

2023년 1월



가입자 계약

New York | Essential Plan 4

가입자 서비스
1-866-265-1893, TTY 711

본 문서는 귀하의

ESSENTIAL PLAN 계약서입니다

발급자:

UnitedHealthcare Community Plan

이것은 UnitedHealthcare Community Plan에서 발급한 Essential Plan 보장에 대한 귀하의 개인 계약입니다. 본 계약서는 첨부된 혜택 일람표, 신청서 및 수정본 또는 본 계약 조건을 수정하는 부칙과 함께 귀하와 당사 간의 전체 계약을 구성합니다.

귀하는 본 계약을 반환할 수 있는 권리가 있습니다. 주의해서 검토하십시오. 귀하가 만족하지 않는 경우, 본 계약을 당사에 반환하고 이를 취소하도록 요청할 수 있습니다. 귀하의 요청은 본 계약을 수신한 날로부터 십(10)일 이내에 서면으로 이루어져야 합니다. 당사는 계약 수수료 또는 기타 비용을 포함하여 지급된 보험료를 환불할 것입니다.

갱신. 본 계약의 갱신일은 보험 혜택의 발효일로부터 12개월입니다. 본 계약은 본 계약에서 면허하는 바에 따라 당사에 의해 다르게 종료되거나, 귀하가 당사에 30일의 사전 서면 통지를 하지 않는 한 갱신일에 매년 자동으로 갱신됩니다.

본 계약은 귀하가 네트워크 내 보험 적용 서비스를 받을 수 있는 옵션을 제공합니다.

네트워크 내 혜택. 본 계약은 네트워크 내 혜택만을 보장합니다. 네트워크 내 혜택을 받으려면, 오직 당사 서비스 지역 내에 위치한 UnitedHealthcare Community Plan 네트워크 제휴 서비스 제공자 및 제휴 약국으로부터만 진료를 받아야 합니다. 본 계약서의 비상 서비스 및 긴급 케어에 기술되어 있는 응급 또는 긴급 조건을 위한 케어를 제외하고, 귀하는 비제휴 서비스 제공자가 제공한 모든 케어의 비용을 지불할 책임이 있습니다.

계약서 전체 내용을 주의해서 읽으십시오. 이는 단체 계약에 따라 이용 가능한 혜택에 대해 설명합니다. 본 계약서의 약관을 이해하는 것은 귀하의 책임입니다.

본 계약은 뉴욕주의 법률에 의해 규율됩니다.

UnitedHealthcare Community Plan

목차

제I절. 정의	4
제II절. 보장 방식	10
제휴 서비스 제공자	11
주치의의 역할	11
사전 승인에 따른 서비스	13
의학적 필요성	14
중요한 전화번호 및 주소	17
제III절. 치료 및 과도기적 치료 이용	18
제IV절. 분담 비용 및 허용 금액	20
제V절. 보험 적용 대상	22
제VI절. 예방적 진료	23
제VII절. 긴급후송 및 입원 전 응급 의료 서비스	26
제VIII절. 응급 서비스 및 긴급 치료	28
제IX절. 외래환자 및 전문 서비스	30
제X절. 추가 혜택, 장비 및 장치	40
제XI절. 입원환자 서비스	45
제XII절. 정신 건강 치료 및 약물 남용 서비스	49
제XIII절. 처방약 보장	53
제XIV절. 웰빙 혜택	62
제XV절. 특정 Essential Plan 가입자를 위한 추가 혜택	63
제XVI절. 예외 및 제한	67
제XVII절. 청구 결정	70
제XVIII절. 이의 제기 처리 절차	73
제XIX절. 이용 평가	75
제XX절. 외부 이의제기	83
제XXI절. 보장 종료	88
제XXII절. 군인 가입자의 일시 중지 권리	89
제XXIII절. 일반 규정	90
제XXIV절. 혜택 일람표	99
차별금지 통지	112

제I절 정의

정의된 용어는 본 계약서 전체에서 대문자로 표시됩니다.

급성: 즉각적인 치료를 요구하는 질환 또는 부상의 발병이나 가입자의 상태 변화.

허용 금액: 보장 서비스에 대해 당사의 지급 기준이 되는 최대 금액입니다. 본 계약의 분담 비용 및 허용 금액 절에서 허용 금액 산출 방식에 관한 설명을 참조하십시오.

외래 수술 센터: 현재 외래환자를 기준으로 수술 및 관련 의료 서비스의 제공을 위해 해당 주의 규제 당국에 의해 면허를 받은 시설.

이의제기: 당사에 이용 평가 결정 또는 고충을 다시 검토하도록 요청하는 것.

잔액 청구: 비제휴 서비스 제공자가 비제휴 서비스 제공자의 비용 및 허용 금액 사이의 차이에 대해 귀하에게 청구하는 것. 제휴 서비스 제공자는 보장 서비스에 대해 귀하에게 잔액을 청구하지 않을 수도 있습니다.

계약서: 혜택 일람표 및 첨부된 부칙을 포함하여 UnitedHealthcare Community Plan에 의해 발급된 본 계약서.

공동 보험: 서비스에 대해 허용된 액수의 퍼센트로 계산되는 보장 서비스의 비용 중 귀하 몫으로서 귀하가 서비스 제공자에게 지불할 것이 요구됩니다. 이 금액은 보장 서비스 유형에 따라 차이가 있을 수 있습니다.

코페이먼트: 귀하가 서비스를 받을 때 보장 서비스에 대해 서비스 제공자에게 귀하가 직접 지급하는 고정 금액. 이 금액은 보장 서비스 유형에 따라 차이가 있을 수 있습니다.

비용분담: 코페이먼트 및/또는 공동 보험으로 표현되는 보장 서비스에 대해 귀하가 지급해야 하는 금액.

보장, 보험 적용 또는 보장 서비스: 본 계약의 이용 약관에 따라 당사가 귀하를 위해 지급, 주선 또는 승인하는 의학적으로 필요한 서비스.

내구성 의료 장비(“DME”): 내구성 의료 장비는 다음에 해당하는 장비입니다.

- 반복 사용을 목적으로 설계된 장비,
- 주로, 그리고 관례적으로 의료 목적으로 사용되는 장비,
- 일반적으로 질환 또는 부상이 없는 사람에게는 유용하지 않은 장비, 그리고
- 가정에서 사용하기에 적절한 장비.

응급 상태: 중증 통증을 포함하여 충분히 중증인 급성 증상에 의해 자체적으로 드러나는 의학적 상태나 행동 상태로서, 의학 및 건강에 대한 평균적인 지식을 갖춘 신중한 비전문가가 다음을 초래할 수 있는 즉각적인 치료의 부재를 합당하게 예상할 수 있는 의학적 상태나 행동 상태:

- 이와 같은 상태로 인해 괴로움을 겪는 사람의 건강 또는 임신부라면 여성이나 태아의 건강이 심각한 위험에 빠지거나, 행동 상태의 경우 이와 같은 사람의 건강이 심각한 위험에 빠지는 것,
- 이와 같은 사람의 신체 기능에 대한 심각한 장애,
- 이와 같은 사람의 신체 장기 또는 부분의 심각한 기능 장애, 또는
- 이와 같은 사람의 심각한 기형.

응급실 치료: 귀하가 병원 응급실에서 받는 응급 서비스.

응급 서비스: 병원 응급실의 수용 능력 범위 내에 있는 의료 선별 검사(이와 같은 응급 상태를 평가하기 위해 응급실에서 정기적으로 이용 가능한 보조 서비스 포함), 그리고 병원에서 이용 가능한 의료진 및 시설의 수용 능력 범위 내에서, 환자를 안정시키는 데 필요한 추가적인 의학적 검사 및 치료. “안정시키다”란 의학적으로 합당한 개연성 범위 내에서, 시설에서 환자를 이송하는 동안 상태가 현저히 저하되거나 갓난 아이(태반 포함)를 분만할 가능성이 없음을 보장하는 데 필요할 수 있는 의학적 응급 치료를 제공하는 것입니다.

제외: 당사가 지급하거나 보장하지 않는 의료 서비스.

외부 이익제기 대리인: 뉴욕주 금융서비스부가 뉴욕주 법률에 따라 외부 이익제기를 수행하도록 인증한 주체.

New York Essential Plan 4 가입자 계약

시설: 병원, 외래 수술 센터, 출산 센터, 투석 센터, 재활 시설, 전문간호시설, 호스피스, 뉴욕 공중보건법 제36조에 의거 인증 또는 면허된 가정 건강 진료 기관 또는 가정간호 서비스 기관, 당사의 서비스 지역 내에서 보건부의 면허를 받은 국립암센터기관-지정 암센터, 뉴욕 정신위생법 제30조에 따른 식이 장애 종합 치료 센터, 및 뉴욕 정신 위생법 제1.03조에 정의되고 뉴욕주 중독지원서비스실에 의해 인증되거나 뉴욕 공중보건법 제28조에 의거 인증된 시설(또는 다른 주에서 유사한 면허 또는 인증을 받은 시설). 귀하가 뉴욕주 바깥에서 약물 남용 장애 치료를 받는 경우, 시설에는 약물 남용 장애 치료 프로그램을 제공하기 위해 합동위원회에 의해 승인된 시설도 포함됩니다.

연방 빈곤 수준(FPL): 미국 보건사회복지부(Department of Health and Human Services)가 매년 발표하는 소득 수준 척도. 연방 빈곤 수준은 Essential Plan을 포함한 특정 프로그램 및 혜택에 대한 귀하의 자격을 판단하는 데 사용되며, 매년 업데이트됩니다.

고충: 귀하가 당사에 제기하는, 이용 평가 결정과 무관한 진정 사항.

가할 서비스: 일상 생활을 위한 기술 및 기능을 유지, 학습 또는 개선하는 데 도움이 되는 의료 서비스. 훈련 서비스에는 제한 및 장애 관리(신체, 인지 또는 행동 기능을 유지하거나 이의 저하를 막는 데 도움이 되는 서비스 또는 프로그램 포함)가 포함됩니다. 이러한 서비스는 물리 치료, 작업 치료 및 언어 치료로 구성됩니다.

의료 관리 전문가: 적절히 면허, 등록 또는 인증된 의사; 치과의사; 검안사; 척추지압사; 심리사; 사회복지사; 족병 전문의; 물리 치료사; 작업 요법사; 조산사; 언어 병리학자; 청력학자; 약사; 행동 분석가; 전담간호사; 또는 기타 뉴욕주 보험법에서 보장 서비스에 대해 환자에게 비용을 부과 및 청구하는 실제로 인정하도록 요구하는, 뉴욕주 교육법(또는 해당되는 경우 기타 유사한 주 법률) 제8편에 의거 면허, 등록 또는 인증된 의료 관리 전문가. 의료 관리 전문가의 서비스는 본 계약에 따른 혜택을 보장하기 위해 서비스 제공자 유형에 대해 합법적인 진료 범위 내에서 제공되어야 합니다.

가정 건강 진료 기관: 현재 뉴욕주 정부에 의해 또는 가정간호 서비스가 운영 및 제공되는 주의 정부에 의해 인증 또는 면허된 기관.

호스피스 간호: 뉴욕주 공중보건법 제40조에 따라 인증된 호스피스 기관에서, 또는 호스피스 기관이 위치한 주에서 요구하는 유사한 인증 절차에 따라 불치병 말기 환자 및 그 가족을 위해 편의와 지원을 제공하기 위한 치료.

병원: 다음에 해당하는 단기, 급성기, 종합 병원:

- 주로 의사의 지속적인 감독하에 부상 환자나 아픈 환자의 진단, 치료 및 관리를 위해 환자에게 진단 서비스 및 치료 서비스를 제공하는 시설,
- 내과 및 주요 외과를 갖춘 시설,
- 모든 환자가 의사 또는 치과의사의 치료를 받을 수 있는 요건을 갖춘 시설,
- 등록된 전문간호사(R.N.)에 의해, 또는 이 간호사의 감독하에 24시간 간호 서비스를 제공하는 시설,
- 뉴욕주에 위치한 경우, 42 U.S.C. 제1395x(k)절에 명시된 최소한의 기준을 충족시키는, 모든 환자에게 적용 가능한 입원 검토 플랜에 실제로 가입한 경우,
- 해당 병원의 면허 책임이 있는 기관에 의해 정식 면허된 시설, 그리고

-
- 휴식 장소, 주로 폐결핵 치료 장소, 노인을 위한 장소, 약물 중독자, 알코올 중독자를 위한 장소, 또는 요양, 수용, 교육 또는 재활 치료를 위한 장소가 아닌 부수적인 시설 이외의 시설.

병원은 헬스 리조트, 스파 또는 학교나 캠프의 양호실을 의미하지 않습니다.

입원: 병원에서 입원환자로서 입원이 요구되고 대개 야간 체류가 요구되는 케어.

병원 외래환자 치료: 대개 야간 체류를 요구하지 않는 병원에서의 치료.

합법적으로 거주하는 이민자: “합법적으로 거주하는”이란 용어에는 다음과 같은 이민자가 포함됩니다.

- 대기 기간이 없는 “유자격 비시민권자” 지위
- 인도주의적 지위 또는 상황(임시 보호 지위, 특수 청소년 지위, 난민 신청자, 고문 방지 협약, 인신매매 피해자 포함)
- 유효한 비이민 비자
- 다른 법률에 의해 부여된 법적 지위(임시 거주 지위, LIFE 법안, Family Unity 개인). 적격의 이민 지위에 대한 전체 목록을 보려면 웹사이트(<http://www.healthcare.gov/immigrants/immigration-status/>)를 방문하거나 1-855-355-5777번으로 뉴욕주 보건부(NY State of Health)에 전화하십시오.

의학적 필요성: 본 계약의 보장 방식 절에서 정의를 참조하십시오.

메디케어: 개정된 제XVIII편 사회보장법.

네트워크: 귀하에게 의료 서비스를 제공하도록 당사가 계약한 서비스 제공자.

뉴욕주 보건부(New York State of Health, “NYSOH”): 뉴욕주 보건부, 공식 보건 계획 마켓플레이스(Official Health Plan Marketplace). NYSOH는 개인, 가족 및 소기업이 건강 보험 옵션에 관한 정보를 얻고, 비용, 혜택 및 기타 중요한 특성에 기초하여 플랜을 비교하고, 플랜을 선정하고, 보험에 가입할 수 있는 건강 보험 마켓플레이스입니다. 또한 NYSOH는 소득이 낮거나 중간 수준인 사람들이 메디케이드, Child Health Plus, Premium Tax Credits, Cost-Sharing Reductions를 포함한 보험 혜택에 대해 비용을 지급하는 데 도움이 되는 프로그램 관련 정보도 제공합니다.

비제휴 서비스 제공자: 귀하에게 의료 서비스를 제공하도록 당사와 계약을 체결하지 않은 서비스 제공자. 비제휴 서비스 제공자의 서비스는 응급 서비스에 대해서만, 또는 당사가 면허한 경우에만 보험이 적용됩니다.

자기부담비용 제한: 당사가 보장 서비스에 대해 허용 금액의 100%를 지급하기 전에 플랜 연도 중에 비용분담에 대해 귀하가 지급하는 한도액. 이 제한에는 귀하의 보험료, 잔액 청구 비용 또는 당사가 보장하지 않는 의료 서비스 비용이 포함되지 않습니다.

제휴 서비스 제공자: 귀하에게 의료 서비스를 제공하도록 당사와 계약을 체결한 서비스 제공자. 제휴 서비스 제공자 및 그 위치 목록은 당사 웹사이트(myuhc.com/CommunityPlan)에서 입수하거나 또는 당사에 요청하면 입수할 수 있습니다. 이 목록은 수시로 개정됩니다.

New York Essential Plan 4 가입자 계약

의사 또는 의사 서비스: 유면허 의사(M.D. – Medical Doctor(의사) 또는 D.O. – Doctor of Osteopathic Medicine(정골 요법 의사))가 제공하거나 조정하는 의료 서비스.

플랜 연도: 계약이 효력을 발휘하는 계약 발효일 또는 그 이후의 계약해당일이 시작되는 12개월의 기간.

사전 승인: 보장 서비스, 절차, 치료 계획, 장치 또는 처방약이 의학적으로 필요한 보장 서비스, 절차, 치료 계획, 장치 또는 처방약을 귀하가 수령하기 전에 당사가 내리는 결정. 본 계약서의 혜택 일람표 절에는 어떤 보장 서비스에 사전 승인이 필요한지 나와 있습니다.

보험료: 귀하의 건강 보험에 대해 지급해야 하는 금액입니다.

처방약: 미국 식약청(Food and Drug Administration, “FDA”)에 의해 승인되었으며, 연방 또는 주 법률에 의거하여 처방 주문 또는 리필에 따라서만 제공될 수 있고, 당사의 의약품집에 있는 약품, 제품 또는 기기. 처방약에는 그 특성으로 인해 자가 투여 또는 비숙련 간병인에 의한 투여에 적합한 약물이 포함됩니다.

일차진료의(Primary Care Physician, “PCP”): 대개 내과 또는 가정의학과 의사이며, 귀하를 위해 일련의 의료 서비스를 직접 제공 또는 조정하는 제휴 의사.

의료 서비스 제공자: 주 법률에서 요구하는 바에 따라 면허, 등록, 인증 또는 승인된 의사, 의료 전문가 또는 시설. 또한 의료 서비스 제공자에는 주 법률에서 요구하는 바에 따라 면허, 등록, 인증 또는 승인되고 본 계약에 따라 보장되는 당뇨병 장비 및 소모품, 내구성 의료 장비, 의료용 소모품 또는 기타 장비 또는 소모품의 협력업체 또는 불출업체가 포함됩니다.

진료 의뢰서: 가입자를 위한 추가 치료를 주선하기 위해 다른 제휴 서비스 제공자로부터 특정 제휴 서비스 제공자(대개 PCP로부터 제휴 전문의에게)에게 제공하는 승인. 진료 의뢰서는 전자적으로 또는 진료 의뢰서 양식을 작성하는 귀하의 서비스 제공자에 의해 전송될 수 있습니다. 본 계약의 치료 및 과도기적 치료 이용 절에 명시된 경우 또는 당사가 원래 승인한 경우를 제외하고, 비제휴 서비스 제공자에게는 진료 의뢰를 하지 않습니다. 진료 의뢰서가 필수는 아니지만 귀하가 이 계약서의 혜택 일람표 절에 열거된 특정 서비스에 대해 더 낮은 비용분담을 지불하기 위해 필요합니다.

재활 서비스: 아프거나, 다치거나, 장애를 가져서 손실 또는 손상된 일상 생활을 위한 기술 및 기능을 유지, 회복 또는 개선하는 데 도움이 되는 의료 서비스. 이러한 서비스는 입원환자 및/또는 외래환자 치료 환경의 물리 치료, 작업 치료 및 언어 치료로 구성됩니다.

혜택 일람표: 본 계약서에서 코페이먼트, 공동 보험, 자기부담비용 한도, 사전 승인 요건, 진료 의뢰 요건 및 기타 보장 서비스 한도를 설명하는 절.

서비스 지역: 당사가 지정하고 뉴욕주에 의해 승인되어 당사가 보험 보장을 제공하는 지리적 지역.

당사의 서비스 지역에 속한 카운티: Albany, Bronx, Broome, Cayuga, Chautauqua, Chemung, Chenango, Clinton, Columbia, Essex, Franklin, Fulton, Genesee, Jefferson, Kings, Lewis, Madison, Monroe, Nassau, New York, Niagara, Oneida, Onondaga, Ontario, Orange, Orleans, Oswego, Queens, Rensselaer, Richmond, Rockland, Saratoga, Schenectady, Seneca, St. Lawrence, Suffolk, Tioga, Ulster, Warren, Wayne, Westchester 및 Yates.

전문간호시설: 다음과 같은 기관 또는 기관의 전문 부문: 현재 주 또는 현지 법률에 의거 면허 또는 승인되었음, 합동위원회 또는 미국정골의학협회 병원국에 의해 승인된 전문 간호 시설, 장기 간호 시설 또는 요양원으로서 또는 메디케어에 의거한 또는 당사가 이러한 당국들 중 하나의 기준을 충족하는 것으로 판단한 전문 간호 시설로서 전문 간호 및 관련 서비스를 제공하는 데 주로 종사함.

전문의: 특정 유형의 증상 및 상태를 진단, 관리, 예방 또는 치료하기 위해 특정 의학 분야 또는 환자 집단에 집중하는 의사.

가입자: 본 계약을 발급한 사람입니다. 가입자가 이의 제기 또는 응급실 입원 또는 방문에 따라 통지를 제공해야 할 때마다, “가입자”는 가입자의 피지명인을 의미하기도 합니다.

UCR(Usual, Customary and Reasonable, 평소 관례상 타당한 결정): 지역의 서비스 제공자가 대개 동일하거나 유사한 의료 서비스에 대해 부과하는 금액에 기초하여 지리적 지역 내 의료 서비스에 대하여 지불한 금액.

긴급 치료: 합당한 사람이 당장 치료를 받고자 하기에 충분한 심각한 질병, 부상 또는 상태에 대한 의학적 치료, 단 응급실 치료가 필요할 정도로 심각하지는 않음. 긴급 치료는 제휴 의사의 진료소 또는 응급 치료 센터에서 제공할 수 있습니다.

긴급 치료 센터: 긴급 치료를 제공하는 면허된 시설(병원 외).

당사를, 당사가, 당사: UnitedHealthcare Community Plan 및 당사가 본 계약에 따라 당사를 대신하여 업무를 수행하도록 합법적으로 권한을 위임하는 모든 사람.

이용 평가: 서비스가 현재 의학적으로 필요하거나 과거에 필요했는지, 또는 그것이 실험 또는 임상시험용(즉, 희귀 질환 또는 임상 시험 치료)인지 결정하기 위한 검토.

귀하, 귀하의: 가입자.

제II절 보장 방식

A. 본 계약에 의거한 귀하의 보장

귀하는 Essential Plan에 가입했습니다. 당사는 귀하에게 본 계약서에 기술된 혜택을 제공할 것입니다. 귀하는 귀하의 향후 참조를 위해 이용 가능한 귀하의 다른 중요한 서류와 함께 본 계약서를 보관해야 합니다.

B. 보장 서비스

귀하는 보장 서비스가 다음에 해당되는 경우에만 본 계약의 이용 약관에 따라 보장 서비스를 받게 됩니다.

- 의학적 필요성,
- 제휴 서비스 제공자가 제공함,
- 보장 서비스로 등재되어 있음,
- 본 계약서의 혜택 일람표 절에 기술된 혜택 제한을 초과하지 않음, 그리고
- 귀하의 계약이 시행되는 동안 서비스를 받음.

귀하가 당사 서비스 지역을 벗어난 곳에 있는 경우, 귀하의 응급 상태 치료 및 긴급 치료를 위한 응급 서비스, 입원 전 응급 의료 서비스로 보장 범위가 제한됩니다.

C. 제휴 서비스 제공자

서비스 제공자가 제휴 서비스 제공자인지 확인하는 방법:

- 귀하의 요청 시 당사의 서비스 제공자 디렉터리 확인,
- **1-866-265-1893**, TTY **711**번으로 전화를 걸거나
- 당사 웹사이트(myuhc.com/CommunityPlan)를 방문.

서비스 제공자 디렉터리는 귀하에게 우리 제휴 서비스 제공자에 대한 다음과 같은 정보를 제공할 것입니다.

- 명칭, 주소, 전화번호
- 전문 분야
- 협회 인증(해당되는 경우)
- 사용 언어
- 제휴 서비스 제공자가 새로운 환자를 받는지 여부

귀하는 다음 상황에서 제휴 서비스 제공자가 아닌 서비스 제공자로부터 보장 서비스를 받는 경우에만 그러한 보장 서비스에 대하여 적용될 수 있는 일체의 비용분담에 대하여 책임을 집니다.

- 서비스 제공자가 당사의 온라인 서비스 제공자 디렉터리에 제휴 서비스 제공자로 열거되어 있는 경우,
- 서비스 제공자를 제휴 서비스 제공자로 열거한 당사의 서비스 제공자 문서 디렉터리가 발간일 기준으로 부정확한 경우,
- 서비스 제공자에 관한 귀하의 네트워크 상태 정보 전화 요청에 대하여 당사가 해당 서비스 제공자가 제휴 서비스 제공자라는 서면 고지를 제공한 경우, 또는
- 당사가 귀하에게 네트워크 상태 정보에 관한 귀하의 전화 요청일로부터 근무일 기준 일(1) 일 내에 서면 고지를 제공하지 않은 경우.

이러한 상황에서 서비스 제공자가 귀하에게 비용분담 이상을 청구하고 귀하가 이 금액을 지불한 경우, 귀하는 서비스 제공자로부터 해당 금액 및 이자를 환불받을 권리가 있습니다.

D. 일차진료의 역할

본 계약은 귀하가 일차진료의(PCP)를 선정할 것을 요구합니다. 비록 귀하가 PCP로부터 진료를 받는 것이 권장되지만, PCP로부터 서면 진료 의뢰서를 받아야 제휴 서비스 제공자로부터 전문의 진료를 받을 수 있는 것은 아닙니다. 귀하는 Essential Plan UnitedHealthcare Community Plan 네트워크의 PCP 목록에서 이용 가능한 제휴 PCP를 선정할 수 있습니다. 특정 상황에서, 귀하는 귀하의 PCP로 전문의를 지정할 수 있습니다. 본 계약의 치료 및 과도기적 치료 이용 절에서 전문의 지정에 관한 보다 자세한 정보를 참조하십시오. PCP를 선정하려면 당사 웹사이트(myuhc.com/CommunityPlan)를 방문하십시오. PCP를 선정하지 않는 경우, 당사가 배정해 드립니다.

비용 분담의 목적을 위해, 귀하가 일반 진료, 가정의학과, 내과, 소아과 및 OB/GYN 이외의 일차 또는 이차 전문 진료를 제공하는 PCP(또는 PCP에 대해 보장하는 의사)의 서비스를 받고자 하는 경우, 귀하는 제공된 서비스가 전문 치료와 관련이 있을 때 본 계약의 혜택 일람표 절에 명시된 전문 의사 진료 비용 분담금을 지급해야 합니다.

E. 서비스 제공자 이용 및 서비스 제공자 변경

때때로 당사 서비스 제공자 디렉터리의 서비스 제공자를 이용할 수 없습니다. 당사에 귀하가 선정한 PCP에 대해 알리기 전에, 귀하는 서비스 제공자에게 연락을 취하여 이 제공자가 새로운 환자를 받는지 확인해야 합니다.

서비스를 제공 받고자 하는 경우, 이 제공자의 진료소에 전화하여 귀하가 UnitedHealthcare Community Plan 가입자임을 서비스 제공자에게 말하고 귀하의 진료를 받고자 하는 이유를 설명하십시오. 이용 가능한 귀하의 ID 카드 입수. 서비스 제공자의 진료소에서 귀하의 가입자 ID 번호를 요구할 수 있습니다. 귀하가 서비스 제공자의 진료소를 방문할 때, 귀하의 ID 카드를 지참하십시오.

통상적 근무 시간 후에 담당 서비스 제공자를 접촉하려면 서비스 제공자의 진료소로 전화하십시오. 귀하의 서비스 제공자, 또는 서비스를 얻는 방법에 대한 안내를 제공하는 자동응답기, 또는 다른 서비스 제공자에게 연결될 것입니다. 응급 상태인 경우, 가장 가까운 병원 응급실에서 즉각적인 치료를 받거나 **911**로 전화하십시오.

귀하는 가입자 서비스부(**1-866-265-1893**, TTY **711**)에 전화하여 귀하의 PCP를 변경할 수 있습니다.

귀하가 거주하는 국가에 또는 승인된 시간 및 거리 기준 내에 있는 인접 국가에 특정 서비스 제공자 타입을 위한 제휴 서비스 제공자가 없는 경우, 당사는 귀하가 해당 진료를 더 이상 필요로 하지 않거나 당사가 우리 네트워크에 해당 시간 및 거리 기준을 충족하는 제휴 서비스 제공자를 확보하고 귀하의 진료가 그 제휴 서비스 제공자에게 이전될 때까지 특정 비제휴 서비스 제공자에 대한 승인을 인정할 것입니다. 귀하의 PCP는 UnitedHealthcare의 사전승인부 1-866-604-3267번으로 전화하여 귀하가 UnitedHealthcare 네트워크에 속하지 않은 전문의에게 갈 수 있도록 승인을 득해야 합니다. 전문의는 UnitedHealthcare와 협력하기로 합의하고 당사의 지급을 전액 결제로 수락해야 합니다. 이 허락을 “사전 승인”이라고 합니다. 귀하의 PCP는 UnitedHealthcare 네트워크에 있지 않은 전문의에게로 귀하를 보낼 때 귀하에게 이 모든 것을 설명할 것입니다. UnitedHealthcare 네트워크에 있지 않은 서비스 제공자를 이용하기 위한 귀하의 요청이 포함해야 하는 문서에 대한 상세 정보는 “서비스 승인” 섹션을 참조하십시오. UnitedHealthcare Community Plan이 UnitedHealthcare 네트워크에 있지 않은 서비스 제공자의 이용을 허락하는 경우, 귀하는 이 핸드북에 설명된 코페이먼트를 제외하고는 어떤 비용에 대해서도 책임이 없습니다. 비제휴 서비스 제공자가 제공하는 보장 서비스는 제휴 서비스 제공자가 제공한 것과 같이 비용이 지급될 것입니다. 귀하는 해당 네트워크 내 비용분담에 대해서만 책임을 지게 됩니다.

F. 네트워크 외 서비스

비제휴 서비스 제공자의 서비스는 귀하의 비상 상태를 처치하기 위한 응급 서비스 및 병원전 응급 서비스와 앰블런스 서비스를 제외하고, 또는 본 계약에서 특별히 보장하지 않는 한 보장이 되지 않습니다.

G. 사전 승인 대상 서비스

귀하가 특정 보장 서비스를 받기 전에 당사로부터 사전 승인이 요구되지 않습니다. 귀하의 PCP 또는 제휴 서비스 제공자는 본 계약의 혜택 일람표 절에 명시된 네트워크 내 서비스에 대해 사전 승인을 요청해야 할 책임이 있습니다.

H. 사전 승인 절차

귀하가 사전 승인을 요구하는 서비스에 대해 보장을 받고자 하는 경우, 귀하의 서비스 제공자가 UnitedHealthcare의 사전 승인 부서에 1-866-604-3267번으로 연락을 해야 합니다.

귀하의 서비스 제공자는 다음과 같이 사전 승인 요청을 위해 당사에 연락을 해야 합니다.

- 귀하의 서비스 제공자가 환자의 입원을 권장할 때 예정된 입원 또는 수술을 하기 최소 이(2) 주 전. 이것이 가능하지 않을 경우, 입원 전 정규 영업 시간 중에, 합당하게 가능한 한 빨리.
- 귀하의 서비스 제공자가 병원의 통원 수술실 또는 통원 수술 센터에서 수술 또는 절차를 수행해야 한다고 권장할 때 통원 수술 또는 통원 치료 절차를 수행하기 최소 이(2) 주 전. 이것이 가능하지 않을 경우, 수술 또는 절차 전 정규 영업 시간 중에, 합당하게 가능한 한 빨리.
- 임신 첫 삼(3)개월 내, 또는 합리적으로 가능한 한 속히 및 또한 귀하의 병원 체류가 질분만의 경우 48시간 또는 제왕절개 분만의 경우 96시간을 넘어 연장될 것으로 예상되는 경우 실제 분만일 후 48시간 이내에
- 비응급 상태에 대해 항공기 긴급후송 서비스를 제공하기 전

귀하는 당사에 연락하여 다음과 같이 통지를 제공해야 합니다.

- 응급 상태에 대해 항공기 긴급후송 서비스를 제공할 때 합당하게 가능한 한 빨리
- 비상 상태의 경우에 입원한다면 귀하는 입원 후 48시간 내에 또는 그후 합리적으로 가능한 한 속히 당사에 전화해야 합니다.

I. 사전 승인 요청 실패

귀하가 본 절에 따른 혜택을 위해 당사의 사전 승인을 받는 데 실패하는 경우, 당사는 해당 치료에 대해 당사가 달리 지급했을 수 있는 비용보다 \$500가 적은 금액, 또는 해당 치료에 대해 당사가 달리 지급했을 수 있는 금액의 50% 중 귀하에게 더 큰 혜택이 될 수 있는 비용을 지급할 것입니다. 귀하는 서비스에 대한 나머지 비용을 지급해야 합니다. 당사는 귀하가 당사의 사전 승인을 요구하지 않았더라도 해당 치료가 의학적으로 필요한 것이었다고 판단하는 경우 상기에 지정된 금액을 지급할 것입니다. 서비스에 대한 의학적 필요성이 없었다고 당사가 판단하는 경우, 귀하는 서비스에 대한 전체 비용을 지급해야 할 책임이 있습니다.

J. 의료 관리

당사가 서비스를 보장해야 하는 시기를 결정하기 위해 본 계약에 따라 귀하에게 제공되는 혜택에는 서비스 전, 동시 및 소급 검토가 적용됩니다. 이러한 검토의 목적은 절차 이용, 그리고 적절한 경우, 서비스를 수행하는 환경 또는 장소를 검토함으로써 비용 효율적인 의학적 치료를 제공하도록 촉진하는 데 있습니다. 보장하는 서비스는 제공할 혜택에 대한 의학적 필요성이 있어야 합니다.

K. 의학적 필요성

당사는 의료 서비스, 절차, 치료, 검사, 장치, 처방약 또는 소모품(“서비스”로 통칭)이 의학적으로 필요하다고 판단하는 한 본 계약에 설명된 혜택을 보장합니다. 서비스 제공자가 서비스를 제공, 처방, 주문, 권장 또는 승인했다는 사실은 그것이 의학적으로 필요한 것과 무관하며, 당사가 이를 보장해야 함을 의미하지도 않습니다.

당사는 다음의 검토에 근거하여 결정을 내릴 수 있습니다.

- 귀하의 병력
- 당사의 의료 정책 및 임상 지침
- 전문 협회, 동료 검토 위원회 또는 기타 의사 단체의 의학적 소견
- 동료 검토를 거친 의학 문헌의 보고서
- 과학적 근거 데이터를 포함하여 미국내에서 인정하는 의료 단체가 발표한 보고서 및 지침
- 진단, 관리 또는 치료에 대해 미국에서 일반적으로 인정하는 안전성 및 효율성에 대한 전문적인 기준
- 일반적으로 인정되는 의료 전문성과 관련된 의료 전문가의 의견
- 신빙성이 있지만 상반되는 소견을 기각하지 않는 담당 서비스 제공자의 의견

서비스는 다음의 경우에만 의학적으로 필요한 것으로 간주됩니다.

- 유형, 횟수, 범위, 부위 및 기간 측면에서 임상적으로 적절하고, 귀하의 질병, 부상 또는 질환에 대해 효과가 있다고 간주되는 경우
- 해당 상태에 대한 직접적인 진료 및 치료 또는 관리에 필요한 경우
- 서비스가 제공되지 않았을 때 귀하의 상태에 부정적인 영향이 있을 수 있는 경우
- 일반적으로 인정되는 의료 행위 기준에 따라 제공되는 경우
- 주로 귀하, 귀하의 가족 또는 귀하의 서비스 제공자의 편의를 위한 것이 아닌 경우
- 적어도 동등한 치료 또는 진단 결과를 산출할 가능성이 있는 대체 서비스 또는 연속 서비스보다 더 많은 비용이 들지 않는 경우
- 서비스의 설정 또는 배정이 검토에 속하는 경우, 귀하에게 더 낮은 비용 설정에서 제공해도 안전할 수 있는 서비스는 만약 그것이 더 높은 비용 설정에서 수행되는 경우 의학적으로 필요한 것으로 간주되지 않을 것입니다. 예컨대, 당사는 수술이 외래환자 기준으로 수행될 수 있었던 경우의 수술에 대해, 또는 의사의 진료소나 가정에서 약물이 제공될 수 있었던 경우 병원의 외래환자과에서 제공된 전문 약물의 주입이나 주사에 대해 환자 입원 비용을 보장하지 않습니다.

본 계약의 이용 평가 및 외부 이의제기 절차에서 서비스가 의학적으로 필요하지 않다는 당사의 결정에 대한 귀하의 내부 이의제기 및 외부 이의제기 권리를 참조하십시오.

L. 서프라이즈빌로부터의 보호

1. 서프라이즈빌. 서프라이즈빌은 다음 상황에서 보장 서비스에 대해 귀하가 받는 청구입니다.

- 다음의 경우에 제휴 병원 또는 외래 수술 센터에서 비제휴 서비스 제공자에 의해 수행되는 서비스:
 - 의료 서비스가 수행되는 시점에 제휴 서비스 제공자의 서비스를 이용할 수 없음,
 - 비제휴 서비스 제공자가 귀하 모르게 서비스를 수행, 또는
 - 의료 서비스 수행 시 발생하는 예측하지 못한 의료 문제 또는 서비스.

제휴 의사 서비스를 이용할 수 있는데 귀하가 비제휴 의사의 서비스를 받겠다고 선택한 경우 서프라이즈빌에는 의료 서비스에 대한 청구가 포함되지 않습니다.

- 비제휴 서비스 제공자에게 진료 의뢰를 하는 것이고 그로 인해 당사가 보장하지 않는 비용을 초래할 수 있음을 확인하는 귀하의 명시적인 서면 동의 없이 제휴 의사가 비제휴 서비스 제공자에게 귀하를 의뢰한 경우. 서프라이즈빌에서 비제휴 서비스 제공자에게 진료 의뢰를 한다는 것은 다음을 의미합니다.
 - 보장 서비스가 비제휴 서비스 제공자에 의해 제휴 의사의 진료소에서 수행되거나 동일한 방문 중 진료 과정에서 수행되는 경우,
 - 제휴 의사가 제휴 의사의 진료소에서 귀하로부터 검체를 채취하여 비제휴 검사실 또는 병리학자에게 전송하는 경우, 또는
 - 귀하의 계약에 따라 진료 의뢰서가 요구될 때 제휴 의사의 요청에 따라 다른 보장 서비스가 비제휴 서비스 제공자에 의해 수행되는 경우.

귀하는 귀하의 네트워크 내 비용분담을 초과하는 서프라이즈빌에 대한 비제휴 서비스 제공자 청구에 대해 책임을 지지 않습니다. 비제휴 서비스 제공자는 귀하의 비용분담에 대해서만 귀하에게 청구할 수 있습니다. 귀하는 양식을 작성하여 귀하가 서프라이즈빌을 받았음을 당사 및 비제휴 서비스 제공자에게 통지할 수 있습니다.

서프라이즈빌 증명 양식은 www.dfs.ny.gov에서 입수할 수 있으며 또는 당사 웹사이트(myuhc.com/CommunityPlan)를 방문하여 양식을 입수할 수 있습니다. 귀하는 양식 사본을 귀하의 ID 카드에 있는 주소로 당사에 우편으로 발송하고 귀하의 서비스 제공자에게 발송해야 합니다.

2. 독립적인 분쟁 해결 절차. 당사 또는 서비스 제공자 중 하나가 주에서 배정한 분쟁 해결 주체(“IDRE”)로 서프라이즈빌과 관련된 분쟁을 제출할 수 있습니다. IDRE는 분쟁을 접수하고 30일 이내에 당사의 지급 또는 서비스 제공자의 비용이 합당한지 결정합니다.

M. Telehealth를 사용한 보험 적용 서비스 제공

귀하의 제휴 서비스 제공자가 Telehealth를 사용하여 보장 서비스를 제공하는 경우, 해당 서비스가 telehealth를 통해 제공되기 때문에 당사는 보장 서비스를 거부하지 않습니다. Telehealth를 사용해 제공되는 보장 대상 서비스에는 이용 평가 및 품질 보증 요건과 기타 Telehealth를 사용해 제공되지 않을 때 같은 서비스를 위해 적어도 그러한 요건만큼 유리한 본 계약서의 조건이 적용될 수 있습니다. “Telehealth”란 귀하의 장소가 제휴 서비스 제공자의 장소와 다른 동안에 제휴 서비스 제공자가 귀하에게 보장 서비스를 제공하기 위해 전자 정보 및 의사소통 기술을 사용하는 것을 의미합니다.

N. 사례 관리

사례 관리는 심각하고, 복잡하고/하거나 만성적인 건강 상태로 인해 있는 건강 관리가 필요한 가입자를 위한 서비스를 조정하는 데 도움을 줍니다. 당사 프로그램은 혜택을 조정하고, 건강 관련 니즈를 충족시키는 데 도움이 되는 사례 관리 프로그램에 참여하기로 동의하는 가입자들에게 교육을 제공합니다.

당사 사례 관리 프로그램은 기밀을 보장하며 자발적으로 참여하는 프로그램입니다. 이러한 프로그램은 추가 비용 없이 귀하에게 제공되며, 보장 서비스를 변경하지 않습니다. 귀하가 프로그램 기준을 충족시키고 이에 참여하는 데 동의하는 경우, 당사가 건강에 대해 확인된 귀하의 니즈를 충족시키는 데 도움을 드릴 것입니다. 이것은 귀하 및/또는 귀하의 승인된 대리인, 치료하는 의사 및 다른 서비스 제공자와의 접촉 및 팀워크를 통해 달성합니다. 또한, 당사는 귀하의 요구를 충족시키기 위해 기존의 커뮤니티 기반 프로그램 및 서비스와 의료 서비스를 조정하는 것을 지원할 수 있으며, 여기에는 귀하에게 외부 기관과 커뮤니티 기반 프로그램 및 서비스에 관한 정보를 제공하는 것이 포함될 수 있습니다.

중증 또는 만성 질병이나 부상과 관련된 특정 사례에서, 당사는 보장 서비스로 등재되지 않은 당사의 사례 관리 프로그램을 통해 대체 치료에 대한 혜택을 제공할 수 있습니다. 또한 당사는 본 계약의 혜택 한도 범위를 넘어 보장 서비스를 연장할 수 있습니다. 당사는 대체 또는 연장 혜택이 귀하 및 당사에 가장 이익이 된다고 결정하는 경우 사례별로 결정을 내릴 것입니다.

본 규정의 어떤 내용도 당사의 결정에 대해 귀하가 이의제기하는 것을 방해하지 않습니다. 하나의 사례에서 연장 혜택을 제공하거나 대체 치료를 승인하는 결정은 당사가 귀하 또는 다른 가입자에게 다시 동일한 혜택을 제공해야 할 의무를 지우지 않습니다. 당사는 언제든지 연장 혜택에 대한 변경이나 중지를 하거나 대체 치료를 승인할 수 있는 권리를 보유하고 있습니다. 이와 같은 경우, 당사는 서면으로 귀하 또는 귀하의 대리인에게 통지할 것입니다.

O. 중요한 전화번호 및 주소

• **클레임(혜택 청구):**

UnitedHealthcare Community Plan Medical Claims
P.O. Box 5240
Kingston, NY 12402-5240

UnitedHealthcare Community Plan Dental Claims
P.O. Box 2061
Milwaukee, WI 53201

• **진정, 고충 및 이용 평가 이의제기:**

1-866-265-1893번으로 가입자 서비스부에 전화하십시오.

서신 발송:

UnitedHealthcare Community Plan
Attn: Essential Plan Complaints, Appeals and Grievances
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131

• **서프라이즈빌 증명 양식:**

귀하의 ID 카드에 기재된 주소를 참조하십시오.

(서프라이즈빌 증명 양식은 이 주소로 제출하십시오.)

• **응급 및 긴급 진료:**

1-866-265-1893

오전 8:00 - 오후 6:00, 월요일 - 금요일

• **가입자 서비스: 1-866-265-1893**

가입자 서비스부 담당자는 월요일 - 금요일, 오전 8:00 - 오후 6:00까지 근무합니다.

• **사전 승인: 1-866-604-3267**

• **행동 건강 서비스: 1-866-265-1893, TTY 711**

• **당사 웹사이트: myuhc.com/CommunityPlan**

제III절

치료 및 과도기적 치료 이용

A. 비제휴 서비스 제공자에 대한 승인

당사가 귀하의 상태를 치료하기 위한 적절한 교육 및 경험을 갖춘 제휴 서비스 제공자를 확보하지 못했다고 결정하는 경우, 당사가 적절한 비제휴 서비스 제공자를 승인할 것입니다. 귀하의 제휴 서비스 제공자가 특정 비제휴 서비스 제공자에 대한 사전 승인을 요청해야 합니다. 비제휴 서비스 제공자에 대한 사전 승인의 재가는 귀하 또는 다른 치료 서비스 제공자의 편의를 위해 하지 않을 것이며 반드시 귀하가 요청한 특정 비제휴 서비스 제공자에 대한 것은 아닐 수 있습니다. 당사가 승인을 하는 경우, 비제휴 서비스 제공자에 의해 수행되는 모든 서비스는 귀하의 PCP, 비제휴 서비스 제공자 및 귀하와의 상의 하에 당사가 승인한 치료 계획에 따릅니다. 비제휴 서비스 제공자가 제공하는 보장 서비스는 제휴 서비스 제공자가 제공한 것과 같이 비용이 보장될 것입니다. 귀하는 해당 네트워크 내 비용분담에 대해서만 책임을 지게 됩니다. 승인이 재가되지 않는 경우, 비제휴 서비스 제공자가 수행한 서비스는 보장되지 않을 것입니다.

B. 전문의가 귀하의 일차진료의가 될 수 있는 경우

귀하에게 장기간에 걸친 전문 진료가 요구되는 생명위협적 조건 또는 질병 또는 퇴행성 및 장애성 조건 또는 질병이 있는 경우, 귀하는 제휴 서비스 제공자인 전문의가 귀하의 PCP가 되도록 요구할 수 있습니다. 전문의가 귀하의 PCP가 되기를 귀하가 원하는 경우, 귀하는 이를 귀하의 전문의와 의논하고 그가 귀하의 PCP의 역할을 할 의향이 있는지를 그 의사에게 물어보아야 합니다. 이는 귀하의 전문의가 귀하의 전반적 건강 니즈를 관리하고, 검사실 검사, x-레이 및 다른 전문의 방문 위탁을 조율할 책임이 있을 것임을 의미합니다. 귀하의 전문의가 동의하는 경우, 그가 귀하의 PCP의 역할을 할 의향과 그 이유를 확인하는 서한을 다음 주소로 발송하도록 요구하십시오. Member Services Director, UnitedHealthcare Community Plan, One Penn Plaza, 8th Floor, New York, NY 10119. 당사는 귀하의 요청을 검토하여 변경을 발효시킨 때를 알려드릴 것입니다. 승인은 귀하의 PCP, 전문의 및 귀하와의 상의 하에 당사가 승인한 치료 계획을 따를 것입니다. 당사는 당사의 네트워크 내에 적절한 서비스 제공자가 없다고 판단하지 않는 한 비제휴 전문의를 승인하지 않을 것입니다. 당사가 비제휴 전문의를 승인하는 경우, 승인된 치료 계획에 따라 비제휴 전문의가 제공하는 보장 서비스는 제휴 서비스 제공자가 이를 제공한 경우처럼 지급될 것입니다. 귀하는 적용 가능한 네트워크 내 비용분담에 대해서만 책임을 집니다.

C. 제휴 전문의에 대한 존속 승인

귀하가 지속적으로 전문 치료를 받고자 하는 경우, 귀하는 제휴 서비스 제공자인 전문의에 대한 “존속 승인”을 받을 수 있습니다. 이는 귀하가 전문의 서비스를 필요로 할 때마다 귀하의 PCP로부터 새로운 승인을 받을 필요가 없음을 의미합니다. 당사가 전문의 및 귀하의 PCP와 상의하여 귀하가 존속 승인을 받을 수 있는지 결정할 것입니다. 승인은 귀하의 PCP, 전문의 및 귀하와의 상의 하에 당사가 승인한 치료 계획을 따를 것입니다. 치료 계획에는 방문 횟수 또는 방문이 승인된 기간에 대한 제한이 있을 수 있으며, 제공된 전문 치료 및 필요한 모든 의료 정보에 관한 정기적인 업데이트를 귀하의 PCP에게 제공하도록 전문의에게 요구할 수 있습니다. 당사는 당사의 네트워크 내에 적절한 서비스 제공자가 없다고 판단하지 않는 한 비제휴 전문의에 대한 존속 승인을 승인하지 않을 것입니다. 당사가 비제휴 전문의에 대한 존속 승인을 하는 경우, 승인된 치료 계획에 따라 비제휴 전문의가 제공하는 보장 서비스는 제휴 서비스 제공자가 이를 제공한 경우처럼 지급될 것입니다. 귀하는 해당 네트워크 내 비용분담에 대해서만 책임을 지게 됩니다.

D. 전문 치료 센터

귀하에게 장기간의 전문적인 치료가 필요한 생명을 위협하는 상태나 질환 또는 퇴행성 및 장애 상태나 질환이 있는 경우, 귀하는 귀하의 상태 또는 질환 치료에 대한 전문 지식을 갖춘 전문 치료 센터에 대한 승인을 요청할 수 있습니다. 전문 치료 센터는 주의 기관, 연방 정부 또는 국립 보건 기구로부터 귀하의 질환이나 상태를 치료하기 위한 전문 지식을 갖춘 것으로 인가 또는 지정을 받은 센터입니다. 당사가 귀하의 PCP, 귀하의 전문의 및 전문 치료 센터와 상의하여 이와 같은 승인을 할 것인지 결정합니다. 승인은 전문 치료 센터에 의해 개발되고 귀하의 PCP 또는 전문의 및 귀하와의 상의 하에 당사가 승인한 치료 계획을 따를 것입니다. 당사는 당사의 네트워크 내에 적절한 전문 치료 센터가 없다고 판단하지 않는 한 비제휴 전문 치료 센터에 대한 승인을 면허하지 않을 것입니다. 당사가 비제휴 전문 치료 센터에 대한 존속 승인을 하는 경우, 승인된 치료 계획에 따라 비제휴 전문 치료 센터가 제공하는 보장 서비스는 제휴 전문 치료 센터가 이를 제공한 경우처럼 지급될 것입니다. 귀하는 해당 네트워크 내 비용분담에 대해서만 책임을 지게 됩니다.

E. 귀하의 서비스 제공자가 네트워크를 떠나는 경우

귀하의 서비스 제공자가 당사 네트워크를 떠날 때 귀하가 지속적인 치료 과정에 있는 경우, 귀하는 귀하에게 서비스를 제공하기 위한 귀하의 서비스 제공자의 계약 의무가 종료되는 날로부터 최대 90일 동안 계속해서 이전의 제휴 서비스 제공자로부터 지속적인 치료에 대한 보장 서비스를 받을 수 있습니다. 귀하가 임신한 경우, 분만 및 분만과 직접 관련된 분만 후 진료까지 귀하의 이전 제휴 서비스 제공자로부터 진료를 계속 받을 수 있습니다.

서비스 제공자는 당사가 서비스 제공자와의 관계를 종료하기 직전에 유효했던 협상 요금을 수락해야만 합니다. 또한 서비스 제공자는 귀하의 치료와 관련하여 필요한 의료 정보를 당사에 제공하고, 치료의 품질 보장, 사전 승인과 승인 확보, 당사에 의해 승인된 치료 계획을 포함한 당사의 정책 및 절차를 준수해야 합니다. 귀하는 보장 서비스가 제휴 서비스 제공자에 의해 제공된 것과 같이 이 서비스를 받을 것입니다. 귀하는 해당 네트워크 내 비용분담에 대해서만 책임을 지게 됩니다. 사기, 환자에 대한 절박한 위해, 또는 서비스 제공자의 진료 능력을 방해하는 주 위원회나 기관에 의한 최종적인 징계 조치로 인해 당사가 서비스 제공자의 서비스를 종료한 경우 해당 서비스 제공자와의 지속적인 치료를 이용할 수 없다는 점에 유의하시기 바랍니다.

F. 치료 과정의 새로운 가입자

본 계약에 따른 보장이 발효될 때 귀하가 비제휴 서비스 제공자를 통해 지속적인 치료를 받고 있는 경우, 귀하는 본 계약에 따른 귀하의 보장에 대한 발효일로부터 최대 60일 동안 비제휴 서비스 제공자로부터 계속해서 지속적인 치료에 대한 보장 서비스를 받을 수 있습니다. 이 치료 과정은 생명 위협적 질환이나 상태 또는 퇴행성 및 장애성 조건 또는 질병을 위한 것이어야 합니다. 또한 본 계약에 따른 귀하의 보장이 발효될 때 귀하가 임신 중기 또는 후기에 있는 경우 귀하는 비제휴 서비스 제공자를 통해 계속 치료를 받을 수 있습니다. 귀하는 분만 기간 내내 계속 치료를 받고 분만과 직접 관련이 있는 산후 서비스를 받을 수 있습니다.

귀하가 보장 대상 서비스를 최대 60일 동안, 또는 임신 기간 내내 계속 받으려면 비제휴 서비스 제공자가 그러한 서비스에 대해 당사의 수수료를 지급금으로 수락하기로 동의해야 합니다. 서비스 제공자는 귀하의 치료와 관련하여 필요한 의료 정보를 당사에 제공하고, 치료의 품질 보장, 사전 승인과 진료 의뢰서 확보, 당사에 의해 승인된 치료 계획을 포함한 당사의 정책 및 절차를 준수하는 데 합의해야 합니다. 서비스 제공자가 이러한 조건에 합의하는 경우, 귀하는 보장 서비스가 제휴 서비스 제공자에 의해 제공된 것과 같이 이 서비스를 받을 것입니다. 귀하는 해당 네트워크 내 비용분담에 대해서만 책임을 지게 됩니다.

제IV절

분담 비용 및 허용 금액

A. 코페이먼트

다르게 명시된 경우를 제외하고, 귀하는 보장 서비스에 대한 본 계약의 혜택 일람표 절에서 코페이먼트 또는 고정 금액을 지급해야 합니다. 단, 서비스에 대한 허용 금액이 코페이먼트보다 적은 경우, 귀하는 더 적은 금액에 대해 책임을 져야 합니다.

B. 공동 보험

다르게 명시된 경우를 제외하고, 귀하는 보장 서비스에 대한 허용 금액의 비율을 지급해야 합니다. 당사는 본 계약의 혜택 일람표 절에 제시된 것처럼 허용 금액의 나머지 비율을 지급하게 됩니다.

C. 자기부담비용 한도

귀하가 본 계약의 혜택 일람표 절에 제시된 플랜 연도 동안 비용분담 지급에 대한 귀하의 자기부담비용 제한을 충족시킨 경우, 당사가 해당 플랜 연도의 나머지 기간 동안 보장 서비스에 대한 허용 금액의 100%를 보장할 것입니다.

비상 서비스 및 당사가 네트워크 내 예외로 인정한 네트워크 외 서비스 및 네트워크 외 투석의 경우를 제외하고 네트워크 외 서비스를 위한 비용분담은 귀하의 네트워크 내 자기부담비용 한도를 적용하지 않습니다. 본 계약의 보장 방식 절에서 설명된 사전 승인 통지 벌금은 귀하의 자기부담비용 제한에 적용되지 않습니다. 자기부담비용 제한은 플랜 연도를 기준으로 합니다.

D. 허용 금액

“허용 금액”은 적용 가능한 코페이먼트 또는 공동 보험 금액을 공제하기 전에 당사가 본 계약에 따라 보장하는 서비스 또는 소모품에 대해 지급하는 한도액입니다. 당사는 다음과 같이 당사의 허용 금액을 결정합니다.

제휴 서비스 제공자에 대한 당사의 지급은 진료의 질을 향상하고 보장 대상 서비스를 비용 효율적으로 제공하도록 장려하기 위한 재정적 인센티브를 포함할 수 있습니다. 이 재정적 인센티브 프로그램에 따른 지급은 귀하에게 제공되는 특정 보장 서비스에 대한 지급이 아닙니다. 귀하의 비용분담은 재정적 인센티브 프로그램의 일부로 제휴 서비스 제공자에 제공하거나 이 제공자로부터 받은 지급에 근거하여 변경되지 않습니다.

1. 의사가 관리하는 의약품

의사가 관리하는 의약품의 경우, 당사는 메디케어 및 메디케이드 서비스에 의해 사용되는 가격책정 방법론과 유사한 격차 분석 방법론을 사용하며, 해당 의약품에 대한 공개 취득 원가 또는 평균 도매가에 기초한 비용을 산출합니다. 이러한 방법은 현재 다른 방법론에 의사가 관리하는 의약품에 대해 이용 가능한 가격책정 데이터가 없거나 특정 상황에서 다른 가격책정 방법론에 대한 상향 조정을 지원하는 경우 내부에서 개발한 의약품 가격책정 자원에 기초하여 RJ Health Systems, Thomson Reuters(레드북에서 발표됨) 또는 당사에 의해 생성됩니다.

본 계약의 응급 서비스 및 긴급 치료 절에서 비제휴 서비스 제공자가 제공한 응급 서비스에 대한 허용 금액을 참조하십시오. 본 계약의 긴급후송 및 입원 전 응급 의료 서비스 절에서 비제휴 서비스 제공자가 제공한 입원 전 응급 의료 서비스에 대한 허용 금액을 참조하십시오.

제V절 보험 적용 대상

A. 본 계약에 따른 보험 적용 대상

본 계약을 발급한 가입자인 귀하에게는 본 계약에 따른 보험이 적용됩니다. 귀하가 본 계약에 의거 보장을 받으려면 당사 서비스 지역에 거주 또는 상주해야 합니다. 귀하는 가계 수입이 138% 이하이거나 메디케이드 자격이 없는 합법적으로 거주하는 이민자여야 합니다. 귀하가 메디케어 또는 메디케이드 또는 저가의 고용주 후원 건강보험에 가입하고, 21세 미만, 64세 초과이거나 귀하가 임신을 한 경우, 귀하는 본 계약을 구입할 자격이 없습니다.

귀하는 임신 여부를 포함하여 연중 내내 귀하의 자격에 영향이 있을 수 있는 변경사항을 보고해야 합니다. 귀하가 이 상품에 가입한 동안 임신을 하는 경우, 메디케이드를 받을 자격이 주어집니다. 당사는 Essential Plan에서는 신생아를 보장하지 않기 때문에 신생아의 출생 시점부터 지속적인 보장을 받을 수 있도록 임신한 여성이 메디케이드에 가입할 것을 적극 권장합니다. 귀하가 메디케이드로 전환하는 경우, 귀하의 신생아는 보장에 대한 차이 없이 출생 시점부터 자동으로 메디케이드에 가입됩니다.

B. 보장 타입

Essential Plan에 따라 제공되는 유일한 보장 유형은 개인 보장이며, 이는 귀하에게만 보험혜택이 보장된다는 의미입니다. 귀하 가족의 추가 가입자 또한 Essential Plan에서 보장하는 경우, 이들에게는 별도의 계약이 적용되고, 해당되는 경우 별도의 보험료가 적용될 것입니다.

C. 가입

귀하는 본 계약에 따라 연중 언제든지 등록할 수 있습니다. 귀하가 NYSOH를 통해 보장을 받기 위한 새로운 신청자인 경우, 귀하의 보장은 귀하가 플랜을 선택한 해당 월의 첫째 날에 시작됩니다. 예를 들어, NYSOH가 2월 18일에 귀하의 Essential Plan 선정 결과를 접수하는 경우, 플랜에 따른 보장은 2월 1일에 시작됩니다. 2월 1일과 2월 18일 사이에 귀하가 받은 서비스는 당사가 보장합니다. 다른 프로그램 또는 플랜에 따라 NYSOH를 통해 귀하가 보장을 받았고 Essential Plan으로 전환하는 경우, 귀하의 보장은 플랜 선정 후 그 다음 달 1일부터 시작됩니다. 예를 들어, 귀하가 2월 19일에 Essential Plan을 선택하는 경우, 귀하의 보장은 3월 1일에 시작됩니다.

제VI절 예방적 진료

본 계약서의 혜택 일람표 절에서 비용분담 요건, 일수 또는 방문 제한, 이러한 혜택에 적용되는 사전 승인 또는 진료 의뢰서 요건을 참조하십시오.

예방적 진료

당사는 건강을 증진하고 질환을 조기에 발견하기 위한 목적으로 다음 서비스를 보장합니다. 예방적 서비스는 제휴 서비스 제공자에 의해 수행되고, 건강자원 서비스행정부(“HRSA”)가 지원하는 종합 가이드라인에 따라 제공된 경우, 또는 항목 또는 서비스가 미국 예방서비스 태스크포스(“USPSTF”)로부터 “A” 또는 “B” 평점을 받은 경우, 또는 예방접종이 예방접종 관행 자문위원회(“ACIP”)에 의해 권장된 경우, 비용분담(코페이먼트 또는 공동 보험) 대상이 아닙니다. 단, 예방 서비스와 동일한 방문 중에 제공된 서비스에는 비용분담이 적용될 수 있습니다. 또한, 예방 서비스가 일차 방문 목적이 아닌 진료소 방문 중에 예방 서비스가 제공되는 경우, 그렇지 않다면 병원 방문에 적용될 비용분담 금액이 여전히 적용될 것입니다. 귀하는 **1-866-265-1893**, TTY **711**번으로 당사에 연락을 하거나, 당사 웹사이트 (myuhc.com/CommunityPlan)를 방문하여 HRSA에서 지원하는 종합 지침 사본, USPSTF에서 “A” 또는 “B” 등급으로 평가한 항목 또는 서비스, 그리고 ACIP에서 권장하는 면역접종 관련 정보를 얻을 수 있습니다.

- A. **성인의 연례 신체 검사.** 당사는 HRSA에서 지원하는 종합 지침에 따라 제공되고 USPSTF에서 “A” 또는 “B” 등급으로 평가한 항목 또는 서비스에 대해 제공된 성인의 연례 신체 검사와 예방적 치료 및 선별검사를 보장합니다.

USPSTF가 “A” 또는 “B” 등급으로 평가한 항목 또는 서비스의 예로는 알코올 남용 검사, 성인 혈압 검사, 대장암 검사, 우울증 검사, 당뇨병 검사 및 폐암 검사가 있습니다. 보장하는 예방적 서비스의 전체 목록은 당사 웹사이트(myuhc.com/CommunityPlan)에서 입수할 수 있으며, 또는 요청시 귀하에게 우편으로 발송해 드릴 것입니다.

귀하는 이전 신체검사 방문 이래 365일 경과 여부와 관계없이 매 역년에 한 번 신체검사를 받을 자격이 있습니다. 안과 선별검사에는 굴절검사가 포함되지 않습니다.

이 혜택은 HRSA에서 지원하는 종합 지침에 따라 제공되고 USPSTF에서 “A” 또는 “B” 등급으로 평가한 항목 또는 서비스에 대해 제공되는 경우 코페이먼트 또는 공동 보험의 대상이 아닙니다.

- B. **성인 예방접종.** 당사는 ACIP에서 권장하는 성인 예방접종을 보장합니다. 이 혜택은 ACIP의 권장에 따라 제공되는 경우 코페이먼트 또는 공동 보험의 대상이 아닙니다.

- C. **여성 건강 검진.** 당사는 정기적인 부인과 검사, 유방 검사 및 연례 자궁경부암 검사(자궁경부암 검사 평가와 관련된 검사실 및 진단 서비스 포함)로 구성된 여성 건강 검진을 보장합니다. 또한 당사는 HRSA에서 지원하는 종합 지침에 따라 제공되고 USPSTF에서 “A” 또는 “B” 등급으로 평가한 항목 또는 서비스에 대해 제공된 예방적 치료 및 선별검사를 보장합니다. 보장하는 예방적 서비스의 전체 목록은 당사 웹사이트(myuhc.com/CommunityPlan)에서 입수할 수 있으며, 또는 요청시 귀하에게 우편으로 발송해 드릴 것입니다. 이 혜택은 HRSA에서 지원하는 종합 지침에 따라 제공되고 USPSTF에서 “A” 또는 “B” 등급으로 평가한 항목 또는 서비스에 대해 제공되는 경우 코페이먼트 또는 공동 보험의 대상이 아닙니다.(위에서 설명한 것보다 제공 횟수가 적을 수 있음).

- D. **유방암을 발견하기 위한 유방방사선검사, 선별검사 및 진단 영상.** 당사는 다음과 같이 유방암 선별검사를 위한 유방 단층영상합성(3차원 유방조영상) 검사가 제공할 수 있는 유방조영상을 보장합니다.

- 35 ~ 39세의 가입자를 위한 일(1) 회 베이스라인 선별 유방방사선검사, 그리고
- 40세 이상의 가입자를 위한 매년 일(1) 회 선별 유방방사선검사.

모든 나이의 가입자에게 유방암 병력이 있거나 직계 가족에게 유방암 병력이 있는 경우, 당사는 가입자의 서비스 제공자가 권장하는 바에 따라 유방방사선검사를 보장합니다.

하지만, 어떤 경우에도 플랜 연도당 일(1) 회 이상의 예방적 선별검사를 보장하지 않습니다.

제휴 서비스 제공자가 제공하는 경우 유방암 선별검사를 위한 유방방사선검사는 코페이먼트 또는 공동 보험의 대상이 아닙니다.

또한 당사는 진단 유방방사선검사, 유방 초음파 및 MRI를 포함하여 유방암을 발견하기 위한 추가 선별검사 및 진단 영상을 보장합니다. 제휴 서비스 제공자가 제공하는 경우 진단 유방방사선검사, 유방 초음파 및 MRI를 포함하여 유방암을 발견하기 위한 선별검사 및 진단 영상은 코페이먼트, 디덕터블 또는 공동 보험 대상이 아닙니다.

- E. **가족 계획 및 생식 건강 서비스.** 당사는 서비스 제공자가 처방한 FDA 승인 피임법(본 계약의 처방약 보장 절에 따라 달리 보장하지 않는), 피임약 사용 및 관련 주제에 대한 환자 교육 및 상담, 부작용 관리, 지속 준수를 위한 상담 및 장치 삽입 및 제거 관련 후속 서비스, 그리고 여성의 불임 절차로 구성되는 가족 계획 서비스를 보장합니다. 그러한 서비스는 제휴 서비스 제공자가 제공할 때 코페이먼트 또는 공동 보험의 대상이 아닙니다.

또한 당사는 코페이먼트 또는 공동 보험이 적용되는 정관 절제술을 보장합니다.

당사는 선택적 불임 복원과 관련된 서비스를 보장하지 않습니다.

- F. **골밀도 검사 측정 또는 검사.** 당사는 골밀도 검사 측정 또는 검사, 그리고 FDA에서 승인한 처방약 및 장치 또는 대체제로 승인된 일반 약품을 보장합니다. 처방약 보장에는 본 계약의 처방약 보장 절이 적용됩니다. 골밀도 검사 측정 또는 검사, 약물 또는 장치에는 연방 메디케어 프로그램에 의거 보장되는 것 또는 국립보건원(National Institutes of Health)의 기준에 따른 것이 포함됩니다. 귀하가 연방 메디케어 프로그램에 의거한 기준 또는 국립보건원의 기준을 충족하거나 다음 중 하나를 충족하는 경우 보장을 받을 자격이 있을 것입니다.

- 이전에 골다공증이 있거나 골다공증 가족 병력이 있다고 진단을 받은 경우,
- 골다공증의 존재 또는 중대한 골다공증 위험을 나타내는 증상이나 상태가 있는 경우,
- 심각한 골다공증 위험을 제기하는 처방 약물 요법을 받고 있는 경우,
- 어느 정도 심각한 골다공증 위험을 제기하는 생활습관적 요인이 있는 경우, 또는
- 상당한 골다공증 위험을 제기하는 나이, 성별 및/또는 기타 생리학적 특성이 있는 경우.

또한 당사는 HRSA에서 지원하는 종합 지침에 따라 제공되고 USPSTF에서 “A” 또는 “B” 등급으로 평가한 항목 또는 서비스에 대해 제공된 골다공증 선별검사를 보장합니다.

이 혜택은 제휴 서비스 제공자에 의해 HRSA에서 지원하는 종합 지침에 따라 제공되고 USPSTF에서 “A” 또는 “B” 등급으로 평가한 항목 또는 서비스에 대해 제공되는 경우 코페이먼트 또는 공동 보험의 대상이 아닙니다(약물이나 장치와 같이 위에서 설명한 모든 서비스가 포함되지 않을 수 있음).

- G. **전립선암 선별검사.** 당사는 연례 표준 진단 검사를 보장하며, 여기에는 증상이 없는 50세 이상 남성, 그리고 전립선암 또는 다른 전립선암 위험의 가족 병력이 있는 40세 이상 남성에게 대한 손가락 직장 검사 및 전립선 특이 항원 검사가 포함되지만 이에 제한되지 않습니다. 또한 당사는 표준 진단 검사를 보장하며, 여기에는 이전에 전립선암 병력이 있는 모든 연령대 남성의 손가락 직장 검사 및 전립선 특이 항원 검사가 포함되지만 이에 제한되지 않습니다.

이 혜택은 제휴 서비스 제공자가 제공할 때 코페이먼트, 디덕터블 또는 공동 보험의 대상이 아닙니다.

- H. **전국 당뇨병 예방 프로그램(NDPP).** 당사는 제2형 당뇨병이 발생할 위험에 처한 사람들을 위해 CDC에서 인정한 프로그램이 제공하는 당뇨병 예방 서비스를 보장합니다. 이 혜택은 12개월 과정에 걸쳐 22개 그룹 교육 세션을 보장합니다. 귀하는 의사 또는 기타 면허 진료의가 권장하고, 귀하가 만18세 이상이고, 현재 임신하지 않았고, 과체중인데 과거 제1형 또는 제2형 당뇨병으로 진단되지 않았고, 다음 중 하나를 충족하는 경우 NDPP 서비스를 받을 자격이 있을 수 있습니다.

- 귀하의 혈액 검사 결과가 과거 연도 내의 당뇨병전기 범위 내에 있다, 또는
- 이전에 임신당뇨병으로 진단되었다, 또는
- CDC/미국당뇨병협회(ADA) 당뇨병전기 리스크 테스트에서 5점 이상이 나왔다.

제VII절 긴급후송 및 입원 전 응급 의료 서비스

본 계약서의 혜택 일람표 절에서 비용분담 요건, 일수 또는 방문 제한, 이러한 혜택에 적용되는 사전 승인 또는 진료 의뢰서 요건을 참조하십시오. 응급 상태를 치료하기 위한 입원 전 응급 의료 서비스 및 긴급후송 서비스에는 사전 승인이 요구되지 않습니다.

A. 응급 긴급후송 교통편

1. 병원전 비상 의료 서비스

당사는 긴급후송 서비스에 의해 해당 서비스를 제공하는 경우 응급 상태를 치료하기 위한 전 세계 병원전 비상 의료 서비스를 보장합니다.

“병원전 비상 의료 서비스”란 즉각적인 평가 및 응급 상태 치료 및/또는 항공기가 아닌 병원으로의 교통편을 의미합니다. 이 서비스는 뉴욕주 공중보건법에 의거 증명서가 발급된 긴급후송 서비스에 의해 제공되어야 합니다. 하지만, 당사는 의학 및 건강에 대해 평균적인 지식을 갖춘 신중한 비전문가가 그러한 교통편이 부재할 경우 다음의 상황이 초래될 수 있다고 합당하게 예상할 수 있는 경우에만 해당 긴급후송 서비스에 의한 병원 운송을 보장합니다:

- 이와 같은 상태로 인해 괴로움을 겪는 사람의 건강 또는 임산부라면 여성이나 태아의 건강이 심각한 위험에 빠지거나, 행동 상태의 경우 이와 같은 사람의 건강이 심각한 위험에 빠지는 것,
- 이와 같은 사람의 신체 기능에 대한 심각한 장애,
- 이와 같은 사람의 일체의 신체 장기 또는 부분의 심각한 기능 장애, 또는
- 이와 같은 사람의 심각한 손상.

긴급후송 서비스는 귀하에게 손해를 끼치지 않아야 하며 해당 코페이먼트 또는 공동 보험료 수금을 위한 경우를 제외하고 입원 전 응급 의료 서비스에 대해 귀하에게 비용을 부과하거나 귀하로부터 상환을 요구하지 않을 것입니다. 협상한 비율이 없는 경우, 당사는 과도하거나 비합리적이거나 낮은 입원 전 응급 의료 서비스의 통상적이고 관례적인 비용을 비제휴 서비스 제공자에게 지급할 것입니다. 병원전 비상 의료 서비스를 위한 통상적이고 관례적인 비용은 FAIR Health 비율의 제80위 백분위 또는 서비스 제공자 청구 요금 중 더 작은 쪽입니다.

2. 응급 긴급후송 교통편

입원 전 응급 서비스 이외에도, 당사는 전 세계에서 면허된 긴급후송 서비스(지상, 해상 또는 항공기 긴급후송 중 하나)에 의한 응급 서비스를 수행할 수 있는 가장 가까운 병원까지의 응급 긴급후송 교통편도 보장합니다. 이 보험혜택은 원래 의료기관에서 귀하의 응급 상태를 치료할 수 없는 경우 다른 병원으로의 응급 긴급후송 교통편을 포함합니다.

B. 비응급 긴급후송 교통편

당사는 교통편이 다음에 해당되는 경우 면허된 긴급후송 서비스(적절한 경우 지상 또는 항공기 긴급후송 중 하나)에 의한 시설 간 비응급 긴급후송 교통편을 보장합니다.

- 비제휴 병원에서 제휴 병원으로의 이송,
- 원래 병원에서 이용할 수 없었던 보다 높은 수준의 치료를 제공하는 병원으로의 이송,
- 보다 비용 효율적인 급성 치료 시설로의 이송, 또는
- 급성 치료 시설에서 아급성 진료 환경으로의 이송.

C. 보장의 제한/조건

- 당사는 의사가 처방한 경우라도, 응급상황과 관련되어 있거나 당사가 승인한 시설로의 이송 때문이 아닌 한, 출장 또는 교통 경비를 보장하지 않습니다.
- 당사는 앰블렛, 밴 또는 택시와 같은 비긴급후송 교통편을 보장하지 않습니다.
- 귀하의 의학적 상태로 인해 지상 긴급후송에 의한 교통편이 적절하지 않은 경우, 귀하의 의학적 상태로 인해 지상 긴급후송으로는 제공할 수 없는 즉각적이고 빠른 긴급후송 교통편을 요구하는 경우, 그리고 다음 중 하나(1)의 조건을 충족시키는 경우 응급 상태와 관련된 항공기 긴급후송 또는 비응급 교통편과 관련된 항공기 긴급후송에 대한 보장을 제공합니다.
 - 픽업 지점에 지상의 차량으로는 접근할 수 없는 경우, 또는
 - 거리가 너무 멀거나 기타 장애(예: 교통 체증)로 인해 적절한 시설을 갖춘 가장 가까운 병원으로의 신속한 이송이 어려운 경우.

제VIII절 응급 서비스 및 긴급 치료

본 계약서의 혜택 일람표 절에서 비용분담 요건, 일수 또는 방문 제한, 이러한 혜택에 적용되는 사전 승인 또는 진료 의뢰서 요건을 참조하십시오.

A. 응급 서비스

당사는 병원에서 응급 상태 치료를 위한 응급 서비스를 보장합니다.

당사는 “응급 상태”를 다음의 의미로 정의합니다. 중증 통증을 포함하여 충분히 중증인 급성 증상에 의해 자체적으로 드러나는 의학적 상태나 행동 상태로서, 의학 및 건강에 대한 평균적인 지식을 갖춘 신중한 비전문가가 다음을 초래할 수 있는 즉각적인 치료의 부재를 합당하게 예상할 수 있는 의학적 상태나 행동 상태:

- 이와 같은 상태로 인해 괴로움을 겪는 사람의 건강 또는 임신부라면 여성이나 태아의 건강이 심각한 위험에 빠지거나, 행동 상태의 경우 이와 같은 사람의 건강이 심각한 위험에 빠지는 것,
- 이와 같은 사람의 신체 기능에 대한 심각한 장애,
- 이와 같은 사람의 신체 장기 또는 부분의 심각한 기능 장애, 또는
- 이와 같은 사람의 심각한 기형.

예컨대, 응급 상태에는 다음 상태가 포함되지만 이에 제한되지 않습니다.

- 중증 흉통
- 중증 또는 다중 손상
- 중증 숨가쁨
- 정신 상태의 급작스런 변화(예: 지남력 장애)
- 중증 출혈
- 심장 마비 또는 맹장염이 의심되는 것과 같이 즉각적인 관심을 요구하는 급성 통증 또는 상태
- 중독
- 경련

귀하의 응급 상태를 치료하기 위한 응급 서비스에 대한 보장은 서비스 제공자가 제휴 서비스 제공자인지 여부와 상관없이 제공됩니다. 또한 당사는 세계 전역에서 귀하의 응급 상태를 치료하기 위한 응급 서비스를 보장합니다. 하지만, 당사는 의학적으로 필요하고 병원에서 귀하의 응급 상태를 치료하거나 안정시키기 위해 수행된 이러한 응급 서비스 및 소모품만을 보장할 것입니다.

귀하의 응급 상태가 발생했을 때 귀하가 당사의 서비스 지역에 있는 것과 상관없이 아래에 제시된 지침을 따르십시오.

-
1. **병원 응급실 방문.** 응급 상태에 치료가 필요한 경우, 가장 가까운 병원 응급실에서 즉각적인 치료를 받거나 **911**번으로 전화하십시오. 응급실 치료에는 사전 승인이 요구되지 않습니다. 단, 응급실에서는 응급 상태를 치료하기 위한 응급 서비스만 보장됩니다. 병원 응급실이 치료를 받기에 가장 적절한 장소인지 확신이 서지 않는 경우, 귀하가 치료를 받기 전에 **1-866-265-1893**, TTY **711**번으로 당사에 연락하실 수 있습니다.

당사는 병원 응급실에서 제공하는 후속 진료나 정기적인 치료를 보장하지 않습니다. 귀하는 귀하가 적절한 후속 진료를 받고 있는지 확인하기 위해 당사에 연락을 취해야 합니다.

2. **응급 입원.** 귀하가 입원한 경우, 귀하의 입원 후 48시간 이내에, 또는 합리적으로 가능한 한 빨리 귀하 또는 귀하를 대신하는 누군가가 본 계약서에 나열된 번호 및 **1-866-265-1893**, TTY **711**번으로 당사에 알려 주셔야 합니다.

당사는 응급실 진료 후 입원 환자 서비스를 네트워크 내 비용분담으로 보장합니다. 귀하의 의학적 상태로 인해 제휴 병원으로의 이송이 허용되는 경우, 당사가 귀하에게 이를 알리고 이송을 주선하기 위해 협조할 것입니다.

3. **제공된 응급 서비스 관련 지급.** 당사는 응급 서비스에 관하여 제휴 서비스 제공자와 협상한 금액을 제휴 서비스 제공자에게 지불할 것입니다.

당사는 응급 서비스에 대하여 합리적이라고 판단한 금액을 비제휴 서비스 제공자에게 지불할 것입니다. 하지만, 당사가 합리적이라고 판단한 금액은 비제휴 서비스 제공자의 청구 금액을 초과하지는 않을 것입니다.

귀하는 네트워크 내 비용분담을 책임집니다. 귀하는 귀하의 네트워크 내 비용분담을 초과하는 비제휴 서비스 제공자 청구 금액에 대해 책임을 지지 않습니다. 비제휴 서비스 제공자는 귀하의 네트워크 내 비용분담에 대해서만 귀하에게 청구할 수 있습니다. 귀하가 비제휴 서비스 제공자로부터 귀하의 네트워크 내 비용분담보다 더 많은 청구서를 받는 경우, 귀하는 당사에 연락해야 합니다.

B. 긴급 치료

긴급 치료는 응급실 치료가 필요할 정도로 심각하지는 않지만 합당한 사람이 당장 치료를 받고자 하기에 충분한 심각한 질병, 부상 또는 상태에 대한 의학적 치료를 말합니다. 긴급 치료 센터는 대개 밤과 주말을 포함한 정상 영업 시간 이후에 이용할 수 있습니다. 야간, 주말, 공휴일을 포함하여, 정상 영업 시간 이후에 의료 서비스가 필요한 경우, 다음과 같이 선택할 수 있습니다. 귀하의 서비스 제공자에게 전화하여 지침을 구하거나, 긴급 치료 센터로 가실 수 있습니다. 응급 상태인 경우, 가장 가까운 병원 응급실에서 즉각적인 치료를 받거나 **911**로 전화하십시오. 응급 치료 센터의 응급 치료는 당사 서비스 지역 내부 또는 외부에서 보장합니다.

1. **네트워크 내.** 당사는 제휴 의사 또는 제휴 응급 치료 센터의 긴급 치료를 보장합니다. 귀하는 귀하의 방문 전 또는 방문 후에 당사에 연락할 필요가 없습니다.
2. **네트워크 외.** 당사는 비제휴 긴급 치료 센터의 긴급 치료를 보장합니다.

응급 치료로 인해 응급 입원을 하는 경우, 위에서 설명한 응급 입원 지침을 따르십시오.

제IX절 외래환자 및 전문 서비스 (정신 건강 및 약물 남용 외)

본 계약서의 혜택 일람표 절에서 비용분담 요건, 일수 또는 방문 제한, 이러한 혜택에 적용되는 사전 승인 또는 진료 의뢰서 요건을 참조하십시오.

A. 첨단 영상 서비스

당사는 PET 스캔, MRI, 핵의학 및 CAT 스캔을 보장합니다.

B. 알레르기 검사 및 치료

당사는 알레르기의 존재를 파악하기 위한 주사 및 소파 단자 검사를 포함한 검사 및 평가를 보장합니다. 또한 당사는 탈감각 치료, 정기적인 알레르기 주사 및 혈청을 포함한 알레르기 치료를 보장합니다.

C. 통원 수술 센터 서비스

당사는 수술이 이루어진 날에 응급 수술 센터에서 제공한 서비스 및 소모품을 포함하여 이 센터에서 수행된 수술 절차를 보장합니다.

D. 화학요법 및 면역요법

당사는 외래환자 시설이나 의료 전문가의 진료소에서 제공된 화학요법 및 면역요법을 보장합니다. 화학요법 및 면역요법은 주사 또는 주입으로 실시할 수 있습니다. 구강 투여 항암제는 본 계약의 처방약 보장 절에 따라 보장됩니다.

E. 척추교정 서비스

당사는 그러한 간섭이 척추의 왜곡, 오정렬 또는 아탈구의 결과인 경우, 신경 간섭과 그 효과를 제거할 목적을 위한 인체의 구조적 불균형, 만곡 또는 아탈구를 수동 또는 기계적 방식으로 발견 또는 교정하는 것과 관련된 척추교정 의사("척추지압의사") 또는 의사에 의해 수행되는 척추교정 치료를 보장합니다. 여기에는 평가, 조작 및 양상이 포함됩니다. 검사실 검사는 본 계약의 이용 약관에 따라 보장됩니다.

F. 임상시험

당사는 승인된 임상 시험에 귀하의 참여로 인한 정기적인 환자 비용을 보장하며, 귀하가 다음에 해당하는 경우 해당 보장에는 이용 평가가 적용되지 않습니다.

- 암 또는 기타 생명 위협적 질환 또는 상태를 치료하기 위한 승인된 임상 시험에 참여할 자격이 있는 경우, 그리고
- 승인된 임상 시험에 대한 귀하의 참여가 적절하다고 결론을 내린 제휴 서비스 제공자에 의해 의뢰된 경우.

귀하에게 암 또는 기타 생명을 위협하는 질환 또는 상태가 없는 경우를 포함하여, 기타 모든 임상시험에는 본 계약의 이용 평가 및 외부 이익제기 절이 적용될 수 있습니다.

당사는 시험약 또는 장치 비용, 귀하가 치료를 받는 데 필요한 비의료 서비스 비용, 연구 관리 비용 또는 본 계약에 따라 임상 시험에서 제공된 비임상 시험 치료에 대해 보장하지 않는 비용을 보장하지 않습니다.

“승인된 임상 시험”이란 다음에 해당하는 제I, II, III 또는 IV상 임상 시험을 의미합니다.

- 연방 정부에서 기금을 지원하거나 승인한 임상 시험,
- 연방 식품의약청에서 검토한 시험약 신청에 따라 실시된 경우, 또는
- 새로운 임상시험 약물 신청 의무가 면제된 약물 임상 시험.

G. 투석

당사는 급성 또는 만성 신장 질환의 투석 치료를 보장합니다.

또한 당사는 다음의 모든 조건에 따라 비제휴 서비스 제공자가 제공하는 투석 치료도 보장합니다.

- 비제휴 서비스 제공자는 정식으로 개업 면허를 취득하고 해당 치료를 제공하도록 면허된 자를 말합니다
- 비제휴 서비스 제공자는 당사의 서비스 지역 외부에 있습니다
- 귀하를 치료하는 제휴 서비스 제공자가 비제휴 서비스 제공자에 의한 투석 치료가 필요함을 입증하는 서면 주문을 발급한 경우
- 귀하가 제안된 치료 날짜로부터 최소 30일 전에 서면으로 당사에 통지를 하고 상기에 언급된 서면 주문을 추가한 경우 귀하가 갑자기 가족 또는 기타 응급 상황으로 인해 여행을 떠나야 하는 경우에는 30일 사전 통지 기간을 단축할 수 있으며, 다만 이는 당사가 귀하의 여행 및 치료 계획을 검토할 수 있는 합당한 기회를 가져야 한다는 것을 전제로 합니다.
- 당사는 투석 치료 및 일정을 사전에 승인할 수 있는 권리가 있습니다
- 당사는 역년당 비제휴 서비스 제공자에 의한 10회 이하의 투석 치료에 대한 혜택을 제공합니다
- 위의 모든 조건을 충족시키고 제휴 서비스 제공자에 의한 투석 치료에 적용 가능한 비용분담을 따르는 경우 비제휴 서비스 제공자의 서비스 혜택을 보장합니다. 단, 귀하는 제휴 서비스 제공자에 의해 제공된 서비스에 대해 당사가 지불했을 수 있는 금액과 비제휴 서비스 제공자의 비용 간 차액을 지불해야 할 책임이 있습니다.

H. 가할 서비스

당사는 시설의 외래환자과 또는 의료 관리 전문가의 진료소에서 보장하는 요법의 각 유형에 대해 플랜 연도당 최대 20회 치료 방문 동안 물리 치료, 언어 치료 및 작업 치료로 구성되는 가할 서비스를 보장합니다.

I. 가정간호

당사는 해당 주의 기관에 의해 인증 또는 면허된 가정 건강 진료 기관에 의해 가정에서 제공된 치료를 보장합니다. 치료는 담당 의사의 서면 치료 계획에 따라 제공되어야 하며, 전문간호시설의 입원 또는 격리를 대신하여 제공되어야 합니다. 가정 간호 서비스에 포함되는 내용:

- 등록된 전문 간호사에 의해, 또는 이 간호사의 감독하에 제공되는 비상근 또는 간헐적 간호 서비스,
- 가정 보건 조무사의 비상근 또는 간헐적 서비스,
- 가정 건강 진료 기관에 의해 제공되는 물리, 작업 또는 언어 치료, 그리고
- 의료용 소모품, 처방약 및 의사에 의해 처방된 약물, 그리고 전문간호시설에서 입원 또는 격리 중인 동안 보장되었을 수 있는 범위까지 가정 건강 진료 기관에 의한, 또는 이를 대신하여 제공된 검사실 서비스.

가정 간호는 플랜 연도당 40회 방문으로 제한됩니다. 가정 건강 진료 기관의 가입자에 의한 각 방문은 일(1) 회 방문으로 간주됩니다. 가정 보건 조무사에 의한 최대 네(4) 시간의 각 방문은 일(1) 회 방문으로 간주됩니다. 이 혜택에 따라 제공된 재활 서비스 또는 가할 서비스는 재활 서비스 또는 가할 서비스 혜택에 따라 이용 가능한 서비스 금액을 축소하지 않습니다.

J. 불임 치료

당사는 불임이 기형, 질환 또는 기능 장애의 결과인 경우 불임 진단 및 치료(수술 및 의료)를 위한 서비스를 보장합니다. “불임”이란 12개월의 규칙적, 비보호 성교 또는 치료적 기증자 정액주입 후, 또는 35세 이상 여성의 경우 육(6)개월의 규칙적, 비보호 성교 또는 치료적 기증자 정액주입 후 임상적 임신 확정 실패로 정의되는, 타인을 임신시키지 못하는 또는 본인이 임신하지 못하는 질병 또는 조건이 특징입니다. 가입자의 병력 또는 신체 소견에 근거하여 조기 평가 및 치료가 타당할 수 있습니다. 그러한 보장은 다음과 같이 제공됩니다.

1. 기본 불임 서비스. 기본 불임 서비스는 적절한 불임 치료 대상자인 가입자에게 제공됩니다. 자격을 평가하기 위해, 당사는 미국 산부인과 학회(American College of Obstetricians and Gynecologists), 미국 생식의학회(American Society for Reproductive Medicine) 및 뉴욕주에 의해 정립된 지침을 사용할 것입니다.

기본 불임 서비스:

- 초기 평가,
- 정액 검사,
- 검사실 평가,
- 배란 기능 평가,
- 성교후 검사,
- 자궁내막조직 검사,
- 골반 초음파,
- 자궁난관조영,
- 소노-히스토그램,

- 고환 생검,
- 혈액 검사, 그리고
- 의학적으로 적절한 배란 기능 장애 치료.

검사에 의학적 필요성이 있다고 결정된 경우 추가 검사를 보장할 수 있습니다.

2. **종합 불임 서비스.** 기본 불임 서비스가 생식력 증가를 유발하지 않는 경우, 당사는 종합 불임 서비스를 보장합니다.

종합 불임 서비스에 포함되는 내용:

- 배란 유도 및 모니터링,
- 골반 초음파,
- 인공 수정,
- 자궁경 검사,
- 복강경 검사, 그리고
- 개복술.

3. **수정 보존 서비스.** 당사는 의학적 치료가 직간접적인 의원성 불임으로 이어질 때 수정 보존 서비스를 보장합니다. 표준적 수정 보존 서비스에는 난자, 정자 또는 배아의 수집, 보존 및 보관이 포함됩니다. “의원성 불임”이란 생식기 또는 생식 과정에 영향을 미치는 수술, 방사선, 화학요법 또는 기타 의학적 치료에 의해 귀하의 생식능력이 손상되는 것을 의미합니다.

4. **예외 및 제한.** 보장하지 않는 범위:

- 체외수정,
- 생식세포 나팔관 내부 이동 또는 접합체 나팔관 내부 이동,
- 난자 또는 정자 기증자의 의학적 경비를 포함한 기증자 관련 비용,
- 수정 보존 서비스로 수행된 경우를 제외한 정자 및 난자의 냉동보존 및 보관,
- 배아의 냉동 보존 및 보관,
- 배란 예측 키트,
- 난관 결찰 복원,
- 정관 복원 수술,
- 본 계약에 의거 보험 급여 서비스가 아닌 대리모 및 그와 관련된 비용,
- 복제, 또는
- 당사의 거부가 외부 항소 대리인에 의해 번복되지 않는 한 실험 또는 임상시험을 위한 의료 및 수술 절차.

모든 서비스는 미국 생식의학회(American Society for Reproductive Medicine)가 정립 및 채택한 지침에 따라 해당 서비스를 제공할 자격을 갖춘 서비스 제공자에 의해 제공되어야 합니다. 당사는 이 혜택에 의거한 보장을 결정할 때 귀하의 예상 수명, 현재 또는 예측된 장애, 의료 의존도, 인지된 삶의 질, 기타 건강 조건에 근거하여 또는 연령, 성별, 성적 취향, 혼인 여부, 또는 성 정체성에 근거하여 차별하지 않습니다.

K. 주입 요법

당사는 특수 전달 시스템을 통해 약물을 투여하는 주입 요법을 보장합니다. 정맥에 직접 투여된 약물 또는 영양제는 주입 요법으로 간주됩니다. 입으로 복용하거나 스스로 주입한 약물은 주입 요법으로 간주되지 않습니다. 이 서비스는 의사 또는 승인된 다른 의료 전문가에 의해 주문되어야 하며, 주입 요법을 제공하도록 면허 또는 인증된 진료소에서, 또는 기관에 의해 제공되어야 합니다. 가정 주입 요법을 위한 방문에는 귀하의 가정간호 방문 제한이 적용됩니다.

L. 임신 중절

당사는 강간, 근친상간 또는 태아 기형으로 인한 낙태(즉, 의학적으로 필요한 낙태)를 포함하여 치료적 유산을 보장합니다. 당사는 플랜 연도당 일(1) 회 절차에 대해 선택적 유산을 보장합니다.

M. 검사실 절차, 진단 검사 및 방사선 서비스

당사는 진단 x선, x선 요법, 투시 진단, 심전도, 뇌전도, 검사실 검사 및 치료적 방사선 서비스를 포함한 x선, 검사실 절차 및 진단 검사, 서비스 및 자료를 보장합니다.

N. 산모 및 신생아 치료

당사는 의사 또는 조산사, 임상 간호사, 병원 또는 출산 센터에서 제공한 산모 치료 서비스를 보장합니다. 당사는 분만전 치료(유전학 검사를 위한 일(1) 회 방문 포함), 산후 조리, 분만 및 임신 합병증을 보장합니다. 조산원 서비스가 보장되려면 조산원이 뉴욕주 교육법 제140조에 따라 면허되고, 뉴욕주 교육법 제6951항에 따라 개업하며 뉴욕주 공중보건법 제28조에 따라 면허된 시설에 가맹 또는 함께 개업하고 있어야 합니다. 당사는 조산사 및 의사 모두에 의해 제공된 중복된 정기 서비스에 대해 지급을 하지 않습니다. 본 계약의 입원환자 서비스 절에서 입원환자 산모 치료 보장을 참조하십시오.

당사는 수유 기간 동안 제휴 서비스 제공자 또는 지정된 벤더로부터 임신당 역년당 일(1) 회의 착유 펌프 한(1) 개의 임차 또는 구입의 비용을 포함한 모유수유 지원, 상담 및 용품을 보장합니다.

O. 진료소 방문

당사는 부상, 질환 및 의학적 상태에 대한 진단 및 치료를 위한 진료소 방문을 보장합니다. 진료소 방문에는 왕진이 포함될 수 있습니다.

P. 외래 환자 서비스

당사는 귀하가 외래 환자 시설에서 치료 받는 동안 귀하에게 제공될 수 있는 본 계약의 입원환자 서비스 절에 기술된 병원 서비스 및 용품을 보장합니다. 예를 들어, 보장 서비스에는 흡입 요법, 폐 재활, 주입 요법 및 심장 재활이 포함될 수 있지만 이에 제한되지 않습니다. 귀하가 입원 전 검사를 받지 않는 한, 병원은 외래환자 검사실 절차 및 검사를 위한 제휴 서비스 제공자가 아닙니다.

Q. 입원 전 검사

당사는 귀하의 의사에 의해 주문되고, 다음 조건에 따라 동일한 병원에서 예약된 수술 전에 병원 외래환자 시설에서 수행된 입원 전 검사를 보장합니다.

- 수술을 수행해야 하는 상태에 대한 진단 및 치료를 위해, 그리고 이에 따라 검사가 필요한 경우,
- 검사를 수행하기 전에 병상 및 수술실 예약이 이루어진 경우,
- 수술이 검사 칠(7) 일 이내에 이루어지는 경우, 그리고
- 환자가 검사를 위해 병원에 물리적으로 상주하는 경우.

R. 진료소 및 외래환자 시설에서 사용하기 위한 처방약

당사는 예방 및 치료 목적으로 귀하의 서비스 제공자에 의해 서비스 제공자의 진료소에서 사용되는 처방약(자가 주사 가능 처방약 제외)을 보장합니다. 이 혜택은 귀하의 서비스 제공자가 처방약을 주문하여 귀하에게 투여할 때 적용됩니다. 처방약이 이 혜택에 따라 보장되면, 이는 본 계약서의 처방약 보장 절에 따라 보장되지 않습니다.

S. 재활 서비스

당사는 물리 치료, 언어 치료 및 작업 치료로 구성되는 재활 서비스를 보장합니다.

T. 2차 소견

1. **2차 암 소견.** 당사는 적절한 전문의에 의한 2차 소견을 보장합니다. 양성 또는 음성 암 진단이나 암 재발, 또는 암 치료 과정에 대한 권장사항과 관련해 전문 치료 센터에 소속된 전문가가 해당 전문의에 포함되지만 이에 제한되지 않습니다. 귀하는 귀하의 담당 의사가 비제휴 전문의에게 서면 진료 의뢰서를 제공할 때 네트워크 내 기반의 비제휴 서비스 제공자로부터 2차 소견을 입수할 수 있습니다.
2. **2차 수술 소견.** 당사는 수술의 필요성에 대한 유자격 의사의 2차 수술 소견을 보장합니다.
3. **요구되는 2차 수술 소견.** 당사는 수술 절차를 사전 승인하기 전에 두 번째 의견을 요구할 수 있습니다. 당사가 2차 소견을 요청할 때 귀하에게 부과되는 비용은 없습니다.
 - 2차 소견은 개인적으로 귀하를 검진하는 면허가 있는 전문의에 의해 제공되어야 합니다
 - 1차 소견과 2차 소견이 서로 맞지 않는 경우, 귀하는 3차 소견을 입수할 수 있습니다
 - 2차 및 3차 수술 소견 컨설턴트는 귀하에 대한 수술을 수행할 수 없습니다
4. **기타 사례에서의 2차 소견.** 귀하가 서비스 제공자가 권장하는 치료 과정에 동의하지 않는 다른 사례가 있을 수 있습니다. 이와 같은 상황에서, 귀하는 당사가 2차 소견을 제공할 다른 서비스 제공자를 지정하도록 요청할 수 있습니다. 1차 소견과 2차 소견이 서로 맞지 않는 경우 당사가 3차 소견을 제공할 다른 서비스 제공자를 지정할 것입니다. 2차 소견 절차를 완료한 후, 당사가 귀하의 사례를 검토하는 다수의 서비스 제공자가 지원하는 보장 서비스를 사전 승인할 것입니다.

U. 수술 서비스

당사는 입원환자 및 외래환자를 기준으로 하는 질병이나 부상을 치료하기 위한 수술 및 절제 절차, 골절 및 뼈의 탈구에 대한 비관혈적 정복술, 내시경술, 절개 또는 피부 천공(수술 전 및 수술 후 치료와 더불어 외과의 또는 전문의, 보조(의사 보조 또는 임상 간호사 포함) 및 마취사 또는 마취 전문의의 서비스 포함)을 포함한 수술 절차에 대한 의사의 서비스를 보장합니다. 외과의 또는 외과의 보조에 의해 수술 절차의 일부로 제공되는 마취 서비스에 대해서는 혜택이 보장되지 않습니다.

경우에 따라 동일한 수술 중에 이(2) 회 이상의 수술 절차를 수행할 수 있습니다.

1. **동일한 절개를 통한 수술.** 보장 대상 복수 수술 절차가 동일한 절개를 통해 수행되는 경우, 당사는 허용 금액이 가장 높은 절차에 대해, 그리고 당사가 본 계약에 따라 이차 절차에 대해 지불할 수 있는 금액의 50%를 비용으로 지급합니다. 단, 국내에서 인정하는 코딩 규칙에 따라 복수의 수술 절차 감액에서 면제되는 이차 절차는 여기서 제외됩니다. 당사는 이차 절차가 일차 절차에 대해 부수적인 경우 일차 절차와 함께 청구된 이차 절차에 대해 어떤 것도 지급하지 않습니다.
2. **다른 절개를 통한 수술.** 보장하는 복수의 수술 절차가 동일한 수술 세션 중에 수행되지만 다른 절개를 통해 수행되는 경우, 당사가 다음을 지급합니다.
 - 허용 금액이 가장 높은 절차, 그리고
 - 다른 절차에 대해서는 당사가 원래 지급하는 금액의 50%.

V. 구강 수술

당사는 다음의 제한된 치과 및 구강 수술 절차를 보장합니다.

- 부상 사고로 인해 필요한 양호한 자연 치아의 수리 또는 교체를 위한 턱뼈 또는 주변 조직의 구강 수술 절차와 치과 서비스. 교체는 수리가 가능하지 않은 경우에만 보장합니다. 치과 서비스는 부상 후 12개월 이내에 받아야 합니다.
- 선천성 질환이나 이상으로 인해 필요한 턱뼈 또는 주변 조직의 구강 수술 절차와 치과 서비스
- 심한 기능 손상을 초래한 비치과적 생리학적 상태를 교정하는 데 필요한 구강 수술 절차
- 턱, 볼, 입술, 혀, 입 천장 및 바닥의 병리학적 검사가 요구되는 종양 및 낭종의 제거. 치아 관련 낭종은 보장하지 않습니다.
- 악관절 장애 및 턱교정 수술에 대한 수술/비수술적 의료 절차

W. 유방 재건 수술

당사는 유방절제술 또는 부분 유방절제술 이후의 유방 재건 수술을 보장합니다. 보장 범위에는 귀하 및 귀하의 담당 의사에 의해 적절하다고 판단된 방식으로 수행된 경우, 유방절제술 또는 부분 유방절제술이 수행된 유방의 모든 재건 단계, 대칭적 외관을 만들기 위한 다른 유방의 수술 및 재건, 림프 부종을 포함하여 유방절제술 또는 부분 유방절제술의 신체 합병증이 포함됩니다. 또한 당사는 유방절제술 또는 부분 유방절제술 이후에 이식된 유방 보형물을 보장합니다.

X. 기타 재건 및 교정 수술

당사는 다음의 경우에만 유방 재건 수술 이외의 재건 및 교정 수술을 보장합니다.

- 보장되는 아이에게서 기능적 결함을 초래한 선천적 결손증을 시정하기 위해 수행,
- 관련 부위의 외상, 감염 또는 질환에 의해 필요했던 부수적 수술 또는 후속 수술, 또는
- 달리 의학적 필요성이 있는 경우.

Y. 이식

당사는 실험 및 임상시험과 무관하다고 결정된 이식만 보장합니다. 보장 대상 이식: 신장, 각막, 간, 심장, 췌장 및 폐 이식; 재생불량성 빈혈, 백혈병, 중증 복합성 면역결핍 질환 및 비스코트-얼드리치 증후군의 골수 이식.

모든 장기 이식 평가 및 장기 이식은 귀하의 전문의가 처방해야 합니다. 그뿐만 아니라 모든 이식은 이러한 술식을 수행하도록 당사가 특별히 승인하고 우수 센터로 지정된 병원에서 수행되어야 합니다.

당사는 가입자 수혜자의 기증자 검색 수수료를 포함한 병원 및 의료 비용을 보장합니다. 당사는 당사가 수혜자를 보장하는 경우에만 귀하가 장기 기증자 역할을 담당할 때 귀하가 요구하는 이식 서비스를 보장합니다. 당사는 다른 건강 플랜이나 프로그램에 따라 비보장 개인의 비용이 보장되는 경우 기증자 역할을 담당하는 비보장 개인의 의료 비용을 보장하지 않습니다.

당사는 기증자나 게스트를 위한 여행비, 숙박비, 식비 또는 기타 편의 시설 비용, 장기 이식 수술과 관련된 기증자 비용, 또는 신생아 제대혈의 줄기 세포에 대한 정기적인 수거 및 보관을 보장하지 않습니다.

제X절

추가 혜택, 장비 및 장치

본 계약서의 혜택 일람표 절에서 비용분담 요건, 일수 또는 방문 제한, 이러한 혜택에 적용되는 사전 승인 또는 진료 의뢰서 요건을 참조하십시오.

A. 당뇨병 장비, 용품 및 자가 관리 교육

당사는 아래에 설명된 것처럼 뉴욕주 교육법 제8편에 의거 처방을 하도록 합법적으로 승인된 의사 또는 기타 유면허 의료 전문가에 의해 권장 또는 처방되는 경우 당뇨병 장비, 소모품 및 자가 관리 교육을 보장합니다.

1. 장비 및 소모품

당사는 처방을 하도록 합법적으로 승인된 담당 의사 또는 기타 서비스 제공자에 의해 처방되는 경우 당뇨병을 치료하기 위한 다음 장비 및 관련 소모품을 보장합니다.

- 아세톤 시약 스트립
- 아세톤 시약 정제
- 알코올 또는 과산화수소(파인트 기준)
- 알코올 천
- 모든 인슐린 제제
- 자동 혈액 랜스 키트
- 시각 장애용 카트리지
- 당뇨병 데이터 관리 시스템
- 일회용 인슐린 및 펜 카트리지
- 시각 장애용 드로잉업 장치
- 펌프를 사용하기 위한 장비
- 혈당 농도를 높이기 위한 주사용 글루카곤
- 글루코오스 아세톤 시약 스트립
- 혈당 키트
- 시각 장애에 대한 특성이 있거나 없는 혈당 모니터, 대조 용액, 가정용 혈당 모니터를 위한 스트립
- 혈당 검사 또는 시약 스트립
- 주사 보조제
- 주사기(Busher) 자동
- 인슐린
- 인슐린 카트리지 전달 장치
- 인슐린 주입 장치
- 인슐린 펌프
- 란셋
- 글루코오스 정제 및 겔과 같은 경구용 제제
- 혈당 수치를 낮추는 데 사용하는 경구용 항당뇨병 제제
- 바늘이 달린 주사기, 살균된 1cc 박스
- 글루코오스 및 케톤용 소변 검사 제품
- 뉴욕주 보건국장(Commissioner of Health)이 당뇨병 치료를 위해 적절하다는 규정에 의해 지정한 추가 소모품

당뇨병 장비 및 소모품은 가입자에게 법적으로 요구되는 모든 당뇨병 장비 또는 소모품을 제휴 약국을 통해 제공하기 위해 당사가 계약을 체결한 지정 당뇨병 장비 또는 소모품 제조사로부터 입수하는 경우에만 보장됩니다. 귀하는 당사가 지정한 당뇨병 장비 또는 소모품 제조사로부터 이용할 수 없는 특정 품목을 요구하는 경우, 귀하 또는 귀하의 서비스 제공자는 **1-866-265-1893** 번으로 전화를 하여 의료용 제외 처리 요청서를 제출해야 합니다. 당사 메디컬 디렉터가 모든 의료용 제외 처리 결정을 할 것입니다. 당뇨병 장비 및 소모품은 약국에서 구입 시 30일분(최대 90일분)으로 제한됩니다.

2. 자가 관리 교육

당뇨병 자가 관리 교육은 적절한 식사에 관한 정보를 포함하여 당뇨병에 대한 적절한 자가 관리 및 치료와 관련하여 당뇨병 환자를 지도하기 위해 설계된 교육입니다. 당사는 당뇨병이 조기에 진단된 경우, 의사가 귀하의 자가 관리 교육에 변경이 필요한 귀하의 증상이나 상태 중대한 변화를 진단한 경우, 또는 갱신 교육이 필요한 경우 자가 관리 및 영양에 대한 교육을 보장합니다. 이는 다음 조건에 따라 제공되어야 합니다.

- 뉴욕 교육법 제8편에 따라 처방이 승인된 의사, 기타 의료 서비스 제공자 또는 의사 진료 중 의료진에 의해 제공,
- 뉴욕 교육법 제8편에 따라 처방이 승인된 의사, 기타 의료 서비스 제공자의 의뢰를 받고 다음과 같은 비의사 의료 교육 전문가가 제공: 공인 당뇨병 간호 교육자, 공인 영양사, 등록 영양사 및 가능한 경우 그룹 환경에서의 등록 영양사, 그리고
- 의학적 필요성이 있을 때 귀하의 가정에서 교육을 제공할 수도 있습니다.

3. 제한

품목들은 귀하를 위해 의사에 의해 개발된 치료 계획에 따른 금액으로만 제공됩니다. 당사는 시력 저하 또는 실명과 관련하여 귀하에게 특별한 요구가 없는 한 혈당 모니터의 기본 모델만 보장합니다.

B. 내구성 의료 장비 및 보조기

당사는 내구성 의료 장비 및 보조기의 임대 또는 구입을 보장합니다.

1. 내구성 의료 장비

내구성 의료 장비는 다음에 해당하는 장비입니다.

- 반복 사용을 목적으로 설계된 장비,
- 주로, 그리고 관례적으로 의료 목적으로 사용되는 장비,
- 일반적으로 질환 또는 부상이 없는 사람에게는 유용하지 않은 장비, 그리고
- 가정에서 사용하기에 적절한 장비.

보장은 표준 장비에만 적용됩니다. 당사는 정상적인 마손에 의해 필요한 수리 또는 교체 비용을 보장합니다. 당사는 귀하의 오용 또는 남용의 결과로 발생한 수리 또는 교체 비용을 보장하지 않습니다. 당사는 해당 장비를 임대 또는 구입할 것인지 결정할 것입니다. 당사는 처방전 없이 살 수 있는 내구성 의료 장비를 보장하지 않습니다.

당사는 내구성 의료 장비의 정의를 충족시키지 않는, 귀하의 안락 또는 편의를 위해 설계된 장비 (예: 풀, 온수 욕조, 에어컨, 사우나, 가습기, 제습기, 운동 장비)를 보장하지 않습니다.

2. 보조기

당사는 부상, 질환 또는 결손으로 인해 손실 또는 손상된 외부 신체 일부 기능의 전체 또는 부분을 일시적으로, 또는 영구히 보조하기 위해 외부에 착용하는 보조기를 보장합니다. 보장은 표준 장비에만 적용됩니다. 당사는 귀하의 의학적 상태의 확대 또는 변화로 인해 교체가 필요한 경우 교체를 보장합니다. 당사는 귀하의 오용 또는 남용의 결과로 발생한 수리 또는 교체 비용을 보장하지 않습니다.

C. 보청기

1. 외부 보청기

당사는 청각 장애(약간의 난청부터 완전한 난청에 이르는 청력 감소) 교정에 필요한 보청기를 보장합니다. 보청기는 귀로 보다 효과적으로 소리를 전달하도록 설계된 전자 증폭 장치입니다. 보청기는 마이크, 증폭기 및 수신기로 구성됩니다.

의사에 의한 서면 권장의 결과로서 구입된 보청기에 대해 보장 서비스를 이용할 수 있으며, 여기에는 보청기 및 관련 부품과 검사 비용이 포함됩니다. 당사는 삼(3) 년마다 1회, 한쪽(1) 귀 또는 양쪽 귀의 보청기 1회 구입(수리 및/또는 교체 포함)을 보장합니다.

2. 달팽이관 임플란트

당사는 청각 장애를 교정하기 위해 의학적으로 필요한 골전도 보청기(즉, 인공 달팽이관)를 보장합니다. 골전도 보청기가 의학적으로 필요한 경우의 예는 다음과 같습니다.

- 비정상적인 외이도나 외이도 소실로 인해 착용형 보청기를 사용할 수 없는 두개안면 이상, 또는
- 착용형 보청기로 적절히 치료하지 못할 정도로 충분히 중증인 청력 손실.

귀하가 본 계약에 따라 가입한 전체 기간 동안, 귀당 하나(1)의 보청기에 대해 보장을 제공합니다. 당사는 뼈에 고정된 보청기가 고장난 경우에만 이의 수리 및/또는 교체를 보장합니다.

D. 호스피스

호스피스 간호는 귀하의 일차 담당 의사가 귀하가 살 수 있는 기간이 육(6) 개월 이하라고 인정한 경우에 이용할 수 있습니다. 당사는 병원 입원환자 호스피스 간호 또는 약물 및 의료용 소모품을 포함하여 호스피스에서 제공된 호스피스 및 가정간호와 외래환자 서비스를 보장합니다. 보장 범위는 210일의 호스피스 간호입니다. 또한 당사는 귀하의 사망 이전이나 이후에 귀하의 사망과 관련된 정서적, 사회적 문제를 감당해야 하는 귀하 및 귀하의 직계 가족을 돕기 위한 목적으로 보조 치료 및 지도를 위한 오(5) 회 방문을 보장합니다.

당사는 뉴욕주 공중보건법 제40조에 따라 인증된 호스피스 간호 프로그램의 일환으로 제공되는 호스피스 간호만을 보장합니다. 호스피스가 뉴욕주 바깥에서 제공되는 경우, 호스피스는 호스피스가 위치한 주에서 요구하는 유사한 인증 절차에 의거 인증을 받아야 합니다. 당사는 장례 준비, 목회, 재정 또는 법률 상담, 가정부, 간호인 또는 임시 간호를 보장하지 않습니다.

E. 의료 용품

당사는 본 계약에 따라 보장하는 질환 또는 부상 치료에 필요한 의료용 소모품을 보장합니다. 또한 당사는 본 계약에 따라 보장하는 상태에 대한 유지 소모품(예: 조루술 소모품)을 보장합니다. 이와 같은 모든 소모품은 진행 중인 치료 또는 유지 프로그램에 대해 적절한 금액이어야 합니다. 당사는 처방전 없이 살 수 있는 의료용 소모품을 보장하지 않습니다. 위의 당뇨병 장비, 소모품 및 자가 관리 교육 절에서 당뇨병 소모품 보장 설명을 참조하십시오.

F. 보철물

1. 외부 보장구

당사는 부상 또는 질환으로 인해 손실 또는 손상된 외부 신체 일부 기능의 전체 또는 부분을 일시적으로, 또는 영구히 교체하기 위해 외부에 착용하는 보철기구(가발 포함)를 보장합니다. 당사는 부상 또는 질환으로 인해, 또는 질환 치료의 부작용(예: 화학요법)으로 귀하에게 중증 탈모가 있는 경우에만 보장합니다. 당사는 귀하가 모든 합성 가발 재료에 알레르기가 있지 않은 한 인간 모발로 만든 가발을 보장하지 않습니다.

당사는 양호한 자연 치아에 대한 부상 사고로 인해 필요하지 않은 한, 또는 선천성 질환이나 이상으로 인해 필요하지 않은 한 치아와 관련하여 사용되는 의치 또는 기타 장치를 보장하지 않습니다.

안경 및 콘택트 렌즈는 본 계약에 따라 보장하지 않으며, 본 계약의 시력 관리 절에 따라서만 보장합니다.

당사는 신발 깔창을 보장하지 않습니다.

당사는 수명 한계가 적용되지 않는 유방절제술 이후의 외부 유방 보형물을 보장합니다.

보장은 표준 장비에만 적용됩니다.

당사는 사지 당, 평생당 일(1) 회 보철 장치 비용을 보장합니다. 당사는 보철 장치 및 그 부품의 수리 및 교체 비용도 보장합니다. 당사는 보증에 의거 보장되는 수리 또는 교체의 비용, 또는 수리 또는 교체가 귀하의 오용 또는 남용의 결과로 발생한 경우 해당 비용을 보장하지 않습니다.

2. 내부 보장구

당사는 질병 또는 부상으로 인해 제거 또는 손상된 내부 인체 부분의 기능을 개선 또는 복원하는 경우 외과적으로 이식된 보장구 및 특수 장치를 보장합니다. 여기에는 귀하 및 귀하의 담당 의사가 적절하다고 판단한 방식으로 유방절제술 또는 부분 유방절제술 이후 이식된 유방 보형물이 포함됩니다.

또한 보장에는 정상적인 성장이나 정상적인 마손으로 인한 수리 및 교체가 포함됩니다.

보장은 표준 장비에만 적용됩니다.

제XI절 입원환자 서비스 (정신 건강 및 약물 남용 외)

본 계약서의 혜택 일람표 절에서 비용분담 요건, 일수 또는 방문 제한, 이러한 혜택에 적용되는 사전 승인 또는 진료 의뢰서 요건을 참조하십시오.

A. 병원 서비스

당사는 다음을 포함하여 입원환자를 기준으로 치료되어야 하는 중증의 질병, 부상 또는 질환에 대해 의료 전문가가 제공 또는 주문한 급성 관리 또는 치료를 위한 입원 서비스를 보장합니다.

- 준특실 및 식사,
- 일반, 특별 및 임상 간호,
- 식사 및 특별 규정식,
- 수술실, 회복실 및 방광경실 및 장비 사용,
- 집중 치료실, 특수 치료실 또는 심장 치료실 및 장비 사용,
- 진단 및 치료 품목(예: 약품 및 약물, 혈청, 생물학적 제제 및 백신, 정맥내 투여 제제 및 가시화 염색 및 투여), 단 구입을 위해 상업적으로 이용 가능하지 않은 품목이나 병원에서 쉽게 입수 가능한 품목 제외,
- 드레싱 및 깁스,
- 산소, 마취, 물리치료, 화학요법, 심전계, 뇌파계, x선 검사 및 방사선 요법, 검사실 및 병리학적 검사와 관련된 소모품 및 장비 사용,
- 혈액 및 혈액 제품(귀하가 지원자 혈액 교체 프로그램에 참여할 수 있는 경우는 제외),
- 방사선 요법, 흡입 요법, 화학요법, 폐 재활, 주입 요법 및 심장 재활,
- 단기 물리, 언어 및 작업 치료, 그리고
- 귀하가 등록된 환자로 입원하는 동안 제공되고 병원에서 비용을 청구한 추가 의료 서비스 및 용품.

본 계약서의 혜택 일람표 절의 비용분담 요건은 지속적인 병원 격리에 적용되며, 이는 90일 이하의 기간 이내에 동일하거나 관련된 원인에 대해 퇴원 및 재입원이 발생할 때 입원환자 또는 연속 격리로 받은 입원 서비스의 연속 일수입니다.

B. 관찰 서비스

당사는 병원에서 받는 관찰 서비스를 보장합니다. 관찰 서비스는 의사가 귀하의 입원 또는 퇴원 여부를 결정하는 데 도움을 주기 위해 제공된 병원 외래환자 서비스입니다. 이러한 서비스에는 간호사 또는 기타 유면허 의료진에 의한 침상 사용 및 정기 모니터링이 포함됩니다.

C. 입원환자 의료 서비스

당사는 본 계약에 의거 보장되는 입원환자 치료의 일수에 대해 의료 전문가에 의한 의료 방문을 보장합니다.

D. 임산부 치료를 위한 입원환자 체류

당사는 병원에서 산모를 위한 임산부 입원환자 진료, 그리고 병원에서 유아를 위한 신생아 입원환자 진료를 그러한 진료가 의학적으로 필요한지 여부와 관계없이 정상 분만 후 적어도 48시간 및 제왕절개 분만 후 적어도 96시간 동안 보장합니다. 제공되는 치료에는 부모 교육, 지원, 모유 수유 및 분유 수유 교육, 그리고 필수적인 임산부 및 신생아 임상 평가가 포함됩니다. 또한 당사는 당사가 의학적으로 필요하다고 결정하는 추가 진료일수도 보장할 것입니다. 48시간이 끝나기 전에, 또는 96시간의 최소 보장 기간이 끝나기 전에 산모가 퇴원을 하기로 선택하고 가정간호 방문을 요청하는 경우, 당사가 가정간호 방문을 보장합니다. 가정간호 방문은 산모 퇴원 후 24시간 이내에, 또는 산모의 요청 시점 중 나중에 해당되는 시점에 제공됩니다. 이 가정간호 방문에 대한 당사의 보장은 본 계약에 따른 가정간호 방문에 추가로 보장되며, 가정간호 혜택에 적용되는 본 계약의 혜택 일람표 절에 제시된 비용 분담 금액이 적용되지 않습니다.

당사는 또한 유아가 모유를 의학적으로 또는 신체적으로 받을 수 없거나 모유 수유를 받을 수 없는 경우 또는 산모가 의학적으로 또는 신체적으로 모유를 전혀 또는 충분히 생산할 수 없거나, 최선의 모유 수유 지원에도 불구하고 모유 수유를 할 수 없는 경우를 위해서 의료서비스 전문가가 처방한 경우, 의학적으로 필요한 강화물을 포함할 수 있는 저온살균된 기증자 모유의 입원환자 사용을 보장합니다. 해당 유아는 출생 체중이 1,500그램 미만 또는 괴사 소장결장염 발생 고위험율의 유아로 구분되는 선천성 또는 후천성 상태가 문서화되어야 합니다.

E. 유방절제술 치료를 위한 입원환자 체류

당사는 귀하 및 귀하의 담당 의사에 의해 의학적으로 적절하다고 결정된 기간 동안, 림프 부종을 포함하여 유방암 및 유방절제술로 인한 신체 합병증 치료를 위한 림프절 절개, 소괴절제술, 유방절제술 또는 부분 유방절제술을 받는 가입자에 대한 입원환자 서비스를 보장합니다.

F. 자가 혈액 은행 서비스

당사는 질환 또는 부상 치료를 위해 예약된 보장 입원환자 절차와 관련된 경우에만 자가 혈액 은행 서비스를 보장합니다. 그러한 경우에, 당사는 필요 시 이용 가능한 혈액 확보에 적절하고 합당한 보관 기간 동안의 보관 비용을 보장합니다.

G. 가할 서비스

당사는 플랜 연도당 60일 동안 물리 치료, 언어 치료 및 작업 치료로 구성되는 입원환자 가할 서비스를 보장합니다. 방문 제한은 조합된 모든 요법에 적용됩니다.

H. 재활 서비스

당사는 플랜 연도당 60일 동안 물리 치료, 언어 치료 및 작업 치료로 구성되는 입원환자 재활 서비스를 보장합니다. 방문은 조합된 모든 요법에 적용됩니다.

New York Essential Plan 4 가입자 계약

당사는 다음의 경우에만 언어 및 물리 치료를 보장합니다.

1. 해당 요법이 귀하의 질병이나 부상에 대한 치료 또는 진단과 관련이 있는 경우,
2. 의사가 요법을 주문한 경우, 그리고
3. 귀하가 해당 질병이나 부상으로 입원을 했거나 이에 대한 수술을 받은 경우.

보장되는 재활 서비스는 다음 시점 중 나중에 해당되는 날짜의 육(6) 개월 이내에 시작되어야 합니다.

1. 요법을 필요로 하는 부상이나 질병이 발생한 날짜,
2. 수술 치료가 제공된 병원에서 귀하가 퇴원한 날짜, 또는
3. 외래환자 수술 치료가 제공된 날짜.

I. 전문간호시설

당사는 위의 “병원 서비스”에서 설명된 것처럼 준전용실에서의 관리 및 치료를 포함하여 전문간호시설에서 제공된 서비스를 보장합니다. 수용, 영양 또는 재가 복지(본 계약의 예외 및 제한 절 참조)를 보장하지 않습니다. 전문간호시설에 대한 입원은 귀하의 서비스 제공자가 준비하고 당사가 승인한 치료 계획에 기반을 두어야 합니다. 당사는 플랜 연도당 비수용 치료에 대해 최대 200일까지 보장합니다.

J. 임종 관리

귀하가 진행암으로 진단을 받고 60일 미만을 생존하는 경우, 당사는 제28조에 따라 면허를 받은 시설 또는 말기 환자 치료를 전문으로 하는 급성 치료 시설에서 제공되는 급성 간호를 보장할 것입니다. 귀하의 담당 의사 및 시설의 메디컬 디렉터는 시설에서 귀하에게 적절한 진료를 제공할 것이란 사실에 동의해야 합니다. 귀하가 시설에 입원하는 것에 대해 당사가 동의하지 않는 경우, 당사는 외부 이의제기 대리인에 대해 신속 처리 외부 이의제기를 제기할 수 있는 권리를 보유하고 있습니다. 당사는 외부 이의제기 대리인이 당사에 유리한 결정을 내릴 때까지 본 계약에서 적용 가능한 제한에 따라 귀하의 치료를 위한 시설을 보장하고 비용을 상환할 것입니다.

당사는 다음과 같이 이 임종 관리에 대해 비제휴 서비스 제공자에게 상환할 것입니다.

1. 당사는 당사와 서비스 제공자 간에 협의한 요율에 따라 상환할 것입니다.
2. 협의된 요율이 없는 경우, 당사는 시설의 현재 메디케어 급성 치료율에 따라 급성 치료비를 상환할 것입니다.
3. 이것이 대체 치료인 경우, 당사가 적절한 메디케어 급성 치료율의 75%에서 상환할 것입니다.

K. 보장의 제한/조건

1. 귀하가 시설에서 입원환자 치료를 받는 경우, 당사는 특근 간호사에 대한 추가 비용, 개인 병실(개인 병실이 의학적으로 필요하지 않은 한)에 대한 비용, 또는 귀하가 시설에서 집으로 가져가는 약물 및 소모품을 보장하지 않습니다. 귀하가 개인 병실을 점유하고, 개인 병실이 의학적으로 필요하지 않은 경우, 당사의 보장 범위는 시설의 최대 준전용실 비용에 기초합니다. 귀하는 해당 비용 및 개인 병실 비용 간 차액을 지불해야 합니다.
2. 당사는 라디오, 전화 또는 TV 비용, 미용 또는 이발 서비스를 보장하지 않습니다.

-
3. 당사는 외부 이의제기 대리인이 당사의 거부를 반복하지 않는 한, 귀하가 더 이상 입원환자를 받을 의학적 필요성이 없다고 당사가 귀하에게 권고한 날 이후에 발생한 비용을 보장하지 않습니다.

제XII절 정신 건강 치료 및 약물 남용 서비스

본 계약서의 혜택 일람표 절에서 비용분담 요건, 일수 또는 방문 제한, 이러한 혜택에 적용되는 사전 승인 또는 진료 의뢰서 요건을 참조하십시오. 이는 2008년 연방 정신질환 약물중독 동등법(Mental Health Parity and Addiction Equity Act)에 따라 의료 및 수술 혜택에 적용되는 것보다 더 제한적이지 않습니다.

A. 정신 건강 치료 서비스.

당사는 정신 건강 상태를 치료하기 위한 다음 정신 건강 치료 서비스를 보장합니다. 이 혜택의 목적상, “정신 건강 상태”란 정신 장애 진단 및 통계 매뉴얼의 가장 최근판에 정의된 정신 건강 장애를 의미합니다.

1. **입원환자 서비스.** 당사는 기타 본 계약에 의거 제공되는 유사한 병원, 내과 및 외과 보장에 필적하는 정신 건강 상태의 진단 및 치료와 관련된 입원환자 정신 건강 치료 서비스를 보장합니다. 정신 건강 치료를 위한 입원환자 서비스 보장은 다음과 같이 뉴욕주 정신위생법 제1.03(10)절에 정의된 시설로 제한됩니다.
 - 뉴욕주 정신보건실의 관할 하에 있는 정신과 센터 또는 입원환자 시설
 - 주 또는 현지 정부가 운영하는 정신의학 입원환자 시설
 - 뉴욕주 정신 건강 위원회(Commissioner of Mental Health)에서 발급한 운영 허가서에 따라 입원환자 정신 건강 치료 서비스를 제공하는 병원의 일부
 - 뉴욕주 정신 건강 위원회에서 발급한 운영 허가서에 따라 입원환자 정신 건강 치료 서비스를 제공하는 종합 정신의학 응급 프로그램 또는 기타 시설, 그리고 다른 주의 경우 이와 유사한 허가 또는 승인을 받은 시설. 유사한 면허 또는 승인을 받은 시설이 없는 경우, 해당 시설은 의료 단체 승인 합동 위원회(Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations) 또는 당사가 인정하는 전미 인증 기관에 의해 인증을 받아야 합니다.

또한 당사는 병실 및 식사 비용을 포함하여 거주 치료 서비스를 제공하는 시설에서 받은 정신 건강 상태의 진단 및 치료와 관련된 입원환자 정신 건강 치료 서비스도 보장합니다. 거주 치료 서비스에 대한 보장은 뉴욕주 정신위생법 제1.03조에 정의된 시설로 그리고 뉴욕주 정신위생법 제30조에 따라 식별된 식이 장애를 위한 종합 치료 센터에 속한 거주 치료 시설로 제한되며; 다른 주의 경우, 동일한 치료 수준을 제공하도록 면허 또는 승인된 시설로 제한됩니다. 같은 수준의 치료를 제공하는 면허 또는 승인을 받은 시설이 없는 경우, 해당 시설은 의료 단체 승인 합동 위원회(Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations) 또는 당사가 인정하는 전미 인증 기관에 의해 인증을 받아야 합니다.

2. **외래환자 서비스.** 당사는 외래환자 정신 건강 치료 서비스를 보장하며, 여기에는 정신 건강 상태의 진단 및 치료와 관련된 당일 입원 프로그램 서비스 및 집중 외래환자 프로그램 서비스가 포함되지만 이에 국한되지는 않습니다. 당사는 역년 기준으로 총 20회의 가족 상담 방문을 보장합니다. 가족 상담에는 가입자 입회 가족 상담 방문 및 가입자 미입회 가족 상담 방문이 포함됩니다. 정신 건강 치료를 위한 외래환자 서비스의 보장에는 뉴욕주 정신위생법 제31조에 따라 운영 면허서가 발급된 시설 또는 뉴욕주 정신보건실 및 뉴욕주 정신위생법 제36.01절에 따라 면허를 소지한 위기 안정화 센터에서 운영하는 시설이 포함되며, 다른 주의 경우, 유사한 면허 또는 인증을 받은 시설, 그리고 유면허 정신과 의사 또는 정신분석의가 제공하는 서비스, 정신요법에서 적어도 삼(3) 년의 추가 경험을 가진 유면허 임상 사회복지사, 유면허 개업 간호사, 유면허 정신건강 카운슬러, 유면허 혼인 가족 테라피스트, 유면허 정신분석사, 또는 전문가 단체 혹은 대학 교직원 개업 단체가 제공하는 서비스가 포함됩니다. 유사한 면허 또는 승인을 받은 시설이 없는 경우, 해당 시설은 의료 단체 승인 합동 위원회(Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations) 또는 당사가 인정하는 전미 인증 기관에 의해 인증을 받아야 합니다. 외래환자 서비스에는 정신 건강 상태를 치료하기 위한 영양 상담도 포함됩니다.
3. **자폐 스펙트럼 장애.** 당사는 유면허 의사 또는 유면허 정신분석의에 의해 해당 서비스가 처방 또는 주문된 경우, 그리고 해당 서비스가 자폐 스펙트럼 장애의 선별 검사, 진단 또는 치료에 대한 의학적 필요성이 있다고 당사가 판단하는 경우 다음 서비스를 보장합니다. 이 혜택의 목적상, “자폐 스펙트럼 장애”란 서비스 제공 시점에 정신질환 진단 및 통계 편람(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)의 가장 최신호에 정의된 전반적 발달 장애를 의미합니다.
 - i. **선별검사 및 진단.** 당사는 누군가가 자폐 스펙트럼 장애가 있는지 결정하기 위한 사정, 평가 및 검사를 보장합니다.
 - ii. **보조 의사소통 장치.** 당사는 언어 병리학자가 보조 의사소통 장치에 대한 필요성을 결정하기 위한 공식적인 평가를 보장합니다. 공식적인 평가에 근거하여, 당사는 귀하가 정상적인 수단(즉, 언어 또는 글쓰기)으로 의사 소통을 할 수 없는 경우, 그리고 평가를 통해 보조 의사소통 장치가 귀하의 의사 소통 기능을 개선하는 데 도움이 된다는 것을 보여 주는 경우, 유면허 의사 또는 유면허 정신분석의가 주문 또는 처방 시 보조 의사소통 장치의 임대 또는 구입을 보장합니다. 보조 의사소통 장치의 예에는 의사소통판 및 음성 발생 장치가 포함됩니다. 보장 범위는 전용 장치로 제한됩니다. 당사는 일반적으로 의사소통 장애가 없는 사람에게 유용하지 않은 장치만을 보장합니다. 당사는 랩톱, 데스크톱 또는 태블릿 컴퓨터와 같은 품목은 보장하지 않습니다. 당사는 랩톱, 데스크톱 또는 태블릿 컴퓨터를 음성 발생 장치로 기능하게 하는 소프트웨어 및/또는 애플리케이션을 보장합니다. 프로그램 설치 및/또는 기술 지원은 별도로 상환하지 않습니다. 당사는 해당 장비를 구입 또는 임대할 것인지 결정합니다.

당사는 정상적인 마손 또는 귀하의 신체 상태 중대한 변화에 따라 필요한 경우 해당 장치의 수리, 부품 교체 및 조정을 보장합니다. 당사는 오용, 잘못된 취급 또는 도난에 의한 손실이나 손상 때문에 필요하게 된 수리 또는 교체 비용을 보장하지 않습니다. 하지만, 행동적인 문제 때문에 필요하게 된 기기 유형별 일(1) 회 수리 또는 교체는 보장합니다. 귀하의 현재 기능 수준에 가장 적절한 장치에 대해 보장을 제공할 것입니다. 당사는 배송 또는 서비스 비용이나 일상적인 정비를 보장하지 않습니다.

- iii. **행동 건강 치료.** 당사는 실행 가능한 최대 한도까지 개인의 기능을 개발, 유지 또는 회복하는데 필요한 상담 및 치료 프로그램을 보장합니다. 당사는 면허된 서비스 제공자가 제공하는 경우 해당 보장을 제공할 것입니다. 당사는 면허 또는 인증된 응용 행동 분석 의료 전문가가 제공하는 경우 응용 행동 분석을 보장합니다. “응용 행동 분석”이란 직접 관찰, 측정, 그리고 환경 및 행동 간 관계에 대한 기능적 분석을 포함하여 인간의 행동에 대한 사회적으로 중대한 개선을 이루기 위해 자극 및 결과를 통해 환경 수정에 대한 설계, 이행 및 평가를 하는 것을 의미합니다.
- iv. **정신의학 및 심리학적 치료.** 당사는 뉴욕주 보험법에서 요구하는 경험을 갖추고 그들이 개업하는 주에서 면허를 받은 정신과 의사, 정신분석의 또는, 유면허 임상 사회복지사가 제공하는 직접 서비스 또는 상담 서비스를 보장합니다.
- v. **요법 진료.** 당사는 자폐 스펙트럼 장애를 치료하기 위한 면허 또는 인증을 받은 언어 치료사, 작업 요법사, 물리 치료사 및 사회복지사에 의해 해당 서비스가 제공되는 경우, 그리고 해당 서비스 제공자에 의해 제공되는 서비스가 본 계약에 따라 달리 보장되는 경우, 실행 가능한 최대 한도까지 개인의 기능을 개발, 유지 및 회복하는데 필요한 요법 서비스를 보장합니다. 법률에 의해 달리 금지된 경우를 제외하고, 본 항에 따라 제공되는 서비스는 본 계약에 따른 해당 치료사 또는 사회복지사의 서비스에 최대 한도로 적용 가능한 방문에 포함되어야 합니다.
- vi. **약국 진료.** 당사는 뉴욕주 교육법의 제8편에 의거 합법적으로 처방할 수 있도록 승인된 서비스 제공자가 처방한 자폐 스펙트럼 장애를 치료하기 위한 처방약을 보장합니다. 해당 처방약의 보장에는 본 계약에 따른 처방약 혜택에 적용되는 모든 조건, 규정 및 제한 사항이 적용됩니다.
- vii. **제한.** 당사는 해당 서비스 또는 치료가 뉴욕주 교육법에 의거 맞춤형 교육 계획에 따라 제공되는 경우 위에 명시된 서비스 또는 치료를 보장하지 않습니다. 뉴욕주 공중보건법 제2545 절에 의거 맞춤형 가족 서비스 플랜 서비스의 규정, 뉴욕 교육법 제89조에 따른 개인화된 교육 플랜 또는 뉴욕주 발달장애국(Office for People With Developmental Disabilities)의 규정에 따른 개인화된 서비스 플랜은 해당 서비스가 유면허 의사 또는 유면허 정신분석의에 의해 처방된 경우 교육 환경을 벗어난 보완적 기준에 따라 제공된 서비스에 대해 본 계약에 따른 보장 범위에 영향을 주지 않습니다.

귀하는 유사한 서비스에 대해 본 계약에 따라 적용 가능한 코페이먼트 또는 공동 보험 규정에 대해 책임을 져야 합니다. 예를 들어, 물리 치료 방문에 적용되는 코페이먼트 또는 공동 보험은 대개 이 혜택에 따라 보장되는 물리 치료 서비스에도 적용되며, 일반적으로 처방약에 대한 코페이먼트 또는 공동 보험은 이 혜택에 따라 보장되는 처방약에도 적용됩니다. 본 계약의 혜택 일람표 절에서 응용 행동 분석 서비스 및 보조 의사소통 장치에 적용되는 비용분담 요건을 참조하십시오.

B. 약물 사용 서비스.

당사는 약물 사용 장애를 치료하기 위한 다음 약물 사용 서비스를 보장합니다. 이 혜택의 목적상, “약물 사용 장애”란 정신 장애 진단 및 통계 매뉴얼의 가장 최근판에 정의된 약물 사용 장애를 의미합니다.

1. **입원환자 서비스.** 당사는 약물 사용 장애의 진단 및 치료와 관련된 입원환자 약물 사용 서비스를 보장합니다. 여기에는 약물 사용 장애를 위한 중독치료 및 재활 서비스를 위한 보장이 포함됩니다. 입원환자 약물 사용 서비스는 중독 서비스 및 지원실(Office of Addiction Services and Supports, “OASAS”)에 의해 면허, 인증 또는 달리 승인된 뉴욕주의 시설. 그리고 다른 주의 경우, 유사한 주 기관에 의해 면허, 인증을 받거나 달리 승인되고 합동위원회(Joint Commission)가 인가한 시설 또는 당사가 알코올 중독, 약물 남용 또는 화학물질 의존 치료 프로그램으로 인정한 전국의 인가 기관으로 제한됩니다.

또한 당사는 병실 및 식사 비용을 포함하여 거주 치료 서비스를 제공하는 시설에서 받은 약물 남용 장애의 진단 및 치료와 관련된 입원환자 물질 남용 서비스도 보장합니다. 거주 치료 서비스에 대한 보장은 OASAS에 의해 면허, 인증 또는 달리 승인된 시설, 그리고 다른 주의 경우, 유사한 주 기관에 의해 면허, 인증 또는 달리 승인되고 합동위원회(Joint Commission)에 의해 인가된 시설 또는 당사가 동일한 수준의 치료를 제공하는 알코올 중독, 약물 남용 또는 화학물질 의존 치료 프로그램으로 인정한 전국의 인가 기관으로 제한됩니다.

2. **외래환자 서비스.** 당사는 약물 남용 장애의 진단 및 치료와 관련된 외래환자 약물 남용 서비스를 보장하며, 여기에는 당일 입원 프로그램 서비스, 집중 외래환자 프로그램 서비스, 또래 지원 서비스, 상담 및 약물 지원 치료를 포함한 오피오이드 치료 프로그램이 포함되지만 이에 국한되지는 않습니다. 그러한 보장은 OASAS에 의해 외래환자 약물 사용 장애 서비스를 제공하도록 면허, 인증 또는 달리 승인된 뉴욕주 시설 및 뉴욕주 정신위생법 제36.01절에 따라 면허를 소지한 위기 안정화 센터, 그리고 다른 주의 경우, 유사한 주 기관에 의해 면허, 인증 또는 달리 승인되고 합동위원회(Joint Commission)에 의해 인가된 시설 혹은 당사가 알코올 중독, 약물 남용 또는 화학물질 의존 치료 프로그램으로 인정한 전국의 인가 기관으로 제한됩니다. 또한 알코올 중독, 약물 남용 및 의존의 진단 및 치료와 관련된 외래환자 약물 남용 장애 서비스를 위한 전문 병원 환경에서 보장을 받거나, 급성 중독 치료 단계, 또는 재활 치료 단계 중에 아편유사제 중독 치료를 위한 일정 III, IV 및 V 마약을 처방하기 위한 2000의 연방 약물 중독 치료법에 따라 면제를 받은 의사를 통해 보장을 받을 수 있습니다.

제XIII절 처방약 보장

본 계약서의 혜택 일람표 절에서 비용분담 요건, 일수 또는 방문 제한, 이러한 혜택에 적용되는 사전 승인 또는 진료 의뢰서 요건을 참조하십시오.

A. 보장 대상 처방약

당사는 특별히 다르게 규정된 경우를 제외하고, 처방 및 다음 조건에 따라서만 조제될 수 있는 의학적으로 필요한 처방약을 보장합니다.

- 법률에 의해 “주의 – 연방 법률에 따라 처방 없이 조제 금지”라고 표기하도록 요구되는 약,
- FDA에서 승인한 약,
- 서비스 제공자의 진료 범위 내에서 처방이 승인된 서비스 제공자에 의해 주문된 약,
- 승인된 FDA 투여 및 복용 지침에 따라 처방된 약,
- 당사의 처방약 목록, 그리고
- 면허된 약국에 의해 조제된 약.

보험 적용 처방약에는 다음이 포함되지만 이에 제한되지 않습니다.

- 자가 주사가 가능한/투여된 처방약
- 흡입기(스페이서 포함)
- 국소 치과 제제
- 태아기 비타민, 불소가 포함된 비타민 및 단일 개체 비타민
- FDA에 의해 승인된 골다공증 약물 및 장치, 또는 연방 메디케어 프로그램 또는 국립보건원의 기준에 따라 골다공증 치료를 위한 대체물로 승인된 일반 등가물
- 페닐케톤뇨증, 결사슬케톤산뇨증, 갈락토오스 혈증 및 호모시스틴뇨증의 치료를 위한 영양 처방
- 구강 투여 또는 관급식 여부와 상관없이 의사 또는 기타 면허된 서비스 제공자가 서면 주문을 발급한 가정용 처방 또는 비처방 장관영양 처방 주문서에 장관영양처방이 의학적으로 필요하고 질병별 치료 요법으로서 효과적임이 입증되었음을 명기해야 합니다. 특정 질병 및 장애의 예: 유전된 아미노산 또는 유기산 대사 질환, 크론병, 위식도역류, 만성 가성 장폐색증 같은 위식도 운동성, 및 여러 심한 음식 알레르기. 여러 음식 알레르기의 예: 면역글로불린 E 및 비면역글로불린 E-매개 여러 음식 단백질 알레르기, 음식 단백질 유도 심한 소장대장염 증후군, 호산구 장애 및 위장관의 흡수 표면, 기능, 길이 및 운동성에 영향을 끼치는 질환으로 인한 영양소 흡수 저하.
- 단백질 함량이 낮은, 변형 단백질이 함유된 또는 유전된 특정 아미노산 및 유기산 대사병과 심한 단백질 알레르기 병을 치료하기 위한 아미노산 기반의 변형 고형 식품
- 본 계약의 외래환자 및 전문 서비스 절의 불임 치료 혜택에 따라 보장하는 치료 또는 서비스와 관련하여 처방된 약품
- 처방약이 다음 참조 개요서 중 하나(1)에서 처방된 특정 유형 암 치료제로 인정되는 한 FDA 승인 없이 처방된 항암제: 미국 병원 처방약 목록 서비스-약물 정보(American Hospital Formulary Service-Drug Information), 국립 종합 암 네트워크 약물 및 생물학 제제 개요서(National Comprehensive Cancer Networks Drugs and Biologics Compendium), 톰슨 마이크로메덱스 드럭덱스(Thomson Micromedex DrugDex), 엘스비어 골드 스탠다드 임상 약리학(Elsevier Gold Standard's Clinical Pharmacology) 또는 연방 보건 복지부 장관(Federal Secretary of Health and Human Services) 또는 메디케어 및 메디케이드 서비스 센터(Centers for Medicare and Medicaid Services)에서 인정하거나 주요 동료 검토 전문 저널의 연구 논문 또는 편집 의견으로 권고된 기타 권위 있는 개요서
- 암 세포를 죽이거나 성장을 지연시키는 데 사용되는 구강 투여 항암제
- 서면 주문이 있는 일반의약품과 서비스 제공자에 의해 처방된 처방약을 포함한 금연 약물
- 주문서가 있고, 건강자원서비스청("HRSA")이 지원하는 종합 가이드라인에 따라 제공되는 또는 미국 예방서비스 태스크포스("USPSTF")로부터 "A" 또는 "B" 등급을 받은 비처방 약을 포함한 예방적 처방약
- 중독치료, 유지 및 과용 역전을 위한 약을 포함하여 정신건강 및 약물 사용 장애의 치료를 위한 처방약

- FDA가 승인하고 처방된 또는 주 또는 연방 법률에 의거 달리 승인된 비처방 피임약, 피임 장치 및 기타 피임 제품을 포함한 피임약, 피임 장치 및 기타 피임 제품. “비처방 피임 제품”이란 HRSA가 지원하는 종합 가이드라인에 규정된 제품을 의미합니다. 보장에는 처방 또는 지시에 따라 제공될 때 또는 합법적으로 제공된 비처방 약일 때의 비상 피임도 포함됩니다. 귀하는 보장되는 피임약, 피임 장치 및 기타 피임 제품을 구할 수 없거나 귀하의 주치의가 판단할 때 의학적으로 타당하지 않은 것으로 간주되는 경우, 대체 버전의 피임약, 피임 장치 및 기타 피임 제품에 대한 보장을 요청할 수 있습니다.

귀하는 당사 처방약 목록 사본을 요청할 수 있습니다. 당사의 처방약 목록은 당사 웹사이트(myuhc.com/CommunityPlan)에서도 입수할 수 있습니다. 귀하는 **1-866-265-1893**, TTY **711**번으로 전화를 하여 본 계약에 따라 특정 약물이 보장이 되는지 문의할 수 있습니다.

B. 리필

당사는 네트워크 약국, 소매 또는 전문 약국에서 조제되거나, 승인된 서비스 제공자에 의해 주문된 우편 주문으로 조제된 경우에만, 그리고 원래 처방약의 85%(소매) 및 75%(전문 약국 및 우편 주문)가 사용된 이후에만 처방약 리필을 보장합니다. 리필 혜택은 원래 처방일로부터 일(1)년이 지난 경우 제공되지 않습니다. 안약 처방, 당사는 조기 갱신 리필에 대한 보장 제한과 무관하게 승인된 투여 기간의 마지막 날 이전에 제한된 처방 리필을 허용합니다. 실행 가능한 한도까지, 조기 리필의 안약 수량은 초기에 조제된 용량에 대해 남은 양으로 제한됩니다. 제한된 리필에 대한 귀하의 비용분담액은 본 계약의 혜택 일람표 절에 명시된 각 처방이나 리필에 적용되는 금액입니다.

C. 혜택 및 지급 정보

1. **비용분담 경비.** 귀하는 네트워크 약국(소매 또는 전문 약국 또는 우편 주문 약국)에서 보장되는 처방약을 입수한 경우 본 계약의 혜택 일람표 절에 명시된 비용을 지급해야 할 책임이 있습니다.

귀하에게는 세(3)개 순위 플랜 설계가 주어지며, 이는 귀하의 자기부담비용이 대개 제1순위 처방약에 대해 가장 높고 제3순위 처방약에 대해 가장 낮음을 의미합니다. 제2순위 처방약에 대한 귀하의 자기부담비용은 대개 제1순위보다 높고 제3순위보다 낮습니다.

귀하는 비보험 적용 처방약에 대해 전액(약국이 귀하에게 부과하는 금액)을 지급해야 할 책임이 있으며, 당사가 계약한 요율(당사의 처방약 비용)은 귀하에게 적용되지 않습니다.

2. **제휴 약국.** 네트워크 약국(소매 또는 전문 약국 또는 우편 주문) 또는 지정된 제휴 약국에서 구입한 처방약의 경우, 귀하는 다음 중 더 낮은 금액을 지불해야 할 책임이 있습니다.

- 적용 가능한 비용분담, 또는
- 처방약에 대한 제휴 약국의 통상적이고 관례적인 비용(조제 수수료 및 판매세 포함). 귀하의 비용분담액은 통상적이고 관례적인 처방약 비용을 초과하지 않습니다.

3. **비제휴 약국.** 당사는 위에서 설명한 것과 다른 비제휴 소매 또는 전문 약국이나 우편 주문 약국에서 귀하가 구입하는 처방약에 대한 지급을 하지 않습니다.

-
4. 지정 약국. 귀하가 전문 처방약을 포함하되 이에 제한되지 않는 특정 처방약을 필요로 하는 경우, 당사가 이러한 처방약을 제공하도록 계약을 맺은 지정 약국을 소개시켜 드릴 수 있습니다.

일반적으로, 전문 처방약은 제한된 환자 집단이나 상태를 치료하도록 승인되고, 경구 투여가 가능하고, 주입할 수 있고, 서비스 제공자의 면밀한 모니터링이 필요할 수 있는 처방약이거나, 가용성이 제한되고, 특수 조제 및 전달 요건이 있거나/있고 추가 환자 지원이 필요한 처방약입니다.

귀하가 지정 약국을 소개받은 후 이 약국으로부터 처방약을 구입하지 않기로 선택하는 경우, 이 처방약은 보장되지 않습니다.

다음은 이 프로그램에 포함된 전문 처방약의 몇몇 주요 치료 등급입니다.

- 빈혈, 호중구감소증, 혈소판 감소증,
- 크론병,
- 낭포성 섬유증,
- 내분비 장애/신경학적 장애(예: 영아 연축),
- 효소 결핍/리포솜 저장 장애,
- 고셔병,
- 성장 호르몬,
- 혈우병,
- B형 간염, C형 간염,
- 유전성 혈관부종,
- 면역 결핍,
- 면역 조절자,
- 불임,
- 철분 과다,
- 다발성 경화증,
- 구강 종양,
- 골관절염,
- 폐 동맥 고혈압,
- 류머티즘 및 관련 질환(류머티스성 관절염, 건선성 관절염, 강직성 척추염, 청소년 류머티스성 관절염, 건선),
- 이식, 그리고
- RSV 예방.

5. 우편 주문. 특정 처방약은 당사의 우편 주문 약국을 통해 주문할 수 있습니다. 귀하는 다음 중 더 낮은 금액을 지급해야 할 책임이 있습니다.

- 적용 가능한 비용분담, 또는
- 해당 처방약에 대한 처방약 비용. (귀하의 비용분담액은 통상적이고 관례적인 처방약 비용을 초과하지 않습니다.)

귀하의 우편 주문 혜택을 극대화하기 위해 귀하의 의사에게 처방 주문서 또는 리필이 적절한 경우, (세 번 리필로 30일분이 아닌) 90일분 리필을 작성하도록 요청하십시오. 귀하는 처방 주문 또는 리필에 대한 서면 일일 공급분과 상관없이 우편 주문 공급자에게 전송된 처방 주문 또는 리필에 대해 우편 주문 비용분담액을 지급해야 합니다.

우편 주문을 통해 구입하는 처방약은 귀하가 지정한 주소로 배달될 것입니다.

귀하 또는 귀하의 서비스 제공자는 우편 주문을 통해 입수할 수 있는 처방약의 목록 사본을 당사 웹사이트(myuhc.com/CommunityPlan)를 방문하여 또는 **1-866-265-1893**, TTY 711번으로 전화해 1부 입수할 수 있습니다. 유지 약물 목록은 정기적으로 업데이트됩니다. 당사 웹사이트 (myuhc.com/CommunityPlan)를 방문하거나 **1-866-265-1893**번으로 전화하여 특정 처방약이 유지 목록에 있는지 확인할 수 있습니다.

6. **계층 상태.** 처방약 계층 상태는 정기적으로 변경될 수 있지만, 플랜 연도당 사(4) 회 이하이거나 또는 브랜드 명칭 약이 당사의 계층 결정에 근거하여 아래 설명된 일반 약으로 입수 가능할 때 변경될 수 있습니다. 이러한 변경은 귀하에 대한 사전 통지 없이 이루어질 수 있습니다. 단, 더 높은 계층으로 이동되고 있거나 당사 처방약 목록에서 제거되고 있는 약의 처방을 귀하가 갖고 있는 경우, 당사는 해당 변경이 발효되기 적어도 30일 전에 귀하에게 통보할 것입니다. 그러한 변경이 발생하면 귀하의 비용분담도 변경될 수 있습니다. 귀하는 또한 아래와 본 계약서의 외부 이의제기 절에 설명된 바와 같이 더 이상 처방약 목록에 없는 처방약을 위한 처방약 목록 예외를 요청할 수 있습니다. 귀하는 당사 웹사이트(myuhc.com/CommunityPlan)에서 또는 **1-866-265-1893**, TTY 711번으로 전화하여 최신 계층 상태를 확인할 수 있습니다.
 7. **브랜드 약품을 일반약으로 이용 가능한 경우.** 브랜드 약품을 일반약으로 이용 가능한 경우, 브랜드 처방약의 순위가 변경될 수 있습니다. 이런 일이 발생하는 경우, 귀하는 처방약이 배정된 순위에 적용 가능한 비용분담액을 지급하게 됩니다. 일반약이 이용 가능하게 됨에 따라 제외되거나 더 높은 계층에 놓이는 브랜드 명칭 약을 귀하가 복용하고 있는 경우, 귀하는 그것이 발효되기 30일 전에 변경 통지서를 받을 것입니다. 귀하는 아래와 본 계약서의 외부 이의제기 절에 설명된 바와 같이 더 이상 처방약 목록에 없는 처방약을 위한 처방약 목록 제외 처리를 요청할 수 있습니다.
 8. **처방약 목록 제외 처리 절차.** 처방약이 당사의 처방약 목록에 없는 경우, 귀하, 귀하의 지정인 또는 귀하의 처방 의료 전문가는 서면으로, 전자적으로 또는 전화로 임상적으로 적절한 처방약에 대해 처방약 목록 제외 처리를 요청할 수 있습니다. 요청에는 모든 처방약 목록 약이 효과가 없을 것이라거나 효과가 없었다거나, 비처방약 목록 약만큼 효과가 없거나, 부작용이 있다는 귀하의 처방 의료 전문가의 진술 내용이 포함되어야 합니다. 당사의 기준이나 신속 처리 처방약 목록 제외 처리 절차에 따라 보장이 거부되는 경우, 귀하는 본 계약의 외부 이의제기 절에 명시된 외부 이의제기 자격이 주어집니다. 이 절차에 관한 보다 자세한 내용을 보려면 당사 웹사이트(myuhc.com/CommunityPlan)를 방문하거나 **1-866-265-1893**, TTY 711번으로 전화하십시오.
- 처방약 목록 제외 처리에 대한 표준 검토.** 당사가 결정을 내리고, 당사가 귀하의 요청을 수령한 후 72시간 이내에 전화 및 서면으로 귀하 또는 귀하의 피지명인 및 처방 의료 전문가에게 알려드릴 것입니다. 당사가 요청을 승인하는 경우, 귀하가 리필을 포함한 처방약을 복용하는 동안 당사가 처방약을 보장할 것입니다.
- 처방약 목록 제외 처리에 대한 신속 검토.** 귀하가 귀하의 건강, 생명 또는 최대한의 기능 회복 능력을 심각하게 위협하거나, 귀하가 현재 비처방약 목록 처방약을 사용하여 치료를 받고 있는 경우, 귀하는 처방약 목록 제외 처리에 대한 신속 검토를 요청할 수 있습니다. 요청에는 당사 표준 처방약 목록 제외 처리 절차를 위한 기간 이내에 요청된 약물이 제공되지 않는 경우, 귀하가 당연히 피해를 입을 것이라는 귀하의 처방 의료 전문가의 진술 내용이 포함되어야 합니다. 당사가 결정을 내리고, 당사가 귀하의 요청을 수령한 후 24시간 이내에 전화 및 서면으로 귀하 또는 귀하의 피지명인 및 처방 의료 전문가에게 알려드릴 것입니다. 당사가 요청을 승인하는 경우, 귀하의 건강, 생명 또는 최대한의 기능 회복 능력을 심각하게 위협하는 건강 상태로 귀하가 고통을 받는 동안, 또는 현재 비처방약 목록의 처방약을 사용하는 치료를 받는 기간 동안, 당사가 처방약을 보장할 것입니다.
9. **추가 공급 제한.** 피임약, 피임 장치 또는 피임 제품을 제외하고, 당사는 제휴 네트워크 소매 약국에서 구입한 처방약의 30일분에 대해서만 지급을 할 것입니다. 귀하는 최대 30일분에 대해 일(1) 회 비용분담 금액을 지급해야 할 책임이 있습니다.

귀하는 처방된 피임약, 피임 장치 또는 피임 제품을 (최대 12개월치) 전체 분량을 동시에 지급받을 수 있습니다. 피임약, 피임 장치 또는 피임 제품은 제휴 약국이 제공할 때 비용분담 대상이 아닙니다.

혜택은 90일분의 용량으로 우편 주문 약국에 의해 조제된 처방약에 대해 제공됩니다. 귀하는 90일분에 대해 비용분담 금액의 이점오(2.5) 배를 지급해야 할 책임이 있습니다.

전문 처방약은 30일분으로 제한됩니다. 당사 웹사이트(myuhc.com/CommunityPlan)를 방문하거나 **1-866-265-1893**, TTY **711**번으로 전화하여 특수 처방약에 대한 공급 한도 관련 정보를 확인할 수 있습니다.

몇몇 처방약에는 당사가 정기 검토 및 수정에 따라 개발하는 기준에 기초하여 수량 제한이 적용될 수 있습니다. 이 한도는 처방 주문 또는 리필당 조제되는 양 및/또는 월 공급분당 조제되는 양을 제한할 수 있습니다. 귀하는 당사 웹사이트(myuhc.com/CommunityPlan)를 방문하거나 **1-866-265-1893**, TTY **711**번으로 전화하여 처방약에 불출을 위한 최대 수량 수준이 배정되어 있는지 결정할 수 있습니다. 당사가 당사의 수량 수준을 초과하는 금액에 대한 보장 요청을 거부하는 경우, 귀하는 본 계약서의 이용 평가 및 외부 이의제기 절차에 따라 이의를 제기할 권리가 있습니다.

10. **아편유사제 처방약의 초기 제한 공급분.** 귀하가 급성 통증에 대해 처방된 일정 II, III 또는 IV 아편유사제의 칠(7) 일 또는 그 미만의 공급분에 대한 초기 제한 처방약을 받고 귀하가 코페이먼트에 가입한 경우, 귀하의 코페이먼트가 비례 배분됩니다. 귀하가 칠(7) 일 공급분을 받은 30일의 기간 이내에 처방약의 추가 공급분을 받는 경우, 30일 공급분의 나머지에 대한 귀하의 코페이먼트 또한 비례 배분됩니다. 어떤 경우에도 비례 배분된 코페이먼트 총액은 30일 공급분에 대한 귀하의 코페이먼트를 초과하지 않습니다.
11. **구강 투여 항암제의 비용분담.** 구강 투여 항암제에 대한 귀하의 비용분담액은 본 계약의 혜택 일람표 절 또는 비용분담 금액에 지정된 적용 가능한 처방약 비용분담 금액의 더 적은 금액이며, 이는 본 계약의 외래환자 및 전문 서비스 절에 따라 보장되는 정맥내 또는 주입 가능 화학요법 제제에 적용됩니다.

D. 의료 관리

본 계약에는 처방약이 보장되는 시점을 결정하기 위한 특성이 포함되며, 이는 아래에 설명되어 있습니다. 이러한 특성의 일부로, 처방약에 의학적 필요성이 있는지 당사가 결정하기 전에 귀하의 처방 서비스 제공자에게 추가 정보를 요청할 수 있습니다.

1. **사전 승인.** 처방약 보장에 대해 적절한 사용 및 지침을 따르는지 확인하기 위해 특정 처방약에 대한 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 적절한 경우, 귀하의 서비스 제공자는 처방약에 대한 사전 승인을 받아야 할 책임이 있습니다. 귀하가 사전 승인 없이 처방약을 구입하기로 선택하는 경우, 귀하는 전체 처방약 비용을 지급하고, 상환을 위해 당사에 청구서를 제출해야 합니다. 귀하에게 처방 또는 배부되는 오피오이드 과용 역전 약을 포함하여 약물 사용 장애를 치료하기 위한 보장 대상 약의 경우 사전 승인이 요구되지 않습니다.

사전 승인이 필요한 처방약 목록은 당사 웹사이트(myuhc.com/CommunityPlan)를 방문하거나 **1-866-265-1893**번으로 전화하여 입수할 수 있습니다. 이 목록은 수시로 검토 및 업데이트됩니다. 또한 당사는 목록의 처방약 또는 관련 품목이 귀하의 계약에 따라 보장되지 않는지를 포함하여 치료법 분류와 상관없이 새로이 출시된 처방약 또는 처방 절차 및/또는 적응증에 변동이 있는 현재 이용 가능한 처방약에 대해 사전 승인을 요구할 수 있는 권리를 보유하고 있습니다. 귀하의 서비스 제공자는 어떤 처방약이 보장되는지 파악하기 위해 당사와 함께 이를 확인할 수 있습니다.

2. **단계 요법.** 단계 요법은 당사가 의학적으로 필요한 다른 처방약을 보장하기 전에 귀하가 하나 이상의 처방약 유형을 사용해야 할 수 있는 절차입니다. 당사는 적절한 처방 지침을 따르는지 확인하기 위해 특정 처방약을 확인합니다. 이러한 지침은 귀하가 고품질의 비용 효율적인 처방약을 제공받는데 도움을 줍니다. 단계 요법 프로그램에 따라 사전 승인이 필요한 처방약은 사전 승인 의약품 목록에도 포함되어 있습니다. 보장이 거부되는 경우, 귀하는 본 계약의 이용 평가 및 외부 이의제기 절차 명시된 이의제기 자격이 주어집니다.

E. 보장 제한/조건

1. 당사는 허용 가능한 의료 기준 및/또는 FDA 권장 지침을 포함한 의학적 필요성에 기초하여 특정 의약품에 대한 수량, 일일 공급분, 조기 리필 이용 및/또는 요법 기간을 제한할 수 있는 권리를 보유합니다.
2. 귀하가 유해하거나 남용하는 방식으로 처방약을 사용하거나 유해한 횟수로 처방약을 사용할 수 있다고 당사가 판단하는 경우, 귀하의 제휴 약국 및 처방 서비스 제공자의 선정이 제한될 수 있습니다. 그러한 경우에 당사는 귀하가 향후 모든 약국 서비스를 제공 및 조정하는 하나의 제휴 약국과 하나의 처방 서비스 제공자만 선정하도록 요구할 수 있습니다. 귀하가 선정된 하나의 제휴 약국을 이용하는 경우에만 혜택에 대한 비용이 지급됩니다. 귀하의 처방 주문 또는 리필을 선택된 서비스 제공자 또는 귀하가 선택한 서비스 제공자에 의해 승인된 서비스 제공자가 수행하는 경우에만 혜택이 지급될 것입니다. 당사가 통지를 한 날로부터 31일 이내에 귀하가 선정을 하지 않는 경우, 당사가 귀하를 위해 하나의 제휴 약국 및/또는 처방 서비스 제공자를 선정할 것입니다.
3. 조제 처방약은 다음 성분이 최소 하나(1)가 포함되어 있는 경우에만 보장될 것입니다. 주요 성분이 보장되는 기존 처방약이며, 제조사의 처방약과 반드시 동일하지 않으며, 조제를 위해 승인된 약국에서 입수된 약 \$100를 초과하는 모든 조제 처방약의 경우 귀하의 서비스 제공자가 사전 승인을 받아야 합니다. 조제 처방약은 계층 2, 3에 있습니다.
4. 적절한 약물 활용을 보장하기 위해 다양한 특정 및/또는 일반 “이용 관리” 절차가 수시로 사용될 것입니다. 해당 절차는 표준 의료/약물 치료 지침과 일치합니다. 이 프로토콜의 일차적 목표는 당사 가입자들에게 품질에 초점을 맞춘 처방약 혜택을 제공하는 것입니다. 이용 관리 절차를 이행하고, 귀하가 이 절차의 영향을 받는 약물을 복용하는 경우, 귀하는 사전에 통지를 받게 됩니다.
5. 주입 가능 약물(자가 투여 주입 가능 약물 제외) 및 당뇨병 인슐린, 경구용 혈당저하제 및 당뇨병약 공급분 및 장비는 이 절에 따라 보장되지 않지만 본 계약의 다른 절에 따라 보장됩니다.
6. 당사는 처방약 투여 또는 주사에 대한 비용을 보장하지 않습니다. 의사의 진료실에서 제공 또는 투여된 처방약은 본 계약의 외래환자 및 전문 서비스 절에 따라 보장됩니다.
7. 당사는 법적으로 처방을 요구하지 않는 약물을 보장하지 않습니다. 단, HRSA에서 지원하는 종합 지침에 따라 제공되거나, USPSTF에서 “A” 또는 “B” 등급으로 평가된 항목에 대해 제공되거나, 본 계약에 따라 원래 제공되는 금연 약물, 일반 예방약 또는 장치는 예외입니다. 당사는 일반의약품 비처방 등가물에 해당하는 처방약을 보장하지 않습니다. 다만, 약물 처방집에서 보장하는 것으로 특별히 지정된 경우나 본 계약에 달리 명시된 경우는 여기서 제외됩니다. 비처방 등가물은 처방 없이 이용 가능한 약물로서 처방 등가물과 동일한 이름/화학물질을 지니고 있습니다.
8. 당사는 손실되거나 도난 가능성이 있는 처방약을 대체하기 위한 처방약을 보장하지 않습니다.

9. 당사는 귀하가 병원, 요양원, 기타 기관, 시설에 있는 동안, 또는 귀하가 가정간호를 받는 환자일 때 조제된 처방약을 보장하지 않습니다. 단, 귀하가, 또는 귀하를 대신하여 병원, 요양원, 가정 건강 관리 기관, 가정간호 서비스 기관 또는 기타 기관에 지급한 비용의 근거에 의약품 서비스가 포함되지 않는 경우는 예외입니다.
10. 당사는 의학적으로 필요하지 않거나, 실험 또는 임상시험 용도로 표준 의료 관행과 상반되는 방식으로 처방 또는 조제된 약물에 대한 혜택을 거부할 수 있는 권리를 보유합니다. 보장이 거부되는 경우, 귀하는 본 계약의 이용 평가 및 외부 이의제기 절차에 설명된 이의제기 자격이 주어집니다.
11. 약국은 약사의 전문적인 판단 하에 발급해서는 안 되는 처방 주문을 조제할 필요가 없습니다.

F. 일반 조건

귀하는 귀하가 귀하의 처방약을 입수하는 시점에 소매 약국에 귀하의 ID 카드를 제시하거나, 정규 영업 시간 중에 당사가 확인할 수 있는 개인 식별 정보를 약국에 제시해야 합니다. 귀하는 귀하가 구입을 하는 우편 주문 약국에서 제공한 양식에 귀하의 ID 번호를 추가해야 합니다.

G. 정의

이 절에 사용된 용어는 다음과 같이 정의됩니다. (기타 정의된 조건은 본 계약의 정의 절에서 참조할 수 있습니다.)

1. **브랜드 약:** 다음과 같은 처방약: 1) 특정 약물 제조사의 상표 또는 명칭 하에 제조 또는 시판되는 약물, 또는 2) 당사가 이용 가능한 데이터 리소스에 근거하여 브랜드 처방약으로 식별한 약. 제조사, 약국 또는 귀하의 일차진료의에 의해 “브랜드” 약물로 확인된 모든 처방약은 당사가 브랜드 약으로 분류하지 못할 수 있습니다.
2. **지정 약국:** 특정 처방약을 제공하도록 당사와 계약을 체결했거나 당사를 대신하여 계약을 한 기관과 계약을 체결한 약국이며, 특정 처방약에는 전문 처방약이 다음이 포함되지만 이에 제한되지 않습니다. 약국이 제휴 약국이라는 사실이 지정 약국이라는 의미는 아닙니다.
3. **처방약 목록:** 본 계약에 의거 보장이 가능할 수 있는 처방약임을 식별하는 목록. 이 목록은 당사의 정기 검토 및 수정의 대상입니다(역년당 사(4) 회 이하 또는 브랜드 약이 일반약으로 입수 가능해지는 때). 귀하는 당사 웹사이트(myuhc.com/CommunityPlan)를 방문하거나 **1-866-265-1893**, TTY **711**번으로 전화하여 특정 처방약이 어느 계층에 지정되었는지 확인할 수 있습니다.
4. **일반약:** 다음과 같은 처방약: 1) 브랜드 약과 화학적으로 동등한 약, 또는 2) 당사가 이용 가능한 데이터 리소스에 근거하여 일반 처방약으로 확인한 약. 제조사, 약국 또는 귀하의 일차진료의에 의해 “일반” 의약품으로 확인된 모든 처방약을 당사가 일반약으로 분류하지 못할 수 있습니다.
5. **비제휴 약국:** 가입자에게 처방약을 제공하기 위해 당사와 계약을 체결하지 않은 약국입니다. 당사는 위에서 설명한 것과 다른 비제휴 약국에서 발급된 처방이나 리필에 대한 지급을 하지 않습니다.
6. **제휴 약국:** 다음에 해당되는 약국:
 - 가입자에게 처방약을 제공하기 위해 당사 또는 당사의 피지명인과 계약을 체결한 약국,
 - 처방약 조제를 위해 지정된 상환률을 수락하기로 합의한 약국, 그리고
 - 당사가 제휴 약국으로 지정한 약국.

제휴 약국은 소매 약국, 전문 약국 또는 우편 주문 약국 중 하나가 될 수 있습니다.

7. **처방약:** FDA에서 승인을 하고, 연방 또는 주 법률에 의거하여 처방 주문 또는 리필에 따라서만 조제할 수 있는 약물, 제품 또는 장치입니다. 처방약에는 그 특성으로 인해 자가 투여 또는 비숙련 간병인에 의한 투여에 적합한 약물이 포함됩니다.
8. **처방약 비용:** 제휴 약국에서 조제된 보장 처방약에 대한 조제 비용 및 판매세를 포함한 금액입니다. 귀하의 계약에 비제휴 약국 보장이 포함되는 경우, 비제휴 약국에서 조제된 처방약 비용은 대부분의 제휴 약국에서 특정 처방약에 대해 적용되는 처방약 비용을 사용하여 계산됩니다.
9. **처방 주문 또는 리필:** 자신의 진료 범위 내에서 활동하는 정식으로 면허된 의료 전문가에 의해 발급된 처방약 조제 지침.
10. **통상적이고 관련적인 비용:** 뉴욕 교육법의 제6826-a절에서 요구하는 바에 따라 약국에 대한 제3자에 의한 상환에 대한 참조 없이 약국이 처방약에 대해 개인에게 부과하는 통상적인 비용입니다.

제XIV절 웰빙 혜택

A. 운동 시설 상환

당사가 특정 운동 시설 비용이나 회비의 일부를 귀하에게 보상하지만, 해당 비용은 심혈관 건강 증진에 도움이 되는 장비 및 프로그램을 유지하는 운동 시설에 대해서만 지급됩니다. 또한 당사는 온라인, 가상 또는 라이브 스트림 피트니스 클래스의 비용이나 구독료를 포함해 운동 강좌(예: 요가, 필라테스, 스피닝) 비용을 상환할 것입니다.

상환은 실제 운동 방문 또는 온라인 운동으로 제한됩니다. 다음 비용은 상환하지 않습니다.

- 테니스 클럽, 컨트리 클럽, 체중 감량 클리닉, 스파 또는 기타 유사한 시설의 회비
- 평생 회원 회비
- 시설에서 제공할 수 있는 장비, 의복, 비타민 또는 기타 서비스(예: 마사지 등)
- 임대료 또는 주택 소유자 조합비에 포함된 헬스장과 같은 편의시설 형태의 서비스

상환을 받으려면, 다음의 조건을 충족시켜야 합니다.

- 운동 시설에서 적극적으로 활동하는 회원이거나 운동 시설 강좌에 참여해야 함, 그리고
- 육(6)개월의 기간 동안 오십(50)회 방문 또는 온라인 운동 완료.

상환을 받으려면, 육(6)개월의 기간이 끝나는 시점에, 귀하는 다음을 제출해야 합니다.

- 작성된 상환 청구서, 시설 방문 기록. 귀하가 운동 시설을 방문할 때마다, 시설 담당자가 상환 청구서, 방문 내역에 서명하고 일자를 기입해야 합니다.
- 귀하의 회원권 또는 강좌에 대해 지급한 내역을 보여 주는 귀하가 현재 이용하는 시설의 청구서 사본
- 운동 시설에서 제공하는 서비스를 요약한 안내책자 사본

당사가 작성된 상환 양식, 방문 관련 문서, 시설 안내책자 및 청구서를 접수하면, 귀하는 \$200 또는 육(6)개월의 기간당 실제 회비 중 더 적은 액수를 상환 받을 것입니다. 귀하는 육(6)개월의 기간이 끝나는 날로부터 120일 이내에 상환을 요청해야 합니다. 귀하가 더 일찍 50회 방문을 마친 경우에도 각 육(6)개월의 기간을 완료한 후에만 상환금이 지급될 것입니다.

B. 웰빙 프로그램

1. 목적

이 웰빙 프로그램의 목적은 귀하가 귀하의 건강 및 웰빙 증진을 위해 보다 적극적인 조치를 취하도록 장려하는 것입니다.

2. 설명

당사는 다음의 웰빙 및 건강 증진 행동 및 활동을 이용하거나 이에 참여하는 것과 관련된 혜택을 제공합니다.

- 지정된 건강 또는 피트니스 인센티브 프로그램

3. 자격

가입자인 귀하가 본 웰빙 프로그램에 참여할 수 있습니다.

4. 참여

웰빙 프로그램을 이용하기 위해 선호되는 방법은 당사 웹사이트(myuhc.com)를 통해서입니다. 귀하가 이 웹사이트 프로그램에 참여하려면 장치를 통해 인터넷에 접근할 수 있어야 합니다. 그러나 인터넷에 액세스할 수 없는 경우에는 **1-866-265-1893**, TTY **711**번으로 당사에 전화하시면 인터넷 접속 없이 참여하는 방법에 관한 안내를 제공할 것입니다.

5. 보상

웰빙 프로그램에 참여함으로써 주어지는 보상에는 다음이 포함됩니다.

- 헬스 클럽 또는 피트니스 센터 회비에 대한 부분적인 상환

제XV절

특정 Essential Plan 가입자를 위한 추가 혜택

본 계약서의 혜택 일람표 절에서 비용분담 요건, 일수 또는 방문 제한, 이러한 혜택에 적용되는 사전 승인 또는 진료 의뢰서 요건을 참조하십시오.

A. 치과 서비스

1. **보험 적용 치과 서비스.** 당사는 예방적 치아 점검, 스케일링, X선, 충전 및 귀하에게 치료 및/또는 후속 진료를 요구할 수 있는 변화 또는 이상을 확인하기 위한 기타 서비스 같은 정규 및 정기적인 치과 서비스를 보장합니다. 치과 치료를 받기 위해 담당 PCP의 진료 의뢰서를 받을 필요는 없습니다.

New York Essential Plan 4 가입자 계약

2. **치과 서비스를 이용하는 방법.** 치과 의사를 찾거나 담당 치과 의사를 변경하는 데 도움이 필요한 경우, 가입자 서비스부(1-866-265-1893, 월요일-금요일, 오전 8시-오후 6시 사이)에 전화하십시오. 고객 서비스 담당자가 귀하에게 도움을 드릴 것입니다. 많은 담당자가 귀하의 언어를 사용하거나, 귀하가 필요로 하는 언어로 통역될 서비스를 제공합니다.
3. **치아교정 서비스.** 치아교정은 턱의 재건 수술과 같이 귀하가 의학적으로 수술 치료가 필요한 경우 보장됩니다.
4. **치아보철.** 전체 및/또는 부분 틀니는 심각한 건강 상태나 취업에 영향을 주는 상태를 완화하기 위해 요구될 때 보장됩니다. 이 서비스는 사전 승인을 요구합니다. 수리 불가능, 분실, 도난 또는 파손된 전체 틀니 및 부분 틀니는 당사가 의학적으로 필요하다고 결정한 때를 제외하고 최초 장착으로부터 최소 8년 동안 교체되지 않을 것입니다. 8년 기간 전에 틀니 교체를 위한 사전 승인 요청서에는 귀하의 의사 및 치과 의사의 레터가 포함되어야 합니다. 치과 의사의 레터는 틀니 교체를 필요하게 만드는 구체적 상황을 설명해야 합니다. 의사의 레터는 틀니가 어떻게 귀하의 심각한 건강 상태를 완화하거나 취업성을 개선할지를 설명해야 합니다. 교체 틀니가 이미 한 번 교체된 후 8년 기간 내에 요청되는 경우, 증빙 문서는 미래의 교체 필요성을 완화하기 위해 도입된 예방 조치에 대한 설명을 포함해야 합니다.
5. **임플란트 서비스.** 치아 임플란트는 의학적으로 필요할 때 보장됩니다. 임플란트를 위한 사전 승인 요청서는 귀하의 의사와 치과 의사의 증빙 문서를 포함해야 합니다. 의사의 레터는 임플란트가 어떻게 의학적 조건을 완화할지를 설명해야 합니다. 치과 의사의 레터는 왜 보철 교체를 위한 다른 보장 대상 기능적 대안이 귀하의 치아 조건을 시정하지 못하는지와 왜 귀하에게 임플란트가 요구되는지를 설명해야 합니다. 기타 x-레이를 포함하여 요청을 위한 증빙 서류를 제출할 수 있습니다.

B. 안과 서비스

1. **보험 적용 안과 서비스.** 당사는 고품격 안과 서비스를 제공하는 전문 병원인 March Vision과의 계약을 통해 시력 관리 서비스를 제공합니다. 다음 안과 서비스는 보험이 적용됩니다.
 - 안과 의사, 안경사 및 검안사의 서비스, 콘택트 렌즈 보장, 폴리카보네이트 렌즈, 의안 및/또는 수리를 포함한 분실 또는 파손된 안경 교체(의학적으로 필요한 경우). 의안은 제휴 서비스 제공자에 의한 주문 시 보장됩니다.
 - 일반적으로 12개월마다 안과 검사(의학적으로 더 자주 필요하지 않은 한)
 - 담당 의사의 주문에 의한 저시력 검사 및 시력 보조기
 - 안과 질환 또는 결함에 대한 전문의 의뢰
2. **안과 서비스를 이용하는 방법.** 안과 서비스 제공자를 찾거나 이를 변경하는 데 도움이 필요한 경우, 가입자 서비스부(1-866-265-1893, TTY 711번, 월요일-금요일, 오전 8시-오후 6시)에 전화하십시오.

C. 비처방약(일반의약품 또는 OTC)

제XIII절에 설명된 처방약 보장 외에, 당사는 유연히 서비스 제공자가 주문하는 경우 비처방(OTC) 약물, 의료 용품 및 보청기 배터리 또한 보장합니다.

D. 발 치료 서비스

당사는 발과 관련된 질병, 부상 또는 증상이 국부적으로 존재함으로 인해 귀하의 신체 상태가 위험한 상태가 될 수 있는 경우, 또는 당뇨병, 궤양 및 감염의 진단 및 치료와 같이 달리 보장되는 서비스의 필수적인 부분이나 중요한 부분으로 수행되는 경우 족병 전문의 이외의 면허된 서비스 제공자를 통해 제공되는 정기적인 발 치료를 보장합니다. 당사는 귀하에게 서비스를 요구하는 병리학적 상태가 없는 한 정기적인 발 위생 관리, 발의 티눈 및 굳은살 치료, 손톱 정리, 족욕을 보장하지 않습니다.

E. 정형외과용 신발

당사는 발목이나 발의 질환이 있는 부위나 부상을 당한 부위에서 신체적 기형이나 운동 기능 부전을 교정, 조정 또는 예방하는 데 사용되는 경우, 또는 발목이나 발의 약한 구조나 변형된 구조를 지탱하거나 보조기의 중요한 부분을 구성하는 데 사용되는 정형외과용 신발을 보장합니다. 보장에는 신발, 신발 수정 또는 신발 추가가 포함됩니다. 당사는 스니커즈와 운동화를 보장하지 않습니다.

F. 가족 계획 서비스

제XV절에 설명된 가족 계획 서비스 외에, 귀하는 당사의 제휴 서비스 제공자 또는 귀하가 선택한 적절한 메디케이드 의료 서비스 제공자 중 하나로부터 특정 가족 계획 및 생식 건강 서비스를 받을 수 있습니다. 이러한 서비스를 받기 위해 담당 PCP의 의뢰는 필요하지 않습니다. 귀하가 적절한 메디케이드 의료 서비스 제공자를 방문하는 경우, 귀하가 부담하는 비용은 당사의 제휴 서비스 제공자의 진료를 받는 비용과 같을 것입니다.

다음은 귀하가 메디케이드 의료 서비스 제공자 또는 제휴 서비스 제공자를 통해 받을 수 있는 가족 계획 및 생식 건강 서비스입니다.

1. 월경 불순, 자궁경부암 또는 기타 골반 이상에 필요한 선별검사, 관련 진단, 통원 치료 및 제휴 서비스 제공자에 대한 진료 의뢰.
2. 빈혈증, 자궁경부암, 당뇨, 단백뇨, 고혈압, 유방 질환 및 임신에 대한 선별 검사, 관련 진단 및 제휴 서비스 제공자에 대한 진료 의뢰.
3. 가족 계획 방문의 일환으로 수행된 경우 HIV 검사, 검사 전 및 검사 후 상담.

당사가 제공하는 다음 가족 계획 서비스 및 생식 건강 서비스를 받으려면 귀하가 제휴 서비스 제공자를 방문해야 합니다.

1. 제XV절에 설명된 가족 계획 서비스에 명시된 불임 치료.
2. 본 계약서의 외래환자 서비스 절에 명시된 자궁 절제술을 포함한 정기적인 부인과 치료.
3. 위에서 명시하지 않은 기타 모든 가족 계획 및 생식 건강 서비스.

New York Essential Plan 4 가입자 계약

G. 비응급 교통편

제VII절의 비응급 앰블런스 수송 혜택 이외에, 귀하는 병원행 개인용 차량, 버스, 택시, 앰블런스 및 대중교통을 포함한 비응급 교통편에 대한 권리가 있습니다.

귀하 또는 귀하의 서비스 제공자는 교통편을 마련하기 위해 아래의 협력업체에 전화를 해야 합니다.

NYC (전구): 의료 응답 서비스 – 1-844-666-6270

롱아일랜드(나소 및 서퍽): LogistiCare – 1-844-678-1103

기타 모든 카운티: 의료 응답 서비스:

카운티	연락처 번호
Chenango County	1-855-733-9396
Clinton County	1-866-753-4435
Herkimer County	1-866-753-4524
Jefferson County	1-866-558-0757
Madison County	1-855-852-3286
Monroe County	1-866-932-7740
Oswego County	1-855-733-9395
Tioga County	1-877-882-8313
Broome County	1-855-852-3294
Cayuga County	1-866-932-7743
Fulton County	1-855-360-3550
Oneida County	1-855-852-3288
Onondaga County	1-855-852-3287
Orange County	1-855-360-3543
Rensselaer County	1-855-852-3293
Rockland County	1-855-360-3542
Ulster County	1-866-287-0983
Warren County	1-855-360-3541
Westchester County	1-866-883-7865

귀하는 이 정보를 온라인으로 다음 웹사이트에서 입수할 수 있습니다. https://www.emedny.org/ProviderManuals/Transportation/PDFS/Transportation_PA_Guidelines_Contact_List.pdf

가능한 경우, 귀하 또는 귀하의 서비스 제공자는 귀하가 진료를 예약하기 최소 3일 전에 협력업체에 전화하여 귀하의 예약 날짜와 시간, 주소 및 귀하를 진료하는 의사에 대해 알려줘야 합니다.

H. 가족 상담

귀하가 약물 사용 장애를 위한 치료를 받고 있거나 필요로 하는 경우 당사는 외래환자 가족 상담 방문을 보장합니다.

제XVI절 예외 및 제한

본 계약에 의거 다음에 대해서는 어떤 보장도 하지 않습니다.

A. 항공편

당사는 정기 항공사가 운영하는 정기 항공편이나 전세기 항공편의 유임 승객 이외에 항공기로 인해 발생하는 서비스를 보장하지 않습니다.

B. 요양 및 수용 치료

당사는 휴식 요법, 수용 치료 또는 교통편 서비스와 관련된 서비스를 보장하지 않습니다. “수용 치료”란 이송, 식사, 몸단장, 목욕, 화장실 이용 및 기타 관련 활동에서 도움을 주는 것을 의미합니다. 관찰 간호에는 의학적으로 필요하다고 결정된 보장 서비스는 포함되지 않습니다.

C. 전환 요법

당사는 전환 요법을 보장하지 않습니다. 전환 요법은 18세 미만 가입자의 성적 지향 또는 성 정체성을 바꾸고자 하는 정신 건강 전문가에 의한 행위를 의미하며, 여기에는 행동, 성별 표현을 바꾸거나, 성적 매력 또는 로맨틱한 매력이나 동성에 대한 감정을 없애거나 줄이려는 노력이 포함됩니다. 전환 요법에는 성전환을 시도하는 개인이나, 성전환 과정에 있는 개인에 대한 상담이나 요법으로서, 상담이나 요법이 성적 지향이나 성 정체성을 바꾸려는 목적이 없는 경우 불법적인 행위나 안전하지 않은 성행위를 예방 또는 해결하기 위한 성적 지향-중립 개입을 포함하는 개인의 수용, 지원 및 이해 또는 개인의 대처, 사회적 지원 및 정체성 탐구 및 개발 촉진 서비스를 제공하는 상담이나 요법은 포함되지 않습니다.

D. 미용 서비스

당사는 다르게 명시하지 않은 한, 재건 수술이 관련 부위의 외상, 감염 또는 질병에서 기인하는 수술에 부수적이거나 수술 후 진행되는 경우, 그리고 그것이 기능상의 결함을 초래한 보험 적용 아동의 선천적 질환 또는 이상으로 인한 경우, 미용 수술에 이들이 포함되지 않는 경우를 제외하고, 미용 서비스, 처방약 또는 수술을 보장하지 않습니다. 또한 당사는 본 계약의 다른 곳에서 명시된 것처럼 유방절제술 이후의 재건 수술과 관련된 서비스를 보장합니다. 미용 수술에는 의학적으로 필요하다고 결정된 수술은 포함되지 않습니다. 11 NYCRR 56(예: 특정 성형 수술 및 피부병학 절차)에 나열된 절차에 대한 청구가 의료 정보 없이 소급적으로 제출되는 경우, 의료 정보가 제출되지 않는다면 모든 거절은 본 계약의 이용 평가 및 외부 이의제기 절차에 명시된 이용 평가 절차의 대상이 되지 않습니다.

E. 미국, 캐나다 또는 멕시코 외 지역에서의 보장

당사는 귀하의 응급 상태를 치료하기 위한 응급 서비스, 입원 전 응급 의료 서비스 및 긴급후송 서비스를 제외하고 미국, 그 속령, 캐나다 또는 멕시코 외부의 관리 또는 치료 서비스를 보장하지 않습니다.

F. 치과 서비스

당사는 다음을 제외하고는 치아교정 서비스를 보장하지 않습니다. 사고 12개월 이내의 건전한 자연 치아의 우연한 손상으로 인한 관리 또는 치료, 선천성 질환 또는 이상으로 인해 필요한 치아 관리 또는 치료, 또는 본 계약서의 외래환자 및 전문 서비스 절에 특별히 명시된 치아 관리 또는 치료.

G. 실험 또는 임상시험 치료

당사는 실험 또는 임상시험을 위한 의료 서비스, 절차, 치료, 장치 또는 처방약을 보장하지 않습니다. 하지만, 당사는 본 계약의 외래환자 및 전문 서비스 절에 명시된 임상 시험에 귀하가 참여한 것에 대해 발생하는 귀하의 희귀 질환 치료 또는 환자 비용을 포함한 실험 또는 임상시험 치료, 당사의 서비스 거부가 주에서 인증한 외부 이익제기 대리인에 의해 반복되는 경우 이 치료를 보장하지 않습니다. 하지만, 임상시험의 경우, 당사는 시험약 또는 장치 비용, 귀하가 치료를 받는 데 필요한 비의료 서비스 비용, 연구 관리 비용 또는 본 계약에 따라 비임상 시험 치료에 대해 보장하지 않는 비용을 보장하지 않습니다. 본 계약의 이용 평가 및 외부 이익제기 절에서 귀하의 이익제기 권리에 대한 추가 설명을 참조하십시오.

H. 중범죄 관여

당사는 중범죄, 폭동 또는 반란에 귀하가 관여하여 발생하는 질병, 치료 또는 의학적 상태를 보장하지 않습니다. 이 제외 처리는 가정 내 폭력으로 인한 피해자의 부상과 관련된 서비스 또는 귀하의 의학적 상태(신체 및 정신 건강 상태)의 결과로 인한 서비스에 대해 보장을 적용하지 않습니다.

I. 발 치료

당사는 제XXIV절에 명시된 경우를 제외하고 발의 티눈, 굳은살, 평발, 아킬레스건 파열, 약한 발, 만성 발 긴장 또는 증후성 증상호소와 관련된 정기적인 발 치료는 보장하지 않습니다. 하지만, 당사는 귀하가 순환계 장애를 초래하거나 귀하의 다리나 발에서 감각 둔화를 초래하는 특정 의학적 상태 또는 질환이 있는 경우 발 치료를 보장합니다.

J. 정부 시설

당사는 귀하가 부상을 당하거나 병이 난 곳에 병원이 가까이 있거나 귀하의 응급 상태를 치료하기 위해 응급 서비스가 제공되는 곳과 가까이 있기 때문에 병원으로 귀하를 이송하지 않는 한 법적으로 달리 요구하는 경우를 제외하고 연방, 주 또는 다른 정부 기관에 의해 소유 또는 운영되는 병원에서 제공된 진료 또는 치료를 보장하지 않습니다.

K. 의학적 필요성

일반적으로, 당사는 당사가 의학적으로 필요하지 않다고 결정하는 의료 서비스, 절차, 치료, 검사, 장치 또는 처방약을 보장하지 않습니다. 하지만, 주에서 인증한 외부 이익제기 대리인이 당사의 거부를 반복하는 경우, 당사는 본 계약 조건에 따라 해당 서비스, 절차, 치료, 검사, 장치 또는 처방약이 달리 보장되는 한도까지 보장이 거부된 서비스, 절차, 치료, 검사, 장치 또는 처방약을 보장합니다.

L. 메디케어 또는 기타 정부 프로그램

당사는 연방 메디케어 프로그램 또는 기타 정부 프로그램(메디케이드 제외)에 따라 서비스에 대한 혜택을 제공하는 경우 해당 서비스를 보장하지 않습니다.

M. 군 복무

당사는 군대 또는 보조 부대의 복무로 인한 질병, 치료 또는 의학적 상태를 보장하지 않습니다.

N. 무과실 자동차 보험

당사는 의무적인 자동차 무과실 혜택으로 손실 또는 손실의 일부를 회복하거나 회복 가능한 경우에 대해 제공되는 한도까지 혜택을 보장하지 않습니다. 이 제외 처리는 귀하가 의무적인 무과실 정책에 따라 귀하가 이용 가능한 혜택에 대해 적절한 청구나 시기 적절한 청구를 하지 않는 경우에도 적용됩니다.

O. 등재되지 않은 서비스

당사는 본 계약에서 보장되는 목록에 없는 서비스를 보장하지 않습니다.

P. 가족이 제공하는 서비스

당사는 보장하는 개인의 직계 가족 구성원에 의해 수행되는 서비스를 보장하지 않습니다. “직계 가족 구성원”이란 자녀, 의붓자녀, 배우자, 부모, 양부모, 형제 자매, 의붓형제 자매, 장인 장모와 시부모, 며느리와 사위, 사돈 형제 자매, 조부모, 조부모의 배우자, 손자녀 또는 손자녀의 배우자를 의미합니다.

Q. 병원 직원이 별도로 청구한 서비스

당사는 병원, 검사실 또는 다른 기관 직원들이 제공하고 별도로 청구한 서비스를 보장하지 않습니다.

R. 무료 서비스

당사는 정상적으로 비용이 부과되지 않은 서비스를 보장하지 않습니다.

S. 안과 서비스

당사는 안경 또는 콘택트렌즈의 검사 또는 조정을 보장하지 않습니다.

T. 전쟁

당사는 선포되거나 선포되지 않은 전쟁으로 인해 발생하는 질병, 치료 또는 의학적 상태를 보장하지 않습니다.

U. 근로자 보상

당사는 주 또는 연방의 근로자 보상, 직원의 책임 또는 직업병에 관한 법에 따라 해당 서비스에 대한 혜택을 제공하는 경우 해당 서비스를 보장하지 않습니다.

제XVII절 청구 결정

A. 청구

청구는 본 계약 조건에 따른 혜택 또는 서비스의 제공 또는 지급을 요청하는 것입니다. 귀하 또는 서비스 제공자 중 하나는 당사를 통해 청구서를 제출해야 합니다. 서비스 제공자가 청구서를 제출하는 것을 꺼리는 경우, 귀하는 당사를 통해 이를 제출해야 합니다.

B. 청구 통지

서비스에 대한 청구에는 당사가 청구 처리에 필요하다고 지정한 모든 정보가 포함되어야 하며, 여기에는 다음이 포함되지만 이에 제한되지 않습니다. 가입자 ID 번호, 이름, 생일, 서비스 날짜, 서비스 유형, 각 서비스 비용, 적용 가능한 서비스에 대한 절차 코드, 진단 코드, 비용을 부과하는 서비스 제공자의 이름 및 주소, 그리고 근거가 되는 병력(필요한 경우). 필요한 모든 정보가 없이 청구를 하는 경우 인정이 되지 않으며 필요한 모든 정보와 함께 다시 제출해야 합니다. 청구서는 가입자 서비스부(1-866-265-1893, TTY 711)에 전화를 하거나 당사 웹사이트(myuhc.com/CommunityPlan)를 방문하여 입수할 수 있습니다. 작성된 청구서는 본 계약의 보장 방식 절이나 귀하의 ID 카드에 있는 주소로 발송해야 합니다. 또한 당사 웹사이트(myuhc.com/CommunityPlan)를 방문하여 전자적으로 당사에 청구서를 제출할 수도 있습니다.

C. 청구서 제출 기간

서비스 청구서는 귀하가 지급이 요청되는 서비스를 받은 후 120일 이내에 지급을 위해 당사에 제출해야 합니다. 120일의 기간 이내에 합당하게 청구서를 제출할 수 없는 경우, 귀하는 합당하게 가능한 한 빨리 이를 제출해야 합니다. 어떤 경우에도, 행위 능력이 부재한 경우를 제외하고, 청구를 제출하도록 요구한 날로부터 일(1)년이 지나면 청구서를 제출할 수 없습니다.

D. 금지된 진료 의뢰에 대한 청구

당사는 뉴욕 공중보건법의 제238-a(1)절에서 금지하는 진료 의뢰서에 따라 제공된 임상 검사실 서비스, 약국 서비스, 방사선 요법 서비스, 물리 치료 서비스, x선 또는 영상 서비스에 대해 서비스 제공자의 청구서, 고지서 또는 다른 요구나 요청을 지급하지 않습니다.

E. 청구 결정

당사의 청구 결정 절차는 의학적 필요성, 실험 또는 조사 결정과 무관한 모든 청구에 적용됩니다. 예컨대, 당사의 청구 결정 절차는 계약상 혜택의 거부 및 진료 의뢰에 적용됩니다. 귀하가 당사의 청구 결정에 동의하지 않는 경우, 귀하는 이 계약서의 고충 절차 절에 따라 고충을 제기할 수 있습니다.

의학적 필요성 또는 실험 또는 임상시험 결정에 대한 이용 평가 절차 및 이의제기 절차 설명은, 본 계약의 이용 평가 및 외부 이의제기 절을 참조하십시오.

F. 서비스 전 청구 결정

1. 서비스 전 청구는 서비스 또는 치료를 받기 전에 이를 승인하도록 요청하는 것입니다. 당사가 서비스 전 청구(예컨대, 보장 대상 혜택 결정 또는 진료 의뢰)와 관련된 결정을 내리는 데 필요한 모든 정보를 확보한 경우, 당사는 결정을 내리고 청구 수령으로부터 15일 이내에 귀하(또는 귀하의 지명인)에게 통지를 할 것입니다.

추가 정보가 필요한 경우, 청구를 수령한 날로부터 15일 이내에 당사가 이를 요청할 것입니다. 귀하는 역일 기준 45일 이내에 정보를 제출해야 합니다. 당사가 45일 이내에 정보를 접수하는 경우, 당사가 결정을 내리고 당사가 정보를 수령한 후 15일 이내에 서면으로 귀하(또는 귀하의 피지명인)에게 통지를 제공할 것입니다. 45일 이내에 필요한 모든 정보가 접수되지 않은 경우, 당사가 45일의 기간이 끝난 후 역일 기준 15일 이내에 결정을 내릴 것입니다.

2. 긴급한 서비스 전 검토. 긴급한 서비스 전 요청과 관련하여, 당사가 결정을 내리는 데 필요한 모든 정보를 확보한 경우, 당사가 결정을 내리고 요청 수령 후 72시간 이내에 전화로 귀하(또는 귀하의 피지명인)에게 통지를 제공할 것입니다. 결정 후 역일 기준 삼(3)일 이내에 서면 통지가 주어질 것입니다. 추가 정보가 필요한 경우, 24시간 이내에 당사가 요청을 드릴 것입니다. 그 다음 귀하는 48시간 이내에 정보를 제출해야 합니다. 당사가 결정을 내리고 당사가 정보를 수령한 날이나 48시간의 기간이 끝나는 시점 중 더 이른 날짜로부터 48시간 이내에 전화로 귀하(또는 귀하의 피지명인)에게 통지를 제공할 것입니다. 결정 후 역일 기준 삼(3)일 이내에 서면 통지가 주어질 것입니다.

G. 서비스 후 청구 결정

서비스 후 청구는 귀하가 이미 받은 서비스 또는 치료에 대한 요청입니다. 당사가 서비스 후 청구와 관련된 결정을 내리는 데 필요한 모든 정보를 확보한 경우, 당사가 결정을 내리고 청구의 전체 또는 일부를 거부한 경우 청구 수령 후 역일 기준 30일 이내에 귀하(또는 귀하의 피지명인)에게 통지를 할 것입니다. 추가 정보가 필요한 경우, 역일 기준 30일 이내에 당사가 요청을 드릴 것입니다. 그 다음 귀하는 역일 기준 45일 이내에 정보를 제출해야 합니다. 당사가 결정을 내리고 청구의 전체 또는 일부를 거부한 경우 당사가 정보를 수령한 날이나 45일의 기간이 끝나는 시점 중 더 이른 날짜로부터 역일 기준 15일 이내에 서면으로 귀하(또는 귀하의 피지명인)에게 통지를 할 것입니다.

H. 청구 지급

당사의 청구 지급 의무가 합리적이고 명확한 경우, 당사가 청구 수령 후 30일(인터넷 또는 이메일을 통해 제출 시) 이내에, 그리고 청구 수령 후 45일(서류 또는 팩스를 포함한 다른 수단을 통해 제출 시) 이내에 청구에 대한 지급을 할 것입니다. 당사가 추가 정보를 요청하는 경우, 당사는 지급이 정당함을 확인한 지 15일 이내에, 단 해당 정보 수령 후 30일 이내(인터넷 또는 이메일을 통해 청구 제출 시)에 또는 45일 이내(서류 또는 팩스를 포함한 다른 수단을 통해 청구 제출 시)에 청구에 대한 지급을 할 것입니다.

제XVIII절 이의 제기 처리 절차

A. 고충

당사의 고충 처리 절차는 의학적 필요성, 실험 또는 임상시험에 대한 당사의 결정과 무관한 모든 사안에 적용됩니다. 예를 들어, 이는 당사의 행정상의 정책 또는 서비스 제공자 이용과 관련하여 귀하의 계약적 혜택 거부, 사안 또는 우려 사항에 적용됩니다.

B. 고충 제기

귀하는 **1-866-265-1893**, TTY **711**번으로 당사에 전화를 하거나, 서면으로 고충을 제기할 수 있습니다. 귀하는 진료 의뢰서 거부 또는 보장 혜택 결정과 관련하여 구두로 고충을 제기할 수 있습니다. 당사는 귀하에게 당사가 작성한 귀하의 구두 고충 접수 인정서에 서명하도록 요구할 수 있습니다. 귀하 또는 귀하의 피지명인은 검토 요청 대상인 당사의 결정을 통보받은 후 역일 기준 최대 180일 이내에 고충을 제기하셔야 합니다. 당사가 귀하의 고충을 접수하는 경우, 근무일 기준 15일 이내에 접수 인정 편지를 우송할 것입니다. 접수 인정 서한에는 귀하의 고충을 취급하는 담당자의 이름, 주소 및 전화번호가 포함되고 무슨 추가 정보가 제공되어야 하는지가 표시될 것입니다.

당사는 모든 요청 및 토론 내용을 기밀로 유지하며, 당사는 귀하의 사안으로 인해 차별 조치를 취하지 않을 것입니다. 당사는 귀하가 문의한 내용의 성격에 따라 표준 및 신속 이의 제기 처리 모두에 대한 절차를 갖추고 있습니다.

귀하는 우리가 귀하에게 서면 또는 전화 통지 대신에 고충 결정 전자 통지를 보낼 것을 요청할 수 있습니다. 귀하가 전자 통지를 받기 원하는 경우에는 미리 당사에 알려야 합니다. 전자 통지를 선택하려면 **1-866-265-1893**, TTY **711**번으로 전화하거나 당사 웹사이트(myuhc.com/CommunityPlan)를 방문하십시오. 귀하는 언제든지 전자 통지를 선택 해제할 수 있습니다.

C. 고충 결정

유자격 직원이 귀하의 고충을 검토할 것이며, 또는 그것이 임상 문제인 경우, 유연허 공인 또는 등록된 의료 관리 전문가가 이를 살펴볼 것입니다. 당사는 고충에 대한 결정을 내린 후 다음 기간 내에 귀하에게 연락을 드릴 것입니다.

<u>신속/긴급한 고충 처리:</u>	필요한 모든 정보를 접수한 후 48시간 이내, 또는 귀하의 고충을 접수한 후 72시간 이내 중 더 이른 시간에 전화로, 귀하의 고충을 접수한 후 72시간 이내에 서면 통지가 제공될 것입니다.
<u>서비스전 고충:</u> (아직 제공되지 않은 서비스 또는 치료에 대한 요청.)	귀하의 고충을 접수한 후 역일 기준 30일 이내에 서면으로.
<u>서비스 후 고충:</u> (이미 제공된 서비스 또는 치료에 대한 청구.)	모든 필요 정보를 수령하고 역일 기준 30일 이내에, 하지만 귀하의 고충을 접수하고 역일 기준 60일 이내에 서면으로.
<u>기타 모든 고충:</u> (서비스 또는 치료에 대한 청구 또는 요청과 관련되지 않은)	서면으로 모든 필요 정보를 수령하고 역일 기준 45일 이내에, 하지만 귀하의 고충을 접수하고 역일 기준 60일 이내에 서면으로.

D. 지원

귀하가 당사의 고충 결정에 여전히 만족하지 않거나, 다른 시점에 귀하가 불만이 있는 경우, 귀하는: 뉴욕주 보건부에 **1-800-206-8125**번으로 전화를 하거나, 다음 우편 주소로 연락을 취할 수 있습니다.

New York State Department of Health
Office of Health Insurance Programs
Bureau of Consumer Services – Complaint Unit
Corning Tower – OCP Room 1609
Albany, NY 12237
이메일: managedcarecomplaint@health.ny.gov
웹사이트: www.health.ny.gov

귀하가 고충을 제출하는 데 도움이 필요한 경우, 주의 독립 소비자 지원 프로그램에 다음 주소로 연락할 수 있습니다.

Community Health Advocates
633 Third Avenue, 10th Floor
New York, NY 10017
또는 수신자 부담 전화: **1-888-614-5400**, 또는 이메일: cha@cssny.org
웹사이트: www.communityhealthadvocates.org

제XIX절 이용률 검토

A. 이용 평가

당사는 의료 서비스가 현재 의학적 필요성 또는 실험이나 임상시험(“의학적 필요성”)과 관련이 있거나 과거에 관련이 있었는지 결정하기 위해 이 서비스를 검토합니다. 이 절차를 이용 평가라고 부릅니다. 이용 평가에는 서비스를 수행하기 전에 활동이 발생하는지 여부(사전 승인), 서비스가 수행되는 시기(동시) 또는 서비스가 수행된 이후(소급) 등의 모든 검토 활동이 포함됩니다. 이용 평가 절차에 관한 질문이 있는 경우 **1-866-265-1893**, TTY **711**번으로 전화하십시오. 수신자 부담 전화는 최소 주 40시간 이용이 가능하며, 근무 시간 이후에는 자동 응답기로 전환됩니다.

서비스가 의학적으로 필요하지 않다는 모든 결정은 다음에 의해 이루어질 것입니다. 1) 유면허 의사, 또는 2) 일반적으로 귀하의 의학적 상태 또는 질병을 관리하거나 검토 대상 보건 관리 서비스를 제공하는 서비스 제공자와 같은 직업 및 같은 또는 유사한 전문 직종에 종사하는 면허, 인증, 등록 또는 자격의 보건 전문가, 또는 3) 정신건강 또는 약물 사용 장애 치료와 관련하여 행동건강을 전문으로 하면서 정신건강 또는 약물 사용 장애 치료 과정에 경험이 있는 유면허 의사 또는 면허, 인증, 등록 또는 자격의 보건 전문가. 당사는 서비스가 의학적으로 필요하지 않은지 결정하기 위해 당사 직원이나 검토자에게 재정적 인센티브를 보상하거나 제공하지 않습니다.

당사는 이 과정에서 우리를 도울 가이드라인과 프로토콜을 개발하였습니다. 당사는 환자 연령에 적합하고 약물 사용 장애 치료를 위해 OASAS가 지정한 또는 정신건강 치료를 위해 OMH가 사용을 승인한 증거 기반이고 동료 검토한 임상 검토 기준 도구를 사용할 것입니다. 특정 지침 및 절차는 요청 시 귀하의 검토에 이용할 수 있습니다. 보다 자세한 정보는 **1-866-265-1893**, TTY **711**번으로 전화를 하거나, 당사 웹사이트(myuhc.com/CommunityPlan)를 방문하여 입수할 수 있습니다.

귀하는 우리가 귀하에게 서면 또는 전화 통지 대신에 이용 평가 결정 전자 통지를 보낼 것을 요청할 수 있습니다. 귀하가 전자 통지를 받기 원하는 경우에는 미리 당사에 알려야 합니다. 전자 통지를 선택하려면 **1-866-265-1893**, TTY **711**번으로 전화하거나 당사 웹사이트(myuhc.com/CommunityPlan)를 방문하십시오. 귀하는 언제든지 전자 통지를 선택 해제할 수 있습니다.

B. 사전 승인 검토

1. **긴급하지 않은 사전 승인 검토.** 당사가 사전 승인 검토와 관련된 결정을 내리는 데 필요한 모든 정보를 확보한 경우, 당사가 결정을 내리고 요청 수령 후 근무일 기준 삼(3) 일 이내에 전화 및 서면으로 귀하(또는 귀하의 피지명인)에게 통지를 할 것입니다.

추가 정보가 필요한 경우, 근무일 기준 삼(3) 일 이내에 당사가 요청을 드릴 것입니다. 그 다음 귀하 또는 귀하의 서비스 제공자가 역일 기준 45일 이내에 정보를 제공할 것입니다. 당사가 45일 이내에 요청한 정보를 접수하는 경우, 당사가 결정을 내리고 당사가 정보를 수령한 후 근무일 기준 삼(3) 일 이내에 전화 및 서면으로 귀하(또는 귀하의 피지명인) 및 귀하의 서비스 제공자에게 통지를 제공할 것입니다. 45일 이내에 필요한 모든 정보가 접수되지 않은 경우, 당사는 요청된 정보의 부분 수령 또는 45일의 기간 끝 중 더 이른 쪽으로부터 역일 기준 15일 이내에 결정을 내릴 것입니다.

2. **긴급 사전 승인 검토.** 긴급 사전 승인 요청과 관련하여, 당사가 결정을 내리는 데 필요한 모든 정보를 확보한 경우, 당사는 결정을 내리고 요청 수령 후 72시간 이내에 귀하(또는 귀하의 피지명인)와 귀하의 서비스 제공자에게 전화로 통지를 제공할 것입니다. 당사가 요청을 수령한 후 근무일 기준 삼(3)일 이내에 서면 통지가 발송됩니다. 추가 정보가 필요한 경우, 24시간 이내에 당사가 요청을 드릴 것입니다. 그러면 귀하 또는 귀하의 서비스 제공자는 48시간 이내에 정보를 제출해야 합니다. 당사가 결정을 내리고 당사가 정보를 수령한 날 또는 48시간의 기간 끝 중 더 이른 날짜로부터 48시간 이내에 귀하(또는 귀하의 피지명인)와 귀하의 서비스 제공자에게 전화 및 서면으로 통지를 제공할 것입니다.
3. **법원 명령 치료.** 아직 제공되지 않은 정신 건강 및/또는 약물 남용 장애 서비스에 대한 요청과 관련하여, 귀하(또는 귀하의 피지명인)가 재무 서비스의 감독자에 의해 규정된 형식으로, 귀하가 관할 법원에 출석할 것이거나 출석했으며, 해당 서비스를 요구하는 법원 명령에 따를 수 있음을 확인하는 경우, 당사가 결정을 내리고 요청 수령 후 72시간 이내에 전화로 귀하(또는 귀하의 피지명인) 및 귀하의 서비스 제공자에게 통지를 제공할 것입니다. 당사가 요청을 수령한 후 근무일 기준 삼(3)일 이내에 서면 통지가 발송됩니다. 실행 가능한 경우, 전화 및 서면 통지 또한 법원에 제공됩니다.
4. **입원 환자 재활 서비스 검토.** 병원 또는 전문 간호 시설이 제공한 입원 후 입원 환자 재활 서비스의 보장을 위한 사전 승인 요청을 받은 후 당사는 결정을 내리고, 필요한 정보를 수령한 날로부터 근무일 기준 일(1)일 이내에 전화 및 서면으로 귀하(또는 귀하의 피지명인) 및 귀하의 서비스 제공자에게 통지를 할 것입니다.
5. **위기 안정화 센터.** 뉴욕주 정신위생법 제36.01절에 따라 면허를 소지한 제휴 위기 안정화 센터에서 제공되는 서비스의 보장은 사전 승인 대상이 아닙니다. 당사는 위기 안정화 센터에서 제공되는 치료를 소급적으로 검토하여 그것이 의학적으로 필요한지 여부를 결정하며 OASAS에서 지정했거나 OMH에서 승인한 임상 검토 도구를 사용합니다. 제휴 위기 안정화 센터에서 이루어지는 치료가 의학적으로 필요하지 않은 것으로 판단되어 기각되는 경우, 귀하는 귀하의 치료에 적용되었을 비용분담에 대해서만 책임을 집니다.

C. 동반 검토

1. **긴급하지 않은 동반 검토.** 치료 과정 중에 서비스에 대한 이용 평가 결정(동반 검토)을 내리고, 필요한 모든 정보 수령 후 근무일 기준 일(1)일 이내에 전화 및 서면으로 귀하(또는 귀하의 피지명인) 및 귀하의 서비스 제공자에게 통지를 할 것입니다. 추가 정보가 필요한 경우, 근무일 기준 일(1)일 이내에 당사가 이를 요청할 것입니다. 그 다음 귀하 또는 귀하의 서비스 제공자가 역일 기준 45일 이내에 정보를 제공할 것입니다. 당사는 정보를 수령하고 근무일 기준 일(1)일 이내에, 또는 당사가 정보를 수령하지 못한 경우 요청된 정보의 일부를 수령한 날로부터 역일 기준 15일 또는 45일의 기간 끝으로부터 역일 기준 15일 중 더 이른 쪽 이내에 귀하(또는 귀하의 피지명인)와 귀하의 서비스 제공자에게 전화 및 서면으로 통지할 것입니다.
2. **긴급 동반 검토.** 긴급 치료의 연장과 관련된 동반 검토의 경우, 보장에 대한 요청이 이전에 승인한 치료가 종료되기 전 최소 24시간 이내에 이루어지는 경우, 당사가 결정을 내리고, 요청 수령 후 24시간 이내에 전화로 귀하(또는 귀하의 피지명인) 및 귀하의 서비스 제공자에게 통지를 할 것입니다. 요청 수령 후 근무일 기준 일(1)일 이내에 서면 고지가 제공될 것입니다.

보장에 대한 요청이 이전에 승인한 치료가 종료되기 전 최소 24시간 이내에 이루어지지 않고 당사가 결정을 내리는 데 필요한 모든 정보를 확보한 경우, 당사가 결정을 내리고, 요청 수령 후 72시간 또는 근무일 기준 일(1) 일 중 더 이른 시점 이내에 귀하(또는 귀하의 피지명인) 및 귀하의 서비스 제공자에게 서면으로 통지를 할 것입니다. 추가 정보가 필요한 경우, 24시간 이내에 당사가 요청을 드릴 것입니다. 그러면 귀하 또는 귀하의 서비스 제공자는 48시간 이내에 정보를 제출해야 합니다. 당사가 결정을 내리고, 당사가 정보를 수령한 경우 해당 일로부터 근무일 기준 일(1) 일, 또는 48시간 중 더 이른 시점 이내에, 또는 당사가 정보를 수령하지 못한 경우, 48시간의 기간이 끝나는 날로부터 48시간 이내에 귀하(또는 귀하의 피지명인) 및 귀하의 서비스 제공자에게 서면으로 통지를 할 것입니다.

3. **가정간호 검토.** 입원 후 가정간호 서비스 보장 요청을 접수한 후 당사는 결정을 내리고, 필요한 정보를 수령한 날로부터 근무일 기준 일(1) 일 이내에 전화 및 서면으로 귀하(또는 귀하의 피지명인) 및 귀하의 서비스 제공자에게 통지를 할 것입니다. 요청 이후 날씨가 주말이나 휴일에 해당되는 경우, 당사가 결정을 내리고 필요한 정보를 수령한 날로부터 72시간 이내에 귀하(또는 귀하의 피지명인) 및 귀하의 서비스 제공자에게 통지를 할 것입니다. 귀하가 병원에서 퇴원하기 전에 당사가 가정간호 서비스에 대한 요청 및 필요한 모든 정보를 접수한 경우, 당사는 해당 요청에 대한 당사의 결정을 보류하는 동안 가정간호 서비스에 대한 보장을 거부하지 않을 것입니다.
4. **입원환자 약물 남용 장애 치료 검토.** 입원환자 약물 남용 장애 치료 입원에서 퇴원하기 전 최소 24시간 이내에 당사에 입원환자 약물 남용 장애 치료 요청이 제출되는 경우, 당사가 요청 수령 후 24시간 이내에 결정을 내리고, 당사가 결정을 보류하는 동안 입원환자 약물 남용 장애 치료에 대한 보장을 제공할 것입니다.
5. **제휴 OASAS-인증 시설에서 입원환자 약물 남용 장애 치료.** 제휴 OASAS-인증 시설에서 입원환자 약물 남용 장애 치료에 대한 보장은 사전 승인 대상이 아닙니다. 보장은 OASAS 인증 시설이 입원으로부터 근무일 기준 이(2) 일 이내에 당사에 입원과 초기 치료 계획을 통보하는 경우 입원환자 입원으로부터 첫 28일 동안은 동반 검토의 대상이 아닙니다. 환자가 입원하고 첫 28일 이후에, 당사가 전체 입원을 검토하여 그것이 의학적으로 필요한지 결정하고 OASAS에서 지정한 임상 검토 도구를 사용할 것입니다. 의학적으로 필요하지 않아서 입원 기간의 일부가 거부되는 경우, 귀하는 귀하의 환자 입원에 원래 적용되는 네트워크 내 비용분담에 대해서만 책임을 집니다.
6. **제휴 OASAS 인증 시설에서의 외래환자 약물 사용 장애 치료.** 제휴 OASAS 인증 시설에서의 외래환자, 집중치료 외래환자, 외래환자 재활 및 오피오이드 치료를 위한 보장은 사전 승인의 대상이 아닙니다. 보장은 OASAS 인증 시설이 근무일 기준 이(2) 일 이내에 당사에 치료 개시와 초기 치료 계획을 통보하는 경우 28회 방문을 넘지 않는 지속 치료의 첫 사(4) 주 동안은 동반 검토의 대상이 아닙니다. 28회 방문을 넘지 않는 지속 치료의 첫 사(4) 주 후에 당사는 그것이 의학적으로 필요한지 여부를 결정하기 위해 외래환자 전체 치료를 검토할 수 있으며, OASAS에 의해 지정된 임상 검토 도구를 사용할 것입니다. 외래환자 치료의 어느 부분이 의학적으로 필요하지 않아서 거부되는 경우, 귀하는 귀하의 외래환자 치료에 달리 적용될 네트워크 내 비용 분담에 대해서만 책임을 집니다.

D. 소급 검토

당사가 소급 청구와 관련된 결정을 내리는 데 필요한 모든 정보를 확보한 경우, 당사가 결정을 내리고 요청 수령 후 역일 기준 30일 이내에 귀하 및 귀하의 서비스 제공자에게 통지를 할 것입니다. 추가 정보가 필요한 경우, 역일 기준 30일 이내에 당사가 요청을 드릴 것입니다. 그 다음 귀하 또는 귀하의 서비스 제공자가 역일 기준 45일 이내에 정보를 제공할 것입니다. 당사가 결정을 내리고 당사가 정보를 수령한 날이나 45일의 기간이 끝나는 시점 중 더 이른 날짜로부터 역일 기준 15일 이내에 서면으로 귀하 및 귀하의 서비스 제공자에게 통지를 할 것입니다.

당사가 결정을 내리는 데 필요한 모든 정보를 확보하고 위에서 명시한 적용 가능한 기간 이내에 이용 평가 결정을 내리지 못하게 되는 경우, 이는 내부 이의제기에 따른 부정적인 결정으로 간주될 것입니다.

E. 사전 승인된 서비스의 소급 검토

당사는 다음에 해당되는 경우에만 사전 승인된 치료, 서비스 또는 절차를 소급 검토 시 반복할 수 있습니다.

- 소급 검토와 동시에 당사에 제시된 관련 의료 정보가 사전 승인 검토 중에 제시된 정보와 현저히 다른 경우,
- 소급 검토와 동시에 당사에 제시된 관련 의료 정보가 사전 승인 시점에 존재했지만 보류되었거나 당사가 이용할 수 없었던 경우,
- 당사가 사전 승인 검토 시점에 해당 정보의 존재를 알지 못했던 경우, 그리고
- 당사가 해당 정보를 알고 있었더라면 요청 대상인 치료, 서비스 또는 절차가 승인되지 않았을 경우. 사전 승인 검토 중에 사용된 것과 동일한 특정 표준, 기준 또는 절차를 사용하여 결정을 내리는 경우.

F. 단계 요법 기각 결정

귀하, 귀하의 피지명인 또는 귀하의 의료 전문가는 귀하의 의료 전문가가 선정한 처방약 보장에 대해 단계 요법 절차 기각 결정을 요청할 수 있습니다. 단계 요법 절차 기각 결정에 대해 이용 평가를 실시할 때, 당사는 귀하 및 귀하의 의학적 상태에 대해 적절하고 인정되는 증거에 입각한 동료 검토 임상 검토 기준을 사용할 것입니다.

1. 이론적 근거 및 문서. 단계 요법 절차 기각 결정 요청에는 다음에 대해 입증하는 의료 전문가의 이론적 근거 및 문서가 포함되어야 합니다.
 - 필요한 처방약이 금기이거나, 귀하에게 부정적인 반응, 신체 또는 정신적 손상을 줄 수 있음,
 - 귀하의 알려진 임상 기록, 상태 및 처방약 요법에 기초할 때 필요한 처방약이 효과가 없을 것으로 예상됨,
 - 귀하가 당사에 의해 보장되는 동안에 또는 귀하의 이전 건강보험 보장 하에 있는 요구되는 처방약 또는 같은 약리학 등급의 또는 같은 작용 메커니즘의 다른 처방약을 시험했는데 해당 처방약을 효능 또는 효과 부족, 효과 감소 또는 부작용으로 인해 중단하였음,
 - 귀하의 의료 전문가가 귀하의 의학적 상태에 대해 선정한 처방약에 대해 귀하가 안정적인 상태를 보이는 경우, 다만, 이것은 귀하가 AB-등급 일반 등가물 시도 요청을 방해하지 않아야 함, 또는

- 필요한 처방약이 귀하의 치료 계획 고수 또는 준수에 중대한 방해가 될 수 있기 때문에 귀하에게 가장 이익이 되지 않으며, 동반이환 상태를 악화시킬 가능성이 있거나, 일상 활동을 수행하기 위한 합당한 기능을 달성 또는 유지할 수 있는 귀하의 능력을 감소시킬 가능성이 있는 경우.
2. **표준 검토.** 당사는 이론적 근거 및 문서를 수령한 날로부터 72시간 이내에 단계 요법 절차 기각 결정을 내리고, 귀하(또는 귀하의 피지명인)에게, 그리고 적절한 경우 귀하의 의료 전문가에게 통지를 제공할 것입니다.
 3. **신속 처리 검토.** 귀하의 의료 전문가가 처방한 처방약이 없으면 귀하의 건강이 심각한 위험에 처하는 의학적 상태를 갖고 되는 경우, 당사는 이론적 근거 및 문서를 수령한 후 24시간 이내에 단계 요법 절차 기각 결정을 내릴 것입니다.

단계 요법 절차 기각 결정 요청을 통해 필요한 이론적 근거 및 문서가 제출되지 않은 경우, 당사는 사전 승인 및 소급 검토를 위해 72시간 이내에(동반 검토의 경우 72시간 또는 근무일 기준 일(1) 일, 그리고 신속 처리 검토의 경우 24시간 중 더 이른 시점에) 정보를 요청할 것입니다. 귀하 또는 귀하의 의료 전문가는 사전 승인, 동시 및 소급 검토를 위해 역일 기준 45일 이내에, 그리고 신속 처리 검토를 위해 48시간 이내에 정보를 제출해야 합니다. 사전 승인 검토의 경우, 당사가 결정을 내리고 당사가 정보를 수령한 날로부터 72시간이나, 정보를 수령하지 못한 경우 45일의 기간이 끝나는 날로부터 역일 기준 15일 중 더 이른 날짜 이내에 귀하(또는 귀하의 피지명인) 및 귀하의 의료 전문가에게 통지를 할 것입니다. 동반 검토의 경우, 당사는 당사가 정보를 수령한 날로부터 72시간이나, 근무일 기준 일(1) 일 또는 정보를 수령하지 못한 경우 45일의 기간이 끝나는 날로부터 역일 기준 15일 중 더 이른 날짜 이내에 결정을 내리고 귀하(또는 귀하의 피지명인) 및 귀하의 의료 전문가에게 통지를 할 것입니다. 소급 검토의 경우, 당사는 당사가 정보를 수령한 날로부터 72시간이나, 정보를 수령하지 못한 경우 45일의 기간이 끝나는 날로부터 역일 기준 15일 중 더 이른 날짜 이내에 결정을 내리고 귀하(또는 귀하의 피지명인) 및 귀하의 의료 전문가에게 통지를 할 것입니다. 신속 처리 검토의 경우, 당사는 당사가 정보를 수령한 날로부터 24시간이나, 정보를 수령하지 못한 경우 48시간의 기간이 끝나는 시점부터 48시간 중 더 이른 날짜 이내에 결정을 내리고 귀하(또는 귀하의 피지명인) 및 귀하의 의료 전문가에게 통지를 할 것입니다.

당사가 이론적 근거 및 문서 수령 후 72시간(또는 신속 처리 검토의 경우 24시간) 이내에 결정을 내리지 못하는 경우, 단계 요법 절차 기각 요청이 승인됩니다.

당사가 단계 요법 절차를 기각하기로 결정하는 경우, 당사가 귀하를 치료하는 의료 전문가가 처방한 처방약에 대해 즉시 보장을 승인할 것입니다. 부정적인 단계 요법 기각 결정에 대해서 이의제기할 수 있습니다.

G. 재고려

당사가 부정적인 결정을 내리기 전에 보장 서비스를 권고한 귀하의 서비스 제공자와 상담을 시도하지 못한 경우, 서비스 제공자가 부정적인 결정을 내린 동일한 임상 동료 검토자에 의한 재고려를 요청하거나 원래 임상 동료 검토자가 부재한 경우 지정된 임상 동료 검토자의 재조정을 요청할 수 있습니다. 사전 승인 및 동반 검토의 경우, 재조정 요청이 있을 후 근무일 기준 일(1) 일 이내에 재조정이 이루어질 것입니다. 부정적인 결정이 인정되는 경우, 전화 및 서면으로 귀하 및 귀하의 서비스 제공자에게 부정적인 결정에 대한 통지가 이루어질 것입니다.

H. 이용 평가 내부 이의제기

귀하, 귀하의 피지명인, 그리고 소급 검토 사례의 경우, 귀하의 서비스 제공자가 전화로, 개인적으로, 또는 서면으로 부정적인 결정에 대한 내부 이의제기를 요청할 수 있습니다.

귀하는 부정적인 결정 통지를 받은 후 최대 역일 기준 180일 이내에 이의제기를 제기할 수 있습니다. 당사는 수령 후 역일 기준 15일 이내에 내부 이의제기에 대한 귀하의 요청을 승인할 것입니다. 이 승인을 통해 필요한 경우, 결정을 내릴 수 있기 전에 필요한 추가 정보를 귀하에게 알릴 것입니다. 이의제기는 초기에 부정적인 결정을 내리고, 대개 문제가 되는 질환 또는 상태를 관리하는 서비스 제공자와 전문 분야가 동일하거나 유사한 한(1) 명의 의사 또는 두(2) 명의 의료 전문가에 해당하는 임상 동료 검토자에 종속되지 않은 임상 동료 검토자에 의해 결정될 것입니다.

1. **네트워크 외 서비스 거부.** 당사에서 네트워크 외 의료 서비스가 네트워크 내에서 이용 가능한 다른 의료 서비스와 실질적인 차이가 없다고 결정하는 경우, 귀하는 네트워크 외 의료 서비스에 대한 사전 승인 요청 거절에 대해 이의제기를 할 권리도 있습니다. 네트워크 외 의료 서비스에 대한 거절은 비제휴 서비스 제공자가 제공하는 서비스에 적용되지만, 제휴 서비스 제공자로부터 해당 서비스를 받지 못하는 경우에만 해당됩니다. 제휴 서비스 제공자로부터 귀하가 요청하는 서비스를 받을 수 있다면 설령 비제휴 서비스 제공자가 귀하의 상태를 진단 또는 치료하는 데 더 많은 경험을 갖추고 있더라도 귀하는 이용 평가에 대한 이의제기 자격이 주어지지 않습니다. (이와 같은 이의제기는 고충으로 처리됩니다.) 네트워크 외 의료 서비스 거절에 대한 이용 평가 이의제기의 경우, 귀하 또는 귀하의 피지명인이 다음을 제출해야 합니다.
 - 귀하의 담당 의사의 서면 진술서, 이때 이 의사는 귀하의 상태를 치료하기에 적합한 전문 진료 분야에서 진료를 하기 위한 면허와 자격을 갖춘 의사여야 하며, 요청된 네트워크 외 의료 서비스가 귀하의 상태를 치료하도록 당사가 승인한 제휴 서비스 제공자에게서 받는 대체 의료 서비스와 실질적으로 다른 것임을 입증해야 함, 그리고
 - 네트워크 외 서비스가 다음과 같다는 가용 의학적 및 과학적 증거의 두(2) 문서: 1) 대체 네트워크 내 서비스보다 귀하에게 임상적 이점이 더 클 가능성이 있음, 그리고 2) 네트워크 외 서비스의 부정적 위험이 네트워크 내 건강 서비스보다 상당히 증가할 것 같지 않음.
2. **네트워크 외 승인 거부.** 또한 당사가 요청된 의료 서비스를 제공할 수 있고 귀하의 특정 건강 치료 요구를 충족시킬 수 있는 적절한 교육과 경험을 갖춘 제휴 서비스 제공자를 보유하고 있다고 결정한 경우, 귀하는 비제휴 서비스 제공자에 대한 승인 요청 거부에 이의를 제기할 수 있는 권리도 있습니다. 네트워크 외부 승인 거부에 대한 이용 평가 이의제기의 경우, 귀하 또는 귀하의 피지명인은 다음을 포함하는 귀하의 담당 의사의 서면 진술서를 제출해야 하며, 이 의사는 귀하의 상태를 치료하기에 적합한 전문 진료 분야에서 진료를 하기 위한 면허와 자격을 갖춘 의사여야 합니다.
 - 당사가 권장하는 제휴 서비스 제공자가 의료 서비스에 대한 귀하의 특정 건강 치료 요구를 충족시킬 수 있는 적절한 교육 및 경험을 갖추지 못함, 그리고
 - 요청된 의료 서비스를 제공할 수 있고 귀하의 특정 치료 요구를 충족시킬 수 있는 적절한 교육 및 경험을 갖춘 비제휴 서비스 제공자 권장.

I. 제1 레벨 이의제기

1. 사전 승인 이의제기. 귀하의 이의제기가 사전 승인 요청과 관련이 있는 경우, 당사가 이의제기 요청 수령 후 역일 기준 30일 이내에 이의제기를 결정할 것입니다. 결정을 내린 후 근무일 기준 이(2) 일 이내에, 하지만 이의제기 요청을 수령한 후 역일 기준 30일을 넘지 않게 귀하(또는 귀하의 피지명인) 및 적절한 경우, 귀하의 서비스 제공자에게 결정에 대한 서면 통지를 할 것입니다.
2. 소급 이의제기. 귀하의 이의제기가 소급 청구와 관련이 있는 경우, 당사는 이의제기 검토를 수행하기 위해 필요한 정보의 수령으로부터 역일 기준 30일 또는 이의제기 수령으로부터 역일 기준 60일 중 더 이른 시일 이내에 이의제기에 대해 결정할 것입니다. 결정을 내린 후 근무일 기준 이(2) 일 이내에, 하지만 항소 요청을 수령한 후 역일 기준 60일을 넘지 않게 귀하(또는 귀하의 피지명인) 및 적절한 경우, 귀하의 서비스 제공자에게 결정에 대한 서면 통지를 할 것입니다.
3. 신속 이의제기 처리. 계속 또는 연장 의료 서비스, 계속 치료 과정에서 제공된 추가 서비스, 입원 환자의 퇴원 후 제공되는 가정간호 서비스, 서비스 제공자가 즉각적인 검토를 요청하는 서비스, 법원 명령을 따라야 할 수 있는 정신 건강 및/또는 약물 남용 장애 서비스 검토에 대한 이의제기 또는 기타 긴급한 사안은 신속 처리 기준에 따라 처리될 것입니다. 신속 처리 이의제기는 소급 검토에 적용되지 않습니다. 신속 처리 이의제기의 경우, 귀하의 서비스 제공자는 이의제기에 대한 요청 수령 후 근무일 기준 일(1) 일 이내에 이의제기에 배정된 임상 동료 검토자를 합당하게 이용할 수 있습니다. 귀하의 서비스 제공자 및 임상 동료 검토자는 전화 또는 팩스로 정보를 교환할 수 있습니다. 신속 처리 이의제기는 이의제기 수령 후 72시간, 또는 이의제기에 필요한 정보 수령 후 근무일 기준 이(2) 일 중 더 이른 시점 이내에 결정될 것입니다. 결정에 대한 서면 통지는 결정을 내린 후 24시간 이내에, 하지만 이의제기 요청을 수령한 후 72시간을 넘지 않게 귀하(또는 귀하의 피지명인)에게 제공될 것입니다.

표준 이의제기에 대해 필요한 정보 수령 후 역일 기준 60일 이내에, 또는 신속 처리 이의제기에 대해 필요한 정보 수령 후 근무일 기준 이(2) 일 이내에 당사가 귀하의 이의제기 결정을 전달하지 못하는 경우 이는 초기의 부정적인 결정에 대한 반복으로 간주될 것입니다.

4. 약물 사용 이의제기. 당사가 입원 환자의 퇴원 전 최소 24시간 이내에 제출된 입원환자 약물 남용 장애 치료에 대한 요청을 거부하고 귀하 또는 귀하의 서비스 제공자가 당사의 부정적인 결정에 대한 신속 처리 내부 이의제기를 제기하는 경우, 당사가 이의제기 요청 수령 후 24시간 이내에 이의제기를 결정할 것입니다. 귀하 또는 귀하의 서비스 제공자가 당사의 부정적인 결정 수령 후 24시간 이내에 신속 처리 내부 이의제기 및 신속 처리 외부 이의제기를 제기하는 경우, 당사는 내부 이의제기 및 외부 이의제기에 대한 결정이 보류 중인 동안 입원환자 약물 남용 장애 치료에 대한 보장을 제공할 것입니다.

J. 이의제기에 대한 완전하고 공정한 검토

귀하의 이의제기와 관련하여 당사 또는 새롭거나 추가적인 이론적 근거에 의해 고려, 의존, 생성된 새롭거나 추가적인 증거를 귀하에게 무료로 제공할 것입니다. 증거 또는 이유는 가능한 한 속히 그리고 그 날짜 이전에 대응할 합리적 기회를 귀하에게 제공하기 위해 최종 불리한 결정의 통지를 제공해야 하는 날짜에 충분히 앞서 제공될 것입니다.

K. 이의제기 지원

귀하가 이의를 제기하는 데 도움이 필요한 경우, 다음 연락처의 주 독립 소비자 지원 프로그램에 연락할 수 있습니다.

Community Health Advocates
633 Third Avenue, 10th Floor
New York, NY 10017

또는 수신자 부담 전화: 1-888-614-5400, 또는 이메일: cha@cssny.org
웹사이트: www.communityhealthadvocates.org

제XX절 외부 항소

A. 외부 이의제기에 대한 귀하의 권리

몇몇 경우에, 귀하는 보장 거부에 대한 외부 이의제기를 제기할 수 있는 권리가 있습니다. 서비스가 의학적으로 필요하지 않거나(적절성, 치료 환경, 보장 혜택의 치료 또는 효율성 수준 포함), 실험적 또는 임상시험적 치료(희귀 질환을 위한 임상시험 및 치료 포함)이거나, 네트워크 외 치료이거나, 응급 서비스 또는 서프라이즈빌이라는(정확한 비용분담이 적용되었는지 여부 포함) 이유로 당사가 보장을 거부한 경우, 귀하 또는 귀하의 대리인은 이러한 이의제기를 제기하기 위해 주에 의해 인증된 독립적인 제3의 당사자인 외부 이의제기 대리인에게 해당 결정에 대한 이의제기를 제기할 수 있습니다.

귀하가 외부 이의제기를 위한 자격을 갖추려면, 다음의 두(2) 가지 요건을 충족시켜야 합니다.

- 서비스, 절차 또는 치료가 본 계약에 따른 보장 서비스여야 합니다.
- 일반적으로, 귀하가 당사의 내부 이의제기 절차를 통해 부정적인 최종 결정을 받았어야 합니다. 하지만 귀하는 다음에 해당되는 경우 귀하가 당사의 내부 이의제기 절차를 통해 부정적인 최종 결정을 받았다 하더라도 외부 이의제기를 제기할 수 있습니다.
 - 당사가 내부 이의제기를 철회하기로 서면으로 동의한 경우. 당사는 귀하의 내부 이의제기 철회 요청에 동의할 필요는 없습니다, 또는
 - 귀하가 신속 처리 내부 이의제기를 신청함과 동시에 외부 이의제기를 제기하는 경우, 또는
 - 당사가 이용 평가 청구 처리 요건을 준수하지 못한 경우(귀하에게 편견이나 피해를 초래할 가능성이 없는 사소한 위반인 경우, 위반 행위에 정당한 이유가 있고, 그것이 당사의 통제 범위를 벗어나는 사안으로 인해 발생한 것임을 당사가 입증하는 경우, 그리고 위반 행위가 귀하와 당사 사이에 선의의 지속적인 정보 교환 중에 발생한 경우 제외).

B. 서비스가 의학적으로 필요한 것이 아닌란 결정에 대한 귀하의 이의제기 권리

당사가 서비스가 의학적으로 필요하지 않다는 기준에 따라 보장을 거부한 경우, 귀하는 위의 “A” 항의 외부 이의제기에 대한 요건을 충족시키는 경우 외부 이의제기 대리인에게 이의제기를 제기할 수 있습니다.

C. 서비스가 실험 또는 임상시험을 위한 것이란 결정에 대한 귀하의 이의제기 권리

서비스가 실험 또는 임상시험 치료(희귀 질환을 위한 임상시험 및 치료 포함)라는 이유로 당사가 보장을 거부한 경우, 귀하는 위의 “A” 항의 외부 이의제기에 대한 두(2) 가지 요건을 충족시켜야 하며, 귀하의 담당 의사가 귀하의 상태 또는 질환이 다음에 해당된다는 것을 확인해야 합니다.

1. 표준 의료 서비스가 효과가 없거나 의학적으로 부적절함, 또는
2. 당사가 보장하는 보다 유익한 표준 서비스 또는 절차가 존재하지 않음, 또는
3. 임상 시험이나 희귀 질환 치료가 필요함(법률로 정의된 바에 따라).

또한, 귀하의 담당 의사가 다음 중 하나(1)를 권장했어야 함:

1. 이용 가능한 의학적/과학적 증거에 기반한 두(2) 건의 문서에서 표준 보장 서비스에 비해 귀하에게 더 유익할 가능성이 있음을 보여 주는 서비스, 절차 또는 치료(이 권장사항에 대한 근거로 특정 문서만 고려할 것임 – 귀하의 담당 의사가 주의 해당 기관에 연락하여 어떤 문서를 고려하거나 수락할 수 있는지에 대한 최신 정보를 입수해야 함), 또는
2. 귀하에게 자격이 있는 임상 시험(특정 임상시험만 고려할 수 있음), 또는
3. 요청된 서비스보다 귀하에게 임상적으로 더 유익할 가능성이 있는 표준 치료가 없음을 담당 의사가 확인하는 희귀 질환 치료, 요청된 서비스가 귀하의 희귀 질환 치료에 유익할 수 있음, 그리고 이와 같은 혜택이 서비스의 위험보다 더 중요함. 또한, 귀하는 담당 의사는 귀하의 상태가 국립 보건원의 희귀 질환 임상 연구 임상연구 네트워크(National Institutes of Health Rare Disease Clinical Research Network)에 따라 현재 희귀 질환에 해당하거나 이전에 그러했음을 확인하고, 그것이 매년 200,000명 미만의 미국 거주자에게 영향을 주고 있음을 확인해야 합니다.

이 절의 목적상, 귀하의 담당 의사는 귀하의 상태나 질환을 치료하기에 적합한 분야에서 진료를 하기 위한 면허와 자격을 갖춘 의사여야 합니다. 또한, 희귀 질환 치료의 경우, 담당 의사가 귀하를 치료하는 의사가 아닐 수 있습니다.

D. 서비스가 네트워크 외 서비스란 결정에 대한 귀하의 이의제기 권리

서비스가 네트워크 내부에서 이용 가능한 의료 서비스와 실질적으로 다르지 않기 때문에 당사가 네트워크 외 치료의 보장을 거부한 경우, 그리고 귀하가 위의 “A” 항의 외부 이의제기에 대한 두(2) 가지 요건을 충족시키고 네트워크 외 치료에 대해 사전 승인을 요청한 경우, 귀하는 외부 이의제기 대리인에게 이의제기를 제기할 수 있습니다.

또한, 귀하의 담당 의사는 이용 가능한 두(2) 건의 의학적/과학적 증거 문서에 기반하여 네트워크 내 의료 서비스에서 권장하는 대체 치료와 네트워크 외 서비스가 실질적으로 다르다는 것과, 그것이 네트워크 내 대체 치료보다 임상적으로 더 유익할 가능성이 있다는 것, 그리고 네트워크 내 대체 서비스에 비해 요청된 의료 서비스의 부정적인 위험이 현저히 높지 않을 것임을 확인해야 합니다.

이 절의 목적상, 귀하의 담당 의사는 의료 서비스를 위해 귀하를 치료하기에 적합한 전문 분야에서 진료를 하기 위한 면허와 자격을 갖춘 의사여야 합니다.

E. 비제휴 서비스 제공자에 대한 네트워크 외 승인 거부 이의제기와 관련된 귀하의 권리

당사가 요청된 의료 서비스를 제공할 수 있고 귀하의 특정 치료 요구를 충족시킬 수 있는 적절한 교육과 경험을 갖춘 제휴 서비스 제공자를 보유하고 있다고 판단하기 때문에 비제휴 서비스 제공자에 대한 사전 승인 요청의 보장을 거부한 경우, 귀하는 위의 “A” 항의 외부 이의제기에 대한 두(2) 가지 요건을 충족시키는 경우 외부 이의제기 대리인에 대해 이의제기를 제기할 수 있습니다.

또한, 귀하의 담당 의사는 당사가 권장하는 제휴 서비스 제공자가 귀하의 특정 치료 니즈를 충족시키기에 적절한 교육 및 경험을 갖추고 있지 않음을 확인해야 하며, 요청된 의료 서비스를 제공할 수 있고 귀하의 특정 치료 요구를 충족시킬 수 있는 적절한 교육과 경험을 갖춘 비제휴 서비스 제공자를 권장해야 합니다.

이 절의 목적상, 귀하의 담당 의사는 의료 서비스를 위해 귀하를 치료하기에 적합한 전문 분야에서 진료를 하기 위한 면허와 자격을 갖춘 의사여야 합니다.

F. 처방약 목록 제외 처리 거부에 대한 귀하의 이의제기 권리

당사는 당사 처방약 목록 제외 처리 절차를 통해 비처방약 목록 처방약의 보장에 대한 귀하의 요청을 거부한 경우, 귀하, 귀하의 피지명인 또는 처방을 하는 의료 전문가가 외부 이의제기 대리인에게 처방약 목록 제외 처리 거부에 대해 이의제기를 제기할 수 있습니다. 처방약 목록 제외 처리 절차에 관한 보다 자세한 정보는 본 계약의 처방약 보장 절을 참조하십시오.

G. 외부 이의제기 절차

귀하는 부정적인 최종 결정 수령 후, 또는 내부 이의제기 절차 철회 수령 후 사(4)개월 이내에 외부 이의제기를 위한 서면 요청을 제출할 수 있습니다. 당사가 청구 처리 요건을 준수하지 못한 것에 기초하여 귀하가 외부 이의제기를 제기하는 경우, 귀하는 이와 같은 미준수가 발생한 날로부터 사(4)개월 이내에 외부 이의제기를 위한 서면 요청서를 제출할 수 있습니다.

당사는 당사 내부 이의제기 절차나 내부 이의제기에 대한 서면 철회 절차를 통해 발급된 부정적인 최종 결정이 포함된 외부 이의제기 신청서를 제공할 것입니다. 또한 귀하는 뉴욕주 금융 서비스부에 1-800-400-8882번으로 외부 이의제기 신청서를 요청할 수 있습니다. 신청서에 표기된 주소로 금융 서비스부에 작성한 신청서를 제출하십시오. 외부 이의제기 기준을 충족시키는 경우, 해당 주에서 공인된 외부 이의제기 대리인에게 요청을 전달합니다.

귀하는 귀하의 외부 이의제기 요청과 함께 추가 문서를 제출할 수 있습니다. 귀하가 제출하는 정보가 당사의 거부의 근거가 되는 정보와 상당히 다르다고 외부 이의제기 대리인이 결정을 하는 경우, 당사의 결정을 재고하기 위한 당사의 권리를 행사하기 위해 외부 이의제기 대리인이 당사와 이 정보를 공유할 것입니다. 당사가 이 권리를 행사하기로 선택하는 경우, 당사는 근무일 기준 삼(3)일 이내에 당사의 결정을 수정하거나 확인할 것입니다. 신속 처리 외부 이의제기(아래의 설명 참조)의 경우, 당사는 당사의 결정을 재고할 수 있는 권리가 없습니다.

New York Essential Plan 4 가입자 계약

일반적으로, 외부 이의제기 대리인은 귀하가 작성한 신청서를 수령한 후 30일 이내에 결정을 내려야 합니다. 외부 이의제기 대리인은 귀하, 귀하의 의사 또는 당사로부터 추가 정보를 요청할 수 있습니다. 외부 이의제기 대리인이 추가 정보를 요청하는 경우, 결정을 내리기까지 근무일 기준 추가 오(5) 일이 걸립니다. 외부 이의제기 대리인은 근무일 기준 이(2) 일 이내에 서면으로 그 결정 내역을 귀하에게 알려야 합니다.

거부된 서비스를 제공하는 것에 대한 지연이 귀하의 건강에 즉각적이거나 심각한 위협을 준다고 귀하의 담당 의사가 입증하는 경우, 또는 표준 외부 이의제기 기간이 귀하의 건강, 생명 또는 최대한의 기능 회복 능력을 심각하게 위협할 수 있다고 귀하의 담당 의사가 입증하는 경우, 또는 귀하가 응급 서비스를 받았는데 시설에서 퇴원되지 않았고 그 거부로 입원, 진료 가용성 또는 지속적 체류가 우려되는 경우, 귀하는 신속 외부 이의제기를 요청할 수 있습니다. 그 경우에 외부 이의제기 대리인은 귀하가 작성한 신청서를 수령한 후 72시간 이내에 결정을 내려야 합니다. 결정을 내린 후 즉시, 외부 이의제기 대리인은 전화 또는 팩스로 그 결정을 당사에 통보해야 합니다. 또한 외부 이의제기 대리인은 서면으로 귀하에게도 그 결정을 통보해야 합니다.

당사의 처방집 제외 처리를 통해 귀하의 내부 처방집 제외 처리 요청에 대해 표준 검토가 이루어진 경우, 외부 이의제기 대리인이 귀하의 외부 이의제기에 대해 결정을 하고, 귀하가 작성한 신청서를 수령한 후 72시간 이내에 전화로 귀하 또는 귀하의 피지명인과 처방을 하는 의료 전문가에게 이를 알려야 합니다. 외부 이의제기 대리인은 결정한 날로부터 근무일 기준 이(2) 일 이내에 서면으로 귀하 또는 귀하의 피지명인과 처방 의료 전문가에게 통보할 것입니다. 외부 이의제기 대리인이 당사의 거부를 반복하는 경우, 귀하가 리필을 포함한 처방약을 복용하는 동안 당사가 처방약을 보장할 것입니다.

당사의 처방약 목록 제외 처리를 통해 귀하의 내부 처방약 목록 제외 처리 요청에 대해 신속 처리 검토가 이루어진 경우, 외부 이의제기 대리인이 귀하의 외부 이의제기에 대해 결정을 하고, 귀하가 작성한 신청서를 수령한 후 24시간 이내에 전화로 귀하 또는 귀하의 피지명인과 처방을 하는 의료 전문가에게 이를 알려야 합니다. 외부 이의제기 대리인은 결정한 날로부터 근무일 기준 이(2) 일 이내에 서면으로 귀하 또는 귀하의 피지명인과 처방 의료 전문가에게 통보할 것입니다. 외부 이의제기 대리인이 당사의 거부를 반복하는 경우, 귀하의 건강, 생명 또는 최대한의 기능 회복 능력을 심각하게 위협할 수 있는 건강 상태로 귀하가 고통을 받는 동안, 또는 현재 비처방약 목록 처방약을 사용하여 치료를 받는 기간 동안, 당사가 처방약을 보장할 것입니다.

외부 이의제기 대리인이 서비스가 의학적으로 필요하지 않다는 당사 결정을 반복하거나 실험 또는 임상시험 치료 또는 네트워크 외 치료 보장을 승인하는 경우, 당사가 본 계약의 다른 이용 약관에 따라 보장을 제공할 것입니다. 외부 이의제기 대리인이 임상 시험의 일부인 실험 또는 임상시험 치료에 대한 보장을 승인하는 경우, 당사는 임상 시험 설계 방식에 따라 치료를 제공하는 데 필요한 서비스 비용만을 보장할 것입니다. 당사는 시험약 또는 장치 비용, 비의료 서비스 비용, 연구 관리 비용 또는 본 계약에 따라 임상 시험에서 제공된 비임상 시험 치료에 대해 보장하지 않는 비용에 대해 책임을 지지 않습니다.

외부 이의제기 대리인의 결정은 귀하와 당사 모두에게 구속력이 있습니다. 외부 이의제기 대리인의 결정은 법정 소송에서 증거로 채택될 수 있습니다.

H. 귀하의 책임

외부 이의제기 절차를 시작하는 것은 귀하의 책임입니다. 귀하는 뉴욕주 금융 서비스부를 통해 작성한 신청서를 제출함으로써 외부 이의제기 절차를 시작할 수 있습니다. 귀하는 귀하의 신청 과정에서 귀하를 지원하기 위해 대표자를 임명할 수 있습니다. 한편, 금융 서비스부가 귀하에게 연락을 하여 귀하가 대표자를 임명했음을 서면으로 확인하도록 요청할 수 있습니다.

뉴욕법에 따라, 외부 이의제기에 대해 귀하가 작성한 요청서는 귀하가 부정적인 최종 결정을 수령한 날짜, 귀하가 내부 이의제기에 대한 서면 철회서를 수령한 날짜, 또는 당사가 청구 처리 요건을 준수하지 못한 날짜로부터 사(4)개월 이내에 제출해야 합니다. 당사는 이 기한을 연장할 수 있는 권한이 없습니다.

제XXI절 보장 종료

본 계약은 다음과 같이 해지될 수 있습니다.

A. 본 계약의 자동 해지

본 계약은 다음의 경우에 자동으로 해지됩니다.

1. 귀하의 사망시.
2. 귀하가 65세가 될 때, 귀하가 65세가 되거나 메디케어 대상이 되는 달의 말 중 먼저 도래하는 때에 귀하의 보장이 끝납니다.
3. 귀하가 메디케이드 대상이 되거나 메디케이드 프로그램에 가입할 때, 귀하가 메디케이드 대상이라고 결정된 월말에 귀하의 보장이 종료됩니다.
4. 귀하의 수입이 연방 빈곤 수준의 200%를 초과하는 경우, 귀하의 수입에 변동이 있는 월 말에 귀하의 보장이 종료됩니다.
5. 귀하에게 메디케이드를 포함한 다른 보장을 받을 자격을 부여하는 이민자 지위에 변동이 있고 귀하가 메디케이드 대상이라고 결정되기 전의 월말에 귀하의 보장이 종료되는 경우.
6. 귀하가 뉴욕주 보건 마켓플레이스를 통해 다른 프로그램에 가입한 경우.
7. 귀하가 저렴한 고용주 후원 건강보험에 가입한 때.

B. 귀하에 의한 해지

귀하는 NYSOH에 최소 14일의 사전 서면 통지를 통해 언제든지 본 계약을 해지할 수 있습니다.

C. 당사에 의한 해지

당사는 다음에 해당되는 경우 30일 이전의 서면 고지와 함께 본 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 보험료의 미지급.

각 보험료 만기일에 귀하가 보험료를 지급해야 하는 경우. 각 보험료가 지급 만기가 되었지만, 각 보험료 지급에 대한 유예 기간이 있는 경우. 유예 기간이 끝나는 시점까지 보험료가 지급되지 않는 경우, 다음과 같이 보장이 종료됩니다.

- 귀하가 30일의 유예 기간 이내에 요구하는 보험료를 지급하지 못하는 경우, 30일 유예 기간의 마지막 날에 본 계약이 종료됩니다. 귀하는 본 계약이 종료되는 경우 유예 기간 동안 제출된 청구에 대해 지급해야 할 책임이 없습니다.

2. 중요한 사실에 대한 사기 또는 의도적인 허위 진술.

귀하가 귀하의 가입 신청 시 서비스를 보장 받기 위한 목적으로 사기를 구성하는 행위를 범했거나 서면으로 중요한 사실에 대한 의도적인 허위 진술을 한 경우, NYSOH에서 귀하에게 서면으로 통지하는 즉시 본 계약이 해지됩니다. 한편, 귀하가 귀하의 가입 신청 시 서면으로 중대한 사실에 대한 의도적인 허위 진술을 하는 경우, 그리고 허위 진술된 사실로 인해 당사가 본 계약을 발급하는 것을 거부할 수 있었고 신청서가 본 계약에 첨부된 경우 당사가 본 계약을 철회할 것입니다. 철회란 귀하의 보장 종료료가 본 계약의 발급일로부터 최대 일(1)년의 소급 효과를 지닌다는 것을 의미합니다.

3. 귀하가 더 이상 당사 서비스 지역에 살거나 거주하지 않는 경우.

4. 본 계약의 청구 경험이나 건강 관련 상태와 상관없이 본 계약이 일부를 구성하는 계약의 등급을 제공하는 것을 당사가 중지하기 때문에 계약이 종료된 날짜 계약. 당사는 귀하에게 최소 90일의 사전 서면 통지를 제공할 것입니다.

5. 당사가 이 주의 개인 시장의 모든 병원, 수술 및 의료 비용을 종료하거나 중단하기 때문에 계약이 종료된 날짜. 당사는 귀하에게 최소 180일의 사전 서면 통지를 제공할 것입니다.

어떤 종료도 해당 종료 이전에 주어진 혜택 청구에 대한 권리에 손해를 끼치지 않습니다.

본 계약의 종료 절 이후의 새로운 계약으로의 전환 권리에서 다른 개인 계약으로 전환하기 위한 귀하의 권리를 참조하십시오.

제XXII절 군인 가입자의 일시 정지 권리

가입자인 귀하가 방위군을 포함한 미국 군대의 예비군 소속인 경우, 그리고 다음에 해당되는 경우 귀하는 현역 복무 중에 보장을 일시 중지 현역 복무 종료 시 보장을 회복할 수 있는 권리를 보유하고 있습니다.

1. 대통령이 예비군에게 현역 복무 명령을 내리도록 면허를 받은 기간 동안 귀하의 현역 복무 기간이 연장된 경우, 다만 이와 같은 추가적인 현역 복무는 연방 정보의 요청에 의한, 연방 정부의 편의를 위한 것이어야 함, 그리고

2. 귀하의 현재 재직 기간이 오(5)년을 초과하지 않은 경우.

귀하가 현재 재직 기간 동안 귀하의 보장을 유예하려면 저희에게 서면으로 요청을 해야 합니다.

현역 복무를 완료함과 동시에, 귀하가 다음에 해당되는 한 귀하의 보장을 재개할 수 있습니다.

당사에 서면으로 신청을 하는 경우

현역 복무 중에 일시 중지된 보장의 경우, 현역 복무가 종료된 날짜로 보장이 소급됩니다.

제XXIII절 일반 규정

1. 당사와 제휴 서비스 제공자 사이의 계약

당사와 제휴 서비스 제공자 간 일체의 계약은 당사 또는 서비스 제공자에 의해서만 종료될 수 있습니다. 본 계약은 서비스 제공자가 환자로 가입자를 받아들이도록 요구하지 않습니다. 당사는 제휴 서비스 제공자 또는 건강 혜택 프로그램에 대한 가입을 보장하지 않습니다.

2. 양도

귀하는 혜택 또는 보험 서류 요청 거부에 근거하여 본 계약에 의거한 혜택 또는 법적 청구권을 어떤 개인, 기업 또는 기타 기관에 양도할 수 없습니다. 혜택 또는 보험 서류 요청 거부에 근거한 귀하의 혜택 또는 법적 청구권 양도는 무효이며 집행이 불가능합니다. 양도란 본 계약에 의거 제공되는 서비스에 대한 귀하의 권리 또는 그러한 서비스를 위한 비용을 당사로부터 징수할 권리 또는 혜택의 거부 또는 보험 서류 요청에 근거하여 소송할 권리를 다른 사람, 단체 또는 기타 기관에 이전하는 것을 의미합니다. 본 항의 어떤 내용도 적용 가능한 법률에 의해 면허되지 않는 한 피지명인 또는 대표자를 임명하기 위한 귀하의 권리에 영향을 주지 않습니다.

3. 본 계약의 변경

귀하는 당사가 45일의 사전 서면 통지를 제공하는 경우 갱신과 동시에 본 계약을 일방적으로 변경할 수 있습니다.

4. 법률의 선택

본 계약은 뉴욕주 법률에 의해 규율되어야 합니다.

5. 오기

본 계약과 관련하여 귀하 또는 저희에 의한 것인지 상관없이 발생한 오기, 본 계약과 관련하여 저희가 발급한 일체의 다른 문서, 또는 본 계약에 따른 보장과 관련된 일체의 기록에서 발생한 오기는 달리 유효하게 시행 중인 보장을 수정 또는 무효화하거나 유효하게 종료된 보장을 연장하지 않습니다.

6. 법률 준수

뉴욕주 법률과 또는 뉴욕주 법률에 의거 요구되는 것에 추가적 요건을 부과하는 해당 연방 법률과 충돌하는 본 계약서의 조건은 그러한 법률의 최소 요건을 준수하기 위해 개정될 것입니다.

7. 혜택 지속 제한

본 계약의 몇몇 혜택은 특정 방문 횟수로 제한될 수 있습니다. 귀하는 귀하의 보장 상태가 연중 변경되는 경우 추가 혜택을 받을 자격이 주어지지 않습니다. 예를 들어, 귀하의 보장이 종료되고 해당 연도의 후반부에 상품에 가입합니다.

8. 완전한 합의

보증, 부칙 및 첨부된 신청서(해당되는 경우)를 포함한 본 계약은 전체 계약을 구성합니다.

9. 청구 사기 및 남용 행위

당사는 지급 이전과 이후에 청구 사기와 남용 행위를 발견하기 위한 청구 검토 절차를 갖추고 있습니다. 사기 또는 기타 의도적 위법행위나 청구 남용행위에 대한 합당한 믿음의 결과로서 지급할 수 없다고 결정된 서비스에 대해 비제휴 서비스 제공자는 비제휴 서비스 제공자로부터 서비스를 받고자 하는 가입자에게 잔액을 청구할 수 있습니다.

10. 정보 제공 및 감사

귀하는 당사가 본 계약에 따른 당사의 의무를 수행하기 위해 수시로 요구할 수 있는 모든 정보와 기록을 당사에 즉시 제공해야 합니다. 귀하는 귀하가 요구하는 치료 수준을 당사가 결정하거나, 귀하의 의사가 승인한 치료를 당사가 확인하거나, 귀하의 치료에 대한 의학적 필요성과 관련된 결정을 내리는 것과 같은 이유가 있을 경우 전화로 당사에 정보를 제공해야 합니다.

11. ID 카드

ID(“신분증”) 카드는 신원 확인을 위한 목적으로만 당사가 발급합니다. ID 카드 소지는 본 계약에 따른 서비스 또는 혜택에 대한 어떤 권리도 부여하지 않습니다. 해당 서비스 또는 혜택을 받으려면, 서비스를 받고자 하는 시점에 귀하의 보험료 전액을 지급해야 합니다.

12. 불가쟁성

본 계약에 따른 보장 신청서에 귀하가 진술한 어떤 내용도 해당 신청서나 그와 일치하는 사본이 본 계약에 첨부되지 않은 한 본 계약을 무효화하거나 법적 소송에서 사용될 수 없습니다. 본 계약의 발급일로부터 이 (2) 년 후에, 보장에 대한 신청 시 귀하에 의한 악의적인 허위 진술을 제외한 어떠한 허위 진술도 본 계약을 무효화하거나 청구를 거부하는 데 사용되어서는 안 됩니다.

13. 독립 계약자

제휴 서비스 제공자는 독립 계약자입니다. 이들은 당사의 대리인이나 직원이 아닙니다. 당사와 당사 직원들은 제휴 서비스 제공자의 대리인이나 직원이 아닙니다. 당사는 제휴 서비스 제공자 또는 제휴 서비스 제공자 시설에서 치료를 받는 동안 귀하가 고통을 받았다고 주장하는 부상과 관련하여 발생하거나 이와 관련된 방식으로 발생한 손상에 대한 청구나 요구에 대해 책임을 지지 않습니다.

14. 당사의 보험 개발에 대한 의견

귀하는 다음 주소로 제안사항을 우편으로 발송하여 당사 보험 개발에 참여할 수 있습니다.

UnitedHealthcare Community Plan
Member Services Department
One Penn Plaza, 8th Floor
New York, NY 10119

15. 자료 이용

당사는 귀하에게 ID 카드, 계약, 부칙 및 기타 필요한 자료를 제공합니다.

16. 귀하의 건강 보험에 관한 추가 정보

귀하는 본 계약에 따른 귀하의 보장에 관한 추가 정보를 요청할 수 있습니다.

귀하의 요청과 동시에, 당사가 다음 정보를 제공할 것입니다.

- 당사 이사회, 임원 및 가입자의 이름, 직장 주소 및 공식 직함 목록, 대차대조표와 현금출납부 요약본을 포함하여 가장 최근에 인증된 당사의 연례 재무제표
- 소비자 진정 사항과 관련하여 당사가 주에 제공하는 정보
- 가입자 정보에 대한 기밀성을 유지하기 위한 당사의 절차서 사본
- 당사 약물 처방약 목록 사본 또한 귀하는 본 계약에 따라 특정 약물이 보장되는지 문의할 수 있습니다.
- 당사 품질 보증 프로그램에 대한 서면 설명
- 실험 또는 임상시험약, 의료 기기 또는 임상시험의 치료와 관련된 당사의 의료 정책서 사본
- 제휴 병원과의 서비스 제공자 제휴
- 당사의 임상 검토 기준 사본, 그리고 적절한 경우, 당사가 특정 질환, 치료 과정 또는 이용 평가 가이드라인과 관련하여 당사가 고려할 수 있는 기타 임상 정보
- 서비스 제공자를 위한 서면 신청 절차 및 최소 자격 요건
- 절차, 전략, 증거 기준, 그리고 본 계약에 따른 의료/수술 혜택 및 정신 건강 또는 약물 남용 장애 혜택과 관련된 치료 제한 신청에 사용되는 기타 요소가 포함된 문서

17. 통지

본 계약에 따라 당사가 귀하에게 제공하는 통지는 당사 기록에 있는 귀하의 주소로 우편으로 발송되며, 귀하가 전자 배달에 동의하는 경우 전자적으로 배달됩니다. 전자적으로 귀하에게 통지가 전달되는 경우, 귀하는 당사로부터 사본을 요청할 수도 있습니다. 귀하는 귀하의 주소 변경에 대한 통지를 당사에 제공하는 데 동의합니다. 귀하가 당사에 통지를 제공해야 하는 경우, 이는 미국 우편, 보통 우편, 요금 별납으로 귀하의 ID 카드의 주소로 발송되어야 합니다.

18. 보험료 납부

첫 달의 보험료는, 있는 경우, 귀하가 보장을 신청할 때 기한이 도래되므로 납부해야 합니다. 보장은 여기에 정의된 것처럼 계약 발효일에 시작됩니다. 이후 보험료는 그 이후에 매월 첫째 날에 지불되어야 합니다.

19. 보험료 환불

당사는 지불해야 하는 경우 귀하에게 보험료에 대한 환불을 제공합니다.

20. 초과지급금 회수

가끔, 귀하에게 보험이 적용이 적용되지 않을 때, 보험이 적용되지 않는 서비스에 대해 귀하에게 지급이 이루어지거나, 적절한 것 이상으로 지급이 이루어질 수 있습니다. 이런 문제가 발생하면, 당사가 귀하에게 문제를 설명할 것이며, 귀하는 당사로부터 통지를 수령한 후 60일 이내에 초과지급금을 환불해야 합니다. 하지만, 당사는 당사가 사기 또는 기타 의도적인 위법행위에 대해 합당한 믿음을 갖지 않는 한 원래 지급을 한 날로부터 24개월이 넘은 경우 초과지급금 회수 노력을 개시하지 않습니다.

21. 갱신일

본 계약의 갱신일은 본 계약의 발효일 후 12개월입니다. 본 계약은 귀하가 본 계약에 따른 자격을 유지하는 한, 그리고 본 계약에서 면허하는 바에 따라 당사에 의해 다르게 종료되지 않는 한, 갱신일을 기준으로 매년 자동으로 갱신됩니다.

22. 채무불이행 이후 복권

귀하가 본 계약에 따른 지급에 대한 채무 불이행을 하는 경우, 당사, 당사가 면허한 대리인이나 중개인 중 하나에 의한 이후의 지급 수락은 본 계약을 복권합니다.

23. 가이드라인 및 행정 규칙 개발에 대한 권리

당사는 당사가 본 계약에 따른 지급을 하거나 지급을 하지 않을 시기에 대해 보다 자세히 설명하는 표준을 개발하거나 채택할 수 있습니다. 표준 사용 사례는 다음 조건에 따라 결정됩니다. 입원환자 치료가 의학적으로 필요했는지 여부, 귀하의 질병이나 부상 치료에 수술이 의학적으로 필요했는지 여부, 또는 특정 서비스가 전문 치료인지 여부. 이러한 표준은 본 계약의 설명과 상반되지 않습니다. 귀하가 특정 혜택에 적용되는 표준에 관한 질문이 있는 경우, 귀하가 당사에 연락을 할 수 있으며, 당사는 표준에 대해 설명을 하거나 귀하에게 표준 사본을 보내드릴 것입니다. 또한 당사는 가입과 관련된 행정 규칙 및 기타 행정 절차를 개발할 수 있습니다. 당사는 본 계약의 집행과 관련된 당사의 의무를 이행하기 위해 필요하거나 적절한 모든 권한을 보유하고 있습니다.

24. 상쇄의 권리

당사가 귀하 또는 귀하를 대신하여 실수로 지급 청구를 하거나 귀하가 당사에 지급해야 하는 금액이 있는 경우, 귀하는 해당 금액을 당사에 지불해야 합니다. 법률에 의해 달리 요구하는 경우를 제외하고, 당사가 수령한 기타 청구에 대해 귀하에게 지급을 해야 하는 경우, 당사는 당사가 귀하에게 지급해야 하는 금액에서 귀하가 당사에 지급해야 하는 금액을 공제할 수 있는 권리가 있습니다.

25. 서비스 마크

UHCNY, Inc.는 뉴욕주 보험법에 의거 구성된 독립 기업입니다. 또한 UHCNY, Inc.는 UHCNY, Inc.의 면허 하에 사업을 운영을 하며, 뉴욕주의 일부 지역에서 UHCNY, Inc. 서비스 마크를 사용하도록 UHCNY, Inc.를 면허합니다. UHCNY, Inc.는 UHCNY, Inc.의 대리인 역할을 하지 않으며, UHCNY, Inc.는 본 계약에 따른 의무에 대해 단독 책임을 집니다.

26. 조항의 독립성

본 계약의 규정에 대한 집행 불가능성 또는 무효성은 본 계약의 나머지 부분의 유효성 및 집행 가능성에 영향을 주지 않습니다.

27. 중대한 상황 변화

당사가 당사의 통제를 벗어나는 사건의 결과로서 본 계약에 따라 제공되는 보장 서비스를 주선할 수 없는 경우, 당사는 대체 주선을 위해 성실한 노력을 다할 것입니다. 이러한 상황에는 중대한 재앙, 유행병, 시설 전체 또는 일부의 파괴, 폭동, 시민 반란, 제휴 서비스 제공자 직원의 중대한 장애 또는 유사한 원인이 포함될 수 있습니다. 당사가 보장 서비스를 주선하기 위해 합당한 시도를 할 것입니다. 당사와 당사의 제휴 서비스 제공자는 이와 같은 불이행이나 지연이 해당 사건에 의해 초래된 경우 보장 서비스를 주선하지 못하거나 이를 지연시킨 것에 대해 책임을 지지 않습니다.

28. 대위 변제 및 상황

이러한 항은 다른 당사자(보험회사 포함)가 귀하의 부상, 질병 또는 기타 상태에 대해 책임이 있거나 책임이 있는 것으로 밝혀지는 경우, 그리고 당사가 해당 부상, 질병 또는 상태와 관련된 혜택을 제공한 경우에 적용됩니다. 주의 관련 법률에 의해 허용되는 경우, 그리고 연방 법률에 의해 선취되지 않은 한, 당사는 당사가 본 계약에 따라 귀하에게 제공한 혜택에 대해 해당 당사자(포함 귀하의 자체 보험업자)를 상대로 모든 회수 권한을 대위할 수 있습니다. 대위 변제란 귀하와 별개로 당사가 제공한 혜택을 회수하기 위해 직접 다른 당사자를 상대로 고소할 수 있는 권리가 당사에게 있음을 의미합니다.

주의 관련 법률에 따라, 그리고 연방 법률에 의해 선취되지 않은 한, 당사는 귀하 또는 귀하를 대신하는 누군가가 당사가 혜택을 제공한 부상, 질병 또는 상태와 관련하여 합의, 평결 또는 보험 소송에서 책임 있는 당사자(귀하의 자체 보험업자 포함)로부터 지급을 받는 경우 상황에 대한 권리를 보유할 수 있습니다. 뉴욕주 일반의무법 제5조 335항에 의거, 당사의 회수 권리는 상황에 대한 법적 권리가 존재하지 않는 한 원고와 피고 간에 합의에 도달하는 경우 적용되지 않습니다. 또한 이 법률은 합의에 도달할 때, 귀하가 당사의 권리를 상대로 조치를 취하지 않았거나 귀하와 당사 간의 계약을 위반하지 않았다고 추정합니다. 이 법률은 귀하와 책임 있는 당사자 간 합의에 당사가 혜택을 제공한 의료 서비스 비용에 대한 보상이 포함되지 않는다고 추정합니다.

당사는 보험회사 또는 변호사를 포함한 당사자에게 통지가 제공된 날로부터 30일 이내에 귀하가 당사에 당사가 혜택을 제공한 귀하가 가진 부상, 질환 또는 상태로 인한 손해를 복구하거나 보상을 받기 위한 청구를 추구하거나 이를 조사하겠다는 귀하의 의도를 알리도록 요청합니다. 귀하는 당사 또는 당사의 대표자가 요청한 모든 정보를 제공해야 하며, 여기에는 당사가 합당하게 요청할 수 있는 신청서 또는 기타 양식이나 진술서 작성 및 제출이 포함되지만 이에 제한되지 않습니다.

29. 제3자 수혜자

어떠한 제3자 수혜자도 본 계약에 의해 생성되는 것으로 의도하지 않으며, 본 계약의 어떤 내용도 귀하 또는 당사를 제외한 개인이나 법인에게 본 계약에 근거하는 특성을 불문한 권리, 혜택 또는 구제책을 부여하지 않습니다. 기타 어떠한 당사자도 본 계약의 규정을 강제하거나, 당사 또는 귀하가 본 계약의 일부를 이행하거나 이행하지 못하여 발생하는, 또는 본 계약 조건의 위반에 대해 소송을 제기하여 발생하는 구제책을 추구할 수 없습니다.

30. 소송 시기

본 계약에서 요구하는 바에 따라 서면으로 당사에 청구서를 제출한 후 60일이 만료되기 전에 당사를 상대로 하는 법률 또는 형평법 관련 소송을 제기할 수 없습니다. 귀하는 청구를 제출하도록 요구한 날로부터 이(2)년 이내에 본 계약에 따라 당사를 상대로 하는 법적 소송을 시작해야 합니다.

31. 통역 서비스

영어 이외의 언어를 사용하는 가입자에게 본 계약에 의거 통역 서비스를 무료로 제공합니다. 이러한 서비스를 이용하려면 **1-866-265-1893**, TTY **711**번으로 당사에 연락하시기 바랍니다.

32. 법적 소송을 위한 장소

본 계약에 따른 분쟁이 발생하는 경우, 뉴욕주에 위치한 법정에서 이를 해결해야 합니다. 귀하는 다른 곳에 위치한 법정에서 당사를 상대로 한 소송을 제기하지 않을 것에 동의합니다. 또한 귀하는 뉴욕주 법정이 귀하에 대한 속인적 관할권을 가짐에 동의합니다. 이는 이러한 법정에서 소송을 시작하기 위한 적절한 절차를 따랐을 때, 법정에서 당사가 귀하를 상대로 제기한 소송을 귀하가 방어하도록 명령할 수 있음을 의미합니다.

33. 포기

본 계약의 규정 위반에 대한 당사자의 포기는 이후의 동일하거나 다른 규정에 대한 포기로 간주되지 않습니다. 본 계약에 따른 권리를 행사하지 못하는 것은 해당 권리의 포기로 작용하지 않습니다.

34. 본 계약을 변경할 수 있는 당사자

본 계약은 당사의 최고 경영자(“CEO”), 최고 운영 책임자(“COO”), CEO가 지정한 사장 또는 개인, COO, 사장이 서면으로 서명한 경우를 제외하고 수정, 개정 또는 변경할 수 없습니다. 어떠한 직원, 대리인 또는 기타 개인도 CEO, COO, CEO가 지정한 사장 또는 개인, COO, 사장이 서면으로 서명하지 않은 한, 보장 범위 또는 자격, 가입 또는 참여 조건을 확장 또는 제한하는 방식으로 본 계약을 해석, 개정, 수정 또는 달리 변경하는 것을 허용하지 않습니다.

35. 본 계약에 의거 지급을 받는 당사자

본 계약에 의거 제휴 서비스 제공자가 제공한 서비스에 대한 지급은 당사가 직접 서비스 제공자에게 할 것입니다. 귀하가 비제휴 서비스 제공자로부터 서비스를 받는 경우, 당사는 귀하 또는 서비스 제공자에게 지급할 수 있는 권리를 보유하고 있습니다. 귀하가 비제휴 서비스 제공자에게 서프라이즈빌 혜택을 양도하는 경우, 당사가 비제휴 서비스 제공자에게 직접 지급을 할 것입니다. 본 계약의 보장 방식 절에서 서프라이즈빌에 대한 보다 자세한 정보를 참조하십시오.

36. 근로자 보상에 대한 영향이 없음

본 계약에 따라 제공되는 보장은 근로자 보상 보험 또는 법률에 의한 보장 요건을 대신하거나 이에 영향을 주지 않습니다.

37. 귀하의 의무 기록 및 보고서

본 계약에 따른 귀하의 보장을 제공하기 위해, 당사가 귀하를 치료하는 서비스 제공자로부터 귀하의 의무 기록 및 정보를 입수해야 할 수 있습니다. 특정 진정 사항 또는 무작위로 선정된 사례에 대한 정기적인 감사 여부와 상관없이 해당 보장을 제공하기 위한 당사의 조치에는 귀하의 청구 처리, 이의 제기 검토, 귀하의 치료와 관련된 이의제기 또는 이의 제기 및 귀하의 치료에 대한 품질 보증 검토가 포함됩니다. 주 또는 연방 법률이 금지하는 경우를 제외하고 본 계약에 의거한 보장을 수락함으로써, 귀하는 당사 또는 당사 피지명인에게 이러한 목적을 위해 귀하의 병력을 입수 및 사용할 수 있는 권한을 자동으로 부여하게 되며, 귀하는 귀하에게 서비스를 제공하는 각각의 모든 서비스 제공자에게 다음을 수행하도록 승인하게 됩니다.

- 당사가 치료 또는 청구를 검토하는 과정에서 당사를 지원하는 데 관여하거나 진정 사항이나 치료 품질 검토와 관련이 있을 수 있는 당사 또는 의료 전문가, 치과 전문가 또는 정신 건강 전문가에게 귀하의 진료, 치료 및 신체 상태에 관한 모든 사실 공개,
- 당사가 치료 또는 청구를 검토하는 과정에서 당사를 지원하는 데 관여할 수 있는 당사 또는 의료 전문가, 치과 전문가 또는 정신 건강 전문가에게 귀하의 진료, 치료 및 신체 상태에 관한 보고서 제공, 그리고
- 당사에 의한 귀하의 병력 기록 복사 허락.

당사는 주 및 연방의 기밀성 요건에 따라 귀하의 의료 정보를 유지하는 데 동의합니다. 그러나, 주 또는 연방 법률에 의거 허용되는 범위 내에서, 귀하는 뉴욕주 보건부와 기타 Essential Plan에 대한 권한이 있는 연방, 주 및 현지 기관, 품질 감독 기관, 그리고 당사가 본 계약 행정을 돕도록 계약한 제3자들과 정보를 공유하게 하는 허락을 귀하는 자동적으로 당사에 제공합니다. 단, 그들도 해당 정보를 주 및 연방 기밀 유지 요건에 따라 유지하기로 동의해야 합니다. 귀하가 이 정보를 공개하도록 한 허락을 취소하고자 하는 경우, 귀하는 **1-866-265-1893**, TTY **711**번으로 당사에 전화할 수 있습니다.

38. 귀하의 권리 및 책임

가입자로서 의료 서비스를 받을 때 권리와 책임을 가집니다. 귀하의 의료 서비스 파트너로서, 귀하의 의료 혜택을 제공하는 동안 귀하의 권리가 존중받도록 보장하고자 합니다. 귀하는 귀하가 합당하게 이해할 수 있는 조건으로 의사 또는 기타 서비스 제공자로부터 진단, 치료 및 예후와 관련된 최신의 완전한 정보를 입수할 수 있는 권리를 보유하고 있습니다. 귀하에게 해당 정보를 제공하는 것이 바람직하지 않은 경우, 귀하를 대신하는 적절한 사람에게 해당 정보를 제공할 것입니다.

New York Essential Plan 4 가입자 계약

귀하는 절차 또는 치료를 시작하기 전에 귀하의 동의서를 제공하기 위해 귀하의 의사 또는 기타 서비스 제공자로부터 귀하가 필요로 하는 정보를 입수할 수 있는 권리가 있습니다.

귀하는 법률에 의해 허용되는 한도까지, 그리고 해당 조치로 인한 의학적 결과를 파악하기 위해 치료를 거부할 수 있는 권리가 있습니다.

귀하는 귀하의 치료와 관련된 사전의료의향서를 작성할 수 있는 권리가 있습니다.

귀하는 당사의 제휴 서비스 제공자를 이용할 수 있는 권리가 있습니다.

가입자로서, 귀하는 치료에서 능동적인 역할을 맡아야 합니다. 당사는 귀하가 다음과 같이 할 것을 권장합니다.

- 본인의 건강 문제에 대해 가능한 한 잘 이해하고 본인의 서비스 제공자와 동의한 치료 계획에서 성공할 수 있도록 함께 노력합니다,
- 본인이 의사 또는 서비스 제공자와 동의한 치료 계획을 준수합니다,
- 본인이 필요한 진료와 본인의 계약에 의거 받을 권리가 있는 모든 혜택을 받도록 돕기 위해 필요한 정보를 당사, 본인의 의사 및 기타 서비스 제공자에게 제공합니다. 여기에는 당사 보험 혜택과 함께 기타 건강 보험 혜택에 대한 정보가 포함될 수 있습니다, 그리고
- 귀하의 계약서 상의 이름 또는 주소에 변경이 있는 경우 뉴욕주 마켓플레이스에 알립니다.

제XXIV절

UNITEDHEALTHCARE COMMUNITY PLAN 혜택 일람표

*보다 자세한 내용은 계약의 혜택 설명을 참조하십시오.

비제휴 서비스 제공자는 응급 치료 관련 서비스 이외의 서비스에 대해 보장을 받을 수 없으며, 귀하는 응급 치료 관련 사례를 제외하고 비제휴 서비스 제공자에 의해 수행된 서비스의 전체 비용을 지급해야 합니다.

비용분담	Essential Plan 4
공제액 • 개인	\$0
자기부담비용 제한 • 개인 귀하의 자기부담비용 한도를 구성하는 디덕터블, 공동 보험 및 코페이먼트는 플랜 연도를 기준으로 누적됩니다.	\$0
진료소 방문	
일차 의료기관 방문 (또는 가정 방문)	\$0 진료소에서 Telehealth에 의해
전문 진료소 방문 (또는 가정 방문)	\$0 진료소에서 Telehealth에 의해
예방적 진료	
성인의 연례 신체 검사*	전액 보험 적용
성인 예방접종*	전액 보험 적용
통상적 부인과 서비스/웰 우먼 이그잼*	전액 보험 적용
유방암을 발견하기 위한 유방조영상, 선별검사 및 진단 영상	전액 보험 적용
여성의 불임 절차*	전액 보험 적용

New York Essential Plan 4 가입자 계약

비용분담	Essential Plan 4
예방적 진료 (계속)	
정관절제술	수술 서비스 절 참조
골밀도 검사*	전액 보험 적용
전립선암 선별검사	전액 보험 적용
기타 USPSTF 및 HRSA에서 요구하는 모든 예방적 서비스 *USPSTF 및 HRSA에서 지원하는 종합 지침에 따라 예방 서비스가 제공되지 않는 경우	전액 보험 적용 적절한 서비스를 위한 비용분담 이용(일차 의료기관 방문, 전문 진료소 진료, 진단방사선학 서비스, 검사실 절차 및 진단 검사)
비상 진료	
입원 전 응급 의료 서비스 (긴급후송 서비스)	\$0
비용급 긴급후송 서비스 사전 승인 필요	\$0
응급실 병원 입원 시 코페이먼트 면제	\$0 공중보건법 § 2805-i에 따라 실시된 의료 서비스 범외 과학 검사는 코페이먼트가 적용되지 않습니다
응급 치료 센터	\$0 진료소에서 Telehealth에 의해

비용분담	Essential Plan 4
전문 서비스 및 외래환자 진료	
첨단 영상 서비스 <ul style="list-style-type: none"> • 독립 방사선과 시설 또는 진료소 환경에서 수행됨 • 전문 진료소에서 수행됨 • 외래환자 서비스로 수행됨 사전 승인 필요	\$0 \$0 \$0
알레르기 검사 및 치료 <ul style="list-style-type: none"> • PCP 진료소에서 수행됨 • 전문 진료소에서 수행됨 	\$0 \$0
외래 수술 센터 시설비	\$0
마취 서비스 (모든 진료 환경)	전액 보험 적용
심장 및 폐 재활 <ul style="list-style-type: none"> • 전문 진료소에서 수행됨 • 외래환자 서비스로 수행됨 • 입원 서비스로 수행됨 	\$0 \$0 입원환자 서비스 비용분담의 일부로 포함됨
화학요법 및 면역요법 <ul style="list-style-type: none"> • PCP 진료소에서 수행됨 • 전문 진료소에서 수행됨 • 외래환자 서비스로 수행됨 • 가정에서 수행됨 • 화학요법 및 면역요법 투약 	\$0 \$0 \$0 \$0 \$0

New York Essential Plan 4 가입자 계약

비용분담	Essential Plan 4
전문 서비스 및 외래환자 진료 (계속)	
척추교정 서비스	\$0
임상시험 사전 승인 필요	적절한 서비스를 위한 비용분담 이용
진단 검사	
• PCP 진료소에서 수행됨	\$0
• 전문 진료소에서 수행됨	\$0
• 외래환자 서비스로 수행됨	\$0
투석	
• PCP 진료소에서 수행됨	\$0
• 독립 센터 또는 전문 진료소 환경에서 수행됨	\$0
• 외래환자 서비스로 수행됨	\$0
• 가정에서 수행됨	\$0
비제휴 서비스 제공자가 수행하는 투석은 연년당 10회로 제한됩니다. 상세한 정보는 혜택 설명을 참조하십시오.	
가활 서비스 (물리 치료, 작업 치료 또는 언어 치료)	\$0
가정간호 플랜 연도당 40회 방문 사전 승인 필요	\$0
불임 서비스 사전 승인 필요	적절한 서비스를 위한 비용분담 이용 (의사 진료, 진단방사선학 서비스, 수술, 검사실 및 진단 절차)

비용분담	Essential Plan 4
전문 서비스 및 외래환자 진료 (계속)	
주입 요법 <ul style="list-style-type: none"> • 투여 <ul style="list-style-type: none"> - PCP 진료소에서 수행됨 \$0 - 전문의 진료소에서 수행됨 \$0 - 외래환자 병원 서비스로 수행됨 \$0 - 가정 주입 요법 (가정 주입은 홈 헬스 케어 방문 한도에 계상됨) \$0 - 주입 요법 약물 \$0 사전 승인 필요	
입원환자 의료 방문	입원당 \$0
임신 중절 <ul style="list-style-type: none"> • 의학적으로 필요한 유산 무제한 전액 보험 적용 • 선택적 중절 \$0 플랜 연도당 일(1) 회 절차 	
검사실 절차 <ul style="list-style-type: none"> • PCP 진료소에서 수행됨 \$0 • 전문 진료소에서 수행됨 \$0 • 독립 실험실 시설에서 수행됨 \$0 • 외래환자 서비스로 수행됨 \$0 	

New York Essential Plan 4 가입자 계약

비용분담	Essential Plan 4
전문 서비스 및 외래환자 진료 (계속)	
산모 및 신생아 치료 <ul style="list-style-type: none"> • 분만전 치료 • 입원환자 병원 서비스 및 출산 센터 산모가 조기 퇴원한 경우 비용분담 없이 일(1) 회의 가정 진료 방문이 보장됨 • 분만을 위한 의사 및 조산사 서비스 • 모유수유 지원, 상담 및 용품, 착유기 포함모유 수유가 지속되는 동안 보장됨 • 분만후 치료 \$500가 넘는 착유기에 대해 사전 승인이 요구됨 	\$0 \$0 \$0 \$0 분만 비용분담을 위한 의사 및 조산사 서비스에 포함됨
외래환자 수술실 비용	\$0
입원 전 검사	\$0
진료소 또는 외래환자 시설에서 투여된 처방약 <ul style="list-style-type: none"> • 투여 <ul style="list-style-type: none"> - PCP 진료소에서 수행됨 - 전문의 진료소에서 수행됨 - 외래환자 시설에서 수행됨 - 처방약 비용분담 <p>특정 약물에는 사전 승인이 요구됩니다. 귀하 보험의 선호 약 목록을 참조하십시오.</p>	\$0 \$0 \$0 \$0

비용분담	Essential Plan 4
전문 서비스 및 외래환자 진료 (계속)	
진단방사선학 서비스 <ul style="list-style-type: none"> • PCP 진료소에서 수행됨 • 전문 진료소에서 수행됨 • 독립 방사선과 시설에서 수행됨 • 외래환자 서비스로 수행됨 	\$0 \$0 \$0 \$0
치료 방사선 서비스 <ul style="list-style-type: none"> • 전문 진료소에서 수행됨 • 독립 방사선과 시설에서 수행됨 • 외래환자 서비스로 수행됨 사전 승인 필요	\$0 \$0 \$0
재활 서비스 (물리 치료, 작업 치료 또는 언어 치료)	\$0
암 진단, 수술 및 기타에 대한 2차 소견	\$0

New York Essential Plan 4 가입자 계약

비용분담	Essential Plan 4
전문 서비스 및 외래환자 진료 (계속)	
<p>수술 서비스 (구강 수술, 유방재건술, 기타 재건 및 교정 수술, 이식 포함) 모든 이식은 지정된 우수 시설에서 수행되어야 합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 입원환자 병원 수술 • 외래환자 병원 수술 • 통원 수술 센터에서 수행된 수술 • 진료소 수술 <p>사전 승인 필요</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p>
추가 서비스, 장비 및 장치	
<p>당뇨병 장비, 용품 및 자가 관리 교육</p> <ul style="list-style-type: none"> • 당뇨병 장비, 용품 및 인슐린(30일분), 최대 90일분 • 당뇨병 교육 	<p>\$0</p> <p>\$0</p>
<p>내구성 의료 장비 및 보조기 사전 승인 필요</p>	<p>\$0</p>
<p>외부 보청기 (1회 구입 – 삼(3) 년마다 1회)</p>	<p>\$0</p>
<p>달팽이관 임플란트 (귀/보장 기간당 일(1) 회) 사전 승인 필요</p>	<p>\$0</p>

비용분담	Essential Plan 4
추가 서비스, 장비 및 기구 (계속)	
호스피스 간호 <ul style="list-style-type: none"> • 입원환자 \$0 • 외래 환자 \$0 플랜 연도당 210일 가족 사별 상담을 위한 오(5) 회 방문	
의료 용품 사전 승인 필요	\$0
보장구 <ul style="list-style-type: none"> • 외부 사지/평생 당 한(1) 개 보철 장치, 보장구 및 그 부품 수리 및 교체 비용 • 내부 사전 승인 필요 	\$0 입원환자 비용분담의 일부로 포함됨
입원환자 서비스 및 시설	
지속적 구속을 위한 입원환자 병원 (유방절제술 진료, 심장 및 폐 재활 및 생애말 간호를 위한 입원환자 체류 포함) 사전 승인이 필요합니다. 단, 비상 입원의 경우에는 사전 승인이 요구되지 않습니다.	\$0
자가 혈액 은행 서비스	\$0

New York Essential Plan 4 가입자 계약

비용분담	Essential Plan 4
입원환자 서비스 및 시설(계속)	
관찰 방문 외래환자 수술 환경에서 관찰 환경으로 직접 이송하는 경우 코페이먼트 면제	\$0
전문간호시설 (심장 및 폐 재활 포함) 플랜 연도당 200일 입원환자 환경에서 전문간호시설로 직접 이송하는 경우 각 입원에 대한 코페이먼트 면제 사전 승인 필요	\$0
외래 가할 서비스 (물리, 언어 및 작업 치료) 사전 승인 필요	\$0
외래 재활 서비스 (물리, 언어 및 작업 치료) 사전 승인 필요	\$0
정신 건강 및 약물 남용 장애 서비스	
거주 치료를 포함한 입원환자 정신 건강 (병원 입원 시 지속적 구속을 위해) 사전 승인이 필요합니다. 단, 비상 입원의 경우에는 사전 승인이 요구되지 않습니다.	\$0

비용분담	Essential Plan 4
정신 건강 및 약물 사용 장애 서비스(계속)	
<p>외래환자 정신건강 진료 (부분적 입원 및 집중 외래환자 프로그램 서비스 포함)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 진료소 방문 • 기타 모든 외래환자 서비스 사전 승인 필요 	<p>\$0</p> <p>\$0 진료소에서 Telehealth에 의해</p> <p>\$0 진료소에서 Telehealth에 의해</p>
<p>자폐증 스펙트럼 장애에 대한 ABA 치료</p> <p>진료소에서 Telehealth에 의해 사전 승인 필요</p>	<p>\$0</p> <p>진료소에서 Telehealth에 의해</p>
<p>자폐증 스펙트럼 장애를 위한 보조 의사소통 기구</p> <p>사전 승인 필요</p>	<p>\$0</p>
<p>입원환자 약물 남용 서비스 (병원 입원 시 지속적 구속을 위해)</p> <p>사전 승인이 필요합니다. 단, 응급 입원의 경우 또는 제휴 OASAS 인증 시설의 경우 사전 승인은 요구되지 않습니다.</p>	<p>\$0</p>
<p>외래환자 약물 남용 서비스 (당일 입원, 집중 외래환자 프로그램 서비스 및 약물 지원 치료 포함)</p> <p>가족 상담을 위해 플랜 연도당 최대 20회 방문 가능</p> <p>사전 승인 필요</p>	<p>\$0 진료소에서 Telehealth에 의해</p>

New York Essential Plan 4 가입자 계약

비용분담	Essential Plan 4
처방약 특정 처방약은 HRSA가 지원하는 종합 가이드라인에 따라 제공될 때 또는 항목 또는 서비스가 USPSTF의 “A” 또는 “B” 등급을 받고 제휴 약국에서 득한 경우에는 비용분담 대상이 아닙니다.	
소매 약국 30일분 계층 1 계층 2 계층 3	\$0 \$0 \$0 약물 사용 장애를 치료하기 위한 보장 대상 처방약의 경우에는 사전 승인이 요구되지 않으며, 여기에는 아편유사제 금단현상 및/또는 안정화 관리 및 아편유사제 과잉투여 반전을 관리하기 위한 처방약이 포함됩니다.
우편 주문 약국 최대 90일분 계층 1 계층 2 계층 3	\$0 \$0 \$0
비처방약	\$0
장관영양 처방 계층 1 계층 2 계층 3	\$0 \$0 \$0
웰빙 혜택	
헬스장 회원비 상환	플랜연도당 최대 \$400, 6개월 기간에 50회 방문 후 6개월 기간당 \$200

비용분담	Essential Plan 4
치과 및 시력 관리	
치아 관리 <ul style="list-style-type: none"> • 예방 치과 진료 • 정기적인 치과 진료 • 주요 치아 치료(근관치료, 치주치료, 치아보철) <ul style="list-style-type: none"> - 육(6)개월 기간당 일(1)회 치아 검사 및 스케일링 - 36개월 간격에서 입 전체 x-레이 또는 파노라마 x-레이, 및 육(6)~12개월 간격에서 교익형 x-레이 <p>치아교정 및 주요 치아 치료는 사전 승인을 요구합니다</p>	<ul style="list-style-type: none"> \$0 \$0 \$0
시력 관리 <ul style="list-style-type: none"> • 검사 • 렌즈 및 안경테 • 콘택트 렌즈 <p>플랜 연도당 일(1)회 검사, 달리 의학적 필요성이 있는 것이 아닌 한</p> <p>플랜 연도당 일(1)회 처방 렌즈 및 안경테, 달리 의학적 필요성이 있는 것이 아닌 한</p> <p>콘택트 렌즈는 사전 승인이 필요합니다.</p>	<ul style="list-style-type: none"> \$0 \$0 \$0

모든 네트워크 내 사전 승인 요청은 귀하의 제휴 서비스 제공자의 책임입니다. 귀하는 제휴 서비스 제공자가 필요한 사전 승인을 입수하지 못함으로 인해 처벌을 받지 않습니다. 하지만, 본 계약에 따라 서비스를 보장하지 않는 경우, 귀하는 서비스 비용 전액에 책임을 져야 합니다.

차별금지 통지

UnitedHealthcare Community Plan은 연방 시민권법을 준수합니다. UnitedHealthcare Community Plan은 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 또는 성별을 기준으로 사람을 배제하거나 다르게 처우하지 않습니다.

UnitedHealthcare Community Plan은 다음 서비스를 제공합니다.

- 다음을 포함하여 귀하가 당사와 의사 소통을 하는 데 도움이 되는 장애인을 위한 무료 지원 및 서비스:
 - 유자격 수화 통화사
 - 다른 형식(큰 활자체, 음성, 사용 가능한 전자 형식, 기타 형식)의 서면 정보
- 다음을 포함하여 영어가 모국어가 아닌 사람들을 위한 무료 언어 서비스:
 - 유자격 통역사
 - 다른 언어로 작성된 정보

이러한 서비스가 필요한 경우, 귀하의 가입자 ID 카드에 있는 수신자 부담 전화 가입자 전화번호로 연락하십시오.

UnitedHealthcare Community Plan이 귀하에게 이러한 서비스를 제공하지 않고 있거나 인종, 피부색, 국적, 나이, 장애 또는 성별을 기준으로 귀하를 차별하고 있다고 확신하는 경우, 다음 방법으로 시민권 전담관에게 이의를 제기할 수 있습니다.

우편: Civil Rights Coordinator
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance
P.O. Box 30608
Salt Lake City, UTAH 84130

이메일: **UHC_Civil_Rights@uhc.com**

또한 귀하는 미국 보건사회복지부(Department of Health and Human Services)의 시민권실 (Office for Civil Rights)에 다음 방법으로 시민권 진정을 제기할 수도 있습니다.

웹: 민권실 진정 포털: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

우편: U.S. Dept. of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

전화: 수신자 부담 전화 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

저희는 다른 언어 또는 큰 활자체와 같이 귀하가 저희와 의사소통을 하는 데 도움이 되는 무료 서비스를 제공합니다. 또는 귀하는 통역사를 요청할 수도 있습니다. 도움을 요청하려면, 가입자 서비스부(1-866-265-1893, TTY 711번, 월요일-금요일, 오전 8시-오후 6시 사이)에 전화하십시오.

언어 지원

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-265-1893 TTY/711.

English

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-265-1893 TTY/711.	English
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-265-1893 TTY/711.	Spanish/Español
注意：您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-265-1893 TTY/711。	Chinese/中文
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-866-265-1893 رقم هاتف الصم والبكم 711/TTY	اللغة العربية/Arabic
주의: 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 1-866-265-1893 TTY/711로 전화하시기 바랍니다.	Korean/한국어
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-265-1893 (телетайп: TTY/711).	Russian/Русский
ATTENZIONE: Nel caso in cui la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il 1-866-265-1893 TTY/711.	Italian/Italiano
ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-265-1893 TTY/711.	French/Français
ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-866-265-1893 TTY/ 711.	French Creole/ Kreyòl ki soti nan Fransè
אכטונג: אויב איר רעדט אידיש, זענען פאראן פאר אייך שפראך הילף סעריסעס פריי פון אפצאל. רופט 1-866-265-1893 TTY/711	Yiddish/אידיש
UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-866-265-1893 TTY/711.	Polish/Polski
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyong pantulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-265-1893 TTY/711	Tagalog
দৃষ্টি আকর্ষণ: যদি আপনার ভাষা বাংলা হয়, তাহলে আপনি বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পাবেন। 1-866-265-1893 TTY/711 নম্বরে ফোন করুন।	Bengali/বাংলা
KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-866-265-1893 TTY/711.	Albanian/Shqip
Προσοχή: Στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-866-265-1893 TTY/711.	Greek/ Ελληνικά
توجه دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان سے متعلق مدد کی خدمات مفت دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-866-265-1893 TTY/711	اردو/Urdu

저희가 도와드리겠습니다

당사는 언제나 귀하가 제기할 수 있는 모든 질문에 답변을 드릴 준비가 되어 있습니다. 가입자 서비스부(**1-866-265-1893**, TTY **711**, 월요일 - 금요일, 오전 8시 - 오후 6시 사이)에 전화하십시오. 당사 웹사이트 (myuhc.com/CommunityPlan)를 방문하실 수도 있습니다.

UnitedHealthcare Community Plan of New York
One Penn Plaza, 8th Floor
New York, NY 10119

myuhc.com/CommunityPlan

1-866-265-1893, TTY **711**

