

2026



회원 안내서

CalOptima Health OneCare Complete (H5433-001)

(HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan



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

2026 년 1 월 1 일 - 2026 년 12 월 31 일

CalOptima Health OneCare Complete 의 건강 및 약물 보장

회원 안내서 소개

보장 증명서 라고도 알려진 본 **회원 안내서** 는 2026 년 12 월 31일까지 저희 플랜에 따른 귀하의 보장에 대해 안내합니다. 이것은 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 OneCare Complete 를 의미합니다.

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

대형 인쇄본, 점자 및/또는 오디오 등의 다른 형식으로 이 문서를 무료로 받으시려면 고객 서비스 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 주 7 일, 24 시간 전화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다.

또한 임계 언어 및/또는 대안 형식으로 자료를 받도록 영구 요청을 하실 수 있습니다:

- 임계 언어 또는 대안 형식으로 자료를 영구적으로 요청하려면 페이지 하단의 번호로 고객 서비스에 전화하거나 보안 온라인 회원 포털 <https://member.caloptima.org/#/user/login> 에 접속하여 요청하실 수 있습니다.
- 영구 요청은 향후 모든 우편물 또는 의사소통을 위해 저희 시스템에 저장됩니다
- 영구 요청을 취소 또는 변경하려면, 고객 서비스 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 으로 주 7 일, 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 주 7일 24시간 전화하십시오. 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)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: 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 կյութեր: 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 ដូចជា ឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ព ធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ **1-877-412-2734 (TTY 711)** ។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 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。

(Farsi) فارسی

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
કોલ કરો: **1-877-412-2734 (TTY 711)**. વિકલાંગ લોકો માટે સહાય અને
સેવાઓ, જેમ કે બ્રેઇલ અને મોટી પ્રિન્ટમાં પણ દસ્તાવેજો ઉપલબ્ધ છે. કોલ 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 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 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 ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-877-412-2734**(TTY**711**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**) 로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 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 ਦਿਓ: 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 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**) 로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 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 serbisyong 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 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**) 로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 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 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

기타 언어

이 *회원 안내서* 과 다른 플랜 자료를 다른 언어로 무료로 받으실 수 있습니다. CalOptima Health OneCare 은 자격을 갖춘 번역가의 서면 번역을 제공합니다. CalOptima Health 고객 서비스 무료번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 통역 및 번역 서비스와 같은 건강 관리 언어 지원 서비스에 대해 자세히 알아보시려면 *회원 안내서* 를 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)** 로 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

통역 서비스

CalOptima Health OneCare는 수화를 포함한 자격을 갖춘 통역사로부터 구두 통역 서비스를 24 시간 무료로 제공합니다. 가족이나 친구에게 통역을 부탁할 필요가 없습니다. 긴급 상황이 아닌 이상 미성년자를 통역사로 사용하는 것은 권장하지 않습니다. 통역사, 언어 및 문화 서비스는 무료로 제공됩니다. 도움은 주 7 일, 24 시간 이용 가능합니다. 언어 도움 또는 다른 언어로 이 안내서를 받으려면 CalOptima Health OneCare 고객 서비스 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 전화하십시오. 통화는 무료입니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

차례

1 장: 회원으로 시작하기	11
2 장: 중요한 전화번호 및 지원	22
3 장: 저희 플랜의 혜택을 이용하여 건강 관리 및 다른 혜택 적용 서비스를 받기	43
4 장: 혜택 차트	64
5 장: 외래 처방약 받기.....	144
6 장: Medicare 및 Medi-Cal 처방약에 대한 회원 부담금.....	163
7 장: 보장 서비스 또는 약물에 대한 청구서 중 저희 부담금을 지불해 달라고 요청하기	174
8 장: 회원의 권리와 책임.....	181
9 장: 문제 또는 불만 사항이 있을 경우 할 일(보장 결정, 항소, 불만 사항).....	200
10 장: 플랜 가입 종료	242
11 장: 법적 공지사항.....	251
12 장: 중요 용어 정의	255



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 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 와 계약을 맺은 Medicare Advantage 조직입니다. CalOptima Health OneCare 가입은 계약 갱신에 따라 달라집니다. CalOptima Health OneCare 민권에 해당되는 연방정부 법률에 준수하며, 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 또는 성별때문에 사람들을 차별대우하지 않습니다. CalOptima Health OneCare 고객 서비스 무료번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 번으로 주 7 일, 24 시간 연락하십시오. 저희 웹사이트 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.
- ❖ 2027 년 1 월 1 일부터 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 30 일 전에 통지해 드립니다.
- ❖ 2026 년 CalOptima Health OneCare Complete 식료품 및 농산물 혜택은 만성 질병 환자를 위한 특별 보충 프로그램의 일부입니다. 모든 회원이 자격이 있는 것은 아닙니다. 식료품 및 농산물 혜택을 이용하려면, OneCare Complete 회원은 생명을 위협하거나 가입자의 전반적인 건강이나 기능을 크게 제한하는 하나 이상의 합병증이 있거나 의학적으로 복잡한 만성 질환을 앓고 있어야 합니다. 자격이 되는 질환에는 심혈관 질환, 당뇨병, 만성 심부전, 만성 폐 질환 또는 말기 신장 질환이 포함되지만 이에 국한되지 않습니다. 회원이 만성 질환이 있어도 반드시 식료품 및 농산물 혜택을 받는 것은 아닙니다. 식료품 및 농산물 혜택을 받는 것은 회원이 입원 또는 기타 건강 문제에 대한 높은 위험과 집중 치료 조정이 필요한지에 따라 달라집니다. OneCare Complete 회원은 식료품점까지 이동하는 교통편을 이용할 수 없습니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

1 장: 회원으로 시작하기

서문

본 장은 귀하의 모든 Medicare 서비스를 보장하고 귀하의 모든 Medi-Cal 서비스를 통합 관리하는 건강 플랜인 OneCare Complete 에 대한 정보를 포함하고 있습니다. 또한 여기에서는 기대할 수 있는 혜택 및 저희로부터 받을 기타 정보에 대해서도 설명합니다. 주요 용어 및 그에 대한 정의는 귀하의 *회원 안내서* 마지막 장에 알파벳 순서로 기재되어 있습니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

차례

A. 저희 플랜에 가입하신 것을 환영합니다.....	13
B. Medicare 및 Medi-Cal 에 대한 정보.....	13
B1. Medicare.....	13
B2. Medi-Cal	13
C. 플랜의 혜택.....	14
D. 저희 플랜의 서비스 지역	15
E. 플랜 회원이 될 수 있는 자격.....	15
F. 저희 건강 플랜에 처음 가입할 때 기대할 사항	15
G. 귀하의 관리 팀 및 치료 계획.....	16
G1. 관리 팀	16
G2. 치료 계획.....	17
H. 중요 비용 요약	17
H1. Medicare 처방전 지불 금액	17
I. 본 회원 안내서.....	17
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 설명	20
K. 귀하의 회원 기록을 최신으로 업데이트하기	21
K1. 개인 건강 정보(personal health information, PHI) 보호.....	21



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 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 제공자를 보유하고 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.

CalOptima Health OneCare Complete 회원으로서 귀하는 오렌지 카운티에서 가장 큰 의료 제공자 네트워크 중 하나를 이용하실 수 있습니다. 이것은 더 많은 병원, 의사 또는 전문의를 이용하실 수 있다는 것을 의미합니다. CalOptima Health OneCare Complete 는 하나의 플랜을 통해 귀하의 Medicare 및 Medi-Cal 혜택을 통합 조정합니다.

B. Medicare 및 Medi-Cal 에 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-Cal 은 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 Medicare 에서 보장하지 않는 추가 서비스 및 약물을 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.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

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 **대부분의** 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 Complete 에 가입을 요청한 후 다음 달 1 일에 CalOptima Health OneCare Complete 에 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 Complete 를 통해 귀하의 Medi-Cal 서비스를 받으실 것입니다. 귀하의 Medi-Cal 보장에 공백은 없을 것입니다. 질문이 있으시면 페이지 하단에 있는 전화번호로 저희에게 전화하십시오.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

D. 저희 플랜의 서비스 지역

저희 서비스 지역은 캘리포니아, 오렌지 카운티를 포함합니다.

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

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

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 법적으로 미국에서 거주가 허용되는 경우, **그리고**
- 현재 Medi-Cal을 받을 자격이 있음.

귀하가 Medi-Cal 자격을 상실했지만 6 개월 (6) 이내에 회복할 수 있을 것으로 예상되는 경우에는 여전히 당사 플랜에 가입할 수 있습니다.

더 자세한 정보는 고객 서비스로 전화하십시오.

F. 저희 건강 플랜에 처음 가입할 때 기대할 사항

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

저희는 귀하를 위해 HRA 를 마쳐야 합니다. 본 HRA 는 귀하의 치료 계획을 개발하는 기준이 됩니다. HRA 에는 귀하의 의료, LTSS 및 행동 건강 및 기능적 필요를 파악하기 위한 질문이 포함되어 있습니다.

저희는 HRA 를 완료하기 위해 귀하에게 연락을 드립니다. 저희는 대면 방문, 전화 또는 우편으로 HRA 를 완료할 수 있습니다.

저희는 HRA 에 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 12 개월 동안 귀하의 현재 의료 제공자 및 서비스 승인을 유지할 수 있습니다:

- 귀하, 귀하의 대리인 또는 귀하의 의료 제공자가 귀하의 현재 의료 제공자를 유지할 수 있도록 저희에게 요청.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

- 일부 예외를 포함해 귀하가 주치의 또는 전문의와 기존의 관계가 형성되어 있다고 저희가 판단. 기존 관계"란 귀하가 저희 플랜에 처음 가입한 날짜 이전 12 개월 동안 비-응급 방문을 위해 최소 1 회 네트워크 외 의료 제공자에게 진료를 받았다는 것을 의미.
 - 저희는 이용 가능한 귀하의 건강 정보 또는 귀하가 저희에게 제공한 정보를 검토하여 기존 관계를 판단합니다.
 - 저희는 30 일 이내에 귀하의 요청에 답변을 드립니다. 귀하가 더 신속한 결정을 요청하시는 경우 저희는 15 일 이내에 답변해드려야 합니다. 이것을 요청하려면 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 번으로 주 7일, 24 시간 연락주시기 바랍니다. 귀하에게 피해가 발생할 위험이 있는 경우, 저희는 3 일 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 90 일 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.

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

G. 귀하의 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 또는 귀하가 선택한 기타 건강 관련자를 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 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 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 미팅. 그들은 필요로 하는 서비스에 대해 귀하와 대화. 그들은 귀하가 고려해 볼 만한 서비스에 대해서도 알려줌. 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 플랜 보험료가 없습니다.

비용에는 다음이 포함될 수 있습니다:

- Medicare 처방전 지불 플랜 금액 (섹션 H1)

경우에 따라 플랜 보험료가 더 저렴할 수 있습니다.

H1. Medicare 처방전 지불 금액

Medicare Prescription Payment Plan (처방전 지불 플랜)에 참여하시는 경우, (약국에 지불하는 대신) 플랜에서 약값 청구서를 받게 됩니다. 월별 청구서는 받는 처방약에 대한 미납 금액에 전월 잔액을 더한 후 남은 개월 수로 나누어 계산됩니다.

Medicare 처방약 납부 플랜에 대한 정보는 **제 2 장**을 참조하십시오. 이 납부 옵션에 따라 청구된 금액에 동의하지 않으시면 **제 9 장**의 절차에 따라 불만 또는 항소를 제기하실 수 있습니다.

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 귀하의 **회원 안내서 제 9장**을 참조하거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 번으로 전화하십시오.

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

계약은 2026 년 1 월 1 일부터 2026 년 12 월 31 일 사이 저희 플랜에 가입하신 기간동안 유효합니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 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 포유레리이라고도 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 카드 또는 Medi-Cal 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. 귀하가 의료 제공자로부터 청구서는 받는 경우 해야 할 일에 대해 알아보려면 귀하의 **회원 안내서 7장** 을 참고하십시오.

귀하가 다음 서비스를 이용하기 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 치과 프로그램을 통해) 일부 치과 서비스를 보장합니다.
 - 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 5시 사이 전화하십시오.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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 Health 에서 보장하고, 전문 정신 건강 서비스 (SMHS, specialty mental health services) 는 Orange County Health Care Agency (OCHCA, 오렌지 카운티 보건부)의 정신 건강 플랜에서 보장됩니다.
 - 질문이 있거나 행동 건강 서비스에 대한 자세한 정보가 필요하시면, CalOptima Health 행동 건강 무료번호 **1-855-877-3885 (TTY 711)** 로 주 7일 24 시간 전화하십시오.
- InHome Supportive Services (가정 지원 서비스, 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. 귀하가 저희 플랜의 회원인 동안 귀하는 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 Complete 와 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 장소 **그리고**
 - LTSS, 행동 건강 서비스, 가정 건강 에이전시, 내구성 있는 의료 장비 (DME) 공급업체 및 기타 Medicare 또는 Medi-Cal 을 통해 귀하에게 용품 및 서비스를 제공하는 사람.

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



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

네트워크 약국의 정의

- 네트워크 약국은 저희 플랜 회원을 위해 처방전을 조제하기로 동의한 약국들입니다. 귀하가 사용하기를 원하는 네트워크 약국을 찾으려면 **의료 제공자 및 약국 목록**을 이용하십시오.
- 응급 상황을 제외하고 저희 플랜에서 귀하의 처방전에 비용을 지불하기 원하시는 경우, 저희 네트워크 약국 중 하나에서 처방전을 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 목록**에 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 목록**을 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 설명

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. EOB는 가격 인상이나 비용 부담이 낮은 다른 약물이 출시될 가능성 등 귀하가 복용하는 약물에 대한 더 많은 정보를 갖고 있습니다. 더 낮은 비용을 가진 선택 사항에 대해 귀하의 처방인과 상의할 수 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 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

K. 귀하의 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

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



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

2 장: 중요한 전화번호 및 지원

서문

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

차례

A. 고객 서비스	24
B. 개인 관리 코디네이터	27
C. Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP, 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램)	29
D. 간호사 상담 전화	30
E. 행동 건강 위기 전화.....	30
F. Quality Improvement Organization (QIO, 품질 향상 조직).....	31
G. Medicare.....	32
H. Medi-Cal	33
I. Medi-Cal 치료 관리 및 정신 건강 옴부즈맨 부서	34
J. 카운티 사회복지 서비스	35
K. 카운티 행동 건강 서비스 기관	36
L. 약물 지불 도움을 위한 프로그램.....	37
L1. Medicare 의 추가 도움.....	37
L2. AIDS Drug Assistance Program (ADAP, 에이즈 약물 도움 프로그램).....	37
L3. Medicare 처방약 지불 플랜	38
M. Social Security (사회보장국)	38



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

N. Railroad Retirement Board, RRB (철도 연금 위원회)	39
O. 고용주 제공 단체 보험 또는 기타 보험	39
P. 기타 자원	40
Q. Medi-Cal Dental	41
R. 안과	42



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

A. 고객 서비스

전화	1-877-412-2734. 통화는 무료입니다. 주 7 일, 24 시간 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. 주 7 일, 24 시간.
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
 - 귀하의 건강 관리에 대한 보장 결정은 다음에 관한 결정입니다:
 - 귀하의 혜택 및 보장된 서비스 또는
 - 귀하의 건강 서비스에 대해 저희가 지불한 금액.
 - 귀하의 건강 관리에 대한 보장 결정에 대해 질문이 있는 경우 저희에게 전화하십시오.
 - 보장 결정에 대한 더 자세한 사항은 귀하의 **회원 안내서 제 9장**을 참조하십시오.
- 건강 관리에 대한 항소
 - 항소는 저희가 귀하의 보장에 대해 내린 결정을 검토해줄 것을 요청하고 저희가 실수를 했거나 저희 결정에 동의하지 않는 경우 이를 변경해줄 것을 요청하는 공식적인 방법입니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

- 항소에 대한 더 자세한 설명은 귀하의 **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 Quality Improvement Organization (품질 개선 기관, QIO) 에 불만을 제기할 수도 있습니다 (**섹션 F**, 31 페이지 참조).
 - 귀하는 **1-877-412-2734** 번을 이용해 저희에게 전화해 귀하의 불만 사항을 설명하실 수 있습니다.
 - 귀하의 불만 사항이 귀하의 건강 관리에 대한 보장 결정과 관련된 경우, 귀하는 항소하실 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) 로 전화하여 도움을 받으실 수도 있습니다.
 - Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램 번호 1-855-501-3077 로 저희 플랜에 대한 불만을 제출하실 수 있습니다.
 - 귀하의 건강 관리에 대한 불만 사항 제기에 관한 자세한 사항은 필요하시면 **회원 안내서 제 9장** 을 참조하십시오.
- 약물에 관한 보장 결정.
 - 약물에 관한 보장 결정이란 다음에 관한 결정을 의미합니다:
 - 귀하의 혜택 및 보장 약물 또는
 - 저희가 귀하의 약물에 대해 지불하는 금액.
 - 오버 더 카운터(처방전 없이 구입 가능한 약) (over-the-counter, OTC) 및 특정 비타민 등 Medicare 에서 보장하지 않는 약물은 Medi-Cal Rx 에서 보장받을 수 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.
 - 귀하의 약물에 대한 보장 결정에 관한 자세한 사항은 **회원 안내서 제 9장** 을 참조하십시오.
- 귀하의 약물에 관한 항소 신청
 - 항소는 저희에게 보장 결정을 변경할 것을 요청하는 절차입니다.
 - 귀하의 처방약에 대한 항소에 관한 자세한 사항은 **회원 안내서 제 9장** 을 참조하십시오.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

- 약물에 관한 불만 사항
 - 귀하는 저희 또는 약국에 대해 불만 사항을 제기하실 수 있습니다. 처방약에 대한 불만도 여기에 포함됩니다.
 - 불만 사항이 귀하의 약물에 대한 보장 결정과 관련된 경우, 귀하는 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.
 - 귀하의 약물에 대한 항소에 관한 자세한 사항은 **회원 안내서 제 9 장** 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 귀하의 **회원 안내서 제 7 장** 을 참조하십시오.
 - 저희에게 청구서를 지불해 달라고 요청하고 저희가 귀하의 요청의 일부라도 거절하는 경우, 귀하는 저희 결정에 항소하실 수 있습니다. **회원 안내서 제 9 장** 을 참조하십시오.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

B. 개인 관리 코디네이터

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

전화	1-877-412-2734. 입니다. 통화는 무료입니다. 주 7 일, 24 시간 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. 주 7 일, 24 시간.
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

귀하의 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 (Nursing Facilities, NF) 을 포함한 Long-term Services and Supports (장기 서비스 및 지원, LTSS) 에 대한 질문
- 지역사회 지원에 대한 질문



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

귀하는 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 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

C. Health Insurance Counseling and Advocacy Program (건강 보험 상담 및 옹호 프로그램, HICAP)

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

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

전화	1-800-434-0222 또는 1-714-560-0424 월요일부터 금요일, 오전 8 시부터 오후 4 시
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 귀하의 질문에 답할 수 있으며 다음에 대해 귀하를 도울 수 있습니다:
 - 귀하의 권리 이해,
 - 귀하의 플랜 선택 이해,
 - 플랜 변경에 대한 질문에 답하기,
 - 귀하의 건강 관리 또는 치료에 대한 불만 사항 제기 및
 - 청구서 또는 클레임 문제에 대한 도움.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

D. 간호사 상담 전화

간호사 상담 전화 (Nurse Advice Call Line) 를 통해 귀하의 건강 우려사항에 대한 질문에 도움을 줄 공인 간호사 (Registered Nurse, RN) 를 이용할 수 있습니다. 귀하의 건강 또는 건강 관리에 대한 질문이 있으시면 간호사 상담 전화로 문의하십시오.

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

E. 행동 건강 위기 전화

생명이 위급한 응급 상황을 겪고 있는 경우 **911** 로 전화하십시오.
 행동 건강 위기를 겪고 있는 경우, 아래에 따라 전화하십시오:

전화	OC Links The Mobile Crisis Assessment Team (CAT) 1-855-625-4657. 이 전화는 무료입니다. 주 7 일, 24 시간. 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 7 일, 24 시간.

행동 건강 위기 상담 전화로 문의해 다음 사항에 도움을 받으십시오:

- 행동 건강 및 약물 남용 서비스에 대한 질문



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

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

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

저희 주에는 Commence Health 라고 불리는 조직이 있습니다. 이것은 Medicare 를 갖고 계신 분들을 위한 관리의 품질을 향상하는 데 도움을 주는 의사 및 기타 건강 관리 전문가들로 이루어진 단체입니다. HICAP 은 독립적인 단체입니다. 저희 플랜과 연관되어 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 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
이메일	communications@commence.ai
웹사이트	https://www.livantaqio.cms.gov/en

다음 도움을 위해 Commence Health 에 문의하십시오:

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



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

G. Medicare

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

Medicare 를 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 전화번호로 거는 전화는 무료이며 주 7 일, 24 시간 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	서면 주소 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” 방문) 를 포함하여 Medicare 에서 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. Medicare 는 귀하의 불만을 신중하게 받아들여 Medicare 프로그램의 품질을 개선하는데 이 정보를 사용합니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 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-Cal 은 주 및 연방 정부에서 재정을 마련합니다.

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

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

전화	1-888-587-8088 월요일부터 금요일, 오전 8 시부터 오후 오전 5 시 30 분.
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 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

I. Medi-Cal 치료 관리 및 정신 건강 옴부즈맨 부서

Office of the Ombudsman (옴부즈맨 부서) 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 8 시부터 오후 5 시.
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 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

J. 카운티 사회복지 서비스

귀하의 가정 내 지원 서비스 (In-Home Supportive Services, IHSS) 혜택에 도움이 필요하신 경우, 귀하의 지역 County Social Services (카운티 사회복지 서비스 부서) 로 문의하십시오. IHSS 는 귀하의 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. 다음은 귀하가 이용하실 수 있는 일부 IHSS 서비스입니다:

- 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 8 시부터 오후 5 시.
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-services/homesupportive-services



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 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 이 전화는 무료입니다. 주 7 일, 24 시간 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 7 일, 24 시간

카운티 전문 정신 건강 플랜에 문의해 다음 사항에 도움을 받으십시오:

- 카운티에서 제공하는 행동 건강 서비스에 관한 질문
- 카운티에서 제공하는 약물 사용 장애 서비스에 관한 질문
- 서비스는 다음을 포함합니다:
 - 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 외래를 포함하는 외래 약물 남용 서비스
 - 치료 서비스
 - 출산 전후 상주 서비스
 - 외래 마약 중독 치료 서비스/상담
 - 마약 치료 서비스 및 Naltrexone (날트렉손)



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

L. 약물 비용 지불에 도움을 주는 프로그램

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

L1. Medicare 의 추가 도움

귀하는 Medi-Cal 자격이 있기 때문에 처방약 플랜 비용을 지불하기 위해 Medicare 로부터 “추가 도움” 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 7 일, 24 시간 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

약국에서 처방약에 대해 잘못된 금액을 지불하고 있다고 생각되시는 경우, 저희 플랜에는 정확한 본인 부담금 자료를 확보할 수 있도록 돕는 절차가 있습니다. 이미 정확한 본인 부담금 증빙 자료를 가지고 계신 경우, 저희가 증빙 자료를 공유해 드릴 수 있습니다.

- 증빙 자료에 대한 지원을 요청하거나 해당 증거를 제공하려면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 주 7 일, 24 시간 연락하십시오.
- 정확한 본인 부담금 수준을 보여주는 증빙 자료를 확보하면 저희는 시스템을 업데이트하여 다음 처방전을 받으실 때 정확한 본인 부담금을 지불하실 수 있도록 할 것입니다. 본인 부담금을 초과 지불하신 경우, 수표 또는 향후 본인 부담금 잔액으로 환불해 드립니다. 약국에서 본인 부담금을 받지 않았고 미납 금액이 있는 경우, 저희가 해당 약국에 직접 지불할 수 있습니다. 주 정부가 귀하를 대신하여 지불한 경우, 저희가 주 정부에 직접 지불할 수 있습니다. 질문이 있으시면 페이지 하단에 있는 전화번호로 저희에게 전화하십시오.

L2. AIDS Drug Assistance Program (ADAP, 에이즈 약물 지원 프로그램)

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 AIDS 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, 자격 기준, 보장 약물 또는 프로그램 가입 방법에 대한 정보를 계속 받을 수 있도록 지역 ADAP 가입 담당자에게 알려십시오. 1-844-421-7050 으로 문의하십시오.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

L3. Medicare 처방전 지불 플랜

Medicare Prescription Payment Plan (처방전 지불 플랜)은 귀하의 현재 약물 보장과 함께 적용되는 자발적 지불 옵션으로, 한해(1월~12월)에 걸쳐 Medicare 파트 D 약물 비용을 분산하여 귀하가 직접 부담하는 비용을 관리하는 데 도움을 드립니다. Medicare 약물 보험이나 약물 보장이 포함된 Medicare 건강 보험(약물 보장이 포함된 Medicare Advantage 플랜 등)에 가입한 사람은 누구나 이 지불 옵션을 사용할 수 있습니다. **이 지불 옵션은 월간 비용을 관리하는 데 도움이 될 수 있지만, 비용을 절감하거나 약값을 낮추지는 않습니다. Medicare 처방약 지불 플랜에 가입되어 있고 동일한 플랜을 유지하는 경우, 이 옵션을 계속 사용하기 위해 별도의 조치를 취할 필요는 없습니다.** 자격이 있는 경우, Medicare의 “추가 도움”과 SPAP 및 ADAP의 지원은 소득 수준에 관계없이 이 지불 옵션에 가입하는 것보다 더 유리하며, 약물 보장이 포함된 플랜은 반드시 이 지불 옵션을 제공해야 합니다. 이 프로그램에 대한 자세한 내용은 이 페이지 하단의 전화번호로 문의하시거나 www.medicare.gov를 방문하십시오.

M. 사회 보장

Social Security (사회보장국)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 7시 사이 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 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

N. Railroad Retirement Board, RRB (철도 연금 위원회)

RRB 는 전국 철도 노동자와 그 가족을 위한 포괄적인 혜택 프로그램을 운영하는 독립적인 연방 기관입니다. RRB 를 통해 Medicare 에 가입되어 있는 경우, 이사를 하거나 우편 주소가 변경되면 RRB 에 알려주십시오. RRB 혜택에 대한 문의는 RRB 기관에 문의하십시오.

전화	1-877-772-5772 통화료는 무료입니다. 월요일, 화요일, 목요일, 금요일 오전 9시부터 오후 3 시 30 분사이, 수요일 오전 9시부터 오후 12 시사이 RRB 담당자와 통화하시려면 "0" 을 누르십시오. 주말과 공휴일을 포함하여 24 시간 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. 통화료는 무료가 아닙니다.
웹사이트	www.rrb.gov

O. 고용주 제공 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.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

P. 기타 지원

Medicare Medi-Cal Ombudsman Program (옴부즈맨 프로그램) 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
- 귀하의 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 Ombudsman Program 은 불만 접수, 항소, 청문회를 지원합니다. 옴부즈맨 프로그램 번호 1-855-501-3077번입니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

Q. 치과

Medi-Cal Dental

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

- 최초 검사, 엑스레이, 세척, 불소 치료
- 보철물 및 크라운
- 의치(틀니), 조정, 수리, 리라인 (reline)
- 부분 및 완전 틀니, 조정, 수리 및 재시공

치과 혜택은 Medi-Cal 치과 Fee-For-Service (서비스마다 지급) 프로그램을 통해 (FFS).

전화	1-800-322-6384 통화는 무료입니다. 월~ 금요일, 오전 8 시~오후 5 시 사이에 메디-칼 치과 서비스 프로그램 담당자의 도움을 받을 수 있습니다.
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 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734**
(TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해
www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

Liberty 치과 플랜을 통한 추가 치과 혜택

Liberty 치과 플랜을 통해 종합적이고 회복적인 치과 서비스를 이용하실 수 있습니다.

추가 치과 혜택에 대한 자세한 내용은 본 **회원 안내서 제 4 장, 섹션 D** 를 참조하십시오.

전화	1-800-322-6384 통화는 무료입니다. 월~ 금요일, 오전 8 시~오후 5 시 사이에 메디-칼 치과 서비스 프로그램 담당자의 도움을 받을 수 있습니다.
TTY	711 이 번호는 듣거나 말하는 데 어려움이 있는 분들을 위한 것입니다. 여기에 전화하시려면 특별한 전화 장비를 갖고 계셔야 합니다.
웹사이트	libertydentalplan.com

R. 안과

특정 시력 서비스는 Vision Service Plan (시력 서비스 플랜, VSP)을 통해 제공됩니다. 여기에는 다음이 포함되지만 이에 국한되지는 않습니다:

- 눈 검사
- 안경, 콘택트렌즈, 수리에 대한 보장

전화	1-855-492-9028 통화는 무료입니다. VSP 담당자는 월요일부터 금요일, 오전 8 시~오후 8 시사이 도와드립니다.
TTY	711 이 번호는 듣거나 말하는 데 어려움이 있는 분들을 위한 것입니다. 여기에 전화하시려면 특별한 전화 장비를 갖고 계셔야 합니다.
웹사이트	www.VSP.com



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 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 *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 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)의 진료	47
D2. 전문의 및 다른 네트워크 의료 제공자의 진료	49
D3. 의료 제공자가 플랜을 떠나는 경우.....	50
D4. 네트워크 소속이 아닌 의료 제공자	51
E. 장기 서비스 및 지원(LTSS)	51
F. 행동 건강(정신 건강 및 약물 남용 장애) 서비스.....	51
F1. 플랜 외에 이용 가능한 Medi-Cal 행동 건강 서비스	51
G. 교통 서비스	54
G1. 비응급 의료 교통편.....	54
G2. 비의료 교통편.....	55



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

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

H. 의학적 응급 상황, 긴급 필요 또는 재난 발생 시 보장되는 서비스.....	56
H1. 의료적 응급 상황 시의 진료	56
H2. 긴급하게 필요한 진료	57
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. 비의학적 건강 관리 종교 기관의 정의	60
K2. 비의료 건강 관리 종교 기의 진료.....	60
L. 내구성 의료 기구 (DME).....	61
L1. 저희 플랜의 회원으로서 DME.....	61
L2. Original Medicare 로 전환하는 경우의 DME 소유권	61
L3. 플랜 회원에게 제공되는 산소 장비 이용 혜택	62
L4. Original Medicare 또는 Medicare Advantage (MA) 플랜으로 전환 시 산소 장비.....	62



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 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 4 장**에 수록돼 있습니다. 보장되는 처방 및 오버 더 카운터 약품에 관한 내용은 **회원 안내서 제 5 장**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 Medicare 에서 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 4 장**의 의료 혜택 차트에 포함되어야 합니다.
- 진료는 **의학적으로 필요해야 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 본 장의 **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. 귀하가 PCP를 선택할 경우, 그 의사가 소속된 건강 네트워크를 선택하는 것입니다. 이것은 주치의가 귀하에게 의뢰를 제공할 때 주치의가 소속된 의료 그룹 내의 전문의 또는 서비스에 의뢰를 한다는 뜻입니다. 건강 네트워크는 CalOptima Health OneCare Complete와 계약을 맺고 저희 회원에게 보장 서비스를 제공하는 의사와 병원 그룹입니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

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

3 장: 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 PCP의 의뢰가 필요하지 않습니다.
- **주치의의 건강 네트워크 의료 제공자에게 진료를 받아야 합니다** (자세한 정보는 이 장의 **섹션 D1**을 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:
 - 저희는 네트워크 외부 의료 제공자의 응급 또는 긴급 진료를 보장합니다(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. 이 경우, 저희는 회원 부담금 없이 진료를 보장합니다. 네트워크 외부 의료 제공자 이용 승인을 받는 방법에 대한 자세한 내용은 이 장의 **섹션 D4**을 참조하십시오.
 - 저희는 회원이 단기간 저희 플랜 서비스 지역 밖에 계시거나, 제공자가 일시적으로 이용 불가능하거나 연락이 불가능한 경우 신장 투석 서비스를 보장합니다.
 - 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 1 장**을 참조하십시오. 저희가 요청을 승인하면 최대 12개월 간 기존 의료 제공자를 계속 이용할 수 있습니다. 이 기간 동안 본 플랜의 개인 관리 코디네이터는 회원이 PCP의 건강 네트워크에 소속된 의료 제공자를 건강 네트워크 내에서 찾도록 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: Medi-Cal 회원은 Medi-Cal이 최후의 지불자이기 때문에 Medi-Cal 가입 전에 다른 모든 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.

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 주 7일 24시간 전화하십시오.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 주 7일 24시간 전화하십시오. 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)** 번으로 주 7 일, 24 시간 연락하여 변경을 요청할 수 있습니다.

D. 의료 제공자의 진료

D1. 주치의 (PCP) 진료

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

PCP 의 정의와 PCP가 제공하는 서비스

PCP 란 무엇인가? PCP 는 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 PCP 가 될 수 있습니까? CalOptima Health OneCare Complete 의료 제공자 및 약국 목록에는 PCP 역할을 할 수 있는 모든 네트워크 제공자가 나열되어 있습니다. 산부인과 의사를 포함한 특정 전문의는 PCP 역할을 하는 데 동의하는 경우 의료 제공자 및 약국 목록에 PCP 로 등록이 가능합니다.

회원은 주치의에게 일상 진료 또는 기본 진료를 받게 됩니다. PCP 는 CalOptima Health OneCare Complete 의 회원으로서 보장받을 수 있는 다른 서비스를 조정하는 일도 하게 됩니다. 서비스를 조정한다는 것은 다른 플랜 의료 제공자와 확인하고 회원의 진료 및 진행에 대해 협의한다는 의미입니다. 어떤 경우에는 회원이 다른 의료 제공자를 이용하거나 특정 보장 서비스 또는 용품에 대한 사전 승인을 받으려면 PCP 를 만나야 합니다. 특정 유형의 보장 서비스나 의료용품의 경우, PCP 의 사전 승인 (전문의 진료에 필요한 의뢰) 을 받아야 합니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

3 장: 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 목록에 주치의 (PCP) 로 등재된 Federally-Qualified Health Centers (연방 자격 보건소, FQHC) 를 주치의로 선택할 수 있습니다.

주치의 (PCP) 선택

CalOptima Health OneCare Complete 는 요청 시 의료 제공자 및 약국 목록 을 제공합니다. 이 목록은 CalOptima Health OneCare Complete 회원에게 서비스를 제공하기 위해 CalOptima Health OneCare Complete 와 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 주 7 일, 24 시간 연락하십시오.

PCP 는 소속된 의료 네트워크 아래에 도시별로 나열되어 있습니다. 주치의로 원하시는 PCP 의 이름을 찾으십시오. PCP 는 선택한 의료 네트워크에 소속이어야 합니다.

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

만약 귀하께서 사용하고자 하는 특정한 전문의나 병원이 있다면, 먼저 귀하의 주치의가 속한 의료 네트워크에 소속되었는지 확인하는 것이 중요합니다. 의료 제공자 및 약국 목록 을 확인하거나 고객 서비스에 문의하여 해당 전문의 또는 병원이 PCP 의 건강 네트워크에 있는지 확인하십시오.

PCP 변경 옵션

언제든지 어떤 이유로든 PCP 를 변경할 수 있습니다. 또한 PCP 가 저희 플랜 네트워크를 탈퇴할 수도 있습니다. PCP 가 네트워크를 탈퇴하는 경우, 저희가 네트워크에서 새로운 PCP 를 찾으실 수 있도록 도와드리겠습니다.

페이지 하단의 전화번호로 고객 서비스에 전화하거나 저희의 안전한 온라인 회원 포털 <https://member.caloptima.org/#/user/login> 에 접속하여 언제든지 PCP 를 변경할 수 있습니다. 대부분의 경우, 새로운 PCP 의 유효 날짜는 요청 접수일 다음 달 1일입니다.

PCP 를 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 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 PCP 의 이름과 전화번호가 기재된 새 회원 ID 카드를 보내드릴 것입니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

회원 안내서

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

저희 플랜의 PCP 들은 건강 네트워크에 소속되어 있습니다. 귀하의 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 귀하가 계속해서 전문의 서비스 또는 다른 서비스를 받으실 수 있는지 확인하여 도와 드릴 것입니다.

PCP 의 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 PCP 의 승인 없이도 받을 수 있습니다:

- 네트워크 제공자 또는 네트워크 외부 제공자의 응급 서비스
- 저희 플랜의 서비스 지역을 일시적으로 벗어나 있거나, 시간, 장소 및 상황을 고려할 때 네트워크 제공자로부터 서비스를 받는 것이 가능하지 않은 경우, 즉시 의료 처치가 필요한 긴급 보장 서비스 (응급 상황은 아님). 예상치 못한 질병 및 부상 또는 기존 질환의 예상치 못한 악화는 긴급하게 필요한 서비스의 예입니다. 의학적으로 필요한 정기적인 제공자 방문 (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 고객 서비스로 전화 주시면, 서비스 지역을 벗어난 동안에도 투석을 받으실 수 있도록 도와드리겠습니다.
- 네트워크 제공자에게서 접종받는 경우 독감 예방 접종, COVID-19 백신, B 형 간염 백신, 폐렴 백신 접종이 보장됩니다.
- 정기적인 여성 건강 관리 및 가족 계획 서비스. 여기에는 네트워크 소속 제공자에게서 접종받는 경우 유방 검진, 유방 촬영 (메모그램), Pap (자궁경부 세포) 검사, 골반 검사가 포함됩니다.

또한, 미국 원주민 회원인 경우 네트워크 소속 PCP 의 진료 의뢰나 사전 승인 없이도 원하는 원주민 의료기관에서 보장 서비스를 받으실 수 있습니다.

D2. 전문의 및 다른 네트워크 의료 제공자의 진료

전문이란 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 PCP 는 전문의 또는 기타 특정 의료 제공자의 진료를 '의뢰 (사전 승인)'할 것입니다. 의뢰의 유형에 따라 PCP가 CalOptima Health OneCare Complete 의 승인을 미리 받아야 할 수도 있습니다 (즉이것을 "사전 승인" 이라고 함). 사전 승인이 필요한 서비스에 대한 내용은 **제 4 장** 의 혜택 차트를 참조하십시오.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

회원 안내서

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

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

- 만성(영구) 증상;
- 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 지급되지 않을 수 있습니다. 자세한 내용은 이 페이지 하단에 있는 고객 서비스에 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 혜택 해에 변경되더라도 저희는 자격을 갖춘 의료 제공자에게 중단 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.
 - 다른 의료 제공자가 플랜에서 떠나는 경우, 의료 제공자에게 배정되었는지, 현재 의료 제공자로부터 치료를 받고 있는지, 지난 3개월 이내에 의료 제공자를 방문했는지 알려드립니다.
- 저희는 회원에게 필요한 건강 관리 요구를 계속 관리할 적격 의료 제공자를 새로 선택하도록 도와드립니다.
- 현재 제공자로부터 치료를 받고 있는 경우 회원은 계속 같은 제공자를 만날 수 있도록 요청할 권리가 있습니다. 저희는 필요한 치료가 계속되는 것을 보장하기 위해 회원과 협력합니다.
- 이용 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 제공자를 진료하려면 사전 승인이 필요합니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

회원 안내서

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

- 이용 중인 의료 제공자 중 한 명이 플랜을떠나는 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 생각되시면, Quality Improvement Organization (품질 개선 기구, QIO)에 진료 품질 불만을 제기할 권리가 있습니다. (자세한 정보를 위해 **제 9 장** 을 참고하십시오.)

D4. 네트워크 소속이 아닌 의료 제공자

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

F. 행동 건강(정신 건강 및 약물 남용 장애) 서비스

의료적 필요가 있을 경우 Medicare 및 Medi-Cal 에서 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 정신 건강 플랜 접근 (Mental Health Plan Access) 번호인 1-800-723-2641을 통해 주 7 일 24 시간 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 정신 건강 플랜에서는 다음과 같은 Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스를 제공합니다:



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

회원 안내서

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

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

OCHCA 정신 건강 플랜에서는 다음과 같은 Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스를 제공합니다:

- 집중 외래 약물 서비스
- 주산기 거주형 약물 사용 장애 치료
- 외래 치료 서비스



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

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

- 마약 치료 프로그램
- 중독 치료를 위한 약물 (Medication Assisted Treatment (약물 보조 치료) 라고도 함)
- 동료 지원 서비스
- 지역사회 기반 이동 위기 개입 서비스
- 비상 관리 서비스

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

- 외래 치료 서비스
- 집중 외래 약물 서비스
- 부분 입원 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
- 조기 개입 서비스 (21세 미만 회원 대상)
- 조기 정기 검진, 진단 및 치료 (21세 미만 회원 대상)
- 입원 치료 서비스

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

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



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

회원 안내서

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

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 교통편을 제공받을 수 있습니다. 비응급 의료 교통편은 의료, 치과, 정신 건강, 약물 남용, 약국 예약 등의 보장 서비스를 위해 제공됩니다. 비응급 의료 교통편이 필요한 경우, 담당 주치의와 상담하여 요청할 수 있습니다. 담당 주치가 회원의 요구 사항을 충족하는 올바른 유형의 운송을 결정합니다. 회원에게 비응급 의료 교통편이 필요할 경우 PCP 는 처방을 위해 양식을 작성하여 CalOptima Health OneCare Complete의 승인을 받기 위해 제출합니다. 의료적 필요에 따라 이 승인은 1 년간 효력이 유지됩니다. 담당 PCP 는 12 개월마다 비응급 의료 교통편에 대한 의료적 필요성을 재평가하고 재승인합니다.

비응급 의료 교통편에는 구급차, 소형 밴, 휠체어 밴 또는 항공편이 포함됩니다. CalOptima Health OneCare Complete 에서는 회원이 진료 예약 장소에 가기 위해 교통편을 필요로 할 경우 회원의 의료적 요구에 맞는 최저 비용의 비응급 의료 교통편을 제공합니다. 예를 들어, 휠체어 밴으로 신체적으로나 의료적으로 이동할 수 있는 경우 CalOptima Health OneCare Complete 에서는 구급차에 대한 비용을 지불하지 않습니다. 건강 상태로 인해 지상 교통수단을 이용하는 것이 불가능한 경우에만 항공 운송을 이용할 수 있습니다.

비응급 의료 교통편은 다음 상황에서 사용해야 합니다:

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

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

의료 교통편 제한 사항

CalOptima Health OneCare Complete 에서는 회원의 집에서 가장 가까운, 예약이 가능한 진료소까지 회원의 의료적 필요를 충족하는 가장 저렴한 의료 운송 서비스를 제공합니다. Medicare 또는 Medi-Cal 에서 보장하지 않는 서비스의 경우 의료용 교통편이 제공되지 않습니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

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

진료 유형이 Medi-Cal 에 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 4 장** 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 교통편을 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 Complete 는 의료 제공자가 승인한 서비스를 위한 비의료적 예약에 갈 때 승용차, 택시, 버스 또는 기타 대중/개인 교통편을 이용하는 것을 허용합니다. CalOptima Health OneCare Complete 에서는 운송업체를 통해 비의료 교통편을 제공합니다. 저희는 귀하의 필요에 맞는 가장 저렴한 비의료적 교통 유형을 제공합니다.

때로는 회원이 마련한 개인 차량을 이용한 것에 대해 비용을 환불해 드릴 수도 있습니다. 이러한 경우 교통편 이용 **전에** CalOptima Health OneCare Complete 의 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 2 일 (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.

비의료적 교통편의 한도

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

다음 경우에는 비의료 교통편이 제공되지 **않습니다**:

- 보장 서비스를 받으러 가기 위해 구급차, 소형 밴, 휠체어 밴 또는 기타 유형의 비응급 의료 교통편 (NEMT) 가 의학적으로 필요한 경우.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

- 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-Cal 에서 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.** 911에 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 때마다 보장되는 응급 의료 서비스를 받을 수 있습니다. 의료 제공자가 네트워크에 속하지 않더라도 가능합니다.
- **최대한 빨리 플랜에 본 응급 상황에 관해 알려십시오.** 저희는 응급 진료의 경과를 확인합니다. 회원 또는 다른 사람이 대개 48 시간 내에 플랜에 연락하여 응급 상황에 대해 알려야 합니다. 그러나 저희에게 늦게 알려더라도 응급 서비스에 대한 비용을 회원이 지불하게 되지는 않습니다. 자세한 내용은 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스로 무료 전화 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오.

의학적 응급 상황에서 보장되는 서비스

Medicare 는 미국 및 그 영토 이외의 지역에서 응급 의료 서비스를 제공하지 않습니다.

CalOptima Health OneCare Complete 는 미국 외에서 받은 응급 의료 서비스에 대해 연간 최대 \$100,000 를 환불해 주는 추가 혜택을 제공합니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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 4 장**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.

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.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

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

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

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 Complete 로 제출하시면, 저희가 의료적 필요성 및 조건을 검토한 후 환불을 해드립니다.

H3. 재해 상황에서 진료 받기

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.

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



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

I. 플랜 보장 서비스의 비용을 직접 청구받는 경우

I보장된 서비스에 대한 비용을 지불했거나 보장된 의료 서비스에 대한 청구서를 받은 경우, **본 회원 안내서 제 7 장** 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 4 장** 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 부담해야할지 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 9 장** 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 4 장** 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. Medicare 에서 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.

Medicare에서 승인한 임상 연구에 참여하길 원하면, 저희에게 알리거나 저희 또는 주치의의 승인을 받을 필요가 **없습니다**. 연구의 일환으로 진료를 제공하는 의료 제공자가 네트워크 제공자일 필요는 **없습니다**. 이는 임상 시험 또는 등록을 통해 혜택을 평가해야 하는 보장 혜택에는 적용되지 않으며, 여기에는 근거 개발 (NCD-CED) 및 임상시험용 의료기기 면제 (IDE) 연구와 함께 보장이 필요한 특정 혜택이 포함됩니다. 이러한 혜택은 사전 승인 및 기타 플랜 규칙의 적용을 받을 수도 있습니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.**

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

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

임상 연구에 참여하기 전에 미리 저희에게 알려 주시기 권장합니다.

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. Medicare 는 연구에서 보장되는 서비스 비용과 치료와 관련된 일상적인 비용을 지불합니다. Medicare 에서 승인한 임상 연구에 참여하면 연구의 일환으로 제공되는 대부분의 서비스와 품목에 대한 보장을 받습니다. 여기에는 다음이 포함됩니다:

- 연구에 참여하지 않더라도 Medicare 에서 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/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf) 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. 비의학적 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.

K2. 비의료 건강 관리 종교 기의 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.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

회원 안내서

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

- “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 Medicare 가 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 4 장** 혜택 차트를 참조하십시오.

L. 내구성 의료 기구 (DME)

L1. 저희 플랜의 회원으로서 DME (Durable medical equipment)

DME 에는 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, 네뷸라이저, 보행기 등이 포함되며 의료적으로 필요한 품목은 의료 제공자가 주문합니다.

신체 인공보조기 등 특정 DME 품목은 회원의 소유가 됩니다.

다른 종류의 DME 는 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 Medicare 에서 DME 를 최대 12 개월 연속 보유했더라도 장비를 소유할 수 **없습니다**.

L2. Original Medicare 로 전환하는 경우의 DME 소유권

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

Medicare 에서 보장하지 않는 서비스는 Medi-Cal 혜택으로 보장됩니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

회원 안내서

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

더 이상 Medi-Cal 에 가입하지 않으신 경우, Original Medicare 에 가입기간동안 13 회 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 13 회 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 Medicare 로 전환할 경우**, 36 개월동안 공급 업체로부터 임대해야 합니다. 월 임대료는 위에 나열된 산소 장비와 용품 및 서비스를 포함합니다. 회원이 아직 Medicare 와 Medi-Cal 에 가입되어 있는 경우, Medicare 와 Medi-Cal 에서 이러한 지불을 보장합니다.

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

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



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

회원 안내서

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

만약 5 년기간 이후 계속 산소 장비가 의학적으로 필요하다면:

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

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



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

제 4 장: 혜택 차트

서문

이 장은 저희 플랜에서 보장하는 서비스 및 서비스에 대한 제약 또는 한도에 관한 내용을 담고 있습니다. 또한 저희 플랜에서 보장하지 않는 혜택도 안내합니다. 주요 용어 및 정의는 본 *회원 안내서의 마지막* 장에 알파벳 순서대로 나와 있습니다.

CalOptima Health OneCare Complete 의 신규 회원: 대부분의 경우 CalOptima Health OneCare Complete 가입을 요청한 다음 달 1 일에 Medicare 혜택을 위해 CalOptima Health OneCare Complete 에 가입됩니다. 이전 Medi-Cal 건강 플랜에서 추가 한 달에 대해 Medi-Cal 서비스를 계속 받을 수 있습니다. 그 후에는 CalOptima Health OneCare Complete 를 통해 Medi-Cal 서비스를 받게 됩니다. Medi-Cal 보장은 공백 없이 지속됩니다. 궁금한 사항이 있으면 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

차례

A. 보장 서비스	66
B. 의료 제공자의 의료비 청구 금지에 관한 규정	66
C. 플랜의 혜택 차트 소개.....	67
D. 플랜 혜택 차트	69
E. 지역사회 지원	121
F. 플랜 외부에서 보장되는 혜택	134
F1. 캘리포니아 지역사회 전환 (CCT).....	134
F2. Medi-Cal Dental.....	135
F3. In-Home Supportive Services (IHSS, 가정 지원 서비스)	136
F4. 1915(c) Home and Community Based Services (HCBS) 면제 프로그램	136
F5. 저희 플랜 외에서 제공하는 카운티 행동 건강 서비스 (정신 건강 및 약물 남용 장애 서비스).....	140
G. 플랜, Medicare 또는 Medi-Cal 이 보장하지 않는 혜택	142



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

A. 보장 서비스

이 장에서는 플랜이 보장하는 서비스에 대해 설명합니다. 또한 보장 대상이 아닌 서비스에 대해서도 알 수 있습니다. 약물 혜택에 대한 정보는 본 **회원 안내서 제 5 장**에 나와 있습니다. 이 장에서는 일부 서비스에 대한 제한 사항도 설명합니다.

Medi-Cal 에서 도움을 받기 때문에 저희 플랜의 규정을 따르는 한 귀하는 보장 서비스에 대해 비용을 지급하지 않습니다. 플랜 규정에 대한 자세한 내용은 본 **회원 안내서 제3장**을 참조하십시오.

어떤 서비스가 보장되는지 확인하는 데 도움이 필요한 경우, 고객 서비스부 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 번으로 주 7 일, 24 시간 전화하십시오.

Medi-Cal 자격을 상실한 경우 CalOptima Health OneCare Complete 는 회원이 Medi-Cal 을 다시 신청하는 동안 최대 6개월 동안 회원의 모든 Medicare 보장 혜택을 계속 보장합니다(계속 자격이 있는 것으로 간주되는 6 개월 기간). 그러나 이 기간 동안에는 해당 Medi-Cal (Medicaid) 주 플랜에 포함된 Medi-Cal (Medicaid) 혜택을 계속 보장하지 않으며 Medi-Cal 이 제공하는 Medicare 보험료 또는 비용 부담금을 귀하를 대신하여 지불하지 않습니다. Medicare 기본 및 추가 혜택에 대한 Medicare 비용 부담 금액은 이 기간 동안 변경되지 않습니다. 그러나 네트워크 외부의 비계약 공급자에게 가는 경우 20% 의 Medicare 비용 부담 (공동 보험) 에 대한 책임이 있을 수 있습니다.

B. 의료 제공자의 의료비 청구 금지에 관한 규정

저희는 의료 제공자가 귀하에게 보장 서비스에 대해 청구하는 것을 허용하지 않습니다. 저희가 의료 제공자에게 비용을 직접 지급하므로 회원에게는 모든 비용으로부터 보호합니다. 이는 의료 제공자가 청구한 금액보다 적은 금액을 의료 제공자에게 지급해도 마찬가지입니다.

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



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

C. 플랜의 혜택 차트 소개

이 혜택 차트에서는 플랜에서 비용을 지급하는 서비스에 대해 확인할 수 있습니다. 보장 서비스는 알파벳순으로 기재되어 있으며 각각의 보장 대상 서비스에 대해 설명합니다.

저희는 다음 규정이 충족될 때 혜택 차트에 나열된 서비스에 대해 비용을 지급합니다. 아래에 설명된 요건을 충족하는 한 회원은 혜택 차트에 나열된 서비스에 대해 비용을 지급하지 않습니다.

- 저희는 Medicare 및 Medi-Cal 보장 서비스를 Medicare 및 Medi-Cal 에서 정한 규칙에 따라 제공 합니다.
- 치료, 행동 건강 및 약물 남용 서비스, 장기 서비스 및 지원, 용품, 장비, 약물 포함한 서비스는 '의학적으로 필요한 것'이어야 합니다. 의학적 필요란 의학적 상태 예방, 진단 또는 치료를 위해 또는 귀하의 현재 건강 상태를 유지하기 위해 필요한 서비스, 용품 또는 약물 등을 나타냅니다. 회원이 병원 또는 양로시설에 입원하지 않도록 해주는 진료도 여기에 포함됩니다. 또 의료적 관행 기준에 맞는 서비스, 용품, 약물도 해당됩니다.
- 새로운 회원의 경우, 첫 90 일 동안은 네트워크 외부 제공자로부터 시작된 서비스에 대한 치료 과정이라도 활성 치료 과정에 대한 사전 승인을 받을 필요가 없을 수 있습니다.
- 진료는 네트워크 의료 제공자로부터 받습니다. 네트워크 의료 제공자는 저희와 협력하는 의료 제공자입니다. 대부분의 경우, 응급 상황이거나 긴급하게 필요한 서비스이거나 또는 귀하의 플랜 또는 네트워크 서비스 제공자가 제공한 의뢰가 아닌 한 저희는 귀하가 네트워크 외부 제공자로부터 받은 서비스에 대해서는 비용을 보장되지 않습니다. 본 **회원 안내서 제 3 장** 에는 네트워크 의료 제공자 및 네트워크 외부 의료 제공자 이용에 대한 추가 정보가 나와 있습니다.
- 귀하에게 진료를 제공하고 귀하의 진료를 관리할 주치의(PCP)나 진료 팀이 지정됩니다. 대부분의 경우 회원이 본인의 주치의가 아닌 의료 제공자나 저희 플랜 네트워크의 다른 의료 제공자를 이용하려면 주치의의 승인을 반드시 먼저 받아야 합니다. 이를 진료 의뢰라고 합니다. 의뢰를 받는 방법 및 의뢰가 필요하지 않는 진료에 대한 정보는 본 **회원 안내서 제 3 장** 을 참조하십시오.
- 혜택 차트에 명시된 일부 서비스는 담당 의사 또는 기타 네트워크 의료 제공자가 먼저 저희의 승인을 받은 경우에 만 보장됩니다. 이를 사전 승인 (PA) 이라고 합니다. 사전 승인 (PA) 이 필요한 보장 서비스는 혜택 차트에 별표 (*) 로 표시되어 있습니다
- 플랜이 치료 과정에 대해 사전 승인 (Prior Authorization, PA) 요청을 승인할 경우, 해당 승인은 보장 기준, 병력, 치료하는 의료 제공자의 권고에 기반해 의료적으로 합당하고, 의료 중단을 피하기 위해 필요하다는 전제하에 유효해야 합니다.
- 자격이 계속될 것으로 판단되는 6 개월 이내에 Medi-Cal 혜택을 상실하더라도 이 플랜의 Medicare 혜택은 계속 받게될 것입니다. 하지만 Medi-Cal 서비스는 보장되지 않을 수도 있습니다. 귀하의 Medi-Cal 자격 요건에 대한 정보는 카운티 가입 자격 사무소 또는 Health Care Options 에 문의하십시오. Medicare 혜택은 유지할 수 있지만, Medi-Cal 혜택은 유지할 수 없습니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 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;
 - 치매;
 - 당뇨병;
 - 말기 간 질환; 투석이 필요한 말기 신장 질환 (ESRD, End-stage renal disease);
 - 재생불량성빈혈, 혈우병, 면역성 혈소판감소성 자반증, 골수이형성증후군, 겸상적혈구빈혈 (겸상적혈구소질 제외), 만성정맥혈전색전성질환에 국한된 중증 혈액질환;
 - HIV/AIDS (에이즈);
 - 천식, 만성기관지염, 폐기종에 국한된 만성 폐질환;
 - 폐섬유증, 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;
 - 개인이 기능을 유지하거나 유지하기 위해 지속적인 치료 서비스가 필요한 질환.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

- 위 만성 질환 중 하나 이상을 앓고 있는 모든 회원이 추가 혜택을 받을 수 있는 것은 아닙니다. 회원은 다음 조건을 충족해야 합니다:
 - 생명을 위협하거나 회원의 전반적인 건강 또는 기능을 심각하게 제한하는 하나 이상의 동반 질환이 있고 의학적으로 복잡한 만성 질환을 앓고 있어야 함.
 - 입원 또는 기타 건강 악화 위험이 높아야 함.
 - 집중 치료 조정이 필요함.
- 추가 혜택 수혜 자격 여부를 확인하기 위해 담당 의료 제공자가 진단을 확인합니다.
- 자세한 내용은 혜택 차트의 “특정 만성 질환 지원” 을 참조하십시오.
- 추가 정보는 저희에게 문의하십시오.

모든 예방적 서비스는 무료입니다. 혜택 차트의 예방적 서비스 옆에는 이 사과  가 표시되어 있습니다.

D. 플랜 혜택 차트

보장 서비스	회원 부담 비용
 복부대동맥류 검사 건강상의 위험이 있는 회원을 대상으로 초음파 검사 비용을 1 회 지원합니다. 저희는 특정 건강상의 위험 요인이 있고 의사, 보조 의사, 전문 간호사, 임상 전문 간호사의 의뢰가 있을 경우에만 이 검사 비용을 보장합니다.	\$0



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

보장 서비스	회원 부담 비용
침술 저희는 월 2 회까지 또는 의학적으로 필요한 경우에는 더 많은 횟수의 외래 침술 서비스에 대해 비용을 부담합니다. 또한 다음과 같이 정의된 만성 요통이 있는 경우 90 일 동안 최대 12회의 침술 방문 비용을 부담합니다: ● 12 주 이상 지속 ● 특이적이지 않음(전이성, 염증성 또는 감염성 질환과 같이 확인될 수 있는 전신적 원인이 없음) ● 수술과 관련 없음 그리고 ● 임신과 관련이 없음. 또한, 상태가 호전되면 만성 요통에 대한 침술을 추가적으로 8회 부담합니다. 만성 요통에 대한 침술 치료는 매년 20회 넘게 받을 수 없습니다. 침술 치료는 호전되지 않거나 상태가 악화되면 중단해야 합니다. 제공자 요건: 의사(사회보장법 (이하 “법”이라 함) 1861(r)(1) 에 정의된 바와 같음)는 해당 주 요건에 따라 침술을 제공할 수 있습니다. 의사 보조 (PA, Physician Assistant), 전문간호사 (NP, Nurse Practitioner) /임상간호전문가 (CNS, Clinical Nurse Specialist) (법 1861(aa)(5) 에 명시된 바와 같음) 및 보조 인력은 해당 주 요건을 모두 충족하고 다음을 충족하는 경우 침술을 제공할 수 있습니다. ● 침술 및 동양의학 인증위원회 (ACAOM, Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine) 의 인증을 받은 학교에서 침술 또는 동양의학 석사 또는 박사 학위를 취득한 경우; 그리고 ● 미국 주, 준주 또는 연방 (예: 푸에르토리코) 또는 컬럼비아 특별구에서 침술을 시행할 수 있는 현재 유효하고 완전하며 유효하며 제한 없는 면허를 소지한 경우. 본 혜택은 다음 페이지에 계속됩니다	\$0



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

회원 안내서

제 4 장: 혜택 차트

보장 서비스		회원 부담 비용
	침술 (계속) 침술을 제공하는 보조 인력은 42 CFR §§ 410.26 및 410.27 의 규정에 따라 의사, PA 또는 NP/CNS 의 적절한 수준의 감독을 받아야 합니다.	
	알코올 오용 검사 및 상담 저희는 알코올 및/또는 약물을 남용하지만 알코올 및/또는 약물 의존증이 없는 성인의 (SABIRT, Screening, Assessment, Brief Interventions and Referral to Treatment) 이라고 하는 알코올 및 약물 남용 선별 검사를 1년에 한 번 지불합니다. 여기에는 임신부도 포함됩니다. 알코올 남용에 대한 양성 반응이 나온 경우 자격을 갖춘 주치의 (PCP) 또는 1 차 진료 시설의 실무자와 매년 최대 4 회의 간단한 대면 상담 세션을 받을 수 있습니다 (상담동안 깨어있고 주의가 산만하지 않은 경우).	\$0
	구급차 서비스* 긴급 상황이든 비상 상황이 아니든 적용되는 구급차 서비스에는 지상 및 항공 (비행기와 헬리콥터) 이 포함됩니다. 구급차는 진료가 가능한 가장 가까운 장소까지 환자를 이송합니다. 다른 수송 수단을 이용할 경우 회원의 건강 또는 생명이 위험해질 정도로 심각한 상황에 한합니다. 그 밖의(비-응급) 구급 차량 서비스를 이용하려면 저희의 승인을 받아야 합니다. 응급 상황이 아닌 경우에도 저희가 구급차 비용을 부담할 수 있습니다. 다른 수송 수단을 이용할 경우 생명이나 건강이 위험해질 만큼 회원의 상태가 심각한 상태여야 합니다. *승인 규정이 적용될 수 있습니다.	\$0
	연례 신체 검사 저희는 회원이 1 년에 한 번 정기 신체 검사를 받도록 권장합니다. 이 검사는 여러분의 건강에 대한 전체적인 평가이며, 필요에 따라 실험실 및 기타 선별 서비스를 포함합니다. 이 검사는 의학적으로 적절한 예방 치료인 경우 보장됩니다.	\$0



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

보장 서비스	회원 부담 비용
 연례 건강 관리 방문 건강 검진은 매년 받을 수 있습니다. 이것을 통해 귀하의 현재 위험 요인에 기초하여 예방 계획을 세우거나 수정합니다. 저희가 12 개월에 1 회 비용을 부담합니다. 참고: 첫 번째 연례 건강 검진은 Welcome to Medicare 검진 후 12 개월 이내에 이루어질 수 없습니다. 그러나 12 개월 동안 파트 B를 받은 후 연례 건강 방문을 받기 위해 Welcome to Medicare 검진을 할 필요는 없습니다.	\$0
 천식 예방 서비스 천식이 잘 조절되지 않는 사람들을 위해 가정에서 흔히 볼 수 있는 유발 요인에 대한 가정 환경 평가와 천식 교육을 받을 수 있습니다.	\$0
 골 질량 측정 적격 회원 (대개 뼈 질량 감소나 골다공증 위험이 있는 사람) 이 받는 특정 절차의 비용을 저희가 부담합니다. 이런 절차는 골 질량 확인, 골 소실 발견, 골질 파약을 위한 것입니다. 저희는 24 개월마다 1 회 또는 의학적으로 필요하다면 더 많은 횟수의 서비스 비용을 부담합니다. 의사의 결과 검토 및 소견 작성 비용도 부담합니다.	\$0
 유방암 검사 (메모그램) 저희는 다음 서비스 비용을 부담합니다: • 35~39 세 기본 메모그램 1 회 • 40 세 이상 여성은 메모그램 12 개월에 1 회 • 임상 유방 검진 24 개월에 1 회	\$0



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

보장 서비스	회원 부담 비용
심장 재활 서비스* 저희는 운동, 교육, 상담과 같은 심장 재활 서비스 비용을 부담합니다. 회원은 의뢰 조건을 충족하고 의사의 의뢰가 있어야 합니다. 저희는 또한 심장 재활 프로그램보다 더 강도 높은 집중 심장 재활 프로그램 비용도 부담합니다. *승인 규정이 적용될 수 있습니다. 의료 제공자에게 문의하여 의뢰를 받으십시오.	\$0
 심혈관 (심장) 질환 위험 감소를 위한 방문 (심장 질환 요법) 심장 질환 위험 감소에 도움이 되는 연 1 회 또는 의학적으로 필요할 경우 그 이상의 일차 진료 의사 (PCP) 방문 비용을 부담합니다. 이 방문 시 의사는 다음과 같이 조치할 수 있습니다: ● 아스피린 복용 상담 ● 혈압 측정 및/또는 ● 건강한 식생활을 위한 정보 제공.	\$0
 심혈관 (심장) 질환 검사 5 년 (60 개월) 에 1 회 심혈관 질환 여부 확인을 위한 혈액 검사 비용을 저희가 부담합니다. 심장 질환 위험이 높아 생길 수 있는 이상도 확인합니다.	\$0
 자궁 경부암 및 질암 검사 저희는 다음 서비스 비용을 부담합니다: ● 모든 여성: 자궁 경부암 검사 (Pap test) 와 골반 검사는 24 개월에 1 회 ● 자궁 경부암 또는 질암 위험이 큰 여성: 자궁 경부암 검사 12 개월에 1 회 ● 지난 3 년 내에 자궁 경부암 검사에서 비정상 결과를 받은 적이 있는 가임기 여성: 자궁 경부암 검사 (Pap test) 12 개월에 1 회 ● 30~65 세 여성: 5 년에 한 번 인유두종 바이러스 (human papillomavirus, HPV) 검사 또는 Pap HPV 동시 검사	\$0



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

보장 서비스	회원 부담 비용
척추 지압 서비스 저희는 다음 서비스 비용을 부담합니다: ● 척추 정렬 교정 Medi-Cal 에서는 침술, 청력학, 작업 치료 및 언어 치료 서비스와 함께 월 2 회 서비스로 제한되는 카이로프랙틱 (척추 지압) 서비스를 보장합니다. Medi-Cal 는 의학적으로 필요한 경우 다른 서비스를 사전 승인할 수도 있습니다. 다음에 해당하는 회원은 척추 지압 서비스를 받을 수 있습니다: ● 임산부(출산일까지, 출산 후 60 일도 포함) ● 전문 간호시설이나 중재 진료 시설, 아급성 진료 시설 내 입소자 ● CalOptima Health OneCare Complete 네트워크 소속 카운티 병원 외래 환자 부서, 외래 환자 진료소, 연방 공인 건강 센터 (Federally Qualified Health Center, FQHC) 또는 농촌 지역 보건소 (Rural Health Clinic, RHC) 에서 제공하는 서비스를 받는 모든 회원. 모든 FQHC, RHC 또는 카운티 병원이 외래 환자 척추 지압 서비스를 제공하는 것은 아닙니다.	\$0
만성 통증 관리 및 치료 서비스 만성 통증 (3개월 이상 지속되거나 재발하는 통증) 을 겪는 분들을 위한 월별 보장 서비스입니다. 통증 평가, 약물 관리, 치료 조정 및 계획 수립 등이 포함될 수 있습니다.	\$0



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

보장 서비스	회원 부담 비용
 결장암 선별 검사 다음 서비스 비용을 부담합니다: ● 대장내시경 검사는 최소 또는 최대 연령 제한이 없으며 고위험군이 아닌 환자의 경우 120 개월 (10년) 마다 한번, 또는 대장암 고위험군이 아니고 이전의 유연한 구불창자경검사를 하고 48 개월 후 인 환자의 경우, 그리고 이전 선별 대장 내시경 검사 후 고위험 환자의 경우 24 개월마다 1회 보장됩니다. ● 대장암 고위험군이 아닌 45 세 이상 환자를 대상으로 한 컴퓨터 단층촬영 대장조영술은 마지막 스크리닝 컴퓨터 단층촬영 대장조영술을 시행한 달로부터 최소 59 개월이 지나거나 마지막 스크리닝 유연 구불창자 내시경 검사 (flexible sigmoidoscopy) 또는 스크리닝 대장내시경 검사를 시행한 달로부터 47 개월이 지나야 보장. 대장암 고위험 환자의 경우, 마지막 선별검사용 컴퓨터 단층촬영 대장조영술 또는 마지막 선별검사용 대장내시경을 시행한 달로부터 최소 23 개월이 지난 후에 시행하는 선별검사용 컴퓨터 단층촬영 대장조영술에 대해 비용을 지불할 수 있음. ● 45 세 이상의 환자를 위한 유연 구불창자 내시경 검사 (flexible sigmoidoscopy) 를 받은 후 고위험군이 아닌 환자의 경우 120 개월에 한 번. 마지막 굴곡성 결장경 검사 또는 바륨 관장으로 인한 고위험 환자의 경우 48 개월마다 1 회 ● 대변 잠혈 검사 45 세 이상 환자 대상 검사. 12 개월에 한 번. ● 고위험 기준을 충족하지 않는 45 세에서 85 세 사이의 환자를 위한 Multitarget 대변 DNA. 3 년에 한 번. ● 45 세에서 85 세 사이이고 고위험 기준을 충족하지 않는 환자에 대한 혈액 기반 바이오마커 검사. 3 년에 한 번. ● 대장암 검진에는 Medicare 보장 비침습적 대변 기반 대장암 검진 결과 양성 판정 후 후속 검진 대장내시경 검사 포함. 본 혜택은 다음 페이지에 계속됩니다	\$0



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

보장 서비스	회원 부담 비용
 결장암 선별 검사 (계속) 대장암 검진에는 계획된 검진유연 구불창자 내시경 검사 (flexible sigmoidoscopy) 또는 검진 대장내시경 검사가 포함되며, 여기에는 조직이나 기타 이물질 제거, 또는 검진 검사와 관련하여, 그 결과로, 그리고 검진 검사와 동일한 임상적 상황에서 시행되는 기타 시술이 포함.	\$0
지역사회 기반 성인 서비스 (Community Based Adult Services, CBAS)* CBAS 는 환자가 주어진 일정에 따라 참석하는 외래 환자 시설 기반 서비스 프로그램입니다. 이 프로그램은 전문 간호, 사회 복지, 요법 (작업, 물리, 언어 등), 개인 건강 관리, 가족/간병인 훈련 및 지원, 영양 서비스, 교통편, 기타 서비스를 제공합니다. 귀하가 자격 기준을 충족하면 CBAS 비용을 저희가 부담합니다. Note: 이용 가능한 CBAS 시설이 없을 경우 저희가 개별적으로 이 서비스를 제공할 수 있습니다. *승인 규정이 적용될 수 있습니다. 의료 제공자에게 문의하여 의뢰를 받으십시오.	\$0



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

보장 서비스	회원 부담 비용
치과 서비스* 저희는 특정 치과 서비스에 대한 비용을 지불합니다. 저희가 보장하지 않는 사항은 아래 섹션 G2에 설명된 Medi-Cal Dental 을 통해 제공될 수도 있습니다. 서비스가 환자의 주요 의학적 상태에 대한 특정 치료의 필수적인 부분인 경우 일부 치과 서비스 비용을 지불합니다. 예로는 골절이나 부상 후 턱 재건, 턱과 관련된 암에 대한 방사선 치료 준비를 위한 발치 또는 장기 이식 전 구강 검사 등이 있습니다**. 저희는 다음을 포함한 포괄적인 치과 서비스에 대한 보장을 제공합니다: ● 제한된 구강 평가, ● 복원 서비스, ● 보철, 그리고 ● 보조적 일반 치과 서비스. Medi-Cal Dental 을 통해 제공되는 치과 혜택에 대한 자세한 내용은 본 회원 안내서 제 4 장, 섹션 F2을 참조하십시오. 치과 의사를 찾는 데 도움이 필요하시면 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7 일, 24 시간 연락 주십시오. *승인 규정이 적용될 수 있습니다. **의료 제공자에게 문의하여 의뢰를 받으십시오.	\$0
 우울증 검사 저희는 매년 1 회 우울증 검사 비용을 부담합니다. 이 검사는 반드시 추적 치료와 의뢰를 제공할 수 있는 일차 진료 환경에서 이루어져야 합니다.	\$0



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

보장 서비스	회원 부담 비용
 당뇨병 검사 회원에게 다음 위험 요인 중 하나라도 있는 경우 이 검사 (공복 포도당 검사 포함) 의 비용을 저희가 부담합니다: ● 고혈압 (하이퍼텐션) ● 비정상 콜레스테롤과 중성지방 수치 (이상 지질 혈증) 병력 ● 비만 ● 고혈당 (포도당) 병력 회원이 비만이고 당뇨병 가족력이 있는 경우를 비롯한 일부 다른 경우에 검사 비용이 보장될 수도 있습니다. 가장 최근의 당뇨병 검진 검사를 받은 날로부터 12 개월마다 최대 2 회의 당뇨병 검진을 받을 수 있습니다.	\$0



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

보장 서비스	회원 부담 비용
 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 ○ 측정용 줄과 측정기의 정확도 확인을 위한 포도당 조절 용액 • 중증 당뇨병성 족병이 있는 당뇨병 환자의 경우 저희가 다음 비용을 부담합니다: ○ 매년 치료용 맞춤형 신발 (삽입물 포함) 한 켤레와 그 부품 및 예비용 삽입물 두 켤레 또는 ○ 매년 속 깊은 신발 한 켤레와 그 부품 및 예비용 삽입물 세 켤레 (신발과 함께 제공되는 맞춤형이 아닌 분리형 삽입물 제외) • 경우에 따라, 당뇨병 관리에 도움이 되는 교육 비용을 부담합니다. 자세한 내용은 고객 서비스부에 문의하십시오. *승인 규정이 적용될 수 있습니다	\$0
Doula (출산 도우미) 서비스 임산부의 경우, 산전 및 산후 기간 동안 출산 도우미 방문 9회 비용과 출산 및 분만 지원 비용을 부담합니다. 최대 9 개의 추가 산후 관리도 제공될 수 있습니다.	\$0



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

보장 서비스	회원 부담 비용
내구성 의료 장비 (Durable medical equipment, DME) 및 관련 용품* ‘내구성 의료 장비 (DME)’의 정의는 본 회원 안내서 제 12 장을 참조하십시오. 저희는 다음 항목을 보장합니다: ● 전동 휠체어를 포함한 휠체어 ● 목발 ● 전동 침대 시스템 ● 침대용 건조 압력 패드 ● 당뇨 용품 ● 자택 사용 용도로 의료 제공자가 주문한 병원 침대 ● 정맥 (Intravenous, IV) 주입 펌프 및 폴 ● 음성 발생 장치 ● 산소 장비 및 용품 ● 흡입기 ● 보행기 ● 표준 곡선 핸들 또는 네발 지팡이 및 교체 용품 ● 경추 견인 (문 고정 방식) ● 뼈 시뮬레이터 ● 투석 관리 장비 그 밖의 품목도 보장될 수도 있습니다. Medicare 및 Medi-Cal 이 일반적으로 비용을 지불하는 의학적으로 필요한 모든 DME 비용을 저희가 지불합니다. 해당 지역의 공급업체가 특정 브랜드나 제조업체를 취급하지 않는 경우 특별 주문할 수 있는지 문의할 수 있습니다. *승인 규정이 적용될 수 있습니다.	\$0



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

보장 서비스	회원 부담 비용
응급 진료 응급 진료는 다음과 같은 서비스를 뜻합니다: ● 응급 서비스 제공 훈련을 받은 의료 제공자가 제공하고 ● 의학적 응급 상태를 치료하는 데 필요한 진료. 의료 응급 상황은 질병, 부상, 심한 통증 또는 빠르게 악화되는 질환을 의미합니다. 이러한 질환은 매우 심각하여 즉시 치료를 받지 않으면 건강과 의학에 대한 일반적인 지식이 있는 사람이라면 누구나 다음과 같은 결과를 예상할 수 있습니다: ● 환자 또는 태아의 건강이 심각한 위험에 처한 상태 또는 ● 신체 기능에 심각한 손상이 초래되는 상태 또는 ● 신체 기관의 심각한 기능 장애가 발생하는 상태 또는 ● 사지 상실 또는 사지 기능 상실. ● 분만 활성화 임산부의 경우 다음 중 하나에 해당하는 경우: ○ 분만 전에 산모를 다른 병원으로 안전하게 이송할 시간적 여유가 없는 경우. ○ 이송하면 산모나 태아의 건강 또는 안전이 위태로워질 수도 있는 경우. 저희는 미국 외 지역에서 응급 상황일 경우 받은 응급 진료 및 응급 교통편에 대해 \$100,000 까지 환불해 드립니다. 미국 내에서 동일한 서비스를 제공받는 데 적용되는 의료적 필요성 및 타당성과 같은 상태에 있을 때 전 세계에서 서비스를 보장받을 수 있습니다. 우선 의료 서비스에 대해 지급을 하고 퇴원 정보 또는 동등한 의료 문서 및 결제 증빙서를 가능한 한 영어 및 미국 달러화로 표기된 것으로 확보해야 합니다. CalOptima Health OneCare Complete 에 모든 필요 서류와 함께 환불 신청서를 제출하면 환불 전에 의료적 필요성과 타당성을 검토합니다.	\$0 네트워크 소속이 아닌 병원에서 응급 진료를 받고 응급 상황이 안정된 후 입원 진료가 필요한 경우 반드시 네트워크 병원으로 돌아가서 진료를 받아 혜택을 계속 받거나 플랜에서 승인한 네트워크 외부 병원에서 입원 치료를 받아야 합니다. 미국 외 지역의 응급 및 긴급 진료와 응급 교통편에 대해서는 귀하가 지급하고, 저희 플랜은 연간 최대 \$100,000 까지 환불해 드립니다.
강화된 약물 혜택 발기부전 치료제는 한 달에 6 정 (제네릭) 을 보장합니다.	\$0



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

보장 서비스	회원 부담 비용
플렉스 카드: 오버-더-카운터 (OTC) 및 식품 및 농산물 수당 OneCare &more™ 카드로 분기당 (3 개월마다) 총 수당 또는 지출 한도 \$167 를 다음 항목에 사용할 수 있습니다: ● 소매점 및 OTC 약물 우편 주문 카탈로그를 통해 구매 가능한 OTC 약물 및 용품 그리고 ● 특정 만성 질환** 이 있는 일부 회원은 분기당 \$167 수당을 사용하여 OTC 약물 외에도 식품 및 농산물을 구입 가능. 이 혜택은 1 월, 4 월, 7월, 10 월 각 분기의 첫날부터 유효하며, 남은 잔액은 다음 분기로 이월되지 않습니다. 이 혜택을 사용하여 감기약 및 기침약, acetaminophen (에드빌), 붕대 및 기타 적격 제품과 같은 OTC 약물을 구매할 수 있습니다. OTC 약물 우편 주문 카탈로그를 통해 주문하는 경우, 품목은 자택으로 직접 배송됩니다. 주문 지침과 수당으로 구매할 수 있는 품목에 대한 자세한 정보가 포함된 우편 주문 카탈로그를 받게 됩니다. 이 혜택을 사용하여 신선 농산물, 통곡물, 냉동 및 통조림 식품을 포함하되 이에 국한되지 않는 허용 식품 및 농산물을 구매할 수 있습니다. 주류, 담배, 설탕이 함유된 음료 및 기타 건강에 해로운 식품은 플렉스 카드 수당으로 구매할 수 없습니다. **모든 회원이 식품 및 농산물 구매 자격이 있는 것은 아닙니다. 식품 및 농산물 구매 자격에 대한 자세한 내용은 이 표의 뒷부분에 있는 “특정 만성 질환 지원” 행을 참조하십시오.	\$0



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

보장 서비스	회원 부담 비용
가족 계획 서비스 귀하는 법에 따라 특정 가족 계획 서비스에 대해 네트워크 내 또는 네트워크 외 의료 제공자를 선택하실 수 있습니다. 이것은 의사, 클리닉, 병원, 약국, 가족 계획 사무소를 선택할 수 있다는 뜻입니다. 저희는 다음 서비스 비용을 부담합니다: ● 가족 계획 검사와 치료 ● 가족 계획 검사실과 진단 검사 ● 가족 계획 방법 (IUC/IUD, 임플란트, 주사, 피임약, 패치 또는 링) ● 가족 계획 처방 용품 (콘돔, 스펀지, 발포제, 필름, 격막, 자궁 경부 캡) ● 임신 인지 기술에 대한 상담 및 교육 그리고/또는 임신 전 건강 상담, 검사와 같은 제한된 임신 서비스 및 성병 (STI, sexually transmitted infections) 을 위한 치료 ● HIV/AIDS 및 기타 HIV 관련 질환에 대한 상담 및 검사 ● 영구 피임 (21세 이상이어야 이 가족 계획 방법을 선택할 수 있습니다. 적어도 수술하기 30 일~180 일 전에 연방 정부 양식인 불임 수술 동의서에 서명해야 합니다.) ● 유전 상담 저희는 일부 기타 가족 계획 서비스 비용도 부담합니다. 그러나 다음 서비스의 경우 네트워크 소속 의료 제공자를 이용해야 합니다. ● 불임의 의학적 상태에 대한 치료 (이 서비스에는 인공 임신법이 포함되지 않습니다.) ● AIDS 와 기타 HIV 관련 증세 치료 ● 유전자 검사	\$0



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

보장 서비스	회원 부담 비용
 건강 및 웰니스 교육 프로그램 특정 질환과 관련된 프로그램을 다양하게 제공합니다. 이 프로그램에는 다음과 같은 내용이 포함됩니다: ● 건강 교육 강좌 ● 영양 교육 강좌 ● 금연 및 담배 사용 중지 및 ● 간호사 상담 전화 다음 옵션을 무료로 이용할 수 있습니다: ● 프로그램에 참여하는 가까운 참여 헬스 센터 또는 YMCA 의 회원권. ● 대상 피트니스 시설 또는 운동 센터 무료 회원권 옵션을 포함하여 특별히 Medicare 수혜자를 위해 설계된 운동 및 건강하게 나이 들기 프로그램 ● 웹 사이트를 통한 여러 주문형 비디오 ● GLP-1 또는 비만 치료제를 복용하는 동안 피트니스, 건강한 식습관, 스트레스, 수면, 체중 감량 등의 주제를 논의할 수 있는 훈련된 코치와 전화, 영상 또는 채팅을 통한 웰빙 코칭 세션 ● 활동 추적기 ● 회원은 혜택 연도당 다음 중 하나의 가정 운동 키트를 수령할 자격이 있습니다 ○ 착용식 피트니스 위치 추적 키트 ○ 매트와 핸드 타올이 포함된 초보자 요가 키트 ○ 2 개의 걷기용 풀이 포함된 걷기/트레킹 키트 ○ 요가 끈과 2개의 요가 블록이 포함된 중급자/숙련자 요가 키트 ○ 필라테스 볼과 타올이 포함된 필라테스 키트 ○ 2 파운드 아령과 운동 밴드가 포함된 초보자 근력 키트 본 혜택은 다음 페이지에 계속됩니다	\$0



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

보장 서비스	회원 부담 비용
 건강 및 웰니스 교육 프로그램 (계속) ○ 수경과 킥보드가 포함된 초보자 수영 키트 ○ 3 파운드 아령과 운동 밴드가 포함된 중급자 근력 키트, ○ 방수 장갑과 수영용 견인 부표가 포함된 숙련자 수영 키트 또는 ○ 5 파운드 아령과 운동 밴드가 포함된 숙련자 근력 키트 ● 온라인 건강하게 나이들기 수업 ● 전용 기사, 동영상, 실시간 가상 수업 및 행사를 위한 웰빙클럽 ● 개별 맞춤형 운동 계획	\$0
청각 서비스* 의사가 수행한 청력 및 균형 감각 검사 비용은 저희가 부담합니다. 이 검사로 치료의 필요성 여부를 확인할 수 있습니다. 의사, 청각학자, 기타 유자격 의료 제공자로부터 외래 환자 진료로 검사를 받는 경우 보장됩니다. 임신했거나 간호 시설에 거주하는 경우 저희는 다음을 포함하여 보청기 비용도 부담합니다: ● 몰드, 소모품, 삽입부품 ● 수리 ● 최초 건전지 ● 보청기 수령 후 교육, 조정, 맞춤을 위한 동일 업체 방문 6회 ● 보청기 시험 착용 기간 임차 ● 보조 청취 장치, 표면 마모 골전도 청각 장치 ● 보청기 관련 청각 및 사후 평가 서비스 *승인 규정이 적용될 수 있습니다. 의료 제공자에게 문의하여 의뢰를 받으십시오.	\$0 CalOptima Health OneCare Complete는 Medi-Cal 보장 금액인 \$1,510에 앞서 OneCare Complete 에서 보장되는 청각 하드웨어 허용 금액 \$500 를 제공하여 총 \$2,010 까지 보장해 드립니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

보장 서비스	회원 부담 비용
특정 만성 질환에 대한 도움 특정 만성 질환이 있거나 입원 위험이 높으며 집중 치료 조정이 필요한 회원은 추가 혜택을 받을 수 있습니다. 만성 질환은 다음과 같습니다: ● 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 상피내 상태 제외; ● 심장 부정맥, 관상동맥 질환, 말초 혈관 질환 및 만성 정맥 혈전색전성 질환에 국한된 심혈관 질환; ● 만성 심부전; ● 치매; ● 당뇨병; ● 말기 간 질환; ● 투석이 필요한 말기 신장 질환 (ESRD, End-stage renal disease); ● 재생불량성 빈혈, 혈우병, 면역성 혈소판감소성 자반증, 골수이형성증후군, 겸상적혈구빈혈(겸상적혈구소질 제외), 만성 정맥혈전색전성 질환에 국한된 중증 혈액 질환 ● HIV/AIDS (에이즈) ● 천식, 만성 기관지염, 폐기종, 폐섬유증, 폐고혈압에 국한된 만성 폐 질환; ● 양극성 장애, 주요 우울 장애, 편집성 장애, 조현병, 분열정동 장애에 국한된 만성 및 장애성 정신 건강 질환; ● 근위축성 측삭 경화증 (ALS, Amyotrophic lateral sclerosis), 간질, 광범위 마비 (예: 편마비, 사지마비, 하지마비, 단마비), 헌팅턴병, 다발성 경화증, 파킨슨병, 다발신경병증, 척추관 협착증 및 뇌졸중 관련 신경학적 결손에 국한된 신경계 질환: 본 혜택은 다음 페이지에 계속됩니다	\$0



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

보장 서비스	회원 부담 비용
특정 만성 질환에 대한 도움 (계속) ● 뇌졸중; ● 장기 이식 후; ● 면역결핍 및 면역억제 질환; ● 인지 장애와 관련된 질환; ● 기능 장애가 있는 질환; ● 시력, 청력 (난청), 미각, 촉각, 후각을 손상시키는 만성 질환; 및 ● 개인이 기능을 유지하거나 유지하기 위해 지속적인 치료 서비스가 필요한 질환 식품 및 농산물 수당 이 혜택에 포함되는 항목에 대한 자세한 내용은 이 표 앞부분의 “플렉스 카드: 오버-더-카우터 (OTC) 및 식품 및 농산물 수당” 줄을 참조하십시오.	\$0
 HIV 검사 다음 회원을 위해 12 개월에 1회 HIV 선별 검사 비용을 부담합니다. ● HIV 선별 검사 요청자 또는 ● HIV 감염 위험이 증가한 경우. 임신한 여성의 경우 임신 기간 중 최대 3회의 HIV 검사 비용을 저희가 부담합니다. 의료 제공자가 권장하는 경우 추가 HIV 검사 비용도 부담합니다.	\$0



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

보장 서비스	회원 부담 비용
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 집에서 지내야 하며 집을 나가는 것이 큰 불편이어야 합니다. 저희는 다음 서비스 비용을 부담하며, 여기에 포함되지 않은 다른 서비스 비용을 부담하는 경우도 있습니다: ● 파트타임 또는 비상근 전문 간호 및 가정 간호 보조 서비스 (가정 간호 혜택을 보장받으려면 전문 간호 및 가정 간호 보조 서비스 총시간이 1 일 8 시간, 1 주 35 시간을 넘지 않아야 함) ● 물리 치료, 작업 치료, 언어 치료 ● 의료 및 복지 서비스 ● 의료 장비 및 용품 *승인 규정이 적용될 수 있습니다. 의료 제공자에게 문의하여 의뢰를 받으십시오.	\$0



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

보장 서비스	회원 부담 비용
가정용 주입 요법* 저희의 플랜은 가정에서 정맥 투여 또는 피하 주사하는 약물 또는 생물학적 물질로 정의되는 가정용 주입 요법에 대한 비용을 부담합니다. 가정 주입을 수행하려면 다음이 필요합니다: ● 항바이러스제 또는 면역 글로불린 (globulin) 과 같은 약물 또는 생물학적 물질 ● 펌프와 같은 장비 그리고 ● 튜브 또는 카테터와 같은 용품. 저희 플랜은 다음을 포함하지만 이에 국한되지 않는 가정 주입 서비스를 보장합니다. ● 회원의 진료 계획에 따라 제공되는 간호 서비스 등의 전문 서비스 ● DME 혜택에 포함되지 있지 않은 회원 훈련 및 교육 ● 원격 모니터링 그리고 ● 자격을 갖춘 가정 주입 요법 공급자가 제공하는 가정 주입 요법 및 가정 주입 약물 제공을 위한 모니터링 서비스. *승인 규정이 적용될 수 있습니다. 의료 제공자에게 문의하여 의뢰를 받으십시오.	\$0



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

보장 서비스	회원 부담 비용
호스피스 서비스 의사 및 호스피스 의료 책임자가 말기 질환으로 판정할 경우 회원은 호스피스를 선택할 수 있습니다. 이는 불치병 환자이고 예상 수명이 6개월 이하인 경우에 해당합니다. Medicare 인증 호스피스 프로그램으로부터 진료를 받을 수 있습니다. 저희 플랜은 저희가 소유, 관리하거나 재정적 이해관계가 있는 프로그램을 포함하여 플랜 지역 내에서 Medicare 인증 호스피스 프로그램을 스찾는 것을 도와드려야 합니다. 호스피스 의사는 네트워크 소속이거나 소속이 아닐 수도 있습니다. 보장되는 서비스에는 다음이 포함됩니다: ● 증상 및 통증 치료 약물 ● 단기 일시 보호 ● 가정 간호 호스피스 서비스 및 Medicare 파트 A 또는 말기 예후와 관련된 Medicare 파트 B 보장 서비스는 Medicare 에 청구합니다: ● Original Medicare (저희 플랜이 아님) 는 호스피스 서비스 및 말기 질환 관련 파트 A 또는 B 서비스에 대한 비용을 호스피스 제공자에게 지불합니다. 호스피스 프로그램에 참여하는 동안 호스피스 제공자는 Original Medicare 에서 지불하는 서비스에 대한 비용을 Original Medicare 에 청구합니다. 저희 플랜의 보장 대상이지만 Medicare 파트 A 또는 Medicare 파트 B 보장 대상이 아닌 서비스의 경우: ● 저희 플랜은 Medicare 파트 A 또는 Medicare 파트 B 보장 대상이 아닌 서비스를 보장합니다. 저희는 말기 질환 관련 여부와 상관없이 서비스를 보장합니다. 이 서비스와 관련하여 회원이 지급하는 비용은 없습니다. 저희 플랜의 Medicare 파트 D 로 보장이 가능할 수 있는 약물: ● 호스피스와 본 플랜에서 동시에 약물을 보장하지 않습니다. 더 자세한 정보는 회원 안내서 제 5 장 을 참고하십시오 본 혜택은 다음 페이지에 계속됩니다	\$0 Medicare 에서 보장하는 호스피스 서비스에 대한 공동 부담금. Medicare 인증 호스피스 프로그램에 가입하면 호스피스 서비스와 말기 질환과 관련된 파트 A 및 파트 B 서비스 비용은 CalOptima Health OneCare Complete 가 아닌 Original Medicare 에서 부담합니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.**

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

회원 안내서

제 4 장: 혜택 차트

보장 서비스	회원 부담 비용
호스피스 서비스 (계속) 참고: 심각한 질병이 있다면, 삶의 질을 높여주는 팀 기반의 환자와 가족 중심의 치료를 제공하는 완화 치료를 받을 수 있는 자격에 해당할 수도 있습니다. 완화 치료는 치유 목적/일반 치료와 동시에 받을 수 있습니다. 자세한 정보는 아래 완화 치료 섹션을 참조하십시오. 참고: 비호스피스 의료 서비스가 필요한 경우 귀하의 개인 관리 코디네이터 및/또는 고객 서비스에 전화하여 서비스 조정에 대해 문의하십시오. 비호스피스 진료는 회원의 말기 질환과 관계가 없는 진료입니다. 저희의 플랜은 호스피스 혜택을 선택하지 않은 불치병 회원을 위한 호스피스 상담 서비스 (단 한번) 비용을 부담합니다.	\$0 Medicare 에서 보장하는 호스피스 서비스에 대한 공동 부담금. Medicare 인증 호스피스 프로그램에 가입하면 호스피스 서비스와 말기 질환과 관련된 파트 A 및 파트 B 서비스 비용은 CalOptima Health OneCare Complete 가 아닌 Original Medicare 에서 부담합니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

보장 서비스	회원 부담 비용
 예방주사 저희는 다음 서비스 비용을 부담합니다: ● 폐렴 백신 ● 독감/인플루엔자 예방 주사, 가을과 겨울 독감/인플루엔자 시즌마다 1 회, 의학적으로 필요한 경우 추가 독감/인플루엔자 예방 주사 ● B 형 간염 백신(회원이 B 형 간염에 걸릴 위험성이 높거나 중간일 경우) ● COVID-19 백신 ● 인유두종 바이러스 (human papillomavirus, HPV) 백신 ● 기타 백신 (회원에게 위험성이 있고 Medicare 파트 B 보장 규정에 부합하는 경우) Medicare 파트 D 보장 규정에 부합하는 기타 백신의 비용을 부담합니다. 자세한 내용은 본 회원 안내서 제 6 장 을 참조하십시오.	\$0
재택 지원 서비스 - 동반자 관리* 저희는 다음 서비스 비용을 부담합니다: ● 교통편: 진료 예약, 식료품 쇼핑, 약물 (Rx) 배달. ● 가사일: 간단한 청소, 정리 및 세탁. ● 사교: 대화, 보드 게임, 독서 및 식사 준비. ● 기술 지침: 새로운 기술 교육, 장치 설치, 원격 의료. ● 운동 및 활동: 걷기, 자전거 타기, 체육관으로 이동하기. ● 원거리 지원: 원격 진료 ● 식료품 및 의약품 (Rx) 배달 등 *의료 제공자에게 문의하여 의뢰를 받으십시오.	\$0 회원은 연간 최대 90 시간의 서비스를 받을 자격이 있습니다. 의뢰가 필요하며, 회원은 CalOptima Health OneCare Complete 의 계약된 의료 제공자를 이용해야 합니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

보장 서비스	회원 부담 비용
입원 진료* 다음 서비스 비용을 부담하며, 여기에 포함되지 않은 의학적으로 필요한 다른 서비스 비용을 부담할 수도 있습니다: ● 2인실 (또는 의학적으로 필요한 경우 1 인실) ● 특별식을 포함한 식사 ● 정규 간호 서비스 ● 특수 치료실 (예: 중환자실, 관상 동맥 집중 치료실) 비용 ● 약물 및 투약 ● 검사실 검사 ● X 선 및 기타 방사선 서비스 ● 필요한 외과 용품과 의료 용품 ● 휠체어와 같은 기구 ● 수술실과 회복실 서비스 ● 물리, 작업, 언어 치료 ● 입원 환자 약물 남용 치료 서비스 ● 경우에 따라 각막, 신장, 신장/체장, 심장, 간, 폐, 심장/폐, 골수, 줄기세포, 장기/다장기 등의 이식. 이식이 필요할 경우 Medicare 승인 이식 센터에서 회원의 사례를 심사하여 이식 대상자 여부를 결정합니다. 이식 제공자는 회원의 거주 지역 또는 다른 서비스 지역에 위치할 수 있습니다. 거주 지역 내의 이식 제공자가 Medicare 수가에 동의할 경우 회원은 이식 서비스를 거주 지역에서 또는 지역 사회 진료 지역 밖에서 받으실 수 있습니다. 저희 플랜에서 일반 지역사회 진료 지역 밖에서 이식 서비스를 제공하고, 회원이 해당 지역에서 이식받는 데 동의할 경우 저희는 본인과 동반자 1 인의 숙박 및 교통편을 제공하거나 비용을 부담합니다. ● 혈액(보관 및 투여 포함) ● 의사 서비스 본 혜택은 다음 페이지에 계속 됩니다	\$0 응급 상태가 안정된 후 네트워크에 속하지 않은 병원에서 입원 진료를 받으려면 플랜의 승인을 받아야 합니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

보장 서비스	회원 부담 비용
입원 진료* (계속) 참고: 입원 환자가 되려면 의료 제공자는 귀하를 병원의 입원 환자로 공식적으로 입원시키는 서류를 작성해야 합니다. 밤새 병원에 있더라도 여전히 “외래 환자”로 간주될 수 있습니다. 입원 환자인지 외래 환자인지 확실하지 않은 경우 병원 직원에게 문의해야 합니다. 자세한 내용은 Medicare 사실 정보 시트인 <i>Medicare Hospital Benefits</i> (병원 혜택) 에서 자세한 정보를 찾을 수 있습니다. 이 안내 자료는 Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf 에서 확인하거나 번호 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 로 전화하여 확인할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 로 전화하십시오. *승인 규정이 적용될 수 있습니다. 의료 제공자에게 문의하여 의뢰를 받으십시오.	\$0
정신 병원 입원 환자 서비스* 저희는 입원이 필요한 정신 건강 진료 서비스의 비용을 부담합니다. ● 독립 정신과 병원의 입원 서비스가 필요할 경우 첫 190 일의 비용을 부담합니다. 그 이후에는 거주지 카운티 정신 건강 관리 기관에서 의학적으로 필요한 정신과 입원 서비스 비용을 부담합니다. 190 일이 넘는 진료에 대한 승인은 거주지 카운티 정신 건강 관리 기관에서 조정합니다. ○ 190 일 한도는 종합 병원 정신과에서 제공하는 입원 환자 정신 건강 서비스에는 적용되지 않습니다. ● 65 세 이상인 경우 정신 질환 치료 기관 (Institute for Mental Disease, IMD) 에서 받는 서비스의 비용을 저희가 부담합니다. *승인 규정이 적용될 수 있습니다.	\$0



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

보장 서비스	회원 부담 비용
입원: 비보장 입원 기간에 대한 병원 또는 전문 간호 시설 (skilled nursing facility, SNF) 입원 서비스 보장* 입원 환자 혜택을 모두 사용했거나 합리적이지 않고 의학적으로 불필요한 입원에 대해서는 저희가 비용을 부담하지 않습니다. 그러나 입원 치료가 보장되지 않는 특정 상황에서는 병원이나 간호 시설에 있는 동안 받는 서비스에 대해 저희가 비용을 부담하는 경우도 있습니다. 자세한 내용은 고객 서비스부에 문의하십시오. 저희는 다음 서비스 비용을 부담하며, 여기에 포함되지 않은 다른 서비스 비용을 부담하는 경우도 있습니다: • 의사 서비스 • 진단 테스트 (예: 검사실 검사) • X 선, 라듐, 동위원소 치료(기사에게 필요한 자재 및 서비스 포함) • 수술 드레싱 • 골절과 탈구에 사용되는 부목, 석고 붕대, 기타 기구 • 기구 교체 또는 수리를 포함한 치과용이 아닌 신체 인공보조기 및 보조기 장치. 이러한 기구는 다음의 전체 또는 일부를 대체하는 기구입니다: ○ 체내 기관(인접 조직 포함) 또는 ○ 기능 상실 또는 기능 장애 상태인 체내 기관의 기능. • 다리, 팔, 등, 목의 부목, 탈장 장치, 인공 다리와 팔과 눈. 파손, 마모, 분실, 환자 상태 변화로 인해 필요한 조정, 수리, 교체가 포함됩니다 • 물리 치료, 언어 치료, 작업 치료 *승인 규정이 적용될 수 있습니다. 의료 제공자에게 문의하여 의뢰를 받으십시오.	\$0



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

보장 서비스	회원 부담 비용
신장 질환 서비스 및 용품* 저희는 다음 서비스 비용을 부담합니다: ● 신장 관리를 가르치고 회원이 자신의 진료에 대하여 유익한 결정을 하도록 돕는 신장 질환 교육 서비스. 4기 만성 신장 질환이어야 하며, 환자의 의사가 진료를 의뢰하여야 합니다. 신장 질환 교육 서비스를 최대 6회 보장합니다. ● 본 회원 안내서 제 3 장에 설명된 대로 일시적으로 서비스 지역을 벗어나거나 이 서비스를 제공하는 의료 제공자를 일시적으로 이용할 수 없거나 접근할 수 없는 경우의 투석 치료를 포함한 외래 투석 치료. ● 병원에 입원하여 특별 진료를 받는 경우, 입원 환자 투석 치료 ● 귀하 및 귀하의 자가 투석 치료를 돕는 사람을 위한 교육 등 자가 투석 훈련 ● 가정 투석 기기와 용품 ● 특정 가정 도우미 서비스 (예: 필요한 경우 훈련된 투석 담당자가 회원의 집을 방문하여 가정 투석 확인, 응급 상황 시 도움 제공, 투석 기기와 물 공급 확인). Medicare 파트 B 에서 일부 투석 약물 비용을 부담합니다. 이에 관한 내용은 이 차트의 'Medicare 파트 B 약물'을 참조하십시오. *의료 제공자에게 문의하여 의뢰를 받으십시오.	\$0



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

보장 서비스	회원 부담 비용
 Lung cancer screening with low dose computed tomography (저선량 컴퓨터 단층촬영, LDCT) 을 이용한 폐암 검사 다음에 해당하는 경우 플랜에서 12 개월마다 1 회 폐암 검사 비용 지급: ● 50~77 세의 경우 그리고 ● 의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료 제공자와 상담 및 공동 의사결정 방문을 한 경우, 그리고 ● 폐암 징후나 증세는 없지만 20년 동안 최소한 매일 1 갑을 흡연한 경우 또는 지금 현재 흡연 중이거나 금연을 한 지 15 년 이내인 경우 첫 번째 검진 후, 저희 플랜은 담당 의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료 제공자의 서면 지시에 따라 매년 추가 검진 비용을 지불합니다. 의료 제공자가 폐암 검진 상담 및 공동 의사결정 방문을 제공하기로 선택하는 경우, 해당 방문은 Medicare 기준을 충족해야 합니다.	\$0
 의학적 영양 치료* 이 혜택은 당뇨병 환자 또는 투석을 하지 않는 신장병 환자에게 제공됩니다. 의사가 진료를 의뢰한 경우, 신장 이식 이후에도 제공됩니다. 저희는 회원이 Medicare 의 의학적 영양 치료 서비스를 받는 첫해에 대면 상담 서비스 세 시간에 대한 비용을 부담합니다. 의학적으로 필요한 경우 추가 서비스가 승인될 수 있습니다. 이후 매년 두 시간의 대면 상담 서비스 비용을 부담합니다. 회원의 증세나 치료, 진단에 변화가 있으면 의사의 의뢰로 치료 시간이 더 늘어날 수도 있습니다. 다음 해에도 치료가 필요할 경우 의사가 매년 해당 서비스를 처방하고 의뢰를 갱신해야 합니다. 의학적으로 필요한 경우 추가 서비스가 승인될 수 있습니다. *의료 제공자에게 문의하여 의뢰를 받으십시오.	\$0



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

회원 안내서

제 4 장: 혜택 차트

보장 서비스	회원 부담 비용
 Medicare 당뇨 예방 프로그램 (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) 저희 플랜은 자격이되는 회원을 위해 MDPP 서비스 비용을 부담합니다. MDPP 는 건강한 습관을 늘리도록 설계되었습니다. 다음과 같은 실천 교육을 합니다: ● 장기 식단 변화 그리고 ● 신체 활동 증가 그리고 ● 체중 감량과 건강한 생활 방식 유지법.	\$0



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

보장 서비스	회원 부담 비용
Medicare 파트 B 처방약* 다음 의약품은 Medicare 파트 B에서 보장합니다. 저희 플랜은 다음 약물 비용을 부담합니다: ● 일반적으로 회원이 손수 투여하지 않고 의사나 병원 외래 환자 또는 외래 수술 센터 서비스를 받을 때 주사 또는 주입되는 약물 ● 내구성 의료 장비 항목을 통해 제공되는 인슐린 (예: 의학적으로 필요한 인슐린 펌프) ● 플랜이 승인한 내구성 의료 장비 (예: 흡입기) 로 복용하는 기타 약물 ● 정맥으로 투여 (IV) 하는 알츠하이머 치료제 Leqembi® (lecanemab 제네릭약) ● 혈우병 환자가 손수 주사하는 혈액 응고 인자 ● 다음에 가입되어 있는 경우 이식/면역 억제성 약물: Medicare 가 장기 이식 비용을 지불한 경우 Medicare 에서 이식 약물 치료법을 보장합니다. 회원은 장기 이식이 보장되는 이식을 받을 시기에 파트 A 가 있어야 하고, 면역 억제성 약물을 받을 때는 파트 B 가 있어야 합니다. 파트 B 가 면역 억제성 약물을 보장하지 않을 경우 Medicare 파트 D 에서 이를 보장합니다. ● 골다공증 주사제. 회원이 거동이 힘들어 외출할 수 없고 폐경 후 골다공증과 관련된 것으로 의사가 확인한 골절이 있으며 약물을 자가 주사할 수 없는 경우 이러한 약물 비용을 저희가 부담합니다 ● 일부 항원: 의사가 항원을 준비하고, 적절하게 지시를 받은 사람 (환자 본인에 해당 가능) 이 적절한 감독 하에 이를 투여할 경우 Medicare 에서 해당 항원을 보장합니다 ● 특정 경구 항암제: 입으로 복용하는 일부 경구 항암제가 주사약 형태 또는 전구약물 (소화되었을 때 주사약과 동일한 활성 성분으로 분해되는 경구제) 로 제공 가능한 경우, Medicare 에서 일부 항암제를 보장합니다. 신규 경구 항암제의 이용이 가능해짐에 따라 파트 B 에서 이를 보장할 수도 있습니다. 파트 B 에서 해당 약물을 보장하지 않는 경우 파트 D에서 보장합니다 본 혜택은 다음 페이지에 계속됩니다	\$0



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

보장 서비스	회원 부담 비용
Medicare 파트 B 처방약* (계속) - 경구 메스꺼움 억제약: 항암 화학 요법의 일부로 복용하는 경구 메스꺼움 억제약을 화학 요법 치료 48 시간 이전~이내에 투여하거나, 정맥 투여 메스꺼움 억제약의 완전한 치료 대체제로 이용하는 경우 Medicare 에서 해당 메스꺼움 억제약을 보장합니다 - 특정 말기신장질환 (End-Stage Renal Disease, ESRD) 이 주사 형태로 제공될 수 있으며 파트 B ESRD에서 이를 보장하는 경우 해당 - 정맥 주사약물 Parsabiv 및 경구제 Sensipar 를 포함하여 ESRD 납부시스템에 따른 칼슘 유사제 및 인산염 결합제 약물 - 헤파린 (의학적으로 필요한 경우 헤파린 해독제) 및 국소 마취제를 포함하는 가정 투석용 특정 약물 - 적혈구 생성 자극제: Medicare 는 ESRD 가 있거나 특정 다른 상태 (예: Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa®, Mircera® 또는 Methoxy polyethylene glycol-epotin beta) 와 관련된 빈혈 치료를 위한 이 약물이 필요한 경우 주사로 erythropoietin 을 보장합니다 1 차 면역 결핍 질환의 가정 치료를 위한 IV 면역 globulin - 비경구 및 경장 영양 (IV 및 튜브 영양) 저희는 또한 일부 백신을 Medicare 파트 B 을 통해 보장하고, 대부분의 성인 백신을 Medicare 파트 D 약물 혜택을 통해 보장합니다. 본 회원 안내서 제 5 장 에 저희 약물 혜택이 설명되어 있습니다. 회원이 처방약 혜택을 받기 위해 준수해야 할 규정도 나와 있습니다. 본 회원 안내서 제 6 장 에는 회원이 저희 플랜을 통해 부담하는 약물 비용이 나와 있습니다. *승인 규정이 적용될 수 있습니다	\$0



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

보장 서비스	회원 부담 비용
간호 시설 진료* 간호 시설 (nursing facility, NF) 은 자택에서 진료를 받을 수는 없으나 병원에 입원할 필요가 없는 이에게 간호를 제공하는 곳입니다. 저희가 비용을 부담하는 서비스에는 다음이 포함되며 이에 국한되지는 않습니다: ● 2 인실(또는 의학적으로 필요한 경우 1인실) ● 특별식을 포함한 식사 ● 간호 서비스 ● 물리 치료, 작업 치료, 언어 치료 ● 호흡기 치료 ● 진료 계획의 일부로 투여하는 약물 (혈액 응고 인자와 같이 신체에 자연적으로 존재하는 물질 포함) ● 혈액 (보관 및 투여 포함) ● 일반적으로 간호 시설에서 제공하는 의료 용품과 외과 용품 ● 일반적으로 간호 시설에서 제공하는 검사실 검사 ● 일반적으로 간호 시설에서 제공하는 X선 및 기타 방사선 서비스 ● 간호 시설에서 제공하는 휠체어 등 기구 사용 ● 의사/진료의 서비스 ● 내구성 의료 장비 ● 치과 서비스(의치 포함) ● 안과 혜택 ● 청력 검사 ● 척추 지압 진료 ● 족병 치료 본 혜택은 다음 페이지에 계속됩니다	\$0



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

보장 서비스	회원 부담 비용
간호 시설 진료 (계속)* 보통 네트워크 시설에서 진료를 받습니다. 그러나 네트워크 소속이 아닌 시설에서 진료를 받는 것이 가능한 경우도 있습니다. 다음 기관에서 저희 플랜의 수가에 동의하면 진료를 받을 수 있습니다: ● 병원에 가기 직전에 거주 중이던 양로 시설이나 평생 주거 의료 복합 단지 (간호 시설 진료를 제공하는 경우) ● 회원이 퇴원하는 시점에 배우자 또는 동거 파트너가 거주 중인 간호 시설. *승인 규정이 적용될 수 있습니다. 의료 제공자에게 문의하여 의뢰를 받으십시오.	\$0
 체중 감량 유지를 위한 비만 검사와 치료 신체 질량 지수가 30 이상이면 체중 감량에 도움이 되는 상담에 대해 비용을 부담합니다. 반드시 일차 진료 환경에서 상담을 받아야 합니다. 이로 인해 귀하의 전체 예방 계획으로 관리할 수 있습니다. 주치의와 상의하여 자세히 알아보십시오.	\$0
오피오이드 치료 프로그램 (Opioid treatment program, OTP) 서비스* 저희 플랜에서는 OTP 를 통해 오피오이드 사용 장애 (opioid use disorder, OUD) 를 치료하기 위한 다음 서비스 비용을 지불하며 여기에는 다음 서비스가 포함됩니다: ● 복용 활동 ● 정기 평가 ● 식품 및 의약국 (Food and Drug Administration, FDA) 에서 승인한 의약품 및 해당하는 경우 이러한 의약품의 관리 및 제공 ● 약물 남용 상담 ● 개인 및 그룹 치료 ● 체내 약물 또는 화학 물질 검사(독성 검사) *승인 규정이 적용될 수 있습니다.	\$0



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

보장 서비스	회원 부담 비용
외래 환자 진단 검사, 치료 서비스, 용품* 다음 서비스 비용을 부담하며, 여기에 포함되지 않은 의학적으로 필요한 다른 서비스 비용을 부담할 수도 있습니다: ● 엑스레이 ● 방사선 (라듐 및 동위 원소) 치료(기사에게 필요한 재료와 용품 포함) ● 외과 용품 (드레싱 등) ● 골절과 탈구에 사용되는 부목, 석고 붕대, 기타 기구 ● 검사실 검사 ● 혈액(보관 및 투여 포함) ● 의사 또는 기타 의료 제공자가 질병 치료를 위해 주문하는 CT 스캔, MRI, EKG 및 PET 스캔과 같은 진단용 비실험실 검사 ● 기타 외래 진단 검사 *승인 규정이 적용될 수 있습니다. 의료 제공자에게 문의하여 의뢰를 받으십시오.	\$0
외래 환자 병원 관찰 저희는 외래 관찰 서비스 비용을 지불하여 입원이 필요한지 또는 퇴원이 가능한지 판단합니다. 이 서비스는 Medicare 기준을 충족해야 하며, 합리적이고 필요한 것으로 간주되어야 합니다. 관찰 서비스는 의사 또는 주법 및 병원 직원 조례에 따라 환자를 병원에 입원시키거나 외래 검사를 지시할 권한이 있는 다른 사람의 지시에 따라 제공되는 경우에만 보장됩니다. 참고: 제공자가 입원 환자로 입원하라는 주문을 내리지 않은 경우, 귀하는 외래 환자입니다. 병원에서 하룻밤을 지내더라도 외래 환자로 간주될 수 있습니다. 외래 환자인지 확실하지 않은 경우 병원 직원에게 문의하십시오. 자세한 정보는 Medicare 정보지 <i>Medicare 병원 혜택</i>에서 확인하실 수 있습니다. 이 정보지는 www.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf에서 확인하실 수 있습니다.	\$0



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

보장 서비스	회원 부담 비용
외래 환자 병원 서비스* 저희는 질병 또는 부상의 진단 또는 치료에 대해 병원의 외래 부서에서 받을 수 있는 의학적으로 필요한 다음과 같은 서비스에 대한 비용을 지급합니다: ● 응급실이나 외래 클리닉에서 받는 서비스 (외래 수술, 관찰 서비스 등) ○ 관찰 서비스는 회원이 '입원 환자'로 병원에 입원해야 하는지를 의사가 알 수 있도록 도와줍니다. ○ 때때로 밤새 병원에 있더라도 여전히 '외래 환자'인 경우도 있습니다. ○ 다음 자료에서 입원 또는 외래 환자에 대한 자세한 정보를 얻을 수 있습니다: es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf. ● 병원이 비용을 청구한 검사실 검사와 진단 검사 ● 해당 진료를 받지 않으면 입원 치료가 필요하다고 의사가 확인한 부분 입원 프로그램 진료를 포함하는 정신 건강 진료 ● 병원이 비용을 청구한 X 선 및 기타 방사선 서비스 ● 부목, 석고 붕대 등의 의료 용품 ● 혜택 차트에 기재된 예방적 검사 및 서비스 ● 자가 투여할 수 없는 일부 약물 *승인 규정이 적용될 수 있습니다. 의료 제공자에게 문의하여 의뢰를 받으십시오.	\$0



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

보장 서비스	회원 부담 비용
정신 건강 외래 진료* 저희는 다음 의료진이 제공하는 정신 건강 서비스의 비용을 부담합니: ● 주 정부 면허를 받은 정신과 의사 또는 의사 ● 임상 심리사 ● 임상 사회 복지사 ● 임상 전문 간호사 ● 공인 전문 상담사(LPC) ● 면허가 있는 결혼 및 가족 상담사 (LMFT) ● 전문 간호사 (NP) ● 의사 보조원 (PA) ● 관련 주법에 따라 허용되는 기타 Medicare 유자격 정신 건강 진료 전문가 저희는 다음 서비스 비용을 부담하며, 여기에 포함되지 않은 다른 서비스 비용을 부담하는 경우도 있습니다: ● 클리닉 서비스 ● 주간 치료 ● 정신 사회 재활 서비스 ● 부분 입원 또는 집중 외래 프로그램 ● 개인 및 그룹 정신 건강 평가와 치료 ● 정신 건강 결과 평가를 위한 임상 징후에 따른 심리 검사 ● 약물 치료 모니터링을 위한 외래 서비스 ● 외래 검사, 약물, 소모품, 보조품 ● 정신과 상담 *승인 규정이 적용될 수 있습니다.	\$0



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

보장 서비스	회원 부담 비용
외래 재활 서비스* 저희가 물리 치료, 작업 치료, 언어 치료 비용을 부담합니다. 외래 재활 서비스는 병원 외래과, 개인 치료사 진료실, 종합 외래 재활 시설 (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORFs) 및 기타 시설에서 받을 수 있습니다. *승인 규정이 적용될 수 있습니다. 의료 제공자에게 문의하여 의뢰를 받으십시오.	\$0
외래 약물 남용 장애 서비스 저희는 다음 서비스 비용을 부담하며, 여기에 포함되지 않은 다른 서비스 비용을 부담하는 경우도 있습니다: ● 알코올 오용 검사 및 상담 ● 약물 남용 치료 ● 유자격 임상이가 제공하는 단체 또는 개인 상담 ● 거주 중독 프로그램의 아급성 해독 ● 외래 집중 치료 센터의 알코올 및/또는 약물 서비스 ● 서방형 Naltrexone (vivitrol) 치료	\$0
외래 수술* 저희는 병원 외래 시설과 외래 수술 센터에서의 외래 수술 및 서비스 비용을 부담합니다. 참고: 병원에서 수술을 받으시는 경우, 의료 제공자에게 입원 환자인지 외래 환자인지 확인하시기 바랍니다. 제공자가 입원 허가를 내리지 않는 한, 귀하는 외래 환자입니다. 병원에서 하룻밤을 머무르더라도 외래 환자로 간주될 수 있습니다. *승인 규정이 적용될 수 있습니다. 의료 제공자에게 문의하여 의뢰를 받으십시오.	\$0



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

보장 서비스	회원 부담 비용
완화 치료 완화 치료는 저희 플랜에서 보장됩니다. 이는 심각한 질병 환자를 위한 치료입니다. 따라서 고통에 대한 예측, 예방, 치료를 통해 삶의 질을 개선하는 환자와 가족 중심의 진료를 제공합니다. 완화 치료는 호스피스가 아니므로, 기대 수명이 6개월 혹은 그 미만이어야 그 요건을 만족하는 것은 아닙니다. 완화 치료는 치유 목적/일반 진료와 동시에 제공됩니다. 해당 치료는 다음을 포함합니다: ● 사전 진료 계획 ● 완화 치료 평가 및 상담 ● 승인된 모든 완화 치료 및 치료 목적의 치료를 포함하는 진료 계획으로, 정신 건강과 의료 복지 서비스를 포함 ● 담당 지정 진료팀의 서비스 ● 진료 조정 ● 통증 및 증상 관리 ● 정신 건강 및 의료 사회 서비스 21세 이상인 경우 호스피스 진료와 완화 치료를 동시에 받을 수 없습니다. 완화 치료를 받고 있으며 호스피스 진료 자격을 충족하는 경우, 언제든지 호스피스 진료로 전환할 것을 요청할 수 있습니다.	\$0



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

보장 서비스	회원 부담 비용
부분 입원 서비스 및 집중 외래 환자 서비스* 부분 입원은 체계화된 적극적 정신과 치료 프로그램입니다. 이 프로그램은 병원 외래 서비스 또는 지역사회 정신 건강 센터에서 제공되는 데 이는 의사, 치료사, 공인 결혼 및 가족 상담사 (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT) 또는 공인 전문 상담사 진료실에서 받는 치료보다 강도가 더 높습니다. 이 서비스를 통해 입원하지 않아도 될 수 있습니다. 집중 외래 서비스는 병원의 외래 서비스, 지역사회 정신건강센터, 연방정부 인가 보건 센터, 농촌 지역의 보건 클리닉에서 제공하는 적극적인 행동(정신) 건강 치료의 체계화된 프로그램으로, 의사, 치료사, LMFT 또는 공인 전문 상담사 진료실에서 받는 치료보다 강도가 더 높지만 부분 입원보다는 강도가 낮습니다. *승인 규정이 적용될 수 있습니다.	\$0



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

보장 서비스	회원 부담 비용
의사/의료 제공자 서비스 (의사 진료실 방문 포함)* 저희는 다음 서비스 비용을 부담합니다: ● 다음과 같은 장소에서 제공되는 의학적으로 필요한 의료 또는 수술: ○ 의사의 진료실 ○ 인증된 외래 수술 센터 ○ 병원 외래과 ● 전문의 상담, 진단, 치료 ● 회원에게 치료가 필요한지 여부를 확인하기 위해 의사가 지시하는 경우, 주치의가 수행하는 기본 청력 검사와 균형 감각 검사 ● 가정 투석 회원을 위한 병원 기반 또는 중환자 접근 병원 기반의 투석 센터, 투석 시설 또는 가정에서의 말기 신장 질환 (end-stage renal disease, ESRD) 관련 월별 방문을 위한 원격 의료 서비스 ● 뇌졸중 증상의 진단, 평가 또는 치료를 위한 원격 의료 서비스 ● 약물 남용 장애 또는 공존 정신 건강 장애가 있는 회원을 위한 원격 의료 서비스 ● 다음과 같은 경우 정신 건강 장애의 진단, 평가 및 치료를 위한 원격 의료 서비스: ○ 첫 번째 원격 의료 방문 전 6개월 이내에 직접 방문 ○ 이러한 원격 의료 서비스를 받는 동안 12 개월마다 직접 방문 ○ 특정 상황에서는 위의 사항에 예외가 있을 수 있음 ○ 농촌 지역 보건소 (rural health clinics) 및 연방 공인 건강 센터 (federally qualified health Centers) 에서 제공하는 정신 건강 방문을 위한 원격 의료 서비스 본 혜택은 다음 페이지에 계속됩니다	\$0



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

보장 서비스	회원 부담 비용
의사/의료 제공자 서비스 (의사 진료실 방문 포함)* (계속) ● 다음과 같은 5~10 분 동안 의사와 진행하는 원격 검사 (예: 전화 또는 화상 채팅) 경우: ○ 회원이 신규 환자가 아니며 ○ 검사가 지난 7일 동안의 진료실 방문과 관련이 없고 ○ 검사가 24 시간 이내의 진료실 방문 또는 가능한 한 가장 빠른 예약으로 이어지지 않은 경우 ● 다음과 같은 회원이 의사에게 보낸 동영상 및/또는 이미지 평가 및 24 시간 이내에 의사가 수행하는 해석 및 후속 조치: ○ 회원이 신규 환자가 아니며 ○ 평가가 지난 7일 동안의 진료실 방문과 관련이 없고 ○ 평가가 24시간 이내에 진료실 방문 또는 가능한 한 가장 빠른 예약으로 이어지지 않은 경우 ● 신규 환자가 아닌 경우 전화, 인터넷 또는 전자 건강 기록을 통해 다른 의사와 상담한 내용 ● 수술 전 2 번째 의견 *승인 규정이 적용될 수 있습니다.	\$0
족병 치료 저희는 다음 서비스 비용을 부담합니다: ● 발 부상과 질환 (예: 추상족지증, 발뒤꿈치 통증 증후군) 의 진단 및 일반 치료나 외과적 치료 ● 다리에 영향을 주는 질환(예: 당뇨)이 있는 회원의 일상적인 발 진료	\$0



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

보장 서비스	회원 부담 비용
 HIV 예방을 위한 노출 전 예방 (PrEP) HIV가 없지만 담당 의사 또는 기타 의료 전문가가 HIV 감염 위험이 높다고 판단하는 경우, 노출 전 예방 (PrEP, pre-exposure prophylaxis) 약물 및 관련 서비스에 대한 보장이 제공됩니다: 자격 요건을 충족하는 경우, 다음을 보장합니다: ● FDA 승인 경구 또는 주사형 PrEP 약물. 주사제를 복용하는 경우, 약물 주사 비용도 보장. ● 12 개월마다 최대 8 회의 개별 상담 세션 (HIV 위험 평가, HIV 위험 감소 및 복약 순응도 포함). ● 12 개월마다 최대 8회의 HIV 검사. ● 1 회 B 형 간염 바이러스 검사.	\$0
 전립선암 검사 50 세 이상 남성의 경우 저희가 다음 서비스 비용을 12 개월마다 1 회 부담합니다: ● 디지털 직장 검사 ● 전립선 특이 항원 (Prostate Specific Antigen, PSA) 검사	\$0



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

보장 서비스	회원 부담 비용
신체 인공 보철 및 보조 기기와 관련 용품* 신체 보조기구는 신체 부위나 기능의 전부 또는 일부를 대체합니다. 해당 서비스는 다음을 제한 없이 포함합니다: ● 보철 및 보조 기기 사용을 위한 검사, 장착 또는 훈련 ● 장루 관리에 관련된 장루 주머니와 용품 ● 영양 공급 키트, 주입 펌프, 튜브 및 어댑터, 용액, 자가 투여용 용품을 포함한 장내 및 비경구 영양 공급 ● 맥박 조정기 (pacemakers) ● 교정기 ● 보형 신발 ● 의수와 의족 ● 유방 보형물 (유방 절제술 후 외과적 브래지어 포함) ● 질병, 부상 또는 선천적 결손으로 인해 제거되거나 손상된 얼굴 신체 외부 부분 전체를 대체하는 인공 기관 ● 실금 크림제 및 기저귀 저희는 보철 및 보조 기기와 관련한 일부 용품 비용을 부담합니다. 보철 및 보조 기기와 수리 또는 교체 비용도 부담합니다. 백내장 제거 또는 백내장 수술 후 일부를 보장합니다. 자세한 내용은 이 차트의 후반부에 있는 '안과 진료'를 참조하십시오. *승인 규정이 적용될 수 있습니다.	\$0
폐 재활 서비스* 저희는 중등에서 중증의 만성 폐쇄 폐질환 (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) 이 있는 회원의 폐 재활 프로그램 비용을 부담합니다. 회원은 COPD 를 치료하는 의사나 의료 제공자로부터 반드시 폐 재활 프로그램에 대한 의뢰를 받아야 합니다. *승인 규정이 적용될 수 있습니다. 의료 제공자에게 문의하여 의뢰를 받으십시오.	\$0



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

보장 서비스	회원 부담 비용
 C 형 간염 바이러스 감염 검진 주치의 또는 기타 자격을 갖춘 의료 제공자가 C형 간염 검진을 지시하고 다음 조건 중 하나를 충족하는 경우, 검진 1회가 보장됩니다: ● 불법 주사 약물을 사용하거나 사용한 적이 있어 위험성이 높은 경우 ● 1992 년 이전에 수혈을 받은 경우 ● 1945 년~1965 년 사이에 출생한 경우. 1945 년~1965 년 사이에 출생했지만 위험성이 높지 않는 경우, 검진 1회 비용을 부담합니다. 위험성이 높은 경우(예: 이전 C 형 간염 검진 음성 결과 이후 불법 주사 약물을 계속 사용한 경우)에는 매년 검진 비용을 부담합니다.	\$0
 성 매개 감염 (STI) 검사 및 상담 저희는 클라미디아, 매독, 임질, B 형 간염 등에 대한 검사 비용을 부담합니다. 임산부와 STI 위험이 큰 일부 사람이 이러한 검사를 보장받습니다. 주치의가 이 검사를 지시해야 합니다. 저희는 이 검사의 비용을 12 개월마다 1회 또는 임신 중 일정 횟수까지 부담합니다. 성생활이 활발한 STI 위험이 큰 성인들의 경우 매년 2 회까지 고강도 대면 행동 상담 비용도 저희가 부담합니다. 상담 시간은 매회 20~30 분입니다. 이 같은 상담을 주치의가 제공하는 경우에 한해 예방 서비스 차원에서 비용을 부담합니다. 상담은 반드시 의사의 진료실과 같은 일차 진료 환경에서 이루어져야 합니다.	\$0



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

보장 서비스	회원 부담 비용
전문 간호 시설(SNF) 진료* 전문 간호 시설 치료에 대한 정의는 제 12 장 을 참조하십시오. 저희는 다음 서비스 비용을 부담하며, 여기에 포함되지 않은 다른 서비스 비용을 부담하는 경우도 있습니다: ● 2 인실 (또는 의학적으로 필요한 경우 1 인실) ● 특별식단을 포함한 식사 ● 전문 간호 서비스 ● 물리 치료, 작업 치료, 언어 치료 ● 혈액 응고 인자 같이 신체에 자연적으로 존재하는 물질 포함한 회원 진료 계획의 일부로 투여하는 약물 ● 보관 및 투여 포함한 혈액 ● SNF 에서 제공하는 의료 용품과 외과 용품 ● SNF 에서 제공하는 검사실 검사 ● 간호 시설에서 제공하는 X 선 및 기타 방사선 서비스 ● 기구 (간호 시설에서 제공하는 휠체어 등) 사용 ● 의사/의료 제공자 서비스 보통 네트워크 SNF 시설에서 관리를 받습니다. 특정 조건상 저희 네트워크에 속하지 않은 시설에서 치료가 가능한 경우도 있습니다. 다음 기관에서 저희 플랜의 수가에 동의하면 진료를 받을 수 있습니다: ● 병원에 가기 전에 거주하던 양로시설이나 평생 주거 의료 복합 단지 (간호 시설 진료를 제공하는 경우) ● 회원이 퇴원하는 시점에 배우자 또는 동거 파트너가 거주하고 있는 간호 시설. * 승인 규정이 적용될 수 있습니다. 의료 제공자에게 문의하여 의뢰를 받으십시오.	\$0



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

보장 서비스	회원 부담 비용
 흡연 및 토바코 사용 중단 다음 기준을 충족하는 외래 및 입원 환자에게 흡연 및 담배 사용 중단 상담이 보장됩니다: ● 담배 관련 질병의 징후나 증상 유무와 관계없이 담배를 사용하는 경우 ● 상담 중 정신이 명료하고 적절하게 행동하는 경우 ● 자격을 갖춘 의사 또는 Medicare 에서 인정하는 다른 의료 전문가가 상담을 제공하는 경우 저희는 연 2 회 금연 시도를 보장합니다 (각 시도에는 최대 4 회의 중간 또는 집중 세션이 포함될 수 있으며, 연간 최대 8 회까지 가능합니다).	\$0



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

보장 서비스	회원 부담 비용
감독 운동 요법 (Supervised exercise therapy, SET)* 저희는 말초 동맥 질환 (peripheral artery disease, PAD) 치료를 담당하는 의사로부터 PAD 에 대한 의뢰를 받은 PAD 증상이 있는 회원에 대해 SET 비용을 부담합니다. 플랜에서 다음에 대한 비용을 부담합니다: - 모든 SET 요구 사항이 충족되는 경우 12 주 기간 동안 최대 36 회 세션 - 의료 서비스 제공자가 의학적으로 필요하다고 판단하는 경우 시간이 지남에 따라 추가적인 36 회 세션 SET 프로그램은 다음과 같아야 합니다”: - 혈류 부족 (파행) 으로 인해 다리 경련이 있는 회원을 위한 PAD 치료 운동 훈련 프로그램 30~60 분 세션 - 병원 외래 환경 또는 의사 진료실에서 진행 - 이익이 해로운 정도를 초과한다는 것을 확인하고 PAD 치료를 위한 운동 치료 교육을 받은 적격 인력이 제공 - 기본 및 고급 생명 유지 기술에 대해 교육을 받은 의사, 의사 보조원 또는 전문 간호사/임상 전문 간호사의 직접적인 감독하에 진행 *승인 규정이 적용될 수 있습니다. 의료 제공자에게 문의하여 의뢰를 받으십시오.	\$0



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

보장 서비스	회원 부담 비용
교통편: 비용급 의료 교통 서비스* 이 혜택은 플랜 및 Medicare 에서 보장하는 서비스를 위한 의료 운송을 허용합니다. 구급차, 환자 수송용 승합차, 휠체어 승합차 의료 교통편 서비스, 준 공공 교통편 이용 등이 해당될 수 있습니다. 다음 경우에 교통편이 승인됩니다: 회원의 의료 제공자가 건강 및/또는 신체 상태로 인해 버스, 승용차, 택시 또는 기타 대중교통이나 개인 교통수단을 이용할 수 없다고 판단하는 경우, 사전 승인이 필요하며, 플랜에 연락하여 교통편을 예약하는 것이 필요 합니다. 최소 2영업일 전에 1-866-612-1256 (TTY 711) 으로 전화하여 교통편을 예약하십시오. 이 서비스 이용 방법에 대한 자세한 내용은 제 3 장, 섹션 G1 을 참조 하십시오. *승인 규정이 적용될 수 있습니다. 의료 제공자에게 문의하여 의뢰를 받으십시오.	\$0



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

보장 서비스	회원 부담 비용
교통편: 비의료 교통 서비스 이 혜택은 승용차, 택시 또는 기타 공공/개인 교통수단으로 의료 서비스에 접근할 수 있도록 합니다. Medi-Cal이 보장하는 치과 진료 및 약물 픽업을 포함한 필요한 의료 서비스를 받기 위해 교통편이 필요합니다. Medi-Cal 과 Medicare 가 동시에 보장하는 서비스를 위한 교통수단이 보장됩니다. 이 혜택은 비응급 의료 교통편 혜택을 제한하지 않습니다. 혜택에는 다음이 포함됩니다: ● 출발지 주소 반경 10 마일 내 무제한 체육관 왕복 이동 교통편은 오렌지 카운티 내에서 시작하거나 끝나야 합니다. ● 교통편 수단에는 다음이 포함됩니다: ○ 일간/월간 버스 승차권 ○ OC Access 바우처 ○ 택시/ RideShare 근무일 기준 최소 2 영업일 전에번호 1-866-612-1256 (TTY 711) 으로 전화하여 교통편을 예약하십시오. 교통편은 해당 플랜을 통해 예약해야 합니다. 플랜을 통해 예약되지 않은 교통편에 대해서는 플랜에서 환불해 드리지 않습니다.이 서비스에 대한 자세한 내용은 제 3 장, 섹션 G2 를 참조하십시오.	\$0



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

보장 서비스	회원 부담 비용
긴급하게 필요한 진료 긴급하게 필요한 진료는 다음을 치료하기 위한 진료입니다: ● 즉시 의학적 치료가 필요한 비응급 상태 또는 ● 예상하지 못한 질병 또는 ● 부상 또는 ● 바로 진료가 필요한 증세. 긴급하게 진료가 필요한 회원은 먼저 네트워크 의료 제공자에게 긴급 진료를 받도록 노력해야 합니다. 하지만 회원의 시간, 장소 또는 상화에 따라 네트워크 의료 제공자를 방문할 수 없는 경우(예로 플랜의 서비스 지역을 벗어난 경우 예상하지 않는 상태로 인해 의학적으로 즉시 서비스가 필요하지만 의학적 응급 상황은 아님) 네트워크 소속이 아닌 의료 제공자에게 진료를 받을 수 있습니다. 본 플랜에서는 미국 외 지역에서 응급 치료, 긴급 치료 및 응급 교통편일 경우 받은 서비스에 대해 [최대] \$100,000 까지 보장해 드립니다. 미국 내에서 동일한 서비스를 제공받는 데 적용되는 의료적 필요성 및 타당성과 같은 상태에 있을 때 전 세계에서 서비스를 보장받을 수 있습니다. 우선 의료 서비스에 대해 지급을 하고 퇴원 정보 또는 동등한 의료 문서 및 결제 증빙서를 가능한 한 영어 및 미국 달러화로 표기된 것으로 확보해야 합니다. CalOptima Health OneCare Complete 에 모든 필요 서류와 함께 환급 신청서를 제출하면 지급 전에 의료적 필요성과 타당성을 검토합니다.	긴급하게 필요한 서비스 \$0. 미국 외 지역의 응급 및 긴급 진료와 응급 교통편에 대해서는 회원이 지급하고, 저희 플랜은 연간 [최대] \$100,000 까지 환불해 드립니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

보장 서비스	회원 부담 비용
 시력 관리 저희는 다음 서비스 비용을 부담합니다: - 정기 눈 검사 연 1 회 그리고 2 년마다 안경 (안경테, 렌즈) 또는 콘택트 렌즈 및 수리를 위해 최대 \$500 지불 저희는 눈 질환과 부상의 진단 및 치료를 위한 외래 의사 서비스 비용을 부담합니다. 예로 노화로 인한 황반변성 치료가 여기에 포함됩니다. 녹내장 위험이 높은 회원의 경우, 저희가 매년 1 회 녹내장 검사 비용을 부담합니다. 다음 경우에 녹내장 위험이 높습니다: - 녹내장 가족력이 있는 사람 - 당뇨병 환자 - 만 50 세 이상 아프리카계 미국인 65 세 이상인 히스패닉 미국인 당뇨병 환자의 경우, 저희는 1년에 한 번 당뇨병성 망막증 검진 비용을 지불합니다. 백내장 수술 후 의사가 인공수정체를 삽입할 때마다 안경이나 콘택트렌즈 한 쌍에 대한 비용을 지불합니다. 두 번의 백내장 수술을 따로 받은 회원은 반드시 각 수술 후 한 벌의 안경을 받아야 합니다. 첫 번째 수술 후 한 벌의 안경을 받지 않았더라도 두 번째 수술 후 두 벌의 안경을 받을 수는 없습니다.	\$0 눈 질병 또는 상태를 진단하고 치료하기 위한 검사 (연간 녹내장 검사 포함) \$0 정기 안과 검사 (매년 최대 1 회) 저희 플랜에서는 1 번의 안경 (안경테와 렌즈) 또는 콘택트 렌즈 및 수리에 대해 2 년마다 최대 \$500 을 부담합니다. \$0 백내장 수술 후 안경 또는 콘택트렌즈 공제금.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

보장 서비스	회원 부담 비용
 ‘Welcome to Medicare (Medicare 가입 환영)’ 예방 검진 방문 저희는 1 회의 ‘Welcome to Medicare’ 예방 검진 방문 비용을 부담합니다. 이 방문에는 다음이 포함됩니다: ● 회원의 건강 점검 ● 회원에게 필요한 예방 서비스에 대한 교육과 상담 (검사와 주사 포함) 그리고 ● 필요 시 기타 진료를 받기 위한 의뢰서. 참고: 회원이 처음으로 Medicare 파트 B에 가입한 최초 12 개월에 한해 ‘Welcome to Medicare’ 예방 검진 방문 비용을 저희가 부담합니다. 예약 시 의사 진료실에 ‘Welcome to Medicare’ 예방 검진을 원한다고 알려 주십시오.	\$0

E. 지역사회 지원

개별 진료 계획 (Individualized Care Plan) 에 따라 지역사회 지원을 받을 수 있습니다. 지역사회 지원은 Medi-Cal 주 정부 플랜의 보장을 받는 사람들에게 의학적으로 적절하고 비용 효율적인 대안 서비스 또는 환경을 말합니다. 이러한 서비스는 회원의 선택 사항입니다. 자격이 있는 경우, 해당 서비스는 더욱 독립적인 생활을 하는 데 도움이 될 수 있습니다. 해당 서비스가 Medi-Cal 을 통해 이미 받고 있는 혜택을 대체하지는 않습니다. 저희가 제공하는 지역 사회 지원의 예는 다음과 같습니다:

주거 이전 탐색 서비스: 주거 이전 서비스 (Housing Transition Navigation Services, HTNS) 는 회원의 주택 찾기, 신청 및 확보를 지원합니다. 회원에게 제공되는 서비스는 개별적인 필요 사항 평가를 기반으로 하며, 회원의 주택 지원 계획에 문서화되어야 합니다.

- 자격 요건은 다음과 같습니다:
 - 회원은 다음의 사회적 및 임상적 위험 요소 요구 사항을 충족해야 합니다:
 - **사회적 위험 요소 요구 사항:** Code of Federal Regulations (연방 규정집, CFR) 제 24 편 제 91.5 절에 정의된 바와 같이 노숙을 경험하거나 노숙 위험이 있는 경우, 다음 세 가지 수정 사항이 적용됩니다:
 - 시설에서 퇴소하는 경우, 시설 입소 직전에 노숙 상태였거나 시설 입소 기간 중 노숙 상태가 된 경우, 시설 입소 기간과 관계없이 노숙자로 간주됩니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

- 임박하게 주거를 잃게 될 개인 또는 가족의 경우, 현재 HUD (Housing and Urban Development, 주택 및 도시 개발) 정의에 따라 노숙자로 간주되는 개인의 경우 14 일, 노숙 위험에 처한 개인의 경우 21 일에서 30 일로 연장됩니다; 그리고
- 24 CFR 91.5 조에 따른 노숙 위험 정의의 경우, HUD가 정한 해당 지역의 중위 가구 소득의 30% 미만 연소득 요건은 적용되지 않습니다.
- **임상적 위험 요인 요구 사항:** 다음 적격 임상적 위험 요인 중 하나 이상을 가져야 합니다:
 - Medi-Cal Specialty Mental Health Services (전문 정신 건강 서비스, SMHS) 접근 기준을 충족합니다.
 - DHCS 지역사회 지원 정책 가이드에 정의된 Drug Medi-Cal (약물 Medi-Cal, DMC) 또는 약물 Medi-Cal Organized Delivery System (조직 배달 시스템, DMC-ODS) 접근 기준을 충족합니다.
 - 하나 이상의 심각한 만성 신체 건강 질환을 앓고 있습니다.
 - 하나 이상의 신체, 지적 또는 발달 장애를 앓고 있습니다.
 - 임신 중인 경우에서 산후 12 개월까지의 회원입니다
- 또는
- 임시 임대료 수혜 자격이 있는 회원. 이러한 회원은 자동으로 HTNS 수혜 자격이 있습니다.
- 또는
- 장애가 있거나 심각한 만성 질환이 있거나 심각한 정신 질환이 있거나, 시설에 수용되어 있거나, 물질 사용 장애로 인해 주거 서비스가 필요하거나, 감옥에서 나오거나, 지역 노숙자 조정 진입 시스템 또는 이와 유사한 시스템을 통해 영구 지원 주택 단위 또는 임대 보조금 자원에 우선 순위가 지정된 회원.
- 제한 사항은 다음을 포함합니다:
 - 서비스에는 숙식 제공이나 임대료 지원금 지급이 포함되지 않습니다.
 - 서비스에는 숙식 제공 조항이 적용되지 않습니다.
 - HTNS 에 따라 취해야 할 조치는 회원의 주택 지원 계획에 합리적이고 필요한 것으로 명시되어야 합니다.
 - 서비스 기간은 필요한 기간만큼 가능하며, 적격 회원이 이 서비스를 받을 수 있는 횟수에는 제한이 없습니다.
 - 회원이 주택 보증금 및/또는 임시 임대료를 받기 전에 HTNS 를 받는 것이 적절하고 최선이지만, 이는 필수 조건은 아닙니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

회원은 자가 의뢰, 의료 제공자의 의뢰, 지역사회 지원 제공자의 의뢰를 통해 의료를 요청하여 해당 서비스를 이용할 수 있습니다. 의뢰 양식은 CalOptima Health 웹사이트 <https://www.caloptima.org/en/community-impact/calaim#toolkits> 에서 의뢰 양식을 확인할 수 있습니다.

주택 보증금: 주택 보증금은 개인이 기본적인 가구를 구성하는 데 필요한 일회성 서비스 및 개조 비용을 파악, 조정, 확보 또는 지원하는 데 사용됩니다. 회원에게 제공되는 서비스와 물품은 개별적인 필요 사항 평가를 기반으로 하며, 회원의 주택 지원 계획에 문서화되어야 합니다.

- 자격 요건은 다음과 같습니다:
 - 회원은 다음의 사회적 및 임상적 위험 요소 요구 사항을 충족해야 합니다:
 - 사회적 위험 요소 요구 사항: Code of Federal Regulations (연방 규정집, CFR) 제 24 편 제 91.5 절에 정의된 바와 같이 노숙을 경험하거나 노숙 위험이 있는 경우, 다음 세 가지 수정 사항이 적용됩니다:
 - 시설에서 퇴소하는 경우, 시설 입소 직전에 노숙 상태였거나 시설 입소 기간 중 노숙 상태가 된 경우, 시설 입소 기간과 관계없이 노숙자로 간주됩니다;
 - 주택을 곧 잃게 될 개인 또는 가족의 경우, 현재 HUD (Housing and Urban Development, 주택 및 도시 개발) 정의에 따라 노숙자로 간주되는 개인의 경우 14 일, 노숙 위험에 처한 개인의 경우 21일에서 30 일로 연장됩니다; 그리고
 - 24 CFR 91.5 조에 따른 노숙 위험 정의의 경우, HUD 가 정한 해당 지역의 중위 가구 소득의 30% 미만 연소득 요건은 적용되지 않습니다.
 - 임상적 위험 요인 요구 사항: 다음 적격 임상적 위험 요인 중 하나 이상을 가져야 합니다:
 - Medi-Cal Specialty Mental Health Services (전문 정신 건강 서비스, SMHS) 접근 기준을 충족합니다.
 - DHCS 지역사회 지원 정책 가이드에 정의된 Drug Medi-Cal (약물 Medi-Cal, DMC) 또는 약물 Medi-Cal Organized Delivery System (조직 배달 시스템, DMC-ODS) 접근 기준을 충족합니다.
 - 하나 이상의 심각한 만성 신체 건강 질환을 앓고 있습니다.
 - 하나 이상의 신체, 지적 또는 발달 장애를 앓고 있습니다, 또는
 - 임신 중인 경우에서 산후 12 개월까지의 회원입니다
 - 임시 임대료 (Transitional Rent) 수급 자격이 있다고 판단된 회원. 이러한 회원은 자동으로 주택 보증금 수급 자격이 있습니다.

또는

또는



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

- 장애가 있거나 심각한 만성 질환 및/또는 심각한 정신 질환을 앓고 있거나, 시설에 수용되었거나, 약물 사용 장애로 인해 주거 서비스가 필요하거나, 출소 중인 매우 취약한 개인을 파악하기 위해 정보를 활용하도록 설계된 지역 노숙자 조정 진입 시스템 (Coordinated Entry System) 또는 이와 유사한 시스템을 통해 영구 지원 주택 또는 임대 보조금 지원 대상자 우선 순위가 지정된 회원n.
- 제한 사항은 다음을 포함합니다:
 - 서비스에는 숙식 제공이나 임대료 지원금 지불이 포함되지 않습니다.
 - 서비스에는 숙식 제공 조항이 적용되지 않습니다.

회원은 자가 의뢰, 의료 제공자의 의뢰, 지역사회 지원 제공자의 의뢰를 통해 의료를 요청하여 해당 서비스를 이용할 수 있습니다. 의뢰 양식은 CalOptima Health 웹사이트 <https://www.caloptima.org/en/community-impact/calaim#toolkits> 에서 확인할 수 있습니다.

주택 임차 및 유지 서비스: 주택 임대 및 유지 서비스 (HTSS, Housing Tenancy and Sustaining Services) 는 주택 확보 후 회원이 안전하고 안정적인 임대 생활을 유지할 수 있도록 지원합니다. 회원에게 제공되는 서비스는 개별적인 필요 사항 평가를 기반으로 하며, 회원의 주택 지원 계획에 문서화되어야 합니다.

- 자격 요건은 다음과 같습니다:
 - 회원은 다음의 사회적 및 임상적 위험 요소 요구 사항을 충족해야 합니다:
 - **사회적 위험 요소 요구 사항:** Code of Federal Regulations (연방 규정집, CFR) 제24 편 제 91.5 절에 정의된 바와 같이 노숙을 경험하거나 노숙 위험이 있는 경우, 다음 세 가지 수정 사항이 적용됩니다:
 - 시설에서 퇴소하는 경우, 시설 입소 직전에 노숙 상태였거나 시설 입소 기간 중 노숙 상태가 된 경우, 시설 입소 기간과 관계없이 노숙자로 간주됩니다;
 - 주택을 곧 잃게 될 개인 또는 가족의 경우, 현재 HUD (Housing and Urban Development, 주택 및 도시 개발) 정의에 따라 노숙자로 간주되는 개인의 경우 14 일, 노숙 위험에 처한 개인의 경우 21 일에서 30 일로 연장됩니다; 그리고
 - 24 CFR 91.5 조에 따른 노숙 위험 정의의 경우, HUD 가 정한 해당 지역의 중위 가구 소득의 30% 미만 연소득 요건은 적용되지 않습니다.
 - **임상적 위험 요인 요구 사항:** 다음 적격 임상적 위험 요인 중 하나 이상을 가져야 합니다:
 - Medi-Cal Specialty Mental Health Services (전문 정신 건강 서비스, SMHS) 접근 기준을 충족합니다;
 - DHCS 지역사회 지원 정책 가이드에 정의된 Drug Medi-Cal (약물 Medi-Cal, DMC) 또는 약물 Medi-Cal Organized Delivery System (조직 배달 시스템, DMC-ODS) 접근 기준을 충족합니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

- 하나 이상의 심각한 만성 신체 건강 질환을 앓고 있습니다.
- 하나 이상의 신체, 지적 또는 발달 장애를 앓고 있습니다, 또는
- 임신 중인 경우에서 산후 12 개월까지의 회원입니다

또는

- 임시 임대료 수급 자격이 있다고 판단된 회원. 이러한 회원은 자동으로 주택 보증금 수급 자격이 있습니다.

또는

- 장애가 있거나 심각한 만성 질환이 있거나 심각한 정신 질환이 있거나, 시설에 수용되어 있거나, 물질 사용 장애로 인해 주거 서비스가 필요하거나, 감옥에서 나오거나, 지역 노숙자 조정 진입 시스템 또는 이와 유사한 시스템을 통해 영구 지원 주택 단위 또는 임대 보조금 자원에 우선 순위가 지정된 회원.
- 제한 사항은 다음을 포함합니다:
 - 서비스에는 숙식 제공이 포함되지 않습니다.
 - 서비스에는 숙식 제공 조항이 적용되지 않습니다.
 - 이러한 서비스는 회원의 주택 지원 계획에 합리적이고 필요한 것으로 명시되어야 합니다. 서비스 기간은 필요한 기간만큼 연장될 수 있습니다. 적격 회원의 HTSS 승인 횟수에는 제한이 없습니다.
 - 많은 회원이 이 서비스 이전에 HTNS (최소한 관련 세입자 심사, 주택 평가 및 주택 지원 계획) 를 받았을 수 있지만, 이는 자격 요건의 전제 조건은 아닙니다.

회원은 자가 의뢰, 의료 제공자의 의뢰, 지역사회 지원 제공자의 의뢰를 통해 의료를 요청하여 해당 서비스를 이용할 수 있습니다. 의뢰 양식은 CalOptima Health 웹사이트 <https://www.caloptima.org/en/About/CurrentInitiatives/CalAIM/ReferralForms> 에서 확인할 수 있습니다.

단기 입원 후 주택: 단기 입원 후 주거 시설은 시설에서 퇴원하여 노숙을 경험하거나 노숙 위기에 처한 회원들에게 퇴원 직후 의료/정신과/물질 사용 장애 회복을 지속할 수 있는 기회를 제공합니다. 여기에는 회복 치료 시설(지역사회 지원 회복 치료 시설 또는 Medi-Cal 외 다른 시설 포함), 병원 입원 (급성기, 정신과, 또는 화학 의존 및 회복 병원), 약물 사용 장애 또는 정신 건강 치료 시설, 교정 시설, 또는 영양 시설이 포함됩니다.

- 자격 요건은 다음과 같습니다:
 - 회원은 다음 기준을 모두 충족하는 경우 단기 입원 후 주택에 입주할 수 있습니다:
 - 회복 치료 시설(지역사회 지원 회복 치료 또는 Medi-Cal 외부 시설 포함), 병원 입원 (급성, 정신과 또는 약물 의존 및 회복 병원), 약물 사용 장애 또는 정신 건강 치료 시설, 교정 시설 또는 영양 시설을 포함한 기관에서 퇴소하는 회원



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

- 노숙을 경험하거나 노숙 위기에 처한 회원
- 다음 기준 중 하나를 충족하는 회원:
 - ECM 을 받고 있는 회원
 - 하나 이상의 심각한 만성 질환이 있는 회원
 - 심각한 정신 질환이 있는 회원
 - 물질 사용 장애로 인해 시설에 입소하거나 시설 서비스가 필요한 회원.
- 단기 입원 후 주택을 받지 않을 경우 지속적인 시설 관리가 필요할 것으로 자격을 갖춘 의료 전문가가 판단한 지속적인 신체적 또는 행동적 건강 문제가 있는 회원g.
- 제한 사항은 다음을 포함합니다:
 - 단기 입원 후 숙박은 12 개월 연속 기간당 6 개월을 초과할 수 없습니다 (그러나 개인의 필요에 따라 더 짧은 기간으로 승인될 수 있음) 그리고 숙박 및 식사 서비스에 대한 6 개월 전체 상한이 적용됩니다.

회원은 자가 의뢰, 의료 제공자의 의뢰, 지역사회 지원 제공자의 의뢰를 통해 의료를 요청하여 해당 서비스를 이용할 수 있습니다. 의뢰 양식은 CalOptima Health 웹사이트 <https://www.caloptima.org/en/community-impact/calaim#toolkits> 에서 확인할 수 있습니다.

회복 치료(의료적 일시 보호): 회복 치료 (Recuperative Care) 는 의료 휴양 치료라고도 하며, 노숙 상태에 있거나 노숙 위험이 있는 회원을 위한 서비스로, 부상이나 질병 (행동 건강 상태 포함)에서 회복하기 위한 단기 주거 환경이 필요합니다.

- 자격 요건은 다음과 같습니다:
 - 다음 두 가지 기준을 모두 충족하는 회원은 회복 치료를 받을 자격이 있습니다:
 - 부상이나 질병으로부터 회복하기 위해 회복이 필요한 회원
 - 노숙을 경험하거나 노숙 위기에 처한 회원
- 제한 사항은 다음을 포함합니다:
 - 회복 치료는 의학적 안정을 달성 또는 유지하고 병원 입원 또는 재입원을 예방하는 데 필요한 경우 허용되는 지역사회 지원 서비스이며, 이는 행동 건강 중재가 필요할 수 있습니다.
 - 회복 치료는 12개월 단위의 연속 기간 중 6 개월을 초과할 수 없으며 (단, 개인의 필요에 따라 더 짧은 기간으로 승인될 수 있음), 숙박 및 식사 서비스에 대한 6 개월의 전체 상한선이 적용됩니다.
 - 지역사회 돌봄 시설로 허가받지 않은 시설 운영자와 그 직원은 회원의 일상생활지원 (ADL) 또는 가사지원 (IADL) 을 직접 지원할 수 없습니다. 이러한 시설에서 일상생활지원 (ADL)/가사지원 (IADL) 지원이 필요한 회원의 경우, MCP 는 개인 돌봄 및 가사 서비스를



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

동시에 제공하거나 허가받은 제3자 서비스 제공업체와 계약을 체결하여 이러한 서비스를 제공할 수 있습니다.

회원은 자가 의뢰, 의료 제공자의 의뢰, 지역사회 지원 제공자의 의뢰를 통해 의료를 요청하여 해당 서비스를 이용할 수 있습니다. 의뢰 양식은 CalOptima Health 웹사이트 <https://www.caloptima.org/en/community-impact/calaim#toolkits> 에서 확인할 수 있습니다.

휴식 서비스: 휴식 서비스는 간헐적인 임시 감독이 필요한 회원의 간병인에게 제공됩니다. 이 서비스는 일반적으로 간병 및/또는 감독하는 사람들이 부재하거나 휴식이 필요한 경우 단기적으로 제공되며, 비의학적 성격을 지닙니다. 이 서비스는 의료적 휴식/회복 관리와는 다르며, 간병인만을 위한 휴식입니다.

- 자격 요건은 다음과 같습니다:
 - 지역사회에 거주하고, 일상생활 활동 (Activities of Daily Living, ADL) 에 어려움을 겪어 대부분의 지원을 제공하는 자격을 갖춘 간병인에게 의존하는 구성원으로, 시설 입소를 피하기 위해 간병인의 도움이 필요한 회원입니다.
 - 기타 하위 집단에는 이전에 소아 완화 치료 면제 (Pediatrics Palliative Care Waiver) 에 따라 휴식 서비스 (Respite Services) 혜택을 받았던 아동, 위탁 보호 프로그램 수혜자, 캘리포니아 아동 서비스 (California Children's Services) 또는 유전적 장애인 프로그램 (Genetically Handicapped Persons Program) 에 등록된 회원, 그리고 복잡한 돌봄이 필요한 회원이 포함될 수 있습니다.
- 제한 사항은 다음을 포함합니다:
 - 가정 환경에서 이러한 서비스는 회원이 받는 직접 돌봄 서비스와 함께 24 시간을 초과할 수 없습니다.
 - 서비스 한도는 연간 최대 336 시간입니다. 이 서비스에는 모든 가정 및 시설 내 서비스가 포함됩니다. Medi-Cal MCP 의 승인을 받아, 간병인인 회원과 함께 있지 못하는 의료 치료 및 입원 등의 에피소드를 경험하는 경우 연간 336시간 한도에 대한 예외가 적용될 수 있습니다. 이러한 에피소드 중에 제공되는 휴식 지원은 연간 336시간 한도에서 제외될 수 있습니다.
 - 이 서비스는 Medi-Cal MCP 가 담당하는 배치를 피하기 위한 것입니다.
 - 휴식 서비스는 가상 또는 원격 진료를 통해 제공될 수 없습니다.

회원은 자가 의뢰, 의료 제공자의 의뢰, 지역사회 지원 제공자의 의뢰를 통해 의료를 요청하여 해당 서비스를 이용할 수 있습니다. 의뢰 양식은 CalOptima Health 웹사이트 <https://www.caloptima.org/en/community-impact/calaim#toolkits> 에서 확인할 수 있습니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

주간 재활 프로그램: 주간 재활 프로그램은 회원이 자신의 자연스러운 환경에서 성공적으로 생활하는 데 필요한 자립, 사회화, 적응 기술을 습득, 유지, 향상하도록 돕기 위해 고안되었습니다. 서비스는 회원의 자택이나 시설 외의 외부 환경에서 제공됩니다.

- 자격 요건은 다음과 같습니다:
 - 노숙자인 회원; 또는
 - 지난 24 개월 중 노숙자 생활을 벗어나 주택에 입주한 회원; 또는
 - 주거 안정성이 주간 재활 프로그램 (Day Habilitation Program) 참여를 통해 향상될 수 있는 노숙 또는 시설 수용 위기에 처한 회원.
- 제한 사항은 다음을 포함합니다:
 - 프로그램 서비스는 필요한 기간 동안 제공됩니다. 서비스는 개인 또는 그룹 단위로 지속적으로 제공되거나 간헐적인 회의를 통해 제공될 수 있습니다.

회원은 자가 의뢰, 의료 제공자의 의뢰, 지역사회 지원 제공자의 의뢰를 통해 의료를 요청하여 해당 서비스를 이용할 수 있습니다. 의뢰 양식은 CalOptima Health 웹사이트 <https://www.caloptima.org/en/community-impact/calaim#toolkits> 에서 확인할 수 있습니다.

보조 생활 시설 (Assisted Living Facility, ALF) 전환: 보조 생활 시설 전환 (이전 명칭: “노인 거주 시설 및 성인 거주 시설과 같은 보조 생활 시설로의 요양 시설 전환/전환”)은 회원들이 가능한 한 지역사회에서 생활하고 시설에 입소하지 않도록 지원하기 위해 마련되었습니다. 이 서비스의 목표는 요양 시설에서 가정과 같은 지역사회 환경으로의 복귀를 촉진하고/하거나 지역사회에 거주하는 회원들의 요양 시설 입소를 예방하는 것입니다. 이 지역사회 지원은 요양 시설 수준의 돌봄 (LOC, level of care)이 절실히 필요한 회원들을 위해 마련되었으며, 요양 시설에서의 장기 입소 대신 보조 생활 시설에서 거주할 수 있는 선택권을 제공하기 위한 것입니다.

- 자격 요건은 다음과 같습니다:
 - 요양 시설에 거주하는 회원 중 다음과 같은 경우:
 - 요양 시설에서 60일 이상 거주했으며;
 - 요양 시설 대신 보조 생활 시설에서 생활할 의향이 있으며;
 - ALF에서 안전하게 거주할 수 있는 경우.
 - 지역사회에 거주하는 회원 중 다음과 같은 경우:
 - 지역사회에 계속 거주하는 데 관심이 있으며;
 - ALF에서 안전하게 거주할 의향과 능력이 있으며;
 - 요양 시설 LOC 서비스를 받기 위한 최소 기준을 충족하며, 시설 입소 대신 지역사회에 남아 ALF 에서 의학적으로 필요한 요양 시설 LOC 서비스를 계속 받기로 선택한 경우



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

- “지역사회에 거주하는 회원”에는 개인 주택 또는 공공 보조 주택에 거주하는 회원과 이미 ALF에 거주하며 시설 입소 위험이 있는 회원이 포함됩니다.
- 급성 또는 급성 이후 치료 기준으로 시설 수준의 의료 서비스를 받고 있는 회원 (예: 입원 또는 단기 전문 간호 시설 체류) 은 다른 자격 기준을 충족하는 경우 이 지역사회 지원을 받을 수 있습니다.
- 제한 사항은 다음을 포함합니다:
 - 숙박 및 식비는 본 서비스에 포함되지 않습니다. 회원은 본 서비스를 받는 동안 다른 곳에서 숙박 및 식비 지원을 받으실 수 있습니다.

회원은 자가 의뢰, 의료 제공자의 의뢰, 지역사회 지원 제공자의 의뢰를 통해 의료를 요청하여 해당 서비스를 이용할 수 있습니다. 의뢰 양식은 CalOptima Health 웹사이트 <https://www.caloptima.org/en/community-impact/calaim#toolkits> 에서 확인할 수 있습니다.

지역사회 또는 가정으로 전환: 지역사회 또는 가정 전환 서비스 (이전 명칭: “지역사회 전환 서비스/요양 시설에서 가정으로 전환”) 는 회원들이 지역 사회에서 생활하고 요양 시설에서 추가적인 시설 생활을 피할 수 있도록 돕습니다.

- 자격 요건은 다음과 같습니다:
 - 다음의 경우인 회원:
 - 현재 의학적으로 필요한 요양 시설 LOC 서비스를 받고 있고 요양 시설 또는 의료적 일시 보호 환경에서 계속 지내는 대신, 집으로 이전해 의학적으로 필요한 요양 시설 LOC 서비스를 계속해서 받기로 선택한 경우
 - 양로원 및/또는 의료적 일시보호 환경에서 60 일 이상 거주
 - 지역사회로의 복귀에 대한 관심과 동의; 및
 - 적절하고 비용 효율적인 지원 및 서비스를 받으며 지역사회에서 안전하게 거주할 수 있는 능력.
 - 회원은 California Community Transitions (캘리포니아 지역사회 전환, CCT) 프로그램, Home & Community Based Alternatives (가정 및 지역사회 기반 대안, HCBA) 면제 프로그램, 그리고/또는 Multipurpose Senior Services Program (다목적 노인 서비스 프로그램, MSSP) 과 본 지역사회 지원 프로그램 모두에 가입할 수 있습니다. 단, 두 프로그램을 동시에 받을 수는 없습니다. MCP는 회원들이 적격하고 이용 가능한 면제 프로그램에 가입할 수 있도록 필요한 경우 지원해 주시기 권장합니다.
- 제한 사항은 다음을 포함합니다:
 - 지역사회 전환 서비스에는 월 임대료 또는 주택 담보 대출 비용, 식비, 정기적인 공공 서비스 요금 및/또는 가전제품이나 순전히 기분 전환/오락 목적으로 사용되는 품목이 포함되지 않습니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

- 비정기적인 설치 비용은 평생 총 한도 \$7,500.00 까지 지급됩니다. 전환 조정 비용은 이 평생 총 한도에서 제외됩니다. \$7,500.00 의 총 한도에 대한 유일한 예외는 회원이 통제할 수 없는 상황으로 인해 제공자가 운영하는 주거 환경에서 개인 주택 또는 공공 보조 주택으로 이사해야 하는 경우입니다.
- 지역사회 전환 서비스는 회원의 건강, 복지 및 안전을 보장하기 위해 반드시 필요해야 하며, 이러한 서비스가 없다면 회원은 개인 주택 또는 공공 보조 주택으로 이사할 수 없고, 이후 계속 또는 재시설 입소가 필요합니다.
- 회원은 관련 면제/시범 프로그램 (예로 CCT, 가정 및 지역 사회 기반 대안 등) 및 이 지역사회 지원을 받을 자격이 있을 수 있습니다. 그러나 각 프로그램에서 제공하는 활동이 중복되는 경우 두 가지를 동시에 받을 수는 없습니다.

회원은 자가 의뢰, 의료 제공자의 의뢰, 지역사회 지원 제공자의 의뢰를 통해 의료를 요청하여 해당 서비스를 이용할 수 있습니다. 의뢰 양식은 CalOptima Health 웹사이트 <https://www.caloptima.org/en/community-impact/calaim#toolkits> 에서 확인할 수 있습니다.

간병 및 가사 도우미 서비스: 개인 간병 서비스 및 가사 도우미 서비스 (PCHS, Personal Care Services and Homemaker Services) 는 목욕, 옷 입기, 화장실 이용, 보행, 식사 등 일상생활활동 (ADL) 에 도움이 필요한 회원에게 제공될 수 있습니다. 개인 간병 서비스에는 식사 준비, 장보기, 금전 관리 등 일상생활활동 (IADL) 지원도 포함될 수 있습니다.

- 자격 요건은 다음과 같습니다:
 - 입원 또는 요양 시설 입소 위험이 있는 회원; 또는
 - 기능 장애가 있고 다른 적절한 지원 시스템이 없는 회원; 또는
 - In-Home Supportive Services (가정 내 지원 서비스) 승인을 받은 회원. 자격 기준은 <http://www.cdss.ca.gov/In-Home-Supportive-Services> 에서 확인.
- 다음의 PCHS 지역사회 지원을 활용할 수 있습니다
 - 가정 내 지원 서비스 (IHSS) 신청 절차 중, 의뢰 후 대기 기간 포함. PCHS 는 IHSS 서비스가 제공되기 전, 그리고 제공될 때까지 승인을 받을 수 있습니다.
 - 승인된 카운티 IHSS 시간 외에도 추가 지원이 필요한 경우 (IHSS 혜택이 소진된 경우 포함) PCHS 가 제공될 수 있습니다.
 - IHSS 수급 자격이 없는 회원의 경우, 전문 간호 시설 (60 일을 초과하지 않음) 에 단기 체류하는 것을 방지하기 위해 PCHS 가 제공될 수 있습니다. 단기 PCHS 를 받기 위해 회원은 IHSS 를 신청할 필요는 없지만, 승인 요청서에는 PCHS 를 이용할 수 없는 경우 전문 간호 시설에 단기 체류해야 한다는 정보가 포함되어야 합니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

- 제한 사항은 다음을 포함합니다:

- 이 서비스는 가정 지원 서비스 프로그램 의뢰 대신 이용할 수 없습니다. 의뢰 기준을 충족하는 회원은 가정 지원 서비스 프로그램으로 의뢰되어야 합니다.
- 개인 간병 및 가사 도우미 서비스를 받는 회원의 현재 상태에 변화가 있는 경우, 재평가 및 추가 시간 배정을 위해 가정 지원 서비스로 의뢰되어야 합니다. 회원은 이 재평가 대기 기간 동안 개인 간병 및 가사 도우미 서비스 지역사회 지원을 계속 받을 수 있습니다.

회원은 자가 의뢰, 의료 제공자의 의뢰, 지역사회 지원 제공자의 의뢰를 통해 의료를 요청하여 해당 서비스를 이용할 수 있습니다. 추천서 양식은 CalOptima Health 웹사이트 <https://www.caloptima.org/en/community-impact/calaim#toolkits> 에서 확인할 수 있습니다.

환경적 접근성 적응 (가정 개조): 환경적 접근성 적응(가정 개조)은 개인이 집에서 독립적으로 안전하게 생활을 지속하는 것이 가능하게 만드는 물리적 적응을 위한 자금을 제공합니다.

- 자격 요건은 다음과 같습니다:

- 요양 시설에 입소할 위기에 처한 회원

- 제한 사항은 다음을 포함합니다:

- 내구성 의료 기기 (Durable Medical Equipment, DME) 와 같은 다른 주 정부 플랜 서비스를 이용할 수 있고, 이러한 서비스를 통해 동일한 독립생활 목표를 달성하고 시설 입소를 피할 수 있다면 해당 서비스를 이용해야 합니다.
- EAA 는 관련 주 및 지역 건축법에 따라 시행되어야 합니다.
- EAA 는 평생 최대 \$7,500 까지 지급됩니다. \$7,500 의 총 한도에 대한 유일한 예외는 회원의 거주지가 변경되거나 회원의 상태가 크게 변화하여 회원의 건강, 복지 및 안전을 보장하기 위해 추가적인 수정이 필요하거나, 회원이 가정에서 더 큰 자립성을 가지고 시설 입소나 입원을 피할 수 있도록 하는 데 필요한 경우입니다.
- EAA 에는 주택을 거주 가능한 상태로 되돌리기 위한 마감(예로 석고보드 및 페인트칠)이 포함될 수 있지만, 미적인 장식은 포함되지 않습니다.
- 수정은 회원에게 직접적인 의학적 또는 치료적 이점이 있는 것으로 제한되며, 가구 전체에 일반적인 유용성을 갖는 개조 또는 개선은 제외됩니다. 주택의 총 면적을 늘리는 개조는 개조를 완료하는 데 필요한 경우(예로 주거지의 출입구를 개선하거나 휠체어를 수용할 수 있도록 욕실을 구성하는 경우)를 제외하고는 제외됩니다.

회원은 자가 의뢰, 의료 제공자의 의뢰, 지역사회 지원 제공자의 의뢰를 통해 의료를 요청하여 해당 서비스를 이용할 수 있습니다. 의뢰 양식은 CalOptima Health 웹사이트 <https://www.caloptima.org/en/community-impact/calaim#toolkits> 에서 확인할 수 있습니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

의료 맞춤형 식사 (Medically Tailored Meals, MTMs) /의료 지원 식품 (Medically Supportive Food, MSF): 의료 맞춤형 식사 (MTM) /의료 지원 식품 (MSF) 서비스는 영양에 민감한 회원의 만성 또는 기타 심각한 상태를 해결하도록 설계되어 건강 결과를 개선하고 불필요한 비용을 줄입니다.

- 자격 요건은 다음과 같습니다:
 - 다음과 같이 영양에 민감한 만성 질환 또는 기타 심각한 건강 문제를 가진 회원(다음은 포함하되 이에 국한되지 않음):
 - 암, 심혈관 질환, 만성 신장 질환, 만성 폐 질환 또는 천식/만성 폐쇄성 폐 질환 (COPD), 심부전, 당뇨병 또는 기타 대사 질환, 갑수치 상승, 말기 신장 질환, 고콜레스테롤혈증, 인간 면역 결핍 바이러스 (HIV), 고혈압, 간 질환, 이상지질혈증, 지방간, 영양실조, 비만, 뇌졸중, 위장 장애, 임신성 당뇨병, 고위험 주산기 질환, 만성 또는 장애를 유발하는 정신/행동 건강 장애
- 제한 사항은 다음을 포함합니다:
 - 서비스는 MTM 과 MSF 개입을 병행하여 하루 최대 두 (2) 개의 식사 및/또는 식사 패키지를 제공합니다.
 - MTM/MSF 는 최대 12 주 동안 승인될 수 있으며, 이후 의학적으로 필요한 경우 재승인될 수 있습니다. MCP 와 MTM/MSF 제공자는 이 지역사회 지원을 받는 회원들에게 더 자주 연락하여 회원들이 이 지역사회 지원을 통해 제공되는 음식/식사를 섭취하고 있는지, 그리고 MTM/MSF 의 효과성을 개선하기 위해 변경해야 할 사항이 있는지 평가하는 것이 권장됩니다.
 - 회원에게 다른 프로그램에서 지원되거나 상환되는 식사, 식품, 지불 및 영양 서비스는 MCP가 MTM/MSF 지역사회 지원으로 자금을 지원하거나 계산할 수 없습니다.

회원은 자가 의뢰, 의료 제공자의 의뢰, 지역사회 지원 제공자의 의뢰를 통해 의료를 요청하여 해당 서비스를 이용할 수 있습니다. 의뢰 양식은 CalOptima Health 웹사이트 <https://www.caloptima.org/en/community-impact/calaim#toolkits> 에서 확인할 수 있습니다.

알코올 및 약물 중독자 보호 센터: 알코올 및 약물 중독자 보호 센터는 공공장소에서 (술이나 기타 약물로 인해) 만취한 것으로 밝혀져 응급실이나 구치소로 이송될 수 있는 회원들을 위한 대체 시설입니다. 보호 센터는 주로 노숙자나 불안정한 생활 환경에 있는 회원들에게 안전하고 지지적인 환경을 제공하여 술과 마약을 끊을 수 있도록 지원합니다.

- 자격 요건은 다음과 같습니다:
 - 회원은:
 - 18 세 또는 이상;
 - 취했지만 의식이 있는 상태;
 - 협력적인 태도



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

- 걷기 가능;
 - 비폭력적;
 - 의학적 고통이 없는 상태(생명을 위협하는 금단 증상 및 명백한 잠재 증상 포함); 그리고
 - 보호 센터가 아니면 응급실이나 교도소로 이송되거나 응급실에 도착하여 보호 센터로 전환하는 것이 적절한 사람.
- 제한 사항은 다음을 포함합니다:
 - 본 서비스는 24시간 미만의 기간 동안만 보장.

회원은 자가 의뢰, 의료 제공자의 의뢰, 지역사회 지원 제공자의 의뢰를 통해 의료를 요청하여 해당 서비스를 이용할 수 있습니다. 의뢰 양식은 CalOptima Health 웹사이트 <https://www.caloptima.org/en/community-impact/calaim#toolkits> 에서 확인할 수 있습니다.

천식 치료: 천식 치료는 응급 서비스 및 입원으로 이어질 수 있는 급성 천식 발작을 예방할 수 있습니다. 천식 치료 지역사회 지원은 회원의 건강, 복지 및 안전을 보장하거나 회원이 급성 천식 발작 발생 가능성을 낮추어 가정 생활을 할 수 있도록 필요한 물품 및/또는 가정 환경의 물리적 개선을 포함합니다.

- 자격 요건은 다음과 같습니다:
 - 지난 12개월 이내에 천식 예방 서비스(APS, Asthma Preventive Services) 혜택을 통해 가정 내 환경 유발 요인 평가를 완료한 회원은 의학적으로 적절한 천식 치료법을 식별하고 개입이 회원의 요구 사항을 충족하는 방식을 지정 함.
 - 2026 년 1 월 1 일부터 CalOptima Health 는 APS 혜택을 통해 가정 방문 환경 유발 요인 평가를 보장해야 합니다.
 - 지역사회 지원 프로그램으로서 천식 치료를 위한 신체적 변형 및 용품을 승인할 때, CalOptima Health는 평가가 완료되었음을 확인하고 이를 문서화해야 합니다. APS 혜택에 따라 지난 12개월 이내에 회원의 거주지에 변화가 없다는 가정 하에 가정 유발 요인 평가를 실시한 경우, 천식 치료에 대한 의학적 적합성 판단으로 충분합니다. MCP 가 천식 치료를 승인하기 위해 추가적인 의학적 적합성 문서는 필요하지 않습니다.
- 제한 사항은 다음을 포함합니다:
 - APS 외에 내구성 의료 장비 (DME) 와 같은 다른 주정부 지원 서비스가 이용 가능하고 천식 응급 상황 또는 입원 예방이라는 동일한 목표를 달성할 수 있는 경우, 주정부 플랜 서비스를 먼저 이용해야 합니다.
 - 천식 치료는 해당 주 및 지역 건축법에 따라 시행되어야 합니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

- 천식 치료는 평생 총액 최대 \$7,500 까지 지급됩니다. \$7,500 의 총액에 대한 유일한 예외는 회원의 상태가 크게 변화하여 회원의 건강, 복지 및 안전을 보장하기 위해 추가적인 개조가 필요하거나, 회원이 가정에서 더 독립적으로 생활하고 시설이나 입원을 피할 수 있도록 하는데 필요한 경우입니다.
- 천식 치료를 위한 주택 개조는 회원에게 직접적인 의학적 또는 치료적 이점이 있는 경우로 제한되며, 가구 전체에 일반적인 유용성을 갖는 개조 또는 개선은 제외됩니다. 개선 조치에는 주택을 거주 가능한 상태로 되돌리기 위한 마감 작업(예로 건식벽체 및 페인트칠)이 포함될 수 있지만, 미적인 장식은 포함되지 않습니다.
- 환풍기 설치 또는 곰팡이가 핀 건식벽체 교체와 같이 주택에 영구적인 물리적 개조 또는 장비 설치를 시작하기 전에, CalOptima Health 는 소유주와 회원에게 해당 개조가 영구적이며, 회원이 거주지에서 더 이상 거주하지 않을 경우 주정부가 개조의 유지 보수 또는 수리, 그리고 개조 제거에 대한 책임을 지지 않는다는 서면 문서를 제공해야 합니다. 이 요건은 알레르기 유발 물질 불투과성 매트리스 및 베개 먼지 커버, 해파 (HEPA) 필터 진공청소기, 제습기, 휴대용 공기 필터, 천식 친화적인 청소 제품 및 용품을 포함하되 이에 국한되지 않는 영구적인 개조 또는 설치가 아닌 물품 제공에는 적용되지 않습니다.

회원은 자가 의뢰, 의료 제공자의 의뢰, 지역사회 지원 제공자의 의뢰를 통해 의료를 요청하여 해당 서비스를 이용할 수 있습니다. 추천서 양식은 CalOptima Health 웹사이트 <https://www.caloptima.org/en/community-impact/calaim#toolkits> 에서 확인할 수 있습니다.

어떤 지역 사회 지원을 이용할 수 있는지 확인하는데 도움이 필요하거나 이를 확인하고 싶은 경우 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 번으로 문의하거나 회원의 건강 플랜에 전화하십시오.

F. 플랜 외부에서 보장되는 혜택

저희는 다음 서비스를 보장하지 않지만, Medi-Cal의 fee-for service (진료행위별 수가제) 를 통해 서비스를 이용할 수 있습니다.

F1. 캘리포니아 지역사회 전환 (CCT)

캘리포니아 지역사회 전환 (California Community Transitions, CCT) 프로그램은 지역의 CCT 대표 기관 (Lead Organizations) 을 통해 적어도 연속으로 90 일간 입원 시설에서 지낸 후 지역사회 환경으로 복귀하여 안전하게 거주 중인 적격 Medi-Cal 수혜자를 돕는 프로그램입니다. CCT 프로그램은 전환 전 단계 및 전환 후 365 일간 수혜자가 지역사회 환경으로 원활히 복귀하도록 돕는 전환 조정 서비스를 재정적으로 지원합니다.

회원은 거주하는 카운티의 CCT 대표 기관으로부터 전환 조정 서비스를 받을 수 있습니다. CCT 대표 기관 및 기관이 서비스를 제공하는 카운티의 목록은 Department of Health Care Services (보건복지국) 웹 사이트 www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT 에서 확인하실 수 있습니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

CCT 전환 조정 서비스

Medi-Cal 에서 전환 조정 서비스에 대한 비용을 부담합니다. 이 서비스와 관련하여 회원이 지급하는 비용은 없습니다.

CCT 전환과 무관한 서비스

의료 제공자는 저희에게 서비스 비용을 청구합니다. 저희 플랜으로 전환 후 제공되는 서비스의 비용을 지급합니다. 이 서비스와 관련하여 회원이 지급하는 비용은 없습니다.

CCT 전환 조정 서비스를 이용하는 기간동안 저희는 **섹션 D** 의 혜택 차트에 기재된 서비스에 대해 비용을 부담합니다.

약물 보장 혜택에는 변화가 없습니다

CCT 프로그램은 약물 비용을 보장하지 **않습니다**. 일반 약물 혜택은 변함없이 플랜에서 받을 수 있습니다. 더 자세한 정보는 본 **회원 안내서 제 5 장** 을 참고하십시오.

참고: 비 CCT 전환 진료가 필요한 경우 개인 관리 코디네이터에게 전화하여 서비스 조정해 관해 문의하십시오. 비CCT 전환 관리는 기관 또는 시설로부터의 전환과 상관 **없**는 서비스입니다.

F2. Medi-Cal Dental

특정 치과 서비스는 Medi-Cal Dental 을 통해 제공됩니다. 자세한 내용은 [SmileCalifornia.org](https://smilecalifornia.org) 웹사이트에서 확인하십시오. Medi-Cal Dental 에는 다음과 같은 서비스가 포함되지만 이에 국한되지는 않습니다:

- 최초 검사, X 선, 세척, 불소 치료
- 치아 복원 및 크라운
- 치아 근관 치료
- 의치, 조정, 수복, 의치 첨상 (reline)

Medi-Cal Dental 에서 이용할 수 있는 치과 혜택에 대한 자세한 정보를 확인하거나 Medi-Cal 을 받는 치과 의사를 찾는데 도움이 필요한 경우, 고객 서비스부에 1-800-322-6384 (TTY 사용자는 1-800-735-2922) 번으로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. Medi-Cal Dental 담당자가 월요일부터 금요일, 오전 8 시~오후 5 시 사이에 도와 드립니다. 또한 자세한 내용은 웹 사이트 smilecalifornia.org/ 에서도 확인하실 수 있습니다.

참고: 저희 플랜은 추가 치과 서비스를 제공합니다. 자세한 내용은 **섹션 D** 혜택 차트를 참조하십시오.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

IHSS 프로그램은 귀하가 안전하게 자신의 집에 머물 수 있도록 귀하에게 제공된 서비스에 대해 등록된 간병인에게 비용을 지불하는 데 도움이 됩니다. IHSS 는 요양원이나 기숙 및 요양 시설과 같은 가정 외 치료의 대안으로 간주됩니다.

서비스를 받기 위해서는 각 참가자의 필요에 따라 어떤 유형의 서비스가 승인될 수 있는지 결정하기 위한 평가가 수행됩니다. IHSS 를 통해 승인될 수 있는 서비스 유형은 집안 청소, 식사 준비, 세탁, 식료품 쇼핑, 개인 관리 서비스 (예: 배변 및 방광 관리, 목욕, 몸단장 및 준의료 서비스), 진료 예약 동반 및 정신장애인 보호 감독입니다.

귀하의 개인 관리 코디네이터는 카운티 사회 복지 기관에 IHSS 신청을 도와드릴 수 있습니다. 자세한 내용은 IHSS 번호 1-714-825-3000 로 문의하십시오

F4. 1915(c) Home and Community Based Services (HCBS) 면제 프로그램 Assisted Living Waiver (ALW, 생활 보조 면제)

- 생활 보조 면제 (ALW) 는 Medi-Cal 자격이 있는 수혜자에게 요양 시설의 장기 입소 대신 생활 보조 시설에서 거주할 수 있는 선택권을 제공합니다. ALW 의 목표는 요양 시설에서 가정과 같은 지역 사회 환경으로의 복귀를 제공하고, 요양 시설 입소가 시급한 수혜자의 전문 간호 입소를 예방하는 것입니다.
- ALW 에 가입된 회원은 저희 플랜에서 제공하는 혜택을 받으면서 ALW 가입 상태를 유지할 수 있습니다. 저희 플랜은 담당 ALW 관리 조정 기관과 협력하여 귀하가 받는 서비스를 조정합니다.
- ALW 는 현재 다음 카운티에서만 이용 가능합니다: 알라메다, 콘트라 코스타, 프레즈노, 켄, 로스앤젤레스, 오렌지, 리버사이드, 새크라멘토, 샌버나디노, 샌디에이고, 샌프란시스코, 샌호아킨, 샌마테오, 산타클라라, 소노마.
- 개인 관리 코디네이터가 ALW 신청을 도와드릴 수 있습니다.

오렌지 카운티에 서비스를 제공하는 지역 ALW 관리 조정 기관 목록은 아래 참조하십시오:

- | | |
|---|---|
| ○ A-Biz Health Systems
전화: 1-818-654-6874 | ○ Archangel Home Health
전화: 1-562-861-7047 |
| ○ AARP Care Coordination Agency
전화: 1-805-695-3200 | ○ Bayview Hospice
전화: 1-855-962-4800 |
| ○ Access TLC Home Health Care
전화: 1-800-852-9887 | ○ Beta Hospice Care
전화: 1-747-293-5777 |
| ○ All Hours Adult Care
전화: 1-844-657-4748 | ○ Calstro Hospice
전화: 1-909-929-7312 |
| ○ Anthem Hospice Providers
전화: 1-909-533-4553 | |



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

- Central Coast Healthcare Services
전화: 1-818-852-7260
- Concise Home Health Services
전화: 1-310-912-3156
- Faith in Angels Hospice
전화: 1-818-509-0934
- GrandCare Assisted Living Services
전화: 1-877-405-6990
- Guidant Care Management
전화: 1-844-494-6304
- Home Health Services of California
전화: 1-213-385-9949
- I Care Hospice, Inc
전화: 1-818-238-9188
- Libertana Home Health Care
전화: 1-818-902-5000
- Media Home Health
전화: 1-818-536-7468
- Prestigious Health Services
전화: 1-626-331-7300
- River of Light Hospice
전화: 1-909-748-7999
- Sierra Hospice Care
전화: 1-213-380-1100
- Star Nursing
전화: 1-916-542-1445
- The Caring Connection
전화: 1-818-368-5007
- True Care Home Health
전화: 1-888-944-6248
- Universal Home Care
전화: 1-310-290-8680
- Victor Valley Home Health Services
전화: 1-442-327-9060
- Vigilans Home Health Services
전화: 1-909-748-7980
- Virtue Home Care
전화: 1-888-802-2227

발달 장애가 있는 캘리포니아 주민을 위한 HCBS 면제 (HCBS-DD)

발달 장애가 있는 개인을 위한 캘리포니아 자기 결정 프로그램 (SDP) 면제

- HCBS-DD 면제 및 SDP 면제라는 두 가지 1915(c) 면제 프로그램이 있으며, 이는 개인의 18 세 생일 이전에 시작되어 무기한으로 지속될 것으로 예상되는 발달 장애 진단을 받은 사람들에게 서비스를 제공합니다. 두 가지 면제는 발달 장애가 있는 사람이 면허가 있는 의료 시설에 거주하지 않고 집이나 지역 사회에서 살 수 있도록 하는 특정 서비스에 자금을 지원하는 방법입니다. 이러한 서비스 비용은 연방 정부의 Medicaid 프로그램과 캘리포니아 주에서 공동으로 지원합니다. 개인 관리 코디네이터가 DD Waiver 서비스 연결을 도와드릴 수 있습니다.

가정 및 지역사회 기반 대안 (HCBA) 면제

- HCBA 면제는 요양원이나 시설에 배치될 위험이 있는 사람에게 치료 관리 서비스를 제공합니다. 간호 관리 서비스는 간호사와 사회 복지사로 구성된 종합 의료 관리 팀에서 제공합니다. 이 팀은 면제 및 주정부 계획 서비스 (예: 의료, 행동 건강, 재택 지원 서비스 등) 를 조정하고 지역



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

사회에서 사용할 수 있는 기타 장기 서비스 및 지원을 주선합니다. 치료 관리 및 웨이버 서비스는 참가자의 지역사회 기반 거주지에서 제공됩니다. 이 거주지는 개인 소유이거나 임차인 임대 계약을 통해 확보되거나 참가자의 가족 구성원의 거주지일 수 있습니다.

- HCBA 웨이버에 가입되어 있는 회원은 HCBA 웨이버에 가입된 상태를 유지하면서 저희 플랜에서 제공하는 혜택도 받을 수 있습니다. 저희 플랜은 귀하의 HCBA 면제 기관과 협력하여 귀하가 받는 서비스를 조정합니다.
- 개인 관리 코디네이터가 HCBA 신청을 도와드릴 수 있습니다.

오렌지 카운티에 서비스를 제공하는 지역 HCBA 치료 조정 기관 목록은 아래를 참조하십시오:

- Agape Congregate Living LLC
전화: 1-909-353-2330
- Tranquility Care, Inc.
전화: 1-805-842-1810
- Optimum Care
전화: 1-714-646-9901

Medi-Cal 면제 프로그램 (MCWP, Medi-Cal Waiver Program)

- Medi-Cal 면제 프로그램 (MCWP) 은 영양 시설 치료 또는 입원에 대한 대안으로 HIV 감염인에게 포괄적인 사례 관리 및 직접 치료 서비스를 제공합니다. 사례 관리는 간호사와 사회복지 사례 담당자로 구성된 참여자 중심의 팀 접근 방식입니다. 사례 담당자는 참가자 및 주치의, 가족, 간병인 및 기타 서비스 제공자와 협력하여 참가자가 가정과 지역 사회에 머물도록 하기 위한 치료 요구 사항을 평가합니다.
- MCWP 의 목표는 다음과 같습니다. (1) 기관 서비스가 필요한 HIV 환자에게 가정 및 지역사회 기반 서비스를 제공합니다. (2) 참가자의 HIV 건강 관리를 지원합니다. (3) 사회 및 행동 건강 지원에 대한 접근성을 개선하고 (4) 서비스 제공자를 조정하고 서비스 중복을 제거합니다.
- MCWP Waiver 에 가입되어 있는 회원은 MCWP Waiver 에 가입된 상태를 유지하면서 저희 플랜에서 제공하는 혜택도 받을 수 있습니다. 저희 플랜은 MCWP 면제 기관과 협력하여 귀하가 받는 서비스를 조정합니다.
- 개인 관리 코디네이터가 MCWP 신청을 도와드릴 수 있습니다.

오렌지 카운티에 서비스를 제공하는 지역 MCWP 관리 조정 기관은 아래를 참조하십시오:

- Radiant Health Centers (이전에는 AIDS 서비스 재단)
전화: 1-949-809-5700

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

- 다목적 노인 서비스 프로그램(MSSP)은 개인이 자신의 집과 지역사회에 머물 수 있도록 사회 및 건강 관리 서비스를 제공합니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

- 대부분의 프로그램 참가자도 가정 내 지원 서비스를 받는 반면, MSSP는 지속적인 관리 조정을 제공하고, 참가자를 필요한 다른 지역사회 서비스 및 자원에 연결하고, 의료 서비스 제공자와 조정하고, 다른 방법으로는 사용할 수 없는 일부 필요한 서비스를 구입합니다. 시설 입원을 방지하거나 지연시킵니다. 치료 관리 및 기타 서비스의 연간 총 합산 비용은 전문 간호 시설에서 치료를 받는 비용보다 낮아야 합니다.
- 건강 및 사회 서비스 전문가 팀이 각 MSSP 참여자에게 필요한 서비스를 결정하기 위해 완전한 건강 및 심리사회적 평가를 제공합니다. 그런 다음 팀은 MSSP 참여자, 의사, 가족 및 다른 사람들과 협력하여 개별화된 치료 계획을 개발합니다. 서비스에는 다음이 포함됩니다:
 - 사례 관리
 - 성인 주간 관리
 - 사소한 집 수리/유지보수
 - 보충적 가사일, 개인 관리 및 보호 감독 서비스
 - 휴식 서비스
 - 교통편 서비스
 - 카운셀링 및 치료 서비스
 - 식사 서비스
 - 소통 서비스
- MSSP 면제에 가입되어 있는 회원은 MSSP 면제에 가입된 상태를 유지하면서 저희 플랜에서 제공하는 혜택도 받을 수 있습니다. 저희 플랜은 MSSP 공급자와 협력하여 귀하가 받는 서비스를 조정합니다.
- 개인 관리 코디네이터가 MSSP 신청을 도와드릴 수 있습니다. MSSP에 대한 자세한 정보를 알아보거나 프로그램 신청을 원하시면 CalOptima Health MSSP 번호 **1-714-347-5780** 으로 문의하십시오.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

Medicare 및 Medi-Cal 에서 보장하는 의학적으로 필요한 행동 건강 서비스를 이용할 수 있습니다. 저희는 Medicare 및 Medi-Cal 관리형 진료에서 보장하는 행동 건강 서비스를 제공합니다. 저희 플랜은 Medi-Cal 특별 정신 건강 또는 카운티 약물 남용 장애 서비스를 제공하지 않으나 이러한 서비스는 Orange County Health Care Agency (오렌지 카운티 보건국, OCHCA) 이 관리하는 카운티 행동 건강 기관을 통해 이용할 수 있습니다.

Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스는 오렌지 카운티 보건국 (OCHCA) 이 관리하는 카운티 행동 건강 플랜 (behavioral health plan, BHP) 을 통해 이용하실 수 있습니다. 단, 전문 정신 건강 서비스 이용 기준을 충족하는 경우에 한합니다. 카운티 BHP에서 제공하는 Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스는 다음과 같습니다:

- 정신 건강 서비스
- 약물 지원 서비스
- 주간 집중 치료 서비스
- 주간 재활
- 위기 중재
- 위기 안정화
- 성인 재가 치료 서비스
- 위기 상황 재가 치료 서비스
- 정신과 보건 시설 서비스
- 정신과 입원 서비스
- 표적 사례 관리
- 동료 지원 서비스
- 지역사회 기반 이동 위기 개입 서비스
- 치료적 행동 서비스
- 치료적 위탁 보호
- 중환자 진료 조정
- 중환자 가정 기반 서비스
- 사법 개입 후 재진입
- 적극적 지역 사회 치료
(ACT, assertive community treatment)



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

- 법의학적 적극적 지역 사회 치료
(FACT, forensic assertive community treatment)
- 초발 정신증 (FEP, first episode psychosis) 에 대한 조정 전문 치료
(CSC, coordinated specialty care)
- 클럽하우스 서비스
- 향상된 지역 사회 보건 종사자 (CHW, community health worker) 서비스

약물 Medi-Cal 조직 배달 시스템 (Drug Medi-Cal Organized Delivery System) 서비스를 받기 위한 요건을 충족하는 경우 카운티 행동 건강 기관을 통해 이 서비스를 받을 수 있습니다:

- 집중 외래 치료 서비스
- 산전 거주 약물 남용 장애 치료
- 외래 환자 치료 서비스
- 마약 치료 프로그램
- 중독 치료용 약물 (약물 보조 치료 (Medication Assisted Treatment) 로도 불림)
- 동료 지원 서비스
- 지역사회 기반 이동 위기 개입 서비스
- 조기 개입 서비스 (21 세 미만 회원 대상)
- 조기 정기 검진, 진단 및 치료 (21 세 미만 회원 대상)

약물 Medi-Cal 조직 배달 시스템 서비스에는 다음이 포함됩니다:

- 외래 환자 치료 서비스
- 집중 외래 치료 서비스
- 부분 입원 서비스
- 중독 치료용 약물(약물 보조 치료로도 불림)
- 재가 치료 서비스
- 금단 관리 서비스
- 마약 치료 프로그램
- 회복 서비스
- 진료 조정
- 동료 지원 서비스
- 지역사회 기반 이동 위기 개입 서비스



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

- 비상 관리 서비스
- 조기 개입 서비스(21세 미만 회원 대상)
- 조기 정기 검진, 진단 및 치료 (21 세 미만 회원 대상)
- 입원 치료 서비스

위에 명시된 서비스 외에도 기준을 충족될 경우 자발적 입원 중독 치료 서비스를 받을 수도 있습니다.

행동 건강 서비스, 서비스에 대한 승인, 적절한 서비스 결정을 위한 장애 수준 선별에 대한 질문은 CalOptima Health 행동 건강 상담전화 **1-855-877-3885 (TTY 711)** 번으로 전화해 CalOptima Health OneCare Complete 옵션을 선택하십시오.

G. 플랜, Medicare 또는 Medi-Cal에서 보장하지 않는 혜택들

이 섹션에서는 저희 플랜에서 제외되는 혜택에 대해 설명합니다. '제외'란 저희가 그 비용을 지급하지 않는다는 의미입니다. Medicare 와 Medi-Cal 모두 지불하지 않습니다.

아래 목록에서 어떠한 경우에도 보장하지 않는 서비스와 물품 그리고 일부 경우에만 제외하는 서비스와 물품에 대해 기술합니다.

저희는 기재된 특정 상황을 제외하고 이 섹션(또는 본 *회원 안내서*의 다른 부분)에 명시된 제외 의료 혜택의 비용을 지급하지 않습니다. 응급 시설에서 서비스를 받더라도 서비스 비용을 지급하지 않습니다. 보장되지 않는 서비스의 비용을 플랜에서 지급해야 한다고 생각하는 경우 이의를 제기할 수 있습니다. 이의 제기에 대한 더 자세한 내용은 본 *회원 안내서 제 9 장* 을 참조하십시오.

혜택 차트에 명시된 예외 또는 제한 사항 외에도 다음 물품 및 서비스는 플랜에서 보장하지 않습니다:

- Medicare 및 Medi-Cal에 따라 '합리적이며 의학적으로 필요하다'고 간주되지 않는 서비스. 단, 저희가 보장 서비스로 기재한 경우는 예외.
- 실험적 의료 및 외과 치료, 물품 및 의약품. 단, Medicare, Medicare 가 승인한 임상 연구 또는 본 플랜에서 보장하는 경우는 예외. 임상 연구에 대한 자세한 정보는 본 *회원 안내서 제 3 장* 을 참조하십시오. 실험적 치료와 항목은 의학계에서 일반적으로 받아들여지지 않는 것을 말합니다.
- 의학적으로 필요하여 Medicare에서 비용을 지급하는 경우 제외한 병적인 비만에 대한 수술 치료
- 의학적으로 필요한 경우 제외한 병원의 개인 병실
- 개인 간호사
- 병원이나 간호 시설의 병실에 있는 개인 물품, 예로 전화, TV
- 풀타임 출장 간호사
- 직계 친척이나 가족이 청구하는 비용



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

- 자택으로 배달되는 식사
- 선택적이거나 자발적인 개선 절차 또는 서비스(체중 감소, 모발 성장, 성적 기능, 운동 성능, 미용 목적, 노화 방지, 정신적 기능 등), 의학적으로 필요한 경우 제외
- 성형 수술 또는 기타 성형 작업, 사고 부상으로 인해 필요하거나 기형으로 인한 신체의 일부를 개선하는 목적인 경우 제외. 단, 유방 절제술 후 유방 재건 및 형태의 대칭성을 위해 다른 유방을 치료하는 비용은 저희가 부담합니다.
- 보장 지침에 부합하는 척추 지압 치료(손으로 하는 척추 교정 제외)
- **섹션 D** 혜택 차트의 발병 치료 서비스에서 설명한 경우를 제외한 일상적 발 진료.
- 정형외과용 신발. 단, 해당 신발이 다리 고정기의 일부이고 고정기 비용에 포함되어 있거나 당뇨병 발 질환자용인 경우는 예외
- 발을 위한 지지 기구. 단, 당뇨병 발 환자를 위한 정형외과용 신발이나 치료용 신발은 제외
- 방사선 각막 절개술, LASIK (라식) 수술, 기타 저시력 보조 수단
- 불임 시술 복원
- 자연 요법 서비스 (자연 치료법이나 대안적 치료법의 사용)
- 보훈부 (Veterans Affairs, VA) 시설에서 퇴역 참전 용사에게 제공하는 서비스. 그러나 참전 용사가 VA 병원에서 응급 서비스를 받고 VA 비용 부담금이 저희 플랜의 비용 부담금보다 큰 경우 저희는 그 차액을 참전 용사에게 환급합니다. 그러나 회원의 비용 부담금은 회원이 지급해야 합니다.
- 응급 구조사 서비스는 응급 구조사가 현장에서 제공하는 의학적 응급 치료입니다. 보장에 대한 정보는 해당 시청에 문의하십시오.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

제5장: 외래 약물 구입하기

서문

본 장에서는 외래 약물 수령 관련 규정에 대해 설명합니다. 이러한 약물은 담당 의료 제공자가 회원을 위해 주문한 것으로서 약국 또는 우편 주문을 통해 수령할 수 있습니다. Medicare 파트 D 및 Medi-Cal이 보장하는 약물이 여기에 해당됩니다. **회원 안내서 제 6 장**에서는 이러한 약물에 대해 얼마를 지불해야 하는지 알려줍니다. 주요 용어 및 정의는 본 **회원 안내서**의 마지막 장에 알파벳 순서대로 나와 있습니다.

이 장에서 다루지는 않지만 저희는 다음 약물에 대해서도 보장합니다:

- **Medicare 파트 A 에서 보장하는 약물.** 일반적으로 병원이나 요양 기관에 있는 동안 투여되는 약물입니다.
- **Medicare 파트 B 에서 보장하는 약물.** 일부 화학요법 (chemotherapy) 치료 약물, 의사나 다른 의료 제공자를 방문하여 투여받은 일부 주사 약물, 투석 클리닉에서 이용한 약물입니다. Medicare 파트 B 의 보장 약물에 대해 더 알아보려면 **회원 안내서 제 4 장**에 나와 있는 혜택 차트를 참조하십시오.
- 플랜의 Medicare 파트 D 및 의료 혜택 보장 외에도 귀하가 Medicare 호스피스에 있는 경우 Original Medicare 에서 귀하의 약을 보장할 수 있습니다. 자세한 내용은 **제 5 장, 섹션 D** “Medicare 인증 호스피스 프로그램 참여”를 참조하십시오.

플랜의 외래 약물 보장에 관한 규정

저희는 회원이 본 장의 규정을 준수하는 한 약물 비용을 보장해 드립니다.

회원에게 관련 주 법에 따라 유효한 처방전을 작성해 준 의료 제공자 (의사, 치과 의사 또는 기타 처방자)가 있어야 합니다. 대부분 주치의 (PCP) 가 처방합니다. 주치의 (PCP) 가 진료를 의뢰한 경우 다른 의료 제공자가 처방하는 경우도 있습니다.

Medicare 의 제외(Exclusion) 나 배제 (Preclusion) 목록 또는 기타 유사한 Medi-Cal 목록에 포함되지 **않은** 자가 처방해야 합니다.

일반적으로 네트워크 약국을 이용하여 처방 약물을 조제받아야 합니다. (자세한 내용은 **섹션 A1**을 참조하십시오.) 또는 플랜의 우편 주문 서비스를 통해 처방전을 받으실 수 있습니다.

처방 약물이 본 플랜의 보장 **약물 목록 (List of Covered Drugs)**에 포함되어 있어야 합니다. 이를 줄여서 ‘**약물 목록**’이라고 합니다.(이 장의 **섹션 B**를 참조하십시오.)

- **약물 목록**에 기재되지 않은 약물에 예외 조항을 적용해서 보장이 가능한 경우가 있습니다.
- 예외 요청에 대한 내용을 알아보려면 **제 9 장**을 참조하십시오.
- 처방 약물을 보장받기 위해 요청하면 Medicare 및 Medi-Cal의 기준에 따라 평가 절차가 진행됨을 참고해 주십시오.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

약물은 의료적으로 인정된 적응증에만 사용해야 합니다. 즉, 미국 식품의약국 (Food and Drug Administration, FDA) 의 승인을 받거나 특정 의료용 참고 문헌을 통해 약물의 용도가 뒷받침되어야 한다는 뜻입니다. 처방자의 도움을 받아 의료용 참고 문헌을 파악하여 처방 약물 사용을 지원받을 수 있습니다. Medi-Cal Rx 에서 보장하는 약물을 미국 식품의약국 (FDA) 또는 참고 문헌에 의해 확인되지 않은 적응증을 치료하는 데 사용하는 경우 이를 ‘미승인(off-label)’ 처방이라고 합니다. “미승인” 적응증에 사용되는 약물은 의학적으로 허용되는 적응증이 아니므로 다음과 같은 경우를 제외하고는 보장 혜택이 아닙니다: “미승인” 사용이 심사평가 문헌에 설명되어 있고 약물이 의학적으로 필요한 경우. Medi-Cal Rx 는 의학적으로 필요한 것을 약물이 생명을 보호하고, 중대한 질병이나 중대한 장애를 예방하거나, 질병, 질환 또는 부상의 진단이나 치료를 통해 심한 통증을 완화하는 데 합리적이고 필요한 것으로 정의합니다.

귀하의 약물은 저희가 보장하기 전에 특정 기준에 따라 저희 플랜의 승인이 필요할 수 있습니다. (이 장의 **섹션 C** 를 참조하십시오.)

차례

A. 처방 약물 조제받기	147
A1. 네트워크 약국에서 처방 약물 조제받기	147
A2. 처방 약물 조제 시 회원 ID 카드 사용하기	147
A3. 네트워크 약국을 변경하는 경우 해야 할 일	147
A4. 기존 약국이 네트워크를 탈퇴하는 경우 해야 할 일	147
A5. 전문 약국 이용하기	148
A6. 우편 주문 서비스를 이용하여 약물 구입하기	148
A7. 장기 복용 약물 수령하기	149
A8. 플랜의 네트워크에 소속되지 않은 약국 이용하기	150
A9. 처방 약물 비용 환불받기	150
B. 플랜의 약물 목록	151
B1. 약물 목록에 해당하는 약물	151
B2. 플랜의 약물 목록에서 약물 찾는 방법	151
B3. 플랜 약물 목록에 없는 약물	152
B4. 약물 목록 비용 부담금 구간	153
C. 일부 약물의 한도	153



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

D. 약물을 보장하지 않는 이유	155
D1. 임시 분량 받기	155
D2. 임시 분량 요청하기	156
D3. 예외 요청하기	157
E. 약물 보장의 변경 사항	157
F. 특수한 상황에서의 약물 보장	159
F1. 저희 플랜이 보장하는 병원 또는 전문 간호 시설 입원	159
F2. 장기 치료 시설 거주	159
F3. Medicare 인증 호스피스 프로그램 참여	159
G. 약물 안전 및 관리에 관한 프로그램	160
G1. 회원의 안전한 약물 사용을 돕는 프로그램	160
G2. 약물 관리에 도움을 주는 프로그램	160
G3. 오피오이드 약물의 안전한 사용을 위한 약물 관리 프로그램 (DMP)	161



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

A. 처방 약물 조제받기

A1. 네트워크 약국에서 처방 약물 조제받기

대부분의 경우 저희에서는 네트워크 약국에서 처방 약물을 수령하는 경우에만 해당 비용을 지급합니다. 네트워크 약국이란 처방 약물을 저희 플랜의 회원에게 판매하는 것에 동의한 약국입니다. 저희의 네트워크 약국이라면 어디든 이용할 수 있습니다. (네트워크 외부 약국에서 처방전을 조제받는 경우에 대한 정보는 **섹션 A8** 을 참조하십시오.)

네트워크 약국을 확인하려면 *의료 제공자 및 약국 목록*을 참조하거나 저희 웹사이트를 방문하거나 고객 서비스부로 문의하십시오.

A2. 처방 약물 조제 시 회원 ID 카드 사용하기

처방 약물을 구입하려면 네트워크 약국에 **본인의 회원 ID 카드를 제시**하십시오. 네트워크 약국은 귀하의 보장 약물 비용 중 저희 부담금을 저희에게 청구합니다. 처방전을 받으실 때 약국에 본인 부담금을 지불해야 할 수도 있습니다.

Medi-Cal ID 카드 또는 수혜 신분증 (Benefits Identification Card, BIC) 을 소지해야 Medi-Cal Rx 에서 보장하는 약물을 구입할 수 있음을 잊지 마시기 바랍니다.

처방 약물을 받을 때 회원 ID 카드 또는 BIC 를 지참하지 않은 경우 약국에서 저희에게 연락하면 필요한 정보를 제공하거나 약국에서 귀하의 플랜 가입 정보를 확인해 달라고 요청할 수 있습니다.

약국은 필요한 정보를 제공받지 못하는 경우 처방 약물 구입 시 발생하는 비용을 전부 회원이 지급해야 할 수도 있습니다. 이 경우 저희에게 저희 부담금 환불을 요청할 수 있습니다. **약물 비용을 지급하지 못하는 경우 고객 서비스로 바로 연락해주시고.** 저희가 할 수 있는 모든 조치를 취하여 도와드리겠습니다.

- 약물 비용 환급을 요청하려면 본 *회원 안내서 제 7 장* 을 참조하십시오.
- 처방 약물 구입과 관련하여 도움이 필요하시면 고객 서비스부로 연락해주시고.

A3. 네트워크 약국을 변경하는 경우 해야 할 일

약국을 변경하고 처방 약물을 다시 조제해야 하는 경우 의료 제공자에게 처방전을 새로 작성해 달라고 요청하거나 기존 약국에 부탁하여 해당 처방전을 새 약국으로 보내 달라고 요청할 수 있습니다.

네트워크 약국을 변경하는 데 도움이 필요한 경우 고객 서비스부로 연락해주시고.

A4. 기존 약국이 네트워크를 탈퇴하는 경우 해야 할 일

이용하던 약국이 플랜의 네트워크를 탈퇴하면 새 네트워크 약국을 찾아야 합니다.

새 네트워크 약국을 찾으려면 *의료 제공자 및 약국 목록*을 참조하거나 저희 웹사이트를 방문하거나 고객 서비스부로 문의하십시오.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.**

A5. 전문 약국 이용하기

처방전에 있는 약물이 전문 약국에서만 조제받을 수 있는 경우도 있습니다. 전문 약국은 다음과 같습니다:

- 가정 주입 요법용 약물을 공급하는 약국.
- 양로 시설과 같이 장기 요양 시설 거주자용 약물을 공급하는 약국.
 - 일반적으로 장기 요양 시설에는 자체 약국이 있습니다. 장기 요양 시설 거주자인 경우 필요한 약물을 해당 시설의 약국에서 구할 수 있도록 해 드립니다.
 - 장기 요양 시설의 약국이 저희 네트워크에 속하지 않거나 장기 요양 시설에서 약물을 받는 데 어려움이 있는 경우 고객 서비스 부로 문의하십시오.
- 원주민 건강 관리 제공자(IHCP, Indian Health Care Provider) 약국. 미국 원주민 및 알래스카 원주민 회원은 등록된 소매 약국이 있는 경우 인디언 의료 서비스 제공자 (IHCP) 의 약국을 이용할 수 있습니다. 미국 원주민이나 알래스카 원주민이 아니더라도 진료소에 배정되었거나 응급 상황인 경우 IHCP 의 소매 약국에서 서비스를 받을 수 있습니다.
- FDA (Food and Drug Administration, 식품의약품청) 가 특정 위치로 제한하거나 전문적 취급, 의료 제공자의 조정 또는 사용 시 교육이 필요한 약물을 조제하는 약국. (참고: 이러한 상황에 해당하는 경우는 드뭅니다.)
- 전문 약국을 찾으려면 *의료 제공자 및 약국 목록*을 참조하시거나 저희 웹사이트를 방문하거나 고객 서비스부로 문의하십시오.

A6. 우편 주문 서비스를 이용하여 약물 구입하기

특정 종류의 약물은 저희 플랜의 네트워크 우편 주문 서비스를 이용하실 수 있습니다. 일반적으로 우편 주문으로 구매 가능한 약물은 만성 질환이나 장기 질환으로 인해 정기적으로 복용하는 약물입니다.

저희 플랜의 우편 주문 서비스를 이용하시면 최대 100 일분까지 주문하실 수 있습니다. 100 일분은 1 개월분과 동일한 본인 부담금이 적용됩니다.

우편으로 처방전 받기

주문서 및 우편으로 처방전 조제에 대한 정보를 받으시려면 고객 서비스 번호 **1-877-412-2743** (TTY **711**) 로 주 7 일, 24 시간 연락하십시오.

대부분인 경우 우편 주문 처방전은 7~10 일 이내에 도착합니다. 하지만 우편 주문이 지연되는 경우가 있을 수 있습니다. 배송이 지연되는 경우, 주치의에게 연락하여 긴급 처방전을 받으시고 가까운 네트워크 약국으로 가져오시기 바랍니다. 약국 직원은 우편 주문 처리 지연으로 인한 긴급 상황 발생 시 MedImpact (CalOptima Health OneCare Complete 와 협력하는 회사) 번호 1-800-788-2949 번으로 연락하여 긴급 처리 요청을 할 수 있습니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

우편 주문 절차

우편 주문 서비스는 회원이 직접 제출한 새로운 처방전, 의료 서비스 제공자 사무실에서 직접 제출한 새로운 처방전, 그리고 우편 주문 처방전의 리필에 대해 각기 다른 절차를 따릅니다.

1. 약국에 제출된 새로운 처방전

약국은 회원이 제출한 새로운 처방전을 자동으로 조제하여 배송합니다.

2. 약국에 의료 서비스 제공자 사무실에서 제출한 새로운 처방전

약국은 의료 서비스 제공자로부터 처방전을 받은 후, 회원에게 연락하여 즉시 조제받을지 나중에 조제받을지 확인합니다.

- 이를 통해 회원은 약국이 올바른 약물(함량, 수량, 형태 포함)을 배송하고 있는지 확인할 수 있으며, 필요한 경우 청구 및 배송 전에 주문을 중단하거나 지연할 수 있습니다.
- 약국에서 연락할 때마다 소통하여 그들에게 새로운 처방전 처리 방법을 알리고 배송 지연을 방지해야 합니다.

3. 우편 주문 처방전 리필

리필을 원하시는 경우, 현재 처방전 만료일 21일 전에 약국에 연락하여 다음 주문이 제때 배송되도록 하십시오.

약국에 연락 가능한 가장 좋은 방법을 알려주시면 배송 전 주문 확인을 위해 연락드릴 수 있습니다. 원하는 연락 방법을 알려주시면 고객 서비스 번호 **1-877-412-2743 (TTY 711)** 로 주 7 일, 24 시간 연락 하십시오.

A7. 장기 복용 약물 수령하기

본 플랜의 **약물 목록**에 있는 유지 관리 약물은 장기 복용 분량을 수령할 수 있습니다. 유지 관리 약물이란 만성 질환 또는 고질적인 건강 문제로 인해 꾸준히 복용하는 약물을 말합니다.

몇몇 네트워크 약국에서 장기 복용 가능한 분량의 유지 관리 약물을 구입할 수 있습니다. 100 일 분량의 공동 부담금이 1 개월 분량과 동일합니다. **의료 제공자 및 약국 목록**에 장기 복용 분량으로 유지 관리 약물을 구입할 수 있는 약국이 기재되어 있습니다. 고객 서비스부로 연락하여 자세한 내용을 알아보십시오.

특정 종류의 약물의 경우, 저희 플랜의 네트워크 우편 주문 서비스를 이용하여 장기 유지 약물을 받으실 수 있습니다. 우편 주문 서비스에 대한 자세한 내용은 **섹션 A6** 을 참조하십시오.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

A8. 플랜의 네트워크에 소속되지 않은 약국 이용하기

일반적으로 저희는 회원이 네트워크 약국을 이용할 수 없는 경우에만 네트워크 소속이 아닌 약국에서 구입한 약물에 플랜 혜택을 드립니다. 서비스 지역 밖에 위치한 네트워크 약국에서도 저희 플랜의 회원으로서 처방 약물을 조제받을 수 있습니다. 이런 경우, 먼저 고객 서비스에 문의하여 근처에 네트워크 약국이 있는지 확인하십시오.

저희에서는 다음과 같은 경우에 네트워크 소속이 아닌 약국에서 구입한 처방 약물 비용을 지급합니다:

- 네트워크 약국을 이용할 수 없거나 운영하지 않아 제때 서비스 지역 내에서 보장 약물을 구입할 수 없는 경우. (예를 들어, 24 시간 운영되는 네트워크 약국이 운전해서 찾아갈 수 있는 적당한 거리 내에 없는 경우).
- 이용 가능한 네트워크 약국에 통상 갖춰져 있지 않은 보장 약물을 처방 받고 있는 경우. (예를 들어, 전문 약물).
- 서비스 지역이 아닌 곳으로 여행(미국 내) 중에 복용 중인 약이 떨어진 경우, 약을 잃어버린 경우 또는 병에 걸렸는데 네트워크 소속 약국에 갈 수 없을 경우.
- 네트워크 약국을 이용할 수 없는 상황에서 의학적 응급 상황 또는 긴급 치료용으로 처방받은 경우.
- 연방 재난 사태 또는 공중 보건 비상사태가 선언된 상황에서 회원이 대피하거나 거주지를 벗어나 있어 네트워크 약국에 방문할 수 없다면 처방을 진행할 수 있습니다.

A9. 처방 약물 비용 환불받기

네트워크 소속이 아닌 약국을 이용해야만 하는 상황에서는 처방 약물 구입 시 일반적으로 회원 부담금이 아닌 약값 전액을 회원이 부담해야 합니다. 회원은 저희가 부담하는 비용에 대해 환불을 요청하실 수 있습니다. 네트워크 외부 약국에서 지불하신 약값과 네트워크 내 약국에서 저희가 부담해야 하는 비용의 차액을 지불해야 할 수도 있습니다.

Medi-Cal Rx 에서 보장되는 처방 약물을 전액 지급한 경우 Medi-Cal Rx 가 해당 처방 비용을 지급한 다음 회원이 약국에서 비용을 환불받을 수 있습니다. 아니면 Medi-Cal Rx 에 'Medi-Cal 사후 정산 비용 환급(가칭)' 청구를 제출하여 비용을 환불받을 수 있습니다. 더 자세한 내용은 Medi-Cal Rx 웹사이트 medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/ 에서 확인해보십시오.

자세한 내용을 알아보려면 본 *회원 안내서* 제 7 장을 참조하십시오.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

B. 플랜의 약물 목록

저희 플랜에는 보장 **약물 목록**이 있습니다. 이를 줄여서 '**약물 목록**'이라고 합니다.

이 목록에 있는 약물은 저희가 의사와 약사로 구성된 팀의 도움을 받아 선정한 것입니다. **약물 목록**을 통해 약물 구입 시 지켜야 하는 규정을 알아볼 수 있습니다.

저희는 일반적으로 회원이 본 장에서 설명한 규정을 준수하는 한 플랜의 **약물 목록**에 있는 구입 비용을 보장해 드립니다.

B1. 약물 목록에 해당하는 약물

플랜의 **약물 목록**에는 Medicare파트 D에서 보장하는 약물이 포함됩니다.

플랜은 회원이 약국에서 받는 약물 대부분을 보장합니다. 일부 오버 더 카운터(비처방 약물, OTC) 및 특정 비타민 등의 기타 약물은 Medi-Cal Rx 에서 보장할 수도 있습니다. Medi-Cal Rx 의 웹사이트 (medi-calrx.dhcs.ca.gov) 를 방문하여 자세한 내용을 확인해보십시오. Medi-Cal Rx 고객 서비스 센터 1-800-977-2273 으로 전화주셔도 됩니다. Medi-Cal Rx 를 통해 처방받을 때는 Medi-Cal 수혜자 신분증 (BIC) 을 지참하십시오.

플랜의 **약물 목록**에는 브랜드 약물, 제네릭 약물 및 생물학적 제품 (바이오시밀러를 포함할 수 있음) 등이 포함될 수 있습니다.

브랜드 약물은 제약 회사가 소유한 상표를 표시하여 판매되는 약물입니다. 생물학적 제품은 일반적인 약물보다 더 복잡한 약물입니다. 본 플랜의 **약물 목록**에서 '약물'은 약물 또는 생물학적 약제를 의미합니다.

제네릭 약물에는 브랜드 약물과 동일한 활성 성분이 들어 있습니다. 생물학적 제품에는 바이오시밀러라고 불리는 대체제가 있습니다. 일반적으로 제네릭 약물과 바이오시밀러는 브랜드 약물이거나 원래 생물학적 제품과 마찬가지로 효과가 있으며 일반적으로 비용이 적게 듭니다. 많은 브랜드 약물에는 제네릭 약물 대체제가 있고 일부 원래 생물학적 제품에는 바이오시밀러 대체제가 있습니다. 일부 바이오시밀러는 상호 교환 가능한 바이오시밀러이며, 주법에 따라 새로운 처방전 없이도 약국에서 원래 생물학적 제품을 대체할 수 있습니다. 이는 제네릭 약물이 브랜드 약물을 대체할 수 있는 것과 마찬가지로입니다.

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

B2. 플랜의 약물 목록에서 약물 찾는 방법

복용 중인 약물이 플랜의 **약물 목록**에 있는지 확인하려면 다음과 같이 하십시오:

- 본 플랜의 웹사이트인 www.caloptima.org/OneCare 를 방문해 확인합니다. 저희 웹사이트에 있는 **약물 목록**은 항상 최신 정보로 업데이트됩니다.
- 고객 서비스부에 연락하여 해당 약물이 플랜의 **약물 목록**에 있는지 알아보거나 목록 사본을 요청합니다.
- 파트 D 에서 보장되지 않은 약물이 Medi-Cal Rx 에서 보장되는 경우도 있습니다. Medi-Cal Rx 의 웹사이트 (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) 를 방문하여 자세한 내용을 확인하십시오.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

- <https://www.medimpact.com/> 에서 “실시간 혜택 도구 (Real Time Benefit Tool)” 를 사용하여 **약물 목록**에 있는 약물을 검색하여 예상 비용을 확인하고, 동일한 질환을 치료할 수 있는 대체 약물이 있는지 확인해 보십시오. 고객 서비스에 문의하실 수도 있습니다.

B3. 플랜 **약물 목록**에 없는 약물

모든 약물을 플랜이 보장하지는 않습니다.

- 법률에 근거하여 플랜에서 혜택으로 보장할 수 없는 약물은 **약물 목록**에 포함되어 있지 않습니다.
- 저희의 결정에 따라 **약물 목록**에 포함되지 않은 약물도 있습니다.
- 경우에 따라 저희 **약물 목록**에 없는 약을 받으실 수 있습니다. 자세한 내용은 **제 9장**을 참조하십시오.

저희의 플랜은 이 섹션에 설명된 약물 종류의 비용을 지급하지 않습니다. 이를 **예외 약물**이라고 합니다. 예외 약물을 처방받은 경우에는 회원이 비용을 부담해야 합니다. 경우에 따라 저희가 예외 약물 비용을 지급해야 한다고 회원이 판단하는 경우 항소 를 제기할 수 있습니다. 항소 제기에 대한 더 자세한 내용은 **회원 안내서 제 9 장**을 참조하십시오.

예외 약물과 관련된 일반 규정 세 가지는 다음과 같습니다:

1. 저희 플랜의 외래 약물 보장 (Medicare 파트 D 포함)에서는 Medicare 파트 A 또는 Medicare 파트 B에서 이미 보장되는 약물 비용은 지급하지 않습니다. 본 플랜에서는 Medicare 파트 A 또는 Medicare 파트 B 에 따라 보장되는 약물을 보장하지만 이러한 약물을 외래 약물 혜택이 적용될 부분으로 간주하지 않습니다.
2. 미국 및 해당 관할지 외에서 구입한 약물 비용은 플랜에서 부담하지 않습니다.
3. 사용 약물이 식품의약품 (FDA) 의 승인을 받았거나 의학계의 특정 참고 문헌을 통해 증상 치료에 효능이 있다는 사실이 뒷받침되어야 합니다. 의사 또는 기타 처방자가 질병 치료를 목적으로 승인되지 않은 특정 약물을 처방하는 경우도 있습니다. 이를 ‘미승인’ 용도라고 합니다. 저희의 플랜은 미승인 용도로 처방된 약물 비용을 지급하지 않습니다.

법에 근거하여 Medicare 또는 Medi-Cal 에서는 다음에 명시된 유형의 약물을 보장하지 않습니다.

- 임신 촉진용 약물
- 기침 또는 감기 증상 완화에 사용되는 약물*
- 미용 용도나 모발 성장 촉진용 약물
- 산전 비타민 및 불소* 제제를 제외하고 처방전 비타민 및 미네랄 제품
- 성기능 부전이나 발기 부전 치료 약물
- 거식증, 체중 감소 또는 체중 증가 치료에 사용되는 약물*
- 검사나 서비스를 자신의 회사에서만 받아야 한다고 고지한 회사에서 만든 외래 약물

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



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

B4. 약물 목록 비용 부담금 구간

저희의 **약물 목록**에 등재된 모든 약물은 2 개의 구간 중 하나에 해당합니다. 구간은 일반적으로 동일한 유형 (예: 브랜드 약물, 제네릭 약물 또는 오버 더 카운터 약물[OTC])의 약물에 속한 그룹입니다. 일반적으로 비용 부담 단계가 높을수록 약물 비용이 높아집니다.

1 구간 약물은 제네릭 약물입니다. 공동 부담금은 \$0 입니다.

2 구간 약물은 브랜드 약물입니다. 공동 부담금은 소득에 따라 \$0 에서 \$12.65 입니다.

복용 중인 약물이 어떤 비용 부담 구간에 속하는지 알아보려면 **약물 목록**에서 약물을 찾아보십시오.

회원 안내서 제 6 장 에 각 구간별로 약물 금액이 기재되어 있습니다.

C. 일부 약물의 한도

특정 약물에는 특별 규정이 적용되어 플랜이 보장하는 방법과 시기에 제한이 있습니다. 일반적으로 저희의 플랜 규정에서는 회원이 본인의 질병 치료에 도움이 되는 동시에 안전하고 효과적인 약물을 구입하도록 권장합니다. 안전하면서 가격도 더 저렴한 약물이 상대적으로 비싼 약물만큼 효과가 좋은 경우에는 의료 제공자가 더 저렴한 약물을 이용할 것을 권장합니다.

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

사용 약물에 특별 규정이 적용되는 경우 회원이나 의료 제공자가 별도의 조치를 취해야만 해당 약물에 대한 보장을 받을 수 있습니다. 예컨대 회원의 의료 제공자가 플랜에 먼저 환자의 진단명을 알려주거나 혈액 검사 결과를 제공해야 할 수도 있습니다. 회원이나 의료 제공자가 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 9 장** 을 참조하십시오.

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

일반적으로 제네릭 약물 또는 상호 교환형 바이오시밀러는 브랜드 약물 또는 오리지널 생물학적 제품과 동일하게 작용하며 일반적으로 비용이 적게 듭니다. 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.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

- 그러나 의료 제공자가 제네릭 약물, 상호 교환 가능한 바이오시밀러 또는 동일한 질환을 치료하는 다른 보장 약물이 회원에게 효과가 없는 의학적 이유를 설명한다면, 브랜드 약물을 보장해 드립니다.
- 브랜드 약물이나 원래 생물학적 제품을 구매하는 경우 회원의 공제금이 제네릭 약물이나 호환 바이오시밀러보다 더 높을 수 있습니다.

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.

3. 먼저 다른 약물 사용해보기

저희는 일반적으로 더 값싼 약물을 보장하기 전에 더 저렴하면서 효능은 비슷한 약물을 먼저 써보도록 합니다. 예를 들어 A 와 B 라는 약물로 같은 질환을 치료하는데 약물 A의 가격이 약물 B 보다 저렴하다면, 플랜에서는 약물 A 를 먼저 써보도록 요구할 수도 있습니다.

약물 A가 귀하에게 효과가 없으면 그때 플랜에서 약물 B 를 보장합니다. 이것을 단계 요법이라 합니다. 단계 요법에 대한 자세한 내용은 페이지 하단의 전화번호로 고객 서비스에 문의하거나

www.caloptima.org/en/health-insurance-plans/onecare/pharmacy 에서 확인하십시오.

4. 수량 제한

일부 약물의 경우 회원이 받을 수 있는 수량을 제한합니다. 이를 수량 제한이라 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 규정이 회원이 복용 중이거나 복용하고자 하는 약물에 적용되는지 알아보려면 약물 목록을 확인하십시오. 최신 정보는 고객 서비스부로 전화하거나 저희 웹사이트

www.caloptima.org/en/health-insurance-plans/onecare/pharmacy 에서 확인할 수 있습니다. 저희의 보장 결정 사항에 위의 이유 중 하나에 따라 이의가 있으면 항소를 요청할 수 있습니다. 이에 대한 자세한 내용은 **회원 안내서 제 9 장** 을 참조하십시오



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

D. 약물을 보장하지 않는 이유

플랜에서는 회원이 약물 보장 혜택을 받을 수 있도록 노력하지만, 때때로 회원이 원하는 방식으로 보장받지 못하는 약물이 생길 수도 있습니다. 예는 다음과 같습니다:

- 저희 플랜이 회원이 복용하려는 약물을 보장하지 않습니다. 해당 약물이 **약물 목록**에 올라 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.
- 플랜이 약물을 보장하지만 보장에 관련된 특별 규정이나 한도가 있을 수 있습니다. 위의 섹션에서 설명한 바와 같이 저희 플랜이 보장하는 일부 약물의 경우 그 사용을 제한하는 규정이 있습니다. 일부 경우 회원이나 처방한 자가 규정 예외를 요청할 수 있습니다.

회원이 보장받고자 하는 약물을 저희가 보장하지 않는 경우 회원이 후속 조치를 진행합니다.

D1. 임시 분량 받기

특정 약물이 **약물 목록**에 없거나 어떤 식으로든 제한이 있는 경우 플랜에서는 회원에게 임시 복용 분량의 약물을 제공할 수 있습니다. 그러면 회원은 그 사이 의료 제공자와 다른 약물 복용에 대해 상의하거나 플랜에 약물 보장을 요청해 볼 수 있습니다.

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

1. 지금까지 복용해온 약물이 다음에 해당해야 합니다:
 - 플랜 **약물 목록**에서 빠졌거나
 - **약물 목록**에 등재된 적이 한 번도 없거나
 - 현재 어떤 식으로든 제한되어 있는 경우.
2. 회원이 처한 상황이 다음 중 하나에 해당해야 합니다:
 - 작년에 플랜 등록 상태였습니다.
 - 저희는 당해 연도 **첫 90 일 동안 임시 복용 분량의 약물을 보장합니다.**
 - 이러한 임시 복용 분량은 최대 30일분까지 가능합니다.
 - 처방전에 적힌 복용 일수가 그보다 짧으면 최대 30 일분까지 약물을 제공하기 위해 여러 차례 재조제받는 것을 허용합니다. 처방 약물은 반드시 네트워크 약국에서 구입해야 합니다.
 - 장기 진료 약국은 낭비를 방지하기 위해 회원의 약물을 한 번에 소량씩만 제공할 수도 있습니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

- 저희 플랜에 신규로 가입했습니다.
 - 저희는 임시 복용 분량의 약물을 **플랜 가입 후 첫 90 일 동안 보장합니다.**
 - 이러한 임시 복용 분량은 최대 30 일분까지 가능합니다.
 - 처방전에 적힌 복용 일수가 그보다 짧으면 최대 30 일분까지 약물을 제공하기 위해 여러 차례 재조제받는 것을 허용합니다. 처방 약물은 반드시 네트워크 약국에서 구입해야 합니다.
 - 장기 진료 약국은 낭비를 방지하기 위해 회원의 약물을 한 번에 소량씩만 제공할 수도 있습니다.
- 플랜 가입 기간이 90 일 이상이고, 장기 요양 시설에서 거주하며 당장 약물이 필요합니다.
 - 저희 플랜은 31 일분 또는 처방전의 일수가 더 적을 경우에는 더 적은 분량에 대해 한 번 보장합니다. 이것은 위의 임시 복용 분량에 추가되는 것입니다.
- 회원의 치료 환경을 바꾸고 있습니다(이를 진료 수준 변경이라고 함).
 - 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.
 - 진료 수준을 변경하는 경우 임시 복용 분량을 보장해 드립니다. 이러한 임시 복용 분량은 최대 30 일분까지 가능합니다. 처방전에 적힌 복용 일수가 그보다 짧으면 최대 30 일분까지 약물을 제공하기 위해 여러 차례 재조제받는 것을 허용합니다. 처방 약물은 반드시 네트워크 약국에서 구입해야 합니다.

D2. 임시 분량 요청하기

임시 복용 분량을 요청하려면 고객 서비스부로 연락하십시오.

임시 복용 분량의 약물을 구입하는 경우 최대한 빨리 의료 제공자와 상의하여 약물 분량이 다 소진되면 어떻게 할 것인지 결정해야 합니다. 선택 가능한 방법은 다음과 같습니다.

- 다른 약물로 바꿀 수 있습니다.

저희 플랜에서 회원에게 효능이 있는 다른 약물을 보장할 수도 있습니다. 고객 서비스부에 연락하여 동일한 질환을 치료하는 보장 **약물 목록**을 요청하십시오. 이 목록은 의료 제공자가 회원에게 효과적인 약물을 찾는 데 도움이 될 것입니다.
- 예외 신청을 할 수도 있습니다.

회원과 의료 제공자가 저희에 예외를 신청할 수 있습니다. 예를 들어 저희에 **약물 목록**에 없는 약물 보장을 요청하거나 한도 없이 약물 보장을 요청할 수 있습니다. 담당 의료 제공자가 회원에게 예외를 요청할 만한 정당한 의료적 사유가 있다고 할 경우, 회원을 도와 예외를 요청할 수 있습니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

D3. 예외 요청하기

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

예외 요청에 도움이 필요하면 고객 서비스부로 연락해주시요.

E. 약물 보장의 변경 사항

약물 보장 사항은 대개 1 월 1일에 변경되지만 연중에도 **약물 목록**에 약물이 추가되거나 삭제될 수 있습니다. 약물에 관한 규정도 변경될 수 있습니다. 예를 들면 다음과 같습니다:

- 약물에 대한 사전 승인 (PA) (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 약물을 보장하기에 앞서 회원이 하나의 약물 시도해 봐야 함).
- 원래 생물학적 제품을 생물학적 제품의 상호 교환 가능한 바이오시밀러 버전으로 교체합니다.

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

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

- 현재 **약물 목록**에 있는 제품만큼 효과적이면서 더 저렴한 신약물이 시중에 출시된 경우 **또는**
- 약물이 안전하지 않다는 사실을 알게 된 경우 **또는**
- 해당 약물이 시장에서 더 이상 판매되지 않는 경우.

복용 중인 약물의 보장 범위가 변경되면 어떻게 되나요?

약물 목록이 변경될 때 어떤 일이 발생하는지에 대한 자세한 정보를 얻으려면 언제든지 다음을 수행할 수 있습니다:

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



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

현재 플랜 연도 동안 귀하에게 영향을 미칠 수 있는 약물 목록에 대한 변경 사항

약물 목록에 대한 일부 변경 사항은 바로 적용됩니다. 예는 다음과 같습니다:

- 새 제네릭 약물을 이용할 수 있게 된 경우, 때로는 새로운 제네릭 약물이나 바이오시밀러가 시장에 출시되어 현재 **약물 목록**에 있는 브랜드 약물이나 원래 생물학적 제품만큼 효과가 있는 경우가 있습니다. 그런 경우, 저희는 브랜드 약물을 제거하고 새로운 제네릭 약물을 추가할 수 있지만, 새로운 약물에 대한 비용은 동일하거나 낮아질 수 있습니다. 새 제네릭 약물을 추가할 때 현재의 브랜드 약물을 목록에 계속 두지만 그 보장 규정 또는 한도를 변경할 수도 있습니다.
 - 이러한 변경 사항을 적용하기 전에 알리지 못할 수도 있으나, 변경 사항이 적용되면 구체적인 변경 사항에 대한 정보를 보내드릴 것입니다.
 - 회원 또는 담당 의료 제공자는 이러한 변경 사항에 대한 '예외'를 요청할 수 있습니다. 저희는 예외를 요청하기 위해 취해야 하는 단계가 포함된 안내문을 보내드립니다. 예외에 대한 더 자세한 내용은 본 안내서 **제 9 장** 을 참조하십시오.

안전하지 않은 약물 및 시중에서 판매되지 않는 기타 약물을 제거. 경우에 따라 약물이 안전하지 않은 것으로 판명되거나 다른 이유로 시중에서 판매를 중단할 수 있습니다. 이러한 경우, 저희는 해당 약물을 즉시 **약물 목록**에서 삭제할 수 있습니다. 해당 약물을 복용 중이시라면, 저희는 변경 후 공지를 보내드립니다. 담당 의사 또는 다른 처방 의사와 협력하여 귀하의 질환에 맞는 다른 약물을 찾으실 수 있습니다. 고객 서비스 센터에 전화하여 동일한 질환을 치료하는 보장 **약물 목록**을 요청하실 수 있습니다.

회원이 복용하는 약물에 영향을 미치는 다른 변경 사항이 있을 수도 있습니다. 플랜의 **약물 목록**에 이러한 기타 변경 사항이 생기는 경우 사전에 알려드립니다. 다음과 같은 경우 변경 사항이 있을 수 있습니다:

- FDA 가 새로운 지침을 제공하거나 약물에 대한 새로운 임상 지침이 있을 경우.

이러한 변경 사항이 생기면 저희는 다음과 같이 조치합니다:

- 플랜의 **약물 목록**을 변경하기 최소 30 일 전에 회원에게 안내 또는
- 회원에게 안내하고 회원이 재조제 요청을 한 후 30 일분의 약물을 제공합니다.

이렇게 하면 회원이 의사 또는 다른 처방자와 상담할 시간을 가질 수 있습니다. 의사 또는 처방자는 회원이 다음에 대해 판단하는 데 도움을 줄 수 있습니다:

- **약물 목록**에 대체 복용할 수 있는 유사 약물이 있는지 또는
- 이러한 변경 사항에 대해 예외를 요청하여 현재 복용 중인 약물 또는 약물 버전을 계속 보장받을 수 있는 지 여부. 예외 요청에 대한 자세한 내용을 알아보려면 본 **회원 안내서 제 9 장** 을 참조하십시오.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

현재 계획 연도 동안 귀하에게 영향을 미치지 않는 약물 목록의 변경 사항

저희는 귀하가 복용하는 약물 중 위에 설명되지 않고 현재 귀하에게 영향을 미치지 않는 약물에 대해 변경할 수 있습니다. 그러한 변경 상황에서, **연초**에 보장되던 약물을 복용 중인 경우 저희는 일반적으로 **그 해의 남은 기간 동안**은 해당 약물을 삭제하거나 변경하지 않습니다.

예를 들어 저희가 회원이 복용하고 있는 약을 삭제하거나 사용을 제한하면 이러한 변경 사항이 해당 연도의 나머지 기간 동안에는 회원의 약물의 사용에 영향을 주지 않습니다.

복용 중인 약물에 이러한 변경 사항이 발생하는 경우(위 섹션에 언급된 변경 사항 제외), 해당 변경 사항은 내년 1월 1일까지는 귀하의 사용에 영향을 미치지 않습니다.

현 연도에는 이러한 유형의 변경 사항을 직접 알려드리지 않습니다. 다음 플랜 연도의 **약물 목록**(공개 가입 기간 동안 목록이 제공되는 경우)을 확인하여 다음 플랜 연도에 영향을 미칠 변경 사항이 있는지 확인해야 합니다.

F. 특수한 상황에서의 약물 보장

F1. 저희 플랜이 보장하는 병원 또는 전문 간호 시설 입원

회원이 병원이나 전문 간호 시설에 플랜이 보장하는 입원을 한 경우 일반적으로 입원 기간 중의 처방 약물 비용을 보장합니다. 회원은 공동 부담금을 지급하지 않습니다. 병원이나 전문 간호 시설에서 퇴원한 후에도, 해당 약물이 저희의 보장 규정을 모두 충족하는 한 계속 약물을 보장합니다.

약물 보장과 회원의 지불 금액에 대한 자세한 내용은 본 **회원 안내서 제 6 장** 을 참조하십시오.

F2. 장기 치료 시설 거주

대개 요양 시설 등 장기 요양 시설에는 자체 약국이나 거주자 전원에게 약물을 공급하는 약국이 있습니다. 장기 요양 시설에 거주하는 회원의 경우 해당 시설의 약국이 저희 네트워크 소속이라면 그곳에서 처방 약물을 구입해도 됩니다.

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

F3. Medicare 인증 호스피스 프로그램 참여

호스피스와 본 플랜에서 동시에 약물을 보장하지 않습니다.

- Medicare 호스피스에 가입되어 있고 말기 예후 및 질환과 연관성이 없어 호스피스에서 보장하지 않는 특정 약물(예로 진통제, 구역질 억제제, 완하제 또는 항불안 약물)이 필요할 수 있습니다. 이 경우 저희 플랜은 해당 약물을 보장하기 전에 처방자나 회원의 호스피스 의료 제공자로부터 해당 약물이 프로그램과 관련이 없다는 안내를 받아야 합니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

- 저희 플랜에서 보장받을 수 있는 무관한 약물을 지연 없이 받으려면, 회원이 약국에 처방 약물 조제를 요청하기 전에 해당 약물이 연관성이 없음을 저희에 통보하도록 호스피스 의료 제공자나 처방자에게 요청합니다.

회원이 호스피스에서 퇴원하는 경우 플랜에서 모든 약물 비용을 부담합니다. Medicare 호스피스 혜택이 종료될 때 약국에서 지연되는 경우를 피하려면 회원이 호스피스를 떠났음을 입증하는 문서를 약국에 제시해야 합니다.

이 장의 앞 부분에 나와 있는 플랜 보장 약물에 관한 설명을 참조하십시오. 호스피스 혜택에 대한 더 자세한 내용은 본 **회원 안내서 제 4 장** 을 참조하십시오.

G. 약물 안전 및 관리에 관한 프로그램

G1. 회원의 안전한 약물 사용을 돕는 프로그램

본 플랜은 회원이 처방 약물을 구입할 때마다 약물에 착오가 있는지 또는 다음과 같은 약물이 없는지 살펴봅니다:

- 동일한 효능을 지닌 다른 비슷한 약물을 복용하고 있기 때문에 필요하지 않을 수 있는 약물
- 회원의 나이나 성별을 고려할 때 안전하지 않을 수 있는 약물
- 동시에 복용하면 해로울 수 있는 약물
- 회원이 알레르기가 있거나 있을 수 있는 성분이 포함된 약물
- 양(복용량)에 오류가 있을 수 있는 약물
- 안전하지 않은 양의 오피노이드 진통제가 포함된 약물

회원의 약물 사용에 문제가 발생할 가능성이 있다고 판단되면 저희는 회원의 의료 제공자와 협력하여 문제를 시정합니다.

G2. 약물 관리에 도움을 주는 프로그램

저희 플랜에는 복합적인 건강 문제가 있는 회원을 돕는 프로그램이 있습니다. 일부 경우에는 투약 요법 관리 (MTM, Medication Therapy Management) 프로그램을 통해 무상으로 서비스를 받을 수 있습니다. 이 프로그램은 자발적이며 무료입니다. 이 프로그램에 참여하면 약물 치료가 건강 증진에 효과가 있음을 회원과 담당 의료 제공자가 확인하는 데 도움이 됩니다. 이 프로그램에 자격이 되시면, 약사나 다른 의료 전문가가 회원의 모든 약물을 종합적으로 검토하며 다음 사항에 대해서도 상담해 드립니다:

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



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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.
- 또한 회원이 복용 중인 모든 약물과 얼마나 복용하는지, 언제, 왜 복용하는지 사유가 포함된 개인 투약 목록.
- 규제 물질이 함유된 처방 약물의 안전한 폐기에 관한 정보.

담당 처방자와 회원의 행동 계획 및 **약물 목록**에 대해 상담하는 것이 좋습니다.

- 의사, 약사 및 기타 의료 제공자와 상담이 있을 때마다 실행 방안과 투약 목록을 가지고 가십시오.
- 또한 병원이나 응급실에 가는 경우에도 투약 목록을 지참하십시오.

MTM (약물 관리 프로그램) 은 자발적으로 참여할 수 있으며 자격이 되는 회원은 무료로 이용할 수 있습니다. 회원의 필요에 맞는 프로그램이 있으면 저희가 등록해 드리고 관련 정보를 보내드립니다. 프로그램에 참여를 원치 않는 회원은 저희에 알려주시면 등록을 취소해 드립니다.

이 프로그램에 대해 문의 사항이 있는 경우 고객 서비스부로 문의하십시오.

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

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

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

- 해당 약물에 대한 모든 처방전을 특정 약국 (들) 으로부터 받을 것을 요구
- 특정 처방자(들)로부터 오피오이드(opioid) 또는 벤조디아제핀 (benzodiazepine) 약물에 대한 모든 처방을 받도록 요구
- 보장되는 오피오이드(opioid) 또는 벤조디아제핀 (benzodiazepine) 약물의 양을 제한

저희가 회원이 이 약을 어떻게 얻을 수 있는지 또는 얼마나 많은 양을 얻을 수 있는지에 대한 제한할 계획이라면 저희는 사전에 안내 공지서를 보내드립니다. 서신은 귀하를 위해 이러한 약물의 보장을 제한할지 또는 귀하가 특정 제공자 또는 약국에서만 이러한 약물에 대한 처방전을 받아야 하는지 알려줍니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

회원은 자신이 이용하기에 편한 처방자 또는 약국과 중요하다고 생각되는 정보를 저희에 모두 알릴 수 있습니다. 회원이 응답할 기회를 가진 후, 저희가 이러한 약물에 대한 회원의 보장을 제한하기로 결정하면 저희는 회원에게 제한 사항을 확인하는 또 다른 서신을 보낼 것입니다.

저희의 실수가 있었다고 생각되거나, 저희의 결정 또는 제한 사항에 동의하지 않으시면, 회원과 처방자는 항소를 제기할 수 있습니다. 회원이 항소를 제기하면 저희에서는 회원의 사례를 검토하고 새 결정을 제공합니다. 회원의 약물 접근에 적용되는 제한 사항과 관련된 항소의 어떤 부분이든 계속해서 거부하는 경우, 회원의 사례는 자동으로 독립 검토 기관 (Independent Review Organization, IRO) 으로 보내지게 됩니다. (항소 제기 및 IRO 에 대한 더 자세한 내용은 본 **회원 안내서 제 9 장** 을 참조하십시오.)

다음과 같은 경우에는 DMP 가 적용되지 않을 수 있습니다:

- 회원이 암이나 난적혈구병 등 다음과 같은 의학적 상태에 있는 경우
- 호스피스, 고통 완화 치료, 임종 치료를 받는 경우 또는
- 장기 치료 시설에 거주하는 경우.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

제 6 장: Medicare 및 Medi-Cal 약물에 대한 회원 부담금

서문

본 장에서는 외래 약물에 대한 회원 부담금을 알려드립니다. 여기에서 '약물'이란 다음을 의미합니다:

- Medicare 파트 D 약물 및
- Medi-Cal Rx 보장하는 약물과 품목 및
- 플랜에서 추가 혜택으로 보장하는 약물 및 품목입니다.

회원은 Medi-Cal 수혜 자격이 있으시므로, Medicare 파트 D 약물 비용 지원을 위해 Medicare에서 추가 지원을 받으실 수 있습니다. "처방약 비용 추가 지원을 받는 분들을 위한 보장 증명 특약" ("Low Income Subsidy Rider (저소득층 보조금 특약)" 또는 LIS 라고도 함) 이라는 별도 안내문을 첨부했습니다. 이 안내문을 받지 못하신 경우, 고객 서비스 센터에 전화하여 "LIS 특약"을 요청하십시오.

추가 지원(Extra Help)은 소득 또는 자원이 한정적인 분들이 Medicare 파트 D 비용을 줄일 수 있도록 지원하는 Medicare 프로그램입니다. 추가 지원은 '저소득 보조금' 또는 'LIS' 라고도 합니다.

기타 주요 용어 및 정의는 본 *회원 안내서*의 마지막 장에 알파벳 순서대로 나와 있습니다.

약물에 관한 자세한 정보는 다음과 같은 방법을 통해 얻을 수 있습니다:

- **보장된 약물 목록.**
 - 저희는 이를 '약물 목록'이라고 부릅니다. 여기에서 다음과 같은 정보가 있습니다:
 - 저희 플랜이 비용을 부담하는 약물
 - 각 약물이 속한 구간
 - 약물 혜택 제한 여부
 - **약물 목록**이 필요하면 고객 서비스부로 연락하십시오. 저희 플랜의 웹 사이트 www.caloptima.org/en/health-insurance-plans/onecare/pharmacy 에서도 최신 **약물 목록** 사본을 찾을 수 있습니다.
 - 회원이 약국에서 받는 처방 약물 대부분을 CalOptima Health OneCare Complete 에서 보장합니다. 일부 오버 더 카운터(비처방 약물, OTC) 약물 및 특정 비타민 등의 기타 약물은 Medi-Cal Rx에서 보장할 수도 있습니다. Medi-Cal Rx 의 웹 사이트 (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) 를 방문하여 자세한 내용을 확인해보십시오.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

회원 안내서

제 6 장: Medicare 및 Medi-Cal 약물에 대한 회원 부담금

Medi Cal Rx 고객 서비스 센터 1-800-977-2273 으로 전화주셔도 됩니다. Medi Cal Rx를 통해 처방을 받을 때는 Medi-Cal 수혜자 신분증 (Beneficiary Identification Card, BIC) 을 지참하십시오.

- **회원 안내서 제 5 장.**

- 저희 플랜을 통해 외래 환자 약물을 받는 방법이 나와 있습니다.
- 지켜야 할 규정을 알려 주고, 또 플랜에서 비용을 보장하지 않는 약물 종류에 대해서도 설명합니다.
- 플랜의 “실시간 혜택 도구”를 사용하여 약물 보장을 조회할 때 **(5장, 섹션 B2 참조)** 표시되는 비용은 예상되는 본인 부담금입니다. 자세한 내용은 고객 서비스에 전화하십시오.

- **의료 제공자 및 약국 목록.**

- 대개의 경우, 반드시 네트워크 약국을 통해 보장 약물을 구입해야 합니다. 네트워크 약국은 저희 플랜과 협력하기로 합의한 약국들입니다.
- **의료 제공자 및 약국 목록**에서 네트워크 약국 명단을 볼 수 있습니다. 네트워크 약국에 대해 자세히 알아보려면 본 **회원 안내서 제 5 장**을 참조하십시오.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

회원 안내서

제 6 장: Medicare 및 Medi-Cal 약물에 대한 회원 부담금

차례

A. 혜택 설명서 (EOB)	166
B. 회원의 약물 비용을 파악하는 방법	167
C. Medicare 파트 D 약물의 약물 지급 단계	168
D. 1 단계: 초기 보장 단계.....	169
D1. 약국 선택.....	169
D2. 장기 복용 분량의 약물 구입	169
D3. 회원 부담 금액.....	170
D4. 최초 보장 단계의 종료.....	170
E. 2 단계: 재난적 보장 단계	171
F. 의사가 한 달치보다 적게 처방한 경우 회원의 약물 비용.....	171
G. 회원의 파트 D 백신 비용	172
G1. 예방 접종을 받기 전에 알아야 할 사항	172
G2. Medicare 파트 D 보장 백신에 대한 회원의 비용.....	172



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

회원 안내서

제 6 장: Medicare 및 Medi-Cal 약물에 대한 회원 부담금

A. 혜택 설명서(EOB)

저희 플랜은 약국에서 처방전을 조제받으실 때 약값과 지불하신 금액을 추적합니다. 저희는 두 가지 유형의 비용을 추적합니다:

- **본인 부담금.** 약물 구입을 위해 회원이 자비로 부담하거나 다른 사람이 회원 대신 지급하는 금액입니다. 여기에는 보장된 파트 D 약물을 받을 때 회원이 지불한 금액, 가족이나 친구가 지불한 약물 비용, Medicare의 추가 지원에서 회원을 위해 지불한 금액, 고용주 또는 노동조합 건강 보험, 원주민 건강 서비스, AIDS 약물 지원 프로그램, 자선 단체 및 대부분의 주 약제 지원 프로그램 (SPAP, State Pharmaceutical Assistance Program) 등을 통해 지불된 약물 비용이 포함됩니다.
- **총 약물 비용.** 이것은 회원의 보장된 파트 D 약물에 대해 지불된 총 금액의 합계입니다. 여기에는 저희 플랜에서 지불한 금액과 다른 프로그램 또는 조직에서 회원의 보장된 파트 D 약물에 대해 지불한 금액이 포함됩니다.

저희 플랜을 통해 약물을 받으면 저희는 **혜택 설명서** (Explanation of Benefits) 라는 요약서를 보내드립니다. 줄여서 EOB 라고 합니다. EOB 는 청구서가 아닙니다. EOB 는 회원이 복용하는 약물에 대한 더 자세한 정보를 제공합니다. 예를 들어, 가격 인상이나 비용 부담이 더 낮은 다른 약물이 있을 수 있습니다. 이러한 저렴한 옵션에 대해서는 처방 의사와 상담할 수 있습니다. EOB 에는 다음이 포함됩니다:

- **그달의 정보.** 이 요약서는 회원이 지난달에 어떤 처방 약물을 구입했는지 알려 줍니다. 요약서에는 총 약물 비용, 플랜 부담액, 회원 부담액 및 타인이 대신 부담한 금액을 알려 줍니다.
- **1 월 1 일부터 현재까지의 정보.** 이는 해당 연초부터 발생한 총 약물 비용과 회원이 부담한 총금액을 보여줍니다.
- **약물 가격 정보.** 이는 동일한 수량의 처방약 청구에 대한 첫 번째 조제 이후의 약물 총 가격과 약물 가격의 변화입니다.
- **저비용 대체제.** 이용 가능한 경우 각 처방에 대해 비용 부담이 더 낮은 다른 대체 가능한 약물에 대한 정보가 기재됩니다.

저희는 Medicare가 보장하지 않는 약물에 대해서도 보장합니다.

- 이러한 약물에 지급한 금액은 회원의 본인 부담금 총액에 포함되지 않습니다.
- 회원이 약국에서 받는 약물 대부분을 본 플랜에서 보장합니다. 일부 오버-더-카운터 (비처방 약물, OTC) 및 특정 비타민 등의 기타 약물은 Medi-Cal Rx 에서 보장할 수도 있습니다. Medi-Cal Rx 의 웹 사이트 (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/) 를 방문하여 자세한 내용을 확인해보십시오. 또는 Medi-Cal 고객 서비스 센터 번호 1-800 977-2273 으로 전화할 수도 있습니다. Medi-Cal Rx 를 통해 처방을 받을 때는 Medi-Cal 수혜자 신분증 (BIC) 을 지참하십시오.
- 저희 플랜이 어떤 약물을 보장하는지 확인하시려면 **약물 목록**을 참조하십시오.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

B. 회원의 약물 비용을 파악하는 방법

저희는 회원과 약국에서 받은 기록을 이용하여 회원의 약물 비용과 부담액을 파악합니다. 회원은 다음과 같은 방법을 통해 저희를 도울 수 있습니다:

1. 회원 ID 카드를 사용하십시오.

처방전을 조제받을 때마다 회원ID 카드를 제시하십시오. 그러면 어떤 약물을 조제받고 얼마를 내시는지 저희 플랜에서 파악하는 데 도움이 됩니다.

2. 저희가 필요한 정보를 확보할 수 있도록 해 주십시오.

약값 중 저희 부담분에 대한 환불을 요청하실 수 있습니다. 영수증과 지불 서류를 받아 CalOptima Health OneCare Complete 에 모든 관련 서류와 함께 환불 요청서를 제출해 주십시오. 영수증 사본을 제출해야 하는 경우는 다음과 같습니다:

- 네트워크 약국에서 보장 약물을 특별 가격으로 구매하거나 저희 플랜 혜택에 포함되어 있지 않은 할인 카드로 구매한 경우
- 회원이 제약회사의 환자 지원 프로그램에서 제공받는 약물에 대해 공동 부담금을 지급한 경우
- 네트워크 소속이 아닌 약국에서 보장 약물을 구입한 경우
- 특별한 상황에서 보장 약물의 약값을 전액 다 낸 경우

약물 비용 중 저희의 부담금 환불을 요청하는 것에 대한 자세한 내용은 본 *회원 안내서* 제 7 장을 참조하십시오.

3. 다른 사람이 회원 대신 부담한 금액 정보를 저희에 보내 주십시오.

특정한 타인이나 단체가 지급한 금액도 회원의 본인 부담금 비용에 추가됩니다. 예로 주 약제 지원 프로그램 (SPAP, State Pharmaceutical Assistance Program), AIDS 약물 지원 프로그램 (ADAP) 이나 원주민 건강 서비스 및 대부분의 자선 단체 등이 부담한 금액이 회원의 본인 부담 비용으로 계산됩니다. 이것은 회원이 재난적 보장에 가입할 자격을 얻는 데 도움이 될 수 있습니다. 재난적 보장 단계에 도달하면 저희 플랜은 올해 남은 기간 동안 회원의 Medicare 파트 D 약물 비용을 모두 지불합니다.

4. 저희가 보내드리는 EOB 를 확인하십시오.

EOB 를 우편으로 받으시면, 정보가 빠짐없이 기재되어 있고 정확한지 확인하시기 바랍니다.

- **각 약국의 이름이 맞습니까?** 날짜를 확인하십시오. 그날 약을 조제 받으셨습니까?
- **목록에 있는 약을 받았습니까?** 영수증에 기재된 것과 일치합니까? 약이 의사가 처방한 것과 일치합니까?

요약서에서 실수를 발견하면 어떻게 합니까?

이해가 되지 않거나 EOB 에 올바르지 않은 내용이 있는 경우 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스에 전화하십시오. 저희 웹사이트 www.caloptima.org/OneCare 에서도 많은 질문에 대한 답을 찾을 수 있습니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

제 6 장: Medicare 및 Medi-Cal 약물에 대한 회원 부담금

사기라고 의심되면 어떻게 해야합니까?

이 요약서에 회원이 복용하지 않는 약물이나 회원이 의심스러워 보이는 다른 것이 표시되면 저희에게 연락하십시오.

- CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스에 전화하십시오.
- 또는 Medicare에 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 번으로 전화하십시오.
TTY 사용자는 1-877-486-2048 로 전화하십시오. 이 번호는 무료로 전화하실 수 있습니다.
- Medi-Cal을 받는 의료 제공자의 사기, 낭비 또는 남용이 의심되는 경우 기밀 수신자 부담
전화번호 1-800-822-6222 로 전화하여 신고하는 것은 회원의 권리입니다. Medi-Cal
사기를 보고하는 다른 방법은:
www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx
에서 찾을 수 있습니다

잘못되어 있거나 누락된 내용이 있다고 생각시는 경우나 궁금한 점이 있으시면, 고객 서비스부로 연락하십시오. 저희 웹사이트 www.caloptima.org/OneCare 에서도 많은 질문에 대한 답을 찾을 수 있습니다. EOB를 잘 보관하십시오. 이는 회원의 약물 비용에 대한 중요한 기록입니다.

C. Medicare 파트 D 약물의 약물 지급 단계

저희 플랜에 따른 Medicare 파트 D 처방 약물 보장에는 두 가지의 지급 단계가 있습니다. 회원이 각 약물에 대해 지급하는 금액은 약물 조제 또는 재조제 시점에서 회원이 속해 있는 단계에 따라서 달라집니다. 두 단계는 다음과 같습니다:

1 단계: 최초 보장 단계	2 단계: 비상 보장 단계
이 단계에서 저희는 약물 비용 중 저희 몫을 지급하고, 회원은 회원의 몫을 지급합니다. 회원의 부담분을 공동 부담금이라고 합니다. 해가 바뀌어 처음 약물을 조제받을 때 이 단계에서 시작합니다.	이 단계에서는 2026 년 12 월 31 일까지 저희가 회원의 약물 비용을 전액 지급합니다. 회원이 일정 금액의 본인 부담금을 지급했을 때 이 단계가 시작됩니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

D. 1 단계: 초기 보장 단계

최초 보장 단계에서 저희는 회원의 약물 비용 중에서 플랜 부담분을 지급하고 회원은 회원의 부담분을 지급합니다. 회원의 부담분을 공동 부담금이라고 합니다. 공동 부담금은 해당 약물이 속한 비용 분담 구간 및 약물 구입 장소에 따라 달라집니다.

비용 분담 구간은 동일한 본인 부담금이 적용되는 약물 그룹입니다. 저희 플랜의 *약물 목록*에 있는 모든 약물은 두 가지 비용 분담 구간 중 하나에 속합니다. 일반적으로 구간 번호가 높을수록 본인 부담금이 높아집니다. 약물의 비용 분담 구간을 확인하려면 저희 *약물 목록*을 참조하십시오.

- 1구간은 제네릭 약물들입니다. 공동 부담금은 \$0 입니다.
- 2 구간은 브랜드 약물들입니다. 공동 부담금은 회원의 수입에 따라 \$0 에서 \$12.65 사이입니다.

D1. 약국 선택

회원이 지급하는 금액은 약물을 다음 중 어디서 구입하느냐에 따라 달라집니다:

- 네트워크 소매 약국, 또는
- 네트워크 외부 약국. 제한적인 경우, 네트워크 외부 약국에서 조제된 처방전도 보장해 드립니다. 보장 범위에 대한 자세한 내용은 본 *회원 안내서 제 5 장*을 참조.
- 저희 플랜의 우편 주문 약국.

이러한 선택에 관한 자세한 정보는 본 *회원 안내서 제 5 장* 및 저희 *의료 제공자 및 약국 목록*을 참조하십시오.

D2. 장기 복용 분량의 약물 구입

일부 약물의 경우, 약물 구입 시 장기 복용 분량 ('연장 분량'이라고도 함) 을 구입할 수도 있습니다. 장기 복용 분량은 최대 100 일분까지 구입 가능하며, 장기 공급에 대한 비용은 한달 복용 분량의 비용과 같습니다.

장기 복용 분량으로 약물을 구입하는 방법과 장소에 관한 정보는 본 *회원 안내서 제 5 장* 및 저희 플랜의 *의료 제공자 및 약국 목록*을 참조하십시오.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

회원 안내서

제 6 장: Medicare 및 Medi-Cal 약물에 대한 회원 부담금

D3. 회원 부담 금액

최초 보장 단계에서는 처방전을 제출할 때마다 공동 부담금을 지급해야 합니다. 보장 약물의 비용이 공동 부담금보다 적을 경우 더 적은 금액을 지급합니다.

보장 약물에 대한 공동 부담금이 얼마인지 알아보려면 고객 서비스부로 연락하십시오.

약물 1 개월분 또는 장기 복용 분량을 구입할 때 회원의 비용 부담분:

	네트워크 약국 1 개월분 또는 최대 30 일분	저희 플랜의 우편 주문 서비스 3 개월 또는 최대 100 일분	네트워크 장기 요양 시설 약국 최대 31 일분	네트워크 비소속 약국 최대 30 일분. 보장은 특정 상황에서만 제공됨. 자세한 내용은 본 <i>회원 안내서</i> 제 5 장 을 참조.
비용 부담 1단계 (제네릭 약물)	\$0	\$0	\$0	\$0
비용 부담 2 단계 (브랜드 약물)	회원이 받는 “추가 지원” 수준에 따라 \$0, \$4.90 또는 \$12.65 가 적용.	회원이 받는 “추가 지원” 수준에 따라 \$0, \$4.90 또는 \$12.65 가 적용.	회원이 받는 “추가 지원” 수준에 따라 \$0, \$4.90 또는 \$12.65 가 적용.	회원이 받는 “추가 지원” 수준에 따라 \$0, \$4.90 또는 \$12.65 가 적용.

어떤 약국에서 장기 복용 분량을 구입할 수 있는지 알아보려면 저희 플랜의 *의료 제공자 및 약국 목록*을 참조하십시오.

D4. 최초 보장 단계의 종료

총 본인부담금이 \$2,100 에 도달하면 초기 보장 단계가 종료됩니다. 그 시점에서 비상 보장 단계가 시작됩니다. 그때부터 연말까지 회원의 약 비용을 모두 부담합니다.

저희는 일반적으로 Medicare 약물 플랜에서 보장되지 않는 추가 약물을 제공합니다. 이러한 약물에 대한 지불금은 본인 부담금에 포함되지 않습니다.

회원의 EOB 는 회원이 해당 연도에 약값을 지불한 금액을 추적하는 데 도움이 됩니다. \$2,100 한도에 도달하면 알려드립니다. 1 년 안에 한도에 다다른 경우는 많지 않습니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

E. 2 단계: 재난적 보장 단계

약물에 대한 본인 부담금 한도인 \$2,100 에 도달하면 재난적 보장 단계가 시작됩니다. 연말까지 재난적 보장 단계에 머물러 있습니다. 이 단계에서는 파트 D 적용 약물에 대해 아무런 비용도 지불하지 않습니다. 저희 강화된 혜택을 통해 제외된 약물에 대해서는 \$0 를 지불하게 됩니다.

F. 의사가 한 달치보다 적게 처방한 경우 회원의 약물 비용

일반적으로 회원은 보장되는 약물의 한 달치 전체에 대해 본인 부담금을 지불합니다. 그러나 의사는 한 달치보다 적은 양의 약을 처방할 수 있습니다.

- 한 달치보다 적은 양의 약을 처방하는 것에 대해 의사에게 문의 (예로 처음으로 약을 시도하는 경우).
- 의사가 동의하는 경우, 특정 약의 한 달치 전체에 대한 비용을 지불하지 않아도 됨.

한 달치 미만의 약을 구매하시는 경우, 지불하시는 금액은 구매하신 약의 일수를 기준으로 합니다. 저희는 귀하가 하루에 지불하시는 약의 금액("일일 비용 부담율")을 계산하여 구매하신 약의 일수에 곱합니다.

- 예를 들어, 한 달치 (30일치) 에 대한 약의 본인 부담금이 \$1.35 라고 가정해 보겠습니다. 이는 약에 대해 하루에 지불하시는 금액이 \$0.05 미만임을 의미합니다. 만약 7 일치 약을 구매하시는 경우, 지불하시는 금액은 하루에 \$0.05 미만이며, 7일을 곱한 총 지불액은 \$0.35 미만입니다.
- 일일 비용 부담을 통해 한 달치 전체 비용을 지불하기 전에 약이 귀하에게 효과적인지 확인할 수 있습니다.
- 다음과 같이 의사 또는 처방자에게 한 달치보다 적은 양의 약을 처방해 달라고 요청할 수 있습니다:
 - 약을 제 조제받을지에 대해 계획
 - 복용 중인 다른 약과 함께 제 조제 시기를 조율 또한
 - 약국 방문 횟수를 줄일 수 있음.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

G. 회원의 파트 D 백신 비용

백신 비용에 대한 중요 메시지: 일부 백신은 의료 혜택으로 간주되며 Medicare 파트 B에 따라 보장됩니다. 다른 일부의 플랜의 백신은 Medicare 파트 D에 따라 보장됩니다. **약물 목록**에서 이러한 백신 목록을 찾을 수 있습니다. 저희 플랜은 대부분의 성인 Medicare 파트 D 백신을 무료로 보장합니다. 특정 백신에 대한 보장 및 비용 부담 세부 사항은 **플랜의 약물 목록**을 참조하거나 고객 서비스에 문의하십시오.

Medicare 파트 D 예방접종 보장에는 두 부분이 있습니다:

1. 첫 번째 보장 부분은 **백신 자체**의 비용에 대한 것입니다.
2. 두 번째 보장 부분은 **백신 접종** 비용에 대한 것입니다. 이를테면 담당 의사로부터 백신을 접종 받을 수 있습니다.

G1. 예방 접종을 받기 전에 알아야 할 사항

예방 접종을 받고자 하는 경우 고객 서비스부로 연락하는 것이 좋습니다.

- 저희는 저희가 예방 접종을 보장하는 방식과 회원이 부담해야 할 비용을 알려드립니다.
- 네트워크 약국과 의료 제공자를 이용함으로써 회원 부담금을 낮추는 방법을 알려드릴 수 있습니다. 네트워크 약국 및 의료 제공자는 저희 플랜과 협력하는 데 동의합니다. 네트워크 의료 제공자는 저희와 협력하여 회원이 Medicare 파트 D 백신에 대해 선불 비용을 지급하는 일이 없도록 협력합니다.

G2. Medicare 파트 D 보장 백신에 대한 회원의 비용

백신 접종 비용은 백신 종류 (접종 대상) 에 따라 달라집니다.

- 일부 백신은 약물이 아닌 건강 혜택으로 간주됩니다. 이러한 백신은 무료로 보장됩니다. 이러한 백신의 보장 범위에 대한 자세한 내용은 본 **회원 안내서 제 4 장**의 혜택 도표를 참조하십시오.
- 일부 백신은 Medicare 파트 D 약물로 간주됩니다. 이러한 백신은 저희 플랜의 **약물 목록**에서 확인할 수 있습니다. Medicare 파트 D 백신 접종 시 본인 부담금을 지불해야 할 수 있습니다. **Advisory Committee on Immunization Practices** (예방접종자문위원회, ACIP) 라는 기관에서 성인에게 권장하는 백신의 경우, 무료로 제공됩니다.

Medicare 파트 D 백신을 접종하는 일반적인 3 가지 방법은 다음과 같습니다:

1. 네트워크 약국에서 Medicare 파트 D 백신과 접종을 받습니다.
 - 대부분의 성인 파트 D 백신은 무료입니다.
 - 다른 파트 D 백신은 백신 접종 시 본인 부담금을 지불합니다.
2. 병원에서 Medicare 파트 D 백신을 접종하고 의사가 접종을 제공합니다.
 - 백신 접종 시 본인 부담금을 의사에게 지불합니다.
 - 저희 플랜에서 접종 비용을 부담합니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

회원 안내서

제 6 장: Medicare 및 Medi-Cal 약물에 대한 회원 부담금

- 이 경우, 병원 측에서 저희 플랜에 연락하여 백신 접종 시 회원은 본인 부담금만 지불하면 된다는 사실을 확인해야 합니다.
3. 약국에서 Medicare 파트 D 백신 약을 구입하고, 의사에게 가져가 접종을 받습니다.
- 대부분의 성인 파트 D 백신은 백신 자체에 대한 비용은 부담하지 않습니다.
 - 다른 파트 D 백신의 경우, 백신 접종에 대한 본인 부담금을 지불하셔야 합니다.
 - 저희 플랜은 백신 접종 비용을 부담합니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

제 7 장: 보장 서비스 또는 약물에 대한 청구서 중 저희 부담금 지불 요청하기

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 *회원 안내서* 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

차례

A. 서비스 또는 약물에 대한 비용 지급 요청	175
B. 저희에게 지급 요청 보내기	179
C. 보장 결정	179
D. 항소	180



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

제 7 장: 보장 서비스 또는 약물에 대한 청구서 중 저희 부담금 지불 요청하기

A. 서비스 또는 약물에 대한 비용 지급 요청

저희 네트워크 제공자는 귀하께서 이미 받은 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 서비스나 약물에 대해 청구하는 것을 허용하지 않습니다. 저희가 의료 제공자에게 비용을 직접 지불하므로 귀하에게는 어떤 비용도 청구되지 않습니다.

건강 관리나 약물에 대한 청구서를 받으면, 지불하지 말고 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 청구서를 지불했다면, 귀하는 환급받을 권리가 있습니다.
 - 귀하가 Medicare 에서 보장하는 서비스 비용을 지불한 경우, 저희가 귀하에게 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 Complete 가 보장하지 않는 서비스에 대해서는 환급하지 않습니다.
 - 적절한 CalOptima Health OneCare Complete 회원이 된 후 보장 서비스를 받으셨습니다.
 - 보장 서비스를 받은 날로부터 1 년 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 받으셨습니다. 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 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

회원 안내서

제 7 장: 보장 서비스 또는 약물에 대한 청구서 중 저희 부담금 지불 요청하기

- CalOptima Health OneCare Complete 는 행동 통지서라는 서신으로 환급 여부를 알려드릴 것입니다. 위 조건을 모두 충족하는 경우 Medi-Cal 소속 의료 제공자는 귀하가 지불한 전체 금액을 귀하에게 환불해야 합니다. 의료 제공자가 귀하에게 환불을 거부하는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 는 귀하가 지불한 전체 금액을 환불할 것입니다. 저희는 청구 접수 후 영업일 기준 45 일 이내에 환급해 드립니다. 의료 제공자가 Medi-Cal 에 소속되어 있지만 저희 네트워크에 속하지 않고 귀하에게 환불을 거부하는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 는 FFS (fee for service) Medi-Cal 이 지불할 금액까지만 귀하에게 환불합니다. CalOptima Health OneCare Complete 는 응급 서비스, 가족 계획 서비스 또는 Medi-Cal 이 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-Cal 이 보장하지 않는 서비스를 요청하고 받았습니다.
 - 해당 서비스는 CalOptima Health OneCare Complete 의 보장 서비스가 아닙니다.
 - Medi-Cal 을 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 상담에 문의하십시오. 지불해야 할 금액을 모르거나 청구서를 받았는데 어떻게 해야 할지 모르겠다면 저희가 도와드릴 수 있습니다. 또한, 귀하가 저희 측에 이미 보낸 지급 요청과 관련하여 알리길 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 요청해야 합니다.

- 진료를 받을 때 전액을 지불했다면, 비용 중 저희의 부담금을 환불해 줄 것을 저희에게 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.
 - 이미 Medicare 서비스 비용 중 귀하가 부담해야 할 금액보다 더 많은 금액을 지불한 경우, 저희는 귀하가 지불해야 할 금액을 계산하고 비용 중 저희가 부담해야 할 금액을 귀하에게 환불해 드립니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

회원 안내서

제 7 장: 보장 서비스 또는 약물에 대한 청구서 중 저희 부담금 지불 요청하기

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.**

- 플랜 회원으로서 저희가 보장하는 서비스를 받을 시에 만 귀하의 부담금을 지급합니다. 저희는 의료 제공자가 이 금액 이상을 청구하는 것은 허용하지 않습니다. 이것은 저희가 의료 제공자가 청구한 금액보다 적은 금액을 의료 제공자에게 지불해도 마찬가지입니다. 저희가 일부 요금을 지불하지 않기로 결정하더라도, 귀하는 여전히 지불하지 않아도 됩니다.
- 네트워크 제공자로부터 받은 청구서의 금액이 지불해야 할 금액보다 더 많다고 생각되시면, 저희에게 청구서를 보내주십시오. 저희가 해당 네트워크 제공자와 직접 연락하여 문제를 처리합니다.
- 네트워크 제공자로부터 받은 Medicare 보장 서비스에 대한 청구서를 이미 지불하고, 지불 금액이 과다하다고 생각되시면 청구서와 납부 증빙 서류를 저희에게 보내주십시오. 지불하신 금액과 저희 플랜에 따라 지불해야 할 금액의 차액을 환불해 드립니다.

3. 저희 플랜에 소급하여 가입한 경우

경우에 따라 플랜 가입이 소급 적용될 수 있습니다 (이것은 가입 첫날이 지났다는 의미입니다. 가입날이 작년이었을 수도 있습니다.)

- 소급하여 가입했고 가입일 이후에 청구서를 지불한 경우, 저희에게 환불을 요청할 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. 처방약 비용 중 플랜 부담금에 대한 환불을 요청할 경우 영수증 사본을 저희에게 보내 주십시오.
- 네트워크 외부 약국에 대해 알아보려면 회원 안내서 **제 5 장** 을 참조하십시오.
- 네트워크 외부 약국에서 약물을 위해 귀하가 지불한 금액과 저희가 네트워크 내 약국을 통해 지불했을 금액의 차액을 환불하지 않을 수도 있습니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

회원 안내서

제 7 장: 보장 서비스 또는 약물에 대한 청구서 중 저희 부담금 지불 요청하기

5. 회원 ID 카드가 없어 Medicare 파트 D 처방전 비용 전액을 귀하가 지급하는 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.
- 처방약 비용 중 플랜 부담금에 대한 환불을 요청할 경우 영수증 사본을 저희에게 보내 주십시오.
- 귀하가 지불한 현금 가격이 처방약에 대한 저희 협상 가격보다 높은 경우, 귀하가 지불한 전체 비용을 환불하지 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 못하거나 귀하에게 적용되지 않는다고 생각되는 요건 또는 제한 사항이 있을 수 있습니다. 해당 약물을 구입하기로 결정한 경우, 약물의 전체 비용을 지불해야 할 수도 있습니다.
 - 귀하가 약물 비용을 지불하지 않지만 저희가 이를 보장해야 한다고 생각하는 경우, 보장 결정을 요청할 수 있습니다 (**회원 안내서 제 9 장** 참조).
 - 귀하와 담당 의사 또는 기타 처방자가 해당 약이 즉시 (24 시간 이내) 필요하다고 생각하는 경우, 신속한 보장 결정을 요청할 수 있습니다 (**회원 안내서 제 9 장** 참조).
- 저희에게 환급을 요청 시, 영수증 사본을 보내 주십시오. 경우에 따라 저희가 약물 비용 중 플랜 측 부담 금액을 환급해 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 보내면, 저희는 귀하의 서비스나 약물이 혜택에 적용되는지 여부를 검토하고 결정하게 됩니다. 이것을 “혜택 적용 여부 결정 (coverage decision)” 이라고 합니다. 적용 대상인 것으로 결정되면, 저희가 해당 서비스나 약물 비용 중 저희 측 부담액을 지불할 것입니다.

저희가 지급 요청을 거부하는 경우, 이 결정에 대해 항소할 수 있습니다. 항소에 대한 더 자세한 설명은 귀하의 **회원 안내서 제 9 장** 을 참조하십시오.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

회원 안내서

제 7 장: 보장 서비스 또는 약물에 대한 청구서 중 저희 부담금 지불 요청하기

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 좀더 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 **3 년 이내에 저희에게 청구서를 제출해야 합니다.**]

C. 보장 결정

지급 요청이 접수되면 저희는 혜택 적용 여부 결정을 내리게 됩니다. 이는 저희 플랜이 귀하의 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.
- 플랜이 서비스, 품목 또는 약물을 보장한다고 저희가 결정하고 귀하가 이를 받기 위한 모든 규정을 따랐다면, 저희는 그에 대한 비용을 지급합니다. 귀하가 해당 서비스나 약물에 대해 이미 지불을 한 경우, 저희가 지불해야 하는 약물을 위한 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.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

회원 안내서

제 7 장: 보장 서비스 또는 약물에 대한 청구서 중 저희 부담금 지불 요청하기

회원 안내서 제 3 장에는 서비스를 보장받기 위한 규정이 설명되어 있습니다. 회원 안내서 제 5 장에는 Medicare 파트 D 처방약을 보장받기 위한 규정이 설명되어 있습니다.

- 저희가 서비스나 약물의 비용을 지급하지 않기로 결정한 경우, 저희는 귀하에게 지급 거절 이유가 포함된 서신을 보냅니다. 이 편지에는 항소를 할 수 있는 귀하의 권리도 설명되어 있습니다.
- 보장 결정에 대한 더 자세한 사항은 제 9장, 섹션 E 를 참조하십시오.

D. 항소

지급 요청을 거절하는 과정에 저희가 실수가 있다고 생각되는 경우, 저희 쪽 결정을 번복하도록 요청할 수 있습니다. 이 과정을 항소라고 합니다. 또한 저희가 지급한 금액에 대해 동의하지 않는 경우에도 항소할 수 있습니다.

공식적인 항소 절차에는 자세한 절차와 마감일이 있습니다. 항소에 대한 더 자세한 사항은 귀하의 회원 안내서 제 9장 을 참조하십시오:

- 건강 관리 서비스에 대한 환불에 대해 항소를 제기하려면 섹션 F 를 참조하십시오.
- 약물에 대한 환불에 대해 항소를 제기하려면 섹션 G 를 참조하십시오.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

8 장: 회원의 권리와 책임

서문

본 장은 저희의 플랜 회원으로서의 귀하의 권리와 책임이 포함되었습니다. 저희는 귀하의 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 . . .	183
A. Su derecho a recibir servicios e información de manera que cumpla con sus necesidades	184
A. Quyền nhận các dịch vụ và thông tin theo cách có thể đáp ứng các nhu cầu của quý vị	185
186. شما حق دارید اطلاعات و خدمات را به صورتی دریافت کنید که نیازهای شما را برآورده میکند.	
A. 귀하의 필요를 충족하는 방법으로 서비스 및 정보를 받을 권리	187
A. 您透過符合您需求的方式取得服務和信息的權利	188
189. A. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بطريقة تلي احتياجاتك	
A. Ваше право на получение услуг и информации в доступной и удобной для вас форме	190
B. 회원이 보장되는 서비스와 약물을 적시에 이용할 있게 할 저희의 의무.	191
C. 개인 건강 정보 (PHI) 보호에 대한 저희의 책임	192
C1. PHI 보호 방법	193
C2. 본인의 의료 기록을 열람할 권리	193
D. 정보 제공에 대한 저희의 책임	194
E. 네트워크 제공자가 회원에게 직접 청구할 수 없음	195
F. 저희 플랜을 탈퇴할 권리	195



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

G. 보건에 대해 의사 결정을 내릴 수 있는 권리	195
G1. 선택 가능한 치료 옵션을 알고 결정할 권리	195
G2. 본인이 건강 관리 결정을 내릴 수 없을 때 원하는 것을 알릴 권리	196
G3. 지시가 이행되지 않은 경우 해야 할 조치	197
H. 불만을 제기할 권리와 플랜 측 결정 사항에 대해 항소를 요청 할 권리	197
H1. 부당한 대우에 대한 조치 또는 권리에 대한 자세한 정보를 얻기	197
I. 플랜 회원으로서의 책임	198



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 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)**, 24 hours a day, 7 days a week. 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 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 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**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. 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.
- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal al 1-916-440-7370.
Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 711.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

- 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.
- Để hủy bỏ hoặc thay đổi yêu cầu thường trực của quý vị, xin gọi số **1-877-412-2734 (TTY 711)**, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Cuộc gọi này miễn phí.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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.

○ برای لغو یا ایجاد تغییر در درخواست دائمی خود، لطفاً با شماره **1-877-412-2734** (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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. 귀하의 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 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 플랜의 혜택과 권리에 대해 알려야 합니다. 저희는 귀하가 매년 저희 플랜에 가입되어 있는 한 귀하의 권리에 대해 알려야 합니다.

- 귀하가 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.
- 영구 요청을 취소 또는 변경하려면 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 번으로 주 7 일, 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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 번호 1-800-368-1019 로 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)**，每週 7 天、每天 24 小時提供服務。這是免費電話。

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。



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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)**. 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. 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.
- Medi-Cal Office of Civil Rights (مكتب Medi-Cal للحقوق 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.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

A. Ваше право на получение услуг и информации в доступной и удобной для вас форме

Мы обязаны обеспечить, чтобы **все** услуги — как медицинские, так и немедицинские — предоставлялись в культурно компетентной и доступной форме, с учётом потребностей людей с ограниченным знанием английского языка, низким уровнем чтения, нарушениями слуха, а также представителей различных культурных и этнических групп. Мы также обязаны информировать вас о преимуществах нашего плана и ваших правах так, чтобы информация была вам понятна. Ежегодно, пока вы являетесь участником плана, мы будем напоминать вам об этих правах.

- Чтобы получить информацию в понятной для вас форме, свяжитесь с вашим координатором по уходу или Службой поддержки. В рамках нашего плана предоставляются бесплатные услуги устного перевода на различных языках, а также перевод языка жестов.
- Мы также можем предоставить вам материалы на других языках, кроме английского, включая испанский, вьетнамский, фарси, корейский, китайский, арабский и русский, а также в альтернативных форматах — например, крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в аудиоформате. Чтобы получить такие материалы, позвоните в Службу поддержки или напишите по адресу:

CalOptima Health OneCare Complete
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

- Чтобы подать постоянный запрос на получение материалов на других языках порогового уровня (т.е. обязательных для перевода) или в альтернативных форматах, позвоните в нашу Службу поддержки по телефону, указанному внизу страницы, или зайдите в свою учётную запись на онлайн-портале участника по ссылке:
<https://member.caloptima.org/#/user/login>.
- Ваш постоянный запрос будет сохранён в нашей системе для всех будущих почтовых отправок и уведомлений
- Чтобы отменить или изменить постоянный запрос, пожалуйста, позвоните по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) – круглосуточно и без выходных. Звонок бесплатный.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

Если вы сталкиваетесь с трудностями при получении информации нашего страхового плана из-за языкового барьера или инвалидности и хотите подать жалобу, вы можете позвонить:

- В Medicare по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).
Для пользователей TTY – 1-877-486-2048.
- В Управление по гражданским правам (Office of Civil Rights) Medi-Cal по телефону 1-916-440-7370. Для пользователей TTY – 711.
- В Управление по гражданским правам при Департаменте здравоохранения и социальных служб США (U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) по телефону 1-800-368-1019. Для пользователей TTY – 1-800-537-7697.

B. 회원이 보장되는 서비스와 약물을 적시에 이용할 있게 할 저희의 의무

귀하는 저희 플랜 회원으로서 권리가 있습니다.

- 저희 네트워크에 소속된 주치의 (PCP) 를 선택할 권리가 있습니다. 네트워크 제공자는 저희와 계약을 맺은 제공자입니다. PCP 가 될 수 있는 전문의의 종류 및 PCP 의 선택 방법에 대한 자세한 정보는 본 **회원 안내서 제 3 장**을 참고하십시오.
 - 네트워크 제공자와 신규 환자를 받는 의사에 대한 자세한 내용을 알아보려면 고객 서비스에 전화하거나 제공자 및 약국 목록을 확인하십시오.
- 귀하는 의뢰 없이도 네트워크 내 전문의를 만날 권리가 있습니다.
- 귀하는 네트워크 제공자에게서 합리적인 시간 이내에 보장 서비스를 받을 권리가 있습니다.
 - 이것엔 전문의에게서 받는 서비스도 포함됩니다.
 - 귀하가 합리적인 시간 내에 서비스를 받을 수 없는 경우, 저희는 네트워크 외부 치료 비용을 지불해야 합니다.
- 귀하는 사전승인 (PA, prior authorization) 없이 응급 서비스 또는 긴급히 필요한 관리를 받을 권리가 있습니다.
- 귀하의 처방전을 저희 네트워크 약국에서 오래 기다리지 않고 조제받을 권리가 있습니다.
- 귀하는 언제 네트워크 외의 제공자를 만날 수 있는지에 대한 정보를 받을 권리가 있습니다. 네트워크 외의 제공자에 대한 더 자세한 정보는 본 **회원 안내서 제 3 장**을 참조하십시오.
- 처음 저희 플랜에 가입하신 후, 만약 특정 조건이 충족되는 경우, 만나고 계신 제공자 및 받으시는 서비스 승인을 최대 12 개월간 계속 사용하실 권리가 있습니다. 의료 제공자 및 서비스 승인에 대한 자세한 정보를 위해 본 **회원 안내서 제 1 장**을 참조하십시오.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

- 귀하는 관리 팀 및 건강 관리 코디네이터의 도움을 받아 귀하 자신의 건강 관리 결정을 내릴 권리가 있습니다.

본 **회원 안내서 제 9 장**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.

귀하의 PHI 에는 귀하가 저희 플랜에 가입할 때 플랜에게 제공한 정보 등이 포함됩니다. 귀하의 의료 기록과 기타 의료 및 건강 정보도 포함됩니다.

귀하는 본인의 정보에 대한 본인의 PHI가 활용되는 방법을 통제할 권리가 있습니다. 저희는 귀하에게 이러한 권리에 대해 알리고 귀하의 PHI 개인 정보를 보호하는 방법을 설명하는 서면 통지를 제공합니다. 이 문서를 “개인정보 보호관행 공지서 (Notice of Privacy Practice)” 라고 합니다.

민감한 서비스를 받는 데 동의할 수 있는 회원은 민감한 서비스를 받거나 민감한 서비스에 대한 청구를 제출하기 위해 다른 회원의 승인을 받을 필요가 없습니다. CalOptima Health OneCare Complete 는 민감한 서비스에 대한 소통을 회원의 대체 지정 우편 주소, 이메일 주소, 또는 전화번호로, 또는 지정된 내용이 없는 경우, 기록상의 주소 또는 전화번호에 있는 회원의 이름으로 전달할 것입니다. CalOptima Health OneCare Complete 는 치료를 받는 회원의 서면 승인 없이 민감한 서비스와 관련된 의료 정보를 다른 어떠한 회원에게도 공개하지 않을 것입니다. CalOptima Health OneCare Complete 는 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 커뮤니케이션에 대한 회원의 요청은 회원이 요청을 철회하거나 비밀 보장 커뮤니케이션에 대한 새로운 요청을 제출할 때까지 유효합니다.

비밀 보장 소통 요청

회원은 저희에게 회원이 선호하는 연락 방법(예로 집 또는 직장 전화)으로 연락하거나 다른 주소로 우편을 보낼 것을 요청할 수 있습니다.

저희는 모든 정당한 요청을 고려할 것입니다. 그렇게 하지 않는 경우 회원이 위험에 처할 것이라고 저희에게 알린다면, 저희는 “예”라고 대답해야만 합니다.

저희는 연방법 및 주법의 요구에 의해 회원의 개인 건강 정보 (Personal Health Information, PHI) 를 보호합니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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 귀하께 서면 허락을 구해야 합니다. 귀하 또는 귀하를 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 Medicare 에 Medicare 파트 D 약물에 대한 정보를 포함한 귀하의 PHI를 제공해야 합니다. Medicare 에서 연구나 기타 용도로 귀하의 PHI를 공개하는 경우, 이는 연방법에 따라 이루어집니다. 대개, 저희가 치료, 지불 또는 운영 이외의 PHI 사용하거나 공개하는 경우, 먼저 회원의 서면 허가를 받아야 합니다. 아래 상황에서 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.

귀하의 PHI 보호에 관한 질문이나 우려 사항이 있으시면 고객센터로 문의하십시오.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

D. 정보 제공에 대한 저희의 책임

귀하는 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. 통화는 무료입니다. 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 4 장** 참조) 및 약물 (본 **회원 안내서 제 5 및 6 장** 참조)
 - 보장 범위 및 약품에 대한 제한 사항
 - 보장 서비스 및 약품을 받기 위해 회원이 준수해야 할 규칙
- 다음과 같은 요청 사항을 포함하여 일부 항목이 보장되지 않는 이유 및 이에 대한 조치 (본 **회원 안내서 제 9 장** 참조):
 - 혜택에 적용 되지 않는 사유의 문서화
 - 플랜이 내린 결정에 대한 변경
 - 귀하가 받은 청구서 지불



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

E. 네트워크 제공자가 회원에게 직접 청구할 수 없음

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 경우 회원이 해야 할 일에 관한 정보는 제7장을 참조하십시오.

F. 저의 플랜을 탈퇴할 권리

회원이 원하지 않는 경우 회원에게 플랜에 계속 가입하도록 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 10 장**을 참조하십시오:
 - 신규 MA 또는 처방약 혜택 플랜에 가입할 수 있는 기간에 대한 더 많은 정보.
 - 저의 플랜을 탈퇴하는 경우 귀하가 Medi-Cal 혜택을 받을 수 있는 방법에 대한 정보.

G. 보건에 대해 의사 결정을 내릴 수 있는 권리

귀하는 건강 관리에 대한 결정을 내리는 데 도움이 되는 의사 및 기타 의료 서비스 제공자로부터 전체 정보를 얻을 권리가 있습니다.

G1. 선택 가능한 치료 옵션을 알고 결정할 권리

귀하의 의료 제공자는 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 귀하의 상태 및 선택 가능한 치료 선택권을 설명해야 합니다. 귀하는 다음의 권리가 있습니다:

- **선택 가능한 선택권을 알 권리.** 모든 치료 옵션에 대해 들을 권리가 있습니다.
- **위험 요인을 알 권리.** 관련된 위험 요인이 있는 경우 그 요인을 들을 권리가 있습니다. 서비스나 치료가 연구를 위한 실험의 일부인 경우 사전에 회원에게 설명을 해야 합니다. 회원에게는 실험적인 치료를 거부할 권리가 있습니다.
- **2 차 소견을 구할 권리.** 회원에게는 치료에 대해 결정하기 전에 다른 의사의 진단을 받을 권리가 있습니다.
- **거부하기.** 회원은 치료를 거부할 권리가 있습니다. 여기에는 의사가 하지 말라고 권해도 병원 또는 기타 의료 시설에서 퇴원할 권리도 포함됩니다. 또한, 처방약 복용을 중단할 권리도 있습니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare** 를 방문하십시오.

회원이 치료를 거부하거나 처방약 복용을 중단하더라도 저희 플랜에서 제명되지는 않습니다. 그러나, 회원이 치료를 거부하거나 약물 복용을 중단하는 경우 회원에게 발생하는 일에 대한 모든 책임은 회원 본인이 수용해야 합니다.

- **의료 제공자가 의료 서비스를 거부한 이유에 대해 해명을 요청할 권리.** 회원이 받아야 한다고 생각하는 의료 서비스를 의료 제공자가 거부한 경우, 플랜으로부터 그에 대한 해명을 들을 권리가 있습니다.
- **거부되었거나 일반적으로 보장 대상이 아닌 서비스나 약품에 대한 보장을 요청할 권리.** 이것을 “보장 결정 (coverage decision)” 이라고 합니다. 본 **회원 안내서 제 9장**에 보장 결정을 요청하는 방법이 나와 있습니다.

G2. 본인이 건강 관리 결정을 내릴 수 없을 때 원하는 것을 알릴 권리

간혹 사람들은 본인의 건강과 관련된 결정을 스스로 내릴 수 없을 때가 있습니다. 그런 일이 귀하에게 일어나기 전에, 귀하가 할 수 있는 일은 다음과 같습니다:

- **귀하 대신 건강 관련 결정을 내릴 권리를 타인에게 부여한다는 내용의 서류를 작성하십시오.**
- **귀하가 원하지 않는 것들을 포함하여 스스로 의사 결정을 할 수 없게 되는 경우 의사들이 귀하에 대한 의료 서비스를 어떻게 해주기를 원하는지에 대한 서면 지시서를 의사들에게 제공함.**

귀하가 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.** 의사, 변호사, 법률 서비스 기관 또는 사회복지사에게서 양식을 구할 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 제공하십시오. 귀하 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.**
 - 병원에 귀하께 사전 지시서 서명 여부와 지참 여부에 관해 문의할 것입니다.
 - 사전 지시서에 서명을 하지 않았다면, 원할 경우 병원에 있는 양식에 서명하기를 원하는지를 물을 것입니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

귀하는 다음의 권리가 있습니다:

- 본인의 의료 기록 안에 사전 의료 지시서를 넣어 둘 권리.
- 본인의 사전 의료 지시서를 변경 또는 취소할 권리.
- 사전 지시서 관련 법률의 변경에 대해 알 권리. CalOptima Health OneCare Complete 는 법률 변경 후 90 일 이내에 주 법률 변경에 대해 회원에게 통보합니다.

법에 따르면, 사전 지시서에 서명했는지 여부를 근거로 누구도 귀하에게 보살핌을 거부하거나 차별할 수 없습니다. 더 자세한 정보는 고객 서비스로 전화하십시오.

G3. 지시가 이행되지 않은 경우 해야 할 조치

사전 의료 지시서에 서명했지만 의사나 병원이 사전 의료 지시서에 있는 지침을 따르지 않았다고 생각하면 Ombudsman Office of the California Department of Health Care Services (캘리포니아 의료복지부 옴부즈맨 사무부) 번호 1-888-452-8609 로 불만을 제기할 수 있습니다.

H. 불만을 제기할 권리와 플랜 측 결정 사항에 대해 항소를 요청 할 권리

본 **회원 안내서 제 9 장**에는 혜택 적용 서비스나 관리와 관련해 문제 또는 우려 사항이 있는 경우 회원이 할 수 있는 조치에 대해 설명합니다. 예를 들면, 귀하는 혜택 적용 결정을 요청하거나 해당 결정을 변경하도록 항소 또는 불만 제기를 할 수 있습니다.

회원에게는 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 귀하를 부당하게 대우했다고 생각하고 – 본 **회원 안내서 제 11 장**에 기재된 사유에 따른 차별이 아닌 경우 – 또는 귀하의 권리에 대한 자세한 정보를 원하시면 다음 연락처로 전화하십시오:

- 고객 서비스부.
- California Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP, 캘리포니아 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램) 번호 1-800-434-0222로 또는 1-714-560-0107 로 전화하십시오. HICAP 에 대한 자세한 내용은 **제 2 장**을 참조하십시오.
- Medi-Cal 옴부즈맨 번호 1-888-452-8609 번으로 전화. 본 프로그램에 대한 더 자세한 정보는 본 **회원 안내서 제 2 장**을 참조하십시오.

Medicare 번호 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 로 전화하십시오.

TTY 사용자는 번호 1-877-486-2048 로 전화하십시오. (Medicare 웹사이트

www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf 에서 찾아볼 수 있는 “Medicare Rights & Protections (메디케어 권리 및 보호)” 을 읽어 보거나 다운로드할 수 있습니다.)



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

I. 플랜 회원으로서의 책임

플랜 회원에게는 아래 목록에 열거된 것들을 이행해야 할 책임이 있습니다. 궁금한 점이 있는 경우 고객 서비스로 전화하십시오.

- **본 회원 안내서를 읽고** 저희 플랜이 보장하는 내용과 보장되는 서비스와 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 6 장** 을 참조하십시오.
- 귀하가 가입한 **다른 건강 보험이나 처방약 보험이 있다면 저희에게 알려주십시오.** 저희는 귀하가 의료 서비스를 받을 때 귀하의 보장 선택권 전부를 이용하고 있음을 확실히 할 필요가 있습니다. 다른 건강 보험을 보유하고 있으면 고객 서비스부에 연락하십시오.
- 저희 플랜 가입 사실을 귀하의 **의사와 다른 의료 제공자에게 알리십시오.** 의료 서비스나 약을 받으실 때 신분 (ID) 카드를 제시하십시오.
- **의사와 다른 의료 서비스 제공자가 최상의 진료를 제공할 수 있도록 도와주십시오.**
 - 의사와 기타 의료진에게 귀하와 귀하의 건강에 대해 필요로 하는 정보를 제공합니다. 귀하의 건강 문제에 대해 가능한 한 많이 알아 두십시오. 귀하와 주치의가 동의한 치료 계획과 지시 사항을 이행합니다.
 - 의사와 기타 의료진에게 복용 중인 모든 약품에 대해 반드시 알리십시오. 여기에는 처방약, 비처방 약품, 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 행동하십시오.** 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.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

- 플랜에서 보장하지 않는 서비스를 받거나 약품을 구입할 경우, 회원이 전액을 지불해야 합니다. (참고: 보장 서비스나 약품 보장 여부에 대한 플랜의 결정에 동의하지 않는 경우, 항소를 제출할 수 있습니다. 항소 제출방법은 제 9장 을 참조하십시오).
- 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. 저희 서비스 지역 내 거주하시는 분들만 저희 플랜에 가입하실 수 있습니다. 본 회원 안내서 제 1 장에서는 서비스 지역에 대해 알려드립니다.
 - 이사할 곳이 서비스 제공 지역인지를 확인하려면 저희가 도와 드릴 수 있습니다.
 - 또한, Medicare 및 Medi-Cal 에도 이사한 새 주소를 반드시 알려야 합니다. Medicare 및 Medi-Cal 전화번호는 본 회원 안내서 제 2 장 을 참조하십시오.
 - 저희 서비스 지역 내로 이주한 경우에도 저희가 알고 있어야 합니다. 저희 기록부에 최근 정보가 기록되어 있어야만 연락할 수 있습니다.
 - 이사를 하게 되면 Social Security (사회보장국) (또는 Railroad Retirement Board, 철도연금위원회) 에 알려십시오.
- 귀하에게 새로운 전화번호나 연락할 수 있는 더 나은 방법이 있다면 저희에게 알려주십시오.
- 궁금한 점이나 우려 사항이 있으면 고객 서비스부로 전화하여 도움을 청하십시오.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

서문

본 장에는 회원의 권리를 설명하고 있습니다. 본 장을 읽고 다음 경우 어떻게 해야 하는지 확인하십시오:

- 플랜에 대해 문제 또는 불만 사항이 있는 경우.
- 플랜에서 비용을 지불하지 않는다고 밝힌 서비스, 제품 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 (CBAS, Community-Based Adult Services), 간호 시설 (NF, Nursing Facility) 서비스를 포함한 장기 요양 서비스 및 지원에 문제 또는 불만 사항이 있는 경우.

본 장은 여러 개의 섹션으로 나뉘어져 있어서 원하는 부분을 쉽게 찾는 데 도움이 됩니다. **문제나 우려사항이 있는 경우 본 장에서 자신의 상황에 해당하는 부분을 참고하십시오.**

회원은 담당 의사 및 기타 의료 기관이 진료 플랜의 일환으로 치료를 위해 필요한 것으로 판단한 의료, 약물 및 장기 요양 서비스 및 지원을 받아야 합니다. **진료에 문제가 있는 경우, Medicare Medi-Cal Ombudsman (옴부즈맨) 프로그램 번호 1-855-501-3077 로 전화하면 도움을 받을 수 있습니다.** 본 장에서는 여러 가지 문제 및 불만 사항에 대해 귀하가 선택할 수 있는 여러 옵션을 설명합니다. 언제든지 옴부즈맨 프로그램으로 전화하시면 문제를 해결하는 데 도움이 되도록 안내해 드립니다. 귀하의 우려 사항을 해결하기 위한 추가 자료 및 연락 방법은 본 **회원 안내서 제 2 장**을 참조하십시오.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

회원 안내서

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

차례

A. 문제 또는 우려 사항이 있는 경우 해야 할 일	203
A1. 법률 용어	203
B. 도움을 받을 수 있는 곳	203
B1. 자세한 정보와 도움	203
C. 플랜의 Medicare 및 Medi-Cal 불만과 항소 이해하기	204
D. 혜택에 문제가 있는 경우	205
E. 보장 결정 및 항소	205
E1. 보장 결정	205
E2. 항소	206
E3. 보장 결정 및 항소에 대한 도움	206
E4. 본장 섹션별 도움 소개	207
F. 의료 관리	207
F1. 본 섹션 이용하기	207
F2. 보장 결정 요청	208
F3. 1 단계 항소 신청	210
F4. 2 단계 항소 신청	213
F5. 지불 문제	217
G. Medicare 파트 D 약물	218
G1. Medicare 파트 D 보장 결정 및 항소	218
G2. Medicare 파트 D 예외	219
G3. 예외 요청에 대한 중요한 정보	220
G4. 예외를 포함한 보장 결정 요청	220
G5. 1 단계 항소 신청	223
G6. 2 단계 항소 신청	225
H. 입원 연장에 대한 보장 요청	227
H1. Medicare 권리 알기	227



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

회원 안내서

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

H2. 1 단계 항소 신청.....	228
H3. 2 단계 항소 신청.....	230
I. 특정 의료 서비스에 대한 지속적인 혜택 신청.....	231
I1. 혜택이 끝나기 전 사전 통지	231
I2. 1 단계 항소 신청	231
I3. 2 단계 항소 신청	233
J. 2 단계 이상의 항소 신청.....	234
J1. Medicare 서비스 및 제품에 대한 다음 단계.....	234
J2. 추가 Medi-Cal 항소.....	235
J3. Medicare 파트 D 약물 요청에 대한 3, 4 및 5 항소 단계.....	235
K. 불만 제기 방법	237
K1. 불만을 제기할 수 있는 문제의 종류	237
K2. 내부 불만 제기	238
K3. 외부 불만 제기.....	239



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

A. 문제 또는 우려 사항이 있는 경우 해야 할 일

이 장에서는 문제와 우려 사항을 처리하는 방법을 설명합니다. 이용하는 과정은 문제 유형에 따라 다릅니다. **보장 결정 및 항소 신청**은 한 과정을 이용하고, **고충 사항**이라고도 하는 **불만 제기**는 다른 과정을 이용합니다.

각 과정에는 공정성과 신속성을 보장하기 위해 저희와 귀하가 준수해야 하는 일련의 규칙, 절차 및 기한이 있습니다.

A1. 법률 용어

본 장의 일부 규정 및 기한의 경우 법률 용어를 포함하고 있습니다. 이들 용어 중 다수는 이해하기 어려울 수 있으므로, 저희는 가능한 경우 특정한 법률 용어 대신 더 간단한 용어를 사용해 왔습니다. 또한, 가능한 한 약어를 적게 사용하고 있습니다.

예를 들어, 저희는 이렇게 말합니다:

- “불만 제출 (filing a grievance)” 대신 “불만 제기 (making a complaint)”
- “기관 결정 (organization determination)”, “혜택 결정 (benefit determination)”
“위험 결정 (at-risk determination)” 또는 “보장 판결 (coverage determination)” 대신
“보장 결정 (coverage decision)”
- “신속 보장 결정 (expedited determination)” 대신
“빠른 보장 결정 (fast coverage decision)”
- “독립 검토 법인 (IRE, Independent Review Entity)” 대신
“독립 검토 기관 (IRO, Independent Review Organization)”

적절한 법률 용어를 아는 것은 보다 명확하게 의사 소통을 하는 데 도움이 될 수 있기 때문에 해당 용어도 함께 제공합니다.

B. 도움을 받을 수 있는 곳

B1. 자세한 정보 및 도움

간혹 문제점을 처리하기 위한 절차를 시작하거나 이행하는 데 어려움을 느낍니다. 이는 귀하가 건강 상태가 좋지 않거나 활력이 부족한 경우 특히 그렇습니다. 또한, 다음 단계를 이행하는 데 필요한 정보가 없을 때도 있습니다.

건강 보험 상담 및 옹호 프로그램 (HICAP) 의 도움

건강 보험 상담 및 옹호 프로그램 (HICAP, Health Insurance Counseling and Advocacy Program) 에 전화할 수 있습니다. HICAP 상담원은 귀하의 질문에 답하고 귀하의 문제에 대해 무엇을 해야 하는지 이해하도록 도울 수 있습니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

회원 안내서

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

HICAP 은 저희나 보험 회사 또는 건강 플랜과 관련이 없습니다. HICAP 은 모든 카운티에서 상담사를 훈련시켰으며 서비스는 무료입니다. HICAP 그들의 전화번호는 1-888-434-0222 입니다.

Medicare Medi-Cal Ombudsman 프로그램의 도움

Medicare Medi-Cal Ombudsman 프로그램에 전화하여 상담원과 건강 보장 질문에 대해 상담할 수 있습니다. 그들은 무료로 법적 도움을 드립니다. Ombudsman 프로그램은 저희나 다른 보험사 또는 다른 건강 플랜과 아무 관계도 없습니다. Ombudsman 프로그램은 카운티마다 훈련된 상담원을 두고 있으며, 서비스는 무료입니다. 그들의 전화번호는 1-855-501-3077 이고 웹사이트는 www.healthconsumer.org 입니다.

Medicare의 도움 및 정보

자세한 정보와 도움이 필요하면 Medicare 에 문의하십시오. Medicare 로부터 도움을 받는 두 가지 방법은 다음과 같습니다:

- Call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users call 1-877-486-2048.
- Medicare 웹사이트 (www.medicare.gov) 를 방문하십시오.

캘리포니아주 보건복지부 (California Department of Health Care Services)의 도움

캘리포니아주 보건복지부 (Department of Health Care Services, DHCS) Medi-Cal 관리 의료 옴부즈맨 (Managed Care Ombudsman) 이 도움을 드릴 수 있습니다. 이들은 건강 플랜 가입, 변경 또는 탈퇴와 관련하여 문제가 있는 경우 도움을 줄 수 있습니다. 또한, 회원이 이사를 했거나 회원의 Medi-Cal 을 옮겨간 새 카운티로 이전하는 데 문제가 발생한 경우에도 도와 드릴 수 있습니다. 옴부즈맨으로 연락하려면 월요일부터 금요일까지 오전 8 시에서 오후 5시 사이에 1-888-452-8609 로 전화하시면 됩니다.

C. 플랜의 Medicare 및 Medi-Cal 불만과 항소 이해하기

귀하는 Medicare 와 Medi-Cal 을 보유하고 있습니다. 본 장에 있는 정보는 귀하의 **모든** Medicare 및 Medi-Cal 관리된 치료 혜택에 적용됩니다. 이는 때때로 Medicare 와 Medi-Cal 과정을 결합 또는 통합하기 때문에 “통합 과정”라고 합니다.

때때로 Medicare 와 Medi-Cal 과정을 결합할 수 없습니다. 이러한 경우에 귀하는 Medicare 혜택에 대해 한가지 과정을 이용하고, Medi-Cal 혜택에 대해 다른 과정을 이용합니다. **섹션 F4**에서는 이러한 경우에 대해 설명합니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

D. 혜택에 문제가 있는 경우

문제나 우려사항이 있는 분은 이 장에서 자신의 상황에 해당하는 부분을 읽으면 됩니다. 다음 도표는 이 장에서 문제나 불만을 다루는 해당 섹션을 찾는 데 도움이 됩니다.

귀하의 문제나 우려는 혜택 또는 보장에 관한 것입니까?	
여기에는 특정 의료 서비스 (의료 품목, 서비스 및/또는 파트 B 약물) 가 보장되는지 여부, 보장 방법 및 의료 서비스 비용 지불에 대한 문제가 포함됩니다.	
예.	아니요.
문제가 혜택이나 보장에 관한 것일 경우. 섹션 E “보장 결정 및 항소 신청 ” 을 참조하십시오.	문제가 혜택이나 보장에 관한 것이 아닐 경우. 섹션 K “불만을 제기하는 방법 ” 을 참조하십시오.

E. 보장 결정 및 항소

보장 결정을 요청하고 항소를 제기하는 절차는 귀하의 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.

E1. 보장 결정

보장 결정이란 귀하의 의료 서비스 또는 의약품에 대한 혜택 및 보장 또는 저희가 지불하는 금액과 관련하여 저희 플랜에서 내린 결정을 말합니다. 귀하 또는 담당 의사가 저희에게 연락하여 보장 결정을 요청할 수도 있습니다. 귀하 또는 담당 의사는 저희가 특정 의료 서비스를 보장하는지 또는 귀하가 필요하다고 생각하는 의료 서비스 제공을 저희가 거부할 수 있는지 확인할 수 없습니다. **귀하가 의료 서비스를 받기 전에 저희가 해당 의료 서비스를 보장할 것인지 알고 싶다면 저희에게 귀하를 위해 보장 결정을 내리라고 요청하실 수 있습니다.**

저희는 서비스 요청이나 청구를 검토할 때 보장 범위 결정을 내립니다. 어떤 경우에는 플랜에서 해당 서비스 또는 약물이 보장 대상이 아니거나 Medicare 나 Medi Cal 에 의해 더 이상 보장되지 않는다는 결정을 내릴 수 있습니다. 귀하께서는 이 보장 결정에 대해 동의하지 않으시면 항소를 제기하실 수 있습니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.**

E2. 항소

보장 결정을 내렸는데 귀하가 해당 결정에 만족하지 않으시면 해당 결정에 대해 “항소”하실 수 있습니다. 항소는 저희가 내린 보장 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 귀하의 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.

귀하가 요청한 내용 중 일부 또는 전부에 대해 **거부**하면 서신을 보내드립니다. 귀하의 문제가 Medicare 의료 보장에 관한 것이라면, 서신에서 2 단계 항소 제기를 위해 귀하의 사례를 독립 검토 기관 (IRO, Independent Review Organization) 에 보냈다고 알려줄 것입니다. 귀하의 문제가 Medicare 파트 D 또는 Medicaid 서비스나 항목의 보장에 관한 것이라면 편지에서 2 단계 항소 제기를 직접 제출하는 방법을 알려줄 것입니다. 2 단계 항소 제기에 대한 자세한 내용은 **섹션 F4** 를 참조하십시오.

2 단계 항소 결정에 만족하지 않으시면 추가 항소 단계를 거칠 수 있습니다.

E3. 보장 결정 및 항소에 대한 도움

다음과 같은 도움을 요청할 수 있습니다:

- **고객 서비스부**는 페이지 하단에 있는 번호로 연락하십시오.
- **Medicare Medi-Cal Ombudsman (옴부즈맨) 프로그램 번호 1-855-501-3077.**
- **건강 보험 상담 및 옹호 프로그램 (HICAP, Health Insurance Counseling and Advocacy Program) 번호 1-800-434-0222.**
- **주치의 또는 기타 의료 제공자.** 주치의나 기타 의료기관에서 귀하를 대신하여 보장 결정 또는 항소 요청을 할 수 있습니다.
- **친구 또는 가족 구성원.** 회원의 “대리인” 역할을 할 사람을 지명하고 보장 결정 또는 항소를 하도록 할 수 있습니다.
- **변호사.** 변호사를 선임할 권리가 있지만 **변호사에게** 보장 결정 또는 재심 신청을 하도록 할 필요는 없습니다.
 - 변호사에게 직접 연락하거나 지역 변호사 협회나 기타 소개 서비스로부터 변호사를 소개받을 수 있습니다. 일부 법률 단체에서는 귀하가 자격이 되는 경우 무료 법률 서비스를 제공합니다.
 - Medicare Medi-Cal 옴부즈 프로그램 번호 1-855-501-3077 으로 전화하여 법률 지원 변호사를 요청하십시오.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

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

변호사나 다른 사람이 대리인 역할을 하게 하려면 대리인 임명 양식을 작성하십시오. 다른 사람에게 대리 권한을 부여할 때 이 양식을 사용하면 됩니다.

페이지 하단에 있는 고객 서비스부에 전화하여 “대리인 임명 (Appointment of Representative)” 양식을 요청하십시오.

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 보실 수도 있습니다. 이 양식에 서명하여 사본을 저희에게 제출해야 합니다.

E4. 본장 섹션별 도움 소개

보장 결정 및 항소와 관련된 4 가지 상황이 있습니다. 각 상황마다 서로 다른 규정과 기한이 있습니다. 이 장의 별도 섹션에서 각각의 항목에 대한 자세한 정보를 제공합니다. 해당하는 섹션을 다음과 같이 참조하십시오:

- **섹션 F**, “의료 관리”
- **섹션 G**, “Medicare 파트 D 약물”
- **섹션 H**, “입원 연장에 대한 혜택 요청”
- **섹션 I**, “특정 의료 서비스에 대한 지속적인 혜택 요청” (본 섹션은 가정 건강 관리, 전문 간호 시설 치료 및 종합 외래 환자 재활 시설 (CORF, Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility) 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 귀하에게 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 장**의 혜택 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 이용하기

본 섹션에서는 다음과 같은 상황에 할 수 있는 일들을 설명합니다:

1. 귀하는 저희가 귀하에게 필요하지만 받지 못하고 있는 의료 서비스를 보장한다고 생각합니다.
할 수 있는 일: 플랜에 보장 결정을 요청할 수 있습니다. **섹션 F2** 를 참조하십시오.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

회원 안내서

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

2. 저희는 담당 의사 또는 기타 의료 제공자가 귀하에게 제공하고자 하는 의료 서비스를 승인하지 않았으며, 귀하는 저희가 승인해야 한다고 생각합니다.

할 수 있는 일: 저희 결정에 항소 신청할 수 있습니다. **섹션 F3** 을 참조하십시오.

3. 저희가 보험으로 보장해야 하지만 지불하지 않는 의료 서비스가 있다고 생각하는 경우.

할 수 있는 일: 비용을 지불하지 않기로 한 저희 결정에 항소 신청할 수 있습니다. **섹션 F5** 를 참조하십시오.

4. 본인 생각에 보장 대상인 의료 서비스에 대해 귀하가 서비스를 받고 지불했으나, 저희가 환불하기를 원하는 경우.

귀하가 할 수 있는 일: 저희에게 환불을 요청할 수 있습니다. **섹션 F5** 를 참조하십시오.

5. 저희는 특정 의료 서비스에 대한 귀하의 보장을 줄이거나 중단했으며, 귀하는 저희 결정이 귀하의 건강에 해가 된다고 생각합니다.

귀하가 할 수 있는 일: 서비스를 줄이거나 중단한 저희의 결정에 항소 신청할 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 알고 싶으면 **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.

귀하가 할 수 있는 일: 불만을 제출할 수 있습니다. **섹션 K2** 를 참조하십시오.

F2. 보장 결정 요청

보장 결정에 귀하의 의료 서비스가 포함되는 경우, 이를 **통합 조직 결정**이라고 합니다.

귀하, 담당 의사 또는 귀하의 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 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

회원 안내서

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

표준 보장 결정

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 귀하의 요청을 접수한 후 **7 달력일**.
- 기타 모든 의료 서비스 또는 품목에 대한 귀하의 요청을 접수한 후 **14 달력일**.
- Medicare 파트 B 약물에 대한 귀하의 요청을 접수한 후 **72 시간**.

빠른 보장 결정

빠른 보장 결정에 대한 법률 용어는 **신속 보장 결정**입니다.

귀하의 의료 서비스에 대한 보장 결정을 신속하게 내려달라고 요청하는 경우, 저희에게 “빠른 보장 결정”을 내리라고 요청하십시오. 빠른 보장 결정이란 다음 사항에 대한 답변을 제공한다는 의미입니다:

- 의료 서비스 또는 제품에 대한 귀하의 요청을 받은 후 **72 시간** 이내.
- Medicare 파트 B 약물에 대한 귀하의 요청을 받은 후 **24 시간** 이내.

빠른 보장 결정을 받으려면 다음의 두 가지 요건을 반드시 충족해야 합니다:

- 귀하는 **받지 않은** 의료 용품 및/또는 서비스에 대한 보장을 요청합니다. 이미 받은 의료 용품 및/또는 서비스에 대한 비용 지급에 대하여 빠른 보장 결정을 요청할 수 없습니다.
- 표준 기한을 적용할 경우 **귀하의 건강이 심하게 손상되거나** 신체 기능이 저하될 우려가 있을 때.

담당 의사가 귀하의 건강상 필요하다고 하면 저희는 자동으로 빠른 보장 결정을 내립니다. 담당 의사의 도움 없이 요청하는 경우에는 귀하에게 빠른 보장 결정이 필요한지 여부를 저희가 결정합니다.

- 저희가 귀하의 건강 상태가 빠른 보장 결정 요건에 맞지 않는다고 판단할 경우 저희는 해당 판단에 대해 설명하는 서신을 귀하에게 보내고, 표준 기한을 사용합니다. 서신을 통해 다음 사항을 알려드립니다:
 - 담당 의사가 요청하면 저희는 자동으로 빠른 보장 결정을 내립니다.
 - 귀하가 요청한 빠른 보장 결정 대신 표준 보장 결정을 내리기로 한 것에 대해 “빠른 불만”을 제기 할 수 있는 방법. 빠른 불만 제기를 비롯한 불만 제기에 대한 자세한 내용은 **섹션 K** 를 참조하십시오.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

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

귀하의 요청 중 일부 또는 전체가 승인 거절되면, 귀하에게 편지를 보내 그 사유를 설명합니다.

- 저희가 거절하면 귀하는 항소를 신청할 권리가 있습니다. 항소 신청이란 저희가 실수를 했고 착오가 있다고 생각되는 경우, 저희 결정을 검토하여 변경해 줄 것을 요청하는 공식적인 방법입니다.
- 항소를 신청하기로 결정한 경우, 항소 신청 절차 1단계로 이동합니다(섹션 F3 참조).

제한된 상황에서 저희는 보장 결정에 대한 귀하의 요청을 기각할 수 있으며, 이는 저희가 해당 요청을 검토하지 않는다는 것을 의미합니다. 요청이 기각되는 경우의 예는 다음과 같습니다:

- 요청이 불완전한 경우,
- 누군가가 귀하를 대신하여 요청했지만, 법적으로 그렇게 할 수 있는 권한이 없는 경우 또는
- 귀하가 요청을 취소해달라고 요구한 경우.

보장 결정 요청을 기각하는 경우, 해당 요청이 기각된 이유와 기각 검토를 요청하는 방법을 설명하는 통지서를 보내드립니다. 이 검토는 항소라고 부릅니다. 항소는 다음 섹션에서 설명합니다.

F3. 1 단계 항소 신청

항소 신청을 시작하려면 귀하, 담당 의사 또는 귀하의 대리인이 반드시 플랜에 연락을 해야 합니다.
1-877-412-2734 (TTY 711) 로 전화하십시오.

표준 항소 또는 빠른 항소 요청은 서면으로 또는 번호**1-877-412-2734 (TTY 711)** 번으로 주 7 일, 24 시간 전화하십시오.

- 귀하의 담당 의사 또는 다른 처방자가 귀하가 항소를 신청하는 동안 이미 받고 있는 서비스나 제품을 계속 이용해 달라고 요청하는 경우 그들을 귀하를 대신할 대리인으로 지명해야 할 수도 있습니다.
- 담당 의사가 아닌 다른 사람이 귀하를 대신하여 항소를 신청하는 경우, 이 사람이 귀하를 대신할 수 있도록 권한을 부여하는 대리인 임명 (Appointment of Representative) 양식을 첨부하십시오.
www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf
또는 저희 웹사이트 <https://www.caloptima.org/en/health-insurance-plans/onecare#DocumentsandForms> 를 방문하여 해당 양식을 받으실 수 있습니다.
- 저희는 해당 양식 없이 항소 요청을 받아들일 수 있지만, 해당 양식을 받을 때까지는 검토를 시작하거나 마칠 수 없습니다. 항소에 대한 결정을 내리기 위한 마감일 전에 해당 양식을 받지 못한 경우, 저희는 다음과 같이 합니다:
 - 귀하의 요청을 기각하거나



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

회원 안내서

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

- 귀하의 항소를 기각한 저희의 결정을 검토를 위해 IRO 에 요청할 수 있는 귀하의 권리를 설명하는 서면 통지서를 보내드립니다.
- 항소 신청은 저희가 결정 사항을 알리기 위해 보낸 편지에 적힌 날짜로부터 65 이내에 해야 합니다.
- 타당한 이유가 있어서 이 기한을 지키지 못한 경우에는 항소 신청 기간을 연장해 드릴 수 있습니다. 타당한 이유의 예로는 귀하가 중병을 앓았거나 저희가 기한을 잘못 알려드린 경우 등을 들 수 있습니다. 항소 신청을 하실 때는 항소 신청이 늦은 이유를 설명해 주십시오.
- 귀하는 저희에게 항소 신청과 관련된 정보의 사본을 무료로 요구할 권리가 있습니다. 귀하와 주치의는 항소 신청을 뒷받침하는 정보를 저희에게 더 제공할 수 있습니다.

건강상 필요한 경우에는 빠른 항소 신청을 하십시오.

“빠른 항소 (fast appeal)” 을 뜻하는 법률 용어는
“**신속 재고 (expedited reconsideration)**” 입니다.”

- 아직 받지 않은 치료 보장과 관련해 저희가 내린 결정에 대해 항소 신청을 하려면, 귀하 및/또는 담당 의사가 귀하에게 빠른 항소 신청이 필요한지 여부를 결정 합니다.

귀하의 의사가 귀하의 건강상 필요하다고 판단하는 경우 빠른 항소를 자동으로 제공합니다. 의사의 도움 없이 요청하는 경우 빠른 항소를 받을 수 있는지 여부를 저희가 결정합니다.

- 귀하의 건강 상태가 빠른 항소 요건을 충족하지 않는다고 판단되면 귀하에게 이를 알리는 서한을 보내고 대신 표준 기한을 적용합니다. 서신은 귀하에게:
 - 담당 의사가 귀하의 건강에 필요하다고 하면, 저희는 빠른 항소를 진행할 것입니다
 - 빠른 항소 대신 표준 항소를 제공하기로 한 저희의 결정에 대해 “빠른 불만”을 제기하는 방법. 빠른 불만 제기를 포함하여 불만 제기에 대한 자세한 내용은 **섹션 K** 를 참조하십시오.

귀하가 이미 받고 있는 서비스 또는 제품 사용을 중단하거나 줄인다고 저희가 알려드리는 경우, 귀하는 항소 기간 동안 해당 서비스 또는 제품을 계속 이용할 수 있습니다.

- 저희가 귀하가 받는 보험 대상 서비스나 제품을 중단 또는 변경을 결정할 경우, 그에 대한 조치를 취하기 전에 해당 사실을 귀하께 통보합니다.
- 저희의 결정에 동의하지 않을 경우, 귀하는 1 단계 항소를 신청할 수 있습니다.
- 귀하가 당사 서신에 기재된 날짜로부터 달력일 기준 10일 이내에 또는 조치가 예정된 발효일 중 더 늦은 날짜까지 1단계 항소를 요청하는 경우, 저희는 해당 서비스 또는 제품을 계속 보장합니다.
 - 이 기한을 지키면 1단계 항소가 진행 중인 동안 변경 사항 없이 서비스 또는 제품을 이용하실 수 있습니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

회원 안내서

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

- 변경 사항 없이 다른 모든 서비스 또는 제품(항소 신청 대상이 아님)도 이용하실 수 있습니다.
- 이 날짜 이전에 항소를 신청하지 않으면 귀하의 항소 결정을 기다리는 동안 서비스나 용품을 계속 이용하실 수 없습니다.

저희는 귀하의 항소 신청을 살펴보고 답변을 드립니다.

- 저희는 귀하의 항소를 검토할 때 의료 서비스의 혜택 신청에 관한 모든 정보를 다시 한번 주의 깊게 검토합니다.
- 신청을 **승인 거부**할 때 저희는 저희의 모든 규칙 준수 여부도 확인합니다.
- 필요하면 더 많은 정보를 수집합니다. 귀하나 담당 의사에게 연락해서 정보를 더 얻을 수 있습니다.

빠른 항소 신청 기한이 있습니다.

- 저희가 빠른 기한을 사용하면 **항소 신청을 받은 후, 72 시간 이내에 답변을 하거나, 귀하의 건강상 필요한 경우에는 더 빨리 답변합니다.** 귀하의 건강에 필요한 경우 더 빨리 답변을 드릴 것입니다.
 - 저희 측에서 72 시간 안에 답변하지 않으면 귀하의 요청을 2 단계 항소 신청 절차로 넘깁니다. 독립 검토 기관 (IRO) 에서 그 후 검토합니다. 이 장의 뒷부분에 있는 **섹션 F4**에서는 저희가 이 기관에 대해 설명하고 2단계 항소 절차를 설명합니다. 귀하의 문제가 Medicaid 서비스 또는 용품의 보장에 관한 것이라면 시간이 다 되는 즉시 직접 주 정부에 2 단계 - 주 청문회를 제출할 수 있습니다. CalOptima Health OneCare Complete 와 연결되지 않은 주 청문회 기관에서 귀하의 사례를 검토하고 귀하의 항소에 대한 결정을 내릴 것입니다. 주 청문회를 신청하려면 **섹션 F4** 를 참조하십시오.
- **귀하의 신청 중 일부 또는 전체가 승인되면,** 저희는 귀하의 항소를 받은 후 72 시간 이내에 또는 귀하의 건강에 필요한 경우 더 빨리 제공하기로 동의한 보장을 승인하거나 제공해야 합니다.
- **귀하의 신청사항 중 일부 또는 전부를 승인 거부하는 경우,** 저희는 2 단계 항소를 위해 독립 검토 기관 (IRO) 에 귀하의 항소를 보냅니다.

표준 항소 신청 기한이 있습니다.

- 표준 기한을 사용하면 저희는 귀하가 받지 못한 서비스 보장에 대한 항소 신청을 받은 후, **달력일 기준 30 일 이내에 답변을 해야 합니다.**
- 귀하의 요청이 지원받지 못한 Medicare 파트 B 약물에 대한 것인 경우, 항소 신청을 받은 후 **달력일 기준 7 일 이내에** 또는 귀하의 건강상 필요한 경우에는 더 일찍 답변합니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

회원 안내서

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

- 저희측에서 해당 기한까지 답변하지 않으면 귀하의 신청을 2 단계 항소 신청 절차로 넘깁니다. 독립 검토 기관 (IRO) 에서 그 후 검토합니다. 본 장 뒷부분의 **섹션 F4**에서는 저희 기관에 대해 설명하고 2 단계 항소 절차를 설명합니다. 귀하의 문제가 Medi-Cal 서비스 또는 용품의 보장에 관한 것이라면 시간이 다 되는 즉시 직접 주 정부에 2 단계 - 주 청문회를 제출할 수 있습니다. CalOptima Health OneCare Complete 와 관련이 없는 주 청문회 기관에서 귀하의 사례를 검토하고 항소에 대한 결정을 내릴 것입니다. 주 청문회를 신청하려면 **섹션 F4** 를 참조하십시오.

귀하의 요청 사항 중 일부 또는 전체를 승인하면, 저희는 귀하의 항소 요청을 받은 날로부터 30 일 이내 또는 귀하의 건강 상태가 요구하는 대로 신속하게 그리고 72 시간 이내에 제공하기로 동의한 보장을 승인하거나 제공하거나 귀하의 요청이 Medicare 파트 B 약물에 대한 것일 경우, 결정을 변경한 날 또는 귀하의 항소를 받은 날로부터 달력일 기준 7 일 이내 제공해야 합니다.

저희가 귀하의 요청 사항 중 일부 또는 전부를 **거부**하는 경우, **귀하에게는 다음과 같은 추가 항소권이 있습니다:**

- 귀하의 요청 사항 중 일부 또는 전체를 **거부**할 시, 저희는 편지로 알려드립니다.
- 해당 문제가 Medicare 서비스나 제품의 보험혜택에 관한 것이라면, 2 단계 항소 신청을 위해 귀하의 사례를 독립 검토 단체 (IRO) 로 전달했다는 사실을 이 편지를 통해 알려 드립니다.
- 해당 문제가 Medi-Cal 서비스나 제품의 보험혜택에 관한 것이라면 이 서신을 통해 귀하가 직접 2 단계 항소를 신청하는 방법을 알려드립니다.

F4. 2 단계 항소 신청

저희가 1단계 항소 신청 사항 중 일부 또는 전체를 **거부**할 경우 서신을 보내드립니다. 이 서신에는 Medicare, Medi-Cal 또는 두 프로그램이 일반적으로 보장하는 서비스나 제품이 나와 있습니다.

- 해당 문제가 **Medicare** 에서 일반적으로 보장하는 서비스나 제품에 관한 것이라면 1 단계 항소 신청이 마무리되는 대로 귀하의 사례가 자동으로 2 단계 항소 신청 절차로 넘어갑니다.
- 해당 문제가 **Medi-Cal** 에서 일반적으로 보장하는 서비스나 제품에 관한 것이라면 귀하가 직접 2 단계 항소를 신청할 수 있습니다. 서신으로 그렇게 하는 방법을 알려드립니다. 또한, 본 장의 뒷부분에 있는 **섹션 G6** 에 더 많은 정보가 나와 있습니다.

1 단계 항소 신청을 제기할 때 귀하에게 혜택을 계속 받을 자격이 있는 경우, 귀하의 서비스, 제품, 또는 약물에 대한 혜택도 2 단계 항소를 진행하는 동안 계속 받으실 수 있습니다. 1 단계 항소 신청 기간 동안 귀하가 계속 받을 수 있는 혜택에 대한 자세한 정보는 **섹션 F3** 을 참조하십시오.

- 해당 문제가 일반적으로 Medicare 에서만 보장하는 서비스에 관한 것인 경우, 독립 심사 기관 (IRO) 에서 2 단계 항소 신청 절차를 거치는 동안에는 해당 서비스에 대한 귀하의 혜택이 중단됩니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

회원 안내서

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

- 귀하의 문제가 일반적으로 Medi-Cal 에서만 보장하는 서비스에 관한 것인 경우, 결정 서신을 받은 후 달력일 기준 10 일 이내에 2 단계 항소 신청서를 제출하면 귀하는 해당 서비스에 대한 혜택을 계속 받을 수 있습니다.

귀하의 문제가 Medicare이 일반적으로 보장하는 서비스나 품목에 관한 경우

독립 검토 기관 (IRO) 에서 항소 신청을 검토합니다. 이 기관은 Medicare 가 고용한 독립 기관입니다.

독립 검토 기관 (IRO, Independent Review Organization) 의 공식 명칭은 **독립 검토 법인**이며 **IRE (Independent Review Entity)** 라고도 합니다.

- 이 기관은 저희와 무관하며 정부 기관도 아닙니다. Medicare 는 독립 심사 기관 (IRO) 으로 해당 기업을 선택했고, Medicare 는 그들의 업무를 감독합니다.
- 저희는 귀하의 항소에 대한 정보 (귀하의 “사례 자료”) 를 이 기관에 보냅니다. 귀하는 귀하의 사례 자료에 대한 사본을 무료로 받을 권리가 있습니다.
- 귀하는 귀하의 항소를 뒷받침하는 추가 정보를 독립 검토 기관 (IRO) 에 제공할 권리가 있습니다.
- 독립 검토 기관 (IRO) 의 검토자들은 귀하의 병원 퇴원에 대한 항소 신청 관련 정보를 전부 철저히 검토합니다.

1 단계에서 빠른 항소를 신청한 경우, 2 단계에서도 빠른 항소를 신청할 수 있습니다.

- 1 단계에서 빠른 항소를 신청한 경우, 자동으로 2 단계에서 빠른 항소를 신청합니다. 독립 검토 기관 (IRO) 은 귀하의 항소 신청을 받은 후 **72 시간 이내에** 2 단계 항소 신청에 대한 답변을 귀하에게 제공해야 합니다.

1 단계에서 표준 항소를 하신 경우 2 단계에서도 표준 항소를 할 수 있습니다.

- 1 단계에서 저희에게 표준 항소를 하신 경우 2 단계에서는 자동으로 표준 항소를 받습니다.
- 의료 품목이나 서비스에 대한 신청인 경우, 독립 검토 기관 (IRO) 은 항소를 받은 날로부터 **달력일 기준 30 일 이내에** 2 단계 항소에 대한 답변을 제공해야 합니다.
- Medicare 파트 B 약물에 대한 신청인 경우, 독립 검토 기관 (IRO) 은 항소를 받은 날로부터 **달력일 기준 7 일 이내에** 2 단계 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 신청의 일부 또는 전부를 승인하는 경우, 저희는 즉시 다음과 같이 해당 결정을 이행해야 합니다:
 - **72 시간 이내에** 의료 보장 범위를 승인하거나



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

회원 안내서

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

- 표준 요청에 대한 독립 검토 기관 (IRO) 의 결정을 받은 후 **달력일 기준 5 일 이내**에 서비스를 제공하거나
- 신속 요청에 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 분쟁 중인 Medicare 파트 B 약물을 승인하거나 제공해야 합니다:
 - 표준 요청에 대한 독립 검토 기관(IRO)의 결정을 받은 후 **72 시간 이내**에 또는
 - 신속 요청에 대한 독립 검토 기관(IRO)의 결정을 받은 날로부터 **24 시간 이내**에.
- 독립 검토 기관 (IRO) 이 항소의 일부 또는 전부에 대한 승인을 거부할 경우 이는 의료 보험 보장에 대한 귀하의 신청(또는 신청의 일부)을 저희가 승인해서는 안 된다는 데 동의함을 의미합니다. 이는 “결정 지지” 또는 “항소 거절”이라고 합니다.
 - 만약 해당 사례가 필요 조건을 충족한다면, 항소를 더 진행할지를 선택합니다.
 - 2 단계 이후 항소 처리 절차에는 총 5 단계에 대한 3 개의 추가 단계가 있습니다.
 - 2 단계 항소가 거부되고 항소 처리 절차를 계속하기 위한 요건을 충족할 경우, 3 단계로 진행할지와 세 번째 항소를 할지 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 3 단계 항소를 처리합니다. 3, 4, 5 단계 항소에 대한 자세한 내용은 **섹션 J** 를 참조하십시오.

문제가 Medi-Cal 이 일반적으로 보장하는 서비스나 품목에 관한 경우

(1) 주 청문회

Medi-Cal 이 보장하는 서비스나 품목에 대해 주 청문회를 신청할 수 있습니다. 주치의나 그 외 의료서비스 제공자가 플랜이 승인하지 않을 서비스나 품목을 신청하거나, 회원이 이미 받은 서비스나 품목의 비용을 플랜에서 계속 부담하지 않고 1단계 항소를 거절한 경우 회원은 주정부 청문회를 신청할 권리가 있습니다.

대부분 경우 회원에게 “항소 결정 서신” 통지서가 우송된 후 **120 일 이내에 주 정부 청문회**를 신청할 수 있습니다.

참고: 플랜으로부터 지금 현재 받고 있는 서비스가 변경되거나 중단된다는 통보를 받은 이유로 항소 신청을 하는 경우, 항소 처리 기간 중에 해당 서비스를 계속 받기를 원하면 **더 빠른 기한 내에 항소 신청을 해야 합니다.** 자세한 정보는 213 페이지에 있는 “2 단계 항소 제기 결정을 기다리는 동안 혜택을 계속 받을 수 있습니까” 를 읽으십시오.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.**

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

회원 안내서

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

주정부 청문회를 신청하는 방법은 두 가지입니다:

1. 조치 통지서 뒷면의 “주정부 청문회 신청서”를 작성하십시오. 이름, 주소, 전화번호, 귀하에게 불리한 결정을 한 플랜이나 카운티의 이름, 관련 원조 프로그램, 청문회를 원하는 자세한 이유 등, 필요한 정보를 모두 기입해야 합니다. 그런 후 다음 중 한 가지 방법을 통해 요청서를 제출하면 됩니다:
 - 통지서에 나와 있는 주소를 이용해 카운티 복지국에 제출
 - 캘리포니아 주 사회 복지국에 제출:
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433
Sacramento, California 94244-2430
 - 주정부 청문회 부서 팩스 번호 1-916-309-3487 또는 무료번호 1-833-281-0903.
2. 캘리포니아 주 사회 복지국 (California Department of Social Services) 전화:
1-800-743-8525. TTY 사용자는 1-800-952-8349 번으로 전화하십시오. 주정부 청문회를 전화로 신청할 경우, 통화 중일 경우가 많음을 인지하십시오.

청문회 사무소는 서면으로 결정을 내리고 그 이유를 설명합니다.

- 의료 품목이나 서비스에 대한 신청의 일부 또는 전부에 대해 청문회 사무소가 **승인**하는 경우, 저희는 해당 결정을 받은 후 **72 시간 이내에** 서비스나 품목을 승인하거나 제공해야 합니다.
- 청문회 사무소가 항소의 일부 또는 전부에 대한 승인을 거부할 경우 이는 의료 보험 보장에 대한 귀하의 신청 (또는 신청의 일부) 을 저희가 승인해서는 안 된다는 데 동의함을 의미합니다. 이는 “결정 지지” 또는 “항소 거절” 이라고 합니다.

독립 검토 기관 (IRO) 이나 청문회 사무소의 결정이 신청의 전부 또는 일부에 대해 **거부**인 경우, 회원에게는 추가 항소 권한을 갖습니다.

귀하의 2 단계 항소 신청이 **독립 검토 기관 (IRO)** 으로 넘어갔다면, 원하는 서비스나 품목의 달러 가격이 일정한 최소 금액을 충족하는 경우에만 다시 항소 신청을 할 수 있습니다. 행정법 판사 (ALJ) 또는 변호사 심판관이 3 단계 항소를 처리합니다. **독립 검토 기관(IRO)에서 받은 편지에 귀하의 추가적인 항소 신청 권리가 설명되어 있을 것입니다.**

청문회 사무소에서 받으신 편지에는 다음 항소 옵션이 설명되어 있습니다.

2 단계 이후의 항소에 대한 자세한 내용은 **섹션 J** 를 참조하십시오.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

F5. 지불 문제

플랜은 네트워크 소속의 의료서비스 제공자들이 귀하에게 의료비를 청구하는 것을 허용하지 않습니다. 이에 의료서비스 제공자가 보험대상의 서비스나 품목에 대해 청구한 금액을 저희 플랜이 다 지불하지 않은 경우에도 해당됩니다. 귀하는 의료서비스 제공자가 청구한 의료비 잔액을 지불할 의무가 없습니다.

보장 대상의 서비스나 품목에 대한 비용 지불 청구를 받으면, 저희 플랜에 그 청구서를 보내주십시오. 귀하가 의료비 청구서를 직접 지불해서는 안 됩니다. 저희 플랜에서 해당 네트워크 제공자에게 직접 연락하여 문제를 처리할 것입니다. 혹시 지불한 경우 서비스나 품목을 받는 데 적용되는 규정에 따라 저희에게서 환불 받을 수 있습니다.

더 자세한 정보는 본 **회원 안내서 제 7 장**을 참고하십시오. 귀하가 저희에게 환불을 요구하거나, 의료서비스 제공자로부터 받으신 청구서를 저희가 지불하기를 요청해야 할 수 있는 상황에 대해 설명합니다. 또 지급 요청 서류를 보내는 방법도 나와 있습니다.

저희에게 환불을 요청하는 것은 곧 보장 결정을 요청하는 것입니다. 플랜은 귀하가 비용을 부담한 서비스나 품목이 보험 적용 대상인지 그리고 귀하가 혜택 이용 규칙을 모두 지켰는지 확인합니다.

- 귀하가 비용을 부담한 서비스나 품목이 보장 적용 대상이고 규칙이 모두 지켜졌다면, 일반적으로 30 일 이내에 귀하 또는 귀하의 제공자에게 서비스 또는 품목에 대한 지불금을 보내드리지만 귀하의 요청을 받은 후 최대한 60 일 이내에 지불금을 보내드립니다. 제공자에게 지불이 되었다면 제공자가 귀하에게 지불금을 보냅니다.
- 혹은 귀하가 해당 서비스나 품목 비용을 아직 내지 않았다면, 저희가 의료서비스 제공자에게 직접 지급합니다. 저희가 비용을 지급하는 것은 보장 결정 요청을 **승인**하는 것입니다.
- 해당 서비스나 품목이 보험 적용 대상이 아니거나 귀하가 모든 규칙을 지키지 않은 경우에는, 플랜에서 해당 서비스나 품목 비용을 부담하지 않는다는 내용과 그 이유를 설명하는 편지를 보내 드립니다.

지불하지 않는다는 플랜의 결정에 동의하지 **않으면 항소 신청을 할 수 있습니다. 섹션 F3**에서 설명한 항소 신청 절차를 따르십시오. 안내를 따르실 때 다음을 유의하시기 바랍니다:

- 환불에 대한 항소 신청을 하는 경우, 저희는 항소 신청을 받은 후 달력일 기준 30 일 안에 반드시 답변해야 합니다.

저희가 귀하의 항소 신청을 **승인 거부**했고 해당 서비스나 품목이 일반적으로 **Medicare** 적용 대상이라면, 귀하의 사례가 자동으로 독립 검토 기관(IRO)에 전달됩니다. 이런 경우 저희는 편지를 보내 드릴 것입니다.

- 독립 검토 기관 (IRO) 에서 저희의 결정을 번복해 저희가 비용을 부담해야 한다고 하면, 저희는 달력일 기준 30 일 안에 해당 금액을 귀하 또는 제공자에게 지급해야 합니다. 2 단계 이후의 항소 신청 단계에서 귀하의 항소 신청이 **승인**되면, 저희는 해당 금액을 달력일 기준 60 일 안에 귀하 또는 의료서비스 제공자에게 지급해야 합니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

회원 안내서

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

- 독립 검토 기관 (IRO) 이 항소에 대한 승인을 **거부**할 경우 귀하의 요청을 저희가 승인해서는 안 된다는 데 동의함을 의미합니다. 이는 “결정 지지” 또는 “항소 거절” 이라고 합니다. 귀하는 보유하고 있을 수도 있는 추가적인 항소 신청 권리가 설명된 편지를 받으실 것입니다. 추가 항소 신청 단계에 관한 자세한 내용은 **섹션 J** 를 참조하십시오.

저희가 귀하의 항소 신청을 **승인 거부**했고 해당 서비스나 품목이 일반적으로 Medi-Cal 적용 대상이라면, 2단계 항소를 신청하실 수 있습니다. 자세한 내용은 **섹션 F4** 를 참조하십시오.

G. Medicare 파트 D 약물

귀하가 받는 플랜 혜택에는 다양한 약물 혜택도 포함되어 있습니다. 이 중 대부분은 Medicare 파트 D 약물입니다. Medicare 파트 D에서 부담하지 않지만, Medi-Cal 에서 부담할 수 있는 약물도 몇 가지 있습니다. **이 섹션은 Medicare 파트 D 약물 항소에만 적용됩니다.** 이 섹션의 나머지 부분에서는 항상 “파트 D 약물” 대신 “약물” 이라고 할 것입니다. Medi-Cal 에서만 보장되는 의약품의 경우 **섹션 J2** 에 있는 절차를 따르거나 Medi-Cal Rx 웹사이트 (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) 를 방문하여 자세한 정보를 보실 수 있습니다. Medi-Cal Rx 고객 서비스 센터 번호 1-800-977-2273 로 전화할 수도 있습니다.

혜택을 받으시려면, 약물을 의학적으로 인정된 적응증에만 사용해야 합니다. 즉, 약물 사용이 식품의약품청 (Food and Drug Administration, FDA) 의 승인을 받거나 특정 의료 관련 참고 문헌을 통해 용도가 뒷받침되어야 한다는 뜻입니다. 의학적으로 인정된 적응증에 대한 더 자세한 내용은 본 **회원 안내서 제 5 장** 을 참조하십시오.

G1. Medicare Part D 파트 D 보장 결정 및 항소 신청

다음은 귀하가 Medicare 파트 D 약물에 대해 저희에게 신청하시는 보장 결정의 예입니다:

- 귀하는 다음과 같은 사항을 포함하는 예외를 인정해 달라고 신청합니다:
 - 저희 플랜의 약물 목록에 없는 Medicare 파트 D 약물을 보장하거나
 - 특정 약물에 대한 플랜 보장의 제한 (예: 받을 수 있는 약물 수량 제한) 파기
- 특정 약물에 대해 보장을 받을 수 있는지 저희에게 문의하십시오(예로 약물이 플랜의 약물 목록에 있지만, 보장 전에 저희가 승인을 해야 하는 경우)

참고: 약국이 약물을 서면과 같이 조제할 수 없다고 하는 경우, 해당 약국은 보장 결정을 신청할 수 있도록 저희 플랜 연락처가 설명되어 있는 서면 통지서를 귀하에게 보내드립니다.

Medicare 파트 D 약물에 대한 최초 보장 결정은 “**보장 결정**” 이라고 합니다.

- 이미 구매한 약물 비용을 지급해 달라고 신청할 수 있습니다. 이것은 비용에 대한 보장 결정을 신청하는 것입니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

회원 안내서

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

저희가 내린 보장 결정에 동의하지 않는 경우 항소 신청을 할 수 있습니다. 본 섹션에서는 보장 결정 신청 방법 뿐 아니라 항소 신청 방법에 대해서도 설명합니다. 아래 차트를 사용하시면 유용합니다.

귀하가 처한 상황은 무엇입니까?			
플랜 약물 목록 에 없는 약물이 필요하거나 보장 약물에 적용되는 규정이나 제한을 면제받아야 합니다.	저희 약물 목록 에 있는 어떤 약에 대한 보장을 원하며, 그 약물에 적용되는 플랜 규정이나 제한 (예로 사전 승인) 을 충족한다고 생각합니다.	이미 구매한 약물 비용에 대한 환불을 받고자 합니다.	저희는 귀하가 원하시는 대로 약물을 보장하거나 지급하지 않겠다고 했습니다.
예외 신청을 할 수 있습니다. (이를 보장 결정이라고 합니다.)	보장 결정을 신청할 수 있습니다.	이 경우 플랜에 비용 환불을 신청할 수 있습니다. (이를 보장 결정이라고 합니다.)	항소 신청을 할 수 있습니다. (이는 재고를 신청한다는 뜻입니다.)
섹션 G2 에서 시작하시고 섹션 G3 및 G4 를 참조하십시오.	섹션 G4 를 참조하십시오.	섹션 G4 를 참조하십시오.	섹션 G5 를 참조하십시오.

G2. Medicare 파트 D 예외

저희가 귀하가 원하는 방식으로 약물을 보장하지 않으면 저희에게 “예외”를 신청하실 수 있습니다. 예외에 대한 귀하의 신청을 저희가 거절하면, 귀하는 저희의 결정에 항소하실 수 있습니다.

예외를 신청할 때는 주치의나 다른 처방의가 귀하에게 예외를 인정해야 하는 의학적인 이유를 설명해야 합니다.

약물 목록에 있지 않은 약물에 대한 보장을 신청하거나 약물에 적용되는 제한을 면제해 달라고 신청하는 것을 법률 용어로 “**처방집 예외 (formulary exception)**” 라고 합니다

다음은 회원이나 주치의 또는 다른 처방자가 저희에게 신청할 수 있는 예외의 예입니다:

1 저희 약물 목록에 있지 않은 약물 보장

- 저희가 예외 조치를 취하고 저희의 **약물 목록**에 없는 약물을 보장하는 데 동의하는 경우, 브랜드 약물에 대한 2 구간 약물에 적용되는 부담금을 지불해야 합니다.
- 약물에 대한 필수 공동 부담금에 대한 예외는 받을 수 없습니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

2. 보장 약물에 대한 제한 면제

- 약물 목록에 있는 특정 약물에는 추가 규칙 또는 제한이 적용됩니다 (자세한 내용은 본 **회원 안내서 제 5 장** 참조).
- 특정 약물에 적용되는 별도 규정과 제한은 다음과 같습니다:
 - 브랜드 약물 대신 제네릭 약물 사용이 요구됨.
 - 저희가 귀하에게 약물을 보장하기 전에 저희의 승인을 받음. 이를 “사전 승인 (PA, prior authorization)” 이라고 합니다.
 - 다른 약물을 먼저 써봐야만 신청 약물에 대한 혜택에 동의함. 이를 때로 “단계 요법 (step therapy)” 이라고 합니다.
 - 수량 제한. 일부 약물의 경우, 회원이 받을 수 있는 약물 수량을 제한합니다.

G3. 예외 요청에 대한 중요한 정보

주치의나 기타 처방의가 예외를 신청하는 의학적인 이유를 반드시 저희에게 알려야 합니다.

따라서 주치의나 처방의가 예외를 신청하는 의학적인 이유를 설명하는 소견서를 플랜에 제공해야 합니다. 예외를 신청할 때 주치의나 다른 처방의의 의학 정보를 받아서 첨부하면 예외 처리 여부에 대한 결정이 더 빨라집니다.

저희 **약물 목록**에는 대개 특정 증세 치료를 위한 약물이 한 가지 이상 포함된 경우가 많습니다. 이를 “대체” 약물이라고 합니다. 어떤 대체 약물이 귀하가 신청하는 약물만큼 효과적이고 부작용이나 다른 건강상의 문제를 일으키지 **않는다면**, 저희는 일반적으로 예외 신청을 승인하지 않습니다.

저희는 귀하의 신청을 승인하거나 승인 거부할 수 있습니다.

- 저희가 예외 신청을 **승인**하면, 대개 그해 연말까지 계속 예외가 인정됩니다. 이는 주치의가 해당 약물을 계속 처방하고 그 약물이 귀하의 증세 치료에 계속 안전하고 효과적인 경우에 그렇습니다.
- 저희가 예외 신청을 **승인 거부**하면 귀하는 항소를 신청할 수 있습니다. 저희가 **승인 거부**할 경우 항소 신청에 관한 정보는 **섹션 G5** 를 참조하십시오.

다음 섹션에서는 예외 신청을 비롯한 보장 결정 신청 방법을 알려드립니다.

G4. 예외를 포함한 보장 결정 요청

- 원하시는 보장 결정의 유형에 대해서는 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 주 7 일, 24 시간 전화하시거나 저희에게 서신 또는 팩스를 통해 문의하십시오. 귀하나 귀하의 대리인 또는 주치의 (혹은 다른 처방자) 가 신청할 수 있습니다. 이름과 연락처 정보, 청구 관련 정보를 포함하십시오.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

회원 안내서

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

- 귀하나 주치의 (혹은 다른 처방자) 또는 귀하를 대리하는 다른 사람이 보험 결정을 신청할 수 있습니다. 변호사도 귀하의 대리인 역할을 할 수 있습니다.
- 대리인을 지명하는 방법에 관해서는 **섹션 E3** 을 참조하십시오.
- 주치의나 다른 처방자에게 귀하 대신 보험 결정을 신청할 때 귀하의 서면 허가서를 제공하지 않아도 됩니다.
- 약물 비용의 환불을 저희에게 신청하실 경우에는 본 **회원 안내서 제 7 장**을 참조하십시오.
- 예외를 신청하는 경우, “지원 소견서”를 제출해 주십시오. 지원 소견서에는 예외 신청에 대한 주치의 또는 다른 처방자의 의학적인 이유가 포함됩니다.
- 주치의나 다른 처방자는 지원 소견서를 팩스나 우편으로 보내도 됩니다. 또한 저희에게 전화한 후에 팩스나 우편으로 해당 소견서를 보내도 됩니다.

건강상 필요한 경우에는 “빠른 보장 결정” 을 신청하십시오.

“빠른 기한” 을 사용하기로 합의하지 않는 한 저희는 “표준 기한” 을 사용합니다.

- **표준 보장 결정**이란 저희가 주치의의 소견서를 받은 후 72 시간 안에 답변한다는 뜻입니다.
- **빠른 보장 결정**은 주치의의 소견서를 받은 후 24 시간 안에 답변합니다.

“빠른 보장 결정” 은 “**신속 보장 결정**” 이라고 합니다.

빠른 보장 결정을 받을 수 있는 경우:

- 받지 못한 약물에 대한 경우. 이미 구매한 약물의 비용 환불을 요구할 때는 빠른 보장 결정을 받을 수 없습니다.
- 저희가 표준 마감일을 사용할 경우 귀하의 건강이나 신체 기능이 심하게 저하될 때.

주치의나 다른 처방자가 귀하의 건강에 빠른 보장 결정이 필요하다고 알려주면, 저희는 빠른 보장 결정 기한 내에 귀하의 요청을 검토합니다. 이 정보가 포함된 편지를 보내드리겠습니다.

- 주치의나 다른 처방자의 도움 없이 빠른 보장 결정을 신청하는 경우에는 귀하에게 빠른 보장 결정이 필요한지 여부를 저희가 결정합니다.
- 플랜에서 귀하의 증세가 빠른 보장 결정 요건에 맞지 않는다고 판단할 경우, 저희는 표준 기한을 사용합니다.
 - 표준 결정을 내릴 것이라고 귀하에게 편지로 통보할 것입니다. 또한 이 편지에 저희의 결정에 불만을 제기할 수 있는 방법이 설명되어 있습니다.
 - 빠른 불만 제기를 하면 24 시간 안에 답변을 받을 수 있습니다. 빠른 불만 제기를 비롯한 불만 제기에 대한 자세한 내용은 **섹션 K** 를 참조하십시오.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

빠른 보장 결정 기한

- 빠른 기한을 사용하면 항소 신청을 받은 후 24 시간 내에 답변을 해야 합니다. 예외를 신청하시면 주치의의 지원 소견서를 받은 후 24 시간 내에 답변을 드립니다. 귀하의 건강상 필요한 경우에는 더 빨리 답변합니다.
- 저희가 신청 기한을 지키지 않으면, 귀하의 신청을 독립 검토 기관(IRO)의 검토를 위한 2단계 항소 신청 절차로 넘깁니다. 2 단계 항소에 대한 자세한 내용은 **섹션 G6** 를 참조하십시오.
- 귀하의 신청 중 일부 또는 전체가 **승인**되면, 저희는 귀하의 신청 또는 주치의의 지원 소견서를 받은 후 24 시간 이내에 해당 보장을 제공합니다.
- 귀하의 신청 중 일부 또는 전체가 승인 **거절**되면, 귀하에게 편지를 보내 그 사유를 알려드립니다. 해당 편지에는 항소를 신청하는 방법도 나와 있습니다.

아직 받지 않은 약물에 대한 표준 보장 결정 기한

- 저희가 표준 기한을 사용하면, 귀하의 항소 신청을 받은 후 72 시간 내에 답변을 해야 합니다. 예외를 신청하시면 주치의의 지원 소견서를 받은 후 72 시간 내에 답변을 드립니다. 귀하의 건강상 필요한 경우에는 더 빨리 답변합니다.
- 저희가 신청 기한을 지키지 않으면, 귀하의 신청을 독립 검토 기관(IRO)의 검토를 위한 2 단계 항소 신청 절차로 넘깁니다.
- 귀하의 신청 중 일부 또는 전체가 **승인**되면, 저희는 귀하의 신청 또는 예외에 대한 주치의의 지원 소견서를 받은 후 72 시간 이내에 해당 보장을 제공합니다.
- 귀하의 신청 중 일부 또는 전체가 승인 **거절**되면, 귀하에게 편지를 보내 그 사유를 알려드립니다. 해당 편지에는 항소를 신청하는 방법도 나와 있습니다.

귀하가 이미 구매한 약물에 대한 표준 보장 결정 기한

- 저희는 귀하의 신청을 받은 후 달력일 기준 14 일 안에 답을 해야 합니다.
- 저희가 신청 기한을 지키지 않으면, 귀하의 신청을 독립 검토 기관 (IRO) 의 검토를 위한 2 단계 항소 신청 절차로 넘깁니다.
- 귀하의 신청 중 일부 또는 전체가 **승인**되면, 달력일 기준 14 일 안에 환불해 드립니다.
- 귀하의 신청 중 일부 또는 전체가 **승인 거절**되면, 귀하에게 편지를 보내 그 사유를 알려드립니다. 해당 편지에는 항소를 신청하는 방법도 나와 있습니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

G5. 1 단계 항소 신청

Medicare 파트 D 약물 보장 결정에 대하여 플랜에 제기하는
항소 신청을 플랜 “**재결정**”이라고 합니다

- **표준 항소** 또는 **빠른 항소**를 신청하시려면 우선 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 전화하시거나 저희에게 서신 또는 팩스를 보내 주십시오. 귀하나 귀하의 대리인 또는 주치의 (혹은 다른 처방자) 가 신청할 수 있습니다. 이름과 연락처 정보, 항소 관련 정보를 포함하십시오.
- 항소 신청은 저희가 결정 사항을 알리기 위해 보낸 편지에 적힌 날짜로부터 **65 일 이내**에 해야 합니다.
- 타당한 이유가 있어서 이 기한을 지키지 못한 경우에는 항소 신청 기간을 연장해 드릴 수 있습니다. 타당한 이유의 예로는 귀하가 중병을 앓았거나 저희가 기한을 잘못 알려드린 경우 등을 들 수 있습니다. 항소 신청을 하실 때는 항소 신청이 늦은 이유를 설명해 주십시오.
- 귀하는 저희에게 항소 신청과 관련된 정보의 사본을 무료로 요구할 권리가 있습니다. 귀하와 주치의는 항소 신청을 뒷받침하는 정보를 저희에게 더 제공할 수 있습니다.

건강상 필요한 경우에는 빠른 항소 신청을 하십시오.

빠른 항소는 “**신속 재고 (expedited reconsideration)**” 라고 합니다

- 아직 받지 않은 약물과 관련해 저희가 내린 결정에 대해 항소 신청을 하려면, 귀하와 주치의, 다른 처방의가 귀하에게 빠른 항소 신청이 필요한지 결정해야 합니다.
- 빠른 항소에 대한 필요 조건은 빠른 보장 결정의 필요 조건과 같습니다. 자세한 내용은 **섹션 G4** 를 참조하십시오.

저희는 귀하의 항소 신청을 살펴보고 답변을 드립니다.

- 저희는 귀하의 항소를 검토하고 혜택 신청에 관한 모든 정보를 다시 한번 주의 깊게 검토합니다.
- 저희가 신청을 **승인 거부**할 때 저희는 저희의 규칙 준수 여부도 확인합니다.
- 귀하나 주치의 또는 다른 처방의에게 연락해서 정보를 더 얻을 수도 있습니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare** 를 방문하십시오.

1 단계 빠른 항소 신청 기한

- 빠른 기한을 사용하면 항소 신청을 받은 후 **72 시간 내에** 답변을 해야 합니다.
 - 귀하의 건강상 필요한 경우에는 더 빨리 답변합니다.
 - 저희측에서 72 시간 안에 답변하지 않으면 귀하의 요청을 2 단계 항소 신청 절차로 넘깁니다. 그런 다음 독립 검토 기관 (IRO) 에서 검토합니다. 검토 기관 및 2 단계 항소 신청 절차에 관한 정보는 **섹션 G6** 를 참조하십시오.
- 귀하의 신청 중 일부 또는 전체가 **승인**되면, 저희는 항소 신청을 받은 때로부터 72 시간 이내에 저희가 동의한 혜택을 제공해야 합니다.
- 귀하의 신청 중 일부 또는 전체가 **승인 거부**되면, 귀하에게 그 이유를 설명하고 항소를 신청하는 방법을 알려드리는 편지를 보내드립니다.

1 단계 표준 항소 신청 기한

- 표준 기한을 사용하면 저희는 귀하가 받지 못한 약물에 대한 항소 신청을 받은 후 **달력일 기준 7 일 이내**에 답변을 해야 합니다.
- 약물을 받지 못하셨고 귀하의 건강상 필요한 경우에는 결정 내용을 더 빨리 알려드립니다. 건강상 필요한 경우에는 빠른 항소 신청을 하십시오.
 - 저희가 달력일 기준 7 일 안에 결정을 내리지 못하면 저희는 귀하의 신청을 2 단계 항소 신청 절차로 넘겨야 합니다. 그런 다음 독립 검토 기관 (IRO) 에서 검토합니다. 검토 기관 및 2 단계 항소 신청 절차에 관한 정보는 **섹션 G6** 를 참조하십시오.

귀하의 신청 중 일부 또는 전체가 **승인**되면:

- 저희는 귀하의 건강상 필요에 따라 신속하게 그리고 항소 신청을 받은 후 늦어도 **달력일 기준 7 일 안에**는 제공하기로 한 **혜택을** 제공해야 합니다.
- 저희는 귀하의 항소를 받은 후 **달력일 기준 30 일 안에** 구입하신 약물에 대한 **금액을 귀하에게 전달**해야 합니다.

귀하의 신청 중 일부 또는 전체가 **승인 거부**되면:

- 귀하에게 그 이유를 설명하고 항소를 신청하는 방법을 알려드리는 편지를 보내드립니다.
- 저희는 귀하의 항소를 받은 후 **달력일 기준 14 일 안에** 구입하신 약물에 대한 금액을 귀하에게 환불해야 합니다.
 - 저희가 달력일 기준 14 일 안에 결정을 내리지 못하면 저희는 귀하의 요청을 2 단계 항소 신청 절차로 넘겨야 합니다. 그런 다음 독립 검토 기관 (IRO) 에서 검토합니다. 검토 기관 및 2 단계 항소 신청 절차에 관한 정보는 **섹션 G6** 를 참조하십시오.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

회원 안내서

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

- 귀하의 요청 중 일부 또는 전체가 **승인**되면, 저희는 귀하의 신청을 받은 후 달력일 기준 30 일 안에 환불해 드려야 합니다.
- 귀하의 요청 중 일부 또는 전체가 **승인 거부**되면, 귀하에게 그 이유를 설명하고 항소를 신청하는 방법을 알려드리는 편지를 보내드립니다.

G6. 2 단계 항소 신청

귀하의 1 단계 항소를 승인 거부할 경우 귀하는 그 결정을 받아들이고 다른 항소를 신청할 수 있습니다. 귀하가 다른 항소를 신청하기로 결정한 경우에는 2 단계 항소 신청 절차를 사용합니다. 저희가 귀하의 첫 번째 항소를 승인 거부할 경우 독립 검토 기관 (IRO) 은 저희의 결정을 검토합니다. 해당 기관은 저희가 결정을 바꿔야 할지 결정합니다.

“독립 검토 기관 (IRO)” 의 공식 명칭은 “**독립 검토 법인 (Independent Review Entity)**”이며 “**IRE**” 라고 합니다.

2 단계 항소 신청을 하려면 귀하나 귀하의 대리인 또는 주치의나 다른 처방자가 **서면으로** 독립 검토 기관 (IRO) 에 연락한 후 해당 사례에 대한 검토를 신청해야 합니다.

- 귀하의 1 단계 항소를 **승인 거부**할 경우 저희가 귀하에게 보내는 편지에는 독립 검토 기관 (IRO) 에 **2 단계 항소를 신청하는 방법에 대한 지시 사항**이 포함되어 있습니다. 해당 지시 사항을 통해 2 단계 항소를 신청할 수 있는 사람, 지켜야 할 기한, 해당 기관에 연락하는 법을 알 수 있습니다.
- 귀하가 독립 검토 기관 (IRO) 에 항소를 신청하실 때 저희는 저희가 보유한 귀하의 항소에 관한 정보를 해당 기관에 전달합니다. 이 정보는 “**사례 기록**” 이라고 합니다. **귀하는 귀하의 사례 자료에 대한 사본을 무료로 받을 권리가 있습니다.** 사례 자료의 무료 사본을 요청하는 데 도움이 필요하면 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 주 7 일, 24 시간 전화하십시오.
- 귀하는 귀하의 항소를 뒷받침하는 추가 정보를 독립 검토 기관 (IRO) 에 제공할 권리가 있습니다.

독립 검토 기관 (IRO) 은 Medicare 파트 D 2 단계 항소를 검토하고 서면으로 답변해 드립니다. 독립 검토 기관 (IRO) 에 관한 자세한 내용은 **섹션 F4** 를 참조하십시오.

2 단계 빠른 항소 신청 기한

건강상의 이유로 빠른 항소 신청을 할 필요가 있으면 독립 검토 기관 (IRO) 에 빠른 항소 신청을 하십시오.

- 해당 기관이 빠른 항소 신청에 동의하면 항소 신청을 받은 후 **72 시간 안에** 답변을 해야 합니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

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

- 귀하의 신청 중 일부 또는 전체가 **승인**되면 저희는 독립 검토 기관(IRO)의 결정을 받은 후 **24 시간 이내에** 승인한 약물 혜택을 제공해야 합니다.

2 단계 표준 항소 신청 기한

2 단계 표준 항소 신청을 하시는 경우, 독립 검토 기관 (IRO) 은 다음과 같이 답변해야 합니다

- 받지 못하신 약물에 대한 귀하의 항소를 받은 후 **달력일 기준 7 일 이내에**
- 구입하신 약물의 상환에 대한 귀하의 항소를 받은 후 **달력일 기준 14 일 이내에**.

독립 검토 기관 (IRO) 이 귀하의 신청 중 일부 또는 전체를 **승인**하면:

- 저희는 독립 검토 기관 (IRO) 의 결정을 받은 후 **72 시간 이내에** 승인한 약물에 대한 혜택을 제공해야 합니다.
- 저희는 독립 검토 기관 (IRO) 의 결정을 받은 후 달력일 기준 30 일 이내에 구입하신 약에 대해 환불해야 합니다.
- 독립 검토 기관 (IRO) 이 항소에 대한 승인을 **거부**할 경우 귀하의 신청을 승인 거부한 저희의 결정을 동의함을 의미합니다. 이는 “결정 지지” 또는 “항소 거절” 이라고 합니다.

독립 검토 기관 (IRO) 이 귀하의 2 단계 항소 신청을 **승인 거부**하면, 신청하신 약물 혜택의 금액이 최저 기준을 충족하는 경우 3 단계 항소를 신청하실 권리가 있습니다. 신청하신 약물 혜택의 금액이 필요한 최저 기준에 미달하는 경우에는 다른 항소를 신청하실 수 없습니다. 해당 경우에는 2 단계 항소 신청이 마지막입니다. 독립 검토 기관 (IRO) 은 3단계 항소 신청을 계속하기 위해 필요한 최저 금액 기준을 알려주는 편지를 보내 드립니다.

만약 해당 신청 금액이 필요 조건을 충족한다면, 항소를 더 진행할지를 선택합니다.

- 2 단계 이후 항소 처리 절차에는 3 개의 추가 단계가 있습니다.
- 독립 검토 기관 (IRO) 이 귀하의 2단계 항소 신청을 **승인 거부**하고 항소 신청 절차를 계속할 필요 조건을 충족하는 경우:
 - 3 단계 항소를 신청할지를 결정합니다.
 - 3 단계 항소 신청에 관한 자세한 정보는 2 단계 항소 신청 이후 독립 검토 기관 (IRO) 에서 보낸 편지를 참조합니다.

행정법 판사 (ALJ) 또는 변호사 심판관이 3단계 항소를 처리합니다. 3, 4, 5 단계 항소에 대한 자세한 내용은 **섹션 J** 를 참조하십시오.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

H. 입원 연장에 대한 보장 신청

병원에 입원하는 경우, 질병이나 부상을 진단하고 치료하는 데 필요하고 저희가 비용을 부담하는 모든 병원 서비스를 받을 권리가 있습니다. 저희 플랜의 병원 혜택에 관한 더 자세한 정보는 본 **회원 안내서 제 4 장** 을 참고하십시오.

병원에 입원해 있는 동안, 주치의와 병원 의료진은 귀하와 협력하여 귀하의 퇴원날을 준비합니다. 또 퇴원 후에 필요할 수 있는 진료 주선도 돕습니다.

- 병원에서 퇴원하는 날을 “퇴원일” 이라고 합니다.
- 귀하의 퇴원일은 주치의나 병원 의료진이 알려줍니다.

병원에서 너무 빨리 퇴원시킨다는 생각이 들거나 퇴원 후의 치료가 염려되시면, 귀하는 입원 연장을 요청할 수 있습니다. 본 섹션에서는 입원 연장을 신청하는 방법을 알려드립니다.

H1. Medicare 권리 알기

병원에 입원하신 후 2 일 이내에, 간호사나 사례 담당자 등 병원 직원이 **“회원의 권리에 관하여 Medicare가 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. 주7일 24 시간 연락 가능한 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 로도 전화할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 로 전화하십시오.

- **통지서를 주의 깊게 읽으시고** 이해가 안 되면 질문하십시오. 해당 통지서에는 회원으로서의 권리를 포함하여 병원 환자로서의 귀하의 권리가 설명되어 있습니다:
 - 병원 입원 중 및 퇴원 후에 Medicare 혜택 서비스를 받을 수 있는 권리. 귀하는 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 문제점을 어디에 알려야 하는지 알 수 있는 권리
 - 병원에서 너무 빨리 퇴원시킨다고 생각되는 경우 이에 대해 항소 신청을 할 권리.
- **통지서를 받으면** 이를 잘 받았고 본인의 권리를 이해한다는 뜻으로 **서명**을 합니다.
 - 귀하 또는 귀하의 대리인이 해당 통지서에 서명할 수 있습니다.
 - 해당 통지서에 대한 서명은 **단지** 귀하의 권리에 관한 정보를 수령하였다는 것을 나타낼 뿐입니다. 통지서에 서명한다고 해서 그것이 곧 주치의나 병원 의료진이 알려준 퇴원일에 동의한다는 것을 의미하지는 **않습니다**.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

회원 안내서

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

- 필요할 때 귀하가 내용을 확인할 수 있도록 서명한 통지서 **사본을 보관해 두십시오.**

퇴원일 2 일 이상 전에 귀하가 통지서에 서명하시면, 퇴원 전에 1 부 더 받으실 것입니다.

다음과 같은 경우 사전에 해당 통지서의 사본을 확인하실 수 있습니다:

- 페이지 하단에 있는 번호로 고객 서비스부에 연락
- Medicare 번호 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 로 전화하십시오.
TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하십시오.
- www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im
를 방문하십시오

H2. 1 단계 항소 신청

저희에게 입원 환자 병원 서비스 혜택 기간을 늘리기를 요청하려면 반드시 항소 신청을 하십시오. 품질 개선 기관(QIO)은 1 단계 항소 신청을 검토하여 귀하의 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. 전화번호는 1-877-588-1123 입니다. 연락 정보는 “귀하의 권리에 관하여 Medicare가 드리는 중요 메시지” 통지서 및 **제 2 장**에도 있습니다.

퇴원하기 전, 늦어도 예정된 퇴원일까지 품질 개선 기관 (QIO) 에 연락을 해야 합니다.

- 귀하가 퇴원 전에 연락을 하면, 예정된 퇴원일 이후에도 항소 신청에 대한 품질 개선 기관 (QIO)의 결정을 기다리는 동안 병원에 체류하실 수 있습니다.
- 항소 신청 전화를 하지 않고 예정된 퇴원일 이후에 계속 병원에 머무르는 경우, 예정된 퇴원일 이후에 받는 병원 진료에 대한 비용을 모두 자비로 부담해야 할 수도 있습니다.

필요하면 도움을 신청하십시오. 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.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

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

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 귀하나 귀하의 대리인에게 예정된 퇴원일 이후에도 보장 혜택이 계속되어야 한다고 생각하는 이유를 묻습니다. 귀하가 진술서는 작성하지 않아도 되지만 다음과 같은 상황이 발생할 수 있습니다.
- 검토자들도 귀하의 의무 정보를 검토하고, 주치의와 상의하며, 병원과 저희 플랜이 제공한 정보도 살펴봅니다.
- 검토자들이 다음 날 정오까지 귀하의 항소에 대해 저희의 플랜에 알리고, 귀하는 계획된 퇴원 날짜가 적힌 편지를 받습니다. 이 편지는 또한 귀하의 의사, 병원 그리고 저희가 귀하에게 의학적으로 적절한 올바른 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 주 7 일 24 시간 운영하는

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-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im

에서도 참고하실 수 있습니다

품질 개선 기관 (QIO) 은 필요한 모든 정보를 얻은 후 만 하루 안에 귀하의 항소에 대한 답변을 드립니다.

품질 개선 기관 (QIO) 이 귀하의 항소를 **승인**하는 경우:

- 저희는 의학적으로 필요한 기간동안 귀하의 입원 환자 병원 서비스 혜택을 제공할 것입니다.

품질 개선 기관 (QIO) 이 귀하의 항소를 **승인 거부**하는 경우:

- 해당 기관은 계획된 퇴원일이 의학적으로 적절하다고 생각합니다.
- 입원 환자 병원 서비스에 대한 플랜의 혜택은 품질 개선 기관 (QIO) 이 귀하의 항소에 대한 답변을 보낸 다음날 정오에 끝나게 됩니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734**
(TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해
www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

- 귀하는 품질 개선 기관 (QIO) 이 귀하의 항소에 답변한 다음날 정오부터 받으신 병원 치료에 대한 모든 비용을 지불하셔야 합니다.
- 품질 개선 기관 (QIO) 이 1 단계 항소 신청을 기각했는데도 예정된 퇴원일 이후에 계속 병원에 남아 있을 경우, 귀하는 2 단계 항소를 신청하실 수 있습니다.

H3. 2 단계 항소 신청

2 단계 항소 신청에 관해 1 단계 항소 신청에 대한 품질 개선 기관(QIO)의 결정을 재검토하도록 해당 기관에 신청하실 수 있습니다. 전화번호는 1-877-588-1123 입니다.

해당 검토는 품질 개선 기관 (QIO) 이 귀하의 1 단계 항소 신청을 **승인 거부**한 날로부터 **달력일 기준 60 일 이내**에 신청하셔야 합니다. 이 심사는 해당 진료에 대한 혜택이 끝난 날 이후에도 병원에 계속 입원해 있는 **경우에만** 요청할 수 있습니다.

품질 개선 기관 (QIO) 심사자들은:

- 귀하의 병원 퇴원에 대한 항소 신청 관련 정보를 전부 철저히 검토합니다.
- 재검토에 대한 귀하의 신청을 받은 후 달력일 기준 14 일 이내에 2 단계 항소 신청에 대한 그들의 결정을 귀하에게 알려 드립니다.

I품질 검토 기관이 귀하의 항소를 **승인**하는 경우:

- 저희는 품질 개선 기관 (QIO) 이 귀하의 1 단계 항소 신청을 기각한 다음날 정오로부터 받으신 병원 치료의 저희 부담금을 귀하에게 환불해야 합니다.
- 저희는 의학적으로 필요한 기간동안 귀하의 입원 환자 병원 서비스 혜택을 제공할 것입니다.

품질 검토 기관이 귀하의 항소를 **승인 거부**하는 경우:

- 귀하의 1단계 항소 신청에 관한 해당 기관의 결정에 동의하고 변경하지 않을 것입니다.
- 해당 기관은 귀하가 항소 절차를 계속하고 3단계 항소를 신청하려는 경우 필요한 사항을 설명하는 편지를 드릴 것입니다.

행정법 판사 (ALJ) 또는 변호사 심판관이 3 단계 항소를 처리합니다. 3, 4, 5 단계 항소에 대한 자세한 내용은 **섹션 J** 를 참조하십시오.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

I. 특정 의료 서비스에 대한 지속적인 혜택 신청

이 섹션에서는 귀하가 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 귀하가 질병이나 사고로 치료를 받고 있거나 큰 수술을 받고 회복 중이라는 뜻입니다.

이 세 가지 유형의 진료 중 어느 것이든, 의사가 필요하다고 하는 한 혜택을 계속 받을 수 있는 권리가 귀하에게 있습니다.

이 가운데 어느 서비스에 대해 저희가 혜택을 중단하기로 결정한 경우, 해당 서비스가 끝나기 **전에** 반드시 귀하에게 알려야 합니다. 귀하가 받는 서비스에 대한 혜택이 끝나면 해당 서비스에 대한 지급이 중단됩니다.

저희가 진료 혜택을 너무 일찍 끝낸다고 생각되면 **저희 결정에 항소 신청을 할 수 있습니다.** 본 섹션에서는 항소 신청 방법을 알려드립니다.

I1. 혜택이 끝나기 전 사전 통지

저희는 진료비 지급을 중단하기 최소 2 일 전에 귀하에게 서면으로 통지합니다. 이를 “Medicare 비 혜택 통지서” 라고 합니다. 해당 통지서에는 저희가 진료 혜택 제공을 중단하는 날짜와 저희 결정에 대해 항소를 신청하는 방법이 나와 있습니다.

귀하나 귀하의 대리인은 통지서를 받았다는 걸 확인하는 서명을 해야 합니다. 해당 통지서에 대한 서명은 **단지** 해당 정보를 수령하였다는 것을 나타낼 뿐입니다. 서명한다고 해서 저희 결정에 동의한다는 의미는 **아닙니다.**

I2. 1 단계 항소 신청

저희가 진료 혜택을 너무 일찍 끝낸다고 생각되면 저희 결정에 항소 신청을 할 수 있습니다. 이번 섹션에서는 1 단계 항소 절차 및 필요 사항을 알려 드립니다.

- **항소 신청 기한을 반드시 지켜야 합니다.** 기한은 중요합니다. 절차에 적용되는 기한을 반드시 이해하고 지켜야 합니다. 플랜도 반드시 기한을 지켜야 합니다. 저희가 기한을 지키지 않는다고 생각되면 불만을 표명할 수 있습니다. 저희에 대한 불만 제기 관련 정보는 **섹션 K** 를 참조하십시오.
- **필요하면 도움을 신청하십시오.** 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.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

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

- **품질 개선 기관 (QIO) 에 연락하십시오.**

- 품질 개선 기관 (QIO) 및 연락처에 관한 정보는 **섹션 H2** 또는 본 **회원 안내서의 제 2 장** 을 참조하십시오.
- 귀하의 항소에 대한 검토 및 저희 플랜의 결정을 변경해야 할지에 관한 결정을 요청하십시오.

- **서둘러 “신속 처리 항소”를 신청하십시오.** 저희가 귀하의 의료 서비스 혜택을 끝내는 것이 의학적으로 적절한지를 품질 개선 기관 (QIO) 에 문의하십시오.

귀하가 이 기관에 연락할 수 있는 기한

- 항소를 신청하시려면 저희가 보내 드린 “Medicare 비혜택 통지서” 의 유효일 전날 정오까지 품질 개선 기관 (QIO) 에 연락하셔야 합니다.

T서면 통지서를 뜻하는 법률 용어는 **“Medicare 비보장 혜택 통지서”** 입니다.

견본 사본을 받으시려면 페이지 하단의 고객 서비스로 전화하시거나 번호

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 로 Medicare 에 전화하십시오.

TTY 사용자는 1-877-486-2048 로 전화하십시오. 또는

www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices 에서 온라인으로 사본을 받으실 수 있습니다.

신속 처리 항소 과정

- 품질 개선 기관 (QIO) 의 심사자들은 귀하나 귀하의 대리인에게 혜택이 계속되어야 한다고 생각하는 이유를 묻습니다. 귀하가 진술서는 작성하지 않아도 되지만 다음과 같은 상황이 발생할 수 있습니다.
- 심사자들도 귀하의 의무 정보 검토하고, 주치의와 상의하며, 저희 플랜이 제공한 정보도 살펴봅니다.
- 저희 플랜은 서비스 혜택을 끝내는 이유를 설명하는 통지서도 보내드립니다. 귀하는 해당 통지서를 심사자들이 귀하의 항소를 저희에게 알린 날이 끝나기 전에 받으실 수 있습니다.

통지서를 뜻하는 법률 용어는 **“혜택 중단 상세 설명서
(Detailed Explanation of Non-Coverage)”** 입니다.

- 심사자들은 필요한 정보를 모두 수집하고 나서 만 하루 안에 결정 내용을 귀하에게 제공합니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

독립 검토 기관 (IRO) 이 귀하의 항소를 **승인**하는 경우:

- 저희는 의학적으로 필요한 기간동안 귀하의 서비스 혜택을 제공할 것입니다.

독립 검토 기관 (IRO) 이 귀하의 항소를 **승인 거부**하는 경우:

- 귀하의 혜택은 저희가 알려드린 날짜에 끝납니다.
- 저희는 통지서의 날짜에 해당 진료비 중 저희의 부담해야 하는 금액에 대한 지불을 중단합니다.
- 귀하가 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.
- 귀하는 해당 서비스를 계속하고 2 단계 항소를 신청할지 결정합니다.

I3. 2 단계 항소 신청

2 단계 항소 신청에 관해 1 단계 항소 신청에 대한 품질 개선 기관 (QIO) 의 결정을 재검토하도록 해당 기관에 신청하실 수 있습니다. 전화번호는 1-877-588-1123 (TTY 1-855-887-6668) 입니다.

해당 검토는 품질 개선 기관 (QIO) 이 귀하의 1 단계 항소 신청을 **승인 거부**한 날로부터 **달력일 기준 60일 이내**에 신청하셔야 합니다. 이 심사는 보험 종료일 이후에도 치료를 계속 받을 경우에 **만** 요청할 수 있습니다.

품질 개선 기관 (QIO) 심사자들은:

- 귀하의 항소 신청 관련 정보를 전부 철저히 재검토합니다.
- 재검토에 대한 귀하의 신청을 받은 후 달력일 기준 14일 이내에 2단계 항소 신청에 대한 그들의 결정을 귀하에게 알려 드립니다.

품질 개선 기관 (QIO) 이 귀하의 항소를 승인하는 경우:

- 저희가 혜택이 끝날 것이라고 말한 날짜 이후 귀하가 받은 진료 비용 중 저희가 부담해야 할 부분을 귀하에게 환불합니다.
- 저희는 의학적으로 필요한 치료에 한해 혜택을 계속 제공해야 합니다.

품질 개선 기관 (QIO) 이 귀하의 항소를 승인 거부하는 경우:

- 기관은 치료를 중단하기로 한 저희의 결정에 동의하고 변경하지 않을 것입니다.
- 해당 기관은 귀하가 항소 절차를 계속하고 3단계 항소를 신청하려는 경우 필요한 사항을 설명하는 편지를 드릴 것입니다.

행정법 판사 (ALJ) 또는 변호사 심판관이 3 단계 항소를 처리합니다. 3, 4, 5 단계 항소에 대한 자세한 내용은 **섹션 J** 를 참조하십시오.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. **통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.**

J. 2 단계 이상의 항소 신청

J1. Medicare 서비스 및 제품에 대한 다음 단계

Medicare 서비스 또는 제품에 대한 1 단계 항소 신청과 2 단계 항소 신청이 모두 승인 거부된 경우, 귀하는 추가 단계의 항소 신청을 할 권리가 있습니다.

항소 신청하신 Medicare 서비스 또는 품목의 금액이 특정 최저 기준에 미달하는 경우 귀하는 해당 항소를 계속 신청하실 수 없습니다. 금액이 충분한 경우에는 귀하는 항소 신청 절차를 계속하실 수 있습니다. 귀하의 2단계 항소 신청에 대해 독립 검토 기관 (IRO) 에서 귀하에게 보낸 편지에는 3 단계 항소 신청 관련한 담당자 및 필요 사항이 설명되어 있습니다.

3 단계 항소 신청

항소 신청 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 귀하의 항소 신청을 **승인**하면, 귀하에게 유리한 3단계 결정을 항소 신청할 권리를 갖습니다.

- 저희가 귀하의 결정을 **항소 신청**하기로 결정하면 저희는 4 단계 항소 신청 사본과 증빙서류를 보내드립니다. 저희는 분쟁 중인 서비스를 승인하거나 제공하기 전에 4 단계 항소 신청 결정을 기다릴 수도 있습니다.
- 저희가 해당 결정을 **항소 신청하지 않기로** 결정하면, 저희는 ALJ 또는 심판관의 결정을 받은 후 달력일 기준 60 일 이내에 귀하에게 서비스를 승인하거나 제공해야 합니다.
 - ALJ 또는 심판관이 귀하의 항소 신청을 **승인 거부**하는 경우 해당 항소 신청 절차는 끝나지 않았을 수도 있습니다.
- 귀하가 항소 신청을 기각하는 이 결정을 **수용하기로** 결정하면 해당 항소 신청 절차는 끝났습니다.
- 귀하가 항소 신청을 **기각**하는 이 결정을 수용하지 않기로, 결정하면 다음 단계인 검토 절차로 넘어갈 수 있습니다. 귀하가 받으시는 통지서에는 4 단계 항소 신청 절차에 필요한 사항이 설명되어 있을 것입니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

회원 안내서

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

4 단계 항소 신청

Medicare 항소 위원회 (Council) 에서 귀하의 항소를 검토하고 답변을 드립니다. 해당 위원회는 연방 정부 소속입니다.

해당 위원회가 귀하의 4 단계 항소 신청을 **승인**하고 귀하에 유리한 3단계 항소 신청을 검토해 달라는 저희의 요청을 거부할 경우 저희는 5 단계로 항소 신청할 권리가 있습니다.

- 저희가 이 결정을 **항소 신청**하기로 결정하면 귀하께 서면으로 알려드립니다.
- 저희가 해당 결정을 **항소 신청하지 않기로** 결정하면, 저희는 위원회의 결정을 받은 후 달력일 기준 60 일 이내에 귀하에게 서비스를 승인하거나 제공해야 합니다.

해당 위원회가 저희의 검토 신청을 **승인 거부**하고 거절할 경우 해당 항소 신청 절차는 끝나지 않았을 수 있습니다.

- 귀하가 항소 신청을 기각하는 이 결정을 **수용**하기로 결정하면 해당 항소 신청 절차는 끝났습니다.
- 귀하가 항소 신청을 기각하는 이 결정을 **수용하지 않기로** 결정하면 다음 단계인 검토 절차로 넘어갈 수도 있습니다. 귀하가 받으시는 통지서에는 5단계 항소 신청을 진행할 수 있는지와 필요한 사항이 설명되어 있을 것입니다.

5단계 항소 신청

- 연방 지방 법원 판사는 귀하의 항소 신청 및 모든 정보를 검토하고 **승인** 또는 **승인 거부**를 결정합니다. 이는 최종 결정입니다. 연방 지방 법원 이상의 항소 신청 단계는 없습니다.

J2. 추가 Medi-Cal 항소 신청

Medi-Cal 적용 서비스 또는 제품에 대한 항소인 경우 귀하는 다른 항소 신청 권한도 가집니다. 청문회 사무소에서 귀하에게 보내는 서신에 항소 신청 절차를 계속하기를 원할 경우 해야 할 일이 설명되어 있습니다.

J3. Medicare 파트 D 약물 신청에 대한 3, 4 및 5 항소 신청 단계

이 섹션은 1 단계 항소 신청 및 2단계 항소 신청 후 두 항소 신청이 모두 기각된 경우에 적합할 수 있습니다.

귀하가 항소 신청하신 약물의 값이 특정 금액을 충족하는 경우 추가 항소 신청 단계를 진행하실 수도 있습니다. 귀하의 2단계 항소 신청에 대한 서면 답변에는 3 단계 항소 신청 관련한 담당자 및 필요 사항이 설명되어 있습니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. **통화는 무료입니다.** **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

3 단계 항소 신청

항소 신청 절차의 3 단계는 행정법 판사 (ALJ) 의 청문회입니다. 의사 결정자는 행정법 판사 (ALJ) 또는 연방 정부 소속 변호사 심판관입니다.

ALJ 또는 심판관이 귀하의 항소 신청을 **승인**하면:

- 해당 항소 신청은 끝납니다.
- 저희는 해당 결정을 받은 후 72 시간 (또는 신속 항소 신청의 경우 24 시간) 내에 승인된 약물 혜택을 승인 또는 제공하거나 달력일 기준 30 일이 이내에 비용을 지급합니다.

ALJ 또는 심판관이 귀하의 항소 신청을 **승인 거부**하는 경우 해당 항소 신청 절차는 끝나지 않았을 수도 있습니다.

- 귀하가 항소 신청을 기각하는 이 결정을 **수용**하기로 결정하면 해당 항소 신청 절차는 끝났습니다.
- 귀하가 항소 신청을 **기각**하는 이 결정을 수용하지 않기로, 결정하면 다음 단계인 검토 절차로 넘어갈 수 있습니다. 귀하가 받으시는 통지서에는 4단계 항소 신청 절차에 필요한 사항이 설명되어 있을 것입니다.

4 단계 항소 신청

항소 위원회에서 귀하의 항소를 검토하고 답변을 드립니다. 해당 위원회는 연방 정부 소속입니다.

해당 위원회가 귀하의 항소 신청을 **승인**하면:

- 해당 항소 신청은 끝납니다.
- 저희는 해당 결정을 받은 후 72 시간 (또는 신속 항소 신청의 경우 24 시간) 내에 승인된 약물 혜택을 승인 또는 제공하거나 달력일 기준 30 일이 이내에 비용을 지급합니다.

해당 위원회가 귀하의 항소 신청을 **승인 거부**하거나 위원회가 검토 요청을 거부하는 경우 해당 항소 신청 절차는 끝나지 않았을 수도 있습니다.

- 귀하가 항소 신청을 기각하는 이 결정을 **수용**하기로 결정하면 해당 항소 신청 절차는 끝났습니다.
- 귀하가 항소 신청을 기각하는 이 결정을 **수용하지 않기로** 결정하면 다음 단계인 검토 절차로 넘어갈 수도 있습니다. 귀하가 받으시는 통지서에는 5단계 항소 신청을 진행할 수 있는지와 필요한 사항이 설명되어 있을 것입니다.

5 단계 항소 신청

- 연방 지방 법원 판사는 귀하의 항소 신청 및 모든 정보를 검토하고 **승인** 또는 **승인 거부**를 결정합니다. 이는 최종 결정입니다. 연방 지방 법원 이상의 항소 신청 단계는 없습니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

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

K. 불만 제기 방법

K1. 불만을 제기할 수 있는 문제의 종류

불만 절차는 의료의 질, 대기 시간, 진료 코디네이션, 고객 서비스에 대한 문제 등 특정 유형의 문제에 대해서만 사용됩니다. 다음은 불만 절차에서 다루지는 문제의 종류에 대한 예입니다.

불만 사항	예시
의료 관리 품질	의료 품질에 대한 불만 귀하가 병원에서 받은 치료 등, 의료 품질에 대해 불만족한 경우.
개인 정보 존중	귀하의 개인 정보 보호에 대한 권리를 존중하지 않았거나, 귀하의 기밀 정보를 공유하였다고 생각되는 경우.
무례함, 불친절한 고객 서비스, 그 외 부정적 행동	- 의료진 또는 직원이 무례하거나 귀하를 정중하게 대하지 않은 경우. - 저희 직원이 귀하를 소홀히 대한 경우. - 귀하가 플랜에서 도외시되고 있다고 생각되는 경우.
접근성 및 언어 지원	- 귀하가 주치의나 의료서비스 제공자의 의료 서비스와 시설 출입이 어려운 경우. - 의사 또는 의료서비스 공급자가 귀하가 사용하시는 비영어권 언어 (예: 미국 수화 또는 스페인어) 통역사를 제공하지 않는 경우. - 귀하가 필요하고 요청하는 다른 합리적인 숙박 시설을 의료서비스 공급자가 제공하지 않는 경우.
대기 시간	- 예약을 하는데 어려움이 있거나 진료를 받기까지 너무 오래 기다리게 하는 경우. - 의사나 약사, 기타 건강 전문가 또는 고객 서비스부 또는 기타 플랜 직원이 귀하를 너무 오래 기다리게 한 경우.
청결도	클리닉, 병원, 의사 사무소가 청결하지 않다고 생각되는 경우.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

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

불만 사항	예시
저희가 제공해야 할 정보	- 귀하가 받아야 할 통지서나 서신을 저희가 제공하지 않았다고 생각하는 경우. - 귀하가 저희로부터 받은 편지 내용이 이해하기 너무 어렵다고 생각되는 경우.
혜택 적용 범위 결정이나 항소 신청의 적시성	- 혜택 적용 결정이나 항소 제기에 대한 답변이 기한 내에 이뤄지지 않은 것으로 판단되는 경우. - 보험혜택이나 항소 신청에서 승인 결정을 받은 후, 저희측에서 의료서비스를 승인 또는 제공 또는 특정 의료 서비스에 대한 환불 기한을 지키지 않은 것으로 판단되는 경우. - 귀하의 사례를 제시간에 독립 검토 기관 (IRO) 에 보내지 않았다고 판단되는 경우.

불만의 유형은 다양합니다. 귀하는 불만을 내부적으로 그리고/또는 외부적으로 제기하실 수 있습니다. 내부적 불만은 저희 플랜에서 제출해드리고, 검토합니다. 외부적 불만은 저희 플랜과 무관한 기관에서 제출해드리고, 검토하게 됩니다. 내부 및/또는 외부 불만 제기 관련한 도움이 필요할 경우 **고객 서비스부 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)**로 주 7 일, 24 시간 전화하실 수 있습니다.

“불평”은 법률 용어로 **“불만”** 입니다.
“불평 제기”는 법률 용어로 **“불만 제기”** 입니다.

K2. 내부 불만 제기

내부적으로 불만을 제기하시려면 고객 서비스 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 주 7 일, 24 시간 전화하십시오. Medicare 파트 D 약물에 관한 불만을 제외하고 언제든지 불만을 제기할 수 있습니다. Medicare 파트 D 약물에 관한 불만은 불만을 제기하기를 원하는 문제 발생 후 **약일로 60 일 이내**에 제기해야 합니다.

- 귀하가 해야 할 일이 있다면 고객 서비스부에서 알려줄 것입니다.
- 귀하의 불만을 작성하여 저희에게 발송하셔도 됩니다. 불만을 서면으로 발송하면, 저희가 서면으로 답변해드립니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

회원 안내서

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

- 귀하가 “빠른 보장 결정” 또는 “빠른 항소 신청”에 대한 플랜의 승인 거부에 대해 불만을 제기한 경우, 자동적으로 저희가 “빠른 불만”을 적용하여 24 시간 이내에 귀하의 불만에 답변합니다. 귀하의 건강에 즉각적이고 심각한 위험을 초래할 수 있는 긴급한 문제가 있는 경우, “빠른 불만”을 신청할 수 있으며, 저희는 72 시간 내에 답변할 것입니다.

“빠른 불만”은 법률 용어로 “신속 불만”입니다

가능하다면, 저희가 바로 답변드립니다. 귀하가 불만에 대해 전화를 한 경우, 저희가 통화 중에 답변을 드릴 수도 있습니다. 귀하의 건강 상태가 저희의 신속한 답변을 요하는 경우, 저희는 신속하게 처리할 것입니다.

- 대부분의 불만은 약일로 30일 내에 답변됩니다. 추가 정보가 필요하여 약일로 30 일 이내에 결정하지 못하는 경우, 저희가 서면으로 통지하고, 상황 업데이트 및 답변 예상 시간을 말씀드립니다.
- “빠른 보장 결정” 신청이나 “빠른 항소 신청”에 대한 플랜측의 승인거부에 대해 귀하가 불만을 제기한 경우, 저희가 자동적으로 “빠른 불만”을 적용하여 24 시간 이내에 귀하의 불만에 답변해드립니다.
- 플랜측에서 보장 결정 또는 항소 문제를 해당 기한 내에 결정하지 않은 것에 대해 귀하가 불만을 제기한 경우, 저희가 자동으로 “빠른 불만”을 적용하여 24 시간 이내에 귀하의 불만에 답변해드립니다.

플랜이 불만사항의 일부 또는 전부에 동의하지 않을 경우에는 귀하에게 알리고 해당 사유를 제공합니다. 또한 불만에 대한 플랜측의 동의 여부도 답해 드립니다.

K3. 외부 불만 제기

Medicare

귀하는 Medicare 에 불만 사항을 직접 또는 서신을 통해 알릴 수 있습니다. Medicare 불만 양식은 www.medicare.gov/my/medicare-complaint 에서 찾으실 수 있습니다. 귀하가 Medicare 에 불만을 제기하기 전에 CalOptima Health OneCare Complete 에 불만을 제기하실 필요는 없습니다. Medicare 는 귀하의 불만을 신중하게 받아들여 Medicare 프로그램의 품질을 개선하는 데 이 정보를 사용합니다.

귀하의 답변 내용이 불충분하거나 건강보험에서 귀하의 문제를 파악하고 있지 못하다고 생각되면 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 로 전화하십시오. 통화는 무료입니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

회원 안내서

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

Medi-Cal

귀하는 캘리포니아주 보건복지부 (DHCS, California Department of Health Care Services) Medi-Cal 관리 의료 옴부즈맨 (Managed Care Ombudsman) 인 1-888-452-8609 에 전화하여 불만을 제기하실 수 있습니다. TTY 사용자는 711 번으로 전화하시면 됩니다. 월요일~금요일 오전 8 시~오후 5 시에 전화주십시오.

Office for Civil Rights (민권실, OCR)

귀하가 공정하게 대우를 받지 못했다고 생각하는 경우 보건복지국 민권실 (Health and Human Services (HHS) Office for Civil Rights, OCR) 에 불만을 제기할 수 있습니다. 예를 들어 장애인 출입문 또는 언어 지원 등에 관해 불만을 제기할 수 있습니다.

민권실 (OCR) 전화번호는 1-800-368-1019 입니다. TTY 사용자는 1-800-537-7697 로 전화해야 합니다. 자세한 내용을 보시려면 www.hhs.gov/ocr 을 방문하십시오.

또한 다음과 같이 현지 민권실 (OCR) 에 연락하실 수도 있습니다:

- 전화 접수: 1-916-440-7370 으로 전화하십시오. 듣거나 말하기가 어려운 경우 711 (통신 중계 서비스) 로 전화하십시오.
- 서면 접수: 불만 사항 양식을 작성하거나 서신을 작성하여 다음으로 발송하십시오:
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 사항 양식은 http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx 에서 사용할 수 있습니다.
- 전자 방식 접수: CivilRights@dhcs.ca.gov 로 이메일을 보내주십시오.

또한 미국 장애인법 (ADA), 미국 장애인법 (ADA) 및 Affordable Care Act (오바마케어) 1557 조에 따라 귀하에게 권리가 있을 수 있습니다. Department of Health and Human Services (보건복지부), Office for Civil Rights (시민권 사무국) 번호 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) 또는 지역 시민권 사무국에 문의하실 수 있습니다.

품질 개선 기관 (QIO)

불만사항이 의료 품질에 대한 경우, 귀하에게는 두 가지 선택권이 있습니다:

- 귀하는 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. 귀하가 품질 개선 기관 (QIO) 에 불만을 제기하는 경우, 저희는 귀하의 불만을 해결하기 위해 협조할 것입니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

회원 안내서

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

품질 개선 기관 (QIO) 은 Medicare 환자에게 행해진 치료를 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 2 장**을 참조하십시오.

캘리포니아 주에는 Commence Health 라고 하는 품질 개선 기관 (QIO) 이 있습니다. 전화번호는 1-877-588-1123 (TTY 1-855-887-6668) 입니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

제 10 장: 저희 플랜의 가입 종료

서문차례

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.....	243
B. 플랜 가입 종료 방법.....	244
C. Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 별도로 받을 수 있는 방법	244
C1. Medicare 서비스.....	244
C2. Medi-Cal 서비스	248
D. 가입이 종료될 때까지 저희 플랜을 통해 의료 용품, 의료 서비스와 약물받기.....	249
E. 저희 플랜의 가입이 종료되는 기타 상황	249
F. 건강과 관련된 이유로 회원에게 저희 플랜에서 탈퇴하도록 요청하는 것에 대한 규칙.....	250
G. 저희가 플랜 가입을 종료하는 경우 불만을 제기할 수 있는 권리	250
H. 플랜 가입 종료에 대한 자세한 정보 받기.....	250



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

A. 플랜 가입을 종료할 수 있는 시기

대부분의 Medicare 가입자는 연중 특정 시기에 가입을 종료할 수 있습니다. 회원은 Medi-Cal 이 있으니

- 연중 어느 달이든 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 10 월 15 일부터 12 월 7일까지입니다. 이 기간 동안 새 플랜을 선택하면 저희 플랜의 가입은 12 월 31 일에 종료되고, 새 플랜의 가입이 1 월 1 일에 시작됩니다.
- **Medicare Advantage (MA) 공개 가입 기간**은 1 월 1 일부터 3 월 31 일까지 지속되며, 새 Medicare 수혜자의 경우 파트 A와 파트 B에 대한 자격이 부여된 달부터 3번째 달 마지막 날까지 마찬가지입니다. 이 기간 동안 새 플랜을 선택하면 새 플랜 가입은 다음 달 1일부터 시작됩니다.

다른 특별한 상황에서도 가입 여부를 변경할 수 있는 자격이 생길 수 있습니다. 예로 다음의 경우:

- 서비스 제공 지역 외부로 이사하는 경우
- 귀하의 Medi-Cal 자격 또는 추가 도움 (Extra Help) 에 변경이 있는 경우, 또는
- 최근에 이사했거나, 현재 치료를 받고 있거나, 요양원 또는 장기 요양 병원에서 얼마전 퇴원한 경우.

가입은 저희가 귀하의 플랜 변경 요청을 받은 달의 마지막 날에 종료됩니다. 예로, 저희가 1 월 18 일에 귀하의 요청을 받으면 저희 플랜의 보장은 1 월 31 일에 종료됩니다. 새 혜택은 다음 달 1일 (이것의 예로 2 월 1 일) 에 시작됩니다.

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:

- 본 페이지 하단에 있는 고객 서비스 번호 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.
- California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP, 캘리포니아 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램) 번호 1-800-434-0222, 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5 시사이. TTY 사용자는 번호 1-800-735-2929 로 전화하십시오. 더 자세한 정보는 지역 HICAP 사무소를 방문하거나 www.aging.ca.gov/HICAP/ 을 방문하십시오. Health Care Options (건강 관리 옵션) 번호 1-844-580-7272, 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6 시사이. TTY 사용자는 번호 1-800-430-7077 로 전화하십시오.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

- Medi-Cal 치료 관리 Ombudsman (옴버즈맨) 번호 1-888-452-8609, 월요일부터 금요일 오전 8 시부터 오후 5 시사이 또는 이메일 주소 MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov 로 연락하십시오.

참고: 만약 귀하께서 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 Medicare 로 전환할 수 있습니다. 그러나 저희 플랜에서 Original Medicare 로 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 전화. 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 244 페이지에 있는 차트를 참조하십시오.
- 아래 **섹션 C** 에는 다른 플랜에 가입하기 위해 취할 수 있는 단계가 포함되어 있으며, 이로 인해 저희 플랜의 멤버십은 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, 귀하는 자동으로 저희 플랜에서 탈퇴됩니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 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, Medicare 와 Medi-Cal 혜택을 하나의 플랜으로 통합합니다. Medi-Medi Plan은 Medicare 와 Medi-Cal 에서 보장하는 모든 서비스나, 자격이 되는 경우 Program of All-inclusive Care for the Elderly (노인 종합 관리 프로그램, PACE) 플랜을 포함하여 두 프로그램의 모든 혜택과 서비스를 조정합니다. 참고: Medi-Medi Plan 은 캘리포니아의 integrated dual eligible special needs plans (통합 이중 자격 특수 요구 사항 플랜, D-SNP) 을 일컫는 이름입니다.	다음과 같이 하십시오: Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 번으로 전화. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화. Program of All-inclusive Care for the Elderly (노인 종합 관리 프로그램, PACE) 관련 문의는 1-855-921-PACE (7223) 번으로 전화. 도움이나 자세한 정보가 필요하신 경우: California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP, 캘리포니아 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램) 번호 1-800-434-0222, 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5 시사이. TTY 사용자는 번호 1-800-735-2929 로 전화하십시오. 자세한 정보는 거주 지역의 HICAP 사무소를 방문하거나 www.aging.ca.gov/HICAP/ 을 방문하십시오. 또는 새로운 Medi-Medi 플랜에 가입하십시오. 새로운 플랜 혜택이 시작되면 자동으로 저희 Medicare 플랜에서 탈퇴됩니다. 귀하의 Medi-Cal 플랜은 귀하의 Medi-Medi 플랜과 일치하도록 변경될 것입니다.
---	---



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

2. 다음으로 변경하실 수 있습니다: Original Medicare 와 별도의 Medicare 약물 플랜 및 Medi-Cal 플랜	다음과 같이 하십시오: Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 번으로 전화 TTY 사용자는 1-877-486-2048 로 전화. 도움이나 자세한 정보가 필요하신 경우: California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP, 캘리포니아 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램) 번호 1-800-434-0222, 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5 시사이. TTY 사용자는 번호 1-800-735-2929 로 전화하십시오. 더 자세한 정보는 거주 지역 HICAP 사무소를 방문하거나 www.aging.ca.gov/HICAP/ 을 방문하십시오. 또는 새 Medicare 약물 플랜에 가입 귀하는 Original Medicare 플랜 혜택이 시작되면 자동으로 저희 플랜에서 탈퇴됩니다. 다른 플랜을 선택하지 않는 한 귀하는 Medi-Cal 플랜에 계속 가입되어 있을 것입니다.
---	---



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

3. 다음으로 변경하실 수 있습니다: 별도의 Medicare 약물 플랜이 없는 Original Medicare 플랜 참고: 귀하가 Original Medicare 로 변경하고 별도의 Medicare 약물 플랜에 가입하지 않은 경우, 귀하가 Medicare 에 가입을 원지 않는다고 알리지 않는한 Medicare 는 귀하를 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, California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (캘리포니아 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램, HICAP) 의 전화번호 1-800-434-0222 번으로 월요일부터 금요일, 오전 8 시부터 오후 5 시사이 전화하십시오. 자세한 정보 또는 가까운 HICAP 사무실을 위해 www.aging.ca.gov/HICAP/ 을 방문하십시오.	다음과 같이 하십시오: Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 번으로 전화. TTY 사용자는 1-877-486-2048 로 전화. 도움이나 자세한 정보가 필요하신 경우: California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP, 캘리포니아 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램) 번호 1-800-434-0222, 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5 시사이. TTY 사용자는 번호 1-800-735-2929 로 전화하십시오. 더 자세한 정보는 거주 지역의 HICAP 사무소를 방문하거나 www.aging.ca.gov/HICAP/ 을 방문하십시오. 귀하는 Original Medicare 플랜 혜택이 시작되면 자동으로 저희 플랜에서 탈퇴됩니다. 다른 플랜을 선택하지 않는 한 귀하는 Medi-Cal 플랜에 계속 가입되어 있을 것입니다.
---	--



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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 at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 번으로 전화. TTY 사용자는 1-877-486-2048 로 전화. Program of All-inclusive Care for the Elderly (노인 종합 관리 프로그램, PACE) 관련 문의는 1-855-921-PACE (7223) 번으로 전화. 도움이나 자세한 정보가 필요하신 경우: California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP, 캘리포니아 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램) 번호 1-800-434-0222, 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5 시사이. TTY 사용자는 번호 1-800-735-2929 로 전화하십시오. 더 자세한 정보는 여러분 지역의 HICAP 사무소를 찾아가시거나 www.aging.ca.gov/HICAP/ 을 방문하십시오. 또는 새 Medicare 플랜에 가입 귀하는 새로운 플랜 혜택이 시작되면 자동으로 저희 Medicare 플랜에서 탈퇴됩니다. 귀하의 Medi-Cal 플랜이 변경될 수 있습니다.
---	--

C2. Medi-Cal 서비스

저희 플랜 탈퇴 후 Medi-Cal 서비스 이용 방법에 대한 문의는 Health Care Options (건강 관리 옵션) 번호 1-800-430-7272 번으로 월요일부터 금요일, 오전 8 시부터 오후 6 시사이 문의하십시오. TTY 사용자는 1-800-430-7077 번으로 전화하십시오. 또는

www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en 을 방문하십시오. 다른 플랜에 가입하거나 Original Medicare 로 복귀하는 것이 Medi-Cal 보장 혜택 사용에 어떤 영향을 미치는지 문의하십시오.

Medi-Cal 혜택에 대한 문의가 있으시면 CalOptima Health 고객 서비스 번호 **1-888-587-8088** (TTY **711**) 로 연락 주십시오.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

D. 가입이 종료될 때까지 저희 플랜을 통해 의료 용품, 의료 서비스와 약물받기

저희 플랜을 탈퇴할 경우, 가입 종료 후 새 Medicare 및 Medi-Cal 혜택이 시작되는데 시간이 걸릴 수 있습니다. 이 기간 동안 귀하는 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 귀하가 입원되어 있는 경우 퇴원할 때까지 저희 플랜에서 입원 비용을 부담합니다. 귀하가 퇴원하기 전에 새로운 건강 보장이 시작되더라도 마찬가지입니다.

E. 저희 플랜의 가입이 종료되는 기타 상황

저희 플랜에서 귀하의 가입을 종료하는 경우는 다음과 같습니다:

- Medicare 파트 A 와 파트 B 혜택에 중단 기간이 있는 경우.
- 더 이상 Medi-Cal 자격이 없다면, 저희 플랜은 Medicare 와 Medi-Cal 자격이 모두 있는 분들을 위한 플랜입니다. 참고: Medi-Cal 자격이 일시적으로 없어져도, 일정 기간 동안은 Medicare 혜택을 계속 받을 수 있습니다. 아래에 있는 추정 기간 정보를 참고하십시오. 캘리포니아 주에서 귀하에게 Medi-Cal 자격이 없다고 결정하면, CalOptima Health OneCare Complete 는 Medi-Cal 자격이 끝난 날부터 6 개월 동안 Medicare 와 약물 혜택을 계속 제공할 것입니다. 귀하가 6 개월 이내에 자격을 되찾지 못한다면 저희는 귀하를 탈퇴시켜야 합니다.
- 서비스 제공 지역 외부로 이사하는 경우.
- 6 개월 이상 저희 서비스 제공 지역을 벗어나 있는 경우.
 - 이사를 하거나 장거리 여행을 하는 경우, 고객 서비스에 전화하여 이사나 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 시민권자가 아니거나 또는 미국에 합법적으로 거주하고 있지 않은 경우.
 - 저희 플랜 회원은 반드시 미국 시민권자이거나 미국에 합법적으로 거주하는 사람이어야 합니다.
 - Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS, Medicare & Medicaid 서비스 센터) 는 귀하가 이에 따라 회원 자격을 유지할 수 없는 경우 저희에게 알려줍니다.
 - 이러한 요건을 충족하지 않는 사람은 가입을 해지해야 합니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

회원이 저희 플랜의 6 개월 추정 기간 (자격 유지 기간) 안에 계신 경우, 저희는 Medicare Advantage 와 파트 D 플랜에 포함된 모든 Medicare 혜택을 계속 제공합니다. 하지만 이 기간 동안에는 Medi-Cal 에 포함된 Medicaid 혜택은 더 이상 제공되지 않으며, 원래 주 정부가 부담하던 Medicare 보험료나 본인 부담금도 저희가 대신 지불하지 않습니다. 이 기간 동안 Medicare 에서 보장하는 서비스에 대해 회원이 부담해야 하는 금액이 증가할 수 있습니다.

저희는 Medicare 및 Medi-Cal 에서 먼저 허락을 받은 경우에만 다음과 같은 이유로 귀하를 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 귀하 및 플랜의 다른 회원들에게 의료 서비스를 제공하는 것을 어렵게 만드는 행동을 지속적으로 하는 경우.
- 다른 사람이 귀하의 회원 ID 카드를 사용하여 의료 서비스를 받도록 하는 경우. (저희가 이러한 이유로 귀하의 가입을 종료하는 경우 Medicare 는 감찰관 (Inspector General) 에게 귀하의 사례를 조사하도록 요청할 수 있습니다.)

F. 건강과 관련된 이유로 회원에게 저희 플랜에서 탈퇴하도록 요청하는 것에 대한 규칙

저희는 건강과 관련된 사유로 귀하에게 플랜 탈퇴를 요청할 수 없습니다. 저희가 건강 관련 이유로 귀하에게 플랜 탈퇴를 요청한다고 생각되시면, **Medicare** 의 번호 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 로 전화하십시오. TTY 사용자는 번호 1-877-486-2048 로 전화하십시오.

G. 저희가 플랜 가입을 종료하는 경우 불만을 제기할 수 있는 권리

저희 플랜에서 귀하의 가입을 종료하는 경우, 귀하에게 가입 종료 사유를 서면으로 알려야 합니다. 저희는 귀하의 가입 종료 결정에 대해 귀하가 어떻게 불만을 제기할 수 있는지도 설명해야 합니다. 항소 방법에 대한 자세한 내용은 본 **회원 안내서 제 9장** 을 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 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

11 장: 법적 공지

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.....	252
B. 차별 금지에 대한 연방 공지	252
C. Medi-Cal 을 위한 차별 금지 공지	253
D. 2 차 지불자인 Medicare 및 최후 수단의 지불자인 Medi-Cal 에 대한 공지	254
E. Medi-Cal 재산 회소에 대한 공지.....	254



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 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 차별 대우하지 않습니다. 저희 플랜과 같이 Medicare Advantage 플랜을 제공하는 모든 조직은 1964 년 시민권법 제 6 편, 1973 년 재활법, 1975 년 연령차별금지법, 장애인법, 저렴한 의료법 제 1557 조, 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 권익사무소) 에 번호 1-800-368-1019 로 연락하십시오.
TTY 사용자는 1-800-537-7697 로 전화하십시오. 자세한 내용을 보시려면
www.hhs.gov/ocr 를 방문하실 수도 있습니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

C. Medi-Cal을 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 실) 에 번호 1-916-440-7370 로 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: **1-877-412-2734 (TTY 711)** 주 7 일, 24 시간
 - 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.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

D. 2 차 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 제 3 자의 법적 책임과 관련된 연방 및 주 법률과 규정을 준수합니다. 저희는 Medi-Cal 프로그램이 최후 수단의 지불자인지 확인하기 위해 모든 적절한 조치를 취할 것입니다.

Medi-Cal 회원은 Medi-Cal 이 최후의 지불자이기 때문에 Medi-Cal 가입 전에 다른 모든 건강 보험 (OHC, other health coverage)을 이용해야 합니다. 이것은 대부분의 경우 Medi-Cal 은 Medicare OHC 의 2 차 지불자가 되어, 저희 플랜이나 다른 OHC 에서 지불하지 않는 허용 가능한 비용을 Medi-Cal 허용 금액까지 보장하게 됩니다.

E. Medi-Cal 재산 회소에 대한 공지

Medi-Cal 프로그램은 55 세 생일에 또는 그 이후에 받은 Medi-Cal 혜택에 대해 사망한 특정 회원의 재산에 대한 상환을 추구해야 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 재산 회수 웹사이트 www.dhcs.ca.gov/er 를 방문하거나 1-916-650-0590 번으로 문의하십시오.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

12 장: 중요 단어의 정의

서문

이 장에서는 본 *회원 안내서* 전반에서 사용되는 주요 용어의 정의를 알아봅니다. 이 용어들은 알파벳 순서대로 정렬되어 있습니다. 찾는 용어가 없거나 정의보다 더 많은 정보가 필요하시면 고객 서비스로 연락하시기 바랍니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 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): 행정법 판사 (ALJ) 는 정부 기관과 관련된 사건을 심리하고 판결하는 판사입니다. 3 단계 항소를 검토하는 판사.

AIDS 약물 지원 프로그램 (AIDS Drug Assistance Program, ADAP): HIV/AIDS 에 감염된 유자격자들이 자신의 생명을 구해줄 HIV 약물을 이용할 수 있게 도와주는 프로그램.

이동식 수술 센터 (Ambulatory surgical center): 병원에서 치료를 받지 않아도 되거나 24 시간 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 9 장**에서 항소 신청 제기 방법을 포함한 항소를 설명합니다.

행동 건강 (Behavioral Health): 사람의 감정적, 심리적, 사회적 웰빙을 의미함. 쉽게 말하면: 사람이 어떻게 생각하고, 느끼고, 다른 사람들과 어떻게 어울리는지를 말합니다. 이것은 정신 건강과 약물 사용 장애 서비스를 모두 포함하는 포괄적인 단어입니다.

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 biosimilars (바이오시밀러) 라고 합니다. ('Original Biological Product (오리지널 생물학적 제품)' 및 'Biosimilar (바이오시밀러)' 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. ("교체 가능한 바이오시밀러" 참조).

브랜드 약물 (Brand name drug): 약물을 최초로 제조하고 판매한 기업의 처방약. 브랜드 약물에는 동일한 성분으로 구성된 제네릭 약이 존재합니다. 제네릭 약은 보통 다른 제약 회사에서 제조하고 판매되며 일반적으로 브랜드 약물의 특허가 종료된 이후에만 사용할 수 있습니다.

치료 계획 (Care plan): "개별 맞춤 진료 플랜 (Individualized Care Plan)" 을 참고하십시오.

관리 팀 (Care team): "분야별 진료팀 (Interdisciplinary Care Team)" 을 참고하십시오.

재난적 보장 단계 (Catastrophic coverage stage): 플랜에서 연말까지 모든 약물 비용을 지불하는 Medicare 파트 D 약물 혜택 단계. 회원 (또는 회원을 대신한 다른 유자격 대리인) 가 해당 연도에 파트 D 보장 약물에 대해 \$2,100 를 지출했을 때 이 단계가 시작합니다. 회원의 지불 비용은 없습니다.

Medicare 및 Medicaid 서비스 센터 (CMS): Medicare 를 관장하는 연방 기관. 본 **회원 안내서 제 2 장**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 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

불만 (Complaint): 회원의 보장 서비스 또는 치료에 대해 회원이 겪고 있는 문제 또는 우려에 대해 서면 또는 구두 진술. 여기에는 서비스의 수준, 치료의 수준, 네트워크 의료 제공자 또는 네트워크 약국에 대한 우려도 포함됩니다. “불만 알리기”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.

본인 부담금 (Copay): 특정 약물을 구매할 때마다 본인이 부담하는 고정 금액입니다. 예를 들어, 약물 하나에 \$2 또는 \$5 를 지불할 수 있습니다.

비용 분담 (Cost-sharing): 특정 약물을 받을 때 지불해야 하는 금액. 비용 분담에는 공동부담금이 포함됩니다.

비용 분담 구간 (Cost-sharing tier): 동일한 부담금을 가진 약물 그룹. *보장된 약물 목록* (약물 목록이라고도 함)에 있는 모든 약물은 세 가지 비용 분담금 구간 중 한 곳에 속해 있습니다. 일반적으로 비용 분담 구간이 높을수록 회원이 부담하는 약물 구입 비용도 높아집니다.

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 9 장*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 역량 교육 (Cultural competence training): 문화 교육은 의료 서비스 제공자가 귀하의 배경, 가치 및 신념을 더 잘 이해하여 귀하의 사회, 문화 및 언어 요구 사항을 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 2 장*을 참조하십시오.

일일 비용 분담률 (Daily cost-sharing rate): 의사가 특정 약물을 한 달치 미만으로 처방하여 본인 부담금을 지불해야 하는 경우 적용될 수 있는 비율. 일일 비용 분담률은 본인 부담금을 한 달치 복용 일수로 나눈 값입니다.

예를 들어 보겠습니다: 한 달치 (30 일분) 에 대한 본인 부담금이 \$1.35 라고 가정해 보겠습니다. 즉, 약물에 대해 하루에 지불하는 금액은 \$0.05 미만입니다. 7일치 약물을 처방받는 경우, 하루에 지불하는 금액은 \$0.05 미만이고 7 일을 곱한 금액이므로 총 지불액은 \$0.35 미만입니다.

보건 서비스국 (Department of Health Care Services, DHCS): Medicaid 프로그램 (Medi-Cal이라고 알려짐) 을 관장하는 캘리포니아의 주무 부서.

가입 취소 (Disenrollment): 플랜에서 회원 자격을 종료하는 절차. 탈퇴는 자발적(본인의 선택) 또는 비자발적 (본인의 선택이 아닌) 일 수 있습니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

약물 관리 프로그램 (Drug management program, DMP): 회원들이 처방 오피오이드와 기타 자주 남용되는 약물을 안전하게 사용할 수 있도록 돕는 프로그램.

약물 단계 (Drug tiers): 약물 목록에 있는 약물 그룹. 제네릭 약물, 브랜드 약물 또는 오버 더 카운터 약물 (처방전 없이 구입하는 약, OTC) 이 약물 구간의 예. 약물 목록에 있는 모든 약물은 두개의 단계 중 한 단계에 포함됩니다.

이중 자격 특별 요건 플랜 (dual eligible special needs plan, D-SNP): Medicare 와 Medicaid 에 모두 자격이 있는 개인에게 적용되는 건강 플랜. 저희의 플랜은 D-SNP 입니다.

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 평균적인 건강 및 약물 지식을 지닌 다른 사람이 보기에 사망, 신체 일부 상실 또는 신체 기능의 상실이나 심각한 손상(및 임산부의 경우 태아의 손실)을 막기 위해 즉시 의료적 조치가 필요하다고 생각되는 의료적 증상을 보이는 상황. 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.

예외 (Exception): 일반적으로 보장되지 않는 약물에 대해 보장을 받거나 어떤 약물을 특별한 규칙이나 제한 없이 사용하기 위한 허가.

제외되는 서비스 (Excluded Services): 이 건강 플랜에서 보장하지 않는 서비스.

추가 도움 (Extra Help): Extra Help (추가 지원) 이란 보험료, 공제액, 공동 부담금 같은 Medicare 파트 D 처방약 비용을 저소득층 사람들에게 지원해 주는 Medicare 프로그램. 추가 지원은 “저소득 보조금” 또는 “LIS” 라고도 합니다.

제네릭 약물 (Generic drug): 브랜드 약물을 대체하여 사용할 수 있도록 FDA (식약청) 에서 허가한 약물. 제네릭 약물은 브랜드 약물과 동일한 성분을 지녔습니다. 제네릭 약물은 일반적으로 브랜드 약물보다 저렴하면서도 동일한 효과를 냅니다.

불만 (Grievance): 저희 플랜, 네트워크 의료 제공자 중 하나 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): Medicare 에 대해 무료로 객관적인 정보를 제공하고 상담해주는 프로그램. 본 *회원 안내서* 제 2 장에서 HICAP 연락 방법을 설명하고 있습니다.

건강 플랜 (Health plan): 의사, 병원, 약국, 장기 서비스의 제공자 및 기타 제공자들로 구성된 조직. 또한 귀하의 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.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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 예후를 가진 분들이 편안하게 생활할 수 있도록 관리 및 지원하는 프로그램. 말기 예후란 사람이 의학적으로 말기 질환으로 인정되었음을 의미하며, 이는 기대 수명이 6개월 이하인 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): 제공자(의사 또는 병원)에서 서비스에 대한 플랜의 비용 분담 금액보다 더 큰 비용을 청구한 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.

In Home Supportive Services (가정 지원 서비스, 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. 카운티 사회복지 기관에서 IHSS를 관리합니다.

독립 검토 단체 (Independent review organization, IRO): 2 단계 항소를 검토하는 Medicare에서 고용한 독립 기관. 그것은 저희와 관련이 없으며 정부 기관이 아닙니다. 이 조직은 저희가 내린 결정이 올바른지 또는 변경되어야 하는지를 결정합니다. Medicare는 업무를 감독합니다. 공식 명칭은 **독립 검토 기관 (Independent Review Entity)** 입니다.

개별 맞춤 진료 계획 (Individualized Care Plan, ICP 또는 Care Plan): 어떤 서비스를 받을 것인지, 어떻게 받을 것인지에 대한 계획. 회원의 계획에는 의료 서비스, 행동 건강 서비스 및 장기 서비스 및 지원이 포함될 수 있습니다.

최초 보장 단계 (Initial coverage stage): 이 단계는 보장 해의 첫 처방전을 받을 때 시작됩니다. 이 단계에서 저희가 전체 약물 비용 중에서 저희 몫을 지불하고, 회원은 본인 몫을 지불합니다.

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.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

분야별 진료팀 (Interdisciplinary Care Team, ICT 또는 Care team): 진료팀에는 필요한 관리를 받을 수 있도록 도와주는 의사, 간호사, 상담사 또는 기타 건강 전문가 등 포함. 진료팀이 진료 계획 수립을 도와드릴 수도 있습니다.

통합 (Integrated) D-SNP: Medicare 와 Medicaid 에 모두 자격이 되는 특정 그룹의 개인을 위해 단일 건강 플랜으로 Medicare 와 대부분 또는 모든 Medicaid 서비스를 제공하는 이중 자격 특수 요구 사항 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.

보장된 약물 목록 (약물 목록) (List of Covered Drugs, Drug List): 플랜에서는 의사들과 약사들의 도움을 받아 목록의 약물을 선택합니다. 이 목록에 있는 약물은 저희 플랜이 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 귀하가 집에 머물도록 하여 요양원 또는 병원에 갈 필요가 없도록 도와줍니다. LTSS 에는 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 LTSS 입니다.

저소득층 지원 (Low-income subsidy, LIS): “추가 지원”을 참조하십시오.

우편 주문 프로그램 (Mail Order Program): 저희는 최대 3 개월 분의 보장 처방약을 자택으로 직접 배송해 드리는 우편 주문 프로그램을 제공. 이는 정기적으로 복용하는 처방약을 조제하는 비용 효율적이고 편리한 방법이 될 수 있습니다.

Medi-Cal: 이는 캘리포니아 Medicaid 프로그램의 이름. Medi-Cal 은 주 정부에서 운영하며 주 및 연방 정부에서 비용을 지불합니다.

- 소득과 자원이 부족한 사람들이 장기적인 서비스와 지원, 의료비를 지불하는 데 도움이 됩니다.
- 이것은 Medicare 에서 보장하지 않는 추가 서비스와 일부 약물을 보장합니다.
- Medicaid 프로그램은 주마다 상이하지만 귀하가 Medicare 와 Medicaid 모두에 적격한 경우 대부분의 건강 관리 비용이 보장됩니다.

Medi-Cal 플랜 (plan): 장기 서비스 및 지원, 의료 기기 및 교통 이송과 같은 Medi-Cal 혜택만을 보장하는 플랜. Medicare 혜택은 별도입니다.

Medicaid (또는 Medical 보조): 소득과 자원이 제한된 사람들이 장기 요양 서비스와 지원 및 의료 비용을 지불할 수 있도록 도와주는 연방 정부와 주에서 운영하는 프로그램. Medi-Cal 은 캘리포니아 주의 Medicaid 프로그램입니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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: Medicare 는 65 세 이상 분들, 65 세 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: 민간 기업을 통해 플랜을 제공하며 “Medicare 파트 C” 또는 “MA 플랜”으로도 알려진 Medicare 프로그램 Medicare 에서 이 민간 기업에 돈을 지불하고 Medicare 혜택을 보장.

Medicare 항소 위원회 (Appeals Council): 4 단계 항소를 검토하는 위원회. 위원회는 연방 정부의 일부입니다.

Medicare 보장 서비스 (Medicare-covered services): Medicare 파트 A와 Medicare 파트 B 에서 보장하는 서비스. 저희 플랜을 포함한 모든 Medicare 건강 플랜은 반드시 Medicare 파트 A 와 Medicare 파트 B 에서 보장하는 모든 서비스를 보장해야 합니다.

Medicare 당뇨병 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.

Medicare-Medi-Cal 가입자 (enrollee): Medicare 와 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 B 는 다양한 예방 및 검진 서비스도 보장합니다.

Medicare 파트 C: “Medicare Advantage” 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 D 는 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 D 에서 보장하는 약물. 의회에서 특별히 특정 범주의 약물을 Medicare 파트 D에서 제외하였습니다. Medicaid 에서 이 중 일부 약물을 보장할 수도 있습니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

약물 치료 관리 (Medication Therapy Management, MTM): 특정 요건을 충족하거나 약물 관리 프로그램에 참여하는 사람들에게 제공되는 복잡한 건강 요구 사항을 위한 Medicare 파트 D 프로그램. MTM 서비스에는 일반적으로 약사나 의료 제공자와의 상담을 통해 약물을 검토하는 과정이 포함됩니다. 자세한 정보는 본 *회원 안내서 제 5 장*을 참조하십시오.

Medi-Medi 플랜 (Plan): Medi-Medi Plan 은 Medicare Advantage 플랜의 한 종류. Medicare 와 Medi-Cal을 모두 가지고 있는 분들을 위한 플랜으로, Medicare 와 Medi-Cal 혜택을 하나의 플랜으로 통합합니다. Medi-Medi Plan 은 모든 Medicare 및 Medi-Cal 적용 서비스를 포함하여 두 프로그램의 모든 혜택과 서비스를 조정합니다.

회원 (Member) (저희 플랜의 회원 (member of our plan) 또는 플랜 회원 (plan member): Medicare 및 Medi-Cal 에 가입되어 보장 서비스를 받을 자격이 있는 사람으로, 저희 플랜에 가입되어 있으며, Centers for Medicare & Medicaid Services (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): “의료 제공자 (Provider)” 는 의사, 간호사 및 서비스와 치료를 제공하는 기타 사람들을 일반적으로 가리키는 용어. 여기에는 회원에게 건강 관리 서비스, 의료 장비, 장기 요양 서비스와 지원을 제공하는 병원, 재택 건강 관리, 클리닉 및 기타 장소도 포함됩니다.

- 이들은 Medicare 및 주정부로부터 건강 관리 서비스 제공과 관련된 허가나 인증을 받았습니다.
- 이들은 저희 건강 플랜과의 협력에 동의하고, 본 기관으로부터 치료 비용을 수령하며, 회원에게 추가 비용을 부과하지 않는 것을 조건으로 이들을 “네트워크 제공자” 라고 부릅니다.
- 저희 플랜의 회원인 동안 보장되는 서비스를 받기 위해 네트워크 의료 제공자를 이용해야 합니다. 네트워크 의료 제공자를 “플랜 의료 제공자” 라고도 합니다.

요양원 또는 시설 (Nursing home 또는 facility): 자택에서 진료를 받을 수는 없으나 병원에 입원할 필요가 없는 환자에게 간호를 제공하는 곳.

옴부즈맨 (Ombudsman): 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 2 장*과 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 9 장*에서 보장 결정을 설명합니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

원래 생물학적 제품 (Original Biological Product): FDA (식약청) 의 승인을 받은 생물학적 제품으로 바이오시밀러 버전을 만드는 제조업체의 비교 대상으로 사용됩니다. 참조 제품이라고도 합니다.

Original Medicare (전통 Medicare 또는 fee-for-service (서비스별 지불) Medicare): 정부는 Original Medicare 를 관리합니다. Original Medicare 을 통한 서비스는 의사, 병원 및 기타 보건 의료 제공자들에게 의회가 정한 금액의 비용을 지불함으로써 보장됩니다.

- 회원은 Medicare 를 받는 의사, 병원 또는 기타 보건 의료 제공자들을 이용할 수 있습니다. Original Medicare 는 두 가지 부분으로 이루어져 있습니다. Medicare 파트 A (병원 보험) 와 Medicare 파트 B (의료 보험) 입니다.
- Original Medicare 는 미국 전역의 모든 곳에서 이용할 수 있습니다.
- 저희 플랜을 이용하고 싶지 않다면, Original Medicare 를 선택할 수 있습니다.

네트워크 외부 약국 (Out-of-network pharmacy): 저희 플랜 회원에게 보장 약물을 조정하거나 제공하기 위해 저희 플랜과 협력하는 데 동의하지 않은 약국. 저희 플랜은 특정 상태가 적용되지 않는 한 네트워크 외부 약국에서 구입하는 대부분의 약물을 보장하지 않습니다.

네트워크 외부 의료 제공자 (Out-of-network provider) 또는 네트워크 외 시설

(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 3 장*에서 네트워크 외 의료 제공자 또는 시설을 설명하고 있습니다.

본인 부담 비용 (Out-of-pocket costs): 회원이 받는 서비스 또는 약물의 일부를 부담해야 하는 비용 부담 요건을 “본인 부담” 비용 요건. 위의 “비용 부담” 정의를 참조하십시오.

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.

파트 D: “Medicare 파트 D” 를 참조하십시오.

파트 D 약물: “Medicare 파트 D 약물”을 참조하십시오.

개인 건강관리 코디네이터 (Personal Care Coordinator, PCC): 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 PHI 를 보호, 사용, 공개하는 방법에 관한 정보 및 회원의 PHI 존중과 관련된 회원의 권리에 대한 더 많은 정보를 알아볼 수 있습니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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 3 장*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 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 PA 가 필요한 보장 서비스는 본 *회원 안내서 제 4 장*에 표시되어 있습니다.

저희 플랜은 저희가 PA 를 받는 경우에만 일부 약물을 보장합니다.

- 저희 플랜의 PA 가 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): Medicare 와 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.

품질 개선 기관 (Quality Improvement Organization, QIO): 이것은 Medicare 를 갖고 계신 분들을 위한 관리의 품질을 개선하는 데 도움을 주는 의사 및 기타 건강 관리 전문가들로 이루어진 단체. 연방 정부는 환자에게 제공되는 치료를 점검하고 개선하기 위해 QIO 에 비용을 지불합니다. QIO 에 대한 자세한 내용을 위해 본 *회원 안내서 제 2 장*을 참고하십시오.

수량 제한 (Quantity limits): 회원이 보유할 수 있는 약물의 양에 정해진 한도. 플랜은 처방전당 보장하는 양에 한도를 정할 수도 있습니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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 회원의 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 3 장과 4 장**에서 찾아볼 수 있습니다.

재활 서비스 (Rehabilitation services): 질병, 사고 또는 중요 수술 후 회복을 돕는 치료. 재활 서비스에 관한 자세한 내용은 본 **회원 안내서 제 4 장**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 (비용급) 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 일부. 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 치료의 예로는 공인 간호사 또는 의사가 제공할 수 있는 물리 치료 또는 정맥 (IV) 주사가 있습니다.

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.

특수 약국 (Specialized pharmacy): 특수 약국에 대해 자세히 알아보려면 본 **회원 안내서 제 5 장**을 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.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.**

보충적 보장 소득 (Supplemental Security Income, SSI): 제한적인 소득 및 자원으로 살아가는 장애인, 시각 장애인 또는 만 65 세 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.

CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스

전화	1-877-412-2734 통화료는 무료입니다. 주 7 일, 24 시간. 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 7 일, 24 시간.
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



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 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, 주 7 일, 24 시간 전화 주십시오. 귀하의 언어를 구사하는 직원이 도와드립니다. TTY 사용자는 **711** 로 전화 주십시오. 저희 웹 사이트 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하셔도 됩니다.