

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.

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 부담을 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