

2020 혜택 요약서

Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan (HMO)

로스앤젤레스, *오렌지, *샌버나디노, *리버사이드, 샌디에이고,
프레즈노, 산타클라라, *머세드, 샌와킨 및 스타니슬로스카운티
(*일부 지역)

본 책자는 당사의 보장 내역 및 귀하의 지불 내용에 관한 요약서입니다. 당사의 보장 서비스나 제약 또는 예외 사항을 모두 다루지는 않습니다. 모든 보장 서비스 내역을 확인하시려면 저희에게 전화하셔서 “보장범위 증명(Evidence of Coverage)”을 요청해 주십시오.

2020 혜택 요약서

Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan

로스앤젤레스, *오렌지, *샌버나디노, *리버사이드,
샌디에이고, 프레즈노, 산타클라라, *머세드, 샌와킨 및
스타니슬로스 카운티, Plan 037

2020년 1월 1일 - 2020년 12월 31일

제공되는 혜택 정보는 당사의 보장 서비스나 제약 또는 예외 사항을 모두 다루지는 않습니다. 모든 보장 서비스 내역을 확인하시려면 "보장 범위 증명(Evidence of Coverage)"을 요청해 주십시오.

Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan에 가입하시려면 Medicare 파트 A의 자격 대상자여야 하며 Medicare 파트 B에 가입되어 있고 서비스 지역에 거주해야 합니다. 당사의 서비스 지역은 캘리포니아 주에 있는 다음의 카운티가 포함됩니다 - 로스앤젤레스, *오렌지, *샌버나디노, *리버사이드, 샌디에이고, 프레즈노, 산타클라라, *머세드, 샌와킨 및 스타니슬로스 카운티

오렌지 카운티의 서비스 지역에는 **아래에 열거된 우편번호만 포함됩니다**. 플랜에 가입하기 위해서는 다음 우편번호 지역 중에서 거주하셔야 합니다 -

90620 90621 90622 90623 90624 90630 90631 90632 90633 90638 90680 90720 90740 90742 90743
92609 92610 92617 92619 92620 92626 92637 92646 92647 92648 92649 92655 92657 92673 92683
92685 92694 92697 92698 92701 92702 92703 92704 92705 92706 92707 92708 92725 92735 92801
92802 92803 92804 92805 92806 92807 92808 92809 92812 92814 92815 92816 92817 92821 92822
92823 92825 92831 92832 92833 92834 92835 92836 92837 92838 92840 92841 92842 92843 92844
92845 92846 92850 92868 92870 92871 92885 92886 92887 92899

샌버나디노 카운티의 서비스 지역에는 **아래에 열거된 우편번호만 포함됩니다**. 플랜에 가입하기 위해서는 다음 우편번호 지역 중에서 거주하셔야 합니다 -

91701 91708 91709 91710 91730 91737 91739 91761 91762 91763 91764 91784 91786 92301 92307
92308 92313 92316 92318 92324 92334 92335 92336 92337 92344 92345 92346 92350 92354 92357
92359 92368 92369 92371 92373 92374 92376 92377 92392 92394 92395 92399 92401 92402 92403
92404 92405 92406 92407 92408 92410 92411 92412 92413 92414 92415 92418 92420 92423 92424
92427

리버사이드 카운티의 서비스 지역에는 **아래에 열거된 우편번호만 포함됩니다**. 플랜에 가입하기 위해서는 다음 우편번호 지역 중에서 거주하셔야 합니다 -

91718 91719 91720 91752 91760 92028 92201 92202 92203 92210 92211 92220 92223 92230 92234
92235 92236 92240 92241 92247 92248 92253 92254 92255 92258 92260 92261 92262 92263 92264
92270 92274 92276 92282 92292 92320 92324 92373 92399 92501 92502 92503 92504 92505 92506
92507 92508 92509 92513 92514 92515 92516 92517 92518 92519 92521 92522 92530 92531 92532
92536 92539 92543 92544 92545 92546 92548 92549 92551 92552 92553 92554 92555 92556 92557
92561 92562 92563 92564 92567 92570 92571 92572 92581 92582 92583 92584 92585 92586 92587
92589 92590 92591 92592 92593 92595 92596 92599 92860 92877 92878 92879 92880 92881 92882
92883

머세드 카운티의 서비스 지역에는 **아래에 열거된 우편번호만 포함됩니다.** 플랜에 가입하기 위해서는

다음 우편번호 지역 중에서 거주하셔야 합니다 -

93610 93620 93661 93665 95301 95303 95312 95315 95317 95322 95324 95333 95334 95340 95341
95343 95344 95348 95365 95369 95374 95380 95388

당사의 네트워크에 속하지 않은 서비스 제공자를 이용하시는 경우, 플랜에서는 이러한 서비스에 대한 비용을 지불하지 않을 수 있습니다.

Original Medicare의 보장 및 비용에 관해서는 최신판 “Medicare & You” 안내 책자를 참조해 주십시오. www.medicare.gov에서 온라인으로 보시거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 연락하여 사본을 요청하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오.

이 문서는 점자, 대형 인쇄본 및 오디오 같은 기타 포맷으로도 이용하실 수 있습니다.

자세한 내용은 (800) 847-1222(TTY: 711)번으로 10월

1일-3월 31일 기간에는 주 7일, 8 a.m. – 8 p.m. 중에,

4월 1일-9월 30일 기간에는 평일 8 a.m. – 6 p.m. 중에 문의하시거나, blueshieldca.com/promise/medicare를 방문해 주십시오.

혜택 요약서

2020년 1월 1일 - 2020년 12월 31일

Blue Shield Promise

Coordinated Choice Plan(HMO)

로스앤젤레스, *오렌지, *샌버나디노, *리버사이드, 샌디에이고, 프레즈노, 산타클라라, *머세드, 샌와킨 및 스타니슬로스 카운티(*일부 지역)

보험료 및 혜택	Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan
월 플랜 보험료	가입자는 \$32를 납부 귀하의 Medicare 파트 B 보험료는 계속 납부하셔야 합니다.
공제액	공제액이 없음
최대 본인 부담(파트 D 처방약은 포함되지 않음)	가입자는 매년 \$6,700 이상 지불하지 않습니다. 해당 연도에 보장되는 Medicare 파트 A 및 B 서비스의 자기부담금 및 기타 비용 포함
입원환자 병원 서비스	제1일-제60일: 공제액 \$1,408 제61일-제90일: 하루 자기부담금 \$352 제91일-제150일: 평생 예비 일수당 자기부담금 \$704 (평생 최대 60일) 혜택 기간은 가입자가 병원이나 전문 간호 시설을 이용하는 날부터 시작되며, 60일 연속으로 병원 또는 전문 간호 관리를 받지 않을 때 종료됩니다. 혜택 기간이 끝난 후 병원에 입원할 경우, 새로운 혜택 기간이 시작됩니다.
외래환자 병원 시설	비용의 20%
외래 수술 센터	Medicare 보장 외래 수술 센터 및 외래환자 병원 시설 비용의 20%
의사 방문	
• 주치의	\$0의 자기부담금
• 전문의	\$0의 자기부담금
예방 서비스 (유방조영술 및 독감 백신) (진료 추천 불필요)	\$0의 자기부담금 기타 예방 서비스를 이용할 수 있습니다. 비용이 드는 몇 가지 보장 서비스가 있습니다.
응급 진료	비용의 20%
긴급 서비스	비용의 20%
진단 서비스/검사실/영상	
• 진단 방사선 서비스 (MRI, CT 스캔, PET 스캔 등)	Medicare 보장 방사선 서비스 비용의 20%
• 진단 검사 및 시술	Medicare가 보장하는 진단 검사 비용의 20%
• 검사실 서비스	Medicare로 보장되는 검사실 서비스에 대해 자기부담금 \$0
• 외래 엑스레이	Medicare 보장 엑스레이 서비스 비용의 20%
• 치료용 방사선 서비스 (암에 사용되는 방사선 치료)	Medicare 보장 치료용 방사선 서비스 비용의 20%
청력 서비스	Medicare 보장 혜택에 대해 비용의 20%.
• 청력 검사(Medicare 보장)	1회 정기 청력 검사에 대해 자기부담금 \$0
• 정기 청력 검사(Medicare 보장 없음)	보청기 착용/평가에 대해 자기부담금 \$0(매년 1회)
• 보청기	매년 최대 2개의 보청기에 대해 \$0의 자기부담금 매년 한도 \$2,000

혜택 요약서

2020년 1월 1일 - 2020년 12월 31일

보험료 및 혜택		Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan
치과 서비스		
• 매년 무제한 구강 검사		\$0의 자기부담금
• 클리닝, 6개월마다 1회		\$0의 자기부담금
• 불소 처리, 6개월마다 1회		방문당 \$0의 자기부담금
• 엑스레이, 2년마다 하나의 전체 세트		\$0의 자기부담금
안과 서비스		
• 눈 질환 및 상태의 진단과 치료를 위한 검사		비용의 20%
• 정기 눈 검사(매년 1회)		\$0의 자기부담금
• 안경 보장 한도		2년마다 하는 안경류와 콘택트 렌즈에 대해 한도 \$500.
• 굴절 검사(2년마다 1회)		\$0의 자기부담금
정신 건강 서비스		
• 입원환자 정신 건강 관리		제1일-제60일: 공제액 \$1,408 제61일-제90일: 하루 자기부담금 \$352 제91일-제150일: 평생 예비 일수당 자기부담금 \$704 (평생 최대 60일) 혜택 기간은 가입자가 병원이나 전문 간호 시설을 이용하는 날부터 시작되며, 60일 연속으로 병원 또는 전문 간호 관리를 받지 않을 때 종료됩니다. 혜택 기간이 끝난 후 병원에 입원할 경우, 방문할 때마다 새로운 혜택 기간이 시작됩니다.
• 외래환자 그룹 치료 방문		방문할 때마다 비용의 20%
• 외래환자 개별 치료 방문		방문할 때마다 비용의 20%
오피오이드 치료 프로그램 서비스		
		\$0의 자기부담금
발병 진료		
• 발 검사 및 치료		Medicare 보장 발치료 서비스에 대해 비용의 20%.
• 정기적 발 관리		정기 방문에 대해 \$0의 자기부담금, 매월 1회 정기 방문
의료 용품		
		Medicare가 허용하는 금액의 20%
전문 간호 시설(SNF) 치료		
		제1일-제20일에 대해 하루 자기부담금 \$0 제21일-제100일에 대해 하루 자기부담금 \$176 혜택 기간은 가입자가 병원이나 전문 간호 시설을 이용하는 날부터 시작되며, 60일 연속으로 병원 또는 전문 간호 관리를 받지 않을 때 종료됩니다. 혜택 기간이 끝난 후 병원에 입원할 경우, 새로운 혜택 기간이 시작됩니다.
재활 서비스		
• 작업 요법 방문		방문할 때마다 비용의 20%
• 물리 치료 및 언어 치료 방문		
구급차 서비스		
		비용의 20%(편도)
교통편 서비스		
		\$0의 자기부담금 플랜이 승인한 건강 관련 시설까지 48회의 편도 교통편 교통편은 24시간 전에 예약해야 합니다.
Medicare 파트 B 약		
		화학요법 약물 비용의 20%를 부담 다른 파트 B 약 비용의 20%를 부담

처방약 보장

다음은 지불합니다.

파트 D 처방약 혜택		Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan	
1단계: 연간 공제액	\$435, 1단계 제외		
2단계: 초기 보장 (공제액을 지불한 후 해당하는 경우 최대 초기 보장 한도 \$4,020)	표준 소매		
	30일치 비용 부담 (네트워크 내부)^{MO}	90일치 비용 부담 (네트워크 내부)^{MO}	
1단계: 우선적 복제약	\$0의 자기부담금	\$0의 자기부담금	
2단계: 복제약	공동보험액 25%	공동보험액 25%	
3단계: 우선적 브랜드 약	공동보험액 25%	공동보험액 25%	
4단계: 비 우선적 약	공동보험액 25%	공동보험액 25%	
5단계: 특수 단계 약:	공동보험액 25%	보장되지 않음	
보장 공백 단계 (귀하와 플랜이 지불한 총 약 비용이 \$4,020에 도달한 후 최대 본인 부담액 임계값 \$6,350)	1단계: 우선적 복제약은 위에서 설명한 자기부담금으로 보장됩니다. 기타 모든 단계에 대해 가입자는 브랜드 약에 대해 협상 가격의 25%를 납부(조제비 추가 납부)하고 복제약에 대해서는 가격의 25%를 납부합니다.		
재해성 보장 (연간 본인 부담액 비용이 \$6,350를 초과할 경우)	가입자는 연간 본인 부담 약 비용(소매 약국 및 우편 주문을 통해 구매한 약 포함)이 \$6,350에 도달한 이후에는 다음을 지불합니다. <ul style="list-style-type: none"> • 비용의 5% 또는 • 복제약(복제약으로 취급되는 브랜드 약 포함)의 경우 자기부담금 \$3.60, 다른 모든 약에 대해 자기부담금 \$8.95 		

가입자가 장기 치료 시설에 거주하는 경우, 표준 소매 비용 부담 약국에서와 동일하게 부담합니다. 네트워크 외부 약국에서 네트워크 내부의 표준 소매 비용 부담 약국과 동일한 가격으로 약을 구입할 수 있는 제한적인 상황이 있습니다. 추가적인 약국별 비용 부담과 혜택의 단계에 대한 자세한 정보는 플랜 EOC를 참조해 주십시오.

***90일치 우선적 소매 비용 부담은 Blue Shield Promise의 우편 주문 약국에도 적용됩니다. 5단계 약은 우편 주문의 경우 30일치로 제한됩니다.**

MO 장기간 분량(최대 90일)은 일부 의약품에만 가능합니다. 장기간 분량으로 구입 가능한 약은 의약품 목록에서 MO로 표시되어 있습니다. 이 표시가 없는 약은 장기간 분량으로 구입할 수 없습니다. 가입자의 안전을 위해 일부 의약품은 한 번에 조제 가능한 분량에 제한이 있습니다.

추가 플랜 혜택 다음은 지불합니다.

보조 플랜 혜택	Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan
SilverSneakers 피트니스	\$0의 자기부담금
간호사 상담 전화	\$0의 자기부담금
전세계 응급 진료/긴급 진료	방문당 \$100의 자기부담금 보장은 연간 최대 \$25,000 (입원 시 면제)
침술	\$0의 자기부담금 연간 24회 방문
개인 응급 대응 시스템	\$0의 자기부담금
처방전 불필요 품목	보장되는 품목에 대해 사용할 수 있도록 분기당 \$200 제공 분기별로 한 번의 주문만 할 수 있고 미사용 보조금을 다음 분기로 이월할 수 없습니다.
원격 의료	\$0의 자기부담금

중요 사항: 차별금지 요구 사항에 대한 정보를 보려면 웹 사이트 <https://www.blueshieldca.com/promise/affordable-care-act.asp>를 방문해 주십시오.

Blue Shield of California Promise Health Plan은 Medicare 계약 및 캘리포니아 주 Medicaid 프로그램과의 계약이 포함된 HMO 및 HMO D-SNP 플랜입니다. Blue Shield of California Promise Health Plan 가입은 계약 갱신 때마다 다시 심사되고 결정됩니다.

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

Tivity Health, SilverSneakers 및 Love Life Longer는 Tivity Health, Inc. 및/또는 미국 및/또는 기타 국가에 있는 자회사 및/또는 계열사의 등록 상표입니다. © 2018 Tivity Health, Inc. 모든 권리 보유.

가입 전 체크리스트

가입을 결정하시기 전에 저희가 제공하는 혜택과 규칙을 이해하시는 것이 중요합니다. 질문이 있으시면 고객 서비스 담당자에게 **(800) 847-1222(TTY: 711)**번으로 문의해 주십시오.

혜택 숙지하기

- 보장범위 증명(Evidence of Coverage, EOC)에서 전체 혜택 목록, 특히 정기적으로 받는 의사 진료 과목에 대해 검토해 주십시오. EOC 사본을 확인하려면 **blueshieldca.com/promise/medicare**를 방문하거나 **(800) 847-1222 (TTY: 711)**번으로 전화해 주십시오.
- 서비스 제공자 명부를 확인하시어(또는 담당 의사에 관해 문의하여) 현재 귀하께서 이용하시는 의사가 저희 네트워크 소속인지 확인해 주십시오. 담당 의사가 네트워크 소속이 아닌 경우, 새로운 의사를 선택하시게 됩니다.
- 약국 명부를 검토하여 처방약을 위해 이용하는 약국이 네트워크 소속인지 확인하십시오. 약국이 목록에 없다면 처방약 조제를 위해 새로운 약국을 선택해야 합니다.

중요한 규정 숙지하기

- 귀하의 Medicare 파트 B 보험료는 계속 납부하셔야 합니다. 이 보험료는 보통은 귀하의 사회보장국 수표에서 매월 공제될 것입니다.
- 혜택, 보험료 및/또는 자기부담금/공동보험액은 2021년 1월 1일에 변경될 수 있습니다.
- 응급 상황이나 긴급 진료를 받아야 할 때를 제외하고 네트워크 비소속 서비스 제공자(서비스 제공자 명부에 수록되어 있지 않은 의사)가 제공하는 서비스는 저희 플랜에서 보장되지 않습니다.

필요하신 도움을 드리겠습니다.

가입 문의는 영업부에 (800) 847-1222 (TTY: 711)번으로 연락하실 수 있습니다.

10월 1일-3월 31일 기간에는 주 7일 8 a.m. - 8 p.m. 중에, 4월 1일-9월 30일 기간에는 평일 8 a.m. - 6 p.m. 중에 연락해 주십시오.