H0148_20_200a_LA_KO Accepted 09122020

2021

보장범위 증명/가입자 안내 책자

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan
(Medicare-Medicaid Plan)
로스앤젤레스 카운티

blue california
Promise Health Plan

Blue Shield of California Promise Health Plan은 Blue Shield Association의 독립적 사용권자입니다.
CMC-EOC-LA-KO-1020

2021년 1월 1일 – 2021년 12월 31일

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan에 따른 가입자의 건강 보험 및 약 보장

가입자 안내 책자 서론

이 안내 책자는 2021년 12월 31일까지의 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 가입자 보장 내용을 설명하고 있습니다. 또한 건강 관리 서비스, 행동 건강(정신 건강 및 약물 남용 문제) 서비스, 처방약 보장, 장기 서비스 및 지원에 대해서도 설명하고 있습니다. 장기 서비스 및 지원은 요양원이나 병원에 가는 대신에 가정에 머물면서도 건강 관리가 될 수 있도록 도와줍니다. *가입자 안내 책자*의 마지막 장에서는 주요 용어와 용어 정의가 알파벳 순서로 나와 있습니다.

본 문서는 중요한 법적 문서입니다. 안전한 장소에 보관해 주십시오.

이 Cal MediConnect Plan은 Blue Shield of California Promise Health Plan이 제공합니다. 이 가입자 안내 책자에 나오는 "당사" 또는 "저희"라는 말은 Blue Shield of California Promise Health Plan을 의미합니다. "플랜" 또는 "저희 플랜"이라는 말은 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan을 의미합니다.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. to 8:00 p.m., seven days a week. The call is free.

Español (Spanish): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al Cal-MediConnect 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。

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY: 711) 8 giờ sáng–8 giờ tối, 7 ngày trong tuần. HOẶC Ban.

Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY: 711)

한국어 (Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. Cal-MediConnect 1-855-905-3825(TTY: 711)번으로 주 7 일 오전 8 시-오후 8 시 중에 전화해 주십시오.

Հայերեն (Armenian): ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY (հեռատիպ)՝ 711)

فارسی:(Persian/Farsi for Cal-MediConnect Members)

توجه :اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد .با
تماس بگیرید 1-855-905-3825 (TTY: 711).

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (телетайп: 711).

日本語 (Japanese): 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

العربية:(Arabic)

ملحوظة :إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم)رقم هاتف الصم والبكم:
(رقم هاتف الصم والبكم :1-855-905-3825 Cal-MediConnect (711

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ខ្មែរ (Cambodian/Khmer): ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711)។

Hmoob (Hmong): LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711).

हिंदी (Hindi): ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711) पर कॉल करें।

ภาษาไทย (Thai): เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711).

اُردُو:(Urdu)

خبردار :اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں ۔ کال کریں
Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711).

이 문서는 대형 활자체, 점자체 또는 오디오와 같은 기타 형식으로 무료로 제공해드릴 수 있습니다. 전화번호1-855-905-3825(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 사이에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다.

항시적 요청을 하시면 영어 외의 다른 언어로, 또는 대체 형식으로 된 문서를 받으실 수 있습니다. 요청하려면 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan에 연락해 주십시오. 고객 서비스부는 향후

안내를 위해 가입자가 선호하는 언어 및 형식을 기록해 둘 것입니다. 선호 사항을 수정하시려면 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan으로 연락바랍니다.

고지 사항

- Blue Shield of California Promise Health Plan은 Medicare와 Medi-Cal 양자의 계약을 통해 가입자에게 두 개의 프로그램이 갖고 있는 혜택을 제공하고자 하는 건강 플랜입니다.
- Blue Shield of California Promise Health Plan에 따른 보장은 "최소 필수 보장"이라는 적격 건강 보장범위입니다. 또한 건강보험개혁법(ACA)의 개별 공동 책임 요건을 충족합니다. 개인별 공동 책임 요건에 대한 자세한 내용은 미국 국세청(IRS) 웹사이트 www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families를 방문해 주십시오.

2021 가입자 안내 책자 - 목차

여기 장 및 페이지 번호 목록에서 원하는 정보 찾기를 시작하실 수 있습니다. 정보를 찾는 데 필요한 자세한 내용은 각 장의 첫 페이지로 가주십시오. **각 장 시작부에 주제들에 대한 상세한 목록이 수록되어 있습니다.**

목차

1 장: 가입자로서 시작하기.....6

2 장: 중요한 전화번호 및 자료.....17

3 장: 건강 관리를 위한 플랜의 보장과 기타 보장 서비스의 이용.....37

4 장: 의료 혜택 차트.....57

5 장: 플랜을 통해 외래환자 처방약 구입하기.....114

6 장: Medicare 및 Medi-Cal 의 처방약에 대한 가입자 부담 항목.....132

7 장: 가입자가 이용한 보장 서비스 또는 의약품에 대해 플랜 부담분 지불을 요청하는 방법.....145

8 장: 귀하의 권리와 책임.....150

9 장: 문제나 불만 사항이 있을 경우 해야 할 일(보장범위 결정, 이의 제기, 불만 제기).....168

10 장: Cal MediConnect Plan 의 탈퇴.....218

11 장: 법적 고지.....228

12 장: 중요 용어의 정의.....233

1장: 가입자로서 시작하기

서론

이 장에는 모든 Medicare 및 Medi-Cal 서비스에 적용되는 건강 보험인 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan과 멤버십에 대한 정보가 포함되어 있습니다. 또한 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan을 통해 제공되는 서비스와 기타 정보에 대해서도 설명되어 있습니다. *가입자 안내 책자*의 마지막 장에서는 주요 용어와 용어 정의가 알파벳 순서로 나와 있습니다.

목차

A. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 을 선택해 주셔서 감사합니다 8

B. Medicare 및 Medi-Cal 정보 8

B1. Medicare 8

B2. Medi-Cal 8

C. 이 플랜의 장점 9

D. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 의 서비스 지역 9

E. 플랜 가입자의 가입 자격은? 10

F. 건강 플랜에 처음 가입하게 되면 예상되는 일 10

G. 관리 팀 및 의료 플랜 11

G1. 관리 팀 11

G2. 의료 플랜 12

H. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 월납 플랜 보험료 12

I. *가입자 안내 책자* 12

J. 당사가 제공할 기타 정보 12

J1. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 가입자 ID 카드 13

J2. *서비스 제공자 및 약국 명부* 13

J3. *보장 약 목록* 14

J4. *혜택 설명* 15

K. 가입자 기록을 최신 상태로 유지하는 방법 15

K1. 개인 건강 정보(PHI)의 보호 16

A. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan을 선택해 주셔서 감사합니다

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan은 Cal MediConnect Plan의 한 종류입니다. Cal MediConnect Plan은 의사, 병원, 약국, 장기 서비스 및 지원 제공자, 행동 건강 서비스 제공자, 기타 서비스 제공자로 구성된 조직입니다. 또한 케어 네비게이터와 관리 팀을 두어 귀하의 모든 제공자와 서비스를 관리하는 데 도움을 줍니다. 이들은 모두 귀하가 필요로 하는 의료 서비스를 제공하고자 협력하고 있습니다.

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan은 Cal MediConnect의 일부로서 서비스를 제공하는 것에 대해 캘리포니아주와 'Medicare 및 Medicaid 서비스 센터'(CMS)의 승인을 받았습니다.

Cal MediConnect는 캘리포니아주와 연방 정부가 Medicare 및 Medi-Cal을 동시에 가지고 있는 사람들에게 더 나은 서비스를 제공하기 위해 공동으로 관리하는 시범적 프로그램입니다. 이 시범 프로그램에 따라 주 및 연방 정부는 가입자의 Medicare와 Medi-Cal 서비스 이용 방법을 개선할 새로운 방법을 시험하려고 합니다.

B. Medicare 및 Medi-Cal 정보

B1. Medicare

Medicare는 다음의 개인을 대상으로 한 연방 의료 보험 프로그램입니다.

- 65세 이상의 개인
- 특정 장애를 가진 65세 미만의 개인 및
- 말기 신장 질환(신부전)을 가진 환자.

B2. Medi-Cal

Medi-Cal은 캘리포니아주의 Medicaid 프로그램 이름입니다. Medi-Cal은 주가 운영하며 주와 연방 정부가 비용을 지불합니다. Medi-Cal은 수입과 재산이 제한적인 사람들의 장기 서비스 및 지원(LTSS)과 의료비를 지원해줍니다. 이 프로그램은 Medicare가 보장하지 않는 추가 서비스와 의약품을 보장합니다.

각 주정부는 다음을 결정합니다:

- 소득 및 재산에 포함되는 대상
- 적격자
- 보장되는 서비스
- 서비스 비용.

프로그램이 연방 규정을 준수할 경우, 주 정부는 프로그램의 운영 방식을 결정할 수 있습니다.

Medicare와 캘리포니아주는 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan을 승인했습니다. 다음의 조건을 충족할 경우 저희 플랜을 통해 Medicare와 Medi-Cal 서비스를 받을 수 있습니다.

- 당사에서 본 플랜을 제공하기로 선택하고,
- Medicare와 캘리포니아주가 이 플랜을 계속 제공하는 것에 동의합니다.

미래에 플랜의 운영이 중단되더라도 가입자의 Medicare 및 Medi-Cal 서비스에 대한 가입 자격에는 영향을 주지 않습니다.

C. 이 플랜의 장점

이제 처방약을 포함하여 보장되는 Medicare 서비스 및 Medi-Cal 서비스를 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan에서 받을 수 있습니다. **이 건강 플랜에 가입할 때 추가 비용이 들지 않습니다.**

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan은 Medicare 및 Medicaid 혜택 모두가 가입자에게 효과적으로 적용되도록 도움을 드릴 것입니다. 그러한 혜택에는 다음 사항이 포함됩니다.

- **하나의** 건강 플랜으로 **모든** 건강 보험 요구 사항을 해결할 수 있습니다.
- 이러한 혜택을 상호 연결할 관리 팀이 배정될 것입니다. 가입자의 관리 팀에는 가입자 본인, 간병인, 의사, 간호사, 카운셀러, 기타 의료 전문가가 포함될 수 있습니다.
- 가입자는 케어 네비게이터(Care Navigator)를 이용할 수 있게 됩니다. 케어 네비게이터는 가입자, Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, 관리 팀과 협력하여 의료 플랜을 세우도록 도와주는 사람입니다.
- 가입자는 관리 팀 및 케어 네비게이터의 도움을 받아 건강 관리를 지시할 수 있습니다.
- 관리 팀과 케어 네비게이터는 가입자와 협력하여 개인의 요구에 부합하도록 개인 중심의 의료 플랜을 세웁니다. 관리 팀은 가입자에게 필요한 서비스를 조율하도록 도와줍니다. 그 예는 다음과 같습니다.
    - 관리 팀은 가입자가 쓰는 모든 약을 의사가 파악하게 하여 가입자가 올바른 약을 쓰도록 하고 발생할 수 있는 부작용을 줄일 수 있게 할 것입니다.
    - 담당 관리 팀은 검사 결과를 모든 담당 의사 및 기타 서비스 제공자와 공유하도록 합니다.

D. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan의 서비스 지역

서비스 지역: Los Angeles, California.

서비스 지역 내에 거주하는 사람만 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan에 가입할 수 있습니다.

서비스 지역 외부로 이사할 경우, 플랜 가입을 지속할 수 없습니다. 서비스 지역 외부로 이사할 경우 발생할 문제에 대한 자세한 정보는 8장 I절을 참조해 주십시오. 카운티의 자격 심사원에게 문의하시기 바랍니다.

Los Angeles 카운티 공공사회복지부(DPSS) 고객 서비스 센터	전화: 1-866-613-3777. 통화료는 무료입니다. TTY: 711 시간: 7:30 a.m. – 5:30 p.m., 월요일 - 금요일(휴일은 제외).

E. 플랜 가입자의 가입 자격은?

다음의 조건에 부합할 경우 가입 자격을 가집니다.

- 서비스 지역에 거주해야 하고 **또한**
- 가입 당시 21세 이상이어야 하며 **또한**
- Medicare 파트 A와 Medicare 파트 B를 가지고 있어야 하고 **또한**
- 현재 Medi-Cal 가입 자격을 갖추어야 하고 **그리고**
- 미국 시민이거나 미국에 합법적으로 거주하고 있어야 합니다.

해당 카운티마다 추가적인 자격 규칙이 있을 수 있습니다. 자세한 정보는 고객 서비스부로 문의해 주십시오.

F. 건강 플랜에 처음 가입하게 되면 예상되는 일

이 플랜에 처음 가입하면, 가입 발효일로부터 처음 45일 내지 90일 이내에 건강 위험 평가(HRA)를 받습니다.

저희는 가입자의 HRA를 완료해야 합니다. 이 HRA는 가입자의 개인 의료 플랜(Individual Care Plan, ICP)을 수립하는 기준이 됩니다. HRA에는 가입자의 의료, LTSS, 행동 건강, 기능 등과 관련된 요구 사항을 파악하기 위한 질문이 포함됩니다.

저희는 HRA를 완료하기 위해 가입자에게 연락을 드릴 것입니다. HRA는 직접 방문, 전화 통화 또는 우편으로 할 수 있습니다.

HRA에 대한 자세한 정보를 가입자에게 보내드릴 것입니다.

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan에 처음 가입할 경우, 특정 기간 동안 현재 담당 의사에게 계속 진료를 받을 수 있습니다. 다음의 모든 조건에 부합할 경우, 가입 후 최대 12개월 동안 서비스 허가를 유지할 수 있으며, 현재 서비스 제공자를 계속하여 이용하실 수 있습니다.

- 가입자, 가입자의 대리인 또는 서비스 제공자가 현재의 서비스 제공자를 유지해달라고 플랜에 직접 요청해야 합니다.
- 가입자가 기존의 주치의 또는 전문의로부터 진료를 받았다는 기존의 관계를 저희가 파악할 수 있습니다. 기존의 관계란 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan에 처음 가입하기 전에 12개월 동안 네트워크 외부 서비스 제공자를 1회 이상, 비응급 상황에서 방문한 것을 의미합니다.
    - 가입자의 입수된 건강 정보 또는 가입자가 플랜에 제공한 정보를 검토하여 기존의 관계를 확인할 것입니다.
    - 저희는 30일 이내에 가입자의 요청에 답변해야 합니다. 가입자는 더 신속한 결정을 요청할 수 있으며 플랜은 15일 이내에 답변해야 합니다.
    - 귀하 또는 서비스 제공자는 기존 관계를 증명하는 문서를 제시하고 요청 시 특정 조건에 동의해야 합니다.

참고: 이러한 요청은 내구성 의료 장비(Durable Medical Equipment, DME), 교통편, 기타 보조 서비스, Cal MediConnect에 포함되어 있지 않은 서비스 등에 대해서는 할 수 **없습니다**.

관리 지속 기간이 종료된 후에는 플랜이 네트워크 외부 의사와 합의한 경우를 제외하고 귀하의 담당 주치의가 속한 의료 그룹과 제휴가 되어 있는 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 네트워크 내 의사 및 다른 서비스 제공자를 이용해야 합니다. 네트워크 서비스 제공자는 건강 플랜과 업무 협조 관계에 있는 서비스 제공자입니다. 의료 그룹 또는 독립 의사 협회(IPA)는 캘리포니아 주법에 따라 만들어진 기관으로서 건강 플랜들과 계약을 맺고 건강 플랜 가입자들에게 진료를 제공하거나 소개합니다. 의료 그룹 또는 IPA는 가입자에게 조율된 건강 관리 서비스를 제공하기 위해 만들어진 주치의 및 전문의 협회입니다. 서비스 이용에 대한 자세한 정보는 3장, D절을 참조하십시오.

G. 관리 팀 및 의료 플랜

G1. 관리 팀

필요한 진료를 받는 데 도움이 필요하십니까? 관리 팀이 그러한 도움을 드릴 수 있습니다. 관리 팀에는 귀하의 담당 의사, 케어 네비게이터 또는 가입자가 선택하시는 의료인이 포함될 수 있습니다.

케어 네비게이터는 가입자가 필요한 진료를 관리할 수 있게 도움을 드리고자 특별히 교육 받은 사람입니다. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan에 가입하시면 케어 네비게이터가 배정됩니다. 케어 네비게이터는 귀하께서 필요로 하시는 서비스를 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan이 제공하지 못하는 경우 커뮤니티 리소스를 소개해드립니다.

저희에게 1-855-905-3825(TTY: 711)번으로 주 7일 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락하여 관리 팀과의 통화를 요청해 주십시오.

G2. 의료 플랜

귀하의 관리 팀은 의료 플랜을 마련하기 위해 귀하와 협력해나갈 것입니다. 의료 플랜으로 귀하와 담당 의사는 필요한 서비스가 무엇이고 어떻게 그러한 서비스를 받아야 할지를 알 수 있습니다. 의료 플랜에는 귀하의 의료적, 행동 건강적, LTSS 관련 요구가 포함됩니다. 귀하의 의료 플랜은 귀하를 위해 그리고 귀하의 요구에 맞게 마련될 것입니다.

귀하의 의료 플랜에는 다음과 같은 내용이 포함될 것입니다.

- 귀하의 진료상 목표
- 필요한 서비스를 언제 받아야 하는지에 대한 일정

건강 위험 평가를 마친 후 관리 팀은 귀하를 만나게 될 것입니다. 그리고 필요한 서비스에 대해 논의하게 될 것입니다. 고려해보실 수도 있을 서비스에 대해 알려드릴 수도 있습니다. 의료 플랜은 귀하의 요구에 맞게 수립될 것입니다. 관리 팀은 귀하와 협력하여 최소 1년에 한 번은 의료 플랜 내용을 갱신하게 됩니다.

H. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 월납 플랜 보험료

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan은 월납 플랜 보험료가 없습니다.

I. *가입자 안내 책자*

이 *가입자 안내 책자*는 가입자와 당사 간 계약의 일부 내용입니다. 즉, 저희는 이 문서의 모든 규칙을 준수해야 합니다. 규칙에 위반되는 사항이 있다고 생각하실 경우, 이의 제기나 소청을 할 수 있습니다. 이의 제기 방법에 대한 자세한 정보는 9장, D절을 참조하시거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의해 주십시오.

가입자 안내 책자 요청은 고객 서비스부에 1-855-905-3825(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m.에 연락해 주십시오. *가입자 안내 책자*는 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect에서 확인하거나 다운로드할 수도 있습니다.

이 계약은 2021년 1월 1일에서 2021년 12월 31일 사이에 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan에 가입한 기간(월) 동안 유효합니다.

J. 당사가 제공할 기타 정보

귀하께서는 이미 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 가입자 ID 카드를 받으셨고, *서비스 제공자 및 약국 명부* 및 *보장 약 목록*의 이용 방법을 안내 받으셨을 것입니다.

J1. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 가입자 ID 카드

저희 플랜 하에서는 장기 서비스 및 지원, 특정 행동 건강 서비스 및 처방약을 포함한 Medicare 및 Medi-Cal 서비스에 대해 하나의 카드를 가지게 되십니다. 그 카드를 어떠한 서비스를 받거나 처방약을 받으실 때 반드시 제시하셔야 합니다. 카드 외관의 샘플은 다음과 같습니다.

Cal MediConnect 카드가 손상, 분실되었거나 도난 당한 경우, 고객 서비스부에 즉시 연락하시면 새로운 카드를 보내드릴 것입니다. 고객 서비스부에 1-855-905-3825(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m.에 연락해 주십시오.

저희 플랜 가입자인 경우, Cal MediConnect 서비스를 이용할 때 빨간색, 흰색, 파란색 Medicare 카드나 Medi-Cal 카드를 사용하지 않아도 됩니다. 그러한 카드들은 나중에 필요할 수 있으므로 안전한 장소에 보관해 두십시오. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 가입자 ID 카드 대신 Medicare 카드를 제시하는 경우 서비스 제공자는 저희 플랜 대신 Medicare에게 비용을 청구할 수 있으며 가입자가 청구서를 받을 수 있습니다. 서비스 제공자로부터 청구서를 받는 경우 처리 방법은 7장 A절을 참조하십시오.

카운티 정신 건강 플랜(MHP)의 전문 정신 건강 서비스를 이용하려는 경우, Medi-Cal 카드가 필요하다는 것을 기억해 두십시오.

J2. *서비스 제공자 및 약국 명부*

*서비스 제공자 및 약국 명부*는 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 네트워크의 서비스 제공자 및 약국의 목록입니다. 플랜의 가입자인 동안에는 보장 서비스를 이용할 때 네트워크 서비스 제공자를 이용해야 합니다. 플랜에 처음 가입할 때 몇 가지 예외가 있습니다(41페이지 참조).

*서비스 제공자 및 약국 명부*를 요청하시려면 고객 서비스부에 1-855-905-3825(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m.에 연락해 주십시오. *서비스 제공자 및 약국 명부*는 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect에서 확인하거나 다운로드할 수 있습니다.

*서비스 제공자 및 약국 명부*에는 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 가입자로서 이용할 수 있는 의료 전문가(의사, 간호사, 개업 간호사, 심리학자 등), 시설(병원 또는 클리닉 등), 및 지원

서비스 제공자(노인 주간 보건 서비스 및 가정 건강 관리 서비스 제공자 등)가 수록되어 있습니다. 명부에는 처방약을 받기 위해 이용하실 수 있는 약국도 수록되어 있습니다. 또한 다음에 대한 몇 가지 정보도 포함되어 있습니다.

- 기타 서비스 제공자, 전문의 또는 시설을 이용하기 위해 진료 추천이 필요한 경우
- 의사 선택 방법
- 의사 변경 방법
- 해당 지역 및/또는 의료 그룹/IPA에서 의사, 전문의, 약국, 시설 등을 찾는 방법
- 장기 서비스 및 지원(LTSS), 재택 지원 서비스(IHSS) 또는 다목적 시니어 서비스 프로그램(MSSP)을 이용하는 방법
- 우편 주문, 가정 주입 또는 장기 치료 약국을 이용하는 방법에 대한 정보.

네트워크 서비스 제공자의 정의

- Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 네트워크 서비스 제공자 명부에 수록된 내용:
  - 저희 플랜 가입자로서 이용하실 수 있는 의사, 간호사, 다른 의료 전문가
  - 저희 플랜에서 진료를 제공하는 클리닉, 병원, 간호 시설 및 기타 시설
  - LTSS, 행동 건강 서비스, 가정 건강 관리 기관, 내구성 의료 장비 공급업체, Medicare 또는 Medi-Cal을 통해 물품이나 서비스를 제공하는 기타 업체

네트워크 서비스 제공자는 보장 서비스에 대해 플랜이 전체 비용을 지급하는 것에 동의했습니다.

네트워크 약국의 정의

- 네트워크 약국은 플랜 가입자를 위해 처방 약을 조제하는 데 동의한 약국(드럭 스토어)을 말합니다. 원하시는 네트워크 약국을 찾기 위해 *서비스 제공자 및 약국 명부*를 사용하실 수 있습니다.
- 응급 상황을 제외하고 플랜이 비용을 부담하기를 원하시면 반드시 네트워크 약국 중 한 곳에서 처방약을 조제해야 합니다.

고객 서비스부에 1-855-905-3825(TTY: 711)번으로 주 7일 8:00 a.m. – 8:00 p.m. 중에 연락하여 자세한 정보를 문의해 주십시오. 고객 서비스부와 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 웹사이트에서 네트워크 약국과 서비스 제공자의 변경 사항에 대한 최신 정보를 확인할 수 있습니다.

J3. *보장 약 목록*

플랜에는 *보장 약 목록*이라는 것이 있습니다. 이것을 "의약품 목록"이라고도 합니다. 이 목록에는 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan이 보장하는 처방약이 수록되어 있습니다.

의약품 목록은 특정 약에 대해 어떠한 규칙이나 제한 사항이 적용되는지, 예를 들어, 받을 수 있는 양의 제한 등을 안내합니다. 이러한 규칙 및 제한 사항에 대한 자세한 정보는 5장, C절을 참조하십시오.

매년 의약품 목록을 이용하는 방법에 대한 정보를 발송하지만 연중 변경 사항이 발생할 수 있습니다. 보장되는 약에 대한 최신 정보를 원하실 경우, www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect를 방문하시거나 1-855-905-3825(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m.에 연락해 주십시오.

J4. *혜택 설명*

귀하의 파트 D 처방약 혜택을 이용하실 때 저희는 파트 D 처방약에 대한 지불액 내역을 확인하고 추적하실 수 있도록 요약 보고서를 보내드립니다. 이 요약 보고서를 *혜택 설명서*(Explanation of Benefits, EOB)라고 합니다.

EOB는 귀하 또는 귀하의 대리인이 파트 D 처방약에 지출한 액수와 해당 월에 귀하의 파트 D 처방약 각각에 대해 저희가 지불해드린 액수를 알려 줍니다. 혜택 설명서에는 가입자가 복용하는 약에 대한 자세한 정보가 포함되어 있습니다. 6장에는 혜택 설명서에 대한 추가 정보와 함께 가입자의 약 보장 내역을 추적하는 데 어떻게 도움이 되는지 안내되어 있습니다.

혜택 설명서를 요청하시면 받으실 수 있습니다. 사본이 필요하신 경우 고객 서비스부에 1-855-905-3825(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m.에 연락해 주십시오.

K. 가입자 기록을 최신 상태로 유지하는 방법

가입자 정보가 변경될 경우, 저희에게 통지하여 가입자 정보를 최신 상태로 유지할 수 있습니다.

플랜의 네트워크 서비스 제공자 및 약국은 귀하에 관한 올바른 정보를 가지고 있어야 합니다. **서비스 제공자들은 가입자 기록을 이용하여 어떠한 서비스 및 약을 이용하시는지와 얼마의 비용이 들지를 알게 됩니다**. 이러한 이유로 귀하의 정보가 최신으로 유지되도록 도움을 주시는 것이 매우 중요합니다.

다음에 대해 알려 주시기 바랍니다.

- 이름, 주소 또는 전화번호의 변경.
- 회사, 배우자의 회사 또는 산재 보험과 같은 기타 건강 보험 보장의 변경.
- 자동차 사고로 인한 보상 청구와 같은 책임 보상 청구가 있을 경우.
- 요양원 또는 병원 입원.
- 병원이나 응급실에서 진료를 받는 경우.
- 간병인이나 가입자를 담당하는 사람이 변경된 경우.
- 임상 연구에 참여하고 있거나 참여하게 된 경우.

정보에 변경이 있는 경우 저희에게 알리기 위해 고객 서비스부에 1-855-905-3825(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m.에 연락해 주십시오.

K1. 개인 건강 정보(PHI)의 보호

가입자 기록에 포함된 정보에는 개인 건강 정보(PHI)가 포함되어 있을 수 있습니다. 주 및 연방 법률은 가입자의 PHI를 보호하도록 요구하고 있으며, 이에 따라 PHI를 보호하고 있습니다. PHI 보호 방법에 대한 자세한 정보는 8장 C절을 참조하십시오.

2장: 중요한 전화번호 및 자료

서론

이 장에는 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan에 대한 질문과 의료 서비스 혜택에 대한 질문에 대한 답변을 얻는 데 도움이 될 중요한 리소스의 문의처 정보가 포함되어 있습니다. 또한 가입자에게 도움을 줄 케어 네비게이터나 기타 담당자에게 연락하는 방법도 안내되어 있습니다. *가입자 안내 책자*의 마지막 장에서는 주요 용어와 용어 정의가 알파벳 순서로 나와 있습니다.

목차

A. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 고객 서비스부에 연락하는 방법 19

A1. 고객 서비스부에 연락해야 할 경우 19

B. 케어 네비게이터에게 연락하는 방법 22

B1. 케어 네비게이터에게 연락해야 할 경우 22

C. 간호사 상담 전화에 연락하는 방법 24

C1. 간호사 상담 전화에 연락해야 할 경우 24

D. 행동 건강 위기 상담 전화로 연락하는 방법 25

D1. 행동 건강 위기 상담 전화로 연락해야 할 경우 25

E. 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 연락하는 방법 26

E1. HICAP 에 연락해야 할 경우 26

F. 품질 개선 기관(QIO)에 연락하는 방법 27

F1. Livanta Beneficiary and Family Centered Care Quality Improvement Organization(BFCC-QIO)에 연락해야 할 경우 27

G. Medicare 에 연락하는 방법 28

H. Medi-Cal 건강 관리 옵션에 연락하는 방법 29

I. Cal MediConnect 옴부즈 프로그램에 연락하는 방법 30

J. 카운티 사회복지부에 연락하는 방법 31

K. 카운티 전문 정신 건강 플랜에 연락하는 방법.....32

K1. 카운티 전문 정신 건강 플랜에 문의할 수 있는 사항: 32

L. 캘리포니아주 관리보건부(DMHC)에 연락하는 방법.....33

M. 기타 리소스 34

A. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 고객 서비스부에 연락하는 방법

전화	1-855-905-3825. 통화료는 무료입니다. 주 7일 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 위의 번호로 전화하면 이 문서를 대형 활자체, 점자 또는 오디오와 같은 기타 형식으로 무료로 제공 받을 수 있습니다. 저희는 비영어권 이용자를 위한 언어 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711. 통화료는 무료입니다. 청각 또는 언어 장애가 있는 경우, 이 번호를 이용해 주십시오. 이 번호를 이용하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다. 주 7일 8:00 a.m. - 8:00 p.m.
우편	Blue Shield of California Promise Health Plan Customer Care Department 601 Potrero Grande Dr. Monterey Park, CA 91755
웹사이트	www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect

A1. 고객 서비스부에 연락해야 할 경우

- 플랜에 대한 질문
- 클레임, 청구 또는 가입자 ID 카드에 대한 질문
- 가입자의 건강 관리에 대한 보장범위 결정
  - 가입자의 건강 관리에 대한 보장범위 결정이란 다음 내용에 대한 결정을 말합니다.
    - 가입자의 혜택 및 보장 서비스, **또는**
    - 가입자의 의료 서비스에 대해 플랜이 부담하는 금액.
  - 가입자 건강 관리의 보장범위 결정에 대해 문의 사항이 있을 경우 저희에게 연락해 주십시오.
  - 보장범위 결정에 대해 자세히 알고 싶으시면 9장 D절을 참조해 주십시오.

- 건강 관리에 대한 이의 제기
  - 이의 제기는 당사의 결정 과정에 실수가 있다고 여겨지는 경우 결정 내용을 변경하도록 요청하거나 당사가 내린 결정을 심사해줄 것을 요청하는 공식적인 방법입니다.
  - 이의 제기 방법에 대한 더욱 자세한 내용은 9장 D절을 참조해 주십시오.
- 건강 관리에 대한 불만 사항
  - 가입자는 당사나 서비스 제공자(비네트워크 또는 네트워크 제공자 포함)에 대한 고충을 제기할 수 있습니다. 네트워크 서비스 제공자는 건강 플랜과 업무 협조 관계에 있는 서비스 제공자입니다. 가입자는 진료 품질에 대한 고충을 당사나 품질 개선 기관에게 제기할 수도 있습니다(아래의 F절 참조).
  - 저희에게 연락하여 불만 사항을 설명할 수도 있습니다. 고객 서비스부에 1-855-905-3825(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m.에 연락해 주십시오.
  - 불만 사항이 건강 관리 관련 보장범위 결정에 대한 것이라면 이의 제기를 하실 수 있습니다(위의 절 참조).
  - Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan에 대한 불만 사항을 Medicare에 제출하실 수 있습니다. 온라인 양식은 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx에서 이용할 수 있습니다. 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 도움을 요청하실 수도 있습니다.
  - Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan에 대한 불만 사항은 Cal MediConnect 옴부즈 프로그램에 1-855-501-3077(TTY: 1-855-847-7914)번으로 월요일-금요일, 9:00 a.m. - 5:00 p.m. 사이에 직접 연락할 수 있습니다.
  - 가입자의 건강 관리 관련 불만 제기에 대한 자세한 정보는 9장, J절을 참조하십시오.
- 의약품에 대한 보장범위 결정
  - 가입자의 약에 대한 보장범위 결정은 다음에 대한 결정입니다.
    - 가입자의 혜택 및 보장 약, **또는**
    - 가입자의 약 비용에 대해 플랜이 부담하는 금액.
  - 보장범위 결정은 파트 D 약, Medi-Cal 처방약, 처방전 없이 구입 가능한 Medi-Cal 약 등에 적용됩니다.
  - 처방약 관련 보장범위 결정에 대한 자세한 내용은 9장F절을 참조해 주십시오.

- 약에 대한 이의 제기
  - 이의 제기는 보장범위 결정을 변경하도록 당사에 요청하는 것을 말합니다.
  - Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 보장 약 목록(처방집)에 포함된 약의 보장범위 결정에 이의 제기를 하려면 고객 서비스부에 1-855-905-3825(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m.에 연락해 주십시오. Medi-Cal 약은 처방집에 별표(*)로 표시되어 있습니다.
  - 처방약과 관련된 이의 제기에 대한 자세한 내용은 9장 J절을 참조해 주십시오.
- 약에 대한 불만 사항
  - 저희에게나 약국에 불만 사항을 제기하실 수 있습니다. 여기에는 가입자의 처방약에 대한 불만이 포함됩니다.
  - 불만 사항이 처방약 관련 보장범위 결정에 대한 것이라면 이의 제기를 하실 수 있습니다. (위의 절 참조.)
  - Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan에 대한 불만 사항을 Medicare에 제출하실 수 있습니다. 온라인 양식은 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx에서 이용할 수 있습니다. 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 도움을 요청하실 수도 있습니다.
  - 처방약과 관련된 불만 제기에 대한 자세한 내용은 9장, J절을 참조해 주십시오.
- 비용을 지불한 진료 또는 약에 대한 환급
  - 환급 요청이나 받은 청구서의 지불 요청에 대한 자세한 정보는 7장, A절을 참조하십시오.
  - 저희에게 청구서 납부를 요청하셨으나 어느 부분이라도 거절된 경우, 저희의 결정 내용에 이의를 제기 하실 수 있습니다. 이의 제기에 대한 자세한 정보는 9장, D절을 참조하십시오.

B. 케어 네비게이터에게 연락하는 방법

케어 네비게이터는 가입자의 치료 절차 조율을 도와주도록 특별히 교육 받은 사람입니다. 케어 네비게이터는 관리 팀에 소속되며 가입자에게 연락하는 일을 담당하는 사람입니다. 건강 플랜에 가입하면 케어 네비게이터가 배정됩니다. 케어 네비게이터는 가입자에게 연락하여 자신을 소개하고 가입자의 요구 사항을 파악할 것입니다. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 고객 서비스부로 전화하여 가능한 옵션을 선택하고 담당 케어 네비게이터와 연락하실 수 있습니다. 케어 네비게이터가 가입자에게 배정되면 직통 번호로도 연락하실 수 있습니다. 케어 네비게이터 변경을 요청하시려면 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 고객 서비스부로 연락해 주십시오.

전화	1-855-905-3825. 통화료는 무료입니다. 주 7일 8:00 a.m. – 8:00 p.m. 위의 번호로 전화하면 이 문서를 대형 활자체, 점자 또는 오디오와 같은 기타 형식으로 무료로 제공 받을 수 있습니다. 저희는 비영어권 이용자를 위한 언어 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711. 통화료는 무료입니다. 청각 또는 언어 장애가 있는 경우, 이 번호를 이용해 주십시오. 이 번호를 이용하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다. 주 7일 8:00 a.m. - 8:00 p.m.
우편	Blue Shield of California Promise Health Plan Customer Care Department 601 Potrero Grande Dr. Monterey Park, CA 91755
웹사이트	www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect

B1. 케어 네비게이터에게 연락해야 할 경우

- 건강 관리에 대한 질문
- 행동 건강(정신 건강 및 약물 남용 문제) 서비스 이용에 대한 질문
- 교통편에 대한 질문
- 장기 서비스 및 지원(LTSS)에 대한 문제

LTSS에는 커뮤니티 기반 성인 서비스(Community-Based Adult Services, CBAS), 다목적 시니어 서비스 프로그램(Multipurpose Senior Services Program, MSSP) 및 간호 시설(Nursing Facilities, NF)이 포함됩니다.

장기 서비스 및 지원(Long Term Services & Supports, LTSS)은 광범위한 서비스로서 신체 기능에 장애가 있거나 만성 질환이 있는 사람에게 지역사회나 장기 치료 시설에서 독립적으로 살 수 있도록 도와줍니다. LTSS는 목욕, 옷입기, 식사 준비, 약 투약 등과 같은 일상 생활을 수행하는 데 도움이 필요한 개인을 위한 것입니다. 독립적으로 생활하는 데 도움이 필요하신 경우, 고객 서비스부로 연락하여 진료 추천을 요청해 주십시오.

LTSS에는 커뮤니티 기반 성인 서비스(Community-Based Adult Services, CBAS), 재택 지원 서비스(In-Home Supportive Services, IHSS), 다목적 시니어 서비스 프로그램(Multipurpose Senior Services Program, MSSP), 장기 치료/보호 간호(Long-Term Care/Custodial Care) 등이 포함됩니다.

일상적 건강 관리와 생활에 대해 도움을 받을 수 있습니다.

다음 서비스를 이용할 수 있습니다.

- 커뮤니티 기반 성인 서비스(Community-Based Adult Services, CBAS)
- 다목적 시니어 서비스 프로그램(MSSP)
- 전문 간호 관리
- 물리 치료
- 작업 치료
- 언어 치료
- 의료 사회복지 서비스 및
- 가정 건강 관리.

C. 간호사 상담 전화에 연락하는 방법

Blue Shield Promise of California Health Plan 간호사 상담 전화는 정규 간호사(RN)가 주 7일 하루 24시간 질문에 답변해 드립니다. 간호사 상담 전화로 연락하시려면 (800) 609-4166번으로 전화해 주십시오(TTY 711). 간호사들이 전화를 통해 일반적인 건강 관련 질문에 답변하고 자세한 정보를 확인할 기타 리소스를 알려 줄 것입니다. 가입자는 간호사 상담 전화를 통해 간편하게 참조할 수 있는 모든 정보와 링크가 포함된 요약 정보를 이메일로 받을 수 있습니다.

전화	(800) 609-4166(TTY 711) 통화료는 무료입니다. 주 7일, 하루 24시간됩니다. 위의 번호로 전화하면 이 문서를 대형 활자체, 점자 또는 오디오와 같은 기타 형식으로 무료로 제공 받을 수 있습니다. 저희는 비영어권 이용자를 위한 언어 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711. 통화료는 무료입니다. 청각 또는 언어 장애가 있는 경우, 이 번호를 이용해 주십시오. 이 번호를 이용하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다. 주 7일, 하루 24시간 운영됩니다.

C1. 간호사 상담 전화에 연락해야 할 경우

- 건강 관리에 대한 질문

D. 행동 건강 위기 상담 전화로 연락하는 방법

전화	Los Angeles Access and Crisis Line 1-800-854-7771. 통화료는 무료입니다. 주 7일, 하루 24시간됩니다. 저희는 비영어권 이용자를 위한 언어 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711. 통화료는 무료입니다. 청각 또는 언어 장애가 있는 경우, 이 번호를 이용해 주십시오. 이 번호를 이용하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다. 주 7일, 하루 24시간 운영됩니다.
전화	Blue Shield of California Promise Health Plan 관리형 행동 건강 기관 1-855-765-9701. 통화료는 무료입니다. 주 7일, 하루 24시간됩니다. 저희는 비영어권 이용자를 위한 언어 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711. 통화료는 무료입니다. 청각 또는 언어 장애가 있는 경우, 이 번호를 이용해 주십시오. 이 번호를 이용하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다. 주 7일, 하루 24시간됩니다.

D1. 행동 건강 위기 상담 전화로 연락해야 할 경우

- 행동 건강과 약물 남용 서비스에 대한 질문
- 정신 건강 위기 상황이 발생했다면 주 7일, 하루 24시간 이용 가능한 Los Angeles Access Crisis 전화로 연락해 주십시오. 연락처 정보는 위에 있습니다.
- 정신 건강 및 약물 남용 서비스에 관해 질문이 있다면 Blue Shield of California Promise Health Plan 행동 건강 서비스로 전화해 주십시오. 연락처 정보는 위에 있습니다.
- Cal MediConnect 건강 플랜은 가입자에게 Medicare 및 Medi-Cal이 보장하는, 의학적으로 필요한 모든 행동 건강(정신 건강 및 물질 사용 처치) 서비스를 이용하실 수 있게 할 책임이 있습니다.

카운티별 정신 건강 서비스에 대한 질문은 33페이지로 가십시오.

E. 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 연락하는 방법

건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)은 Medicare 가입자에게 건강 보험 상담을 무료로 해줍니다. HICAP 카운셀러는 질문에 답변하고 문제 해결을 위해 해야 할 일을 알려드릴 것입니다. HICAP는 카운티마다 교육을 받은 카운셀러를 두고 있으며 서비스는 무료입니다.

HICAP는 어느 보험회사 또는 건강 플랜과도 관련이 없습니다.

전화	Center for Health Care Rights 1-213-383-4519 월요일 - 금요일, 8:30 a.m. - 4:30 p.m.
TTY	711 청각 또는 언어 장애가 있는 경우, 이 번호를 이용해 주십시오. 이 번호를 이용하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.
우편	Los Angeles County HICAP Office 520 S. Lafayette Park Place, Suite 214 Los Angeles, CA 90057
웹사이트	http://www.aging.ca.gov/HICAP/

E1. HICAP에 연락해야 할 경우

- Cal MediConnect 플랜에 대한 질문 또는 Medicare에 관한 기타 질문
  - HICAP 상담원은 신규 플랜으로 변경하는 것에 대한 질문에 답변하고 다음에 대한 도움을 줄 수 있습니다.
    - 가입자의 권리 이해
    - 가입자의 플랜 선택에 대해 이해
    - 건강 관리나 치료와 관련된 불만 제기 **및**
    - 청구서 관련 문제 해결

F. 품질 개선 기관(QIO)에 연락하는 방법

캘리포니아주에는 Livanta Beneficiary and Family Centered Care Quality Improvement Organization(BFCC-QIO)이라고 하는 기관이 있습니다. 이 프로그램은 Medicare 가입자의 의료 품질 개선을 돕는 의사 및 다른 의료 전문가 그룹입니다. Livanta BFCC-QIO는 저희 플랜과 아무런 관련이 없습니다.

전화	1-877-588-1123
TTY	1-855-887-6668 청각 또는 언어 장애가 있는 경우, 이 번호를 이용해 주십시오. 이 번호를 이용하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.
우편	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road. Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
웹사이트	https://www.livantaqio.com/en

F1. Livanta Beneficiary and Family Centered Care Quality Improvement Organization(BFCC-QIO)에 연락해야 할 경우

- 건강 관리에 대한 질문
  - 가입자는 다음의 경우 이용한 서비스에 대해 불만을 제기할 수 있습니다.
    - 서비스 품질에 문제가 있을 경우,
    - 귀하의 병원 체류가 너무 일찍 끝난다고 생각하는 경우, **또는**
    - 가정 건강 관리, 전문 간호 시설 진료, 종합 외래환자 재활 시설(CORF) 서비스가 너무 일찍 종료된다고 생각하는 경우.

G. Medicare에 연락하는 방법

Medicare는 65세 이상의 어르신과 65세 미만의 장애인, 말기 신장 질환을 가진 환자(투석 또는 신장 이식이 필요한 영구적인 신부전)를 위한 연방 건강 보험 프로그램입니다.

Medicare를 담당하는 연방 기관은 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터 또는 CMS라고 합니다.

전화	1-800-MEDICARE(1-800-633-4227) 이 전화는 주 7일 하루 24시간 언제든 무료로 이용하실 수 있습니다.
TTY	1-877-486-2048. 통화료는 무료입니다. 청각 또는 언어 장애가 있는 경우, 이 번호를 이용해 주십시오. 이 번호를 이용하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.
웹사이트	www.medicare.gov 이 웹사이트는 Medicare의 공식 웹사이트입니다. 이 웹사이트는 Medicare에 대한 최신 정보를 제공합니다. 여기에는 병원, 요양 시설, 의사, 가정 건강 관리 기관, 투석 시설 등에 대한 정보도 포함되어 있습니다. 개인 컴퓨터에서 인쇄할 수 있는 안내 책자도 포함되어 있습니다. "Forms, Help & Resources"(양식, 도움말 및 리소스)를 선택한 후 "Phone numbers & websites"(전화번호 및 웹사이트)를 클릭하여 해당 주의 Medicare 연락처도 찾으실 수 있습니다. Medicare 웹사이트에는 거주 지역의 플랜을 찾을 수 있도록 다음의 도구가 있습니다. **Medicare 플랜 검색기:** 거주 지역의 Medicare 처방약 플랜, Medicare 건강 플랜, Medigap (Medicare 보조 보험)에 대한 개별화된 정보를 제공합니다. "Find plans"(플랜 찾기)를 선택합니다. 컴퓨터가 없을 경우, 지역 도서관이나 시니어 센터에 있는 컴퓨터를 이용하여 이 웹사이트를 이용하실 수 있습니다. 또는 위의 전화번호로 Medicare에 전화하여 자신이 원하는 사항을 문의할 수도 있습니다. Medicare가 이 웹사이트에 있는 정보를 확인하고 인쇄하여 발송해 드릴 것입니다.

H. Medi-Cal 건강 관리 옵션에 연락하는 방법

Medi-Cal 건강 관리 옵션은 Cal MediConnect Plan 선택 또는 기타 가입 문제에 대한 질문이 있을 경우 도움을 드릴 수 있습니다.

전화	1-844-580-7272 건강 관리 옵션 담당자와는 월요일 - 금요일 8:00 a.m. - 6:00 p.m.에 통화하실 수 있습니다.
TTY	1-800-430-7077 청각 또는 언어 장애가 있는 경우, 이 번호를 이용해 주십시오. 이 번호를 이용하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.
우편	California Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
웹사이트	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov

I. Cal MediConnect 옴부즈 프로그램에 연락하는 방법

Cal MediConnect 옴부즈 프로그램은 가입자를 옹호해주는 프로그램입니다. 질문이나 불만이 있을 경우, 질문에 답변하고 해야 할 일을 이해하도록 도와줄 수 있습니다. Cal MediConnect 옴부즈 프로그램은 서비스나 청구 문제도 도와드릴 수 있습니다. Cal MediConnect 옴부즈 프로그램은 저희 플랜이나 어떠한 보험회사 또는 건강 플랜과도 관련이 없습니다. 서비스는 무료입니다.

전화	1-855-501-3077. 통화료는 무료입니다. 월요일 - 금요일, 9:00 a.m. - 5:00 p.m.
TTY	1-855-847-7914 청각 또는 언어 장애가 있는 경우, 이 번호를 이용해 주십시오. 이 번호를 이용하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.
우편	Neighborhood Legal Services of Los Angeles County • 13327 Van Nuys Boulevard Pacoima, CA 91131 • 1104 E. Chevy Chase Drive Glendale, CA 91205 • 3629 Santa Anita Avenue El Monte, CA 91731
웹사이트	www.healthconsumer.org

J. 카운티 사회복지부에 연락하는 방법

Los Angeles 카운티 건강 및 사회복지 서비스 혜택과 관련하여 도움이 필요하시다면 지역 카운티 사회복지 서비스부에 연락해 주십시오.

전화	1-866-613-3777. 통화료는 무료입니다. Los Angeles 카운티 공공사회복지부에는 고객 서비스 센터(CSC)가 있으며, 33개 지역 사무소에 서비스를 제공하고 있습니다. 근무 시간은 휴일을 제외한 월요일-금요일, 7:30 a.m. - 5:30 p.m.입니다. CSC는 셀프 서비스 자동 응답 시스템을 운영합니다. 통화자는 주 7일, 하루 24시간 사례 기록을 이용할 수 있습니다. 자동 응답 시스템을 이용하려면 수신자 부담 전화번호로 전화해 주십시오.
TTY	1-877-735-2929 청각 또는 언어 장애가 있는 경우, 이 번호를 이용해 주십시오. 이 번호를 이용하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.
우편	Los Angeles County Department of Public Social Services 2855 E. Olympic Blvd. Los Angeles, CA 90023
웹사이트	http://dpss.lacounty.gov

K. 카운티 전문 정신 건강 플랜에 연락하는 방법

Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스는 가입자가 의학적 필요성 기준에 부합할 경우, 카운티 정신 건강 플랜(MHP)을 통해 제공될 수 있습니다.

전화	1-800-854-7771. 통화료는 무료입니다. 주 7일, 하루 24시간 운영됩니다. 위의 번호로 전화하면 이 문서를 대형 활자체, 점자 또는 오디오와 같은 기타 형식으로 무료로 제공 받을 수 있습니다. 저희는 비영어권 이용자를 위한 언어 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711 통화료는 무료입니다. 청각 또는 언어 장애가 있는 경우, 이 번호를 이용해 주십시오. 이 번호를 이용하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다. 주 7일, 하루 24시간 운영됩니다.

K1. 카운티 전문 정신 건강 플랜에 문의할 수 있는 사항:

- 카운티가 제공하는 행동 건강 서비스에 대한 질문
- 다음을 포함하되 이에 국한되지 않는 전문 정신 건강 서비스:
  - 외래 정신 건강 서비스
  - 일일 치료
  - 위기 중재 및 안정화
  - 집중적인 사례 관리
  - 성인 거주 치료
  - 위기 상황 거주 치료

L. 캘리포니아주 관리보건부(DMHC)에 연락하는 방법

캘리포니아주 관리보건부(Department of Managed Health Care, DMHC)는 건강 플랜을 관리하는 일을 담당합니다. DMHC 헬프 센터는 건강 플랜을 상대로 Medi-Cal 서비스에 대한 이의 또는 불만 제기를 하는 것을 도와드립니다.

전화	1-888-466-2219 DMHC 담당자와는 월요일 - 금요일, 8:00 a.m. - 6:00 p.m.에 통화할 수 있습니다.
TTY	1-877-688-9891 청각 또는 언어 장애가 있는 경우, 이 번호를 이용해 주십시오. 이 번호를 이용하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.
우편	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
팩스	1-916-255-5241
웹사이트	www.dmhc.ca.gov

M. 기타 리소스

Los Angeles 카운티 지역 Agency on Aging에 연락하는 방법

AIS는 노인, 장애인과 그 가족에게 서비스를 제공하여 가정에서 안전하게 생활하고, 건강과 활력을 촉진하고, 노인과 장애인의 긍정적인 기여를 널리 알리도록 돕고 있습니다.

전화	1-888-202-4248 월요일 - 금요일, 8:00 a.m. - 5:00 p.m.
TTY	711 청각 또는 언어 장애가 있는 경우, 이 번호를 이용해 주십시오. 이 번호를 이용하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.
우편	Los Angeles County Department of Workforce Development, Aging and Community Services 3175 W. 6th St. Los Angeles, CA 90020
웹사이트	http://css.lacounty.gov/

.

Los Angeles 카운티 지역 센터에 연락하는 방법

지역 센터는 비영리 사설 기업으로서 발달서비스부와 계약을 맺어 발달 장애인에게 서비스와 지원을 제공하거나 조율하고 있으며, 캘리포니아주 전역에 사무소를 두고 개인과 그 가족이 다양한 서비스를 찾고 이용하도록 돕기 위해 지역 리소스를 제공합니다. 캘리포니아주에는 21개 지역 센터가 있고, 전역에 40여 개의 사무소가 있어서 발달 장애인과 그 가족에게 서비스를 제공하고 있습니다. 지역 센터 명부는 아래에 열거된 웹사이트를 방문해 주십시오.

전화	1-916-654-1690 월요일 - 금요일, 8:00 a.m. - 5:00 p.m.
우편	1600 9th Street P.O. Box 944202 Sacramento, CA 94244-2020
TTY	1-916-654-2054 청각 또는 언어 장애가 있는 경우, 이 번호를 이용해 주십시오. 이 번호를 이용하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.
웹사이트	www.dds.ca.gov

Neighborhood Legal Services of Los Angeles County에 연락하는 방법

Neighborhood Legal Services of Los Angeles County(NLSLA)는 적격자에게 무료 법률 서비스를 제공하고 있습니다. NLSLA는 주거, 가족법, 경제적 안정, 사법, 건강보험 등을 포함한 다양한 법률 문제를 지원할 수 있습니다.

전화	1-800-433-6251 월요일, 수요일, 금요일, 9:00 a.m. - 1:00 p.m.
우편	Neighborhood Legal Services of Los Angeles County 13327 Van Nuys Boulevard Pacoima, CA 91131 1104 E. Chevy Chase Drive Glendale, CA 91205 3629 Santa Anita Avenue El Monte, CA 91731
TTY	1-855-847-7914 청각 또는 언어 장애가 있는 경우, 이 번호를 이용해 주십시오. 이 번호를 이용하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.
웹사이트	www.nlsla.org

3장: 건강 관리를 위한 플랜의 보장과 기타 보장 서비스의 이용

서론

이 장에는 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan을 통해 의료 서비스 및 기타 보장되는 서비스를 받기 위해 알아두어야 할 특정 조건 및 규칙이 포함되어 있습니다. 또한 케어 네비게이터 정보, 다양한 서비스 제공자로부터 특정 상황에서(네트워크 외부 서비스 제공자 또는 약국 포함)서비스를 받는 방법, 플랜이 보장하는 서비스에 대해 직접 비용이 청구된 경우 해야 할 일, 가정용 의료 장비(DME) 소유 규칙 등에 대한 설명도 포함되어 있습니다. *가입자 안내 책자*의 마지막 장에서는 주요 용어와 용어 정의가 알파벳 순서로 나와 있습니다.

목차

A. "서비스", "보장 서비스", "서비스 제공자", "네트워크 서비스 제공자"에 대한 설명 39

B. 플랜에서 보장되는 건강 관리, 행동 건강, 장기 서비스 및 지원(LTSS)을 받기 위한 규칙 39

C. 케어 네비게이터에 대한 정보 41

C1. 케어 네비게이터란? 41

C2. 케어 네비게이터에게 연락하는 방법 41

C3. 케어 네비게이터를 변경하는 방법 41

D. 주치의, 전문의 기타 네트워크 의료 서비스 제공자및 네트워크 외부의 의료 서비스 제공자의 서비스 41

D1. 주치의의 서비스 41

D2. 전문의 및 기타 네트워크 서비스 제공자의 서비스 44

D3. 서비스 제공자가 플랜에서 탈퇴할 경우 해야 할 일 44

D4. 네트워크 외부 서비스 제공자의 서비스 이용 방법 45

E. 장기 서비스 및 지원(LTSS)을 받는 방법 45

F. 행동 건강(정신 건강 및 약물 남용 문제) 서비스 이용 방법 46

F1. 어떠한 Medi-Cal 행동 건강 서비스가 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 이 아닌 로스앤젤레스 카운티 정신건강부(Los Angeles County Department of Mental Health, LACDMH) 및 로스앤젤레스 카운티 공중보건부(Los Angeles County Department of Public Health, LACDPH)를 통해 제공됩니까? 46

G. 교통 서비스 이용 방법 48

H. 의학적 응급 상황 또는 긴급 진료가 필요한 경우 또는 재난시 보장 서비스를 이용하는 방법 49

H1. 의학적 응급 상황에서의 진료 49

H2. 긴급 진료 50

H3. 재난 시 진료 받기....51

I. 플랜이 보장하는 서비스에 대해 비용 전액을 직접 청구받은 경우 해야 할 일 51

I1. 플랜이 서비스를 보장하지 않을 경우 52

J. 임상 연구에 참여하고 있을 때 가입자의 건강 관리 서비스에 대한 보장 52

J1. 임상 연구의 정의....52

J2. 임상 연구에 참여하고 있을 때 서비스 비용 지불 53

J3. 임상 연구에 대한 자세한 정보....53

K. 종교적 비의료 보건 기관에서 서비스를 받을 때 가입자의 건강 관리 서비스 보장 53

K1. 종교적 비의료 보건 기관의 정의....53

K2. 종교적 비의료 보건 기관에서 서비스 이용....54

L. 내구성 의료 장비(Durable Medical Equipment, DME):....54

L1. 플랜 가입자의 DME....54

L2. 가입자가 Original Medicare 에서 Medicare Advantage 로 전환한 경우 DME 의 소유권....55

L3. 플랜 가입자의 산소 장비 혜택....55

L4. 가입자가 Original Medicare 또는 Medicare Advantage 로 전환할 경우 산소 장비의 소유권....56

A. "서비스", "보장 서비스", "서비스 제공자", "네트워크 서비스 제공자"에 대한 설명

서비스에는 진료, 장기 서비스 및 지원, 용품, 행동 건강 서비스, 처방약, 처방전 없이 구입할 수 있는 약, 장비 및 다른 서비스가 포함됩니다. **보장 서비스**는 플랜이 비용을 부담하는 모든 서비스를 말합니다. 보장되는 건강 관리, 행동 건강, 장기 서비스 및 지원(LTSS)은 4장, D절의 혜택 차트에 열거되어 있습니다.

서비스 제공자는 가입자에게 서비스와 진료를 제공하는 의사, 간호사 및 기타 사람들입니다. 서비스 제공자라는 용어에는 병원, 가정 간호 기관, 클리닉 및 가입자에게 건강 관리 서비스, 행동 건강 서비스, 의료 장비, 특정 장기 서비스와 지원(LTSS)을 제공하는 기타 장소가 포함됩니다.

네트워크 서비스 제공자는 건강 플랜과 업무 협조 관계에 있는 제공자입니다. 이러한 서비스 제공자는 당사의 지불을 전액 지불로서 수락하기로 동의했습니다. 네트워크 서비스 제공자는 가입자에게 제공한 서비스의 비용을 당사에 직접 청구합니다. 가입자가 네트워크 서비스 제공자에게 진료를 받을 때, 보장 서비스에 대해서는 지불을 하지 않습니다.

B. 플랜에서 보장되는 건강 관리, 행동 건강, 장기 서비스 및 지원(LTSS)을 받기 위한 규칙

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan은 Medicare와 Medi-Cal이 보장하는 모든 서비스를 보장합니다. 여기에는 행동 건강과 장기 서비스 및 용품(LTSS)이 포함됩니다.

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan은 일반적으로 가입자가 플랜 규칙을 준수할 경우, 이용하는 건강 관리 서비스, 행동 건강 서비스, LTSS 비용을 부담합니다. 저희 플랜의 보장을 받으려면:

- 가입자가 이용하는 서비스는 **플랜이 보장하는 혜택**이어야 합니다. 즉, 플랜의 의료 혜택 차트에 포함되어 있어야 합니다. (이 차트는 이 안내 책자의 4장, D절에 있음).
- 이러한 건강 관리는 **의학적으로 필요한 것이어야 합니다.** 의료상 필요하다는 것은 가입자의 의학적 상태를 예방, 진단 또는 치료하거나 현재 건강 상태를 유지하기 위해 서비스가 필요하다는 것을 의미합니다. 여기에는 병원이나 요양 시설까지 갈 수 없는 상황도 포함됩니다. 이것은 요구되는 서비스, 의료용품 또는 의약품이 의료 관행의 표준에 부합함을 의미하기도 합니다.
- 의학적 서비스를 받으려면, 치료를 지시하거나 다른 의사의 진료를 받도록 한 네트워크 **주치의(PCP)**가 있어야 합니다**.** 플랜 가입자로서 귀하는 네트워크 서비스 제공자를 PCP로 지정해야 합니다.
    - 대부분의 경우, 저희 플랜은 가입자가 주치의가 아닌 의사의 진료를 받거나 네트워크 소속의 다른 서비스 제공자를 이용하기 전에 승인을 해야 합니다. 이것을 **진료 추천**이라고 합니다. 승인을 얻지 못하면 Blue Shield Promise Cal

MediConnect Plan은 서비스 비용을 보장하지 않을 수 있습니다. 여성 건강 전문의와 같은 특정 전문의는 진료 추천이 필요 없습니다. 진료 추천에 대한 자세한 정보는 44페이지를 참조하십시오.

- 저희 플랜의 PCP는 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. 의료 그룹은 가입자에게 조율된 건강 관리 서비스를 제공하기 위해 만들어진 주치의 및 전문의 협회입니다.
- 응급 진료나 긴급 진료 또는 여성 의료 서비스의 제공자를 만나야 할 경우, 주치의에게 진료 추천을 받지 않아도 됩니다. 다른 종류의 서비스를 PCP의 진료 추천 없이 이용할 수 있습니다. 이에 대한 자세한 정보는 44페이지를 참조하십시오.
- PCP 선택에 대한 자세한 정보는 43페이지를 참조하십시오.

- **가입자는 담당 PCP의 의료 그룹과 제휴한 네트워크 서비스 제공자로부터 진료를 받으셔야 합니다**. 일반적으로 플랜은 건강 플랜 및 담당 PCP의 의료 그룹*과 제휴하지 않은 서비스 제공자의 서비스는 보장하지 않습니다.* 이 규칙이 적용되지 않는 몇 가지 경우는 다음과 같습니다.
  - 플랜은 네트워크 외부 서비스 제공자로부터 받은 응급 또는 긴급 진료에 대해 보장을 합니다. 응급 진료 또는 긴급 진료에 대한 의미와 자세한 내용은 본 장의 H절의 50페이지를 참조하십시오.
  - 플랜이 보장하지만 네트워크 서비스 제공자가 제공할 수 없는 진료를 받으셔야 하는 경우, 네트워크 외부 서비스 제공자를 이용하실 수 있습니다. 치료를 받기 전에 플랜으로부터 승인을 받아야 합니다. 그러한 치료에 대해서는 네트워크 서비스 제공자로부터 받은 것과 같이 보장합니다. 네트워크 외부 서비스 제공자의 진료를 받기 위한 승인에 관한 정보는 42페이지의 D절을 참조하십시오.
  - 플랜은 가입자가 일시적으로 플랜 서비스 지역을 벗어날 때 신장 투석 서비스를 보장합니다. Medicare 인증 투석 시설에서 이러한 서비스를 받을 수 있습니다.
  - 플랜에 처음 가입할 때 현재 서비스 제공자를 계속 이용할 수 있게 저희에게 요청할 수 있습니다. 가입자가 기존의 서비스 제공자로부터 진료를 받았다는 기존 관계를 저희가 파악할 수 있는 경우, 저희는 이러한 요청을 승인해야 합니다(1장, 6페이지 참조). 요청이 승인될 경우, 최대 12개월 동안 현재 서비스 제공자를 계속 이용할 수 있습니다. 이 기간 동안 담당 케어 네비게이터는 가입자에게 연락하여 PCP의 의료 그룹과 제휴하는 네트워크 소속의 서비스 제공자를 찾도록 도와줄 것입니다. 12개월 후, 네트워크에 소속되지 않았으며 담당 주치의의 의료 그룹과 제휴하지 않은서비스 제공자의 진료를 계속해서 받으실 경우 그러한 진료를 더 이상 보장해드리지 않습니다.

C. 케어 네비게이터에 대한 정보

C1. 케어 네비게이터란?

케어 네비게이터는 가입자의 치료 절차 조율을 도와주도록 특별히 교육 받은 사람입니다. 케어 네비게이터는 관리 팀에 소속되며 가입자에게 정보의 출처이자 연락하는 일을 담당하는 사람입니다. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan에 가입하시면 케어 네비게이터가 배정됩니다. 케어 네비게이터는 가입자에게 연락하여 자신을 소개하고 가입자의 요구 사항을 파악할 것입니다.

C2. 케어 네비게이터에게 연락하는 방법

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 고객 서비스부로 전화하여 가능한 옵션을 선택하고 담당 케어 네비게이터와 연락하실 수 있습니다. 케어 네비게이터가 가입자에게 배정되면 직통 번호로도 연락하실 수 있습니다.

C3. 케어 네비게이터를 변경하는 방법

케어 네비게이터 변경을 요청하시려면 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 고객 서비스부에 1-855-905-3825(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m.에 연락해 주십시오.

D. 주치의, 전문의 기타 네트워크 의료 서비스 제공자및 네트워크 외부의 의료 서비스 제공자의 서비스

D1. 주치의의 서비스

귀하의 건강을 관리하고 진료를 제공할 주치의(PCP)를 선택해야 합니다. 저희 플랜의 PCP는 의료 그룹과 제휴하고 있습니다. 가입자가 PCP를 선택하면 제휴한 의료 그룹도 같이 선택하게 되는 것입니다.

"PCP"의 정의 및 PCP의 역할

PCP는 주정부의 요건에 부합하고 가입자에게 기본적인 진료를 제공하도록 교육을 받은 의사입니다. PCP는 가정의, 일반의, 내과의를 비롯하여 요청할 경우 전문의도 될 수 있습니다. 전문의가 전통적으로 PCP가 제공하는 모든 서비스를 제공하는 데 동의할 경우, 전문의를 PCP로 선택할 수 있습니다. 전문의를 PCP로 요청하시려면 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 고객 서비스부로 연락해 주십시오(전화번호 및 업무 시간은 이 페이지 맨 아래에 표시되어 있음). 연방 인증 보건소(Federally Qualified Health Centers, FQHC)와 같은 클리닉도 PCP가 될 수 있습니다.
PCP로부터 정기적 진료 또는 기본 진료를 받을 수 있습니다. PCP는 또한 가입자에게 필요한 나머지 보장 서비스를 조정해드릴 수 있습니다. 이러한 보장 서비스에는 다음이 포함됩니다.

- 엑스레이
- 검사실 검사

- 치료
- 전문의 진료
- 병원 입원
- 후속 진료.

플랜의 PCP는 특정 의료 그룹과 제휴하고 있습니다. 의료 그룹 또는 독립 의사 협회(IPA)는 캘리포니아 주법에 따라 만들어진 기관으로서 건강 플랜들과 계약을 맺고 건강 플랜 가입자들에게 진료를 제공하거나 소개합니다. 가입자가 PCP를 선택하면 제휴한 의료 그룹도 같이 선택하게 되는 것입니다. 즉, 담당 PCP는 자신이 소속된 의료 그룹과 제휴한 전문의 및 서비스를 추천합니다.

대부분의 경우, 다른 의료 서비스 제공자를 방문하거나 전문의를 방문하기 전에 진료 추천을 받으려면 PCP를 만나야 합니다. 매년 정기 파파니콜로 도말검사, 골반 검사, 유방 검사를 하기 위해 계약을 맺은 의료 그룹이나 IPA에서 산부인과(OBGYN) 전문의를 자신이 직접 선택할 수 있습니다. 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 알려 가입자의 진료를 지속할 수 있도록 합니다.

특정 서비스를 받으려면 담당 PCP는 사전에 플랜의 승인을 받거나 PCP가 제휴한 의료 그룹에서 승인을 받아야 합니다. 이러한 사전 승인을 "사전 허가"라고 합니다.

가입자의 PCP 선택

플랜의 가입자가 되면, 플랜의 제공자를 PCP로 선택해야 합니다.
PCP 선택은 다음과 같이 할 수 있습니다.

- 서비스 제공자 및 약국 명부 활용. 명부뒷면에 있는 "주치의" 색인에서 원하는 의사를 검색. (색인에는 의사의 성이 알파벳 순서로 열거되어 있음)
- 웹사이트 www.bluehshieldca.com/promise/CalMediConnect로 가서 원하는 PCP를 검색, 또는
- 도움이 필요하시면 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 고객 서비스부(전화번호와 업무 시간은 이 페이지 맨 아래에 표시되어 있음)에 전화해 주십시오.

원하시는 의료 제공자를 이용하실 수 있는지 또는 신규 환자를 받고 있는지 확인하시려면 *서비스 제공자 및 약국 명부*를 확인해 주십시오. 명부는 웹사이트 www.bluehshieldca.com/promise/calmediconnect에서 보실 수 있거나 고객 서비스부(전화번호 및 업무 시간은 본 페이지 하단에 인쇄되어 있음)로 문의하실 수 있습니다.

진료를 받고 싶은 특정 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 전문의나 병원이 있으시면 담당 PCP가 속한 의료 그룹과 제휴하고 있는지 확인하는 것이 중요합니다. *서비스 제공자 및 약국 명부*에서 확인(웹사이트: www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect)하시거나 Blue

Shield Promise Cal MediConnect Plan 고객 서비스부로 연락하셔서 원하시는 주치의가 해당 전문의로 진료 추천을 하는지 또는 해당 병원을 이용하고 있는지 문의하실 수 있습니다.

PCP 변경 옵션

PCP는 언제, 어떤 이유로든 변경할 수 있습니다. 또한 PCP는 플랜 네트워크를 탈퇴할 수도 있습니다. 담당 PCP가 플랜 네트워크를 탈퇴하면 플랜 네트워크 소속인 새로운 PCP를 찾도록 도와줄 수 있습니다.

위의 "가입자의 PCP 선택"에 있는 절차를 따라 PCP를 변경할 수 있습니다. 주치를 변경 의사를 알리기 위해 고객 서비스부로 반드시 연락해 주십시오(전화번호와 업무 시간은 이 페이지 맨 아래에 표시되어 있음).

변경 요청을 하면 새로운 PCP와 제휴한 의료 그룹의 지정은 가입자의 PCP 변경 신청 다음 달의 첫 번째 날에 발생합니다.

PCP의 이름 및 진료소 전화 번호는 가입자 카드에 기재되어 있습니다. PCP를 변경할 경우, 새로운 가입자 카드를 보내드립니다.

저희 플랜의 주치의는 의료 그룹과 제휴하고 있음을 항상 염두해 주십시오. 주치의를 변경하시는 경우, 의료 그룹도 같이 변경될 수 있습니다. 변경을 요청하실 때 전문의의 진료를 받고 계신지와 주치의의 승인을 필요로 하는 다른 보장 서비스를 받고 계신지를 고객 서비스부에 알려 주십시오. 고객 서비스부는 주치의를 변경할 때 전문의 서비스 및 기타 서비스를 지속하여 받으실 수 있도록 도와드릴 것입니다.

PCP로부터 승인을 먼저 받지 않고 이용할 수 있는 서비스

대부분의 경우, 다른 제공자를 방문하기 전에 PCP의 승인이 필요합니다. 이러한 승인을 **진료 추천**이라고 합니다. 아래에 열거된 서비스는 PCP의 사전 허가를 받지 않고도 이용할 수 있습니다.

- 네트워크 서비스 제공자 또는 네트워크 외부 서비스 제공자가 제공하는 응급 서비스.
- 네트워크 서비스 제공자가 제공하는 긴급 진료.
- 네트워크 외부 제공자가 제공하는 긴급 진료(예: 가입자가 플랜의 서비스 지역 외부에 있어서 네트워크 제공자를 방문할 수 없는 경우).
- 플랜의 서비스 지역을 벗어난 경우, Medicare 인증 투석 시설에서 받을 수 있는 신장 투석 서비스. (서비스 지역을 벗어나기 전에 고객 서비스부로 연락하여 알려 주십시오. 서비스 지역 외부에 있는 동안 투석을 받을 수 있도록 도와드릴 수 있습니다.)
- 네트워크 서비스 제공자가 제공하는 독감 예방주사, B형 간염 백신, 폐렴 백신.

- 정기 여성 건강 관리 및 가족 계획 서비스. 여기에는 네트워크 서비스 제공자로부터 받는 유방 검사, 유방 조영상 검사(유방 엑스레이 촬영), 파파니콜로 검사, 골반 검사 등이 포함됩니다.
- 또한 인디언 진료 제공자로부터 진료를 받을 수 있는 자격이 되시면 진료 추천없이 그러한 서비스 제공자로부터 진료를 받으실 수 있습니다.

D2. 전문의 및 기타 네트워크 서비스 제공자의 서비스

전문의는 특정 질환 또는 특정 신체 기관에 대한 의료 서비스를 제공하는 의사입니다. 수많은 종류의 전문의가 있습니다. 몇 가지 예는 다음과 같습니다.

- 종양학자의 암 환자 치료.
- 심장병 전문의는 심장 질환 환자를 돌봅니다.
- 정형외과 의사는 특정 뼈, 관절 또는 근육 질환 환자를 돌봅니다.

주치의가 제공할 수 없는 전문 치료 또는 추가 서비스가 필요하신 경우, 주치의가 진료 추천을 해드릴 것입니다. 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 알려 가입자의 진료를 지속할 수 있도록 합니다.

가입자가 특정 서비스를 받으려면 PCP가 플랜으로부터 미리 허가를 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.

서비스에 대해 사전 허가를 요청하고 승인하는 것과 관련하여 궁금하신 점은 주치의의 제휴 의료 그룹으로 문의해 주십시오. 고객 서비스부에 문의하실 수도 있습니다. 어떠한 서비스가 사전 허가를 필요로 하는지 자세한 정보를 원하시면 4장, D절의 혜택 차트를 참조해 주십시오.

D3. 서비스 제공자가 플랜에서 탈퇴할 경우 해야 할 일

현재 이용하는 네트워크 서비스 제공자가 플랜에서 탈퇴할 수 있습니다. 그러한 경우, 가입자에게는 다음에 요약한 바와 같이 특정 권리와 보호 장치가 있습니다.

- 서비스 제공자 네트워크가 변경되더라도 저희는 가입자가 자격을 갖춘 서비스 제공자를 지속적으로 이용할 수 있도록 해야 합니다.
- 가능하다면 최소 30일 전에 가입자에게 통지하여 새로운 서비스 제공자를 선택하실 수 있도록 최선의 노력을 다할 것입니다.
- 가입자의 건강 관련 요구를 지속적으로 관리하기 위해 새로운 적격 서비스 제공자를 선택하실 수 있도록 도와드릴 것입니다.

- 가입자는 의학적 치료를 요청할 권리가 있으며 현재 치료를 진행하고 있을 경우, 저희는 가입자와 협력하여 의학적으로 필요한 치료가 중단되지 않도록 할 것입니다.
- 이전의 서비스 제공자를 저희가 요건을 갖춘 서비스 제공자로 대체하지 않았거나 본인의 사례가 적절하게 관리되지 않고 있다고 생각하실 경우, 가입자는 저희 결정에 대해 이의를 제기할 권리를 가집니다.

서비스 제공자 중에서 플랜을 탈퇴하는 서비스 제공자가 있을 경우, 저희에게 연락해 주시면 새로운 서비스 제공자를 찾고 진료를 관리하도록 도와드리겠습니다. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 고객 서비스부에 1-855-905-3825(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 사이에 연락해 주십시오.

D4. 네트워크 외부 서비스 제공자의 서비스 이용 방법

가입자께서 Medicare 및/또는 Medi-Cal가 저희 플랜이 보장하도록 요구하는 의학적 치료가 필요하지만 네트워크의 서비스 제공자가 해당 서비스를 제공할 수 없는 경우, 네트워크 외부 서비스 제공자로부터 이러한 서비스를 받을 수 있습니다. 담당 주치의는 네트워크 외부 서비스에 대한 사전 허가 요청서를 제출할 책임이 있습니다. 네트워크 외부 서비스 제공자로부터 진료를 받기 전에 담당 PCP 제휴 의료 그룹으로부터 또는 플랜으로부터 허가를 받으셔야 합니다. 이러한 상황에서, 귀하는 네트워크 서비스 제공자의 서비스를 이용할 경우 지불하는 금액과 동일한 금액을 지불하시게 됩니다.

네트워크 외부 서비스 제공자를 이용할 경우, 해당 서비스 제공자는 Medicare 및/또는 Medi-Cal 가입 자격을 갖추어야 합니다.

- 저희는 Medicare 및/또는 Medi-Cal 가입 자격을 갖추지 않은 서비스 제공자에게 비용을 지급할 수 없습니다.
- Medicare에 가입할 자격이 없는 서비스 제공자를 이용할 경우, 서비스의 전체 비용을 가입자 본인이 부담해야 합니다.
- 제공자는 Medicare 가입 자격이 없을 경우, 이를 가입자에게 알려야 합니다.

E. 장기 서비스 및 지원(LTSS)을 받는 방법

장기 서비스 및 지원(LTSS)에는 커뮤니티 기반 성인 서비스(Community-Based Adult Services, CBAS), 다목적 시니어 서비스 프로그램(Multipurpose Senior Services Program, MSSP) 및 간호 시설(Nursing Facilities, NF)이 포함됩니다. 이러한 서비스는 가정, 지역사회 또는 시설에서 제공될 수 있습니다. LTSS의 다양한 종류는 다음과 같습니다.

- **커뮤니티 기반 성인 서비스(Community Based Adult Services, CBAS):** 가입자가 자격 기준에 부합할 경우, 외래환자, 전문 간호 관리를 제공하는 시설 기반 서비스 프로그램, 사회복지 서비스, 작업 치료와 언어 치료, 개인 관리, 가족/간병인 교육 및 지원, 영양 서비스, 교통편, 기타 서비스.

- **다목적 시니어 서비스 프로그램(Multipurpose Senior Services Program, MSSP)** 간호 시설 입주 자격이 검증되었지만 지역 사회에 남아 있고 싶어하는 장애가 있는 어르신들에게 가정 및 커뮤니티 기반 서비스(Home and Community-Based Services, HCBS)를 제공하는 캘리포니아주만의 프로그램.
  - 장애를 가진 65세 이상의 Medi-Cal 가입 자격을 갖춘 개인은 이 프로그램을 이용할 수 있습니다. 이 프로그램은 간호 시설 입주를 대체하는 서비스입니다.
  - MSSP 서비스에는 성인 데이 케어 / 지원 센터, 주택 지원(물리적 적응과 지원 장치), 집안일 및 개인 관리 지원, 보호 감독, 진료 관리 및 기타 서비스가 포함됩니다.
- **간호 시설(Nursing Facility, NF):** 가정에서 안전하게 생활할 수 없지만 병원 입원이 필요하지 않은 이들을 위해 돌봄 서비스를 제공하는 시설.

케어 네비게이터가 각 프로그램에 대해 이해하실 수 있도록 도와드릴 것입니다. 이러한 프로그램에 대한 자세한 정보는 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 고객 서비스부에 연락하여 케어 네비게이터에게 문의해 주십시오(전화번호와 업무 시간은 이 페이지의 맨 아래에 표시됨).

F. 행동 건강(정신 건강 및 약물 남용 문제) 서비스 이용 방법

가입자는 Medicare 및 Medi-Cal이 보장하는, 의학적으로 필요한 행동 건강 서비스를 이용하게 됩니다. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan은 Medicare가 보장하는 행동 건강 서비스를 제공합니다. Medi-Cal이 보장하는 행동 건강 서비스는 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan이 제공하지 않지만 로스앤젤레스 카운티 정신건강부(Los Angeles County Department of Mental Health, LACDMH) 및 로스앤젤레스 카운티 공중보건부(Los Angeles County Department of Public Health, LACDPH)를 통해 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan의 적격 가입자에게 제공될 수 있습니다.

F1. 어떠한 Medi-Cal 행동 건강 서비스가 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan이 아닌 로스앤젤레스 카운티 정신건강부(Los Angeles County Department of Mental Health, LACDMH) 및 로스앤젤레스 카운티 공중보건부(Los Angeles County Department of Public Health, LACDPH)를 통해 제공됩니까?

Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스는 Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스의 의학적 필요 기준에 부합할 경우, 카운티 정신 건강 플랜(MHP)을 통해 제공될 수 있습니다. 로스앤젤레스 카운티 정신건강부(Los Angeles County Department of Mental Health, LACDMH)에서 제공하는 Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스에는 다음이 포함됩니다.

- 정신 건강 서비스(평가, 치료, 재활, 보조 서비스, 계획 수립)
- 투약 지원 서비스
- 집중적인 주간 치료

- 주간 재활
- 위기 중재
- 위기 안정화
- 성인 거주 치료 서비스
- 위기 상황 거주 치료 서비스
- 정신질환 건강 시설 서비스
- 정신질환 입원환자 병원 서비스
- 집중적인 사례 관리

의약품 Medi-Cal 서비스는 귀하께서 의약품 Medi-Cal 의료 필요성 기준을 충족하시는 경우 로스앤젤레스 카운티 공중보건부(Los Angeles County Department of Public Health, LACDPH)를 통해 제공됩니다. 로스앤젤레스 카운티 공중보건부(Los Angeles County Department of Public Health, LACDPH)에서 제공하는 의약품 Medi-Cal 서비스에는 다음이 포함됩니다.

- 외래환자 집중 치료 서비스
- 거주 치료 서비스
- 외래환자 약물 무료 서비스
- 마약 치료 서비스
- 오피오이드 의존성에 대한 날트렉손 서비스

위에 열거한 Medi-Cal 의약품 서비스 이외에도 의학적 필요 기준에 부합할 경우, 가입자는 자발적 입원환자 중독 치료 서비스를 이용할 수 있습니다.

행동 건강 서비스의 이용

가입자는 종합적인 일련의 서비스를 이용할 수 있습니다. 가입자는 계약이 된 서비스 제공자 중에서 직접 선택할 수 있으며, PCP, 가족 등이 추천할 수도 있습니다. 서비스 이용에 있어서 "잘못된 선택"이란 없습니다. 서비스를 받는 데 지원이 필요하면 다음 연락처로 문의할 수 있습니다.

- 카운티 위기 및 진료 추천 라인(전화번호 및 업무 시간은 이 안내 책자의 2장, K절 참조)
- Los Angeles 카운티 공중보건부, 물질 남용 예방 및 통제(888-742-7900(TTY: 711)번으로 주 7일, 하루 24시간 언제든 전화할 수 있습니다.)
- Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 행동 건강 라인(전화번호 및 업무 시간은 이 안내 책자의 2장 D절 참조)

- Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 고객 서비스부(전화번호와 업무 시간은 이 페이지 맨 아래에 표시되어 있음)에 전화해 주십시오.

의학적으로 필요한 서비스를 결정하는 절차
의학적 필요성은 해당 면허를 가진 서비스 제공자가 결정합니다. 의학적 필요 기준이란 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 및 카운티가 이용하고 있고 행동 건강 전문가와 기타 이해 관계자들이 수립하였으며, 규제 요건에 부합하는 기준입니다.

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan과 카운티의 진료 추천 절차
Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 또는 카운티로부터 서비스를 받고 있는 경우, 귀하의 요구 사항에 따라 다른 기관을 추천 받을 수 있습니다. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 또는 카운티는 진료 추천을 하는 대상 기관에 전화하여 귀하를 추천할 수 있습니다. 또한 추천하는 서비스 제공자가 진료 추천서를 작성하여 귀하를 추천하는 기관에 제출합니다.

문제 해결 절차
가입자와 카운티 또는 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 간에 분쟁이 발생할 경우, 가입자는 분쟁이 해결될 때까지 처방약을 포함하여 의학적으로 필요한 행동 건강 관리를 계속 받게 됩니다. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan은 카운티와 협력하여 가입자에게 필요한 서비스를 시기 적절하게 제공하고 그에 부정적 영향을 주지 않는 해결 절차를 수립하였습니다. 분쟁이 발생한 기관에 따라 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan이나 카운티의 이의 제기 절차를 이용할 수도 있습니다.

G. 교통 서비스 이용 방법

의료 교통편 서비스는 구급차 서비스입니다. 응급 진료를 위해 가입자를 받는 최초 병원까지의 구급차 운행은 응급 서비스와 관련하여 보장이 됩니다. 이러한 서비스에는 "911" 응급 대응 시스템을 통해 제공되는 구급차 및 구급차 운행 서비스가 포함됩니다.

비응급 의료 교통편(Non-Emergency Medical Transportation, NEMT)은 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan에서 보장합니다. NEMT 서비스는 가입자의 상태가 다른 교통편을 사용할 수 없으며(건강을 위협할 수 있음), 구급차 이용이 의학적으로 필요한 상황이라고 문서화된 경우 적절합니다. 교통편 서비스는 구급차, 밴, 기타 휠체어 밴 의료 교통편 서비스를 통해 제공될 수 있습니다. 병원에서 다른 병원이나 시설, 시설에서 가정으로 가입자를 이송하는 조건:

- 의학적으로 필요하고
- 플랜 서비스 제공자가 요청하였으며
- Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan이 사전에 승인한 경우.

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan은 의사 진료소까지 **비의학적 교통편(NMT)** 서비스를 왕복으로 제공하기도 합니다. 교통편 서비스는 택시, 승용차 또는 다른 형태로 제공됩니다. 교통편을 요청하는 모든 가입자는 교통편을 요청한 월에 서비스 이용 자격을 갖추어야 합니다. 비응급 의료 교통편 및 비의료 교통편의 수배는 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 고객 서비스부가 담당합니다. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 고객 서비스부, 교통편 담당 부서에 연락하거나 1-877-433-2178(TTY: 711)번으로 주 7일 하루 24시간 언제든 직접 연락하실 수 있습니다. 최소한 24시간 전에 미리 이용 요청을 해두실 것을 적극 권장합니다.

H. 의학적 응급 상황 또는 긴급 진료가 필요한 경우 또는 재난시 보장 서비스를 이용하는 방법

H1. 의학적 응급 상황에서의 진료

의학적 응급 상황의 정의

의학적 응급 상황은 심한 통증 또는 심각한 부상 같은 증상으로 인정될 수 있는 의학적 상태입니다. 이러한 상태는 매우 심각하여 즉시 의학적 치료를 받지 않을 경우, 귀하 또는 평균적인 건강 및 의료 지식을 가진 모든 사람이 다음의 결과를 예상할 수 있습니다.

- 임산부 건강이나 태아에 대한 심각한 위험 **또는**
- 신체 기능에 심각한 해를 입거나 **또는**
- 신체 조직이나 부분의 심각한 기능 장애, **또는**
- 임산부인 경우 다음과 같은 상황에서 진통을 시작:
  - 출산하기 전에 가입자를 다른 병원으로 안전하게 이송할 시간이 부족.
  - 다른 병원 이송으로 임산부 건강이나 안전 또는 태아의 건강을 위협할 가능성 있음.

의학적 응급 상황에서 해야 할 일

의학적 응급 상황일 경우:

- **최대한 신속하게 도움을 받으십시오.** 911에 전화하거나 가까운 응급실 또는 병원으로 가십시오. 필요한 경우, 구급차를 부르십시오. PCP로부터 사전 승인이나 진료 추천을 받지 **않아도 됩니다.**
- **최대한 빨리 플랜으로 응급 상황에 대해 알리도록 하십시오.** 응급 진료에 대한 후속 진료가 있어야 하기 때문입니다. 가입자나 다른 사람이 48시간 이내에 저희에게 전화하여 응급 진료에 대해 알려야 합니다. 그러나 저희에게 늦게 연락을 한 경우라도 응급 진료에 대해 비용 부담을 하시는 것은 아닙니다. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 고객 서비스부에 1-855-905-3825(TTY: 711)번으로 주 7일,

8:00 a.m. - 8:00 p.m.에 연락해 주십시오. 저희 고객 서비스부 전화번호는 가입자 ID 카드에도 있습니다.

의학적 응급 상황에서 보장되는 서비스

미국이나 미국령에서는 필요할 때마다 보장되는 응급 진료를 받을 수 있습니다. 응급실로 이동하기 위해 구급차가 필요한 경우 플랜이 이를 보장합니다. 자세한 내용은 4장, D절에 있는 의료 혜택 차트를 참조하십시오.

2021년에 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan은 가입자에게 전 세계 어디에서나 언제든지 응급 의료 서비스 보장을 제공할 것입니다. 응급 서비스 비용은 최대 $25,000까지 보장합니다. 자세한 내용은 4장, D절에 있는 의료 혜택 차트를 참조하십시오.

응급 상황이 종료된 후에는 상태가 호전되도록 후속 진료를 해야 할 수 있습니다. 후속 진료는 플랜이 보장합니다. 네트워크 외부 서비스 제공자에게 응급 진료를 받은 경우, 네트워크 서비스 제공자가 최대한 빨리 가입자의 진료를 넘겨 받을 수 있도록 노력할 것입니다.

응급 상황이 아닐 때 응급 진료 받기

의학적 또는 행동 건강 응급 상황인지 파악하는 것은 어려울 수 있습니다. 응급 진료를 위해 병원에 갔는데 의사가 응급 상황이 아니라고 할 수 있습니다. 가입자가 건강이 심각하게 위험한 상태라고 판단할 적절한 근거가 있다면, 플랜이 진료를 보장합니다.

그러나 의사가 응급이 아니라고 말한 후 저희는 다음과 같은 경우에만 추가 진료를 보장할 것입니다.

- 네트워크 서비스 제공자의 진료를 받은 경우 **또는**
- 가입자가 이용하는 추가적 진료는 "긴급 진료"로 간주되며 가입자가 이를 위한 규칙을 준수한 경우. (다음 절을 참조하십시오.)

H2. 긴급 진료

긴급 진료의 정의

긴급 진료는 급작스러운 질병, 부상 또는 응급 상황은 아니지만 당장의 치료를 필요로 하는 건강 상태에서 받게 되는 의료 서비스입니다. 예를 들어, 기존 상태가 갑자기 재발하여 치료해야 하는 경우가 있습니다.

플랜의 서비스 지역에 있을 때 긴급 진료

대부분의 상황에서 다음과 같은 경우에만 긴급 진료를 보장합니다.

- 네트워크 서비스 제공자로부터 이 진료를 받는 경우 **및**
- 가입자가 이 장에 설명된 기타 규칙을 준수하는 경우.

하지만 네트워크 서비스 제공자를 방문할 수 없을 경우, 저희는 네트워크 외부 서비스 제공자에게 받은 긴급 진료를 보장합니다.

업무 시간이 끝난 후 긴급하게 필요한 서비스를 이용하는 방법:

Blue Shield of California Promise Health Plan 간호사 상담 전화에 800-609-4166(TTY: 711)번으로 주 7일, 하루 24시간 언제든 전화할 수 있습니다. 간호사가 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 네트워크의 긴급 진료 센터로 연결해줄 수 있습니다.

플랜의 서비스 지역 외부에 있을 때 긴급 진료

플랜의 서비스 지역을 벗어난 경우, 네트워크 서비스 제공자에게 진료를 받지 못할 수 있습니다. 이 경우, 저희 플랜은 모든 서비스 제공자에게 받은 긴급 진료를 보장합니다.

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan은 가입자에게 전 세계 어디에서나 언제든지 긴급 의료 서비스 보장을 제공할 것입니다. 긴급 서비스 비용은 최대 $25,000까지 보장합니다. 자세한 내용은 4장, D절에 있는 의료 혜택 차트를 참조하십시오.

H3. 재난 시 진료 받기

주지사, 보건복지부 장관 또는 미합중국 대통령이 재난을 선포하거나 귀하의 지역에서 비상 사태를 선언하는 경우에도 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan의 보장을 받으실 수 있습니다.

재난 선포 사태에서 필요한 진료를 받는 방법에 대한 자세한 정보는 저희 웹사이트 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect를 방문하여 확인해 주십시오.

재난 선포 시 가입자가 네트워크 서비스 제공자를 이용할 수 없는 경우 가입자에게 무료로 네트워크 외부 서비스 제공자를 이용하실 수 있도록 해드릴 것입니다. 재난 선포 시 네트워크 약국을 이용하실 수 없는 경우, 귀하의 처방전을 네트워크 외부 약국에서 조제하실 수 있습니다. 자세한 정보는 5장을 참조해 주십시오.

I. 플랜이 보장하는 서비스에 대해 비용 전액을 직접 청구받은 경우 해야 할 일

서비스 제공자가 플랜이 아니라 가입자에게 청구서를 발송한 경우, 청구서에서 플랜 부담분을 지불하도록 요청할 수 있습니다.

직접 비용을 납부하지 않도록 하십시오. 이 경우, 플랜은 가입자에게 비용을 환급하지 못할 수 있습니다.

보장 서비스에 대해 자기부담금을 초과하여 지급한 경우, 또는 보장되는 의료 서비스에 대해 전체 금액이 청구된 경우, 7장, A절 및 B절을 참조하십시오.

I1. 플랜이 서비스를 보장하지 않을 경우

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan은 다음 서비스를 보장합니다.

- 의학적으로 필요하다고 확인된 서비스, **및**
- 플랜의 의료 혜택 차트(4장, D절 참조)에 열거된 서비스, **및**
- 플랜 규칙에 따라 서비스나 항목을 이용한 경우.

플랜에서 보장되지 않는 서비스를 받는 경우, **가입자는 전액을 직접 지불해야 합니다.**

특정 의료 서비스나 치료 비용을 플랜이 부담하는지 궁금하시면 저희에게 질문할 권리가 있습니다. 또한 서면으로 이를 요청할 권리가 있습니다. 저희가 특정 서비스를 보장하지 않을 경우, 결정 사항에 대해 이의를 제기하실 권리도 있습니다.

9장 D, E, F, G절은 의료 항목이나 서비스를 플랜이 보장하기 원할 경우 해야 할 일에 대해 설명하고 있습니다. 또한 보장범위 결정에 이의 제기를 하는 방법도 설명되어 있습니다. 고객 서비스부에 연락하여 이의 제기 권리에 대해 자세히 알아보실 수 있습니다.

플랜은 특정 한도까지 일부 서비스 비용을 부담합니다. 한도를 초과할 경우, 가입자가 그러한 서비스를 더 받으려면 전체 비용을 지불해야 합니다. 고객 서비스부에 연락하여 한도 및 한도 도달까지 얼마나 남았는지 확인할 수 있습니다.

J. 임상 연구에 참여하고 있을 때 가입자의 건강 관리 서비스에 대한 보장

J1. 임상 연구의 정의

임상 연구(임상 시험)는 의사가 새로운 종류의 치료법 또는 의약품을 테스트하는 방법입니다. 의사들은 자발적 참여자들에게 연구와 관련된 도움을 요청합니다. 이러한 종류의 연구는 의사들이 새로운 치료법 또는 의약품이 효과적이며 안전한지 결정하는 데 도움이 됩니다.

가입자가 참여하려는 연구를 Medicare가 승인하면 해당 연구 담당자가 연락을 드릴 것입니다. 연구 담당자는 임상 연구에 대해 설명하고 가입자의 참여 자격을 확인할 것입니다. 가입자가 필수 조건에 부합한다면 해당 임상 연구에 참여할 수 있습니다. 가입자는 임상 연구를 위해 해야 할 일을 이해하고 수락해야 합니다.

임상 연구에 참여하는 동안 가입자는 저희 플랜 가입을 유지할 수 있습니다. 그래서 가입자는 임상 연구와 관련이 없는 진료도 플랜으로부터 지속적으로 받을 수 있게 됩니다.

Medicare에서 승인한 임상 연구에 참여하고 싶은 경우, 플랜이나 주치의의 승인을 받을 필요가 없습니다. 연구와 관련하여 귀하에게 진료를 제공하는 서비스 제공자는 네트워크 서비스 제공자일 필요는 없습니다.

임상 연구에 참여하시기 전에 저희에게 사실을 알리셔야 합니다.

임상 연구에 참여하려는 경우, 가입자 또는 담당 케어 네비게이터가 고객 서비스부에 연락하여 임상 시험에 참여할 예정임을 알려야 합니다.

J2. 임상 연구에 참여하고 있을 때 서비스 비용 지불

Medicare가 승인하는 임상 연구에 자원하시는 경우, 연구에서 보장하는 서비스에 대해 부담하실 비용이 없으며 Medicare는 연구 관련 보장 항목과 귀하의 진료와 관련한 정기 비용을 부담할 것입니다. 가입자가 Medicare 승인 임상 연구에 참여하면 연구의 일환으로 받는 대부분의 항목과 서비스에 대해 보장을 받습니다. 이러한 권리에 다음 사항이 포함됩니다.

- 가입자가 임상 연구에 참여하지 않는 경우에도 Medicare가 비용을 부담하는 병실 및 식사비.
- 임상 연구의 일부인 수술 또는 기타 의학적 시술.
- 새로운 진료의 부작용 및 합병증 치료.

Medicare가 승인하지 **않은** 연구에 참여하는 경우, 연구 참여에 소요되는 모든 비용을 가입자 본인이 지불해야 합니다.

J3. 임상 연구에 대한 자세한 정보

Medicare 웹사이트에 있는 "Medicare & Clinical Research Studies"(Medicare 및 임상 연구, www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf) 문건을 읽고 임상 연구 참여 방법에 대한 자세한 내용을 확인할 수 있습니다. 또한 주 7일 하루 24시간 언제든 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오.

K. 종교적 비의료 보건 기관에서 서비스를 받을 때 가입자의 건강 관리 서비스 보장

K1. 종교적 비의료 보건 기관의 정의

종교적 비의료 보건 기관은 병원 또는 전문 간호 시설에서 일반적으로 받는 서비스를 제공하는 곳입니다. 병원이나 전문 간호 시설에서 진료를 받는 것이 종교적 신념에 위배될 경우, 저희는 종교적 비의료 보건 기관에서의 서비스를 보장합니다.

가입자는 언제든지 무슨 이유로든 진료를 받을 수 있습니다. 이러한 혜택은 Medicare 파트 A 입원환자 서비스(비의료적 건강 관리 서비스)만을 위한 것입니다. Medicare는 종교적 비의료 보건 기관이 제공한 비의료적 건강 관리 서비스만 부담합니다.

K2. 종교적 비의료 보건 기관에서 서비스 이용

종교적 비의료 보건 기관에서 서비스를 받으려면 가입자가 "비강제성" 의학적 치료를 받는 데 반대한다고 명시한 법률 문서에 서명해야 합니다.

- "비강제성" 의학적 치료는 자발적이고 연방, 주 또는 지방 정부 법에서 의무화하지 않는 모든 진료를 말합니다.
- "강제성" 의학적 치료는 비자발적이고 연방, 주 또는 지방 정부 법에서 의무화한 진료를 말합니다.

플랜의 보장을 받기 위해서는 가입자가 종교적 비의료 보건 기관에서 받는 서비스가 다음의 조건을 충족해야 합니다.

- 서비스를 제공하는 시설을 Medicare가 인증해야 합니다.
- 플랜의 서비스 보장범위는 비종교적 관점의 케어로만 제한됩니다.
- 시설에서 가입자에게 제공하는 서비스를 이 기관에서 이용할 경우, 다음이 적용됩니다.
    - 가입자는 입원환자 병원 진료 또는 전문 간호 시설 진료에 대해 보장 서비스를 받을 수 있는 의학적 상태여야 합니다.
    - 이러한 시설에 입원하기 전에 플랜의 허가를 받아야 하며, 그렇지 않을 경우, 입원이 보장되지 않습니다.

각각의 허가된 입원의 보장 일 수에는 제한이 없습니다. 자세한 내용은 4장, D절의 의료 혜택 차트를 참조하십시오.

L. 내구성 의료 장비(Durable Medical Equipment, DME):

L1. 플랜 가입자의 DME

DME는 가정에서 사용하기 위해 서비스 제공자가 주문한 특정 품목을 의미합니다. 이러한 품목의 예에는 휠체어, 목발, 전동 매트리스 시스템, 당뇨병 용품, 가입자가 가정에서 사용하도록 서비스 제공자가 주문한 병원 침상, 정맥(IV) 주입 펌프, 음성 생성 장비, 산소 장비 및 용품, 분무기 및 보행기가 포함됩니다.

보철과 같은 특정 물품은 항상 소유할 수 있습니다.

이 절에서는 가입자가 임대해야 하는 DME를 설명합니다. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 가입자는 대여 기간에 관계 없이 일반적으로 대여한 내구성 의료 장비(DME)를 소유하지 못합니다.

특정 상황에서 가입자가 다음 기준 중 하나 또는 전체에 부합할 경우 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan은 DME의 소유권을 가입자에게 이전할 수 있습니다.

- 가입자에게 $150 미만의 항목 및/또는 비경구/주입 펌프에 대한 지속적인 의학적 필요성이 존재,
- 의사 승인, 또는
- 기기나 장치를 가입자에게 맞도록 제작한 경우.

특정 상황에서, 저희는 DME 품목의 소유권을 양도합니다. 고객 서비스부로 전화하여 가입자가 충족해야 할 요건과 제출해야 할 문서에 대해 알아보십시오.

L2. 가입자가 Original Medicare에서 Medicare Advantage로 전환한 경우 DME의 소유권

Original Medicare 프로그램에서 특정 DME를 빌린 사람은 13개월 후 해당 장비를 소유하게 됩니다. Medicare Advantage 플랜에서 DME를 소유하려면 가입자가 DME를 대여해야 하는 개월을 설정할 수 있습니다.

참고: Original Medicare 및 Medicare Advantage 플랜의 정의는 12장에서 확인할 수 있습니다. 또한 *Medicare & You 2021* 안내서에서 자세한 정보를 확인할 수도 있습니다. 이 책자의 사본을 소지하고 계시지 않을 경우, Medicare 웹사이트(www.medicare.gov)에서 얻으시거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 연락하시어 받으실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 연락해 주십시오.

다음의 경우 DME 품목을 소유하려면 Original Medicare의 경우 연속으로 13회 납부하거나, Medicare Advantage 플랜이 정한 횟수만큼 납부해야 합니다.

- 플랜에 가입되어 있는 동안 DME 품목의 소유자가 되지 않은 경우 **및**
- 저희 플랜을 탈퇴하고 Original Medicare 프로그램 또는 Medicare Advantage 플랜의 건강 플랜 외부에서 Medicare 혜택을 받는 경우.

플랜에 가입하기 전에 Original Medicare 또는 Medicare Advantage 플랜에 따라 DME 품목 대금을 지불한 경우, **Original Medicare 또는 Medicare Advantage 대금은 가입자가 플랜을 탈퇴한 후 지불해야 하는 납부금에 포함되지 않습니다.**

- DME 품목을 소유하려면 Original Medicare의 경우 연속으로 새롭게 13회 납부하거나, Medicare Advantage 플랜이 정한 횟수만큼 납부해야 합니다.
- 여기에는 Original Medicare 또는 Medicare Advantage 플랜에 복귀하더라도 예외가 적용되지 않습니다.

L3. 플랜 가입자의 산소 장비 혜택

Medicare가 보장하는 산소 장비 혜택을 받을 수 있으며 저희 플랜의 가입자인 경우, 다음이 보장됩니다.

- 산소 장비 대여

- 산소 및 산소 내용물 배송
- 산소 및 산소 내용물 배송과 관련된 부속품 및 튜브
- 산소 장비의 보수 및 수리

산소 장비는 의학적 필요성이 없어지거나 가입자가 플랜을 탈퇴할 경우 소유주에게 반환해야 합니다.

L4. 가입자가 Original Medicare 또는 Medicare Advantage로 전환할 경우 산소 장비의 소유권

산소 장비가 의학적으로 필요하며 **가입자가 플랜에서 탈퇴하고 Original Medicare로 전환**할 경우, 가입자는 공급업체로부터 장비를 36개월 동안 대여하게 됩니다. 월 대여료에는 위에 열거한 산소 장비와 용품 및 서비스가 포함됩니다.

36개월 동안 대여한 후 산소 장비가 의학적 용도로 필요한 경우:

- 공급업체는 추가로 24개월 동안 산소 장비, 용품, 서비스 등을 제공해야 합니다.
- 의학적으로 필요한 경우 공급업체는 최장 5년 동안 산소 장비와 용품을 제공해야 합니다.

5년 후에도 산소 장비가 계속 의학적으로 필요한 경우:

- 공급업체가 더 이상 장비를 제공할 수 없으면, 다른 공급업체로부터 대체 장비를 구하는 방법을 선택할 수 있습니다.
- 새롭게 5년 기간이 시작됩니다.
- 공급업체로부터 36개월 동안 대여할 수 있습니다.
- 공급업체는 추가로 24개월 동안 산소 장비, 용품, 서비스 등을 제공해야 합니다.
- 산소 장비가 의학적으로 필요하다면 5년마다 새로운 대여 주기가 시작됩니다.

산소 장비가 의학적으로 필요하며 **가입자가 저희 플랜을 탈퇴하여 Medicare Advantage 플랜으로 전환할 경우**, 플랜은 최소한 Original Medicare의 보장 범위 이상을 보장합니다. Medicare Advantage 플랜에 보장되는 산소 장비와 용품, 비용 등에 대해 문의하십시오.

4장: 의료 혜택 차트

서론

이 장에서는 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan이 보장하는 서비스와 이에 대한 제한 사항이나 한도, 각 서비스에 대한 가입자 부담금 등에 대해 설명합니다.또한 당사의 플랜이 보장하지 않는 혜택에 대해 설명되어 있습니다. *가입자 안내 책자*의 마지막 장에서는 주요 용어와 용어 정의가 알파벳 순서로 나와 있습니다.

목차

A. 보장되는 서비스 및 본인 부담 비용 58

B. 가입자에게 서비스 비용을 청구하는 서비스 제공자에 대한 규칙 58

C. 플랜 혜택 차트 58

D. 의료 혜택 차트 60

E. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 이외에 보장되는 혜택 110

E1. 캘리포니아주 지역사회 전환(CCT) 서비스 110

E2. Medi-Cal 치과 프로그램 110

E3. 호스피스 서비스 111

F. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, Medicare 또는 Medi-Cal 이 보장하지 않는 혜택 112

A. 보장되는 서비스 및 본인 부담 비용

이 장에서는 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan이 어떤 서비스에 대해 비용을 부담하는지 설명합니다. 또한 각 서비스에 대해 가입자가 부담하는 금액에 대해서도 설명합니다.또한 보장되지 않는 서비스에 대해서도 확인하실 수 있습니다. 약 혜택에 대한 정보는 5장, B, C 및 D절에 있습니다. 이 장에서는 일부 서비스의 제한 사항도 설명합니다.

일부 서비스의 경우, 자기부담금이라고 하는 본인 부담 비용이 부과됩니다. 이러한 서비스를 이용할 때마다 지급하는 비용은 고정된 금액입니다(예: $5). 가입자는 의료 서비스를 받을 때 자기부담금을 지불합니다.

어떠한 서비스가 보장되는지 이해하는 데 도움이 필요하시면 케어 네비게이터 및/또는 고객 서비스부에 1-855-905-3825(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m.에 연락해 주십시오.

B. 가입자에게 서비스 비용을 청구하는 서비스 제공자에 대한 규칙

저희는 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 서비스 제공자가 보장 서비스에 대해 가입자께 청구하는 것을 허용치 않습니다. 서비스 제공자에게 플랜이 직접 비용을 지불하므로 가입자에게는 비용이 청구되지 않습니다. 서비스 제공자가 청구하는 서비스 비용보다 저희가 적게 지불하는 경우에도 마찬가지입니다.

따라서 보장 서비스에 대해 서비스 제공자가 가입자에게 비용을 청구하지 않을 것입니다. 비용 청구가 발생한다면 7장 A절 을 참조하거나 고객 서비스부로 전화해 주십시오.

C. 플랜 혜택 차트

이 의료 혜택 차트에는 플랜이 비용을 부담하는 서비스가 표시되어 있습니다. 서비스 카테고리가 알파벳 순서로 열거되어 있으며 보장 서비스가 설명되어 있습니다.

다음의 규칙을 준수할 경우에만 의료 혜택 차트에 열거된 서비스에 대해 당사가 비용을 부담할 것입니다.

- Medicare 및 Medi-Cal 보장 서비스는 Medicare와 Medi-Cal이 정한 규칙에 따라 제공되어야 합니다.
- 이러한 서비스(의학적 치료, 행동 건강 및 약물 사용 서비스, 장기 서비스 및 지원, 의료용품, 장비, 의약품 포함)는 의학적으로 필요한 것이어야 합니다. 의학적으로 필요하다는 것은 의학적 증상을 예방, 진단 또는 치료하거나 현재 건강 상태를 유지기 위해 서비스가 필요하다는 것을 의미합니다. 여기에는 병원이나 요양 시설까지 갈 수 없는 상황도 포함됩니다. 이것은 요구되는 서비스, 의료용품 또는 의약품이 의료 관행의 표준에 부합함을 의미하기도 합니다. 생명을 보호하거나, 중대 질병이나 장애를 예방하거나, 심한 통증을 완화하기 위해 필요하고 타당한 경우 의학적으로 필요한 서비스가 됩니다.

- 가입자는 네트워크 서비스 제공자로부터 진료를 받습니다. 네트워크 서비스 제공자는 저희 플랜과 업무 협조 관계에 있는 서비스 제공자입니다. 대부분의 경우, 네트워크 외부 서비스 제공자가 제공하는 진료에 대해서는 저희가 비용을 부담하지 않습니다. 3장, D절에는 네트워크 소속 및 네트워크 외부 서비스 제공자 이용에 대한 자세한 정보가 포함되어 있습니다.

- 주치의(PCP) 또는 관리 팀이 가입자의 진료를 담당하고 관리합니다. 대부분의 경우, PCP는 가입자가 주치의가 아닌 의사의 진료를 받거나 네트워크 소속의 다른 서비스 제공자를 이용하기 전에 승인을 해야 합니다. 이것을 진료 추천이라고 합니다. 3장, D절에는 진료 추천을 받는 방법과 진료 추천이 필요 없는 상황이 자세히 설명되어 있습니다.

- 귀하는 담당 PCP의 의료 그룹과 제휴한 서비스 제공자로부터 진료를 받으셔야 합니다. 자세한 정보는 3장, D절을 참조하십시오.

- 의료 혜택 차트에 제시된 서비스 중 일부는 담당 의사나 다른 네트워크 서비스 제공자가 플랜의 사전 승인을 얻는 경우에만 보장됩니다. 이것을 사전 허가(또는 사전 승인)이라고 합니다. 사전 허가가 필요한 보장 서비스는 의료 혜택 차트에 기울임체로 표시되어 있습니다.

- 모든 예방 서비스는 무료입니다. 의료 혜택 차트에서 예방 서비스 옆에는 이 사과 그림 🍎이 표시되어 있습니다.

- 의료 플랜 옵션(CPO) 서비스는 개인 의료 플랜으로 이용할 수 있습니다. 이러한 서비스는 식사, 가입자와 간병인 지원, 샤워 손잡이, 경사로 등과 같은 가정 생활에 대한 지원 혜택을 제공합니다 이러한 서비스는 독립적으로 생활하도록 지원해줄 수 있지만 가입자가 Medi-Cal에 따라 받을 수 있는 장기 서비스 및 지원(LTSS)을 대체할 수 **없습니다**. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan이 과거에 제공한 CPO 서비스의 예에는 사례 관리, 평가, 가정 및 지역사회 기반 서비스를 위한 Partners in Care Foundation과, 가정 배송 식사를 위한 LifeSpring 등이 포함됩니다. 도움이 필요하거나 CPO 서비스의 내용을 확인하시려면 케어 네비게이터에게 문의해 주십시오.

D. 의료 혜택 차트

플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	복부 대동맥류 검사 저희는 위험군 가입자의 초음파 검사에 대해 1회에 한해 비용을 부담합니다. 플랜은 귀하에게 특정 위험 요소가 있거나 의사, 의료 보조원, 개업 간호사 또는 임상 전문 간호사로부터 진료 추천을 받은 경우에만 이 선별검사를 보장합니다.	$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	만성 요통을 위한 침술 보장되는 서비스에 포함되는 사항: Medicare 수혜자에게는 다음 상황일 때 90일 동안 최대 12회 방문이 보장됩니다. 이 혜택의 목적에 따라 만성 요통은 다음과 같이 정의됩니다: • 12주 이상 통증이 지속 • 불특정의 통증, 확인 가능한 원인이 없음(예: 전이, 염증, 감염, 질병 등과 관련이 없음) • 수술과 관련이 없음 • 임신과 관련이 없음. 상태가 호전되는 환자에게는 추가로 8회의 치료를 보장합니다. 연간 20회를 초과하여 침술 치료를 제공할 수 없습니다. 환자의 상태가 개선되지 않거나 악화된다면 치료를 중단해야 합니다. 혜택은 American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans)와의 계약에 따라 제공됩니다. 자세한 정보가 필요하거나 ASH Plans 제휴 서비스 제공자를 찾으려면 ASH Plan에 <(800) 678-9133[TTY: (877) 710-2746]번으로 월요일-금요일 5 a.m. - 6 p.m.>에 전화해 주십시오. 또한 Blue Shield Promise Cal MediConnect 고객 서비스부에 전화하시거나 www.**blueshieldca.com**에서 "Find a Doctor"(의사 찾기) 기능을 사용하여 ASH Plans 제휴 서비스 제공자를 찾으실 수 있습니다.	$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	침술 플랜에서는 역월로 1개월 동안 외래환자 침술 서비스에 대해 2회까지 지불하며 의학적으로 필요한 경우 더 자주 침술 서비스를 받을 수 있습니다. 혜택은 American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans)와의 계약에 따라 제공됩니다. 자세한 정보가 필요하거나 ASH Plans 제휴 서비스 제공자를 찾으려면 ASH Plan에 <(800) 678-9133[TTY: (877) 710-2746]번으로 월요일-금요일 5 a.m. - 6 p.m.>에 전화해 주십시오. 또한 Blue Shield Promise Cal MediConnect 고객 서비스부에 전화하시거나 **blueshieldca.com**에서 "Find a Doctor"(의사 찾기) 기능을 사용하여 ASH Plans 제휴 서비스 제공자를 찾으실 수 있습니다.	$0
	기타 원격 의료 서비스 Teladoc는 전화나 화상으로 연중무휴 주 7일 하루 24시간 의사 상담을 해줍니다. Teladoc 의사들은 기초적인 질병을 진단하고 치료할 수 있으며 일부 약을 처방할 수도 있습니다. Teladoc는 보충적 서비스로서 주치의의 치료를 대체하기 위한 목적이 아닙니다. blueshieldca.com/teladoc 또는 Blue Shield of California 앱에 로그인하시어 상담 요청을 하십시오. 질문이 있을 경우, Teladoc에 1-800-Teladoc(1-800-835-2363) [TTY: 711]으로 연중무휴로 주 7일 하루 24시간 언제든지 전화해 주십시오.	$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	알코올 오용 검사 및 상담 저희는 알코올을 남용하고 있지만 알코올에 의존적이지 않은 성인을 위한 알코올 오용 검사(SBIRT) 비용을 부담합니다. 여기에는 임산부도 포함됩니다. 알코올 오용에 대해 양성 반응이 나온 경우, 매년 4회에 걸쳐 자격을 갖춘 주치의 또는 일차 진료 환경에서 개업의와 일대일 상담 세션을 가질 수 있습니다(단, 가입자가 상담 중 온전한 상태에서 상담 내용을 이해할 수 있는 경우). 간단한 중재에는 일반적으로 1인당 15분 길이의 세션이 1-3회 포함되며 직접 면담, 전화, 원격 치료 등의 방법으로 제공됩니다.	$0
	구급차 서비스 보장되는 구급차 서비스에는 지상, 고정익, 회전익 구급차 서비스 등이 포함됩니다. 구급차는 가입자를 진료할 수 있는 가까운 장소까지 데려다 줄 것입니다. 가입자의 상태는 다른 방법으로 병원에 갈 경우 건강이나 생명이 위험해질 수 있을 정도로 심각한 상태여야 합니다. 기타 상황의 구급차 서비스는 플랜의 승인을 받아야 합니다. 응급 상황이 아닐 경우에도 플랜이 구급차 비용을 부담할 수 있습니다. 가입자의 상태는 다른 방법으로 병원에 갈 경우 생명이나 건강이 위험해질 수 있을 정도로 심각한 상태여야 합니다. *허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 반드시 담당 의사와 상담하여 진료 추천을 받아야 합니다.*	$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	연례 신체 검사: 가입자는 연례 건강 검진 방문 이외에도 12개월마다 1회 정기 신체 검사를 보장 받을 수 있습니다. 이러한 상담에는 의료 및 가족 이력에 대한 종합적인 심사, 상세한 전신 평가 및 기타 서비스, 적절한 진료 추천 및 의뢰 등이 포함됩니다. 이 혜택은 검사실, 진단 시술 또는 지시된 기타 유형의 서비스를 보장하지 않으며, 가입자는 각 서비스에 대해 별도로 가입자의 비용 분담을 지불합니다.	$0
	연례 건강증진 방문 가입자는 연례 검진을 받을 수 있습니다. 이것은 가입자의 현재 위험 요소를 기반으로 예방 계획을 수립하고 업데이트하기 위한 것입니다. 저희는 12개월마다 이 비용을 부담합니다.	$0
	골밀도 측정 저희는 적격 가입자(일반적으로, 골량 손실의 위험이나 골다공증 위험이 있는 사람)의 특정 처치 비용을 부담합니다. 이러한 처치를 통해 골량, 뼈 손실 또는 뼈 건강 상태를 파악합니다. 또한 24개월 주기 또는 의학적으로 필요한 경우 더 자주 이 서비스 비용을 부담합니다. 결과를 관찰하고 소견을 제공하는 의사의 비용도 부담합니다.	$0
	유방암 검사(유방 조영상 검사) 플랜은 다음 서비스 비용을 부담합니다. • 35-39세 사이에 1회의 기본 유방조영상 • 40세 이상 여성의 경우 12개월마다 1회의 유방조영상 검사 • 24개월마다 1회의 임상적 유방 검사	$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	심장 재활 서비스 저희는 운동, 교육, 상담과 같은 심장 재활 서비스 비용을 부담합니다. 가입자는 의사의 진료 추천을 받기 위해 특정 조건에 부합해야 합니다. 또한 심장 재활 프로그램보다 더 강도가 높은 집중 심장 재활 프로그램도 보장합니다. *허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 반드시 담당 의사와 상담하여 진료 추천을 받아야 합니다.*	$0
	심혈관계 질병 위험 감소 방문(심장병 치료) 저희 플랜은 심장병 위험을 낮추기 위해 연간 1회, 또는 의학적으로 필요한 경우 더 많이 주치의(PCP) 방문 비용을 부담합니다. 이 방문시 담당 의사의 역할: • 아스피린 사용에 대해 상담 • 혈압 검사 **및/또는** • 올바른 식습관을 위한 요령 제공.	$0
	심혈관계 질병 검사 저희는 5년(60개월)마다 1회의 심혈관계 질병을 검사하기 위한 혈액 검사 비용을 부담합니다. 이러한 혈액 검사를 통해 높은 심장병 위험으로 인한 문제도 확인합니다.	$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
🍎	**자궁경부 및 질암 검사** 플랜은 다음 서비스 비용을 부담합니다. • 모든 여성: 24개월마다 1회의 파파니콜로 도말검사 및 골반 검사 • 자궁경부암 또는 자궁암 위험이 있는 여성: 12개월마다 1회의 파파니콜로 도말검사 • 지난 3년 내에 비정상적인 파파니콜로 도말검사 결과를 받은 가임기 여성: 12개월마다 1회의 파파니콜로 도말검사 • 30-65세 여성: 5년마다 인유두종 바이러스(HPV) 검사 또는 파파니콜로 검사와 HPV 검사	$0
	척추 지압 서비스 플랜은 다음 서비스 비용을 부담합니다. • 척추 배열을 교정하기 위한 척추 조절	$0
🍎	**대장암 검사** 50세 이상의 개인을 위해 플랜이 비용을 부담하는 서비스: • 48개월마다 연성 S상 결장경 검사(또는 바륨 관장 검사) • 12개월마다 대변잠혈 반응검사 • 12개월마다 과이액을 사용한 대변잠혈 반응검사 또는 대변 면역 화학 검사 • 3년 마다 DNA를 이용한 대장암 검사 • 10년마다 대장내시경검사(단 에스상결장경검사로부터 48개월 이상 경과) • 결장직장암 위험이 높은 사람의 경우 24개월마다 대장내시경검사(또는 대안적으로 바륨 관장 검사) *서비스에 허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 반드시 담당 의사와 상담하여 진료 추천을 받아야 합니다.*	$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	커뮤니티 기반 성인 서비스(Community Based Adult Services, CBAS) CBAS는 외래환자, 시설 기반 서비스 프로그램으로서 일정에 따라 참여합니다. 이 프로그램은 전문 간호 관리, 사회복지 서비스, 치료(작업 치료, 물리 치료, 언어 치료 포함), 개인 관리, 가족 간병인 교육 및 지원, 영양 서비스, 교통편, 기타 서비스 등을 제공합니다. 가입자가 자격 기준에 부합할 경우 CBAS 비용을 플랜이 부담합니다. **참고:** CBAS 시설이 없는 경우, 저희는 이러한 서비스를 별도로 제공할 수 있습니다. *서비스에 허가 규칙이 적용될 수 있습니다.* *반드시 담당 의사와 상담하여 진료 추천을 받아야 합니다.*	$0
	금연 또는 담배류 사용 중단을 위한 상담 담배류를 사용하지만 담배류 관련 질병의 징후나 증상이 없고 금연을 원하거나 금연해야 하는 경우: • 저희는 예방 서비스로서 12개월 동안 2회의 금연 시도에 대해 비용을 부담합니다. 이 서비스는 가입자에게 무료로 제공됩니다. 각 금연 상담에는 최대 4회의 일대일 상담 방문이 포함되어 있습니다. 현재 담배류를 사용하며 담배 관련 질병을 진단 받았거나 담배의 영향을 받을 수 있는 약을 복용하고 있는 경우: • 플랜은 12개월 동안 2회의 금연 상담 비용을 부담합니다. 각 상담에는 최대 4회의 일대일 방문이 포함되어 있습니다. 현재 임신 중일 경우, 사전 허가를 받아 금연 상담을 무제한 받을 수 있습니다.	$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	치과 서비스 스케일링, 충전물, 의치 등과 같은 특정 치과 진료가 Medi-Cal 치과 프로그램을 통해 이용 가능합니다. 이 혜택에 대한 보다 자세한 정보는 F절을 참조하십시오. Denti-Cal은 역년으로 매년 서비스 비용에 대해 $1,800까지 보장합니다. 자세한 정보는 Denti-Cal 웹사이트 및 캘리포니아주 Medi-Cal 치과 서비스 수혜자 안내 책자를 www.denti-cal.ca.gov에서 참조하십시오. *서비스에 허가 규칙이 적용될 수 있습니다.* *반드시 담당 의사와 상담하여 진료 추천을 받아야 합니다.*	$0
	우울증 검사 저희는 매년 1회 우울증 검사 비용을 부담합니다. 이 선별검사는 후속 진료와 진료 추천을 해줄 수 있는 일차 진료 시설에서 이루어져야 합니다.	$0
	당뇨병 선별검사 저희는 가입자에게 다음의 위험 요소가 있을 경우, 이 선별검사(공복시 혈당 검사 포함) 비용을 부담합니다. • 고혈압 • 비정상적 콜레스테롤 및 고중성지방 수치 병력(이상지질혈증) • 비만 • 고혈당 병력(글루코스) 과체중이며 당뇨병 가족력이 있는 등 일부 사례에서 검사 비용이 보장됩니다. 검사 결과에 따라 12개월마다 최대 2회의 당뇨병 검사까지 보장될 수 있습니다.	$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	당뇨병 자가 관리 교육, 서비스 및 의료용품 저희 플랜은 당뇨병을 앓고 있는 모든 사람들을 위해 다음 서비스에 대해 비용을 지불합니다(인슐린 사용 여부에 관계 없음). • 다음을 포함하여 혈당 검사를 위한 용품 제공: ○ 혈당 측정기 ○ 혈당 검사지 ○ 란셋 장치 및 란셋 ○ 검사지 및 모니터의 정확도 확인을 위한 당 관리 용액 ○ 검사지 및 혈당 측정기의 우선적 제조업체는 Abbott입니다. FreeStyle®(Abbott 제조) 검사지와 혈당 측정기는 의사가 플랜으로부터 사전에 승인("사전 허가"라고도 함)을 받지 않아도 됩니다. 다른 모든 제조업체의 검사지와 혈당 측정기는 의사가 플랜으로부터 사전에 승인("사전 허가"라고도 함)을 받아야 합니다. • 당뇨병 관련 발 질병을 가진 당뇨병 환자의 경우, 플랜이 다음 비용을 부담합니다. ○ 착용 확인을 포함하여, 치료상 맞춤 제작된 신발 한 켤레(깔창 포함)와 역년으로 매년, 추가로 두 쌍의 깔창 **또는** ○ 착용 확인을 포함하여 매년 1켤레의 당뇨병 치료용 신발, 3켤레의 깔창(신발과 함께 제공된 비맞춤 탈착 깔창은 불포함) • 플랜은 경우에 따라 당뇨병을 관리하는 데 도움이 되는 교육 비용을 부담합니다. 자세한 내용은 고객 서비스부에 문의하시기 바랍니다. *서비스에 허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 반드시 담당 의사와 상담하여 진료 추천을 받아야 합니다.*	$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	내구성 의료 장비(DME) 및 관련 의료용품 ("가정용 의료 장비(DME)"의 정의는 이 책자의 12장을 참조해 주십시오.) 보장되는 항목은 다음과 같습니다. • 휠체어 • 목발 • 전동 매트리스 시스템 • 매트리스용 압축 패드 • 당뇨병 용품 • 가입자가 가정에서 사용하도록 서비스 제공자가 주문한 병원 침상 • 정맥(IV) 주입 펌프 및 지지대 • 주입 펌프 및 용품 • 음성 생성 장비 • 산소 장비 및 용품 • 분무기(네뷸라이저) • 보행기 • 표준형 곡선 손잡이 또는 네발 지팡이, 교체 용품 • 경추 견인장치(문 위에 사용) • 골 자극기 • 투석 관리 장비 다른 항목도 보장될 수 있습니다. 저희는 Medicare 및 Medi-Cal이 일반적으로 비용을 지불하는 모든 의학적으로 필요한 DME 비용을 부담합니다. 해당 지역의 서비스 제공자가 특정 브랜드 또는 제조업체의 제품을 취급하지 않을 경우, 특별 주문을 할 수 있는지 문의하실 수 있습니다. **본 혜택 안내는 다음 페이지에서 계속됩니다.**	$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	가정용 의료 장비(DME) 및 관련 의료용품(계속) *서비스에 허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 반드시 담당 의사와 상담하여 진료 추천을 받아야 합니다.*	$0

	응급 진료 서비스
	
	응급 진료는 다음과 같은 서비스를 의미합니다.
	• 응급 서비스를 제공하도록 교육을 받은 제공자의 서비스 **및**
	• 의학적 응급 상황을 치료하기 위해 필요한 서비스.
	
	의학적 응급 상황은 심한 통증 또는 심각한 부상을 가진 의학적 상태입니다. 이러한 상태는 매우 심각하여 즉시 의학적 치료를 받지 않을 경우, 평균적인 건강 및 의료 지식을 가진 모든 사람이 다음의 결과를 예상할 수 있습니다.
	• 임산부 건강이나 태아에 대한 심각한 위험 **또는**
	• 신체 기능에 심각한 해를 입거나 **또는**
	• 신체 조직이나 부분의 심각한 기능 장애, **또는**
	• 임산부인 경우 다음과 같은 상황에서 진통을 시작:
	  ○ 출산하기 전에 가입자를 다른 병원으로 안전하게 이송할 시간이 부족.
	  ○ 다른 병원 이송으로 임산부 건강이나 안전 또는 태아의 건강을 위협할 가능성 있음.
	
	Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan은 미국 이외의 지역에서 받은 응급 서비스에 대해 역년으로 매년 최대 **$25,000**까지 환급해 드립니다. 당사는 가입자가 이용한 서비스가 위에 열거된 응급 치료 기준에 부합할 경우에만 환급합니다. 자세한 정보는 이 차트 마지막에 있는 전세계 응급 및 긴급 보장 절을 참조하십시오.
		$0
		
		네트워크 외부 병원에서 응급 진료를 받았으며 응급 상황이 안정된 후 입원환자 진료가 필요하고, 진료를 계속 보장 받으려면 네트워크 병원으로 돌아오거나, 네트워크 외부 병원에서의 입원환자 진료를 플랜이 승인해야 합니다. 입원이 승인된 경우, 비용은 네트워크 병원에 입원한 동안 발생한 것과 동일한 비용이 됩니다.

플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	가족 계획 서비스 법률에 따라 가입자는 특정 가족 계획 서비스를 위한 제공자를 선택할 수 있습니다. 즉, 의사, 클리닉, 병원, 약국 또는 가족 계획 담당실 중에서 가족 계획 서비스를 받을 서비스 제공자를 선택할 수 있습니다. 플랜은 다음 서비스 비용을 부담합니다. • 가족 계획 검사 및 의학적 치료 • 가족 계획 연구 및 진단 검사 • 가족 계획 방법(IUD, 임플란트, 주사, 피임약, 패치 또는 링) • 처방전을 통한 가족 계획 의료용품(콘돔, 스폰지, 폼, 필름, 격막, 캡) • 불임 상담 및 진단, 관련 서비스 • 성병(STI) 치료를 위한 상담, 검사 및 치료 • HIV와 AIDS 및 기타 HIV 관련 증상을 위한 상담과 검사 • 영구 피임(이 가족 계획 방법을 선택하려면 21세 이상이어야 합니다. 수술일 이전 30일 이상 180일 이내에 연방 불임시술 동의서에 서명해야 합니다.) • 유전 관련 상담 플랜은 또한 다른 몇 가지 가족 계획 서비스 비용도 부담합니다. 하지만 다음 서비스의 경우, 플랜의 제공자 네트워크 내 서비스 제공자를 선택해야 합니다. • 불임 증상 치료(이 서비스에는 인공적인 임신 방법은 포함되어 있지 않음). • AIDS 및 기타 HIV 관련 상태의 치료 • 유전자 검사	의료 및 진단 서비스에 대해 $0의 자기부담금 처방약 품목의 경우, 처방약 자기부담금이 적용될 수 있습니다.

플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	건강 및 건강증진 교육 프로그램 저희는 특정 건강 상태를 전문으로 하는 다양한 프로그램을 제공하고 있으며, 다음 사항이 포함됩니다. • 건강 교육 수업 • 영양 교육 수업 • 금연 **및** • 간호 전화상담 Blue Shield of California Promise Health Plan 간호사 상담 전화는 정규 간호사(RN)가 주 7일 하루 24시간 질문에 답변해 드립니다. 간호사 상담 전화로 연락하시려면 (800) 609-4166번으로 전화해 주십시오(TTY 711). 간호사들이 전화를 통해 일반적인 건강 관련 질문에 답변하고 자세한 정보를 확인할 기타 리소스를 알려 줄 것입니다. 가입자는 간호사 상담 전화를 통해 간편하게 참조할 수 있는 모든 정보와 링크가 포함된 요약 정보를 이메일로 받을 수 있습니다.	$0
	헬스 클럽 멤버십 및 피트니스 강좌 **SilverSneakers® 피트니스** 다음을 이용할 수 있는 운동, 교육 및 사회 활동: • 언제든지 이용할 수 있는 전국의 수많은 피트니스 센터 • 운동 장비 및 SilverSneakers 수업. • 사회복지 행사 및 활동. • 요가, 라틴 댄스, 타이치와 같은 SilverSneakers FLEX™ 수업. • SilverSneakers Life를 통해 집에서도 생동감 있는 운동 수업	$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	청력 서비스 저희는 담당 서비스 제공자가 실시하는 청력 및 균형 검사 비용을 부담합니다. 이러한 검사를 통해 가입자에게 의학적 치료가 필요한지 확인합니다. 의사, 청력학자 또는 기타 자격을 갖춘 서비스 제공자가 검사를 실시할 경우 외래환자 진료로서 보장됩니다. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan은 혜택 연도(1월 1일 - 12월 31일)마다 양쪽 귀의 보조 보청기에 대해 최대 **$2,000**까지 보장합니다. 보청기 혜택에는 다음이 포함됩니다: • 보청기 • 몰딩 • 교정 용품 • 액세서리 위의 보충적 혜택 이외에도, Medi-Cal은 회계년도(7월 1일 - 6월 30일)마다 최대 **$1,510** 상당의 보청기 혜택을 제공할 수 있습니다. 귀하가 임신 상태이거나 간호 시설에 상주 중인 경우, 다음을 포함, 보청기도 저희가 비용을 지불합니다. • 몰딩, 의료용품, 삽입물 등을 포함한 보청기 비용을 부담합니다. • 건당 $25를 초과하는 수리 • 최초로 제공되는 배터리 세트 • 보청기를 받은 후 동일한 업체로부터 교육, 조절, 착용을 시험해 보기 위해 6회 방문 • 보청기의 시범적 렌탈 기간 *서비스에 허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 반드시 담당 의사와 상담하여 진료 추천을 받아야 합니다.*	$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	HIV 검사 저희 플랜은 다음 대상자를 위한 HIV 검사 비용을 12개월마다 1회 부담합니다. • HIV 검사 요청자 **또는** • HIV 감염 위험이 높은 사람. 임산부일 경우 플랜은 임신 기간 중 HIV 검사에 대해 최대 3회까지 비용을 부담합니다.	$0
	가정 건강 관리 기관의 서비스 가정 건강 서비스를 이용하려면 의사가 그 필요성을 저희에게 알리고 가정 건강 관리 기관이 서비스를 제공해야 합니다. 저희는 다음 서비스 비용을 부담하며 여기에 열거되지 않은 다른 서비스 비용도 부담할 수 있습니다. • 파트 타임 또는 간헐적 전문 간호 및 가정 건강 보조원 서비스(가정 건강 관리 혜택으로 보장 받으려면 전문 간호 및 가정 건강 보조원 서비스를 합하여 하루 8시간, 주 35시간을 초과할 수 없음) • 물리 치료, 작업 치료, 언어 치료 • 의료 및 사회복지 서비스 • 의료 장비 및 의료용품 *서비스에 허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 반드시 담당 의사와 상담하여 진료 추천을 받아야 합니다.*	$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	가정 주입 요법 저희는 가입자에게 가정으로 제공하는, 정맥으로 투여하거나 피하에 적용하는 약물 또는 생물학적 물질로 정의된 가정 주입 요법에 대한 비용을 지불합니다. 다음이 가정 주입 요법을 실시하기 위해 필요합니다. • 항바이러스제 또는 면역 글로불린과 같은 약물 또는 생물학적 물질 • 펌프 같은 장비 및 • 튜브 또는 카테터 같은 용품. 다음을 포함한 가정 주입 서비스를 보장합니다(이에만 국한되지 않음). • 귀하의 의료 플랜에 따라 제공되는 간호 서비스를 포함한 전문 서비스 • DME 혜택에 아직 포함되어 있지 않은 가입자 훈련 및 교육 • 원격 모니터링 및 • 유자격 가정 주입 요법 제공자의 가정 주입 요법 및 가정 주입 약물 제공을 위한 모니터링 서비스. ***서비스에 허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 반드시 담당 의사와 상담하여 진료 추천을 받아야 합니다.***	가입자는 보장되는 각 가정 주입 요법 방문에 대해 $0를 납부합니다.
	가정 식사 배달 병원이나 전문 간호 시설(SNF)에서 퇴원한 후 보장: • 퇴 원할 때마다 22회의 식사 및 10회의 간식 • 필요 시, 식사와 간식을 최대 3회로 분리하여 배송받을 수 있습니다. • 보장은 연간 2회의 퇴원으로 제한됩니다. 보다 자세한 정보는 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 고객 서비 스부에 연락해 주십시오(전화번호는 본 안내 자료 뒷표지에 인쇄되 어 있습니다).	보장되는 각 가정 식사 배달에 대해 가입자는 $0를 지불합니다.

플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	호스피스 서비스 가입자는 Medicare가 인증한 호스피스 프로그램을 통해 서비스를 이용할 수 있습니다. 귀하의 서비스 제공자 및 호스피스 의료 책임자가 말기 예후가 있다고 판단하면 귀하는 호스피스를 선택할 권리가 있습니다. 말기 예후란 환자가 말기 질환을 가지고 있고 6개월 이하로 생존이 예상되는 경우를 말합니다. 호스피스 의사는 네트워크 서비스 제공자이거나 네트워크 외부 서비스 제공자일 수 있습니다. 플랜은 귀하가 호스피스 서비스를 받는 동안 다음에 대해 비용을 지불합니다. • 증상과 통증을 치료하기 위한 의약품 • 단기 임시 간호 • 가정 건강 관리 **본 혜택 안내는 다음 페이지에서 계속됩니다.**	$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	호스피스 서비스(계속) **호스피스 서비스와 Medicare 파트 A 및 B로 보장되는 서비스는 Medicare로 청구됩니다.** • 보다 자세한 사항은 본 장의 F절을 참고해 주십시오. • Medicare 파트 A 및 B가 인증한 호스피스 프로그램에 가입된 경우, 말기 증상과 관련이 있는 서비스는 Medicare가 비용을 부담합니다. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan은 이러한 서비스 비용을 부담하지 않습니다. **Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan이 보장하지만 Medicare 파트 A 또는 B가 보장하지 않는 서비스:** • Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan은 Medicare 파트 A 또는 B로 보장되지 않는 플랜 보장 서비스를 보장합니다. 플랜은 가입자의 말기 예후와의 관련 여부에 따라 서비스를 보장합니다. 가입자는 이러한 서비스에 대해 비용을 부담하지 않습니다. **Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan의 Medicare 파트 D 혜택으로 보장될 수도 있는 약에 대해:** • 의약품은 호스피스와 당사의 플랜 모두가 동시에 보장하지는 않습니다. 자세한 정보는 5장, B, C, D절을 참조하십시오. **참고:** 비 호스피스 서비스가 필요한 경우, 케어 네비게이터에게 연락하여 서비스를 정해야 합니다. 비 호스피스 서비스는 말기 예후와 관련이 없는 서비스입니다. 케어 네비게이터와 상담하시려면, 이 페이지 맨 아래의 전화번호로 고객 서비스부에 연락하여 케어 네비게이터 옵션을 선택하시면 됩니다. 저희 플랜은 호스피스 혜택을 선택하지 않은 말기 질환 환자를 위한 호스피스 상담 서비스(1회) 비용을 보장합니다.	$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	예방접종 플랜은 다음 서비스 비용을 부담합니다. • 폐렴 백신 • 가을과 겨울의 독감 계절에 독감 예방접종 1회, 의학적으로 필요한 경우 추가적인 독감 예방접종 • B형 간염에 걸릴 위험이 중간 이상일 경우 B형 간염 백신 • 가입자의 감염 위험이 높으며 Medicare 파트 B 보장 규칙에 부합하는 기타 백신 저희는 Medicare 파트 D 보장 규칙에 부합하는 기타 백신의 비용을 부담합니다. 자세한 내용은 6장, H절을 참조하십시오. 또한 저희 플랜은 예방접종 자문위원회(ACIP)가 권장하는 성인을 위한 모든 백신을 부담합니다.	$0
	입원환자 병원 진료 저희 플랜은 다음 서비스 비용을 부담하며 여기에 열거되지 않은 다른 의학적으로 필요한 서비스 비용도 부담할 수 있습니다. • 준전용 병실(또는 의학적으로 필요한 경우, 1인실) • 특별 식단을 포함한 식사 • 일반 간호 서비스 • 중환자 병동 또는 관상동맥 치료 병동과 같은 특별 치료 시설 비용 • 의약품 • 검사실 검사 • 엑스레이 및 기타 방사선 서비스 • 필요한 외과용품 및 의료용품 **본 혜택 안내는 다음 페이지에서 계속됩니다.**	$0 응급 상황이 안정화된 후 네트워크 외부 병원에서 입원환자 진료를 받으려면 플랜의 승인을 받아야 합니다.

플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	입원환자 병원 진료(계속) • 휠체어와 같은 기기 • 수술실 및 회복실 서비스 • 물리 치료, 작업 치료 및 언어 치료 • 입원환자 약물 남용 서비스 • 경우에 따라 다음 종류의 이식 수술: 각막, 신장, 신장/췌장, 심장, 간, 폐, 심장/폐, 골수, 줄기세포, 내장/복합 장기. 이식이 필요한 경우, Medicare 승인 이식 센터가 사례를 검토하여 이식 대상자인지의 여부를 결정합니다. 이식 서비스 제공자는 서비스 지역 내부 또는 외부에 있을 수 있습니다. 지역의 이식 서비스 제공자가 Medicare의 요율을 기꺼이 수락할 경우, 지역에서 이식 서비스를 받거나 가입자 커뮤니티의 진료 방식과 다르게 서비스를 받을 수 있습니다. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan이 가입자 커뮤니티의 진료 패턴을 벗어나는 서비스 지역 외부 지역에서 이식 서비스를 제공하고 가입자가 그곳에서 이식을 받기로 선택하는 경우, 플랜은 가입자와 다른 1인의 숙박 및 이동 경비를 처리하거나 지불할 것입니다. • 혈액(보관 및 관리 포함) • 의사 서비스 *서비스에 허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 반드시 담당 의사와 상담하여 진료 추천을 받아야 합니다.*	$0 응급 상황이 안정화된 후 네트워크 외부 병원에서 입원환자 진료를 받으려면 플랜의 승인을 받아야 합니다.

플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	입원환자 정신 건강 관리 플랜은 입원이 필요한 정신 건강 관리 서비스의 비용을 부담합니다. • 독립적인 정신병원에서 입원환자 서비스를 받아야 할 경우, 플랜은 처음 190일 동안 비용을 부담합니다. 그 후에는 지역의 카운티 정신 건강 기관이 의학적으로 필요한 입원환자 정신질환 서비스 비용을 부담합니다. 190일 이후의 치료 허가는 지역 카운티 정신 건강 기관과 조율합니다. ○ 190일의 제한은 종합병원의 정신병동에서 제공되는 입원환자 정신 건강 서비스에는 적용되지 않습니다. • 가입자가 65세 이상인 경우, 정신 질환 기관(IMD)에서 이용한 서비스의 비용을 플랜이 부담합니다. *서비스에 허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 반드시 담당 의사와 상담하여 진료 추천을 받아야 합니다.*	$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목

	입원환자 입원: 보장되지 않는 입원 기간 동안 병원 또는 전문 간호 시설(SNF)에서 보장되는 서비스
	가입자의 입원이 합당하지 않거나 의학적으로 필요하지 않은 경우, 플랜은 비용을 부담하지 않을 것입니다.
	하지만 입원환자 치료가 보장되지 않는 특정 상황에서도 가입자가 병원이나 간호 시설에 있는 동안 이용한 서비스 비용을 당사가 부담할 수 있습니다. 자세한 내용은 고객 서비스부에 문의하시기 바랍니다.
	저희는 다음 서비스 비용을 부담하며 여기에 열거되지 않은 다른 서비스 비용도 부담할 수 있습니다.
	• 의사 서비스
	• 혈액 검사 같은 진단 검사
	• 기술 자료와 서비스를 포함한 엑스레이, 라듐 및 동위 원소 요법
	• 외과적 드레싱
	• 골절과 탈골에 사용되는 부목, 석고, 기타 장치
	• 치과 이외의 보철 및 교정 장치, 이런 장치의 교환이나 수리 포함. 이러한 장치는 다음과 같습니다.
	  ○ 내부 신체 장기(근접하 조직 포함)의 전체 또는 일부 교체, **또는**
	  ○ 기능을 전혀 하지 않거나 제대로 기능을 안 하는 내부 신체 장기의 기능을 전부 또는 일부 교체.
	• 다리, 팔, 등 및 목 보조기, 트러스 및 인공 다리, 팔 및 안구. 여기에는 파손, 마모, 유실 또는 가입자 상태의 변화로 인해 필요한 조정, 수리 및 교체가 포함됩니다.
	• 물리치료, 언어치료 및 작업 치료
	서비스에 허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 반드시 담당 의사와 상담하여 진료 추천을 받아야 합니다.
		$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	신장병 서비스 및 의료용품 플랜은 다음 서비스 비용을 부담합니다. • 신장 관리법을 교육하고 가입자가 본인의 치료에 대해 현명한 판단을 내리도록 돕기 위한 신장병 교육 서비스. 가입자는 IV단계 만성 신부전증이 있어야 하며 담당 의사가 추천해야 합니다. 저희 플랜은 최대 6회까지 신장병 교육 서비스 세션 비용을 부담합니다. • 일시적으로 3장, D절에서 설명한 서비스 지역 외부에 있을 때의 투석 치료를 포함한 외래환자 투석 치료 • 특별 치료를 위해 병원에 입원환자로 입원한 경우 입원환자 투석 치료 • 가입자 본인과 가정 투석 치료를 돕는 사람을 위한 교육을 포함하여 자가 투석 교육 • 가정 투석 장비 및 의료용품 • 가입자의 가정 투석을 점검하고, 응급 상황을 도우며, 투석 장비와 물 공급을 확인하기 위해 교육을 받은 투석 담당자가 가정을 방문하는 것과 같은 가정 지원 서비스. Medicare 파트 B 약 혜택은 투석을 위한 일부 의약품 비용을 부담합니다. 자세한 정보는 본 장의 "Medicare 파트 B 처방약"을 참조하십시오. *서비스에 허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 반드시 담당 의사와 상담하여 진료 추천을 받아야 합니다.*	$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	폐암 검사 플랜에서는 가입자가 다음과 같은 경우 12개월마다 폐암 검사 비용을 부담합니다. • 나이가 55-80세 사이 **및** • 의사 또는 기타 유자격 서비스 제공자와의 상담과 공동의 의사결정 방문 **및** • 폐암의 징후나 증상 없이 지난 30년 동안 하루 한 갑 이상 담배를 피운 적이 있거나 현재 담배를 피우고 있거나 지난 15년 이내에 담배를 끊은 경우 처음 검사 후 플랜은 의사 또는 기타 유자격 서비스 제공자로부터 서면 지시가 있으면 매년 다른 검사 비용을 부담합니다. *서비스에 허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 반드시 담당 의사와 상담하여 진료 추천을 받아야 합니다.*	$0
	의학적 영양 치료법 이 혜택은 당뇨병 또는 투석을 하지 않는 신장병 가입자를 위한 것입니다. 또한 의사가 추천한 경우 신장 이식 후에도 적용됩니다. 저희는 Medicare에 따라 의학적 영양 치료 서비스를 받는 첫 번째 연도에 3시간의 일대일 상담 서비스 비용을 부담합니다. (여기에는 당 플랜, 기타 Medicare Advantage 플랜 또는 Medicare가 포함됨.) 의학적으로 필요한 경우 추가로 서비스를 승인할 수 있습니다. 그 이후, 저희는 매년 2시간의 일대일 상담 서비스 비용을 부담합니다. 가입자의 상태, 치료 또는 진단이 바뀌는 경우, 의사의 진료 추천*을 받아 더 많은* 시간 동안 치료를 받을 수 있습니다. 의사는 이러한 서비스를 처방해야 하며 치료가 역년으로 다음 연도에도 필요할 경우, 매년 진료 추천을 갱신해야 합니다. 의학적으로 필요한 경우 추가로 서비스를 승인할 수 있습니다. *서비스에 허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 반드시 담당 의사와 상담하여 진료 추천을 받아야 합니다.*	$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	Medicare 당뇨병 예방 프로그램(MDPP) 플랜은 MDPP 서비스 비용을 부담합니다. MDPP는 건전한 행동을 돕기 위한 프로그램으로서, 다음에 대한 실제적인 훈련을 제공합니다. • 장기적인 식단 변경 **및** • 신체 활동 촉진 **및** • 체중 감소 및 건강한 생활습관 방법. *서비스에 허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 반드시 담당 의사와 상담하여 진료 추천을 받아야 합니다.*	$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	Medicare 파트 B 처방약 이러한 약은 Medicare의 파트 B로 보장됩니다. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan은 다음 의약품 비용을 부담할 것입니다. • 일반적으로 본인이 직접 투약하지 않으며 의사, 병원 외래환자 또는 외래 수술 센터 서비스를 통해 주사 또는 투약되는 의약품 • 플랜에서 승인한 내구성 의료 장비(예: 분무기)를 사용하여 투약하는 의약품 • 혈우병 환자인 경우, 주사로 직접 주입하는 응혈 인자 • 장기 이식을 할 때 Medicare 파트 A에 가입되어 있는 경우, 면역억제제 • 주사제 골다공증 약. 이러한 의약품은 가입자가 집안에 있으며, 의사가 폐경기 골다공증과 관련이 있다고 확인한 골절이 있으며, 본인이 직접 투약할 수 없는 경우, 당사가 비용을 부담합니다. • 항원 • 특정 구강암 예방약 및 구역질 예방약 • 헤파린, 헤파린 해독제(의학적으로 필요한 경우), 국소 마취제, 적혈구 생성 자극제 (Epoetin Alfa-epbx 또는 Aranesp®)등을 포함한 가정 투석을 위한 특정 의약품. • 일차면역결핍증의 가정 치료를 위한 정맥주입 면역 글로불린. 저희는 Medicare 파트 B, 파트 D 처방약 혜택에 따른 다른 백신도 보장합니다. **본 혜택 안내는 다음 페이지에서 계속됩니다.**	$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	Medicare 파트 B 처방약(계속) 5장에서는 외래 처방약 혜택에 대해 설명합니다. 또한 처방약 보장을 받기 위해 가입자가 따라야 하는 규칙에 대해서도 설명합니다. 6장에서는 플랜을 통해 제공되는 외래환자 처방약에 대해 가입자가 부담하는 금액을 설명합니다.	$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	다목적 시니어 서비스 프로그램(MSSP): MSSP는 가정 및 지역사회 기반 서비스(HCBC)를 Medi-Cal 적격자에게 제공하는 사례 관리 프로그램입니다. 가입 자격은 65세 이상의 개인으로서 서비스 지역에 거주하며, MSSP의 비용 제한 범위를 초과하지 않고, 치료 관리 서비스 대상이어야 하며, 현재 Medi-Cal 가입 자격을 갖추었고, 간호 시설 입주 자격이 검증되었거나 검증할 수 있어야 합니다. MSSP 서비스에는 다음이 포함됩니다. • 성인 데이 케어 / 지원 센터 • 주택 지원 • 집안일 및 개인 관리 지원 • 보호 감독 • 치료 관리 • 임시 간호 • 교통편 • 식사 서비스 • 사회복지 서비스 • 커뮤니케이션 서비스 이 혜택은 연간 $5,356.25까지 보장됩니다. *서비스에 허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 반드시 담당 의사와 상담하여 진료 추천을 받아야 합니다.*	$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	비응급 의료 교통편 이 혜택으로 가장 비용 효율적이며 이용이 간편한 교통편을 이용할 수 있습니다. 여기에는, 구급차, 밴, 휠체어 밴 의료 교통편 서비스, 보조 교통 수단 연계 등이 포함됩니다. 교통편의 형태는 다음의 경우 허가됩니다. • 의학적 및/또는 신체적 상태로 인해 버스, 승용차, 택시, 기타 대중 또는 개인 교통수단을 이용할 수 없는 경우, **및** • 필요한 의학적 진료를 받기 위해 교통편이 필요한 경우. 서비스에 따라 사전 허가가 필요할 수 있습니다. 이 서비스는 1-877-433-2178(TTY 711)번으로 주 7일, 24시간 언제든지 전화하여 이용할 수 있습니다. *서비스에 허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 반드시 담당 의사와 상담하여 진료 추천을 받아야 합니다.*	$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	비의료 교통편 이 혜택으로 승용차, 택시 또는 기타 대중/개인 교통편을 사용하여 의료 서비스 장소까지 이동할 수 있습니다. 이 혜택은 비응급 의료 교통편 혜택을 제한하지 않습니다. 당사는 다음을 포함하되 이에 국한되지 않는 경우 의학적으로 필요한 보장 서비스 장소까지의 왕복 교통편을 무제한 제공합니다: • 의사 또는 전문의 정기 방문 • 가정으로 직접 배송되지 않는 처방약을 약국에서 픽업 • 의료 용품, 보철, 보조기, 기타 장비를 직접 받으러 가는 경우 • 전문의 정신 건강 서비스, 약물 남용 서비스, Denti-Cal 서비스, 주 또는 카운티 프로그램이 제공하는 기타 서비스. 특정 상황에서 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan은 친구나 가족이 보장 서비스나 장소까지 이동하는 거리(마일)마다 연료비도 환급해 줍니다. 환급은 다른 교통 수단을 사용할 수 없는 경우에만 이루어집니다. 가입자는 직접 운전할 수 없으며, 친구나 가족이 소유한 차를 사용하여 보장 서비스 지점이나 장소까지 데려다 주어야 할 경우, 이동하기 전에 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 고객 서비스부에 연락하여 승인을 받아 주십시오. 이 서비스는 1-877-433-2178(TTY 711)번으로 주 7일, 24시간 언제든지 전화하여 이용할 수 있습니다. 반드시 담당 의사와 상담하여 진료 추천을 받아야 합니다.	$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	간호 시설에서 받는 관리 간호 시설(NF)이란 가정에서 돌봄을 받을 수 없지만 병원 입원이 필요하지 않은 이들을 위해 치료 서비스를 제공하는 시설입니다. 플랜이 비용을 부담하는 서비스에는 다음이 포함되며 이에만 국한되지 않습니다. • 준전용 병실(또는 의학적으로 필요한 경우, 1인실) • 특별 식단을 포함한 식사 • 간호 서비스 • 물리 치료, 작업 치료, 언어 치료 • 호흡기 치료 • 플랜 서비스의 일환으로 가입자에게 제공된 의약품. (여기에는 인체에 자연적으로 존재하는 혈액 응고 인자와 같은 물질이 포함됩니다.) • 혈액(보관 및 관리 포함) • 간호 시설에서 일반적으로 제공하는 의료 및 외과 용품 • 일반적으로 간호 시설이 제공하는 검사 • 간호 시설이 일반적으로 제공하는 엑스레이 및 기타 방사선 서비스 • 휠체어와 같이 일반적으로 간호 시설이 제공하는 기구 사용 • 의사/개업의 서비스 • 내구성 의료 기구 • 틀니를 포함한 치과 서비스 • 안과 혜택 **본 혜택 안내는 다음 페이지에서 계속됩니다.**	$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	간호 시설에서 받는 관리(계속) • 청력 검사 • 척추 지압 치료 • 발 질환 진료 서비스 가입자는 일반적으로 네트워크 시설에서 치료를 받습니다. 하지만 네트워크에 소속되지 않은 시설에서 치료를 받을 수도 있습니다. 플랜의 지급금을 수락할 경우, 다음 장소에서 치료를 받을 수 있습니다. • 병원에 가기 전에 거주한 양로원 또는 지속적인 치료 퇴직자 지역사회(간호 시설 치료를 제공하는 경우). • 가입자가 병원에서 퇴원할 때 배우자가 거주하고 있는 간호 시설. *서비스에 허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 반드시 담당 의사와 상담하여 진료 추천을 받아야 합니다.*	$0
	체중 감소를 위한 비만 검사 및 치료 체질량 지수가 30 이상일 경우, 플랜은 체중 감소를 돕는 상담 비용을 부담합니다. 가입자는 일차 진료 시설에서 상담을 받아야 합니다. 그래야 완전한 예방 계획으로 관리할 수 있기 때문입니다. 자세한 내용은 담당 주치의에게 문의하십시오.	$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	오피오이드 치료 프로그램 서비스 플랜은 오피오이드 남용을 치료하기 위한 다음 서비스 비용을 지불합니다. • 식품의약국(FDA) 승인을 받은 의약품 및 해당될 경우, 이러한 의약품의 관리 및 투약 • 약물 남용 상담 • 개별 및 그룹 치료 • 체내의 약물 또는 화학물질 검사(독성 검사)	$0
	외래환자 진단 검사 및 치료 서비스와 의료용품 저희 플랜은 다음 서비스 비용을 부담하며 여기에 열거되지 않은 다른 의학적으로 필요한 서비스 비용도 부담할 수 있습니다. • 엑스레이 • 기술자 자료 및 의료용품을 포함한 방사선(라듐 및 동위원소) 치료 • 드레싱과 같은 외과용 의료용품 • 골절과 탈골에 사용되는 부목, 석고, 기타 장치 • 검사실 검사 • 혈액(보관 및 관리 포함) • 기타 외래환자 진단 검사 *서비스에 허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 반드시 담당 의사와 상담하여 진료 추천을 받아야 합니다.*	$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	외래환자 병원 관찰 관찰 서비스는 가입자가 입원환자로 입원해야 하거나 퇴원할 수 있는지 결정하기 위해 제공되는 병원 외래환자 서비스입니다. 외래환자 병원 관찰 서비스가 보장을 받으려면 Medicare 기준에 부합하고 적절하며 필요해야 합니다. 관찰 서비스는 의사의 지시로 제공되거나, 다른 주 인가법과 병원 직원 정관이 환자의 병원 입원을 허락하거나 외래환자 검사를 지시하여 제공될 경우에만 보장됩니다. **참고:** 서비스 제공자가 가입자에게 입원환자로 병원에 입원하도록 서면으로 지시한 경우가 아니라면 외래환자이며 외래환자 병원 서비스에 대한 분담액을 지불합니다. 병원에 실제 입원한 경우에도 "외래환자"로 간주될 수 있습니다. 본인이 외래환자인지 확실치 않다면 병원 직원에게 문의해야 합니다.	$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목

	외래환자 병원 서비스
	
	저희 플랜은 병원의 외래환자 부서에서 질병이나 부상의 진단 또는 치료를 위해 가입자가 받는 의학적으로 필요한 서비스 비용을 부담합니다.
	• 외래환자 수술 또는 관찰 서비스와 같은 응급 부서나 외래환자 클리닉에서의 서비스
	  ○ 관찰 서비스는 가입자가 "입원환자"로서 병원에 입원해야 할지 의사가 파악하는데 도움이 됩니다.
	  ○ 경우에 따라 병원에서 밤을 보내도 "외래환자"가 되는 경우가 있을 수 있습니다.
	  ○ 입원환자 또는 외래환자가 되는 것에 대한 자세한 정보는 다음 안내서에서 확인할 수 있습니다 - www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf
	• 병원이 청구한 검사실 검사 및 진단 검사
	• 의사가 입원환자 치료가 필요함을 입증할 경우, 일부 입원 프로그램에서의 치료를 포함한 정신 건강 치료
	• 병원이 비용을 청구한 엑스레이 및 기타 방사선 서비스
	• 부목과 석고와 같은 의료용품
	• 의료 혜택 차트에서 나열된 예방 검사와 서비스
	• 본인이 직접 투약할 수 없는 일부 의약품
	서비스에 허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 반드시 담당 의사와 상담하여 진료 추천을 받아야 합니다.
		$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	외래환자 정신 건강 관리 플랜은 다음이 제공한 정신 건강 서비스 비용을 부담합니다. • 주 면허를 획득한 정신과 의사 또는 의사 • 임상적 심리학자 • 임상적 사회 복지사 • 임상적 간호 전문가 • 개업 간호사 • 진료 보조사 • 주 법률이 허용한 기타 Medicare 인증 정신 건강 치료 전문가 저희는 다음 서비스 비용을 부담하며 여기에 열거되지 않은 다른 서비스 비용도 부담할 수 있습니다. • 클리닉 서비스 • 일일 치료 • 심리사회적 재활 서비스 • 일부 입원/집중 외래환자 프로그램 • 개별 및 단체 정신 건강 평가 및 치료 • 정신 건강 결과를 평가하도록 임상적 지시가 있는 경우, 정신건강 검사 • 약물 치료 관리를 위한 외래환자 서비스 • 외래환자 검사, 의약품, 의료용품 및 보충제 • 정신질환 상담 *서비스에 허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 반드시 담당 의사와 상담하여 진료 추천을 받아야 합니다.*	$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	외래환자 재활 서비스 플랜은 물리 치료, 작업 치료, 언어 치료 비용을 부담합니다. 병원 외래환자 부서, 독립적인 치료사 진료소, 종합 외래환자 재활 시설(CORF), 기타 시설 등에서 외래환자 재활 서비스를 받을 수 있습니다. 심장(가슴) 재활 서비스(36주 동안 최대 36회의 세션에 대해, 단 하루에 1시간 세션을 두 번까지만). *서비스에 허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 반드시 담당 의사와 상담하여 진료 추천을 받아야 합니다.*	$0
	외래환자 약물 남용 서비스 저희는 다음 서비스 비용을 부담하며 여기에 열거되지 않은 다른 서비스 비용도 부담할 수 있습니다. • 알코올 오용 검사 및 상담 • 약물 남용 치료 • 자격을 갖춘 임상의와 단체 상담 또는 개별 상담 • 거주형 중독 프로그램에서 아급성 중독 치료 • 집중 외래환자 치료 센터에서 알코올 및/또는 약물 서비스 • 장기 투약 날트렉손(Vivitrol) 치료 *서비스에 허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 반드시 담당 의사와 상담하여 진료 추천을 받아야 합니다.*	$0
	외래환자 수술 저희 플랜은 병원 외래환자 시설과 외래 수술 센터에서의 외래환자 수술 및 서비스 비용을 부담합니다. *서비스에 허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 반드시 담당 의사와 상담하여 진료 추천을 받아야 합니다.*	$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	비처방(OTC) 품목 OTC 및 용품에 대해 분기마다 $120의 보조금을 지급 받을 수 있습니다. 아스피린, 비타민, 감기 및 기침약, 밴드 등과 같은 품목은 이 혜택으로 보장됩니다. 화장품과 식품보충제와 같은 품목은 이 혜택으로 보장되지 않습니다. OTC 카탈로그 및 주문 방법은 www.blueshieldca.com/promise/CMCOTC에서 온라인으로 확인할 수 있습니다. 품목 주문은 1-888-628-2770(TTY: 711)번으로 월요일 - 금요일, 9:00 a.m. - 5:00 p.m. 사이에 전화하시거나 **www.blueshieldca.com/promise/CMCOTC** 에서 온라인으로 할 수 있습니다. 주문한 품목은 추가 비용 없이 가입자에게 배송됩니다. 배송까지 영업일로 약 7-10일이 소요될 수 있습니다. 이 혜택은 매 분기 1월, 4월, 7월, 10월의 첫날에 효력이 발생합니다. 분기별로 한 번의 주문만 할 수 있고 미사용 보조금을 다음 분기로 이월할 수 없습니다.	$0
	부분 입원 서비스 부분 입원은 적극적인 정신질환 치료를 위한 체계적인 프로그램으로서, 병원 외래환자 서비스로 제공하거나 지역사회 정신 건강 센터에서 제공합니다. 의사 진료소나 치료사 진료소에서 이용하는 치료보다 더 집중적입니다. 따라서 병원 입원의 필요성을 줄일 수 있습니다. **참고:** 네트워크에 지역사회 정신 건강 센터가 없기 때문에 저희는 병원 외래환자 서비스로서의 부분 입원 비용만 부담합니다. *서비스에 허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 반드시 담당 의사와 상담하여 진료 추천을 받아야 합니다.*	$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	개인 응급 대응 시스템(PERS) PERS는 버튼만 누르면 주 7일 하루 24시간 언제든 도움을 받을 수 있는 의료 모니터링 경보 시스템입니다. PERS 혜택은 LifeStation®이 제공합니다. LifeStation®가 제공할 혜택: • 개인 응급 대응 시스템 • 재택 시스템 또는 GPS/WiFi가 포함된 모바일 장치 중에서 선택 • 매월 모니터링 • 필요한 충전기 및 코드 **PERS를 받고 서비스를 이용하기 시작하려면 LifeStation팀에게 주 7일 하루 24시간 언제든 1-855-672-3269번으로 전화하시거나 www.medicalalertbenefits.com/bscamedicare를 방문해 주십시오.**	$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목

	의사 진료소 방문을 포함한 의사/서비스 제공자의 서비스
	플랜은 다음 서비스 비용을 부담합니다.
	• 다음의 장소에서 제공되는 의학적으로 필요한 건강 관리 또는 수술 서비스:
	  ○ 의사 진료소
	  ○ 인증된 외래 수술 센터
	  ○ 병원 외래환자 부서
	• 전문의와의 상담, 진단 및 치료
	• 가입자에게 치료가 필요한지 여부를 확인하기 위해 의사가 지시하는 경우 주치의가 제공하는 기본 청력 및 균형 검사
	• 감기와 독감 증상, 알레르기, 기관지염, 호흡기 감염, 부비동 문제, 발진, 눈 감염, 편두통 등과 같은 비응급 질환을 치료하기 위한 의사 서비스를 포함한 특정 추가 원격 의료 서비스.
	• 직접 내원하시거나 원격 의료를 통해 이러한 서비스를 받기로 선택하실 수 있습니다. 원격 의료를 통해 이러한 서비스 중 하나를 받기로 선택하려면 가입자는 반드시 원격 의료를 통해 서비스를 제공하는 네트워크 서비스 제공자를 이용해야 합니다.
	  • 병원 투석 센터 또는 중환자 병원 내 신장 투석 센터, 신장 투석 센터 또는 가입자의 집에서 가정 투석 가입자에 대해 매월 말기 신장 질환(ESRD) 관련 방문을 위한 원격 의료 서비스
	  • 뇌졸중의 증상을 진단, 평가 또는 치료하기 위한 원격 의료 서비스
	  • 다음 경우에 대해 5-10분 동안의사와 온라인으로 간단한 점검(예: 전화 또는 비디오 채팅을 통해):
	  ○ 가입자가 재진 환자**이고**
	  ○ 간단한 점검이 지난 7일간 있었던 진료소 방문과 관련이 없는 사안에 대한 **것이며**
	본 혜택 안내는 다음 페이지에서 계속됩니다.
		$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	의사 진료소 방문을 포함한 의사/서비스 제공자의 서비스(계속) ○ 간단한 점검이 향후 24시간 이내 또는 더 일찍 일어나야 할 진료소 방문을 야기하지 않는 경우 • 다음 경우에 대해 가입자가 담당 의사에게발송하는 비디오 및/또는 이미지에 대한 평가 및판독과 24시간 내 후속 조치: ○ 가입자가 재진 환자이고 ○ 설명이 지난 7일간 있었던 진료소 방문과 관련이 없는 사안에 대한 것이며 또한 ○ 설명이 향후 24시간 이내 또는 더 일찍 일어나야 할 진료소 방문을 야기하지 않는 경우 • 가입자가 재진 환자인 경우 전화, 인터넷 또는 전자 의무 기록을 이용하여 담당 의사가 다른 의사와 함께 상담 • 수술하기 전 다른 '네트워크 서비스 제공자'의 이차 소견 • 비정기 치과 진료 보장 서비스는 다음으로 제한됩니다. ○ 턱 또는 관련 구조의 수술 ○ 턱 또는 얼굴 골격의 골절 치료 ○ 종양의 방사선 치료 전 발치 ○ 의사가 제공할 경우 보장되는 서비스 *서비스에 허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 반드시 담당 의사와 상담하여 진료 추천을 받아야 합니다.*	$0
	발 질환 진료 서비스 플랜은 다음 서비스 비용을 부담합니다. • 발의 부상 및 질병에 대한 진단 및 의학적 치료나 수술적 치료(망치족지, 발뒤꿈치 통증 증후군) • 당뇨병과 같이 다리에 영향을 주는 증상을 가진 가입자를 위한 정기 발 관리 *서비스에 허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 반드시 담당 의사와 상담하여 진료 추천을 받아야 합니다.*	$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	전립선암 선별 검사 50세 이상 남성의 경우, 저희는 12개월마다 다음 서비스 비용을 1회 부담합니다. • 디지털 직장 검사 • 전립선 특이항원(PSA) 검사 *서비스에 허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 반드시 담당 의사와 상담하여 진료 추천을 받아야 합니다.*	$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	보철 장치 및 관련 의료용품 보철 장치는 신체 부위나 기능의 전체 또는 일부를 대체합니다. 저희는 다음 보철 장치 비용을 부담하며 여기에 열거되지 않은 다른 장치 비용도 부담할 수 있습니다. • 결장조루술 주머니 및 결장조루술 치료와 관련된 의료용품 • 급식 주입 키트, 주입 펌프, 관 및 어댑터, 용액, 자가 주입용 용품 등을 포함한 주입 및 비경구 영양법 • 심박 조율기 • 치아 교정기 • 교정 신발 • 의수 및 의족 • 인공 가슴(유방절제술 후 외과용 브래지어 포함) • 질병, 부상 또는 선천적 결함으로 인해 제거되거나 손상된 외부 안면 부위의 전체 또는 일부 부분을 대체하기 위한 보철물 • 실금 크림 및 기저귀 저희는 교정 장치와 관련된 일부 의료용품의 비용도 부담합니다. 교정 장치를 수리 또는 교체하는 비용도 부담합니다. 백내장 제거 또는 백내장 수술을 한 후 일부 보장을 제공합니다. 자세한 내용은 이 절 뒷부분의 "안과 진료"를 참조하십시오. 교정 치과 장치 비용은 부담하지 않습니다. 교정 치과 장치는 Denti-Cal에 따라 보장될 수 있습니다. 자세한 정보는 이 장의 F절을 참조하시거나 **¡Error! Referencia de hipervínculo no válida.**를 방문해 주십시오.	$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	폐 재활 서비스 저희는 중간 정도 이상의 만성 폐쇄성 폐질환(COPD)을 가진 가입자의 폐 재활 프로그램 비용을 부담합니다. COPD를 치료하는 의사나 서비스 제공자의 폐 재활을 위한 진료 추천을 받아야 합니다. 호흡기 의존 환자의 경우, 호흡기 서비스 비용을 플랜이 부담합니다. *서비스에 허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 반드시 담당 의사와 상담하여 진료 추천을 받아야 합니다.*	$0
	성병(STI) 검사 및 상담 저희는 클라미디아, 임질, 매독, B형 간염 등의 검사 비용을 부담합니다. 이러한 검사는 임산부와 STI 감염 위험이 높은 사람들의 경우 보장됩니다. 이러한 검사는 주치의가 지시해야 합니다. 저희는 이러한 검사를 12개월마다 또는 임신 기간 중 특정 횟수를 보장합니다. 저희는 STI 감염 위험이 높으며 성생활을 활발하게 하는 성인을 대상으로 매년 최대 2회까지 일대일 집중 행동 상담 세션 비용을 부담합니다. 각 세션은 20 - 30분이 소요될 수 있습니다. 또한 이러한 상담 세션을 주치의가 제공할 경우에만 예방 서비스로서 부담합니다. 이 세션은 의사 진료소와 같은 일차 진료 환경에서 이루어져야 합니다.	$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	전문 간호 시설(SNF) 서비스 저희는 다음 서비스 비용을 부담하며 여기에 열거되지 않은 다른 서비스 비용도 부담할 수 있습니다. • 준전용 병실(또는 의학적으로 필요한 경우, 1인실) • 특별 식단을 포함한 식사 • 간호 서비스 • 물리 치료, 작업 치료, 언어 치료 • 혈액 응고 인자와 같이 자연적으로 몸안에 존재하는 물질을 포함하여 치료 계획의 일부로 투약하는 약 • 혈액(보관 및 관리 포함) • 간호 시설에서 제공하는 의료 및 외과 용품 • 간호 시설이 제공하는 검사 • 간호 시설이 제공하는 엑스레이 및 기타 방사선 서비스 • 휠체어와 같이 일반적으로 간호 시설이 제공하는 기구 • 의사/서비스 제공자의 서비스 가입자는 일반적으로 네트워크 시설에서 치료를 받습니다. 하지만 네트워크에 소속되지 않은 시설에서 치료를 받을 수도 있습니다. 플랜의 지급금을 수락할 경우, 다음 장소에서 치료를 받을 수 있습니다. • 병원에 가기 전에 거주한 양로원 또는 지속적인 치료 퇴직자 지역사회(간호 시설 치료를 제공하는 경우) • 가입자가 퇴원할 때 배우자가 거주하고 있는 간호 시설 *서비스에 허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 반드시 담당 의사와 상담하여 진료 추천을 받아야 합니다.*	$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	감독하의 운동 치료(SET) 플랜은 대증적 말초동맥질환(PAD)을 가졌으며 PAD 치료를 담당하는 의사로부터 PAD 진료 추천을 받은 가입자의 SET 비용을 부담합니다. 플랜은 다음의 서비스 비용을 부담합니다. • 모든 SET 요건에 부합할 경우 12주 동안 최대 36세션 • 의료 서비스 제공자가 의학적으로 필요하다고 판단할 경우 추가로 36세션 SET 프로그램은 반드시 다음 조건을 갖추어야 합니다: • 혈액 순환이 좋지 않아 다리에 쥐가 나는(파행) 가입자의 PAD를 위해 30 - 60분 세션의 치료용 운동 훈련 프로그램 • 병원 외래환자 시설 또는 의사 진료실에서 실시 • 단점보다 장점이 많도록 PAD를 위한 운동 치료 교육을 이수한 적격자가 진행 • 의사, 기본 및 고급 생명 유지 기술을 교육 받은 의사 보조원 또는 전문 간호사/임상 전문 간호사의 직접적인 감독 하에 실시 *서비스에 허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 반드시 담당 의사와 상담하여 진료 추천을 받아야 합니다.*	$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	긴급 진료 긴급 진료는 다음을 치료하기 위한 진료입니다. • 즉각적인 의학적 치료가 필요한 비응급 상황, **또는** • 갑작스러운 질병 **또는** • 부상, **또는** • 즉시 치료가 필요한 상태. 긴급 진료가 필요한 경우, 네트워크 서비스 제공자에게 먼저 진료를 요청해야 합니다. 하지만 네트워크 서비스 제공자에게 갈 수 없는 경우, 네트워크 외부 서비스 제공자를 이용할 수 있습니다. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan은 미국 이외의 지역에서 받은 긴급 서비스에 대해 역년으로 매년 최대 **$25,000**까지 환급해 드립니다. 당사는 가입자가 이용한 서비스가 위에 열거된 긴급 진료 기준에 부합할 경우에만 환급합니다. 자세한 정보는 이 차트 마지막에 있는 전세계 응급 및 긴급 보장 절을 참조하십시오.	$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	안과 진료 플랜은 다음 서비스 비용을 부담합니다. • 매년 1회의 정기 안과 검사 **및** • 안경류(안경테 및 렌즈) 또는 콘택트렌즈에 대해 2년(혜택 기간)마다 최대 $500. 나머지 잔액은 나중에 동일한 혜택 기간 중에 사용할 수 있습니다. 플랜은 눈의 질병 및 부상의 진단과 치료를 위한 외래환자 의사 서비스 비용을 부담합니다. 예를 들어, 여기에는 당뇨병을 앓고 있는 사람을 위한 당뇨병성 망막증에 대한 연례 시력 검사 및 연령 관련 시력 감퇴 치료가 포함됩니다. 녹내장 위험이 높은 사람의 경우, 저희는 매년 1회의 녹내장 검사 비용을 부담합니다. 녹내장 발병 위험이 높은 사람에는 다음이 포함됩니다. • 녹내장 가족력이 있는 사람 • 당뇨병 환자 • 50세 이상의 아프리카계 미국인 • 65세 이상인 히스패닉계 미국인 저희는 의사가 안구내 렌즈를 삽입할 때 각 백내장 수술을 한 후 1회에 한 해 안경이나 콘택트 렌즈 비용을 부담합니다. (백내장 수술을 2회 따로 받은 경우, 수술을 받을 때마다 안경을 하나씩 제공 받아야 합니다. 처음 수술한 후 안경을 받지 않았다고 해도 두 번째 수술 후 2개의 안경을 받을 수는 없습니다.) *서비스에 허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 반드시 담당 의사와 상담하여 진료 추천을 받아야 합니다.*	$0 가입자는 $500의 보조금을 초과하는 물품 비용을 부담합니다.

플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	"Medicare 가입 최초" 예방 방문 저희는 1회에 한 해 "Medicare 가입 최초" 예방 방문을 보장합니다. 이 방문에는 다음이 포함됩니다. • 가입자 건강 평가, • 필요한 예방 서비스에 대한 교육 및 상담(선별검사 및 예방주사 포함), **그리고** • 필요한 경우, 기타 진료를 위한 진료 추천. **참고:** 가입자가 Medicare 파트 B에 가입한 후 12개월 동안에만 "Medicare 가입 최초" 예방 방문을 보장합니다. 예약을 할 때 진료소에 "Medicare 가입 최초" 예방 방문의 예약을 희망한다고 말씀해 주십시오.	$0

E. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 이외에 보장되는 혜택

다음 서비스는 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan이 보장하지 않지만 Medicare 또는 Medi-Cal을 통해 이용할 수 있습니다.

E1. 캘리포니아주 지역사회 전환(CCT) 서비스

California Community Transitions(CCT) 프로그램은 90일 연속으로 입원 시설에 거주한 후에 지역사회로 복귀하여 안전하게 거주하려는 적격 Medi-Cal 수혜자를 돕기 위해 현지의 담당 기관을 활용하고 있습니다. CCT 프로그램은 수혜자를 지역사회로 복귀시키기 위해 전환하기 전에 전환 조정 서비스 비용과 전환 후 365일 동안의 비용을 지원합니다.

가입자가 거주하는 카운티를 담당하는 모든 CCT 담당 기관에서 전환 조정 서비스를 받을 수 있습니다. 가입자는 CCT 담당 기관의 목록 및 담당 카운티의 목록을 보건서비스부(Department of Health Care Services) 웹사이트 www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.aspx에서 확인하실 수 있습니다.

CCT 전환 조정 서비스:

Medi-Cal은 전환 조정 서비스 비용을 지급합니다. 가입자는 이러한 서비스에 대해 비용을 부담하지 않습니다.

CCT 전환과 관련이 없는 서비스

서비스 제공자는 가입자가 이용한 서비스 비용을 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan에 청구합니다. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan은 가입자가 전환한 후 제공된 서비스 비용을 지불합니다. 가입자는 이러한 서비스에 대해 비용을 부담하지 않습니다.

가입자가 CCT 전환 조정 서비스를 받는 동안 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan은 본 장의 섹션 D에 있는 혜택 차트에 나열된 서비스에 대해 비용을 지불합니다.

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 약 보장 혜택은 변경 사항 없음:

의약품은 CCT 프로그램이 보장하지 않습니다. 가입자는 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan을 통해 일반적인 약 혜택을 계속 누릴 수 있습니다. 자세한 내용은 5장, F절을 참조해 주십시오.

참고: 비 CCT 전환 서비스가 필요한 경우, 케어 네비게이터에게 연락하여 서비스를 정해야 합니다. 비CCT 전환 진료는 기관/시설에서의 전환과 관련이 없는 진료입니다. 케어 네비게이터에게는 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 고객 서비스부에 1-855-905-3825(TTY: 711)번으로 주 7일 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 전화한 후 케어 네비게이터 옵션을 선택하여 연락하실 수 있습니다.

E2. Medi-Cal 치과 프로그램

다음과 같은 특정 치과 서비스는 Medi-Cal Dental Program을 통해 이용할 수 있습니다.

- 초기 검진, 엑스레이, 세척, 불소 처리
- 복원 및 치관

- 근관 치료
- 의치, 조정, 수리 및 재이장

치과 혜택은 Medi-Cal Dental Program을 통해 의료 행위별 수가제로 이용할 수 있습니다. 자세한 내용이 필요하거나 Medi-Cal Dental Program 환자를 받는 치과의사를 찾는 데 도움이 필요한 경우, 고객 서비스부에 1-800-322-6384(TTY 사용자는 1-800-735-2922)번으로 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. Medi-Cal 치과 서비스 프로그램 담당자와는 월요일 - 금요일, 8:00 a.m. - 5:00 p.m. 중에 통화하실 수 있습니다. 또한 웹사이트 dental.dhcs.ca.gov/를 방문하여 자세한 정보를 확인하실 수도 있습니다.

의료 행위별 수가제 Medi-Cal Dental Program 외에 치과 관리형 의료 플랜을 통해 치과 혜택을 받을 수 있습니다. 치과 관리형 의료 플랜은 Los Angeles 카운티에서만 이용할 수 있습니다. 치과 플랜에 대한 자세한 정보가 필요하거나, 해당하는 치과 플랜을 찾는데 도움이 필요하거나, 또는 치과 플랜을 변경하려는 경우, 건강 관리 옵션(Health Care Options)에 1-800-430-4263(TTY 사용자는 1-800-430-7077)번으로 월요일에서 금요일까지 8:00 a.m. - 6:00 p.m.에 전화해 주십시오. 이 전화번호는 무료입니다.

E3. 호스피스 서비스

가입자는 Medicare가 인증한 호스피스 프로그램을 통해 서비스를 이용할 수 있습니다. 귀하의 서비스 제공자 및 호스피스 의료 책임자가 말기 예후가 있다고 판단하면 귀하는 호스피스를 선택할 권리가 있습니다. 말기 예후란 환자가 말기 질환을 가지고 있고 6개월 이하로 생존이 예상되는 경우를 말합니다. 호스피스 의사는 네트워크 서비스 제공자이거나 네트워크 외부 서비스 제공자일 수 있습니다.

가입자가 호스피스 진료 서비스를 받는 동안 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan이 지급하는 비용에 대한 자세한 정보는 이 장의 D절에 있는 혜택 차트를 참조해 주십시오.

호스피스 서비스와 가입자의 말기 예후와 관련이 있는 Medicare 파트 A 및 B로 보장되는 서비스:

- 호스피스 제공자가 가입자의 서비스에 대해 Medicare에게 비용을 청구합니다. Medicare는 시한부 선고와 관련된 호스피스 서비스 비용을 지급합니다. 가입자는 이러한 서비스에 대해 비용을 부담하지 않습니다.

Medicare 파트 A 또는 B로 보장되는 서비스로서 가입자의 말기 예후와 관련이 없는 서비스(응급 진료 또는 긴급 진료 제외):

- 서비스 제공자가 가입자의 서비스에 대해 Medicare로 비용을 청구합니다. Medicare는 Medicare 파트 A 또는 B가 보장하는 서비스 비용을 부담합니다. 가입자는 이러한 서비스에 대해 비용을 부담하지 않습니다.

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan의 Medicare 파트 D 혜택으로 보장될 수도 있는 약에 대해:

- 의약품은 호스피스와 당사의 플랜 모두가 동시에 보장하지는 않습니다. 자세한 내용은 5장, F절을 참조해 주십시오.

참고: 비 호스피스 서비스가 필요한 경우, 케어 네비게이터에게 연락하여 서비스를 정해야 합니다. 비 호스피스 서비스는 말기 예후와 관련이 없는 서비스입니다. 케어 네비게이터에게는 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 고객 서비스부에 1-855-905-3825(TTY: 711)번으로 주 7일 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 전화한 후 케어 네비게이터 옵션을 선택하여 연락하실 수 있습니다.

F. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, Medicare 또는 Medi-Cal이 보장하지 않는 혜택

이 절에서는 플랜이 제외한 혜택의 종류에 대해 설명합니다. 제외되었다는 것은 이러한 혜택의 비용을 플랜이 부담하지 않는다는 뜻입니다. Medicare와 Medi-Cal도 이들에 대해 보장하지 않습니다.

아래 목록은 저희가 어떠한 상황에서도 보장하지 않거나 특별한 상황에서 제외하는 몇 가지 서비스 및 항목을 열거하고 있습니다.

열거된 특정 상태를 제외하고 저희는 이 절(또는 이 *가입자 안내 책자*의 다른 곳)에 열거된 제외된 의료 혜택에 대해 보장을 하지 않습니다. 보장되지 않는 서비스에 대해 당사가 비용을 부담해야 한다고 생각할 경우, 이의 제기를 할 수 있습니다. 이의 제기에 대한 자세한 설명은 9장, D, E, F 및 G절을 참조하십시오.

혜택 차트에 설명된 예외 또는 제한 사항 이외에도 저희 플랜은 다음 항목 및 서비스를 보장하지 않습니다.

- 저희 플랜이 이러한 서비스를 보장 서비스로 열거한 경우를 제외하고 Medicare 및 Medi-Cal의 표준에 따라 "의학적으로 적절하며 필요"하다고 생각되지 않는 서비스.
- Medicare 또는 Medicaid 승인 임상 연구나 저희 플랜에 따라 보장되는 경우를 제외하고, 실험적 의료 및 외과 치료법, 항목 및 의약품. 임상 연구에 대한 자세한 정보는 3장 37페이지를 참조해 주십시오. 실험적 치료법 및 항목은 일반적으로 의료계에서 수락하지 않는 것입니다.
- 의학적으로 필요하고 Medicare가 보장하는 경우를 제외하고, 병적 비만을 위한 외과 치료법.
- 의학적으로 필요한 경우를 제외하고 병원의 1인실.
- 개인 간호사.
- 병원이나 간호 시설의 병실에 있는 전화기나 TV와 같은 개인 물품.
- 가정에서 제공되는 전일제 간호 관리.
- 친척이나 가족에 의해 발생한 비용.

- 선택적 또는 자발적 개선 조치 또는 서비스(체중 감소, 발모, 성기능, 운동 기능, 미용 목적, 노화 방지 및 집중력 포함), 단 의학적으로 필요한 경우는 제외됩니다.
- 사고로 발생한 부상 때문에 필요하거나 아직 형성되지 않은 신체 일부를 개선하기 위해 필요한 경우를 제외하고 성형 수술 또는 기타 시술. 하지만 저희는 유방 절제술을 한 후 유방 재건과 이를 다른 쪽 유방에 맞게 처치하기 위한 비용을 부담합니다.
- 보장 지침에 따른 척추의 수동 조정이 아닌 척추 지압 치료.
- 섹션 D 혜택 차트의 발 질환 진료 서비스에서 설명된 항목을 제외한 정기 발 관리.
- 다리 보조기의 일부이며 보조기 비용에 포함된 신발이거나, 당뇨병 관련 발 질병을 가진 사람을 위한 신발을 제외한 정형외과용 신발
- 당뇨병 관련 발 질병을 가진 사람들을 위한 정형외과 또는 치료용 신발을 제외한 발 지지 장치.
- 방사상 각막 절개, 라식 수술, 기타 시력 보조장치.
- 불임 복구 시술 및 비처방 피임약.
- 자연요법 서비스(자연 또는 대안적 치료법 사용).
- 재향 군인부(VA) 시설에서 재향 군인에게 제공되는 서비스. 하지만 재향 군인이 VA 병원에서 응급 서비스를 받았으며 VA 부담금이 플랜에 따른 본인 부담 비용보다 클 경우, 차액을 재향 군인에게 환급해줍니다. 가입자는 본인 부담분을 지급해야 합니다.

5장: 플랜을 통해 외래환자 처방약 구입하기

서론

이 장에서는 외래환자 처방약 구입 규칙에 대해 설명합니다. 외래환자 처방약이란 가입자가 약국이나 우편 주문을 통해 받는 약을 담당 서비스 제공자가 가입자를 위해 주문하여 받는 것입니다. 여기에는 Medicare 파트 D 및 Medi-Cal에서 보장하는 의약품도 포함됩니다. 6장은 이러한 의약품에 대해 가입자가 지불해야 할 금액을 설명하고 있습니다. *가입자 안내 책자*의 마지막 장에서는 주요 용어와 용어 정의가 알파벳 순서로 나와 있습니다.

이 장에서 다루고 있지 않지만 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan은 다음의 의약품에 대해서도 보장을 합니다.

- Medicare 파트 A가 보장하는 약. 여기에는 병원이나 간호 시설에 있는 동안 제공된 약이 포함됩니다.
- Medicare 파트 B로 보장되는 약. 여기에는 일부 화학요법 약, 진료소를 방문했을 때 의사나 기타 제공자가 투약하는 일부 주사제, 투석 병원에서 제공되는 약 등이 포함됩니다. 보장되는 Medicare 파트 B 약에 대한 자세한 정보는 4장, D절의 의료 혜택 차트를 참조해 주십시오.

플랜의 외래환자 약 보장 규칙

저희 플랜은 이 절의 규칙을 준수할 경우, 일반적으로 가입자의 약에 대해 비용을 보장합니다.

의사나 다른 서비스 제공자가 작성한 처방전이 있어야 합니다. 이 의사는 가입자의 주치의(PCP)인 경우가 많습니다. 주치의가 진료 추천을 한 경우, 다른 서비스 제공자가 될 수도 있습니다.

일반적으로 가입자는 처방약을 구입할 때 네트워크 약국을 이용해야 합니다.

처방된 약은 플랜의 *보장 약 목록*에 있어야 합니다. 이것을 "의약품 목록"이라고도 합니다.

- 의약품 목록에 없을 경우, 예외를 적용하여 보장할 수 있습니다.
- 예외를 요청하는 방법에 대한 설명은 9장을 참조하십시오.

의학적으로 승인된 적응증에 약이 사용되어야 합니다. 즉, 약 사용은 식품의약국(FDA)이 승인했거나 특정 의료 참고 서적으로 뒷받침이 될 경우 사용이 가능합니다. FDA나 참고 서적이 뒷받침하지 않는 상태를 치료하는 데 사용된 의약품을 "비인가 약" 적응증이라고 합니다. "비인가 약" 적응증에 사용된 의약품은 의학적으로 허용된 적응증이 아니므로 다음의 경우를 제외하고 보장되는 혜택이 아닙니다.

- 이러한 "비인가 약" 사용이 CMS가 승인한 참고 서적 중 하나에 인용되어 있습니다.

- 그러한 의약품은 제안된 비인가 의약품의 사용이 일반적으로 안전하고 효과적임을 뒷받침하는 데이터를 포함하는 주요 의학 저널의 2가지 기사에서 인용된 것입니다(Medi-Cal 요청 약품에만 적용).

목차

A. 처방약 구입하기 117

A1. 네트워크 약국에서 처방약 구입 117

A2. 처방약을 구입할 때 가입자 ID 카드를 사용하십시오 117

A3. 다른 네트워크 약국으로 변경하려는 경우 117

A4. 약국이 네트워크를 탈퇴할 경우 117

A5. 특수 약국 이용 118

A6. 약을 구입할 때 우편 주문 서비스 이용 118

A7. 약 장기 투약분 받기 120

A8. 플랜의 네트워크에 없는 약국 이용 120

A9. 가입자가 처방약 비용을 지불한 경우 플랜의 환급 여부 121

B. 플랜의 의약품 목록 121

B1. 의약품 목록에 수록된 약 121

B2. 의약품 목록에 있는 약을 찾는 방법 121

B3. 의약품 목록에 없는 약 122

B4. 의약품 목록 비용 분담 단계 122

C. 일부 의약품에 대한 제한 사항 123

D. 약이 보장되지 않는 이유 124

D1. 임시분 제공 124

E. 약 보장의 변경 사항 126

F. 특별한 경우의 약 보장 128

F1. 플랜이 보장하는 전문 간호 시설이나 병원 체류를 하는 경우 128

F2. 장기 치료 시설에 거주하는 경우 128

F3. Medicare 인증 호스피스 프로그램에 가입된 경우 128

G. 약 안전 및 관리형 약에 대한 프로그램 129

G1. 가입자의 안전한 약 사용을 도와주는 프로그램 129

G2. 가입자가 본인의 약을 관리하도록 도와주는 프로그램 129

G3. 가입자가 오피오이드 약품을 안전하게 사용하도록 하는 약물 관리 프로그램 130

A. 처방약 구입하기

A1. 네트워크 약국에서 처방약 구입

대부분의 경우, 플랜은 네트워크 약국에서 처방약을 구입할 **경우에만** 처방약 비용을 부담합니다. 네트워크 약국은 플랜 가입자를 위해 처방약을 조제하는 데 동의한 약국을 말합니다. 네트워크 약국이라면 어느 곳이나 이용 가능합니다.

전문 약국을 찾으려면 *서비스 제공자 및 약국 명부*에서 찾거나, 당사 웹사이트를 방문하거나, 고객 서비스부 또는 담당 케어 네비게이터*에게 문의해 주십시오.*

A2. 처방약을 구입할 때 가입자 ID 카드를 사용하십시오

처방약을 구입하려면 네트워크 약국에서 **가입자의 플랜 ID 카드를 제시**해 주시기 바랍니다. 네트워크 약국은 가입자의 보장된 처방약 비용의 플랜 부담액을 플랜에 청구할 것입니다. 가입자는 처방약을 받을 때 약국에 자기부담금을 지불해야 합니다.

처방약을 구입할 때 플랜 ID 카드가 없을 경우, 플랜에 전화하여 필요한 정보를 얻도록 약국에 부탁하십시오.

약국이 필요한 정보를 받을 수 없는 경우에는, 처방약의 비용 전액을 지불해야 할 수도 있습니다. 가입자는 약 비용의 플랜 부담분 환급을 요청하실 수 있습니다. 약 비용을 지불할 수 없는 경우, 고객 서비스부에 즉시 연락해 주십시오. 최대한 도움을 드리겠습니다.

- 당사에 환급 요청을 하는 방법은 7장, A 및 B절을 참조해 주십시오.
- 처방약 조제에 관한 도움이 필요한 경우, 고객 서비스부 또는 케어 네비게이터에게 문의해 주십시오.

A3. 다른 네트워크 약국으로 변경하려는 경우

약국을 변경했으며 처방약 리필이 필요한 경우, 서비스 제공자에게 새 처방전을 써달라고 요청하거나 새 약국에 리필할 약 재고가 있을 경우 기존 약국에 처방전을 전달해달라고 요청할 수 있습니다.

네트워크 약국을 변경하는 것에 관한 도움이 필요한 경우, 고객 서비스부 또는 케어 네비게이터에게 문의해 주십시오.

A4. 약국이 네트워크를 탈퇴할 경우

가입자가 이용하는 약국이 플랜의 네트워크에서 탈퇴할 경우, 새로운 네트워크 약국을 찾아야 합니다.

새로운 네트워크 약국을 찾으려면 *서비스 제공자 및 약국 명부*에서 찾거나, 당사 웹사이트를 방문하거나, 고객 서비스부 또는 담당 케어 네비게이터*에게 문의해 주십시오.*

A5. 특수 약국 이용

처방약을 특수 약국에서 구입해야 하는 경우가 있습니다. 특수 약국에는 다음이 포함됩니다.

- 가정 주입 치료를 위한 약을 제공하는 약국.
- 요양원과 같은 장기 치료 시설의 거주자를 위해 약을 공급하는 약국
  - 일반적으로 장기 요양 시설에는 자체 약국이 있습니다. 장기 치료 시설의 거주자일 경우, 이 시설의 약국에서 필요한 약을 구입해야 합니다.
  - 장기 치료 시설의 약국이 네트워크 소속이 아니거나, 장기 치료 시설에서 약 혜택을 이용하는데 어려움이 있을 경우, 고객 서비스부에 연락해 주십시오.
- 원주민 건강 서비스/부족/도시 원주민 건강 프로그램(I/T/U)에 가입한 약국. 응급 상황을 제외하고 아메리카 원주민 또는 알래스카 원주민만 이러한 약국을 이용할 수 있습니다.
- 사용할 때 특별 취급 및 사용법을 필요로 하는 약을 제공하는 약국.

특수 약국을 찾으려면 *서비스 제공자 및 약국 명부에서* 찾거나, 당사 웹사이트를 방문하거나, 고객 서비스부 또는 담당 케어 네비게이터*에게 문의해 주십시오.*

A6. 약을 구입할 때 우편 주문 서비스 이용

특정 약의 경우, 플랜의 네트워크 우편 주문 서비스를 이용할 수 있습니다. 일반적으로 우편 주문을 통해 이용 가능한 약은 만성 또는 장기적인 의학적 증상을 위해 정기적으로 복용하는 약입니다. 당사 플랜의 우편 주문 서비스를 통해 구할 수 있는 약들은 의약품 목록에 "우편 주문" 약으로 표시되어 있습니다.

저희 플랜의 우편 주문 서비스를 통해 가입자는 1단계의 약 100일치와 2-3단계의 약 90일치를 주문할 수 있습니다. 90일치 및 100일치의 자기부담금은 1개월치와 같습니다.

우편으로 처방약 주문

우편으로 처방약을 수령하는 것에 대한 정보는
아래 지침을 읽거나, www.caremark.com에서 CVS Caremark 우편주문 서비스를 방문하여 1-866-346-7200(TTY: 711)번으로 주 7일 하루 24시간 전화해 주십시오. 또한 이 페이지의 하단에 있는 전화번호를 사용하여 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 고객 서비스부에 연락하실 수도 있습니다.

우편으로 처방약 주문 방법:

- CVS Caremark 우편 주문 서비스에 등록하려면 www.caremark.com에서 온라인으로 등록하거나 1-866-346-7200(TTY: 711)번으로 주 7일 하루 24시간 전화해 주십시오.

- 등록 후에, CVS Caremark 우편 주문 서비스에 처방전을 제출해야 합니다. CVS Caremark에 다음의 방법으로 처방전을 보낼 수 있습니다:
  - 전자식 – 담당 의사에게 90일치 또는 100일치 전자식 처방전을 CVS Caremark로 보내도록 요청합니다. 이것을 "전자식 처방전"이라고 하며 처방전을 보내는 가장 편리한 방법입니다.
  - 전화나 팩스 – 담당 의사에게 90일치 처방전을 CVS Caremark에 1-800-378-5697번으로 전화하여 보내거나 1-800-378-0323번으로 팩스 발송하도록 요청합니다.
  - 우편물 – 우편 서비스 주문 양식을 작성하고, 우편 서비스 자기부담금과 함께 다음 주소로 발송하여 처방전을 우편 발송할 수 있습니다.

    CVS Caremark
    P.O. Box 659541
    San Antonio, TX 78265-9541

- Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 고객 서비스부에 연락하십시오. 저희 플랜은 가입자의 우편 주문 서비스 사용을 도와드리고 주문서가 필요할 경우 발송해 드립니다.

일반적으로 우편 주문 처방약은 10 - 14일 이내에 배송됩니다. 하지만 우편 주문은 지연이 있을 수 있습니다. 이 경우, 고객 서비스부로 연락하여 도움을 요청하십시오.

우편 주문 절차

우편 주문 서비스는 가입자가 제출한 새로운 처방전, 서비스 제공자 진료소에서 직접 제출한 새로운 처방전, 우편 주문 처방약의 리필 등에 대해 다른 절차를 적용합니다.

1. 가입자가 약국에 제출한 새 처방전

약국은 가입자가 제출한 새 처방전을 자동으로 조제하여 제공합니다.

2. 서비스 제공자의 진료소에서 약국이 직접 받은 새 처방전

약국이 의료제공자로부터 처방전을 받은 후에 귀하가 즉시 약 조제를 받고자 하는지, 나중에 원하는지를 알아보기 위해 귀하에게 연락할 것입니다.

- 그 결과 약국이 올바른 약(효능의 강도, 수량, 형태 포함)을 제공하도록 하고 필요한 경우, 가입자는 비용이 청구되고 약을 배송하기 전에 주문을 중단 또는 지연할 수 있는 기회를 얻게 됩니다.

- 새로운 처방전을 어떻게 조제할지 알려주고, 배송 지연을 방지하려면 약국이 가입자에게 연락을 할 때마다 답변을 하는 것이 중요합니다.

3. 우편 주문 처방약의 리필

처방약 리필의 경우, "자동 리필"이라고 하는 자동 리필 프로그램에 가입할 수 있습니다. 이 프로그램에 따라 당사 기록에 의해 가입자의 약이 소진될 때임이 확인되면 자동으로 다음 리필의 처리를 시작합니다.

- 약국은 각각의 리필을 배송하기 전에 가입자에게 연락하여 약이 더 필요한지 확인하며, 약이 충분히 있거나 약을 변경한 경우, 예약된 리필을 취소할 수 있습니다.
- 당사의 자동 리필 프로그램을 선택하지 않으면, 현재 남아 있는 약이 소진되기 14 *일* 전에 약국에 연락하여 다음 주문이 제시간에 배송되도록 해야 합니다.

자동으로 우편 주문 리필을 준비하는 프로그램에서 탈퇴하려면 CVS Caremark 우편 서비스에 1-866-346-7200(TTY: 711)번으로 주 7일 하루 24시간 전화해 주십시오.

약국이 배송하기 전에 귀하에게 연락하여 주문을 확인하도록 하려면 귀하에게 연락하기 가장 좋은 방법을 약국에 알려 주십시오. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan이 가진 가입자의 연락처 정보가 최신 상태가 되도록 해주십시오. 전화번호나 주소를 업데이트해야 할 경우, Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 고객 서비스부(전화번호는 이 페이지 하단에 수록)로 연락해 주십시오.

A7. 약 장기 투약분 받기

플랜의 의약품 목록에 있는 관리형 약은 장기분으로 받을 수 있습니다. 유지 약물이란 만성 또는 장기 질환에 때문에 규칙적으로 쓰는 약을 말합니다.

일부 네트워크 약국은 관리형 약을 장기분으로 받을 수 있도록 허용합니다. 1단계 약 100일치, 2-3단계 약 90일치의 자기부담금은 1개월치 자기부담금과 같습니다. *서비스 제공자/약국 명부*에는 유지약물의 장기간 분량을 제공하는 약국이 포함되어 있습니다. 자세한 정보는 고객 서비스부에도 문의하실 수 있습니다.

특정 약의 경우, 플랜의 네트워크 우편 주문 서비스를 이용하여 관리형 약을 장기분으로 구입할 수 있습니다. 우편 주문 서비스에 대한 정보는 위의 절을 참조해 주십시오.

A8. 플랜의 네트워크에 없는 약국 이용

일반적으로 가입자가 네트워크 약국을 이용할 수 없는 경우에만 네트워크 외부 약국에서 구입한 약의 비용을 당사가 부담합니다. 서비스 지역 외부의 네트워크 약국에서도 가입자가 플랜의 가입자로서 처방약을 구입할 수 있습니다.

다음의 경우, 네트워크 외부 약국에서 구입한 처방약 비용을 당사가 부담합니다.

- 응급 상황
- 최대 6개월 동안 서비스 지역 외부에 있는 경우

서비스 지역을 벗어나기 전에 모든 처방약을 구입하여 적절한 양의 약을 확보할 것을 권장합니다. 출발하기 전에 적절한 양의 약을 구입하는 데 도움이 필요한 경우, Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 고객 서비스부로 연락해 주십시오.

이 경우, 고객 서비스부로 먼저 연락하여 근처에 네트워크 약국이 있는지 확인해 주십시오.

A9. 가입자가 처방약 비용을 지불한 경우 플랜의 환급 여부

네트워크 외부 약국을 이용해야 할 경우, 처방약을 구입할 때 일반적으로 자기부담금이 아니라 전체 비용을 지불해야 합니다. 가입자는 약 비용의 플랜 부담분 환급을 저희에게 요청하실 수 있습니다.

자세한 내용은 7장, A절을 참조해 주십시오.

B. 플랜의 의약품 목록

플랜에는 *보장 약 목록*이라는 것이 있습니다. 이것을 "의약품 목록"이라고도 합니다.

의약품 목록의 약은 의사 및 약사로 구성된 팀의 도움을 받아 플랜이 선정한 것입니다. 여기에는 약을 구입하기 위해 가입자가 지켜야 할 규칙이 있는지 설명되어 있습니다.

일반적으로 이 장에서 설명한 규칙을 준수할 경우 플랜의 의약품 목록에 있는 약의 비용이 보장됩니다.

B1. 의약품 목록에 수록된 약

의약품 목록에는 Medicare 파트 D에 의해 보장되는 약과 Medi-Cal 혜택에 따라 보장되는 일부 처방약 및 처방전 없이 구입 가능한 약(OTC)이 포함되어 있습니다.

의약품 목록에는 브랜드 약(예: 자누비아(Januvia))과 복제약(예: 메트포민(Metformin))이 모두 포함됩니다. 복제약은 브랜드 약과 동일한 활성 성분을 가집니다. 일반적으로 브랜드 약과 효능은 비슷하지만 가격이 저렴합니다.

플랜은 또한 처방전 없이 구입 가능한 약(OTC) 및 제품 비용을 보장합니다. 일부 처방전 없이 구입 가능한 약(OTC)은 처방약보다 저렴하며 효능은 비슷합니다. 자세한 정보는 고객 서비스부로 문의해 주십시오.

B2. 의약품 목록에 있는 약을 찾는 방법

가입자가 쓰는 특정 약이 의약품 목록에 있는지 확인하려면 다음의 방법을 이용할 수 있습니다.

- 가입자에게 우편으로 발송된 최근의 의약품 목록을 확인해 주십시오.
- 저희 플랜 웹사이트 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect를 방문해 주십시오. 이 웹사이트의 의약품 목록은 가장 최근 목록입니다.

- 고객 서비스부에 특정 약이 의약품 목록에 있는지 확인하도록 요청하고 목록 사본을 요청하십시오.

B3. 의약품 목록에 없는 약

보장하지 않는 처방약도 있습니다. 법률에 의해 플랜이 보장할 수 없는 약이 있기 때문에 의약품 목록에 포함되지 않은 약도 있습니다. 또는 당사가 플랜 목록에 포함하지 않기로 결정한 경우도 있습니다.

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan은 이 절에 소개된 약의 비용을 부담하지 않습니다. 이것을 **제외된 의약품**이라고 합니다. 제외된 약에 대해 처방전을 받은 경우, 비용을 가입자가 부담해야 합니다. 제외된 약 비용을 당사가 부담해야 한다고 생각할 경우, 이의 제기를 할 수 있습니다. (이의 제기 방법에 대해 더욱 자세히 알고 싶으시면 9장 D절을 참조해 주십시오.)

제외된 약에 대한 일반적인 규칙 3가지는 다음과 같습니다.

1. 플랜의 외래환자 약 보장(파트 D 및 Medi-Cal 의약품 포함)은 Medicare 파트 A 또는 파트 B로 보장되는 약은 보장할 수 없습니다. Medicare 파트 A 또는 파트 B로 보장되는 약은 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan에서 무료로 보장되지만 외래환자 처방약 혜택의 일부로 간주되지 않습니다.

2. 플랜은 미국 및 미국령 이외 지역에서 구입한 약을 보장하지 않습니다.

3. 약 사용은 식품의약국(FDA)이 승인하거나 특정 참고 문헌이 가입자 상태를 위한 치료법이라고 증명해야 사용이 가능합니다. 담당 의사는 특정 약이 가입자의 상태를 치료한다는 것이 검증되지 않았다고 해도 특정 약을 처방할 수 있습니다. 이것을 비인가 약 사용이라고 합니다. 저희 플랜은 비인가 약 사용일 경우, 약에 대해 보장을 하지 않습니다.

또한 법률에 따라 아래에 열거된 약의 종류는 Medicare 또는 Medi-Cal이 보장하지 않습니다.

- 임신을 촉진하기 위해 사용된 약
- 미용을 목적으로 하거나 모발 성장을 촉진하기 위해 사용된 약
- Viagra®, Cialis®, Levitra® 및 Caverject®와 같이 성기능 장애 또는 발기부전 치료를 위해 사용되는 약
- 약 제조업체가 자사에서 실시하는 검사나 서비스를 가입자가 받아야 한다고 말하는 외래환자 약

B4. 의약품 목록 비용 분담 단계

의약품 목록에 있는 모든 약은 4가지 비용 분담 단계 중 하나에 속합니다. 단계란 일반적으로 같은 유형의 의약품 그룹을 말합니다(예를 들어, 브랜드 약, 복제약 또는 처방전없이 구입할 수 있는 의약품(OTC)). 일반적으로 비용 분담 단계가 높을수록 가입자 부담금도 커집니다.

- 비용 분담 1단계(가장 낮은 단계)에는 우선적 복제약이 포함됩니다.
- 비용 분담 2단계에는 복제약이 포함됩니다.
- 비용 분담 3단계(가장 높은 단계)에는 브랜드 약이 포함됩니다.
- 부담금 4단계에는 비 Medicare 약과 처방전 없이 구입 가능한(OTC) 약이 포함됩니다.

가입자 약의 소속 비용 분담 단계를 확인하려면 의약품 목록에서 해당 약을 찾아보십시오.

6장의 C절, D절, E절까지는 각 비용 분담 단계의 약에 대한 가입자 부담금이 표시되어 있습니다.

C. 일부 의약품에 대한 제한 사항

특정 처방약의 경우, 특별 규칙이 플랜이 보장하는 범위와 경우를 제한합니다. 일반적으로 당사의 규칙은 가입자의 의학적 상태에 효과적으로 작용하며 안전하고 효과적인 약을 구입할 것을 권장합니다. 안전하고 저렴한 약이 비싼 약과 유사한 효능을 가졌다면 플랜은 서비스 제공자가 저렴한 약을 처방할 것을 예상합니다.

가입자의 약에 대해 특별 규칙이 있을 경우, 가입자나 서비스 제공자는 플랜이 이 약을 보장하도록 하기 위해 추가 절차를 거쳐야 합니다. 예를 들어, 서비스 제공자는 가입자의 진단에 대해 당사에 알리거나 혈액 검사 결과를 먼저 제공해야 할 수 있습니다. 가입자나 서비스 제공자가 플랜의 규칙이 가입자의 상황에 적용할 수 없다고 생각하는 경우, 가입자는 플랜에 예외 요청을 해야 합니다. 저희 플랜은 추가 절차를 거치지 않고 해당 약을 사용하는 것을 허용하거나 허용하지 않을 수 있습니다.

예외 요청에 대한 자세한 정보는 9장, F2절을 참조해 주십시오.

1. 복제약(generic, 또는 일반약)을 사용할 수 있는 경우, 브랜드 약 사용을 제한 가능

일반적으로 복제약은 브랜드 약과 효능이 같지만 비용은 저렴합니다. 일반적으로 브랜드 약의 복제약 버전이 있을 경우, 네트워크 약국은 복제약을 제공합니다.

- 일반적으로 복제약 버전이 있을 경우, 당사는 브랜드 약에 대한 비용을 부담하지 않습니다.
- 하지만 서비스 제공자가 동일한 상태를 치료하는 복제약 또는 기타 보장 약이 가입자에게 모두 효과가 없다고 말하는 경우, 플랜은 브랜드 약을 보장할 것입니다.
- 가입자의 자기부담금은 복제약의 경우보다 브랜드 약이 더 비쌀 수 있습니다.

2. 플랜의 사전 승인

일부 약의 경우, 가입자 또는 담당 의사는 가입자가 처방약을 구입하기 전에 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan으로부터 승인을 얻어야 합니다. 승인을 얻지 못하면 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan은 해당 의약품 비용을 보장하지 않을 수 있습니다.

3. 다른 약을 먼저 시도

일반적으로 플랜은 더 비싼 약을 보장하기 전에 가입자가 비용이 저렴한 약(효능은 유사)을 먼저 시도할 것을 권장합니다. 예를 들어, 약 A와 약 B는 동일한 의학적 증상을 치료하는 데 약 A가 B보다 가격이 저렴하다면 플랜은 약 A를 먼저 시도하도록 요구할 수 있습니다.

약 A가 효과가 없을 경우, 플랜은 약 B를 보장합니다. 이것을 단계적 치료법이라고 합니다.

4. 분량 제한

일부 약에 대해 가입자가 사용할 수 있는 양의 수량을 제한합니다. 이것을 수량 제한이라고 합니다. 예를 들어, 처방약을 구입할 때마다 구입할 수 있는 약의 양을 제한할 수 있습니다.

위의 규칙 중에서 가입자가 쓰고 있거나 쓰려는 약에 적용되는 것이 있는지 알아보려면 의약품 목록을 확인해 주십시오. 최신 정보는 고객 서비스부로 전화하거나 당사의 웹사이트 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect를 확인해 주십시오.

D. 약이 보장되지 않는 이유

약 보장이 가입자에게 혜택을 줄 수 있도록 노력하지만 가입자가 원하는 대로 보장되지 않는 약이 있을 수 있습니다. 여기에는 다음의 예가 포함됩니다.

- 가입자가 복용하려는 약을 플랜이 보장하지 않습니다. 이 약은 의약품 목록에 없을 수 있습니다. 복제약은 보장이 될 수 있지만 브랜드 약은 보장이 되지 않을 수 있습니다. 새로운 약이라서 안전성과 효능을 아직 검증하지 못했을 수 있습니다.
- 이 약은 보장되지만 약 보장에 대해 특별 규칙이나 제한이 있습니다. 위의 절에서 설명했듯이 플랜이 보장하는 일부 약에는 약 사용을 제한하는 규칙이 있습니다. 경우에 따라 가입자나 처방자는 플랜에 규칙의 예외를 요청할 수 있습니다.

가입자가 원하는 대로 특정 약이 보장되지 않을 경우, 취할 수 있는 조치가 있습니다.

D1. 임시분 제공

경우에 따라, 약이 보장 약 목록에 없거나 제한되어 있을 경우 플랜은 특정 약의 임시 분량을 가입자에게 제공할 수 있습니다. 그 결과 다른 약을 사용하는 것에 대해 서비스 제공자와 상담하거나, 플랜에 해당 약을 승인하도록 요청할 시간을 확보할 수 있습니다.

약의 임시분을 받으려면 다음 2가지 규칙에 부합해야 합니다.

1. 가입자가 써온 약이:
   - 플랜의 보장 약 목록에서 더 이상 **없거나,**
   - 플랜의 보장 약 목록에 처음부터 **없었거나,**
   - 현재 어떠한 방식으로 제한되어 있는 경우.
2. 가입자가 다음 상황 중 하나에 해당되어야 합니다.
   - 작년에 플랜 가입자였던 경우.
     - **해당 연도에 역년 기준으로 처음 90일 동안**은 임시분에 대해 당사가 보장을 합니다.
     - 임시분은 최대 30일치까지 제공됩니다.
     - 만약 그보다 적은 일수로 처방전이 작성되었다면, 최대 30일분 약을 제공할 수 있도록 여러 번 리필을 허용합니다. 네트워크 약국에서 처방약을 구입해야 합니다.
     - 장기 요양 시설 약국은 낭비를 예방하기 위해 한 번에 제공하는 약이 적을 수 있습니다.
   - 현재 당사의 플랜 가입자인 경우.
     - 플랜 가입 후 **처음 90**일 동안은 임시분에 대해 당사가 비용을 보장합니다.
     - 임시분은 최대 30일치까지 제공됩니다.
     - 만약 그보다 적은 일수로 처방전이 작성되었다면, 최대 30일분 약을 제공할 수 있도록 여러 번 리필을 허용합니다. 네트워크 약국에서 처방약을 구입해야 합니다.
     - 장기 요양 시설 약국은 낭비를 예방하기 위해 한 번에 제공하는 약이 적을 수 있습니다.
   - 플랜에 90일 이상 가입되어 있으며 장기 치료 시설에 거주하고 즉시 복용할 약이 필요한 경우.
     - 당사는 가입자의 처방전이 더 적은 기간에 대해 작성된 경우, 31일치 이하를 1회 보장합니다. 이것은 위의 임시분에 추가적인 것입니다.
     - 약의 임시분을 요청하시려면 고객 서비스부로 문의해 주십시오.

약의 임시분을 구입할 때 가입자는 약을 소진하면 어떻게 할지 서비스 제공자와 상담해야 합니다. 다음 중에서 선택하실 수 있습니다.

- 다른 약으로 변경할 수 있습니다.

  가입자에게 효과적이며 플랜이 보장하는 다른 약이 있을 수 있습니다. 고객 서비스부에 전화하여 동일한 질환을 치료하는 보장 약 목록을 요구할 수 있습니다. 이 목록은 제공자가 자신에게 효과적인 보장 약을 찾는 데 도움이 될 수 있습니다.

  또는

- 예외 신청을 할 수 있습니다.

  가입자와 서비스 제공자는 플랜에 예외를 요청할 수 있습니다. 예를 들어 약 목록에 없는 약을 플랜이 승인하도록 요청할 수 있습니다. 또는 해당 의약품을 무제한 보장하도록 요청할 수도 있습니다. 제공자가 예외를 인정할 충분한 의학적 사유가 귀하께 있다고 말할 경우, 승인 요청을 도와줄 수 있습니다.

예외 요청에 대한 자세한 정보는 9장, F절을 참조해 주십시오.

예외 요청과 관련하여 도움이 필요한 경우, 고객 서비스부 또는 담당 케어 네비게이터에게 연락하실 수 있습니다.

E. 약 보장의 변경 사항

대부분의 약 보장 변경은 1월 1일에 발생하지만 연중 의약품 목록의 약을 추가 또는 삭제할 수 있습니다. 또한, 의약품에 대한 당사의 규정을 변경할 수도 있습니다. 예를 들어, 저희는:

- 어떤 의약품에 대한 사전 승인을 요구하거나 요구하지 않기로 결정할 수 있습니다. (사전 승인이란 어떤 의약품을 받기 전에 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan으로부터 받는 허가입니다.)
- 받을 수 있는 의약품의 양을 추가 또는 변경합니다("수량 제한"이라고 함).
- 의약품에 대한 단계적 치료법 제한을 추가 또는 변경합니다. (단계적 치료법이란 당사에서 어떤 의약품에 대해 보장을 받기 전에 가입자가 다른 의약품을 먼저 사용해 보아야 한다는 의미입니다.)

이러한 약 규칙에 대한 자세한 정보는 이 장의 C절을 참조해 주십시오.

가입자가 **연초에** 보장이 되는 약을 복용하고 있는 경우, 일반적으로 당사는 다음의 경우에 해당하지 않는다면 **해당 연도의 나머지 기간 동안** 그 약의 보장을 삭제하거나 변경하지 않습니다.

- 현재 의약품 목록에 있는 의약품과 약효가 동일하지만 더 저렴한 의약품이 시판되는 경우, **또는**
- 어떤 의약품이 안전하지 않다는 것을 알게 되는 경우, **또는**

- 어떤 의약품이 시장에서 없어지는 경우.

의약품 목록이 변경되었을 경우에 대한 자세한 정보는 다음에서 확인할 수 있습니다.

- 당사의 최신 의약품 목록을 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect에서 온라인으로 확인하시거나 또는
- 최신 의약품 목록을 확인하려면 고객 서비스부에 1-855-905-3825(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m.에 연락해 주십시오.

의약품 목록의 변동 사항은 **즉시** 시행됩니다. 여기에는 다음의 예가 포함됩니다.

- **새로운 복제약을 이용할 수 있게 된 경우.** 현재 의약품 목록에 있는 브랜드 약과 약효가 동일한 새로운 복제약이 시판되는 경우가 있습니다. 그러한 경우가 발생하면, 브랜드 약을 빼고 새로운 복제약을 추가할 수도 있지만, 새로 나온 약에 대해 가입자가 부담하는 비용은 동일하거나 더 저렴할 것입니다.

  당사가 새로운 복제약을 추가하는 경우, 브랜드 약을 목록에 계속 유지하기로 결정할 수도 있지만 보장 규칙이나 제한은 변경할 수 있습니다.

  - 가입자에게 먼저 알리지 않고 변경을 할 수는 있지만 당사가 결정한 특정 변경 사항에 관한 정보를 전달해 드릴 것입니다.
  - 가입자 또는 담당 서비스 제공자가 이러한 변경에 대해 "예외"를 요청하실 수 있습니다. 예외 요청을 하기 위해 취할 수 있는 단계에 대해 통지를 보내드릴 것입니다. 예외에 대한 자세한 정보는 이 안내 책자의 9장을 참조하시기 바랍니다.

- **어떤 의약품이 시장에서 없어지는 경우.** 식품의약국(FDA)에서 가입자가 복용 중인 의약품이 안전하지 않다고 발표하거나 해당 약의 제조사가 약을 시중에서 회수하는 경우, 저희는 즉시 해당 의약품을 의약품 목록에서 삭제할 것입니다. 해당 의약품을 복용 중이라면 저희가 알려드릴 것입니다. 가입자의 의약품에 대해 60일치 리필을 제공할 수 있습니다. 가입자는 서비스 제공자와 협력하여 본인의 증상에 효과가 있으며 플랜이 보장하는 다른 의약품으로 변경해야 합니다.

저희는 가입자가 복용하는 약에 영향을 줄 수 있는 다른 변경 조치를 취할 수도 있습니다. 의약품 목록에 이러한 기타 변경 사항이 생기면 가입자에게 미리 알려드립니다. 다음의 경우에 이런 변경이 생길 수도 있습니다:

- 어떤 약에 대해 FDA가 새로운 지침을 제공하거나 새로운 임상 지침이 있는 경우.
- 시중에 이미 있던 복제약을 추가하는 경우 **그리고**
  - 현재 의약품 목록에 있던 브랜드 약을 **대체하거나**
  - 해당 브랜드 약에 대한 보장 규칙이나 제한을 변경하는 경우.

이러한 변경 사항이 있을 경우 당사는:

- 의약품 목록을 변경하기 30일 이상 이전에 미리 가입자에게 안내, 또는
- 가입자가 리필을 요청한 후 60일치의 약을 제공.

그 동안 가입자는 담당 의사나 다른 처방자와 상의할 시간을 확보할 수 있습니다. 의사는 다음의 결정을 내릴 때 도와줄 수 있습니다.

- 의약품 목록에 가입자가 대신 사용할 수 있는 유사한 약이 있는지의 여부
- 이러한 변경 사항에서 예외를 요청할지의 여부. 예외 요청에 대한 자세한 정보는 9장, F절을 참조해 주십시오.

당사는 가입자에게 당장 영향을 주지 않으며 가입자가 현재 사용하는 의약품을 변경할 수 있습니다. 그러한 변경이 있을 경우, **연초에** 당사가 보장한 약을 가입자가 복용하고 있다면 일반적으로 **연말까지** 해당 약의 보장을 삭제하거나 변경하지 않습니다.

예를 들어, 가입자가 복용하는 약을 삭제하거나 사용을 제한할 경우, 해당 변경 사항은 연말까지 가입자의 약 사용에 영향을 주지 않습니다.

F. 특별한 경우의 약 보장

F1. 플랜이 보장하는 전문 간호 시설이나 병원 체류를 하는 경우

플랜이 보장하는 입원을 병원이나 전문 간호 시설에서 한 경우, 일반적으로 입원 기간 동안의 처방약 비용을 보장합니다. 자기부담금은 납부하지 않아도 됩니다. 병원이나 전문 간호 시설에서 퇴원하면 가입자의 의약품이 보장 규칙에 부합하는 한 약 비용을 플랜이 부담합니다.

약 보장 범위와 플랜의 부담 비용에 대한 자세한 정보는 6장을 참조하십시오.

F2. 장기 치료 시설에 거주하는 경우

보통, 장기 요양 시설(요양원 등)에는 자체 약국이 있거나 그 거주민 전체를 위한 약을 제공하는 약국이 있습니다. 장기 치료 시설에 거주하고 있다면, 네트워크에 가입되어 있는 시설 약국을 통해서 처방약을 구입할 수 있습니다.

장기 치료 시설의 약국이 네트워크에 소속되었는지 확인하려면 담당 *서비스 제공자 및 약국 명부*를 확인해 주십시오. 그렇지 않거나 기타 정보가 필요한 경우, 고객 서비스부로 연락해 주십시오.

F3. Medicare 인증 호스피스 프로그램에 가입된 경우

의약품은 호스피스와 당사의 플랜 모두가 동시에 보장하지는 않습니다.

- Medicare 호스피스에 가입되어 있으며 말기 예후 및 관련 상태와 관련이 없기 때문에 호스피스가 보장하지 않는 진통제, 항구토제, 완하제, 항불안제가 필요한 경우, 당사의

플랜은 해당 약을 보장하기 전에 처방자 또는 호스피스 제공자로부터 해당 약이 무관하다는 통지를 받아야 합니다.

- 당사 플랜에서 보장되어야 하는 관련 없는 약 수령 지연을 예방하기 위해서 귀하는 호스피스 의료진인 처방자에게 그 약이 관련이 없다는 통지를 당사에 보낼 것을 요청하고, 그 후에 약국에 처방약 조제를 요청할 수 있습니다.

호스피스를 나오시는 경우, 플랜은 가입자의 모든 약을 보장해야 합니다. Medicare 호스피스 혜택이 종료될 때 약국에서의 지연을 방지하려면, 호스피스를 나왔다는 것을 입증하는 서류를 약국에 가지고 가야 합니다. 파트 D에 따른 약 보장을 받기 위한 규칙에 관해서는 이 장의 앞부분을 참조하십시오.

호스피스 혜택에 대해 더욱 자세히 알고 싶으시면 4장, D절을 참조해 주십시오.

G. 약 안전 및 관리형 약에 대한 프로그램

G1. 가입자의 안전한 약 사용을 도와주는 프로그램

가입자가 처방약을 구입할 때마다 저희는 의약품 오류나 다음의 잠재적 문제에 주목하고 있습니다.

- 동일한 작용을 하는 다른 약을 쓰고 있으므로 불필요할 수 있는 약
- 가입자의 연령이나 성별에 안전하지 않을 수 있는 약
- 동시에 쓸 때 유해할 수 있는 약
- 가입자가 알레르기가 있거나 있을 수 있는 성분을 포함
- 위험한 분량의 오피오이드 진통제를 포함

저희가 가입자의 처방약 사용에 잠재적 문제를 발견할 경우, 서비스 제공자와 협력하여 문제를 시정하도록 할 것입니다.

G2. 가입자가 본인의 약을 관리하도록 도와주는 프로그램

다른 의학적 질환에 대해 약을 복용하거나 오피오이드 약품을 안전하게 사용하도록 하는 약물 관리 프로그램(DMP)에 가입된 경우, 가입자는 약물치료 관리(MTM) 프로그램을 통해 무료로 서비스를 받을 수 있습니다. 이 프로그램은 가입자의 약이 건강을 개선하는 데 효과가 있는지 가입자와 서비스 제공자가 확인하도록 해줍니다. 약사 또는 기타 의료 전문가는 가입자의 모든 약에 대해 종합적인 검토를 하고 다음에 대해 상담해 줄 것입니다.

- 가입자가 쓰는 약을 최대한 활용하는 방법
- 약 비용 및 약 반응과 같은 문제점
- 약을 가장 잘 쓰는 방법

- 처방전과 처방전 없이 구입 가능한 약에 대한 질문이나 문제점

이 상담을 서면으로 요약하여 드립니다. 이 요약서에는 약을 최대한 활용하기 위해 가입자가 할 수 있는 일을 권장하는 투약 계획이 포함되어 있습니다. 가입자가 쓰는 모든 약과 쓰는 이유가 포함된 개별 의약품 목록도 받을 수 있습니다. 또한 통제 물질인 처방약의 안전한 폐기에 대한 정보를 수령하게 됩니다.

연례 "건강 관리" 방문을 하기 전에 가입자의 약 검토를 예약하여 담당 의사와 계획 및 투약 목록에 대해 상담할 수 있도록 하는 것이 좋습니다. 병원을 방문하거나 의사, 약사 및 기타 건강 관리 제공자와 상담할 때 항상 계획서와 약 목록을 지참하십시오. 또한 병원이나 응급실에 갈 때 자신의 약 목록을 지참하십시오.

약물 요법 관리 프로그램은 자발적인 것이며 자격을 갖춘 가입자에게 무료입니다. 가입자의 요구 사항에 맞는 프로그램이 있을 경우, 해당 프로그램에 가입자를 등록하고 정보를 보내줄 것입니다. 프로그램 가입을 원하지 않을 경우, 저희에게 알려주시면 프로그램에서 탈퇴시켜 드립니다.

이러한 프로그램에 대한 질문이 있을 경우, 고객 서비스부 또는 케어 네비게이터에게 문의해 주십시오.

G3. 가입자가 오피오이드 약품을 안전하게 사용하도록 하는 약물 관리 프로그램

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan에는 가입자가 처방된 오피오이드 약품 또는 기타 자주 남용되는 의약품을 안전하게 사용하도록 도와주는 프로그램이 있습니다. 이 프로그램을 의약품 관리 프로그램(DMP)이라고 합니다.

의사나 약국이 제공하는 오피오이드 약품을 사용할 경우 또는 최근에 오피오이드 과용을 한 경우, 당사가 담당 의사에게 연락하여 현재 오피오이드 약품 사용이 적합하며 의학적으로 필요한지 확인할 수 있습니다. 당사가 가입자에게 처방된 오피오이드 또는 벤조디아제핀 약의 사용이 위험하다고 판단할 경우, 담당 의사와 협력하여 가입자가 그러한 의약품을 수령하는 것을 제한할 수 있습니다. 제한 사항에는 다음이 포함될 수 있습니다:

- **한 곳의 약국** 및/또는 **한 의사**로부터 의약품의 처방전을 받아야 함
- 플랜이 가입자에게 제공하는 의약품의 **수량을 제한**

가입자에게 하나 이상의 제한 사항을 적용해야 한다고 판단하면, 당사는 미리 안내문을 발송할 것입니다. 이 안내문에는 적용해야 할 제한 사항에 대해 설명되어 있을 것입니다.

가입자는 본인이 선호하는 의사나 약국을 당사에 알리고 당사가 알아두어야 할 중요한 정보에 대해 알릴 기회를 가집니다. 가입자가 답변할 기회를 가진 후 이러한 약에 대한 가입자의 보장을 제한하기로 결정할 경우, 확정된 제한 사항에 대해 알리는 안내문을 발송합니다.

당사가 실수했다고 생각하며 가입자에게 처방약 남용의 위험이 있다는 점이나 제한 사항에 대해 동의하지 않을 경우, 가입자와 처방의는 이의 제기를 할 수 있습니다. 가입자가 이의 제기를 하는 경우, 당사가 가입자의 사례를 검토해 결정을 내립니다. 이러한 의약품 사용의

제한과 관련된 가입자의 이의 제기의 일부를 당사가 거절할 경우, 가입자의 사례를 자동으로 독립 심사 기관(IRE)으로 보냅니다. (이의 제기 방법 및 IRE에 대한 자세한 정보는 9장을 참조해 주십시오.)

DMP는 다음의 경우 가입자에게 적용되지 않을 수 있습니다:

- 암이나 겸상적혈구 빈혈증(SCD)과 같은 특정 의학적 증상이 있음 또는
- 호스피스, 완화 또는 시한부 환자 간호를 받고 있음**, 또는**
- 장기 치료 시설에 거주하고 있음.

6장: Medicare 및 Medi-Cal의 처방약에 대한 가입자 부담 항목

서론

이 장에서는 외래환자 처방약에 대해 가입자가 부담할 비용을 설명합니다. "의약품"의 의미는:

- Medicare 파트 D 처방약, **및**
- Medi-Cal이 보장하는 의약품 및 품목, **및**
- 추가 혜택으로서 플랜이 보장하는 의약품 및 품목.

귀하는 Medi-Cal에 가입할 수 있으므로 Medicare 파트 D 처방약 비용을 지원받기 위해 Medicare로부터 "추가적 지원"을 받게 됩니다.

> **추가 지원(Extra Help)**은 Medicare 프로그램으로서 소득 및 재산이 제한적인 가입자가 보험료, 공제액, 자기부담금과 같은 Medicare 파트 D 처방약 비용을 절감하도록 해줍니다. 추가 지원은 "저소득 보조금" 또는 "LIS"라고도 합니다.

*가입자 안내 책자*의 마지막 장에서는 기타 주요 용어와 용어 정의가 알파벳 순서로 나와 있습니다.

처방약에 대해 더욱 자세히 알고 싶으시면, 다음과 같은 출처에서 살펴볼 수 있습니다.

- 플랜의 *보장 약 목록*.
  - 당사는 이것을 "의약품 목록"이라고 부릅니다. 의약품 목록에 포함된 정보:
    - 플랜이 비용을 부담하는 약
    - 4가지 비용 분담 단계 중에서 각 의약품이 소속된 단계
    - 의약품에 어떠한 한도가 있는지의 여부
  - 약 목록 사본이 필요하신 경우, 고객 서비스부로 연락해 주십시오. 약 목록은 저희 웹사이트 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect에서도 확인하실 수 있습니다. 웹사이트에 올라온 의약품 목록은 항상 최신 정보입니다.
- *가입자 안내 책자*의 5장.
  - 5장에서는 플랜을 통해 외래환자 처방약을 받는 방법에 대해 설명합니다.
  - 여기에는 귀하가 준수해야 할 규칙이 포함되어 있습니다. 또한 처방약 종류에 따라 플랜이 보장하지 않는 처방약의 종류도 열거되어 있습니다.

- *서비스 제공자 및 약국 명부*.
  - 대부분의 경우 귀하는 보장되는 의약품을 구입하기 위해 네트워크 약국을 이용하셔야 합니다. 네트워크 약국은 저희와의 업무 협조에 동의한 약국입니다.
  - *서비스 제공자와 약국 명부*에는 네트워크 약국의 목록이 있습니다. 네트워크 약국에 대한 자세한 내용은 5장, A절에서 확인하실 수 있습니다.

목차

A. *혜택 설명*(Explanation of Benefits, EOB) 135

B. 가입자의 의약품 비용을 추적하는 방법 135

C. Medicare 파트 D 약의 의약품 비용 단계 136

D. 1 단계: 초기 보장 단계 137

D1. 약국의 선택 137

D2. 약 장기 투약분 받기 138

D3. 가입자가 부담해야 할 금액 138

D4. 초기 보장 단계의 종료 142

E. 2 단계: 재해성 보장 단계 142

F. 의사가 1 개월치 미만의 약을 처방하는 경우, 약 비용 142

G. HIV/AIDS 환자를 위한 처방약 비용 분담 지원 143

G1. AIDS 약 지원 프로그램(ADAP)이란 무엇입니까? 143

G2. ADAP 에 가입하지 않은 경우 해야 할 일 143

G3. ADAP 에 가입하지 않은 경우 해야 할 일 143

H. 예방 접종 143

H1. 백신 접종을 하기 전에 알아 두어야 할 사항 143

H2. 가입자가 부담할 Medicare 파트 D 백신 비용 144

A. *혜택 설명*(Explanation of Benefits, EOB)

저희 플랜은 가입자의 처방약을 추적합니다. 플랜은 다음 2가지 종류의 비용을 추적합니다.

- 가입자의 **본인 부담 비용**. 이 금액은 가입자나 가입자를 대신한 다른 사람이 처방약 비용에 대해 지불하는 금액입니다.
- 가입자의 **총 의약품 비용**. 이 금액은 가입자나 가입자를 대신한 다른 사람이 처방약 비용에 대해 지불하는 금액과 플랜이 지불하는 금액을 합한 금액입니다.

저희 플랜을 통해 처방약을 구입할 경우, *혜택 설명서*라고 하는 보고서를 보내드립니다. 이것을 줄여서 EOB라고도 합니다. EOB에는 의약품의 가격 인상, 비용 더 낮은 기타 약품과 같이 가입자가 복용하는 약에 대한 기타 정보가 포함되어 있습니다. 가입자는 처방의와 비용이 저렴한 옵션에 대해 상담할 수 있습니다. EOB에 포함되는 정보는 다음과 같습니다.

- **해당 월에 대한 정보**. 이 보고는 귀하가 어떤 처방약을 받았는지를 설명합니다. 총 약 비용, 플랜에서 지급한 액수 및 귀하 또는 다른 사람이 귀하를 대신하여 지불한 액수를 보여줍니다.
- **"현재 일까지의 올해" 정보.** 이 금액은 총 의약품 비용이며 1월 1일부터 지불한 전체 금액입니다.

저희 플랜은 Medicare가 보장하지 않는 의약품을 보장합니다.

- 이러한 약에 대해 지급한 비용은 총 본인 부담 비용에 포함되지 않습니다.
- 당사는 일부 처방전 없이 구입 가능한 약(OTC) 비용도 부담합니다. 가입자는 이러한 의약품에 대해 비용을 지불하지 않아도 됩니다.
- 플랜이 보장하는 약에 대한 정보는 약 목록을 참조하십시오.

B. 가입자의 의약품 비용을 추적하는 방법

가입자의 의약품 비용과 지급한 금액을 추적하기 위해 저희는 가입자와 약국에서 수집한 기록을 사용합니다. 아래는 저희에게 도움을 주실 수 있는 방법입니다.

1. 가입자 ID 카드의 사용.

처방약을 조제할 때마다 가입자 ID 카드를 제시하십시오. 가입자가 구입하는 처방약과 지급한 금액을 파악하는 데 도움이 됩니다.

2. 필요한 정보가 모두 제출된 상태인지 확인해 주십시오.

가입자가 지불한 약 비용의 영수증 사본을 제출해 주십시오. 가입자는 약 비용의 플랜 부담분 환급을 요청하실 수 있습니다.

영수증 사본을 제출해야 하는 시기가 있습니다.

- 네트워크 약국에서 보장 약을 특별 가격으로 구입했거나, 플랜 혜택의 일부가 아닌 할인 카드를 사용하여 구입한 경우
- 제약사의 환자 지원 프로그램 하에서 구입한 의약품에 대한 자기부담금을 귀하가 지불할 때
- 네트워크 외부 약국에서 보장되는 의약품을 구입할 때
- 보장되는 의약품에 대해 전액을 지불할 때

약 비용의 플랜 부담분 환급을 요청하는 방법은 7장, A절 및 B절을 참조하십시오.

3. 가입자를 대신하여 타인이 지불한 금액에 대한 정보를 보내 주십시오.

타인이나 기관이 지불한 금액도 본인 부담 비용에 포함됩니다. 예를 들어, AIDS 약 지원 프로그램, Indian Health Service, 대부분의 자선 기관이 지급한 비용은 가입자의 본인 부담 비용에 포함됩니다. 재해성 보장의 자격을 획득하는 데 도움이 될 수 있습니다. 재해성 보장 단계에 도달하면, Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan은 해당 연도의 남은 기간 동안 파트 D 약 비용 전체를 부담합니다.

4. 당사가 귀하에게 보낸 보고서를 확인하십시오.

*혜택 요약서*를 우편으로 받으시면 반드시 완전하고 정확한지 확인하십시오. 보고서에서 문제를 발견했거나 누락된 내용이 있거나, 질문이 있는 경우, 고객 서비스부로 문의해 주십시오. 이 보고서를 보관해 두십시오. 약 비용에 관한 중요한 기록입니다.

C. Medicare 파트 D 약의 의약품 비용 단계

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan에 따른 Medicare 파트 D 처방약 보장에는 2가지의 비용 단계가 있습니다. 처방약을 구입하거나 리필할 때 가입자가 소속된 단계에 따라 가입자가 부담하는 금액이 결정됩니다. 다음 2가지 단계가 있습니다.

1단계: 초기 보장 단계	2단계: 재해성 보장 단계
이 단계에서 플랜은 가입자 의약품 비용의 일부를 부담하며 가입자는 본인의 부담금을 부담합니다. 가입자의 부담금을 자기부담금이라고 합니다. 해당 연도의 첫 번째 처방약을 조제할 때 이 단계부터 시작합니다.	이 단계에서 플랜은 2021년 12월 31일까지 가입자의 모든 약 비용을 부담합니다. 특정 금액의 본인 부담 비용을 납부한 후에 이 단계가 시작됩니다.

D. 1단계: 초기 보장 단계

초기 보장 단계에서는 가입자의 보장 처방약 비용에서 플랜 부담액을 지불하고 가입자는 본인의 부담액을 지불합니다. 가입자의 부담금을 자기부담금이라고 합니다. 자기부담금은 해당 약이 속하는 비용 분담 단계와 약 구입처에 따라 다릅니다.

비용 분담 단계는 자기부담금이 동일한 의약품 그룹입니다. 플랜의 약 목록의 모든 약은 네(4)개의 비용 분담 단계 중 하나에 속합니다. 일반적으로 단계 번호가 높을수록 자기부담금도 높아집니다. 본인의 의약품에 대한 비용 분담 단계를 확인하려면 의약품 목록을 참조하면 됩니다.

- 비용 분담 1단계(가장 낮은 단계)에는 우선적 복제약이 포함됩니다. 자기부담금은 $0입니다.
- 비용 분담 2단계에는 복제약이 포함됩니다. 자기부담금은 $0 - $3.70입니다.
- 비용 분담 3단계(가장 높은 단계)에는 브랜드 약이 포함됩니다. 자기부담금은 $0 - $9.20입니다.
- 비용 분담 4단계에는 비 Medicare 약과 처방전 없이 구입 가능한(OTC) 약이 포함됩니다. 자기 부담금은 $0입니다.

가입자의 약이 소속된 비용 분담 단계를 확인하려면 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 의약품 처방집(의약품 목록)에서 해당 약을 찾아보십시오.

D1. 약국의 선택

약 비용으로 지불할 금액은 다음의 구입 장소로 결정:

- 네트워크 약국, **또는**
- 네트워크 외부 약국.

제한적으로 네트워크 외부 약국에서 구입한 처방약을 보장합니다. 해당하는 경우에 대한 정보는 5장, A절을 참조해 주십시오.

이러한 약국 선택에 대한 자세한 정보는 이 안내 책자의 5장 A절 및 *서비스 제공자 및 약국 명부*를 참조해 주십시오.

D2. 약 장기 투약분 받기

일부 의약품의 경우, 처방약 조제 시, 장기 투약분을 받을 수 있습니다(일명 "연장 투약분"). 장기 투약분은 1단계의 경우 100일치, 2-3단계의 경우 90일치입니다. 비용은 1개월치와 동일합니다.

장기간 분량의 약을 받는 장소와 방법에 대한 자세한 내용은 5장 A절 또는 *서비스 제공자 및 약국 명부*를 참조하십시오.

D3. 가입자가 부담해야 할 금액

초기 보장 단계에는 처방약을 조제할 때마다 자기부담금을 지불해야 할 수 있습니다. 보장 약 비용이 자기부담금보다 적을 경우, 더 적은 금액을 납부합니다.

보장 약에 대한 자기부담금을 알아보려면 고객 서비스부로 문의하실 수 있습니다.

다음 장소에서 보장 처방약을 1개월치 구입할 경우 가입자의 부담금:

	네트워크 약국 1개월치 또는 최대 30일치	**플랜 측의 우편 주문 서비스** 1개월치 또는 최대 30일치	**네트워크 장기 의료 서비스 약국** 최대 31일치	**네트워크 외부 약국** 최대 10일치 보장은 특정한 경우로 제한됩니다. 자세한 내용은 5장, A절을 참조하십시오.
비용 분담 1단계 (우선적 복제약)	$0의 자기부담금	우편 주문은 이용할 수 없습니다.	$0의 자기부담금	$0의 자기부담금
비용 분담 2단계 (복제약)	$0, $1.30 또는 $3.70의 자기부담금 자기부담금은 가입자가 받는 추가 지원(Extra Help)에 따라 달라질 수 있습니다.	우편 주문은 이용할 수 없습니다.	$0, $1.30 또는 $3.70의 자기부담금 자기부담금은 가입자가 받는 추가 지원(Extra Help)에 따라 달라질 수 있습니다.	$0, $1.30 또는 $3.70의 자기부담금 자기부담금은 가입자가 받는 추가 지원(Extra Help)에 따라 달라질 수 있습니다.
비용 분담 3단계 (브랜드 약)	$0, $4.00 또는 $9.20의 자기부담금 자기부담금은 가입자가 받는 추가 지원(Extra Help)에 따라 달라질 수 있습니다.	우편 주문은 이용할 수 없습니다.	$0, $4.00 또는 $9.20의 자기부담금 자기부담금은 가입자가 받는 추가 지원(Extra Help)에 따라 달라질 수 있습니다.	$0, $4.00 또는 $9.20의 자기부담금 자기부담금은 가입자가 받는 추가 지원(Extra Help)에 따라 달라질 수 있습니다.

	네트워크 약국 1개월치 또는 최대 30일치	**플랜 측의 우편 주문 서비스** 1개월치 또는 최대 30일치	**네트워크 장기 의료 서비스 약국** 최대 31일치	**네트워크 외부 약국** 최대 10일치 보장은 특정한 경우로 제한됩니다. 자세한 내용은 5장, A절을 참조하십시오.
비용 분담 **4단계** (비 Medicare RX/ 처방전 없이 구입 가능한(OTC) 의약품)	$0의 자기부담금	4단계 약의 경우 우편 주문 불가능	$0의 자기부담금	$0의 자기부담금

다음 장소에서 보장 처방약을 장기 투약분으로 구입할 경우 가입자의 부담금:

	네트워크 약국	플랜 측의 우편 주문 서비스
비용 분담 **1단계:** 우선적 복제약 최대 100일치	$0의 자기부담금	$0의 자기부담금
비용 분담 **2단계:** 복제약 최대 90일치	$0, $1.30 또는 $3.70의 자기부담금 자기부담금은 가입자가 받는 추가 지원(Extra Help)에 따라 달라질 수 있습니다.	$0, $1.30 또는 $3.70의 자기부담금 자기부담금은 가입자가 받는 추가 지원(Extra Help)에 따라 달라질 수 있습니다.
비용 분담 **3단계:** 브랜드 약 최대 90일치	$0, $4.00 또는 $9.20의 자기부담금 자기부담금은 가입자가 받는 추가 지원(Extra Help)에 따라 달라질 수 있습니다.	$0, $4.00 또는 $9.20의 자기부담금 자기부담금은 가입자가 받는 추가 지원(Extra Help)에 따라 달라질 수 있습니다.
비용 분담 **4단계:** 비 Medicare RX/ 처방전 없이 구입 가능한(OTC) 의약품 최대 90일치	장기 투약분은 4단계의 경우 이용할 수 없습니다.	4단계 약의 경우 우편 주문 불가능

장기 복용분을 제공할 수 있는 약국에 대한 자세한 정보는 *서비스 제공자 및 약국 명부*를 참조해 주십시오.

D4. 초기 보장 단계의 종료

초기 보장 단계는 가입자의 본인 부담 비용의 합계가 $6,550에 도달할 경우 종료됩니다. 이 때 재해성 보장 단계가 시작됩니다. 이 때부터 연말까지 약 비용 전체를 플랜이 부담합니다.

혜택 설명서 보고서는 해당 연도에 가입자가 약 비용으로 지불한 금액을 추적하는데 도움이 됩니다. 저희는 귀하가 $6,550의 한도에 도달하는 경우 알려드릴 것입니다. 이러한 연간 한도액에 도달하지 못하는 사람이 많습니다.

E. 2단계: 재해성 보장 단계

처방약에 대한 본인 부담 비용 한도 $6,550에 도달한 경우, 재해성 보장 단계가 시작됩니다. 재해성 보장 단계는 역년으로 연말까지만 지속됩니다. 이 단계에서 플랜은 모든 Medicare 약 비용을 부담합니다.

F. 의사가 1개월치 미만의 약을 처방하는 경우, 약 비용

일반적으로 보장 약의 1개월분을 보장 받으려면 자기부담금을 지불합니다. 하지만 의사가 1개월치 미만의 약을 처방할 수 있습니다.

- 가입자가 1개월치 미만의 약을 처방하도록 의사에게 요청하는 경우도 있을 수 있습니다(예: 심각한 부작용이 있다고 알려진 약을 처음 시도하려는 경우).
- 의사가 동의할 경우, 특정 약의 1개월치 비용을 지급하지 않아도 됩니다.

약에 대해 1개월치 미만의 약을 구입하는 경우, 가입자가 부담하는 금액은 받은 약의 복용 기간을 기준으로 결정됩니다. 저희는 약에 대해 매일 지불하는 금액을 계산하고("일일 비용 분담율") 받은 약의 일 수를 곱합니다.

- 그 예는 다음과 같습니다. 가입자의 약 1개월치(30일분)의 자기부담금이 $1.30라고 가정하겠습니다. 즉, 의약품에 대해 가입자가 지불하는 금액은 하루 $0.04보다 조금 많습니다. 이 약을 7일치를 수령한 경우, 가입자는 하루 $.04 보다 조금 많은 금액에 곱하기 7을 하여 총 $0.30를 지급하게 됩니다.
- 일일 비용 분담으로 1개월치에 대한 전체 금액을 지불하기 전에 특정 약이 자신에게 맞는 약인지 확인할 수 있습니다.
- 다음의 경우, 서비스 제공자에게 1개월치 미만의 약을 처방하도록 요청할 수 있습니다.
  - 약을 리필할 시기를 계획하기에 편리
  - 리필을 사용자가 사용하는 다른 의약품과 조정
  - 약국을 방문하는 빈도를 줄임

G. HIV/AIDS 환자를 위한 처방약 비용 분담 지원

G1. AIDS 약 지원 프로그램(ADAP)이란 무엇입니까?

AIDS 약 지원 프로그램(ADAP)은 자격을 갖춘 HIV/AIDS 환자가 HIV 약을 이용할 수 있도록 도와줍니다. ADAP로도 보장되는 외래환자 Medicare 파트 D 처방약은 캘리포니아주 의료서비스부, ADAP에 등록된 개인을 위한 AIDS 담당실을 통해 처방약 비용 분담 지원을 받을 수 있습니다.

G2. ADAP에 가입하지 않은 경우 해야 할 일

자격 기준, 보장되는 의약품 또는 이 프로그램에 가입하는 방법에 대한 자세한 내용은 1-844-421-7050번으로 전화하여 확인하시거나 ADAP 웹사이트 www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx를 방문해 주십시오.

G3. ADAP에 가입하지 않은 경우 해야 할 일

ADAP는 ADAP 처방집에 있는 약에 대해 ADAP 가입자에게 Medicare 파트 D 처방약 비용 분담 지원 혜택을 제공할 수 있습니다. 이 지원을 계속 받으려면 지역 ADAP 가입 담당자에게 Medicare 파트 D 플랜 이름 또는 보험 번호의 변경 사항을 알려주시기 바랍니다. 가까운 ADAP 가입 장소 및/또는 가입 담당자를 찾는 데 도움이 필요한 경우, 1-844-421-7050번으로 문의하거나 위에 열거된 웹사이트를 방문해 주십시오.

H. 예방 접종

당사는 Medicare 파트 D 백신을 보장합니다. Medicare 파트 D 백신 접종의 보장범위에는 두 가지 부분이 있습니다.

1. 보장범위의 첫 번째 부분은 **백신 자체** 비용에 대한 것입니다. 백신은 처방약입니다.
2. 보장범위의 두 번째 부분은 **백신 접종 비용**에 대한 것입니다. 예를 들어, 담당 의사가 귀하에게 제공한 주사로 백신 접종을 할 수 있습니다.

H1. 백신 접종을 하기 전에 알아 두어야 할 사항

백신 접종을 하려고 할 때마다 고객 서비스부에 먼저 연락할 것을 권장합니다.

- 저희 플랜에서 백신이 어떻게 보장되는지 알려 드리고 귀하의 분담액 비용을 설명해 드리겠습니다.
- 또한 네트워크에 있는 네트워크 약국 및 서비스 제공자를 이용하여 귀하의 비용을 낮추는 방법도 알려 드릴 수 있습니다. 네트워크 약국은 저희 플랜과의 업무 협조에 동의한 약국입니다. 네트워크 서비스 제공자는 건강 플랜과 업무 협조 관계에 있는 서비스 제공자입니다. 네트워크 서비스 제공자는 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan과 협력하여 가입자에게 파트 D 백신에 대한 선지급 비용이 없도록 해야 합니다.

H2. 가입자가 부담할 Medicare 파트 D 백신 비용

가입자가 부담할 백신 비용은 백신 종류(접종할 백신)에 따라 다릅니다.

- 일부 백신은 의약품이라기보다 건강 혜택으로 간주됩니다. 이러한 백신은 가입자에게 무료로 보장됩니다. 백신의 보장범위에 대한 자세한 내용은 4장, D절에 있는 의료 혜택 차트를 참조하십시오.
- 기타 백신은 Medicare 파트 D 의약품으로 간주됩니다. 이러한 백신은 플랜의 약 목록에서 확인할 수 있습니다. 귀하는 Medicare 파트 D 백신에 대한 자기부담금을 납부해야 할 수 있습니다.

Medicare 파트 D 백신을 구입할 수 있는 일반적인 방법 3가지는 다음과 같습니다.

1. Medicare 파트 D 백신을 네트워크 약국에서 구입하고 동일한 약국에서 접종합니다.
   - 가입자는 이 백신에 대해 자기부담금을 납부합니다.
2. Medicare 파트 D 백신을 의사의 진료소에서 수령하고 의사가 접종합니다.
   - 백신 비용 중에서 자기부담금을 의사에게 납부합니다.
   - 플랜은 백신 접종비를 부담합니다.
   - 이 상황에서 의사 진료소는 플랜에 전화를 해야 합니다. 그래야 가입자가 백신에 대해 자기부담금만 지불한다는 것을 확인받을 수 있습니다.
3. Medicare 파트 D 백신을 약국에서 구입해서 의사 진료소에서 접종합니다.
   - 가입자는 이 백신에 대해 자기부담금을 납부합니다.
   - 플랜은 백신 접종비를 부담합니다.

7장: 가입자가 이용한 보장 서비스 또는 의약품에 대해 플랜 부담분 지불을 요청하는 방법

서론

이 장에서는 저희 플랜에 청구서를 발송하는 방법과 시기에 대해 설명합니다. 또한 보장범위 결정에 동의하지 않을 경우 이의 제기를 하는 방법에 대해서도 설명합니다. *가입자 안내 책자*의 마지막 장에서는 주요 용어와 용어 정의가 알파벳 순서로 나와 있습니다.

목차

A. 서비스나 의약품 비용을 플랜에 청구 146

B. 지급 요청서 발송 148

C. 보장범위 결정 149

D. 이의 제기 149

A. 서비스나 의약품 비용을 플랜에 청구

네트워크 소속 서비스나 의약품에 대해서는 가입자에게 청구할 수 없습니다. 가입자가 이미 받은 보장 서비스 및 의약품에 대해서는 네트워크 제공자가 플랜에 청구해야 합니다. 네트워크 서비스 제공자는 건강 플랜과 업무 협조 관계에 있는 서비스 제공자입니다.

의료 서비스 또는 약의 전체 비용**에 대한 청구서를 수령한 경우, 저희에게 보내 주십시오.** 청구서를 보내려면 148페이지를 참조해 주십시오.

- 해당 서비스 또는 의약품이 보장되는 경우, 저희가 서비스 제공자에게 직접 지불할 것입니다.
- 서비스 또는 의약품이 보장되고 가입자가 이미 비용 분담액 이상 지불한 경우 환불을 받을 권리를 가집니다.
- 서비스나 의약품이 보장되지 **않을** 경우, 저희는 가입자에게 알려드립니다.

궁금한 점이 있다면 고객 서비스부 또는 케어 네비게이터에게 문의해 주십시오. 본인이 부담해야 할 부분을 모르거나 청구서를 받았지만 어떻게 해야 할지 모르겠는 경우 도와드릴 수 있습니다. 또한 저희에게 이미 발송한 지불 요청에 대해 자세한 정보를 제공하기 위해 전화하실 수도 있습니다.

환급을 요청해야 할 경우 또는 청구된 금액을 지불해야 하는 경우의 예는 다음과 같습니다.

1. 귀하께서 네트워크 외부 서비스 제공자를 통해 응급 또는 긴급 진료를 받은 경우

서비스 제공자에게 저희 플랜에 비용을 청구하도록 요청해야 합니다.

- 치료를 받을 당시 전체 금액을 귀하가 지불하는 경우 플랜의 분담액을 환급해 주도록 저희에게 요청하십시오. 청구서와 가입자가 지급한 증빙 자료를 저희에게 보내 주십시오.
- 서비스 제공자로부터 청구서를 받았는데 지불하지 않아도 된다고 생각되는 경우가 있을 수 있습니다. 청구서와 가입자가 지급한 증빙 자료를 저희에게 보내 주십시오.
  - 서비스 제공자에게 지급해야 하는 경우라면 저희가 서비스 제공자에게 직접 지급할 것입니다.
  - 서비스 비용 중 귀하의 분담액 이상을 이미 지불한 경우, 해당 금액을 파악한 후 저희 분담액을 귀하에게 환급해 드립니다.

2. 네트워크 서비스 제공자가 귀하에게 청구서를 보내는 경우

네트워크 서비스 제공자는 항상 저희에게 비용을 청구해야 합니다. 어떠한 서비스를 받거나 처방약을 받으실 때 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 가입자 ID 카드를 제시하십시오. 서비스 제공자(의사나 병원 등)가 해당 진료에 대해 플랜의 비용 분담액을

초과하여 가입자에게 청구한 경우 부적절한/부적합한 청구가 발생합니다. **청구서를 받았다면 고객 서비스부로 알려 주십시오.**

- Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 가입자는 저희 플랜이 보장하는 서비스를 받았을 때 자기부담금만 지불하면 됩니다. 저희는 이 금액 이상으로 서비스 제공자가 가입자에게 청구하는 것을 허용치 않습니다. 서비스 제공자가 청구하는 서비스 비용보다 저희가 적게 지불하는 경우에도 마찬가지입니다. 플랜이 일부 비용을 지급하지 않기로 결정할 경우, 가입자는 서비스 제공자에게 지급하지 않아도 됩니다.
- 네트워크 서비스 제공자로부터 예상보다 많은 금액을 지불해야 하는 청구서를 받은 경우, 저희에게 청구서를 보내 주십시오. 저희가 서비스 제공자에게 직접 연락해 이 문제를 처리할 것입니다.
- 네트워크 서비스 제공자가 보낸 청구서를 이미 지불했지만 너무 많이 지불했다고 생각하실 경우, 저희에게 해당 청구서와 지불 증빙 서류를 보내 주십시오. 가입자가 지불한 금액과 플랜에 따른 가입자 부담분 사이의 차액을 환급해 드릴 것입니다.

3. 처방전을 조제 받기 위해 네트워크 외부 약국을 이용하시는 경우

네트워크 외부 약국을 이용하시는 경우, 귀하는 처방약 비용 전액을 지불하셔야 합니다.

- 드물게 네트워크 외부 약국에서 구입한 처방약을 보장하는 경우가 있습니다. 플랜 분담액 환급을 요청할 때 영수증 사본을 저희에게 보내십시오.
- 네트워크 외부 약국에 대한 자세한 정보는 5장 A절을 참조해 주십시오.

4. 가입자 ID 카드를 휴대하고 있지 않아 처방 비용 전액을 귀하가 지불한 경우

귀하에게 가입자 ID 카드가 없는 경우, 해당 약국에 저희에게 전화로 연락하도록 요청하시거나, 귀하의 플랜 가입 정보를 조회해 보도록 요청하실 수 있습니다.

- 약국에서 그들이 필요로 하는 정보를 바로 찾지 못하면, 처방약 비용을 귀하 본인이 전액 지불하셔야 하는 경우도 있습니다.
- 플랜 분담액 환급을 요청할 때 영수증 사본을 저희에게 보내십시오.

5. 보장되지 않는 약의 처방 비용 전액을 지불하셔야 하는 경우

해당 의약품은 보장 대상이 아니기 때문에 처방 비용에 대해 전액을 부담하는 경우가 있습니다.

- 해당 의약품은 저희 플랜의 *보장 약 목록*(의약품 목록)에 수록되어 있지 않거나, 알지 못했던 요건이 있거나 비적용 대상이라고 생각했지만 가입자에게 적용되는 요건 또는 제한 사항이 있을 수도 있습니다. 약을 구입하기로 결정하시면 약 비용 전액을 지불하셔야 합니다.

  - 해당 의약품 비용을 가입자가 지불하는 것이 아니라 플랜이 보장해 주어야 한다고 생각하시면, 보장범위 결정을 요청하실 수 있습니다(9장, F절 참조).
  - 가입자와 담당 의사 또는 기타 처방자가 가입자에게 해당 의약품이 당장 필요하다고 생각한다면, 빠른 보장범위 결정을 요청하실 수 있습니다(9장 6절 참조).
- 환급을 요청할 때 영수증 사본을 저희에게 보내십시오. 일부 상황에서는 저희 분담액을 귀하에게 환급하기 위해 의사로부터 추가 정보를 얻어야 할 수 있습니다.

지급 요청서를 발송하면 저희는 요청서를 검토한 후 서비스나 의약품의 보장 여부를 결정할 것입니다. 이를 "보장범위 결정"이라고 합니다. 보장하기로 결정된 경우, 서비스나 의약품에 대한 저희 분담액을 지급할 것입니다. 가입자의 지급 요청을 거절할 경우, 가입자는 결정 사항에 대한 이의 제기를 할 수 있습니다.

이의 제기 방법은 9장 F절을 참조해 주십시오.

B. 지급 요청서 발송

청구서와 가입자가 지급한 증빙 자료를 저희에게 보내 주십시오. 지불하셨다는 증거 자료는 귀하가 작성하신 수표나 서비스 제공자가 발행한 영수증의 사본이 될 수 있습니다. **청구서와 영수증 사본을 만들어 기록을 남겨두는 것이 좋습니다.** 귀하의 케어 네비게이터에게 도움을 요청하실 수 있습니다.

결정을 내리는 데 필요한 모든 정보를 보내려면 클레임 양식을 작성하여 지급을 요청할 수 있습니다.

- 양식을 반드시 사용할 필요는 없지만 정보를 더 빠르게 처리하는 데 도움이 됩니다.
- 양식의 사본은 저희 웹사이트(www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect)에서 얻거나 고객 서비스부로 전화하여 양식을 요청할 수 있습니다.

지불 요청서와 청구서 또는 영수증은 우편을 통해 다음 주소로 발송해 주십시오.

Blue Shield of California Promise Health Plan
Customer Care Department
601 Potrero Grande Drive
Monterey Park, CA 91755

처방약 청구서:
Blue Shield of California
P.O. Box 52066
Phoenix, AZ 85072-2066

서비스, 항목 또는 의약품을 받은 날로부터 365일 이내에 청구서를 제출하셔야 합니다.

C. 보장범위 결정

가입자의 지급 요청이 있을 경우, 보장범위를 결정합니다. 즉, 가입자의 의료 서비스나 약을 저희 플랜이 보장할지 결정하는 것입니다. 가입자가 건강 관리나 의약품에 대해 부담할 금액도 결정합니다.

- 정보가 추가로 필요한 경우 가입자에게 알려드릴 것입니다.
- 의학적 치료나 약이 보장되는 것으로 결정하고 귀하가 치료나 약을 받기 위해 모든 규칙을 준수한 경우 플랜의 분담액을 지불할 것입니다. 서비스나 약 비용을 귀하가 이미 지불한 경우 플랜의 분담액 수표를 우편으로 보내드립니다. 서비스 또는 의약품에 대해 아직 지불하지 않은 경우, 저희가 서비스 제공자에게 직접 지불할 것입니다.

3장, B절에는 특정 서비스에 대해 보장을 받는 규칙이 설명되어 있습니다. 5장, A절에서 F절까지는 Medicare 파트 D 처방약을 보장 받기 위한 규칙을 설명합니다.

- 서비스 또는 의약품에 대한 플랜 부담분을 지급하지 않기로 결정한 경우, 그 이유를 설명하는 안내문을 발송합니다. 이 서신에서는 귀하의 이의 제기 권리도 설명됩니다.
- 보장범위 결정에 대해 자세히 알고 싶으시면 9장 D절을 참조해 주십시오.

D. 이의 제기

지급 요청을 거절한 결정이 플랜의 오류라고 생각할 경우, 플랜에 결정 사항을 변경하도록 요청할 수 있습니다. 이것은 이의 제기라고 합니다. 또한 플랜의 부담분 수준에 동의하지 않을 경우에도 이의 제기를 할 수 있습니다.

이의 제기 과정은 절차가 세부적이며 기한이 중요한 공식 과정입니다. 이의 제기에 대한 자세한 내용은 9장 D절 및 E절을 참조해 주십시오.

- 건강 관리 서비스에 대한 환급과 관련하여 이의 제기를 원하시면 178페이지를 확인해 주십시오.
- 의약품 비용 환급과 관련하여 이의 제기를 원하시면 178페이지를 확인해 주십시오.

8장: 귀하의 권리와 책임

서론

이 장에는 플랜 가입자의 권리와 책임에 대한 설명이 포함되어 있습니다. 저희는 가입자의 권리를 존중해야 합니다. *가입자 안내 책자*의 마지막 장에서는 주요 용어와 용어 정의가 알파벳 순서로 나와 있습니다.

목차

A. 가입자는 요구 사항을 충족하는 방식으로 정보를 얻을 권리를 가집니다 152

B. 가입자가 보장 서비스와 약을 시기 적절하게 이용할 수 있도록 할 플랜의 의무 159

C. 가입자의 비공개 건강 정보(PHI)의 프라이버시와 보안을 유지할 플랜의 책임 160

C1. 가입자의 PHI 를 보호하는 방법 160

C2. 귀하는 귀하의 의료 기록을 열람을 권리가 있습니다 160

C3. 가입자는 특정 방법으로 연락하거나 다른 주소로 우편 발송을 하도록 요청할 권리를 가집니다. 161

C4. 가입자는 당사가 사용하고 공유하는 정보를 제한하도록 요청할 권리를 가집니다. 161

C5. 가입자는 대리인을 지정할 권리를 가집니다. 161

D. 가입자에게 플랜, 네트워크 서비스 제공자 및 가입자의 보장 서비스에 대한 정보를 제공해야 할 플랜의 의무 161

E. 네트워크 서비스 제공자의 가입자에 대한 직접 청구 금지 162

F. Cal MediConnect Plan 을 탈퇴할 가입자의 권리 162

G. 가입자는 자신의 건강 관리에 대해 결정할 권리가 있습니다. 163

G1. 가입자는 치료 옵션에 대해 알 권리가 있으며 자신의 건강 관리에 대해 결정할 권리가 있습니다. 163

G2. 가입자는 스스로 건강 관리에 관한 결정을 내릴 수 없는 경우 어떻게 하고 싶은지를 말할 권리가 있습니다. 164

G3. 귀하의 지침이 준수되지 않는 경우의 대처 164

H. 불만 사항을 제기하고 플랜이 내린 결정을 재고하도록 요청할 가입자의 권리 165

H1. 부당한 대우를 받고 있다고 생각되거나 가입자의 권리에 대한 자세한 정보가 필요한 경우에는 어떻게 해야 하나요? 165

I. 플랜 가입자로서의 권리 165

A. 가입자는 요구 사항을 충족하는 방식으로 정보를 얻을 권리를 가집니다

당사는 가입자가 이해할 수 있는 방법으로 플랜의 혜택 및 가입자 권리를 설명해야 합니다. 또한 가입자가 저희 플랜에 가입한 후 매년 가입자의 권리에 대해 알려야 합니다.

- To get information in a way that you can understand, call Customer Care. Our plan has people who can answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in formats such as large print, braille, or audio. Materials are available in Spanish, Vietnamese, Chinese, Armenian, Russian, Tagalog, Korean, Farsi, Arabic, Hmong, and Cambodian.
    - You can make a standing request to get this document in a language other than English or in an alternate format now and in the future. To make a request, please contact Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan Customer Care.
    - Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan Customer Care will keep your preferred language and format on file for future communications. To make any updates on your preference, please contact Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

If you are having trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). You-can call 24 hours a day, 7 days a week. TTY users should call 1-877-486-2048. For Medi-Cal benefits, you can also ask for a State Hearing if the health plan denies, reduces, or ends services you think you should get. To ask for a Medi-Cal State Hearing and file a complaint, call 1-800-952-5253. TTY users should call 1-800-952-8349.

- Estamos obligados a darle información sobre los beneficios del plan y sus derechos de una manera que usted pueda comprender. Estamos obligados a darle información sobre sus derechos todos los años en que usted sea miembro de nuestro plan.
- Para obtener información de una manera que usted pueda comprender, llame al Departamento de Servicios para los Miembros. Nuestro plan cuenta con personas que pueden responder preguntas en diferentes idiomas.
    - Nuestro plan también puede brindarle materiales en otros idiomas además del español y en formatos como letra grande, braille o audio. Para el condado de Los Angeles, los materiales están disponibles en inglés, vietnamita, chino, armenio, ruso, tagalo, coreano, farsi, árabe y camboyano. Para el condado de San Diego, los materiales están disponibles en inglés, vietnamita, tagalo y árabe. Puede realizar una solicitud permanente para recibir los materiales en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo ahora y en el futuro. Para realizar una solicitud, póngase en

contacto con el Departamento de Servicios para los miembros de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

- Si está teniendo inconvenientes para recibir información de nuestro plan por problemas relacionados con el idioma o con una discapacidad y desea presentar una queja, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para los beneficios de Medi-Cal, también puede pedir una Audiencia estatal imparcial si el plan de salud deniega, reduce o cancela servicios que usted cree que debería recibir. Para pedir una Audiencia estatal imparcial de Medi-Cal y presentar una queja, llame al 1-800-952-5253. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-952-8349.

我們必須用您能了解的方式，告訴您計劃的福利和您的權利。您加入本計劃期間，我們每年都必須把您的權利告訴您。

要以您能了解的方式取得資訊，請致電會員服務部。本計劃有專人能用各種語言回答您的 疑問。

- 本計劃也能向您提供英語以外其他語言的資料，並以大字體、盲人點字或語音等格式提供資料。在Los Angeles縣，可提供的資料語言有西班牙文、越南文、中文、亞美尼亞文、俄羅斯文、塔加洛文、韓文、法爾西文、阿拉伯文和柬埔寨文。在San Diego縣，可提供的資料語言有西班牙文、越南文、塔加洛文和阿拉伯文。您可來電Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.會員服務部，要求收到英語以外其他語言和 / 或其他格式的資料。您可以立即或在日後申請獲得英語以外的其他語言版本或備選格式的材料。如需申請，請聯絡第一健保(Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.)會員服務部。
- 如果您因為語言方面的問題或因為殘疾而無法自本計劃取得資訊，而您希望提出投訴，請致電聯邦醫療保健計劃(Medicare)，電話1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。每週七天辦公，每天24小時。聽障和語障人士可致電1-877-486-2048。關於Medi-Cal福利，如果健保計劃拒絕、縮減或終止您認為您應該可取得的服務時，您也可要求舉行州公平聽證會。如欲要求舉行Medi-Cal州公平聽證會和提出投訴，請致電1-800-952-5253。聽障和語障人士可致電1-800-952-8349。

- Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền lợi của chương trình và các quyền của quý vị theo cách thức quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền của quý vị vào mỗi năm quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.
- Để nhận được thông tin theo cách thức quý vị có thể hiểu được, vui lòng gọi ban Dịch vụ hội viên. Chương trình của chúng tôi có các nhân viên có thể trả lời các câu hỏi bằng các ngôn ngữ khác nhau.
  - Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị các tài liệu bằng các ngôn ngữ ngoài tiếng Anh và dưới các dạng như bản in cỡ lớn,

chữ nổi braille hoặc âm thanh. Đối với Quận Los Angeles, có sẵn các tài liệu bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt, tiếng Hoa, tiếng Armenia, tiếng Nga, tiếng Tagalog, tiếng Hàn, tiếng Farsi, tiếng Ả-rập và tiếng Cam-pu-chia. Đối với Quận San Diego, có sẵn các tài liệu bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt, tiếng Tagalog và tiếng Ả-rập. Quý vị cũng có thể yêu cầu nhận các tài liệu bằng các ngôn ngữ ngoài tiếng Anh và/hoặc dưới dạng khác bằng cách gọi cho ban Phục vụ hội viên của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

- Nếu quý vị đang gặp khó khăn khi nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi vì các vấn đề ngôn ngữ hoặc tình trạng khuyết tật và quý vị muốn nộp đơn khiếu nại, vui lòng gọi Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi 24 giờ một ngày, bảy ngày trong tuần. Người dùng TTY cần gọi số 1-877-486-2048. Đối với các quyền lợi Medi-Cal, quý vị cũng có thể yêu cầu Phiên điều trần công bằng cấp tiểu bang nếu các chương trình bảo hiểm y tế từ chối, giảm trừ hoặc chấm dứt các dịch vụ quý vị nghĩ rằng quý vị sẽ nhận được. Để yêu cầu Phiên điều trần công bằng cấp tiểu bang Medi-Cal và nộp đơn khiếu nại, vui lòng gọi số 1-800-952-5253. Người dùng TTY cần gọi số 1-800-952-8349.

- Մենք ծրագրի նպաստների և Ձեր իրավունքների մասին Ձեզ պետք է տեղեկացնենք Ձեզ հասկանալի եղանակով: Մենք Ձեր իրավունքների մասին Ձեզ պետք է տեղեկացնենք ամեն տարի, որ գտնվում եք մեր ծրագրում:
- Ձեզ հասկանալի եղանակով տեղեկություն ստանալու համար զանգահարեք մեր Անդամների սպասարկում: Մեր ծրագրում կան անձեր, ովքեր հարցերին կարող են պատասխանել տարբեր լեզուներով:
  - Մեր ծրագիրը կարող է նյութերը Ձեզ տալ նաև անգլերենից տարբեր լեզուներով և ձևաչափերով, ինչպես՝ խոշոր տպատառերով, Բրայլյան այբուբենով կամ ձայնագրված: Լոս Անջելես վարչաշրջանի համար նյութերը տրամադրելի են իսպաներենով, վիետնամերենով, չինարենով, հայերենով, ռուսերենով, տագալերենով, կորեերենով, պարսկերենով, արաբերենով և կամբոջերենով: Սան Դիեգո վարչաշրջանի համար նյութերը տրամադրելի են իսպաներենով, վիետնամերենով, տագալերենով և արաբերենով: Կարող եք նյութերը անգլերենից տարբեր լեզուներով և/կամ այլընտրական ձևաչափով ստանալու խնդրանք ներկայացնել զանգահարելով Blue Shield Promise Cal MediConnect ծրագրի Անդամների սպասարկում:
  - Եթե դժվարանում եք մեր ծրագրից տեղեկություն ստանալ լեզվական խնդիրների կամ հաշմանդամության պատճառով և ուզում եք գանգատ ներկայացնել, զանգահարեք Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) համարով: Կարող եք զանգահարել օրը 24 ժամ,

Շաբաթը յոթ օր: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 համարով: Medi-Cal-ի նպաստների համար, կարող եք նաև Նահանգային արդար լսում խնդրել, եթե առողջապահական ծրագիրը մերժի, նվազեցնի կամ դադարեցնի ծառայություններ, որոնք կարծում եք, որ պետք է ստանաք: Medi-Cal-ի Նահանգային արդար լսում խնդրելու և գանգատ ներկայացնելու համար, զանգահարեք 1-800-952-5253 համարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-952-8349 համարով:

- Мы обязаны рассказать вам в понятной для вас форме о преимуществах плана и ваших правах. Мы обязаны рассказывать вам о ваших правах ежегодно на протяжении вашего участия в нашем плане.
- Позвоните в Отдел обслуживания участников (Customer Care) для получения информации в понятной для вас форме. Сотрудники нашего плана могут ответить на ваши вопросы на разных языках.
  - Наш план может также предоставить вам материалы на других языках, помимо английского, напечатанные крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в аудио формате. Для округа Лос-Анджелес материалы доступны на испанском, вьетнамском, китайском, армянском, русском, тагальском, корейском, языке фарси, арабском и камбоджийском языках. Для округа Сан-Диего материалы доступны на испанском, вьетнамском, тагальском и арабском языках. Вы можете подать запрос на получение материалов на других языках, помимо английского, и/или в альтернативном формате, позвонив в Отдел обслуживания участников плана Blue Shield Promise Cal MediConnect.
  - Если у вас возникают проблемы с получением информации от нашего плана из-за языковых проблем или в связи с ограниченными возможностями, и Вы хотите подать жалобу, позвоните в программу Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Вы можете звонить по этому номеру 24 часа в сутки, без выходных. Пользователям линии TTY следует обращаться по номеру 1-877-486-2048. Одним из преимуществ программы Medi-Cal является то, что вы всегда можете подать запрос о проведении Объективного слушания дела на уровне штата (State Hearing), если план медицинского страхования отказывается от предоставления услуг, сокращает или прекращает предоставление услуг, которые, на ваш взгляд, должны быть вам предоставлены. Для подачи запроса о проведении Объективного слушания дела на уровне штата и обращения с жалобой звоните по номеру 1-800-952-5253.

Пользователям линии TTY следует обращаться по номеру 1-800-952-8349.

- Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa mga benepisyo ng plano at ang iyong mga karapatan sa paaraang mauunawaan mo. Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa iyong mga karapatan sa bawat taon na ikaw ay nasa aming plano.
- Upang makatanggap ng impormasyon sa paraang mauunawaan mo, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro. Ang aming plano ay may mga tauhan na makakasagot ng iyong mga tanong sa iba't ibang wika.
  - Maaari ka ring bigyan ng aming plano ng mga materyal na nasa iba't ibang wika maliban sa Ingles at sa mga format na tulad ng malaking print, braille o audio. Para sa Los Angeles County, mayroong mga materyal sa Spanish, Vietnamese, Chinese, Armenian, Russian, Tagalog, Korean, Farsi, Arabic at Cambodian. Para sa San Diego County, mayroong mga materyal sa Spanish, Vietnamese, Tagalog, Hmong at Arabic. Maaari kang maghain ng kahilingan para makatanggap ng mga materyal sa iba't ibang wika maliban sa Ingles at/o sa alternatibong format sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro ng Blue Shield Promise Cal MediConnect.
  - Kung nagkakaroon ka ng problema sa pagtanggap ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o sa isang kapansanan at gusto mong maghain ng reklamo, tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaari kang tumawag 24 na oras sa isang araw, pitong araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Para sa mga benepisyo ng Medi-Cal, maaari ka ring humiling para sa isang Patas na Pagdinig ng Estado kung tinanggihan, binawasan o tinapos ng planong pangkalusugan ang mga serbisyo na sa palagay mo ay dapat mong matanggap. Upang humiling sa Medi-Cal ng Patas na Pagdinig ng Estado at maghain ng reklamo, tumawag sa 1-800-952-5253. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-952-8349.

- 저희는 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 플랜의 혜택 및 귀하의 권리에 관해 귀하에게 설명해야 합니다. 저희는 귀하가 저희 플랜에 가입되어 있는 동안 매년 귀하의 권리에 관해 귀하에게 설명해야 합니다.
- 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 정보를 받으시려면 가입자 서비스에 전화하십시오. 저희 플랜에는 여러 가지 언어로 질문에 답변할 수 있는 직원들이 있습니다.
  - 저희 플랜은 또한 영어 이외의 언어로 된 자료 및 대형 활자 인쇄본, 점자 또는 오디오와 같은 형식으로 된 자료를 귀하에게 제공할 수 있습니다. Los Angeles 카운티 경우 자료들은 스페인어, 베트남어, 중국어, 아르메니아어,

러시아어, 타갈로그어, 한국어, 페르시아어, 아랍어 및 캄보디아어로 이용할 수 있습니다. 샌디에고 카운티의 경우 자료들은 스페인어, 베트남어, 타갈로그어 및 아랍어로 이용할 수 있습니다. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 가입자 서비스에 전화하시면 영어 이외의 언어로 된 자료 및/또는 다른 형식으로 된 자료를 요청하실 수 있습니다.

- 언어 문제 또는 장애로 인해 저희 플랜에서 정보를 받는데 문제가 있고 이에 대한 불만을 접수하시려면 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)번으로 Medicare에 전화하십시오. 주 7일, 24시간 동안 언제든지 전화하실 수 있습니다. TTY 이용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오. Medi-Cal 혜택의 경우 귀하가 받아야 한다고 생각하는 서비스를 건강보험에서 거부, 축소 또는 종료한 경우 귀하는 주정부 공정심의회를 요청하실 수 있습니다. 주정부 공정심의회 요청 및 불만 접수를 하시려면 1-800-952-5253번으로 전화하십시오. TTY 이용자는 1-800-952-8349 번으로 전화하십시오.

ما باید موضوعات مربوط به مزایای برنامه درمانی و حقوق شما را به صورتی بیان کنیم که برایتان قابل فهمیدن باشد. ما باید حقوق شما را در هر سالی که در برنامه درمانی عضویت دارید برایتان توضیح دهیم.

- برای دریافت اطلاعات به صورتیکه برایتان قابل فهمیدن باشد، با خدمات اعضا تماس بگیرید. برنامه درمانی ما اشخاصی را در استخدام دارد که می توانند به سؤالات به زبان های گوناگون پاسخ دهند.
- برنامه درمانی ما می تواند اطلاعات را به زبان هایی به غیر از انگلیسی و به فرمت هایی از قبیل چاپ درشت، بریل یا صوتی نیز به شما ارائه کند. برای کانتی لس آنجلس، اطلاعات به زبان های اسپانیایی، ویتنامی، چینی، ارمنی، روسی، تاگالوگ، کره ای، فارسی، عربی و کامبوجی موجود هستند. برای کانتی سن دیاگو، اطلاعات به زبان های اسپانیایی، ویتنامی، تاگالوگ و عربی موجود می باشند. توسط تماس با خدمات اعضای Blue Shield Promise Cal MediConnect Planمی توانید درخواست کنید که نشریات را به زبان های دیگری به غیر از انگلیسی و/یا فرمت متفاوتی دریافت کنید.
- اگر به خاطر مشکلات زبانی یا معلولیت در دریافت اطلاعات از برنامه درمانی ما با مشکلی مواجه هستید و می خواهید شکایتی را تسلیم کنید، باMedicare به شماره(1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. می توانید در 24 ساعت شبانروز و هفت روز هفته تماس بگیرید. کاربرانTTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. برای مزایای Medi-Cal، *اگر برنامه درمانی از ارائه خدماتی که فکر می کنید باید دریافت کنید امتناع کرد، آنها را کاهش یا خاتمه داد، می توانید برای دادرسی عادلانه ایالتی نیز درخواست کنید. برای درخواست دادرسی عادلانه ایالتیMedi-Cal و تسلیم شکایت، با شماره* 1-800-952-5253 *تماس بگیرید. کاربران*TTY *باید با شماره* 1-800-952-8349 *تماس بگیرند.*

យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នក អំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់គំរោង និងសិទ្ធិរបស់អ្នក ក្នុងរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន។ យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នក អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក ជារៀងរាល់ឆ្នាំ ថាអ្នកនៅក្នុងគំរោងរបស់យើង។

- ដើម្បីទទួលព័ត៌មាន ក្នុងរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរស័ព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក។ គំរោងរបស់យើងមានមនុស្សដែលអាចឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សេងៗ។
- គំរោងរបស់យើង ក៏អាចឲ្យសំភារៈទៅអ្នក ជាភាសាផ្សេងទៀតក្រៅពីអង់គ្លេស និងជាទំរង់ដូចជាអក្សរពុម្ពធំៗ អក្សរប្រ៊ែល ឬថាសសំឡេងជាដែរ។ សំរាប់ខោនធី Los Angeles សំភារៈគឺមានជា ភាសាអេស្ប៉ាញ,វៀតណាម, ចិន, អាមេនី, រូស្ស៊ី, តាហ្គាឡុក, កូរេ, ហ្វាស៊ី, អារ៉ាប់, និង ខ្មែរ។ សំរាប់ខោនធី San Diego សំភារៈគឺមានជាភាសាអេស្ប៉ាញ, វៀតណាម, តាហ្គាឡុក, និង អារ៉ាប់។ អ្នកអាចស្នើសុំទទួលសំភារៈជាភាសាផ្សេងទៀតក្រៅពីអង់គ្លេស និង/ឬ ជាទំរង់ផ្សេងទៀត ដោយទូរស័ព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan។
- បើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលព័ត៌មានពីគំរោងរបស់យើង ពីព្រោះបញ្ហាខាងភាសា ឬភាពពិការ ហើយអ្នក ចង់ប្តឹងបណ្តឹង សូមទូរស័ព្ទទៅ Medicare តាមលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកអាចទូរស័ព្ទទៅ 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ ប្រាំពីរថ្ងៃមួយអាទិត្យ។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែហៅលេខ 1-877-486-2048។ សំរាប់ អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal អ្នកក៏អាចស្នើសុំសវនាការយុត្តិធម៌ផងដែរ បើគំរោងសុខភាព បដិសេធ កាត់បន្ថយ ឬបញ្ចប់សេវា ដែលអ្នកគិតថាអ្នកគួរតែទទួល។ ដើម្បីស្នើសុំរដ្ឋសវនាការយុត្តិធម៌ Medi-Cal និងប្តឹងបណ្តឹង សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-952-5253។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែហៅលេខ 1-800-952-8349។

يجب علينا إخبارك بمزايا الخطة وبحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. ويجب علينا إخبارك بحقوقك في كل سنة تشترك فيها في خطتنا.

- للحصول على المعلومات بطريقة يمكنك فهمها، يُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء. تتضمن الخطة أشخاصًا يمكنهم الإجابة على الاستفسارات بمختلف اللغات.
- يمكن أن توفر الخطة أيضًا موادًا بلغات مختلفة خلاف اللغة الإنجليزية وبتنسيقات مختلفة مثل، الطباعة بأحرف كبيرة أو بطريقة برايل أو كمواد سمعية. وبالنسبة لمقاطعة لوس أنجلوس، تتوفر المواد باللغات الإسبانية والفيتنامية والصينية والأرمينية والروسية والتاجالوجية والكورية والفارسية والعربية والكمبودية. وبالنسبة لمقاطعة سان دييغو، تتوفر المواد باللغات الإسبانية والفيتنامية والتاجالوجية والعربية. ويمكنك تقديم طلب للحصول على المواد بلغات أخرى خلاف اللغة الإنجليزية و/أو بالتنسيقات البديلة عن طريق الاتصال بقسم خدمات الأعضاء التابع لخطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.
- الاتصال إذا كنت تواجه مشكلة في الحصول على المعلومات من الخطة بسبب مشاكل اللغة أو الإعاقة وترغب في تقديم شكوى، يُرجى ببرنامج Medicare على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE.ويرجى العلم بأنَّ إمكانية الاتصال متاحة على مدار 24 ساعة ولمدة 7 ايام في الاسبوع. (TTY)وعلى مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. وبالنسبة للمشاكل المتعلقة بمزايا برنامج Medi-Cal، يمكنك أيضًا طلب عقد جلسة استماع عادلة بالولاية إذا قامت الخطة برفض أو تخفيض أو إيقاف توفير خدمات تعتقد بأنَّه يحق لك الحصول عليها. ولطلب عقد جلسة استماع عادلة بالولاية خاصة ببرنامج Medi-Cal وتقديم شكوى، يمكنك الاتصال على الرقم 1-800-952-5253. وعلى مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-800-952-8349.

B. 가입자가 보장 서비스와 약을 시기 적절하게 이용할 수 있도록 할 플랜의 의무

적절한 시간 내에 서비스를 받지 못한다면 저희 플랜이 네트워크 외부 서비스 비용을 지불해야 합니다.

플랜 가입자로서의 혜택:

- 가입자는 플랜 네트워크에서 주치의(PCP)를 선택할 권리를 가집니다. 네트워크 서비스 제공자는 저희 플랜과 업무 협조 관계에 있는 서비스 제공자입니다. PCP 역할을 할 수 있는 서비스 제공자의 유형과 PCP 선택 방법에 대한 자세한 정보는 3장 D절에서 확인하실 수 있습니다.
  - 고객 서비스부로 연락하거나 *서비스 제공자 및 약국 명부*를 확인하여 네트워크 서비스 제공자와 신규 환자를 받는 의사에 대해 알아보십시오.
- 여성 가입자는 진료 추천을 받지 않고도 여성 의료 전문가를 방문할 권리를 가집니다. 진료 추천은 PCP가 다른 의사의 진료를 받도록 승인하는 것입니다.
- 귀하는 합리적인 시간 내에 네트워크 서비스 제공자로부터 보장범위의 서비스를 받을 권리가 있습니다.
  - 여기에는 전문의로부터 적시의 서비스를 받을 수 있는 권리가 포함됩니다.
- 가입자는 사전 승인 없이 긴급하게 필요한 응급 서비스나 응급 진료를 받을 권리를 가집니다.
- 귀하는 오랜 지연 없이 당사의 네트워크 약국 어디에서든 처방전을 조제 받을 수 있는 권리가 있습니다.
- 가입자는 네트워크 외부 서비스 제공자를 이용할 수 있는 경우에 대해 알 권리를 가집니다. 네트워크 외부 서비스 제공자에 대한 정보는 3장, D절을 참조해 주십시오.
- 당사의 플랜에 최초 가입하는 가입자는 특정 기준에 부합할 경우, 최대 12개월 동안 현재의 서비스 제공자 및 서비스 허가를 유지할 권리가 있습니다. 서비스 제공자 및 서비스 허가를 유지하는 것에 대한 자세한 정보는 1장, F절을 참조해 주십시오.
- 가입자는 관리 팀 및 케어 네비게이터의 도움을 받아 자기 주도적으로 건강 관리를 지시할 수 있습니다.

9장, A절과 B절에서는 합리적 시간 내에 서비스, 항목 또는 의약품이 제공되지 않고 있다고 생각되는 경우, 가입자가 할 수 있는 조치를 설명합니다. 9장, E절에서 J절까지는 당사가 가입자의 서비스 또는 의약품에 대한 보장을 거부하고 가입자는 당사의 결정에 동의하지 않을 경우 가입자가 취할 수 있는 조치에 대해 설명하고 있습니다.

C. 가입자의 비공개 건강 정보(PHI)의 프라이버시와 보안을 유지할 플랜의 책임

저희는 연방 법과 주 법이 요구하는 바에 따라 귀하의 개인 건강 정보를 보호합니다.

가입자의 PHI에는 가입자가 플랜에 가입할 때 제공했던 정보가 포함되어 있습니다. 또한 가입자의 의료 기록 및 기타 의료 정보와 건강 정보가 포함되어 있습니다.

가입자는 정보를 얻을 권리와 자신의 PHI가 사용되는 방법을 통제할 권리를 가집니다. 저희는 이러한 권리에 대해 설명하고 가입자의 PHI를 보호하는 방법에 대해 설명한 안내서를 가입자에게 제공합니다. 이러한 안내서를 "개인정보 보호 관행 고지"라고 합니다.

C1. 가입자의 PHI를 보호하는 방법

당사는 허가받지 않은 사람이 귀하의 기록을 열람하거나 변경할 수 없도록 하고 있습니다.

대부분의 경우, 당사는 가입자를 진료하거나 가입자의 치료비를 지불하지 않는 대상에게 가입자의 PHI를 제공하지 않으며, 법률에 따라 가입자의 PHI를 제공해야 하는 경우 또는 가입자나 법적 대리인이 승인한 경우가 아니라면 가입자의 PHI를 제공하지 않습니다. 예외적으로 정보를 제공해야 하는 경우, 당사는 먼저 귀하의 서면 허가를 구해야 합니다. 서면 허가는 귀하 또는 귀하를 대신해 결정할 수 있는 법적 권한이 있는 사람이 해줄 수 있습니다.

귀하의 서면 허가를 우선적으로 구해야 할 필요가 없는 특정한 경우가 있습니다. 그러한 예외는 법의 허용이나 요구에 따른 것입니다. 전체 목록은 개인정보 보호정책 고지를 참조해 주십시오.

- 당사는 당사의 의료 품질을 점검하는 정부 기관에 PHI를 공개해야 합니다.
- 당사는 공중보건 및 안전 문제를 지원하기 위해 건강 정보를 공유해야 합니다.
- 저희는 법원 명령 또는 행정 명령에 따라 PHI를 공개해야 합니다.
- 당사는 노인 학대 또는 방치가 의심될 경우 신고하거나, 학대, 방치 또는 가정 폭력의 피해자를 파악하기 위해 PHI를 해당 기관에 공개해야 합니다.
- 또한 Medicare에 가입자의 PHI를 제공해야 합니다. Medicare가 연구 또는 기타 용도로 가입자의 PHI를 공개하는 경우, 그러한 공개는 연방법에 따라 시행됩니다.

C2. 귀하는 귀하의 의료 기록을 열람을 권리가 있습니다.

- 귀하는 귀하에 관한 의료 기록을 열람하고 귀하의 기록 사본을 얻을 권리가 있습니다. 건강 및 청구 기록의 요약본 사본은 요청일로부터 30일 이내에 제공해 드립니다. 저희 플랜은 가입자의 의료 기록 사본을 만드는 적절한 비용을 가입자에게 부과할 수 있습니다.
- 가입자는 본인의 의료 기록 및 청구 기록이 잘못되었거나 불완전하다고 생각할 경우 수정하도록 요구할 권리를 가집니다. 요청 사항을 "거절"할 수도 있지만 이 경우 60일 이내에 서면으로 이유를 설명할 것입니다.

- 가입자는 본인의 건강 정보를 공유한 대상과 시기, 공유한 이유에 대한 목록을 6년 이전의 기간까지 요청하여 본인의 PHI를 외부와 공유하는지의 여부와 공유 방법에 대해 알 권리를 가집니다. 당사는 치료, 지불, 의료 운영, 기타 공개 사항(가입자가 요청한 정보 등)에 대한 정보를 제외하고 모든 공개 사항을 포함시킬 것입니다. 계정당 1년에 1회 무료로 제공하지만 12개월 이내에 다시 요청할 경우, 적절한 비용을 청구합니다.

C3. 가입자는 특정 방법으로 연락하거나 다른 주소로 우편 발송을 하도록 요청할 권리를 가집니다.

- 가입자는 비공개 커뮤니케이션을 요청할 권리를 가집니다.
- 요청 사항을 "거절"할 수도 있지만 이 경우 60일 이내에 서면으로 이유를 설명할 것입니다.

C4. 가입자는 당사가 사용하고 공유하는 정보를 제한하도록 요청할 권리를 가집니다.

- 가입자는 치료법에 대한 특정 건강 정보, 지불 또는 플랜의 운영 등에 대한 정보를 사용 또는 공유하지 않도록 요청할 권리를 가집니다.
- 요청 사항에 반드시 동의하지 않아도 되지만 가입자 치료에 영향을 줄 수 있는 경우 "거절"할 수 있습니다.

C5. 가입자는 대리인을 지정할 권리를 가집니다.

- 가입자가 타인에게 의료 서비스 위임의 권한을 부여했거나 법적 대리인이 있을 경우, 그 사람이 가입자의 권리를 행사하고 건강 정보에 대한 선택을 할 수 있습니다.

본인의 PHI 프라이버시에 대해 질문이나 문제가 있을 경우, Blue Shield of California 프라이버시 담당실에 1-888-266-8080번으로 전화해 주십시오.

D. 가입자에게 플랜, 네트워크 서비스 제공자 및 가입자의 보장 서비스에 대한 정보를 제공해야 할 플랜의 의무

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan의 가입자는 당사를 통해 정보를 제공 받을 권리를 가집니다. 영어를 사용하지 않을 경우, 저희 의료 플랜에 대한 가입자의 질문에 답변해줄 통역 서비스가 있습니다. 통역사가 필요한 경우 1-855-905-3825(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m.에 연락해 주십시오. 이러한 서비스는 무료입니다. *가입자 안내 책자*와 기타 중요한 서면 자료는 영어 이외의 언어로도 제공될 수 있습니다. 자료는 스페인어, 베트남어, 아랍어, 중국어, 아르메니아어, 러시아어, 타갈로그어, 한국어, 페르시아어, 흐몽어, 캄보디아어로도 제공될 수 있습니다. 당사는 정보를 대형 활자 인쇄본, 점자 및 오디오 형식으로도 제공할 수 있습니다.

다음 사항 중 필요한 정보가 있으면 고객 서비스부에 연락해 주십시오.

- 플랜을 선택 또는 변경하는 방법

- 다음을 포함한 당사의 플랜:
  - 재무 정보
  - 플랜 가입자들의 플랜에 대한 평가
  - 가입자에 의한 이의 제기 횟수
  - 플랜 탈퇴 방법
- 다음을 포함한 네트워크 서비스 제공자 및 네트워크 약국:
  - 주치의 선택 및 변경 방법
  - 당사의 네트워크 제공자 및 약국의 자격 요건
  - 당사가 네트워크에 속한 서비스 제공자에게 비용을 지불하는 방식
- 보장되는 서비스 및 의약품 및 준수해야 하는 규칙:
  - 플랜이 보장하는 서비스 및 의약품
  - 의약품 및 보장범위 한도
  - 보장 서비스와 의약품을 제공 받기 위해 준수해야 하는 규칙
- 특정 대상이 보장되지 않는 이유와 다음에 대한 요청을 포함해 귀하가 취할 수 있는 조치:
  - 보장되지 않는 이유를 서면으로 설명
  - 플랜의 결정 사항 변경
  - 가입자가 수령한 청구서 납부

E. 네트워크 서비스 제공자의 가입자에 대한 직접 청구 금지

네트워크 소속 의사, 병원 및 기타 서비스 제공자는 보장 서비스에 대해 가입자에게 지급하도록 할 수 없습니다. 또한 서비스 제공자가 저희에게 청구한 비용보다 적은 금액을 지불하더라도 가입자에게 청구할 수 없습니다. 네트워크 서비스 제공자가 보장 서비스 비용을 청구할 때 해야 할 일은 7장을 참조해 주십시오.

F. Cal MediConnect Plan을 탈퇴할 가입자의 권리

원치 않으시면, 누구도 귀하의 플랜 가입 유지를 강제할 수 없습니다.

- 가입자는 대부분의 건강 관리 서비스를 Original Medicare 또는 Medicare Advantage 플랜을 통해 이용할 권리를 가집니다.

- Medicare 파트 D 처방약 혜택은 처방약 플랜이나 Medicare Advantage 플랜을 통해 받을 수 있습니다.
- 가입자가 새로운 Medicare Advantage 또는 처방약 혜택 플랜에 가입할 수 있는 시기에 대한 자세한 정보는 10장을 참조해 주십시오.
- 가입자의 Medi-Cal 혜택은 가입자가 이 카운티에서 이용 가능한 다른 플랜을 선택한 경우가 아니라면 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 을 통해 계속 제공됩니다.

G. 가입자는 자신의 건강 관리에 대해 결정할 권리가 있습니다.

G1. 가입자는 치료 옵션에 대해 알 권리가 있으며 자신의 건강 관리에 대해 결정할 권리가 있습니다.

귀하는 서비스를 받을 때 담당 의사 및 기타 의료 제공자로부터 정보 일체를 받을 권리가 있습니다. 담당 제공자는 가입자의 상태와 치료 옵션에 대해 가입자가 이해할 수 있는 방식으로 설명해야 합니다. 귀하는 다음에 대한 권리가 있습니다.

- **귀하의 선택안을 알아두십시오.** 귀하는 모든 종류의 치료에 대해 알 권리가 있습니다.
- **위험을 알아두십시오.** 귀하는 수반되는 모든 위험에 대해 알 권리가 있습니다. 서비스나 치료가 연구 실험의 일부인 경우 이것을 미리 통보 받아야 합니다. 귀하는 실험 차원의 치료를 거부할 권리가 있습니다.
- **귀하는 이차 소견을 구하십시오.** 가입자는 치료에 대한 결정에 앞서 또 다른 의사에게서 진료를 받을 권리가 있습니다.
- **"거절"**할 권리. 가입자는 치료를 거절할 권리를 가집니다. 여기에는 가입자의 의사가 병원이나 기타 의료 시설을 떠나지 않도록 권고하는 경우에도 가입자가 원하면 떠날 수 있는 권리도 포함됩니다. 또한 처방약 복용을 중단할 권리도 가집니다. 가입자가 치료를 거부하거나 처방약 투약을 중단하더라도 플랜에서 탈퇴되지 않습니다. 그러나 치료를 거부하거나 투약을 중단하는 경우, 귀하에게 발생한 일에 대한 모든 책임은 전적으로 귀하에게 있습니다.
- **서비스 제공자가 치료를 거절한 이유를 문의하십시오.** 보장된다고 생각한 치료를 서비스 제공자가 거절할 경우, 그 이유를 설명 받을 권리를 가집니다.
- **가입자는 플랜이 거부했거나 또는 통상 보장되지 않은 서비스 또는 의약품을 보장하도록 요청하십시오.** 이를 "보장범위 결정"이라고 합니다. 9장 D, E 및 F절은 보장범위 결정을 플랜에 요청하는 방법을 설명합니다.

G2. 가입자는 스스로 건강 관리에 관한 결정을 내릴 수 없는 경우 어떻게 하고 싶은지를 말할 권리가 있습니다.

가끔씩 스스로 건강 관리에 관한 결정을 내리지 못하는 경우가 있습니다. 그런 일이 일어나기 전에 귀하는:

- **타인이 본인의 의료 서비스에 대한 결정을 내릴 권리를 부여**하려면 양식을 작성해야 합니다.
- 본인이 의사 결정을 내릴 수 없는 상황이 발생할 때 원하는 치료에 대한 **의향서를 의사에게 제공합니다.**

귀하의 지침을 전달하는 데 사용될 수 있는 법적 문서는 사전 의료 지시서라고 합니다. 사전 의료 지시서의 종류는 다양하며 이를 부르는 명칭 또한 상이합니다. 그러한 예에는 생존유서 및 의료 서비스 위임장이 포함됩니다.

사전 의료 지시서를 반드시 사용할 필요는 없지만 원하시면 하실 수 있습니다. 다음은 이용 방법입니다.

- **양식을 입수.** 양식은 주치의, 변호사, 법률 서비스 기관 또는 사회 복지사를 통해 구하실 수 있습니다. 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)처럼 Medicare 또는 Medi-Cal에 대한 정보를 제공하는 기관도 사전 의료 지시서 양식을 구비해 두는 경우가 있습니다. 고객 서비스부에 연락하여 양식을 요청하실 수도 있습니다.
- **양식을 작성하고 서명하십시오.** 이 양식은 법적 문서입니다. 양식 작성 시 변호사의 도움을 받는 것에 대해 고려하셔야 합니다.
- **이 양식에 대해 알아 두어야 하는 사람들에게 사본을 배부하십시오.** 가입자는 주치의에게 양식 사본을 제공해야 합니다. 또한 귀하를 대신해 결정하도록 지정한 사람에게도 사본을 제공해야 합니다. 가까운 친구나 가족에게도 사본을 제공하실 수 있습니다. 사본은 반드시 집에 보관해 두십시오.
- 입원할 예정이며 사전 의료 지시서에 서명한 상태라면, **사본을 병원에 가져가십시오.**
  - 병원 측에서는 귀하에게 사전 의료 지시서에 서명했는지, 그리고 지시서 지참 여부를 물을 것입니다.
  - 사전 의료 지시서에 아직 서명하지 않은 경우, 병원에는 해당 양식이 있으니 귀하가 서명을 원하는지 물을 것입니다.

사전 의료 지시서 작성 여부는 귀하의 선택임을 명심하십시오.

G3. 귀하의 지침이 준수되지 않는 경우의 대처

사전 의료 지시서에 서명했지만 담당 의사 또는 병원이 지시 사항을 따르지 않았다고 생각하는 경우, 불만을 제기하려면 캘리포니아주 Quality Improvement Organization(QIO)인 Livanta BFCC-QIO Program에 1-877-588-1123번으로 접수해 주십시오(TTY: 711 또는 1-855-887-6668).

H. 불만 사항을 제기하고 플랜이 내린 결정을 재고하도록 요청할 가입자의 권리

9장 D절에서 F절에서는 가입자가 보장 서비스 및 치료에 대해 문제나 우려가 있는 경우 취할 수 있는 조치를 설명하고 있습니다. 예컨대 가입자는 당사에 보장범위 결정을 요청하거나 당사에 대한 이의 제기를 통해 보장범위 결정을 변경하도록 하거나 또는 불만 사항을 제기할 수 있습니다.

가입자는 다른 가입자가 플랜을 상대로 제기했던 이의 제기와 불만 사항에 대한 정보를 얻을 권리가 있습니다. 이러한 정보가 필요한 경우, 고객 서비스부에 전화해 주십시오.

H1. 부당한 대우를 받고 있다고 생각되거나 가입자의 권리에 대한 자세한 정보가 필요한 경우에는 어떻게 해야 하나요?

부당한 대우를 받았다고 생각하며 11장에 명시된 차별 사유에 해당하지 **않거나**, 가입자 권리에 대한 자세한 정보를 원하는 경우, 다음으로 전화하여 도움을 받을 수 있습니다.

- 고객 서비스부.
- 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 이 기관에 대한 상세 정보 및 연락 방법은 2장, E절을 참조해 주십시오.
- Cal MediConnect 옴부즈 프로그램. 이 기관에 대한 상세 정보 및 연락 방법은 2장 I절을 참조해 주십시오.
- 주 7일 하루 24시간 언제든 Medicare 전화 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오. (또한 Medicare 웹사이트 www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf에 있는 "Medicare 권리 및 보호"를 읽어보거나 다운로드할 수도 있습니다.)

I. 플랜 가입자로서의 권리

플랜의 가입자는 아래에 열거된 항목을 이행해야 할 책임이 있습니다. 궁금하신 사항은 고객 서비스부로 문의해 주십시오.

- **보장 서비스 및 의약품을 받기 위해 준수해야 할 규칙이 무엇인지 확인하시려면** *가입자 안내 책자*를 읽어보시기 바랍니다. 가입자의 다음에 대한 상세 정보:
  - 보장 서비스, 3장 및 4장 참조. 이러한 장에서는 보장되는 서비스와 보장되지 않는 서비스, 반드시 준수해야 할 규칙 및 납부 대상을 설명합니다.
  - 보장 의약품, 5장 및 6장 참조.
- **저희에게 갖고 계신 기타 모든 건강 보험 또는 처방약 보험에 대해 알려주십시오.** 가입자가 건강 관리 서비스를 받을 때 당사는 가입자가 모든 보장 옵션을 이용하도록

해야 합니다. 다른 보장을 받고 계신 경우에는 고객 서비스부로 연락해 주시기 바랍니다.

- 담당 의사와 기타 건강 관리 제공자에게 **저희 플랜에 가입한 것을 알려 주십시오.** 서비스 또는 의약품을 받을 때마다 가입자 ID 카드를 제시해 주십시오.
- 담당 의사와 기타 건강 관리 제공자가 가입자에게 최상의 의료 서비스를 제공할 수 있도록 **협조해 주십시오.**
  - 서비스 제공자에게 가입자와 가입자의 건강에 대해 필요로 하는 정보를 제공해 주십시오. 귀하의 건강 문제에 관해 가능한 한 많이 확인해 주십시오. 귀하와 서비스 제공자가 동의한 치료 계획 및 지침을 따르십시오.
  - 가입자가 현재 쓰고 있는 모든 약에 대해 담당 의사와 기타 서비스 제공자에게 알려 주십시오. 여기에는 처방약, 처방전 없이 구입 가능한 약, 비타민 및 보충제가 포함됩니다.
  - 궁금한 사항이 있으면 반드시 질문하십시오. 담당 의사 및 기타 서비스 제공자는 가입자가 이해할 수 있는 방법으로 설명해야 합니다. 질문한 뒤 질문에 대한 답변이 이해되지 않으면 다시 질문해 주십시오.
- **사려 깊은 모습을 보여주십시오.** 저희는 모든 가입자가 다른 가입자의 권리를 존중해 주시기를 바랍니다. 또한 의사 진료소, 병원, 기타 서비스 제공자의 진료소에서 가입자가 타인을 존중하며 행동해 주시기를 기대합니다.
- **귀하의 몫을 지불해 주십시오.** 플랜 가입자로서 귀하는 다음 비용을 지급할 책임이 있습니다.
  - Medicare 파트 A와 Medicare 파트 B 보험료. 대부분의 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 가입자의 경우, Medi-Cal이 가입자의 파트 A 보험료와 파트 B 보험료를 지급합니다.
  - 플랜이 보장하는 일부 장기 서비스 및 지원 또는 의약품의 경우, 가입자는 서비스 또는 약을 구입할 때 가입자 부담금을 지불해야 합니다. 이것을 자기부담금(고정 금액) **또는** 공동보험액(총 비용의 특정 비율)이라 합니다. 4장에서는 장기 서비스 및 지원에 대해 지불해야 할 금액을 설명합니다. 6장, D절은 의약품에 대해 가입자가 지불해야 할 금액을 설명하고 있습니다.
  - **플랜에서 보장되지 않는 서비스나 의약품을 받은 경우, 전액을 직접 지불해야 합니다.** 특정 서비스나 의약품을 보장하지 않는다는 플랜의 결정 사항에 동의하지 않을 경우, 이의 제기를 할 수 있습니다. 이의 제기 방법에 관한 정보를 원하시면 9장 D절-J절을 참조하실 수 있습니다.
- **이사를 가시는 경우 저희에게 알려주십시오.** 이사가 예정되어 있다면, 반드시 즉시 알려주셔야 합니다. 고객 서비스부로 전화해 주십시오.

- **서비스 지역 외부로 이사할 경우, 플랜 가입을 지속할 수 없습니다.** 서비스 지역 내에 거주하는 사람만 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan에 가입할 수 있습니다. 1장, D절에서는 서비스 지역에 대해 설명합니다.
- 가입자가 서비스 지역 외부로 이사하는지의 여부를 확인해드릴 수 있습니다. 특별 가입 기간에 새로 이사한 장소에서 Original Medicare로 전환하거나 Medicare 건강 플랜 또는 처방약 플랜에 가입할 수 있습니다. 새로운 지역에서 플랜이 있는지 가입자에게 알려 드릴 수 있습니다.
- 또한 이사할 때 Medicare 및 Medi-Cal에 반드시 새 주소지를 알려주도록 하십시오. Medicare 및 Medi-Cal의 전화번호는 2장, G절 및 H절을 참조해 주십시오.
- **서비스 지역 내에서 이사하시는 경우에도 알려 주셔야 합니다.** 저희는 가입자 기록을 최신 상태로 유지해 귀하께 연락을 취할 수 있어야 합니다.

- 궁금한 사항이나 문제가 있을 경우 고객 서비스부에 연락하여 도움을 요청하십시오.

9장: 문제나 불만 사항이 있을 경우 해야 할 일(보장범위 결정, 이의 제기, 불만 제기)

서론

이 장에는 가입자의 권리에 대한 정보가 포함되어 있습니다. 이 장을 잘 읽고 다음에 해당하는 경우 해야 할 일에 대해 알아보십시오.

- 플랜과 관련된 문제가 있거나 불만이 있을 경우.
- 플랜이 부담하지 않는다는 서비스, 항목 또는 의약품이 필요한 경우.
- 플랜이 가입자의 치료에 대해 내린 결정에 동의하지 않는 경우.
- 보장 서비스가 너무 빨리 종료된다고 생각하는 경우.
- 다목적 시니어 서비스 프로그램(Multipurpose Senior Services Program, MSSP), 지역사회 기반 성인 서비스(Community Based Adult Services, CBAS), 간호 시설(Nursing Facility, NF) 등을 포함한 장기 서비스 및 지원에 대한 문제나 불만 사항이 있는 경우.

문제가 있을 경우, 이 장에서 현재 상황에 적용되는 부분을 읽어보아야 합니다. 이 장은 가입자가 찾는 대상을 쉽게 찾도록 여러 절로 세분화되어 있습니다.

건강 또는 장기 서비스 및 지원과 관련된 문제가 있는 경우

담당 의사 및 기타 서비스 제공자가 가입자의 의료 플랜의 일환으로서 가입자의 치료에 필요하다고 정한 건강 관리, 의약품, 장기 서비스 및 지원을 받아야 합니다. **치료와 관련된 문제가 있을 경우, Cal MediConnect 옴부즈 프로그램에 1-855-501-3077번으로 연락하여 도움을 요청할 수 있습니다.** 이 장에서는 다양한 문제 및 불만 사항에 대한 다양한 옵션에 대해 설명되어 있지만 언제든지 Cal MediConnect 옴부즈 프로그램에 연락하여 프로그램 이해를 위한 도움을 요청할 수 있습니다. 가입자의 문제를 해결하고 연락하는 방법에 대한 기타 리소스는 2장의 옴부즈맨 프로그램에 대한 상세 정보를 참조해 주십시오.

목차

A. 문제가 있을 경우 해야 할 일 171

A1. 법률 용어 설명 171

B. 도움을 요청할 장소 171

B1. 기타 정보와 도움을 얻을 수 있는 장소 171

C. 혜택에 관한 문제 172

C1. 보장범위 결정 및 이의 제기 절차 또는 불만 제기 절차의 사용 172

D. 보장범위 결정 및 이의 제기 173

D1. 보장범위 결정 및 이의 제기에 대한 개요 173

D2. 보장범위 결정 및 이의 제기에 대한 도움 얻기 173

D3. 이 장에서 도움이 될 절의 활용 174

E. 서비스, 항목 및 의약품에 대한 문제(파트 D 약은 제외) 176

E1. 이 절을 활용해야 할 경우 176

E2. 보장범위 결정 요청: 177

E3. 서비스, 항목 및 의약품에 대한 1 단계 이의 제기(파트 D 의약품 제외) 179

E4. 서비스, 항목 및 의약품에 대한 2 단계 이의 제기(파트 D 의약품 제외) 183

E5. 지불 문제 188

F. 파트 D 의약품 190

F1. 파트 D 을 받는 데 문제가 있거나 파트 D 약에 대해 환급을 원하면 어떻게 해야 합니까? 190

F2. 예외란? 192

F3. 예외 요청에 대해 알아두어야 할 중요한 사항 192

F4. 예외를 포함해 파트 D 약의 보장범위 결정 또는 파트 D 약에 대한 환급을 요청하는 방법 193

F5. 파트 D 약에 대한 1 단계 이의 제기 196

F6. 파트 D 약에 대한 2 단계 이의 제기 198

G. 오랜 기간 병원 입원을 보장해 주도록 요청하는 방법 199

G1. Medicare 권리 활용법 200

G2. 병원 퇴원일 변경을 위한 1 단계 이의 제기 201

G3. 병원 퇴원일 변경을 위한 2 단계 이의 제기 203

G4. 이의 제기 기한을 놓친 경우 204

H. 재택 건강 관리, 전문 간호 관리 또는 종합 외래환자 재활 시설(CORF) 서비스가 너무 이르게 종료된다고 생각하는 경우 206

H1. 보장이 끝날 예정이면 미리 알려드릴 것입니다 206

H2. 서비스를 지속하기 위한 1 단계 이의 제기 207

H3. 서비스를 지속하기 위한 2 단계 이의 제기 209

H4. 1 단계 이의 제기 기한을 놓치는 경우 210

I. 2 단계 이후의 이의 제기 212

I1. Medicare 서비스 및 항목을 위한 다음 단계 212

I2. Medi-Cal 서비스 및 항목을 위한 다음 단계 212

J. 불만 사항 제기 방법 213

J1. 어떤 종류의 문제에 불만을 제기해야 합니까? 213

J2. 내부 불만 제기 214

J3. 외부 불만 제기 216

A. 문제가 있을 경우 해야 할 일

이 장에서는 플랜이나 서비스 또는 지급과 관련된 문제가 있을 경우 해야 할 일에 대해 설명합니다. Medicare와 Medi-Cal이 이 절차를 승인하였습니다. 각각의 절차에는 당사와 가입자가 지켜야 하는 일련의 규칙, 절차 및 기한이 있습니다.

A1. 법률 용어 설명

본 장에서 나오는 규칙과 기한에 대해 어려운 법률 용어가 사용됩니다. 어떤 경우는 이해가 쉽지 않아 해당 법률 용어 대신 쉬운 용어를 사용하였습니다. 또한 약어를 최대한 사용했습니다.

예:

- "고충 접수"보다는 "불만 제기"라는 용어가 사용됩니다.
- "기관 판단(organization determination)", "혜택 판단(benefit determination)", "위험 판단(at-risk determination)" 또는 "보장범위 판단(coverage determination)"이라는 말 대신 "보장범위 결정(coverage decision)"을 사용
- "신속 판단"(expedited determination) 대신에 "빠른 보장범위 결정"(fast coverage decision)을 사용

올바른 법률 용어의 의미를 이해하는 것은 더 명확하게 의사소통을 하는 데 도움이 될 수 있으므로 그러한 용어도 제공하고 있습니다.

B. 도움을 요청할 장소

B1. 기타 정보와 도움을 얻을 수 있는 장소

문제 해결을 위한 절차를 시작하거나 진행하는 것이 혼란스러운 경우가 있습니다. 특히 몸이 좋지 않거나 체력이 제한적일 때 그러합니다. 또는 다음 절차로 진행하는 데 필요한 지식이 없을 수도 있습니다.

Cal MediConnect 옴부즈 프로그램의 지원 받기

도움이 필요하시면 언제든지 Cal MediConnect 옴부즈 프로그램으로 연락하실 수 있습니다. Cal MediConnect 옴부즈 프로그램은 가입자의 질문에 답변하고 문제 해결을 위해 해야 할 일을 알려드리는 옴부즈맨 프로그램입니다. Cal MediConnect 옴부즈 프로그램은 보험회사 또는 건강 플랜과 관련이 없습니다. 또한 어떤 절차를 거쳐야 하는지 설명해드릴 것입니다. Cal MediConnect 옴부즈 프로그램의 전화 번호는 1-855-501-3077번입니다. 이 서비스는 무료입니다. 옴부즈맨 프로그램에 대한 자세한 정보는 2장을 참조해 주십시오.

건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)의 지원 받기

건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에도 문의할 수 있습니다. HICAP 카운셀러는 질문에 답변하고 문제 해결을 위해 해야 할 일을 알려드릴 것입니다. HICAP는 보험회사 또는 건강 플랜과 관련이 없습니다. HICAP는 카운티마다 교육을 받은 카운셀러를 두고 있으며 서비스는 무료입니다. HICAP 전화번호는 1-800-434-0222번입니다.

Medicare의 도움 받기

문제 해결을 위한 도움은 Medicare에 직접 요청할 수 있습니다. Medicare로부터 도움을 받는 방법은 두 가지가 있습니다.

- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)에 주 7일, 하루 24시간 언제든 연락해 주십시오. TTY: 1-877-486-2048. 통화는 무료입니다.
- Medicare 웹사이트 www.medicare.gov를 방문해 주십시오.

캘리포니아주 관리보건부(DMHC)의 지원 받기

이 단락에서 "불만 제기"란 Medi-Cal 서비스, 가입자의 건강 플랜, 서비스 제공자에 대한 이의 제기나 불만을 의미합니다.

캘리포니아주 관리보건부는 의료 서비스 보험을 규제할 책임이 있습니다. 건강 플랜에 관한 불만이 있을 경우 관리보건부에 연락하기 전에 우선 해당 건강 플랜에 1-855-905-3825(TTY: 711)번으로 먼저 전화하여 관리보건부에 연락하기 전에 건강 플랜의 고충 처리 절차를 활용해야 합니다. 이 고충 절차를 활용한다고 해도 가입자가 행사할 수 있는 법적 권리 또는 구제책이 금지되지는 않습니다. 응급 상황과 관련된 고충, 건강 플랜이 만족스럽게 해결하지 못한 고충, 30일 이상 미결 상태로 남은 고충 등에 대해 도움이 필요한 경우, 관리보건부에 도움을 요청할 수 있습니다. 또한 귀하는 독립 의료 심사(IMR)의 자격이 될 수 있습니다. 귀하가 IMR 이용 자격이 되는 경우, IMR 절차는 제안된 서비스나 치료의 의료적 필요성에 관계되거나 본질상 실험적이거나 조사 차원인 치료에 대한 보장범위 결정에 관계되거나 또는 비상 또는 응급 의료 서비스에 대한 지불 갈등과 관련해 건강 보험 측이 내린 의료 결정에 공정한 심사를 내릴 것입니다. 관리보건부는 수신자 부담 전화번호**(1-888-466-2219)** 및 청각 및 언어 장애자를 위한 TTY 전화**(1-877-688-9891)**를 설치해 두고 있습니다. 관리보건부의 인터넷 웹사이트 www.dmhc.ca.gov에 온라인 불만 처리 양식, IMR 신청서 및 안내서가 있습니다.

C. 혜택에 관한 문제

C1. 보장범위 결정 및 이의 제기 절차 또는 불만 제기 절차의 사용

문제가 있을 경우, 이 장에서 현재 상황에 적용되는 부분을 읽어보아야 합니다. 아래 차트는 이 장에서 문제나 불만 사항에 대한 올바른 절을 찾는데 도움이 될 것입니다.

문제가 혜택 또는 보장에 관한 문제입니까? (여기에는 특정 치료, 장기 서비스 및 지원 또는 처방약의 보장 여부에 대한 문제, 보장 방법, 치료나 처방약 결제와 관련된 문제 등이 포함됩니다.)	
예. 그렇습니다. 혜택이나 보장범위에 대한 문제입니다. **D절: "보장범위 결정 및 이의 제기"**(173페이지)로 가십시오.	**아니요.** 혜택이나 보장범위에 대한 문제가 아닙니다. **J절: "불만 제기 방법"**(213페이지)으로 건너뛰십시오.

D. 보장범위 결정 및 이의 제기

D1. 보장범위 결정 및 이의 제기에 대한 개요

보장범위 결정을 요청하고 이의 제기를 하는 절차는 가입자의 혜택 및 보장과 관련된 문제를 해결합니다. 또한 결제와 관련된 문제도 포함하고 있습니다. 파트 D 자기부담금을 제외한 Medicare 비용은 가입자가 부담하지 않습니다.

보장범위 결정이란?

보장범위 결정은 가입자의 혜택과 보장 또는 가입자의 의료 서비스, 항목 또는 의약품에 대해 플랜이 부담하는 금액을 최초로 결정하는 것입니다. 가입자를 위해 보장하는 범위와 그 금액을 결정할 때마다 보장범위 결정을 합니다.

가입자나 담당 의사는 특정 서비스, 항목 또는 의약품을 Medicare 또는 Medi-Cal이 보장하는지 확실치 않을 경우, 이들 중 아무나 의사가 서비스, 항목 또는 약을 제공하기 전에 보장범위 결정을 요청할 수 있습니다.

이의 제기란?

이의 제기는 당사의 결정 과정에 실수가 있다고 여겨지는 경우 결정 내용을 변경하도록 요청하는 공식적인 방법입니다. 예를 들어, 가입자가 원하는 서비스, 항목 또는 의약품을 플랜이 보장하지 않거나 Medicare 또는 Medi-Cal이 보장하지 않도록 결정할 수 있습니다. 가입자나 담당 의사가 당사의 결정에 동의하지 않을 경우, 이의 제기를 할 수 있습니다.

D2. 보장범위 결정 및 이의 제기에 대한 도움 얻기

보장범위 결정 또는 이의 제기를 하기 위한 도움은 누구에게 요청할 수 있나요?

다음 중 한 곳에 도움을 요청할 수 있습니다.

- **고객 서비스부**에 1-855-905-3825번으로 문의해 주십시오(TTY: 711).

- 무료 지원을 원하시면 **Cal MediConnect 옴부즈 프로그램**으로 전화해 주십시오. Cal MediConnect 옴부즈 프로그램은 Cal MediConnect에 가입한 사람들의 서비스 문제나 청구 문제를 지원합니다. 전화번호는 1-855-501-3077입니다.
- **건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)**에 전화하여 무료로 도움을 요청하십시오. HICAP는 독립적인 기관입니다. 이 플랜과 아무런 관련이 없습니다. 전화번호는 1-800-434-0222입니다.
- **관리보건부(Department of Managed Health Care, DMHC)의 헬프 센터**에 전화하여 무료로 도움을 요청하십시오. DMHC는 헬프 플랜을 관리하는 일을 담당합니다. DMHC는 Cal MediConnect 가입자들의 Medi-Cal 서비스 또는 청구 문제에 대한 이의 제기를 도와드립니다. 전화번호는 1-888-466-2219입니다. 청각 장애, 청력 문제 또는 언어 장애를 가진 사람은 무료 TTY 번호인 1-877-688-9891번을 이용할 수 있습니다.
- **귀하의 의사 또는 다른 제공자**에게 문의해 주십시오. 귀하의 의사나 기타 제공자는 귀하를 대신해 보장범위 결정이나 이의 제기를 요청할 수 있습니다.
- **친구나 가족**에게 대리인이 되어 달라고 요청하십시오. 다른 사람을 "대리인"으로 지정하여 보장범위 결정을 요청하고 이의 제기를 해달라고 요청할 수 있습니다.
  - 친구, 친척, 기타 개인이 대리인이 되기를 원한다면 고객 서비스부에 연락하여 "대리인 지정" 양식을 요청하십시오. 또한 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf를 방문하여 양식을 얻을 수도 있습니다. 이 양식은 다른 사람이 가입자를 대신하여 행동할 수 있도록 허가하는 것입니다. 서명한 양식의 사본을 저희에게 제출해야 합니다.
- **가입자는 변호사를 고용할 권리**도 가집니다. 개인 변호사에게 직접 연락하거나 지역 변호사 협회나 기타 추천 서비스에서 변호사를 지정할 수도 있습니다. 일부 법률 그룹은 가입자가 자격을 갖춘 경우 무료 법률 서비스를 제공합니다. 자신을 대변할 변호사를 원할 경우, 대리인 지정 양식을 작성해야 합니다. Health Consumer Alliance에 1-888-804-3536번으로 전화하여 법률 지원 변호사를 요청할 수 있습니다.
  - 하지만 보장범위 결정을 요청하거나 이의 제기를 하기 위해 **반드시 변호사가 필요한 것은 아닙니다.**

D3. 이 장에서 도움이 될 절의 활용

보장범위 결정 및 이의 제기와 관련된 상황에는 4가지가 있습니다. 각각의 상황에는 다양한 규칙 및 기한이 있습니다. 가입자가 따라야 하는 규칙을 찾기 쉽도록 이 장을 여러 절로 나누었습니다. **따라서 자신의 문제에 해당하는 절만 읽으면 됩니다.**

- **174페이지의 E절은** 서비스, 용품 및 의약품에 대한 문제가 있을 경우의 정보입니다(단, 파트 D 약은 **제외**). 예를 들어 다음의 경우 이 절을 참조하십시오.
  - 원하는 의학적 치료를 받지 못했으며 이 치료를 당사가 보장해야 한다고 생각하는 경우.

- 의사가 가입자에게 제공하려는 서비스, 항목 또는 의약품을 플랜이 승인하지 않았으며 가입자는 이러한 서비스가 보장되어야 한다고 생각하는 경우.
  - **참고:** 파트 D가 이러한 의약품을 보장하지 **않을** 경우에만 E절을 사용하십시오. 의약품 목록이라고도 하는 *보장약 목록*의 의약품이며 약 옆에 "NPD"라고 되어 있는 약은 파트 D가 보장하지 않습니다. 파트 D 약의 이의 제기에 대한 내용은 190페이지의 F절을 참조하십시오.
- 보장되어야 한다고 생각하는 의학적 치료 또는 서비스를 받았지만 당사가 비용을 지불하지 않는 경우.
- 가입자가 보장된다고 생각한 의료 서비스를 이용하고 비용을 지불했으며 플랜이 비용을 환급해주기를 원하는 경우.
- 이용한 치료에 대한 보장이 줄어들거나 중단될 계획이라고 들었으며 가입자는 그러한 결정에 동의하지 않는 경우.
  - **참고:** 중지 예정인 보장이 병원 치료, 재택 건강 관리, 전문 간호 시설 진료 또는 종합 외래환자 재활 시설(CORF) 서비스인 경우 이러한 종류의 치료에는 특별한 규칙이 적용되므로 본 장의 별도 절을 읽어야 합니다. 199페이지와 206페이지의 G절과 H절을 참조하십시오.

- **190페이지의 F절은** 파트 D 의약품에 대한 정보를 제공합니다. 예를 들어 다음의 경우 이 절을 참조하십시오.
  - 가입자가 당사의 의약품 목록에 없는 파트 D 약을 보장하도록 당사에 예외를 요청하려고 합니다.
  - 플랜에게 가입자에 대한 약 비용의 제한을 철회하도록 요청하려는 경우.
  - 플랜에게 사전 허가가 필요한 약을 보장하도록 요청하려는 경우.
  - 가입자의 요청 또는 예외를 승인하지 않았으며 가입자나 담당 의사 또는 기타 처방자는 플랜이 승인해야 했다고 생각하는 경우.
  - 플랜에 이미 구입한 처방약 비용을 부담하도록 요청하려는 경우. (이것은 비용 부담에 대한 보장범위 결정을 요청하는 것입니다.)
- **199페이지의 G절은** 의사가 가입자를 너무 일찍 퇴원시킨다고 생각할 경우 입원환자의 입원을 더 오래 보장하도록 요청하는 방법에 대한 정보입니다. 다음의 경우 이 절을 활용하십시오.
  - 가입자가 병원에 입원해 있으며 담당 의사가 조기 퇴원을 요청하는 경우.

- **206페이지의 H절은** 재택 건강 관리, 전문 간호 시설 관리 또는 종합 외래환자 재활 시설(Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 서비스가 너무 일찍 종료된다고 생각하는 경우에 대한 정보입니다.

참고해야 할 절이 어느 것인지 잘 모르겠는 경우 고객 서비스부에 1-855-905-3825번으로 연락해 주십시오(TTY: 711).

그 밖의 다른 도움이나 정보가 필요하시면 Cal MediConnect 옴부즈 프로그램, 1-855-501-3077번으로 연락해 주십시오.

E. 서비스, 항목 및 의약품에 대한 문제(파트 D 약은 제외)

E1. 이 절을 활용해야 할 경우

이 절은 의료, 행동 건강, 장기 서비스 및 지원(LTSS)의 혜택에 문제가 있을 경우 해야 할 일에 대해 설명하고 있습니다. Medicare 파트 B 의약품을 포함하여 파트 D가 보장하지 **않는** 의약품 관련 문제는 이 절을 이용할 수도 있습니다. "NPD"라고 표시된 의약품 목록의 약은 파트 D가 보장하지 **않습니다**. 파트 D 의약품 이의 제기는 F절을 참조하십시오.

이 절에서는 가입자가 다음 상황에 처한 경우 해야 할 일에 대해 설명하고 있습니다.

1. 가입자가 본인에게 필요하지만 이용하지 않고 있는 의료, 행동 건강 또는 장기 서비스 및 지원(LTSS)을 당사가 보장한다고 생각하는 경우.

   할 수 있는 일: 가입자는 당사에 보장범위 결정을 하도록 요청하실 수 있습니다. 보장범위 결정 요청에 대한 정보는 177페이지의 E2절로 가십시오.

2. 의사가 가입자에게 제공하려는 치료를 당사가 승인하지 않았지만 가입자는 당사가 승인해야 한다고 생각하는 경우.

   할 수 있는 일: 가입자는 그 치료를 승인하지 않은 당사의 결정에 대해 이의를 제기할 수 있습니다. 이의 제기에 대한 정보는 179페이지의 E3절로 가십시오.

3. 가입자가 당사가 보장해야 한다고 생각하는 서비스나 용품을 받았지만 당사가 비용을 지불하지 않는 경우.

   할 수 있는 일: 가입자는 지불하지 않기로 한 당사의 결정에 이의를 제기할 수 있습니다. 이의 제기에 대한 정보는 179페이지의 E3절로 가십시오.

4. 가입자가 보장되는 것으로 생각했던 서비스나 용품을 받고 비용을 지불한 후 해당 서비스나 용품에 대해 당사의 환급을 원하는 경우.

   할 수 있는 일: 플랜에 비용 환급을 요청할 수 있습니다. 당사에 지불 요청을 하는 방법에 관한 정보는 188페이지의 E5절로 가십시오.

5. 당사가 특정 서비스에 대한 보장을 축소하였거나 중단하였고, 가입자가 당사의 결정에 동의하지 않는 경우.

   할 수 있는 일: 가입자는 서비스를 축소하거나 중단한다는 당사의 결정에 대해 이의를 제기할 수 있습니다. 이의 제기에 대한 정보는 179페이지의 E3절로 가십시오.

   참고: 중단될 예정인 보장이 병원 치료, 가정 건강 관리, 전문 간호 시설 또는 종합 외래환자 재활 시설(CORF) 서비스인 경우, 특별 규칙이 적용됩니다. 자세한 내용은 199페이지 및 206페이지의 G절 또는 H절을 참조하십시오.

E2. 보장범위 결정 요청:

의료, 행동 건강 또는 특정 장기 서비스 및 지원(MSSP, CBAS, NF 서비스)을 받기 위해 보장범위 결정을 요청하는 방법

보장범위 결정을 요청하려면, 플랜에 전화, 편지 또는 팩스를 보내거나 대리인이나 담당 의사에게 보장범위 결정을 요청하도록 할 수 있습니다.

- 전화번호: 1-855-905-3825 TTY: 711.
- 팩스 번호: 1-323-889-6577
- 다음 주소로 당사에 서신을 발송하실 수 있습니다: Blue Shield of California Promise Health Plan Customer Care
  601 Potrero Grande Drive, Monterey Park, CA 91755

보장범위 결정에 소요되는 시간은?

가입자가 요청하고 당사가 필요한 모든 정보를 입수한 경우, 가입자의 요청이 Medicare 파트 B 처방약에 대한 것이 아니라면 결정을 내릴 때까지 영업일 기준으로 5일이 걸립니다. 가입자의 요청이 Medicare 파트 B 처방약에 대한 것이라면 요청을 접수하고 72시간 이내에 결정을 통지합니다. 역일로 14일 이내(또는 Medicare 파트 B 처방약의 경우 72시간)에 결정 사항을 통지 받지 못한다면 이의 제기를 할 수 있습니다.

시간이 더 걸릴 수 있으면 역일로 최대 14일이 더 걸릴 수 있음을 알리는 서신을 보낼 것입니다. 이 안내문을 통해 추가 시간이 필요한 이유를 설명합니다. 당사는 가입자의 요청이 Medicare 파트 B 처방약에 대한 것일 경우, 결정하는 데 추가로 시간을 지체할 수 없습니다.

보장범위 결정을 더욱 신속하게 받을 수 있습니까?

예. 그렇습니다. 건강상의 이유로 빠른 답변을 원하는 경우, "빠른 보장범위 결정"을 신청하셔야 합니다. 당사가 요청 사항을 승인할 경우 결정 사항을 72시간 이내(Mediicare 파트 B 처방약의 경우 24시간 이내)에 가입자에게 통지합니다.

하지만 시간이 더 걸릴 수 있으면 역일로 최대 14일이 더 걸릴 수 있음을 알리는 서신을 보낼 것입니다. 이 안내문을 통해 추가 시간이 필요한 이유를 설명합니다. 당사는 가입자의 요청이 Medicare 파트 B 처방약에 대한 것일 경우, 결정하는 데 추가로 시간을 지체할 수 없습니다.

"빠른 보장범위 결정"(fast coverage decision)에 대한 **법률 용어**는 **"신속 판단"(expedited determination)**입니다.

빠른 보장범위 결정 요청:

- 우선 보장을 원하는 진료에 대한 보장 요청을 전화나 팩스로 제출합니다.
- 플랜에 1-855-905-3825번으로 전화하거나 1-323-889-5049번으로 팩스를 보내주십시오.
- 2장에 있는 당사에 연락하는 방법에 대한 기타 상세정보를 확인해 주십시오.

또는 서비스 제공자나 대리인에게 신속 보장범위 결정을 요청하도록 부탁할 수도 있습니다.

빠른 보장범위 결정을 요구하기 위한 규칙이 있습니다.

빠른 보장범위 결정을 받아보려면 다음의 두 가지 요건을 충족해야 합니다.

1. **아직 받지 않은 치료나 항목에 대한 보장범위를 요청할 경우에 한해서** 빠른 보장범위 결정을 받을 수 있습니다. (가입자가 이미 받은 의학적 치료 또는 용품에 대한 지불 요청이라면, 빠른 보장범위 결정을 요청할 수 없습니다.)
2. **역일로 14일의 표준 기한(Medicare 파트 B 처방약의 경우 72시간 기한)이 가입자의 건강이나 신체 기능에 심각한 해를 초래할 수 있는 경우에만** 빠른 보장범위 결정을 받을 수 있습니다.
   - 담당 의사가 가입자게 빠른 보장범위 결정이 필요하다는 의사를 전하는 경우, 자동으로 결정이 내려집니다.
   - 의사의 지원 없이 빠른 보장범위 결정을 요청하는 경우, 플랜은 빠른 보장범위 결정 여부를 정합니다.
     - 가입자의 건강 상태가 빠른 보장범위 결정 요건에 부합하지 않는다고 결정되면 가입자에게 안내 서신을 보내 드립니다. 대신 역일로 표준 14일의 기한(Medicare 파트 B 처방약의 경우 72시간)을 사용할 것입니다.
     - 이 서신은 담당 의사가 빠른 보장범위 결정을 요청하는 경우, 자동으로 가입자에게 빠른 보장범위 결정을 내릴 것임을 알려줄 것입니다.
     - 이 안내문에는 또한 빠른 보장범위 결정 대신 표준 보장범위 결정을 한다는 저희 결정에 대해 "빠른 불만 제기"를 하는 방법도 설명되어 있습니다. 빠른 불만 제기를 포함하여 불만을 제기하는 절차에 대한 자세한 정보는 213페이지의 J절을 참조해 주십시오.

보장범위 결정이 거부되는 경우, 제가 어떻게 알 수 있습니까?

승인을 **거부**한 경우, **거부** 사유를 설명한 안내문을 보내드립니다.

- 당사가 **거부** 결정을 내리는 경우, 가입자는 이의 제기를 하여 재고 또는 결정을 변경하도록 요청할 권리를 가집니다. 이의 제기는 플랜에 보장범위 거부 결정을 심사하도록 요청하는 것을 말합니다.
- 이의 제기를 하려는 경우, 이는 이의 제기 1단계에 들어가는 것을 뜻합니다(자세한 내용은 다음 절을 참조하십시오).

E3. 서비스, 항목 및 의약품에 대한 1단계 이의 제기(파트 D 의약품 제외)

이의 제기란?

이의 제기는 당사의 결정 과정에 실수가 있다고 여겨지는 경우 결정 내용을 변경하도록 요청하는 공식적인 방법입니다. 가입자나 담당 의사 또는 기타 제공자가 플랜의 결정에 동의하지 않을 경우, 이의 제기를 할 수 있습니다.

대부분의 경우, 1단계에서 이의 제기를 시작해야 합니다. Medi-Cal 서비스에 대해 플랜에 먼저 이의 제기를 하려는 경우, 건강 문제가 긴급하거나 가입자의 건강에 즉각적이며 심각한 위협이 되거나, 통증이 심하여 즉각적인 결정이 필요하다면 www.dmhc.ca.gov에서 관리보건부(DMHC)에 독립 의료 심사를 요청할 수 있습니다. 자세한 정보는 181페이지를 참조해 주십시오. 이의 제기 과정에 도움이 필요하시면 MediConnect 옴부즈 프로그램, 1-855-501-3077번으로 문의하실 수 있습니다. Cal MediConnect 옴부즈 프로그램은 보험회사 또는 건강 플랜과 관련이 없습니다.

1단계 이의 제기는 무엇입니까?

1단계 이의 제기는 플랜을 상대로 하는 최초의 이의 제기입니다. 저희 플랜에서는 보장범위 결정이 정확한 것인지를 확인하기 위해 보장범위 결정을 심사합니다. 최초의 보장범위 결정을 하지 않은 사람이 심사원이 됩니다. 해당 심사가 끝나면 귀하에게 당사의 결정을 서면으로 전달할 것입니다.

심사 후 해당 서비스 또는 항목을 보장하지 않는다고 결정할 경우, 가입자의 사례는 2단계 이의 제기로 진행합니다.

요약: 1단계 이의 제기 방법

가입자, 담당 의사 또는 대리인은 가입자의 요청을 서면으로 작성해 이를 우편 또는 팩스로 발송하면 됩니다. 전화를 하여 이의 제기를 하실 수도 있습니다.

- 귀하가 이의를 제기하는 해당 결정이 있은 지 **역일로 60일 내**에 요청하십시오. 합당한 사유로 기한을 놓친 경우에는 아직 이의를 제기하실 수 있습니다(179페이지 참조).
- 가입자가 현재 받고 있는 서비스가 변경되거나 중단될 것이라는 소식을 들어 이의를 제기하는 경우, 이의 제기가 진행 중인 동안에도 해당 서비스를 계속 받고자 한다면 **가입자는 더욱 신속히 이의 제기를 해야 합니다**(205페이지 참조).
- 이의 제기에 적용되는 최종 기한에 대한 더 자세한 내용은 이 절을 계속 참조하십시오.

1단계 이의 제기는 어떻게 처리합니까?

- 이의 제기를 시작하려면, 가입자, 담당 의사 또는 기타 서비스 제공자가 당사에 연락해야 합니다. 저희에게 1-855-905-3825번으로 문의해 주십시오(TTY: 711). 이의 제기를 위해 당사에 연락하는 방법에 관한 세부 정보를 원하시면, 2장을 참조하십시오.
- "표준 이의 제기" 또는 "빠른 이의 제기"를 요청하실 수 있습니다.
- 표준 이의 제기 또는 빠른 이의 제기를 하는 경우, 서면으로 이의 제기를 하시거나 당사에 전화해 주십시오.
  - 다음의 주소로 요청서를 제출하실 수 있습니다.
    Blue Shield of California Promise Health Plan
    Member Appeals and Grievances
    601 Potrero Grande Drive
    Monterey Park, CA 91755
  - 요청서를 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect에 온라인으로 제출할 수 있습니다.
  - 또한 이의 제기를 위해 1-855-905-3825번으로 연락해 주십시오(TTY: 711).
- 이의 제기를 접수한 후 역일로 5일 이내에 서신으로 접수 사실을 알려드릴 것입니다.

> "빠른 이의 제기"(fast appeal)에 해당하는 **법률 용어**는 **"신속 재심"(expedited reconsideration)**입니다.

귀하를 대신해 이의를 제기할 수 있는 사람이 있습니까?

예. 그렇습니다. 담당 의사 또는 기타 서비스 제공자가 대신 이의 제기를 할 수 있습니다. 또한 담당 의사나 기타 서비스 제공자 이외의 다른 사람이 이의 제기를 할 수 있지만 우선 대리인 지정 양식을 작성해야 합니다. 이 양식은 다른 사람이 가입자를 대신하여 행동할 수 있도록 허가하는 것입니다.

대리인 지정 양식을 구하려면 고객 서비스부에 전화하여 요청하거나 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf를 방문해 주십시오.

이의 제기가 가입자나 담당 의사 또는 기타 제공자 외의 다른 사람을 통해 이뤄지는 경우, 당사가 이의 제기를 심사하기 전에 작성한 대리인 지정 양식을 수령해야 합니다.

이의 제기를 위한 기한은 언제입니까?

결정 사항을 알리는 안내문의 날짜로부터 **역일로 60일 이내에** 이의 제기를 요청해야 합니다.

이러한 기한을 놓쳤으며 시기를 놓친 합당한 사유가 있다면, 당사는 이의를 제기할 수 있는 추가 시간을 제공할 수도 있습니다. 합당한 사유란 귀하가 심각한 질병에 걸렸다거나 당사가 이의 제기 요청 기한에 대해 귀하에게 잘못된 정보를 제공한 경우 등이 해당됩니다. 이의 제기를 할 때 이의 제기가 지연된 사유를 설명해야 합니다.

참고: 가입자가 현재 받고 있는 서비스가 변경되거나 중단될 것이라는 소식을 들어 이의를 제기하는 경우, 이의 제기가 진행 중인 동안에도 해당 서비스를 계속 받고자 한다면 **가입자는 더욱 신속히 이의 제기를 해야 합니다.** 자세한 정보는 182페이지에 있는 "1단계 이의 제기 동안 혜택을 계속 받을 수 있습니까?"를 확인하십시오.

내 사례 파일의 사본을 얻을 수 있습니까?

예. 그렇습니다. 무료 사본이 필요하신 경우, 고객 서비스부에 1-855-905-3825번으로 문의해 주십시오(TTY: 711).

담당 의사는 이의 제기에 대한 자세한 정보를 제공할 수 있나요?

그렇습니다. 가입자와 담당 의사는 이의 제기를 뒷받침할 자세한 정보를 제공해줄 수 있습니다.

플랜은 이의 제기 결정을 어떻게 내립니까?

당사는 귀하의 의학적 치료의 보장범위 요청에 대한 모든 정보를 주의 깊게 검토합니다. 귀하의 요청에 대해 **거부** 결정이 내려지면 저희는 모든 규칙을 준수했는지 확인합니다. 최초의 보장범위 결정을 하지 않은 사람이 심사원이 됩니다.

플랜이 자세한 정보를 필요로 한다면, 가입자나 담당 의사에게 정보를 요청할 수 있습니다.

"표준" 이의 제기에 관한 결정은 언제 접할 수 있습니까?

당사는 가입자의 이의 제기가 접수된 후 역일로 30일 이내(Medicare 파트 B 처방약의 경우 이의 제기를 접수하고 7일 이내)에 답변을 해야 합니다. 가입자의 건강 상태로 인해 더 일찍 답변을 들어야 하는 경우, 신속하게 처리할 것입니다.

- 당사가 역일로 30일 이내(Medicare 파트 B 처방약의 경우 이의 제기를 접수하고 7일 이내)에 이의 제기에 대한 답변을 제공하지 않을 경우, 문제가 Medicare 서비스 또는 항목 보장에 대한 것이라면 가입자의 사례는 자동으로 이의 제기 과정 2단계로 이전됩니다. 이런 경우 귀하에게 통지됩니다.
- 문제가 Medi-Cal 서비스나 항목 보장에 대한 것이라면 2단계 이의 제기를 직접 접수해야 합니다. 2단계 이의 제기 과정에 관한 세부 정보는 183페이지의 E4절을 참조해 주십시오.

귀하가 요청했던 사항의 일부 또는 모두에 대해 플랜이 **수락 결정**을 내리면 플랜은 가입자의 이의 제기를 접수하고 역일로 30일 이내(Medicare 파트 B 처방약의 경우 이의 제기를 접수하고 7일 이내)에 보장을 승인하거나 제공해야 합니다.

귀하가 요청했던 사항의 일부 또는 모두에 대해 **거부** 결정이 내려지는 경우, 플랜은 가입자에게 안내 서신을 발송합니다. 문제가 Medicare 서비스나 항목 보장에 대한 것이라면 2단계 이의 제기를 위해 가입자의 사례를 독립 심사 기관으로 전달했다는 것을 서신으로 알려드릴 것입니다. 문제가 Medi-Cal 서비스나 항목 보장에 대한 것이라면 2단계 이의 제기를 직접 접수하는 방법을 서신으로 안내할 것입니다. 2단계 이의 제기 과정에 관한 세부 정보는 183페이지의 E4절을 참조해 주십시오.

"신속한" 이의 제기에 관한 결정은 언제 들을 수 있습니까?

가입자가 빠른 이의 제기를 요청하는 경우, 이의 제기가 접수된 지 72시간 내에 가입자에게 답변을 제공할 것입니다. 귀하의 건강상 더욱 신속한 답변을 필요로 하는 경우, 당사는 귀하에게 더욱 신속하게 답변을 제공할 것입니다.

- 72시간 이내에 귀하의 이의 제기에 대해 답변을 제공하지 않는 경우, 문제가 Medicare 서비스 또는 항목 보장에 대한 것이라면 가입자의 사례는 자동으로 이의 제기 과정 2단계로 이전됩니다. 이런 경우 귀하에게 통지됩니다.
- 문제가 Medi-Cal 서비스나 항목 보장에 대한 것이라면 2단계 이의 제기를 직접 접수해야 합니다. 2단계 이의 제기 과정에 관한 세부 정보는 183페이지의 E4절을 참조해 주십시오.

귀하가 요청했던 사항의 일부 또는 모두에 대해 **수락** 결정이 내려지면, 당사는 이의 제기를 접수한 후 72시간 내에 보장범위를 승인하거나 제공해야 합니다.

귀하가 요청했던 사항의 일부 또는 모두에 대해 **거부** 결정이 내려지는 경우, 플랜은 가입자에게 안내 서신을 발송합니다. 문제가 Medicare 서비스나 항목 보장에 대한 것이라면 2단계 이의 제기를 위해 가입자의 사례를 독립 심사 기관으로 전달했다는 것을 서신으로 알려드릴 것입니다. 문제가 Medi-Cal 서비스나 항목 보장에 대한 것이라면 2단계 이의 제기를 직접 접수하는 방법을 서신으로 안내할 것입니다. 2단계 이의 제기 과정에 관한 세부 정보는 183페이지의 E4절을 참조해 주십시오.

1단계 이의 제기 동안 혜택을 계속 받을 수 있습니까?

당사가 이전에 승인된 서비스나 용품에 대한 보장을 변경하거나 중단하기로 결정하는 경우, 당사는 조치를 취하기 전에 가입자에게 통지문을 보낼 것입니다. 가입자가 해당 조치에 동의하지 않는 경우, 1단계 이의를 제기하고 해당 서비스나 용품에 대해 혜택을 보장해 줄 것을 당사에 요청할 수 있습니다. 가입자는 혜택을 계속 보장 받기 위해서 **아래의 기한 중 더 늦은 날까지는 요청을 해야** 합니다.

- 당사가 조치 통지문을 발송한 날로부터 10일 이내 **또는**
- 해당 조치의 발효 예정일.

이 최종 기한을 지키는 경우, 이의 제기가 처리되는 동안 이의가 제기된 서비스나 용품을 계속 이용하실 수 있습니다.

E4. 서비스, 항목 및 의약품에 대한 2단계 이의 제기(파트 D 의약품 제외)

1단계에서 플랜이 거부 결정을 내리면, 그 다음은 어떻게 됩니까?

1단계 이의 제기의 일부 또는 전체에 대해 **거부** 결정이 내려지면, 플랜은 가입자에게 안내 서신을 발송합니다. 이 서신에는 해당 서비스 또는 항목이 일반적으로 Medicare 또는 Medi-Cal이 보장하는 것인지 설명할 것입니다.

- 가입자의 문제가 **Medicare** 서비스 또는 품목에 대한 것일 경우, 1단계 이의 제기가 완료되는 직후에 해당 사례를 자동으로 2단계 이의 제기 절차로 보냅니다.
- 문제가 **Medi-Cal** 서비스나 품목에 대한 것이라면 2단계 이의 제기를 직접 접수할 수 있습니다. 이 서신에 그 방법이 설명되어 있을 것이며, 그 정보는 아래에 있습니다.

2단계 이의 제기는 무엇입니까?

2단계 이의 제기는 플랜과 무관한 독립적 기관이 하는 2차 이의 제기입니다.

제 문제는 Medi-Cal 서비스 또는 항목에 대한 것입니다. 2단계 이의 제기는 어떻게 합니까?

Medi-Cal 서비스 및 항목에 대한 2단계 이의 제기를 하는 방법은 (1) 불만 제기 또는 독립 의료 심사(IMR) 또는 (2) 주정부 공청회가 있습니다.

(1) 독립 의료 심사

캘리포니아주 관리보건부(DMHC)의 헬프 센터에 불만 사항을 접수하거나 독립 의료 심사(IMR)를 요청할 수 있습니다. 불만 사항을 접수하면 DMHC가 당사의 결정을 검토하고 결정을 내립니다. IMR은 의료와 관련된 모든 Medi-Cal 보장 서비스나 항목에 대해 가능합니다. IMR은 저희 플랜 또는 DMHC에 소속되지 않은 의사가 가입자의 사례를 검토하는 것입니다 IMR 결과가 가입자에게 유리하게 나온 경우, 플랜은 가입자가 요청한 서비스나 항목을 제공해야 합니다. 가입자가 부담할 IMR 비용은 없습니다.

저희 플랜이 다음에 해당할 경우 가입자는 불만 사항을 접수하거나 IMR을 신청할 수 있습니다.

- 저희 플랜이 의학적으로 필요하지 않다고 판단하여 Medi-Cal 서비스나 치료를 거절, 변경, 지연하는 경우.
- 중대한 질병에 대한 실험 또는 조사 차원의 Medi-Cal 치료를 보장하지 않는 경우.
- 가입자가 이미 이용한 응급 또는 긴급 Medi-Cal 서비스를 보장하지 않는 경우.
- 표준 이의 제기의 경우 역일로 30일 이내, 빠른 이의 제기의 경우 72시간 이내에 Medi-Cal 서비스에 대한 1단계 이의 제기가 해결되지 않은 경우.

참고: 담당 서비스 제공자가 가입자를 대신하여 이의 제기를 하지만 당사가 가입자의 대리인 지정 양식을 수령하지 못할 경우, 가입자는 2단계 IMR을 관리보건부(DMHC)에 접수하기 전에 저희에게 이의 제기를 다시 접수해야 합니다.

IMR 및 주 공청회를 모두 요청할 수 있지만, 동일한 문제에 대해 이미 주 공청회를 가진 경우에는 IMR을 요청할 수 없습니다.

대부분의 경우, IMR을 요청하기 전에 이의 제기를 접수해야 합니다. 1단계 이의 제기 절차에 대한 정보는 178페이지를 참조해 주십시오. 저희 플랜의 결정에 동의하지 않을 경우, DMHC에 불만 사항을 접수하거나 DMHC 헬프 센터에 IMR을 요청할 수 있습니다.

가입자의 치료가 실험적 또는 연구 치료라는 이유로 거절된 경우, 가입자는 IMR 신청을 하기 전에 당사의 이의 제기 절차에 참여하지 않아도 됩니다.

가입자의 문제가 긴급하거나 건강에 즉각적이며 심각한 위협이 되거나, 심한 통증이 있다면 이의 제기 절차를 거치지 않고 DMHC에게 즉시 접수할 수 있습니다.

가입자의 이의 제기에 대한 결정을 서면으로 발송한 후 **6개월 이내에 IMR을 신청**해야 합니다. DMHC는 가입자가 MRI를 6개월 이내에 요청하지 못할 의학적 증상이 있었거나, IMR 프로세스에 대해 적절한 통지를 받지 못한 것과 같은 합당한 사유가 있을 경우 6개월 후에도 가입자의 요청을 수락할 수 있습니다.

IMR 신청 방법:

- www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx에서 독립 의료 심사 신청서/불만 사항 제기 양식을 작성하거나 DMHC 헬프 센터에 1-888-466-2219번으로 전화해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-688-9891번으로 연락해 주십시오.
- 플랜이 거절한 서비스 또는 항목에 대한 서신이나 기타 문서가 있다면 사본을 첨부해 주십시오. 그러면 IMR 절차가 더욱 신속하게 처리될 수 있습니다. 문서의 원본이 아닌 사본을 보내 주십시오. 헬프 센터는 어떠한 문서도 반환하지 않습니다.
- IMR과 관련하여 타인의 도움을 받고 있다면 지원 승인 양식(Authorized Assistant Form)을 작성해 주십시오. 양식은 www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx에서 얻거나 당국의 헬프 센터에 1-888-466-2219번으로 전화해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-688-9891번으로 연락해 주십시오.
- 양식과 첨부 서류를 다음으로 우편 발송하거나 팩스로 보내 주십시오.

  Help Center
  Department of Managed Health Care
  980 Ninth Street, Suite 500
  Sacramento, CA 95814-2725
  팩스: 916-255-5241

귀하가 IMR의 자격이 되는 경우 DMHC에서는 귀하의 사례를 검토하고 귀하가 IMR의 자격이 되는지에 관한 내용의 서신을 역일로 7일 이내에 발송해 드립니다. 가입자 플랜에서 신청서와

증빙 서류를 수령한 후 역일로 30일 이내에 IMR 결정이 내려집니다. 가입자는 작성한 신청서를 제출하고 역일로 45일 이내에 IMR 결정을 받게 됩니다.

가입자의 사례가 긴급하며, IMR의 자격이 되는 경우 DMHC에서는 귀하의 사례를 검토하고 귀하가 IMR의 자격이 되는지에 관한 내용의 서신을 역일로 2일 이내에 발송해 드립니다. 가입자 플랜에서 신청서와 증빙 서류를 수령한 후 역일로 3일 이내에 IMR 결정이 내려집니다. 가입자는 작성한 신청서를 제출하고 역일로 7일 이내에 IMR 결정을 받게 됩니다. IMR 결과에 만족하지 않을 경우에도 주 공청회를 요청할 수 있습니다.

DMHC가 가입자나 담당 의사로부터 필요한 모든 의료 기록을 받지 못할 경우, IMR은 더 오래 걸릴 수 있습니다. 가입자가 건강 플랜의 네트워크 소속이 아닌 의사의 진료를 받는다면, 해당 의사로부터 의료 기록을 받아 저희에게 보내주셔야 합니다. 해당 건강 플랜은 네트워크 소속인 담당 의사로부터 의료 기록의 사본을 입수해야 합니다.

DMHC가 가입자의 사례는 IMR에 해당하지 않는다고 결정할 경우, DMHC는 정기 소비자 불만 제기 절차를 통해 해당 사례를 검토할 것입니다. 가입자의 불만 사항은 작성한 신청서를 제출하고 역일로 30일 이내에 해결되어야 합니다. 불만 사항이 긴급한 것일 경우, 더 일찍 해결됩니다.

(2) 주 공청회

가입자는 Medi-Cal이 보장하는 서비스와 용품에 대하여 주 공청회를 요청하실 수 있습니다. 담당 의사나 기타 서비스 제공자가 플랜이 승인하지 않는 서비스를 요청하거나 가입자가 이미 이용한 서비스에 대한 지급을 플랜이 중단했으며 당사가 가입자의 1단계 이의 제기를 기간할 경우, 가입자는 주정부 공청회를 요청할 권리를 가집니다.

대부분의 경우, "가입자의 공청회 관련 권리" 통지서를 발송한 후 **120일 이내에 주 공청회를 요청**할 수 있습니다.

참고: 가입자가 현재 받고 있는 서비스가 변경되거나 중단될 것이라는 소식을 들어 주 공청회를 요청하는 경우, 주 공청회가 미결 중인 동안에도 해당 서비스를 계속 받고자 한다면 **가입자는 더 신속히 요청서를 제출해야 합니다**. 자세한 정보는 186페이지에 있는 "2단계 이의 제기 동안 혜택을 계속 받을 수 있습니까?"를 확인하십시오.

주 공청회를 요청하는 2가지 방법은 다음과 같습니다.

1. 조치 통지서 뒷면에 있는 "주정부 공청회 요청서"를 작성할 수 있습니다. 가입자의 전체 이름, 주소, 전화번호, 가입자를 위해 조치를 취한 플랜 또는 카운티 이름, 관련 보조 프로그램, 공청회를 요청하는 상세 이유 등과 같은 요청된 모든 정보를 제공해야 합니다. 그 다음 다음과 같은 방법으로 요청서를 제출할 수 있습니다.
   - 통지서에 표시된 주소로 카운티 복지부에 제출.
   - 캘리포니아주 사회복지 서비스부에 제출:

State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, California 94244-2430

- 주 공청회과에 팩스 번호 833-281-0905번으로 제출.

2. 캘리포니아주 사회복지부, 1-800-952-5253번으로 연락하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-800-952-8349번으로 전화해 주십시오. 전화로 주 공청회를 요청할 경우, 통화량이 매우 많다는 것을 기억해두시기 바랍니다.

제 문제는 Medicare 서비스 또는 항목에 대한 것입니다. 2단계 이의 제기의 처리 과정은 어떻습니까?

독립 심사 기관(IRE)은 1단계 결정을 신중하게 검토하여 변경 여부를 결정합니다.

- 2단계 이의 신청을 요청하지 않아도 됩니다. 거부 사항이(전부 또는 일부) 있는 경우 당사는 해당 건을 자동으로 IRE에 보냅니다. 이런 경우 귀하에게 통지됩니다.
- IRE는 Medicare가 고용하였으며 이 플랜과는 연관이 없습니다.
- 본인의 파일 사본을 요청하려면 고객 서비스부에 1-855-905-3825번으로 문의해 주십시오(TTY: 711).

IRE는 2단계 이의 제기에 대한 답변을 이의 제기가 접수된 후 역일로 30일 이내(Medicare 파트 B 처방약의 경우 이의 제기가 접수된 후 역일로 7일 이내)에 제공해야 합니다. 이 규칙은 의료 서비스나 품목을 수령하기 전에 가입자가 이의 제기를 발송한 경우에 적용됩니다.

- 하지만 독립 심사 기관이 가입자에게 유리할 수 있는 정보를 더 수집해야 할 경우, 역일로 최대 14일이 더 걸릴 수 있습니다. IRE가 결정하는 데 며칠 시간이 더 걸릴 경우, 서신으로 가입자에게 알립니다. IRE는 가입자의 이의 제기가 Medicare 파트 B 처방약에 대한 것일 경우, 결정하는 데 추가로 시간을 지체할 수 없습니다.

1단계에서 "빠른 이의 제기"를 했다면, 2단계에서도 자동으로 빠른 이의 제기가 될 것입니다. IRE는 가입자의 이의 제기를 수령한 지 72시간 이내에 답변을 제공해야 합니다.

- 하지만 독립 심사 기관이 가입자에게 유리할 수 있는 정보를 더 수집해야 할 경우, 역일로 최대 14일이 더 걸릴 수 있습니다. IRE가 결정하는 데 며칠 시간이 더 걸릴 경우, 서신으로 가입자에게 알립니다. IRE는 가입자의 이의 제기가 Medicare 파트 B 처방약에 대한 것일 경우, 결정하는 데 추가로 시간을 지체할 수 없습니다.

2단계 이의 제기 동안 혜택을 계속 받을 수 있습니까?

가입자의 문제가 Medicare가 보장하는 서비스 또는 항목에 대한 것일 경우, 해당 서비스나 항목에 대한 가입자의 혜택은 독립 심사 기관에서 2단계 이의 신청 절차가 진행되는 기간에는 지속되지 않습니다.

Medi-Cal이 보장하는 서비스나 항목에 대한 문제이며, 가입자가 주 공청회를 요청하는 경우, 이 서비스나 항목에 대한 Medi-Cal 혜택은 공청회 결정이 내려질 때까지 지속됩니다. 혜택을 계속 받기 위해서는 아래의 기한 중 더 늦은 날짜까지는 **공청회 요청을 해야 합니다.**

- 당사가 귀하에게 혜택 판단(1단계 이의 제기 결정)이 거절되었다는 통지문을 발송한 날로부터 10일 이내 **또는**
- 해당 조치의 발효 예정일.

이 최종 기한을 지키는 경우, 공청회 결정이 있기까지 이의가 제기된 서비스나 용품을 계속 이용하실 수 있습니다.

결정은 어떻게 알 수 있습니까?

2단계 이의 제기가 독립 의료 심사인 경우, 관리보건부(Department of Managed Health Care)가 가입자의 사례를 검토한 의사가 내린 결정에 대해 설명한 안내문을 발송해 드립니다.

- 귀하가 요청했던 사항의 일부 또는 모두에 대해 독립 의료 심사에서 **수락 결정**을 내리면, 플랜은 서비스 또는 치료를 제공해야 합니다.
- 귀하가 요청했던 사항의 일부 또는 모두에 대해 독립 의료 심사에서 **거부 결정**을 내리면, 1단계 결정에 동의한다는 뜻입니다. 이 경우에도 주 공청회를 할 수 있습니다. 주 공청회 요청에 대한 정보는 184페이지로 가십시오.

2단계 이의 제기가 주정부 공청회인 경우, 캘리포니아주 사회복지 서비스부(Department of Social Services)가 결정에 대해 설명한 안내문을 발송해 드립니다.

- 귀하가 요청했던 사항의 일부 또는 모두에 대해 주 공청회가 **수락 결정**을 내리면, 플랜은 결정 사항을 따라야 합니다. 플랜은 결정 안내문 사본을 수령한 날부터 역일로 30일 이내에 명시된 조치를 완료해야 합니다.
- 귀하가 요청했던 사항의 일부 또는 모두에 대해 주 공청회가 **거부 결정**을 내리면, 1단계 결정에 동의한다는 뜻입니다. 플랜은 가입자가 받고 있는 모든 '심사 중 비용 지불 보조'를 중단할 수 있습니다.

2단계 이의 제기가 Medicare 독립 심사 기관(IRE)으로 전달된 경우, 결정 내용이 설명된 안내문을 발송할 것입니다.

- 표준 이의 제기에서 가입자가 요청했던 사항의 일부 또는 전부에 대해 IRE가 **수락 결정**을 내리면, 당사는 72시간 이내에 치료 보장을 승인하거나 IRE의 결정을 당사가 수령한 후부터 역일로 14일 이내에 서비스나 용품을 가입자에게 제공해야 합니다. 가입자가 빠른 이의 제기를 한 경우, 당사는 IRE의 결정을 수령한 후부터 72시간 이내에 치료 보장을 승인하거나 서비스나 용품을 가입자에게 제공해야 합니다.
- 가입자의 Medicare 파트 B 처방약에 대한 표준 이의 제기로 요청한 사항의 일부 또는 전체에 대해 IRE가 **수락**할 경우, 당사는 IRE의 결정을 수령하고 72시간 이내에

Medicare 파트 B 처방약을 승인하거나 제공해야 합니다. 가입자가 빠른 이의 제기를 한 경우, 당사는 IRE의 결정을 수령한 후부터 24시간 이내에 Medicare 파트 B 처방약을 승인하거나 제공해야 합니다.

- 가입자가 요청한 사항의 일부 또는 전부에 대해 IRE가 **거부** 결정을 내리는 경우, 그것은 1단계 결정에 동의한다는 의미입니다. 이를 "결정 지지"라고 합니다. 또한 "이의 제기 기각"이라고도 부릅니다.

제 요청 사항의 일부 또는 전부에 대해 거부 결정이 내려지면, 또 다시 이의 제기를 할 수 있나요?

2단계 이의 제기가 독립 의료 심사인 경우, 주정부 공청회를 요청할 수 있습니다. 주 공청회 요청에 대한 정보는 184페이지로 가십시오.

2단계 이의 제기가 주정부 공청회인 경우, 결정을 수령한 후부터 30일 이내에 공청회를 다시 요청할 수 있습니다. 결정을 수령한 후 1년 이내에 대법원(민사소송법 1094.5절) 에 청원서를 접수하여 주정부 공청회 거절에 대해 법적 검토를 요청할 수 있습니다. 동일한 문제에 대해 이미 주 공청회를 가진 경우, IMR을 요청할 수 없습니다.

2단계 이의 제기가 Medicare 독립 심사 기관(IRE)으로 전달된 경우, 서비스 또는 품목의 가격이 특정 최소액 한도에 부합하는 경우에만 다시 이의 제기를 할 수 있습니다. IRE가 발송한 서신에는 이의 제기에 대한 추가적 권리가 설명되어 있을 것입니다.

이의 제기 추가 단계에 대한 세부 정보는 212페이지의 I절을 참조해 주십시오.

E5. 지불 문제

당사는 네트워크 소속 서비스 제공자가 보험이 적용되는 서비스와 용품에 대해 귀하에게 청구하는 것을 허용하지 않습니다. 보장되는 서비스나 용품에 대해 서비스 제공자가 청구하는 것보다 더 적은 금액을 당사가 지불하는 경우에도 마찬가지입니다. 가입자는 청구금액의 차액을 지불할 필요가 전혀 없습니다. 가입자가 납부 요청을 받는 금액은 브랜드 및 복제 처방약에 대한 자기부담금뿐입니다.

보장되는 서비스와 용품에 대해 가입자의 자기부담금보다 많은 금액을 청구 받으면, 그 청구서를 당사에 보내 주십시오. **직접 비용을 납부하지 않도록 하십시오.** 저희가 서비스 제공자에게 직접 연락해 이 문제를 처리할 것입니다.

자세한 정보는 7장: 가입자가 이용한 보장 서비스 또는 의약품에 대해 플랜 부담분 지불을 요청하는 방법 7장은 환급을 요청하거나 서비스 제공자로부터 수령한 청구서를 납부해야 하는 상황에 대해 설명하고 있습니다. 또한 당사에 대한 비용 부담 요청과 관련한 서류를 당사에 보내는 방법을 설명합니다.

내가 지불한 의료 서비스 또는 품목에 대한 플랜의 분담액의 환급을 요청할 수 있나요?

보장되는 서비스와 용품에 대해 가입자의 자기부담금보다 많은 금액을 청구 받으면, 가입자가 직접 그 금액을 지불해서는 안 됩니다. 하지만, 가입자가 그 금액을 지불하는 경우, 서비스와 용품 이용에 관한 규칙을 준수하였다면 환급 받으실 수 있습니다.

환급을 요청한다면, 보장범위 결정을 요청하는 것입니다. 플랜은 가입자가 지불한 서비스 또는 항목이 보장 서비스 또는 항목인지 확인할 것이며, 가입자가 보장범위 활용과 관련된 모든 규칙을 준수했는지 확인할 것입니다.

- 가입자가 지불한 치료비가 보장이 되고 귀하가 모든 규칙을 준수한 경우, 당사는 요청서를 수령한 후 역일로 60일 이내에 해당 서비스 및 품목에 대한 당사의 분담액을 서비스 제공자에게 보냅니다.
- 서비스 또는 품목에 대한 비용을 지불하지 않은 경우, 서비스 제공자에게 직접 비용을 지급할 것입니다. 당사가 비용을 지급하는 것은 가입자의 보장범위 결정 요청을 **수락**하는 것과 마찬가지입니다.
- 의학적 치료가 보장되지 않거나 가입자가 모든 규칙을 준수하지 않았다면 당사는 가입자에게 해당 서비스 또는 항목에 대해 비용을 지불하지 않을 것이며 그 이유를 설명하는 서신을 보낼 것입니다.

당사가 비용을 지급하지 않는다고 하면 어떻게 되나요?

가입자가 결정에 동의하지 않을 경우 **이의를 제기할 수 있습니다.** 179페이지의 E3절에 설명된 이의 제기 절차를 따르십시오. 이러한 지침을 따를 경우 다음에 유의하십시오.

- 환급에 대한 이의 제기를 하는 경우, 귀하의 이의 제기를 수령한 지 역일로 30일 이내에 귀하에게 답변을 제공해야 합니다.
- 가입자가 이미 서비스를 받았고 그 비용을 직접 납부한 후 서비스나 용품에 대해 당사에 환급을 요청하는 경우, 가입자는 빠른 이의 제기를 할 수 없습니다.

저희가 이의 제기에 **거부** 결정을 내리고 해당 서비스 또는 품목을 일반적으로 Medicare가 보장하는 경우, 가입자의 사례를 독립 심사 기관(IRE)에 자동으로 전달합니다. 이런 경우 당사는 귀하에게 통지할 것입니다.

- IRE가 플랜의 결정에 반대하고 플랜이 비용을 지급해야 한다고 할 경우, 역일로 30일 이내에 가입자 또는 서비스 제공자에게 비용을 지불해야 합니다. 이의 제기가 이의 제기 절차의 2단계 이후 특정 단계에서 **수락**된 경우, 가입자가 요청한 금액을 역일로 60일 이내에 가입자나 서비스 제공자에게 지급해야 합니다.
- 귀하의 이의 제기에 대해 IRE가 **거부** 결정을 내린 경우, 이 기관은 귀하의 요청을 승인하지 않은 저희 결정에 동의한다는 것을 의미합니다. (이것을 "결정 지지"라고 합니다. 또한 "이의 제기 기각"이라고도 부릅니다.) 이 서신에는 이의 제기에 대한 추가적 권리가 설명되어 있을 것입니다. 서비스 또는 품목의 비용이 특정 최소액

기준에 부합한 경우에만 이의 제기를 다시 할 수 있습니다. 이의 제기 추가 단계에 대한 세부 정보는 212페이지의 I절을 참조해 주십시오.

당사가 가입자의 이의 제기에 **거부 결정**을 내리고 해당 서비스나 용품이 보통 Medi-Cal에 의해 보장되는 경우, 가입자는 2단계 이의를 제기할 수 있습니다(183페이지의 E4절 참조).

F. 파트 D 의약품

F1. 파트 D을 받는 데 문제가 있거나 파트 D 약에 대해 환급을 원하면 어떻게 해야 합니까?

플랜 가입자의 혜택에는 다양한 처방약 보장이 포함되어 있습니다. 이들 대부분의 약을 "파트 D 약"이라고 부릅니다. Medicare 파트 D가 보장하지 않지만 Medi-Cal은 보장하기도 하는 약이 몇 가지 있습니다. **이 절은 파트 D 약에 대한 이의 제기에만 해당됩니다.**

의약품 목록에는 "NPD"라고 표시된 일부 의약품이 포함되어 있습니다. 이러한 의약품은 파트 D 약이 **아닙니다**. "NPD" 기호가 있는 의약품에 대한 이의 제기나 보장범위 결정은 174페이지의 E절에 나온 절차를 따릅니다.

보장범위 결정을 요청하거나 파트 D 처방약에 대한 이의 제기를 할 수 있나요?

예. 그렇습니다. 파트 D 약에 대해 가입자가 저희에게 요청하는 보장범위 결정의 예는 다음과 같습니다.

- 가입자가 다음과 같은 예외를 요청:
  - 플랜의 의약품 목록에 없는 파트 D 약에 대한 보장을 요청.
  - 약에 대한 플랜의 보장의 제한 사항을 면제하도록 요청(수령할 수 있는 약의 양 제한)
- 특정 약이 보장되는지 질문하실 수 있습니다(예를 들어, 가입자의 약이 플랜의 의약품 목록에 있지만 플랜이 보장하기 전에 플랜의 승인을 받도록 하는 경우).

참고: 현재 이용하는 약국에서 처방약을 조제해 줄 수 없다고 하는 경우, 가입자가 보장범위 결정을 요청하기 위해 당사에 연락하는 방법을 설명한 통지문이 제공됩니다.

- 가입자가 이미 구입한 처방약 비용을 플랜이 부담하도록 요청. 이것은 비용 부담에 대한 보장범위 결정을 요청하는 것입니다.

> 파트 D 약의 보장범위 결정에 해당하는 **법률 용어**는 **"보장범위 판단"(coverage determination)**입니다.

보장범위 결정에 동의하지 않을 경우, 가입자는 결정에 대해 이의 제기를 할 수 있습니다. 이 절에서는 보장범위 결정을 요청하는 방법**과** 이의 제기를 하는 방법에 대해 설명하고 있습니다.

아래의 차트를 이용하시면 어느 절에 귀하의 상황에 맞는 정보가 있는지 판단하는 데 유용합니다.

귀하는 이러한 상황 중 어떤 경우입니까?			
귀하는 당사의 의약품 목록에 없는 약이 필요하십니까, 혹은 당사에 보장 의약품 제한이나 규칙을 포기하도록 요청하셔야 합니까?	당사가 의약품 목록에 나온 의약품을 보장해 주기를 원하십니까? 귀하가 필요로 하는 의약품에 대한 제한(사전 승인을 얻는 것처럼)이나 플랜 측의 규칙을 충족하고 있다고 생각하십니까?	이미 비용을 지불하고 받은 의약품에 대해 당사에 환급을 요청하고 싶습니까?	당사가 보장 또는 환급을 귀하가 원하시는 방식으로 보장하거나 비용을 부담하지 않을 것이라고 통보를 해왔습니까?
플랜에 예외를 요청할 수 있습니다. (이것은 보장범위 결정의 한 종류입니다.)	**보장범위 결정을 요청할 수 있습니다.**	**플랜에 비용 환급을 요청할 수 있습니다.** (이것은 보장범위 결정의 한 종류입니다.)	**이의 제기를 할 수 있습니다.** (즉 저희에게 재고를 요청하는 것입니다.)
192페이지의 **F2절**부터 시작하십시오. 192페이지와 193페이지의 F3와 F4절을 참조하십시오.	193페이지의 **F4절**로 건너 뛰십시오.	193페이지의 **F4절**로 건너 뛰십시오.	196페이지의 **F5절**로 건너 뛰십시오.

F2. 예외란?

예외란 일반적으로 저희 의약품 목록에 없는 약에 대한 보장을 얻거나 특정한 규칙 및 제한 사항 없이 의약품을 사용할 수 있도록 허용하는 것입니다. 해당 약이 플랜의 의약품 목록에 없거나 플랜이 원하는 방식으로 보장이 되지 않을 경우, "예외"를 요청할 수 있습니다.

예외를 요청할 때 담당 의사나 기타 처방자는 예외를 받아야 하는 의학적 이유에 대해 설명해야 합니다.

가입자 또는 담당 의사가 플랜에게 요청할 수 있는 예외의 예는 다음과 같습니다.

1. 의약품 목록에 없는 파트 D 약에 대한 보장.
   - 플랜이 예외를 인정하고 의약품 목록에 없는 약을 보장하는 것에 동의한 경우, 가입자는 3단계의 브랜드 약 또는 2단계의 복제약에 적용되는 비용 분담액을 지급해야 합니다.
   - 이 약에 대해 귀하가 지급해야 하는 자기부담금 또는 공동보험액에 대해 예외를 요청할 수 없습니다.
2. 보장범위에 대한 제한을 없앰. 저희 의약품 목록의 특정 약에 적용되는 추가적인 규칙 또는 제한 사항이 있습니다(자세한 정보는 5장, C절로 가십시오).
   - 특정한 의약품 보장범위에 관한 추가 규칙 및 제한:
     - 약 보장에 동의하기 전에 플랜 승인 획득. (이것을 "사전 허가"라고도 부릅니다.)
     - 가입자가 요청하는 약에 대한 보장에 동의하기 전에 다른 약을 먼저 시도. (이를 "단계별 치료법"이라고도 부릅니다.)
     - 용량 제한: 일부 약에 대해 가입자가 사용할 수 있는 양의 수량을 제한합니다.
   - 플랜이 예외를 인정하고 제한을 면제하는 것에 동의할 경우, 해당 약에 대해 지급해야 할 자기부담금에 대한 예외를 요청할 수 있습니다.

> 약 보장에 대한 제한사항의 해제를 요청하는 것을 **법률 용어**로 **"처방집 예외"(formulary exception)** 요청이라고 하기도 합니다.

F3. 예외 요청에 대해 알아두어야 할 중요한 사항

담당 의사나 기타 처방자는 당사에게 의학적 사유를 알려야 합니다

담당 의사나 기타 처방자는 예외를 요청하는 의학적 사유를 설명한 진술서를 제출해야 합니다. 예외에 대한 결정은 가입자가 예외를 요청할 때 담당 의사나 기타 처방자가 제공한 정보를 포함하는 경우, 더욱 빨라질 수 있습니다.

일반적으로 당사의 의약품 목록은 특정 질환을 치료하는 데 한 가지 이상의 의약품을 포함합니다. 이것을 "대체" 의약품이라고 합니다. 대안 약의 효능이 귀하가 요청하는 약만큼 효과적이며 부작용이나 기타 건강 문제를 유발하지 않을 경우, 일반적으로 귀하의 예외 요청을 승인하지 않습니다.

가입자의 예외 요청에 대한 수락 또는 거부 결정

- 플랜이 가입자의 예외 요청에 대해 **수락** 결정을 내리면, 예외는 보통 역년으로 연말까지 지속됩니다. 이것은 담당 의사가 해당 약을 계속 처방하며 이 약이 귀하의 상태를 치료하는데 지속적으로 안전하고 효과적일 경우에 한합니다.
- 플랜이 가입자의 예외 요청에 대해 **거부** 결정을 내리면, 이의 제기를 하여 저희 결정을 검토하도록 요청하실 수 있습니다. 196페이지의 F5절에는 당사가 **거부 결정**을 내리는 경우 이의 제기를 하는 방법이 설명되어 있습니다.

다음 절에서는 예외를 포함해 보장범위 결정을 요청하는 방법에 대해 설명합니다.

F4. 예외를 포함해 파트 D 약의 보장범위 결정 또는 파트 D 약에 대한 환급을 요청하는 방법

해야 할 일

- 귀하가 원하는 보장범위 결정의 유형을 요청하십시오. 요청은 전화, 서신 또는 팩스로 할 수 있습니다. 이러한 조치가 가능한 해당자는 가입자, 대리인 또는 담당 의사(처방자)입니다. 저희에게 1-888-697-8122번으로 문의해 주십시오(TTY: 711).
- 가입자나 담당 의사(또는 기타 처방자) 또는 가입자를 대신하는 사람이 보장범위 결정을 요청할 수 있습니다. 또한 변호사가 귀하를 대신하게 할 수 있습니다.
- 다른 누군가가 귀하의 대리인 자격으로 행동할 수 있도록 허가하는 방법에 관해서는 173페이지의 D절을 읽어 보십시오.
- 담당 의사나 기타 처방자가 가입자를 대신해 보장범위 결정을 요청하도록 하기 위해 서면 허가서를 제공하지 않아도 됩니다.

요약: 의약품 또는 지불에 관한 보장범위 결정 요청 방법

전화, 서면 또는 팩스로 요청하거나, 대리인이나 담당 의사나 기타 처방자에게 요청하십시오. 표준 보장범위 결정에 대한 답변은 72시간 내에 제공됩니다. 가입자가 이미 지불한 파트 D 약 비용의 환급에 대한 답변은 역일로 14일 이내에 할 것입니다.

- 예외를 요청하는 경우, 담당 의사나 기타 처방자의 진술을 포함시키십시오.
- 가입자나 담당 의사 또는 기타 처방자는 빠른 결정을 요청할 수 있습니다. (빠른 결정은 통상 24시간 내에 나옵니다.)
- 귀하가 빠른 결정에 자격이 되는지 확인하려면 본 절을 잘 읽어 주십시오! 결정 기한에 대한 정보를 확인하는 경우에도 읽어보시기 바랍니다.

- 가입자가 약 비용 환급을 요청하려면 본 안내 책자의 7장을 참조해 주시기 바랍니다. 7장에서는 환급 요청이 필요한 시기에 대해 설명합니다. 또한 플랜에 가입자가 지불했던 의약품 비용을 환급하도록 요청하는 서류를 당사에 발송하는 방법에 대해서도 설명합니다.
- 예외를 요청하는 경우, "근거 진술"을 제시하십시오. 담당 의사나 기타 처방자는 의약품 예외에 대한 의학적 사유를 제출해야 합니다. 이것을 "근거 진술"이라고 부릅니다.
- 담당 의사나 기타 처방자는 이러한 진술서를 팩스 또는 우편 발송할 수 있습니다. 담당 의사나 기타 처방자는 당사와의 전화 통화 후 진술서를 팩스 또는 우편 발송할 수 있습니다.

가입자의 건강 상 필요하다면, "빠른 보장범위 결정"을 요청하십시오.

"빠른 기한"을 사용하도록 합의한 경우가 아니라면 "표준 기한"을 사용합니다.

- **표준 보장범위 결정**이란 의사의 진술서를 수령하고 72시간 이내에 답변을 하는 것을 의미합니다.
- **빠른 보장범위 결정**이란 의사의 진술서를 수령하고 24시간 이내에 답변을 하는 것을 의미합니다.

> "빠른 보장범위 결정"(fast coverage decision)에 해당하는 **법률 용어**는 **"신속 보장범위 판단"(expedited coverage determination)**입니다.

귀하가 아직 수령하지 않은 약에 대해 요청할 경우에만 빠른 보장범위 결정을 이용할 수 있습니다. (이미 구입한 약에 대한 환급을 요청하는 경우에는 빠른 보장범위 결정을 요청하실 수 없습니다.)

표준 기한이 귀하의 건강이나 기능에 심각한 해를 초래할 수 있는 경우에만 빠른 보장범위 결정을 받을 수 있습니다.

가입자의 담당 의사 또는 기타 처방자가 건강 상 "빠른 보장범위 결정"이 필요하다고 하면, 플랜은 자동으로 빠른 보장범위 결정 제공에 동의할 것이며 이러한 사실을 가입자에게 서신으로 전달할 것입니다.

- 가입자가 직접 빠른 보장범위 결정을 요청하는 경우(담당 의사 또는 기타 처방자의 도움 없이), 플랜은 가입자가 빠른 보장범위 결정을 받을지 결정할 것입니다.
- 가입자의 건강 상태가 빠른 보장범위 결정 요건에 부합하지 않는다고 판단되면 가입자에게 안내문을 보내 드립니다.
    - 당사는 그 내용을 가입자에게 알리는 서신을 보내 드립니다. 이 안내문은 표준 결정을 한다는 플랜의 결정에 대해 불만을 제기하는 방법에 대해 설명합니다.

- 가입자는 "빠른 불만 제기"를 접수하고 24시간 내에 결정을 통지 받으실 수 있습니다. 빠른 불만 제기를 포함하여 불만을 제기하는 절차에 대한 자세한 정보는 213페이지의 J절을 참조해 주십시오.

"빠른 보장범위 결정" 기한

- 빠른 기한을 사용할 경우, 저희는 24시간 이내에 답변을 제공해야 합니다. 즉 가입자의 요청을 수령한 지 24시간 이내에 답변합니다. 또는 가입자가 예외를 요청하는 경우, 플랜이 가입자의 요청을 뒷받침하는 담당 의사 또는 처방자의 진술을 받은 후 24시간입니다. 가입자의 건강 상태로 인해 더 일찍 답변을 들어야 하는 경우, 더 일찍 답변할 것입니다.
- 이 기한을 지키지 못할 경우, 가입자의 요청은 이의 제기 과정의 2단계로 진행됩니다. 2단계에서 독립 심사 기관은 가입자의 요청 사항을 심사합니다.
- 가입자의 요청 사항의 일부 또는 전체에 대해 플랜이 **수락 결정**을 내리면, 플랜은 가입자의 요청을 수락하거나 가입자 요청 사항을 뒷받침하는 담당 의사나 처방자의 소견서를 수령한 지 24시간 이내에 보장을 제공해야 합니다.
- 귀하의 요청 사항 일부 또는 전부에 대해 **거부 결정**이 내려지면 **거부 결정**이 내려진 이유를 설명하고 결정에 대해 이의를 제기하는 방법을 안내하는 서신을 보내드립니다.

수령하지 않은 약에 대한 "표준 보장범위 결정"의 기한

- 당사가 표준 기한을 이용할 경우, 가입자의 이의 제기를 수령한 지 72시간 이내에 답변을 제공해야 합니다. 또는 가입자가 예외를 요청하는 경우, 당사가 가입자의 요청을 뒷받침하는 담당 의사 또는 처방자의 진술을 받은 후입니다. 가입자의 건강 상태로 인해 더 일찍 답변을 들어야 하는 경우, 더 일찍 답변할 것입니다.
- 이 기한을 지키지 못할 경우, 가입자의 요청은 이의 제기 과정의 2단계로 진행됩니다. 2단계에서 독립 심사 기관은 가입자의 요청 사항을 심사합니다.
- 가입자의 요청 사항의 일부 또는 전체에 대해 플랜이 **수락 결정**을 내리면, 플랜은 가입자의 요청을 수락하거나, 가입자가 예외를 요청할 경우 요청 사항을 뒷받침하는 담당 의사나 처방자의 소견서를 수령한 지 72시간 이내에 보장을 승인하거나 제공해야 합니다.
- 귀하의 요청 사항 일부 또는 전부에 대해 **거부 결정**이 내려지면 **거부 결정**이 내려진 이유를 설명하고 결정에 대해 이의를 제기하는 방법을 안내하는 서신을 보내드립니다.

이미 구입한 의약품 비용 지불에 대한 "표준 보장범위 결정" 기한

- 당사는 가입자의 이의 제기를 받은 지 역일로 14일 내에 답변을 제공해야 합니다.
- 이 기한을 지키지 못할 경우, 가입자의 요청은 이의 제기 과정의 2단계로 진행됩니다. 2단계에서 독립 심사 기관은 가입자의 요청 사항을 심사합니다.

- 귀하의 요청 사항 일부 또는 전부에 대해 **수락 결정**이 내려지면, 플랜은 역일로 14일 이내에 가입자에게 비용을 지불할 것입니다.
- 귀하의 요청 사항 일부 또는 전부에 대해 **거부 결정**이 내려지면 **거부 결정**이 내려진 이유를 설명하고 결정에 대해 이의를 제기하는 방법을 안내하는 서신을 보내드립니다.

F5. 파트 D 약에 대한 1단계 이의 제기

- 이의 제기를 시작하려면, 가입자, 담당 의사 또는 기타 처방자나, 대리인이 당사에 연락해야 합니다.
- 표준 이의 제기를 요청하는 경우, 요청서를 서면으로 전달해 이의를 제기하실 수 있습니다. 또한 이의 제기를 위해 1-855-905-3825번으로 연락해 주십시오(TTY: 711).
- 빠른 이의 제기를 원하는 경우 서면으로 이의를 제기하거나 전화로 문의하실 수 있습니다.
- 플랜의 결정을 귀하에게 알리기 위해 보내드리는 통지에 있는 날짜로부터 **역일로 60일 이내에** 이의 제기를 요청해야 합니다. 이러한 기한을 놓쳤으며 시기를 놓친 합당한 사유가 있다면, 당사는 귀하에게 이의를 제기할 수 있는 추가 시간을 제공할 수도 있습니다. 예컨대 귀하가 중병에 걸려 당사에 연락하지 못했거나 당사가 귀하에게 이의 제기 요청 기한에 대한 부정확하거나 불완전한 정보를 제공한 경우라면, 기한을 놓친 충분한 사유가 될 수 있습니다.

요약: 1단계 이의 제기 방법

가입자 담당 의사 또는 대리인은 가입자의 요청을 서면으로 작성해 이를 우편 또는 팩스로 발송하면 됩니다. 전화를 하여 이의 제기를 하실 수도 있습니다.

- 귀하가 이의를 제기하는 해당 결정이 있은 지 **역일로 60일 내**에 요청하십시오. 합당한 사유로 기한을 놓친 경우 이의를 제기하실 수 있습니다.
- 가입자, 담당 의사나 처방자 또는 대리인은 전화로 빠른 이의 제기를 요청할 수 있습니다.
- 귀하가 빠른 결정에 자격이 되는지 확인하려면 본 절을 잘 읽어 주십시오! 결정 기한에 대한 정보를 확인하는 경우에도 읽어보시기 바랍니다.

- 귀하는 귀하의 이의 제기에 대한 정보의 사본을 요청할 권리가 있습니다. 사본이 필요하신 경우, 고객 서비스부에 1-855-905-3825번으로 연락해 주십시오(TTY: 711).

> 파트 D 약 보장범위 결정에 대해 플랜에 이의를 제기하는 것을 **법률 용어**로 플랜 **"재판단"(redetermination)**이라고 합니다.

원하실 경우, 귀하와 담당 의사 또는 기타 처방자는 이의 제기를 뒷받침할 추가 정보를 저희에게 제공할 수 있습니다.

귀하의 건강 상 필요하다면, "빠른 이의 제기"를 요청하십시오.

- 아직 수령하지 않은 약에 대한 플랜의 결정에 이의 제기를 하려는 경우, 귀하와 담당 의사 또는 다른 처방자는 "빠른 이의 제기"가 필요한지 결정해야 합니다.
- "빠른 이의 제기"를 받기 위한 요건은 193페이지의 F4절에 있는 "빠른 보장범위 결정"을 받기 위한 요건과 동일합니다.

> "빠른 이의 제기"(fast appeal)에 해당하는 **법률 용어**는 **"신속 재판단"(expedited redetermination)**입니다.

저희 플랜은 가입자의 이의 제기를 심사해 당사의 결정을 전달할 것입니다.

- 당사는 귀하의 보장범위 요청에 대한 모든 정보를 또 한 번 주의 깊게 검토합니다. 귀하의 요청에 대해 저희가 **거부 결정**을 내리면 모든 규칙을 준수했는지 확인합니다. 당사는 추가 정보를 얻기 위해 가입자나 담당 의사 또는 기타 처방자에게 연락을 취할 수도 있습니다. 최초의 보장범위 결정을 하지 않은 사람이 심사원이 됩니다.

"빠른 이의 제기"에 요구되는 기한

- 당사가 빠른 기한을 이용하는 경우, 귀하의 이의 제기를 받은 후 72시간 내에, 또는 귀하의 건강 상 필요하다면 더욱 신속하게 당사의 답변을 귀하에게 전달할 것입니다.
- 가입자에게 72시간 내에 답변을 제공하지 않는 경우, 가입자의 요청을 이의 제기 과정의 2단계로 진행시킬 것입니다. 2단계에서 독립 심사 기관은 귀하의 이의 제기를 심사할 것입니다.
- 귀하가 요청했던 사항의 일부 또는 모두에 대해 **수락 결정**이 내려지면, 당사는 이의 제기를 접수한 후 72시간 내에 보장범위를 제공해야 합니다.
- 가입자 요청의 전체 또는 일부에 대해 **거부 결정**이 내려진 경우, **거부** 사유에 대해 설명한 서신을 발송해 드립니다.

"표준 이의 제기"에 요구되는 기한

- 당사가 표준 기한을 이용하는 경우, 가입자가 이미 구입한 약에 대한 환급을 요청하는 경우를 제외하고 가입자의 이의 제기를 수령한 후 역일로 7일 내에, 또는 가입자의 건강 상 필요하다면 더 빨리 답변해야 합니다. 가입자가 이미 구입했던 의약품 비용을 당사에 환급하도록 요청할 경우, 이의 제기를 접수한 후 역일로 14일 내에 답변을 해야 합니다. 귀하의 건강 상 필요하다고 여겨진다면, 귀하는 "빠른 이의 제기"를 하셔야 합니다.
- 당사가 역일로 7일 이내에 또는 이미 구입한 약에 대한 환급 요청에 역일로 14일 이내에 결정 사항을 전달하지 않을 경우, 이의 제기 절차의 2단계 요청서를 발송할 것입니다. 2단계에서 독립 심사 기관은 귀하의 이의 제기를 심사할 것입니다.

- 귀하의 요청 사항 일부 또는 전부에 대해 **수락 결정**이 내려지면:
  - 당사가 보장 요청을 승인할 경우, 가입자의 건강에 필요한 대로 최대한 빨리 보장을 제공해야 하되, 가입자의 이의 제기를 접수하고 역일로 7일 이내 또는 이미 구입한 약에 대한 환급 요청에 14일 이내에 보장을 제공해야 합니다.
  - 귀하가 이미 구입했던 의약품 비용을 당사에 환급하도록 요청한 것에 대해 당사가 승인하는 경우, 귀하에게 이의 제기 요청을 받은 후 역일로 30일 내에 해당 금액을 전달할 것입니다.
- 귀하의 요청 사항 일부 또는 전부에 대해 **거부 결정**이 내려지면 **거부 결정**이 내려진 이유를 설명하고 결정에 대해 이의를 제기하는 방법을 안내하는 서신을 보내드립니다.

F6. 파트 D 약에 대한 2단계 이의 제기

가입자의 이의 제기의 일부 또는 전부에 대해 당사가 **거부 결정**을 내리면, 가입자는 그 결정을 받아들일지 아니면 다시 이의 제기를 할지 선택할 수 있습니다. 귀하가 2단계 이의 제기로 진행하기로 한 경우, 독립 심사 기관(IRE)이 당사의 결정을 심사할 것입니다.

- 가입자의 사례를 독립 심사 기관이 심사하도록 하고 싶다면, 이의 제기 요청은 서면으로 이루어져야 합니다. 1단계 이의 제기에 대한 당사의 결정 안내 서신에서 2단계 이의 제기 요청 방법을 설명합니다.
- 가입자가 독립 심사 기관에 이의를 제기하는 경우, 당사가 해당 기관에 해당 사례 파일을 보내게 됩니다. 가입자는 본인의 사례 파일 사본을 요청할 권리가 있습니다. 고객 서비스부에 1-855-905-3825번으로 문의해 주십시오(TTY: 711).

요약: 2단계 이의 제기 방법

귀하의 사례를 독립 심사 기관이 심사하도록 하고 싶다면, 귀하의 이의 제기 요청은 서면으로 이루어져야 합니다.

- 귀하가 이의를 제기하는 해당 결정이 있은 지 **역일로 60일 내**에 요청하십시오. 합당한 사유로 기한을 놓친 경우 이의를 제기하실 수 있습니다.
- 가입자, 담당 의사 또는 기타 처방자, 대리인은 2단계 이의 제기를 요청할 수 있습니다.
- 귀하가 빠른 결정에 자격이 되는지 확인하려면 본 절을 잘 읽어 주십시오! 결정 기한에 대한 정보를 확인하는 경우에도 읽어보시기 바랍니다.

- 가입자는 독립 심사 기관에 본인의 이의 제기를 뒷받침할 기타 정보를 제공할 권리가 있습니다.
- 독립 심사 기관은 Medicare가 고용한 독립 기관입니다. 이 기관은 저희 플랜과 무관하며 정부 기관이 아닙니다.
- 독립 심사 기관의 심사자는 가입자의 이의 제기와 관련된 모든 정보를 면밀하게 검토할 것입니다. 이 기관은 귀하에게 그러한 결정을 설명하는 서신을 보낼 것입니다.

파트 D 의약품에 관하여 IRE에 이의를 제기하는 **법률 용어**는 **"재심"(reconsideration)**입니다.

2단계 "빠른 이의 제기"에 요구되는 기한

- 귀하의 건강 상 필요하다면, 독립 심사 기관(IRE)에 "빠른 이의 제기"를 요청하십시오.
- IRE가 귀하의 "빠른 이의 제기" 제공에 동의하는 경우, 귀하에게 이의 제기 요청을 받은 후 72시간 내에 2단계 이의 제기에 대한 답변을 제공해야 합니다.
- 독립 심사 기관이 귀하의 요청 사항에 대해 **수락 결정**을 내리면 당사는 결정을 받은 후 24시간 내에 의약품 보장을 승인하거나 제공해야 합니다.

2단계 "표준 이의 제기"에 요구되는 기한

- 2단계에서 표준 이의 제기가 진행되면, 독립 심사 기관(IRE)에서는 귀하에게 이의 제기를 받은 후 역일로 7일 내에 2단계 이의 제기에 대한 답변을 제공하거나, 이미 구입한 약에 대한 환급 요청에 역일로 14일 이내에 답변해야 합니다.
- 독립 심사 기관이 귀하의 요청 사항에 대해 **수락 결정**을 내리면 당사는 결정을 받은 후 72시간 내에 의약품 보장을 승인하거나 제공해야 합니다.
- 가입자가 이미 구입했던 의약품 비용을 당사에 환급하도록 요청한 것에 대해 독립 심사 기관이 승인하는 경우, 당사는 해당 결정을 받은 후 역일로 30일 내에 가입자에게 해당 금액을 전달할 것입니다.

2단계 이의 제기에 대해 독립 심사 기관이 거부 결정을 내린 경우, 어떻게 해야 합니까?

거절은 독립 심사 기관(IRE)이 귀하의 요청을 승인하지 않은 플랜의 결정에 동의하는 것을 의미합니다. 이를 "결정 지지"라고 합니다. 또한 "이의 제기 기각"이라고도 부릅니다.

가입자가 이의 제기 절차 3단계로 진행하고자 한다면, 요청 중인 의약품의 값이 최소 금액 기준을 넘어야 합니다. 이러한 금액 가치가 최소 수준 미만인 경우, 귀하는 더 이상 이의를 제기하실 수 없습니다. 금액 가치가 충분히 높은 경우, 가입자는 3단계 이의 제기를 요청할 수 있습니다. 가입자가 독립 심사 기관으로부터 받은 서신에는 이의 제기 과정을 지속하는 데 필요한 금액 가치가 설명되어 있습니다.

G. 오랜 기간 병원 입원을 보장해 주도록 요청하는 방법

입원 시, 귀하는 당사의 보장에 따라 질환이나 부상을 치료하고 진단하는 데 필요한 모든 병원 서비스를 받을 권리가 있습니다.

귀하의 보장되는 입원 기간 동안, 담당 의사와 병원 직원은 가입자의 퇴원 준비를 위해 협력할 것입니다. 또한 퇴원 후에 귀하에게 필요할 수 있는 치료를 받도록 도와줄 것입니다.

- 귀하가 병원을 떠나는 날을 "퇴원일"이라고 부릅니다.
- 담당 의사나 병원 의료진이 퇴원일을 알려 줄 것입니다.

귀하가 요구 받은 퇴원 날짜가 너무 이르다고 생각된다면, 병원 체류를 더욱 길게 요청할 수 있습니다. 이 절에서는 요청 방법에 대해 설명합니다.

G1. Medicare 권리 활용법

병원 입원이 허가된 후 이틀 이내에 사회복지사 또는 간호사는 "귀하의 권리에 관한 Medicare의 중요한 메시지"라는 고지문을 드리게 됩니다. 안내문을 받지 못한 경우, 병원 직원에게 요청하십시오. 도움이 필요하다면 고객 서비스부에 1-855-905-3825(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m.에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. 또한 주 7일 하루 24시간 언제든 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오.

이 안내문을 자세히 읽고 이해가 되지 않는 사항은 질문하십시오. "중요한 메시지"는 다음에 대한 가입자의 권리를 포함하여 병원 환자로서의 권리에 대해 알려줍니다.

- 입원 기간 중 및 퇴원 후 Medicare가 보장하는 서비스를 받을 수 있는 권리. 귀하는 이러한 서비스 내용, 서비스 비용 부담자 및 서비스 제공 장소에 대해 알아두어야 할 권리가 있습니다.
- 병원 체류 기간에 대한 결정에 참여할 권리.
- 병원 서비스 품질에 대한 문제를 보고할 장소를 알 권리.
- 퇴원이 지나치게 이르다고 생각될 경우 이의 제기를 할 권리.

수령 사실을 확인하고 가입자 권리를 이해했음을 알리기 위해 Medicare 안내문에 서명해야 합니다. 안내문에 서명하는 것은 담당 의사 또는 병원 의료진이 귀하에게 통지했을 수 있는 퇴원 날짜에 귀하가 동의하는 것을 의미하지는 **않습니다**.

서명한 안내문의 사본을 보관하면 필요할 때 정보를 이용할 수 있습니다.

- 사전에 이 안내문의 사본을 확인하려면 고객 서비스부에 1-855-905-3825(TTY: 711)번으로 주 7일 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. 또한 주 7일 하루 24시간 언제든 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오. 통화는 무료입니다.
- 고지 내용은 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices에서 온라인으로 확인하실 수도 있습니다.
- 도움이 필요하시면, 위에 기재된 번호로 고객 서비스부, 또는 Medicare로 연락하시기 바랍니다.

G2. 병원 퇴원일 변경을 위한 1단계 이의 제기

당사가 입원환자 병원 서비스를 장기적으로 보장할 수 있도록 하고 싶다면, 귀하는 이의 제기를 신청해야 합니다. 품질 개선 기관은 1단계 이의 제기 심사를 수행하여 예정된 퇴원일이 귀하에게 의학적으로 적절한지를 확인할 것입니다. 캘리포니아주에서는, 품질 개선 기관을 Livanta BFCC-QIO라고 합니다.

퇴원 날짜를 변경하는 이의 제기를 하려면 Livanta BFCC-QIO 프로그램으로 연락하실 수 있습니다. 1-877-588-1123(TTY: 1-855-887-6668).

지금 바로 전화하세요!

병원에서 퇴원하고 예정된 퇴원일이 지나기 **전**에 품질 개선 기관에 연락하십시오. "Medicare의 가입자의 권리에 대한 중요 메시지"에는 품질 개선 기관에 연락하는 방법에 대한 정보가 포함되어 있습니다.

- **퇴원하기 전에 연락하는 경우,** 예정된 퇴원일 이후에도 비용 부담 없이 병원에 머무르면서 귀하의 이의 제기에 대한 품질 개선 기관의 결정을 수령할 때까지 기다릴 수 있습니다.
- **이의 제기를 위해 전화를 하지 않고** 예정된 퇴원 날짜 이후에도 병원에 계속 입원하기로 결정하는 경우 예정된 퇴원 날짜 후에 받는 병원 치료에 대한 모든 비용을 귀하가 지불해야 할 수 있습니다.

요약: 퇴원일을 변경하기 위해 1단계 이의 제기를 하는 방법

가입자가 거주하는 주의 품질 개선 기관에 1-877-588-1123(TTY: 1-855-887-6668)번으로 연락하여 "빠른 심사"를 요청하십시오.

병원을 떠나기 전, 그리고 귀하의 예정된 퇴원일 전에 전화하십시오.

- 품질 개선 기관에 이의 제기에 대해 연락할 **기한을 지키지 못한 경우**, 플랜에 직접 이의 제기를 할 수 있습니다. 자세한 내용은 204페이지의 G4절을 참조해 주십시오.
- 병원 입원은 Medicare와 Medi-Cal이 모두 보장하므로, 품질 개선 기관이 병원 입원을 지속하려는 가입자의 요청을 거절하거나, 가입자가 본인의 상황이 긴급하며 즉각적으로 건강에 위협이 된다고 판단하거나, 극심한 통증을 느낄 경우, 캘리포니아주 관리보건부(DMHC)에 불만 제기를 하거나 독립 의료 심사를 요청할 수도 있습니다. 독립 심사 기관에 불만 제기를 하고 DMHC에 독립 의료 심사를 요청하는 방법에 관해서는 183페이지의 E4절을 참조하시기 바랍니다.

당사는 귀하가 필요로 하는 부분을 잘 이해하셨는지, 관련 기한은 언제인지 잘 알아두셨기를 바랍니다.

- **필요한 경우 도움을 요청하십시오.** 궁금한 사항이 있거나 언제든지 도움이 필요하시면 고객 서비스부에 1-855-905-3825번으로 문의해 주십시오(TTY: 711). 또한 1-800-434-0222번으로 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 문의하셔도

됩니다. 또는 Cal MediConnect 옴부즈 프로그램, 1-855-501-3077번으로 연락하실 수도 있습니다.

품질 개선 기관이란 무엇입니까?

품질 개선 기관은 의사 및 연방 정부의 재정을 지원 받는 기타 의료 전문가로 구성된 집단입니다. 이러한 전문가는 당사의 플랜에 속해 있지 않습니다. 이들은 Medicare 이용자가 받는 의료 서비스의 품질을 점검하고 품질 개선을 지원하며 Medicare에서 비용을 지불합니다

"빠른 심사"를 요청하십시오

품질 개선 기관에게 귀하의 퇴원에 대한 **"빠른 심사"**를 요청해야 합니다. "빠른 심사"를 요청한다는 것은 귀하가 해당 기관 측에 이의 제기에 대해 표준 기한을 사용하는 대신 빠른 기한을 사용하도록 요청하는 것을 뜻합니다.

> "빠른 심사"(fast review)에 해당하는 **법률 용어**는 **"즉시 심사"(immediate review)**입니다.

빠른 심사 과정 동안 무슨 일이 있습니까?

- 품질 개선 기관의 심사 담당자는 귀하나 대리인에게 예정된 퇴원일 이후에 보장이 계속되어야 한다고 생각하는 이유를 물을 것입니다. 귀하가 서면으로 준비할 것은 어떤 것도 없으며 원하는 경우 준비할 수 있습니다.
- 심사원은 가입자의 의료 기록을 살펴보고, 담당 의사와 상담하고, 병원 체류에 관계된 모든 정보를 검토할 것입니다.
- 심사 담당자가 귀하의 이의 제기에 대해 당사에 의견을 전달한 그 날 정오까지, 귀하에게 예정된 퇴원일을 제시하는 서신이 전달됩니다. 이 서신에서는 가입자가 퇴원일에 퇴원한 것을 담당 의사, 병원 그리고 플랜이 적합하다고 생각하는 이유를 설명합니다.

> 이 안내문의 **법률 용어**를 **"퇴원에 대한 상세 고지"(Detailed Notice of Discharge)**라고 합니다. 샘플이 필요하신 경우 고객 서비스부에 1-855-905-3825번으로 연락해 주십시오(TTY: 711). 또한 주 7일 하루 24시간 언제든 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오. 또는 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices 에서 온라인으로 샘플 통지문을 보실 수 있습니다.

답변이 수락된 경우

- 심사 기관이 가입자의 이의 제기에 대해 **수락 결정**을 내리는 경우 당사에서는 의학적으로 필요하다면 병원 서비스를 계속 제공해야 합니다.

답변이 거부된 경우

- 심사 기관이 가입자의 이의 제기에 대해 **거부 결정**을 내리면 가입자의 예정된 퇴원 날짜가 의학적으로 적절하다는 의미입니다. 이 경우, 입원환자 병원 서비스에 대한 저희 보장은 품질 개선 기관이 귀하에게 답변을 제공한 후 정오에 종료됩니다.
- 품질 개선 기관이 **거부 결정**을 내리고 가입자가 병원에 입원해 있기로 결정하는 경우, 계속된 입원에 대해서는 가입자가 비용을 지불해야 합니다. 가입자가 지불해야 하는 병원 치료비는 품질 개선 기관이 답변을 제공한 날 정오부터 산정됩니다.
- 품질 개선 기관이 귀하의 이의 제기에 대해 거부 결정을 내리고 또한 예정된 퇴원일 이후에도 병원에 머무는 경우, 다음 절에서 설명한 바와 같이 2단계 이의 제기를 할 수 있습니다.

G3. 병원 퇴원일 변경을 위한 2단계 이의 제기

품질 개선 기관이 귀하의 이의 제기에 대해 거부 결정을 내렸으며 그럼에도 귀하께서 예정된 퇴원일 이후에도 병원에 머무는 경우, 2단계 이의 제기를 할 수 있습니다. 귀하는 품질 개선 기관에 다시 연락해 또 한번의 심사를 요청하셔야 할 것입니다.

품질 개선 기관이 귀하의 1단계 이의 제기에 대해 **거부 결정**을 내린 날로부터 **역일로 60일 이내**에 2단계 심사를 요청하십시오. 치료 보장이 종료된 날 이후 병원에 머무른 경우에만 이러한 심사를 요청할 수 있습니다.

캘리포니아주에서는, 품질 개선 기관을 Livanta BFCC-QIO라고 합니다. 가입자는 Livanta BFCC-QIO에 **1-877-588-1123번으로 연락해 주십시오(TTY: 1-855-887-6668).**

- 품질 개선 기관의 심사 담당자는 귀하의 이의 제기에 관계된 모든 정보를 또 한번 주의 깊게 검토할 것입니다.
- 2차 심사에 대한 귀하의 요청을 접수하고 역일로 14일 이내에 품질 개선 기관 심사자는 결정을 내릴 것입니다.

요약: 퇴원일을 변경하기 위해 2단계 이의 제기를 하는 방법

가입자가 거주하는 주의 품질 개선 기관에 1-877-588-1123(TTY: 1-855-887-6668)로 전화하여 다시 심사해줄 것을 요청하십시오.

이의 제기에 대해 수락 결정이 내려지는 경우

- 당사는 귀하의 이의 제기에 대한 최초 결정일 당일 정오 이후 귀하가 받은 병원 의료 서비스 비용 중 당사의 몫에 대해 귀하에게 환급해야 합니다. 의학적으로 필요하다면 당사는 병원 입원 치료를 위한 보장을 계속 제공해야 합니다.
- 귀하는 해당 비용에 대한 귀하의 몫을 계속 지불하셔야 하고 보장범위 제한이 적용될 수 있습니다.

이의 제기에 대해 거부 결정이 내려지는 경우

이는 품질 개선 기관이 1단계 결정에 동의한 것을 의미하며 변경되지 않을 것입니다. 귀하가 받은 서신에서는 귀하가 이의 제기 과정을 계속하고자 하는 경우 할 수 있는 조치에 대해 설명합니다.

품질 개선 기관이 2단계 이의 제기에 대해 거부 결정을 내리는 경우, 예정된 퇴원일 이후의 입원 비용을 본인이 부담해야 할 수 있습니다.

또한 귀하는 병원 입원을 계속하기 위해 불만 제기를 하거나 독립 의료 심사를 DMHC에 요청할 수도 있습니다. 독립 심사 기관에 불만 제기를 하고 DMHC에게 독립 의료 심사를 요청하는 방법에 관해서는 183페이지의 E4절을 참조하시기 바랍니다.

G4. 이의 제기 기한을 놓친 경우

이의 제기 기한을 놓친 경우, 대안적 이의 제기라고 하는 1단계 및 2단계 이의 제기를 할 방법이 있습니다. 하지만 처음 2가지 단계의 이의 제기는 다릅니다.

병원 퇴원일 변경을 위한 1단계 대안적 이의 제기

품질 개선 기관에 연락하는 기한을 놓친 경우(60일 이내 또는 퇴원 예정일 중에서 먼저 도래하는 날짜), 저희에게 이의 제기를 하여 "빠른 심사"를 요청하실 수 있습니다. 빠른 심사는 표준 기한 대신 빠른 기한을 이용하는 이의 제기입니다.

- 이러한 심사 과정 동안, 당사는 귀하의 병원 체류에 관한 모든 정보를 검토합니다. 당사는 가입자가 퇴원해야 하는 시기에 대한 결정이 공정했으며 모든 수칙을 준수했는지를 확인합니다.
- 당사는 귀하에게 이러한 심사에 대한 입장 전달에 표준 기한을 사용하는 대신, 빠른 기한을 활용할 것입니다. 이것은 가입자가 "빠른 심사"를 요청한 후 72시간 이내에 저희가 결정에 대해 통지한다는 의미입니다.

요약: 1단계 대안적 이의 제기 방법

고객 서비스부 번호로 문의하여 병원 퇴원일에 대한 "빠른 심사"를 요청하십시오.

당사는 가입자에게 72시간 이내에 결정 사항을 통지합니다.

- **귀하의 빠른 심사에 대해 수락 결정이 내려지는 경우,** 플랜이 귀하가 퇴원일 후에 병원에 있어야 한다는 것에 동의하는 것입니다. 당사는 병원 서비스가 의학적으로 필요한 경우에 한해 이러한 서비스를 계속 보장할 것입니다.
- 또한 이것은 당사가 귀하의 보장이 종료될 것임을 통지한 당일 이후 귀하가 받았던 의료 서비스 비용 중 당사가 부담해야 하는 몫을 귀하에게 환급하는 데 동의하는 것입니다.

- **플랜이 빠른 이의 제기에 대해 거부 결정을 내린 경우**, 귀하의 예정된 퇴원일이 의학적으로 적합하다는 것을 의미합니다. 입원환자 병원 서비스에 대한 당사의 보장은 당사가 보장이 종료될 것이라는 입장을 전한 그 날에 종료됩니다.
  - 예정된 퇴원 날짜 후에 병원에 입원해 있는 경우 예정된 퇴원 날짜 후에 받은 병원 진료의 **모든 비용을 귀하가 지불**해야 할 수 있습니다.
- 빠른 이의 제기에 대해 저희가 **거부** 결정을 내린 경우 모든 규칙을 준수했는지 확인하기 위해, 저희는 귀하의 이의 제기를 "독립 심사 기관"에게 보냅니다. 이 경우, 자동으로 케이스는 이의 제기 절차의 2단계로 진행하게 됩니다.

> "빠른 심사"(fast review) 또는 "빠른 이의 제기"(fast appeal)에 해당하는 **법률 용어**는 **"신속 이의 제기"(expedited appeal)**입니다.

병원 퇴원일 변경을 위한 2단계 대안적 이의 제기

플랜은 1단계 결정을 가입자에게 제공한 지 24시간 내에 2단계 이의 제기에 대한 정보를 독립 심사 기관(IRE)에 보냅니다. 귀하는 당사가 이 기한이나 다른 기한을 지키지 않는다고 생각하시면, 불만을 제기하실 수 있습니다. 불만을 제기하는 방법은 213페이지 J절을 참조해 주십시오.

2단계 이의 제기 과정에서 IRE는 가입자의 "빠른 심사" 요청에 당사가 **거부 결정**을 내렸을 때 그러한 당사의 결정을 심사합니다. 이 기관은 당사가 내린 결정의 변경 필요성 여부를 결정합니다.

> **요약: 2단계 대안적 이의 제기 방법**
>
> 귀하는 어떠한 조치도 취할 필요가 없습니다. 플랜은 자동으로 독립 심사 기관에 이의 제기를 보냅니다.

- IRE는 가입자의 이의 제기의 "빠른 심사"를 실시합니다. 심사 담당자는 일반적으로 귀하에게 72시간 내에 답변할 것입니다.
- 독립 심사 기관은 Medicare가 고용한 독립 기관입니다. 이 기관은 저희 플랜과 무관하며 정부 기관이 아닙니다.
- IRE의 심사자는 가입자의 퇴원에 대한 이의 제기와 관련된 모든 정보를 면밀하게 검토할 것입니다.
- IRE가 가입자의 이의 제기에 **수락 결정**을 내리면, 당사는 예정된 퇴원 날짜 이후로 가입자가 받은 병원 진료 비용에 대한 당사의 분담금을 가입자에게 환급해야 합니다. 또한 가입자의 의료 서비스가 의학적으로 필요한 경우에 한해 당사는 해당 서비스를 계속 보장해야 합니다.
- IRE가 귀하의 이의 제기에 대해 **거부 결정**을 내린 경우, 예정된 퇴원일이 의학적으로 적합하다는 점에 동의하는 것입니다.

- IRE에서 제공하는 서신에는 심사 절차를 계속하려는 경우 할 수 있는 일이 기술되어 있습니다. 이 안내문에서는 판사가 처리하는 이의 제기의 3단계로 계속 진행하는 방법에 관한 세부 내용을 제공합니다.

또한 가입자는 병원 입원을 계속하기 위해 불만 제기를 하고 독립 의료 심사를 DMHC에 요청할 수도 있습니다. 독립 심사 기관에 불만 제기를 하고 DMHC에게 독립 의료 심사를 요청하는 방법에 관해서는 183페이지의 E4절을 참조하시기 바랍니다. 가입자는 3단계 이의 제기에 더해, 또는 그것을 대신하여 독립 의료 심사를 요청할 수도 있습니다.

H. 재택 건강 관리, 전문 간호 관리 또는 종합 외래환자 재활 시설(CORF) 서비스가 너무 이르게 종료된다고 생각하는 경우

이 절은 다음과 같은 종류의 서비스에만 적용됩니다.

- 가정 건강 관리 서비스.
- 전문 간호 시설의 전문 간호 관리.
- Medicare 승인 종합 외래환자 재활 시설(Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)의 외래환자로서 이용하고 있는 재활 관리 보통 이것은 귀하가 질병이나 사고에 대한 치료를 받고 있거나 대수술을 받고 회복 중에 있음을 뜻합니다.
    - 이러한 세 종류의 서비스는 담당 의사가 필요하다고 인정하는 한 가입자는 계속하여 보장 서비스를 받을 수 있는 권리가 있습니다.
    - 당사가 이러한 서비스 보장 중단을 결정하는 경우에는 서비스가 종료되기 전 귀하에게 이러한 사실을 알려야 합니다. 이러한 서비스에 대한 보장이 종료될 경우, 저희는 서비스에 대한 납부를 중단할 것입니다.

플랜이 가입자의 서비스 보장을 너무 빨리 중단한다고 생각할 경우, **가입자는 당사의 결정에 이의 제기를 할 수 있습니다.** 이 절에서는 이의 제기 방법에 대해 설명합니다.

H1. 보장이 끝날 예정이면 미리 알려드릴 것입니다.

서비스에 대한 납부를 중단하기 최소 2일 전에 귀하에게 안내문을 보내드립니다. 이것을 "Medicare 비보장 안내문"이라고 합니다.

- 안내문을 통해 가입자에게 서비스 보장 중단일을 알려드릴 것입니다.
- 또한 이러한 결정에 대한 이의 제기 방법을 알려 드립니다.

귀하 또는 대리인은 수령 사실을 확인하기 위해 이 안내문에 서명해야 합니다. 안내문에 서명한다고 해서 서비스 제공을 중단한다는 플랜의 의사에 동의한다는 뜻은 **아닙니다.**

보장이 종료될 경우, 저희는 서비스 비용의 플랜 분담액 납부를 중단할 것입니다.

H2. 서비스를 지속하기 위한 1단계 이의 제기

플랜이 가입자의 서비스 보장을 너무 빨리 중단한다고 생각할 경우, 가입자는 당사의 결정에 이의 제기를 할 수 있습니다. 이 절에서는 이의 제기 방법에 대해 설명합니다.

이의 제기를 시작하기에 앞서, 가입자가 해야 할 일과 최종 기한이 언제인지를 알아두십시오.

- **기한을 지키십시오.** 기한은 중요합니다. 반드시 해야 할 일의 기한을 이해하고 이를 준수하도록 하십시오. 저희 플랜이 준수해야 할 기한도 있습니다. (저희가 이 기한을 지키지 않았다고 생각하실 경우, 불만을 제기하실 수 있습니다. 불만을 제기하는 방법은 213페이지 J절을 참조해 주십시오.)
- **필요한 경우 도움을 요청하십시오.** 궁금한 사항이 있거나 언제든지 도움이 필요하시면 고객 서비스부에 1-855-905-3825번으로 문의해 주십시오(TTY: 711). 또는 주 건강 보험 지원 프로그램(SHIP)에 1-877-839-2675번으로 전화해 주십시오.

1단계 이의 제기 동안 품질 개선 기관은 귀하의 이의 제기를 심사하고 당사가 내린 결정의 변경 여부를 결정합니다. 캘리포니아주에서는, 품질 개선 기관을 Livanta BFCC-QIO라고 합니다. 가입자는 Livanta BFCC-QIO에 1-877-588-1123번으로 연락해 주십시오(TTY: 1-855-887-6668). 품질 개선 기관에 이의 제기를 하는 것에 관한 정보도 "Medicare 비보장 안내문"에 수록되어 있습니다. 이것은 당사가 가입자의 치료 보장을 중단하겠다고 통지하였을 때 받는 안내문입니다.

요약: 1단계 이의 제기를 통해 플랜에 서비스 지속을 요청하는 방법

가입자가 거주하는 주의 품질 개선 기관에 1-877-588-1123(TTY: 1-855-887-6668)번으로 전화하여 "빠른 이의 제기"(fast-track appeal)를 요청하십시오.

가입자에게 의료 서비스를 제공하는 기관 또는 시설에서 나오기 전과 예정된 퇴원일 이전에 연락해 주십시오.

품질 개선 기관이란 무엇입니까?

품질 개선 기관은 의사 및 연방 정부의 재정을 지원받는 기타 의료 전문가로 구성된 집단입니다. 이러한 전문가는 당사의 플랜에 속해 있지 않습니다. 이들은 Medicare 이용자가 받는 의료 서비스의 품질을 점검하고 품질 개선을 지원하며 Medicare에서 비용을 지불합니다

무엇을 요청해야 합니까?

"빠른 이의 제기"를 요청하십시오. 이는 귀하의 서비스 보장을 당사가 종료시키는 것이 의료상 적절한지에 대한 독립 심사입니다.

이 기관에 대한 연락 기한은 언제입니까?

- 진료 보장이 종료될 때를 알려주는 서면 통보를 받은 후 늦어도 당일 정오까지는 품질 개선 기관에 문의해야 합니다.

- 품질 개선 기관에 이의 제기에 대해 연락할 기한을 지키지 못한 경우, 플랜에 직접 이의 제기를 할 수 있습니다. 이의 제기를 하는 다른 방법에 대한 자세한 내용은 210페이지의 H4절을 참조해 주십시오.

- 품질 개선 기관이 가입자의 의료 서비스 보장 지속에 대한 요청을 거절하거나, 가입자가 본인의 상황이 긴급하며 즉각적으로 건강에 위협이 된다고 판단하거나, 극심한 통증을 느낄 경우, 캘리포니아주 관리보건부(DMHC)에게 불만 제기를 하고 독립 의료 심사를 요청할 수도 있습니다. 독립 심사 기관에 불만 제기를 하고 DMHC에게 독립 의료 심사를 요청하는 방법에 관해서는 183페이지의 E4절을 참조하시기 바랍니다.

안내문의 **법률 용어**는 **"Medicare 비 보장 안내문"(Notice of Medicare Non-Coverage)**입니다. 샘플 사본이 필요하신 경우 고객 서비스부에 1-855-905-3825(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m.에 연락해 주십시오. 통화료는 무료이며 주 7일 하루 24시간 언제든 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오. 또는 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices에서 온라인으로 사본을 보실 수 있습니다.

품질 개선 기관이 심사하는 동안의 진행 과정

- 품질 개선 기관의 심사 담당자는 귀하나 대리인에게 서비스에 대한 보장이 계속되어야 한다고 생각하는 이유를 물을 것입니다. 귀하가 서면으로 준비할 것은 어떤 것도 없으며 원하는 경우 준비할 수 있습니다.

- 가입자가 이의 제기를 요청하면, 플랜은 가입자의 서비스 종료 사유를 설명한 서신을 가입자와 품질 개선 기관에 보내야 합니다.

- 심사원은 가입자의 의료 기록을 살펴보고 담당 의사와 상담하고, 플랜이 이들에게 제공한 정보를 심사할 것입니다.

- **심사 담당자는 필요한 모든 정보를 확보한 후, 만 하루 내에 귀하에게 그들의 결정 내용을 알릴 것입니다.** 귀하는 그러한 결정을 설명하는 서신을 받게 될 것입니다.

서비스를 종료해야 하는 이유를 설명하는 서신의 **법률 용어**는 **"비 보장범위의 세부적인 설명"(Detailed Explanation of Non-Coverage)**입니다.

심사 담당자가 수락 결정을 내리는 경우

- 심사자가 이의 제기에 **수락** 결정을 내리면 의학적으로 필요한 경우 저희는 보장되는 서비스를 계속 제공해야 합니다.

심사 담당자가 거부 결정을 내리는 경우

- 심사자가 이의 제기에 대해 **거부** 결정을 내린 경우, 귀하에게 이를 알린 날에 보장이 종료됩니다. 또한 이러한 의료 서비스 비용 중 당사의 몫에 대한 비용 지불도 중단될 것입니다.
- 보장범위 종료 날짜 이후에 귀하가 재택 건강 관리, 전문 간호 시설 진료 또는 종합 외래환자 재활 시설(CORF) 서비스를 계속 받기로 결정하는 경우, 이런 서비스의 모든 비용을 본인이 직접 부담하셔야 합니다.

H3. 서비스를 지속하기 위한 2단계 이의 제기

품질 개선 기관이 귀하의 이의 제기에 대해 **거부 결정**을 내렸으며 **그럼에도** 귀하께서 치료 보장이 종료된 후에도 계속 치료를 받기로 결정한 경우, 2단계 이의 제기를 할 수 있습니다.

2단계 이의 제기 과정에서 품질 개선 기관이 1단계에 내렸던 결정을 다시 심사하도록 요청하실 수 있습니다. 품질 개선 기관이 1단계 결정에 동의하는 경우, 귀하의 보장이 종료된다고 알린 날짜 이후의 가정 건강 관리 또는 전문 간호 시설 서비스 또는 종합 외래환자 재활 시설(CORF) 서비스에 대한 전체 비용을 지불해야 할 수 있습니다.

캘리포니아주에서는, 품질 개선 기관을 Livanta BFCC-QIO라고 합니다. 가입자는 Livanta BFCC-QIO에 1-877-588-1123번으로 연락해 주십시오(TTY: 1-855-887-6668). 품질 개선 기관이 귀하의 1단계 이의 제기에 대해 **거부 결정**을 내린 날로부터 **역일로 60일 이내**에 2단계 심사를 요청하십시오. 이러한 심사 요청은 귀하가 해당 의료 서비스에 대한 보장이 종료된 당일 이후에도 치료를 계속 받은 경우에만 가능합니다.

요약: 플랜이 가입자의 서비스를 지속하도록 2단계 이의 제기를 하는 방법

가입자가 거주하는 주의 품질 개선 기관에 1-877-588-1123(TTY: 1-855-887-6668)로 전화하여 다시 심사해줄 것을 요청하십시오.

가입자에게 의료 서비스를 제공하는 기관 또는 시설에서 나오기 전과 예정된 퇴원일 이전에 연락해 주십시오.

- 품질 개선 기관의 심사 담당자는 귀하의 이의 제기에 관계된 모든 정보를 또 한번 주의 깊게 검토할 것입니다.
- 품질 개선 기관은 귀하의 이의 제기 요청을 받은 날로부터 역일로 14일 내에 결정을 내릴 것입니다.

심사 기관이 수락 결정을 내리는 경우

- 당사는 귀하의 보장이 종료된다고 답변했던 날짜 이후에 귀하가 받은 치료 비용의 플랜 분담분을 환급해야 합니다. 당사는 의학적으로 필요한 경우 진료에 대해 보장을 계속 제공해야 합니다.

심사 기관이 이의 제기에 대해 거부 결정을 내린 경우

- 즉 QIO가 1단계 이의 제기에 대해 내렸던 결정에 동의하며 번복하지 않을 것임을 뜻합니다.

- 귀하가 받은 서신에서는 귀하가 심사 과정을 계속하고자 하는 경우 할 수 있는 조치에 대해 설명합니다. 이 안내문에서는 판사가 처리하는 이의 제기의 3단계로 계속 진행하는 방법에 관한 세부 내용을 제공합니다.
- 또한 귀하는 불만 제기를 하고 DMHC에 건강 관리 서비스의 보장을 계속하기 위해 독립 의료 심사를 요청할 수도 있습니다. 독립 심사 기관에 DMHC를 요청하는 방법에 관해서는 183페이지의 E4절을 참조하시기 바랍니다. 가입자는 불만 제기를 하고 3단계 이의 제기 대신에 또는 추가적으로 DMHC에 독립 의료 심사를 요청할 수도 있습니다.

H4. 1단계 이의 제기 기한을 놓치는 경우

이의 제기 기한을 놓친 경우, 대안적 이의 제기라고 하는 1단계 및 2단계 이의 제기를 할 방법이 있습니다. 하지만 처음 2가지 단계의 이의 제기는 다릅니다.

서비스를 장기간 지속하기 위한 1단계 이의 제기

품질 개선 기관에 연락할 기한을 놓친 경우, 저희에게 이의 제기를 하여 "빠른 심사"를 요청할 수 있습니다. 빠른 심사는 표준 기한 대신 빠른 기한을 이용하는 이의 제기입니다.

- 이 심사 과정에서, 당사는 재택 건강 관리, 전문 간호 시설 관리 또는 종합 외래환자 재활 시설(Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)에서 가입자가 받고 있는 치료에 관한 정보를 모두 면밀하게 검토합니다. 당사는 귀하의 서비스가 종료되어야 하는 시기에 대한 결정이 공정했으며 모든 수칙을 준수했는지를 확인합니다.
- 당사는 귀하에게 이러한 심사에 대한 입장 전달에 표준 기한을 사용하는 대신, 빠른 기한을 활용할 것입니다. 가입자가 "빠른 심사"를 요청한 후 72시간 이내에 결정에 대해 통지합니다.
- 당사가 빠른 검토에 대해 **수락 결정**을 내리면 의학적으로 필요한 경우 서비스를 계속 보장하는 데 동의함을 의미합니다.

요약: 1단계 대안적 이의 제기 방법

고객 서비스부 번호로 문의하여 "빠른 심사"를 요청하십시오.

당사는 가입자에게 72시간 이내에 결정 사항을 통지합니다.

- 또한 이것은 당사가 귀하의 보장이 종료될 것임을 통지한 당일 이후 귀하가 받았던 의료 서비스 비용 중 당사가 부담해야 하는 몫을 귀하에게 환급하는 데 동의하는 것입니다.
- 당사가 빠른 검토에 대해 **거부 결정**을 내리면, 해당 서비스를 중단하는 것이 의학적으로 적절했다는 의미입니다. 플랜의 보장은 보장이 종료되는 날을 기준으로 종료됩니다.

귀하가 서비스를 중지한 날 이후에 서비스를 계속 받는 경우 해당 서비스에 대해 **귀하가 전체 비용을 지불해야 할 수 있습니다**.

빠른 이의 제기에 대해 저희가 **거부 결정**을 내린 경우 모든 규칙을 준수했는지 확인하기 위해, 저희는 귀하의 이의 제기를 "독립 심사 기관"에게 보냅니다. 이 경우, 자동으로 케이스는 이의 제기 절차의 2단계로 진행하게 됩니다.

> "빠른 심사"(fast review) 또는 "빠른 이의 제기"(fast appeal)에 해당하는 **법률 용어**는 **"신속 이의 제기"(expedited appeal)**입니다.

서비스를 장기간 지속하기 위한 2단계 이의 제기

플랜은 1단계 결정을 가입자에게 제공한 지 24시간 내에 2단계 이의 제기에 대한 정보를 독립 심사 기관(IRE)에 보냅니다. 귀하는 당사가 이 기한이나 다른 기한을 지키지 않는다고 생각하시면, 불만을 제기하실 수 있습니다. 불만을 제기하는 방법은 213페이지 J절을 참조해 주십시오.

2단계 이의 제기 과정에서 IRE는 가입자의 "빠른 심사" 요청에 당사가 **거부 결정**을 내렸을 때 그러한 당사의 결정을 심사합니다. 이 기관은 당사가 내린 결정의 변경 필요성 여부를 결정합니다.

> **요약: 2단계 이의 제기를 통해 플랜 측이 귀하의 의료 서비스를 계속하도록 요청하는 방법**
>
> 귀하는 어떠한 조치도 취할 필요가 없습니다. 플랜은 자동으로 독립 심사 기관에 이의 제기를 보냅니다.

- IRE는 가입자의 이의 제기의 "빠른 심사"를 실시합니다. 심사 담당자는 일반적으로 귀하에게 72시간 내에 답변할 것입니다.
- 독립 심사 기관은 Medicare가 고용한 독립 기관입니다. 이 기관은 저희 플랜과 무관하며 정부 기관이 아닙니다.
- 독립 심사 기관의 심사자는 가입자의 이의 제기와 관련된 모든 정보를 면밀하게 검토할 것입니다.
- 이 기관이 가입자의 이의 제기에 **수락 결정**을 내리면 당사는 가입자에게 진료 비용의 당사 분담액을 환급해야 합니다. 또한 가입자의 의료 서비스가 의학적으로 필요한 경우에 한해 당사는 해당 서비스를 계속 보장해야 합니다.
- IRE가 가입자의 이의 제기에 **거부 결정**을 내리면 서비스의 보장 중지가 의학적으로 적절하다는 당사의 결정에 동의함을 의미합니다.

IRE에서 제공하는 서신에는 심사 절차를 계속하려는 경우 할 수 있는 일이 기술되어 있습니다. 이 안내문에서는 판사가 처리하는 이의 제기의 3단계로 계속 진행하는 방법에 관한 세부 내용을 제공합니다.

또한 가입자는 불만 제기를 하고 DMHC에 건강 관리 서비스의 보장을 계속하기 위해 독립 의료 심사를 요청할 수도 있습니다. 독립 심사 기관에 DMHC를 요청하는 방법에 관해서는 183페이지의 E4절을 참조하시기 바랍니다. 가입자는 불만 제기를 하고 3단계 이의 제기 대신에 또는 추가적으로 독립 의료 심사를 요청할 수도 있습니다.

I. 2단계 이후의 이의 제기

I1. Medicare 서비스 및 항목을 위한 다음 단계

Medicare 서비스 또는 항목에 대해 1단계 이의 제기와 2단계 이의 제기를 했는데 모두 거부된 경우 귀하는 이의 제기의 추가 단계를 진행할 권리가 있을 수 있습니다. 귀하가 독립 심사 기관으로부터 받은 서신에서는 이의 제기 과정을 계속하고자 하는 경우 할 수 있는 조치를 설명합니다.

이의 제기 3단계는 행정법 판사(ALJ) 심리입니다. 3단계 이의 제기에 대한 결정을 내리는 사람은 ALJ 또는 재판관입니다. 가입자가 본인의 사례를 ALJ 또는 재판관이 검토해주기를 원하는 경우, 가입자가 요청하고 있는 서비스나 용품이 최소한의 금액 수준을 충족해야 합니다. 이러한 금액 가치가 최소 수준 미만인 경우, 귀하는 더 이상 이의를 제기하실 수 없습니다. 금액 가치가 충분히 높은 경우, 귀하는 ALJ 또는 재판관에게 귀하의 이의 제기를 심리하도록 요청하실 수 있습니다.

귀하가 ALJ 또는 재판관의 결정에 동의하지 않는 경우, Medicare 이의 제기 위원회로 진행하실 수 있습니다. 그 이후, 귀하에게는 연방 법원을 통해 귀하의 이의 제기를 검토하도록 요청할 수 있는 권리가 주어지는 경우도 있습니다.

이의 제기 절차의 모든 단계에서 도움이 필요한 경우 Cal MediConnect 옴부즈 프로그램에 1-855-501-3077번으로 문의하실 수 있습니다.

I2. Medi-Cal 서비스 및 항목을 위한 다음 단계

또한 귀하의 이의 제기가 Medi-Cal에서 보장될 수 있는 서비스 또는 항목에 대한 것인 경우 추가로 이의 제기를 할 수도 있습니다. 주정부 공청회 결정에 동의하지 않고 다른 심사자가 이의 제기를 심사하기를 원하는 경우 귀하는 2차 공청회를 요청하거나 법적 검토를 구하실 수 있습니다.

재심리를 요청하려면, 요청서를 다음 주소로 발송해 주십시오.

The Rehearing Unit
744 P Street, MS 19-37
Sacramento, CA 95814

이 서신은 귀하가 결정을 통보 받은 후 30일 이내에 발송해야 합니다. 가입자가 지연되는 합당한 사유가 있는 경우 이 기한을 최장 180일까지 연장할 수 있습니다.

2차 공청회 요청에는 결정을 통보 받은 날짜와 2차 공청회를 허가해야 하는 이유를 명시하십시오. 추가적인 증빙 서류를 제시하려면 그 서류에 대해 적고 처음부터 제시하지 않은 이유와 이 증빙 서류로 결정 내용이 어떻게 바뀔지 설명해 주십시오. 가입자는 법률 서비스부에 문의하실 수 있습니다.

법적 검토를 요청하려면 결정을 통보 받은 후 1년 이내에 대법원(Code of Civil Procedure Section 1094.5)에 청원서를 제출해야 합니다. 결정 내용에 명시된 카운티의 대법원에

청원서를 접수하십시오. 가입자는 2차 공청회를 요청하지 않고 청원서를 접수할 수 있습니다. 접수비는 없습니다. 귀하는 법정에서 귀하에게 유리한 최종 결정을 내리는 경우 합리적인 변호사 수수료와 비용을 받을 자격이 있습니다.

공청회가 이루어진 후 그 결과에 동의하시지 않으면 법적 검토를 구하실 수 있습니다. 그러나 공청회를 다시 요청하실 수는 없습니다.

J. 불만 사항 제기 방법

J1. 어떤 종류의 문제에 불만을 제기해야 합니까?

불만 제기 절차는 진료의 품질, 대기 시간 및 고객 서비스와 관련된 문제 같이 특정 종류의 문제에만 사용됩니다. 불만 사항 제기 절차로 다뤄지는 문제 유형에 대한 예를 소개합니다.

품질에 관한 불만 사항

- 귀하는 병원에서 받은 의료 서비스 같은 의료 품질에 불만족하고 있습니다.

개인정보에 관한 불만 사항

- 누군가 귀하의 프라이버시를 존중하지 않았거나, 공개하기를 원하지 않았던 개인 정보를 누군가 공유했다고 생각하십니까?

실망스러운 고객 서비스에 대한 불만 사항

- 건강 관리 제공자 또는 직원이 귀하에게 무례했거나 실례를 했습니다.

요약: 불만 사항 제기 방법

가입자는 저희 플랜에 내부 불만 제기를 하거나 저희 플랜과 연관이 없는 기관에 외부 불만 제기를 할 수 있습니다.

내부 불만 제기를 하려면, 고객 서비스부로 연락하시거나 당사로 서신을 보내 주십시오.

외부 불만 제기를 다루는 여러 기관이 있습니다. 자세한 정보는 216페이지 J3절을 참조하십시오.

- Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 직원에게 푸대접을 받았습니까?
- 플랜에서 강제로 탈퇴를 당했습니까?

접근성에 대한 불만 사항

- 의사 또는 제공자 진료소에서 건강 관리 서비스와 시설을 물리적으로 이용할 수 없습니까?
- 서비스 제공자가 수화 통역과 같은 가입자가 필요로 하는 합당한 편의를 제공하지 않습니다.

대기 시간에 대한 불만 사항

- 예약을 하는데 문제가 있거나 대기 시간이 너무 길다고 생각하십니까?
- 의사, 약사 또는 기타 건강 전문가 또는 고객 서비스부나 기타 플랜 직원이 귀하를 너무 오래 기다리게 했습니까?

청결에 관한 불만 사항

- 클리닉, 병원 또는 의사의 진료소가 청결하지 않습니까?

언어 이용에 관한 불만 사항

- 담당 의사 또는 제공자가 예약하는 동안 통역자를 제공하지 않습니까?

플랜과의 소통에 대한 불만 사항

- 플랜에서 귀하가 받아야 하는 안내문이나 서신을 제공하지 않았습니까?
- 귀하는 당사가 귀하에게 보냈던 서면 정보가 이해하기 어렵다고 생각합니다.

보장 범위 결정이나 이의 제기와 관련된 플랜 조치의 시기 적절성에 대한 불만 제기

- 플랜이 보장 범위 결정이나 이의 제기 답변을 위한 마감일을 지키지 않습니까?
- 보장을 받거나 귀하에게 유리한 이의 제기 결정을 받은 후 플랜에서 귀하에게 서비스를 승인 또는 제공하지 않거나 특정한 의학적 서비스에 대해 환급해 주지 않습니까?
- 플랜에서 귀하의 케이스를 독립 심사 기관으로 제 때에 전달하지 않습니까?

> "불만 제기"(complaint)에 해당하는 **법률 용어**는 **"고충제기"(grievance)**입니다.
>
> "불만 제기"(making a complaint)에 해당하는 **법률 용어**는 **"고충 제기"(filing a grievance)**입니다.

여러 가지 불만 사항이 있습니까?

예. 그렇습니다. 내부 불만 제기 및/또는 외부 불만 제기를 할 수 있습니다. 내부 불만 제기는 당사에 제기하고 당사의 심사를 받는 것입니다. 외부 불만 제기는 플랜과 제휴 관계가 없는 기관에 제기하고 그 기관의 심사를 받는 것입니다. 내부 불만 제기 및/또는 외부 불만 제기에 도움이 필요하시면 Cal MediConnect 옴부즈 프로그램, 1-855-501-3077번으로 연락하실 수 있습니다.

J2. 내부 불만 제기

내부 불만 제기를 하시려면, 고객 서비스부에 1-855-905-3825번으로 문의해 주십시오(TTY: 711). 가입자는 파트 D 의약품이 아닌 경우 언제든지 불만을 제기할 수 있습니다. 파트 D 의약품에 대한 불만 제기의 경우 불만을 제기하려는 문제가 발생한 후 **역일로 60일 이내에** 하셔야 합니다.

- 그 밖에 해야 할 일이 있다면 고객 서비스부에서 알려줄 것입니다.
- 불만 사항을 서면으로 작성하여 당사에 보낼 수도 있습니다. 가입자가 불만 사항을 서면으로 작성하는 경우, 플랜이 서면으로 답변해 드립니다.

- 플랜은 불만 제기를 받은 후 5일 이내에 서면으로 불만 제기를 받았음을 확인해 줄 것입니다. 플랜은 문제에 대한 심사를 실시합니다. 심사의 일환으로서 가입자의 의료 기록을 요청할 수 있습니다. 플랜은 귀하의 불만 제기를 받은 후 30일 이내에 불만 제기에 응답하는 우편을 보내 드립니다. 플랜은 귀하의 건강 상태를 고려하여 최대한 빨리 불만 제기를 접수한 후 30일 이내에 귀하의 고충을 처리해야 합니다. 귀하가 기한 연기를 요청하거나, 추가 정보가 필요한 합당한 이유가 있거나, 연장하는 것이 귀하에게 유리한 경우 14일까지 연장할 수 있습니다.
- "빠른 보장범위 결정" 또는 "빠른 이의 제기" 요청에 대해 플랜이 거부 결정을 내려 불만 제기를 하는 경우, 플랜은 귀하에게 자동으로 "빠른 불만 제기"를 허락할 것입니다. "빠른 불만 제기"를 한다는 것은 플랜이 24시간 이내에 답변한다는 것을 의미합니다.
- Medicare 파트 D와 관련된 불만 제기는 문제가 발생한 후 역일로 60일 이내에 해야 합니다. 다른 모든 종류의 불만 제기는 귀하가 만족하지 못한 사건이나 조치가 발생한 날로부터 역일로 60일 이내에 플랜 또는 제공자에게 제기해야 합니다.
- 당사는 가입자가 전화로 접수한 불만 사항을 최대한 빨리 해결하기 위해 노력할 것입니다. 플랜에서 다음 영업일까지 귀하의 불만 제기를 해결할 수 없는 경우 귀하가 받은 것을 알려주는 불만 제기를 받은 후 역일로 5일 이내에 귀하에게 승인 서신을 보낼 것입니다.
- 가입자의 건강에 즉각적이고 심각한 위험을 주는 긴급한 문제(거절과 관련이 없음)가 있을 경우, "빠른 불만 사항 제기"를 요청하면 플랜이 72시간 이내에 답변할 것입니다.

> "빠른 불만 제기"(fast complaint)에 해당하는 **법률 용어**는 **"신속 고충 제기"(expedited grievance)**입니다.

가능하다면 즉시 답변을 드릴 것입니다. 가입자가 불만 사항이 있어 당사에 전화하는 경우, 답변도 전화로 할 수 있습니다. 귀하의 건강 때문에 당사의 신속한 답변이 필요한 경우, 당사는 그렇게 조치할 것입니다.

- 당사는 대부분의 불만 제기에 대해 역일로 30일 이내에 답변합니다. 당사에서 정보가 더 필요하여 역일로 30일 이내에 결정을 하지 않으면, 서면으로 가입자에게 통보합니다. 또한 상태 업데이트와 답변을 받을 수 있는 예상 시간을 알려드릴 것입니다.
- "빠른 보장범위 결정" 또는 "빠른 이의 제기" 요청에 대해 플랜이 거부 결정을 내려 불만 제기를 하는 경우, 플랜은 귀하에게 자동으로 "빠른 불만 제기"를 허락하고 24시간 내에 불만 제기에 응답할 것입니다.
- 당사가 보장범위 결정이나 이의 제기를 하는 데 추가로 시간이 필요하여 가입자가 불만을 제기하는 경우, 당사는 자동으로 "빠른 불만 제기"를 허락하고 24시간 이내에 불만 제기에 답변할 것입니다.

- 당사가 가입자의 불만 사항 일부 또는 전체에 **동의하지 않는 경우**, 가입자에게 그 사유를 설명할 것입니다. 당사는 해당 불만 사항에 동의하는지의 여부를 답변할 것입니다.

J3. 외부 불만 제기

가입자는 불만 사항을 Medicare에 전화로 알릴 수 있습니다.

가입자는 Medicare에 불만 사항을 보낼 수도 있습니다. Medicare 불만 처리 양식을 얻을 수 있는 주소입니다: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Medicare는 귀하의 불만 사항을 신중하게 검토하고 이 정보를 사용하여 Medicare 프로그램의 품질을 개선할 것입니다.

기타 의견이나 문제가 있거나, 플랜이 귀하의 문제를 해결해주지 않는다고 생각하실 경우, 1-800_MEDICARE(1-800-633-4227)로 연락해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

가입자는 불만 사항을 Medi-Cal에 전화로 알릴 수 있습니다.

Cal MediConnect 옴부즈 프로그램도 중립적인 관점에서 문제 해결을 도와 당사의 가입자들이 당사가 제공해야 하는 모든 보장 서비스를 이용할 수 있게 합니다. Cal MediConnect 옴부즈 프로그램은 보험회사 또는 건강 플랜과 관련이 없습니다.

Cal MediConnect 옴부즈 프로그램의 전화 번호는 1-855-501-3077번입니다. 이 서비스는 무료입니다.

캘리포니아주 관리보건부에 귀하의 불만 사항에 대해 알릴 수 있습니다.

캘리포니아주 관리보건부(California Department of Managed Health Care, DMHC)는 건강 플랜을 관리하는 일을 담당합니다. DMHC 헬프 센터에 전화하여 Medi-Cal 서비스 관련 불만 사항에 대해 도움을 받을 수 있습니다. 긴급 사항이나 가입자의 건강에 즉각적이고 심각한 위협과 관련된 불만 사항에 대해 도움이 필요하며, 극심한 통증이 있거나, 불만 사항에 대한 저희 플랜의 결정에 동의하지 않거나, 저희 플랜이 역일로 30일 이내에 불만 사항을 해결하지 못할 경우 DMHC에 연락할 수 있습니다.

헬프 센터의 도움을 받는 2가지 방법:

- 1-888-466-2219번으로 요청하십시오. 청각 장애, 청력 문제 또는 언어 장애를 가진 사람은 무료 TTY 번호인 1-877-688-9891번을 이용할 수 있습니다. 통화는 무료입니다.
- 캘리포니아주 관리보건부 웹사이트(www.dmhc.ca.gov)를 방문하십시오.

민권사무국에 불만을 제기하실 수 있습니다.

공정한 대우를 받지 못했다고 생각하시는 경우 보건복지부 민권사무국에 불만을 제기하실 수 있습니다. 예를 들어, 장애인을 위한 편의나 언어 지원에 관해 불만을 제기하실 수 있습니다.

민권사무국 전화번호는 1-800-368-1019번입니다. TTY 사용자는 1-800-537-7697번으로 전화해 주십시오. 자세한 정보는 www.hhs.gov/ocr을 방문하여 확인하실 수도 있습니다.

지역 민권사무국(Office for Civil Rights)에도 연락하실 수 있습니다.

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
Customer Response Center: (800) 368-1019
팩스: (202) 619-3818
TTY: (800) 537-7697
이메일: ocrmail@hhs.gov.

또한 귀하는 미국 장애인 법(ADA)과 2008 ADA 수정법안에 따른 권리를 갖습니다(P.L. 110-325). Cal MediConnect 옴부즈 프로그램에 지원을 요청할 수 있습니다. 전화번호는 1-855-501-3077입니다.

품질 개선 기관에게 불만을 제기할 수 있습니다.

불만이 서비스 품질에 대한 것일 경우, 다음의 두 가지 선택이 있습니다.

- 원한다면 서비스 품질에 대한 불만을 품질 개선 기관에게 직접 제기할 수 있습니다(저희에게 연락하지 않아도 됩니다).
- 또는 당사와 품질 개선 기관에 불만을 제기할 수 있습니다. 이 기관에 불만을 제기하려면 이 기관과 협력하여 문제를 해결하게 됩니다.

품질 개선 기관은 Medicare 환자에게 제공되는 의료 서비스를 점검하고 개선하고자 연방 정부의 지원을 받는 개업의와 기타 건강 관리 전문가로 구성된 집단입니다. 품질 개선 기관에 대한 자세한 정보는 2장을 참조해 주십시오.

캘리포니아주에서는, 품질 개선 기관을 Livanta BFCC-QIO라고 합니다. Livanta BFCC-QIO에는 1-877-588-1123번으로 연락해 주십시오(TTY: 1-855-887-6668).

10장: Cal MediConnect Plan의 탈퇴

서론

이 장에서는 Cal MediConnect Plan을 탈퇴하는 방법과 탈퇴 후 건강 보장범위 옵션에 대해 설명합니다. 당사의 플랜을 탈퇴하시는 경우에도 Medicare 및 Medi-Cal 프로그램에는 여전히 속하시게 됩니다. *가입자 안내 책자*의 마지막 장에서는 주요 용어와 용어 정의가 알파벳 순서로 나와 있습니다.

목차

A. Cal MediConnect Plan 을 탈퇴할 수 있는 시기 219

B. Cal MediConnect Plan 을 탈퇴하는 방법 220

C. 다른 Cal MediConnect Plan 에 가입하는 방법 221

D. Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 따로 받는 방법 221

D1. Medicare 서비스 이용 방법 221

D2. Medi-Cal 서비스 이용 방법 224

E. 가입자가 탈퇴할 때까지 저희 플랜을 통해 의료 서비스 및 의약품을 수령 225

F. Cal MediConnect 플랜 탈퇴의 기타 상황 225

G. 건강 관련 사유로 가입자에게 Cal MediConnect 플랜 탈퇴를 요청하는 것에 대한 규칙 226

H. 당사가 가입자의 플랜 가입을 종료한 경우, 가입자가 불만 제기를 할 권리 226

I. 플랜 가입 해지와 관련하여 자세한 정보를 얻는 방법 227

A. Cal MediConnect Plan을 탈퇴할 수 있는 시기

가입자는 다른 Medicare Advantage Plan에 가입하거나, 다른 Cal MediConnect 플랜에 가입하거나 Original Medicare로 전환하여 언제든지 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan(Medicare-Medicaid Plan)을 탈퇴할 수 있습니다.

가입자의 자격은 당사가 플랜 변경 요청서를 접수한 달의 마지막 날에 종료됩니다. 예를 들어, 당사가 요청서를 1월 18일에 받았다면, 당사의 플랜이 제공하는 가입자의 보장은 1월 31일에 종료됩니다. 귀하의 새로운 보장은 다음 달 첫 날(이 예에서는 2월 1일)에 시작됩니다.

저희 플랜 가입을 탈퇴하시면 다른 Cal MediConnect 플랜을 선택하시지 않는한 Medi-Cal 서비스를 위해 Medi-Cal 관리형 의료 플랜을 선택하시게 됩니다. 가입자는 저희 플랜에서 탈퇴할 때 Medicare 가입 옵션을 선택할 수도 있습니다. 저희 플랜에서 탈퇴하시면 다음에 대한 가입자의 정보를 얻을 수 있습니다:

- 221페이지의 표에 있는 Medicare 옵션.
- 221페이지의 Medi-Cal 서비스.

탈퇴 방법에 관한 자세한 정보 문의는

- 고객 서비스부에 1-855-905-3825번으로 문의해 주십시오(TTY: 711).
- 건강 관리 옵션(Health Care Options)에 1-844-580-7272번으로 월요일-금요일, 8:00 a.m. - 6:00 p.m.에 연락해 주십시오. TTY 사용자는 1-800-430-7077번으로 연락해 주십시오.
- 주 건강 보험 지원 프로그램(SHIP), 캘리포니아주 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 1-800-434-0222번으로 월요일-금요일, 8:00 a.m. - 5:00 p.m.에 연락해 주십시오. 자세한 정보나 지역의 HICAP 사무실을 찾으려면 www.aging.ca.gov/HICAP/를 방문해 주십시오.
- Cal MediConnect 옴부즈 프로그램에 1-855-501-3077번으로 월요일-금요일, 9:00 a.m. - 5:00 p.m.에 연락해 주십시오. TTY 사용자는 1-855-847-7914번으로 연락해 주십시오.
- 주 7일 하루 24시간 언제든 Medicare 전화 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오.

참고: 약물 관리 프로그램을 진행하는 경우, 플랜을 변경하지 못할 수 있습니다. 의약품 관리 프로그램에 대한 정보는 5장을 참조해 주십시오.

B. Cal MediConnect Plan을 탈퇴하는 방법

탈퇴를 결정하시는 경우, Medi-Cal 또는 Medicare에 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan의 탈퇴 의사를 밝히셔야 합니다.

- 건강 관리 옵션(Health Care Options)에 1-844-580-7272번으로 월요일-금요일, 8:00 a.m. - 6:00 p.m.에 연락해 주십시오. TTY 사용자는 1-800-430-7077번으로 연락해 주십시오. 또는
- 주 7일 하루 24시간 언제든 Medicare 전화 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자(청력 또는 언어 장애를 가진 사람)는 1-877-486-2048번으로 전화해야 합니다. 1-800-MEDICARE로 연락하실 때 다른 Medicare 건강 플랜 또는 약 보험에 가입하실 수도 있습니다. 저희 플랜 탈퇴 시 가입자의 Medicare 서비스 이용 방법에 관한 자세한 정보는 221페이지의 차트에 나와 있습니다.

C. 다른 Cal MediConnect Plan에 가입하는 방법

단 하나의 플랜으로 Medicare 및 Medi-Cal 혜택을 모두 계속 받고 싶다면 다른 Cal MediConnect Plan에 가입할 수 있습니다.

다른 Cal MediConnect Plan에 가입하는 방법:

- 건강 관리 옵션(Health Care Options)에 1-844-580-7272번으로 월요일-금요일, 8:00 a.m. - 6:00 p.m.에 연락해 주십시오. TTY 사용자는 1-800-430-7077번으로 연락해 주십시오. Blue Shield Promise 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 Plan으로 제공되는 보장은 가입자의 요청이 접수된 달의 마지막 날 해지됩니다.

D. Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 따로 받는 방법

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan을 탈퇴한 후, 다른 Cal MediConnect Plan에 가입하고 싶지 않다면 Medicare 및 Medicaid 서비스를 개별적으로 다시 받게 됩니다.

D1. Medicare 서비스 이용 방법

Medicare 혜택을 얻는 방법에 관해 몇 가지 선택권이 있습니다.

Medicare 서비스를 이용하기 위한 옵션은 세 가지가 있습니다. 세 가지 옵션 중 하나를 선택함으로써 Cal MediConnect Plan 가입이 자동으로 해지됩니다.

1. 변경 가능 대상 플랜: **Medicare 건강 플랜(예: Medicare Advantage 플랜), 또는 모든 자격 요건을 갖추고 서비스 지역 내에 거주하는 경우, 고령자를 위한 종합 진료 프로그램(Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)**	**다음은 이용 방법입니다.** 주 7일 하루 24시간 언제든 Medicare 전화 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오. PACE에 대한 문의는 1-855-921-PACE (7223)로 연락해 주십시오. 도움이나 더욱 자세한 정보가 필요한 경우: • 캘리포니아주 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(Health Insurance Counseling & Advocacy Program, HICAP)에 1-800-434-0222번으로 월요일-금요일, 8:00 a.m. - 5:00 p.m. 사이에 연락해 주십시오. 자세한 정보나 지역의 HICAP 사무실을 찾으려면 www.aging.ca.gov/HICAP/를 방문해 주십시오. 새 플랜의 보장이 시작되면 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan의 가입이 자동으로 해지됩니다.

2. 변경 가능 대상 플랜: **별도의 Medicare 처방약 플랜이 포함된 Original Medicare**	**다음은 이용 방법입니다.** 주 7일 하루 24시간 언제든 Medicare 전화 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오. 도움이나 더욱 자세한 정보가 필요한 경우: ● 캘리포니아주 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(Health Insurance Counseling & Advocacy Program, HICAP)에 1-800-434-0222번으로 월요일-금요일, 8:00 a.m. - 5:00 p.m. 사이에 연락해 주십시오. 자세한 정보나 지역의 HICAP 사무실을 찾으려면 www.aging.ca.gov/HICAP/를 방문해 주십시오. Original Medicare의 보장이 시작되면 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 의 가입이 자동으로 해지됩니다.

3. 변경 가능 대상 플랜: **별도의 Medicare 처방약 플랜이 없는 Original Medicare** **참고**: Original Medicare로 전환하고 별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입하시지 않는 경우, 귀하께서 Medicare 측에 가입을 원치 않는다고 명시적으로 말씀하시지 않는 한 Medicare에서 귀하를 처방약 플랜에 가입시키는 경우도 있습니다. 가입자의 고용주나 조합과 같은 기타 단체를 통해 약 보장을 받고 있다면 처방약 보장만 중단해야 합니다. 약 보장의 필요 여부에 대해 질문이 있으실 경우, 캘리포니아주 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(Health Insurance Counseling & Advocacy Program, HICAP)에 1-800-434-0222번으로 월요일-금요일, 8:00 a.m. - 5:00 p.m. 사이에 연락해 주십시오. 자세한 정보나 지역의 HICAP 사무실을 찾으려면 www.aging.ca.gov/HICAP/를 방문해 주십시오.	**다음은 이용 방법입니다.** 주 7일 하루 24시간 언제든 Medicare 전화 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오. 도움이나 더욱 자세한 정보가 필요한 경우: • 캘리포니아주 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(Health Insurance Counseling & Advocacy Program, HICAP)에 1-800-434-0222번으로 월요일-금요일, 8:00 a.m. - 5:00 p.m. 사이에 연락해 주십시오. 자세한 정보나 지역의 HICAP 사무실을 찾으려면 www.aging.ca.gov/HICAP/를 방문해 주십시오. Original Medicare의 보장이 시작되면 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 의 가입이 자동으로 해지됩니다.

D2. Medi-Cal 서비스 이용 방법

Cal MediConnect Plan을 탈퇴하면 가입자가 선택한 Medi-Cal 관리형 의료 플랜에 가입됩니다.

Medi-Cal 서비스에는 장기 서비스 및 지원과 행동 건강 관리가 포함됩니다.

저희 Cal MediConnect Plan 탈퇴를 요청하실 때 가입하시려는 Medi-Cal 관리형 의료 플랜을 건강 관리 옵션(Health Care Options)에 알려 주셔야 합니다.

- 건강 관리 옵션(Health Care Options)에 1-844-580-7272번으로 월요일-금요일, 8:00 a.m. - 6:00 p.m.에 연락해 주십시오. TTY 사용자는 1-800-430-7077번으로 연락해 주십시오. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan을 탈퇴하고 Medi-Cal 관리형 의료 플랜에 가입하고 싶다고 알려주십시오. 어떤 플랜에 가입할지 확실치 않다면 해당 지역에 있는 다른 플랜에 대해 알려드릴 것입니다.

Cal MediConnect 플랜에서 탈퇴하시면 귀하의 Medi-Cal 보장에 대해 새 가입자 ID 카드, 새 *가입자 안내 책자*, 새 *서비스 제공자 및 약국 명부*를 받으시게 됩니다.

E. 가입자가 탈퇴할 때까지 저희 플랜을 통해 의료 서비스 및 의약품을 수령

가입자가 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan을 탈퇴하는 경우, 가입이 해지되고 새로운 Medicare 및 Medi-Cal 보장이 시작되기까지 시간이 걸릴 수 있습니다. 자세한 정보는 218페이지를 참조해 주십시오. 이 기간 동안 귀하는 저희 플랜을 통해 계속 건강 관리 및 의약품을 수령하게 됩니다.

- **처방약 조제가 필요한 경우, 당사의 네트워크 약국을 이용하셔야 합니다.** 일반적으로 우편 주문 약국 서비스를 이용하는 것을 포함하여 네트워크 약국에서 조제할 경우에만 보장이 됩니다.
- **가입자가 탈퇴하는 날 입원하는 경우, 일반적으로 가입자의 입원은 퇴원할 때까지 당사의 플랜으로 보장됩니다.** 가입자가 퇴원 전 새로운 보장이 시작되는 경우에도 마찬가지입니다.

F. Cal MediConnect 플랜 탈퇴의 기타 상황

다음은 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan이 가입자의 가입을 해지해야 하는 경우입니다.

- 가입자의 Medicare 파트 A 및 파트 B 보장에 단절이 발생하는 경우.
- Medi-Cal 가입 자격을 상실하는 경우. 저희 플랜은 Medicare와 Medi-Cal 모두에 대해 자격을 갖춘 분을 위한 것입니다. 보건서비스부(DHCS) 또는 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS)는 이 프로그램에 대해 귀하께서 자격이 되지 않는 것으로 판단하면 가입을 해지시킬 수 있습니다.
- 가입자가 서비스 지역을 벗어나 이주한 경우.
- 가입자가 6개월 이상 연속으로 서비스 지역을 떠나 있는 경우.
  - 이사를 하거나 장기 여행을 가는 경우, 고객 서비스부에 전화하여 이사 또는 여행하는 곳이 저희 플랜의 서비스 지역인지 확인해 주십시오.
- 형사 범죄로 감옥이나 교도소에 투옥되는 경우.
- 가입자가 다른 건강 보험의 처방약에 대해 거짓을 말하거나 관련 정보를 제시하지 않는 경우.
- 미국 시민이 아니거나 미국에 합법적으로 거주하고 있지 않은 경우.

플랜에 가입하려면 미국 시민이거나 미국에 합법적으로 거주하고 있어야 합니다. Medicare 및 Medicaid 서비스 센터는 이런 기준에 따라 귀하가 가입 자격을 유지할 수 없는 경우 저희에게 통보를 합니다. 저희는 귀하가 이 요건을 충족하지 못하는 경우 귀하의 가입을 해지해야 합니다.

귀하가 Medi-Cal 가입 자격을 상실하거나 귀하의 상황이 바뀌어 Cal MediConnect 가입 자격을 상실하는 경우 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan을 두 달까지 더 계속해서 이용하실 수 있습니다. 귀하께서 생각하시기에 아직 자격이 있다고 생각되는 경우 이 추가 시간 동안 자격 회복을 위해 정보를 정정하실 수 있습니다. 자격 정보 정정을 하는 방법과 함께 자격 변경을 안내하는 서신을 받으시게 될 것입니다.

- Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 가입자 자격을 유지하시려면 이 두 달 기간의 마지막 날까지 다시 자격을 회복하셔야 합니다.
- 이 추가 두 달 동안 자격을 회복하시지 않는 경우, Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan에서 가입이 해지됩니다.

다음의 플랜 탈퇴 사유는 Medicare 및 Medi-Cal로부터 사전 허가를 얻는 경우에만 허용됩니다.

- 가입자가 저희 플랜에 가입 시, 고의적으로 잘못된 정보를 제시하고, 그 정보가 당사의 플랜에 대한 가입자의 자격 여부에 영향을 준 경우.
- 플랜의 업무 수행에 지속적으로 지장을 주며 이로 인해 플랜 가입자들에게 의료 서비스를 제공하는 것에 문제가 있을 경우.
- 다른 사람에게 귀하의 가입자 ID 카드를 진료를 위해 사용하도록 허락한 경우.
  - 이러한 이유 때문에 당사가 가입자의 가입을 해지하는 경우, Medicare는 감사관을 통해 가입자의 사례를 조사할 수 있습니다.

G. 건강 관련 사유로 가입자에게 Cal MediConnect 플랜 탈퇴를 요청하는 것에 대한 규칙

건강과 관련된 이유로 플랜 탈퇴를 요청 받았다고 생각하실 경우, **Medicare**에게 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 연락해 주십시오. 주 7일, 하루 24시간 언제든 문의하실 수 있습니다.

Cal MediConnect 옴부즈 프로그램에는 1-855-501-3077번으로 월요일-금요일, 9:00 a.m. - 5:00 p.m.에 연락해 주십시오. TTY 사용자는 1-855-847-7914번으로 연락해 주십시오.

H. 당사가 가입자의 플랜 가입을 종료한 경우, 가입자가 불만 제기를 할 권리

당사가 가입자의 Cal MediConnect Plan 가입을 종료한 경우, 탈퇴 사유를 서면으로 통지해야 합니다. 저희는 또한 플랜의 탈퇴 결정에 대해 고충을 제기하거나 불만을 제기할 수 있는 방법에 대해서도 설명해야 합니다. 불만 제기 방법에 대한 정보는 9장, J절을 참조하실 수도 있습니다.

I. 플랜 가입 해지와 관련하여 자세한 정보를 얻는 방법

궁금하신 사항이 있거나 플랜 탈퇴가 가능한 시기에 대한 자세한 정보가 필요한 경우:

- 고객 서비스부에 1-855-905-3825번으로 문의해 주십시오(TTY: 711).
- 건강 관리 옵션(Health Care Options)에 1-844-580-7272번으로 월요일-금요일, 8:00 a.m. - 6:00 p.m.에 연락해 주십시오. TTY 사용자는 1-800-430-7077번으로 연락해 주십시오.
- 캘리포니아주 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(Health Insurance Counseling & Advocacy Program, HICAP)에 1-800-434-0222번으로 월요일-금요일, 8:00 a.m. - 5:00 p.m. 사이에 연락해 주십시오. 자세한 정보나 지역의 HICAP 사무실을 찾으려면 www.aging.ca.gov/HICAP/를 방문해 주십시오.
- Cal MediConnect 옴부즈 프로그램에 1-855-501-3077번으로 월요일-금요일, 9:00 a.m. - 5:00 p.m.에 연락해 주십시오. TTY 사용자는 1-855-847-7914번으로 연락해 주십시오.
- 주 7일 하루 24시간 언제든 Medicare 전화 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오.

11장: 법적 고지

서론

이 장에는 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 가입에 적용되는 법적 고지가 포함되어 있습니다. *가입자 안내 책자*의 마지막 장에서는 주요 용어와 용어 정의가 알파벳 순서로 나와 있습니다.

목차

A. 법적 고지 229

B. 비차별에 대한 고지 229

C. 2 차 지급자로서의 Medicare, 보완적 지급자로서의 Medi-Cal 에 대한 고지 229

D. 제 3 자 책임에 대한 고지 230

E. 비차별 고지 231

A. 법적 고지

이 *가입자 안내 책자*에는 다양한 법률이 적용됩니다. 그러한 법률은 해당 법률이 이 안내 책자에 포함되거나 설명되어 있지 않은 경우에도 가입자의 권리와 책임에 영향을 줄 수 있습니다. 이 안내 책자에 적용되는 주요 법률은 Medicare와 Medi-Cal 프로그램에 대한 연방법입니다. 기타 연방 및 주 법률도 적용될 수 있습니다.

B. 비차별에 대한 고지

Medicare 및 Medi-Cal과 제휴하는 모든 기업이나 기관은 가입자를 차별이나 부당한 대우로부터 보호하는 법률을 준수해야 합니다. 당사는 가입자의 연령, 청구 이력, 피부색, 민족성, 보험 가입 자격에 대한 증거, 성별, 유전적 정보, 서비스 지역 내 지리적 위치, 건강 상태, 병력, 정신 또는 신체적 장애, 출신 국가, 인종, 종교, 성별 등을 이유로 차별하거나 다르게 대우하지 않습니다. 또한 가입자의 혈통, 혼인 여부 또는 성적 지향을 이유로 차별하거나 다르게 대우하지 않습니다.

차별이나 부당 대우에 대한 자세한 정보가 필요하거나 문제가 있을 경우:

- 보건복지부 민권사무국에 1-800-368-1019번으로 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-800-537-7697번으로 전화하십시오. 자세한 정보는 www.hhs.gov/ocr을 방문하여 확인하실 수도 있습니다.

  지역 민권사무국(Office for Civil Rights)에 연락하십시오.
  Office for Civil Rights
  U.S. Department of Health and Human Services
  90 7th Street, Suite 4-100
  San Francisco, CA 94103
  Customer Response Center: (800) 368-1019
  팩스: (202) 619-3818
  TTY: (800) 537-7697
  이메일: ocrmail@hhs.gov

장애가 있으며 의료 서비스나 서비스 제공자를 이용하는 데 도움이 필요할 경우, 고객 서비스부로 연락해 주십시오. 휠체어 이용 문제와 같은 불만이 있을 경우, 고객 서비스부가 도움을 드릴 수 있습니다.

C. 2차 지급자로서의 Medicare, 보완적 지급자로서의 Medi-Cal에 대한 고지

당사가 제공하는 서비스 비용을 다른 사람이 먼저 지급하는 경우가 있습니다. 예를 들어, 자동차 사고를 당했거나 직장에서 부상을 입은 경우, 보험회사나 산재 보험에서 먼저 비용을 지급해야 합니다.

저희는 Medicare가 1차 납부자가 아닌 보장 Medicare 서비스에 대해 비용을 징수할 권리와 책임을 가집니다.

Cal MediConnect 프로그램은 가입자 진료에 대한 제삼자의 법적 책임과 관련하여 주 및 연방 법과 규정을 준수합니다. 당사는 Medi-Cal 프로그램이 보완적 지급자 역할을 하도록 모든 적절한 조치를 취할 것입니다.

D. 제3자 책임에 대한 고지

가입자가 제3자의 부주의나 고의적 행동 또는 누락으로 인한 부상이나 질병으로 고통을 받고 있는 경우, 해당 부상이나 질병과 관련하여 제공된 서비스 비용 명세서를 가입자에게 발송합니다. 비용은 아래와 같이 계산합니다. 하지만 문제의 해결, 법원 판결 또는 기타 방법으로 재정적 책임이 확정될 때까지 가입자는 비용을 납부하지 않아도 됩니다.

납부 책임있는 제3자로부터 비용을 회수해야 하는 경우, 즉시 이를 당사에게 알려야 합니다. 당사가 가입자에게 발송한 명세서의 비용 중에서 제3자로부터 회수한 금액을 다음 문장에 명시된 한도액에 따라 당사가 환급 받을 것입니다.

a) 당사가 부담할 금액은 다음의 방법으로 계산합니다.

i. 인당 제공되는 의료가 아닌 경우, 플랜, 의료 그룹 또는 독립 진료 협회가 실제로 처치를 제공하는 의료 제공자에게 지불하는 금액 또는

ii. 지급 보증이 된 서비스를 제공한 경우, 동일 서비스 지역에서 지급 보증 없이 제공된 동일한 서비스에 대한 일상적, 관례적 비용의 80%.

iii. 가입자에게 지급 보증이 없는 서비스와 지급 보증이 된 서비스를 모두 제공하고, 계약을 체결한 지급 보증 서비스 제공자가 가입자가 이용한 지급 보증 없는 서비스 비용을 지불할 경우, 그러한 선취권은 다음의 합계를 초과할 수 없습니다.

(i) 선취권을 완결하기 위해 실제 지불되는 합당한 비용 및

(ii) 상기 "a" 및 "b"항에 따라 결정된 금액.

b) 최대 선취권 회수는 다음의 한도로 결정됩니다.

i. 변호사가 관여한 경우, 선취권은 다음 금액 중 적은 쪽을 초과할 수 없습니다.

(i) 상기 1항에 따라 결정된 최대 금액, 또는

(ii) 어떠한 최종 판결, 보상 또는 지불 합의 하에서 받기로 되어 있는 금액의 삼분의 일(1/3).

ii. 변호사가 관여하지 않은 경우, 선취권은 다음 금액 중 적은 쪽을 초과할 수 없습니다.

(i) 상기 1항에 따라 결정된 최대 금액, 또는

(ii) 어떠한 최종 판결, 보상 또는 지불 합의 하에서 받기로 되어 있는 금액의 이분의 일(1/2).

c) 당사의 선취권 회수는 다음과 같은 추가 감액이 있을 수 있습니다.

i. 판사, 배심원 또는 중재자가 가입자에게 일부 책임이 있다고 판단할 경우, 당사의 선취권 회수는 가입자의 회수가 감액되는 것과 같은 비율로 감액됩니다.

ii. 변호사 비용 및 비용에 대해 날짜별 계산한 감액.

선취권 회수에 대한 상기 제한은 산재보험 선취권에는 적용되지 않습니다.

상기 기술된 제한 사항에 따라 가입자는 Blue Shield of California Promise Health Plan에 합의, 판결 또는 평결을 통해 회수되는 모든 금액에 대해서 양도, 청구 및 선취권을 부여합니다. 당사의 요청으로 귀하는 회수 권한을 보장해주기 위해 양도, 청구, 선취권을 설정하고자 문건을 작성해야 할 수 있으며 필요한 정보를 제공해야 할 수 있습니다.

또는 당사는 계약에 의해 가입자를 상대로 제공되었거나 마련된 진료에 대해 소속 서비스 제공자에게 제삼자 선취권을 위임하였습니다.

가입자를 상대로 선취권을 주장하는 의료 그룹, 의사, 독립 진료 협회와 계약을 하는 것은 상기 기술된 절차를 반드시 따라야 합니다.

E. 비차별 고지

차별은 법으로 금지되어 있습니다

Blue Shield of California Promise Health Plan은 관련 주법 및 연방 공민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 인종 그룹 신원, 의학적 증상, 유전적 정보, 조상, 종교, 성별, 혼인 여부, 성 정체성, 성적 지향성, 연령, 정신적 장애 또는 신체적 장애를 이유로 차별하거나, 배제하거나, 다르게 대우하지 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 무료로 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, 인종 그룹 신원, 의학적 증상, 유전적 정보, 혈통, 종교, 성별, 결혼 여부, 성별, 성 정체성, 성적 지향성, 연령, 정신적 또는 신체적 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.jsf의 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), 민권사무국(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(TTY 800-537-7697)

불만 제기 양식은 http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html에서 구할 수 있습니다.

12장: 중요 용어의 정의

서론

이 장에는 *가입자 안내 책자*에서 사용된 중요 용어와 그 정의가 포함되어 있습니다. 이러한 용어는 알파벳 순서로 열거되어 있습니다. 찾으려는 용어를 못찾거나 정의에 대한 자세한 정보가 필요하신 경우, 고객 서비스부로 연락해 주십시오.

Cal MediConnect: 하나의 플랜에서 가입자에게 Medicare 및 Medi-Cal 혜택을 함께 제공하는 프로그램. 모든 혜택을 하나의 가입자 ID 카드로 이용합니다.

Medi-Cal 플랜: 장기 서비스 및 지원, 의료 장비, 교통편과 같이 Medi-Cal 혜택만 보장하는 플랜. Medicare 혜택은 별도입니다.

Medi-Cal: 캘리포니아주의 Medicaid 프로그램의 이름이며, Medi-Cal은 주가 운영하며 주와 연방 정부가 비용을 지불합니다.

- 수입과 재산이 제한적인 사람들의 장기 서비스 및 지원과 의료비를 지원해줍니다.
- 이 프로그램은 Medicare가 보장하지 않는 추가 서비스와 일부 의약품을 보장합니다.
- Medicaid 프로그램은 주마다 다르지만 Medicare와 Medicaid에 모두 가입 자격이 있을 경우 대부분의 의료 서비스 비용이 보장됩니다.
- Medi-Cal에 연락하는 방법에 대한 정보는 2장, H절을 참조해 주십시오.

Medicare & Medicaid 서비스 센터(Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): Medicare를 담당하는 연방 기관. 2장에 CMS에 연락하는 방법이 설명되어 있습니다.

Medicare Advantage 플랜: "Medicare 파트 C" 또는 "MA Plan"이라고도 하는 Medicare 프로그램으로서 민간 업체를 통해 플랜을 제공합니다. Medicare는 Medicare 혜택을 보장하기 위해 이들 업체에게 비용을 지불합니다.

Medicare 보장 서비스: Medicare 파트 A 및 파트 B가 보장하는 서비스. 저희 플랜을 포함하여 모든 Medicare 건강 플랜은 Medicare 파트 A 및 파트 B가 적용되는 모든 서비스를 보장해야 합니다.

Medicare 파트 A: 대부분의 의학적으로 필요한 병원 진료, 전문 간호 시설 진료, 가정 건강 관리 및 호스피스 서비스를 보장하는 Medicare 프로그램.

Medicare 파트 B: 질병 또는 건강 상태를 치료하기 위해 의학적으로 필요한 서비스(검사실 검사, 수술 및 의사 방문) 및 의료용품(휠체어 및 보행보조기 같은)을 보장하는 Medicare 프로그램. Medicare 파트 B는 또한 수많은 예방 차원의 서비스와 선별 서비스를 보장합니다.

Medicare 파트 C: 민간 건강 보험사가 Medicare Advantage Plan을 통해 Medicare 혜택을 제공할 수 있도록 하는 Medicare 프로그램.

Medicare 파트 D 약: Medicare 파트 D에 따라 보장되는 약. 국회에서는 특별히 파트 D 약으로 보장되는 약에서 특정 범주의 약을 제외했습니다. Medicaid는 이들 의약품 중 일부를 보장하기도 합니다.

Medicare 파트 D: Medicare 처방약 혜택 프로그램. (이 프로그램은 짧게 "파트 D"라 함.) 파트 D는 외래환자 처방약, 백신 및 Medicare 파트 A나 파트 B 또는 Medi-Cal이 보장하지 않는 일부 의료용품을 보장합니다. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan에는 Medicare 파트 D가 포함되어 있습니다.

Medicare: 65세 이상의 연령층, 특정한 장애를 가진 경우 65세 미만의 연령층, 그리고 말기 신장 질환(일반적으로 투석이나 신장 이식이 필요한 영구적 신장 장애 환자)을 앓고 있는 환자를 대상으로 하는 연방 건강 보험 프로그램. Medicare 가입자는 Original Medicare 또는 관리형 의료 플랜을 통해 Medicare 건강 보장을 받을 수 있습니다("건강 플랜" 참조).

Medicare-Medi-Cal 가입자(이중 가입 자격): Medicare 및 Medi-Cal 보장에 대한 자격을 갖춘 사람. Medicare-Medi-Cal 가입자는 "이중 적격자"라고 합니다.

Original Medicare(전통적 Medicare 또는 의료 행위별 수가제 Medicare): Original Medicare는 연방 정부가 제공합니다. Original Medicare에 따라 Medicare 서비스는 의회에서 정한 수가로 의사, 병원, 기타 의료 제공자에게 지불을 하고 보장됩니다.

- 귀하는 Medicare를 받는 의사나 병원, 기타 의료 제공자에게서 진료를 받을 수 있습니다. Original Medicare는 2개 부분, 즉 파트 A(병원 보험) 및 파트 B(의료 보험)로 나뉩니다.
- Original Medicare는 미국 어디에서나 사용 가능합니다.
- 저희 플랜 가입을 원하지 않는 경우, Original Medicare를 선택하실 수 있습니다.

***가입자 안내 책자* 및 공개 정보:** 가입 문서 및 기타 첨부, 부칙을 포함한 이 문서는 가입자의 보장, 플랜의 임무, 가입자 권리, 플랜 가입자의 의무 등에 대해 기술한 부칙에 대해 설명하고 있습니다.

가입자(당사의 플랜 가입자 또는 플랜 가입자): Medicare 및 Medi-Cal을 통해 보장 서비스를 이용할 자격이 있으며 당사 플랜에 가입했고, Medicare & Medicaid 서비스 센터(CMS) 및 주 정부를 통해 가입 확인을 받은 사람.

가정 건강 보조: 개인 관리(목욕, 화장실 사용, 옷 입기, 처방된 운동 실시)에 대한 도움과 같이 면허를 가진 간호사나 치료사의 기술이 필요 없는 서비스를 제공하는 사람. 가정 건강 보조는 간호 면허가 없어도 되며 치료를 제공하지 않아도 됩니다.

개인 건강 정보(비공개 건강 정보라고도 함)(PHI): 가입자의 이름, 주소, 사회보장 번호, 의사 방문 횟수, 병력 등과 같은 가입자와 가입자의 건강에 대한 정보. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan이 가입자의 PHI를 보호하고 공개하는 방법 및 PHI와 관련된 가입자의 권리에

대한 자세한 정보는 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan의 개인정보 보호정책 고지를 참조해 주십시오.

개인 의료 플랜(Individualized Care Plan, ICP 또는 의료 플랜): 가입자가 받게 될 서비스와 서비스를 이용하는 방법에 대한 플랜. 가입자의 플랜에는 의료 서비스, 행동 건강 서비스, 장기 서비스 및 지원이 포함될 수 있습니다.

건강 보험 상담 및 지원 프로그램(Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP): Medicare에 대해 무료 정보나 상담을 객관적으로 제공하는 프로그램. 2장, E절에 HICAP에 연락하는 방법이 설명되어 있습니다.

건강 위험 평가: 환자의 의료 기록과 현재 상태에 대한 검토. 건강 위험 평가는 환자의 건강을 확인하고 앞으로 어떻게 바뀔 수 있는지를 알아보는 데 이용됩니다.

건강 플랜: 의사, 병원, 약국, 장기 서비스 제공자 및
기타 서비스 제공자로 구성된 기관. 또한 케어 네비게이터와 관리 팀을 두어 귀하의 모든 서비스 제공자와 서비스를 관리하는 데 도움을 줍니다. 이들은 모두 귀하가 필요로 하는 의료 서비스를 제공하고자 협력하고 있습니다.

고객 서비스부: 가입 자격, 혜택, 고충 제기, 이의 제기 등에 대한 질문에 답변하는 일을 담당하는 플랜의 부서. 고객 서비스부에 연락하는 방법에 대한 자세한 정보는 2장, A절을 참조해 주십시오.

고령자 종합 건강관리 프로그램(Program for All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) 플랜: 가정에서 생활하기 위해 수준 높은 관리가 필요한 55세 이상의 고령자에게 Medicare 및 Medi-Cal 혜택을 함께 보장하는 프로그램.

고충: 저희 네트워크 서비스 제공자 또는 약국이나 당사에 대해 제기하는 불만. 여기에는 진료의 품질, 건강 보험이 제공한 서비스의 품질에 대한 불만 사항이 포함됩니다.

관리 팀: "통합 관리 팀"을 참조하십시오.

관리보건부(Department of Managed Health Care, DMHC): 건강 보험의 규제를 담당하는 캘리포니아주 부서. DMHC는 Cal MediConnect 가입자의 Medi-Cal 서비스 관련 이의 제기, 불만 사항을 해결하도록 도와줍니다. DMHC는 또한 독립 의료 심사(Independent Medical Reviews, IMR)를 수행합니다.

기관 판단: 플랜 또는 제공자가 서비스의 보장 여부를 결정할 때 또는 보장 서비스에 대한 가입자 부담 금액을 결정할 때 플랜은 기관 차원에서 판단을 내립니다. 기관 판단은 본 책자에서는 "보장범위 결정"이라고 부릅니다. 9장 D, E 및 F절은 보장범위 결정을 플랜에 요청하는 방법을 설명합니다.

긴급 진료: 긴급 진료는 급작스러운 질병, 부상 또는 응급 상황은 아니지만 당장의 치료를 필요로 하는 건강 상태에서 받게 되는 의료 서비스입니다. 네트워크 서비스 제공자를 이용할 수 없거나 그곳으로 이동할 수 없는 경우, 긴급 진료를 네트워크 외부 서비스 제공자로부터 받으실 수 있습니다.

내구성 의료 장비(Durable Medical Equipment, DME): 가정에서 소유하도록 의사가 지시하는 특정 품목. 이러한 품목의 예에는 휠체어, 목발, 전동 매트리스 시스템, 당뇨병 용품, 가입자가 가정에서 사용하도록 서비스 제공자가 주문한 병원 침상, IV 주입 펌프, 음성 생성 장비, 산소 장비 및 용품, 분무기 및 보행기가 포함됩니다.

네트워크 서비스 제공자: "서비스 제공자"란 의사, 간호사나 서비스 또는 진료를 제공하는 다른 사람들을 저희 플랜에서 칭하는 일반적 용어입니다. 또한 이 용어는 병원, 가정 간호 기관, 클리닉 및 귀하에게 건강 관리 서비스, 의료 장비, 장기간 서비스와 지원을 제공하는 기타 시설을 포함합니다.

- 서비스 제공자는 Medicare와 진료를 제공하는 것으로 주정부에서 면허를 받았거나 인증된 사람들입니다.
- 이러한 서비스 제공자가 건강 플랜과 업무 제휴를 하고 당사의 지급액을 수락하며 가입자에게 추가 금액을 청구하지 않기로 합의한 경우, 그들을 "네트워크 서비스 제공자"라고 합니다.
- 플랜의 가입자인 동안에는 보장 서비스를 이용할 때 네트워크 서비스 제공자를 이용해야 합니다. 네트워크 서비스 제공자는 "플랜 서비스 제공자"라고도 합니다.

네트워크 약국: 플랜 가입자를 위해 처방약을 조제하는 데 동의한 약국(드럭 스토어)을 말합니다. 이들 약국은 저희 플랜과 제휴하기로 동의했기 때문에 "네트워크 약국"이라 합니다. 대부분의 경우, 귀하의 처방약은 네트워크 약국에서 조제된 경우에만 보장됩니다.

네트워크 외부 서비스 제공자 또는 **네트워크 외부 시설:** 저희 플랜이 고용, 소유하거나 운영하지 않으며, 저희 플랜에게 보장 서비스를 제공하도록 계약을 맺지 않은 제공자 또는 시설. 3장, D절은 네트워크 외부 서비스 제공자 또는 시설을 설명합니다.

네트워크 외부 약국: 플랜 가입자에게 보장 약을 조율하거나 제공하기 위해 저희 플랜과 계약을 맺지 않은 약국. 네트워크 외부 약국에서 구입하는 대부분의 약은 특정 조건이 적용되는 경우가 아니라면 플랜이 보장하지 않습니다.

다목적 시니어 서비스 프로그램(MSSP): 장애가 있는 65세 이상의 어르신들 중 Medi-Cal 가입 자격 대상자에게 간호 시설 입원을 대체해주는 서비스로서 가정 및 커뮤니티 기반 서비스(Home and Community-Based Services, HCBS)를 제공하는 프로그램.

단계적 치료법: 귀하가 요청하는 의약품을 보장하기 전, 먼저 귀하에게 또 다른 의약품을 시도해 보도록 요청하는 보장 규칙.

독립 의료 심사(Independent Medical Review, IMR): 의료 서비스나 치료 요청을 플랜이 거절할 경우, 이의 제기를 접수할 수 있습니다. 귀하께서 저희 결정에 동의하지 않고, 문제가 DME 용품 및 의약품을 포함한 Medi-Cal 서비스에 관련된 것이면 캘리포니아주 관리보건부에 IMR을 요청하실 수 있습니다. IMR은 플랜에 소속되지 않은 의사가 가입자의 사례를 검토한 것입니다.

IMR 결과가 가입자에게 유리하게 나온 경우, 플랜은 가입자가 요청한 서비스나 치료를 제공해야 합니다. 가입자가 부담할 IMR 비용은 없습니다.

문화 역량 교육: 의료 서비스 제공자에게 추가적으로 제공되는 교육으로서 가입자의 배경, 가치관, 혜택에 대해 이해하여 가입자의 사회적, 문화적, 언어적 요구 사항에 부합하는 서비스를 적용하도록 하는 교육.

보건서비스부(Department of Health Care Services, DHCS): 캘리포니아주에서 Medicaid 프로그램을 관리하는 부서(캘리포니아 Medi-Cal이라 함)로서 이 안내 책자에서는 일반적으로 "주"를 붙여 칭함.

보완적 소득 보장(Supplemental Security Income, SSI): 사회보장국이 제한적 소득과 재산을 가진 장애인, 맹인 또는 65세 이상 개인에게 지급한 월간 혜택. SSI 혜택은 사회보장 혜택과 같지 않습니다.

보장 서비스: 모든 건강 관리, 장기 서비스 및 지원, 의료용품, 처방약 및 처방전 없이 구입 가능한 약, 장비 및 플랜이 보장하는 기타 서비스를 의미하는 일반적인 용어.

***보장 약 목록*(의약품 목록):** 플랜이 보장하는 처방약 또는 처방전 없이 구입 가능한 약(OTC) 목록. 플랜은 의사와 약국의 도움을 받아 목록에 나온 약을 선택합니다. 의약품 구입 시 지켜야 할 수칙이 있는 경우, 처방약 목록에 그러한 내용이 설명되어 있습니다. 처방약 목록은 "처방집"이라고도 부릅니다.

보장범위 결정: 플랜이 보장하는 혜택에 대한 결정. 여기에는 보장 약이나 서비스에 대한 결정 또는 플랜이 가입자의 의료 서비스에 대해 지급하는 금액에 대한 결정이 포함됩니다. 9장에는 보장범위 결정을 요청하는 방법이 설명되어 있습니다.

보철 및 보조 장치: 의사 또는 다른 진료 제공자가 주문하는 의료 장치입니다. 보장되는 품목에는 팔, 허리 및 목 보조기, 의수 및 의족, 의안, 신체 내부 장기나 기능을 대체하기 위해 필요한 장치(조루술 용품 및 장관 영양법 및 비경구 영양법 포함) 등이 포함되나 이에만 국한되지는 않습니다.

복제약: 연방 정부가 브랜드 약 대신 사용하도록 승인한 처방약. 복제약은 브랜드 약과 동일한 성분을 가지고 있습니다. 복제약은 보통 브랜드 약보다 가격이 저렴하고 효과가 유사합니다.

본인 부담 비용: 가입자가 서비스나 의약품의 일부에 대해 지불하는 가입자 부담금 요건을 "본인 부담 비용" 요건이라고 합니다. 위의 "부담금" 정의를 참조하십시오.

부담금 일간 요율: 요율은 담당 의사가 특정 약을 1개월치 미만 처방했으며 가입자가 자기부담금을 지급해야 하는 경우 적용됩니다. 일별 비용 분담 요율은 1개월치 분량을 일 수로 나눈 자기부담금입니다.

그 예는 다음과 같습니다. 가입자의 약 1개월치(30일분)의 자기부담금이 $1.30라고 가정하겠습니다. 즉, 의약품에 대해 가입자가 지불하는 금액은 하루 $0.04보다 조금 많습니다. 이

약을 7일치 수령한 경우, 가입자는 하루 $0.04보다 조금 많은 금액에 곱하기 7을 하여 총 $0.30를 지급하게 됩니다.

부적절한/부적합한 청구: 서비스 제공자(의사나 병원)가 해당 진료에 대해 플랜의 비용 분담액을 초과하여 환자에게 청구한 경우. 어떠한 서비스를 받거나 처방약을 받으실 때 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 가입자 ID 카드를 제시하십시오. 이해되지 않는 내용의 청구서를 받으신 경우 고객 서비스부로 연락해 주십시오. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan의 가입자는 플랜이 보장하는 서비스를 이용한 경우, 플랜의 부담금만 지불하면 됩니다. 저희는 이 금액 이상으로 서비스 제공자가 가입자에게 청구하는 것을 허용치 않습니다.

불만 사항: 보장범위의 서비스 또는 건강 관리에 대해 귀하의 문제 또는 우려를 전하는 서면 또는 구두 진술. 여기에는 귀하가 받는 서비스 품질, 진료 서비스의 품질, 네트워크 제공자 또는 네트워크 약국에 대한 모든 우려가 포함됩니다. "불만 제기"의 공식적 용어는 "고충 제기"입니다.

브랜드 약: 의약품을 최초로 제조했던 회사가 만들고 판매하는 처방약. 브랜드 약은 상응하는 복제약과 동일한 성분을 가집니다. 복제약은 다른 제약사에서 만들어서 판매됩니다.

비용 분담 단계: 같은 금액의 자기부담금을 내야 하는 약들의 그룹. *보장약 목록*(의약품 목록이라고도 함)의 모든 약은 4가지 비용 분담 단계 중 하나에 속합니다. 일반적으로 부담금 단계가 높을수록 가입자 부담금도 커집니다.

비용 분담: Cal MediConnect 혜택이 발효되기 전에 매달 가입자가 지불해야 하는 진료 비용의 부담분. 가입자가 부담할 금액은 가입자의 소득 및 재산에 따라 다릅니다.

비용 분담: 가입자가 특정 처방약을 이용할 때 지불하는 금액. 비용 분담에는 자기부담금이 포함됩니다.

사전 허가: 특정 서비스나 의약품을 받거나 네트워크 외부 서비스 제공자의 진료를 받기 전에 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan의 승인을 받는 것을 의미합니다. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan은 승인을 얻지 못한 서비스 또는 의약품을 보장하지 않을 수 있습니다.

일부 네트워크 의료 서비스는 담당 의사나 기타 네트워크 서비스 제공자가 플랜으로부터 "사전 허가"를 받은 경우에만 보장됩니다.

- 플랜의 사전 허가가 필요한 보장 서비스는 4장 D절의 혜택 차트에 표시되어 있습니다.

일부 의약품은 플랜에서 사전 허가를 받은 경우에만 보장됩니다.

- 플랜의 사전 허가가 필요한 보장 약은 *보장 약 목록*에 표시되어 있습니다.

서비스 지역: 거주 지역을 기준으로 가입자 수를 제한할 경우, 건강 플랜이 가입자를 수용하는 지리적 위치. 이용 가능한 의사와 병원에 제한을 두는 플랜의 경우, 보통 일반(비 응급) 서비스를 받을 수 있는 지역을 말하기도 합니다. 서비스 지역 내에 거주하는 사람만 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan에 가입할 수 있습니다.

수량 제한: 귀하가 받을 수 있는 의약품 총량 한도. 제한은 처방할 때마다 당사가 보장하는 의약품 양에 근거한 것일 수 있습니다.

심사 중 비용 지불 보조: 1단계 이의 제기 또는 주 공청회의 결정을 기다리는 동안 가입자는 혜택을 계속 받을 수 있습니다(자세한 정보는 9장, E절 참조). 이러한 지속적 보장은 "심사 중 비용 지불 보조"라고도 부릅니다.

예외: 일반적으로 보장되지 않는 의약품에 대해 보장을 받거나 특정한 규칙과 제한 없이 의약품을 사용할 수 있도록 허용하는 것.

옴부즈맨: 가입자의 대변인 역할을 하는 주 담당실. 질문이나 불만이 있을 경우, 질문에 답변하고 해야 할 일을 이해하도록 도와줄 수 있습니다. 옴부즈맨의 서비스는 무료입니다. Cal MediConnect 옴부즈 프로그램에 대한 자세한 정보는 이 안내 책자의 2장 및 9장에서 확인할 수 있습니다.

외래 수술 센터: 외래환자 수술을 병원 진료가 필요없고 24시간 이상 보살핌이 필요하지 않을 것으로 예상되는 환자에게 시행하는 시설

요양원 또는 간호 시설: 가정에서 돌봄을 받을 수 없지만 병원 입원이 필요하지 않은 이들을 위해 돌봄 서비스를 제공하는 시설.

응급 상황: 의학적 응급 상황은 평균적인 건강 및 의학 지식을 가진 가입자나 다른 사람이 사망, 사지 손실, 사지 기능 상실 등을 방지하기 위해 즉각적인 의학적 조치가 필요한 증상이 있다고 생각하는 상황을 말합니다. 의학적 증상은 심각한 부상이나 심한 통증일 수 있습니다.

응급 진료: 응급 서비스를 제공하도록 훈련 받은 제공자가 제공하며 의학적 또는 행동 건강상 응급 상태를 치료하는 데 필요한 보장범위의 서비스.

의료 플랜 옵션 서비스(Care Plan Optional Services, CPO 서비스): 개인 의료 플랜(Individualized Care Plan, ICP)에 따라 선택할 수 있는 추가 서비스. 이러한 서비스는 Medi-Cal에 따라 이용할 수 있는 장기 서비스 지원을 대체하기 위한 것이 아닙니다.

의료 플랜: "개인 의료 플랜"을 참조하십시오.

의약품 단계: 단계란 당사의 의약품 목록에 수록된 약품군입니다. 복제약, 브랜드 또는 처방전 없이 구입 가능한 약(OTC)은 의약품 단계의 예입니다. 의약품 목록의 모든 약은 네(4) 단계 중 하나에 속합니다.

의학적으로 필요: 의료상 필요하다는 것은 가입자의 의학적 상태를 예방, 진단 또는 치료하거나 현재 건강 상태를 유지하기 위해 서비스, 용품 또는 약이 필요하다는 것을 의미합니다. 여기에는 병원이나 요양 시설까지 갈 수 없는 상황도 포함됩니다. 이것은 요구되는 서비스, 의료용품 또는 의약품이 의료 관행의 표준에 부합함을 의미하기도 합니다. 의학적 필요성에 대한 Medi-Cal 정의는 생명을 보호하거나, 중대 질병이나 장애를 예방하거나, 심한 통증을 완화하기 위해 필요한 건강 관리 서비스로만 제한됩니다.

이의 제기: 당사에서 실수가 있었다고 생각하여 당사가 조치를 해주도록 요청하는 방법 귀하는 당사에 이의 제기를 통해 보장범위에 대한 결정을 바꾸도록 요청하실 수 있습니다. 9장 E절 에는 이의 제기를 하는 방법 등이 설명되어 있습니다.

일상 생활의 활동(ADL): 식사, 화장실 사용, 옷 입기, 목욕 또는 양치질 같은 일상 활동.

입원환자: 전문 의료 서비스를 받기 위해 병원에 정식으로 입원했을 때 사용되는 용어**.** 정식으로 입원한 경우가 아니라면, 하룻밤을 재원했을지라도 입원환자 대신, 외래환자로 간주될 수 있습니다.

자기부담금: 진료를 받을 때나 처방약을 받을 때마다 비용의 가입자 분으로서 내는 고정 금액. 예를 들어 처방약을 이용할 때마다 $2 또는 $5를 지불해야 할 수 있습니다.

장기 서비스 및 지원(LTSS): 장기 서비스 및 지원은 장기적인 의료 문제를 개선하는 데 도움을 주는 서비스입니다. 이러한 서비스는 대부분 가정 지원 서비스를 제공하므로 간호 시설이나 병원을 방문할 필요가 없습니다. LTSS에는 다목적 시니어 서비스 프로그램(Multipurpose Senior Services Program, MSSP), 커뮤니티 기반 성인 서비스(Community-Based Adult Services, CBAS) 및 간호 시설(Nursing Facilities, NF)/아급성 진료 시설(Acute Care Facilities, SCF)이 포함됩니다.

재해성 보장 단계: 파트 D 의약품 혜택의 단계로서 플랜이 연말까지 가입자의 모든 약 비용을 지급. 가입자가 처방약 한도 $6,550에 도달할 경우 이 단계가 시작됩니다.

재활 서비스: 질병, 사고 또는 주요 수술에서 회복하도록 받는 치료. 재활 서비스에 대한 자세한 정보는 4장을 참조해 주십시오.

저소득 층 보조금(LIS): "추가 지원"을 참조하십시오.

전문 간호 시설(Skilled Nursing Facility, SNF): 전문 간호를 제공하기 위해, (대부분의 경우는 전문 재활 서비스 및 기타 관련 건강 서비스) 인력과 장비를 보유하고 있는 간호 시설.

전문 간호 시설(SNF) 치료: 전문 간호 시설에서 지속적이고 일상적으로 제공되는 전문 간호 치료 및 재활 서비스. 전문 간호 시설 서비스의 예로는 물리 치료 또는 정규 간호사(RN)나 의사가 줄 수 있는 정맥 주사(IV)를 포함한 전문 시설에서 시행할 수 있는 처치가 포함됩니다.

전문의: 특정 질환 또는 특정 신체 부분에 대한 의료 서비스를 제공하는 의사.

종합 외래환자 재활 시설(Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF): 질병, 사고 또는 대수술 후 주로 재활 서비스를 제공하는 시설. 이 시설에서는 물리 치료, 사회 복지 및 심리 치료, 호흡기 치료, 작업 치료, 언어 치료 및 가정 환경 평가 서비스 등의 다양한 서비스를 제공합니다.

주 공청회: 담당 의사나 기타 제공자가 플랜이 승인하지 않는 Medi-Cal 서비스를 요청할 경우, 또는 가입자가 이미 이용한 Medi-Cal 서비스에 대한 지급을 중단할 경우, 가입자는 주 공청회를 요청할 권리를 가집니다. 주 공청회가 가입자에게 유리한 결정을 내린 경우, 플랜은 가입자가 요청한 서비스를 제공해야 합니다.

주치의(Primary Care Provider, PCP): 가입자의 주치의는 대부분의 건강 문제로 가장 먼저 만나는 의사 또는 기타 서비스 제공자입니다. 주치의는 가입자가 건강 유지를 위해 필요한 서비스를 받도록 합니다.

- 또한 다른 의사나 건강 관리 제공자에게 치료에 대한 정보를 안내하고 이들을 소개할 수도 있습니다.
- 여러 Medicare 건강 플랜들에서, 가입자가 다른 의료 서비스 제공자를 만나기 전에 주치의에게 진료를 받도록 하고 있습니다.
- 주치의에게 치료를 받는 것에 대한 정보는 3장을 참조하십시오.

진료 추천: 진료 추천이란 가입자의 주치의가 아닌 의사의 진료를 받기 전에 주치의(PCP)가 승인을 해야 함을 의미합니다. 승인을 얻지 못하면 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan은 서비스 비용을 보장하지 않을 수 있습니다. 여성 건강 전문의와 같은 특정 전문의는 진료 추천이 필요 없습니다. 진료 추천에 대한 자세한 정보는 3장에 있으며, 진료 추천이 필요한 서비스에 대한 정보는 4장에서 확인할 수 있습니다.

처방약: 저희 플랜이 보장하는 모든 처방약 및 처방전 없이 구입 가능한 약(OTC)을 뜻하는 데 사용되는 용어.

처방전 없이 구입 가능한 약(OTC): OTC는 의료 서비스 전문가의 처방전 없이 구입 가능한 모든 의약품을 말합니다.

초기 보장 단계: 가입자의 총 파트 D 약 비용이 $6,550에 도달하기 전까지의 단계. 여기에는 가입자가 지불한 금액, 플랜이 가입자를 위해 지급한 비용, 저소득 층 보조금 등이 포함됩니다. 해당 연도의 첫 번째 처방약을 조제할 때 이 단계부터 시작합니다. 이 단계에서 플랜은 가입자 의약품의 일부를 부담하며 가입자는 본인의 부담금을 부담합니다.

추가 지원(Extra Help): Medicare 프로그램으로서 소득 및 재산이 제한적인 가입자가 보험료, 공제액, 자기부담금과 같은 Medicare 파트 D 처방약 비용을 절감하도록 해줍니다. 추가 지원은 "저소득 보조금" 또는 "LIS"라고도 합니다.

커뮤니티 기반 성인 서비스(Community-Based Adult Services, CBAS): 가입자가 자격 기준에 부합할 경우 이용할 수 있는 외래환자, 전문 간호 관리를 제공하는 시설 기반 서비스 프로그램, 사회복지 서비스, 작업 치료 및 언어 치료, 개인 관리, 가족/간병인 교육 및 지원, 영양 서비스, 교통편, 기타 서비스.

케어 네비게이터: 가입자가 필요로 하는 건강 서비스를 반드시 받을 수 있도록 가입자, 건강 플랜, 의료 서비스 제공자와 협력하는 주요 담당자.

탈퇴(또는 가입 해지): 플랜 가입을 해지하는 절차. 가입 해지는 자발적(본인의 선택)이거나 비자발적일 수 있습니다(본인에 의한 선택이 아님).

통합 관리 팀(Interdisciplinary Care Team, ICT 또는 관리 팀): 관리 팀에는 가입자가 필요로 하는 서비스를 받도록 도와주는 의사, 간호사, 카운셀러, 기타 의료 전문가가 포함될 수 있습니다. 귀하의 관리 팀은 의료 플랜을 수립하실 수 있도록 돕습니다.

파트 A: "Medicare 파트 A"를 참조해 주십시오.

파트 B: "Medicare 파트 B"를 참조해 주십시오.

파트 C: "Medicare 파트 C"를 참조해 주십시오.

파트 D 의약품: "Medicare 파트 D 의약품"을 참조하십시오.

파트 D: "Medicare 파트 D"를 참조해 주십시오.

품질 개선 기관(Quality Improvement Organization, QIO): Medicare 가입자의 의료 품질 개선을 돕는 의사 및 다른 의료 전문가 그룹. 이 기관은 가입자에게 제공하는 서비스의 점검 및 개선을 위해 연방 정부의 재정 지원을 받습니다. 해당 주의 QIO에 연락하는 방법에 대한 정보는 2장을 참조해 주십시오.

행동 건강: 정신 건강과 약물 남용을 지칭하는 포괄적인 용어.

호스피스: 말기 예후를 가진 사람들이 편안하게 지낼 수 있도록 도움과 보살핌을 제공하는 프로그램. 말기 예후란 환자가 말기 질환을 가지고 있고 6개월 이하로 생존이 예상되는 경우를 말합니다.

- 말기 예후를 가진 가입자는 호스피스를 선택할 권리를 가집니다.
- 특별히 훈련된 전문가 및 간병인 팀이 신체적, 감정적, 사회적, 영적 요구가 충족될 수 있도록 환자를 책임집니다.
- Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan은 귀하의 지역에 있는 호스피스 서비스 제공자의 목록을 반드시 제공해야 합니다.

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 고객 서비스부

종류	상세정보
전화	1-855-905-3825 이 번호는 무료 전화번호입니다. 연중무휴. 8:00 a.m. – 8:00 p.m. 고객 서비스부는 비영어권 이용자를 위해 무료로 통역 서비스도 제공하고 있습니다.
TTY	711 이 번호는 특별 전화 장비가 필요하며 청각 장애나 언어 장애가 있는 사람만을 위한 것입니다. 이 번호는 무료 전화번호입니다. 연중무휴. 8:00 a.m. – 8:00 p.m.
우편	Blue Shield of California Promise Health Plan Customer Care Department 601 Potrero Grande Drive Monterey Park, CA 91755
웹사이트	www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect

Blue Shield of California Promise Health Plan
601 Potrero Grande Dr., Monterey Park, CA 91755

blueshieldca.com/promise/calmediconnect