 첨단 영상 검사 비용의 30%.

귀하에게 보장되는 서비스	해당 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
외래 진단 검사 및 치료 서비스 및 소모품(계속)	Medicare 에서 보장하는 진단 방사선 서비스 비용의 30%(X-레이 또는 첨단 영상 제외).
	Medicare 에서 보장하는 방사선 치료 비용의 30%.
	드레싱, 부목, 깁스 및 기타 골절 및 탈구를 감소시키는 데 사용되는 기구와 같은 Medicare 보장 수술 용품 비용의 30%.
	Medicare 에서 보장하는 검사실 서비스 비용의 30%.
	Medicare 에서 보장하는 혈액에 대한 본인 부담금 \$0.
	Medicare 에서 보장하는 기타 진단 검사, 치료 서비스 및 소모품 비용의 30%.

귀하에게 보장되는 서비스	해당 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
외래 병원 관찰 관찰 서비스는 귀하가 입원해야 하는지 또는 퇴원할 수 있는지 결정하기 위해 제공되는 병원 외래 서비스입니다. 외래 병원 관찰 서비스가 보장되려면, 반드시 Medicare 기준을 충족해야 하며 타당하고 필요한 서비스로 간주되어야 합니다. 관찰 서비스는 주 면허법에 의해 승인된 의사 또는 개인 및 법에 의해 승인된 병원 직원의 지시에 의해 환자를 병원에 입원시키거나 외래 검사를 지시하는 경우에만 보장됩니다. 참고: 서비스 제공자가 귀하를 입원 환자로 병원에 입원시켜 달라는 지시서를 작성하는 경우를 제외하고, 귀하는 외래환자이며 외래환자 병원 서비스에 대한 비용 부담금을 지불합니다. 귀하가 병원에 하룻밤 입원하더라도 여전히 외래 환자로 간주될 수 있습니다. 귀하가 외래 환자인지 확실하지 않은 경우, 병원 직원에게 문의해야 합니다. 또한 <i>Medicare 입원 혜택</i>이라는 Medicare 팩트 시트에서 추가 정보를 찾아볼 수 있습니다. 이 팩트 시트는 웹사이트 https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf 에서 확인하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 요청할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하십시오. 이 수신자 부담 전화번호로 하루 24 시간 주 7 일 전화하실 수 있습니다.	네트워크 내 Medicare 에서 보장하는 관찰 진료에 대한 본인 부담금 \$0. 네트워크 외 Medicare 에서 보장하는 관찰 진료 비용의 30%.

외래환자 병원 서비스

저희는 질병 또는 부상의 진단이나 치료를 위해 귀하가 병원의 외래 병동에서 제공받는 의학적으로 필요한 서비스의 비용을 지불합니다.

보장 서비스에는 다음이 포함되나 이에 국한되지 않습니다.

- 관찰 서비스 또는 외래 수술 등의 응급실 또는 외래진료소의 서비스
- 병원에서 비용을 청구한 검사실 검사 및 진단 검사
- 부분적 입원 프로그램의 관리를 비롯한 정신 건강 관리(서비스 제공자가 이러한 치료를 받지 않을 경우 입원 치료가 필요하다고 확인한 경우)
- 병원에서 비용을 청구한 X-레이 및 기타 방사선 서비스
- 부목 및 깁스와 같은 의료 소모품
- 귀하가 직접 투여할 수 없는 특정 약제 및 생물학적 제제

참고: 서비스 제공자가 귀하를 입원 환자로 병원에 입원시켜 달라는 지시서를 작성하는 경우를 제외하고, 귀하는 외래환자이며 외래환자 병원 서비스에 대한 비용 부담금을 지불합니다. 귀하가 병원에 하룻밤 입원하더라도 여전히 외래 환자로 간주될 수 있습니다. 귀하가 외래 환자인지 확실하지 않은 경우, 병원 직원에게 문의해야 합니다.

또한 *Medicare 입원 혜택*이라는 Medicare 팩트 시트에서 추가 정보를 찾아볼 수 있습니다. 이 팩트 시트는 웹사이트 <https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf> 에서 확인하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 요청할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하십시오. 이 수신자 부담 전화번호로 하루 24 시간 주 7 일 전화하실 수 있습니다.

네트워크 내 및

네트워크 외

응급실 서비스에 대한 비용 부담금은 *응급 치료*를 참조하십시오.

당일 수술을 포함한 외래진료소 서비스에 대한 비용분담금은 *외래 수술(외래 시설 및 이동 수술 센터에서 제공되는 서비스 포함)*을 참조하십시오. (1)

외래 병원 관찰 서비스에 대한 비용 부담금은 *외래 병원 관찰*을 참조하십시오.

검사실 검사, X-레이 및 기타 방사선 서비스, 부목 및 깁스와 같은 의료용품에 대한 비용 부담금은 *외래 진단 검사 및 치료 서비스 및 소모품*을 참조하십시오. (1)

정신 건강 치료에 대한 비용 부담금은 *외래 정신 건강 관리*를 참조하십시오.

부분 입원 서비스에 대한 비용 부담금은 *부분 입원 서비스*를 참조하십시오.

Original Medicare 에서 무료 보장되는 모든 예방 서비스의 경우, 저희 또한 귀하에게 무료로 해당 서비스를 보장합니다.

스스로 투여할 수 없는 특정 의약품 및 생물학적 제제에 대한 비용 부담금은 *Medicare Part B 처방약*을 참조하십시오. (1)

귀하에게 보장되는 서비스	해당 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
외래 정신 건강 관리 보장 서비스에는 다음이 포함됩니다. 주 면허 소지 정신과 의사 또는 의사, 임상 심리학자, 임상 사회복지사, 임상 간호 전문가, 공인 전문상담사(LPC), 공인받은 결혼 및 가족치료사(LMFT), 임상 간호사(NP), 의사 보조사(PA) 또는 해당 주법에서 허용하는 기타 Medicare 승인 정신건강 의료 전문가가 제공하는 정신건강 서비스. 또한 자격을 갖춘 네트워크 서비스 제공자의 원격 진료를 통해 보장됩니다.	(3) 네트워크 내 Medicare 에서 보장하는 개인 또는 집단 치료 방문 1 회당 본인부담금 \$0. 네트워크 외 Medicare 에서 보장하는 개인 또는 집단 치료 방문 1 회당 비용의 30%.
외래 재활 서비스 보장 서비스에는 물리 치료, 작업 치료 및 언어 치료가 포함됩니다. 외래 재활 서비스는 병원의 외래 병동, 독립 치료사 진료소, 포괄적 외래 재활 시설(Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 등의 다양한 외래 환경에서 제공받을 수 있습니다.	네트워크 내 Medicare 에서 보장하고 담당 의사가 지시한 물리 치료 및/또는 언어 치료 방문 1 회당 본인부담금 \$0. Medicare 에서 보장하고 담당 의사가 지시한 작업 치료 방문 1 회당 본인부담금 \$0. 승인 규칙이 적용될 수 있습니다. (1) 네트워크 외 Medicare 에서 보장하고 담당 의사가 지시한 물리 치료 및/또는 언어 치료 방문 1 회당 비용의 30%. Medicare 에서 보장하고 담당 의사가 지시한 작업 치료 방문 1 회당 비용의 30%.

귀하에게 보장되는 서비스	해당 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
외래 환자 약물 사용 장애 서비스 저희 플랜은 Original Medicare 에서 보장하는 약물 남용에 대한 특정 치료 서비스를 보장합니다. 또한 자격을 갖춘 네트워크 서비스 제공자의 원격 진료를 통해 보장됩니다.	(3) 네트워크 내 Medicare 에서 보장하는 개인 또는 집단 방문 1 회당 본인부담금 \$0. 네트워크 외 Medicare 에서 보장하는 개인 또는 집단 방문 1 회당 비용의 30%.
외래 수술(외래 시설 및 이동 수술 센터에서 제공되는 서비스 포함) 참고: 병원 시설에서 수술을 받는 경우, 귀하가 입원 환자인지 외래 환자인지 여부를 서비스 제공자와 확인해야 합니다. 서비스 제공자가 귀하를 입원 환자로 병원에 입원시켜 달라는 지시서를 작성하는 경우를 제외하고, 귀하는 외래환자이며 외래 수술에 대한 비용 부담금을 지불합니다. 귀하가 병원에 하룻밤 입원하더라도 여전히 외래 환자로 간주될 수 있습니다.	네트워크 내 Medicare 에서 보장하는 외래 병원 시설, 인증된 통원 수술 센터 또는 클리닉 방문 1 회당 본인부담금 \$0. 승인 규칙이 적용될 수 있습니다. (1) 네트워크 외 Medicare 에서 보장하는 외래 병원 시설, 인증된 통원 수술 센터 또는 클리닉 방문 1 회당 비용의 30%. 네트워크 내 및 네트워크 외 의사 서비스에 대한 비용분담금(별도로 청구되는 경우)은 <i>의사 진료 제공자 서비스(의사 진료실 방문 포함)</i>를 참조하십시오. 기타 외래환자 병원 서비스에 대한 비용 부담금(별도로 청구되는 경우)은 <i>외래환자 병원 서비스</i>를 참조하십시오.

귀하에게 보장되는 서비스	해당 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
비처방(OTC) 건강 제품, 건강 식품 및 가정 유틸리티 보조금 비처방(OTC) 건강 제품, 건강 식품 및 가정 유틸리티 보조금은 HMSA 추가 혜택 직불 카드에 충전됩니다. 보조금 혜택은 매월 초에 갱신되며 미사용 혜택 잔액은 월간 이월되지 않습니다. 보조금 혜택은 다음과 같은 목적으로 사용할 수 있습니다. • 비타민, 자외선 차단제, 진통제, 기침 및 감기약, 치약, 붕대 등과 같은 OTC 건강 및 웰니스 품목. • 과일, 채소, 일부 통조림 제품과 같은 건강 식품. • 전기, 물, 천연가스 및 폐기물과 같은 가정용 유틸리티. HMSA 추가 혜택 직불 카드를 우편으로 받게 됩니다. 카드를 사용하여 일부 소매점에서 또는 우편 주문 파트너인 Medline 의 우편 주문을 통해 보장 제품을 구매할 수 있습니다. 품목을 온라인, 전화 또는 우편으로 주문하시면 추가 비용 없이 해당 품목을 집까지 배송해 드립니다. 온라인 쇼핑을 하거나 Extra Benefits 계정을 관리하려면 https://HMSAExtraBenefits.com 을 방문하거나, 1-800-790-6019 번(월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시(하와이 표준시))으로 전화하십시오.	네트워크 내 비처방(OTC) 건강 제품, 건강 식품 및 가정용 유틸리티에 대해 매월 최대 \$133 까지 본인부담금 \$0. 처방약 비용 지불을 돕기 위해 Medicare 로부터 “별도 보조”를 받을 자격이 있는 경우, 건강 식품 및 가정 유틸리티 보조금을 받을 자격이 있습니다. 자세한 내용은 <i>가치 기반 보험 설계(VBID) 모델</i>을 참조하십시오.

귀하에게 보장되는 서비스	해당 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
부분 입원 서비스 및 집중 외래 서비스 부분 입원이란 병원 외래 서비스로 제공받거나 지역사회 정신건강 센터를 통해 제공받는 적극적인 정신 치료의 구조화된 프로그램으로서, 이는 담당 의사, 치료사, 허가받은 결혼 및 가족 치료사(LMFT), 또는 자격증을 갖춘 전문 상담사의 진료실에서 제공하는 것보다 더 집중적인 치료이며 병원 입원에 대한 대안입니다. 집중 외래 서비스는 병원 외래진료과, 지역사회 정신건강 센터, 연방인증 건강센터 또는 지방 보건진료소에서 제공받는 적극적인 행동(정신) 건강 치료 요법의 구조화된 프로그램으로서, 이는 담당 의사, 치료사, 허가받은 결혼 및 가족 치료사(LMFT), 또는 자격증을 갖춘 전문 상담사의 진료실에서 제공하는 것보다는 더 집중적인 치료이지만 부분 입원보다는 집중도가 낮은 치료입니다.	네트워크 내 Medicare 에서 보장하는 부분 입원 프로그램 서비스에 대한 본인부담금 \$0. Medicare 에서 보장하는 집중 외래 프로그램 서비스에 대한 본인부담금 \$0. 네트워크 외 Medicare 에서 보장하는 부분 입원 프로그램 서비스 비용의 30%. Medicare 에서 보장하는 집중 외래 프로그램 서비스 비용의 30%.
의사/진료 제공자 서비스(의사 진료실 방문 포함) 보장 서비스에는 다음이 포함됩니다. • 의사 진료실, 공인 통원 수술 센터, 병원 외래 진료과 또는 기타 장소에서 제공되는 의학적으로 필요한 의료 또는 수술 서비스 • 전문의 상담, 진단 및 치료 • 담당의가 의학적 치료의 필요 여부를 확인하기 위해 지시하는 경우, 담당 PCP 가 수행하는 기본 청력 및 균형감각 검사 • 다음을 포함한 특정 원격의료 서비스: 일차 의료 서비스 제공자 진료, 전문의 진료, 정신 건강 치료 또는 약물 남용 치료 상담, 상급 실무 간호사, 임상 간호사, 의사 보조사 진료, 또는 Opioid Treatment Program 서비스	(3) 네트워크 내 Medicare 에서 보장하는 혜택을 위해 일차 의료 서비스 제공자의 진료실 또는 회원의 자택에서 일차진료의의 진료를 받을 때마다 본인부담금 \$0. Medicare 에서 보장하는 혜택을 위해 서비스 제공자의 진료실 또는 회원의 자택에서 상급 실무 간호사, 임상 간호사 또는 의사 보조사의 진료를 받을 때마다 본인부담금 \$0. Medicare 에서 보장하는 혜택을 위한 전문의 방문 1 회당 본인부담금 \$0.

귀하에게 보장되는 서비스	해당 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
○ 귀하는 직접 방문 또는 원격 진료를 통해 이러한 서비스를 받을 수 있는 선택권이 있습니다. 이러한 서비스 중 하나를 원격 진료를 통해 받는 경우, 원격 진료를 통한 서비스를 제공하는 네트워크 서비스 제공자를 이용해야 합니다. ● 특정 농촌 지역 또는 기타 Medicare 승인 장소에서 의사 또는 진료 제공자를 통해 이루어지는 환자 상담, 진단 및 치료를 포함한 일부 원격 진료 서비스 ● 병원 기반 또는 취약지역 접근 병원 기반 신장 투석 센터, 신장 투석 시설 또는 회원의 가정에서의 가정 투석 회원을 위한 말기 신장질환(end-stage renal disease) 관련 매달 방문을 위한 원격 진료 서비스 ● 장소에 관계없이 뇌졸중 증상을 진단, 평가 또는 치료하기 위한 원격 진료 서비스 ● 다음과 같은 경우 정신 건강 장애의 진단, 평가 및 치료를 위한 원격 진료 서비스: ○ 첫 번째 원격 진료 방문 전 6 개월 이내에 직접 방문을 한 경우 ○ 이러한 원격 진료 서비스를 받는 동안 12 개월마다 직접 방문을 한 경우 ○ 특정 상황에서는 상기 사항에 예외가 적용될 수 있습니다. ● Rural Health Clinic 및 Federally Qualified Health Center 에서 제공하는 정신건강 진료 방문을 위한 원격 진료 서비스	적격 네트워크 서비스 제공자의 특정 원격 진료 서비스에 대한 본인부담금 \$0. 일차 의료 서비스 제공자 목록은 <i>서비스 제공자 디렉터리</i>를 참조하십시오. 네트워크 외 Medicare 에서 보장하는 혜택을 위한 일차 의료 서비스 제공자방문 1 회당 비용의 30%. Medicare 에서 보장하는 혜택을 위해 상급 실무 간호사, 임상 간호사 또는 의사 보조사 방문 1 회당 비용의 30%. Medicare 에서 보장하는 혜택을 위한 전문의 방문 1 회당 비용의 30%. 네트워크 내 및 네트워크 외 청력 및 균형감각 검사에 대한 비용 부담금은 <i>청력 서비스</i>를 참조하십시오. Medicare 에서 보장하는 비정기적 치과 치료에 대한 비용 부담금은 <i>치과 치료</i>를 참조하십시오.
의사/진료 제공자 서비스(의사 진료실 방문 포함)(계속) ● 장소에 관계없이 물질 사용 장애 또는 동시 발생 정신 건강 장애가 있는 회원을 위한 원격 진료 서비스	

귀하에게 보장되는 서비스	해당 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
• 다음에 해당하는 경우, 의사와 5~10 분 동안의 가상 체크인(예: 전화 또는 화상 채팅)이 이루어집니다. ○ 귀하가 신규 환자가 아니며 ○ 체크인이 지난 7 일 동안의 진료소 방문과 관련이 없으며 ○ 체크인이 24 시간 이내 또는 가장 빠르게 잡을 수 있는 예약으로 이어지지 않는 경우 • 다음에 해당하는 경우, 담당 의사가 24 시간 이내에 귀하가 의사에게 보내는 영상 및/또는 사진을 평가 및 해석하고 후속 진료를 실시합니다. ○ 귀하가 신규 환자가 아니며 ○ 체크인이 24 시간 이내 또는 가장 빠르게 잡을 수 있는 예약으로 이어지지 않는 경우 • 담당 의사가 전화, 인터넷 또는 전자 건강 기록을 통해 다른 의사와 상담 • 수술 전 다른 네트워크 서비스 제공자의 2 차 소견 • 비정기적 치과 치료(보장 서비스는 턱관절 또는 관련 구조의 수술, 턱관절 또는 안면 뼈의 골절 치료, 종양성 암 질환에 대한 방사선 치료 전 턱관절 준비를 위한 발치, 또는 의사가 제공하는 경우 보장되는 서비스로 제한됩니다)	
족부의학 서비스 보장 서비스에는 다음이 포함됩니다. • 발의 부상 및 질환(예: 망치족지 또는 족저근막염 등)에 대한 진단 및 의료/수술 치료 • 하지에 영향을 미치는 특정 의학적 상태가 있는 회원을 위한 정기적 발 관리	네트워크 내 Medicare 보장 서비스를 위한 방문 1 회당 본인부담금 \$0. 네트워크 외 Medicare 보장 서비스를 위한 방문 1 회당 비용의 30%.

귀하에게 보장되는 서비스	해당 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
 전립선 암 검사 50 세 이상의 남성의 경우, 보장 서비스에는 12 개월마다 1 회 다음과 같은 서비스가 포함됩니다. • 직장수지검사 • 전립선 특이 항원(PSA) 검사	네트워크 내 매년 직장수지검사에 대한 본인부담금 \$0. 네트워크 외 매년 직장수지검사에 대한 본인부담금 \$0. 네트워크 내 및 네트워크 외 매년 PSA 검사에 대해 공동부담금, 본인부담금 또는 공제액이 적용되지 않습니다.
보철 및 정형용 교정 장치와 관련 소모품 신체 부위 또는 기능 전체 또는 일부를 대체하는 (치과 이외의) 장치. 여기에는 보철 및 정형용 교정 장치의 사용에 대한 테스트, 피팅 또는 교육이 포함되지만 이에 국한되지 않습니다. 또한 결장루 치료, 박동조율기, 교정기, 의족용 신발, 인공 사지 및 유방 보형물(유방절제술 후 수술용 브래지어 포함)과 직접적으로 관련된 결장루낭 및 용품 등이 포함됩니다. 보철 및 정형용 교정 장치와 관련된 특정 소모품, 그리고 보철 및 정형용 교정 장치의 수리 및/또는 교체가 포함됩니다. 또한 백내장 제거 또는 백내장 수술 후 일부 보장을 포함합니다. 자세한 내용은 이 섹션의 뒷부분의 <i>시력 관리</i>를 참조하십시오.	네트워크 내 Medicare 에서 보장하는 보철 장치 및 관련 소모품에 대한 본인 부담금 \$0. 승인 규칙이 적용될 수 있습니다. (1) 네트워크 외 Medicare 에서 보장하는 보철 장치 및 관련 소모품 비용의 30%.

귀하에게 보장되는 서비스	해당 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
폐질환 재활 서비스 폐질환 재활 종합 프로그램은 중등증 내지 매우 중증의 만성 폐쇄성 폐질환(COPD)이 있는 회원과 만성 호흡기 질환을 치료하는 의사로부터 폐질환 재활에 대한 지시를 받은 회원들에게 보장됩니다. 폐질환 재활은 의학적으로 필요한 경우 제한된 수의 세션에 대해 보장됩니다.	네트워크 내 Medicare 에서 보장하고 담당 의사가 지시한 폐질환 재활 서비스 1 회당 본인부담금 \$0. 승인 규칙이 적용될 수 있습니다. (1) 네트워크 외 Medicare 에서 보장하고 담당 의사가 지시한 폐질환 재활 서비스 1 회당 비용의 30%.
 알코올 오남용을 줄이기 위한 검사 및 상담 저희는 알코올을 남용하지만 알코올 의존은 아닌 Medicare 혜택을 받는 성인(임신 여성 포함)에 대해 알코올 남용 선별검사를 1 회 보장합니다. 검사 결과 알코올 남용 상태인 것으로 나타나면 유자격의 주치의 또는 일차 진료를 제공하는 진료의와 매년 4 회까지 간단한 대면 상담 세션(귀하가 상담 시에 맑은 정신을 유지할 수 있는 경우)을 제공받을 수 있습니다.	네트워크 내 및 네트워크 외 알코올 남용 감소 예방 혜택에 대해 Medicare 에서 보장하는 선별검사 및 상담에는 공동보험금, 본인부담금 또는 공제액이 적용되지 않습니다.

귀하에게 보장되는 서비스	해당 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
 저용량 조사 컴퓨터 단층촬영(LDCT)을 통한 폐암 검사 자격을 충족하는 개인에 대해, LDCT 는 12 개월마다 보장됩니다. 대상 회원은 50~77 세로 폐암의 징후 또는 증상이 없으나 최소 20 갑년의 흡연 이력이 있거나, 현재 흡연 중이거나 지난 15 년 내에 금연한 개인으로서, Medicare 기준을 충족시키고 의사 또는 자격을 갖춘 비의사 진료 제공자가 제공하는 폐암 선별검사 상담 및 공동 의사결정 방문 시 LDCT 지시서를 받게 됩니다. <i>최초 LDCT 검사 이후 LDCT 폐암 검사를 받는 경우:</i> 회원은 LDCT 폐암 검사에 대한 지시서를 받아야 하는데, 이는 의사 또는 자격을 갖춘 비의사 진료 제공자를 방문하여 제공받을 수 있습니다. 의사 또는 자격을 갖춘 비의사 진료 제공자가 LDCT 를 통한 후속 폐암 선별검사를 위한 폐암 선별검사 상담 및 공동 의사결정 방문을 제공하기로 선택하는 경우, 해당 방문은 반드시 이에 대한 Medicare 기준을 충족해야 합니다.	네트워크 내 및 네트워크 외 Medicare 보장 상담 및 공동 의사결정 방문 또는 LDCT 에 대해 공동보험금, 본인부담금 또는 공제액이 적용되지 않습니다.

귀하에게 보장되는 서비스	해당 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
 성매개 감염(STI) 검사 및 STI 예방 상담 저희는 클라미디아, 임질, 매독 및 B 형 간염에 대한 성매개 감염(STI) 검사를 보장합니다. 이러한 검사는 임신 여성 및 일차 서비스 제공자가 검사를 지시할 시 STI 발병 위험이 높은 특정 대상에 대해 보장됩니다. 저희는 이러한 검사를 12 개월마다 1 회 또는 임신 기간 중 특정 시기에 보장합니다. 저희는 또한 성생활을 하는 STI 발병 위험이 높은 성인들에 대해 매년 2 회의 20~30 분 집중적인 행동 개인 면담 세션을 제공합니다. 이러한 상담 세션은 주치의가 제공하고 의사 진료실과 같은 일차 진료 환경에서 이루어지는 경우에만 예방 서비스로 보장해 드립니다.	네트워크 내 및 네트워크 외 STI 와 SIT 예방 혜택에 대해 Medicare 에서 보장하는 선별검사에는 공동보험금, 본인부담금 또는 공제액이 적용되지 않습니다.

신장 질환 치료를 위한 서비스

보장 서비스에는 다음이 포함됩니다.

- 신장 관리 방법을 교육하고 회원들로 하여금 치료에 있어 올바른 결정을 내릴 수 있도록 돕는 신장 질환 교육 서비스. 4 기 만성 신장 질환을 앓고 있는 회원들의 경우, 의사의 진료 의뢰가 있을 시 평생 최대 6 회의 신장 질환 교육 서비스를 보장합니다.
- 외래 투석 치료(제 3 장에 설명된 대로 일시적으로 서비스 지역을 떠나 있는 경우, 또는 이 서비스의 서비스 제공자가 일시적으로 서비스를 제공하지 않거나 연결이 되지 않는 경우의 투석 치료 포함)
- 입원 투석 치료(특수 관리를 위해 병원에 입원한 경우)
- 자가 투석 교육(귀하 및 귀하의 가정 투석 치료를 돕는 사람을 위한 교육 포함)
- 가정 투석 장비 및 소모품
- 특정 가정 지원 서비스(필요한 경우 가정 투석 상태를 점검하고 응급 상황을 지원하고 투석 장비 및 급수 상태를 점검하도록 훈련받은 투석 전문가의 가정 방문 등)

투석을 위한 특정 약품은 Medicare Part B 약품 혜택에 따라 보장됩니다. Part B 약품 보장에 관한 정보는 *Medicare Part B 처방약품* 섹션을 참조하십시오.

네트워크 내

다음에 포함되나 이에 국한되지 않는 Medicare 보장 신장 투석 서비스에 대해 본인 부담금 \$0:

- 외래 투석 치료
- 자가 투석 교육
- 가정 투석 장비 및 소모품
- 특정 가정 지원 서비스

Medicare 에서 보장하는 신장 질환 교육 서비스에 대한 본인 부담금 \$0.

Medicare 에서 보장하는 입원 투석에 대한 본인 부담금 \$0.

네트워크 외

다음에 포함되나 이에 국한되지 않는 Medicare 보장 신장 투석 서비스 비용의 20%:

- 외래 투석 치료
- 자가 투석 교육
- 가정 투석 장비 및 소모품
- 특정 가정 지원 서비스

Medicare 에서 보장하는 신장 질환 교육 서비스 비용의 30%.

Medicare 에서 보장하는 입원 투석 비용의 30%.

네트워크 내 및

네트워크 외

의사 서비스에 대한 비용분담금(별도로 청구되는 경우)은

귀하에게 보장되는 서비스	해당 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
	의사/진료 제공자 서비스(의사 진료실 방문 포함)를 참조하십시오.

전문 요양 시설(SNF) 간호 서비스

(전문 요양 시설 간호 서비스의 정의는 본 문서의 제 12 장을 참조하십시오. 전문 요양 시설은 SNF 라고도 합니다.)

보장 서비스에는 다음이 포함되나 이에 국한되지 않습니다.

- 2 인 1 실 병실(또는 의학적으로 필요한 경우 개인 병실)
- 식사 제공, 특별 규정식 포함
- 전문 요양 서비스
- 물리 치료, 언어 치료 및 작업 치료
- 치료 계획의 일환으로 귀하에게 투여되는 약제(혈액 응고 인자와 같이 체내에 자연적으로 존재하는 물질이 포함됩니다.)
- 혈액 - 보관 및 투여 포함. 전혈 및 농축 적혈구의 보장은 귀하에게 필요한 혈액의 첫 파인트(pint)부터 시작됩니다. 혈액의 다른 모든 구성 요소는 처음 사용한 파인트(pint)부터 보장됩니다.
- SNF 가 일반적으로 제공하는 의료 및 수술 용품
- SNF 가 일반적으로 제공하는 검사실 검사
- SNF 가 일반적으로 제공하는 X-레이 및 기타 방사선 서비스
- SNF 가 일반적으로 제공하는 휠체어와 같은 기기의 사용
- 의사/진료 제공자 서비스

귀하는 일반적으로 네트워크 시설에서 SNF 의료 서비스를 받게 됩니다. 그러나 아래 열거된 특정 조건 하에서, 귀하는 해당 시설이 저희 플랜의 지급액을 수락하는 경우, 네트워크 내 서비스 제공자가 아닌 시설에 대해 네트워크 내 비용분담금을 지불할 수도 있습니다.

- 요양 시설 또는 병원에 입원하기 직전에 거주했던 연속 보호 은퇴 주거단지(해당 기관에서 전문 요양 시설 간호 서비스를 제공하는 경우)

네트워크 내

Medicare 에서 보장하는 SNF 입원 시:

1~100 일차: 1 일당 본인부담금 \$0

101~180 일차: 1 일당 본인부담금 \$0

승인 규칙이 적용될 수 있습니다. (1)

네트워크 외

Medicare 에서 보장하는 SNF 입원 시:

1~20 일차: 1 일당 본인부담금 \$0

21~100 일차: 1 일당 본인부담금 \$209.05

101~180 일차: 1 일당 본인부담금 \$0

네트워크 내 및

네트워크 외

Medicare SNF 혜택을 모두 소진한 후, 다른 입원 서비스에 대한 보장은 다음을 참조하십시오. *입원: 병원 또는 SNF 에서 비보장 입원 중에 제공받은 보장 서비스.*

이전에 Medicare 에서 보장하는 급성 진료 수준의 치료 입원은 필요하지 않습니다.

SNF 입원에 대한 비용 분담금은 혜택 기간을 기준으로 합니다. 자세한 내용은 제 12 장의 *혜택 기간* 정의를 참조하십시오.

귀하에게 보장되는 서비스	해당 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
• 병원에서 퇴원할 당시 배우자 또는 동거 파트너가 거주 중인 SNF	
 흡연 및 담배 사용 중단(흡연 또는 담배 사용 중단을 위한 상담) <u>담배를 피우지만 담배와 관련된 질환에 대한 징후나 증상이 없는 경우:</u> 저희는 예방 서비스로 12 개월의 기간 내 2 번 상담을 통한 금연 시도를 무료로 보장합니다. 각 상담 시도에는 4 회까지의 대면 방문이 포함됩니다. <u>담배를 피우며 담배와 관련된 질환을 진단받았거나 담배의 영향을 받을 수 있는 약을 복용하는 경우:</u> 저희는 금연 상담 서비스를 보장합니다. 저희는 12 개월의 기간 내 2 번 상담을 통한 금연 시도를 보장하나, 귀하는 해당 비용분담분을 지불해야 합니다. 각 상담 시도에는 4 회까지의 대면 방문이 포함됩니다.	네트워크 내 및 네트워크 외 Medicare 에서 보장하는 흡연 및 담배 사용 중단 예방 혜택에는 공동보험금, 본인부담금 또는 공제액이 적용되지 않습니다.

귀하에게 보장되는 서비스	해당 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
감독하 운동 치료(SET) SET 는 증상을 동반한 말초 동맥 질환(PAD)이 있고 PAD 치료를 담당하는 의사로부터 PAD 진료 의뢰를 받은 회원에 대해 보장됩니다. SET 프로그램 요건이 충족되는 경우 12 주 기간 동안 최대 36 회의 세션이 보장됩니다. SET 프로그램은 다음 요건을 충족해야 합니다. • 파행증이 있는 환자에 대해 PAD 에 대한 치료 운동-훈련 프로그램으로 구성된 30~60 분간의 세션으로 구성 • 병원 외래 환경 또는 의사 진료실에서 실시 • 혜택이 위험을 초과하는지 확인할 수 있으며 PAD 운동 요법에 관한 교육을 받은 자격을 갖춘 보조 요원에 의해 제공 • 생명구조술 및 전문소생술 모두에 관한 교육을 받은 의사, 의사 보조사 또는 임상 간호사/임상 간호 전문가의 직접적인 감독 하에 실시 의료 서비스 제공자가 의학적으로 필요하다고 간주하는 경우, SET 는 12 주 동안 36 회 세션에 추가적으로 연장 기간 동안 36 회 세션이 더 보장될 수 있습니다.	네트워크 내 Medicare 에서 보장하고 담당 의사가 지시한 PAD 서비스를 위한 SET 1 회당 본인부담금 \$0. 네트워크 외 Medicare 에서 보장하고 담당 의사가 지시한 PAD 서비스를 위한 SET 1 회당 비용의 30%.

귀하에게 보장되는 서비스	해당 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
Supportive Care 서비스 3 기 또는 4 기 암, 진행성 울혈성 심부전(CHF), 진행성 폐질환(즉, COPD)을 포함한 중증 또는 진행성 질병이 있거나, 또는 Supportive Care 정책의 요건을 충족하는 진행성 질병이 있는 경우의 포괄적인 치료 접근 방식. 다학제간 진료팀으로부터 근치적 치료를 계속 받으면서 편안함 중심의 치료를 받게 됩니다. Supportive Care 는 담당 의사의 의뢰를 받은 경우에만 이용할 수 있습니다. - 당사는 귀하가 나중에 Supportive Care 에 입원하는지 여부와 관계없이 Supportive Care 옵션에 대해 조언을 받는 Supportive Care 의뢰 방문을 보장합니다. - 보장은 Supportive Care 서비스가 제공되는 첫날부터 시작되는 12 개월 동안 역일 기준 90 일의 서비스로 제한됩니다.* Supportive Care 를 받으려면 Medicare 인증 호스피스 프로그램에 등록되어 있지 않아야 합니다. (Medicare 인증 호스피스 프로그램에 대한 자세한 내용은 <i>Hospice care</i> 를 참조하십시오.)	네트워크 내 승인 규칙이 적용될 수 있습니다. (1) 네트워크 내 및 네트워크 외 Supportive Care 서비스에 대한 본인 부담금 \$0*. (2)

귀하에게 보장되는 서비스	해당 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
긴급하게 필요한 서비스 응급 상황이 아닌 즉각적인 치료가 필요한 플랜 보장 서비스는 일시적으로 플랜의 서비스 지역을 벗어나 있거나 귀하가 플랜의 서비스 지역 내에 있더라도 플랜과 계약을 체결한 네트워크 서비스 제공자로부터 이 서비스를 받을 시간, 장소 및 상황을 고려할 때 불합리한 경우에 긴급하게 이용할 수 있는 서비스입니다. 귀하의 플랜은 긴급하게 필요한 서비스를 보장하고 네트워크 내 비용 부담금만 청구해야 합니다. 긴급하게 필요한 서비스의 예로는 예상치 못한 의학적 질병과 부상 또는 기존 질환의 예상치 못한 급성 악화가 있습니다. 그러나 연례 검진과 같이 의학적으로 필요한 정기 서비스 제공자 방문은 귀하가 플랜의 서비스 지역 밖에 있거나 플랜 네트워크를 일시적으로 이용할 수 없는 경우에도 긴급히 필요한 것으로 간주되지 않습니다. 긴급하게 필요한 서비스는 미국 내에서 보장되는 혜택입니다.	네트워크 내 및 네트워크 외 보장되는 긴급하게 필요한 치료 방문 1 회당 시설에 대한 본인부담금 \$0. 긴급하게 필요한 진료 방문의 일환으로 네트워크 외 시설에서 추가 서비스를 받는 경우, 귀하의 해당 비용은 귀하가 네트워크 서비스 제공자에게 지불하는 비용 부담금입니다. 의사 서비스에 대한 비용분담금(별도로 청구되는 경우)은 네트워크 내 <i>의사/진료 제공자 서비스(의사 진료실 방문 포함)</i>를 참조하십시오.

귀하에게 보장되는 서비스	해당 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
가치 기반 보험 설계(VBID) 모델 건강 식품 및 주택 유틸리티 수당 보험료, 공제액 및 공동보험금과 같은 Medicare 처방약 프로그램 비용을 지불하기 위해 “별도 보조”를 받는 경우, 귀하는 건강 식품 및 가정 유틸리티 보조금을 받을 자격이 있습니다. 건강 식품 및 가정 유틸리티 보조금은 HMSA 추가 혜택 직불 카드에 충전됩니다. 보조금 혜택은 매월 초에 갱신되며 미사용 혜택 잔액은 월간 이월되지 않습니다. 보조금 혜택은 다음과 같은 목적으로 사용할 수 있습니다. • 과일, 채소, 일부 통조림 제품과 같은 건강 식품. • 전기, 물, 천연가스 및 폐기물과 같은 가정용 유틸리티. HMSA 추가 혜택 직불 카드를 우편으로 받게 됩니다. 카드를 사용하여 일부 소매점에서 또는 우편 주문 파트너인 Medline 의 우편 주문을 통해 보장 제품을 구매할 수 있습니다. 품목을 온라인, 전화 또는 우편으로 주문하시면 추가 비용 없이 해당 품목을 집까지 배송해 드립니다. 온라인 쇼핑을 하거나 추가 혜택 계정을 관리하려면 https://HMSAExtraBenefits.com 을 방문하거나, 1-800-790-6019(월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시(하와이 표준시))로 전화하십시오.	네트워크 내 건강 식품 및 가정 유틸리티에 대해 매월 최대 \$133 까지 본인부담금 \$0. 귀하의 건강 식품 및 가정 유틸리티 보조금은 비처방(OTC) 건강 제품 보조금과 합산됩니다. 자세한 내용은 <i>비처방(OTC) 건강 제품, 건강 식품 및 가정 유틸리티 보조금</i>을 참조하십시오.

시력 관리

Medicare 보장 서비스에는 다음이 포함됩니다.

- 노화 관련 황반변성 치료를 포함하여, 눈의 질병 및 손상의 진단 및 치료를 위한 외래 의사 서비스. Original Medicare 는 안경/콘택트렌즈에 대한 정기 시력 검사(각막 굴절력)를 보장하지 않습니다.
- 녹내장 위험이 높은 대상을 위해 저희는 매년 1 회의 녹내장 검사를 보장합니다. 녹내장 위험이 높은 대상에는 녹내장 가족력이 있는 사람, 당뇨 환자, 50 세 이상의 아프리카계 미국인 및 65 세 이상의 히스패닉계 미국인이 포함됩니다.
- 당뇨 환자의 경우, 당뇨망막병증 선별검사가 매년 1 회 보장됩니다.
- 인공수정체를 삽입하는 백내장 수술 후마다 안경 또는 콘택트렌즈 한 쌍. (백내장 수술을 두 차례 받은 경우 첫 번째 수술 후 혜택을 받지 않았다가 두 번째 수술 후 안경 두 개를 구입할 수 없습니다.)
- 수정체 이식 없이 백내장 제거 후 필요한 교정 렌즈/안경테(및 교체)

네트워크 내

눈의 질병 및 부상을 진단하고 치료하기 위한 Medicare 보장 눈 검진에 대해 본인 부담금 \$0.

Medicare 에서 보장하는 녹내장 검사(연간 1 회)에 대한 본인 부담금 \$0.

Medicare 에서 보장하는 각 백내장 수술 후 Medicare 에서 보장하고 Medicare 승인 서비스 제공자가 제공하는 표준 안경테가 포함된 안경 또는 콘택트렌즈 한 쌍에 대해 본인 부담금 \$0.

네트워크 외

눈의 질병 및 부상을 진단하고 치료하기 위한 Medicare 보장 눈 검진 비용의 30%.

Medicare 에서 보장하는 녹내장 검사(연간 1 회) 비용의 30%.

Medicare 에서 보장하는 각 백내장 수술 후 Medicare 에서 보장하고 Medicare 승인 서비스 제공자가 제공하는 표준 안경테가 포함된 안경 또는 콘택트렌즈 한 쌍에 대한 비용의 30%.

네트워크 내 및 네트워크 외

Medicare 승인 서비스 제공자의 정의는 제 12 장을 참조하십시오.
전문의의 상담, 진단 또는 치료를 받는

귀하에게 보장되는 서비스	해당 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
 시력 관리(계속) 추가 보장 서비스에는 다음이 포함됩니다. - 매년 1 회의 정기 시력 검사* - 플랜은 표준 안경테가 포함된 안경, 콘택트렌즈 및 콘택트렌즈 피팅의 모든 조합에 대해 매년 최대 \$300 를 지급합니다.* - 해외 여행 솔루션: 해외 여행 시 다음 서비스를 보장합니다*. - 응급 상황 시 임시 안경 제공 - 안과 의사 찾기 지원(네트워크 외 혜택 적용) (제외 사항 목록은 이 장의 섹션 3.1 참조)	경우, 비용 부담금에 대한 <i>의사/진료 제공자 서비스(의사 진료실 방문 포함)</i>를 참조하십시오. 네트워크 내 매년 1 회의 정기 시력 검사에 대한 본인 부담금 \$0.* 네트워크 외 매년 1 회의 정기 시력 검사 비용의 30%.* 네트워크 내 및 네트워크 외 일반 안경에 대한 플랜 보장 한도를 초과하는 금액에 대해 100%. 플랜은 안경테, 렌즈, 콘택트렌즈 또는 콘택트렌즈 피팅의 모든 조합에 대해 매년 최대 \$300 를 지급합니다.*

귀하에게 보장되는 서비스	해당 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
 Welcome to Medicare 예방 검진 방문 플랜은 1 회의 Welcome to Medicare 예방 검진 방문을 보장합니다. 이 방문에는 귀하의 건강에 대한 검토, 귀하에게 필요한 예방 서비스(특정 선별검사 및 주사(또는 백신) 포함)에 대한 교육 및 상담, 그리고 필요한 경우 다른 의료 서비스에 대한 진료 의뢰가 포함됩니다. 중요: 저희는 귀하가 Medicare Part B 에 가입된 후 12 개월 이내에만 Welcome to Medicare 예방 검진을 보장합니다. 예약할 때 의사 진료실에 Welcome to Medicare 예방 검진 예약을 원한다고 알려주십시오.	네트워크 내 Welcome to Medicare 예방 검진의 일환으로 선별 검사로 수행된 EKG 서비스에 대한 본인 부담금 \$0. 네트워크 외 Welcome to Medicare 예방 검진의 일환으로 선별 검사로 수행된 EKG 서비스에 대한 본인 부담금 \$0. 네트워크 내 및 네트워크 외 Welcome to Medicare 예방 검진에는 공동보험금, 본인부담금 또는 공제액이 적용되지 않습니다.

혜택표에 대한 참고 사항

(1) **승인:** 일부 네트워크 내 의료 서비스는 담당 의사 또는 다른 네트워크 서비스 제공자가 저희 플랜으로부터 “사전 승인”을 받는 경우에만 보장됩니다. 담당 의사가 귀하의 의료 서비스를 제공하고 조정할 것이므로 귀하의 모든 과거 의료 기록을 담당 의사의 진료실로 보내야 합니다. 사전 승인이 필요한 보장 서비스는 위의 혜택표에 표시되어 있습니다. 일부 약품은 담당 의사 또는 다른 네트워크 서비스 제공자가 저희로부터 “사전 승인”을 받는 경우에만 보장됩니다. 사전 승인을 필요로 하는 보장 약품은 처방집에 표시되어 있습니다. 네트워크 외 서비스를 받기 위해 사전 승인이 필요하지 않습니다.

(2) **적격 요금:** HMSA 는 특별 플랜 혜택을 통해 Original Medicare 가 제공하는 것 이상의 서비스에 대한 보장을 제공합니다. 이러한 서비스의 경우 HMSA 는 적격 요금을 기준으로 지급합니다. 저희는 적격 요금을 기준으로 당사의 지급금 및 귀하의 본인부담금/공동보험금을 계산합니다. 적격 요금은 서비스 제공자의 실제 청구액 또는 당사가 최대 허용 수수료로 설정한 금액 중 더 낮은 금액입니다. 최대 허용 수수료는 보장 서비스, 소모품 및/또는 치료에 대해 지불한 최대 달러 금액입니다.

참고: 적격 요금에는 소비세 또는 기타 세금이 포함되지 않습니다. Medicare 가 보장하지 않는 서비스, 소모품 및/또는 치료를 받는 데 관련된 모든 세금은 귀하가 부담해야 합니다. 당사 고객관리부에서 귀하의 적격 요금에 대한 일반적인 견적을 제공할 수 있습니다.

(3) 시설 환경에서 받는 진료실 방문 진료의 경우, 귀하는 의료 혜택표에 있는 각 개인 또는 집단 치료를 위한 *외래 약물 남용 서비스* 방문, 또는 *외래 정신 건강 관리*, 또는 각 일차 의료 서비스 제공자 방문 또는 전문의 방문에 대해 *의사/진료 제공자 서비스(의사 진료실 방문 포함)* 아래에 표시된 비용 부담금에 대한 책임이 있습니다. 예를 들어: 귀하는 위성 사무실에 있는 일차 의료 서비스 제공자를 방문합니다. 귀하의 일차 의료 서비스 제공자는 진료실 방문 진료에 대한 비용을 청구하고 시설은 별도의 시설 비용을 청구합니다. 귀하는 일차 의료 서비스 제공자 비용 부담금까지만 부담하게 됩니다.

섹션 3 플랜에서 보장하지 않는 서비스는 무엇입니까?

섹션 3.1 플랜이 보장하지 않는 서비스(제외 사항)

이 섹션에서는 제외/되는 서비스에 대해 설명합니다.

아래 표에는 어떤 조건에서도 플랜에서 보장되지 않거나 특정 조건에서만 Medicare 에서 보장되는 몇 가지 서비스 및 물품이 명시되어 있습니다. 이 표는 또한 해당 서비스 또는 물품이 Medicaid 에서 보장되는지 여부도 알려줍니다.

제외된(보장되지 않는) 서비스를 제공받는 경우, 아래 명시된 특정 조건에 해당하는 경우를 제외하고는 자비로 그 비용을 지불하셔야 합니다. 응급 시설에서 제외된 서비스를 제공받는 경우에도 제외된 서비스는 여전히 보장되지 않으며 저희 플랜에서 이에 대한 비용을 지급하지 않습니다. 유일한 예외는 이의 제기가 된 후 해당 서비스가 귀하의 특정 상황으로 인해 저희가 해당 비용을 지급했거나 보장했어야 하는 의료 서비스로 결정되는 경우입니다. (의료 서비스를 보장하지 않기로 한 저희 결정에 대한 이의 제기 정보는 본 문서 제 9 장 섹션 6.3 을 참조하십시오.)

Medicare 에서 보장하지 않는 서비스	어떤 조건에서도 보장되지 않음	특정 조건에서만 보장됨
침술		특정 상황에서 만성 요통 환자에게 제공 가능
미용적 수술 또는 시술		- 회원의 사고로 인한 부상 시 또는 기형화된 신체 기능을 개선하기 위한 목적인 경우 보장됩니다. - 유방절제술 후 유방 재건의 모든 단계뿐만 아니라, 영향을 받지 않은 유방이 대칭적인 외형을 만들기 위한 단계도 보장됩니다.

Medicare 에서 보장하지 않는 서비스	어떤 조건에서도 보장되지 않음	특정 조건에서만 보장됨
관찰 간호 관찰 간호는 목욕이나 옷 입기와 같은 일상생활의 활동에 도움이 되는 간호와 같이, 훈련된 의료 또는 준의료 보조인의 지속적인 집중을 필요로 하지 않는 개인 관리입니다.	어떤 조건에서도 보장되지 않음 이 서비스가 Medicaid 에 의해 보장되는 경우, 귀하의 Medicaid 플랜에서 사전 승인을 요구할 수 있습니다.	
실험적 의료 기술 및 외과 기술, 장비 및 약품. 실험적 기술 및 품목은 Original Medicare 가 의료계에서 일반적으로 허용하지 않기로 결정한 품목 및 기술입니다.		Medicare 가 승인한 임상 조사 연구 하에서 Original Medicare 또는 저희 플랜이 보장할 수도 있습니다. 임상 조사 연구에 관한 자세한 정보는 제 3 장 섹션 5 를 참조하십시오.
직계 가족 또는 가구 구성원이 의료 서비스에 대해 청구하는 비용.	어떤 조건에서도 보장되지 않음	
가정에서 받는 전일제 요양 간호.	어떤 조건에서도 보장되지 않음 이 서비스가 Medicaid 에 의해 보장되는 경우, 귀하의 Medicaid 플랜에서 사전 승인을 요구할 수 있습니다.	

Medicare 에서 보장하지 않는 서비스	어떤 조건에서도 보장되지 않음	특정 조건에서만 보장됨
가정 배달 식사	어떤 조건에서도 보장되지 않음 이 서비스가 Medicaid 에 의해 보장되는 경우, 귀하의 Medicaid 플랜에서 사전 승인을 요구할 수 있습니다.	
간단한 가사일 또는 간단한 식사 준비와 같은 기본적인 가사 지원을 포함한 가사도우미 서비스.	어떤 조건에서도 보장되지 않음 이 서비스가 Medicaid 에 의해 보장되는 경우, 귀하의 Medicaid 플랜에서 사전 승인을 요구할 수 있습니다.	
자연 요법 서비스(자연 치료 또는 대체 치료법 사용).	어떤 조건에서도 보장되지 않음	
비정기적 치과 치료.		질병 또는 상해를 치료하는데 필요한 치과 치료는 입원 또는 외래 진료로 보장될 수 있습니다.
발을 위한 정형외과용 신발 또는 지지 장치		다리 교정기의 일부이며 다리 교정기 비용에 포함되는 신발. 당뇨병 발 질환이 있는 사람을 위한 정형외과용 또는 치료용 신발.
외국에서 처방받은 외래 처방약	어떤 조건에서도 보장되지 않음	

Medicare 에서 보장하지 않는 서비스	어떤 조건에서도 보장되지 않음	특정 조건에서만 보장됨
전화기 또는 텔레비전 등의 병원 또는 전문 요양 시설의 병실에서 사용되는 개인 물품.	어떤 조건에서도 보장되지 않음	
병원의 개인병실.		• 의학적으로 필요한 경우에만 보장됩니다.
불임 복원 시술 및/또는 비처방 피임 용품.	어떤 조건에서도 보장되지 않음	
정기 척추교정 치료		• 아탈구 교정을 위한 수동 척추 조작이 보장됩니다.
스케일링, 충전 또는 의치와 같은 일상적인 치과 치료.	어떤 조건에서도 보장되지 않음 QUEST (Medicaid)는 진단, 예방, 복원 및 몇 가지 보철 서비스를 보장합니다. 이 서비스가 Medicaid 에 의해 보장되는 경우, 귀하의 Medicaid 플랜에서 사전 승인을 요구할 수 있습니다.	

Medicare 에서 보장하지 않는 서비스	어떤 조건에서도 보장되지 않음	특정 조건에서만 보장됨
정기 시력 검사, 안경, 방사상 각막 절개술, LASIK 수술 및 기타 저시력 보조기.	비용이 지급되지 않는 품목: 파손, 분실 또는 도난당한 렌즈, 콘택트렌즈 또는 안경테; 선글라스; 다이빙 마스크 및 보호용 안경에 대한 처방 삽입물; 비처방 산업용 또는 보안경; 렌즈용 비표준 품목(예: 틴팅, 블렌딩, 오버사이즈 렌즈 및 투명 이중초점 및 삼중초점 렌즈), 안경테 부품 및 액세서리의 수리 및 교체.	백내장 수술 후 시력 검사 및 안경(또는 콘택트렌즈) 한 쌍이 보장됩니다. 정기 시력 검사 및 표준 안경테가 포함된 안경, 콘택트렌즈 및 콘택트렌즈 피팅의 모든 조합은 추가 혜택으로 보장됩니다. 당사가 보장하는 서비스에 대한 자세한 내용은 <i>시력 관리</i>를 참조하십시오.
정기 발 관리		Medicare 지침에 따라 제공되는 일부 제한된 보장(예: 당뇨병이 있는 경우).
정기 청력 검사, 보청기 또는 보청기를 맞추기 위한 검사.	어떤 조건에서도 보장되지 않음 이 서비스가 Medicaid 에 의해 보장되는 경우, 귀하의 Medicaid 플랜에서 사전 승인을 요구할 수 있습니다.	
Original Medicare 기준에 따라 타당하고 필요하지 않은 것으로 간주되는 서비스	어떤 조건에서도 보장되지 않음	

제 5 장:

Part D 처방약에 대한 플랜 보장 사용



약품 비용에 대한 정보를 어떻게 얻을 수 있습니까?

귀하는 Medicaid 자격이 있으므로 처방약 플랜 비용을 지불하기 위해 Medicare로부터 “Extra Help”를 받을 자격이 있으며 이를 받고 있습니다. 귀하는 “Extra Help” 프로그램에 가입되어 있으므로 **Part D 처방약 비용에 대한 본 보장 범위 증명서의 일부 정보가 귀하에게 적용되지 않을 수 있습니다.** 저희는 *처방약 지급을 위해 Extra Help 를 받는 개인들을 위한 보장 범위 증명서 부칙*(저소득 보조금 부칙 또는 LIS 부칙이라고도 함)이라는 별도의 부록을 보내 드렸으며, 이 부록에서는 귀하의 약품 보장에 대해 설명해 드립니다. 이 부록을 가지고 계시지 않으면 고객센터에 전화하여 LIS 부칙을 요청하십시오. (고객관리부 전화번호는 본 문서의 뒷 표지에 인쇄되어 있습니다.)

섹션 1

서론

이 장은 **Part D 약품 보장을 사용하는 규칙에 관해 설명합니다.** Medicare Part B 약품 혜택 및 호스피스 약품 혜택에 대해서는 제 4 장을 참조하십시오.

Part D 약품에 대한 보장 외에도, *HMSA Akamai Advantage Dual Care* 는 플랜의 의료 혜택에 포함된 일부 약품도 보장합니다. Medicare Part A 혜택에 대한 보장을 통해, 저희 플랜은 일반적으로 병원 또는 전문 요양 시설에서 보장되는 입원 기간 동안 투여받는 약제들을 보장합니다. Medicare Part B 혜택에 대한 보장을 통해, 저희 플랜은 특정 화학요법제제, 진료실 방문 동안 투여받는 특정 약제 주사, 투석 시설에서 투여받는 약제들을 포함한 약품을 보장합니다. 제 4 장(*의료 혜택표, 보장 사항 및 회원 부담분*(*Medical Benefits Chart, what is covered and what you pay*))은 보장되는 병원 또는 전문 요양 시설 입원 기간 동안 제공되는 약품에 대한 혜택 및 비용, 그리고 Part B 약품에 대해 귀하에게 적용되는 혜택 및 비용에 대해 설명합니다.

귀하가 Medicare 호스피스에 있는 경우, 저희 플랜에서 약품을 보장할 수도 있습니다. 저희 플랜은 귀하의 말기 예후 및 관련 질환과 무관하고 따라서 Medicare 호스피스 혜택에 의해 보장되지 않는 Medicare Part A, B, D 서비스 및 약품만을 보장합니다. 자세한 정보는 섹션 9.4(*Medicare 인증 호스피스에 입원한 경우*)를 참조하십시오. 호스피스 보장에 대한 정보는 제 4 장(*의료 혜택표, 보장 사항 및 회원 부담분*)의 호스피스 섹션을 참조하십시오.

제 5 장 Part D 처방약에 대한 플랜 보장 사용

다음 섹션에서는 플랜의 Part D 혜택 규칙에 따른 귀하의 약품 보장에 대해 설명합니다. 섹션 9, *특별 상황에서의 Part D 약품 보장*에는 Part D 보장 및 Original Medicare 에 관한 추가 정보가 포함되어 있습니다.

Medicare 에서 보장하는 의약품 외에도, 일부 처방약은 Medicaid 혜택에 따라 보장됩니다. Medicaid 의약품 보장에 대한 자세한 내용은 해당 Medicaid 의료 플랜 또는 하와이주 복지부 MedQUEST 부서(State of Hawai'i Department of Human Services MedQUEST Division)에 문의하여 알아볼 수 있습니다. 연락처 정보는 본 문서의 제 2 장, 섹션 6 을 참조하십시오.

섹션 1.1 플랜의 Part D 약품 보장의 기본 규칙

다음의 기본 규칙들을 준수하는 한, 플랜이 일반적으로 약품을 보장해 줍니다.

- 귀하는 서비스 제공자(의사, 치과의사 또는 기타 처방자)가 처방전을 작성하도록 해야 하며, 이는 해당 주 법률에 따라 유효해야 합니다.
- 귀하의 처방자는 Medicare 의 제외 또는 배제 목록에 없어야 합니다.
- 일반적으로 네트워크 약국을 이용하여 처방전을 조제해야 합니다 (이 장의 섹션 2 참조).
- 약품이 플랜의 *보장 의약품 목록(처방집)*에 등재되어 있어야 합니다(이를 간략하게 “Drug List”라고 합니다) (이 장의 섹션 3 참조).
- 약품을 의학적으로 인정받는 적응증에 사용해야 합니다. 의학적으로 인정받는 적응증이란 식품의약품안전청(Food and Drug Administration)의 승인을 받았거나 특정 참조 문헌에 의해 뒷받침되는 약품의 사용입니다. (의학적으로 인정받는 적응증에 관한 자세한 정보는 이 장의 섹션 3 을 참조하십시오.)
- 보장을 받으려면 의약품에 대한 승인이 필요할 수 있습니다. (보장 제한에 대한 자세한 내용은 이 장의 섹션 4 를 참조하십시오.)

섹션 2 네트워크 약국에서 또는 플랜의 우편 주문 서비스를 통해 처방약 조제

섹션 2.1 네트워크 약국 이용

대부분의 경우, 귀하의 처방약은 플랜의 네트워크 약국에서 조제하는 *경우에만* 보장됩니다. (네트워크 외 약국에서 조제한 처방약을 저희가 보장해 줄 경우에 관한 정보는 섹션 2.5 를 참조하십시오.)

네트워크 약국은 보장 처방약을 제공하기로 플랜과 계약을 체결한 약국입니다. 보장 약품이라는 용어는 플랜의 “Drug List”에 있는 모든 Part D 처방약을 의미합니다.

섹션 2.2 네트워크 약국

거주 지역 내 네트워크 약국을 어떻게 검색합니까?

네트워크 약국을 찾으려면, *서비스 제공자 디렉터리*를 참조하거나, 당사 웹사이트(www.hmsa.com/advantage)를 방문 및/또는 고객센터부에 전화하실 수 있습니다.

네트워크 약국 중 어느 약국이나 이용하실 수 있습니다.

이용 중인 약국이 네트워크를 탈퇴하는 경우 어떻게 됩니까?

이용 중인 약국이 플랜의 네트워크를 탈퇴하는 경우, 네트워크 내 새로운 약국을 찾아야 합니다. 해당 지역의 다른 약국을 찾으려면, 고객센터부의 도움을 받거나 *서비스 제공자 디렉터리*를 이용하시면 됩니다. 당사 웹사이트 www.hmsa.com/advantage 에서도 정보를 찾을 수 있습니다.

전문 약국이 필요한 경우 어떻게 합니까?

일부 처방전은 전문 약국에서 조제해야 합니다. 전문 약국에는 다음이 포함됩니다.

- 가정 주입 요법의 약품을 공급하는 약국. 가정 주입 약국은 각 섬에 물리적으로 위치하지 않더라도 모든 섬에 서비스를 제공합니다.

제 5 장 Part D 처방약에 대한 플랜 보장 사용

- 장기 요양(Long-Term Care, LTC) 시설 거주자들의 약품을 공급하는 약국. 보통 LTC 시설(예: 요양원)은 자체 약국을 가지고 있습니다. LTC 시설에서 Part D 혜택을 이용하는 데 어려움이 있는 경우 고객센터부에 연락하십시오.
- 인디언 건강 서비스 / 부족 / 도시 인디언 건강 프로그램(Indian Health Service/Tribal/Urban Indian Health Program) (푸에르토리코에서 이용 불가)의 일부인 약국. 응급상황을 제외하고, 미국 원주민 또는 알래스카 원주민만이 저희 네트워크 내 이 약국들을 이용할 수 있습니다.
- FDA 가 일부 장소로 제한하거나 특별 취급, 서비스 제공자 조율 또는 사용에 대한 교육을 필요로 하는 약품을 조제하는 약국. 전문 약국을 찾으려면 *서비스 제공자 디렉터리*를 참조하거나 고객센터부에 전화하십시오.

섹션 2.3

플랜의 우편 주문 서비스 이용

일부 유형의 약품들의 경우, 플랜의 네트워크 우편 주문 서비스를 이용할 수 있습니다. 일반적으로 우편 주문을 통해 제공되는 약품은 만성 또는 장기적인 의학적 상태로 인해 정기적으로 복용하는 약품입니다. 저희 플랜의 우편 주문 서비스를 통해 이용할 수 없는 약품은 저희 “Drug List”에 우편으로 이용할 수 없음을 나타내는 “NM”으로 표시되어 있습니다.

저희 플랜의 우편 주문 서비스를 통해 **최대 100 일분까지** 주문할 수 있습니다.

우편을 통한 처방전 조제에 관한 주문 양식과 정보를 받으려면, HMSA MyAccount 에 로그인하여 Drug Benefits(약품 혜택)로 이동하거나, 18554793659 번으로 고객센터부에 전화하십시오. 이 수신자 부담 전화번호는 하루 24 시간, 주 7 일 이용이 가능합니다. TTY 사용자는 711 번으로 전화하셔야 합니다.

일반적으로 우편 주문 약국 주문은 10 일 이내에 배송됩니다. 우편 주문 약국에서 주문이 지연될 것으로 예상되는 경우 지연에 대해 알려 드립니다. 우편 주문 지연으로 인해 긴급 주문을 요청해야 하는 경우, 고객센터부(수신자 부담 전화: 18554793659 번)에 연락하여 현지 소매 약국에서 조제하거나 배송 방법을 신속 배송으로 하는 것을 포함할 수 있는 옵션에 관해 논의할 수 있습니다. TTY 사용자는 711 번으로 전화하셔야 합니다. 담당자에게 귀하의 ID 번호와 처방전 번호를 알려주셔야 합니다. 해당 의약품의 이틀 내 또는 익일 배송을 원하는 경우, 추가 요금을 지불하고 고객센터부 담당자에게 요청할 수 있습니다.

약국이 담당 의사 진료실로부터 직접 받은 새로운 처방전.

약국은 다음 중 하나에 해당하는 경우 먼저 귀하에게 확인하지 않고 의료 서비스 제공자로부터 받는 새로운 처방전을 자동으로 조제하여 전달할 것입니다.

- 귀하가 과거에 이 플랜에 주문배송 서비스를 사용한 경우, 또는
- 귀하는 의료 서비스 제공자로부터 직접 받은 모든 새로운 처방전의 자동 배송에 등록합니다. HMSA MyAccount 에 로그인하여 Drug Benefits 로 이동하거나, 고객센터(수신자 부담 전화: 18554793659 번)로 전화하여 언제든지 특정 의약품의 자동 배송을 요청할 수 있습니다. TTY 사용자는 711 번으로 전화하셔야 합니다.

귀하가 원하지 않는 처방전을 우편으로 자동 수령하고, 배송 전에 귀하가 처방전을 원하는지 확인하기 위한 연락을 받지 못한 경우, 환불을 받을 자격이 있을 수 있습니다.

과거에 우편 주문을 이용했으나 약국에서 새 처방전을 자동으로 조제하여 배송하는 것을 원하지 않는 경우, HMSA MyAccount 에 로그인하여 Drug Benefits 로 이동하거나, 고객센터(수신자 부담 전화: 18554793659 번)로 전화하여 당사에 문의하시기 바랍니다. TTY 사용자는 711 번으로 전화하셔야 합니다.

귀하가 당사의 우편 주문 배송을 이용한 적이 없는 경우 및/또는 새 처방전의 자동 조제를 중단하기로 결정하는 경우, 약국에서는 의료 서비스 제공자로부터 새 처방전을 받을 때마다 귀하에게 연락하여 해당 의약품을 즉시 조제하여 배송하기를 원하는지 여부를 확인합니다. 약국에서 연락을 받을 때마다 응답하여 새 처방약을 배송할지, 연기할지, 취소할지 여부를 알려주는 것이 중요합니다.

우편 주문 처방전의 재조제. 약품 재조제에 대해 귀하는 자동 재조제 프로그램에 등록할 수 있는 선택권이 있습니다. 이 프로그램에 따라 저희의 기록상 귀하의 약이 거의 소진된 것으로 표시될 경우 귀하의 다음 재조제를 자동으로 처리하게 됩니다. 약국은 귀하가 더 많은 약을 필요로 하는지 확인하기 위해 각 재조제 약품을 배송하기 전 귀하에게 연락을 드리며, 귀하가 충분한 약을 가지고 있거나 약이 변경된 경우 예정된 재조제를 취소하실 수 있습니다.

자동 재조제 프로그램을 이용하지 않기로 선택했지만 여전히 우편 주문 약국에서 처방약을 보내주기를 원하는 경우, 현재 처방약이 소진되기 15 일 전에 약국에 연락하시기 바랍니다. 이렇게 하면 주문한 의약품이 제때 배송될 수 있습니다.

제 5 장 Part D 처방약에 대한 플랜 보장 사용

우편 주문 재조제를 자동으로 준비해 드리는 저희 프로그램에서 탈퇴하려면, HMSA MyAccount 에 로그인하여 Drug Benefits 로 이동하거나, 고객관리부(수신자 부담 전화: 18554793659)로 전화하여 당사에 문의하시기 바랍니다. TTY 사용자는 711 번으로 전화하셔야 합니다.

원하지 않는 자동 재조제 약품을 우편으로 받는 경우, 환불을 받을 자격이 있을 수 있습니다.

섹션 2.4 약품의 장기 공급분은 어떻게 받을 수 있습니까?

약품의 장기 공급분을 받는 경우, 귀하의 비용 부담금이 낮아질 수 있습니다. 플랜은 저희 플랜의 “Drug List”에 등재된 유지요법 약품의 장기 공급분(연장 공급분이라고도 함)을 받는 두 가지 방법을 제공합니다. (유지요법 약품은 만성 또는 장기적인 의학적 상태로 인해 정기적으로 복용하는 약품입니다.)

1. **저희 네트워크의 일부 소매 약국**을 통해 유지요법 약품의 장기 공급분을 받을 수 있습니다. **서비스 제공자 디렉터리**(<https://www.hmsa.com/advantage>)에 유지요법 약품의 장기 공급분을 조제 받을 수 있는 네트워크 내 약국이 나와 있습니다. 또한 고객관리부에 전화하여 자세한 정보를 얻을 수도 있습니다.
2. 또한 우편 주문 프로그램을 통해 유지요법 약품을 받을 수 있습니다. 자세한 정보는 섹션 2.3 을 참조하십시오.

섹션 2.5 플랜의 네트워크에 참여하지 않는 약국을 언제 이용할 수 있습니까?

일부 상황에서 처방약이 보장될 수 있습니다.

일반적으로 네트워크 약국을 이용할 수 없는 *경우에만*, 네트워크 외 약국에서 조제한 약품을 보장해 줍니다. 귀하의 편의를 위해 저희 서비스 지역 밖에 저희 플랜의 회원으로서 처방약을 조제 받을 수 있는 네트워크 약국들이 있습니다. 인근에 네트워크 약국이 있는지 **먼저 고객관리부에 확인하십시오**. 귀하가 네트워크 외 약국에서 약품에 대해 지불하는 금액과 저희가 네트워크 내 약국에서 보장하는 금액 간의 차액을 귀하가 지불해야 할 수 있습니다.

네트워크 외 약국에서 조제한 처방약을 저희가 보장해 드릴 상황은 다음과 같습니다.

- 응급 치료와 관련하여 받는 처방전(미국 이외 지역에서는 적용되지 않음).

- 네트워크 서비스 제공자를 이용할 수 없을 때 긴급하게 필요한 치료와 관련하여 받는 처방전(미국 이외 지역에서는 적용되지 않음).
- 담당 의사 진료실에서 제공되는 Part D 백신.
- 다른 네트워크 내 약국에는 해당 처방 약품 재고가 없는 경우.
- 연방 재난(Federal Disaster) 또는 공중 보건 비상사태(Public Health Emergency)가 선포된 경우. 이 경우 플랜은 영향을 받는 지역에 대한 제약사항을 해제할 수 있습니다.

네트워크 외 약국에서 받은 약품에 대해 저희가 보장을 적용하더라도, 귀하가 네트워크 내 약국을 이용했을 경우 지불했을 금액보다 더 많은 금액을 지불하실 수 있습니다.

플랜에 환급을 어떻게 요청합니까?

네트워크 외 약국을 이용해야 하는 경우, 일반적으로 처방전을 조제할 때 (일반적인 비용 부담금이 아닌) 비용 전액을 지급해야 합니다. 당사 비용 부담금의 환급을 요청하실 수 있습니다. (제 7 장 섹션 2 에서 플랜에 환급을 요청하는 방법을 설명합니다.)

섹션 3 약품이 플랜의 Drug List 에 등재되어 있어야 합니다

섹션 3.1 Drug List 에 보장되는 Part D 약품이 나와 있습니다

플랜에는 **보장 의약품 목록(처방집)**이 있습니다. 이 **보장 범위 증명서**에서는 이를 간략하게 **Drug List** 라고 합니다.

이 목록의 약품들은 의사와 약사 팀의 도움을 받아 플랜이 선택합니다. 이 목록은 Medicare 의 요건을 충족하고 Medicare 의 승인을 받았습니다.

Drug List 에는 Medicare Part D 에서 보장되는 의약품이 포함됩니다. Medicare 에서 보장하는 의약품 외에도, 일부 처방약은 귀하의 Medicaid 혜택에 따라 보장됩니다. Drug List 에 Medicaid 의약품 보장 범위를 확인하는 방법도 나와 있습니다.

귀하가 이 장에서 설명한 다른 보장 규칙들을 준수하고 약품 사용이 의학적으로 인정받는 적응증인 경우에 한해, 일반적으로 플랜 Drug List 의 약품을 보장해 드립니다. 의학적으로 인정받는 적응증이란 다음 중 하나에 해당하는 약품의 사용입니다.

- 처방되는 진단 또는 질환에 대해 식품의약품안전청이 승인한 약품 사용

제 5 장 Part D 처방약에 대한 플랜 보장 사용

- 미국 병원 처방집 서비스 약품 정보(American Hospital Formulary Service Drug Information) 및 Micromedex DRUGDEX 정보 시스템과 같은 특정 참고문헌에 의해 뒷받침되는 약품 사용

Drug List 에는 브랜드 의약품, 일반 의약품 및 생물학적 제제(바이오시밀러 포함)이 포함됩니다.

브랜드 의약품은 약품 제조업체가 소유한 상표명으로 판매되는 처방약입니다. 생물학적 제제는 일반적인 의약품보다 더 복잡한 약물입니다. Drug List 에서 약품이란 약품이나 생물학적 제제를 의미할 수 있습니다.

일반 의약품은 브랜드 의약품과 동일한 활성 성분을 포함하는 처방약입니다. 생물학적 제제에는 바이오시밀러라고 하는 대체품이 있습니다. 일반적으로 일반 의약품과 바이오시밀러는 브랜드 의약품이나 오리지널 생물학적 제제와 마찬가지로 효과가 있으며 일반적으로 더 저렴합니다. 많은 브랜드 의약품의 경우 일반 의약을 대체할 수 있으며, 일부 오리지널 바이오시밀러 제품의 경우 바이오시밀러 대체품이 있습니다. 일부 바이오시밀러는 상호 교환 가능한 바이오시밀러로, 주법에 따라 일반 의약을 브랜드 의약품으로 대체할 수 있는 것처럼 약국에서 새 처방전 없이 오리지널 생물학적 제제를 대체할 수 있습니다.

Drug List 에 포함될 수 있는 의약품 유형에 대한 정의는 제 12 장을 참조하십시오.

일반의약품

또한 저희 플랜은 특정 일반의약품을 보장합니다. 일부 일반의약품은 처방약보다 저렴하면서도 처방약만큼 효과가 있습니다. 자세한 내용은 고객관리부에 문의하십시오. 일반의약품 혜택에 관한 정보는 제 4 장 섹션 2.1 을 참조하십시오.

Drug List 에 포함되지 않은 약품은 무엇입니까?

플랜이 모든 처방약들을 보장해 주지는 않습니다.

- 법에 따라 특정 유형의 약품에 대해 Medicare 플랜이 보장하지 않는 경우도 있습니다. 이에 대한 자세한 내용은 이 장의 섹션 7.1 을 참조하십시오.
- 그 밖에도 저희가 Drug List 에 포함시키지 않는 약품이 있습니다. 경우에 따라 Drug List 에 없는 약을 받을 수도 있습니다 (자세한 내용은 제 9 장을 참조하십시오).

섹션 3.2 특정 약품이 Drug List 에 등재되어 있는지 어떻게 알 수 있습니까?

이를 확인할 수 있는 네 가지 방법이 있습니다.

1. 저희가 전자적으로 제공한 가장 최근의 Drug List 를 확인합니다.
2. 플랜 웹사이트(www.hmsa.com/advantage)를 방문합니다. 웹사이트의 Drug List 가 항상 가장 최신 목록입니다.
3. 고객관리부에 전화하여 특정 약품이 플랜의 Drug List 에 포함되어 있는지 확인하거나, 목록 사본을 요청합니다.
4. 플랜의 “Real-Time Benefit Tool”을 (귀하의 HMSA MyAccount 를 통해 또는 고객관리부에 전화하여) 사용합니다. 이 도구를 사용하면 Drug List 에서 약품을 검색하여 귀하가 지불할 금액의 추정치와 Drug List 에 동일한 질환을 치료할 수 있는 대체 의약품이 있는지 확인할 수 있습니다. “Real-Time Benefit Tool”에 접속하려면 HMSA MyAccount 에 로그인한 후 Manage My Drugs Online 으로 이동하십시오. 그런 다음, 드롭다운 메뉴에서 “Plan & Benefits”, “Rx Savings”를 클릭하고 “Check Drug Cost & Coverage”를 선택합니다.

섹션 4 일부 약품 보장에 대한 제약사항이 있습니다

섹션 4.1 일부 약품에는 왜 제약사항이 있습니까?

일부 처방약들의 경우, 특별 규칙이 플랜이 이를 보장해 주는 방법과 시기를 제한합니다. 의사와 약사들로 구성된 팀이 회원과 서비스 제공자가 가장 효과적인 방식으로 약품을 사용하도록 권장하기 위해 이러한 규칙들을 개발했습니다. 복용하거나 복용하고 싶은 약품에 이러한 제약사항들이 적용되는지 알아보시려면, Drug List 를 확인하십시오. 안전하고 저렴한 약품이 고가의 약품만큼 의학적으로 효과가 있는 경우, 플랜의 규칙은 귀하와 서비스 제공자가 보다 저렴한 옵션을 사용하는 것을 장려하도록 설계되어 있습니다.

때때로 약품이 저희 Drug List 에 한 번 이상 나타날 수 있음에 유의해 주십시오. 이는 동일한 약이라도 의료 서비스 제공자가 처방하는 약품의 함량, 양 또는 제형에 따라 다를 수 있으며, 약의

제 5 장 Part D 처방약에 대한 플랜 보장 사용

다른 버전(예를 들어, 10mg 대 100mg, 1 일 1 회 대 1 일 2 회, 정제 대 액상)에 따라 다른 제약사항 또는 비용 부담금이 적용될 수 있기 때문입니다.

섹션 4.2**어떤 종류의 제약사항들이 있습니까?**

아래 섹션들에서 저희가 일부 약품에 사용하는 제약사항 유형들에 관해 보다 자세히 설명합니다.

귀하의 약품에 제약사항이 있는 경우, 이는 보통 귀하 또는 서비스 제공자가 약품을 보장받기 위해 추가 조치를 취해야 할 것임을 의미합니다. 해당 약품에 대한 보장을 받기 위해 귀하 또는 귀하의 서비스 제공자가 무엇을 해야 하는지 알아보려면 고객센터에 문의하십시오. 저희가 귀하를 위해 제약사항을 면제해 주기를 원하시는 경우, 보장 결정 프로세스를 사용하여 예외를 요청하셔야 합니다. 저희는 제약사항 면제에 동의할 수도 동의하지 않을 수도 있습니다 (제 9 장 참조).

플랜의 사전 승인받기

일부 약품들의 경우, 저희가 약품 보장에 동의하기 전, 귀하 또는 서비스 제공자가 플랜으로부터 승인을 받아야 합니다. 이를 **사전 승인**이라 합니다. 이는 의약품의 안전성을 보장하고 특정 약물의 적절한 사용을 안내하는 데 도움이 되도록 마련되었습니다. 이 승인을 받지 않는 경우, 플랜이 약품을 보장해 주지 않을 수 있습니다.

다른 약품 먼저 시도하기

이 요건은 플랜이 다른 약품을 보장하기 전, 대개는 보다 저렴하나 그 만큼 효과적인 약품을 귀하께서 시도해 보시도록 장려합니다. 예를 들어, 약품 A와 약품 B가 동일한 질환을 치료하고 약품 A가 저렴한 경우, 플랜은 약품 A를 먼저 시도해 볼 것을 요구할 수 있습니다. 약품 A가 효과가 없을 경우, 플랜이 약품 B를 보장해 줍니다. 다른 약품을 먼저 시도해야 할 이 요건을 **단계별 치료**라 합니다.

수량 제한

특정 약품의 경우, 저희는 귀하가 처방약을 조제할 때마다 받을 수 있는 약품의 양을 제한합니다. 예를 들어, 일부 약물을 1 일 1 정만 복용하는 것이 일반적으로 안전하다고 간주되는 경우, 처방약 보장을 최대 1 일 1 정으로 제한할 수 있습니다.

섹션 5 약품이 귀하가 원하는 방식으로 보장되지 않는 경우 어떻게 합니까?

섹션 5.1 약품이 원하는 방식으로 보장되지 않는 경우, 귀하가 수행할 수 있는 일들이 있습니다

복용 중인 처방약 또는 귀하와 서비스 제공자가 귀하가 복용해야 한다고 생각하는 처방약이 저희 처방집에 없거나, 처방집에는 있으나 제약사항이 있는 경우가 있습니다. 예를 들어:

- 해당 약품이 전혀 보장되지 않을 수도 있습니다. 또는 아마도 약품의 제네릭 의약품 버전은 보장되나, 복용하고자 하는 브랜드 버전이 보장되지 않을 수 있습니다.
- 해당 약품이 보장되나, 섹션 4에 설명된 대로 이 약품 보장에 관한 추가 규칙 또는 제약사항이 있는 경우가 있습니다.
- 약품이 원하는 방식으로 보장되지 않는 경우, 귀하가 수행할 수 있는 일들이 있습니다.
- 약품이 Drug List에 등재되어 있지 않은 경우 또는 약품이 제한된 경우, 섹션 5.2에서 취할 수 있는 조치를 확인하십시오.

섹션 5.2 약품이 Drug List에 등재되어 있지 않거나 어떤 식으로든 제한되어 있는 경우 무엇을 할 수 있습니까?

약품이 Drug List에 등재되어 있지 않거나 제한된 경우, 다음과 같은 옵션이 있습니다.

- 해당 약품의 임시 공급분을 받을 수도 있습니다.
- 다른 약품으로 변경할 수 있습니다.
- 예외를 요청하고, 플랜에 약품을 보장하거나 약품 제약사항을 철회해 줄 것을 요청할 수 있습니다.

임시 공급품을 받을 수도 있습니다.

특정 상황에서 플랜은 귀하가 이미 복용하고 있는 약품의 임시 공급품을 제공해야 합니다. 이 임시 공급품을 통해 서비스 제공자와 변경 사항에 대해 논의할 시간을 가질 수 있습니다.

임시 공급품을 받을 자격이 되려면, 귀하가 복용해 온 약품이 더 이상 플랜의 Drug List에 포함되어 있지 않거나, 또는 현재 어떤 방식으로든 제약을 받고 있어야 합니다.

제 5 장 Part D 처방약에 대한 플랜 보장 사용

- **신규 회원인 경우, 플랜 가입 후 첫 90 일 동안** 약품의 임시 공급품을 보장해 드립니다.
- **작년에 플랜에 가입한 경우, 역년의 최초 90 일 동안** 약품의 임시 공급품을 보장해 드립니다.
- 이 임시 공급품은 최대 30 일 분량으로 한 번 제공됩니다. 처방전이 며칠 치만 작성된 경우, 최대 30 일치의 약물을 1 회 제공하도록 복수 조제를 허용합니다. 네트워크 약국에서 처방전을 조제해야 합니다. (장기 요양 시설 약국이 낭비를 예방하기 위해 한 번에 적은 수량의 약품을 제공할 수 있음에 유의해 주십시오.)
- **플랜에 가입한지 90 일 이상이 되었으며 장기 요양 시설에 거주하고 즉시 공급품이 필요한 회원의 경우:**
처방전이 며칠 분만 작성된 경우, 특정 약품의 31 일치 공급품 또는 보다 적은 수량의 공급품을 1 회 보장해 드립니다. 이는 위에 명시된 임시 공급품을 제공하는 상황에 대한 추가 사항입니다.
- **플랜에 가입되어 있고 치료 수준 변경을 경험하는 가입자의 경우:**
저희는 특정 약품에 대해 최대 31 일분(귀하가 LTC 시설에 거주하고 있는지 여부에 따라 다름), 또는 귀하의 처방전이 치료 수준 변경 후 첫 90 일 이내에 더 적은 일수로 작성된 경우 더 적은 분량의 약품을 보장해 드립니다.

임시 공급품에 대한 질문이 있는 경우 고객관리부에 문의하시기 바랍니다.

약품의 임시 공급품을 사용하는 동안, 서비스 제공자와 상의하여 임시 공급품을 모두 사용한 후 어떻게 할지를 결정해야 합니다. 다음 두 가지 옵션이 있습니다.

1) 다른 약품으로 변경할 수 있습니다

플랜에서 보장하는 다른 약품 중 귀하에게도 효과가 있을 수 있는 약품이 있는지 서비스 제공자와 상의하십시오. 고객관리부에 전화하여 동일한 질환을 치료하는 보장 의약품 목록을 요청하실 수 있습니다. 이 목록이 서비스 제공자가 귀하에게 효과가 있을 수 있는 보장 약품을 찾는 데 도움이 될 수 있습니다.

2) 예외를 요청할 수 있습니다

귀하와 서비스 제공자는 플랜에 예외를 적용하여 귀하가 원하는 방식으로 약품을 보장해 줄 것을 요청할 수 있습니다. 서비스 제공자가 귀하에게 예외 요청을 정당화하는 의학적 이유가 있다고 말하는 경우, 서비스 제공자가 귀하의 예외 요청을 도와줄 수 있습니다. 예를 들어, 약품이 플랜의

Drug List 에 등재되어 있지 않을지라도, 귀하가 플랜에 이의 보장을 요청할 수 있습니다. 또는 플랜에 예외를 적용하여 제약사항 없이 약품을 보장해 줄 것을 요청할 수 있습니다.

귀하가 현재 회원이며 복용 중인 약품이 내년에 처방집에서 제외되거나 어떤 방식으로든 제약을 받게 되는 경우, 저희는 새로운 연도 전에 변경 사항에 대해 알려드립니다. 내년 이전에 미리 예외를 요청하실 수 있고, 귀하의 요청(또는 처방자의 증빙 소견서)을 접수한 후 72 시간 내에 답변을 제공해 드립니다. 저희가 귀하의 요청을 승인하는 경우, 변경 사항이 효력을 발휘하기 전 보장을 승인합니다.

귀하와 서비스 제공자가 예외 요청을 원하는 경우, 제 9 장 섹션 7.4 에 이에 대한 절차가 설명되어 있습니다. 이는 귀하의 요청을 신속하고 공정하게 처리하도록 Medicare 가 확립해 놓은 절차와 기한을 설명합니다.

섹션 6 귀하의 약품들 중 하나의 보장이 변경되는 경우 어떻게 됩니까?

섹션 6.1 Drug List 는 연중 변경될 수 있습니다

약품 보장에서의 대부분의 변경은 매년 시작 시(1 월 1 일) 이루어집니다. 그러나 연중에도 플랜에서 Drug List 를 일부 변경할 수 있습니다. 예를 들어, 플랜이 다음을 실시할 수 있습니다.

- Drug List 에서 약품을 추가하거나 삭제합니다.
- 약품의 보장에 대한 제약사항을 추가하거나 제거합니다.
- 브랜드 의약품을 일반 의약품으로 교체합니다.
- 오리지널 생물학적 제제를 대체 가능한 바이오시밀러 버전의 생물학적 제제로 교체합니다.

저희는 플랜의 Drug List 를 변경하기에 앞서 Medicare 의 요건을 따라야만 합니다.

이 장에서 논의된 약물 유형의 정의는 제 12 장을 참조하십시오.

섹션 6.2 복용 중인 약품에 대한 보장이 변경되는 경우 어떻게 됩니까?

의약품 보장 변경에 대한 정보

제 5 장 Part D 처방약에 대한 플랜 보장 사용

Drug List 에 변경 사항이 발생하면, 저희는 웹사이트에 해당 변경 사항에 대한 정보를 게시합니다. 또한 정기적으로 온라인 Drug List 를 업데이트합니다. 이 섹션에서는 저희가 Drug List 에 변경할 수 있는 유형과 복용 중인 약물에 대한 변경이 이루어진 경우 귀하가 언제 통지하는지에 대해 설명합니다.

이 플랜 연도 중에 귀하에게 영향을 미칠 수 있는 Drug List 변경 사항

- **Drug List 에 새로운 의약품을 추가하고 유사한 약물을 즉시 삭제 또는 변경**
 - Drug List 에 새 버전의 의약품을 추가하는 경우, 저희는 즉시 Drug List 에서 유사한 의약품을 삭제하거나 유사한 의약품을 다른 비용 부담 단계로 이동하거나 새로운 제한 사항을 추가하거나 둘 다를 추가할 수 있습니다. 새 버전의 의약품에는 동일하거나 더 적은 제한 사항이 적용됩니다.
 - 이러한 즉각적인 변경은 브랜드 의약품의 새로운 일반 의약품 버전을 추가하거나 이미 Drug List 에 있던 오리지널 생물학적 제제의 특정 바이오시밀러 버전을 추가하는 경우에만 이루어집니다.
 - 저희가 삭제 또는 변경하는 약품을 복용 중인 경우에도 저희는 이러한 변경 사항을 즉시 적용하고 나중에 알려드릴 수 있습니다. 변경 시점에 유사한 약물을 복용하고 있는 경우, 구체적인 변경 사항에 대해 알려드립니다.
- **Drug List 에 의약품을 추가하고 사전 고지를 통해 유사한 약물을 삭제 또는 변경.**
 - Drug List 에 다른 버전의 의약품을 추가하는 경우, 저희는 Drug List 에서 유사한 의약품을 삭제하거나 다른 비용 부담 단계로 이동하거나 새로운 제한 사항을 추가하거나 둘 다를 추가할 수 있습니다. 추가하는 의약품 버전에는 동일하거나 더 적은 제한 사항이 적용됩니다.
 - 이러한 변경은 브랜드 의약품의 새로운 일반 의약품 버전을 추가하거나 이미 Drug List 에 있던 오리지널 생물학적 제제의 특정 바이오시밀러 버전을 추가하는 경우에만 이루어집니다.
 - 변경하기 최소 30 일 전에 알려드리거나, 변경에 대해 알려드리고 복용 중인 약품의 30 일분을 보장해 드립니다.
- **안전하지 않은 약품 및 시장에서 퇴출된 기타 약품을 Drug List 에서 삭제.**
 - 때로는 약품이 안전하지 않은 것으로 간주되거나 다른 이유로 시장에서 퇴출될 수 있습니다. 이러한 경우, 저희는 즉시 해당 약품을 Drug List 에서 삭제할 수 있습니다. 해당 약물을 복용 중인 경우 변경 후 알려드립니다.
- **Drug List 에 있는 약품에 대한 기타 변경.**

- 연초에 귀하가 복용 중인 약에 영향을 미치는 다른 변경 사항이 적용될 수 있습니다. 가령, FDA 박스 경고 또는 Medicare 에서 인정한 새로운 임상 지침에 따라 변경 사항을 적용할 수 있습니다.
- 변경하기 최소 30 일 전에 알려드리거나, 변경에 대해 알려드리고 복용 중인 약품의 추가 30 일분을 보장해 드립니다.

복용 중인 약물과 관련하여 변경되는 경우 질환을 치료하기 위해 다른 약물로 변경하거나 복용 중인 약물에 대한 새로운 제한 사항을 충족할 수 있는 보장 결정을 요청하는 등 가장 적합한 옵션을 처방의와 상의하십시오. 귀하 또는 처방의는 복용 중인 약품 또는 약품의 버전을 계속 보장하기 위해 당사에 예외를 요청할 수 있습니다. 예외를 포함하여 보장 결정을 요청하는 방법에 대한 자세한 내용은 제 9 장을 참조하십시오.

현재 플랜 연도 중에 귀하에게 영향을 미치지 않는 Drug List 변경

당사는 위에 기술되지 않은 Drug List 를 일부 변경할 수 있습니다. 이러한 경우, 귀하가 변경 시점에 해당 약품을 복용 중인 경우에는 변경 사항이 적용되지 않지만, 귀하가 동일한 플랜을 유지하는 경우 다음 플랜 연도의 1 월 1 일부터 해당 변경 사항이 귀하에게 영향을 미칠 수 있습니다.

일반적으로, 현 플랜 연도 중에 귀하에게 영향을 미치지 않는 변경 사항은 다음과 같습니다.

- 귀하의 약품 사용에 새로운 제약사항을 적용하는 경우.
- Drug List 에서 복용 중인 약품을 삭제하는 경우.

복용 중인 약에 대해 이러한 변경 사항 중 하나라도 발생하는 경우(시장 철수, 브랜드 의약품을 대체하는 일반 의약품, 또는 상기 섹션에 명시된 기타 변경 사항은 제외), 다음 해 1 월 1 일까지는 귀하의 약품 사용 또는 이에 대해 지불해야 하는 비용 부담금에 적용되지 않습니다.

저희는 현 플랜 연도 중에는 이러한 유형의 변경 사항에 대해 귀하에게 직접 알려드리지 않습니다. 다음 플랜 연도의 Drug List(조정 선택 기간 동안 목록을 이용할 수 있는 경우)를 확인하여 다음 플랜 연도 중에 귀하가 복용 중인 약품에 변경 사항이 발생하여 귀하에게 영향을 미치는지 확인해야 합니다.

섹션 7 플랜에서 보장하지 않는 유형의 약품은 무엇입니까?

섹션 7.1 보장하지 않은 약품 유형

이 섹션은 제외된 처방약 유형들에 관해 설명합니다. 이는 Medicare 가 이 약품들을 지급하지 않음을 의미합니다.

귀하가 이의 제기를 하고 요청된 약품이 Part D 에서 제외되지 않는 것으로 밝혀지는 경우, 저희는 그 비용을 지불하거나 보장합니다. (결정에 대한 이의 제기와 관련된 정보는 제 9 장을 참조하십시오.) 저희 플랜에서 제외하는 약품이 Medicaid 에서도 제외되는 경우, 귀하가 직접 비용을 지불해야 합니다.

Medicare 약품 플랜이 Part D 에서 보장해 주지 않을 약품에 관한 세 가지 일반 규칙은 다음과 같습니다.

- 저희 플랜의 Part D 약품 보장은 Medicare Part A 또는 Part B 에서 보장해 주는 약품을 보장해 줄 수 없습니다.
- 저희 플랜은 미국 또는 미국령 이외 지역에서 구매한 약품을 보장해 줄 수 없습니다.
- 미국 병원 처방 서비스 약물 정보 및 Micromedex DRUGDEX 정보 시스템과 같은 특정 참고 문헌에서 해당 약품에 대한 사용을 승인하지 않은 경우 저희 플랜에서는 *허가 외* 사용을 허용하지 않습니다. *허가 외* 사용은 식품의약품안전청의 승인을 받은 약품 라벨에 표시된 적응증 이외의 다른 적응증으로의 약품 사용입니다.

또한, 법률에 따라 아래 열거된 다음 범주의 약품은 Medicare 에서 보장하지 않습니다. 그러나, 이러한 약품 중 일부는 귀하의 Medicaid 약품 보장에 따라 보장될 수 있습니다. Medicaid 의약품 보장에 대해 자세히 알아보려면 Medicaid 의료 플랜 또는 하와이주 복지부 Med-QUEST 부서(State of Hawai'i Department of Human Services Med-QUEST Division)에 문의하십시오. 연락처 정보는 본 문서의 제 2 장, 섹션 6 을 참조하십시오.

- 비-처방약(일반의약품이라고도 함).
- 수태능력을 촉진하는 데 사용되는 약품.
- 기침 또는 감기 증상 완화에 사용되는 약품.
- 미용 목적 또는 모발 성장 촉진에 사용되는 약품.

- 임신부용 비타민과 불소 제제를 제외한 처방약 비타민과 무기질 제품.
- 성기능 장애 또는 발기 부전 치료를 위해 사용되는 약품.
- 식욕부진, 체중 감량 또는 체중 증가 치료에 사용되는 약품.
- 제조업체가 판매 조건으로 관련 검사 또는 모니터링 서비스를 제조업체로부터만 배타적으로 구입하도록 요구하는 외래환자 약품.

처방약 비용 지불을 위해 “Extra Help”를 받고 있는 경우, “Extra Help” 프로그램은 일반적으로 보장되지 않는 약품에 대해서는 비용을 지급하지 않습니다. 그러나 Medicaid 를 통해 약품 보장을 받는 경우, 귀하의 주 Medicaid 프로그램이 Medicare 약품 플랜에서 일반적으로 보장되지 않는 일부 처방약을 보장해 줄 수 있습니다. 어떠한 약품 보장이 이용 가능한지 확인하려면 주 Medicaid 프로그램에 문의하십시오. (제 2 장, 섹션 6 에서 Medicaid 전화번호와 연락처 정보를 찾아보실 수 있습니다.)

섹션 8 처방전 조제

섹션 8.1 회원 정보 제공

처방전을 조제하려면, 선택한 네트워크 약국에서 귀하의 회원 카드에 나와 있는 플랜 회원 정보를 제공하십시오. 네트워크 약국은 귀하의 약품 비용에 대한 당사 부담분을 자동으로 플랜에 청구할 것입니다. 처방약을 픽업할 때 귀하의 비용 부담금을 약국에 지불해야 합니다.

섹션 8.2 회원 정보를 소지하고 있지 않은 경우 어떻게 할까요?

처방전을 조제할 때 플랜 회원 정보를 소지하고 있지 않은 경우, 귀하 또는 약국에서 플랜에 전화하여 필요한 정보를 받거나, 귀하의 플랜 등록 정보를 찾아보도록 약국에 요청하실 수 있습니다.

약국이 필요한 정보를 받을 수 없는 경우, **처방약을 픽업할 때 비용 전액을 지불해야 할 수 있습니다.** (귀하는 이후 당사 부담금에 대한 **환급을 요청**하실 수 있습니다. 플랜에 환급을 요청하는 방법에 관한 정보는 제 7 장 섹션 2 를 참조하십시오.)

섹션 9 특별 상황에서의 Part D 약품 보장

섹션 9.1 플랜에서 보장하는 입원을 위해 병원 또는 전문 요양 시설에 입원하는 경우 어떻게 됩니까?

플랜에서 보장하는 입원을 위해 병원 또는 전문 요양 시설에 입원하는 경우, 저희는 일반적으로 귀하의 입원 기간 동안 처방약 비용을 보장합니다. 귀하가 병원 또는 전문 요양 시설에서 퇴원한 후, 플랜은 약품이 이 장에 설명된 보장 규칙을 충족시키는 경우에 한해 귀하의 처방약을 보장합니다.

섹션 9.2 귀하가 장기 요양(LTC) 시설의 거주자인 경우는 어떻게 됩니까?

일반적으로 장기 요양(LTC) 시설(요양원 등)은 자체 약국이 있거나, 모든 거주자들의 약품을 공급하는 약국을 이용합니다. 귀하가 LTC 시설 거주자인 경우, 해당 시설의 약국 또는 시설에서 이용하는 약국이 저희 네트워크 소속이라면 해당 약국을 통해 처방약을 조제 받을 수 있습니다.

서비스 제공자 디렉터리(<https://hmsa.com/advantage>)를 참조하여 해당 LTC 시설의 약국 또는 시설에서 이용하는 약국이 저희 네트워크 소속인지 확인하십시오. 그렇지 않은 경우, 또는 추가 정보나 지원이 필요한 경우에는 고객관리부에 문의하시기 바랍니다. 귀하가 LTC 시설에 입원 중인 경우, 저희는 귀하가 저희 LTC 약국 네트워크를 통해 정기적으로 Part D 혜택을 받을 수 있도록 해야 합니다.

장기 요양(LTC) 시설에 거주하고 있고 Drug List 에 포함되어 있지 않거나 어떤 방식으로든 제약을 받는 약품이 필요한 경우 어떻게 합니까?

임시 또는 비상 공급품에 대해서는 섹션 5.2 를 참조하시기 바랍니다.

섹션 9.3 고용주 또는 퇴직자 그룹 플랜을 통해서도 약품 보장을 받고 있는 경우 어떻게 됩니까?

현재 귀하(또는 배우자 또는 동거 파트너)의 고용주 또는 퇴직자 그룹을 통한 다른 처방약 보장을 가지고 계신 경우, **그룹의 혜택 관리자에게** 연락하십시오. 혜택 관리자가 현재 처방약 보장이 저희 플랜과 함께 혜택을 제공할 방법을 결정하도록 도와드릴 수 있습니다.

일반적으로 귀하가 고용주 또는 퇴직자 그룹 보장에 가입되어 있는 경우, 저희로부터 제공받는 약품 보장은 해당 그룹 보장에 **부차적**으로 적용됩니다. 이는 그룹 보장이 먼저 비용을 지급할 것임을 의미합니다.

‘전용 가능 보장에 관한 특별 주의사항:

매년 고용주 또는 퇴직자 그룹에서는 내년도 처방약 보장이 전용 가능한지 여부를 알려주는 통지서를 발송해야 합니다.

그룹 플랜의 보장이 전용 가능한 경우, 이는 플랜이 평균적으로 최소한 Medicare 의 표준 처방약 보장만큼 지급할 것으로 기대되는 약품 보장을 가지고 있음을 의미합니다.

전용 가능한 보장에 관한 이 통지서는 잘 보관해 두십시오. 나중에 필요할 수 있습니다. 귀하가 Part D 약품 보장을 포함하는 Medicare 플랜에 등록하는 경우, 전용 가능한 보장을 유지했음을 보여주기 위해 이 통지들이 필요할 수 있습니다. 전용 가능 보장 통지서를 받지 못한 경우, 고용주 또는 퇴직자 플랜의 혜택 관리자나 고용주 또는 노조에 사본을 요청하십시오.

섹션 9.4

Medicare 인증 호스피스에 입원한 경우 어떻게 해야 할까요?

호스피스와 저희 플랜은 동일한 약품을 동시에 보장하지 않습니다. Medicare 호스피스에 등록되어 있고 말기 질환 및 관련 상태와 관련이 없기에 호스피스가 보장해 주지 않는 특정 약품(예: 항구토제, 변비약, 진통제 또는 항불안제)이 필요한 경우, 저희 플랜이 약품을 보장할 수 있기 전, 처방자 또는 호스피스 서비스 제공자로부터 약품이 관련이 없다는 통지를 받아야 합니다. 저희 플랜에서 보장해야 하는 이러한 약품의 수령이 지연되는 것을 방지하려면, 해당 호스피스 서비스 제공자 또는 처방자에게 귀하의 처방전을 조제하기 전에 통지해 달라고 요청하십시오.

귀하가 호스피스 선택을 취소하거나 호스피스에서 퇴원하는 경우, 본 문서에 설명된 대로 저희 플랜이 귀하의 약품을 보장해야 합니다. Medicare 호스피스 혜택이 종료될 때 약국에서의 지연을 예방하려면, 귀하의 취소 또는 퇴원을 확인해 주는 서류를 지참하고 약국에 가십시오.

섹션 10 약품 안전성 및 약물 관리에 관한 프로그램

섹션 10.1 회원들의 안전한 약품 사용을 도와주는 프로그램

회원들이 안전하고 적절한 치료를 받도록 보장하기 위해, 저희는 회원들의 약물 사용 검토를 실시합니다.

저희는 귀하가 처방전을 조제할 때마다 검토를 실시합니다. 또한 정기적으로 저희 기록을 검토합니다. 이 검토 동안 다음과 같은 잠재적 문제를 파악하고자 합니다.

- 가능한 약물사용 오류
- 동일한 질환을 치료하기 위해 다른 유사한 약품을 복용하고 있기에 필요하지 않을 수 있는 약품
- 연령 또는 성별로 인해 안전하지 않거나 적절하지 않을 수 있는 약품
- 동시에 복용하는 경우 귀하에게 해로울 수 있는 일부 약품 조합
- 귀하가 알레르기 반응을 보이는 성분을 포함하는 약품 처방전
- 귀하가 복용 중인 약품 용량(투여량)에서의 가능한 오류.
- 안전하지 않은 양의 아편유사제 진통제

귀하의 약품 사용에 가능한 문제를 발견하는 경우, 서비스 제공자와 협력하여 문제를 시정합니다.

섹션 10.2 회원이 아편유사제 약품을 안전하게 사용하도록 돕기 위한 Drug Management Program(DMP)

저희는 회원들이 처방 오피오이드 및 기타 자주 남용되는 약품을 안전하게 사용할 수 있도록 지원하는 프로그램을 운영하고 있습니다. 이 프로그램을 Drug Management Program(DMP)이라고 합니다. 여러 처방의 또는 약국에서 받은 오피오이드 약품을 사용하는 경우 또는 최근에 오피오이드를 과다 투여 받은 경우, 저희는 귀하의 오피오이드 약품 사용이 적절하고 의학적으로 필요한 것인지 확인하기 위해 귀하의 처방의와 상의할 수 있습니다. 귀하의 처방의와 상의하여 귀하가 처방받은 오피오이드 또는 벤조디아제핀 약품을 사용하는 것이 안전하지 않을 수 있다고 결정하는 경우, 저희는 귀하가 이러한 약품을 받을 수 있는 방법을 제한할 수 있습니다. 귀하를 당사의 DMP 에 배정하는 경우 다음과 같은 제한사항이 적용될 수 있습니다.

- 귀하가 오피오이드 또는 벤조디아제핀 약품에 대한 모든 처방약을 특정한 약국(들)에서 조제 받도록 요구
- 귀하가 오피오이드 또는 벤조디아제핀 약품에 대한 모든 처방전을 특정 처방의에게만 제공받도록 요구
- 저희가 보장하는 아편유사제 또는 벤조디아제핀 약품의 양 제한

이러한 약품의 수령 방법 또는 수령 가능 분량을 제한할 계획을 세우는 경우, 사전에 서신을 보내드립니다. 이 서신은 저희가 이 약품들의 보장을 제한할 것인지, 또는 특정 처방의 또는 약국에서만 이 약품들의 처방전을 받아야 할 것인지 알려드릴 것입니다. 귀하가 선호하는 처방의 또는 약국에 대해, 귀하가 중요하다고 생각하는 일체의 다른 정보에 관해 저희에게 알려드릴 기회가 주어집니다. 귀하가 응답할 기회를 가진 후 저희가 이 약품들의 보장을 제한하기로 결정하는 경우, 저희는 귀하에게 해당 제한사항의 확인 차 추가 서신을 발송할 것입니다. 당사가 실수를 했다고 생각하거나 당사의 결정 또는 제한사항에 동의하지 않는 경우, 귀하와 처방자는 이의 제기를 할 권리가 있습니다. 귀하가 이의 제기를 하는 경우, 저희는 귀하의 케이스를 검토하여 새로운 결정을 내릴 것입니다. 귀하의 약품 이용에 적용되는 제한사항과 관련된 요청 중 일부를 저희가 계속 거부하는 경우, 저희는 자동으로 귀하의 케이스를 당사 플랜 외부의 독립 검토 기관에 보낼 것입니다. 이의 제기 신청 방법에 대한 정보는 제 9 장을 참조하십시오.

귀하에게 암 관련 통증 또는 검상 적혈구 질환과 같은 특정 의학적 질환이 있거나 호스피스, 완화 또는 임종 간호를 받고 있거나, 장기 요양 시설에 거주하고 있는 경우에는 당사의 DMP 에 배정되지 않습니다.

섹션 10.3 회원들의 약물 관리를 돕기 위한 Medication Therapy Management(MTM) 프로그램

저희는 복잡한 건강상의 필요가 있는 회원들을 돕기 위한 프로그램을 보유하고 있습니다. 저희 프로그램은 Medication Therapy Management(MTM) 프로그램이라고 합니다. 이 프로그램은 자발적이며 무료로 제공됩니다. 저희 회원들이 복용하는 약물의 혜택을 최대한 얻을 수 있도록 돕기 위해 약사와 의사들로 구성된 팀이 이 프로그램을 개발했습니다.

특정 만성 질환을 앓고 있는 일부 회원은 특정 약품 비용을 초과하는 약을 복용하거나 회원의 안전한 오피오이드 사용을 돕기 위해 DMP 에 가입되어 있는 경우 MTM 프로그램을 통해 서비스를 받을 수 있습니다. 프로그램 자격이 되는 경우, 약사 또는 다른 의료 전문가가 귀하의 모든 약물들에 대한

제 5 장 Part D 처방약에 대한 플랜 보장 사용

종합적인 검토를 할 것입니다. 검토가 진행되는 동안, 복용 중인 약품과 비용, 처방약 및 일반의약품에 관한 문제나 궁금한 점에 대해 상의하실 수 있습니다. 약물로부터 최상의 결과를 얻기 위해 취해야 할 단계를 포함한 권장 실천 목록이 수록된 요약서를 받게 될 것입니다. 또한 복용 중인 모든 약물, 복용량, 복용 시기 및 복용 이유 등이 포함된 약품 목록도 받게 됩니다. 또한, MTM 프로그램 회원은 규제 물질인 처방약의 안전한 폐기에 대한 정보를 받게 됩니다.

권장 실천 목록과 약물 목록에 대해 담당 의사와 상의하시는 것이 좋습니다. 방문 시 또는 의사, 약사, 기타 의료 서비스 제공자와 상담할 때마다 요약서를 지참하십시오. 또한 병원이나 응급실에 갈 경우를 대비하여 약물 목록을 최신 상태로 유지하고 소지(예를 들어 귀하의 ID와 함께)하고 계십시오.

귀하의 필요에 적합한 프로그램이 있는 경우, 귀하를 자동으로 프로그램에 등록시키고 정보를 보내드립니다. 참여하지 않기로 결정하시는 경우, 저희에게 알려주시면 탈퇴 처리해 드립니다. 이 프로그램에 대해 질문이 있는 경우 고객관리부에 문의하시기 바랍니다.

제 6 장:

귀하가 Part D 처방약에 지급하는 비용



약품 비용에 대한 정보를 어떻게 얻을 수 있습니까?

귀하는 Medicaid 자격이 있으므로 처방약 비용을 지불하기 위해 Medicare로부터 “Extra Help”를 받을 자격이 있으며 이를 받고 있습니다. 귀하는 “Extra Help” 프로그램에 가입되어 있으므로 **Part D 처방약 비용에 대한 본 보장 범위 증명서의 일부 정보가 귀하에게 적용되지 않을 수 있습니다.** 저희는 *처방약 지급을 위해 Extra Help 를 받는 개인들을 위한 보장 범위 증명서 부칙*(저소득 보조금 부칙 또는 LIS 부칙이라고도 함)이라는 별도의 부록을 보내 드렸으며, 이 부록에서는 귀하의 약품 보장에 대해 설명해 드립니다. 이 부록을 가지고 계시지 않으면 고객센터부에 전화하여 LIS 부칙을 요청하십시오.

섹션 1

서론

섹션 1.1

약품 보장을 설명하는 다른 자료들과 함께 이 장을 사용

이 장은 귀하가 Part D 처방약에 지불하는 비용에 초점을 맞춥니다. 간략한 설명을 위해, 이 장에서 사용하는 *약품(drug)*이라는 용어는 Part D 처방약을 의미합니다. 제 5 장에서 설명한 바와 같이 모든 약품이 Part D 약품은 아니며, 일부 약품은 법에 따라 Part D 보장에서 제외됩니다. Part D 보장에서 제외된 일부 약품은 Medicare Part A 또는 Part B 또는 Medicaid 에 따라 보장됩니다.

지급 정보를 이해하려면 보장되는 약품, 처방전을 조제해야 할 곳, 보장 약품을 수령할 때 준수해야 할 규칙 등을 알고 계셔야 합니다. 제 5 장, 섹션 1~4 에서 이러한 규칙을 설명합니다. 플랜의 “Real-Time Benefit Tool”을 사용하여 약품 보장을 조회하는 경우(제 5 장, 섹션 3.3 참조) 표시되는 비용은 “실시간”으로 제공되며, 이는 도구에 표시되는 비용이 해당 시점을 반영하여 예상되는 본인 부담 비용의 추정치를 제공한다는 의미입니다. 고객센터부에 전화하여 “Real-Time Benefit Tool”에서 제공하는 정보를 얻으실 수도 있습니다.

섹션 1.2

귀하가 보장 약품에 지불할 수 있는 본인 부담 비용의 유형

Part D 약품에 대한 본인 부담 비용에는 다양한 유형이 있습니다. 귀하가 약품에 지불하는 금액을 **비용 분담금(cost-sharing)**이라 하고, 지불을 요청받을 수 있는 세 가지 방법이 있습니다.

제 6 귀하가 Part D 처방약에 지급하는 비용

- **공제액(Deductible)**이란 저희 플랜이 플랜의 부담금 지급을 시작하기 전 귀하가 약품에 대해 지불하는 금액입니다.
- **본인 부담금(Copayment)**은 귀하가 처방전을 조제할 때마다 지불하는 고정 금액입니다.
- **공동보험금(Coinsurance)**은 귀하가 처방전을 조제할 때마다 지불하는 총 비용의 비율입니다.

섹션 1.3

Medicare 가 본인 부담 비용을 계산하는 방법

Medicare 는 본인 부담 비용에 포함되는 비용과 포함되지 않는 비용에 관한 규칙을 마련해 놓았습니다. 다음은 본인 부담 비용을 추적하기 위해 따라야 하는 규칙입니다.

다음 지급금들이 귀하의 본인 부담 비용에 포함됩니다

귀하의 본인 부담 비용에는 아래에 명시된 지급금들이 포함됩니다(해당 지급금이 Part D 보장 약품에 대한 것이며, 귀하가 제 5 장에서 설명한 약품 보장 규칙을 준수한 경우에 한함).

- 다음 약제비 결제 단계에 있는 경우 약제비 결제 금액:
 - 공제액 단계
 - 최초 보장 단계
- 귀하가 저희 플랜에 가입하기 전 다른 Medicare 처방약 플랜의 회원으로 올 한 해 동안 지불한 금액

누가 지급하는지가 중요합니다.

- 귀하가 직접 이 지불금들을 지불하는 경우, 이는 본인 부담 비용에 포함됩니다.
- 또한 다른 특정 개인 또는 단체가 귀하를 대신하여 지급하는 *경우에도, 이러한 지불금들은 귀하의 본인 부담 비용에 포함됩니다.* 이에는 친구 또는 친척, 대부분의 자선단체, AIDS 약물 지원 프로그램, 고용주, 노동 조합 건강 보험, TRICARE 또는 Indian Health Service 가 지급한 약품 지급금 등이 포함됩니다. Medicare “Extra Help” 프로그램이 지급한 금액 또한 포함됩니다.

비상 재해 보험보장 단계로 넘어가기:

귀하(또는 귀하를 대신하여 지급하는 지불자)가 역년 내에 본인 부담 비용으로 총 \$2,000 를 지출한 경우, 최초 보장 단계(Initial Coverage Stage)에서 비상 재해 보험보장 단계(Catastrophic Coverage Stage)로 넘어가게 됩니다.

다음 지급금들은 본인 부담 비용에 포함되지 않습니다

귀하의 본인 부담 비용에는 다음과 같은 유형의 지불금이 포함되지 않습니다.

- 월 보험료
- 미국과 미국령 이외 지역에서 구매하는 약품
- 저희 플랜에서 보장해 드리지 않는 약품
- 플랜의 네트워크 외 보장 요건을 충족시키지 않는 네트워크 외 약국에서 조제 받는 약품
- Medicaid 에서만 보장되는 약품. Medicaid 의약품 보장에 대한 자세한 내용은 해당 Medicaid 의료 플랜 또는 하와이주 복지부 Med-QUEST 부서(State of Hawai'i Department of Human Services Med-QUEST Division)에 문의하여 확인하십시오. 연락처 정보는 본 문서의 제 2 장에 나와 있습니다.
- Part A 또는 Part B 에서 보장해 주는 처방약, Medicare 가 보장에서 제외시킨 다른 약품을 포함한 비-Part D 약품
- Medicare 처방약 플랜에서 일반적으로 보장해 주지 않는 처방약에 귀하가 지불하는 금액
- 재향 군인회(VA)에서 지급하는 약제비
- 처방약 비용을 지급할 법적 의무가 있는 제삼자가 지급하는 약품 금액(예: 산재 보상)
- 제조업체 할인 프로그램에 따라 의약품 제조업체에서 지급하는 금액

알림: 전술한 조직과 같은 다른 조직이 귀하의 약품 본인 부담 비용의 일부 또는 전부를 지급하는 경우, 고객센터부에 전화하여 저희 플랜에 알려주셔야 합니다.

본인 부담 총액을 어떻게 추적할 수 있습니까?

- **저희가 도와드립니다.** 귀하가 받는 Part D 혜택 설명서(Explanation of Benefits, EOB)에는 현재 본인 부담 비용 금액이 포함되어 있습니다. 이 금액이 \$2,000 에 도달하는 경우, 이 보고서에서 귀하가 최초 보험보장 단계(Initial Coverage Stage)에서 비상 재해 보험보장 단계(Catastrophic Coverage Stage)로 넘어갔음을 알려드립니다.
- **저희는 필요한 정보를 가지고 있어야 합니다.** 섹션 3.2 는 귀하의 지출에 관한 기록이 완벽하고 최신이도록 보장하기 위해 귀하가 하실 수 있는 일들을 설명합니다.

섹션 2 약품에 지불하는 비용은 약품을 조제할 때 귀하가 속한 약품비용 지불 단계에 따라 결정됩니다

섹션 2.1 HMSA Akamai Advantage Dual Care 회원에 대한 약품비용 지불 단계들은 어떻게 됩니까?

HMSA Akamai Advantage Dual Care 에 따른 Medicare Part D 처방약 보장에 대한 **약품비용 지불 단계**는 세 가지가 있습니다. 귀하가 지불하는 금액은 처방전을 조제하거나 재조제할 때 어떤 단계에 있는지에 따라 결정됩니다. 각 단계에 대한 자세한 내용은 이 장의 섹션 4~6 에 나와 있습니다. 단계는 다음과 같습니다.

1 단계: 연간 공제액 단계

2 단계: 최초 보장 단계

3 단계: 비상 재해 보험보장 단계

섹션 3 약품 비용 지급, 귀하가 속한 지불 단계를 설명하는 보고서를 보내드립니다

섹션 3.1 저희는 *Part D Explanation of Benefits(Part D EOB)*라는 월별 요약서를 보내드립니다

저희 플랜은 귀하가 약국에서 처방전을 조제 또는 재조제할 때 지불하는 처방약 비용과 귀하의 지불금 정보를 추적합니다. 이를 통해 귀하가 한 약품비용 지불 단계에서 다음 단계로 전환한 때를 알려드릴 수 있습니다. 특히, 저희가 추적하는 두 가지 유형의 비용이 있습니다.

- 귀하가 지불한 금액을 추적합니다. 이를 **본인 부담 비용(Out of Pocket Costs)**이라고 합니다. 여기에는 보장되는 Part D 의약품을 구입할 때 지불한 금액, 가족 또는 친구가 지불한 약제비, Medicare, 고용주 또는 노동 조합 건강 보험, TRICARE, Indian Health Service, AIDS 약물 지원 프로그램, 자선 단체 및 대부분의 주 의약품 지원 프로그램(SPAP)에서 “Extra Help”를 통해 지불한 모든 약제비가 포함됩니다.

- 저희는 귀하의 **총 약품 비용**을 추적합니다. 이는 보장되는 Part D 의약품에 지불한 모든 금액의 합계입니다. 여기에는 플랜에서 지불한 금액, 가입자가 지불한 금액, 보장되는 Part D 의약품에 대해 다른 프로그램이나 기관에서 지불한 금액이 포함됩니다.

이전 달에 플랜을 통해 한 번 이상 처방약을 조제 받은 경우 Part D EOB 를 보내드립니다. Part D EOB 에는 다음 사항이 포함됩니다.

- **그 달의 정보.** 이 보고서는 전달 동안 귀하가 조제한 처방약에 관한 지급 상세 정보를 제공합니다. 이는 총 약품 비용, 플랜이 지급한 금액, 귀하와 귀하를 대신하여 다른 당사자들이 지불한 금액을 표시합니다.
- **1 월 1 일로부터 연간 총액.** 이를 연초부터 지금까지의 정보라 합니다. 이는 한 해가 시작된 후 약품의 총 약품 비용과 총 지급금을 보여줍니다.
- **약품 가격 정보.** 이 정보에는 총 약품 가격 및 동일한 수량의 각 처방약 비용 청구에 대한 첫 번째 조제로부터의 가격 인상 정보가 표시됩니다.
- **저렴한 대체 처방약.** 여기에는 각 처방약 비용 청구(해당하는 경우)에 대해 비용 부담금이 더 낮은 다른 이용 가능한 약품에 대한 정보가 포함됩니다.

섹션 3.2

귀하의 약품 지불에 관한 정보를 최신 상태로 유지하도록 도와줍니다

귀하의 약품 비용과 귀하의 약품 지불액을 추적하기 위해, 저희는 약국으로부터 받는 기록을 사용합니다. 저희가 귀하의 정보를 정확하고 최신으로 유지하도록 도와주실 수 있는 방법은 다음과 같습니다.

- **처방전을 조제할 때마다 회원 카드를 제시합니다.** 이를 통해 저희는 귀하가 조제하는 처방전과 지불하는 금액을 확인할 수 있습니다.
- **저희는 필요한 정보를 가지고 있어야 합니다.** 귀하가 처방약의 전체 비용을 지불할 수 있는 경우가 있습니다. 이러한 경우에는 귀하의 본인 부담 비용을 추적하는 데 필요한 정보가 저희에게 자동으로 제공되지 않습니다. 귀하의 본인 부담 비용을 추적하는 데 도움이 되도록 영수증 사본을 저희에게 제공해 주십시오. 다음은 귀하가 저희에게 의약품 영수증 사본을 제공해야 하는 경우의 예입니다.
 - 네트워크 약국에서 특별가로 또는 저희 혜택의 일부가 아닌 할인 카드로 보장 약품을 구매하는 경우.

제 6 귀하가 Part D 처방약에 지급하는 비용

- 귀하가 약품 제조업체 환자 지원 프로그램에 따라 제공되는 약품의 본인부담금을 지불한 경우.
- 네트워크 외 약국에서 보장 약품을 구매할 때마다 또는 특별 상황에서 보장 약품의 가격 전액을 지불한 경우.
- 귀하가 보장 약품 비용을 청구받는 경우, 플랜에 당사 비용 분담금을 지급하도록 요청하실 수 있습니다. 이 방법에 대한 지침은 제 7장 섹션 2 를 참조하십시오.
- **다른 당사자들이 귀하를 위해 지불한 금액에 관한 정보를 저희에게 전송합니다.** 다른 특정 개인 및 단체가 지불한 금액도 귀하의 본인 부담 비용으로 집계됩니다. 예를 들어, AIDS 약품 지원 프로그램(ADAP), Indian Health Service, 자선단체들이 지급한 금액이 귀하의 본인 부담 비용으로 집계됩니다. 저희가 귀하의 비용을 추적할 수 있도록 이 경비의 기록을 보관하고 저희에게 전송해 주십시오.
- **저희가 보내드리는 보고서를 확인합니다.** Part D EOB 를 받으시면 정보가 완벽하고 정확한지 검토하십시오. 누락된 부분이 있다고 생각되거나 질문이 있는 경우, 고객관리부로 전화 주십시오. 이 보고서를 보관하셔야 합니다.

섹션 4 공제액 단계(Deductible Stage) 동안, 귀하는 약품 비용 전액을 지불합니다

대부분의 회원은 처방약 비용에 대해 “Extra Help”를 받기 때문에 대부분의 회원에게는 공제 단계가 적용되지 않습니다. “Extra Help”를 받는 경우 이 지불 단계는 귀하에게 적용되지 않습니다.

“Extra Help”를 받지 않는 경우, Deductible Stage 는 귀하의 약품 보장에 대한 첫 번째 지불 단계입니다. 이 단계는 해당 연도의 첫 번째 처방전을 조제할 때 시작됩니다. 이 지불 단계에 있는 경우, 귀하가 플랜의 공제액(2025 년의 경우 \$590)에 도달할 때까지 **약품 비용 전액을 지불해야 합니다.** 공제액은 대상포진, 파상풍 및 여행 백신을 포함한 대부분의 성인 Part D 백신과 보장되는 인슐린 제품에는 적용되지 않습니다. 저희 플랜은 네트워크 약국에서 대부분의 약품에 대해 저렴한 가격으로 협상했기 때문에 **전체 비용**은 약품의 일반 정상가보다 보통 저렴합니다.

약제비로 \$590 를 지불하면 공제액 단계(Deductible Stage)를 벗어나 최초 보장 단계(Initial Coverage Stage)로 넘어가게 됩니다.

섹션 5 최초 보장 단계 동안, 플랜이 약품의 플랜 비용 분담금을 지급하고 귀하가 본인 분담금을 지불합니다

섹션 5.1 귀하가 약품에 지불하는 비용은 약품과 처방전을 조제하는 곳에 따라 결정됩니다

“Extra Help”를 받는 경우, 귀하는 Initial Coverage Stage 동안 보장되는 처방약에 대한 본인부담금 또는 공동보험금을 지불하지 않습니다.

“Extra Help”를 받지 않는 경우, Initial Coverage Stage 동안 플랜이 보장 처방약의 플랜 비용 분담금을 지급하고 귀하가 해당 비용 분담금(본인부담금 또는 공동보험금 금액)을 지불합니다. 귀하의 비용 분담금은 약품과 처방전을 조제하는 곳에 따라 다를 것입니다.

약품 옵션들

귀하가 약품에 지급하는 비용은 약품을 다음 중 어디에서 조제 받느냐에 따라 결정됩니다.

- 네트워크 소매 약국.
- 플랜의 네트워크에 참여하지 않는 약국. 제한적인 상황에서만 네트워크 외 약국들에서 조제한 처방약을 보장해 드립니다. 네트워크 외 약국에서 조제한 처방약을 보장해 주는 경우를 알아보려면 제 5 장 섹션 2.5 를 참조하십시오.
- 플랜의 우편 주문 약국.

이러한 약국 옵션들과 처방전 조제에 관한 자세한 정보는 제 5 장 및 플랜의 *서비스 제공자 디렉터리*(<https://hmsa.com/advantage>)를 참조하십시오.

섹션 5.2 한 달 처방약 비용을 보여주는 표

최초 보장 단계 동안, 귀하의 보장 약품 비용 분담금은 본인부담금 또는 공동보험금입니다.

처방약 비용 지불을 지원하는 Medicare 의 “Extra Help” 자격이 있는 경우, 귀하의 Medicare Part D 처방약 비용은 아래 표에 나와 있는 금액보다 낮아집니다. QUEST (Medicaid)로 보장을 받고 있는 경우 자동으로 별도 보조 자격이 부여됩니다.

“Extra Help” 자격이 있는 가입자의 경우:

제네릭/선호 또는 다품목(Multi-Source) 약품에 대해 다음 금액을 지불하게 됩니다.
\$0.

기타 모든 약품에 대해 다음 금액을 지불하게 됩니다.
\$0.

저희는 “처방약 지급을 위해 Extra Help 를 받는 개인들을 위한 보장 범위 증명서 부칙(Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs)”(“저소득 보조금 부칙(Low Income Subsidy Rider)” 또는 “LIS 부칙(LIS Rider)”이라고도 함)이라는 별도의 부록을 보내 드리며, 이 부록에서는 귀하의 약품 보장에 대해 설명해 드립니다. 처방약에 대해 지불하는 금액에 대한 자세한 정보는 LIS Rider 에 문의하십시오.

“Extra Help” 자격이 없는 가입자의 경우:

처방약 비용 지불을 지원하는 Medicare 의 “Extra Help” 자격이 없는 경우, 귀하는 보장되는 처방약에 대해 다음과 같은 비용을 지불하게 됩니다.

한 달 치 공급품의 보장되는 Part D 처방약을 조제하는 경우 귀하의 비용 부담금:

	표준 소매 비용 부담금(네트워크 내) (최대 30 일치)	우편 주문 비용 부담금 (최대 30 일치)	장기 요양(LTC) 비용 부담금 (최대 31 일치)	네트워크 외 비용 부담금 (보장은 일부 상황으로 국한됩니다. 자세한 정보는 제 5 장을 참조하십시오.)(최대 30 일 공급분)
등급				
보장 약품에 대한 비용 부담금	비용의 25%	비용의 25%	비용의 25%	비용의 25%

보장되는 각 인슐린 제품의 1 개월분 공급분에 대해 지불하는 금액이 \$35 를 초과하지 않습니다.

Part D 백신의 비용 부담금에 대한 자세한 내용은 이 장의 섹션 7 을 참조하십시오.

섹션 5.3 담당 의사가 한 달 치 미만을 처방하는 경우, 전체 한 달 치 공급품 비용을 지불하지 않아도 될 수 있습니다

일반적으로 귀하가 처방약에 대해 지불하는 금액은 한 달 치 공급품에 적용됩니다. 귀하 또는 담당 의사가 한 달 치 분량 미만의 약품 처방을 원하는 경우가 있을 수 있습니다(예를 들어, 어떤 약을 처음으로 복용하려는 경우). 또한 귀하가 다른 처방약에 대한 조제제 날짜를 더 잘 계획하는 데 도움이 될 경우, 담당 의사와 약사에게 한 달 치 분량 미만의 약품을 처방 및 조제해 달라고 요청할 수도 있습니다.

특정 약품을 한 달 치 분량 미만으로 수령하는 경우에는 한 달 치 분량 전체에 대한 비용을 지불하지 않아도 됩니다.

- 귀하가 공동보험금을 책임져야 하는 경우, 총 약품 비용의 *퍼센트*를 지불합니다. 공동보험금은 약품의 총 비용을 기준으로 하기 때문에 약품의 총 비용이 낮아지므로 귀하가 부담하는 비용도 낮아지게 됩니다.
- 귀하가 약품의 본인부담금을 책임져야 하는 경우, 본인부담금은 한 달 전체가 아닌 귀하가 수령하는 약품의 일수만큼만 지불합니다. 귀하가 약품에 지불하는 하루 당 금액(일일 비용 부담률)을 계산한 후, 수령하는 약품 일수를 곱합니다.

섹션 5.4 약품의 장기(100 일) 공급분의 비용을 보여주는 표

일부 약품의 경우, 처방약을 조제할 때 장기 공급분(연장 공급분이라고도 함)을 조제 받을 수 있습니다. 장기 공급분은 100 일 복용분입니다.

제 6 귀하가 Part D 처방약에 지급하는 비용

처방약 비용 지불을 지원하는 Medicare 의 “Extra Help” 자격이 있는 경우, 귀하의 Medicare Part D 처방약 비용은 아래 표에 나와 있는 금액보다 낮아집니다. Medicare 및 QUEST (Medicaid)에 가입되어 있는 경우 자동으로 Extra Help 자격이 부여됩니다.

“Extra Help” 자격이 있는 가입자의 경우:

제네릭/선호 또는 다품목(Multi-Source) 약품에 대해 다음 금액을 지불하게 됩니다.
\$0.

기타 모든 약품에 대해 다음 금액을 지불하게 됩니다.
\$0.

저희는 “처방약 지급을 위해 Extra Help 를 받는 개인들을 위한 보장 범위 증명서 부칙(Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs)”(“저소득 보조금 부칙(Low Income Subsidy Rider)” 또는 “LIS 부칙(LIS Rider)”이라고도 함)이라는 별도의 부록을 보내 드리며, 이 부록에서는 귀하의 약품 보장에 대해 설명해 드립니다. 처방약에 대해 지불하는 금액에 대한 자세한 정보는 LIS Rider 에 문의하십시오.

“Extra Help” 자격이 없는 가입자의 경우:

처방약 비용 지불을 지원하는 Medicare 의 “Extra Help” 자격이 없는 경우, 귀하는 보장되는 처방약에 대해 다음과 같은 비용을 지불하게 됩니다.

다음 표는 약품의 장기 공급분을 조제 받을 때 귀하가 지불하는 비용을 명시합니다.

보장되는 Part D 처방약의 장기/공급분을 조제하는 경우 귀하의 비용 분담금:

	표준 소매 비용 분담금 (네트워크 내) (100 일 공급분)	우편 주문 비용 분담금 (100 일 공급분)
보장 약품에 대한 비용 분담금	비용의 25%	비용의 25%

보장되는 각 인슐린 제품의 최대 2 개월분에 대해 \$70, 또는 최대 3 개월분에 대해 \$105 를 초과하여 지불하지 않습니다.

섹션 5.5 한 해 동안 귀하의 본인 부담 비용이 \$2,000 에 도달할 때까지 최초 보장 단계에 남아 있게 됩니다

본인 부담 비용이 \$2,000 에 도달할 때까지 최초 보험보장 단계에 남아 있게 되며, 이후에 비상 재해 보장 단계로 넘어갑니다.

귀하가 받는 *Part D EOB* 는 귀하, 플랜, 및, 모든 제삼자가 한 해 동안 귀하를 대신하여 귀하의 약품에 대해 지출한 금액을 추적하는 데 도움이 됩니다. 모든 회원이 연간 \$2,000 의 본인 부담 한도에 도달하는 것은 아닙니다.

귀하께서 이 금액에 도달하시는 경우, 저희가 알려드리며, 이 금액에 도달하는 경우, 최초 보험보장 단계에서 비상 재해 보험보장 단계로 넘어가게 됩니다. Medicare 에서 본인 부담 비용을 계산하는 방법은 섹션 1.3 을 참조하십시오.

섹션 6 비상 재해 보험보장 단계 동안 플랜에서 보장되는 Part D 약품에 대한 비용 전액을 지급합니다

귀하의 본인 부담 비용이 역년의 \$2,000 한도에 도달하는 경우 비상 재해 보험보장 단계에 진입하게 됩니다. 비상 재해 보험보장 단계에 도달한 후, 그 해가 종료될 때까지 이 지급 단계에 남아 있게 됩니다. 이 지불 단계 동안, 보장되는 Part D 약품에 대한 본인 부담금은 없습니다.

섹션 7 Part D 백신. 귀하가 지불하는 금액은 백신 접종 방법 및 장소에 따라 달라집니다

백신 비용 보장에 대한 중요 메시지 – 일부 백신은 의료 혜택으로 간주되며 Part B 에서 보장되며, 다른 백신은 Part D 의약품으로 간주됩니다. 이러한 백신들은 플랜의 “Drug List”에서 확인할 수 있습니다. 저희 플랜은 귀하가 공제액을 지불하지 않은 경우에도 대부분의 성인 Part D 백신을 무료로 보장합니다. 특정 백신에 대한 보장 및 비용 분담금 세부 정보는 플랜의 Drug List 를 참조하거나 고객관리부에 문의하시기 바랍니다.

Part D 예방 접종 보장은 두 부분으로 구성되어 있습니다.

제 6 귀하가 Part D 처방약에 지급하는 비용

- 보장의 첫 번째 부분은 **백신 자체**의 비용입니다.
- 보장의 두 번째 부분은 **예방접종** 비용입니다. (이는 때때로 백신 투여라 합니다.)

Part D 백신 접종에 귀하가 지불하는 비용은 다음 세 가지에 따라 결정됩니다.

1. 해당 백신이 예방접종 자문위원회(ACIP)라는 조직에서 성인에게 권장하고 있는지 여부

- 대부분의 성인 Part D 백신 접종은 ACIP 에서 권장하며 비용이 들지 않습니다.

2. 백신 접종 장소

- 백신 자체는 약국에서 조제하거나 의사 진료실에서 제공할 수 있습니다.

3. 백신 접종 기관

- 약사 또는 다른 서비스 제공자가 약국에서 백신을 투여할 수 있습니다. 또는 의료 서비스 제공자가 의사의 진료실에서 투여할 수 있습니다.

귀하가 Part D 백신 접종을 받을 때 지불하는 금액은 상황과 **약품비용 지불 단계**에 따라 달라질 수 있습니다.

- 때로는 백신 접종을 받을 때 백신 자체 비용과 서비스 제공자가 백신을 투여하는 데 드는 비용을 전액 지불해야 하는 경우도 있습니다. 귀하는 저희 플랜에 당사 비용 분담금에 대한 환급을 요청할 수 있습니다. 대부분의 성인 Part D 백신의 경우, 이는 귀하가 지불한 비용 전액을 환급받게 됨을 의미합니다.
- 다른 경우에는 백신 접종 시 귀하의 비용 분담금만 지불하게 됩니다. 대부분의 성인 Part D 백신의 경우, 귀하가 지불하는 비용은 없습니다.

다음은 Part D 백신을 접종받을 수 있는 세 가지 예입니다.

상황 1: 귀하는 네트워크 약국에서 Part D 백신 접종을 받습니다. (이 선택권이 있는지 여부는 거주 지역에 따라 다릅니다. 일부 주에서는 약국에서 특정 백신을 투여하는 것을 허용하지 않습니다.)

- 대부분의 성인 Part D 백신의 경우, 귀하가 지불하는 비용은 없습니다.

- 다른 Part D 백신의 경우, 귀하는 백신 자체에 대한 비용을 약국에 지불하게 되며, 여기에는 백신 투여 비용이 포함됩니다.
- 저희 플랜이 나머지 비용을 지급합니다.

상황 2: 담당 의사 진료실에서 Part D 백신 접종을 받습니다.

- 백신 접종을 받을 때, 귀하는 백신 자체 비용과 함께 서비스 제공자가 귀하에게 백신을 투여하는 비용을 전액 지불해야 할 수 있습니다.
- 그 후 제 7장에 설명된 절차에 따라 저희 플랜에 당사 비용 분담금의 환급을 요청할 수 있습니다.
- 대부분의 성인 Part D 백신의 경우, 귀하가 지불한 전액을 환급받게 됩니다. 다른 Part D 백신의 경우, 귀하는 (귀하가 백신(투여 포함)에 대해 지불한 금액) - (의사가 청구한 금액과 저희가 보통 지급하는 금액 간의 차액)을 환급 받게 됩니다. (“Extra Help”를 받는 경우, 이 차액을 환급해 드립니다.)

상황 3: 네트워크 약국에서 Part D 백신 자체를 구매한 후, 백신을 투여해 주는 담당 의사 진료실로 가져갑니다.

- 대부분의 성인 Part D 백신의 경우, 귀하가 지불하는 비용은 없습니다.
- 다른 Part D 백신의 경우, 귀하가 약국에 백신 자체에 대한 공동보험금 또는 본인부담금을 지불해야 합니다.
- 의사가 백신을 투여할 시, 귀하가 이 서비스 비용 전액을 지불해야 할 수도 있습니다.
- 그 후 제 7장에 기술된 절차를 사용하여 저희 플랜에 당사 비용 분담금의 환급을 요청할 수 있습니다.
- 대부분의 성인 Part D 백신의 경우, 귀하가 지불한 전액을 환급받게 됩니다. 다른 Part D 백신의 경우, 귀하는 (귀하가 지불한 금액) - (백신 투여에 대한 공동보험금) - (의사가 청구한 금액과 저희가 보통 지급하는 금액 간의 차액)을 환급 받게 됩니다. (“Extra Help”를 받는 경우, 이 차액을 환급해 드립니다.)

제 7 장:

*저희에게 귀하에게 청구된 보장 의료 서비스
또는 의약품 비용에 대한 당사 비용 분담금
지불 요청하기*

섹션 1 보장 서비스 또는 약품에 대해 저희에게 지불을 요청해야 하는 상황

저희 네트워크 서비스 제공자는 귀하의 보장 서비스 및 약품에 대해 플랜에 직접 청구합니다. 귀하는 보장 서비스 또는 약품에 대한 청구서를 받아서는 안 됩니다. 귀하가 받은 의료 서비스 또는 약품에 대한 청구서를 받는 경우, 저희가 비용을 지급할 수 있도록 해당 청구서를 저희에게 보내주십시오. 청구서를 보내주시면, 저희가 청구서를 검토하고 해당 서비스 및 약품이 보장되어야 하는지 여부를 결정할 것입니다. 저희가 보장이 되어야 한다고 결정하는 경우, 저희가 서비스 제공자에게 직접 지급할 것입니다.

플랜에서 보장하는 서비스 또는 약품에 대해 귀하가 이미 비용을 지불한 경우, 저희 플랜에 이를 돌려달라고 요청하실 수 있습니다(귀하에게 돌려드리는 것을 흔히 **환급(reimbursing)**이라고 합니다). 저희 플랜에서 보장하는 의료 서비스 또는 약품에 대한 비용을 지불한 경우, 귀하는 저희 플랜에서 환급을 받을 권리가 있습니다. 환급을 받기 위해 반드시 지켜야 하는 기한이 있을 수 있습니다. 이 장의 섹션 2 를 참조하십시오. 귀하가 이미 지불한 청구서를 저희에게 보내주시면 저희는 청구서를 검토하여 해당 서비스 또는 약품이 보장되어야 하는지 여부를 결정할 것입니다. 해당 서비스 또는 약품이 보장되어야 한다고 결정하는 경우 저희는 이에 대한 비용을 돌려드립니다.

또한 귀하가 받으신 의료 서비스의 전체 비용 또는 본 문서에서 설명한 비용분담금에 대한 귀하의 분담금보다 더 많은 금액의 청구서를 서비스 제공자로부터 받을 수도 있습니다. 먼저 서비스 제공자와 청구서 문제를 해결하려고 시도하십시오. 그렇게 해도 문제가 해결되지 않으면 청구서를 지불하지 말고 저희에게 보내주십시오. 저희는 청구서를 검토하고 해당 서비스가 보장되어야 하는지 여부를 결정할 것입니다. 저희가 보장이 되어야 한다고 결정하는 경우, 저희가 서비스 제공자에게 직접 지급할 것입니다. 저희가 비용을 지불하지 않기로 결정하는 경우, 서비스 제공자에게 통지할 것입니다. 귀하는 플랜에서 허용하는 비용분담금보다 더 많은 비용을 지불해서는 안 됩니다. 이 서비스 제공자가 계약이 되어 있는 경우 귀하는 여전히 치료를 받을 권리가 있습니다.

플랜에 환급을 요청하거나 귀하가 받으신 청구서에 명시된 비용을 지불해야 할 수 있는 상황들의 예는 다음과 같습니다.

1. 저희 플랜 네트워크에 소속되지 않은 서비스 제공자로부터 응급 치료 또는 긴급하게 필요한 의료 서비스를 받은 경우

서비스 제공자가 저희 네트워크에 소속되어 있는지 여부에 관계없이, 귀하는 모든 서비스 제공자로부터 응급 또는 긴급하게 필요한 서비스를 받을 수 있습니다. 이러한 경우, 서비스 제공자에게 플랜에 청구하도록 요청하십시오.

- 귀하가 진료를 받을 시 전체 금액을 직접 지불하는 경우, 저희에게 환급을 요청하십시오. 청구서와 함께 귀하가 지불한 금액에 대한 서류를 저희에게 보내주십시오.
- 귀하가 지불할 필요가 없는 비용을 요청하는 청구서를 서비스 제공자로부터 받을 수 있습니다. 이미 납부하신 모든 금액에 대한 서류와 함께 이 청구서를 보내주십시오.
 - 서비스 제공자가 지급받아야 할 비용이 있을 경우 저희가 직접 서비스 제공자에게 비용을 지급합니다.
 - 서비스의 비용을 귀하가 이미 지불한 경우 저희가 귀하에게 환급해 드립니다.

2. 네트워크 서비스 제공자가 귀하가 지불해서는 안 된다고 생각되는 청구서를 보내는 경우

네트워크 서비스 제공자는 항상 플랜에 직접 비용을 청구해야 합니다. 하지만 때때로 실수를 하여 귀하에게 서비스 비용을 지불하도록 요청하는 경우가 있습니다.

- 네트워크 서비스 제공자로부터 청구서를 받을 때마다 저희에게 해당 청구서를 보내주십시오. 저희가 서비스 제공자에게 직접 연락하여 청구서에 관한 문제를 해결할 것입니다.
- 귀하가 네트워크 서비스 제공자에게 이미 청구된 비용을 지불했으나 너무 많은 금액을 지불했다고 생각되면, 지불하신 금액에 대한 증빙 서류와 함께 청구서를 저희에게 보내주십시오. 보장 서비스에 대한 환급을 저희에게 요청하셔야 합니다.

3. 귀하가 저희 플랜에 소급적으로 등록한 경우

때때로 개인의 플랜 등록을 소급 적용해야 하는 경우가 있습니다. (이것은 이미 지난 날을 가입 첫날로 적용해야 함을 의미합니다. 심지어 그 가입일이 작년일 수도 있습니다.)

귀하의 플랜 등록에 소급 적용이 이루어져야 하고 그 날짜 이후에 보장 서비스나 약품 비용을 자비로 지불했다면, 저희에게 환급을 요청하실 수 있습니다. 저희가 환급을 처리할 수 있도록 영수증 및 청구서 등의 서류를 제출하셔야 합니다.

4. 처방약 조제에 네트워크 외 약국을 이용하는 경우

네트워크 외 약국을 방문하는 경우, 약국이 직접 저희에게 청구를 제출하지 못할 수 있습니다. 이 경우, 귀하가 처방약 비용 전액을 지불해야 합니다.

영수증을 보관하시고 환급을 요청할 때 사본을 보내주십시오. 저희는 제한된 상황에서만 네트워크 외 약국을 보장한다는 점을 기억하시기 바랍니다. 이러한 상황에 대한 논의는 제 5 장 섹션 2.5 를 참조하십시오. 네트워크 외 약국에서 약품에 대해 지불하는 금액과 저희가 네트워크 내 약국에서 보장하는 금액 간의 차액은 저희가 지불하지 않습니다.

5. 플랜 회원 카드를 가지고 있지 않아 처방약 비용 전액을 지불하는 경우

플랜 회원 카드를 가지고 있지 않은 경우, 약국에 플랜에 전화하거나 귀하의 플랜 등록 정보를 검색하도록 요청할 수 있습니다. 그러나 약국이 필요한 등록 정보를 즉시 찾을 수 없는 경우, 처방약 비용 전액을 자비로 지불해야 할 수 있습니다.

영수증을 보관하시고 환급을 요청할 때 사본을 보내주십시오. 귀하가 지불한 현금 가격이 저희가 협상한 처방전 가격보다 높은 경우 저희는 귀하가 지불한 비용 전액을 환급하지 않을 수 있습니다.

6. 다른 상황에서 처방약 비용 전액을 지불하는 경우

어떠한 이유에서건 처방약이 보장되지 않는다고 확인되어 처방약 비용 전액을 지불하게 될 수 있습니다.

- 예를 들어, 해당 약품이 플랜의 “Drug List”에 등재되어 있지 않을 수 있습니다. 또는 귀하가 알지 못했거나 또는 자신에게 적용되어야 한다고 생각하지 않은 요건이나 제약이 있을 수 있습니다. 즉시 약품을 조제 받기로 결정하는 경우, 자비로 비용 전액을 지불해야 할 수 있습니다.
- 영수증을 보관하시고 환급을 요청할 때 사본을 보내주십시오. 일부 상황에서는 귀하에게 약품 비용을 환급해 드리기 위해 담당 의사로부터 추가 정보를 받아야 할 수 있습니다. 귀하가 지불한 현금 가격이 저희가 협상한 처방전 가격보다 높은 경우 저희는 귀하가 지불한 비용 전액을 환급하지 않을 수 있습니다.

저희에게 환급을 요청하면 저희는 귀하의 요청을 검토하고 해당 서비스 또는 약품이 보장되어야 하는지 결정합니다. 이를 **보장 결정(coverage decision)**이라고 합니다. 서비스 또는 약품이 보장되어야 한다고 결정하는 경우 저희는 이에 대한 비용을 지불합니다. 저희가 지급 요청을 거부하는 경우, 귀하는 저희의 결정에 대해 이의 제기를 하실 수 있습니다. 본 문서의 제 9 장에는 이의 제기 방법에 대한 정보가 있습니다.

섹션 2 귀하가 받은 청구서에 대해 저희에게 환급을 요청하는 방법

귀하는 저희에게 전화를 하거나 서면 요청서를 보내서 환급을 요청할 수 있습니다. 서면 요청서를 보내는 경우, 청구서와 지불하신 금액에 대한 증빙 서류를 함께 보내주십시오. 기록용으로 청구서와 영수증 사본을 복사해 두는 것이 바람직합니다.

Part D 처방약의 경우, 우편 또는 온라인으로 처방약 비용 청구 요청서를 제출할 수 있습니다.

우편을 통해 요청서를 제출할 경우, 당사가 결정을 내리는 데 필요한 모든 정보를 확보할 수 있도록 약품비용 청구 양식을 작성하여 지불 요청을 하시기 바랍니다.

- 약품비용 청구 양식을 반드시 사용하지 않아도 되나, **정보를 보다 신속하게 처리하는 데 도움이 됩니다.**
- 당사 웹사이트(www.hmsa.com/help-center/how-to-get-copies-of-the-drug-claim-form/)에서 약품비용 청구 양식 사본을 다운로드하거나 고객센터에 전화하여 약품비용 청구 양식을 요청하십시오.

지급 요청을 청구서 및 지불 영수증과 함께 다음 주소로 우송합니다.

Part D 처방약:

Medicare Part D Paper Claim
P.O. Box 52066
Phoenix, AZ 850722066

온라인으로 요청서를 제출하려면 HMSA MyAccount 에 로그인하여 의약품 혜택 또는 Caremark 모바일 앱으로 이동하여 처방약 비용 청구 제출 방법에 대한 지침을 따르십시오.

서비스, 물품 또는 약품을 받은 날로부터 **36 개월 이내에 Part D(처방약) 청구**를 제출해야 합니다.

Part C 의료 청구, 정기 청력 항목 및 서비스(정기 시력 관리 항목 및 서비스 제외)의 경우, 작성해야 할 양식은 없습니다. 서비스에 대한 귀하의 청구를 처리하려면 서비스 제공자 소견서가 필요합니다. 서비스 제공자 소견서에는 아래의 모든 정보가 포함되어야 합니다.

- 서비스 제공자의 성명, 전화번호 및 주소
- 환자 이름 및 생년월일
- 서비스 날짜
- 상해 또는 질병 시작일
- 서비스별 요금
- 질병 또는 상해의 진단 또는 유형
- 서비스를 받은 곳(예: 진료실, 외래진료소 또는 병원)

커버 레터를 다음 문구와 함께 첨부해 주십시오.

- 귀하의 이름, 생년월일 및 HMSA 회원 번호
- 연락 가능한 주간 전화번호
- 서비스 날짜
- 각 서비스에 대한 간략한 설명 및/또는 서비스가 필요한 이유
- 서비스별 요금
- 귀하의 서명

지급 요청서를 청구서 및 영수증과 함께 다음 주소로 우송합니다.

병원, 의사, 실험실, 정기 청력 항목 및 서비스 등:

HMSA - CLAIMS
P.O. Box 860
Honolulu, HI 968080860

Part C 의료 청구 제출 절차에 대한 자세한 내용은 당사 웹사이트 www.hmsa.com/help-center/filing-medical-claims-for-services-from-nonparticipating-providers/를 참조하십시오.

서비스, 물품 또는 약품을 받은 날로부터 **12 개월 이내에 Part C(의료) 또는 정기 청력 항목 및 서비스 청구서를 저희에게 제출해야 합니다.**

정기 시력 관리 항목 및 서비스의 경우, 당사가 결정을 내리는 데 필요한 모든 정보를 확보할 수 있도록 저희 청구 양식을 작성하여 지불을 요청하시기 바랍니다.

- 정기 시력 관리 비용 청구 양식을 반드시 사용하지 않아도 되나, **정보를 보다 신속하게 처리하는 데 도움이 됩니다.**
- 당사 웹사이트(www.eyemedonline.com/managed-vision-care/member-forms/out-of-network-claim#/)에서 청구 양식 사본을 다운로드하거나 고객관리부에 전화하여 정기 시력 관리 비용 청구 양식을 요청하십시오. (고객관리부 전화번호는 본 문서의 뒷 표지에 인쇄되어 있습니다.)

지급 요청서를 청구서 및 영수증과 함께 다음 주소로 우송합니다.

정기 시력 관리 항목 및 서비스:

First American Administrators, Inc.
Attn: OON Claims
PO Box 8504
Mason, OH 45040-7111

정기 시력 관리 항목 및 서비스에 대한 청구는 서비스 또는 물품을 받은 날로부터 12 개월 이내에 저희에게 제출해야 합니다.

섹션 3 귀하의 지급 요청을 검토한 후 수용 또는 거부 결정을 내립니다

섹션 3.1 저희는 해당 서비스 또는 약품을 보장해야 하는지 여부를 검토합니다

지급 요청을 접수한 후, 귀하로부터 추가 정보가 필요한지 알려드립니다. 그렇지 않은 경우, 귀하의 요청을 검토한 후 보장 결정을 내립니다.

- 저희가 해당 의료 서비스 또는 약품이 보장된다고 결정하고 귀하가 모든 규칙을 준수한 경우, 저희는 서비스 또는 약품에 대한 비용을 지불합니다. 해당 서비스 또는 약품에 대한 비용을 이미 지불하신 경우, 저희가 귀하에게 우편으로 환급해 드릴 것입니다. 귀하가 의약품 비용 전액을 지불한 경우, 네트워크 외부 약국에서 의약품을 구입했거나 의약품에 대해 지불한 현금 가격이 저희가 협상한 가격보다 높은 경우 등에는 지불한 금액 전액을 환급받지 못할 수 있습니다(예: 네트워크 외부 약국에서 의약품을 구입한 경우). 귀하가 서비스 또는 약품에 대한 비용을 아직 지불하지 않은 경우 저희가 서비스 제공자에게 직접 우편으로 비용을 지급합니다.

- 저희가 해당 의료 서비스나 약품이 보장되지 *않는*다고 결정하거나, 귀하가 모든 규칙을 준수하지 *않은* 경우, 저희는 해당 의료 서비스 또는 약품에 대한 비용을 지불하지 않습니다. 저희는 지급금을 보내지 않는 이유와 해당 결정에 대해 이의 제기를 할 수 있는 귀하의 권리를 설명하는 서한을 보내드립니다.

섹션 3.2

저희가 의료 서비스 또는 약품에 대한 비용을 지급하지 않을 것이라고 답변하는 경우, 귀하는 이의 제기를 할 수 있습니다

저희가 귀하의 지급 요청 또는 지급 금액을 거절하는 데 오류가 있었다고 생각하는 경우, 이의 제기를 하실 수 있습니다. 이의 제기를 하시는 경우, 이는 귀하의 지급 요청을 거부한 저희의 결정을 변경해 줄 것을 요청하는 것을 의미합니다. 이의 제기 프로세스는 상세한 절차와 중요한 기한이 있는 공식 프로세스입니다. 이의 제기 방법에 대한 자세한 내용은 본 문서의 제 9 장을 참조하십시오.

제 8 장:

귀하의 권리와 책임

섹션 1 저희 플랜은 플랜의 회원으로서 귀하의 권리와 문화적 감수성을 존중해야 합니다

섹션 1.1 저희는 귀하에게 적합하고 귀하의 문화적 감수성에 부합하는 방식으로 (영어 이외의 다른 언어, 점자, 큰 활자 또는 기타 대체 형식 등) 정보를 제공해야 합니다

플랜은 모든 임상 및 비임상 서비스를 문화적으로 적합한 방식으로 제공해야 하며 영어 능력이 제한적이거나, 읽기 능력이 제한적이거나, 청각 장애가 있거나, 다양한 문화적, 인종적 배경을 가진 가입자를 포함한 모든 가입자가 이용할 수 있도록 보장해야 합니다. 플랜이 이러한 접근성 요건을 충족하는 방법의 예로는 번역 서비스, 통역 서비스, 텔레타이프라이터 또는 TTY(문자 전화 또는 텔레타이프라이터 전화) 연결 제공 등이 포함되나 이에 국한되지 않습니다.

저희 플랜에는 영어를 사용하지 않는 회원의 질문에 답변하기 위해 제공되는 무료 통역 서비스가 있습니다. 또한 필요한 경우 점자, 큰 활자 또는 다른 대체 형식으로 정보를 무료로 제공해 드릴 수 있습니다. 저희는 귀하에게 접근 가능하고 적절한 형식으로 플랜의 혜택에 대한 정보를 제공해야 합니다. 귀하에게 적합한 방식으로 정보를 제공받으려면 고객센터에 문의하시기 바랍니다.

저희 플랜은 여성 가입자에게 여성의 정기 검진 및 예방적 건강 관리 서비스를 위해 네트워크 내 여성 건강 전문의를 직접 방문할 수 있는 옵션을 제공해야 합니다.

플랜의 서비스 제공자 네트워크에 해당 전문의가 없는 경우, 가입자에게 필요한 치료를 제공할 수 있는 네트워크 외부의 전문의 제공자를 찾는 것은 플랜의 책임입니다. 이 경우 가입자는 네트워크 내 비용 부담금만 지불하게 됩니다. 플랜의 네트워크에 필요한 서비스를 보장하는 전문의가 없는 상황에 처한 경우, 플랜에 전화하여 네트워크 내 비용 부담금으로 해당 서비스를 받을 수 있는 곳에 대한 정보를 요청하십시오.

저희 플랜에서 귀하에게 적합하고 이용하기 쉬운 형식으로 정보를 얻는 데 문제가 있는 경우, 다음 연락처를 통해 HMSA 의 민권 담당자(Civil Rights Coordinator)에게 고충 제기를하시기 바랍니다.

818 Ke'eauumoku St., Honolulu, HI 96814, 1-800-776-4672, TTY 사용자는 711, 팩스: (808) 948-6414, 이메일: Compliance_Ethics@hmsa.com. 또한 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하거나 민권

제 8 귀하의 권리와 책임

사무국(Office for Civil Rights) 1-800-368-1019 번 또는 TTY 1-800-537-7697 번으로 직접 전화하여 Medicare 에 불만 제기를 하실 수도 있습니다.

섹션 1.2 저희는 귀하의 보장 약품에 대한 시의적절한 이용을 보장해야 합니다

귀하에게는 보장 서비스를 제공하고 주선할 플랜의 네트워크 소속 서비스 제공자를 선택할 권리가 있습니다. 귀하는 진료 의뢰 없이 여성 건강 전문의(부인과 전문의 등)를 방문할 권리가 있습니다.

귀하는 플랜의 서비스 제공자 네트워크를 통해 *합리적인 시간 이내에* 진료를 예약하고 보장 서비스를 받을 권리가 있습니다. 여기에는 귀하에게 의료 서비스가 필요할 때 전문의로부터 시의적절하게 해당 서비스를 받을 권리가 포함됩니다. 또한 귀하는 긴 지연 없이 저희 모든 네트워크 약국에서 처방약을 조제 및 재조제 받을 권리가 있습니다.

귀하가 합리적인 시간 이내에 의료 서비스 또는 Part D 약품을 받고 있지 않다고 생각되는 경우, 제 9 장에서 귀하가 취할 수 있는 조치를 설명합니다.

섹션 1.3 저희는 귀하의 개인 건강 정보를 보호해 드려야 합니다

연방법과 주법이 귀하의 의료 기록과 개인 건강 정보를 보호해 줍니다. 저희는 이 법률들에서 요구하는 대로 귀하의 개인 건강 정보를 보호합니다.

- 귀하의 개인 건강 정보에는 이 플랜에 등록할 때 제공한 개인 정보, 의료 기록, 기타 의료와 건강 정보가 포함됩니다.
- 귀하는 귀하의 정보 및 귀하의 건강 정보 사용 방법의 통제와 관련된 권리를 가지고 있습니다. 저희는 이 권리들을 설명하고 귀하의 건강 정보 보호 방법을 기술하는 **개인정보 보호 관행에 관한 통지**라는 통지서를 제공합니다.

우리는 귀하의 건강 정보를 어떻게 보호하는가?

- 저희는 승인되지 않은 개인이 귀하의 기록을 열람 또는 변경하지 못하도록 보장합니다.
- 아래에 명시된 상황을 제외하고, 저희가 귀하의 치료를 제공하지 않거나 치료 비용을 지불하지 않는 사람에게 귀하의 건강 정보를 제공하려는 경우, *저희는 먼저 귀하 또는 귀하가 본인을 대신하여 결정을 내릴 수 있는 법적 권한을 부여한 사람으로부터 서면 허가를 받아야 합니다.*

- 먼저 귀하의 서면 허가서를 받지 않아도 될 일부 예외가 존재합니다. 이 예외는 법에서 허락하거나 요구합니다.
 - 저희는 치료의 질을 확인하는 정부 기관에 건강 정보를 공개해야 합니다.
 - 귀하가 Medicare 를 통한 저희 플랜의 회원이기에, Part D 처방약에 관한 정보를 포함한 귀하의 건강 정보를 Medicare 에 제공해야 합니다. Medicare 가 연구 또는 다른 용도로 귀하의 정보를 공개하는 경우, 이는 연방 법률과 규정에 따라 이루어지며, 일반적으로 귀하를 고유하게 식별하는 정보는 공유하지 않아야 합니다.

귀하는 귀하의 기록 내 정보를 열람하고 정보가 다른 당사자들과 공유된 방법을 확인할 수 있습니다

귀하는 플랜이 보관 중인 귀하의 의료 기록을 검토하고 사본을 받을 권리가 있습니다. 저희가 귀하께 복사비를 청구하는 것이 허용됩니다. 또한 귀하는 귀하의 의료 기록에 추가하거나 이를 정정하도록 요청할 권리가 있습니다. 이를 요청하는 경우, 서비스 제공자와 협력하여 기록을 변경해야 할지 결정합니다.

귀하는 일상적이지 않은 어떤 목적으로 귀하의 건강 정보를 다른 당사자들과 공유한 방법을 알 권리가 있습니다.

귀하의 개인 건강 정보 보호와 관련하여 질문이나 우려 사항이 있는 경우 고객센터부에 문의하시기 바랍니다.

섹션 1.4 저희는 귀하에게 플랜, 네트워크 서비스 제공자 및 귀하의 보장 서비스에 대한 정보를 제공해야 합니다

HMSA Akamai Advantage Dual Care 회원으로서 귀하는 저희로부터 다양한 종류의 정보를 제공받을 권리가 있습니다.

다음과 같은 정보를 원하시면 고객센터부에 전화 주십시오.

- **저희 플랜에 관한 정보.** 이에는 예를 들어 플랜의 재무 상태에 관한 정보가 포함됩니다.
- **네트워크 서비스 제공자 및 약국들에 관한 정보.** 귀하는 저희 네트워크 내 서비스 제공자 및 약국의 자격과 저희가 네트워크 내 서비스 제공자에게 비용을 지급하는 방법에 관한 정보를 받을 권리가 있습니다.

제 8 귀하의 권리와 책임

- **귀하의 보장, 보장을 사용할 때 준수해야 할 규칙들에 관한 정보.** 제 3 장과 제 4 장은 의료 서비스에 관한 정보를 제공합니다. 제 5 장과 제 6 장은 Part D 처방약 보장에 관한 정보를 제공합니다.
- **일부 약품이 보장되지 않는 이유와 이에 관해 할 수 있는 일에 관한 정보.** 제 9 장에서는 의료 서비스 또는 Part D 약품이 보장되지 않는 이유, 또는 보장이 제한되는 경우에 대한 서면 설명을 요청하는 것과 관련된 정보를 제공합니다. 또한 제 9 장에서는 이의 제기라고도 하는, 저희에게 결정 변경을 요청하는 것과 관련된 정보도 제공합니다.

섹션 1.5

저희는 자신의 치료에 관해 결정할 귀하의 권리를 지지해야 합니다

귀하는 귀하의 치료 옵션에 대해 알고 귀하의 의료 서비스에 대한 결정에 참여할 권리가 있습니다

귀하는 담당 의사 및 기타 건강 관리 제공자로부터 완전한 정보를 받을 권리가 있습니다. 귀하의 서비스 제공자는 반드시 귀하의 질환 및 치료 옵션을 *귀하가 이해할 수 있는 방식으로* 설명해야 합니다.

귀하는 또한 귀하의 의료 서비스에 관한 결정에 전적으로 참여할 권리가 있습니다. 어떤 치료가 귀하에게 최선인지에 대해 의사와 결정을 내리는 데 도움이 되도록, 귀하의 권리에는 다음이 포함됩니다.

- **귀하의 모든 선택 사항에 대해 알 권리.** 귀하는 귀하의 질환에 대해 권장되는 모든 치료 옵션에 대해, 비용이 얼마이든, 또는 저희 플랜에서 보장되는지에 관계없이, 설명을 들을 권리가 있습니다. 여기에는 또한 회원이 약품을 관리하고 안전하게 사용할 수 있도록 저희 플랜이 제공하는 프로그램에 대한 설명을 들을 권리가 포함됩니다.
- **위험에 대해 알 권리.** 귀하는 귀하의 의료 서비스와 관련된 모든 위험에 대해 안내를 받을 권리가 있습니다. 귀하는 모든 제안받은 의료 서비스 또는 치료가 연구 실험의 일환인 경우 반드시 사전에 안내를 받아야 합니다. 귀하는 언제든지 일체의 실험적 치료를 거부할 선택권이 있습니다.
- **“아니요”라고 말할 권리.** 귀하는 권장받은 어떠한 치료든 거부할 권리가 있습니다. 여기에는 귀하의 의사가 만류하는 경우라도 병원 또는 기타 의료 시설을 떠날 권리가 포함됩니다. 또한 귀하는 약 복용을 중단할 권리가 있습니다. 물론 귀하가 치료를 거부하거나 약 복용을 중단하는 경우 그 결과 귀하의 신체에 일어나는 일에 대한 책임은 전적으로 귀하에게 있습니다.

귀하는 스스로 의학적 의사결정을 내릴 수 없는 경우 행해져야 할 사항에 관한 지침을 제공할 권리가 있습니다

때때로 사람들은 사고 또는 심각한 질병으로 인해 직접 의료 서비스 결정을 내리지 못하게 됩니다. 귀하는 자신이 이 상황에 처하는 경우 무엇을 원하는지 말할 권리가 있습니다. 이는 *귀하가 원하는 경우* 다음을 수행할 수 있음을 의미합니다.

- 귀하가 스스로 의사결정을 내릴 수 없게 되는 경우, **귀하를 대신하여 의학적 의사결정을 내릴 법적 권한을 다른 개인**에 제공하는 서면 양식을 작성합니다.
- 귀하가 스스로 의사결정을 내릴 수 없게 되는 경우, 귀하의 의료 서비스를 어떻게 처리하기를 원하는지에 관한 **서면 지침을 의사들에게** 제공합니다.

이 상황들에서 미리 귀하의 지침을 제공하는 데 사용할 수 있는 법률 문서를 **사전 의료지시서(Advance directives)**라고 합니다. 다른 유형의 사전 의료지시서들과 이의 다른 명칭들이 존재합니다. **생존 유서(living will)**, **의료 서비스 위임장(power of attorney for health care)**이라는 문서들이 사전 의료지시서의 예입니다.

사전 의료지시서를 사용하여 지침을 제공하고 싶으시면 다음을 실행해야 합니다.

- **양식을 받습니다.** 사전 의료지시서 양식은 변호사, 사회복지사 또는 일부 사무용품 판매점에서 구할 수 있습니다. 때때로 Medicare 에 관한 정보를 제공하는 조직으로부터 사전 의료지시서 양식을 받을 수 있습니다.

섬	사전 의료지시서(Advance Directive) 양식 – 연락처 정보
오아후	사전 의료지시서에 대한 정보, 양식 인쇄 또는 관계자와의 상담이 필요한 경우 Kōkua Mau 에 문의하십시오. 전화: (808) 5859977(음성 메시지를 남기시면 Kōkua Mau 에서 다시 전화 드립니다). 우편: Kōkua Mau P.O. Box 62155 Honolulu, HI 96839 이메일: 이메일을 보내려면 https://kokuamau.org/contact-kokua-mau/로 이동하십시오. 웹사이트: www.kokuamau.org 귀하가 60 세 이상이거나, 60 세 이상의 사람을 대리하거나, 경제적 지원이 필요한 경우 법률 지원을 받으려면 하와이 대학 노인법 프로그램(University of Hawai‘i Elder Law Program)에 문의하십시오. 전화: (808) 9566544. 이 전화번호는 월요일~금요일 오전 8:30~오후 4:30 사이에 이용 가능합니다. 사전 의료지시서를 포함한 귀하의 권리에 대한 법률 지원이나 정보가 필요한 경우 하와이 법률 지원 협회(Legal Aid Society of Hawai‘i)에 문의하십시오. 전화: (808) 5364302. 이 번호는 월요일~금요일 오전 9:00~오전 11:30 및 오후 1:00~오후 3:30 에 이용 가능합니다.
하와이 및 마우이	하와이와 마우이에서는 Legal Aid Society of Hawai‘i 에 문의하십시오. 전화: 18004994302. 이 번호는 월요일~금요일 오전 9:00~오전 11:30 및 오후 1:00~오후 3:30 에 이용 가능합니다.
카우아이	카우아이에서는 University of Hawai‘i Elder Law Program 에 문의할 수 있습니다. 전화: (808) 9566544. 이 전화번호는 월요일~금요일 오전 8:30~오후 4:30 사이에 이용 가능합니다.

섬	사전 의료지시서(Advance Directive) 양식 – 연락처 정보
라나이	라나이에서는 Legal Aid Society of Hawai'i 에 문의하십시오. 전화: 18004994302. 이 번호는 월요일~금요일 오전 9:00~오전 11:30 및 오후 1:00~오후 3:30 에 이용 가능합니다.
몰로카이	몰로카이의 경우 Legal Aid Society of Hawai'i 에 문의하십시오. 전화: 18004994302. 이 번호는 월요일~금요일 오전 9:00~오전 11:30 및 오후 1:00~오후 3:30 에 이용 가능합니다.

- **이를 작성하고 서명합니다.** 이 양식을 어디에서 받건 간에, 이는 법률 문서임을 기억하십시오. 이 양식을 작성하는 데 변호사의 도움을 받는 것을 고려해 보아야 합니다.
- **적절한 개인들에게 양식 사본을 제공합니다.** 양식 사본을 담당 의사에게, 그리고 귀하가 의사결정을 할 수 없는 경우 귀하를 대신하여 의사결정을 내릴 수 있도록 양식에 지명한 사람에게 제공해야 합니다. 가까운 친구나 가족에게 사본을 주는 것이 좋습니다. 사본을 집에 보관하십시오.

병원에 입원할 예정임을 미리 알고 있고 사전 의료지시서에 서명한 경우, **이 사본을 병원에 가져가십시오.**

- 병원은 사전 의료지시서 양식에 서명했는지, 이를 가져왔는지에 대한 질문을 할 것입니다.
- 사전 의료지시서 양식에 서명하지 않으신 경우, 병원에 양식이 구비되어 있고 이에 서명하고 싶으신 지를 질문할 것입니다.

사전 의료지시서를 작성하고 싶은지는 (병원에 있는 경우 이에 서명하고 싶은지는) 귀하의 선택임을 명심하십시오. 법률에 따라, 그 누구도 귀하가 사전 의료지시서에 서명했는지에 기반하여 귀하의 치료를 거부하거나 귀하를 차별할 수 없습니다.

귀하의 지시를 따르지 않는 경우 어떻게 해야 하나요?

귀하가 사전 의료지시서에 서명했는데 의사 또는 병원이 지시서의 지시를 따르지 않았다고 생각하는 경우, 아래의 해당 주 정부 기관에 불만 제기를하실 수 있습니다.

사전 의료지시서를 따르지 않는 의사에 대한 불만 제기의 경우, 귀하는 하와이 주정부, Department of Commerce and Consumer Affairs(DCCA), Regulated Industries Complaint Office(RICO)에 불만을 제기할 권리가 있습니다.

방법	의사 관련 사전 의료지시서 불만 사항 – 연락처 정보
전화	오아후: (808) 5874272 하와이(힐로): (808) 9338846 하와이(코나): (808) 3279590 카우아이: (808) 2413300 마우이: (808) 2435808 이 전화번호는 주 및 대부분의 연방 공휴일을 제외하고 월요일~금요일 오전 7:45~오후 4:30 사이에 이용 가능합니다.
TTY	711
우편	Regulated Industries Complaints Office Administration - Attn Consumer Projects Attorney 235 S. Beretania Street, 9th Floor Honolulu, HI 96813 이메일: rico@dcca.hawaii.gov
웹사이트	https://cca.hawaii.gov/rico/

그러나 의료 시설(병원, 요양원, 가정 간호 기관, 말기 신장질환(end-stage renal disease, ESRD) 시설, Medicare 및 Medicaid 가입자에게 서비스를 제공하는 기타 시설 포함)에 대한 문제나 우려 사항이 있는 경우, 아래 열거된 방법들을 통해 의료보장국(Office of Health Care Assurance, OHCA)에 문의하십시오.

방법	병원 관련 사전 의료지시서 불만 사항 – 연락처 정보
전화	(808) 6927420 이 번호로의 통화는 무료입니다. 이 전화번호는 주 및 연방 공휴일을 제외하고 월요일~금요일 오전 7:45~오후 4:30 사이에 이용 가능합니다.
TTY	711 이 번호로의 통화는 무료입니다. 이 전화번호는 주 및 연방 공휴일을 제외하고 월요일~금요일 오전 7:45~오후 4:30 사이에 이용 가능합니다.
팩스	(808) 6927447
우편	Department of Health Medicare Section 601 Kamokila Boulevard, Room 395 Kapolei, HI 96707
웹사이트	https://health.hawaii.gov/ohca/

섹션 1.6 귀하는 불만 제기를 하고 저희의 결정에 대한 재고를 요청할 권리가 있습니다

문제 사항, 우려 사항 또는 불만 사항이 있어 보장을 요청하거나 이의 제기를 해야 하는 경우, 본 문서의 제 9 장에 귀하가 할 수 있는 일이 설명되어 있습니다. 귀하의 조치에 상관 없이, 즉 보장 결정을 요청하거나 이의 제기를 하거나 불만 제기를 하는 것과 상관 없이, **저희는 귀하를 공정하게 대우해야 합니다.**

섹션 1.7 부당한 대우를 받고 있거나 권리를 침해당하고 있다고 생각하는 경우 무엇을 할 수 있습니까?

차별에 관한 것인 경우 민권 사무국(Office of Civil Rights)에 전화하십시오

귀하가 인종, 장애, 종교, 성별, 건강, 민족성, 신조(믿음), 연령, 성적 지향 또는 출신 국가로 인해 부당한 대우를 받았거나 권리를 침해당했다고 생각하시면, 미국 보건복지부(Department of Health and Human Services) 산하 **민권 사무국(Office of Civil Rights)**(1-800-368-1019 또는 TTY 1-800-537-7697)으로 전화하거나 해당 지역 Office for Civil Rights 에 전화하십시오.

차별 이외의 다른 것에 관한 것입니까?

제 8 귀하의 권리와 책임

귀하가 부당한 대우를 받았거나 권리를 침해당했다고 생각하지만 차별에 관한 것은 *아닌* 경우, 문제 해결을 위한 도움을 받으실 수 있습니다.

- 귀하는 **고객관리부에 전화**하실 수 있습니다.
- 귀하는 **SHIP 에 전화**하실 수 있습니다. 자세한 내용은 제 2 장, 섹션 3 을 참조하십시오.
- 또는, **Medicare 에 연중무휴 24 시간 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)(TTY 1-877-486-2048)로 전화**하실 수 있습니다.

섹션 1.8 귀하의 권리에 관한 추가 정보를 받는 방법

귀하는 조직의 회원 권리 및 책임 정책에 관하여 권고를 할 권리가 있습니다.

귀하의 권리에 관한 추가 정보를 받을 수 있는 곳이 여러 곳 있습니다.

- 귀하는 **고객관리부에 전화**하실 수 있습니다.
- 귀하는 **SHIP 에 전화**하실 수 있습니다. 자세한 내용은 제 2 장, 섹션 3 을 참조하십시오.
- 귀하는 **Medicare 에 연락**하실 수 있습니다.
 - Medicare 웹사이트를 방문하여 “Medicare 권리 및 보호(Medicare Rights & Protections)”라는 간행물을 읽거나 다운로드 받으실 수 있습니다. (이 간행물은 www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf 에서 이용하실 수 있습니다.)
 - 또는 연중무휴 24 시간 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)(TTY 1-877-486-2048)로 전화하실 수 있습니다.

섹션 2 플랜 회원으로서 귀하에게 부과되는 일부 책임이 있습니다

플랜 회원으로서 귀하가 해야 할 일이 아래에 나와 있습니다. 궁금한 점이 있으시면 고객관리부로 전화 주십시오.

- **보장 서비스와 이 보장 서비스를 받기 위해 준수해야 할 규칙을 숙지하십시오. 이 보장 범위 증명서를 사용하여 귀하를 위해 무엇이 보장되는지, 보장 서비스를 받기 위해 준수해야 할 규칙이 무엇인지 배우십시오.**
 - 제 3 장 및 제 4 장에서 의료 서비스에 관한 상세한 정보를 제공합니다.

- 제 5 장 및 제 6 장에서 Part D 처방약 보장에 관한 상세한 정보를 제공합니다.
- **저희 플랜 이외에 다른 의료보험 보장 또는 처방약 보장을 가지고 계시면, 저희에게 알려주셔야 합니다.** 제 1 장에서 이러한 혜택의 조정에 대해 설명합니다.
- **귀하의 의사 및 기타 서비스 제공자에게 저희 플랜 등록 사실을 알리십시오.** 의료 서비스 또는 Part D 처방약을 제공받을 때마다 플랜 회원 카드를 제시하십시오.
- **담당 의사들과 다른 서비스 제공자들에게 정보를 제공하고 질문하며 치료를 해 나감으로써 이들이 귀하를 돕도록 협조합니다.**
 - 최상의 치료를 받을 수 있도록 담당 의사와 기타 의료 서비스 제공자에게 귀하의 건강 문제에 대해 알려주십시오. 귀하와 의사들이 동의한 치료 계획과 지시를 따릅니다.
 - 의사들에게 귀하가 복용 중인 모든 약물을 알려야 합니다(일반의약품, 비타민, 보조제 포함).
 - 궁금한 점이 있을 경우 반드시 질문하여 이해할 수 있는 답변을 받도록 하십시오.
- **타인을 배려하십시오.** 저희는 저희의 모든 회원들이 다른 환자들의 권리를 존중할 것을 기대합니다. 저희는 또한 귀하가 의사 진료실, 병원 및 기타 진료소의 원활한 운영을 돕는 방식으로 행동할 것을 요구합니다.
- **귀하가 지불해야 할 비용을 지불하십시오.** 플랜 회원으로서 귀하는 이 지불금들을 책임져야 합니다.
 - 귀하는 플랜 보험료를 납부해야 합니다.
 - 플랜의 회원 자격을 유지하려면 Medicare 보험료를 계속 납부해야 합니다.
 - 플랜에서 보장해 주는 대부분의 의료 서비스 또는 약품들의 경우, 귀하가 서비스 또는 약품을 제공받을 시 귀하의 비용 부담금을 지불해야 합니다.
 - 등록 지연 벌금 납부가 요구되는 경우, 처방약 보장을 유지하려면 벌금을 납부해야 합니다.
 - 소득이 높아져서 Part D 에 추가 금액을 납부해야 하는 경우, (마지막 소득 신고서에 보고된 대로), 추가 금액을 정부에 직접 계속 납부해야 플랜의 회원 자격을 유지할 수 있습니다.
- **귀하가 저희 플랜 서비스 지역 내에서 이주하시는 경우, 저희는 회원 기록을 최신 상태로 유지하고 연락 방법을 파악할 수 있도록 이 사실을 알아야 합니다.**
- **저희 플랜 서비스 지역 밖으로 이사하시는 경우, 귀하는 저희 플랜의 회원으로 남아 있을 수 없습니다.**
- **이주하시는 경우, 사회보장국(또는 전국 철도 퇴직근로자 관리회)에도 알리는 것이 중요합니다.**

제 9 장:

*문제 또는 불만 사항이 있는 경우 해야 할
일(보장 결정, 이의 제기, 불만 제기)*

섹션 1 서론

섹션 1.1 문제 또는 우려사항이 있는 경우 해야 할 일

이 장에서는 문제 및 우려사항을 처리하는 프로세스를 설명합니다. 문제를 처리하는 데 사용하는 프로세스는 겪고 있는 문제의 유형에 따라 다릅니다.

- 일부 문제의 경우, **보장 결정 및 이의 제기 프로세스**를 이용해야 합니다.
- 다른 문제들의 경우, **불만(고충이라고도 함) 제기 프로세스**를 이용해야 합니다.

각 프로세스에는 저희와 귀하가 따라야 하는 일정 규칙, 절차 및 기한이 있습니다.

섹션 3의 가이드는 이용하기에 적합한 프로세스와 해야 할 일을 파악하는 데 도움이 될 것입니다.

섹션 1.2 법률 용어는 어떠합니까?

이 장에서 설명하는 일부 규칙, 절차, 기한 유형에는 법률 용어가 포함되어 있습니다. 이 용어들 중 다수가 대부분의 사람들에게 낯설고, 이해하기 어려울 수 있습니다. 보다 쉽게 이해할 수 있도록 이 장에서는 다음과 같이 설명합니다.

- 특정 법률 용어 대신 더 간단한 단어를 사용합니다. 예를 들어, 이 장에서는 일반적으로 고충 제기(filing a grievance) 대신 불만 제기(making a complaint)로, 조직 판정(organization determination), 보장 판정(coverage determination), 또는 위험 결정(at-risk determination) 대신 보장 결정(coverage decision)으로, 독립 검토 기관(Independent Review Entity) 대신 독립 검토 기관(independent review organization)으로 언급합니다.
- 또한 약어를 가능한 최소한으로 사용합니다.

그러나 정확한 법률 용어를 이해하는 것은 유용할 수 있고 때때로 상당히 중요합니다. 어떠한 용어를 사용해야 할지 알고 있는 것은 귀하의 상황에 맞는 도움이나 정보를 얻기 위해 더 정확하게 의사소통하는 데 도움이 됩니다. 어떠한 용어를 사용해야 할지 이해하는 것을 돕기 위해, 저희는 구체적인 상황을 처리하기 위한 상세 정보를 제공할 때 법률 용어를 포함시킵니다.

섹션 2

추가 정보와 개인화된 지원을 받을 수 있는 곳

저희는 항상 귀하를 도와드릴 수 있습니다. 귀하에 대한 당사의 대응에 대해 불만이 있는 경우에도 당사는 불만 제기 권리를 존중할 의무가 있습니다. 따라서 항상 고객 서비스에 도움을 요청해야 합니다. 그러나 일부 상황에서 귀하가 저희와 관련이 없는 개인으로부터의 도움 또는 지침을 원할 수 있습니다. 다음은 귀하에게 도움을 줄 수 있는 두 가지 기관입니다.

State Health Insurance Assistance Program(SHIP)

각 주에는 교육받은 상담사를 두고 있는 정부 프로그램이 있습니다. 이 프로그램은 저희, 보험회사 또는 의료 플랜과 관련이 없습니다. 이 프로그램의 상담사들이 귀하의 문제를 해결하기 위해 사용해야 할 프로세스를 이해하도록 도와줄 수 있습니다. 이들은 또한 귀하의 질문에 답변하고, 추가 정보를 제공하며, 해야 할 일에 관한 지침을 제공할 수 있습니다.

SHIP 상담사 서비스는 무료입니다. 전화번호 및 웹사이트 URL 은 본 문서의 제 2 장 섹션 3 에서 찾아보실 수 있습니다.

Medicare

Medicare 에 연락하여 도움을 받을 수도 있습니다. Medicare 에 연락하는 방법:

- 연중무휴 24 시간 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하셔야 합니다.
- 또한 Medicare 웹사이트(www.medicare.gov)를 방문하실 수도 있습니다.

Medicaid 에서 도움과 정보를 받을 수 있습니다

문제 처리에 대한 추가 정보 및 도움이 필요하시면 하와이주 복지부 MedQUEST 부서(State of Hawai'i Department of Human Services Med-QUEST Division)에 연락하실 수도 있습니다. 다음은 하와이주 복지부 Med-QUEST 부서(State of Hawai'i Department of Human Services Med-QUEST Division)에서 직접 정보를 얻을 수 있는 두 가지 방법입니다.

- 1-800-316-8005 번으로 전화하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-800-603-1201 번으로 전화하십시오.
- 하와이주 복지부 Med-QUEST 부서(Hawaii Department of Human Services Med-QUEST Division) 웹사이트(www.medquest.hawaii.gov)를 방문하실 수 있습니다.

섹션 3 Medicare 및 Medicaid 플랜에 대한 불만 및 이의 제기 방법 알아보기

귀하는 Medicare 에 가입되어 있으며 Medicaid 로부터 지원을 받습니다. 이 장에 있는 정보는 가입한 모든 Medicare 및 Medicaid 혜택에 적용되며 이는 Medicare 와 Medicaid 프로세스를 결합하거나 통합하기 때문에 통합 프로세스라고도 합니다.

간혹 Medicare 와 Medicaid 프로세스가 결합되지 않는 경우도 있습니다. 이러한 경우 Medicare 가 보장하는 혜택에 Medicare 프로세스를 사용하고 Medicaid 가 보장하는 혜택에 Medicaid 프로세스를 사용해야 합니다. 이에 대한 자세한 내용은 이 장의 섹션 6.4 “단계별: Level 2 이의 제기 방법”에 설명되어 있습니다.

혜택 관련 문제

섹션 4 보장 결정 및 이의 제기

질문 또는 우려사항이 있는 경우, 이 장에서 귀하의 상황에 적용되는 섹션만 읽으시면 됩니다. 아래 표는 이 장에서 **Medicare 또는 Medicaid 에서 보장하는 혜택**에 대한 문제나 불만 사항에 적절한 섹션을 찾는 데 도움이 됩니다.

문제 또는 우려 사항이 혜택 또는 보장에 관한 것입니까?

여기에는 의료 서비스(의료용품, 서비스 및/또는 Part B 처방약)의 보장 여부, 보장 방식 및 의료 서비스 비용 지불과 관련된 문제 등이 포함됩니다.

예.

이 장의 다음 섹션인 섹션 5, “보장 결정 및 이의 제기 기초 가이드”로 이동합니다.

아니요.

이 장의 끝부분에 있는 섹션 11: “치료의 질, 대기 시간, 고객 서비스, 기타 우려 사항에 관한 불만을 제기하는 방법”으로 이동합니다.

섹션 5

보장 결정 및 이의 제기 기초 가이드

섹션 5.1

보장 결정 요청 및 이의 제기: 개요

보장 결정 및 이의 제기는 의료 서비스(지불을 포함하여 서비스, 물품 및 Part B 처방약품)의 혜택 및 보장과 관련된 문제들을 다룹니다. 간략한 설명을 위해, 일반적으로 의료용품, 서비스 및 Medicare Part B 처방약품을 **의료 서비스(medical care)**로 지칭합니다. 보장 여부 및 보장 방법과 같은 문제에 대해서는 보장 결정 및 이의 제기 프로세스를 이용합니다.

혜택을 받기 전에 보장 결정 요청하기

보장 결정은 혜택과 보장 또는 저희가 귀하의 의료 서비스에 대해 지급할 금액에 관해 내리는 결정입니다. 예를 들어, 귀하의 플랜 네트워크 의사가 귀하를 네트워크에 소속되지 않은 전문의에게 의뢰하는 경우, 귀하가 해당 전문의에 대한 표준 거부 통지를 받았음을 네트워크 의사가 입증할 수 있거나, 의뢰된 서비스가 어떠한 조건 하에서도 보장되지 않음을 보장 범위 증명서를 통해 명확히 하지 않는 한, 이 의뢰는 유리한 보장 결정으로 간주됩니다. 귀하 또는 귀하의 의사는 또한 저희가 특정 의료 서비스를 보장할지 또는 귀하에게 필요하다고 생각하는 의료 서비스를 제공하는 것을 거부할지 확실하지 않은 경우 저희에게 연락하여 보장 결정을 요청할 수 있습니다. 다시 말해, 귀하가 의료 서비스를 받기 전 이를 보장해 줄 것인지 알고자 하는 경우, 저희가 귀하에 대한 보장 결정을 내리도록 요청할 수 있습니다. 제한된 상황에서는 보장 결정 요청이 취소될 것이며, 이는 저희가 요청을 검토하지 않을 것임을 의미합니다. 요청이 취소되는 경우의 예로는 요청이 불완전하거나, 누군가가 귀하를 대신하여 요청을 했지만 법적으로 그렇게 할 권한이 없거나, 귀하가 요청을 철회할 것을 요청하는 경우가 포함됩니다. 당사가 보장 결정 요청을 기각하는 경우, 요청이 기각된 이유와 기각 검토를 요청하는 방법을 설명하는 통지를 보내드릴 것입니다.

저희가 귀하에게 무엇이 보장되는지, 저희가 얼마를 지급하는지를 결정할 때 귀하의 보장 결정을 내리게 됩니다. 일부의 경우, 저희는 의료 서비스가 Medicare 에서 보장되지 않거나 더 이상 보장되지 않는다고 결정할 수 있습니다. 이 보장 결정에 동의하지 않는 경우, 귀하는 이의 제기를 하실 수 있습니다.

이의 제기

혜택을 받기 전이든 받은 후이든 저희가 보장 결정을 내렸는데 귀하가 만족하지 않는 경우 해당 결정에 대해 **이의 제기(appeal)**를 할 수 있습니다. 이의 제기는 저희가 내린 보장 결정의 검토와 변경을 요청하는 공식적인 방법입니다. 저희가 나중에 설명하는 특정 상황에서는 보장 결정에 대한 신속 이의 제기(expedited appeal) 또는 **빠른 이의 제기(fast appeal)**를 신청하실 수 있습니다. 귀하의 이의 제기는 원래 결정을 내린 검토자가 아닌, 다른 검토자들이 처리합니다.

귀하가 처음으로 결정에 대해 이의 제기를 하는 경우, 이를 Level 1 이의 제기라고 합니다. 이러한 이의 제기 시, 저희는 저희가 내린 보장 결정을 검토하여 규칙을 올바르게 준수했는지 확인합니다. 검토를 완료한 후, 저희 결정을 귀하께 알려드립니다.

제한된 상황에서 Level 1 이의 제기 신청은 기각되며, 이는 저희가 해당 신청을 검토하지 않을 것임을 의미합니다. 요청이 취소되는 경우의 예로는 요청이 불완전하거나, 누군가가 귀하를 대신하여 요청을 했지만 법적으로 그렇게 할 권한이 없거나, 귀하가 요청을 철회할 것을 요청하는 경우가 포함됩니다. 당사가 Level 1 이의 제기 신청을 기각하는 경우, 해당 신청이 기각된 이유와 기각에 대한 검토를 요청하는 방법을 설명하는 통지서를 보내드립니다.

저희가 의료 서비스에 대한 귀하의 Level 1 이의 제기 사항의 전부 또는 일부에 거부 결정을 내리는 경우, 귀하의 이의 제기는 저희와 관련이 없는 독립 검토 기관에서 수행하는 Level 2 이의 제기로 자동 진행될 것입니다.

- 귀하는 Level 2 이의 제기를 시작하기 위해 아무것도 할 필요가 없습니다. Medicare 규칙에 따라 당사는 귀하의 Level 1 이의 제기에 완전히 동의하지 않는 경우 자동으로 귀하의 의료 서비스 이의 제기를 Level 2 로 전달해야 합니다.
- 의료 서비스에 대한 Level 2 이의 제기에 대한 자세한 내용은 이 장의 **섹션 6.4** 를 참조하십시오.
- Part D 이의 제기는 이 장의 섹션 7에서 자세히 설명합니다.

Level 2 이의 제기의 결정에 만족하지 않는 경우, 귀하는 추가 단계의 이의 제기를 계속 진행할 수 있습니다(이 장의 섹션 10에서 Level 3, 4, 5 이의 제기 프로세스에 대해 설명합니다).

섹션 5.2 보장 결정을 요청하거나 이의 제기를 할 때 도움을 받는 방법

다음은 보장 결정을 요청하거나 결정에 대해 이의 제기를 하려는 경우를 위한 자원들입니다.

제 9 장 문제 또는 불만 사항이 있는 경우 해야 할 일(보장 결정, 이의 제기, 불만 제기)

- 귀하는 **고객관리부에 전화**하실 수 있습니다.
- 귀하는 State Health Insurance Assistance Program 에서 **무료로 도움을 받을 수 있습니다.**
- **담당 의사나 기타 의료 서비스 제공자가 요청할 수 있습니다.** 담당 의사가 Level 2 이상의 이의 제기를 도와주는 경우, 해당 의사를 귀하의 대리인으로 지정해야 합니다. 고객관리부에 전화하여 **대리인 임명**양식을 요청하십시오. (이 양식은 또한 Medicare 웹사이트 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 에서도 제공됩니다.)
 - 의료 서비스의 경우, 담당 의사나 기타 의료 서비스 제공자가 귀하를 대신하여 보장 결정 또는 Level 1 이의 제기를 신청할 수 있습니다. Level 1 이의 제기가 거부되면 자동으로 Level 2 로 넘어갑니다.
 - 담당 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자가 이의 제기 기간 동안 이미 받고 있는 서비스나 품목을 계속 받을 것을 요청하는 경우 귀하를 대신하여 행동할 대리인으로 담당 의사 또는 기타 처방의를 지정해야 **할 수 있습니다.**
 - Part D 처방약의 경우, 담당 의사 또는 다른 처방자가 귀하를 대신하여 보장 결정 또는 Level 1 이의 제기를 신청할 수 있습니다. Level 1 이의 제기가 거부된 경우 담당 의사 또는 처방자는 Level 2 이의 제기를 신청할 수 있습니다.
- **다른 개인이 귀하를 대리하도록 요청할 수 있습니다.** 원하시는 경우, 다른 사람을 귀하의 **대리인**으로 지정하여 보장 결정을 요청하거나 이의 제기를 하실 수 있습니다.
 - 친구, 친척 또는 다른 사람을 귀하의 대리인으로 지명하려면 고객관리부에 전화하여 **대리인 임명**양식을 요청하십시오. (이 양식은 또한 Medicare 웹사이트 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 또는 당사 웹사이트 www.hmsa.com/help-center/forms/medicare-appoint-representative/에서도 제공됩니다.) 이 양식이 해당 개인에 귀하를 대리하는 허가를 제공합니다. 여기에 귀하 및 귀하가 희망하는 대리인이 서명해야 합니다. 서명한 양식 사본을 저희에게 제출해야 합니다.
 - 저희는 양식 없이 이의 제기 신청을 수락할 수 있으나, 이를 접수할 때까지 검토를 시작하거나 완료할 수 없습니다. 이의 신청에 대한 결정 기한 내에 양식이 접수되지 않으면 귀하의 이의 신청은 기각됩니다. 이 경우, 저희는 독립 검토 기관에 귀하의 이의 제기 기각에 대한 저희의 결정을 검토하도록 요청할 수 있는 귀하의 권리를 설명하는 서면 통지를 보내드릴 것입니다.
- **또한 귀하는 변호사를 고용할 권리가 있습니다.** 변호사에게 연락하거나 현지 변호사협회 또는 다른 소개 서비스로부터 변호사를 소개받을 수 있습니다. 자격을 충족시키는 경우,

귀하께 무료 법률 서비스를 제공할 단체들도 있습니다. 하지만 어떤 유형의 보장 결정을 요청하거나 결정에 대해 이의 제기를 하기 위해 **변호사를 고용해야 하는 것은 아닙니다.**

섹션 5.3 이 장의 어느 섹션에서 귀하의 상황에 대한 세부사항을 제공합니까?

보장 결정 및 이의 제기에 관련된 네 가지의 다양한 상황이 있습니다. 각 상황에는 각기 다른 규칙과 기한이 있으므로, 저희는 각 상황에 대한 자세한 내용을 별도의 섹션에서 제공합니다.

- 이 장의 **섹션 6**: 귀하의 의료 서비스: 보장 결정을 요청하거나 이의를 제기하는 방법
- 이 장의 **섹션 7**: 귀하의 Part D 처방약: 보장 결정을 요청하거나 이의를 제기하는 방법
- 이 장의 **섹션 8**: 의사가 귀하를 너무 빨리 퇴원시킨다고 판단되는 경우, 입원 기간을 더 길게 보장해 줄 것을 저희에게 요청하는 방법
- 이 장의 **섹션 9**: 귀하의 보장이 너무 빨리 종료된다고 생각하는 경우, 특정 의료 서비스를 계속하여 보장해 줄 것을 요청하는 방법(*다음 서비스에만 적용*: 가정 간호, 전문 요양 시설 간호 및 포괄적 외래 재활 시설(Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 서비스)

어떤 섹션을 이용해야 하는지 잘 모르시겠다면 고객관리부에 문의하시기 바랍니다. 또한 State Health Insurance Assistance Program 과 같은 정부 기관으로부터의 도움이나 정보를 제공받을 수도 있습니다.

섹션 6 귀하의 의료 서비스: 보장 결정을 요청하거나 보장 결정에 대해 이의 제기를 하는 방법

섹션 6.1 이 섹션에서는 의료 서비스를 보장받는 데 문제가 있거나 저희가 치료 비용의 부담금을 환급해 주기를 원하는 경우 어떻게 해야 하는지에 대해 설명합니다

이 섹션은 의료 서비스에 대한 귀하의 혜택에 관한 것입니다. 이러한 혜택은 본 문서의 제 4 장: *의료 혜택표(보장 사항 및 회원 부담분)*에 설명되어 있습니다. Part B 처방약품 요청에 대해 다른 규칙이 적용되는 일부 경우가 있습니다. 이러한 경우, 저희는 Part B 처방약품에 대한 규칙이 의료용품 및 서비스에 대한 규칙과 어떻게 다른지 설명할 것입니다.

제 9 장 문제 또는 불만 사항이 있는 경우 해야 할 일(보장 결정, 이의 제기, 불만 제기)

이 섹션에서는 다음 다섯 가지 상황 중 하나에 처한 경우 조치를 취하는 방법에 대해 설명합니다.

1. 원하는 특정 의료 서비스를 받지 못하고 있으며, 저희 플랜이 해당 서비스를 보장한다고 생각하는 경우. **보장 결정을 요청합니다. 섹션 6.2.**
2. 저희 플랜은 담당 의사 또는 다른 의료 서비스 제공자가 귀하에게 제공하고자 하는 의료 서비스를 승인하지 않으며, 귀하가 저희 플랜이 해당 의료 서비스를 보장한다고 생각하는 경우. **보장 결정을 요청합니다. 섹션 6.2.**
3. 저희 플랜에서 보장해야 한다고 생각하는 의료 서비스를 받았지만 저희가 이 의료 서비스에 대해 비용을 지급하지 않겠다고 한 경우. **이의 제기를 합니다. 섹션 6.3.**
4. 귀하는 플랜에 의해 보장되어야 한다고 생각하는 의료 서비스를 받고 그 비용을 지불했으며, 저희 플랜에 이 의료 서비스에 대한 환급을 요청하고자 하는 경우. **저희에게 청구서를 보냅니다. 섹션 6.5.**
5. 귀하는 저희가 이전에 승인한 특정 의료 서비스에 대한 보장이 축소 또는 중단될 것임을 통지받았으며, 귀하는 이러한 치료를 축소 또는 중단하면 귀하의 건강에 해가 될 수 있다고 생각하는 경우. **이의 제기를 합니다. 섹션 6.3.**

참고: 중단될 예정인 보장이 병원 치료, 가정 간호, 전문 요양 시설 간호, 호스피스 간호 또는 포괄적 외래 재활 시설(Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 서비스에 대한 것일 경우, 이 장의 섹션 8 및 9 를 읽어 보셔야 합니다. 이러한 유형의 의료 서비스에는 특별 규칙이 적용됩니다.

섹션 6.2	단계별: 보장 결정을 요청하는 방법
---------------	----------------------------

법률 용어

보장 결정이 귀하의 의료 서비스와 관련된 경우, 이를 **조직 판정(organization determination)**이라고 합니다.

*빠른 보장 결정(fast coverage decision)*을 **신속 보장 판정(expedited determination)**이라고 합니다.

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

표준 보장 결정(standard coverage decision)은 일반적으로 역일 기준 14 일 이내에, Part B 약품의 경우 72 시간 이내에 내려집니다. **빠른 보장 결정(fast coverage decision)**은 일반적으로 의료 서비스의 경우 72 시간 이내에, Part B 약품의 경우 24 시간 이내에 내려집니다. 빠른 보장 결정을 받기 위해서는 다음 두 가지 요건을 충족해야 합니다.

- 의료용품 및/또는 서비스에 대한 보장 *만* 요청할 수 있습니다(이미 지급받은 물품 및/또는 서비스에 대한 지급 요청은 불가).
- 표준 기한 사용이 *귀하의 건강을 심각하게 훼손하거나 기능 수행력을 손상시킬 수 있는 경우에만* 빠른 보장 결정을 받을 수 있습니다.
- 담당 의사가 귀하의 건강상 빠른 보장 결정이 필요하다고 말하는 경우, 저희가 자동으로 빠른 보장 결정을 제공하는 데 동의할 것입니다.
- 귀하가 담당 의사의 지원 없이 단독으로 빠른 보장 결정을 요청하는 경우, 저희가 귀하의 건강상 빠른 보장 결정을 제공해야 할지를 결정합니다. 저희가 빠른 보장 결정을 승인하지 않는 경우, 다음과 같은 서신을 보내드립니다.
 - 표준 기한을 사용할 것임을 설명합니다.
 - 담당 의사가 빠른 보장 결정을 요청하는 경우, 자동으로 빠른 보장 결정이 제공될 것임을 알려드립니다.
 - 요청하신 빠른 보장 결정 대신 표준 보장 결정을 제공하기로 한 저희의 결정에 대해 빠른 불만 제기를 신청하실 수 있는 방법을 알려드립니다.

2 단계: 저희 플랜에 보장 결정 또는 빠른 보장 결정을 요청하십시오.

- 먼저 저희 플랜에 전화, 서면 또는 팩스를 통해 귀하가 원하는 의료 서비스를 승인하거나 보장해 줄 것을 요청하십시오. 귀하, 담당 의사, 또는 대리인이 이를 요청할 수 있습니다. 제 2 장에는 연락처 정보가 있습니다.

3 단계: 저희는 의료 서비스 보장에 대한 귀하의 요청을 심사하고 답변을 제공합니다.

표준 보장 결정에는 표준 기한을 사용합니다.

이는 저희가 귀하의 의료용품 또는 서비스에 대한 요청을 접수한 후 역일 기준 14 일 이내에 답변을 제공할 것임을 의미합니다. 귀하의 요청이 Medicare Part B 처방약품에 대한 것인 경우, 저희는 귀하의 요청을 수령한 후 72 시간 이내에 답변을 드릴 것입니다.

제 9 장 문제 또는 불만 사항이 있는 경우 해야 할 일(보장 결정, 이의 제기, 불만 제기)

- 단, 귀하가 추가 시간을 요청하거나 저희가 귀하에게 유익할 수 있는 추가 정보가 필요한 경우, 귀하의 요청이 의료용품 또는 서비스에 관한 것이라면 **최대 14 일이 더 소요될 수** 있습니다. 추가 기간이 소요되는 경우, 귀하에게 서면으로 알려드릴 것입니다. 귀하의 요청이 Medicare Part B 처방약품에 대한 것인지 결정하는 데에는 시간을 추가적으로 소요할 수 없습니다.
- 저희가 결정을 내리는데 시간을 추가로 소요하지 *않아야* 한다고 판단되는 경우, 귀하는 “빠른 불만 제기(fast complaint)” 신청을하실 수 있습니다. 저희가 결정을 내리는 즉시 귀하의 불만 제기에 대한 답변을 드릴 것입니다. (불만 제기 프로세스는 보장 결정 및 이의 제기 프로세스와는 다릅니다. 불만 제기에 관한 자세한 정보는 이 장의 섹션 11 을 참조하십시오.)

빠른 보장 결정을 위해 저희는 신속 처리 기간을 사용합니다.

빠른 보장 결정은 귀하의 요청이 의료용품 또는 서비스에 관한 것인 경우 저희가 72 시간 이내에 답변을 제공할 것임을 의미합니다. 귀하의 요청이 Medicare Part B 처방약품에 대한 것인 경우, 저희는 24 시간 이내에 답변을 드릴 것입니다.

- 그러나, 귀하가 추가 시간을 요청하거나 저희가 귀하에게 유익할 수 있는 추가 정보가 필요한 경우, **최대 14 일이 더 소요될 수 있습니다.** 추가 기간이 소요되는 경우, 귀하에게 서면으로 알려드릴 것입니다. 귀하의 요청이 Medicare Part B 처방약품에 대한 것인지 결정하는 데에는 시간을 추가적으로 소요할 수 없습니다.
- 저희가 결정을 내리는데 시간을 추가로 소요하지 *않아야* 한다고 판단되는 경우, 귀하는 빠른 불만 제기(fast complaint)를 신청하실 수 있습니다. (불만 제기에 대한 자세한 정보는 이 장의 섹션 11 을 참조하십시오.) 결정을 내리는 즉시 귀하에게 전화를 드릴 것입니다.
- **귀하 요청의 일부 또는 전부에 대한 저희의 결정이 거부인 경우,** 저희는 아니요라고 답변한 이유를 설명하는 서면 의견서를 발송합니다.

4 단계: 저희가 귀하의 의료 서비스 보장 요청에 거부 결정을 내리는 경우, 귀하는 이의 제기를 할 수 있습니다.

- 저희가 거부 결정을 내리는 경우, 귀하는 이의 제기를 하여 이러한 결정을 재고할 것을 요청할 권리가 있습니다. 이는 귀하가 원하는 의료 서비스 보장을 받을 수 있도록 다시 요청하는 것을 의미합니다. 귀하가 이의 제기를 한다는 것은 이의 제기 프로세스의 Level 1 로 진행됨을 의미합니다.

섹션 6.3

단계별: Level 1 이의 제기 방법

법률 용어

의료 서비스 보장 결정과 관련하여 플랜에 신청하는 이의 제기를 플랜 **재심(reconsideration)**이라고 합니다.

빠른 이의 제기(fast appeal)를 **신속 재심(expedited reconsideration)**이라고도 합니다.

1 단계: 표준 이의 제기(standard appeal)가 필요한지 또는 빠른 이의 제기가 필요한지 결정하십시오.

표준 이의 제기는 일반적으로 30 일 이내에, Part B 약품의 경우 7 일 이내에 이루어집니다. 빠른 이의 제기는 일반적으로 72 시간 이내에 이루어집니다.

- 귀하가 아직 제공받지 못한 의료 서비스 보장에 관한 저희 결정에 대해 이의 제기를 하는 경우, 귀하 및/또는 담당 의사가 빠른 이의 제기가 필요한지를 결정해야 합니다. 귀하의 의사가 귀하의 건강상 빠른 이의 제기를 요구한다고 말하는 경우, 저희는 빠른 이의 제기를 진행할 것입니다.
- “빠른 이의 제기” 요건은 이 장 섹션 6.2의 빠른 보장 결정 요건과 동일합니다.

2 단계: 저희 플랜에 이의 제기 또는 빠른 이의 제기를 신청하십시오

- 표준 이의 제기를 신청하는 경우, 서면으로 표준 이의 제기를 제출하십시오. 저희에게 전화하여 이의 제기를 신청할 수도 있습니다. 제 2 장에는 연락처 정보가 있습니다.
- 빠른 이의 제기를 신청하는 경우, 서면 또는 전화로 이의 제기를 하십시오. 제 2 장에는 연락처 정보가 있습니다.
- 보장 결정 요청에 대한 답변을 알려드리기 위해 저희가 보낸 서면 통지서에 기재된 날짜로부터 **역일 기준 60 일 이내에 이의 제기 신청을 하셔야 합니다.** 귀하가 이 기한을 놓쳤으며 이를 놓친 타당한 사유가 있는 경우, 이의 제기 시 이의 제기가 늦은 이유를 설명하십시오. 저희는 귀하의 이의 제기에 더 많은 시간을 드릴 수 있습니다. 합당한 이유의 예로는 심각한 질병으로 인해 저희에게 연락을 할 수 없었거나 저희가 이의 제기 신청 기한에 대해 잘못된 또는 불완전한 정보를 제공한 경우 등이 있을 수 있습니다.

- 귀하는 **의학적 의사 결정과 관련된 정보의 사본을 무료로 요청할 수 있습니다.** 귀하와 담당 의사는 **이의 제기를 뒷받침하는 더 많은 정보를 추가할 수 있습니다.** 저희는 이 정보를 복사하여 귀하에게 발송하는 데 수수료를 청구할 수 있습니다.

귀하에게 이미 제공 중인 서비스나 항목을 중단하거나 축소할 예정이라고 통보한 경우 이의 제기 기간 동안 해당 서비스나 항목을 유지할 수 있습니다.

- 현재 제공 중인 서비스 또는 항목에 대한 보장을 변경하거나 중단하기로 결정한 경우, 제안된 조치를 취하기 전에 귀하에게 통지합니다.
- 이에 동의하지 않는 경우 Level 1 이의 제기를 할 수 있습니다. 회원님이 서신의 소인 날짜로부터 10 일 이내 또는 조치의 예정된 발효일 중 늦은 날짜까지 Level 1 이의 제기를 요청하면 서비스 또는 항목을 계속 보장합니다.
- 이 기한을 지키면, Level 1 이의 제기가 진행 중인 동안 변경 없이 서비스 또는 항목을 계속하여 받을 수 있습니다. 또한 변경 없이 다른 모든 서비스 또는 항목(이의 제기 대상이 아닌)을 계속 받게 됩니다.

3 단계: 귀하의 이의 제기를 심사하고 답변을 제공합니다.

- 저희는 귀하의 이의 제기를 검토할 때 귀하의 모든 정보를 신중히 살펴봅니다. 귀하의 요청에 거부 결정을 내렸을 때 모든 규칙을 준수했는지 확인합니다.
- 필요한 경우 추가 정보를 수집할 것이며, 아마도 귀하 또는 담당 의사에게 연락할 것입니다.

빠른 이의 제기 기한

- 빠른 이의 제기의 경우, 저희는 **이의 제기 접수 후 72 시간 이내에** 답변을 제공해야 합니다. 귀하의 건강상 보다 신속한 답변이 필요한 경우, 더 신속한 답변을 제공합니다.
 - 단, 귀하가 추가 시간을 요청하거나 저희가 귀하에게 유익할 수 있는 추가 정보가 필요한 경우, 귀하의 요청이 의료용품 또는 서비스에 관한 것이라면 **역일 기준 최대 14 일이 더 소요될 수 있습니다.** 추가 기간이 소요되는 경우, 귀하에게 서면으로 알려드릴 것입니다. 귀하의 요청이 Medicare Part B 처방약품에 관한 요청인 경우에는 저희가 추가 시간을 소요할 수 없습니다.
 - 저희가 72 시간 이내에(또는 며칠이 더 추가되었을 경우 연장된 기간의 말일까지) 답변을 제공하지 않는 경우, 저희는 자동으로 귀하의 요청을 이의 제기 프로세스의 Level 2 로 전달해야 합니다. Level 2에서는 독립 검토 기관이 이를 검토합니다. 섹션 6.4 에서 Level 2 이의 제기 프로세스를 설명합니다.

- **귀하 요청의 일부 또는 전부에 대한 저희의 결정이 수용인 경우**, 저희는 귀하의 요청을 접수한 후 72 시간 내에 제공하기로 동의한 보장을 제공하거나 승인해야 합니다.
- **귀하 요청의 일부 또는 전부에 대한 저희의 결정이 거부인 경우**, 저희의 결정 사항을 서면으로 보내드리고 Level 2 이의 제기를 위한 독립 검토 기관으로 귀하의 이의 제기 건을 자동으로 전달합니다. 독립 검토 기관에서 귀하의 이의 제기를 접수하면 서면으로 통지해 드립니다.

표준 이의 제기 기한

- 표준 이의 제기의 경우, 저희는 이의 제기 접수 후 **역일 기준 30 일 이내에** 답변을 제공해야 합니다. 귀하의 요청이 아직 받지 못한 Medicare Part B 처방약품에 대한 것인 경우, 저희는 귀하의 이의 제기를 접수한 후 **역일 기준 7 일 이내에** 답변을 드릴 것입니다. 귀하의 질환으로 인해 보다 신속한 답변이 필요한 경우, 더 신속한 결정을 제공합니다.
 - 단, 귀하가 추가 시간을 요청하거나 저희가 귀하에게 유익할 수 있는 추가 정보가 필요한 경우, 귀하의 요청이 의료용품 또는 서비스에 관한 것이라면 **역일 기준 최대 14 일**이 더 소요될 수 있습니다. 추가 기간이 소요되는 경우, 귀하에게 서면으로 알려드릴 것입니다. 귀하의 요청이 Medicare Part B 처방약품에 대한 것인지 결정하는 데에는 시간을 추가적으로 소요할 수 없습니다.
 - 저희가 결정을 내리는데 시간을 추가로 소요하지 *않아야* 한다고 판단되는 경우, 귀하는 빠른 불만 제기(fast complaint)를 신청하실 수 있습니다. 귀하가 빠른 불만 제기를 신청하시면 저희는 귀하의 불만 사항에 대해 24 시간 이내에 답변을 제공합니다. (빠른 불만을 포함한 불만 제기 프로세스에 대한 자세한 정보는 이 장의 섹션 10 을 참조하십시오.)
 - 저희가 기한까지(또는 연장된 기간이 끝날 때까지) 귀하에게 답변을 제공하지 않는 경우, 저희는 귀하의 요청을 독립적인 검토 조직에서 이의 제기를 검토하는 Level 2 이의 제기로 전달합니다. 섹션 6.4 에서 Level 2 이의 제기 프로세스를 설명합니다.
- **귀하가 요청한 사항의 일부 또는 전부에 대해 ‘예’라고 답변하는 경우**, 귀하의 이의 제기를 접수한 후 **역일 기준 30 일** 이내에(귀하의 요청이 Medicare Part B 처방약에 대한 것인 경우 **역일 기준 7 일** 이내에) 보장을 승인 또는 제공해야 합니다.
- 플랜에서 이의 제기의 일부 또는 전부를 거부하는 경우 귀하는 추가로 이의 제기를 할 수 있습니다.
- 요청하신 사항의 일부 또는 전부를 거부하는 경우 저희는 귀하에게 통지문을 보내드립니다.
 - Medicare 서비스 또는 항목의 보장에 관한 문제인 경우, 통지문에는 Level 2 이의 제기를 위해 독립 검토 기관에 귀하의 사례를 보냈다는 내용이 기재되어 있습니다.

- 문제가 Medicaid 서비스 또는 항목 보장과 관련이 있는 경우 통지문에 2 단계 이의 제기 방법을 안내합니다.

섹션 6.4

단계별: Level 2 이의 제기 방법

법률 용어

독립 검토 기관(independent review organization)의 공식 명칭은 **독립 검토 기관(Independent Review Entity)**입니다. 이 기관은 **IRE** 라고도 합니다.

독립 검토 기관은 Medicare 에서 고용한 독립 조직입니다. 당사와는 관련이 없으며 정부 기관도 아닙니다. 이 조직이 저희가 내린 결정이 올바른지 또는 변경해야 하는지 여부를 결정합니다. Medicare 가 그 업무를 감독합니다.

- 일반적인 **Medicare 보장** 서비스 또는 항목과 관련된 문제인 경우, Level 1 이의 제기가 완료되는 즉시 자동으로 Level 2 이의 제기 절차로 이전됩니다.
- 문제가 일반적인 **Medicaid 보장** 서비스 또는 항목과 관련된 경우 Level 2 이의 제기를 할 수 있습니다. 통지문에서 이에 대한 방법을 안내할 것입니다. 정보는 아래에도 있습니다.
- 문제가 **Medicare 및 Medicaid 양쪽에서 보장될** 수 있는 서비스 또는 항목인 경우 귀하의 케이스는 자동으로 독립 검토 기관에 Level 2 이의 제기 프로세스로 들어갑니다. 주 정부에 공정 청문회를 요청할 수도 있습니다.

Level 1 이의 제기가 진행되는 동안 혜택을 계속 받을 수 있는 경우 이러한 혜택은 Level 2 이의 제기가 진행 중인 동안에도 계속 받을 수 있습니다. Level 1 이의 제기 기간 동안 혜택을 계속 받을 수 있는 방법에 대한 정보는 섹션 6.3 을 참조하십시오.

- 문제가 일반적인 Medicare 보장 서비스와 관련된 경우 독립 검토 기관을 통한 2 단계 이의 제기 진행 중에는 해당 서비스에 대한 혜택을 계속 받을 수 없습니다.
- 문제가 일반적인 Medicaid 보장 서비스와 관련이 있는 경우 플랜의 결과 통지문을 받은 후 역일 기준 10 일 이내에 Level 2 이의 제기를 제출할 경우 해당 서비스에 대한 귀하의 혜택이 계속됩니다.

문제가 Medicare 에서 일반적으로 보장하는 서비스 또는 항목과 관련이 있는 경우:

1 단계: 독립 검토 기관에서 귀하의 이의 제기를 검토합니다.

- 저희는 귀하의 이의 제기에 관한 정보를 이 조직에 전송할 것입니다. 이 정보를 귀하의 **케이스 파일(case file)**이라고 합니다. **귀하는 이 케이스 파일 사본을 무료로 요청할 수 있습니다.**
- 귀하는 자신의 이의 제기를 뒷받침할 추가 정보를 독립 검토 기관에 제공할 권리가 있습니다.
- 독립 검토 기관의 검토자들이 귀하의 이의 제기와 관련된 모든 정보를 신중히 검토합니다.

귀하가 Level 1 에서 빠른 이의 제기 신청을 한 경우, Level 2 또한 빠른 이의 제기로 처리됩니다

- 빠른 이의 제기의 경우 검토 조직은 이의 제기를 접수한 후 **72 시간 이내에** Level 2 이의 제기에 대한 답변을 제공해야 합니다.
- 귀하의 요청이 의료용품 또는 서비스에 관한 것이며 독립 검토 기관이 귀하에게 유익할 수 있는 추가 정보를 수집해야 하는 경우, **역일 기준 최대 14 일**이 더 소요될 수 있습니다. 독립 검토 기관은 귀하의 요청이 Medicare Part B 처방약품에 관한 것인 경우 결정하는 데 시간을 추가적으로 소요할 수 없습니다.

귀하가 Level 1 에서 표준 이의 제기 신청을 한 경우, Level 2 또한 표준 이의 제기로 처리됩니다

- 표준 이의 제기의 경우 귀하의 요청이 의료용품 또는 서비스에 관한 것이라면, 검토 조직은 반드시 귀하의 이의 제기를 접수한 후 **역일 기준 30 일 이내에** 귀하의 Level 2 이의 제기에 대한 답변을 제공해야 합니다. 귀하의 요청이 Medicare Part B 처방약품에 관한 것이라면, 검토 조직은 반드시 귀하의 이의 제기를 접수한 후 **역일 기준 7 일 이내에** 귀하의 Level 2 이의 제기에 대한 답변을 제공해야 합니다.
- 단, 귀하의 요청이 의료용품 또는 서비스에 관한 것이며 독립 검토 기관이 귀하에게 유익할 수 있는 추가 정보를 수집해야 하는 경우, **역일 기준 최대 14 일**이 더 소요될 수 있습니다. 독립 검토 기관은 귀하의 요청이 Medicare Part B 처방약품에 관한 것인 경우 결정하는 데 시간을 추가적으로 소요할 수 없습니다.

2 단계: 독립 검토 기관이 귀하에게 답변을 제공합니다.

독립 검토 기관이 귀하에게 서면으로 자체 결정 사항을 알리고 그 이유를 설명합니다.

- **독립 검토 기관이 의료용품 또는 서비스에 관한 요청의 일부 또는 전부에 동의하는 경우,** 저희는 표준 요청의 경우 독립 검토 기관의 결정을 받은 후 **72 시간 이내에** 의료 서비스

보장을 승인하거나 또는 **역일 기준 14 일** 이내에 서비스를 제공해야 하며, **신속 요청**의 경우 플랜이 독립 검토 기관의 결정을 받은 시점으로부터 **72 시간 이내**에 서비스를 제공해야 합니다.

- 독립 검토 기관이 **Medicare Part B 처방약품에 대한 요청의 일부 또는 전부에 수용 결정을 내리는 경우**, 저희는 **표준 요청(standard requests)**의 경우 독립 검토 기관의 결정을 받은 후 **72 시간 이내**에, **신속 요청(expedited requests)**의 경우 독립 검토 기관의 결정을 받은 시점으로부터 **24 시간 이내**에 Medicare Part B 처방약품을 승인 또는 제공해야 합니다.
- 이 조직에서 귀하의 **이의 제기 사항 일부 또는 전부에 거부 결정을 내리는 경우**, 이는 의료 서비스에 대한 귀하의 보장 요청(또는 귀하의 요청의 일부)이 승인되지 않아야 한다는 저희 플랜의 결정에 동의함을 의미합니다. (이를 **결정 유지(upholding the decision)** 또는 **이의 제기 기각(turning down your appeal)**이라고 합니다.). 이 경우 독립 검토 기관에서 다음과 같은 내용의 서신을 보내드립니다.
 - 결정 사항을 설명합니다.
 - 의료 서비스 보장 금액(달러 가치)이 일정 최소 금액을 충족하는 경우 귀하는 Level 3 이의 제기를 할 수 있습니다. 귀하가 독립 검토 기관으로부터 받는 서면 통지서에는 이의 제기 프로세스를 계속 진행하기 위해 충족해야 하는 달러 금액이 명시되어 있습니다.
 - Level 3 이의 제기 방법에 대한 설명.
- 2 단계 이의 제기가 거부되고 귀하가 이의 제기 프로세스를 계속할 요건을 충족시키는 경우, 3 단계로 진행하여 세 번째 이의 제기를 원하는지 결정해야 합니다. 이에 대한 자세한 방법은 Level 2 이의 제기 후 받게 되는 서면 통지문에 나와 있습니다.
 - Level 3 이의 제기는 행정법 판사 또는 변호 중재인이 처리합니다. 이 장의 섹션 10 에서 Level 3, 4, 5 이의 제기 절차에 대해 설명되어 있습니다.

문제가 Medicaid 에서 일반적으로 보장하는 서비스 또는 항목과 관련이 있는 경우:

1 단계: 주 정부에 공정 청문회를 요청할 수 있습니다.

- 일반적인 Medicaid 보장 서비스에 대한 Level 2 이의 제기 절차는 주 공정 청문회(State Fair Hearing)입니다. 귀하는 저희가 Level 1 이의 제기 결정에 관한 통지문을 보내드린 날짜로부터 **역일 기준 120 일 이내**에 주 공정 청문회에 서면 또는 전화를 통해 요청해야 합니다. 저희로부터 받은 통지문에서 어디에 청문 요청을 해야 하는지 안내해 드립니다.

하와이에서는 주정부와의 공정 청문회를 DHS 주정부 행정 청문회라고 합니다. 당사의 최종 이의 제기 결정에 만족하지 않는 경우, 주 행정 청문회를 요청할 수 있습니다. 이의 제기는 서면으로 이루어져야 합니다. 당사의 최종 이의 제기 결정을 수령한 날로부터 역일 기준 120 일 이내에 DHS 행정 이의 제기실에 이의 제기 신청서를 제출해야 합니다.

이의 제기 우편 주소:

Hawaii Department of Human Services
Administrative Appeals Office
P.O. Box 339
Honolulu, HI 96809-0039

DHS 는 이의 제기 요청이 제출된 날짜로부터 역일 기준 90 일 이내에 결정을 내립니다. DHS 행정 청문회 결정은 최종적입니다. DHS 가 당사의 결정을 번복할 경우 귀하의 건강 상태가 요구하는 대로 가능한 빨리, 그러나 귀하가 주의 결정을 수령한 날짜로부터 72 시간 내로 거부한 서비스를 제공할 것입니다.

2 단계: 공정 청문회 사무실에서 답변을 드립니다.

이 공정 청문회 사무실에서 귀하에게 서면으로 자체 결정을 알리고 그 이유를 설명합니다.

- **공정 청문회 사무실에서 의료 품목 또는 서비스에 대한 요청의 일부 또는 전부를 승인하는 경우**, 저희는 공정 청문회 사무실로부터 결정을 받은 후 72 시간 이내에 해당 서비스 또는 항목을 승인하거나 제공해야 합니다.
- **공정 청문회 사무실에서 귀하의 이의 제기 사항 일부 또는 전부에 거부 결정을 내리는 경우**, 이는 의료 서비스에 대한 귀하의 보장 요청(또는 귀하의 요청의 일부)이 승인되지 않아야 한다는 저희 플랜의 결정에 동의하는 것으로 간주됩니다 (이를 **결정 유지(upholding the decision)** 또는 **이의 제기 기각(turning down your appeal)**이라고 합니다.).

제가 요청한 내용의 전부 또는 일부에 대한 거부 결정을 받았을 경우 또 다른 이의 제기를 할 수 있습니까?

독립 검토 기관 또는 공정 청문회 사무실의 결정이 귀하의 요청 중 일부 또는 전부를 승인하지 않은 경우 귀하는 추가로 이의를 제기할 수 있습니다.

공정 청문회 사무실로부터 받은 통지문에는 다음 단계의 이의 제기 절차가 설명되어 있습니다.

Level 2 이후 이의 제기 권리에 대한 자세한 내용은 이 장의 **섹션 10** 을 참조하십시오.

섹션 6.5	귀하가 받은 의료 서비스 청구서에 대한 당사 비용 분담금을 돌려달라고 요청하는 경우 어떻게 할까요?
---------------	--

플랜에서 보장하는 Medicaid 서비스 또는 물품에 대해 귀하가 이미 비용을 지불한 경우, 저희 플랜에 이를 돌려달라고 요청하실 수 있습니다(귀하에게 돌려드리는 것을 흔히 **환급(reimbursing)**이라고 합니다). 저희 플랜에서 보장하는 의료 서비스 또는 약품에 대한 귀하의 분담금보다 더 많은 금액을 지불한 경우, 귀하는 저희 플랜에서 환급을 받을 권리가 있습니다. 귀하가 이미 지불한 청구서를 저희에게 보내주시면 저희는 청구서를 검토하여 해당 서비스 또는 약품이 보장되어야 하는지 여부를 결정할 것입니다. 해당 서비스 또는 약품이 보장되어야 한다고 결정하는 경우 저희는 이에 대한 비용을 돌려드립니다.

환급을 요청하는 것은 저희에게 보장 결정을 요청하는 것입니다

환급을 요청하는 서류를 저희에게 보내실 경우, 귀하는 보장 결정을 요청하시는 것입니다. 이러한 보장 결정을 내리기 위해, 저희는 귀하가 비용을 지불한 의료 서비스의 보장 여부를 확인합니다. 저희는 또한 귀하가 의료 서비스 보장을 이용하기 위한 모든 규칙을 준수했는지도 확인할 것입니다.

저희가 **Medicare** 서비스 또는 항목에 대해 당사에 환급을 요청하거나 귀하가 지불한 Medicaid 서비스 또는 항목에 대해 의료 서비스 제공자에게 비용을 지불하도록 요청하는 경우, 당사에 이러한 보장 결정을 요청해야 합니다. 저희는 귀하가 비용을 지불한 의료 서비스가 보장 대상인지 확인합니다. 저희는 또한 귀하가 의료 서비스 보장을 이용하기 위한 모든 규칙을 준수했는지도 확인할 것입니다.

- **저희가 귀하의 요청에 수용 결정을 내리는 경우:** 의료 서비스가 보장되고 귀하가 모든 규칙을 준수한 경우, 저희는 일반적으로 귀하의 요청을 받은 후 역일 기준 30 일 이내(단, 역일 기준 60 일을 초과하지 않음)에 저희가 부담해야 하는 금액을 귀하에게 제공합니다.
- **저희가 귀하의 요청에 거부 결정을 내리는 경우:** 의료 서비스가 보장되지 *않거나* 귀하가 모든 규칙을 따르지 *않은* 경우, 저희는 비용을 지급하지 않을 것입니다. 대신, 저희는 의료 서비스 비용을 지급하지 않겠다는 내용과 그 이유를 설명하는 서신을 보내드립니다.

귀하가 저희의 거부 결정에 동의하지 않는 경우 **이의**를 제기하실 수 있습니다. 이의 제기를 하시는 경우, 이는 귀하의 지급 요청을 거부한 저희의 보장 결정을 변경해 줄 것을 요청하는 것을 의미합니다.

이의 제기를 신청하려면 섹션 6.3 에 설명된 이의 제기 프로세스를 따르십시오. 환급에 관한 이의 제기의 경우, 다음 사항에 유의하시기 바랍니다.

- 저희는 귀하의 이의 제기를 접수한 후 역일 기준 30 일 이내에 답변을 제공해야 합니다. 귀하가 이미 제공받았으며 비용을 지불한 의료 서비스에 대한 환급을 요청하는 경우, 귀하는 빠른 이의 제기를 신청할 수 없습니다.
- 독립 검토 기관에서 저희가 비용을 지급해야 한다고 결정하면, 저희는 역일 기준 30 일 이내에 귀하 또는 서비스 제공자에게 지급금을 보내야 합니다. Level 2 이후의 모든 이의 제기 프로세스에서 귀하의 이의 제기에 예라고 답변하는 경우, 저희는 역일 기준 60 일 이내에 귀하가 요청한 비용을 귀하 또는 의료 서비스 제공자에게 보내야 합니다.

섹션 7

Part D 처방약: 보장 결정을 요청하거나 이의를 제기하는 방법

섹션 7.1

이 섹션은 Part D 약품을 받는 데 문제가 있는 경우 또는 Part D 약품에 대한 비용을 환급받고 싶은 경우 해야 할 일에 대해 설명합니다

귀하의 혜택에는 다수의 처방약 보장이 포함됩니다. 보장을 받으려면 약품을 의학적으로 인정받는 적응증에 사용해야 합니다. (의학적으로 인정받는 적응증에 관한 자세한 정보는 제 5 장을 참조하십시오.) Part D 약품, 규칙, 제약사항 및 비용에 대한 자세한 내용은 제 5 장 및 제 6 장을 참조하십시오. **이 섹션은 Part D 약품만 다루는 섹션입니다.** 간략한 설명을 위해, 이 섹션의 나머지 부분에서 매번 **보장 외래환자 처방약(covered outpatient prescription drug)** 또는 **Part D 약품(Part D drug)**이라 반복하는 대신 **약품(drug)**이라고 표현합니다. 또한 **보장 의약품 목록(List of Covered Drugs)** 또는 **처방집(Formulary)** 대신 **Drug List** 라는 용어를 사용합니다.

- 약품이 보장되는지 또는 규칙을 충족하는지 모르는 경우, 저희에게 문의하실 수 있습니다. 일부 약품은 저희가 보장해 드리기 전에 저희로부터 승인을 받아야 합니다.
- 약국이 처방전대로 처방약을 조제할 수 없다고 말하는 경우, 해당 약국은 보장 결정을 요청하기 위해 저희에게 연락하는 방법을 설명하는 통지문을 귀하에게 보냅니다.

Part D 보장 결정 및 이의 제기

법률 용어

Part D 약품에 대한 최초 보장 결정을 **보장 판정(coverage determination)**이라고 합니다.

보장 결정은 저희가 귀하의 혜택 및 보장 또는 귀하의 약품에 지급할 금액에 대해 내리는 결정입니다. 이 섹션에서는 다음과 같은 상황에 처했을 때 취할 수 있는 조치에 대해 설명합니다.

- 플랜의 **보장 의약품 목록(List of Covered Drugs)**에 등재되어 있지 않은 Part D 약품에 대한 보장 요청. **예외를 요청합니다. 섹션 7.2**
- 약품에 대한 플랜의 보장 범위 제한(예: 약품의 양 제한, 사전 승인 또는 다른 약품을 먼저 시도해야 하는 요건)에 대한 면제 요청. **예외를 요청합니다. 섹션 7.2**
- 약품에 대한 사전 승인 요청. **보장 결정을 요청합니다. 섹션 7.4**
- 이미 구매한 처방약에 대한 비용 지불. **저희에게 환급을 요청합니다. 섹션 7.4**

저희의 보장 결정에 동의하지 않는 경우, 저희 결정에 이의를 제기할 수 있습니다.

이 섹션은 보장 결정을 요청하는 방법, 이의 제기를 신청하는 방법에 관해 설명합니다.

섹션 7.2 예외(exception)란 무엇입니까?

법률 용어

Drug List 에 등재되어 있지 않은 약품에 대한 보장 요청은 **처방집 예외사항(formulary exception)** 요청이라고도 합니다.

약품 보장 제약에 대한 철회 요청은 **처방집 예외사항** 요청이라고도 합니다.

보장되는 비선호 약품에 대한 저렴한 가격 지불 요청은 **등급 변경 예외(tiering exception)** 요청이라고도 합니다.

약품이 귀하가 원하는 방식으로 보장되지 않는 경우, **예외**를 요청할 수 있습니다. 예외는 일종의 보장 결정입니다.

귀하의 예외 요청을 고려하려면, 담당 의사 또는 다른 처방자가 귀하의 예외를 승인해야 할 의학적 이유를 설명해야 합니다. 귀하, 담당 의사 또는 다른 처방자가 요청할 수 있는 예외의 두 가지 예는 다음과 같습니다.

1. **Drug List 에 포함되어 있지 않은 Part D 약품 보장.** 저희가 Drug List 에 등재되어 있지 않은 약품을 보장하는 데 동의하는 경우, 귀하는 저희의 모든 의약품에 적용되는 비용 분담금을 지불해야 합니다. 귀하는 저희가 약품에 대해 귀하가 지불하도록 요구하는 비용 분담금에 대한 예외는 요청할 수 없습니다.
2. **보장 약품에 대한 제약사항 철회.** 제 5 장은 Drug List 에 있는 특정 의약품에 적용되는 추가 규칙 또는 제약사항에 대해 설명합니다.

섹션 7.3

예외 요청에 관해 알아야 할 중요한 사항

담당 의사가 저희에게 의학적 이유를 알려주어야 합니다

담당 의사 또는 다른 처방자가 예외를 요청하는 의학적 이유를 설명하는 소견서를 제출해야 합니다. 보다 신속한 결정을 위해, 예외를 요청할 때 담당 의사 또는 다른 처방자로부터의 이 의료 정보를 포함시킵니다.

일반적으로, Drug List 에는 특정 질환을 치료하는 하나 이상의 약품이 포함되어 있습니다. 이 다른 가능한 약품들을 **대안(alternative)** 약품이라고 합니다. 대안 약품이 귀하가 요청하는 약품만큼 효과적이고 보다 많은 부작용 또는 다른 건강 문제를 야기하지 않을 경우, 저희는 일반적으로 예외 요청을 승인하지 *않을* 것입니다.

귀하의 요청에 수용 또는 거부 결정을 내릴 수 있습니다

- 저희가 예외 요청을 승인하는 경우, 이 승인은 보통 플랜 연도 말까지 유효합니다. 이는 담당 의사가 귀하에게 약품을 계속하여 처방하고, 약품이 귀하의 질환을 치료하는 데 계속하여 안전하고 효과적인 한 유효합니다.
- 저희가 귀하의 요청을 거부하는 경우 귀하는 이의 제기를 하여 재검토를 요청할 수 있습니다.

섹션 7.4

단계별: 예외를 포함한 보장 결정 요청 방법

법률 용어

빠른 보장 결정을 신속 보장 판정(expedited coverage determination)이라고 합니다.

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

표준 보장 결정은 저희가 담당 의사의 소견서를 접수한 후 72 시간 이내에 내려집니다. 빠른 보장 결정은 저희가 담당 의사의 소견서를 접수한 후 24 시간 이내에 내려집니다.

건강상 필요한 경우, 빠른 보장 결정을 요청하십시오. 빠른 보장 결정을 받기 위해서는 두 가지 요건을 충족시켜야 합니다.

- 아직 받지 않은 약품에 대해 요청하셔야 합니다. (이미 구매한 약품 비용을 환급받기 위해 빠른 보장 결정을 요청할 수 없습니다.)
- 표준 기한을 사용하면 귀하의 건강을 심각하게 훼손하거나 기능 수행력을 손상시킬 수 있습니다.
- 담당 의사 또는 다른 처방자가 귀하의 건강상 빠른 보장 결정이 필요하다고 말하는 경우, 저희는 자동으로 빠른 보장 결정을 제공합니다.
- 귀하가 담당 의사 또는 처방자의 지원 없이 단독으로 빠른 보장 결정을 요청하는 경우, 저희가 귀하의 건강상 빠른 보장 결정을 제공해야 할지 여부를 결정합니다. 저희가 빠른 보장 결정을 승인하지 않는 경우, 다음과 같은 서신을 보내드립니다.
 - 표준 기한을 사용할 것임을 설명합니다.
 - 담당 의사 또는 다른 처방자가 빠른 보장 결정을 요청하는 경우, 자동으로 빠른 보장 결정이 제공될 것임을 설명합니다.
 - 요청하신 빠른 보장 결정 대신 표준 보장 결정을 제공하기로 한 저희 결정에 대해 “빠른 불만 제기”를 신청하실 수 있는 방법을 알려드립니다. 접수 후 24 시간 이내에 귀하의 불만 제기에 대한 답변을 드립니다.

2 단계: 표준 보장 결정 또는 빠른 보장 결정을 요청합니다.

먼저 저희 플랜에 전화, 서면 또는 팩스를 통해 귀하가 원하는 의료 서비스를 승인하거나 보장해 줄 것을 요청하십시오. 또한 당사 웹사이트를 통해 보장 결정 프로세스에 접근할 수 있습니다. 저희는 CMS 모델 보장 판정 요청양식(CMS Model Coverage Determination Request Form) 또는 당사

웹사이트(<https://www.hmsa.com/help-center/forms/medicare-drug-review>)에서 이용 가능한 플랜 양식으로 제출된 요청을 포함하여 모든 서면 요청을 수락해야 합니다. 제 2 장에는 연락처 정보가 있습니다. 귀하의 요청을 처리하는 데 도움이 되도록 귀하의 이름, 연락처 정보 및 거부된 청구 중 이의 제기 중인 청구를 식별하는 정보를 반드시 포함해 주시기 바랍니다.

귀하, 담당 의사(또는 다른 처방자) 또는 귀하의 대리인이 이를 요청할 수 있습니다. 또한 변호사의 대리를 받을 수 있습니다. 이 장의 섹션 4 에서 귀하의 대리인으로 행동할 개인에 서면 허가서를 제공할 수 있는 방법을 설명합니다.

- **예외를 요청하는 경우, 예외를 위한 의학적 이유인 증빙 소견서를 제출하십시오.** 담당 의사 또는 다른 처방자가 이 소견서를 저희에게 팩스 또는 우편으로 보낼 수 있습니다. 또는 담당 의사나 다른 처방자가 전화로 알려준 후, 필요한 경우 서면 소견서를 팩스 또는 우편으로 발송할 수 있습니다.

3 단계: 귀하의 요청을 심사하고 답변을 제공합니다.

빠른 보장 결정 기한

- 저희는 귀하의 요청을 접수한 후 **24 시간 이내에** 답변을 제공합니다.
 - 예외의 경우, 담당 의사의 증빙 소견서를 접수한 후 24 시간 이내에 답변을 제공합니다. 귀하의 건강상 보다 신속한 답변이 필요한 경우, 더 신속한 답변을 제공합니다.
 - 이 기한을 지키지 못하는 경우, 저희는 귀하의 요청을 이의 제기 프로세스의 Level 2 로 전달해야 합니다. Level 2 에서는 독립 검토 기관이 이를 검토합니다.
- **귀하 요청의 일부 또는 전부에 대한 저희의 결정이 수용인 경우,** 귀하의 요청 또는 요청을 뒷받침하는 의사의 소견서를 접수한 후 24 시간 내에 제공하기로 동의한 보장을 제공해야 합니다.
- **귀하 요청의 일부 또는 전부에 대한 저희의 결정이 거부인 경우,** 저희는 아니요라고 답변한 이유를 설명하는 서면 의견서를 발송합니다. 또한 귀하의 이의 제기 방법을 알려드립니다.

아직 받지 않은 약품에 관한 표준 보장 결정 기한

- 일반적으로 저희는 귀하의 요청을 접수한 후 **72 시간 이내에** 답변을 제공해야 합니다.
 - 예외의 경우, 담당 의사의 증빙 소견서를 접수한 후 72 시간 이내에 답변을 제공합니다. 귀하의 건강상 보다 신속한 답변이 필요한 경우, 더 신속한 답변을 제공합니다.

제 9 장 문제 또는 불만 사항이 있는 경우 해야 할 일(보장 결정, 이의 제기, 불만 제기)

- 이 기한을 지키지 못하는 경우, 저희는 귀하의 요청을 이의 제기 프로세스의 Level 2 로 전달해야 합니다. Level 2에서는 독립 검토 기관이 이를 검토합니다.
- **귀하 요청의 일부 또는 전부에 대한 저희의 결정이 수용인 경우**, 귀하의 요청 또는 요청을 뒷받침하는 의사의 소견서를 접수한 후 **72 시간 이내에** 제공하기로 동의한 **보장을 제공**해야 합니다.
- **귀하 요청의 일부 또는 전부에 대한 저희의 결정이 거부인 경우**, 저희는 아니요라고 답변한 이유를 설명하는 서면 의견서를 발송합니다. 또한 귀하의 이의 제기 방법을 알려드립니다.

이미 구매한 약품의 지급에 관한 표준 보장 결정 기한

- 저희가 귀하의 요청을 접수한 후 **역일 기준 14 일 이내에** 답변을 제공해야 합니다.
 - 이 기한을 지키지 못하는 경우, 저희는 귀하의 요청을 이의 제기 프로세스의 Level 2 로 전달해야 합니다. Level 2에서는 독립 검토 기관이 이를 검토합니다.
- **또한, 귀하 요청의 일부 또는 전부에 대한 저희의 결정이 수용인 경우**, 요청을 접수한 후 역일 기준 14 일 내에 귀하께 지급해야 합니다.
- **귀하 요청의 일부 또는 전부에 대한 저희의 결정이 거부인 경우**, 저희는 아니요라고 답변한 이유를 설명하는 서면 의견서를 발송합니다. 또한 귀하의 이의 제기 방법을 알려드립니다.

4 단계: 저희가 귀하의 보장 요청에 거부 결정을 내리는 경우, 귀하는 이의 제기를 할 수 있습니다.

- 저희가 거부 결정을 내리는 경우, 귀하는 이의 제기를 하여 이러한 결정을 재고할 것을 요청할 권리가 있습니다. 이는 귀하가 원하는 약품 보장을 받을 수 있도록 다시 요청하는 것을 의미합니다. 귀하가 이의 제기를 한다는 것은 이의 제기 프로세스의 Level 1 로 진행됨을 의미합니다.

섹션 7.5**단계별: Level 1 이의 제기 방법****법률 용어**

Part D 약품 보장 결정에 관해 플랜에 이의 제기를 하는 것을 플랜 **재결정(redetermination)**이라고 합니다.

빠른 이의 제기를 신속 **재결정(expedited redetermination)**이라고도 합니다.

1 단계: 표준 이의 제기(standard appeal)가 필요한지 또는 빠른 이의 제기가 필요한지 결정하십시오.

표준 이의 제기는 보통 7 일 이내에 이루어집니다. 빠른 이의 제기는 일반적으로 72 시간 이내에 이루어집니다. 건강상 필요한 경우, 빠른 이의 제기를 신청합니다

- 귀하가 아직 받지 못한 약품에 관한 저희 결정에 대해 이의 제기를 하는 경우, 귀하와 담당 의사 또는 다른 처방자가 빠른 이의 제기가 필요한지를 결정해야 합니다.
- 빠른 이의 제기 요건은 이 장 섹션 6.2 의 빠른 보장 결정 요건과 동일합니다.

2 단계: 귀하, 대리인, 의사, 또는 기타 처방의가 저희에게 연락하여 Level 1 이의 제기를 신청해야 합니다. 건강상 신속한 답변이 필요한 경우, 빠른 이의 제기를 신청해야 합니다.

- **표준 이의 제기의 경우, 서면 요청서를 제출하거나 저희에게 전화하십시오. 제 2 장에는 연락처 정보가 있습니다.**
- **빠른 이의 제기의 경우 서면으로 이의 제기를 제출하거나 (808) 9486000 번으로 전화 주십시오. 제 2 장에는 연락처 정보가 있습니다.**
- 저희는 당사 웹사이트(<https://www.hmsa.com/help-center/forms/medicare-drug-review/>)에서 이용 가능한 **CMS 모델 보장 판정 요청 양식(CMS Model Coverage Determination Request Form)**으로 제출한 요청을 포함한 모든 **서면 요청을 수락해야 합니다.** 귀하의 요청을 처리하는 데 도움이 되도록 귀하의 이름, 연락처 정보 및 해당 청구에 관한 정보를 반드시 포함시켜 주시기 바랍니다.
- 보장 결정 요청에 대한 답변을 알려드리기 위해 저희가 보낸 서면 통지서에 기재된 날짜로부터 **역일 기준 65 일 이내에 이의 제기 신청을 하셔야 합니다.** 귀하가 이 기한을 놓쳤으며 이를 놓친 타당한 사유가 있는 경우, 이의 제기 시 이의 제기가 늦은 이유를 설명하십시오. 저희는 귀하의 이의 제기에 더 많은 시간을 드릴 수 있습니다. 합당한 이유의 예로는 심각한 질병으로 인해 저희에게 연락을 할 수 없었거나 저희가 이의 제기 신청 기한에 대해 잘못된 또는 불완전한 정보를 제공한 경우 등이 있을 수 있습니다.
- **이의 제기에서 정보 사본을 요청하고 다른 정보를 추가할 수 있습니다.** 귀하와 담당 의사는 이의 제기를 뒷받침하는 더 많은 정보를 추가할 수 있습니다.

3 단계: 귀하의 이의 제기를 심사하고 답변을 제공합니다.

- 저희가 귀하의 이의 제기를 검토할 때, 귀하의 보장 요청에 관한 모든 정보를 다시 한번 신중히 검토합니다. 귀하의 요청에 거부 결정을 내렸을 때 모든 규칙을 준수했는지 확인합니다. 추가 정보를 위해 귀하, 담당 의사 또는 처방자에게 연락할 수 있습니다.

빠른 이의 제기 기한

- 빠른 이의 제기의 경우, 저희는 **이의 제기 접수 후 72 시간 이내에** 답변을 제공해야 합니다. 귀하의 건강상 보다 신속한 답변이 필요한 경우, 더 신속한 답변을 제공합니다.
 - 저희가 72 시간 내에 답변을 제공하지 않는 경우, 저희는 귀하의 요청을 이의 제기 프로세스의 Level 2 로 전달해야 합니다. Level 2에서는 독립 검토 기관이 이를 검토합니다. **섹션 7.6**에서 Level 2 이의 제기 프로세스에 대해 설명합니다.
- **귀하 요청의 일부 또는 전부에 대한 저희의 결정이 수용인 경우**, 귀하의 요청을 접수한 후 72 시간 내에 제공하기로 동의한 보장을 제공해야 합니다.
- **귀하 요청의 일부 또는 전부에 대한 저희의 결정이 거부인 경우**, 거부 결정을 내린 이유와 저희 결정에 이의를 제기하는 방법을 설명하는 서면 의견서를 보내드립니다.

아직 받지 않은 약품에 대한 표준 이의 제기 기한

- 표준 이의 제기의 경우, 저희는 이의 제기 접수 후 **역일 기준 7 일 이내에** 귀하에게 답변을 제공해야 합니다. 귀하가 아직 약품을 받지 못했고 귀하의 질환이 보다 신속한 결정을 요구하는 경우, 보다 신속한 결정을 제공합니다.
 - 저희가 역일 기준 7 일 이내에 결정을 제공하지 않는 경우, 저희는 귀하의 요청을 이의 제기 프로세스의 Level 2 로 전달해야 합니다. Level 2에서는 독립 검토 기관이 이를 검토합니다. **섹션 7.6**에서 Level 2 이의 제기 프로세스에 대해 설명합니다.
- **귀하 요청의 일부 또는 전부에 대한 저희 결정이 수용인 경우**, 저희는 귀하의 건강상의 필요만큼 신속하게, 그러나 이의 제기 접수 후 **역일 기준 7 일 이내에는** 보장을 제공해야 합니다.
- **귀하 요청의 일부 또는 전부에 대한 저희의 결정이 거부인 경우**, 거부 결정을 내린 이유와 저희 결정에 이의를 제기하는 방법을 설명하는 서면 의견서를 보내드립니다.

이미 구매한 약품의 지급에 관한 표준 이의 제기 기한

- 저희가 귀하의 요청을 접수한 후 **역일 기준 14 일 이내에** 답변을 제공해야 합니다.

- 이 기한을 지키지 못하는 경우, 저희는 귀하의 요청을 이의 제기 프로세스의 Level 2 로 전달해야 합니다. Level 2 에서는 독립 검토 기관이 이를 검토합니다.
- 또한, **귀하 요청의 일부 또는 전부에 대한 저희의 결정이 수용인 경우**, 요청을 접수한 후 역일 기준 30 일 이내에 귀하에게 지급해야 합니다.
- **귀하 요청의 일부 또는 전부에 대한 저희의 결정이 거부인 경우**, 저희는 아니요라고 답변한 이유를 설명하는 서면 의견서를 발송합니다. 또한 귀하의 이의 제기 방법을 알려드립니다.

4 단계: 귀하의 요청에 거부 결정을 내리는 경우, 귀하는 이의 제기 프로세스를 계속하여 또 다른 이의 제기를 하고 싶은지 결정합니다.

- 또 다른 이의 제기를하기로 결정하는 경우, 이는 귀하의 이의 제기가 이의 제기 프로세스의 Level 2 로 넘어갈 것임을 의미합니다.

섹션 7.6

단계별: Level 2 이의 제기 방법

법률 용어

독립 검토 기관(independent review organization)의 공식 명칭은 **독립 검토 기관(Independent Review Entity)**입니다. 이 기관은 **IRE** 라고도 합니다.

독립 검토 기관은 Medicare 에서 고용한 독립 조직입니다. 당사와는 관련이 없으며 정부 기관도 아닙니다. 이 조직이 저희가 내린 결정이 올바른지 또는 변경해야 하는지 여부를 결정합니다. Medicare 가 그 업무를 감독합니다.

1 단계: 귀하(또는 대리인, 담당 의사 또는 다른 처방자)가 독립 검토 기관에 연락하여 사례 검토를 요청해야 합니다.

- 저희가 귀하의 Level 1 이의 제기에 거부 결정을 내리는 경우, 귀하에게 발송하는 서면 통지문에는 독립 검토 기관에 **Level 2 이의 제기를 하는 방법에 관한 지침**이 포함되어 있을 것입니다. 이 지침에는 Level 2 이의 제기를 할 수 있는 담당자, 준수해야 할 기한 및 검토 조직에 연락하는 방법이 설명되어 있습니다. 그러나, 저희가 해당 기간 내에 검토를 완료하지 않았거나 당사 의약품 관리 프로그램에 따라 **위험 결정**에 대해 불리한 결정을 내린 경우, 저희는 자동으로 귀하의 청구를 IRE 로 전달할 것입니다.

제 9 장 문제 또는 불만 사항이 있는 경우 해야 할 일(보장 결정, 이의 제기, 불만 제기)

- 저희는 귀하의 이의 제기에 관한 정보를 이 조직에 전송할 것입니다. 이 정보를 귀하의 **케이스 파일(case file)**이라고 합니다. **귀하는 당사에 귀하의 케이스 파일 사본을 요청할 권리가 있습니다.** 저희는 이 정보를 복사하여 귀하에게 발송하는 데 수수료를 청구할 수 있습니다.
- 귀하는 자신의 이의 제기를 뒷받침할 추가 정보를 독립 검토 기관에 제공할 권리가 있습니다.

2 단계: 독립 검토 기관이 귀하의 이의 제기를 검토합니다.

독립 검토 기관의 검토자들이 귀하의 이의 제기와 관련된 모든 정보를 신중히 검토합니다.

빠른 이의 제기 기한

- 건강상 필요한 경우, 독립 검토 기관에 빠른 이의 제기를 요청합니다.
- 이 조직에서 빠른 이의 제기를 제공하는 데 동의하는 경우, 조직에서는 이의 제기 신청 접수 후 **72 시간 이내에** Level 2 이의 제기에 대한 답변을 제공해야 합니다.

표준 이의 제기 기한

- 표준 이의 제기의 경우, 검토 조직은 귀하가 아직 받지 못한 약품에 대한 이의 제기인 경우에는 접수 후 **역일 기준 7 일 이내에** Level 2 이의 제기에 대한 답변을 제공해야 합니다. 귀하가 이미 구입한 약품에 대한 환급을 요청하는 경우, 검토 조직은 반드시 요청 접수 후 **역일 기준 14 일 이내에** 귀하의 Level 2 이의 제기에 대한 답변을 제공해야 합니다.

3 단계: 독립 검토 기관이 귀하에게 답변을 제공합니다.***빠른 이의 제기의 경우:***

- 독립 검토 기관이 귀하 요청의 일부 또는 전부에 수용 결정을 내리는 경우, 저희는 검토 조직으로부터 해당 결정을 전달받은 후 **24 시간 내에** 검토 조직이 승인한 약품 보장을 제공해야 합니다.

표준 이의 제기의 경우:

- 독립 검토 기관이 보장 요청의 일부 또는 전부에 수용 결정을 내리는 경우, 저희는 검토 조직으로부터 해당 결정을 전달받은 후 **72 시간 이내에** 검토 조직이 승인한 약품 보장을 제공해야 합니다.

- 독립 검토 기관이 귀하가 이미 구매한 약품에 대한 환급 요청의 일부 또는 전부에 수용 결정을 내리는 경우, 저희는 검토 조직으로부터 해당 결정을 전달받은 후 **역일 기준 30 일 이내에 귀하에게 지급금을 송금해야 합니다.**

검토 조직이 이의 제기에 거부 결정을 내리는 경우 어떻게 됩니까?

이 조직에서 귀하의 이의 제기 사항 **일부 또는 전부에** 거부 결정을 내리는 경우, 이는 귀하의 요청(또는 요청의 일부)을 승인하지 않기로 한 저희의 결정에 동의한다는 의미입니다. (이를 **결정 유지(upholding the decision)** 또는 **이의 제기 기각(turning down your appeal)**이라고 합니다.) 이 경우 독립 검토 기관에서 다음과 같은 내용의 서신을 보내드립니다.

- 결정 사항을 설명합니다.
- 귀하가 요청한 약품 보장 금액(달러 가치)이 일정 최소 금액을 충족하는 경우 귀하에게 Level 3 이의 제기를 할 수 있는 권리가 있음을 알려드립니다. 귀하가 요청하는 약품 보장의 달러 가치가 너무 적은 경우, 또 다른 이의 제기를 할 수 없으며 Level 2 에서의 결정이 최종 결정이 됩니다.
- 이의제기 프로세스를 계속 진행하기 위해 심의 중인 금액(달러 가치)을 알려드립니다.

4 단계: 귀하의 케이스가 요건을 충족하는 경우, 귀하는 이의 제기를 더 진행할지 여부를 선택합니다.

- Level 2 이후 이의 제기 프로세스에 3 개의 추가 단계가 더 있습니다(총 5 단계의 이의 제기).
- Level 3 이의 제기로 진행하려는 경우, 이에 대한 자세한 내용은 Level 2 이의 제기 결정 후 받게 되는 서면 통지문에 나와 있습니다.
- Level 3 이의 제기는 행정법 판사 또는 변호 중재인이 처리합니다. 이 장의 섹션 10 에서 Level 3, 4, 5 의 이의 제기 프로세스에 대해 자세히 알려드립니다.

섹션 8 귀하를 너무 빨리 퇴원시킨다고 판단되는 경우, 입원 기간을 더 길게 보장해 줄 것을 저희에게 요청하는 방법

귀하가 병원에 입원한 경우, 귀하는 저희가 보장하며 귀하의 질병 또는 상해를 진단하고 치료하는데 필요한 모든 병원 서비스를 제공받을 권리가 있습니다.

제 9 장 문제 또는 불만 사항이 있는 경우 해야 할 일(보장 결정, 이의 제기, 불만 제기)

귀하의 보장되는 병원 입원 기간 동안 담당 의사와 병원 직원은 귀하와 협력하여 퇴원을 위한 준비를 지원합니다. 이들은 퇴원 후 귀하에게 필요할 수 있는 의료 서비스를 주선합니다.

- 귀하가 병원에서 퇴원하는 날을 **퇴원일(discharge date)**이라고 합니다.
- 퇴원일이 결정되면 담당 의사나 병원 직원이 알려드릴 것입니다.
- 귀하가 너무 빨리 퇴원한다고 생각되는 경우 입원 기간 연장을 요청할 수 있으며, 이에 따라 요청이 고려될 것입니다.

섹션 8.1 입원 기간 동안 Medicare로부터 귀하의 권리를 설명하는 서면 통지문을 받게 됩니다

귀하는 병원에 입원한 후 역일 기준 2 일 이내에 *귀하의 권리에 관한 Medicare 의 중요 메시지(An Important Message from Medicare about Your Rights)* 라는 서면 통지문을 받게 됩니다. Medicare 에 가입한 모든 사람이 이 통지문을 받습니다.

병원의 어떤 관계자(예: 사례담당자 또는 간호사)로부터 이 통지문을 받지 못하는 경우, 병원 직원에게 이를 요청하십시오. 도움이 필요한 경우, 고객센터 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)(TTY 1-877-486-2048)로 연중무휴 24 시간 언제든지 전화하시면 됩니다.

1. 이 통지문을 주의 깊게 읽고 이해가 되지 않는 부분은 질문하십시오. 이 통지문에는 다음과 같은 내용이 나와 있습니다.

- 담당 의사가 지시한 대로, 입원 기간 동안과 입원 후 Medicare 보장 서비스를 받을 권리. 여기에는 이러한 서비스가 무엇이고 누가 비용을 지불하며 어디서 서비스를 받을 수 있는지를 알 권리가 명시되어 있습니다.
- 귀하의 입원에 관한 결정에 관여할 귀하의 권리
- 병원 치료의 질에 관련된 우려 사항을 신고할 곳
- 귀하가 병원에서 너무 빨리 퇴원한다고 생각되는 경우 퇴원 결정에 대해 **즉각적인 검토를 요청**할 수 있는 권리. 이는 저희가 보다 긴 기간 동안 귀하의 병원 치료를 보장해 드릴 수 있도록 하기 위해 퇴원일 지연을 요청하는 공식적이고 합법적인 방법입니다.

2. 귀하는 서면 통지문을 수령했으며 귀하의 권리를 이해하였음을 보여주기 위해 서면 통지문에 서명하도록 요청받게 될 것입니다.

- 귀하 또는 귀하의 대리인은 통지문에 서명하도록 요청받을 것입니다.
- 통지문에 서명하는 것은 귀하가 귀하의 권리에 대한 정보를 받았음을 나타내는 용도일 뿐입니다. 통지문에는 퇴원일이 명시되어 있지 않습니다. 통지에 서명한다고 해서 귀하가 퇴원일에 동의하는 것은 **아닙니다**.

3. 필요한 경우 이의 제기(또는 치료의 질에 관한 우려사항 보고)에 관한 정보를 확인할 수 있도록 가까운 곳에 통지문 사본을 보관하십시오.

- 귀하가 역일 기준 퇴원일 2 일 이상 전에 통지문에 서명하는 경우, 예정 퇴원일 전에 또 다른 사본을 받게 될 것입니다.
- 이 통지문을 미리 확인하려면, 고객센터 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 연중무휴 24 시간 전화하시면 됩니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하셔야 합니다. 또한 온라인(www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices)으로도 이 통지문을 보실 수도 있습니다.

섹션 8.2

단계별: 귀하의 병원 퇴원일 변경에 대한 Level 1 이의 제기 방법

저희가 더 오랜 기간 동안 병원 입원 서비스를 보장해 줄 것을 요청하고자 하는 경우, 이의 제기 프로세스를 사용하여 이 요청을 해야 합니다. 시작하기 전, 귀하가 해야 할 일과 기한을 숙지하십시오.

- **프로세스를 따르십시오.**
- **기한을 지키십시오.**
- **필요한 경우 도움을 요청하십시오.** 질문이 있거나 도움이 필요한 경우 언제든지 고객센터에 문의하시기 바랍니다. 또는 개인 맞춤형 지원을 제공하는 정부 기관인 State Health Insurance Assistance Program 에 전화하십시오.

Level 1 이의 제기 동안 품질 개선 조직이 귀하의 이의 제기를 검토합니다. 이는 귀하의 예정 퇴원일이 의학적으로 귀하에게 적절한지 확인하기 위한 것입니다.

품질 개선 조직은 Medicare 가입자들에게 제공되는 의료 서비스 품질을 점검하며 개선에 도움을 주는 의사와 기타 의료 서비스 전문가 그룹이며 연방 정부로부터 보수를 받습니다. 여기에는

Medicare 가입자에 대한 퇴원일 검토가 포함됩니다. 이 전문가들은 저희 플랜에 소속되어 있지 않습니다.

1 단계: 귀하가 거주하는 주의 품질 개선 조직에 연락하여 귀하의 퇴원에 대한 즉각적인 검토를 요청하십시오. 귀하는 신속하게 행동해야 합니다.

이 조직에 어떻게 연락할 수 있습니까?

- 귀하께서 받으신 서면 통지문(*귀하의 권리에 관한 Medicare 의 중요 메시지(An Important Message from Medicare about Your Rights)*)에서 이 조직에 연락하는 방법을 안내해 드립니다. 또는 제 2 장에서 해당 주 품질 개선 조직의 이름, 주소, 전화번호를 찾아보십시오.

신속하게 행동하십시오.

- 이의 제기를 신청하려면 병원을 떠나기 전, 늦어도 퇴원일 자정까지는 품질 개선 조직에 연락해야 합니다.
 - 이 기한을 지키는 경우, 귀하는 퇴원일 이후에도 비용 지불 없이 병원에 입원해 있으면서 품질 개선 조직의 결정을 기다릴 수 있습니다.
 - 이 기한을 준수하지 못한 경우 당사에 연락하십시오. 예정 퇴원일 이후에도 병원에 계속 입원하기로 결정할 경우, 예정 퇴원일 이후에 받는 병원 치료에 대한 모든 비용을 귀하가 지불해야 할 수 있습니다.

귀하가 퇴원에 대한 즉각적인 검토를 요청하면 품질 개선 조직에서 저희에게 연락할 것입니다. 저희는 연락을 받은 다음 날 정오까지 귀하에게 **상세 퇴원통지서**를 보내드립니다. 이 통지서에는 예정 퇴원일이 기재되어 있으며 담당 의사, 병원, 그리고 저희 소견에 귀하가 해당 날짜에 퇴원하는 것이 타당한(의학적으로 적절한) 이유가 상세히 설명되어 있습니다.

고객관리부 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 연중무휴 24 시간 언제든지 전화하여 **상세 퇴원통지서** 견본을 요청할 수 있습니다. (TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하셔야 합니다.) 또한 온라인(www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices)으로 통지서 견본을 보실 수도 있습니다.

2 단계: 품질 개선 조직은 귀하의 케이스에 대해 독립적인 검토를 수행합니다.

- 품질 개선 조직의 의료 전문가(“검토자”)가 귀하(또는 귀하의 대리인)에게 해당 서비스에 대한 보장이 계속되어야 한다고 생각하는 이유를 질문할 것입니다. 귀하는 아무것도 서면으로 준비할 필요가 없으나, 원하는 경우 서면으로 답변을 준비하셔도 됩니다.
- 또한 검토자는 귀하의 의료 정보를 확인하고, 담당 의사와 의논하고, 병원과 저희 플랜에서 제공한 정보를 검토합니다.
- 검토자가 귀하의 이의 제기에 대해 저희에게 통지한 다음 날 정오까지 귀하는 예정 퇴원일이 기재된 서면 통지서를 저희로부터 받게 됩니다. 이 통지서에는 담당 의사, 병원, 그리고 저희 소견에 귀하가 해당 날짜에 퇴원하는 것이 타당한(의학적으로 적절한) 이유도 상세히 설명되어 있습니다.

3 단계: 필요한 모든 정보를 확보한 후 하루 이내에 품질 개선 조직이 귀하의 이의 제기에 대한 답변을 제공할 것입니다.**결정이 수용인 경우 어떻게 됩니까?**

- 검토 조직에서 수용 결정을 내리는 경우, 저희는 보장되는 병원 입원 서비스가 의학적으로 필요한 기간 동안 해당 서비스를 계속 제공해야 합니다.
- 귀하는 해당되는 경우 계속해서 귀하의 비용 분담금(예: 공제액 또는 본인부담금)을 납부해야 합니다. 추가적으로, 귀하의 보장 병원 서비스에 제한사항이 있을 수 있습니다.

결정이 거부인 경우 어떻게 됩니까?

- 검토 조직에서 거부 결정을 내리는 경우, 귀하의 예정 퇴원일이 의학적으로 적절하다는 의미입니다. 이 경우 **저희의 병원 입원 서비스 보장**은 품질 개선 조직이 귀하의 이의 제기에 대한 답변을 제공한 다음 날 정오에 끝납니다.
- 검토 조직에서 귀하의 이의 제기에 거부 결정을 내렸음에도 귀하가 입원을 지속하기로 결정하는 경우, 품질 개선 조직이 귀하의 이의 제기에 대한 답변을 제공한 다음 날 정오 이후부터 귀하가 받는 병원 치료 **비용 전액**을 귀하가 지불해야 할 수도 있습니다.

4 단계: Level 1 이의 제기에 대한 결정이 거부인 경우, 귀하는 또 다른 이의 제기를 원하는지 결정합니다.

제 9 장 문제 또는 불만 사항이 있는 경우 해야 할 일(보장 결정, 이의 제기, 불만 제기)

- 품질 개선 조직에서 귀하의 이의 제기에 *거부* 결정을 내린 *동시에* 귀하가 예정 퇴원일 이후에도 계속 입원해 있는 경우, 귀하는 또 다른 이의 제기를 신청할 수 있습니다. 또 다른 이의 제기 신청은 귀하가 이의 제기 프로세스의 **Level 2** 를 진행하는 것을 의미합니다.

섹션 8.3

단계별: 귀하의 퇴원일 변경에 대한 Level 2 이의 제기 방법

Level 2 이의 제기에서 귀하는 품질 개선 조직이 첫 번째 이의 제기에 대해 내린 결정을 다시 한번 검토할 것을 요청합니다. 품질 개선 조직에서 Level 2 이의 제기를 기각하는 경우, 귀하는 예정 퇴원일 이후의 입원 비용 전액을 지불해야 할 수 있습니다.

1 단계: 품질 개선 조직에 다시 연락하여 다시 한번 검토해 줄 것을 요청하십시오.

- 이 검토는 품질 개선 조직이 귀하의 Level 1 이의 제기에 *거부* 결정을 내린 후 **역일 기준 60 일 이내에** 요청해야 합니다. 이 검토는 귀하의 치료에 대한 보장이 끝난 후 귀하가 병원에 계속 입원해 있는 경우에만 요청할 수 있습니다.

2 단계: 품질 개선 조직이 귀하의 상황에 대한 두 번째 검토를 실시합니다.

- 품질 개선 조직의 검토자들이 귀하의 이의 제기와 관련된 모든 정보를 다시 한번 신중히 검토합니다.

3 단계: Level 2 이의 제기 신청을 접수한 후 역일 기준 14 일 이내에 검토자가 이의 제기에 대한 결정 사항을 귀하에게 알려드릴 것입니다.

검토 조직에서 수용 결정을 내리는 경우:

- 저희는 품질 개선 조직이 귀하의 첫 이의 제기 신청을 기각한 다음날 정오부터 귀하가 받은 병원 치료 비용에 대한 당사 비용 분담금을 귀하에게 **환급해야 합니다. 저희는 의학적으로 필요한 기간 동안 귀하의 입원 치료에 대한 보장을 계속해서 제공해야 합니다.**
- 귀하는 계속해서 비용 중 귀하의 비용 분담금을 지불해야 하며 보장 제한이 적용될 수 있습니다.

검토 조직에서 거부 결정을 내리는 경우:

- 이는 조직에서 귀하의 Level 1 이의 제기에 대해 내린 결정에 동의한다는 의미입니다.
- 귀하가 받으신 통지문에 검토 프로세스를 계속 진행하고자 할 경우 취할 수 있는 조치가 안내되어 있습니다.

4 단계: 거부 답변을 받은 경우, 귀하는 이의 제기를 Level 3 에서 더 진행시킬지 여부를 결정해야 합니다.

- Level 2 이후 이의 제기 프로세스에 3 개의 추가 단계가 더 있습니다(총 5 단계의 이의 제기). Level 3 이의 제기로 진행하려는 경우, 이에 대한 자세한 내용은 Level 2 이의 제기 결정 후 받게 되는 서면 통지문에 나와 있습니다.
- Level 3 이의 제기는 행정법 판사 또는 변호 중재인이 처리합니다. 이 장의 **섹션 10** 에서 Level 3, 4, 5 의 이의 제기 프로세스에 대해 자세히 알려드립니다.

섹션 9 귀하의 보장이 너무 빨리 종료된다고 생각하는 경우, 특정 의료 서비스를 계속하여 보장해 줄 것을 요청하는 방법

섹션 9.1 이 섹션에서는 세 가지 서비스에 대해서만 다룹니다.
가정 간호, 전문 영양 시설 간호 및 포괄적 외래 재활 시설(Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 서비스

귀하가 보장되는 가정 건강 서비스, 전문 영양 간호 또는 재활 치료(포괄적 외래 재활 시설)를 받고 있는 경우, 귀하는 질병 또는 상해를 진단하고 치료하는 데 필요한 치료 기간 동안 해당 유형의 진료에 대한 서비스를 계속 받을 권리가 있습니다.

저희가 세 가지 유형의 의료 서비스 중 어느 것이든 귀하에게 보장을 중단할 때가 되었다고 결정하는 경우, 저희는 사전에 귀하에게 이를 알려야 합니다. 해당 의료 서비스에 대한 보장이 끝나면 저희는 귀하의 **치료에 대한 당사 비용 부담금 지급을 중단**합니다.

저희가 귀하의 치료에 대한 보장을 너무 빨리 끝낸다고 판단되는 경우 **귀하는 저희 결정에 이의를 제기할 수 있습니다.** 이 섹션은 이에 대한 이의 제기 신청 방법을 설명합니다.

섹션 9.2

귀하의 보장이 언제 끝나는지 사전에 귀하에게 통지합니다

법률 용어

Medicare 비보장 통지서(Notice of Medicare Non-Coverage). 신속 처리 이의제기(fast-track appeal)를 신청할 수 있는 방법을 설명합니다. 신속 처리 이의제기 신청은 언제 귀하의 치료를 중단해야 할지에 관한 저희의 보장 결정 변경을 요청하는 공식적이고 합법적인 방법입니다.

1. 귀하는 저희 플랜이 귀하의 의료 서비스 보장을 중단하기 역일 기준 최소 2 일 전에 **서면 통지를 받게 됩니다.** 통지서에는 다음 사항이 명시되어 있습니다.

- 저희가 귀하의 의료 서비스보장을 중단하게 되는 날짜.
- 신속 처리 이의제기를 신청하여 더 오랜 기간 동안 귀하의 의료 서비스를 계속 보장해 줄 것을 요청하는 방법.

2. 귀하 또는 귀하의 대리인은 서면 통지를 받았음을 증명할 수 있도록 서면 통지에 서명하도록 요청받을 것입니다. 통지문에 서명하는 것은 귀하가 귀하의 보장이 언제 종료될지에 관한 정보를 받았음을 나타내는 용도일 뿐입니다. 서명을 한다고 해서 플랜의 의료 서비스 중단 결정에 귀하가 동의한다는 의미는 아닙니다.

섹션 9.3

단계별: 플랜에서 귀하의 치료 보장 기간을 연장하도록 요청하는 Level 1 이의 제기 방법

저희가 더 오랜 기간 동안 의료 서비스를 보장해 줄 것을 요청하고자 하는 경우, 이의 제기 프로세스를 사용하여 이 요청을 해야 합니다. 시작하기 전, 귀하가 해야 할 일과 기한을 숙지하십시오.

- 프로세스를 따르십시오.
- 기한을 지키십시오.
- 필요한 경우 도움을 요청하십시오. 질문이 있거나 도움이 필요한 경우 언제든지 고객관리부에 문의하시기 바랍니다. 또는 개인 맞춤형 지원을 제공하는 정부 기관인 State Health Insurance Assistance Program 에 전화하십시오.

Level 1 이의 제기 동안 품질 개선 조직이 귀하의 이의 제기를 검토합니다. 이는 귀하의 의료 서비스 종료일이 의학적으로 적절한지 여부를 결정합니다.

품질 개선 조직은 Medicare 가입자들에게 제공되는 의료 서비스 품질을 점검하며 개선에 도움을 주는 의사와 기타 의료 서비스 전문가 그룹이며 연방 정부로부터 보수를 받습니다. 여기에는 특정 유형의 의료 서비스 보장을 중단할 시기에 대한 플랜 결정 검토도 포함됩니다. 이 전문가들은 저의 플랜에 소속되어 있지 않습니다.

1 단계: Level 1 이의 제기 신청: 품질 개선 조직에 연락하여 신속 처리 이의제기를 신청하십시오. 귀하는 신속하게 행동해야 합니다.

이 조직에 어떻게 연락할 수 있습니까?

- 귀하가 받은 서면 통지서(Medicare 비보장 통지서(Notice of Medicare Non-Coverage))에는 이 조직에 연락하는 방법이 명시되어 있습니다. (또는 제 2 장에서 해당 주 품질 개선 조직의 이름, 주소, 전화번호를 찾아보십시오.)

신속하게 행동하십시오.

- Medicare 비보장 통지서의 발효일 전날 정오까지 품질 개선 조직에 연락하여 이의 제기를 시작해야 합니다.
- 품질 개선 조직에 연락하는 기한을 놓쳤더라도 여전히 이의 제기 권리가 있을 수 있습니다. 품질 개선 조직(Quality Improvement Organization)에 연락하십시오.

2 단계: 품질 개선 조직은 귀하의 케이스에 대해 독립적인 검토를 수행합니다.

법률 용어

비보장에 대한 상세 설명서(Detailed Explanation of Non-Coverage). 보장 종료 사유에 대한 상세한 설명을 제공하는 통지서.

이 검토 중에는 어떻게 됩니까?

제 9 장 문제 또는 불만 사항이 있는 경우 해야 할 일(보장 결정, 이의 제기, 불만 제기)

- 품질 개선 조직의 의료 전문가(검토자)가 귀하 또는 귀하의 대리인에게 서비스에 대한 보장이 계속되어야 한다고 생각하는 이유를 질문할 것입니다. 귀하는 아무것도 서면으로 준비할 필요가 없으나, 원하는 경우 서면으로 답변을 준비하셔도 됩니다.
- 또한 검토 조직은 귀하의 의료 정보를 확인하고, 담당 의사와 의논하고, 저희 플랜에서 제공한 정보를 검토합니다.
- 검토자가 귀하의 이의 제기에 대해 저희에게 통지한 당일 안으로 귀하는 귀하의 서비스 보장을 종료하는 이유가 상세히 설명된 **비보장에 대한 상세 설명서(Detailed Explanation of Non-Coverage)**를 저희에게 받게 됩니다.

3 단계: 필요한 모든 정보를 제공받는 날로부터 만 하루 후에 검토자는 귀하에게 결정을 통보합니다.

검토자가 귀하의 이의 제기에 수용 결정을 내릴 경우 어떻게 됩니까?

- 검토자가 귀하의 이의 제기에 수용 결정을 내리는 경우, 저희는 의학적으로 필요한 기간 동안 귀하의 보장 서비스를 계속해서 제공해야 합니다.
- 귀하는 해당되는 경우 계속해서 귀하의 비용 부담금(예: 공제액 또는 본인부담금)을 납부해야 합니다. 귀하의 보장 서비스에 제한사항이 있을 수 있습니다.

검토자가 귀하의 이의 제기에 거부 결정을 내리는 경우 어떻게 됩니까?

- 검토자가 거부 결정을 내리는 경우, 귀하의 보장은 저희가 귀하에게 알린 날짜로부터 끝나게 됩니다.
- 귀하의 보장이 끝나는 날짜 *이후*에도 가정 간호, 전문 요양 시설 간호 또는 포괄적 외래 재활 시설(Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 서비스를 계속 받기로 결정하시는 경우, 이러한 의료 서비스의 **비용 전액**을 귀하가 지불해야 합니다.

4 단계: Level 1 이의 제기에 대한 결정이 거부인 경우, 귀하는 또 다른 이의 제기를 원하는지 결정합니다.

- 검토자가 귀하의 Level 1 이의 제기에 거부 결정을 내리는 동시에 귀하가 해당 의료 서비스에 대한 보장이 끝난 이후에도 계속해서 의료 서비스를 받기로 선택하는 경우, 귀하는 Level 2 이의 제기를 신청하실 수 있습니다.

섹션 9.4**단계별: 플랜에서 귀하의 치료 보장 기간을 연장하도록 요청하는 Level 2 이의 제기 방법**

Level 2 이의 제기에서 귀하는 품질 개선 조직이 첫 번째 이의 제기에 대해 내린 결정을 다시 한번 검토할 것을 요청합니다. 품질 개선 조직에서 Level 2 이의 제기를 기각한 경우, 저희가 귀하의 보장이 끝난다고 알린 날짜 *이후* 받은 가정 간호, 전문 요양 시설 간호 또는 포괄적 외래 재활 시설(Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 서비스에 대한 비용 전액을 귀하가 지불해야 할 수 있습니다.

1 단계: 품질 개선 조직에 다시 연락하여 다시 한번 검토해 줄 것을 요청하십시오.

- 이 검토는 품질 개선 조직이 귀하의 Level 1 이의 제기에 *거부* 결정을 내린 후 **역일 기준 60 일 이내에** 요청해야 합니다. 이 검토는 귀하의 치료에 대한 보장이 끝난 후에도 귀하가 계속해서 치료를 받는 경우에만 요청할 수 있습니다.

2 단계: 품질 개선 조직이 귀하의 상황에 대한 두 번째 검토를 실시합니다.

- 품질 개선 조직의 검토자들이 귀하의 이의 제기와 관련된 모든 정보를 다시 한번 신중히 검토합니다.

3 단계: 이의 제기 신청을 접수한 후 역일 기준 14 일 이내에 검토자가 이의 제기에 대한 결정 사항을 귀하에게 알려드릴 것입니다.

검토 조직에서 수용 결정을 내리는 경우 어떻게 됩니까?

- 저희는 귀하의 보장이 끝난다고 알린 날짜로부터 귀하가 받은 치료 비용의 분담액을 **반드시 귀하에게 환급해야 합니다.** 저희는 의학적으로 필요한 기간 동안 해당 치료에 대한 **보장을 계속해서 제공해야 합니다.**
- 귀하는 계속해서 비용 중 귀하의 비용 분담금을 지불해야 하며 보장 제한이 적용될 수 있습니다.

검토 조직에서 거부 결정을 내리는 경우 어떻게 됩니까?

- 이는 조직에서 귀하의 Level 1 이의 제기에 대해 내린 결정에 동의한다는 의미입니다.

제 9 장 문제 또는 불만 사항이 있는 경우 해야 할 일(보장 결정, 이의 제기, 불만 제기)

- 귀하가 받으신 통지문에 검토 프로세스를 계속 진행하고자 할 경우 취할 수 있는 조치가 안내되어 있습니다. 여기에는 행정법 판사 또는 변호 중재인을 통해 처리되는 다음 단계의 이의 제기를 진행하는 방법에 대한 자세한 내용이 나와 있습니다.

4 단계: 결정이 거부인 경우, 귀하는 이의 제기를 더 진행시킬지 여부를 결정해야 합니다.

- Level 2 이후 이의 제기 프로세스에는 세 단계가 추가되어 총 다섯 단계의 이의 제기가 있습니다. Level 3 이의 제기로 진행하려는 경우, 이에 대한 자세한 내용은 Level 2 이의 제기 결정 후 받게 되는 서면 통지문에 나와 있습니다.
- Level 3 이의 제기는 행정법 판사 또는 변호 중재인이 처리합니다. 이 장의 섹션 10 에서 Level 3, 4, 5 의 이의 제기 프로세스에 대해 자세히 설명합니다.

섹션 10 이의 제기를 Level 3 이상으로 진행하기

섹션 10.1 의료 서비스 요청에 대한 Level 3, 4, 5 의 이의 제기

귀하가 Level 1 이의 제기와 Level 2 이의 제기를 실시했고 두 이의 제기가 모두 거부된 경우, 이 섹션이 귀하에 적절할 수 있습니다.

귀하가 이의를 제기한 품목 또는 의료 서비스의 가치가 일정 최소 수준을 충족시키는 경우, 귀하는 추가 이의 제기 단계를 진행할 수 있습니다. 달리 가치가 최소한보다 적은 경우, 추가로 이의를 제기할 수 없습니다. 귀하가 Level 2 이의 제기에 대해 받은 답변서에 Level 3 이의 제기 신청 방법이 설명되어 있습니다.

이의 제기를 수반하는 대부분의 상황들에서, 이의 제기의 마지막 세 단계들은 대부분 동일한 방식으로 기능합니다. 각 단계들에서 귀하의 이의 제기 검토를 처리하는 담당자는 다음과 같습니다.

Level 3 이의 제기 연방 정부 소속인 행정법 판사 또는 변호 중재인이 귀하의 이의 제기를 검토하고 답변을 제공합니다.

- **행정법 판사 또는 변호 중재인이 귀하의 이의 제기에 수용 결정을 내리는 경우, 이의 제기 프로세스가 종료될 수도, 종료되지 않을 수도 있습니다.** Level 2 이의 제기의 결정과는 달리, 저희는 귀하에게 유리한 Level 3 결정에 대해 이의 제기를 할 권리가 있습니다. 저희가 이의 제기를 하기로 결정하는 경우, Level 4 이의 제기로 진행됩니다.

- 저희가 이의 제기를 하지 *않기로* 결정하는 경우, 저희는 행정법 판사 또는 변호 중재인의 결정을 통지받은 후 역일 기준 60 일 이내에 의료 서비스를 승인 또는 제공해야 합니다.
- 저희가 결정에 대한 이의 제기를 진행하기로 결정하는 경우, 저희는 Level 4 이의 제기 신청서 사본을 이에 동반되는 모든 문서와 함께 귀하에게 발송할 것입니다. 저희는 심의 중인 의료 서비스를 승인 또는 제공하기 전에 Level 4 이의 제기 결정을 기다릴 수 있습니다.
- **행정법 판사 또는 변호 중재인이 귀하의 이의 제기에 거부 결정을 내리는 경우, 이의 제기 프로세스가 종료될 수도, 종료되지 않을 수도 있습니다.**
 - 귀하가 이의 제기를 거부하는 이 결정을 수락하기로 결정하는 경우, 이의 제기 프로세스가 종료됩니다.
 - 결정을 수락하고 싶지 않은 경우, 검토 프로세스의 다음 단계로 계속할 수 있습니다. 귀하가 수령하는 통지문에는 Level 4 이의 제기에 대해 어떻게 해야 하는지 설명되어 있습니다.

Level 4 이의 제기 Medicare 이의 제기 위원회(Appeals Council)(위원회)가 귀하의 이의 제기를 검토하고 답변을 제공합니다. 위원회는 연방 정부의 일부입니다.

- **결정이 수용인 경우, 또는 위원회가 유리한 Level 3 이의 제기 결정에 대한 저희의 검토 요청을 거부하는 경우, 이의 제기 프로세스가 종료될 수도 있고 종료되지 않을 수도 있습니다.** Level 2 의 결정과는 달리, 저희는 귀하에게 유리한 Level 4 결정에 이의 제기를 할 권리가 있습니다. 저희는 이 결정에 대해 Level 5 로 이의 제기를 할지 여부를 결정할 것입니다.
 - 저희가 결정에 이의 제기를 하지 *않기로* 결정하는 경우, 저희는 위원회의 결정을 통지받은 후 역일 기준 60 일 이내에 의료 서비스를 승인 또는 제공해야 합니다.
 - 저희가 결정에 이의 제기를 하기로 결정하는 경우, 귀하에게 서면으로 알려드릴 것입니다.
- **거부한다고 답변했거나 위원회가 검토 요청을 거부하는 경우, 이의 제기 프로세스가 종료될 수도, 종료되지 않을 수도 있습니다.**
 - 귀하가 이의 제기를 거부하는 이 결정을 수락하기로 결정하는 경우, 이의 제기 프로세스가 종료됩니다.
 - 결정을 수락하고 싶지 않은 경우, 검토 프로세스의 다음 단계로 계속할 수도 있습니다. 위원회가 귀하의 이의 제기에 거부 결정을 내리는 경우, 귀하가 수령하는 통지문에는 규칙에 따라 Level 5 이의 제기를 진행하는 것이 허용되는지 여부와 Level 5 이의 제기를 계속하는 방법이 설명되어 있습니다.

Level 5 이의 제기 연방 지방 법원 판사가 귀하의 이의 제기를 검토합니다.

- 판사는 모든 정보를 검토하고 귀하의 요청에 수용 또는 거부 결정을 내릴 것입니다. 이것이 최종 답변입니다. 연방 지방 법원 이후에는 더 이상 이의 제기 단계가 없습니다.

섹션 10.2 추가 Medicaid 이의 제기

일반적인 Medicaid 보장 서비스 또는 항목에 대한 이의 제기인 경우 다른 이의 제기 권리도 있습니다. 공정 청문회 사무실에서 받으신 통지문에서 이의 제기 프로세스를 계속하고자 할 경우 해야 할 일을 안내해 드립니다.

섹션 10.3 Part D 약품 요청에 대한 Level 3, 4, 5 이의 제기

귀하가 Level 1 이의 제기와 Level 2 이의 제기를 실시했고 두 이의 제기가 모두 거부된 경우, 이 섹션이 귀하에 적절할 수 있습니다.

귀하가 이의를 제기한 약품 가치가 일정 달러 금액을 충족시키는 경우, 추가 이의 제기 단계로 진행할 수 있습니다. 달러 금액이 이보다 적은 경우, 추가로 이의를 제기할 수 없습니다. 귀하가 수령하는 Level 2 이의 제기에 대한 답변서에는 Level 3 이의 제기를 신청하기 위해 연락해야 할 담당자, 해야 할 일이 설명되어 있습니다.

이의 제기를 수반하는 대부분의 상황들에서, 이의 제기의 마지막 세 단계들은 대부분 동일한 방식으로 기능합니다. 각 단계들에서 귀하의 이의 제기 검토를 처리하는 담당자는 다음과 같습니다.

Level 3 이의 제기 연방 정부 소속인 행정법 판사 또는 변호 중재인이 귀하의 이의 제기를 검토하고 답변을 제공합니다.

- 결정이 수용인 경우, 이의 제기 프로세스가 종료됩니다. 저희가 결정을 접수한 후 72 시간(신속 이의 제기의 경우 24 시간) 이내에 저희는 행정법 판사 또는 변호 중재인이 승인한 약품 보장을 승인하거나 제공해야 하며, 또는 늦어도 역일 기준 30 일 이내에 비용을 지급해야 합니다.
- 결정이 거부인 경우, 이의 제기 프로세스가 종료될 수도 있고 종료되지 않을 수도 있습니다.

- 귀하가 이의 제기를 거부하는 이 결정을 수락하기로 결정하는 경우, 이의 제기 프로세스가 종료됩니다.
- 결정을 수락하고 싶지 않은 경우, 검토 프로세스의 다음 단계로 계속할 수 있습니다. 귀하가 수령하는 통지문에는 Level 4 이의 제기에 대해 어떻게 해야 하는지 설명되어 있습니다.

Level 4 이의 제기 Medicare 이의 제기 위원회(Appeals Council)(위원회)가 귀하의 이의 제기를 검토하고 답변을 제공합니다. 위원회는 연방 정부의 일부입니다.

- 결정이 수용인 경우, 이의 제기 프로세스가 종료됩니다. 저희가 결정을 접수한 후 72 시간(신속 이의 제기의 경우 24 시간) 이내에 저희는 위원회가 승인한 약품 보장을 승인하거나 제공해야 하며, 또는, 늦어도 역일 기준 30 일 이내에 비용을 지급해야 합니다.
- 결정이 거부인 경우, 이의 제기 프로세스가 종료될 수도 있고 종료되지 않을 수도 있습니다.
 - 귀하가 이의 제기를 거부하는 이 결정을 수락하기로 결정하는 경우, 이의 제기 프로세스가 종료됩니다.
 - 결정을 수락하고 싶지 않은 경우, 검토 프로세스의 다음 단계로 계속할 수도 있습니다. 위원회가 귀하의 이의 제기에 거부 결정을 내리거나 이의 제기 검토 요청을 거부하는 경우, 통지문에는 규칙에 따라 Level 5 이의 제기를 진행하는 것이 허용되는지 여부를 알려드립니다. 또한 귀하가 이의 제기를 계속하기로 선택하는 경우 누구에게 연락해야 하는지, 다음에 무엇을 해야 하는지에 대해서도 알려드릴 것입니다.

Level 5 이의 제기 연방 지방 법원 판사가 귀하의 이의 제기를 검토합니다.

- 판사는 모든 정보를 검토하고 귀하의 요청에 수용 또는 거부 결정을 내릴 것입니다. 이것이 최종 답변입니다. 연방 지방 법원 이후에는 더 이상 이의 제기 단계가 없습니다.

섹션 11 치료의 질, 대기 시간, 고객 서비스, 기타 우려사항에 관한 불만 제기 방법

섹션 11.1 불만 제기 프로세스에서 다루는 문제 유형은 무엇입니까?

불만 제기 프로세스는 특정 유형의 문제들에 *대해서만* 사용됩니다. 여기에는 치료의 질, 대기 시간, 및 고객 서비스와 관련된 문제들이 포함됩니다. 불만 제기 프로세스가 처리하는 문제 유형의 예는 다음과 같습니다.

불만	예
의료 서비스의 질	• 받으신 의료 서비스(병원에서의 치료 포함)의 질에 불만이 있습니까?
개인정보 보호 존중	• 누군가 귀하의 개인정보 보호 권리를 존중하지 않았거나 기밀 정보를 공유했습니까?
무례, 형편 없는 고객 서비스 또는 다른 부정적 행동	• 누군가 귀하에게 무례했습니까? • 고객관리부에 불만이 있으십니까? • 플랜을 탈퇴하도록 부추기고 있다고 생각하십니까?
대기 시간	• 예약을 하는데 문제가 있거나 이를 위해 너무 오래 기다려야 합니까? • 의사, 약사, 다른 의료 전문가가 너무 오랫동안 기다리게 하였습니까? 또는 고객관리부나 플랜의 다른 직원들이 너무 오래 기다리게 했습니까? ○ 그 예로는 통화 시, 대기실 또는 진료실에서, 처방약 조제 시 너무 긴 대기 시간 등이 있습니다.
청결	• 진료소, 병원 또는 의사 진료실의 청결도 또는 상태에 불만이 있습니까?
저희가 제공하는 정보	• 저희가 귀하에게 필요한 통지를 제공하지 못했습니까? • 저희의 서면 정보가 이해하기 어렵습니까?
시의 적절성 (이 유형의 불만들은 모두 보장 결정, 이의 제기와 관련된 저희 조치의 <i>시의 적절성</i> 과 관련된 것입니다)	보장 결정을 요청했거나 이의 제기를 했는데 저희가 신속하게 처리하고 있지 않다고 생각되는 경우, 저희의 느린 일 처리에 대한 불만 제기를 하실 수 있습니다. 예는 다음과 같습니다. • 귀하가 “빠른 보장 결정” 또는 “빠른 이의 제기”를 요청했으나 저희가 거부 결정을 내린 경우, 불만 제기를 하실 수 있습니다. • 저희가 보장 결정 또는 이의 제기에 대한 기한을 지키지 않는다고 생각되는 경우, 불만 제기를 하실 수 있습니다. • 저희가 승인된 특정 의료용품이나 서비스 또는 약품에 대한 보장 또는 환급 기한을 지키지 않는다고 생각되는 경우, 불만 제기를 하실 수 있습니다. • 저희가 귀하의 케이스를 독립 검토 기관에 전달하는 데 필요한 기한을 맞추지 못했다고 생각하시는 경우, 불만 제기를 하실 수 있습니다.

섹션 11.2

불만 제기 방법

법률 용어

- 불만(Complaint)은 고충(grievance)이라고도 합니다.
- 불만 제기(Making a complaint)는 고충 제기(filing a grievance)라고도 합니다.
- 불만 제기 프로세스 사용을 고충 제기 프로세스 사용이라고도 합니다.
- 빠른 불만 제기(fast complaint)를 신속 고충 제기(expedited grievance)라고도 합니다.

섹션 11.3

단계별: 불만 제기

1 단계: 전화 또는 서면으로 즉시 저희에게 연락합니다.

- 보통 고객센터부에 전화하는 것이 첫 번째 단계입니다. 귀하가 취해야 할 그 밖의 조치가 있는 경우, 고객센터부에서 알려드립니다.
- 전화하고 싶지 않은 경우(또는 전화했지만 만족하지 않은 경우), 서면으로 불만 사항을 작성하여 저희에게 발송하셔도 됩니다. 불만을 서면으로 제출하는 경우, 저희가 불만에 서면으로 답변해 드립니다.
- 저희에게 전화를 하시거나 서면으로 불만 사항을 제출하시면, 저희가 귀하의 불만 사항을 접수해 드립니다. 귀하의 불만 제기를 처리하기 위해서는 다음 정보가 필요합니다.
 - 귀하의 성명.
 - 회원 ID 번호.
 - 연락 가능한 주간 전화번호.
 - 발생 날짜를 포함하여 불만 사항에 대한 설명.
 - 진료실 소재지 주소 및 해당되는 경우 의사, 서비스 제공자 또는 관련 직원의 이름.
 - 불만 사항을 해결할 때 저희가 고려하기를 원하는 모든 문서.
 - 불만 사항을 서면으로 접수하는 경우, 귀하의 서명 또는 대리인의 서명. (주소는 본 문서의 뒷 표지에 인쇄되어 있습니다).

친구, 친척, 담당 의사, 기타 서비스 제공자 또는 다른 사람을 대리인으로 지정하고자 하는 경우, “대리인 임명” 양식을 제출해야 합니다. 이 양식이 해당 개인에 귀하를 대리하는 허가를 제공합니다. 이에는 귀하, 귀하가 자신을 대리하기를 원하는 개인이 서명해야 합니다. 양식은 다음과 같은 방법으로 구하실 수 있습니다.

- 당사 웹사이트 www.hmsa.com/help-center/forms/medicare-appoint-representative/에서 양식을 다운로드합니다.
- 고객센터(전화번호는 본 문서의 뒷 표지에 인쇄되어 있음)로 전화하여 “대리인 임명” 양식을 요청합니다.
- Medicare 웹사이트 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf에서 양식을 다운로드합니다.

알림: 철회하지 않는 한, 대리인 양식은 가입자와 지명인 양측모두의 서명이 완료된 날로부터 1 년간 유효합니다. 예를 들어, 가입자가 2025 년 1 월 1 일에 양식에 서명하고 대리인이 2025 년 1 월 3 일에 서명한 경우(또는 그 반대의 경우), 해당 양식은 2025 년 1 월 3 일부터 1 년간 유효합니다.

- **전화이든 서면이든, 즉시 고객센터부로 연락해야 합니다.** 불만을 제기하고자 하는 문제가 발생하면 언제든지 불만을 제기할 수 있습니다.

2 단계: 귀하의 불만을 검토한 후 답변을 제공합니다.

- 가능한 경우, 귀하께 즉시 답변해 드립니다. 전화로 불만을 알려주시는 경우, 그 통화에서 답변을 제공해 드릴 수 있을 수도 있습니다.
- 대부분의 불만 제기에 대해 **역일 기준 30 일 이내에 답변해 드립니다.** 저희가 추가 정보를 필요로 하고 연기가 귀하에 최선인 경우 또는 귀하가 추가 시간을 요청하는 경우, 불만에 대한 답변을 최고 역일 기준 14 일까지 연기할 수 있습니다(역일 기준 총 44 일). 시간이 더 걸릴 경우, 귀하에게 서면으로 알려드릴 것입니다.
- 저희가 빠른 보장 결정 또는 빠른 이의 제기 요청을 거부했기에 불만 제기를 하시는 경우, 자동으로 빠른 불만 제기를 제공해 드립니다. 빠른 불만 제기로 접수된 경우, 이는 저희가 24 시간 이내에 답변을 제공할 것임을 의미합니다.
- 저희가 귀하의 불만 사항 일부 또는 전부에 동의하지 않거나 귀하가 불만 제기를 하는 문제에 대해 책임을 지지 않는 경우, 저희는 귀하에게 보내는 답변에 그 이유를 포함할 것입니다.

섹션 11.4 또한 귀하는 품질 개선 조직에 치료의 질에 관해 불만을 제기할 수 있습니다

귀하의 불만이 *치료의 질*에 관한 것인 경우, 또한 두 가지 추가 옵션이 있습니다.

- **품질 개선 조직에 직접 불만을 제기할 수 있습니다.**
 - 품질 개선 조직은 Medicare 환자들에게 제공되는 치료를 확인하고 개선하기 위해 연방 정부로부터 보수를 받는 현역 의사, 기타 의료 서비스 전문가 그룹입니다. 제 2 장에는 연락처 정보가 있습니다.

또는

- **품질 개선 조직과 저희에게 동시에 불만을 제기할 수 있습니다..**

섹션 11.5 귀하의 불만에 관해 Medicare 및 Medicaid 에도 알릴 수 있습니다

귀하는 HMSA Akamai Advantage Dual Care 에 대한 불만 제기를 Medicare 에 직접 접수하실 수 있습니다. Medicare 에 불만 제기를 접수하시려면,

www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 를 방문하십시오. 또한 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하실 수도 있습니다. TTY/TDD 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하실 수 있습니다.

불만의 해결에 만족하지 않거나 불만이 해결되지 않았다고 생각되는 경우, DHS, Med-QUEST 과에 불만 검토를 요청할 수 있습니다.

- 전화로 불만을 제기하려면 아래 연락처로 DHS, Med-QUEST 에 전화하십시오.
Med-QUEST Division
Health Care Services Branch
P.O. Box 700190
Kapolei, HI 96709-0190
전화: (808) 692-8094

귀하는 당사의 최종 불만 결정을 수령한 날로부터 역일 기준 30 일 이내에 불만 검토를 요청할 수 있습니다.

DHS, Med-QUEST 과는 귀하의 불만 검토 요청을 수령한 후 역일 기준 90 일 이내에 응답할 것입니다. Med-QUEST 과에서 내린 불만 검토 결정은 최종 결정입니다.

제 10 장:

귀하의 플랜 가입 종료

섹션 1 귀하의 플랜 가입 종료에 대한 간략 정보

귀하의 HMSA Akamai Advantage Dual Care 가입 종료는 **자발적**(본인의 선택)이거나 **비자발적**(본인의 선택이 아님)일 수 있습니다.

- 귀하가 탈퇴를 **원한다고** 결정했기 때문에 저희 플랜을 탈퇴할 수 있습니다. 섹션 2 및 3에서는 자발적인 가입 종료에 대한 정보를 제공합니다.
- 또한 귀하가 탈퇴를 선택하지 않으나 저희가 귀하의 가입을 종료시켜야 할 제한적인 상황들이 있습니다. 섹션 5에서 저희가 귀하의 가입을 종료시켜야 할 상황들에 관해 설명합니다.

귀하가 저희 플랜을 탈퇴하는 경우, 저희 플랜은 귀하의 의료 서비스와 처방약을 계속 제공해야 하며 귀하는 가입이 종료될 때까지 귀하의 비용 부담금을 계속 납부해야 합니다.

섹션 2 귀하는 언제 저희 플랜 가입을 종료할 수 있습니까?

섹션 2.1 귀하는 Medicare 및 Medicaid에 가입되어 있기 때문에 가입을 종료할 수 있습니다

- 대부분의 Medicare 가입자는 연중 특정 기간 동안에만 가입을 종료할 수 있습니다. 귀하는 Medicaid를 가지고 있기 때문에 연중 어느 달에나 저희 플랜의 멤버십을 종료하실 수 있습니다. 또한 귀하는 다음을 포함하여 어느 달에든 다른 Medicare 플랜에 가입할 수 있는 옵션도 있습니다.
- 별도의 Medicare 처방약 플랜이 **없는** Original Medicare.
 - 별도의 Medicare 처방약 플랜이 **없는** Original Medicare(귀하가 이 옵션을 선택하는 경우, Medicare는 귀하가 자동 가입을 거부하지 않은 한 귀하를 의약품 플랜에 가입시킬 수 있습니다.)
 - 자격이 있는 경우, Medicare와 Medicaid 혜택 및 서비스의 대부분 또는 전부를 하나의 플랜으로 제공하는 통합 D-SNP.

제 10 귀하의 플랜 가입 종료

참고: 귀하가 Medicare 처방약 보장에서 탈퇴하고 전용 가능 처방약 보장 없이 63 일 이상의 지속적인 기간 동안 지내는 경우, 나중에 Medicare 약품 플랜에 가입할 때 Part D 등록 지연 벌금을 납부해야 할 수 있습니다.

Medicaid 플랜 옵션에 관해 알아보려면 해당 주 정부 Medicaid 사무소에 문의하십시오(전화번호는 본 문서의 제 2 장 섹션 6 에 나와 있습니다).

- 기타 Medicare 건강 보험 옵션도 **연례 등록 기간** 동안 이용할 수 있습니다. 섹션 2.2 에서 연례 등록 기간에 대해 자세히 설명합니다.
- **언제 가입이 종료될 것입니까?** 귀하의 가입은 보통 저희가 플랜 변경 요청을 접수한 후 다음 달 1 일에 종료됩니다. 귀하의 새로운 플랜 등록도 이날부터 시작됩니다.

섹션 2.2 연례 등록 기간 동안 가입을 종료할 수 있습니다

귀하는 **연례 등록 기간(Annual Enrollment Period)**(연례 조정 선택 기간(Annual Open Enrollment Period)이라고도 함) 동안 저희 플랜의 가입을 종료할 수 있습니다. 이 기간 동안 귀하의 의료 및 약품 보장을 검토하고 내년도 보장에 대해 결정하십시오.

- 연례 등록 기간은 10 월 15 일부터 12 월 7 일까지입니다.
- 내년도를 위해 현재 보장을 그대로 유지하거나 보장 내용을 변경하십시오. 새로운 플랜으로 변경하기로 결정하는 경우, 다음 유형의 플랜 중 선택할 수 있습니다.
 - 처방약 보장 여부와 관계없이 다른 Medicare 의료 플랜.
 - 별도의 Medicare 처방약 플랜이 없는 Original Medicare.

또는

- 별도의 Medicare 처방약 플랜 없는 Original Medicare.
- 귀하의 가입은 1 월 1 일 새로운 플랜 보장이 시작될 때 **저희 플랜에서 종료됩니다.**

귀하가 Medicare 로부터 처방약 지급을 위한 “Extra Help”를 받고 있는 경우: 귀하가 Original Medicare 로 전환하고 별도의 Medicare 처방약 플랜에 등록하지 않는 경우, 자동 등록을 거부하지 않은 한 Medicare 가 귀하를 약품 플랜에 등록시킬 수 있습니다.

참고: 귀하가 Medicare 처방약 보장에서 탈퇴하고 전용 가능 처방약 보장 없이 연속으로 63 일 이상 지내는 경우, 나중에 Medicare 약품 플랜에 가입할 때 Part D 등록 지연 벌금을 납부해야 할 수 있습니다.

섹션 2.3 Medicare Advantage 조정 선택 기간(Medicare Advantage Open Enrollment Period) 동안 가입을 종료할 수 있습니다

귀하는 *Medicare Advantage 조정 선택 기간* 동안 의료 보장을 한 번 변경할 기회를 갖게 됩니다.

- **연례 Medicare Advantage 공개 등록 기간**은 1 월 1 일부터 3 월 31 일까지이며, 또한 MA 플랜에 가입한 신규 Medicare 수혜자의 경우 Part A 및 Part B 에 가입한 달부터 가입 3 번째 달 마지막 날까지입니다.
- **Medicare Advantage 연례 조정 선택 기간 동안**, 다음이 가능합니다.
 - 처방약 보장 여부와 관계없이 다른 Medicare Advantage Plan 으로 변경할 수 있습니다.
 - 저희 플랜에서 탈퇴하고 Original Medicare 를 통해 보장을 받을 수 있습니다. 이 기간 동안 Original Medicare 로 전환하기로 선택하는 경우, 이 때 별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입할 수 있습니다.
- **귀하의 가입은 귀하가 다른 Medicare Advantage 플랜에 가입하거나 저희가 Original Medicare 로의 전환 요청을 받은 다음 달 1 일에 종료됩니다.** 또한 귀하가 Medicare 처방약 플랜에 등록하기로 선택하는 경우, 의약품 플랜 등록은 해당 의약품 플랜이 귀하의 등록 요청을 받은 다음 달 1 일부터 시작됩니다.

섹션 2.4 일부 상황에서 특별 등록 기간 동안 가입을 종료할 수 있습니다

특정 상황에서는 연중 다른 시기에 가입을 종료할 수 있는 자격이 주어질 수 있습니다. 이를 **특별 등록 기간(Special Enrollment Period)**이라 합니다.

다음 상황 중 하나라도 해당되는 경우 **특별 등록 기간 동안 가입을 종료할 자격이 주어질 수 있습니다.** 이들은 몇몇 예들에 불과하고, 상세한 목록은 플랜에 문의하거나 Medicare 에 전화 또는 Medicare 웹사이트(www.medicare.gov)를 방문할 수 있습니다.

- 일반적으로 귀하가 이주했을 경우
- QUEST (Medicaid) 가입자인 경우

제 10 귀하의 플랜 가입 종료

- Medicare 처방약 지급을 도와주는 “Extra Help” 자격이 있는 경우
 - 저희가 귀하와의 계약을 위반하는 경우
 - 요양원 또는 장기 요양(LTC) 병원과 같은 기관에서 치료를 받는 경우
 - **참고:** 귀하가 의약품 관리 프로그램에 가입되어 있는 경우, 플랜을 변경할 수 없습니다.
- 제 5 장, 섹션 10 은 의약품 관리 프로그램에 관한 추가 정보를 제공합니다.

참고: 섹션 2.1 에서는 Medicaid 가입자를 위한 특별 등록 기간에 대해 자세히 설명합니다.

등록 기간은 귀하의 상황에 따라 다릅니다.

귀하가 특별 등록 기간에 대한 자격이 있는지 확인하려면 연중무휴 24 시간 운영되는 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 Medicare 에 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하십시오. 특별 상황으로 인해 가입을 종료할 자격이 있는 경우, Medicare 의료 보장과 처방약 보장을 모두 변경하기로 선택할 수 있습니다. 다음을 선택하실 수 있습니다.

- 처방약 보장 여부와 관계없이 다른 Medicare 의료 플랜.
- 별도의 Medicare 처방약 플랜이 있는 Original Medicare.
- - 또는 - 별도의 Medicare 처방약 플랜이 없는 Original Medicare.

참고: 귀하가 Medicare 처방약 보장에서 탈퇴하고 전용 가능 처방약 보장 없이 63 일 이상의 지속적인 기간 동안 지내는 경우, 나중에 Medicare 약품 플랜에 가입할 때 Part D 등록 지연 벌금을 납부해야 할 수 있습니다.

귀하가 Medicare로부터 처방약 지급을 위한 “Extra Help”를 받고 있는 경우: 귀하가 Original Medicare 로 전환하고 별도의 Medicare 처방약 플랜에 등록하지 않는 경우, 자동 등록을 거부하지 않은 한 Medicare 가 귀하를 약품 플랜에 등록시킬 수 있습니다.

귀하의 가입은 보통 플랜 변경 요청을 접수한 후 다음 달 1 일에 종료됩니다.

참고: 섹션 2.1 및 2.2 에서는 Medicaid 및 “Extra Help” 가입자를 위한 특별 등록 기간에 대해 자세히 설명합니다.

섹션 2.5	가입을 종료할 수 있는 경우에 관한 추가 정보는 어디에서 얻을 수 있습니까?
---------------	---

가입 종료에 대해 질문이 있으신 경우, 다음과 같이 하실 수 있습니다

- 고객센터부에 전화합니다.
- *Medicare & You 2025* 핸드북에서 정보를 확인합니다.
- **Medicare** 에 연중무휴 24 시간 언제든지 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 문의합니다. (TTY 1-877-486-2048).

섹션 3 플랜 가입을 어떻게 종료합니까?

아래 표는 귀하가 저희 플랜 가입을 종료하는 방법을 설명합니다.

저희 플랜에서 다음 플랜으로 교체하고 싶은 경우:

귀하가 해야 할 일:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • 다른 Medicare 의료 플랜. | <ul style="list-style-type: none"> • 새로운 Medicare 의료 플랜에 등록합니다. 귀하의 신규 보장은 다음 달 1 일에 시작합니다. 새 플랜의 보장이 시작되면 HMSA Akamai Advantage Dual Care 에서 자동으로 등록이 취소됩니다. |
| <ul style="list-style-type: none"> • 별도의 Medicare 처방약 플랜이 있는 Original Medicare. | <ul style="list-style-type: none"> • 새로운 Medicare 처방약 플랜에 등록합니다. 귀하의 신규 보장은 다음 달 1 일에 시작합니다. 새 플랜의 보장이 시작되면 HMSA Akamai Advantage Dual Care 에서 자동으로 등록이 취소됩니다. |
| <ul style="list-style-type: none"> • 별도의 Medicare 처방약 플랜 <i>없는</i> Original Medicare. <ul style="list-style-type: none"> ○ 귀하가 Original Medicare 로 전환하고 별도의 Medicare 처방약 플랜에 등록하지 않는 경우, 자동 등록을 거부하지 않은 한 Medicare 가 귀하를 약품 플랜에 등록시킬 수 있습니다. ○ 귀하가 Medicare 처방약 보장에서 탈퇴하고 63 일 이상 연속으로 전용 가능 처방약 보장 없이 지내는 경우, | <ul style="list-style-type: none"> • 탈퇴 요청서를 발송합니다. 이 방법에 대한 자세한 정보가 필요한 경우 고객센터부에 문의하십시오. • 연중무휴 24 시간 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare 에 연락하여 탈퇴를 요청하실 수도 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하셔야 합니다. |

나중에 Medicare 약품 플랜에 가입할 경우 등록 지연 벌금을 납부해야 할 수 있습니다.

- 귀하는 Original Medicare 의 보장이 시작될 때 HMSA Akamai Advantage Dual Care 에서 탈퇴 처리됩니다.

참고: 귀하가 Medicare 처방약 보장에서 탈퇴하고 전용 가능 처방약 보장 없이 연속으로 63 일 이상 지내는 경우, 나중에 Medicare 약품 플랜에 가입할 때 Part D 등록 지연 벌금을 납부해야 할 수 있습니다.

QUEST (Medicaid) 혜택에 관한 질문이 있는 경우, 본 문서의 제 2 장, 섹션 6 의 연락처 정보를 이용하여 하와이주 복지부 MedQUEST 부서(State of Hawai'i Department of Human Services Med-QUEST Division)로 문의하십시오. 다른 플랜에 가입하거나 Original Medicare 에 복귀하는 것이 QUEST (Medicaid) 보장을 받는 방법에 어떤 영향을 미치는지 문의하십시오.

섹션 4 가입이 종료될 때까지, 저희 플랜을 통해 계속하여 의료용품, 서비스 및 약품을 받으셔야 합니다

귀하의 HMSA Akamai Advantage Dual Care 가입이 종료되고 새로운 Medicare 및 Medicaid 보장이 시작될 때까지, 귀하는 저희 플랜을 통해 계속하여 의료용품, 서비스 및 처방약을 받으셔야 합니다.

- 계속해서 저희 네트워크 서비스 제공자를 이용하여 의료 서비스를 받으십시오.
- 계속해서 저희 네트워크 약국 또는 우편 주문을 이용하여 처방약을 조제 받으십시오.
- 귀하의 가입이 해지되는 당일 날 입원하게 되는 경우, 귀하가 퇴원하기까지 입원 서비스는 저희 플랜에서 보장합니다(새로운 의료 보장이 시작된 후 퇴원하더라도 적용).

섹션 5 HMSA Akamai Advantage Dual Care 는 특정 상황에서 귀하의 플랜 가입을 종료해야 합니다

섹션 5.1 저희가 언제 귀하의 플랜 가입을 종료해야 하나요?

다음 중 하나에 해당하는 경우, HMSA Akamai Advantage Dual Care 는 귀하의 플랜 가입을 종료해야 합니다.

- 귀하가 더 이상 Medicare Part A 및 Part B 를 가지고 있지 않은 경우.

- 더 이상 QUEST (Medicaid) 자격이 없는 경우. 제 1 장, 섹션 2.1 에 명시된 바와 같이, 저희 플랜은 Medicare 및 QUEST (Medicaid) 모두에 자격이 있는 사람들을 위한 것입니다. 귀하가 전체 QUEST (Medicaid) 자격을 상실하는 경우, 역월 기준 한 달 동안 전체 QUEST (Medicaid) 자격을 회복할 수 있는 기간이 주어집니다. 역월 기준 만 한 달 후에도, 귀하가 전체 QUEST (Medicaid) 자격을 회복하지 않았으며 다른 플랜에도 가입하지 않은 경우, 귀하는 월말에 *HMSA Akamai Advantage Dual Care* 에서 탈퇴 처리됩니다.
- 귀하가 서비스 지역 밖으로 이주하는 경우.
- 귀하가 6 개월 이상 서비스 지역을 벗어나는 경우.
 - 이주하시거나 장기 여행을 떠나시는 경우, 고객센터에 전화하여 이주하는 또는 여행하는 지역이 저희 플랜의 지역 내인지 확인하십시오.
- 귀하가 감금되는 경우(교도소에 수감되는 경우).
- 귀하가 더 이상 미국 시민권자가 아니거나 미국에 합법적으로 거주하고 있지 않은 경우.
- 귀하가 가지고 있는 처방약 보장을 제공하는 다른 보험에 관해 허위 진술하거나 이에 관한 정보를 공개하지 않는 경우.
- 귀하가 저희 플랜에 등록할 때 의도적으로 거짓 정보를 제공하고 이 정보가 귀하의 플랜 자격요건에 영향을 미치는 경우. (저희가 먼저 Medicare 로부터 허가를 받지 않는 한, 이 이유로 귀하를 저희 플랜에서 탈퇴 처리할 수 없습니다.)
- 귀하와 플랜의 다른 회원들에 의료 서비스 제공이 어렵도록 계속하여 지장을 주는 행동을 하는 경우. (저희가 먼저 Medicare 로부터 허가를 받지 않는 한, 이 이유로 귀하를 저희 플랜에서 탈퇴 처리할 수 없습니다.)
- 귀하의 회원 카드로 다른 사람이 의료 서비스를 받도록 하는 경우. (저희가 먼저 Medicare 로부터 허가를 받지 않는 한, 이 이유로 귀하를 저희 플랜에서 탈퇴 처리할 수 없습니다.)
 - 이 이유로 귀하의 가입을 종료하는 경우, Medicare 가 감찰관을 통해 귀하의 케이스를 조사할 수 있습니다.
- 역월 기준 2 개월 동안 플랜 보험료를 납부하지 않은 경우.
 - 저희는 귀하의 가입을 종료하기 전에, 역월 기준 2 개월 이내에 플랜 보험료를 납부해야 한다는 사실을 귀하에게 서면으로 통지해야 합니다.
- 귀하가 소득으로 인해 Part D 추가 금액을 납부해야 하나 이를 납부하지 않는 경우, Medicare 는 귀하를 저희 플랜에서 탈퇴 처리할 것입니다.

추가 정보를 어디에서 얻을 수 있습니까?

저희가 귀하의 가입을 종료할 수 있는 경우에 관한 질문이 있거나 추가 정보를 원하는 경우
고객관리부에 문의하십시오.

섹션 5.2 **저희는 어떠한 건강 관련 사유로도 귀하에게 저희 플랜을 탈퇴하도록 요청할 수
없습니다**

HMSA Akamai Advantage Dual Care 는 어떠한 건강 관련 사유로도 귀하에게 저희 플랜을 탈퇴하도록
요청하는 것이 허용되지 않습니다.

이러한 일이 발생하는 경우 어떻게 해야 합니까?

건강 관련 사유로 저희 플랜을 탈퇴하도록 요청받고 있다고 생각하는 경우, Medicare 에 연중무휴
24 시간 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)(TTY 1-877-486-2048)로 전화 주십시오.

섹션 5.3 **저희가 귀하의 플랜 가입을 종료하는 경우 불만을 제기할 권리가 있습니다**

저희가 귀하의 플랜 가입을 종료하는 경우, 가입 종료 이유를 서면으로 알려드려야 합니다. 또한
귀하의 플랜 가입 해지에 관한 저희 결정에 고충 또는 불만을 제기할 수 있는 방법을 설명해야
합니다.

제 11 장:

법적 통지

섹션 1 정부 법률에 관한 통지문

본 *보장 범위 증명서(Evidence of Coverage)*에 적용되는 주요 법률은 사회보장법 제 XVIII 장과 Centers for Medicare & Medicaid Services(또는 CMS)가 사회보장법에 의거하여 제정한 규정들입니다. 또한 다른 연방법들이 적용될 수 있고 일부 상황에서 귀하가 거주하는 주의 주법이 적용될 수 있습니다. 법률들이 이 문서에 포함 또는 설명되어 있지 않은 경우에도, 이는 귀하의 권리와 책임에 영향을 미칠 수 있습니다.

섹션 2 차별 금지에 관한 공지

저희는 개인의 인종, 민족성, 출신 국가, 피부색, 종교, 성별, 성 정체성, 연령, 성적 지향, 정신 또는 신체 장애, 건강 상태, 청구 이력, 병력, 유전자 정보, 보험적합성 증거 또는 서비스 지역 내 지리적 위치에 기반하여 **차별하지 않습니다**. 저희 플랜과 같이 Medicare Advantage Plan 을 제공하는 모든 조직들이 1964 년 민권법 VI 장, 1973 년 재활법, 1975 년 연령차별금지법, 미국장애복지법, 건강보험개혁법 섹션 1557, 연방 보조금을 받는 조직들에 적용되는 모든 기타 법률들, 다른 이유로 적용되는 모든 다른 법률과 규칙들을 포함한 차별 금지 연방법을 준수해야 합니다.

추가 정보를 원하시거나 차별 또는 불공정 대우에 관한 우려사항이 있는 경우, 미국 보건복지부(Department of Health and Human Services) 산하 **민권 사무국(Office of Civil Rights)**(1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697))으로 전화하시거나, 해당 지역 민권 사무국(Office of Civil Rights)으로 전화하십시오. 또한 미국 보건복지부 산하 민권 사무국(<https://www.hhs.gov/ocr/index.html>)에서 정보를 검토할 수도 있습니다.

장애가 있고 의료 서비스 이용에 도움이 필요한 경우, 고객센터부에 문의하시기 바랍니다. 휠체어 접근 문제와 같은 불만 사항이 있는 경우, 고객센터부에서 도움을 드릴 수 있습니다.

Hawai'i Medical Service Association("HMSA")는 해당 연방 민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애, 성별, 성 정체성 또는 성적 지향을 근거로 사람을 차별하거나 배제하거나 차별적으로 대우하지 않습니다.

HMSA:

제 11 법적 통지

- 장애가 있는 사람들과 효과적으로 소통하기 위해 다음과 같은 무료 지원 및 서비스를 제공합니다.
 - 유자격 수화 통역사
 - 다른 형식(대형 활자 인쇄물, 음성, 이용 가능한 전자 형식, 기타 형식)으로 작성된 정보
- 영어를 주 언어로 사용하지 않는 다음과 같은 사람들에게 무료 언어 서비스를 제공합니다.
 - 유자격 통역사
 - 다른 언어로 작성된 정보

이러한 서비스가 필요하시면, 수신자 부담 전화 1-800-660-4672 로 문의하시기 바랍니다. TTY 711.

HMSA 에 고충 제기하기

HMSA 가 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애, 성별, 성 정체성 또는 성적 지향을 근거로 어떤 식으로든 차별을 했다고 생각하는 경우, 아래 열거된 여러 방법으로 HMSA 의 민권 담당자(Civil Rights Coordinator)에게 고충 제기를 하실 수 있습니다.

우편: 818 Ke‘eaumoku St., Honolulu, HI 96814

전화: 1-800-776-4672(수신자 부담). TTY 사용자는 711 번으로 전화하십시오.

팩스: (808) 948-6414

이메일: Compliance_Ethics@hmsa.com

직접 방문하여 고충 제기를 하실 수도 있습니다. 고충 제기를 하는 데 도움이 필요한 경우, HMSA 의 민권 담당자가 도움을 드릴 수 있습니다.

이러한 고충 사항은 문제의 차별 행위(들)에 대해 알게 된 날로부터 60 일 이내에 HMSA 의 민권 담당자에게 제출해야 합니다.

연방 정부에 불만 제기하기

귀하는 또한 민권 사무국 불만 제기 포털(<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>)을 통해 미국 보건복지부 민권 사무국(U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights)에

전자적으로 민권 불만 제기를 하실 수 있으며, 우편이나 전화 접수는 아래 연락처로 하실 수 있습니다.

우편: Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201,

전화: 1-800-368-1019(수신자 부담). TDD 사용자의 경우, 1-(800)-537-7697(수신자 부담).

미국 보건복지부 민권 사무국(<https://www.hhs.gov/ocr/index.html>)에서 정보를 검토하실 수 있습니다. 불만 제기 양식은 <http://hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 에서 이용하실 수 있습니다.

이러한 불만은 차별이 주장된 날로부터 180 일 이내에 제기되어야 합니다.

섹션 3 회원의 비책임에 대한 고지

HMSA 가 보장 서비스에 대한 네트워크 서비스 제공자의 비용을 환급하지 않는 경우, 귀하는 HMSA 가 지급해야 할 일체의 금액에 대해 책임을 지지 않습니다.

섹션 4 상해에 대한 책임이 다른 당사자들에게 있는 경우에 대한 고지

당사는 하와이 주법에서 요구하는 산재 보상 보험 또는 자동차 보험 보장으로 보장되는 의료 비용을 지불하지 않습니다. (불법 행위 책임, 보험 또는 기타 사유로 인해) 다른 당사자들이 귀하의 의료비 또는 처방약에 대한 지불 책임이 있을 수 있는 경우, 당사의 제 3 자 책임 규칙이 적용되며 귀하는 당사에 이러한 규칙의 사본을 요청해야 합니다. 귀하는 귀하의 상해, 청구, 회수 요구 및 수령한 회수금에 대해 당사에 즉시 서면 통지문을 제공해야 하며, 당사가 보장 범위를 결정하고 당사가 지급하는 일체의 금액에 대한 환급 권리를 확보하기 위해 필요한 모든 서류를 즉시 작성하여 당사에 제출해야 합니다. Medicare 및 HMSA 는 지불한 모든 비용의 전액에 대해 선취특권과 환급 권리를 보유합니다.

섹션 5 법률에서 요구하는 개인 금융 정보에 대한 당사의 개인정보 보호정책 및 관행에 대한 고지

(소비자금융정보의 프라이버시(Privacy of Consumer Financial Information, H.R.S. Chapter 431, Article 3A, 2002 년 7 월 1 일 발효) HMSA 는 주 법률에 따라 당사의 개인 건강보험에 가입한 가입자에게 개인 금융 정보에 대한 당사의 개인정보 보호 정책 및 관행에 대한 연례 통지문을 제공해야 합니다. 이 섹션에는 당사가 당사 회원에 대한 개인 금융 정보를 수집하고 당사의 계열사 및 비계열 제 3 자에게 공개하는 방법에 관한 정보가 포함되어 있습니다. 이는 현재 HMSA 회원뿐만 아니라 이전 회원에게도 적용됩니다.

HMSA 와 하와이주 전역의 계열사 조직은 다음과 같은 정책 및 관행을 수립했습니다.

- 개인정보의 프라이버시, 기밀성 및 무결성을 보호하기 위해 물리적, 기술적, 행정적 안전 장치를 유지합니다.
- 귀하의 개인정보에 접근하거나 이를 사용하는 직원이 업무를 수행하기 위해 해당 정보가 필요한지 확인하고, 개인정보를 올바르게 취급하도록 교육을 받았는지 확인합니다. 당사의 직원들은 당사의 정책 및 관행을 준수하는 데 있어 경영진에 대한 전적인 책임을 집니다.
- 당사를 대신하여 귀하의 개인정보에 접근하는 제 3 자가 해당 법률을 준수하고 HMSA 의 엄격한 기밀 유지 및 보안 기준에 동의하도록 요구합니다.

개인 금융 정보의 수집

HMSA 는 귀하의 의료 플랜을 관리하는 데 필수적인 귀하에 관한 개인 금융 정보를 수집합니다. 당사는 귀하가 작성한 신청서 또는 기타 양식과 당사, 당사의 계열사 또는 다른 당사자들과의 거래 등의 출처에서 귀하에 관한 개인 금융 정보를 수집할 수 있습니다.

개인 금융 정보의 공유

HMSA 는 법이 허용하는 바에 따라 귀하의 건강보험을 관리하는 데 필요한 개인 금융 정보를 당사의 계열사 및 비계열 제 3 자와 공유할 수 있습니다. 비계열 제 3 자는 HMSA 및 그 계열사의 일부가 아닌 법인입니다. 당사는 귀하의 허락 없이 다른 사람과 귀하의 개인 금융 정보를 달리 공유하지 않습니다.

섹션 6

Medicare 2 차 지불자 대위권에 관한 통지

저희는 Medicare 가 1 차 지불자가 아닌 보장된 Medicare 의료 서비스에 대해 그 비용을 추심할 권리와 책임이 있습니다. 42 CFR 422.108 조와 423.462 조의 CMS 규정에 의거하여, Medicare Advantage 기관으로서 HMSA Akamai Advantage Dual Care 가 42 CFR 파트 411 B~D 하위 파트의 CMS 규정에 의거하여 장관이 행사하는 동일한 회수 권리를 행사할 것이며, 이 섹션에 확립된 규칙들이 모든 주법을 대체합니다.

일부 상황에서는 다른 당사자들이 귀하의 Medicare Advantage 의료 플랜에 앞서 귀하의 의료 비용을 지불해야 합니다. 이러한 상황에서, 귀하의 Medicare Advantage 플랜이 비용을 지불할 수는 있지만, 이러한 다른 당사자들로부터 지급금을 돌려받을 권리가 있습니다. Medicare Advantage 플랜은 귀하가 받는 의료 서비스에 대한 1 차 지불자가 아닐 수 있습니다. 이러한 상황에는 Medicare Secondary Payer 법에 따라 Federal Medicare Program 이 2 차 지불자로 간주되는 경우가 포함됩니다. Federal Medicare Secondary Payer 프로그램에 대한 정보를 제공하기 위해, Medicare 는 Medicare 가입자가 추가 보험에 가입하는 경우 발생하는 상황에 대한 일반적인 정보를 담은 문서를 작성했습니다. 이 안내서를 *Medicare and Other Health Benefits: Your Guide to Who Pays First(Medicare 및 기타 건강 혜택: 일차 지불자에 대한 가이드, publication number 02179)*라고 합니다. 연중무휴 24 시간 운영되는 1-800-MEDICARE 에 전화하거나 www.medicare.gov 웹사이트를 방문하여 사본을 받으실 수 있습니다.

이러한 상황에서 당사의 회수 권리는 본 의료 플랜 계약 조건 및 Medicare Program 을 규율하는 연방 법률의 조항에 근거합니다. 귀하의 Medicare Advantage 플랜 보장은 항상 다음에 따라 지급되거나 지급될 것으로 합리적으로 예상되는 일체의 지급에 부차적으로 적용됩니다.

- 미국 또는 주의 산재보험법(workers compensation law) 또는 플랜
- 자동차 및 비자동차 무과실 보험 및 의료비 지급 보험을 포함한 일체의 무과실 기반 보험
- 자동차 보험 또는 기타 유형의 보험이나 보장에 따라 발행된 일체의 책임 보험 또는 플랜(자가보험 플랜 포함)
- 무보험 및 과소보험 운전자 보장이 포함되나 이에 국한되지 않는 자동차 보험 또는 플랜(자가보험 플랜 포함).

귀하의 Medicare Advantage 플랜은 자동차 무과실 보험(개인상해보험(Personal Injury Protection)) 또는 의료비 지급 보험에 항상 부차적이므로, 귀하는 자동차 보험 증권을 검토하여 자동차 사고로 인한

귀하의 의학적 치료에 대해 자동차보험 보장이 우선적으로 적용될 수 있도록 적절한 보험 조항을 선택했는지 확인해야 합니다.

섹션 7 대위 및 제 3 자 책임에 대한 고지

당사는 하와이 주법에서 요구하는 산재 보상 보험 또는 자동차 보험 보장으로 보장되는 일체의 의료 비용을 지불하지 않습니다.

과실 또는 고의적인 행위로 인해 제 3 자가 책임을 져야 하는 질병 또는 상해를 입은 경우, 즉시 당사에 알려야 합니다. 질병 또는 상해에 대한 책임이 다른 당사자들에게 있을 때 당사가 귀하를 대신하여 보장 서비스에 대한 비용을 지급하는 경우, 당사는 당사가 제공하거나 지급한 혜택의 전체 비용을 환급받을 권리가 있습니다. 귀하는 이러한 회수를 추진하는 데 당사에 협조해야 합니다.

또한 회수 청구 또는 요구 및 수령한 회수금에 대해서도 당사에 통지해야 합니다. HMSA 는 귀하의 상해 또는 질병에 대해 책임이 있는 제 3 자로부터 귀하가 또는 귀하를 대신하여 지급받은 모든 회수금에 대해 상환 또는 환급을 받을 권리가 있습니다.

여기에 설명된 바와 같이, 이러한 상황에서 당사는 귀하 또는 다른 당사자들로부터 이러한 지급금을 회수하기 위해 본 조항에 명시된 조건에 따라 귀하를 대신하여 이 의학적 치료에 대한 지불금을 지급할 수 있습니다. 조건부 지급을 하는 즉시 당사는 귀하의 상해, 질병 또는 질환을 초래한 책임이 있는 개인, 단체, 보험사 또는 위에 1 차 지불자로 명시된 개인, 단체, 보험사에 대해 귀하가 가진 모든 회수 권리를 대위(대신)하게 됩니다.

또한, 귀하가 귀하의 상해, 질병 또는 질환을 초래한 책임이 있는 개인, 단체 또는 보험사로부터 지급금을 받거나 위에 1 차 지불자로 명시된 개인, 단체 또는 보험사로부터 지급금을 받는 경우, 당사는 해당 상해, 질병 또는 건강 상태의 결과로 당사가 지급했거나 지급하게 될 모든 조건부 지급금에 대해 귀하로부터 회수하고 환급받을 권리가 있습니다.

당사는 합의, 판결 또는 기타 방식에 의한 회수 시 상해, 질병 또는 질환의 치료를 위해 지급한 보험금의 한도 내에서 자동으로 선취특권을 보유하게 됩니다. 선취특권은 당사가 지급한 보험금 금액에 해당하는 자금 또는 수익금을 보유한 모든 당사자에 대해 집행될 수 있으며, 여기에는 귀하, 귀하의 대리인 또는 에이전트, 귀하의 상해, 질병 또는 질환을 초래한 책임이 있는 개인, 단체, 보험사 또는 위에 1 차 지불자로 명시된 개인, 단체, 보험사가 포함됩니다. 보험금(해당 보험금이 귀하에게 지급되든 아니면 귀하를 대신하여 서비스 제공자에게 지급되든)을 수락함으로써, 귀하는 상해, 질병

또는 질환의 결과로 지급금을 수령하는 경우 해당 자금에 대한 건설적인 수탁자 역할을 할 것에 동의합니다.

Medicare Advantage 플랜으로부터 보험금(해당 보험금이 귀하에게 지급되든 또는 귀하를 대신하여 의료 서비스 제공자에게 지급되든)을 수락함으로써, 귀하는 플랜의 회수 권리가 최우선 청구권이며 귀하의 손해에 대한 다른 청구에 앞서 플랜에 지급되어야 함을 인정합니다. 당사는 어떠한 지급금에 대해서도 우선 지급을 기준으로 전액 환급받을 권리가 있으며, 이는 플랜에 대한 이러한 지급으로 인해 귀하가 원래 상태로 회복하거나 발생한 손해의 일부 또는 전부를 보상하기에 불충분한 금액을 회수하게 되는 경우에도 해당됩니다. 당사는 귀하가 손해배상청구를 추진하기 위해 고용한 변호사에 대해 법정 비용 또는 변호사 수임료를 지불하거나 이에 관여할 의무가 없습니다.

당사는 귀하의 상해, 질병 또는 질환을 초래한 책임이 있는 개인, 단체, 보험사, 또는 위에 1 차 지불자로 명시된 개인, 단체, 보험사가 지급 책임을 인정하는지 여부와 관계없이 전액 회수할 권리가 있습니다. 당사는 귀하가 받은 합의 또는 판결에서 플랜이 제공한 의료 혜택을 확인하거나 해당 합의 또는 판결의 일부를 의료비 이외의 비용 지급에 할당하려는 취지가 있는지 여부와 관계없이 전액 회수할 권리가 있습니다. 당사는 통증 및 고통, 비경제적 손해 및/또는 일반 손해에 대해서만 지정된 합의 또는 판결을 포함하여 모든 합의 또는 판결로부터 회수할 권리가 있습니다.

귀하와 귀하의 법정 대리인은 당사가 지급한 보험금을 회수하기 위한 당사의 노력에 전적으로 협조해야 합니다. 귀하는 상해, 질병 또는 질환으로 인한 손해를 회복하거나 보상을 받기 위한 청구를 추진하거나 조사하겠다는 의사를 보험 회사 또는 변호사를 포함한 일체의 당사자에게 통지한 날로부터 30 일 이내에 당사에 알려야 할 의무가 있습니다. 귀하와 귀하의 대리인 또는 에이전트는 당사 또는 당사의 대리인이 요청한 모든 정보를 제공해야 합니다. 귀하는 당사의 대위권 또는 회수권을 침해하거나 본 조항의 조건을 집행할 수 있는 당사의 능력을 침해하기 위해 어떠한 행위도 해서는 안 됩니다. 여기에는 플랜이 제공하는 모든 혜택의 전체 비용을 줄이거나 제외하려는 일체의 합의 또는 회수를 삼가는 것이 포함되나 이에 국한되지 않습니다.

요청받은 정보를 제공하지 않거나 당사가 대위권 또는 회수권을 추구하는 데 도움을 주지 않을 경우, 귀하는 상해, 질병 또는 질환과 관련하여 지급된 보험금뿐만 아니라 귀하로부터 환급을 받는 데 발생한 당사의 합리적인 변호사 수임료 및 비용을 당사에 환급해야 할 개인적인 책임이 발생할 수 있습니다. 추가 정보는 42 U.S.C. § 1395y(b)(2)(A)(ii) 및 Medicare 법령을 참조하십시오.

섹션 8 사기, 낭비 및 남용 신고에 관한 고지

HMSA 는 Medicare 에 따라 사기, 낭비 및 남용을 식별하고 예방하기 위해 최선을 다하고 있습니다. 귀하는 잠재적인 의료 사기 사례를 당사에 신고함으로써 당사를 지원할 수 있습니다. 허위 청구, 불필요한 서비스 또는 Medicare ID 오용과 같은 의심스러운 활동을 발견하는 경우, 즉시 신고하십시오. 받지 못한 서비스나 물품 등 불일치 사항이 있는지 혜택 설명서(EOB)를 읽어 보십시오. 의심스러운 활동을 발견한 경우 즉시 신고하십시오. 핫라인 (808) 948-5166 또는 수신자 부담 전화 1-888-398-6445 로 전화하여 사기, 낭비 및 남용(FWA) 사례를 기밀로 신고할 수 있습니다. 여러분의 경각심은 혜택을 보호하고 의료 시스템의 무결성을 유지하는 데 도움이 됩니다.

제 12 장:

중요 단어의 정의

통원 수술 센터(Ambulatory Surgical Center) – 통원 수술 센터는 입원이 필요하지 않은 환자에게 외래 수술 서비스를 제공하기 위한 목적으로만 운영되는 기관으로, 센터에 머무는 예상 시간은 24 시간을 초과하지 않습니다.

이의 제기(Appeal) - 이의 제기는 귀하가 의료 서비스 또는 처방약 보장 요청 또는 이미 제공받은 의료 서비스 또는 약품 비용 지급 요청을 거부하는 저희 결정에 동의하지 않는 경우 취하는 조치입니다. 또한 귀하가 받고 있는 서비스를 중단하기로 한 당사의 결정에 동의하지 않는 경우, 이의를 제기할 수 있습니다.

혜택 기간(Benefit Period) – 귀하의 전문 요양 시설(SNF) 서비스 이용을 측정하는 방법. 혜택 기간은 귀하가 병원 또는 전문 요양 시설에 입원하는 날 시작됩니다. 혜택 기간은 60 일 연속 일체의 입원 치료(또는 SNF 전문 간호 서비스)를 받지 않았을 시 종료됩니다. 귀하가 한 혜택 기간이 종료된 후 병원 또는 전문 요양 시설에 입원하는 경우, 새로운 혜택 기간이 시작됩니다. 혜택 기간의 수에는 제한이 없습니다.

생물학적 제제(Biological Product) – 동물 세포, 식물 세포, 박테리아 또는 효모와 같은 살아있는 천연 공급원으로 만들어진 처방약입니다. 생물학적 제제는 다른 약품보다 더 복잡하여 정확하게 복제할 수 없기 때문에 이를 대체하는 형태를 바이오시밀러라고 합니다. (또한 “오리지널 생물학적 제제” 및 “바이오시밀러” 참조).

바이오시밀러(Biosimilar) – 오리지널 생물학적 제제와 매우 유사하지만 동일하지는 않은 것으로 간주되는 생물학적 제제입니다. 바이오시밀러는 오리지널 생물학적 제제만큼 안전하고 효과적입니다. 일부 바이오시밀러는 새로운 처방전 없이 약국에서 오리지널 생물학적 제제를 대체할 수 있습니다(“교환 가능 바이오시밀러” 참조).

브랜드 의약품(Brand Name Drug) - 원래 약품을 연구 개발한 제약회사가 제조하여 판매하는 처방약. 브랜드 의약품은 이의 제네릭 버전과 동일한 활성 성분 처방을 포함합니다. 그러나 제네릭 의약품은 다른 약품 제조업체들이 제조하여 판매하고, 일반적으로 브랜드 의약품의 특허가 만료될 때까지 시판되지 않습니다.

비상 재해 보험보장 단계(Catastrophic Coverage Stage) - 귀하(또는 귀하를 대리하는 다른 적격의 당사자들)가 보장 연도 동안 Part D 보장 약품에 대해 \$2,000 를 지출했을 때 시작되는 Part D 약품 혜택 단계. 이 지불 단계 동안, 플랜은 보장되는 Part D 약품에 대한 비용 전액을 지급합니다.

Centers for Medicare & Medicaid Services(CMS) - Medicare 를 운영하는 연방 정부 기관.

제 12 장 중요 단어의 정의

Chronic-Care Special Needs Plan - C-SNP 는 42 CFR 422.2 에 정의된 하나 이상의 중증 또는 장애를 초래하는 만성 질환이 있는 MA 적격 개인으로 가입을 제한하는 SNP 입니다. 여기에는 42 CFR 422.4(a)(1)(iv)에 명시된 다수의 일반적인 동반이환 및 임상적으로 연관된 질환 분류에 기반하여 가입을 제한하는 것이 포함됩니다.

공동보험금(Coinsurance)- 귀하가 공제액을 지불한 후 서비스 또는 처방약에 대한 본인 비용 부담금을 백분율(예: 20%)로 표시하여 지불해야 할 수 있는 금액.

총 최대 본인부담금(Combined Maximum Out-of-Pocket Amount) – 이는 네트워크(선택) 서비스 제공자와 네트워크 외(비선택) 서비스 제공자의 모든 Part A 및 Part B 서비스에 대해 귀하가 1 년 동안 귀하가 지불할 수 있는 최대 금액입니다. (참고: 저희 회원들은 Medicaid 의 지원도 받기 때문에 이 최대 본인부담금에 도달하는 회원은 거의 없습니다.)

불만(Complaint) – 불만 제기의 공식 명칭은 **고충 제기(filing a grievance)**입니다. 불만 제기 프로세스는 특정 유형의 문제들에 *대해서만* 사용됩니다. 이에는 치료의 질, 대기 시간, 귀하가 받는 고객 서비스와 관련된 문제들이 포함됩니다. 또한 귀하의 플랜이 이의 제기 프로세스의 기간을 따르지 않는 경우의 불만도 포함됩니다.

포괄적 외래 재활 시설(Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) – 물리 치료, 사회 또는 심리 서비스, 호흡 치료, 작업 치료 및 언어 병리학 서비스, 가정 환경 평가 서비스 등 질병 또는 상해 후 재활 서비스를 주로 제공하는 시설.

본인부담금(Copayment) (또는 copay)– 의사 방문, 병원 외래 방문 또는 처방약과 같은 의료 서비스 또는 소모품에 대한 비용 중 귀하의 부담금으로 지불해야 할 수 있는 금액. 본인부담금은 백분율이 아닌 정해진 금액(예: \$10)입니다.

비용 부담금(Cost-sharing) - 비용 부담금은 서비스 또는 약품을 제공받을 시 회원이 지불해야 할 금액을 가리킵니다. (이는 플랜의 월 보험료에 추가로 지급합니다.) 비용 부담금에는 다음 세 가지 유형의 비용 중 몇 가지 조합이 포함됩니다. (1) 서비스 또는 약품이 보장되기 전 플랜이 부과할 수 있는 모든 공제액, (2) 특정 서비스 또는 약품을 제공받을 때 플랜이 요구하는 고정 본인부담금 금액, (3) 특정 서비스 또는 약품을 제공받을 때 플랜이 요구하는 서비스 또는 약품에 지급하는 총금액의 퍼센트인 공동보험금 금액.

보장 판정(coverage determination) – 플랜이 귀하에 처방된 약품을 보장해 줄 것인지와 귀하가 처방약에 지불해야 할 금액(있는 경우)에 관한 결정. 일반적으로, 처방전을 약국에 가져갔는데 약국에서 귀하의 플랜이 처방전을 보장하지 않는다고 말하는 경우, 이는 보장 판정이 아닙니다. 보장에 관한 공식 결정을 요청하기 위해서는 플랜에 전화하거나 서면 요청을 발송해야 합니다. 본문서에서는 보장 판정을 **보장 결정(coverage decisions)**이라고 합니다.

보장 약품(Covered Drugs) - 플랜에서 보장해 주는 모든 처방약을 의미하는 데 사용하는 용어.

보장 서비스(Covered Services) – 플랜에서 보장하는 모든 의료 서비스 및 소모품을 의미하는 용어입니다.

전용 가능 처방약 보장(Creditable Prescription Drug Coverage) - 평균적으로 최소한 Medicare 의 표준 처방약 보장만큼 지급할 것으로 기대되는 처방약 보장(예를 들어, 고용주 또는 노조로부터의 보장). Medicare 에 가입할 자격을 갖추는 때 이 유형의 보장을 가지고 있는 개인들은 일반적으로 나중에 Medicare 처방약 보장에 등록하기로 결정하는 경우 벌금을 지급함이 없이 이 보장을 유지할 수 있습니다.

관찰 간호(Custodial Care) - 관찰 간호는 전문 의료 또는 전문 요양 간호가 필요하지 않은 경우 요양원, 호스피스 또는 기타 시설에서 제공되는 개인 간호 서비스입니다. 관찰 간호는 목욕, 옷 입기, 식사, 침대나 의자에 앉고 눕거나 일어나기, 이동, 화장실 사용과 같은 일상생활 활동에 대한 도움 등 전문적인 기술이나 교육을 받지 않은 사람들이 제공하는 서비스입니다. 여기에는 또한 점안액 사용과 같이 대부분의 사람들이 스스로 하는 건강 관리의 종류가 포함될 수 있습니다. Medicare 는 관찰 간호에 대한 비용을 지급하지 않습니다.

고객관리부(Customer Relations) - 회원 자격, 혜택, 고충, 이의 제기에 관한 질문에 대해 답변을 책임지는 저희 플랜 내 부서. 고객관리부에 연락하는 방법에 관한 정보는 제 2 장을 참조하십시오.

일일 비용 분담률(Daily Cost-sharing Rate) – 담당 의사가 특정 약품을 한 달 치 분량 미만으로 처방하고 귀하가 본인부담금을 지급해야 하는 경우, 일일 비용 분담률이 적용될 수 있습니다. 일일 비용 분담률은 한 달 치 내 일수로 나눈 본인부담금입니다. 예: 한 달 치 약물의 본인부담금이 \$30 이고 플랜의 한 달 치 약품이 30 일 치인 경우, 일일 비용 분담률은 하루 \$1 입니다.

공제액(Deductible)– 의료 서비스 또는 처방약에 대해 저희 플랜이 비용을 지급하기 전에 귀하가 지불해야 하는 금액.

제 12 장 중요 단어의 정의

탈퇴 처리하다(Disenroll) 또는 **탈퇴(Disenrollment)** - 귀하의 플랜 가입을 종료시키는 프로세스.

조제비(Dispensing Fee) - 약사의 처방약 준비 및 포장 시간 등 처방전 조제 비용을 지불하기 위해 보장 약품이 조제될 때마다 청구되는 비용.

Dual Eligible Special Needs Plans(D-SNP) - Medicare(사회보장법 제 XVIII 장)와 Medicaid(제 XIX 장)에 따른 주 플랜의 의료 지원을 모두 받을 자격이 있는 개인이 가입하는 유형의 플랜. 주 정부는 주 정부 및 개인의 자격에 따라 일부 또는 전체 Medicare 비용을 부담합니다.

이중 적격 개인(Dually Eligible Individual) - Medicare 및 Medicaid 의 수혜 자격이 있는 개인입니다.

내구성 의료 장비(Durable Medical Equipment, DME) - 의학적 이유로 담당 의사가 주문하는 특정 의료 장비. 예를 들면 보행 보조기, 휠체어, 목발, 전동 매트리스 시스템, 당뇨용품, 정맥 주입 펌프, 음성 발생 장치, 산소 장비, 분무기, 또는 서비스 제공자가 가정용으로 주문하는 병원용 침상이 있습니다.

응급상황(Emergency) - 의료 응급상황은 귀하 또는 건강과 의학에 관한 평균 지식을 가진 다른 일반인이 귀하가 귀하의 사망(및 임산부의 경우 태아 사망), 사지 상실 또는 사지 기능 상실, 신체 기능 상실 또는 심각한 장애를 예방하기 위해 즉각적인 치료를 필요로 하는 의학적 증상을 경험하고 있다고 생각하는 경우입니다. 의학적 증상은 질병, 상해, 중증의 통증 또는 빠르게 악화되는 의학적 상태일 수 있습니다.

응급 치료(Emergency Care) - 1) 응급 서비스를 제공할 자격이 있는 서비스 제공자에 의해 제공되며, 2) 응급 의학적 상태를 치료, 평가 또는 안정화하는 데 필요한 보장 서비스.

보장 범위 증명서(Evidence of Coverage, EOC) 및 공개 정보 - 본 문서는 귀하의 등록 양식, 다른 부록, 부칙 또는 다른 선별 추가 보장과 함께 귀하의 보장, 저희가 해야 할 일, 귀하의 권리, 저희 플랜 회원으로 귀하가 해야 할 일에 관해 설명합니다.

예외(Exception) - 승인되는 경우, 당사 처방집에 등재되어 있지 않은 약품을 받거나(처방집 예외사항), 비선택 약품을 비용 부담금 수준으로 받을 수 있도록 허용하는 보장 결정 유형(등급 변경 예외). 또한 저희 플랜이 귀하가 요청하는 약품을 받기 전 다른 약품 복용을 시도하도록 요구하거나 의약품에 대한 사전 승인을 요구하고 귀하가 기준 제한에 대한 면제를 요청하고자 하는 경우 또는 저희 플랜이 귀하가 요청하는 약품의 수량 또는 투여량을 제한하는 경우 예외를 요청할 수 있습니다(처방집 예외사항).

“**Extra Help**” - 소득과 자원이 제한적인 개인들이 보험료, 공제액, 공동보험금과 같은 Medicare 처방약 프로그램 비용을 지급하도록 도와주는 Medicare 프로그램.

일반 의약품(Generic Drug) - 브랜드 의약품과 동일한 활성 성분을 함유한 것으로 미국 식품의약청(FDA)에서 승인한 처방약. 일반적으로 제네릭 의약품은 브랜드 의약품과 동일한 효과를 발휘하며 보통 저렴합니다.

가정 간호 보조원(Home Health Aide) - 개인관리(예: 목욕, 화장실 사용, 옷 입기, 처방받은 운동 수행 등)에 대한 도움을 제공하는 등 면허를 소지한 간호사 또는 치료사의 기술이 필요하지 않은 서비스를 제공하는 사람.

호스피스(Hospice) - 의학적으로 말기 질환, 즉 기대 여명이 6 개월 이하라는 진단을 받은 회원에게 특별 치료를 제공하는 혜택. 저희, 즉 귀하의 플랜은 반드시 귀하의 지리적 지역에 있는 호스피스 목록을 제공해야 합니다. 귀하가 호스피스를 선택하고 보험료를 계속 납부하는 경우에도 귀하는 여전히 저희 플랜의 회원입니다. 귀하는 계속해서 저희가 제공하는 모든 의학적으로 필요한 서비스 및 추가 혜택을 받을 수 있습니다.

병원 입원(Hospital Inpatient Stay) - 전문 의료 서비스를 위해 공식적으로 병원에 입원한 경우의 병원 내 체류. 귀하가 병원에 하룻밤 입원하더라도 여전히 외래 환자로 간주될 수 있습니다.

소득 관련 월별 조정 금액(Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) - 2 년 전 IRS 세금 신고서에 보고된 수정된 조정 후 총소득이 특정 금액을 초과하는 경우, 표준 보험료 금액과 소득 관련 월별 조정 금액(IRMAA 라고도 함)을 납부해야 합니다. IRMAA 는 보험료에 추가되는 추가 요금입니다. Medicare 가입자들의 5% 미만이 영향을 받기에, 대부분의 개인들이 높은 보험료를 납부하지 않습니다.

최초 보험보장 단계 - 이는 해당 연도의 본인 부담금이 본인 부담금 기준 금액에 도달하기 전 단계입니다.

최초 등록 기간(Initial Enrollment Period) - 귀하가 처음으로 Medicare 에 가입할 자격을 갖추었을 때 Medicare Part A 및 Part B 에 등록할 수 있는 기간입니다. 귀하가 65 세가 되어 Medicare 에 가입할 자격이 되는 경우, 귀하의 최초 등록 기간은 65 세 생일 전 3 개월부터 시작되고 65 세 생일 달을 포함하며, 65 세 생일 후 3 개월째에 종료되는 7 개월간의 기간입니다.

제 12 장 중요 단어의 정의

Institutional Special Needs Plan(SNP) – 장기 요양 시설(LTC)에 90 일 이상 지속적으로 거주하거나 거주할 것으로 예상되는 적격 개인이 등록하는 플랜. 이러한 시설에는 전문 요양 시설(SNF), 요양 시설(NF), (SNF/NF), 지적 장애인을 위한 중간 요양 시설(ICF/IID), 입원 정신과 시설 및/또는 Medicare Part A, Medicare Part B 또는 Medicaid 에 따라 보장되는 유사한 장기 의료 서비스를 제공하는 CMS 승인 시설들이 포함될 수 있으며, 해당 시설의 거주자들은 다른 명시된 시설 유형의 거주자들과 유사한 요구사항 및 건강 상태를 가지고 있는 경우입니다. Institutional Special Needs Plan 은 특정 LTC 시설(들)과 협약을 체결하거나 해당 시설을 소유 및 운영해야 합니다.

통합 D-SNP – D-SNP 는 Medicare 및 Medicaid 모두에 가입할 자격이 있는 특정 개인 그룹에 대해 단일 건강 플랜하에서 Medicare 및 대부분의 또는 모든 Medicaid 서비스를 보장합니다. 이러한 개인들은 완전 혜택 이중 자격을 갖춘 개인으로도 알려져 있습니다.

Institutional Equivalent Special Needs Plan(SNP) – 지역 사회에 살지만, 주 정부 평가를 토대로 기관 수준의 진료가 필요한 적격 개인이 등록하는 플랜. 평가는 주 정부 수준의 동일한 개별 진료 평가 도구를 사용하여 수행되어야 하며 플랜을 제공하는 기관이 아닌 다른 단체가 관리하여야 합니다. 이 같은 종류의 Special Needs Plan 은 특수 진료를 통일되게 전달하기 위하여 필요한 경우 계약을 맺은 반의탁 시설(ALF) 거주자로 가입을 제한할 수도 있습니다.

통합 고충 - 치료의 질에 관한 불만을 포함하여 저희 플랜, 서비스 제공자 또는 약국에 대해 제기하는 불만 유형. 이 유형의 불만 제기는 보장 또는 지급 분쟁과 관련이 없습니다.

통합 조직 판정(Integrated Organization Determination) - 물품 또는 서비스의 보장 여부 또는 보장되는 물품 또는 서비스에 대해 귀하가 지불해야 하는 금액에 대해 저희 플랜에서 내리는 결정. 본 문서에서는 조직 판정을 보장 결정이라 합니다.

교환 가능 바이오시밀러 – 바이오시밀러는 자동 대체 가능성과 관련된 추가 요건을 충족하기 때문에 새로운 처방전 없이 약국에서 오리지널 바이오시밀러 제품의 대체품으로 사용할 수 있습니다. 약국에서의 자동 대체는 주 법률의 적용을 받습니다.

평생 추가 입원일수(Lifetime Reserve Days) – 귀하는 Medicare 에서 보장하는 최초 90 일 입원 후 추가로 60 일의 Medicare 보장 입원 일수를 받을 자격이 있습니다. 이 60 일의 추가 입원일수는 평생 동안 한 번만 사용할 수 있습니다.

보장 의약품 목록(처방집 또는 Drug List) - 플랜이 보장해 주는 처방약 목록.

저소득 보조금(LIS) - “Extra Help” 참조.

제조업체 할인 프로그램 – 제약 제조업체가 보장되는 Part D 브랜드 의약품 및 생물학적 제제에 대해 플랜의 전체 비용 중 일부를 지불하는 프로그램. 할인은 연방 정부와 제약 제조업체들 간의 합의에 기반합니다.

최대 본인부담금 – 보장되는 Part A 및 Part B 서비스에 대해 1 년 동안 귀하가 지불하는 최대 금액. 귀하가 플랜 보험료, Part A 와 Part B 보험료 및 처방약에 대해 지불하는 금액은 최대 본인부담금에 포함되지 않습니다. (참고: 저희 회원들은 Medicaid 의 지원도 받기 때문에 이 최대 본인부담금에 도달하는 회원은 거의 없습니다.) 최대 본인부담금에 대한 정보는 제 4 장, 섹션 1.3 을 참조하십시오.

Medicaid(또는 Medical Assistance) – 소득과 자원이 제한적인 일부 개인들의 의료 비용 지급을 돕는 연방과 주 공동 프로그램. 주마다 Medicaid 프로그램이 다르지만, Medicare 및 Medicaid 가입 자격을 모두 충족시키는 경우, 대부분의 의료 서비스 비용이 보장됩니다.

의학적으로 인정되는 적응증 – 미국 식품의약국(FDA)의 승인을 받았거나 미국 병원 처방전 서비스 약품 정보 및 Micromedex DRUGDEX 약품 정보 시스템과 같은 특정 참고 문헌에 의해 지원되는 약품의 사용.

의학적으로 필요한(Medically Necessary) - 서비스, 소모품 또는 의약품이 귀하의 의학적 질환을 예방, 진단 또는 치료하기 위해 필요하며 의료 행위 허용 기준을 충족함을 의미합니다.

Medicare – 65 세 이상, 장애가 있는 65 세 미만의 일부 개인들, 말기 신장질환(End-Stage Renal Disease) 환자들(일반적으로 투석 또는 신장 이식을 필요로 하는 영구 신부전 환자들)을 위한 연방 의료 보험 프로그램.

Medicare Advantage 조정 선택 기간(Medicare Advantage Open Enrollment Period) – Medicare Advantage 플랜 가입자들이 플랜 가입을 취소하고 다른 Medicare Advantage 플랜으로 변경하거나 Original Medicare 를 통해 보장을 받을 수 있는 1 월 1 일부터 3 월 31 일까지 기간. 이 기간 동안 Original Medicare 로 전환하기로 선택하는 경우, 이 때 별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입할 수 있습니다. Medicare Advantage 조정 선택 기간은 개인에게 Medicare 에 처음 가입할 자격이 주어진 경우에도 3 개월 동안 이용할 수 있습니다.

제 12 장 중요 단어의 정의

Medicare Advantage(MA) Plan – 때때로 Medicare Part C 라고도 함. Medicare Part A 및 Part B 혜택을 모두 제공하도록 Medicare 와 계약을 체결하는 민간 회사가 제공하는 플랜. Medicare Advantage Plan 은 i) HMO, ii) PPO, iii) Private Fee-for-Service(PFFS) 플랜, 또는 iv) Medicare Medical Savings Account(MSA) plan 플랜이 될 수 있습니다. 이러한 유형의 플랜 중에서 선택하는 것 외에도, Medicare Advantage HMO 또는 PPO 플랜은 Special Needs Plan(SNP)이 될 수도 있습니다. 대부분의 경우 Medicare Advantage Plan 이 또한 Medicare Part D(처방약 보장)를 제공합니다. 이 플랜을 **처방약 보장이 있는 Medicare Advantage 플랜**이라 합니다.

Medicare 승인 서비스 제공자(Medicare-approved Provider) – Medicare 승인 서비스 제공자는 Medicare 에 등록된 DMEPOS 공급업체 또는 Medicare 서비스 및 소모품에 대해 청구할 자격이 있는 모든 적격 전문가 또는 진료 제공자입니다. 특정 내구성 장비, 보철, 정형용 교정장치 및 소모품은 이러한 Medicare 승인 서비스 제공자가 제공합니다. 가까운 Medicare 승인 서비스 제공자는 www.medicare.gov/medical-equipment-suppliers/에서 찾을 수 있습니다.

Medicare Cost Plan – Medicare Cost Plan 은 법 제 1876(h)조에 따른 비용 환급 계약에 따라 Health Maintenance Organization(HMO) 또는 Competitive Medical Plan(CMP)에서 운영하는 플랜입니다.

Medicare 보장 서비스(Medicare-Covered Services) – Medicare Part A 및 Part B 에서 보장하는 서비스. 모든 Medicare 의료 플랜은 Medicare Part A 및 B 에서 보장하는 모든 서비스를 보장해야 합니다. Medicare 보장 서비스라는 용어에는 Medicare Advantage 플랜에서 제공할 수 있는 시력, 치과 또는 청력과 같은 추가 혜택은 포함되지 않습니다.

Medicare 의료 플랜(Medicare Health Plan) – Medicare 의료 플랜은 플랜에 등록하는 Medicare 가입자들에 Part A 및 Part B 혜택을 제공하도록 Medicare 와 계약을 체결하는 민간 회사가 제공합니다. 여기에는 모든 Medicare Advantage Plan, Medicare Cost Plan, Special Needs Plan, Demonstration/Pilot Program, 및 Programs of All-inclusive Care for the Elderly(PACE)가 포함됩니다.

Medicare 처방약 보장(Medicare Prescription Drug Coverage)(Medicare Part D) – 외래환자 처방약, 백신, 생물학적제제, Medicare Part A 또는 Part B 가 보장해 주지 않는 일부 용품들의 지급을 도와주는 보험.

Medigap(Medicare Supplement Insurance) Policy – Original Medicare 의 공백을 메우기 위해 민간 보험회사가 판매하는 Medicare 보충 보험. Medigap 보험은 오로지 Original Medicare 와 함께 사용할 수 있습니다. (Medicare Advantage Plan 은 Medigap 보험이 아닙니다.)

회원(저희 플랜 회원 또는 플랜 회원) – 보장 서비스를 받을 자격이 있고, 저희 플랜에 등록했으며 Medicare & Medicaid 서비스 센터(CMS)가 등록을 확인한 Medicare 가입자.

네트워크 약국(Network Pharmacy) – 저희 플랜과 계약을 맺은 약국이 처방약 혜택을 받을 수 있습니다. 대부분의 경우, 귀하의 처방약은 네트워크 약국 중 하나에서 조제하는 경우에만 보장됩니다.

네트워크 서비스 제공자(Network Provider) – 서비스 제공자(Provider 란 Medicare 및 주에서 의료 서비스 제공을 허가 또는 인증한 의사, 기타 의료 전문가, 병원 및 기타 의료 시설을 지칭하는 일반적인 용어입니다. **네트워크 서비스 제공자(Network Provider)**는 저희 플랜과 계약을 맺고 저희가 지급하는 비용을 전액 지급으로 수락하고, 일부의 경우 저희 플랜 회원들에게 보장 서비스를 제공하고 조정하기도 합니다. 네트워크 서비스 제공자를 또한 **플랜 서비스 제공자(plan providers)**라고 합니다.

관찰 진료(Observation Care) – 다음과 같은 사유로 인한 48 시간 미만의 병원 체류: (1) 입원 치료를 위해 입원하지 않은 경우, (2) 응급실, 치료실, 관찰실 또는 기타 해당 구역에 물리적으로 수용된 경우, (3) 입원 치료가 필요한지 여부를 판단하기 위해 관찰을 받고 있는 경우.

오리지널 생물학적 제제 – 미국 식품의약국(FDA)의 승인을 받았으며 바이오시밀러 버전을 만드는 제조업체를 위해 비교 대상 역할을 하는 생물학적 제제. 기준 제품이라고도 합니다.

Original Medicare(Traditional Medicare 또는 Fee-for-service Medicare) – Original Medicare 는 제공하는 의료 보험으로, Medicare Advantage Plan 과 처방약 플랜과 같은 민간 의료 보험이 아닙니다. Original Medicare 에서, Medicare 서비스는 의회가 정한 지급액을 의사, 병원, 다른 의료 서비스 제공자에 지급하여 보장됩니다. Medicare 를 수락하는 모든 의사, 병원 또는 다른 의료 서비스 제공자의 진찰을 받을 수 있습니다. 귀하가 공제액을 지불해야 합니다. Medicare 가 Medicare 승인 금액의 자체 부담금을 지급하고, 귀하가 본인 부담금을 지불합니다. Original Medicare 는 두 개 부분, 즉 Part A(병원 보험)와 Part B(의료보험)로 구성되어 있고, 미국 전역에서 이용 가능합니다.

네트워크 외 약국(Out-of-Network Pharmacy) – 보장 약품을 조율하거나 저희 플랜 회원들에 제공하기 위해 저희 플랜과 계약을 체결하지 않은 약국. 귀하가 네트워크 외 약국으로부터 조제하는 대부분의 약품은 일부 조건이 적용되지 않는 한 저희 플랜에서 보장해 주지 않습니다.

제 12 장 중요 단어의 정의

네트워크 외 서비스 제공자(Out-of-Network Provider) 또는 네트워크 외 시설(Out-of-Network Facility) – 저희 플랜 회원들에게 보장 서비스를 제공하거나 조정하도록 저희 플랜과 계약을 맺지 않은 서비스 제공자 또는 시설 네트워크 외 서비스 제공자는 저희 플랜에 고용되었거나, 소유되었거나, 운영되지 않는 서비스 제공자입니다.

본인 부담 비용(Out-of-Pocket Costs) – 상기 비용 분담금 정의 참조. 제공받은 서비스 또는 약품 비용의 일부를 지불하는 회원의 본인 부담 비용 요건은 또한 회원의 본인부담금 비용 요건이라고도 합니다.

본인 부담 한도 – Part D 약품에 대해 귀하가 본인 부담으로 지불하는 최대 금액.

완화 치료(Palliative Care) – 완화 치료는 고통을 예측, 예방 및 치료함으로써 삶의 질을 최적화하는 환자 및 가족 중심의 치료입니다. 완화 치료는 환자의 자율성, 정보에 대한 접근 및 선택을 용이하게 하기 위해 신체적, 지적, 정서적, 사회적 및 영적 요구를 해결하는 것을 포함합니다.

Part C – Medicare Advantage(MA) Plan 참조.

Part D – 자발적인 Medicare 처방약 혜택 프로그램.

Part D 약품(Part D Drugs) – Part D 에서 보장받을 수 있는 약품. 저희가 모든 Part D 약품을 제공하거나 제공하지 않을 수 있습니다. 특정 범주의 약품은 의회에서 Part D 보장에서 제외했습니다. 특정 범주의 Part D 약품은 모든 플랜에서 보장해야 합니다.

Part D 등록 지연 벌금(Part D Late Enrollment Penalty) – 귀하가 처음 Part D 플랜에 등록할 수 있는 자격이 주어진 후 연속 63 일 이상 동안 전용 가능 보장(평균적으로 최소한 표준 Medicare 처방약 보장만큼 지급할 것으로 기대되는 보장) 없이 지내는 경우 Medicare 약품 보장 월 보험료에 추가되는 금액. Extra Help 를 상실하는 경우, Part D 또는 기타 전용 가능 처방약 보장 없이 연속 63 일의 기간이 지날 시 등록 지연 벌금이 부과될 수 있습니다.

Preferred Provider Organization(PPO) Plan – Preferred Provider Organization 플랜은 Medicare Advantage Plan 으로서 특정 지급 비용으로 플랜 회원들을 치료하는 데 동의한 계약된 서비스 제공자 네트워크를 보유합니다. PPO 플랜은 네트워크 또는 네트워크 외 서비스 제공자로부터 제공받는 모든 플랜 혜택을 보장해야 합니다. 네트워크 외 서비스 제공자로부터 플랜 혜택을 받을 경우, 회원 비용 부담금이 일반적으로 더 높게 책정됩니다. PPO 플랜은 네트워크(선택) 서비스 제공자로부터 받은 서비스에 대한 귀하의 본인 부담 비용에 연간 한도를 적용하며, 네트워크(선택) 및 네트워크 외(비선택) 서비스 제공자 양쪽으로부터 받은 서비스에 대한 총 본인 부담 비용에는 더 높은 한도를 적용합니다.

보험료(Premium)– 의료 또는 처방약 보장을 위해 Medicare, 보험회사 또는 의료 서비스 플랜에 정기적으로 지급하는 금액.

주치의(Primary Care Provider, PCP) – 귀하가 대부분의 건강 문제에 대해 가장 먼저 진료를 받는 의사 또는 다른 서비스 제공자. 다수의 Medicare 의료 플랜에서 귀하는 다른 서비스 제공자에게 진료를 받기 전 반드시 주치의에게 먼저 진료를 받아야 합니다.

사전 승인(Prior Authorization) - 서비스 또는 특정 약품을 받기 위한 사전 허가. 사전 승인이 필요한 보장 서비스는 제 4 장의 의료 혜택표(Medical Benefits Chart)에 표시되어 있습니다. 사전 승인이 필요한 보장 약품은 처방집에 표시되어 있으며, 그 기준은 웹사이트에 게시되어 있습니다.

보철 및 정형용 교정장치(Prosthetics and Orthotics) – 팔, 등 및 목 보조기, 인공 팔 및 다리, 인공 안구와 조루술 공급품 및 경장/비경구 영양요법을 비롯한 신체 내부의 일부 또는 기능을 대체하는 데 필요한 장치가 포함되나 이에 국한되지 않는 의료 기기.

품질 개선 조직(Quality Improvement Organization, QIO) – Medicare 환자들에 제공되는 치료를 확인하고 개선하기 위해 연방 정부로부터 보수를 받는 현역 의사, 다른 의료 서비스 전문가 그룹.

수량 제한(Quantity Limits) – 품질, 안전성 또는 사용 이유로 선별 약품의 사용을 제한하도록 설계된 관리 도구. 제한은 처방전 당 또는 정해진 기간 동안 보장해 드리는 약품 양에 대한 제한일 수 있습니다.

“Real Time Benefit Tool” – 가입자가 완전하고 정확하며 시기 적절하고 임상적으로 적절한 가입자별 처방집 및 혜택 정보를 조회할 수 있는 포털 또는 컴퓨터 애플리케이션입니다. 여기에는 비용 부담 금액, 특정 약품과 동일한 질환에 사용할 수 있는 대체 처방약품, 대체 약품에 적용되는 보장 제약사항(사전 승인, 단계별 치료, 수량 제한)이 포함됩니다.

제 12 장 중요 단어의 정의

환급 가능 약물(Rebatable drugs) – 2022 년 인플레이션 감축법(Inflation Reduction Act of 2022)에 따라 제약회사는 특정 약품의 가격을 물가 상승률보다 빠르게 인상할 경우 환급금을 지급해야 합니다. 귀하가 이러한 Part B 의약품을 수령하는 경우 더 낮은 공동보험금을 지불할 수 있습니다. 귀하가 서비스 당일에 더 많은 금액을 지불하는 경우, 저희 플랜은 귀하에게 환불금을 지급해야 합니다.

재활 서비스(Rehabilitation Services) – 이러한 서비스에는 물리 치료, 언어 치료 및 작업 치료가 포함됩니다.

서비스 지역(Service Area) – 특정 의료 플랜에 가입하기 위해 거주해야 하는 지리적 지역. 귀하가 이용할 수 있는 의사 및 병원을 제한하는 플랜에 대해 이는 일반적으로 귀하가 정기적인(비응급) 서비스를 받을 수 있는 지역이기도 합니다. 귀하가 플랜의 서비스 지역 밖으로 영구적으로 이주하는 경우, 플랜은 귀하를 탈퇴 처리해야 합니다.

전문 요양 시설 간호(Skilled Nursing Facility(SNF) Care) – 전문 요양 시설에서 매일 지속적으로 제공되는 전문 요양 간호 및 재활 서비스. 간호의 예로는 물리 치료 또는 공인 간호사나 의사가 제공하는 정맥 주사가 있습니다.

Special Needs Plan – Medicare 와 Medicaid 에 모두 가입되어 있거나, 요양원에 거주하거나, 특정 만성 질환이 있는 사람 등 특정 집단의 사람들에게 보다 집중적인 의료 서비스를 제공하는 특별한 유형의 Medicare Advantage 플랜.

단계별 치료(Step Therapy) – 담당 의사가 처음 처방한 약품을 보장해 드리기 전, 귀하의 의학적 상태를 치료하는 데 다른 약품을 먼저 시도하도록 요구하는 자원 이용 도구.

생활 보조금(Supplemental Security Income, SSI) – 장애가 있거나 실명했거나 65 세 이상인 소득과 자원이 제한적인 개인들에게 사회보장국이 지급하는 월 혜택. SSI 혜택은 사회보장 혜택과 동일하지 않습니다.

긴급하게 필요한 서비스 – 응급 상황이 아닌 즉각적인 의학적 치료를 필요로 하는 플랜 보장 서비스는 귀하가 일시적으로 플랜의 서비스 지역 밖에 있는 경우 또는 귀하가 플랜의 서비스 지역 내에 있더라도 플랜과 계약을 체결한 네트워크 서비스 제공자로부터 이 서비스를 받을 시간, 장소 및 상황을 고려하면 불합리한 경우에 긴급하게 필요한 서비스입니다. 긴급하게 필요한 서비스의 예로는 예상치 못한 의학적 질병과 부상 또는 기존 질환의 예상치 못한 급성 악화가 있습니다. 그러나 연례 검진과 같이 의학적으로 필요한 정기 서비스 제공자 방문은 귀하가 플랜의 서비스 지역 밖에 있거나 플랜 네트워크를 일시적으로 이용할 수 없는 경우에도 긴급히 필요한 것으로 간주되지 않습니다.

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1 (800) 660-4672 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1 (800) 660-4672 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1 (800) 660-4672 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1 (800) 660-4672 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1 (800) 660-4672 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1 (800) 660-4672 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1 (800) 660-4672 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1 (800) 660-4672 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1 (800) 660-4672 (TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1 (800) 660-4672 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: وأهـ صـ لـ ابـ قـ لـ عـ تـ قـ لـ عـ ئـ سـ أـ يـ أـ نـ عـ ةـ بـ اـ جـ لـ لـ ةـ يـ نـ اـ جـ مـ لـ اـ يـ رـ وـ فـ لـ اـ مـ جـ رـ تـ مـ لـ اـ مـ دـ خـ مـ دـ قـ نـ اـ نـ اـ نـ اـ يـ لـ عـ اـ نـ بـ لـ اـ صـ تـ اـ لـ اـ يـ وـ سـ كـ يـ لـ عـ سـ يـ لـ ،ـ يـ رـ وـ فـ مـ جـ رـ تـ مـ يـ لـ عـ لـ وـ صـ حـ لـ لـ .ـ اـ نـ يـ دـ لـ ةـ يـ وـ دـ أـ لـ لـ وـ دـ جـ ةـ مـ دـ خـ هـ ذـ هـ .ـ كـ تـ دـ عـ اـ سـ مـ بـ ةـ يـ بـ رـ عـ لـ اـ ثـ دـ حـ تـ يـ اـ مـ صـ خـ شـ مـ وـ قـ يـ سـ .ـ 1 (800) 660-4672 (TTY: 711).

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1 (800) 660-4672 (TTY: 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1 (800) 660-4672 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Português: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1 (800) 660-4672 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1 (800) 660-4672 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1 (800) 660-4672 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1 (800) 660-4672 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

HMSA Medicare Advantage Customer Relations

전화 무료 전화 (808) 948-6000 옵션 6 또는 1 (800) 660-4672, 매일 오전 7시 45분~오후 8시. 이 전화번호로의 통화는 무료입니다. 고객관리부는 영어를 사용하지 않는 사람들을 위해 무료 통역 서비스도 제공합니다.

TTY 711. 이 번호는 특수 전화 장비를 필요로 하고 청력 또는 언어 문제가 있는 개인을 위한 번호입니다. 이 번호로의 통화는 무료입니다.

팩스 (808) 948-6433

우편 HMSA Medicare Advantage Customer Relations
P.O. Box 860
Honolulu, HI 96808-0860

웹사이트 hmsa.com/advantage

방문 운영시간은 변경될 수 있습니다. 방문하기 전에 hmsa.com/contact에서 확인하시기 바랍니다.

HMSA 센터: 저녁 및 주말 운영 시간 연장

오아후 호놀룰루 (Honolulu, Oahu) | 818 Keeaumoku St.
월요일~금요일 오전 8시~오후 5시 | 토요일 오전 9시~오후 2시

오아후 펄 시티 (Pearl City, Oahu) | Pearl City Gateway, 1132 Kuala St., Suite 400
월요일~금요일 오전 9시~오후 6시 | 토요일 오전 9시~오후 2시

하와이섬 힐로 (Hilo, Hawaii Island) | Waiakea Center, 303A E. Makaala St.
월요일~금요일 오전 9시~오후 6시 | 토요일 오전 9시~오후 2시

마우이 카훌루이 (Kahului, Maui) | Puunene Shopping Center, 70 Hookele St.
월요일~금요일 오전 8시~오후 5시 | 토요일 오전 9시~오후 1시

카우아이 리후에 (Lihue, Kauai) | Kuhio Medical Center, 3-3295 Kuhio Highway, Suite 202
월요일~금요일 오전 8시~오후 4시

Hawai'i SHIP

Hawai'i SHIP은 Medicare 가입자에게 무료 현지 의료 보험 상담을 제공하기 위해 연방 정부로부터 지원금을 받는 주 프로그램입니다.

전화 무료 전화 (808) 586-7299 또는 1 (888) 875-9229 월요일~일요일. 이 전화는 사전 녹음된 헬프라인입니다. 전화는 영업일 기준 5일 이내에 회신됩니다.

TTY 1 (866) 810-4379. 이 번호는 특수 전화 장비를 필요로 하고 청력 또는 언어 문제가 있는 개인을 위한 번호입니다.

우편 Hawai'i SHIP Executive Office on Aging
Hawaii State Department of Health
No. 1 Capitol District
250 S. Hotel St., Suite 406
Honolulu, HI 96813-2831

웹사이트 hawaiiiship.org

PRA 공개 선언 1995년 문서업무감축법에 따라, 유효한 OMB 관리번호가 표시되지 않는 한 정보 수집에 응답할 필요가 없습니다. 이 정보 수집에 유효한 OMB 관리 번호는 0938-1051입니다. 이 양식의 개선에 대한 의견이나 제안이 있는 경우, 다음 주소로 서신을 보내십시오. CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.