

회원 약정조건

본인은 이 플랜이 의료비 할인 건강 프로그램이며 보험이 아닌 것임을 이해하고 받아들입니다. 이 프로그램은 비보험 의료비 할인 서비스를 포함하고 있으며, 본인은 이 혜택을 제공하는 웨미리케어초이스 플랜 회원으로 가입함을 인지하는 바입니다. 본 동의서는 텍사스주 휴스턴시 소재 웨미리 케어 본사에 의하여 접수되고 인증된 후부터 그 효력이 발생될 것입니다.

1. 양식서 안내

본 양식서는 혜택내용을 구체적으로 설명하며, 11111 Richmond Ave., Suite 200, Houston, Texas 77082 (1.800.323.4057)에 위치하는 웨미리 케어 본사에서 제공하는 귀하의 건강 플랜인 웨미리케어초이스의 약정 조건을 소개하고 있습니다. 건강 프로그램 안내 책자, Membership Information Guide (MIG) 와 신청서는 서비스비 할인 과 각종 양식서는 물론 계약 조건 에 관한 설명으로 구성되며 건강 플랜의 정확한 약정 조건을 결정하는 중요한 자료가 될 것입니다. 본 책자와 신청서는 현재 웨미리 케어 건강 플랜 회원("회원")과 가입 이전의 예상 회원에 제공되어지게 됩니다. 웨미리 케어는 본사와 계약된 개별 제공업체와 기타 지정 제공업체 의 상례적인 서비스 비용에 대하여 본 회원에 한하여 할인 가격으로 비용 절감을 도와 드리고 있습니다. 이 약정서를 숙독하시고, 특별 건강관리가 요구되는 경우 자신에 해당하는 조항을 참고하시기 바랍니다.

2. 혜택에 대한 요건 사항

회원은 회원카드를 받은 즉시 아래에 설명된 일부 특별 예외 사항을 제외한 대부분의 서비스에 대한 할인혜택을 받으실 수 있습니다. 20 달러 일반 처방전 카드는 등록한지 45 일 이후 사용될 수 있습니다. 단 100 달러 이상의 마취성 약물일 경우, 첫 100 달러에 대해 \$20.00 를 지불하며 100 달러 이상의 차액은 회원님이 지불하셔야 합니다. 종합 혈액 검사 서비스는 등록한지 30 일 이후 사용될 수 있습니다. 년 2 회 무료 초정밀 종합 혈액 검사 (회원 및 배우자 각 1 회/년)는 첫 검사인의 경우 등록한지 90 일 이후 신청 가능하고, 그리고 두번째 검사인의 경우 첫 번 신청일로부터 90 일 이후에 사용하실 수 있습니다. 혜택 자격 조건, 가족 추가 등재를 비롯한 기타 사항에 대한 문의사항은 고객 서비스(1.800.323.4057)로 연락하시기 바랍니다. 본사 회원난에 기록된 현주소로 발송된 멤버십 통지서(발송인 부담)를 받은 지 30 일 이내 고객님의로부터 어떠한 이견이 없는 한 혜택의 내용과 범위는 축소되지 않습니다.

3. 자격조건 및 회원가입

훼미리케어초이스 회원으로서 가입된 플랜 혜택은 회비 불입 상황에 문제가 없는 한, 회원은 물론 전 해당 가족 구성원에 적용되게 됩니다. 그러나 20 달러 일반 처방전 카드의 경우, 주회원, 배우자, 26 세까지의 법적 부양자녀만 혜택을 받으실 수 있습니다. 이 외 아래와 같은 사항에 해당되는 경우 장애 부양자로서의 수혜자격이 주어지게 됩니다:

- 26 세 이전 발생한 신체적 혹은 정신적 장애 형태의 부상, 질병 혹은 조건으로 인한 자립형의 직업을 가질 수 없는 경우
- 회원 혹은 회원의 배우자로부터 50 퍼센트 이상의 도움 및 관리를 받는 경우
- 회원이 계획안이 요청한 이후 60 일 이내로서 계획안에 대하여 부양자의 무능력 및 의존성에 대한 입증서를 제공하는 경우

법적 프로그램은 주요 회원, 배우자, 22 세 이하의 부양자의 서비스를 포함합니다. 주요 카드 소지자만이 새로운 가족 구성원 혹은 법적 부양자의 추가 등의 회원권의 변경을 요청할 수 있습니다.

4. 선불 및 정기(월)회비

선택하신 플랜의 혜택 내용에 따라 회원은 가입 신청서에 명시된 19.95 -119.95 달러를 매 달 지정된 회비 불입일 혹은 그 전에 지불하시게 되며, 지불 방식은 신용카드나 회원의 은행 계정의 자동 현금 카드 구좌로부터 자동이체를 이용하실 수 있습니다. 이 외에도 회비는 분기별 혹은 6 개월, 연간의 형식으로서 지불하실 수 있습니다. 지불 날짜를 변경하고자 할 경우 훼미리 케어 고객센터(1.800.323.4057)에 연락하여 신청하시면 됩니다. 또한 플랜에 따라 단 한 번 30 - 120 달러의 등록비가 요구됩니다. 월회비와 등록비(일회)의 정확한 금액은 신청서에 기재되어 있습니다. 본사 회원난에 기록된 현주소로 발송된 멤버쉽 통지서(발송인 부담)를 받은 지 30 일 이내 고객님으로부터 이견이 없는 한 해당 플랜의 금액은 동일 가격으로 유지되며, 플랜 가입 신청서 사본은 훼미리 케어에 우편, 인터넷, 전화로 요청하시여 배부 받으실 수 있습니다.

5. 플랜 혜택

이 플랜 구성은 캘리포니아 건강 및 안전 조항 1 부 2.2 장 및 캘리포니아 법규 제 281 장의 규정에 의거한 것 입니다. 웨미리 케어는 모든 회원에게 동사와 계약 동의를 맺고있는 특정 업체로부터 할인된 건강관리 서비스를 제공합니다. 웨미리케어의 건강 플랜 프로그램은 보험에 속하지 않으며 회원은 모든 의료 혜택을 받는 당시에 할인된 서비스비를 지불하시도록 되어 있습니다. 웨미리케어 회원은 다음과 같은 지정업체를 통해 할인된 서비스비로 각종 혜택을 누리실 수 있습니다. 전문 서비스 (MIG pp. 2-13), 응급/외래 환자 서비스 (MIG pp.14-19), 검진 서비스 (MIG pp. 20-23), 기타 서비스 (MIG pp. 24-28). 웨미리케어 회원에 제공되는 전체 할인 내용은 혜택안의 목록이 포함된 플랜/멤버 안내 책자를 참조하시기 바랍니다. 웨미리 케어는 업체로부터 할인된 서비스 자체를 구입하여 제공하는 회사는 아닙니다. 저희 웨미리 케어는 모든 회원들이 최저의 비용 부담으로 서비스 혜택을 누릴 수 있도록 전력을 기울이고 있사오나, 다만 특별한 경우 예외는 있을 수 있사오니 양지하시기 바랍니다.

6. 서비스 수혜 방법

서비스에 대한 할인 혜택은 지정 제공업체를 통해 모든 회원에게 제공됩니다. 최고의 할인 혜택을 받기 위해 회원은 www.servicemyplan.com 를 참조하거나 본사 고객 서비스센터(1.800.323.4057)에 문의하시기 바랍니다. 지정 서비스 기관을 이용하실 경우, 회원은할인가를 적용받기 위해 서비스 당일(당시) 회원 카드를 제시하셔야 합니다.

7. 불만/이의 제기

서비스에 대한 회원의 만족도는 저희에 있어 매우 중요합니다. 불만 사항이나 이견이 있을 경우 고객 서비스 센터(1.800.323.4057 월 - 목: 오전 8 시 - 오후 7 시, 금: 오전 8 시 - 오후 1 시 중부 시각)로 연락하여 주시기 바랍니다. 또는 Family Care Member Services, 11111 Richmond Ave., Suite 200, Houston, TX 77082 로 우편으로 송부하시거나 팩스 1.866.365.5828 로 보내주시기 바랍니다.

온라인으로 제출하실 수도 있습니다. 회원 불만/이의 신청서는 웨미리케어 회원의 웹 사이트(www.familycarecard.com / www.servicemyplan.com), 전화(1.800.853.9594), 우편 Family Care, Attention: Sam Hamadeh, Director of Quality Assurance - Grievances, 11111 Richmond Ave., Suite 200, Houston, TX 77082 또한 팩스(1.713.414.4953)로 요청하셔서 배부받으실 수 있습니다.

회원은 180 일 이내에 이 신청서를 제출하실 수 있으며, 본사는 (5 일내로 사건 해결/종료 경우를 제외), 구두 혹은 서면으로 접수한 사항을 서류로 작성하여 검토되기 위해 담당부서로 전달할

것입니다. 웨미리케어 담당 부서는 회원으로부터 신고 접수 된 날로부터 30 일 이내에 관련 사항을 해결하도록 할 것이며, 이 기간내에 해결 사항에 대한 명료한 답변서를 회원님께 발송하여 드리게 될 것입니다. 웨미리 케어는 회원 자격, 제공업체의 유효성, 이용 가능 상태, 써비스비 용 혹은 청구상의 문제점, 구입 과정 및 기타 서비스 관련 제반 문제사항 해결을 위해 도와 드릴 것입니다. 웨미리 케어는 또한 회원이 지정 써비스 제공업체에 대한 불만사항 발생시 해당 주로부터 인가를 받은 전문기관과의 연결을 도와드릴 것입니다. 본사 규정이 지정한 이외 보건 관리국으로부터 직접 도움을 받으실 수 있습니다. 캘리포니아 보건 관리국은 건강 관련 서비스에 대한 법규를 규정, 관리에 대한 의무를 가지고 있습니다.

귀하의 건강플랜에 대한 불만사항이 있으신 경우, 먼저 본사 고객 써비스 담당(1.800.323.4057)에 문의하시고, 후속 조치로 해당 부서에 연락하도록 하십시오. 본사 자체내 담당부서 경로 이외에 본인에게 주어지는 잠재적 형태의 법적 권한 혹은 구제책을 이용하실 수 있습니다. 긴급한 사항, 귀하의 혜택안에 따라 제대로 해결되지 않은 불만 사항, 30 일 이상 미결 상태의 사항에 관해 도움을 필요로 하실 경우 해당 부서에 도움을 요청하기 위해 무료 전화번호(1-888-HMO-2219), 청각 및 언어 장애인을 위한 TDD 번호(1-877-688-9891) 를 이요해 주십시오. 또한 부서의 인터넷 사이트 <http://www.hmohelp.ca.gov> 는 불만 신청서와 이의 작성요령에 대한 안내가 있사오니 참조하시기 바랍니다.

8. 기밀사항

의료 기록의 기밀성을 유지하기 위한 웨미리 케어 자체 규정과 절차에 대한 설명서는 본인의 요청에 의해 발급 받으실 수 있습니다.

9. 지정 의료인/의료기관 선택

웨미리케어는 할인 가격으로 써비스를 제공하는 특정 업체들과 계약을 맺고 있습니다. 현 회원이 본사 지정 의료인 방문시 즉시 써비스비 할인 혜택이 주어지게 됩니다. 모든 웨미리케어 지정 의료인/의료기관은 본 회원들이 필요로 하는 특정 써비스 시술에 관해 해당 주로부터 인가를 받은 단체입니다.

웨미리 케어는 보험업체가 아니므로 회원이 지불한 의료비/써비스비나 혹은배상금을대신 지불하지 않으며, 생명보험, 의료 보험, 치과 보험 혹은 이와 관련된 형태의 혜택을 직접 제공해 드리지는 않습니다.

지정 서비스 관련업체로부터 제공 받은 혜택과 그 내용에 대한 보증은 본사의 관할이 아닙니다. 제공된 서비스는 본사의 개입없이 관련 된 사항에 대해 회원과 해당기관이 직접 논의 해결하실 사안입니다. 모든 서비스는 웨미리케어 본사가 아닌 개별적으로 독립된 업체로부터 제공될 것입니다. 회원님께서 서비스 공급체를 웨미리 케어와는 다른 별개의 독립단체로 인식하셔야 하며, 해당 기관으로부터 제공 받은 서비스 자체 혹은 지정 공급체로서 탈퇴등에 관한 문제는 본사와는 무관하며 이 사안에 대해서는 웨미리 케어가 책임질 수 있는 영역이 아닙니다. 저희 웨미리케어는 회원들께 저렴한 부담으로 최상의 서비스를 제공할 수 있는 공급업체 (의료인/의료기관등...) 를 확보하기 위해 지속적으로 최선의 노력을 다 할 것입니다.

a. 서비스비 지불 의무

회원은 모든 공급체 (비지정 업체 포함)의 서비스 이용에 대해 매달 책정된 회비를 지불하셔야 합니다. 웨미리케어 건강 플랜은 회원님께서 제공 받은 서비스에 대해 해당 공급업체 (의료인...) 에 본사가 직접 서비스비를 지불하지 않습니다. 서비스에 대한 비용은 회원님 부담이나, 지정업체를 이용하실 경우 할인 가격으로 서비스를 누리실 수 있습니다. 만일 본사와 계약이 되지 않은 비지정 업체를 이용하셨을 경우에는, 담당 부서가 직접 서비스비 재조정 신청을 해당 업체에 신청하여 최대한 비용절감을 위한 방안을 강구할 것입니다. 최대한의 의료비/서비스비 절감을 위해, 만일 지정 기관을 이용하지 않을 경우 회원은 비응급 치료/시술 받기전 본사로 연락을 주셔야 합니다. 지정 기관을 이용하지 않을 경우 서비스비에 대해 불이익을 당하실 수도 있습니다.

b. 제공업체 안내책자

회원 혹은 예상 회원의 요청시 이들이 위치하는 지역에 위치한 제공업체에 대한 안내책자가 보내드립니다. 본 안내 책자를 요청하시려면 1.800.323.4057 로 연락하여 주십시오. 웨미리 케어(Member Services, 11111 Richmond Avenue, Suite 200, Houston, TX 7708)로 우편상으로 요청하실 수도 있습니다. 본 안내서는 웨미리 케어 사이트 www.familycarecard.com or www.servicemyplan.com 를 이용하셔도 됩니다.

10. 시설

웨미리케어는 건강 혜택 서비스를 회원에 직접 제공하지 않으므로, 이에 관한시설을 관리하지 않습니다. 회원은 본사와 계약된 제공업체를 이용하여 혜택을 받으셔야 합니다. 관련 시설 기관 이름 및 장소는 제공업체 안내책자에 자세히 기록되어 있습니다.

11. 갱신 조항

회원은 월회비를 지속적으로 지불하실 경우 회원권은 자동적으로 갱신되며, 회원 본인이 서면을 통하여 취소 신청을 제기한 이외에는 월회비는 계속 납부하셔야 합니다. 회원권유지/갱신은 한달 기준이며, 회원카드와 건강 플랜 해지 통지서를 30 일 이전에 본사로 보내시면 취소가 가능하며, 취소날짜 30 일이후부터 회비는 더 이상 청구되지않겠습니다.

12. 건강 플랜/회원권 해지

회원이 월회비를 납부하지 않은 경우, 지불날짜로부터 30 일뒤에 멤버쉽은 자동해지 됩니다. 멤버쉽은 회원 본인에게 통보및 청구한 날로부터 15 일 기한 내에는 자동해지는 되지 않습니다. 멤버쉽 자동해지 통보일로부터 15 일 경과 후에는 현재 받고 있는 의료/서비스는 종료되며 모든 혜택은 중단됩니다. 회원 요청 시 혜택 유효 기간에서 해지된 날 사이의 회비(지급 완료된) 차액을 환불하여 드립니다. 멤버쉽은 회비 소급 납부하여 갱신 가능합니다.

회원의 건강 상태나 관련 서비스상의 요구로 인하여 회원권이 추소되었다고 여기시면 캘리포니아 보건 담당국장에 이 사안의 검토를 요청하실 수있습니다. 회원권 해지는이유 불문 45 일이내로 하실 수있으며, 우편 소인일 45 일이내로 본사로부터 받은 멤버쉽 안내 자료 팩키지(회원 카드 포함)를 반환하시면 회원비 전액을 돌려 받으실 수있습니다. 단 수수료 \$30.00 은 반환되지 않습니다. 플랜해지일은, 우편 접수는 우체국 소인일자이며, 팩스의 경우 주중 접수일자(팩스된 용지에 기록 됨) 가 되겠습니다. 회비 반환은 대략 4~5 주 가량의 기간이 소요되오니 참조하시기 바랍니다. 회원가입 취소는 30 일 취소 통보서를 받은 경우, 첫 45 일이내에 언제든지 가능합니다. 멤버쉽 팩키지와 회원 카드는 반드시 반환하셔야 합니다.

13. 기타 서비스비

현 회원 혹은 예상 회원은케어 서비스(www.familycarecard.com / www.servicemyplan.com)에 들어가셔서 자신의 거주지역 내 웨미리케어 지정 업체 의 할인된 서비스비용에 대한 특정

정보를 받으실 수 있습니다. 또한 전화(1.800.323.4057)로 연락하시어 이 안내서를 요청하시거나, 우편과; Family Care - Member Services, 11111 Richmond Avenue, Suite 200, Houston, TX 77082 이메일로도 안내서를 받으실 수 있습니다. 이메일 을 이용하실 경우 회원은 할인 프로그램의 수정안/변경사항 및/혹은 할인율을 이메일로 받으시는 것에 동의하시게 됩니다. 지정의사 서비스비 할인율은 매년 1 월 1 일에 조정되어지는 현 메디케어율에 따릅니다.

14. 공공 정책 위원회

플랜/프로그램은 회원의 플랜 공공 정책 위원회로의 참석을 권유하고 있습니다. 공공 정책위원회는 연례 혹은 필요에 따라 열리게 되겠으며, 플랜에 의거, 선정된 회원은 2 년의 임기가 주어집니다. 공공 정책 위원회는 플랜 자체의 공적인 안건을 수립하며 플랜과 관련된 계획안의 이행 상태 평가 및 자료를 검토합니다. 관심이 있으신 회원은 본사 관리 사무소로 연락하셔서 자세한 안내를 받으시기 바랍니다. 본 프로그램은 보험에 속하지 않습니다.