

2021

연례 변경 사항 고지문


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

Los Angeles 카운티

Blue Shield of California Promise Health Plan 은 Blue Shield Association 의 독립적 사용권자입니다.
ANOC0148-KO-LA-1020



Promise Health Plan

 **궁금한 사항이 있으시면**, Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 에 1-855-905-3825 (TTY: 711) 번으로 주 7 일, 8:00 a.m.–8:00 p.m. 사이에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect 를 방문해 주십시오.

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan(Medicare-Medicaid Plan) 은 Blue Shield of California Promise Health Plan 이 제공합니다 .

2021 년 연례 변경 사항 고지문

서론

귀하는 현재 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 의 가입자로 등록되어 있습니다 . 내년에는 이 플랜의 혜택 , 보장 , 규칙 및 비용에 몇 가지 변경 사항이 적용될 예정입니다 . 이 연례 변경 사항 고지문은 변경 사항과 자세한 정보를 확인할 수 있는 방법을 설명합니다 . 가입자 안내 책자의 마지막 장에서는 주요 용어와 용어 정의가 알파벳 순서로 나와 있습니다 .

목차

A. 고지 사항	1	D3. 1 단계 : " 초기 보장 단계 "	8
B. 다음 연도의 Medicare 및 Medi-Cal 보장에 대한 검토	2	D4. 2 단계 : " 재해성 보장 단계 "	9
B1. 기타 리소스	3	E. 행정적 변경 사항	10
B2. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 소개	4	F. 플랜 선택 방법	11
B3. 확인해야 할 중요 사항 :	5	F1. 플랜 유지 방법	11
C. 네트워크 서비스 제공자 및 약국에 대한 변경 사항	6	F2. 플랜 변경 방법	11
D. 내년의 혜택 및 비용에 대한 변경 사항	7	G. 도움을 받는 방법	13
D1. 의료 서비스 혜택 및 비용에 대한 변경 사항	7	G1. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 의 지원 받기	14
D2. 처방약 보장에 대한 변경 사항	7	G2. 주 등록 브로커의 지원 받기	14
		G3. Cal MediConnect 옴부즈 프로그램의 지원 받기	14

? **궁금한 사항이 있으시면** , Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 에 1-855-905-3825 (TTY: 711) 번으로 주 7 일 , 8:00 a.m.–8:00 p.m. 사이에 연락해 주십시오 . 통화는 무료입니다 . **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect 를 방문해 주십시오 .

G4. 건강 보험 상담 및 지원 프로그램 (HICAP) 의
지원 받기 14

G5. Medicare 의 도움 받기 15

G6. 캘리포니아주 관리보건부 (DMHC) 의 지원
받기 15



궁금한 사항이 있으시면, Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 에 1-855-905-3825 (TTY: 711) 번으로 주 7 일, 8:00 a.m.–8:00 p.m. 사이에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect 를 방문해 주십시오.

A. 고지사항

- Blue Shield of California Promise Health Plan 은 Medicare 와 Medi-Cal 양자의 계약을 통해 가입자에게 두 개의 프로그램이 갖고 있는 혜택을 제공하고자 하는 건강 플랜입니다 .
- 본 자료는 전체 목록이 아닙니다 . 본 혜택 정보는 대략적인 내용으로서 , 혜택을 설명한 상세 전문은 아닙니다 . 자세한 정보는 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan *가입자 안내 책자*를 확인하십시오 .
- Blue Shield of California Promise Health Plan 은 적용되는 주법 및 연방 공민권법을 준수하며 인종 , 피부색 , 출신 국가 , 민족 집단의 정체성 , 건강 상태 , 유전적 정보 , 조상 , 종교 , 성별 , 혼인 여부 , 성 정체성 , 성적 지향성 , 연령 , 정신적 또는 신체적 장애를 이유로 차별하거나 다르게 대우하지 않습니다 .

Blue Shield of California Promise Health Plan 은 :

- 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 Plan 이 인종 , 피부색 , 출신 국가 , 민족 집단의 정체성 , 건강 상태 , 유전적 정보 , 조상 , 종교 , 성별 , 혼인 여부 , 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



궁금한 사항이 있으시면 , Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 에 1-855-905-3825 (TTY: 711) 번으로 주 7 일 , 8:00 a.m.–8:00 p.m. 사이에 연락해 주십시오 . 통화는 무료입니다 . **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect 를 방문해 주십시오 .

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 제기를 미국 Department of Health and Human Services(보건복지부), Office for Civil Rights(시민권 사무국) 에 온라인 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 시민권 사무국 민원 포털을 통해 전자 방식으로 제출하거나 우편이나 전화로 제출할 수 있습니다. 주소 및 연락처는 다음과 같습니다.

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

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

B. 다음 연도의 Medicare 및 Medi-Cal 보장에 대한 검토

현재 본인의 보장 내용에 대해 검토하여 내년에도 요구사항에 부합하는지 확인하는 것이 중요합니다. 만일 그렇지 않다면 언제든지 플랜을 탈퇴하실 수 있습니다. 자세한 섹션 G2 를 참조해 주십시오.

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 탈퇴를 결정하셨다면, 귀하가 탈퇴 요청을 한 월의 마지막 날에 탈퇴하게 됩니다.

당사의 플랜을 탈퇴하시는 경우에도 Medicare 및 Medi-Cal 프로그램에는 여전히 속하시게 됩니다.

- Medicare 혜택을 누리는 방법을 선택하실 수 있습니다 (선택 항목은 10 페이지 참조).
- 귀하는 본인이 선택한 Medi-Cal 관리형 의료 플랜을 통해 Medi-Cal 혜택을 누리게 될 것입니다 (자세한 정보는 12 페이지 참조).

B1. 기타 리소스

- **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 전화해 주십시오, 오후 8시, 7 일 주일 오전 8시
- **Հայերեն (Armenian):** Ուշադրություն: Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ջանգախարեք 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 1-855-905-3825 (TTY: 711) تماس بگیرید.
- **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):** لحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم (رقم هاتف الصم والبكم: 711) Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (رقم هاتف الصم والبكم: 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।



궁금한 사항이 있으시면, Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 에 1-855-905-3825 (TTY: 711) 번으로 주 7 일, 8:00 a.m.–8:00 p.m. 사이에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 원하시면 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect 를 방문해 주십시오.

- ខ្មែរ (Cambodian/Khmer): ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំបាប់អង្កែក។ 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 1-855-905-3825 Cal-MediConnect (TTY:711)

이 연례 변경 사항 고지문은 대형 활자본, 점자 또는 오디오와 같은 기타 형식으로 무료로 제공해드릴 수 있습니다. 1-855-905-3825(TTY: 711) 번으로 주 7 일, 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. 그러한 형식의 자료를 요청하시려면 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 고객 서비스부로 연락하시기 바랍니다. 선호하는 언어와 형식은 미래의 커뮤니케이션을 위해 보관됩니다. 선호 사항을 업데이트하려면 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 에 연락해 주십시오.

B2. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 소개

- Blue Shield of California Promise Health Plan 은 Medicare 와 Medi-Cal 양자의 계약을 통해 가입자에게 두 개의 프로그램이 갖고 있는 혜택을 제공하고자 하는 건강 플랜입니다.
- Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 에 의한 보장 범위는 "최소 필수 보장"이라는 적격 건강보험 보장입니다. 또한 건강보험개혁법 (ACA) 의 개별 공동 책임 요건을 충족합니다. 개인별 공동 책임 요건에 대한 자세한 내용은 미국 국세청 (IRS) 웹 사이트 www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families 를 방문해 주십시오.
- Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 은 Blue Shield of California Promise Health Plan 이 제공합니다. 이 연례 변경 사항 고지문에 나오는 "저희" 또는 "당사" 라는 말은 Blue Shield of California Promise Health Plan 을 말합니다. "플랜" 또는 "저희 플랜" 이라는 말은 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 을 의미합니다.

 **궁금한 사항이 있으시면**, Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 에 1-855-905-3825 (TTY: 711) 번으로 주 7 일, 8:00 a.m.–8:00 p.m. 사이에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect 를 방문해 주십시오.

B3. 확인해야 할 중요 사항 :

- **본인에게 적용될 수 있는 혜택 및 비용의 변경사항이 있는지 확인해 주십시오 .**
 - 현재 이용하시는 서비스에 영향을 줄 수 있는 변경 사항이 있습니까 ?
 - 혜택 및 비용과 관련된 변경 사항을 검토하여 내년에 바뀌는 것이 있는지 확인하는 것이 중요합니다 .
 - 현재 플랜의 혜택 및 비용 관련 변경사항에 대한 정보는 D1 절을 참조해 주십시오 .
- **본인에게 적용될 수 있는 처방약 보장의 변경 사항이 있는지 확인해 주십시오 .**
 - 귀하의 약은 보장될 예정입니까 ? 다른 비용 분담 단계에 소속되어 있습니까 ? 동일한 약을 계속 이용할 수 있습니까 ?
 - 변경 사항을 검토하여 내년에 약 보장이 바뀌는지 확인하는 것이 중요합니다 .
 - 약 보장의 변경 사항에 대한 정보는 D2 절을 참조해 주십시오 .
 - 귀하의 약 비용이 작년부터 인상되었을 수 있습니다 .
 - » 이용할 수 있는 비용이 저렴한 방법이 있는지 담당 의사와 상담해 보십시오 . 연례 본인 부담 비용을 절약할 수 있을 것입니다 .
 - » 약 가격에 대한 추가 정보는 www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage 를 방문해 주십시오 (페이지 아래쪽의 참고 공지 중간에 있는 " 대시보드 " 링크를 클릭하십시오 . 이 대시보드에는 약 가격을 인상하는 제조회사가 강조 표시되어 있고 , 기타 연간 약 가격 정보도 표시되어 있습니다) .
 - » 귀하의 약 비용이 정확히 얼마나 변경될지는 귀하의 플랜 혜택에서 결정한다는 것을 기억해 주십시오 .
- **현재 서비스 제공자와 약국이 내년에 저희 네트워크 소속이 되는지 확인하십시오 .**
 - 정기적으로 진료를 받는 전문의를 포함한 담당 의사는 저희 네트워크 소속입니까 ? 약국은 어떠합니까 ? 귀하가 이용하시는 병원이나 기타 서비스 제공자는 어떠합니까 ?
 - 서비스 제공자 및 약국 명부에 대한 정보는 C 절을 참조해 주십시오 .
- **플랜의 전반적 비용에 대해 생각해 보십시오 .**
 - 귀하가 정기적으로 이용하는 서비스와 처방약의 본인 부담 비용은 얼마나 될 것이라고 생각하십니까 ?
 - 다른 보장 옵션과 비교할 때 총 비용은 어떠합니까 ?
- **저희 플랜의 서비스에 만족하시는지 생각해 보십시오 .**

? 궁금한 사항이 있으시면 , Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 에 1-855-905-3825 (TTY: 711) 번으로 주 7 일 , 8:00 a.m.–8:00 p.m. 사이에 연락해 주십시오 . 통화는 무료입니다 . 자세한 정보를 원하시면 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect 를 방문해 주십시오 .

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 을 계속 유지하기로 결정하신 경우 :

내년에도 저희 플랜에 가입하시려는 경우, 아무런 조치를 취하지 않으셔도 됩니다. 별도로 플랜을 변경하지 않는다면 저희 플랜에 자동으로 가입되기 때문입니다.

플랜을 변경하기로 결정하신 경우 :

본인의 요구사항에 다른 보험이 더 맞다고 생각하신다면 플랜을 바꿀 수 있습니다 (자세한 정보는 F2 절 참조). 새로운 플랜에 가입하실 경우, 새로운 보장은 다음 달의 첫째 날부터 시작됩니다. 가입자의 선택 항목에 대한 자세한 내용은 F 절 11 페이지를 참조해 주십시오.

C. 네트워크 서비스 제공자 및 약국에 대한 변경 사항

2021 년 서비스 제공자 및 약국 네트워크가 변경되었습니다.

이용하시는 서비스 제공자와 약국이 네트워크 소속인지 확인하려면 **최신 서비스 제공자 및 약국 명부**를 확인하실 것을 적극 권장합니다. 업데이트된 **서비스 제공자 및 약국 명부**는 저희 웹 사이트 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect 에서 확인하실 수 있습니다. 고객 서비스부에 1-855-905-3825 번으로 연락하여 업데이트된 서비스 제공자 정보를 요청하거나 **서비스 제공자 및 약국 명부**를 우편으로 발송하도록 요청할 수도 있습니다.

또한 연중 저희 네트워크에 변경 사항이 있을 수 있다는 점을 주지해 주시기 바랍니다. 해당 서비스 제공자가 저희 플랜을 탈퇴할 경우, 가입자에게 권리 및 보호 혜택이 있습니다. 자세한 정보는 **가입자 안내 책자**의 3 장을 참조해 주십시오.

? 궁금한 사항이 있으시면, Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 에 1-855-905-3825 (TTY: 711) 번으로 주 7 일, 8:00 a.m.–8:00 p.m. 사이에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect 를 방문해 주십시오.

D. 내년의 혜택 및 비용에 대한 변경 사항

D1. 의료 서비스 혜택 및 비용에 대한 변경 사항

저희는 내년도의 특정 의료 서비스에 대한 보장과 이러한 보장 의료 서비스 비용을 변경하고 있습니다. 아래 표에 그러한 변경 사항이 설명되어 있습니다.

	2020 년 (올해)	2021 년 (내년)
연례 신체 검사	연례 신체 검사는 보장되지 않습니다 .	가입자는 방문당 \$0 의 자기부담금을 지불합니다 (보장은 12 개월마다 1 회 검사로 제한).
가정 배달 식사	가정 배달 식사는 보장되지 않습니다 .	입원환자 병원이나 전문 영양 시설에서 퇴원한 경우, 각각의 가정 배달 식사에 대해 \$0 의 자기부담금을 지불합니다. 보장 내용 : <ul style="list-style-type: none"> • 퇴원 시마다 22 끼의 식사 및 10 회 간식 • 보장은 연 2 회로 제한됩니다. • 필요 시, 식사와 간식을 최대 3 회로 분리하여 배송받을 수 있습니다.

D2. 처방약 보장에 대한 변경 사항

의약품 목록에 대한 변경 사항

보장 약 목록은 " 의약품 목록 " 이라고도 합니다.

업데이트된 보장 약 목록은 저희 웹사이트 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect 에서 확인하실 수 있습니다. 고객 서비스부에 1-855-905-3825 번, TTY: 711 번으로 주 7 일 8:00 a.m.-8:00 p.m. 사이에 연락하셔서 업데이트된 의약품 정보를 확인하시거나, 보장 약 목록의 우편 발송을 요청하실 수도 있습니다.

보장 약에 대한 변경 사항과 특정 약 보장에 적용되는 제한의 변경 사항을 포함하여 의약품 목록에 변경 사항이

? 궁금한 사항이 있으시면, Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 에 1-855-905-3825 (TTY: 711) 번으로 주 7 일, 8:00 a.m.-8:00 p.m. 사이에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 원하시면 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect 를 방문해 주십시오.

있습니다 .

의약품 목록을 검토하여 **본인이 이용하는 약이 내년에도 보장되며** 제한이 적용되는지 확인해 주십시오 .

약 보장의 변경이 본인에게 영향을 주는 경우 , 다음 조치를 취하실 것을 권장합니다 .

- 담당 의사 (또는 기타 처방자) 와 상담하여 보장되는 다른 약을 찾아보십시오 .
 - 고객 서비스부에 1-855-905-3825 번 , TTY: 711 번으로 주 7 일 , 8:00 a.m.-8:00 p.m. 사이에 케어 네비게이터에게 연락하여 동일한 증상을 치료하는 보장 약 목록을 요청하실 수 있습니다 .
 - 이 목록은 서비스 제공자가 가입자를 위해 효과적인 보장 약을 찾는 데 도움이 될 수 있습니다 .
- 담당 의사 (또는 다른 처방자) 와 협력하여 플랜에 해당 약을 보장하도록 예외를 요청하십시오 .
 - 내년이 되기 전에 예외를 요청하시면 요청서 (또는 처방 의사의 소견서) 을 접수한 후 72 시간 이내에 답변을 드릴 것입니다 .
 - 예외 요청을 위해 해야 할 일은 2021 년 *가입자 안내 책자*의 9 장을 참조하거나 고객 서비스부에 1-855-905-3825 번 , TTY: 711 번으로 주 7 일 8:00 a.m.-8:00 p.m. 사이에 연락해 주십시오 . 통화는 무료입니다 .
 - 예외 요청과 관련하여 도움이 필요한 경우 , 고객 서비스부 또는 케어 네비게이터에게 연락하실 수 있습니다 . 케어 네비게이터에게 연락하는 방법은 *가입자 안내 책자*의 2 장과 3 장을 참조해 주십시오 .

처방약 비용에 대한 변경 사항

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

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

초기 보장 단계는 가입자의 처방약에 대한 본인 부담 비용의 합계가 **\$6,550** 에 도달할 경우 종료됩니다 . 이 때 재해성 보장 단계가 시작됩니다 . 이 때부터 연말까지 약 비용 전체를 플랜이 부담합니다 . 가입자가 부담할 처방약 비용에 대한 자세한 정보는 *가입자 안내 책자 6 장*을 참조해 주십시오 .

D3. 1 단계 : " 초기 보장 단계 "

초기 보장 단계에서는 플랜이 가입자의 보장 처방약 비용에서 플랜 부담액을 지불하고 가입자는 본인의 부담액을 납부합니다 . 가입자의 부담금을 자기부담금이라고 합니다 . 자기부담금은 해당 약이 속하는 비용 분담 단계와 약 구입처에 따라 다릅니다 . 귀하는 처방약 조제를 할 때마다 매번 자기부담금을 납부합니다 . 보장 약

? **궁금한 사항이 있으시면** , Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 에 1-855-905-3825 (TTY: 711) 번으로 주 7 일 , 8:00 a.m.-8:00 p.m. 사이에 연락해 주십시오 . 통화는 무료입니다 . **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect 를 방문해 주십시오 .

비용이 자기부담금보다 적을 경우, 더 적은 금액을 납부합니다.

의약품 목록에 있는 일부 약의 단계를 높이거나 낮추었습니다. 약의 단계가 변경될 경우, 가입자의 자기부담금에 영향을 줄 수 있습니다. 본인의 약 단계가 변경되었는지 확인하려면 의약품 목록에서 확인해 주시기 바랍니다.

아래 표는 4 가지의 약 단계에 있는 약에 대해 가입자가 부담하는 약 비용을 보여주고 있습니다. 이러한 금액은 오로지 가입자가 초기 보장 단계에 있는 동안에만 적용됩니다.

	2020 년 (올해)	2021 년 (내년)
1 단계 의약품 (우선적 복제약) 네트워크 약국에서 조제한 1 단계 약의 1 개월분 비용	가입자의 1 개월분 (30 일) 에 대한 자기부담금은 처방전당 \$0 입니다 .	가입자의 1 개월분 (30 일) 에 대한 자기부담금은 처방전당 \$0 입니다 .
2 단계 의약품 (복제약) 네트워크 약국에서 조제한 2 단계 약의 1 개월분 비용	1 개월분 (30 일) 에 대한 가입자의 자기부담금은 \$0, \$1.30 또는 처방전당 \$3.60 입니다 .	1 개월분 (30 일) 에 대한 가입자의 자기부담금은 \$0, \$1.30, 또는 처방전당 \$3.70 입니다 .
3 단계 의약품 (브랜드 약) 네트워크 약국에서 조제한 3 단계 약의 1 개월분 비용	1 개월분 (30 일) 에 대한 가입자의 자기부담금은 \$0, \$3.90 또는 처방전당 \$8.95 입니다 .	1 개월분 (30 일) 에 대한 가입자의 자기부담금은 \$0, \$4.00 또는 처방전당 \$9.20 입니다 .
4 단계 의약품 (비 Medicare RX/OTC 의약품) 네트워크 약국에서 조제한 4 단계 약의 1 개월분 비용	가입자의 1 개월분 (30 일) 에 대한 자기부담금은 처방전당 \$0 입니다 .	가입자의 1 개월분 (30 일) 에 대한 자기부담금은 처방전당 \$0 입니다 .

초기 보장 단계는 가입자의 본인 부담 비용의 합계가 **\$6,550** 에 도달할 경우 종료됩니다. 이때 재해성 보장 단계가 시작됩니다. 이 때부터 연말까지 약 비용 전체를 플랜이 부담합니다. 가입자가 부담할 처방약 비용에 대한 자세한 정보는 *가입자 안내 책자* 6 장을 참조해 주십시오.

D4. 2 단계 : " 재해성 보장 단계 "

? 궁금한 사항이 있으시면, Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 에 1-855-905-3825 (TTY: 711) 번으로 주 7 일, 8:00 a.m.–8:00 p.m. 사이에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 원하시면 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect 를 방문해 주십시오.

처방약에 대한 본인 부담 비용 한도 **\$6,550** 에 도달한 경우, 재해성 보장 단계가 시작됩니다. 재해성 보장 단계는 역년으로 연말까지만 지속됩니다.

E. 행정적 변경 사항

설명	2020 년 (올해)	2021 년 (내년)
당뇨병 용품 - 검사지 및 세모날 수량 제한의 변경	처방전과 함께 매달 100 개의 검사지와 세모날을 받을 수 있습니다 (인슐린 의존 가입자 및 인슐린 비의존 가입자 모두에게 적용).	인슐린 의존 가입자 : 처방전과 함께 매달 100 개의 검사지와 세모날을 받을 수 있습니다. 인슐린 비의존 가입자 : 처방전과 함께 3 개월마다 100 개의 검사지와 세모날을 받을 수 있습니다.
가입자 서비스부 이름	Member Services (가입자 서비스부)	Customer Care (고객 서비스부)
처방약 환급 청구	Blue Shield of California Promise Health Plan c/o DST Pharmacy Solutions P.O. Box 419019, Dept. 351 Kansas City, MO 64141	Blue Shield of California P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2066
가입자 서비스부 이름	가입자 서비스부	고객 서비스부
1 단계 : 우선적 복제약 : 소매 - 네트워크 소속 약국 및 네트워크 우편 서비스 약국 공급분	가입자는 보장되는 1 단계 의약품을 최대 90 일치까지 네트워크 소속의 소매 비용 부담 약국이나 네트워크 우편 서비스 약국을 통해 제공받을 수 있습니다.	가입자는 보장되는 1 단계 의약품을 최대 100 일치까지 네트워크 소속의 소매 비용 부담 약국이나 네트워크 우편 서비스 약국을 통해 제공 받을 수 있습니다.

? 궁금한 사항이 있으시면, Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 에 1-855-905-3825 (TTY: 711) 번으로 주 7 일, 8:00 a.m.-8:00 p.m. 사이에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 원하시면 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect 를 방문해 주십시오.

F. 플랜 선택 방법

F1. 플랜 유지 방법

내년에도 귀하가 저희 플랜의 가입자로 남게 되기를 기원합니다 .

현재 건강 플랜을 유지하기 위해 해야 할 일은 없습니다 . 다른 Cal MediConnect Plan 에 가입하지 않으시거나, Medicare Advantage 플랜 또는 Original Medicare 로 변경하지 않으실 경우 , 2021 년에 자동으로 저희 플랜에 가입됩니다 .

F2. 플랜을 변경하는 방법

가입자는 다른 Medicare Advantage Plan 에 가입하거나 , 다른 Cal MediConnect 플랜에 가입하거나 Original Medicare 로 전환하여 언제든지 탈퇴할 수 있습니다 .

Medicare 서비스를 받는 방법

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 (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)

이용 방법 :

주 7 일 하루 24 시간 언제든지 Medicare 전화 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 로 문의하실 수 있습니다 . TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화해 주십시오 .

PACE 에 대한 문의는 1-855-921-PACE(7223) 로 연락해 주십시오 .

도움이거나 더욱 자세한 정보가 필요한 경우 :

- 캘리포니아주 건강 보험 상담 및 지원 프로그램 (Health Insurance Counseling & Advocacy Program, HICAP) 에 1-800-434-0222 번으로 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 .

새 플랜의 보장이 시작되면 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 의 가입이 자동으로 해지됩니다 .

? **궁금한 사항이 있으시면** , Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 에 1-855-905-3825 (TTY: 711) 번으로 주 7 일 , 8:00 a.m.-8:00 p.m. 사이에 연락해 주십시오 . 통화는 무료입니다 . **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect 를 방문해 주십시오 .

2. 변경 가능 대상 플랜 :

별도의 Medicare 처방약 플랜이 포함된 Original Medicare

이용 방법 :

주 7 일 하루 24 시간 언제든지 Medicare 전화 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 로 문의하실 수 있습니다 . TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화해 주십시오 .

도움이나 더욱 자세한 정보가 필요한 경우 :

- 캘리포니아주 건강 보험 상담 및 지원 프로그램 (Health Insurance Counseling & Advocacy Program, HICAP) 에 1-800-434-0222 번으로 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 .

Original Medicare 의 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 Medicare 로 전환하고 별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입하지 않는 경우 , 가입자가 Medicare 측에 가입을 원치 않는다고 명시적으로 말씀하지 않는 한 Medicare 에서 가입자를 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 1-800-434-0222 번으로 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 .

이용 방법 :

주 7 일 하루 24 시간 언제든지 Medicare 전화 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 로 문의하실 수 있습니다 . TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화해 주십시오 .

도움이나 더욱 자세한 정보가 필요한 경우 :

- 캘리포니아주 건강 보험 상담 및 지원 프로그램 (Health Insurance Counseling & Advocacy Program, HICAP) 에 1-800-434-0222 번으로 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 .

Original Medicare 의 보장이 시작되면 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 의 가입이 자동으로 해지됩니다 .

Medi-Cal 서비스를 이용하는 방법

가입자가 Cal MediConnect 플랜에서 탈퇴할 경우 , Medi-Cal 서비스를 위해 다른 플랜을 선택한 경우가 아니라면 Blue Shield of California Promise Health Plan 을 통해 Medi-Cal 서비스를 계속 받게 됩니다 . 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) 에는 1-844-580-7272 번으로 월요일 - 금요일 , 8:00 a.m.-6:00 p.m. 사이에 연락하실 수 있습니다 . TTY 사용자는 1-800-430-7077 번으로 전화해 주십시오 .

G. 도움을 받는 방법

G1. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 의 지원 받기

궁금하신 사항이 있습니까 ? 저희가 항상 돕겠습니다 . 고객 서비스부에 1-855-905-3825(TTY 711) 번으로 연락해 주십시오 . 저희와 통화 가능한 시간은 주 7 일 8:00 a.m.-8:00 p.m. 입니다 . 이 번호는 무료 전화번호입니다 .

? **궁금한 사항이 있으시면 ,** Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 에 1-855-905-3825 (TTY: 711) 번으로 주 7 일 , 8:00 a.m.-8:00 p.m. 사이에 연락해 주십시오 . 통화는 무료입니다 . **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect 를 방문해 주십시오 .

2021 년 가입자 안내 책자를 읽어 보십시오 .

2021 년 가입자 안내 책자는 플랜 혜택을 상세히 설명한 법적 문서로서 다음 연도의 혜택과 비용에 대해 상세히 설명하고 있습니다 . 또한 가입자의 권리와 보장 서비스와 처방약을 이용하기 위해 따라야 하는 규칙에 대해서도 설명하고 있습니다 .

2021 년 가입자 안내 책자는 10 월 15 일까지 제공될 것입니다 . 최신 버전의 2021 년 가입자 안내 책자는 저희 웹 사이트 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect 에서 언제든지 확인하실 수 있습니다 . 또한 고객 서비스부에 1-855-905-3825 번으로 연락하여 2021 년 가입자 안내 책자를 우편으로 발송하도록 요청하실 수도 있습니다 .

당사의 웹 사이트

당사의 웹사이트 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect 를 방문하실 수도 있습니다 . 참고로 저희 웹사이트에는 서비스 제공자 및 약국 네트워크 (서비스 제공자 및 약국 명부) 와 의약품 목록 (보장약 목록) 에 대한 최신 정보가 포함되어 있습니다 .

G2. 주 등록 브로커의 지원 받기

주 등록 브로커인 건강 관리 옵션 (Health Care Options) 이 Cal MediConnect 건강 플랜 가입을 도와드릴 것입니다 . 또한 이곳에서는 Cal MediConnect Plan 탈퇴도 도와드릴 수 있습니다 . 건강 관리 옵션 (Health Care Options) 에는 1-844-580-7272 번으로 월요일 - 금요일 , 8:00 a.m.-6:00 p.m. 사이에 연락하실 수 있습니다 . TTY 사용자는 1-800-430-7077 번으로 전화해 주십시오 .

G3. Cal MediConnect 옴부즈 프로그램의 지원 받기

Cal MediConnect 옴부즈 프로그램은 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 이용에 관한 문제가 있을 경우 도와드릴 수 있습니다 . 옴부즈맨의 서비스는 무료입니다 . Cal MediConnect 옴부즈 프로그램 :

- 가입자의 대변인 역할을 합니다 . 질문이나 불만이 있을 경우 , 질문에 답변하고 해야 할 일을 이해하도록 도와줄 수 있습니다 .
- 가입자의 권리 및 보호와 관련된 정보 및 문제 해결 방법에 대한 정보를 제공합니다 .
- 보험회사 또는 건강 플랜과 관련이 없습니다 . Cal MediConnect 옴부즈 프로그램의 전화 번호는 1-855-501-3077 번입니다 .

G4. 건강 보험 상담 및 지원 프로그램 (HICAP) 의 지원 받기

주 건강 보험 지원 프로그램 (SHIP) 에 연락할 수 있습니다 . 캘리포니아주에서 SHIP 은 ' 건강 보험 상담 및 지원 프로그램 '(Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 이라고 합니다 . HICAP 상담원은 Cal MediConnect Plan 의 옵션이 무엇인지 설명해드리고 플랜 변경에 관한 질문에 답변해드립니다 . HICAP 는 보험회사 또는 건강 플랜과 관련이 없습니다 . HICAP 는 카운티마다 교육을 받은 카운셀러를 두고 있으며 서비스는 무료입니다 . HICAP 전화번호는 1-800-434-0222 번입니다 . 자세한 정보나 지역의 HICAP 사무실을 찾으려면 www.aging.ca.gov/HICAP/ 를 방문해 주십시오 .

 **궁금한 사항이 있으시면** , Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 에 1-855-905-3825 (TTY: 711) 번으로 주 7 일 , 8:00 a.m.-8:00 p.m. 사이에 연락해 주십시오 . 통화는 무료입니다 . **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect 를 방문해 주십시오 .

G5. Medicare 의 도움 받기

Medicare 로부터 직접 정보를 받으려면 주 7 일 하루 24 시간 언제든지 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227) 로 전화하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화해 주십시오.

Medicare 의 웹 사이트

Medicare 웹 사이트 (www.medicare.gov) 를 방문해 주십시오. Cal MediConnect Plan 에서 탈퇴하고 Medicare Advantage 플랜에 가입하시려는 경우, Medicare 웹사이트에 있는 비용, 보장, 품질 등급 등에 대한 정보를 확인하시면 Medicare Advantage 플랜과 비교하실 수 있습니다.

거주하시는 지역의 Medicare Advantage 플랜에 대한 정보는 Medicare 웹사이트의 Medicare 플랜 검색기를 사용하여 확인하실 수 있습니다. (플랜에 대한 정보를 확인하시려면 www.medicare.gov 로 가서서 "Find plans"(플랜 검색) 를 클릭하십시오.)

Medicare & You 2021

Medicare & You 2021 안내 책자를 확인하실 수 있습니다. 매년 가을에 Medicare 가입자에게 이 안내 책자를 우편으로 발송해 드립니다. 이 책자에는 Medicare 혜택, 권리, 보호 혜택 및 Medicare 에 대해 가장 자주 묻는 질문에 대한 답변이 요약되어 있습니다.

이 책자의 사본이 없으신 경우, Medicare 웹사이트 (www.medicare.gov) 에서 얻으시거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227) 로 주 7 일, 하루 24 시간 언제든지 연락하시어 받으실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화해 주십시오.

G6. 캘리포니아주 관리보건부 (DMHC) 의 지원 받기

캘리포니아주 관리보건부는 의료 서비스 보증을 규제할 책임이 있습니다. 본인의 현재 의료 보험에 불만이 있다면, 관리보건부에 연락하기 전에 먼저 본인의 건강 보험 (1-855-905-3825) 측에 전화하여, 건강 보험 불만 처리 절차를 활용해야 합니다. **이 고충 절차를 활용한다고 해도 가입자가 행사할 수 있는 법적 권리 또는 규제책이 금지되지는 않습니다.**

긴급 상황과 관련된 고충, 건강 플랜이 만족스럽게 해결하지 못한 고충, 30 일 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 보장 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 TDD 전화 (1-877-688-9891) 를 설치해 두고 있습니다. 관리보건국의 인터넷 웹사이트 www.dmhc.ca.gov 에 불만 처리 양식, IMR 신청서 및 안내서가 있습니다.

 **궁금한 사항이 있으시면**, Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 에 1-855-905-3825 (TTY: 711) 번으로 주 7 일, 8:00 a.m.–8:00 p.m. 사이에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect 를 방문해 주십시오.



Blue Shield of California Promise Health Plan
601 Potrero Grande Dr., Monterey Park, CA 91755

blueshieldca.com/promise/calmediconnect