

# METROPLUSHEALTH MEMBER HANDBOOK



**METROPLUSHEALTH  
CHILD HEALTH PLUS 회원  
핸드북**

2023년 4월 개정



# MetroPlus Health Plan

## 빠른 참조 가이드

MetroPlusHealth 회원 서비스	1-800-303-9626
MetroPlusHealth 24시간 핫라인	1-800-442-2560
MetroPlusHealth TDD 전화	1-800-881-2812
MetroPlusHealth 웹사이트	<a href="http://www.metroplus.org">www.metroplus.org</a>

---

---

### 응급 상황이란?

다음과 같은 예가 포함됩니다.

골절, 호흡 곤란, 경련(발작), 심한 출혈, 과다 약물 복용, 의식 상실, 마비, 심한 가슴 통증, 심장 마비, 뇌졸중.

임신부의 경우: 질 출혈, 심한 복통 또는 경련, 양수 누출.

**필요한 조치:** 911에 전화하거나 즉시 가까운 응급실로 가십시오.

### 긴급 건강 관리 문제란?

다음과 같은 예가 포함됩니다.

응급실을 찾을 필요가 없는 심각한 건강 문제: 독감, 귀앓이, 인후통.

**필요한 조치:** PCP 사무실에 전화하십시오(월요일-금요일 오전 8:30-오후 5:30). 다른 모든 시간에는 위의 24시간 의료 서비스 핫라인으로 전화하십시오.

(MetroPlus Health Plan은 뉴욕시 Health and Hospitals Corporation에서 운영합니다)





**METROPLUSHEALTH**  
**회원 연례 건강 평가**  
**양식 | 어떻게 지내고**  
**계신지 알려주십시오.**

**전체를 작성하여 다음 주소로 보내주십시오:**  
**MetroPlus Health Plan • 50 Water Street, 7th Floor • New York, NY 10004**

이름, 성: \_\_\_\_\_ 회원 ID: \_\_\_\_\_  
 우편 주소: \_\_\_\_\_  
 전화: \_\_\_\_\_ 생년월일: \_\_\_\_\_ 키: \_\_\_\_\_ 피트 \_\_\_\_\_ 인치 체중: \_\_\_\_\_ 파운드

선호하는 언어:  영어  스페인어  중국어  크레올어  우르두어  벵골어  기타: \_\_\_\_\_  
 인종:  백인  아메리칸 인디언  알래스카 원주민  아시아인  흑인/아프리카계 미국인  
 하와이 원주민/태평양섬 주민  둘 이상의 인종  기타: \_\_\_\_\_  답변 거부  
 민족:  히스패닉 또는 라틴계  비 히스패닉 또는 라틴계  답변 거부

귀하의 평소 건강 상태는:  매우 좋음  좋음  보통  나쁨  
 귀하의 긴급한 건강 문제를 도와드리기 위해 전화드려도 되나요?  예  아니요  
 정기적으로 진료를 받나요?  예  아니요  
 예민 경우 담당 의사가 일정 수준의 운동이나 신체 활동을 시작하거나 늘리거나 유지하도록 조언했나요? (예를 들어 계단을 오르기 시작하거나 매일 10분에서 20분으로 걷기를 늘리거나 현재 운동 프로그램을 유지하도록 조언)  예  아니요  
 다음 중 하나라도 있나요?  당뇨병  심장 질환  고혈압  암  
 호흡기 질환(천식이나 만성 폐쇄성 폐질환)  기억력 문제  청력 문제  시력 문제  
 정신적/정서적 문제  요실금  HIV  약물이나 알코올 문제  
 기타 의학적 문제: \_\_\_\_\_

하루에 몇 가지 종류의 약을 복용하나요?  없음  1-3  4-7  8종 이상  
 기본적인 활동에 도움이 필요한가요(웃입기, 목욕하기, 식사하기, 의자 이용 등)?  
 도움 없이 가능  도움이 필요하고 도움을 받을 수 있음  도움이 필요하지만 도움을 받을 수 없음



**약품 목록**(계속 - 해당되는 경우 추가 시트에 추가 약품 목록 기입):

약품 이름: _____	복용량: _____	빈도: _____
약품 이름: _____	복용량: _____	빈도: _____
약품 이름: _____	복용량: _____	빈도: _____
약품 이름: _____	복용량: _____	빈도: _____



지난 2주 동안 무언가를 할 때 흥미나 즐거움을 거의 느끼지 못하는 경우가 얼마나 자주 있었나요?

- 전혀 없음                       며칠  
 해당 기간의 절반 이상       거의 매일

지난 2주 동안 낙담, 우울, 절망감을 느낀 경우가 얼마나 자주 있었나요?

- 전혀 없음                       며칠  
 해당 기간의 절반 이상       거의 매일

50세 이하 여성만 해당: 임신하셨나요?     예     아니요     모름

50-74세의 여성만 해당: 올해나 작년에 유방암 검사를 받았나요?     예     아니요     모름

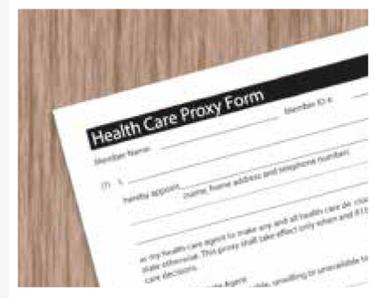
50-75세만 해당: 결장암 검사를 위해 다음과 같은 검사를 받았나요?

- 대장내시경 검사(지난 10년 이내)       S상 결장경 검사(지난 5년 이내)  
 분변잠혈 검사(1년 이내)

다음 중 하나라도 있나요?

- 사전 의료 지시서/사망 선택 유언(귀하가 스스로 말할 수 없는 경우 어떤 치료를 원하는지 기술된 문서)  
 건강 관리 대리인(귀하가 의료 결정을 내릴 수 없는 경우에 대신 결정을 내릴 수 있는 사람)  
 아니요. 하지만 사전 의료 계획을 저와 논의했습니다.  
 아니요. 사전 의료 계획을 저와 논의하지 않았습니다.  
 아니요, 그러나 자세히 알아보고 싶습니다:     예\*     아니요

\* 사전 의료 지시서 및 건강 관리 대리인 양식을 보내드리겠습니다.



**전체를 작성하여 다음 주소로 보내주십시오:**

**MetroPlus Health Plan • 50 Water Street, 7th Floor • New York, NY 10004**



Child Health Plus (CHPlus) 회원님 귀하:

귀하의 치과 보장에 대한 아래의 중요한 정보를 읽어보십시오. 이 정보는 이 핸드북의 15페이지에 있는 정보를 대체합니다.

## **MetroPlus Health Plan에서 보장되는 서비스**

### **치과 혜택**

MetroPlus Health Plan은 귀하에게 양질의 치과 치료를 제공하는 것이 귀하의 전반적 건강 관리를 위해 중요하다고 믿고 있습니다. 당사는 고품질 치과 서비스를 제공하는 전문 업체인 DentaQuest와 계약을 맺고 치과 치료를 제공합니다. 보장되는 서비스에는 예방 차원의 치과 검진, 클리닝, 엑스레이, 충전재 및 치료가 필요할 수 있는 변형이나 이상이 있는지 확인하기 위한 기타 서비스 및 후속 치료와 같은 정기적이고 일상적인 치과 서비스가 포함됩니다. *치과 의사를 만나기 위해 담당 PCP의 추천이 필요하지 않습니다!*

### **치과 서비스를 이용하는 방법:**

MetroPlusHealth는 DentaQuest를 통해 치과 서비스를 제공합니다. DentaQuest에는 일반 치과, 소아 치과, 구강 수술, 잇몸 질환 및 치열 교정을 전문으로 하는 제휴 치과 서비스 제공자가 있습니다. 치과 주치의를 선택하려면 1-844-284-8819 번로 DentaQuest에 전화하십시오. [metroplus.org](http://metroplus.org)의 서비스 제공자 목록에서 온라인으로 제휴 치과 서비스 제공자 목록을 찾거나 1-800-303-9626 번으로 MetroPlusHealth 회원 서비스에 전화하여 요청하면 목록을 얻을 수 있습니다. 언제든지 담당 치과 주치의를 변경할 수 있습니다. 현재 주치의에게 전화하여 DentaQuest와 제휴했는지 문의하십시오.

- 치과 서비스 제공자를 찾거나 주치의를 변경해야 하는 경우 DentaQuest (1-844-284-8819) 또는 MetroPlus Health Plan(1-800-303-9626)에 문의하십시오. 고객 서비스 담당자가 귀하를 도와드릴 것입니다. 많은 직원들이 귀하의 언어를 구사합니다.
- 치과 혜택을 이용하려면 회원 ID 카드를 제시하십시오. 별도의 ID 카드를 제공하지 않습니다. 주치의를 방문할 때 플랜 ID 카드를 제시해야 합니다.
- 추천 없이 학술 치과 센터에서 운영하는 치과 클리닉에 갈 수도 있습니다. 뉴욕주 핫라인 800-541-2831 번으로 전화하면 "주변 치과 의사" 목록을 보내드립니다.



아동을 위한 뉴욕주의 건강 플랜



# Child Health Plus

## 가입자 계약서

MetroPlus Health Plan을 선택해 주셔서 감사합니다. 이 소책자에는 MetroPlus Health Plan과의 Child Health Plus 계약서 및 Child Health Plus 혜택을 최대한 활용하는 데 도움이 되는 플랜에 대한 기타 정보가 포함되어 있습니다. 시간을 내어 꼼꼼히 읽어보시기 바랍니다.

### METROPLUS HEALTH PLAN CHILD HEALTH PLUS 가입자 계약서

이 소책자의 I부는 MetroPlus Health Plan과의 Child Health Plus 계약서입니다. 귀하는 계약서에 명시된 혜택을 받을 수 있습니다. 보장은 ID 카드에 명시된 발효일부터 시작됩니다. 본 계약은 계약서에 명시된 사유로 종료되지 않는 한 지속됩니다.

#### 10일의 검토에 대한 공지 사항

귀하는 이 계약서를 반송할 권리가 있습니다. 꼼꼼히 검토하십시오. 계약서를 반송하고 취소를 요청할 수 있습니다. 본 계약서를 받은 날로부터 10일 이내에 서면으로 요청해야 합니다. 이미 지불한 보험료는 환불해 드립니다. 본 계약서를 반송하면 당사는 어떠한 혜택도 제공하지 않습니다.

#### 중요 공지 사항:

본 계약에 따라 보장되는 모든 서비스는 귀하의 주치의가 제공, 주선 또는 승인해야 합니다. 섹션 7에 설명된 응급 치료, 섹션 4에 설명된 특정 산부인과 치료, 본 계약의 섹션 6에 설명된 안과 치료 및 치과 치료를 제외하고 혜택을 받으려면 사전에 주치의에게 연락해야 합니다.

## 모델 Child Health Plus 가입자 계약서 언어 2023년 1월 1일

이 특약은 가입자 계약서에서 다음 혜택이 추가되는 방식으로 수정됩니다.

**적극적 지역사회 치료 서비스.** 적극적 지역사회 치료 서비스(ACT), Young Adult ACT 및 Youth ACT 비용을 당사에서 지불합니다. 신체 장애나 지적 장애를 최대한 줄이고 수혜자가 가능한 최상의 기능 수준으로 회복할 수 있도록 주법에 따른 업무 범위 내에서 의사 또는 기타 유연허 힐링 아트 제공자가 서비스를 추천해야 합니다.

**의료 용품.** 서비스 제공자가 특정 의학적 질환을 치료하기 위해 주문하고 대개 소모품이거나 재사용이 불가능하고 일회용 및 특정 목적을 위해 사용되며 일반적으로 회수 가치가 없는 의료 용품에 대해 당사에서 비용을 지불합니다.

**중증 신체 장애 부정교합에 대한 교정 서비스.** 중증 신체 장애 부정교합에 대한 교정 서비스 비용을 당사에서 지불합니다. 교정 보장에 대한 사전 승인이 필요합니다. 서비스에는 중증 신체 장애 부정교합에 대한 적극적인 교정 치료가 포함되며 평생 1회 한도로 유자격 회원에게 최대 3년 동안의 교정 치료와 1년 동안의 유지관리에 대해 당사에서 비용을 부담합니다. 재발 사례시 재치료는 보장 서비스에 포함되지 않습니다. 회원의 19세 생일 이전에 치료가 승인되고 적극적인 치료가 시작되어야 합니다(기기 배치 및 활성화).

**구급 항공기 서비스.** 다음과 같은 치명적이고 생명을 위협하는 질병이나 질환에 대해 당사에서 구급 항공기 서비스 비용을 부담합니다: 환자의 사망 또는 상태 악화 위험을 최소화하기 위해 신속한 이송이 필요한 경우, 지상 수송이 환자에게 적합하지 않은 경우 또는 수송 중에 생명 유지 장비 및 고급 의료 서비스가 필요한 경우.

**시설 간 수송.** 해당 서비스가 긴급 수송으로 간주되는 경우 당사에서 시설 간 항공 및 지상 수송 비용을 부담합니다. 여기에는 응급실에서 정신과 센터로 이송, 응급실에서 외상/심장 관리/화상 센터로 이송, 응급실에서 응급실로 수송 및 응급실에서 다른 시설로 수송이 포함됩니다. 사전 승인은 필요하지 않습니다.

**아동과 가족 치료 및 지원 서비스.** 아동과 가족 치료 및 지원 서비스(CFTSS)에 대해 당사에서 비용을 부담합니다. 아동/청소년이 거주하거나 학교에 다니거나 서비스에 종사하는 지역사회에서 서비스가 제공될 수 있습니다. 서비스에는 다음이 포함됩니다. 기타 유연허 전문가(OLP), 위기 개입, 지역사회 정신과 지원 및 치료(CPST), 심리사회적 재활 서비스, 가족 동료 지원 서비스, 청소년 동료 지원에서 제공하는 서비스.

**주요 제한적인 건강 관련 서비스** 자발적 위탁 양육 기관(VFCA) /29-I 의료 시설의 주요 제한적인 건강 관련 서비스에 대해 당사에서 비용을 부담합니다. 건강 및 행동 건강 케어 서비스는 주정부가 공인 보건 기관과 협의하여 결정한 합리적이고 수용 가능한 건강 수칙 기준을 충족해야 합니다. 다음 5가지 주요 제한적인 건강 관련 서비스가 포함됩니다: 기술 훈련 서비스, 간호 서비스, 치료 계획 및 퇴원 계획, 임상 상담/감독 서비스 및 VFCA Child Health Plus 담당자/관리자.

2023년 4월 1일

이 특약은 가입자 계약서에서 다음 혜택이 추가되는 방식으로 수정됩니다.

**청소년을 위한 거주 재활 서비스(RRSY).** 당사는 중독 서비스 및 지원 담당실에서 허가, 인증 또는 승인한 프로그램을 통해 제공되는 청소년을 위한 거주 재활 서비스(RRSY)의 비용을 지불합니다. 서비스는 맞춤형 치료/회복 계획 및/또는 진행 기록에 임상적으로 표시되고 지정되어야 합니다.

## CHPlus 가입자 계약서 혜택 업데이트

### 호스피스 서비스:

호스피스는 불치병 및 관련 상태와 관련된 통증 및 증상 관리에 중점을 둔 완화 및 지원 치료를 제공합니다. 당사는 호스피스 치료를 받고 있고 의사로부터 기대 수명이 6개월 이하인 말기 질환 진단을 받은 21세 이하 아동을 위한 혜택 패키지에 포함된 의학적으로 필요한 치료 및 지원 서비스 비용을 이러한 서비스가 제공되는 조건에 관계없이 지불합니다.

MetroPlusHealth는 질병, 사망 및 사별의 최종 단계에서 겪게 되는 신체적, 심리적, 영적, 사회적 및 경제적 스트레스로 인해 발생하는 특별한 요구사항을 충족하는 아동에게 제공되는 완화 및 지원 치료를 보장합니다. 또한 가족 구성원은 사별 상담을 위해 최대 5회 방문할 수 있습니다.

Affordable Care Act의 2302 조항 "Concurrent Care for Children"은 아동 건강 보험 프로그램(CHIP) 수혜 자격이 있는 아동이 호스피스 혜택 선택 시 불치병에 대한 치료를 포기한다는 금지 조항을 제거함으로써 사회보장법 1905(0)(1) 및 2110(a)(23) 조항을 수정합니다. 새로운 조항은 말기 질환의 치료를 위해 아동이 CHIP에 따라 받을 자격이 있는 다른 서비스를 포기하지 않고 주정부에서 아동에게 호스피스 서비스를 제공하도록 요구합니다.

호스피스 서비스 프로그램은 뉴욕주 공중보건법 제40조에 따라 인증을 받아야 합니다. 모든 서비스는 호스피스 프로그램의 유자격 직원 및 자원 봉사자가 제공하거나 연방 및 주정부 요구사항에서 허용하는 범위 내에서 계약을 통해 유자격 직원이 제공해야 합니다.

**자폐 스펙트럼 장애.** 제휴 네트워크 유면허 의사 또는 유면허 정신과 의사가 그러한 서비스를 처방하거나 주문하고 자폐 스펙트럼 장애의 검사, 진단 및 치료에 의학적으로 필요하다고 당사가 결정한 경우 다음 서비스에 대한 보장을 제공합니다. 이 [섹션]의 목적에 따라 "자폐 스펙트럼 장애"는 자폐 장애를 포함하여 서비스가 제공되는 시점에 정신 장애 진단 및 통계 매뉴얼의 가장 최신판에 정의된 전반적인 발달 장애를 의미하며 여기에는 아스퍼저 장애, 레트 장애, 소아기 붕괴성 장애 및 달리 명시되지 않은 전반적 발달 장애(PDD-NOS)가 포함됩니다.

**1. 검사 및 진단.** 당사는 자폐 스펙트럼 장애가 있는지 여부를 판단하기 위한 심사, 평가 및 검사에 대한 보장을 제공합니다.

**2. 보조 의사소통 장치.** 보조 의사소통 장치가 필요한지 여부를 판별하기 위해 언어 병리의사의 공식 평가를 보장합니다. 공식 평가에 따라 정상적인 수단(예: 말 또는 글)을 통해 의사소통을 할 수 없는 회원을 위해 평가에서 보조 의사소통 장치가 회원의 의사소통 능력을 개선할 가능성이 있는 것으로 나타날 경우 유면허 의사 또는 유면허 정신과 의사가 주문하거나 처방한 보조 의사소통 장치의 대여 또는 구입에 대한 보장을 제공합니다. 보조 의사소통 장치의 예로는 의사소통판 및 음성 생성 장치가 있습니다. 당사의 보장 범위는 전용 장치로 제한되며 일반적으로 의사소통 장애가 없는 사람에게서는 유용하지 않은 장치만 보장합니다. 당사에서 기기를 구매할지 임대할지 여부를 결정합니다. 랩탑, 데스크탑 또는 태블릿 컴퓨터와 같은 항목은 보장하지 않습니다. 그러나 랩탑, 데스크탑 또는 태블릿 컴퓨터가 음성 생성 장치로 기능할 수 있게 하는 소프트웨어 및/또는 애플리케이션은 보장합니다. 프로그램 설치 및/또는 기술 지원은 별도로 환급되지 않습니다. 정상적인 마모로 인해 필요한 경우 이러한 장치의 수리 및 교체를 보장됩니다. 오용, 부당한 취급 또는 도난으로 인한 손실 또는 손상으로 인해 필요한 수리 및 교체는 보장하지 않습니다. 그러나 작동 문제로 인해 필요한 교체 또는 수리를 기기 유형당 1회 보장합니다. 가입자의 현재 기능 수준에 가장 적합한 장치에 대해 보장이 제공됩니다. 의학적으로 필요하지 않은 장비 또는 부속품의 추가 비용에 대해서는 보장이 제공되지 않습니다. 당사는 배송이나 서비스 요금 또는 정기 유지보수에 대해 보장을 제공하지 않습니다. 보조 의사소통 장치에 대한 사전 승인이 필요합니다. 계약서의 사전 승인 절차를 참조하십시오.

**3. 행동 건강 치료.** 당사는 개인의 기능을 실행 가능한 최대 범위까지 개발, 유지 또는 복원하는 데 필요한 상담 및 치료 프로그램에 대한 보장을 제공합니다. 당사는 유면허 서비스 제공자가 제공하는 경우 그러한 보장을 제공합니다. 행동 분석가 인증위원회에서 인증된 행동 분석가 또는 그러한 공인 행동 분석가의 감독을 받고 뉴욕 보건교육부와 협의하여 뉴욕 금융서비스부가 공표한 규정의 기준을 따르는 사람이 제공하는 경우, 당사는 응용 행동 분석에 대한 보장을 제공합니다. "응용 행동 분석"은 행동 자극과 결과를 사용하여 환경과 행동 사이의 관계에 대한 직접적인 관찰, 측정 및 기능적 분석을 포함하여 인간 행동의 사회적으로 중요한 개선을 구현하기 위한 환경 수정의

설계, 구현 및 평가를 의미합니다. 치료 프로그램은 개입이 적용될 상태 및 기능 장애를 해결하는 측정 가능한 목표를 설명해야 하며 객관적이고 측정 가능한 용어로 개입 기간 동안 초기 평가 및 후속 중간 평가의 목표를 포함해야 합니다. 응용 행동 분석 서비스에 대한 당사의 보장은 회원당 1년 동안 680시간으로 제한됩니다.

**4. 정신 및 심리 치료.** 당사는 정신과 의사, 심리상담사 또는 그들이 진료하고 있는 주에서 면허를 받은 임상 사회복지사가 제공하는 직접 또는 상담 서비스에 대한 보장을 제공합니다.

**5. 요법 치료.** 면허가 있거나 공인된 언어 치료사, 작업 치료사, 물리 치료사 및 사회복지사가 자폐 스펙트럼 장애를 치료하기 위해 해당 서비스를 제공하는 경우 및 해당 서비스 제공자가 제공하는 서비스가 본 계약에 따라 보장되는 경우 개인의 기능을 최대한 개발, 유지 또는 복원하는 데 필요한 치료 서비스에 대한 보장을 제공합니다. 법률에서 달리 금지하지 않는 한, 본 규정에 따라 제공되는 서비스는 본 계약에 따라 해당 치료사 또는 사회복지사의 서비스에 적용되는 총 방문 최대 한도에 포함됩니다.

**6. 약국 치료.** 당사는 교육법 제8조에 따라 법적으로 처방하도록 승인된 서비스 제공자가 처방한 자폐 스펙트럼 장애 치료를 위한 처방약에 대한 보장을 제공합니다. 그러한 처방약에 대한 당사의 보장은 귀하의 계약에 따라 처방약 혜택에 적용되는 모든 조건, 규정 및 제한사항의 적용을 받습니다. 교육법에 따른 개별화된 교육 계획에 의거하여 서비스 또는 치료가 제공되는 경우 위에 명시된 서비스 또는 치료에 대한 보장을 제공하지 않습니다.

## **CHPlus 장루술 장비 및 용품 특약**

**2015년 5월 1일 발효**

당사는 교육법 제8조에 따라 합법적으로 처방할 수 있는 유연허 의료 서비스 제공자가 처방한 장루술 장비 및 용품에 대한 비용을 지불합니다.

## 목차

### I부

### 가입자 계약서

섹션 1	소개 .....	0
섹션 2	보장 대상 .....	3
섹션 3	병원 혜택 .....	4
섹션 4	의료 서비스 .....	6
섹션 5	응급 치료 .....	9
섹션 6	정신 건강 및 약물 사용 장애 서비스 .....	10
섹션 7	기타 보장 서비스 .....	10
섹션 8	이 플랜의 작동 방식에 대한 추가 정보 .....	17
섹션 9	제한사항 및 예외사항 .....	19
섹션 10	이 계약의 보험료 .....	22
섹션 11	보장의 종료 .....	23
섹션 12	조치 및 불만 .....	24
섹션 13	일반 조항 .....	33

### 2부

### METROPLUS건강 정보 및 특별 서비스

A	MetroPlus Health Plan 소개 .....	35
B	MetroPlusHealth 시작하기 .....	35
C	회원의 책임 .....	36
D	응급 및 긴급 치료 .....	36
E	특별한 상황에서 치료 받기 .....	37
F	이용 검토 .....	39
G	회원 서비스로부터 도움 받기 .....	41
H	영어를 구사하지 못하는 회원 및 청각 또는 시각 장애가 있는 회원을 위한 지원 .....	41
I	사기 방지 .....	42
J	전문의료행위 사무국 .....	42
K	플랜 정책 및 절차에 회원 의견 반영 .....	42
L	서비스 제공자 지불 방법 .....	42
M	요청 시 사용 가능한 기타 정보 .....	43
N	MetroPlusHealth 회원 권리장전 .....	43
O	주요 전화 번호 .....	45



## I부

### 가입자 계약서

#### 섹션 1 - 소개

1. **Child Health Plus 프로그램.** 본 계약서는 뉴욕주에 있는 무보험 아동에게 보조금을 받는 건강 보험 보장을 제공하기 위해 고안된 특별 뉴욕주 보건부(DOH) 프로그램에 따라 발급됩니다. MetroPlus Health Plan은 귀하가 뉴욕주에서 정한 자격 요건을 충족하고 본 계약서에 설명된 의료 서비스를 받을 자격이 있는 경우 귀하를 Child Health Plus 프로그램에 등록합니다. 신청서에 기재된 귀하 및/또는 책임 있는 성인은 거주지, 소득 또는 기타 건강 보험과 같이 귀하를 Child Health Plus에 가입할 수 없게 만들 수 있는 모든 상태 변경 사항을 해당 변경 날짜로부터 60일 이내에 보고해야 합니다.

2. **HMO를 통한 건강 관리.** 본 계약은 건강 관리 조직(HMO)인 MetroPlus Health Plan을 통해 보장을 제공합니다. HMO에서 모든 치료는 의학적으로 필요해야 하며 주치의(PCP)가 사전에 제공, 주선 또는 승인해야 합니다. 응급 서비스, 특정 산부인과 서비스, 안과 치료 및 치과 치료를 제외하고 PCP의 승인 없이 받는 치료는 보장되지 않습니다. 또한 응급 상황이거나 귀하의 PCP가 MetroPlusHealth의 승인을 받아 비제휴 서비스 제공자에게 귀하를 소개한 경우를 제외하고 제휴 서비스 제공자가 제공한 진료에 대해서만 보장이 제공됩니다.

**PCP 선택.** 이 보장에 등록할 때 MetroPlus Health Plan PCP 목록에서 PCP를 선택하는 것은 귀하의 책임입니다. 이 목록에는 서비스 제공자가 신규 환자를 받는지 확인하기 위해 전화할 수 있는 전화번호가 포함되어 있습니다. 무료 전화 **1-800-303-9626**으로 MetroPlusHealth 회원 서비스에 전화하여 PCP를 변경할 수 있습니다. 귀하가 선택한 PCP는 본 계약서 전체에서 "귀하의 PCP"로 명명됩니다.

3. **당사에서 사용하는 용어.** 본 계약 전체에서 MetroPlus Health Plan은 "당사", "당사를" 또는 "당사의"로 언급됩니다. "귀하", "귀하의" 또는 "귀하의 것"이라는 단어는 본 계약서가 발급되고 ID 카드에 이름이 기재된 귀하를 지칭합니다.

4. **정의.** 본 계약에는 다음 정의가 적용됩니다.

- A. 계약서는 본 문서를 의미합니다. 이 계약서는 귀하와 당사 간의 법적 계약을 형성합니다. 이 계약서를 참고용으로 사용할 수 있도록 중요한 서류와 함께 보관하십시오.
- B. 응급 상황이란 의학 및 건강에 대한 평균적인 지식을 가진 신중한 비전문가가 즉각적인 조치가 없을 경우 합리적으로 예상할 수 있을 정도로 심한 통증을 포함하여 충분히 심각한 증상으로 나타나는 갑작스러운 의학적 또는 행동적 상태를 의미하며 다음과 같은 경우가 포함됩니다: (A) 그러한 상태로 고통받는 사람의 건강을 심각한 위험에 빠뜨리거나 행동 상태의 경우 그러한 사람 또는 다른 사람의 건강을 심각한 위험에 빠뜨릴 수 있는 경우 또는 (B) 그러한 사람의 신체 기능의 심각한 손상 또는 (C) 그러한 사람의 신체 기관 또는 일부의 심각한 기능 장애 또는 (D) 그러한 사람의 심각한 외관 손상.
- C. 응급 서비스는 응급 상황의 치료에 필요한 의사 및 외래 환자 병원 서비스를 의미합니다.
- D. 병원은 다음과 같은 단기, 급성, 종합 병원을 의미합니다.
- 주로 의사가 또는 의사의 지속적인 감독 하에 부상자, 환자 또는 입원환자의 진단, 치료 및 관리를 위해 진단 서비스 및 치료 서비스 제공
  - 의료 및 주요 외과 부서 조직이 있음
  - 모든 환자가 의사 또는 치과 서비스 제공자의 진료를 받아야 한다는 요구사항이 있음
  - 공인 전문 간호사(R.N.)가 또는 해당 간호사의 감독하에 24시간 간호 서비스를 제공함
  - 뉴욕주에 위치한 경우 최소한 미국 공법 89-97(42 USCA 1395x[k])의 1861(k) 조항에 명시된 기준을 충족하는 모든 환자에게 사실상 적용 가능한 입원 검토 계획이 있음
  - 해당 병원의 면허를 담당하는 기관에서 적법하게 면허를 받았음
  - 부수적으로 휴식의 장소, 주로 결핵 치료를 위한 장소, 노인을 위한 장소, 마약 중독자, 알코올 중독자를 위한 장소 또는 요양, 보호, 교육 또는 재활 치료를 위한 장소가 아님

- E. **의학적으로 필요**는 극심한 고통을 유발하거나, 생명을 위태롭게 하거나, 질병 또는 쇠약을 초래하거나, 정상적인 활동을 위한 능력을 저해하거나, 중대한 장애 위험이 있는 상태를 예방, 진단, 교정 또는 치유하는 데 필요한 서비스 및 용품에 적용됩니다. 이러한 서비스는 (1) 회원의 상태, 질병, 질환 또는 부상의 증상 또는 진단 및 치료에 일관되게 적용되어야 합니다. (2) 의료계에서 인정하고 수용하는 우수한 의료 행위의 기준과 관련하여 적절해야 합니다. (3) 회원, 서비스 제공자, 계약자 또는 기타 의료 서비스 제공자의 편의만을 위한 것이 아니어야 합니다. (4) 입원환자 병원 서비스의 경우 '의학적으로 필요'는 또한 외래 환자 기반 또는 덜 집중적인 치료 환경에서 안전하고 적절한 치료가 제공될 수 없음을 의미합니다.
- F. **제휴 병원**이란 회원에게 보장된 서비스를 제공하기 위해 당사와의 계약에 따라 승인된 병원을 의미합니다.
- G. **제휴 약국**은 회원에게 보장된 서비스를 제공하기 위해 당사와의 계약에 따라 승인된 약국을 의미합니다.
- H. **제휴 의사**는 회원에게 보장된 서비스를 제공하기 위해 당사와의 계약에 따라 승인된 의사를 의미합니다.
- I. **제휴 서비스 제공자**는 당사와의 계약에 따라 회원에게 보장된 서비스를 제공하도록 승인된 제휴 의사, 치과 서비스 제공자 또는 기타 유연허 의료 종사자, 병원, 재택 치료 기관, 검사실, 약국 또는 기타 단체를 의미합니다.
- J. **비제휴 서비스 제공자**는 당사와의 계약에 따라 회원에게 보장된 서비스를 제공하도록 승인되지 않은 서비스 제공자를 의미합니다. 당사는 응급 상황이거나 귀하의 PCP가 당사의 승인을 받아 귀하를 비제휴 서비스 제공자에게 보내는 경우를 제외하고 비제휴 서비스 제공자의 건강 서비스 비용을 지불하지 않습니다.
- K. **보험료**는 건강 보험 보장을 위해 지불된 돈을 의미합니다. 뉴욕주가 보험료의 전부 또는 일부를 지불하며 귀하는 소득에 따라 그 중 일부를 지불해야 할 수도 있습니다. (자세한 내용은 섹션 9를 참조하십시오.)

- L. 주치의("PCP")는 귀하가 등록할 때 선택하거나 이후에 당사 규정에 따라 변경한, 귀하의 모든 보장 의료 서비스를 제공하거나 주선하는 제휴 서비스 제공자(의사 또는 임상간호사)를 의미합니다.
- M. 서비스 지역은 다음 카운티를 의미합니다: Manhattan, Bronx, Queens, Brooklyn. 귀하는 본 계약서에 따라 보장되는 서비스 지역에 거주해야 합니다.

## 섹션 2 - 보장 대상

1. **본 계약에 따라 보장되는 대상.** 귀하가 다음 요건을 모두 충족하는 경우 본 계약에 따라 보장됩니다.
  - 19세 미만.
  - 다른 건강 보험이 없음.
  - Medicaid 자격이 없음.
  - 뉴욕주 영구 거주자이며 서비스 지역의 거주자임.
2. **재인증.** 당사는 귀하가 Child Health Plus 자격 요건을 충족하는지 판단하기 위해 귀하의 보장 신청서를 검토할 것입니다. 귀하가 여전히 자격 요건을 충족하는지 판단할 수 있도록 주기적으로 신청서를 다시 제출해야 합니다. 이 과정을 "재인증"이라고 합니다. 가족 중 한 명 이상의 자녀가 현재 당사의 보장을 받고 있는 경우, 당사가 보장하는 가족의 모든 자녀에 대한 재인증 날짜는 **2000년 10월 1일** 또는 그 이후에 가장 가까운 재인증 날짜가 있는 자녀에게 할당된 달입니다. 귀하의 가족 중 다른 자녀가 당사에 보장을 신청하지 않는 한 귀하는 매년 한 번씩 재인증해야 하며, 해당 자녀가 보장을 신청할 때 모든 자녀를 재인증해야 합니다. 그 이후에는 당사가 보장하는 귀하의 가족의 모든 자녀가 매년 같은 날짜에 재인증을 받게 됩니다.
3. **상황의 변화.** 귀하는 본 계약에 부적격하게 될 수 있는 귀하의 소득, 거주지 또는 건강 보험 보장에 대한 변경 사항을 당사에 알려야 합니다. 변경 후 60일 이내에 당사에 통지해야 합니다. 귀하가 상황의 변화에 대한 통지를 당사에 제공하지 않는 경우, 귀하에게 지급된 모든 보험료를 환불하라는 요청을 받을 수 있습니다.

### 섹션 3 - 병원 혜택

1. **병원에서의 치료.** 다음 조건이 모두 충족되는 경우 귀하는 병원 입원환자로서 의학적으로 필요한 치료에 대해 보장을 받습니다.
  - A. 귀하가 응급 서비스를 위해 비제휴 병원에 입원했거나 귀하의 PCP가 MetroPlusHealth의 사전 승인을 받아 비제휴 병원에 입원을 주선한 경우를 제외하고 병원은 제휴 서비스 제공자여야 합니다.
  - B. 응급 서비스를 제외하고 귀하의 입원은 MetroPlusHealth의 사전 승인을 받아야 합니다.
  - C. 귀하가 외래 진료로 치료할 수 없는 질병, 부상 또는 질환의 적절한 치료를 위해 등록된 병상 환자여야 합니다.
  
2. **보장되는 입원환자 서비스.** 본 계약에 따라 보장되는 입원환자 서비스에는 다음이 포함됩니다.
  - A. 특별 식단 및 영양 요법을 포함한 일일 침대 및 보드
  - B. 일반, 특수 및 중환자 간호 서비스(단, 개인 간호 서비스는 제외)
  - C. 외과 수술, 회복 시설, 마취 및 집중 치료 또는 특별 치료 시설과 관련된 시설, 서비스, 용품 및 장비
  - D. 산소 및 기타 흡입 치료 서비스 및 용품
  - E. 실험용이 아닌 약물 및 약품
  - F. 혈청, 생물학적 제제, 백신, 정맥 주사 제제, 드레싱, 캐스트 및 진단 연구용 재료
  - G. 자원 혈액 대체 프로그램 참여가 가능한 경우를 제외한 혈액 제품
  - H. 실험실, 병리학, 심전도, 내시경, 방사선 및 뇌과 연구 및 검사를 포함하되 이에 국한되지 않는 진단 연구 및 생리 기능 모니터링과 관련된 시설, 서비스, 용품 및 장비

- I. 물리 치료, 작업 치료 및 재활과 관련된 시설, 서비스 및 용품
  - J. 방사선 및 핵 치료와 관련된 시설, 서비스 및 용품과 장비
  - K. 응급 의료와 관련된 시설, 서비스, 용품 및 장비
  - L. 화학 요법
  - M. 방사선 요법
  - N. 본 계약에서 제외되는 항목을 제외하고 병원에서 관례적으로 제공하는 모든 추가 의료, 수술 또는 관련 서비스, 용품 및 장비.
3. **출산 관리.** 주산기 합병증을 제외하고 당사는 제왕절개가 아닌 모든 분만에 대해 출산 후 최소 48시간 동안 입원환자 병원 치료비를 지불합니다. 당사는 제왕절개 후 최소 96시간 동안의 입원환자 병원 치료비를 지불합니다. 출산 관리 보장에는 모유 또는 젖병 수유에 대한 부모 교육, 지원 및 훈련, 필요한 산모 및 신생아 임상 평가 수행이 포함됩니다.
- 귀하는 48시간(제왕절개의 경우 96시간) 이전에 퇴원할 수 있습니다. 조기 퇴원을 선택한 경우 분만 후 48시간(제왕절개 분만의 경우 96시간) 이내에 요청하면 당사에서 1회의 가정 간호 방문 비용을 지불합니다. 가정 간호 방문은 귀하가 병원에서 퇴원하거나 가정 간호를 요청한 후 24시간 이내에 제공됩니다. 가정 간호 방문은 본 계약서의 섹션 6에 따라 보장되는 가정 간호 방문에 추가됩니다.
4. **입원환자 정신 건강, 알코올 및 약물 남용 서비스.** 정신 건강 서비스와 알코올 및 약물 남용 서비스의 경우, 당사는 다음 시설에서 제공하는 보장되는 입원환자 서비스에 대해 비용을 지불합니다. 병원, 정신위생법 7.17 조항에 따라 OMH가 운영하는 시설, 정신위생법 제23조 또는 제31조에 따라 운영증명서를 발급받은 시설. 응급 상황을 제외하고, 당사가 비제휴 서비스 제공자에 대한 입원을 승인하지 않는 한 서비스 제공자는 제휴 서비스 제공자여야 합니다.
5. **제한사항 및 예외사항**
- A. 당사는 귀하가 퇴원하는 날에 대해, 심지어 하루 중 일부일지라도 어떠한 혜택도 제공하지 않습니다. 당사는 의학적으로 입원 치료가 필요하지 않은 날에 대해 혜택을 제공하지 않습니다.

- B. 2인실의 경우 혜택이 전액 지급됩니다. 귀하가 1인실에 있는 경우, 1인실이 의학적으로 필요하고 의사의 지시가 없는 한 1인실과 2인실 비용의 차액은 귀하가 지불해야 합니다.
- C. 당사는 TV 대여 또는 전화 요금과 같은 비의료 항목에 대해 비용을 지불하지 않습니다.

**섹션 4 - 의료 서비스**

1. **귀하의 PCP는 모든 의료 서비스를 제공, 주선 또는 승인해야 합니다.** 응급 서비스 또는 특정 산부인과 서비스를 제외하고 귀하는 담당 PCP가 서비스를 제공, 주선 또는 승인하는 경우에만 아래 나열된 의료 서비스에 대해 보장을 받습니다. 귀하는 다음 장소 중 한 곳에서 제공되는 의료 서비스를 받을 자격이 있습니다.

- 귀하의 PCP 사무실.
- 귀하의 PCP가 다른 서비스 제공자나 시설의 치료가 귀하의 질환 치료에 적합하다고 판단하는 경우 해당 서비스 제공자의 사무실이나 시설.
- 병원의 외래 진료과.
- 병원의 입원환자로서 귀하는 의료, 수술 및 마취 서비스를 받을 자격이 있습니다. MetroPlusHealth는 모든 비응급 병원 입원을 사전에 승인해야 합니다.

2. **보장되는 의료 서비스.** 당사는 다음 의료 서비스에 대해 비용을 지불합니다.

- A. 상담을 포함한 일반 의료 및 전문 진료.
- B. **예방 건강 서비스 및 신체 검사.** 당사는 다음을 포함한 예방 건강 서비스에 대해 비용을 지불합니다.

- 미국소아과학회에서 정한 방문 일정에 따라 건강한 자녀를 위한 방문
- 영양 교육 및 상담
- 청력 검사
- 의료 사회 복지 서비스

- 시력 검사
- 예방접종 시행 자문위원회에서 권장하는 사항에 따른 정기 예방접종
- 투베르쿨린 검사
- 치과 및 발달 검사
- 임상 실험실 및 방사선 검사
- 납 검사

C. **질병, 부상 또는 기타 질환의 진단 및 치료.** 당사는 다음을 포함한 질병 또는 부상의 진단 및 치료 비용을 지불합니다.

- 마취 서비스를 포함하여 서비스 제공자의 사무실 또는 외래 수술 센터에서 수행되는 외래 환자 수술
- 사고 후 12개월 이내에 건강한 자연 치아에 대한 우발적 손상과 관련된 치과 치료
- 실험실 검사, 엑스레이 및 기타 진단 절차
- 신장 투석
- 방사선 치료
- 화학 요법
- 의사의 사무실에서 투여하는 주사 및 의약품
- 위원회에서 인증한 전문의의 2차 수술 소견
- 의학적으로 필요한 청력 검사

D. **물리 및 작업 치료.** 당사는 단기 물리 및 작업 치료 서비스에 대해 비용을 지불합니다. 전문적인 치료여야 합니다. 단기란 1년 내에 40회를 초과하지 않는 것을 의미합니다.

E. **방사선 치료, 화학 요법 및 혈액 투석.** 당사는 치료 시 제공되는 주사 및 의약품을 포함한 방사선 치료 및 화학 요법에 대한 비용을 지불합니다. 당사는 귀하의 가정이나 시설 중 적절하다고 판단되는 곳에서 수행하는 혈액 투석 서비스에 대해 비용을 지불합니다.

F. **정신 건강 질환 치료, 알코올 중독 및 약물 남용 치료를 위한 외래 방문.**

당사는 정신 건강 질환 및 약물 사용 장애의 진단 및 치료를 위한 외래 방문에 대해 비용을 지불합니다. 방문 횟수에 제한 없이 의학적으로 필요한 서비스가 보장됩니다. 그러한 치료가 등록된 아동의 알코올, 약물 및/또는 정신 건강 치료와 직접적으로 관련되는 경우 방문에는 알코올, 약물 및/또는 정신 건강에 대한 가족 치료가 포함됩니다.

G. 산전, 분만, 산후 서비스를 포함하여 임신과 관련한 **산부인과 서비스**가 보장됩니다. 유자격 제휴 산부인과 서비스 제공자에게 치료를 받으려는 경우 임신과 관련된 치료에 대해 PCP의 승인이 필요하지 않습니다. 귀하는 PCP의 승인 없이 유자격 산부인과 서비스 제공자로부터 다음 서비스를 받을 수도 있습니다.

- 기본 및 예방 산부인과 치료를 위한 최대 2회의 연례 검사
- 연례 검사 결과 또는 급성 부인과 질환의 결과로 인해 필요한 치료.

H. **자궁경부암 검사.** 귀하가 18세 이하이고 성생활을 하는 여성인 경우, 당사는 연례 자궁경부암 검사, 연례 골반 검사, 자궁경부 세포진 검사 및 세포진 검사 평가 비용을 지불합니다. 성병 검사 비용도 당사가 부담합니다.

I. **언어 치료.** 청각 전문의, 언어 병리학자, 언어 치료사 및/또는 이비인후과 전문의가 수행하는 경우 치료 첫날부터 2개월 이내에 상당한 임상적 개선이 가능한 상태에 대해 필요한 언어 치료 서비스 비용을 지불합니다.

## 섹션 5 - 응급 치료

1. **병원 응급실 방문.** 당사는 병원 응급실에서 제공되는 응급 서비스에 대해 비용을 지불합니다. 귀하는 치료를 받기 위해 응급실로 직접 가실 수 있습니다. PCP에게 먼저 연락할 필요는 없습니다. 응급 치료는 당사의 사전 승인 대상이 아닙니다.

MetroPlusHealth는 귀하가 응급실에 가는 경우 귀하 또는 귀하를 대신하여 누군가가 다음 영업일까지 또는 합리적으로 가능한 한 빨리 MetroPlusHealth 이용 관리 부서에 알릴 것을 권장합니다. 당사에 알려려면 무료 전화 **1-800-303-9629** 번으로 이용 관리 부서에 전화하십시오.

당사의 단독 판단에 따라 제공되는 응급실 서비스가 4페이지 섹션 1에 정의된 응급 상황의 치료가 아닌 경우 응급실 방문은 보장되지 않습니다.

2. **응급 병원 입원.** 귀하가 병원에 입원하는 경우 귀하 또는 귀하를 대신하여 누군가가 MetroPlusHealth 이용 관리 부서에 다음 영업일까지 또는 합리적으로 가능한 한 빨리 알려야 합니다. 귀하가 비제휴 병원에 입원한 경우 당사는 상태가 호전되는 즉시 제휴 병원으로 이동하도록 요청할 수 있습니다.
3. **구급차 서비스.** 당사는 공중 보건법 3005 조항에 따라 응급 상태의 즉각적인 평가 및 치료 및/또는 병원으로의 비행공 이송을 포함하여 운영 증명서를 발급한 구급차 서비스가 병원 도착 전 제공하는 응급 의료 서비스에 대해 비용을 지불합니다.

2페이지 섹션 1에 명시된 Prudent Layperson Standard에 따라 정의된 응급 상황에서 구급차 서비스를 받기 위해 사전 승인이 필요하지 않습니다. Prudent Layperson Standard에 따라 평가 및 치료 및/또는 병원으로의 비행공 이송을 포함하여 병원 도착 전 응급 의료 서비스가 필요한 경우 그러한 서비스가 보장됩니다. 응급 상황이 아닌 경우 제공되는 구급차 서비스는 보장되지 않습니다.

## 섹션 6 - 정신 건강 및 약물 사용 장애 서비스

1. **입원환자 정신 건강 및 약물 사용 장애 서비스** 치료 시설이 주정부 규정에 따라 운영되는 한 입원환자 정신 건강 서비스, 입원환자 해독 및 입원환자 재활에는 제한이 없습니다.

당사는 입원환자 정신 건강 서비스 및 입원환자 약물 사용 장애 서비스가 다음과 같은 시설에서 제공되는 경우 비용을 지불합니다.

- 정신위생법 7.17 조항에 따라 정신건강과에서 운영
- 정신위생법 제23조 또는 제31조에 따른 운영증명서 발급 또는
- 공중보건법 제28조에 정의된 종합병원

**정신 건강 질환 및 약물 남용 장애 치료를 위한 외래 방문** 당사는 정신 건강 질환 및 약물 사용 장애의 진단 및 치료를 위한 외래 방문에 대해 비용을 지불합니다. 또한 정신 건강 또는 약물 사용 장애 치료와 관련된 방문인 경우 가족의 외래 방문에 대해서도 비용을 지불합니다.

## 섹션 8 - 기타 보장 서비스

1. **당뇨병 장비 및 용품.** 당사는 의학적으로 필요하고 귀하의 PCP 또는 뉴욕주 교육법 제8조에 따라 법적으로 처방하도록 승인된 다른 제휴 서비스 제공자가 처방하거나 권장하는 당뇨병 치료를 위한 다음과 같은 장비 및 용품에 대한 비용을 지불합니다.

- 혈당 모니터
- 법적 맹인을 위한 혈당 모니터
- 데이터 관리 시스템
- 모니터 및 시각적 판독을 위한 테스트 스트립
- 소변 검사 스트립
- 주사 보조제
- 법적 맹인을 위한 카트리지
- 인슐린
- 주사기

- 인슐린 펌프 및 그 부속품
- 인슐린 주입 장치
- 구강 제제 및
- 당뇨병 치료에 적합하다고 보건부 장관이 지정한 추가 장비 및 용품.

2. **당뇨병 셀프 관리 교육.** 당사는 귀하의 PCP 또는 다른 제휴 서비스 제공자가 제공하는 당뇨병 셀프 관리 교육에 대해 비용을 지불합니다. 교육은 당뇨병 진단, 중대한 상태 변화, 셀프 관리에 변화가 필요한 상태의 시작 또는 당사가 결정한 바에 따라 재교육이 의학적으로 필요한 경우에 제공됩니다. 의학적으로 필요한 경우 가정 방문 비용도 지불합니다.

### 3. 내구성 의료 장비.

A. **보장 범위.** 당사는 특정 의학적 상태의 치료를 위해 귀하의 PCP 또는 기타 제휴 서비스 제공자가 주문한 다음과 같은 기기 및 장비에 대해 비용을 지불합니다.

- 오랜 기간 동안 반복적인 사용을 견딜 수 있음
- 주로 의료 목적으로 관례적으로 사용됨
- 일반적으로 질병이나 부상이 없으면 유용하지 않음
- 장비를 한 사람이 사용하도록 맞춤 제작할 수 있지만, 일반적으로 특정인의 사용을 위해 개조, 설계 또는 제작되지 않습니다.

내구성 의료 장비에는 다음 항목이 포함됩니다: 보청기, 보철 장치(신체의 소실된 부분을 대체하거나 기능을 수행하는 장치), 교정 장치(약하거나 변형된 신체 부위를 지지하거나 질병에 걸리거나 손상된 신체 부위의 움직임을 제한하거나 제거하는 데 사용되는 장치), 병원 침대 및 부속품, 산소 및 산소 공급, 압력 패드, 볼륨 인공호흡기, 치료용 인공호흡기, 분무기 및 기타 호흡기 치료용 장비, 견인 장비, 보행기, 지팡이, 목발, 휠체어 및 액세서리, 변기 의자, 화장실 레일, 무호흡 모니터, 환자 리프트, 영양 주입 펌프, 보행 주입 펌프. 장비 서비스(인건비 및 부품) 비용도 당사가 지불합니다.

- B. **DME의 제휴 약국 또는 기타 제휴 서비스 제공자.** 응급 상황을 제외하고 내구성 의료 장비에 대한 처방전은 제휴 약국 또는 기타 제휴 서비스 제공자가 조제해야 합니다.
- C. **예외사항 및 제한사항.** 이 섹션에 의거하여 다음 항목에 대해서는 비용을 지불하지 않습니다.
  - 실험 기구 및 장치
  - 운동 중에만 사용하도록 처방된 교정 장치
  - 두개골 보철물(가발) 및
  - 치과 보철물, 건강한 자연 치아의 우발적 손상으로 인해 필요하고 사고 후 12개월 이내에 제공되는 경우를 제외하고, 선천성 이상 치료 또는 재건 수술의 일부로 필요한 치과 보철물은 제외됩니다.

4. **처방약 및 비처방약.**

- A. **보장 범위.** MetroPlusHealth Child Health Plus 처방집에 명시된 대로 당사는 처방전을 요구하고 의학적으로 필요한 FDA 승인 의약품과 비처방 의약품에 대해 비용을 지불합니다. 보장 항목에는 가정용(PKU, 분지쇄 케톤뇨증, 갈락토오스혈증 및 호모시스틴뇨증 치료용 조제법 포함)의 의학적으로 필요한 경장 제형(영양 보조제) 및 단백질이 적거나 아미노산 및 유기산 대사의 특정 유전병 치료를 위한 변형 단백질을 함유한 변형 고형 식품이 포함됩니다. 또한 피임 장치 및 약품에 대해서도 비용을 지불합니다.
- B. **제휴 서비스 제공자 및 약국.** 당사는 병원 밖에서 사용하도록 처방된 약에 대해서만 비용을 지불합니다. 응급 상황을 제외하고 처방전은 당사의 승인을 받아 귀하의 PCP가 추천한 제휴 서비스 제공자 또는 비제휴 서비스 제공자가 발급해야 합니다. 응급 상황을 제외하고 처방약은 제휴 약국에서 조제해야 합니다.
- C. **예외사항 및 제한사항.** 이 섹션에 의거하여 다음 항목에 대해서는 비용을 지불하지 않습니다.

- 약물 투여 또는 주사
- 분실 또는 도난된 처방전의 교체
- 미용 목적으로만 사용되는 처방약
- 플랜 의료 책임자 또는 외부 이의 제기 대리인이 승인하지 않은 실험용 또는 연구용 약품
- FDA 승인을 받은 유형과 다른 유형의 암에 대해 약품이 처방된 경우 FDA가 암 치료를 위해 승인한 처방약에 대해 비용을 지불하는 것을 제외하고 FDA의 승인을 받지 않은 약품. 그러나 약품이 다음 간행물 중 하나에 명시된 암 유형의 치료에 대해 인정받아야 합니다.
  - (a) AMA 의약품 평가
  - (b) 미국 병원 처방집 서비스
  - (c) 미국 약전 의약품 정보 또는
  - (d) 주요 피어 리뷰 전문 저널의 논문 또는 논평.
- 가족 계획 또는 피임 장치, 기초 체온계, 남성용 및 여성용 콘돔, 페서리를 제외한 모든 종류의 장치 및 용품.
- 진단된 질병이나 질환을 치료하는 데 필요한 경우를 제외한 비타민 및 기타 영양 보충제.
- 발기부전 치료 목적으로 사용되는 처방약은 보장되지 않습니다.

5. **재택 치료.** 당사는 제휴 서비스 제공자인 공인 재택 치료 기관이 제공하는 재택 치료를 위해 연간 최대 40회의 방문에 대해 비용을 지불합니다. 재택 치료가 제공되지 않은 경우 병원에 입원해야 하는 경우에만 재택 치료 비용을 지불합니다.

재택 치료에는 다음 서비스 중 하나 이상이 포함됩니다.

- 공인 전문 간호사 또는 해당 간호사의 감독 하에 시간제 또는 간헐적 가정 간호
- 주로 환자를 돌보는 시간제 또는 간헐적 재택 치료 보조 서비스
- 재택 치료 기관에서 제공하는 물리, 작업 또는 언어 치료
- 보장 대상자가 병원에 있었다면 보장되었을 범위 내에서 의사가 처방하는 의료 용품 및 의약품, 공인 재택 치료 기관 또는 대리 기관이 수행하는 검사실 서비스.

6. **입원 전 검사.** 다음과 같은 경우 당사는 수술이 예정된 병원에서 수행되는 입원 전 검사 비용을 지불합니다.

- 검사를 수행하기 전에 해당 병원의 침대 및 수술실 예약이 완료됨
- 의사가 검사를 지시함
- 실제로 이러한 입원 전 검사 후 7일 이내에 수술이 시행됨

입원 전 검사 결과로 인해 수술이 취소된 경우에도 이러한 검사 비용은 당사가 부담합니다.

7. **치과 치료.**

A. **보장 범위.** 당사는 제휴 서비스 제공자가 제공하는 응급, 예방 및 정기 치과 서비스에 대해 비용을 지불합니다. 유자격 제휴 서비스 제공자에게 진료를 받으려는 경우 보장 치과 진료에 대한 PCP의 승인이 필요하지 않습니다. 보장되는 치과 서비스에는 다음 항목이 포함됩니다.

- 치과 질환이나 외상으로 인한 통증과 고통을 완화하기 위해 필요한 응급 치료
- 6개월 간격의 예방(치아 스케일링 및 연마), 지역 상수도가 불소화되지 않은 경우 6개월 간격의 국소 불소 도포, 복원되지 않은 영구 어금니의 실란트.
- 유치 맹출 후 연속 6개월의 기간 내에 1회 정기적인 치과 검진.
- 36개월 간격의 전체 구강 엑스레이 및 필요한 경우 6-12개월 간격의 교익 엑스레이 또는 필요한 경우 36개월 간격의 파노라마 엑스레이, 유치 맹출 후 필요에 따라 기타 엑스레이를 포함한 엑스레이.
- 간단한 발치 및 기타 입원이 필요하지 않은 일상적인 치과 수술에 필요한 수술 전 치료 및 수술 후 치료를 포함한 모든 절차.
- 사무실 내 수면 내시경.
- 아말감, 합성 수복물 및 스테인리스강 크라운.
- 아동에게 적합한 기타 수복 재료.

- 입원이 필요하지 않은 질병이 있는 치수강 및 치수관의 치료를 위한 모든 절차를 포함한 근관 치료.
- 치아 교정을 예상하거나 교정으로 이어지는 서비스를 제외한 치주 서비스.
- 6개월간의 후속 치료가 포함된 탈부착식 전체 또는 부분 의치를 포함한 치과 보철 및 다음 조건 중 하나 이상이 충족되는 경우 고정 브리지:
  - 환자의 단일 상부 전치부(중양/측면 절치 또는 견치) 교체 또는 자연 치아, 기능치 및/또는 수복치의 전체 보완에 필요함
  - 구개열 안정화에 필요함
  - 의료 문서에서 입증된 바에 따라 탈부착식 보철물의 배치를 방해하는 신경학적 또는 생리학적 질환으로 인해 필요함.
- 보철물에 식별 전표 삽입, 수리, 리라인 및 리베이스.
- 일반적으로 발달하는 영구 치아를 위한 공간을 유지하기 위해 수복된 유치 및/또는 혼합 치열에 배치하기 위한 공간 유지 장치(단측 또는 양측).

B. **예외사항 및 제한사항.** 당사는 치열 교정 서비스에 대해 비용을 지불하지 않습니다.

## 8. 안과 치료.

A. **보장 범위.** 당사는 응급, 예방 및 정기 시력 관리에 대해 비용을 지불합니다. 유자격 안과 치료 서비스 제공자로부터 그러한 치료를 받으려는 경우 보장되는 안과 치료에 대해 PCP의 승인이 필요하지 않습니다. 보장되는 안과 서비스에는 다음 항목이 포함됩니다.

- **시력 검사.** 당사는 교정 렌즈의 필요성을 판단하고 필요한 경우 교정 렌즈 처방을 제공하기 위한 시력 검사에 대해 비용을 지불합니다. 적절한 문서와 함께 더 자주 요구되지 않는 한 당사는 12개월 동안 한 번의 시력 검사에 대해 비용을 지불합니다. 시력 검사에는 다음이 포함될 수 있지만 이에 국한되지는 않습니다: 눈의 외부 검사 또는

눈의 내부 검사, 검안경 검사, 굴절 상태 판별, 양안 거리, 녹내장에 대한 안압계 검사, 총시야 및 색각 검사, 교정 렌즈에 대한 요약 결과 및 권장 사항.

- **처방 렌즈.** 적절한 문서와 함께 더 자주 요구되지 않는 한 당사는 12개월마다 한 번씩 표준 품질 처방 렌즈에 대한 비용을 지불합니다. 처방 렌즈는 유리 또는 플라스틱으로 구성될 수 있습니다.
- **안경테.** 적절한 문서와 함께 더 자주 요구되지 않는 한 당사는 12개월에 한 번씩 렌즈를 고정하기에 적합한 표준 안경테에 대한 비용을 지불합니다.
- **콘택트 렌즈.** 당사는 의학적으로 필요하다고 판단되는 경우에만 콘택트렌즈 비용을 지불합니다.

**B. 예외사항 및 제한사항.** 의학적으로 필요하지 않은 콘택트렌즈 비용은 지불하지 않습니다.

9. **호스피스 서비스.** 당사는 의사로부터 말기 질환을 앓고 기대 수명이 6개월 이하로 확인된 아동(19세 이하)을 위해 비치료적 의료 및 지원 서비스(가정에서 또는 입원환자 병원 환경에서)를 제공하기 위해 조정된 호스피스 프로그램에 대해 비용을 지불합니다.

호스피스 서비스는 질병의 마지막 단계와 임종 및 사별 기간 동안 경험하는 신체적, 심리적, 영적, 사회적 및 경제적 스트레스로 인해 발생하는 특별한 요구사항을 충족하는 아동에게 제공되는 완화 및 지원 치료를 보장합니다. 또한 가족 구성원은 사별 상담을 위해 최대 5회 방문할 수 있습니다.

호스피스 서비스 프로그램은 뉴욕주 공중보건법 제40조에 따라 인증을 받아야 합니다. 모든 서비스는 호스피스 프로그램의 유자격 직원 및 자원 봉사자가 제공하거나 연방 및 주정부 요구사항에서 허용하는 범위 내에서 계약을 통해 유자격 직원이 제공해야 합니다.

10. **언어 및 청력.** 당사는 보청기, 보청기 배터리 및 수리를 포함한 언어 및 청력 서비스에 대해 비용을 지불합니다. 이러한 서비스에는 교정 조치의 필요성을 판별하기 위한 연례 청력 검사가 포함됩니다. 청각 전문의, 언어 병리학자, 언어 치료사 및/또는 이비인후과 전문의가 수행하는 경우 치료 첫날부터 2개월 이내에 상당한 임상적 개선이 가능한 상태에 필요한 언어 치료가 보장됩니다.

## 섹션 8 - 이 플랜의 작동 방식에 대한 추가 정보

1. **전문의가 귀하의 PCP가 될 수 있는 경우.** 귀하에게 생명을 위협하는 질환이나 질병 또는 퇴행성 및 장애 질환이나 질병이 있는 경우, 제휴 서비스 제공자인 전문의가 귀하의 PCP가 되도록 요청할 수 있습니다. 당사는 전문의 및 귀하의 PCP와 상의하여 해당 전문의가 이 분야의 서비스를 제공하는 것이 적절한지 여부를 결정할 것입니다.
2. **네트워크 전문의에게 상시 의뢰.** 지속적인 전문 치료가 필요한 경우 제휴 서비스 제공자인 전문의에게 "상시 의뢰"를 받을 수 있습니다. 즉, 해당 전문의를 만나야 할 때마다 담당 PCP로부터 새로운 의뢰를 받을 필요가 없습니다. 당사는 전문의 및 귀하의 PCP와 상의하여 귀하의 상황에 "상시 의뢰"가 적절한지 여부를 결정할 것입니다.
3. **전문 치료 센터에 상시 의뢰.** 귀하에게 생명을 위협하는 질환이나 질병 또는 퇴행성 및 장애 질환이나 질병이 있는 경우, 제휴 서비스 제공자인 전문 치료 센터에 상시 의뢰를 요청할 수 있습니다. 당사는 귀하의 PCP, 귀하의 전문의 및 전문 치료 센터와 상의하여 그러한 의뢰가 적절한지 여부를 결정할 것입니다.

**서비스 제공자가 네트워크를 떠나는 경우.** 귀하의 서비스 제공자가 당사 네트워크를 떠날 때 귀하가 치료를 받고 있는 경우, 귀하는 특정 상황에서 당사가 서비스 제공자의 이탈 통지를 받은 후 최대 90일 동안 이전 제휴 서비스 제공자로부터 치료를 계속 받을 수 있습니다. 귀하가 임신 중이고 임신 2분기인 경우, 분만 및 분만과 직접 관련된 산후 관리를 통해 이전 제휴 서비스 제공자에게 계속해서 치료를 받을 수 있습니다. 그러나 최대 90일 또는 임신 기간 동안 이전 제휴 서비스 제공자로부터 계속 치료를 받으려면 서비스 제공자가 당사의 비용 지불을 수락하고 서비스 품질 보장을 포함하여 당사의 절차 및 정책을 준수하는 데 동의해야 합니다.

4. **신규 회원이 치료 과정에 있는 경우.** 귀하가 당사에 등록할 때 비제휴 서비스 제공자에게 치료를 받고 있는 경우, 귀하는 본 계약에 따라 보장을 받게 된 날짜로부터 최대 60일 동안 비제휴 서비스 제공자에게 치료를 받을 수 있습니다. 치료 과정은 생명을 위협하는 질병이나 질환 또는 퇴행성 및 장애 질환이나 질병에 대한 치료여야 합니다. 귀하가 본

계약에 따라 보장을 받을 때 임신 2분기인 경우 비제휴 서비스 제공자에게 계속 치료를 받을 수도 있습니다. 귀하 분만 및 분만과 직접 관련된 모든 산후 서비스를 통해 계속 치료를 받을 수 있습니다. 그러나 최대 60일 또는 임신 기간 동안 계속 치료를 받으려면 비제휴 서비스 제공자가 당사의 비용 지불을 수락하고 치료 품질 보장을 포함하여 당사의 정책 및 절차를 준수하는 데 동의해야 합니다.

## 섹션 9 - 제한사항 및 예외사항

이미 설명한 제한사항 및 예외사항 외에도 다음 항목에 대해서는 당사가 비용을 지불하지 않습니다.

1. **의학적으로 필요하지 않은 치료.** 일반적으로 플랜은 단독 판단에 따라 의학적으로 필요하지 않다고 판단하는 의료 서비스를 보장하지 않습니다. 그러나 주정부에서 인증한 외부 이의 제기 대리인이 플랜의 거부를 번복하는 경우, 플랜은 보장이 거부된 시술, 치료, 서비스, 의약품 또는 내구성 의료 장비를 해당 시술, 치료의 범위 내에서 보장해야 합니다. 그렇지 않은 경우 서비스, 의약품 또는 내구성 의료 장비는 본 가입자 계약서의 약관에 따라 보장됩니다. (외부 이의 제기에 대한 자세한 내용은 본 가입자 계약서의 섹션 11을 참조하십시오.)
2. **허용되는 의료 관행.** 귀하는 치료 당시 유효한 의학적 또는 정신과적 관행 및 기준에 따르지 않는 서비스를 받을 자격이 없습니다.
3. **귀하의 PCP가 제공, 승인 또는 주선하지 않은 치료.** 본 계약에 달리 명시된 경우를 제외하고 귀하는 귀하의 PCP가 제공, 승인 또는 주선한 경우에만 서비스에 대한 혜택을 받을 자격이 있습니다. 귀하가 담당 PCP가 제공, 승인 또는 주선하지 않은 치료를 받기로 선택한 경우, 당사는 귀하에게 발생하는 비용에 대해 책임을 지지 않습니다.
4. **요양원, 재활 시설 또는 본 계약에서 명시적으로 보장하지 않는 기타 시설의 입원환자 서비스.**
5. **요양원, 재활 시설 또는 본 계약에서 명시적으로 보장하지 않는 기타 시설의 입원환자인 동안 의사 서비스.**
6. **실험용 또는 조사용 서비스.** 일반적으로 플랜은 실험용 또는 조사용 치료를 보장하지 않습니다. 그러나 플랜은 주정부에서 인증한 외부 이의 제기 대리인이 승인한 실험용 또는 조사용 치료를 보장해야 합니다. 외부 이의 제기 대리인이 임상 시험의 일부인 실험용 또는 조사용 치료의 보장을 승인하는 경우, 플랜은 시험 설계에 따라 귀하에게 치료를 제공하는 데 필요한 서비스 비용만 보장합니다. 플랜은 연구용 약품 또는 장치의 비용, 비의료 서비스 비용, 연구 관리 비용 또는 비실험 또는 비연구 치료의 경우 본 가입자 계약서에서 보장되지 않는 비용에 대해

책임을 지지 않습니다. (외부 이의 제기에 대한 자세한 내용은 본 가입자 계약서의 섹션 11을 참조하십시오.)

7. **성형 수술.** 당사는 다음과 같은 재건 수술에 대해 비용을 지불하는 경우를 제외하고 의학적으로 필요하지 않은 경우 성형 수술에 대해 비용을 지불하지 않습니다.
  - 외상, 감염 또는 관련된 신체 부위의 다른 질병으로 인한 후속 수술 또는
  - 선천적 질환이나 기형으로 인한 기능적 결함을 교정하기 위하여 필요한 경우
8. **체외 수정, 인공 수정 또는 기타 보조 임신 수단.**
9. **개인 간호.**
10. **자가 헌혈.**
11. **신체 개조 서비스.** 당사는 (수동 또는 기계적 수단에 의한) 구조적 불균형의 감지 및 교정이나 염좌 또는 신경 간섭 및 그 영향을 제거할 목적의 신체 아탈구과 관련된 서비스에 대해 비용을 지불하지 않습니다. 이 예외사항은 신경 간섭이 척추의 뒤틀림, 오정렬 또는 아탈구의 결과이거나 이와 관련된 경우에 적용됩니다.
12. **일상적인 발 관리.**
13. **다른 건강 보험, 건강 혜택 및 정부 프로그램.** 당사는 귀하가 다른 건강 보험, 건강 혜택 플랜 또는 정부 프로그램에 따라 동일한 서비스에 대해 받을 자격이 있는 금액만큼 본 계약에 따른 지불 금액을 줄일 것입니다. 다른 건강 보험에는 보험사, Blue Cross 및 Blue Shield Plan이나 HMO 또는 유사한 프로그램의 보장이 포함됩니다. 건강 혜택 플랜에는 고용주, 수탁자, 조합, 고용주 조직 또는 직원 혜택 조직에서 제공하거나 마련한 것과 같은 셀프 보험 또는 비보험 플랜이 포함됩니다. 정부 프로그램에는 신체 장애 아동 프로그램 및 조기 개입 프로그램을 제외한 Medicare 또는 기타 연방, 주 또는 지방 정부 프로그램이 포함됩니다.

14. **무과실 자동차 보험.** 당사는 의무적인 자동차 무과실 혜택이 적용되는 서비스에 대해 비용을 지불하지 않습니다. 귀하가 무과실 자동차 보험에 따라 받을 수 있는 혜택을 청구하지 않더라도 당사는 어떠한 비용도 지불하지 않습니다.
15. **기타 예외사항.** 당사는 다음 항목에 대해 비용을 지불하지 않습니다.
  - a. 성전환 시술 또는
  - b. 보호 관리
16. **근로자 보상.** 근로자 보상법 또는 유사한 법률에 따라 청구가 접수되고 혜택을 받은 경우 당사는 부상, 질환 또는 질병과 관련된 서비스 또는 치료에 대해 보장을 제공하지 않습니다.

## 섹션 10 - 이 계약의 보험료

1. **보험료 금액.** 본 계약의 보험료 금액은 당사가 결정하고 뉴욕주의 보험 감독관이 승인합니다.
2. **귀하의 보험료 분담.** 뉴욕주법에 따라 귀하는 보험료 비용을 분담해야 할 수도 있습니다. 필요한 분담금이 있는 경우 알려드리겠습니다.
3. **유예 기간.** 본 계약의 모든 보험료는 한 달 전에 납부해야 합니다. 그러나 첫 달을 제외한 모든 보험료의 납부에 대해 30일의 유예 기간을 허용합니다. 즉, 각 자녀의 첫 달 보험료를 제외하고 납부 기한으로부터 30일 이내에 당사가 보험료를 받으면 그에 따라 보장되는 전체 기간 동안 본 계약에 따른 보장을 계속합니다. 30일의 유예 기간 내에 당사가 보험료를 받지 못하면 본 계약에 따른 보장은 납부 기한이 있는 달의 말일에 종료됩니다.
4. **보험료가 납부되지 않은 경우 서비스 비용 지불에 대한 동의.** 보험료가 납부되지 않은 기간에 대해서는 어떠한 서비스도 받을 수 없습니다. 해당 기간 동안 서비스를 받은 경우 귀하는 받은 서비스에 대한 비용을 지불하는 데 동의합니다.
5. **보험료 변경.** 본 계약의 보험료 또는 귀하의 분담금이 증가하거나 감소하는 경우 당사는 최소 30일 전에 서면으로 변경 사항을 통지할 것입니다.
6. **소득 또는 가구 규모의 변경.** 귀하는 소득이나 가구 규모가 변경될 때마다 가족 보험료 분담금을 검토하도록 당사에 요청할 수 있습니다. **1-800-303-9626** 번으로 전화하거나 Child Health Plus 핫라인 **1-800-698-4543** 번으로 전화하여 검토를 요청할 수 있습니다. 그 때 당사는 검토를 수행하는 데 필요한 양식과 문서 요구사항을 귀하에게 제공할 것입니다. 귀하의 가족 보험료 분담금을 재평가하고 검토를 수행하는 데 필요한 요청 및 문서를 수령한 후 영업일 기준 10일 이내에 결과를 알려드릴 것입니다. 검토 결과 귀하의 가족 보험료 분담금이 변경되는 경우, 완료된 검토 요청 및 증빙 문서를 수령한 날로부터 40일 이내에 해당 변경사항을 적용할 것입니다.

## 섹션 11 - 보장의 종료

1. **보험료 미납의 경우.** 귀하가 본 계약의 보험료를 납부해야 하는 경우 당사가 귀하의 보험료를 받지 못하면 본 계약은 30일의 유예 기간이 끝날 때 종료됩니다. 예를 들어, 보험료 납부 기한이 7월 1일이고 30일 유예 기간이 끝나는 7월 31일까지 납부하지 않으면 본 계약에 따라 당사는 7월 31일 이후에 제공되는 서비스에 대해 비용을 지불하지 않습니다.
2. **서비스 지역 밖으로 이사하는 경우.** 귀하가 서비스 지역에 영구적으로 거주하지 않을 경우 본 계약이 종료됩니다.
3. **귀하가 더 이상 자격 요건을 충족하지 않는 경우.** 다음과 같은 경우 본 계약이 종료됩니다.
  - A. 1. 만 19세가 되는 달의 말일 또는
  - B. Medicaid 프로그램에 등록된 날짜 또는
  - C. 다른 건강 혜택 프로그램(고용주 그룹, 노조 또는 기타 협회를 통한 보험 또는 셀프 보험 프로그램 포함)에 따라 보장을 받게 된 날짜.
4. **Child Health Plus 프로그램의 종료.** 본 계약은 Child Health Plus 프로그램을 수립하는 뉴욕주 법률이 종료되거나 주정부가 본 계약을 종료하는 날짜 또는 본 Child Health Plus 프로그램을 위한 뉴욕주의 자금 지원이 더 이상 제공되지 않는 날짜에 자동으로 종료됩니다.
5. **본 계약을 해지할 수 있는 당사의 권리.** 당사는 다음과 같은 이유로 언제든지 본 계약을 해지할 수 있습니다.
  - A. 본 계약에 따라 등록을 신청하거나 서비스를 받는 데 있어서 사기 행위.
  - B. 그러한 해지 당시 보험 감독관에게 제출되고 승인된 기타 사유. 그러한 기타 사유의 사본이 귀하에게 전달될 것입니다. 당사는 이러한 해지에 대해 최소 30일 전에 서면으로 귀하에게 통지해야 합니다.
  - C. 이 계약이 속한 유형의 계약 중단은 5개월 이상 전에 그러한 종료에 대해 서면으로 통지해야 합니다.
  - D. 당사가 재인증을 위해 요청하는 문서를 제공하지 않는 경우.

6. **본 계약을 해지할 수 있는 귀하의 권리.** 귀하는 최소 한 달 전에 통지하여 언제든지 본 계약을 해지할 수 있습니다. 당사는 귀하가 선납한 본 계약의 보험료 일부를 환불해 드립니다.
7. **귀하의 사망.** 본 계약은 귀하의 사망일에 자동으로 해지됩니다.
8. **해지 후 혜택.** 귀하가 본 계약이 종료되는 날짜에 완전한 장애가 있고 본 계약에 따라 보장되는 동안 전체 장애를 야기한 질병, 부상 또는 질환에 대해 의료 서비스를 받은 경우, 당사는 다음 날짜 중 첫 번째 날짜까지 전체 장애의 중단 없는 기간 동안 전체 장애와 관련된 질병, 부상 또는 질환에 대해 계속 비용을 지불합니다.
  - 귀하가 더 이상 완전한 장애가 아니라는 당사의 단독 판단에 따른 날짜 또는
  - 본 계약이 종료된 날로부터 12개월의 날짜.

당사는 본 계약에 따른 귀하의 보장이 종료되지 않은 경우 귀하가 받았을 치료보다 더 많은 치료에 대해 비용을 지불하지 않습니다.

9. **종료된 보장 대체.** MetroPlus Health Plan은 New York City Health and Hospitals Corporation 직원을 위한 그룹 관리형 의료 플랜 이외의 상업 보험 상품을 제공하도록 허가되지 않았습니다. 귀하가 19세가 되었거나 Child Health Plus 프로그램이 종료되어 본 계약이 종료되는 경우 당사는 개인 건강 보험을 판매하는 다른 보험 회사에 대한 정보를 귀하에게 제공할 것입니다.

## 섹션 12 - 조치 및 불만

### 이의 제기

서비스를 받기 전 또는 계속 서비스를 받기 위해 승인을 받아야 하는 일부 치료와 서비스가 있습니다. 이를 **사전 승인**이라고 합니다. **치료 또는 서비스의 승인을 요청하는 것을 서비스 승인 요청이라고 합니다.** 이 절차는 이 핸드북의 뒷부분에 설명되어 있습니다. 서비스 승인 요청을 거부하거나 요청보다 적은 분량을 승인하는 모든 결정을 **조치**라고 합니다.

귀하의 치료에 대한 당사의 결정에 만족하지 않을 경우, 귀하가 취할 수 있는 단계가 있습니다.

### **담당 서비스 제공자가 재고를 요청할 수 있습니다:**

담당 의사와 상의하지 않고 귀하의 서비스 승인 요청에 대한 결정을 내린 경우, 담당 의사가 플랜의 메디컬 닥터와 상의하도록 요청할 수 있습니다. 메디컬 닥터는 1영업일 이내에 담당 의사에게 알려줘야 합니다.

### **귀하는 이의를 제기할 수 있습니다:**

- 귀하의 서비스 승인 요청에 대해 당사가 취한 조치나 내린 결정에 만족하지 않을 경우, 당사로부터 답변을 들은 후 최소한 90일 이내에 이의를 제기할 수 있습니다.
- 본인이 직접 이의를 제기하거나 귀하가 신뢰하는 사람에게 대신 이의를 제기하도록 요청할 수 있습니다. 이의 제기와 관련하여 도움이 필요한 경우 회원 서비스(1-800-303-9626)로 문의할 수 있습니다.
- 당사는 귀하가 이의를 제기한다고 해서 귀하를 다르게 대우하거나 나쁘게 대우하지 않을 것입니다.
- 이의 제기는 전화 또는 서면으로 할 수 있습니다. 전화로 이의를 제기할 경우 서면으로 후속 절차를 밟아야 합니다.

### **다음과 같은 경우 귀하의 이의 제기는 신속 절차를 통해 검토됩니다:**

- 귀하나 담당 의사가 신속 절차를 통해 귀하의 이의 제기를 검토하도록 요청하는 경우. 담당 의사가 지연되면 귀하의 건강에 얼마나 해를 입힐 수 있는지 설명해야 합니다. 신속 처리 요청이 거부되면 귀하에게 알려주고 귀하의 이의 제기는 일반 절차에 따라 처리됩니다.
- 귀하가 현재 받고 있는 치료를 계속 받거나 받고 있는 서비스를 연장할 필요가 있다고 요청했지만 귀하의 요청이 거부된 경우
- 신속 이의 제기는 전화로 진행할 수 있고 후속 서면 절차가 필요하지 않습니다.

## 이의 제기를 접수한 후 어떻게 처리되니까?

- 15일 이내에 당사는 귀하의 이의 제기 진행 상황을 알려주는 서신을 보냅니다.
- 임상 문제에 대한 이의 제기는 최초 결정에 참여하지 않은 자격을 갖춘 의료 전문가, 한 명 이상의 임상 피어 검토자가 결정할 것입니다.
- 비임상 결정은 최초 결정에 참여한 사람들보다 높은 레벨에서 일하는 사람들이 처리합니다.
- 이의를 제기하기 전이나 제기하는 동안, 귀하나 귀하의 지명인은 귀하의 사례에 대해 결정을 내리는 데 사용되는 의료 기록과 기타 문서 및 기록물을 포함하여 귀하의 사례 파일을 볼 수 있습니다.
- 인편이나 서면으로 결정을 내리는 데 사용되는 정보를 제공할 수도 있습니다.
- 해당되는 경우 당사의 결정 이유와 임상 근거를 제공받게 됩니다. 여전히 만족하지 못한 경우 귀하의 추가 이의 제기 권리에 대해 설명을 듣거나 귀하 또는 귀하가 신뢰하는 사람이 **1-800-206-8125** 번으로 뉴욕주 보건부에 불만을 제기할 수 있습니다.

## 조치 이의 제기 처리 일정:

- 표준 이의 제기: 당사가 필요한 모든 정보를 얻은 경우, 결정에 대해서 이의 제기 날짜 기준 30일 이내에 알려드릴 것입니다. 결정을 내리면 2영업일 이내에 서면으로 결정 통지를 보내드립니다.
- 신속 이의 제기: 당사가 필요한 모든 정보를 갖게 되면 귀하의 이의 제기로부터 2영업일 이내에 신속 이의 제기 결정을 내립니다. 추가 정보가 필요하면 귀하의 이의 제기를 접수한 후 3영업일 이내에 귀하에게 알려드립니다. 전화로 결정 사항을 알려주고 나중에 서면 통지를 보내드립니다.

## 귀하의 조치 이의 제기에 대해서 표준 또는 신속 처리 결정을 내리기 위한 추가 정보가 필요한 경우, 당사는:

- 귀하에게 서신을 보내서 어떤 정보가 필요한지에 대해서 알릴 것입니다. 귀하의 요청이 신속 검토인 경우, 바로 전화하고 나중에 서면 통지를 보냅니다.

- 귀하의 최대 관심사인 지연의 이유를 알려드립니다.
- 추가 정보를 요청한 날부터 14일 이내에 결정을 내립니다.

귀하, 담당 서비스 제공자 또는 귀하가 신뢰하는 사람이 더 시간을 갖고 결정을 내리도록 당사에 요청할 수도 있습니다. 이는 플랜이 귀하의 사례를 결정하는 데 도움이 되는 추가 정보를 귀하가 갖고 있을 수도 있기 때문입니다. 전화 (1-800-303-9626)나 서면으로 요청할 수 있습니다.

귀하의 조치 이의 제기를 검토하는 데 더 많은 시간을 갖기로 한 당사의 결정에 동의하지 않는 경우 귀하 또는 귀하가 신뢰하는 사람이 플랜에 불만을 제기할 수 있습니다. 귀하 또는 귀하가 신뢰하는 사람이 뉴욕주 보건부(1-800-206-8125)에 전화하여 검토 시간에 대한 불만을 제기할 수 있습니다.

당사가 귀하의 이의 제기에 대해 결정을 내리지 않으면 귀하에 대한 원래 결정이 자동으로 취소되어 귀하의 서비스 승인 요청이 승인됩니다.

### 치료에 대한 결정 이의 제기 동안 계속 지원:

일부 경우에 귀하의 이의 제기에 대한 결정을 기다리는 동안 계속 서비스를 받을 수 있습니다. 귀하가 이의를 제기하는 경우 다음 기간 동안 종료되거나 축소될 예정인 서비스를 계속 받을 수 있습니다.

- 귀하의 요청이 거부되거나 치료가 변경된다는 통보를 받은 후 10일 이내
- 서비스 변경이 발생할 예정인 날짜까지

이의를 제기하면 귀하가 계속 받은 혜택에 대한 비용을 지불해야 할 수도 있습니다.

### **외부 이의 제기**

플랜이 의학적으로 필요하지 않거나 실험용 또는 조사용이라는 이유로 귀하와 담당 의사가 요청한 의료 서비스에 대한 보장을 거부하기로 결정하는 경우, 귀하는 뉴욕주에 독립적인**외부 이의 제기**를 요청할 수 있습니다. 이는 의료 플랜 또는 주에서 근무하지 않는 검토자가 결정하기 때문에 외부 이의 제기라고 합니다. 이러한 검토자는 뉴욕주에서 승인한 자격을 갖춘 사람들입니다. 서비스는 플랜의 혜택 패키지에 포함되어 있거나 실험적 치료여야 합니다. 귀하는 외부 이의 제기에 대해 비용을 지불할 필요가 없습니다.

주정부에 이의를 제기하기 전에:

1. 귀하는 플랜에 조치 이의 제기를 하고 플랜의 최종 반론을 들어야 합니다. 또는
2. 귀하가 신속 조치 이의 제기를 신청했는데 플랜의 결정에 만족하지 않는 경우, 플랜에 표준 이의 제기를 신청하거나 직접 외부 이의 제기로 갈 수 있습니다. 또는
3. 귀하와 플랜은 플랜의 이의 제기 절차를 생략하고 바로 외부 이의 제기로 가는 데 동의할 수 있습니다.

귀하는 플랜의 최종 반대 결정을 받은 후 외부 이의 제기를 요청하기까지 45일의 시간이 있습니다. 귀하와 플랜이 플랜의 이의 제기 절차를 생략하기로 동의한 경우, 귀하는 해당 동의가 이루어진 후 45일 이내에 외부 이의 제기를 요청해야 합니다.

원할 경우 귀하의 의료 플랜에 대한 추가 이의 제기를 이용할 수 있습니다. 하지만 외부 이의 제기를 하려는 경우, 플랜이 최종 반론을 통지한 후 또는 귀하와 플랜이 이의 제기 절차를 생략하기로 합의한 날로부터 45일 이내에 주정부 보험과에 신청서를 제출해야 합니다.

**시간 내에 신청서를 제출하지 않으면 외부 이의 제기에 권리를 잃게 됩니다.**

외부 이의 제기를 요청하려면 신청서를 작성하여 주정부 보험과로 보내십시오. 이의 제기와 관련하여 도움이 필요한 경우 회원 서비스 (1-800-303-9626)로 문의할 수 있습니다. 귀하와 담당 의사는 귀하의 의학적 문제에 대한 정보를 제공해야 합니다.

다음은 신청서를 얻는 몇 가지 방법입니다:

- 주정부 보험과(1-800-400-8882)에 전화합니다.
- 주정부 보험과 웹사이트 [www.ins.state.ny.us](http://www.ins.state.ny.us)를 방문합니다.
- 건강 플랜(1-800-303-9626)에 연락합니다.

귀하의 외부 이의 제기는 30영업일 이내에 결정됩니다. 외부 이의 제기 검토자가 추가 정보를 요청할 경우 시간이 더 걸릴 수도 있습니다(최대 5영업일). 귀하와 플랜은 결정이 내려진 후 2일 이내에 최종 결정을 듣게 됩니다.

의사가 지연이 건강에 심각한 해를 끼칠 것이라고 말하는 경우 더 빠른 결정을 얻을 수 있습니다. 이를 **신속 외부 이의 제기**라고 합니다. 외부 이의 제기 검토자는 3일 이내에 신속 이의 제기를 결정합니다. 검토자가 전화나 팩스로 즉시 귀하와 플랜에 결정 사실을 알려줍니다. 나중에 귀하에게 결정을 알려주는 서신을 보냅니다.

## **불만 처리 절차**

### **불만 제기:**

당사 의료 플랜이 귀하에게 유용한 서비스를 제공하기를 희망합니다. 귀하에게 문제가 있는 경우 담당 PCP와 상담하거나 전화나 서면으로 회원 서비스에 문의하십시오. 대부분의 문제는 즉석에서 해결할 수 있습니다. 치료 또는 서비스와 관련하여 문제나 분쟁이 있는 경우, 플랜이 불만을 제기할 수 있습니다. 전화로 즉시 해결할 수 없는 문제나 우편으로 보낸 불만은 아래 설명된 당사의 불만 처리 절차에 따라 처리됩니다.

신뢰하는 사람(법정 대리인, 가족, 친구 등)에게 대신 불만을 제기하도록 요청할 수 있습니다. 만일 귀하가 청각 또는 시각 장애로 인해 도움이 필요하거나 번역 서비스를 필요로 하거나 또는 양식을 작성하는데 도움이 필요한 경우, 당사는 귀하를 도와드릴 수 있습니다. 당사는 불만 제기에 대해 귀하를 힘들게 만드는 어떠한 조치도 취하지 않습니다.

또한 뉴욕주 보건부(1-800-206-8125)나 다음 주소로 불만 사항을 접수할 권리도 있습니다: NYSDOH Office of Managed Care, Bureau of Managed Care Certification and Surveillance, Room 1911 Coming Tower ESP, Albany, NY 12237. 언제든지 귀하의 지역 사회복지부에 불만을 제기할 수도 있습니다. 청구 관련 불만 사항이 있는 경우 뉴욕주 보험과(1-800-342-3736)에 문의할 수 있습니다.

### **플랜에 불만을 제기하는 방법:**

전화로 불만을 제기하려면 회원 서비스로 문의하십시오(1-800-303-9626, 월요일-토요일 오전 8시-오후 8시). 퇴근 후에 문의하려면 메시지를 남기십시오. 다음 영업일에 답변을 드립니다. 결정을 내리기 위해 추가 정보가 필요하면 귀하에게 알려드립니다.

불만 사항을 서면으로 제출할 수도 있습니다. 다음 주소로 우편 발송하십시오:

**MetroPlus Health Plan**  
**50 Water Street, 7th Floor**  
**New York, NY 10004**

**Attention: Member Services**

**이후 처리 절차:**

당사가 전화나 서면으로 불만 사항을 받은 후에 즉시 문제를 해결하지 못하면 15영업일 이내에 서신을 보내드립니다. 서신에서 다음 내용을 알려드립니다:

- 귀하의 불만 사항을 담당하는 사람
- 담당자에게 연락하는 방법
- 추가 정보가 필요한지 여부

자격을 갖춘 한 명 이상의 사람들이 귀하의 불만 사항을 검토합니다. 귀하의 불만 사항이 임상 문제인 경우, 한 명 이상의 의료 전문가가 귀하의 사례를 검토할 것입니다.

**귀하의 불만 사항을 검토한 후:**

- 당사가 귀하의 불만 사항에 답변하는 데 필요한 모든 정보를 갖게 되면 45일 이내에 결정된 사항을 알려드립니다. 하지만 귀하는 당사가 귀하의 불만 사항을 접수한 후 60일 이내에 답변을 받게 됩니다. 당사는 결정의 이유를 서면으로 알려드립니다.
- 지연의 발생이 귀하의 건강에 위험을 발생시키는 경우, 당사는 귀하의 이의 제기에 답변하기 위한 모든 정보를 받은 이후 48시간 내에 알려드리겠지만, 귀하는 당사가 귀하의 이의 제기를 접수한 후 늦어도 7일 내에 당사의 결정에 대해 듣게 될 것입니다. 당사는 결정 사항에 대해 귀하에게 전화로 알려드리거나 귀하에게 알려드리기 위해서 연락하도록 노력할 것입니다. 귀하는 3영업일 이내에 후속 연락을 위한 서신을 받게 될 것입니다.

- 귀하가 당사의 결정에 만족하지 않으면 필요한 양식을 포함하여 이의를 제기하는 방법을 알려드릴 것입니다.
- 만일 당사가 충분한 정보를 갖지 못해서 귀하의 이의 제기에 대한 결정을 내릴 수 없다면, 당사는 서신을 보내서 알려드릴 것입니다.

### **불만 이의 제기:**

귀하의 불만 사항에 대해 당사가 내린 결정에 동의하지 않으면 귀하 또는 귀하가 신뢰하는 사람이 플랜에 **불만 이의 제기**를 할 수 있습니다.

### **불만 이의 제기를 하는 방법:**

- 당사가 내린 결정에 만족하지 않을 경우, 당사에게 답변을 들은 후 최소한 90영업일 이내에 이의를 제기할 수 있습니다.
- 본인이 직접 이의를 제기하거나 귀하가 신뢰하는 사람에게 대신 이의를 제기하도록 요청할 수 있습니다.
- 이의 제기는 반드시 서면으로 신청해야 합니다. 전화로 이의를 제기할 경우 서면으로 후속 절차를 밟아야 합니다.

### **불만 이의 제기를 접수한 후 어떻게 처리되니까?**

전화나 서면으로 불만 이의 제기를 받은 후에 15영업일 이내에 서신을 보내드립니다. 서신에서 다음 내용을 알려드립니다:

- 귀하의 불만 이의 제기를 담당하는 사람
- 담당자에게 연락하는 방법
- 추가 정보가 필요한지 여부

귀하의 불만 사항에 대해 최초 결정을 내린 사람들보다 높은 레벨의 자격을 갖춘 한 명 이상의 사람들이 귀하의 불만 이의 제기를 검토합니다. 귀하의 불만 이의 제기가 임상 문제와 관련된 경우, 귀하의 불만 사항에 대해 최초 결정을 내리는 데 개입하지 않은 한 명 이상의 의료 전문가가 최소한 한 명 이상의 임상 피어 검토자와 함께 귀하의 사례를 검토할 것입니다.

당사가 모든 정보를 갖고 있는 경우 30영업일 이내에 결정 사항을 알려드립니다. 지연이 귀하의 건강에 위협할 경우 이의 제기를 결정하는 데 필요한 모든 정보를 받은 후에 2영업일 이내에 결정 사항을 알려드립니다. 해당되는 경우 당사의 결정 이유와 임상 근거를 제공받게 됩니다. 여전히 만족하지 않는 경우, 귀하 또는 귀하가 신뢰하는 사람이 언제든지 귀하를 대신하여 뉴욕주 보건부(1-800-206-8125)에 불만을 제기할 수 있습니다.

### 섹션 13 - 일반 조항

1. **양도 불가.** 귀하는 본 계약의 혜택을 양도할 수 없습니다. 양도나 그렇게 하려는 시도는 무효입니다. 양도는 본 계약에서 제공하는 혜택에 대한 귀하의 권리를 다른 사람이나 조직에 이전하는 것을 의미합니다.
2. **법적 조치.** 귀하는 본 계약에 따라 당사가 서비스 비용 지불을 거부한 날로부터 12개월 이내에 당사를 상대로 법적 조치를 취해야 합니다. 개인 상해, 불법 행위로 인한 사망 또는 부동산이나 개인 재산의 피해를 주장하는 법적 소송을 제기하는 경우, 일반 국내법(General Municipal Law) 50-i 조항에 규정된 대로 90일 이내에 청구 통지서를 제출해야 합니다.
3. **계약 수정.** 뉴욕주의 보험감독관이 변경을 승인하는 경우 본 계약을 변경할 수 있습니다. 당사는 변경 사항이 있을 경우 최소 30일 전에 서면으로 통보합니다.
4. **의료 기록.** 당사는 귀하의 의료 기록을 기밀로 유지하는 데 동의합니다. 본 계약을 관리하기 위해 병원, 의사 또는 귀하를 치료한 다른 서비스 제공자로부터 귀하의 의료 기록을 입수해야 할 수도 있습니다. 귀하가 본 계약에 따라 보장을 받게 되면 귀하는 그러한 기록을 입수하고 사용할 수 있는 권한을 당사에 부여하게 됩니다.
5. **본 계약에 따른 지불 대상.** 당사는 귀하에게 서비스를 제공하기 위해 제휴 서비스 제공자에게 직접 비용을 지불합니다. 귀하가 다른 서비스 제공자로부터 보장된 서비스를 받는 경우 당사는 귀하 또는 해당 서비스 제공자에게 비용을 지불할 권리를 보유합니다.
6. **통지** 본 계약에 따른 모든 통지는 미국 우편(우송료 선불)으로 제공될 수 있으며 주소는 다음과 같습니다.

당사: MetroPlus Health Plan  
50 Water Street, 7th Floor  
New York, NY 10004

귀하: 등록 또는 공식 주소  
변경 양식에 귀하가  
제공한 가장 최근 주소.

## 2부

### MetroPlusHealth 정보 및 특별 서비스

#### A - MetroPlus Health Plan 소개

**MetroPlus Health Plan**은 질병 및 부상 치료는 물론 예방 치료 보장을 포함하여 모든 범위의 건강 관리 혜택을 제공하는 건강 관리 기관("HMO")입니다. 이 플랜은 New York City Health and Hospitals Corporation(HHC)에서 소유하고 운영합니다. 당사의 제휴 서비스 제공자에는 HHC의 많은 병원과 건강 센터는 물론 귀하의 지역사회에 있는 다른 많은 의료 서비스 제공자가 포함됩니다.

MetroPlus Health Plan은 다음 주소에 사무실을 두고 있습니다.

MetroPlus Health Plan  
50 Water Street, 7th Floor  
New York, NY 10004

#### B - MetroPlusHealth 시작하기

**환영 서신, ID 카드 및 처방 카드:** 귀하의 등록이 처리된 후 귀하의 보장이 시작되는 날짜를 알려주는 환영 서신을 보내드릴 것입니다. 귀하는 멤버십이 발효된 직후 귀하의 MetroPlus Child Health Plus ID 카드와 처방 카드를 받게 됩니다. ID 카드에는 이름, 주소, 식별 번호, 주치의의 이름과 전화번호, "유효일"(보험 보장이 시작되는 날짜)이 표시되어 있습니다. 이 정보가 잘못되었거나 우편으로 카드를 받지 못한 경우 무료 전화 **1-800-303-9626** 번으로 회원 서비스에 전화하십시오. ID 카드가 도착하기 전에 서비스가 필요한 경우 서비스 제공자에게 환영 서신을 보여줄 수 있습니다. 서비스 제공자는 회원 서비스에 전화하여 보장 내용을 확인할 수 있습니다.

**신규 회원을 위한 오리엔테이션 세션:** MetroPlus Health Plan에 가입하면 신규 회원을 위한 오리엔테이션 세션에 초대하는 서신을 받게 됩니다.

오리엔테이션 세션은 지역사회의 편리한 의료 시설에서 진행됩니다.

MetroPlusHealth 회원 서비스 담당자가 Child Health Plus 혜택과 플랜 사용 방법에 대해 자세히 알려드릴 것입니다. 참석해 주시기 바랍니다.

**기본 신체 검사.** "기본"은 완전한 검사입니다. 당사는 이 검사를 추천하고 비용을 지불합니다. 귀하의 PCP는 완전한 건강 정보를 수집하여 후속 방문 일정과 예방접종(질병 예방 주사)을 제안할 수 있습니다. 기본 검사는 담당 주치의의 알 수 있는 좋은 방법이기도 합니다. **중요 사항:** 예정된 기본 검사 전에 의료 문제가 발생하면 PCP에 전화하여 더 일찍 예약하십시오.

PCP를 처음 방문할 때 다른 의료 서비스 제공자로부터 의료 기록을 받기 위해 동의서에 서명하라는 요청을 받을 수 있습니다. 이는 일상적인 과정입니다. 완전한 정보를 가지고 있으면 서비스 제공자가 가능한 최상의 치료를 제공하는 데 도움이 됩니다.

**약속 일정 잡기.** 약속을 잡거나 변경하려면 귀하의 건강 관리 사이트에 전화하십시오. 취소 및 변경을 원하실 경우 빠른 시일 내에 전화하시기 바랍니다. 가능하면 약속 시간 최소 24시간 전에 전화하십시오. 이렇게 하면 다른 사람을 위한 시간을 확보할 수 있습니다. 전화할 때 귀하의 이름, MetroPlusHealth Child Health Plus ID 번호 및 의료 기록 번호를 제공할 준비를 해두십시오.

### **C - 회원의 책임**

당사는 신속하고 정중하게 양질의 의료 서비스를 제공하기 위해 최선을 다하고 있습니다. 귀하는 다음과 같이 당사를 도울 수 있습니다.

1. MetroPlusHealth Child Health Plus ID 카드와 약국 혜택 카드를 항상 휴대하십시오.
2. 약속을 지키고 정시에 도착하십시오. 약속을 취소해야 하는 경우 최소 24시간 전에 또는 가능한 한 빨리 취소하십시오.
3. 담당 PCP에게 임신과 같은 의료 상태의 변화를 알려주십시오.
4. 필요한 경우 사전 승인 및 서면 추천을 받으십시오.
5. 멤버십을 계속 유지하려면 매년 재인증해야 합니다.
6. 귀하의 주소나 전화번호가 변경된 경우 회원 서비스에 알려야 합니다.

### **D - 응급 및 긴급 치료**

응급 상황에서는 911에 전화하여 지시를 따르거나 즉시 가장 가까운 응급실로 가십시오. 다음은 긴급 상황의 몇 가지 예입니다.

- 골절
- 호흡곤란
- 발작 또는 경련
- 심한 출혈
- 팔이나 다리의 소실 위험
- 약물 과다복용
- 의식 상실
- 마비
- 언어 상실
- 극심한 흉통
- 심장마비
- 뇌졸중

임신 중인 경우 질 출혈, 심한 복통이나 경련 또는 양수가 터지거나 새는 등의 응급 징후가 나타날 수 있습니다.

**참고:** (제휴 병원이든 아니든) 응급실에 간 경우 귀하 또는 다른 사람이 다음 영업일까지 고객 서비스 부서(1-800-303-9626)에 전화해야 합니다. 귀하가 올바른 후속 치료를 받을 수 있도록 담당 PCP에게 응급실 방문에 대해 알려드릴 것입니다.

**응급 상황은 아니지만 긴급한 문제가 있습니다!** 긴급한 문제가 있지만 응급실 서비스가 필요하지 않습니다. 일반적으로 응급 상황이 아닌 긴급한 문제의 몇 가지 예는 다음과 같습니다.

- 심한 독감
- 열
- 심한 귀 통증

긴급한 문제가 있거나 문제의 심각성을 잘 모를 경우 업무 시간(오전 8시 30분-오후 5시 30분)에 PCP 사무실에 전화하십시오. PCP와 긴급 예약을 하거나 의료 전문가가 어떤 치료가 필요한지 알려줄 것입니다.

**PCP 사무실이 문을 닫은 경우 어떻게 하나요?** 걱정하지 마십시오. 24시간 의료 서비스 핫라인 1-800-442-2560 번으로 전화하십시오. 교환원에게 귀하의 이름, Child Health Plus ID 번호, PCP 이름 및 PCP 사무실 위치를 알려주십시오. 문제를 설명하십시오. 당사는:

- 귀하를 서비스 제공자와 직접 연결하거나
- 가장 가까운 응급실로 안내해 드릴 것입니다.

## E - 특별한 상황에서 치료 받기

**전문의에게 의뢰.** 전문의를 만나려면 먼저 PCP로부터 의뢰를 받아야 합니다. PCP는 어떤 전문의를 만나야 하는지 결정하고 의뢰 양식을 작성합니다.

팩스나 우편으로 전문의에게 의뢰 양식을 보내거나 양식 사본을 전문의에게 가져갈 수 있습니다. 담당 PCP가 전문의와의 예약을 도와줄 수 있습니다. 가입자 계약서 섹션 7(이 책자의 I부)에는 전문의가 귀하의 PCP가 될 수 있는 경우와 전문의 및 전문 진료 센터에 상시 의뢰에 대한 정보가 나와 있습니다.

**MetroPlusHealth** 네트워크에 귀하에게 필요한 치료를 제공할 수 있는 전문의가 없는 경우 네트워크 외부에서 귀하를 위한 전문의를 찾아드립니다. 전문의를 만나기 전에 담당 의사가 **MetroPlusHealth**에 의뢰를 요청해야 합니다. 응급 상황으로 인해 즉시 전문의를 만나야 하는 경우 담당 의사는 의뢰를 요청할 필요가 없습니다.

의뢰를 받으려면 담당 의사가 당사에 몇 가지 정보를 제공해야 합니다. 당사는 이 정보를 모두 받은 후에 3영업일 이내에 귀하가 네트워크 외부 전문의에게 진료를 받을 수 있는지 결정합니다. 하지만 귀하의 요청을 받은 날로부터 결정을 내리기까지 14일 이상 걸리지 않을 것입니다. 지연될 경우 귀하의 건강에 심각한 해를 입힐 것 같다고 담당 의사가 판단하면 귀하 또는 담당 의사는 신속한 검토를 요청할 수 있습니다. 이 경우 당사는 3영업일 이내에 결정하고 귀하에게 결과를 알려드릴 것입니다.

귀하가 **MetroPlusHealth** 결정에 동의하지 않는 경우 이의를 제기할 수 있습니다(방법은 이 핸드북의 28페이지 참조). **1-800-303-9626** 번으로 **MetroPlusHealth** 고객 서비스에 전화할 수도 있습니다.

귀하의 PCP 또는 **MetroPlusHealth**가 귀하를 당사 네트워크 외부 서비스 제공자에게 의뢰하는 경우, 귀하는 이 핸드북에 설명된 본인 부담금을 제외한 모든 비용에 대해 책임을 지지 않습니다.

**산부인과 서비스를 위한 셀프 의뢰.** **MetroPlusHealth** 산부인과 제공자와 약속을 잡기 위해 PCP의 의뢰가 필요하지 않습니다. 이 서비스 제공자는 산부인과 의사, 산부인과 전문의, 전문 간호사 또는 유연허 조산사가 될 수 있습니다.

**HIV 검사 및 상담.** 모든 HIV 검사 및 상담은 기밀로 유지됩니다. 검사받기를 원할 경우 **MetroPlusHealth** 서비스 제공자를 방문할 수 있습니다. 또는 본인만 검사 결과를 알 수 있는 뉴욕시 또는 뉴욕주 익명 검사 프로그램에 갈 수 있습니다. 어느 쪽이든 의뢰는 필요하지 않습니다.

임신한 경우 귀하와 귀하의 아기가 Medicaid 자격이 있을 수 있습니다. 당사는 자격 여부를 확인하는 방법을 알려드립니다. **1-800-303-9626** 번으로 회원 서비스에 전화하십시오.

**유방절제술 관련 서비스.** 귀하가 유방절제술을 받은 경우 유방, 보형물 사이의 대칭을 위한 재건 및 수술, 유방절제술로 인한 합병증(림프부종 포함)의 치료를 포함한 유방절제술 관련 서비스를 받을 수 있습니다. 자세한 내용은 **1-800-303-9626** 번으로 회원 서비스에 문의하십시오.

## F - 이용 검토

이용 검토는 치료가 의학적으로 필요한지 여부를 결정하는 절차이며 MetroPlusHealth에서 승인하거나 비용을 지불합니다. UR 직원은 월요일-금요일 오전 8시 30분부터 오후 5시까지 근무합니다.

**1-800-303-9626** 번으로 회원 서비스에 전화하거나 **212-908-8521** 번으로 이용 검토 요청을 팩스로 보낼 수 있습니다. 회원 서비스 담당자가 절차에 대한 질문에 답변하고 필요한 경우 이용 검토(UR) 부서로 전화를 연결할 것입니다.

당사는 의료 문제로 즉시 도움이 필요한 경우 24시간 의료 서비스 핫라인 (**1-800-442-2560**)을 운영하고 있습니다. UR 직원이 다음 영업일에 귀하의 메시지에 답변을 드릴 것입니다.

**사전 승인:** 다음 서비스는 귀하의 PCP 또는 MetroPlusHealth가 사전에 승인해야 합니다.

PCP는 다음 항목에 대한 의뢰를 승인할 수 있습니다.

- 특수 치료.
- 내구성 의료 장비.
- 방사선 서비스(MRI, CT 등 포함).
- 실험실 서비스.
- 재택 치료.
- 청각/청력 검사.

PCP는 다음 항목에 대해 MetroPlusHealth로부터 사전 승인을 받아야 합니다.

- 전문의에게 상시 의뢰.
- 선택적 병원 입원.
- 선택적 외래 시술.
- MetroPlusHealth 네트워크에 속하지 않은 서비스 제공자에게 의뢰.

사전 승인을 요청하면 MetroPlusHealth가 결정을 내리는 데 필요한 정보를 받은 후 3영업일 이내에 UR 결정이 내려지고 귀하(또는 지정된 대리인) 및 귀하의 의료 서비스 제공자에게 전달됩니다.

**동시 UR:** 귀하가 현재 받고 있는 승인된 치료를 계속하거나 연장하기 위해 승인을 요청하면 결정을 내리는 데 필요한 정보를 받은 후 1영업일 이내에 결정이 내려지고 전화 및 서면으로 귀하의 의료 서비스 제공자에게 전달됩니다.

**서비스 제공 후:** 이용 검토가 이미 받은 서비스에 대한 비용 지불과 관련이 있는 경우, 필요한 모든 정보를 받은 후 30일 이내에 결정을 내리고 서비스 제공자에게 서면으로 전달합니다.

**MetroPlusHealth가 필요한 기간 내에 최초 UR 결정을 내리지 못하는 경우** 이의 제기 대상이 되는 불리한 결정으로 간주됩니다.

**불리한 결정 통지:** MetroPlusHealth가 승인 또는 지불을 요청한 서비스가 의학적으로 필요하거나 필요하지 않다고 결정하는 경우, 당사는 결정에 대한 이유를 설명하고 귀하가 만족하지 않을 경우 귀하 또는 귀하의 서비스 제공자가 이의를 제기할 수 있는 방법을 설명할 것입니다.

**재검토 및 이의 제기:** 당사가 귀하의 의료 서비스 제공자가 추천하는 서비스를 승인하지 않기로 결정하고 해당 서비스 제공자와 통화하지 않은 경우, 서비스 제공자는 결정을 재검토하도록 요청할 수 있습니다. 재검토는 요청 후 1영업일 이내에 이루어집니다. 불리한 결정에 대해 이의를 제기할 수 있습니다. MetroPlusHealth UR 이의 제기 및 뉴욕주 외부 이의 제기에 대한 정보는 이 책자(가입자 계약서) I부 섹션 11을 참조하십시오.

MetroPlusHealth는 다음과 같은 경우 사전 승인된 치료 서비스 또는 시술을 소급하여 취소할 수 있습니다. (1) 당사에 제시된 관련 의료 정보가 사전 승인 검토 중에 제시된 정보와 실질적으로 다른 경우, (2) 소급 검토 시 당사에

제시된 관련 의료 정보가 사전 승인 시점에 존재했지만 당사에서  
보류되었거나 당사에 제공되지 않은 경우, (3) 사전 승인 검토 당시 정보의  
존재를 인식하지 못한 경우, (4) 당사가 이 정보를 알고 있었다면 요청한 치료,  
서비스 또는 절차가 승인되지 않았을 경우. 결정은 사전 승인 검토 중에  
사용된 것과 동일한 특정 표준, 기준 또는 절차를 사용하여 이루어집니다.

## G - 회원 서비스로부터 도움 받기

MetroPlusHealth 회원 서비스 담당자가 귀하를 도와드릴 것입니다. 문제나  
불만 사항이 있거나 단순히 정보가 필요한 경우 다음 단계를 따르십시오.

1. 무료 전화 **1-800-303-9626** 번으로 월요일-토요일 오전 8시-오후 8시에 회원  
서비스에 전화하십시오. 회원 서비스 담당자가 문제 해결을 돕거나  
필요한 정보를 제공할 것입니다.
2. 기다릴 수 없다고 생각되는 회원 서비스 문제로 업무의 시간에 전화할  
수도 있습니다. 자동응답기가 귀하의 전화에 응답하고 제공할 정보를  
알려줄 것입니다. 회원 서비스 담당자가 다음 영업일에 직접 전화를  
드릴 것입니다.
3. 회원 서비스에 전화해도 해결되지 않는 문제가 있는 경우 당사에  
공식적으로 불만을 제기하거나 뉴욕주 보건부에 불만을 제기할 수  
있습니다. (불만을 제기하는 방법은 섹션 11 을 참조하십시오.)

당사의 회원 서비스 담당자는 항상 귀하의 문제와 우려 사항을 해결하기 위해  
노력하겠지만, 의료 문제에 대해서는 항상 담당 PCP에게 먼저 연락해야  
합니다.

## H - 영어를 구사하지 못하는 회원 및 청각 또는 시각 장애가 있는 회원을 위한 지원

이 소책자는 영어 외에 스페인어로도 제공됩니다. 점자 및 오디오 테이프로도  
제공됩니다.

서비스 제공자 명부에는 영어 외에 서비스 제공자가 구사하는 언어가  
나열되어 있습니다. 통역 서비스는 많은 서비스 제공자 사이트에서  
제공됩니다. 스페인어, 아이티 크리올어, 러시아어 및 중국어로 도움을 줄 수  
있는 회원 서비스 담당자가 있습니다. 필요한 경우 당사는 ATT Language  
Bank를 통해 통역 서비스를 제공합니다.

TDD 기계를 사용할 수 있는 청각 장애인 회원은 **1-800-881-2812** 번으로 전화하여 문의할 수 있습니다.

## **I - 사기 방지**

귀하는 의료 사기를 예방할 수 있습니다. MetroPlus Health Plan ID 카드를 신용 카드처럼 보호하십시오. 낯선 사람에게 ID 번호를 알려주는 것에 주의하십시오. 누군가가 귀하의 카드를 사용하여 사기를 저지를 수 있습니다. ID 카드를 분실하거나 도난당한 경우 즉시 MetroPlusHealth 회원 서비스에 연락하십시오. 또한 MetroPlusHealth에서 비용을 지불해야 하는 서비스에 대한 청구서를 받으면 회원 서비스에 전화하십시오.

## **J - 전문의료행위 사무국**

서비스 제공자의 면허에 대해 궁금한 사항이 있는 경우 뉴욕주 전문의료행위 사무국에 전화할 수 있습니다. 월요일-금요일 오전 8시 30분-오후 5시에 무료 전화 **1-800-663-6114** 번으로 전화하십시오.

## **K - 플랜 정책 및 절차에 회원 의견 반영**

MetroPlus Health Plan을 개선하는 방법에 대한 귀하의 의견을 환영합니다. 제안 사항이 있으면 **1-800-303-9626** 번으로 전화하거나 다음 주소로 서신을 보내주십시오.

MetroPlus Health Plan  
50 Water Street, 7th Floor  
New York, NY 10004  
Attention: Member Services Department

## **L - 서비스 제공자 지불 방법**

MetroPlusHealth는 두 가지 방법으로 서비스 비용을 지불합니다. 1차 진료의 경우 각 MetroPlusHealth 회원에 대해 매달 고정 금액을 지불합니다. 이 금액은 귀하가 PCP를 방문하는 횟수 또는 귀하가 받는 1차 진료 서비스 횟수에 영향을 받지 않습니다. 다른 모든 서비스의 경우 실제로 제공된 서비스에 대해

서비스 제공자가 비용을 청구하면 당사가 계약에 명시된 요율로 비용을 지불합니다. 당사는 원천징수, 이익 공유 또는 의사가 더 적은 서비스를 제공하도록 장려할 수 있는 기타 지불 방법을 사용하지 않습니다.

### **M - 요청 시 사용 가능한 기타 정보**

다음 정보를 사용할 수 있습니다. 이 정보를 요청하려면 **1-800-303-9626** 번으로 회원 서비스에 전화하십시오.

- MetroPlusHealth 임원 및 이사의 이름과 주소.
- 가장 최근의 연간 재무제표 사본.
- 보험 부서 소비자 불만 정보.
- MetroPlusHealth 기밀 보호 절차.
- 당사가 비용을 지불하는 의약품 목록.
- 당사가 품질 관리를 보장하기 위해 하는 일에 대한 설명.
- 실험용 또는 연구용 약품, 장치 또는 치료법을 승인하기로 결정한 방법에 대한 설명.
- 당사 의료 서비스 제공자의 MetroPlusHealth 병원 제휴에 대한 정보.
- 특정 질병 또는 의학적 문제의 치료에 대한 MetroPlusHealth 서면 의료 표준(서면 요청 시).
- 의료 서비스 제공자가 MetroPlusHealth 서비스 제공자가 되기 위한 신청 절차 및 최소 자격.
- 사전 지시서에 대한 추가 정보.

### **N - MetroPlusHealth 회원 권리장전**

MetroPlus Health Plan 회원 권리장전은 제휴 보건 센터에서 치료를 받는 회원에게 다음과 같은 권리를 부여합니다.

1. 신체적, 정서적 상태에 관계없이 배려, 품위 및 존중으로 대우받을 권리.
2. 귀하가 쉽게 이해할 수 있는 언어로 진단, 치료 및 결과에 관한 완전한 정보를 얻을 권리.
3. 귀하의 진료에 관련된 모든 사람의 이름, 직책 및 기능과 그들의 전문 자격에 대한 정보를 알 권리.
4. 시술이나 치료를 시작하기 전에 정보에 입각한 동의를 제공하기 위해

필요한 정보를 받을 권리(정보에 입각한 동의를 얻을 수 없는 응급 상황 제외).

5. 법이 허용하는 범위 내에서 치료를 거부하고 치료 부족으로 인해 발생할 수 있는 의학적 문제에 대해 알 권리.
6. 응급실에 도착했을 때 필요한 응급 치료를 받을 권리.
7. 법률에 따라 제공하는 경우를 제외하고 진료 및 치료를 기밀리에 받고 귀하의 모든 의료 기록을 비공개로 유지할 권리.
8. 퇴원 또는 이송 후 귀하에게 필요할 수 있는 특별한 건강 관리 요구사항에 대해 의사 또는 그의 대리인으로부터 들을 권리.
9. 귀하가 완전히 알고 동의하지 않는 한 치료 또는 치료의 일환으로 연구 및/또는 실험용 치료에 참여하는 것을 거부할 권리.
10. 연령, 인종, 피부색, 종교, 성별, 성적 취향 또는 출신 국가에 따른 차별 없이 대우받을 권리.
11. 보복에 대한 두려움 없이 서면으로 불만을 표명하거나 제기할 권리.
12. 사전 지시서에서 요청한 대로 결정을 내릴 권리.

## 주요 전화 번호

**MetroPlusHealth** 회원 서비스의 도움을 받으려면 **1-800-303-9626**  
(TDD: 1-800-881-2812) 번으로 전화하십시오.

질문이나 불만 사항이 있거나 다른 도움이 필요한 경우 월요일-토요일  
오전 8시-오후 8시 사이에 MetroPlusHealth 회원 서비스(무료 전화)로  
전화하십시오.

### 업무 시간 중 진료(월요일-금요일 오전 8시30분-오후5시30분)

약속을 잡거나 변경하려면, 또는 귀하의 건강이나 치료에 대해 질문이  
있는 경우 담당 의료 서비스 제공자에게 전화하십시오. 여기에 담당  
의료 서비스 제공자 전화번호를 기재하십시오:

이름	전화번호
PCP:	
OB/GYN:	
기타:	
기타:	

**정규 업무 시간 외에는 24시간 의료 서비스 핫라인 1-800-442-2560**  
**번으로 전화하십시오.**

업무 시간 이후 또는 주말에 의료 서비스가 필요한 경우 24시간 의료  
서비스 핫라인(무료 전화)으로 전화하십시오. 핫라인 직원이 귀하의  
PCP와 연결해 주거나 귀하의 PCP와 연락이 닿지 않는 경우 귀하를 도울  
수 있는 다른 MetroPlusHealth 서비스 제공자와 연결해 줄 것입니다.

### 응급 서비스

응급 상황에서는 **911에 전화하여 지시를 따르거나 가장 가까운  
응급실로 가십시오.** 응급 상태 및 응급 서비스는 2페이지에 정의되어  
있습니다.

## **MetroPlusHealth 이용 검토**

치료가 의학적으로 필요하지 않다는 결정의 검토를 요청하려면 회원 서비스(1-800-303-9626)로 전화하십시오. 회원 서비스 담당자가 절차에 대한 질문에 답변하고 필요한 경우 이용 검토(UR) 부서로 전화를 연결할 것입니다.

**뉴욕주 보건부 불만 핫라인: 1-800-206-8125**



MetroPlusHealth 회원님 귀하:

대부분의 다른 사람들과 마찬가지로 귀하는 귀하의 건강 플랜이 받은 귀하에 대한 개인 정보를 어떻게 처리하는지 궁금해하실 수 있습니다. 다음 개인정보 보호 통지서에서는 귀하의 개인정보 보호 권리, MetroPlus Health Plan이 수집하는 개인 정보 및 해당 정보를 어떻게 처리하는지, 해당 정보의 기밀과 보안 유지를 위해 어떤 조치를 취하는지에 대해 알려드립니다.

고객의 개인정보 보호를 위한 당사의 노력은 새로운 것이 아닙니다. MetroPlusHealth 회원들은 그동안 당사가 보인 개인정보 보호 조치에 대해 신뢰하고 있습니다. 당사는 귀하의 개인정보를 보호하기 위해 막중한 책임감을 지니고 신뢰할 수 있는 조치를 취하고 있습니다.

본 통지서를 꼼꼼히 읽어보십시오. 응답은 필요 없습니다. 하지만 궁금한 사항에 대해 문의하시면 친절히 답변해 드리겠습니다. **1-800-303-9626** (TTY 1-800-881-2812) 번으로 당사의 회원 서비스 부서에 문의하십시오.

감사합니다

MetroPlus Health Plan

귀하의 정보.

귀하의 권리.

우리의 책임.

본 통지는 귀하의 건강 정보가 어떻게 사용 및 공개될 수 있으며 귀하가 해당 정보에 어떻게 접근할 수 있는지를 설명합니다. 주의 깊게 검토하시기 바랍니다.

## 귀하의 권리

귀하의 건강 정보와 관련하여 귀하는 특정 권리가 있습니다. 이 섹션에서는 귀하의 권리와 귀하를 돕기 위한 당사의 책임에 대해 설명합니다.

### 본인의 건강 및 클레임 기록 사본을 받을 권리

- 귀하는 건강 및 클레임 기록과 귀하에 관한 기타 건강 정보를 보거나 받기를 요청할 수 있습니다. 그 방법은 저희에게 문의하십시오.
- 저희는 일반적으로 요청한 날로부터 30일 이내에 귀하의 건강 및 클레임 기록 사본이나 요약본을 제공할 것입니다. 저희는 가입자가 요청한 각 페이지에 대해 \$0.75(75 센트)의 비용을 청구합니다.

### 건강 및 클레임 기록을 수정하도록 요청할 권리

- 귀하의 건강 및 클레임 기록이 잘못되었거나 불완전하다고 생각되면 당사에 수정하도록 요청할 수 있습니다. 그 방법은 저희에게 문의하십시오.
- 귀하의 요청에 대해 "아니요"라고 말할 수도 있지만 60일 이내에 서면으로 이유를 알려드릴 것입니다.

### 통신 기밀을 요청할 권리

- 특정 방법으로 귀하에게 연락하거나(예: 집 또는 사무실 전화) 다른 주소로 메일을 보내달라고 요청할 수 있습니다.
- 저희는 모든 합당한 요청을 고려할 것이며, 그렇게 하지 않으면 귀하가 위험에 처할 수 있다고 알려주면 "예"라고 말해야 합니다.

다음 페이지에서 계속

## 귀하의 권리(계속)

### 저희가 사용하거나 공유하는 것을 제한하도록 요청할 권리

- 치료, 지불 또는 당사의 운영을 위해 특정 건강 정보를 사용하거나 공유하지 **않도록** 요청할 수 있습니다.
- 저희는 귀하의 요청에 반드시 동의할 필요는 없으며 귀하의 치료에 영향을 줄 수 있는 경우 "아니요"라고 말할 수 있습니다.

### 귀하의 정보를 공유한 사람들의 목록을 받을 권리

- 귀하가 요청한 날짜로부터 6년 동안 저희가 귀하의 건강 정보를 공유한 횟수, 누구와 공유했는지 및 그 이유가 명시된 목록(자료)을 요청할 수 있습니다.
- 여기에는 치료, 지불 및 건강 관리 운영에 관한 사항과 기타 특정 공개 사항(귀하가 요청한 사항 등)을 제외한 모든 공개 사항이 포함될 것입니다. 저희는 1년 동안 무료로 자료를 제공하지만 귀하가 12개월 이내에 다른 자료를 요구하면 합리적인 비용에 기반한 요금을 부과할 것입니다.
- 통신 기밀을 요청하려면 당사의 회원 서비스 부서에 문의하십시오. 1-800-303-9626 (TTY: 711). 이러한 유형의 통신 기밀 변경 또는 수정 요청은 아래 나오는 주소로 서면으로 이루어져야 합니다.

### 이 개인정보 보호 고지서의 사본을 받을 권리

- 통지서를 전자 방식으로 받는 데 동의했다라도 언제든지 이 고지서의 사본을 요청할 수 있습니다. 저희는 귀하에게 신속하게 서류 사본을 제공할 것입니다. 귀하는 언제든지 당사의 회원 서비스 부서에 연락하여 이 고지서의 종이 사본을 받을 수 있습니다. 1-800-303-9626 (TTY: 711).

### 귀하를 대신하여 활동할 다른 사람 선정

- 귀하가 누군가에게 의료 위임장을 제공했거나 귀하의 법적 보호자인 경우, 그 사람이 귀하의 권리를 행사하고 귀하의 건강 정보에 대한 선택을 할 수 있습니다.
- 우리는 조치를 취하기 전에 그 사람이 이 권한을 가지고 있고 귀하를 위해 행동할 수 있는지 확인할 것입니다.

### 귀하의 권리가 침해당했다고 느낀다면 불만을 제기하십시오

- 귀하의 권리가 침해당했다고 생각되면 1 페이지의 정보를 사용하여 저희에게 연락하는 방식으로 불만을 제기할 수 있습니다.
- 다음과 같이 미국 보건복지부 민권 담당실에 불만을 제기할 수도 있습니다: 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 주소로 서신을 보내거나, 1-877-696-6775 번으로 전화하거나 [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/)를 방문함. 저희는 불만 제기에 대해 귀하에게 보복하지 않습니다.

다음 페이지에서 계속

## 귀하의 권리(계속)

### 이전 회원

- MetroPlusHealth의 회원 자격이 종료되면, 귀하의 정보는 현재 회원에 대한 당사의 정책과 절차에 따라 계속 보호됩니다.

## 귀하의 선택

특정 건강 정보의 경우, 저희가 공유하는 것에 대한 귀하의 선택을 알려줄 수 있습니다. 아래에 설명된 상황에서 저희가 귀하의 정보를 공유하는 방법에 대해 분명한 의사가 있는 경우 저희에게 알려주십시오. 저희에게 원하는 것을 알려주면, 저희는 귀하의 지시를 따를 것입니다.

이러한 경우 귀하는 다음과 같이 지시할 수 있는 권리와 선택권이 있습니다.

- 가족, 가까운 친구 또는 귀하의 치료비 지불과 관련된 다른 사람들과 정보 공유.
  - 재난 구호 상황에서 정보 공유
- 귀하가 의식이 없는 경우(원하는 사항을 말할 수 없는 경우 등), 귀하에게 최선의 이익이라고 판단되면 저희는 귀하의 정보를 공유할 수 있습니다. 귀하의 건강이나 안전에 대한 심각한하고 급박한 위협을 줄이기 위해 필요한 경우 귀하의 정보를 공유할 수도 있습니다.*

이러한 경우 귀하가 서면 승인을 제공하지 않는 한 귀하의 정보를 공유하지 않습니다.

- 마케팅 목적
- 귀하의 정보 판매

## 귀하의 정보 사용 및 공개

내 건강 정보를 어떻게 사용하거나 공유합니까? 저희는 일반적으로 다음과 같은 방식으로 귀하의 건강 정보를 사용하거나 공유합니다.

귀하가 받는 건강 관리 치료를 관리하는 데 도움을 줌

- 저희는 귀하의 건강 정보를 사용하고 귀하를 치료하는 전문가들과 공유할 수 있습니다.
- 건강 관련 제품 또는 프로그램: MetroPlusHealth는 의료 치료 프로그램, 제품 및 서비스에 대한 정보를 귀하에게 제공할 수 있습니다.

**예:** 저희가 추가 서비스를 준비할 수 있도록 의사가 귀하의 진단 및 치료 계획에 대한 정보를 보내줍니다.

다음 페이지에서 계속

## 귀하의 정보 사용 및 공개(계속)

가입자에게 제공하는 정보는 법률에 의해 규정된 제한이 따릅니다.

- 알림: MetroPlusHealth는 진료 예약, 정기 검진 또는 예방 접종 예약 시간을 알려주거나 귀하가 관심을 가질 수 있는 치료 대안("옵션") 또는 기타 건강 관련 혜택 및 서비스를 제공하기 위해 귀하에게 전화하거나 문자 메시지나 서신을 보내는 등의 방식으로 귀하의 PHI를 사용하고 공개할 수 있습니다.

### 회사 운영

- 필요한 경우 저희는 회사를 운영하기 위해 귀하의 정보를 사용 및 공개하고 귀하에게 연락을 취할 수 있습니다.
- **귀하에게 보장을 제공할지 여부와 해당 보장의 가격을 결정하기 위해 저희가 유전 정보를 사용하는 것은 허용되지 않습니다.** 이는 장기 의료 플랜에 적용되지 않습니다.

**예:** 저희는 귀하를 위한 보다 나은 서비스를 개발하기 위해 귀하의 건강 정보를 사용합니다. MetroPlusHealth의 품질 관리 부서는 플랜의 프로그램, 데이터 및 업무 프로세스의 품질 개선을 위해 귀하의 건강 정보를 사용할 수 있습니다. 예를 들어, 당사의 품질 관리 직원이 귀하의 의료 기록을 검토하거나 계약직 간호 검토자가 귀하와 모든 플랜 회원에게 제공된 치료의 품질을 평가할 수 있습니다.

다음 페이지에서 계속

## 귀하의 정보 사용 및 공개(계속)

그 밖에 어떤 방식으로 내 건강 정보를 사용하거나 공유할 수 있습니까? 일반적으로 공중 보건 및 연구와 같은 공익에 기여하는 방식으로 저희가 귀하의 정보를 공유하는 것이 허용되거나 요구됩니다. 저희가 이러한 목적으로 귀하의 정보를 공유하려면 먼저 관련 법률의 많은 조건을 충족해야 합니다. 자세한 내용은 다음 사이트를 참조하십시오: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

### 귀하의 플랜 관리

저희는 플랜 관리를 위해 귀하의 건강 정보를 귀하의 건강 플랜 스폰서에게 공개할 수 있습니다.

*예: 귀하의 회사가 저희와 건강 플랜 제공 계약을 맺고 저희는 청구하는 보험료에 대해 설명하기 위해 귀하의 회사에 특정 통계를 제공합니다.*

### 귀하의 건강 서비스 비용 지불

저희는 귀하의 건강 서비스 비용을 지불하면서 귀하의 건강 정보를 사용하고 공개할 수 있습니다.

*예: 귀하의 치과 진료비를 조정하기 위해 귀하에 관한 정보를 귀하의 치과 플랜과 공유합니다.*

### 양질의 치료와 효율적인 서비스 제공

MetroPlusHealth는 Healthix에서 운영하는 건강 정보 교환에 참여하고 있습니다. Healthix는 사람들의 건강에 대한 정보를 전자적으로 공유하고 HIPAA 및 뉴욕주법의 개인정보 보호 및 보안 표준을 충족하는 비영리 조직입니다. 이 통지는 Healthix 참여의 일환으로 환자께 알리기 위한 것입니다. MetroPlusHealth는 환자의 보호 대상 건강 정보를 Healthix에 전자적으로 전송/업로드합니다.

또한 MetroPlusHealth의 특정 직원은 해당 동의 규칙에 따라 Healthix를 통해 환자 정보에 액세스할 수 있습니다. Healthix 액세스에 대한 동의는 일반적으로 조직 단위로 부여됩니다. 그러나 환자는 Healthix의 모든 조직에 대해 액세스를 거부할 수 있습니다. 모든 Healthix 조직이 귀하의 보호 대상 건강 정보에 액세스하는 것에 대한 동의를 거부하고자 하시는 분은 Healthix 웹사이트([www.healthix.org](http://www.healthix.org))를 방문하거나 877-695-4749 번으로 Healthix에 전화하여 거부할 수 있습니다. Healthix의 환자 정보는 의료 서비스를 제공한 곳이나 건강 보험(클레임) 정보를 통해 제공됩니다. 이러한 데이터 소스에는 병원, 의사, 약국, 임상 실험실, 건강 보험 회사, Medicaid 프로그램 및 건강 정보를 전자적으로 교환하는 기타 조직이 포함될 수 있습니다. 이러한 데이터 소스의 업데이트된 목록은 Healthix에서 구할 수 있습니다. 환자분들은 [www.healthix.org](http://www.healthix.org)를 방문하거나 1-877-695-4749 번으로 전화하여 언제든지 업데이트된 목록을 얻을 수 있습니다.

다음 페이지에서 계속

## 귀하의 정보 사용 및 공개(계속)

---

### 공중 보건 및 안전 문제에 대한 도움

다음과 같은 특정 상황에서 귀하의 건강 정보를 공유할 수 있습니다.

- 질병 예방
- 약품 부작용 보고
- 학대, 방치 또는 가정 폭력 혐의 신고
- 모든 사람의 건강이나 안전에 심각한 위협을 예방하거나 줄임

---

### 연구조사 수행

저희는 건강 연구조사를 위해 귀하의 정보를 사용하거나 공유할 수 있습니다.

---

### 법률 준수

보건 복지부를 포함하여 주 또는 연방 법률이 요구하는 경우, 저희가 연방 개인 정보 보호법을 준수하고 있는지 확인하기 위해 귀하의 정보를 공유합니다.

---

### 산재보험, 법률 집행 및 기타 정부 요청 처리

다음과 같은 목적으로 귀하의 건강 정보를 사용하거나 공유할 수 있습니다:

- 산재보험 청구
- 법률 집행 목적 또는 법률 집행 공무원과 공유
- 법에 의해 허가된 의료 감독 기관과 공유
- 군대, 국가 안보 및 대통령 보호 서비스와 같은 특수한 정부 기능

---

### 소송 및 법적 조치에 대응

저희는 법원이나 법적 행정 명령에 따라 또는 소환장에 응하여 귀하의 건강 정보를 공유할 수 있습니다.

---

### 특정 유형의 정보 공개에 관한 뉴욕 주법

MetroPlusHealth는 개인 정보, 특히 HIV/AIDS 상태 또는 치료, 정신 건강, 약물 남용 장애, 가족 계획과 관련된 정보를 보다 높은 수준으로 보호하는 추가 뉴욕 주법을 준수해야 합니다.

다음 페이지에서 계속

## 당사의 책임

- 저희는 귀하의 의료 정보의 기밀 유지와 보안을 유지하도록 법률에 의해 요구받습니다.
- 귀하의 정보의 기밀 유지나 보안을 침해할 수 있는 위반이 발생하면 즉시 알려드리겠습니다.
- 저희는 이 통지서에 설명된 의무 및 개인정보 보호 관행을 따라야 하며 귀하에게 사본을 제공해야 합니다.

귀하가 서면으로 허락한 경우를 제외하고 저희는 여기에 기술된 이외의 정보를 사용하거나 공유하지 않을 것입니다. 귀하가 허락한 이후라도 언제든지 마음이 바뀔 수 있습니다. 마음이 바뀌면 서면으로 알려주십시오.

자세한 내용은 다음 사이트 참조: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

### 이 통지의 조항 변경

저희는 이 통지의 조항을 변경할 수 있으며 변경 사항은 귀하에 대해 가진 모든 정보에 적용될 것입니다. 새로운 통지는 요청 시 당사의 웹사이트에 제공되고 우편으로 사본을 보내드릴 것입니다.

이 통지는 2022년 7월 19일부터 효력이 발생합니다.

### 개인정보 보호 사무관 연락처 정보

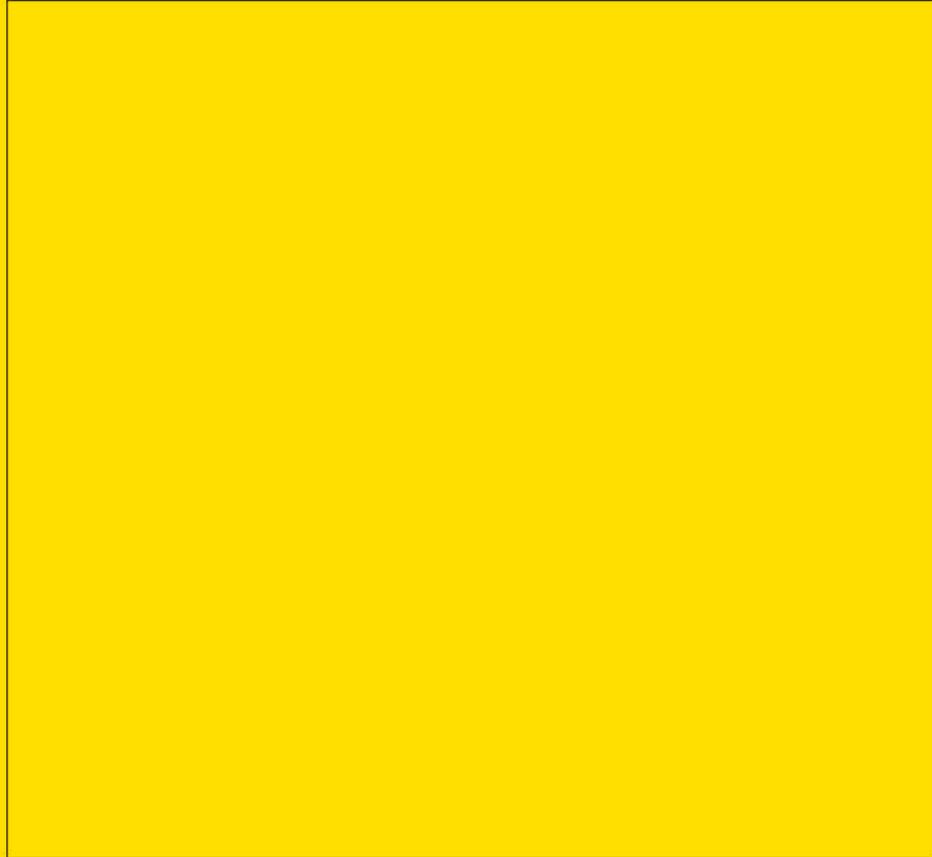
당사의 개인정보 보호 정책에 대해 궁금한 사항이 있거나 위에 기술된 불만을 제기하거나 권리를 행사하려면 다음 주소로 연락하십시오.

**Customer Services – MetroPlus Health Plan**  
50 Water Street, 7th Floor  
New York, NY 10004

- 일반 전화: 1-800-303-9626, 24시간 연중무휴, 오전 8시-오후 8시
- Medicare 회원: 1-866-986-0356, 24시간 연중무휴, 오전 8시-오후 8시
- TTY: 711
- 이메일: [PrivacyOfficer@metroplus.org](mailto:PrivacyOfficer@metroplus.org)



50 Water St., 7<sup>th</sup> Floor • New York, NY 10004



### **MetroPlusHealth Customer Services:**

---

 **800.303.9626 (TTY: 711)**  
**After Hours: 800.442.2560**

---

 **metroplus.org**

---

 **Hours Of Operation:**  
**Monday to Friday, 8am - 8pm |**  
**Saturday, 9am - 5pm**