

2022

혜택 요약서

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan
(Medicare-Medicaid Plan)
Los Angeles 및 San Diego 카운티

Blue Shield of California Promise Health Plan은 Blue Shield Association의 독립적 사용권자입니다.
CMC-SOB-LA-SD-KO-1021

blue 
california

Promise Health Plan

2022

혜택 요약서

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

서론

이 문서는 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan이 보장하는 혜택 및 서비스에 대한 간략한 요약본입니다. 이 자료에는 자주 묻는 질문에 대한 답변, 중요한 연락처 정보, 혜택 및 서비스에 대한 개요, Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 가입자의 권리에 대한 정보 등이 포함되어 있습니다. *가입자 안내 책자*의 마지막 장에서는 주요 용어와 용어 정의가 알파벳 순서로 나와 있습니다.

목차

고지 사항	2	플랜 가입자로서의 권리	26
자주 묻는 질문	5	불만 사항 접수 또는 거절된 서비스에 대한 이의 제기 방법	28
서비스 개요	9	부정 행위가 의심될 때 해야 할 일	30
Promise Cal MediConnect Plan의 외부에서 보장되는 서비스	24		
Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, Medicare 및 Medi-Cal에서 보장하지 않는 서비스	25		



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

고지 사항



이 자료는 2022년 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan에서 보장하는 건강 서비스의 요약입니다. 이 자료는 요약 설명입니다. 전체 혜택 목록은 *가입자 안내 책자*를 확인하시기 바랍니다.

*가입자 안내 책자*를 받으시려면, 전화, 메일 또는 온라인으로 사본을 요청하실 수 있습니다.

전화 요청, 고객 서비스부:

1-855-905-3825

TTY: 711

업무 시간: 주 7일 8:00 a.m. - 8:00 p.m.

서면 요청, 우편:

Blue Shield of California Promise Health Plan

Customer Care Operations

601 Potrero Grande Dr.

Monterey Park, CA 91755

온라인 요청, 웹사이트:

<https://promise.blueshieldca.com/ca/eapp?planType=cmc>

- 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 Promise Cal MediConnect Plan에 따라 가입자는 하나의 건강 플랜으로 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 받을 수 있습니다. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 케어 네비게이터는 필요한 진료를 관리하는 데 도움을 드립니다.
- 본 자료는 전체 목록이 아닙니다. 본 혜택 정보는 대략적인 내용으로서, 혜택을 설명한 상세 전문은 아닙니다. 자세한 정보는 플랜에 문의하거나 *가입자 안내 책자*를 확인하십시오.
- 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



궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan에 1-855-905-3825

TTY: 711번으로 주 7일 8:00 a.m.-8:00 p.m. 사이에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 원하시면 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect를 방문해 주십시오.

이러한 서비스가 필요하시면 Blue Shield of California Promise Health Plan 민권 담당자에게 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 담당자가 도움을 드릴 것입니다.

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

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

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

- **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 pm., seven days a week. The call is free.
- **Español (Spanish):** ATENCIÓN: Si usted habla español, hay a su disposición servicios de asistencia de idiomas sin costo. Llame al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita.
- **中文 (Chinese):** 请留意: 如果您说中文, 可以免费获得语言协助服务。请拨打1-855-905-3825 (听障和语障 专线: 711), 每周七天办公, 早上8:00至晚上8:00。此电话为免付费专线。
- **Tiếng Việt (Vietnamese):** LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi sẽ cung cấp miễn phí dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ cho quý vị. Gọi số 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày trong tuần. Cuộc gọi này miễn phí.
- **Tagalog (Tagalog – Filipino):** PAUNAWA: Kung nagsasalita kayo ng Tagalog, may mga available na libreng serbisyo ng tulong sa wika para sa inyo. Tumawag sa 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag.
- **한국어 (Korean):** 주: 귀하가 한국어를 사용하시는 경우, 무료로 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 1-855-905-3825(TTY: 711)번으로 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 전화하실 수 있습니다. 이 전화는 무료입니다.



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

- Հայերեն (Armenian): ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ Եթե խոսում եք հայերեն, Ձեզ տրամադրելի են անվճար լեզվական օգնության ծառայություններ: Չանգահարեք 1-855-905-3825 (TTY՝ 711) համարով, 8:00-ից 20:00, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսագանգն անվճար է:
- فارسی (Farsi): توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات امداد زبانی بدون اخذ هزینه در اختیار شما می باشد. با شماره 1-855-905-3825 (TTY: 711)، از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب در هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است.
- Русский (Russian): ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ! Если Вы говорите по-русски, мы можем предложить Вам бесплатные услуги языковой поддержки. Звоните по телефону 1-855-905-3825 (TTY: 711) с 8:00 до 20:00 без выходных. Звонок бесплатный.
- العربية (Arabic): تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، يتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. اتصل على الرقم 1-855-905-3825 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية.
- ខ្មែរ (Khmer): ចាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយភាសា គឺមានសំរាប់អ្នក ដោយឥតគិតថ្លៃ ហៅ 1-855-905-3825 (TTY: 711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 8:00 យប់ ជ្រកើរថ្ងៃមួយអាទិត្យ។ ហៅគឺឥតគិតថ្លៃទេ។
- भाषा (Hindi): ध्यान: यदि आप भाषा बोलते हैं, तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएं नि:शुल्क उपलब्ध हैं। फ़ोन करना 1-855-905-3825 (TTY: 711), सुबह 8:00 बजे से शाम 8:00 बजे तक, सप्ताह के सातों दिन। फ़ोन करना फ़्री है।
- Lus Hmoob (Hmong): LUS CEEV: Yog koj hais Lus Hmoob, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Hu rau 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 teev sawv ntxov txog 8:00 teev tsaus ntuj, xya hnuv hauv ib lub as thiv. Qhov hu xov tooj no yog hu dawb xwb.
- ພາສາລາວ (Laotian): ສິ່ງສຳຄັນ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວແມ່ນມີຂໍ້ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານພາສາບໍ່ສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໂທຫາເບີ 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8:00 ໂມງແລງ, ເຈັດວັນເຄືອກທິດ. ການໂທແມ່ນບໍ່ສຍຄ່າ.
- 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。1-855-905-3825 (TTY: 711)まで、お電話にてご連絡ください。毎日午前8時から午後8時まで受け付けています。通話は無料です。
- ภาษาไทย (Thai): เรียน หากคุณพูดภาษา ภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาให้แก่คุณโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โทร 1-855-905-3825 (TTY: 711) 8:00 น. ถึง 20:00 น. ได้ตลอดเจ็ดวันต่อสัปดาห์ โทรฟรี ไม่มีค่าใช้จ่าย
- ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਸਾਵਯਾਨ : ਜੇ ਤੁਸੀਂ [ਪੰਜਾਬੀ] ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਉਪਲਬਧ ਹਨ | ਵਾਲ ਵਰੋ 1-855-905-3825 (TTY: 711), ਸਵੇਰੇ 8:00 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 8:00 ਵਜੇ ਤੱਕ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਸੱਤ ਦਿਨ | 711), ਸਵੇਰ ਦੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ ਰਾਤ ਦੇ 8 ਵਜੇ ਤਕ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਸੱਤ ਦਿਨ. ਵਾਲ ਫ੍ਰੀ ਹੈ |
- Українська (Ukrainian): ЗВЕРНІТЬ УВАГУ! Якщо Ви розмовляєте українською, ми можемо запропонувати Вам безкоштовні послуги мовної підтримки. Телефонуйте 1-855-905-3825 (TTY: 711) з 8:00 до 20:00 без вихідних. Дзвінок безкоштовний.

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

향시적 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 Plan에 연락해 주십시오.



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

자주 묻는 질문

다음 차트 목록은 자주 묻는 질문입니다.

자주 묻는 질문(FAQ)	답변
Cal MediConnect Plan이란 무엇입니까?	<p>Cal MediConnect Plan은 의사, 병원, 약국, 장기 서비스 제공자 및 기타 서비스 제공자로 구성된 기관입니다. 또한 케어 네비게이터와 관리 팀을 두어 귀하의 모든 서비스 제공자와 서비스를 관리하는데 도움을 줍니다. 이들은 모두 귀하가 필요로 하는 의료 서비스를 제공하고자 협력하고 있습니다. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan(Medicare-Medicaid Plan)은 가입자에게 Medi-Cal 및 Medicare의 혜택을 제공하는 Cal MediConnect Plan입니다.</p>
Blue Shield Promise Cal MediConnect 케어 네비게이터란 무엇입니까?	<p>Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 케어 네비게이터는 가입자가 연락을 할 담당자입니다. 이 사람은 가입자의 모든 서비스 제공자와 서비스를 관리하고 필요할 때 서비스를 받을 수 있도록 안내합니다.</p>
장기 서비스 및 지원(LTSS)이란 무엇입니까?	<p>LTSS는 목욕, 옷입기, 요리, 약 복용 등과 같은 일상 활동에 도움을 필요로 하는 가입자들을 위한 서비스입니다. 이러한 서비스의 대부분은 가정이나 지역사회에서 제공되지만 간호 시설이나 병원에서 제공할 수도 있습니다.</p> <p>LTSS는 다음 프로그램을 포함합니다. 커뮤니티 기반 성인 서비스 (CBAS) 및 간호 시설(NF)에서 제공하는 장기 전문 간호 치료 등입니다.</p>
Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan에서 현재 받고 있는 것과 동일한 Medicare 및 Medi-Cal 혜택을 받게 됩니까?	<p>보장을 받는 Medicare 및 Medi-Cal 혜택 대부분을 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan에서 직접 받을 수 있습니다. 서비스 제공자 팀이 가입자의 요구에 가장 적합한 서비스를 결정할 수 있도록 도와 드립니다. 즉, 현재 받고 있는 일부 서비스가 변경될 수 있습니다.</p> <p>Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan에 가입하면 가입자 및 담당 관리 팀이 가입자 개인의 희망 사항과 목표를 반영하여 건강과 지원 요구를 해결하기 위한 개인 의료 플랜을 개발할 것입니다. 또한 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan에서 일반적으로 보장하지 않는 Medicare 파트 D 처방약을 복용 중인 경우 일시적으로 받을 수 있으며 당사는 다른 의약품으로 전환하거나 의학적으로 필요한 경우 해당 약을 보장하도록 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan의 예외를 적용할 것입니다.</p>



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

자주 묻는 질문(FAQ)	답변
<p>현재 진료를 받고 있는 의사에게서 계속 진료를 받을 수 있습니까?</p>	<p>종종 이런 경우가 있습니다. 서비스 제공자(의사와 약국 포함)가 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 소속이고 당사와 계약을 맺으면 계속 이용하실 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 당사와 계약을 맺은 서비스 제공자는 "네트워크 소속"이 됩니다. 가입자는 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 네트워크의 서비스 제공자를 이용해야 합니다. • 응급 또는 긴급 진료 서비스 또는 네트워크 외부 투석 서비스가 필요한 경우 Blue Shield Promise Cal MediConnect 플랜 외부의 서비스 제공자를 이용할 수 있습니다. <p>의사가 플랜의 네트워크 소속인지 여부를 확인하려면 고객 서비스부에 문의하시거나 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan의 <i>서비스 제공자 및 약국 명부</i>를 플랜 웹사이트 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect에서 확인해 주십시오.</p> <p>Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan을 처음 이용하는 경우 귀하의 요구를 해결하기 위해 저희는 개인 의료 플랜을 마련할 것입니다. 현재 이용하시는 의사를 최대 12개월 동안 계속해서 이용하실 수 있습니다.</p>
<p>서비스가 필요하지만 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 네트워크의 어느 누구도 이 서비스를 제공할 수 없는 경우에는 어떻게 합니까?</p>	<p>대부분의 서비스는 당사의 네트워크 서비스 제공자가 제공합니다. 당사의 네트워크 내에서 제공할 수 없는 서비스를 받아야 하는 경우 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan은 네트워크 외부 서비스 제공자의 비용을 부담합니다.</p>
<p>Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan은 어디에서 사용할 수 있습니까?</p>	<p>이 플랜의 서비스 지역은 다음과 같습니다. CA의 San Diego 카운티 및 Los Angeles 카운티*입니다. 플랜에 가입하려면 이들 지역에 거주해야 합니다.</p> <p>* 카운티의 일부만 서비스 지역임을 표시. 거주하시는 곳에서 플랜을 이용할 수 있는지 여부에 대한 자세한 내용은 고객 서비스부로 문의해 주십시오.</p>
<p>Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan에 월 납부금 (또는 보험료)을 내야 합니까?</p>	<p>귀하는 의료 보장을 받기 위해 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan에 매월 보험료를 지불하지 않습니다.</p>



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

자주 묻는 질문(FAQ)	답변
<p>사전 허가란 무엇입니까?</p>	<p>사전 허가란 특정 서비스 또는 의약품을 받거나 네트워크 외부 서비스 제공자의 진료를 받기 전에 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan의 승인을 받아야 함을 의미합니다. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan은 승인을 얻지 못한 서비스 또는 의약품을 보장하지 않을 수 있습니다.</p> <p>긴급 또는 응급 진료 서비스 또는 네트워크 외부 투석 서비스가 필요한 경우 먼저 승인을 받을 필요가 없습니다. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan은 서비스를 받기 전에 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan으로부터 사전 허가를 받아야 하는 서비스 또는 절차 목록을 가입자에게 제공할 수 있습니다.</p> <p>사전 허가에 대한 자세한 내용은 <i>가입자 안내 책자</i>의 3장을 참조해 주십시오. 사전 허가가 필요한 서비스는 <i>가입자 안내 책자</i>의 제4장 D항의 혜택표를 참조해 주십시오.</p>
<p>진료 추천이란 무엇입니까?</p>	<p>진료 추천은 가입자가 주치의가 아닌 의사의 진료를 받거나 네트워크 소속의 다른 서비스 제공자를 이용하기 전에 주치의(PCP)의 승인을 받아야 하는 것을 말합니다. 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.</p> <p>PCP에게 진료 추천을 받아야 하는 경우에 대한 자세한 정보는 <i>가입자 안내 책자</i>의 3장을 참조해 주십시오.</p>
<p>추가 지원이란 무엇입니까?</p>	<p>추가 지원은 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.</p> <p>Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan에 따른 처방약 가입자 자기부담금은 가입자에게 자격이 있는 추가 지원 금액을 이미 포함하고 있습니다. 이러한 추가 지원에 대한 자세한 정보는 근처의 사회보장국 사무소로 문의하시거나 또는 사회보장국 전화번호 1-800-772-1213번으로 연락해 주십시오. TTY 사용자는 1-800-325-0778번으로 전화해 주십시오.</p>
<p>질문이 있거나 도움이 필요한 경우 누구에게 연락을 해야 합니까? (다음 페이지에 계속)</p>	<p>일반적인 질문 또는 당사 플랜, 서비스, 서비스 지역, 청구 또는 가입자 ID 카드에 대한 질문이 있는 경우, Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan의 고객 서비스부에 문의하십시오.</p> <p>전화 1-855-905-3825</p> <p>이 번호는 무료 전화번호입니다. 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 언제든지 연락하실 수 있습니다. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 담당자가 월요일부터 금요일까지 상담해 드리며 토요일, 일요일 및 연방 공휴일에는 자동 응답기를 통해 음성으로 안내해 드립니다.</p> <p>고객 서비스부는 비영어권 이용자를 위해 무료 통역 서비스도 제공하고 있습니다.</p>



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

자주 묻는 질문(FAQ)

답변

질문이 있거나 도움이 필요한 경우 누구에게 연락을 해야 하나요? (이전 페이지에서 계속)

TTY 711

청각 또는 언어 장애가 있는 경우, 이 번호를 이용해 주십시오. 이 번호를 이용하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.

이 번호는 무료 전화번호입니다. 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 언제든지 연락하실 수 있습니다.

건강에 관한 질문이 있다면 Blue Shield of California Promise Health Plan 간호사 상담 전화로 전화해 주십시오.

전화 (800) 609-4166

이 번호는 무료 전화번호입니다. 주 7일, 하루 24시간 운영됩니다. 비영어권 이용자를 위해 무료로 통역 서비스를 제공하고 있습니다.

TTY 711

청각 또는 언어 장애가 있는 경우, 이 번호를 이용해 주십시오. 이 번호를 이용하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.

이 번호는 무료 전화번호입니다. 주 7일, 하루 24시간 운영됩니다.

즉시 행동 건강 서비스를 받아야 하는 경우 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 관리형 행동 건강 기관 위기 상담 전화로 문의해 주십시오.

전화 San Diego 카운티: 1-855-321-2211

Los Angeles 카운티: 1-855-765-9701

이 번호는 무료 전화번호입니다. 주 7일, 하루 24시간 운영됩니다. 의료진이 귀하의 특정 상황에 도움을 드립니다. 비영어권 이용자를 위해 무료로 통역 서비스를 제공하고 있습니다.

TTY 711

청각 또는 언어 장애가 있는 경우, 이 번호를 이용해 주십시오. 이 번호를 이용하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.

이 번호는 무료 전화번호입니다. 주 7일, 하루 24시간 운영됩니다.



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

서비스 개요

다음 차트는 가입자가 필요할 수 있는 서비스, 비용 및 혜택의 규칙에 대한 간단한 개요입니다.

건강 요구 또는 문제	가입자에게 필요할 수 있는 서비스	네트워크 소속 서비스 제공자에 대한 가입자 부담 비용	제한, 예외 및 혜택 정보(혜택에 대한 규칙)
의사 진료를 희망함 (이 서비스는 다음 페이지에 계속됨.)	부상 또는 질병 치료를 위한 방문	\$0의 자기부담금	가입자는 의사, 전문의 및 병원을 방문해야 합니다. 허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 네트워크 병원 및 전문의의 경우 진료 추천이 필요합니다(특정 혜택의 경우).
	건강 검진 방문(예: 신체 검사)	\$0의 자기부담금	12개월마다 연례 건강 검진 방문. 가입자는 연례 검진을 받을 수 있습니다. 이것은 가입자의 현재 위험 요소를 기반으로 예방 계획을 수립하고 업데이트하기 위한 것입니다. 저희는 12개월마다 이 비용을 부담합니다.
	진료소까지의 교통편	\$0의 자기부담금	비의료 교통편(NMT) 모든 승인된 Medi-Cal 서비스에 대해 무제한 NMT를 제공합니다. 이러한 서비스에는 Medi-Cal 의료행위별 추가제 제공 시스템을 통해 제공되는 전문 정신 건강, 약물 남용 문제, 치과 및 기타 혜택이 포함되나 이에만 국한되지는 않습니다. 비응급 의료 교통편 및 비의료 교통편의 수배는 고객 서비스부가 담당합니다. 고객 서비스부를 통해 교통편 담당 부서에 연락하거나 1-877-433-2178(TTY: 711) 번으로 월요일 - 금요일, 8:00 a.m. - 8:00 사이에 문의해 주십시오. 진료 추천 요건이 적용될 수 있습니다. 비응급 의료 교통편(NEMT) 허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 진료 추천 요건이 적용될 수 있습니다.



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

건강 요구 또는 문제	가입자에게 필요할 수 있는 서비스	네트워크 소속 서비스 제공자에 대한 가입자 부담 비용	제한, 예외 및 혜택 정보(혜택에 대한 규칙)
의사 진찰을 원하는 경우 (계속)	전문의 치료	\$0의 자기부담금	가입자는 의사, 전문의 및 병원을 방문해야 합니다. 허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 네트워크 병원 및 전문의의 경우 진료 추천이 필요합니다(특정 혜택의 경우).
	질병 예방을 위한 치료(예: 독감 예방주사)	\$0의 자기부담금	\$0의 자기부담금(Original Medicare에서 보장하는 모든 예방 서비스).
	"Medicare 가입 환영" 예방성 방문(1회만 적용)	\$0의 자기부담금	새로운 파트 B 보장의 처음 12개월 동안 Medicare 가입 환영 예방성 방문 또는 연례 건강 검진 방문을 받을 수 있습니다. 처음 12개월이 지난 후에는 12개월마다 연례 건강 검진 방문을 받을 수 있습니다.
의학적 검사가 필요한 경우	검사실 검사(예: 혈액 검사)	\$0의 자기부담금	허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 진료 추천 요건이 적용될 수 있습니다.
	엑스레이 또는 기타 촬영(예: CAT 스캔)	\$0의 자기부담금	허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 진료 추천 요건이 적용될 수 있습니다.
	검사(예: 암 확인을 위한 검사)	\$0의 자기부담금	허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 진료 추천 요건이 적용될 수 있습니다.
질병 또는 상태를 치료하기 위해 의약품이 필요한 경우 (이 서비스는 다음 페이지에 계속 설명)	우선적 복제약(1단계)	\$0의 자기부담금 (30일치의 경우) 처방약의 자기부담금은 가입자가 받는 추가 지원의 수준에 따라 달라질 수 있습니다. 자세한 정보는 플랜 측에 문의해 주십시오.	보장되는 의약품 종류에 제한이 있을 수 있습니다. 자세한 내용은 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan의 보장 약 목록(의약품 목록)을 참조하십시오. 장기간 조제는 소매 및 우편 주문 약국에서 이용할 수 있습니다. 이러한 장기간 조제의 부담금은 1개월분과 동일합니다. 이 단계에서는 이러한 장기간 조제를 할 수 없는 약도 있습니다. 자세한 정보는 플랜 측에 문의해 주십시오. 귀하는 네트워크 소매 약국에서 약을 구입하고 약국에 우편 주문을 할 수 있습니다.



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

건강 요구 또는 문제	가입자에게 필요할 수 있는 서비스	네트워크 소속 서비스 제공자에 대한 가입자 부담 비용	제한, 예외 및 혜택 정보(혜택에 대한 규칙)
질병 또는 상태를 치료하기 위해 의약품이 필요한 경우 (계속)	복제약(2단계)	\$0, \$1.35 또는 \$3.95의 자기부담금(30일치의 경우). 처방약의 자기부담금은 가입자가 받는 추가 지원의 수준에 따라 달라질 수 있습니다. 자세한 정보는 플랜 측에 문의해 주십시오.	보장되는 의약품 종류에 제한이 있을 수 있습니다. 자세한 내용은 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan의 보장 약 목록(의약품 목록)을 참조하십시오. 장기간 조제는 소매 및 우편 주문 약국에서 이용할 수 있습니다. 이러한 장기간 조제의 부담금은 1개월분과 동일합니다. 이 단계에서는 이러한 장기간 조제를 할 수 없는 약도 있습니다. 자세한 정보는 플랜 측에 문의해 주십시오. 귀하는 네트워크 소매 약국에서 약을 구입하고 약국에 우편 주문을 할 수 있습니다.
	브랜드 약(3단계)	\$0, \$4.00 또는 \$9.85의 자기부담금(30일치의 경우). 처방약의 자기부담금은 가입자가 받는 추가 지원의 수준에 따라 달라질 수 있습니다. 자세한 정보는 플랜 측에 문의해 주십시오.	보장되는 의약품 종류에 제한이 있을 수 있습니다. 자세한 내용은 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan의 보장 약 목록(의약품 목록)을 참조하십시오. 장기간 조제는 소매 및 우편 주문 약국에서 이용할 수 있습니다. 이러한 장기간 조제의 부담금은 1개월분과 동일합니다. 이 단계에서는 이러한 장기간 조제를 할 수 없는 약도 있습니다. 자세한 정보는 플랜 측에 문의해 주십시오. 귀하는 네트워크 소매 약국에서 약을 구입하고 약국에 우편 주문을 할 수 있습니다.



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

건강 요구 또는 문제	가입자에게 필요할 수 있는 서비스	네트워크 소속 서비스 제공자에 대한 가입자 부담 비용	제한, 예외 및 혜택 정보(혜택에 대한 규칙)
질병 또는 상태를 치료하기 위해 의약품이 필요한 경우 (계속)	비 Medicare 및 비처방 (OTC) 약(4단계)	\$0의 자기부담금 (30일치의 경우)	보장되는 의약품 종류에 제한이 있을 수 있습니다. 자세한 내용은 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan의 보장 약 목록 (의약품 목록)을 참조하십시오.
	Medicare 파트 B 처방약	\$0의 자기부담금	파트 B 의약품에는 병원에서 의사가 제공하는 의약품, 일부 구강암 약 및 특정 의료 장비에 사용되는 일부 의약품이 포함됩니다. 이러한 의약품에 대한 자세한 내용은 가입자 안내 책자를 읽어보시기 바랍니다. 허가 규칙이 적용될 수 있습니다.
뇌졸중 또는 사고 후 치료가 필요한 경우 응급 진료가 필요한 경우	작업, 물리 및 언어 치료	\$0의 자기부담금	허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 진료 추천 요건이 적용될 수 있습니다.
	응급실 서비스	\$0의 자기부담금	응급 진료가 필요하다고 합리적으로 판단되는 경우 응급실로 갈 수 있습니다. 가입자는 사전 허가 없이 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 네트워크 이외의 지역에서 응급실 서비스를 이용할 수 있습니다.
	구급차 서비스 긴급 진료	\$0의 자기부담금 \$0의 자기부담금	허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 이는 응급 진료가 아닙니다 . 긴급 진료는 상태, 질병 또는 부상이 생명을 위협할 정도는 아니지만 의료 서비스가 즉시 필요한 상황을 말합니다. 가입자는 사전 허가 없이 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 네트워크 이외의 지역에서 긴급 진료 서비스를 이용할 수 있습니다.
병원 진료가 필요한 경우	병원 입원	\$0의 자기부담금	Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan은 입원환자의 재원을 일수에 제한없이 보장합니다. 허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 진료 추천 요건이 적용될 수 있습니다.
	의사 또는 외과 의사 진료	\$0의 자기부담금	의사 및 외과 의사의 진료는 병원 입원의 일환으로 제공됩니다.



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

건강 요구 또는 문제	가입자에게 필요할 수 있는 서비스	네트워크 소속 서비스 제공자에 대한 가입자 부담 비용	제한, 예외 및 혜택 정보(혜택에 대한 규칙)
회복시 도움이 필요하거나 특별한 건강 요건이 있는 경우	재활 서비스	\$0의 자기부담금	외래환자 재활: <ul style="list-style-type: none"> 심장(가슴) 재활 서비스(최대 36주 최대 36회의 세션에 대해, 단 하루에 1시간 세션을 두 번까지만) 작업 요법 방문 비 Medicare 작업 치료 서비스 물리 치료 및 언어 요법 CBAS 가입자를 위한 언어 및 물리 치료 서비스 허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 진료 추천 요건이 적용될 수 있습니다.
	가정 건강 관리를 위한 의료 장비	\$0의 자기부담금	허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 진료 추천 요건이 적용될 수 있습니다.
	전문 간호 관리	\$0의 자기부담금	Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan은 전문 간호 시설(SNF)의 재원을 일수에 제한없이 보장합니다. 허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 진료 추천 요건이 적용될 수 있습니다.
안과 진료가 필요한 경우 (이 서비스는 다음 페이지에 계속 설명)	눈 검사	\$0의 자기부담금	매년 1회의 정기 눈 검사 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 눈 검사 및 연령 관련 시력 감퇴 치료가 포함됩니다. 녹내장 위험이 높은 사람의 경우, 저희는 매년 1회의 녹내장 검사 비용을 부담합니다. 녹내장 가족력이 있거나, 당뇨병이 있거나, 50세 이상의 아프리카계 미국인과 65세 이상의 히스패닉계 미국인과 같은 녹내장 위험이 높은 가입자



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

건강 요구 또는 문제	가입자에게 필요할 수 있는 서비스	네트워크 소속 서비스 제공자에 대한 가입자 부담 비용	제한, 예외 및 혜택 정보(혜택에 대한 규칙)
안과 진료가 필요한 경우 (계속)	안경 또는 콘택트렌즈	\$0의 자기부담금	<p>플랜은 다음 서비스 비용을 부담합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 매년 1회의 정기 눈 검사 • 24개월마다 안경류(안경테 및 렌즈) 또는 콘택트 렌즈에 대해 최대 \$500. <p>보조금은 안경테, 렌즈, 렌즈 기능 향상, 콘택트렌즈 검사 및 콘택트렌즈 등에 사용할 수 있습니다. 나머지 잔액은 나중에 동일한 혜택 기간 중에 사용할 수 있습니다.</p> <p>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.)</p> <p>저희는 가입자가 렌즈 이식을 하지 않고 백내장 제거 수술을 한 후에 필요하다면 교정 렌즈, 안경테, 교체품 비용도 부담합니다.</p>
청력 또는 청각학 서비스가 필요한 경우	청력 검사	\$0의 자기부담금	<p>청력 및 균형 문제를 진단하고 치료하기 위한 검사.</p> <p>허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 진료 추천 요건이 적용될 수 있습니다.</p>
	보청기	\$0의 자기부담금	<p>저희 플랜은 보청기에 대해 매년 최대 \$2,000을 지불합니다. 보청기 보장은 양쪽 귀 모두에 해당됩니다.</p> <p>상기의 보조 혜택 외에도, Medi-Cal 은 회계연도(7월 1일 - 6월 30일) 마다 보청기에 대해 최대 \$1,510까지 보장합니다.</p> <p>허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 진료 추천 요건이 적용될 수 있습니다.</p>



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

건강 요구 또는 문제	가입자에게 필요할 수 있는 서비스	네트워크 소속 서비스 제공자에 대한 가입자 부담 비용	제한, 예외 및 혜택 정보(혜택에 대한 규칙)
당뇨병 또는 심장병 같은 만성 질환을 앓고 있는 경우	질병을 관리하는 데 도움이 되는 서비스	\$0의 자기부담금	허가 규칙이 적용될 수 있습니다.
	당뇨병 용품 및 서비스	\$0의 자기부담금	당뇨 관리 용품, 자가 관리 교육 및 치료용 신발 또는 삽입물. 허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 진료 추천 요건이 적용될 수 있습니다.
정신 건강 질환이 있는 경우	정신 또는 행동 건강 서비스	\$0의 자기부담금	보장 내역: <ul style="list-style-type: none"> • 외래 개인 및 그룹 치료 방문 • 외래 개인 및 그룹 정신과 방문 • 부분 입원 프로그램 서비스 사전 허가의 규칙이 적용될 수 있습니다.
약물 남용 문제가 있는 경우	약물 남용 서비스	\$0의 자기부담금	입원환자 약물 남용 서비스. 외래환자 약물 남용 서비스: 저희는 다음 서비스 비용을 부담하며 여기에 열거되지 않은 다른 서비스 비용도 부담할 수 있습니다. <ul style="list-style-type: none"> • 알코올 오용 검사 및 상담 • 약물 남용 치료 • 자격을 갖춘 임상사와 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 허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 진료 추천 요건이 적용될 수 있습니다.



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

건강 요구 또는 문제	가입자에게 필요할 수 있는 서비스	네트워크 소속 서비스 제공자에 대한 가입자 부담 비용	제한, 예외 및 혜택 정보(혜택에 대한 규칙)
장기간 정신 건강 서비스가 필요한 경우	정신 건강 서비스가 필요한 사람들을 위한 입원환자 치료	\$0의 자기부담금	<p>보장 서비스에는 입원이 필요한 정신 건강 치료 서비스가 포함됩니다.</p> <p>독립적인 정신병원에서 입원환자 서비스를 받아야 할 경우, 플랜은 처음 190일 동안 비용을 부담합니다. 그 후에는 지역의 카운티 정신 건강 플랜이 의학적으로 필요한 입원환자 정신질환 서비스 비용을 부담합니다. 190일 이후의 치료 허가는 지역 카운티 정신 건강 플랜과 조율합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> 190일의 제한은 종합병원의 정신병동에서 제공되는 입원환자 정신 건강 서비스에는 적용되지 않습니다. <p>가입자가 65세 이상인 경우, 정신 질환 기관(IMD)에서 이용한 서비스의 비용을 플랜이 부담합니다.</p>
내구성 의료 장비 (DME)가 필요한 경우	휠체어 분무기(네블라이저) 목발 보행기 산소 장비 및 용품	\$0의 자기부담금	<p>허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 진료 추천 요건이 적용될 수 있습니다.</p>
가정에서 생활하는 데 도움이 필요한 경우 (이 서비스는 다음 페이지에 계속 설명)	가정으로 배달되는 식사	\$0의 자기부담금	<p>이 서비스는 다목적 시니어 서비스 프로그램(MSSP) 면제 대상자만 이용할 수 있습니다. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan이 지불하는 금액에 제한이 있습니다.</p> <p>주 자격 요건이 적용될 수 있습니다. 허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 진료 추천 요건이 적용될 수 있습니다.</p>



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

건강 요구 또는 문제	가입자에게 필요할 수 있는 서비스	네트워크 소속 서비스 제공자에 대한 가입자 부담 비용	제한, 예외 및 혜택 정보(혜택에 대한 규칙)
<p>가정에서 생활하는 데 도움이 필요한 경우 (계속)</p>	<p>재택 서비스(청소 또는 가사)</p>	<p>\$0의 자기부담금</p>	<p>재택 지원 서비스(IHSS) 및 다목적 시니어 서비스 프로그램(MSSP) 면제 대상 가입자의 경우:</p> <p>가입자가 가정에서 안전하게 머물 수 있도록 가입자에게 제공되는 서비스를 조율합니다.</p> <p>카운티 사회복지부를 통해 승인받을 수 있는 IHSS의 종류는 다음과 같습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 집 청소 • 식사 준비 • 세탁 • 식료품 쇼핑 • 개인 관리 서비스(화장실 이용, 목욕, 몸단장, 진료 서비스) • 병원 예약 동행 • 정신 질환자를 위한 감독 <p>자격이 되고 카운티 사회복지사가 승인하는 경우, 매달 283시간의 IHSS 혜택을 받을 수 있습니다.</p> <p>MSSP 서비스의 유형에는 다음이 포함될 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 개인 간호 서비스 • 환경적 접근성 적응 • 주택 지원/경미한 주택 수리 등 • 가사 서비스 • 식사 서비스 • 보호 감독 <p>주 자격 요건이 적용될 수 있습니다. 허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 진료 추천 요건이 적용될 수 있습니다.</p>



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

건강 요구 또는 문제	가입자에게 필요할 수 있는 서비스	네트워크 소속 서비스 제공자에 대한 가입자 부담 비용	제한, 예외 및 혜택 정보(혜택에 대한 규칙)
가정에서 생활하는 데 도움이 필요한 경우 (계속)	주택의 변경(예: 경사로 및 휠체어 접근)	\$0의 자기부담금	이 서비스는 다음과 같은 경우 이용할 수 있습니다. 다목적 시니어 서비스 프로그램(MSSP) 면제 대상 수혜자. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan이 지불하는 금액에 제한이 있습니다. 주 자격 요건이 적용될 수 있습니다. 허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 진료 추천 요건이 적용될 수 있습니다.
	가정 건강 관리 서비스	\$0의 자기부담금	허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 진료 추천 요건이 적용될 수 있습니다.
	성인 주간 서비스 또는 기타 지원 서비스	\$0의 자기부담금	이 서비스는 다음과 같은 경우 이용할 수 있습니다. <ul style="list-style-type: none"> • 다목적 시니어 서비스 프로그램(MSSP) 면제 대상 수혜자. 플랜이 지불하는 금액에 제한이 있습니다. 또는 • 재택 지원 서비스(IHSS)를 받을 자격이 있는 대상자. IHSS는 매월 283시간을 받을 수 있습니다. • 커뮤니티 기반 성인 서비스(CBAS)를 받을 자격이 있는 대상자. 주 자격 요건이 적용될 수 있습니다. 허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 진료 추천 요건이 적용될 수 있습니다.
도움을 주는 사람과 함께 거주할 장소가 필요한 경우	생활 지원 또는 기타 주거 서비스	\$0의 자기부담금	플랜은 자립 생활 센터 같은 기타 기관 또는 생활 지원 면제 프로그램 같은 프로그램을 통해 제공되는 조울 서비스를 지원합니다. 자세한 정보는 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan에 문의하십시오.
	요양원에서 받는 관리	\$0의 자기부담금	허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 진료 추천 요건이 적용됩니다. 자세한 정보는 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan에 문의하십시오.



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

건강 요구 또는 문제	가입자에게 필요할 수 있는 서비스	네트워크 소속 서비스 제공자에 대한 가입자 부담 비용	제한, 예외 및 혜택 정보(혜택에 대한 규칙)
간병인에게 잠시 휴식이 필요한 경우	임시 간호	\$0의 자기부담금	<p>허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 진료 추천 요건이 적용됩니다.</p> <p>자세한 정보는 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan에 문의하십시오.</p>
추가적인 보장 서비스 (이 서비스는 다음 페이지에 계속 설명)	연례 신체 검사	\$0의 자기부담금	<p>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.</p> <p>이 혜택은 검사실, 진단 시술 또는 지시된 기타 유형의 서비스를 보장하지 않으며, 가입자는 각 서비스에 대해 별도로 가입자의 비용 분담을 지불합니다.</p>
	헬스 클럽 멤버십 및 피트니스 강좌	\$0의 자기부담금	<p>다음을 이용 가능:</p> <p>SilverSneakers® 피트니스</p> <p>다음을 이용할 수 있는 운동, 교육 및 사회 활동:</p> <ul style="list-style-type: none"> 언제든지 이용할 수 있는 전국의 수많은 피트니스 센터 운동 장비 및 SilverSneakers 수업. 사회복지 행사 및 활동. 요가, 라틴 댄스, 태극권 등의 SilverSneakers FLEXTM 강좌. <p>SilverSneakers Life를 통해 집에서도 생동감 있는 운동 수업</p>



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

건강 요구 또는 문제	가입자에게 필요할 수 있는 서비스	네트워크 소속 서비스 제공자에 대한 가입자 부담 비용	제한, 예외 및 혜택 정보(혜택에 대한 규칙)
추가적인 보장 서비스 (계속)	가정 식사 배달	\$0의 자기부담금	병원 또는 전문 요양 시설에서 퇴원한 가입자 대상의 보장 내역: <ul style="list-style-type: none"> • 퇴원 시마다 22끼의 식사 및 10회 간식 • 보장은 연 2회로 제한됩니다. • 필요 시, 식사와 간식을 최대 3회로 분리하여 배송받을 수 있습니다.
	전 세계 응급/긴급 보장	\$0의 자기부담금	\$0의 자기부담금 전 세계 응급/긴급 진료 보장. 역년으로 매년 미국 이외의 지역에서 받은 응급 또는 긴급 서비스에 대해 플랜의 보장 제한 없음.
	비처방(OTC) 품목	\$0의 자기부담금	3개월(분기)마다 특정 OTC 품목에 사용할 수 있는 보조금으로 \$185를 수령하게 됩니다. 잔여 금액은 다음 분기로 이월되지 않습니다 . 1분기 보조금은 2022년 1월 1일부터 사용할 수 있습니다.
	개인 응급 대응 시스템 (PERS)	\$0의 자기부담금	PERS는 버튼만 누르면 주 7일 하루 24시간 언제든지 도움을 받을 수 있는 의료 모니터링 경보 시스템입니다.
	실금 크림 및 기저귀	\$0의 자기부담금	허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 진료 추천 요건이 적용될 수 있습니다.



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

건강 요구 또는 문제	가입자에게 필요할 수 있는 서비스	네트워크 소속 서비스 제공자에 대한 가입자 부담 비용	제한, 예외 및 혜택 정보(혜택에 대한 규칙)
추가적인 보장 서비스 (계속)	<p>가족 계획 서비스</p> <p>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.</p> <p>보장 서비스:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 	\$0의 자기부담금	허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 진료 추천 요건이 적용될 수 있습니다.



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

건강 요구 또는 문제	가입자에게 필요할 수 있는 서비스	네트워크 소속 서비스 제공자에 대한 가입자 부담 비용	제한, 예외 및 혜택 정보(혜택에 대한 규칙)
추가적인 보장 서비스 (계속)	<ul style="list-style-type: none"> 영구 피임(이 가족 계획 방법을 선택하려면 21세 이상이어야 합니다. 수술일 이전 30일 이상 180일 이내에 연방 불임시술 동의서에 서명해야 합니다.) 유전 관련 상담 	\$0의 자기부담금	허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 진료 추천 요건이 적용될 수 있습니다.
	<p>금연 또는 담배류 사용 중단을 위한 상담</p> <ul style="list-style-type: none"> 12개월 동안 2회의 금연 상담 현재 임신 중일 경우, 금연 상담을 무제한 받을 수 있습니다. 	\$0의 자기부담금	허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 진료 추천 요건이 적용될 수 있습니다.
	<p>건강 및 건강증진 교육 프로그램</p> <ul style="list-style-type: none"> 건강 교육 수업 영양 교육 수업 	\$0의 자기부담금	허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 진료 추천 요건이 적용될 수 있습니다.
	<p>발 관리(족부 질환 서비스)</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 	\$0의 자기부담금	허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 진료 추천 요건이 적용될 수 있습니다.



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

건강 요구 또는 문제	가입자에게 필요할 수 있는 서비스	네트워크 소속 서비스 제공자에 대한 가입자 부담 비용	제한, 예외 및 혜택 정보(혜택에 대한 규칙)
추가적인 보장 서비스 (계속)	의료 플랜 옵션(CPO) 서비스	\$0의 자기부담금	<p>Los Angeles</p> <ul style="list-style-type: none"> 의료 플랜 옵션(CPO) 서비스는 개인 의료 플랜으로 이용할 수 있습니다. 이러한 서비스는 가정에서 가정 배달 식사, 사례 관리 서비스, 샤워실 손잡이, 경사로 등의 더 많은 지원 서비스를 제공합니다. 이러한 서비스는 독립적으로 생활하도록 지원해줄 수 있지만 가입자가 Medi-Cal에 따라 받을 수 있는 장기 서비스 및 지원(LTSS)을 대체할 수 없습니다. 도움이 필요하거나 CPO 서비스의 내용을 확인하시려면 케어 네비게이터에게 문의해 주십시오. <p>San Diego</p> <ul style="list-style-type: none"> 의료 플랜 옵션(CPO) 서비스는 개인 의료 플랜으로 이용할 수 있습니다. 이러한 서비스는 가정에서 가정 배달 식사, 사례 관리, 개인 관리 서비스 및 임시 간호 등의 더 많은 지원 서비스를 제공합니다. <p>이러한 서비스는 독립적으로 생활하도록 지원해줄 수 있지만 가입자가 Medi-Cal에 따라 받을 수 있는 장기 서비스 및 지원(LTSS)을 대체할 수 없습니다. 도움이 필요하거나 CPO 서비스의 내용을 확인하시려면 케어 네비게이터에게 문의해 주십시오.</p>



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

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

외부에서 보장되는 서비스

본 자료는 전체 목록이 아닙니다. 고객 서비스부에 연락하여 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan에서 보장하지 않지만 Medicare 또는 Medi-Cal을 통해 이용할 수 있는 기타 서비스에 대해 알아 보십시오.

Medicare 또는 Medi-Cal에서 보장되는 기타 서비스	가입자 비용
일부 호스피스 진료 서비스	\$0
캘리포니아주 지역사회 전환(CCT)의 전환 전 조정 서비스 및 전환 후 서비스	\$0
엑스레이, 세척, 충전, 근관, 발치, 치관, 의치와 같은 특정 치과 서비스	Medi-Cal 치과 프로그램에서 보장되는 프로그램은 가입자에게 청구되지 않습니다. 그러나 가입자의 비용 부담액이 해당되는 경우 가입자가 부담해야 합니다. 가입자의 플랜 또는 Medi-Cal 치과 프로그램에서 보장하지 않는 서비스의 비용은 가입자가 부담해야 합니다.



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

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, Medicare 및 Medi-Cal에서 보장하지 않는 서비스

본 자료는 전체 목록이 아닙니다. 기타 제외되는 서비스에 대해 알고 싶으면 고객 서비스부로 연락해 주십시오.

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, Medicare 또는 Medi-Cal이 보장하지 않는 서비스

서비스가 플랜에서 보장되는 서비스로 제시된 경우를 제외하고 Original Medicare의 표준에 따라 적절하지 않거나 필요하지 않다고 간주되는 서비스.

Original Medicare에서 보장하거나 Medicare에서 승인한 경우를 제외하고, 시험적인 의료 및 외과 시술, 장비 및 약.

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.

성형외과 수술 또는 시술, 사고로 인해 부상을 입었거나 신체의 비정상적 기능을 개선하기 위한 경우는 제외. 하지만 유방 절제술을 실시한 후 절제를 하지 않는 가슴과의 대칭적 균형을 이루기 위해 하는 모든 단계의 재건이 보장됩니다.

불임 복구 시술 및 비처방 피임약.

미국 및 미국령 이외 지역에서 받는 의료 서비스.

병원의 1인실, 의학적으로 필요하다고 판단되는 경우는 제외.

전화기나 TV와 같이 병원이나 전문 간호 시설의 병실에 있는 개인 물품.

일시적으로 서비스 지역을 벗어날 때 받는 의학적 응급 상황 및 긴급 진료, 신장병 투석 서비스를 위한 치료를 제외하고 플랜 소속이 아닌 서비스 제공자로부터 받는 서비스.



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

플랜 가입자로서의 권리

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan의 가입자는 특정한 권리를 가집니다. 가입자는 불이익을 받지 않고 이러한 권리를 행사할 수 있습니다. 또한 건강 관리 서비스를 차단 받지 않고 이러한 권리를 사용할 수도 있습니다. 당사는 일년에 한 번 이상 가입자의 권리를 안내합니다. 가입자의 권리에 대한 자세한 정보는 *가입자 안내 책자*를 확인해 주십시오. 가입자의 권리는 다음을 포함하되 이에 국한되지 않습니다.

- **가입자는 정중하고 공정하게 대우받고 존중 받을 권리가 있습니다.** 다음과 같은 권리가 포함됩니다.
 - 인종, 민족성, 출신 국가, 종교, 성별, 연령, 정신 또는 신체적 장애, 성 지향성, 유전적 정보, 지불 능력 또는 영어 구사 능력에 대한 고려 없이 보장되는 서비스를 받을 권리
 - 다른 형식(예: 대형 인쇄본, 점자 또는 오디오)으로 정보를 받을 권리
 - 물리적 구속이나 격리를 당하지 않을 권리
 - 네트워크 서비스 제공자로부터 청구받지 않을 권리
 - 질문과 관심 사항에 대해 완벽하고 정중하게 답변을 받을 권리
- **귀하는 자신의 건강 관리에 대한 정보를 받을 권리가 있습니다.** 여기에는 치료 및 치료 옵션에 대한 정보가 포함됩니다. 이 정보는 가입자가 이해할 수 있는 형식이어야 합니다. 이러한 권리는 다음에 대한 정보를 얻는 것을 포함합니다.
 - 당사가 보장하는 서비스 설명
 - 서비스 이용 방법
 - 가입자가 부담하는 서비스 비용
 - 의료 제공자 및 치료 관리자의 이름
- **가입자는 치료 거부를 포함하여 치료에 대한 결정을 내릴 권리가 있습니다.** 다음과 같은 권리가 포함됩니다.
 - PCP(일차 치료 서비스 제공자)를 선택하고 연중 언제든지 PCP를 변경할 수 있는 권리
 - 진료 추천 없이 여성 의료 서비스 제공자의 진찰을 받을 권리
 - 보장 서비스 및 약을 신속하게 받을 권리
 - 비용 또는 보장 여부에 관계 없이 모든 치료 옵션에 대해 알 권리
 - 의사가 권고하는 경우에도 치료를 거부할 권리
 - 약 복용을 중단할 권리
 - 이차 소견을 요청할 권리. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan은 이차 소견 방문 비용을 지불합니다.
 - 유연 또는 의료 대리인 같은 지시서를 사전에 만들어 적용할 권리.



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

- **모든 통신 또는 물리적 이용이 차단되지 않고 시기 적절하게 진료를 이용할 권리가 있습니다.** 다음과 같은 권리가 포함됩니다.
 - 적시에 의료 서비스를 받을 권리
 - 의료 서비스 제공자 진료소에 출입할 권리. 즉, 미국 장애인법에 따라 장애가 있는 사람이 자유롭게 출입이 가능해야 합니다.
 - 의사 및 건강 플랜과 연락을 주고 받는 데 통역자의 도움을 받을 권리. 1-855-905-3825(TTY: 711)번으로 주 7일 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 사이에 전화하여 도움을 요청하실 수 있습니다.
- **필요할 때 응급 및 긴급 진료를 받을 권리가 있습니다.** 즉 다음의 권리를 가집니다.
 - 응급 시 사전 승인 없이 주 7일, 하루 24시간 언제든지 응급 서비스를 받을 권리
 - 필요 시 네트워크 외부의 긴급 또는 응급 진료 서비스를 받을 권리
- **가입자는 비밀을 유지하고 개인 정보를 보호 받을 권리가 있습니다.** 다음과 같은 권리가 포함됩니다.
 - 가입자가 이해할 수 있는 방식으로 의료 기록의 사본을 요청하여 받거나 기록을 변경 또는 수정하도록 요청할 권리
 - 개인 건강 정보를 공개하지 않을 권리
- **가입자는 보장 서비스 또는 진료에 대한 불만을 제기할 권리가 있습니다.** 다음과 같은 권리가 포함됩니다.
 - 저희 플랜이나 서비스 제공자를 상대로 캘리포니아 주 관리보건부(Department of Managed Health Care DMHC)에 불만 제기 또는 고충처리 절차를 접수할 권리. DMHC는 수신자 부담 전화번호 **(1-888-466-2219)**와 청각 및 언어 장애자를 위한 TDD 전화 **(1-877-688-9891)**를 설치해두고 있습니다. DMHC의 웹사이트(www.dmhc.ca.gov)에는 불만제기 양식, 독립 의료 심사(IMR) 신청서, 온라인 지침서 등이 있습니다. 또한 당사 또는 당사의 서비스 제공자가 내린 특정한 결정에 이의를 제기할 권리도 있습니다.
 - Medi-Cal 서비스 또는 의료적 사항에 대해 캘리포니아 주 관리보건부(California Department of Managed Health Care)로부터 독립 의료 심사를 요청할 권리
 - California 주정부로부터 주 정부 공정 청문회를 요청할 권리
 - 서비스가 거부된 자세한 이유를 안내 받을 권리

가입자의 권리에 대한 자세한 내용은 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan *가입자 안내 책자*를 읽어 보시기 바랍니다. 문의사항이 있으시면 또한 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan의 고객 서비스부로 연락해 주십시오.



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

불만 사항 접수 또는 거절된 서비스에 대한 이의 제기 방법

당사에서 거부한 서비스를 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan에서 보장해야 한다는 불만을 제기하시려면 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 1-855-905-3825(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 사이에 연락해 주십시오. 가입자는 당사의 결정에 이의를 제기할 수 있습니다.

불만 및 이의 제기에 대한 질문은 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan *가입자 안내 책자*의 9장을 읽어 보시기 바랍니다. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan의 고객 서비스부로 연락할 수도 있습니다.

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 고객 서비스부에 연락하십시오.
전화: (855) 905-3825(TTY: 711) 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m.

Blue Shield of California Promise Health Plan으로 팩스를 보내주십시오.
팩스: (323) 889-5049

온라인: www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect

다음 주소로 Blue Shield of California Promise Health Plan에 우편을 보내주십시오.

Blue Shield of California Promise Health Plan
Member Appeals and Grievances (Complaints) Department
601 Potrero Grande Dr.
Monterey Park, CA 91755

귀하 또는 귀하의 대리인은 서면 결정서를 발송한 후 반드시 6개월 이내에 독립 의료 심사(IMR)를 요청해야 합니다. 캘리포니아 주 관리보건부(Department of Managed Health Care, DMHC)의 헬프 센터에게 독립 의료 심사(IMR)를 요청할 수 있습니다. IMR은 의료와 관련된 모든 Medi-Cal 보장 서비스나 항목에 대해 가능합니다. IMR은 플랜에 소속되지 않은 의사가 가입자의 사례를 검토한 것입니다. IMR 결과가 가입자에게 유리하게 나온 경우, 플랜은 가입자가 요청한 서비스나 항목을 제공해야 합니다. 가입자가 부담할 IMR 비용은 없습니다.

IMR 요청 방법:

- 관리보건부(Department of Managed Health Care, DMHC)의 웹사이트에서 이용할 수 있는 온라인 불만 처리/독립 의료 심사(IMR) 신청서를 작성하거나 DMHC 헬프 센터로 연락해 주십시오. 전화: (888) 466-2219(TDD: (877) 688-9891).
- 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.
- IMR 이의 제기와 관련하여 타인의 도움을 받고 있다면 지원 승인 양식을 작성해 주십시오.
- 이 양식을 받으시려면 DMHC 웹사이트를 방문하거나 DMHC 헬프 센터 (888) 466-2219번으로 연락해 주십시오(TDD: (877) 688-9891).
- 양식과 첨부 서류를 다음으로 우편 발송하거나 팩스로 보내 주십시오.
팩스: (916) 255-5241
Help Center Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725



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

Medi-Cal 보장 서비스 및 품목(IHSS 포함)에 대해 주정부 공청회를 요청할 수 있습니다. 대부분의 경우, 주정부 공청회를 요청하기 전에 플랜에 이의 제기를 접수해야 합니다. 담당 의사나 기타 서비스 제공자가 플랜이 승인하지 않는 서비스를 요청하거나 가입자가 이미 이용한 서비스에 대한 지급을 플랜이 중단할 경우, 가입자는 주정부 공청회를 요청할 권리를 가집니다.

대부분의 경우, "Your Hearing Rights"(가입자의 공청회 관련 권리) 통지서를 발송한 후 120일 이내에 주 공청회를 요청할 수 있습니다. 가입자의 혜택이 변경되거나 제외될 경우, 공청회를 훨씬 더 짧은 기간에 요청해야 합니다.

전화, 팩스, 우편, 이메일 또는 온라인을 통해 주정부 공청회를 요청할 수 있습니다.

전화: (800) 743-8525(TDD: (800) 952-8349)

팩스: (833) 281-0905

이메일: SCOPEOFBENEFITS@DSS.CA.GOV

온라인: www.cdss.ca.gov

California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, California 94244-2430



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

부정 행위가 의심될 때 해야 할 일

서비스를 제공하는 대부분의 의료 전문가와 조직은 정직합니다. 불행하게도 정직하지 못한 사람들이 있을 수 있습니다.

의사, 병원 또는 기타 약국이 부정 행위를 한다고 생각되는 경우 당사에 연락해 주십시오.

- Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 고객 서비스부에 연락하십시오. 전화번호는 본 요약의 표지에 수록되어 있습니다.
- 또는 Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화해 주십시오. 이 번호로 주 7일, 하루 24시간 무료로 통화하실 수 있습니다.
- 또는 캘리포니아주 보건서비스부(California Department of Health Care Services) 사기 행위 및 남용 신고 핫라인
- 또는 법무부(Department of Justice)의 'Medi-Cal 사기 및 노인 학대 신고를 위한 법무장관 사무국'에 1-800-722-0432번으로 연락해 주십시오.



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



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

blueshieldca.com/promise/calmediconnect