

2021년 1월 1일~12월 31일

# 2021 혜택 요약서

---

Kaiser Permanente Medicare Advantage High 플랜 VA(HMO),  
Kaiser Permanente Medicare Advantage Standard 플랜  
VA(HMO) 및 Kaiser Permanente Medicare Advantage Value  
플랜 VA(HMO)

이 플랜들은 Medicare 파트 D 처방약 보장을 포함합니다

H2172\_20\_191KO\_M  
2020AR1779-KO

PBPs 008, 009 & 010

## 혜택 요약서에 대하여

Kaiser Permanente Medicare Advantage에 관심을 가져주셔서 대단히 감사합니다. 저희 플랜에 대해 더 자세히 알아보시려면 이 **혜택 요약서**를 활용해 주십시오. 이 문서에 포함된 내용은 다음과 같습니다.

- 보험료
- 혜택과 비용
- 파트 D 처방약
- 선택형 보조 혜택(Advantage Plus)
- 추가 혜택
- 가입이 가능하신 분
- 보장 규정
- 진료받기

이 자료에 사용된 용어에 대한 정의를 알기 원하시면, 마지막 부분에 있는 용어집을 참고해 주십시오.

## 자세한 내용을 원하시면

이 문서는 Medicare 파트 D 처방약 보장을 포함하는 3가지 Kaiser Permanente Medicare Advantage 플랜에 대한 요약서입니다. 여기에는 보험 처리되는 항목과 보험 처리되지 않는 항목 또는 모든 플랜 규칙이 다 포함되어 있지는 않습니다. 자세한 내용은 저희 웹사이트 [kp.org/eocmasma](http://kp.org/eocmasma)에 있는 **보장 증명서(EOC)**를 살펴보시거나, 주 7일 오전 8시~오후 8시 사이에 **1-888-777-5536(TTY 711)** 번으로 가입자 서비스 센터에 연락하셔서 사본을 요청해 주십시오.

또한 파트 D 의약품 보장이 없는 플랜도 제공합니다. 다른 플랜에 대한 정보를 원하시면, 주 7일 오전 8시~오후 8시 사이에 **1-877-408-8607(TTY 711)**번으로 연락하시거나, [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)를 이용해 주십시오.

## 질문이 있으십니까?

- 아직 가입자가 아니시라면 **1-877-408-8607(TTY 711)**번으로 전화해 주십시오.
- 가입자이시면 **1-888-777-5536(TTY 711)**번으로 가입자 서비스 센터에 전화해 주십시오.
- 주 7일 오전 8시~오후 8시 운영.

## 보험 처리되는 항목 및 비용

\*플랜 제공자가 진료 의뢰를 제공해야 할 수도 있습니다

†사전 승인이 필요할 수도 있습니다.

| 혜택 및 보험료                                               | Value VA 플랜에서의 본인 지불액                | Standard VA 플랜에서의 본인 지불액             | High VA 플랜에서의 본인 지불액                 |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 월 보험료                                                  | \$0                                  | \$22                                 | \$142                                |
| 공제액                                                    | 없음                                   | 없음                                   | 없음                                   |
| 본인 부담 최대 금액<br>Medicare 파트 D<br>의약품은 포함되지<br>않습니다      | \$6,900                              | \$6,900                              | \$5,700                              |
| 병원 입원 보장*†<br>의학적으로 필요한<br>병원 입원 기간에 날짜<br>제한은 없습니다.   | 입원 1~5일 하루당<br>\$275/남은 입원 기간<br>\$0 | 입원 1~5일 하루당<br>\$200/남은 입원 기간<br>\$0 | 입원 1~5일 하루당<br>\$200/남은 입원 기간<br>\$0 |
| 외래 환자 병원 보장*†                                          | 방문당 \$0~\$275                        | 방문당 \$0~\$125                        | 방문당 \$0~\$100                        |
| 통원 수술 센터*†                                             | 방문당 \$275                            | 방문당 \$125                            | 방문당 \$100                            |
| 의사 방문                                                  |                                      |                                      |                                      |
| • 일차 진료 제공자                                            | 방문당 \$10                             | 방문당 \$5                              | 방문당 \$5                              |
| • 전문의*†                                                | 방문당 \$45                             | 방문당 \$35                             | 방문당 \$30                             |
| 예방 진료*†<br>자세한 내용은 EOC를<br>참조해 주십시오.                   | \$0                                  | \$0                                  | \$0                                  |
| 응급 진료<br>세계 어디서나 응급<br>진료의 보험 처리를 해<br>드립니다.           | 응급실 방문당 \$90                         | 응급실 방문당 \$90                         | 응급실 방문당 \$90                         |
| 긴급하게 필요한<br>서비스<br>세계 어디서나 긴급<br>진료의 보험 처리를 해<br>드립니다. | 진료소 방문당 \$45                         | 진료소 방문당 \$35                         | 진료소 방문당 \$30                         |

| 혜택 및 보험료                                                                                                                                        | Value VA 플랜에서의 본인 지불액                                                                      | Standard VA 플랜에서의 본인 지불액                                                                  | High VA 플랜에서의 본인 지불액                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 진단 서비스, 검사 및 조영*†<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• 검사</li> <li>• 진단 검사 및 절차 (심전도 등)</li> </ul>                                       | \$0                                                                                        | \$0                                                                                       | \$0                                                                                       |
| • X선                                                                                                                                            | 방문당 \$20                                                                                   | 방문당 \$10                                                                                  | 방문당 \$10                                                                                  |
| • 기타 조영 검사(MRI, CT 및 PET)                                                                                                                       | 검사당 \$175                                                                                  | 검사당 \$65                                                                                  | 검사당 \$40                                                                                  |
| 청력 서비스*†<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• 의료 상태 진단을 위한 평가<br/>참고: 보청기는 선택형 혜택에 등록하셔야 보험 처리됩니다(자세한 내용은 Advantage Plus 참조).</li> </ul> | 방문당 \$45                                                                                   | 방문당 \$35                                                                                  | 방문당 \$30                                                                                  |
| 치과 서비스<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• 예방 치과 진료</li> </ul>                                                                          | 대부분의 예방 진료에 대해 방문당 \$30(구강 검사, 치아 세척, 교합 X선 및 1회의 불소 치료를 위해 1년에 2회 방문으로 제한).               | 대부분의 예방 진료에 대해 방문당 \$30(구강 검사, 치아 세척, 교합 X선 및 1회의 불소 치료를 위해 1년에 2회 방문으로 제한).              | 대부분의 예방 진료에 대해 방문당 \$30(구강 검사, 치아 세척, 교합 X선 및 1회의 불소 치료를 위해 1년에 2회 방문으로 제한).              |
| • 종합 치과 진료*†                                                                                                                                    | 귀하께서 지불하시는 금액은 서비스에 따라 다르므로, 자세한 내용은 EOC를 참조해 주십시오.                                        | 귀하께서 지불하시는 금액은 서비스에 따라 다르므로, 자세한 내용은 EOC를 참조해 주십시오.                                       | 귀하께서 지불하시는 금액은 서비스에 따라 다르므로, 자세한 내용은 EOC를 참조해 주십시오.                                       |
| 시력 서비스*†<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• 눈 질병 및 눈 상태의 진단 및 치료를 위한 방문</li> <li>• 정기 시력 검사</li> </ul>                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 검안사 방문당 \$10</li> <li>• 안과 의사 방문당 \$45</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 검안사 방문당 \$5</li> <li>• 안과 의사 방문당 \$35</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 검안사 방문당 \$5</li> <li>• 안과 의사 방문당 \$30</li> </ul> |
| • 예방 녹내장 선별 검사 및 당뇨 망막증 서비스                                                                                                                     | \$0                                                                                        | \$0                                                                                       | \$0                                                                                       |

| 혜택 및 보험료                                                                                                                          | Value VA 플랜에서의 본인 지불액                                                                                                  | Standard VA 플랜에서의 본인 지불액                                                                                               | High VA 플랜에서의 본인 지불액                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>백내장 수술 후 안경이나 콘택트렌즈</li> </ul>                                                             | <b>20%</b> 공동 보험 (Medicare 한도 대비), 한도 이상의 금액은 본인 지불.                                                                   | <b>20%</b> 공동 보험 (Medicare 한도 대비), 한도 이상의 금액은 본인 지불.                                                                   | <b>20%</b> 공동 보험 (Medicare 한도 대비), 한도 이상의 금액은 본인 지불.                                                                   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>기타 안경류(매년 지원금 혜택). 선택형 혜택에 등록하시면, 지원금이 24개월마다 늘어납니다(자세한 내용은 Advantage Plus 참조).</li> </ul> | 구입하신 안경류의 가격이 \$50 이상이면 귀하께서 차액을 지불하시게 됩니다.                                                                            | 구입하신 안경류의 가격이 \$100 이상이면 귀하께서 차액을 지불하시게 됩니다.                                                                           | 구입하신 안경류의 가격이 \$50 이상이면 귀하께서 차액을 지불하시게 됩니다.                                                                            |
| 정신 건강 서비스*                                                                                                                        |                                                                                                                        |                                                                                                                        |                                                                                                                        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>외래 그룹 치료</li> </ul>                                                                        | 방문당 <b>\$10</b>                                                                                                        | 방문당 <b>\$10</b>                                                                                                        | 방문당 <b>\$5</b>                                                                                                         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>외래 개별 치료</li> </ul>                                                                        | 방문당 <b>\$20</b>                                                                                                        | 방문당 <b>\$20</b>                                                                                                        | 방문당 <b>\$10</b>                                                                                                        |
| 전문 요양 시설*<br>보험 혜택 기간당 100일까지 보험 처리를 해 드립니다.                                                                                      | 보험 혜택 기간당:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>1~20일 하루당 <b>\$0</b></li> <li>21~100일 하루당 <b>\$167</b></li> </ul> | 보험 혜택 기간당:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>1~20일 하루당 <b>\$0</b></li> <li>21~100일 하루당 <b>\$160</b></li> </ul> | 보험 혜택 기간당:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>1~20일 하루당 <b>\$0</b></li> <li>21~100일 하루당 <b>\$110</b></li> </ul> |
| 물리 치료*                                                                                                                            | 방문당 <b>\$40</b>                                                                                                        | 방문당 <b>\$35</b>                                                                                                        | 방문당 <b>\$30</b>                                                                                                        |
| 구급차                                                                                                                               | 편도당 <b>\$275</b>                                                                                                       | 편도당 <b>\$200</b>                                                                                                       | 편도당 <b>\$200</b>                                                                                                       |
| 교통편<br>네트워크 제공자를 오가는 데 연도당 편도 최대 24회까지 보험 처리를 해 드립니다.                                                                             | <b>\$0</b>                                                                                                             | <b>\$0</b>                                                                                                             | <b>\$0</b>                                                                                                             |

| 혜택 및 보험료                                                                                                                                                                                            | Value VA 플랜에서의 본인 지불액                                    | Standard VA 플랜에서의 본인 지불액                                 | High VA 플랜에서의 본인 지불액                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <b>Medicare 파트 B 의약품†</b><br>플랜 제공자로부터 받는다고 해도 제한된 수의 Medicare B 의약품만 보험 처리를 해 드립니다. 자세한 내용은 <b>EOC</b> 를 참조해 주시고, 선호 플랜 약국과 표준 플랜 약국의 위치는 <b>약국 명부</b> 를 참조해 주십시오.<br>• 의약품은 반드시 의료 전문가가 처방해야 합니다. | \$0                                                      | \$0                                                      | \$0                                                      |
| • 일반 의약품(최대 30일 복용량)                                                                                                                                                                                | • 선호 플랜 약국의 경우 <b>\$15</b><br>• 표준 플랜 약국의 경우 <b>\$20</b> | • 선호 플랜 약국의 경우 <b>\$12</b><br>• 표준 플랜 약국의 경우 <b>\$20</b> | • 선호 플랜 약국의 경우 <b>\$12</b><br>• 표준 플랜 약국의 경우 <b>\$20</b> |
| • 브랜드 의약품(최대 30일 복용량)                                                                                                                                                                               | • 선호 플랜 약국의 경우 <b>\$45</b><br>• 표준 플랜 약국의 경우 <b>\$47</b> | • 선호 플랜 약국의 경우 <b>\$45</b><br>• 표준 플랜 약국의 경우 <b>\$47</b> | • 선호 플랜 약국의 경우 <b>\$42</b><br>• 표준 플랜 약국의 경우 <b>\$47</b> |

## Medicare 파트 D 처방약 보장†

귀하께서 의약품에 대해 지불하시는 금액은 다음 사항에 따라 달라질 수 있습니다.

- 가입하신 플랜(Value, Standard 또는 High 플랜).
- 귀하의 의약품이 속한 등급. 6개의 의약품 등급이 있습니다. 귀하의 의약품이 6개 등급 중 어디에 속하는지 알아보시려면, [kp.org/seniorrx](http://kp.org/seniorrx)에서 파트 D 처방집을 살펴보시거나, 주 7일 오전 8시~오후 8시 사이에 **1-888-777-5536(TTY 711)**번으로 가입자 서비스 센터에 전화하셔서 사본을 요청해 주십시오.
- 받으실 수 있는 일 공급분 수량(30일 또는 90일 복용량). 참고: 모든 의약품에 대해 30일 복용량을 초과하는 공급분을 지급하지 않습니다.
- 처방약을 조제하는 플랜 약국의 유형(선호 약국, 표준 약국 또는 우편 주문 약국). 약국 위치를 알아보시려면, [kp.org/directory](http://kp.org/directory)에서 **약국 명부**를 살펴보십시오. 참고: 모든 의약품이 우편으로 배송되지는 않습니다.
- 귀하께서 속한 보장 단계(초기, 보장 공백 또는 비상 보장 단계).

## 초기 보장 단계(Initial Coverage Stage)

귀하께서는 한 해 동안의 총 의약품 비용이 **\$4,130**에 이를 때까지 최대 30일 복용량에 대해 아래 도표에 나와 있는 코페이와 공동 보증을 내시게 됩니다. (한 해 동안의 총 의약품 비용은 귀하와 파트 D 플랜 양측이 한 해 동안 지불한 금액입니다.) 2021년도에 귀하의 의약품 비용이 **\$4,130** 한도에 이르면, 귀하께서는 보장 공백 단계로 이동하며 보장 내용이 변경됩니다.

| 의약품 등급           | 선호 플랜 약국   |             |         | 표준 플랜 약국 |
|------------------|------------|-------------|---------|----------|
|                  | 최대 30일 복용량 |             |         |          |
|                  | Value 플랜   | Standard 플랜 | High 플랜 | 모든 플랜    |
| 1등급(선호 일반 의약품)   | \$3        | \$3         | \$3     | \$10     |
| 2등급(일반 의약품)      | \$15       | \$12        | \$12    | \$20     |
| 3등급(선호 브랜드 의약품)  | \$45       | \$45        | \$42    | \$47     |
| 4등급(비선호 브랜드 의약품) | \$100      | \$100       | \$80    | \$100    |
| 5등급(특수 의약품)      | 33% 공동 보증  |             |         |          |
| 6등급(백신)          | \$0        |             |         |          |

### 의약품 31~90일 복용량

귀하께서는 저희 선호 우편 주문 약국에서 1등급에 속한 의약품의 31~90일 복용량에 대해 **\$0**를 지불하시게 됩니다.

다른 모든 처방약의 경우, 도표에 나와 있는 코페이에 다음과 같이 곱하여 지불하시게 됩니다.

- 31~60일 복용량을 저희 소매 약국 또는 표준 우편 주문 약국에서 지급받으시는 경우, 2배의 코페이를 내시게 됩니다.
- 61~90일 복용량을 저희 소매 약국 또는 표준 우편 주문 약국에서 지급받으시는 경우, 3배의 코페이를 내시게 됩니다.
- 2, 3 또는 4등급에 속한 의약품의 31~90일 복용량을 저희 선호 우편 주문 약국에서 지급받으시는 경우, 2배의 코페이를 내시게 됩니다.

**참고:** 공동 보증이 적용되는 의약품의 31~90일 복용량에 대해 귀하께서는 위 도표에 나와 있는 공동 보증을 내시게 됩니다.

## 보장 공백 단계(Coverage gap stage)

보장 공백 단계는 2021년 한 해 동안 귀하 또는 파트 D 플랜이 귀하의 의약품에 대해 **\$4,130**를 부담했을 때 시작됩니다. 귀하께서는 보장 공백 단계에서 다음의 코페이와 공동 보험을 내시게 됩니다.

| 의약품 등급    | Standard 또는 Value 플랜에서의 본인 지불액 | High 플랜에서의 본인 지불액                      |
|-----------|--------------------------------|----------------------------------------|
| 1, 2등급    | 25% 공동 보험                      | 위에 기재되어 있는 초기 보장 단계에서 지불하는 코페이와 동일한 금액 |
| 3, 4, 5등급 | 25% 공동 보험                      | 25% 공동 보험                              |
| 6등급       | \$0                            | \$0                                    |

## 비상 보장 단계(Catastrophic Coverage Stage)

2021년 한 해 동안 귀하께서 파트 D 처방약에 **\$6,550**를 부담하시게 되면, 귀하께서는 비상 보장 단계에 들어가시게 됩니다. 대부분의 사람들은 이 단계에 이를 일이 전혀 없지만, 만약 이 단계에 도달하시게 된다면 2021년의 남은 기간 동안 코페이와 공동 보험이 변경됩니다. 귀하께서는 비상 보장 단계에서 처방당 다음을 지불하시게 됩니다.

- 일반 의약품 또는 브랜드 의약품에 대해 **5%** 공동 보험
- 파트 D 백신에 대해 **\$0**

## 장기 요양, 플랜 가정 주입 및 플랜 외 약국

- 귀하께서 **장기 요양 시설**에 거주하고 계시고 그 시설의 약국에서 의약품을 받고 계신다면, 표준 플랜 약국에 지불하시는 것과 동일한 금액으로 최대 **31일** 복용량을 받으실 수 있습니다.
- 플랜 가정 주입 약국에서 지급받으시면 보험 처리되는 파트 D 가정 주입 의약품은 무료로 제공됩니다.
- 귀하께서 플랜 외 약국에서 보험 처리되는 파트 D 의약품을 지급받으시면, 표준 플랜 약국에 지불하시는 것과 동일한 금액으로 최대 **30일** 복용량을 받으실 수 있습니다. 일반적으로 저희가 플랜 외 약국에서 구매하신 의약품을 보험 처리해드리는 경우는 귀하께서 네트워크 내의 약국을 이용할 수 없는 재난 상황 등에 한정됩니다. 자세한 내용은 **보장 증명서**를 참조해 주십시오.

## Advantage Plus(선택형 혜택)

귀하의 플랜에 포함된 혜택 외에도, Advantage Plus라는 보조 혜택 패키지를 선택하여 구매하실 수 있습니다. Advantage Plus는 귀하의 월 보험료에 소정의 금액을 추가하여 특별한 보장 혜택을 제공해 드립니다. 자세한 내용은 **보장 증명서**를 참조해 주십시오.

| Advantage Plus 혜택 및 보험료                                              | 본인 지불액                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 추가 월 보험료                                                             | <b>\$25</b>                                                                                                         |
| 추가 안경류 지원금*†<br>위의 시력 서비스에 설명된 연간 안경류 지원금에 24개월마다 \$175의 지원금이 추가됩니다. | 구입하신 안경류의 가격이 High 또는 Value 플랜 가입자의 경우 \$225의 총 지원금, Standard 플랜 가입자의 경우 \$275의 총 지원금을 초과하는 경우, 귀하께서 차액을 지불하시게 됩니다. |
| 보청기*†<br>지원금 \$1,000(귀당 1대) 3년마다                                     | 구입하신 보청기의 가격이 귀당 \$1,000를 초과하면, 귀하께서 차액을 지불하시게 됩니다.                                                                 |
| 치과 서비스<br>• 예방 진료                                                    | 구강 검사, 치아 세척 2회, 불소 치료 1회 및 X선을 위한 방문당 <b>\$10</b>                                                                  |
| • 종합 진료                                                              | 귀하께서 지불하시는 금액은 서비스에 따라 다르므로, 자세한 내용은 <b>EOC</b> 를 참조해 주십시오.                                                         |

## 추가 혜택

| 비처방 지원금                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Value VA<br>플랜에서의<br>본인 지불액   | Standard VA<br>플랜에서의<br>본인 지불액 | High VA<br>플랜에서의<br>본인 지불액    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| <p>귀하께서는 저희 목록에 수록된 비처방(OTC) 물품을 구입하실 수 있는 분기별 지원금을 받습니다. 한 분기 동안 구입한 물품이 플랜의 지원금을 초과하면, 귀하께서 차액을 지불하시게 됩니다. 참고: 한 해에 4분기가 있으며 각 주문은 총 \$20 이상이어야 합니다(최소 \$20의 주문 필요).</p> <p>저희 목록을 보고 온라인 주문을 하시려면 <b>kp.org/otc/mas</b>를 이용해 주십시오. 월요일~금요일 오전 9시~오후 7시 사이에 <b>1-833-881-1422(TTY 711)</b>번으로 연락하여 전화 주문하시거나 목록의 인쇄본을 우편으로 보내달라고 요청하실 수 있습니다.</p> | 분기별 지원금<br><b>\$0~최대 \$30</b> | 분기별 지원금<br><b>\$0~최대 \$50</b>  | 분기별 지원금<br><b>\$0~최대 \$60</b> |

## 가입이 가능하신 분

귀하께서 다음에 해당하시면 저희 플랜 중 하나에 등록하실 수 있습니다.

- Medicare 파트 A와 파트 B 모두 가지고 있습니다. (Medicare 보장을 받고 유지하시기 위해서, 대부분의 사람들은 Medicare 보험료를 직접 Medicare에 지불해야 합니다. 이 금액은 귀하께서 저희 플랜에 지불하시는 보험료와는 다른 것입니다.)
- 귀하께서는 미국 시민이거나 합법적인 거주자입니다.
- 귀하께서는 버지니아 주 내에 있는 다음 카운티의 서비스 지역에 거주합니다. Arlington, Fairfax, Loudoun, Prince William, Spotsylvania, Stafford. 또한 서비스 지역에는 버지니아 주에 있는 다음의 독립 도시도 포함됩니다. Alexandria, City of Falls Church, Fairfax, Fredericksburg City, Manassas, Manassas Park.

## 보장 규정

저희는 다음 조건이 충족될 경우 이 문서와 **보장 증명서**에 수록된 서비스와 물품에 대해 보험 처리를 해 드립니다.

- 서비스 또는 물품이 의학적으로 필요한 경우입니다.
- 서비스 또는 물품이 Original Medicare의 기준을 따라 고려했을 때 타당하고 필요합니다.
- 귀하께서 보험 처리되는 모든 서비스와 물품을 저희 **제공자 명부** 및 **약국 명부**에 수록된 플랜 제공자에게서 받으십니다. 하지만 이 규정에는 예외가 있습니다. 다음의 경우에도 보험 처리를 해 드립니다.
  - 다른 Kaiser Permanente 구역의 플랜 제공자에게서 받으신 진료
  - 응급 진료
  - 지역 외 투석 치료
  - 지역 외 긴급 진료(플랜 제공자 서비스 지역 내 그리고 드문 상황에서 플랜 외 제공자로부터 받은 진료도 보험 처리)
  - 저희 플랜으로부터 사전에 서면으로 승인(사전 승인)을 받아 플랜 외 제공자에게로 진료 의뢰를 받으신 경우

참고: 플랜 외 제공자로부터 위에 기재된 보험 처리되는 진료를 받으실 때, 귀하께서는 동일한 플랜 코페이 및 공동 보험을 지불하시게 됩니다.

보험 처리가 되지 않는 서비스(예외 사항) 등 보장 규정에 대한 자세한 내용은 **보장 증명서**를 참조해 주십시오.

## 진료받기

귀하께서는 대부분의 저희 플랜 시설에서 특수 진료, 약국 및 검사 서비스를 포함하여 보험 처리가 되는 모든 서비스를 받으실 수 있습니다. 제공자의 위치를 찾아보시려면, **제공자 명부** 또는 **약국 명부**를 **kp.org/directory**에서 살펴보시거나, 주 7일 오전 8시~오후 8시 사이에 **1-888-777-5536(TTY 711)** 번으로 가입자 서비스 센터에 연락하셔서 사본을 우편으로 보내달라고 요청해 주십시오.

처방집, 약국 네트워크 및/또는 제공자 네트워크는 언제든지 변경될 수 있습니다. 필요 시 변경에 대한 통지를 보내 드립니다.

## 귀하의 주치의

귀하의 주치의(일차 진료의라고도 함)는 귀하께 일차적인 진료를 제공하며, 입원, 전문의 진료 의뢰 및 사전 승인 등 귀하의 진료를 조정하는 데 도움을 드립니다. 대부분의 주치의는 내과 또는 가정의학과 의사입니다. 귀하께서는 저희 플랜 제공자 중 한 명을 귀하의 주치의로 선택하셔야 합니다. 언제든지 어떤 이유로든 귀하의 주치의는 변경이 가능합니다. 귀하께서는 가입자 서비스 센터에 전화하시거나 **kp.org**에서 주치의를 선택하시거나 변경하실 수 있습니다.

## 건강 상태 관리 도움

귀하께서 하나 이상의 건강 상태에 처해 있으시고 이를 관리하는 데 도움이 필요하시다면 저희가 도와드릴 수 있습니다. 저희 사례 관리 프로그램은 간호사, 사회복지사 및 귀하의 주치의가 서로 협력하여 귀하께서 건강 상태를 관리하실 수 있도록 도움을 드립니다. 이 프로그램은 교육 및 자기 관리 기술 훈련을 제공해 드립니다. 관심이 있으시면 귀하의 주치의에게 자세한 정보를 문의해 주십시오.

## 공지

### 이의 신청 및 고충 사항

보험 처리가 되어야 한다고 생각하시는 물품이나 서비스에 대해 귀하께서는 저희에게 이를 제공하거나 지불하도록 요구하실 수 있습니다. 저희가 이를 거부할 경우, 귀하께서는 저희에게 결정을 재고해 달라고 요구하실 수 있습니다. 이것을 이의 신청이라고 합니다. 이의 신청 결과를 기다리는 동안 귀하의 건강이 위험해질 수 있는 경우 신속한 결정을 요구하실 수도 있습니다. 귀하의 의사가 동의하는 경우, 저희는 결정을 앞당길 것입니다.

보장 이외의 부분에서 불만이 있으신 경우, 저희에게 고충 사항을 접수하실 수 있습니다. 자세한 내용은 **보장 증명서**를 참조해 주십시오.

## Kaiser Foundation Health Plan

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States는 비영리 의료 법인이며 Kaiser Permanente Medicare Advantage라고 불리는 Medicare Advantage 플랜입니다. 저희는 컬럼비아 특별구(D.C.)와 메릴랜드 주 및 버지니아 주의 특정 지역을 포함하는 저희 Mid-Atlantic States 구역의 서비스 지역에서 여러 개의 Kaiser Permanente Medicare Advantage 플랜을 제공합니다.

각 플랜에 따라 혜택, 코페이, 공동 보험, 보험료 및 플랜 서비스 지역은 상이할 수 있습니다. 하지만 귀하께서는 저희 Mid-Atlantic States 구역 어디서든 플랜 제공자에게서 진료를 받으실 수 있습니다.

귀하의 플랜 서비스 지역에서 저희 Mid-Atlantic States 구역 내의 다른 서비스 지역으로 이사를 하시는 경우, 귀하께서는 새로운 서비스 지역의 Kaiser Permanente Medicare Advantage 플랜에 가입하셔야 합니다.

## 언어 지원 서비스

### English

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-888-777-5536** (TTY: **711**).

### Spanish

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-888-777-5536** (TTY: **711**).

## Chinese

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-888-777-5536** (TTY: **711**)。

## Vietnamese

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-888-777-5536** (TTY: **711**).

## Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-888-777-5536** (TTY: **711**).

## 한국어

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-888-777-5536**(TTY: **711**)번으로 전화해 주십시오.

## Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-888-777-5536** (телетайп: **711**).

## Japanese

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。  
**1-888-777-5536** (TTY:**711**) まで、お電話にてご連絡ください。

## Thai

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร **1-888-777-5536** (TTY: **711**).

## Hindi

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं।  
**1-888-777-5536** (TTY: **711**) पर कॉल करें।

## Amharic

ማሳሰቢያ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል፡ ወደ  
ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ **1-888-777-5536** (መስማት ለተሳናቸው: **711**).

## Farsi

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می  
باشد. با **1-888-777-5536** (TTY: **711**) تماس بگیرید

## Arabic

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم  
**1-888-777-5536** (رقم هاتف الصم والبكم: **711**)

## German

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche  
Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-888-777-5536** (TTY: **711**).

## French

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont  
proposés gratuitement. Appelez le **1-888-777-5536** (ATS : **711**).

## Yoruba

AKIYESI: Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o.  
E pe ero ibanisoro yi **1-888-777-5536** (TTY: **711**).

## Portuguese

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **1-888-777-5536** (TTY: **711**).

## Italian

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero **1-888-777-5536** (TTY: **711**).

## Bengali

লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন **1-888-777-5536** (TTY: **711**)।

## Urdu

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں  
**1-888-777-5536** (TTY: **711**).

## French Creole

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-888-777-5536** (TTY: **711**).

## Gujarati

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો  
**1-888-777-5536** (TTY: **711**).

## 차별 금지에 관한 고지

Kaiser Permanente는 해당 연방 시민평등권법을 준수하며 인종, 피부색, 국적, 나이, 장애 또는 성별을 바탕으로 차별하지 않습니다. Kaiser Permanente는 인종, 피부색, 국적, 나이, 장애 또는 성별을 이유로 특정인을 배제하거나 달리 대우하지 않습니다. 또한, 저희는 다음의 편의를 제공하고 있습니다.

- 장애가 있는 분들이 저희와 원활하게 소통하실 수 있도록 아래와 같은 지원과 서비스를 무료로 제공합니다.
  - 자격이 있는 수화 통역사.
  - 큰 활자, 음성, 장애인 전용 전자 양식 등 다른 형식으로 된 서면 정보.
- 모국어가 영어가 아닌 분들께는 다음과 같은 언어 서비스를 무료로 제공합니다.
  - 자격이 있는 통역사.
  - 다른 언어로 된 서면 정보.

이러한 서비스가 필요하시면, 주 7일 오전 8시~오후 8시 사이에 **1-888-777-5536**(TTY **711**)번으로 가입자 서비스 센터에 문의해 주십시오.

Kaiser Permanente가 이러한 서비스를 제공하지 못했거나 인종, 피부색, 국적, 나이, 장애 또는 성별에 따라 다르게 차별했다고 생각하시면, **2101 East Jefferson Street, Rockville, MD 20852**로 서면으로 보내시거나 위에 기재된 전화번호로 가입자 서비스 센터에 전화하셔서 인권 코디네이터에게 고충 사항을 제출하실 수 있습니다. 우편이나 전화로 고충 사항을 제출하실 수 있습니다. 고충 사항을 제출하시는 데 도움이 필요하시면, 저희 인권 코디네이터가 도와 드리겠습니다. 또한, 인권 사무국 불만 접수 포털 (Office for Civil Rights Complaint Portal) 사이트 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>를

통해 온라인으로 미국 보건복지부, 인권 사무국(U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights)에 인권 불만 접수를 하거나, 다음으로 우편 또는 전화를 통해 접수하실 수 있습니다. U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**. 불만 제기 양식은 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>에서 구하실 수 있습니다.

## 개인 정보

저희는 귀하의 개인 정보를 보호합니다. 자세한 내용을 알아보시려면 **보장 증명서**를 살펴 보시거나 [kp.org/privacy](http://kp.org/privacy)에서 저희 **개인 정보 보호 관행에 관한 안내문**을 열람해 주시기 바랍니다.

## 용어 정의(용어집)

### 지원금

물품 구입에 사용하실 수 있는 금액입니다. 물품의 가격이 지원금을 넘어서는 경우, 귀하께서 차액을 지불하시게 됩니다.

### 보험 혜택 기간

귀하의 전문 요양 시설 서비스 이용을 저희 플랜에서 측정하는 방법입니다. 보험 혜택 기간은 병원 또는 전문 요양 시설(SNF)에 입원하시는 날 시작됩니다. 보험 혜택 기간은 귀하께서 60일간 연속으로 어떠한 병원 입원 치료나 전문 요양 시설에서 전문 간호 서비스를 받지 않으실 때 종료됩니다. 보험 혜택 기간은 달력 연도와 관련이 없습니다. 귀하의 보험 혜택 기간의 빈도와 길이에 제한이 없습니다.

### 달력 연도

1월 1일에 시작하여 12월 31일에 종료되는 1년입니다.

### 공동 보험

특정한 서비스 또는 처방약에 대한 저희 플랜의 전체 청구액에서 귀하께서 지불하시는 백분율입니다. 예를 들어 \$200의 물품에 대해 20% 공동 보험이라면 \$40을 지불하시게 됩니다.

### 코페이

보험 처리되는 서비스에 대해 귀하께서 지불하시는 정해진 금액입니다. 예를 들어 진료실 방문 시 코페이 \$20를 지불하셔야 합니다.

### 보장 증명서

귀하의 플랜 혜택과 플랜이 어떻게 기능하는지에 대한 설명이 들어 있는 문서입니다.

### 본인 부담 최대 금액

최대 금액의 적용을 받는 서비스에 대해 한 해에 코페이 또는 공동 보험으로 지불하시게 될 수도 있는 최대 금액입니다. 귀하께서 이 최대 금액에 도달하시게 되면, 최대 금액의 적용을 받는 서비스에 대해 그 해 연말까지 어떠한 코페이나 공동 보험도 내실 필요가 없게 됩니다.

### 의학적으로 필요한 진료

서비스, 용품 및 의약품이 귀하의 건강 상황을 예방, 진단 또는 치료하는 데 필요하고 의학적인 실무 기준에 적합한 경우입니다.

### 플랜 외 제공자

저희 가입자에게 진료를 제공하도록 Kaiser Permanente와 계약을 하지 않은 의사 또는 시설입니다.

### 플랜

Kaiser Permanente Medicare Advantage입니다.

### 플랜 보험료

Kaiser Permanente Medicare Advantage 의료 보험 및 처방약 보장을 위해 귀하께서 지불하시는 금액입니다.

### 플랜 제공자

플랜 또는 네트워크 제공자로서 병원이나 약국 같은 시설이 될 수도 있고, 의사나 간호사와 같은 의료 전문가가 될 수도 있습니다.

### 선호 약국

선호 코페이로 처방약을 받을 수 있는 플랜 약국입니다. 이러한 약국들은 보통 플랜 의료 기관에 위치해 있습니다(위치 확인은 **약국 명부** 참조). 이러한 약국에서 귀하께서 지불하시는 금액은 표준 코페이만 제공하는 다른 플랜 약국(이 문서에서 표준 약국)에서 지불하시는 금액보다 저렴합니다.

### 사전 승인

일부 서비스나 물품은 귀하의 플랜 제공자가 저희 플랜에서 미리 승인을 받아야 보험 처리가 됩니다(때로 사전 승인이라고 부름). 사전 승인이 적용되는 서비스나 물품은 이 문서에서 † 기호로 표시되어 있습니다.

### 구역

Kaiser Foundation Health Plan 조직입니다. Kaiser Permanente 구역은 북부 캘리포니아, 남부 캘리포니아, 콜로라도, 조지아, 하와이, 메릴랜드, 오리건, 버지니아, 워싱턴 주 및 워싱턴 D.C.에 위치해 있습니다.

### 소매 플랜 약국

처방약을 받을 수 있는 플랜 약국입니다. 이러한 약국들은 보통 플랜 의료 기관에 위치해 있습니다.

### 표준 약국

표준 코페이로 처방약을 받을 수 있는 플랜 약국입니다. 이러한 약국들은 보통 플랜 의료 기관에 위치해 있지 않습니다(위치 확인은 **약국 명부** 참조). 이러한 약국에서 귀하께서 지불하시는 금액은 선호 코페이만 제공하는 다른 플랜 약국(이 문서에서 선호 약국)에서 지불하시는 금액보다 비쌉니다.

### 서비스 지역

Kaiser Permanente Medicare Advantage 플랜을 제공하는 지리적인 지역입니다. 저희 플랜의 가입자로 가입하시거나 가입자 자격을 유지하시려면, 반드시 저희 Kaiser Permanente Medicare Advantage 플랜의 서비스 지역 내에 거주하셔야 합니다.

Kaiser Permanente는 Medicare와 계약이 체결되어 있는 HMO 플랜입니다. Kaiser Permanente 가입은 계약 갱신 여부에 따라 달라집니다. 이 계약은 매년 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(Centers for Medicare & Medicaid, CMS)에 의해 갱신됩니다. 법률에 따라, 저희 플랜이나 CMS는 저희 Medicare 계약을 갱신하지 않겠다는 선택을 할 수도 있습니다.

Original Medicare에 대한 정보는 "**Medicare와 가입자(Medicare & You)**" 안내서를 참조해 주십시오. 온라인으로 [medicare.gov](https://www.medicare.gov)에서 열람하시거나, 주 7일 하루 24시간 **1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)**로 전화하셔서 사본을 받아보실 수 있습니다. TTY 사용자는 **1-877-486-2048**번으로 전화해 주십시오.

## 가입 전 체크리스트

가입 결정을 내리기 전에, 당사의 보험 혜택과 규칙을 완전히 이해하는 것이 중요합니다. 궁금한 점이 있으시면, 전화 **1-888-777-5536 (TTY 711)** 주 7 일간. 시간 8 a.m.-8 p.m 사이에 전화하여 고객 서비스 담당자와 상의하십시오.

### 보험혜택에 대한 이해

- ☐ 특히 의사를 정기적으로 만나야하는 서비스에 대해서는 *Evidence of Coverage* (EOC)에 나와있는 전체 혜택 목록을 검토하십시오. EOC 사본을 보려면, **kp.org/medicare** 를 방문하거나 **1-888-777-5536 (TTY 711)**으로 문의하십시오.
- ☐ 의료제공자 명부를 검토하거나 (의사에게 문의하여) 현재 방문하는 의사가 네트워크에 속해 있는지 확인하십시오. 해당 의사가 목록에 없으면, 새 의사를 선택해야 할 수도 있습니다.
- ☐ 약국 명부를 검토하여 처방약을 위해 이용하고 있는 약국이 네트워크에 속해 있는지 확인하십시오. 약국이 네트워크 목록에 없으면, 처방전을 위해 새로운 약국을 선택해야 할 것입니다.

### 중요한 규칙의 이해

- ☐ 월 플랜 보험료 외에도 **Medicare Part B** 보험료를 계속 지불해야 합니다. 이 보험료는 일반적으로 매달 소셜 세큐리티 수표에서 제외됩니다.
- ☐ 보험혜택, 보험료 및 / 또는 공동 부담금 / 공동 보험료는 2020 년 1 월 1 일에 변경 될 수 있습니다.
- ☐ 응급 상황 또는 긴급 상황을 제외한, 네트워크에 속하지 않은 의료 서비스 제공자 (의료 서비스 제공자 명부에 기재되지 않은 의사)의 서비스는 보장되지 않습니다.

컬럼비아 특별구에서, Kaiser Permanente 는 Medicare 계약을 체결한 HMO 플랜입니다. 메릴랜드와 버지니아에서, Kaiser Permanente 는 Medicare 와 계약된 HMO 플랜이며 Cost 플랜입니다. Kaiser Permanente 의 가입은 계약 갱신에 따라 다릅니다.



H2150\_H2172\_18\_53\_KO\_C

61132009\_2020KO







**[kp.org/medicare](https://kp.org/medicare)**

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States  
2101 East Jefferson Street  
Rockville, MD 20852

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States. 비영리 법인 및 건강 관리 기관(HMO)