

보장범위 증명서

회원인 귀하의 Medicare 건강 보험 및
서비스 및 처방약 보장 범위 Blue Shield TotalDual Plan
(HMO D-SNP)

Los Angeles 및 San Diego 카운티

2023년 1월 1일 - 2023년 12월 31일

Blue Shield TotalDual Plan(HMO D-SNP) 가입자 안내 책자

H5982_22_378A_C KO SNR 09192022



궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8 p.m. 사이에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 원하시면 www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.

2023년 1월 1일 – 2023년 12월 31일

Blue Shield TotalDual Plan에 따른 가입자의 건강 보험 및 약 보장

가입자 안내 책자 서론

이 *가입자 안내 책자*(*보장 증명이라고도 함*)은 2023년 12월 31일까지 유효한 플랜의 보장을 설명합니다. 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 가정에서 머물면서도 건강 관리가 될 수 있도록 도와줍니다. *가입자 안내 책자*의 마지막 장에는 주요 용어와 용어 정의가 알파벳 순서로 나와 있습니다.

본 문서는 중요한 법적 문서입니다. 안전한 장소에 보관해 주십시오.

이 *가입자 안내 책자*에 나오는 "저희(또는 당사)", "저희를(당사를)", "저희의(당사의)" 또는 "저희 플랜(당사 플랜)"이라는 말은 Blue Shield TotalDual Plan을 말합니다.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-452-4413 (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 (800) 452-4413 (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 (800) 452-4413 (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 (800) 452-4413 (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 (800) 452-4413 (TTY: 711)

한국어 (Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. (800) 452-4413 (TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시 – 오후 8시 중에 전화해 주십시오.

Հայերեն (Armenian): ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք (800) 452-4413 (TTY (հեռատիպ)՝ 711)

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8 p.m. 사이에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.



فراهم شما برای رایگان بصورت زبانی تسهیلات کنید، می گفتگو فارسی زبان به اگر: توجه: (Persian/Farsi) فارسی بگیرید تماس (800) 452-4413 (TTY: 711) با .باشد می

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните (800) 452-4413 (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。(800) 452-4413 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

العربية (Arabic): ملحوظة: بالمجان لك تتوافر اللغوية المساعدة خدمات فإن اللغة، اذكر تتحدث كنت إذا: ملحوظة: (Arabic) رقم برقم اتصل (711: واليكم الصم هاتف رقم) (800) 452-4413 (TTY: 711) واليكم الصم هاتف

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। (800) 452-4413 (TTY:711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ខ្មែរ (Cambodian/Khmer): ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ (800) 452-4413 (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 (800) 452-4413 (TTY:711).

हिंदी (Hindi): ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। (800) 452-4413 (TTY:711) पर कॉल करें।

ภาษาไทย (Thai): เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร (800) 452-4413 (TTY:711).

کریں کال - ہیں دستیاب میں مفت خدمات کی مدد کی زبان کو آپ تو ہیں، بولتے اردو آپ اگر: خبردار: (Urdu) اردو کریں کال - ہیں دستیاب میں مفت خدمات کی مدد کی زبان کو آپ تو ہیں، بولتے اردو آپ اگر: خبردار: (800) 452-4413 (TTY:711).

이 문서는 대형 활자체, 점자 또는 오디오와 같은 기타 형식으로 무료로 제공해드릴 수 있습니다. 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다.

- 항시적 요청을 하시면 영어 외의 다른 언어로, 또는 대체 형식으로 된 문서를 받으실 수 있습니다. 요청하시려면 Blue Shield TotalDual Plan 고객 서비스부로 연락해 주십시오. 고객 서비스부는 향후 안내를 위해 가입자가 선호하는 언어 및 형식을 기록해 둘 것입니다. 선호 사항을 업데이트하시려면 Blue Shield TotalDual Plan으로 연락해 주십시오.

고지 사항

- ❖ 혜택, 보험료, 공제액 및/또는 자기부담금/ 공동보험액은 2024년 1월 1일에 변경될 수 있습니다.
- ❖ 처방집, 약국 네트워크 및/또는 서비스 제공자 네트워크는 언제든지 변경될 수 있습니다. 필요한 경우 알림을 받으시게 됩니다. 당사는 최소 30일 이전에 영향을 받는 가입자에게 변경 사항을 통지합니다.
- ❖ 가입자를 위해 Medi-Cal(Medicaid) 혜택을 조정하는 것은 당사 플랜의 책임입니다.
- ❖ Blue Shield of California는 Medicare 계약 및 캘리포니아주 Medi-Cal(Medicaid) 프로그램과의 계약이 포함된 HMO 및 HMO D-SNP 플랜입니다. Blue Shield of California 가입은 계약 갱신에 따라 결정됩니다.
- ❖ Blue Shield TotalDual Plan에 따른 보장은 "최소 필수 보장"이라고 하는 적격 건강 보장입니다. 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.

1장: 가입자로서 시작하기

서론

이 장에는 모든 Medicare 서비스에 적용되고 모든 Medi-Cal 서비스를 조정하는 건강 보험인 Blue Shield TotalDual Plan에 대한 정보가 포함되어 있습니다. 또한 당사를 통해 제공되는 서비스와 기타 정보에 대해서도 설명되어 있습니다. *가입자 안내 책자*의 마지막 장에는 주요 용어와 용어 정의가 알파벳 순서로 나와 있습니다.

목차

A. 저희 플랜에 가입하신 것을 환영합니다.....	7
B. Medicare 및 Medi-Cal 정보.....	7
B1. Medicare	7
B2. Medi-Cal	7
C. 당사 플랜의 장점	8
D. 플랜의 서비스 지역.....	9
E. 플랜 가입자의 가입 자격.....	9
F. 당사의 건강 플랜에 처음 가입하게 되면 예상되는 일	9
G. 관리 팀 및 의료 플랜.....	10
G1. 관리 팀.....	10
G2. 의료 플랜	11
H. 월 플랜 보험료.....	11
H1. 플랜 보험료.....	11
I. <i>가입자 안내 책자</i>	11
J. 당사가 제공하는 기타 중요 정보	12
J1. 가입자 플랜 ID 카드	12
J2. 서비스 제공자 및 약국 명부	13
J3. 보장 약 목록.....	14

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 원하시면

www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.



J4. 혜택 설명.....	14
K. 가입자 기록을 최신 상태로 유지	14
K1. 비공개 건강 정보(PHI)의 개인정보보호	15



A. 저희 플랜에 가입하신 것을 환영합니다

당사의 플랜은 Medicare 및 Medi-Cal 프로그램 모두의 자격이 있는 개인에게 두 서비스를 제공합니다. 당사의 플랜에는 의사, 병원, 약국, 장기 서비스 및 지원 제공자, 행동 건강 서비스 제공자, 기타 서비스 제공자가 포함되어 있습니다. 또한 케어 코디네이터 관리 팀이 있어 귀하의 모든 제공자와 서비스를 관리하는 데 도움을 줍니다. 이들은 모두 귀하가 필요로 하는 의료 서비스를 제공하고자 협력하고 있습니다.

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 Medi-Cal(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
- 유자격자,
- 보장되는 서비스 및
- 서비스 비용.

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

Medicare 및 캘리포니아 주 정부가 당사의 플랜을 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.

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.



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

C. 당사 플랜의 장점

이제 처방약을 포함하여 보장되는 Medicare 서비스 및 Medi-Cal 서비스를 당사 플랜에서 받을 수 있습니다. **이 건강 플랜에 가입할 때 추가 비용이 들지 않습니다.**

당사는 Medicare 및 Medicaid 혜택 모두가 가입자에게 효과적으로 적용되도록 도움을 드릴 것입니다. 그러한 혜택에는 다음 사항이 포함됩니다.

- 가입자는 **모든** 건강 관리 필요성과 관련하여 당사와 협력할 수 있습니다.
- 가입자에게는 이러한 혜택을 상호 연결할 관리 팀이 지정됩니다. 가입자의 관리 팀에는 가입자 본인, 간병인, 의사, 간호사, 카운셀러, 기타 의료 전문가가 포함될 수 있습니다.
- 가입자는 케어 코디네이터(Care Coordinator)를 이용할 수 있습니다. 케어 코디네이터는 가입자, 당사 플랜, 관리 팀과 협력하여 의료 플랜을 세우도록 도와주는 사람입니다.
- 가입자는 관리 팀 및 케어 코디네이터의 도움을 받아 건강 관리를 지시할 수 있습니다.
- 관리 팀과 케어 코디네이터는 가입자와 협력하여 **가입자의** 건강 요구 사항에 부합하도록 개인 중심의 의료 플랜을 세웁니다. 관리 팀은 가입자에게 필요한 서비스를 조율하도록 도와줍니다. 예를 들어, 관리 팀이 수행하는 업무는 다음과 같습니다.
 - 가입자가 쓰는 모든 약을 의사가 파악하게 하여 가입자가 올바른 약을 쓰도록 하고 발생할 수 있는 부작용을 줄일 수 있도록 해줍니다.
 - 검사 결과를 모든 담당 의사 및 기타 서비스 제공자와 공유하도록 합니다.

Blue Shield TotalDual Plan **신규 가입자**: 대부분의 경우 가입자는 Blue Shield TotalDual Plan에 등록을 요청한 다음 달 1일에 Blue Shield TotalDual Plan에 가입하여 Medicare 혜택을 받습니다. 가입자는 이전 Medi-Cal 건강 플랜에서 1개월의 추가 기간 동안 Medi-Cal 서비스를 계속해서 받을 수 있습니다. 이후에는 Blue Shield Promise Health Plan을 통해 Medi-Cal 서비스를 받게 됩니다. 가입자의 Medi-Cal 보장에는 공백이 없습니다. 질문이 있는 경우 저희에게 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오.

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.



D. 플랜의 서비스 지역

서비스 지역: 캘리포니아주 로스앤젤레스 및 샌디에이고 카운티

서비스 지역 내에 거주하는 사람만 당사 플랜에 가입할 수 있습니다.

가입자가 서비스 지역 외부로 이사하는 경우 당사 플랜을 유지할 수 없습니다. 서비스 지역 외부로 이사할 경우 발생할 문제에 대한 자세한 정보는 *가입자 안내 책자*의 **8장**을 참조해 주십시오.

E. 플랜 가입자의 가입 자격

다음의 조건에 부합할 경우 가입 자격을 가집니다.

- 서비스 지역에 거주하며(수감된 개인은 물리적으로 서비스 지역에 위치하는 경우에도 해당 지역에 거주하는 것으로 간주되지 않음) **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.

자세한 정보는 고객 서비스부로 문의해 주십시오.

참고: 자격을 상실했지만 6개월 이내에 자격을 회복할 것으로 합리적으로 예상할 수 있는 경우에도 당사 플랜의 가입자 자격이 있습니다(4장, A절에서는 이 기간 동안의 보장 및 비용 분담에 대해 설명하며, 이를 자격이 있다고 간주됨이라고 함).

F. 당사의 건강 플랜에 처음 가입하게 되면 예상되는 일

저희 플랜에 처음 가입하면, 유효한 가입 날짜 전후 90일 이내에 건강 위험 평가(HRA)를 받습니다.

저희는 가입자의 HRA를 완료해야 합니다. 이 HRA는 가입자의 의료 플랜을 수립하는 기준이 됩니다. HRA에는 가입자의 의료, LTSS, 행동 건강, 기능 등과 관련된 요구 사항을 파악하기 위한 질문이 포함됩니다.

저희는 HRA를 완료하기 위해 가입자에게 연락을 드립니다. 저희는 직접 방문, 전화 통화 또는 우편을 통해 HRA를 완료할 수 있습니다.

저희는 HRA에 대한 자세한 정보를 가입자에게 보내드립니다.

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.



당사 플랜에 처음 가입하고 현재 담당 의사가 당사 네트워크에 속하지 않은 경우 귀하는 특정 기간 동안 현재 담당 의사에게 계속 진료를 받을 수 있습니다. 이를 관리 지속이라고 합니다. 현재 담당 의사가 당사 네트워크에 속해 있지 않고 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 당사에 직접 요청해야 합니다.
- 가입자가 기존의 주치의 또는 전문의로부터 진료를 받았다는 기존의 관계를 저희가 파악할 수 있습니다. 기존의 관계란 당사 플랜에 처음 가입하기 전에 12개월 동안 네트워크 외부 서비스 제공자를 1회 이상, 비응급 상황에서 방문한 것을 의미합니다.
 - 저희는 가입자의 사용 가능한 건강 정보 또는 가입자가 플랜에 제공한 정보를 심사하여 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: 귀하는 내구성 의료 장비(DME) 서비스, 운송 또는 당사 플랜에 포함되지 않은 기타 보조 서비스에 대해서만 이러한 요청을 할 수 있습니다. 귀하는 DME 제공자, 운송 또는 기타 보조 제공자에 대해서는 이러한 요청을 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 TotalDual 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 *가입자 안내 책자*의 **3장**을 참조해 주십시오.

G. 관리 팀 및 의료 플랜

G1. 관리 팀

관리 팀은 귀하에게 필요한 관리를 유지할 수 있도록 도와 드릴 수 있습니다. 관리 팀에는 귀하의 담당 의사, 케어 코디네이터 또는 가입자가 선택하시는 의료인이 포함될 수 있습니다.

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.

케어 코디네이터는 가입자에게 필요한 진료를 관리할 수 있게 도움을 드리고자 특별히 교육 받은 사람입니다. 저희 플랜에 등록하면 케어 코디네이터가 배정됩니다. 케어 코디네이터는 또한 저희 플랜이 제공하지 않을 수 있는 다른 지역사회 리소스를 귀하에게 소개하고 관리 팀과 협력하여 귀하의 관리를 조정하는 것에 대한 도움을 제공합니다. 케어 코디네이터와 관리 팀에 대한 자세한 내용은 페이지 하단에 있는 번호로 당사로 문의해 주십시오.

G2. 의료 플랜

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 플랜에는 다음과 같은 내용이 포함됩니다.

- 귀하의 진료상 목표
- 필요한 서비스를 받아야 하는 일정

귀하의 관리 팀은 귀하의 건강 위험 평가 후 귀하와 만납니다. 그리고 귀하에게 필요한 서비스에 대해 논의합니다. 또한 고려해보실 수도 있을 서비스에 대해 알려드립니다. 의료 플랜은 귀하의 요구에 맞게 수립됩니다. 관리 팀은 귀하와 협력하여 최소 1년에 한 번은 의료 플랜 내용을 갱신하게 됩니다.

H. 월 플랜 보험료

H1. 플랜 보험료

귀하는 플랜의 가입자로서 월납 플랜 보험료를 납부합니다. 2023년의 경우 Blue Shield TotalDual 플랜의 월 파트 D 보험료는 \$38.90입니다. 그러나 파트 D 저소득층 보조금("추가 지원"이라고도 함)과 전체 Medi-Cal 보장이 있는 경우 매월 \$0를 지불합니다.

I. 가입자 안내 책자

*가입자 안내 책자*는 가입자와 당사 간 계약의 일부 내용입니다. 즉, 저희는 이 문서의 모든 규칙을 준수해야 합니다. 규칙에 위반되는 사항이 있다고 생각하실 경우, 당사의 결정에 이의를 제기할 수 있습니다. 이의 대한 자세한 정보는 *가입자 안내 책자*의 **9장**을 참조하시거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 문의해 주십시오.

페이지 하단에 있는 고객 서비스부에 전화하여 *가입자 안내 책자*를 요청할 수 있습니다. 또한 당사 웹 사이트 하단의 웹 주소에서 *가입자 안내 책자*를 참조하거나 다운로드할 수 있습니다.

이 계약은 2023년 1월 1일에서 2023년 12월 31일 사이에 당사 플랜에 가입한 기간(월) 동안 유효합니다.

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.



J. 당사가 제공하는 기타 중요 정보

저희가 귀하께 제공하는 기타 중요한 정보로는 가입자 ID 카드, **제공자 및 약국 명부의 이용** 방법에 대한 정보, **보장 약 목록**의 이용 방법에 대한 정보 등이 있습니다.

J1. 가입자 플랜 ID 카드

저희 플랜 하에서는 장기 서비스 및 지원, 특정 행동 건강 서비스 및 처방약 등 당사 플랜이 보장하는 Medicare 및 Medi-Cal 서비스에 대해 하나의 카드를 가지게 됩니다. 어떠한 서비스를 받거나 파트 D 처방약을 받으실 때 그 카드를 제시하셔야 합니다. 샘플 가입자 ID 카드는 다음과 같습니다.

 		응급 상황 시에는 911로 전화하거나 가장 가까운 응급실을 방문하십시오. 고객 서비스부: 약국 헬프 데스크: 교통편: 간호사 상담 전화 24/7: 의료 클레임 제출처: Rx 클레임 제출처: 서비스 제공자: 가입자가 서비스를 받은 서비스 지역의 지역 BCBS 면허 소지자에게 모든 클레임을 제출하십시오. Blue Shield of California는 Blue Shield Association의 독립 사용권자입니다.
가입자 이름: Member Name 가입자 ID 번호: AMPJ12345678 케어 코디네이터 전화번호: [888] 548-5765 PCP 이름: <PCP 이름> PCP 그룹: <PCP 그룹> PCP 전화번호: <PCP 전화번호> HES2B-OOE	RxBIH: 004336 RxPCN: 77993322 가입자 청구 불가 PCP/SPC/ER/RX: \$0/\$0/\$0/\$0	Blueshieldca.com/medicare (800) 452-4413(TTY: 711) (888) 970-0933 (855) 200-7544 (877) 304-0504 Blue Shield of California P.O. Box 273640, Chico, CA 95927-2640 Blue Shield of California P.O. Box E2066, Phoenix, AZ 85072-2066

가입자 ID 카드가 훼손, 분실 또는 도난된 경우 페이지 하단에 있는 번호로 즉시 고객 서비스부로 전화해 주십시오. 새로운 카드를 보내드립니다.

저희 플랜의 가입자인 경우, 빨간색, 흰색 및 파란색 Medicare 카드를 사용할 필요가 없습니다. 이 카드는 나중에 필요할 수 있으므로 안전한 장소에 보관해 두십시오. 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 **가입자 안내 책자의 7장**을 참조하십시오.

다음 서비스를 이용하려면 Medi-Cal 카드 또는 혜택 ID 카드(BIC)가 필요하다는 점을 기억하십시오.

- Medi-Cal Rx를 통해서만 보장되는 처방
- Medi-Cal 치과 프로그램을 통해서만 보장되는 치과 서비스
- 재택 지원 서비스(In-Home Supportive Services, IHSS)
- **다목적 노인 서비스 프로그램(MSSP)**

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare를 방문하십시오.

J2. 서비스 제공자 및 약국 명부

서비스 제공자 및 약국 명부는 당사 플랜 네트워크의 서비스 제공자 및 약국의 목록입니다. 플랜의 가입자인 동안에는 보장 서비스를 이용할 때 네트워크 서비스 제공자를 이용해야 합니다.

페이지 하단에 있는 고객 서비스부에 전화하여 서비스 제공자 및 약국 명부를 요청할 수 있습니다. 또한 페이지 하단의 웹 주소에서 서비스 제공자 및 약국 명부를 참조할 수도 있습니다.

서비스 제공자 및 약국 명부에는 Blue Shield TotalDual Plan 또는 Blue Shield Promise Medi-Cal 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 및
- 우편 주문, 가정 주입 또는 장기 치료 약국을 이용하는 방법에 대한 정보.

네트워크 서비스 제공자의 정의

- 당사 네트워크 서비스 제공자에는 다음이 포함됩니다.
 - 저희 플랜 가입자로서 이용하실 수 있는 의사, 간호사, 다른 의료 전문가
 - 저희 플랜에서 진료를 제공하는 클리닉, 병원, 간호 시설 및 기타 시설 및
 - 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 동의합니다.

네트워크 약국의 정의

- 네트워크 약국은 플랜 가입자를 위해 처방 약을 조제하는 데 동의한 약국을 말합니다. 원하시는 네트워크 약국을 찾기 위해 서비스 제공자 및 약국 명부를 이용하실 수 있습니다.

- 응급 상황을 제외하고 플랜이 비용을 부담하기를 원하시면 반드시 네트워크 약국 중 한 곳에서 처방약을 조제해야 합니다.

자세한 내용은 페이지 하단에 있는 전화번호로 고객 서비스부에 문의해 주십시오. 가입자 서비스부와 이 웹 사이트에서 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. 여기에는 당사 플랜이 보장하는 처방약이 설명됩니다.

의약품 목록은 특정 약에 대해 어떠한 규칙이나 제한 사항이 적용되는지, 예를 들어, 받을 수 있는 양의 제한 등을 안내합니다. 자세한 정보는 *가입자 안내 책자*의 **5장**을 참조해 주십시오.

매년 의약품 목록을 이용하는 방법에 대한 정보를 발송하지만 연중 변경 사항이 발생할 수 있습니다. 보장약에 대한 최신 정보는 고객 서비스부에 전화하거나 당사 웹 사이트를 방문하십시오(페이지 하단의 정보 참조).

J4. 혜택 설명

귀하의 파트 D 처방약 혜택을 이용하실 때 저희는 파트 D 처방약에 대한 지불액 내역을 확인하고 추적하실 수 있도록 요약서를 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. 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. EOB 및 의약품 보장 추적을 지원하는 방법에 대한 자세한 정보는 *가입자 안내 책자*의 **6장**을 참조하십시오.

EOB를 요청할 수 있습니다. 사본을 받으려면 페이지 하단의 번호로 고객 서비스부에 문의하십시오.

K. 가입자 기록을 최신 상태로 유지

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

당사 기록에 귀하의 정확한 정보가 있는지 확인하기 위해 이 정보가 필요합니다. 당사의 네트워크 제공자와 약국도 귀하에 대한 정확한 정보가 필요합니다. **서비스 제공자들은 가입자 기록을 이용하여 어떠한 서비스 및 약을 이용하시는지와 얼마의 비용이 들지를 알게 됩니다.**

다음 사항에 대해 즉시 저희에게 알려주십시오.

- 이름, 주소 또는 전화번호의 변경.

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.



- 가입자의 회사, 배우자의 회사, 동거 파트너의 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.
- 가입자가 임상 연구에 참여하는 경우. (**주의:** 귀하가 참여 중이거나 참여하게 된 임상 연구 연구에 대해 당사에 통지할 필요는 없지만 통지하는 것이 좋습니다.)

정보가 변경되는 경우 고객 지원부로 전화해 주십시오.

K1. 비공개 건강 정보(PHI)의 개인정보보호

가입자 기록에 포함된 정보에는 비공개 건강 정보(PHI)가 포함되어 있을 수 있습니다. 연방 및 주 법률은 가입자의 PHI를 보호하도록 요구하고 있으며, 저희는 가입자의 PHI를 보호합니다. PHI 보호 방법에 대한 자세한 정보는 *가입자 안내 책자의 8장*을 참조하십시오.



2장: 중요 전화번호 및 리소스

서론

이 장에는 당사 플랜에 대한 질문과 의료 서비스 혜택에 대한 질문에 대한 답변을 얻는 데 도움이 될 중요한 리소스의 문의처 정보가 포함되어 있습니다. 또한 가입자에게 도움을 줄 케어 코디네이터나 기타 담당자에게 연락하는 방법도 안내되어 있습니다. *가입자 안내 책자*의 마지막 장에는 주요 용어와 용어 정의가 알파벳 순서로 나와 있습니다.

목차

A. 고객 서비스부	17
B. 케어 코디네이터	19
C. 간호사 상담 전화	21
D. 행동 건강 위기 상담 전화	22
E. 건강 보험 상담 및 지원 프로그램 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)	23
F. 품질 개선 기관(Quality Improvement Organization, QIO)	24
G. Medicare	24
H. Medi-Cal	25
I. 옴부즈맨 사무국	26
J. 카운티 사회복지 서비스	26
K. 카운티 전문 정신 건강 플랜	28
L. 캘리포니아주 관리보건부	29
M. 기타 리소스	29

A. 고객 서비스부

전화	1-800-452-4413. 통화료는 무료입니다. 주 7일 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 언제든지 연락하실 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. 중에 언제든지 연락하실 수 있습니다.
우편	Blue Shield TotalDual Plan P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856
웹사이트	blueshieldca.com/medicare

다음과 관련한 지원을 받으려면 고객 서비스부로 문의해 주십시오.

- 플랜에 대한 질문
- 클레임 또는 청구 관련 질문
- 가입자의 건강 관리에 대한 보장 결정
 - 가입자의 건강 관리에 대한 보장 결정이란 다음 내용에 대한 결정을 말합니다.
 - 가입자의 혜택 및 보장 서비스, 또는
 - 가입자의 의료 서비스에 대해 플랜이 부담하는 금액.
 - 가입자 건강 관리의 보장 결정에 대해 문의 사항이 있을 경우 저희에게 연락해 주십시오.
 - 보장 결정에 대해 자세히 알아보려면 *가입자 안내 책자*의 **9장**을 참조하십시오.

- 건강 관리에 대한 이의 제기
 - 이의 제기는 당사의 결정 과정에 실수가 있다고 여겨지는 경우 또는 결정에 동의하지 않는 경우 결정 내용을 변경하도록 요청하거나 당사가 내린 결정을 심사해줄 것을 요청하는 공식적인 방법입니다.
 - 이의 제기 대해 자세히 알아보려면 *가입자 안내 책자*의 **9장**을 참조하십시오.
- 건강 관리에 대한 불만 사항
 - 가입자는 당사나 서비스 제공자(비네트워크 또는 네트워크 제공자 포함)에 대한 고충을 제기할 수 있습니다. 네트워크 서비스 제공자는 당사 플랜과 업무 협조 관계에 있는 서비스 제공자입니다. 가입자는 진료 품질에 대한 고충을 당사나 품질 개선 기관에게 제기할 수도 있습니다(*아래의 F절* 참조).
 - 저희에게 1-800-452-4413번으로 연락하여 불만 사항을 설명할 수도 있습니다.
 - 불만 사항이 건강 관리 관련 보장 결정에 대한 것이라면 이의 제기를 하실 수 있습니다(위의 절 참조).
 - 당사 플랜에 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.
 - 당사 플랜에 대한 불만 사항은 음부즈 프로그램에 1-888-804-3536번으로 전화하여 제기하실 수 있습니다.
 - 의료 서비스에 대한 이의 제기에 대해 자세히 알아보려면 *가입자 안내 책자*의 **9장**을 참조하십시오.
- Medicare 보장 약에 대한 보장 결정
 - Medicare 약에 대한 보장 결정은 다음에 대한 결정입니다.
 - 가입자의 혜택 및 Medicare 보장 약, 또는
 - 가입자의 Medicare 약에 대해 플랜이 부담하는 금액.
 - 처방전 없이 구입 가능한 약(OTC) 및 특정 비타민과 같은 비 Medicare 보장 약은 Medi-Cal Rx로 보장될 수 있습니다. 자세한 내용은 Medi-Cal Rx 웹사이트(medi-calrx.dhcs.ca.gov/)에서 확인할 수 있습니다. Medi-Cal Rx 고객 서비스부에 800-977-2273번으로 전화할 수도 있습니다.
 - Medicare 처방 약의 보장 결정에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내 책자*의 **9장**을 참조하십시오.
- Medicare 약에 대한 이의 제기
 - 이의 제기는 보장 결정을 변경하도록 당사에 요청하는 것을 말합니다.

- Medicare 처방 약의 이의 제기 대한 자세한 내용은 *가입자 안내 책자의 9장*을 참조하십시오.
- Medicare 약에 대한 불만 사항
 - 저희에게나 약국에 불만 사항을 제기하실 수 있습니다. 여기에는 가입자의 Medicare 처방약에 대한 불만이 포함됩니다.
 - 불만 사항이 Medicare 처방약 관련 보장 결정에 대한 것이라면 이의 제기를하실 수 있습니다. (위의 절 참조.)
 - 당사 플랜에 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.
 - Medicare 처방 약의 불만 제기 대한 자세한 내용은 *가입자 안내 책자의 9장*을 참조하십시오.
- 비용을 지불한 진료 또는 Medicare 약에 대한 환급
 - 환급 요청이나 받은 청구서의 지불 요청에 대한 자세한 정보는 *가입자 안내 책자의 7장*을 참조하십시오.
 - 저희에게 청구서 납부를 요청하셨으나 어느 부분이라도 거절된 경우, 저희의 결정 내용에 이의를 제기하실 수 있습니다. *가입자 안내 책자의 9장*을 참조하십시오.

B. 케어 코디네이터

케어 코디네이터는 가입자의 치료 절차 조율을 도와주도록 특별히 교육 받은 사람입니다. 케어 코디네이터는 관리 팀에 소속되며 가입자에게 연락하는 일을 담당하는 사람입니다. 등록하면 케어 코디네이터가 귀하께 전화를 걸어 건강 위험 평가 및 개인 의료 플랜을 완료할 것입니다. 이는 케어 코디네이터가 귀하께 적합한 의료 요구 사항을 식별하고 이를 개인화하는 데 유용한 도구입니다. 케어 코디네이터에게는 아래 번호로 전화하여 연락할 수 있습니다.

전화

1-888-548-5765. 통화료는 무료입니다.

월요일 - 금요일, 8:00 a.m. - 6:00 p.m.

저희는 비영어권 이용자를 위한 언어 통역 서비스를 제공합니다.

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.



TTY	711 통화료는 무료입니다. 청각 또는 언어 장애가 있는 경우, 이 번호를 이용해 주십시오. 이 번호를 이용하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다. 월요일 - 금요일, 8:00 a.m. - 6:00 p.m.
우편	Blue Shield TotalDual Plan P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856

다음과 관련한 지원을 받으려면 케어 코디네이터에게 문의해 주십시오.

- 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) 와 간호 시설 (Nursing Facilities, NF) 이 포함됩니다.

장기 서비스 및 지원(Long Term Services & Supports, LTSS)은 광범위한 서비스로서 지원이 필요한 성인이 지역사회나 장기 치료 시설에서 독립적으로 살 수 있도록 지원하는 서비스입니다. LTSS는 목욕, 옷입기, 식사 준비, 약 투약 등과 같은 일상 생활을 수행하는 데 도움이 필요한 개인을 위한 것입니다. 독립적으로 생활하는 데 도움이 필요하신 경우, 케어 코디네이터 또는 고객 서비스부로 연락하여 진료 추천을 요청해 주십시오.

LTSS에는 지역사회 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)
- 전문 간호 관리
- 물리 치료
- 작업 치료
- 언어 치료

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.



- 의료 사회복지 서비스 및
- 가정 건강 관리.

거주하는 카운티와 자격에 따라 Blue Shield Promise Medi-Cal Plan을 통해 추가적인 지역사회 지원을 받을 수도 있습니다. 귀하가 지역사회 지원을 받을 자격이 있다고 간주되는 경우 서비스 제공자가 귀하를 추천할 수 있으며 귀하는 고객 지원부 또는 케어 코디네이터에게 연락하여 해당 내용에 대해 자세히 알아볼 수 있습니다. 다음 서비스를 이용할 수 있습니다.

- 환경적 접근성 적응(주거 환경 수정),
- 주거지 전환 탐색 서비스,
- 주거지 보증금,
- 주거지 임대 및 유지 서비스,
- 보조 식사 또는 의료 맞춤형 식사,
- 개인 관리 및 가사 도우미 서비스,
- 회복 치료(의료적 휴식),
- 간병인 휴식,
- 단기 입원 후 주거지, 또는
- Sobering 센터.

C. 간호사 상담 전화

Blue Shield of California 간호사 상담 전화는 정규 간호사(RN)가 주 7일 하루 24시간 질문에 답변해 드립니다. 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. 건강 또는 건강 관리에 대한 질문이 있는 경우 간호사 상담 전화에 연락할 수 있습니다.

전화

(877) 304-0504 통화료는 무료입니다.

주 7일, 하루 24시간됩니다.

저희는 비영어권 이용자를 위한 언어 통역 서비스를 제공합니다.

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.

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.
------------	--

D. 행동 건강 위기 상담 전화

전화	Los Angeles Access and Crisis Line 1-800-854-7771 <i>통화료는 무료입니다.</i> 주 7일, 하루 24시간 운영됩니다. 저희는 비영어권 이용자를 위한 언어 통역 서비스를 제공합니다. San Diego Access and Crisis Line 1-888-724-7240 <i>통화료는 무료입니다.</i> 주 7일, 하루 24시간 운영됩니다. 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 됩니다.

행동 건강 위기 상담 전화에 요청할 수 있는 지원 사항:

- 행동 건강과 약물 남용 서비스에 대한 질문

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.



- 정신 건강 및 약물 남용 서비스에 관해 질문이 있다면
Blue Shield of California Promise Health Plan 행동 건강 서비스로
(855) 765-9701번으로 전화해 주십시오.

카운티별 정신 건강 서비스에 대한 질문은 **K절**을 참조하십시오.

E. 건강 보험 상담 및 지원 프로그램 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)

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	(800) 434-0222 월요일 - 금요일, 9:00 a.m. - 4:00 p.m.
TTY	711 청각 또는 언어 장애가 있는 경우, 이 번호를 이용해 주십시오. 이 번호를 이용하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.
우편	California Department of Aging 1300 National Drive, Suite 200, Sacramento, CA 95834-1992
웹사이트	https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/

HICAP에 문의하여 지원을 요청할 수 있는 사항:

- 플랜 또는 Medicare 관련 질문
- HICAP 상담원은 신규 플랜으로 변경하는 것에 대한 질문에 답변하고 다음에 대한 도움을 줄 수 있습니다.
 - 가입자의 권리 이해
 - 가입자의 플랜 선택에 대해 이해

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.



- 건강 관리나 치료와 관련된 불만 제기 및
- 청구서 관련 문제 해결

F. 품질 개선 기관(Quality Improvement Organization, QIO)

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 월요일 - 금요일 8:00 a.m. - 5:00 p.m., 토요일 및 일요일 11:00 a.m. - 3:00 p.m., 공휴일 7:00 a.m. - 3:30 p.m.
TTY	1-855-887-6668 청각 또는 언어 장애가 있는 경우, 이 번호를 이용해 주십시오. 이 번호를 이용하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.
웹사이트	https://livantaqio.com/en/states/california

Livanta Beneficiary and Family Centered Care Quality Improvement Organization (BFCC-QIO)에 연락하여 지원을 요청할 수 있는 사항:

- 건강 관리 권리에 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. Medicare

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.

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.



전화	1-800-MEDICARE(1-800-633-4227) 이 전화는 주 7일 하루 24시간 언제든지 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	<u>medicare.gov</u> 이 웹사이트는 Medicare의 공식 웹사이트입니다. 이 웹사이트는 Medicare에 대한 최신 정보를 제공합니다. 여기에는 병원, 요양 시설, 의사, 가정 건강 관리 기관, 투석 시설, 입원환자 재활 시설 및 호스피스에 대한 정보도 포함되어 있습니다. 도움이 되는 웹사이트와 전화번호도 포함되어 있습니다. 개인 컴퓨터에서 인쇄할 수 있는 문서도 포함되어 있습니다. 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 찾아 확인해 드릴 것입니다.

H. Medi-Cal

Medi-Cal은 캘리포니아주의 Medicaid 프로그램입니다. Medi-Cal은 자녀가 있는 가족, 노인, 장애인, 위탁 양육, 임산부 및 결핵, 유방암 또는 HIV/AIDS와 같은 특정 질병이 있는 개인 등 저소득 개인에게 필요한 의료 서비스를 제공하는 공공 건강 보험 프로그램입니다. Medi-Cal은 주 및 연방 정부의 재정 지원을 받습니다.

전화	(800) 541-5555 월요일 - 금요일, 8:00 a.m. - 5:00 p.m. 중에 연락 가능합니다.
TTY	(800) 735-2922 이 번호는 특별 전화 장비가 필요하며 청각 장애나 언어 장애가 있는 사람만을 위한 것입니다.

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 원하시면 www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.



우편	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
웹사이트	www.dhcs.ca.gov

I. 옴부즈맨 사무국

옴부즈맨 사무국은 가입자를 옹호하는 업무를 수행합니다. 질문이나 불만이 있을 경우, 질문에 답변하고 해야 할 일을 이해하도록 도와줄 수 있습니다. 옴부즈맨 사무국은 서비스나 청구 문제도 도와드릴 수 있습니다. 옴부즈맨 사무국이 자동으로 불만 사항의 편을 들어주지 않습니다. 모든 측면을 공정하고 객관적으로 고려합니다. 의료 접근 문제에 대한 공정한 해결책을 수립할 수 있도록 지원하는 것이 옴부즈맨 사무국의 임무입니다. 서비스는 무료입니다.

전화	1-888-452-8609 통화료는 무료입니다. 월요일 - 금요일, 8:00 a.m. - 5:00 p.m.
TTY	711 통화료는 무료입니다.
우편	California Department of Healthcare Services Office of the Ombudsman PO Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
이메일	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
웹사이트	www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOOfficeoftheOmbudsman.aspx

J. 카운티 사회복지 서비스

로스앤젤레스 카운티 또는 샌디에이고 카운티 건강 및 사회복지 서비스 혜택과 관련하여 도움이 필요하시다면 지역 카운티 사회복지 서비스부에 연락해 주십시오.

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 원하시면 www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.



연락 방법 전화	1-866-613-3777. 통화료는 무료입니다. 로스앤젤레스 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.
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	https://dpss.lacounty.gov
전화	1-866-262-9881. 통화료는 무료입니다. 샌디에이고 카운티 건강 복지 서비스 담당자와는 월요일 - 금요일 8:00 a.m. - 5:00 p.m.에 통화하실 수 있습니다. Access Self-Service 전화는 주 7일, 하루 24시간 운영됩니다. 시스템을 이용하려면 통화자의 사회보장번호(SSN)를 입력해야 합니다.
TTY	1-619-589-4459 청각 또는 언어 장애가 있는 경우, 이 번호를 이용해 주십시오. 이 번호를 이용하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.
우편	County of San Diego Health and Human Services Agency PO Box 85027 San Diego, CA 92186
웹사이트	https://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa.html

K. 카운티 전문 정신 건강 플랜

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

전화	로스앤젤레스 카운티 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. 샌디에이고 카운티 1-888-724-7240 통화료는 무료입니다. 주 7일, 하루 24시간 운영됩니다. 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.

카운티 전문 정신 건강 플랜에 지원을 요청할 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

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.



- 성인 거주 치료
- 위기 상황 거주 치료

L. 캘리포니아주 관리보건부

캘리포니아주 관리보건부(Department of Managed Health Care, DMHC)는 건강 플랜을 관리하는 일을 담당합니다. DMHC 헬프 센터는 Medi-Cal 서비스에 대한 이의 제기 및 불만 사항을 도와드립니다.

전화	1-888-466-2219 DMHC 담당자와는 월요일 - 금요일, 8:00 a.m. - 6:00 p.m.에 통화할 수 있습니다.
TDD	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

의료 소비자 연맹 옴부즈 프로그램(HCA)은 건강 보험을 받거나 유지하고 건강 플랜 문제를 해결하는 것에 어려움을 겪는 사람들을 돕기 위해 무료 지원을 제공합니다.

다음과 같은 문제가 있는 경우:

- Medi-Cal
- Medicare
- 건강 플랜
- 의료 서비스 이용

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 원하시면 www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.



- 거부된 서비스, 의약품, 내구성 의료 장비(DME), 정신 건강 서비스 등에 대한 이의 제기
- 의료 청구
- 재택 지원 서비스(In-Home Supportive Services)

의료 소비자 연맹은 불만 제기, 이의 제기 및 청문회를 지원합니다. 의료 소비자 연맹의 전화번호는 1-888-804-3536번입니다.

로스앤젤레스 카운티 및 샌디에고 카운티 지역 노령화 담당 기관에 연락하는 방법

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

전화	로스앤젤레스 1-888-202-4248 월요일 - 금요일, 8:00 a.m. - 5:00 p.m. 샌디에이고 1-800-510-2020 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.

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.



우편	로스앤젤레스 카운티 Los Angeles County Department of Workforce Development, Aging and Community Services 3175 W. 6th St. Los Angeles, CA 90020 샌디에이고 카운티 County of San Diego Health and Human Services Agency 1600 Pacific Highway, Room 206 San Diego, CA 92101
웹사이트	로스앤젤레스 카운티 https://css.lacounty.gov/ 샌디에이고 카운티 https://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa/programs/ais/

샌디에이고 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	로스앤젤레스 카운티 1-916-654-1690 월요일 - 금요일, 8:00 a.m. - 5:00 p.m. 샌디에이고 카운티 1-858-576-2996 월요일 - 금요일, 8:00 a.m. - 5:00 p.m.
----	--

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 원하시면 www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.



TTY	로스앤젤레스 카운티 1-916-654-2054 청각 또는 언어 장애가 있는 경우, 이 번호를 이용해 주십시오. 이 번호를 이용하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.
우편	로스앤젤레스 카운티 P.O. Box 944202 Sacramento, CA 94244-2020 샌디에이고 카운티 San Diego Regional Center 4355 Ruffin Rd, Suite 200 San Diego, CA 92123
웹사이트	www.dds.ca.gov

로스앤젤레스 카운티 지역 법률 서비스(Neighborhood Legal Services of Los Angeles County)에 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.
TTY	1-855-847-7914 청각 또는 언어 장애가 있는 경우, 이 번호를 이용해 주십시오. 이 번호를 이용하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.



우편	<u>로스앤젤레스 카운티 지역 법률 서비스</u> <u>(Neighborhood Legal Services of Los Angeles County)</u> 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.nlsia.org

Legal Aid Society of San Diego에 연락하는 방법

Legal Aid Society of San Diego(LASSD) 건강 소비자 센터 및 옴부즈 서비스 프로그램 외에 LASSD는 또한 다양한 종합 법률 서비스를 제공합니다. LASSD는 주택법(예: 퇴거 방어, 거주 환경, 공정 주택법 위반 등), 가족법(이혼, 양육권, 방문 및 지원 분쟁 등), 이민법(가족 기반 청원, U/T 비자 등), 소비자 보호(추심 방어, 계약 분쟁 등)를 포함한 다양한 법률 서비스를 제공합니다.

전화	1-877-534-2524 월요일 - 금요일, 9:00 a.m. - 5:00 p.m.
TTY	1-800-735-2929 청각 또는 언어 장애가 있는 경우, 이 번호를 이용해 주십시오. 이 번호를 이용하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.
우편	<u>Southeast San Diego Office</u> 110 S. Euclid Avenue San Diego, CA 92114 <u>Midtown San Diego Office</u> 1764 San Diego Avenue, Suite 200 San Diego, CA 92110 <u>North County Office</u> 216 S. Tremont Street Oceanside, CA 92054
웹사이트	www.lassd.org

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 원하시면 www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.



3장: 건강 관리를 위한 플랜의 보장과 기타 보장 서비스의 이용

서론

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

목차

A. 서비스 및 제공자 관련 정보	35
B. 당사 플랜이 보장하는 서비스를 받기 위한 규칙	36
C. 케어 코디네이터	38
C1. 케어 코디네이터란?	38
C2. 케어 코디네이터에게 연락하는 방법	38
C3. 케어 코디네이터를 변경하는 방법	38
D. 서비스 제공자가 제공하는 서비스	38
D1. 주치의가 제공하는 서비스	38
D2. 전문의 및 기타 네트워크 서비스 제공자의 서비스	41
D3. 서비스 제공자가 플랜에서 탈퇴하는 경우	42
D4. 네트워크 외부 서비스 제공자	42
E. 행동 건강(정신 건강 및 약물 남용 문제) 서비스	43
G. E1. 플랜 외부에서 제공되는 Medi-Cal 행동 건강 서비스	43
F. 교통편 서비스	46
F1. 비응급 상황의 의료 교통편	46

G2. 비의료 교통편	47
G. 의료 응급 상황, 긴급하게 필요한 경우 또는 재난 발생 시 보장되는 서비스.....	48
G1. 의학적 응급 상황에서의 치료	48
G2. 긴급 진료	50
G3. 재난 시 진료 받기.....	51
H. 당사 플랜이 보장하는 서비스에 대해 비용을 직접 청구받은 경우 해야 할 일	51
H1. 당사 플랜이 서비스를 보장하지 않는 경우 해야 할 일	51
I. 임상 연구에서의 보장 서비스.....	52
I1. 임상 연구의 정의	52
I2. 임상 연구에 참여하고 있을 때 서비스 비용 지불	52
I3. 임상 연구에 대한 자세한 정보.....	53
J. 종교적 비의료 보건 기관에서 가입자의 건강 관리 서비스 보장	53
J1. 종교적 비의료 보건 기관의 정의	53
J2. 종교적 비의료 보건 기관에서의 진료	53
K. 내구성 의료 장비(Durable Medical Equipment, DME):.....	54
K1. 플랜 가입자의 DME.....	54
K2. Original Medicare로 전환하는 경우의 DME 소유권	55
K3. 플랜 가입자의 산소 장비 혜택	55
K4. 가입자가 Original Medicare로 전환할 경우 산소 장비의 소유권.....	55

A. 서비스 및 제공자 관련 정보

서비스는 건강 관리(예: 의사 방문 및 의료 치료), 장기 서비스 및 지원(LTSS), 소모품, 행동 건강 서비스(정신 건강 및 건강 관리 포함), 처방 및 처방전 없이 구입 가능한 약, 장비 및 기타 서비스입니다. **보장 서비스**는 플랜이 비용을 부담하는 모든 서비스를 말합니다. 보장되는 건강 관리, 행동 건강, 장기 서비스 및 지원(LTSS)은 *가입자 안내*

책자의 **4장**에서 제공됩니다. *보장되는 처방약 및 처방전 없이 구입 가능한 약은 가입자 안내 책자의 **5장**에서 제공됩니다.*

서비스 제공자는 가입자에게 서비스와 진료를 제공하는 의사, 간호사 및 기타 사람들입니다. 서비스 제공자에는 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 당사의 플랜과 업무 협조 관계에 있는 제공자입니다. 이러한 서비스 제공자는 당사의 지분을 전액 지분로서 수락하기로 동의했습니다. 네트워크 서비스 제공자는 가입자에게 제공한 서비스의 비용을 당사에 직접 청구합니다. 가입자가 네트워크 서비스 제공자에게 진료를 받을 때, 보장 서비스에 대해서는 지분을 *하지* 않습니다.

B. 당사 플랜이 보장하는 서비스를 받기 위한 규칙

당사의 플랜은 Medicare 서비스를 보장하고 모든 Medi-Cal 서비스를 보장하거나 이를 조정합니다. 여기에는 행동 건강과 장기 서비스 및 지원(LTSS)이 포함됩니다.

당사의 플랜은 가입자가 당사의 규칙을 준수하여 받는 건강 관리 서비스, 행동 건강 서비스 및 LTSS를 조정합니다. 저희 플랜의 보장을 받으려면:

- 가입자가 이용하는 서비스는 **플랜이 보장하는 혜택**이어야 합니다. 즉, *가입자 안내 책자의 4장*에 있는 혜택 차트에 포함되어 있습니다.
- 이러한 건강 관리는 **의학적으로 필요한 것**이어야 합니다. 의학적으로 필요함이란 합리적이고 생명을 보호하는 중요한 서비스를 의미합니다. 의학적으로 필요한 치료는 개인이 중병에 걸리거나 장애인이 되지 않도록 하고 질병, 질환 또는 부상을 치료하여 심각한 통증을 줄이기 위해 필요합니다.
- 의학적 서비스를 받으려면, 치료를 지시하거나 다른 서비스 제공자의 진료를 받도록 한 네트워크 **주치의(PCP)**가 있어야 합니다. 플랜 가입자로서 귀하는 네트워크 서비스 제공자를 PCP로 지정해야 합니다.
 - 대부분의 경우, 당사 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 저희는 서비스 비용을 보장하지 않을 수 있습니다. 여성 건강 전문의와 같은 특정 전문의는 진료 추천이 필요 없습니다.
 - 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

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.

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. 가입자는 PCP의 진료 추천 없이 다른 종류의 치료를 받을 수 있습니다(이에 대한 자세한 내용은 이 장의 D1절 참조).
- **가입자는 담당 PCP의 의료 그룹과 제휴한 네트워크 서비스 제공자로부터 진료를 받으셔야 합니다.** 일반적으로 저희는 건강 플랜 및 담당 PCP의 의료 그룹과 제휴하지 않은 서비스 제공자의 서비스는 보장하지 않습니다. 즉, 네트워크 외부 서비스 제공자로부터 받은 서비스 비용의 전액을 귀하가 서비스 제공자에게 지불해야 합니다. 이 규칙이 적용되지 않는 몇 가지 경우는 다음과 같습니다.
 - 저희는 네트워크 외부 서비스 제공자의 응급 또는 긴급하게 필요한 치료를 보장합니다(이에 대한 자세한 내용은 해당 장의 H절을 참조하십시오).
 - 당사 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.
 - 저희는 귀하가 당사 플랜의 서비스 지역 외부에 단기간 동안 있는 경우 또는 귀하의 서비스 제공자를 일시적으로 이용할 수 없거나 접근할 수 없는 경우의 심장 투석 서비스를 보장합니다. Medicare 인증 투석 시설에서 이러한 서비스를 받을 수 있습니다.
 - 당사 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. **가입자 안내 책자의 1장**을 참조하십시오. 요청이 승인될 경우, 최대 12개월 동안 현재 서비스 제공자를 계속 이용할 수 있습니다. 이 기간 동안 케어 코디네이터가 귀하에게 담당 PCP의 의료 그룹과 제휴한 네트워크 서비스 제공자를 찾아드릴 것입니다. 12개월 후, 네트워크에 소속되지 않았으며 담당 주치의의 의료 그룹과 제휴하지 않은 서비스 제공자의 진료를 계속해서 받으실 경우 그러한 진료를 더 이상 보장해드리지 않습니다.

Blue Shield TotalDual Plan 신규 가입자: 대부분의 경우 가입자는

Blue Shield TotalDual Plan에 등록을 요청한 다음 달 1일에 Blue Shield TotalDual Plan에 가입하여 Medicare 혜택을 받습니다. 가입자는 이전 Medi-Cal 건강 플랜에서 1개월의 추가 기간 동안 Medi-Cal 서비스를 계속해서 받을 수 있습니다. 이후에는 Blue Shield Promise Health Plan을 통해 Medi-Cal 서비스를 받게 됩니다. 가입자의 Medi-Cal

보장에는 공백이 없습니다. 질문이 있는 경우 저희에게 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 문의해 주십시오.

C. 케어 코디네이터

C1. 케어 코디네이터란?

케어 코디네이터는 가입자의 치료 절차 조율을 도와주도록 특별히 교육 받은 사람입니다. 케어 코디네이터는 관리 팀에 소속되며 가입자에게 정보의 출처이자 기본 연락 담당자의 역할을 하는 사람입니다. 등록 후 케어 코디네이터가 전화를 걸어 본인을 소개하고 건강 위험 평가를 완료하여 귀하의 건강 관리 요구 사항을 파악하는 데 도움을 줄 것입니다.

C2. 케어 코디네이터에게 연락하는 방법

월요일 - 금요일, 8:00 a.m. - 6:00 p.m. 사이에 1-888-548-5765번으로 전화하여 케어 코디네이터에게 연락할 수 있습니다. 케어 코디네이터가 귀하와 관련한 업무를 시작하면 직통 번호로도 연락하실 수 있습니다.

C3. 케어 코디네이터를 변경하는 방법

월요일 - 금요일, 8:00 a.m. - 6:00 p.m. 사이에 1-888-548-5765번으로 전화하여 케어 코디네이터 변경을 요청할 수 있습니다.

D. 서비스 제공자가 제공하는 서비스

D1. 주치의가 제공하는 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.

PCP의 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 TotalDual 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.

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.

- 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. 명부 뒷면에 있는 "주치의" 색인에서 원하는 의사를 검색. (색인에는 의사의 성이 알파벳 순서로 열거되어 있음)
- 웹 사이트 www.blueshieldca.com/medicare로 이동하여 원하는 PCP를 검색하거나
- 도움이 필요하시면 Blue Shield TotalDual Plan 고객 서비스부(전화번호와 업무 시간은 이 페이지 맨 아래에 표시되어 있음)에 전화해 주십시오.

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.



원하시는 의료 제공자를 이용하실 수 있는지 또는 신규 환자를 받고 있는지 확인하시려면 **서비스 제공자 및 약국 명부**를 확인해 주십시오. 명부는 웹사이트에서 확인할 수 있거나 고객 서비스부(전화번호 및 업무 시간은 본 페이지 하단에 인쇄되어 있음)로 문의하실 수 있습니다.

진료를 받고 싶은 특정 Blue Shield TotalDual Plan 전문의나 병원이 있으시면 담당 PCP가 속한 의료 그룹과 제휴하고 있는지 확인하는 것이 중요합니다. 서비스 제공자 및 약국 명부에서 확인(웹사이트: [blueshieldca.com/MAPDdocuments2023](https://www.blueshieldca.com/MAPDdocuments2023))하시거나 Blue Shield TotalDual 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 저희가 플랜 네트워크 소속인 새로운 PCP를 찾으려 도와드릴 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 PCP는 의료 그룹과 제휴하고 있습니다. 주치를 변경하시는 경우, 의료 그룹도 같이 변경될 수 있습니다. 변경을 요청하실 때 전문의를 이용하거나 주치의 승인을 받아야 하는 기타 보장 서비스를 받는지 가입자 서비스부에 알려 주십시오. 가입자 서비스부는 귀하가 주치를 변경할 때 전문 진료 및 기타 서비스를 지속하여 받으실 수 있도록 도와드립니다.

PCP로부터 승인을 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 내 서비스 제공자를 이용할 수 없는 경우 네트워크 외부 제공자가 제공하는 긴급 진료(예를 들어, 가입자가 당사 플랜의 서비스 지역의 외부에 있거나 주말인 경우)

참고: 긴급 진료는 즉각적으로 필요하고 의학적으로 필요해야 합니다.

- 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 독감주사와 COVID19 백신, 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 있으며, 그러한 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 탈퇴하는 경우

가입자가 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.
- 가입자가 이용할 수 있는 유자격 네트워크 전문가를 찾을 수 없는 경우, 저희는 가입자에게 진료를 제공할 네트워크 외부 전문가를 추천해야 합니다.
- 저희가 가입자의 이전 서비스 제공자를 유자격 서비스 제공자로 교체하지 않았거나 가입자의 진료를 적절하게 관리하지 못하고 있다고 생각하는 경우 가입자는 QIO에 진료 품질 불만을 제기하거나 진료 품질 고충을 제기하거나 둘 다를 모두 제기할 권리가 있습니다. (자세한 내용은 9장을 참조하십시오.)

서비스 제공자 중 한 명이 당사 플랜을 탈퇴할 것이라는 것을 알게 되면 당사로 연락해 주십시오. 저희는 새로운 서비스 제공자를 찾고 진료를 관리하는 데 도움을 드릴 수 있습니다. Blue Shield TotalDual Plan 고객 서비스부에 1-800-452-4413 (TTY: 711) 번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 전화하실 때 고객 서비스부에게 전문의를 원하시거나 PCP의 승인이 필요한 다른 보장 서비스(가정 건강 서비스 및 내구성 의료 장비)를 원하시는지를 알려 주시기 바랍니다. 고객 서비스부는 PCP를 변경할 때 전문의 서비스 및 기타 이용해온 서비스를 지속할 수 있도록 도와드릴 것입니다. 새로 선택하기를 원하는 PCP가 신규 환자를 수락하는지도 확인해드릴 것입니다. 고객 서비스부는 신규 PCP 이름이 표시되도록 가입자 기록을 변경할 것이며 신규 PCP로의 변경이 발효된 날짜를 알려드릴 것입니다.

D4. 네트워크 외부 서비스 제공자

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. 단, 응급 진료나 긴급 진료를 받는 경우는 예외가

허용됩니다. 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. 행동 건강(정신 건강 및 약물 남용 문제) 서비스

F. 가입자는 Medicare 및 Medi-Cal이 보장하는 의학적으로 필요한 행동 건강 서비스를 이용할 수 있습니다. 저희는 Medicare에서 보장하는 행동 건강 서비스를 제공합니다. 당사 플랜은 Medi-Cal 보장 행동 건강 서비스를 제공하지 않지만, 이러한 서비스는 로스앤젤레스 카운티 정신 건강국(LACDMH)과 로스앤젤레스 카운티 공중보건국(LACDPH), 샌디에이고 카운티 행동 건강 서비스를 통해 제공됩니다.

G. E1. 플랜 외부에서 제공되는 Medi-Cal 행동 건강 서비스

H. Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스는 가입자가 전문 정신 건강 서비스를 이용할 수 있는 기준에 부합하는 경우 카운티 정신 건강 플랜(MHP)을 통해 제공될 수 있습니다. 로스앤젤레스 카운티 정신 건강국(LACDMH), 로스앤젤레스 카운티 공중보건국(LACDPH), 샌디에이고 행동 건강 서비스 카운티에서 제공하는 Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스는 다음과 같습니다.

- 정신 건강 서비스
- 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

Medi-Cal 또는 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 서비스는 이러한 서비스를 받기 위한 기준에 부합하는 경우 로스앤젤레스 카운티 정신건강국(LACDMH), 로스앤젤레스 카운티 공중보건국(LACDPH), 샌디에이고 카운티 행동 건강 서비스를 통해 제공됩니다. 로스앤젤레스 카운티 정신 건강국(LACDMH), 로스앤젤레스 카운티 공중보건국(LACDPH), 샌디에이고 행동 건강 서비스 카운티에서 제공하는 Drug Medi-Cal 서비스는 다음과 같습니다.

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

Drug Medi-Cal Organized Delivery System 서비스에는 다음이 포함됩니다.

- 외래환자 및 외래환자 집중 서비스
- 중독 치료를 위한 약물(약물 보조 치료라고도 함)
- 거주/입원환자
- 철회 관리
- 마약 치료 서비스
- 회복 서비스
- 의료 조정 담당자

위에 열거한 서비스 이외에도 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 필요하다면 다음 연락처로 문의할 수 있습니다.

- 카운티 위기 및 진료 추천 라인(전화번호 및 업무 시간은 이 안내 책자의 2장, K절 참조)
- 로스앤젤레스 카운티 공중보건부, 물질 남용 예방 및 통제(888-742-7900 (TTY: 711)번으로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 전화할 수 있습니다.)
- 샌디에이고 행동 건강 - 약물 남용 장애 서비스부(888-724-7240(TTY: 711)번으로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 전화할 수 있습니다.)
- Blue Shield TotalDual Plan 행동 건강 라인(전화번호 및 업무 시간은 이 안내 책자의 2장, D절 참조)
- Blue Shield TotalDual 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 TotalDual Plan 및 카운티가 이용하고 있고 행동 건강 전문가와 기타 이해 관계자들이 수립하였으며, 규제 요건에 부합하는 기준입니다.

Blue Shield TotalDual Plan과 카운티의 진료 추천 절차

Blue Shield TotalDual Plan 또는 카운티로부터 서비스를 받고 있는 경우, 귀하의 요구 사항에 따라 다른 기관을 추천 받을 수 있습니다. Blue Shield TotalDual 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 TotalDual Plan 간에 분쟁이 발생할 경우, 가입자는 분쟁이 해결될 때까지 처방약을 포함하여 의학적으로 필요한 행동 건강 관리를 계속 받게 됩니다. Blue Shield TotalDual Plan은 카운티와 협력하여 가입자에게 필요한 서비스를 시기 적절하게 제공하고 그에 부정적 영향을 주지 않는 해결 절차를 수립하였습니다. 분쟁이 발생한 기관에 따라 Blue Shield TotalDual Plan이나 카운티의 이의 제기 절차를 이용할 수도 있습니다.

F. 교통편 서비스

F1. 비응급 상황의 의료 교통편

예약 장소까지 자동차, 버스 또는 택시를 이용할 수 없고 의료적 필요성이 있는 경우 비응급 의료 교통편을 이용할 수 있습니다. 비응급 의료 교통편은 의료, 치과, 정신 건강, 약물 남용 및 약국 예약과 같은 보장 서비스에 대해 제공될 수 있습니다. 비응급 의료 교통편이 필요한 경우 1-877-433-2178(TTY: 711)번으로 Call The Car에 주 7일 하루 24시간 언제든지 직접 연락하거나 CTC Go 모바일 앱을 이용하여 예약, 편집, 추적을 하고 예약을 취소할 수 있습니다. 비응급 예약의 경우 예약 시간 24시간 전에 예약을 해야 합니다. 서비스 제공자 또는 당사의 운송 업체인 Call Car는 귀하의 필요에 맞는 최상의 교통편을 결정하는 데 도움을 드릴 수 있습니다.

비응급 의료 교통편은 구급차, 밴, 휠체어 밴 또는 항공 운송입니다.

Blue Shield TotalDual Plan은 예약 장소까지 차량이 필요한 경우 의료적 필요에 따라 가장 저렴한 비용으로 보장되는 교통편과 가장 적절한 비응급 의료 교통편을 제공합니다. 예를 들어, 귀하가 휠체어 밴을 이용하여 신체적 또는 의료적으로 이송할 수 있는 경우

Blue Shield TotalDual Plan은 구급차 비용을 지불하지 않습니다. 귀하의 건강 상태로 인해 육상 이송이 불가능한 경우에만 항공 교통편을 이용할 수 있습니다.

비응급 의료 교통편을 이용해야 하는 경우는 다음과 같습니다.

- 예약 시간에 버스, 택시, 자동차 또는 밴을 사용할 수 없어 다른 서비스 제공자의 서면 승인에 따라 결정된 바와 같이 신체적 또는 의학적으로 비응급 의료 교통편이 필요합니다.
- 신체적 또는 정신적 장애로 인해 거주지, 차량 또는 치료 장소를 왕복하는 운전자의 도움이 필요합니다.

응급 예약의 경우 최대한 빨리 전화해 주십시오. 응급 예약은 24시간 전에 사전 통보할 필요가 없습니다. 응급 예약에는 다음이 포함됩니다.

- 투석
- 퇴원
- 수술 후 후속 진료
- 화학 요법
- 방사선 요법
- 병원/SNF로 병원 이송

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면**

www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.

- 상처 치료
- 긴급 진료 센터

전화할 때 가입자 ID 카드를 준비해야 합니다. 자세한 정보가 필요한 경우에도 전화할 수 있습니다.

의료 교통편 제한

Blue Shield TotalDual Plan은 자택에서 예약 가능한 가장 가까운 서비스 제공자까지의 의료적 필요성을 충족하는 가장 저렴한 의료 교통편에 대한 보장을 제공합니다. Medicare 또는 Medi-Cal이 서비스를 보장하지 않는 경우에는 의료 교통편이 제공되지 않습니다. 예약 유형이 Medi-Cal에 의해 보장되지만 건강 플랜을 통해 보장되지 않는 경우, Blue Shield TotalDual Plan은 교통편을 예약하는 데 도움을 드립니다. 보장 서비스 목록은 이 안내 책자의 4장에서 제공됩니다. 사전 승인을 받은 경우를 제외하고, Blue Shield TotalDual Plan의 네트워크 또는 서비스 지역 외부에서는 교통편이 보장되지 않습니다.

F2. 비의료 교통편

비의료 교통편 혜택에는 서비스 제공자가 승인한 서비스를 이용하기 위해 예약 장소까지 왕복하는 이동이 포함됩니다. 다음과 같은 경우 무료로 교통편 서비스를 이용할 수 있습니다.

- 서비스 제공자가 승인한 서비스를 위해 예약 장소를 왕복하는 이동, 또는
- 처방전 및 의료 용품을 수령.

Blue Shield TotalDual Plan은 의료 서비스 제공자가 승인한 서비스를 이용하기 위해 자동차, 택시, 버스 또는 기타 공공/민간 방법을 사용하여 비의료 예약 장소로 이동하는 것을 허용합니다. Blue Shield TotalDual Plan은 Call Car를 이용하여 비의료 교통편을 제공합니다. 저희는 귀하의 요구 사항을 충족하는 가장 저렴한 비의료 교통편 유형을 보장합니다.

일부 경우 귀하가 예약한 개인 차량의 교통편 비용을 환급받을 수 있습니다. Blue Shield TotalDual Plan은 귀하가 승차하기 전 이를 승인해야 하며, 귀하는 버스 이용과 같은 다른 방법으로 승차할 수 없는 이유를 당사에 통지해야 합니다. 귀하는 전화 또는 이메일 또는 직접 방문하여 이를 통지할 수 있습니다. **귀하가 직접 운전한 경우에는 환급을 받을 수 없습니다.**

마일리지 환급에는 다음이 모두 필요합니다.

- 운전자의 운전 면허증
- 운전자의 차량 등록
- 운전자의 자동차 보험 증명서

교통편 서비스를 요청하려면 진료 예약 시간으로부터 업무일(월요일-금요일) 기준으로 최소 24시간 전에 주 7일 하루 24시간 언제든지 1-877-433-2178(TTY: 711)번으로 'Call the Car'에

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.

연락해 주십시오. **응급 예약**의 경우 최대한 빨리 전화해 주십시오. 전화할 때 가입자 ID 카드를 준비해야 합니다. 자세한 정보가 필요한 경우에도 전화할 수 있습니다.

참고: 아메리칸 인디언의 경우 지역 인디언 건강 클리닉에 연락하여 비의료 교통편을 요청할 수 있습니다.

비의료 교통편 제한

Blue Shield TotalDual Plan은 자택에서 예약 가능한 가장 가까운 서비스 제공자까지 귀하의 요구 사항에 부합하는 가장 저렴한 비의료 교통편을 제공합니다. **귀하는 직접 운전하거나 직접 상환 받을 수 없습니다.**

비의료 교통편이 적용되지 **않는** 경우는 다음과 같습니다.

- 서비스를 이용하려면 구급차, 밴, 휠체어 밴 또는 기타 형태의 비응급 의료 교통편이 필요합니다.
- 신체적 또는 의료적 상태로 인해 거주지, 차량 또는 치료 장소를 왕복하는 운전자의 도움이 필요합니다.
- 가입자가 휠체어를 이용하며 운전자의 도움 없이는 차량에 탑승 또는 하차할 수 없습니다.
- 이 서비스는 Medicare 또는 Medi-Cal에서 보장하지 않습니다.

G. 의료 응급 상황, 긴급하게 필요한 경우 또는 재난 발생 시 보장되는 서비스

G1. 의학적 응급 상황에서의 치료

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.

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.



의학적 응급 상황일 경우:

- **최대한 신속하게 도움을 받으십시오.** 911에 전화하거나 가까운 응급실 또는 병원을 이용하십시오. 필요한 경우, 구급차를 부르십시오. 귀하는 PCP로부터 승인이나 진료 추천을 받지 **않아도 됩니다**. 귀하는 네트워크 서비스 제공자를 이용하지 않아도 됩니다. 귀하는 필요할 때마다 미국 또는 미국 영토 또는 전 세계 어디에서나 적절한 주 면허를 획득한 서비스 제공자로부터 응급 의료를 받을 수 있습니다.
- **최대한 빨리 당사 플랜으로 응급 상황에 대해 알려 주십시오.** 응급 진료에 대한 후속 조치가 취해집니다. 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 TotalDual Plan 고객 서비스부에 1-800-452-4413번으로 주 7일 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 사이에 전화해 주십시오. 저희 고객 서비스부 전화번호는 가입자 ID 카드에도 있습니다.

의학적 응급 상황에서 보장되는 서비스

2023년에 Blue Shield TotalDual Plan은 가입자에게 전 세계 어디에서나 언제든지 응급 의료 서비스 보장을 제공할 것입니다. 매년 미국 외 지역에서 받은 응급/긴급 서비스에 대해 플랜 보장 한도가 없습니다. 자세한 내용은 4장, D절의 혜택 차트를 참조하십시오.

응급실로 이동하기 위해 구급차가 필요한 경우 플랜이 이를 보장합니다. 자세한 내용은 가입자 안내 책자 **4장의 혜택 차트를 참조하십시오**.

당사 플랜은 다음과 같은 상황에서 미국 및 미국령 이외의 전 세계 응급 및 긴급 치료 서비스를 연간 한도 없이 보장합니다. 귀하가 지불하는 금액에 대한 자세한 정보는 이 문서 4장의 의료 혜택 차트에서 제공되는 "응급 진료" 및 "긴급히 필요한 서비스"를 참조하십시오.

응급 진료를 제공하는 서비스 제공자는 귀하의 상태가 안정되고 의학적 응급 상황이 종료된 시기를 결정합니다. 그리고 계속해서 귀하를 치료할 것이며 예후를 향상하기 위해 후속 진료가 필요한 경우 계획을 세우기 위해 저희에게 연락할 것입니다.

당사의 플랜은 후속 진료를 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.

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.



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

- 네트워크 서비스 제공자를 이용한 경우 **또는**
- 가입자가 이용하는 추가적 진료는 "긴급 진료"로 간주되며 가입자가 이를 위한 규칙(H2절 참조)을 준수한 경우.

G2. 긴급 진료

긴급 진료는 급작스러운 상황은 아니지만 당장의 치료를 필요로 하는 건강 상태에서 받게 되는 의료 서비스입니다. 이와 관련된 예는 주말에 발생하고 치료가 필요한 기존 상태 또는 심한 인후염의 재발입니다.

당사 플랜 서비스 지역에서의 긴급 진료

대부분의 사례에서 다음과 같은 경우에만 긴급 진료를 보장합니다.

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

네트워크 서비스 제공자를 방문할 수 없거나 그렇게 하는 것이 합리적이지 않은 경우, 저희는 네트워크 외부 서비스 제공자에게 받은 긴급 진료를 보장합니다.

당사 플랜 서비스 지역 외부에서의 긴급 진료

당사 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 TotalDual Plan은 가입자에게 전 세계 어디에서나 언제든지 긴급 의료 서비스 보장을 제공할 것입니다. 매년 미국 외 지역에서 받은 응급/긴급 서비스에 대해 플랜 보장 한도가 없습니다. 자세한 내용은 4장, D절의 혜택 차트를 참조하십시오.

미국 및 미국령 이외 지역에서 긴급 진료를 받아야 한다면 Blue Shield Global Core 서비스 센터에 무료 전화 **(800) 810-2583**번으로 연락하시거나 수신자 부담 번호인 (804) 673-1177번으로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 전화해 주십시오. 응급 상황인 경우, 즉시 가까운 병원으로 가십시오. 또한 가입자 ID 카드 뒷면에 있는 고객 서비스부로 연락해야 합니다. 이 서비스에 포함된 입원환자 병원 진료의 경우, Blue Shield Global Core 서비스 센터로 연락하여 비용 후납 서비스를 수배할 수 있습니다. 비용 후납 서비스를 이용한다면 비보장 비용 및 자기부담금과 같은 일반적인 본인 부담액을 가입자가 지불해야 합니다. 비용 후납 서비스를 이용하지 않을 경우, 의료비 전액을 본인이 부담하고 환급 신청서를 제출해야 합니다(2장, *받으신 진료 또는 약에 대해 플랜 부담분을 플랜이 지불하도록 요청을 보낼 곳* 참조).

G3. 재난 시 진료 받기

주지사, 미국 보건복지부 장관 또는 미국 대통령이 해당 지역에 재난 또는 비상 사태를 선언할 경우에도, 가입자는 플랜의 서비스를 받을 권리를 가집니다.

재난 선포 시 필요한 치료를 받는 방법에 대한 정보는 당사 웹사이트 www.blueshieldca.com/medicare에서 확인할 수 있습니다.

재난 선포 시 가입자가 네트워크 서비스 제공자를 이용할 수 없는 경우 가입자는 무료로 네트워크 외부 서비스 제공자를 이용할 수 있습니다. 재난 선포 시 네트워크 약국을 이용하실 수 없는 경우, 귀하의 처방전을 네트워크 외부 약국에서 조제하실 수 있습니다. 자세한 정보는 *가입자 안내 책자*의 **5장**을 참조해 주십시오.

H. 당사 플랜이 보장하는 서비스에 대해 비용을 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, 저희는 가입자에게 비용을 환급하지 못할 수 있습니다.

보장 서비스에 대해 비용을 지불하셨거나 또는 보장 서비스에 대해 자기부담금을 초과하여 지급한 경우 또는 보장되는 의료 서비스에 대해 전체 금액이 청구된 경우의 취해야 할 조치에 대해서는 가입자 안내 책자의 **7장**을 참조해 주십시오.

H1. 당사 플랜이 서비스를 보장하지 않는 경우 해야 할 일

당사 플랜은 다음과 같은 모든 서비스를 보장합니다.

- 의학적으로 필요하다고 확인된 서비스, 및
- 플랜의 혜택 차트에 포함된 서비스(*가입자 안내 책자*의 **4장** 참조) 및
- 플랜 규칙에 따라 서비스나 항목을 이용한 경우.

당사 플랜에서 보장되지 않는 서비스를 받은 경우, **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.

*가입자 안내 책자*의 **9장**은 의료 서비스 또는 항목에 대해 저희가 보장하기를 원하는 경우 어떻게 해야 하는지에 대한 설명을 제공합니다. 또한 보장 결정에 이의 제기를 하는

방법도 설명되어 있습니다. 고객 서비스부에 연락하여 이의 제기 권리에 대해 자세히 알아보십시오.

저희는 특정 한도까지 일부 서비스 비용을 부담합니다. 한도를 초과할 경우, 가입자가 그러한 서비스를 더 받으려면 전체 비용을 지불해야 합니다. 고객 서비스부에 연락하여 혜택 한도 및 사용한 혜택을 알아볼 수 있습니다.

I. 임상 연구에서의 보장 서비스

11. 임상 연구의 정의

임상 연구(임상 시험)는 의사가 새로운 종류의 치료법 또는 의약품을 테스트하는 방법입니다. Medicare에서 승인한 임상 연구에서는 일반적으로 자발적인 연구 참여가 요구됩니다.

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. 이러한 방식으로 당사 플랜은 임상 연구와 관련이 없는 서비스 및 치료에 대해서도 계속해서 보장을 제공합니다.

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**.

Blue Shield Promise Medi-Cal Plan은 암 또는 기타 생명을 위협하는 상태 및 기타 생명을 위협하는 상태의 예방, 발견 또는 치료와 관련되고 임상 시험이 미국 식품의약국(FDA), 질병통제예방센터(CDC) 또는 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS)에서 수행되는 경우 1상, 2상, 3상 또는 4상 임상 시험에 승인된 환자의 일상적인 환자 치료 비용을 보장합니다. 임상 시험은 국립 보건원, FDA, 국방부 또는 재향 군인 관리국의 승인을 받아야 합니다.

임상 연구에 참여하기 전에 저희에게 사실을 알리는 것이 좋습니다.

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

12. 임상 연구에 참여하고 있을 때 서비스 비용 지불

Medicare가 승인하는 임상 시험 연구에 자원하는 경우 귀하는 연구에 포함된 서비스에 대해 비용을 지불하지 않습니다. Medicare는 임상 시험에 따라 보장되는 서비스 및

귀하의 치료와 관련된 일상적인 비용을 지불합니다. 가입자가 Medicare 승인 임상 연구에 참여하면 연구의 일환으로 받는 대부분의 서비스와 항목에 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 지불합니다.

13. 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 언제든지 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 연락해 주십시오.

J. 종교적 비의료 보건 기관에서 가입자의 건강 관리 서비스 보장

J1. 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. 이러한 혜택은 Medicare 파트 A 입원환자 서비스(비의료적 건강 관리 서비스)만을 위한 것입니다.

J2. 종교적 비의료 보건 기관에서의 진료

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.

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.



- 서비스를 제공하는 시설을 Medicare가 인증해야 합니다.
- 플랜의 서비스 보장은 비종교적 관점의 케어로만 제한됩니다.
- 시설에서 가입자에게 제공하는 서비스를 이 기관에서 이용할 경우:
 - 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 혜택 차트를 참조하십시오.

K. 내구성 의료 장비(Durable Medical Equipment, DME)

K1. 플랜 가입자의 DME

DME에는 의료 제공자가 주문한 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 보행기 등 의학적으로 필요한 특정 품목이 포함됩니다.

보철과 같은 특정 물품은 항상 소유할 수 있습니다.

이 절에서는 가입자가 임대하는 DME를 설명합니다. Original Medicare의 경우, 특정 유형의 DME를 빌리는 사람은 13개월 동안 자기부담금을 납부한 후 장비를 소유하게 됩니다. 당사 플랜의 가입자는 대여 기간에 관계 없이 일반적으로 대여한 장비를 소유하지 못합니다.

특정 상황에서 가입자가 다음 기준 중 하나 또는 전체에 부합할 경우 Blue Shield TotalDual Plan은 DME 품목의 소유권을 가입자에게 이전할 수 있습니다.

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

고객 서비스부로 전화하여 가입자가 충족해야 할 요건과 제출해야 할 문서에 대해 알아보십시오.

당사 플랜에 가입하기 전 Medicare에 따라 최대 12개월 동안 DME에 가입한 경우에도 가입자는 장비를 소유할 수 없습니다.

K2. Original Medicare로 전환하는 경우의 DME 소유권

당사 플랜에 가입한 동안 DME의 소유권을 취득하지 않은 경우, 소유권을 취득하려면 Original Medicare로 변경한 후 다시 13회 연속으로 비용을 납부해야 합니다. 저희 플랜에서의 납부금은 13회 연속 납부금에 포함되지 않습니다.

당사 플랜에 가입하기 전에 Original Medicare에 따라 DME 품목의 납부금을 13회 미만으로 지불한 경우, 이러한 이전 납부금도 13회 납부금에 포함되지 않습니다. 장비를 소유하려면 Original Medicare로 복귀 후 13회 연속으로 비용을 납부해야 합니다. 여기에는 Original Medicare에 복귀하더라도 예외가 적용되지 않습니다.

K3. 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.

K4. 가입자가 Original Medicare로 전환할 경우 산소 장비의 소유권

산소 장비가 의학적으로 필요하며 가입자가 플랜에서 탈퇴하고 Original Medicare로 전환할 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 다음을 제공해야 합니다.

- 추가 24개월 동안 산소 장비, 용품 및 서비스.
- 의학적으로 필요한 경우 최장 5년 동안 산소 장비 및 용품.

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 제공합니다.
- 산소 장비가 의학적으로 필요하다면 5년마다 새로운 대여 주기가 시작됩니다.

4장: 혜택 차트

서론

이 장에서는 *당사 플랜이* 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 장에는 주요 용어와 용어 정의가 알파벳 순서로 나와 있습니다.

Blue Shield TotalDual Plan **신규 가입자**: 대부분의 경우 가입자는 Blue Shield TotalDual Plan에 등록을 요청한 다음 달 1일에 Blue Shield TotalDual Plan에 가입하여 Medicare 혜택을 받습니다. 가입자는 이전 Medi-Cal 건강 플랜에서 1개월의 추가 기간 동안 Medi-Cal 서비스를 계속해서 받을 수 있습니다. 이후에는 Blue Shield Promise Medi-Cal Plan을 통해 Medi-Cal 서비스를 받게 됩니다. 가입자의 Medi-Cal 보장에는 공백이 없습니다. 질문이 있는 경우 저희에게 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 문의해 주십시오.

목차

A. 보장되는 서비스 및 본인 부담 비용.....	58
B. 가입자에게 서비스 비용을 청구하는 서비스 제공자에 대한 규칙	58
C. 플랜 혜택 차트 소개.....	58
D. 플랜 혜택 차트.....	60
E. 당사 플랜 외부에서 보장되는 혜택.....	115
E1. 캘리포니아주 지역사회 전환(CCT) 서비스	128
E2. Medi-Cal 치과 프로그램	129
E3. 호스피스 서비스	130
F. 당사 플랜, Medicare 또는 Medi-Cal이 보장하지 않는 혜택.....	130

A. 보장되는 서비스 및 본인 부담 비용

이 장에서는 플랜이 보장하는 서비스와 각 서비스에 대해 지불하는 비용에 대해 설명합니다. 또한 보장되지 않는 서비스에 대해서도 확인하실 수 있습니다. 약 혜택에 대한 정보는 **5장**에서 제공됩니다. 이 장에는 일부 서비스의 제한 사항에 대해서도 설명되어 있습니다.

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 코디네이터 및/또는 고객 서비스부에 1-800-452-4413번으로 문의하실 수 있습니다(TTY: 711).

B. 가입자에게 서비스 비용을 청구하는 서비스 제공자에 대한 규칙

당사는 네트워크 소속 서비스 제공자가 보험이 적용되는 서비스에 대해 귀하에게 청구하는 것을 허용하지 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. 그러한 경우 *가입자 안내 책자*의 **7장**을 참조하거나 고객 서비스부로 연락해 주십시오.

C. 플랜 혜택 차트 소개

이 혜택 차트에는 당사 플랜이 비용을 부담하는 서비스가 표시되어 있습니다. 보장되는 서비스가 알파벳 순서로 열거되어 있으며 이와 관련된 설명이 제공됩니다.

다음의 규칙을 준수할 경우 혜택 차트에 열거된 서비스에 대해 당사가 비용을 부담합니다.

- 저희는 Medicare와 Medi-Cal이 정한 규칙에 따라 Medicare 및 Medi-Cal 보장 서비스를 제공해야 합니다.
- 이러한 서비스(의학적 치료, 행동 건강 및 약물 사용 서비스, 장기 서비스 및 지원, 의료용품, 장비, 의약품 포함)는 "의학적으로 필요"한 것이어야 합니다. 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. 생명을 보호하거나, 중대 질병이나 장애를 예방하거나, 심한 통증을 완화하기 위해 필요하고 타당한 경우 의학적으로 필요한 서비스가 됩니다.

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare를 방문하십시오.

- 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**. 가입자 안내 책자의 **3장**에는 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. 가입자 안내 책자의 **3장**에는 의료 추천을 받는 방법과 의료 추천이 필요하지 **않은** 경우에 대한 자세한 정보가 제공됩니다.
- 귀하는 담당 PCP의 의료 그룹과 제휴한 서비스 제공자로부터 진료를 받으셔야 합니다. 자세한 정보는 가입자 안내 책자의 **3장**을 참조해 주십시오.
- 저희는 담당 의사나 다른 네트워크 서비스 제공자가 당사의 사전 승인을 얻는 경우에만 혜택 차트에 제시된 서비스 중 일부를 보장합니다. 이것을 사전 허가(또는 사전 승인)이라고 합니다. 혜택 차트에서 사전 승인이 필요한 보장 서비스는 기울임꼴로 표시됩니다.
- 귀하가 저희 플랜의 자격이 있다고 간주되는 6개월의 기간 내에 있다면, 저희는 Medicare Advantage 플랜으로 보장되는 Medicare 혜택을 계속 제공할 것입니다. 그러나 이 기간 동안 Blue Shield TotalDual Plan은 Medi-Cal(Medicaid) 하에서 포함되는 Medi-Cal(Medicaid) 혜택을 보장하지 않으며 또한 귀하가 Medi-Cal(Medicaid) 자격을 상실하지 않았다면 주 정부가 지불 책임이 있는 Medicaid 보험료나 비용 분담금을 대신 지불하지도 않을 것입니다. 귀하가 본 플랜의 Medicare 보장 서비스에 지불하는 금액은 Medi-Cal(Medicaid) 자격을 상실한 후의 해당 기간 동안 증가할 수 있습니다.
- 모든 예방 서비스는 무료입니다. 혜택 차트에서 예방 서비스 옆에는 이 사과 그림 이 표시되어 있습니다.
- **지역사회 지원:** 지역사회 지원은 개인 의료 플랜으로 이용할 수 있습니다. 지역사회 지원은 의학적으로 적절하고 비용 대비 효율적인 대체 서비스 또는 환경입니다. 이러한 서비스는 가입자에게 특약으로 제공됩니다. 자격이 있는 경우 이러한 서비스는 가입자의 보다 독립적인 생활을 지원합니다. Medi-Cal에 따라 이미 제공되는 기존 혜택을 대체하지 않습니다. 저희가 제공하는 지역사회 지원의 예에는 의료 지원 음식 및 식사 또는 의료 맞춤형 식사, 귀하 또는 귀하의 간병인을 위한 지원 또는 샤워 손잡이와 경사로 등이 있습니다. Blue Shield TotalDual Plan이 과거에 제공한 지역사회 지원 서비스의 예로는 사례 관리, 평가, 가정 및 지역사회 기반 서비스를 위한 Partners in Care Foundation과, 가정 배송 식사를 위한 LifeSpring 등이

포함됩니다. 도움이 필요하거나 어떤 지역사회 지원을 이용할 수 있는지 알아보려면 케어 코디네이터에게 전화하거나 의료 서비스 제공자에게 전화해 주십시오.

D. 플랜 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
침술(Medicare 및 Medi-Cal 보장) 플랜에서는 역월로 1개월 동안 외래환자 침술 서비스에 대해 2회까지 지불하며 의학적으로 필요한 경우 더 자주 침술 서비스를 받을 수 있습니다. 다음과 같이 정의된, 만성 요통이 있는 경우 90일 동안 최대 12회 침술 방문에 대해서도 비용을 지불합니다. • 12주 이상 통증이 지속 • 불특정한 통증(전이, 염증 또는 감염성 질환과 관련이 없는 통증과 같이, 전신에 영향을 주는 확인 가능한 원인이 없음) • 수술과 관련이 없음 그리고 • 임신과 관련이 없음. 또한, 호전을 보이는 경우 만성 요통에 대해 추가로 8회 침술의 비용을 보장합니다. 만성 요통에 대한 침술 치료는 매년 20회를 초과할 수 없습니다. 호전되지 않거나 악화되는 경우 만성 요통에 대한 침술 치료를 중단해야 합니다. 서비스 제공자 요구 사항: 사회 보장법(법)의 1861(r)(1)에 정의된 의사는 해당 주의 요구 사항에 따라 침술을 제공할 수 있습니다. 의사 보조원(PA), 전문 간호사(NP)/임상 간호사(CNS)(법 1861(aa)(5)에 명시된 바를 따름) 및 보조 인력은 모든 해당 주의 요구 사항을 충족하고 다음을 충족하는 경우 침술을 제공할 수 있습니다. • 침술 및 한의학 인증 위원회(ACAOM)의 인가를 받은 학교의 침술 또는 한의학 석사 또는 박사 학위 그리고, • 미국의 주, 영토 또는 연방(예: 푸에르토리코) 또는 컬럼비아 특별구에서 침술을 시행할 수 있는 현재의 완전하고 효력이 유지되는 무제한 면허. 본 혜택 안내는 다음 페이지에서 계속됩니다.	\$0



플랜이 비용을 부담하는 서비스	가입자가 부담해야 하는 항목
침술(계속) 침술을 제공하는 보조 인력은 42 CFR §§ 410.26 및 410.27의 규정에서 요구하는 의사, PA 또는 NP/CNS의 적절한 감독을 받아야 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 TotalDual Plan 고객 서비스부에 전화하거나 blueshieldca.com/find-a-doctor에서 ASH Plans 제휴 서비스 제공자를 찾을 수도 있습니다.	

플랜이 비용을 부담하는 서비스	가입자가 부담해야 하는 항목
침술 서비스(비 Medicare 보장) 의학박사, 면허를 소지한 침술사 또는 기타 적절하게 면허를 취득했거나 인증된 의료 제공자의 침술 평가 및 치료에 대한 혜택이 제공됩니다. • 초기 및 후속 검사 • 병원 방문 및 조정 • 보조 요법 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, 5:00 a.m. - 6:00 p.m. 사이에 연락하실 수 있습니다. 또한 Blue Shield TotalDual Plan 고객 서비스부에 전화하거나 blueshieldca.com/find-a-doctor에서 ASH Plans 제휴 서비스 제공자를 찾을 수도 있습니다. *서비스는 플랜의 최대 본인 부담액 한도에 적용되지 않습니다.	귀하는 \$0를 지불합니다(연 최대 12회 방문으로 제한).



플랜이 비용을 부담하는 서비스	가입자가 부담해야 하는 항목
기타 원격 의료 서비스 Teladoc는 전화나 인터넷으로 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. <u>blueshieldca.com/teladoc</u> 또는 Blue Shield of California 앱에 로그인하시어 상담 요청을 하십시오. 질문이 있을 경우, Teladoc에 1-800-Teladoc(1-800-835-2362)[TTY: 711]으로 연중무휴로 주 7일 하루 24시간 언제든지 전화해 주십시오. * 서비스는 플랜의 최대 본인 부담액 한도에 적용되지 않습니다.	\$0
 알코올 오용 검사 및 상담 저희는 알코올을 남용하고 있지만 알코올에 의존적이지 않은 성인을 위한 알코올 오용 검사(SABIRT) 비용을 부담합니다. 여기에는 임신부도 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).	\$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스	가입자가 부담해야 하는 항목
구급차 서비스 보장되는 구급차 서비스에는 지상, 고정익, 회전익(헬리콥터) 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 생명이거나 건강이 위험해질 수 있을 정도로 심각한 상태여야 합니다.	\$0
연례 신체 검사: 가입자는 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.	\$0
 연례 건강증진 방문 가입자는 연례 검진을 받아야 합니다. 이것은 가입자의 현재 위험 요소를 기반으로 예방 계획을 수립하고 업데이트하기 위한 것입니다. 저희는 12개월마다 1회 이 비용을 부담합니다. 참고: 최초의 연례 건강 검진 방문은 "Medicare 최초 가입자" 예방 방문으로부터 12개월이 지나야 하실 수 있습니다. 하지만 12개월 동안 파트 B에 가입된 상태이면 연례 건강 검진 방문의 보장을 받기 위해 "Medicare 최초 가입자" 방문을 할 필요는 없습니다.	\$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	천식 예방 서비스 천식 조절이 원활하지 않는 가입자의 경우 가정에서 흔히 볼 수 있는 유발 요인과 관련한 천식 교육 및 가정 환경 평가를 받을 수 있습니다.	\$0
	골량 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 저희는 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) 저희는 다음 서비스 비용을 부담합니다. • 35-39세 사이에 1회의 기본 유방조영상 • 40세 이상 여성의 경우 12개월마다 1회의 유방조영상 검사 • 24개월마다 1회의 임상적 유방 검사	\$0
	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.	\$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스	가입자가 부담해야 하는 항목
 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
 자궁경부 및 질암 검사 저희는 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

플랜이 비용을 부담하는 서비스	가입자가 부담해야 하는 항목
척추 지압 서비스 저희는 다음 서비스 비용을 부담합니다. • 척추 배열을 교정하기 위한 척추 조절 • 초기 및 후속 검사 • 병원 방문 및 지압요법 조정 • 보조 요법 • 엑스레이 및 검사실 검사(지압요법만 해당) 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 TotalDual Plan 고객 서비스부에 전화하거나 blueshieldca.com/find-a-doctor에서 ASH Plans 제휴 서비스 제공자를 찾을 수도 있습니다. * 서비스는 플랜의 최대 본인 부담액 한도에 적용되지 않습니다.	\$0 \$0(비 Medicare 보장 서비스의 경우 보장은 연 최대 12회 방문으로 제한).

플랜이 비용을 부담하는 서비스	가입자가 부담해야 하는 항목
 대장암 검사 50세 이상의 개인을 위해 당사가 비용을 부담하는 서비스: • 48개월마다 연성 에스상결장경검사(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)	\$0
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.	\$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스	가입자가 부담해야 하는 항목
 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: • 당사는 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 및 의치를 포함하되 이에 국한되지 않는 특정 치과 서비스는 Medi-Cal 치과 프로그램 또는 FFS Medi-Cal을 통해 이용 가능합니다. 일반적으로 예방적 치과 서비스(세척, 정기 치과 검진, 치과 엑스레이 등)는 Original Medicare가 보장하지 않습니다. 저희는 다음과 같은 일상적이고 종합적인 치과 서비스를 보장합니다. 보장되는 치과 시술 목록은 의료 혜택 차트의 마지막에 있는 <i>정기 치과 혜택 시술 차트</i>에서 이러한 서비스를 이용하는 방법에 대한 자세한 정보를 참조하십시오. <i>정기 치과 혜택 절차 차트</i>에서 제공되는 자기부담금은 네트워크 치과 의사가 귀하의 치과 상태에 필요하고 적절한 절차를 통해 처방한 경우에만 서비스에 적용됩니다. 모든 혜택이 모든 가입자에게 적합한 것은 아닙니다. 네트워크 치과 의사를 통해 적절한 치료를 결정해야 합니다. 치과 서비스 제공자 네트워크는 일반 치과 의사 네트워크이며, 네트워크에는 전문가가 속해 있지 않습니다. * 서비스는 플랜의 최대 본인 부담액 한도에 적용되지 않습니다.	보장되는 치과 치료 목록 및 가입자가 지불하는 금액은 의료 혜택 차트의 마지막에서 제공되는 <i>정기 치과 혜택 시술 차트</i>를 참조하십시오.
 우울증 검사 저희는 매년 1회 우울증 검사 비용을 부담합니다. 이 선별검사는 후속 진료와 진료 추천을 해줄 수 있는 일차 진료 시설에서 이루어져야 합니다.	\$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스	가입자가 부담해야 하는 항목
 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 • 당뇨병 관련 발 질환을 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) 경우에 따라 당사는 당뇨병 관리에 도움이 되는 교육 비용을 지불합니다. 자세한 내용은 고객 서비스부에 문의하시기 바랍니다. 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.	\$0 • 혈당 측정기는 아래 "내구성 의료 장비(DME) 및 관련 의료용품" 절을 참조해 주십시오.

플랜이 비용을 부담하는 서비스		가입자가 부담해야 하는 항목
	임산부 상담사 서비스 임신한 가입자의 경우 산전 및 산후 기간 동안 임산부 상담사를 방문할 수 있으며 당사는 9회의 방문 비용을 지불하고 진통 및 분만 비용도 지불합니다.	\$0



플랜이 비용을 부담하는 서비스	가입자가 부담해야 하는 항목
내구성 의료 장비(DME) 및 관련 의료용품 "내구성 의료 장비(DME)"의 정의는 <i>가입자 안내 책자</i>의 마지막 장을 참조하십시오. 저희가 보장하는 품목은 다음과 같습니다. • 전동 휠체어 등의 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(네블라이저) • 보행기 • 표준형 곡선 손잡이 또는 네발 지팡이, 교체 용품 • 경추 견인장치(문 위에 사용) • 골 자극기 • 투석 관리 장비 다른 항목도 보장될 수 있습니다. 본 혜택 안내는 다음 페이지에서 계속됩니다.	혈당 측정기: • 귀하는 FreeStyle® 혈당 측정기에 대해 \$0를 지불합니다. • 다른 모든 제조업체의 혈당 측정기를 \$0에 받으려면 서비스 제공자 또는 약사에게 Blue Shield TotalDual Plan 및 Medi-Cal 수혜자 ID 카드를 모두 제시하십시오.

플랜이 비용을 부담하는 서비스	가입자가 부담해야 하는 항목
가정용 의료 장비(DME) 및 관련 의료용품(계속) 저희는 Original Medicare가 보장하는 모든 의학적으로 필요한 DME를 보장합니다. 해당 지역의 서비스 제공자가 특정 브랜드 또는 제조업체의 제품을 취급하지 않을 경우, 특별 주문을 할 수 있는지 문의하실 수 있습니다. 허가 규칙이 적용될 수 있습니다. <i>내구성 의료 장비는 귀하 또는 귀하의 서비스 제공자가 비우선적 제공자가 제공하는 내구성 의료 장비를 요청하려는 경우 당사의 사전 승인("사전 승인"이라고 함)이 필요합니다.</i>	

플랜이 비용을 부담하는 서비스	가입자가 부담해야 하는 항목
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. 해외 보장.* 매년 미국 및 미국령 이외 지역에서 받은 응급 진료 또는 긴급 서비스에 대해 통합된 연간 한도는 없습니다. *미국 및 미국령 이외 지역에서의 서비스는 플랜의 최대 본인 부담액 한도에 적용되지 않습니다.	\$0 네트워크 외부 병원에서 응급 진료를 받고 응급 상황이 안정된 후 입원 진료나 필요한 경우, 진료를 계속 보장 받으려면 네트워크 병원으로 돌아와야 하거나, 또는 플랜에서 승인한 네트워크 외부 병원에서 입원 치료를 받아야 하고, 가입자의 비용은 네트워크 병원에서 가입자가 지불하는 부담금 수준이 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. 저희는 다음 서비스 비용을 부담합니다. • 가족 계획 검사 및 의학적 치료 • 가족 계획 연구 및 진단 검사 • 가족 계획 방법(IUC/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 저희는 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	\$0.

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 건강 유지에 도움이 되는 프로그램. 보장되는 서비스에 포함되는 사항: • 뉴스레터를 포함한 건강 교육 자료 • 교육 프로그램 • 다음과 같은 질환에 중점을 두는 교육 프로그램: ○ 고혈압 ○ 콜레스테롤 ○ 천식 ○ 특별 식단 • 다음을 포함한 건강과 생활방식을 개선하도록 짜여진 교육 프로그램: ○ 체중 관리 ○ 신체 단련 ○ 스트레스 관리 본 혜택 안내는 다음 페이지에서 계속됩니다.	뉴스레터를 포함한 건강 교육 자료에 대해 \$0. 플랜이 승인한 장소에서 제공되는 교육 프로그램에 대해 \$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스	가입자가 부담해야 하는 항목
 건강 및 건강증진 교육 프로그램(계속)* NurseHelp 24/7 하루 중 언제든지 등록 간호사와 일대일 비밀 온라인 대화를 나눌 수 있습니다. 의학적으로 문제가 있는 경우 무료 핫라인에 전화를 하면 등록 간호사가 우려 사항을 듣고 해결책을 찾도록 도와줄 것입니다. 1-877-304-0504(TTY: 711)번으로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 전화해 주십시오.	\$0
SilverSneakers® 피트니스 SilverSneakers는 피트니스 및 사회적 연결을 통해 보다 건강하고 활동적인 삶을 살 수 있도록 지원합니다. 가입자는 참여 위치¹에서 SilverSneakers를 통해 피트니스 혜택을 받을 수 있습니다. 특별히 계획된 그룹 운동 클래스²를 이끌어 갈 수 있는 강사가 진행합니다. 전국에 있는 네트워크 참여 지점¹에서 클래스²에 참여하면서 운동 장비와 기타 편의시설을 이용할 수 있습니다. 또한 SilverSneakers FLEX®는 기존 체육관(레크레이션 센터, 쇼핑몰, 공원 등) 외부에서도 활동할 수 있는 옵션을 제공합니다. 또한 SilverSneakers는 SilverSneakers LIVE™, SilverSneakers On-Demand™ 비디오 및 모바일 앱인 SilverSneakers GO™를 통해 지원 네트워크 및 가상 수업에 참여할 수 있는 옵션도 제공합니다. 또한 고령자를 위한 온라인 소셜 사이트인 Stitch³를 이용할 수 있으며, 여기에서 직접 및 온라인 활동 및 이벤트에 참여할 수 있습니다. 개인 SilverSneakers ID 번호만 있으면 시작할 수 있습니다. 혜택에 대해 더 자세히 알아보시려면 Silversneakers.com을 방문하거나, 1-888-423-4632 [TTY: 711]번으로 월요일 - 금요일, 8 a.m. - 8 p.m. (동부 시간)에 전화하십시오. 본 혜택 안내는 다음 페이지에서 계속됩니다.	\$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스	가입자가 부담해야 하는 항목
 건강 및 건강증진 교육 프로그램(계속)* 운동 프로그램을 시작하기 전 항상 의사와 상담하십시오. ¹참여 시설("PL")은 Tivity Health, Inc. 또는 그 계열사가 소유하고 있거나 운영하는 곳이 아닙니다. 참여 시설과 부대 시설의 이용은 참여 시설 멤버십의 약관 적용을 받습니다. 이용 가능한 시설과 부대 시설은 각 참여 시설마다 다릅니다. ²멤버십에는 SilverSneakers의 강사 주도 그룹 피트니스 클래스가 포함됩니다. 일부 시설은 회원들에게 추가의 클래스를 제공합니다. 클래스의 종류는 시설마다 다를 수 있습니다. ³Stitch는 제삼자 제공업체이며 Tivity Health 또는 그 계열사가 소유하거나 운영하지 않습니다. SilverSneakers 본 혜택 안내는 다음 페이지에서 계속됩니다.	

플랜이 비용을 부담하는 서비스	가입자가 부담해야 하는 항목
 건강 및 건강증진 교육 프로그램(계속)* 가입자가 Stitch 서비스를 이용하려면 인터넷 서비스가 있어야 합니다. 인터넷 서비스 요금은 SilverSneakers 가입자가 부담합니다. 개인 응급 대응 시스템(PERS) – 버튼만 누르면 주 7일 하루 24시간 언제든지 도움을 받을 수 있는 의료 모니터링 경보 시스템입니다. PERS 혜택은 LifeStation®이 제공하며 다음이 포함됩니다. • 개인 응급 대응 시스템 • 재택 시스템 또는 GPS/WiFi가 포함된 모바일 장치 중에서 선택 • 매월 모니터링 • 필요한 충전기 및 코드 PERS를 받고 서비스를 받기 시작하려면, LifeStation 팀에 주 7일 하루 24시간 언제든지 1-855-672-3269(TTY: 711)번으로 전화하시거나 blueshieldca.com/PERS를 방문하십시오. * 서비스는 플랜의 최대 본인 부담액 한도에 적용되지 않습니다.	\$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스	가입자가 부담해야 하는 항목
청력 서비스 의학적 치료의 필요 여부를 결정하기 위해 담당 주치의가 수행한 진단 청력 및 균형 평가가 의사, 청력학자 또는 기타 유자격 의료 제공자에 의해 제공되는 외래 진료로서 보장됩니다. - 정기(비 Medicare 보장) 청력 검사(PCP의 사전 승인 필요).* - 보청기* * 서비스는 플랜의 최대 본인 부담액 한도에 적용되지 않습니다.	- 가입자는 Medicare 보장 진단 청력 검사에 대해 \$0를 지불합니다. - 가입자는 매년 1회의 정기적 청력 검사에 대해 \$0를 지불합니다. - 가입자는 보청기 적합성/평가에 대해 \$0를 지불합니다. - 가입자는 2개의 보청기(모든 유형, 양쪽 귀의 보조 보청기)에 대해 \$0를 지불하고 연간 최대 보장 금액은 \$2,000입니다. 가격이 \$2,000를 초과하는 보청기를 선택하면 차액은 가입자가 지불합니다.

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. 임신부일 경우 플랜은 임신 기간 중 HIV 검사에 대해 최대 3회까지 비용을 부담합니다. 담당 의사가 권장한 추가의 HIV 선별검사도 보장합니다.	\$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	각 가정 건강 방문에 대해 \$0.

플랜이 비용을 부담하는 서비스	가입자가 부담해야 하는 항목
가정 주입 치료 플랜은 의약품 또는 생물학적 제제로서 정맥으로 투여되거나 피하로 적용되며 가정에서 제공되는 치료법의 비용을 보장합니다. 가정 주입 치료법을 위해 다음 품목이 필요합니다. • 항바이러스제 또는 면역 글로불린과 같은 의약품 또는 생물학적 제제 • 펌프와 같은 장비 및 • 튜브 또는 카테터와 같은 용품 당사 플랜은 다음과 같은 가정 주입 서비스를 보장합니다(이에만 국한되지 않음). • 귀하의 의료 플랜에 따라 제공되는 간호 서비스 등의 전문 서비스 • DME 혜택에 포함되어 있지 않은 가입자 교육 및 훈련 • 원격 모니터링 및 • 가정 주입 치료 제공을 위한 모니터링 서비스 및 적격 가정 주입 치료 제공자가 제공하는 가정 주입 의약품	보장되는 각 가정 주입 치료 방문에 대해 \$0.
가정 식사 배달 병원이나 전문 간호 시설(SNF)에서 퇴원한 후 보장: • 퇴원할 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 TotalDual Plan 고객 서비스부에 연락해 주십시오(전화번호는 본 문서 뒤표지에 인쇄되어 있습니다). * 서비스는 플랜의 최대 본인 부담액 한도에 적용되지 않습니다.	각각의 보장되는 가정 식사 배달에 대해 \$0.

호스피스 서비스 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. 가입자는 Medicare가 인증한 호스피스 프로그램을 통해 서비스를 이용할 수 있습니다. 플랜은 Medicare 인증 호스피스 프로그램을 찾는 것을 지원해야 합니다. 호스피스 의사는 네트워크 서비스 제공자이거나 네트워크 외부 서비스 제공자일 수 있습니다. 당사 플랜은 귀하가 호스피스 서비스를 받는 동안 다음에 대해 비용을 지불합니다. • 증상과 통증을 치료하기 위한 의약품 • 단기 임시 간호 • 가정 건강 관리 호스피스 서비스와 Medicare 파트 A 및 B로 보장되는 서비스는 Medicare로 청구됩니다. • 보다 자세한 사항은 본 장의 F절을 참고해 주십시오. 당사 플랜이 보장하지만 Medicare 파트 A 또는 B가 보장하지 않는 서비스: • 당사 플랜은 Medicare 파트 A 또는 B로 보장되지 않는 플랜 보장 서비스를 보장합니다. 저희는 가입자의 말기 예후와의 관련성 여부와 관계없이 서비스를 보장합니다. 가입자는 이러한 서비스에 대해 비용을 부담하지 않습니다. 당사 플랜의 Medicare 파트 D 혜택으로 보장될 수 있는 약: • 의약품은 호스피스와 당사의 플랜 모두가 동시에 보장하지는 않습니다. 자세한 정보는 <i>가입자 안내 책자</i>의 5장을 참조해 주십시오. 참고: 비 호스피스 서비스가 필요한 경우, 케어 코디네이터에게 연락하여 서비스를 정하십시오. 비 호스피스 서비스는 말기 예후와 관련이 없는 서비스입니다. <i>저희 플랜은 호스피스 혜택을 선택하지 않은 말기 질환 가입자를 위한 호스피스 상담 서비스(1회) 비용을 보장합니다.</i>	\$0.
--	-------------

플랜이 비용을 부담하는 서비스	가입자가 부담해야 하는 항목
 예방접종 저희는 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 • COVID-19 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 가입자 안내 책자의 6장을 참조하십시오. 또한 저희 플랜은 예방접종 자문위원회(ACIP)가 권장하는 성인을 위한 모든 백신을 부담합니다.	Medicare 파트 B 보장 예방 접종에 대해 \$0.

플랜이 비용을 부담하는 서비스	가입자가 부담해야 하는 항목
입원환자 병원 진료 저희 플랜은 다음 서비스 비용을 부담하며 여기에 열거되지 않은 다른 의학적으로 필요한 서비스 비용도 부담할 수 있습니다. • 2인실(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 • 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. 네트워크 소속 이식 서비스가 치료 커뮤니티 의료 제공 방식과 다른 경우, 현지 이식 서비스 제공자가 Original Medicare 요율을 수락한다면 현지 서비스를 이용할 수 있습니다. Blue Shield TotalDual Plan이 이식 치료 패턴을 벗어난 장소에서 이식 서비스를 제공하고 본 혜택 안내는 다음 페이지에서 계속됩니다.	\$0 응급 상황이 안정화된 후 네트워크 외부 병원에서 입원환자 진료를 받으려면 당사 플랜의 승인을 받아야 합니다.

플랜이 비용을 부담하는 서비스	가입자가 부담해야 하는 항목
입원환자 병원 진료(계속) - 그리고 가입자가 이 원거리 장소에서 이식 서비스를 받기로 결정하는 경우, 저희는 귀하와 동행인을 위해 적절한 숙박과 교통편을 제공해드리거나 아니면 해당 비용을 지급해드릴 것입니다. † - 혈액(보관 및 관리 포함) - 의사 서비스 참고: 입원환자가 되려면 귀하의 담당 서비스 제공자가 입원환자로 정식으로 입원하라는 지시서를 작성해야 합니다. 병원에 실제 입원한 경우에도 "외래환자"로 간주될 수 있습니다. 본인이 입원환자인지 외래환자인지 확실하지 않다면 병원 직원에게 문의해야 합니다. 또한 보다 자세한 정보를 "Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!"(Medicare에 가입자의 입원환자 또는 외래환자의 여부 확인)라는 Medicare 안내서에서 확인하실 수 있습니다. 이 안내서는 웹 사이트 https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf에서 확인하시거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 전화하여 요청하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 연락해 주십시오. 이 번호로 주 7일, 하루 24시간 무료로 통화하실 수 있습니다. †이식은 담당 의사 또는 기타 네트워크 서비스 제공자가 당사로부터 사전 승인("사전 승인"이라고도 함)을 받은 경우에만 보장됩니다.	

플랜이 비용을 부담하는 서비스	가입자가 부담해야 하는 항목
정신 병원의 입원 환자 서비스 플랜은 입원이 필요한 정신 건강 관리 서비스의 비용을 부담합니다. • 독립적인 정신병원에서 입원환자 서비스를 받아야 할 경우, 플랜은 처음 190일 동안 비용을 부담합니다. 그 후, 지역 카운티 정신 건강 기관이 의학적으로 필요한 입원 환자 정신과 서비스에 대한 비용을 지불합니다. 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.	\$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 저희는 합리적이지 않고 의학적으로 필요하지 않은 경우 입원환자 입원 비용을 지불하지 않습니다. 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. 다음의 전체 또는 일부를 교체하는 장치가 있습니다. ○ 내부 신체 장기(근접하 조직 포함), 또는 ○ 기능을 전혀 하지 않거나 제대로 기능을 안 하는 내부 신체 장기의 기능. • 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	\$0



플랜이 비용을 부담하는 서비스	가입자가 부담해야 하는 항목
신장병 서비스 및 의료용품 저희는 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. 당사 플랜은 최대 6회까지 신장병 교육 서비스 세션 비용을 부담합니다. • 외래환자 투석 치료, <i>가입자 안내 책자의 3장에서</i> 설명된 바와 같이 일시적으로 서비스 지역을 벗어난 경우의 투석 치료 포함 또는 이 서비스의 제공업체를 일시적으로 이용할 수 없거나 접근할 수 없는 경우. • 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.	\$0



플랜이 비용을 부담하는 서비스	가입자가 부담해야 하는 항목
 폐암 검사 당사 플랜에서는 가입자가 다음과 같은 경우 12개월마다 폐암 검사 비용을 부담합니다. • 나이가 50-77세 사이 및 • 의사 또는 기타 유자격 서비스 제공자와의 상담과 공동의 의사결정 방문 및 • 폐암의 징후나 증상 없이 지난 20년 동안 하루 한 갑 이상 담배를 피운 적이 있거나 현재 담배를 피우고 있거나 지난 15년 이내에 담배를 끊은 경우 처음 검사 후 당사 플랜은 의사 또는 기타 유자격 서비스 제공자로부터 서면 지시가 있으면 매년 다른 검사 비용을 부담합니다.	\$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. 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 추천을 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.	\$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스	가입자가 부담해야 하는 항목
 Medicare 당뇨병 예방 프로그램(MDPP) 당사 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 유지 방법.	\$0
Medicare 파트 B 처방약 이러한 약은 Medicare의 파트 B로 보장됩니다. 당사 플랜이 비용을 지불하는 약: • 일반적으로 본인이 직접 투약하지 않으며 의사, 병원 외래환자 또는 외래 수술 센터 서비스를 통해 주사 또는 투약되는 의약품 • 당사 플랜이 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 <i>본 혜택 안내는 다음 페이지에서 계속됩니다.</i>	\$0 (Blue Shield TotalDual Plan ID 카드와 의료 혜택 ID 카드를 모두 의사 또는 약국에 제시)

플랜이 비용을 부담하는 서비스	가입자가 부담해야 하는 항목
Medicare 파트 B 처방약(계속) • 헤파린, 헤파린 해독제(의학적으로 필요한 경우), 국소 마취제, 적혈구 생성 자극제(예: Epoetin Alfa, Aranesp® 또는 Darbepoetin Alfa) 등을 포함한 가정 투석을 위한 특정 의약품 • 주요 면역 결핍증의 가정 치료를 위한 IV 면역 글로불린 저희는 Medicare 파트 B, 파트 D 처방약 혜택에 따른 다른 백신도 보장합니다. 가입자 안내 책자의 5장에서는 외래환자 처방약 혜택에 대해 설명합니다. 또한 처방약 보장을 받기 위해 가입자가 따라야 하는 규칙에 대해서도 설명합니다. 가입자 안내 책자의 6장에는 당사 플랜을 통해 제공되는 외래환자 처방약에 대해 가입자가 부담하는 금액을 설명합니다.	

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. • 2인실(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). • 병원에서 퇴원할 때 배우자 또는 동거인이 거주하고 있는 간호 시설.	
 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(OTP) 서비스 당사 플랜은 오피오이드 남용(ODU)을 치료하기 위한 다음 서비스 비용을 지불합니다. • 흡입 행위 • 주기적 평가 • 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 <i>서비스에 허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 반드시 서비스 제공자와 상담하여 진료 추천을 받아야 합니다.</i>	\$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 파악하는 데 도움이 됩니다. ○ 경우에 따라 병원에서 밤을 보내도 "외래환자"가 되는 경우가 있을 수 있습니다. ○ 이 안내서(www.medicare.gov/media/11101)에서 입원환자 또는 외래환자에 대한 자세한 정보를 확인할 수 있습니다. • 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 • 혜택 차트에서 나열된 예방 검사와 서비스 • 본인이 직접 투약할 수 없는 일부 의약품 참고: 서비스 제공자가 가입자에게 입원환자로 병원에 입원하도록 서면으로 지시한 경우가 아니라면 외래환자이며 외래환자 병원 서비스에 대한 부담액을 지불합니다. 병원에 실제 입원한 경우에도 "외래환자"로 간주될 수 있습니다. 본인이 외래환자인지 확실치 않다면 병원 직원에게 문의해야 합니다. 본 혜택 안내는 다음 페이지에서 계속됩니다.	\$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스	가입자가 부담해야 하는 항목
외래환자 병원 서비스(계속) 또한 보다 자세한 정보를 "Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!"(Medicare에 가입자의 입원환자 또는 외래환자의 여부 확인)라는 Medicare 안내서에서 확인하실 수 있습니다. 이 안내서는 웹 사이트 https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf에서 확인하시거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 전화하여 요청하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 연락해 주십시오. 이 번호로 주 7일, 하루 24시간 무료로 통화하실 수 있습니다. <i>서비스에 허가 규칙이 적용될 수 있습니다. 반드시 서비스 제공자와 상담하여 진료 추천을 받아야 합니다.</i>	

플랜이 비용을 부담하는 서비스	가입자가 부담해야 하는 항목
외래환자 정신 건강 관리 당사 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 또는 집중 외래환자 프로그램 • 개별 및 단체 정신 건강 평가 및 치료 • 정신 건강 결과를 평가하도록 임상적 지시가 있는 경우, 정신건강 검사	각 개인 또는 그룹 치료 방문에 대해 \$0.
• 약물 치료 관리를 위한 외래환자 서비스 • 외래환자 검사, 의약품, 의료용품 및 보충제 • 정신질환 상담	



플랜이 비용을 부담하는 서비스	가입자가 부담해야 하는 항목
외래환자 재활 서비스 당사 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.	\$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 임상가와 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	각 개인 또는 그룹 치료 방문에 대해 \$0.
외래환자 수술 저희 플랜은 병원 외래환자 시설과 외래 수술 센터에서의 외래환자 수술 및 서비스 비용을 부담합니다. 참고: 병원 시설에서 수술을 받을 경우, 자신이 입원환자인지, 외래환자가 될지를 서비스 제공자에게 확인해야 합니다. 서비스 제공자가 가입자에게 입원환자로 병원에 입원하도록 서면으로 지시한 경우가 아니라면 외래환자이며 외래환자 수술에 대한 분담액을 지불합니다. 병원에 실제 입원한 경우에도 "외래환자"로 간주될 수 있습니다.	외래 수술 센터 및 외래환자 병원 시설 방문당 \$0.

플랜이 비용을 부담하는 서비스	가입자가 부담해야 하는 항목
비처방(OTC) 품목 가입자는 OTC 약 및 OTC 카탈로그에 수록된 용품에 대해 분기마다 \$210의 보조금을 지급받을 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 blueshieldca.com/medicareOTC에서 온라인으로 확인할 수 있습니다. 품목 주문은 (888)-628-2770 [TTY: 711]번으로 월요일 - 금요일, 9:00 a.m. - 5:00 p.m.에 전화하거나 blueshieldca.com/medicareOTC에서 온라인으로 할 수 있습니다. 주문한 품목은 추가 비용 없이 가입자에게 배송됩니다. 배송까지 영업일로 약 14일이 소요될 수 있습니다. 이 혜택은 매 분기의 첫날(1월 1일, 4월 1일, 7월 1일, 10월 1일)에 적용됩니다. 분기당 2회 주문할 수 있으며 미사용 보조금은 다음 분기로 이월할 수 없습니다. 일부 제한이 적용됩니다. 자세한 내용은 OTC 카탈로그를 참조해 주십시오. * 서비스는 플랜의 최대 본인 부담액 한도에 적용되지 않습니다.	\$0.

플랜이 비용을 부담하는 서비스	가입자가 부담해야 하는 항목
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.	\$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스	가입자가 부담해야 하는 항목
의사 진료소 방문을 포함한 의사/서비스 제공자의 서비스 저희는 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 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. ○ 자세한 내용은 의료 혜택 차트의 "기타 원격 의료 서비스"절을 참조하십시오. • 병원 투석 센터 또는 중환자 병원 내 신장 투석 센터, 신장 투석 시설 또는 자택에서 가정 투석 가입자에 대해 매월 말기 신장 질환(ESRD) 관련 방문을 위한 원격 의료 서비스 본 혜택 안내는 다음 페이지에서 계속됩니다.	\$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스	가입자가 부담해야 하는 항목
의사 진료소 방문을 포함한 의사/서비스 제공자의 서비스(계속) • 뇌졸중의 증상을 진단, 평가 또는 치료하기 위한 원격 의료 서비스 • 약물 남용 장애 또는 동시 발생한 정신 건강 문제가 있는 가입자들 위한 원격 의료 서비스 • 다음과 같은 경우 정신 건강 장애의 진단, 평가 및 치료를 위한 원격 의료 서비스: ○ 첫 번째 원격 의료 방문 전 6개월 이내에 직접 방문한 경우 ○ 이러한 원격 의료 서비스를 받는 동안 12개월마다 직접 방문한 경우 ○ 특정 상황에서는 위의 사항에 대한 예외가 있을 수 있습니다. • Rural Health Clinics 및 Federally Qualified Health Centers에서 제공하는 정신 건강 방문을 위한 원격 의료 서비스. • 다음 경우에 대해 5-10분 동안 의사와 온라인으로 간단한 점검(예: 전화 또는 비디오 채팅을 통해) ○ 가입자가 재진 환자이고 ○ 간단한 점검이 지난 7일간 있었던 진료소 방문과 관련이 없는 사안에 대한 것이며 ○ 간단한 점검이 향후 24시간 이내 또는 더 일찍 일어나야 할 진료소 방문을 야기하지 않는 경우 • 다음 조건에서, 가입자가 담당 의사에게 발송한 비디오 및/또는 이미지에 대한 평가 및 해석과 24시간 내 후속 조치: ○ 가입자가 재진 환자이고 <i>본 혜택 안내는 다음 페이지에서 계속됩니다</i>	

플랜이 비용을 부담하는 서비스	가입자가 부담해야 하는 항목
의사 진료소 방문을 포함한 의사/서비스 제공자의 서비스(계속) ○ 평가가 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 <i>다른 '네트워크 서비스 제공자'의</i> 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	
발 질환 진료 서비스 저희는 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 ● 정기 발 관리(비 Medicare 보장)*	\$0
 전립선암 선별 검사 50세 이상 남성의 경우, 저희는 12개월마다 다음 서비스 비용을 1회 부담합니다. ● 디지털 직장 검사 ● 전립선 특이항원(PSA) 검사	\$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 비용을 부담합니다. 저희는 교정 장치를 수리 또는 교체하는 비용도 부담합니다. 백내장 제거 또는 백내장 수술을 한 후 일부 보장을 제공합니다. 자세한 내용은 이 차트 뒷부분의 "안과 진료"를 참조하십시오.	\$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. 저희는 호흡기 의존 환자의 경우, 호흡기 서비스 비용을 부담합니다.	\$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. 저희는 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 제공자 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) • 병원에서 퇴원할 때 배우자 또는 동거인이 거주하고 있는 간호 시설	\$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스	가입자가 부담해야 하는 항목
감독하의 운동 치료(SET) 저희는 대증적 말초동맥질환(PAD)을 가졌으며 PAD 치료를 담당하는 의사로부터 PAD 진료 추천을 받은 가입자의 SET 비용을 부담합니다. 당사 플랜이 지급하는 대상: • 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 자격자가 진행 • 의사, 기본 및 고급 생명 유지 기술을 교육 받은 의사 보조원 또는 전문 간호사/임상 전문 간호사의 직접적인 감독 하에 실시 SET는 12주 동안 36회 이상 보장될 수 있으며, 의료 서비스 제공자가 의학적으로 필요하다고 판단할 경우 연장 기간에 추가로 36회의 세션이 보장될 수 있습니다.	\$0

플랜이 비용을 부담하는 서비스	가입자가 부담해야 하는 항목
교통편: 비용급 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 서비스에 따라 사전 허가가 필요할 수 있습니다. 참고: 교통편 준비는 Call Car에서 처리합니다. 가입자는 Call the Car에 (855) 200-7544[TTY: 711]번으로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 전화할 수 있습니다. 교통편 준비는 최소 24시간 전에 해야 합니다. Call Car는 Blue Shield TotalDual Plan 가입자가 의료 교통편을 조정하기 위해 이용할 수 있는 모바일 애플리케이션(CTC-Go)을 제공합니다. CTC-Go를 이용하면 향후 또는 과거 예약을 심사하고, 차량을 평가하며, 운전자를 추적하고, 기존 예약을 취소하며, 새로 예약할 수 있습니다. CTC-Go는 iOS 및 Android에서 사용할 수 있습니다. 앱 스토어에서 "CTC-Go"를 검색하고 애플리케이션을 다운로드합니다. <i>* 서비스는 플랜의 최대 본인 부담액 한도에 적용되지 않습니다.</i>	\$0.

플랜이 비용을 부담하는 서비스	가입자가 부담해야 하는 항목
교통편: 비의료 교통편 이 혜택으로 승용차, 택시 또는 기타 대중/개인 교통편을 사용하여 의료 서비스 장소까지 이동할 수 있습니다. 치과 예약 및 처방약 수령 등 필요한 의학적 서비스를 받기 위해 교통편이 필요합니다. 이 혜택은 비응급 의료 교통편 혜택을 제한하지 않습니다.	\$0.
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. 그러나 네트워크 서비스 제공자에게 연락할 수 없는 경우 네트워크 외부 서비스 제공자를 이용할 수 있습니다(예: 가입자가 플랜의 서비스 지역 외부에 있어서 네트워크 서비스 제공자를 방문할 수 없는 경우). 해외 보장.* 미국 및 미국령 이외 지역에서 받은 응급 진료 또는 긴급 서비스에 대해 통합된 연간 한도는 없습니다. 미국 및 미국령 이외 지역에서의 서비스는 플랜의 최대 본인 부담액 한도에 적용되지 않습니다. * 서비스는 플랜의 최대 본인 부담액 한도에 적용되지 않습니다.	\$0.

플랜이 비용을 부담하는 서비스	가입자가 부담해야 하는 항목
안과 진료* 저희는 다음 서비스 비용을 부담합니다. • 정기 눈 검사 • 콘택트 렌즈 또는 안경(안경테 및 렌즈) <i>정기 안과 검사 및 자료를 이용하려면 사전 승인(사전 승인)이 필요합니다. 안과 명부를 이용하거나 blueshieldca.com/find-a-doctor에서 Vision Service Plan(VSP) (Blue Shield Vision Plan Administrator) 네트워크와 제휴한 서비스 제공자를 찾으십시오.</i> * 서비스는 플랜의 최대 본인 부담액 한도에 적용되지 않습니다. 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 발병 위험이 높은 사람에는 다음이 포함됩니다. • 녹내장 가족력이 있는 사람 • 당뇨병 환자 • 50세 이상의 아프리카계 미국인 • 65세 이상인 히스패닉계 미국인	귀하는 연 1회의 검사에 대해 \$0를 지불합니다. 귀하는 매년 최대 \$350 가격의 콘택트렌즈 또는 안경 한 벌(안경테와 렌즈) 중 하나에 대해 \$0의 자기부담금을 지불합니다. 가격이 \$350 이상인 콘택트렌즈 또는 안경(안경테 및 렌즈)을 선택하는 경우, 그 차액은 귀하가 부담하게 됩니다.

플랜이 비용을 부담하는 서비스	가입자가 부담해야 하는 항목
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.	
 "메디케어 최초 가입자" 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

정기 치과 혜택 시술 차트

본 플랜의 모든 가입자에게 정기 치과 혜택이 제공됩니다.

다음의 **정기 치과 시술 차트**는 정기 치과 혜택이 보장하는 특정 치과 시술 및 그러한 시술 비용을 보여줍니다. 열거된 서비스는 네트워크 소속 면허를 가진 치과의사가 제공하고 일반적으로 인정되는 치과 시술 표준에 따라 필요하고 관행적인 경우 보장됩니다.

중요: 열거되어 있지 않은 시술은 보장되지 않음에 유의하십시오.

중요: 일부 치과 서비스는 어떤 조건에서는(예외/제외라고도 함) 보장되지 않으며 일부 치과 서비스는 특정 조건에서만(제한이라고도 함) 보장됩니다. 자세한 정보를 원하신다면 본 혜택 차트 이후 이어지는 "일반적 제한" 및 "일반적 예외"를 참조하십시오.

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.

특정하고 긴급한 통증이 있는 또는 감염성 급성 치과 질환을 치료하는 데 필요한 특정 치과 시술의 경우 또는 전문적으로 인정된 표준 치료법과 일관된 방식으로 제공될 때 혜택이 제공됩니다. 플랜은 보장 결정을 위해 위의 질환에 대해 제출된 문서를 플랜 치과 의사를 시켜 행정적으로 검토할 권리를 보유합니다.

급성 통증 또는 감염으로 인해 특징적으로 나타나는 질환은 다음과 같습니다.

- 즉각적 치근관 시술을 요하는 급성 통증
- 발치 또는 치아 제거 및/또는 절개 및 배농술을 요하는 급성 통증
- 응급 치근막 시술을 요하는 급성 치주 농양.

응급성 수복 치료에는 다음이 포함됩니다.

- (기본 수복) 충전으로 시작되었으나 수복 과정에서 발견된 부패/균열의 정도로 인해 복원을 진행 중인 치아는 이제 (주요 수복) 주조 치관이 이식되도록 해야 합니다.

서비스가 현재의 치과 용어를 토대로 미국 치과 협회(ADA) 시술 코드와 함께 수록되어 있습니다. ADA 코드를 사용하기 위해서는 연방법에 따라 치과 시술을 보고해야 합니다. 시술 코드는 ADA에서 가끔 수정하기도 합니다. 따라서 플랜은 법의 요구에 따라 이러한 코드를 수정하는 경우도 있습니다. 갱신된 ADA 코드 목록을 받으시려면 치과 플랜 관리자(DPA) 고객 서비스부 전화 **(866) 247-2486[TTY: 711]**번으로 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일(휴일 제외), 4월 1일부터 9월 30일까지는 평일 8 a.m. - 8 p.m. 사이에 연락해 주십시오.

ADA 코드	귀하가 보장 받는 서비스에 대한 ADA 설명	가입자가 부담해야 하는 항목
진단 서비스		
D0150	포괄적 구강 평가 - 신규 또는 기존 환자	\$0
D0171	재평가, 수술 후 진료소 방문	\$0
D0190	환자 검사	\$0
D0191	환자 평가	\$0
D0251	구외 후방 치아 방사선 촬영 영상	\$0
D0415	배양 및 민감성을 알기 위한 미생물 수탁	\$0
D0425	우식증 민감성 검사	\$0
D0460	치수 활력 검사	\$0
D0470	진단 모형	\$0

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 원하시면



www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.

ADA 코드	귀하가 보장 받는 서비스에 대한 ADA 설명	가입자가 부담해야 하는 항목
D0472	조직 가생, 육안 검사, 서면 보고서 작성 및 전달	\$0
D0473	조직 가생, 육안 및 현미경 검사, 서면 보고서 작성 및 전달	\$0
D0474	조직 가생, 육안 및 현미경 검사, 질병 존재 여부를 알기 위한 수술 절제면 평가 포함, 서면 보고서 작성 및 전달	\$0
예방적 서비스		
D1110	치면세마 – 성인	\$0
D1206	불소 바니시 국소 도포	\$0
D1208	불소 국소 도포 - 바니시 제외	\$0
D1353	치아 홈 메우기 처치 - 치아당	\$10
D1520	보격 장치 - 가철성 – 편측성 – 4분악당	\$70
수복 서비스		
D2140	아말감 - 한 개의 면, 유치 또는 영구치	\$0
D2510	인레이 - 금속 - 한 개의 면	\$170
D2520	인레이 - 금속 - 두 개의 면	\$180
D2530	인레이 - 금속 - 세 개 이상의 면	\$190
D2542	온레이 - 금속 - 두 개의 면	\$185
D2543	온레이 - 금속 - 세 개의 면	\$195
D2544	온레이 - 금속 - 네 개 이상의 면	\$215
D2610	인레이 - 도재/세라믹 - 한 개의 면	\$295
D2620	인레이 - 도재/세라믹 - 두 개의 면	\$330
D2630	인레이 - 도재/세라믹 - 세 개 이상의 면	\$350
D2642	온레이 - 도재/세라믹 - 두 개의 면	\$325
D2643	온레이 - 도재/세라믹 - 세 개의 면	\$360
D2644	온레이 - 도재/세라믹 - 네 개 이상의 면	\$380
D2650	인레이 - 컴포짓/수지 - 한 개의 면	\$195
D2651	인레이 - 컴포짓/수지 - 두 개의 면	\$220
D2652	인레이 - 컴포짓/수지 - 세 개 이상의 면	\$255
D2662	온레이 - 컴포짓/수지 - 두 개의 면	\$250
D2663	온레이 - 컴포짓/수지 - 세 개의 면	\$275
D2664	온레이 - 컴포짓/수지 - 네 개 이상의 면	\$320
D2720	치관 - 고귀금속 수지	\$320
D2722	치관 - 귀금속 수지	\$260
D2750	치관 - 도재 외장 고귀금속	\$380

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 원하시면



www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.

ADA 코드	귀하가 보장 받는 서비스에 대한 ADA 설명	가입자가 부담해야 하는 항목
D2752	치관 - 도재 외장 귀금속	\$320
D2753	치관 - 도재 외장 티타늄 및 티타늄 합금	\$380
D2780	치관, 3/4 주조 고귀금속	\$380
D2782	치관, 3/4 주조 귀금속	\$320
D2790	치관 - 완전 주조 고귀금속	\$380
D2792	치관 - 완전 주조 귀금속	\$320
D2794	치관 - 티타늄	\$380
D2921	치아 피절, 절단면 또는 교두 재정착	\$50
D2929	조립식 도재/세라믹 치관 - 유치 - 전치	\$75
D2940	보호 복원	\$0
D2981	수복 재료 실패로 필요한 인레이 수리	\$25
D2982	수복 재료 실패로 필요한 온레이 수리	\$25
D2983	수복 재료 실패로 필요한 비니어 수리	\$25
근관 치료 서비스		
D3110	치수 복조 - 직접(최종 수복 제외)	\$0
D3331	근관 폐쇄 치료; 비외과적 접근	\$0
D3333	천공 결함의 내측 치아 수리	\$50
D3346	기존의 치근관 치료 재치료 - 전치	\$0
D3348	기존의 치근관 치료 재치료 - 대구치	\$0
D3353	치근단형성술/재석회화 - 마지막 방문(완료된 치근단 포함)	\$80
D3450	치근 절단 - 치근당	\$85
D3920	치아 편측 절단술(모든 치근 제거 포함), 치근관 치료 제외	\$150
치주 서비스		
D4212	수복 시술을 가능하게 하기 위한 치은절제수술 또는 치은성형술, 치아당	\$85
D4240	잇몸 치주 판막 술식, 치근 활택술 포함 - 네 개 이상의 인접한 치아 또는 4분악당 치아로 둘러싸인 공간	\$150
D4241	잇몸 치주 판막 술식, 치근 활택술 포함 - 한 개에서 세 개 사이의 인접한 치아 또는 4분악당 치아로 둘러싸인 공간	\$225
D4245	근단 변위 판막술	\$75
D4260	골수술(거상 및 폐쇄 포함) - 네 개 이상의 인접한 치아 또는 4분악당 치아로 둘러싸인 공간	\$0
D4263	골 대체 이식 - 자연 치아 유지 - 4분악의 첫 번째 부위	\$225
D4264	골 대체 이식 - 자연 치아 유지 - 4분악의 각 추가 부위	\$80
D4270	유경 연조직 이식술	\$225

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 원하시면



www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.

ADA 코드	귀하가 보장 받는 서비스에 대한 ADA 설명	가입자가 부담해야 하는 항목
D4274	근심/원위 치주수술, 단일 치아(같은 부위에서 외과 시술과 함께 시행되지 않을 때)	\$225
D4277	유리 연조직 이식술(이식골 공여 수술 부위 포함), 이식 시 첫 번째 치아, 임플란트 또는 치아가 없는 치아	\$295
D4278	유리 연조직 이식술(이식골 공여부위 수술 포함), 동일한 이식 부위에 있는 각각의 추가된 인접한 치아, 임플란트 또는 치아가 없는 치아 위치	\$295
D4921	잇몸 세척 - 4분약당	\$0
치과 보철 서비스 (가철성)		
D5110	완전 의치 - 위턱	\$0
D5221	즉시 위턱 부분 의치 - 수지 기반	\$365
D5222	즉시 아래턱 부분 의치 - 수지 기반	\$365
D5223	즉시 위턱 부분 의치 - 수지 의치 기반 주조 금속 프레임	\$415
D5224	즉시 아래턱 부분 의치 수지 의치 기반 주조 금속 프레임	\$415
D5225	위턱 부분 의치 - 연성 기반(유지성/겔쇠 소재, 받침 및 치아 포함)	\$180
D5226	아래턱 부분 의치 - 연성 기반(유지성/겔쇠 소재, 받침 및 치아 포함)	\$180
D5670	주조 금속 프레임의 모든 치아 및 아크릴 교체(위턱)	\$100
D5671	주조 금속 프레임의 모든 치아 및 아크릴 교체(아래턱)	\$100
D5710	상악 완전 의치 개상	\$100
D5711	하악 완전 의치 개상	\$100
D5720	상악 부분 의치 개상	\$100
D5721	하악 부분 의치 개상	\$110
D5820	가국소 의치(유지성/겔쇠 소재, 받침 및 치아 포함), 상악 필수 갈고리 및 받침 포함.	\$380
D5821	가국소 의치(유지성/겔쇠 소재, 받침 및 치아 포함), 하악. 필수 갈고리 및 받침 포함.	\$320
치과 보철 서비스 (고정성)		
D6210	가공치 - 주조 고귀금속	\$380
D6212	가공치 - 주조 귀금속	\$320
D6240	가공치 - 도재 외장 고귀금속	\$320
D6242	가공치 - 도재 외장 귀금속	\$320
D6243	가공치 - 도재 외장 티타늄 및 티타늄 합금	\$260

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 원하시면



www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.

ADA 코드	귀하가 보장 받는 서비스에 대한 ADA 설명	가입자가 부담해야 하는 항목
D6250	가공치 - 고귀금속 수지	\$330
D6252	가공치 - 귀금속 수지	\$350
D6600	유지장치 인레이 - 도재/세라믹, 두 개의 면	\$280
D6601	유지장치 인레이 - 도재/세라믹, 세 개 이상의 면	\$290
D6602	유지장치 인레이 - 주조 고귀금속, 두 개의 면	\$180
D6603	유지장치 인레이 - 주조 고귀금속, 세 개 이상의 면	\$190
D6604	유지장치 인레이 - 주조 대부분 비금속, 두 개의 면	\$210
D6605	유지장치 인레이 - 주조 대부분 비금속, 세 개 이상의 면	\$220
D6606	유지장치 인레이 - 주조 귀금속, 두 개의 면	\$325
D6607	유지장치 인레이 - 주조 귀금속, 세 개 이상의 면	\$360
D6608	유지장치 온레이 - 도재/세라믹, 두 개의 면	\$285
D6609	유지장치 온레이 - 도재/세라믹, 세 개 이상의 면	\$295
D6610	유지장치 온레이 - 주조 고귀금속, 두 개의 면	\$185
D6611	유지장치 온레이 - 주조 고귀금속, 세 개 이상의 면	\$195
D6612	유지장치 온레이 - 주조 대부분 비금속, 두 개의 면	\$205
D6613	유지장치 온레이 - 주조 대부분 비금속, 세 개 이상의 면	\$225
D6614	유지장치 온레이 - 주조 귀금속, 두 개의 면	\$320
D6615	유지장치 온레이 - 주조 귀금속, 세 개 이상의 면	\$260
D6720	유지장치 치관 - 고귀금속 수지	\$380
D6722	유지장치 치관 - 귀금속 수지	\$320
D6750	유지장치 치관 - 도재 외장 고귀금속	\$380
D6752	유지장치 치관 - 도재 외장 귀금속	\$380
D6753	유지장치 치관 - 도재 외장 티타늄 및 티타늄 합금	\$320
D6780	유지장치 치관 - 3/4 주조 고귀금속	\$380
D6782	유지장치 치관 - 3/4 주조 귀금속	\$380
D6784	유지장치 치관 ¾ -티타늄 및 티타늄 합금	\$320
D6790	유지장치 치관 - 완전 주조 고귀금속	\$45
D6792	유지장치 치관 - 완전 주조 귀금속	\$320
D6940	완압장치	\$45
구강 및 악안면 수술 서비스		
D7111	발치, 관상 잔존 부분 - 유치	\$0
D7140	발치, 맹출 치아 또는 밑둥이 드러난 치아(거상 및/또는 집계 제거)	\$0
D7210	발치, 골 제거, 치아 절개를 필요로 하며, 점막성 골막판의 거상을 포함하는 맹출 치아	\$0

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 원하시면



www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.

ADA 코드	귀하가 보장 받는 서비스에 대한 ADA 설명	가입자가 부담해야 하는 항목
D7220	매복 치아 제거 - 연조직	\$0
D7241	매복 치아 제거 - 완전 골, 특이 외과적	\$0
D7251	치관절제술 -의도적 부분 치아 제거	\$130
D7282	맹출을 돕기 위한 맹출 치아 또는 잘못 식립된 치아의 가동화	\$90
D7510	절개 및 배농술 - 구강 내 연조직	\$0
치열 교정 서비스		
D8010	젓니의 제한적 종합 교정	\$1,150
D8040	성인기 치열의 제한적 종합 교정 - 성인	\$1,350
D8090	성인기 치열의 포괄적 종합 교정 - 성인	\$2,100
보조적 일반 서비스		
D9311	의료 보건 전문가와의 상담	\$0
D9450	상세한 사례 설명 및 광범위한 치료 계획	\$0
D9932	가철성 완전 의치의 세척 및 점검, 위턱	\$0
D9933	가철성 완전 의치의 세척 및 점검, 아래턱	\$0
D9934	가철성 부분 의치의 세척 및 점검, 위턱	\$0
D9935	가철성 부분 의치의 세척 및 점검, 아래턱	\$0
D9943	교합 조정	\$10
D9944	교합 보호장치 - 경교정장치, 전체 치열궁	\$100
D9945	교합 보호장치 - 연교정장치, 전체 치열궁	\$100
D9946	교합 보호장치 - 경교정장치, 부분 치열궁	\$100
D9975	가정 도포용 외부 미백, 치열궁당; 개인용 틀의 재료 및 조립을 포함합니다 - 2주 간의 자가 치료 동안 1개의 미백 틀과 젤로 제한됨	\$125
D9986	예약 놓침 - 24시간 통지 없음 - 예약 시간 15분당	\$10
D9987	예약 취소 - 24시간 통지 없음 - 예약 시간 15분당	\$10

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 원하시면



www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.

참고: 귀하가 비 Medicare 보장 응급 치과 서비스를 필요로 하지 않는 한, 열거된 가입자 비용 부담 금액은 귀하가 네트워크 소속 치과의사로부터 치과 서비스를 받을 때에만 적용됩니다("메디케어 비보장 응급 치과 진료" 참조)

참고: Blue Shield는 매년 Medicare와 계약을 맺고 있어 이러한 정기 치과 혜택은 내년에 제공되지 않을 수 있습니다.

정기 치과 진료 받기

서론

Blue Shield의 치과 플랜은 계약된 치과의사 네트워크를 통해 치과 서비스 이행을 관리하고자 Blue Shield와 계약을 맺은 기관인 치과 플랜 관리자(DPA)가 운영합니다. 본 치과 섹션에 나와 있는 정보에 대해 궁금한 점이 있거나 지원이 필요하거나 또는 문제가 있으면 DPA 고객 서비스부 전화 **(866) 247-2486 [TTY: 711]**번으로 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일(휴일 제외), 4월 1일부터 9월 30일까지는 평일 8 a.m. - 8 p.m. 사이에 연락해 주십시오.

정기 치과 서비스를 이용하기 전

귀하는 선택하신 치과의사가 네트워크 소속 치과의사임을 확인할 책임이 있습니다.

참고: 네트워크 소속 치과의사의 상태는 변할 수 있습니다. 계약된 치과의사 목록에 어떠한 변동이 생긴 경우 귀하의 치과의사가 현재 네트워크 소속 치과 의사인지를 확인하는 것은 귀하의 의무입니다. 귀하의 지역에 위치한 네트워크 소속 치과 의사의 목록은 DPA 고객 서비스부 전화 **(866) 247-2486 [TTY: 711]**번으로 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일(휴일 제외), 9월 30일부터 4월 1일까지는 평일 8 a.m. - 8 p.m. 사이에 연락해 구하실 수 있습니다.

치과에 방문하기

가입 직후, 귀하는 혜택 시행일 및 네트워크 소속 치과의사 또는 일차 진료 치과의사(PCD)의 주소와 전화번호를 제공하는 가입자 안내지를 DPA로부터 받으시게 됩니다. 가입자 안내지에 나와 있는 시행일 이후 귀하는 보장된 치과 진료 서비스를 받으실 수 있습니다. 예약을 원하신다면 PCD의 진료소에 전화를 걸어 귀하가 Blue Shield TotalDual Plan 가입자라는 것을 밝히시고 예약을 하시면 됩니다. 특정 시간을 요청한 것이 아니라면 일차 예약은 4주 내에 일정이 정해져야 합니다. 예약 가능성 및 치과의사의 진료 가능 여부에 대한 문의는 DPA 고객 서비스부에 **(866) 247-2486 [TTY: 711]**번으로 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일(휴일 제외), 4월 1일부터 9월 30일까지는 평일 8 a.m. - 8 p.m. 사이에 연락해 주십시오.

참고: 각 가입자는 보장된 서비스를 받으려면 지정된 PCD를 방문해야 하나, DPA가 서면으로 사전 승인한 전문의 제공 서비스 또는 비 Medicare 보장 응급 치과 진료 서비스의 경우는 제외됩니다. 기타 모든 치료는 Blue Shield TotalDual Plan에 따라 보장되지 않습니다.

예방적 서비스, 일반 치과 문제, 플랜 전문의와의 상담 및 응급 서비스(가능 시)를 포함해 치과 진료가 요구되는 모든 경우에 반드시 귀하의 PCD에게 연락하셔야 합니다. PCD는 일반적인

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.

치과 진료 서비스를 제공하고 기타 꼭 필요한 플랜 전문의와의 협력이나 진료 의뢰 조정 책임이 있습니다. 플랜 측에서는 그러한 진료 추천을 승인해야 합니다.

이러한 네트워크 소속 치과 플랜은 네트워크 외부 치과의사에게 혜택을 제공하지 않습니다. 치과적 응급 상황이 있는 경우를 제외하고 네트워크 외부 치과의사를 통해 받은 서비스는 보장되지 않습니다. 네트워크 외부 치과의사로부터 서비스를 받는 경우, 해당 치과의사가 청구하는 총 금액을 치과의사에게 직접적으로 지불할 책임은 귀하에게 있습니다.

참고: 정기 치과 예약(6개월마다 한 번)을 미처 정하지 못한 가입자는 정기 세척 같은 정기 진료를 제공 받을 수 있거나 제공 받게 되기 전, 치주 스케일링과 치근 활택술 등의 서비스가 필요하다는 사실을 알게 되기도 합니다.

가입자 자기부담금

치료를 시작하기에 앞서, 치과의사는 귀하 개인의 필요에 맞추기 위해 치료 계획을 세우게 됩니다. 치료 시작 전, 귀하의 치과의사와 치료 계획 및 재정적 책임에 대해 논의하는 것이 가장 좋습니다.

자기부담금은 서비스 시점 또는 진료 개시 때 즉시 지불해야 합니다.

귀하의 치료 계획에 대한 정보를 얻는 데에 도움이 필요하시거나 보장 대상 치과 시술로 귀하에게 청구되는 자기부담금에 대해 궁금한 점이 있다면 DPA 고객센터 서비스부 전화번호 **(866) 247-2486[TTY: 711]**번으로 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일(휴일 제외), 4월 1일부터 9월 30일까지는 평일 8 a.m. - 8 p.m. 사이에 연락해 주십시오.

일차 진료 치과의사 선택

가입 시점에 귀하는 PCD가 될 네트워크 소속 치과의사를 선택해야 합니다. 네트워크 소속 치과의사를 선택하지 않거나 선택된 네트워크 소속 치과 의사가 서비스를 제공하지 못하는 경우, DPA는 또 다른 네트워크 소속 치과 의사 선택을 요청하거나 아니면 귀하에게 네트워크 소속 치과 의사를 지정하게 됩니다. 귀하가 지정 받은 네트워크 소속 치과의사를 변경하고 싶다면 DPA 고객센터 서비스부 전화번호 **(866) 247-2486[TTY: 711]**번으로 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일(휴일 제외), 9월 30일부터 4월 1일까지는 평일 8 a.m. - 8 p.m. 사이에 문의하실 수 있습니다. 귀하의 네트워크 소속 치과의사에게 분명하게 통지가 되었고 DPA의 적격 목록이 정확한지를 확실하게 하려면 다음 달 첫 날 변경 사항이 시행될 수 있도록 네트워크 소속 치과의사 변경은 해당 달 21일 전 요청되어야 합니다.

귀하의 치과의사가 더 이상 Blue Shield TotalDual Plan DPA와 계약하지 않은 경우

귀하가 선택한 네트워크 소속 치과의사가 계약을 수행할 수 없거나 계약을 위반하였기에 DPA와의 계약에 따라 더 이상 계속할 수 없다면, DPA는 해당 치과의사의 유효 종료일 최소 30일 전 귀하에게 통지해 귀하가 또 다른 치과의사를 선택할 수 있도록 할 것입니다.

DPA로부터 이러한 사유로 또 다른 치과의사를 선택해야 한다는 필요성을 통지 받은 경우,

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.

엑스레이 또는 기타 기록의 복제 및 전송에 드는 요금은 면제됩니다. 또한 네트워크 소속 치과 의사는 (a) 치아의 최종 인상을 입수한 것에 대해 부분 또는 전체 의치 및 (b) 검사가 시작되었던 모든 치아에 대한 모든 검사를 완료할 것입니다(진행 중인 근관 완료 및 치아가 준비되었을 때의 치관 장착 같은)

비 Medicare 보장 응급 치과 진료

비 Medicare 보장 응급 서비스는 바로 주의를 기울이지 않으면 (i) 가입자의 치과적 건강이 결국 심각한 위험에 빠지거나 (ii) 치아 기능에 심각한 손상을 줄 것으로 합리적으로 예상할 수 있을 정도로 극심한 통증을 포함해 충분한 중증도의 증상으로서 나타나는 치과적 질환을 치료하기 위해 치과의사가 제공하는 진료를 의미합니다.

지역 내 네트워크 비보장 응급 치과 진료

귀하가 비 Medicare 보장 응급 치과 진료가 필요하다는 생각이 들고 Blue Shield TotalDual Plan의 서비스 지역 내에 있다면 귀하가 지정 받은 네트워크 치과의사에게 즉시 연락하십시오. 해당 치과 진료소 직원이 귀하에게 필요한 조치를 알려줄 것입니다.

지역 외 비 Medicare 보장 응급 치과 진료

귀하가 Blue Shield TotalDual Plan의 서비스 지역 외부에 있으며 비 Medicare 보장 응급 치과 진료가 필요하다면, 면허가 있는 모든 치과의사로부터 치료를 받을 수 있습니다. 귀하가 지역 외 치과의사로부터 받은 서비스는 네트워크 서비스 제공자로서의 전원이 귀하의 건강에 위험이 되는 한, 최대 \$100(적용되는 가입자 자기부담금을 뺀 금액)까지 보장됩니다.

지역 외 비 Medicare 보장 응급 치과 진료일 때의 환급

보장 대상의 지역 외 비 Medicare 보장 응급 치과 서비스 비용의 경우 최대 \$100(적용되는 가입자 자기부담금을 뺀 금액)까지 상환됩니다. 가능하면 언제든지 담당 치과의사에게 아래의 주소로 Blue Shield에게 직접 청구서를 보내도록 요청하셔야 합니다.

환급을 받으시려면 환급요청서, 지급 영수증 및 제공된 서비스 설명서를 다음의 주소로 서면 제출하십시오.

Blue Shield of California
Claims Department
P.O. Box 1803
Alpharetta, GA 30023

청구 접수에는 시간 제약이 있습니다. 일반적으로 서비스 청구서는 후일 제출에 대한 사유가 있지 않는 한, Blue Shield 측에 서비스 일자로부터 일년 내에 제출되어야 합니다.

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.

DPA에서는 귀하가 받았던 비 Medicare 보장 응급 치과 서비스를 검토하고 귀하가 환급 자격이 있다면 해당 청구를 접수한 지 30일 내에 귀하에게 통지합니다. 귀하는 비 Medicare 보장 응급 치과 서비스를 제외하고 캘리포니아주 외부에서 받은 치과 서비스에 대해 전액 지불 책임이 있습니다.

지역 외 비 Medicare 보장 응급 치과 진료일 때의 환급 청구 거부

지역 외 비 Medicare 보장 응급 치과 진료 환급 청구가 부분 또는 전부 거부되는 경우, DPA는 해당 결정에 대해 귀하에게 서면 통지합니다. 통지 내용에는 거부의 구체적 사유와 그러한 거부에 대한 귀하의 재고 요청 관련 정보가 포함되어 있습니다.

거부 또는 부분 거부에 대한 재고를 요청하려면 서면 거부 통지서에 나와 있는 날짜로부터 역일로 60일 내에 Blue Shield TotalDual Plan 측에 서면 통지서를 제출하십시오.

자세한 정보가 궁금하시면 9장(문제나 불만 사항이 있을 경우 해야 할 일(보장 결정, 이의 제기, 불만 제기))을 참조하십시오.

치과 진료에 대한 이차 소견 얻기

귀하는 네트워크 소속 치과의사가 한 진단 및/또는 치료 플랜 결정에 반대하거나 이의를 제기하는 경우 이차 소견을 요청할 수 있습니다. 또한 DPA는 치과 치료의 필요성과 적합성 또는 혜택 적용을 확인하려는 때 귀하가 이차소견을 확보하도록 요청할 수도 있습니다.

면허가 있는 치과의사가 귀하의 질환이 갖고 있는 속성에 적절하도록 시기에 맞춰 이차 소견을 낼 것입니다. 건강상 긴급하고 중대한 위험이 보여지는 사례에 관련한 요청은 신속하게 처리됩니다(가능하다면 해당 요청이 접수된 지 72시간 내에 허가가 승인 또는 거부됨). 이차 소견 승인에 필요한 절차와 기간에 대한 추가 정보와 지원이 필요하시면 DPA 고객 서비스부 전화 **866-247-2486[TTY: 711]**번으로 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일(휴일 제외), 9월 30일부터 4월 1일까지는 평일 8 a.m. - 8 p.m. 사이에 문의하시거나 또는 DPA에 서면으로 의견을 전달하실 수 있습니다.

DPA가 달리 허가하지 않는 한, 또 다른 네트워크 소속 치과의사의 진료소에서 이차 소견이 제공됩니다. DPA는 적절한 자격의 네트워크 소속 치과 의사가 없다면 외부 네트워크 제공자의 이차 소견을 승인할 것입니다. DPA는 DPA가 승인하거나 허가하는 이차 소견에 대해서만 비용을 지불할 것입니다. DPA가 이차 소견을 승인하지 않기로 결정한다면 귀하는 서면 통지서를 받게 됩니다. 귀하가 이러한 결정에 반대한다면, Blue Shield TotalDual Plan에 이의 신청을 제기할 수 있습니다. 추가 정보가 필요하시면 불만 제기 및 이의 제기 섹션을 참조하십시오.

혜택 조정

이 플랜은 다른 보험 증권이나 프로그램이 치과 진료 외의 서비스나 수당을 보장하는 경우 여타의 다른 단체 보험 증권이나 단체 건강 혜택 프로그램의 보장에 관계 없이 혜택을 제공합니다. 그렇지 않으면 전문의나 네트워크 외부 치과 의사가 본 플랜에 의거해 제공하는

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.

혜택은 그러한 여타의 단체 치과 보험 증권이나 단체 치과 혜택 프로그램과 조정됩니다. 어떤 보험 증권이나 프로그램이 추가 되느냐에 대한 결정은 해당 계약서에 명시된 규칙의 지배를 받게 됩니다.

본 플랜이 부차적이라면 다음 중 더 적은 금액을 지불하게 됩니다.

- 다른 어떤 치과 혜택 보장이 없다면 지불했었을 금액
- 혜택이 본 플랜 하에서 보장되는 한, 일차 치과 혜택에 의거해 가입자의 지급 가능한 총 본인 부담 비용.

가입자는 DPA에 제공해야 하며 DPA는 혜택 조정 관리에 필요한 가입자에 대한 모든 정보를 모든 보험 증권사 또는 기타 조직에게 공개할 수 있거나 이들로부터 그러한 정보를 획득할 수 있습니다. DPA는 보험사 또는 기타 조직으로의 환급이 본 지면에 기술된 혜택 조항의 조정에 따라 보증되는지의 여부를 자체 재량으로 결정해야 하며 지급된 그러한 환급 금액은 본 계약에 따라 혜택으로 간주되어야 합니다. DPA는 본 지면에 기술된 혜택 조항의 조정에 따라 그 의무를 초과해 DPA가 지불한 모든 혜택 금액을 DPA의 선택에 따라 치과 의사, 가입자, 보험사 또는 기타 조직으로부터 회수할 권리를 보유하게 됩니다.

불만 제기 및 이의 제기 절차

귀하에 대한 저희의 약속은 진료의 품질뿐 아니라 치료 과정에서의 품질 또한 보장하는 것입니다. 이러한 치료의 품질은 네트워크 소속 치과 의사가 제공하는 전문 서비스에서 저희 전화 상담원이 귀하에게 전하는 정중함으로 확대됩니다. 자격 여부, 치과 서비스 또는 청구 거부, DPA의 정책, 절차 또는 운영 또는 네트워크 소속 치과 의사가 수행하는 치과 서비스 품질에 대해 궁금하거나 불만이 있다면, 귀하는 Blue Shield TotalDual 플랜에 불만이나 이의를 제기할 권리가 있습니다. 불만 또는 이의 제기 방법에 관한 자세한 정보는 9장: *문제나 불만 사항이 있을 경우 해야 할 일(보장 결정, 이의 제기, 불만 제기)*을 참조하십시오. 궁금한 점이 있다면, DPA 전화 (866) 247-2486[TTY: 711]번으로 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일(휴일 제외), 4월 1일부터 9월 30일까지는 평일 8 a.m. - 8 p.m. 사이에 연락해 주십시오. 또한 Blue Shield TotalDual Plan 고객 서비스부에 연락하실 수 있습니다(전화번호는 본 문서 뒷표지에 인쇄되어 있습니다).

정기 치과 HMO 플랜의 일반 제한

1. 구강 검진은 제공자당 또는 장소당 역년으로 3년 마다 1회로 제한됩니다(D0150).
2. 치면세마 또는 스케일링은 역년당 2회로 제한됩니다(D1110).
3. 국소 불소 도포(바니시 제외)는 역년당 2회로 제한됩니다(D1208).
4. 치관 - 도재 외장 귀금속은 환자당 역년당 2회로 제한됩니다(D2750).
5. 의치 - 즉시 위턱 부분 의치 - 수지 의치 기반 주조 금속 프레임 5년 단위로 1회(D5223).

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면**



www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.

6. 치주 - 잇몸 치주 판막 술식 - 치근 활택술 포함 - 한 개에서 세 개 사이의 인접한 치아 또는 4분악당 치아로 둘러싸인 공간(D4241).
7. 부분 의치는 연속된 12개월 내에 1회로 제한됩니다(D5820 및 D5821).
8. 어떠한 이유로든 보장이 취소 또는 종료된 가입자의 교정 비용은 해당 치료 플랜에 대한 소속 네트워크 치과교정 전문의의 통상적인 요금에 기초합니다. 소속 네트워크 치과교정 전문의는 치료 완료까지 남은 개월 수에 대한 금액을 비례 배분합니다. 가입자는 예정대로 소속 네트워크 치과교정 전문의에게 직접 납부합니다.

정기 치과 HMO 플랜의 일반적 예외

1. 정기 치과 혜택 시술 차트에 특별히 기재되지 않은 모든 시술.
2. 소속 네트워크 치과의사의 전문적 의견에 따라 시술이 다음 사례에 해당하는 경우:
 - a. 치아의 상태 또는 둘러싸고 있는 구조를 토대로 합리적인 수명과 성공적 결과에 대한 예후가 불량,
 - b. 치과학에서 일반적으로 용인되는 기준과 부합하지 않음.
3. 오직 미용을 목적으로 하는 서비스, 또는 구개파열, 상하악 기형, 선천적 결손 치아 및 변색되거나 에나멜이 부족한 치아처럼 유전적 혹은 발달 장애로 인한 상태를 고려한 서비스.
4. 전체 또는 부분 의치, 보격 장치, 치관 및 고정형 부분 의치(브릿지)를 포함하되 이에 국한되지 않고 분실 또는 도난당한 장치.
5. 수직 고경 변경, 악관절(TMJ)의 이상 상태 진단이나 치료가 목적인 경우의 시술, 장치 또는 수복.
6. 가철성 장치용 귀금속, 완전 의치, 도재 인공치용 금속 또는 영구적 연성 기반, 가철성 국부 또는 고정형 국부 의치(오버레이, 임플란트 및 그에 연관된 장치)용 정밀형 지대치 및 완전 의치와 부분 의치의 개인 맞춤 및 특성화.
7. 임플란트 지지형 치과 장치 및 부착물, 임플란트 식립, 유지, 치과 임플란트와 연관된 제거 및 기타 모든 서비스.
8. 비 보장 혜택 상담.
9. 배정된 네트워크 소속 치과의사, 사전 승인된 치과 전문의 또는 네트워크 소속 치과교정 전문의 외의 치과 시설에서 받은 치과 서비스, 다만 보장 증명에 설명된 바와 같은 응급 치과 진료 서비스 제외.
10. 병원 입원, 사용 또는 자원, 외래 환자 수술 센터, 확대된 치료 시설 또는 기타 유사한 치료 시설에 관련 있는 모든 요금.
11. 처방약.

12. 가입자의 Blue Shield TotalDual Plan 자격 발효 전 시작된 치과 시술 또는 교정 시술과 함께 발생한 치과 비용. 예: 치관용으로 제조된 치아, 진행 중인 치근, 인상을 뜬 전체 또는 부분 의치 및 치과 교정술.
13. 모든 종류의 사고로 필요하게 된 교정 변경.
14. 근기능 및 부기능 장치 및/또는 요법.
15. 복합 또는 도재 브라켓, 치과 고정 밴드의 설측 적합도 및 표준 교정 장치, 고정형 및 가철성 교정 장치의 특수화된 대체 장치 또는 미용적 대체 장치.
16. 발치, 제3의 대구치 제거와 교정적 정출술을 제한 없이 포함해 치아가 무증상/비병리적일 때(병리학 또는 감염의 징후나 증상이 없음).
17. 고정형 또는 가철성 장치와 함께 가국소 의치(stayplates)는 해당 치아가 기존의 의치에 추가될 수 없을 때 치유 기간 동안에 하는 성인의 발치된 전치 교체로 제한됩니다.
18. 연조직 관리 프로그램 혜택은 그러한 부분, 즉 **정기 치과 혜택 시술 차트**에 열거된 보장 서비스로 제한됩니다. 가입자가 연조직 관리 프로그램 내의 비보장 서비스를 거절하는 경우, 보장되는 다른 혜택은 없어지거나 변경되지 않습니다.
19. 치과 보철 서비스를 전문으로 하는 치과의사의 치료 또는 장치.
20. 치열 교정 치료는 유면허 치과의사가 제공해야 합니다. 자가 관리 치열 교정은 보장되지 않습니다.
21. 치료 완료가 아닌 이유로 하는 고정형 교정 장치 제거는 보장 대상이 아닙니다.

E. 당사 플랜 외부에서 보장되는 혜택

저희는 다음 서비스를 보장하지 않지만 Original Medicare 또는 Medi-Cal 유료 서비스를 통해 이용할 수 있습니다.

E1. 캘리포니아주 지역사회 전환(CCT) 서비스

캘리포니아주 지역사회 전환(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/CCT에서 확인하실 수 있습니다.

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.

CCT 전환 조정 서비스

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

CCT 전환과 관련이 없는 서비스

서비스 제공자가 가입자의 서비스에 대해 당사에 비용을 청구합니다. 당사 플랜은 가입자가 전환한 후 제공된 서비스 비용을 지불합니다. 가입자는 이러한 서비스에 대해 비용을 부담하지 않습니다.

CCT 전환 조정 서비스를 받는 동안 저희는 **D절**의 혜택 차트에서 제공되는 서비스에 대해 비용을 지불합니다.

약 보장 혜택 변경 없음

CCT 프로그램은 약을 보장하지 **않습니다**. 가입자는 당사 플랜을 통해 일반적인 약 혜택을 계속 누릴 수 있습니다. 자세한 정보는 *가입자 안내 책자*의 **5장**을 참조해 주십시오.

참고: 비 CCT 전환 서비스가 필요한 경우, 케어 코디네이터에게 연락하여 서비스를 정하십시오. 비 CCT 전환 진료는 기관 또는 시설에서의 전환과 관련이 **없는** 진료입니다.

E2. Medi-Cal 치과 프로그램

다음과 같은 특정 치과 서비스(이에 국한되지 않음)는 Medi-Cal 치과 프로그램을 통해 이용할 수 있습니다.

- 초기 검진, 엑스레이, 세척, 불소 처리
- 복원 및 치관
- 근관 치료
- 의치, 조정, 수리 및 재이장

치과 혜택은 Medi-Cal 치과 프로그램을 통해 의료 행위별 수가제로 이용할 수 있습니다. 자세한 내용이 필요하거나 Medi-Cal 치과 프로그램 환자를 받는 치과의를 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 로스앤젤레스 카운티에서만 이용할 수 있습니다. 치과 플랜에 대한 자세한 정보가 필요하거나, 해당하는 치과 플랜을 찾는 데 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.

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.



E3. 호스피스 서비스

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. 가입자는 Medicare가 인증한 호스피스 프로그램을 통해 서비스를 이용할 수 있습니다. 플랜은 Medicare 인증 호스피스 프로그램을 찾는 것을 지원해야 합니다. 호스피스 의사는 네트워크 서비스 제공자이거나 네트워크 외부 서비스 제공자일 수 있습니다.

가입자가 호스피스 진료 서비스를 받는 동안 저희가 지급하는 비용에 대한 자세한 정보는 **D절**의 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.

플랜의 파트 D 혜택으로 보장될 수 있는 약

- 의약품은 호스피스와 당사의 플랜 모두가 동시에 보장하지는 않습니다. 자세한 정보는 *가입자 안내 책자*의 **5장**을 참조해 주십시오.

참고: 비 호스피스 서비스가 필요한 경우, 케어 코디네이터에게 연락하여 서비스를 정하십시오. 비 호스피스 서비스는 말기 예후와 관련이 없는 서비스입니다.

F. 당사 플랜, Medicare 또는 Medi-Cal이 보장하지 않는 혜택

이 절에서는 당사 플랜에서 제외되는 혜택에 대해 설명합니다. "제외"되었다는 것은 이러한 혜택의 비용을 플랜이 부담하지 않는다는 뜻입니다. Medicare와 Medi-Cal도 이와 관련된 보장을 제공하지 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. 응급 시설에서 서비스를 받은 경우에도 플랜은 서비스 비용을 지불하지 않습니다. 보장되지 않는 서비스에 대해 당사 플랜이 비용을 부담해야 한다고 생각할 경우, 귀하는 이의를 제기할 수 있습니다. 이의 제기에 대한 정보는 *가입자 안내 책자*의 **9장**을 참조하십시오.

혜택 차트에 설명된 제외 또는 제한 사항뿐만 아니라 당사 플랜은 다음 항목 및 서비스에 대한 보장을 제공하지 않습니다.

- Medicare 및 Medi-Cal 표준에 따라 "합리적이고 의학적으로 필요하지 않은" 것으로 간주되는 서비스. 단, 저희가 이러한 서비스를 보장 서비스로 제공하는 경우는 제외입니다.
- Medicare, Medicare 승인 임상 연구 또는 당사 플랜이 이를 보장하는 경우를 제외하고 실험적 의료 및 외과적 치료, 품목 및 의약품. 임상 시험 연구에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내 책자*의 **3장**을 참조하십시오. 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.
- 섹션 D 혜택 차트의 발 질환 진료 서비스에서 설명된 항목을 제외한 정기 발 관리.
- 다리 보조기의 일부이며 보조기 비용에 포함된 신발이거나, 당뇨병 관련 발 질환을 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: 외래환자 처방약을 받는 방법

서론

이 장에서는 외래환자 처방약 구입 규칙에 대해 설명합니다. 외래환자 처방약이란 가입자가 약국이나 우편 서비스를 통해 받는 약을 담당 서비스 제공자가 가입자를 위해 주문하여 받는 것입니다. 여기에는 Medicare 파트 D 및 Medi-Cal에서 보장하는 의약품도 포함됩니다. *가입자 안내 책자*의 **6장**에서는 이러한 약품에 대해 가입자가 지불하는 금액에 대한 설명을 제공합니다. *가입자 안내 책자*의 마지막 장에는 주요 용어와 용어 정의가 알파벳 순서로 나와 있습니다.

이 장에서 다루고 있지 않지만 저희는 다음의 의약품에 대해서도 보장을 합니다.

- **Medicare 파트 A가 보장하는 약.** 여기에는 일반적으로 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 *가입자 안내 책자*의 **4장**에 있는 혜택 차트를 참조해 주십시오.

당사 플랜의 외래환자 약 보장 규칙

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

1. 가입자는 의사 또는 기타 서비스 제공자가 처방전을 작성하도록 하고 처방전은 해당 주법에 따라 유효해야 합니다. 이 의사는 가입자의 주치의(PCP)인 경우가 많습니다. 주치의가 진료 추천을 한 경우, 다른 서비스 제공자가 될 수도 있습니다.
2. 처방자는 Medicare의 제외 또는 배제 목록, 주 Medi-Cal(Medicaid) 제외 목록 및 주 승인에 포함되지 **않아야** 합니다.
3. 일반적으로 가입자는 처방약을 구입할 때 네트워크 약국을 이용해야 합니다.
4. 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.
 - 또한 처방약에 대한 보장 요청은 Medicare 및 Medi-Cal 표준에 따라 평가됩니다.

5. 의학적으로 승인된 적응증에 약이 사용되어야 합니다. 즉, 약 사용은 식품의약국(FDA)이 승인했거나 특정 의료 참고 서적으로 뒷받침이 될 경우 사용이 가능합니다. 의사는 의료 참조를 확인하는 것을 지원하여 처방약의 요청된 사용을 지원할 수 있습니다. 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	135
A1. 네트워크 약국에서 처방약 구입	135
A2. 처방약을 조제할 때 플랜 ID 카드를 사용하십시오.	135
A3. 네트워크 약국을 변경하려는 경우 해야 할 일	136
A4. 약국이 네트워크를 탈퇴할 경우	136
A5. 특수 약국 이용	136
A6. 약을 구입할 때 우편 주문 서비스 이용	137
A7. 약 장기 투약분 받기	138
A8. 플랜의 네트워크와 제휴하지 않은 약국 이용	138
A9. 가입자가 처방약 비용을 지불한 경우의 환급	139
B. 당사 플랜의 의약품 목록	139
B1. 의약품 목록에 수록된 약	139
B2. 의약품 목록에 있는 약을 찾는 방법	140
B3. 의약품 목록에 수록되지 않은 약	140
B4. 의약품 목록 비용 부담 단계	141

C. 일부 의약품에 대한 제한 사항.....	142
D. 약이 보장되지 않는 이유.....	143
D1. 임시분 제공.....	144
E. 약에 대한 보장 변경.....	145
F. 특별한 경우의 약 보장.....	148
F1. 당사 플랜이 보장하는 전문 간호 시설이나 병원 체류.....	148
F2. 장기 치료 시설.....	148
F3. Medicare 인증 호스피스 프로그램.....	148
G. 약 안전 및 관리형 약에 대한 프로그램.....	149
G1. 가입자의 안전한 약 사용을 도와주는 프로그램.....	149
G2. 가입자가 본인의 약을 관리하도록 도와주는 프로그램.....	149
G3. 오피오이드 약물의 안전한 사용을 위한 약물 관리 프로그램.....	150

A. 처방약 구입하기

A1. 네트워크 약국에서 처방약 구입

대부분의 경우, 저희는 네트워크 약국에서 처방약을 구입할 경우에만 처방약 비용을 부담합니다. 네트워크 약국은 플랜 가입자를 위해 처방약을 조제하는 데 동의하는 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 코디네이터에게 문의해 주십시오.

A2. 처방약을 조제할 때 플랜 ID 카드를 사용하십시오.

처방약을 구입하려면 네트워크 약국에서 가입자의 **플랜 ID 카드를** 제시해 주시기 바랍니다. 네트워크 약국은 가입자의 보장된 처방약 *비용의 플랜 부담액*을 플랜에 청구합니다. 가입자는 처방약을 받을 때 약국에 자기부담금을 지불해야 합니다.

Medi-Cal Rx 보장약을 이용하려면 Medi-Cal 카드 또는 혜택 ID 카드(BIC)가 필요하다는 점을 기억하십시오.

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.

처방약을 구입할 때 플랜 ID 카드 또는 BIC가 없을 경우, 플랜에 전화하여 필요한 정보를 얻도록 약국에 부탁드립니다.

약국이 필요한 정보를 받을 수 없는 경우에는 처방약의 비용 전액을 지불해야 할 수도 있습니다. 그런 다음 가입자는 약 비용의 플랜 부담분 환급을 요청하실 수 있습니다. **가입자가 약값을 지불할 수 없는 경우 주 및 연방법에 따라 약국은 응급 상황에서 필요한 처방전을 최소 72시간 분량으로 제공할 수 있습니다. 즉시 고객 서비스부에 문의해 주십시오.** 최대한 도움을 드리겠습니다.

- 환급을 요청하려면 가입자 안내 책자의 **7장**을 참조하십시오.
- 처방약 조제에 관한 도움이 필요한 경우, 고객 서비스부 또는 케어 코디네이터에게 문의해 주십시오.

A3. 네트워크 약국을 변경하려는 경우 해야 할 일

약국을 변경하고 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 코디네이터에게 문의해 주십시오.

A4. 약국이 네트워크를 탈퇴할 경우

가입자가 이용하는 약국이 당사 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 코디네이터에게 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.

FDA에 의해서 특정 지역에 제한되거나, 특수 취급, 의료진 조언, 또는 사용법에 관한 교육이 필요한 약을 제공하는 약국. (주의: 이런 시나리오는 드물게 발생합니다).

전문 약국을 찾으려면, *서비스 제공자 및 약국 명부*를 찾아보시거나, 당사의 웹사이트를 방문하시거나 고객 서비스부 또는 케어 코디네이터에게 문의해 주십시오.

A6. 약을 구입할 때 우편 주문 서비스 이용

특정 약의 경우, 당사 플랜의 네트워크 우편 *서비스 약국*을 이용할 수 있습니다. 일반적으로 우편 서비스를 통해 이용 가능한 약은 만성 또는 장기적인 의학적 증상을 위해 정기적으로 복용하는 약입니다. 당사 플랜의 우편 서비스 약국을 통해 구할 수 **없는** 약은약품 목록에 NDS 기호로 표시되어 있습니다.

당사 플랜의 우편 서비스를 통해 1단계의 경우 최대 100일분을 주문할 수 있습니다. 우선적 복제약 및 2단계의 경우 90일분: 복제약, 3단계: 우선적 브랜드 약 및 4단계: 비 우선적 약. 90일치 및 100일치의 자기부담금은 1개월치와 같습니다.

우편으로 처방약 주문

우편으로 처방전 조제에 대한 정보와 주문 양식을 받으려면 이 안내서의 뒤표지에 있는 전화번호로 고객 서비스부로 전화해 주십시오. 플랜 네트워크와 제휴하지 않은 우편 서비스 약국을 이용하는 경우 처방약은 보장되지 않습니다.

일반적으로 우편 서비스 처방전은 14일 이내에 배송됩니다.

그러나 우편 서비스 처방전의 경우 지연이 발생할 수 있습니다. 귀하의 잘못이 아닌 우편 서비스 약국에서 처방전 배송이 지연될 수 있다는 통지를 받은 경우 이 안내서의 뒤표지에 있는 번호로 고객 서비스부에 연락해 주십시오. 가까운 소매 네트워크 약국에서 충분한 분량의 약을 구할 수 있도록 Blue Shield 상담원이 도와줄 것이므로 우편 주문 약이 도착할 때까지 약이 떨어지지 않는 것입니다. 이렇게 하려면 담당 의사에게 연락하여 가입자가 우편 주문 약을 받을 때까지 필요한 분량의 약을 받을 수 있도록 소매 네트워크 약국에 새로운 처방을 전화나 팩스로 보내게 해야 합니다.

우편 주문 약국이 처방 주문을 받은 날로부터 14일 이상 지연되고 지연 사유가 우편 시스템상 약 분실이 원인인 경우, 고객 서비스부가 우편 주문 약국에 대체 주문 조정을 해드릴 수 있습니다.

우편 주문 절차

우편 서비스는 가입자가 제출한 새로운 처방전, 서비스 제공자 진료소에서 직접 제출한 새로운 처방전, 우편 서비스 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 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 제공하십시오.

3. 우편 주문 처방약의 리필

재조제를 위해서는 현재 처방전이 소진될 것으로 예상되는 날짜 전 **14일** 전에 약국에 연락하여 다음에 주문한 약이 제 시간에 배송되도록 하셔야 합니다.

배송 전 주문 확인을 위해 연락할 수 있도록 약국에 선호하는 연락 방법을 알려주십시오. Blue Shield TotalDual Plan이 보유한 가입자의 연락처 정보가 최신 상태가 되도록 해주십시오. 전화번호나 주소를 업데이트해야 할 경우, Blue Shield TotalDual 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. *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 서비스 약국에 대해 알아보려면 **A6절**을 참조하십시오.

A8. 플랜의 네트워크와 제휴하지 않은 약국 이용

일반적으로 가입자가 네트워크 약국을 이용할 수 없는 경우에만 네트워크 외부 약국에서 구입한 약의 비용을 당사가 부담합니다.

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

- 합리적인 운전 거리 내에 24시간 서비스를 제공하는 네트워크 약국이 없어 서비스 지역 내에서 제때 보장 약을 구할 수 없는 경우.
- 적격 네트워크 소매 또는 우편 서비스 약국에 정기적으로 비축되어 있지 않은 보장 처방약을 조제하려는 경우(이러한 약에는 희귀약, 고가약 및 특이약 또는 기타 특수약이 포함됨).
- Medicare 파트 B에 따라 보장되지 않고 네트워크 약국에서 합리적으로 구할 수 없는 일부 백신은 당사의 네트워크 외부 약국을 이용하여 보장이 제공될 수 있습니다.
- 네트워크 외부 약국에서 조제된 처방전은 보장약의 30일분으로 제한됩니다.

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

A9. 가입자가 처방약 비용을 지불한 경우의 환급

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.

Medi-Cal Rx에서 보장하는 처방전 비용 전액을 지불하는 경우 Medi-Cal Rx에서 처방전 비용을 지불하면 약국에서 환급받을 수 있습니다. 또는 "Medi-Cal 본인 부담액 환급(Conlan)" 청구를 제출하여 Medi-Cal Rx에 환급을 요청할 수도 있습니다. 자세한 정보는 Medi-Cal Rx 웹 사이트 medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/에서 확인할 수 있습니다.

이에 대해 자세히 알아보려면 *가입자 안내 책자*의 **7장**을 참조하십시오.

B. 당사 플랜의 의약품 목록

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

저희는 의사와 약사 팀의 도움을 받아 약 목록에 있는 약을 선정합니다. 여기에는 약을 구입하기 위해 가입자가 지켜야 할 규칙이 설명되어 있습니다.

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

B1. 의약품 목록에 수록된 약

의약품 목록에는 Medicare에서 보장하는 약이 포함되어 있습니다.

약국에서 받는 대부분의 처방약은 플랜에서 보장합니다. 처방전 없이 구입 가능한 약(OTC) 및 특정 비타민과 같은 기타 약은 Medi-Cal Rx로 보장될 수 있습니다. 자세한

내용은 Medi-Cal Rx 웹 사이트(medi-calrx.dhcs.ca.gov)에서 확인할 수 있습니다. Medi-Cal Rx 고객 서비스부에 800-977-2273번으로 전화할 수도 있습니다. Medi-Cal Rx를 통해 처방전을 수령할 때 Medi-Cal 수혜자 ID 카드(BIC)를 지참하십시오.

당사의 의약품 목록에는 브랜드 약, 복제약 및 바이오시밀러가 포함됩니다.

브랜드 약은 의약품 제조사가 소유한 상표명으로 판매되는 처방약입니다. 일반 약(예: 단백질 기반 약)보다 복잡한 브랜드 약을 생물학적 제제라고 합니다. 약품 목록에서 "약"은 약 또는 생물학적 제제를 의미할 수 있습니다.

복제약은 브랜드 약과 동일한 활성 성분을 가집니다. 생물학적 제제는 일반 약보다 복잡하기 때문에 복제약의 형태가 아닌 바이오시밀러라는 대안이 있습니다. 일반적으로 복제약과 바이오시밀러는 브랜드 약과 효능은 비슷하지만 가격이 저렴합니다. 브랜드 약 대부분에 대해 대체약인 복제약 또는 바이오시밀러를 이용할 수 있습니다. 복제약 또는 브랜드 약이 가입자의 필요성 충족하는지 여부에 대해 질문이 있는 경우 서비스 제공자에게 문의하십시오.

B2. 의약품 목록에 있는 약을 찾는 방법

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

저희가 전자적으로 제공하는 최신 의약품 목록을 확인합니다.

당사 플랜의 웹 사이트(blueshieldca.com/medformulary2023)를 확인합니다. 이 웹사이트의 의약품 목록은 가장 최근 목록입니다.

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

파트 D에서 보장하지 않는 약품은 Medi-Cal Rx에서 보장할 수 있습니다. 자세한 내용은 Medi-Cal Rx 웹 사이트(medi-calrx.dhcs.ca.gov/)에서 확인할 수 있습니다.

B3. 의약품 목록에 수록되지 않은 약

저희가 보장하지 않는 처방약도 있습니다. 법률에 의해 플랜이 보장할 수 없는 약이 있기 때문에 당사의 의약품 목록에 포함되지 않은 약도 있습니다. 또는 당사가 플랜 목록에 포함하지 않기로 결정한 경우도 있습니다. 당사의 의약품 목록에 없는 약이 처방된 경우, 가입자의 처방약 요구 사항은 항상 당사 플랜의 보장 정책 및 Medicare 보장 규정에 따라 평가됩니다.

당사 플랜은 이 절에 나열된 약의 비용을 부담하지 않습니다. 이것을 **제외된 의약품**이라고 합니다. 제외된 약에 대해 처방전을 받은 경우, 비용을 가입자가 부담해야 할 수 있습니다. 제외된 약 비용을 당사가 부담해야 한다고 생각할 경우, 이의 제기를 할 수 있습니다. 이의 제기에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내 책자*의 **9장**을 참조하십시오.

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.



제외된 약에 대한 일반적인 규칙 3가지는 다음과 같습니다.

1. 당사 플랜의 외래환자 의약품 보장(파트 D 포함)은 Medicare 파트 A 또는 파트 B가 이미 보장하는 약품에 대해 지불할 수 없습니다. 당사 플랜은 Medicare 파트 A 또는 파트 B에서 보장하는 의약품을 무료로 보장하지만, 이러한 의약품은 외래환자 처방약 혜택의 일부로 간주되지 않습니다.
2. 플랜은 미국 및 미국령 이외 지역에서 구입한 약을 보장하지 않습니다.
3. 약 사용은 식품의약품(FDA)이 승인하거나 특정 참고 문헌이 가입자 상태를 위한 치료법이라고 증명해야 사용이 가능합니다. 가입자의 주치의는 특정 약이 가입자의 상태를 치료한다는 것이 검증되지 않은 경우에도 특정 약을 처방할 수 있습니다. 이것을 "비인가 약 사용"이라고 합니다. 당사 플랜은 비인가 약이 처방되는 경우, 해당 약에 대해 보장을 하지 않습니다.

또한 법에 따라 Medicare 또는 Medi-Cal은 아래 나열된 약물 유형을 보장할 수 없습니다.

- 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
- 가입자가 해당 회사를 통해서만 검사 또는 서비스를 받아야 한다고 말하는 기업의 외래환자 의약품

B4. 의약품 목록 비용 분담 단계

의약품 목록에 있는 모든 약은 5가지 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: 우선적 복제약(가장 낮은 비용 분담 단계)
우선적 복제약이 포함됩니다.
- 비용 분담 2단계: 복제약
복제약이 포함됩니다.
- 비용 분담 3단계: 우선적 브랜드 약
우선적 브랜드 약 및 일부 복제약이 포함됩니다.
- 비용 분담 4단계: 비우선적 약
비우선적 브랜드 약 및 일부 복제약이 포함됩니다.

- 비용 부담 5단계: 특수 단계 약(최고 비용 부담 단계)
특별 취급 및/또는 면밀한 모니터링이 필요할 수 있는 매우 비싼 브랜드 약 및 복제약이 포함됩니다.

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

*가입자 안내 책자*의 **6장**에는 각 비용 부담 단계에서 가입자가 의약품에 대해 지불하는 금액이 나와 있습니다.

C. 일부 의약품에 대한 제한 사항

특정 처방약의 경우, 특별 규칙이 플랜의 보장 방식과 시기를 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 대해 자세히 보려면 *가입자 안내 책자 9장*을 참조하십시오.

1. 복제약을 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.
- 그러나 서비스 제공자가 복제약이 가입자에게 효과가 없는 의학적 이유를 당사에 설명하는 경우, 저희는 브랜드 약을 보장합니다.

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 당사 플랜으로부터 승인을 얻어야 합니다. 승인을 얻지 못하면 저희는 약 비용을 보장하지 않을 수 있습니다.

3. 다른 약을 먼저 시도

일반적으로 플랜은 더 비싼 약을 보장하기 전에 가입자가 효능은 유사하고 비용이 저렴한 약을 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. 이를 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 [blueshieldca.com/medformulary2023](https://www.blueshieldca.com/medformulary2023)를 확인해 주십시오. 당사의 보장 또는 예외 요청 결정에 동의하지 않는 경우 이의 제기를 요청할 수 있습니다. 이에 대한 자세한 내용은 9장의 E절을 참조하십시오.

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.

- 당사 플랜이 가입자가 복용하고자 하는 약을 보장하지 않습니다. 이 약이 의약품 목록에 없을 수 있습니다. 저희는 약의 제네릭 버전을 보장할 수 있지만, 가입자가 복용하려는 브랜드 약 버전은 보장하지 않습니다. 새로운 약이어서 안전성과 효능을 아직 검증하지 못했을 수 있습니다.
- 이 약은 보장되지만, 약 보장에 대해 특별 규칙이나 제한이 있습니다. 위의 절에서 설명했듯이 당사 플랜이 보장하는 일부 약에는 사용을 제한하는 규칙이 있습니다. 경우에 따라 가입자 또는 처방자는 당사 플랜에 규칙의 예외를 요청할 수 있습니다.

가입자가 원하는 방식으로 저희가 약을 보장하지 않는 경우 가입자가 취할 수 있는 조치가 있습니다.

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.



D1. 임시분 제공

경우에 따라, 약이 보장 약 목록에 없거나 제한되어 있을 경우 저희는 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 이용 중인 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** 동안은 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 90일** 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 90 일 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. 이는 위의 임시분에 추가적인 것입니다.
- 약의 임시분을 요청하시려면 고객 서비스부로 문의해 주십시오.

약의 임시분을 구입할 때, 최대한 빠른 시일 내에 약이 소진되면 어떻게 할지에 관해 담당 의사와 상담하십시오. 다음 중에서 선택하실 수 있습니다.

- 다른 약으로 변경합니다.

당사 플랜은 가입자에게 효과가 있는 다른 약을 보장할 수 있습니다. 고객 서비스부에 전화하여 동일한 질환을 치료하고 저희가 보장하는 약 목록을 요청할 수 있습니다. 이 목록은 제공자가 자신에게 효과적인 보장 약을 찾는 데 도움이 될 수 있습니다.

또는

- 예외를 요청합니다.

가입자와 서비스 제공자는 플랜에 예외를 요청할 수 있습니다. 예를 들어, 가입자는 의약품 목록에 없는 약의 보장을 요청하거나 제한 없는 약 보장을 요청할 수 있습니다. 제공자가 예외를 인정할 충분한 의학적 사유가 귀하에게 있다고 말할 경우, 승인 요청을 도와줄 수 있습니다.

가입자가 이용 중인 약이 내년에 당사 의약품 목록에서 제외되거나 어떤 식으로든 제한될 경우 내년 이전에 예외를 요청할 수 있습니다.

- 저희는 내년에 대한 가입자의 약 보장에 대한 변경 사항에 대해 알려드립니다. 예외를 적용하고 원하는 방식으로 내년도 의약품을 보장할 것을 저희에게 요청해 주십시오.
- 저희는 가입자의 요청(또는 처방자의 근거 진술서)을 받은 후 72시간 이내에 예외 요청에 답변해 드립니다.

예외 요청에 대해 자세히 알아보려면 *가입자 안내 책자*의 9장을 참조하십시오.

예외 요청과 관련하여 도움이 필요한 경우 고객 서비스부 또는 케어 코디네이터에게 연락하실 수 있습니다. 당사의 보장 또는 예외 요청 결정에 동의하지 않는 경우 이의 제기를 요청할 수 있습니다(이에 대한 자세한 내용은 9장의 E절 참조).

E. 약에 대한 보장 변경

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(약을 수령하기 전 당사의 허가).
- 받을 수 있는 의약품의 양을 추가 또는 변경합니다("수량 제한").
- 의약품에 대한 단계적 치료법 제한을 추가 또는 변경합니다(저희가 다른 약을 보장하기 전 한 약을 시도해야 함).

이러한 약 규칙에 대한 자세한 정보는 **C절**을 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.

- blueshieldca.com/medformulary2023에서 현재 의약품 목록을 온라인으로 확인 **또는**
- 현재 의약품 목록을 확인하려면 고객 서비스부에 페이지 하단에 있는 전화번호로 문의해 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 가입자 안내 책자의 **9장**을 참조해 주십시오.

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 의품을 의약품 목록에서 삭제할 것입니다. 해당 약을 복용 중이라면 저희가 알려드릴 것입니다.

- 담당 처방의도 이 변경사실을 알고 증상에 맞는 다른 약을 찾도록 도와줄 수 있습니다.

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 30일치의 약을 제공.

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

- 의약품 목록에 가입자가 대신 사용할 수 있는 유사한 약이 있는지의 여부 또는
- 이러한 변경 사항에서 예외를 요청할지의 여부. 예외 요청에 대해 자세히 알아보려면 *가입자 안내 책자*의 9장을 참조하십시오.

당사는 가입자에게 당장 영향을 주지 않으며 가입자가 현재 사용하는 의품을 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 사용 또는 약에 대한 비용 분담에 영향을 주지 않습니다.

F. 특별한 경우의 약 보장

F1. 당사 플랜이 보장하는 전문 간호 시설이나 병원 체류

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

약 보장 범위와 플랜의 부담 비용에 대해 자세히 알아보려면 *가입자 안내 책자*의 **6장**을 참조하십시오.

F2. 장기 치료 시설

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 프로그램

의약품은 호스피스와 당사의 플랜 모두가 동시에 보장하지는 않습니다.

- 가입자가 Medicare 호스피스에 등록되어 있고 호스피스에서 보장하지 않는 통증, 구역질, 완하제 또는 항불안제(말기 예후 및 상태와 관련이 없으므로)가 필요할 수 있습니다. 그러한 경우, 당사 플랜은 처방자 또는 호스피스 서비스 제공자로부터 해당 약이 보장되기 전에 해당 약이 관련이 없다는 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 보장합니다. Medicare 호스피스 혜택이 종료될 때 약국에서의 지연을 방지하려면, 호스피스를 나왔다는 것을 입증하는 서류를 약국에 가지고 가야 합니다.

당사 플랜이 보장하는 약에 대해 설명하는 이 장의 앞부분을 참조하십시오. 호스피스 혜택에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내 책자*의 **4장**을 참조하십시오.

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

가입자는 다양한 의학적 상태에 대해 약을 복용하거나 의약품 관리 프로그램에 참여하여 오피오이드를 안전하게 사용할 수 있습니다. 그러한 경우, 약물 요법 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

그런 다음 가입자에게는 다음이 제공됩니다.

- 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 제공됩니다.
- 통제 물질인 처방약의 안전한 폐기에 대한 정보가 제공됩니다.

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.
- 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 대해 질문이 있는 경우 고객 서비스부 또는 케어 코디네이터에게 문의해 주십시오.

G3. 오피오이드 약물의 안전한 사용을 위한 약물 관리 프로그램

당사 플랜에는 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 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 의사로부터 의약품의 처방전을 받아야 함
- 플랜이 가입자에게 제공하는 의약품의 수량을 제한

가입자에게 하나 이상의 제한 사항을 적용해야 한다고 판단하면, 당사는 미리 안내문을 발송할 것입니다. 이 안내문은 적용해야 할 제한 사항에 대한 설명을 제공합니다.

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 심사해 서면 결정을 제공합니다. 이러한 의약품 사용의 제한과 관련된 가입자의 이의 제기의 일부를 당사가

거절할 경우, 가입자의 사례를 자동으로 독립 심사 기관(IRE)으로 보냅니다. 이의 제기 및 독립 심사 기관에 대해 자세히 알아보려면 *가입자 안내 책자*의 **9장**을 참조하십시오.)

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-Cal Rx가 보장하는 의약품 및 품목, 및
- 추가 혜택으로서 당사 플랜이 보장하는 의약품 및 품목.

귀하는 Medi-Cal에 가입할 수 있으므로 Medicare 파트 D 처방약 비용을 지원받기 위해 Medicare로부터 "추가 지원"을 받게 됩니다. 저희 플랜은 "처방약 비용에 대해 추가 지원을 받는 가입자를 위한 보장 증명 부칙"(일명, "저소득층 보조금 부칙" 또는 "LIS 부칙")으로서, 약 보장에 대해 설명하는 별도의 안내서를 가입자에게 발송했습니다. 이 안내 책자가 없을 경우, 고객 서비스부에 전화하여 "LIS 부칙"을 요청하십시오.

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
 - 5가지 단계 중에서 각 의약품이 소속된 단계
 - 의약품에 어떠한 한도가 있는지의 여부
 - 약 목록 사본이 필요하신 경우, 고객 서비스부로 연락해 주십시오. 또한 당사 웹 사이트([blueshieldca.com/medformulary2023](https://www.blueshieldca.com/medformulary2023))에서도 의약품 목록의 최신 사본을 확인할 수 있습니다.

- 약국에서 받는 대부분의 처방약은 Blue Shield TotalDual Plan에서 보장합니다. 처방전 없이 구입 가능한 약(OTC) 및 특정 비타민과 같은 기타 약은 Medi-Cal Rx로 보장될 수 있습니다. 자세한 내용은 Medi-Cal Rx 웹사이트(medi-calrx.dhcs.ca.gov/)에서 확인할 수 있습니다. Medi-Cal Rx 고객 서비스부에 800-977-2273번으로 전화할 수도 있습니다. Medi-Cal Rx를 통해 처방전을 수령할 때 Medi-Cal 수혜자 ID 카드(BIC)를 지참하십시오.
- **가입자 안내 책자의 5장.**
 - 여기에서는 플랜을 통해 외래환자 처방약을 받는 방법에 대해 설명합니다.
 - 여기에는 귀하가 준수해야 할 규칙이 포함되어 있습니다. 또한 당사 플랜이 보장하지 않는 처방약 유형도 알려줍니다.
- **서비스 제공자 및 약국 명부.**
 - 대부분의 경우 귀하는 보장되는 의약품을 구입하기 위해 네트워크 약국을 이용하셔야 합니다. 네트워크 약국은 당사와의 업무 협조에 동의하는 약국입니다.
 - **서비스 제공자 및 약국 명부**에는 네트워크 약국이 수록되어 있습니다. 네트워크 약국에 대한 자세한 정보는 **가입자 안내 책자의 5장**을 참조하십시오.

목차

A. 혜택 설명(Explanation of Benefits, EOB).....	154
B. 가입자의 의약품 비용을 추적하는 방법	155
C. Medicare 파트 D 약의 의약품 비용 단계	156
D. 1단계: 초기 보장 단계.....	156
D1. 약국의 선택.....	157
D2. 약 장기 투약분 받기	157
D3. 가입자가 부담해야 할 금액.....	157
D4. 초기 보장 단계의 종료.....	160
E. 2단계: 재해성 보장 단계	160
F. 의사가 1개월치 미만의 약을 처방하는 경우, 약 비용.....	161
G. HIV/AIDS 환자를 위한 처방약 비용 부담 지원	161

G1. AIDS 약 지원 프로그램(ADAP)	161
G2. ADAP에 가입하지 않은 경우	162
G3. ADAP에 가입한 경우	162
H. 예방 접종	162
H1. 백신 접종을 하기 전에 알아 두어야 할 사항	162
H2. Medicare 파트 D가 보장하는 예방접종 비용	162

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.

당사 플랜을 통해 처방약을 구입할 경우, **파트 D 혜택 설명서**라고 하는 보고서를 보내드립니다. 이전 달에 당사 플랜을 통해 하나 이상의 처방전을 조제받은 경우, 저희는 가입자에게 파트 D 혜택 설명("파트 D EOB")을 보내 드립니다. 이를 간단히 EOB라고도 합니다. 파트 D 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. 파트 D EOB에는 다음이 포함됩니다.

- **해당 월에 대한 정보**. 이 요약 보고서는 귀하가 어떤 처방약을 받았는지를 설명합니다. 총 약 비용, 플랜에서 지급한 액수 및 귀하 또는 다른 사람이 귀하를 대신하여 지불한 액수를 보여줍니다.
- **올해 초부터 오늘까지 정보**. 이 금액은 총 의약품 비용이며 1월 1일부터 지불한 전체 금액입니다.
- **약 가격에 대한 정보**. 이것은 첫 조제 이후 약의 총 가격과 첫 조제 이후 약 가격의 비율 변화입니다.

- **더 낮은 비용 대안.** 이용 가능한 경우에는 요약 보고서에서 현재의 약 아래에 나와 있습니다 더 자세한 내용에 관해서는 처방자와 상의하실 수 있습니다.

저희 플랜은 Medicare가 보장하지 않는 의약품들을 보장합니다.

- 이러한 약에 대해 지급한 비용은 총 본인 부담 비용에 포함되지 않습니다.
- 약국에서 받는 대부분의 처방약은 플랜에서 보장합니다. 처방전 없이 구입 가능한 약(OTC) 및 특정 비타민과 같은 기타 약은 Medi-Cal Rx로 보장될 수 있습니다. 자세한 내용은 Medi-Cal Rx 웹 사이트(medi-calrx.dhcs.ca.gov/)에서 확인할 수 있습니다. Medi-Cal 고객 서비스 센터에 800-977-2273번으로 전화할 수도 있습니다. Medi-Cal Rx를 통해 처방전을 수령할 때 Medi-Cal 수혜자 ID 카드(BIC)를 지참하십시오.
- 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. 귀하의 플랜 ID 카드를 이용해 주십시오.

처방약을 조제할 때마다 Blue Shield TotalDual 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 비용 중 당사 부담금의 환불을 요청하는 방법에 대한 자세한 내용은 가입자 안내 책자의 **7장**을 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, 당사 플랜은 해당 연도의 남은 기간 동안 파트 D 약 비용 전체를 부담합니다.

4. 당사가 귀하에게 보낸 혜택 설명서(EOB)를 확인하십시오.

파트 D EOB를 우편으로 받으시면 반드시 완전하고 정확한지 확인하십시오. 문제를 발견했거나 누락된 내용이 있거나, 질문이 있는 경우, 고객 서비스부로 문의해 주십시오. 이 파트 D EOB를 보관하십시오. 약 비용에 관한 중요한 기록입니다.

C. Medicare 파트 D 약의 의약품 비용 단계

저희 플랜에 따른 Medicare 파트 D 처방약 보장에는 2가지의 지급 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 2023년 12월 31일까지 가입자의 모든 약 비용을 부담합니다. 특정 금액의 본인 부담 비용을 납부한 후에 이 단계가 시작됩니다.

귀하의 인슐린 비용에 대한 중요한 메시지 - 귀하는 비용 분담금 단계가 어디에 속해 있던 저희 플랜이 보장하는 인슐린 각 제품의 한 달 치에 대해 \$35 이상을 지불하지 않습니다.

D. 1단계: 초기 보장 단계

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.

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 1단계: 우선적 복제약(가장 낮은 비용 분담 단계)
우선적 복제약이 포함됩니다.
- 비용 분담 2단계: 복제약
복제약이 포함됩니다.
- 비용 분담 3단계: 우선적 브랜드 약
우선적 브랜드 약 및 일부 복제약이 포함됩니다.
- 비용 분담 4단계: 비우선적 약
비우선적 브랜드 약 및 일부 복제약이 포함됩니다.
- 비용 분담 5단계: 특수 단계 약(최고 비용 분담 단계)
특별 취급 및/또는 면밀한 모니터링이 필요할 수 있는 매우 비싼 브랜드 약 및 복제약이 포함됩니다.

D1. 약국의 선택

약 비용으로 지불할 금액은 다음의 구입 장소로 결정:

- 네트워크 약국 또는
- 네트워크 외부 약국.

제한적으로 네트워크 외부 약국에서 구입한 처방약을 보장합니다. 언제 그렇게 하는지 알아보려면 *가입자 안내 책자*의 **5장**을 참조하십시오.

이러한 선택에 대해 자세히 알아보려면 *가입자 안내 책자*의 **5장**과 *서비스 제공자 및 약국 명부*를 참조하십시오.

D2. 약 장기 투약분 받기

일부 의약품의 경우, 처방약 조제 시, 장기 투약분을 받을 수 있습니다(일명 "연장 투약분"). 장기 투약분은 1단계의 경우 100일치 약 및 2, 3, 4단계의 경우 90일치 약입니다. 비용은 1개월치와 동일합니다.

장기간 분량의 약을 받는 장소와 방법에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내 책자*의 **5장** 또는 플랜의 *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	플랜 측의 우편 주문 서비스	네트워크 장기 의료 서비스 약국	네트워크 외부 약국
	1개월치 또는 최대 30일치	1개월치 또는 최대 30일치	최대 31일치	최대 30일치. 보장은 특정한 경우로 제한됩니다. 자세한 내용은 <i>가입자 안내 책자의 5장</i> 을 참조하십시오.
비용 부담 1단계 (우선적 복제약)	\$0			
비용 부담 2단계 (복제약)	가입자가 받는 추가 지원의 수준에 따라 자기부담금은 다음과 같습니다. \$0, 1.45 또는 \$4.15			
비용 부담 3단계 (우선적 브랜드 약)	가입자가 받는 추가 지원의 수준에 따라 자기부담금은 다음과 같습니다. \$0, \$4.30, \$10.35			
비용 부담 4단계 (비 우선적 약)	가입자가 받는 추가 지원의 수준에 따라 자기부담금은 다음과 같습니다. \$0, \$4.30, \$10.35			

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 원하시면 www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.

	네트워크 약국	플랜 측의 우편 주문 서비스	네트워크 장기 의료 서비스 약국	네트워크 외부 약국
	1개월치 또는 최대 30일치	1개월치 또는 최대 30일치	최대 31일치	최대 30일치. 보장은 특정한 경우로 제한됩니다. 자세한 내용은 <i>가입자 안내 책자의 5장</i> 을 참조하십시오.
비용 부담액 5단계 (특수 단계 약)	가입자가 받는 추가 지원의 수준에 따라 자기부담금은 다음과 같습니다. \$0, \$4.30, \$10.35			

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 \$7,400에 도달할 경우 종료됩니다. 이 때 재해성 보장 단계가 시작됩니다. 이 때부터 연말까지 약 비용 전체를 플랜이 부담합니다.

혜택 설명서(EOB)는 해당 연도에 가입자가 약 비용으로 지불한 금액을 추적하는데 도움이 됩니다. 귀하가 \$7,400 한도에 도달하면 저희가 알려드립니다. 이러한 연간 한도액에 도달하지 못하는 사람이 많습니다.

E. 2단계: 재해성 보장 단계

처방약에 대한 본인 부담 비용 한도 \$7,400에 도달한 경우, 재해성 보장 단계가 시작됩니다. 재해성 보장 단계는 역년으로 연말까지 지속됩니다. 이 단계에서 플랜은 모든 Medicare 약 비용을 부담합니다.

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.



F. 의사가 1개월치 미만의 약을 처방하는 경우, 약 비용

일부 경우 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 \$1.35라고 가정하겠습니다. 즉, 의약품에 대해 가입자가 지불하는 금액은 하루 \$0.05 미만입니다. 특정 약을 7일치 수령한 경우, 가입자는 하루 \$0.05 미만의 금액 곱하기 7일을 하여 총 \$0.35 미만을 납부하게 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 및
 - 약국을 방문하는 빈도를 줄임

G. HIV/AIDS 환자를 위한 처방약 비용 분담 지원

G1. AIDS 약 지원 프로그램(ADAP)

AIDS 약 지원 프로그램(ADAP)은 HIV/AIDS에 걸려 ADAP 자격이 되는 사람들이 생명을 구할 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

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 가입한 경우

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 웹 사이트를 확인해 주십시오.

H. 예방 접종

귀하의 백신 비용에 대한 중요한 메시지 - 저희 플랜에서는 대부분의 파트 D 백신을 귀하에게 무료로 보장해 드립니다. 자세한 정보는 고객 서비스부로 문의해 주십시오.

1. 보장의 첫 번째 부분은 **백신 자체** 비용에 대한 것입니다. 백신은 처방약입니다.
2. 보장의 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 연락하는 것이 좋습니다.

- 당사 *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 약국 및 서비스 제공자는 저희 플랜과 협력하는 것에 동의합니다. 네트워크 서비스 제공자는 당사와 협력하여 가입자에게 파트 D 백신에 대한 선지급 비용이 없도록 해야 합니다.

H2. Medicare 파트 D가 보장하는 예방접종 비용

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

- 일부 백신은 의약품이라기보다 건강 혜택으로 간주됩니다. 이러한 백신은 가입자에게 무료로 보장됩니다. 이러한 백신의 보장에 대해 알아보려면 *가입자 안내 책자 4장*의 혜택 차트를 참조하십시오.

- 기타 백신은 Medicare 파트 D 의약품으로 간주됩니다. 이러한 백신은 당사 플랜의 의약품 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. 가입자는 네트워크 약국에서 Medicare 파트 D 백신을 구입하고 접종합니다.
 - 가입자는 이 백신에 대해 자기부담금을 납부합니다.
2. Medicare 파트 D 백신을 의사의 진료소에서 수령하고 의사가 접종합니다.
 - 백신 비용 중에서 자기부담금을 의사에게 납부합니다.
 - 당사 플랜은 백신 접종비를 부담합니다.
 - 이 상황에서 의사 진료소는 플랜에 전화를 해야 합니다. 그래야 가입자가 백신에 대해 자기부담금만 지불한다는 것을 확인받을 수 있습니다.
3. 가입자는 Medicare 파트 D 백신을 약국에서 구입해서 의사 진료소에서 접종합니다.
 - 가입자는 이 백신에 대해 자기부담금을 납부합니다.
 - 당사 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 보장 결정에 동의하지 않을 경우 이의 제기를 하는 방법에 대해서도 설명합니다. *가입자 안내 책자*의 마지막 장에는 주요 용어와 용어 정의가 알파벳 순서로 나와 있습니다.

목차

A. 서비스나 의약품 비용을 플랜에 청구	165
B. 지급 요청서 발송	167
C. 보장 결정	168
D. 이의 제기	169

A. 서비스나 의약품 비용을 플랜에 청구

가입자가 이미 받은 보장 서비스 및 의약품에 대해서는 네트워크 제공자가 건강 플랜에 청구해야 합니다. 네트워크 서비스 제공자는 건강 플랜과 협력합니다. **의료 서비스 또는 약의 전체 비용에 대한 청구서를 수령한 경우, 비용을 지불하지 말고 저희에게 보내 주십시오.** 당사도 청구서를 보내려면 **B절**을 참조해 주십시오.

- 저희가 서비스나 약을 보장하는 경우, 제공자에게 직접 비용을 지불할 것입니다.
- 저희가 서비스 또는 의약품을 보장하고 가입자가 이미 비용 부담액 이상 지불한 경우 환불을 받을 권리를 가집니다.
- 저희가 서비스나 약을 보장하지 않는 경우 알려드릴 것입니다.
- 궁금한 점이 있다면 고객 서비스부 또는 케어 코디네이터에게 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. 네트워크 외부 서비스 제공자로부터 응급 또는 긴급하게 필요한 의료 서비스를 받는 경우(3장, D절, 43페이지를 참조하십시오.)

서비스 제공자에게 저희 플랜에 비용을 청구하도록 요청해야 합니다.

- 치료를 받을 당시 전체 금액을 귀하가 지불하는 경우 **플랜의 부담액을 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 부담액 이상을 이미 지불한 경우, 해당 금액을 파악한 후 f저희 부담액을 귀하에게 환급해 드립니다.
- 네트워크 외부 약국에 대한 자세한 내용은 가입자 안내 책자의 **5장**을 참조해 주십시오.

2. 네트워크 서비스 제공자가 귀하에게 청구서를 보내는 경우

네트워크 서비스 제공자는 항상 저희에게 비용을 청구해야 합니다. 서비스 또는 처방전을 받을 때마다 플랜 ID 카드를 제시하십시오. 서비스 제공자(의사나 병원 등)가 해당 진료에 대해 플랜의 비용 부담액을 초과하여 가입자에게 청구한 경우 부적절한 또는 부적합한 청구가 발생합니다. **청구서를 받았다면 고객 서비스부로 알려 주십시오. 청구서를 직접 지불하지 마십시오.**

- 플랜 가입자는 저희가 보장하는 서비스를 받을 때만 자기부담금을 지불합니다. 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 결정하는 경우에도, 가입자는 서비스 제공자에게 지급하지 않습니다.
- 귀하가 지불해야 하는 금액보다 많다고 생각되는 청구서를 네트워크 제공자로부터 받을 때마다 청구서를 저희에게 보내십시오. 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, 귀하의 처방약 비용 전액을 지불합니다.

- 드물게 네트워크 외부 약국에서 구입한 처방약을 보장하는 경우가 있습니다. 플랜 부담액 환급을 요청할 때 영수증 사본을 저희에게 보내십시오.
- 네트워크 외부 약국에 대한 자세한 내용은 가입자 안내 책자의 **5장**을 참조해 주십시오.

4. 플랜 ID 카드를 가지고 있지 않아 전체 처방 비용을 지불하는 경우

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

- 약국에서 정보를 즉시 얻을 수 없는 경우, 처방전 비용 전액을 직접 지불하거나 플랜 ID 카드를 지참하여 약국으로 돌아가야 할 수 있습니다.
- 플랜 부담액 환급을 요청할 때 영수증 사본을 저희에게 보내십시오.

5. 보장되지 않는 약에 대한 처방 전액을 지불하는 경우

처방 비용에 대해 전액을 부담하는 경우가 있습니다.

- 해당 약의 경우 당사 웹 사이트의 **보장 의약품 목록**(의약품 목록)에 없거나 귀하가 알지 못하거나 귀하에게 적용되지 않는다고 생각되는 요건 또는 제한 사항이 있을 수 있습니다. 약을 구입하기로 결정하시면 약 비용 전액을 지불하셔야 합니다.
 - 가입자가 약품에 대해 비용을 지불하지 않지만 저희가 비용을 부담해야 한다고 생각하는 경우, 보장 결정을 요청할 수 있습니다(*가입자 안내 책자의 9장 참조*).
 - 가입자와 담당 의사 또는 기타 처방자가 가입자에게 해당 의약품이 당장 필요하다고 생각한다면, 빠른 보장 결정을 요청하실 수 있습니다(*가입자 안내 책자의 9장 참조*).
- 환급을 요청할 때 영수증 사본을 저희에게 보내십시오. 일부 상황에서는 *저희 부담액을 귀하에게 환급하기 위해 의사로부터 추가 정보를 얻어야 할 수 있습니다*.

지급 요청서를 발송하면 저희는 요청서를 심사한 후 서비스나 의약품의 보장 여부를 결정합니다. 이를 "보장 결정"이라고 합니다. 서비스 또는 약을 보장하기로 결정된 경우, 서비스나 의약품에 대한 저희 부담액을 지급할 것입니다.

가입자의 지급 요청을 거절할 경우, 가입자는 결정 사항에 대한 이의 제기를 할 수 있습니다. 이의를 제기하는 방법을 알아보려면 *가입자 안내 책자의 9장*을 참조하십시오.

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. **기록을 남기기 위해 청구서와 영수증을 복사하는 것이 좋습니다.** 귀하의 케어 코디네이터에게 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.
- 양식은 당사 웹사이트(blueshieldca.com)에서 얻거나 *고객 서비스부로 전화하여 양식을 요청*할 수 있습니다.

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

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.



의료 청구:

Blue Shield TotalDual Plan
 Medicare Customer Care
 P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856

처방약 청구서:

Blue Shield of California
 P.O. Box 52066
 Phoenix, AZ 85072-20

서비스, 항목 또는 의약품 받은 날로부터 **1년 이내에 청구서를 제출하셔야 합니다.**

C. 보장 결정

가입자의 지급 요청이 있을 경우, 보장을 결정합니다. 이는 당사 플랜이 가입자의 서비스, 품목 또는 의약품을 보장하는지 여부를 저희가 결정함을 의미합니다. 또한 가입자가 지불해야 하는 금액(있는 경우)도 결정합니다.

- 정보가 추가로 필요한 경우 가입자에게 알려드립니다.
- 당사 플랜이 서비스, 품목 또는 의약품의 보장을 결정하고 가입자가 이를 수령하기 위한 모든 규칙을 준수하면 저희는 해당 비용 중 플랜의 부담액을 지불합니다. 서비스나 약 비용을 귀하가 이미 지불한 경우 플랜의 부담액 수표를 우편으로 보내드립니다. 가입자가 지불하지 않은 경우 저희가 제공자에게 직접 비용을 지불합니다.
- *가입자 안내 책자의 3장*에는 서비스를 보장받기 위한 규칙이 설명되어 있습니다. *가입자 안내 책자의 5장*에서는 Medicare 파트 D 처방약을 보장받기 위한 규칙에 대한 설명을 제공합니다.
- 서비스 또는 의약품에 대한 플랜 부담분을 지급하지 않기로 결정한 경우, 그 이유를 설명하는 안내문을 발송합니다. 이 서신에서는 귀하의 이의 제기 권리도 설명됩니다.
- 보장 결정에 대한 자세한 내용은 9장을 참조하십시오.

D. 이의 제기

지급 요청을 거절한 결정이 플랜의 오류라고 생각할 경우, 플랜에 결정 사항을 변경하도록 요청할 수 있습니다. 이것은 "이의 제기"라고 합니다. 또한 플랜의 부담분 수준에 동의하지 않을 경우에도 이의를 제기할 수 있습니다.

공식적인 이의 제기 절차에는 자세한 절차와 마감일이 있습니다. 이의 제기에 대해 자세히 알아보려면 가입자 안내 책자의 **9장**을 참조하십시오.

- 건강 관리 서비스에 대한 환급과 관련하여 이의를 제기하려면 **F절**을 참조해 주십시오.
- 의약품 비용 환급과 관련하여 이의를 제기하려면 **G절**을 참조해 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 장에는 주요 용어와 용어 정의가 알파벳 순서로 나와 있습니다.

목차

A. 요구 사항을 충족하는 방식으로 서비스 및 정보를 얻을 가입자 권리.....	171
B. 보장 서비스 및 의약품에 대한 적시의 가입자 이용에 대한 당사의 책임	172
C. 가입자의 비공개 건강 정보(PHI)를 보호할 당사의 의무	173
C1. 가입자의 PHI를 보호하는 방법.....	173
C2. 가입자는 본인의 의료 기록을 열람할 권리가 있습니다.....	174
D. 정보 제공에 대한 당사의 책임.....	175
E. 네트워크 서비스 제공자의 가입자에 대한 직접 청구 금지.....	176
F. 플랜을 탈퇴할 가입자의 권리.....	176
G. 자신의 건강 관리에 대해 결정할 가입자의 권리.....	176
G1. 치료 선택을 알고 결정할 가입자 권리	177
G2. 원하는 일을 말할 가입자의 권리	177
G3. 귀하의 지침이 준수되지 않는 경우의 대처	178
H. 불만 사항을 제기하고 플랜이 내린 결정을 재고하도록 요청할 가입자의 권리.....	179
H1. 부당한 대우에 대해 해야 할 일 또는 가입자의 권리에 대한 자세한 정보를 얻기 위해 해야 할 일	179
I. 플랜 가입자로서 귀하의 책임.....	179

A. 요구 사항을 충족하는 방식으로 서비스 및 정보를 얻을 가입자 권리

저희는 문화적으로 유능하고 접근 가능한 방식으로 **모든** 서비스가 가입자에게 제공되도록 해야 합니다. 또한 저희는 가입자가 이해할 수 있는 방법으로 플랜의 혜택 및 가입자 권리를 설명해야 합니다. 또한 가입자가 저희 플랜에 가입한 후 매년 가입자의 권리에 대해 알려야 합니다.

- 가입자가 이해할 수 있는 방식으로 정보를 얻으려면 고객 서비스부로 전화해 주십시오. 당사 플랜은 다양한 언어로 질문에 답변할 수 있는 무료 통역 서비스를 제공합니다.
- 당사 플랜은 영어 이외의 언어로 된 자료와 큰 활자, 점자, 오디오 또는 필요한 경우 대체 형식과 같은 형식의 자료를 무료로 제공할 수도 있습니다. 가입자 안내 책자와 기타 중요한 서면 자료는 영어 이외의 언어로도 제공됩니다.
아르메니아어, 캄보디아어, 중국어, 페르시아어, 힌두어, 흐몽어, 일본어, 한국어, 라오스어, 미엔어, 편자브어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어, 태국어, 우크라이나어, 베트남어로 자료가 제공됩니다. 이러한 대체 형식 중 하나로 자료를 받아보려면 다음의 연락처로 요청해 주십시오. 우편:
Blue Shield of California Civil Rights Coordinator,
P.O. Box 629007, El Dorado Hills, CA 95762-9007, 전화: (844) 696-6070
(TTY: 711), 이메일: BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com.
- 항시적 요청을 하시면 영어 외의 다른 언어로, 또는 대체 형식으로 된 문서를 받으실 수 있습니다. 요청하시려면 Blue Shield TotalDual Plan 고객 서비스부로 연락해 주십시오.
- Blue Shield TotalDual Plan 고객 서비스부는 향후 안내를 위해 가입자가 선호하는 언어 및 형식을 기록해 둘 것입니다. 선호 사항을 업데이트하시려면 Blue Shield TotalDual Plan으로 연락해 주십시오.

언어 문제나 장애로 인해 플랜으로부터 정보를 얻는 데 문제가 있고 불만을 제기하려면

- Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 전화해 주십시오. 주 7일 하루 24시간 언제든지 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 연락해 주십시오.
- 미국 보건복지부 민권사무국에 1-800-368-1019번으로 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-800-537-7697번으로 연락해 주십시오.
- Medi-Cal 민권사무국에 916-440-7370번으로 연락해 주십시오. TTY 사용자는 711번을 이용해 주십시오.

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.



B. 보장 서비스 및 의약품에 대한 적시의 가입자 이용에 대한 당사의 책임

귀하는 플랜 가입자로서의 권리를 갖습니다.

- 귀하는 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 *가입자 안내 책자의 3장*에서 확인할 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 서비스 제공자의 진료를 받도록 승인하는 것입니다.
- 귀하는 합리적인 시간 내에 네트워크 서비스 제공자로부터 보장 서비스를 받을 권리가 있습니다.
 - 여기에는 전문의로부터 적시의 서비스를 받을 수 있는 권리가 포함됩니다.
 - 적절한 시간 내에 서비스를 받지 못한다면 저희 플랜이 네트워크 외부 서비스 비용을 지불해야 합니다.
- 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 대해 알아보려면 *가입자 안내 책자의 3장*을 참조하십시오.
- 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 허가 유지 방법에 대해 자세히 알아보려면 *가입자 안내 책자의 1장*을 참조하십시오.
- 가입자는 관리 팀 및 케어 코디네이터의 도움을 받아 자기 주도적으로 건강 관리를 지시할 권리가 있습니다.

*가입자 안내 책자의 9장*에는 합리적인 시간 내에 서비스 또는 의약품을 받지 못한다고 생각되는 경우 취할 수 있는 조치에 대한 설명이 제공됩니다. 그리고 당사가 가입자의 서비스 또는

의약품에 대한 보장을 거부하고 가입자는 당사의 결정에 동의하지 않을 경우 가입자가 취할 수 있는 조치에 대한 설명도 제공됩니다.

C. 가입자의 비공개 건강 정보(PHI)를 보호할 당사의 의무

저희는 연방 법과 주 법이 요구하는 바에 따라 귀하의 보호 대상 건강 정보(PHI)를 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 안내 책자를 가입자에게 제공합니다. 이러한 안내서를 "개인정보 보호 관행 고지"라고 합니다.

민감한 서비스를 이용하는 것에 동의할 수 있는 가입자는 민감한 서비스를 받거나 민감한 서비스에 대한 청구를 제출하기 위해 다른 가입자의 승인을 받을 필요가 없습니다. Blue Shield TotalDual Plan은 민감한 서비스에 대한 연락을 가입자의 대체 지정 우편 주소, 이메일 주소 또는 전화번호로 전달하거나, 지정되지 않은 경우 등록된 주소 또는 전화번호에 등록된 가입자의 이름으로 전달합니다. Blue Shield TotalDual Plan은 치료를 받는 가입자의 서면 승인을 받지 않고 민감한 서비스와 관련된 의료 정보를 다른 가입자에게 공개하지 않습니다. Blue Shield TotalDual Plan은 요청된 양식 및 형식 또는 대체 위치에서 쉽게 생성할 수 있는 경우 요청된 양식 및 형식으로 기밀 연락 요청을 제공해 드립니다. 민감한 서비스와 관련된 가입자의 기밀 연락 요청은 가입자가 요청을 철회하거나 기밀 연락에 대한 새로운 요청을 제출할 때까지 유효합니다.

1. blueshieldca.com에서 홈페이지 하단의 개인정보보호 링크를 클릭하고 사본을 인쇄하십시오.
2. Blue Shield 가입자 ID 카드에 있는 고객 서비스부 전화번호로 전화하여 사본을 요청하십시오.
3. Blue Shield of California 프라이버시 사무국 수신자 부담 전화 (888) 266-8080번으로 월요일 - 금요일, 8 a.m. - 3 p.m.에 전화해 주십시오. TTY 사용자는 711로 전화해 주십시오.
4. 이메일 전송: privacy@blueshieldca.com.

C1. 가입자의 PHI를 보호하는 방법

저희는 권한이 없는 사람은 가입자의 기록을 보거나 변경할 수 없도록 하고 있습니다.

아래에 명시된 경우를 제외하고, 저희는 가입자의 진료를 제공하지 않거나 진료 비용을 지불하지 않는 사람에게 가입자의 PHI를 제공하지 않습니다. 예외적으로 정보를 제공해야 하는 경우,

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.



당사는 반드시 먼저 귀하의 서면 허가를 구해야 합니다. 귀하 또는 귀하를 대신하여 결정을 내릴 수 있는 법적 권한이 있는 사람이 서면 허가를 제공할 수 있습니다.

일부 경우에는 서면 허가를 사전에 받을 필요가 없습니다. 그러한 예외는 법의 허용이나 요구에 따른 것입니다.

- 저희는 플랜의 진료 품질을 확인하는 정부 기관에 PHI를 공개해야 합니다.
- 저희는 법원 명령에 따라 PHI를 공개해야 합니다.
- 저희는 Medicare에 가입자의 PHI를 제공해야 합니다. Medicare가 연구 또는 기타 용도로 가입자의 PHI를 공개하는 경우, 그러한 공개는 연방법에 따라 시행됩니다.
- 저희는 다음과 같이 가입자의 Medi-Cal PHI를 제공해야 합니다.
 - 가입자가 이용하는 건강 관리나 치료를 관리하도록 지원
 - 플랜을 운영
 - 가입자의 건강 서비스 비용 지불
 - 가입자의 건강 플랜 관리
 - 공중 보건 및 안전 문제에 협조
 - 연구 실시
 - 법률 준수
 - 장기 및 조직 기증 요청에 대응하고 검시관 또는 장의사와 협력
 - 산재보험, 법률 집행, 기타 정부 요청에 대응
 - 소송 및 법적 조치에 대처

C2. 가입자는 본인의 의료 기록을 열람할 권리가 있습니다

- 귀하는 귀하에 관한 의료 기록을 열람하고 귀하의 기록 사본을 얻을 권리가 있습니다.
- 귀하는 당사에 귀하의 의료 기록을 갱신하거나 시정하도록 요청할 권리가 있습니다. 당사에 이러한 요청을 하는 경우, 당사는 귀하의 의료 제공자와 공조해 해당 변경 사항이 처리되어야 하는지를 결정합니다.
- 귀하는 저희가 귀하의 PHI를 다른 사람과 공유했는지 여부와 방법을 알 권리가 있습니다.

PHI의 보호에 대한 질문이나 궁금하신 사항은 고객 서비스부로 문의해 주십시오.

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.



5. [blueshieldca.com](https://www.blueshieldca.com)에서 홈페이지 하단의 개인정보보호 링크를 클릭하고 사본을 인쇄하십시오.
6. Blue Shield 가입자 ID 카드에 있는 고객 서비스부 전화번호로 전화하여 사본을 요청하십시오.
7. Blue Shield of California Privacy Office 무료 전화 (888) 266-8080번으로 월요일 - 금요일, 8 a.m. - 3 p.m.에 전화해 주십시오. TTY 사용자는 711로 전화해 주십시오.
8. 이메일 전송: privacy@blueshieldca.com.

D. 정보 제공에 대한 당사의 책임

당사 플랜의 가입자로서 귀하는 플랜, 네트워크 서비스 제공자 및 보장 서비스에 대한 정보를 당사로부터 받아 볼 권리가 있습니다.

영어를 사용하지 않을 경우, 당사 플랜에 대한 가입자의 질문에 답변해줄 통역 서비스가 있습니다. 통역사가 필요한 경우 당사에 1-800-452-4413번으로 연락해 주십시오(TTY: 711). 이러한 서비스는 무료입니다. *가입자 안내 책자*와 기타 중요한 서면 자료는 영어 이외의 언어로도 제공됩니다. 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어, 페르시아어, 힌두어, 흐몽어, 일본어, 한국어, 라오스어, 미엔어, 편자브어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어, 태국어, 우크라이나어, 베트남어 자료도 제공됩니다. 당사는 정보를 대형 활자 인쇄본, 점자 및 오디오 형식으로도 제공할 수 있습니다. 저희는 귀하에게 적절하고 접근 가능한 형식으로 플랜 혜택에 대한 정보를 제공하도록 되어 있습니다. 가입자에게 적절한 방식으로 정보를 얻으려면 고객 서비스부에 전화해 주십시오.

다음 사항 중 필요한 정보가 있으면 고객 서비스부에 연락해 주십시오.

- 플랜을 선택 또는 변경하는 방법
- 다음을 포함한 당사의 플랜:
 - 재무 정보
 - 플랜 가입자가 당사를 평가한 방법
 - 가입자에 의한 이의 제기 횟수
 - 당사 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

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.



- 보장되는 서비스 및 의약품 및 준수해야 하는 규칙:
 - 당사 플랜이 보장하는 서비스(*가입자 안내 책자의 3장 및 4장* 참조) 및 의약품(*가입자 안내 책자의 5장 및 6장* 참조)
 - 의약품 및 보장 한도
 - 보장 서비스와 의약품을 제공 받기 위해 준수해야 하는 규칙
- 보장되지 않는 이유와 이에 대해 취할 수 있는 조치(*가입자 안내 책자의 9장* 참조), 여기에는 다음을 당사에 요청하는 것이 포함됩니다.
 - 보장되지 않는 이유를 서면으로 설명
 - 당사의 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 청구한 금액보다 저희가 적은 금액을 지불하는 경우에도 저희는 청구 잔액을 조정하거나 가입자에게 청구할 수 없습니다. 네트워크 서비스 제공자가 보장 서비스 비용을 청구할 때 해야 할 일은 *가입자 안내 책자의 7장*을 참조해 주십시오.

F. 플랜을 탈퇴할 가입자의 권리

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

- 가입자는 대부분의 건강 관리 서비스를 Original Medicare 또는 다른 Medicare Advantage 플랜을 통해 이용할 권리를 가집니다.
- Medicare 파트 D 처방약 혜택은 처방약 플랜이나 다른 Medicare Advantage 플랜을 통해 받을 수 있습니다.
- *가입자 안내 책자의 10장*을 참조하십시오.
 - 가입자가 새로운 Medicare Advantage 또는 처방약 혜택 플랜에 가입할 수 있는 시기에 대한 자세한 정보.
 - 플랜을 탈퇴하는 경우 Medi-Cal 혜택을 받는 방법에 대한 정보.

G. 자신의 건강 관리에 대해 결정할 가입자의 권리

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 원하시면 www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.



가입자는 건강 관리에 대한 결정을 내리는 데 도움이 되도록 의사 및 기타 의료 서비스 제공자로부터 완전한 정보를 받아 볼 권리가 있습니다.

G1. 치료 선택을 알고 결정할 가입자 권리

담당 제공자는 가입자의 상태와 치료 옵션에 대해 가입자가 이해할 수 있는 방식으로 설명해야 합니다. 귀하는 다음에 대한 권리가 있습니다.

- **귀하의 선택안을 알아두십시오.** 가입자는 다양한 치료 옵션에 대해 알 권리가 있습니다.
- **위험을 알아두십시오.** 귀하는 수반되는 모든 위험에 대해 알 권리가 있습니다. 저희는 서비스 또는 치료가 연구 실험의 일부인 경우 이를 미리 통지해야 합니다. 귀하는 실험 차원의 치료를 거부할 권리가 있습니다.
- **귀하는 이차 소견을 구하십시오.** 가입자는 치료에 대한 결정에 앞서 또 다른 의사에게서 진료를 받을 권리가 있습니다.
- **원치 않는 진료를 "거절"할 수 있습니다.** 가입자는 어떠한 치료든 거부할 권리가 있습니다. 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 "보장 결정"이라고 합니다. *가입자 안내 책자의 9장*에는 보장 결정을 요청하는 방법이 나와 있습니다.

G2. 원하는 일을 말할 가입자의 권리

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

- **타인이 본인의 의료 서비스에 대한 결정을 내릴 권리를 부여하려면 양식을 작성해야 합니다.**
- **원치 않는 치료 등 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 지시서가 있어야 하는 것은 아니지만 가능합니다. 사전 의료 지시서를 활용하려는 경우 수행할 작업은 다음과 같습니다.

- **양식을 입수.** 양식은 주치의, 변호사, 법률 서비스 기관 또는 사회 복지사를 통해 구하실 수 있습니다. 약국과 의료 서비스 제공자 사무소에는 양식이 있는 경우가 많습니다. 온라인에서 무료 양식을 찾아 다운로드할 수 있습니다. 고객 서비스부에 연락하여 양식을 요청하실 수도 있습니다.
- **양식을 작성하고 서명하십시오.** 이 양식은 법적 문서입니다. 변호사 또는 가족이 또는 주치의로 같이 믿을 수 있는 사람의 도움을 받아 작성하는 것이 좋습니다.
- **알아야 하는 사람들에게 사본을 배부하십시오.** 가입자는 주치의에게 양식 사본을 제공해야 합니다. 또한 귀하를 대신해 결정하도록 지정한 사람에게도 사본을 제공해야 합니다. 가까운 친구나 가족에게도 사본을 제공할 수 있습니다. 사본을 집에 보관하십시오.
- **입원할 예정이며 사전 의료 지시서에 서명한 상태라면, 사본을 병원에 가져가십시오.**
 - 병원 측에서는 귀하에게 사전 의료 지시서에 서명했는지, 그리고 지시서 지침 여부를 물을 것입니다.
 - 사전 의료 지시서에 아직 서명하지 않은 경우, 병원에는 해당 양식이 있으니 귀하가 서명을 원하는지 물을 것입니다.

귀하는 다음에 대한 권리가 있습니다.

- 사전 의료 지시서를 의료 기록에 포함하십시오.
- 사전 의료 지시서는 언제든지 변경하거나 취소할 수 있습니다.
- 사전 의료 지시법의 변경 사항을 숙지하십시오. Blue Shield TotalDual Plan은 변경 후 90일 이내에 주법 변경 내용에 대해 통지해 드립니다.

사전 의료 지시서를 보유하는 것은 **가입자**의 선택입니다. 자세한 정보는 고객 서비스부로 문의해 주십시오.

G3. 귀하의 지침이 준수되지 않는 경우의 대처

사전 지시서에 서명했는데 의사나 병원이 지시사항을 따르지 않았다고 생각되면 Livanta(California 품질 향상 기관)에 (877) 588-1123(TTY: (855) 887-6668번으로 전화하거나

BFCC-QIO Program 10820 Guilford Rd, Ste. 202, Annapolis Junction, MD 20701로 서신을 보내 주십시오.

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

가입자 안내 책자의 **9장**에는 보장되는 서비스 또는 치료에 대해 문제나 우려 사항이 있는 경우 취할 수 있는 조치에 대한 설명을 제공합니다. 예컨대 가입자는 당사에 보장 결정을 요청하거나 당사에 대한 이의 제기를 통해 보장 결정을 변경하도록 하거나 또는 불만 사항을 제기할 수 있습니다.

가입자는 다른 플랜 가입자가 플랜을 상대로 제기했던 이의 제기와 불만 사항에 대한 정보를 얻을 권리가 있습니다. 자세한 정보는 고객 서비스부에 전화해 주십시오.

H1. 부당한 대우에 대해 해야 할 일 또는 가입자의 권리에 대한 자세한 정보를 얻기 위해 해야 할 일

저희가 귀하를 부당하게 대우했다고 생각하고 *가입자 안내 책자*의 **11장**에 나열된 이유로 인한 차별이 **아니라고** 생각하거나 가입자의 권리에 대한 자세한 정보를 원하시면 다음으로 전화해 주십시오.

- 고객 서비스부에 1-800-452-4413번으로 연락해 주십시오(TTY: 711).
- 건강 보험 정보, 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 (800) 434-0222번으로 연락해 주십시오(TTY: 711). HICAP에 대한 자세한 내용은 2장, E절을 참조하십시오.
- 옴부즈 프로그램에 1-888-452-8609번으로 전화해 주십시오. 이 프로그램에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내 책자*의 **2장**을 참조하십시오.
- 주 7일 하루 24시간 언제든지 Medicare 전화 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 연락해 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 가입자로서 귀하의 책임

플랜 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:

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 원하시면 www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.



- 보장 서비스는 *가입자 안내 책자*의 **3장 및 4장**을 참조하십시오. 이러한 장에서는 보장되는 서비스와 보장되지 않는 서비스, 반드시 준수해야 할 규칙 및 납부 대상을 설명합니다.
- 보장되는 의약품은 *가입자 안내 책자*의 **5장 및 6장**을 참조하십시오.
- **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 서비스 제공자에게 당사 플랜의 가입자임을 알려 주십시오.** 서비스 또는 의약품을 받을 때 플랜 ID 카드를 제시하십시오.
- **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 점을 문의해 주십시오. 담당 의사 및 기타 서비스 제공자는 가입자가 이해할 수 있는 방법으로 설명해야 합니다. 질문한 뒤 질문에 대한 답변이 이해되지 않으면 다시 질문해 주십시오.
- **연간 건강 위험 평가를 완료하는 등 케어 코디네이터와 협력하십시오.**
- **사려 깊은 모습을 보여주십시오.** 당사 플랜은 모든 가입자가 다른 가입자의 권리를 존중해 주시기를 바랍니다. 또한 의사 진료소, 병원, 기타 서비스 제공자에서 가입자가 타인을 존중하며 행동해 주시기를 기대합니다.
- **플랜 외부에서 받는 서비스에 대해 저희에게 알려주십시오.**
- **귀하의 몫을 지불해 주십시오.** 플랜 가입자로서 귀하는 다음 비용을 지급할 책임이 있습니다.
 - Medicare 파트 A와 Medicare 파트 B 보험료. 대부분의 플랜 가입자의 경우, Medi-Cal이 가입자의 파트 A 보험료와 파트 B 보험료를 지불합니다.
 - 플랜이 보장하는 일부 장기 서비스 및 지원 또는 의약품의 경우, 가입자는 서비스 또는 약을 구입할 때 가입자 부담금을 지불해야 합니다.

이사를 가시는 경우 저희에게 알려주십시오. 이사가 예정된 경우 바로 알려주십시오.
고객 서비스부로 전화해 주십시오.

- **서비스 지역 외부로 이사할 경우, 플랜 가입을 지속할 수 없습니다.** 서비스 지역 내에 거주하는 사람만 이 플랜에 가입할 수 있습니다. *가입자 안내 책자의 1장*에서는 서비스 지역에 대한 설명이 제공됩니다.
- 가입자의 이사가 서비스 지역을 벗어나는 경우인지를 확인해드릴 수 있습니다. 새로운 지역에서 플랜이 있는지 가입자에게 알려 드릴 수 있습니다.
- 이사할 때 Medicare 및 Medi-Cal에 새 주소를 알려주십시오. Medicare 및 Medi-Cal 전화번호는 *가입자 안내 책자의 2장*을 참조하십시오.
- **서비스 지역 내에서 이사하시는 경우에도 알려 주셔야 합니다.** 저희는 가입자 기록을 최신 상태로 유지해 귀하께 연락을 취할 수 있어야 합니다.
- **새 전화번호가 있거나** 연락할 수 있는 더 좋은 방법이 있으면 알려주십시오.
- 궁금한 사항이나 문제가 있을 경우 고객 서비스부에 연락하여 도움을 요청하십시오.

9장. 문제나 불만 사항이 있을 경우 해야 할 일(보장 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 않는 서비스, 항목 또는 의약품이 필요한 경우.
- 플랜이 가입자의 치료에 대해 내린 결정에 동의하지 않는 경우.
- 보장 서비스가 너무 빨리 종료된다고 생각하는 경우.
- 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.

이 장은 가입자가 찾는 대상을 쉽게 찾도록 여러 절로 제공됩니다. **문제나 우려 사항이 있을 경우, 이 장에서 현재 상황에 적용되는 부분을 읽어보아야 합니다.**

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, 옴부즈 프로그램에 1-888-452-8609번으로 연락하여 도움을 요청할 수 있습니다.** 이 장에서는 다양한 문제 및 불만 사항에 대한 다양한 옵션에 대해 설명되어 있지만 언제든지 옴부즈 프로그램에 연락하여 프로그램 이해를 위한 도움을 요청할 수 있습니다. 우려 사항을 해결하기 위한 추가 자료 및 연락 방법은 *가입자 안내 책자의 2장*을 참조하십시오.

목차

A. 문제 또는 우려 사항이 있을 경우 해야 할 일	184
A1. 법률 용어 설명	184
B. 도움을 받을 수 있는 곳	185
B1. 자세한 정보 및 지원	185
C. 당사 플랜의 Medicare 및 Medi-Cal 불만 사항 및 이의 제기 알아보기	187

D. 혜택에 관한 문제	187
E. 보장 결정 및 이의 제기	187
E1. 보장 결정	188
E2. 이의 제기	188
E3. 보장 결정 및 이의 제기에 대한 지원	189
E4. 이 장에서 도움이 될 부분	190
F. 의학적 치료(진료).....	190
F1. 이 절의 활용	190
F2. 보장 결정 요청.....	191
F3. 1단계 이의 제기.....	193
F4. 2단계 이의 제기.....	196
F5. 지불 문제.....	202
G. Medicare 파트 D 처방약	205
G1. 파트 D 보장 결정 및 이의 제기	205
G2. 파트 D 예외.....	206
G3. 예외 요청에 대해 알아두어야 할 중요한 사항	208
G4. 예외를 포함한 보장 결정 요청	209
G5. 1단계 이의 제기	211
G6. 2단계 이의 제기	213
H. 오랜 기간 병원 입원을 보장해 주도록 요청하는 방법	215
H1. Medicare 권리 활용법	215
H2. 1단계 이의 제기	216
H3. 2단계 이의 제기	218
H4. 1단계 대안적 이의 제기.....	219

H5. 2단계 대안적 이의 제기	220
I. 특정 의료 서비스를 계속 보장해 줄 것을 요청	221
I1. 보장이 종료되기 전 사전 통지	222
I2. 1단계 이의 제기	222
I3. 2단계 이의 제기	224
I4. 1단계 대안적 이의 제기	225
I5. 2단계 대안적 이의 제기	226
J. 2단계 이후의 이의 제기	227
J1. Medicare 서비스 및 항목을 위한 다음 단계	227
J2. 추가 Medi-Cal 이의 제기	228
J3. 파트 D 약물 요청에 대한 이의 제기 3, 4 및 5단계	229
K. 불만 사항 제기 방법	231
K1. 어떤 종류의 문제에 불만을 제기해야 합니까?	231
K2. 내부 불만 제기	232
K3. 외부 불만 제기	234

A. 문제 또는 우려 사항이 있을 경우 해야 할 일

이 장에서는 문제와 우려 사항을 처리하는 방법에 대한 설명을 제공합니다. 가입자가 이용하는 프로세스는 문제의 유형에 따라 다릅니다. **보장 결정 및 이의 제기**에는 단일 프로세스를 이용하고 **불만 제기**(고충 해결이라고도 함)에는 다른 프로세스가 이용됩니다.

공정성과 신속성을 보장하기 위해 각 프로세스에는 당사와 가입자가 준수해야 하는 일련의 규칙, 절차 및 마감일이 있습니다.

A1. 법률 용어 설명

이 장에는 일부 규칙 및 마감일에 대한 법적 용어가 포함되어 있습니다. 어떤 경우는 이해가 쉽지 않아 가능한 경우 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 "보장 판단(coverage determination)"이라는 말 대신 "보장 결정(coverage decision)"라는 용어가 사용됩니다.
- "신속 판단(expedited determination)" 대신에 "빠른 보장 결정(fast coverage decision)"이라는 용어가 사용됩니다.
- "독립심사법인(Independent Review Entity)" 대신 "독립심사기관(Independent Review Organization)"이라는 용어가 사용됩니다.

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

B. 도움을 받을 수 있는 곳

B1. 자세한 정보 및 지원

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.

건강 보험 상담 및 지원 프로그램의 지원

건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 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.

의료 소비자 연맹의 지원

의료 소비자 연맹(Health Consumer Alliance)에 전화하여 건강 보장 질문에 대해 상담사와 상담할 수 있습니다. 무료 법률 지원이 제공됩니다. 의료 소비자 연맹은 저희 또는 보험회사 또는 건강 플랜과 아무런 관련이 없습니다. 전화번호는 1-888-804-3536이며 웹 사이트는 www.healthconsumer.org입니다.

Medicare의 지원 및 정보

자세한 정보와 도움이 필요한 경우 Medicare에 연락하실 수 있습니다. Medicare로부터 도움을 받는 방법은 두 가지가 있습니다.

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.

- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)에 주 7일, 하루 24시간 언제든지 연락해 주십시오.
TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 연락해 주십시오.
- Medicare 웹사이트(www.medicare.gov)를 방문해 주십시오.

Medi-Cal의 지원 및 정보

카운티(캘리포니아)별 Medi-Cal(Medicaid) 기관		
카운티	기관 이름	전화
로스앤젤레스 카운티	공공사회복지부 (Department of Public Social Services)	1-866-613-3777
샌디에이고 카운티	샌디에이고 보건 복지부 (Department of Health & Human Services Agency)	1-866-262-9881
웹사이트:	https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx	

캘리포니아 의료 서비스부의 지원

캘리포니아주 보건서비스부(DHCS) Medi-Cal 관리 의료 옴부즈맨이 도와드릴 수 있습니다. 건강 플랜에 가입, 변경 또는 탈퇴하는 데 문제가 있는 경우 도움을 드릴 수 있습니다. 이사하여 Medi-Cal을 새 카운티로 이전하는 데 문제가 있는 경우에도 도움을 드릴 수 있습니다. 옴부즈맨은 월요일 - 금요일, 8:00 a.m. - 5:00 p.m. 사이에 1-888-452-8609번으로 전화할 수 있습니다.

캘리포니아주 관리보건부의 지원

캘리포니아주 관리보건부에 전화하여 무료로 도움을 요청하실 수 있습니다. DMHC는 헬프 플랜을 관리하는 일을 담당합니다. DMHC는 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 TDD 번호인 1-877-688-9891번을 이용할 수 있습니다.

캘리포니아주 관리보건부는 의료 서비스 보험을 규제할 책임이 있습니다. 본인의 현재 건강 플랜에 불만이 있다면, 관리보건부에 연락하기 전에 먼저 본인의 건강 플랜에 1-800-452-4413번으로 전화하여 건강 플랜 불만 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

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.



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. 관리보건부의 인터넷 웹사이트 www.dmhc.ca.gov에 불만 처리 양식, IMR 신청서 및 안내서가 있습니다.

C. 당사 플랜의 Medicare 및 Medi-Cal 불만 사항 및 이의 제기 알아보기

가입자는 Medicare와 Medi-Cal을 보유합니다. 이 장의 정보는 가입자의 **모든** Medicare 및 Medi-Cal 혜택에 적용됩니다. 이는 Medicare와 Medi-Cal 프로세스를 결합하거나 통합하기 때문에 "통합 프로세스"라고도 합니다.

일부 경우 Medicare와 Medi-Cal 절차를 결합할 수 없습니다. 그러한 경우 가입자는 Medicare 혜택에서 한 프로세스를 사용하고 Medi-Cal 혜택에서 프로세스를 사용합니다. **F4절**에서는 이러한 상황에 대한 설명을 제공합니다.

D. 혜택에 관한 문제

문제나 우려 사항이 있을 경우, 이 장에서 현재 상황에 적용되는 부분을 읽어보아야 합니다. 아래 차트는 이 장에서 문제나 불만 사항에 대한 올바른 절을 찾는 데 도움이 됩니다.

문제가 혜택 또는 보장에 관한 문제입니까? 여기에는 특정 치료나 처방약의 보장 여부에 대한 문제, 보장되는 방식, 치료나 처방약 비용 지급에 대한 문제 등이 포함됩니다.	
예. 그렇습니다. 혜택이나 보장에 대한 문제입니다. E절, "보장 결정 및 이의 제기"를 참조하십시오.	아니요. 혜택이나 보장에 대한 문제가 아닙니다. K절, "불만 사항 제기 방법"을 참조하십시오.

E. 보장 결정 및 이의 제기

보장 결정을 요청하고 이의 제기를 하는 절차는 가입자의 혜택 및 보장과 관련된 문제를 해결합니다. 또한 결제와 관련된 문제도 포함하고 있습니다.

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.

E1. 보장 결정

보장 결정은 귀하의 혜택과 보장 또는 귀하의 의료 서비스나 약 비용에서 저희가 부담할 금액에 대해 내리는 결정입니다. 가입자를 위해 보장하는 범위와 그 금액을 결정할 때마다 보장 결정을 합니다. 예를 들어, 플랜 네트워크 담당 의사는 자신에게 치료를 받을 때나 전문의 진료 추천을 할 때나 가입자에게 유리한 보장 결정을 내립니다.

가입자 또는 담당 의사가 저희에게 연락하여 보장 결정을 요청할 수도 있습니다. 가입자 또는 담당 의사는 저희가 특정 의료 서비스를 보장하는지 또는 가입자가 필요하다고 생각하는 의료 서비스 제공을 당사가 거부할 수 있는지 확인할 수 없을 수 있습니다. **의료 서비스를 받기 전에 보장 여부를 알고 싶은 경우, 저희에게 보장 결정을 하도록 요청하실 수 있습니다.**

경우에 따라 보장되지 않거나 Medicare 또는 Medi-Cal이 더 이상 보장하지 않는 서비스나 약을 결정할 수 있습니다. 이러한 보장 결정에 동의하지 않을 경우, 이의 제기를 할 수 있습니다.

E2. 이의 제기

저희가 보장 결정을 했는데 이에 만족하지 않을 경우, 결정 사항에 대해 "이의 제기"를 할 수 있습니다. 이의 제기는 저희의 보장 결정을 검토하고 변경하도록 요청하는 공식적인 방법입니다.

플랜의 결정에 처음으로 이의를 제기하는 경우, 이것을 1단계 이의 제기라고 합니다. 이 이의 제기에서, 저희는 보장 결정을 심사하여 모든 규칙을 올바르게 준수했는지 확인합니다. 원래의 불리한 결정을 내린 심사 담당자와 다른 심사 담당자가 이의 제기를 처리합니다.

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 185페이지를 참조해 주십시오.

심사를 완료하면 결정 사항을 알려 드릴 것입니다. 이 장의 뒷부분에 있는 F2절에서 설명하는 특정 상황에서는 신속 또는 "빠른 보장 결정" 또는 보장 결정에 대한 빠른 이의 제기를 요청할 수 있습니다.

1단계 이의 제기의 전체 또는 일부에 대해 **기각**된 경우, 2단계 이의 제기로 진행할 수 있습니다. 저희와 관련이 없는 독립 심사 기관이 2단계 이의 제기를 수행합니다.

- 경우에 따라 귀하의 사례는 2단계 이의 제기를 위해 독립적인 조직에게 **자동으로 보내집니다**. 그러한 경우 저희가 알려드립니다.

- 그 외의 상황에서는 2단계 이의 제기를 **요청해야 합니다**.
- 2단계 이의 제기에 대한 자세한 내용은 **F4절**을 참조하십시오.

2단계 이의 제기에 대한 결정에 만족하지 않을 경우, 추가적인 이의 제기 단계를 진행할 수 있습니다.

E3. 보장 결정 및 이의 제기에 대한 지원

도움을 요청할 수 있는 곳은 다음과 같습니다.

- 페이지 하단에 있는 번호로 **고객 서비스부**에 문의하십시오.
- **캘리포니아주 건강 보험 정보, 상담 및 지원 프로그램(HICAP)**에 1-800-434-0222번으로 연락하십시오.
- **관리보건부(Department of Managed Health Care, DMHC) 헬프 센터**에 전화하여 무료로 도움을 요청하십시오. DMHC는 헬프 플랜을 관리하는 일을 담당합니다. DMHC는 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 TDD 번호인 1-877-688-9891번을 이용할 수 있습니다.
- **귀하의 의사 또는 다른 서비스 제공자에게** 문의. 귀하의 의사나 기타 제공자는 귀하를 대신해 보장 결정이나 이의 제기를 요청할 수 있습니다.
- **친구 또는 가족**. 다른 사람을 "대리인"으로 지정하여 보장 결정을 요청하고 이의 제기를 해달라고 요청할 수 있습니다.
- **변호사**. 가입자는 변호사를 선임할 권리가 있지만 보장 결정을 요청하거나 이의를 제기하기 위해 **변호사를 선임할 필요는 없습니다**.
 - 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.
 - 의료 소비자 연맹에 1-888-804-3536번으로 전화하여 법률 지원 변호사를 요청할 수 있습니다.

변호사 또는 다른 사람이 대리인 역할을 하도록 하려면 대리인 임명 양식을 작성하십시오. 이 양식은 다른 사람이 가입자를 대신하여 행동할 수 있도록 허가하는 것입니다.

페이지 하단에 있는 전화번호로 고객 서비스부에 전화하여 "대리인 임명" 양식을 요청하십시오. 또한

www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf를 방문하여 양식을 얻을 수도 있습니다. 서명한 양식의 사본을 저희에게 제출해야 합니다.

E4. 이 장에서 도움이 될 부분

보장 결정 및 이의 제기와 관련된 상황에는 4가지가 있습니다. 각각의 상황에는 다양한 규칙 및 기한이 있습니다. 이 장의 별도 절에서 각각에 대한 자세한 내용을 제공합니다. 해당하는 절을 참조하십시오.

- **F절**, "진료"
- **G절**, "Medicare 파트 D 처방약"
- **H절**, "오랜 기간 병원 입원을 보장해 주도록 요청하는 방법"
- **I절**, "특정 의료 서비스에 대한 계속 보장 요청"(이 절은 가정 건강 관리, 전문 요양 시설 관리, 종합 외래환자 재활 시설(CORF) 서비스에만 적용됩니다.)

어떤 절의 참조해야 하는지 잘 모르겠는 경우 페이지 하단에 있는 고객 서비스부에 전화해 주십시오. 주 건강 보험 지원 프로그램과 같은 정부 기관에서 지원을 받거나 정보를 얻을 수도 있습니다.

F. 의학적 치료(진료)

이 절은 의학적 치료에 대한 보장을 받는 데 문제가 있거나 치료 비용에서 플랜 부담액을 더 많이 환급 받기를 원할 경우 해야 할 일에 대해 설명합니다.

이 절에는 *가입자 안내 책자의 4장의 의학적 치료 및 서비스 혜택에 대한 내용이 포함되어 있습니다.* 일반적으로 이 절의 나머지 부분에서는 "의료 보장" 또는 "진료"라는 용어가 사용됩니다. "진료"라는 용어에는 의료 서비스 및 품목뿐만 아니라 일반적으로 의사 또는 의료 전문가가 관리하는 약인 Medicare 파트 B 처방약이 포함됩니다. 파트 B 처방약에는 다른 규칙이 적용될 수 있습니다. 그러한 경우 파트 B 처방약에 대한 규칙이 의료 서비스 및 품목에 대한 규칙과 어떻게 다른지에 대한 설명이 제공됩니다.

F1. 이 절의 활용

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

1. 귀하는 저희가 필요한 의료 서비스를 보장한다고 생각하지만 받지 못하고 있습니다.

할 수 있는 일: 가입자는 당사에 보장 결정을 하도록 요청하실 수 있습니다. **F2절**을 참조하십시오.

2. 저희는 주치의 또는 기타 의료 서비스 제공자가 귀하에게 제공하기를 원하는 의료 서비스를 승인하지 않았으며 귀하는 저희가 이를 승인해야 한다고 생각합니다.

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.



할 수 있는 일: 귀하는 당사의 결정에 이의를 제기할 수 있습니다. **F3절**을 참조하십시오.

3. 당사가 보장해야 한다고 생각하는 서비스나 용품을 귀하가 받았지만, 당사가 비용을 지불하지 않습니다.

할 수 있는 일: 가입자는 지불하지 않기로 한 당사의 결정에 이의를 제기할 수 있습니다. **F5절**을 참조하십시오.

4. 귀하가 보장된다고 생각한 진료를 이용하고 비용을 지불했으며 플랜이 비용을 환급해주기를 원하는 경우.

할 수 있는 일: 플랜에 비용 환급을 요청할 수 있습니다. **F5절**을 참조하십시오.

5. 저희가 특정 의료 서비스에 대한 보장을 축소 또는 중단했으며, 귀하는 그러한 결정이 건강에 해를 끼칠 수 있다고 생각합니다.
6. 치료가 지연되거나 의사를 찾을 수 없습니다.

할 수 있는 일: 귀하는 진료를 축소하거나 중단한다는 당사의 결정에 대해 이의를 제기할 수 있습니다. **F4절**을 참조하십시오.

- 보장이 병원 치료, 가정 건강 관리, 전문 간호 시설 또는 종합 외래환자 재활 시설(CORF) 서비스인 경우, 특별 규칙이 적용됩니다. 자세한 내용은 **H절** 또는 **I절**을 참조하십시오.
- 특정 의료 서비스에 대한 보장을 축소 또는 중단하는 것과 관련된 기타 모든 상황의 경우 이 절(**F절**)을 지침으로 활용하십시오.

F2. 보장 결정 요청

보장 결정이 진료와 관련된 것일 경우 "**통합 기관 판단**"이라고 합니다.

가입자, 주치의 또는 대리인은 다음을 통해 보장 결정을 요청할 수 있습니다.

- 전화: (800) 452-4413 TTY: 711.
- 팩스: (877) 251-6671.
- 서면: BlueShield TotalDual Plan P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856.

표준 보장 결정

Blue Shield TotalDual Plan은 Blue Shield TotalDual Plan에서 결정에 필요한 정보를 얻고 영업일 5일 내에 그리고 늦어도 Blue Shield TotalDual Plan이 해당 요청을 접수한 후

역일로 14일 내에 정기 사전 승인을 결정할 것입니다. 플랜의 결정을 통보하는 경우, "빠른" 기한을 사용하도록 합의한 경우가 아니라면 "표준" 기한을 사용합니다. 표준 보장 결정이란 다음에 대한 답변을 제공한다는 것을 나타냅니다.

- 가입자의 요청을 받은 후 역일 기준 5영업일 이내의 의료 서비스 또는 품목.
- 가입자의 요청을 받은 후 72시간 이내의 Medicare 파트 B 처방약.

의료 품목 또는 서비스와 관련해서는, 시간을 더 요청하거나 가입자에게 유리할 수 있는 정보가 필요한 경우(네트워크 외부 서비스 제공자의 의료 기록 등), **역일로 최대 14일이 더 걸릴 수 있습니다.** 결정을 하는데 며칠 더 걸린다면 서면으로 가입자에게 알릴 것입니다. **저희는 가입자의 요청이 Medicare 파트 B 처방약에 대한 것일 경우, 결정하는 데 추가로 며칠을 지체할 수 없습니다.**

시간을 더 지체할 수 **없다고** 생각할 경우, 추가 기간에 대한 플랜의 결정에 대해 "빠른 불만 제기"를 할 수 있습니다. 빠른 불만 제기를 할 경우, 24시간 이내에 불만사항에 대한 답변을 제공할 것입니다. 불만 제기 절차는 보장 결정과 이의 제기 절차와 다릅니다. 빠른 불만 제기를 포함하여 불만 제기에 대한 자세한 내용은 **K절**을 참조하십시오.

빠른 보장 결정

"빠른 보장 결정"(fast coverage decision)에 해당하는 법률 용어는 "**신속 판단**"(expedited determination)입니다.

가입자의 진료에 대한 보장 결정을 저희에게 요청하고 가입의 건강과 관련한 빠른 응답이 필요한 경우 "빠른 보장 결정"을 요청하십시오. 빠른 보장 결정이란 다음에 대한 답변을 제공한다는 것을 나타냅니다.

- 요청 접수 후 72시간 이내의 의료 서비스 또는 품목.
- 가입자의 요청을 받은 후 24시간 이내의 Medicare 파트 B 처방약.

의료 품목 또는 서비스와 관련하여 가입자에게 유리할 수 있는 일부 정보가 누락되었거나(네트워크 외부 서비스 제공자로부터의 의료 기록), 심사를 위해 정보를 제공하는데 시간이 필요한 경우, **역일로 최대 14일이 더 걸릴 수 있습니다.** 결정을 하는데 며칠 더 걸린다면 서면으로 가입자에게 알릴 것입니다. **저희는 가입자의 요청이 Medicare 파트 B 처방약에 대한 것일 경우, 결정하는 데 추가로 시간을 지체할 수 없습니다.**

보장 결정을 위해 시간을 더 지체할 수 **없다고** 생각할 경우, 추가 기간에 대한 플랜의 결정에 대해 "빠른 불만 제기"를 할 수 있습니다. 빠른 불만 제기를 포함하여 불만 제기에 대한 자세한 내용은 **K절**을 참조하십시오. 결정을 내리는 대로 가입자에게 전화로 알려드릴 것입니다.

빠른 보장 결정을 하려면 다음의 두 가지 요건에 부합해야 합니다.

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.



- 가입자가 **받지 않은** 의료 서비스에 대한 보장을 요청합니다. 이미 받은 의료 비용 지불에 대한 빠른 보장 결정을 요청할 수 없습니다.
- 표준 기한을 사용하면 **건강에 심각한 해를 입히거나** 기능을 손상시킬 수 있습니다.

주치의가 가입자의 건강에 필요하다고 통지하는 경우 저희는 빠른 보장 결정을 자동으로 제공합니다. 의사의 지원 없이 요청하는 경우, 저희는 빠른 보장 결정 여부를 정합니다.

가입자의 건강이 빠른 보장 결정의 요건에 부합하지 않는다고 결정할 경우, 이를 설명하는 안내문을 보내 드립니다(대신 표준 기한을 사용합니다). 서신에는 다음이 포함됩니다.

- 주치의가 요청하는 경우 저희는 빠른 보장 결정을 자동으로 제공합니다.
- 빠른 보장 결정 대신 표준 보장 결정을 한다는 저희 결정에 대해 "빠른 불만 제기"를 하는 방법. 빠른 불만 제기를 포함하여 불만 제기에 대한 자세한 내용은 **K절**을 참조하십시오.

가입자 요청의 일부 또는 전부가 거절되면 이유를 설명하는 서신을 보내드립니다.

- **거절된 경우**, 가입자는 이의를 제기할 권리를 가집니다. 저희가 실수를 했다고 생각하는 경우 가입자가 이의를 제기하는 것은 저희의 결정을 심사 및 변경하도록 요청하는 공식적인 방법입니다.
- 이의를 제기하기로 결정한 경우 이의 제기 절차의 1단계로 이동합니다 (**F3절** 참조).

제한된 상황에서 저희는 보장 결정에 대한 가입자의 요청을 기각할 수 있으며, 이는 저희가 요청을 심사하지 않음을 의미합니다. 요청이 기각되는 경우의 예는 다음과 같습니다.

- 요청이 불완전한 경우,
- 누군가가 가입자를 대신하여 요청했지만 그렇게 하는 것이 법적 권한이 없는 경우 또는
- 가입자가 요청을 철회하도록 요청하는 경우.

저희가 보장 결정 요청을 기각하는 경우, 요청이 기각된 이유와 기각 심사를 요청하는 방법을 설명하는 통지서를 보내드립니다. 이러한 심사를 이의 제기라고 합니다. 이의 제기에 대한 설명은 다음 절에서 제공됩니다.

F3. 1단계 이의 제기

이의 제기를 시작하려면 가입자, 담당 의사나 대리인이 플랜에 연락해야 합니다. 저희에게 1-800-452-4413번으로 연락해 주십시오(TTY: 711).

표준 이의 제기 또는 빠른 이의 제기를 서면으로 또는 1-800-452-4413번으로 요청하실 수 있습니다(TTY: 711).

- 가입자의 주치의 또는 기타 처방자가 가입자의 이의 제기 기간 동안 이미 받고 있는 서비스나 품목을 계속 제공해 달라고 요청하는 경우 해당 사람을 가입자를 대신할 대리인으로 지명해야 할 수도 있습니다.
- 가입자의 주치의가 아닌 다른 사람이 가입자를 대신하여 이의를 제기하는 경우 해당 사람이 가입자를 대리할 수 있도록 승인하는 대리인 임명 양식을 포함하십시오.
www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf에서 양식을 얻을 수도 있습니다.
- 이 양식 없이도 이의 제기를 수락할 수 있지만, 양식을 수령할 때까지 심사를 시작 또는 완료할 수 없습니다. 이의 제기 요청을 접수한 후 44일 이내에 양식을 받지 못한 경우:
 - 저희는 귀하의 요청을 기각합니다. 그리고
 - 저희는 독립 심사 기관이 이의 제기 기각에 대한 저희 결정을 심사하도록 요청할 가입자의 권리를 설명한 통지서를 발송해 드립니다.

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 사유의 예는 가입자가 심각한 질병에 걸렸거나 마감일에 대해 잘못된 정보를 제공한 경우입니다. 이의를 제기할 때 이의 제기가 지연된 이유를 설명하십시오.

귀하는 귀하의 이의 제기에 대한 정보의 무료 사본을 요청할 권리가 있습니다. 또한 가입자와 담당 의사는 이의 제기를 뒷받침할 자세한 정보를 제공해줄 수 있습니다.

귀하의 건강 상 필요하다면, "빠른 이의 제기"를 요청하십시오.

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

- 아직 받지 않은 치료에 대한 보장과 관련한 결정한 사항에 대해 이의를 제기하는 경우 가입자 및/또는 주치의는 빠른 이의 제기가 필요한지 여부를 결정합니다.
- 빠른 이의 제기 절차는 빠른 보장 결정 절차와 동일합니다. 빠른 이의 제기를 요청하려면 **F2절**의 빠른 보장 결정을 요청하기 위한 지침을 따르십시오.

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.



- 주치의가 가입자의 건강 상의 이유로 "빠른 이의 제기"가 필요하다고 저희에게 알릴 경우, 저희는 빠른 이의 제기를 제공합니다.

가입자가 이미 받고 있는 서비스 또는 품목을 중단하거나 축소한다고 저희가 통지하는 경우, 가입자는 이의 제기 기간 동안 해당 서비스 또는 품목을 계속 이용할 수 있습니다.

- 저희가 이전에 제공한 서비스나 품목에 대한 보장을 변경하거나 중단하기로 결정하는 경우, 당사는 조치를 취하기 전에 가입자에게 통지문을 보내드립니다.
- 당사의 결정에 동의하지 않을 경우, 가입자는 1단계 이의 제기를 할 수 있습니다.
- 가입자가 당사 서신에 기재된 날짜로부터 **역일 기준 10일 이내** 또는 조치의 발효일 중 더 늦은 날짜까지 1단계 이의 제기를 요청하는 경우 저희는 계속해서 해당 서비스 또는 품목을 보장합니다.
 - 이 기한을 준수하면 1단계 이의 제기가 보류 중인 동안 변경 사항 없이 서비스 또는 품목을 이용할 수 있습니다.
 - 또한 변경 없이 다른 모든 서비스 또는 품목(이의 제기의 대상이 아닌)도 이용할 수 있습니다.
 - 이 날짜 이전에 이의를 제기하지 않으면 이의 제기 결정을 대기하는 동안 서비스 또는 의약품은 계속해서 이용할 수 없습니다.

저희가 이의 제기를 고려하여 답변을 제공합니다.

- 저희가 이의 제기를 심사할 때 치료 보장 요청에 대한 정보를 다시 한번 신중하게 심사합니다.
- 가입자의 요청에 대해 **거부** 결정이 내려지면 저희는 모든 규칙을 준수했는지 확인합니다.
- 필요한 경우 저희는 정보를 더 수집할 것입니다. 자세한 정보를 얻기 위해 귀하나 담당 의사에게 연락할 수 있습니다.

빠른 이의 제기에는 마감일이 있습니다.

- 빠른 기한을 사용할 경우, 저희는 **가입자의 이의 제기를 수령한 지 72시간 이내에** 답변을 제공해야 합니다. 가입자의 건강 상태로 인해 더 일찍 답변을 들어야 하는 경우, 더 일찍 답변할 것입니다.

가입자에게 72시간 내에 답변을 제공하지 않는 경우, 가입자의 요청을 이의 제기 과정의 2단계로 진행시켜야 합니다. 그런 다음 독립 심사 기관에서 심사합니다. 이 장의 뒷부분에서는 이 기관에 대해 설명하고 이의 제기의 2단계에 대해 설명합니다.

- **가입자 요청의 전체 또는 일부가 수락된 경우**, 저희는 가입자의 요청을 수령한지 72시간 이내에 제공하기로 합의한 보장을 승인하거나 제공해야 합니다.
- **가입자 요청의 전체 또는 일부가 거절된 경우**, 저희는 2단계 이의 제기를 위해 독립 심사 기관으로 이의 제기를 전달할 것입니다.

표준 이의 제기에는 마감일이 있습니다.

- 표준 기한을 사용할 경우, 가입자가 아직 수령하지 않은 서비스 보장에 대한 이의 제기를 수령한 지 **역일로 30일 이내에** 답변을 제공해야 합니다.
- 가입자의 요청이 받지 않은 Medicare 파트 B 처방약에 대한 것인 경우, 저희는 이의 제기를 받은 후 **역일 기준으로 7일 이내에** 또는 가입자의 건강에 필요한 경우 더 일찍 답변을 드립니다.

가입자에게 기한 내에 답변을 제공하지 않는 경우, 가입자의 요청이 이의 제기 과정의 2단계로 진행됩니다. 그런 다음 독립 심사 기관에서 심사합니다. 이 장의 뒷부분에서는 이 기관에 대해 설명하고 이의 제기의 2단계에 대해 설명합니다.

가입자 요청의 일부 또는 전체가 수락된 경우, 저희는 가입자의 이의 제기를 받은 후 30일 이내에 또는 가입자의 요청이 Medicare 파트 B 처방약과 관련한 경우 **7일 이내에** 제공하기로 동의한 보장을 승인하거나 제공해야 합니다.

가입자 요청의 일부 또는 전체가 거부된 경우 가입자에게는 다음과 같은 추가 이의 제기 권리가 있습니다.

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.

F4. 2단계 이의 제기

1단계 이의 제기의 일부 또는 전체에 대해 **거부** 결정이 내려지면, 플랜은 가입자에게 안내 서신을 발송합니다. 이 서신은 Medicare, Medi-Cal 또는 두 프로그램 모두에서 일반적으로 서비스 또는 품목을 보장하는지 알려줍니다.

- 가입자의 문제가 일반적으로 **Medicare**가 보장하는 서비스 또는 품목에 대한 것일 경우, 1단계 이의 제기가 완료되는 직후에 해당 사례를 자동으로 2단계 이의 제기 절차로 보냅니다.

- 문제가 **Medi-Cal**가 일반적으로 보장하는 서비스나 품목에 대한 것이라면 2단계 이의 제기를 직접 접수할 수 있습니다. 이 서신은 그 방법에 대한 설명이 제공됩니다. 또한 이 장의 뒷부분에 더 많은 정보가 포함되어 있습니다. 저희는 Medi-Cal 서비스 또는 품목에 대해 가입자를 위해 2단계 이의 제기를 자동으로 제출하지 않습니다.
- 가입자의 문제가 **Medicare와 Medi-Cal이 모두** 보장할 수 있는 서비스 또는 품목과 관련된 경우, 가입자는 자동으로 독립 심사 기관에서 2단계 이의 제기를 받습니다. 주정부에 공정한 청문회를 요청할 수도 있습니다.

1단계 이의 제기를 제출할 때 혜택을 계속해서 받을 자격이 있는 경우 이의 제기 중인 서비스, 품목 또는 의약품에 대한 혜택은 2단계에서도 계속될 수 있습니다. 1단계 이의 제기 중에 혜택을 계속 받을 수 있는 방법에 대한 정보는 **F3절**을 참조하십시오.

- 가입자의 문제가 Medicare만 일반적으로 보장하는 서비스 또는 품목에 대한 것일 경우, 해당 서비스나 품목에 대한 가입자의 혜택은 독립 심사 기관에서 2단계 이의 신청 절차가 진행되는 기간에는 지속되지 않습니다.
- 문제가 일반적으로 Medi-Cal에서만 보장되는 서비스에 관한 것일 경우 결정 서신을 받은 후 역일을 기준으로 10일 이내에 2단계 이의 제기를 제출하면 해당 서비스에 대한 혜택이 계속 제공됩니다.

가입자의 문제가 Medicare가 일반적으로 보장하는 서비스 또는 품목에 관한 것인 경우

독립 심사 기관이 가입자의 이의 제기를 검토합니다. 독립 심사 기관은 Medicare에서 고용한 독립 기관입니다.

"독립 심사 기관"의 공식적인 이름은 "**독립 심사 법인 (Independent Review Entity)**"이며, "**IRE**"라고도 합니다.

- 이 기관은 저희와 관련이 없으며 정부 기관이 아닙니다. Medicare는 독립 심사 기관으로 회사를 선정했고 Medicare는 이 회사의 업무를 감독합니다.
- 저희는 가입자의 이의 제기에 대한 정보(가입자의 "사례 파일")를 이 기관으로 보냅니다. 가입자는 무료 사례 파일 사본을 보유할 권리가 있습니다.
- 가입자는 독립 심사 기관에게 가입자의 이의 제기를 뒷받침할 추가 정보를 제공할 권리를 가집니다.
- 독립 심사 기관의 심사 담당자는 귀하의 이의 제기와 관련된 모든 정보를 면밀하게 심사합니다.

1단계에서 "빠른 이의 제기"를 한 경우, 2단계에서도 "빠른 이의 제기"가 진행됩니다.

- 1단계에서 빠른 이의 제기를 했다면, 2단계에서도 자동으로 빠른 이의 제기가 진행됩니다. 독립 심사 기관은 가입자의 이의 제기를 수령한지 **72시간 이내에** 2단계 이의 제기에 대한 답변을 제공해야 합니다.

1단계에서 표준 이의 제기를 한 경우, 2단계에서도 표준 이의 제기가 진행됩니다.

- 1단계에서 표준 이의 제기를 한 경우, 2단계에서도 자동으로 표준 이의 제기를 진행하게 됩니다.
- 가입자의 요청이 의료 품목 또는 서비스에 대한 것인 경우 독립 심사 기관은 가입자의 이의 제기를 받은 후 **역일을 기준으로 30일 이내에** 2단계 이의 제기에 대한 답변을 제공해야 합니다.
- 가입자의 요청이 Medicare 파트 B 처방약과 관련된 경우 독립 심사 기관은 가입자의 이의 제기를 받은 후 **역일을 기준으로 7일 이내에** 2단계 이의 제기에 대한 답변을 제공해야 합니다.

독립 심사 기관은 서면으로 답변을 제공하고 이유를 설명합니다.

- **독립 심사 기관이 의료 품목 또는 서비스에 대한 요청의 일부 또는 전체를 수락하면** 저희는 즉시 결정을 이행해야 합니다.
 - **72시간 이내에** 의료 보장을 승인하거나
 - **표준 요청에** 대한 독립 심사 기관의 결정을 수령한 후 **역일을 기준으로 14일 이내에** 서비스를 제공하거나
 - **신속 요청에** 대한 독립 심사 기관의 결정을 수령한 날로부터 **72시간 이내에** 서비스를 제공합니다.
- 독립 심사 기관이 Medicare 파트 B 처방약 요청의 일부 또는 전체를 **수락한** 경우 저희는 분쟁 중인 Medicare 파트 B 처방약을 승인하거나 제공해야 합니다.
 - **표준 요청에** 대한 독립 심사 기관의 결정을 받은 후 **72시간 이내** 또는
 - **신속 요청에** 대한 독립 심사 기관의 결정을 수령한 날로부터 **24시간 이내**.
- 독립 심사 기관이 가입자의 이의 제기의 전체 또는 일부를 **거절**한 경우, 이는 가입의 치료 보장 요청을 승인하지 않는다는 저희의 결정에 동의한 것을 의미합니다. 이를 "결정 지지" 또는 "이의 제기 기각"이라고 합니다.

귀하의 사례가 요건에 부합할 경우, 이의 제기를 더 진행할지의 여부를 선택합니다.

2단계 이후 이의 제기 절차에는 3가지의 단계가 더 있으며, 이의 제기 단계는 총 5단계입니다.

2단계 이의 제기가 거절되었으며 이의 제기 절차를 계속할 요건에 부합하는 경우, 3단계로 진행하여 세 번째 이의 제기를 진행할지의 여부를 결정해야 합니다. 이 방법에 대한 자세한 내용은 2단계 이의 제기를 한 후 수령한 안내문에 명시되어 있습니다.

행정법 판사 또는 변호사 심사관이 3단계 이의 제기를 처리합니다. 3, 4 및 5단계 이의 제기에 대한 자세한 내용은 **J절**을 참조하십시오.

문제가 Medi-Cal에서 일반적으로 보장하는 서비스 또는 품목에 대한 것인 경우

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 216페이지를 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 기각할 경우, 가입자는 주정부 공청회를 요청할 권리를 가집니다.

대부분의 경우, "가입자의 공청회 관련 권리" 통지서를 발송한 후 **120일 이내에 주 공청회를 요청할 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 194페이지에 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 916-651-5210 또는 916-651-2789번으로 제출.

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.



2. 캘리포니아주 사회복지부, 1-800-952-5253번으로 연락하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-800-952-8349번으로 연락해 주십시오. 전화로 주 공청회를 요청할 경우, 통화량이 매우 많다는 것을 기억해두시기 바랍니다.

공청회 사무소는 서면으로 결정을 제공하고 이유를 설명합니다.

- 공청회 사무소가 의료 품목 또는 서비스에 대한 요청의 일부 또는 전체를 **수락**한 경우, 저희는 결정을 수령한 후 **72시간 이내에** 서비스 또는 품목을 승인하거나 제공해야 합니다.
- 공청회 사무소가 가입자의 이의 제기의 전체 또는 일부를 **거절**한 경우, 이는 가입의 치료 보장 요청을 승인하지 않는다는 저희의 결정에 동의한 것을 의미합니다. 이를 "결정 지지" 또는 "이의 제기 기각"이라고 합니다.

독립 심사 기관 또는 공청회 사무소 결정이 가입자의 요청 전체 또는 일부를 **거절**한 경우 가입자는 추가로 이의를 제기할 권리가 있습니다.

2단계 이의 제기가 **독립 심사 기관**으로 전달된 경우, 서비스 또는 품목의 가격이 특정 최소액 한도에 부합하는 경우에만 다시 이의 제기를 할 수 있습니다. 행정법 판사 또는 변호사 심사관이 3단계 이의 제기를 처리합니다. **독립 심사 기관이 발송한 서신에는 이의 제기에 대한 추가적 권리가 설명되어 있습니다.**

공청회 사무소에서 받은 서신에는 다음 이의 제기와 관련한 옵션이 설명되어 있습니다.

2단계 이후의 이의 제기 권리에 대한 자세한 정보는 **J절**을 참조하십시오.

F5. 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. 가입자가 그 금액을 지불하는 경우, 서비스 또는 용품 이용에 관한 규칙을 준수하였다면 환급 받으실 수 있습니다.

자세한 정보는 **가입자 안내 책자의 7장**을 참조하십시오. 여기에는 환급을 요청하거나 서비스 제공자로부터 받은 청구서를 지불해야 할 수 있는 상황이 설명되어 있습니다. 또한 당사에 대한 비용 부담 요청과 관련한 서류를 당사에 보내는 방법을 설명합니다.

환급을 요청한다면, 보장 결정을 요청하는 것입니다. 저희는 가입자가 지불한 서비스 또는 품목이 보장되는지 확인할 것이며 가입자가 보장 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 부담액*을 서비스 제공자에게 보냅니다.
- 서비스 또는 품목에 대한 비용을 지불하지 않은 경우, 서비스 제공자에게 직접 비용을 지급할 것입니다. 당사가 비용을 지급하는 것은 가입자의 보장 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.

저희의 미지급 결정에 동의하지 않을 경우 가입자는 **이의**를 제기할 수 있습니다. **F3절**에 설명한 이의 제기 과정을 따르십시오. 이러한 지침을 따를 경우 다음에 유의하십시오.

- 환급에 대한 이의 제기를 하는 경우, 가입자의 이의 제기를 수령한 지 역일로 30일 이내에 가입자에게 답변을 제공해야 합니다.
- 이용하여 직접 비용을 부담했던 의학적 치료에 대해 당사에 환급을 요청하는 경우, 가입자는 빠른 이의 제기를 요청할 수 없습니다.

이의 제기를 저희가 **거절**하고 **Medicare**가 일반적으로 서비스 또는 품목을 보장하는 경우, 저희는 귀하의 사례를 독립 심사 기관으로 보낼 것입니다. 그러한 경우 당사는 가입자에게 통지할 것입니다.

- 독립 심사 기관이 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, 저희는 가입자가 요청한 금액을 역일로 60일 이내에 가입자나 의료 서비스 제공자에게 지급해야 합니다.
- 가입자의 이의 제기에 대해 독립 심사 기관이 **거부** 결정을 내린 경우, 이 기관은 가입자의 요청을 승인하지 않은 저희 결정에 동의한다는 것을 의미합니다. 이를 "결정 지지" 또는 "이의 제기 기각"이라고 합니다. 가입자는 추가 이의 제기 권리를 설명하는 서신을 받게 됩니다. 추가 이의 제기 단계에 대한 자세한 내용은 **J절**을 참조하십시오.

가입자의 이의 제기를 저희가 **거절**하고 **Medi-Cal**이 일반적으로 보장하는 서비스 또는 품목에 관련된 이의 제기인 경우, 가입자는 2단계 이의 제기를 직접 제출할 수 있습니다. 저희는

가입자를 위해 2단계 이의 제기를 자동으로 제출하지 않습니다. 자세한 정보는 **F4절**을 참조해 주십시오.

G. Medicare 파트 D 처방약

플랜 가입자의 혜택에는 다양한 처방약 보장이 포함되어 있습니다. 이러한 대부분의 약은 Medicare 파트 D 약입니다. Medicare 파트 D가 보장하지 않지만 Medi-Cal은 보장하기도 하는 약이 몇 가지 있습니다. **이 절은 파트 D 약에 대한 이의 제기에만 해당됩니다.** 이 절의 나머지 부분에서는 "파트 D 약"이 아닌 "약"으로 칭합니다.

약이 보장을 받으려면 의학적으로 승인된 적응증에 사용되어야 합니다. 즉, 약은 식품의약국(FDA)이 승인했거나 특정 의료 참고 서적으로 뒷받침됩니다. 의학적으로 허용되는 적응증에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내 책자의 5장*을 참조하십시오.

G1. 파트 D 보장 결정 및 이의 제기

파트 D 약에 대해 가입자가 저희에게 요청하는 보장 결정의 예는 다음과 같습니다.

- 다음을 포함한 예외를 당사에 요청:
 - 당사 플랜의 의약품 목록에 없는 파트 D 약에 대한 보장 또는
 - 약에 대한 보장에 대한 제한을 별도로 설정(예: 받을 수 있는 금액에 대한 제한)
- 특정 약이 보장되는지 질문하실 수 있습니다(예를 들어, 가입자의 약이 당사 플랜의 의약품 목록에 있지만 보장하기 전 가입자를 대신해 승인해야 하는 경우).

참고: 약국이 가입자의 처방약을 조제할 수 없다고 말할 경우, 약국은 보장 결정을 요청하기 위해 플랜에 연락하는 방법을 설명한 통지서를 가입자에게 제공합니다.

파트 D 약에 대한 최초 보장 결정을 **"보장 판단"**이라고 합니다.

- 가입자가 이미 구입한 약 비용을 플랜이 부담하도록 요청합니다. 이것은 비용 부담에 대한 보장 결정을 요청하는 것입니다.

보장 결정에 동의하지 않을 경우, 가입자는 결정에 대해 이의 제기를 할 수 있습니다. 이 절에서는 보장 결정을 요청하는 방법과 이의 제기를 하는 방법에 대해 설명하고 있습니다. 아래 차트를 유용하게 사용할 수 있습니다.

귀하는 이러한 상황 중 어떤 경우입니까?			
귀하는 당사의 의약품 목록에 없는 약이 필요하십니까, 혹은 당사에 보장 의약품 제한이나 규칙을 별도로 설정하도록 요청해야 합니다.	귀하는 당사가 의약품 목록에 나온 의약품을 보장해 주기를 원하고 필요로 하는 의약품에 대한 제한(사전 승인을 얻는 것처럼)이나 플랜 측의 규칙을 충족하고 있다고 생각합니다.	귀하께서는 이미 비용을 지불하고 받은 의약품에 대해 당사에 환급을 요청하고 싶습니다.	저희는 원하시는 방식으로 약을 보장하거나 비용을 지불하지 않을 것이라고 말했습니다.
플랜에 예외를 요청할 수 있습니다. (이것은 보장 결정의 한 종류입니다.)	보장 결정을 요청할 수 있습니다.	플랜에 비용 환급을 요청할 수 있습니다. (이것은 보장 결정의 한 종류입니다.)	이의 제기를 할 수 있습니다. (즉 저희에게 재고를 요청하는 것입니다.)
G2절-G3절 및 G4절을 참조하십시오.	G4절을 참조하십시오.	G4절을 참조하십시오.	G5절을 참조하십시오.

G2. 파트 D 예외

저희가 원하는 방식으로 약품을 보장하지 않는 경우 가입자는 "예외"를 요청하실 수 있습니다. 가입자의 예외 요청을 거절할 경우, 가입자는 결정 사항에 대한 이의 제기를 할 수 있습니다.

예외를 요청할 때 담당 의사나 기타 처방자는 예외를 받아야 하는 의학적 이유에 대해 설명해야 합니다.

저희 의약품 목록에 없는 약에 대한 보장을 요청하거나 의약품에 대한 제한 사항을 제거하도록 요청하는 것을 **"처방집 예외"** 요청이라고 합니다.

가입자 또는 담당 의사가 플랜에게 요청할 수 있는 예외가 몇 가지 있습니다.

1. 의약품 목록에 없는 약에 대한 보장

- 저희가 예외를 적용하고 의약품 목록에 없는 약을 보장하는 것에 동의하는 경우, 가입자는 4단계 약에 적용되는 자기부담금을 지불합니다. 비 우선적 약.
- 해당 약에 필요한 자기부담금에는 예외가 적용되지 않습니다.

2. 보장 약에 대한 제한 제거

- 당사 의약품 목록에 있는 특정 약의 경우 추가 규칙 또는 제한이 적용됩니다(자세한 내용은 *가입자 안내 책자*의 **5장** 참조).
- 특정한 약에 관한 추가 규칙 및 제한에는 다음이 포함됩니다.
 - 브랜드 약 대신에 복제약 버전의 약을 사용.
 - 약 보장에 동의하기 전에 사전 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 약의 경우, 수령할 수 있는 양에 제한이 있습니다.
 - 저희가 가입자에 대한 예외에 동의하고 제한을 따로 설정하는 경우, 가입자는 지불해야 하는 자기부담금에 대한 예외를 요청할 수 있습니다.

3. 낮은 비용 부담 분류로 약 보장 변경. 의약품 목록에 있는 모든 약은 5가지 비용 부담 단계 중 하나에 속합니다. 일반적으로 비용 부담 단계 숫자가 낮을수록 필요한 자기부담금이 줄어듭니다.

보장되는 비우선적 약에 대해 저렴한 비용 지급을 요청하는 것을 **"분류 예외"** 요청이라고 하기도 합니다.

- 당사의 의약품 목록에는 특정 상태를 치료하기 위한 1개 이상의 약이 포함되는 경우가 많습니다. 이것을 "대체" 의약품이라고 합니다.

- 가입자의 의학적 상태에 대한 대체 약이 현재 복용하는 약보다 낮은 비용 부담 단계에 있는 경우, 가입자는 대체 약에 대한 비용 부담 금액으로 해당 약을 보장하도록 저희 플랜에 요청할 수 있습니다. 이를 통해 해당 약의 자기부담금이 낮아질 것입니다.

가입자가 복용하는 약이 생물학적 제제인 경우, 가입자는 본인의 상태에 대한 생물학적 제제 대안에 대해 가장 낮은 단계에 대한 비용 부담 금액으로 이를 보장하도록 요청할 수 있습니다.

가입자가 복용하는 약이 브랜드 약일 경우, 가입자의 증상을 치료하는 브랜드 대체약이 소속된 가장 낮은 단계에 적용하는 비용 부담액으로 해당 약을 보장하도록 요청할 수 있습니다.

가입자가 복용하는 약이 브랜드 약일 경우, 가입자의 증상을 치료하는 브랜드 대체약 또는 복제약 대체약이 소속된 가장 낮은 단계에 적용하는 비용 부담액으로 해당 약을 보장하도록 요청할 수 있습니다.

- 5단계: 특수 단계 약의 모든 약에 대한 비용 부담 분류를 변경하도록 요청하실 수 있습니다.
- 단계 적용 예외에 대한 가입자의 요청을 저희가 승인했으며, 가입자가 복용할 수 없는 대체약이 소속된 낮은 비용 부담 단계가 하나 이상일 경우, 가입자는 가장 저렴한 금액을 지불합니다.

G3. 예외 요청에 대해 알아두어야 할 중요한 사항

담당 의사나 기타 처방자는 당사에게 의학적 사유를 알려야 합니다.

담당 의사 또는 기타 처방자는 예외를 요청하는 의학적 사유를 설명한 진술서를 제출해야 합니다. 결정을 더 촉진하기 위해 예외를 요청할 때 의사나 기타 처방자가 발행한 의료 정보를 포함시키도록 하십시오.

당사의 의약품 목록에는 특정 상태를 치료하기 위한 1개 이상의 약이 포함되는 경우가 많습니다. 이것을 "대체" 의약품이라고 합니다. 대안 약의 효능이 귀하가 요청하는 약만큼 효과적이며 부작용이나 기타 건강 문제를 유발하지 않을 경우, 일반적으로 귀하의 예외 요청을 승인하지 **않습니다**. 단계 적용 예외를 요청하는 경우, 더 낮은 비용 부담 계층의 모든 대체 약품이 가입자에게 효과가 있거나 부작용 또는 기타 피해를 유발할 가능성이 있는 경우가 아니라면 일반적으로 예외 요청이 승인되지 **않습니다**.

가입자의 요청에 대한 수락 또는 기각.

- 저희가 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.

- 가입자의 예외 요청에 대해 저희가 **거부**하면 이의를 제기할 수 있습니다. **거절**할 경우 이의 제기에 대한 정보는 **G5절**을 참조하십시오.

다음 절에서는 예외를 포함해 보장 결정을 요청하는 방법에 대해 설명합니다.

G4. 예외를 포함한 보장 결정 요청

- 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 전화하거나, 서면 또는 팩스로 원하는 보장 유형에 대해 문의하십시오. 이러한 조치가 가능한 해당자는 가입자, 대리인 또는 담당 의사(처방자)입니다. 가입자의 이름, 연락처 정보 및 청구에 대한 정보를 포함하십시오.
- 가입자나 담당 의사(또는 기타 처방자) 또는 가입자를 대신하는 사람이 보장 결정을 요청할 수 있습니다. 또한 변호사가 귀하를 대신하게 할 수 있습니다.
- 누군가를 대리인으로 지명하는 방법에 대한 내용은 **E3절**을 참조하십시오.
- 가입자를 대신하여 보장 결정을 요청하기 위해 의사 또는 기타 처방자에게 서면 허가를 제공할 필요는 없습니다.
- 약 비용의 환급을 요청하려면 *가입자 안내 책자*의 **7장**을 참조하십시오.
- 예외를 요청하는 경우 "근거 진술"을 제공하십시오. 근거 진술에는 예외 요청에 대한 담당 의사 또는 기타 처방자의 의학적 사유가 포함됩니다.
- 담당 의사나 기타 처방자는 이러한 근거 진술을 팩스 또는 우편으로 당사로 보낼 수 있습니다. 또한 전화로 저희에게 말한 후 근거 진술을 팩스 또는 우편으로 보낼 수 있습니다.

가입자의 건강 상 필요한 경우 당사에 "**빠른 보장 결정**"을 요청하십시오.

"빠른 기한"을 사용하도록 합의한 경우가 아니라면 "표준 기한"을 사용합니다.

- **표준 보장 결정**이란 의사의 진술서를 수령하고 72시간 이내에 답변을 하는 것을 의미합니다.
- **빠른 보장 결정**이란 의사의 진술서를 수령하고 24시간 이내에 답변을 하는 것을 의미합니다.

"빠른 보장 결정"은 "**신속 보장 판단**"이라고 합니다.

다음과 같은 경우 빠른 보장 결정을 이용할 수 있습니다.

- 가입자가 받지 못한 약에 대한 사안입니다. 이미 구입한 약에 대한 환급을 요청하는 경우에는 빠른 보장 결정을 요청하실 수 없습니다.

- 표준 기한을 사용하면 가입자의 건강이나 기능 능력이 심각하게 해를 입을 수 있습니다.

담당 의사 또는 기타 처방자가 가입자의 건강에 빠른 보장 결정이 필요하다고 말하면 당사는 이에 동의하고 가입자에게 이를 제공합니다. 저희는 이를 통지하는 서신을 보내드립니다.

- 의사의 지원 없이 빠른 보장 결정을 요청하는 경우, 저희는 빠른 보장 결정 여부를 정합니다.
- 가입자의 건강 상태가 빠른 보장 결정 요건에 부합하지 않는다고 판단되면 가입자에게 안내문을 보내 드립니다.

저희는 이를 통지하는 서신을 보내드립니다. 이 서신은 또한 저희 결정에 대해 불만을 제기하는 방법을 안내합니다.

귀하가 빠른 불만 처리를 신청하면 24시간 내에 답신을 받으실 수 있습니다. 빠른 불만 제기 등 불만 제기에 대한 자세한 내용은 **K절**을 참조하십시오.

빠른 보장 결정 기한

- 당사가 표준 기한을 이용할 경우, 가입자의 이의 제기를 수령한 지 24시간 이내에 답변을 제공해야 합니다. 예외를 요청하는 경우, 귀하의 요청을 뒷받침하는 담당 의사의 진술서를 수령한 후 24시간 이내에 답변을 해드립니다. 가입자의 건강 상태로 인해 더 일찍 답변을 들어야 하는 경우, 더 일찍 답변할 것입니다.
- 이 기한을 지키지 못할 경우, 이의 제기 절차의 2단계에서 가입자의 요청을 보내 독립적인 심사 기관이 심사하게 됩니다. 2단계 이의 제기에 대한 자세한 내용은 **G6절**을 참조하십시오.
- 저희가 가입자 요청의 일부 또는 전부를 **수락**하면 가입자의 요청이나 담당 의사의 근거 진술서를 수령한 후 24시간 이내에 보장을 제공합니다.
- 가입자 요청의 일부 또는 전부를 **거부**하면 이유를 설명하는 서신을 보내드립니다. 이 서신에는 이의를 제기할 수 있는 방법에 대한 설명도 제공됩니다.

수령하지 않은 약에 대한 표준 보장 결정의 기한

- 당사가 표준 기한을 이용할 경우, 가입자의 이의 제기를 수령한 지 72시간 이내에 답변을 제공해야 합니다. 예외를 요청하는 경우, 귀하의 요청을 뒷받침하는 담당 의사의 진술서를 수령한 후 72시간 이내에 답변을 해드립니다. 가입자의 건강 상태로 인해 더 일찍 답변을 들어야 하는 경우, 더 일찍 답변할 것입니다.
- 이 기한을 지키지 못할 경우, 이의 제기 절차의 2단계에서 가입자의 요청을 보내 독립적인 심사 기관이 심사하게 됩니다.

- 저희가 가입자 요청의 일부 또는 전부를 **수락**하면 가입자의 요청이나 담당 의사의 예외 근거 진술서를 수령한 후 72시간 이내에 보장을 제공합니다.
- 가입자 요청의 일부 또는 전부를 **거부**하면 이유를 설명하는 서신을 보내드립니다. 이 서신에는 이의 제기 방법에 대한 설명도 제공됩니다.

이미 구입한 의약품에 대한 표준 보장 결정 기한

- 당사는 가입자의 이의 제기를 받은 지 역일로 14일 내에 답변을 제공해야 합니다.
- 이 기한을 지키지 못할 경우, 이의 제기 절차의 2단계에서 가입자의 요청을 보내 독립적인 심사 기관이 심사하게 됩니다.
- 가입자 요청의 일부 또는 전부를 당사가 **수락**하면 역일 기준 14일 이내에 환불해 드립니다.
- 가입자 요청의 일부 또는 전부를 **거부**하면 이유를 설명하는 서신을 보내드립니다. 이 서신에는 이의 제기 방법에 대한 설명도 제공됩니다.

G5. 1단계 이의 제기

파트 D 약 보장 결정에 대해 플랜에 이의 제기하는 것을 플랜 **"재판단"**이라고 합니다.

- 주 7일, 8 a.m. - 8 p.m. 중에 (800) 452-4413(TTY: 711)번으로 전화하거나, 서면 또는 팩스로 **표준** 또는 **빠른 이의** 제기를 시작하십시오. 이러한 조치가 가능한 해당자는 가입자, 대리인 또는 담당 의사(처방자)입니다. 가입자의 이름, 연락처 정보 및 청구에 대한 정보를 포함하십시오.
- 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 사유의 예는 가입자가 심각한 질병에 걸렸거나 마감일에 대해 잘못된 정보를 제공한 경우입니다. 이의를 제기할 때 이의 제기가 지연된 이유를 설명하십시오.
- 귀하는 귀하의 이의 제기에 대한 정보의 무료 사본을 요청할 권리가 있습니다. 또한 가입자와 담당 의사는 이의 제기를 뒷받침할 자세한 정보를 제공해줄 수 있습니다.

귀하의 건강 상 필요하다면, "빠른 이의 제기"를 요청하십시오.

빠른 이의 제기는 "신속 재판단"이라고도 합니다.

- 아직 수령하지 않은 약에 대한 플랜의 결정에 이의 제기를 하려는 경우, 가입자와 담당 의사 또는 다른 처방자는 "빠른 이의 제기"가 필요한지 결정해야 합니다.
- 빠른 이의 제기에 대한 요구 사항은 빠른 보장 결정 절차와 동일합니다. 자세한 정보는 **G4절**을 참조해 주십시오.

저희가 이의 제기를 고려하여 답변을 제공합니다.

- 저희는 가입자의 이의 제기를 심사하고 가입자의 보장 요청에 대한 정보를 다시 한번 신중하게 심사합니다.
- 가입자의 요청에 대해 **거부** 결정이 내려지면 저희는 규칙을 준수했는지 확인합니다.
- 당사는 추가 정보를 얻기 위해 가입자나 담당 의사 또는 기타 처방자에게 연락을 취할 수도 있습니다.

1단계에서 빠른 이의 제기의 기한

- 빠른 기한을 사용할 경우, 저희는 **가입자의 이의 제기를 수령한 지 72시간 이내에** 답변을 제공해야 합니다.
- 가입자의 건강 상태로 인해 더 일찍 답변을 들어야 하는 경우, 더 일찍 답변할 것입니다.

가입자에게 72시간 내에 답변을 제공하지 않는 경우, 가입자의 요청을 이의 제기 과정의 2단계로 진행시켜야 합니다. 그런 다음 독립 심사 기관에서 이를 심사합니다. 심사 기관 및 2단계 이의 제기 절차에 대한 정보는 **G6절**을 참조하십시오.

- 가입자 요청의 전체 또는 일부가 **수락**된 경우, 저희는 가입자의 요청을 수령한 지 72시간 이내에 제공하기로 합의한 보장을 제공해야 합니다.
- 가입자의 요청의 일부 또는 전부를 **거절**하는 경우, 저희는 이유를 설명하고 이의 제기할 수 있는 방법을 알려주는 서신을 보내드립니다.

1단계에서 "표준 이의 제기"의 기한

- 표준 기한을 사용할 경우, 저희는 가입자가 아직 수령하지 않은 약에 대한 이의 제기를 수령한 지 **역일로 7일 이내에** 답변을 제공해야 합니다.

- 가입자가 약을 받지 않았고 건강 상태에 따라 필요한 경우 저희는 더 빨리 결정을 내립니다. 건강상의 이유로 필요한 경우 "빠른 이의 제기"를 요청하십시오.

저희가 귀하에게 역일로 7일 내에 결정 사항을 전달하지 않는 경우, 귀하의 요청을 이의 제기 과정의 2단계로 넘길 것입니다. 그런 다음 독립 심사 기관에서 이를 심사합니다. 심사 기관 및 2단계 이의 제기 절차에 대한 정보는 **G6절**을 참조하십시오.

가입자 요청의 일부 또는 전체를 **수락**한 경우:

- 저희가 보장 요청을 승인할 경우, 건강상 필요에 따라 합의한 **보장을 최대한 빨리 제공**해야 하지만, 이의 제기를 수령하고 **역일로 7일 이상 지연될 수 없습니다.**
- 저희는 가입자의 이의 제기를 접수한 후 **역일로 30일 이내에** 가입자가 구입한 약에 대한 비용을 **가입자에게 지급**해야 합니다.

가입자의 요청의 일부 또는 전부를 당사가 **거절**하는 경우:

- 저희는 이유를 설명하고 이의 제기할 수 있는 방법을 알려주는 서신을 보내드립니다.
- 저희는 가입자의 이의 제기를 수령한 후 **역일로 14일 이내에** 구입한 약과 관련한 환급에 대한 답변을 제공해야 합니다.

저희가 귀하에게 역일로 14일 내에 결정 사항을 전달하지 않는 경우, 귀하의 요청을 이의 제기 과정의 2단계로 넘길 것입니다. 그런 다음 독립 심사 기관에서 이를 심사합니다. 심사 기관 및 2단계 이의 제기 절차에 대한 정보는 **G6절**을 참조하십시오.

- 가입자 요청의 일부 또는 전부를 **수락**한 경우, 저희는 요청을 접수한 후 역일로 30일 이내에 가입자에게 비용을 지불해야 합니다.
- 가입자의 요청의 일부 또는 전부를 **거절**하는 경우, 저희는 이유를 설명하고 이의 제기할 수 있는 방법을 알려주는 서신을 보내드립니다.

G6. 2단계 이의 제기

가입자의 1단계 이의 제기가 **거절**되면 가입자는 당사의 결정을 수락하거나 다른 이의 제기를 할 수 있습니다. 다른 이의 제기를하기로 결정한 경우 가입자는 2단계 이의 제기 절차를 활용합니다. **독립 심사 기관**은 가입자의 첫 번째 이의 제기가 **거절**된 시점의 당사 결정을 심사합니다. 이 기관은 결정을 변경해야 하는지 여부를 결정합니다.

"독립 심사 기관"의 공식적인 이름은 **"독립 심사 법인 (Independent Review Entity)"**이며, **"IRE"**라고도 합니다.

2단계 이의 제기를 하려면 가입자(또는 대리인이나 담당 의사, 기타 처방자)는 독립 심사 기관에 **서면으로** 연락하여 가입자의 사례 심사를 요청해야 합니다.

- 가입자의 1단계 이의 제기를 **거절**한 경우, 가입자에게 발송한 안내문에는 독립 심사 기관에 **2단계 이의 제기를 하는 방법에 대한 지침**이 포함되어 있을 것입니다. 이 지침은 2단계 이의 제기를 할 수 있는 당사자, 준수해야 하는 기한, 심사 기관에 연락하는 방법 등에 대해 안내합니다.
- 독립 심사 기관에 이의 제기를 하면 저희는 가입자의 이의 제기에 대한 정보를 이 기관에게 보낼 것입니다. 이 정보를 "사례 파일"이라고 합니다. **가입자는 무료 사례 파일 사본을 보유할 권리가 있습니다.**
- 가입자는 독립 심사 기관에게 가입자의 이의 제기를 뒷받침할 추가 정보를 제공할 권리를 가집니다.

독립 심사 기관은 파트 D 2단계 이의 제기를 심사하고 서면 답변을 제공합니다. 독립 심사 기관에 대한 자세한 내용은 **F4절**을 참조하십시오.

2단계에서 빠른 이의 제기의 기한

건강상의 이유로 필요한 경우 독립 심사 기관에게 빠른 이의 제기를 요청하십시오.

- 빠른 이의 제기에 동의하는 경우 독립 심사 기관은 이의 제기 요청을 접수한 후 **72시간 이내에** 답변을 제공해야 합니다.
- 독립 심사 기관이 요청의 일부 또는 전체를 **수락**한 경우 저희는 독립 심사 기관의 결정을 수령한 후 **24시간 이내에** 승인된 의약품 보장을 제공해야 합니다.

2단계에서 "표준 이의 제기"의 기한

2단계에서 표준 이의 제기가 활용된 경우 독립 심사 기관은 다음과 같은 답변을 제공해야 합니다.

- 가입자가 받지 않은 약에 대한 이의 제기를 접수한 후 **역일로 7일 이내**.
- 구입한 약에 대한 상환과 관련된 이의 제기를 접수한 후 **역일로 14일 이내**.

가입자 요청의 일부 또는 전체를 독립 심사 기관이 **수락**한 경우

- 저희는 독립 심사 기관의 결정을 수령한 후 **72시간 이내에** 승인된 의약품 보장을 제공해야 합니다.
- 저희는 독립 심사 기관의 결정을 수령한 후 역일로 30일 이내에 가입자가 구입한 약과 관련하여 가입자에게 상환해야 합니다.

귀하의 이의 제기에 대해 독립 심사 기관이 **거부** 결정을 내린 경우, 이 기관은 귀하의 요청을 승인하지 않은 저희 결정에 동의한다는 것을 의미합니다. 이를 "결정 지지" 또는 "이의 제기 기각"이라고 합니다.

독립 심사 기관이 가입자의 2단계 이의 제기를 **거절**하는 경우, 가입자가 요청하는 의약품 보장의 금액 가치가 최소 금액 가치를 충족하는 경우 가입자에게는 3단계 이의 제기에 대한 권리가 있습니다. 가입자가 요청하는 의약품 보장의 금액 가치가 요구되는 최소 금액보다 적으면 다른 이의를 제기할 수 없습니다. 이 경우 2단계 이의 제기 결정이 최종적입니다. 독립 심사 기관은 3단계 이의 제기를 계속 진행하기 위해 필요한 최소 금액을 알려주는 서신을 보냅니다.

요청하는 금액이 요건에 부합할 경우, 가입자는 추가로 이의 제기를 할지 선택합니다.

- 2단계 이후 이의 제기 절차에는 3가지 추가 단계가 있습니다.
- 독립 심사 기관이 2단계 이의 제기를 **거절**하고 가입자가 이의 제기 절차를 계속하기 위한 요건을 충족하는 경우 가입자는:
 - 3단계 이의 제기 여부를 결정합니다.
 - 3단계 이의 제기 방법에 대한 자세한 내용은 2단계 이의 제기 후 독립 심사 기관에서 보낸 서신을 참조하십시오.

행정법 판사 또는 변호사 심사관이 3단계 이의 제기를 처리합니다. 3단계, 4단계 및 5단계 이의 제기에 대한 정보는 **J절**을 참조하십시오.

H. 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. 당사 플랜의 병원 보장에 대한 자세한 정보는 *가입자 안내 책자*의 **4장**을 참조하십시오.

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.

너무 빨리 퇴원하라는 요청을 받고 있다고 생각되거나 퇴원 후 치료가 걱정된다면 오랜 기간 병원 입원을 요청할 수 있습니다. 이 절에서는 요청 방법에 대해 설명합니다.

H1. Medicare 권리 활용법

병원에 입원한 후 2일 이내에 간호사 또는 사회복지사와 같은 병원 인력이 "**귀하의 권리에 관한 Medicare의 중요한 메시지**"라는 서면 통지서를 제공합니다. 모든 Medicare 가입자는 입원할 때마다 이 안내문의 사본을 수령합니다.

안내문을 받지 못한 경우, 병원 직원에게 요청하십시오. 도움이 필요하면 페이지 하단에 있는 번호로 고객 서비스부에 전화해 주십시오. 또한 주 7일 하루 24시간 언제든지 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 연락해 주십시오.

- **이 안내문을 자세히 읽고** 이해가 되지 않는 사항은 질문하십시오. 이 안내문은 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 **안내문에 서명합니다.**
 - 귀하나 귀하를 대신할 사람이 이 안내문에 서명할 수 있습니다.
 - 안내문에 서명하는 것은 가입자가 본인의 권리에 대한 정보를 수령했다는 **것만을** 의미합니다. 서명한다고 해서 의사나 병원 직원이 알려준 퇴원 날짜에 동의한다는 의미는 **아닙니다.**
- 서명한 안내문의 **사본을 보관**하면 필요할 때 정보를 이용할 수 있습니다.

퇴원하기 2일 이상 전에 이 안내문에 서명하면 또 다른 사본도 수령하게 됩니다.

다음과 같은 경우 안내문 사본을 미리 볼 수 있습니다.

- 페이지 하단에 있는 전화번호로 고객 서비스부에 문의해 주십시오.
- 주 7일 하루 24시간 언제든지 Medicare 전화 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 연락해 주십시오.
- www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNH/HospitalDischargeAppealNotices를 방문하십시오.

H2. 1단계 이의 제기

당사가 입원환자 병원 서비스를 장기적으로 보장할 수 있도록 하고 싶다면, 이의를 제기하십시오. 품질 개선 기관은 1단계 이의 제기 심사를 수행하여 예정된 퇴원일이 귀하에게 의학적으로 적절한지를 확인할 것입니다.

품질 개선 기관은 연방 정부가 급여를 지급하는 의사 및 기타 의료 서비스 전문가 그룹입니다. 이러한 전문가들은 Medicare 가입자의 질을 점검 및 개선하는 데 도움을 줍니다. 이러한 전문가는 당사의 플랜에 속해 있지 않습니다.

캘리포니아에서는 품질 개선 기관을 Livanta라고 합니다. (877) 588-1123 (TTY: (855) 887-6668)번으로 전화해 주십시오. 연락처 정보는 "Medicare의 가입자의 권리에 대한 중요 메시지" 통지 및 2장에서도 제공됩니다.

병원에서 퇴원하고 예정된 퇴원일이 지나기 전에 품질 개선 기관에 연락하십시오.

- **퇴원하기 전에 연락하는 경우** 예정된 퇴원일 이후에 병원에 입원하여 이의 제기에 대한 품질 개선 기관의 결정을 기다리는 동안 비용을 지불하지 않고 입원할 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.
- 품질 개선 기관에 이의 제기에 대해 연락할 **기한을 지키지 못한 경우**, 플랜에 직접 이의 제기를 할 수 있습니다. 당사에 이의를 제기하는 방법에 대한 정보는 **G4절**을 참조하십시오.
- 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 196페이지의 F4절을 참조하시기 바랍니다.

필요한 경우 도움을 요청하십시오. 질문이 있거나 도움이 필요하면 언제든지:

- 페이지 하단에 있는 전화번호로 고객 서비스부에 문의해 주십시오.
- 건강 보험 정보, 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 1-800-434-0222번으로 연락해 주십시오.

빠른 심사를 요청하십시오. 신속하게 행동하고 품질 개선 기관에 연락하여 퇴원에 대한 빠른 심사를 요청하십시오.

"빠른 심사(fast review)"에 해당하는 법률 용어는 "즉시 심사(immediate review)" 또는 "신속 심사(expedited review)"입니다.

빠른 심사 과정 동안의 진행 상황

- 품질 개선 기관의 심사 담당자는 귀하나 대리인에게 예정된 퇴원일 이후에 보장이 계속되어야 한다고 생각하는 이유를 물을 것입니다. 진술서를 작성할 필요는 없지만 작성하는 것이 가능합니다.
- 심사 담당자는 귀하의 의료 정보를 심사하고, 담당 의사와 상담하고, 병원과 플랜이 제공한 정보를 심사할 것입니다.
- 심사 담당자가 귀하의 이의 제기에 대해 저희 플랜에 알린 다음 날의 정오까지 의사, 병원 및 당사가 귀하에게 의학적으로 적절한 퇴원 날짜가 해당 날짜라고 생각하는 이유를 설명하는 또 다른 통지가 귀하께 제공됩니다.

이 안내문의 법률 용어를 "**퇴원에 대한 상세 고지(Detailed Notice of Discharge)**"라고 합니다. 페이지 하단에 있는 고객 서비스부 전화번호로 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 주 7일 하루 24시간 언제든지 전화하시면 샘플을 받으실 수 있습니다. (TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 연락해 주십시오.) 샘플 안내문의 내용은 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices에서 온라인으로 확인하실 수도 있습니다.

품질 개선 기관은 필요한 모든 정보를 확보한 후 1일 이내에 이의 제기에 대한 답변을 제공합니다.

품질 개선 기관이 귀하의 이의 제기를 **수락**하는 경우:

- 저희는 서비스가 의학적으로 필요한 동안 보장되는 입원환자 병원 서비스를 제공합니다.

품질 개선 기관이 귀하의 이의 제기를 **거절**하는 경우:

- 귀하의 예정된 퇴원일이 의학적으로 적절한 것으로 간주됩니다.
- 입원환자 병원 서비스에 대한 저희 보장은 품질 개선 기관이 귀하의 이의 제기에 대한 답변을 제공한 후 정오에 종료됩니다.
- 귀하는 품질 개선 기관이 이의 제기에 대한 답변을 제공한 다음 날 정오 이후에 받는 병원 치료 비용 전액을 지불해야 할 수도 있습니다.
- 품질 개선 기관이 귀하의 1단계 이의 제기를 거부하고 **그리고** 귀하가 예정된 퇴원일 이후에 병원에 체류하는 경우 2단계 이의를 제기할 수 있습니다.

H3. 2단계 이의 제기

2단계 이의 제기 기간에 품질 개선 기관에게 1단계 이의 제기에서 내린 결정을 다시 심사하도록 요청하십시오. (877) 588-1123(TTY: (855) 887-6668)번으로 문의해 주십시오.

본 심리는 품질 개선 기관의 1 단계 이의 제기에 대한 **거부 결정**일 이후 **역일로 60일 내에** 요청되어야 합니다. 치료 보장이 종료된 날 이후 병원에 머무르는 **경우에만** 이러한 심사를 요청할 수 있습니다.

품질 개선 기관의 심사 담당자는 다음을 수행합니다.

- 당사는 귀하의 보장 요청에 대한 모든 정보를 다시 한 번 주의 깊게 심사합니다.
- 두 번째 심사 요청을 받은 후 14일 이내에 2단계 이의 제기에 대한 결정을 알려 드립니다.

품질 심사 기관이 귀하의 이의 제기를 **수락**하는 경우:

- 저희는 품질 개선 기관이 귀하의 1단계 이의 제기를 거부한 날의 다음 날 정오 이후부터 저희가 분담하는 병원 치료 비용을 귀하에게 상환해야 합니다.
- 저희는 서비스가 의학적으로 필요한 동안 보장되는 입원환자 병원 서비스를 제공합니다.

품질 심사 기관이 이의 제기를 **거절**한 경우:

- 귀하의 1단계 이의 제기에 대한 결정에 동의하며 이를 변경하지 않습니다.
- 이의 제기 절차를 계속하고 3단계 이의 제기를 하기를 원할 경우 할 수 있는 사항을 알려주는 서신을 제공합니다.
- 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 **190페이지의 E4절**을 참조하시기 바랍니다.

행정법 판사 또는 변호사 심사관이 3단계 이의 제기를 처리합니다. 3단계, 4단계 및 5단계 이의 제기에 대한 정보는 **J절**을 참조하십시오.

H4. 1단계 대안적 이의 제기

1단계 이의 제기를 위해 품질 개선 기관에 연락할 수 있는 마감일은 60일 이내 또는 예정된 퇴원일 이전입니다. 1단계 이의 제기 마감일이 경과한 경우 "대체 이의 제기" 절차를 이용할 수 있습니다.

페이지 하단에 있는 고객 서비스부에 연락하여 퇴원 날짜에 대한 "빠른 심사"를 요청하십시오.

"빠른 심사"(fast review) 또는 "빠른 이의 제기"(fast appeal)에 해당하는 법률 용어는 **"신속 이의 제기"(expedited appeal)**입니다.

- 저희는 귀하의 병원 체류에 관한 모든 정보를 심사합니다.
- 저희는 첫 번째 결정이 공정하고 규칙을 준수하는지 확인합니다.
- 저희는 표준 마감일 대신 빠른 마감일을 이용하며 빠른 심사를 요청한 후 72시간 이내에 결정을 제공합니다.

귀하의 빠른 이의 제기를 저희가 **수락**한 경우:

- 퇴원일 이후에 병원에 입원해야 한다는 것에 동의합니다.
- 저희는 서비스가 의학적으로 필요한 동안 보장되는 입원환자 병원 서비스를 제공합니다.
- 당사는 귀하의 보장이 종료된다고 답변했던 날짜 이후에 귀하가 받은 치료 비용의 플랜 부담분을 환급해야 합니다.

저희가 빠른 이의 제기를 **거부**하는 경우:

- 저희는 귀하의 예정된 퇴원일이 의학적으로 적합하다는 것에 동의합니다.
- 입원환자 병원 서비스에 대한 보장은 저희가 알려드린 날짜에 종료됩니다.
- 저희는 이 날짜 이후에는 비용 부담금을 지불하지 않습니다.
- 병원에 계속 입원했다면 예정된 퇴원일 이후에 받은 병원 치료 비용 전액을 귀하가 지불해야 할 수도 있습니다.
- 모든 규칙을 준수했는지 확인하기 위해 귀하의 이의 제기를 독립 심사 기관으로 보냅니다. 이를 통해 귀하의 사례는 자동으로 2단계 이의 제기 절차로 진행됩니다.

H5. 2단계 대안적 이의 제기

저희는 1단계 이의 제기를 **거절**한 후 24시간 이내에 2단계 이의 제기에 대한 정보를 독립 심사 기관으로 보냅니다. 이는 자동으로 수행됩니다. 귀하는 어떠한 조치도 취하실 필요가 없습니다.

당사가 이 기한이나 다른 기한을 지키지 않는다고 생각하시면, 귀하는 불만을 제기하실 수 있습니다. 불만 제기에 대한 정보는 **K절**을 참조하십시오.

독립 심사 기관이 가입자의 이의 제기에 대해 빠른 심사를 합니다. 독립 심사 기관은 퇴원에 대한 모든 정보를 주의 깊게 심사하고 일반적으로 72시간 이내에 답변을 제공합니다.

독립 심사 기관이 귀하의 이의 제기를 **수락**하는 경우:

- 당사는 귀하의 보장이 종료된다고 답변했던 날짜 이후에 귀하가 받은 치료 비용의 플랜 부담분을 환급해야 합니다.
- 저희는 서비스가 의학적으로 필요한 동안 보장되는 입원환자 병원 서비스를 제공합니다.

독립 심사 기관이 이의 제기를 **거부**하는 경우:

- 독립 심사 기관은 귀하의 예정된 퇴원 날짜가 의학적으로 적절하다는 데 동의합니다.
- 이의 제기 절차를 계속하고 3단계 이의 제기를 하기를 원할 경우 할 수 있는 사항을 알려주는 서신을 제공합니다.

행정법 판사 또는 변호사 심사관이 3단계 이의 제기를 처리합니다. 3단계, 4단계 및 5단계 이의 제기에 대한 정보는 **J절**을 참조하십시오.

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 196페이지의 F4절을 참조하시기 바랍니다. 가입자는 3단계 이의 제기에 더해, 또는 그것을 대신하여 독립 의료 심사를 요청할 수도 있습니다.

I. 특정 의료 서비스를 계속 보장해 줄 것을 요청

이 절에서는 귀하가 받을 수 있는 3가지 유형의 서비스에 대해서만 설명합니다.

- 가정 건강 관리 서비스
- 전문 간호 시설의 전문 간호 관리
- Medicare 승인 종합 외래환자 재활 시설
(Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)의 외래환자로서 재활 관리 보통 이는 귀하가 질병이나 사고에 대한 치료를 받고 있거나 대수술을 받고 회복 중에 있음을 뜻합니다.

이러한 3가지 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.

11. 보장이 종료되기 전 사전 통지

저희는 치료 비용 지불을 중단하기 최소 2일 전에 귀하에게 서면 통지를 보내드립니다. 이것을 "Medicare 비보장 안내문"이라고 합니다. 안내문을 통해 가입자에게 서비스 보장 중단일과 이 결정에 대한 이의 제기 방법을 알려드릴 것입니다.

귀하 또는 대리인은 수령 사실을 확인하기 위해 안내문에 서명해야 합니다. 통지서에 서명하는 것은 귀하가 정보를 받았다는 **것만을** 보여줍니다. 서명한다고 해서 저희의 결정에 동의하는 것은 **아닙니다**.

12. 1단계 이의 제기

플랜이 가입자의 서비스 보장을 너무 빨리 중단한다고 생각할 경우, 가입자는 당사의 결정에 이의 제기를 할 수 있습니다. 이 절에서는 1단계 이의 제기 절차 및 해야 할 일에 대해 설명합니다.

- **기한을 지키십시오.** 기한은 중요합니다. 해야 할 일의 기한을 이해하고 이를 준수하십시오. 당사 플랜도 마감일을 준수해야 합니다. 저희가 이 기한을 지키지 않았다고 생각하실 경우, 불만을 제기하실 수 있습니다. 불만 사항에 대한 자세한 내용은 **K절**을 참조하십시오.
- **필요한 경우 도움을 요청하십시오.** 질문이 있거나 도움이 필요하면 언제든지:
 - 페이지 하단에 있는 전화번호로 고객 서비스부에 문의해 주십시오.
 - 건강 보험 정보, 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 1-800-434-0222번으로 연락해 주십시오.
- **품질 개선 기관에 문의하십시오.**
 - QIO 및 연락 방법에 대한 자세한 내용은 **H2절**을 참조하거나 *가입자 안내 책자*의 **2장**을 참조하십시오.
 - 귀하의 이의 제기를 심사하고 저희 플랜의 결정을 변경할지 여부를 결정하도록 요청하십시오.
- **신속하게 행동하고 "빠른 이의 제기"를 요청하십시오.** 귀하의 의료 서비스 보장을 종료하는 것이 의학적으로 적절한지 품질 개선 기관에 문의하십시오.

이 기관에 연락하는 기한

- 귀하는 품질 개선 기관에 연락하여 저희가 보내드린 Medicare 비보장 통지서의 발효일 전날 정오까지 이의 제기를 시작해야 합니다.

- 품질 개선 기관에 연락할 기한을 지키지 못한 경우, 플랜에 직접 이의 제기를 할 수 있습니다. 이를 수행하는 방법에 대한 자세한 내용은 **14절**을 참조하십시오.
- 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 196페이지의 F4절을 참조하시기 바랍니다.

안내문의 법률 용어는 **"Medicare 비 보장 안내문"**

(Notice of Medicare Non-Coverage)입니다. 샘플 사본을 받으려면 페이지 하단에 있는 고객 서비스부에 전화하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 주 7일 하루 24시간 언제든지 전화해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 연락해 주십시오. 또는

www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices에서 온라인으로 사본을 확인할 수 있습니다.

빠른 이의 제기 중 발생하는 일

- 품질 개선 기관의 심사 담당자는 귀하나 대리인에게 보장이 계속되어야 한다고 생각하는 이유를 물을 것입니다. 진술서를 작성할 필요는 없지만 작성하는 것이 가능합니다.
- 심사 담당자는 귀하의 의료 정보를 심사하고, 담당 의사와 상담하고, 플랜이 제공한 정보를 심사할 것입니다.
- 당사 플랜은 또한 귀하의 서비스 보장을 종료하는 이유를 설명하는 서면 통지를 귀하에게 보내드립니다. 심사 담당자가 귀하의 이의 제기를 저희에게 통지하는 날이 종료될 때까지 귀하께 통지가 제공됩니다.

통지 설명의 법률 용어는 "**비 보장에 관한 상세 설명**"입니다.

- 심사 담당자는 필요한 모든 정보를 확보한 후 하루 내에 결정을 알려줍니다.

독립 심사 기관이 귀하의 이의 제기를 **수락**하는 경우:

- 저희는 의학적으로 필요한 동안 보장되는 서비스를 제공합니다.

독립 심사 기관이 이의 제기를 **거부**하는 경우:

- 귀하의 보장은 저희가 알려드린 날짜에 종료됩니다.
- 통지문에 제시된 날짜에 해당 진료 비용에 대한 저희 몫의 지불이 중단됩니다.
- 보장 종료일 이후에 가정 건강 관리, 전문 요양 시설 치료 또는 종합 외래환자 재활 시설(CORF) 서비스를 계속하기로 결정한 경우 귀하가 이 치료의 전체 비용을 직접 부담합니다.
- 귀하는 이러한 서비스를 계속하고 2단계 이의를 제기할 것인지 결정합니다.

13. 2단계 이의 제기

2단계 이의 제기 기간에 품질 개선 기관에게 1단계 이의 제기에서 내린 결정을 다시 심사하도록 요청하십시오. (877) 588-1123(TTY: (855) 887-6668)번으로 문의해 주십시오.

본 심리는 품질 개선 기관의 1 단계 이의 제기에 대한 **거부 결정일 이후 역일로 60일 내에** 요청되어야 합니다. 이러한 심사 요청은 귀하가 해당 의료 서비스에 대한 보장이 종료된 당일 이후에도 치료를 계속 받는 **경우에만** 가능합니다.

품질 개선 기관의 심사 담당자는 다음을 수행합니다.

- 당사는 귀하의 보장 요청에 대한 모든 정보를 다시 한 번 주의 깊게 심사합니다.

- 두 번째 심사 요청을 받은 후 14일 이내에 2단계 이의 제기에 대한 결정을 알려 드립니다.

독립 심사 기관이 귀하의 이의 제기를 **수락**하는 경우:

- 당사는 귀하의 보장이 종료된다고 답변했던 날짜 이후에 귀하가 받은 치료 비용의 플랜 부담분을 환급해야 합니다.
- 저희는 의학적으로 필요한 경우 진료에 대해 보장을 계속 제공합니다.

독립 심사 기관이 이의 제기를 **거부**하는 경우:

- 독립 심사 기관은 귀하의 치료를 종료하기로 한 저희 결정에 동의하며 이를 변경하지 않을 것입니다.
- 이의 제기 절차를 계속하고 3단계 이의 제기를 하기를 원할 경우 할 수 있는 사항을 알려주는 서신을 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 **196페이지의 F4절**을 참조하시기 바랍니다. 가입자는 불만 제기를 하고 3단계 이의 제기 대신에 또는 추가적으로 DMHC에 독립 의료 심사를 요청할 수도 있습니다.

행정법 판사 또는 변호사 심사관이 3단계 이의 제기를 처리합니다. 3단계, 4단계 및 5단계 이의 제기에 대한 정보는 **J절**을 참조하십시오.

14. 1단계 대안적 이의 제기

섹션 12에 설명한 바와 같이 신속하게 행동하고 품질 개선 기관에 연락하여 1단계 이의 제기를 시작해야 합니다. 기한이 경과한 경우 "대체 이의 제기" 절차를 이용할 수 있습니다.

페이지 하단의 번호로 고객 서비스부에 연락하여 "빠른 심사"를 요청하십시오.

"빠른 심사"(fast review) 또는 "빠른 이의 제기"(fast appeal)에 해당하는 법률 용어는 **"신속 이의 제기"(expedited appeal)**입니다.

- 저희는 귀하의 사례에 대한 모든 정보를 심사합니다.
- 귀하의 서비스에 대한 보장 종료 날짜를 설정할 때 첫 번째 결정이 공정하고 규칙을 따랐는지 확인합니다.
- 저희는 표준 마감일 대신 빠른 마감일을 이용하며 빠른 심사를 요청한 후 72시간 이내에 결정을 제공합니다.

귀하의 빠른 이의 제기를 저희가 **수락**한 경우:

- 저희는 귀하에게 추가적으로 서비스가 필요하다는 것에 동의합니다.
- 저희는 서비스가 의학적으로 필요한 동안 보장되는 서비스를 제공합니다.
- 저희는 귀하의 보장이 종료된다고 답변했던 날짜 이후에 귀하가 받은 치료 비용의 플랜 부담분을 환급하는 것에 동의합니다.

저희가 빠른 이의 제기를 **거부**하는 경우:

- 이러한 서비스에 대한 보장은 저희가 알려드린 날짜에 종료됩니다.
- 저희는 이 날짜 이후에는 비용 부담금을 지불하지 않습니다.
- 저희가 보장이 종료될 것이라고 말한 날짜 이후에도 서비스를 이용하면 귀하가 이러한 서비스의 전액을 지불합니다.
- 모든 규칙을 준수했는지 확인하기 위해 귀하의 이의 제기를 독립 심사 기관으로 보냅니다. 이를 통해 귀하의 사례는 자동으로 2단계 이의 제기 절차로 진행됩니다.

15. 2단계 대안적 이의 제기

2단계 이의 제기 중에,

저희는 1단계 이의 제기를 거절한 후 24시간 이내에 2단계 이의 제기에 대한 정보를 독립 심사 기관으로 보냅니다. 이는 자동으로 수행됩니다. 귀하는 어떠한 조치도 취하실 필요가 없습니다.

당사가 이 기한이나 다른 기한을 지키지 않는다고 생각하시면, 귀하는 불만을 제기하실 수 있습니다. 불만 제기에 대한 정보는 **K절**을 참조하십시오.

독립 심사 기관이 가입자의 이의 제기에 대해 빠른 심사를 합니다. 독립 심사 기관은 퇴원에 대한 모든 정보를 주의 깊게 심사하고 일반적으로 72시간 이내에 답변을 제공합니다.

독립 심사 기관이 귀하의 이의 제기를 **수락**하는 경우:

- 당사는 귀하의 보장이 종료된다고 답변했던 날짜 이후에 귀하가 받은 치료 비용의 플랜 부담분을 환급해야 합니다.
- 저희는 서비스가 의학적으로 필요한 동안 보장되는 입원환자 병원 서비스를 제공합니다.

독립 심사 기관이 이의 제기를 **거부**하는 경우:

- 독립 심사 기관은 귀하의 치료를 종료하기로 한 저희 결정에 동의하며 이를 변경하지 않을 것입니다.
- 이의 제기 절차를 계속하고 3단계 이의 제기를 하기를 원할 경우 할 수 있는 사항을 알려주는 서신을 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 196페이지의 F4절을 참조하시기 바랍니다. 가입자는 불만 제기를 하고 3단계 이의 제기 대신에 또는 추가적으로 독립 의료 심사를 요청할 수도 있습니다.

행정법 판사 또는 변호사 심사관이 3단계 이의 제기를 처리합니다. 3단계, 4단계 및 5단계 이의 제기에 대한 정보는 **J절**을 참조하십시오.

J. 2단계 이후의 이의 제기

J1. 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 이의 제기한 Medicare 서비스 또는 품목의 금액 가치가 특정 최소 금액을 충족하지 못하는 경우, 귀하는 더 이상 이의를 제기할 수 없습니다. 금액 가치가 충분히 높으면 이의 제기 절차를 계속할 수 있습니다. 2단계 이의 제기를 위해 독립 심사 기관에서 받은 서신에는 3단계 이의 제기를 요청하기 위해 누구에게 연락해야 하고 무엇을 해야 하는지에 대한 설명이 제공됩니다.

3단계 이의 제기

이의 제기 3단계는 행정법 판사(ALJ) 심리입니다. 결정을 내리는 사람은 ALJ 또는 연방 정부에서 일하는 변호사 심사관입니다.

ALJ 또는 변호사 심사관이 귀하의 이의 제기를 **수락**하면, 저희는 귀하에게 유리한 3단계 결정에 이의 제기할 권리가 있습니다.

- 저희가 결정 사항에 대해 **이의 제기**를하기로 결정한 경우, 가입자에게 관련 문서와 함께 4단계 이의 제기 요청 사본을 보내 드립니다. 저희는 문제의 서비스를 승인 또는 제공하기 전에 4단계 이의 제기 결정을 기다릴 수 있습니다.
- 결정된 사항에 대해 이의 제기를 하지 **않기로** 결정한 경우, 저희 플랜은 ALJ 또는 재판관의 결정을 수령하고 역일로 60일 이내에 서비스를 승인하거나 제공해야 합니다.

ALJ 또는 재판관이 귀하의 항소를 **거부**하면 항소 절차가 끝나지 않을 수 있습니다.

- 귀하의 이의 제기를 기각한 결정을 **수락**하기로 결정한 경우, 이의 제기 절차는 종료됩니다.
- 이의 제기를 기각하는 이 결정을 **수락하지 않기로** 결정한 경우 다음 단계의 심사 절차를 계속 진행할 수 있습니다. 귀하가 받는 통지서는 4단계 이의 제기를 위해 해야 할 일에 대한 설명이 제공됩니다.

4단계 이의 제기

Medicare 이의 제기 위원회(위원회)는 가입자의 이의 제기를 심사하고 답변을 제공합니다. 이 위원회는 연방정부 소속입니다.

위원회가 귀하의 4단계 이의 제기를 **수락**하거나 귀하에게 유리한 3단계 이의 제기 결정을 심사해 달라는 요청을 거부하는 경우, 저희는 5단계에 대해 이의를 제기할 권리가 있습니다.

- 저희가 결정에 대해 **이의 제기**를하기로 결정한다면 서면으로 가입자에게 알릴 것입니다.
- 결정된 사항에 대해 **이의 제기를 하지 않기로** 결정한 경우, 위원회의 결정을 수령하고 역일로 60일 이내에 서비스를 승인하거나 제공해야 합니다.

위원회가 **거절**하거나 심사 요청을 거부하는 경우 이의 제기 절차가 끝나지 않을 수 있습니다.

- 귀하의 이의 제기를 기각한 결정을 **수락**하기로 결정한 경우, 이의 제기 절차는 종료됩니다.
- 이의 제기를 기각하는 이 결정을 **수락하지 않기로** 결정한 경우 다음 단계의 심사 절차를 계속 진행할 수 있습니다. 귀하가 받는 통지서에는 귀하가 5단계 이의 제기를 진행할 수 있는지 여부와 해야 할 일에 대한 설명이 제공됩니다.

5단계 이의 제기

연방 지방 법원 판사가 귀하의 이의 제기와 모든 정보를 심사하고 **수락** 또는 **거절**을 결정합니다. 이것이 최종 결정입니다. 연방 지방 법원 이외의 다른 이의 제기 단계는 없습니다.

J2. 추가 Medi-Cal 이의 제기

또한 귀하에게는 Medi-Cal이 일반적으로 보장하는 서비스나 품목에 대한 이의 제기인 경우 다른 이의 제기 권리도 있습니다. 귀하가 공청회 사무소로부터 받은 서신에서는 이의 제기 과정을 계속하기 위해 수행할 수 있는 조치를 설명합니다. 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 동의하지 않으면 법적 검토를 구하실 수 있습니다. 그러나 공청회를 다시 요청하실 수는 없습니다.

J3. 파트 D 약물 요청에 대한 이의 제기 3, 4 및 5단계

이 절은 1단계 이의 제기와 2단계 이의 제기를 했는데 모두 기각된 경우, 적합할 수 있습니다.

이의 제기한 특정 약의 비용이 특정 수준에 부합할 경우, 이의 제기의 추가 단계를 진행할 수 있습니다. 귀하가 수령하는 2단계 이의 제기에 대한 답변서에 3단계 이의 제기를 요청하기 위해 해야 할 일과 연락처가 포함되어 있을 것입니다.

3단계 이의 제기

이의 제기 3단계는 행정법 판사(ALJ) 심리입니다. 결정을 내리는 사람은 ALJ 또는 연방 정부에서 일하는 변호사 심사관입니다.

ALJ 또는 변호사 심사관이 귀하의 이의 제기를 수락하는 경우:

- 이의 제기 절차가 종료됩니다.

- 저희는 승인된 의약품 보장을 72시간(신속 이의 제기는 24시간) 이내에 허가 또는 제공하거나 결정을 통지 받은 후 역일로 30일 이내에 비용을 지불해야 합니다.

ALJ 또는 재판관이 귀하의 항소를 **거부**하면 항소 절차가 끝나지 않을 수 있습니다.

- 귀하의 이의 제기를 기각한 결정을 **수락**하기로 결정한 경우, 이의 제기 절차는 종료됩니다.
- 이의 제기를 기각하는 이 결정을 **수락하지 않기로** 결정한 경우 다음 단계의 심사 절차를 계속 진행할 수 있습니다. 귀하가 받는 통지서는 4단계 이의 제기를 위해 해야 할 일에 대한 설명이 제공됩니다.

4단계 이의 제기

Medicare 이의 제기 위원회(위원회)는 가입자의 이의 제기를 심사하고 답변을 제공합니다. 이 위원회는 연방정부 소속입니다.

위원회가 귀하의 이의 제기를 **수락**하는 경우:

- 이의 제기 절차가 종료됩니다.
- 저희는 승인된 의약품 보장을 72시간(신속 이의 제기는 24시간) 이내에 허가 또는 제공하거나 결정을 통지 받은 후 역일로 30일 이내에 비용을 지불해야 합니다.

위원회가 귀하의 항소를 **거부**하면 항소 절차가 끝나지 않을 수 있습니다.

- 귀하의 이의 제기를 기각한 결정을 **수락**하기로 결정한 경우, 이의 제기 절차는 종료됩니다.
- 이의 제기를 기각하는 이 결정을 **수락하지 않기로 결정한** 경우 다음 단계의 심사 절차를 계속 진행할 수 있습니다. 귀하가 받는 통지서에는 귀하가 5단계 이의 제기를 진행할 수 있는지 여부와 해야 할 일에 대한 설명이 제공됩니다.

5단계 이의 제기

연방 지방 법원 판사가 귀하의 이의 제기와 모든 정보를 심사하고 **수락** 또는 **거절**을 결정합니다. 이것이 최종 결정입니다. 연방 지방 법원 이외의 다른 이의 제기 단계는 없습니다.

K. 불만 사항 제기 방법

K1. 어떤 종류의 문제에 불만을 제기해야 하나요?

불만 제기 절차는 진료의 품질, 대기 시간, 진료 조정 및 고객 서비스와 관련된 문제 같이 특정 종류의 문제에만 사용됩니다. 불만 사항 제기 절차로 다루지는 문제 유형에 대한 예를 소개합니다.

불만	예
의료 서비스 품질	귀하는 병원에서 받은 의료 서비스 같은 의료 품질에 불만족하고 있습니다.
프라이버시 존중	귀하는 누군가가 귀하의 개인정보보호 권리를 존중하지 않았거나 귀하에 대한 기밀 정보를 공유했다고 생각합니다.
무례함, 부실한 고객 서비스 또는 기타 부정적 행동	- 건강 관리 제공자 또는 직원이 귀하에게 무례했거나 실례를 했습니다. - 우리 직원이 귀하를 나쁘게 대했습니다. - 귀하는 플랜에서 강제로 탈퇴되었다고 생각합니다.
접근성 및 언어 지원	- 의사 또는 제공자 진료소에서 건강 관리 서비스와 시설을 물리적으로 이용할 수 없습니까? - 의사 또는 서비스 제공자는 귀하가 사용하는 비영어권 언어(예: 미국 수화 또는 스페인어)에 대한 통역사를 제공하지 않습니다. - 귀하의 서비스 제공자는 귀하에게 필요하고 요청되는 기타 합당한 편의를 제공하지 않습니다.
대기 시간	- 귀하는 예약을 하는데 문제가 있거나 대기 시간이 너무 깁니다. - 의사, 약사 또는 기타 의료 전문가, 고객 서비스부 또는 기타 플랜 직원이 귀하를 너무 오래 기다리게 합니다.
청결도	클리닉, 병원 또는 의사의 진료소가 청결하지 않습니까?

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 원하시면



www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.

불만	예
저희가 제공하는 정보	- 플랜에서 귀하가 받아야 하는 안내문이나 서신을 제공하지 않았습니까? - 귀하는 당사가 귀하에게 보냈던 서면 정보가 이해하기 어렵다고 생각합니다.
보장 결정 또는 이의 제기와 관련된 시간 적절성	- 귀하는 플랜이 보장 결정이나 이의 제기 답변을 위한 마감일이 준수되지 않는다고 생각합니다. - 귀하는 보장을 받거나 귀하에게 유리한 이의 제기 결정을 받은 후 플랜에서 귀하에게 서비스를 승인 또는 제공하지 않거나 특정한 의학적 서비스에 대해 환급해 주지 않는다고 생각합니다. - 귀하는 저희가 귀하의 케이스를 제때에 독립 심사 기관에 보내지 않았다고 생각합니다.

불만의 종류는 다양합니다. 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 고객 서비스부에 (800) 452-4113번으로 연락하실 수 있습니다.

"불만"(complaint)에 해당하는 법률 용어는 "**고충(grievance)**"입니다.

"불만 제기"(making a complaint)에 해당하는 법률 용어는 "**고충 제기(filing a grievance)**"입니다.

K2. 내부 불만 제기

내부 불만 제기를 하시려면, 고객 서비스부에 1-800-452-4413번으로 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.

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.

- 작동 방식은 다음과 같습니다.

- 1단계: 불만 제기

절차를 시작하려면 해당 사안 발생 후 60일 이내에 고객 서비스부 담당자에게 전화하여 불만 제기를 요청하십시오. 해당 사안 발생 후 60일 이내에 다음 주소로 불만 사항을 서면으로 제출할 수도 있습니다.

Blue Shield TotalDual Plan
 Appeals & Grievances Department
 P.O. Box 927, Woodland Hills CA 91365-9856
 팩스: (916) 350-6510

팩스 또는 우편으로 당사에 연락하는 경우 **Blue Shield TotalDual Plan** 이의 제기 및 고충 양식을 요청하려면 당사에 전화해 주십시오.

5일 이내에 귀하의 우려 사항에 대한 통지를 받았음을 알리고 해당 문제의 담당자 이름을 알려주는 서신을 보내드립니다. 저희를 일반적으로 30일 이내에 이를 해결합니다.

"빠른 결정" 또는 "빠른 이의 제기"를 제공하지 않기로 결정했기 때문에 귀하가 "신속 고충 제기"를 요청하는 경우, 귀하의 요청을 원래 결정에 관여하지 않은 의료 책임자에게 전달할 것입니다. 저희는 귀하가 "빠른 초기 결정" 또는 "빠른 이의 제기"를 요청했을 때 사용할 수 없었던 추가 정보가 있는지 질문할 수 있습니다.

의료 책임자는 귀하의 요청을 심사하고 원래의 결정이 적절한지 결정할 것입니다. "빠른 고충 제기" 요청 후 24시간 이내에 결정 내용을 담은 서신을 귀하께 보내드립니다.

플랜은 귀하의 건강 상태를 고려하여 최대한 빨리 불만 제기를 접수한 후 역일로 30일 이내에 귀하의 고충을 처리해야 합니다.

- 2단계: 불만 제기 청문회

치료 품질 문제와 관련된 고충 해결에 만족하지 않는 경우 Blue Shield Medicare 이의 제기 및 고충 부서에 고충 청문회를 서면으로 요청할 수 있습니다. 귀하의 서면 요청 후 31일 이내에 귀하의 사례를 심리할 패널이 구성됩니다. 귀하는 관련이 없는 의사와 이의 제기 및 고충 해결 부서의 대리인이 포함된 청문회에 참석하도록 초대될 것입니다. 청문회는 영상 통화로 혹은 직접 참가하실 수 있습니다. 청문회 후 저희는 최종 해결 서신을 보내드립니다.

- 대기 시간, 무례함, 고객 서비스 또는 청결과 같은 치료의 질 등을 제외한 불만 해결에 만족하지 않는 경우 Blue Shield TotalDual Plan 고객 서비스부에 연락하여 추가 심사를 요청할 수 있습니다.

"빠른 불만 제기"(fast complaint)에 해당하는 **법률 용어**는 "**신속 고충 제기**"(**expedited grievance**)입니다.

가능한 경우 저희는 즉시 답변을 드립니다. 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 보장 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 보장 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 답변합니다.

K3. 외부 불만 제기

Medicare

귀하는 불만 사항을 Medicare에 통지하거나 Medicare에 보낼 수 있습니다. Medicare 불만 양식은 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx에서 구할 수 있습니다.

Medicare에 불만을 제기하기 전 Blue Shield TotalDual Plan에 불만을 제기할 필요가 없습니다.

Medicare는 귀하의 불만 사항을 신중하게 검토하고 이 정보를 사용하여 Medicare 프로그램의 품질을 개선할 것입니다.

다른 의견이나 문제가 있거나, 플랜이 귀하의 문제를 해결해주지 않는다고 생각하실 경우, 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로도 연락할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

Medi-Cal

1-888-452-8609로 전화하여 캘리포니아주 의료서비스부(DHCS) Medi-Cal 관리형 의료 음부즈맨에 불만을 제기할 수 있습니다. TTY 사용자는 711로 전화해 주십시오. 월요일 - 금요일, 8:00 a.m. - 5:00 p.m. 사이에 직접 연락할 수 있습니다.

캘리포니아주 의료서비스부(DMHC)에 불만을 제기할 수 있습니다. DMHC는 헬프 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:

- 1-888-466-2219 번으로 연락해 주십시오. 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.

민권사무국

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 연락해 주십시오. 자세한 정보는 www.hhs.gov/ocr을 방문하여 확인하실 수 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). Medi-Cal 옴부즈 프로그램에 지원을 요청할 수 있습니다. 전화번호는 1-888-452-8609입니다.

품질 개선 기관

불만이 서비스 품질에 대한 것일 경우, 다음의 두 가지 선택이 있습니다.

- 품질 개선 기관에 진료 품질에 대한 불만을 제기할 수 있습니다.
- 품질 개선 기관 및 당사 플랜에 불만을 제기할 수 있습니다. 품질 개선 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 대해 자세히 알아보려면 **H2절**을 참조하거나 *가입자 안내 책자*의 **2장**을 참조하십시오.

캘리포니아에서는 품질 개선 기관을 Livanta라고 합니다. 전화번호는 (877) 588-1123(TTY: (855) 887-6668).

10장: 플랜의 가입 종료

서론

이 장에서는 플랜에서 탈퇴한 후 플랜과 건강 보장 옵션을 통해 멤버십을 종료하는 방법에 대해 설명합니다. 당사의 플랜을 탈퇴하시는 경우에도 Medicare 및 Medi-Cal 프로그램에는 여전히 속하시게 됩니다. *가입자 안내 책자*의 마지막 장에는 주요 용어와 용어 정의가 알파벳 순서로 나와 있습니다.

목차

A. 당사 플랜의 멤버십을 탈퇴할 수 있는 시기	238
B. 당사 플랜을 탈퇴하는 방법	239
C. Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 받는 방법.....	240
C1. Medicare 서비스	240
C2. <i>Medi-Cal 서비스</i>	243
D. 플랜 가입이 종료될 때까지 의료 서비스 및 의약품을 수령하는 방법.....	244
E. 당사 플랜 탈퇴의 기타 상황	244
F. 건강 관련 사유로 가입자에게 당사 플랜 탈퇴를 요청하는 것에 대한 규칙.....	245
G. 당사가 가입자의 플랜 가입을 종료한 경우, 가입자가 불만 제기를 할 권리.....	245

A. 당사 플랜의 멤버십을 탈퇴할 수 있는 시기

Medicare 가입자 대부분은 연중 일정 기간에 탈퇴할 수 있습니다. Medi-Cal을 가지고 있기 때문에 다음 각각의 특별 가입 기간 동안 저희 플랜에서 탈퇴하거나 다른 플랜으로 한 번 변경할 수 있습니다.

- 1월-3월
- 4월-6월
- 7월-9월

세 가지 특별 가입 기간 이외에도 매년 다음 기간에 저희 플랜의 멤버십을 종료할 수 있습니다.

- 연례 가입 기간은 10월 15일부터 12월 7일까지입니다. 이 기간에 새 플랜을 선택할 경우, 저희 플랜의 가입자 자격은 12월 31일에 종료되고 새 플랜의 가입자 자격은 1월 1일에 시작됩니다.
- Medicare Advantage 공개 가입 기간은 1월 1일부터 3월 31일까지입니다. 이 기간에 새 플랜을 선택할 경우, 새 플랜의 가입자 자격은 다음 달 첫 날부터 시작됩니다.

가입을 변경할 수 있는 다른 상황이 있을 수 있습니다. 예를 들어, 다음의 경우:

- 서비스 지역 외부로 이사한 경우,
- Medi-Cal 또는 추가 지원 자격이 변경되었거나, 또는
- 최근에 요양원 또는 장기 요양 병원으로 이사를 했거나, 현재 치료를 받고 있거나 이사를 나온 경우.

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 플랜에서 탈퇴하시면 다음에 대한 가입자의 정보를 얻을 수 있습니다:

- **C1절**의 표에 있는 Medicare 옵션.
- **C2절의 Medi-Cal 서비스.**

탈퇴 방법에 관한 자세한 정보 문의는

- 페이지 하단에 있는 번호로 고객 서비스부에 문의하십시오.

- 주 7일 하루 24시간 언제든지 Medicare 전화 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 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. 중에 연락해 주십시오. 자세한 정보나 지역의 HICAP 사무실을 찾으려면 www.aging.ca.gov/HICAP/를 방문해 주십시오.
- 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.
- Medi-Cal 관리형 의료 옴부즈맨에 1-888-452-8609번으로 월요일 - 금요일, 8:00 a.m. - 5:00 p.m.에 전화하거나 MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov로 이메일을 보내십시오.

참고: 약물 관리 프로그램을 진행하는 경우, 플랜을 변경하지 못할 수 있습니다. 의약품 관리 프로그램에 대한 정보는 가입자 안내 책자의 5장을 참조하십시오.

B. 당사 플랜을 탈퇴하는 방법

당사 플랜을 탈퇴하기 위한 옵션은 다음과 같습니다.

- 주 7일 하루 24시간 언제든지 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 240페이지의 차트에 나와 있습니다.
- 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.
- 아래 C절에는 다른 플랜에 등록하기 위해 취할 수 있는 단계가 포함되어 있으며, 그러면 당사 플랜의 멤버십도 종료됩니다.

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.

C. Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 받는 방법

당사 플랜을 탈퇴하기로 선택한 경우 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 받을 수 있는 선택권이 있습니다.

C1. Medicare 서비스

아래에 나열된 Medicare 서비스를 이용하기 위한 옵션은 3가지가 있습니다. 이러한 옵션 중 하나를 선택하시면 당사의 플랜 가입자 자격이 자동으로 종료됩니다.

1. 변경 가능 대상 플랜: 귀하의 Medicare와 Medi-Cal 보장을 결합한 플랜을 포함하는 또 다른 Medicare 건강 플랜.	다음은 이용 방법입니다. 주 7일 하루 24시간 언제든지 Medicare 전화 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 연락해 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. 중에 연락해 주십시오. 자세한 정보나 지역의 HICAP 사무실을 찾으려면 www.aging.ca.gov/HICAP/를 방문해 주십시오. 또는 새로운 Medicare 플랜에 가입. 새 플랜의 보장이 시작되면 저희 Medicare 플랜 가입이 자동으로 해지됩니다. 귀하의 Medi-Cal 플랜이 변경될 수 있습니다.
--	--

2. 변경 가능 대상 플랜: 별도의 Medicare 처방약 플랜이 포함된 Original Medicare	다음은 이용 방법입니다. 주 7일 하루 24시간 언제든지 Medicare 전화 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 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. 중에 연락해 주십시오. 자세한 정보나 지역의 HICAP 사무실을 찾으려면 www.aging.ca.gov/HICAP/를 방문해 주십시오. 또는 새로운 Medicare 처방약 플랜에 가입. Original Medicare 보장이 시작되면 저희 플랜에서 자동으로 탈퇴됩니다. Medi-Cal 플랜은 변경되지 않습니다.
--	---

3. 변경 가능 대상 플랜: 별도의 Medicare 처방약 플랜이 없는 Original Medicare 참고: Original Medicare로 전환하고 별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입하지 않는 경우, 귀하께서 Medicare 측에 가입을 원치 않는다고 명시적으로 말씀하지 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. 중에 연락해 주십시오. 자세한 정보나 지역의 HICAP 사무실을 찾으려면 www.aging.ca.gov/HICAP/를 방문해 주십시오.	다음은 이용 방법입니다. 주 7일 하루 24시간 언제든지 Medicare 전화 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 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. 중에 연락해 주십시오. 자세한 정보나 지역의 HICAP 사무실을 찾으려면 www.aging.ca.gov/HICAP/를 방문해 주십시오. Original Medicare 보장이 시작되면 저희 플랜에서 자동으로 탈퇴됩니다. Medi-Cal 플랜은 변경되지 않습니다.
--	--

C2. Medi-Cal 서비스

저희 플랜에서 탈퇴 후 Medi-Cal 서비스를 받는 방법에 대한 질문은 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. 다른 플랜에 가입하거나 Original Medicare로 복귀하는 것이 Medi-Cal 보장을 받는 방식에 어떤 영향을 미치는지 질문하십시오.

D. 플랜 가입이 종료될 때까지 의료 서비스 및 의약품을 수령하는 방법

가입자가 당사 플랜을 탈퇴하는 경우, 가입이 해지되고 새로운 Medicare 및 Medi-Cal 보장이 시작되기까지 시간이 걸릴 수 있습니다. 이 기간 동안 귀하는 새로운 플랜이 시작될 때까지 당사 플랜을 통해 처방약과 건강 관리를 계속 받을 수 있습니다.

- 우편 서비스 약국을 포함하여 네트워크 약국을 이용하여 처방전을 받으십시오.
- Blue Shield TotalDual Plan 멤버십이 종료되는 날 입원하는 경우 퇴원할 때까지 당사 플랜에서 입원 비용을 부담합니다.

E. 당사 플랜 탈퇴의 기타 상황

당사 플랜에서 귀하의 멤버십을 종료해야 하는 경우는 다음과 같습니다.

- 가입자의 Medicare 파트 A 및 파트 B 보장에 단절이 발생하는 경우.
- Medi-Cal(Medicaid) 가입 자격을 상실하는 경우. 당사 플랜은 Medicare와 Medi-Cal(Medicaid) 모두에 대해 자격을 갖춘 분만을 위한 것입니다.
 - Blue Shield TotalDual Plan에 등록하는 Medicare 수혜자는 Medicare 파트 A와 파트 B 및 Medi-Cal(Medicaid)에 대한 자격이 있어야 합니다. 귀하가 더 이상 Medi-Cal(Medicaid) 자격이 없는 경우 Medi-Cal(Medicaid) 자격 상실을 통지하고 (Medicaid) 특별 지원 자격 상실 통지 후 6개월 이내에 귀하가 Medi-Cal 자격을 획득할 수 있을 때까지 귀하의 Medicare 혜택을 계속 보장해 드립니다.
 - 저희는 비 HMO D-SNP 플랜 중 하나로 전환할 수 있는 기회를 확대합니다. 비 HMO D-SNP 플랜은 Medicare 파트 A 및 Medicare 파트 B 모두에 대한 자격이 있지만, Medi-Cal(Medicaid) 혜택이 없는 수혜자에게 제공됩니다. Medicare는 더 이상 Medi-Cal(Medicaid) 자격이 없는 Medicare 수혜자를 위해 특별 등록 기간(SEP)을 제공합니다.
 - 특별 지원 자격 상실 통지 후 6개월 이내에 Medi-Cal(Medicaid) 자격을 다시 부여하지 않거나 비 HMO D-SNP 플랜으로 전환할 기회를 수락하지 않으면 비자발적으로 Blue Shield TotalDual Plan의 가입이 취소됩니다.
- 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.

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare를 방문하십시오.

- 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.

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 플랜 ID 카드를 진료를 위해 사용하도록 허락한 경우.
(이러한 이유로 귀하의 가입자 자격을 종료하는 경우 Medicare는 검찰관에게 귀하의 사례를 조사하도록 요청할 수 있습니다.)

F. 건강 관련 사유로 가입자에게 당사 플랜 탈퇴를 요청하는 것에 대한 규칙

저희는 가입자의 건강과 관련된 이유로는 플랜 탈퇴 요청을 할 수 없습니다. 건강과 관련된 이유로 플랜 탈퇴를 요청 받았다고 생각하실 경우, **Medicare**에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 전화해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 연락해 주십시오. 주 7일, 하루 24시간 언제든지 문의하실 수 있습니다.

G. 당사가 가입자의 플랜 가입을 종료한 경우, 가입자가 불만 제기를 할 권리

플랜이 가입자를 탈퇴시킨 경우, 그 사유를 서면으로 통지해야 합니다. 저희는 또한 플랜의 탈퇴 결정에 대해 고충을 제기하거나 불만을 제기할 수 있는 방법에 대해서도 설명해야 합니다. 또한 불만 제기 방법에 대한 정보는 *가입자 안내 책자*의 **9장**을 참조할 수도 있습니다.

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.

11장: 법적 고지

서론

이 장에는 당사 플랜 가입에 적용되는 법적 고지가 포함되어 있습니다. *가입자 안내 책자*의 마지막 장에는 주요 용어와 용어 정의가 알파벳 순서로 나와 있습니다.

목차

A. 법적 고지	247
B. 비차별에 대한 고지	247
C. 2차 지급자로서의 Medicare, 보완적 지급자로서의 Medi-Cal에 대한 고지	248
D. 보장 증명 관리	248
E. 가입자 협력	248
F. 양도	249
G. 고용주 책임	249
H. 정부 기관 책임	249
I. 미국 재향군인회	249
J. 산재 보상 또는 고용주의 책임 혜택	249
K. 초과 지불 복구	249
L. 제삼자가 귀하에게 상해를 입힌 경우	250
M. 건강 정보 교환 참여 통지	251
N. 사기, 낭비 및 남용 신고	251

A. 법적 고지

이 *가입자 안내 책자*에는 다양한 법률이 적용됩니다. 그러한 법률은 해당 법률이 *가입자 안내 책자*에 포함되거나 설명되어 있지 않은 경우에도 가입자의 권리와 책임에 영향을 줄 수 있습니다. 적용되는 주요 법률은 Medicare와 Medi-Cal 프로그램에 대한 연방법 및 주법입니다. 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 또는 성 지향성 등을 이유로 차별하거나 다르게 대우하지 않습니다. 또한 저희는 혈통, 인종, 성별, 결혼 여부, 건강 상태 등을 이유로 불법적으로 사람을 차별하거나 배제하거나 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.
- 캘리포니아주 의료서비스부 민권사무국에 916-440-7370번으로 문의하십시오.
TTY 사용자는 711(통신 중계 서비스)에 전화할 수 있습니다.
- CivilRights@dhcs.ca.gov로 이메일을 보내주십시오.
- 불만 제기 양식을 작성하시거나 다음 주소로 편지를 보내 주십시오.

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

불만 사항 접수 양식은 다음에서 구하실 수 있습니다:

www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

차별을 받았다고 생각되어 차별에 대한 불만을 제기하려면 고객 서비스부에 문의하십시오. 자세한 정보가 필요하거나 차별 또는 부당한 대우에 대한 문제가 있을 경우, 보건복지부의 **민권사무국**에 1-800-368-1019(TTY: 1-800-537-7697)번으로 전화하거나 지역 민권사무국으로 전화해 주십시오. <https://www.hhs.gov/ocr/index>에서 보건복지부 민권사무국의 정보를 확인할 수도 있습니다.

귀하의 고충이 Medi-Cal 프로그램의 차별에 관한 것인 경우, 전화, 서면 또는 전자 방식으로 다음과 같이 의료서비스부, 인권 사무국에 불만을 제기할 수도 있습니다.

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.

- 전화: 916-440-7370번으로 연락해 주십시오. 말을 할 수 없거나 잘 들리지 않는 경우 711(통신중계 서비스)로 전화해 주십시오.
- 서면: 불만 제기 양식을 작성하시거나 다음 주소로 편지를 보내 주십시오.

Deputy Director, Office of Civil Rights
 Department of Health Care Services
 Office of Civil Rights
 P.O. Box 997413, MS 0009
 Sacramento, CA 95899-7413

불만 사항 양식은 dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx에서 제공됩니다.

- 전자 방식: CivilRights@dhcs.ca.gov로 이메일을 보내주십시오.

장애가 있어 의료 서비스를 받거나 서비스 제공자 이용에 도움이 필요하시다면, 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.

저희는 가입자 진료에 대한 제삼자의 법적 책임과 관련하여 연방 및 주 법과 규정을 준수합니다. 저희는 Medi-Cal이 보완적 지급자 역할을 하도록 모든 적절한 조치를 취할 것입니다.

D. 보장 증명 관리

저희는 이 보장 증명의 질서 있고 효율적인 관리를 증진하기 위해 합리적인 정책, 절차 및 해석을 채택할 수 있습니다.

E. 가입자 협력

귀하는 정상적인 업무 과정에서 또는 이 보장 증명에 명시된 바와 같이 저희가 요청하는 모든 신청서, 양식, 진술서, 릴리스, 승인, 유치권 양식 및 기타 문서를 작성해야 합니다.

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.



F. 양도

귀하는 당사의 사전 서면 동의 없이 본 보장 증명 또는 권리, 이익, 미지급금 청구, 혜택 또는 의무를 양도할 수 없습니다.

G. 고용주 책임

법에 따라 고용주가 제공해야 하는 서비스와 관련하여 당사는 고용주에게 비용을 지불하지 않으며, 그러한 서비스를 보장할 때 고용주로부터 서비스 가치를 회수할 수 있습니다.

H. 정부 기관 책임

법률에 따라 정부 기관에서만 제공되거나 정부 기관에서만 제공하는 서비스에 대해 당사는 정부 기관에 비용을 지불하지 않으며, 그러한 서비스에 대해 보장할 때 정부 기관으로부터 서비스 가치를 회수할 수 있습니다.

I. 미국 재향군인회

법에 따라 재향 군인회가 제공해야 하는 조건과 관련한 서비스의 경우, 당사는 재향 군인회에 비용을 지불하지 않으며, 그러한 서비스를 보장할 때 재향 군인회로부터 서비스 가치를 회수할 수 있습니다.

J. 산재 보상 또는 고용주의 책임 혜택

당사는 근로자 재해 보상 또는 고용주 책임법에 따라 지급 또는 기타 혜택을 받을 자격이 있을 수 있습니다. 당사는 가입자가 혜택을 받을 자격이 있는지 여부가 불분명한 경우에도 보장되는 파트 D 약품을 제공하지만, 다음 출처에서 보장되는 서비스의 가치를 회수할 수 있습니다.

1. 혜택을 제공하거나 혜택을 받아야 하는 모든 출처.
2. 근로자 보상 또는 고용주의 책임법에 따라 혜택에 대한 권리를 확립하기 위해 신의 성실에 따라 노력한 경우 혜택이 제공되거나 지급되어야 하거나 제공되거나 지급되어야 했을 정도까지.

K. 초과 지불 복구

당사는 그러한 초과 지불을 받은 사람이나 서비스 비용을 지불할 의무가 있는 사람이나 조직으로부터 서비스에 대해 지불한 초과 지불액을 회수할 수 있습니다.

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.

L. 제삼자가 귀하에게 상해를 입힌 경우

다른 사람("제삼자")의 작위 또는 부작위로 인해 귀하가 부상을 입거나 질병에 걸리는 경우 해당 부상의 결과로 필요한 서비스와 관련하여 Blue Shield는 플랜의 혜택을 제공하고 귀하가 또는 귀하를 대신하여, 부상이나 질병에 책임이 있는 제삼자로부터 또는 이를 대신하여 또는 무보험/과소보험 운전자 보장으로부터 획득한 모든 회복(아래 정의됨)에서 귀하에게 제공되는 Blue Shield 유료 서비스에 대한 금액을 회복하기 위해 배상, 상환 또는 기타 이용 가능한 구제책에 대한 공평한 권리를 가집니다.

배상, 상환 또는 기타 이용 가능한 구제책에 대한 이 권리는 회복에 의해 귀하가 "온전하게" 되었는지 여부와 상관없이 질병이나 부상과 관련하여 제삼자 또는 제삼자 보험사로부터, 또는 무보험 또는 과소보험 운전자 보장으로부터 법원 판결, 중재 판정, 화해 또는 기타 약정을 통해 수여되거나 받은 금액을 포함하여 부상이나 질병의 결과로 귀하가 획득한 모든 회복에 대한 것입니다("회복"). 배상, 상환 또는 기타 이용 가능한 구제에 대한 권리는 캘리포니아 민법 제3040조에 따라 계산되고 그러한 부상 또는 질병과 관련하여 지급된 혜택에 대해 지불해야 하는 총 복구 부분에 관한 것입니다.

귀하는 다음을 수행해야 합니다.

1. 청구를 제출하거나 제출한 후 30일 이내에 부상이나 질병을 유발하는 행위 또는 누락으로 인해 제삼자에게 제기할 것으로 예상하거나 제삼자에 대해 제기한 실제 또는 잠재적 청구 또는 제삼자에 대한 법적 조치를 Blue Shield에 서면으로 통지합니다. 그리고,
2. 배상, 상환 또는 기타 이용 가능한 구제책에 대한 이 권리를 집행하기 위해 필요한 모든 양식 또는 문서와 관련하여 완전히 협력하고 실행하는 것에 동의합니다. 그리고,
3. Blue Shield가 제삼자 또는 제삼자의 보험사로부터 또는 이를 대신하여 또는 무보험 또는 과소보험 운전자 보장에서 복구를 획득하는 경우 모든 복구에서 Blue Shield가 지불한 혜택에 대해 Blue Shield에게 상환하는 것에 서면으로 동의합니다. 그리고,
4. 캘리포니아 민법 제3040조에 따라 계산된 유치권을 제공합니다. 법에서 달리 금지하는 경우를 제외하고 선취특권은 제삼자, 제삼자의 대리인 또는 변호사 또는 법원에 제출할 수 있습니다. 그리고,
5. 제삼자에 대한 청구와 관련된 정보 요청에 주기적으로 응답하고 복구를 확보한 후 10일 이내에 Blue Shield에 서면으로 통지합니다.

위의 1~5를 준수하지 않는 것은 Blue Shield의 권리를 포기, 면제 또는 포기하는 것으로 간주되지 않습니다.

M. 건강 정보 교환 참여 통지

Blue Shield는 **Manifest MedEx** 건강 정보 교환("HIE")에 참여하여 가입자의 건강 정보를 Manifest MedEx에서 승인된 의료 제공자가 이용할 수 있도록 합니다.

Manifest MedEx는 의사, 건강 관리 시설, 건강 관리 서비스 계획 및 건강 보험 회사가 제공한 건강 정보를 포함하는 주 전체의 전자 환자 기록 데이터베이스를 유지 관리하는 독립적인 비영리 조직입니다. 공인 의료 서비스 제공자(의사, 간호사 및 병원 포함)는 Manifest MedEx HIE를 통해 환자의 건강 정보에 안전하게 액세스하여 안전한 고품질 의료 제공을 지원할 수 있습니다.

Manifest MedEx는 가입자의 개인 정보 보호 권리를 존중하고 해당 주 및 연방 개인 정보 보호법을 준수합니다. Manifest MedEx는 고급 보안 시스템과 최신 데이터 암호화 기술을 활용하여 가입자의 개인 정보와 개인 정보의 보안을 보호합니다.

모든 Blue Shield 가입자는 Manifest MedEx가 본인의 건강 정보를 의료 제공자와 공유하지 않도록 지시할 권리가 있습니다. Manifest MedEx를 선택하지 않으면 의료 서비스 제공자가 귀하에 대한 중요한 의료 정보에 빠르게 액세스할 수 있는 능력이 제한될 수 있지만, 가입자의 건강 보험 또는 건강 플랜 혜택 보장은 Manifest MedEx를 선택하지 않는 선택의 영향을 받지 않습니다. Manifest MedEx에 참여하는 의사 또는 병원은 Manifest MedEx HIE에 참여하지 않기로 선택한 환자에 대한 의료 서비스를 거부하지 않습니다.

Manifest MedEx에 의료 정보가 표시되는 것을 원하지 않는 가입자는

<https://www.manifestmedex.org/opt-out>에서 온라인 양식을 작성하거나 월요일 - 금요일 7:00 a.m. - 7:00 p.m.(PST 시간) 사이에 (888) 510-7142번으로 Manifest MedEx에 전화해야 합니다. 청각 장애인의 경우 TTY 711을 이용하십시오.

N. 사기, 낭비 및 남용 신고

사기, 낭비 및 남용(FWA)이란 무엇입니까?

- **사기**란 의료 프로그램에 승인되지 않은 비용을 초래할 수 있는 의도적인 허위 진술입니다.
- **낭비**란 정당한 필요 없이 의료 기금이나 자원을 부적절하게 사용하는 것입니다.
- **남용**이란 의료 프로그램에 불필요한 비용을 직간접적으로 초래할 수 있는 건전한 의료 또는 비즈니스 관행과 일치하지 않는 관행입니다.

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.

본인과 혜택 보호

- 절대로 모르는 사람이나 신뢰할 수 없는 사람에게 본인의 사회보장 번호, Medicare 또는 건강 플랜 또는 금융 정보를 알려주지 마십시오
- 의사의 지시 없이 실험실 검사에 동의하지 마십시오.
- 의료 서비스의 대가로 금전적인 가치 있는 것을 받는 것은 불법입니다.

유전자 검사 사기에 주의

사기꾼은 지역 건강 박람회, 노인 주택 시설, 커뮤니티 센터, 가정 건강 기관 및 기타 신뢰할 수 있는 장소에서 순진한 등록자에게 접근하여 유전자 검사 사기를 칠 수 있습니다. 그들은 Medicare가 검사 비용을 지불할 것이라고 거짓으로 약속하며 검사 결과를 받으려면 면봉, 신분증 및 Medicare 정보만 제공하면 된다고 현혹합니다.

불행히도, 그러한 정보를 제공하면 이러한 사기꾼들이 귀하의 건강 플랜이나 Medicare 번호를 보유하게 되며 귀하가 받지 못한 검사 또는 서비스에 대해 Medicare에 수천 달러를 청구할 수 있습니다. 또한 귀하의 개인 유전 정보도 가지고 있습니다.

의심되는 사기, 낭비 및 남용을 신고하려면 다음으로 연락하십시오.

- **Blue Shield of California의 Medicare 사기 핫라인: (855) 331-4894(TTY: 711)번으로** 전화하거나 MedicareStopFraud@blueshieldca.com으로 이메일을 보내 주십시오.
- 주 7일 하루 24시간 언제든지 **Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로** 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오.

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.

일상 생활의 활동(ADL): 식사, 화장실 사용, 옷 입기, 목욕 또는 양치질 같은 일상 활동.

외래 수술 센터: 외래환자 수술을 병원 진료가 필요없고 24시간 이상 보살핌이 필요하지 않을 것으로 예상되는 환자에게 시행하는 시설.

이의 제기: 당사에서 실수가 있었다고 생각하여 당사가 조치를 해주도록 요청하는 방법. 귀하는 당사에 이의 제기를 통해 보장에 대한 결정을 바꾸도록 요청하실 수 있습니다. 가입자 안내 책자의 9장에서는 이의 제기 방법 등 이의 제기에 대한 설명을 제공합니다.

행동 건강: 정신 건강과 약물 남용을 지칭하는 포괄적인 용어.

브랜드 약: 의약품의 최초로 제조했던 회사가 만들고 판매하는 처방약. 브랜드 약은 상응하는 복제약과 동일한 성분을 가집니다. 복제약은 다른 제약사에서 만들어서 판매됩니다.

케어 코디네이터: 가입자가 필요로 하는 건강 서비스를 반드시 받을 수 있도록 가입자, 건강 플랜, 의료 서비스 제공자와 협력하는 주요 담당자.

의료 플랜: "개인 의료 플랜"을 참조하십시오.

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 Medical에 따라 이용할 수 있는 장기 서비스 지원을 대체하기 위한 것이 아닙니다.

관리 팀: "통합 관리 팀"을 참조하십시오.

재해성 보장 단계: 파트 D 의약품 혜택의 단계로서 플랜이 연말까지 가입자의 모든 약 비용을 지급. 가입자가 처방약 한도 \$7,400에 도달할 경우 이 단계가 시작됩니다.

Medicare & Medicaid 서비스 센터

(Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): Medicare를 담당하는 연방 기관. *가입자 안내 책자*의 2장에는 CMS에 연락하는 방법이 설명되어 있습니다.

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

궁금한 사항이 있으시면 Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 8:00 a.m. - 8:00 p.m. 중에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 원하시면** www.blueshieldca.com/medicare을 방문하십시오.

프로그램, 사회복지 서비스, 작업 치료 및 언어 치료, 개인 관리, 가족/간병인 교육 및 지원, 영양 서비스, 교통편, 기타 서비스.

불만 사항: 보장의 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.

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.

자기부담금: 진료를 받을 때나 처방약을 받을 때마다 비용의 가입자 분으로서 내는 고정 금액. 예를 들어 진료를 받거나 처방약을 이용할 때마다 \$2 또는 \$5를 지불해야 할 수 있습니다.

비용 부담: 가입자가 특정 서비스나 처방약을 이용할 때 지불하는 금액. 비용 부담에는 자기부담금이 포함됩니다.

비용 부담 단계: 같은 금액의 자기부담금을 내야 하는 약들의 그룹. *보장약 목록*(의약품 목록이라고도 함)의 모든 약은 5가지 비용 부담 단계 중 하나에 속합니다. 일반적으로 부담금 단계가 높을수록 약에 대한 가입자 부담금도 커집니다.

보장 결정: 플랜이 보장하는 혜택에 대한 결정. 여기에는 보장 약이나 서비스에 대한 결정 또는 플랜이 가입자의 의료 서비스에 대해 지급하는 금액에 대한 결정이 포함됩니다. 가입자 안내 책자의 9장에는 보장 결정을 요청하는 방법이 설명되어 있습니다.

처방약: 저희 플랜이 보장하는 모든 처방약 및 처방전 없이 구입 가능한 약(OTC)을 뜻하는 데 사용되는 용어.

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.

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.

고객 서비스부: 가입 자격, 혜택, 고충 제기, 이의 제기 등에 대한 질문에 답변하는 일을 담당하는 플랜의 부서. 고객 서비스부에 연락하는 방법에 대한 자세한 정보는 2장을 참조해 주십시오.

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 \$1.35라고 가정하겠습니다. 즉, 의약품에 대해 가입자가 지불하는 금액은 하루 \$0.05 미만입니다. 특정 약을 7일치 수령한 경우, 가입자는 하루 \$0.05 미만의 금액 공급하기 7일을 하여 총 \$0.35 미만을 납부하게 됩니다.

보건서비스부(Department of Health Care Services, DHCS): Medi-Cal(Medicaid) 프로그램(Medi-Cal로 알려짐)을 관리하는 캘리포니아 주 부처.

관리보건부(Department of Managed Health Care, DMHC): 건강 보험의 규제를 담당하는 캘리포니아주 부처. DMHC는 Medi-Cal 서비스 관련 이의 제기, 불만 사항을 해결하도록 도와줍니다. DMHC는 또한 독립 의료 심사(Independent Medical Reviews, IMR)를 수행합니다.

탈퇴(또는 가입 해지): 플랜 가입을 해지하는 절차. 가입 해지는 자발적(본인의 선택)이거나 비자발적일 수 있습니다(본인에 의한 선택이 아님).

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 5단계 중 하나에 속합니다.

이중 자격 특수 요구 플랜(D-SNP): Medicare와 Medi-Cal 모두에 적합한 개인에게 서비스를 제공하는 건강 플랜입니다. 당사 플랜은 D-SNP입니다.

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.

응급 상황: 의학적 응급 상황은 평균적인 건강 및 의학 지식을 가진 가입자나 다른 사람이 사망, 사지 손실 또는 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 보장 서비스.

예외: 일반적으로 보장되지 않는 의약품에 대해 보장을 받거나 특정한 규칙과 제한 없이 의약품을 사용할 수 있도록 허용하는 것.

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.

복제약: 연방 정부가 브랜드 약 대신 사용하도록 승인한 처방약. 복제약은 브랜드 약과 동일한 성분을 가지고 있습니다. 복제약은 보통 브랜드 약보다 가격이 저렴하고 효과가 유사합니다.

고충: 저희 네트워크 서비스 제공자 또는 약국이나 당사에 대해 제기하는 불만. 여기에는 진료의 품질, 건강 보험이 제공한 서비스의 품질에 대한 불만 사항이 포함됩니다.

건강 보험 상담 및 지원 프로그램

(Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP): Medicare에 대해 무료 정보나 상담을 객관적으로 제공하는 프로그램. *가입자 안내 책자*의 2장에는 HICAP에 연락하는 방법이 설명되어 있습니다.

건강 플랜: 의사, 병원, 약국, 장기 서비스 제공자 및 기타 서비스 제공자로 구성된 기관. 또한 케어 코디네이터 관리 팀을 두어 귀하의 모든 서비스 제공자와 서비스를 관리하는 데 도움을 줍니다. 이들은 모두 귀하가 필요로 하는 의료 서비스를 제공하고자 협력하고 있습니다.

건강 위험 평가: 귀하의 의료 기록과 현재 상태에 대한 심사. 이는 귀하의 건강을 확인하고 앞으로 어떻게 바뀔 수 있는지를 알아보는 데 이용됩니다.

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.

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.
- 저희는 귀하의 지리적 지역에 있는 호스피스 서비스 제공자 목록을 제공해야 합니다.

부적절함/부적합한 청구: 서비스 제공자(의사나 병원)가 해당 진료에 대해 당사 플랜의 비용 부담액을 초과하여 환자에게 청구한 경우. 이해되지 않는 내용의 청구서를 받으신 경우 고객 서비스부로 연락해 주십시오. **플랜 가입자는 저희가 보장하는 서비스를 받을 때만 플랜의 비용 부담 금액을 지불합니다. 저희는 이 금액 이상으로 서비스 제공자가 가입자에게 청구하는 것을 허용치 않습니다.**

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.

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.

초기 보장 단계: 귀하의 총 파트 D 약 비용이 \$4,660에 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 의약품 비용의 일부를 부담하며 가입자는 본인의 부담금을 부담합니다.

입원(환자): 전문 의료 서비스를 받기 위해 병원에 정식으로 입원했을 때 사용되는 용어. 정식으로 입원한 경우가 아니라면, 하룻밤을 재원했을지라도 입원환자 대신, 외래환자로 간주될 수 있습니다.

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.

보장 약 목록(의약품 목록): 저희가 보장하는 처방약 및 일반의약품(OTC) 목록. 저희는 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.

장기 서비스 및 지원(LTSS): 장기 서비스 및 지원은 장기적인 의료 문제를 개선하는 데 도움을 줍니다. 이러한 서비스는 대부분 가정 지원 서비스를 제공하므로 간호 시설이나 병원을 방문할 필요가 없습니다. LTSS에는 커뮤니티 기반 성인 서비스(Community-Based Adult Services, CBAS)와 간호 시설(Nursing Facilities, NF)이 포함됩니다.

저소득 층 보조금(LIS): "추가 지원"을 참조하십시오.

우편 서비스 프로그램: 일부 플랜은 최대 3개월 분량의 보장 처방약을 집으로 직접 보낼 수 있는 우편 서비스 프로그램을 제공할 수 있습니다. 이를 통해 정기적으로 복용하는 처방전을 비용 효율적이고 편리한 방법으로 조제할 수 있습니다.

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.
- Medi-Cal(Medicaid) 프로그램은 주마다 다르지만 Medicare와 Medi-Cal(Medicaid)에 모두 가입 자격이 있을 경우 대부분의 의료 서비스 비용이 보장됩니다.
- Medi-Cal에 연락하는 방법에 대한 정보는 *가입자 안내 책자*의 **2장**을 참조하십시오.

Medi-Cal 플랜: 장기 서비스 및 지원, 의료 장비, 교통편과 같이 Medi-Cal 혜택만 보장하는 플랜. Medicare 혜택은 별도입니다.

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.

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 Advantage: "Medicare 파트 C" 또는 "MA"이라고도 하는 Medicare 프로그램으로서 민간 업체를 통해 MA 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-Medi-Cal 등록자: Medicare 및 Medi-Cal 보장에 대한 자격을 갖춘 사람. Medicare-Medi-Cal 가입자는 "이중 적격자"라고 합니다.

Medicare 파트 A: 대부분의 의료상 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 Advantage" 또는 "MA"라고도 함).

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. 저희 플랜에는 Medicare 파트 D가 포함되어 있습니다.

Medicare 파트 D 약: Medicare 파트 D에 따라 보장되는 약품. 의회는 특히 특정 범주의 약품을 파트 D에 따른 보장에서 제외합니다. Medi-Cal은 이러한 의약품 중 일부를 보장하기도 합니다.

약물 요법 관리: 환자에게 최상의 치료 결과를 보장하기 위해 약사를 비롯한 의료 제공자가 제공하는 별개의 서비스 그룹 또는 서비스 그룹입니다. 자세한 정보는 *가입자 안내 책자*의 5장을 참조해 주십시오.

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.

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.

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, 저희는 네트워크 약국에서 처방약을 구입할 경우에만 처방약 비용을 보장합니다.

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.

요양원 또는 간호 시설: 가정에서 돌봄을 받을 수 없지만 병원 입원이 필요하지 않은 이들을 위해 돌봄 서비스를 제공하는 시설.

옴부즈맨: 가입자의 대변인 역할을 하는 주 담당실. 질문이나 불만이 있을 경우, 질문에 답변하고 해야 할 일을 이해하도록 도와줄 수 있습니다. 옴부즈맨의 서비스는 무료입니다. *가입자 안내 책자*의 2장 및 9장에서 더 많은 정보를 확인할 수 있습니다.

기관 판단: 당사 플랜 또는 제공자가 서비스의 보장 여부를 결정할 때 또는 보장 서비스에 대한 가입자 부담 금액을 결정할 때 플랜은 기관 차원에서 판단을 내립니다. 기관 판단을 "보장 결정"이라고 부릅니다. *가입자 안내 책자* 9장에서 **보장 결정에 대해 설명합니다.**

Original Medicare(전통적 Medicare 또는 의료 행위별 수가제 Medicare): 정부는 Original Medicare를 제공합니다. Original Medicare에서 서비스는 의회가 결정한 의사, 병원 및 기타 의료 서비스 제공자 비용을 지불하여 보장됩니다.

- 귀하를 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.
- 당사 플랜 가입을 원하지 않는 경우, Original Medicare를 선택하실 수 있습니다.

네트워크 외부 약국: 플랜 가입자에게 보장 약을 조달하거나 제공하기 위해 저희 플랜과 계약을 맺지 않은 약국. 당사 플랜은 특정 조건이 적용되는 경우를 제외하고 네트워크 외부 약국에서 구입하는 대부분의 약을 보장하지 않습니다.

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. 가입자 안내 책자의 3장에서는 네트워크 외부 서비스 제공자 또는 시설에 대한 설명을 제공합니다.

본인 부담 비용: 가입자가 서비스나 의약품의 일부에 대해 지불하는 가입자 부담금 요건을 "본인 부담 비용" 요건이라고 합니다. 위의 "비용 부담"에 대한 정의를 참조하십시오.

처방전 없이 구입 가능한 약(OTC): OTC는 의료 서비스 전문가의 처방전 없이 구입 가능한 모든 의약품을 말합니다.

파트 A: "Medicare 파트 A" 참조.

파트 B: "Medicare 파트 B" 참조.

파트 C: "Medicare 파트 C" 참조.

파트 D: "Medicare 파트 D" 참조.

파트 D 의약품: "Medicare 파트 D 약" 참조.

개인 건강 정보(비공개 건강 정보라고도 함)(PHI): 가입자의 이름, 주소, 사회보장 번호, 의사 방문 횟수, 병력 등과 같은 가입자와 가입자의 건강에 대한 정보. 저희가 귀하의 PHI를 보호, 사용 및 공개하는 방법과 귀하의 PHI에 대한 귀하의 권리에 대한 자세한 내용은 개인정보 보호관행 고지를 참조하십시오.

주치의(Primary Care Provider, PCP): 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 가입자의 치료에 대한 정보를 안내하고 진료 추천을 할 수도 있습니다.
- 여러 Medicare 건강 플랜들에서, 가입자가 다른 의료 서비스 제공자를 만나기 전에 주치의에게 진료를 받도록 하고 있습니다.
- 주치의에게 치료를 받는 것과 관련한 정보는 가입자 안내 책자의 3장을 참조하십시오.

사전 허가: 특정 서비스 또는 의약품 받거나 네트워크 외부 서비스 제공자를 이용하려면 먼저 당사로부터 받아야 하는 승인입니다. 당사 플랜은 승인을 사전에 얻지 못한 서비스 또는 의약품 보장하지 않을 수 있습니다.

당사 플랜은 귀하의 의사 또는 기타 네트워크 서비스 제공자가 당사로부터 사전 승인을 받은 경우에만 일부 네트워크 의료 서비스를 보장합니다.

- 저희 플랜의 사전 승인이 필요한 보장 서비스는 *가입자 안내 책자의 4장*에 표시되어 있습니다.

당사 플랜은 귀하가 당사로부터 사전 승인을 받은 경우에만 일부 약품을 보장합니다.

- 플랜의 사전 허가가 필요한 보장 약은 *보장 약 목록*에 표시되어 있습니다.

고령자 종합 건강관리 프로그램

(Program for All-Inclusive Care for the Elderly, PACE): 가정에서 생활하기 위해 수준 높은 관리가 필요한 55세 이상의 고령자에게 Medicare 및 Medi-Cal 혜택을 함께 보장하는 프로그램.

보철 및 보조 장치: 팔, 허리 및 목 보조기, 의수 및 의족, 의안, 신체 내부 장거나 기능을 대체하기 위해 필요한 장치(조루술 용품 및 장관 영양법 및 비경구 영양법 포함) 등이 포함되나 이에만 국한되지 않는 의사 또는 기타 의료 제공자가 주문한 의료 기기.

품질 개선 기관(Quality Improvement Organization, QIO): Medicare 가입자의 의료 품질 개선을 돕는 의사 및 다른 의료 전문가 그룹. 연방 정부는 환자에게 제공되는 치료를 확인하고 개선하기 위해 QIO에 비용을 지불합니다. QIO에 대한 정보는 가입자 안내 책자의 2장을 참조하십시오.

수량 제한: 귀하가 받을 수 있는 의약품 총량 한도. 저희는 처방할 때마다 당사가 보장하는 의약품 양에 근거하여 제한할 수 있습니다.

진료 추천: 진료 추천은 주치의(PCP)가 귀하의 PCP 이외의 서비스 제공자를 이용하도록 승인하는 것입니다. 우선 승인을 얻지 못하면 저희는 서비스 비용을 보장하지 않을 수 있습니다. 여성 건강 전문의와 같은 특정 전문의는 진료 추천이 필요 없습니다. 가입자 안내 책자의 3장 및 4장에서 추천에 대한 자세한 정보를 확인할 수 있습니다.

재활 서비스: 질병, 사고 또는 주요 수술에서 회복하도록 받는 치료. 재활 서비스에 대한 자세한 내용은 가입자 안내 책자 4장을 참조하십시오.

민감한 서비스: 정신 또는 행동 건강, 성 및 재생산 건강, 가족 계획, 성병(STI), HIV/AIDS, 성폭행 및 낙태, 약물 남용 장애, 성별 확인 치료 및 친밀한 파트너 폭력과 관련된 서비스.

서비스 지역: 거주 지역을 기준으로 가입자 수를 제한할 경우, 건강 플랜이 가입자를 수용하는 지리적 위치. 가입자가 이용할 수 있는 의사 및 병원에 한도가 있는 플랜의 경우, 일반적인(비응급) 서비스를 받을 수 있는 지역도 여기에 포함됩니다. 서비스 지역 내에 거주하는 사람만 당사 플랜에 가입할 수 있습니다.

비용 부담: 귀하의 혜택이 발효되기 전에 매달 가입자가 지불해야 하는 진료 비용의 부담분. 가입자가 부담할 금액은 가입자의 소득 및 재산에 따라 다릅니다.

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.

전문 의: 특정 질환 또는 특정 신체 부분에 대한 의료 서비스를 제공하는 의사.

전문 약국: 전문 약국에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내 책자*의 5장을 참조하십시오.

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.

단계적 치료법: 귀하가 요청하는 의약품을 보장하기 전, 먼저 귀하에게 또 다른 의약품을 시도해 보도록 요청하는 보장 규칙.

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. SSI는 자동으로 Medi-Cal 보장을 제공합니다.

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.

Blue Shield TotalDual Plan 고객 서비스부

전화	(800) 452-4413 이 번호는 무료 전화번호입니다. 주 7일 8 a.m. - 8 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. 주 7일, 8 a.m. - 8 p.m.
팩스	(877) 251-6671
우편	Blue Shield TotalDual Plan P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856
웹사이트	www.blueshieldca.com/medicare

Multi-Language Insert Multi-Language Interpreter Services

English We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-452-4413. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-452-4413. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-452-4413。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-452-4413。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-452-4413. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-452-4413. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-452-4413 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-452-4413. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-452-4413 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-452-4413. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-452-4413. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية على مترجم فوري،

Hindi हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-452-4413 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian E disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-452-4413. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-452-4413. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-452-4413. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-452-4413. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-452-4413 にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Hmong Peb muaj cov kev pab cuam txhais lus pab dawb los teb tej lus nug uas koj muaj hais txog ntawm peb li kev noj qab haus huv los sis lub phiax xwm tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws pab cuam txhais lus, tsuas yog hu rau peb ntawm 1-800-452-4413. Muaj cov paub lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov no yog pab dawb.

Ukrainian Ми надаємо безкоштовні послуги перекладача, щоб відповісти на будь-які запитання щодо нашого плану лікування чи надання лікарських засобів. Щоб скористатися послугами перекладача, просто зателефонуйте нам за номером 1-800-452-4413. Вам може допомогти хтось, хто розмовляє Українською. Це безкоштовна послуга.

Navajo D77 ats'77s baa 1hly3 47 doodago azee' bee aa 1hly3 b7na'7d7[kidgo 47 n1 ata' hodoonih77 h0l=. Ata' halne'4 biniy4go, koj8' 1-800-452-4413 b44sh bee hod77lnih. Diné k'ehj7 y1[ti'i n7k1 adoolwo]. D77 t'1l j77k'eh bee an1'1wo.

Punjabi ਪੰਜਾਬੀ ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਡਰੱਗ ਪਲਾਨ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਦੁਆਰਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇੱਕ ਦੁਆਰਾ ਲੈਣ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ 1-800-452-4413 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਣ ਵਾਲਾ ਕੋਈ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

Khmer យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរនានាដែលអ្នកអាចមានអំពីសុខភាព ឬគម្រោងឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ម្នាក់សូមទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខ 1-800-452-4413។ អ្នកណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ សេវានេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

Mien Yie mbuo mbenc duqv maaih tengx wang-henh nzie faan waac mienh liouh dau waac bun muangx dongh nzunc baav meih maaih waac naaic taux yie mbuo gorngv taux yie nyei heng-wangc jauv-louc a'fai ndie-daan. Liouh lorx zipv longc faan waac nor, douc waac lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv 1-800-452-4413. Maaih mienh gorngv benx Mienh waac haih tengx nzie duqv meih. Naaiv se benx wang-henh nzie Weih jauv-louc oc.

Lao ພວກເຮົາມີນາຍພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບຄໍາຖາມຕ່າງໆທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບນາຍພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-800-452-4413. ມີຜູ້ຮູ້ພາສາລາວສາມາດຊ່ວຍທ່ານ. ນີ້ແມ່ນບໍລິການໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.

Armenian Մենք մոտ հասանելի են անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ մեր անդամապատկան կապ ունեցողի պլանի հետ կապված ձեր ցանկացած հարցին պատասխանելու համար: Թարգմանիչ ունեցողի համար պարզապես զանգահարեք մեզ 1-800-452-4413 հեռախոսահամարով: Ձեզ կօգնի հայերեն իմացող թարգմանիչը: Ծառայությունն անվճար է:

Farsi ما خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌دهیم تا به هر گونه سوالی که در مورد طرح سلامت یا داروی ما دارید پاسخ دهیم. برای داشتن مترجم شفاهی، کافیت با ما به شماره 1-800-452-4413 تماس بگیرید. کسی که فارسی صحبت می‌کند می‌تواند به شما کمک کند. این یک خدمت رایگان است.

Thai ภาษาไทย เรามีบริการล่ามฟรีเพื่อตอบคำถามของคุณเกี่ยวกับสุขภาพหรือแผนด้านยาของคุณ หากต้องการบริการล่าม โปรดโทรหาเราที่ 1-800-452-4413 มีคนที่สามารถพูดภาษาไทยได้เพื่อช่วยเหลือคุณ บริการนี้เป็นบริการฟรี

