

2027



회원 안내서

CalOptima Health OneCare Complete
(HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan



CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan **회원 안내서**

2027년 1월 1일 - 2027년 12월 31일

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP)의 건강 및 약물 보장

회원 안내서 소개

혜택 증명서 (Evidence of Coverage)라고도 알려진 본 **회원 안내서**는 2027년 12월 31일까지 저희 플랜에 따른 귀하의 보장에 대해 안내합니다. 안내서는 건강 관리 서비스, 행동 건강(정신 건강 및 약물 남용) 서비스, 처방약 보장 및 장기 서비스 및 지원에 대해 설명해드립니다. 주요 용어 및 그에 대한 정의는 귀하의 **회원 안내서 제12장**에 알파벳 순서로 기재되어 있습니다.

이것은 중요한 법적 문서입니다. 안전한 곳에 보관하십시오.

본 **회원 안내서**에서 “저희”, “우리”, “당사” 또는 “저희 플랜”은 CalOptima Health OneCare를 의미합니다.

이 문서는 무료로 영어, 스페인어, 베트남어, 페르시아어, 한국어, 중국어, 아랍어 및 러시아어로 제공됩니다.

큰 활자, 점자 및/또는 오디오 등의 다른 형식으로 이 문서를 무료로 받으시려면, 고객 서비스 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다.

다른 언어 및/또는 대안 형식으로 자료를 받기 위한 상시 요청을 하실 수 있습니다:

- 임계 언어 또는 대안 형식으로 자료를 상시로 요청하려면 페이지 하단의 번호로 고객 서비스에 전화하거나 보안 온라인 회원 포털 **<https://member.caloptima.org/#/user/login>**에 접속하여 요청하실 수 있습니다.
- 귀하의 상시 요청은 향후 모든 우편물 또는 의사소통을 위해 저희 시스템에 보관됩니다.
- 상시 요청을 취소하거나 변경하시려면, 고객 서비스 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: 5/31/2029)



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare**를 방문하십시오.

언어 지원 서비스 및 보조 도구 및 서비스 가용성 공지서

English

ATTENTION: If you need help in your language, call **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-877-412-2734 (TTY 711)**. These services are free of charge.

(Arabic) العربية

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ **1-877-412-2734 (TTY 711)**. تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير اتصل بـ **1-877-412-2734 (TTY 711)**. هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian)

ՌԻՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք **1-877-412-2734 (TTY 711)**: Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Չանգահարեք **1-877-412-2734 (TTY 711)**: Այդ ծառայություններն անվճար են:

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-877-412-2734 (TTY 711)** ។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ **1-877-412-2734 (TTY 711)** ។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객센터 서비스 무료번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 (10월 1일~ 3월 31일사이는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

简体中文 (Simplified Chinese)

请注意:如果您需要以您的母语提供帮助,请致电
1-877-412-2734 (TTY 711)。我们另外还提供针对残疾人士的
帮助和服务,例如盲文和大字体阅读,提供您方便取用。请致电
1-877-412-2734 (TTY 711)。这些服务都是免费的。

繁體中文 (Traditional Chinese)

注意:如果您需要以您的語言獲得幫助,請致電 **1-877-412-2734 (TTY 711)**。為殘障人士也提供幫助和服務,例如盲文和大字體的文件。致電**1-877-412-2734 (TTY 711)**。這些服務是免費的。

فارسی (Farsi)

توجه: اگر می خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید, با
1-877-412-2734 (TTY 711) تماس بگیرید. کمک ها و خدمات
مخصوص افراد دارای معلولیت, مانند نسخه های خط بریل و چاپ با
حروف بزرگ, نیز موجود است. با **1-877-412-2734 (TTY 711)**
تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می شوند.

ગુજરાતી (Gujarati)

ધ્યાન આપો: જો તમને તમારી ભાષામાં મદદની જરૂર હોય તો આ નંબર પર કૉલ
કરો: **1-877-412-2734 (TTY 711)**. વિકલાંગ લોકો માટે સહાય અને સેવાઓ,
જેમ કે બ્રેઇલ અને મોટી પ્રિન્ટમાં પણ દસ્તાવેજો ઉપલબ્ધ છે. કૉલ કરો:
1-877-412-2734 (TTY 711). આ સેવા વિનામૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે.

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो
1-877-412-2734 (TTY 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के
लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं।
1-877-412-2734 (TTY 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객센터 무료번호
1-877-412-2734 (TTY 711) 로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이
그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오.
통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-877-412-2734** (TTY **711**). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau **1-877-412-2734** (TTY **711**). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は **1-877-412-2734** (TTY **711**) へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。
1-877-412-2734 (TTY **711**) へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 **1-877-412-2734** (TTY **711**) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다.
1-877-412-2734 (TTY **711**) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-877-412-2734** (TTY **711**). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນຸ່ມແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-877-412-2734** (TTY **711**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**) 로 (10월 1일~ 3월 31일사이는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

Mien

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

Português (Portuguese)

ATENÇÃO: Se você precisar de ajuda no seu idioma, ligue para **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Serviços e auxílio para pessoas com incapacidades, como documentos em braile ou impressos com letras grandes, também estão disponíveis. Ligue para **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Esses serviços são gratuitos.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ **1-877-412-2734 (TTY 711)**. ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ | ਕਾਲ ਕਰੋ **1-877-412-2734 (TTY 711)** ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ |

Română (Romanian)

ATENȚIE: În cazul în care aveți nevoie de ajutor în limba dvs., sunați la **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Sunt disponibile, de asemenea, ajutoare și servicii pentru persoanele cu dizabilități, precum documente în limbaj Braille și cu caractere mărite. Sunați la **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Aceste servicii sunt gratuite.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객센터 무료번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 (10월 1일~ 3월 31일사이는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-877-412-2734** (линия TTY **711**). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1-877-412-2734** (линия TTY **711**). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-877-412-2734** (TTY **711**). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1-877-412-2734** (TTY **711**). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-877-412-2734** (TTY **711**). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-877-412-2734** (TTY **711**). Libre ang mga serbisyonang ito.

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-877-412-2734** (TTY **711**) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-877-412-2734** (TTY **711**) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**) 로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

Türkçe Etiket (Turkish)

DIKKAT: Kendi dilinizde yardıma ihtiyacınız varsa **1-877-412-2734 (TTY 711)** numaralı telefonu arayın. Braille alfabesi ve büyük harflerle yazılmış belgeler gibi engellilere yönelik yardım ve hizmetler de mevcuttur. Call: **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Bu hizmetler ücretsizdir.

Українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Ці послуги безкоштовні.

اردو ٹیگ لائن (Urdu)

توجہ: اگر آپ کو اپنی زبان میں مدد کی ضرورت ہے تو کال کریں **1-877-412-2734 (TTY 711)**. معذور افراد کے لئے امداد اور خدمات، جیسے بریل اور بڑے پرنٹ میں دستاویزات، بھی دستیاب ہیں۔ کال **1-877-412-2734 (TTY 711)**۔ یہ خدمات مفت ہیں۔

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Các dịch vụ này đều miễn phí.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객센터 무료번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 (10월 1일~ 3월 31일사이는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

기타 언어

이 회원 안내서와 다른 플랜 자료를 다른 언어로 무료로 받으실 수 있습니다. CalOptima Health OneCare은 자격을 갖춘 번역가의 서면 번역을 제공합니다. CalOptima Health OneCare 고객 서비스 무료번호 **1-877-412-2734** (TTY 또는 **711**)번으로 연락하십시오. 통화는 무료입니다. 통역 및 번역 서비스와 같은 건강 관리 언어 지원 서비스에 관해 자세히 알아보시려면 본 회원 안내서를 읽어 보시기 바랍니다.

기타 형식

이 정보는 적절한 시간 내에 점자, 20 포인트 큰글자 인쇄, 오디오 형식 및 사용 가능한 전자 형식 (데이터 CD)과 같은 다른 형식으로 무료로 받을 수 있습니다. CalOptima Health OneCare 고객 서비스 무료번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)번으로 연락하십시오. 통화는 무료입니다.

언어 지원 서비스

CalOptima Health OneCare provides 는 수화를 포함한 자격을 갖춘 통역사로부터 구두 통역 서비스를 24시간 무료로 제공합니다. 가족이나 친구에게 통역을 부탁할 필요가 없습니다. 긴급 상황이 아닌 경우 가족이나 친구, 특히 미성년자를 통역으로 사용하는 것은 권장하지 않습니다. 통역 서비스를 포함한 언어 지원 서비스는 무료로 제공됩니다. 통역 서비스는 주 7일, 24시간 이용 가능합니다. 귀하의 언어로 도움을 받거나 다른 언어로 이 안내서를 받으시려면 CalOptima Health OneCare 고객 서비스 번호 **1-877-412-2734** (TTY 또는 **711**)로 전화하십시오. 통화는 무료입니다.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**) 로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

차례

1장: 회원으로 시작하기.....	11
2장: 중요한 전화번호 및 지원	22
3장: 건강 관리 및 기타 보장 서비스를 위해 플랜의 혜택 이용하기	43
4장: 혜택 차트.....	64
5장: 외래 환자 약물 받기.....	138
6장: Medicare 및 Medi-Cal 처방약에 대한 회원 부담금	156
7장: 보장 서비스 또는 약물에 대한 청구서를 플랜 측에 지불 요청	162
8장: 회원의 권리와 책임	168
9 장. 문제 또는 불만 사항이 있을 경우 해야 할 일(보장 결정, 항소, 불만 사항).....	187
10장: 저희 플랜의 가입 종료	233
11장: 법적 공지서	243
12장: 중요 단어의 정의	247



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호
1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이
그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오.
통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 회원 안내서

면책조항

- ❖ CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 은 Medicare 및 Medi-Cal 계약을 갖춘 Medicare Advantage 기관입니다. CalOptima Health OneCare 가입은 계약 갱신 여부에 따라 달라질 수 있습니다. CalOptima Health OneCare 고객 서비스 무료번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락하십시오. 저희 웹사이트 **www.caloptima.org/OneCare** 를 방문하십시오. 이 혜택은 만성 질환자 특별 추가 혜택(Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI)입니다. 수혜 자격을 갖추려면 심장 질환, 당뇨병, 암, 폐 질환 또는 치매와 같은 만성 질환이 있어야 합니다. 만성 질환이 있는 모든 회원이 수혜 자격이 되는 것은 아닙니다. 만성 질환의 전체 목록이나 SSBCI 혜택 자격에 필요한 기타 자격 요건에 대해 자세히 알아보려면 CalOptima Health OneCare Complete *회원 안내서 제 4장*을 참조하십시오.
- ❖ 2028년 1월 1일부터 혜택 및/또는 부담금이 변경될 수 있습니다.
- ❖ 저희 처방집, 약국 네트워크 및/또는 제공자 네트워크는 언제든지 변경될 수 있습니다. 귀하에게 영향을 미칠 수 있는 변경 사항은 최소 30일 전에 통지해 드립니다.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** **www.caloptima.org/OneCare**를 방문하십시오.

1장: 회원으로 시작하기

서문

본 장은 귀하의 모든 Medicare 서비스를 보장하고 모든 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 조정 관리하는 건강 플랜인 CalOptima Health OneCare Complete 및 그 플랜에서의 귀하의 회원 자격에 대한 정보를 제공합니다. 또한 여기에서는 기대할 수 있는 혜택 및 저희로부터 받을 기타 정보에 대해서도 설명합니다. 주요 용어와 그 정의는 본 *회원 안내서* 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

차례

A. 저희 플랜에 가입하신 것을 환영합니다.....	13
B. Medicare 및 Medi-Cal에 대한 정보.....	13
B1. Medicare	13
B2. Medi-Cal.....	13
C. 플랜의 혜택	14
D. 저희 플랜의 서비스 지역.....	14
E. 플랜 회원이 될 수 있는 자격	15
F. 저희 플랜에 처음 가입할 때 기대할 사항들	15
G. 관리 팀 및 치료 계획.....	16
G1. 관리 팀	16
G2. 치료 계획	17
H. 중요 비용 요약.....	17
H1. 플랜 보험료	17
I. 본 <i>회원 안내서</i>	17



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

J. 저희에게 받는 기타 중요한 정보	18
J1. 회원 ID 카드	18
J2. 의료 제공자 및 약국 목록	19
J3. 보장된 약물 목록	20
J4. 혜택 설명서	20
K. 회원 기록을 최신으로 업데이트하기	21
K1. 개인 건강 정보(personal health information, PHI) 보호	21



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

A. 저희 플랜에 가입하신 것을 환영합니다

저희 플랜은 Medicare 및 Medi-Cal 두 프로그램 모두에 자격이 있는 분들에게 두 프로그램의 서비스를 제공합니다. 저희 플랜은 의사, 병원, 약국, 장기 서비스 및 지원 제공자, 행동 건강 의료 제공자 및 기타 의료 제공자들이 포함되어 있습니다. 또한 저희는 귀하가 의료 제공자 및 서비스를 관리하는 데 도움을 줄 개인 관리 코디네이터 및 관리 팀이 있습니다. 그들은 서로 협력하여 귀하가 필요로 하는 관리를 제공합니다.

B. Medicare 및 Medi-Cal에 대한 정보

B1. Medicare

Medicare 는 다음을 위한 연방 건강 보험 프로그램입니다:

- 65 세 이상 사람들
- 65 세 미만으로 특정 장애가 있는 사람들 및
- 말기 신장 질환(신부전증)이 있는 사람들.

B2. Medi-Cal

Medi-Cal 은 캘리포니아의 Medicaid 프로그램 이름입니다. Medi-Cal은 주 정부에서 운영하며 주 및 연방 정부에서 비용을 지불합니다. Medi-Cal은 저소득층이 장기 서비스 및 지원(Long-Term Services and Supports, LTSS) 과 의료 서비스 비용을 지불하는 데 도움을 줍니다. 이것은 Medicare에서 보장하지 않는 추가 서비스 및 약품을 보장합니다.

각 주에서 다음을 결정합니다:

- 소득과 자원 기준
- 자격 대상
- 보장 서비스 및
- 서비스에 대한 비용.

연방 규칙을 준수하는 한 주정부에서 그들의 프로그램을 운영하는 방법을 결정할 수 있습니다.

Medicare 및 캘리포니아 주정부는 저희 플랜을 승인했습니다. 다음이 충족되는 한, 귀하는 저희 플랜을 통해 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 받으실 수 있습니다:

- 저희가 플랜을 제공하기로 선택 **그리고**
- Medicare 및 캘리포니아 주정부가 저희로 하여금 이 플랜을 계속 제공할 수 있도록 허가.

저희 플랜이 향후 운영을 중단하는 경우에도 Medicare 및 Medi-Cal 서비스에 대한 귀하의 자격은 영향을 받지 않습니다.

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

C. 플랜의 혜택

귀하는 이제 처방약을 포함해 귀하의 모든 보장된 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 저희 플랜을 통해 받게 됩니다. **귀하는 이 건강 플랜에 가입하기 위해 추가 비용을 지불하지 않습니다.**

저희는 귀하의 Medicare 및 Medi-Cal 혜택이 상호 보완되어 더 나은 혜택이 제공되도록 도움을 드립니다. 일부 장점은 다음과 같습니다:

- 귀하는 **대부분**의 건강 관리 필요를 충족하기 위해 저희와 협력할 수 있습니다.
- 귀하가 함께 정한 도움을 줄 관리 팀이 있습니다. 귀하의 관리 팀에는 본인, 귀하의 간병인, 의사, 간호사, 상담사 또는 기타 건강 전문가들이 포함될 수 있습니다.
- 귀하는 개인 관리 코디네이터를 이용할 수 있습니다. 개인 관리 코디네이터는 귀하, 저희 플랜 및 귀하의 관리 팀과 협력하여 치료 계획을 세우는 데 도움을 줍니다.
- 귀하는 관리 팀 및 개인 관리 코디네이터의 도움을 받아 귀하 스스로 관리를 이끌어 갈 수 있습니다.
- 귀하의 관리 팀 및 개인 관리 코디네이터는 귀하와 협력해 **귀하의** 건강 필요를 충족하기 위해 설계된 치료 계획을 세울 수 있습니다. 관리 팀은 귀하가 필요로 하는 서비스를 통합 관리하는 데 도움을 줍니다. 예를 들어, 귀하의 관리 팀은 다음을 확인합니다:
 - 의사는 귀하가 복용하는 모든 약을 알고 있으므로 귀하가 약을 올바르게 복용하고 있는지 확인하고 있을 수 있어 부작용을 줄일 수 있습니다.
 - 귀하의 검사 결과는 귀하의 모든 의사 및 적절한 기타 의료 제공자와 공유됩니다.

CalOptima Health OneCare Complete 신규 회원: 대부분의 경우 귀하는 CalOptima Health OneCare Complete에 가입을 요청한 후 다음 달 1일에 CalOptima Health OneCare Complete에 가입되어 Medicare 혜택을 받을 수 있게 됩니다. 귀하는 추가로 한 달 동안 이전 Medi-Cal 건강 플랜에서 귀하의 Medi-Cal 서비스를 받으실 수도 있습니다. 그 이후에는 CalOptima Health OneCare Complete를 통해 귀하의 Medi-Cal 서비스를 받으실 것입니다. 귀하의 Medi-Cal 보장에 공백은 없을 것입니다. 질문이 있으시면, 저희 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오.

D. 저희 플랜의 서비스 지역

저희 서비스 지역에는 캘리포니아 이내 다음 카운티가 포함됩니다: 오렌지 카운티.

저희 서비스 지역 내 거주하시는 분들만 저희 플랜에 가입하실 수 있습니다.

저희 서비스 지역 외로 이사하시는 경우 저희 플랜을 계속 이용하실 수 없습니다. 서비스 외 지역으로 이사의 영향에 대한 더 자세한 사항은 귀하의 **회원 안내서 제 8장**을 참조하십시오.

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

E. 플랜 회원이 될 수 있는 자격

다음은 충족하는 한 저희 플랜을 이용할 자격이 됩니다:

- 저희 서비스 지역 내 거주(수감된 개인은 실제로 지역 내 거주하는 경우에도 지리적으로 지역에 거주하지 않는 것으로 간주됨) **그리고**
- 가입 시점에 21세 이상 **그리고**
- Medicare 파트 A 및 Medicare 파트 B 모두 보유 **그리고**
- 미국 시민권자 또는 국민이거나, 적격 비시민 **그리고**
- 현재 Medi-Cal을 받을 자격이 있음.

Medi-Cal 자격을 상실했지만 3개월 이내에 다시 회복할 것으로 예상되는 경우, CalOptima Health OneCare Complete는 계속해서 모든 Medicare 혜택을 제공합니다. Medi-Cal 보장이 종료되면 CalOptima Health OneCare Complete는 Medi-Cal 혜택 비용을 지불하지 않습니다. 이 3개월 동안 Medicare 보장 서비스에 대해 본인 부담금이 증가할 수 있습니다. Medi-Cal 자격을 회복하는 동안 어떤 비용을 지불해야 하는지 또는 어떤 혜택이 제공되는지에 대해 질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 **1-877-412-2734** 로 문의하십시오.

저희는 귀하가 Medi-Cal 자격을 회복할 수 있도록 도와드립니다. Medi-Cal 자격이 회복되고 귀하가 여전히 Medicare 보장을 위해 저희 플랜에 가입되어 있는 경우, 저희는 Medi-Cal 혜택 비용 지불을 재개하며 귀하의 플랜 가입도 계속 유지됩니다. 3개월 이내에 Medi-Cal 자격을 회복할 수 없는 경우, CalOptima Health OneCare Complete에서 탈퇴 처리됩니다. 탈퇴된 후 Medi-Cal 자격을 회복한 경우, 플랜 재가입을 위해 저희에게 연락하셔야 합니다.

더 자세한 정보는 고객 서비스로 전화하십시오.

F. 저희 플랜에 처음 가입할 때 기대할 사항들

저희 플랜에 처음 가입할 때 귀하는 가입 효력 발생일 이후 90일 전후로 건강 위험 평가(Health Risk Assessment, HRA)를 받으시게 됩니다.

저희는 귀하를 위해 HRA를 마쳐야 합니다. 본 HRA는 귀하의 치료 계획을 개발하는 기준이 됩니다. HRA에는 귀하의 의료, 및 행동 건강 및 기능적 필요를 파악하기 위한 질문이 포함되어 있습니다.

저희는 HRA를 완료하기 위해 귀하에게 연락을 드립니다. 저희는 대면 방문, 전화 또는 우편으로 HRA를 완료할 수 있습니다. 저희는 매년 귀하에게 연락하여 필요 사항에 변화가 있었는지 확인합니다.

저희는 HRA에 대한 더 자세한 정보를 귀하에게 보내드릴 것입니다.

저희 플랜이 처음이신 경우, 귀하는 현재 만나고 있는 의사가 저희 네트워크에 없더라도 일정 기간 동안 해당 의사를 계속 유지할 수 있습니다. 저희는 이를 치료 연속성이라고 합니다. 그들이 저희 네트워크에 없더라도 다음 모든 조건이 충족되는 경우 귀하는 가입 시점에서 최대 12개월 동안 귀하의 현재 의료 제공자 및 서비스 승인을 유지할 수 있습니다:

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

- 귀하, 귀하의 대리인 또는 귀하의 의료 제공자가 귀하의 현재 의료 제공자를 유지할 수 있도록 저희에게 요청.
- 일부 예외를 포함해 귀하가 주치의 또는 전문의와 기존의 관계가 형성되어 있다고 저희가 판단. “기존 관계”란 귀하가 저희 플랜에 처음 가입한 날짜 이전 12개월 동안 비-응급 방문을 위해 최소 1회 네트워크 외 의료 제공자에게 진료를 받았다는 것을 의미.
 - 저희는 이용 가능한 귀하의 건강 정보 또는 귀하가 저희에게 제공한 정보를 검토하여 기존 관계를 판단합니다.
 - 저희는 30일 이내에 귀하의 요청에 답변을 드립니다. 더 신속한 결정을 요청하시는 경우 저희는 15일 이내에 답변해드려야 합니다. 이 요청을 하시려면 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락하십시오. 귀하가 예약할 가능성이 있는 경우, 저희는 3일 이내에 응답해야 합니다.
 - 귀하 또는 귀하의 의료 제공자는 요청 시 기존 관계를 증명하는 문서를 제시해야 하고 특정 조건에 동의해야 합니다.

참고: 내구성 의료 장비(DME) 제공업체에 대해 요청을 제출하실 수 있으며, 저희가 새로운 DME 대여를 승인하고 네트워크 제공업체가 대여품을 배송할 때까지 최소 90일 동안 유효합니다. 운송업체 또는 기타 보조 서비스 제공업체에 대해서는 이 요청을 제출하실 수 없지만, 저희 플랜에 포함되지 않은 운송 서비스 또는 기타 보조 서비스는 요청하실 수 있습니다.

치료 연속성 기간이 종료된 후에는 저희가 귀하의 네트워크 외 의료 제공자와 계약을 맺지 않는 한 귀하의 주치의의 건강 네트워크와 연결된 CalOptima Health OneCare Complete 네트워크 내 의사 및 기타 의료 제공자를 이용해야 합니다 네트워크 의료 제공자는 건강 플랜과 협력하는 의료 제공자입니다. 네트워크 의료 제공자는 건강 플랜과 협력하는 의료 제공자입니다. 건강 네트워크는 CalOptima Health OneCare Complete와 계약을 맺고 저희 회원에게 보장 서비스를 제공하는 의사와 병원 그룹입니다. 치료에 대한 자세한 정보는 **회원 안내서 제 3장**을 참조하십시오.

G. 관리 팀 및 치료 계획

G1. 관리 팀

관리 팀은 귀하가 필요로 하는 관리를 계속 받을 수 있도록 도와줍니다. 관리 팀은 귀하의 의사, 개인 관리 코디네이터, 전문의 또는 귀하가 선택한 기타 의료 전문가들을 포함할 수 있습니다.

개인 관리 코디네이터는 귀하가 필요로 하는 진료를 관리하는 데 도움을 주기 위해 훈련된 사람입니다. 귀하가 저희 플랜에 가입할 때 개인 관리 코디네이터를 갖게 됩니다. 이 사람은 또한 저희 플랜이 제공하지 않는 기타 지역사회 자원을 귀하에게 의뢰하고 귀하의 진료를 통합 관리하는 데 도움을 주는 관리 팀과 협력합니다. 귀하의 개인 관리 코디네이터 및 관리 팀에 대한 더 자세한 정보는 페이지 하단에 있는 번호를 이용해 저희에게 전화하십시오.

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

G2. 치료 계획

귀하의 관리 팀은 귀하와 협력해 치료 계획을 세웁니다. 치료 계획은 귀하 및 귀하의 의사에게 귀하가 필요로 하는 서비스가 무엇이며 그러한 서비스를 받는 방법을 알려줍니다. 여기에는 귀하의 의료, 행동 건강 및 LTSS(장기 서비스 및 지원) 필요도 포함됩니다.

치료 계획은 다음을 포함합니다:

- 귀하의 치료 관리 목표 **그리고**
- 귀하가 필요로 하는 서비스를 받기 위한 기간.

관리 팀은 귀하의 건강 위험 평가 후 귀하와 만납니다.. 그들은 필요로 하는 서비스에 대해 귀하에게 질문할 것입니다.. 그들은 귀하가 고려해 볼 만한 서비스에 대해서도 알려드릴 것입니다. 치료 계획은 귀하의 필요사항에 따라 마련됩니다. 귀하의 관리 팀은 귀하와 함께 최소 일 년에 한 번 귀하의 치료 계획을 업데이트합니다.

H. 중요 비용 요약

저희 플랜은 월 보험료가 없습니다.

비용에는 다음이 포함될 수 있습니다:

- 플랜 보험료 (섹션 H1)

경우에 따라 귀하의 플랜 보험료가 더 저렴할 수 있습니다.

H1. 플랜 보험료

대부분의 CalOptima Health OneCare Complete 회원의 경우, Medi-Cal은 Medicare 파트 A 보험료와 Medicare Part B 보험료를 지불합니다.

I. 본 회원 안내서

본 **회원 안내서**는 귀하와 맺은 저희 계약서의 일부입니다. 즉, 저희가 본 문서에 있는 모든 규칙을 준수해야 한다는 의미입니다. 저희가 이러한 규칙을 준수하지 않았다고 생각하시는 경우, 귀하는 저희 결정에 항소를 제기하실 수 있습니다. 항소에 대한 더 자세한 정보는 **회원 안내서 제 9장**을 참조하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 전화하십시오.

페이지 하단에 있는 번호를 이용해 고객 서비스로 전화하셔서 **회원 안내서**를 요청하실 수 있습니다. 또한 페이지 하단에 있는 웹사이트에서 온라인으로 **회원 안내서**를 참조하실 수 있습니다.

계약은 2027년 1월 1일부터 2027년 12월 31일 사이 저희 플랜에 가입하신 기간동안 유효합니다.

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

J. 저희에게 받는 기타 중요한 정보

저희가 귀하에게 제공하는 기타 중요한 정보에는 회원 ID 카드, 의료 제공자 및 약국 목록에 접근하는 방법에 대한 정보, 약물 목록 또는 포뮬러이라고도 하는 보장 약물 목록에 접근하는 방법에 대한 정보가 포함됩니다.

J1. 회원 ID 카드

저희 플랜을 통해 귀하는 장기 서비스 및 지원 (Long-Term Services and Supports, LTSS), 특정 행동 건강 서비스 및 처방전을 포함해 플랜에서 보장하는 Medicare 및 Medi-Cal 서비스에 대해 하나의 카드를 받습니다. 진료나 처방을 받을 때 이 카드를 보여주십시오. 다음은 회원 ID 카드 예시입니다:



귀하의 ID 카드가 손상, 분실 또는 도난 당한 경우, 페이지 하단에 있는 번호를 이용해 즉시 고객 서비스로 전화하십시오. 저희가 새 카드를 보내드릴 것입니다.

귀하가 저희 플랜의 회원인 동안에는 귀하의 빨간색, 하얀색, 파란색 Medicare 카드를 사용할 필요가 없습니다. 나중에 필요한 경우를 대비해 이 카드를 안전한 곳에 보관하십시오. 귀하의 회원 ID 카드 대신 귀하의 Medicare 카드를 제시하는 경우, 의료 제공자는 저희 플랜 대신 Medicare로 청구하고 귀하가 청구서를 받게 될 수 있습니다. 병원 서비스, 호스피스 서비스가 필요하거나 Medicare에서 승인한 임상 연구(임상 시험이라고도 함)에 참여하는 경우 Medicare 카드를 제시하라는 요청을 받을 수 있습니다. 의료 제공자로부터 청구서는 받는 경우 해야 할 일에 대해 알아보려면 **회원 안내서 제 7장**을 참고하십시오.

다음 서비스 이용을 위해 귀하의 Medi-Cal 카드 또는 혜택 ID 카드(Benefits Identification Card, BIC)가 필요하다는 것을 기억하십시오:

- Medi-Cal Dental 서비스
 - Medi-Cal 치과 서비스는 (Medi-Cal Dental 프로그램을 통해) 일부 치과 서비스를 보장합니다.

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

- 치과 서비스에 대한 질문 또는 자세한 정보를 위해 Medi-Cal Dental 프로그램 번호 1-800-322-6384(TTY 1-800-735-2922 또는 711)번으로 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시사이 전화하십시오. 또한 Medi-Cal Dental 프로그램 웹사이트 <https://www.dental.dhcs.ca.gov> 또는 <https://smilecalifornia.org/>를 방문하실 수 있습니다.
- 행동 건강 서비스
 - 비전문 정신 건강 서비스(NSMHS, Non-specialty mental health services)는 CalOptima Health에서 보장하고, 전문 정신 건강 서비스(SMHS, specialty mental health services)는 Orange County Health Care Agency(OCHCA, 오렌지 카운티 보건부)의 행동 건강 플랜에서 보장됩니다.
 - 질문이 있거나 행동 건강 서비스에 대한 자세한 정보가 필요하시면, CalOptima Health 행동 건강 번호 **1-855-877-3885 (TTY 711)**로 주 7일 24시간 전화하십시오.
- 가정 지원 서비스 (In Home Supportive Services, IHSS)
 - 가정 지원 서비스(IHSS)에 대한 질문이 있거나 자세히 알고 싶으시면 Orange County Social Service Agency (오렌지 카운티 사회복지국)에 1-714-825-3000 또는 1-800-281-9799 (TTY 1-800-735-2929) 번으로 전화하십시오.

J2. 의료 제공자 및 약국 목록

의료 제공자 및 약국 목록은 저희 플랜 네트워크에 있는 의료 제공자 및 약국 목록입니다. 저희 플랜의 회원인 동안 보장되는 서비스를 받기 위해 네트워크 의료 제공자를 이용해야 합니다.

페이지 하단에 있는 번호로 고객 서비스에 전화해서 **의료 제공자 및 약국 목록** (전자적으로 또는 인쇄본 형태)을 요청하실 수 있습니다. 인쇄본 의료 제공자 및 약국 목록에 대한 요청은 영업일 기준 3일 이내에 우편으로 발송됩니다.

또한 페이지 하단에 있는 웹사이트 주소에서 **의료 제공자 및 약국 목록**을 참조하실 수 있습니다.

의료 제공자 및 약국 목록은 CalOptima Health OneCare Complete와 계약된 모든 건강 네트워크, PCP, 전문의, 클리닉, 병원 및 약국의 목록을 제공합니다.

네트워크 의료 제공자 정의

- 저희 네트워크 의료 제공자는 다음을 포함합니다:
 - 의사, 간호사 및 귀하가 저희 플랜의 회원으로서 이용할 수 있는 기타 건강 관리 전문가,
 - 클리닉, 병원, 요양시설 및 저희 플랜에서 건강 서비스를 제공하는 기타 시설 **그리고**
 - LTSS(장기서비스 및 지원), 행동 건강 서비스, 가정 건강 에이전시, 내구성 있는 의료 장비 (Durable Medical Equipment, DME) 공급업체 및 기타 Medicare 또는 Medi-Cal을 통해 용품 및 서비스를 제공하는 사람.

네트워크 의료 제공자는 보장된 서비스에 대해 저희 플랜으로부터 지불 전체를 받기로 동의했습니다.

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

네트워크 약국의 정의

- 네트워크 약국은 저희 플랜 회원을 위해 처방전을 조제하기로 동의한 약국들입니다. 사용하기를 원하는 네트워크 약국을 찾으려면 **의료 제공자 및 약국 목록**을 이용하십시오.
- 응급 상황을 제외하고, 저희 플랜에서 비용을 지원받으시려면 저희 네트워크 약국에서 처방약을 조제하셔야 합니다.

더 많은 정보가 필요하시면 페이지 하단에 있는 번호를 이용해 고객 서비스로 전화하십시오. 고객 서비스 및 저희 웹사이트 모두 저희 네트워크 약국 및 의료 제공자에 대한 최신 정보를 제공할 수 있습니다.

J3. 보장된 약물 목록

플랜에는 **보장된 약물 목록**이 있습니다. 저희는 줄여서 **약물 목록**이라고 합니다. 여기에는 저희 플랜에서 보장하는 처방약이 무엇인지 설명합니다. 이 목록에 있는 약물은 저희 플랜에서 의사와 약사의 도움을 받아 선정한 것입니다. **약물 목록**은 Medicare 요건을 충족해야 합니다. Medicare Drug Price Negotiation Program (메디케어 약물 가격 협상 프로그램)에 따라 가격이 협상된 약물은 **제 5장, 섹션 E**에 설명된 대로 삭제 및 교체되지 않는 한 약물 목록에 포함됩니다. Medicare는 CalOptima Health OneCare Complete **약물 목록**을 승인했습니다.

또한 **약물 목록**은 귀하가 받을 수 있는 수량의 제한 등 약물에 적용되는 규칙 또는 제한이 있는지도 알려드립니다. 더 자세한 정보는 **회원 안내서 제 5장**을 참조하십시오.

매년 저희는 약물 목록을 이용하는 방법에 대한 정보를 보내드리지만 일부 변경은 연도 중에 발생할 수 있습니다. 보장되는 약물들에 대한 최신 정보를 받으려면 고객 서비스로 전화하거나 본 페이지 하단에 있는 저희 웹사이트를 방문하십시오.

J4. 혜택 설명서

Medicare 파트 D 처방약 혜택을 이용하시면 저희는 Medicare 파트 D 처방약에 대한 지불을 이해하고 진행 상황을 조회하는 데 도움이 되는 요약서를 보내드립니다. 본 요약서는 **혜택 설명서 (Explanation of Benefits, EOB)**라고 합니다.

EOB는 귀하 또는 귀하를 대신하는 다른 사람이 Medicare 파트 D 처방약에 지불한 총 금액 및 해당 월 동안 Medicare 파트 D 처방약 각각에 대해 저희가 지불한 총 금액을 알려드립니다. EOB는 청구서가 아닙니다. EOB에는 귀하가 복용하는 약물에 대한 더 많은 정보가 포함되어 있습니다. 본 **회원 안내서**의 **제 6장**에서는 EOB 및 귀하의 약물 보장을 조회하는 데 어떻게 도움이 되는지에 대해 더 자세한 정보를 드립니다.

또한 귀하는 EOB를 요청하실 수 있습니다. 사본을 받으시려면 페이지 하단에 있는 번호를 이용해 고객 서비스로 문의하십시오.

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

K. 회원 기록을 최신으로 업데이트하기

귀하의 정보가 변경될 때 저희에게 전화해 귀하의 회원 기록을 최신으로 업데이트하실 수 있습니다.

저희는 저희 기록에 귀하의 최신 정보를 갖고 있는지 확인하기 위해 이러한 정보가 필요합니다. 저희 플랜 네트워크의 의사, 병원, 약사 및 기타 의료 제공자는 귀하의 회원 기록을 사용하여 보장되는 서비스와 약물 및 귀하의 분담금 금액을 파악합니다. 이러한 이유로 귀하의 정보를 최신 상태로 유지하는 데 협조해 주시는 것이 매우 중요합니다.

다음 경우 즉시 저희에게 알려주십시오:

- 귀하의 이름, 주소 또는 전화번호 변경;
- 귀하의 고용주, 귀하의 배우자의 고용주 또는 귀하의 동거인의 고용주로부터의 보험 또는 산재 보험 등 건강 보험 보장의 변경.
- 자동차 사고로부터의 클레임 등 책임 클레임;
- 요양원 또는 병원 입원;
- 병원 또는 응급실로부터의 진료;
- 귀하의 간병인(또는 귀하를 돌보는 사람)의 변경; **그리고**
- 임상 연구에 참여. (**참고:** 귀하가 참여하는 임상 연구에 대해 저희에게 알릴 의무는 없지만 알려주시길 권장합니다.)

정보가 변경되는 경우 페이지 하단에 있는 번호를 이용해 고객 서비스에 연락하십시오.

K1. 개인 건강 정보(personal health information, PHI) 보호

회원 기록에 있는 정보는 개인 건강 정보(personal health information, PHI)를 포함합니다. 연방 및 주법에 의거해 저희는 귀하의 PHI를 기밀로 보호해야 합니다. 저희는 귀하의 PHI를 보호합니다. 저희가 귀하의 PHI를 보호하는 방법에 대한 더 자세한 정보는 귀하의 **회원 안내서 제 8장**을 참조하십시오.

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

2장: 중요한 전화번호 및 지원

서문

본 장에서는 저희 플랜 및 회원의 건강 관리 혜택에 대한 회원의 질문에 답해드릴 수 있는 중요한 지원의 연락처 정보를 제공합니다. 또한 본 장을 이용해 회원의 건강 관리 코디네이터 및 귀하를 위해 변호해 줄 사람에게 연락하는 방법에 대한 정보를 얻으실 수 있습니다. 주요 용어와 그 정의는 본 **회원 안내서** 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

차례

A. 고객 서비스	24
B. 개인 건강 관리 코디네이터	27
C. 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP)	29
D. 간호사 상담 전화(Nurse Advice Call Line)	30
E. 행동 건강 위기 전화	31
F. 품질 향상 조직(Quality Improvement Organization, QIO)	32
G. Medicare	33
H. Medi-Cal	34
I. Medi-Cal 치료 관리 및 정신 건강 옴부즈맨 부서	35
J. 카운티 사회복지 서비스	36
K. 카운티 행동 건강 서비스 기관	37
L. Health Consumer Alliance (HCA)	38
M. 약물 비용 지불 도움을 위한 프로그램	38
M1. Medicare 에서 제공되는 추가 도움	38
M2. 에이즈 약물 지원 프로그램 (ADAP)	38

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan
회원 안내서

제 2장: 중요한 전화번호 및 지원

N. 사회보장국	39
O. 철도 연금 위원회 (RRB).....	40
P. 고용주가 제공하는 단체 보험 또는 기타 보험.....	41
Q. Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램.....	41
R. Medi-Cal Dental	42

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

A. 고객 서비스

전화	1-877-412-2734. 통화는 무료입니다. (10월 1일부터 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일부터 9월 30일사이) 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 저희는 영어가 주 언어가 아닌 분들을 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711. 통화는 무료입니다. 이 번호는 듣거나 말하는 데 어려움이 있는 분들을 위한 것입니다. 여기에 전화하시려면 특별한 전화 장비를 갖고 계셔야 합니다. (10월 1일부터 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일부터 9월 30일사이) 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오.
팩스	1-714-246-8711
서면	CalOptima Health OneCare Complete Customer Service 505 City Parkway West Orange, CA 92868
이메일	OneCarecustomerservice@caloptima.org
웹사이트	www.caloptima.org/OneCare

고객 서비스로 문의해 다음의 사항에 도움을 받으십시오:

- 플랜에 대한 질문
- 클레임 또는 청구서에 대한 질문
- 건강 관리에 대한 보장 결정
 - 회원의 건강 관리에 대한 보장 결정은 다음에 관한 결정입니다:
 - 회원의 혜택 및 보장된 서비스 또는
 - 회원의 건강 서비스에 대해 저희가 지불한 금액.
 - 회원의 건강 관리에 대한 보장 결정에 대해 질문이 있는 경우 저희에게 전화하십시오.
 - 보장 결정에 대한 더 자세한 사항은 **회원 안내서 제 9장**을 참조하십시오.

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

- 건강 관리에 대한 항소
 - 항소는 저희가 회원의 보장에 대해 내린 결정을 검토해줄 것을 요청하고 저희가 실수를 했거나 저희 결정에 동의하지 않는 경우 이를 변경해줄 것을 요청하는 공식적인 방법입니다.
 - 항소에 대한 더 자세한 설명은 회원의 *회원 안내서 제 9장*을 참조하시거나 고객 서비스에 문의하십시오.
- 건강 관리에 대한 불만 사항
 - 귀하는 저희 또는 의료 제공자(비-네트워크 또는네트워크 의료 제공자 포함)에 대한 불만 사항을 제기하실 수 있습니다. 네트워크 의료 제공자는 저희 플랜과 협력하는 의료 제공자입니다. 귀하가 받은 치료의 품질에 대해 저희나 품질 개선 기관 (Quality Improvement Organization, QIO)에 불만을 제기할 수도 있습니다 (**섹션 F**, 32 페이지 참조).
 - **1-877-412-2734** 번을 이용해 저희에게 전화해 회원의 불만 사항을 설명하실 수 있습니다.
 - 회원의 불만 사항이 건강 관리에 대한 보장 결정과 관련된 경우, 귀하는 항소하실 수 있습니다(위 섹션 참조).
 - 저희 플랜에 대한 불만 사항을 Medicare로 보내실 수 있습니다.
www.medicare.gov/my/medicare-complaint 에서 온라인 양식을 이용하십시오.
또는 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하여 도움을 받으실 수도 있습니다.
 - Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램 번호 1-855-501-3077로 저희 플랜에 대한 불만을 제출하실 수 있습니다.
 - 회원의 건강 관리에 대한 불만 사항 제기에 관한 자세한 사항이 필요하시면 *회원 안내서 제 9장*을 참조하십시오.
- 약물에 관한 보장 결정
 - 약물에 관한 보장 결정이란 다음에 관한 결정을 의미합니다:
 - 회원의 혜택 및 보장 약물 **또는**
 - 저희가 회원의 약물에 대해 지불하는 금액.
 - 오버 더 카운터(처방전 없이 구입 가능한 약)(over-the-counter, OTC) 및 특정 비타민 등 Medicare에서 보장하지 않는 약품은 Medi-Cal Rx에서 보장받을 수 있습니다. 자세한 내용은 Medi-Cal Rx 웹사이트 (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) 를 방문하십시오. Medi-Cal Rx 고객 서비스 센터의 번호 1-800-977-2273으로 전화할 수도 있습니다.
 - 약물에 대한 보장 결정에 관한 자세한 사항은 *회원 안내서 제 9장*을 참조하십시오.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

- 회원의 약물에 관한 항소 제기
 - 항소는 저희에게 보장 결정을 변경할 것을 요청하는 절차입니다.
 - 회원의 처방약에 대한 항소에 관한 자세한 사항은 *회원 안내서 제 9장*을 참조하십시오.
- 약물에 관한 불만 사항
 - 저희 또는 약국에 대해 불만 사항을 제기하실 수 있습니다. 처방약에 대한 불만도 여기에 포함됩니다.
 - 불만 사항이 회원의 약물에 대한 보장 결정과 관련된 경우, 항소를 제출하실 수 있습니다. (위 섹션 참조)
 - 귀하는 저희 플랜에 대한 불만 사항을 Medicare로 보내실 수 있습니다. www.medicare.gov/my/medicare-complaint. 에서 온라인 양식을 이용하십시오. 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 전화해 도움을 요청하실 수 있습니다.
 - 회원의 약물에 대한 항소에 관한 자세한 사항은 *회원 안내서 제 9장*을 참조하십시오.
- 이미 지불한 건강 관리 또는 약품에 대한 지불
 - 저희에게 귀하가 지불한 비용을 환급해 달라고 요청하거나 귀하가 받은 청구서를 저희에게 지불해 달라고 요청하는 방법에 관한 자세한 사항은 회원의 *회원 안내서 제 7장*을 참조하십시오.
 - 저희에게 청구서를 지불해 달라고 요청하고 저희가 회원의 요청의 일부라도 거절하는 경우, 귀하는 저희 결정에 항소하실 수 있습니다. *회원 안내서 제 9장*을 참조하십시오.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

B. 개인 건강 관리 코디네이터

CalOptima Health OneCare Complete 개인 관리 코디네이터는 귀하가 주로 연락할 사람입니다. 이 사람은 의료 제공자 및 서비스를 관리하고 귀하가 필요로 하는 서비스를 받도록 확인합니다.

전화	1-877-412-2734. 통화는 무료입니다. (10월 1일부터 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일부터 9월 30일사이) 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 영어를 사용하지 않는 분들을 위해 저희는 무료 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711. 통화는 무료입니다. 이 번호는 듣거나 말하는 데 어려움이 있는 분들을 위한 것입니다. 여기에 전화하시려면 특별한 전화 장비를 갖고 계셔야 합니다. (10월 1일부터 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 및 (4월 1 일부터 9월 30일사이) 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오.
팩스	1-714-246-8711
서면	CalOptima Health OneCare Complete Customer Service 505 City Parkway West Orange, CA 92868
이메일	OneCarecustomerservice@caloptima.org
웹사이트	www.caloptima.org/OneCare

회원의 개인 건강 관리 코디네이터에게 문의해 다음의 사항에 도움을 받으십시오:

- 건강 관리에 대한 질문
- 행동 건강(정신 건강 및 약물 장애) 서비스를 받는 것에 대한 질문
- 치과 혜택에 대한 질문
- 의료 진료를 위한 교통편에 대한 질문
- Community-Based Adult Services (지역사회 기반 성인 서비스, CBAS) 및 간호 시설 (NF, Nursing Facilities)을 포함한 Long-term Services and Supports (장기 서비스 및 지원, LTSS)에 대한 질문

? **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** **www.caloptima.org/OneCare**를 방문하십시오.

- 지역사회 지원에 대한 질문

다음 서비스들을 받을 수도 있습니다:

- 지역사회 기반 성인 서비스 (Community-Based Adult Services, CBAS)
- 전문 간호 관리
- 물리 치료
- 작업 요법
- 언어 치료
- 의료 사회복지 서비스
- 가정 건강 치료
- 거주 카운티 사회 복지기관을 통한 In-Home Supportive Services (가정 지원 서비스, IHSS)
- 때로 일상적인 건강 관리 및 생활에 관련된 도움 가능
- 지역사회 지원
- 다목적 노인 서비스 프로그램



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

C. 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP)

주 건강 보험 지원 프로그램 (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)은 모든 주에 훈련된 상담사가 상주하여 무료 도움, 정보 제공 및 Medicare 관련 질문에 대한 답변을 제공하는 정부 프로그램입니다. 캘리포니아 지역에서는 SHIP 를 건강보험 상담 및 옹호 프로그램 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 이라고 하기도 합니다. HICAP 상담사는 회원의 질문에 답하고 회원의 문제를 해결하기 위해 무엇을 해야 하는지 설명해드릴 수 있습니다. HICAP은 모든 카운티에서 상담사를 교육하며 서비스는 무료입니다.

HICAP은 연방 정부로부터 자금을 지원받아 Medicare 가입자에게 무료 지역 건강 보험 상담을 제공하는 독립적인 주 프로그램(어떠한 보험 회사나 건강 플랜과도 연계되지 않음)입니다.

전화	1-800-434-0222 또는 1-714-560-0424 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 4시
TTY	1-800-735-2929 또는 711 이 번호는 듣거나 말하는 데 어려움이 있는 분들을 위한 것입니다. 여기에 전화하시려면 특별한 전화 장비를 갖고 계셔야 합니다.
서면	The Council on Aging Southern California 2 Executive Circle, Suite 175 Irvine, CA 92614
이메일	help@coasc.org
웹사이트	https://www.coasc.org/programs/hicap/

HICAP 에 문의해 다음 사항에 도움을 받으십시오:

- Medicare 에 대한 질문
- HICAP 상담사는 새 플랜 변경과 관련된 회원의 질문에 답할 수 있으며 다음에 대해 귀하를 도울 수 있습니다:
 - 회원의 권리 이해,
 - 회원의 플랜 선택 이해,
 - 플랜 변경과 관련된 질문에 답변,
 - 회원의 건강 관리 또는 치료에 대한 불만 사항 제기 및
 - 청구서 또는 클레임 문제에 대한 도움.

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

D. 간호사 상담 전화(Nurse Advice Call Line)

간호사 상담 전화를 통해 회원의 건강 우려사항에 대한 질문에 도움을 줄 공인 간호사(Registered Nurse, Rn)와 상담하실 수 있습니다. 회원의 건강 또는 건강 관리에 대한 질문이 있으시면 간호사 상담 전화로 문의하십시오.

전화	1-844-447-8441. 통화는 무료입니다. 주 7일, 24시간 저희는 영어가 주 언어가 아닌 분들을 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	1-844-514-3774. 통화는 무료입니다. 이 전화는 듣거나 말하는 데 어려움이 있는 분들을 위한 번호입니다. 여기에 전화하시려면 특별한 전화 장비를 갖고 계셔야 합니다. 주 7일, 24시간.

 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

E. 행동 건강 위기 전화

생명이 위급한 응급 상황을 겪고 있는 경우 911로 전화하십시오.

행동 건강 위기를 겪고 있는 경우, 아래 번호로 전화하십시오.

전화	OC Links The Mobile Crisis Assessment Team (모바일 위기 평가팀, CAT) 1-855-625-4657. 통화는 무료입니다. 주 7일, 24시간 저희는 영어가 주 언어가 아닌 분들을 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711. 통화는 무료입니다. 이 전화는 듣거나 말하는 데 어려움이 있는 분들을 위한 것입니다. 여기에 전화하시려면 특별한 전화 장비를 갖고 계셔야 합니다. 주 7일, 24시간.

행동 건강 위기 상담 전화로 문의해 다음 사항에 도움을 받으십시오:

- 행동 건강 및 약물 남용 서비스에 대한 질문
- 위기 상황에 있는 것은 아니고, 행동 건강 및 약물 남용 서비스에 대해 일반적인 질문이 있으신 경우, CalOptima Health 행동 건강 상담 전화 **1-855-877-3885** (TTY **711**)번으로 주 7일, 24시간 전화하십시오.

회원의 카운티 전문 정신 건강 서비스에 대한 질문이 있으신 경우 **섹션 K**를 참조하십시오.

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

F. 품질 향상 조직(Quality Improvement Organization, QIO)

저희 주에는 Commence Health 라고 불리는 기관이 있습니다. 이것은 Medicare를 갖고 계신 분들을 위한 관리의 품질을 향상하는 데 도움을 주는 의사 및 기타 건강 관리 전문가들로 이루어진 기관입니다. Commence Health는 독립적인 기관입니다. 저희 플랜과 연결되어 있지 않습니다.

전화	1-877-588-1123
TTY	711. 이 번호는 듣거나 말하는 데 어려움이 있는 분들을 위한 것입니다. 여기에 전화하시려면 특별한 전화 장비를 갖고 계셔야 합니다.
서면	Commence Health, LLC BFCC-QIO PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23454
이메일	communications@commence.ai
웹사이트	https://www.commencehealthqio.cms.gov/en

다음 도움을 위해 Commence Health에 문의하십시오:

- 건강 관리 권리에 대한 질문
- 다음의 경우 귀하가 받은 관리에 대해 불만 사항을 제기를 원하는 경우:
 - 잘못된 약물 복용, 불필요한 검사나 시술, 잘못된 진단 등 치료 품질에 문제가 있는 경우
 - 병원에서 너무 일찍 퇴원한다고 생각하는 경우, 또는
 - 회원의 가정 건강 관리, 전문 간호시설 또는 종합적 외래 재활시설(comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF)이 너무 일찍 종료된다고 생각하는 경우.

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

G. Medicare

Medicare 는 65세 이상 분들, 65세 미만의 장애가 있는 분들 및 말기 신장 질환(투석 또는 신장 이식이 필요한 영구적 신부전증)이 있는 분들을 위한 연방 건강 보험 프로그램입니다.

Medicare를 담당하는 연방 기관은 Centers for Medicare & Medicaid Services (Medicare 및 Medicaid 서비스 센터, CMS)입니다. 이 기관은 저희 플랜을 포함한 Medicare Advantage 기관과 계약을 맺고 있습니다.

전화	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 이 번호로 거는 전화는 무료이며 주 7일, 24시간 이용 가능합니다.
TTY	1-877-486-2048. 통화는 무료입니다. 이 번호는 듣거나 말하는 데 어려움이 있는 분들을 위한 것입니다. 여기에 전화하시려면 특별한 전화 장비를 갖고 계셔야 합니다.
실시간 채팅	www.Medicare.gov/talk-to-someone 에서 실시간 채팅
서면	Medicare at PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
웹사이트	www.medicare.gov • 비용과 제공되는 서비스도 포함하여 거주 지역의 Medicare 건강 및 약물 플랜에 대한 정보를 알아보기. • Medicare 참여 의사 또는 기타 의료 제공자 및 공급업체를 찾아보기. • 예방 서비스 (예: 검진, 예방 접종, 백신 및 연례 “웰니스” 검진)를 포함하여 Medicare에서 보장하는 내용을 알아보기. • Medicare 항소 신청 정보 및 양식을 받아보기. • 플랜, 요양원, 병원, 의사, 가정 간호 기관, 투석 시설, 호스피스 센터, 입원 재활 시설, 장기 요양 병원에서 제공하는 의료 서비스의 질에 대한 정보를 받아보기. • 유용한 웹사이트 및 전화번호 찾아보기. Medicare 에 불만을 제기하려면 www.medicare.gov/my/medicare-complaint 를 방문하십시오. Medicare는 회원의 불만을 신중하게 받아들여 Medicare 프로그램의 품질을 개선하는데 이 정보를 사용합니다.

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

H. Medi-Cal

Medi-Cal 은 캘리포니아의 Medicaid 프로그램 이름입니다. 이것은 어린 자녀가 있는 가족, 노인, 장애인, 위탁 아동 및 청소년, 임산부를 포함하여 저소득 개인에게 필요한 건강 관리 서비스를 제공하는 공공 건강 보험 프로그램입니다. Medi-Cal은 주 및 연방 정부에서 재정을 마련합니다.

Medi-Cal 혜택에는 의료, 치과, 행동 건강, 장기 서비스 및 지원이 포함됩니다.

귀하는 Medicare 및 Medi-Cal에 가입되어 있습니다. Medi-Cal 혜택에 대해 궁금한 점이 있으면 플랜 개인 관리 코디네이터에게 문의하십시오. Medi-Cal 플랜 가입에 대해 질문이 있으면 건강 관리 옵션 (Health Care Options)에 전화하십시오.

전화	1-888-587-8088 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시.
TTY	711 이 전화는 듣거나 말하는 데 어려움이 있는 분들을 위한 것입니다. 여기에 전화하시려면 특별한 전화 장비를 갖고 계셔야 합니다.
서면	CalOptima Health 505 City Parkway West Orange, CA 92868
웹사이트	www.caloptima.org

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

I. Medi-Cal 치료 관리 및 정신 건강 옴부즈맨 부서

옴부즈맨 부서 (Office of the Ombudsman)는 회원들이 의학적으로 필요한 모든 보장 서비스를 받을 수 있도록 중립적인 입장에서 문제를 해결하도록 지원합니다. 옴부즈맨 부서는 회원의 의견을 경청하고, 질문에 답변하며, 상황을 분석하고, 정책과 절차를 설명하고, 정보, 조언 및 선택 사항을 제공하며, 적절한 의뢰를 제안합니다. 건강 관리 이용 문제에 대해 공정한 해결책을 개발하는 것이 그들의 업무입니다. 그들은 저희 플랜이나 다른 어떤 보험 회사 또는 건강 플랜과 연결되어 있지 않습니다. 이 서비스는 무료입니다.

전화	1-888-452-8609 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시.
TTY	1-800-430-7077 이 전화는 듣거나 말하는 데 어려움이 있는 분들을 위한 것입니다. 여기에 전화하시려면 특별한 전화 장비를 갖고 계셔야 합니다.
서면	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
이메일	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
웹사이트	www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

J. 카운티 사회복지 서비스

가정 내 지원 서비스(In-Home Supportive Services, IHSS) 혜택에 도움이 필요하신 경우, 회원의 지역 County Social Services (카운티 사회복지 서비스 부)로 문의하십시오. IHSS는 회원의 개인적 필요 사항을 충족할 다양한 서비스를 포함하고 있으며 귀하가 가정에서 안전하게 거주하실 수 있도록 도와드립니다. IHSS 혜택을 받기 위해 귀하는 IHSS의 자격 필요 조건을 충족해야 합니다. 자격 요건 및 신청 방법에 대한 자세한 내용은 이 **회원 안내서 제 4장, F3절**을 참조하십시오:

- 가사 및 대청소, 음식 준비, 세탁, 합리적인 쇼핑 및 간단한 용무.
- 식사 지원, 목욕, 화장실 이용.
- 진료 및 건강 관련 서비스를 위한 이송 지원
- 의료 보조 서비스

카운티 사회복지 서비스 기관에 연락하여 가정 내 지원 서비스를 신청하십시오. 이 서비스는 집에서 안전하게 생활할 수 있도록 제공되는 서비스 비용을 지불하는 데 도움이 됩니다. 서비스 유형에는 식사 준비, 목욕, 옷 입기, 세탁, 쇼핑, 교통 지원 등이 포함될 수 있습니다.

Medi-Cal 자격에 대한 문의 사항은 카운티 사회복지 서비스 기관에 문의하십시오.

전화	1-714-825-3000. 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시.
TTY	1-800-735-2929. 이 전화는 듣거나 말하는 데 어려움이 있는 분들을 위한 것입니다. 여기에 전화하시려면 특별한 전화 장비를 갖고 계셔야 합니다.
서면	Orange County Social Services Agency 1505 East Warner Avenue Santa Ana, CA 92705
웹사이트	https://ssa.ocgov.com/elderdisabled-home-service

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

K. 카운티 행동 건강 서비스 기관

귀하가 접근 기준을 충족하는 경우 카운티를 통해 Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스와 약물 사용 장애 서비스를 이용할 수 있습니다.

전화	1-800-723-8641 통화는 무료입니다. 주 7일, 24시간 저희는 영어가 주 언어가 아닌 분들을 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711 이 전화는 무료입니다. 이 전화는 듣거나 말하는 데 어려움이 있는 분들을 위한 것입니다. 여기에 전화하시려면 특별한 전화 장비를 갖고 계셔야 합니다. 주 7일, 24시간

카운티 전문 정신 건강 기관에 문의해 다음 사항에 도움을 받으십시오:

- 카운티에서 제공하는 행동 건강 서비스에 관한 질문
- 카운티에서 제공하는 약물 사용 장애 서비스에 관한 질문

아래의 서비스에 대한 정보를 위해 CalOptima Health OneCare Complete 행동 건강 상담전화 **1-855-877-3885**로 연락해 주십시오:

- 전문 정신 건강 외래 서비스
- 약 복용 지원 서비스
- 위기 간섭 및 안정
- 집중 주간 치료
- 주간 재활
- 성인 및/또는 위기 상주 치료 서비스
- 표적 사례 관리 서비스
- 집중 외래 치료 서비스를 포함한 중독 관련 외래 치료 서비스
- 출산 전후 상주 서비스
- 외래 마약 중독 치료 서비스/상담
- 마약 치료 서비스 및 Naltrexone.

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

L. Health Consumer Alliance (HCA)

보건 소비자 연합 (Health Consumer Alliance, HCA)는 캘리포니아 주민들이 건강 보험을 가입하거나 유지하는 데 어려움을 겪을 때, 그리고 건강 플랜 관련 문제를 해결할 수 있도록 온라인, 전화, 또는 직접 방문을 통해 무료 법률 지원을 제공하는 주 전역 파트너십입니다. HCA에 대해 더 알아보거나 도움을 받을 수 있는지 확인하려면 1-888-804-3536으로 전화하시거나 www.healthconsumer.org/를 방문해 주십시오.

M. 약물 비용 지불 도움을 위한 프로그램

Medicare 웹사이트 (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs)에서 약값을 낮추는 방법에 대한 정보를 제공합니다. 소득이 제한된 분들을 위해 아래에 설명된 다른 지원 프로그램들도 있습니다.

M1. Medicare 에서 제공되는 추가 도움

귀하는 Medi-Cal 자격이 있기 때문에 처방약 플랜 비용을 지불하기 위해 Medicare로부터 “추가 도움 (Extra Help)”을 받을 자격이 있고 받고 있습니다. 귀하는 “추가 도움”을 위해 아무것도 하실 필요가 없습니다.

전화	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 이 전화번호로 거는 전화는 무료이며 주 7일, 하루 24시간 이용 가능합니다.
TTY	1-877-486-2048 이 전화는 무료입니다. 이 번호는 듣거나 말하는 데 어려움이 있는 분들을 위한 것입니다. 여기에 전화하시려면 특별한 전화 장비를 갖고 계셔야 합니다.
웹사이트	www.medicare.gov

M2. 에이즈 약물 지원 프로그램 (ADAP)

에이즈 약물 지원 프로그램 (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)는 HIV/AIDS 감염인 ADAP 수혜 자격이 있는 사람들이 생명을 구하는 HIV 약물을 이용할 수 있도록 지원합니다. ADAP 처방집에 포함된 Medicare 파트 D 약물은 에이즈 약물 지원 프로그램(ADAP)을 통해 처방약 비용 부담 지원을 받을 수 있습니다. 참고: 거주하는 주에서 ADAP 수혜 자격을 얻으려면 주 거주 증명 및 HIV 감염 여부, 저소득층(주에서 정의한 기준), 무보험/저보험 상태 등 특정 기준을 충족해야 합니다. 플랜을 변경하는 경우, 계속해서 자격 기준, 보장 약물 또는 프로그램 가입 방법에 대한 도움을 받을 수 있도록 번호 1-844-241-7050으로 전화하여 지역 ADAP 가입 담당자에게 알려십시오.

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

N. 사회보장국

사회보장국 (Social Security)은 Medicare 자격을 결정하고 Medicare 가입을 처리합니다.

이사하거나 우편 주소를 변경하는 경우, 사회보장국에 연락하여 변경 사항을 알리는 것이 중요합니다.

전화	1-800-772-1213 통화료는 무료입니다. 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 7시사이 이용 가능 자동 전화 서비스를 이용하면 녹음된 정보를 받아 24시간 일부 업무를 처리하실 수 있습니다.
TTY	1-800-325-0778 이 번호는 듣거나 말하는 데 어려움이 있는 분들을 위한 것입니다. 여기에 전화하시려면 특별한 전화 장비를 갖고 계셔야 합니다.
웹사이트	www.ssa.gov

 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

O. 철도 연금 위원회 (RRB)

철도 연금 위원회 (Railroad Retirement Board, RRB)는 전국 철도 노동자와 그 가족을 위한 포괄적인 혜택 프로그램을 운영하는 독립적인 연방 기관입니다. RRB를 통해 Medicare에 가입되어 있는 경우, 이사를 하거나 우편 주소가 변경되면 RRB에 알려주십시오. RRB 혜택에 대한 문의는 RRB 기관에 문의하십시오.

전화	1-877-772-5772 통화료는 무료입니다. 월요일, 화요일, 목요일, 금요일, 오전 9시부터 오후 3시 30분사이, 수요일 오전 9시부터 오후 12시사이 RRB 담당자와 통화하시려면 "0"을 누르십시오. 주말과 공휴일을 포함하여 24시간 내내 RRB 자동 상담 전화에 접속하여 녹음된 정보를 받으시려면 "1"번을 누르십시오.
TTY	1-312-751-4701 이 번호는 듣거나 말하는 데 어려움이 있는 분들을 위한 것입니다. 여기에 전화하시려면 특별한 전화 장비를 갖고 계셔야 합니다. 이 번호로 전화하시면 요금이 부과됩니다.
웹사이트	www.rrb.gov

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

P. 고용주가 제공하는 단체 보험 또는 기타 보험

본인(또는 배우자 또는 동거 파트너)이 본 플랜의 일환으로 본인(또는 배우자 또는 동거 파트너)의 고용주 또는 퇴직자 단체로부터 혜택을 받는 경우, 질문이 있으시면 페이지 하단의 전화번호로 고용주/노조 혜택 관리자 또는 고객 서비스 센터에 문의하십시오. 본인(또는 배우자 또는 동거 파트너)의 고용주 또는 퇴직자 건강 혜택, 보험료 또는 가입 기간에 대해 문의하실 수 있습니다. 본 플랜에 따른 Medicare 보장에 대한 질문이 있으시면 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하실 수도 있습니다. TTY 사용자는 번호 1-877-486-2048 로 전화하십시오.

본인(또는 배우자 또는 동거 파트너)의 고용주 또는 퇴직자 단체를 통해 다른 약물 보장을 받고 있는 경우, **해당 단체의 혜택 관리자**에게 문의하십시오. 혜택 관리자는 현재 약물 보장이 본 플랜과 어떻게 적용되는지 안내해 드릴 수 있습니다.

Q. Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램

Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램 (Ombudsman Program)은 건강 보장을 갖거나 유지하려고 노력하는 사람들을 돕고 건강 플랜에 대해 갖고 있는 문제를 해결하기 위해 무료 지원을 제공합니다.

다음에 대해 문제를 갖고 계신 경우:

- Medi-Cal
- Medicare
- 회원의 건강 플랜
- 의료 서비스 이용
- 거절된 서비스, 약물, 내구성 있는 의료 장비(durable medical equipment, DME), 정신 건강 서비스 등에 대한 항소 제기
- 의료비 청구서
- 가정 내 지원 서비스(In-Home Supportive Services, IHSS)

Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램은 불만 접수, 항소, 청문회를 지원합니다. 옴부즈맨 프로그램의 전화번호는 1-855-501-3077입니다.

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

R. Medi-Cal Dental

다음에 포함하되 이에 국한되지 않은 특정 치과 서비스는 Medi-Cal Dental에서 제공합니다:

- 초기 진료, X레이 촬영, 치아 세정, 실런트 처리 및 불소 치료;
- 보철물 및 크라운;
- 근관 치료; 그리고
- 부분 및 완전 틀니, 조정, 수리 및 재시공

치과 혜택은 Medi-Cal Dental 서비스별 지불 (Fee-for-Service, FFS) 프로그램을 통해 제공됩니다.

전화	1-800-322-6384 통화는 무료입니다. Medi-Cal Dental FFS 담당자는 월요일부터 금요일, 오전 8시~오후 5시사이 도와드립니다.
TTY	1-800-735-2922 이 번호는 듣거나 말하는 데 어려움이 있는 분들을 위한 것입니다. 여기에 전화하시려면 특별한 전화 장비를 갖고 계셔야 합니다.
웹사이트	www.dental.dhcs.ca.gov smilecalifornia.org

 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

3장: 건강 관리 및 기타 보장 서비스를 위해 플랜의 혜택 이용하기

서문

이 장에서는 저희 플랜을 통해 건강 관리 및 기타 보장 서비스 혜택을 받기 위해 알아 두어야 할 특정 용어와 규정을 설명합니다. 또한 개인 관리 코디네이터, 다양한 의료 제공자에게 서비스받는 방법과 일부 특수한 상황에서 서비스 받는 방법(네트워크 소속이 아닌 의료 제공자 또는 약국 포함), 저희가 보장하는 서비스의 청구를 직접 요청받은 경우 필요한 조치, 내구성 있는 의료기(Durable Medical Equipment, DME)를 소유하는 기준 등에 관한 내용이 나와 있습니다. 주요 용어와 그 정의는 본 *회원 안내서* 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

차례

A. 서비스 및 의료 제공자에 관한 정보	45
B. 플랜에서 보장하는 서비스를 받기 위한 규정	45
C. 개인 건강 관리 코디네이터.....	47
C1. 개인 관리 코디네이터란 무엇인가	47
C2. 개인 관리 코디네이터에게 연락하는 방법.....	47
C3. 개인 관리 코디네이터를 변경하는 방법.....	47
D. 의료 제공자의 진료	47
D1. 주치의 (PCP)로부터 받는 진료	47
D2. 전문의 및 다른 네트워크 의료 제공자의 진료	49
D3. 의료 제공자가 플랜을 떠나는 경우	50
D4. 네트워크 외 의료 제공자	51
E. 장기 서비스 및 지원(LTSS)	51
F. 행동 건강(정신 건강 및 약물 남용 장애) 서비스	52
F1. 플랜 외에 이용 가능한 Medi-Cal 행동 건강 서비스	52

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

회원 안내서

제 3장: 건강 관리 및 기타 보장 서비스를
위해 플랜의 혜택 이용하기

G. 교통 서비스	54
G1. 비응급 의료 교통편.....	54
G2. 비의료 교통편.....	55
H. 의학적 응급 상황, 긴급 필요 또는 재난 발생 시 보장되는 서비스	56
H1. 의료적 응급 상황 시의 진료.....	56
H2. 긴급하게 필요한 진료	58
H3. 재해 상황에서 진료 받기	58
I. 플랜 보장 서비스의 비용을 직접 청구받는 경우.....	59
I1. 플랜이 서비스를 보장하지 않는 경우 해야 할 일.....	59
J. 임상 연구에 참여 중일 경우 의료 서비스 혜택	59
J1. 임상 연구의 정의.....	59
J2. 임상 연구 참여 시 서비스 비용 지급	60
J3. 임상 연구에 대한 추가 정보.....	60
K. 비의료 건강 관리 종교 기관에서 건강 관리 서비스를 보장받는 방법.....	60
K1. 비의학적인 건강 관리 종교 기관의 정의.....	60
K2. 비의료 건강 관리 종교 기관의 진료.....	61
L. 내구성 의료 기구(DME).....	61
L1. 저희 플랜의 회원으로서 DME(Durable Medical Equipment) 받기	61
L2. Original Medicare 로 전환하는 경우의 DME 소유권.....	62
L3. 플랜 회원에게 제공되는 산소 장비 이용 혜택	62
L4. Original Medicare 또는 Medicare Advantage (MA) 플랜으로 전환 시 산소 장비	62

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호
1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이
그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오.
통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

A. 서비스 및 의료 제공자에 관한 정보

서비스에는 건강 관리, 장기 서비스 및 지원(long-term services and supports, LTSS), 용품, 행동 건강 서비스, 처방 및 오버 더 카운터 약품, 장비, 기타 서비스 등이 포함됩니다. **보장 서비스**는 저희 플랜에서 지불하는 이러한 서비스를 의미합니다. 보장 건강 관리, 행동 건강, 장기 서비스 및 지원(LTSS)에 관한 내용은 **회원 안내서 제 4장**에 수록돼 있습니다. 보장되는 처방 및 오버 더 카운터 약품에 관한 내용은 **회원 안내서 제 5장**에 수록돼 있습니다.

의료 제공자란 회원에게 서비스와 진료를 제공하는 사람으로, 주정부로부터 허가를 받은 의사, 간호사 및 기타 의료진을 의미합니다. 의료 제공자에는 또한 병원, 재택 건강 관리 기관, 클리닉 그리고 회원에게 건강 관리 서비스, 행동 건강 서비스, 의료 장비, 특정 장기 요양 서비스 및 지원(LTSS)을 제공하는 기타 장소가 포함됩니다.

네트워크 의료 제공자란 저희 플랜과 협력하는 의료 제공자를 의미합니다. 이러한 의료 제공자들은 저희의 완불 조건에 동의하였습니다. 네트워크 의료 제공자는 비용을 저희에 직접 청구합니다. 네트워크 제공자를 이용할 때 일반적으로 보장 서비스에 대해 비용을 지불하지 않습니다.

B. 플랜에서 보장하는 서비스를 받기 위한 규정

저희 플랜은 Medicare에서 보장하는 모든 서비스와 대부분의 Medi-Cal 서비스를 보장합니다. 여기에는 특정 행동 건강 및 장기 서비스 및 지원(LTSS)이 포함됩니다.

저희 플랜에서는 회원이 플랜 규정을 따라 이용하는 건강 관리 서비스, 행동 건강 서비스, 많은 LTSS에 관한 비용을 지불합니다. 다음은 저희 플랜에 적용되는 것들입니다:

- 회원이 받는 진료는 본 **회원 안내서 제 4장**의 의료 혜택 차트에 포함되어야 합니다.
- 진료는 **의학적으로 필요**해야 합니다. 의학적으로 필요하다는 것은 회원의 건강 상태를 진단하고 치료하는 데 합리적이고 필요한 서비스를 의미합니다. 의학적으로 필요한 진료는 질병, 질환 또는 부상을 치료하여 개인의 심각한 질병이나 장애를 예방하고 심한 통증을 줄이는 데 필요합니다.
- 의료 서비스의 경우, 회원의 진료를 제공하고 감독하는 네트워크 **주치의(PCP)**가 있어야 합니다. 플랜 회원은 네트워크 소속 의사를 PCP로 선택해야 합니다(자세한 내용은 **섹션 D1** 참조).
 - 네트워크 외부 진료의사가 필요한 경우, PCP는 검토를 위해 요청서를 제출해야 합니다. 이러한 서비스가 승인되지 않을 경우, 네트워크 내 의사로 변경될 수 있습니다.
 - 저희 플랜의 PCP들은 건강 네트워크에 소속되어 있습니다. PCP를 선택하는 경우, 그 의사가 소속된 건강 네트워크도 선택하는 것입니다. 이것은 PCP가 귀하에게 의뢰를 제공할 때 PCP가 소속된 의료 그룹 내의 전문의 또는 서비스에 의뢰를 한다는 뜻입니다. 건강 네트워크는 CalOptima Health OneCare Complete와 계약을 맺고 저희 회원들에게 보장 서비스를 제공하는 의사와 병원 그룹입니다.

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 회원 안내서

제 3장: 건강 관리 및 기타 보장 서비스를
위해 플랜의 혜택 이용하기

- 응급 치료 또는 긴급하게 필요한 치료, 여성 건강 제공자 이용 또는 이 장의 **섹션 D1**에 나열된 기타 서비스를 위해 주치의의 의뢰가 필요하지 않습니다.
- **귀하의 건강 네트워크 의료 제공자에게 진료를 받아야 합니다** (자세한 정보는 이 장의 **섹션 D1**를 참고). 일반적으로, 저희 건강 플랜과 협력하지 않은 의료 제공자의 진료는 보장되지 않습니다. 이것은 회원이 제공자에게 받으신 서비스 비용을 전액 지불하셔야 한다는 뜻입니다. 다음은 이 규칙이 적용되지 않는 몇 가지 사례입니다:
 - 네트워크 외부 의료 제공자에게서 응급 또는 긴급 진료가 필요한 경우(자세한 내용은 이 장의 **섹션 H**를 참조).
 - 저희 플랜에서 보장하는 진료가 필요하지만 네트워크 의료 제공자가 제공할 수 없는 경우, 네트워크 외부 의료 제공자의 진료를 받으실 수 있습니다. 의료 서비스를 받기 전에 사전 승인을 받아야 합니다. 이 경우, 저희는 회원의 비용 부담 없이 의료 서비스를 보장합니다. 네트워크 외부 의료 제공자를 이용하기 위한 승인을 받는 방법에 대한 정보는 **섹션 D4**를 참조하십시오.
 - 단기간 동안 저희 플랜 서비스 지역 밖에 있거나, 제공자를 일시적으로 이용할 수 없는 상황에서 신장 투석 서비스가 필요한 경우, 네트워크 외 의료 제공자에게서 서비스를 받으실 수 있습니다.
 - 저희 플랜에 처음 가입하시면 현재 이용 중인 제공자를 계속 이용하도록 요청하실 수 있습니다. 몇 가지 예외를 제외하고, 회원이 의료 제공자와 기존 관계를 맺고 있었음을 입증할 수 있는 경우 이 요청을 승인해야 합니다. **회원 안내서 제 1장**을 참조하십시오. 저희가 요청을 승인하면 최대 12개월 간 기존 의료 제공자에게서 서비스를 받으실 수 있습니다. 이 기간동안 회원의 개인 관리 코디네이터는 회원이 PCP가 소속된 의료 네트워크와 연계된 저희 네트워크 내 의료 제공자를 찾으실 수 있도록 도와드릴 것입니다. 12개월 이후부터는 저희 네트워크 및 주치의의 건강 네트워크에 소속되어 있지 않은 의료 제공자에게 받은 의료 서비스에 대해 보장을 해드리지 않습니다.

기타 건강 보장: 회원은 Medi-Cal이 최후의 지불자이므로, Medi-Cal을 사용하기에 앞서 회원의 주 건강 보험으로 동일한 서비스를 이용할 수 있는 경우에는 다른 모든 건강 보험을 먼저 이용해야 합니다. 이것은 대부분의 경우 Medi-Cal은 Medicare 의 2차 지불자가 되어, Medicare 또는 기타 건강보험에서 지불되지 않은 허용 비용을 Medi-Cal 요율 한도 내에서 부담한다는 의미입니다.

CalOptima Health OneCare Complete 신규 회원: 대부분의 경우 귀하는 CalOptima Health OneCare Complete에 가입을 요청한 후 다음 달 1일에 CalOptima Health OneCare Complete에 가입되어 Medicare 혜택을 받을 수 있게 됩니다. 귀하는 이전 Medi-Cal 건강 플랜으로부터 Medi-Cal 서비스를 최대 두 달 동안 계속 받을 수도 있습니다. 그 이후에는 CalOptima Health OneCare Complete를 통해 Medi-Cal 서비스를 받으실 것입니다. Medi-Cal 보장에 공백은 없을 것입니다. 질문이 있으시면 페이지 하단에 있는 전화번호로 저희에게 전화하십시오.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

C. 개인 건강 관리 코디네이터

C1. 개인 관리 코디네이터란 무엇인가

PCC (personal care coordinator)란 본 플랜을 위해 일하는 의료 제공자 또는 기타 교육을 받은 사람으로서 회원에게 건강 관리 조정 서비스를 제공합니다.

C2. 개인 관리 코디네이터에게 연락하는 방법

개인 관리 코디네이터의 전화번호는 CalOptima Health OneCare Complete ID 카드 앞에서 찾으실 수 있습니다.

C3. 개인 관리 코디네이터를 변경하는 방법

CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락하여 변경을 요청하실 수 있습니다.

D. 의료 제공자의 진료

D1. 주치의 (PCP)로부터 받는 진료

회원은 본인을 진료하고 이를 관리할 주치의(PCP)를 선택해야 합니다. 저희 플랜의 PCP들은 건강 네트워크에 소속되어 있습니다. 주치의를 선택하시면 그 의사가 소속된 건강 네트워크도 선택하는 것입니다.

PCP의 정의와 PCP가 제공하는 서비스

PCP란 무엇인가? PCP는 주 정부 요건을 충족하고 회원에게 기본적 진료를 제공할 수 있도록 교육받은 의사입니다.

건강 네트워크란 무엇인가? 귀하의 건강 네트워크는 저희 플랜 회원에게 건강 관리 서비스를 제공하는 의사와 병원의 그룹으로 구성되었습니다.

어떤 유형의 의료 제공자가 PCP가 될 수 있습니까? CalOptima Health OneCare Complete 의료 *제공자 및 약국 목록*에는 PCP 역할을 할 수 있는 모든 네트워크 제공자가 나열되어 있습니다. 산부인과 전문의를 포함한 특정 전문의는 PCP 역할을 수행하기로 동의하고 의료 *제공자 및 약국 목록*에 PCP로 나열되어 있는 경우 진료를 제공할 수 있습니다.

회원은 주치의(PCP)로부터 일상적 또는 기본 진료를 받게 됩니다. 주치위는 CalOptima Health OneCare Complete 회원으로서 받는 나머지 보장 서비스도 조정합니다. 서비스 조정이란, 다른 플랜 제공자들과 회원의 진료 및 진행 상황에 대해 확인하거나 상의하는 것을 의미합니다. 어떤 경우에는 회원이 다른 의료 제공자를 이용하거나 특정 보장 서비스 또는 용품에 대한 사전 승인을 받기 위해 PCP를 만나야 합니다. 특정 유형의 보장 서비스나 의료용품의 경우, PCP의 사전 승인(전문의 진료에 필요한 의료)을 받아야 합니다.

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 회원 안내서

제 3장: 건강 관리 및 기타 보장 서비스를
위해 플랜의 혜택 이용하기

진료소가 주치의가 될 수 있습니까? 예. 회원은 CalOptima Health OneCare Complete 의료 *제공자 및 약국 목록*에 주치의(PCP)로 등재된 연방 자격 보건소 (Federally-Qualified Health Centers, FQHC)를 주치의로 선택할 수 있습니다.

주치의 (PCP) 선택

CalOptima Health OneCare Complete는 요청 시 의료 *제공자 및 약국 목록*을 제공합니다. 이 목록은 CalOptima Health OneCare Complete 회원에게 서비스를 제공하기 위해 CalOptima Health OneCare Complete와 계약한 모든 의료 네트워크, 주치의, 전문의, 진료소 및 병원 목록을 제공합니다. 의료 *제공자 및 약국 목록*을 요청하려면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락하십시오.

PCP는 소속된 의료 네트워크 아래에 도시별로 나열되어 있습니다. 주치의로 원하시는 PCP의 이름을 찾으십시오. PCP는 선택한 의료 네트워크에 소속되어야 합니다.

PCP 이름 아래에서 해당 PCP의 ID 번호를 찾아 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스로 전화해 선택 사항을 알려주십시오.

예: 만약 회원이 사용하고자 하는 특정한 전문의나 병원이 있다면, 먼저 주치의가 속한 의료 네트워크에 소속되었는지 확인하십시오. *의료 제공자 및 약국 목록*을 확인하거나 고객 서비스에 문의하여 해당 전문의 또는 병원이 PCP의 건강 네트워크에 있는지 확인하십시오.

PCP 변경 옵션

언제든지 어떤 이유로든 PCP를 변경할 수 있습니다. 또한 회원의 PCP가 저희 플랜 네트워크를 탈퇴할 수도 있습니다. PCP가 네트워크를 탈퇴하는 경우, 저희가 네트워크에서 새로운 PCP를 찾으실 수 있도록 도와드립니다.

페이지 하단의 전화번호로 고객 서비스에 전화하거나 저희의 안전한 온라인 회원 포털

<https://member.caloptima.org/#/user/login>에 접속하여 언제든지 PCP를 변경할 수 있습니다. 대부분의 경우, 새로운 PCP의 유효 날짜는 요청 접수일 다음 달 1일입니다.

PCP를 선택하는 데 도움이 필요하시면, CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스로 연락하십시오. 전화하실 때, 전문의 진료를 받고 있거나 주치의의 승인이 필요한 다른 보장 서비스 (예: 가정 간병 서비스, 내구성 의료 장비)를 받고 계신 경우 고객 서비스에 꼭 알려주시기 바랍니다. 주치의를 변경하시면 기존에 받으셨던 전문 진료 및 기타 서비스를 계속 받으실 수 있도록 저희가 도와드리겠습니다. 또한 저희는 변경하려는 주치의가 신규 환자를 받고 있는지도 확인합니다. 고객 서비스에서 회원 기록을 변경하여 새 주치의의 이름을 표시하고, 새 주치의 변경 사항이 적용되는 시기를 알려드립니다. 저희가 새 주치의의 이름과 전화번호가 기재된 새 회원 ID 카드를 보내드릴 것입니다.

저희 플랜의 PCP들은 건강 네트워크에 소속되어 있습니다. 회원의 주치의를 바꾸시면 건강 네트워크가 바뀔 수 있습니다. 변경을 요청할 경우, 고객 서비스부에 전문의를 만나시는 중인지 건강 네트워크의 승인이 필요한 다른 보장 서비스를 받고 계신지 알려주십시오. 고객 서비스는 주치의를 바꿀 경우 계속해서 전문의 서비스 또는 다른 서비스를 받으실 수 있도록 도와 드릴 것입니다.

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

PCP의 승인 없이 받을 수 있는 서비스

대부분의 경우, 다른 의료 제공자를 만나기 전에 PCP로부터 승인을 받아야 합니다. 이 승인을 **의뢰**라고 합니다. 아래 나열된 서비스는 PCP의 승인 없이도 받을 수 있습니다:

- 네트워크 제공자 또는 네트워크 외부 제공자의 응급 서비스
- 긴급하게 필요하지만 (응급 상황은 아닌) 보장 서비스가 즉각적인 치료를 요구하는 경우, 일시적으로 플랜 서비스 지역 외에 있거나, 시간, 장소, 상황을 고려했을 때 네트워크 제공자로부터 이 서비스를 받는 것이 적절하지 않은 경우에 해당 서비스가 보장됩니다. 예상치 못한 질병 및 부상 또는 기존 질환의 예상치 못한 악화는 긴급하게 필요한 서비스의 예입니다. 의학적으로 필요한 정기적인 제공자 진료(연례 검진 등)은 플랜의 서비스 지역을 벗어나거나 네트워크를 일시적으로 이용할 수 없는 경우에도 긴급하게 필요한 것으로 간주되지 않습니다.
- 저희 플랜 서비스 지역 밖에 계시는 경우, Medicare 인증 투석 시설에서 받으실 수 있는 신장 투석 서비스입니다. 서비스 지역을 벗어나기 전에 고객센터로 전화 주시면, 서비스 지역을 벗어난 동안에도 투석을 받으실 수 있도록 도와드리겠습니다.
- 네트워크 제공자에게서 접종받는 경우 독감 예방 접종, COVID-19 백신, B형 간염 백신, 폐렴 백신 접종이 보장됩니다.
- 정기적인 여성 건강 관리 및 가족 계획 서비스. 여기에는 네트워크 소속 제공자에게서 접종받는 경우 유방 검진, 메모그램 (유방 엑스레이), Pap(자궁경부 세포) 검사, 골반 검사가 포함됩니다.

또한, 미국 원주민(American Indian) 회원인 경우 네트워크 소속 PCP의 진료 의뢰나 사전 승인 없이도 원하는 원주민 의료기관(Indian Health Care Provider)에서 보장 서비스를 받으실 수 있습니다.

D2. 전문의 및 다른 네트워크 의료 제공자의 진료

전문의란 신체의 특정 질병이나 부위에 맞는 건강 관리 진료를 제공하는 의사입니다. 다음과 같은 여러 유형의 전문의들이 있습니다:

- 암 전문의는 암 환자들을 치료합니다.
- 심장 전문의는 심장 질환 환자들을 치료합니다.
- 정형외과 전문의는 뼈, 관절, 근육에 문제가 있는 환자들을 치료합니다.

회원에게 전문적 치료가 필요하다고 판단될 경우 PCP는 플랜 내 전문의 또는 기타 특정 의료 제공자의 진료를 '의뢰(사전 승인)'할 것입니다. 의뢰의 유형에 따라 PCP가 CalOptima Health OneCare Complete의 승인을 미리 받아야 할 수도 있습니다(이것을 "사전 승인"이라고 함). 사전 승인이 필요한 서비스에 대한 내용은 **제 4장**의 혜택 차트를 참조하십시오.

서면 의뢰는 1회 방문에 대한 것일 수도 있고 지속적인 서비스가 필요한 경우 1회 이상의 방문에 대한 영구 의뢰일 수도 있습니다. 저희는 다음 증상들에 대해 자격을 갖춘 전문가에게 영구 의뢰를 제공해드립니다:

- 만성(지속적인) 증상;

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객센터 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 회원 안내서

제 3장: 건강 관리 및 기타 보장 서비스를
위해 플랜의 혜택 이용하기

- 생명에 위협을 주는 정신 또는 신체적 질병;
- 퇴행성 질환 또는 장애;
- 전문의의 치료가 필요할 정도로 심각하거나 복잡한 기타 증상 또는 질병.

필요할 때 서면 의뢰서를 받지 않으면 청구서가 지불되지 않을 수 있습니다. 자세한 내용은 이 페이지 하단에 있는 고객 서비스 번호로 문의하십시오.

D3. 의료 제공자가 플랜을 떠나는 경우

회원이 만나는 네트워크 의료 제공자가 플랜을 떠나는 경우가 있습니다. 의료 제공자가 저희 플랜을 떠나는 경우, 다음과 같이 회원의 권리 및 보호 정책이 있습니다:

- 저희 네트워크의 의료 제공자가 보장 년도에 변경되더라도 저희는 자격을 갖춘 의료 제공자에게 끊임 없이 서비스를 받으실 수 있도록 해야 합니다.
- 저희는 회원에게 주치의가 플랜을 떠난다는 것을 알리고 새 의료 제공자를 선택할 시간을 가질 수 있도록 합니다.
 - 지난 3년 이내에 회원이 만난 주치의 또는 행동 건강 제공자가 저희 플랜을 떠나는 경우, 회원에게 알려드립니다.
 - 회원의 다른 의료 제공자가 플랜에서 떠나는 경우, 회원이 의료 제공자에게 배정되어 있거나, 현재 의료 제공자로부터 치료를 받고 있거나, 지난 3개월 이내에 의료 제공자를 방문했다면 이것을 알려드립니다.
- 저희는 회원에게 필요한 건강 관리 요구를 계속 관리할 적격 의료 제공자를 새로 선택하도록 도와드립니다.
- 현재 제공자로부터 의료 치료나 치료를 받고 있는 경우, 의료적으로 필요한 치료를 저희 네트워크 내 다른 제공자에게 계속 받을 수 있도록 요청할 권리가 있습니다. 저희는 필요한 치료가 계속되는 것을 보장하기 위해 회원과 협력합니다.
- 저희는 가능한 가입 기간과 플랜 변경 옵션에 대한 정보를 제공해 드립니다.
- 네트워크 내 자격을 갖춘 전문의를 찾을 수 없는 경우, 네트워크 내 의료 제공자 또는 혜택이 회원의 의료적 필요를 충족하기에 부족하거나 이용할 수 없는 경우, 네트워크 외부 전문의가 회원의 진료를 제공하도록 조치해야 합니다. 네트워크 외부 의료 제공자에게서 진료를 받으려면 사전 승인이 필요합니다.
- 이용 중인 의료 제공자 중 한 명이 플랜을 떠나는 경우, 저희에게 연락해 주십시오. 회원의 진료를 관리할 새로운 의료 제공자를 선택하도록 도와드리겠습니다.
- 저희가 이전 의료 제공자를 자격을 갖춘 의료 제공자로 교체하지 못했거나 저희가 진료를 제대로 관리하지 않는다고 생각되면, 품질 개선 기관 (Quality Improvement Organization, QIO) 에 진료 품질 불만을 제기할 권리가 있습니다. (자세한 정보를 위해 **제 9장** 을 참고하십시오.)



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

D4. 네트워크 외 의료 제공자

네트워크 내에서 전문의 서비스가 제공되지 않는 경우, 네트워크 외 제공자에게 서비스를 받을 수 있습니다. 네트워크 외부 의료 제공자에게서 진료를 받으려면 사전 승인이 필요합니다. 주치의(PCP)가 검토를 위해 요청을 제출해야 합니다. 이러한 서비스가 승인되지 않을 경우, 네트워크 내 의사로 변경될 수 있습니다.

응급 또는 긴급하게 필요한 서비스의 경우, 네트워크 외 제공자로부터 서비스를 받을 수 있습니다. 자세한 내용은 **섹션 H2** 을 참조하십시오.

네트워크 외 제공자로부터 투석 서비스를 받는 방법에 대한 정보는 **섹션 B**를 참조하십시오.

네트워크 외부 제공자를 이용하시는 경우, 의료 제공자는 Medicare 및/또는 Medi-Cal 을 수락해야 합니다.

- Medicare 및/또는 Medi-Cal 가입 자격이 없는 의료 제공자에게는 비용을 지불할 수 없습니다.
- Medicare 가입 자격이 없는 의료 제공자를 이용하시는 경우, 이용하시는 서비스에 대한 전체 비용을 회원이 부담해야 합니다.
- 의료 제공자는 Medicare 가입 자격이 없는 경우, 반드시 회원에게 알려야 합니다.

E. 장기 서비스 및 지원(LTSS)

LTSS(Long-term services and support)는 회원이 병원이나 전문 요양 시설에 입원을 하지 않고 집에 지낼 수 있도록 도와드릴 수 있습니다. 저희 플랜을 통해 전문 요양 시설 치료, 지역사회 기반 성인 서비스 (Community-Based Adult Services, CBAS) 및 지역사회 지원을 포함한 특정 LTSS를 이용할 수 있습니다. 또 다른 유형의 LTSS인 가정 지원 서비스 (In-Home Supportive Services) 프로그램은 카운티 사회 복지 기관을 통해 이용 가능합니다. 질문이 있거나 도움이 필요한 경우, 회원 ID 카드 앞면에 있는 전화번호로 개인 관리 코디네이터에게 전화하십시오.

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

F. 행동 건강(정신 건강 및 약물 남용 장애) 서비스

의료적 필요가 있을 경우 Medicare 및 Medi-Cal에서 보장하는 행동 건강 서비스를 받을 수 있습니다. 저희는 Medicare 및 Medi-Cal 관리 치료에서 보장하는 행동 건강 서비스를 제공합니다. 저희 플랜은 Medi-Cal 보장 전문 정신 건강 또는 카운티 약물 남용 장애 서비스를 제공하지 않지만, 이러한 서비스는 OCHCA 행동 건강 플랜 사용 (Behavioral Health Plan Access) 번호인 1-800-723-8641을 통해 주 7일, 24시간 이용하실 수 있습니다.

F1. 플랜 외에 이용 가능한 Medi-Cal 행동 건강 서비스

Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스는 회원이 의료적 필요 기준을 충족하는 경우 카운티 정신 건강 플랜 (mental health plan, MHP)을 통해 이용하실 수 있습니다. OCHCA 행동 건강 플랜에서는 다음과 같은 Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스를 제공합니다:

- 정신 건강 서비스
- 약물 지원 서비스
- 주간 치료 집중 서비스
- 주간 재활
- 위기 개입 서비스
- 위기 안정화 서비스
- 성인 거주 치료 서비스
- 위기 거주 치료 서비스
- 정신 건강 시설 서비스
- 정신 병원 입원 서비스
- 집중 사례 관리
- 사법 개입 후 재진입
- 적극적 지역사회 치료 (assertive community treatment, ACT)
- 법의학적 적극적 지역 사회 치료 (forensic assertive community treatment, FACT)
- 조정 전문 치료 (coordinated specialty care, CSC) 에 대한 초기 정신증 (first episode psychosis, FEP)
- 클럽하우스 서비스
- 향상된 지역사회 보건 종사자 (enhanced community health worker, CHW) 서비스
- 직장 지원
- 동료 지원 서비스
- 지역사회 기반 이동 위기 개입 서비스

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 회원 안내서

제 3장: 건강 관리 및 기타 보장 서비스를
위해 플랜의 혜택 이용하기

- 치료적 행동 서비스
- 치료적 위탁 진료
- 중환자 진료 조정
- 중환자 가정 기반 서비스

OCHCA 행동 건강 플랜를 통해 제공되는 약물 Medi-Cal (Drug Medi-Cal, DMC) 서비스에는 다음을 포함합니다:

- 집중 외래 약물 서비스
- 주산기 거주형 약물 사용 장애 치료
- 외래 치료 서비스
- 마약 치료 프로그램
- 중독 치료를 위한 약물(Medication Assisted Treatment(약물 보조 치료)라고도 함)
- 동료 지원 서비스
- 지역사회 기반 이동 위기 개입 서비스

약물 Medi-Cal 체계적 배송 시스템 (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS) 서비스는 자격 기준을 충족하는 경우 오렌지 카운티 보건국 (Orange County Health Care Agency, OCHCA)을 통해 이용하실 수 있습니다. DMC-ODS 서비스에는 다음이 포함되었습니다:

- 외래 치료 서비스
- 집중 외래 약물 서비스
- 중독 치료를 위한 약물(Medication Assisted Treatment(약물 보조 치료)라고도 함)
- 주거 치료 서비스
- 약물 금단 관리 서비스
- 마약 치료 프로그램
- 회복 서비스
- 치료 조정
- 동료 지원 서비스
- 지역사회 기반 이동 위기 개입 서비스
- 비상 관리 서비스
- 입원 치료 서비스

위에 명시된 서비스 외에도 요건에 부합될 경우 자발적 입원 중독 치료 서비스를 받을 수 있습니다.

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Complete 보장 적용 대상이 아닌 전문 정신 건강 서비스 (Specialty Mental Health Services)의 경우, 가입자가 끊임 없이 서비스를 받을 수 있도록 보건국 (Health Care Agency)을 통해 OCHCA 행동 건강 플랜과 조정되어 서비스를 제공합니다. 가입자는 먼저 CalOptima Health 행동 건강 번호 **1-855-877-3885 (TTY 711)**로 문의하여 적정 서비스 수준에 필요한 평가와 진료 의뢰를 받아야 합니다.

행동 건강 서비스 이용 가능성, 의학적 필요성 결정 절차, 플랜과 카운티 기관 간의 의뢰 절차, 문제 해결 절차에 대한 추가 정보는 CalOptima Health 행동 건강 번호 **1-855-877-3885 (TTY 711)** 번으로 문의하십시오.

G. 교통 서비스

G1. 비응급 의료 교통편

자동차, 버스 또는 택시를 타고 진료소에 갈 수 없는 의료적 필요 사항이 있는 경우 비응급 의료 교통편 (non-emergency medical transportation, NEMT)을 제공받을 수 있습니다. NEMT는 의료, 치과, 정신 건강, 약물 사용 치료, 약국 예약 등 Medi-Cal에서 보장하는 모든 서비스에 대해 제공될 수 있습니다. NEMT가 필요한 경우, 담당 PCP와 상담하여 요청할 수 있습니다. 담당 PCP가 회원의 요구 사항을 충족하는 올바른 유형의 운송을 결정합니다. 회원에게 NEMT가 필요할 경우, PCP는 처방을 위해 양식을 작성하여 CalOptima Health OneCare Complete의 승인을 받기 위해 제출합니다. 의료적 필요에 따라 최대 12개월까지 승인을 받을 수 있습니다. PCP는 필요 시 또는 처방 기간이 만료되면 NEMT 필요성을 재평가하고, 최대 12개월까지 NEMT를 다시 승인할 수 있습니다.

NEMT란 구급차, 리틀밴(litter van), 휠체어 차량 또는 항공 운송을 이용하는 것을 의미합니다. CalOptima Health OneCare Complete에서는 회원이 진료 예약 장소에 가기 위해 교통편을 필요로 할 경우 회원의 의료적 요구에 맞는 최저 비용의 NEMT를 제공합니다. 예를 들어, 휠체어 밴으로 신체적으로나 의료적으로 이동할 수 있는 경우 CalOptima Health OneCare Complete에서는 구급차에 대한 비용을 지불하지 않습니다. 건강 상태로 인해 지상 교통수단을 이용하는 것이 불가능한 경우에만 항공 운송을 이용할 수 있습니다.

다음의 경우 NEMT가 사용되어야 합니다:

- 버스, 택시, 승용차 또는 밴을 이용하여 진료 예약에 갈 수 없어 신체적 또는 의료적으로 필요하다고 담당 PCP가 서면 승인한 경우.
- 신체적 또는 의학적 장애로 인해 거주지, 차량 또는 치료 장소로 이동하는 데 운전자의 지원이 필요한 경우.

의사가 처방한 비긴급 **일반 예약**을 위한 의료 운송을 요청하려면 CalOptima Health OneCare Complete 의 전화 **1-866-612-1256 (TTY 711)**로 예약일로부터 최소 2일(월요일~금요일사이) 전에 전화하십시오. **긴급 예약**을 위해 가급적 빨리 연락해 주십시오. 연락하기 전 회원 ID 카드를 준비하십시오. 연락하여 자세한 정보를 문의할 수도 있습니다.

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 회원 안내서

제 3장: 건강 관리 및 기타 보장 서비스를
위해 플랜의 혜택 이용하기

의료 교통편 제한 사항

CalOptima Health OneCare Complete 는 집에서 가장 가까운, 예약이 가능한 진료소까지 회원의 의료적 필요를 충족하는 가장 저렴한 의료 운송 서비스를 제공합니다. Medicare 또는 Medi-Cal에서 보장하지 않는 서비스의 경우 의료용 교통편이 제공되지 않습니다. 진료 유형이 Medi-Cal에 의해서는 혜택 적용이 되지만 건강 플랜을 통해서는 혜택 적용이 되지 않는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 에서 교통편 예약을 잡도록 도움을 드릴 것입니다. 보장 대상 서비스 목록은 본 안내서의 **제 4장**을 참조하십시오. 사전 승인을 받지 않으면 CalOptima Health OneCare Complete 의 네트워크 또는 서비스 지역이 아닌 경우 교통편을 보장하지 않습니다.

G2. 비의료 교통편

의료 제공자가 승인한 서비스를 위한 장소 사이를 이동하기 위한 비의료적 교통편(NMT)을 제공받을 수 있습니다. 다음의 경우 무료로 교통편을 제공받을 수 있습니다:

- 의료 제공자가 승인한 서비스를 위한 진료 사이 이동하기 **또는**
- 처방약 및 의료용품 픽업.

CalOptima Health OneCare 는 의료 제공자가 승인한 서비스를 위한 비의료적 예약에 갈 때 승용차, 택시, 버스 또는 기타 대중/개인 교통편을 이용하는 것을 허용합니다. CalOptima Health OneCare Complete에서는 운송업체를 통해 NMT를 제공합니다. 저희는 회원의 필요에 맞는 가장 저렴한 NMT 유형을 제공합니다.

때로는 회원이 마련한 개인 차량을 이용한 것에 대해 비용을 환불해 드릴 수도 있습니다. 이러한 경우 교통편 이용 **전에** CalOptima Health OneCare Complete의 승인을 받아야 하며, 버스 등 다른 교통편을 이용할 수 없는 이유를 알려야 합니다. 전화, 이메일 또는 직접 방문하여 저희에게 알릴 수 있습니다. **회원이 직접 운전한 것에 대해 비용을 환불 받을 수는 없습니다.**

마일리지 정산에는 다음의 서류가 모두 필요합니다:

- 운전자의 운전 면허증
- 운전자의 차량 등록증
- 운전자의 차량 보험 증빙

승인된 서비스를 위한 교통편을 위해 요청하려면 CalOptima Health OneCare Complete 의 전화 **1-866-612-1256 (TTY 711)**로 예약일로부터 최소 2일(월요일~금요일사이) 전에 전화하십시오. **긴급 예약인** 경우 가급적 빨리 연락해 주십시오. 연락하기 전 회원 ID 카드를 준비하십시오. 연락하여 자세한 정보를 문의할 수도 있습니다.

참고: 미국 원주민 회원은 현지 원주민 건강 클리닉(Indian Health Clinic)에 문의하여 비의료용 교통편을 요청할 수 있습니다.

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

비의료 교통편 제한 사항

CalOptima Health OneCare Complete 는 회원의 택에서 귀하의 필요에 적절하고 예약이 가능한 가장 가까운 제공자에게 가는 가장 저렴한 비의료적 교통편을 제공합니다. **회원이 직접 운전하거나 비용을 직접 정산받을 수는 없습니다.**

다음의 경우에는 NMT가 적용되지 **않습니다**:

- 보장 서비스를 받으러 가기 위해 구급차, 소형 밴, 휠체어 밴 또는 기타 유형의 비응급 의료 교통편(NEMT)이 필요한 경우.
- 신체적 또는 의학적 장애로 인해 거주지, 차량 또는 치료 장소로 이동하는 데 운전자의 지원이 필요한 경우.
- 회원이 휠체어를 이용하며 운전자의 도움 없이 차량 승차 및 하차가 불가능한 경우.
- 해당 서비스는 Medicare 또는 Medi-Cal에서 보장되지 않는 경우.

H. 의학적 응급 상황, 긴급 필요 또는 재난 발생 시 보장되는 서비스

H1. 의료적 응급 상황 시의 진료

의료 응급 상황은 질병, 심한 통증, 심각한 부상 또는 급격히 악화되는 건강 상태 등의 증상을 보이는 건강 상태를 말합니다. 건강과 의학에 평균적인 지식을 가진 사람이 보기에 즉시 치료를 받지 않으면 다음과 같은 결과를 예상할 수 있는 중증 상태입니다:

- 환자 또는 태아의 건강이 심각히 위험한 상태; 또는
- 신체 기능의 상실 또는 심각한 손상; 또는
- 신체 기관이나 신체 일부의 심각한 기능 장애; 또는
- 분만이 진행 중인 임산부의 경우;
 - 출산 전 다른 병원으로 안전하게 이송할 시간이 충분하지 않음.
 - 다른 병원으로 이송하면 귀하 또는 태아의 건강이나 안전에 위협이 될 수 있음.

의학적 응급 상황이 발생하면:

- **최대한 신속하게 도움을 받으십시오.** 911 에 전화하거나 가장 가까운 응급실 또는 병원으로 가십시오. 필요하다면 구급차를 부르십시오. PCP의 사전 승인이나 진료 의뢰를 받을 필요가 **없습니다**. 네트워크 제공자를 사용할 필요는 없습니다. 미국이나 미국령 지역 또는 전 세계 어디에서나, 적절한 주 자격증을 지닌 모든 의료 제공자를 통해 필요할 때 마다 네트워크에 속하지 않더라도 보장되는 응급 의료 서비스를 받을 수 있습니다.

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 회원 안내서

제 3장: 건강 관리 및 기타 보장 서비스를
위해 플랜의 혜택 이용하기

- **최대한 빨리 플랜에 본 응급 상황에 관해 알려십시오.** 저희는 응급 진료의 경과를 확인합니다. 회원 또는 다른 사람이 대개 48시간 내에 플랜에 연락하여 응급 상황에 대해 알려야 합니다. 그러나 저희에게 늦게 알려더라도 응급 서비스에 대한 비용을 회원이 지불하게 되지는 않습니다. CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~ 금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락하십시오.

의학적 응급 상황에서 보장되는 서비스

Medicare는 미국 및 그 영토 이외의 지역에서 응급 의료 서비스를 제공하지 않습니다. CalOptima Health OneCare Complete는 미국 외에서 받은 응급 의료 서비스에 대해 연간 최대 \$100,000를 환불해 주는 추가 혜택을 제공합니다.

저희 플랜은 다른 방법으로 응급실에 가는 것이 귀하의 건강을 위험에 처할 수 있는 상황에서 구급차 서비스를 보장합니다. 저희는 응급 상황 시 의료 서비스도 보장합니다. 자세한 사항은 **회원 안내서 제 4장**의 혜택 차트를 참조하십시오.

응급 진료를 제공하는 의료 제공자가 회원의 상태가 안정되고 의료적 응급 상황이 종료되는 시점을 결정합니다. 그들은 회원을 계속 진료하며 저희에게 연락을 취해 후속 조치가 필요한지 여부에 대한 계획을 수립합니다.

저희 플랜에서는 후속 진료에 대한 비용을 보장합니다. 네트워크 소속이 아닌 의료 제공자로부터 응급치료를 받은 경우, 저희는 네트워크 소속의 의료 제공자가 최대한 일찍 회원의 진료를 인계받도록 노력할 것입니다.

만약 응급 상황이 아닌 경우 받는 응급 치료

때로는 응급 상황이 의료적 혹은 행동 건강에 관련된 상황인지 판단하기가 어려울 때가 있습니다. 막상 응급치료를 받으러 갔는데 의사가 의학적 응급 상황이 아니라고 결정하는 경우도 있습니다. 그럴 경우 회원 스스로 본인의 건강이 위험한 상태라고 판단했다면, 플랜에서 그 비용을 부담합니다.

그러나 의사가 응급 상황이 아니라고 결정한 후에는 다음 경우에 한해서만 추가 진료 비용이 지불됩니다:

- 네트워크 소속의 의료 제공자에게서 진료를 받을 경우 또는
- 받은 추가 진료가 “긴급히 필요한 진료”로 간주되고 회원이 이 진료를 받기 위한 규정을 준수할 경우를 말합니다. 다음 섹션을 참조하십시오.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

H2. 긴급하게 필요한 진료

긴급 진료란 응급 상황은 아니지만 즉각적인 치료가 필요한 상황에서 받는 진료를 말합니다. 예를 들어, 기존 질환이 악화되거나 예상치 못한 질병이나 부상이 발생할 수 있습니다.

저희 플랜 서비스 지역에서 긴급하게 필요한 치료

긴급하게 필요한 진료는 다음과 같은 경우에만 저희가 보장됩니다:

- 진료를 네트워크 의료 제공자로부터 받고
- 본 장에 명시된 규정을 모두 준수한 경우.

시간, 장소 또는 상황을 고려하여 네트워크 의료 제공자에게 이동하는 것이 불가능하거나 합리적이지 않은 경우, 네트워크 소속이 아닌 의료 제공자로부터 받은 긴급 필요 진료에 대한 비용이 보장됩니다.

건강 네트워크에 연락하여 긴급 진료 서비스를 이용하는 방법을 알아보십시오. 건강 네트워크 전화 번호는 CalOptima Health OneCare Complete 회원 ID 카드에 있습니다.

플랜의 서비스 지역 밖에서 긴급하게 필요한 진료 받기

서비스 지역 밖에 있을 때에는 네트워크 소속 의료 제공자로부터 진료를 받지 못할 수도 있습니다. 이러한 경우 플랜은 어떤 의료 제공자이든 그들이 제공한 긴급 필요 진료를 보장합니다. 하지만 의학적으로 필요한 연례 검진과 같은 정기적인 제공자 방문은 플랜의 서비스 지역을 벗어나거나 저희 플랜 네트워크를 일시적으로 이용할 수 없는 경우에도 긴급하게 필요한 것으로 간주되지 않습니다.

본 플랜은 미국 및 미국령 외 지역에서 받는 긴급 진료 또는 기타 비응급 진료는 보장하지 않습니다.

본 플랜은 다음과 같은 상황에서 미국 및 미국령 외 지역에서 받는 전 세계 응급 및 긴급 진료 서비스를 보장합니다:

- 저희는 미국 외에서 일어난 응급 치료, 긴급 진료 서비스 및 응급 이송에 대해 연도당 \$100,000 혜택을 제공합니다. 서비스는 미국 내에서 동일한 서비스가 제공될 경우 적용될 의료 필요성 및 적절한 조건 하에서 전 세계적으로 적용됩니다.
- 받으신 서비스에 대해 비용을 먼저 지불하신 후, 퇴원 요약서 또는 이와 비슷한 의료 서류와, 가능하면 미국 달러로 지불한 뒤 영수증을 받으십시오. 환불 요청에 필요한 모든 서류를 CalOptima Health OneCare Complete로 제출하시면, 저희가 의료적 필요성 및 조건을 검토한 후 환불을 해드립니다.

H3. 재해 상황에서 진료 받기

캘리포니아 주지사, 미 보건복지부 장관(U.S. Secretary of Health and Human Services), 미 대통령이 해당 지역에서 재해 또는 비상 사태를 선포할 경우에도 회원은 계속해서 저희 플랜을 통해 진료를 받을 권리가 있습니다.

재난 사태가 선포된 경우 필요한 진료를 받는 방법에 대한 내용은 저희 웹사이트:

<https://www.caloptima.org/en/health-insurance-plans/onecare/benefits-and-services> 에서 확인하십시오.

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

선포된 재난 기간 동안 네트워크 제공자를 이용할 수 없는 경우, 네트워크 외부 제공자로부터 회원 부담금 없이 치료를 받으실 수 있습니다. 선포된 재난 상황에서 네트워크 약국을 이용할 수 없을 경우, 네트워크 외부 약국에서 처방전을 조제할 수 있습니다. 더 자세한 정보는 **회원 안내서 제 5장**을 참조하십시오.

I. 플랜 보장 서비스의 비용을 직접 청구받는 경우

보장된 서비스에 대한 비용을 지불했거나 보장된 의료 서비스에 대한 청구서를 받은 경우, 본 **회원 안내서 제 7장**을 참조하여 대처 방법을 알아보십시오.

회원이 직접 지불해서는 안됩니다. 그렇게 할 경우, 플랜으로부터 환급을 받지 못할 수도 있습니다.

I1. 플랜이 서비스를 보장하지 않는 경우 해야 할 일

저희 플랜은 다음의 많은 서비스들을 보장합니다:

- 의료적으로 필요하다고 판단된 서비스 **그리고**
- 저희 플랜의 혜택 차트에 나와 있는 서비스(**회원 안내서 제 4장** 참조) **그리고**
- 플랜 규정에 따라 받은 서비스.

플랜에서 보장하지 않는 서비스를 받게 되면 저희 플랜 이외의 다른 Medi-Cal 프로그램에서 보장하지 않는 한 **회원이 전액을 지급해야 합니다.**

회원은 저희 플랜에서 어떤 의료 서비스 또는 진료에 대해 비용을 부담해야 할지 문의할 권리가 있습니다. 또한 서면으로도 문의할 권리도 있습니다. 만약 저희가 해당 서비스에 대해 지불하지 않을 것이라고 하는 경우, 회원은 항소를 요청할 권리가 있습니다.

본 **회원 안내서 제 9장**에는 의료 서비스나 품목에 대한 보장을 원하는 경우 취해야 할 조치를 설명합니다. 또한 저희 플랜의 보장 결정에 대해 항소 신청을 하는 방법도 나와 있습니다. 고객 서비스에 문의하여 회원의 항소 권리에 대해 자세히 알아볼 수도 있습니다.

저희는 일정 한도까지 일부 서비스에 대한 비용을 지불합니다. 한도를 초과할 경우, 회원은 해당 서비스 유형을 추가로 받는데 따른 비용 전액을 지불해야 합니다. 특정 혜택 한도는 **제 4장**을 참조하십시오. 혜택 한도 및 현재 사용한 한도 금액을 확인하려면 고객 서비스부에 문의하십시오.

J. 임상 연구에 참여 중일 경우 의료 서비스 혜택

J1. 임상 연구의 정의

임상 연구(임상 실험(clinical trial)이라고도 함)이란 의사들이 새로운 종류의 의료 또는 약품을 시험하는 방법입니다. Medicare에서 승인한 임상 연구는 일반적으로 지원자에게 연구에 참여할 것을 요청합니다. 임상 연구에 참여하는 동안 회원은 저희 플랜에 계속 가입되어 있으며, 플랜을 통해 연구와 관련 없는 나머지 치료를 계속 받을 수 있습니다.

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 회원 안내서

제 3장: 건강 관리 및 기타 보장 서비스를 위해 플랜의 혜택 이용하기

Medicare 에서 승인한 임상 연구에 참여하길 원하면, 저희에게 알려거나 저희 또는 주치의의 승인을 받을 필요가 **없지만** 저희 또는 주치의(PCP)에게 알리는 것을 권장합니다. 연구의 일환으로 진료를 제공하는 의료 제공자가 네트워크 제공자일 필요는 **없습니다**. 이는 혜택 평가를 위해 임상시험 또는 등록을 필요로 하는 보장 혜택에는 적용되지 않으며, 여기에는 근거 개발(NCD-CED) 및 임상시험용 의료기기 면제(investigational device exemption, IDE) 연구가 포함됩니다. 이러한 혜택은 사전 승인 및 기타 플랜 규칙의 적용을 받을 수도 있습니다.

Original Medicare 에 따라 가입자에게 적용되는 임상 연구에 참여할 계획이라면 귀하 또는 개인 관리 코디네이터가 고객 서비스에 연락하여 임상 시험에 참여한다는 사실을 알려주시기 바랍니다.

J2. 임상 연구 참여 시 서비스 비용 지급

Medicare 에서 승인한 임상 연구에 자원하여 참여하는 경우, 연구에서 보장되는 서비스에 대해서는 비용을 지불하지 않습니다. Medicare는 연구에서 보장되는 서비스 비용과 치료와 관련된 일상적인 비용을 지불합니다. Medicare에서 승인한 임상 연구에 참여하면 연구의 일환으로 제공되는 대부분의 서비스와 품목에 대한 보장을 받습니다. 여기에는 다음이 포함됩니다:

- 연구에 참여하지 않더라도 Medicare에서 지불하는 입원 비용 및 식비
- 연구의 일부로 시행되는 수술 또는 기타 의료 절차
- 새로운 진료의 부작용 및 합병증 치료

Medicare 에서 승인하지 않은 연구에 참여하는 경우, 연구 참여에 대한 모든 비용을 회원이 지불해야 합니다.

J3. 임상 연구에 대한 추가 정보

Medicare 웹사이트의 “Medicare & Clinical Research Studies” (www.medicare.gov/coverage/clinical-research-studies)에서 임상 연구 참여에 대해 자세히 알아볼 수 있습니다. 번호 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 번호 1-877-486-2048 로 전화하십시오.

K. 비의료 건강 관리 종교 기관에서 건강 관리 서비스를 보장받는 방법

K1. 비의학적인 건강 관리 종교 기관의 정의

비의료 건강 관리 종교 기관은 병원 또는 전문 요양 시설에서 일반적으로 받을 수 있는 치료를 제공하는 곳을 말합니다. 병원 또는 전문 요양 시설에서 치료를 받는 행위가 회원의 종교적 신념에 위배되는 경우 저희는 비의료 건강 관리 종교 기관에서 받은 진료 비용을 보장합니다.

이 혜택은 Medicare 파트 A 입원 환자 서비스(비의료 건강 관리 서비스)에만 적용됩니다.

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

K2. 비의료 건강 관리 종교 기관의 진료

비의료 건강 관리 종교 기관에서 진료를 받으려면 “비예외적” 진료를 받는 데 반대한다는 법적 문서에 서명해야 합니다.

- “비예외적” 의료 치료는 연방, 주, 지방 정부 법으로 **의무화하지 않은 자발적인** 관리 또는 치료입니다.
- “예외적” 의료 치료는 연방, 주, 지방 정부 법으로 **의무화한 비자발적인** 관리 또는 치료입니다.

비의료 건강 관리 종교 기관에서 받는 치료에 대해 저희 플랜의 보장을 받으려면 다음 조건을 충족해야 합니다:

- 진료 시설은 Medicare가 인증한 시설이어야 함
- 저희 플랜의 서비스 보장 범위는 비종교적 진료만에 한함.
- 이러한 기관에서 서비스를 받을 경우 다음 조건이 적용됩니다:
 - 입원 치료 또는 전문 요양 시설 치료에 대해 보험 보장을 받을 만한 의학적 증세가 있어야 합니다.
 - 해당 시설에 입원하기 전에 저희 승인을 받아야 하며 그렇지 않을 경우 보장받을 수 없습니다.

Medicare 입원 보장 한도가 적용됩니다. 자세한 내용은 **제 4장** 혜택 차트를 참조하십시오.

L. 내구성 의료 기구(DME)

L1. 저희 플랜의 회원으로서 DME(Durable medical equipment) 받기

DME에는 휠체어, 목발, 전동 침대 시스템, 당뇨병 용품, 의사가 자택 사용을 지시한 병원 침대, 정맥 주사(Intravenous, IV) 펌프, 음성 발생 장치, 산소 장비 및 용품, 네블라이저, 보행기 등이 포함되며 의료적으로 필요한 품목은 의료 제공자가 주문합니다.

신체 인공보조기 등 특정 DME 품목은 회원의 소유가 됩니다.

다른 종류의 DME는 임대해야 합니다. 저희 플랜의 회원은 일반적으로 임대 기간과 상관 없이 DME 품목을 소유할 수 **없습니다**.

일부 특정한 상황에서만 저희가 DME 품목의 소유권을 회원에서 이전하기도 합니다. 더 많은 정보가 필요하시면 페이지 하단에 있는 번호를 이용해 고객 서비스로 전화하십시오.

저희 플랜에 가입하기 전에 Medicare에서 DME를 최대 12개월 연속 보유했더라도 장비를 소유할 수 **없습니다**.

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

L2. Original Medicare 로 전환하는 경우의 DME 소유권

Original Medicare 프로그램에서 특정 유형의 DME를 임대한 사람은 13개월 후에 DME를 소유하게 됩니다. Medicare Advantage(MA) 플랜에서 플랜은 사람들이 특정 유형의 DME를 소유하기 전에 임대해야 하는 개월 수를 설정할 수 있습니다.

Medicare에서 보장하지 않는 서비스는 Medi-Cal 혜택으로 보장됩니다.

더 이상 Medi-Cal에 가입하지 않으신 경우, Original Medicare에 가입기간동안 13회 연속 납부하거나 MA 플랜에서 정한 횟수만큼 납부해야 DME 품목을 소유할 수 있습니다. 단, 다음과 같은 경우입니다:

- 저희 플랜에 가입하는 동안 DME 품목의 소유자가 되지 않았고, 또한
- 저희 플랜을 탈퇴하여 Original Medicare 프로그램 또는 MA 플랜의 건강 보험 플랜 밖에서 Medicare 혜택을 받는 경우.

저희 플랜에 가입하기 전에 회원이 Original Medicare 또는 MA 플랜에서 내구성 의료 장비(DME) 비용을 지불한 경우, **이 비용들은 저희 플랜을 탈퇴한 후 내야하는 Original Medicare 또는 MA 플랜 비용 지불 횟수에 포함되지 않습니다.**

- Original Medicare 아래 13회 연속 지불을 하거나 또는 MA 플랜에서 원하는 새 지불 횟수를 납부한 경우에 DME 장비를 소유할 수 있습니다.
- 이 규칙은 Original Medicare 또는 MA 플랜으로 돌아가더라도 예외는 없습니다.

L3. 플랜 회원에게 제공되는 산소 장비 이용 혜택

Medicare 에서 보장하는 산소 장비 이용 자격이 있다면 저희는 다음을 보장합니다:

- 산소 장비의 임대
- 산소 및 산소 내용물 배달
- 산소 및 산소 내용물 배달을 위한 튜브 및 관련된 용품
- 산소 장비의 유지 보수 및 수리

만약 산소 장비가 의학적으로 필요 없거나 또는 저희 플랜을 떠난다면, 장비는 소유자에게 반환해야 합니다.

L4. Original Medicare 또는 Medicare Advantage (MA) 플랜으로 전환 시 산소 장비

산소 장비가 의학적으로 필요하고 **저희 플랜을 떠나 Original Medicare로 전환할 경우**, 36개월동안 공급 업체로부터 임대해야 합니다. 월 임대료는 위에 나열된 산소 장비와 용품 및 서비스를 포함합니다. 회원이 아직 Medicare와 Medi-Cal에 가입되어 있는 경우, Medicare와 Medi-Cal에서 이러한 지불을 보장합니다.

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 회원 안내서

제 3장: 건강 관리 및 기타 보장 서비스를
위해 플랜의 혜택 이용하기

만약 산소 장비가 **36개월 임대 기간 후** 의학적으로 필요하다면, 공급 업체는 다음을 제공해야 합니다:

- 산소 장비, 용품 및 서비스를 24개월 추가 제공함
- 의학적으로 필요하다면, 산소 장비 및 용품을 최대한 5년동안 제공해야 함

만약 5년기간 이후 계속 산소 장비가 의학적으로 필요하다면:

- 공급 업체는 더 이상 이를 제공할 필요가 없으며 다른 공급 업체로부터 교체 장비를 받도록 선택할 수 있음.
- 새 5년 기간 시작.
- 새 공급 업체에서 36개월동안 임대 가능.
- 공급 업체는 24개월 더 산소 장비, 용품 및 서비스를 제공함.
- 산소 장비가 의학적으로 필요한 5년마다 새 기간이 시작됨.

산소 장비가 의학적으로 필요하고 **저희 플랜을 떠나 다른 MA 플랜으로 전환할 경우**, 플랜은 적어도 Original Medicare에서 보장하는 혜택을 제공할 것입니다. 어떤 산소 장비 및 용품을 제공하는지, 비용이 얼마인지를 새 MA 플랜에게 문의하십시오.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

4 장: 혜택 차트

서문

이 장은 저희 플랜에서 보장하는 서비스와 서비스에 대한 제약 또는 한도에 관한 내용을 담고 있습니다. 또한 저희 플랜에서 보장하지 않는 혜택도 안내합니다. 주요 용어와 그 정의는 본 **회원 안내서** 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

CalOptima Health OneCare Complete 신규 회원: 대부분의 경우 회원은 CalOptima Health OneCare Complete에 가입을 요청한 후 다음 달 1일에 CalOptima Health OneCare Complete에 가입되어 Medicare 혜택을 받을 수 있게 됩니다. 회원은 추가로 한 달 동안 이전 Medi-Cal 건강 플랜에서 회원의 Medi-Cal 서비스를 받으실 수도 있습니다. 그 이후에는 CalOptima Health OneCare Complete를 통해 Medi-Cal 서비스를 받으실 것입니다. Medi-Cal 보장에 공백은 없을 것입니다. 저희 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락하십시오.

차례

A. 보장 서비스	65
B. 의료 제공자의 의료비 청구 금지에 관한 규칙	65
C. 저희 플랜의 혜택 차트	65
D. 저희 플랜의 혜택 차트	68
E. 지역사회 지원	125
F. 저희 플랜 외에서 보장되는 혜택	129
F1. 캘리포니아 지역사회 전환 (California Community Transitions, CCT)	129
F2. Medi-Cal Dental	130
F3. 가정 지원 서비스 (In-Home Supportive Services, IHSS)	130
F4. 1915(c) 재가 및 지역사회 기반 서비스 (Home and Community Based Services, HCBS) 면제 프로그램	131
F5. 저희 플랜 외에서 제공하는 카운티 행동 건강 서비스(정신 건강 및 약물 남용 장애 서비스)..	134
G. 저희 플랜, Medicare 또는 Medi-Cal에서 보장하지 않는 혜택	136

? **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

A. 보장 서비스

이 장에서는 플랜이 보장하는 서비스에 대해 설명합니다. 또한 저희 플랜에서 보장하지 않는 서비스에 대해서도 알 수 있습니다. 약물 혜택에 대한 정보는 본 **회원 안내서 제 5장**에 나와 있습니다. 이 장에서는 몇몇 서비스에 대한 제한사항도 설명합니다.

Medi-Cal에서 혜택을 받으시기 때문에 저희 플랜의 규칙을 지키는 한 회원은 보장되는 서비스에 대해 지불해야 하는 비용은 없습니다. 저희 플랜 규칙에 대한 자세한 정보는 본 **회원 안내서 제 3장**을 참조하십시오.

어떤 서비스가 포함되는지 이해하는 데 도움이 필요하시면, 고객 서비스 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락하십시오.

B. 의료 제공자의 의료비 청구 금지에 관한 규칙

플랜은 네트워크 의료 제공자들이 회원에게 보장 서비스나 용품에 대해 청구를 하는 것을 허용하지 않습니다. 저희가 의료 제공자에게 비용을 직접 지불하므로 회원에게는 어떤 비용도 청구되지 않습니다. 이는 의료 제공자가 청구한 금액보다 적은 금액을 의료 제공자에게 지불해도 마찬가지입니다.

회원은 의료 제공자로부터 보장 서비스에 대한 청구서를 절대 받지 말아야 합니다. 청구서를 받은 경우 본 **회원 안내서 제 7장**을 참조하거나 고객 서비스부에 전화하십시오.

C. 저희 플랜의 혜택 차트

이 혜택 차트에서 플랜에서는 어떤 서비스 비용을 지불하는지 확인할 수 있습니다. (약물 보장은 **제 5 장**에서 확인하십시오.) 보장 서비스는 알파벳순으로 기재되어 있으며 서비스에 대해 설명합니다.

저희는 다음 규칙이 충족되는 경우에 만 혜택 차트에 명시된 서비스 비용을 지불합니다. 다음에 설명된 요건을 충족하는 한, 혜택 차트에 나열된 서비스에 대한 비용은 회원이 지불하지 않습니다.

- 저희는 Medicare 및 Medi-Cal 보장 서비스는 Medicare 및 Medi-Cal 에서 정한 규칙에 따라 제공합니다.
- 의료 관리, 행동 건강 및 약물 사용 서비스, 장기 서비스 및 지원, 소모품, 장비 및 약물 포함한 서비스에는 “의학적으로 필요한 것” 이어야 합니다. 의학적으로 필요한 서비스란, 회원이 의학적 상태를 예방하고 진단하며 치료하거나 현재의 건강 상태를 유지하기 위해 필요한 서비스, 물품 또는 약물을 의미합니다. 여기에는 회원이 병원 또는 간호 시설에 입원하지 않도록 제공되는 관리도 포함됩니다. 또한 이는 서비스, 용품 또는 약물이 인정된 의학적 진료 기준을 충족함을 의미합니다.
- 신규 가입자의 경우, 초기 90일 동안에는 치료가 네트워크 외 제공자로부터 시작된 서비스인 경우에도 플랜이 진행 중인 치료에 대해 사전 승인을 요구하지 않을 수 있습니다.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

- 진료는 네트워크 의료 제공자로부터 받습니다. 네트워크 제공자는 저희와 계약을 맺은 제공자입니다. 대부분의 경우, 회원이 네트워크 외 제공자로부터 받는 진료는 응급 상황이거나 긴급히 필요한 진료이거나, 또는 저희 플랜이나 네트워크 제공자가 회원에게 의뢰를 제공한 경우가 아니면 보장되지 않습니다. 이는 회원이 제공자에게 받으신 서비스 비용을 전액 지불해야 할 수도 있다는 뜻입니다. **회원 안내서 제 3장**에는 네트워크 의료 제공자 및 비네트워크 의료 제공자 이용에 대한 추가 정보가 나와 있습니다.
- 회원에게는 주치의(PCP) 또는 진료를 제공하고 관리하는 진료팀이 있습니다. 대부분의 경우, 회원이 주치의가 아닌 제공자를 이용하거나, 플랜 네트워크 내 다른 제공자를 이용하기 위해서는 주치의가 먼저 승인을 해야 합니다. 이것을 의뢰 (referral) 라고 합니다. 이 **회원 안내서 제 3 장**에서 의뢰를 받는 방법과 의뢰가 필요하지 않은 상황에 대해 더 자세한 정보를 확인하실 수 있습니다.
- 혜택 차트에 명시된 일부 서비스는 담당 의사 또는 기타 네트워크 의료 제공자가 먼저 저희의 승인을 받은 경우에만 보장됩니다. 이를 사전 승인 (prior authorization, PA) 이라고 합니다. 플랜의 보장 서비스 중 사전 승인이 필요한 항목은 혜택 차트에서 별표(*)로 표시됩니다.
- 플랜이 특정 치료 과정에 대한 사전 승인(PA) 요청을 승인한 경우, 해당 승인 기간은 진료 종단을 방지하기 위해 의학적으로 타당하고 필요한 기간 동안 유효해야 합니다. 이는 보장 기준, 회원의 의학적 기록, 그리고 치료 제공자의 권고를 기반으로 결정됩니다.
- 모든 Medicare 건강 플랜과 마찬가지로, 플랜은 Original Medicare(기본 메디케어)가 보장하는 모든 항목을 보장합니다. (Original Medicare의 보장 내용과 비용에 대한 자세한 정보를 위해 *Medicare & You 2027* 안내서를 참고하시기 바랍니다. www.Medicare.gov 에서 온라인으로 보시거나, 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하여 인쇄본을 요청할 수 있습니다. TTY 사용자는 번호 1-877-486-2048 로 전화하십시오.)
- 2027 년에 Medicare가 새로운 서비스를 보장 범위에 추가하는 경우, 그 서비스는 Medicare 또는 저희 플랜 중 하나에서 보장하게 됩니다.
- 회원이 Medi-Cal의 지속 자격 인정 기간인 3 개월 동안 Medi-Cal 자격을 잃게 되는 경우에도, 플랜은 Medicare Advantage 플랜에서 보장하는 Medicare 혜택을 계속 제공합니다. 그러나 회원의 Medi-Cal 보장은 저희 플랜을 통한 Medicare 보장보다 더 일찍 종료될 수 있습니다. 회원의 Medi-Cal 보장이 종료되면 저희는 Medi-Cal 혜택 비용을 지불하지 않습니다. [회원은 Medicare 혜택은 유지할 수 있지만 Medi-Cal 혜택은 유지할 수 없습니다.
- 저희는 회원이 Medi-Cal 자격을 회복할 수 있도록 도와드립니다. Medi-Cal 자격이 회복되고 회원이 여전히 Medicare 보장을 위해 저희 플랜에 가입되어 있는 경우, 저희는 Medi-Cal 혜택 비용 지불을 재개하며 회원의 플랜 가입도 계속 유지됩니다. 탈퇴된 후 Medi-Cal 자격을 회복한 경우, 플랜 재가입을 위해 저희에게 연락하셔야 합니다.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

특정 만성 질환이 있는 회원을 위한 중요 혜택 정보

- 회원은 아래 나열된 만성 질환이 있고 특정 의료 기준을 충족하는 경우 추가 혜택을 받으실 수 있습니다:
 - 만성 알코올 및 기타 약물 의존;
 - 결절성 다발동맥염, 류마티스성 다발근통, 다발근염, 류마티스 관절염 및 전신성 홍반성 루푸스에 국한된 자가면역 질환;
 - 암, 암 전 단계 또는 상피내암 제외;
 - 심장 부정맥, 관상동맥 질환, 말초 혈관 질환 및 만성 정맥 혈전색전성 질환에 국한된 심혈관 질환;
 - 만성 심부전;
 - 만성 고혈압;
 - 치매;
 - 만성 고지혈증;
 - 당뇨병;
 - 과체중, 비만, 및 대사 증후군;
 - 만성 위장관 질환
 - 만성 신장질환 (Chronic kidney disease, CKD)
 - 중증 혈액 질환은 재생불량성 빈혈, 혈우병, 면역성 혈소판 감소성 자반증, 골수이형성증후군, 겸상 적혈구 질환(겸상 적혈구 형질 보유자는 제외) 및 만성 정맥 혈전색전증으로 한정함;
 - HIV/AIDS (에이즈);
 - 천식, 만성기관지염, 폐기종으로 제한된 만성 폐질환; 폐섬유증, 폐고혈압;
 - 양극성 장애, 주요 우울 장애, 편집성 장애, 조현병, 조현정동 장애로 제한된 만성 및 장애성 정신 건강 상태; 근위축성 측색 경화증 (ALS, Amyotrophic lateral sclerosis), 간질, 광범위 마비 (예: 편마비, 사지마비, 하지마비, 단마비), 헌팅턴병, 다발성 경화증, 파킨슨병, 다발신경병증, 척추관 협착증 및 뇌졸중 관련 신경학적 결손으로 제한되는 신경계 질환;
 - 뇌졸중;
 - 장기 이식 후;
 - 면역결핍 및 면역억제 질환;
 - 인지 장애 관련 질환;
 - 기능 장애가 있는 질환;



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

- 시력, 청력(난청), 미각, 촉각, 후각을 손상시키는 만성 질환;
- 개인이 기능을 유지하거나 유지하기 위해 지속적인 치료 서비스가 필요한 질환.
- 추가 혜택을 받을 자격이 있는지 확인하기 위해, 저희 플랜 또는 제공자가 회원의 진단을 확인합니다.
- 자세한 내용은 혜택 차트의 “특정 만성 질환에 대한 지원” 항목을 참고하시기 바랍니다.
- 회원이 어떤 혜택을 받을 자격이 있는지 정확히 확인하려면 저희에게 문의해 주시기 바랍니다.
- 추가 정보는 아래 혜택 차트의 “만성 질환 대상 특별 추가 혜택 (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill)” 항목을 확인하시기 바랍니다.

모든 예방 서비스는 무료입니다. 이 사과  표시는 혜택 차트 내 예방 서비스 항목을 나타냅니다.

D. 저희 플랜의 혜택 차트

보장 서비스	회원의 지불 금액
 복부 대 동맥류 검사 건강상의 위험이 있는 회원을 대상으로 초음파 검사 비용을 1회 지원합니다. 특정 건강상의 위험이 있고 의사, 의사보조사 (physician assistant, PA), 간호실무사 (nurse practitioner, NP), 임상 전문간호사 (clinical nurse specialist, CNS) 의 진료 의뢰가 있을 경우에만 이 검사 비용을 지원합니다.	\$0

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

보장 서비스	회원의 지불 금액
침술 한달에 2번의 외래 침술 서비스 또는, 의학적으로 필요하다면, 더 많은 서비스를 보장합니다. 만약 만성 허리 통증이 있다면, 90일 이내 12번의 침술 진료를 보장하며, 통증은 다음과 같이 정의됩니다: ● 12 주 이상 지속되는 통증; ● 구체적이지 않음 (전이성, 염증성 또는 전염성 질환과 관련이 없는 확인할 수 있는 전신적 원인이 없음); ● 수술과 연관되지 않았음; ● 임신과 연관되지 않았음. 추가로, 저희는 만약 개선이 보인다면 만성 허리 통증을 위해 추가로 8번의 침술 치료를 보장합니다. 만성 허리 통증을 위한 침술 치료는 일년에 20 번 이상 보장되지 않습니다. 침술 치료는 증상이 나아지지 않거나 악화된다면 치료를 중단해야 합니다. 이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다	\$0

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

보장 서비스	회원의 지불 금액
침술 (계속) 제공자 요건: 의사는 해당 주의 요구 사항에 따라 침술을 제공할 수 있습니다. 의사보조사(Physician assistants, PA), 간호실무사 (nurse practitioners, NP)/임상전문간호사 (clinical nurse specialists, CNS), 그리고 보조 인력은 모든 관련 주 요구 사항을 충족하고 다음 요건을 갖추고 있는 경우 침술을 제공할 수 있습니다: ● 침술 또는 동양의학 분야에서 침술 및 동양의학 인증위원회 (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM) 으로부터 인가받은 학교에서 석사 또는 박사 학위를 취득해야 하며, ● 미국의 주 (State), 영토(Territory), 또는 자치령 (Commonwealth, 예: 푸에르토리코) 또는 워싱턴 D.C.에서 침술을 시행할 수 있는 현재 유효하고 활동 중이며 제한이 없는 면허를 보유해야 합니다. 침술을 제공하는 보조 인력은 저희 규정에서 요구하는 바에 따라 의사, PA, 또는 NP/CNS 의 적절한 수준의 감독 하에 수행해야 합니다.	\$0
 알콜 오용 검사 및 상담 랜은 알코올 의존 상태는 아니지만 알코올을 오용하는 성인을 대상으로 알코올 오용 검진 (SABIRT) 를 1회 보장합니다. 여기에는 임신부도 해당됩니다. 회원이 알코올 오용 검진에서 양성으로 판정된 경우 (회원이 상담 중에 참여할 수 있고 의식이 명확한 상태라면), 한 해에 최대 4 차례까지 자격을 갖춘 주치의 (PCP) 또는 1차 진료 환경의 전문 제공자와의 짧은 대면 상담을 받을 수 있습니다.	\$0

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

보장 서비스	회원의 지불 금액
구급차 서비스* 응급 상황이든 비응급 상황이든, 보장되는 구급차 서비스에는 지상 구급차와 항공 구급수송(비행기 및 헬리콥터)이 포함됩니다. 구급차는 진료가 가능한 가장 가까운 장소까지 환자를 이송합니다. 다른 수송 수단을 이용할 시 회원의 건강 또는 생명이 위험해 질 정도로 심각한 상황에 한합니다. 그 밖의 구급 차량 서비스를 이용하려면 저희 플랜의 승인을 받아야 합니다. 응급 상황이 아닌 경우에도 저희가 구급 차량 비용을 부담할 수 있습니다. 다른 방법으로는 생명이나 건강이 위험해질 만큼 회원의 상태가 심각한 상태여야 합니다. *승인 규칙이 적용될 수 있습니다.	\$0
 연례 신체 검사 1년에 한 번 정기적인 신체 검사를 받을 것을 권장합니다. 이 검사는 회원의 건강 상태를 전반적으로 평가하는 정밀 검사이며, 필요에 따라 검사실 검사와 기타 검진이 포함됩니다. 의학적으로 적절한 예방 진료인 경우 검진이 보장됩니다.	\$0
 연례 건강 관리 (Wellness) 방문 건강 검진은 매년 받을 수 있습니다. 건강 검진을 통해 회원의 현재 위험 요인에 기초하여 예방 계획을 세우거나 수정합니다. 저희는 12개월마다 한번 비용을 부담합니다. 참고: 회원의 첫 번째 연례 웰니스 검진은 Welcome to Medicare (메디케어에 환영) 검진 후 12개월 이내에는 시행될 수 없습니다. 그러나 회원이 12개월 동안 파트 B를 유지한 후에는 Welcome to Medicare 검진을 받지 않았더라도 연례 웰니스 검진을 받을 수 있습니다.	\$0
 천식 예방 서비스 조절이 잘 되지 않는 천식을 가진 회원은 천식 교육과 함께, 가정 내에서 흔히 발견되는 유발 요인을 확인하기 위한 주거 환경 평가를 받을 수 있습니다.	\$0

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

보장 서비스		회원의 지불 금액
	뼈 질량 측정 유자격 회원 (대개 뼈 질량 상실이나 골다공증 위험이 있는 사람) 이 받는 특정 절차의 비용을 부담합니다. 이런 절차는 골 질량 확인, 골 소실 발견, 골질 파약을 위한 것입니다. 저희는 24 개월 마다 1 회 또는 의학적으로 필요하다면 더 많은 횟수의 비용을 부담합니다. 의사의 결과 검토 및 소견 작성 비용도 부담합니다.	\$0
	유방암 선별 검사 (메모그램) 다음 서비스 비용을 부담합니다: • 만 35~39 세 기준 메모그램 1회 • 메모그램 검진 12 개월마다 1회 • 임상 유방 검진 24 개월마다 1회	\$0

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

보장 서비스	회원의 지불 금액
심장 재활 서비스* 운동, 교육, 상담 같은 심장 재활 서비스 비용을 부담합니다. 회원은 특정 조건을 충족해야 하며, 의사의 의뢰 또는 지시가 있어야 합니다. 플랜은 회원이 다음의 상태 중 최소 하나를 가지고 있는 경우 이러한 포괄적 프로그램을 보장합니다: ● 최근 12개월 내 심근경색 ● 관상동맥 우회술 ● 안정형 협심증(가슴 통증) ● 심장 판막의 수리 또는 대체 ● 관상동맥 성형술 (막힌 동맥을 열기 위한 의료 기술) 또는 관상동맥 스텐트 삽입술(동맥을 열린 상태로 유지하기 위한 기술) ● 심장 또는 심장 또는 폐 이식 ● 안정된 만성 심부전 보장 제한: 회원은 최대 36회의 심장 재활 치료를 받을 수 있습니다. 하루에 2 회까지 받을 수 있으며(각각 1시간), 프로그램은 최대 36 주 동안 지속될 수 있습니다. 자격 요건을 충족하는 경우, 더 긴 기간에 걸쳐 진행할 수 있는 추가 36 회의 치료를 받을 수 있습니다. *승인 규칙이 적용될 수 있습니다. 의료 제공자에게 문의하여 의뢰를 받아야 합니다.	\$0

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

보장 서비스	회원의 지불 금액
 심혈관 (심장) 질환 위험 감소를 위한 방문 (심장 질환 요법) 플랜은 회원의 심장 질환 위험을 낮추기 위해, 주치의(PCP)와의 연 1회 진료를 보장하며, 의학적으로 필요한 경우 더 많은 진료도 보장합니다. 이 진료 시 주치의는 다음과 같이 조치를 취할 수 있습니다: ● 아스피린 복용 상담 ● 회원의 혈압을 확인, 맞/또는 ● 회원이 올바르게 식사할 수 있도록 도움이 되는 조언을 제공합니다.	\$0
 심혈관 (심장) 질환 검사 5 년 (60개월) 마다 1회 심혈관 질환 여부 확인을 위한 혈액 검사 비용을 저희가 부담합니다. 이 혈액 검사는 심장 질환 위험이 높아 생길 수 있는 이상도 확인합니다.	\$0
 자궁 및 경부암 검사 저희는 다음 서비스 비용을 부담합니다: ● 모든 여성들: 자궁경부암 선별 검사 (Pap 검사) 와 골반 검사는 24개월마다 1회 ● 자궁경부암 또는 질암의 고위험 여성: 자궁경부암 선별 검사 (Pap 검사) 와 골반 검사를 12개월마다 1회 ● 최근 3년 이내 이상 Pap 검사를 받았고, 가임기인 여성: 12개월마다 1회의 Pap 검사 ● 30세에서 65세 사이의 여성: 인유두종바이러스 (human papillomavirus, HPV) 검사 또는 Pap 검사와 HPV 검사 5년마다 1회	\$0

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

보장 서비스	회원의 지불 금액
척추 지압 치료 서비스 저희는 다음 서비스 비용을 부담합니다: ● 척추 정렬 교정 Medi-Cal 은 한 달에 2회까지만 척추 지압(chiropractic) 서비스를 제공합니다. 이 횟수에는 침술, 청각 서비스, 작업 치료, 언어 치료 서비스가 함께 포함됩니다. Medi-Cal는 의학적으로 필요한 경우 다른 서비스를 사전 승인할 수도 있습니다. 다음 회원들은 척추 지압 (chiropractic) 서비스를 받을 수 있습니다: ● 임신 중이거나, 임신이 끝난 후 60일이 지나기 전이 포함된 달까지 ● 요양원, 중간 간호 시설, 또는 준-중환자 시설에 거주하는 사람 ● CalOptima Health OneCare Complete 네트워크에 속한 카운티 병원 외래 진료부, 외래 클리닉, 연방 공인 건강 센터 (Federally Qualified Health Center, FQHC) 또는 농촌 지역 보건소(Rural Health Clinic, RHC)에서 서비스를 받는 모든 회원 단, 모든 FQHC, RHC 또는 카운티 병원이 척추 지압 외래 서비스를 제공하는 것은 아닙니다.	\$0

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

보장 서비스	회원의 지불 금액
 대장암 검진 다음 서비스 비용을 부담합니다: ● 대장내시경 검사는 나이 제한 없이 받을 수 있으며 고위험군이 아닌 사람은 120개월 (10년) 에 한 번 받을 수 있습니다. 또한 고위험군이 아닌 사람이 이전에 구불창자내시경 (시그모이드내시경, flexible sigmoidoscopy) 을 받았다면, 48개월이 지난 후에 받을 수 있습니다. 고위험군인 사람은 이전 대장내시경 검사 후 24개월이 지나면 받을 수 있습니다. ● 45세 이상이며 대장암 고위험군이 아닌 회원에게 시행되는 전산화단층촬영 대장조영술 (Computed tomography colonography, CTC) 은, 마지막 선별 CTC가 시행된 달로부터 최소 59개월이 지났거나, 마지막 선별적 구불창자내시경 (screening flexible sigmoidoscopy) 검사 또는 선별 대장내시경이 시행된 달로부터 최소 47개월이 지난 경우에 보장됩니다. 고위험군인 회원의 경우, 마지막 선별 CTC 또는 마지막 선별 대장내시경이 시행된 달로부터 최소 23개월이 지난 후 시행되는 선별 CTC에 대해 비용이 지급될 수 있습니다. ● 45세 이상인 사람은 구불창자내시경 검사를 받을 수 있습니다. 고위험군이 아닌 사람은 이전 대장내시경 검사 후 120개월마다 1회 받을 수 있습니다. 고위험군인 사람은 이전 구불창자내시경 또는 CT 대장조영술 이후 48개월마다 1회 받을 수 있습니다. ● 45세 이상인 사람은 분변 잠혈 검사 (fecal-occult blood tests, FOBT) 를 받을 수 있습니다. 12개월마다 1회. ● 45세부터 85세까지이며 고위험군 기준에 해당하지 않는 사람은 다중표적 대변 DNA 검사를 받을 수 있습니다. 3년마다 1회 이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다	\$0

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

보장 서비스	회원의 지불 금액
 대장암 검진 (계속) 45세부터 85세까지이며 고위험군 기준에 해당하지 않는 사람은 혈액 기반 바이오마커 (Biomarker) 검사도 받을 수 있습니다. 3년마다 1회 - 대장암 검진에는 Medicare에서 보장하는 비침습적 대변 기반 (non-invasive stool-based) 대장암 검진에서 양성 결과가 나온 후 후속 대장내시경 검사가 포함됩니다. - 대장암 검진에는 계획된 구불창자내시경 검사나 대장내시경 검사가 포함됩니다. 이 검사들은 조직이나 기타 물질을 제거하는 경우도 있으며, 검진과 관련해 같은 진료 방문에서 필요한 다른 절차도 함께 포함될 수 있습니다.	\$0
지역사회 기반 성인 서비스 (CBAS)* CBAS는 사람들이 일정에 따라 참석하는 외래 환자 시설 기반 서비스 프로그램입니다. 훈련된 간호 서비스, 사회복지 서비스, 여러 치료 (작업 치료, 물리 치료, 언어 치료 포함), 개인 도움 서비스, 가족 및 돌봄제공자 교육과 지원, 영양 서비스, 교통 지원, 그리고 기타 서비스를 제공합니다. 회원이 자격 기준을 충족하면 CBAS 비용을 저희가 부담합니다. 참고: CBAS 시설을 사용할 수 없는 경우, 이러한 서비스를 별도로 제공할 수 있습니다. *승인 규칙이 적용될 수 있습니다. 의료 제공자에게 문의하여 의뢰를 받아야 합니다.	\$0

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

보장 서비스	회원의 지불 금액
치과 서비스* 저희는 스케일링, 충전 및 의치를 포함하되 이에 국한되지 않는 특정 치과 서비스 비용을 지불합니다. 저희가 보장하지 않는 사항은 아래 섹션 F2에 설명된 Medi-Cal Dental 을 통해 제공됩니다. 서비스가 환자의 주요 의학적 상태에 대한 특정 치료의 필수적인 부분인 경우 일부 치과 서비스 비용을 지불합니다. 예로 턱이 부러지거나 다친 뒤 턱을 재건하는 치료, 턱 부위 암에 대한 방사선 치료를 준비하기 위한 치아 발치, 또는 장기 이식 전에 받는 구강 검사 등이 예시에 해당합니다. 저희는 다음과 같은 예방 및 종합 치과 서비스를 제공합니다: ● 구강 검사 2회 ● 예방적 치석 클리닝 ● 복원 치료 서비스 ● 보철 치료, 및 ● 일반 치과 보조 서비스. Medi-Cal Dental을 통해 받을 수 있는 치과 혜택에 대한 자세한 내용은 이 회원 안내서 제 4장, 섹션 F2 을 참고하십시오. 치과 의사를 찾는데 도움이 필요하시면, CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락하십시오. *승인 규칙이 적용될 수 있습니다.	\$0
 우울증 검진 매년 한번 (1회) 우울증 선별 검사 비용을 부담합니다. 이 검진은 반드시 후속 치료와/또는 진료 의뢰를 제공할 수 있는 일차 진료 환경에서 이루어져야 합니다.	\$0

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

보장 서비스	회원의 지불 금액
 당뇨병 검진 회원에게 다음 위험 요인 중 하나라도 있으면 이 선별 검사(공복 포도당 검사 포함)의 비용은 저희가 부담합니다: ● 고혈압(하이퍼텐션) ● 콜레스테롤과 중성 지방 수치 이상(이상 지질 혈증) 병력 ● 비만 ● 고혈당(포도당) 병력 비만이고 당뇨병 가족력이 있는 경우와 같은 다소의 경우 검사 비용이 혜택에 적용될 수도 있습니다. 가장 최근의 당뇨병 검진 검사를 받은 날로부터 12개월마다 최대 2회의 당뇨병 검진을 받을 수 있습니다.	\$0

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

보장 서비스	회원의 지불 금액
 당뇨병 자가 관리 교육, 서비스, 용품* 모든 당뇨병 환자에게 (인슐린 사용 여부와 관계없이) 다음 서비스 비용을 부담합니다: • 다음을 비롯한 혈당 측정 용품: ○ 혈당 측정기 ○ 혈당 검사지 ○ 채혈기와 채혈침 ○ 검사지와 측정기의 정확도 확인을 위한 포도당 조절 용액 • 중증 당뇨병성 족병이 있는 당뇨병 환자의 경우 저희가 다음 비용을 부담합니다: ○ 달력 연도마다 치료용 맞춤 제작 신발 1켤레(깔창 포함)와 신발 맞춤 서비스를 제공하며, 추가 깔창 2켤레도 제공, 또는 ○ 달력 연도마다 깊은 신발 1켤레(맞춤 피팅 포함)와 추가 깔창 3켤레를 제공 (하지만 신발에 기본으로 포함된 맞춤이 아닌 탈부착 깔창은 여기에 포함되지 않음) • 경우에 따라, 당뇨병 관리에 도움이 되는 교육의 비용을 부담할 수도 있습니다. 자세한 내용은 고객 서비스에 문의하십시오 *승인 규칙이 적용될 수 있습니다	\$0
Doula (둘라) 서비스 임산부의 경우, 산전 및 산후 기간 동안 출산 도우미 방문 9회 비용과 출산 및 분만 지원 비용을 부담합니다. 최대 9개의 추가 산후 관리도 제공될 수 있습니다.	\$0

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

보장 서비스	회원의 지불 금액
내구성 의료 장비 (DME) 및 관련 소모품* “내구성 의료 장비 (Durable medical equipment, DME)”에 대한 자세한 정보는 본 회원 안내서 제 12장을 참조하십시오. 다음 항목을 보장합니다: ● 전동 휠체어를 포함한 휠체어 ● 목발 ● 전동 침대 시스템 ● 침대용 건식 압력 패드 ● 당뇨병 용품 ● 자택 사용 용도로 의료 제공자가 주문한 병원 침대 ● 정맥(IV) 주입 펌프와 거치대 ● 음성 발생 장치 ● 산소 장비 및 용품 ● 네블라이저 ● 보행기(워커) ● 표준 구부러진 손잡이 지팡이 또는 사발형(quad) 지팡이와 교체용 보조 용품 ● 경추 견인 장치(문 위에 설치하는 타입) ● 뼈 자극기 ● 투석 관리 장비 그 밖의 품목도 보장될 수도 있습니다. 저희는 Medicare 와 Medi-Cal 에서 일반적으로 보장하는 의학적으로 필요한 모든 DME 비용을 지원합니다. 또한, 회원의 지역에 있는 저희 공급업체가 특정 브랜드나 제품을 취급하지 않는 경우, 특별 주문이 가능한지 공급업체에게 요청하실 수 있습니다. *승인 규칙이 적용될 수 있습니다.	\$0

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare**를 방문하십시오.

보장 서비스	회원의 지불 금액
응급 진료 응급 치료란 다음과 같은 서비스를 뜻합니다: • 응급 치료를 제공하도록 훈련받은 의료진이 제공하는 서비스 • 의학적 응급상황을 평가하거나 치료하기 위해 필요한 서비스. 의학적 응급상황이란 급격히 악화되고 있는 질병, 부상, 심한 통증, 또는 의료 상태를 말합니다. 이 상태는 즉시 치료를 받지 않으면, 건강과 의학에 대해 일반적인 지식을 가진 사람이라면 다음과 같은 결과가 생길 수 있다고 예상하는 것을 말합니다: • 회원 또는 태아의 건강에 심각한 위험이 생길 수 있는 경우 또는 • 신체 기능에 심각한 손상이 생길 수 있는 경우 또는 • 신체 장기의 심각한 기능 장애가 생길 수 있는 경우 또는 • 팔다리를 잃거나, 팔다리의 기능을 잃을 수 있는 경우 • 분만이 진행 중인 임산부의 경우; ○ 출산 전 다른 병원으로 안전하게 이송할 시간이 충분하지 않음. ○ 다른 병원으로 이송하면 회원 또는 태아의 건강이나 안전에 위험이 될 수 있음 저희는 미국 밖에서 회원이 받은 응급 치료, 긴급 치료, 그리고 응급 운송 비용을 최대 \$100,000 까지 지원합니다. 서비스는 미국 내에서 동일한 서비스가 제공될 경우 적용될 의료 필요성 및 적절한 조건 하에서 전 세계적으로 적용됩니다. 받으신 서비스에 대해 비용을 먼저 지불하신 후, 퇴원 요약서 또는 이와 비슷한 의료 서류와, 가능하면 미국 달러로 지불한 뒤 영수증을 받으십시오. 환불 요청과 필요한 모든 서류를 CalOptima Health OneCare Complete로 제출하시면, 저희가 의학적 필요성 및 조건을 검토한 후 환불을 해드립니다.	\$0 네트워크 외 병원에서 응급 치료를 받고 응급상황이 안정된 후 입원 치료가 필요할 경우, 치료가 계속 보장되기 위해서는 회원은 네트워크 내 병원으로 옮기거나 또는 네트워크 외 병원에서의 입원 치료가 저희 플랜으로부터 승인을 받아야 합니다. 회원은 미국 밖에서 받은 응급 치료, 긴급 치료, 그리고 응급 운송 비용을 먼저 지불하셔야 하며, 저희는 연간 최대 \$100,000 까지 이를 환급해 드립니다.

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

보장 서비스	회원의 지불 금액
OneCare 플렉스 카드: • 오버 더 카운터 (Over-the-Counter, OTC) 용품 만성 질환자를 위한 특별 추가 혜택 (SSBCI) 기준을 충족하는 경우: • 건강 식료품 및 농산물 회원은 한 분기마다 OneCare Flex 카드에 \$170 를 받으며, 이를 소매점이나 우편 주문 카탈로그를 통해 구매할 수 있는 OTC 물품과 용품에 사용할 수 있습니다. 선불 직불카드가 우편으로 배송됩니다. 사용하기 전에 카드를 활성화해야 합니다: • 혜택 한도는 매 분기 첫날에 적립됩니다: 1월, 4월, 7월, 10월 • 남은 잔액은 다음 분기로 이월되지 않습니다. • 회원은 감기약, 기침약, 아세트아미노펜, 붕대 등 처방 없이 구매할 수 있는 기타 적격 제품을 구입할 수 있습니다. OTC 우편 주문 카탈로그를 통해 주문한 경우, 물품은 회원의 집으로 직접 배송됩니다. • 회원은 구매 가능 품목과 주문 방법이 안내된 우편 주문 카탈로그를 받게 됩니다 만성 질환자를 위한 특별 추가 혜택 (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) 건강 식료품 및 농산물 일부 만성 질환이 있는 회원**은 분기마다 제공되는 \$170 한도를 사용하여 신선한 농산물, 통합식품 (whole foods), 냉동 및 통조림 식품 등 건강식품과 농산물을 구매할 수 있습니다 • 알코올, 담배, 설탕 함유 음료 및 기타 건강하지 않은 식품은 플렉스 카드 한도로 구매할 수 없습니다 **모든 회원이 SSBCI 혜택을 받을 수 있는 것은 아닙니다. SSBCI 자격 요건에 대한 자세한 내용은 이 표의 뒤쪽에 있는 “일부 만성 질환 지원” 항목을 참고하시기 바랍니다.	\$0

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

보장 서비스	회원의 지불 금액
가족 계획 서비스 법에 따라 회원은 특정 가족계획 서비스를 받을 때, 네트워크 의료 제공자든 네트워크 외 의료 제공자든 원하는 제공자를 선택할 수 있습니다. 이는 의사, 클리닉, 병원, 약국, 또는 가족계획 사무소를 모두 포함합니다. 다음 서비스 비용을 부담합니다: ● 가족 계획 검사와 치료 ● 가족 계획 검사실과 진단 검사 ● 가족계획 방법(IUC/IUD, 임플란트, 주사, 피임약, 패치, 링) ● 처방이 필요한 가족계획 용품(콘돔, 스펀지, 폼, 필름, 다이어프램, 캡) ● 제한적인 가임력 관련 서비스(가임 인식 방법 상담 및 교육, 임신 전 건강 상담, 검사, 성병(Sexually transmitted infections, STI) 검사 및 치료 등) ● HIV 및 AIDS와 기타 HIV 관련 질환 상담 및 검사 ● 영구적 피임 (이 가족계획 방법을 선택하려면 회원은 만 21세 이상이어야 합니다. 수술 날짜로부터 최소 30일 전, 최대 180일 전에 연방 불임 동의서에 서명해야 합니다). ● 유전 상담 일부 기타 가족계획 서비스 비용도 부담합니다. 그러나, 네트워크 소속 의료 제공자로부터 다음 서비스를 받아야 합니다: ● 불임과 관련된 의학적 상태에 대한 치료 (이 서비스에는 임신을 돕기 위한 인위적인 방법은 포함되지 않습니다.) ● AIDS 와 기타 HIV 관련 증상 치료 ● 유전자 검사	\$0

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

보장 서비스	회원의 지불 금액
피트니스 혜택 (One Pass) 저희는 One Pass 를 통해 참여하는 피트니스 시설의 회원권을 제공합니다. 이는 회원에게 추가 비용 없이 이용할 수 있습니다. ● 전국적인 헬스장 네트워크, 지역 YMCA 시설, 그리고 온라인 피트니스 수업 이용. ● 실시간 디지털 피트니스 수업 및 주문형 (on-demand) 운동 프로그램 이용 ● 연 1회 가정용 피트니스 키트 다음 세 가지 옵션 중 하나를 선택할 수 있습니다: 피트 (Fit) 키트 (저항 밴드), 요가 (Yoga) 키트 (요가 매트), 줌바 (Zumba) 키트(운동 비디오) 시작하는 방법: ● YourOnePass.com에 접속 ● “Get started” 를 클릭한 후 안내에 따라 진행 ● 대시보드 페이지에서 One Pass 회원 코드를 확인 ● “Fitness”를 클릭한 후 “Find gyms”를 선택하여 가까운 피트니스 시설을 검색 ● One Pass 회원 코드를 가지고 참여 시설에 방문하면, 직원이 이후 방문을 위한 회원 등록 완료해 드립니다 회원의 One Pass 회원 코드는 네트워크 내 모든 피트니스 시설을 이용할 수 있는 단일 코드입니다. 또한 이 코드를 사용하여 온라인 피트니스 제공업체와 기타 One Pass 서비스를 이용할 수 있습니다.	\$0

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

보장 서비스	회원의 지불 금액
 건강 및 웰빙 교육 프로그램 다음은 비롯하여 특정 질환과 관련된 프로그램을 다양하게 제공합니다. 다음이 포함됩니다: ● 건강 교육 강좌. ● 영양 교육 강좌. ● 금연 및 담배 사용 강좌; 및 ● 간호사 상담 전화	\$0
청각 서비스* 의료 제공자가 수행한 청력 및 균형 감각 검사 비용은 저희가 부담합니다. 이 검사로 치료의 필요성 여부를 확인할 수 있습니다. 의사, 청각학자, 기타 유자격 의료제공자에게 검사를 받으면 외래 환자 진료로 혜택이 있습니다. 저희는 의사 또는 자격을 갖춘 제공자가 처방한 경우 보청기 비용도 지원하며, 다음과 같은 항목이 포함됩니다: ● 몰드, 용품, 그리고 삽입물 ● 수리 ● 최초 건전지 세트 ● 보청기 지급 후 동일한 공급업체에서 받는 훈련, 조절, 피팅을 위한 최대 6회의 방문 ● 보청기 시험 사용 기간 동안의 대여 ● 청취 보조 장치, 표면 착용형 골전도 보청기 ● 보청기 관련 청능 검사 및 평가 후 서비스 *승인 규칙이 적용될 수 있습니다. 의료 제공자에게 문의하여 의뢰를 받아야 합니다.	\$0 CalOptima Health OneCare Complete 는 Medi-Cal \$1,510 보청기 하드웨어 한도에 앞서, OneCare 를 통해 \$500 의 보청기 하드웨어 한도를 제공합니다.

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

보장 서비스	회원의 지불 금액
일부 만성 질환 지원 회원이 특정 만성 질환이 있는 경우, 만성 질환자를 위한 특별 추가 혜택(SSBCI)을 받을 수 있습니다. 자격이 되는 만성 질환 목록은 이 표 뒤쪽의 “만성 질환자를 위한 특별 추가 혜택(SSBCI)” 항목을 참고하시기 바랍니다. SSBCI 자격을 충족하는 경우 다음과 같은 SSBCI 혜택을 받을 수 있습니다: ● 식품 및 농산물 지원 이 혜택에 포함되는 항목은 이 표 앞쪽의 “OneCare 플렉스 카드” 항목을 참고하시기 바랍니다. ● 식료품점 및 헬스장까지의 교통 지원 이 혜택에 포함되는 내용은 이 표 뒤쪽의 “교통 지원” 항목을 참고하시기 바랍니다.	\$0
 HIV 선별 검사 다음 회원을 위해 12개월마다 한번 (1회) HIV 선별 검사 비용을 부담합니다: ● HIV 선별 검사 또는 ● HIV 감염 위험이 높은 경우. 임신한 여성의 경우 임신 기간 중 최대 3회의 HIV 선별 검사 비용을 보장합니다. 의료 제공자가 권장하는 경우 추가 HIV 검사 비용도 부담합니다.	\$0

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

보장 서비스	회원의 지불 금액
가정 간호 기관 진료 * 가정 간호 서비스를 받으려면 먼저 의사가 회원의 서비스 필요 사실을 저희에 알려야 하며 반드시 가정 간호 기관에서 서비스를 제공해야 합니다. 회원은 외출이 매우 어렵거나 큰 노력이 필요한 경우여야 합니다. 다음 서비스 비용을 부담하며, 여기에 수록되지 않은 다른 서비스 비용을 부담할 수도 있습니다: ● 파트타임 또는 비상근 전문 간호 및 가정 간호 보조 서비스 (가정 간호 혜택을 받으려면 전문 간호 및 가정 간호 보조 서비스 총 시간이 1일 8시간, 1주 35시간을 넘지 않아야 함) ● 물리 치료, 작업 치료 및 언어 치료 ● 의료 및 사회복지 서비스 ● 의료 장비 및 용품 *승인 규칙이 적용될 수 있습니다. 의료 제공자에게 문의하여 의뢰를 받아야 합니다.	\$0

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

보장 서비스	회원의 지불 금액
가정 내 주입 치료* 플랜은 가정에서 정맥으로 투여되거나 피부 아래에 투여되는 약물 또는 생물학적 제제를 포함하는 가정 내 주입 치료 (home infusion therapy)를 지원합니다. 가정 내 주입 치료를 위해서는 다음이 필요합니다: ● 항바이러스제, 면역글로불린과 같은 약물 또는 생물학적 제제 ● 펌프와 같은 장비 그리고 ● 튜빙이나 카테터와 같은 소모품. 플랜은 다음을 포함하되 이에 국한되지 않는 가정 내 주입 서비스를 보장합니다: ● 회원의 치료 계획에 따라 제공되는 간호 서비스를 포함한 전문 서비스 ● 내구성 의료 장비 (DME) 혜택에 이미 포함되지 않은 회원 교육 및 훈련 ● 원격 모니터링 그리고 ● 자격을 갖춘 가정 내 주입 치료 제공업체가 제공하는 가정 내 주입 치료 및 관련 약물의 모니터링 서비스. *승인 규칙이 적용될 수 있습니다. 의료 제공자에게 문의하여 의뢰를 받아야 합니다.	\$0

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

보장 서비스	회원의 지불 금액
호스피스 관리 의료 제공자 및 호스피스 의료 책임자가 말기 질환으로 판정할 경우 회원은 호스피스를 선택할 수 있는 권리가 있습니다. 이것은 불치병 환자이고 예상 수명이 6개월 미만인 경우입니다. Medicare 인증 호스피스 프로그램으로부터 진료를 받을 수 있습니다. 플랜은 서비스 지역 내에서 Medicare 인증을 받은 호스피스 프로그램을 찾을 수 있도록 회원을 지원해야 합니다. 여기에는 저희가 소유하거나 관리하거나 재정적 이해관계를 가진 프로그램도 포함됩니다. 회원의 호스피스 담당 의사는 네트워크 의료 제공자일 수도 있고, 네트워크 외 제공자일 수도 있습니다. 보장 서비스는 다음을 포함합니다: ● 증상과 통증을 치료하기 위한 약물 ● 단기 휴식 보살핌(respite care) ● 가정 간호 서비스 회원이 호스피스에 입원하는 경우, 회원은 저희 플랜 가입을 유지할 권리가 있습니다. 회원의 말기 예후와 관련된 호스피스 서비스와 Medicare 파트 A 또는 Medicare 파트 B 에서 보장되는 서비스는 Medicare로 청구됩니다: ● Original Medicare (기본 메디케어) 는 회원의 말기 질환과 관련된 호스피스 서비스 및 Medicare 파트 A 또는 파트 B 에서 보장되는 서비스를 저희 플랜 대신 회원의 호스피스 제공자에게 지급합니다. 회원이 호스피스 프로그램에 있는 동안, 호스피스 제공자는 Original Medicare 에서 보장하는 서비스에 대해 Original Medicare 로 비용을 청구하게 됩니다. 이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다	\$0 Medicare에서 보장하는 호스피스 치료는 본인 부담금. Medicare 인증 호스피스 프로그램에 등록하면, 호스피스 서비스와 말기 질환 예후와 관련된 파트 A 및 파트 B 서비스는 CalOptima Health OneCare Complete 가 아닌 Original Medicare에서 비용을 지급합니다.

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

보장 서비스	회원의 지불 금액
호스피스 관리 (계속) 저희 플랜에서 보장하지만 Medicare 파트 A 또는 파트 B에서 보장하지 않는 서비스에 대해서는 다음과 같이 적용됩니다: - 플랜은 Medicare 파트 A 또는 파트 B에 포함되지 않은 서비스를 보장합니다. 이 서비스는 회원의 말기 질환 예후와 관련이 있든 없든 모두 보장됩니다. 이 서비스와 관련하여 회원이 지불하는 비용은 없습니다. 저희 플랜의 Medicare 파트 D 혜택으로 보장될 수 있는 약물의 경우: - 호스피스와 저희 플랜에서 동시에 약물을 보장하지 않습니다. 더 자세한 정보는 회원 안내서 제 5 장을 참고하십시오. 참고: 회원이 심각한 질환이 있는 경우, 삶의 질 향상을 위해 환자와 가족 중심의 팀 기반 치료를 제공하는 완화치료 (palliative care) 를 받을 수 있습니다. 회원은 치료 목적의 일반 진료와 완화치료를 동시에 받을 수 있습니다. 자세한 내용은 아래의 완화치료 항목을 참고하시기 바랍니다. 참고: 회원이 호스피스 대상이 아닌 (non-hospice) 치료가 필요할 경우, 개인 과닐 코디네이터 또는 고객 서비스에 연락하여 서비스를 안내받으시기 바랍니다. 호스피스 대상이 아닌 치료란 회원의 말기 질환 예후와 관련되지 않은 치료를 의미합니다. 플랜은 호스피스 혜택을 선택하지 않은 말기 질환 회원에게 (한 번만) 제공되는 호스피스 상담 서비스를 보장합니다.	\$0

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

보장 서비스	회원의 지불 금액
가정 내 지원 서비스 (In-Home Support Services) - 동반자 서비스 (Companion Care) 저희는 다음과 같은 서비스를 연간 최대 90시간까지 제공합니다: ● 교통: 의사 진료, 장보기 및 의약품(Rx) 배달. ● 가사 지원: 가벼운 청소, 정리 및 세탁. ● 사회적 지원: 대화, 보드게임, 독서 및 식사 준비. ● 기술 안내: 새로운 기술 사용법 교육, 기기 설치 및 원격진료 (telehealth). ● 운동 및 활동: 걷기, 자전거 타기 및 체육관 이동. ● 원격 지원: 원격 의사 진료 ● 식료품 및 약물(Rx) 배달. 회원은 CalOptima Health OneCare Complete 와 계약된 공급업체인 Papa 를 통해 서비스를 받아야 합니다. 서비스 예약은 Papa 번호 1-833-200-6889 로 전화하십시오.	\$0

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

보장 서비스	회원의 지불 금액
 예방접종 다음 서비스 비용을 부담합니다: ● 폐렴 백신 ● 독감/인플루엔자 예방접종, 매년 가을과 겨울 독감 시즌에 1회 제공되며, 의학적으로 필요할 경우 추가 접종이 가능합니다. ● B 형 간염 백신, 완전한 접종을 받은 적이 없거나 접종 기록을 모르는 경우, 또는 B 형 간염 기타 감염 위험이 높거나 중간 수준인 경우 제공됩니다. ● COVID-19 백신 ● 인유두종 바이러스 (human papillomavirus, HPV) 백신 ● 기타 백신, 위험군에 해당하고 Medicare 파트 B 보장 기준을 충족하는 경우 플랜은 Medicare 파트 D 보장 기준을 충족하는 다른 백신도 지원합니다. 자세히 알아보시려면 본 <i>회원 안내서 제 6장</i>을 참조하십시오.	\$0

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

보장 서비스	회원의 지불 금액
병원 입원 관리* 플랜은 다음 서비스와, 여기에 나열되지 않은 의학적으로 필요한 기타 서비스도 보장합니다: ● 2 인실 또는 의학적으로 필요할 경우 1 인실 ● 특수 식단 포함된 식사 ● 일반 간호 서비스 ● 중환자실 (ICU) 또는 관상동맥 집중 치료실 (CCU) 등 특수 치료실 비용 ● 약물 및 의약품 ● 검사실 검사 (lab tests) ● X 선 검사 및 기타 영상의학 서비스 ● 필요한 외과 및 의료 소모품 ● 휠체어 같은 의료 보조기기 ● 수술실 및 회복실 서비스 ● 물리 치료, 작업 치료, 언어 치료 ● 입원 중 제공되는 물질남용 치료 서비스 ● 특정 경우, 다음과 같은 종류의 이식 수술: 각막, 신장, 신장/췌장, 심장, 간, 폐, 심장/폐, 골수, 줄기세포, 장/다장기 (multivisceral). 이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다	\$0 응급상황이 안정된 후 네트워크 외 병원에서 입원 치료를 받으려면, 저희 플랜의 승인을 받아야 합니다.

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

보장 서비스	회원의 지불 금액
병원 입원 관리* (계속) 이식이 필요할 경우, Medicare 에서 승인한 이식 센터가 회원의 사례를 검토하여 이식 대상자로 적합한지 결정합니다. 이식 제공자는 지역 내 또는 서비스 지역 외에 있을 수 있습니다. 지역 내 이식 제공자가 Medicare 요율을 받아 들이는 경우, 회원은 지역 내 또는 지역의 일반 진료 체계 밖에서도 이식 서비스를 받을 수 있습니다. 저희 플랜이 지역 일반 진료 체계 밖에서 이식 서비스를 제공하고, 회원이 그곳에서 이식을 받기로 선택한 경우, 저희는 회원과 동반 1인을 위한 숙박비 및 여행비를 지원하거나 제공합니다. ● 보관 및 투여 포함한 혈액 전혈 (whole blood) 과 농축 적혈구 (packed red cells) 에 대한 보장은 회원이 필요로 하는 네 번째 파인트(pint)부터 시작됩니다. 회원은 매년 처음 3 파인트의 비용을 직접 부담하거나 본인 또는 타인의 헌혈을 통해 충당해야 합니다. 혈액의 다른 모든 구성요소는 첫 파인트부터 보장됩니다. ● 의사 서비스 참고: 입원 환자로 인정받기 위해서는 의료 제공자가 병원 입원을 위한 공식 입원 주문 (admit order) 을 작성해야 합니다. 병원에서 하룻밤을 머무르더라도 회원이 외래환자로 간주될 수 있습니다. 회원이 입원환자인지 외래환자인지 확실하지 않은 경우, 병원 직원에게 문의하시기 바랍니다. 자세한 내용은 Medicare.gov에서 제공하는 <i>Medicare Hospital Benefits</i> 안내서는 Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf 에서 확인하시거나 또는 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 로 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는 번호 1-877-486-2048 로 전화하십시오. *승인 규칙이 적용될 수 있습니다. 의료 제공자에게 문의하여 의뢰를 받아야 합니다.	\$0

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

보장 서비스	회원의 지불 금액
정신과 병원에서의 입원 서비스* 플랜은 입원이 필요한 정신건강 치료 서비스를 보장합니다. ● 독립된 정신과 병원에서 입원 치료가 필요한 경우, 저희는 처음 190 일의 치료를 보장합니다. 그 이후에는 지역 카운티 정신건강기관이 의학적으로 필요한 입원 정신과 서비스를 보장합니다. 190 일을 초과하는 치료에 대한 승인은 지역 카운티 정신건강기관과 조정하여 이루어집니다. ○ 190 일 제한은 일반 병원의 정신과 병동에서 제공되는 입원 정신건강 서비스에는 적용되지 않습니다. ● 회원이 65 세 이상인 경우, 저희는 정신질환 기관 (Institute for Mental Diseases, IMD) 에서 받는 서비스를 보장합니다. *승인 규칙이 적용될 수 있습니다.	\$0

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

보장 서비스	회원의 지불 금액
병원 입원: 비보장 입원 기간 중 받는 병원 또는 전문 간호 시설 (Skilled nursing facility, SNF) 보장 서비스* 회원이 입원 혜택을 모두 사용했거나, 입원이 의학적으로 필요하지 않은 경우에는 저희는 입원 자체 비용을 보장하지 않습니다. 그러나 특정 상황에서는, 입원 자체가 보장되지 않더라도 회원이 병원 또는 전문 간호 시설에 머무르는 동안 받는 일부 서비스는 저희가 보장할 수도 있습니다. 자세한 내용은 고객 서비스에 문의하십시오. 저희는 다음 서비스 비용을 부담하며 여기에 나열되지 않은 기타 필요한 서비스도 보장합니다: • 의사 서비스 • 검사실 검사 등 진단 검사 • X-레이, 라듐 (radium), 동위원소 (isotope) 치료(기술자 재료 및 서비스 포함) • 수술용 드레싱 • 골절 및 탈구 치료에 사용되는 부목 (splints), 깁스 (casts), 기타 장치 • 치과용을 제외한 보조기 (orthotic) 및 인공장기(prosthetic) 장치, 해당 장치의 교체 또는 수리 포함 이러한 장치는 다음을 대체하거나 기능을 대신합니다: ○ 신체 내부 장기(인접 조직 포함) 또는 ○ 기능하지 않거나 기능이 저하된 내부 장기의 기능. • 다리, 팔, 등, 목 보조기, 지지대 (trusses), 인공 다리, 인공 팔, 인공 눈 이에는 장치의 파손, 마모, 분실 또는 회원의 상태 변화로 필요한 조정, 수리 및 교체가 포함됩니다. • 물리 치료, 작업 치료 및 언어 치료 *승인 규칙이 적용될 수 있습니다. 의료 제공자에게 문의하여 의뢰를 받아야 합니다	\$0

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

보장 서비스	회원의 지불 금액
신장 질환 관련 서비스 및 용품 다음 서비스 비용을 부담합니다: ● 신장 관리를 가르치고 회원이 자신의 진료에 대하여 유익한 결정을 하도록 돕는 신장 질환 교육 서비스. 4기 만성 신장 질환이어야 하며, 의사가 의뢰하여야 합니다. 저희는 신장 질환 교육을 최대 6회 보장합니다. ● 외래 투석 치료, 회원 안내서 제 3장에서 설명된 서비스 지역을 일시적으로 벗어났을 때 받는 투석 치료 또는 해당 서비스를 제공하는 의료 제공자가 일시적으로 이용할 수 없거나 접근이 어려운 경우 포함. ● 입원 투석 치료, 특별 진료를 위해 병원에 입원한 경우 ● 자가 투석 교육, 회원 또는 회원의 가정 투석을 돕는 사람을 위한 교육 포함 ● 가정 투석 장비 및 용품 ● 특정 가정 지원 서비스, 훈련된 투석 직원이 가정을 방문하여 가정 투석 상태를 확인하고, 응급 상황을 도와주고, 투석 장비와 수질을 점검하는 방문 서비스 등. Medicare 파트 B 는 투석에 필요한 일부 약물을 보장합니다. 자세한 내용은 이 표의 “Medicare 파트 B 약물” 항목을 참고하시기 바랍니다.	\$0

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

보장 서비스	회원의 지불 금액
 저선량 CT (low dose computed tomography, LDCT) 를 이용한 폐암 검진 플랜은 다음 기준을 충족하는 경우, 12개월마다 폐암 검진 비용을 보장합니다: • 연령이 50세- 77세 사이인 경우 그리고 • 의사 또는 자격을 갖춘 의료 제고자와 상담 및 공동 의사결정 (Shared Decision-Making) 방문을 완료한 경우 그리고 • 20 년 이상 하루 한 갑 이상 흡연했고 폐암의 징후나 증상이 없거나, 현재 흡연 중이거나 또는 최근 15년 이내에 금연한 경우 첫 번째 검진 이후에는 의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료 제공자의 서면 의뢰서 (written order) 가 있는 경우 플랜에서 1년마다 추가 검진을 지불합니다. 제공자가 폐암 검진을 위한 상담 및 공동 의사결정 방문을 진행하는 경우, 해당 방문은 Medicare에서 정한 기준을 충족해야 합니다.	\$0
 의학적 영양 치료* 이 혜택은 당뇨병 환자 또는 투석을 하지 않는 신장병 환자에게 제공됩니다. 의사의 의뢰가 있는 경우 신장 이식 후에도 제공됩니다. 저희는 회원이 Medicare 대상인 의학적 영양 치료 서비스를 받는 첫 해에 대면 상담 서비스 3시간을 보장합니다. 의학적으로 필요하다면, 추가 서비스가 승인될 수도 있습니다. 그 다음 해부터는 연 2시간의 대면 상담 서비스를 보장합니다. 회원의 상태, 치료 또는 진단이 변경된 경우, 의사의 의뢰를 통해 추가 치료 시간을 받을 수 있습니다. 의사가 이 서비스를 처방해야 하며, 다음 달력 연도에도 치료가 필요할 경우 매년 의뢰가 갱신되어야 합니다. 의학적으로 필요하다면, 추가 서비스가 승인될 수도 있습니다. * 의료 제공자에게 문의하여 의뢰를 받아야 합니다.	\$0

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

보장 서비스	회원의 지불 금액
 Medicare 당뇨 예방 프로그램 (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) 플랜은 자격을 충족하는 회원에게 MDPP 서비스를 제공합니다. MDPP는 건강한 습관을 늘리도록 설계되었습니다. 다음과 같은 실천 교육을 합니다: ● 장기 식단 변화 및 ● 신체 활동 늘리기 및 ● 체중 감량과 건강한 생활 방식 유지방법.	\$0
Medicare 파트 B 약물 다음 약물은 Medicare 파트 B 에서 보장합니다. 플랜은 다음 약물을 보장합니다: ● 일반적으로 스스로 투여하지 않는 약물로, 의사 진료, 병원 외래 진료, 또는 외래 수술센터 서비스 중 주사하거나 주입되는 약물 ● (의학적으로 필요한 인슐린 펌프와 같은) 내구성 의료 장비 (DME) 를 통해 제공되는 인슐린 ● 저희 플랜이 승인한 내구성 의료 장비(예: 네블라이저) 를 사용하여 투여하는 기타 약물 ● 정맥 (IV) 으로 투여되는 알츠하이머 치료제 Leqembi® (제네릭명: lecanemab). 치료 전 또는 치료 중에 추가적인 스캔과 검사가 필요할 수 있습니다. 회원의 치료 과정에서 어떤 스캔이나 검사가 필요한지 의사와 상담하시기 바랍니다. ● 혈우병이 있는 경우, 스스로 주사하는 응고인자 (clotting factors) ● 이식/면역억제제 약물: Medicare 는 Medicare 가 이식 수술 비용을 지불한 경우, 이식 관련 약물 치료를 보장합니다. 보장되는 이식 시점에 회원은 파트 A 를 가지고 있어야 하며, 면역억제제를 받을 때는 파트 B 가 있어야 합니다. Medicare 파트 B 에서 보장하지 않는 면역억제제는 Medicare 파트 D 에서 보장합니다. 이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다	\$0

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

보장 서비스	회원의 지불 금액
Medicare 파트 B 약물 (계속) - 주사로 투여되는 골다공증 치료 약물. 플랜은 회원이 집밖으로 외출리 힘들고, 폐경 후 골다공증으로 인해 발생한 골절임을 의사가 확인했으며, 회원이 스스로 약물을 주사할 수 없는 경우에 한해 이러한 약물을 보장합니다 - 일부 항원 (antigens): 의사가 항원을 준비하고, 적절한 교육을 받은 사람이 (회원 본인 포함) 적절한 감독 하에 투여하는 경우 Medicare 가 보장합니다. - 특정 경구용 항암제: Medicare 는 동일한 약물이 주사 형태로도 제공되거나, 해당 약물이 프로드럭 (prodrug) (약물을 경구로 복용하면, 주사제에 포함된 활성 성분과 동일한 활성 성분으로 분해되는 경구 약물 형태) 인 경우 경구로 복용하는 일부 항암제를 보장합니다. 새로운 경구 항암제가 출시되면 Medicare 파트 B에서 보장될 수 있습니다. 파트 B 에서 보장하지 않을 경우 파트 D에서 보장합니다. - 경구용 항구토제 (anti-nausea drugs): Medicare 는 약물이 화학요법 시작 전, 시작 시, 또는 시작 후 48시간 이내에 투여되거나, 정맥 투여 항구토제를 완전히 대체하는 치료 목적으로 사용되는 경우에 경구 항구토제를 항암 화학요법 (chemotherapy) 치료 과정의 일부로 사용하는 경우 보장합니다. - Medicare 파트 B에서 보장되는 특정 경구용 말기 신장질환 (ESRD) 약물 - ESRD 지불 체계에 포함되는 칼시미메틱 (calcimimetic) 및 인산염 결합제 (phosphate binder) 약물에는 정맥 투여 약물 Parsabiv® 과 경구 약물 Sensipar® 가 포함됩니다. - 가정 투석을 위한 특정 약물 헤파린(heparin), 헤파린의 해독제(의학적으로 필요한 경우), 국소 마취제 등 일부 약물이 보장됩니다. 이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다	\$0

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

보장 서비스	회원의 지불 금액
Medicare 파트 B 약물 (계속) - 적혈구 생성 자극제 (erythropoiesis-stimulating agents): Medicare는 회원이 ESRD가 있거나 특정 질환과 관련된 빈혈 치료를 위해 필요한 경우, 주사로 투여되는 에리트로포이에틴 (erythropoietin)을 보장합니다 (예: Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa®, Mircera®, Methoxy polyethylene glycol-epotin beta). - 일차 면역결핍질환 (Primary Immune Deficiency Diseases)의 가정 치료를 위한 IV 면역글로불린 - 정맥 또는 경관 영양 (parenteral and enteral nutrition) IV 영양과 튜브 급식 플랜은 Medicare 파트 B에서 보장되는 일부 백신과, Medicare 파트 D 약제 혜택에서 대부분의 성인 백신을 보장합니다. 이 회원 안내서 제 5장에 저희 약물 혜택이 설명되어 있습니다. 처방약을 보장받기 위해 따라야 하는 규칙이 안내되어 있습니다. 이 회원 안내서 제 6장에는 저희 플랜을 통해 회원이 약물 비용에 대해 설명되어 있습니다.	\$0

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

보장 서비스	회원의 지불 금액
간호 시설 관리* 간호 시설 (nursing facility, NF) 은 자택에서 진료를 받을 수는 없으나 병원에 입원할 필요가 없는 이에게 간호를 제공하는 곳입니다. 플랜에서 보장하는 서비스는 다음과 같으며, 여기에 나열되지 않은 다른 서비스도 포함될 수 있습니다: ● 2인실 (또는 의학적으로 필요할 경우 1인실) ● 특수 식단 포함된 식사 ● 간호 서비스 ● 물리 치료, 작업 치료 및 언어 치료 ● 호흡 치료 ● 회원의 치료 계획에 따라 제공되는 약물. (여기에는 혈액 응고 인자처럼 체내에 자연적으로 존재하는 물질도 포함됩니다.) ● 보관 및 투여 포함한 혈액 ● 보통 요양 시설에서 제공되는 의료 및 외과용 용품 ● 요양 시설에서 보통 실시하는 검사실 검사 ● 요양 시설에서 보통 제공되는 X-레이 및 기타 영상의학 서비스 ● 요양 시설에서 보통 제공되는 보조기기(예: 휠체어)의 사용 ● 의사/의료 제공자 서비스 ● 내구성 의료 장비 ● 치과 서비스, 틀니 포함 ● 시력 혜택 ● 청력 검진 ● 척추 관리 ● 발 전문의 서비스 이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다	\$0

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

보장 서비스	회원의 지불 금액
간호 시설 관리* (계속) 진료는 네트워크 의료 제공자로부터 받습니다. 그러나 회원은 네트워크 외 시설에서 치료를 받을 수 있는 경우가 있습니다. 다음과 같은 시설이 저희 플랜의 지급 기준을 받아들이는 경우, 해당 시설에서 치료를 받을 수 있습니다: ● 병원에 입원하기 바로 이전에 회원이 거주하던 요양 시설 또는 지속적 돌봄 은퇴 커뮤니티(해당 시설이 요양 시설 서비스를 제공하는 경우) ● 회원이 병원을 떠나는 시점에 배우자 또는 파트너가 거주하고 있는 요양 시설. *승인 규칙이 적용될 수 있습니다. 의료 제공자에게 문의하여 의뢰를 받아야 합니다.	\$0
 비만 검진 및 체중 관리 치료 회원의 체질량지수 (body mass index, BMI) 가 30 이상인 경우, 저희 플랜은 체중 감량을 돕기 위한 상담 서비스를 제공합니다. 상담은 반드시 1차 진료 환경에서 받아야 합니다. 이렇게 하면 전체 예방 관리 계획과 함께 체계적으로 관리할 수 있습니다. 자세한 내용은 주치의와 상담하시기 바랍니다.	\$0

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

보장 서비스	회원의 지불 금액
오피오이드 치료 프로그램 (Opioid treatment program, OTP) 서비스* 플랜은 OTP 를 통한 오피오이드 사용 장애 (opioid use disorder, OUD) 치료를 위해 제공되는 다음 서비스를 보장합니다: ● 접수 절차 ● 정기적 평가 ● 식품의약청 (Food and drug Administration, FDA) 에서 승인된 약물 및, 해당된다면, 관리와 약물 제공 ● 약물 사용 카운슬링 ● 개인 및 그룹 치료 ● 신체 마약 또는 화학 물질 검사(독성 물질 검사) *승인 규칙이 적용될 수 있습니다.	\$0
외래 환자 진단 검사, 치료 서비스 및 물품* 플랜은 다음 서비스와, 여기에 나열되지 않은 의학적으로 필요한 기타 서비스도 보장합니다: ● 엑스레이 ● 방사선 치료(라돔 및 동위원소 치료), 기술자 재료 및 용품 포함 ● 드레싱 등과 같은 외과 용품 ● 골절 및 탈구 치료에 사용되는 부목(splints), 깁스 (casts), 기타 장치 ● 검사실 검사 (lab tests) ● 보관 및 투여 포함한 혈액 ● 의사 또는 다른 의료 제공자가 의료 상태를 치료하기 위해 지시한 경우, CT 검사, MRI, EKG, PET 스캔과 같은 비-검사실 진단 검사 (diagnostic non-laboratory tests) ● 기타 외래 환자 진단 검사 *승인 규칙이 적용될 수 있습니다. 의료 제공자에게 문의하여 의뢰를 받아야 합니다.	\$0

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

보장 서비스	회원의 지불 금액
외래 병원 관찰 (Outpatient hospital observation) 플랜은 회원이 입원 치료가 필요한지, 아니면 퇴원할 수 있는지를 결정하기 위한 외래 병원 관찰 서비스를 보장합니다. 이 서비스는 Medicare 기준을 충족해야 하며, 합리적이고 의학적으로 필요하다고 판단되어야 합니다. 관찰 서비스는 의사 또는 주 법과 병원 규정에 따라 환자를 입원시키거나 외래 검사를 지시할 권한이 있는 의료 제공자가 지시를 내린 경우에 만 보장됩니다. 참고: 의료 제공자가 회원을 공식적으로 입원시키는 입원 지시를 작성하지 않은 경우, 회원은 외래환자로 간주됩니다. 병원에서 하룻밤을 머무르더라도 회원이 외래환자로 간주될 수 있습니다. 회원이 입원환자인지 외래환자인지 확실하지 않은 경우, 병원 직원에게 문의하시기 바랍니다. 자세한 내용은 <i>Medicare Hospital Benefits</i> 안내서는 Medicare.gov/publi/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf에서 확인하십시오.	\$0
외래 병원 서비스* 저희는 회원이 질병이나 부상 진단 또는 치료를 위하여 병원의 외래 진료부에서 받는 의학적으로 필요한 서비스 비용을 부담합니다. 예시는 다음과 같습니다: • 응급실 또는 외래 클리닉에서 제공되는 서비스로서, 외래 수술이나 경과 관찰 서비스 등 • 병원에서 청구하는 검사실(Lab) 및 진단 검사 서비스 • 의사가 입원 치료가 필요하다고 판단하지 않는 경우 그 대안으로 시행되는 부분 입원 프로그램 등 정신건강 치료 • 병원에서 청구하는 X선 검사 및 기타 영상의학 서비스 • 부목, 깁스 등 의료용품 • 본인이 스스로 투여할 수 없는 일부 약물 및 생물학적 제제 *승인 규칙이 적용될 수 있습니다. 의료 제공자에게 문의하여 의뢰를 받아야 합니다.	\$0

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

보장 서비스	회원의 지불 금액
외래 정신건강 서비스* 저희는 다음과 같은 정신건강 서비스 제공자의 비용을 부담합니다: ● 주정부 면허가 있는 정신과 전문의 또는 의사 ● 임상 심리학자 ● 임상 사회복지사 (clinical social worker, CSW) ● 임상 전문 간호사 (clinical nurse specialist, CNS) ● 공인 전문 상담사 (licensed professional counselor, LPC) ● 공인 결혼·가족 치료사 (licensed marriage and family therapist, LMFT) ● 간호사(nurse practitioner, NP) ● 진료보조사(physician assistant, PA) ● 주 법률이 허용하는 기타 Medicare 자격을 갖춘 정신건강 전문가 저희는 다음과 같은 서비스 및 이 목록에 포함되지 않은 기타 서비스의 비용도 부담합니다: ● 클리닉 서비스 ● 주간 치료 ● 사회심리재활 (psychosocial rehab) 서비스 ● 일부 병원 또는 집중 외래 프로그램 ● 개인 및 그룹 정신 건강 평가 및 치료 ● 임상적으로 필요한 경우 정신건강 결과를 평가하기 위해 시행되는 심리검사 ● 약물 치료를 관찰할 목적의 외래 서비스 ● 외래 실험실,약품,용품 및 보조용품 ● 정신과 상담 *승인 규칙이 적용될 수 있습니다.	\$0

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

보장 서비스	회원의 지불 금액
재활 서비스* 저희는 물리 치료, 작업 치료, 및 언어 치료에 대한 비용을 부담합니다: 회원이 외래 재활 서비스를 받을 수 있는 곳은 병원 외래 진료부, 독립 치료사 사무실, 종합 외래 재활 시설 (comprehensive outpatient rehabilitation facilities, CORF), 그리고 기타 시설 등이 있습니다. *승인 규칙이 적용될 수 있습니다. 의료 제공자에게 문의하여 의뢰를 받아야 합니다.	\$0
외래 약물 사용 장애 서비스 저희는 다음과 같은 서비스 및 이 목록에 포함되지 않은 기타 서비스의 비용도 부담합니다: ● 알코올 오용 검사 및 상담 ● 약물 남용 치료 ● 유자격 임상 전문가의 단체 또는 개인 상담 ● 집중 외래 치료 센터에서 제공되는 알코올 및/또는 약물 관련 서비스 ● 지속 방출형 날트렉손 (Vivitrol) 치료	\$0
외래 수술* 저희는 병원 외래 시설과 이동식 수술 센터의 외래 환자 수술 및 서비스 비용을 부담합니다. 참고: 병원 시설에서 수술을 받는 경우, 회원이 입원환자인지 또는 외래환자인지에 대해 제공자에게 확인하셔야 합니다. 제공자가 회원을 병원 입원환자로 입원시키라는 지시서를 작성하지 않는 한, 회원은 외래환자입니다. 병원에서 하룻밤을 머무르더라도 회원이 외래환자로 간주될 수 있습니다. *승인 규칙이 적용될 수 있습니다. 의료 제공자에게 문의하여 의뢰를 받아야 합니다.	\$0

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

보장 서비스	회원의 지불 금액
완화치료 (Palliative care) 저희 플랜은 완화치료를 보장합니다. 완화치료는 중증 질환이 있는 사람을 위한 서비스입니다. 완화치료는 고통을 예측하고 예방하며 치료함으로써 삶의 질을 향상시키는, 환자와 가족 중심의 돌봄을 제공합니다. 완화치료는 호스피스가 아니므로, 완화치료를 받기 위해 회원이 6 개월 이하의 기대여명을 가져야 하는 것은 아닙니다. 완화치료는 치유 목적의 일반 치료와 동시에 제공됩니다. 완화치료에는 다음이 포함됩니다: ● 사전 돌봄 계획 ● 완화치료 평가 및 상담 ● 승인된 모든 완화치료 및 치유 치료, 정신건강 서비스 및 의료 사회복지 서비스를 포함한 돌봄 계획 ● 지정된 돌봄 팀이 제공하는 서비스 ● 돌봄 조정 ● 통증 및 증상 관리 회원이 21 세 이상인 경우, 호스피스와 완화치료를 동시에 받을 수 없습니다. 회원이 완화치료를 받고 있으며 호스피스 자격 기준을 충족하는 경우, 언제든지 호스피스 치료로 전환을 요청할 수 있습니다..	\$0
부분적 입원 서비스 및 집중 외래 서비스* 부분적 입원은 체계화된 적극적 정신과 치료 프로그램입니다. 이는 병원 외래 서비스 또는 지역사회 정신건강 센터에서 제공되며, 회원이 의사나 치료사 사무실에서 받는 치료보다 더 집중적인 서비스입니다. 이 서비스는 회원이 병원에 입원하지 않도록 돕는 데 효과적입니다. 집중 외래 서비스는 구조화된 적극적 행동(정신) 건강 치료 프로그램으로서, 병원 외래 서비스, 지역사회 정신건강 센터, 연방 공인 건강센터(FQHC), 또는 농촌 건강 클리닉에서 제공되는 서비스이며, 회원이 의사나 치료사 사무실에서 받는 치료보다 더 집중적이지만, 부분 입원 프로그램보다는 덜 집중적입니다. *승인 규칙이 적용될 수 있습니다.	\$0

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

보장 서비스	회원의 지불 금액
의사/의료 제공자 서비스, 의사 진료실 방문 포함* 다음 서비스 비용을 부담합니다: ● 다음과 같은 장소에서 제공되는 의학적으로 필요한 의료 관리 또는 수술: ○ 의사의 진료소 ○ 인증된 외래 수술 센터 ○ 병원 외래 진료부 ○ 기타 장소 ● 전문의 상담, 진단, 치료 ● 회원의 의사가 치료 필요 여부를 확인하기 위해 지시한 경우, 주치의가 시행하는 기본 청력 검사와 균형 검사 ● 병원 기반 또는 중환자 치료 병원 기반 신장 투석 센터, 신장 투석 시설, 또는 가정에서, 가정 투석을 하는 말기 신장질환 (end-stage renal disease, ESRD) 회원을 위한 월간 진료에 대한 원격의료 서비스 ● 뇌졸중 증상을 진단, 평가 또는 치료하기 위한 원격의료 서비스 ● 위치와 관계없이, 물질 사용 장애 또는 동반 정신건강 장애가 있는 회원을 위한 원격의료 서비스 ● 정신건강 장애의 진단, 평가 및 치료를 위한 원격의료 서비스 ● 농촌 건강 클리닉 및 연방 공인 건강센터에서 제공되는 정신건강 진료를 위한 원격의료 서비스 이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다	\$0

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

보장 서비스	회원의 지불 금액
의사/의료 제공자 서비스, 의사 진료실 방문 포함* (계속) • 의사와 (전화 또는 화상으로) 5~10분 동안 진행되는 가상 진료 (virtual check-in)인 경우 ○ 회원이 새 환자가 아닌 경우 그리고 ○ 진료가 지난 7일 이내의 사무실 진료와 관계된 것이 아닌 경우 그리고 ○ 진료가 24시간 이내 사무실 진료 또는 가장 가까운 시일 이내의 진료 예약으로 이어지지 않는 경우 • 다음의 경우, 회원이 의사에게 보내는 영상 및/또는 이미지를 의사가 평가하고, 24시간 이내에 해석 및 후속 조치 제공: ○ 회원이 새 환자가 아닌 경우 그리고 ○ 평가는 지난 7일 이내의 사무실 진료와 관계된 것이 아닌 경우 그리고 ○ 평가는 24시간 이내 사무실 진료 또는 가장 가까운 시일 이내의 진료 예약으로 이어지지 않는 경우 • 회원이 신규 환자가 아닌 경우, 의사가 다른 의사와 전화, 인터넷 또는 전자 건강기록을 통해 진행하는 상담 • 수술 전 두 번째 의견 *승인 규칙이 적용될 수 있습니다.	\$0
발 전문의 (Podiatry) 서비스 다음 서비스 비용을 부담합니다: • 발의 손상 및 질환 (발가락 기형(hammer toe)이나 발뒤꿈치 돌기(heel spurs) 등)에 대한 진단과 의학적 또는 외과적 치료 • 다리 건강에 영향을 주는 당뇨병 등과 같은 질환이 있는 회원을 위한 기본 발 관리	\$0

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

보장 서비스	회원의 지불 금액
 HIV 예방을 위한 노출 전 예방요법 (Pre-exposure prophylaxis, PrEP) 회원이 HIV 감염은 아니지만 의사 또는 다른 의료 제공자가 HIV 감염 위험이 높다고 판단하는 경우, 저희는 노출 전 예방요법 (PrEP) 약제 및 관련 서비스를 보장합니다. 자격을 충족하는 경우, 보장되는 서비스는 다음과 같습니다: ● FDA 승인 경구 또는 주사형 PrEP 약제이며, 해당되는 경우 약물 주사 비용도 포함. ● 12 개월마다 최대 8회의 개별 상담 (예: HIV 위험 평가, HIV 위험 감소, 약물 복용 순응 상담). ● 12 개월마다 최대 8회의 HIV 선별검사. ● 1 회 시행되는 B형 간염 바이러스 선별검사.	\$0
 전립선 암 선별검사 50 세 이상 남성의 경우 저희가 다음 서비스 비용을 12 개월마다 1 회 부담합니다: ● 디지털 직장 검사 ● 전립선특이항원 (Prostate Specific Antigen, PSA) 검사	\$0

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

보장 서비스	회원의 지불 금액
의지 및 보조 기기와 관련 용품* 의지 (보철) 는 신체의 일부 또는 신체 기능을 대체하는 장치입니다. 다음이 포함되나 이에 국한되지 않습니다: • 의지 및 보조기기의 시험, 피팅, 또는 사용 훈련 • 결장루 (colostomy) 관리와 관련된 결장루 주머니 및 용품 • 경장 (enteral) 및 정맥 (parenteral) 영양 공급이 포함되며, 급식 키트, 주입 펌프, 튜빙 및 어댑터, 용액, 그리고 자가 주사에 필요한 용품 등 • 심박조율기 (Pacemaker) • 보조기 (Brace) • 의지 신발 • 인공 팔과 다리 • (유방절제술 후 수술용 브래지어를 포함한) 유방 의지 • 질병, 부상, 또는 선천적 결함으로 인해 제거되거나 손상된 얼굴 외부 신체 부위를 대체하는 의지 • 실금 (요실금) 용 크림과 기저귀 저희는 일부 의지 및 보조기기와 관련된 용품 비용을 부담합니다. 또한 저희는 의지 및 보조기기의 수리 또는 교체 비용도 부담합니다. 백내장 제거 또는 백내장 수술 후 일부 보장도 제공합니다. 자세한 내용은 이 차트의 뒤쪽 “시력 관리 (Vision care)” 를 참고하시기 바랍니다. *승인 규칙이 적용될 수 있습니다.	\$0

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

보장 서비스	회원의 지불 금액
폐 재활 서비스* 저희는 중등도에서 매우 중증의 만성 폐쇄성 폐질환 (COPD) 을 가진 회원을 위한 폐 재활 프로그램 비용을 부담합니다. 회원이 폐 재활을 받기 위해서는 COPD 를 치료하고 있는 의사 또는 제공자의 의뢰서를 받아야 합니다. *승인 규칙이 적용될 수 있습니다. 의료 제공자에게 문의하여 의뢰를 받아야 합니다.	\$0
 형 간염 바이러스 감염 선별검사 회원의 주치의 또는 다른 자격을 갖춘 의료 제공자가 선별검사를 지시하고, 회원이 다음 조건 중 하나를 충족하는 경우, 저희는 1 회의 C 형 간염 선별검사를 보장합니다: ● 불법 주사 약물을 사용하거나 사용한 이력이 있어 고위험군인 경우. ● 회원이 1992 년 이전에 수혈을 받은 경우. ● 회원이 1945-1965 년 사이에 출생한 경우. 회원이 1945-1965 년 사이에 출생하였으나 고위험군으로 분류되지 않는 경우, 저희는 1 회의 선별검사를 보장합니다. 회원이 고위험군인 경우 (예: 이전 C 형 간염 선별검사에서 음성 판정을 받은 이후에도 불법 주사 약물 사용이 계속된 경우), 저희는 매년 선별검사를 보장합니다.	\$0
 성 매개 감염 (Sexually transmitted infections, STIs) 선별 검사 및 상담 저희는 클라미디아, 임질, 매독, 그리고 B 형 간염 선별검사를 보장합니다. 이 선별검사는 임신 중인 여성과 STI 위험이 증가한 일부 회원에게 적용됩니다. 주치의가 검사를 지시해야 합니다. 저희는 이 검사를 12 개월마다 1회 또는 임신 중 특정 시점에 보장합니다. 저희는 성매개감염 (STI) 위험이 증가한 성적으로 활동적인 성인을 위한 대면 고강도 행동 상담을 매년 최대 2 회까지 보장합니다. 각 상담은 20~30 분 동안 진행됩니다. 저희는 이 같은 상담을 주치의에 의해 제공되는 경우에만 예방 서비스로서 보장합니다. 상담은 반드시 의사의 진료실과 같은 1 차 진료 환경에서 이루어져야 합니다.	\$0

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

보장 서비스	회원의 지불 금액
전문 요양시설 (Skilled nursing facility, SNF) 진료* 전문 요양시설 (SNF) 치료의 정의는 제 12장을 참고하시기 바랍니다. 저희는 다음과 같은 서비스 및 이 목록에 포함되지 않은 기타 서비스의 비용도 부담합니다: • 2 인실 또는 의학적으로 필요한 경우 1 인실 • 특수 식단 포함된 식사 • 숙련 간호 서비스 • 물리 치료, 작업 치료 및 언어 치료 • 치료 계획의 일부로 제공되는 약물이며, 혈액응고 인자와 같이 인체에 자연적으로 존재하는 물질도 포함 • 보관 및 투여 포함한 혈액 • SNF 에서 제공하는 의료 및 외과 용품 • SNF 에서 시행하는 검사실(Lab) 검사 • 요양시설에서 제공하는 X 선 및 기타 영상의학 서비스 • 요양시설에서 일반적으로 제공하는 휠체어 등 보조기기 • 의사/제공자 서비스 회원은 일반적으로 네트워크 시설에서 SNF 치료를 받습니다. 특정 조건을 충족하는 경우, 회원은 네트워크에 속하지 않은 시설에서도 치료를 받을 수 있습니다. 회원은 다음 장소에서 저희 플랜의 지급 기준을 받아들이는 경우 치료를 받을 수 있습니다: • 회원이 병원에 입원하기 전에 거주하던 요양시설 또는 계속적 돌봄 은퇴 커뮤니티(해당 시설이 요양 시설 서비스를 제공하는 경우) • 병원을 떠나는 시점에 회원의 배우자 또는 파트너가 거주하고 있는 요양시설 *승인 규칙이 적용될 수 있습니다. 의료 제공자에게 문의하여 의뢰를 받아야 합니다.	\$0

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

보장 서비스	회원의 지불 금액
 흡연 및 담배 사용 중단 흡연 및 담배 사용 중단을 위한 상담은 다음 기준을 충족하는 사람에게 외래 및 입원환경에서 보장됩니다: ● 토바코 관련 질환의 징후나 증상을 보이지 않더라도 토바코를 사용하는 경우 ● 상담 중 적절한 판단 능력이 있고 의식이 명료함 ● 자격을 갖춘 의사 또는 Medicare에서 인정한 다른 의료 제공자가 제공하는 상담 저희는 연간 두 번의 금연 시도를 보장합니다 (각 시도에는 중간 수준 또는 고강도의 상담 최대 4회가 포함될 수 있어, 연간 최대 총 8회의 상담을 받을 수 있습니다).	\$0

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

보장 서비스	회원의 지불 금액
만성 질환자를 위한 특별 보충 혜택 (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) 아래에 나열된 만성질환 중 하나 또는 그 이상을 가지고 있고, 입원 위험이 있거나 건강 유지를 위한 도움이 필요하며, 집중적인 돌봄 조정이 필요한 경우, 회원은 특별 혜택을 받을 자격이 있을 수 있습니다. ● 만성 알코올 및 기타 약물 의존; ● 결절성 다발동맥염, 류마티스성 다발근통, 다발근염, 류마티스 관절염 및 전신성 홍반성 루푸스에 국한된 자가면역 질환; ● 암, 암 전 단계 또는 상피내암 제외; ● 심장 부정맥, 관상동맥 질환, 말초 혈관 질환 및 만성 정맥 혈전색전성 질환에 국한된 심혈관 질환; ● 만성 심부전; ● 만성 고혈압; ● 치매; ● 만성 고지혈증; ● 당뇨병; ● 과체중, 비만, 및 대사 증후군; ● 만성 위장관 질환 ● 만성 신장질환 (Chronic kidney disease, CKD) ● 중증 혈액 질환은 재생불량성 빈혈, 혈우병, 면역성 혈소판감소성 자반증, 골수형성이상증후군, 겸상적혈구병 (겸상적혈구 형질은 제외), 만성 정맥 혈전색전성 질환으로 제한됨 이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다	\$0

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

보장 서비스	회원의 지불 금액
만성 질환자를 위한 특별 보충 혜택 (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) (계속) ● HIV/AIDS (에이즈); ● 천식, 만성기관지염, 폐기종에 국한된 만성 폐질환; 폐섬유증 및 폐고혈압; ● 양극성 장애, 주요 우울 장애, 편집성 장애, 조현병, 조현정동 장애에 국한된 만성 및 장애성 정신 건강 상태; 근위축성 측색 경화증 (ALS, Amyotrophic lateral sclerosis), 간질, 광범위 마비 (예: 편마비, 사지마비, 하지마비, 단마비), 헌팅턴병, 다발성 경화증, 파킨슨병, 다발신경병증, 척추관 협착증 및 뇌졸중 관련 신경학적 결손으로 제한되는 신경계 질환; ● 뇌졸중; ● 장기 이식 후; ● 면역결핍 및 면역억제 질환; ● 인지 장애 관련 질환; ● 기능 장애가 있는 질환; ● 시력, 청력(난청), 미각, 촉각, 후각을 손상시키는 만성 질환; 그리고 ● 개인이 기능을 유지하거나 유지하기 위해 지속적인 치료 서비스가 필요한 질환. 이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다	\$0

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

보장 서비스	회원의 지불 금액
만성 질환자를 위한 특별 보충 혜택 (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) (계속) SSBCI 자격을 충족하는 경우 다음과 같은 SSBCI 혜택을 받을 수 있습니다: ● 식품 및 농산물 지원 이 혜택에 포함되는 항목은 이 표 앞쪽의 “OneCare 플렉스 카드” 항목을 참고하시기 바랍니다. ● 식료품점 및 헬스장까지의 교통 지원 이 혜택에 포함되는 내용은 이 표 뒤쪽의 “교통 지원” 항목을 참고하시기 바랍니다.	\$0

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

보장 서비스	회원의 지불 금액
지도된 운동 치료 (Supervised exercise therapy, SET)* 저희는 증상이 있는 말초동맥질환 (peripheral artery disease, PAD) 을 가진 회원이 PAD 치료를 담당하는 의사로부터 PAD 관련 의뢰서를 받은 경우, 지도된 운동 치료 (SET) 를 보장합니다. 저희는 다음을 보장합니다: - 모든 SET 요건을 충족할 경우, 12 주 기간 동안 최대한 36번의 치료 - 의료제공자로부터 의학적으로 필요하다고 결정된 경우, 추가 36 번의 치료 SET 프로그램은 다음과 같아야 함: - 혈류 부족으로 인한 다리 경련(파행증)을 가진 PAD 을 가진 회원을 위한 30~60분 동안의 치료적 운동 훈련 프로그램 - 병원 외래 치료 또는 의사 사무실에서의 치료 - 치료를 통해 해보다 이득이 더 많을 수 있도록 PAD를 위한 운동 요법을 훈련 받고 자격을 갖춘 전문가가 제공해야 함 - 기본 및 고급 단계의 생명 지원 기술의 교육을 받은 의사, 의사보조 (physician assistant, PA) 또는 간호실무사 (nurse practitioner, NP)/임상 전문 간호사 (clinical nurse specialist, CNS) 의 직접적 감시 아래 *승인 규칙이 적용될 수 있습니다. 의료 제공자에게 문의하여 의뢰를 받아야 합니다.	\$0

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

보장 서비스	회원의 지불 금액
교통편: 비용급 의료 교통편* 이 혜택은 플랜과 Medicare에서 보장되는 서비스를 위해 의료 운송을 제공합니다. 여기에는 구급차, 들것 차량 (litter van), 휠체어 차량, 의료 운송 서비스, 그리고 파라 트랜지트 (paratransit) 와의 조정 등이 포함될 수 있습니다: 다음 경우에 교통 수단이 승인됩니다: 의료 제공자가 회원의 의학적 또는 신체적 상태 때문에 버스, 승용차, 택시, 기타 공공 또는 민간 교통수단을 이용할 수 없다고 판단한 경우, 그리고 사전 승인 (prior authorization) 이 필요하며, 회원은 탑승을 조정하기 위해 플랜에 전화해야 합니다. 차량 서비스를 예약을 위해 근무일 기준 적어도 이틀전에 고객 서비스에 번호 1-866-612-1256 (TTY 711) 으로 전화하십시오. 이 서비스를 이용하는 방법에 대한 자세한 내용은 제 3장, 섹션 G1을 참고하시기 바랍니다. *승인 규칙이 적용될 수 있습니다. 의료 제공자에게 문의하여 의뢰를 받아야 합니다.	\$0

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

보장 서비스	회원의 지불 금액
교통편: 비의료 교통편 이 혜택은 의료 서비스를 위한 승용차, 택시 또는 기타 공공/개인 교통편 등의 교통 수단을 허락합니다. 치과 예약을 위한 이동과 약물을 수령하기 위한 이동이 포함된 Medi-Cal에서 보장하는 필요한 의료 서비스를 이용할 때 교통편이 필요합니다. Medi-Cal 그리고 Medicare 가 함께 보장하는 서비스에 대한 교통편도 포함됩니다. 회원은 의학적으로 필요한 보장 서비스 이용을 위해 플랜이 승인한 장소까지 왕복 교통편을 무료로 무제한으로 이용할 수 있습니다: ● 의사 진료 예약 ● 처방약 및 의료용품 픽업 ● 치료 예약 만성 질환자를 위한 특별 추가 혜택 (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) 회원이 SSBCI 자격을 충족하는 경우, 저희 플랜은 다음 장소까지의 편도 300 회 이동도 보장합니다: ● 식료품점 ● 헬스장 이용 가능 거리는 10 마일 반경으로 제한. ● 헬스장과 식료품점으로 이동하는 교통수단에는 택시 및 기타 공공 교통수단이 포함됩니다. 차량 서비스를 예약을 위해 근무일 기준 적어도 이틀전에 번호 1-866-612-1256 (TTY 711) 으로 전화하십시오. 모든 운행은 플랜을 통해 조정되어야 합니다. 플랜을 통해 조정되지 않은 운행에 대해서는 플랜이 비용을 환급하지 않습니다. 이 서비스에 대한 자세한 내용은 제 3장, 섹션 G2 을 참고하시기 바랍니다.	\$0

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

보장 서비스	회원의 지불 금액
긴급하게 필요한 진료 긴급히 필요한 진료는 다음을 치료하기 위해 제공되는 진료입니다: ● 즉시 의학적 치료가 필요한 비응급 상황 또는 ● 예기치 못한 질병 또는 ● 부상 또는 ● 즉시 진료가 필요한 증세. 긴급 진료가 필요한 회원은 먼저 네트워크 의료 제공자에게 받기 위해 노력해야 합니다. 그러나 시간, 장소, 또는 상황으로 인해 네트워크 제공자에게 갈 수 없거나, 네트워크 제공자로부터 이 서비스를 받는 것이 불가능하거나 무리한 경우에는 네트워크 외 제공자를 이용할 수 있습니다. (예: 회원이 플랜의 서비스 지역 밖에 있고, 예기치 못한 상태에 대해 의학적으로 필요한 즉각적인 서비스를 필요로 하지만 의료 응급상황은 아닐 때가 이에 해당됩니다). 저희는 미국 밖에서 회원이 받은 응급 치료, 긴급 치료, 그리고 응급 운송 비용을 최대 \$100,000 까지 지원합니다. 서비스는 미국 내에서 동일한 서비스가 제공될 경우 적용될 의료 필요성 및 적절한 조건 하에서 전 세계적으로 적용됩니다. 받으신 서비스에 대해 비용을 먼저 지불하신 후, 퇴원 요약서 또는 이와 비슷한 의료 서류와, 가능하면 미국 달러로 지불한 뒤 영수증을 받으십시오. 환불 요청과 필요한 모든 서류를 CalOptima Health OneCare Complete 로 제출하시면, 저희가 의학적 필요성 및 조건을 검토한 후 환불을 해드립니다.	\$0 긴급히 필요한 서비스에 대한 본인부담금. 회원이 미국 외 지역에서의 응급 치료, 긴급 치료 및 응급 교통편 비용을 지불하시면, 저희가 연간 최대 \$100,000 까지 환불해 드립니다.

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

보장 서비스	회원의 지불 금액
시력 관리 정기 시력 서비스 회원이 VSP 네트워크 제공자를 이용하는 경우, 저희는 정기 시력 서비스를 보장합니다. 가까운 참여 제공자를 찾으시려면 제공자 목록을 방문하시기 바랍니다. 회원의 정기 시력 혜택에는 다음이 포함됩니다: ● 달력연도마다 1회의 정기 시력 검진 ● 2 년마다 안경 (테와 렌즈), 콘택트렌즈, 그리고 수리 등에 최대 \$500 까지 보장. Medicare 보장 서비스 다음 서비스 비용을 부담합니다: ● 정기 눈 검사 연 1 회 그리고 ● 2 년마다 안경 (테와 렌즈) 또는 콘택트렌즈에 대해 최대 \$100까지 보장 저희는 눈의 질환과 부상에 대한 진단 및 치료를 위한 외래 의사 서비스를 보장합니다. 예를 들어, 노인성 황반변성 치료가 이에 해당됩니다. 녹내장 위험이 높은 회원의 경우, 저희는 매년 1회 녹내장 선별검사를 보장합니다. 녹내장 고위험군에는 다음이 포함됩니다: ● 녹내장 가족력이 있는 사람 ● 당뇨병이 있는 사람 ● 50 세 이상 아프리카계 미국인 ● 65 세 이상 히스패닉계 미국인 당뇨병이 있는 회원에게는 매년 1회의 당뇨망막병증 선별검사를 보장합니다. 이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다	\$0 눈질환 진단 및 치료를 위한 검진 (연간 녹내장 검진 포함). \$0 정기적 눈 검사 (연간 최대 1 회) 매년 정기적인 안과 검진 1 회 및 2 년마다 안경 (테와 렌즈), 콘택트 렌즈 및 수리에 대한 최대 \$500. \$0 백내장 수술 후 안경 또는 콘택트렌즈에 대한 본인 부담금.

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

보장 서비스	회원의 지불 금액
 시력 관리 (계속) 의사가 인공 수정체를 삽입하는 백내장 수술을 받은 후, 저희는 안경 또는 콘택트렌즈 1 쌍을 보장합니다. 회원이 두 번의 별도 백내장 수술을 받는 경우, 각 수술 후마다 안경 1 쌍을 받아야 합니다. 첫 번째 수술 후 안경을 받지 않았더라도, 두 번째 수술 후에 두 쌍의 안경을 받을 수는 없습니다.	\$0
 “Welcome to Medicare” 예방 진료 방문 저희는 1 회의 “Welcome to Medicare” 예방 진료 방문 비용을 부담합니다. 이 방문에는 다음이 포함됩니다: • 회원의 건강 점검 • 회원에게 필요한 예방 서비스(선별검사와 예방접종 (백신) 등을 포함)에 대한 교육과 상담 그리고 • 필요 시 기타 진료를 받기 위한 의뢰서. 참고: 저희는 회원이 Medicare 파트 B에 가입한 첫 12개월 동안에만 “Welcome to Medicare(메디케어에 오신 것을 환영)” 예방 진료를 보장합니다. 예약을 잡을 때, 회원은 의사 사무실에 “Welcome to Medicare” 예방 진료를 예약하고 싶다고 알려야 합니다.	\$0

E. 지역사회 지원

지역사회 지원은 회원의 개인별 관리 플랜(Individualized Care Plan)에 따라 제공될 수 있습니다. 지역사회 지원은 Medi-Cal 주정부 플랜에 따라 보장되는 회원들에게 의학적으로 적절하고 비용 효율적인 대체 서비스 또는 환경입니다. 이런 서비스는 회원들이 필요하면 선택할 수 있습니다. 자격이 있는 경우 이러한 서비스는 회원이 보다 독립적으로 생활하도록 도울 수 있습니다. 이미 Medi-Cal을 통해 받고 있는 혜택을 대체하지 않습니다.

저희가 제공하는 지역사회 지원 서비스의 예로는 의료적으로 도움이 되는 식료품 및 식사, 의료 맞춤형 식사, 회원 또는 돌봄 제공자를 위한 지원, 그리고 샤워 손잡이 설치나 경사로 설치 등이 있습니다.

지역사회 지원 서비스를 이용하려면 자가 의뢰, 의료 제공자의 의뢰 또는 지역사회 지원 제공자의 의뢰를 통해 요청할 수 있습니다. 의뢰 양식은 CalOptima Health 웹사이트에서 확인할 수 있습니다: <https://www.caloptima.org/en/health-insurance-plans/medi-cal/benefits-and-services/community-supports#Flyers>.

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

보조 주거 시설 (Assisted Living Facility, ALF) 전환

보조 주거 시설 전환 (이전 명칭 ‘요양 시설 전환/ 노인 및 성인용 주거 보호 시설과 같은 보조 지원 시설로의 전환 또는 입소 방지’)은 가능한 경우 회원이 지역사회에서 생활하고 시설 입소를 피할 수 있도록 돕기 위해 설계된 서비스입니다. 이 서비스의 목적은 요양시설에서 회원이 집과 유사한 지역사회 환경으로 복귀할 수 있도록 돕거나, 지역사회에서 생활하는 회원의 요양시설 입원을 예방하는 데 있습니다.

본 서비스 정의에서 ‘보조 주거 시설(assisted living facility, ALF)’이라는 용어는 노인 주거 요양 시설 (Residential Care Facility for the Elderly, RCFE) 또는 성인 주거 요양 시설(Adult Residential Care Facility, ARF)을 포함합니다.

천식 치료

천식 개선 지역사회 지원은 회원의 건강, 복지, 안전을 보장하거나, 급성 천식 발작 발생 가능성을 줄이면서 회원이 가정에서 생활할 수 있도록 하기 위해 필요한 가정 환경의 용품 및/또는 물리적 개조를 포함합니다.

천식 개선은 천식 예방 서비스 (Asthma Preventive Services, APS) Medi-Cal 주 계획 서비스에 대한 선택적 보완 서비스입니다. APS에는 클리닉 기반의 천식 자가 관리 교육, 가정 기반의 천식 자가 관리 교육, 급성 천식 발작 가능성을 줄일 수 있는 주택 내 물리적 개선사항이나 필요한 물품을 확인하기 위한 가정 내 환경 유발요인 평가 등이 보장됩니다. APS는 주 법에 따라 해당 업무 범위 내에서 진료를 제공하는 의사 또는 기타 면허가 있는 치료 전문인의 의뢰가 필요합니다.

지역사회 또는 가정 전환 서비스

지역사회 또는 가정 전환 서비스 (이전 명칭 “지역사회 전환 서비스/요양시설에서 가정으로의 전환”)는 회원이 지역사회에서 생활하고 요양시설로의 추가적 시설 입소를 피할 수 있도록 돕는 서비스입니다.

지역사회 또는 가정 전환 서비스는 회원이 허가받은 요양시설에서 퇴소하여, 개인 주택 또는 공공 보조 주택으로 전환하도록 지원하며, 이 경우 회원은 본인의 생활비를 위한 자금 확보를 직접 책임집니다.

주간 재활 프로그램

주간 재활 프로그램은 회원이 정상적인 환경에서 성공적으로 거주하는 데 필요한 자립, 사회화 및 적응 기술을 습득, 유지 및 개선하는 데 도움이 되도록 설계되었습니다. 서비스는 회원의 집 또는 집 이외의, 시설이 아닌 환경에서 제공됩니다.

환경 접근성 적응 (주택 개조)

환경 접근성 적응(Environmental Accessibility Adaptations, EAA) 주택 주택 개조(Home Modifications)라고도 함)은 회원의 건강, 복지 및 안전을 보장하거나 집에서 더 큰 독립성을 가지고 기능할 수 있도록 하기 위해 필요한 주택의 물리적 개조를 말하며 이러한 개조가 없으면 회원은 시설에 입소해야 할 상황이 발생할 수 있습니다.

해당 서비스는 회원이 소유, 임차, 리스 또는 점유하고 있는 주택에서 제공됩니다.

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

거주지 보증금

거주지 보증금은 회원이 기본적인 가정을 꾸릴 수 있도록 필요한 일회성 서비스와 주거 환경 수정 사항을 확인하고, 조정하며, 확보하거나, 자금을 지원하는 데 도움을 줍니다. 회원에게 제공되는 서비스와 물품은 개별적 필요성 평가에 근거되어야 하며, 회원의 주거 지원 계획에 명시되어야 합니다. DHCS는 더 이상 '주거 보증금(Housing Deposits)' 지원을 받기 위한 조건으로 지역사회 지원 서비스(Community Supports) HTNS(주거 전환 내비게이션 서비스)를 이용할 것을 더 이상 회원에게 요구하지 않습니다. 많은 사람들이 본 서비스를 받기 전에 HTNS(최소한 임차인 심사, 주거 평가 및 주거 지원 계획)를 받았을 수 있으나, 이는 자격 요건의 필수 조건은 아닙니다.

주택 임대 및 유지 서비스 (Housing Tenancy and Sustaining Services, HTSS)

주거 임대 및 유지 서비스(HTSS)는 주거지를 확보한 후 회원이 안전하고 안정적인 거주를 유지할 수 있도록 지원합니다. 제공되는 서비스는 회원의 개별 평가를 기반으로 해야 하며, 회원의 주거 지원 계획에 문서화되어야 합니다.

주거 전환 내비게이션 서비스 (Housing Transition Navigation Services, HTNS)

주거 전환 내비게이션 서비스(HTNS)는 회원이 주거지를 찾고, 신청하고, 확보하는 것을 지원합니다. 제공되는 서비스는 회원의 개별화된 필요 평가를 기반으로 해야 하며, 회원의 주거 지원 계획에 문서화되어야 합니다.

의학적 맞춤 식사 (Medically Tailored Meals, MTM)/ 의학적 지원 식품 (Medically Supportive Food, MSF)

의료 맞춤형 식사(MTM)와 의료적으로 지원되는 식품(MSF) 서비스는 영양에 민감한 만성 질환 또는 기타 중증 질환을 가진 개인의 상태를 다루기 위해 설계된 서비스입니다. 이 서비스는 질환의 악화를 예방하고, 치료 및 관리하며, 질병의 근본적인 기전을 개선하여 건강 결과를 향상시키고 불필요한 비용을 줄이는 것을 목표로 합니다.

MTM/MSF에 대한 의뢰는 회원의 의료 관리팀 또는 CalOptima Health에서 시작해야 합니다. 여기에는 주치의(primary care providers), 전문의(specialists), 입원 진료 제공자(inpatient providers), 영양사(dietitians), 클리닉 케어 매니저, 병원 사회복지사(hospital social workers), 또는 회원의 임상 진료팀의 다른 구성원이 포함되지만 이에 국한되지 않습니다.

개인 돌봄 및 가사 지원 서비스 (Personal Care and Homemaker Services, PCHS)

개인 돌봄 서비스 및 가사 지원 서비스(Personal Care Services and Homemaker Services, PCHS)는 목욕, 옷 입기, 배설, 보행, 식사와 같은 일상생활활동(Activities of Daily Living, ADL)에 대한 도움이 필요한 회원에게 제공될 수 있습니다. 개인 돌봄 서비스에는 식사 준비, 식료품 구매, 금전 관리와 같은 도구적 일상생활활동(Instrumental Activities of Daily Living, IADLs)에 대한 지원도 포함됩니다.

IHSS(가정 내 지원 서비스) 프로그램에서 제공되는 서비스와 유사한 서비스가 포함됩니다. 예를 들면 집안 청소, 식사 준비, 세탁, 식료품 구매, 개인 관리 서비스(배설 관리, 목욕, 위생 관리, 간호 보조 서비스



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

등), 의료 약속 동행, 정신적 장애가 있는 사람을 위한 보호 감독 등이 포함됩니다. PCHS는 그렇지 않으면 집에서 지낼 수 없는 회원들이 자택에 머물 수 있도록 돕는 서비스입니다.

회복 돌봄 (의료 임시 돌봄)

회복 돌봄(Recuperative Care), 또는 의료 휴식 돌봄(medical respite care)라고도 불리는 본 서비스는 현재 노숙 상태이거나 노숙 위험이 있는 회원이 부상이나 질병에서 회복할 수 있도록 단기 거주 환경에서 현장 임상 감독이 이루어지는 치료 조정, 사례 관리 및 의료와 사회 서비스(행동 건강 상태 포함)에 접근할 수 있도록 제공되는 서비스입니다. 이 서비스는 응급실(ED) 방문, 병원 입원 또는 기타 기관 기반 치료가 필요할 정도로 의학적 요구도가 높은 회원들을 위한 것입니다.

돌봄 제공자 휴식 서비스(Caregiver Respite)

돌봄 제공자 휴식 서비스는 간헐적으로 임시 감독이 필요한 회원을 돌보는 보호자에게 제공됩니다. 이 서비스는 의료적 성격이 아니며, 평소 회원을 돌보거나 감독하는 사람이 부재하거나 휴식이 필요한 경우 단기간 제공됩니다.

가정 돌봄 제공자 휴식(Home Caregiver Respite) 서비스는 회원의 자택 또는 회원이 집으로 사용하고 있는 다른 장소에서 제공됩니다.

숙취 회복 센터 (Sobering Centers)

숙취 회복 센터는 공공장소에서 음주(알코올 및/또는 기타 약물 사용)로 인해 발견된 회원을 위해 마련된 대체 시설로서, 응급실이나 구치소로 이송되는 대신 이용할 수 있는 장소입니다. 숙취 회복 센터는 주로 노숙을 경험하거나 거주 환경이 불안정한 회원에게 안전하고 지원적인 환경을 제공하여 술이 깰 수 있도록 돕습니다.

숙취 회복 센터(Sobering Centers)는 의료 트리아지, 검사실 검사, 임시 침대, 탈수 회복을 위한 수액 및 음식 제공, 구역질 치료, 상처 치료 및 드레싱 교체, 샤워 및 세탁 시설, 약물 사용 관련 교육 및 상담, 추가 약물 사용 서비스 또는 필요한 다른 의료 서비스와 연계해 주는 안내 및 따뜻한 연계(warm hand-offs), 노숙 상태인 사람들을 위한 돌봄 지원 서비스와 같은 서비스를 제공합니다.

전환 임대 (Transitional Rent)

CalOptima Health는 제한된 상황에서 전환 임대를 제공합니다. 전환 임대는 노숙 상태이거나 노숙자 위험이 있는 Medi-Cal 회원을 위해 마련된 서비스로, 임시 또는 영구 주거 환경에서 최대 6개월간의 임대 지원을 제공할 수 있습니다. 이 지원은 주거 불안정을 겪고 있으며 특정 임상적 위험 요인이 있고, 최근 중요한 생활 전환(예: 시설 또는 교정 기관, 위탁 보호 종료 등)을 겪었거나 기타 정해진 자격 기준을 충족하는 회원을 대상으로 합니다.

CalOptima Health는 다음 조건을 충족하는 회원에게 이 서비스를 제공합니다: 행동 건강 대상군의 임상적 위험 요인을 충족하고(특수 정신건강 서비스(SMHS), Drug-Medi-Cal(DMC), 또는 DMC-조직적 전달체계 접근 기준 충족), 노숙 상태이거나 노숙자가 될 위험이 있으며, 전환 인구(Transitioning Population)에 포함되었거나, 보호 시설 없는 노숙 상태이거나, Full-Service Partnership 자격을 갖춘 경우.

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

회원이 전이 임대(Transitional Rent) 승인을 받으면, 해당 회원은 자동으로 적절한 주거 트리오(Housing Trio) 서비스 (주거 전환 탐색 서비스, 주거 보증금 지원, 주거 유지 및 지속 서비스) 대상 자격이 있다고 판단됩니다.

회원들은 전환 경로와 이용 가능한 자원인 Medi-Cal 주거 보조금 및 행동 건강 서비스법과 같은 지원 서비스뿐만 아니라 211 오렌지 카운티(211 Orange County)와 United Way Orange County와 같은 비 Medi-Cal 주거 보조금 및 지원 서비스도 포함합니다. 211 Orange County와 United Way Orange County는 회원이 전이 임대(Transitional Rent)를 종료할 때 오렌지 카운티의 CES/HMIS 시스템을 이용하여 영구적이고 안정적인 주거로 연결될 수 있는 경로를 마련하도록 도울 수 있습니다. 회원은 2-1-1 또는 1-949-646-4357로 전화하여 의뢰 상담사와 연결될 수 있습니다.

도움이 필요하시거나 어떤 지역사회 지원을 이용할 수 있는지 알기 원하시는 경우, 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락하십시오.

F. 저희 플랜 외에서 보장되는 혜택

저희는 다음 서비스를 보장하지 않지만, 이 서비스들은 Medi-Cal 서비스별 지불(fee-for-service)를 통해 이용할 수 있습니다.

F1. 캘리포니아 지역사회 전환 (California Community Transitions, CCT)

캘리포니아 지역사회 전환 (CCT) 프로그램은 지역의 주도 기관 (Lead Organizations) 을 통해, 최소 60 일 연속으로 입원 시설에서 생활한 자격 있는 Medi-Cal) 수혜자가 지역사회 환경으로 안전하게 복귀하고 그 환경에서 지속적으로 생활할 수 있도록 지원합니다. CCT 프로그램은 전환 이전 기간 동안과 전환 후 365 일 동안 전환 조정 서비스를 제공하기 위한 자금을 지원하여, 수혜자가 지역사회 환경으로 돌아갈 수 있도록 돕습니다.

회원은 본인이 거주하는 카운티를 담당하는 CCT 주도 기관으로부터 전환 조정 서비스를 받을 수 있습니다. CCT 주도 기관과 이들이 담당하는 카운티 목록은 보건 의료 서비스부 (Department of Health Care Services) 웹사이트에서 확인할 수 있습니다:

www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.

CCT 전환 조정 서비스를 위해

Medi-Cal에서 전환 조정 서비스에 대한 비용을 부담합니다. 이 서비스와 관련하여 회원이 지불하는 비용은 없습니다.

CCT 전환과 무관한 서비스를 위해

의료 제공자는 저희에게 회원의 서비스 비용을 청구합니다. 플랜에서 전환 후에 서비스 비용을 지불합니다. 이 서비스와 관련하여 회원이 지불하는 비용은 없습니다.

회원이 CCT 전환 조정 서비스를 받고 있는 동안, 저희는 **섹션 D**의 혜택 차트에 나열된 서비스를 보장합니다.

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약물 보장 혜택에는 변경 사항이 없음

CCT 프로그램은 약물을 보장하지 **않습니다**. 회원은 계속해서 저희 플랜을 통해 정상적인 약물 혜택을 받습니다. 더 자세한 정보는 **회원 안내서 제 5 장**을 참고하십시오.

참고: 회원이 CCT와 관련되지 않은 전환 치료가 필요한 경우, 서비스 조정을 위해 회원의 개인 관리 코디네이터에게 연락하시기 바랍니다. 비 CCT 전환 치료는 기관이나 시설에서의 전환과 관련되지 않은 치료입니다.

F2. Medi-Cal Dental

일부 치과 서비스는 Medi-Cal Dental 을 통해 제공됩니다.

자세한 정보는 웹사이트 SmileCalifornia.org 에서 확인하실 수 있습니다. Medi-Cal Dental 에는 다음과 같은 서비스가 포함되지만, 이에 국한되지 않습니다:

- 초기 진료, X레이 촬영, 치아 세정, 실런트 및 불소 치료
- 보철물 및 크라운
- 근관 치료 (root canal therapy)
- 부분 및 완전 틀니, 조정, 수리 및 리라인 (reline)

Medi-Cal) 치과 혜택에 대한 자세한 정보를 원하시거나 또는 Medi-Cal Dental을 수락하는 치과의를 찾는 데 도움이 필요한 경우 고객 서비스 1-800-322-6384 (TTY 사용자는 1-800-735-2922) 번으로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. Medi-Cal Dental 담당자는 월요일부터 금요일, 오전 8시~오후 5시 사이 도와드립니다. 자세한 정보를 원하시면 그들 웹사이트 smilecalifornia.org/ 를 방문하실 수도 있습니다.

저희 플랜은 추가적인 치과 서비스를 제공합니다. 자세한 내용은 **섹션 D** 의 혜택 차트를 참고하시기 바랍니다.

F3. 가정 지원 서비스 (In-Home Supportive Services, IHSS)

- IHSS 프로그램은 등록된 돌봄 제공자가 회원에게 제공된 서비스에 대한 비용을 지불하여 회원이 집에서 안전하게 지낼 수 있도록 지원합니다. IHSS는 요양원이나 기숙형 보호 시설과 같은 가정 외 돌봄의 대안입니다.
- 서비스를 받기 위해서는 각 참여자의 필요에 따라 승인 가능한 서비스 유형을 결정하기 위한 평가가 수행됩니다. IHSS를 통해 승인될 수 있는 서비스 유형에는 가사 청소, 식사 준비, 세탁, 식료품 쇼핑, 개인 관리 서비스(예로 배변 및 배뇨 관리, 목욕, 미용 및 준의료 서비스), 진료 예약 동행, 정신 장애인 보호 감독 등이 있습니다.
- 개인 관리 코디네이터는 회원이 카운티 사회서비스 기관에 IHSS를 신청하는 데 도움을 드릴 수 있습니다. 자세한 정보를 위해 IHSS 번호 1-714-825-3000 로 전화하십시오.

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

F4. 1915(c) 재가 및 지역사회 기반 서비스 (Home and Community Based Services, HCBS) 면제 프로그램

지원생활 면제(Assisted Living Waiver, ALW)

- 지원생활 면제(ALW) 프로그램은 Medi-Cal 자격이 있는 수혜자에게 요양시설에서 장기 거주하는 대신 지원생활 환경에서 거주할 수 있는 선택지를 제공합니다. ALW의 목적은 요양시설에서 회원이 집과 유사한 지역사회 환경으로 복귀하도록 돕거나, 요양시설 입원이 임박한 수혜자의 전문 요양시설 (SNF) 입원을 예방하는 데 있습니다.
- ALW 에 등록된 회원은 저희 플랜에서 제공되는 혜택을 받으면서 ALW에도 계속 등록되어 있을 수 있습니다. 저희 플랜은 회원이 받는 서비스를 조정하기 위해 ALW 돌봄 조정 기관과 협력합니다.
- 현재 ALW 는 다음 카운티에서만 제공됩니다: 알라메다, 콘트라코스타, 프레즈노, 커른, 로스앤젤레스, 오렌지, 리버사이드, 새크라멘토, 샌버나디노, 샌디에이고, 샌프란시스코, 샌호아킨, 샌메테오, 산타클라라, 소노마.
- 개인 관리 코디네이터는 회원이 ALW에 신청하는 데 도움을 드릴 수 있습니다.

아래는 오렌지 카운티에서 ALW 돌봄 조정 서비스를 제공하는 지역 기관 목록입니다:

- | | |
|---|---|
| ○ A-Biz Health Systems
전화: 1-818-654-6874 | ○ Central Coast Healthcare
Services
전화: 1-818-852-7260 |
| ○ AARP Care Coordination Agency
전화: 1-805-695-3200 | ○ Concise Home Health Services
전화: 1-310-912-3156 |
| ○ Access TLC Home Health Care
전화: 1-800-852-9887 | ○ Faith in Angels Hospice
전화: 1-818-509-0934 |
| ○ All Hours Adult Care
전화: 1-844-657-4748 | ○ GrandCare Assisted Living
Services
전화: 1-877-405-6990 |
| ○ Anthem Hospice Providers
전화: 1-909-533-4553 | ○ Guidant Care Management
전화: 1-844-494-6304 |
| ○ Archangel Home Health
전화: 1-562-861-7047 | ○ Home Health Services of
California
전화: 1-213-385-9949 |
| ○ Bayview Hospice
전화: 1-855-962-4800 | ○ I Care Hospice, Inc
전화: 1-818-238-9188 |
| ○ Beta Hospice Care
전화: 1-747-293-5777 | ○ Libertana Home Health Care
전화: 1-818-902-5000 |
| ○ Calstro Hospice
전화: 1-909-929-7312 | |



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

- | | |
|---|---|
| ○ Media Home Health
전화: 1-818-536-7468 | ○ True Care Home Health
전화: 1-888-944-6248 |
| ○ Prestigious Health Services
전화: 1-626-331-7300 | ○ Universal Home Care
전화: 1-310-290-8680 |
| ○ River of Light Hospice
전화: 1-909-748-7999 | ○ Victor Valley Home Health
Services
전화: 1-442-327-9060 |
| ○ Sierra Hospice Care
전화: 1-213-380-1100 | ○ Vigilans Home Health Services
전화: 1-909-748-7980 |
| ○ Star Nursing
전화: 1-916-542-1445 | ○ Virtue Home Care
전화: 1-888-802-2227 |
| ○ The Caring Connection
전화: 1-818-368-5007 | |

발달장애가 있는 캘리포니아 주민을 위한 HCBS 면제 (HCBS-DD)

발달장애가 있는 개인을 위한 캘리포니아 자율결정 (Self-Determination Program, SDP) 면제 프로그램

- 1915(c) 면제에는 HCBS-DD 면제와 SDP 면제가 있으며, 두 면제 모두 개인이 18세 이전에 시작되고 평생 지속될 것으로 예상되는 발달장애 진단을 받은 경우 서비스를 제공합니다. 두 면제 프로그램은 발달장애가 있는 개인이 허가된 의료 시설에 거주하는 대신, 자택 또는 지역사회에서 생활할 수 있도록 특정 서비스를 지원하는 방식입니다. 이 서비스 비용은 연방 정부 Medicaid 프로그램과 캘리포니아 주가 공동으로 부담합니다. 개인 관리 코디네이터는 회원이 발달장애 면제 (DD Waiver) 서비스에 연결하는 데 도움을 드릴 수 있습니다.

가정 및 지역사회 기반 대안 (Home and Community-Based Alternatives, HCBA) 면제

- HCBA 면제 프로그램은 요양시설 또는 기관 입소 위험이 있는 개인에게 돌봄 관리 서비스를 제공합니다. 돌봄 관리 서비스는 간호사와 사회복지사로 구성된 다학제 돌봄 관리팀에서 제공합니다. 이 팀은 면제 서비스와 주 정부 계획 서비스(의료, 행동 건강, 가정 내 지원 서비스 등)를 조정하며, 지역사회에서 제공되는 기타 장기 서비스 및 지원도 마련합니다. 돌봄 관리 및 면제 서비스는 참여자의 지역사회 기반 거주지에서 제공됩니다. 이 거주지는 개인 소유 주택, 임대 계약을 통한 주택, 또는 가족 구성원의 거주지가 될 수 있습니다.
- HCBA 면제 프로그램에 등록된 회원은 저희 플랜에서 제공되는 혜택을 받으면서 계속 HCBA 면제 프로그램에 등록되어 있을 수 있습니다. 저희 플랜은 회원이 받는 서비스를 조정하기 위해 회원의 HCBA 면제 기관과 협력합니다.
- 개인 관리 코디네이터는 회원이 HCBA에 신청하는 데 도움을 드릴 수 있습니다.

아래는 오렌지 카운티에서 HCBA 돌봄 조정 서비스를 제공하는 지역 기관 목록입니다:

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

- Access TLC
전화: 1-805-517-1620

- Libertana Home Health
전화: 1-800-750-1444

Medi-Cal 면제 프로그램 (Waiver Program, MCWP)

- Medi-Cal 면제 프로그램 (MCWP) 은 HIV 로 생활하는 개인에게 요양시설 치료 또는 입원을 대신하여 포괄적인 사례 관리 서비스와 직접 치료 서비스를 제공합니다. 사례 관리는 공인 간호사와 사회복지 사례 관리자로 구성된 참여자 중심의 팀 접근 방식으로 이루어집니다. 사례 관리자들은 참여자, 주치의, 가족, 돌봄 제공자, 그리고 기타 서비스 제공자들과 협력하여 치료 필요성을 평가하고, 참여자가 자택과 지역사회에서 생활할 수 있도록 돕습니다.
- MCWP 의 목표는 다음과 같습니다: (1) 기관 서비스가 필요할 수 있는 HIV 환자에게 재가·지역사회 기반 서비스를 제공하는 것, (2) 참여자가 HIV 건강 관리를 지속하도록 지원하는 것, (3) 사회적·행동 건강 지원에 대한 접근성을 개선하는 것, (4) 서비스 제공자 간 조정과 중복 서비스의 제거입니다.
- MCWP 면제 프로그램에 등록된 회원은 저희 플랜에서 제공되는 혜택을 받으면서 계속 MCWP 면제 프로그램에 등록되어 있을 수 있습니다. 저희 플랜은 회원이 받는 서비스를 조정하기 위해 회원의 MCWP 면제 기관과 협력합니다.
- 개인 관리 코디네이터는 회원이 MCWP에 신청하는 데 도움을 드릴 수 있습니다.

아래는 오렌지 카운티에서 MCWP 돌봄 조정 서비스를 제공하는 지역 기관 목록입니다:

- Radiant Health Centers (formerly AIDS Services Foundation)
전화: 1-949-809-5700

다목적 노인 서비스 프로그램 (Multipurpose Senior Services Program, MSSP)

- 다목적 노인 서비스 프로그램 (MSSP) 은 개인이 자신의 집과 지역사회에서 계속 생활할 수 있도록 사회 서비스와 의료 돌봄 관리 서비스를 제공합니다.
- 대부분의 프로그램 참여자는 가정 내 지원 서비스 (IHSS) 를 함께 받고 있지만, MSSP는 지속적인 돌봄 조정, 필요한 지역사회 서비스 및 자원 연계, 의료 제공자와의 조정, 그리고 기관 입원을 예방하거나 지연하기 위해 다른 방식으로 이용할 수 없는 일부 서비스를 제공합니다. 돌봄 관리 및 기타 서비스의 연간 총합 비용은 전문 요양시설 (SNF) 에서 치료를 받는 비용보다 낮아야 합니다.
- 의료 및 사회복지 전문가로 구성된 팀은 각 MSSP 참여자에게 필요한 서비스를 결정하기 위해 포괄적인 건강 및 심리사회적 평가를 제공합니다. 그 후 팀은 MSSP 참여자, 주치의, 가족, 그리고 관련된 다른 사람들과 협력하여 개별화된 돌봄 계획을 수립합니다. 서비스는 다음을 포함합니다:
 - 사례 관리
 - 성인 주간 관리(adult day care)
 - 간단한 주택 수리/유지보수



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

- 가정 내 잡일 지원, 개인 돌봄, 보호 감독 등의 추가 서비스
 - 돌봄 제공자 휴식 서비스(respite services)
 - 교통 서비스
 - 상담 및 치료 서비스
 - 식사 서비스
 - 의사소통 지원 서비스
- MSSP 면제 프로그램에 등록된 회원은 저희 플랜에서 제공되는 혜택을 받으면서 계속 MSSP 면제 프로그램에 등록되어 있을 수 있습니다. 저희 플랜은 회원이 받는 서비스를 조정하기 위해 MSSP 제공자와 협력합니다.
 - 회원의 개인 관리 코디네이터는 회원이 MSSP에 신청하는 데 도움을 드릴 수 있습니다. MSSP에 대한 자세한 정보 또는 프로그램 신청을 원하시는 경우, CalOptima Health MSSP 번호 1-714-347-5780로 전화하시기 바랍니다.

F5. 저희 플랜 외에서 제공하는 카운티 행동 건강 서비스(정신 건강 및 약물 남용 장애 서비스)

의학적 필요가 있을 경우 Medicare 및 Medi-Cal에서 보장하는 행동 건강 서비스를 받을 수 있습니다. 저희는 Medicare 및 Medi-Cal 관리 치료에서 보장하는 행동 건강 서비스를 제공합니다. 저희 플랜은 Medi-Cal 특별 정신 건강 또는 카운티 약물 남용 장애 서비스를 제공하지 않으나 이러한 서비스는 카운티 행동 건강 기관을 통해 이용할 수 있습니다.

Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스는 회원이 의학적 필요 기준을 충족하는 경우 카운티 정신 건강 플랜 (mental health plan, MHP)을 통해 이용하실 수 있습니다. Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스는 회원이 거주하는 카운티의 MHP에서 제공됩니다:

- 정신 건강 서비스
- 약물 지원 서비스
- 주간 치료 집중 서비스
- 주간 재활
- 위기 개입 및 안정화 서비스
- 성인 거주 치료 서비스
- 위기 거주 치료 서비스
- 정신 건강 시설 서비스
- 정신 병원 입원 서비스
- 집중 사례 관리



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

- 동료 지원 서비스
- 지역사회 기반 이동 위기 개입 서비스
- 치료적 행동 서비스
- 중환자 진료 조정
- 중환자 가정 기반 서비스
- 사법 개입 후 재진입
- 적극적 지역사회 치료 (assertive community treatment, ACT)
- 법의학적 적극적 지역 사회 치료 (forensic assertive community treatment, FACT)
- 조정 전문 치료 (coordinated specialty care, CSC) 에 대한 초기 정신증 (first episode psychosis, FEP)
- 클럽하우스 서비스
- 향상된 지역사회 보건 종사자 (enhanced community health worker, CHW) 서비스

서비스를 받을 기준을 충족하는 경우, 약물 Medi-Cal (DMC) 서비스는 회원이 거주하는 카운티의 행동 건강 기관을 통해 이용할 수 있습니다.

- 집중 외래 약물 서비스
- 주산기 거주형 약물 사용 장애 치료
- 외래 치료 서비스
- 마약 치료 프로그램
- 중독 치료를 위한 약물 (Medication Assisted Treatment(약물 보조 치료)라고도 함)
- 동료 지원 서비스
- 지역사회 기반 이동 위기 개입 서비스

약물 Medi-Cal 조직 전달 시스템 (Drug Medi-Cal Organization Delivery System, DMC-ODS) 서비스에 다음이 포함됩니다:

- 외래 치료 서비스
- 집중 외래 약물 서비스
- 중독 치료를 위한 약물 (Medication Assisted Treatment (약물 보조 치료) 라고도 함)
- 주거 치료 서비스
- 약물 금단 관리 서비스

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

- 마약 치료 프로그램
- 회복 서비스
- 치료 조정
- 동료 지원 서비스
- 지역사회 기반 이동 위기 개입 서비스
- 비상 관리 서비스
- 입원 치료 서비스

위에 명시된 서비스 외에도 요건에 부합될 경우 자발적 입원 중독 치료 서비스를 받을 수 있습니다.

행동 건강 서비스, 서비스 승인, 적절한 서비스 결정을 위한 손상 수준 선별 등에 대해 질문이 있으신 경우, CalOptima Health 행동 건강 상담전화 **1-855-877-3885 (TTY 711)** 로 연락하시고 CalOptima Health OneCare 옵션을 선택하시기 바랍니다.

G. 저희 플랜, Medicare 또는 Medi-Cal에서 보장하지 않는 혜택

이 섹션에서는 저희 플랜에서 제외되는 혜택에 대해 안내합니다. “제외”란 저희가 그 비용을 지불하지 않는다는 의미입니다. Medicare 및 Medi-Cal 어떤 주체도 그 비용을 부담하지 않습니다.

아래 목록은 저희 플랜에서 어떤 경우에도 보장하지 않는 서비스와 항목, 그리고 특정 경우에만 제외되는 서비스를 설명합니다.

이 섹션 (또는 *회원 안내서* 의 다른 어느 부분)에 나열된 제외된 의료 혜택은, 명시된 특정 조건을 충족하지 않는 한, 저희가 비용을 부담하지 않습니다. 회원이 응급실에서 서비스를 받더라도, 플랜은 해당 서비스를 보장하지 않습니다. 저희 플랜에서 보장되지 않은 서비스가 보장되어야 한다고 생각하시는 경우, 회원은 항소를 요청할 수 있습니다. 항소에 대한 자세한 정보는 본 *회원 안내서 제 9장*을 참고하십시오.

혜택 차트에 설명된 제외 또는 제한 사항 외에도, 저희 플랜은 다음 항목과 서비스를 보장하지 않습니다:

- Medicare 및 Medi-Cal 기준에 따라 “합리적이고 의학적으로 필요하지 않은” 것으로 간주되는 서비스 (단, 보장 서비스로 명시된 경우는 제외) 입니다.
- Medicare, Medicare 승인 임상 연구, 또는 저희 플랜에서 보장하는 경우를 제외하고 실험적 의료 및 외과 치료, 물품, 약물. 임상 연구에 대한 자세한 정보는 *회원 안내서 제 3장* 을 참조하십시오. 실험적 치료와 물품은 의료계에서 일반적으로 받아들여지지 않은 것들입니다.
- 의학적으로 필요한 경우이거나 Medicare 에서 비용을 부담하는 경우를 제외하고는 병적 비만에 대한 외과적 치료는 보장되지 않습니다.
- 병리적 비만에 대한 수술 치료 (의학적으로 필요하여 메디케어에서 비용을 지불하는 경우 제외).
- 의학적으로 필요한 경우를 제외하고는 병원의 개인실은 보장되지 않습니다.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

- 병원이나 요양시설에서 회원의 병실 내에 있는 개인 물품 (예: 전화기 또는 텔레비전)
- 회원의 자택에서 제공되는 풀타임 간호 서비스
- 회원의 직계 가족 또는 회원과 같은 가구에 속한 사람이 부과하는 비용
- 회원의 자택으로 배달되는 식사
- (체중 감량, 발모, 성 기능, 운동 능력, 미용 목적, 항노화, 정신 기능 향상 등) 선택적 또는 자발적 향상 목적의 시술이나 서비스는, 의학적으로 필요한 경우를 제외하고 보장되지 않습니다.
- 미용 목적의 수술 또는 기타 미용 시술은, 사고로 인한 부상 때문에 필요하거나 신체의 형태가 정상적이지 않아 이를 개선해야 하는 경우를 제외하고 보장되지 않습니다. 그러나 저희는 유방절제술 후 유방 재건술 및 반대측 유방을 균형 있게 맞추기 위한 치료는 보장합니다.
- 척추의 수기 (manual) 교정 치료를 제외한 다른 형태의 카이로프랙틱 치료는 보장되지 않습니다.
- 정기적인 발 관리는 **섹션 D** 혜택 차트의 “족부 치료 (Podiatry services)” 에 설명된 경우를 제외하고 보장되지 않습니다.
- 정형용 신발은 다리 보조기 (leg brace) 의 일부로 포함되어 그 비용에 포함되거나, 당뇨병성 족부 질환이 있는 사람에게 제공되는 경우를 제외하고 보장되지 않습니다.
- 정형용 또는 치료용 신발을 제외한 기타 발 보조기기는 보장되지 않습니다.
- 방사형 각막절제술 (radial keratotomy), 라식 (LASIK) 수술, 기타 시력 보조 기구는 보장되지 않습니다.
- 불임 시술 (sterilization procedures) 의 역전(reversal)은 보장되지 않습니다.
- 자연요법 (naturopath) 서비스 (자연 또는 대체 치료의 사용) 는 보장되지 않습니다.
- 보훈처 (VA) 시설에서 재향군인을 위해 제공되는 서비스는 보장되지 않습니다. 그러나 참전 용사가 VA 병원에서 응급 서비스를 받고 VA 비용 분담금이 저희 플랜의 비용 분담금보다 클 경우 플랜에서 차액을 참전 용사에게 환급합니다. 회원이 비용 분담금을 지불해야 합니다
- 응급 서비스는 사고 장소에서 응급 요원을 통해 제공받는 응급 의료 치료를 말합니다. 혜택 정보에 대해 회원의 거주시 시청에 문의하십시오.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

5장: 외래 환자 약물 받기

서문

본 장에서는 외래 처방 약물 수령 관련 규정에 대해 설명합니다. 이것은 담당 제공자가 귀하를 위해 처방하여 약국이나 우편 주문을 통해 받게 되는 약물입니다. 그것에는 Medicare 파트 D와 Medi-Cal에서 보장하는 약을 포함합니다. 주요 용어와 그 정의는 이 *회원 안내서*의 마지막 장에서 알파벳 순으로 나열되어 있습니다.

또한 이 장에서 다루지 않지만 다음의 약물도 보장합니다:

- **Medicare 파트 A에서 보장하는 약.** 일반적으로 병원이나 요양 시설에 입원해 있는 동안 투여되는 약을 포함합니다.
- **Medicare 파트 B에서 보장하는 약.** 여기에는 일부 항암화학요법 약, 의사 또는 기타 제공자와의 진료 중 투여되는 일부 주사제, 그리고 투석 클리닉에서 투여되는 약이 포함됩니다. Medicare 파트 B에서 어떤 약이 보장되는지 더 자세히 알아보려면, 이 *회원 안내서* 제 4장에 있는 혜택 차트를 참고하십시오.
- 플랜의 Medicare 파트 D 및 의료 혜택 보장 외에도, 귀하가 Medicare 호스피스에 있는 경우 Original Medicare에서 약이 보장될 수 있습니다. 자세한 내용은 제 5장, 섹션 F3 “Medicare 인증 호스피스 프로그램 이용 시”를 참고하십시오.

플랜의 외래 환자 약물 보장 규칙

저희는 회원이 본 장의 규칙을 준수하는 한, 이용하는 약물 비용 대부분을 플랜이 보장해 드립니다.

유효한 주 법에 따라 인정되는 처방전을 작성할 수 있는 의료 제공자(의사, 치과의사 또는 기타 처방권자)가 처방전을 작성해야 합니다. 대부분의 경우 주치의(PCP)가 약을 처방합니다. 주치의가 진료를 다른 곳으로 의뢰한 경우에는 다른 의사가 처방했을 수도 있습니다.

귀하의 처방자는 Medicare의 제외(Exclusion) 또는 차단(Preclusion) 목록이나 Medi-Cal의 유사한 목록에 올라 있어서는 **안됩니다**.

일반적으로 처방전을 조제할 때는 네트워크 약국을 이용해야 합니다. (자세한 내용은 섹션 A1을 참조하십시오). 또는 플랜의 우편 주문 서비스를 통해 처방전을 받을 수도 있습니다.

처방받은 약물이 *플랜의 보장된 약물 목록*에 포함되어 있어야 합니다. 저희는 줄여서 “*약물 목록*”이라고 합니다. (본 장의 섹션 B를 참조하십시오.)

- *약물 목록*에 기재되지 않은 약물도 저희가 예외 조항을 적용해서 보장이 가능한 경우가 있습니다.
- 예외 요청에 대한 자세한 내용은 제 9장을 참조하십시오.
- Medicare와 Medi-Cal 기준 모두에 따라 귀하의 처방 약 보장 요청이 평가된다는 점을 유의하십시오.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

처방약은 의학적으로 인정된 적응증에 대해서만 사용해야 합니다. 이는 해당 약의 사용이 식품의약국 (Food and Drug Administration, FDA)의 승인을 받았거나 특정 의학 참고자료에 의해 뒷받침되어야 함을 의미합니다. 귀하의 처방자는 요청된 약물 사용을 뒷받침할 의학 참고자료를 확인하는 데 도움을 줄 수 있습니다. 식품의약국(FDA) 또는 참고문헌에서 뒷받침되지 않는 상태를 치료하기 위해 Medi-Cal Rx에서 보장하는 약을 사용하는 것을 “비승인(off-label)” 적응증이라고 합니다. “비승인” 적응증에 사용되는 약은 의학적으로 인정된 적응증이 아니므로, 동료 검토 문헌에서 해당 “비승인” 사용이 기술되어 있고 약이 의학적으로 필요하지 않는 한 보장 혜택에 해당하지 않습니다. Medi-Cal Rx에서 정의하는 의학적 필요성은 생명을 보호하고, 심각한 질병이나 중대한 장애를 예방하며, 질병·질환·부상의 진단 또는 치료를 통해 심한 통증을 완화하기 위해 약이 합리적이고 필요하다는 것을 의미합니다.

귀하의 약은 보장되기 전에 특정 기준에 따라 플랜의 승인이 필요할 수 있습니다. (이 장의 **섹션 C** 을 참조하십시오).

차례

A. 처방 약물 조제받기.....	141
A1. 네트워크 약국에서 처방약 조제받기	141
A2. 처방 약물 조제 시 회원 ID 카드 사용하기	141
A3. 네트워크 약국을 변경하는 경우 해야 할 일	141
A4. 기존 약국이 네트워크를 탈퇴하는 경우 해야 할 일.....	141
A5. 전문 약국 이용하기	142
A6. 우편 주문 서비스를 이용한 약물 조제	142
A7. 장기 복용 약물 수령하기	143
A8. 플랜 네트워크에 소속되지 않은 약국 이용하기.....	143
A9. 처방 약물 비용 환급받기	144
B. 플랜의 약물 목록	144
B1. 약물 목록에 있는 약물들	144
B2. 약물 목록에서 약물 찾는 방법	145
B3. 약물 목록에 있는 약물들	145
C. 일부 약물의 한도	147



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

D. 약물을 보장하지 않는 이유	148
D1. 임시 분량 받기	148
D2. 임시 분량 요청하기	150
D3. 예외 요청하기	150
E. 약물 보장의 변경 사항	150
F. 특수한 상황에서의 약물 보장	152
F1. 저희 플랜에서 보장하는 병원이나 전문 간호 시설 입원	152
F2. 장기 치료 시설 거주	152
F3. Medicare 인증 호스피스 프로그램 참여	153
G. 약물 안전 및 관리 프로그램	153
G1. 회원의 안전한 약물 사용을 돕는 프로그램	153
G2. 약물 관리에 도움을 주는 프로그램	154
G3. 오피오이드 약물의 안전한 사용을 위한 약물 관리 프로그램 (DMP)	154



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

A. 처방 약물 조제받기

A1. 네트워크 약국에서 처방약 조제받기

대부분의 경우, 저희는 네트워크 약국에서 조제된 경우에만 처방약 비용을 보장합니다. 네트워크 약국은 저희 플랜 회원을 위해 처방약을 조제하는 데 동의하는 약국입니다. 저희 네트워크 약국 중 하나를 이용하실 수 있습니다. (네트워크 외부 약국에서 처방약을 저희가 보장하는 경우에 대한 정보는 **섹션 A8**을 참조하십시오.)

네트워크 약국을 찾으려면 *의료 제공자 및 약국 목록*을 살펴보거나 당사 웹사이트를 방문하거나 고객 서비스에 문의하십시오.

A2. 처방 약물 조제 시 회원 ID 카드 사용하기

처방약을 받으려면, 네트워크 약국에서 **회원 ID 카드**를 보여주십시오. 네트워크 약국은 보장 약물 비용을 저희에게 청구합니다.

다음 서비스를 이용하기 위해 귀하의 Medi-Cal 카드 또는 혜택 ID 카드(Benefits Identification Card, BIC)가 필요하다는 것을 기억하십시오.

처방약을 조제받을 때 회원 ID 카드 또는 BIC를 가지고 있지 않은 경우, 약국에 저희에게 전화하여 필요한 정보를 확인해 달라고 요청하거나 귀하의 플랜 가입 정보를 조회해 달라고 요청하실 수 있습니다.

약국에서 필요한 정보를 확인할 수 없는 경우, 처방약을 수령할 때 비용 전액을 직접 지불하셔야 할 수도 있습니다. 그 이후 플랜에 환불을 요청할 수 있습니다. **약값을 지불할 수 없는 경우에는 즉시 고객 서비스로 연락하십시오.** 저희가 최선을 다해 도와드릴 것입니다.

- 저희에게 비용 환불을 요청하시려면 *회원 안내서 제 7장*을 참조하십시오.
- 처방약 조제와 관련해 도움이 필요하면 고객 서비스로 연락하십시오.

A3. 네트워크 약국을 변경하는 경우 해야 할 일

약국을 바꾸고 처방약을 재조제해야 하는 경우, 의사에게 새 처방전을 요청하거나, 만약 처방전이 아직 남아 있다면, 기존 약국에 부탁해서 남은 처방전을 새로운 약국으로 보내 달라고 할 수 있습니다.

네트워크 약국을 변경하는 데 도움이 필요하다면 고객 서비스부로 연락하십시오.

A4. 기존 약국이 네트워크를 탈퇴하는 경우 해야 할 일

이용하던 약국이 플랜 네트워크를 탈퇴하면 새로운 네트워크 약국을 찾아야 합니다.

네트워크 약국을 찾으려면 *의료 제공자 및 약국 목록*을 살펴보거나 당사 웹사이트를 방문하거나 고객 서비스에 문의하십시오.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

A5. 전문 약국 이용하기

처방약을 전문 약국에서 구입해야 하는 경우도 있습니다. 다음과 같은 약국이 전문 약국에 해당됩니다:

- 가정용 주입 요법에 필요한 약물을 공급하는 약국
- 요양 시설 같은 장기 요양 시설 거주자용 약물을 공급하는 약국
 - 장기 요양 시설은 대개 자체 약국이 있습니다. 장기 요양 시설에 거주하시는 경우, 저희가 시설 내 약국에서 필요한 약물을 받으실 수 있도록 조치해 드립니다.
 - 이용하시는 장기 요양 시설의 약국이 저희 네트워크에 포함되어 있지 않거나 시설 내에서 약물을 구하는 데 어려움이 있으시면 고객 서비스로 문의해 주십시오.
- 인디언 의료 제공자(Indian Health Care Provider, IHCP) 약국 아메리카 원주민 및 알래스카 원주민 가입자는 해당 IHCP가 소매 약국을 운영하는 경우 해당 약국을 이용하실 수 있습니다. 아메리카 원주민이나 알래스카 원주민이 아니더라도, 해당 IHCP에 배정되었거나 응급 상황인 경우에는 IHCP 내 소매 약국에서 서비스를 받으실 수 있습니다.
- FDA에 의해 특정 장소에서만 조제하도록 제한된 약물, 또는 특별한 취급, 의료진 간 조정, 사용법 교육이 필요한 약물을 취급하는 약국. (참고: 이러한 상황은 드물게 발생합니다.)
- 전문 약국을 찾으시려면 **의료 제공자 및 약국 목록**을 참조하거나, 당사 웹사이트를 방문하거나 또는 고객 서비스로 문의하십시오.

A6. 우편 주문 서비스를 이용한 약물 조제

특정 유형의 약물을 위해 저희 플랜의 네트워크 우편 주문 서비스를 이용하실 수 있습니다. 일반적으로 우편 주문을 통해 이용 가능한 약물은 만성 또는 장기적인 질환으로 인해 정기적으로 복용해야 하는 약물입니다.

저희 플랜의 우편 주문 서비스를 이용하면 최대 100일 치 분량까지 주문하실 수 있습니다. 100일 분량 약물의 공동부담금은 1개월 분량과 동일합니다.

우편 주문으로 처방약 조제

우편 주문으로 처방약을 조제하는 방법에 대한 주문 양식과 정보를 위해 고객 서비스 번호 **1-877-412-2743 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오.

일반적으로 우편 주문 처방약은 7~10일 이내에 도착합니다. 하지만 간혹 배송이 지연될 수도 있습니다. 배송이 지연되는 경우, 주치의(Primary Care Provider)에게 연락하여 긴급 처방전을 발급받은 뒤 가까운 네트워크 약국을 방문하실 수 있습니다. 약국 직원은 MedImpact(CalOptima Health OneCare Complete의 협력사)에 번호 1-800-788-2949로 전화하여 우편 주문 처리 지연에 따른 응급 승인(emergency override)을 받을 수 있습니다.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

우편 주문 절차

우편 주문 서비스는 귀하가 제출한 새 처방전, 의료 제공자가 보낸 새 처방전, 그리고 기존 우편 주문 처방약의 재조제(리필) 요청에 따라 각기 다른 절차로 진행됩니다.

1. 약국에 제출한 새 처방전

약국은 귀하가 제출한 새 처방전에 대해 자동으로 약을 조제하여 배송합니다.

2. 의료 제공자가 약국으로 직접 보낸 새 처방전

약국이 의료 제공자로부터 처방전을 접수하면, 귀하에게 연락하여 즉시 조제를 원하시는지 아니면 나중에 조제하기를 원하시는지 확인합니다.

- 이를 통해 귀하는 약국이 정확한 약(용량, 수량, 제형 포함)을 배송하는지 확인할 수 있으며, 필요한 경우 배송 전에 주문을 취소하거나 연기할 수도 있습니다.
- 약국에서 연락이 오면 새 처방전 처리 방법을 알리고 배송 지연을 방지하기 위해 반드시 응답해 주십시오.

3. 우편 주문 처방약의 리필(재조제)

리필이 필요한 경우, 현재 복용 중인 약이 떨어지기 21일 전에 약국에 연락하여 다음 주문이 제때 배송되도록 하십시오.

배송 전 주문 확인을 위해 약국에서 귀하에게 연락할 수 있도록 가장 편리한 연락 방법을 알려주십시오. 연락 선호 사항을 알려시려면 고객 서비스 번호 **1-877-412-2743 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오.

A7. 장기 복용 약물 수령하기

저희 플랜의 **약물 목록**에 있는 유지 관리 약물은 장기 복용 분량을 수령할 수 있습니다. 유지 관리 약물이란 귀하가 만성 질환 또는 장기적인 건강 문제로 인해 꾸준히 복용하는 약물을 말합니다. 다소의 네트워크 약국에서 장기 복용 가능한 분량의 건강 유지 약물을 구입할 수 있습니다. 100일 분량 약물의 공동 부담금이 1개월 분량과 동일합니다. **의료 제공자 및 약국 목록**을 보면 어떤 약국에서 장기 복용 가능한 분량의 건강 유지 약물을 구입할 수 있는지 알 수 있습니다. 고객 서비스에 연락해 자세한 정보를 문의할 수도 있습니다.

특정 유형의 약물에 대해서는 본 플랜의 네트워크 우편 주문 서비스를 이용하여 유지 관리용 약물을 장기 분량으로 받으실 수 있습니다. 우편 주문 서비스에 대한 자세한 내용은 **섹션 A6**를 참조하십시오.

A8. 플랜 네트워크에 소속되지 않은 약국 이용하기

일반적으로 저희는 회원이 네트워크 약국을 이용할 수 없는 경우에만 네트워크 소속이 아닌 약국에서 구입한 약물에 대한 보장을 합니다. 저희 플랜의 회원으로서 처방약을 조제받을 수 있는 네트워크 약국이 저희 서비스 지역 외부에도 있습니다. 이러한 경우에는 먼저 고객 서비스에 문의하여 인근에 네트워크 약국이 있는지 확인해 주십시오.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

다음과 같은 경우, 네트워크 외 약국에서 조제받은 처방약 비용을 지원해 드립니다:

- 네트워크 약국을 이용할 수 없거나 운영하지 않아, 당사 서비스 지역 내에서 보장 대상 처방약을 제때 구하지 못하는 경우. (예를 들어, 24시간 운영되는 네트워크 약국이 운전해서 찾아 갈 수 있는 적당한 거리 내에 없는 경우).
- 이용 가능한 네트워크 약국에 일상적으로 갖춰져 있지 않은 보장 약물을 조제해야 하는 경우 (예를 들어, 특수 약물).
- (미국 내) 서비스 지역 밖을 여행 중이고 약이 떨어지거나 분실한 경우, 또는 아파서 네트워크 약국을 이용할 수 없는 경우.
- 네트워크 약국을 이용할 수 없을 때 의학적 응급 상황 또는 긴급 치료용으로 처방을 받은 경우.
- 연방 재난 또는 공중 보건 선언 비상 사태동안 귀하께서 다른 곳으로 피신을 갔거나 또는 집을 떠나 있어 네트워크 약국에 갈수 없는 상황에서 처방약을 제조받는 경우.

A9. 처방 약물 비용 환급받기

네트워크 소속이 아닌 약국을 이용해야만 하는 상황에서는, 처방약 구입 시 공동 부담금 대신 약값 전액을 회원이 부담해야 할 수도 있습니다. 플랜에 환불을 요청할 수 있습니다. 네트워크 외부 약국에서 약물을 위해 귀하가 지불한 금액과 저희가 네트워크 내 약국을 통해 지불했을 금액의 차액을 환불받지 않을 수도 있습니다.

Medi-Cal Rx에서 비용을 부담할 수 있는 처방약에 대해 전액을 직접 지불하신 경우, Medi-Cal Rx가 해당 처방약 비용을 지불한 후 약국에서 비용을 환급받으실 수도 있습니다. 또는 "Medi-Cal 본인 부담 비용 환불(Conlan)" 청구서를 제출하여 Medi-Cal Rx에 환불을 요청하실 수도 있습니다. 자세한 내용은 Medi-Cal Rx 웹사이트 medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/ 에서 확인하실 수 있습니다.

이것에 대한 자세한 사항은 **회원 안내서 제 7장**을 참조하십시오.

B. 플랜의 약물 목록

저희 플랜에는 **혜택 보장 약물 목록**이 있습니다. 저희는 줄여서 “**약물 목록**”이라고 합니다.

이 **약물 목록**에 있는 약물은 저희 플랜이 의사들과 약사들로 구성된 팀의 도움을 받아 선정한 것입니다. 약물 목록을 보면 약물 구입 시 지켜야 하는 규정이 있는지도 알 수 있습니다.

본 장에 설명되어 있는 규칙을 준수하는 한, 저희는 플랜의 **약물 목록**에 있는 약물 구입 비용을 대부분 보장해 드립니다.

B1. 약물 목록에 있는 약물들

저희 **약물 목록**에는 Medicare 파트 D에서 보장되는 약물이 포함되어 있습니다.

약국에서 구입하는 대부분의 처방약은 귀하의 플랜에 의해 보장됩니다. 다소의 오버 더 카운터 (over-the-counter, OTC (처방전 없이 구입 가능한) 와 같은 기타 약물 및 특정 비타민 등은 Medi-Cal Rx 에서 보장될 수도 있습니다.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

더 자세한 정보를 위해 Medi-Cal Rx 웹사이트 (medi-calrx.dhcs.ca.gov) 를 방문하십시오. 또한 1-800-977-2273번을 이용해 Medi-Cal Rx 고객 서비스로 전화하실 수 있습니다. Medi-Cal Rx 를 통해 처방전을 받을 때 Medi-Cal 수혜자 식별 카드(BIC, Beneficiary Identification Card)를 지참하십시오.

저희 **약물 목록**에는 브랜드 약물, 제네릭 약물 및 생물학적 제제(바이오시밀러(biosimilars) 포함 가능)가 포함됩니다.

브랜드 약물이란 약물 제조사가 소유한 상표명으로 판매되는 약물을 말합니다. 바이오약물은 일반 약물보다 더 복잡한 약물입니다. 저희 **약물 목록**은 "약물"이라고 할 때, 이는 일반 약물이나 바이오(biological) 제품을 의미할 수 있습니다.

제네릭 약물은 브랜드 약물과 동일한 활동성 성분으로 만들어 집니다. 생물학적 제제에는 바이오시밀러라는 대체제가 있습니다. 일반적으로 제네릭 약물과 바이오시밀러는 브랜드 약물이나 오리지널 생물학적 제제와 효능이 동일하며 가격은 더 저렴한 경우가 많습니다. 많은 브랜드 약물에 대한 제네릭 약물 대체제가 있으며, 일부 오리지널 생물학적 제제에 대한 바이오시밀러 대체제도 있습니다. 일부 바이오시밀러는 상호 교환 가능한 바이오시밀러이며, 주법에 따라 약국에서 처방전 없이 오리지널 바이오약물을 대체할 수 있습니다. 이는 제네릭 약물이 브랜드 약물을 대체할 수 있는 것과 같습니다.

약물 목록에 포함될 수 있는 약물 유형에 대한 정의는 **제 12장**을 참조하십시오.

B2. 약물 목록에서 약물 찾는 방법

복용하는 약이 저희 **약물 목록**에 있는지 확인하려면 다음을 할 수 있습니다:

- 저희 플랜의 웹사이트 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오. 저희 웹사이트의 **약물 목록**은 항상 최신 정보입니다.
- 약물이 저희 약물 목록에 있는지 알아보거나 목록 사본을 요청하려면 고객 서비스에 전화하십시오.
- 파트 D에 포함되지 않은 약물은 Medi-Cal Rx 에서 보장될 수 있습니다. 더 자세한 정보를 위해 Medi-Cal Rx 웹사이트 (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) 를 방문하십시오.
- www.medimpact.com 에서 '실시간 혜택 도구(Real Time Benefit Tool)'를 사용하여 **약물 목록**에 포함된 약물을 검색하고 예상 비용을 확인하고, 동일한 질환을 치료할 수 있는 **대체 약물**이 약물 목록에 있는지 알아볼 수 있습니다. 고객 서비스에 연락하셔도 됩니다.

B3. 약물 목록에 있는 약물들

모든 약물이 보장 대상은 아닙니다.

- 법규상 보장이 허용되지 않아 **약물 목록**에 포함되지 않은 약물도 있습니다.
- 또한, **약물 목록**에 포함하지 않기로 결정한 약물도 있습니다.
- 경우에 따라서는 **약물 목록**에 없는 약물을 받으실 수도 있습니다. 자세한 내용은 **제9장**을 참조하십시오.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

본 플랜은 이 섹션에서 설명하는 종류의 약물에 대해서는 비용을 지급하지 않습니다. 이를 **제외 약물**이라고 합니다. 제외 약물 처방을 받은 경우에는 회원이 비용을 전액 부담해야 합니다. 귀하가 처한 상황상 저희가 제외 약물 비용을 지급해야 한다고 생각되시면, 항소를 제기하실 수 있습니다. 네트워크 약국에 대한 더 자세한 정보는 본 **회원 안내서 제 9장**을 참조하십시오.

보장되지 않는 약물에 대한 세 가지 일반적인 규칙은 다음과 같습니다:

1. 본 플랜의 외래 약물 보장(Medicare 파트 D 포함)은 Medicare 파트 A 또는 Medicare 파트 B 에서 이미 보장하는 약물에 대해서는 비용을 지급하지 않습니다. 본 플랜은 Medicare 파트 A 또는 Medicare 파트 B에서 보장하는 약물을 무상으로 제공하지만, 이러한 약물은 귀하의 외래 약물 보장 혜택에는 포함되지 않습니다.
2. 본 플랜은 미국 및 그 영토 밖에서 구입한 약물에 대해서는 보장하지 않습니다.
3. 해당 약물은 식품의약국(FDA)의 승인을 받았거나, 귀하의 질환 치료를 위해 특정 의학적 근거 자료가 뒷받침하는 것이어야 합니다. 의사나 기타 의료 제공자가 귀하의 질환을 치료하기 위해 특정 약물을 처방할 수 있는데, 이는 해당 질환 치료용으로 승인되지 않은 약물일 수도 있습니다. 이를 '허가 외(off-label) 사용'이라고 합니다. 본 플랜은 일반적으로 허가 외 사용을 위해 처방된 약물을 보장하지 않습니다.

또한 법에 따라 Medicare 또는 Medi-Cal은 아래에 나열된 유형의 약물을 보장할 수 없습니다.

- 임신을 촉진시키는데 사용되는 약물
- 기침 또는 감기 증상 완화에 사용되는 약물*
- 모발 촉진 또는 미용 목적을 위한 약물
- 산전 비타민 및 불소* 제제를 제외하고 처방전 비타민 및 미네랄 제품
- 성적 또는 발기 부전 치료에 사용되는 약물
- 거식증, 체중 감소 또는 체중 증가 치료에 사용되는 약물*
- 검사나 서비스를 자신의 회사에서만 받아야 한다고 고지한 회사에서 만든 외래 약물

*일부 제품은 Medi Cal에서 보장될 수 있습니다. 자세한 내용은 Medi-Cal Rx 웹사이트 (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) 를 방문하십시오.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare**를 방문하십시오.

C. 일부 약물의 한도

특정 처방 약물에는 특별 규정이 적용되어 플랜이 보장하는 방법과 시기에 제한이 있습니다.

일반적으로 저희의 플랜 규정에서는 회원의 질병 치료에 도움이 되며 안전하고 효과적인 약물을 복용하도록 권장합니다. 안전하면서 가격도 더 저렴한 약물이 상대적으로 비싼 약물만큼 효과가 좋은 경우에 저희는 의료 제공자가 더 저렴한 약물을 이용할 것을 권장합니다.

때로는 약물이 저희 **약물 목록**에 한 번 이상 나타날 수 있습니다. 이는 동일한 약물이라도 의료 제공자가 처방한 약물의 강도, 양 또는 형태에 따라 다를 수 있으며, 약물의 종류에 따라 다른 제한 사항이 적용될 수 있기 때문입니다(예: 10mg 대 100mg, 하루 한 알 대 두 알, 정제 대 액상).

사용 약물에 특별 규정이 적용되는 경우 회원이나 의료 제공자가 별도의 조치를 취해야만 해당 약물에 대한 보장을 받을 수 있습니다. 예로, 회원의 의료 제공자가 플랜에 먼저 환자의 진단명을 알려주거나 혈액 검사 결과를 제공해야 할 수도 있습니다. 회원이나 의료 제공자가 판단하기에 해당 회원의 상황에 플랜 규정이 적용되면 안 된다고 여겨지면 예외를 적용하기 위해 보장 결정 절차를 사용해 달라고 요청하십시오. 저희는 별도의 조치 없이도 약물을 구입할 수 있도록 하는 데 동의할 수도 있고 동의하지 않을 수도 있습니다.

예외 요청에 대한 자세한 내용을 알아보려면 본 **회원 안내서 제 9장**을 참조하십시오.

1. 각각 제네릭 또는 호환 가능한 바이오시밀러 버전이 사용 가능한 경우 브랜드 약물 또는 원래 생물학적 제품의 사용 제한

일반적으로 제네릭 약물과 상호 교환형 바이오시밀러는 브랜드 약물이거나 오리지널 생물학적 제제와 효능이 동일하며 가격은 더 저렴한 경우가 많습니다. 대부분의 경우 브랜드 약물 또는 오리지널 생물학적 제품의 제네릭 또는 상호 교환형 바이오시밀러 버전이 있는 경우 저희 네트워크 약국에서 제네릭 또는 상호 교환형 바이오시밀러 버전을 제공합니다.

- 저희는 일반적으로 제네릭 약물이 존재하는 경우 브랜드 약물 또는 원래의 생물학적 제품 비용을 부담하지 않습니다.
- 그러나 의료 제공자가 제네릭 약물, 상호 교환형 바이오시밀러 또는 동일한 질환을 치료하는 다른 보장 약물이 회원에게 효과가 없는 의학적 이유를 설명한다면, 브랜드 약물을 보장해 드립니다.

2. 플랜의 사전 승인 받기

일부 약물의 경우, 처방전을 받기 전에 본인 또는 처방자가 저희 플랜의 승인을 받아야 합니다. 이를 사전 승인이라고 합니다. 이것은 약물 안전을 보장하고 특정 약물의 적절한 사용을 안내하기 위해 마련되었습니다. 승인을 받지 못하면 해당 약물은 보장되지 않을 수 있습니다. 사전 승인에 대한 자세한 내용은 페이지 하단의 고객 서비스 번호 또는 웹사이트

www.caloptima.org/en/health-insurance-plans/onecare/pharmacy 로 문의하십시오.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

3. 먼저 다른 약물 사용해 보기

일반적으로 저희는 더 값비싼 약물 비용을 부담하기 전에 그보다 저렴하면서 효능은 비슷한 약물을 먼저 써보도록 합니다. 예를 들어, 약 A와 약 B라는 약물이 같은 질환을 치료하는데 약 A의 가격이 약 B보다 저렴하다면, 플랜은 약물 A를 먼저 써보게 할 수도 있습니다.

약 A가 효과가 없으면 약 B를 보장해 드립니다. 이를 단계 치료(step therapy)라고 합니다. 단계 치료에 대한 자세한 내용은 페이지 하단의 고객 서비스 번호 또는 웹사이트 www.caloptima.org/en/health-insurance-plans/onecare/pharmacy로 문의하십시오.

4. 수량 제한

일부 약물의 경우, 회원이 받을 수 있는 약물 수량을 제한합니다. 이를 수량 제한이라고 합니다. 예를 들어, 특정 약물의 경우 하루에 한 알만 복용하는 것이 일반적으로 안전하다고 여겨지는 경우, 처방전을 받을 때마다 복용할 수 있는 약물의 양을 제한할 수 있습니다.

위의 규정 가운데 귀하가 복용 중이거나 복용하고자 하는 약물에 적용되는 규정이 있는지 알아보려면 **약물 목록**을 확인하십시오. 최신 정보는 고객 서비스부로 전화하거나 저희 웹사이트 www.caloptima.org/en/health-insurance-plans/onecare/pharmacy를 방문하십시오. 위의 어떤 이유로든 저희의 보장 결정에 동의하지 않으신 경우, 항소를 제기하실 수 있습니다. 본 **회원 안내서 제 9장**을 참조하십시오.

D. 약물을 보장하지 않는 이유

플랜은 회원이 약물 보장 혜택을 받을 수 있도록 노력하지만, 때때로 회원이 원하는 방식대로 보장받지 못하는 약물이 있을 수도 있습니다. 예는 다음과 같습니다:

- 저희 플랜이 회원이 복용하려는 약물을 보장하지 않습니다. 해당 약물이 **약물 목록**에 포함되어 있지 않을 수 있습니다. 제네릭 약물은 보장하지만 회원이 복용하고자 하는 브랜드 약물은 보장되지 않는 경우도 있습니다. 새로 출시된 약물의 경우 저희가 아직 그 안전성과 효능을 검토하지 못한 상황일 수도 있습니다.
- 약물이 보장은 되지만 보장에 대한 특별 규칙이나 제한이 있는 경우도 있습니다. 위에서 설명한 바와 같이 저희 플랜이 보장하는 일부 약물의 경우 그 사용을 제한하는 규정이 있습니다. 어떤 경우에는 회원이나 처방자가 규정 예외를 요청할 수도 있습니다.

원하시는 방식으로 약이 보장되지 않는 경우, 취하실 수 있는 조치들이 있습니다.

D1. 임시 분량 받기

특정 약물이 **약물 목록**에 없거나 어떤 식으로든 제한이 있는 경우, 플랜에서 회원에게 임시 복용 분량의 약물을 제공할 수 있습니다. 그러면 회원은 그 사이 의료 제공자와 다른 약물 복용에 대해 상의하거나 플랜에 약물 혜택을 요청할 시간이 주어집니다.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

임시 복용 분량을 받으려면 반드시 다음의 두 가지 조건을 충족해야 합니다:

1. 지금까지 복용해온 약물이 다음에 해당합니다:
 - 더 이상 저희 **약물 목록**에 포함되지 **않거나**
 - 처음부터 **약물 목록**에 **없었거나**
 - 현재 어떤 식으로든 제한이 발생한 경우.
2. 회원이 처한 상황이 다음 중 하나에 해당되어야 합니다:
 - 귀하는 작년에 플랜에 가입되어 있었음.
 - 일부 상황에서는 해당 **연도 첫 90 일 간** 임시로 약물을 제공하기도 합니다.
 - 이러한 임시 복용 분량 구입은 최대 30 일간 가능합니다.
 - 처방전에 적힌 투약 일수가 그보다 짧으면, 저희는 최대 30일분까지 약물을 제공하도록 여러 차례 조제를 허용할 것입니다. 처방약은 반드시 네트워크 약국에서 조제해야 합니다.
 - 장기 치료 약국은 낭비를 방지하기 위해 귀하의 처방약을 한 번에 소량씩만 공급할 수도 있습니다.
 - 저희 플랜에 새로 가입했습니다.
 - 저희는 **플랜 가입 후 첫 90일 동안** 임시 약물 공급을 보장합니다.
 - 이러한 임시 복용 분량 구입은 최대 30 일간 가능합니다.
 - 처방전에 적힌 투약 일수가 그보다 짧으면, 저희는 최대 30일분까지 약물을 제공하도록 여러 차례 조제를 허용할 것입니다. 처방약은 반드시 네트워크 약국에서 조제해야 합니다.
 - 장기 치료 약국은 낭비를 방지하기 위해 귀하의 처방약을 한 번에 소량씩만 공급할 수도 있습니다.
 - 플랜에 90일 이상 가입되어 있었고, 장기요양 시설에서 거주하며, 즉시 공급이 필요합니다.
 - 저희는 31일분을 보장하며, 처방이 더 적은 일수로 작성된 경우에는 그보다 적은 양을 보장합니다. 이 보장은 위에 언급된 임시 공급분과 별도로 제공됩니다.
 - 치료 환경을 한 곳에서 다른 곳으로 옮기시는 경우(이를 '치료 수준 변경'이라고 합니다).
 - 진료 수준 변경의 예는 다음과 같습니다. 급성 환자 진료 병원에서 장기 요양 시설 입소, 병원에서 가정으로 퇴원, 파트 A 전문 간호 시설에서 퇴소하고 파트 D 보장으로 복귀, 호스피스 상태를 그만두고 표준 파트 A 및 파트 B 혜택으로 복귀, 장기 요양 시설에서 퇴소하고 지역사회로 복귀, 정신병원에서 퇴원.
 - 관리 수준을 변경하는 경우, 저희는 귀하의 약물을 임시로 보장해 드립니다. 이러한 임시 복용 분량 구입은 최대 30일간 가능합니다. 처방전에 적힌 투약 일수가 그보다 짧으면, 저희는 최대 30일분까지 약물을 제공하도록 여러 차례 조제를 허용할 것입니다. 처방약은 반드시 네트워크 약국에서 제조되어야 합니다.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

D2. 임시 분량 요청하기

임시 복용 분량을 요청하려면 고객 서비스부로 연락하십시오.

약물을 임시적으로 구입하는 경우, 이 임시 복용 분량이 소진되면 어떻게 할 것인지 귀하의 의사와 상의하셔야 합니다. 선택 가능한 방법은 다음과 같습니다:

- 다른 약물로 바꿀 수 있습니다.

저희 플랜은 회원에게 효과가 있는 다른 약을 보장해 드릴 수 있습니다. 고객 서비스부에 연락해서 동일한 질환을 치료하는 **약물 목록**을 요청하면 됩니다. 이 목록은 의료 제공자가 회원에게 효과적인 약물을 찾는 데 도움이 될 것입니다.

또는

- 예외 신청을 할 수도 있습니다.

회원과 의료 제공자가 플랜에 예외 신청을 할 수 있습니다. 예를 들어 저희 **약물 목록**에 없는 약물 보장을 요청하거나 한도 없이 약물 보장을 요청할 수 있습니다. 의료 제공자가 회원에게 예외를 요청할 정당한 의학적 사유가 있다고 할 경우, 회원을 도와 예외를 요청할 수 있습니다.

D3. 예외 요청하기

예외 요청에 대한 자세한 내용을 알아보려면 본 **회원 안내서 제 9장**을 참조하십시오.

예외 요청에 도움이 필요한 분은 고객 서비스로 연락하십시오.

E. 약물 보장의 변경 사항

약물 보장 사항은 대개 1월 1일에 변경되지만 연중에도 **약물 목록**에 약물이 추가되거나 삭제될 수 있습니다. 또한 저희는 약물에 대한 규칙을 변경할 수도 있습니다. 예를 들면, 다음과 같이 할 수 있습니다:

- 약물에 대한 사전 승인 (약물을 구매하기 전에 필요한 승인)을 요구하거나 요구하지 않기로 결정할 수 있습니다.
- 구입할 수 있는 약물의 양(수량 한도)을 늘리거나 변경할 수 있습니다.
- 약물에 대한 단계 요법 제한 사항을 추가 또는 변경할 수 있습니다 (저희가 다른 약을 보장하기 전에 한 가지 약을 시도해야 하는 것을 의미함.)
- 원래 생물학적 제품을 생물학적 제품의 상호 교환적 바이오시밀러 버전으로 교체합니다.

저희는 저희 플랜 **약물 목록**을 변경하기 전에 Medicare 요건을 따라야 합니다. 약물 규정에 대한 자세한 내용은 **섹션 C**를 참조하십시오.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

연초에 보장된 약을 복용하는 경우, 다음과 같은 경우를 제외하고, 일반적으로 **그 해의 남은 기간 동안** 해당 약물을 삭제하거나 변경하지 않습니다:

- 현재 **약물 목록**에 있는 약만큼 효과적이면서도 저렴한 신약이 시장에 출시된 경우, 또는
- 약물이 안전하지 않다는 것을 알게 된 경우, 또는
- 약물이 시장에서 제거된 경우.

복용 중인 약의 보장 범위가 변경되면 어떻게 되나요?

약물 목록 변경 사항에 대한 더 자세한 정보를 알아보려면, 언제나:

- <https://www.caloptima.org/en/health-insurance-plans/onecare/pharmacy>에서 온라인으로 현재 **약물 목록**을 확인하거나 또는
- 페이지 하단에 있는 고객 서비스부 번호로 연락하여 현재 **약물 목록**을 확인해보십시오.

현재 플랜 연도 동안 귀하에게 영향을 미칠 수 있는 **약물 목록**에 대한 변경 사항

약물 목록에 대한 일부 변경은 즉시 일어납니다. 예는 다음과 같습니다:

- 새로운 제네릭 약물이 출시됩니다. 때로는 새로운 제네릭 약물이나 바이오시밀러가 시장에 출시되어 현재 **약물 목록**에 있는 브랜드 약물이나 원래 생물학적 제품만큼 효과가 있는 경우가 있습니다. 이런 경우 브랜드 약물을 제거하고 새 제네릭 약물을 추가할 수 있지만 새 약물에 대한 회원의 비용은 동일하게 유지됩니다. 새로운 제네릭 약물을 추가할 때 브랜드 약물을 목록에 유지하기로 결정할 수도 있지만 보장 규칙이나 한도를 변경할 수도 있습니다.
 - 이 변경 사항을 적용하기 전에 귀하에게 알리지 않을 수 있지만 변경 사항이 발생하면 구체적인 변경 사항에 대한 정보를 보내드립니다.
 - 귀하 또는 귀하의 의료 제공자는 이러한 변경 사항에 대한 “예외”를 요청할 수 있습니다. 예외 요청을 위한 단계적 방법에 대한 통지서를 귀하에게 보내드립니다. 본 안내서의 **제 9 장**에서 예외에 대한 더 많은 정보를 알아보십시오

안전하지 않은 약물 및 시중 판매가 중단된 약물 제거 경우에 따라 약물이 안전하지 않은 것으로 판단되거나 다른 이유로 시중에서 판매가 중단될 수 있습니다. 이러한 경우, 해당 약물을 **약물 목록**에서 즉시 제거할 수 있습니다. 귀하께서 해당 약물을 복용 중이라면, 변경 후 공지서를 보내드릴 것입니다. 귀하는 의사나 다른 처방자와 협력하여 저희가 보장하며 귀하의 상태에 적합한 다른 약물을 찾을 수 있습니다. 고객 서비스부에 연락해서 동일한 질환을 치료하는 보장된 약물 목록을 요청하면 됩니다.

저희는 귀하가 복용하는 약에 영향을 미치는 다른 사항을 변경할 수도 있습니다. **약물 목록**에 대한 이러한 기타 변경이 있으면 사전에 알려드릴 것입니다. 다음과 같은 경우 변화가 발생할 수 있습니다:

- FDA (Food and Drug Administration, 식품의약품)가 새로운 지침을 제공하거나, 약물에 대한 새로운 임상 지침이 있을 경우가 있습니다.

이러한 변경 사항이 발생할 경우, 저희는 다음을 할 것입니다:

- **약물 목록**을 변경하기 최소 30일 전에 알리거나 또는



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

- 회원이 재조제를 요청한 후, 저희는 해당 사실을 알려드리고 약 30일분을 제공해 드립니다. 이것은 의사 또는 기타 처방자와 상담할 시간을 줍니다. 그들은 다음 결정을 하는데 도와 드릴 수 있습니다:

- **약물 목록**에 대신 복용할 수 있는 약물이 있는지 **또는**
- 약물 또는 복용 중인 약물의 버전을 계속 보장받기 위해 이러한 변경 사항에 대해 예외를 요청하셔야 할 수도 있습니다. 예외 요청에 대한 자세한 내용을 알아보려면 본 **회원 안내서 제 9 장**을 참조하십시오.

현재 플랜 연도 동안 귀하에게 영향을 미칠 수 있는 **약물 목록**에 대한 변경 사항

위에서 설명되지 않았으며 현재는 회원에게 영향을 미치지 않는 약물에 대해서도 보장 변경이 이루어질 수 있습니다. 이러한 변경 사항과 관련하여, 연초에 보장받고 복용 중인 약에 대해서는 일반적으로 **그해 나머지 기간 동안** 해당 약물의 보장을 중단하거나 변경하지 않습니다.

예로, 만약 저희가 귀하께서 복용하시는 약물을 제외하거나 사용에 제한을 둔다고 하더라도, 그 변경은 연말까지 귀하의 약물 사용에 영향을 주지 않을 것입니다.

회원이 복용 중인 약물에 (위에서 언급된 경우를 제외한) 변경 사항이 발생하는 경우, 해당 변경은 다음 해 1월 1일까지 회원의 사용에 영향을 미치지 않습니다.

현재 연도 동안에는 이러한 유형의 변경 사항에 대해 별도로 알려드리지 않습니다. 다음 플랜 연도의 (공개 가입 기간 동안 제공될 때) **약물 목록**을 확인하여 다음 플랜 연도에 회원에게 영향을 미칠 변경 사항이 있는지 살펴보셔야 합니다.

F. 특수한 상황에서의 약물 보장

F1. 저희 플랜에서 보장하는 병원이나 전문 간호 시설 입원

회원이 플랜 혜택이 있는 병원이나 전문 간호 시설에 입원한 경우에는, 일반적으로 입원 기간 중의 처방약 비용을 저희가 부담합니다. 회원은 공동 부담금을 지급하지 않습니다. 병원이나 전문 간호 시설에서 퇴원한 뒤에도, 해당 약물이 저희의 혜택 규정을 모두 충족하는 한 계속 비용을 부담합니다.

F2. 장기 치료 시설 거주

일반적으로 요양원 같은 장기 요양 시설에는 자체 약국이나 거주자 전원에게 약물을 공급하는 약국이 있습니다. 장기 요양 시설에 거주하는 회원의 경우, 해당 시설의 약국이 저희 네트워크 소속이라면 거기에서 처방약을 구입해도 됩니다.

의료 제공자 및 약국 목록을 확인하여 현재 거주하는 장기 요양 시설의 약국이 저희 네트워크 소속인지 알아보십시오. 저희 네트워크 소속이 아니거나 보다 자세한 정보가 필요하면 고객 서비스로 연락하시기 바랍니다.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

F3. Medicare 인증 호스피스 프로그램 참여

호스피스와 본 플랜에서 동시에 약물을 보장하지 않습니다.

- Medicare 호스피스에 가입되어 있으며, 말기 예후와 관련되지 않아 호스피스에서 보장하지 않는 특정 약(예: 진통제, 항구토제, 완하제, 항불안제 등)이 필요하실 수 있습니다. 그러한 경우, 저희 플랜이 해당 약을 보장하기 위해서는 처방 의사 또는 호스피스 제공자로부터 그 약이 말기 예후와 관련이 없다는 통지를 받아야 합니다.
- 저희 플랜에서 보장받을 수 있는 무관한 약물을 지연 없이 받으려면, 귀하는 약국에 처방약 조제를 요청하기 전에 해당 약물이 무관함을 저희 쪽에 반드시 통보하도록 호스피스 제공자나 처방 의사에게 요청할 수 있습니다.

회원이 호스피스를 떠날 경우 플랜에서 모든 약물 비용을 부담해야 합니다. Medicare 호스피스 혜택이 종료될 때 약국에서의 지연을 피하려면, 귀하가 호스피스 프로그램을 그만두었음을 입증하는 문서를 약국에 제시해야 합니다.

저희 플랜에서 보장하는 약에 대해 설명한 이 장의 앞부분을 참고하십시오. 호스피스 혜택에 대한 자세한 정보는 본 **회원 안내서 제 4장**을 참조하십시오.

G. 약물 안전 및 관리 프로그램

G1. 회원의 안전한 약물 사용을 돕는 프로그램

플랜은 회원이 처방약을 구입할 때마다 약물에 문제가 있는지 또는 다음과 같은 약물이 없는지 살펴봅니다:

- 동일한 효능을 지닌 다른 약물을 복용하고 있기 때문에 필요하지 않을 수 있는 약물
- 나이나 성별을 고려할 때 안전하지 않을 수 있는 약물
- 동시에 복용하면 해로울 수 있는 약물
- 알레르기를 일으키는 성분이 포함된 약물
- 양(복용량)에 오류가 있을 수 있는 약물
- 안전하지 않은 양의 오피오이드 통증 약물을 소유

회원의 처방약 사용에 문제가 발생할 가능성이 있다고 판단되면, 저희는 의료 제공자와 협력해 문제를 시정합니다.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

G2. 약물 관리에 도움을 주는 프로그램

저희 플랜에는 복합적인 건강 문제가 있는 회원을 돕는 프로그램이 있습니다. 일부 경우에는 투약 요법 관리(Medication Therapy Management, MTM) 프로그램을 통해 무상으로 서비스를 받을 수 있습니다. 이 프로그램은 자발적이며 무료입니다. 이 프로그램은 약물 치료가 건강 증진에 효과가 있음을 귀하와 귀하의 의사가 확인하는 데 도움이 됩니다. 약사나 다른 의료 전문가가 귀하의 약물 치료 전반에 대해 종합적인 검토 의견을 제공하며 다음 사항들에 대해서도 상담해 드립니다:

- 복용 중인 약물로부터 최대한 효과를 얻는 방법
- 약물 비용 및 약물의 반응 등에 관한 우려사항
- 가장 좋은 약물 복용 방법
- 처방 약물 및 오버 더 카운터 약물에 대한 궁금증이나 문제점

그런 다음 회원에게 다음 사항을 제공합니다:

- 상담 내용에 대한 서면 요약서. 이 요약서는 약물 치료를 최대한 잘 활용하기 위해 회원이 할 수 있는 권장 사항이 제시된 약물 치료 실행 방안입니다.
- 회원이 복용하는 모든 약, 복용량, 복용 시간과 이유를 포함한 개인 복약 목록.
- 통제 약물에 해당하는 처방약을 안전하게 폐기하는 방법에 대한 정보.

회원의 행동 계획과 약 목록에 대해 처방 의사와 상의하는 것이 좋습니다.

- 의사, 약사 또는 다른 의료 제공자와 상담할 때마다 행동 계획과 약 목록을 지참하십시오.
- 병원이나 응급실에 가실 때도 약 목록을 꼭 가져가십시오.

MTM 프로그램은 자격이 있는 회원에게 자발적으로 참여하며 무료로 제공됩니다. 회원에게 적합한 프로그램이 있는 경우, 저희는 회원을 해당 프로그램에 가입하고 관련 정보를 보내드립니다. 참여를 원치 않는 회원의 경우, 알려주시면 프로그램 가입을 취소해 드립니다.

이 프로그램에 대한 질문은 고객 서비스에 문의하십시오.

G3. 오피오이드 약물의 안전한 사용을 위한 약물 관리 프로그램 (DMP)

저희에게는 회원이 처방 오피오이드와 기타 자주 남용되는 약물을 안전하게 사용할 수 있도록 돕는 프로그램을 가지고 있습니다. 이 프로그램은 약물 관리 프로그램(Drug Management Program, DMP)이라고 합니다.

회원이 여러 처방자 또는 약국에서 받은 오피오이드 약물을 사용하거나 최근에 오피오이드를 과다 복용한 경우, 저희는 처방자에게 회원의 오피오이드 약물 복용이 적절하며 의료적으로 필요한지 상담할 수 있습니다. 저희는 귀하의 의사들과 협력하여, 귀하의 오피오이드 또는 벤조디아제핀 사용이 안전하지 않다고 판단하는 경우 회원의 약물 수령 방식에 제한을 둘 수 있습니다. 저희가 회원을 저희 DMP에 배정한다면, 제한 사항에는 다음이 포함될 수 있습니다:

- 해당 약물에 대한 모든 처방전을 특정 약국(들)으로부터 받을 것을 요구



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

- 특정 처방자(들)로부터 오피오이드(opioid) 또는 벤조디아제핀(benzodiazepine) 약물에 대한 모든 처방을 받도록 요구
- 보장되는 오피오이드(opioid) 또는 벤조디아제핀(benzodiazepine) 약물의 양을 제한

이러한 약의 조달 방법이나 조달 가능 수량을 제한하려는 경우, 저희는 사전에 회원께 서신을 보내 알려드립니다. 해당 서신에는 약 보장을 제한하는지 여부, 또는 특정 제공자나 약국에서만 이 약들을 처방받아야 하는지 여부가 포함됩니다.

귀하가 선호하는 처방자나 약국을 알려주실 수 있으며, 저희가 알아야 한다고 생각하시는 중요한 정보도 제공하실 수 있습니다. 회원의 의견을 제출하신 후, 저희가 해당 약의 보장을 제한하기로 결정하면, 그 제한 내용을 확인하는 추가 서신을 보내드립니다.

저희의 결정이나 제한이 잘못되었다고 생각하시거나 동의하지 않는 경우, 회원과 처방자는 항소를 제기하실 수 있습니다. 항소를 제기하면, 저희가 귀하의 사례를 검토한 후 결정을 전해 드릴 것입니다. 저희가 계속 이러한 약물 사용에 대한 제한과 관련된 귀하의 항소에 일부를 계속해서 거절하는 경우, 저희는 귀하의 사례를 자동적으로 독립심사기관 (Independent Review Organization, IRO)에게 보낼 것입니다. (항소 및 IRO에 대한 더 자세한 사항은 **회원 안내서 제 9장**을 참조하십시오.)

다음의 경우라면 DMP는 해당이 되지 않습니다:

- 암 또는 겸상 적혈구 질환과 같은 특정한 의료 증상이 있는 경우
- 호스피스, 완화 치료 또는 임종기 치료를 받는 경우 또는
- 장기 치료 시설에 거주하는 경우.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

6장: Medicare 및 Medi-Cal 처방약에 대한 회원 부담금

서문

본 장에서는 외래환자 처방약에 대한 회원 부담금을 알려드립니다. 여기에서 “약물”이란 다음을 의미합니다:

- Medicare 파트 D 처방약, 또한
- Medi-Cal Rx에서 부담하는 약물과 제품

귀하는 Medi-Cal 수혜 자격이 있기 때문에, Medicare 파트 D 처방약 비용을 부담하는 데 도움이 되는 Medicare의 추가 도움(Extra Help)을 받으실 수 있습니다.

추가 도움(Extra Help)이란 저소득층 분들을 도와 보험료, 디덕터블 및 공동 부담금 같은 Medicare 파트 D 처방전 약 비용을 줄이는 Medicare 프로그램입니다. 추가 지원은 “저소득 보조금(Low-Income Subsidy)” 또는 “LIS”라고도 합니다.

기타 주요 용어와 그 정의는 본 회원 안내서 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

약물에 대해 자세히 알아보시려면 다음을 참고하십시오:

- **저희의 보장된 약물 목록.**
 - 이것을 “약물 목록”이라고 부릅니다. 다음을 알려드립니다:
 - 저희 플랜이 비용을 부담하는 약물
 - 약물 혜택에 제한이 있는지 여부
 - 약물 목록 사본이 필요하면 고객 서비스부로 연락하십시오. 최신 약물 목록은 저희 웹사이트 www.caloptima.org/en/health-insurance-plans/onecare/pharmacy 에서도 확인하실 수 있습니다.
 - 약국에서 구입하는 대부분의 약은 CalOptima Health OneCare Complete에 의해 보장됩니다. 다소의 오버 더 카운터(over-the-counter, OTC(처방전 없이 구입 가능한))와 같은 기타 약물 및 특정 비타민 등은 Medi-Cal Rx 에서 보장될 수도 있습니다. 더 자세한 정보를 위해 Medi-Cal Rx 웹사이트 (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) 를 방문하십시오. 또한 1-800-977-2273번을 이용해 Medi-Cal Rx 고객 서비스로 전화하실 수 있습니다. Medi-Cal Rx를 사용하여 처방전을 받을 때 Medi-Cal Beneficiary Identification Card (수혜자 식별 카드, BIC)를 지참하십시오.
- **본 회원 안내서 제 5장.**
 - 본 플랜을 통해 외래 환자용 약물을 받는 방법을 설명합니다.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

- 여기에는 지켜야 할 규정도 포함되어 있습니다. 또한 본 플랜에서 보장하지 않는 약물의 종류도 안내합니다.
- 플랜의 '실시간 혜택 도구(Real Time Benefit Tool)'를 사용하여 약물 보장 내용을 확인할 때(**제 5장, 섹션 B2** 참조), 표시되는 비용은 귀하가 부담하게 될 예상 본인 부담금입니다. 고객 서비스에 연락해 자세한 정보를 문의할 수도 있습니다.
- **저희 의료 제공자 및 약국 목록.**
 - 대부분의 경우, 반드시 네트워크 약국을 통해 보장 약물을 구입해야 합니다. 네트워크 약국은 저희 플랜과 협력하기로 합의한 약국들입니다.
 - **의료 제공자 및 약국 목록**에는 저희 네트워크 약국들이 나열되어 있습니다. 네트워크 약국에 대한 더 자세한 정보는 본 **회원 안내서 제 5장**을 참조하십시오.

차례

A. 혜택 설명서 (Explanation of Benefits, EOB)	158
B. 약물 비용 관리 방법	159
B1. 설명서에서 오류를 발견하면 어떻게 해야 합니까?	159
B2. 부정행위가 의심되는 경우는 어떻게 해야 합니까?	160
C. 1 개월분 또는 장기 공급 약물에 대해 비용을 부담하지 않습니다	160
C1. 저희 플랜은 1개의 비용 부담 단계가 있습니다	160
C2. 약국 선택	161
C3. 장기 공급 약물 받기	161
D. 파트 D 백신을 위한 비용	161
D1. 백신을 접종하기 전 알아야 할 사항	161

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare**를 방문하십시오.

A. 혜택 설명서 (Explanation of Benefits, EOB)

저희 플랜은 귀하가 약국에서 처방약을 조제받을 때 발생하는 약값과 지불한 비용을 기록 및 관리합니다. 저희 플랜은 다음의 두 가지 종류의 비용을 추적합니다:

- 귀하의 **본인 부담 비용**. 이것은 귀하 또는 귀하를 대신하는 다른 사람이 처방약 비용으로 지불하는 금액입니다. 여기에는 보장 대상인 파트 D 약물을 구입할 때 귀하가 지불한 비용, 가족이나 친구가 대신 귀하의 약물을 위해 지불한 비용, 그리고 Medicare의 추가 지원 프로그램, 고용주 또는 노조 건강 플랜, 인디언 보건 서비스(Indian Health Service, IHS), AIDS 약물 지원 프로그램, 자선 단체 및 대부분의 주 의약품 지원 프로그램(State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP)을 통해 지불된 약물 비용이 포함됩니다.
- 귀하의 **총 약물 비용**. 이것은 귀하의 보장되는 파트 D 약물에 대해 지불된 총액입니다. 여기에는 보장 파트 D 약물에 대해 저희 플랜이 지불한 비용과 다른 프로그램이나 기관이 지불한 비용이 포함됩니다.

저희 플랜은 회원이 플랜을 통해 처방약을 구입하면 **혜택 설명서 (Explanation of Benefit, EOB)**라는 보고서를 발송합니다. 이를 줄여서 EOB라고 부릅니다. EOB는 청구서가 아닙니다. EOB에는 귀하가 복용하는 약물에 대한 더 많은 정보가 포함되어 있습니다. EOB에는 다음 내용이 포함됩니다:

- **해당 월의 정보** 이 요약 정보는 지난달에 귀하가 처방받은 약물 내역을 보여줍니다. 여기에는 총 약물 비용, 저희가 부담한 금액, 그리고 귀하 또는 타인이 부담한 금액이 포함됩니다.
- **1월 1일부터의 연간 합계**. 연초부터 발생한 총 약물 비용과 약물 관련 총 지불액을 보여줍니다.
- **약물 가격 정보**. 약물의 총 가격과, 동일한 수량으로 처방을 처음 조제받은 시점 이후 발생한 가격 변동 내역을 나타냅니다.
- **비용이 더 저렴한 대체 약물**. 해당되는 경우, 각 처방에 대해 본인 부담 비용이 더 낮은 다른 이용 가능한 약물에 대한 정보를 제공합니다.

저희는 Medicare가 보장하지 않는 약물에도 혜택을 제공합니다.

- 이 약물에 지급한 돈은 회원의 자기 부담 금액 총액에 합산되지 않습니다.
- 약국에서 구입하는 대부분의 처방약은 귀하의 플랜에 의해 보장됩니다. 다소의 오버 더 카운터 (over-the-counter, OTC (처방전 없이 구입 가능한)) 와 같은 기타 약물 및 특정 비타민 등은 Medi-Cal Rx 에서 보장될 수도 있습니다. 자세한 내용은 Medi-Cal Rx 웹사이트 (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) 를 방문하십시오. 또한 1- 800-977-2273 번을 이용해 Medi-Cal Rx 고객 서비스로 전화하실 수 있습니다. Medi-Cal Rx를 사용하여 처방전을 받을 때 Medi-Cal Beneficiary Identification Card (수혜자 식별 카드, BIC) 를 지참하십시오.
- 저희 플랜이 보장하는 약물이 어떤 것인지 알기 원하시면 **약물 목록**을 참조하십시오.

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

B. 약물 비용 관리 방법

저희는 회원과 약국에서 받은 기록을 이용해 회원의 약물 비용과 부담금을 파악합니다. 회원은 다음과 같은 방법을 통해 저희를 도와 주실 수 있습니다:

1. 회원 ID 카드를 사용하십시오.

처방약을 조제받으실 때마다 항상 회원 ID 카드를 제시해 주십시오. 이를 통해 귀하가 어떤 처방약을 조제받았고 비용을 얼마나 지불하셨는지 확인할 수 있습니다.

2. 저희가 필요한 정보를 가지고 있는지 확인하십시오.

저희에게 약값 환불을 요청하실 수 있습니다. 영수증, 지불 증빙 자료를 준비하시고, 모든 증빙 서류를 첨부하여 CalOptima Health OneCare Complete로 환불 요청을 제출해 주십시오. 다음은 저희에게 영수증 사본을 제공해야 하는 경우의 예시입니다:

- 네트워크 약국에서 보장 약물을 특별 가격으로 구매하거나 저희 플랜 혜택에 포함되어 있지 않은 할인 카드로 구매한 경우
- 통해 제공받는 약물에 대해 공동 부담금을 지불할 때
- 네트워크 소속이 아닌 약국에서 보장 약물을 구입한 경우
- 특별한 상황으로 인해 보장 약물의 약값을 전액 다 지불한 경우

저희에게 귀하가 지불한 비용을 환불해 달라는 요청에 대한 자세한 정보는 *회원 안내서 제 7장*을 참조하십시오.

3. 다른 사람이 귀하를 대신하여 지불한 금액 정보를 저희에게 보내주십시오.

본인 이외의 특정 개인이나 기관이 지불한 금액도 회원의 본인 부담 비용에 추가됩니다. 예로 주 약물 지원 프로그램, AIDS 약물 지원 프로그램 (AIDS drug assistance program, ADAP) 이나 원주민 건강 서비스 및 대부분의 자선 단체 등이 지불한 금액이 회원의 본인 부담 비용으로 계산됩니다.

4. 저희가 보내드리는 EOB를 확인하십시오.

EOB를 우편으로 받으시면, 꼼꼼히 살펴보아 정보가 정확한지 확인하시기 바랍니다.

- 각 약국 이름을 알아보시겠습니까? 날짜를 확인해 보십시오. 그날 약을 받으셨습니까?
- 목록에 있는 약을 받으셨습니까? 영수증에 기재된 내용과 일치합니까? 의사가 처방한 약과 일치합니까?

B1. 설명서에서 오류를 발견하면 어떻게 해야 합니까?

이 EOB가 이해하기 어렵거나 의심가는 부분이 있다면 CalOptima Health OneCare Complete 고객센터 서비스로 전화해 주십시오. 또한 저희 웹사이트에서 다양한 질문에 대한 답변을 확인하실 수 있습니다: www.caloptima.org/OneCare.

 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객센터 서비스 무료 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

B2. 부정행위가 의심되는 경우는 어떻게 해야 하나요?

이 설명서에 복용하지 않는 약이나 의심스러운 내용이 포함되어 있다면 저희에게 연락해 주십시오.

- CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스부에 연락하십시오.
- 또는 Medicare 번호 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 로 전화하십시오. TTY 사용자는 번호 1-877-486-2048 로 전화하십시오. 무료로 전화하실 수 있습니다.
- Medi-Cal을 받는 의료 제공자가 사기, 낭비 또는 남용을 저지른 것으로 의심되는 경우, 비밀 보장이 되는 무료 전화 1-800-822-6222번으로 전화하여 신고할 권리가 있습니다. Medi-Cal 사기를 신고하는 다른 방법은 다음 웹사이트에서 확인하실 수 있습니다: www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx.

잘못된 점이나 누락된 내용이 있거나 궁금한 점이 있으시면 고객 서비스 센터로 전화해 주십시오. 또한 저희 웹사이트에서 다양한 질문에 대한 답변을 확인하실 수 있습니다:

www.caloptima.org/OneCare 이러한 EOB들을 잘 보관하십시오. 이것들은 귀하의 약값 지출에 관한 중요한 기록입니다.

C. 1개월분 또는 장기 공급 약물에 대해 비용을 부담하지 않습니다

저희 플랜의 규정을 준수하시면, 보장 대상 약물에 대해 비용을 전혀 부담하지 않으셔도 됩니다.

C1. 저희 플랜은 1개의 비용 분담 단계가 있습니다.

처방약 1개월분 또는 장기 복용 분량을 구입할 때 회원이 부담해야 하는 비용:

	네트워크 약국	저희 플랜의 우편 주문 서비스	네트워크 장기 치료 약국	네트워크 비소속 약국
	1개월분 또는 최대 30일분	3개월분 또는 최대 100일분	최대 31일분	최대 30일분. 보장 범위는 특정 경우로 제한됩니다. 자세한 내용은 본 회원 안내서 제 5장 을 참조하십시오.
비용 분담 1단계 (제네릭 약물 및 브랜드 약물)	\$0	\$0	\$0	\$0

장기 복용분을 제공하는 약국에 대한 정보는 저희 플랜의 **의료 제공자 및 약국 목록**을 참조하십시오.

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

C2. 약국 선택

약물 가격은 다음 중 어디에서 약물을 받는지에 따라 달라집니다:

- 네트워크 약국, 또는
- 네트워크 소속이 아닌 약국 제한적인 경우에 한해, 저희는 네트워크 외 약국에서 조제받은 처방약 비용을 보장해 드립니다. 저희가 언제 그렇게 하는지 알아보시려면 본 **회원 안내서 제 5장**을 참조하십시오.
- 저희 플랜의 우편 주문 약국.

특정 약물이 보장되지 않는다는 통보를 받았을 때 항소를 제기하는 방법은 이 **회원 안내서 제 9장**을 참조하십시오. 이러한 약국 옵션에 대한 자세한 내용은 이 **회원 안내서 제 5장** 및 저희 **의료 제공자 및 약국 목록**을 참조하십시오.

C3. 장기 공급 약물 받기

일부 약물의 경우, 처방약 구입 시 장기 공급 분량(“연장 분량”이라고도 함)을 구입할 수도 있습니다. 장기 공급은 최대 100일 치 분량입니다. 장기 공급에 대해 귀하가 부담할 비용은 없습니다.

장기 공급 약물을 구입하는 방법 및 장소에 관한 정보는 **회원 안내서 제 5장** 및 저희 **의료 제공자 및 약국 목록**을 참조하십시오.

D. 파트 D 백신을 위한 비용

백신 비용에 관한 중요 사항: 일부 백신은 의료 혜택으로 간주되어 Medicare 파트 B의 보장을 받습니다. 다른 백신은 Medicare 파트 D 약물로 분류됩니다. 이런 백신은 플랜의 **약물 목록**에서 확인할 수 있습니다. 저희 플랜은 대부분의 성인용 Medicare 파트 D 백신을 귀하에게 무료로 제공합니다. 특정 백신의 보장 범위 및 비용 분담에 대한 자세한 내용은 저희 플랜의 **약물 목록**을 참조하거나 고객 서비스 센터로 문의해 주십시오.

저희 플랜의 Medicare 파트 D 예방 접종 혜택은 2 부분으로 나뉘어 있습니다:

1. 첫 번째 부분은 **백신 자체**의 비용에 해당합니다.
2. 두 번째 부분은 **백신 접종** 비용입니다. 예를 들어, 때로는 의사가 주사로 백신을 접종해 줄 수도 있습니다.

D1. 백신을 접종하기 전 알아야 할 사항

백신 접종을 계획하고 계시다면 고객 서비스 센터로 전화해 주시기 바랍니다.

- 저희 플랜에서 백신 접종 비용을 어떻게 보장하는지 안내해 드릴 수 있습니다.
- 네트워크 내 약국과 의료 제공자를 이용해 비용을 절약하는 방법도 알려드릴 수 있습니다. 네트워크 내 약국과 의료 제공자는 저희 플랜과 협력하기로 동의한 곳들입니다. 네트워크 의료 제공자는 귀하가 Medicare 파트 D 백신 접종 시 초기 비용을 부담하지 않도록 저희와 협력하여 서비스를 제공합니다.

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare**를 방문하십시오.

7장: 보장 서비스 또는 약물에 대한 청구서를 플랜 측에 지불 요청

서문

이 장은 귀하께서 받으신 청구서를 저희에게 언제 그리고 어떻게 보내는지 알려줍니다. 혜택 적용 결정에 동의하지 않으시는 경우, 어떻게 항소를 제출하시는 지도 알려드립니다. 주요 용어와 그 정의는 본 *회원 안내서* 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

차례

A. 서비스 또는 약물에 대한 비용 지급 요청	163
B. 저희에게 지급 요청 보내기	166
C. 보장 결정.....	167
D. 항소.....	167

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

A. 서비스 또는 약물에 대한 비용 지급 요청

네트워크 내에서 받으신 서비스와 약물에 관한 청구서를 받지 않으셔야 합니다. 저희 네트워크 제공자는 귀하가 받으신 보장 서비스 및 약물에 대해 플랜 측에 청구서를 보내야 합니다. 네트워크 의료 제공자는 건강 플랜과 협력하는 의료 제공자입니다.

저희는 CalOptima Health OneCare Complete 제공자들이 이러한 서비스 [또는 약물]에 대해 청구하는 것을 허용하지 않습니다 저희가 의료 제공자에게 비용을 직접 지불하므로 귀하에게는 어떤 비용도 청구되지 않습니다.

건강 관리나 약물에 대한 청구서를 받으면, 지불하지 마시고 청구서를 저희에게 보내십시오. 청구서를 보내려면 **제 7장, 섹션 B** 를 참조하십시오.

- 저희가 서비스나 약물을 보장하는 경우, 의료 제공자에게 직접 비용을 지급할 것입니다.
- 저희가 보장하는 서비스나 약물이고 귀하가 이미 청구서 를 지불했다면, 귀하는 환불받으실 권리가 있습니다.
 - 귀하가 Medicare에서 보장하는 서비스 비용을 지불한 경우, 저희가 귀하께 환불해 드립니다.
- 이미 받은 Medi-Cal 서비스에 대해 비용을 지불한 경우, 다음 조건을 모두 충족하면 상환 (환불) 자격이 될 수 있습니다:
 - 귀하가 받은 서비스는 저희가 지불할 책임이 있는 Medi-Cal 보장 서비스입니다. CalOptima Health OneCare Complete가 보장하지 않는 서비스에 대해서는 환불하지 않습니다.
 - 적격한 CalOptima Health OneCare Complete 회원이 된 후 보장 서비스를 받으셨습니다.
 - 보장 서비스를 받은 날로부터 1년 이내에 환불을 요청합니다.
 - 서비스 제공자로부터 받은 자세한 영수증과 같이 보장 서비스에 대해 비용을 지불했다는 증거를 제공합니다.
 - 귀하는 CalOptima Health OneCare Complete 네트워크의 Medi-Cal 소속 의료 제공자로부터 보장 서비스를 받았습니니다. 응급 치료, 가족 계획 서비스 또는 Medi-Cal 이 네트워크 외부 제공자가 사전 승인 없이 수행할 수 있도록 허용되는 기타 서비스를 받은 경우에는 이 조건을 충족할 필요가 없습니다.
- 보장 서비스가 일반적으로 사전 승인을 필요로 하는 경우, 보장 서비스에 대한 의학적 필요성을 보여주는 의료 제공자의 증거를 제공해야 합니다.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 회원 안내서

제 7장: 보장 서비스 또는 약물에 대한 청구서를 플랜 측에 지불 요청

- CalOptima Health OneCare Complete는 행동 통지서라는 서신으로 환불 여부를 알려드릴 것입니다. 위 조건을 모두 충족하는 경우 Medi-Cal 소속 의료 제공자는 회원이 지불한 전체 금액을 회원에게 환불해야 합니다. 의료 제공자가 귀하에게 환불을 거부하는 경우, CalOptima Health OneCare Complete는 귀하가 지불한 전체 금액을 환불할 것입니다. 저희는 청구 접수 후 영업일 기준 45일 이내에 환불해 드립니다. 의료 제공자가 Medi-Cal에 소속되어 있지만 저희 네트워크에 속하지 않고 귀하에게 환불을 거부하는 경우, CalOptima Health OneCare Complete는 FFS (서비스별 지불, fee for service) Medi-Cal이 지불할 금액까지만 귀하에게 환불합니다. CalOptima Health OneCare Complete는 응급 서비스, 가족 계획 서비스 또는 Medi-Cal이 사전 승인 없이 네트워크 외부 서비스 제공자가 제공할 수 있도록 허용한 기타 서비스에 대해 본인 부담금 전액을 환불해 드립니다. 위의 조건 중 하나라도 충족되지 않으면 환불하지 않습니다.
- 다음의 경우 저희는 환불을 하지 않습니다:
 - 미용 서비스와 같이 Medi-Cal이 보장하지 않는 서비스를 요청하고 받았습니다.
 - 해당 서비스는 CalOptima Health OneCare Complete의 보장 서비스가 아닙니다.
 - Medi-Cal을 받지 않는 의료 제공자에게서 서비스를 받았고 진료를 받기를 원하며 서비스 비용은 귀하가 직접 지불한다는 내용의 양식에 서명했습니다.
- 저희가 해당 서비스나 약을 보장하지 않는 경우 귀하에게 알려드릴 것입니다.

질문이 있으신 경우 고객 서비스에 문의하십시오. 청구서를 받았는데 어떻게 해야 할지 모르시면 저희가 도와드릴 수 있습니다. 또한, 귀하가 저희 측에 이미 보낸 지급 요청과 관련하여 알려드릴 원하는 정보가 있는 경우에도 전화 주십시오.

다음은 저희에게 환불을 요청하거나 받은 청구서의 지급을 요청해야 하는 경우의 예입니다:

1. 네트워크 외부 제공자로부터 응급 치료 또는 긴급하게 필요한 의료 서비스를 받은 경우

제공자에게 저희에게 청구하도록 요청하십시오.

- 진료를 받을 때 전액을 지불했다면, 저희에게 환불해 줄 것을 요청하십시오. 저희에게 청구서 및 본인의 지불 사실을 입증하는 증거 서류를 보내십시오.
- 본인이 지불하지 않아도 된다고 생각되는 금액을 요청하는 청구서를 제공자로부터 받게 될 수도 있습니다. 저희에게 청구서 및 본인의 지불 사실을 입증하는 증거 서류를 보내십시오.
 - 제공자에게 지불이 되어야 하는 경우, 저희가 해당 제공자에게 직접 지불할 것입니다.
 - 서비스 금액을 이미 지불한 경우, 저희가 환불해 드립니다.

2. 네트워크 제공자가 회원에게 청구서를 보낸 경우

네트워크 제공자는 언제나 저희에게 청구서를 보내야 합니다. 서비스 또는 처방전을 받을 때 귀하의 회원 ID 카드를 제시하는 것이 중요합니다. 하지만 실수로 의료 제공자가 서비스에 대해 귀하에게 비용을 청구하거나 귀하의 비용 분담 금액보다 더 많은 비용을 청구할 때가 있습니다. **청구서를 받으시면** 페이지 하단에 있는 전화번호로 **고객 서비스에 전화하십시오.**



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

- 서비스 비용은 저희가 전액 부담하므로 회원은 비용을 지급할 책임이 없습니다. 의료 제공자는 이러한 서비스에 대해 회원에게 비용을 청구해서는 안 됩니다.
- 네트워크 제공자로부터 청구서를 받으시면, 청구서를 저희에게 보내십시오. 저희가 해당 네트워크 제공자와 직접 연락하여 문제를 처리합니다.
- 네트워크 제공자로부터 받은 Medicare 보장 서비스에 대한 청구서를 이미 지불하신 경우, 청구서와 납부 증빙 서류를 저희에게 보내주십시오. 보장 대상 서비스에 대한 비용을 환불해 드립니다.

3. 저희 플랜에 소급하여 가입한 경우

경우에 따라 플랜 가입이 소급 적용될 수 있습니다 (이는 가입 첫날이 이미 지났다는 의미입니다. 어쩌면 작년이었을 수도 있습니다.)

- 소급하여 가입했고 가입일 이후에 청구서를 지불한 경우, 저희에게 환불을 요청하실 수 있습니다.
- 저희에게 청구서 및 본인의 지불 사실을 입증하는 증거 서류를 보내십시오.

4. 처방약 조제 시 네트워크 외부 약국을 이용한 경우

네트워크 외부의 약국을 이용한 경우, 귀하는 처방약에 대한 전체 비용을 지불해야 합니다.

- 드물지만 저희가 네트워크 외부의 약국에서 조제한 처방약 비용을 부담하는 경우도 있습니다. 저희에게 환불을 요청하는 경우, 영수증 사본을 보내 주십시오.
- 네트워크 외부 약국에 대해 알아보려면 **회원 안내서 제 5장**을 참조하십시오.
- 네트워크 외부 약국에서 약물을 위해 귀하가 지불한 금액과 저희가 네트워크 내 약국을 통해 지불했을 금액의 차액을 환불하지 않을 수도 있습니다.

5. 회원 ID 카드를 소지하지 않아 Medicare 파트 D 처방약 비용 전액을 지불하는 경우

귀하의 회원 ID 카드가 없는 경우 저희에게 전화하거나 플랜 가입 여부를 조사하도록 약국에 요청할 수 있습니다.

- 약국에서 정보를 즉시 얻을 수 없는 경우, 귀하가 처방전 비용 전액을 직접 지급하거나 회원 ID 카드를 가지고 약국에 다시 방문해야 할 수도 있습니다.
- 저희에게 환불을 요청하는 경우, 영수증 사본을 보내 주십시오.
- 귀하가 지불한 현금 가격이 처방약에 대한 저희 협상 가격보다 높은 경우, 귀하가 지불한 전체 비용을 환불받지 못할 수 있습니다.

6. 보장되지 않는 Medicare 파트 D 약물에 대한 처방 비용 전액을 귀하가 지급한 경우

약물이 보장되지 않기 때문에 처방 비용 전액을 귀하가 지급할 수도 있습니다.

- 해당 약물은 저희 웹 사이트의 보장된 **약물 목록(약물 목록)**에 없거나, 귀하가 알지 못했거나 귀하에게 적용되지 않는다고 생각되는 요건 또는 제한 사항이 있을 수 있습니다. 해당 약물을 구입하기로 결정한 경우, 약물의 전체 비용을 지불해야 할 수도 있습니다.

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 회원 안내서

제 7장: 보장 서비스 또는 약물에 대한 청구서를 플랜 측에 지불 요청

- 귀하가 약물 비용을 지불하지 않지만 저희가 이를 보장해야 한다고 생각하는 경우, 보장 결정을 요청할 수 있습니다(**회원 안내서 제 9장** 참조).
- 담당 의사 또는 기타 처방자가 해당 약이 즉시(24시간 이내) 필요하다고 생각하는 경우, 신속한 보장 결정을 요청할 수 있습니다(**회원 안내서 제 9장** 참조).
- 저희에게 환불을 요청 시, 영수증 사본을 보내 주십시오. 경우에 따라 저희가 약물 비용을 환불해 드리기 위해 주치의나 기타 처방 의사에게 더 많은 정보를 요청할 수도 있습니다. 귀하가 지불한 현금 가격이 처방약에 대한 저희 협상 가격보다 높은 경우, 귀하가 지불한 전체 비용을 환불하지 못할 수 있습니다.

지불 요청을 저희에게 보내시면, 저희는 서비스나 약물이 혜택에 적용되는지 여부를 검토하고 결정하게 됩니다. 이것을 “혜택 적용 여부 결정(coverage decision)”이라고 합니다. 서비스나 약물 비용이 적용 대상인 것으로 결정되면, 저희가 해당 비용을 지불할 것입니다.

저희가 지급 요청을 거부하는 경우, 이 결정에 대해 항소를 제기할 수 있습니다. 항소에 대한 더 자세한 설명은 귀하의 **회원 안내서 제 9장**을 참조하십시오.

B. 저희에게 지급 요청 보내기

Medicare 서비스에 대한 청구서와 지불 증명서를 저희에게 보내거나 전화 주십시오. 지불 증거 서류는 본인이 작성한 수표 사본이나 제공자가 제공한 영수증이 될 수 있습니다. **개인적인 기록을 위해 청구서 및 영수증 사본을 만들어 두는 것이 좋습니다.** 개인 관리 코디네이터에게 도움을 요청할 수 있습니다. 귀하께서 저희가 결정을 하는데 필요한 모든 정보가 제공되었는지 확인하려면, 저희 청구 양식을 작성하여 환불을 요청하십시오.

- 양식을 사용하실 필요는 없지만, 절차를 좀 더 빨리 진행하는데 도움이 될 수 있습니다.
- 양식 사본은 저희 웹사이트 (www.caloptima.org/OneCare)를 방문하시거나 또는 고객 서비스부에 연락하여 사본을 요청하십시오.

지불 요청서와 청구서 또는 영수증을 아래 주소로 우편으로 보내 주십시오:

CalOptima Health OneCare Complete Customer Service
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

약국 청구를 위해 지불 요청서와 청구서 또는 영수증을 아래 주소로 우편으로 보내 주십시오:

CalOptima Health OneCare Complete
Pharmacy Management Reimbursements
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

서비스, 품목 또는 약물을 받은 날로부터 **3년 이내에 저희에게 청구서를 제출해야 합니다.**

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

C. 보장 결정

지급 요청이 접수되면 저희는 혜택 적용 여부 결정을 내리게 됩니다. 이는 저희 플랜이 서비스, 품목 또는 약물을 보장하는지 여부에 대해 저희가 결정함을 의미합니다. 저희는 또한 해당하는 경우 귀하가 지급해야 하는 금액도 결정합니다.

- 저희가 귀하로부터 더 많은 정보가 필요한 경우 통보해드립니다.
- 저희 플랜이 서비스, 품목 또는 약물을 보장한다고 저희가 결정하고 귀하가 이를 받기 위한 모든 규정을 따랐다면, 저희는 그것에 대한 비용을 지급합니다. 귀하가 해당 서비스나 약물에 대해 이미 지불을 한 경우, 저희가 지불된 금액을 수표로 발송해 드립니다. 약물의 전체 비용을 지불한 경우, 지불한 전체 금액을 환불받지 못할 수도 있습니다(예로, 네트워크 외부 약국에서 약물을 구입한 경우 또는 지불한 현금 가격이 저희 협상 가격보다 높은 경우). 귀하가 지급하지 않은 경우, 저희가 해당 제공자에게 직접 지불할 것입니다.

회원 안내서 제 3장에는 서비스를 보장받기 위한 규정이 설명되어 있습니다. 회원 안내서 제 5장에는 Medicare 파트 D 처방약을 보장받기 위한 규정이 설명되어 있습니다.

- 저희가 서비스나 약물의 비용을 지급하지 않기로 결정한 경우, 저희는 지급 거절 이유가 포함된 서신을 보내드립니다. 이 편지에는 항소를 제기할 수 있는 귀하의 권리도 설명되어 있습니다.
- 보장 결정에 대한 더 자세한 사항은 제 9장을 참조하십시오.

D. 항소

지급 요청을 거절하는 과정에 저희가 실수가 있다고 생각되는 경우, 저희 쪽 결정을 번복하도록 요청할 수 있습니다. 이 과정을 “항소 제기”라고 합니다. 또한 저희가 지급한 금액에 대해 동의하지 않는 경우에도 항소를 제기할 수 있습니다.

공식 항소 절차에는 자세한 절차와 마감일이 있습니다. 항소에 대한 더 자세한 사항은 회원 안내서 제 9장을 참조하십시오:

- 건강 관리 서비스에 대한 환불에 대해 항소를 제기하려면 **섹션 F**를 참조하십시오.
- 약물에 대한 환불에 대해 항소를 제기하려면 **섹션 G**를 참조하십시오.

 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

8장: 회원의 권리와 책임

서문

본 장은 저희의 플랜 회원으로서의 회원의 권리와 책임이 포함되었습니다. 저희는 회원의 권리를 존중해야 합니다. 주요 용어와 그 정의는 본 *회원 안내서* 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

차례

A. Your right to get services and information in a way that meets your needs	170
A. Su derecho a recibir servicios e información de manera que cumpla con sus necesidades	171
A. Quyền nhận các dịch vụ và thông tin theo cách có thể đáp ứng các nhu cầu của quý vị	172
173 A. شما حق دارید اطلاعات و خدمات را به صورتی دریافت کنید که نیازهای شما را برآورده میکند	174
A. 회원의 필요를 충족하는 방법으로 서비스 및 정보를 받을 권리	174
A. 您透過符合您需求的方式取得服務和信息的權利.	175
176 A. حَقُّكَ فِي الْحَصُولِ عَلَى الْخِدْمَاتِ وَالْمَعْلُومَاتِ بِطَرِيقَةٍ تُلَبِّيْ احْتِيَاجَاتِكَ	176
A. Ваше право получать услуги и информацию в форме, отвечающей вашим потребностям	177
B. 보장된 서비스와 약을 제때 이용할 수 있도록 하는 저희의 책임	178
C. 개인 건강 정보(PHI) 보호에 대한 저희의 책임	179
C1. PHI 보호 방법	180
C2. 본인의 의료 기록을 열람할 권리	180
D. 정보 제공에 대한 저희의 책임	181
E. 네트워크 제공자가 회원에게 직접 청구할 수 없는 이유.	182

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

F. 저의 플랜을 탈퇴할 권리.....	182
G. 건강 관리에 대해 의사 결정을 내릴 수 있는 권리	182
G1. 치료 선택에 대한 정보를 알고 결정을 내릴 권리	182
G2. 자신이 건강 관리 결정을 하지 못할 때 원하는 것을 알릴 권리	183
G3. 지시가 이행되지 않은 경우 해야 할 조치	184
H. 불만을 제기할 권리와 플랜 측 결정 사항에 대해 항소를 요청 할 권리.....	184
H1. 부당한 대우에 대한 조치 또는 권리에 대한 자세한 정보를 얻기.....	184
I. 플랜 회원으로서의 책임	185



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호
1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이
그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오.
통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

A. Your right to get services and information in a way that meets your needs

We must ensure **all** services, both clinical and non-clinical, are provided to you in a culturally competent and accessible manner including for those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. We must also tell you about our plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you're in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call your personal care coordinator or Customer Service. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English including Spanish, Vietnamese, Farsi, Korean, Chinese, Arabic, and Russian and in formats such as large print, braille, or audio. To get materials in one of these alternative formats, please call Customer Service or write to:

CalOptima Health OneCare Complete
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

- To make a standing request for materials in a threshold language or in an alternative format, call Customer Service at the number at the bottom of the page or by accessing our secure online member portal at **<https://member.caloptima.org/#/user/login>**.
- Your standing request will be kept in our system for all future mailings and communications.
- To cancel or make a change to your standing request, please call **1-877-412-2734 (TTY 711)**, 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week (October 1 to March 31), and 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday (April 1 to September 30). The call is free.

If you have trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call:

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights at 1-916-440-7370. TTY users should call 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 1-800-368-1019. TTY users should call 1-800-537-7697.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare**를 방문하십시오.

A. Su derecho a recibir servicios e información de manera que cumpla con sus necesidades

Es nuestra responsabilidad brindarle **todos** los servicios, tanto médicos como no médicos, de manera respetuosa, culturalmente apropiada y accesible. Esto incluye a personas con dominio limitado del inglés, dificultad para leer, problemas auditivos o alguna discapacidad, así como aquellas personas con distintos antecedentes culturales y étnicos. También debemos explicarle los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera clara y fácil de entender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que usted sea miembro de nuestro plan.

- Para obtener información de manera que usted pueda entenderla, llame a su Coordinador de atención personal o a Servicios para Miembros. Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos para responder a sus preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede brindarle materiales en idiomas distintos al inglés, como español, vietnamita, persa, coreano, chino, árabe, y ruso, así como en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para Miembros o escriba a:

CalOptima Health OneCare Complete
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

- Para hacer una solicitud permanente de materiales en un idioma principal o en un formato alternativo, llame al número de Servicios para Miembros que se encuentra al pie de la página o visite nuestro portal seguro para miembros en línea en **<https://member.caloptima.org/#/user/login>**.
- Su solicitud permanente será almacenada en nuestro sistema para correspondencia y comunicados futuros.
- Para cancelar o cambiar su solicitud permanente, llame al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita.

Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan debido a problemas de idioma o alguna discapacidad y desea presentar una queja, llame a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal al 1-916-440-7370. Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 711.
- Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. al 1-800-368-1019. Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-800-537-7697.

A. Quyền nhận các dịch vụ và thông tin theo cách có thể đáp ứng các nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải bảo đảm rằng **tất cả** các dịch vụ, cả lâm sàng và không lâm sàng, được cung cấp cho quý vị theo cách phù hợp về văn hóa và dễ tiếp cận, bao gồm cả những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, bị khiếm thính, hoặc những người từ các nền văn hóa và sắc tộc đa dạng. Chúng tôi cũng phải cho quý vị biết về các phúc lợi của chương trình và các quyền hạn của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền hạn của quý vị mỗi năm khi quý vị ở trong chương trình của chúng tôi.

- Để nhận thông tin theo cách quý vị có thể hiểu được, xin gọi cho điều phối viên chăm sóc cá nhân của quý vị hoặc văn phòng Dịch Vụ. Chương trình của chúng tôi có các dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời các thắc mắc bằng những ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị những tài liệu bằng những ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh bao gồm tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt, tiếng Trung Đông, tiếng Hàn Quốc, tiếng Trung Quốc, tiếng Ả Rập, và tiếng Nga và bằng các định dạng như chữ in khổ lớn, chữ nổi braille, hoặc đĩa thu âm. Để nhận tài liệu bằng một trong những định dạng thay thế này, xin gọi cho văn phòng Dịch Vụ hoặc gửi thư đến:

CalOptima Health OneCare Complete
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

- Để thực hiện yêu cầu thường trực để nhận các tài liệu bằng một ngôn ngữ chính hoặc bằng hình thức khác, xin gọi cho văn phòng Dịch Vụ ở số điện thoại ở cuối trang hoặc vào trang thông tin trực tuyến an toàn dành cho thành viên của chúng tôi tại <https://member.caloptima.org/#/user/login>
- Yêu cầu thường trực của quý vị sẽ được lưu lại trong hệ thống của chúng tôi cho tất cả các thư từ và liên lạc trong tương lai.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

- Để hủy bỏ hoặc thay đổi yêu cầu thường trực của quý vị, xin gọi số **1-877-412-2734 (TTY 711)**, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần (từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3), và từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, thứ Hai đến thứ Sáu (từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9). Cuộc gọi này miễn phí.

Nếu quý vị gặp khó khăn khi nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi vì vấn đề về ngôn ngữ hoặc tình trạng khuyết tật và quý vị muốn nộp đơn than phiền, xin gọi cho:

- Medicare ở số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Thành viên sử dụng máy TTY nên gọi số 1-877-486-2048.
- Văn phòng Dân quyền của Medi-Cal ở số 1-916-440-7370. Thành viên sử dụng máy TTY nên gọi số 711.
- Bộ Dịch vụ Y tế và Nhân sinh Hoa Kỳ, Văn phòng Dân quyền ở số 1-800-368-1019. Thành viên sử dụng máy TTY nên gọi số 1-800-537-7697.

A. شما حق دارید اطلاعات و خدمات را به صورتی دریافت کنید که نیازهای شما را برآورده میکند

ما باید اطمینان حاصل کنیم که تمام خدمات، چه بالینی و چه غیربالینی، به شیوه‌ای متناسب با فرهنگ شما و با قابلیت دسترسی آسان ارائه می‌شوند، از جمله برای افرادی که تسلط محدودی به زبان انگلیسی، مهارت‌های خواندن محدود، ناتوانی شنوایی یا پیشینه‌های فرهنگی و قومی متنوعی دارند. ما همچنین باید مزایای طرح درمانی و حقوق شما را به شیوه‌ای که برای شما قابل درک باشد، برای شما شرح دهیم. ما باید هر سال که در طرح ما هستید، در مورد حقوقی که در برنامه دارید شما را مطلع کنیم.

- برای دریافت اطلاعات به شیوه‌ای که برای شما قابل فهم باشد، با هماهنگ‌کننده مراقبت‌های شخصی خود یا خدمات مشتریان تماس بگیرید. طرح ما خدمات مترجم شفاهی رایگان برای پاسخ به سوالات به زبان‌های مختلف ارائه می‌دهد.

- طرح ما همچنین می‌تواند مطالب را به زبان‌هایی غیر از انگلیسی از جمله اسپانیایی، ویتنامی، فارسی، کره‌ای، چینی، عربی و روسی و در قالب‌هایی مانند چاپ بزرگ، خط بریل یا صوتی در اختیار شما قرار دهد. برای دریافت مطالب در یکی از این قالب‌های جایگزین، لطفاً با خدمات مشتریان تماس بگیرید یا به آدرس زیر نامه بنویسید:

CalOptima Health OneCare Complete
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

- برای ارائه درخواست دائمی دریافت مطالب به زبان دلخواه خود یا در یکی از قالب‌های جایگزین، با خدمات مشتریان توسط شماره تلفنی که در پایین صفحه آمده است تماس بگیرید یا به پورتال آنلاین امن اعضا ما در <https://member.caloptima.org/#/user/login> مراجعه نمایید.
- درخواست دائمی شما برای تمام مکاتبات و ارتباطات آینده در سیستم ما نگهداری خواهد شد.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일 ~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일 ~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

○ برای لغو یا ایجاد تغییر در درخواست دائمی خود، لطفاً با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

اگر به دلیل مشکلات زبانی یا معلولیت در دریافت اطلاعات از طرح ما مشکل دارید و می‌خواهید شکایتی ثبت کنید، با شماره زیر تماس بگیرید:

• Medicare توسط شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

• دفتر حقوق مدنی Medi-Cal Office of Civil Rights با شماره 1-916-440-7370 کاربران TTY میتوانند با 711 تماس بگیرند.

• وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده (U.S. Department of Health and Human Services)، دفتر حقوق مدنی (Office for Civil Rights)، شماره تلفن 1-800-368-1019 کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند.

A. 회원의 필요를 충족하는 방법으로 서비스 및 정보를 받을 권리

저희는 모든 서비스가 영어 능력에 제한이 있거나, 글 읽기 능력이 제한적이거나, 청각 장애가 있거나, 다양한 문화적, 민족적 배경을 가진 사람들을 포함하여 모든 임상적, 비임상적 서비스가 문화적으로 적절하고 접근 가능한 방식으로 제공되도록 해야 합니다. 저희는 회원이 이해할 수 있는 방식으로 플랜의 혜택과 권리에 대해 알려야 합니다. 저희는 회원이 매년 저희 플랜에 가입되어 있는 한 회원이 권리에 대해 알려야 합니다.

- 회원이 이해할 수 있는 방식으로 정보를 받으려면 개인 관리 코디네이터 또는 고객 서비스에 전화하십시오. 저희 플랜은 다양한 언어로 질문에 답변할 수 있는 무료 통역 서비스를 제공합니다.
- 저희 플랜에서는 영어 이외의 스페인어, 월남어, 페르시아어, 한국어, 중국어, 아랍어 및 러시아어 등의 언어로 된 자료 및 큰글자, 점자 또는 오디오와 같은 대체 형식의 자료도 제공해 드립니다. 이러한 대체 형식 중 하나로 사본을 받으려면 고객 서비스로 전화하거나 주소로 편지를 보내십시오:

CalOptima Health OneCare Complete
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

- 특정 언어 또는 대체 형식으로 자료를 영구 요청을 하려면 페이지 하단의 번호로 고객 서비스에 전화하거나 온라인 회원 포털 <https://member.caloptima.org/#/user/login>에 접속하십시오.
- 회원의 영구 요청은 향후 우편 소통 및 기타 소통을 위해 저희 시스템에 보관됩니다.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

- 영구 요청을 취소 또는 변경하려면 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

언어 문제나 장애로 인해 저희 플랜에 대한 정보를 받는 데 어려움이 있고 불만을 제기하길 원하시면 다음 번호로 전화하십시오:

- Medicare 번호 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 번호 1-877-486-2048 로 전화하십시오.
- Medi-Cal Office of Civil Rights (시민 권리 사무부) 전화번호는 1-916-440-7370 입니다. TTY 사용자는 전화 711을 이용하십시오.
- Department of Health and Human Services(보건복지부), Office for Civil Rights (시민 권리 사무부)에 번호1-800-368-1019로 연락하십시오. TTY 사용자는 번호 1-800-537-7697 로 전화하십시오.

A. 您透過符合您需求的方式取得服務和信息的權利

我們必須確保**所有**臨床和非臨床服務均以符合文化規範且易於理解的方式提供給您, 包括英語能力有限、閱讀能力有限、聽力障礙或具有不同文化和種族背景的人士。我們還必須以您能夠理解的方式告知您我們計劃的福利和您的權利。在您加入我們的計劃期間, 我們每年都必須將您的權利告訴您。

- 為了以您能理解的方式獲取信息, 請致電您的個人護理協調員或客戶服務部。我們的計劃提供免費口譯服務, 可用不同語言解答您的疑問。
- 我們的計劃還可以為您提供英語以外其他語言的資料, 包括西班牙語、越南語、波斯語、韓語、中文、阿拉伯語和俄語, 以及大字體印刷、盲文或音頻等格式。如需這些其他格式的資料, 請致電客戶服務部或寫信至:

CalOptima Health OneCare Complete
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

- 如需長期要求取得主要語言或其他格式的資料, 請撥打頁面底部的客戶服務電話, 或瀏覽我們的安全線上會員入口網站:
<https://member.caloptima.org/#/user/login>
- 您的長期請求將保留在我們的系統中, 用於以後的所有郵件和通信
- 這是免費電話。若要取消或更改您的長期請求, 請撥打 **1-877-412-2734 (TTY 711)**, 請於每週7天, 上午8點至晚上8點 (10月1日至3月31日), 以及週一至週五, 上午8點至晚上8點 (4月1日至9月30日)撥打。這是免費電話。



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~3월 31일사이는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~9월 30일사이는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

如果您因語言障礙或殘障而無法獲取我們計劃的信息，並希望提出投訴，請致電：

- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 。 TTY 使用者應撥打 1-877-486-2048 。
- Medi-Cal Office of Civil Rights (民權辦公室): 1-916-440-7370 。 TTY 使用者請撥打 711 。
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (美國衛生與公眾服務部，民權辦公室): 1-800-368-1019。TTY 使用者應撥打 1-800-537-7697。

A. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بطريقة تلي احتياجاتك

يجب علينا التأكد من تقديم جميع الخدمات، السريرية وغير السريرية، لك بطريقة مناسبة ثقافياً ويمكن الوصول إليها، بما في ذلك أولئك الذين لديهم إتقان محدود للغة الإنجليزية، أو مهارات قراءة محدودة، أو إعاقة سمعية، أو أولئك الذين لديهم خلفيات ثقافية و عرقية متنوعة. يجب علينا أيضاً أن نخبرك بمزايا خططنا وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. يجب أن نخبرك بحقوقك في كل عام تكون فيه ضمن خططنا.

- للحصول على المعلومات بطريقة يسهل عليك فهمها، قم بالاتصال بمنسق الرعاية الشخصية الخاص بك أو بخدمة العملاء. توفر خططنا خدمات ترجمة فورية مجانية متعددة اللغات للرد على جميع استفساراتك.
- يمكن لخططنا أيضاً أن توفر لك مواد بلغات أخرى غير الإنجليزية بما في ذلك الإسبانية، والفيتنامية، والفارسية، والكورية، والصينية، والعربية، والروسية وبتنسيقات مثل الطباعة الكبيرة، أو الكتابة بطريقة برايل، أو الصوتيات. للحصول على مواد بأحد هذه التنسيقات البديلة، يرجى الاتصال بخدمة العملاء أو الكتابة إلى:

CalOptima Health OneCare Complete
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

- لتقديم طلب دائم للمواد بلغة العتبة أو بتنسيق بديل، اتصل بخدمة العملاء على الرقم الموجود أسفل الصفحة أو عن طريق الوصول إلى بوابة الأعضاء الآمنة عبر الإنترنت على

<https://member.caloptima.org/#/user/login>

- سيتم الاحتفاظ بطلبك الدائم في نظامنا لجميع المراسلات والاتصالات المستقبلية
- لإلغاء طلبك الدائم أو إدخال تعديل عليه، يرجى الاتصال على الرقم **1-877-412-2734 (TTY 711)**، من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمات مجانية.

إذا واجهت صعوبة في الحصول على معلومات من خططنا نتيجة مشكلات تتعلق باللغة أو بإعاقة وأردت تقديم شكوى، فاتصل بـ:

- Medicare على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일 ~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

- Medi-Cal Office of Civil Rights (Medi-Cal مكتب الحقوق المدنية) على الرقم 1-916-440-7370. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، مكتب الحقوق المدنية) على الرقم 1-800-368-1019. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-800-537-7697.

A. Ваше право на получение услуг и информации в доступной и удобной для вас форме

Мы обязаны обеспечить, чтобы **все** услуги — как клинические, так и неклинические — предоставлялись вам с учётом культурных особенностей и в доступной форме, в том числе для лиц с ограниченным знанием английского языка, ограниченными навыками чтения, нарушениями слуха, а также для лиц с разнообразным культурным и этническим происхождением. Мы также обязаны предоставлять вам информацию о льготах нашего плана и ваших правах в понятной для вас форме. Мы обязаны сообщать вам о ваших правах каждый год, пока вы состоите в нашем плане.

- Чтобы получить информацию в понятной для вас форме, позвоните своему персональному координатору медицинского ухода или в Службу поддержки. Наш план бесплатно предоставляет услуги устного и жестового перевода, чтобы вы могли получить ответы на свои вопросы на разных языках.
- Наш план также может предоставить вам материалы на других языках, отличных от английского, включая испанский, вьетнамский, фарси, корейский, китайский, арабский и русский, а также в альтернативных форматах, таких как крупный шрифт, шрифт Брайля или аудиоформат. Чтобы получить материалы в одном из таких альтернативных форматов, пожалуйста, позвоните в Службу поддержки или напишите по адресу:

CalOptima Health OneCare Complete
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

- Чтобы подать запрос на постоянное предоставление материалов на одном из пороговых языков или в альтернативном формате, позвоните в Службу поддержки по номеру, указанному внизу страницы, или воспользуйтесь нашим защищённым онлайн-порталом для участников.
<https://member.caloptima.org/#/user/login>.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

- Такой запрос будет сохранён в нашей системе для всех будущих рассылок и коммуникаций
- Чтобы отменить или изменить свой запрос, пожалуйста, позвоните по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — с 8 a.m. до 8 p.m. 7 дней в неделю (с 1 октября по 31 марта), и с 8 a.m. до 8 p.m. с понедельника по пятницу (с 1 апреля по 30 сентября). Звонок бесплатный.

Если вы сталкиваетесь с трудностями при получении информации нашего страхового плана из-за языкового барьера или инвалидности и хотите подать жалобу, вы можете позвонить:

- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.
- Управление по гражданским правам Medi-Cal: 916-440-7370. Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 711.
- Управление по гражданским правам при Департаменте здравоохранения и социальных служб США (DHHS): 1-800-368-1019. Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-800-537-7697.

B. 보장된 서비스와 약을 제때 이용할 수 있도록 하는 저희의 책임

회원은 저희 플랜 회원으로서 권리가 있습니다.

- 저희 네트워크에 소속된 주치의(PCP)를 선택할 권리가 있습니다. 네트워크 제공자는 저희와 계약을 맺은 제공자입니다. PCP가 될 수 있는 전문의의 종류 및 PCP의 선택 방법에 대한 자세한 정보는 본 **회원 안내서 제 3장**을 참고하십시오.
 - 네트워크 제공자와 신규 환자를 받는 의사에 대한 자세한 내용을 알아보려면 고객 서비스에 전화하거나 **제공자 및 약국 목록**을 확인하십시오.
- 회원은 의뢰없이 여성 건강 전문의를 만날 수 있는 권리가 있습니다. 의뢰란 PCP가 아닌 다른 의사를 만날 수 있도록 PCP가 주는 승인입니다.
- 회원은 네트워크 제공자에게서 합리적인 시간 이내에 보장 서비스를 받을 권리가 있습니다.
 - 이것엔 전문의에게서 받는 서비스도 포함됩니다.
 - 회원이 합리적인 시간 내에 서비스를 받을 수 없는 경우, 저희는 네트워크 외부 치료 비용을 지불해야 합니다.
- 사전승인(PA, prior authorization) 없이 응급 서비스 또는 긴급히 필요한 관리를 받을 권리가 있습니다.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

- 회원의 처방전을 저희 네트워크 약국에서 오래 기다리지 않고 조제받을 권리가 있습니다.
- 회원은 언제 네트워크 외의 제공자를 만날 수 있는지에 대한 정보를 받을 권리가 있습니다. 네트워크 외의 제공자에 대한 더 자세한 정보는 본 **회원 안내서 제 3장**을 참조하십시오.
- 처음 저희 플랜에 가입하신 후, 만약 특정 조건이 충족되는 경우, 만나고 계신 제공자 및 받으시는 서비스 승인을 최대 12개월간 계속 사용하실 권리가 있습니다. 의료 제공자 및 서비스 승인에 대한 자세한 정보를 위해 본 **회원 안내서 제 1장**을 참조하십시오.
- 회원은 관리 팀 및 건강 관리 코디네이터의 도움을 받아 회원 자신의 건강 관리 결정을 내릴 권리가 있습니다.

본 **회원 안내서 제 9장**에서는 서비스나 약물을 합리적인 시간 내에 받지 못하고 있다고 생각하는 경우 회원이 할 수 있는 일에 대해 설명하고 있습니다. 또한, 플랜이 서비스나 약물에 대한 보장을 거부했고 회원이 플랜의 결정에 동의하지 않을 경우 할 수 있는 일에 대해서도 설명합니다.

C. 개인 건강 정보(PHI) 보호에 대한 저희의 책임

저희는 연방법 및 주법의 요구에 의해 회원의 개인 건강 정보(Personal Health Information, PHI)를 보호합니다.

회원의 PHI에는 회원이 저희 플랜에 가입할 때 플랜에게 제공한 정보 등이 포함됩니다. 회원의 의료 기록과 기타 의료 및 건강 정보도 포함됩니다.

회원은 본인의 정보에 대한 본인의 PHI가 활용되는 방법을 통제할 권리가 있습니다. 저희는 회원에게 이러한 권리에 대해 알리고 회원의 PHI 개인 정보를 보호하는 방법을 설명하는 서면 통지를 제공합니다. 이 문서를 “개인정보 보호관행 공지서(Notice of Privacy Practice)”라고 합니다.

민감한 서비스를 받을 수 있는 회원은, 그 서비스를 받거나 해당 서비스에 대한 청구서를 제출하기 위해 다른 회원의 승인을 받을 필요가 없습니다. CalOptima Health OneCare Complete는 은 민감한 서비스와 관련된 연락을 회원이 지정한 다른 우편 주소, 이메일 주소, 또는 전화번호로 보내지며, 지정된 정보가 없으면 기록된 주소나 전화번호로 회원 이름으로 보냅니다. CalOptima Health OneCare Complete는 은 치료를 받는 회원의 서면 승인 없이 민감한 서비스와 관련된 의료 정보를 다른 어떠한 회원에게도 공개하지 않을 것입니다.

CalOptima Health OneCare Complete는 요청된 유형 및 양식으로 쉽게 생성할 수 있는 경우, 또는 대체 장소에서 요청된 유형 및 양식으로 비밀 보장 소통에 대한 요청을 수용할 것입니다. 민감한 서비스와 관련된 비밀 보장 소통에 대한 회원의 요청은 회원이 요청을 철회하거나 비밀 보장 소통에 대한 새로운 요청을 제출할 때까지 유효합니다.

비밀 보장 소통 요청

회원은 원하시는 연락 방법(예: 집 또는 직장 전화)으로 연락해 달라고 요청하시거나 다른 주소로 우편을 보내 달라고 요청할 수도 있습니다.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

저희는 모든 정당한 요청을 고려할 것입니다. 만약 그렇게 하지 않으면 회원이 위험에 처할 것이라고 저희에게 알린다면 저희는 “예”라고 대답해야 만 합니다.

저희는 연방법 및 주법의 요구에 따라 회원의 개인 건강 정보(Personal Health Information, PHI)를 보호합니다.

C1. PHI 보호 방법

플랜은 회원의 기록부 내용을 보거나 변경할 권한이 없는 사람들이 기록을 열람하게 하지 않습니다

아래에 명시된 경우를 제외하고, 회원에게 의료 서비스를 제공하거나 의료 서비스 비용을 지불하는 사람이 아닌 사람에게는 그 누구에게도 개인 건강정보를 제공하지 않습니다. 만약 그럴 경우, 저희는 먼저 회원께 서면 허락을 구해야 합니다. 회원 또는 회원을 대신하여 결정을 내릴 수 있는 법적 권한이 있는 사람이 서면으로 허가할 수 있습니다.

때때로 먼저 서면 허가를 받을 필요가 없는 경우도 있습니다. 그러한 예외는 다음과 같이 법률에 의해 허용되거나 요구되는 경우에 해당합니다:

- 저희는 플랜의 의료 서비스 수준을 점검하는 정부 기관에 PHI를 공개해야 합니다
- 법원의 명령이 있을 경우 PHI를 공개할 수 있지만 캘리포니아 법률에 따라 허용되는 경우에만 가능합니다
- 저희는 Medicare에 Medicare 파트 D 약물에 대한 정보를 포함한 회원의 PHI를 제공해야 합니다. Medicare에서 연구나 기타 용도로 회원의 PHI를 공개하는 경우, 이는 연방법에 따라 이루어집니다. 대개, 저희가 치료, 지불 또는 운영 이외의 PHI 사용하거나 공개하는 경우, 먼저 회원의 서면 허가를 받아야 합니다. 회원의 정보를 공유하는 방법과 관련해 회원이 선호하는 방식이 있는 경우 저희에게 연락하십시오. 자세한 내용은 개인정보 보호관행 공지를 참조하십시오.

C2. 본인의 의료 기록을 열람할 권리

- 회원은 본인의 의료 기록을 열람하고 기록 사본을 받을 권리가 있습니다.
- 회원은 본인의 의료 기록을 업데이트하거나 정정하도록 플랜에 요청할 권리가 있습니다. 플랜에 이런 요청을 하는 경우, 플랜은 회원의 의료 제공자와 함께 그러한 변경을 해야 하는지에 대한 여부를 결정하게 됩니다.
- 플랜이 회원의 PHI를 일상적이지 않은 목적으로 타인과 공유하는지 여부와 그 방법을 알 권리가 있습니다.

회원의 PHI 보호에 관한 질문이나 우려 사항이 있으시면 고객 서비스로 문의하십시오.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

D. 정보 제공에 대한 저희의 책임

회원은 저희 플랜의 회원으로서 저희 플랜, 네트워크 의료 제공자 및 보장 서비스에 관한 정보를 저희로부터 받을 권리가 있습니다.

영어를 못하는 경우, 플랜에 대해 가지는 궁금한 점에 대한 답변을 이해할 수 있도록 통역 서비스를 제공합니다. 이러한 정보를 얻으려면 고객 서비스에 문의하십시오. 이것은 회원을 위한 무료 서비스입니다. CalOptima Health OneCare Complete 회원용 자료는 영어, 스페인어, 베트남어, 페르시아어, 한국어, 중국어, 아랍어 및 러시아어로 제공됩니다. 또한 큰 글씨 인쇄본, 점자, 데이터 CD 또는 오디오 형식으로도 제공해 드릴 수 있습니다.

다음에 관한 정보를 원하는 경우 고객 서비스로 전화하십시오:

- 플랜 선택 또는 변경 방법
- 다음을 포함하는 저희 플랜에 대한 정보:
 - 재무 정보
 - 플랜 회원이 저희를 평가한 내용
 - 회원 항소 제기 횟수
 - 플랜 탈퇴 방법
- 다음을 포함한 저희 네트워크 의료 제공자 및 네트워크 약국에 대한 정보:
 - 주치의 선택 또는 변경 방법
 - 네트워크 의료 제공자 및 약국의 자격 요건
 - 네트워크 의료 제공자들에 대한 지불 방법
- 다음을 포함한 보장 서비스 및 약물:
 - 저희 플랜이 보장하는 서비스 (본 *회원 안내서* 제 3 및 4장 참조) 및 약물 (본 *회원 안내서* 제 5 및 6장 참조)
 - 보장 범위 및 약물에 대한 제한 사항
 - 보장 서비스 및 약물을 받기 위해 회원이 준수해야 할 규칙
- 다음과 같은 요청 사항을 포함하여 일부 항목이 보장되지 않는 이유 및 이에 대한 조치(본 *회원 안내서* 제 9장 참조):
 - 혜택에 적용 되지 않는 사유의 문서화
 - 플랜이 내린 결정에 대한 변경
 - 회원이 받은 청구서 지불



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

E. 네트워크 제공자가 회원에게 직접 청구할 수 없는 이유

플랜의 네트워크 소속 의사, 병원 및 기타 의료기관은 보장 서비스에 대해 회원에게 의료비를 청구할 수 없습니다. 또한, 의료 제공자가 청구한 액수보다 더 적은 금액을 플랜에서 지불한 경우에도 회원에게 청구해서는 안 됩니다. 네트워크 의료 제공자가 보장 의료비를 회원에게 청구하려고 하는 경우에 관한 정보는 **회원 안내서 제 7장**을 참조하십시오.

F. 저의 플랜을 탈퇴할 권리

회원이 원하지 않는 경우 회원에게 플랜에 계속 가입을 유지하도록 그 누구도 강요할 수 없습니다.

- 회원에게는 Original Medicare 또는 Medicare Advantage (MA) 플랜을 통해 대부분의 진료를 받을 권리가 있습니다.
- 회원은 처방약 플랜 또는 다른 MA 플랜을 통해 Medicare 파트 D 처방약 혜택을 받을 수 있습니다.
- 본 **회원 안내서 제 10장**을 참조하십시오:
 - 신규 MA 또는 처방약 혜택 플랜에 가입할 수 있는 기간에 대한 더 많은 정보.
 - 저의 플랜을 탈퇴하는 경우 회원이 Medi-Cal 혜택을 받을 수 있는 방법에 대한 정보.

G. 건강 관리에 대해 의사 결정을 내릴 수 있는 권리

회원은 건강 관리에 대한 결정을 내리는 데 도움이 되는 의사 및 기타 의료 서비스 제공자로부터 전체 정보를 얻을 권리가 있습니다.

G1. 치료 선택에 대한 정보를 알고 결정을 내릴 권리

회원의 의료 제공자는 회원이 이해할 수 있는 방식으로 회원의 상태 및 선택 가능한 치료 선택권을 설명해야 합니다. 회원은 다음의 권리가 있습니다:

- **선택 가능한 선택권을 알 권리.** 모든 치료 옵션에 대해 권리가 있습니다.
- **위험 요인을 알 권리.** 관련된 위험 요인이 있는 경우 그 요인들을 권리가 있습니다. 서비스나 치료가 연구를 위한 실험의 일부인 경우 저희는 사전에 회원에게 설명을 해야 합니다. 회원에게는 실험적인 치료를 거부할 권리가 있습니다.
- **2차 소견을 구할 권리.** 회원에게는 치료에 대해 결정하기 전에 다른 의사의 진료를 받을 권리가 있습니다.
- **거부할 권리.** 회원은 치료를 거부할 권리가 있습니다. 여기에는 의사가 하지 말라고 권해도 병원 또는 기타 의료 시설에서 퇴원할 권리도 포함됩니다. 처방약 복용을 중단할 권리도 있습니다. 회원이 치료를 거부하거나 처방약 복용을 중단하더라도 저희 플랜에서 제외하지는 않습니다. 그러나, 회원이 치료를 거부하거나 약물 복용을 중단하는 경우 회원에게 발생하는 일에 대한 모든 책임은 회원 본인이 수용해야 합니다.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

- **의료 제공자가 왜 진료를 거절했는지 저희에게 설명을 요청할 권리.** 회원이 받아야 한다고 생각하는 의료 서비스를 의료 제공자가 거부한 경우, 저희에게 그것에 대한 해명을 들을 권리가 있습니다.
- **거부되었거나 일반적으로 보장 대상이 아닌 서비스나 약물에 대한 보장을 요청할 권리.** 이것을 “보장 결정(coverage decision)”이라고 합니다. 본 **회원 안내서 제 9장**에 보장 결정을 요청하는 방법이 나와 있습니다.

G2. 자신이 건강 관리 결정을 하지 못할 때 원하는 것을 알릴 권리

간혹 사람들은 본인의 건강과 관련된 결정을 스스로 내릴 수 없을 때가 있습니다. 그런 일이 회원에게 일어나기 전에, 회원이 할 수 있는 일은 다음과 같습니다:

- 언젠가 스스로 결정할 수 없게 될 경우를 대비해, **회원 대신 건강 관련 결정을 내릴 권리를 타인에게 부여**한다는 내용의 서류를 작성하십시오.
- 회원이 **원하지 않는 것들**을 포함하여 스스로 의사 결정을 할 수 없게 되는 경우 **의사들이 회원에게 의료 서비스를 어떻게 해주기를 원하는지**에 대한 서면 지시서를 의사들에게 제공하십시오.

회원이 지시를 하는 데 사용하는 합법적 문서를 “사전 지시서(advance directive)”라고 합니다. 사전 지시서는 여러 종류가 있고 그것을 가리키는 이름도 여러 가지가 있습니다. 예를 들면, 생존 유서(living will), 의료용 위임장(power of attorney for health care) 등이 있습니다.

사전 지시서가 필요한 것은 아니지만, 가지고 계셔도 됩니다. 사전 지시서를 사용하려면 다음과 같이 해야 합니다:

- **양식 구하기.** 이 서류는 의사, 변호사, 사회복지사, 또는 일부 사무용품 판매점에서 구하실 수 있습니다. 종종 약국과 의료 제공자 사무실에 양식이 있습니다. 온라인에서 무료 양식을 찾아서 다운로드할 수 있습니다. 또한 고객 서비스부에 연락하여 양식을 요청하실 수 있습니다.
- **양식 작성 및 서명.** 이 양식은 법률 문서입니다. 변호사나 가족 구성원, 주치의와 같이 신뢰할 수 있는 사람의 도움을 받아 양식을 작성하는 것을 고려해야 합니다.
- **알아야 할 사람들에게 사본 제공.** 담당 의사에게 이 문서의 사본을 제공 하십시오. 회원 대신 의사 결정을 내리라고 지명한 사람에게도 사본을 제공합니다. 가까운 친구나 가족 구성원들에게 사본을 제공할 수 있습니다. 반드시 집에 사본을 보관하십시오.
- **병원에 입원할 경우 서명한 사전 지시서가 있으면 사전 의료 지시서 사본을 지참하십시오.**
 - 병원은 회원에게 사전 지시서 서명 여부와 지참 여부에 관해 문의할 것입니다.
 - 서명한 사전 지시서가 없다면, 원할 경우 병원에 있는 양식에 서명하기를 원하는지를 문의할 것입니다.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

회원은 다음의 권리가 있습니다:

- 본인의 의료 기록 안에 사전 지시서를 포함하기.
- 본인의 사전 지시서를 변경 또는 취소하기.
- 사전 지시서 관련 법률의 변경에 대해 알아보기. CalOptima Health OneCare Complete 는 법률 변경 후 90일 이내에 주 법률 변경에 대해 회원에게 통보합니다.

법에 따르면, 사전 지시서에 서명했는지 여부를 근거로 누구도 회원에게 돌봄을 거부하거나 차별할 수 없습니다. 더 자세한 정보는 고객 서비스로 전화하십시오.

G3. 지시가 이행되지 않은 경우 해야 할 조치

사전 지시서에 서명했지만 의사나 병원이 사전 지시서에 있는 지침을 따르지 않았다고 생각하면 캘리포니아 의료복지부 옴부즈맨 사무부 (Ombudsman Office of the California Department of Health Care Services) 번호 1-888-452-8609로 불만을 제기할 수 있습니다.

H. 불만을 제기할 권리와 플랜 측 결정 사항에 대해 항소를 요청 할 권리

본 *회원 안내서 제 9장*에는 혜택 적용 서비스나 관리와 관련해 문제 또는 우려 사항이 있는 경우 회원이 할 수 있는 조치에 대해 설명합니다. 예를 들면, 회원은 저희에게 혜택 적용 결정을 요청하거나 해당 결정을 변경하도록 항소 또는 불만 제기를 할 수 있습니다.

회원은 다른 회원들이 저희 플랜에 대해 제기한 항소 및 불만 사항에 대한 정보를 얻을 권리가 있습니다. 더 자세한 정보는 고객 서비스로 전화하십시오.

H1. 부당한 대우에 대한 조치 또는 권리에 대한 자세한 정보를 얻기

저희가 회원을 부당하게 대우했다고 생각하고 – 본 *회원 안내서 제 11장*에 기재된 사유에 따른 차별이 아닌 경우 – 또는 회원의 권리에 대한 자세한 정보를 원하시면 다음 연락처로 전화하십시오:

- 고객 서비스부.
- 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램(Health Insurance Counseling 및 Advocacy Program, HICAP) 번호 1-800-434-0222번으로 전화. HICAP에 대한 자세한 내용은 **제 2장**을 참조하십시오.
- Medi-Cal 옴부즈맨 (Ombudsman) 번호 1-888-452-8609번으로 전화. 본 프로그램에 대한 더 자세한 정보는 본 *회원 안내서 제 2장*을 참조하십시오.
- Medicare 번호 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 번호 1-877-486-2048 로 전화. (Medicare 웹사이트 www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.) 에서 찾아볼 수 있는 “Medicare Rights & Protections (메디케어 권리 및 보호)” 을 읽어 보거나 다운로드할 수 있습니다.)



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

I. 플랜 회원으로서의 책임

플랜 회원으로서, 아래에 나열된 것들에 대한 책임이 있습니다. 문의 점이 있는 경우 고객 서비스로 전화하십시오.

- **본 회원 안내서를 읽고** 저희 플랜이 보장하는 내용과 보장되는 서비스 및 약물을 받기 위해 따라야 할 규칙을 알아보십시오. 다음 사항에 대한 정보:
 - 보장 서비스는 본 **회원 안내서 제 3 및 4장**을 참조하십시오. 본 장에서는 보장 서비스, 비보장 서비스, 준수해야 할 규정 및 지불 비용에 대해 설명합니다.
 - 보장 약물은 본 **회원 안내서 제 5 및 6장**을 참조하십시오.
- 회원이 가입한 **다른 건강 보험이나 처방약 보험이 있다면 저희에게 알려주십시오.** 저희는 회원이 의료 서비스를 받을 때 모든 보장 선택권을 제대로 사용할 수 있도록 꼭 확인해야 합니다. 다른 건강 보험을 보유하고 있으면 고객 서비스부에 연락하십시오.
- 저희 플랜 가입 사실을 회원의 **의사와 다른 의료 제공자에게 알려십시오.** 의료 서비스나 약을 받으실 때 신분 (회원 ID) 카드를 제시하십시오.
- **의사와 다른 의료 서비스 제공자가 최상의 진료를 제공할 수 있도록 도와주십시오.**
 - 의사와 기타 의료진에게 회원과 회원의 건강에 대해 필요로 하는 정보를 제공합니다. 회원의 건강 문제에 대해 가능한 한 많이 알아 두십시오. 회원과 주치의가 동의한 치료 계획과 지시 사항을 따릅니다.
 - 의사와 기타 의료진에게 복용 중인 모든 약물에 대해 반드시 알려주십시오. 여기에는 처방약, 비처방 약물(OTC), 비타민 및 보충제가 포함됩니다.
 - 궁금한 점이 있으면 물어보십시오. 의사와 다른 의료 제공자는 회원이 이해할 수 있는 방식으로 설명해 주어야 합니다. 궁금한 점을 질문했으나 답변을 이해하지 못한 경우 다시 질문하십시오.
- **개인 관리 코디네이터와 협력하여** 연간 건강 위험 평가를 완료하십시오.
- **사려 깊게 행동하시기 바랍니다.** 저희는 모든 회원이 다른 사람의 권리를 존중하기를 기대합니다. 또한 담당 의사의 진료실, 병원 및 기타 의료 제공자의 사무실에서 정중하게 행동해 주시기를 바랍니다.
- **회원이 지불해야 할 금액을 지불하십시오.** 플랜 회원으로서 다음 금액을 지불할 책임이 있습니다:
 - Medicare 파트 A 및 Medicare 파트 B 보험료. 대부분의 CalOptima Health OneCare Complete 회원의 경우, Medi-Cal은 Medicare 파트 A 보험료와 Medicare Part B 보험료를 지불합니다.
 - 플랜에서 보장하지 않는 서비스를 받거나 약물을 구입할 경우, **회원이 전액을 지불해야 합니다.** (참고: 보장 서비스나 약물 보장 여부에 대한 플랜의 결정에 동의하지 않는 경우, 항소를 제출할 수 있습니다. 항소 제출방법은 **제 9장**을 참조하십시오.)



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

- **이사를 하는 경우 플랜에 알려 주십시오.** 이사 할 계획이 있는 경우, 플랜에 즉시 알리는 것이 중요합니다. 고객 서비스로 전화하십시오.
 - **저희 서비스 지역이 아닌 곳으로 이주할 경우, 본 플랜 가입 자격을 유지할 수 없습니다.** 서비스 지역 내 거주하시는 분들만 저희 플랜에 가입하실 수 있습니다. 본 **회원 안내서 제 1장**에서는 서비스 지역에 대해 알려드립니다.
 - 이사할 곳이 서비스 제공 지역인지를 확인하려면 저희가 도와 드릴 수 있습니다.
 - 또한, Medicare 및 Medi-Cal에도 이사한 새 주소를 반드시 알려야 합니다. Medicare 및 Medi-Cal 전화번호는 본 **회원 안내서 제 2장**을 참조하십시오.
 - **저희 서비스 지역 내로 이주한 경우에도 저희가 알고 있어야 합니다.** 저희 회원 기록부에 최근 정보가 기록되어 있어야만 연락할 수 있습니다.
 - **이사를 하게 되면 Social Security(사회보장국)(또는 Railroad Retirement Board, 철도연금위원회)에 알려십시오.**
- 회원에게 **새로운 전화번호나** 연락할 수 있는 더 나은 방법이 있다면 **알려주십시오.**
- 궁금한 점이나 우려 사항이 있으면 **고객 서비스부로 전화하여 도움을 청하십시오.**



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

9 장: 문제 또는 불만 사항이 있을 경우 해야 할 일(보장 결정, 항소, 불만 사항)

서문

본 장에는 회원의 권리에 대한 정보가 있습니다. 다음과 같은 경우에 무엇을 해야 하는지 알아보시려면 본 장을 읽어보십시오:

- 플랜에 대해 문제 또는 불만사항이 있는 경우.
- 플랜에서 비용을 지불하지 않는다고 밝힌 서비스, 물품 또는 약물이 필요한 경우.
- 플랜 측에서 회원의 치료에 대해 내린 결정에 동의하지 않는 경우.
- 보장 서비스가 너무 빨리 끝난다고 생각되는 경우
- 지역사회 기반 성인 서비스 (Community-Based Adult Services, CBAS) 와 요양 시설 (Nursing Facility, NF) 서비스를 포함한 장기 서비스와 지원에 대해 문제가 있거나 불만이 있는 경우.

본 장은 원하는 부분을 쉽게 찾을 수 있도록 여러 개의 섹션으로 나누어져 있습니다. **문제 또는 우려사항이 있는 경우, 회원의 상황에 해당되는 본 장의 부분을 읽으시면 됩니다.**

회원은 담당 의사 및 기타 의료 기관이 진료 플랜의 일환으로 치료를 위해 필요하다고 판단한 의료, 약물 및 장기 요양 서비스 및 지원을 받아야 합니다. **진료에 문제가 있는 경우, Medicare Medi-Cal 옴부즈 프로그램 번호 1-855-501-3077 로 전화하면 도움을 받을 수 있습니다.** 본 장에서는 회원이 여러 문제나 불만을 해결할 수 있는 다양한 선택지를 설명합니다. 하지만 어려움이 있을 때는 언제든지 옴부즈맨 프로그램 (Ombudsman Program) 에 전화하면 도와드립니다. 추가 도움이나 연락하는 방법이 필요하면 **회원 안내서 제 2장** 을 참고하십시오.

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

차례

A. 문제 또는 우려사항이 있는 경우 해야 할 일	190
A1. 법률 용어 정보.....	190
B. 도움을 받는 방법	191
B1. 추가 정보와 도움을 위해	191
C. 플랜의 Medicare 및 Medi-Cal 불만과 항소 이해하기.....	192
D. 혜택에 문제가 있는 경우	192
E. 보장 결정 및 항소.....	193
E1. 보장 결정.....	193
E2. 항소.....	193
E3. 보장 결정 및 항소에 대한 도움.....	194
E4. 이 장에서 어떤 섹션이 도움이 되는지 알아보기	195
F. 의료 관리	195
F1. 본 섹션 사용 방법.....	195
F2. 보장 결정 요청.....	196
F3. 1 단계 항소 요청 방법	199
F4. 2 단계 항소 요청 방법	202
F5. 지불 문제.....	206
G. Medicare 파트 D 약물	208
G1. Medicare 파트 D 보장 결정 및 항소.....	208
G2. Medicare 파트 D 예외.....	210
G3. 예외 요청에 대해 알아 두어야 할 중요 사항.....	211
G4. 예외를 포함한 보장 결정 요청	211



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

G5. 1 단계 항소 요청 방법.....	214
G6. 2 단계 항소 요청 방법.....	216
H. 입원 연장에 대한 보장 요청.....	218
H1. Medicare 권리 알아보기.....	218
H2. 1단계 항소 요청 방법.....	219
H3. 2 단계 항소 요청 방법.....	221
I. 특정 의료 서비스에 대한 지속적인 보장 요청.....	222
I1. 보장이 끝나기 전 사전 통지.....	222
I2. 1 단계 항소 요청 방법.....	222
I3. 2 단계 항소 요청 방법.....	224
J. 2 단계 이상의 항소 요청.....	225
J1. Medicare 서비스 및 품목에 대한 다음 단계.....	225
J2. 추가 Medi-Cal 항소 요청.....	227
J3. Medicare 파트 D 약물 요청에 대한 3, 4 및 5 단계 항소 요청.....	227
K. 불만 제기 방법.....	228
K1. 불만을 제기할 수 있는 문제의 종류.....	228
K2. 내부 불만 제기.....	230
K3. 외부 불만 제기.....	231

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

A. 문제 또는 우려사항이 있는 경우 해야 할 일

본 장에서는 문제와 우려사항을 어떻게 해결하는지 설명합니다. 회원이 가진 문제의 종류에 따라 사용하는 절차가 달라집니다. **보장 결정과 항소**를 처리할 때는 한 가지 절차를 사용하고, **불만** (이의 (grievances) 라고도 함) 을 **제기**할 때는 다른 절차를 사용합니다.

공정하고 빠르게 처리하기 위해, 각 절차에는 회원과 플랜 모두가 따라야 하는 규칙, 방법, 그리고 마감 기한이 정해져 있습니다.

A1. 법률 용어 정보

본 장에는 몇 가지 규칙과 마감 기한에 대해 법적 용어가 포함되어 있습니다. 이들 용어 중 다수는 이해하기 어려울 수 있으므로, 저희는 특정한 법률 용어 대신 더 간단한 용어를 사용합니다. 가능한 한 줄임말(약자)를 최소한으로 사용하고 있습니다.

예를 들면, 다음과 같이 할 수 있습니다:

- “이의제기(filing a grievance)” 대신 “불만제기 (Making a complaint)”
- “기관의 결정(organization determination)”, “혜택 결정(benefit determination)”, “위험 결정 (at-risk determination)” 또는 “보장 적용 결정 (coverage determination)” 대신 “보장 결정 (coverage decision)”
- “신속 보장 결정 (expedited determination)” 대신 “빠른 보장 결정 (Fast coverage decision)”
- “독립적 검토 단체” (Independent Review Entity, IRE) 대신 “독립적 심사 기관” (Independent review organization, IRO)

적절한 법률 용어를 아는 것은 보다 명확하게 의사소통을 하는데 도움이 될 수 있기 때문에 해당 용어도 함께 제공합니다.

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

B. 도움을 받는 방법

B1. 추가 정보와 도움을 위해

간혹 문제점을 처리하기 위한 절차를 시작하거나 이행하는 데 어려움을 느낄 수 있습니다. 이는 회원의 건강 상태가 좋지 않거나 활력이 부족한 경우 특히 그렇습니다. 어떤 때는 다음 단계를 이행하는데 필요한 지식이 없을 수도 있습니다.

저희 플랜에서의 도움

저희 플랜에 연락하시면 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오.

건강 보험 상담 및 옹호 프로그램으로부터 도움을 받기

건강보험 상담 및 권익 옹호 프로그램(Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 인 1-800-434-0222 번으로 전화하실 수 있습니다. 그들의 웹사이트 www.aging.ca.gov/HICAP/ 를 방문하실 수도 있습니다. HICAP 상담사는 회원의 질문에 답하고 회원의 문제를 해결하기 위해 무엇을 해야 하는지 설명해드릴 수 있습니다. HICAP은 저희나 다른 보험사 또는 다른 건강 플랜과 아무런 관계가 없습니다. HICAP은 모든 카운티에서 상담사를 교육하며 서비스는 무료입니다. HICAP 전화번호는 1-800-434-0222 입니다.

Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램을 통한 도움

회원은 Medicare Medi-Cal 옴부즈맨(Ombudsman) 프로그램에 전화해, 건강 보장에 대한 질문을 상담원과 이야기할 수 있습니다. 그들은 무료 법률 지원을 해 드릴 수도 있습니다. 옴부즈맨 프로그램은 저희나 다른 보험사 또는 다른 건강 플랜과 아무런 관계가 없습니다. 그들의 전화번호는 1-855-501-3077이며 웹사이트는 www.healthconsumer.org 입니다.

Medicare의 도움 및 정보

자세한 정보와 도움을 위해 Medicare 에 연락하십시오. Medicare 도움은 다음의 두 가지 방법으로 받을 수 있습니다:

- 전화 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY 사용자는 번호 1-877-486-2048 로 전화.
- Medicare 웹사이트를 방문하십시오 (www.medicare.gov).

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객센터 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

회원 안내서

9 장: 문제 또는 불만 사항이 있을 경우 해야 할 일 (보장 결정, 항소, 불만 사항)

캘리포니아 보건 복지 서비스 (DHCS)의 지원

캘리포니아 보건 복지 서비스 (Department of Health Care Services, DHCS) Medi-Cal 관리 의료 옴부즈맨 (Managed Care Ombudsman) 에서 도움을 드릴 수 있습니다. 건강 플랜 가입, 변경 또는 탈퇴에 문제가 있는 경우 도움을 드릴 수 있습니다. 귀하가 이사를 하고 Medi-Cal 을 새로운 카운티로 이전시키는 데 어려움이 있는 경우에도 도움을 드릴 수 있습니다. 월요일부터 금요일, 오전 8 시부터 오후 5 시 사이 번호 1-888-452-8609 로 옴부즈맨에 전화하실 수 있습니다.

C. 플랜의 Medicare 및 Medi-Cal 불만과 항소 이해하기

회원은 Medicare와 Medi-Cal 을 모두 가지고 있습니다. 본 장의 정보는 회원의 모든 Medicare 와 Medi-Cal 관리형 의료 보장에 적용됩니다. 이 절차를 '통합 절차(integrated process)'라고 부르기도 하는데, Medicare 와 Medi-Cal 절차를 하나로 합치기 때문입니다.

때로는 Medicare 와 Medi-Cal 절차를 합칠 수 없는 경우도 있습니다. 그럴 때는 Medicare 보장에는 한 가지 절차를, Medi-Cal 보장에는 다른 절차를 사용해야 합니다. 이런 상황에 대한 설명은 **섹션 F4** 을 참조하십시오.

D. 혜택에 문제가 있는 경우

문제 또는 우려사항이 있는 경우, 회원의 상황에 해당되는 본 장의 부분을 읽으시면 됩니다. 다음 표는 회원이 문제나 불만을 해결할 때 이 장의 어떤 절을 보면 되는지 안내합니다.

문제나 걱정이 혜택이나 보장에 관한 것인가요?	
여기에는 특정 진료(의료 물품, 서비스, 또는 B파트 약)가 보장되는지, 어떻게 보장되는지, 그리고 진료비 지급과 관련된 문제가 포함됩니다.	
예. 나의 문제는 혜택 또는 보장에 대한 것임. 섹션 E "보장 결정 및 항소 요청"을 참조하십시오.	아니오. 나의 문제는 혜택 또는 보장에 대한 것이 아님. 섹션 K "불만을 제기하는 방법"을 참조하십시오.

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

E. 보장 결정 및 항소

보장 결정을 요청하고 항소를 제기하는 절차는 회원의 혜택 및 의료 관리(서비스, 품목 및 파트 B 약물, 지불 포함)에 대한 보장과 관련된 문제를 다룹니다. 간단하게 설명하기 위해 일반적으로 의료 품목, 서비스 및 파트 B 약물을 의료 관리라고 합니다. 회원은 어떤 것이 보장되는지, 또는 어떻게 보장되는지와 같은 문제를 해결할 때 보장 결정과 항소 절차를 사용합니다.

E1. 보장 결정

보장 결정이란 회원의 의료 서비스, 물품 또는 의약품에 대한 혜택 및 보장 서비스 또는 저희가 지불할 금액과 관련하여 플랜에서 내린 최초의 결정을 말합니다. 회원 또는 담당 의사가 저희에게 연락하여 보장 결정을 요청할 수도 있습니다. 회원 또는 담당 의사는 저희가 특정 의료 서비스를 보장하는지 또는 회원이 필요하다고 생각하는 의료 서비스를 제공하지 않을까 걱정될 수도 있습니다. **회원이 진료를 받기 전에 저희가 그 의료 서비스를 보장하는지 알고 싶다면, 저희에게 보장 결정을 요청할 수 있습니다.**

저희는 서비스 요청이나 청구서를 검토할 때 보장 결정을 내립니다. 어떤 경우에는 Medicare 또는 Medi-Cal이 특정 서비스나 약을 보장하지 않거나 더 이상 보장하지 않는다고 결정할 수 있습니다. 회원이 이 보장 결정에 동의하지 않는다면, 항소를 제기할 수 있습니다.

E2. 항소

저희가 보장 결정을 내렸는데 회원이 해당 결정에 만족하지 않으시면 해당 결정에 대해 “항소”를 제기하실 수 있습니다. 항소 요청이란 저희 결정을 검토하여 변경해 줄 것을 요청하는 공식적인 방법입니다.

결정에 처음으로 항소하는 경우 이를 1단계 항소라고 합니다. 이 항소에서 저희는 모든 규정을 제대로 준수했는지 확인하기 위해 저희가 내린 보장 결정을 검토합니다. 기존에 불리한 결정을 내린 검토자와는 다른 검토자가 회원의 항소를 처리합니다.

재검토를 마치면 결정 내용을 알려 드립니다. 본 장의 뒷부분에 있는 **섹션 F2**에서 설명하는 특정 상황에서는 신속 또는 “빠른 보장 결정”이나 보장 결정에 대한 “빠른 항소”를 요청할 수 있습니다.

회원이 요청한 내용 중 일부 또는 전부에 대해 **거부**하면 서신을 보내드립니다. 회원의 문제가 Medicare 의료 보장에 관한 것이라면, 서신에서 2 단계 항소 제기를 위해 회원의 사례를 독립적 심사 기관 (IRO, Independent Review Organization)에 보냈다고 알려줄 것입니다. 회원의 문제가 Medicare 파트 D 또는 Medicaid 서비스나 항목의 보장에 관한 것이라면 서신에서 2 단계 항소 제기를 직접 제출하는 방법을 알려드릴 것입니다. 2 단계 항소 제기에 대한 자세한 내용은 **섹션 F4**를 참조하십시오.

2 단계 항소 결정에 만족하지 않으시면 추가 항소 단계를 거칠 수도 있습니다.

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

9 장: 문제 또는 불만 사항이 있을 경우 해야 할 일 (보장 결정, 항소, 불만 사항)

E3. 보장 결정 및 항소에 대한 도움

다음과 같은 도움을 요청할 수 있습니다:

- 페이지 아래에 있는 **고객 서비스** 번호.
- **Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 (Ombudsman) 번호 1-855-501-3077** 번으로 전화.
- **건강 보험 상담 및 옹호 프로그램 (Health Insurance Counseling 및 Advocacy Program, HICAP)** 번호 1-800-434-0222번으로 전화.
- **주치의 또는 기타 의료 제공자.** 주치의나 기타 의료 제공자가 회원을 대신하여 보장 결정 또는 항소 요청을 할 수 있습니다.
- **친구 또는 가족 구성원.** 회원의 “대리인” 역할을 할 사람을 지명하여, 보장 결정 또는 항소 요청을 하도록 할 수 있습니다.
- **변호사.** 변호사를 선임할 권리가 있지만 **변호사**에게 보장 결정 또는 재심 요청을 하도록 할 필요는 없습니다.
 - 변호사에게 직접 연락하거나 지역 변호사 협회 또는 기타 소개 서비스로부터 변호사를 소개받을 수 있습니다. 일부 법률 단체에서는 회원이 자격이 되는 경우, 무료 법률 서비스를 제공합니다.
 - Medicare Medi-Cal 옴부즈 프로그램 번호 1-855-501-3077으로 전화하여 법률 지원 변호사를 요청하십시오.

변호사나 다른 사람이 대리인 역할을 하게 하려면 대리인 임명 양식을 작성하십시오. 다른 사람에게 대리 권한을 부여할때 이 양식이 사용됩니다.

페이지 아래에 있는 고객 서비스부에 전화하여 “대리인 임명 (Appointment of Representative)” 양식을 요청하십시오.

www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf

또는 [https://www.caloptima.org/en/health-insurance-plans/onecare#](https://www.caloptima.org/en/health-insurance-plans/onecare#DocumentsandForms)

DocumentsandForms 를 방문하여 해당 양식을 다운로드 하실 수도 있습니다. 이 양식에 서명하여 저희에게 제출해야 합니다.

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

E4. 이 장에서 어떤 섹션이 도움이 되는지 알아보기

보장 결정과 항소와 관련된 상황은 네 가지가 있습니다. 각 상황마다 규칙과 마감 기한이 다릅니다. 저희는 각 상황을 이 장의 별도 섹션에서 자세히 설명합니다. 해당되는 섹션을 참고하십시오:

- **섹션 F, “의료 관리”**
- **섹션 G, “Medicare 파트 D 약물”**
- **섹션 H, “입원 연장에 대한 보장 요청”**
- **섹션 I, “특정 의료 서비스에 대한 지속적인 보장 요청”** (본 섹션은 가정 건강 관리, 전문 간호 시설 치료 및 종합 외래 환자 재활 시설(Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 서비스에만 적용됩니다.)

어떤 섹션을 사용해야 할지 잘 모르겠다면 페이지 하단에 있는 고객 서비스부에 전화하십시오.

F. 의료 관리

본 섹션에서는 치료에 대한 보장을 받는 데 문제가 있거나 치료 비용 중 저희 부담한 금액을 회원에게 환불하기를 원하는 경우 해야 할 일에 대해 설명합니다. 추가 병원 입원 기간을 요청하는 방법에 대한 정보를 위해 **섹션 H** 를 참조하십시오.

이 섹션은 본 *회원 안내서 제 4* 장의 보장 차트에 설명된 의료 관리 혜택에 관한 것입니다. 어떤 경우에는 Medicare 파트 B 약물에 다른 규칙이 적용될 수 있습니다. 그럴 경우, Medicare 파트 B 약물에 대한 규칙이 의료 서비스 및 품목에 대한 규칙과 어떻게 다른지 설명합니다.

F1. 본 섹션 사용 방법

본 섹션에서는 다음과 같은 상황에 처할 경우에 할 수 있는 일들에 대해 알려드립니다:

1. 저희가 회원에게 필요한 의료 서비스를 보장한다고 생각하지만 받지 못하고 있습니다.
할 수 있는 일: 플랜에게 보장 결정을 요청할 수 있습니다. **섹션 F2** 를 참조하십시오.
2. 저희는 담당 의사 또는 기타 의료 제공자가 회원에게 제공하고자 하는 의료 서비스를 승인하지 않았으며, 회원은 저희가 승인해야 한다고 생각합니다.
할 수 있는 일: 이 결정에 항소를 제기할 수 있습니다. **섹션 F3** 를 참조하십시오.
3. 저희가 보장한다고 생각하는 진료를 받았지만, 저희가 비용을 지급하지 않았습니다.
할 수 있는 일: 비용을 지불하지 않기로 한 플랜의 결정에 항소 요청을 할 수 있습니다. **섹션 F5** 를 참조하십시오.

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan
회원 안내서

9 장: 문제 또는 불만 사항이 있을 경우 해야 할 일 (보장 결정, 항소, 불만 사항)

4. 보장된다고 생각했던 의료 서비스나 품목에 대해 서비스를 받고 비용을 지불했으며, 저희로부터 환불을 받고자 합니다.

할 수 있는 일: 저희에게 환불을 요청할 수 있습니다. **섹션 F5** 를 참조하십시오.

5. 저희는 특정 의료 서비스에 대한 회원의 보장을 줄이거나 중단했으며, 저희 결정이 회원의 건강에 해가 된다고 생각합니다.

할 수 있는 일: 의료 서비스를 감소하거나 중단한 플랜의 결정에 항소 요청을 할 수 있습니다. **섹션 F4** 를 참조하십시오.

- 해당 보장이 병원 진료나 가정 간호, 전문 간호 시설 진료, 종합 외래 재활 시설 (CORF) 서비스에 대한 것이라면 특별 규정이 적용됩니다. 자세한 내용을 위해 **섹션 H** 또는 **섹션 I** 를 참조하십시오.
- 특정 의료 서비스에 대한 보장을 줄이거나 중단하는 것과 관련된 기타 모든 상황에 대해서는 본 섹션 (**섹션 F**) 을 지침으로 사용하십시오.

6. 치료가 지연되거나 의사를 찾을 수 없습니다.

할 수 있는 일: 불만을 제기할 수 있습니다. **섹션 K2** 를 참조하십시오.

F2. 보장 결정 요청

보장 결정에 회원의 의료 서비스가 포함되는 경우, 이를 **통합 조직 결정 (integrated organization determination)** 이라고 합니다.

회원, 담당 의사 또는 회원의 대리인은 다음과 같이 저희에게 보장 결정을 요청할 수 있습니다:

- 전화: **1-877-412-2734**, TTY: **711**.
- 팩스: **1-714-246-8711**.
- 서면: CalOptima Health OneCare Complete
505 City Parkway West
Orange, CA 92868.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

회원 안내서

9 장: 문제 또는 불만 사항이 있을 경우 해야 할 일 (보장 결정, 항소, 불만 사항)

표준 보장 결정

저희가 결정을 내릴 때 “빠른” 기한을 사용하기로 합의하지 않는 한 저희는 “표준” 기한을 사용합니다. 표준 보장 결정이란 다음 사항에 대한 답변을 제공한다는 의미입니다:

- 사전 승인 규칙이 적용되는 의료 서비스 또는 품목에 대한 회원의 요청을 접수한 후 **7 달력일**.
- 기타 모든 의료 서비스 또는 품목에 대한 회원의 요청을 접수한 후 **14 달력일**.
- Medicare 파트 B 약물에 대한 회원의 요청을 접수한 후 **72 시간**.

의료 용품이나 서비스에 대해, 저희가 더 많은 시간이 필요하다고 요청하거나, 회원에게 도움이 될 수 있는 추가 정보 (예: 네트워크 외 제공자의 진료 기록) 가 필요하다고 판단하면, **최대 14일을 더 사용할 수 있습니다**. 저희가 결정을 위해 추가 시간이 필요할 경우, 회원에게 서면으로 알려드립니다. **회원의 요청이 Medicare 파트 B 약물과 관련된 것이라면, 저희는 추가 시간을 사용할 수 없습니다**.

저희가 시간을 더 소요하면 **안된다고** 생각하는 경우에는, 시간을 연장하기로 한 저희의 결정에 대해 “빠른 불만”을 제기 할 수 있습니다. 신속한 불만 사항을 제기하는 경우, 저희는 24 시간 이내에 불만에 대한 결정을 회원에게 제공해야 합니다. 불만을 제기하는 절차는 보장 결정과 항소 절차와 다릅니다. 빠른 불만 제기를 포함해 불만을 제기하는 방법에 대한 더 많은 정보는 **섹션 K** 를 참고하십시오.

빠른 보장 결정

빠른 보장 결정에 대한 법률 용어는 **신속 보장 결정**입니다.

의료 서비스에 대한 보장 결정을 신속하게 내려달라고 요청하는 경우, 저희에게 “빠른 보장 결정”을 요청하십시오. 표준 보장 결정이란 다음 사항에 대한 답변을 제공한다는 의미입니다:

- 기타 모든 의료 서비스 또는 품목에 대한 요청을 접수한 후 **72달력일**.
- Medicare 파트 B 약물에 대한 요청을 접수한 후 **24 시간**.

의료 물품이나 서비스에 대해, 저희가 더 많은 시간이 필요하다고 요청하거나, 회원에게 도움이 될 수 있는 추가 정보(예: 네트워크 외 제공자의 진료 기록)가 필요하다고 판단하면, **최대 14 일을 더 사용할 수 있습니다**.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객센터 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 회원 안내서

9 장: 문제 또는 불만 사항이 있을 경우 해야 할 일 (보장 결정, 항소, 불만 사항)

수 있습니다. 저희가 결정을 위해 추가 시간이 필요할 경우, 회원에게 서면으로 알려드립니다. **회원의 요청이 Medicare 파트 B 약물과 관련된 것이라면, 저희는 추가 시간을 사용할 수 없습니다.**

저희가 시간을 더 소요하면 **안된다고** 생각하는 경우에는, 시간을 연장하기로 한 저희의 결정에 대해 “빠른 불만 제기”를 할 수 있습니다. 빠른 불만 제기를 포함해 불만을 제기하는 방법에 대한 더 많은 정보는 **섹션 K**를 참고하십시오. 저희가 결정을 내리는 즉시 전화드릴 것입니다.

빠른 보장 결정을 받으려면 두 가지 조건을 충족해야 합니다:

- 회원이 **받지 않은** 의료 물품이나 서비스를 보장해 달라고 요청하는 경우. 이미 받은 물품이나 서비스의 비용 지급에 대해서는 빠른 보장 결정을 요청할 수 없습니다.
- 표준 기한을 사용하면 **회원의 건강에 심각한 해가 되거나**, 일상생활 기능에 문제가 생길 수 있는 경우.

의사가 회원의 건강에 빠른 보장 결정이 필요하다고 알려주면, 저희는 자동으로 빠른 보장 결정을 드립니다. 의사의 지원 없이 회원이 요청한 경우, 저희가 빠른 보장 결정을 드릴 수 있는지 판단합니다.

- 저희가 회원의 건강 상태가 빠른 보장 결정을 받을 조건에 맞지 않는다고 판단하면, 그 내용을 담은 서면 통지서를 보내고 표준 기한을 사용합니다. 통지서는 다음을 알립니다:
 - 의사가 요청하면, 저희는 자동으로 빠른 보장 결정을 제공해 드립니다.
 - 요청한 빠른 보장 결정 대신 표준 보장 결정을 내리기로 한 것에 대해 “빠른 불만”을 제기할 수 있는 방법도 알려드립니다. 빠른 불만을 포함해 불만을 제기하는 방법에 대한 자세한 정보는 **섹션 K**를 참고하십시오.

요청 중 일부 또는 전체가 승인 거절되면, 회원에게 편지를 보내 그 사유를 설명합니다.

- 저희가 **거절**하면 회원은 항소를 요청할 권리가 있습니다. 항소 요청이란 저희가 실수를 했고 착오가 있다고 생각되는 경우, 저희 결정을 검토하여 변경해 줄 것을 요청하는 공식적인 방법입니다.
- 항소를 제기하기로 결정한 경우, 항소 제기 절차 1단계로 이동합니다 (**섹션 F3** 참조).

제한된 상황에서 저희는 보장 결정에 대한 회원의 요청을 기각할 수 있으며, 이는 저희가 해당 요청을 검토하지 않는다는 것을 의미합니다. 요청이 기각되는 경우의 예는 다음과 같습니다:

- 요청이 완전하지 않은 경우
- 누군가가 회원을 대신하여 요청했지만 법적으로 그렇게 할 수 있는 권한이 없는 경우 **또는**
- 회원이 요청을 취소해달라고 요구한 경우.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객센터 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

보장 결정 요청을 기각하는 경우, 해당 요청이 기각된 이유와 기각 검토를 요청하는 방법을 설명하는 통지서를 보내드립니다. 이 검토는 항소라고 합니다. 항소는 다음 섹션에서 설명합니다.

F3. 1 단계 항소 요청 방법

거부된 서비스나 물품과 관련된 **항소를 시작하거나**, 이미 받고 있는 서비스나 품목을 계속 받기 위한 항소를 시작하려면, 회원이나 의사, 또는 회원이 지정한 대리인이 저희에게 연락해야 합니다. 저희 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락하십시오.

표준 항소 또는 빠른 항소를 서면으로 **요청**하시려면 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락하십시오.

- 담당 의사 또는 다른 제공자가 항소를 요청하는 동안 이미 받고 있는 서비스나 물품을 계속 제공해 달라고 요청하는 경우 그들을 회원들 대신할 대리인으로 지명해야 할 수도 있습니다.
- 담당 의사가 아닌 다른 사람이 회원을 대신하여 항소를 요청하는 경우, 이 사람이 회원을 대신할 수 있도록 권한을 부여하는 대리인 임명 (Appointment of Representative) 양식을 첨부하십시오.
www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 를 방문하시거나 또는 저희 웹사이트 <https://www.caloptima.org/en/health-insurance-plans/onecare#DocumentsandForms> 를 방문하여 해당 양식을 다운로드 하실 수도 있습니다.
- 저희는 양식 없이 항소 요청을 접수할 수 있지만, 양식을 받을 때까지는 검토를 시작하거나 마칠 수 없습니다. 항소에 대한 결정을 내리기 위한 마감일 전에 양식을 받지 못한 경우, 저희는 다음과 같이 합니다:
 - 회원의 요청을 기각하거나
 - 항소를 기각한 저희의 결정을 검토를 위해 IRO 에 요청할 수 있는 회원의 권리를 설명하는 서면 통지서를 보내드립니다.
- 항소 요청은 저희가 결정 사항을 서면으로 보낸 편지에 적힌 날짜로부터 65일 이내에 해야 합니다.
- 타당한 이유가 있어서 이 기한을 지키지 못한 경우에는 항소 요청 기간을 연장해 드릴 수 있습니다. 타당한 이유의 예로는 회원이 중병을 앓았거나 저희가 기한을 잘못 알려드린 경우 등을 들 수 있습니다. 항소 요청을 하실 때 항소 요청이 늦은 이유를 설명해 주십시오.

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

- 회원은 저희에게 항소 요청과 관련된 정보의 사본을 요구할 권리가 있습니다. 회원과 주치의는 항소 요청을 뒷받침하는 정보를 저희에게 더 제공할 수 있습니다.

건강상 필요한 경우에는 빠른 항소를 요청하십시오.

“빠른 항소”를 뜻하는 법률 용어는 “**신속 재고 (expedited reconsideration)**”입니다.

- 회원이 보장에 대한 저희의 결정에 대해 항소하는 경우, 회원이나 의사는 빠른 항소를 요청할 수 있습니다.

의사가 회원의 건강에 빠른 보장 결정이 필요하다고 알려주면, 저희는 자동으로 빠른 보장 결정을 드립니다. 의사의 지원 없이 회원이 요청한 경우, 저희가 빠른 보장 결정을 드릴 수 있는지 판단합니다.

- 저희가 회원의 건강 상태가 빠른 보장 결정을 받을 조건에 맞지 않는다고 판단하면, 그 내용을 담은 서면 통지서를 보내고 표준 기한을 사용합니다. 통지서는 다음을 알립니다:
 - 의사가 요청하면, 저희는 자동으로 빠른 보장 결정을 제공해 드립니다.
 - 요청한 빠른 보장 결정 대신 표준 보장 결정을 내리기로 한 것에 대해 “빠른 불만”을 제기할 수 있는 방법도 알려드립니다. 빠른 불만을 포함해 불만을 제기하는 방법에 대한 자세한 정보는 **섹션 K**를 참고하십시오.

회원이 이미 받고 있는 서비스 또는 물품 사용을 중단하거나 줄인다고 저희가 알려드리는 경우, 회원은 항소 기간 동안 서비스 또는 물품을 계속 이용할 수 있습니다.

- 저희가 회원이 받는 보장 서비스나 물품을 중단 또는 변경을 결정할 경우, 그에 대한 조치를 취하기 전에 해당 사실을 회원께 통보합니다.
- 저희의 결정에 동의하지 않을 경우, 회원은 1단계 항소를 요청할 수 있습니다.
- 회원이 저희 서신에 기재된 날짜로부터 달력일 기준 10일 이내에 또는 조치가 예정된 발효일 중 더 늦은 날짜까지 1단계 항소를 요청하는 경우, 저희는 해당 서비스 또는 물품을 계속 보장합니다.
 - 이 기한을 지키면 1단계 항소가 진행 중인 동안 변경 사항 없이 서비스 또는 물품을 이용하실 수 있습니다.
 - 변경 사항 없이 (항소 요청 대상이 아닌) 다른 모든 서비스 또는 물품도 이용하실 수 있습니다.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객센터 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 회원 안내서

9 장: 문제 또는 불만 사항이 있을 경우 해야 할 일 (보장 결정, 항소, 불만 사항)

- 이 날짜 이전에 항소를 요청하지 않으면 회원의 항소 결정을 기다리는 동안 서비스나 품목을 계속 이용하실 수 없습니다.

저희는 회원의 항소 요청을 살펴보고 답변을 드립니다.

- 저희는 회원의 항소를 검토할 때 의료 서비스의 보장 요청에 관한 모든 정보를 다시 한번 주의 깊게 검토합니다.
- 요청을 승인 **거부**할 때 저희는 저희의 모든 규칙 준수 여부도 확인합니다.
- 필요하면 더 많은 정보를 수집합니다. 저희가 회원나 담당 의사에게 연락해서 추가 정보를 요청할 수도 있습니다.

빠른 항소를 위한 기한이 있습니다.

- 저희가 빠른 기한을 사용하면 항소 요청을 받은 후, **72 시간 이내에 답변을 하거나, 회원의 건강상 필요한 경우에는 더 빨리 답변합니다.** 저희가 빠른 항소를 거부하는 경우, 회원과 회원의 의사, 처방의사, 또는 대리인에게 그 거부 내용을 구두로 알려드릴 것입니다.
 - 저희가 72시간 안에 답변을 제공하지 않으면 회원의 요청을 2단계 항소 절차로 넘겨야 합니다. 독립 검토 기관(IRO)에서 그 후 검토합니다. IRO는 회원의 항소를 받으면 서면으로 회원에게 알려드립니다. 본 장의 뒷부분에서 저희는 이 기관에 대해 설명하고, 2단계 항소 절차를 안내합니다. 회원의 문제가 Medicaid 서비스나 물품의 보장과 관련된 경우, 정해진 시간이 지나면 회원은 직접 2단계 — 주 청문회를 요청할 수 있습니다. CalOptima Health OneCare Complete 와 연결되지 않은 주 청문회 기관이 회원의 사례를 검토하고, 항소에 대한 결정을 내립니다. 주 청문회를 요청하려면 **섹션 F4** 를 참고하십시오.
- **요청 중 일부 또는 전체가 승인되면**, 저희는 회원의 항소를 받은 후 72시간 이내에 또는 회원의 건강상 필요한 경우 더 빨리 제공하기로 동의한 보장을 승인하거나 제공해야 합니다.
- **요청 중 일부 또는 전체가 승인 거절되면**, 저희는 2 단계 항소를 위해 독립 검토 기관 (IRO) 에 항소를 보냅니다.

표준 항소를 위한 기한이 있습니다.

- 표준 기한을 사용할 때, 저희는 회원이 받지 않은 서비스에 대한 항소를 접수한 날부터 **30 달력일** 이내에 답변을 드려야 합니다.
- 회원이 받지 않은 Medicare 파트 B 약에 대한 요청이라면, 저희는 항소를 받은 날부터 **7 달력일** 이내에 답변을 드리며, 회원의 건강 상태가 필요로 할 경우 더 빨리 답변을 드릴 것입니다.

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 회원 안내서

9 장: 문제 또는 불만 사항이 있을 경우 해야 할 일 (보장 결정, 항소, 불만 사항)

- 저희가 72시간 안에 답변을 제공하지 않으면 회원의 요청을 2단계 항소 절차로 넘겨야 합니다. 독립 검토 기관(IRO)에서 그 후 검토합니다. 본 장의 뒷부분 **섹션 F4** 에서 저희는 이 기관에 대해 설명하고 2단계 항소 절차를 안내합니다. 회원의 문제가 Medicaid 서비스나 물품의 보장과 관련된 경우, 정해진 시간이 지나면 회원은 직접 2단계 - 주 청문회를 요청할 수 있습니다. CalOptima Health OneCare Complete와 연결되지 않은 주 청문회 기관이 회원의 사례를 검토하고, 항소에 대한 결정을 내립니다. 주 청문회를 요청하려면 **섹션 F4**를 참고하십시오.

저희가 회원의 요청을 일부 또는 전부 승인하는 경우, 저희는 항소 요청을 받은 날부터 30일 이내에 보장을 제공하거나 승인해야 합니다. 또는 회원의 건강 상태가 더 빠른 처리를 필요로 할 경우, 저희가 결정을 바꾼 날부터 72 시간 이내에 제공해야 합니다. 회원의 요청이 Medicare 파트 B 약과 관련된 것이라면, 저희는 항소 요청을 받은 날부터 7일 이내에 보장을 제공하거나 승인해야 합니다.

저희가 회원의 요청 중 일부 또는 전부를 **거부**하는 경우, **회원은 다음과 같은 추가 항소 권리가 있습니다:**

- 회원이 요청한 내용 중 일부 또는 전부에 대해 **거부**하면 서신을 보내드립니다.
- 문제가 Medicare 서비스나 물품의 보장에 관한 것이라면, 2단계 항소 요청을 위해 회원의 사례를 독립 검토 기관 (IRO) 로 전달했다는 사실을 이 서신을 통해 알려 드립니다.
- 문제가 Medi-Cal 서비스나 물품의 보장에 관한 것이라면 이 서신을 통해 회원이 직접 2단계 항소를 요청하는 방법을 알려드립니다.

F4. 2 단계 항소 요청 방법

저희가 1단계 항소 사항 중 일부 또는 전체를 **거부**할 경우 서신을 보내드립니다. 이 서신에는 Medicare, Medi-Cal 또는 두 프로그램이 일반적으로 보장하는 서비스나 물품이 나와 있습니다.

- 문제가 **Medicare** 에서 일반적으로 보장하는 서비스나 물품에 관한 것이라면 1단계 항소 요청이 마무리되는 대로 회원의 사례가 자동으로 2단계 항소 요청 절차로 넘어갑니다.
- 문제가 **Medi-Cal** 에서 일반적으로 보장하는 서비스나 물품에 관한 것이라면 회원이 직접 2단계 항소를 요청할 수 있습니다. 서신으로 그것의 방법을 알려드립니다. 본 장의 뒷부분에 있는 **섹션 G6**에 더 많은 정보가 나와 있습니다.
- 회원의 문제가 **Medicare 와 Medi-Cal 이 모두** 보장할 수 있는 서비스나 물품과 관련된 경우, 회원은 자동으로 IRO에 대한 2단계 항소를 받게 됩니다. 자동 2단계 항소와 더불어, 회원은 주 청문회를 직접 요청할 수도 있습니다.

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 회원 안내서

9 장: 문제 또는 불만 사항이 있을 경우 해야 할 일 (보장 결정, 항소, 불만 사항)

회원이 1단계 항소를 제출할 때 혜택 유지 조건에 해당되었다면, 항소 중인 서비스, 물품, 또는 약에 대한 회원의 보장은 2단계에서도 계속될 수 있습니다. 1단계 항소 요청 기간 동안 회원이 계속 받을 수 있는 혜택에 대한 자세한 정보는 **섹션 F3** 을 참조하십시오.

- 회원의 문제가 보통 Medicare만 보장하는 서비스와 관련된 경우, 그 서비스에 대한 회원의 혜택은 IRO와 진행하는 2단계 항소 동안 계속되지 않습니다.
- 회원의 문제가 보통 Medi-Cal만 보장하는 서비스와 관련된 경우, 회원이 저희의 결정 통지서를 받은 날부터 10일 이내에 2단계 항소를 제출하면, 해당 서비스에 대한 보장은 계속됩니다.

문제가 보통 Medicare 가 보장하는 서비스나 물품과 관련된 경우

IRO 가 회원의 항소를 심사합니다. IRO는 Medicare가 고용한 독립 기관입니다.

이 독립 심사 기관 (IRO) 의 공식 명칭은 **독립 심사 단체 (Independent Review Entity)** 또는 **IRE** 라고 부르기도 합니다.

- 이 기관은 저희와 연결되어 있지 않으며, 정부 기관도 아닙니다. Medicare 는 독립 심사 기관 (IRO) 으로 해당 기관을 선택했고, Medicare 는 그들의 업무를 감독합니다.
- 저희는 회원의 항소에 대한 정보 (회원의 “사례 자료”) 를 이 기관에 보냅니다. 회원은 회원의 사례 자료에 대한 사본을 무료로 받을 권리가 있습니다.
- 회원은 회원의 항소를 뒷받침하는 추가 정보를 독립 검토 기관(IRO)에 제공할 권리가 있습니다.
- 독립 검토 기관 (IRO) 의 검토자들은 회원의 병원 퇴원에 대한 항소 관련 정보를 전부 철저히 검토합니다.

1단계에서 빠른 항소로 진행된 경우 2단계에서도 빠른 항소로 진행됩니다.

- 1단계에서 빠른 항소로 진행된 경우, 자동으로 2단계에서 빠른 항소로 진행될 것입니다. 독립 검토 기관 (IRO) 은 회원의 항소 요청을 받은 후 **72시간 이내**에 2단계 항소 요청에 대한 답변을 회원에게 제공해야 합니다.

1단계에서 표준 항소로 진행된 경우 2단계에서도 표준 항소로 진행됩니다.

- 1단계에서 저희에게 표준 항소로 진행된 경우 2단계에서는 자동으로 표준 항소로 진행됩니다.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 회원 안내서

9 장: 문제 또는 불만 사항이 있을 경우 해야 할 일 (보장 결정, 항소, 불만 사항)

- 의료 품목이나 서비스에 대한 요청인 경우, 독립 검토 기관(IRO)은 항소를 받은 날로부터 **달력일 기준 30일 이내**에 2단계 항소에 대한 답변을 제공해야 합니다
- Medicare 파트 B 약물에 대한 요청인 경우, 독립 검토 기관(IRO)은 항소를 받은 날로부터 **달력일 기준 7일 이내**에 2단계 항소에 대한 답변을 제공해야 합니다.

독립 검토 기관 (IRO) 은 서면으로 답변을 제공하고 그 이유를 설명합니다.

- **독립 검토 기관 (IRO) 이 의료 품목이나 서비스에 대한 요청의 일부 또는 전부를 승인하는 경우, 저희는 즉시 다음과 같이 해당 결정을 이행해야 합니다:**
 - **72시간 이내**에 의료 보장 범위를 승인하거나
 - **표준 요청**에 대한 독립 검토 기관 (IRO) 의 결정을 받은 후 **근무일 기준 5일** 이내에 서비스를 제공하거나
 - **신속 요청**에 대해 독립 검토 기관 (IRO) 결정을 받은 날로부터 **72 시간 이내**에 서비스를 제공합니다.
- **독립 검토 기관 (IRO) 이 Medicare 파트 B 약물에 대한 요청의 일부 또는 전부를 승인하는 경우, 저희는 문제의 Medicare 파트 B 약물을 승인하거나 제공해야 합니다:**
 - **표준 요청**에 대한 독립 검토 기관(IRO)의 결정을 받은 후 **72시간 이내**에 또는
 - **신속 요청**에 대한 독립 검토 기관(IRO)의 결정을 받은 날로부터 **24시간 이내**.
- **독립 검토 기관 (IRO) 이 항소의 일부 또는 전부에 대한 승인을 거부할 경우** 이는 의료 보장에 대한 회원의 요청 (또는 요청의 일부) 을 저희가 승인해서는 안 된다는 데 동의함을 의미합니다. 이는 “결정 지지 (upholding the decision)” 또는 “항소 거절 (turning down your appeal)”이라고 합니다.
 - 만약 사례가 필요 조건을 충족한다면, 항소를 계속 진행할지를 선택합니다.
 - 2 단계 이후 항소 처리 절차에는 총 5단계에 대한 3개의 추가 단계가 있습니다.
 - 2 단계 항소가 거부되고 항소 처리 절차를 계속하기 위한 요건을 충족할 경우, 3단계로 진행할지와 세 번째 항소를 진행할지 결정하셔야 합니다. 이 방법에 대한 자세한 내용은 2 단계 항소 후 받으시는 서면 통지에 나와 있습니다.
 - 행정법 판사 (ALJ, Administrative Law Judge) 또는 변호사 심판관이 3단계 항소를 처리합니다. 3, 4, 5단계 항소에 대한 자세한 내용은 **섹션 J** 를 참조하십시오.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

9 장: 문제 또는 불만 사항이 있을 경우 해야 할 일 (보장 결정, 항소, 불만 사항)

문제가 Medi-Cal이 일반적으로 보장하는 서비스나 품목에 관한 경우

(1) 주 청문회

Medi-Cal이 보장하는 서비스나 품목에 대해 주 청문회를 요청할 수 있습니다. 주치의나 그 외 제공자가 플랜이 승인하지 않는 서비스나 품목을 요청하거나, 회원이 이미 받은 서비스나 품목의 비용을 플랜에서 계속 부담하지 않고 1단계 항소를 거절한 경우 회원은 주정부 청문회를 요청할 권리가 있습니다.

대부분 경우 회원에게 “항소 결정 서신(Appeal Decision Letter)” 통지서가 우송된 후 **120 일 이내에 주 청문회를 요청할 수** 있습니다.

참고: 현재 받고 있는 서비스가 변경되거나 중단될 것이라고 저희가 통지하여 회원이 주 청문회를 요청하는 경우, 주 청문회가 진행되는 동안 그 서비스를 계속 받고 싶다면, **회원은 더 짧은 기간 안에 요청을 제출**해야 합니다. 자세한 정보는 203 페이지에 있는 “2단계 항소 제기 결정을 기다리는 동안 보장을 계속 받을 수 있습니까?” 를 읽으십시오.

다음과 같은 방법으로 주 청문회를 요청할 수 있습니다:

- www.cdss.ca.gov 에서 온라인으로 요청
- 전화: 1-800-743-8525 번으로 전화. 본 전화는 통화 중일 수 있습니다. 나중에 다시 전화하시라는 녹음 메시지가 나올 수 있습니다. 청각 또는 언어에 장애가 있으시면 TTY/TDD 1-800-952-8349 로 전화하십시오.
- 서면: 주 청문회 양식을 작성하거나 서신을 작성. 우편 또는 팩스로 보내십시오:
- 우편: California Department of Social Services State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433 Sacramento, CA 94244-2430
- 팩스: (916) 309-3487 또는 무료번호 1-833-281-0903 로 팩스.
- 회원은 행동 통지서 뒷면에 있는 ‘주 청문회 요청서’를 작성하실 수 있습니다. 회원의 이름, 주소, 전화번호, 사회보장번호 및/또는 CIN 번호와 함께 주 청문회를 원하는 이유를 반드시 기재하십시오. 다른 사람이 회원의 주 청문회 요청을 도와드리는 경우 그들의 이름, 주소, 전화번호를 양식 또는 서신에 추가하십시오. 통역사가 필요한 경우, 주 청문회 부서에 회원이 사용하는 언어를 알려주십시오. 통역사에 대해 비용을 지불할 필요는 없습니다. 주 청문회 부서에서 회원에게 통역사를 제공할 것입니다. 회원에게 장애가 있는 경우 주 청문회 부서는 회원이 청문회에 참여하는 데 도움을 드리기 위해 무료로 특별한 조치를 마련할 수 있습니다. 회원의 장애 및 회원이 필요로 하는 특별 조치에 대한 정보를 포함하십시오.

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객센터 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 회원 안내서

9 장: 문제 또는 불만 사항이 있을 경우 해야 할 일 (보장 결정, 항소, 불만 사항)

주 청문회 부서는 회원에게 결정 내용을 서면으로 보내며, 그 이유도 설명합니다.

- 주 청문회 부서가 의료 물품이나 서비스 요청의 일부 또는 전부를 **승인**하면, 저희는 그 결정을 받은 후 **72시간 이내**에 해당 서비스나 물품을 제공하거나 승인해야 합니다.
- 주 청문회 부서가 회원의 항소 요청의 일부 또는 전부를 **거부**하면, 이는 저희가 회원의 의료 보장 요청(또는 요청의 일부)을 승인하지 않아야 한다는 데 동의한다는 의미입니다. 이는 “결정 지지(upholding the decision)” 또는 “항소 거절 (turning down your appeal)” 이라고 합니다.

IRO 나 주 청문회에서 회원의 요청에 대해 일부 또는 전부를 **거부**한 경우, 회원은 추가 항소 권리가 있습니다.

회원의 2 단계 항소가 IRO 로 넘어간 경우, 요청한 서비스나 물품의 금액이 일정 기준 이상일 때만 다시 항소할 수 있습니다. 3단계 항소는 행정법 판사(ALJ) 또는 변호사 심사관이 담당합니다. **IRO 에서 받는 서신에는 회원이 가질 수 있는 추가 항소 권리가 설명되어 있습니다.**

회원이 주 청문회 부서에서 받는 서한에는 다음 항소 단계가 안내되어 있습니다.

2 단계 이후 회원의 항소 권리에 대한 더 많은 정보는 **섹션 J** 을 참고하십시오.

F5. 지불 문제

플랜은 네트워크 의료 제공자들이 회원에게 보장 서비스나 품목에 대해 청구를 하는 것을 허용하지 않습니다. 이것은 회원이 받은 보장 서비스나 물품에 대해 제공자가 청구한 금액보다 저희가 적게 지급하는 경우라도 그대로 적용됩니다. 회원은 의료 제공자가 청구한 청구 잔액을 지불할 의무가 없습니다.

보장 서비스나 물품에 대한 비용 지불 청구서를 받으면 저희 플랜에 그 청구서를 보내주십시오. 회원이 직접 지불해서는 안됩니다. 저희가 네트워크 제공자와 직접 연락하여 문제를 처리합니다. 회원이 비용을 이미 낸 경우, 서비스나 물품을 받기 위한 규칙을 모두 따랐다면 저희 플랜으로부터 환급을 받으실 수 있습니다.

더 자세한 정보는 **회원 안내서 제 7** 장을 참고하십시오. 이 섹션에서는 회원이 제공자로부터 받은 청구서나 이미 지불한 금액에 대해 저희에게 환급을 요청하는 상황을 설명합니다. 또한 저희에게 비용 지급을 요청하는 서류를 보내는 방법도 안내합니다.

회원이 환급을 요청하는 것은 보장 결정을 요청하는 것입니다. 저희는 회원이 비용을 낸 서비스나 물품이 보장 대상인지, 그리고 회원이 보장 사용 규칙을 모두 따랐는지를 확인합니다.

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 회원 안내서

9 장: 문제 또는 불만 사항이 있을 경우 해야 할 일 (보장 결정, 항소, 불만 사항)

- 회원이 비용을 낸 서비스나 물품이 보장 대상이며 규칙을 모두 따랐다면, 저희는 회원 또는 제공자에게 일반적으로 30일 이내, 늦어도 회원의 요청을 받은 날부터 60일 이내에 비용을 지급합니다. 그 후 제공자가 회원에게 비용을 지급합니다.
- 회원이 아직 서비스나 물품 비용을 내지 않은 경우, 저희는 비용을 직접 제공자에게 지급합니다. 저희가 비용을 지급하는 것은 보장 결정 요청을 **승인**하는 것입니다.
- 서비스나 물품이 보장 대상이 아니거나 회원이 모든 규칙을 따르지 않은 경우, 저희는 비용을 지급하지 않는다는 내용과 그 이유를 담은 서면 통지서를 보냅니다.

회원이 저희의 비용 지급 결정에 동의하지 않는다면, **항소를 제기할 수 있습니다**. 항소 절차는 **섹션 F3**에 설명되어 있으니 참고하십시오. 안내를 따르실 때 다음을 유의하시기 바랍니다:

- 회원이 저희에게 환급을 요청하는 항소를 제출한 경우, 저희는 회원의 항소를 받은 날부터 30일 이내에 답변을 드려야 합니다.

회원의 항소에 대한 저희의 답변이 **거부**이고, 서비스나 물품이 보통 **Medicare** 보장 대상인 경우, 저희는 회원의 사례를 IRO로 보내드립니다. 이 경우 회원께 편지로 그 사실을 통보합니다.

- IRO가 저희의 결정을 뒤집고 회원에게 비용을 지급해야 한다고 결정하면, 저희는 그 결정을 받은 날부터 30일 이내에 회원 또는 제공자에게 비용을 지급해야 합니다. 2단계 이후 항소 과정의 어느 단계에서든 회원의 항소가 **승인**되면, 저희는 회원 또는 의료 제공자에게 60일 이내에 비용을 지급해야 합니다.
- IRO가 회원의 항소에 **거부**하는 것은 회원의 요청을 승인하지 않는 데 그들이 저희와 의견을 같이한다는 의미입니다. 이는 “결정 지지 (upholding the decision)” 또는 “항소 거절 (turning down your appeal)” 이라고 합니다. 회원은 추가 항소 권리에 대해 설명한 서면 통지서를 받게 됩니다. 추가 단계의 항소에 대한 자세한 내용은 **섹션 J**를 참조하십시오.

회원의 항소에 대한 저희의 답변이 **거부**이고, 서비스나 물품이 보통 Medi-Cal 보장 대상인 경우, 회원은 직접 2단계 항소를 제출하실 수 있습니다. 자세한 내용은 **섹션 F4**을 참조하십시오.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

G. Medicare 파트 D 약물

회원으로서 받는 플랜 보장에는 다양한 처방약 혜택도 포함되어 있습니다. 이 중 대부분이 Medicare 파트 D 약물입니다. Medicare 파트 D에서 보장하지 않지만 Medi-Cal 에서 보장할 수 있는 약이 몇 가지 있습니다. **본 섹션은 Medicare 파트 D 약물에 대한 항소 요청에만 적용됩니다.** 이 섹션의 나머지 부분에서는 'Medicare D파트 약'이라고 반복하지 않고, 대신 '약'이라고 하겠습니다. Medi-Cal에서만 보장하는 약에 대해서는 **섹션 J2**의 절차를 따르시거나 또는 Medi-Cal Rx 웹사이트 (medi-calrx.dhcs.ca.gov) 를 방문하시면 자세한 정보를 얻으실 수 있습니다. 또한 1- 800-977-2273 번을 이용해 Medi-Cal Rx 고객 서비스로 전화하실 수 있습니다.

보장을 받으려면, 해당 약은 의학적으로 인정된 적응증에 대해서만 사용해야 합니다. 이는 해당 약의 사용이 식품의약국 (Food and Drug Administration, FDA) 의 승인을 받았거나 특정 의학 참고자료에 의해 뒷받침되어야 함을 의미합니다. 의학적으로 인정된 적응증에 대한 자세한 정보는 본 **회원 안내서 제 5장**을 참조하십시오.

G1. Medicare 파트 D 보장 결정 및 항소

다음은 회원이 Medicare 파트 D 약물에 대해 저희에게 요청할 수 있는 보장 결정의 예입니다:

- 저희에게 다음과 같은 예외를 요청합니다:
 - 저희 플랜의 약물 목록에 없는 Medicare 파트 D 약을 보장하도록 요청하거나
 - 약에 대한 저희의 보장 제한 (예: 받을 수 있는 양의 제한)을 적용하지 않도록 요청하거나
- 약이 회원에게 보장되는지 확인해 달라고 요청하실 수 있습니다 (예: 약이 저희 플랜의 약물 목록에 있지만, 저희가 회원에게 보장하기 전에 승인이 필요한 경우)

참고: 약국이 처방대로 약을 조제할 수 없다고 하는 경우, 보장 결정을 요청할 수 있도록 저희 플랜 연락처가 설명되어 있는 통지서를 보내드립니다.

Medicare D 파트 약에 대한 최초 보장 결정은 '**보장 결정**'이라고 합니다.

- 이미 구매한 처방약 비용을 환급해 달라고 요청합니다. 이것은 비용에 대한 보장 결정을 요청하는 것입니다.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

9 장: 문제 또는 불만 사항이 있을 경우 해야 할 일 (보장 결정, 항소, 불만 사항)

저희가 내린 보장 결정에 동의하지 않는 경우 항소 요청을 할 수 있습니다. 본 섹션에서는 보장 결정 요청 방법 및 항소 요청 방법을 설명합니다. 다음 도표를 참고로 하십시오.

다음 중 어떤 상황에 있으십니까?			
플랜 약물 목록에 없는 약물이 필요하거나 약물에 적용되는 규정이나 제한을 면제받을 필요가 있을 경우.	플랜 약물 목록에 있는 약을 보장받길 원하며, 필요한 약에 대해 (미리 승인받는 등) 플랜의 규칙이나 제한을 충족한다고 생각하는 경우.	이미 받은 약에 대해 플랜에게 환급을 요청하고자 하는 경우.	플랜은 회원이 원하는 방식으로 약을 보장하거나 비용을 지급하지 않는다고 알려드린 경우.
예외 요청을 할 수 있습니다. (이는 보장 결정의 유형입니다.)	보장 결정을 요청 할 수 있습니다.	환급을 요청할 수 있습니다. (이는 보장 결정의 유형입니다.)	항소를 제기할 수 있습니다. (이는 저희에게 결정을 다시 검토해 달라는 뜻입니다.)
섹션 G2 부터 시작한 다음, 섹션 G3 및 섹션 G4 를 참고하십시오.	섹션 G4 를 참조하십시오.	섹션 G4 를 참조하십시오.	섹션 G5 를 참조하십시오.

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

G2. Medicare 파트 D 예외

저희가 회원이 원하는 방식으로 약을 보장하지 않는 경우, 저희에게 '예외'를 요청하실 수 있습니다. 저희가 예외 요청을 거부하는 경우, 이 결정에 대해 항소를 제기할 수 있습니다.

예외를 요청할 때는 담당 의사나 다른 처방자가 회원에게 예외가 필요한 의학적인 이유를 설명해야 합니다.

저희 약물 목록에 없는 약물 보장을 요청하거나, 약에 대한 보장 제한을 없애 달라고 요청하는 것을 때로는 **"약물 목록 예외 (formulary exception)"** 요청이라고 합니다.

다음은 회원이나 담당 의사 또는 또 다른 처방자가 저희에게 요청할 수 있는 예외의 예입니다:

1. 약물 목록에 없는 약물을 보장

- 저희가 예외를 승인하여 약물 목록에 없는 약을 보장하기로 한 경우.
- 해당 약의 필수 본인부담금에 대한 예외는 받을 수 없음.

2. 보장 약물에 대한 제한 면제

- 저희 약물 목록에 있는 일부 약에는 추가 규칙이나 제한이 적용됩니다 (자세한 정보는 **회원 안내서 제 5** 장을 참고하십시오).
- 특정 약물의 보장에 적용되는 추가 규칙과 제한은 다음과 같습니다:
 - 브랜드 약물 대신 제네릭 약물 사용이 요구됨.
 - 약물을 플랜에서 보장하기 전 저희의 승인을 먼저 받아야 함. 때로는 이를 "사전 승인 (prior authorization, PA)." 이라고 함.
 - 다른 약물을 먼저 써봐야만 요청 약물에 대한 보장에 동의함. 이것을 "단계 요법 (step therapy)" 이라고 합니다.
 - 수량 제한. 일부 약은 회원이 받을 수 있는 약물 수량에 제한이 적용됨.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

G3. 예외 요청에 대해 알아 두어야 할 중요 사항

의사나 기타 처방자가 예외를 요청하는 의학적인 이유를 반드시 저희에게 알려야 합니다.

담당 의사나 처방자가 예외를 요청하는 의학적인 이유를 설명하는 소견서를 플랜에 제공해야 합니다. 빠른 결정을 위해, 예외를 요청할 때 주치의나 다른 처방자의 의학 정보를 첨부하십시오.

저희 약물 목록에는 대부분 특정 증세 치료를 위한 약물이 한 가지 이상 포함되어 있습니다. 이를 “대체” 약물이라고 합니다. 대체 약물이 회원이 요청하는 약물만큼 효과적이고 부작용이나 다른 건강상의 문제를 일으키지 않는다면, 저희는 일반적으로 예외 요청을 승인하지 않습니다.

저희는 예외 요청을 승인하거나 거부합니다.

- 저희가 예외 요청을 승인하면, 대개 그해 연말까지 계속 예외가 인정됩니다. 이는 담당 의사가 해당 약물을 계속 처방하고 그 약물이 회원의 증세 치료에 계속 안전하고 효과적인 경우에 그렇습니다.
- 저희가 예외 요청을 거부하면 회원은 항소를 요청할 수 있습니다. 저희가 거부할 경우 항소 요청에 관한 정보는 **섹션 G5** 를 참조하십시오.

다음 섹션에서는 예외 요청을 포함한 보장 결정 요청 방법을 알려드립니다.

G4. 예외를 포함한 보장 결정 요청

- 원하시는 보장 결정 유형을 요청하시려면 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락하십시오. 회원나 회원의 대리인 또는 의사(혹은 다른 처방자)가 요청할 수 있습니다. 이름과 연락처 정보 및 청구 관련 정보를 포함하십시오.
- 회원나 주치의(혹은 다른 처방자) 또는 회원을 대신하는 다른 사람이 보장 결정을 요청할 수 있습니다. 변호사도 회원의 대리인 역할을 할 수 있습니다
- 대리인을 지명하는 방법에 대해서는 **섹션 E3** 을 참조하십시오.
- 주치의나 다른 처방자에게 회원 대신 보장 결정을 요청할 때 회원의 서면 허가서를 제공하지 않아도 됩니다.
- 약물 비용의 환불을 저희에게 요청하실 경우에는 본 **회원 안내서 제 7** 장을 참조하십시오.
- 예외를 요청하는 경우, “지원 소견서”를 제출해 주십시오. 지원 소견서에는 예외 요청에 대한 주치의 또는 다른 처방자의 의학적인 이유가 포함됩니다.
- 주치의나 다른 처방자는 지원 소견서를 팩스나 우편으로 보낼 수 있습니다. 또한 전화로 저희에게 알린 후에 팩스나 우편으로 해당 소견서를 보내도 됩니다.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 회원 안내서

9 장: 문제 또는 불만 사항이 있을 경우 해야 할 일 (보장 결정, 항소, 불만 사항)

- 회원은 저희 보안 온라인 회원 포털 www.medimpact.com 에 접속하여 전자 방식으로 보장 결정 요청을 제출하실 수도 있습니다. 이 절차를 완료하는 방법에 대해 질문이 있다면, 페이지 아래에 있는 고객 서비스 번호로 연락하십시오.

건강상 필요한 경우에는 “빠른 보장 결정”을 요청하십시오.

“빠른 기한” 을 사용하기로 합의하지 않는 한 저희는 “표준 기한”을 사용합니다.

- **표준 보장 결정**이란 저희가 주치의의 소견서를 받은 후 72시간 안에 답변한다는 뜻입니다.
- **빠른 보장 결정**은 저희가 주치의의 소견서를 받은 후 24시간 안에 답변한다는 뜻입니다.

“빠른 보장 결정” 은 “신속 보장 결정” 이라고 합니다.

다음의 경우 빠른 보장 결정을 받을 수 있습니다:

- 받지 못한 약물에 대한 경우. 이미 받은 약물의 비용 환불을 요구할 때는 빠른 보장 결정을 받을 수 없습니다.
- 표준 마감 기한을 사용하면 회원의 건강이나 기능에 심각한 해가 있을 수 있습니다.

담당 의사 또는 다른 처방자가 회원의 건강에 빠른 보장 결정이 필요하다고 저희에게 알리면, 저희는 빠른 보장 결정 일정에 따라 요청을 검토합니다. 저희는 이러한 내용을 서면으로 회원께 알려드립니다.

- 의사의 지원 없이 회원이 빠른 보장 결정을 요청하는 경우, 저희가 빠른 보장 결정을 받을 수 있는지 판단합니다.
- 저희가 회원의 건강 상태가 빠른 보장 결정 기준에 맞지 않는다고 판단하면, 표준 마감 기한을 사용합니다.
 - 저희는 표준 마감 기한을 적용한다는 내용의 서면 통지서를 회원께 보냅니다. 그 서신에는 저희 결정에 대해 항소하는 방법도 안내되어 있습니다.
 - 회원은 빠른 불만을 제출할 수 있으며, 24시간 이내에 답변을 받으실 수 있습니다. 빠른 불만을 포함해 불만을 제기하는 방법에 대한 자세한 정보는 **섹션 K** 를 참고하십시오.

빠른 보장 결정 기한

- 빠른 기한을 사용하면 저희가 항소 요청을 받은 후 24시간 내에 답변을 해야 합니다. 예외를 요청하시면 저희는 주치의의 지원 소견서를 받은 후 24시간 내에 답변을 드립니다. 회원의 건강상 필요한 경우에는 더 빨리 답변합니다.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

- 저희가 기한을 지키지 않으면, 회원의 요청을 독립 검토 기관(IRO)의 검토를 위한 2단계 항소 요청 절차로 넘깁니다. 2단계 항소 제기에 대한 자세한 내용은 **섹션 G6** 를 참조하십시오.
- 저희가 요청 중 일부 또는 전체에 **승인**하면, 저희는 회원의 요청 또는 주치의의 지원 소견서를 받은 후 24시간 이내에 해당 보장을 제공합니다.
- 요청 중 일부 또는 전체가 **거절**되면, 저희는 회원에게 서신을 보내 그 사유를 설명합니다. 서신에는 항소를 요청하는 방법도 나와 있습니다.

아직 받지 않은 약물에 대한 표준 보장 결정 기한

- 저희가 표준 기한을 사용하면, 회원의 항소 요청을 받은 후 72시간 내에 답변을 해야 합니다. 예외를 요청하시면 저희는 주치의의 지원 소견서를 받은 후 72시간 내에 답변을 드립니다. 회원의 건강상 필요한 경우에는 더 빨리 답변합니다.
- 저희가 기한을 지키지 않으면, 회원의 요청을 독립 검토 기관(IRO)의 검토를 위한 2단계 항소 요청 절차로 넘깁니다.
- 저희가 요청 중 일부 또는 전체에 **승인**하면, 저희는 회원의 요청 또는 주치의의 지원 소견서를 받은 후 72시간 이내에 해당 보장을 제공합니다.
- 요청 중 일부 또는 전체가 **거절**되면, 저희는 회원에게 서신을 보내 그 사유를 설명합니다. 서신에는 항소를 요청하는 방법도 나와 있습니다.

이미 구매한 약물에 대한 표준 보장 결정 기한

- 저희는 회원의 요청을 받은 후 달력일 기준 14일 안에 답을 해야 합니다.
- 저희가 기한을 지키지 않으면, 회원의 요청을 독립 검토 기관(IRO)의 검토를 위한 2단계 항소 요청 절차로 넘깁니다.
- 요청 중 일부 또는 전체가 **승인**되면, 저희는 달력일 기준 14일 안에 환불해 드립니다.
- 요청 중 일부 또는 전체가 **거절**되면, 저희는 회원에게 서신을 보내 그 사유를 설명합니다. 서신에는 항소를 요청하는 방법도 나와 있습니다.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

G5. 1 단계 항소 요청 방법

Medicare 파트 D 약물 보장 결정에 대하여 플랜에 제기하는 항소 요청을 플랜 “**재결정 (redetermination)**” 이라고 합니다.

- **표준** 또는 **빠른 항소**를 시작하시려면 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~ 금요일, 오전 8시~오후 8시사이 전화하거나, 서면으로 제출 또는 팩스를 보내십시오. 회원나 회원의 대리인 또는 의사 (또는 다른 처방자) 가 요청할 수 있습니다. 회원의 이름과 연락처 정보 및 항소 관련 정보를 포함하십시오.
- 항소 요청은 저희가 결정 사항을 서면으로 보낸 편지에 적힌 날짜로부터 **65일 이내**에 해야 합니다.
- 타당한 이유가 있어서 이 기한을 지키지 못한 경우에는 항소 요청 기간을 연장해 드릴 수 있습니다. 타당한 이유의 예로는 회원이 중병을 앓았거나 저희가 기한을 잘못 알려드린 경우 등을 들 수 있습니다. 항소 요청을 하실 때 항소 요청이 늦은 이유를 설명해 주십시오.
- 회원은 저희에게 항소 요청과 관련된 정보의 사본을 요구할 권리가 있습니다. 회원과 주치의는 항소 요청을 뒷받침하는 정보를 저희에게 더 제공할 수 있습니다.

건강상 필요한 경우에는 **빠른 항소**를 요청하십시오.

빠른 항소는 “**신속 재결정 (expedited reconsideration)**” 라고도 합니다.

- 아직 받지 않은 약물과 관련해 저희 플랜이 내린 결정에 대해 항소 요청을 하려면, 회원과 담당 의사, 다른 처방의가 회원에게 “**빠른 항소 요청**” 이 필요한지 결정해야 합니다.
- 빠른 항소에 대한 필요 조건은 빠른 보장 결정의 필요 조건과 같습니다. 자세한 내용은 **섹션 G4** 을 참조하십시오.

저희는 회원의 항소 요청을 살펴보고 답변을 드립니다.

- 저희는 보장 요청에 관한 모든 정보를 다시 한번 주의 깊게 검토합니다.
- 요청을 승인 **거부**할 때 저희는 저희의 모든 규칙 준수 여부도 확인합니다.
- 회원나 담당 의사 또는 다른 처방자에게 연락해서 추가 정보를 받을 수도 있습니다.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

1단계 빠른 항소 요청 기한

- 빠른 기한을 사용하면 저희가 항소 요청을 받은 후 **72시간 내에** 답변을 해야 합니다.
 - 회원의 건강상 필요한 경우에는 더 빨리 답변합니다.
 - 저희가 72시간 안에 답변을 제공하지 않으면 회원의 요청을 2단계 항소 절차로 넘겨야 합니다. 그런 다음 독립 검토 기관(IRO)에서 검토합니다. 2단계 항소 요청 기간 동안 회원이 계속 받을 수 있는 보장에 대한 자세한 정보는 **섹션 G6** 을 참조하십시오.
- 요청 중 일부 또는 전체가 **승인**되면, 저희는 항소를 받은 후 72시간 이내에 제공하기로 동의한 보장을 제공해야 합니다.
- 요청 중 일부 또는 전체가 **거부**되면, 저희는 회원에게 그 이유를 설명하고 항소를 요청하는 방법을 알려드리는 편지를 보내드립니다.

1단계 표준 항소 요청 기한

- 표준 기한을 사용할 때, 저희는 회원이 받지 않은 약물에 대한 항소를 접수한 날부터 **7 달력일 이내**에 답변을 드려야 합니다.
- 약물을 받지 못하셨고 회원의 건강상 필요한 경우에는 저희가 결정 내용을 더 빨리 알려드립니다. 건강상 필요한 경우에는 빠른 항소를 요청하십시오.
 - 저희가 7 달력일 이내에 결정을 제공하지 않으면 회원의 요청을 2단계 항소 절차로 넘겨야 합니다. 그런 다음 독립 검토 기관 (IRO) 에서 검토합니다. 검토 기관과 2단계 항소 절차에 대한 정보는 **섹션 G6** 을 참조하십시오.

저희가 회원의 요청을 일부 또는 전부 **승인**하는 경우:

- 회원의 건강 상태가 필요로 하는 만큼 신속하게, 그리고 회원의 항소를 받은 날부터 **7 달력일 이내**에 저희가 승인한 **보장**을 제공해야 합니다.
- 저희가 항소를 받은 날부터 **30 달력일 이내**에 회원이 구매한 약에 대한 비용을 **회원에게** 지급해야 합니다.

저희가 회원의 요청을 일부 또는 전부 **거부**하는 경우:

- 저희는 그 이유를 설명하고, 회원이 항소할 수 있는 방법을 안내하는 서면 통지서를 보냅니다.
- 회원이 구매한 약에 대한 환급 요청에 대한 답변은, 저희가 회원의 항소를 받은 날부터 **14 달력일 이내**에 드려야 합니다.

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan
회원 안내서

9 장: 문제 또는 불만 사항이 있을 경우 해야 할 일 (보장 결정, 항소, 불만 사항)

- 저희가 14 달력일 이내에 답변을 제공하지 않으면 회원의 요청을 2단계 항소 절차로 넘겨야 합니다. 그런 다음 독립 검토 기관 (IRO) 에서 검토합니다. 검토 기관과 2단계 항소 절차에 대한 정보는 **섹션 G6** 을 참조하십시오.
- 요청 중 일부 또는 전체가 **승인**되면, 저희는 달력일 기준 30일 안에 환불해 드립니다.
- 요청 중 일부 또는 전체가 **거부**되면, 저희는 회원에게 그 이유를 설명하고 항소를 요청하는 방법을 알려드리는 편지를 보내드립니다.

G6. 2 단계 항소 요청 방법

플랜에서 항소 요청을 **거부**할 경우 회원은 그 결정을 받아들일 것인지 아니면 다른 항소 요청을 할 것인지 선택할 수 있습니다. 다른 항소를 요청하기로 결정한 경우에는 2단계 항소 요청 절차를 사용합니다. 저희가 첫 번째 항소를 **거부**하면 **독립 검토 기관 (IRO)** 은 저희의 결정을 검토합니다. 해당 기관은 저희가 결정을 바꿔야 할지 결정합니다.

이 “독립 심사 기관 (IRO)” 의 공식 명칭은 “**독립 심사 단체 (Independent Review Entity)**” 또는 “**IRE**” 라고 부르기도 합니다.

2단계 항소 요청을 하려면 회원나 회원의 대리인 또는 주치의나 다른 처방자가 **서면으로** 독립 검토 기관 (IRO) 에 연락한 후 해당 사례에 대한 검토를 요청해야 합니다.

- 회원의 1단계 항소를 **거부**할 경우 저희가 회원에게 보내는 서신에는 독립 검토 기관 (IRO) 에 **2 단계 항소를 요청하는 방법에 대한 지시 사항**이 포함되어 있습니다. 지시 사항을 통해 2 단계 항소를 요청할 수 있는 사람, 지켜야 할 기한, 해당 기관에 연락하는 법을 알 수 있습니다.
- 독립 검토 기관 (IRO) 에 항소를 요청하실 때 저희는 저희가 보유한 회원의 항소에 관한 정보를 해당 기관에 전달합니다. 이 정보는 “**사례 기록**”이라고 합니다. **회원의 사례 자료에 대한 사본을 무료로 받을 권리가 있습니다.** 사례 자료 무료 사본을 요청하는 데 도움이 필요하시면 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락하십시오.
- 회원의 항소를 뒷받침하는 추가 정보를 독립 검토 기관 (IRO) 에 제공할 권리가 있습니다.

독립 검토 기관 (IRO) 은 Medicare 파트 D 2단계 항소를 검토하고 서면으로 답변해 드립니다. 독립 검토 기관 (IRO) 에 관한 자세한 내용은 **섹션 F4** 를 참조하십시오.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

2 단계 빠른 항소 요청 기한

회원의 건강상 필요한 경우에는 독립 검토 기관 (IRO) 에 빠른 항소를 요청하십시오.

- 해당 기관이 빠른 항소 요청에 동의하면 항소 요청을 받은 후 **72시간 안에** 답변을 해야 합니다.
- 요청 중 일부 또는 전체가 승인되면, 저희는 독립 검토 기관 (IRO) 의 결정을 받은 후 **24 시간 이내에** 승인된 약물 보장을 제공해야 합니다.

2단계 표준 항소 요청 기한

2 단계 표준 항소 요청을 하시는 경우, 독립 검토 기관 (IRO) 은 다음과 같이 답변해야 합니다:

- 받지 못하신 약물에 대한 회원의 항소를 받은 후 **7 달력일 이내에**.
- 구입하신 약물의 상황에 대한 회원의 항소를 받은 후 **14 달력일 이내에**.

독립 검토 기관 (IRO) 이 회원의 요청 중 일부 또는 전체를 **승인**하면:

- 저희는 독립 검토 기관 (IRO) 의 결정을 받은 후 **72 시간 이내에** 승인한 약물에 대한 보장을 제공해야 합니다.
- 저희는 독립 검토 기관 (IRO) 의 결정을 받은 후 30 달력일 이내에 구입하신 약에 대해 환불해야 합니다.
- 독립 검토 기관 (IRO) 이 항소를 **거부**할 경우 회원의 요청을 거부한 저희의 결정에 동의함을 의미합니다. 이는 “결정 지지 (upholding the decision)” 또는 “항소 거절 (turning down your appeal)” 이라고 합니다.

독립 검토 기관 (IRO) 이 회원의 2 단계 항소 요청을 **거부**하면, 요청하신 약물 보장의 금액이 최저 기준을 충족하는 경우 3단계 항소를 요청하실 권리가 있습니다. 요청하신 약물 보장의 금액이 필요한 최저 기준에 미달하는 경우에는 다른 항소를 요청하실 수 없습니다. 해당 경우에는 2 단계 항소 요청이 마지막입니다. 독립 검토 기관 (IRO) 은 3단계 항소 요청을 계속하기 위해 필요한 최저 금액 기준을 알려주는 편지를 보내 드립니다.

만약 해당 요청 금액이 필요 조건을 충족한다면, 항소를 더 진행할지를 선택하실 수 있습니다.

- 2 단계 이후 항소 처리 절차에는 3개의 추가 단계가 있습니다.
- 독립 검토 기관 (IRO) 이 회원의 2 단계 항소 요청을 **거부**하고 항소 요청 절차를 계속할 필요 조건을 충족하는 경우:
 - 3 단계 항소를 요청할지를 결정하셔야 합니다.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

- 3 단계 항소 요청에 관한 자세한 정보는 2 단계 항소 요청 이후 독립 검토 기관 (IRO) 에서 보낸 편지를 참조합니다.

3 단계 항소는 행정법 판사 (ALJ) 또는 변호사 심사관이 담당합니다. 3, 4, 5 단계 항소에 대한 자세한 내용은 **섹션 J** 를 참조하십시오.

H. 입원 연장에 대한 보장 요청

병원에 입원하는 경우, 질병이나 부상을 진단하고 치료하는 데 필요하고 저희가 비용을 부담하는 모든 병원 서비스를 받을 권리가 있습니다. 저희 플랜의 병원 보장에 관한 더 자세한 정보는 본 **회원 안내서 제 4장**을 참조하십시오.

병원에 입원해 있는 동안, 주치의와 병원 의료진은 회원과 협력하여 회원의 퇴원날을 준비합니다. 퇴원 후에 필요할 수 있는 진료 주선도 돕습니다.

- 병원에서 퇴원하는 날을 “퇴원일(discharge date)” 이라고 합니다.
- 주치의나 병원 의료진이 회원의 퇴원일을 알려줄 것입니다.

병원에서 너무 빨리 퇴원하는 생각이 들거나 퇴원 후의 치료가 염려되시면, 회원은 입원 연장을 요청할 수 있습니다. 본 섹션에서는 입원 연장을 요청하는 방법을 알려드립니다.

H1. Medicare 권리 알아보기

병원에 입원하신 후 2일 이내에, 간호사나 사례 담당자 등 병원 직원이 “회원의 권리에 관하여 Medicare 가 드리는 중요 메시지”라는 서면 통지를 드릴 것입니다. Medicare 에 가입한 모든 분은 병원에 입원할 때마다 이 통지서의 사본을 받습니다.

이 통지서를 받지 못한 경우에는 병원 직원에게 요청하십시오. 도움이 필요하시면 페이지 하단에 있는 번호로 고객 서비스부에 연락하십시오. 번호 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 로 주 7일, 24 시간 연락하십시오. TTY 사용자는 번호 1-877-486-2048 로 전화하십시오.

- **통지서를 주의 깊게 읽어보시고** 이해가 안 되면 질문하십시오. 통지서에는 병원 환자로서의 회원의 권리를 포함한 다음 권리들이 설명되어 있습니다:
 - 병원 입원 중 및 퇴원 후에 Medicare 보장 서비스를 받을 수 있는 권리. 회원은 무슨 서비스를 받고, 비용은 누가 부담하며, 어디서 서비스를 받을 수 있는지 등을 알 권리가 있습니다.
 - 병원 입원 기간에 관한 모든 결정에 참여할 권리.
 - 병원 진료의 품질에 관한 우려사항을 어디에 알려야 하는지 알 수 있는 권리.

? **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 회원 안내서

9 장: 문제 또는 불만 사항이 있을 경우 해야 할 일 (보장 결정, 항소, 불만 사항)

- 병원에서 너무 빨리 퇴원시킨다고 생각되는 경우 이에 대해 항소 요청을 할 권리.
- 통지서를 받으면 이를 받았고 본인의 권리를 이해한다는 뜻으로 **서명을 합니다**.
 - 회원 또는 회원의 대리인이 해당 통지서에 서명할 수 있습니다.
 - 통지서의 서명은 **단지** 회원의 권리에 관한 정보를 수령하였다는 것을 나타낼 뿐입니다. 통지서에 서명한다고 해서 그것이 곧 주치의나 병원 의료진이 알려준 퇴원일에 동의한다는 것을 의미하지는 **않습니다**.
- 필요할 때 회원이 내용을 확인할 수 있도록 서명한 통지서 **사본을 보관**해 두십시오.

퇴원일 2 일 이상 전에 회원이 통지서에 서명하시면, 퇴원 전에 1 부 더 받으실 것입니다.

사전에 통지서의 사본을 확인하려면 다음을 하십시오:

- 페이지 하단에 있는 번호로 고객 서비스부에 연락
- Medicare 번호 1-800-633-4227) 로 전화. TTY 사용자는 번호 1-877-486-2048 로 전화.
- www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im 을 방문.

H2. 1단계 항소 요청 방법

저희에게 병원 입원 서비스 보장 기간 연장을 요청하려면 항소 요청을 하십시오. 품질 개선 기관 (QIO) 은 1 단계 항소 요청을 검토하여 회원의 예정된 퇴원일이 의학적으로 적합한지 살펴봅니다.

품질 개선 기관 (QIO) 은 의사 및 기타 건강관리 전문가들로 구성된 단체로 연방 정부에서 보수를 받습니다. 이러한 전문가들은 Medicare 회원들을 위해 품질을 확인하고 개선을 지원합니다. 이들은 저희 플랜 소속이 아닙니다.

캘리포니아 주에는 Commence Health 라는 품질 개선 기관(QIO, Quality Improvement Organization) 이 있습니다. 그들의 전화번호는 1-877-588-1123 (TTY 1-855-887-6668) 입니다. 연락 정보는 “회원의 권리에 관하여 Medicare가 드리는 중요 메시지” 통지서 및 **제 2장**에도 있습니다.

퇴원하기 전, 늦어도 예정된 퇴원일까지 품질 개선 기관(QIO)에 연락을 해야 합니다.

- **퇴원 전에 연락을 하면**, 예정된 퇴원일 이후에도 항소 요청에 대한 품질 개선 기관 (QIO) 의 결정을 기다리는 동안 병원에 체류하실 수 있습니다.
- **항소 요청 전화를 하지 않고** 예정된 퇴원일 이후에 계속 병원에 머무르는 경우, 예정된 퇴원일 이후에 받는 병원 진료에 대한 비용을 모두 자비로 부담해야 할 수도 있습니다.

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan
회원 안내서

9 장: 문제 또는 불만 사항이 있을 경우 해야 할 일 (보장 결정, 항소, 불만 사항)

필요하면 도움을 요청하십시오. 언제라도 질문이 있거나 도움이 필요하시면:

- 페이지 하단에 있는 번호로 고객 서비스부에 연락하십시오.
- 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램 (HICAP) 번호 1-800-434-0222 에 전화하십시오.

빠른 검토를 요청하십시오. 품질 개선 기관(QIO)에 신속히 알려 퇴원에 대한 빠른 검토를 요청하십시오.

“빠른 검토”의 법률 용어는 “즉시 검토 (immediate review)” 또는 “신속 검토(expedited review)”입니다.

빠른 검토 진행 방식

- 품질 개선 기관(QIO)의 검토자들은 회원나 회원의 대리인에게 예정된 퇴원일 이후에도 보장이 계속되어야 한다고 생각하는 이유를 묻습니다. 진술서를 작성할 필요는 없지만 다음과 같은 상황이 발생할 수 있습니다.
- 검토자들도 회원의 의료 정보를 검토하고, 주치의와 상의하며, 병원과 저희 플랜이 제공한 정보도 살펴봅니다.
- 검토자들이 회원의 항소에 대해 저희의 플랜에 알린 다음 날 정오까지 회원은 계획된 퇴원 날짜가 적힌 편지를 받습니다. 이 편지는 또한 회원의 의사, 병원 그리고 저희가 회원에게 의학적으로 적절한 퇴원일이라고 생각하는 이유를 제공합니다.

이런 서면 설명서를 뜻하는 법률 용어는 “퇴원 상세 통지서 (Detailed Notice of Discharge)”입니다. 견본을 받으시려면 페이지 하단의 고객 서비스로 전화하시거나 번호 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하십시오. (TTY 사용자는 1-877-486-2048 로 전화하십시오.) 견본 통지서는 웹사이트 www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im 에서도 참고하실 수 있습니다.

품질 개선 기관 (QIO) 은 필요한 모든 정보를 얻은 후 만 하루 안에 회원의 항소에 대한 답변을 드립니다.

품질 개선 기관 (QIO) 이 회원의 항소를 **승인**하는 경우:

- 저희는 의학적으로 필요한 기간동안 회원의 입원 환자 병원 서비스 보장을 제공할 것입니다.

품질 개선 기관 (QIO) 이 회원의 항소를 **거부**하는 경우:

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

- 기관은 계획된 퇴원일이 의학적으로 적절하다고 생각합니다.
- 병원 입원 서비스에 대한 저희의 보장은 품질 개선 기관 (QIO) 이 회원의 항소에 대한 답변을 보낸 다음날 정오에 끝나게 됩니다.
- 회원은 품질 개선 기관 (QIO) 이 회원의 항소에 답변한 다음날 정오부터 받으신 병원 치료에 대한 모든 비용을 지불하셔야 할 수 있습니다.
- 품질 개선 기관 (QIO) 이 1 단계 항소 요청을 **기각했는데도** 예정된 퇴원일 이후에 계속 병원에 남아 있을 경우, 회원은 2 단계 항소를 요청하실 수 있습니다.

H3. 2 단계 항소 요청 방법

2단계 항소 요청은 1단계 항소 요청에 대한 품질 개선 기관 (QIO) 의 결정을 재검토하도록 기관에 요청하는 것입니다. 그들의 전화번호는 1-877-588-1123 (TTY 1-855-887-6668) 입니다.

검토는 품질 개선 기관 (QIO) 이 회원의 1단계 항소 요청을 **거부**한 날로부터 **60 달력일 이내**에 요청하셔야 합니다. 이 검토는 입원에 대한 보장이 끝난 날 이후에도 병원에 계속 입원해 있는 경우에 **만** 요청할 수 있습니다.

품질 개선 기관 (QIO) 검토자들은:

- 항소 요청 관련 정보를 전부 철저히 검토합니다.
- 재검토에 대한 회원의 요청을 받은 후 14 달력일 이내에 2단계 항소 요청에 대한 그들의 결정을 회원에게 알려 드립니다.

품질 개선 기관 (QIO) 이 회원의 항소를 **승인**하는 경우:

- 저희는 품질 개선 기관 (QIO) 이 회원의 1단계 항소 요청을 기각한 다음날 정오로부터 받으신 병원 치료의 저희 부담금을 회원에게 환불해야 합니다.
- 저희는 의학적으로 필요한 기간동안 회원의 입원 환자 병원 서비스 보장을 제공할 것입니다.

품질 개선 기관 (QIO) 이 회원의 항소를 **거부**하는 경우:

- 회원의 1단계 항소 요청에 관한 기관의 결정에 동의하고 변경하지 않을 것입니다.
- 기관은 회원이 항소 절차를 계속하고 3단계 항소를 요청하려는 경우 필요한 사항을 설명하는 서신을 드릴 것입니다.

3단계 항소는 행정법 판사 (ALJ) 또는 변호사 심사관이 담당합니다. 3, 4, 5 단계 항소에 대한 자세한 내용은 **섹션 J** 를 참조하십시오.

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

I. 특정 의료 서비스에 대한 지속적인 보장 요청

이 섹션에서는 회원이 받으실 수도 있는 3가지 서비스 유형에 관해서만 다룹니다:

- 가정 건강 관리 서비스
- 전문 간호 시설에서 받는 전문 간호 및
- Medicare 가 승인한 종합 외래 재활 시설 (CORF) 에서 외래 환자로 받는 재활 진료. 대개의 경우 이는 회원이 질병이나 사고로 치료를 받고 있거나 큰 수술을 받고 회복 중이라는 뜻입니다.

이 세 가지 유형의 진료 중 어느 것이든, 회원은 의사가 필요하다고 하는 한 보장을 계속 받을 수 있는 권리가 있습니다.

이 가운데 어느 서비스에 대해 저희가 보장을 중단하기로 결정한 경우, 서비스가 끝나기 **전**에 반드시 회원에게 알려야 합니다. 회원이 받는 서비스에 대한 보장이 끝나면 서비스에 대한 지급이 중단됩니다.

저희가 보장을 너무 일찍 끝낸다고 생각되면 **저희 결정에 항소 요청**을 할 수 있습니다. 본 섹션에서는 항소 요청 방법을 알려드립니다.

I1. 보장이 끝나기 전 사전 통지

저희는 진료비 지급을 중단하기 최소 2일 전에 회원에게 서면으로 통지합니다. 이를 “Medicare 비 보장 통지서 (Notice of Medicare Non-Coverage)” 라고 합니다. 통지서에는 저희가 보장 제공을 중단하는 날짜와 저희 결정에 대해 항소를 요청하는 방법이 나와 있습니다.

회원나 회원의 대리인은 통지서를 받았다는 걸 확인하는 서명을 해야 합니다. 통지서에 서명은 **단지** 해당 정보를 수령하였다는 것을 나타낼 뿐입니다. 서명한다고 해서 저희 결정에 동의한다는 의미는 **아닙니다**.

I2. 1 단계 항소 요청 방법

저희가 보장을 너무 일찍 끝낸다고 생각되면 저희 결정에 항소 요청을 할 수 있습니다. 이 섹션에서는 1 단계 항소 절차 및 필요 사항을 알려드립니다.

- **항소 요청 기한을 반드시 지켜야 합니다.** 기한은 중요합니다. 절차에 적용되는 기한을 반드시 이해하고 지켜야 합니다. 플랜도 반드시 기한을 지켜야 합니다. 저희가 이 기한이나 기타 다른 기한을 지키지 않는다고 생각될 경우 불만을 제기할 수 있습니다. 불만 제기 관련 정보는 **섹션 K**를 참조하십시오.

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 회원 안내서

9 장: 문제 또는 불만 사항이 있을 경우 해야 할 일 (보장 결정, 항소, 불만 사항)

- **필요하시면 도움을 청하십시오** 언제라도 질문이 있거나 도움이 필요하시면:
 - 페이지 하단에 있는 번호로 고객 서비스부에 연락하십시오.
 - 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램 (HICAP) 1-800-434-0222 에 전화하십시오.
- **품질 개선 기관(QIO)에 연락하십시오.**
 - 품질 개선 기관 (QIO) 및 연락처에 관한 정보는 **섹션 H2** 또는 본 **회원 안내서 제 2장**을 참조하십시오.
 - 항소에 대한 검토 및 저희 플랜의 결정을 변경해야 할지에 관한 결정을 요청하십시오.
- **서둘러 “신속 처리 항소” 를 요청하십시오.** 저희가 회원의 의료 서비스 혜택을 끝내는 것이 의학적으로 적절한지를 품질 개선 기관 (QIO) 에 문의하십시오.

이 기관에 연락할 수 있는 기한

- 항소를 요청하려면 저희가 보내 드린 “Medicare 비보장 통지서” 의 유효일 전날 정오까지 품질 개선 기관 (QIO) 에 연락하셔야 합니다.

서면 통지서를 뜻하는 법률 용어는 “**Medicare 비보장 통지서**” 입니다.
견본을 받으시려면 페이지 하단의 고객 서비스로 전화하시거나 번호 로 Medicare 에 전화하십시오 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 로 전화하십시오. TTY 사용자는 번호 1-877-486-2048 로 전화하십시오. 견본은 웹사이트 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices 에서도 확인하실 수 있습니다.

신속 처리 항소 과정

- 품질 개선 기관(QIO)의 검토자들은 회원이나 회원의 대리인에게 보장이 계속되어야 한다고 생각하는 이유를 묻습니다. 진술서를 작성할 필요는 없지만 하실 수는 있습니다.
- 검토자들도 회원의 의료 정보를 검토하고, 주치의와 상의하며, 저희 플랜이 제공한 정보도 살펴봅니다.

? **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 회원 안내서

9 장: 문제 또는 불만 사항이 있을 경우 해야 할 일 (보장 결정, 항소, 불만 사항)

- 저희 플랜은 서비스 혜택을 끝내는 이유를 설명하는 통지서도 보내드립니다. 통지서는 검토자들이 회원의 항소를 저희에게 알린 날이 끝나기 전에 받으실 수 있습니다.

통지서를 뜻하는 법률 용어는 “**비보장에 대한 세부 설명서 (Detailed Explanation of Non-Coverage)**” 입니다.

- 검토자들은 필요한 정보를 모두 수집하고 나서 만 하루 안에 결정 내용을 회원에게 제공합니다.

품질 개선 기관 (QIO) 이 회원의 항소를 **승인**하는 경우:

- 저희는 의학적으로 필요한 기간동안 회원의 입원 환자 병원 서비스 혜택을 제공할 것입니다.

품질 개선 기관 (QIO) 이 회원의 항소를 **거부**하는 경우:

- 회원의 혜택은 저희가 알려드린 날짜에 끝납니다.
- 저희는 통지서의 날짜에 해당 진료비 중 저희가 부담해야 하는 금액에 대한 지불을 중단합니다.
- 회원이 혜택 종료일 이후에도 가정 간호나 전문 간호 시설 진료 또는 종합 외래 재활 시설 (CORF) 서비스를 계속 받기로 하는 경우, 진료비 전액을 스스로 부담해야 합니다
- 회원은 해당 서비스를 계속하고 2 단계 항소를 요청할지 결정합니다.

I3. 2 단계 항소 요청 방법

2단계 항소 요청은 1 단계 항소 요청에 대한 품질 개선 기관 (QIO) 의 결정을 재검토하도록 기관에 요청하는 것입니다. 그들의 전화번호는 1-877-588-1123 (TTY 1-855-887-6668) 입니다.

검토는 품질 개선 기관 (QIO) 이 회원의 1단계 항소 요청을 **거부**한 날로부터 **60 달력일 이내**에 요청하셔야 합니다. 이 검토는 입원에 대한 보장이 끝난 날 이후에도 병원에 계속 입원해 있는 경우에 **만** 요청할 수 있습니다.

품질 개선 기관 (QIO) 검토자들은:

- 항소 요청 관련 정보를 전부 철저히 검토합니다.
- 재검토에 대한 회원의 요청을 받은 후 14 달력일 이내에 2 단계 항소 요청에 대한 그들의 결정을 회원에게 알려 드립니다.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

품질 개선 기관 (QIO) 이 회원의 항소를 **승인**하는 경우:

- 저희가 보장이 종료된다고 알려드린 날짜 이후에 받으신 진료 비용을 환급해 드립니다.
- 저희는 의학적으로 필요한 기간동안 회원의 입원 환자 병원 서비스 혜택을 제공할 것입니다.

품질 개선 기관 (QIO) 이 회원의 항소를 **거부**하는 경우:

- 기관은 회원의 치료를 종료하기로 한 저희 결정에 동의하며, 이를 변경하지 않을 것입니다.
- 기관은 회원이 항소 절차를 계속하고 3 단계 항소를 요청하려는 경우 필요한 사항을 설명하는 서신을 드릴 것입니다.

3 단계 항소는 행정법 판사 (ALJ) 또는 변호사 심사관이 담당합니다. 3, 4, 5 단계 항소에 대한 자세한 내용은 **섹션 J**를 참조하십시오.

J. 2 단계 이상의 항소 요청

J1. Medicare 서비스 및 품목에 대한 다음 단계

Medicare 서비스 또는 품목에 대한 1 단계 항소 요청과 2 단계 항소 요청이 모두 거부된 경우, 회원은 추가 단계의 항소 요청을 할 권리가 있습니다.

항소 요청하신 Medicare 서비스 또는 품목의 금액이 특정 최저 기준에 미달하는 경우 회원은 해당 항소를 계속 요청하실 수 없습니다. 금액이 충분한 경우에는 회원은 항소 요청 절차를 계속하실 수 있습니다. 2단계 항소 요청에 대해 독립 검토 기관 (IRO) 에서 회원에게 보낸 편지에는 3 단계 항소 요청 관련한 담당자 및 필요 사항이 설명되어 있습니다.

3 단계 항소 요청

항소 요청 절차의 3 단계는 행정법 판사 (Administrative Law Judge, ALJ) 의 청문회입니다. 의사 결정자는 행정법 판사 (ALJ) 또는 연방 정부 소속 변호사 심판관입니다.

ALJ 또는 심판관이 회원의 항소 요청을 **승인**하면, 회원에게 유리한 3단계 결정을 항소 요청할 권리를 갖습니다.

- 저희가 결정을 **항소** 요청하기로 결정하면 저희는 4단계 항소 요청 사본과 증빙서류를 보내드립니다. 저희는 분쟁 중인 서비스를 승인하거나 제공하기 전에 4단계 항소 요청 결정을 기다릴 수도 있습니다
- 저희가 해당 결정을 **항소 요청하지 않기로 결정**하면, 저희는 ALJ 또는 심판관의 결정을 받은 후 달력일 기준 60일 이내에 회원에게 서비스를 승인하거나 제공해야 합니다.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객센터 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 회원 안내서

9 장: 문제 또는 불만 사항이 있을 경우 해야 할 일 (보장 결정, 항소, 불만 사항)

- ALJ 또는 심판관이 회원의 항소 요청을 거부하는 경우 해당 항소 요청 절차는 끝나지 않았을 수도 있습니다.
- 회원이 항소 요청을 기각하는 이 결정을 **수용**하기로 결정하면 해당 항소 요청 절차는 종료됩니다.
- 회원이 항소 요청을 기각하는 이 결정을 **수용하지 않기로** 결정하면 다음 단계인 검토 절차로 넘어갈 수 있습니다. 회원이 받으시는 통지서에는 4단계 항소 요청 절차에 필요한 사항이 설명되어 있을 것입니다.

4 단계 항소 요청

Medicare 항소 위원회 (Council) 에서 회원의 항소를 검토하고 답변을 드립니다. 이 위원회는 연방 정부 기관입니다.

위원회가 회원의 4 단계 항소 요청을 **승인**하거나 회원에게 유리한 3 단계 항소 요청을 재검토해 달라는 저희의 요청을 거부할 경우 저희는 5 단계로 항소 요청할 권리가 있습니다.

- 저희가 이 결정을 **항소 요청**하기로 결정하면 회원께 서면으로 알려드립니다.
- 저희가 결정을 항소 **요청하지 않기로** 결정하면, 저희는 위원회의 결정을 받은 후 60 달력일 이내에 회원에게 서비스를 승인하거나 제공해야 합니다.

위원회가 저희의 검토 요청을 **거부**하거나 거절할 경우 해당 항소 요청 절차는 끝나지 않았을 수 있습니다.

- 회원이 항소 요청을 기각하는 이 결정을 **수용**하기로 결정하면 해당 항소 요청 절차는 종료됩니다.
- 회원이 항소 요청을 기각하는 이 결정을 **수용하지 않기로** 결정하면 다음 단계인 검토 절차로 넘어갈 수도 있습니다. 회원이 받으시는 통지서에는 5 단계 항소 요청을 진행할 수 있는지와 필요한 사항이 설명되어 있을 것입니다.

5 단계 항소 요청

- 연방 지방 법원 판사는 회원의 항소 요청 및 모든 정보를 검토하고 **승인 또는 거부**를 결정합니다. 이는 최종 결정입니다. 연방 지방 법원 이상의 항소 요청 단계는 없습니다.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객센터 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

9 장: 문제 또는 불만 사항이 있을 경우 해야 할 일 (보장 결정, 항소, 불만 사항)

J2. 추가 Medi-Cal 항소 요청

Medi-Cal 적용 서비스 또는 품목에 대한 항소인 경우 회원은 다른 항소 요청 권리도 있습니다. 청문회 사무소에서 회원에게 보내는 서신에 항소 요청 절차를 계속하기를 원할 경우 해야 할 일이 설명되어 있습니다.

J3. Medicare 파트 D 약물 요청에 대한 3, 4 및 5 단계 항소 요청

이 섹션은 1 단계 항소 요청 및 2 단계 항소 요청 후 두 항소 요청이 모두 기각된 경우에 적합할 수 있습니다.

회원이 항소 요청하신 약물의 값이 특정 금액을 충족하는 경우 추가 항소 요청 단계를 진행하실 수도 있습니다. 회원의 2 단계 항소 요청에 대한 서면 답변에는 3 단계 항소 요청 관련 연락해야 하는 담당자 및 필요 사항이 설명되어 있습니다.

3 단계 항소 요청

항소 요청 절차의 3 단계는 행정법 판사 (Administrative Law Judge, ALJ) 의 청문회입니다. 의사 결정자는 행정법 판사(ALJ)또는 연방 정부 소속 변호사 심판관입니다.

ALJ 또는 심판관이 회원의 항소 요청을 **승인**하면:

- 해당 항소 요청은 끝납니다.
- 저희는 해당 결정을 받은 후 72 시간 (또는 신속 항소의 경우 24 시간) 내에 승인된 약물 혜택을 승인 또는 제공하거나 30 달력일 이내에 비용을 지급합니다.

ALJ 또는 심판관이 회원의 항소 요청을 **거부**하는 경우 해당 항소 요청 절차는 끝나지 않았을 수도 있습니다.

- 회원이 항소 요청을 기각하는 이 결정을 **수용**하기로 결정하면 해당 항소 요청 절차는 종료됩니다.
- 회원이 항소 요청을 기각하는 이 결정을 **수용하지 않**기로 결정하면 다음 단계인 검토 절차로 넘어갈 수 있습니다. 회원이 받으시는 통지서에는 4 단계 항소 요청 절차에 필요한 사항이 설명되어 있을 것입니다.

4 단계 항소 요청

위원회에서 회원의 항소를 검토하고 답변을 드립니다. 이 위원회는 연방 정부 기관입니다.

위원회가 회원의 항소를 **승인**하는 경우:

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 회원 안내서

9 장: 문제 또는 불만 사항이 있을 경우 해야 할 일 (보장 결정, 항소, 불만 사항)

- 해당 항소 요청은 끝납니다.
- 저희는 해당 결정을 받은 후 72 시간 (또는 신속 항소의 경우 24 시간) 내에 승인된 약물 혜택을 승인 또는 제공하거나 30 달력일 이내에 비용을 지급합니다.

위원회가 회원의 항소 요청을 **거절**하거나 위원회가 검토를 거부하는 경우 해당 항소 요청 절차는 끝나지 않았을 수도 있습니다.

- 회원이 항소 요청을 기각하는 결정을 **수용**하기로 결정하면 해당 항소 요청 절차는 종료됩니다.
- 회원이 항소 요청을 기각하는 결정을 **수용하지 않기로** 결정하면 다음 단계인 검토 절차로 넘어갈 수도 있습니다. 회원이 받으시는 통지서에는 5단계 항소 요청을 진행할 수 있는지와 필요한 사항이 설명되어 있을 것입니다.

5 단계 항소 요청

- 연방 지방 법원 판사는 회원의 항소 요청 및 모든 정보를 검토하고 **승인 또는 거부**를 결정합니다. 이는 최종 결정입니다. 연방 지방 법원 이상의 항소 요청 단계는 없습니다.

K. 불만 제기 방법

K1. 불만을 제기할 수 있는 문제의 종류

불만 절차는 의료의 품질, 대기 시간, 진료 조정, 고객 서비스부 등 특정 유형의 문제에 대해서만 사용됩니다. 다음은 불만 절차에서 다루지는 문제의 종류에 대한 예입니다.

불만	예시
의료 서비스의 품질	● 병원에서 받은 치료 등의 의료 서비스의 품질에 대해 불만이 있는 경우.
개인 정보 존중	● 회원의 개인 정보 보호에 대한 권리를 존중하지 않았거나, 회원의 기밀 정보를 공유하였다고 생각되는 경우.
무례함, 불친절한 고객 서비스, 그 외 부정적 행동	● 의료 제공자 또는 의사 사무실 직원이 회원에게 무례하게 굴었거나 정중하게 대하지 않은 경우. ● 저희 직원이 회원들 소홀히 대한 경우. ● 플랜에서 강제 탈퇴를 요구 받고 있다고 생각되는 경우.

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan
회원 안내서

9 장: 문제 또는 불만 사항이 있을 경우 해야 할 일 (보장 결정, 항소, 불만 사항)

불만	예시
접근성 및 언어 지원	- 의사나 의료 제공자의 진료실에 있는 의료 서비스 및 시설을 물리적으로 이용할 수 없는 경우. - 의사 또는 의료 제공자가 회원이 사용하시는 비영어권 언어 (예: 미국 수화 또는 스페인어) 통역사를 제공하지 않는 경우. - 회원이 필요하고 요청하는 다른 합리적인 편의시설을 제공하지 않는 경우.
대기 시간	- 예약을 하는데 어려움이 있거나 진료를 받기까지 너무 오래 기다려야 하는 경우. - 의사, 약사, 기타 건강 전문가 또는 고객 서비스부 또는 기타 플랜 직원이 회원을 너무 오래 기다리게 한 경우.
청결도	클리닉, 병원, 의사 사무실이 청결하지 않다고 생각되는 경우.
저희가 제공하는 정보	- 받아야 할 통지서나 서신을 저희가 제공하지 않았다고 생각되는 경우. - 저희로부터 받은 편지 내용이 이해하기 너무 어렵다고 생각되는 경우.
보장 적용 결정이나 항소 요청의 적시성	- 혜택 결정이나 항소 요청에 대한 답변이 기한 내에 이뤄지지 않은 것으로 생각되는 경우. - 혜택이나 항소 요청에서 승인 결정을 받은 후, 의료서비스를 승인 또는 제공, 특정 의료 서비스에 대한 환불 기한을 지키지 않은 것으로 판단되는 경우. - 회원의 사례를 제시간에 독립 검토 기관(IRO)에 보내지 않았다고 판단되는 경우.

불만의 유형은 다양합니다. 회원은 불만을 내부적으로 그리고/또는 외부적으로 제기하실 수 있습니다. 내부 불만 제기는 저희 플랜에 불만을 제기하고 플랜에서 불만사항을 검토합니다. 외부 불만 제기는 저희 플랜과 무관한 기관에 불만을 제기하고 그 기관에서 불만사항을 검토하게 됩니다. 불만을 내부적으로 그리고/또는 외부적으로 제기하는 데 도움이 필요하시면 고객 서비스 번호

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan
회원 안내서

9 장: 문제 또는 불만 사항이 있을 경우 해야 할 일 (보장 결정, 항소, 불만 사항)

1-877-412-2734 (TTY 711) 로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락하십시오.

“불평”은 법률 용어로 “**불만**” 입니다.
“불평 제기”는 법률 용어로 “**불만 제기**” 입니다

K2. 내부 불만 제기

불만을 내부적으로 제기하시려면 고객 서비스 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. Medicare 파트 D 약물에 관한 불만을 제외하고 언제든지 불만을 제기할 수 있습니다. Medicare 파트 D 약물에 관한 불만인 경우 불만 제기를 원하는 문제 발생날로부터 **60 달력일 이내**에 제기해야 합니다.

- 회원께서 해야 할 일이 있다면 고객 서비스부에서 알려드릴 것입니다.
- 회원의 불만을 글로 작성하여 보내실 수도 있습니다. 불만을 서면으로 보내시면, 저희가 서면으로 답변을 드립니다.
- 회원이 ‘빠른 보장 결정’ 또는 ‘빠른 항소’ 요청이 거부되어 불만을 제기하는 경우, 저희는 자동으로 ‘빠른 불만’으로 처리하며 24 시간 이내에 답변을 드립니다. 회원의 건강에 즉각적이고 심각한 위험이 있는 긴급 문제가 있을 경우, 회원은 ‘빠른 불만’을 요청하실 수 있으며, 저희는 72 시간 이내에 답변을 드립니다.

“빠른 항소 (fast appeal)” 를 뜻하는 법률 용어는
“**신속 재고 (expedited reconsideration)**” 입니다

가능한 한 저희는 회원께 바로 답변을 드립니다. 회원이 불만에 대해 전화를 한 경우, 저희가 통화 중에 답변을 드릴 수도 있습니다. 회원의 건강 상태가 저희의 신속한 답변을 요하는 경우, 저희는 신속하게 처리할 것입니다.

- 저희는 대부분의 불만을 30 달력일 내에 답변해 드립니다. 추가 정보가 필요하여 저희가 30 달력일 이내에 결정하지 못하는 경우, 저희가 서면으로 알려드립니다. 진행 상황에 대한 업데이트와 답변을 받으실 수 있는 예상 소요 시간도 함께 안내해 드립니다.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 회원 안내서

9 장: 문제 또는 불만 사항이 있을 경우 해야 할 일 (보장 결정, 항소, 불만 사항)

- “빠른 보장 결정” 요청이나 “빠른 항소 요청”에 대한 플랜측의 승인거부에 대해 회원이 불만을 제기한 경우, 저희가 자동적으로 “빠른 불만”을 적용하여 24시간 이내에 회원의 불만에 답변해드립니다.
- 플랜가 보장 결정 또는 항소 문제를 해당 기한 내에 결정하지 않은 것에 대해 회원이 불만을 제기한 경우, 저희는 자동으로 “빠른 불만”을 적용하여 24 시간 이내에 답변해드립니다.

플랜이 불만 사항 중 일부 또는 전부에 대해 동의하지 않는 경우, 그 사실과 이유를 알려드립니다. 불만에 대해 플랜측이 동의하는지 알려드릴 것입니다.

K3. 외부 불만 제기

Medicare

회원은 Medicare에 불만 사항을 직접 알릴 수 있습니다. Medicare 불만 양식은 다음에서 찾으실 수 있습니다: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. 회원이 Medicare에 불만을 제기하기 전에 CalOptima Health OneCare Complete에 불만을 제기하실 필요는 없습니다.

Medicare는 회원의 불만을 신중하게 받아들여 Medicare 프로그램의 품질을 개선하는데 이 정보를 사용합니다.

다른 의견이나 우려 사항이 있거나, 건강 플랜이 회원의 문제를 적절히 해결해 주지 못한다고 생각되시면 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 번호 1-877-486-2048로 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

Medi-Cal

회원은 캘리포니아주 보건복지부(DHCS, California Department of Health Care Services) Medi-Cal 관리 의료 옴부즈맨 (Managed Care Ombudsman)인 1-888-452-8609에 전화하여 불만을 제기하실 수 있습니다. TTY 사용자는 711로 전화하십시오. 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시 사이에 전화하십시오.

민권국 (Office for Civil Rights, OCR)

회원이 공정하게 대우를 받지 못했다고 생각하는 경우 보건복지국 민권실 (Department of Health and Human Services, HHS) 민권국 (OCR)에 불만을 제기할 수 있습니다. 예를 들어 장애인 출입문 또는 언어 지원 등에 관해 불만을 제기할 수 있습니다. OCR 전화번호는 1-800-368-1019입니다. TTY 사용자는 번호 1-800-537-7697로 전화하십시오. 자세한 내용을 보시려면 www.hhs.gov/ocr를 방문하실 수도 있습니다.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객센터 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 회원 안내서

9 장: 문제 또는 불만 사항이 있을 경우 해야 할 일 (보장 결정, 항소, 불만 사항)

또한 다음 민권실 (OCR) 에 연락하실 수도 있습니다:

- 전화: 1-916-440-7370 번으로 전화. 청각 또는 언어에 장애가 있으시면 711 (통신 중계 서비스) 로 전화.
- 서면: 항소 양식 또는 편지를 작성하여, 다음 주소로 보내십시오:
Deputy Director, Office of Civil Rights Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413,
MS 0009 Sacramento, CA 95899-7413
항소 양식 다음에서 보실 수 있습니다
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.
- 전자식: CivilRights@dhcs.ca.gov 으로 이메일을 보내십시오

또한 미국 장애인법 (Americans with Disability Act, ADA) 및 의료비보장개선법 (Affordable Care Act) 제 1557 조에 따라 회원에게 권리가 있을 수 있습니다. 보건복지부 (Department of Health and Human Services) 의 민권국 번호 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) 또는 지역 민권 사무국에 문의하실 수 있습니다.

품질 개선 기관 (QIO)

불만사항이 의료 품질에 대한 경우, 다음 두 가지를 선택하실 수 있습니다:

- 회원은 직접 품질 개선 기관 (QIO) 에 의료 품질 관련 불만을 제기할 수 있습니다.
- 불만 제기는 품질 개선 기관 (QIO) 및 저희 플랜에 하실 수 있습니다. 회원이 품질 개선 기관 (QIO) 에 불만을 제기하는 경우, 저희는 그들과 불만을 해결하기 위해 협력할 것입니다.

품질 개선 기관 (QIO) 은 Medicare 환자에게 제공되는 건강 관리를 점검하고 개선하기 위해 연방 정부에서 지불하는 의사와 기타 건강 관리 전문가 그룹입니다. 품질 개선 기관 (QIO) 에 관한 자세한 사항은 본 **회원 안내서** **섹션 H2** 또는 **제 2장**을 참조하십시오.

캘리포니아 주에는 Commence Health 라는 품질 개선 기관 (QIO) 이 있습니다. Commence Health 전화번호는 1-877-588-1123 (TTY 1-855-887-6668) 입니다.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

10장: 저희 플랜의 가입 종료

서문

이 장에서는 저희 플랜 가입을 종료한 후 플랜 및 건강 혜택 보장 옵션을 종료하는 방법에 대해 설명합니다. 저희 플랜을 떠나시는 경우에도, 자격이 되는 한 여전히 Medicare 및 Medi-Cal 혜택을 유지할 것입니다. 주요 용어와 그 정의는 본 *회원 안내서* 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

차례

A. 플랜 가입을 종료할 수 있는 시기	234
B. 플랜 가입 종료 방법	235
C. Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 별도로 받을 수 있는 방법	235
C1. Medicare 서비스	235
C2. Medi-Cal 서비스	239
D. 플랜의 가입이 종료될 때까지 의료 용품, 의료 서비스 및 약물	240
E. 플랜의 가입이 종료되는 기타 상황	240
F. 건강 문제로 인한 저희 플랜 탈퇴 요구 금지 규정	241
G. 플랜 가입을 종료하는 경우 불만을 제기할 수 있는 권리	242
H. 플랜 가입 종료에 대한 자세한 정보 받기	242



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

A. 플랜 가입을 종료할 수 있는 시기

대부분의 Medicare 가입자는 연중 특정 시기에 가입을 종료할 수 있습니다. 회원에게 Medi-Cal을 가지고 있으므로, 연중 어느 달이든 원하실 때 저희 플랜에서 가입을 종료할 수 있는 몇 가지 선택권이 있습니다.

또한 매년 다음 기간 동안 저희 플랜 가입을 종료할 수 있습니다:

- **공개 가입 기간**은 10월 15일부터 12월 7일까지입니다. 이 기간 동안 새 플랜을 선택하면 저희 플랜의 가입은 12월 31일에 종료되고, 새 플랜의 가입이 1월 1일에 시작됩니다.
- **Medicare Advantage (MA) 공개 가입 기간**은 1월 1일부터 3월 31일까지 지속되며, 신규 Medicare 가입자가 플랜에 가입되어 있는 경우에도 파트 A 및 B 파트 자격이 시작된 달부터 자격이 부여된 세 번째 달의 마지막 날까지 적용됩니다. 이 기간 동안 새 플랜을 선택하면 새 플랜 가입은 다음 달 1일부터 시작됩니다.

가입 변경 자격이 되는 다른 상황들이 있을 수 있습니다. 예로 다음의 경우:

- 서비스 제공 지역 외부로 이사하는 경우
- Medi-Cal 자격 또는 추가 도움(Extra Help)에 변경이 있는 경우, 또는
- 최근에 이사했거나, 현재 치료를 받고 있거나, 최근 요양원 또는 장기 요양 병원에서 퇴원한 경우.

가입은 저희가 회원의 플랜 종료 요청을 받은 달의 마지막 날에 종료됩니다. 예로, 저희가 1월 18일에 회원의 요청을 받으면 저희 플랜의 보장은 1월 31일에 종료됩니다. 다른 플랜에 가입하시면 새 플랜은 다음 달의 첫날부터 시작됩니다(이 예에서는 2월 1일).

저희 플랜을 탈퇴하면 다음에 대한 정보를 받을 수 있습니다:

- **섹션 C1**의 도표에 있는 Medicare 옵션을 참조.
- **섹션 C2**의 도표에 있는 Medi-Cal 옵션을 참조.

다음으로 전화하여 가입을 종료하는 방법에 대한 자세한 정보를 받을 수 있습니다:

- 고객 서비스 번호는 본 페이지 하단에 있습니다. TTY 사용자를 위한 전화번호도 나와 있습니다.
- Medicare 번호 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 번호 1-877-486-2048 로 전화하십시오.
- 캘리포니아 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램(California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 번호 1-800-434-0222로 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시까지 전화하십시오. TTY 사용자는 번호 1-800-430-7077로 전화하십시오. 더 자세한 정보를 원하시거나 지역 HICAP 사무소를 찾기 원하시면 www.aging.ca.gov/HICAP을 방문하십시오. 건강 관리 옵션 (Health Care Options) 번호 1-844-580-7272로 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시까지 전화하십시오. TTY 사용자는 번호 1-800-430-7077로 전화하십시오.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

- Medi-Cal 치료 관리 옴버즈맨 (Ombudsman) 번호 1-888-452-8609, 월요일부터 금요일 오전 8시부터 오후 5시사이 또는 이메일 주소 MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov로 연락하십시오.

참고: 만약 약물 관리 프로그램 (drug management program, DMP) 에 가입되었다면, 플랜의 변경이 가능하지 않을 수도 있습니다. 약물 관리 프로그램에 대한 자세한 정보를 위해 본 **회원 안내서 제 5장**을 참고하십시오.

B. 플랜 가입 종료 방법

회원 자격을 종료하기로 결정한 경우 다른 Medicare 플랜에 가입하거나 Original Medicare로 전환하여 진행할 수 있습니다. 그러나 저희 플랜에서 Original Medicare로 전환하고 싶지만 별도의 Medicare 처방약 플랜을 선택하지 않은 경우 저희 플랜에서 탈퇴를 요청해야 합니다. 플랜에서 탈퇴하려면 두 가지 방법이 있습니다:

- 저희에게 서면으로 요청을 해야 합니다. 요청 방법에 대한 자세한 정보가 필요한 경우 본 페이지 하단에 있는 고객 서비스 번호로 문의하십시오
- Medicare 번호 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 로 전화하십시오. TTY 사용자(듣거나 말하기에 어려움이 있으신 분들)는 번호 1-877-486-2048로 전화하십시오. 1-800-MEDICARE 에 전화하시면, 다른 Medicare health 또는 약물 플랜에 가입하실 수 있습니다. 저희 플랜을 탈퇴한 후 Medicare 서비스를 받을 수 있는 방법에 관한 자세한 정보는 235 페이지에 있는 차트를 참조하십시오.
- 아래 **섹션 C**에는 다른 플랜에 가입하기 위해 취할 수 있는 단계가 포함되어 있으며, 이로 인해 저희 플랜의 회원권은 종료됩니다.

C. Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 별도로 받을 수 있는 방법

저희 플랜을 탈퇴하기로 선택한 경우 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 받을 수 있는 선택권이 있습니다.

C1. Medicare 서비스

아래 나열된 Medicare 서비스를 연중 어느 달이든 받을 수 있는 세 가지 옵션이 있습니다. **공개 가입 기간 및 Medicare Advantage 공개 가입 기간** 등 특정 기간 동안 또는 **섹션 A**에 설명된 기타 상황에서는 아래에 나열된 추가 옵션이 가능합니다. 이 중 하나를 선택하면, 회원은 자동으로 저희 플랜에서 탈퇴됩니다.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

1. 다음으로 변경하실 수 있습니다: Medicare Medi-Cal 플랜 (Medi-Medi Plan) 은 Medicare Advantage 플랜의 한 종류입니다. Medicare와 Medi-Cal 을 모두 가지고 있는 분들을 위한 플랜으로, Medicare와 Medi-Cal 혜택을 하나의 플랜으로 통합합니다. Medi-Medi Plan은 Medicare와 Medi-Cal에서 보장하는 모든 서비스나, 자격이 되는 경우 노인 종합 관리 프로그램 (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE) 플랜을 포함하여 두 프로그램의 모든 혜택과 서비스를 조정합니다. 참고: Medi-Medi 플랜은 캘리포니아의 통합 이중 자격 특수 요구 사항 플랜 (integrated dual eligible special needs plans, D-SNP)을 일컫는 이름입니다.	다음과 같이 하십시오: Medicare 번호 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 로 전화. TTY 사용자는 번호 1-877-486-2048 로 전화하십시오. 노인 종합 관리 프로그램 (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE) 관련 문의는 1-855-921-PACE (7223) 로 전화. 도움이나 자세한 정보가 필요하신 경우: ● 캘리포니아 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램(California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 번호 1-800-434-0222로 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시까지 전화하십시오. TTY 사용자는 번호 1-800-430-7077로 전화하십시오. 자세한 정보는 거주 지역의 HICAP 사무소를 방문하거나 www.aging.ca.gov/HICAP/을 방문하십시오. 또는 새로운 Medi-Medi 플랜에 가입하십시오. 회원은 새로운 플랜 혜택이 시작되면 자동으로 저희 Medicare 플랜에서 탈퇴됩니다. 회원의 Medi-Cal 플랜은 회원의 Medi-Medi 플랜과 일치하도록 변경될 것입니다.
--	--



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

2. 다음으로 변경하실 수 있습니다: Original Medicare 와 별도의 Medicare 약물 플랜 및 Medi-Cal 플랜.	다음과 같이 하십시오: Medicare 번호 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 로 전화. TTY 사용자는 번호 1-877-486-2048 로 전화하십시오. 도움이거나 자세한 정보가 필요하신 경우: 캘리포니아 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램(California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 번호 1-800-434-0222로 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시사이 전화하십시오. TTY 사용자는 번호 1-800-430-7077로 전화하십시오. 자세한 정보는 거주 지역의 HICAP 사무소를 방문하거나 www.aging.ca.gov/HICAP/ 을 방문하십시오. 또는 새 Medicare 약물 플랜에 가입 Original Medicare 플랜 혜택이 시작되면 자동으로 저희 플랜에서 탈퇴됩니다. 다른 플랜을 선택하지 않는 한 회원은 Medi-Cal 플랜에 계속 가입되어 있을 것입니다.
--	--



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

3. 다음으로 변경하실 수 있습니다: 유효한 탈퇴 사유가 있는 경우, 별도의 Medicare 약물 플랜 없이 Original Medicare를 선택 가능 참고: Original Medicare 로 변경하고 별도의 Medicare 약물 플랜에 가입하지 않은 경우, Medicare에 가입을 원하지 않는다고 알리지 않는한 Medicare는 약물 플랜에 가입시킬 수 있습니다. 고용주나 노동 조합과 같은 다른 출처에서 약물 보장을 받는 경우에만 처방약 보장을 중단해야 합니다. 약물 보장이 필요한지에 대한 질문이 있는 경우, 캘리포니아 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램 (California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 의 전화번호 1-800-434-0222 번으로 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시까지 전화하십시오. 자세한 정보를 위해 또는 가까운 HICAP 사무실을 찾으시려면 www.aging.ca.gov/HICAP/ 을 방문하십시오.	다음과 같이 하십시오: Medicare 번호 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 로 전화. TTY 사용자는 번호 1-877-486-2048 로 전화하십시오. 도움이거나 자세한 정보가 필요하신 경우: ● 캘리포니아 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램(California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 번호 1-800-434-0222로 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시까지 전화하십시오. TTY 사용자는 번호 1-800-430-7077로 전화하십시오. 자세한 정보는 거주 지역의 HICAP 사무소를 방문하거나 www.aging.ca.gov/HICAP/ 을 방문하십시오. Original Medicare 플랜 혜택이 시작되면 자동으로 저희 플랜에서 탈퇴됩니다. 다른 플랜을 선택하지 않는 한 회원은 Medi-Cal 플랜에 계속 가입되어 있을 것입니다.
--	---

4. 다음으로 변경하실 수 있습니다: 공개 가입 기간 및 Medicare Advantage 공개 가입 기간을 포함한 일년 중 특정 기간 동안의 어느 Medicare 건강 플랜이든 또는 섹션 A에 설명된 기타 상황.	다음과 같이 하십시오: Medicare 번호 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 로 전화. TTY 사용자는 번호 1-877-486-2048 로 전화. 노인 종합 관리 프로그램 (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE) 관련 문의는 1-855-921-PACE(7223)로 전화. 도움이거나 자세한 정보가 필요하신 경우: 캘리포니아 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램(California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 번호 1-800-434-0222로 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시사이 전화하십시오. TTY 사용자는 번호 1-800-430-7077로 전화하십시오. 자세한 정보는 거주 지역의 HICAP 사무소를 방문하거나 www.aging.ca.gov/HICAP/ 을 방문하십시오. 또는 새 Medicare 플랜에 가입 회원은 새로운 플랜 혜택이 시작되면 자동으로 저희 Medicare 플랜에서 탈퇴됩니다. 회원의 Medi-Cal 플랜이 변경될 수 있습니다.
---	--

C2. Medi-Cal 서비스

저희 플랜 탈퇴 후 Medi-Cal 서비스 이용 방법에 대한 문의는 건강 관리 옵션 (Health Care Options) 번호 1-800-430-7272번으로 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시사이 문의하십시오. TTY 사용자는 1-800-430-7077번으로 전화하십시오. 또는 www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en 을 방문하십시오. 다른 플랜에 가입하거나 Original Medicare로 복돌아가 Medi-Cal 보장 혜택 사용에 어떤 영향을 미치는지 문의하십시오.

? **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

Medi-Cal 혜택에 대한 문의가 있으시면 CalOptima Health 고객센터 서비스 번호 **1-888-587-8088** (TTY **711**) 로 연락 주십시오.

D. 플랜의 가입이 종료될 때까지 의료 용품, 의료 서비스 및 약물

저희 플랜을 탈퇴할 경우, 가입 종료 후 새 Medicare 및 Medi-Cal 혜택이 시작되는데 시간이 걸릴 수 있습니다. 이 기간 동안 회원은 새로운 플랜이 시작될 때까지 저희 플랜을 통해 약물과 건강 관리를 계속 받게 됩니다.

- 저희 네트워크 의료 제공자를 이용해 의료 서비스를 받으십시오.
- 우편 주문 약국 서비스를 포함한 저희 네트워크 약국을 이용해 처방전을 받아보십시오.
- CalOptima Health OneCare Complete 가입이 종료되는 날 회원이 입원되어 있는 경우 퇴원할 때까지 저희 플랜에서 입원 비용을 부담합니다. 회원이 퇴원하기 전에 새로운 건강 보장이 시작되더라도 마찬가지입니다.

E. 플랜의 가입이 종료되는 기타 상황

저희 플랜에서 회원의 가입을 종료하는 경우는 다음과 같습니다:

- Medicare 파트 A와 파트 B 혜택에 중단 기간이 있는 경우.
- 더 이상 Medi-Cal 자격이 없다면, 저희 플랜은 Medicare와 Medi-Cal 자격이 모두 있는 분들을 위한 플랜입니다. 참고: Medi-Cal 자격이 없어져도 임시로 일정 기간 동안은 Medicare 혜택을 계속 받을 수 있습니다. 아래에 있는 추정 기간 정보를 참고하십시오. 캘리포니아 주에서 회원에게 Medi-Cal 자격이 없다고 결정하면, CalOptima Health OneCare Complete는 Medi-Cal 자격이 끝난 날부터 3개월 동안 Medicare와 처방약 혜택을 계속 제공할 것입니다. 회원이 3개월 이내에 자격을 되찾지 못한다면 저희는 회원을 탈퇴시켜야 합니다.
- 서비스 제공 지역 외부로 이사하는 경우.
- 6 개월 이상 저희 서비스 제공 지역을 벗어나 있는 경우.
 - 이사를 하거나 장거리 여행을 하는 경우, 고객센터에 전화하여 이어나 여행하는 곳이 플랜 서비스 제공 지역 내에 있는지 확인해야 합니다.
- 범죄로 유치장이나 감옥에 수감되는 경우.
- 처방약을 위해 다른 보험에 대한 정보를 허위로 알리거나 알리지 않은 경우.
- 미국 시민이나 국적 보유자가 아니거나, 자격을 갖춘 비시민이 아닌 경우.
 - 저희 플랜의 회원이 되기 위해서는 미국 시민 또는 국적 보유자이거나, 자격을 갖춘 비시민이어야 합니다.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객센터 무료 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

- Medicare 및 Medicaid 서비스 센터 (Centers for Medicare & Medicaid Services)는 이러한 기준에 따라 회원이 회원 자격을 유지할 수 없는 경우 저희에게 통지합니다.
- 이러한 요건을 충족하지 못하면 저희는 회원을 탈퇴 처리해야 합니다.

Medi-Cal 자격을 상실했지만 (3)개월 이내에 다시 회복할 것으로 예상되는 경우, CalOptima Health OneCare Complete에서 보장하는 모든 Medicare 혜택을 계속 제공합니다. 회원의 Medi-Cal 보장이 종료되면 저희는 Medi-Cal 혜택 비용을 지불하지 않습니다. 이 3개월 동안 Medicare 보장 서비스에 대해 본인 부담금이 증가할 수 있습니다. Medi-Cal 자격을 회복하는 동안 어떤 비용을 지불해야 하는지 또는 어떤 혜택이 제공되는지에 대해 질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 **1-877-412-2734**로 문의하십시오.

저희는 회원이 Medi-Cal 자격을 회복할 수 있도록 도와드립니다. Medicare 보장을 위해 아직 저희 플랜에 가입되어 있는 동안 Medi-Cal 자격이 회복되면, 저희는 회원의 Medi-Cal 혜택 지급을 재개하며 회원의 가입은 계속 유지됩니다. (3)개월 이내에 Medi-Cal 자격을 회복할 수 없는 경우, CalOptima Health OneCare Complete에서 탈퇴 처리됩니다. 탈퇴된 후 Medi-Cal 자격을 회복한 경우, 플랜 재가입을 위해 저희에게 연락하셔야 합니다.

저희는 Medicare 및 Medi-Cal에서 먼저 허락을 받은 경우에만 다음과 같은 이유로 회원을 플랜에서 탈퇴시킬 수 있습니다:

- 플랜에 가입할 때 의도적으로 잘못된 정보를 제공한 경우 그리고 그러한 정보가 플랜 자격 취득에 영향을 미치는 경우.
- 영업에 지장을 주는 행동을 하고 회원 및 플랜의 다른 회원들에게 의료 서비스를 제공하는 것을 어렵게 만드는 행동을 지속적으로 하는 경우.
- 다른 사람이 회원의 회원 ID 카드를 사용하여 의료 서비스를 받도록 하는 경우. (저희가 이러한 이유로 회원의 가입을 종료하는 경우 Medicare는 감찰관(Inspector General)에게 회원의 사례를 조사하도록 요청할 수 있습니다.)

F. 건강 문제로 인한 저희 플랜 탈퇴 요구 금지 규정

저희는 건강과 관련된 사유로 회원에게 플랜 탈퇴를 요청할 수 없습니다. 저희가 건강 관련 이유로 회원에게 플랜 탈퇴를 요청한다고 생각되시면, **Medicare**의 번호 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 번호 1-877-486-2048로 전화하십시오.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

G. 플랜 가입을 종료하는 경우 불만을 제기할 수 있는 권리

저희 플랜에서 회원의 가입을 종료하는 경우, 회원에게 가입 종료 사유를 서면으로 알려야 합니다. 저희는 회원의 가입 종료 결정에 대해 회원이 어떻게 불만을 제기할 수 있는지도 설명해야 합니다. 항소를 제기하는 방법에 대한 자세한 내용은 본 *회원 안내서* 제 9장을 참조하십시오.

H. 플랜 가입 종료에 대한 자세한 정보 받기

질문이 있거나 가입 종료에 대한 자세한 정보를 원하는 경우, 이 페이지 하단에 있는 고객 서비스 전화번호로 연락 주십시오.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

11장: 법적 공지사

서문

이 장에는 저희 플랜의 회원권에 적용되는 법적 통지가 포함되어 있습니다. 주요 용어와 그 정의는 본 *회원 안내서* 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

차례

A. 법률에 대한 공지	244
B. 차별 금지에 대한 연방 공지	244
C. Medi-Cal 을 위한 차별 금지 공지	244
D. 2차 지불자인 Medicare 및 최후 수단의 지불자인 Medi-Cal에 대한 공지.....	245
E. Medi-Cal 재산 회소에 대한 공지	246



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

A. 법률에 대한 공지

본 *회원 안내서*에는 많은 법률이 적용됩니다. 본 *회원 안내서*에 해당 법률들이 포함되지 않거나 설명되지 않았어도 이 법률들은 귀하의 권리와 책임에 영향을 줄 수 있습니다. 적용되는 주요 법률은 Medicare 및 Medi-Cal 프로그램에 대한 연방 법률입니다. 기타 연방법 및 주법도 적용될 수 있습니다.

B. 차별 금지에 대한 연방 공지

저희는 귀하의 인종, 민족, 출신 국가, 피부색, 종교, 성별, 나이, 성적 취향, 정신적 또는 신체적 장애, 건강 상태, 청구 경험, 병력, 유전 정보, 보험 가능성 또는 서비스 지역 내의 지리적 위치를 이유로 귀하를 차별하거나 다르게 대우하지 않습니다. 저희 플랜과 같이 Medicare Advantage 플랜을 제공하는 모든 조직은 1964년 시민권법 제6편, 1973년 재활법, 1975년 연령차별금지법, 장애인법, 저렴한 의료법 제 1557조, 연방 자금을 받는 조직에 적용되는 기타 모든 법률, 그리고 기타 이유로 적용되는 모든 법률 및 규칙을 포함하여 차별을 금지하는 연방법을 준수해야 합니다.

자세한 정보 또는 차별대우 또는 부당한 대우에 대한 우려가 있다면:

- Department of Health and Human Services(보건복지부), Office for Civil Rights (시민 권익부서)에 번호1-800-368-1019로 연락하십시오. TTY 사용자는 1-800-537-7697로 전화하십시오. 자세한 내용을 보시려면 www.hhs.gov/ocr 를 방문하실 수도 있습니다.

C. Medi-Cal 을 위한 차별 금지 공지

저희는 귀하의 인종, 민족, 출신 국가, 피부색, 종교, 성별, 나이, 성적 취향, 정신적 또는 신체적 장애, 건강 상태, 청구 경험, 병력, 유전 정보, 보험 가능성 또는 서비스 지역 내의 지리적 위치를 이유로 귀하를 차별하거나 다르게 대우하지 않습니다. 또한 조상, 민족 식별, 성 정체성, 결혼 여부 또는 질병을 이유로 불법적으로 차별하거나 배제하거나 다르게 대우하지 않습니다.

자세한 정보 또는 차별대우 또는 부당한 대우에 대한 우려가 있다면:

- Department of Health and Human Services(보건복지부), Office for Civil Rights (민권 부서)에 번호1-916-440-7370로 연락하십시오. TTY 사용자는 711 (Telecommunications Relay Service, 통신 중계 서비스) 번으로 전화하십시오. 귀하가 차별을 받았다고 생각하고 차별에 대한 불만을 제기하고 싶다면 불만 및 항소 해결 서비스의 차별 담당자에게 연락하십시오.
 - 전화: 번호: **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 및 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 전화해 주십시오.

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

- 서면:
Attn: Grievance and Appeals Resolution Services
Discrimination Coordinator
505 City Parkway West
Orange, CA 92868
- 웹사이트: www.caloptima.org/OneCare

귀하의 불만이 Medi-Cal 프로그램의 차별에 관한 것이라면 다음 전화, 서면 또는 전자 방식으로 Department of Health Care Services, Office of Civil Rights(보건서비스부, 민권 실)에 불만을 제기할 수도 있습니다:

- 전화: 1-916-440-7370 번으로 전화하십시오. 청각 또는 언어에 장애가 있으시면 711 (통신 중계 서비스) 로 전화.
- 서면: 항소 양식 또는 편지를 작성하여, 다음 주소로 보내십시오:

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

불만 양식은 www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx 에서 찾으실 수 있습니다.

- 전자식: CivilRights@dhcs.ca.gov 로 이메일을 보내십시오.

만약 귀하에게 장애가 있고 건강 관리 서비스 또는 의료 제공자를 만나는데 도움이 필요하시면, 고객 서비스에 문의하십시오. 휠체어 시설 사용 문제에 대한 불만이 있으시면, 고객 서비스가 도와드릴 수 있습니다.

D. 2차 지불자인 Medicare 및 최후 수단의 지불자인 Medi-Cal에 대한 공지

때로는 귀하에게 제공되는 서비스에 대해 다른 사람이 첫 번째로 지불해야 하는 경우가 있습니다. 예를 들어 회원이 교통 사고를 당하거나 일하다 다치면 보험이나 근로자 재해 보상 보험이 먼저 비용을 부담해야 합니다.

혜택이 적용되어 Medicare가 첫 번째 지불자가 아닌 Medicare 서비스에 대해 비용을 받을 권리와 책임이 있습니다.

저희는 회원에게 제공되는 의료 서비스에 대한 제3자의 법적 책임과 관련된 연방 및 주 법률과 규정을 준수합니다. 저희는 Medi-Cal 프로그램이 최후 수단의 지불자인지 확인하기 위해 모든 적절한 조치를 취할 것입니다.

 **질문이 있으시면** CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

Medi-Cal 회원은 Medi-Cal이 최후의 지불자이기 때문에 Medi-Cal 가입 전에 모든 다른 건강 보험 (other health coverage, OHC) 을 이용해야 합니다. 이것은 대부분의 경우 Medi-Cal은 Medicare OHC의 2차 지불자가 되어, 저희 플랜이나 다른 OHC에서 지불하지 않는 허용 가능한 비용을 Medi-Cal 허용 금액까지 보장하게 됩니다.

E. Medi-Cal 재산 회소에 대한 공지

Medi-Cal 프로그램은 55세 생일에 또는 그 이후에 받은 Medi-Cal 혜택에 대해 사망한 특정 회원의 재산에 대한 상환을 추구해야만 합니다. 상환금은 서비스당 비용 및 관리 의료 보험금 및 요양 시설 서비스, 가정 및 지역사회 기반 서비스, 그리고 회원이 요양 시설에 입원 환자였던 경우 또는 가정 및 지역사회 기반 서비스를 받은 경우 제공된 관련 병원 및 처방약 서비스별 지불금을 포함합니다. 상환금은 회원의 공증된 재산 가치를 초과할 수 없습니다.

더 자세한 정보를 알아보려면 Department of Health Care Services(보건 서비스 부서) 재산 회수 웹사이트 www.dhcs.ca.gov/er 를 방문하거나 1-916-650-0590 번으로 문의하십시오.

 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

12장: 중요 단어의 정의

서문

본 장에서는 이 *회원 안내서* 전체에서 사용되는 주요 용어와 그 정의를 포함합니다. 이 용어들은 알파벳 순서대로 정렬되어 있습니다. 찾는 용어가 없거나 정의보다 더 많은 정보가 필요하시면 고객 서비스로 연락하시기 바랍니다.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

일상적인 활동 (Activities of daily living, ADL): 사람들이 평소에 하는 행위. 예를 들어 식사하기, 화장실 가기, 옷 입기, 목욕하기 또는 이 닦기 등.

행정법 판사 (Administrative law judge): Administrative Law Judge (행정법 판사, ALJ)는 정부 기관과 관련된 사건을 심리하고 판결하는 판사. 3 단계 항소를 검토하는 판사.

AIDS 약물 지원 프로그램 (AIDS Drug Assistance Program, ADAP): HIV/AIDS에 감염된 유자격자들이 자신의 생명을 구해줄 HIV 약물을 이용할 수 있게 도와주는 프로그램.

이동식 수술 센터(Ambulatory surgical center): 병원에서 치료를 받지 않아도 되거나 24시간 이상 치료가 필요하지 않은 환자를 대상으로 외래 수술을 제공하는 시설.

항소 (Appeal): 저희 측에 실수가 있다고 생각하신 경우 저희의 조치에 항소를 제기하는 방법. 항소를 제기하여 저희에게 보장 결정 변경을 요청할 수 있습니다. 본 *회원 안내서 제 9장*에서 항소신청 제기 방법을 포함한 항소를 설명합니다.

잔액 청구(Balance billing): 의사가 건강보험에서 낸 금액보다 더 많이 청구했을 때, 그 차이를 환자에게 따로 내라고 하는 것을 말함.

행동 건강 (Behavioral Health): 사람의 감정적, 심리적, 사회적 웰빙을 의미함. 쉽게 말하면: 사람이 어떻게 생각하고, 느끼고, 다른 사람들과 어떻게 어울리는지를 말함. 정신 건강과 약물 사용 장애 서비스를 모두 포함하는 포괄적인 단어.

생물학적 제품 (Biological Product): 동물 세포, 식물 세포, 박테리아 또는 효모와 같은 자연 및 살아있는 공급원에서 만든 약. 생물학적 제품은 다른 약물보다 더 복잡하고 정확히 복제할 수 없으므로 대체 형태를 바이오시밀러 (biosimilars)라고 합니다. ('오리지널 생물학적 제품 (Original Biological Product)' 및 '바이오시밀러 (biosimilars)'도 함께 참조).

바이오시밀러 (Biosimilar): 오리지널 생물학적 제품과 매우 유사하지만 동일하지는 않은 생물학적 약물. 바이오시밀러는 오리지널 생물학적 제품만큼 안전하고 효과적입니다. 일부 바이오시밀러는 새로운 처방전 없이도 약국에서 오리지널 생물학적 제품을 대체할 수 있습니다. (상호 교환 가능한 바이오시밀러 (Interchangeable Biosimilar)로 이동).

브랜드 약물 (Brand name drug): 약물을 최초로 제조하고 판매한 기업의 처방약. 브랜드 약물에는 동일한 성분으로 구성된 제네릭 약물이 존재합니다. 제네릭 약은 보통 다른 제약 회사에서 제조하고 판매되며 일반적으로 브랜드 약물의 특허가 종료된 이후에만 사용할 수 있습니다.

치료 계획 (Care plan): "개별 맞춤 치료 계획(Individualized Care Plan)"을 참고.

관리 팀 (Care team): "분야별 관리팀(Interdisciplinary Care Team)"을 참고.

Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): Medicare를 관장하는 연방 기관. 본 *회원 안내서 제 2장*에서 CMS 연락 방법을 설명하고 있습니다.

지역사회 기반 성인 서비스 (Community-Based Adult Services, CBAS): 수혜 자격 기준을 충족하는 회원에게 제공하는 전문 간호, 사회 복지, 직업 치료와 언어 치료, 개인 간호, 가족/돌보미 훈련 및 지원, 영양 서비스, 교통편, 기타 서비스 등을 비롯한 시설 기반의 외래 서비스 프로그램.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

불만 (Complaint): 회원의 보장 서비스 또는 치료에 대해 회원이 겪고 있는 문제 또는 우려에 대해 서면 또는 구두 진술. 여기에는 서비스 또는 치료의 수준, 네트워크 의료 제공자 또는 네트워크 약국에 대한 우려도 포함됩니다. “불만 제기하기”의 공식 용어는 “불만 제출”입니다.

종합 외래 재활 시설 (Comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF): 질병, 사고 또는 중요 수술 이후의 재활 서비스를 주로 제공하는 시설. 물리 치료, 사회 복지 또는 심리적 서비스, 호흡기 치료, 작업 치료, 언어 치료 및 가정 환경 평가 서비스를 포함한 다양한 서비스를 제공합니다.

보장 결정 (Coverage decision): 저희가 어떤 혜택을 보장할지에 대한 결정. 여기에는 보장 대상 약물 및 서비스 또는 회원의 건강 서비스에 플랜이 지불하는 금액에 대한 내용이 포함됩니다. 본 **회원 안내서 제 9장**에 보장 결정을 요청하는 방법을 참조하십시오.

보장 약물 (Covered drugs): 플랜에서 보장하는 처방약 및 오버 더 카운터 약물(Over-The-Counter, OTC)을 모두 일컫는 단어.

보장 서비스 (Covered services): 플랜에서 보장하는 모든 건강 관리, 장기 서비스 및 지원, 용품, 처방약 및 오버 더 카운터약물, 기기 및 기타 서비스를 모두 일컫는 일반 용어.

문화적 이해 교육 (Cultural competence training): 문화 교육은 의료 서비스 제공자가 회원의 배경, 가치 및 신념을 더 잘 이해하여 회원의 사회적, 문화적 및 언어적 필요를 충족하도록 서비스를 조정하는 데 도움이 되는 추가 교육.

고객 서비스(Customer Service): 회원의 가입, 혜택, 불만 제기 및 항소 신청에 대한 질문에 답변을 책임지고 있는 플랜의 부서. 더 자세한 정보는 본 **회원 안내서 제 2장**을 참조하십시오.

보건 서비스국 (Department of Health Care Services, DHCS): Medicaid 프로그램(Medi-Cal 이라고 알려짐)을 관장하는 캘리포니아의 주무 부서.

가입 취소 (Disenrollment): 저희 플랜에서의 가입을 종료하는 절차. 가입 취소는 자발적(본인의 선택) 또는 비자발적(본인의 선택이 아닌)일 수 있습니다.

약물 관리 프로그램 (Drug management program, DMP): 회원들이 처방된 오피오이드와 기타 자주 남용되는 약물을 안전하게 사용할 수 있도록 돕는 프로그램.

이중 자격 특별 요건 플랜(dual eligible special needs plan, D-SNP): Medicare와 Medicaid 두 가지에 모두 자격이 있는 사람들을 위한 건강 플랜. 저희 플랜은 D-SNP입니다.

내구성 의료 장비(Durable medical equipment, DME): 가정에서 사용하도록 의사가 주문해 주는 특정 물품. 이러한 물품에는 휠체어, 목발, 전동 침대 시스템, 당뇨병 용품, 의사가 지시한 자택에서 사용할 병원 침대, IV 주사 펌프, 음성발생장치, 산소 장비 및 용품, 분무기, 보행기 등이 포함됩니다.

응급 상황 (Emergency): 의료 응급 상황이란 회원 또는 보통 수준의 건강 및 약물 지식을 지닌 사람이 보기에 목숨을 잃거나, 신체 일부를 잃거나, 몸의 기능이 심하게 손상될 것 같다고 느껴지는 상황(임산부의 경우 태아의 손실 포함). 의료 증상은 질병, 부상 또는 극심한 고통 또는 빠르게 악화되고 있는 의학적 상태가 될 수 있습니다.

응급 진료 (Emergency care): 의학적 또는 건강 응급 처치가 필요한 경우 응급 치료 서비스를 제공하도록 훈련된 의료 제공자가 제공하는 보장 서비스.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

예외 (Exception): 일반적으로 보장되지 않는 약물에 대해 보장을 받거나 어떤 약물을 특별한 규칙이나 제한 없이 사용하기 위한 허가.

제외된 서비스 (Excluded services): 이 건강 플랜에서 보장하지 않는 서비스.

추가 도움 (Extra Help): 저소득층 사람들에게 보험료, 공제액, 공동 부담금 같은 Medicare 파트 D 처방약 비용을 지원해 주는 Medicare 프로그램. 추가 지원은 “저소득 보조금(Low-Income Subsidy)” 또는 “LIS”라고도 합니다.

제네릭 약물 (Generic drug): FDA (식품의약국)에서 승인받아 브랜드 약물 대신 사용할 수 있는 약. 제네릭 약물은 브랜드 약물과 동일한 성분을 지녔습니다. 제네릭 약물은 일반적으로 브랜드 약물보다 저렴하면서도 동일한 효과를 냅니다.

불만 (Grievance): 저희 또는 저희 네트워크 의료 제공자 또는 약국에 대한 불만 사항. 이는 건강 플랜이 제공하는 진료의 품질이나 서비스의 품질에 대한 불만 사항을 포함합니다.

건강보험 상담 및 옹호 프로그램 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP): Medicare에 대해 무료로 객관적인 정보를 제공하고 상담해주는 프로그램. 본 **회원 안내서 제 2장**에서 HICAP 연락 방법을 설명하고 있습니다.

건강 플랜 (Health plan): 의사, 병원, 약국, 장기 서비스의 제공자 및 기타 제공자들로 구성된 조직. 또한 회원의 모든 제공자 및 서비스 관리를 도와주는 개인 관리 코디네이터도 있습니다. 그들은 서로 협력하여 회원에게 필요로 하는 관리를 제공합니다.

건강 위험 평가 (Health Risk Assessment, HRA): 회원의 의료 기록 및 현재 상태에 대한 검토. 회원의 건강과 건강이 미래에 어떻게 변할지 알아보고자 할 때 사용됩니다.

가정 건강 보조원 (Home health aide): 목욕, 화장실 사용, 옷 입기 또는 규정된 운동 수행 등 개인 관리에 대한 도움 등, 면허를 소지한 간호사 또는 치료사 자격증이 필요하지 않은 서비스를 제공하는 사람. 가정 건강 보조원은 간호사 자격증이 없으며 치료를 제공하지는 않습니다.

호스피스 (Hospice): 말기 진단을 받은 사람들이 편안하게 지낼 수 있도록 돕는 돌봄과 지원 프로그램. 말기 진단이란, 의사에게 병이 말기라고 확인되어 앞으로 살 수 있는 시간이 6개월 이하로 예상되는 것을 의미합니다.

- 회원이 최종 판정을 받은 경우 호스피스를 선택할 권한이 있습니다.
- 특별히 훈련받은 전문가 및 간병인들로 구성된 팀이 신체적, 감정적, 사회적, 영적 필요를 포함하여 환자 한 사람을 전체적으로 관리합니다.
- 회원의 지리적 지역에 위치한 호스피스 제공자의 목록을 제공해야 합니다.

부당/부적절 청구 (Improper/inappropriate billing): (의사나 병원 같은) 의료 기관이 저희 플랜에서 정한 본인부담금보다 더 많은 금액을 회원에게 청구하는 상황. 회원이 이해하지 못하는 청구 내용이 있을 경우 고객 서비스로 전화하십시오.

서비스 비용은 저희가 전액 부담하므로 회원은 비용을 지급할 책임이 **없습니다**. 의료 제공자는 이러한 서비스에 대해 회원에게 비용을 청구해서는 안 됩니다.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

가정 지원 서비스 (In-Home Supportive Services, IHSS): IHSS 프로그램은 등록된 돌봄 제공자가 회원에게 제공된 서비스에 대한 비용을 지불하여 회원이 집에서 안전하게 지낼 수 있도록 지원.

IHSS는 요양원이나 기숙형 보호 시설과 같은 가정 외 돌봄의 대안입니다. 서비스를 받기 위해서는 각 참여자의 필요에 따라 승인 가능한 서비스 유형을 결정하기 위한 평가가 수행됩니다. IHSS에서 허용되는 서비스에는 집 청소, 식사 준비, 세탁, 장보기, 개인 돌봄 서비스(배변, 배뇨 도움, 목욕, 단장, 의학적 보조 서비스 등), 진료 방문 동행, 그리고 정신적으로 어려움이 있는 사람을 위한 보호 감독이 포함됩니다. 카운티 사회복지 기관에서 IHSS를 관리합니다.

독립 검토 기관 (Independent review organization, IRO): 2 단계 항소를 검토하는 Medicare 에서 고용한 독립 기관. 그들은 저희와 관련이 없으며 정부 기관이 아닙니다. 이 기관은 저희가 내린 결정이 올바른지 또는 변경되어야 하는지를 결정합니다. Medicare는 업무를 감독합니다. 공식 명칭은 **독립 심사 기관(Independent Review Entity)**입니다.

개별 치료 계획 (Individualized Care Plan, ICP 또는 치료 계획): 어떤 서비스를 받을 것인지, 어떻게 받을 것인지에 대한 계획. 회원의 계획에는 의료 서비스, 행동 건강 서비스 및 장기 서비스 및 지원이 포함될 수 있습니다.

입원 환자 (Inpatient): 의료 서비스를 위해 병원에 공식적으로 입원한 상태를 일컫는 말. 공식적으로 입원 절차를 밟지 않은 경우, 병원에서 하룻밤을 있었다고 하더라도 여전히 외래 환자로 간주될 수 있습니다.

통합 (Integrated) D-SNP (이중 자격 특별 관리 플랜, Dual Eligible Special Needs Plan): Medicare와 Medicaid에 모두 자격이 되는 특정 사람들을 위해, 하나의 건강 플랜 또는 서로 연결된 플랜에서 Medicare 서비스와 대부분 또는 모든 Medicaid 서비스를 함께 제공하는 이중 자격 특별 관리 플랜. 이러한 개인은 전체 혜택 이중 자격 개인으로 알려져 있습니다.

상호 교환 가능한 바이오시밀러 (Interchangeable Biosimilar): 자동 대체 가능성과 관련된 추가 요건을 충족하기 때문에 새로운 처방전 없이도 약국에서 대체할 수 있는 바이오시밀러. 약국에서의 자동 대체는 주법의 적용을 받습니다.

통합 관리 팀(Interdisciplinary care team, ICT 또는 관리 팀): 관리 팀에는 의사, 간호사, 상담사, 그리고 여러분이 필요한 치료를 받도록 도와주는 다른 의료 전문가들이 포함. 관리팀이 진료 계획 수립을 도와드릴 수도 있습니다.

보장된 약물 목록 (약물 목록, Drug List): 저희가 보장하는 처방약과 오버-더-카운터 약품(OTC) 목록. 이 목록에 있는 약물은 저희 플랜에서 의사들과 약사들로 구성된 팀의 도움을 받아 선정한 것입니다. **약물 목록**을 보면 약물 구입 시 지켜야 하는 규정이 있는지도 알 수 있습니다. **약물 목록**은 때로는 “포뮬러리(formulary)”이라고도 합니다.

장기 서비스 및 지원(Long-term services and supports, LTSS): 의학적 상태 개선을 장기적으로 돕는 지원 및 서비스. 대부분의 서비스는 회원이 집에 머물도록 하여 요양원 또는 병원에 갈 필요가 없도록 도와줍니다. LTSS에는 성인 주간 건강 관리(adult day health care)라고도 알려진 지역사회 기반 성인 서비스(Community-Based Adult Services, CBAS), 간호 시설(Nursing Facilities, NF) 및 지역사회 지원 등이 포함됩니다. IHSS 및 1915(c) 면제 프로그램(waiver programs)은 저희 계획 외부에서 제공되는 Medi-Cal LTSS입니다.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

저소득층 지원 (Low-income subsidy, LIS): “추가 지원(Extra Help)”을 참조하십시오.

우편 주문 프로그램 (Mail-order program): 어떤 플랜에서는 약을 집으로 배송해 주는 우편 주문 프로그램을 제공할 수 있으며 이 프로그램을 이용하면, 보장된 처방약을 한 번에 최대 3개월치까지 집으로 받아볼 수 있습니다. 정기적으로 복용하는 약이 있다면, 이를 채우는 데 비용을 절약하고 더 편리하게 이용할 수 있는 방법입니다.

Medicaid (또는 Medical 보조): 소득과 자원이 제한된 사람들이 장기 요양 서비스와 지원 및 의료 비용을 지불할 수 있도록 도와주는 연방 정부와 주 정부에서 함께 운영하는 프로그램. Medi-Cal은 캘리포니아 주의 Medicaid 프로그램입니다.

Medi-Cal: 이는 캘리포니아 Medicaid 프로그램의 이름. Medi-Cal은 주 정부에서 운영하며 주 및 연방 정부에서 비용을 지불합니다.

- 소득과 자원이 부족한 사람들이 장기적인 서비스와 지원, 의료비를 지불하는 데 도움이 됩니다.
- 이것은 Medicare에서 보장하지 않는 추가 서비스와 일부 약물을 보장합니다.
- Medicaid 프로그램은 주마다 다를 수 있지만 회원이 Medicare와 Medicaid 모두에 적절한 경우 대부분의 건강 관리 비용이 보장됩니다.

Medi-Cal 플랜 (plans): 장기 서비스 및 지원, 의료 기기 및 교통 이송과 같은 Medi-Cal 혜택만을 보장하는 플랜. Medicare 혜택은 별도입니다.

의학적 필요 (Medically necessary): 의학적 필요란 질환을 예방, 진단, 치료 또는 현재 건강 상태를 유지하는 데 필요함을 의미. 여기에는 회원이 병원 또는 간호 시설에 입원하지 않도록 해주는 관리도 포함됩니다. 또 의료적 관행 기준에 맞는 서비스, 용품, 약물도 해당됩니다.

Medicare: Medicare는 65세 이상 분들, 65세 미만의 장애가 있는 분들 및 말기 신장 질환 (일반적으로 투석이나 신장 이식이 필요한 영구적인 신부전증 환자) 이 있는 분들을 위한 연방 건강 보험 프로그램. Medicare 가입자는 Original Medicare 또는 관리형 의료 플랜(“건강 플랜”라고 함)을 통해 Medicare 건강 보장을 받을 수 있습니다.

Medicare Advantage (메디케어 어드밴테지): Medicare 프로그램은 “Medicare 파트 C” 또는 “MA”라고도 불리며, 민간 기업이 제공하는 MA 플랜을 말합니다. Medicare는 이 기업에 비용을 지불하고, 회사들은 회원에게 Medicare 혜택을 제공합니다.

Medicare 항소 위원회(Appeals Council): 4단계 항소를 심사하는 위원회입니다. 이 위원회는 연방 정부 기관입니다.

Medicare 보장 서비스: Medicare 파트 A와 Medicare 파트 B에서 보장하는 서비스. 저희 플랜을 포함한 모든 Medicare 건강 플랜은 반드시 Medicare 파트 A와 Medicare 파트 B에서 보장하는 모든 서비스를 보장해야 합니다.

Medicare 당뇨 예방 프로그램(Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP): 장기적인 식습관 변화, 신체 활동 증가, 체중 감량 및 건강한 생활 유지에 대한 어려움 극복을 위한 전략 훈련을 제공하는 구조화된 건강 행동 변화 프로그램.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

Medicare-Medi-Cal 가입자(enrollee): Medicare와 Medicaid 보장을 받을 자격이 있는 사람. Medicare- Medicaid 가입자는 “이중 자격 수혜자(dually eligible beneficiary)”라고도 합니다.

Medicare 파트 A: 의학적으로 필요한 병원, 전문 간호시설, 가정 보건 및 호스피스 간호의 대부분을 보장하는 Medicare 프로그램.

Medicare 파트 B: 질병 또는 상태를 치료하는 데 의학적으로 필요한 서비스(예로 실험실 시험, 수술 및 의사 방문) 및 용품(예로 휠체어 및 보행기)을 보장하는 Medicare 프로그램. Medicare 파트 B는 다양한 예방 및 검진 서비스도 보장합니다.

Medicare 파트 C: “Medicare Advantage(메디케어 어드밴테지)” 또는 “MA” 라고도 불리는 플랜을 통해 민간 건강 보험 기업이 Medicare 혜택을 제공하도록 하는 Medicare 프로그램.

Medicare 파트 D: Medicare 처방약 혜택 프로그램. 이 프로그램을 짧게 “파트 D”라고 부릅니다. Medicare 파트 D는 외래 처방약, 백신 및 Medicare 파트 A 또는 Medicare 파트 B 또는 Medicaid 에서 보장하지 않는 몇몇 용품들을 보장합니다. 저희 플랜은 Medicare 파트 D를 포함합니다.

Medicare 파트 D 약물: Medicare 파트 D에서 보장하는 약물. 의회에서 특별히 특정 범주의 약물을 Medicare 파트 D에서 제외합니다. Medicaid 에서 이 중 일부 약물을 보장할 수도 있습니다.

약물 치료 관리(Medication Therapy Management, MTM): 특별한 도움이 필요한 사람들을 위해 만든 Medicare 파트 D 프로그램으로, 일정한 조건을 충족하거나 약물 관리 프로그램에 포함된 사람들에게 제공. MTM 서비스에는 일반적으로 약사나 의료 제공자와의 상담을 통해 약물을 검토하는 과정이 포함됩니다. 더 자세한 정보는 *회원 안내서 제 5장*을 참조하십시오.

Medi-Medi 플랜(Plan): Medi- Medi 플랜은 Medicare Advantage 플랜의 한 종류입니다. Medicare와 Medi-Cal을 모두 가지고 있는 분들을 위한 플랜으로, Medicare와 Medi-Cal 혜택을 하나의 플랜으로 통합합니다. Medi-Medi Plan은 모든 Medicare 및 Medi-Cal 적용 서비스를 포함하여 두 프로그램의 모든 혜택과 서비스를 조정합니다.

회원 (Member)(저희 플랜의 회원 또는 플랜 회원): Medicare 및 Medi-Cal에 가입되어 보장 서비스를 받을 자격이 있는 사람으로, 저희 플랜에 가입되어 있으며, Centers for Medicare & Medicaid Services (메디케어 및 메디케이드 서비스 센터, CMS)와 주에서 가입이 확인된 사람.

회원 안내서 및 공개 정보 (Member Handbook and disclosure information): 이 문서는 회원의 가입 양식 및 기타 첨부 서류, 추가 사항과 함께 회원의 보장, 반드시 해야 하는 일, 회원의 권리 및 저희 플랜의 회원으로서 반드시 해야 하는 일에 대해 설명합니다.

네트워크 약국 (Network pharmacy): 저희 플랜 회원들에게 약물을 판매하는 데 동의한 약국. 이를 “네트워크 약국”이라 부르는 것은 이들이 저희 플랜과 협력하기로 동의했기 때문입니다. 대부분의 경우, 저희는 네트워크 약국에서 조제된 경우에만 처방약 비용을 보장합니다.

네트워크 의료 제공자 (Network provider): 저희 플랜과 함께 일하는 의료 제공자들. 이 의료 제공자들은 저희가 지급하는 금액을 전액으로 받아들이기로 동의했습니다. 저희는 이 제공자들이 회원에게 보장된 서비스를 제공하도록 미리 협약을 맺었습니다. 네트워크 의료 제공자는 비용을 저희에 직접 청구합니다.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

네트워크 제공자를 이용할 때 일반적으로 회원은 보장 서비스에 대해 비용을 지불하지 않습니다. “의료 제공자(Provider)”는 의사, 간호사 및 서비스와 치료를 제공하는 기타 사람들을 일반적으로 가리키는 용어입니다. 여기에는 회원에게 건강 관리 서비스, 의료 장비, 장기 요양 서비스와 지원을 제공하는 병원, 재택 건강 관리, 클리닉 및 기타 장소도 포함됩니다.

요양원 또는 시설 (Nursing home 또는 facility): 자택에서 진료를 받을 수는 없으나 병원에 입원할 필요가 없는 이에게 간호를 제공하는 곳.

옴부즈퍼슨 (Ombudsperson): 회원을 대변해 주는 역할을 하는 주 소속 사무소. 회원에게 문제 또는 불만 사항이 있을 경우 질문에 답변하고 무엇을 해야 할지 이해할 수 있도록 도와줍니다. 옴부즈맨 서비스는 무료입니다. 자세한 내용은 본 *회원 안내서* 제 2장과 9장에서 찾아볼 수 있습니다.

조직 결정 (Organization determination): 저희 또는 저희 의료 제공자 중 하나가 서비스의 보장 여부 또는 보장 서비스에 대한 회원의 지불 금액을 결정할 때, 저희 플랜은 조직 결정을 내립니다. 조직 결정을 “보장 결정”이라고 합니다. 본 *회원 안내서* 제 9장에서 보장 결정을 설명합니다.

오리지널 생물학적 제제(original biological product): FDA (식품의약국)의 승인을 받은 생물학적 제품으로 바이오시밀러 버전을 만드는 제조업체의 비교 대상으로 사용됩니다. 참조 제품이라고도 합니다.

Original Medicare (오리지널 메디케어 (기본 메디케어 또는 서비스별 지불 메디케어)): 정부는 Original Medicare를 제공합니다. Original Medicare를 통한 서비스는 의사, 병원 및 기타 보건 의료 제공자들에게 의회가 정한 금액의 비용을 지불함으로써 보장됩니다.

- 회원은 Medicare를 받는 의사, 병원 또는 기타 보건 의료 제공자들을 이용할 수 있습니다. Original Medicare는 두 가지 부분으로 이루어져 있습니다. Medicare 파트 A(병원 보험)와 Medicare 파트 B(의료 보험)입니다.
- Original Medicare는 미국 전역의 모든 곳에서 이용할 수 있습니다.
- 저희 플랜을 이용하고 싶지 않다면, Original Medicare를 선택할 수 있습니다.

네트워크 외 약국 (Out-of-network pharmacy): 저희 플랜 회원에게 보장 약물을 조정하거나 제공하기 위해 저희 플랜과 협력하는 데 동의하지 않은 약국입니다. 저희 플랜은 특정 상태가 적용되지 않는 한 네트워크 외 약국에서 구입하는 대부분의 약물을 보장하지 않습니다.

네트워크 외 의료 제공자 또는 네트워크 외 시설 (Out-of-network provider or Out-of-network facility): 저희 플랜이 고용하거나 소유하거나 운영하지 않는 의료 제공자 또는 시설로, 저희 플랜의 회원에게 보장 서비스를 제공하도록 계약하지 않은 의료 제공자 또는 시설. 본 *회원 안내서* 제 3장에서 네트워크 외 의료 제공자 또는 시설을 설명합니다.

오버-더-카운터 약물 (Over-the-counter drugs, OTC): 오버 더 카운터 약물은 의료 전문가의 처방전 없이 개인이 구입할 수 있는 약물 또는 약을 가리킵니다.

파트 A: “Medicare 파트 A”를 참조하십시오.

파트 B: “Medicare 파트 B”를 참조하십시오.

파트 C: “Medicare 파트 C”를 참조하십시오.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

파트 D: “Medicare 파트 D”를 참조하십시오.

파트 D 약물: “Medicare 파트 D 약물”을 참조하십시오.

개인 관리 코디네이터 (Personal Care Coordinator): 회원, 건강 플랜 및 의료 제공자와 함께 임무를 수행하는 주요 인물 한 사람으로, 회원이 필요한 치료를 받을 수 있도록 확인하는 역할을 합니다.

개인 건강 정보 (Personal health information, 보호된 건강 정보(Protected health information, PHI)라고도 함): 회원의 이름, 주소, 사회 보장 번호, 주치의 및 의료 기록과 같이 회원과 회원의 건강에 관한 정보. 플랜의 개인 정보 취급 방침 공지에서 회원의 PHI를 보호, 사용, 공개하는 방법에 관한 정보 및 회원의 PHI 존중과 관련된 회원의 권리에 대한 더 많은 정보를 알아볼 수 있습니다.

예방 서비스 (Preventive services): 질병을 예방하거나 치료가 가장 효과적일 것으로 예상되는 초기 단계에서 질병을 발견하는 건강 관리(예로 예방 서비스에는 자궁경부 세포(Pap) 검사, 독감 예방 접종, 유방 조영술 검사 등이 포함됨).

주치의(Primary care provider, PCP): 대부분의 건강 문제가 발생할 경우 가장 먼저 찾아가는 의사 또는 기타 의료 제공자. 회원이 건강 유지를 위해 필요한 관리를 받을 수 있도록 도와 줍니다.

- 주치의는 다른 의사들이나 의료 제공자와 회원의 치료에 대해 이야기하고 회원을 그들에게 의뢰할 수도 있습니다.
- 많은 Medicare 건강 플랜의 경우, 다른 건강 의료 제공자를 만나기 전에 담당 주치의를 만나야 합니다.
- 본 *회원 안내서 제 3장*에서 주치의의 진료를 받는 방법을 설명하고 있습니다.

사전승인 (Prior authorization, PA): 특정 서비스 또는 약물을 얻거나 네트워크 외 의료 제공자를 만나기 전에 플랜으로부터 반드시 얻어야 하는 허락. 플랜은 먼저 승인을 받지 않으면 약물을 보장하지 않을 수도 있습니다.

저희 플랜은 담당 의사 또는 다른 네트워크 제공자가 저희로부터 PA(사전승인)를 받는 경우에만 일부 네트워크 의료 서비스를 보장합니다.

- 플랜의 PA가 필요한 보장 서비스는 본 *회원 안내서 제 4장*에 표시되어 있습니다.

저희 플랜은 저희가 PA를 받는 경우에만 일부 약물을 보장합니다.

- 저희 플랜의 PA가 필요한 보장 약물은 *보장 약물 목록*에 표시되어 있으며, 규정은 저희 웹사이트에 게시되어 있습니다.

노인 종합 관리 프로그램 (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE): Medicare와 Medi-Cal 혜택을 함께 보장하는 프로그램으로, 집에서 지내기 위해 더 높은 수준의 치료가 필요한 55 세 이상 노인을 대상으로 합니다.

신체 인공 보조 기구 및 보조 기구 (Prosthetics 및 Orthotics): 의사 또는 다른 의료제공자가 주문한 의료 기기로 이것에는 팔, 등, 목 보호대, 인공 관절, 인공 안구 및 인공 항문 용품 및 경구 및 비경구 영양 요법을 포함하여 내부 신체 일부 또는 기능을 대체하는데 필요한 기기 등의 물품을 포함하며, 이에 국한하지 않습니다.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

의료 제공자 (Providers): 서비스와 진료를 제공하는 사람으로, 주정부로부터 허가를 받은 의사, 간호사 및 기타 의료진. 의료 제공자에는 또한 병원, 재택 건강 관리 기관, 클리닉 그리고 회원에게 건강 관리 서비스, 행동 건강 서비스, 의료 장비, 특정 장기 요양 서비스 및 지원(LTSS)을 제공하는 기타 장소가 포함됩니다.

품질 개선 기관 (Quality Improvement Organization, QIO): 이것은 Medicare를 갖고 계신 분들을 위한 관리의 품질을 개선하는 데 도움을 주는 의사 및 기타 건강 관리 전문가들로 이루어진 단체입니다. 연방 정부는 환자에게 제공되는 치료를 점검하고 개선하기 위해 QIO에 비용을 지불합니다. QIO에 대한 자세한 내용을 위해 본 **회원 안내서 제 2장**을 참고하십시오.

수량 제한 (Quantity limits): 회원이 보유할 수 있는 약물의 양에 정해진 한도. 플랜은 처방전당 보장하는 양에 한도를 정할 수도 있습니다.

실시간 혜택 도구 (Real Time Benefit Tool): 가입자가 완전하고, 정확하고, 시의적절하고, 임상적으로 적절하고, 가입자 별 보장 약물 및 혜택 정보를 조회할 수 있는 포털 또는 컴퓨터 애플리케이션. 여기에는 비용 부담 금액, 주어진 약물과 동일한 건강 상태에 사용할 수 있는 대체 약물, 대체 약물에 적용되는 보장 제한(사전 승인, 단계 요법, 수량 제한)이 포함됩니다.

의뢰 (Referral): 회원의 주치의(PCP) 이외의 제공자를 사용하기 위한 주치의 또는 플랜의 승인. 의뢰를 받지 못한 경우, 저희는 해당 서비스를 보장하지 않을 수도 있습니다. 여성 건강 전문가 등과 같은 특정 전문가를 만나기 위해 의뢰가 필요하지는 않습니다. 의뢰에 대한 자세한 내용은 본 **회원 안내서 제 3장과 4장**에서 찾아볼 수 있습니다.

재활 서비스 (Rehabilitation services): 질병, 사고 또는 중요 수술 후 회복을 돕는 치료. 이 서비스에는 입원 재활 치료, (외래) 물리 치료, 언어 치료, 그리고 작업 치료가 포함됩니다. 재활 서비스에 관한 자세한 내용은 본 **회원 안내서 제 4장**을 참조하십시오.

민감한 서비스 (Sensitive services): 정신 또는 행동 건강, 성 및 생식 건강, 가족 계획, 성매개감염 (sexually transmitted infections, STI), HIV/AIDS, 성폭행 및 임신 중절, 약물 남용 장애, 성 정체성을 확증하는 관리 및 친밀한 파트너 폭력과 관련된 서비스.

서비스 지역 (Service area): 건강 플랜이 거주지에 따라 회원권에 제한을 두는 경우 건강 플랜에서 회원을 받아들이는 지리적 지역. 어느 의사와 병원을 이용해야 하는지 플랜에서 제안하는 경우, 일반적으로 회원이 정기적(비응급) 서비스를 받을 수 있는 지역입니다. 서비스 지역 내 거주하시는 분들만 저희 플랜에 가입하실 수 있습니다.

비용 부담 (Share of cost): 회원의 혜택이 효력을 발휘하기 전까지 매달 지불해야 할 수 있는 건강 관리 비용의 일부입니다. 비용 부담의 액수는 회원의 소득과 보유 자산에 따라 결정됩니다.

전문 간호 시설 (Skilled Nursing Facility, SNF): 전문 간호 치료를 제공하기 위한 직원과 장비가 있는 간호 시설로, 대부분의 경우 전문 재활 서비스와 기타 관련 건강 서비스를 제공합니다.

전문 간호 시설 (Skilled Nursing Facility, SNF) 치료: 전문 간호 시설에서 지속적으로 매일 제공되는 전문 간호 치료 및 재활 서비스. 전문 간호 시설 치료에는 예를 들어 공인 간호사 또는 의사가 제공할 수 있는 물리 치료 또는 정맥(IV) 주사가 있습니다.



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

전문의 (Specialist): 특정 유형의 건강 관리 문제를 치료하는 의사. 예를 들어, 정형외과의사는 부러진 뼈를 치료하며, 알레르기 전문의는 알레르기를 치료하고, 심장 전문의는 심장 문제를 치료합니다. 대부분의 경우 전문의를 방문하기 위해서는 회원의 PCP로부터 의뢰가 필요합니다.

전문 약국 (Specialized pharmacy): 특수 약국에 대해 자세히 알아보려면 본 *회원 안내서* 제 5장을 참조하십시오.

주 청문회 (State hearing): 의사나 기타 의료 제공자가 저희가 승인하지 않은 Medi-Cal 서비스를 요구하거나 또는 회원이 이미 이용 중인 Medi-Cal 서비스에 대한 비용 지급을 플랜에서 중단하는 경우에는 주 청문회를 요청할 수 있습니다. 주 청문회에서 회원의 손을 들어주는 경우, 저희는 회원이 요구한 서비스를 제공할 의무가 있습니다.

단계 요법 (Step therapy): 요청된 약물에 대한 보장을 받기 전에 다른 약물을 시도해 볼 것을 요구하는 보장 규칙.

보충적 보장 소득 (Supplemental Security Income, SSI): 제한적인 소득 및 자원으로 살아가는 장애인, 시각 장애인 또는 만 65세 이상 노인이 사회 보장에서 지급받는 월별 혜택. SSI 혜택은 Social Security (사회 보장) 혜택과 같지 않습니다.

긴급하게 필요한 치료 (Urgently needed care): 응급 상황은 아니지만 즉시 치료가 필요한 예상치 못한 질병, 부상 또는 상태에 대한 치료. 시간, 장소 또는 상황을 감안할 때 네트워크 외부 제공자에게 갈 수 밖에 없는 상황이거나 네트워크 제공자로부터 서비스를 받는 것이 비합리적인 경우(예로 플랜 서비스 지역 밖에 있고 예상치 못한 상태에 대한 의학적으로 필요한 즉각적인 서비스가 필요하지만 의료적 응급 상황은 아닌 경우) 네트워크 외부 제공자로부터 긴급히 필요한 치료를 받을 수 있습니다).



질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스

전화	1-877-412-2734 통화료는 무료입니다. (10월 1일부터 31월 3일사이는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일부터 9월 30일사이는) 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 고객 서비스는 또한 영어가 주 언어가 아닌 분들을 위해 무료 언어 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711 이 번호에는 특별한 전화 장비가 필요하며 청각 또는 언어 장애가 있는 사람을 위한 것입니다. 통화료는 무료입니다. 주 7일, 24시간.
팩스	1-714-246-8711
서면	CalOptima Health OneCare Complete Customer Service 505 City Parkway West Orange, CA 92868 OneCarecustomerservice@caloptima.org
웹사이트	www.caloptima.org/OneCare

PRA 공개서

1995년 문서감축법 (Paperwork Reduction Act of 1995) 에 따라, 유효한 OMB 통제번호가 표시되어 있는 경우를 제외하고 어떠한 사람도 정보 수집에 응답할 필요는 없습니다. 본 정보 수집에 대한 유효한 OMB 통제번호는 0938-1444 입니다. 이 양식을 개선하기 위한 의견이나 제안이 있으시면 다음 주소로 보내 주십시오: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

? 질문이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 (10월 1일~ 3월 31일사이는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 **www.caloptima.org/OneCare**를 방문하십시오.



CalOptima Health, A Public Agency
505 City Parkway West, Orange, CA 92868
caloptima.org/OneCare

문의가 있거나 또는 귀하의 건강 관리 서비스에 대한 도움이 필요하시면, CalOptima Health 의 OneCare 고객 서비스 부 무료 전화 **1-877-412-2734** 로 (10월 1일부터 3월 31일사이는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일부터 9월 30일사이는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 귀하의 언어를 구사하는 직원이 도와드립니다. TTY 사용자는 **711** 로 전화 주십시오. 저희 웹 사이트 **www.caloptima.org/OneCare** 를 방문하셔도 됩니다.