

|  |         |                      |
|--|---------|----------------------|
| <sub_full_name>                                  | 가입자 ID: | <Date><br><Member #> |
| <sub_addr_line_one>                              | Rx ID:  | <RxID>               |
| <sub_addr_line_two>                              | Rx GRP: | E0001002             |
| <sub_addr_city>, <sub_addr_state> <sub_addr_zip> | Rx BIN: | 012353               |
|  | Rx PCN: | 07820000             |

중요 사항: 귀하께서는 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 위해 새로운 플랜에 가입이 되었습니다.  
보장에 대한 증명으로서 본 서신을 보관해두십시오.

<Name> 님께:

**Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan(Medicare-Medicaid Plan) 이용을 환영합니다!**

<effective date>부터 추가 비용 없이 완벽한 고품질 진료를 제공하도록 설계된 Cal MediConnect 건강 플랜을 이용하실 수 있습니다. Blue Shield of California Promise Health Plan은 Medicare와 Medi-Cal 양자의 계약을 통해 가입자에게 두 개의 프로그램이 갖고 있는 혜택을 제공하고자 하는 건강 플랜입니다.

새로운 보장 내용은 다음과 같습니다.

- 처방약을 포함한 Medicare 혜택.
- 지속적인 개인 진료 요구를 위한 장기 서비스 및 지원(LTSS)을 포함한 Medi-Cal 혜택. LTSS는 다목적 시니어 서비스 프로그램(MSSP) 및 커뮤니티 기반 성인 서비스(Community Based Adult Services, CBAS)를 포함하며, 가능한 자택에 머물 수 있도록 도와주는 서비스입니다. 또한 필요할 경우 요양원 치료도 포함됩니다.
- 가입자가 필요한 치료를 제공하기 위해 협력하는 네트워크 내의 의사 및 다른 서비스 제공자를 선택할 수 있습니다.
- 안과 진료, 보청기, 헬스클럽 멤버십과 피트니스 강좌, 비처방 혜택, 전 세계 범위의 응급 보장, 버튼만 누르면 주 7일 하루 24시간 언제든지 도움을 받을 수 있는 의료 경보 모니터링 시스템인 개인 응급 대응 시스템(PERS)과 같은 추가 혜택과 서비스.
- 서비스 제공자와 서비스를 관리할 수 있게 도와주는 케어 네비게이터.
- 목발, 보행기, 휠체어 같은 내구성 의료 장비.



본 서신은 귀하의 신규 보장에 대한 증명입니다. 저희가 보내드리는 가입자 ID 카드를 받으실 때까지 본 서신을 약국이나 진료소 방문 시 제시해 주십시오. 궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 가입자 서비스부에 1-855-905-3825(TTY 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 사이에 연락해 주십시오.

### 다음 단계는 무엇입니까?

<effective date>부터 모든 의료 서비스와 처방약에 대해 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 네트워크 주치의와 약국을 이용하실 수 있습니다. 응급 또는 긴급 진료 서비스 또는 서비스 지역 외부의 투석 서비스가 필요한 경우 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 네트워크 외부의 서비스 제공자를 이용할 수 있습니다.

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan으로의 전환을 돕기 위해 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan의 등록 효력 개시일로부터 최대 12개월의 기간 동안 현재 이용하는 의사의 진료를 계속 받으실 수 있습니다. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 가입자 서비스부에 1-855-905-3825(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 사이에 연락하여 이용 방법을 문의하십시오.

또한 귀하가 복용하는 약이 *보장 약 목록*에 없거나 건강 플랜 규칙에 의해 의사가 지시한 양을 받을 수 없거나 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan의 사전 승인을 요구하는 약인 경우, 플랜 가입 후 첫 90일 동안 귀하가 현재 복용하는 처방약을 30일분을 받을 수 있습니다.

### 새로운 가입자 키트에는 다음이 포함되어 있습니다.

- *보장 약 목록*(처방집) 플랜의 보장 약 목록에 있는 약에 관해 자세한 정보를 얻기 위한 설명서.
- *서비스 제공자 및 약국 명부* 네트워크 내부의 서비스 제공자와 약국에 관한 자세한 정보를 얻기 위한 설명서.
- *가입자 안내 책자*(보장범위 증명)

<enrollment effective date> 이전에 당사는 가입자 ID 카드를 보내드립니다.

<enrollment effective date> 이전에 *가입자 안내 책자*(보장범위 증명)를 보내드립니다.

최신 버전의 *가입자 안내 책자*(보장범위 증명)는 저희 웹사이트, [www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect](http://www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect)에서 언제든지 확인하실 수 있습니다. 가입자 서비스부에 1-855-905-3825번으로 연락하여 가입자 안내 책자를 우편으로 발송하도록 요청할 수도 있습니다.

### Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan에 지불할 금액은 얼마입니까?

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 서비스 제공자를 통해 건강 서비스를 받으면 플랜 보험료, 공제액 또는 자기부담금을 납부할 필요가 없습니다.

## 처방약에 대해 얼마를 납부해야 합니까?

네트워크 약국에서 처방약을 받으시면, Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan에서 보장하는 복제약의 경우 구입할 때마다 \$3.60만, 그리고 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan에서 보장하는 브랜드 약의 경우 구입할 때마다 \$8.95만 지불하면 됩니다. 처방약에 대한 자기부담금은 귀하가 받는 추가 지원의 수준에 따라 달라집니다. 자세한 정보는 Blue Shield of California Promise Cal MediConnect Health Plan에 문의해 주십시오.

## 주치의는 어떻게 선택할 수 있습니까?

주치의(PCP)를 선택할 때 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 서비스 제공자 및 약국 명부를 저희 웹 사이트, [www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect](http://www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect)에서 확인하거나 가입자 서비스부로 연락하여 도움을 요청하실 수 있습니다.

PCP로부터 정기적 진료 또는 기본 진료를 받을 수 있습니다. PCP는 또한 가입자에게 필요한 나머지 보장 서비스를 조정해드릴 수 있습니다.

플랜의 PCP는 특정 의료 그룹과 제휴하고 있습니다. 가입자가 PCP를 선택하면 제휴한 의료 그룹도 같이 선택하게 되는 것입니다. 즉, 담당 PCP는 자신이 소속된 의료 그룹과 제휴한 전문의 및 서비스를 추천합니다. 그러므로, 진료를 받고자 하는 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan의 특정 전문의나 병원이 있는 경우, 그들이 귀하의 PCP가 속한 의료 그룹과 제휴하고 있는지 알아보는 것이 중요합니다.

주치의가 제공할 수 없는 전문 치료 또는 추가 서비스가 필요하신 경우, 주치의가 진료 추천을 해드릴 것입니다. 대부분의 경우, 다른 의료 서비스 제공자를 방문하거나 전문의를 방문하기 전에 진료 추천을 받으려면 PCP를 만나야 합니다. 이러한 진료 추천을 PCP의 의료 그룹에서 승인하면 해당 전문의 또는 기타 서비스 제공자와 예약하여 필요한 진료를 받을 수 있습니다. 전문의는 진료나 서비스가 끝나면 담당 PCP에게 알리고 PCP는 가입자의 진료를 지속할 수 있도록 합니다.

또한 가입자가 특정 서비스를 받으려면 PCP가 플랜으로부터 미리 승인을 얻어야 합니다. 이러한 사전 승인을 "사전 허가"라고 합니다. 예를 들어, 모든 비응급 입원환자 입원을 위해서는 사전 허가가 필요합니다. 경우에 따라 플랜 대신 PCP가 제휴한 의료 그룹이 서비스를 승인할 수 있습니다.

응급 서비스, 긴급 진료, Medicare 승인 투석 시설에서의 신장 투석 서비스, 독감 예방주사, B형 간염과 폐렴 백신, 정기 여성 건강 관리 및 가족 계획 서비스 등은 PCP로부터 먼저 승인을 받지 않고 받을 수 있습니다.

## Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan의 보장 또는 서비스 제공자에 대해 궁금한 사항이 있으면 어떻게 해야 합니까?

- Blue Shield of California Promise Health Plan 가입자 서비스부, 1-855-905-3825번으로, 주 7일 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 사이에 전화하십시오.

- TTY 사용자는 711로 전화해주시요.
- 온라인 [www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect](http://www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect)를 방문해주시요.

### 다른 건강 보장이거나 처방약 보장이 있으면 어떻게 해야 하나요?

고용주 또는 조합에서 받는 보험 같은 다른 건강 또는 약 보장이 있는 경우 귀하나 부양자는 다른 건강 또는 약 보장을 완전히 잃을 수 있으며 Blue Shield of California Promise Health Plan에 가입하는 경우 혜택을 받지 못할 수 있습니다.

- 다른 종류의 건강 보장 및 약 보장은 TRICARE, 재향군인회(Department of Veterans Affairs) 또는 Medigap(Medicare 보완 보험) 보험 등을 말합니다.
- 보장 내용에 대한 질문이 있는 경우 다른 건강/약 보장의 혜택 관리자에게 문의해 주십시오.
- Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 가입 취소를 원하시면 Health Care Options에 1-844-580-7272번으로 월요일-금요일, 8:00 a.m. - 6:00 p.m. 사이에 연락해 주십시오. TTY 사용자는 1-800-430-7077번으로 연락해 주십시오.

### 유효일 이후에 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan에서 탈퇴할 수 있습니까?

**예. 그렇습니다.** Health Care Options에 **연중 언제든지** 1-844-580-7272번으로 월요일-금요일, 8:00 a.m. - 6:00 p.m. 사이에 연락하여 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan에서 탈퇴하거나 새로운 Cal MediConnect 플랜을 선택할 수 있습니다. TTY를 사용하시는 경우 1-800-430-7077번으로 연락해 주십시오.

Blue Shield of California Promise Health Plan에서 탈퇴하고 다른 Cal MediConnect 플랜 가입을 원하지 않을 경우, 당사에 통지한 달의 마지막 날에 보장이 종료됩니다. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan을 탈퇴하고 Medicare 건강 플랜 또는 처방약 플랜에 가입하지 않으시면 Original Medicare를 통해 보장을 받으시게 되며 Medicare는 귀하를 Medicare 처방약 플랜에 가입시킬 것입니다.

### 다른 Cal MediConnect Plan에 가입하고 싶으면 어떻게 해야 하나요?

단 하나의 플랜으로 Medicare 및 Medi-Cal 혜택을 모두 계속 받고 싶다면 다른 Cal MediConnect Plan에 가입할 수 있습니다. 다른 Cal MediConnect 플랜에 가입하려면 Health Care Options에 1-844-580-7272번으로 월요일-금요일, 8:00 a.m. - 6:00 p.m. 사이에 연락해 주십시오. TTY를 사용하는 경우 1-800-430-7077로 연락하십시오. 현재 Cal MediConnect Plan을 탈퇴하고 다른 Cal MediConnect 플랜에 가입하고 싶다고 알려주십시오. 어떤 플랜에 가입할지 확실치 않다면 해당 지역에 있는 다른 플랜에 대해 알려드릴 것입니다.

### Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan에서 탈퇴하는 경우 나의 Medicare는 어떻게 됩니까?

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan을 탈퇴하고 Medicare 건강 플랜 또는 처방약 플랜에 가입하지 않으시면 Original Medicare를 통해 보장을 받으시게 되며 Medicare는 귀하를 Medicare 처방약 플랜에 가입시킬 것입니다. Medicare 의료 또는 처방약 플랜에 가입하기를 원하거나,

해당 지역의 Medicare 플랜에 관해 자세히 알고 싶거나, Medicare에 관해 궁금한 사항이 있으시면:

- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)에 주 7일, 하루 24시간 언제든지 연락해 주십시오.
- TTY를 사용하시는 경우 1-877-486-2048번으로 연락해 주십시오.
- Medicare 홈페이지 <http://www.medicare.gov>를 방문해주십시오.

### **Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan에서 탈퇴하는 경우 나의 Medi-Cal은 어떻게 됩니까?**

지속적인 개인 진료 요구를 도와주는 장기 서비스 및 지원(LTSS)을 포함하여 Medi-Cal 서비스를 계속 받으려면 Medi-Cal 플랜에 가입해야 합니다. Cal MediConnect 플랜에서 탈퇴할 경우, Medi-Cal 서비스를 위해 다른 플랜을 선택한 경우가 아니라면 Blue Shield of California Promise Health Plan을 통해 Medi-Cal 서비스를 계속 받게 됩니다.

Medi-Cal 건강 플랜에 관한 정보를 우편으로 보내드립니다. Medi-Cal 건강플랜에 가입하려면 Health Care Options에 1-844-580-7272번으로 월요일-금요일, 8:00 a.m. - 6:00 p.m. 사이에 연락해 주십시오. TTY를 사용하는 경우 1-800-430-7077로 연락하십시오.

### **도움이나 자세한 정보가 필요한 경우 어떻게 해야 합니까?**

- 이러한 변경과 귀하가 선택할 수 있는 옵션에 관해 건강 보험 상담원과 통화를 원하시면 캘리포니아주 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(Health Insurance Counseling & Advocacy Program, HICAP)에 1-800-434-0222번으로 월요일-금요일, 8:00 a.m. - 5:00p.m. 사이에 연락해 주십시오. TTY를 사용하는 경우 711로 연락하십시오.
- Cal MediConnect 또는 Medi-Cal 플랜에 가입해야 하는 경우 건강 관리 옵션(Health Care Options)에 1-844-580-7272번으로 월요일-금요일, 8:00 a.m. - 6:00 p.m. 사이에 연락해 주십시오. TTY를 사용하는 경우 1-800-430-7077로 연락하십시오.
- Cal MediConnect 플랜에 가입되어 있고 추가 도움이 필요한 경우 Cal MediConnect 옴부즈맨 프로그램에 1-855-501-3077번으로 월요일-금요일, 9:00 a.m. - 5:00 p.m.에 연락해 주십시오. TTY를 사용하는 경우 1-855-847-7914로 연락하십시오.

Blue Shield of California Promise Health Plan은 Medicare와 Medi-Cal 양자의 계약을 통해 가입자에게 두 개의 프로그램이 갖고 있는 혜택을 제공하고자 하는 건강 플랜입니다.

이 문서는 대형 활자체, 점자 또는 오디오와 같은 기타 형식으로 비용 없이 제공해드릴 수 있습니다. 필요하신 경우 1-855-905-3825(TTY: 711)번으로 주 7일 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 사이에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다.

참고: 한국어를 사용하는 가입자는 언어 지원 서비스를 무료로 이용할 수 있습니다. 필요하신 경우 1-855-905-3825(TTY: 711)번으로 주 7일 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 사이에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다.

Español (Spanish): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-905-3825(TTY: 711) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.

繁體中文 (Chinese): 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY: 711) 每週七天辦公，早上8:00 點至晚上8:00 點或。중요 사항: 차별금지 요구 사항에 대한 중요한 정보를 보려면 웹 사이트 <https://www.blueshieldca.com/promise/affordable-care-act.asp>를 방문해 주십시오.

## 차별은 법으로 금지되어 있습니다

Blue Shield of California Promise Health Plan은 관련 주법 및 연방 공민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 조상, 종교, 성별, 혼인 여부, 성 정체성, 성적 지향성, 연령 또는 장애를 이유로 차별을 하지 않습니다. Blue Shield of California Promise Health Plan은 인종, 피부색, 출신 국가, 조상, 종교, 성별, 혼인 여부, 성 정체성, 성적 지향성, 연령 또는 장애를 이유로 사람들을 배제하거나 차별 대우를 하지 않습니다.

Blue Shield of California Promise Health Plan은:

- 장애인들이 저희와 효과적으로 의사소통할 수 있도록 다음과 같은 무료 지원과 서비스를 제공합니다.
  - 자격있는 수화 통역자
  - 다른 형식의 서면 정보(큰 활자, 음성, 사용 가능한 전자 형식, 기타 형식)
- 주로 사용하는 언어가 영어가 아닌 이들에게는 다음과 같은 언어 서비스를 제공합니다.
  - 자격있는 통역자
  - 다른 언어로 작성된 서면 정보

이러한 서비스가 필요하시면 Blue Shield of California Promise Health Plan 민권 담당자(Civil Rights Coordinator)에게 연락해 주십시오.

Blue Shield of California Promise Health Plan이 인종, 피부색, 출신 국가, 혈통, 종교, 성별, 결혼 여부, 성별, 성 정체성, 성적 지향성, 연령 또는 장애를 이유로 서비스를 제공하지 않았거나 차별했다고 생각하시면 다음으로 고충 사항을 제기하실 수 있습니다.

Blue Shield of California Promise Health Plan  
Civil Rights Coordinator  
601 Potrero Grande Dr.  
Monterey Park, CA 91755  
전화: (844) 883-2233(TTY: 711)  
팩스: (323) 889-2228  
이메일: BSCPHPCivilRights@blueshieldca.com

직접 방문하거나 우편, 팩스 또는 이메일로 고충을 제기하실 수 있습니다. 고충 제기와 관련하여 도움이 필요하시면 민권 담당자(Civil Rights Coordinator)가 도움을 드릴 것입니다.

또한 공민권 관련 불만 제기는 주소 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>의 민권 사무국 불만 제기 포털(Office for Civil Rights Complaint Portal)을 통해 온라인으로 하시거나, 다음의 연락처로 우편이나 전화를 통해 미국 보건복지부(Department of Health and Human Services), 민권 사무국(Office for Civil Rights)에 하실 수 있습니다.

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697(TDD)

불만 제기 양식은 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>에서 구할 수 있습니다.

다른 언어나 대형 활자본, 점자, 오디오 등의 다른 형식으로 이 문서가 필요하거나, 안내문을 이해하는 데 도움이 필요하신 경우, Health Care Options에 1-844-580-7272번으로 월요일에서 금요일까지 8:00 a.m. - 6:00 p.m. 사이에 연락해 주십시오. TTY 사용자는 1-800-430-7077번으로 연락해 주십시오. 이 정보는 무료로 얻으실 수 있습니다.