

귀하의 회원 핸드북이 변경되었습니다 |

이중 적격 가입자(IB-DUAL) 프로그램을 위한 통합 혜택에 대한 뉴욕주 <MEDICAID MANAGED CARE/HEALTH AND RECOVERY PLAN> 회원 핸드북에 대한 부록

개요

이 회원 안내서 부록은 이중 적격 가입자를 위한 통합 혜택(IB-Dual) 프로그램 회원을 위한 정보를 제공합니다. IB-Dual 프로그램을 사용하면 Medicare 적격 회원은 <Medicaid Managed Care/Health and Recovery Plan (HARP)>. 에 가입할 수 있습니다. 회원은 MetroPlusHealth Medicaid Managed Care Plan 또는 MetroPlusHealth Enhanced(HARP) 및 MetroPlus Advantage Plan(HMO D-SNP)을 통해 Medicare 및 Medicaid 혜택을 받게 됩니다.

이 핸드북 부록 사용 방법

이 부록은 새로운 통합 의료 프로그램의 운영 방식과 MetroPlusHealth를 최대한 활용할 수 있는 방법을 다룹니다. 이는 IB-이중 회원(즉, 동일한 건강 보험으로 Medicare와 Medicaid 보장을 모두 갖고 있는 회원)에게 적용되는 정보를 제공합니다.

여기에는 가입, 탈퇴, 서비스 이용에 대한 정보와 <MetroPlusHealth Medicaid Managed Care Plan/MetroPlusHealth Enhanced (HARP)> 회원 핸드북에 포함된 내용과 다를 수 있는 불만 사항이나 이의 제기 방법이 포함됩니다.

질문이 있는 경우 핸드북을 확인하거나 MetroPlusHealth 회원 서비스에 전화하십시오.

가입

MetroPlusHealth가 제공하는 IB-이중 프로그램의 회원이 되려면 다음을 수행해야 합니다:

- Medicare 파트 A와 Medicare 파트 B를 모두 갖고 있고 MetroPlusHealth Medicare Advantage 이중 특수 요구 플랜(D-SNP) 파트 C에 가입되어 있어야 합니다.

이중 적격 가입자(IB-Dual) 프로그램을 위한 통합 혜택에 대한

Medicaid Managed Care 모델 회원 핸드북 부록

회원 서비스: 800.303.9626 (TTY: 711)

- 다음 카운티를 포함하는 플랜의 서비스 지역에 거주합니다: 뉴욕(맨해튼), 브롱크스, 퀸즈, 킹스(브루클린), 리치먼드(스태튼 아일랜드),
- 미국 시민이거나 미국에 합법적으로 거주,
- MetroPlusHealth Medicaid Managed Care 또는 MetroPlusHealth Enhanced Health and Recovery Plan에 가입,
- 120일 이상 지역사회 기반 장기 요양 서비스(CBLTSS)를 받고 있지 않음

귀하의 건강 플랜 신분증(ID) 카드

가입한 후에 저희가 환영 서신을 보내드립니다. 새 MetroPlusHealth IB-Dual ID 카드는 가입일로부터 14일 이내에 도착하게 됩니다. 카드에는 주치의(PCP) 이름과 전화번호가 기재되어 있습니다. 귀하의 회원 ID 번호도 있습니다. MetroPlusHealth IB-Dual ID 카드에 문제가 있는 경우 즉시 저희에게 전화해 주십시오. 귀하의 IB-Dual ID 카드에는 귀하가 Medicaid에 가입되어 있거나 MetroPlusHealth가 특별한 유형의 건강 보험이라는 사실이 명시되지 않습니다. MetroPlusHealth Medicaid Managed Care 또는 MetroPlusHealth Enhanced(HARP)로만 보장되는 서비스의 경우 MetroPlusHealth Medicaid Managed Care 또는 MetroPlusHealth Enhanced(HARP) 회원 ID 카드를 계속 사용해야 합니다.

IB-Dual ID 카드를 항상 휴대하고 진료를 받을 때마다 제시하십시오. 카드를 받기 전에 치료를 받아야 하는 경우, 환영 서신은 귀하가 회원이라는 증거물입니다. Medicaid 혜택 카드를 지니고 있어야 합니다. MetroPlusHealth 보장 대상이 아닌 서비스를 받으려면 이 카드가 필요합니다.

탈퇴

IB-Dual 프로그램 가입은 언제든지 취소할 수 있습니다. 당사의 Medicare 또는 Medicaid 보장에서 자발적으로 탈퇴할 경우, 이 프로그램에 따른 귀하의 보장은 종료됩니다.

다음과 같은 경우 IB-Dual 프로그램에서 비자발적으로 탈퇴될 수 있습니다.

- IB-Dual 프로그램 서비스 지역에서 영구적으로 이사를 나갈 경우,
- Medicaid 보장을 상실하고 90일 이내에 다시 회복하지 못하는 경우(자세한 내용은 아래의 "Medicaid 자격 상실" 참조)
- 120일 이상 장기 치료 서비스를 받고 있는 경우(MetroPlusHealth에서 귀하에게 120일 이상 장기 치료 서비스가 필요하다고 판단하는 경우 Managed Long Term Care(MLTC) 플랜에 가입할 수 있는 옵션이 제공됩니다.
- 장기 요양원 체류 자격을 갖게 됩니다.

Medicare 보장

MetroPlusHealth IB-Dual 프로그램에서 탈퇴하면 Medicare Advantage 플랜에 가입할 수 있습니다. Medicare Advantage 플랜에 가입하지 않는 경우, 연방 정부는 귀하의 의료를 위해 Original Medicare에 가입시켜 드리고 처방약 보장을 위해 처방약 플랜(PDP)에 귀하를 가입시켜 드릴 것입니다.

Medicaid 보장

MetroPlusHealth IB-Dual 프로그램에서 탈퇴하면 New York Medicaid Choice에서 일반 Medicaid에 가입시켜 드립니다.

참고: 실수로 IB-Dual 프로그램에서 탈퇴한 경우, 가능한 한 빨리 플랜에 문의하시기 바랍니다.

Medicaid 자격 상실

Medicaid 자격을 상실하면 IB-Dual 프로그램의 보장이 종료됩니다. 단, Medicare 보장이 MetroPlusHealth D-SNP로 계속 유지되는 경우 90일의 유예 기간이 제공됩니다. 90일 유예 기간 동안 Medicaid 자격을 다시 취득하면 IB-Dual 프로그램의 보장은 회복됩니다. 90일 유예 기간 동안 Medicaid 자격을 회복하지 못한 경우, 귀하가 Medicaid 자격을 상실하지 않았다면 Medicaid가 보장할 모든 자기부담금, 공동 보험, 보험료 및/또는 공제액에 대한 책임은 회원 본인에게 있습니다.

혜택 조정

MetroPlusHealth는 IB-Dual 프로그램을 통해 귀하의 Medicare 및 Medicaid 혜택을 모두 조정합니다. Medicaid가 귀하의 Medicare 비용 부담 금액을 부담하므로 Medicare에서 보장되는 서비스에 대한 본인 비용 부담액은 \$0입니다.

MetroPlusHealth가 보장하지 않는 일부 서비스는 일반 Medicaid 또는 Original Medicare를 통해 제공됩니다(예: 비응급 교통편 및 호스피스 서비스). 또한, Medicaid Pharmacy Program(NYRx)은 Medicare 파트 D에서 보장되지 않는 일부 일반의약품(OTC), 처방 비타민 및 기침 억제제를 보장합니다. IB-Dual 플랜에 등록하는 동안에도 정기적인 Medicaid 서비스를 계속 이용할 수 있습니다.

이중 적격 가입자(IB-Dual) 프로그램을 위한 통합 혜택에 대한
Medicaid Managed Care 모델 회원 핸드북 부록
회원 서비스: 800.303.9626 (TTY: 711)

서비스 승인, 이의 제기 및 불만 사항

서비스 승인

Medicare 또는 Medicare와 Medicaid 모두에서 보장되는 서비스의 경우, MetroPlusHealth는 귀하의 Medicare Advantage D-SNP 보장 범위 증명서(EOC)의 9장에 설명된 대로 귀하의 치료에 대한 결정을 내리게 됩니다. 이것은 보장 결정이라고도 합니다.

Medicaid에서만 보장되는 서비스의 경우, MetroPlusHealth는 귀하의 회원 핸드북 2부에 설명된 서비스 승인 규칙에 따라 귀하의 진료에 대한 결정을 내리게 됩니다.

이의 제기

귀하는 Medicare와 Medicaid를 모두 보유하고 있으므로 서비스에 대해 이의를 제기하는 방법은 해당 서비스가 Medicare 또는 Medicaid에서 보장되는지 여부에 따라 달라집니다.

Medicare Advantage D-SNP EOC의 9장에서는 Medicare 절차를 사용하여 Medicare에서만 보장 서비스(예: 척추 지압 서비스)에 대해 MetroPlusHealth가 내린 결정에 대해 이의 제기(레벨 1 이의 제기라고도 함) 또는 불만을 제기하는 방법을 설명합니다.

<MetroPlusHealth Medicaid Managed Care Plan/MetroPlusHealth Enhanced (HARP)> 회원 핸드북의 2부에서는 Medicaid 절차를 사용하여 Medicaid에서만 보장되는 서비스(예: 개인 케어 서비스)에 대한 MetroPlusHealth의 결정에 대해 이의 제기(플랜 이의 제기라고도 함)를 제기하는 방법을 설명합니다.

Medicare와 Medicaid가 **모두** 보장하는 서비스의 경우, Medicare 절차, Medicaid 절차 또는 두 절차를 모두 사용하여 이의를 제기할 수 있습니다.

- 이의 제기를 위해 Medicare 절차를 따르는 경우, 주 공청회에 대한 권리를 포함하고 외부 이의 제기에 대한 권리도 포함될 수 있는 Medicaid 이의 제기 권리를 사용할 수 없습니다.
- Medicaid 절차에 따라 이의 제기하는 경우, MetroPlusHealth의 조치 통지일로부터 60일 이내에 귀하의 Medicare 이의 제기 권리를 대신 사용할 수 있습니다.

치료에 대한 결정 이의 제기 동안 계속 지원

MetroPlusHealth가 서비스를 축소, 일시 중지 또는 중지하고 해당 서비스가 Medicaid의 보장을 받는 경우, 이의 제기 결정을 기다리는 동안 서비스를 계속하실 수 있습니다.

다음 기간 동안 Medicaid 플랜 이의 제기를 요청해야 합니다:

- 귀하의 진료가 변경된다는 소식을 들은 날로부터 10일 이내, 또는
- 서비스 변경이 예정된 날짜 중 더 늦은 날짜까지.

귀하의 Medicaid 플랜 이의 제기가 또 다른 거부로 이어지면, 지금까지 받은 혜택에 대한 비용을 지불해야 할 수도 있습니다.

이의 제기 결정에 만족하지 않으시면 다시 이의 제기하실 수 있습니다.

- 이의 제기가 Medicare에서만 보장되는 서비스에 대한 것인 경우 MetroPlusHealth는 해당 건을 Medicare 독립 심사 기관(IRE)에 자동으로 전달하게 됩니다. 레벨 2 이의 제기에 대해서는 Medicare Advantage D-SNP EOC의 9장을 참조하십시오.
- 이의 제기가 Medicaid에서만 보장되는 서비스에 대한 것인 경우, 공청회 제출 방법에 관한 <MetroPlusHealth Medicaid Managed Care Plan/MetroPlusHealth Enhanced (HARP)> 회원 핸드북 2부를 참조하십시오. 어떤 경우에는 외부 이의 제기를 할 수도 있습니다.
 - 공청회와 외부 이의 제기를 모두 요청하는 경우, 공청회 청문관의 결정은 법원의 결정과 같은 효력을 지닙니다.
- 이의 제기가 Medicare와 Medicaid 모두에서 보장되는 서비스에 대한 것인 경우, MetroPlusHealth는 해당 건을 IRE에 전달하게 됩니다. 공청회를 요청할 수도 있습니다. 어떤 경우에는 외부 이의 제기를 할 수도 있습니다. 공청회 및 외부 이의 신청 방법에 대해서는 <MetroPlusHealth Medicaid Managed Care Plan/MetroPlusHealth Enhanced (HARP)> 회원 핸드북 2부를 참조하십시오.
 - 공청회와 외부 이의 제기를 모두 요청하는 경우, 공청회 청문관의 결정은 법원의 결정과 같은 효력을 지닙니다.

이중 적격 가입자(IB-Dual) 프로그램을 위한 통합 혜택에 대한
Medicaid Managed Care 모델 회원 핸드북 부록
회원 서비스: 800.303.9626 (TTY: 711)

Medicaid 공청회 결정을 기다리는 동안 계속되는 지원

공청회 결정을 기다리는 동안 서비스를 계속하실 수도 있습니다. 혜택 지속은 MetroPlusHealth가 서비스를 축소, 일시 중지 또는 중단하고 해당 서비스가 Medicaid에 의해 보장되는 경우에만 가능합니다.

다음 기한에 따라 공청회를 요청해야 합니다:

- **최종 반대 결정일로부터 10일 이내, 또는**
- **서비스 변경이 발생할 예정인 날짜까지 중 더 늦은 날짜**

귀하의 공청회가 또 다른 거부로 이어지면, 지금까지 받은 혜택에 대한 비용을 지불해야 할 수도 있습니다.

Medicare가 보장하는 서비스에 대한 레벨 2 이의 제기 결정에 만족하지 않는 경우, 다른 이의 제기 권리 옵션이 있을 수 있습니다. 이 이의 제기 권리 옵션에 대한 상세 내용은 Medicare Advantage D-SNP EOC의 9장을 참조하거나 또는 회원 서비스에 전화하십시오.

불만

귀하는 Medicare와 Medicaid를 모두 보유하고 있으므로 귀하의 서비스에 대해 불만을 제기하는 방법은 해당 혜택이 Medicare 또는 Medicaid에서 보장되는지 여부에 따라 달라집니다.

Medicare Advantage D-SNP EOC의 9장에는 Medicare 혜택에 대한 불만 사항을 접수하는 방법이 나와 있습니다.

<MetroPlusHealth Medicaid Managed Care Plan/MetroPlusHealth Enhanced (HARP)> 가입자 핸드북 2부에는 Medicaid 혜택에 대한 불만 사항을 접수하는 방법이 나와 있습니다.

Medicare 및 Medicaid 혜택에 대한 불만 사항의 경우 Medicare 절차, Medicaid 절차 또는 두 가지 모두를 사용하여 불만 사항을 제기할 수 있습니다.

- Medicaid 절차에 따라 불만을 제기하고 MetroPlusHealth가 귀하의 불만 사항에 대해 내린 결정에 동의하지 않는 경우 MetroPlusHealth에 불만 사항 이의 제기를 제기할 수 있습니다.