보험 혜택적용범위 증명

Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)
가입자로서 귀하의 메디케어 건강 혜택 및 서비스와 처방약 보험적용

로스앤젤레스 및 샌디에고 카운티

2026년 1월 1일 – 2026년 12월 31일

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association
MA001-EOC-TD-KO-1025

Medicare Medi-Cal 플랜인 Blue Shield TotalDual Plan(HMO D-SNP) *가입자 안내서*

H2819_26_364A_001_C_KO Approved 08262025

OMB 승인 0938-1444(만료: 2026년 6월 30일)

질문이 있는 경우, Blue Shield TotalDual Plan에 1-800-452-4413 (TTY: 711)번으로 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시(태평양 표준시) 사이에 전화하십시오. 이 전화는 무료입니다.
자세한 정보를 보려면 blueshieldca.com/medicare를 방문하십시오.

2026년 1월 1일 – 2026년 12월 31일

Medicare Medi-Cal 플랜인 Blue Shield TotalDual Plan(HMO D-SNP)에 따른 귀하의 건강 및 약품 혜택

가입자 안내서 소개

*보험 혜택적용범위 증명*이라는 명칭으로도 알려진 본 *가입자 안내서*는 2026년 12월 31일까지 저희 플랜으로 이용하실 수 있는 귀하의 혜택에 대해 설명합니다. 이 안내서는 의료 서비스, 행동 건강(정신 건강 및 약물 사용 장애) 서비스, 약품 혜택, 그리고 장기 요양 서비스 및 지원에 대해 설명해 드립니다. 핵심 용어와 그 정의는 이 *가입자 안내서* **12장**에 가나다순으로 나와 있습니다.

본 책자는 중요한 법적 문서입니다. 안전한 장소에 보관하십시오.

이 *가입자 안내서*에서 "저희" 또는 "저희 플랜"이라고 언급하는 경우 이는 Blue Shield TotalDual Plan을 의미합니다.

이 문서는 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어 번체, 중국어 간체, 페르시아어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 크리올어, 타갈로그어 및 베트남어로 무료 제공됩니다.

이러한 정보를 대형 활자 인쇄본, 점자 및/또는 오디오와 같은 다른 형식으로 무료로 받아보시려면 고객 서비스로 1-800-452-4413 (TTY: 711)번으로 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시(태평양 표준시) 사이에 전화하십시오. 이 전화는 무료입니다.

- 지금 그리고 차후에도 본 문서를 영어 이외의 언어 또는 대체 형식으로 받겠다는 상시 요청을 하실 수도 있습니다. 요청하시려면 Blue Shield TotalDual Plan 고객 서비스에 문의하십시오. 귀하의 선호 언어와 문서 형식은 향후 통신을 위해 파일에 보관됩니다. 기본 설정을 업데이트하시려면 Blue Shield TotalDual Plan 고객 서비스에 문의하십시오.

언어 지원 서비스 및 보조 지원과 서비스 이용에 대한 고지

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-800-452-4413 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-452-4413 (TTY: 711). These services are free of charge.

الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-800-452-4413 (TTY:711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ 1-800-452-4413 (TTY:711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY:711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY:711): Այդ ծառայություններն անվճար են:

简体中文标语 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1-800-452-4413 (TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 1-800-452-4413 (TTY: 711) 。这些服务都是免费的。

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ| ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-452-4413 (TTY: 711).ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ|

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-800-452-4413 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-800-452-4413 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-800-452-4413 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-800-452-4413 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は 1-800-452-4413 (TTY: 711)へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。1-800-452-4413 (TTY: 711)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-800-452-4413 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-800-452-4413 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

แหภไลพาสาลาว (Laotian)

ปะภาด: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-800-452-4413 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-800-452-4413 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Mon-Khmer, Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-452-4413 (TTY:711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-452-4413 (TTY:711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

مطلب به زبان فارسی ((Persian (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-800-452-4413 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-800-452-4413 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog Tagline (Tagalog)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan,tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-452-4413 (TTY: 711)
นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-452-4413 (TTY: 711)
ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Примітка українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-800-452-4413 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-800-452-4413 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-800-452-4413 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-800-452-4413 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

다른 언어

이 *가입자 안내서*와 기타 플랜 자료를 다른 언어로 무료로 받아 보실 수 있습니다. Blue Shield TotalDual Plan은 공인 번역사의 서면 번역을 제공합니다. 1-800-452-4413 (TTY: 711)번으로 전화하십시오. 이 전화는 무료입니다. 통역사 및 번역 서비스 등 의료 서비스를 위한 언어 지원 서비스에 대해 더 알아보시려면 본 *가입자 안내서*를 읽어보십시오.

다른 형식

이 정보를 점자, 20포인트의 대형 활자 인쇄본, 오디오, 접근 가능한 전자 형식(데이터 CD) 등의 다른 형식으로 적시에 무료로 얻으실 수 있습니다. 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 전화하십시오. 이 전화는 무료입니다.

통역 서비스

Blue Shield TotalDual Plan은 수화 및 자격을 갖춘 통역사의 통역 서비스를 24시간 무료로 제공합니다. 가족 또는 친구를 통역사로 이용하실 필요가 없습니다. 저희는 긴급 상황이 아닌 이상 미성년자를 통역사로 활용하는 것을 권장하지 않습니다. 통역사 서비스, 언어 및 문화 서비스는 무료로 제공됩니다. 지원은 연중무휴 24시간 이용 가능합니다. 언어 관련 지원을 받거나 본 안내서를 다른 언어로 이용하시려면 1-800-452-4413 (TTY 711)번으로 전화하십시오. 이 전화는 무료입니다.

면책조항

- 혜택 및/또는 코페이먼트는 2027년 1월 1일에 변경될 수 있습니다.
- 언급된 식료품 및 농산물 혜택은 만성 질환자를 위한 특별 추가 혜택(Special Supplemental Benefit for the Chronically Ill, SSBCI)입니다. 모든 플랜 가입자가 혜택을 받을 수 있는 것은 아닙니다. 자격은 '만성 질환 등록자'의 정의를 충족하는지에 따라 달라집니다. 적격 만성 질환에는 다음이 포함되지만 이에 국한되지 않습니다. 심혈관 질환, 만성 심부전, 당뇨병, 과체중, 비만 및 대사 증후군, 만성 폐 질환. 적격 만성 질환 및 자격 요건 전체 목록을 보시려면 플랜의 *가입자 안내서*를 참조하십시오.
- 보험적용이 되는 약물, 약국 네트워크 및/또는 의료제공자 네트워크는 언제든지 변경될 수 있습니다. 가입자에게 영향을 미칠 수 있는 변경사항에 대해서는 최소 30일 전에 알림을 받으실 수 있습니다.
- 귀하를 위한 Medi-Cal (Medicaid) 혜택을 조정하는 것은 저희 플랜의 책임입니다.
- Blue Shield of California는 Medicare 계약 및 캘리포니아 주 Medicaid 프로그램과 계약을 맺은 HMO D-SNP 플랜입니다. Blue Shield of California 가입은 계약 갱신에 따릅니다.
- Blue Shield TotalDual Plan에 따른 보장은 "최소 필수 보장"이라고 하는 적격 건강 보장입니다. 이 플랜은 환자 보호 및 건강보험 개혁법(ACA)의 개인별 부담 책임 요건을 충족합니다. 개인별 부담 책임 요건에 대한 자세한 정보를 알아보시려면 국세청(IRS) 웹사이트(www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families)를 방문하십시오.
- Amazon Pharmacy는 Blue Shield of California와는 별개인 독립적인 회사로, Blue Shield 가입자에게 처방약의 가정 배송 서비스를 제공하기 위해 Blue Shield와 계약을 맺었습니다.

1장: 가입자로서 시작하기

소개

이 장에는 귀하의 모든 Medicare 서비스를 보장하고 귀하의 모든 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 조정하는 건강플랜인 Blue Shield TotalDual Plan과 귀하의 멤버십에 대한 정보가 포함되어 있습니다. 또한 예상되는 사항과 당사로부터 얻을 수 있는 기타 정보도 알려드립니다. 핵심 용어와 그 정의는 이 *가입자 안내서* 마지막 장에 가나다순으로 나와 있습니다.

목차

A. 저희 플랜에 가입하신 것을 환영합니다 14

B. Medicare 및 Medi-Cal에 관한 정보 14

B1. Medicare 14

B2. Medi-Cal 14

C. 플랜의 장점 15

D. 당사 플랜의 서비스 지역 16

E. 플랜 가입자가 될 수 있는 자격은 무엇입니까? 16

F. 귀하가 처음 저희 건강플랜에 가입했을 때 기대할 수 있는 사항 16

G. 귀하의 진료팀 및 치료 계획 17

G1. 진료팀 17

G2. 치료 플랜 18

H. 주요 비용 요약 18

H1. 플랜 보험료 18

H2. Medicare 처방약 지불 플랜 금액 18

I. *가입자 안내서* 19

J. 귀하가 저희에게서 받는 기타 중요 정보 19

J1. 귀하의 가입자 ID 카드 19

J2. *의료제공자 및 약국 명부*.....20

J3. *보험적용 약품 목록*.....21

J4. *혜택 설명*.....22

K. 가입자 기록을 최신 상태로 유지하기.....22

K1. 개인 건강 정보(PHI)의 보호.....23

A. 저희 플랜에 가입하신 것을 환영합니다

저희 플랜은 Medicare 및 Medi-Cal 프로그램 두 가지 모두에 대한 자격이 있는 개인에게 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 제공합니다. 저희 플랜에는 의사, 병원, 약국, 장기 요양 서비스 및 지원 의료제공자, 행동 건강 의료제공자 및 기타 의료제공자가 포함됩니다. 또한, 귀하가 의료제공자와 서비스를 관리하는 데 도움을 주는 진료 코디네이터와 진료팀이 있습니다. 이들은 모두 귀하에게 필요한 치료를 제공하기 위해 협력합니다.

B. Medicare 및 Medi-Cal에 관한 정보

B1. Medicare

Medicare는 다음과 같은 대상을 위한 연방 건강보험 프로그램입니다.

- 65세 이상인 사람
- 65세 미만의 사람들 중 특정 장애를 가진 사람
- 말기 신장 질환(신부전증) 환자

B2. Medi-Cal

Medi-Cal은 캘리포니아주의 Medicaid 프로그램입니다. Medi-Cal은 주정부에서 운영하며 주정부 및 연방정부에서 비용을 지불합니다. Medi-Cal은 제한적인 소득 및 자원을 가진 사람들이 장기 요양 서비스 및 지원과 의료 비용을 지불하도록 도와드립니다. Medicare에서 보험적용이 되지 않는 추가 서비스 및 약품에 보험이 적용됩니다.

각 주에서는 다음을 결정합니다.

- 소득과 자원으로 간주되는 것
- 자격이 있는지 여부
- 보험적용이 되는 서비스
- 서비스 비용

주정부는 연방 규정을 준수하는 한 프로그램 운영 방법을 결정할 수 있습니다.

Medicare와 캘리포니아 주는 저희 플랜을 승인했습니다. 귀하는 다음에 해당되는 한 저희 플랜을 통해 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 받을 수 있습니다.

- 저희가 플랜을 제공하기로 결정
- Medicare 및 캘리포니아주에서 저희가 이 플랜을 계속 제공하도록 허용

저희 플랜이 향후 운영을 중단하더라도 귀하가 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 이용할 수 있는 자격은 영향을 받지 않습니다.

C. 플랜의 장점

귀하는 이제 약품을 포함해 보험적용이 되는 모든 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 저희 플랜으로부터 받게 됩니다. **귀하는 본 건강플랜에 가입하는데 추가 비용을 지불하지 않습니다.**

저희는 귀하의 Medicare 및 Medi-Cal 혜택이 귀하를 위해 더 잘 연계되도록 도와드립니다. 일부 장점에는 다음이 포함됩니다.

- 귀하에게 필요한 **대부분**의 의료 서비스에 대해 저희 플랜을 통해 받으실 수 있습니다.
- 귀하가 서비스를 받는 일을 도와드리는 진료팀이 있습니다. 귀하의 진료팀에는 귀하 자신, 간병인, 의사, 간호사, 상담사 또는 다른 전문 의료진이 포함될 수 있습니다.
- 귀하는 진료 코디네이터를 이용하실 수 있습니다. 진료 코디네이터는 귀하, 저희 플랜 및 귀하의 진료팀과 협력해 진료 계획 수립을 도와주는 사람입니다.
- 귀하는 귀하의 진료팀 및 진료 코디네이터의 도움을 받아 자신의 치료를 조율할 수 있습니다.
- 진료팀과 진료 코디네이터는 **귀하의** 의료적 필요를 충족하기 위해 설계된 진료 계획을 수립하기 위해 귀하와 협력합니다. 진료팀은 귀하에게 필요한 서비스 조정을 도와드립니다. 예를 들어, 이는 귀하의 진료팀이 다음의 사항을 확인한다는 것을 의미합니다.
    - 귀하의 담당의사가 귀하가 복용하고 있는 모든 약품에 대해 알고 있는지 확인하여 귀하가 올바른 약품을 복용할 수 있도록 하고 해당 약품으로 인해 발생할 수 있는 부작용을 줄일 수 있도록 합니다.
    - 적절한 경우 귀하의 검사 결과가 귀하의 담당의사 및 다른 의료제공자 모두와 공유되었는지 확인합니다.

Blue Shield TotalDual Plan 신규 가입자: 대부분의 경우 귀하는 Blue Shield TotalDual Plan에 가입을 요청한 다음 달 1일에 Medicare 혜택을 위한 Blue Shield TotalDual Plan에 가입됩니다. 귀하는 추가로 한 달 동안 이전 Medi-Cal 건강플랜에서 Medi-Cal 서비스를 계속 받을 수 있습니다. 그 후에는 Blue Shield TotalDual Plan을 통해 Medi-Cal 서비스를 받게 됩니다. 귀하의 Medi-Cal 혜택에는 공백이 생기지 않을 것입니다. 궁금한 점이 있으면 페이지 하단에 있는 번호로 전화해 주십시오.

D. 당사 플랜의 서비스 지역

저희 서비스 지역에는 캘리포니아의 로스앤젤레스 및 샌디에고 카운티가 포함됩니다.

저희 서비스 지역에 거주하는 사람들만 저희 플랜에 가입할 수 있습니다.

저희 서비스 지역 외로 이사하는 경우 본 플랜을 유지할 수 없습니다. 서비스 지역 외부로의 이사가 미치는 영향에 대한 자세한 정보는 *가입자 안내서* **8장**을 참조하십시오.

E. 플랜 가입자가 될 수 있는 자격은 무엇입니까?

다음 조건을 모두 충족하는 한 저희 플랜에 가입할 자격이 있습니다.

- 서비스 지역에 거주(수감된 개인은 물리적으로 서비스 지역에 위치하더라도 서비스 지역에 거주하는 것으로 간주되지 않음)
- 가입 시 21세 이상
- Medicare 파트 A 및 Medicare 파트B를 모두 보유
- 미국 시민이거나 합법적으로 미국에 거주
- 현재 Medi-Cal 가입 자격이 있음

Medi-Cal 자격을 상실했지만 6개월 이내에 자격을 회복할 것으로 예상되는 경우 여전히 저희 플랜에 가입할 자격이 있습니다.

자세한 정보는 고객 서비스부에 문의하십시오.

F. 귀하가 처음 저희 건강플랜에 가입했을 때 기대할 수 있는 사항

귀하가 처음 저희 플랜에 가입하면 귀하는 귀하의 가입 효력 발생일 이후 90일 이내에 건강 위험 평가(health risk assessment, HRA)를 받게 됩니다.

저희는 귀하를 위해 HRA를 완료해야 합니다. HRA는 귀하의 치료 플랜 수립의 기초입니다. HRA에는 귀하의 의료, 행동 건강 및 기능적 필요를 파악하기 위한 질문들이 포함되어 있습니다.

저희는 HRA를 완료하기 위해 귀하에게 연락할 것입니다. 저희는 직접 방문, 전화 통화 또는 우편을 통해 HRA를 완료할 수 있습니다.

저희는 이 HRA에 관해 더 자세한 정보를 보내드리겠습니다.

저희 플랜에 새롭게 가입하신 경우, 귀하가 현재 진료 받고 있는 의사가 저희 네트워크에 없다 하더라도 귀하는 일정한 시간 동안 해당 의사에게 계속 진료를 받을 수 있습니다. 저희는 이를 연속 진료라고 칭합니다. 해당 의사가 저희 네트워크에 속해 있지 않은 경우, 다음 조건이 모두 충족되면 가입 시점부터 최대 12개월 동안 현재의 의료제공자 및 서비스 승인을 유지할 수 있습니다.

- 귀하, 귀하의 대리인 또는 귀하의 의료제공자가 귀하의 현재 의료제공자에게 계속 진료 받을 수 있도록 저희에게 요청
- 일부 예외를 제외하고, 귀하가 주치의(PCP 의사) 또는 전문의 진료 제공자와 확립된 기존 관계가 있음을 저희가 확인. 저희가 "기존 관계"라고 언급할 때, 이는 귀하가 당사 플랜에 최초 가입한 날짜 이전 12개월 동안 비응급 방문을 위해 네트워크 외 의료제공자를 최소 1회 방문했다는 것을 의미합니다.
    - 저희는 저희가 이용할 수 있는 귀하의 건강 정보 또는 귀하가 제공한 정보를 검토하여 기존 관계를 판단합니다.
    - 귀하의 요청에 대한 저희의 답변 기간은 30일입니다. 귀하는 저희에게 더 신속하게 결정하도록 요청할 수 있으며 저희는 15일 이내에 답변해야 합니다. 이러한 요청을 하시려면 1-800-452-4413 (TTY: 711)번으로 고객 서비스팀에 전화하십시오. 귀하가 해를 입을 위험이 있는 경우 저희는 3일 이내에 응답해야 합니다.
    - 요청 시 귀하 또는 귀하의 의료제공자는 기존 관계에 대한 문서를 제시해야 하며 특정 조건에 동의해야 합니다.

주: 저희가 새로운 DME 대여를 승인하고 네트워크 의료제공자가 대여품을 배송할 때까지 최소 90일 동안 내구성 의료 장비(DME) 제공자에게 이 요청을 하실 수 있습니다. 교통편 서비스 제공자나 기타 부수적 의료제공자에게 이 요청을 하실 수는 없지만, 저희 플랜에 포함되지 않은 교통편 서비스나 기타 부수적 서비스를 요청할 수는 있습니다.

연속 진료 기간이 종료된 후, 저희가 네트워크에 속하지 않은 귀하의 담당 의사와 합의하지 않는 한, 귀하의 주치의(PCP)의 의료 그룹에 소속된 Blue Shield TotalDual Plan 네트워크 내 의사 및 기타 의료제공자에게 진료를 받아야 합니다. 네트워크 의료제공자는 건강플랜과 협력하는 의료제공자입니다. 의료 그룹 또는 독립 의사 협회(IPA)는 건강 보험 가입자에게 의료 서비스 제공 또는 준비를 위해 건강 보험과 계약을 맺은 캘리포니아 법률에 따라 형성된 조직입니다. 의료 그룹 또는 IPA는 주치의와 전문의들로 이루어진 협회로, 귀하에게 조화로운 의료 서비스를 제공하기 위해 만들어졌습니다. 치료 받기에 대한 자세한 정보는 이 *가입자 안내서* **3장**을 참조하십시오.

G. 귀하의 진료팀 및 치료 계획

G1. 진료팀

진료팀은 귀하가 필요한 진료를 계속 받을 수 있도록 도와드릴 수 있습니다. 진료팀에는 담당 의사, 진료 코디네이터 또는 귀하가 선택한 기타 의료인이 포함될 수 있습니다.

진료 코디네이터는 귀하에게 필요한 진료를 관리하는 데 도움을 줄 수 있도록 교육을 받은 사람입니다. 저희 플랜에 가입하면 진료 코디네이터를 배정 받습니다. 진료 코디네이터는 또한 귀하에게 저희 플랜이 제공하지 않을 수 있는 기타 커뮤니티 자원을 소개하고 귀하의 진료팀과 협력하여 귀하의 진료를 조정하는 데 도움을 줄 것입니다. 귀하의 진료 코디네이터와 진료팀에 대한 자세한 정보는 페이지 하단에 안내된 전화번호로 문의해 주십시오.

G2. 치료 플랜

귀하의 진료팀은 귀하와 협력하여 진료 계획을 수립합니다. 치료 플랜은 귀하와 담당 의사에게 귀하에게 필요한 서비스 및 이러한 서비스를 받는 방법을 안내합니다. 여기에는 의료, 행동 건강, 장기 요양 서비스 및 지원 또는 기타 서비스가 포함됩니다.

귀하의 치료 플랜에는 다음이 포함됩니다.

- 귀하의 건강 관리 목표
- 필요한 서비스를 받기 위한 타임라인

귀하의 진료팀은 HRA가 끝난 후 귀하를 만납니다. 그들은 귀하에게 필요한 서비스에 관해 질문합니다. 또한 귀하가 받고 싶어할 수 있는 서비스에 대해서도 안내합니다. 귀하의 치료 플랜은 귀하의 필요와 목표에 기반하여 수립됩니다. 귀하의 진료팀은 적어도 매년 귀하와 협력하여 귀하의 진료 계획을 업데이트할 것입니다.

H. 주요 비용 요약

귀하의 비용에는 다음과 같은 항목이 포함될 수 있습니다.

- 플랜 보험료(**섹션 H1**)
- Medicare 처방약 지불 플랜 금액(**섹션 H2**)

일부 상황에서 귀하의 플랜 보험료는 더 적을 수 있습니다.

H1. 플랜 보험료

귀하는 저희 플랜의 가입자로서 월 보험료를 지불합니다. Blue Shield TotalDual Plan의 2026년도 월 보험료는 $7.00입니다. 그러나 "추가 지원"이라고도 알려진 파트 D 저소득 보조금과 전체 Medi-Cal 보장이 있는 경우 귀하는 월 $0를 지불합니다.

H2. Medicare 처방약 지불 플랜 금액

Medicare 처방약 지불 플랜에 가입되어 있는 경우, 약국에 지불하는 대신 플랜에서 약값 청구서를 받게 됩니다. 월 청구서는 처방약에 대해 지불해야 하는 금액과 전월 잔액을 연간 남은 개월 수로 나눈 금액을 기준으로 합니다.

2장 섹션 M3에서는 Medicare 처방약 지불 플랜에 대해 자세히 설명합니다. 이 지불 옵션의 일부로 청구된 금액에 동의하지 않는 경우 **9장**의 단계에 따라 불만을 제기하거나 재고를 요청할 수 있습니다.

I. *가입자 안내서*

이 *가입자 안내서*는 귀하와 저희의 계약의 일부분입니다. 이는 저희가 본 문서 내에 있는 모든 규정을 준수해야 한다는 의미입니다. 저희가 이 규정들을 위반하는 일을 했다고 귀하가 생각하시는 경우 귀하는 저희 결정에 대해 재고 요청을 하실 수 있습니다. 재고 요청에 대한 자세한 내용은 이 *가입자 안내서* **9장**을 참조하시거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하십시오.

페이지 하단에 있는 전화번호로 고객 서비스에 전화하여 *가입자 안내서*를 요청하실 수 있습니다. 저희 웹사이트 페이지 하단에 있는 웹 주소를 통해 저희 웹사이트에서 *가입자 안내서*를 찾아보실 수도 있습니다.

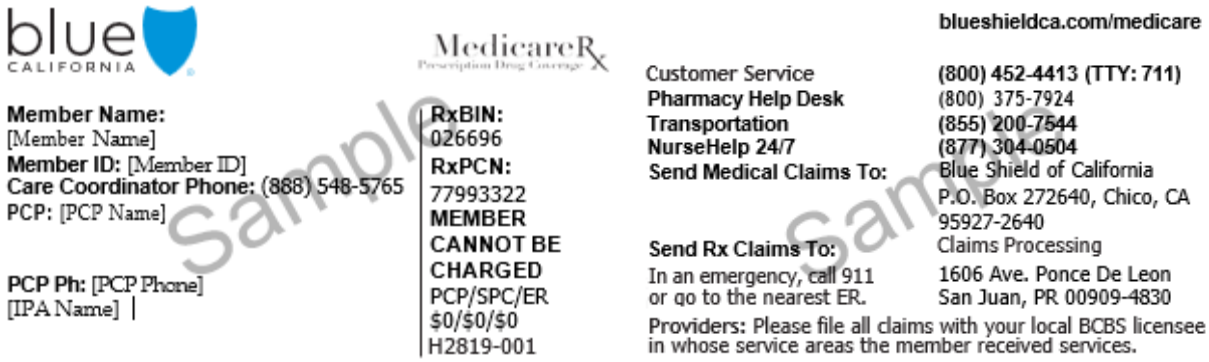
계약은 2026년 1월 1일에서 2026년 12월 31일 사이에 귀하가 저희 플랜에 가입하는 달부터 발효됩니다.

J. 귀하가 저희에게서 받는 기타 중요 정보

저희가 귀하에게 제공하는 다른 중요한 정보에는 귀하의 가입자 ID 카드, 의료제공자 및 약국 명부에 접근하는 방법에 대한 정보, *약품 목록* 또는 *처방집*이라고도 알려진 *보험적용 약품 목록*에 접근하는 방법에 대한 정보가 포함됩니다.

J1. 귀하의 가입자 ID 카드

저희 플랜에 따라 귀하는 장기 요양 서비스 및 지원, 특정 행동 건강 서비스 및 처방약을 포함한 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 위한 하나의 카드를 받게 됩니다. 귀하는 모든 서비스 또는 처방약을 받을 때 이 카드를 제시해야 합니다. 다음은 가입자 ID 카드 예시입니다.



귀하의 가입자 ID 카드가 손상, 분실 또는 도난당한 경우, 페이지 하단에 있는 번호로 즉시 고객 서비스에 전화하십시오. 저희가 새로운 카드를 보내드릴 것입니다.

귀하가 저희 플랜의 가입자인 한, 귀하는 대부분의 서비스를 받기 위해 빨간색, 흰색, 파란색 Medicare 카드 또는 귀하의 Medi-Cal 카드를 사용하실 필요가 없습니다. 후에 귀하에게 필요할 경우를 위해 이들 카드를 안전한 장소에 보관하십시오. 가입자 ID 카드 대신 Medicare 카드를 제시하시면 의료제공자가 저희 플랜 대신 Medicare에 비용을 청구할 수 있으며 귀하도 청구서를 받을 수 있습니다. 귀하가 병원 서비스, 호스피스 서비스가 필요하거나 Medicare에서 승인한 임상 연구(임상 시험이라고도 함)에 참여해야 하는 경우, Medicare 카드를 보여달라고 요청받을 수 있습니다. 의료제공자로부터 청구서를 받은 경우 어떻게 해야 하는지 알아보려면 이 *가입자 안내서* **7장**을 참조하십시오.

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

- Medi-Cal Rx를 통해서만 보험적용이 되는 처방약
- Medi-Cal Dental 프로그램을 통해서만 보험적용이 되는 치과 서비스
- 가정 내 지원 서비스(In-Home Supportive Services, IHSS)
- 다목적 노인 서비스 프로그램(Multipurpose Senior Service Program, MSSP)
- 카운티 행동 건강 서비스

J2. *의료제공자 및 약국 명부*

*의료제공자 및 약국 명부*는 저희 플랜의 네트워크에 속한 의료제공자 및 약국을 기재하고 있습니다. 귀하가 저희 플랜의 가입자인 동안 귀하는 보험적용이 되는 서비스를 받기 위해 반드시 네트워크 의료제공자를 이용해야 합니다.

페이지 하단에 있는 전화번호로 고객 서비스에 전화하여 *의료제공자 및 약국 명부* (전자 또는 인쇄본 형식으로)를 요청하실 수 있습니다. 의료제공자 및 약국 명부 인쇄본 요청은 업무일 기준 3일 이내에 우편으로 발송됩니다.

저희 웹사이트 페이지 하단에 있는 웹 주소를 통해 저희 웹사이트에서 *의료제공자 및 약국 명부*를 찾아보실 수도 있습니다.

*의료제공자 및 약국 명부*는 귀하께서 Blue Shield TotalDual Plan 가입자로서 진료를 받을 수 있는 의료 서비스 전문가(의사, 전문 간호사, 심리학자 등), 시설(병원 또는 진료소 등) 및 지원 의료제공자(성인 주간 건강 및 가정 건강 서비스 제공자 등)를 기재하고 있습니다. 명부는 처방약을 받기 위해 귀하가 이용할 수 있는 약국들을 기재하고 있습니다. 명부는 다음에 대한 몇 가지 정보도 제공합니다.

- 다른 의료제공자, 전문의 또는 시설을 방문하기 위해 진료의뢰가 필요한 경우
- 의사를 선택하는 방법

- 의사 변경 방법
- 귀하의 지역 및/또는 의료 그룹/IPA에서 의사, 전문의, 약국 또는 시설을 찾는 방법
- 장기 요양 서비스 및 지원(LTSS), 가정 내 지원 서비스(IHSS) 또는 다목적 노인 서비스 프로그램(MSSP) 이용 방법
- 가정 배송, 재택 주사 또는 장기 요양 치료 시설 약국 이용 방법에 대한 정보

네트워크 의료제공자의 정의

- 저희의 네트워크 의료제공자는 다음을 포함합니다.
  - 귀하가 저희 플랜 가입자로서 이용할 수 있는 의사, 간호사 및 기타 의료 전문가들
  - 진료소, 병원, 간호 시설 및 저희 플랜에서 의료 서비스를 제공하는 기타 장소들
  - 장기 요양 서비스 및 지원, 행동 건강서비스, 가정 건강 기관, 내구성 의료 장비(DME) 공급자 및 귀하가 Medicare 또는 Medi-Cal을 통해 받는 제품 및 서비스를 제공하는 기타 사람들

네트워크 의료제공자들은 보험적용이 되는 서비스에 대해 저희 플랜에서 지불하는 금액을 전체 지불로서 수용하는데 동의합니다.

네트워크 약국의 정의

- 네트워크 약국은 저희 플랜 가입자들을 위해 처방전을 조제하기로 합의하는 약국들입니다. 귀하가 이용하고자 하는 네트워크 약국을 찾아보시려면 의료제공자 및 약국 명부를 참조하십시오.
- 응급인 경우를 제외하고 저희 플랜이 귀하가 처방약 비용 지불을 돕기를 원하시는 경우 귀하는 반드시 귀하의 처방전을 저희 네트워크 약국 중 한 곳에서 조제해야 합니다.

자세한 정보는 페이지 하단에 있는 전화번호로 고객 서비스에 문의하십시오. 고객 서비스 및 저희 웹사이트에서 저희 네트워크 약국 및 의료제공자의 변경사항에 관한 최신 정보를 제공해드릴 수 있습니다.

J3. *보험적용 약품 목록*

저희 플랜에는 *보험적용 약품 목록*이 있습니다. 저희는 이 목록을 줄여서 *약품 목록*이라고 합니다. 해당 목록은 저희 플랜이 어떤 약품을 보장하는지 알려드립니다. 이 목록에 있는 약품들은 의사와 약사의 도움을 받아 저희 플랜에서 선정한 것입니다. *약품 목록*은 Medicare의 요구 사항을 충족해야 합니다. Medicare 약품 가격 협상 프로그램에 따라 가격이 협상된 약품은 삭제되거나 교체되지 않는 한, **5장 섹션 E**에 기술된 대로 귀하의 *약품 목록*에 포함됩니다. Medicare는 Blue Shield TotalDual Plan의 *약품 목록*을 승인했습니다.

*약품 목록*은 또한 귀하가 받을 수 있는 수량 제한과 같이 어떤 약품에 규정 또는 제약이 있는지 여부를 귀하에게 알려드립니다. 자세한 정보는 이 *가입자 안내서* **5장**을 참조하십시오.

매년 저희는 귀하에게 *약품 목록*에 접근하는 방법에 관한 정보를 보내드립니다. 그러나 연중 일부 변경사항이 발생할 수 있습니다. 보험이 적용되는 약품에 대한 전체 최신 정보를 이용하시려면 고객 서비스에 전화하시거나 저희 웹사이트 페이지 하단의 주소를 방문하십시오.

J4. *혜택 설명*

귀하가 귀하의 Medicare 파트 D 약품 혜택을 이용할 때 저희는 귀하의 Medicare 파트 D 약품에 대한 비용 지불을 이해하고 추적하는 데 도움이 되는 요약서를 보내드립니다. 이 요약서는 *혜택 설명*(EOB)이라고 합니다.

EOB는 귀하 또는 귀하를 대신해 다른 사람이 Medicare 파트 D 약품에 지출한 총 금액과 해당 월 동안 귀하의 각 Medicare 파트 D 약품에 대해 저희가 지불한 총 금액을 알려드립니다. 이 EOB는 청구서가 아닙니다. EOB는 귀하가 복용하는 약품에 대해 더 많은 정보를 담고 있습니다. 이 *가입자 안내서* **6장**은 EOB에 대한 자세한 정보와 EOB가 귀하의 약품 혜택을 추적하는 데 어떻게 도움이 되는지 알려줍니다.

귀하는 EOB를 요청할 수 있습니다. 사본을 받으시려면 페이지 하단에 있는 전화번호로 고객 서비스에 문의하십시오.

K. 가입자 기록을 최신 상태로 유지하기

귀하의 정보가 변경되는 경우 저희에게 알려 귀하의 가입자 정보를 최신으로 유지할 수 있습니다.

저희 기록에 귀하의 정확한 정보를 보유하도록 하려면 저희에게는 최신 정보가 필요합니다. 저희 플랜 네트워크의 의사, 병원, 약사 및 기타 의료제공자는 가입자 기록을 사용하여 보험적용이 되는 약물과 서비스 및 가입자의 비용 분담액을 파악합니다. 이 때문에 저희가 귀하의 정보를 최신으로 유지하도록 도와 주시는 것이 매우 중요합니다.

다음 사항에 대해 즉시 알려주십시오.

- 이름, 주소 또는 전화번호 변경사항
- 귀하의 고용주, 귀하의 배우자의 고용주 또는 동거 파트너의 고용주, 근로자 보상과 같은 기타 건강보험 혜택에 대한 변경 사항
- 자동차 사고로 인한 청구와 같은 배상책임 청구
- 간호 시설이나 병원 입원
- 병원이나 응급실에서의 치료

- 귀하의 간병인(또는 귀하에 대한 책임이 있는 모든 사람)에 대한 변경사항
- 귀하가 임상 연구에 참여하는지 여부 (**주:** 귀하가 참여하고자 하는 임상 연구에 대해 저희에게 알릴 의무가 있는 것은 아니지만, 알려주실 것을 권장합니다)

정보가 변경된 경우 페이지 하단에 있는 전화번호로 고객 서비스에 전화하십시오.

K1. 개인 건강 정보(PHI)의 보호

귀하의 가입자 기록에 있는 정보에는 개인 건강 정보(PHI)가 포함될 수 있습니다. 연방법 및 주법에 따라 당사는 귀하의 PHI를 비공개로 유지해야 합니다. 저희는 귀하의 PHI를 보호합니다. 귀하의 PHI를 보호하는 방법에 대한 자세한 내용은 이 *가입자 안내서* **8장**을 참조하십시오.

2장: 중요한 전화번호 및 자원

소개

이 장에서는 저희 플랜과 귀하의 의료 서비스 혜택에 관한 질문에 답변하는 데 도움이 될 수 있는 중요한 자원에 대한 연락처 정보를 제공합니다. 또한 이 장에서는 귀하를 대신하여 지원할 진료 코디네이터 및 기타 인력에게 연락하는 방법에 대한 정보를 얻을 수도 있습니다. 핵심 용어와 그 정의는 이 *가입자 안내서* 마지막 장에 가나다순으로 나와 있습니다.

목차

A. 고객 서비스: 25
B. 진료 코디네이터 28
C. 건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP) 30
D. 간호사 상담 전화 31
E. 행동 건강 위기 상담 전화 32
F. 품질 향상 단체(QIO) 33
G. Medicare 34
H. Medi-Cal 36
I. Medi-Cal 관리 의료 및 정신 건강 옴부즈맨 사무소 37
J. 카운티 사회복지 서비스 38
K. 카운티 행동 건강서비스 기관 40
L. 캘리포니아주 관리보건국 41
M. 약품 비용 지불에 도움을 주는 프로그램 42
M1. Medicare에서 추가 도움 받기 42
M2. AIDS 약품 지원 프로그램(ADAP) 43
M3. Medicare 처방약 지불 플랜 43
N. 사회보장국 44
O. 철도청 노동자 연금 관리국(RRB) 45
P. 다른 자원 46
Q. Medi-Cal Dental 47

A. 고객 서비스:

전화	1-800-452-4413. 이 전화는 무료입니다. 주 7일, 오전 8시에서 오후 8시(태평양 표준시)까지 운영됩니다. 영어를 구사하지 않는 사람들을 위해 무료 통역 서비스가 있습니다.
TTY	711번으로 전화하십시오. 이 전화는 무료입니다. 이 번호는 청각 또는 언어에 어려움이 있는 사람들을 위한 번호입니다. 이 번호에 전화하기 위해서는 특별 전화 장비가 있어야 합니다. 주 7일, 오전 8시에서 오후 8시(태평양 표준시)까지 운영됩니다.
우편	Blue Shield TotalDual Plan P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856
웹사이트	blueshieldca.com/medicare

다음과 같은 사항에 대해 도움을 받으시려면 고객 서비스에 연락하십시오.

- 플랜에 관한 질문
- 클레임 또는 청구서에 관한 질문
- 귀하의 의료 서비스에 관한 보험적용 결정
    - 귀하의 의료에 관한 보험적용 결정은 다음 사항에 관한 결정입니다.
        - 귀하의 혜택 및 보험적용이 되는 서비스 **또는**
        - 귀하의 의료 서비스에 대해 저희가 지불할 액수
    - 귀하의 의료에 관한 보험적용 결정에 관해 질문이 있으시면 저희에게 전화하십시오.
    - 보험적용 결정에 대해 자세히 알아보시려면 이 *가입자 안내서* **9장**을 참조하십시오.
- 귀하의 의료 서비스에 관한 재고 요청

- 재고 요청은 저희가 실수를 했다고 생각하시거나 해당 결정에 동의하지 않는 경우 귀하의 보험적용에 대해 저희가 내린 결정을 검토하고 이를 변경하도록 저희에게 요청하는 공식적인 방법입니다.
- 재고 요청에 대해 자세히 알아보시려면 이 *가입자 안내서* **9장**을 참조하거나 고객 서비스에 연락하십시오.

- 귀하의 의료 서비스에 관한 불만 제기
  - 귀하는 또한 저희 또는 의료제공자(비네트워크 또는 네트워크 의료제공자 포함)에 관해 불만을 제기할 수 있습니다. 네트워크 의료제공자는 저희 플랜과 협력하는 의료제공자입니다. 또한 귀하가 저희에게 받은 치료의 품질에 관한 불만을 저희에게 또는 품질 향상 단체(QIO)에 제기할 수 있습니다 (아래 **섹션 F** 참조).
  - 1-800-452-4413 (TTY: 711)번으로 저희에게 전화해 귀하의 불만 제기 내용을 설명하실 수 있습니다.
  - 귀하의 불만 제기가 귀하의 의료에 관한 보험적용 결정에 관한 것인 경우 귀하는 재고 요청을 할 수 있습니다(위 섹션 참조).
  - 귀하는 Medicare에 저희 플랜에 관한 불만을 제기할 수 있습니다. www.medicare.gov/my/medicare-complaint에서 온라인 양식을 사용하실 수 있습니다. 또는 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화해 도움을 요청할 수 있습니다.
  - 1-855-501-3077번으로 Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램에 전화하여 저희 플랜에 대한 불만 제기를 하실 수 있습니다.
  - 의료 서비스에 대한 불만 제기에 대해 자세히 알아보시려면 이 *가입자 안내서* **9장**을 참조하십시오.

- 귀하의 약품에 관한 보험적용 결정
  - 귀하의 약품에 관한 보험적용 결정은 다음 사항에 관한 결정입니다.
    - 귀하의 혜택 및 보험적용이 되는 약물 **또는**
    - 귀하의 약품에 대해 저희가 지불할 금액
  - 비처방(OTC) 의약품 및 특정 비타민과 같은 Medicare 혜택 비적용 약품은 Medi-Cal Rx에 의해 보험이 적용될 수 있습니다. 자세한 정보를 보려면 Medi-Cal Rx 웹사이트(www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)를 방문하십시오. Medi-Cal Rx 고객 서비스 센터(800-977-2273)에 전화하실 수도 있습니다.
  - 약품에 대한 보험적용 결정에 관한 자세한 내용은 이 *가입자 안내서* **9장**을 참조하십시오.

- 귀하의 약품에 관한 재고 요청
  - 재고 요청은 보험적용 결정을 변경하도록 저희에게 요청하는 방법입니다.
  - 약품에 대한 재고 요청에 관한 자세한 내용은 이 *가입자 안내서* **9장**을 참조하십시오.
- 귀하의 약품에 관한 불만 제기
  - 귀하는 저희 또는 약국에 관해 불만을 제기할 수 있습니다. 여기에는 귀하의 약품에 관한 불만 제기가 포함됩니다.
  - 귀하의 불만 제기가 귀하의 약품에 관한 보험적용 결정인 경우, 귀하는 재고 요청을 할 수 있습니다. (위 섹션 참조)
  - 귀하는 Medicare에 저희 플랜에 관한 불만을 제기할 수 있습니다. www.medicare.gov/my/medicare-complaint에서 온라인 양식을 사용하실 수 있습니다. 또는 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화해 도움을 요청할 수 있습니다.
  - 약품에 대한 불만 제기에 관한 자세한 내용은 이 *가입자 안내서* **9장**을 참조하십시오.
- 귀하가 이미 지불한 의료 서비스 또는 약품 비용 지불
  - 환급을 요청하는 방법이나 받은 청구서를 지불하는 방법에 관한 자세한 내용은 이 *가입자 안내서* **7장**을 참조하십시오.
  - 귀하가 저희에게 청구서를 지불하도록 요청했는데 저희가 귀하의 요청 중 어느 부분이라도 거부한 경우 귀하는 저희의 결정에 관해 재고 요청을 할 수 있습니다. 이 *가입자 안내서*의 **9장**을 참조하십시오.

B. 진료 코디네이터

진료 코디네이터는 Medicare 및 Medi-Cal 혜택과 서비스 이용을 돕기 위해 특별히 교육을 받은 사람입니다. 귀하의 진료 코디네이터는 귀하의 진료팀에 포함되어 있으며 귀하의 주 연락처 역할을 할 것입니다. 가입 후 진료 코디네이터가 귀하에게 전화를 걸어 건강 위험 평가 및 개별 진료 계획을 완료할 것입니다. 이러한 도구들은 귀하의 진료 코디네이터가 귀하에게 적합한 귀하의 의료 서비스 필요를 파악하고 개인화하기 위해 사용할 것입니다. 아래 전화번호로 전화하시면 담당 치료 코디네이터에게 연락하실 수 있습니다.

전화	1-888-548-5765. 이 전화는 무료입니다. 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시까지 운영됩니다. 영어를 구사하지 않는 사람들을 위해 무료 통역 서비스가 있습니다.
TTY	711번으로 전화하십시오. 이 전화는 무료입니다. 이 번호는 청각 또는 언어에 어려움이 있는 사람들을 위한 번호입니다. 이 번호에 전화하기 위해서는 특별 전화 장비가 있어야 합니다. 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시까지 운영됩니다.
우편	Blue Shield of California ATTN: DSNP Health Risk Assessment Team 3840 Kilroy Airport Way Long Beach, CA 90806

다음과 같은 사항에 대해 도움을 받으시려면 담당 진료 코디네이터에게 연락하십시오.

- 귀하의 의료 서비스에 관한 질문
- 행동 건강(정신 건강 및 약물 사용 장애) 서비스를 받는 것에 관한 질문
- 치과 혜택에 대한 문의사항
- 진료 예약에 가기 위한 교통편 관련 문의사항
- 커뮤니티 기반 성인 서비스(CBAS) 및 요양 시설(NF)을 포함한 장기 요양 서비스 및 지원(LTSS)에 대한 문의사항

귀하는 다음과 같은 서비스를 받을 수 있습니다.

- 커뮤니티 기반 성인 서비스(Community-Based Adult Services, CBAS)

- 전문 간호 서비스
- 물리치료
- 작업 치료
- 언어치료
- 의료 사회복지 서비스
- 가정 간호
- 카운티 사회 복지 기관을 통한 가정 내 지원 서비스(IHSS)
- 때때로 귀하는 귀하의 일상의 의료적 필요 및 생활의 필요에 도움을 받을 수 있습니다.

귀하가 거주하는 카운티와 자격에 따라 Blue Shield TotalDual Plan을 통해 추가적인 커뮤니티 지원을 받을 수도 있습니다. 귀하의 의료제공자는 귀하가 커뮤니티 지원을 받을 자격이 있다고 생각하는 경우 귀하를 추천할 수 있으며, 자세한 내용은 고객 서비스 또는 담당 진료 코디네이터에게 문의하실 수 있습니다. 귀하는 다음과 같은 서비스를 받을 수 있습니다.

- 환경 접근성 적응(가정 개조)
- 주택 전환 내비게이션 서비스
- 주택 보증금
- 주택 임대 및 유지 서비스
- 보조 식사 또는 의학적으로 맞춤화된 식사
- 개인 관리 및 가사도우미 서비스
- 회복 치료(의료적 임시 간호)
- 간병인을 위한 임시 간호
- 입원 후 단기 거주
- 약물 각성 센터

C. 건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)

주 건강보험 지원 프로그램(State Health Insurance Assistance Program, SHIP)은 모든 주에서 숙련된 상담사가 Medicare 관련 질문에 대한 무료 도움, 정보 및 답변을 제공하는 정부 프로그램입니다. 캘리포니아주에서는 SHIP을 건강보험 상담 및 지원 프로그램(Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)이라고 합니다. HICAP 상담사들은 귀하의 질문에 답변하고 귀하의 문제를 해결하기 위해 해야 할 일을 귀하가 이해할 수 있도록 도와드릴 수 있습니다. HICAP은 모든 카운티에 훈련 받은 상담사들을 두고 있으며 서비스는 무료입니다.

HICAP은 연방 정부로부터 자금을 지원받아 Medicare 가입자에게 무료 지역 건강보험 상담을 제공하는 독립적인 주정부 프로그램(보험 회사나 의료 플랜과 연계되지 않음)입니다.

전화	(800) 434-0222 월요일~금요일, 오전 9시~오후 4시
TTY	711 이 번호는 청각 또는 언어에 어려움이 있는 사람들을 위한 번호입니다. 이 번호에 전화하기 위해서는 특별 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/

다음 사항에 대한 도움이 필요한 경우 HICAP에 연락하십시오.

- Medicare에 관한 질문
- HICAP 상담사는 새로운 플랜으로 변경하는 것에 관한 귀하의 문의사항에 답변하고 다음과 같은 사항에 관해 귀하를 도울 수 있습니다.
  - 귀하의 권리에 대한 이해
  - 귀하의 플랜 선택사항에 대한 이해
  - 플랜 변경에 관한 질문
  - 귀하의 의료 서비스 또는 치료에 관한 불만 제기
  - 청구서 또는 클레임에 관한 질문

D. 간호사 상담 전화

Blue Shield of California 간호사 상담 전화는 연중무휴, 하루 24시간 질문에 답변할 수 있는 공인 간호사의 지원을 제공합니다. 간호사는 전화를 통해 일반적인 건강 관련 질문에 답변하고 자세한 정보를 얻을 수 있는 추가 자원에 대한 안내를 제공합니다. 간호사 상담 전화에서 가입자들은 쉽게 참조할 수 있는 모든 정보와 링크가 포함된 대화 요약을 이메일로 받을 수 있습니다. 귀하의 건강이나 의료 서비스에 관한 문의사항이 있는 경우 간호사 상담 전화에 연락하실 수 있습니다.

전화	(877) 304-0504 이 전화는 무료입니다. 주 7일, 하루 24시간 영어를 구사하지 않는 사람들을 위해 무료 통역 서비스가 있습니다.
TTY	711 이 전화는 무료입니다. 이 번호는 청각 또는 언어 문제가 있는 사람들을 위한 번호입니다. 이 번호에 전화하기 위해서는 특별 전화 장비가 있어야 합니다. 주 7일, 하루 24시간

E. 행동 건강 위기 상담 전화

전화	**로스앤젤레스 카운티 접근 및 위기 상담 전화** 1-800-854-7771 이 전화는 무료입니다. 주 7일, 하루 24시간 영어를 구사하지 않는 사람들을 위해 무료 통역 서비스가 있습니다. **샌디에고 카운티 접근 및 위기 상담 전화** 1-888-724-7240 이 전화는 무료입니다. 주 7일, 하루 24시간 영어를 구사하지 않는 사람들을 위해 무료 통역 서비스가 있습니다.
TTY	711 이 전화는 무료입니다. 이 번호는 청각 또는 언어 문제가 있는 사람들을 위한 번호입니다. 이 번호에 전화하기 위해서는 특별 전화 장비가 있어야 합니다. 주 7일, 하루 24시간

다음 사항에 관해 행동 건강 위기 상담 전화에 연락하십시오.

- 행동 건강 및 약물 남용 서비스에 관한 질문

귀하가 거주하는 카운티의 전문 정신 건강 서비스에 관한 질문이 있으시면 **섹션 K**를 참조하십시오.

F. 품질 향상 단체(QIO)

저희 주에는 Commence Health라고 하는 기관이 있습니다. 이 기관은 Medicare를 보유한 사람들에 대한 치료 품질 향상을 도와주는 의사 및 다른 의료 전문가들의 그룹입니다. Commence Health는 독립적인 조직이며, 저희 플랜에 연결되어 있지 않습니다.

전화	1-877-588-1123 월요일~금요일 오전 8시~오후 5시, 토요일~일요일 오전 11시~오후 3시, 공휴일 오전 7시~오후 3시 30분
TTY	1-855-887-6668 이 번호는 청각 또는 언어에 어려움이 있는 사람들을 위한 번호입니다. 이 번호에 전화하기 위해서는 특별 전화 장비가 있어야 합니다.
우편	Commence Health BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
웹사이트	https://livantaqio.com/en/states/california

다음 사항에 대한 도움이 필요한 경우 Commence Health에 연락하십시오.

- 귀하의 의료 서비스 권리에 관한 질문
- 다음과 같은 경우에 귀하가 받은 치료에 관한 불만을 제기:
  - 잘못된 약물 투여, 불필요한 검사나 시술, 오진 등 진료의 질에 문제가 있는 경우
  - 병원 입원이 너무 빨리 종료되었다고 생각됨
  - 가정 간호, 전문 간호 시설 치료 또는 종합 외래 재활 시설(CORF) 서비스가 너무 일찍 종료되었다고 생각됨

G. Medicare

Medicare는 65세 이상의 사람들, 장애가 있는 65세 미만의 일부 사람들 및 말기 신장 질환(투석 또는 신장이식이 필요한 영구적인 신장 부전)이 있는 사람들을 위한 연방 건강보험 프로그램입니다.

Medicare를 담당하고 있는 연방 기관은 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)입니다. 이 기관은 저희 플랜을 포함해 Medicare Advantage 기관과 계약을 맺고 있습니다.

전화	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 주 7일, 하루 24시간, 이 전화는 무료입니다.
TTY	1-877-486-2048번으로 전화할 수 있습니다. 이 전화는 무료입니다. 이 번호는 청각 또는 언어에 어려움이 있는 사람들을 위한 번호입니다. 이 번호에 전화하기 위해서는 특별 전화 장비가 있어야 합니다.
실시간 채팅	실시간 채팅은 www.Medicare.gov/talk-to-someone에서 하실 수 있습니다.
우편	Medicare, PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

웹사이트	www.medicare.gov • 해당 지역의 메디케어 건강 및 약품 플랜에 대한 정보(비용 및 제공 서비스 포함)를 확인하십시오. • Medicare 참여 의사 또는 기타 의료제공자 및 공급업체를 찾아보십시오. • 예방 서비스(검진, 주사 또는 백신, 연례 '웰니스' 방문 등)를 포함하여 Medicare에서 보장하는 서비스에 대해 알아보십시오. • Medicare 재고 요청 정보 및 양식을 확인하십시오. • 플랜, 요양원, 병원, 의사, 재택 의료 기관, 투석 시설, 호스피스 센터, 입원 재활 시설, 장기 요양 치료 병원에서 제공하는 진료의 질에 대한 정보를 얻으십시오. • 유용한 웹사이트와 전화번호를 찾아보십시오. Medicare에 불만 제기를 제출하려면 www.medicare.gov/my/medicare-complaint를 방문하십시오. Medicare는 귀하의 불만 제기를 진지하게 생각하며 Medicare 프로그램의 품질 향상을 돕기 위해 이 정보를 사용할 것입니다.

H. Medi-Cal

Medi-Cal은 캘리포니아주의 Medicaid 프로그램입니다. 이는 아동이 있는 가족, 노인, 장애인, 위탁가정 보호 아동 및 청소년, 임산부를 포함한 저소득 개인을 대상으로 필요한 의료 서비스를 제공하는 공공 건강보험 프로그램입니다. Medi-Cal은 주 및 연방 정부 자금으로 재정을 조달합니다.

Medi-Cal 혜택에는 의료, 치과, 행동 건강, 장기 요양 서비스 및 지원이 포함됩니다.

귀하는 Medicare와 Medi-Cal에 가입되어 있습니다. Medi-Cal 혜택에 대해 질문이 있는 경우 귀하의 플랜 진료 코디네이터에게 전화하십시오. Medi-Cal 플랜 가입에 관해 질문이 있는 경우 건강관리옵션에 전화하십시오.

전화	1-800-430-4263 월요일~금요일, 오전 8시~오후 6시
TTY	1-800-430-7077 이 번호는 청각 또는 언어 문제가 있는 사람들을 위한 번호입니다. 이 번호에 전화하기 위해서는 특별 전화 장비가 있어야 합니다.
우편	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
웹사이트	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

I. Medi-Cal 관리 의료 및 정신 건강 옴부즈맨 사무소

옴부즈맨 사무소는 저희의 가입자들이 의료적으로 필요하고 보험적용이 되는 서비스를 모두 받을 수 있도록 하기 위해 중립적인 관점에서 문제를 해결하는 것을 도와드립니다. 담당자가 고객의 질문에 답변하고, 상황을 분석하며, 정책과 절차를 설명하고, 정보, 조언 및 옵션을 제공하며, 적절한 추천을 제안합니다. 의료 접근성 문제에 대한 공정한 해결책을 개발하는 것이 이들의 임무입니다. Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램은 저희 플랜 또는 어떠한 보험 회사나 건강플랜과 관련이 없습니다. 해당 서비스는 무료입니다.

전화	1-888-452-8609 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시
TTY	1-800-430-7077 이 번호는 청각 또는 언어 문제가 있는 사람들을 위한 번호입니다. 이 번호에 전화하기 위해서는 특별 전화 장비가 있어야 합니다.
우편	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
이메일	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
웹사이트	www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx

J. 카운티 사회복지 서비스

귀하의 가정 내 지원 서비스(In-Home Supportive Services, IHSS), 귀하의 Medi-Cal 정보 업데이트 또는 Medi-Cal 자격 및 갱신 혜택에 대한 도움이 필요한 경우, 귀하의 지역 로스앤젤레스 카운티 또는 샌디에고 카운티 사회복지 서비스 기관에 문의하십시오.

귀하가 집에서 안전하게 지낼 수 있도록 제공되는 서비스 비용을 지불하도록 도움을 주는 가정 내 지원 서비스를 신청하시려면 카운티 사회복지 서비스 기관에 문의하십시오. 서비스 유형에는 식사 준비, 목욕, 옷 입기, 세탁, 쇼핑 또는 교통편에 대한 도움이 포함될 수 있습니다.

Medi-Cal 자격에 관한 질문이 있으시면 귀하의 카운티 사회복지 서비스 기관에 문의하십시오.

전화	1-866-613-3777 이 전화는 무료입니다. **로스앤젤레스 카운티 공공복지부**는 33개 지역 사무소에 서비스를 제공하는 단일 고객 서비스 센터(CSC)를 보유하고 있습니다. 운영 시간은 공휴일 제외 월요일부터 금요일, 오전 7시 30분부터 오후 6시 30분까지입니다.
TTY	1-877-735-2929 이 번호는 청각 또는 언어 문제가 있는 사람들을 위한 번호입니다. 이 번호에 전화하기 위해서는 특별 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 이 전화는 무료입니다. **샌디에고 카운티 보건 사회복지부** 상담원은 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 5시 사이에 이용하실 수 있습니다. 셀프 서비스 접근 회선은 주 7일, 하루 24시간 동안 이용하실 수 있습니다. 발신자는 시스템을 사용하기 위해 사회보장번호(SSN)를 입력해야 합니다.

TTY	1-619-589-4459 이 번호는 청각 또는 언어 문제가 있는 사람들을 위한 번호입니다. 이 번호에 전화하기 위해서는 특별 전화 장비가 있어야 합니다.
우편	County of San Diego Health and Human Services Agency P.O. Box 85027 San Diego, CA 92186
웹사이트	https://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa.html

K. 카운티 행동 건강서비스 기관

Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스 및 약물 사용 장애 서비스는 귀하가 접근 기준을 충족하는 경우 카운티를 통해 이용할 수 있습니다.

전화	**로스앤젤레스 카운티** 1-800-854-7771 이 전화는 무료입니다. 주 7일, 하루 24시간 언제든지 전화하십시오. 영어를 구사하지 않는 사람들을 위해 무료 통역 서비스가 있습니다. **샌디에이고 카운티** 1-888-724-7240 이 전화는 무료입니다. 주 7일, 하루 24시간 언제든지 전화하십시오. 영어를 구사하지 않는 사람들을 위해 무료 통역 서비스가 있습니다.
TTY	711 이 전화는 무료입니다. 이 번호는 청각 또는 언어 문제가 있는 사람들을 위한 번호입니다. 이 번호에 전화하기 위해서는 특별 전화 장비가 있어야 합니다. 주 7일, 하루 24시간 언제든지 전화하십시오.

다음 사항에 관해 카운티 행동 건강 기관에 연락하십시오.

- 카운티에서 제공하는 전문 정신 건강 서비스에 관한 질문
- 카운티에서 제공하는 약물 남용 장애 서비스에 관한 질문
- 다음을 포함하되 이에 국한되지 않는 전문 정신 건강 서비스:
  - 외래 정신 건강 서비스
  - 주간 치료
  - 위기 개입 그리고 안정화
  - 목표 케이스 관리
  - 성인 거주형 치료
  - 위기 거주형 치료

L. 캘리포니아주 관리보건국

캘리포니아주 관리보건국(DMHC)은 건강플랜 규제를 담당하고 있습니다. DMHC 헬프 센터는 Medi-Cal 서비스에 관한 재고 요청 및 불만 제기를 도와드릴 수 있습니다.

전화	1-888-466-2219 DMHC 상담원은 월요일~ 금요일, 오전 8시부터서 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다.
TDD	1-877-688-9891 이 번호는 청각 또는 언어 문제가 있는 사람들을 위한 번호입니다. 이 번호에 전화하기 위해서는 특별 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. 약품 비용 지불에 도움을 주는 프로그램

Medicare.gov 웹사이트(www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs)에서는 약품 비용을 낮추는 방법에 대한 정보를 제공합니다. 소득이 제한된 사람들을 위해 아래 설명된 바와 같이 도움을 줄 수 있는 다른 프로그램도 있습니다.

M1. Medicare에서 추가 도움 받기

귀하는 Medi-Cal 가입 자격이 있기 때문에 귀하의 약품 플랜 비용 지불을 위해 Medicare로부터 '추가 지원'을 받을 자격이 있으며 받고 있습니다. 이러한 '추가 지원'을 받기 위해 어떤 조치를 취할 필요는 없습니다.

전화	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 주 7일, 하루 24시간, 이 전화는 무료입니다.
TTY	1-877-486-2048 이 전화는 무료입니다. 이 번호는 청각 또는 언어에 어려움이 있는 사람들을 위한 번호입니다. 이 번호에 전화하기 위해서는 특별 전화 장비가 있어야 합니다.
웹사이트	www.medicare.gov

잘못된 처방약 금액을 약국에 지불하고 있다고 생각되는 경우, 저희 플랜에는 정확한 코페이먼트 금액에 대한 증거를 확보하도록 돕는 절차가 있습니다. 이미 올바른 금액에 대한 증거가 있는 경우, 그 증거를 저희와 공유할 수 있도록 도와드릴 수 있습니다.

- 고객 서비스에 전화하여 처방약에 대해 너무 많은 비용을 지불하고 있다고 생각하고 있음을 알리고 Medi-Cal 정보를 제공할 수 있습니다. Medi-Cal 자격은 귀하의 추가 지원을 업데이트하고 가능한 경우 처방약 코페이먼트를 낮추기 위해 사용할 수 있는 최선의 증거로 간주됩니다. 처방약 코페이먼트를 낮추는 것이 보장되는 것은 아닙니다.
- 저희가 귀하의 올바른 코페이먼트 수준을 나타내는 증거를 확보하면 시스템을 업데이트해 귀하가 다음에 처방약을 받을 때 올바른 코페이먼트를 지불할 수 있도록 할 것입니다. 귀하가 코페이먼트를 초과 지불한 경우, 수표 또는 향후 코페이먼트 크레딧으로 환급해 드립니다. 약국에서 귀하의 코페이먼트를 징수하지 않았고 귀하가 약국에 지불해야 할 금액이 있는 경우, 저희가 약국에 직접 비용을 지불할 수 있습니다. 주정부에서 귀하를 대신해 지불하는 경우 저희는 주정부에 직접 비용을 지불할 수 있습니다. 궁금한 점이 있으면 페이지 하단에 있는 고객 서비스 전화번호로 전화해 주십시오.

M2. AIDS 약품 지원 프로그램(ADAP)

ADAP는 ADAP 가입 자격이 있으며 HIV/AIDS를 보유한 사람들이 생명을 구하는 HIV 약품을 이용할 수 있도록 돕습니다. ADAP 처방집에 속해 있는 Medicare 파트 D 약품은 캘리포니아 ADAP를 통한 처방약 비용 분담 지원을 받을 수 있는 자격이 있습니다. 더 자세한 정보를 알아보시려면 (844) 421-7050번으로 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시 사이에 캘리포니아 ADAP에 전화하시거나 웹사이트 https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx를 방문하십시오. 주: 귀하가 거주하는 주의 ADAP를 받을 자격이 되려면 주 거주 증명 및 HIV 상태, 주에서 정의한 저소득 및 비보험/보험 상태를 포함해 특정 기준을 충족해야 합니다. 플랜을 변경하는 경우, 자격 기준, 보험적용이 되는 약물 또는 프로그램 가입 방법에 대한 정보 지원을 계속 받을 수 있도록 지역 ADAP 가입 담당자에게 통지하십시오. 캘리포니아 ADAP에 (844) 421-7050번으로 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시 사이에 전화하거나 다음 웹사이트를 방문하십시오. https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx

M3. Medicare 처방약 지불 플랜

Medicare 처방약 지불 플랜은 현재 약품 보험적용과 연동하여 플랜에서 보장하는 약품에 대한 본인 지출액 비용을 연중(1월~12월) 분산하여 관리할 수 있도록 도와주는 지불 옵션입니다. Medicare 약품 플랜 또는 약품 보험적용이 되는 Medicare 건강플랜(예: 약품 보험적용이 되는 Medicare Advantage Plan) 가입자는 누구나 이 지불 옵션을 사용할 수 있습니다. **이 지불 옵션은 비용 관리에 도움이 될 수 있지만, 비용을 절약하거나 약품 비용을 낮추지는 않습니다. Medicare 처방약 지불 플랜에 참여 중이고 동일한 플랜을 유지하는 경우, 이 옵션을 계속 유지하기 위해 아무것도 할 필요가 없습니다.** 자격이 되는 경우 Medicare의 '추가 지원'과 SPAP 및 ADAP의 지원이 소득 수준에 관계없이 이 지불 옵션에 참여하는 것보다 더 유리하며, 약품 보험적용이 되는 플랜은 반드시 이 지불 옵션을 제공해야 합니다. 이 지불 옵션에 대해 자세히 알아보려면, 페이지 하단에 있는 고객 서비스 전화번호로 전화하거나 www.medicare.gov를 방문하십시오.

N. 사회보장국

사회보장국은 Medicare 자격 결정 및 Medicare 가입을 담당하고 있습니다.

이사하거나 우편 주소가 변경되는 경우, 사회보장국에 연락해 알리는 것이 중요합니다.

전화	1-800-772-1213 이 전화는 무료입니다. 월요일~금요일, 오전 8시~오후 7시 이용 가능. 귀하는 하루 24시간 동안 사회보장국의 자동 전화 서비스를 이용해 정보를 녹음하고 일부 업무를 수행할 수 있습니다.
TTY	1-800-325-0778 이 번호는 청각 또는 언어에 어려움이 있는 사람들을 위한 번호입니다. 이 번호에 전화하기 위해서는 특별 전화 장비가 있어야 합니다.
웹사이트	www.ssa.gov

O. 철도청 노동자 연금 관리국(RRB)

철도청 노동자 연금 관리국은 철도 노동자들과 그 가족들을 위한 종합 혜택 프로그램을 관리하는 독립 연방 기관입니다. RRB를 통해 귀하의 Medicare 혜택을 받고 있는 경우, 귀하가 이사하거나 우편 주소를 변경하는 경우 해당 기관에 알려 주십시오. RRB로부터 받는 귀하의 혜택에 관해 궁금한 점이 있는 경우 해당 기관에 문의하십시오.

전화	1-877-772-5772 이 전화는 무료입니다. '0'을 누르면 월요일, 화요일, 목요일, 금요일은 오전 9시에서 오후 3시 30분 사이, 수요일은 오전 9시에서 오후 12시 사이에 RRB 담당자와 통화하실 수 있습니다. '1'을 누르면 주말과 공휴일을 포함해 하루 24시간 자동 RRB 헬프 라인 및 녹음된 정보를 이용하실 수 있습니다.
TTY	1-312-751-4701 이 번호는 청각 또는 언어에 어려움이 있는 사람들을 위한 번호입니다. 이 번호에 전화하기 위해서는 특별 전화 장비가 있어야 합니다. 이 전화는 무료가 아닙니다.
웹사이트	www.rrb.gov

P. 다른 자원

Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램은 건강보험을 얻거나 유지하고 건강플랜 관련 문제를 해결하는 데 어려움을 겪고 있는 사람들을 돕기 위해 무료 지원을 제공합니다.

다음 사항에 문제가 있는 경우:

- Medi-Cal
- Medicare
- 귀하의 건강플랜
- 의료 서비스 이용
- 거부된 서비스, 약품, 내구성 의료 장비(DME), 정신 건강 서비스 등에 대한 재고 요청
- 의료 청구
- 가정 내 지원 서비스(IHSS)

Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램은 불만 제기, 재고 요청 및 청문회를 지원합니다. 옴부즈맨 프로그램의 전화번호는 1-855-501-3077번입니다.

Q. Medi-Cal Dental

특정 치과 서비스는 Medi-Cal Dental을 통해 이용 가능하며, 다음을 포함하나 이에 한정되지 않는 서비스가 포함됩니다.

- 초기 검사, 엑스레이, 클리닝 및 불소 치료
- 수복 및 크라운
- 치근관 치료
- 부분 및 전체 틀니, 조정, 수리 및 리라인

치과 혜택은 Medi-Cal Dental 무료 서비스(Fee-for-Service, FFS) 및 치과 관리 의료(Dental Managed Care, DMC) 프로그램을 통해 이용 가능합니다.

전화	1-800-322-6384 이 전화는 무료입니다. Medi-Cal 치과 FFS 프로그램 담당자는 월요일-금요일, 오전 8시부터 오후 5시 사이에 이용하실 수 있습니다.
TTY	1-800-735-2922 이 번호는 청각 또는 언어에 어려움이 있는 사람들을 위한 번호입니다. 이 번호에 전화하기 위해서는 특별 전화 장비가 있어야 합니다.
웹사이트	www.dental.dhcs.ca.gov smilecalifornia.org

귀하는 Medi-Cal Dental 무료 서비스 대신 치과 관리 의료 플랜을 통해 치과 혜택을 받을 수 있습니다. 치과 관리 의료 플랜은 로스앤젤레스 카운티에서 이용할 수 있습니다. 치과 플랜에 대한 자세한 정보를 원하거나 치과 플랜을 변경하고 싶다면 1-800-430-4263 (TTY 사용자는 1-800-430-7077)번으로 건강관리옵션에 문의하십시오(월요일~금요일, 오전 8시~오후 6시). 이 전화는 무료입니다. 치과 관리 의료 플랜 연락처는 다음 사이트에서도 확인할 수 있습니다. www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx.

3장: 귀하의 의료 서비스 및 다른 보험이 적용되는 서비스에 당사 플랜의 보험 혜택 이용하기

소개

이 장에는 저희 플랜을 통해 의료 서비스 및 기타 보험적용이 되는 서비스를 받기 위해 귀하께서 알아야 할 특정 조건과 규칙이 나와 있습니다. 또한 귀하의 진료 코디네이터에 대한 정보, 다양한 유형의 의료제공자로부터 진료를 받는 방법 및 특정 특수 상황(네트워크 외 의료제공자 또는 약국 포함)에서 진료를 받는 방법, 당사가 보험적용하는 서비스에 대해 직접 비용을 청구받은 경우 어떻게 해야 하는지, 그리고 내구성 의료 장비(DME) 소유에 관한 규정 등을 안내합니다. 핵심 용어와 그 정의는 이 *가입자 안내서* 마지막 장에 가나다순으로 나와 있습니다.

목차

A. 서비스 및 의료제공자에 대한 정보 50

B. 저희 플랜에서 보험적용을 하는 서비스를 받기 위한 규칙 50

C. 진료 코디네이터 52

C1. 진료 코디네이터란? 52

C2. 진료 코디네이터에게 연락하는 방법 52

C3. 진료 코디네이터를 변경하는 방법 52

D. 의료제공자에게 치료 받기 52

D1. 주치의(PCP)에게 진료 받기 52

D2. 전문의 및 다른 네트워크 의료제공자에게 치료 받기 55

D3. 의료제공자가 저희 플랜을 탈퇴하는 경우 56

D4. 네트워크 외 의료제공자 57

E. 장기 요양 서비스 및 지원(LTSS) 58

F. 행동 건강(정신 건강 및 약물 사용 장애) 서비스 59

F1. 저희 플랜 외부에서 제공되는 Medi-Cal 행동 건강서비스 59

G. 교통편 서비스 62

G1. 비응급 의료 교통편 62

G2. 비의료 교통편 63

H. 의학적 응급 상황 시, 긴급하게 필요할 때 또는 재해 발생 시 보험적용이 되는 서비스 64

H1. 의학적 응급 상황에서의 치료 64

H2. 긴급하게 필요한 치료 66

H3. 재난 시의 치료 67

I. 보험적용이 되는 서비스에 대해 직접 청구되는 경우 어떻게 해야 하나요? 67

I1. 저희 플랜에서 서비스에 보험적용을 하지 않는 경우 어떻게 해야 하나요? 67

J. 임상 연구에서 의료 서비스 보험적용 68

J1. 임상 연구의 정의 68

J2. 임상 연구에 참여할 때 서비스에 대한 지불 68

J3. 임상 연구에 대한 더 많은 정보 69

K. 귀하가 종교 비의료 기관에 있는 경우 귀하의 의료 서비스에 대한 보험적용은 어떻게 됩니까? 69

K1. 종교 비의료 기관의 정의 69

K2. 종교 비의료 기관에서 진료 받기 69

L. 내구성 의료 장비(DME) 70

L1. 저희 플랜의 가입자에게 적용되는 내구성 의료 장비 70

L2. 귀하가 Original Medicare(일반 Medicare)로 전환하는 경우 내구성 의료 장비에 대한 소유권 70

L3. 저희 플랜의 가입자에게 적용되는 산소 장비 71

L4. Original Medicare 또는 다른 Medicare Advantage 플랜으로 전환할 때의 산소 장비 72

A. 서비스 및 의료제공자에 대한 정보

서비스에는 의료 서비스, 장기 요양 서비스 및 지원(LTSS), 용품, 행동 건강서비스, 처방약 및 일반의약품, 장비 및 기타 서비스가 포함됩니다. **보험적용이 되는 서비스**는 위의 서비스들 중 저희 플랜에서 비용을 지불하는 서비스들입니다. 보험적용이 되는 의료 서비스, 행동 건강, 장기 요양 서비스 및 지원(LTSS)은 이 *가입자 안내서* **4장**에 있습니다. 처방약과 일반의약품에 대해 보험적용이 되는 서비스는 이 *가입자 안내서* **5장**에 있습니다.

의료제공자는 귀하에게 서비스 및 진료를 제공하는 의사, 간호사 및 다른 사람들입니다. 의료제공자라는 용어에는 병원, 가정 건강 기관, 진료소 및 귀하에게 의료 서비스, 행동 건강 서비스, 의료 장비 및 특정 장기 서비스 및 지원을 제공하는 다른 장소들이 포함됩니다.

네트워크 의료제공자는 저희 플랜과 협력하는 의료제공자들입니다. 이러한 의료제공자들은 저희의 비용 지불을 전체 비용 지불로 수용하는 것에 동의합니다. 네트워크 의료제공자는 귀하에게 제공한 치료에 대해 저희에게 직접 청구합니다. 귀하가 네트워크 의료제공자를 이용하는 경우, 귀하는 일반적으로 보험적용이 되는 서비스에 대해 비용을 지불하지 않습니다.

B. 저희 플랜에서 보험적용을 하는 서비스를 받기 위한 규칙

저희 플랜은 Medicare에서 보험적용이 되는 모든 서비스와 대부분의 Medi-Cal 서비스에 대해 보험적용을 합니다. 여기에는 특정 행동 건강과 장기 서비스 및 지원이 포함됩니다.

귀하가 플랜의 규정을 준수하는 경우 일반적으로 저희 플랜은 귀하가 받는 의료 서비스, 행동 건강서비스, 장기 서비스 및 지원에 대한 비용을 지불할 것입니다. 저희 플랜을 통해 보험적용을 받으시려면 다음을 충족해야 합니다.

- 귀하가 받는 진료는 이 *가입자 안내서* 4장의 의료 혜택 차트에 포함되어 있어야 합니다.
- 해당 치료는 **의학적으로 필요**한 것이어야 합니다. 의학적으로 필요하다는 것은 귀하의 건강 상태를 진단하고 치료하는 데 합리적이고 필요한 서비스를 의미합니다. 개인이 심각한 질병에 걸리거나 장애가 발생하는 것을 방지하고 질환, 질병 또는 부상을 치료하여 심각한 통증을 줄이기 위하여 의학적으로 필요한 치료가 요구됩니다.
- 의료 서비스의 경우, 귀하를 진료하거나 귀하의 진료를 감독하는 네트워크 **주치의(PCP)**가 있어야 합니다. 플랜 가입자로서 귀하는 네트워크 의료제공자 중에서 귀하의 주치의를 선택해야 합니다(자세한 내용은 이 장의 **섹션 D1** 참조).
    - 대부분의 경우, 저희 플랜의 승인을 받은 후 귀하의 주치의가 아닌 의료제공자를 이용하거나 저희 플랜 네트워크에 있는 다른 의료제공자를 이용해야 합니다. 이를 **진료의뢰**라고 합니다. 승인을 받지 않으면 저희는 서비스에 보험적용을 하지 않을 수 있습니다.

- 저희 플랜의 주치의들은 의료 그룹에 소속되어 있습니다. 주치의를 선택하면 제휴 의료 그룹도 선택하는 것입니다. 이는 귀하의 주치의가 자신의 의료 그룹에 속한 전문의 및 서비스에 진료의뢰를 하는 것을 의미합니다. 의료 그룹은 주치의와 전문의들로 이루어진 협회로, 귀하에게 조화로운 의료 서비스를 제공하기 위해 만들어졌습니다.

- 귀하는 응급 치료 또는 긴급하게 필요한 치료 또는 여성 건강 의료제공자에게 진료를 받는 경우, 또는 이 장의 **섹션 D1**에 나열된 기타 서비스에 대해서는 담당 주치의의 진료의뢰가 필요하지 않습니다.

- **귀하는 네트워크 의료제공자에게 진료를 받아야 합니다**(자세한 내용은 이 장의 **섹션 D** 참조). 일반적으로 저희는 저희 건강플랜과 협력하지 않는 의료제공자로부터 받은 진료에는 보험적용을 하지 않습니다. 이는 귀하가 제공받은 서비스에 대해 의료제공자에게 전체 비용을 지불해야 함을 의미합니다. 이 규정이 적용되지 않는 몇 가지 경우는 다음과 같습니다.

  - 저희는 네트워크 외 의료제공자로부터 받은 응급 치료 또는 긴급하게 필요한 치료에 보험을 적용합니다(자세한 정보는 이 장의 **섹션 H** 참조).

  - 귀하에게 저희 플랜에서 보험적용을 하는 진료가 필요한 상황에서 저희 네트워크 의료제공자가 해당 진료를 제공할 수 없는 경우, 귀하는 해당 진료를 네트워크 외 의료제공자에게 받을 수 있습니다. 진료를 받기 전에 승인이 필요하며 플랜으로부터 받아야 합니다. 이 상황에서는 저희는 귀하가 네트워크 의료제공자에게 진료를 받은 것처럼 해당 진료에 보험적용을 하거나 무료로 처리합니다. 네트워크 외 의료제공자 이용을 위한 승인을 받는 것에 대한 정보를 알아보려면 이 장의 **섹션 D4**를 참조하십시오.

  - 저희는 귀하가 단기간 동안 플랜 서비스 지역 외부에 있는 경우 또는 귀하의 의료제공자를 일시적으로 이용할 수 없거나 접근할 수 없는 경우 신장 투석 서비스에 보험적용을 합니다.

  - 저희 플랜에 처음 가입하시면 현재 의료제공자를 계속 이용하도록 요청할 수 있습니다. 일부 예외를 제외하고, 귀하가 해당 의료제공자와 기존 관계가 있음을 저희가 확인할 수 있는 경우 저희는 요청을 승인해야 합니다. 이 *가입자 안내서*의 **1장**을 참조하십시오. 귀하의 요청이 승인되면 현재 이용 중인 의료제공자를 최대 12개월 동안 계속 이용하실 수 있습니다. 그 기간 동안 귀하의 진료 코디네이터가 귀하에게 연락하여 귀하가 귀하의 PCP의 의료 그룹과 연계된 저희 네트워크 내 의료제공자를 찾는 데 도움을 드릴 것입니다. 12개월 후에도 귀하가 저희 네트워크에 속하지 않고 귀하의 PCP의 의료 그룹에 소속되어 있지 않은 의료제공자를 계속 이용하는 경우, 저희는 더 이상 귀하의 진료에 대해 보험을 적용하지 않습니다.

다른 건강보험: Medi-Cal 가입자는 Medi-Cal이 최후의 지불자이므로 귀하의 건강보험으로 동일한 서비스를 이용할 수 있는 경우, Medi-Cal에 앞서 모든 기타 건강보험(Other Health Coverage, OHC)을 먼저 이용해야 합니다. 즉, 대부분의 경우 Medi-Cal은 Medicare OHC의 2차 지불자가 되어 저희 플랜 또는 기타 OHC에서 지불하지 않는 허용 비용을 Medi-Cal 요율까지 보험적용합니다.

Blue Shield TotalDual Plan 신규 가입자: 대부분의 경우 귀하는 Blue Shield TotalDual Plan에 가입을 요청한 다음 달 1일에 Medicare 혜택을 위한 Blue Shield TotalDual Plan에 가입됩니다. 귀하는 추가로 한 달 동안 이전 Medi-Cal 건강플랜에서 Medi-Cal 서비스를 계속 받을 수 있습니다. 그 후에는 Blue Shield TotalDual Plan을 통해 Medi-Cal 서비스를 받게 됩니다. 귀하의 Medi-Cal 혜택에는 공백이 생기지 않을 것입니다. 질문이 있는 경우 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

C. 진료 코디네이터

C1. 진료 코디네이터란?

진료 코디네이터는 Medicare 및 Medi-Cal 혜택과 서비스 이용을 돕기 위해 특별히 교육을 받은 사람입니다. 귀하의 치료 코디네이터는 귀하의 치료팀에 포함되어 있으며 귀하의 주 연락처이자 정보원이 될 것입니다. 가입 후 진료 코디네이터가 귀하에게 전화하여 자신을 소개하고 귀하의 의료 서비스 필요 사항을 파악하기 위한 건강 위험 평가를 완료하도록 도와드릴 것입니다.

C2. 진료 코디네이터에게 연락하는 방법

월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시까지 1-888-548-5765번으로 전화해 진료 코디네이터에게 연락하실 수 있습니다. 진료 코디네이터와의 협력이 시작된 후로는 직통 전화로 전화하여 연락하실 수도 있습니다.

C3. 진료 코디네이터를 변경하는 방법

진료 코디네이터 변경을 요청하시려면 1-888-548-5765번으로 전화하실 수 있습니다(월요일~금요일 오전 8시~오후 6시).

D. 의료제공자에게 치료 받기

D1. 주치의(PCP)에게 진료 받기

귀하는 귀하에게 진료를 제공하고 관리할 주치의를 선택해야 합니다. 저희 플랜의 주치의들은 의료 그룹에 소속되어 있습니다. 주치의를 선택하면 제휴 의료 그룹도 선택하는 것입니다.

주치의의 정의 및 주치의가 제공하는 서비스

귀하의 주치의는 주정부의 요건을 충족하며 귀하에게 기본 치료를 제공하도록 훈련 받은 의사입니다. 주치의는 가정의학과 의사, 일반의학과 의사, 내과의사, 산부인과 의사 및 요청 시

전문의가 될 수 있습니다. 귀하는 전문의가 귀하에게 주치의가 일반적으로 제공하는 모든 서비스를 제공하기로 동의하는 경우 해당 전문의를 귀하의 주치의로 선택할 수 있습니다. 전문의가 귀하의 주치의가 되도록 요청하시려면 Blue Shield TotalDual Plan 고객 서비스에 문의하십시오(전화번호 및 운영 시간은 이 페이지 아래에 인쇄되어 있습니다). 연방공인건강센터(Federally Qualified Health Centers, FQHC)와 같은 진료소 또한 귀하의 주치의가 될 수 있습니다. 귀하는 귀하의 주치의에게 정기 또는 기본 치료를 받게 됩니다. 귀하의 주치의는 또한 귀하에게 필요한 나머지 보험적용이 되는 서비스들을 조정할 수 있습니다. 이 보험적용이 되는 서비스에는 다음이 포함됩니다.

- 엑스레이
- 임상병리실 검사
- 치료
- 전문의인 의사에게 받은 치료
- 병원 입원
- 후속 진료

저희 플랜의 주치의들은 특정 의료 그룹에 소속되어 있습니다. 의료 그룹 또는 독립 의사 협회(IPA)는 건강 보험 가입자에게 의료 서비스 제공 또는 준비를 위해 건강 보험과 계약을 맺은 캘리포니아 법률에 따라 형성된 조직입니다. 귀하가 귀하의 주치의를 선택하면 귀하는 또한 제휴된 의료 그룹을 선택하는 것입니다. 이는 귀하의 주치의가 자신의 의료 그룹에 속한 전문의 및 서비스에 진료의뢰를 할 것이라는 의미입니다.

대부분의 경우, 귀하는 다른 의료제공자에게 진료를 받거나 전문의를 방문하기 전에 귀하의 주치의에게 진료의뢰를 받아야 합니다. 귀하의 주치의의 의료 그룹에서 해당 진료의뢰를 승인하면 귀하는 귀하에게 필요한 치료를 받기 위해 전문의 또는 다른 의료제공자에게 예약을 할 수 있습니다. 전문의는 귀하의 치료 또는 서비스가 완료되면 귀하의 주치의가 귀하의 치료를 계속 관리할 수 있도록 귀하의 주치의에게 알릴 것입니다.

귀하가 특정 서비스를 받기 위해서 귀하의 주치의는 플랜 또는 일부 경우 귀하의 주치의가 제휴된 의료 그룹에서 사전에 승인을 받아야 합니다. 이 사전에 받는 승인은 “사전 승인”이라고 합니다.

주치의 선택

귀하가 저희 플랜의 가입자가 되면 귀하는 귀하의 주치의가 될 플랜 소속 의료제공자를 선택해야 합니다.

PCP를 선택하기 위해 귀하는 다음을 할 수 있습니다.

- 귀하의 *의료제공자 및 약국 명부*를 이용합니다. 귀하가 원하는 의사를 찾기 위해 목록의 뒤쪽에 있는 “담당 주치의” 색인을 살펴봅니다. (색인에는 의사의 성이 알파벳 순으로 정렬), 또는
- 저희 웹사이트(blueshieldca.com/find-a-doctor)를 방문하여 귀하가 원하는 주치의를 검색합니다.
- Blue Shield TotalDual Plan 고객 서비스에 전화해 도움을 요청합니다(전화번호 및 운영 시간은 이 페이지 하단 참조).

귀하가 원하는 의료제공자를 이용할 수 있는지 또는 신규 환자를 수용하는지 여부를 알아보시려면 저희 웹사이트에서 이용 가능한 *의료제공자 및 약국 명부*를 참조하시거나 고객 서비스에 전화하십시오(전화번호 및 운영 시간은 이 페이지 하단 참조). 귀하가 이용하고자 하는 특정 전문의 또는 병원이 있는 경우 이들이 귀하의 주치의의 의료 그룹에 소속되어 있는지 알아보십시오. 귀하는 *의료제공자 및 약국 명부*를 살펴보거나 고객 서비스에 귀하가 원하는 주치의가 해당 전문의에게 진료의뢰를 하는지 또는 해당 병원을 이용하는지 여부를 문의하실 수 있습니다.

주치의 변경 옵션

귀하는 언제든지 어떤 이유로든 주치의를 변경할 수 있습니다. 또한 귀하의 주치의가 저희 플랜의 네트워크를 탈퇴하게 될 수도 있습니다. 귀하의 주치의가 저희 플랜 네트워크를 탈퇴하는 경우, 저희는 귀하가 저희 네트워크 내의 새 주치의를 찾는 것을 도와드릴 수 있습니다.

귀하는 주치의를 변경하기 위해서 위의 “주치의 선택"에 안내된 단계에 따를 수 있습니다. 고객 서비스에 전화하여 주치의를 변경한다는 사실을 알리십시오(전화번호와 업무 시간은 이 페이지 하단 참조).

귀하의 변경이 요청되면 신규 주치의 지정 및 제휴 의료 그룹 지정은 귀하의 주치의 변경 요청 후 다음 달의 1일부터 발생합니다.

귀하의 주치의의 이름 및 사무실 전화번호는 귀하의 가입자 카드에서 찾을 수 있습니다. 귀하가 귀하의 주치의를 변경하는 경우, 귀하는 새로운 가입자 카드를 받게 됩니다.

저희 플랜의 주치의들은 의료 그룹에 소속되어 있습니다. 주치의를 변경하는 경우, 귀하는 의료 그룹을 함께 변경하게 될 수 있습니다. 변경을 요청할 시, 귀하께서 전문의를 이용하거나 주치의의 승인이 필요한 기타 보험적용이 되는 서비스를 받는 경우 고객 서비스에 알리십시오. 고객 서비스는 귀하가 주치의를 변경할 때 귀하가 전문의 진료 및 다른 서비스를 계속 받을 수 있도록 도와드릴 것입니다.

귀하의 주치의에게 승인을 받지 않고 받을 수 있는 서비스

대부분의 경우 다른 의료제공자를 이용하기 전에 귀하의 주치의에게 승인을 받아야 합니다. 이 승인을 **진료의뢰**라고 합니다. 귀하는 담당 주치의에게 승인을 받지 않고 아래에 기재된 것과 같은 서비스를 받을 수 있습니다.

- 네트워크 의료제공자 또는 네트워크 외 의료제공자에게 받는 응급 진료
- 긴급하게 필요한 보험적용 서비스로서 귀하가 일시적으로 저희 플랜의 서비스 지역을 벗어나 있거나, 시간, 장소 및 상황을 고려할 때 네트워크 의료제공자에게 이 서비스를 받는 것이 불합리한 경우의 즉각적인 진료가 필요(응급 상황은 아님). 긴급히 필요한 서비스의 예로는 예기치 못한 질병 및 부상 또는 기존 질환의 예기치 않은 악화가 있습니다. 의학적으로 필요한 정기적인 의료제공자 방문(예: 연례 검진)은 귀하가 플랜 서비스 지역 밖에 있거나 일시적으로 네트워크를 사용할 수 없는 경우라 하더라도 긴급하게 필요한 것으로 간주되지 않습니다.
- 귀하가 저희 플랜의 서비스 지역 외에 있는 경우 Medicare에서 보증하는 투석 시설에서 받은 신장 투석 서비스. 서비스 지역을 떠나기 전에 고객 서비스에 전화하시면 귀하가 떠나 있는 동안 투석을 받을 수 있도록 도와드릴 수 있습니다.
- 네트워크 의료제공자에게 받는 경우에 한해, 독감 예방접종, 코로나19 백신, B형 간염 백신 및 폐렴 백신 접종
- 정기 여성 의료 및 가족계획 서비스. 여기에는 귀하가 네트워크 의료제공자에게 받는 한, 유방 검진, 유방조영술 검사(유방 엑스레이), 자궁경부암 검사 및 골반 검사가 포함됩니다.

또한 귀하가 미국 원주민 가입자인 경우, 네트워크 주치의의 진료의뢰 또는 사전 승인을 받지 않고 귀하가 선택한 원주민 의료제공자로부터 보험적용이 되는 서비스를 받을 수 있습니다.

D2. 전문의 및 다른 네트워크 의료제공자에게 치료 받기

전문의는 특정 질병 또는 특정 신체 부위에 대한 의료 서비스를 제공하는 의사입니다. 다음을 비롯한 많은 종류의 전문의가 있습니다.

- 암 환자를 진료하는 종양학과 전문의
- 심장에 문제가 있는 환자를 진료하는 심장병 전문의
- 뼈, 관절 또는 근육에 문제가 있는 환자를 진료하는 정형외과 전문의

귀하에게 귀하의 주치의가 제공할 수 없는 전문의 진료 및 추가 서비스가 필요한 경우 귀하의 주치의는 귀하에게 진료의뢰를 해줄 것입니다. 귀하의 주치의의 의료 그룹에서 해당 진료의뢰를 승인하면 귀하는 귀하에게 필요한 치료를 받기 위해 전문의 또는 다른 의료제공자에게 예약을 할 수 있습니다. 전문의는 귀하의 치료 또는 서비스가 완료되면 귀하의 주치의가 귀하의 치료를 계속 관리할 수 있도록 귀하의 주치의에게 알릴 것입니다.

귀하의 주치의는 귀하가 특정 서비스를 받기 전에 플랜에서 사전에 승인을 받아야 합니다. 이 사전에 받는 승인은 "사전 승인"이라고 합니다. 예를 들어, 모든 비응급 병원 입원에는 사전 승인이 요구됩니다. 일부 경우, 저희 플랜 대신 귀하의 주치의의 소속 의료 그룹에서 귀하의 서비스를 승인할 수 있습니다.

누가 서비스에 대해 사전 승인 제출 및 승인을 담당하는지에 대해 질문이 있는 경우 귀하의 주치의의 제휴 의료 그룹에 연락하십시오. 고객 서비스에 전화하실 수도 있습니다. 어떤 서비스에 사전 승인이 필요한지에 관한 자세한 정보는 4장 섹션 D의 혜택 차트를 참조하십시오.

서면 진료의뢰는 1회 방문에 대한 것일 수도 있고, 지속적인 서비스가 필요한 경우 1회 이상 방문에 대한 상시 진료의뢰 일 수도 있습니다. 저희는 다음과 같은 질환에 대해 자격을 갖춘 전문의에게 상시 진료의뢰를 제공해야 합니다.

- 만성(지속적인) 질환
- 생명을 위협하는 정신적 또는 신체적 장애
- 퇴행성 질환 또는 장애
- 전문의의 치료가 필요할 정도로 심각하거나 복잡한 기타 상태 또는 질병

필요할 때 서면 진료의뢰를 받지 못한 경우, 청구서가 지불되지 않을 수 있습니다. 자세한 정보는 이 페이지 하단에 있는 전화번호로 고객 서비스에 문의하십시오.

D3. 의료제공자가 저희 플랜을 탈퇴하는 경우

귀하가 이용하는 네트워크 의료제공자가 당사 플랜을 떠날 수도 있습니다. 귀하의 의료제공자 중 하나가 저희 플랜에서 탈퇴하는 경우, 귀하에게는 아래 요약된 권리 및 보호장치가 있습니다.

- 저희 의료제공자 네트워크가 연중 변경된다 하더라도 저희는 귀하가 유자격 의료제공자를 중단 없이 이용할 수 있게 해야 합니다.
- 저희는 귀하의 의료제공자가 저희 플랜을 탈퇴한다는 것을 귀하에게 통지함으로써 귀하께서 새로운 의료제공자를 선택할 수 있는 시간을 가질 수 있도록 할 것입니다.
    - 귀하의 주치의 또는 행동 건강 의료제공자가 저희 플랜을 떠나는 경우, 귀하가 지난 3년 이내에 해당 의료제공자의 진료를 받았다면 저희가 귀하에게 그 사실을 통지할 것입니다.
    - 귀하가 이용하는 다른 어떤 의료제공자가 저희 플랜을 떠나는 경우, 귀하가 해당 의료제공자에게 배정되어 있거나, 현재 해당 의료제공자로부터 진료를 받고 있거나, 귀하가 지난 3개월 이내에 해당 의료제공자의 진료를 받았다면, 저희는 귀하에게 그 사실을 통지할 것입니다.

- 저희는 귀하가 의료에 대한 필요를 계속 관리할 수 있도록 새로운 유자격 네트워크 내 의료제공자를 선택하는 것을 도와드릴 것입니다.

- 귀하가 현재 의료제공자로부터 진행 중인 의학적 치료나 요법을 받고 있는 경우, 귀하에게는 의학적으로 필요한 치료나 요법을 지속할 수 있도록 요청할 권리가 있습니다. 귀하와 협력하여 계속 진료를 받을 수 있도록 합니다.

- 저희는 귀하가 이용할 수 있는 가입 기간과 플랜 변경 옵션에 대한 정보를 제공할 것입니다.

- 귀하가 이용할 수 있는 유자격 네트워크 전문의를 저희가 찾을 수 없는 경우, 네트워크 내 의료제공자 또는 혜택이 이용 불가능하거나 또는 귀하의 의학적 필요를 충족하기에 부적절할 시 저희는 귀하에게 진료를 제공할 네트워크 외 전문의를 배정해야 합니다.

- 귀하의 의료제공자가 저희 플랜을 떠나는 것을 알게 되실 경우 저희에게 연락해주십시오. 귀하의 진료를 관리할 새로운 의료제공자를 선택하는 데 저희가 도와드리겠습니다.

- 저희가 귀하의 이전 의료제공자를 유자격 의료제공자로 대체하지 않았거나 저희가 귀하의 진료를 제대로 관리하지 못하고 있다고 생각하시는 경우, 귀하는 품질 향상 단체(Quality Improvement Organization, QIO)에 진료 품질 불만 제기, 진료 품질 이의 제기, 또는 두 가지 모두를 제기할 권리가 있습니다. (자세한 정보는 **9장**을 참조하십시오)

D4. 네트워크 외 의료제공자

Medicare 및/또는 Medi-Cal에서 저희 플랜에 보험적용을 하도록 요구하는 치료가 필요한 상황에 저희 네트워크 내 의료제공자가 이 치료를 제공할 수 없는 경우, 귀하는 해당 치료를 네트워크 외 의료제공자에게 받을 수 있습니다. 귀하의 PCP는 네트워크에 속하지 않은 서비스에 대한 사전 승인 요청을 제출할 책임이 있습니다. 응급 상황이거나 긴급하게 필요한 서비스를 받지 않는 한 귀하는 네트워크 외 의료제공자에게 치료를 받기 전에 플랜 또는 귀하의 주치의의 제휴 의료 그룹에서 승인을 받아야 합니다. 또한, 플랜은 ESRD 가입자가 플랜 서비스 지역 외로 여행하거나 의료제공자를 일시적으로 이용할 수 없거나 접근할 수 없으며 계약된 ESRD 의료제공자에 접근할 수 있는 경우 해당 가입자에 대한 투석 서비스를 보장해야 합니다. 이런 상황인 경우, 귀하는 네트워크 의료제공자에게 치료를 받은 경우와 귀하가 지불하는 금액과 동일한 금액을 지불하게 됩니다.

네트워크 외 의료제공자에게 진료를 받는 경우, 의료제공자는 Medicare 및/또는 Medi-Cal을 수락해야 합니다.

- 저희는 Medicare 및/또는 Medi-Cal에 참여할 자격이 없는 의료제공자에게 비용을 지불할 수 없습니다.

- 귀하가 Medicare에 참여할 자격이 없는 의료제공자에게 진료를 받는 경우, 귀하는 귀하가 받는 서비스에 대해 전체 비용을 지불해야 합니다.

- 의료제공자는 자신들이 Medicare에 참여할 자격이 없는 경우, 그 내용을 귀하에게 알려야 합니다.

E. 장기 요양 서비스 및 지원(LTSS)

장기 요양 서비스 및 지원은 귀하가 집에 머무르고 병원이나 전문 간호 시설에 머무르지 않도록 도와드릴 수 있습니다. 귀하는 저희 플랜을 통해 전문 간호 시설 치료, 커뮤니티 기반 성인 서비스(CBAS) 및 지역사회 지원을 포함하여 특정 장기 요양 서비스 및 지원을 이용하실 수 있습니다. 장기 요양 서비스 및 지원의 또 다른 유형인 가정 내 지원 서비스 프로그램은 카운티 사회복지 기관을 통해 이용 가능합니다. 장기 요양 서비스 및 지원(LTSS)은 목욕, 옷 입기, 식사 준비, 약물 투여 등 일상적인 일상 활동을 수행하는 데 도움이 필요한 가입자를 위한 것입니다. 계속 독립적으로 생활하기 위해 도움이 필요한 경우, 진료 코디네이터나 고객 서비스에 전화하여 의뢰를 받으십시오.

장기 요양 치료 및 지원(LTSS)에는 커뮤니티 기반 성인 서비스(CBAS), 가정 내 지원 서비스(IHSS), 다목적 노인 서비스 프로그램(MSSP) 및 장기 요양/간병 서비스가 포함됩니다.

때때로 귀하는 귀하의 일상의 의료적 필요 및 생활의 필요에 도움을 받을 수 있습니다.

귀하는 다음과 같은 서비스를 받을 수 있습니다.

- 커뮤니티 기반 성인 서비스(Community-Based Adult Services, CBAS)
- 전문 간호 서비스
- 물리치료
- 작업 치료
- 언어치료
- 의료 사회복지 서비스
- 가정 간호

귀하가 거주하는 카운티와 자격에 따라 Blue Shield Promise Medi-Cal Plan을 통해 추가 지역사회 지원을 받을 수도 있습니다. 귀하의 의료제공자는 귀하가 커뮤니티 지원을 받을 자격이 있다고 생각하는 경우 귀하를 추천할 수 있으며, 자세한 내용은 고객 서비스 또는 담당 진료 코디네이터에게 문의하실 수 있습니다. 귀하는 다음과 같은 서비스를 받을 수 있습니다.

- 환경 접근성 적응(가정 개조)
- 주택 전환 내비게이션 서비스
- 주택 보증금

- 주택 임대 및 유지 서비스
- 보조 식사 또는 의학적으로 맞춤화된 식사
- 개인 관리 및 가사도우미 서비스
- 회복 치료(의료적 임시 간호)
- 간병인을 위한 임시 간호
- 입원 후 단기 거주
- 약물 각성 센터

F. 행동 건강(정신 건강 및 약물 사용 장애) 서비스

귀하는 Medicare 및 Medi-Cal에서 보험적용을 하는 의학적으로 필요한 행동 건강서비스를 이용할 권리가 있습니다. 저희는 Medicare 및 Medi-Cal 관리 의료에서 보험적용을 하는 행동 건강서비스를 이용할 수 있도록 제공합니다. 저희 플랜은 Medi-Cal 전문 정신 건강 또는 카운티 약물 남용 장애 서비스를 제공하지 않지만, 이러한 서비스는 로스앤젤레스 카운티 정신건강부(LACDMH), 로스앤젤레스 카운티 공중보건국(LACDPH), 샌디에이고 카운티 행동 건강서비스를 통해 제공됩니다.

F1. 저희 플랜 외부에서 제공되는 Medi-Cal 행동 건강서비스

Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스는 귀하가 전문 정신 건강 서비스 사용 기준을 충족하는 경우 카운티 정신 건강 플랜(MHP)을 통해 이용할 수 있습니다. 로스앤젤레스 카운티 정신건강부(LACDMH), 로스앤젤레스 카운티 공중보건국(LACDPH), 샌디에이고 카운티 행동 건강서비스를 통해 제공되는 Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스에는 다음이 포함됩니다.

- 정신 건강 서비스
- 약품 지원 서비스
- 주간 집중 치료 서비스
- 주간 재활
- 위기 개입 서비스
- 위기 안정 서비스
- 성인 거주형 치료 서비스
- 위기 거주형 치료 서비스

- 정신 건강 시설 서비스
- 정신과 병원 입원 서비스
- 목표 케이스 관리
- 사법체계 경험자의 사회 복귀
- 적극적 커뮤니티 치료(ACT)
- 포렌식 적극적 커뮤니티 치료(ACT)
- 조기 정신병(FEB)을 위한 통합 전문의 진료(CSC)
- 클럽하우스 서비스
- 향상된 지역사회 보건 종사자(CHW) 서비스
- 고용 지원
- 치료적 행동 서비스
- 집중 치료 조정
- 집중 가정 기반 서비스

로스앤젤레스 카운티 정신건강부(LACDMH), 로스앤젤레스 카운티 공중보건국(LACDPH), 샌디에이고 카운티 행동 건강서비스를 통해 제공되는 Drug Medi-Cal 서비스에는 다음이 포함됩니다.

- 외래 집중 치료 서비스
- 산전 거주형 약물 남용 장애 치료
- 외래 치료 서비스
- 마약 치료 프로그램
- 중독 치료를 위한 약품(약품 보조 치료라고도 함)
- 동료 지원 서비스

Drug Medi-Cal 조직 배송 시스템(DMC-ODS) 서비스는 귀하가 이러한 서비스를 받기 위한 기준을 충족하는 경우, 로스앤젤레스 카운티 정신건강부(LACDMH), 로스앤젤레스 카운티 공중보건국(LACDPH), 샌디에이고 카운티 행동 건강서비스를 통해 제공됩니다. DMC-ODS 서비스에는 다음이 포함됩니다.

- 외래 치료 서비스

- 외래 집중 치료 서비스
- 중독 치료를 위한 약품(약품 보조 치료라고도 함)
- 거주형 치료 서비스
- 금단 관리 서비스
- 마약 치료 프로그램
- 회복 서비스
- 진료 조정
- 입원환자 치료 서비스

위에 기재된 서비스들 외에도 귀하가 기준을 충족하는 경우 자발적 입원 해독 서비스를 이용할 수 있습니다.

행동 건강 서비스 이용 가능성

귀하는 포괄적인 종류의 서비스를 이용할 수 있습니다. 귀하는 계약을 맺은 의료제공자에게 스스로 진료의뢰할 수 있으며 또한 귀하의 PCP, 가족 등이 진료의뢰할 수 있습니다. 서비스를 이용하는 것에 대해 "잘못된 방법"이란 없습니다. 다음 연락처에 문의하시면 서비스를 받는 데 도움을 받으실 수 있습니다.

- 카운티 위기 및 진료의뢰 전화(County Crisis and Referral Line) (전화번호 및 운영 시간은 본 안내서 2장 섹션 K 참조)
- 로스앤젤레스 카운티 공중 보건부, 약물 중독 예방 및 통제부(888-742-7900 (TTY: 711)번으로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 전화하십시오)
- 샌디에이고 카운티 행동 건강 – 서비스 약물 남용 장애 서비스(888-724-7240 (TTY: 711)번으로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 전화하십시오)
- Blue Shield TotalDual Plan 행동 건강 상담 전화(전화번호 및 운영 시간은 본 안내서 2장 섹션 D 참조)
- Blue Shield TotalDual Plan 고객 서비스(전화번호 및 운영 시간은 이 페이지 하단 참조)

의학적으로 필요한 서비스를 판단하는 과정

의학적 필요성은 적절한 자격이 있는 의료제공자가 판단합니다. 의학적 필요성에 대한 기준은 행동 건강 전문가 및 다른 이해당사자들이 개발하였으며 규제 요건에 부합하는 것으로, Blue Shield TotalDual Plan 및 카운티 양측에서 모두 사용됩니다.

Blue Shield TotalDual Plan과 카운티 사이의 진료의뢰 과정

귀하가 Blue Shield TotalDual Plan 또는 카운티에서 서비스를 받는 경우 귀하는 귀하의 필요에 부합하는 다른 기관에 진료의뢰될 수 있습니다. Blue Shield TotalDual Plan 또는 카운티는 진료의뢰를 하는 해당 기관에 전화해 귀하를 진료의뢰할 수 있습니다. 또한 진료의뢰 양식은 귀하를 진료의뢰하는 의료제공자가 작성해 귀하가 진료의뢰되는 기관에 전달됩니다.

문제 해결 과정

귀하와 카운티 또는 Blue Shield TotalDual Plan 사이에 분쟁이 있는 경우 귀하는 분쟁이 해결될 때까지 처방약을 포함해 의학적으로 필요한 행동 건강 서비스를 계속 받습니다. Blue Shield TotalDual Plan은 시의적절하고 귀하가 받아야 하는 서비스에 부정적인 영향이 없는 해결 과정을 개발하기 위해 카운티와 협력해왔습니다. 귀하는 또한 분쟁 관계에 있는 기관이 어디인지에 따라 Blue Shield TotalDual Plan 또는 카운티의 재고 요청을 활용할 수 있습니다. 재고 요청 절차에 관한 정보를 알아보시려면 *가입자 안내서* **9장**을 참조하십시오.

G. 교통편 서비스

G1. 비응급 의료 교통편

귀하에게 약속 장소까지 자동차, 버스, 택시를 이용할 수 없는 의학적 필요가 있는 경우, 귀하는 비응급 의료 교통편을 이용할 자격이 있습니다. 비응급 의료 교통편은 의료, 치과, 정신 건강, 약물 남용, 약국 방문 등 보험적용이 되는 서비스를 위해 제공될 수 있습니다. 저희가 제공하는 편도 48회의 교통편을 이용한 후에도 비응급 의료 교통편이 필요한 경우, 의료제공자에게 문의하여 추가 차량 서비스를 요청할 수 있습니다. 귀하의 의료제공자 또는 교통편 제공업체인 Call The Car가 귀하의 필요를 충족시키기 위한 최선의 교통편 유형을 결정합니다. 비응급 의료 교통편이 필요한 경우, 양식을 작성해서 Blue Shield TotalDual Plan에 제출하여 승인받아야 합니다. 의료적 필요에 따라 승인은 1년간 유효합니다. 의료제공자는 12개월마다 재승인을 위해 비응급 의료 교통편의 필요성을 재평가합니다.

비응급 의료 교통편은 구급차, 의료용 수송 밴, 휠체어 밴 또는 항공 수송입니다. Blue Shield TotalDual Plan은 귀하의 진료 예약에 가기 위한 교통편이 필요할 때 귀하의 의료적 필요에 대해 최저 비용으로 보험적용이 되는 교통편과 적절한 비응급 의료 교통편을 허용합니다. 예를 들어, 귀하를 이송하는 데 신체적으로 또는 의학적으로 휠체어 밴을 이용할 수 있을 경우, Blue Shield TotalDual Plan은 구급차에 대한 비용을 지불하지 않을 것입니다. 귀하의 의학적 상태로 인해 다른 유형의 지상 교통편이 불가능한 경우에만 항공 교통편에 대해 자격이 있습니다.

다음과 같은 경우에는 비응급 의료 교통편을 사용해야 합니다.

- 예약된 진료를 받으러 갈 때 버스, 택시, 승용차 또는 밴을 이용할 수 없으므로 귀하에게 비응급 의료 교통편이 신체적 또는 의학적으로 필요하다고 귀하의 기타 의료제공자의 서면 승인을 통해 판단
- 신체적 또는 정신적 장애로 인해 귀하의 거주지, 차량 또는 치료를 위한 장소에서 운전사의 도움이 필요

귀하의 의사가 처방한 긴급하지 않은 **일상적인 예약**에 가기 위해 의료 교통편을 요청하시려면 Call The Car에 1-877-433-2178 (TTY: 711)번으로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 전화하십시오. CTC Go 모바일 앱을 사용하여 휠체어 예약을 예약, 편집, 추적 및 취소할 수 있습니다. CTC Go 모바일 앱은 들것 이송에는 사용할 수 없으며, 이를 예약하기 위해서는 반드시 전화를 하셔야 합니다. 비응급 정기 진료를 위한 예약은 약속 시간 24시간 전에 이루어져야 합니다. **긴급 예약**의 경우, 가능한 한 빨리 전화하십시오. 전화할 때 귀하의 가입자 ID 카드를 준비하십시오. 더 많은 정보를 알아보시려면 전화를 하실 수도 있습니다.

의료 교통편 제한

Blue Shield TotalDual Plan은 귀하의 집에서 예약이 가능한 가장 가까운 의료제공자까지 귀하의 의학적 필요사항을 충족하는 가장 저렴한 의료 교통편에 보험적용을 합니다. 서비스가 Medicare 또는 Medi-Cal에서 보험적용이 되지 않는 경우, 의료 교통편은 제공되지 않습니다. 예약 유형이 건강플랜을 통하지 않고 Medi-Cal에서 보험적용이 되는 경우, Blue Shield TotalDual Plan에서 귀하의 교통편을 예약하는 데 도움을 드립니다. 보험적용이 되는 서비스 목록은 이 안내서 4장에 있습니다. 사전 승인을 받지 않는 한, Blue Shield TotalDual Plan의 네트워크 또는 서비스 지역 외부의 교통편은 보험적용이 되지 않습니다.

G2. 비의료 교통편

비의료 교통편 혜택은 귀하의 의료제공자가 승인한 서비스를 받기 위한 예약 장소에의 왕복 이동을 포함합니다. 다음과 같은 경우에 귀하는 무료로 교통편을 이용할 수 있습니다.

- 귀하의 의료제공자가 승인한 서비스를 받기 위한 왕복 이동
- 처방전 및 의료 용품 받기

Blue Shield TotalDual Plan는 귀하의 의료제공자가 승인한 서비스를 위한 귀하의 예약 방문을 위해 승용차, 택시, 버스 또는 다른 대중/개인적 교통수단의 이용을 허용합니다. Blue Shield TotalDual Plan은 Call The Car를 사용하여 비의료 교통편을 마련합니다. 저희는 귀하의 의학적 필요사항을 충족하는 가장 저렴한 비의료 교통편에 보험적용을 합니다.

때로는 귀하가 예약한 개인 차량 탑승 비용을 상환받을 수도 있습니다. Blue Shield TotalDual Plan이 탑승 **전에** 이를 승인해야 하며, 귀하는 버스 탑승과 같은 다른 교통편을 사용할 수 없는 이유를 당사에 알려야 합니다. 전화, 이메일 또는 직접 방문을 통해 알려주실 수 있습니다. **스스로 운전한 경우 환급을 받을 수 없습니다**.

마일리지 환급에는 다음 사항이 모두 필요합니다.

- 운전자의 운전면허증
- 운전자의 차량등록증
- 운전자의 자동차 보험 증명서

승인된 서비스를 위한 교통편을 요청하시려면 Call The Car에 1-877-433-2178 (TTY: 711)번으로 귀하의 예약으로부터 최소 24시간 전에 전화하십시오. CTC Go 모바일 앱을 사용하여 예약 일정을 잡고, 수정, 추적 및 취소할 수 있습니다. **긴급 예약**의 경우, 가능한 한 빨리 전화하십시오. 전화할 때 귀하의 가입자 ID 카드를 준비하십시오. 더 많은 정보를 알아보시려면 전화를 하실 수도 있습니다.

주: 미국 원주민들은 비의료 교통편을 요청하기 위해 지역 원주민 건강 진료소(IHC)로 연락할 수 있습니다.

비의료 교통편 제한

Blue Shield TotalDual Plan은 귀하의 집에서 예약이 가능한 가장 가까운 의료제공자까지 귀하의 필요사항을 충족하는 가장 저렴한 비의료 교통편을 제공합니다. **귀하는 스스로 운전을 하거나 직접 환급받을 수 없습니다.**

비의료 교통편은 다음의 경우 적용되지 **않습니다**.

- 서비스를 받기 위해 구급차, 의료용 수송 밴, 휠체어 밴 또는 다른 형태의 비응급 의료 교통편이 필요
- 신체적 또는 의학적 상태로 인해 거주지, 차량 또는 치료 장소에의 왕복 이동에 운전사의 도움이 필요
- 휠체어를 이용하는데 운전자의 도움 없이 차량에 탑승하거나 내리는 것이 불가능한 경우
- 이 서비스는 Medicare 또는 Medi-Cal에서 보험적용을 하지 않습니다.

H. 의학적 응급 상황 시, 긴급하게 필요할 때 또는 재해 발생 시 보험적용이 되는 서비스

H1. 의학적 응급 상황에서의 치료

의학적 응급 상황은 질병, 극심한 통증 또는 심각한 부상과 같은 의학적 상태 또는 빠르게 악화되는 의학적 상태입니다. 이는 상태가 너무 심각해서 즉시 의료적인 처치를 받지 않으면 귀하 또는 건강 및 의학에 대한 평균적인 지식이 있는 사람이 다음과 같은 결과를 예상할 수 있는 상황입니다.

- 귀하 또는 태어나지 않은 태아의 생명에 심각한 위험
- 신체 기능의 상실 또는 그에 대한 심각한 피해
- 신체 장기 또는 부위의 심각한 기능 장애

- 분만 진통 중인 임신 여성 중 다음 경우에 해당하는 경우:
    - 분만 이전에 다른 병원으로 귀하를 안전하게 이송하기에 충분한 시간이 없는 경우
    - 다른 병원으로의 이송이 귀하 또는 태어나지 않은 태아의 건강 또는 안전에 위협이 될 수 있음

귀하에게 의학적 응급상황이 있는 경우:

- **가능한 빨리 도움을 받으십시오.** 911로 전화하거나 가까운 응급실 또는 병원으로 가십시오. 필요한 경우 구급차를 요청하십시오. 귀하는 주치의로부터 승인 또는 진료의뢰를 받을 필요가 **없습니다**. 귀하는 네트워크 의료제공자를 이용할 필요가 없습니다. 귀하는 미국, 미국령 또는 전 세계 어느 곳에서든 귀하에게 필요할 때 언제나 적절한 주 허가를 받은 의료제공자가 저희 네트워크에 있지 않은 경우라도 그들의 응급 진료를 받을 수 있습니다.
- **가능한 한 빨리 귀하의 응급상황에 대해 저희 플랜에 알리십시오.** 저희는 귀하의 응급 치료에 대해 후속 조치를 취합니다. 귀하 또는 다른 사람이 보통 48시간 이내에 귀하의 응급 치료에 대해 저희에게 전화해 알려야 합니다. 그러나 신고를 지연하는 경우 응급 진료 비용은 지불되지 않습니다. Blue Shield TotalDual Plan 고객 서비스에 1-800-452-4413 (TTY: 711)번으로 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시(태평양 표준시) 사이에 전화하십시오. 고객 서비스 전화번호는 귀하의 가입자 ID 카드에 기재되어 있습니다.

의학적 응급 상황에서의 보험적용이 되는 서비스

Blue Shield TotalDual Plan은 다음과 같은 상황에서 미국 및 미국령 이외의 지역에서 전 세계적으로 응급 및 긴급 치료 서비스에 보험적용을 하며, 합산 연간 한도는 없습니다. 더 많은 정보를 알아보시려면 이 문서의 4장 섹션 D의 의료 혜택 차트를 참조하십시오.

저희 플랜은 다른 방법으로 응급실에 가는 것이 건강을 위협할 수 있는 경우 구급차 서비스에 보험적용을 합니다. 응급 상황 시 의료 서비스에도 보험적용을 합니다. 자세한 내용은 이 *가입자 안내서* **4장**의 혜택 차트를 참조하십시오.

귀하에게 응급 치료를 제공하는 의료제공자는 귀하의 상태가 안정되고 의학적 응급 상황이 종료되는 시기를 결정합니다. 그들은 계속해서 귀하를 치료할 것이며, 귀하의 상태가 호전되기 위해 후속 진료가 필요한 경우, 계획을 세우기 위해 저희에게 연락할 것입니다.

저희 플랜은 후속 진료에 보험적용을 합니다. 네트워크 외 의료제공자에게 응급 치료를 받은 경우 저희는 최대한 빨리 귀하의 치료를 담당할 네트워크 의료제공자를 마련할 것입니다.

응급 상황이 아닌 경우 응급 치료 받기

때로 귀하에게 의학적 또는 행동 건강 응급상황이 있는지 알기 어려울 수 있습니다. 귀하는 응급 치료를 위해 병원에 갔지만 의사가 사실은 응급상황이 아니었다고 이야기할 수 있습니다. 귀하가 합리적으로 귀하의 건강이 심각한 위험에 처했었다고 생각하는 한 저희는 귀하의 치료에 보험적용을 합니다.

의사가 응급상황이 아니라고 이야기한 이후에 저희는 다음과 같은 경우에만 추가적인 치료에 보험적용을 할 것입니다.

- 네트워크 의료제공자를 이용함 **또는**
- 귀하가 받는 추가 치료가 "긴급하게 필요한 치료"로 간주되며 귀하가 이러한 치료를 받기 위한 규정을 준수함. 다음 섹션을 참조하십시오.

H2. 긴급하게 필요한 치료

긴급하게 필요한 치료는 즉시 치료가 필요하지만 응급상황이 아닌 상태에 대해 받는 치료입니다. 예를 들어, 귀하는 기존의 상태 또는 예측하지 못한 질환 또는 부상이 재발할 수 있습니다.

당사 플랜의 서비스 지역에서의 긴급하게 필요한 치료

저희는 다음과 같은 경우에만 긴급하게 필요한 진료에 보험적용을 합니다.

- 귀하가 이 치료를 네트워크 의료제공자에게 받음 **및**
- 귀하가 이 장에서 설명된 규정을 준수함

시간, 장소 또는 상황에 따라 네트워크 의료제공자에게 갈 수 없거나 그렇게 하는 것이 합리적이지 않은 경우 저희는 네트워크 외 의료제공자로부터 귀하가 받은 긴급하게 필요한 치료에 보험을 적용합니다.

귀하의 의사 그룹과 연계된 긴급 치료 센터의 최신 목록을 보려면 귀하의 PCP에게 문의하십시오. 또한 귀하의 지역에 있는 긴급 치료 센터를 blueshieldca.com/find-a-doctor에서 검색하실 수 있습니다.

당사 플랜의 서비스 지역 외부에서 긴급하게 필요한 진료

귀하가 서비스 지역 외에 있는 경우 귀하는 네트워크 의료제공자에게 치료를 받을 수 없을 수 있습니다. 이 경우, 저희 플랜은 모든 의료제공자에게 귀하가 받은 긴급하게 필요한 치료에 보험적용을 합니다. 하지만, 의학적으로 필요한 정기적인 의료제공자 방문(예: 연례 검진)은 귀하가 플랜 서비스 지역 밖에 있거나 일시적으로 플랜 네트워크를 사용할 수 없는 경우라 하더라도 긴급하게 필요한 것으로 간주되지 않습니다.

저희 플랜은 다음과 같은 상황에서 미국 및 미국령 이외의 지역에서 전 세계적으로 응급 및 긴급하게 필요한 치료 서비스에 보험적용을 하며, 합산 연간 한도는 없습니다. 자세한 내용은 4장 섹션 D에 있는 의료 혜택 차트의 *응급 치료* 및 *긴급하게 필요한 치료*를 참조하십시오.

만약 귀하가 미국 및 미국령 외에 있는 동안 긴급 치료가 필요한 경우, (800) 810-2583번을 이용해 Blue Shield Global Core 서비스 센터 무료 전화로 전화하거나 수신자 부담 전화 (804) 673-1177번으로 전화하십시오(주 7일, 하루 24시간). 응급 상황의 경우 곧장 가장 가까운 응급실로 가십시오. 귀하는 또한 귀하의 가입자 ID 카드 뒷면에 기재된 고객 서비스 전화번호로 전화하셔야 합니다. 병원 입원 진료의 경우, 이 서비스의 일부로 귀하는 Blue Shield Global Core 서비스 센터로 전화해 현금이 필요 없는 방법을 이용하실 수 있습니다. 귀하가 현금이 필요 없는 방법을 이용하는 경우, 귀하는 혜택이 적용되지 않는 비용 및 코페이먼트와 같은 일반적인 본인 지출 비용에 대한 책임이 있습니다. 귀하가 현금이 필요 없는 방법을 이용하지 않는 경우, 귀하는 의료 진료에 대한 전체 청구서 요금을 지불하고 환급 요청을 제출하셔야 합니다

H3. 재난 시의 치료

캘리포니아주의 주지사, 미국 보건 사회복지부 장관 또는 미국 대통령이 귀하의 지리적 지역에 자연재해 사태 또는 비상 사태를 선포하는 경우 귀하는 여전히 저희 플랜으로부터 진료를 받을 자격이 있습니다.

재난이 선포된 동안 필요한 진료를 받는 방법에 대한 정보를 보려면 저희 웹사이트 blueshieldca.com/emergencypolicy를 방문하십시오.

재난이 선포된 동안 네트워크 의료제공자를 이용할 수 없는 경우 네트워크 내 비용 분담 요율로 네트워크 외 의료제공자로부터 진료를 받을 수 있습니다. 귀하가 자연재해 시 네트워크 약국을 이용할 수 없는 경우, 귀하의 약품을 네트워크 외 약국에서 조제할 수도 있습니다. 자세한 정보는 이 *가입자 안내서* **5장**을 참조하십시오.

I. 보험적용이 되는 서비스에 대해 직접 청구되는 경우 어떻게 해야 하나요?

귀하가 보험적용이 되는 서비스에 대해 플랜 비용 분담액보다 많은 금액을 지불한 경우, 또는 귀하가 보험적용이 되는 의료 서비스의 전체 비용에 대한 청구서를 받은 경우, 어떻게 해야 할 지 알아보시려면 이 *가입자 안내서* **7장**을 참조하십시오.

귀하는 직접 청구서를 지불하지 말아야 합니다. 그렇게 하는 경우 저희가 귀하에게 비용을 환급할 수 없을 수 있습니다.

I1. 저희 플랜에서 서비스에 보험적용을 하지 않는 경우 어떻게 해야 하나요?

저희 플랜은 다음과 같은 모든 서비스에 보험적용을 합니다.

- 의학적으로 필요한 것으로 판단되는 서비스
- 플랜 혜택 차트에 기재된 서비스(이 *가입자 안내서* **4장** 참조)
- 플랜 규정을 준수하여 받은 서비스

저희 플랜에서 보험적용을 하지 않는 서비스를 받는 경우, 저희 플랜 외부의 다른 Medi-Cal 프로그램에서 보험적용이 되지 않는 경우에 한해 **귀하가 전체 비용을 직접 지불합니다**.

저희가 어떤 의료 서비스 또는 치료에 대해 비용을 지불하는지 여부를 귀하가 알아보고자 하시는 경우 귀하는 저희에게 문의할 권리가 있습니다. 귀하는 또한 이를 서면으로 문의하실 권리가 있습니다. 저희가 귀하의 서비스에 대해 비용을 지불하지 않는다고 하는 경우, 귀하는 저희 결정에 대한 재고 요청을 할 권리가 있습니다.

이 *가입자 안내서* **9장**은 귀하가 어떤 의료 서비스나 물품에 대해 저희 플랜에서 보험적용을 받기를 원하는 경우 어떻게 해야 하는지 설명합니다. 또한 저희의 보험적용 결정에 재고 요청을 하는 방법을 알려드립니다. 귀하의 재고 요청 권리에 대해 자세히 알아보려면 고객 서비스에 전화하십시오.

저희는 일정 한도까지 일부 서비스에 대해 비용을 지불합니다. 귀하가 한도를 초과하면 귀하는 해당 유형의 서비스를 더 받기 위해 전체 비용을 지불해야 합니다. 특정 혜택 제한에 대해서는 **4장**을 참조하십시오. 혜택 한도와 귀하가 사용한 혜택의 양을 알아보려면 고객 서비스에 문의하십시오.

J. 임상 연구에서 의료 서비스 보험적용

J1. 임상 연구의 정의

임상 연구(또한 임상 시험이라고도 함)는 의사들이 새로운 유형의 의료 또는 약품을 시험해보는 방법입니다. Medicare가 승인한 임상 연구에서는 일반적으로 연구에 지원 참여자가 필요합니다. 귀하가 임상 연구에 참여하는 경우, 귀하는 저희 플랜 가입을 유지할 수 있으며 계속 저희 플랜을 통해 귀하의 나머지 진료(연구와 관련되지 않은 진료)를 받을 수 있습니다.

귀하가 Medicare에서 승인한 임상 연구에 참여하고자 하는 경우, 귀하는 저희에게 알리거나 귀하의 주치의에게 승인을 받을 필요가 **없습니다**. 귀하에게 연구의 일환으로 진료를 제공하는 의료제공자는 네트워크 의료제공자일 필요가 **없습니다**. 이는 임상시험 또는 레지스트리를 통해 혜택을 평가해야 하는 보험적용 혜택에는 적용되지 않으며, 여기에는 증거 개발(NCD-CED) 및 연구용 기기 면제(IDE) 연구를 통한 보험적용이 필요한 특정 혜택이 포함됩니다. 이러한 혜택은 사전 승인 및 기타 플랜 규정의 적용을 받을 수도 있습니다.

임상 연구에 참여하기 전에 당사에 알려주시기를 권장합니다.

Original Medicare(일반 Medicare) 가입자에게 보험적용을 하는 임상 연구에 참여할 계획이라면 귀하 또는 귀하의 진료 코디네이터가 고객 서비스에 연락하여 임상 시험에 참여할 것임을 저희에게 알려 주시기 바랍니다.

J2. 임상 연구에 참여할 때 서비스에 대한 지불

귀하가 Medicare가 승인한 임상 연구에 자원하는 경우, 해당 연구에서 보험적용이 되는 서비스에 대해 귀하가 비용을 지불하지 않습니다. Medicare는 연구에서 보험적용이 되는 서비스 비용뿐만 아니라 귀하의 치료와 관련된 정기적인 비용도 지불합니다. Medicare에서 승인한 임상 연구에 참여하면 귀하는 연구의 일환으로 받는 대부분의 서비스와 품목에 보험적용을 받습니다. 여기에는 다음이 포함됩니다.

- 귀하가 연구에 참여하지 않았을지라도 Medicare에서 지불해야 할 병원 입원 병실 및 식사
- 연구의 일부인 수술 또는 다른 의료 시술
- 새로운 치료의 부작용 또는 합병증에 대한 치료

귀하가 Medicare에서 승인하지 **않은** 연구에 참여하는 경우, 귀하는 연구 참여에 대한 모든 비용을 지불해야 합니다.

J3. 임상 연구에 대한 더 많은 정보

임상 연구 참여에 관한 더 자세한 정보는 Medicare 웹사이트의 'Medicare & 임상 연구(Medicare & Clinical Research Studies)'(www.medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf)에서 확인하실 수 있습니다. 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하실 수도 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.

K. 귀하가 종교 비의료 기관에 있는 경우 귀하의 의료 서비스에 대한 보험적용은 어떻게 됩니까?

K1. 종교 비의료 기관의 정의

종교 비의료 기관은 귀하가 병원 또는 전문 간호 시설에서 일반적으로 받는 치료를 제공하는 곳입니다. 병원 또는 전문 간호 시설에서 받는 치료가 귀하의 종교적 신념에 배치되는 경우 저희는 종교 비의료 기관에서 받는 치료에 보험적용을 합니다.

이 혜택은 Medicare 파트 A 입원 서비스에만 해당됩니다(비의료 치료 서비스).

K2. 종교 비의료 기관에서 진료 받기

종교 비의료 기관에서 치료를 받기 위해서 귀하는 '일반적인' 의학적 치료를 받는 것에 반대한다고 진술하는 법적 문서에 서명해야 합니다.

- '일반적인' 의학적 치료는 **자발적이고** 연방, 주 또는 지역 법률에 의해 **요구되지 않는** 모든 진료 또는 치료입니다.
- '예외적인' 의학적 치료는 **자발적이지 않고** 연방, 주 또는 지역 법률에 의해 **요구되는** 모든 진료 또는 치료입니다.

저희 플랜에서 혜택 적용을 받기 위해 귀하가 종교 비의료 기관에서 받는 진료는 다음 조건을 충족해야 합니다.

- 진료를 제공하는 시설이 Medicare의 인증을 받아야 합니다.
- 저희 플랜은 비종교적 측면의 진료에만 보험을 적용합니다.

- 귀하가 시설에서 이 기관의 서비스를 제공받는 경우:
    - 귀하는 입원 진료 또는 전문 간호 시설 치료로 보험적용이 되는 서비스를 받을 수 있는 의학적 상태가 있어야 합니다.
    - 귀하는 시설에 입원하기 전에 저희에게 승인을 받아야 하며 그렇지 않을 경우 귀하의 입원에는 보험적용이 되지 **않습니다**.

각 입원에 대해 보험적용이 되는 일수에는 한도가 없습니다. 자세한 내용은 4장 섹션 D의 혜택 차트를 참조하십시오.

L. 내구성 의료 장비(DME)

L1. 저희 플랜의 가입자에게 적용되는 내구성 의료 장비

내구성 의료 장비에는 휠체어, 목발, 전동 매트리스 시스템, 당뇨병 용품, 가정에서 사용하기 위해 의료제공자가 주문한 병원 침대, IV 주입 펌프, 음성 발생 장치, 산소 장비, 흡입치료기 및 보행기 등 의료제공자가 주문한 의학적으로 필요한 특정 품목들이 포함됩니다.

Medi-Cal은 집 안팎에서의 사용을 보장합니다(예: 지역 사회에서 사용하기 위해 Medi-Cal이 보장하는 이동 장치). 이중 자격이 있는 개인의 주 지불자인 Medicare는 가정에서 사용하기 위해 필요한 장비에 대한 DME 보험적용을 제한합니다. Medi-Cal은 가정 및 지역사회에서 모두 사용하는 데 필요한 일부 DME에 보험을 적용합니다. 이 DSNP의 가입자는 Medicare 및 Medi-Cal 표준에 따라 모든 범위의 DME 보험적용을 받을 자격이 있습니다.

귀하는 보철과 같은 일부 DME 품목을 소유하고 있습니다.

다른 종류의 DME는 임대해야 합니다. 저희 플랜의 가입자로서 귀하는 아무리 오랫동안 DME를 임대하더라도 임대한 DME 물품을 소유하게 되지 **않습니다**.

일부 제한된 상황에서 저희는 DME 품목의 소유권을 귀하에게 이전합니다. 자세한 정보는 페이지 하단에 있는 전화번호로 고객 서비스에 문의하십시오.

저희 플랜에 가입하기 전에 Medicare에 따라 최대 12개월 연속 DME를 보유했더라도 장비를 소유하게 되지 **않습니다**.

L2. 귀하가 Original Medicare(일반 Medicare)로 전환하는 경우 내구성 의료 장비에 대한 소유권

Original Medicare에서 특정 유형의 내구성 의료 장비를 임대하는 사람들은 13개월 이후에 이를 소유합니다. Medicare Advantage(MA) 플랜에서는 특정 유형의 내구성 의료 장비를 소유하기 전에 임대해야 하는 개월 수를 플랜이 설정할 수 있습니다.

Blue Shield TotalDual Plan 가입자는 의료적으로 필요하고 귀하의 의사가 승인한 경우 보험이 적용되는 DME에 대해 비용을 지불할 필요가 없습니다. 귀하는 임대된 DME 품목에 대해 저희 플랜의 가입자로 계시면서 아무리 많은 코페이먼트를 지불하셨더라도 보통은 해당 품목에 대한 소유권을 획득하실 수 없습니다. 이는 저희의 플랜에 가입하기 전 Original Medicare(일반 Medicare)하에서 DME 품목에 대해 최대 12회 연속 지불을 하셨더라도 마찬가지입니다. 특정한 제한적 상황에서는 저희가 DME 품목에 대한 소유권을 귀하에게 이전해 드릴 것입니다. 자세한 내용은 고객 서비스부에 문의하십시오.

주: Original Medicare 및 Medicare Advantage 플랜의 정의는 12장에서 확인할 수 있습니다. *Medicare & You 2026* 안내서에서 이에 대한 자세한 정보를 확인하실 수도 있습니다. 귀하에게 이 책자 사본이 없는 경우 Medicare 웹사이트(www.medicare.gov/medicare-and-you)에서 또는 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화해(주 7일, 하루 24시간) 받으실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.

더 이상 Medi-Cal 자격이 없는 경우, Original Medicare에 따라 13회 연속 지불을 해야 하거나, MA 플랜에서 설정한 횟수만큼 연속으로 지불해야 DME 품목을 소유할 수 있습니다. 단, 다음과 같은 경우여야 합니다.

- 귀하가 저희 플랜에 가입해 있는 동안 DME 품목의 소유자가 되지 않았음, **그리고**
- 귀하가 저희 플랜에서 탈퇴하고 일반 Original Medicare 프로그램 또는 Medicare Advantage 플랜 내의 모든 건강플랜 외에서 귀하의 Medicare 혜택을 받음

당사 플랜에 가입하기 전에 Original Medicare 또는 Medicare Advantage 플랜에 따라 DME 품목에 대해 지불한 경우, **해당 Original Medicare 또는 Medicare Advantage 플랜 지불금은 저희 플랜을 떠난 후 지불해야 하는 지불액에 포함되지 않습니다**.

- DME 품목을 소유하려면 Original Medicare에 따라 13회 연속으로 새로운 지불을 해야 하거나 MA 플랜에서 설정한 횟수만큼 연속으로 새로운 지불을 해야 합니다.
- 귀하가 Original Medicare 또는 Medicare Advantage 플랜으로 돌아갈 때 이 규정에 대해서는 예외가 없습니다.

L3. 저희 플랜의 가입자에게 적용되는 산소 장비

Medicare에서 보험적용하는 산소 장비 사용 자격이 있는 경우, 저희는 다음에 대해 보험을 적용합니다.

- 산소 장비의 대여
- 산소 및 산소 농도 전달
- 산소 및 산소 농도 전달을 위한 튜브 및 관련 산소 부대용품
- 산소 장비의 유지 관리 및 보수

산소 장비는 더 이상 의학적으로 필요하지 않거나 당사 플랜을 탈퇴하는 경우 반환되어야 합니다.

L4. Original Medicare 또는 다른 Medicare Advantage 플랜으로 전환할 때의 산소 장비

산소 장비가 의학적으로 필요하고 **귀하가 당사 플랜을 떠나 Original Medicare로 전환하는 경우** 공급업체로부터 36개월 동안 장비를 임대하게 됩니다. 귀하의 월 임대료에는 위에 나열된 산소 장비와 공급품 및 서비스가 포함됩니다. 귀하가 아직 Medicare와 Medi-Cal에 계속 가입되어 있는 경우, Medicare와 Medi-Cal에서 이러한 지불에 보험적용을 합니다.

36개월 동안 임대한 후 산소 장비가 의학적으로 필요한 경우, 공급업체는 다음을 제공해야 합니다.

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

5년이 지난 후에도 산소 장비가 여전히 의학적으로 필요한 경우:

- 귀하의 공급업체는 더 이상 이를 제공할 필요가 없으며 귀하는 어떤 공급업체로부터든 교체 장비를 받도록 선택할 수 있습니다.
- 새로운 5년의 기간이 시작됩니다.
- 36개월 동안 공급업체로부터 임대합니다.
- 그 후 해당 공급업체가 추가 24개월 동안 산소 장비, 소모품 및 서비스를 제공합니다.
- 산소 장비가 의학적으로 필요한 한, 5년마다 새로운 주기가 시작됩니다.

산소 장비가 의학적으로 필요하고 **귀하가 당사 플랜을 떠나 다른 Medicare Advantage 플랜으로 전환**하는 경우, 플랜은 최소한 Original Medicare에서 보험적용을 하는 만큼 보험적용을 합니다. 새로운 Medicare Advantage 플랜에 어떤 산소 장비와 소모품이 적용되는지, 비용은 얼마인지 문의하실 수 있습니다.

4장: 혜택 차트

소개

이 장에서는 저희 플랜이 보험적용을 하는 서비스와 해당 서비스에 대한 제한사항 및 각 서비스에 대해 귀하가 지불하게 되는 비용에 대해 설명합니다. 또한 저희 플랜에서 보험적용을 하지 않는 혜택에 대해서도 알려드립니다. 핵심 용어와 그 정의는 이 *가입자 안내서* 마지막 장에 가나다순으로 나와 있습니다.

Blue Shield TotalDual Plan 신규 가입자: 대부분의 경우 귀하는 Blue Shield TotalDual Plan에 가입을 요청한 다음 달 1일에 Medicare 혜택을 위한 Blue Shield TotalDual Plan에 가입됩니다. 귀하는 추가로 한 달 동안 이전 Medi-Cal 건강플랜에서 Medi-Cal 서비스를 계속 받을 수 있습니다. 그 후에는 Blue Shield TotalDual Plan을 통해 Medi-Cal 서비스를 받게 됩니다. 귀하의 Medi-Cal 혜택에는 공백이 생기지 않을 것입니다. 질문이 있는 경우 1-800-452-4413 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

목차

A. 보험적용이 되는 서비스 및 본인 지출액 비용 75

B. 서비스에 비용을 청구하는 의료제공자에 대한 규칙 75

C. 당사 플랜의 혜택 차트 75

D. 저희 플랜의 혜택 차트 81

E. 보험적용이 되는 치과 혜택 시술 차트 81

F. 지역사회 지원 156

G. 당사 플랜 외에서 보장되는 혜택 158

G1. 캘리포니아 지역사회 전환(CCT) 158

G2. Medi-Cal Dental 158

G3. 가정 내 지원 서비스(In-Home Supportive Services, IHSS) 159

G4. 1915(c) 가정 및 지역사회 기반 서비스(HCBS) 면제 프로그램 159

G5. 저희 플랜 외부에서 제공되는 카운티 행동 건강서비스 (정신 건강 및 약물 사용 장애 서비스) 163

H. 저희 플랜, Medicare, 또는 Medi-Cal이 보험적용하지 않는 혜택 165

A. 보험적용이 되는 서비스 및 본인 지출액 비용

이 장에서는 저희 플랜이 보험적용을 하는 서비스와 각 서비스에 대해 귀하가 지불하게 되는 비용에 대해 설명합니다. 또한 보험적용이 되지 않는 서비스에 대해서도 알아볼 수 있습니다. 약품 혜택에 관한 정보는 이 *가입자 안내서* **5장**에 있습니다. 이 장은 또한 일부 서비스에 대한 제한에 대해 설명해 드립니다.

일부 서비스의 경우 귀하에게 코페이먼트라고 하는 본인 지출액 비용이 청구됩니다. 이 금액은 귀하가 해당 서비스를 받을 때마다 지불하는 고정 금액(예를 들어 $5)입니다. 귀하는 귀하가 의료 서비스를 받을 때 코페이먼트를 지불합니다.

귀하가 Medi-Cal로부터 도움을 받기 때문에 저희 플랜의 규정을 준수하는 한, 귀하는 보험적용이 되는 서비스에 대해 아무것도 지불하지 않습니다. 플랜의 규정에 대한 자세한 내용은 이 *가입자 안내서* **3장**을 참조하십시오.

어느 서비스에 보험적용이 되는지 이해하는데 도움이 필요하신 경우, 귀하의 진료 코디네이터 및/또는 고객 서비스에 1-800-452-4413 (TTY: 711)번으로 전화하십시오.

B. 서비스에 비용을 청구하는 의료제공자에 대한 규칙

저희는 저희의 의료제공자들이 네트워크 내의 보험적용이 되는 서비스에 대해 귀하에게 청구하지 못하도록 하고 있습니다. 저희는 저희 의료제공자들에게 직접 비용을 지불하며 모든 비용 청구로부터 귀하를 보호합니다. 이 경우는 의료제공자가 서비스에 대해 청구하는 비용보다 적은 금액을 저희가 의료제공자에게 지불하는 경우에라도 해당됩니다.

보험적용이 되는 서비스에 대해 귀하는 절대로 의료제공자에게 청구서를 받지 않아야 합니다. 그럴 경우 이 *가입자 안내서* **7장**을 참조하거나 고객 서비스에 전화하십시오.

C. 당사 플랜의 혜택 차트

혜택 차트는 귀하에게 저희 플랜에서 비용을 지불하는 서비스에 대해 알려드립니다. 서비스가 가나다순으로 기재되어 있으며 그 서비스들에 관해 설명해 드립니다.

저희는 다음 규정이 충족되는 경우 혜택 차트에 기재된 서비스에 대해 비용을 지불합니다.
귀하는 아래 설명된 요건을 충족하는 한 혜택 차트에 기재된 서비스에 대해 아무것도 지불하지 **않습니다**.

- 저희는 Medicare와 Medi-Cal이 정한 규칙에 따라 Medicare 및 Medi-Cal가 제공하는 서비스에 대해 보험적용을 합니다.
- 의료, 행동 건강 및 약물 사용 서비스, 장기 서비스 및 지원, 용품, 장비 및 약품을 포함한 서비스는 반드시 '의학적으로 필요'해야 합니다. 의학적으로 필요하다는 것은 의학적 상태를 예방, 진단 또는 치료하거나 귀하의 현재 건강 상태를 유지하기 위해 귀하에게 필요한 서비스, 용품 또는 약품을 나타냅니다. 여기에는

귀하가 병원 또는 간호 시설에 가는 것을 예방하는 치료가 포함됩니다. 이는 또한 서비스, 용품 또는 약품이 허용된 의료 관행을 충족한다는 것을 의미합니다. 생명 보호, 심각한 질병 또는 심각한 장애 예방 또는 극심한 통증 완화를 위해 합리적으로 필요한 경우 그 서비스는 의학적으로 필요합니다.

- 새로운 가입자의 경우, 최초 90일 동안 저희는 네트워크 외 의료제공자와 함께 시작된 서비스인 경우에도 진행 중인 치료 과정에 대해 사전 승인을 받을 것을 요구하지 않을 수 있습니다.

- 귀하는 네트워크 의료제공자에게 치료를 받습니다. 네트워크 의료제공자는 저희와 협력하는 의료제공자입니다. 대부분의 경우 네트워크 외 의료제공자로부터 받은 진료는 응급 상황이거나 긴급하게 필요한 치료이거나 또는 귀하의 플랜이나 네트워크 의료제공자가 귀하에게 진료의뢰를 하지 않는 한, 보험적용이 되지 않습니다. 이 *가입자 안내서* **3장**에는 네트워크 의료제공자 및 네트워크 외 의료제공자 이용하기에 관한 자세한 정보가 나와 있습니다.

- 귀하에게는 귀하의 진료를 제공 및 관리하는 주치의(PCP) 또는 진료팀이 있습니다. 대부분의 경우, 귀하의 주치의가 아닌 의료제공자를 이용하거나 저희 플랜 네트워크에 있는 다른 의료제공자를 이용하기 전에 귀하의 주치의가 승인을 해야 합니다. 이를 진료의뢰라고 합니다. 이 *가입자 안내서* **3장**에는 진료의뢰를 받는 방법과 진료의뢰가 **필요하지 않은 경우**에 관한 자세한 정보가 나와 있습니다.

- 혜택 차트에 기재된 서비스 중 일부는 귀하의 담당 의사 또는 다른 네트워크 의료제공자가 저희에게 먼저 승인을 받는 경우에만 보험적용이 됩니다. 이를 "사전 승인(PA)"이라고 합니다. 사전 승인이 필요한 보험적용이 되는 서비스는 혜택 차트에 이탤릭체로 표시되어 있습니다.

- 귀하의 플랜이 치료 과정에 대한 PA 요청에 대한 승인을 제공하는 경우, 해당 승인은 보험적용 기준, 귀하의 병력 및 치료중인 의료제공자의 추천에 기초한 진료의 중단을 피하기 위해 의학적으로 합리적이고 필요한 경우에 한해 유효합니다.

- 귀하가 Medi-Cal 혜택을 상실하는 경우, 자격 지속 기간으로 간주되는 6개월의 기간 동안 본 플랜에서의 귀하의 Medicare 혜택은 계속될 것입니다. 그러나 귀하의 Medi-Cal 서비스는 보험적용이 되지 않을 수 있습니다. 귀하의 Medi-Cal 자격에 대한 정보를 알아보시려면 귀하의 카운티 자격 사무소 또는 건강관리옵션에 문의하십시오. 귀하는 Medicare 혜택을 유지할 수 있지만 Medi-Cal 혜택은 유지할 수 없습니다.

특정 만성 질환이 있는 가입자를 위한 중요한 혜택 정보

- 아래에 나열된 만성 질환(들)이 있고 특정 의료 기준을 충족하는 경우, 귀하는 식품 및 농산물 혜택을 받을 자격이 있을 수 있습니다. 식품 및 농산물 혜택은 만성 질환자를 위한 특별 보충 혜택(SSBCI)입니다. 모든 플랜 가입자가 혜택을 받을 수 있는 것은 아닙니다. 자격은 '만성 질환자 가입자'의 정의와 아래 플랜의 만성 질환 중 하나 이상을 충족하는 지에 따라 달라집니다.

- 만성 알코올 사용 장애 및 기타 약물 사용 장애(SUD)
- 자가면역 장애:
  - 결절성 다발성 동맥염
  - 류마티스성 다발성 근육통
  - 다발성 근염
  - 피부근염
  - 류머티스성 관절염
  - 전신 홍반성 루푸스
  - 건선성 관절염
  - 경피증
- 암
- 심혈관 장애:
  - 심장 부정맥
  - 관상동맥질환
  - 말초혈관질환
  - 판막심장질환
- 만성 심부전
- 치매
- 당뇨병
- 과체중, 비만 및 대사 증후군
- 만성 위장 질환:
  - 만성 간 질환
  - 비알코올 지방간 질환(NAFLD)
  - B형 간염
  - C형 간염
  - 췌장염
  - 과민상 대장 증후군
  - 염증성 장 질환

- 만성 신장 질환(CKD):
  - 투석/말기 신장 질환(ESRD)이 필요한 CKD
  - 투석이 필요하지 않은 CKD
- 중증 혈액 장애:
  - 재생불량성 빈혈
  - 혈우병
    - 면역성 혈소판 감소성 자반증
    - 골수형성이상증후군
    - 겸상적혈구 질환(겸상적혈구 특성 제외)
    - 만성 정맥 혈전색전성 장애
- HIV/AIDS
- 만성 폐 질환:
  - 천식, 만성 기관지염
  - 낭포성 섬유증
  - 폐기종
  - 폐섬유증
  - 폐 고혈압
  - 만성 폐쇄성 폐질환(COPD)
- 만성 및 장애 유발 정신 건강 질환:
  - 양극성 장애
  - 주우울장애
  - 편집증 장애
  - 정신분열증
  - 정신분열정동형장애
  - 외상 후 스트레스 장애(PTSD)
  - 식사 장애
  - 불안장애
- 신경 장애:
  - 근위축성 측삭경화증(ALS)
  - 간질
  - 광범위한 마비(즉, 편마비, 사지마비, 하반신 마비, 단마비)

  - 헌팅턴병
  - 다발성 경화증
  - 파킨슨병
  - 다발성 신경병증
  - 섬유근육통
  - 만성 피로 증후군
  - 척추 손상
  - 척추관 협착증
  - 뇌졸중 관련 신경학적 결손
- 뇌졸중
- 장기 이식 후 진료
- 면역 결핍 및 면역 억제제 장애
- 인지 장애와 관련된 질환:
  - 알츠하이머병
  - 지적 장애 및 발달 장애
  - 외상성 뇌 손상
  - 인지 장애와 관련된 장애 유발성 정신 질환
  - 경미한 인지 장애
- 기능적 문제와 관련되며 다음을 포함한 유사한 서비스가 필요한 질환:
  - 척추 손상
  - 마비
  - 사지 상실
  - 뇌졸중
  - 관절염
- 시각, 청각(난청), 맛, 촉각 및 후각을 손상시키는 만성 질환
- 개인이 기능을 유지 또는 회복하기 위해 지속적인 치료 서비스가 필요한 질환
  - 이 플랜은 귀하가 담당 의사로부터 받은 정보를 이용하거나 담당 의사에게 적격 만성 질환에 대한 서명된 진술서를 요청해 식품 및 농산물 혜택을 받을 자격이 있는지 확인합니다.

- Health Benefits+는 보험적용이 되는 물품 및 서비스에 대한 비용 지불을 돕기 위해 귀하의 혜택 허용액을 카드에 미리 충전해 주는 지출 카드입니다. 자격이 있다고 판단되면 귀하는 혜택 관리자로부터 개인 혜택 카드가 포함된 서신을 받게 됩니다. 이 서신은 귀하의 카드에 허용액 금액이 충전되었다는 것을 알려드릴 것입니다. 또한 전화, 웹사이트 또는 모바일 앱을 통해 혜택에 대한 추가 세부사항을 이용하는 방법에 대한 정보를 제공할 것입니다.
- 이 혜택에 대해 질문이 있는 경우 혜택 관리자에게 (855) 572-6341 (TTY: 711)번으로 10월 1일부터 3월 31일까지는 일요일부터 토요일, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 8시(태평양 표준시) 사이에 전화하십시오. 더 자세한 정보를 알아보시려면 HealthBenefitsPlus.com/BlueShieldCA를 온라인으로 방문하실 수도 있습니다.

- 자세한 정보는 혜택 차트의 '특정 만성 질환에 대한 도움' 행을 참조하십시오.
- 추가 정보를 알아보시려면 저희에게 연락하십시오.

모든 예방 서비스는 무료입니다. 이 사과 는 혜택 차트에서 예방 서비스를 표시합니다.

D. 저희 플랜의 혜택 차트

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	"Welcome to Medicare" 예방 진료 저희는 "Welcome to Medicare" 예방 진료 1회에 대해 보험적용을 합니다. 방문에는 다음이 포함됩니다. • 귀하의 건강 검토 • 귀하에게 필요한 예방 서비스(검사 및 예방접종 포함)에 대한 교육과 상담 • 필요한 경우, 다른 치료에 대한 진료의뢰 **주:** 저희가 귀하가 Medicare 파트 B를 보유한 최초 12개월 동안에만 "Welcome to Medicare" 예방 진료에 보험적용을 합니다. 귀하가 예약을 하는 경우 귀하의 담당의사 진료소에 귀하의 Medicare 예방 진료 일정을 예약하고자 한다고 알려주십시오.	$0
	C형 간염 바이러스 감염 선별검사 귀하의 주치의 또는 자격이 있는 다른 의료제공자가 지시하고 귀하가 다음 조건 중 하나를 충족하는 경우 저희는 C형 간염 검사 1회에 보험을 적용합니다. • 귀하가 불법 주사 약품을 사용하거나 사용했기 때문에 위험이 높은 경우 • 1992년 이전에 수혈한 경우 • 1945년에서 1965년 사이에 태어난 경우 귀하가 1945년부터 1965년 사이에 태어났고 위험도가 높지 않은 경우, 저희는 한 번 검진 비용을 지불합니다. 귀하가 고위험군인 경우(예를 들어, 귀하는 귀하의 이전 C형 간염 검사 음성 판정 이후 불법 주사 약품을 계속 사용), 저희는 연례 검사에 보험을 적용합니다.	$0

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	HIV 검사 저희는 다음에 해당하는 사람들에 대해 매 12개월마다 HIV 검사 1회에 대한 비용을 지불합니다. • HIV 검사를 요청한 사람, **또는** • HIV 감염에 대한 위험이 증가한 사람 임신한 경우, 임신 기간 동안 HIV 검사 최대 3회에 대한 비용을 지불합니다. 또한 귀하의 의료제공자가 권장하는 경우 추가 HIV 검사 비용도 지불합니다.	$0
	HIV 예방을 위한 노출 전 예방(PrEP) 귀하가 HIV를 가지고 있지 않지만 귀하의 의사 또는 다른 의료인이 귀하가 HIV에 걸릴 위험이 높다고 판단하는 경우, 저희는 노출 전 예방(PrEP) 약품 및 관련 서비스에 보험을 적용합니다. 귀하가 자격이 있는 경우, 보험적용이 되는 서비스에는 다음이 포함됩니다. • FDA 승인 경구 또는 주사 가능한 PrEP 약품. 주사제를 투여하는 경우, 저희가 주사 비용에 보험적용을 합니다. • 매 12개월마다 최대 8회의 개별 상담 세션(HIV 위험 평가, HIV 위험 감소 및 약품 순응 포함) • 매 12개월마다 최대 8회의 HIV 검사 • B형 간염 바이러스 검사 1회	$0

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
🍎	**Medicare 당뇨 예방 프로그램(MDPP)** 저희 플랜은 자격이 있는 사람들의 MDPP 서비스 비용을 지불합니다. MDPP는 건강한 행동을 향상시키는 데 도움을 주기 위해 고안되었습니다. 이 프로그램은 다음과 같은 실용적인 교육을 제공합니다. • 장기적인 식습관 변화 • 신체 활동 증가 • 체중 감량과 건강한 생활 방식을 유지하는 방법	$0
	Medicare 파트 B 약품 이 약품들은 Medicare 파트 B에 의거해 보험적용이 됩니다. 저희 플랜은 다음 약품 비용을 지불합니다. • 귀하가 보통 스스로 투약하지 않는 약품 및 귀하가 의사, 병원 외래 또는 응급 수술 센터 서비스를 받는 동안 주사 또는 주입된 약품 • 내구성 의료 장비 품목(예: 의학적으로 필요한 인슐린 펌프)을 통해 제공되는 인슐린 • 저희 플랜이 승인한 내구성 의료 장비(예: 흡입치료기)를 사용하여 투여하는 기타 약품 • 정맥 주사(IV)로 투여되는 알츠하이머 치료제 레켐비(일반명 레카네맙) • 귀하에게 혈우병이 있는 경우 귀하가 자신에게 주사로 주입하는 응고 인자 • 이식/면역 억제제 약품: Medicare는 Medicare가 귀하의 장기 이식 비용을 지불한 경우 이식 약품 치료에 보험을 적용합니다. 귀하는 보험적용이 되는 이식 시점에 파트 A를 가지고 있어야 하며 면역억제제 약품을 받는 시점에 파트 B를 가지고 있어야 합니다. Medicare 파트 D는 파트 B에서 보장하지 않는 면역억제제를 보장합니다. **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다**	$0

보험적용이 되는 서비스	귀하가 지불하는 금액
Medicare 파트 B 약품 (계속) • 주사되는 골다공증 약품 거동이 불편하고, 의사가 폐경 후 골다공증과 관련이 있다고 증명한 골절이 있으며, 스스로 약물을 주사할 수 없는 경우 우리가 이 약품 비용을 지불합니다. • 일부 항원: Medicare는 의사가 항원을 준비하고 적절하게 지시된 사람(환자 본인일 수도 있음)이 적절한 감독하에 투약하는 경우 항원에 보험을 적용합니다. • 일부 경구용 항암제: Medicare는 동일한 약물이 주사제 형태로 제공되거나, 복용 시 주사제의 활성 성분과 동일한 성분으로 변환되는 경구용 약물인 프로드럭(prodrug)인 경우 일부 경구 항암제에 보험을 적용합니다. 새로운 구강암 의약품이 출시됨에 따라 파트 B는 해당 의약품에 보험적용을 할 수 있습니다. 파트 B가 이를 보장하지 않는 경우, 파트 D가 보험을 적용합니다. • 경구용 항구역 약품: Medicare는 항암 화학요법의 일환으로 사용하는 경구용 항구역제를, 화학요법 전이나 동안, 또는 후 48시간 이내에 투여하거나 정맥주사용 항구역제를 완전히 대체하는 경우에 한해 보험적용을 합니다. • Medicare 파트 B에 의해 보험적용이 되는 특정 경구 말기 신장 질환(ESRD) 약품 • ESRD 지불 시스템에 따른 칼슘 유사제 및 인산염 결합제 약품(정맥 주사 약품 Parsabiv® 및 경구 약품 Sensipar 포함) • 헤파린, 의학적으로 필요한 경우 헤파린 해독제, 국소마취제를 포함한 가정 내 투석을 위한 특정 약품 • 적혈구 생성 촉진제: Medicare는 귀하에게 ESRD가 있거나 특정 다른 상태(Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa®, Mircera® 또는 메톡시 폴리에틸렌 글리콜-에포틴 베타)와 관련된 빈혈을 치료하기 위해 이 약품이 필요한 경우 주사를 통한 적혈구 생성물을 보험적용합니다. **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다**	

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	Medicare 파트 B 약품 (계속) ● 일차성 면역결핍 질환의 가정 내 치료를 위한 IV 면역글로블린 ● 비경구 및 장관 영양공급(IV 및 튜브 공급) 저희는 또한 Medicare 파트 B에 따라 일부 백신에 보험적용을 하며 Medicare 파트 D 약품 혜택에 따라 대부분의 성인 백신에 보험적용을 합니다. 이 *가입자 안내서* **5장**은 저희의 약품 혜택을 설명합니다. 5장은 처방약에 보험적용을 받기 위해 귀하가 반드시 준수해야 하는 규정들을 설명하고 있습니다. 이 *가입자 안내서* **6장**은 저희 플랜을 통해 귀하의 약품에 대해 귀하가 지불하는 금액을 설명합니다. ***사전 승인이 필요할 수 있으며 이는 귀하의 의료제공자의 책임입니다.***	
	가정 건강 기관 진료 귀하가 가정 건강 서비스를 받기 전에 의사는 귀하에게 치료가 필요하다고 저희에게 알려야 하며 치료는 가정 건강 기관에서 제공해야 합니다. 귀하는 거동을 못해야 하며 이는 집에서 나가는 것이 매우 힘든 일이라는 것을 의미합니다. 저희는 다음 서비스에 대한 비용을 지불합니다. 여기에 기재되지 않은 다른 서비스에 대한 비용을 지불할 수도 있습니다. ● 파트타임 또는 간헐적 전문 간호 및 가정 건강 보조원 서비스(가정 간호 혜택에 의거해 혜택이 적용되도록 하기 위해 귀하의 전문 간호 및 가정 건강 보조원 서비스를 합해 총 1일당 8시간, 1주당 35시간 미만이어야 함) ● 물리 치료, 작업 치료 및 언어 치료 ● 의료 및 사회복지 서비스 ● 의료 장비 및 용품 ***사전 승인이 필요할 수 있으며 이는 귀하의 의료제공자의 책임입니다.***	보험적용이 되는 각 가정간호 방문에 대해 $0

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	가정 배송 식사* 입원 병원 또는 전문 간호 시설에서 퇴원하면 저희는 다음 사항에 보험을 적용합니다. • 퇴원당 식사 22회 및 간식 10회 • 식사와 간식은 필요에 따라 최대 2회로 나누어 배달 • 보험적용은 연간 2회의 퇴원으로 제한 더 자세한 정보가 필요하시면 Blue Shield TotalDual Plan 고객 서비스로 전화하십시오(전화번호는 본 문서 뒷면 표지 참조). *서비스는 플랜의 본인 지출액 최대 한도에 적용되지 않습니다	보험적용이 되는 각 가정 식사 배달에 대해 $0

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	가족계획 서비스 법률에 따라 귀하는 특정 가족계획 서비스에 대해 네트워크 의료제공자든 네트워크 외 의료제공자든 상관없이 어떤 의료제공자라도 선택할 수 있습니다. 이는 모든 의사, 진료소, 병원, 약국 또는 가족계획 사무실을 의미합니다. 저희는 다음 서비스에 대한 비용을 지불합니다. • 가족계획 검사 및 의학적 치료 • 가족계획 실험실 검사 및 진단 검사 • 가족계획 방법(IUC/IUD, 임플란트, 주사, 피임약, 패치 또는 링) • 처방전이 있는 가족계획 용품(콘돔, 스펀지, 폼, 필름, 다이어프램, 캡) • 제한된 임신 관련 서비스, 예를 들어 가임 인식 기법에 대한 상담 및 교육, 또는 임신 전 건강 상담, 성병(STI) 검사 및 치료 • 성병(STI), AIDS 및 다른 HIV 관련 질환에 대한 상담 및 검사 • 영구 피임(이 가족 계획 방법을 선택하려면 21세 이상이어야 함. 수술 날짜로부터 최소 30일~180일 이내에 연방 불임술 동의서 서명 필요) • 유전 상담 저희는 또한 일부 다른 가족계획 서비스에 대해 비용을 지불합니다. 그러나 귀하는 다음 서비스에 대해 저희 의료제공자 네트워크에 속한 의료제공자를 사용해야 합니다. • 의학적 불임상태에 대한 치료(이 서비스에는 인공 임신 방법이 포함되지 않음) • AIDS 및 다른 HIV 관련 상태에 대한 치료 • 유전 검사	$0

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	간호 시설 치료 간호 시설(nursing facility, NF)은 가정에서 치료를 받을 수 없지만 병원에 입원할 필요는 없는 사람들에게 치료를 제공하는 곳입니다. 저희가 비용을 지불하는 서비스에는 다음이 포함되나 이에 한정되지 않습니다. • 2인용 병실(또는 의학적으로 필요한 경우 1인실) • 특별 식이를 포함한 식사 • 간호 서비스 • 물리 치료, 작업 치료 및 언어 치료 • 호흡 요법 • 귀하의 치료 계획의 일환으로 귀하에게 제공된 약품. (여기에는 혈액 응고 인자와 같이 신체에 자연적으로 존재하는 물질 포함) **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다**	$0

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	간호 시설 치료(계속) ● 보관 및 수혈을 포함한 혈액 ● 보통 간호 시설에서 제공되는 의료 및 외과 용품 ● 보통 간호 시설에서 제공되는 검사실 테스트 ● 보통 간호 시설에서 제공되는 엑스레이 및 다른 방사선 서비스 ● 보통 간호 시설에서 제공되는 휠체어와 같은 기구 사용 ● 의사/의료 전문가 서비스 ● 내구성 의료 장비 ● 의치를 포함한 치과 서비스 ● 안과 혜택 ● 청력 검사 ● 척추지압 진료 ● 발질환 치료 서비스 귀하는 보통 네트워크 시설에서 치료를 받습니다. 그러나 귀하는 저희 네트워크에 속하지 않은 시설에서 치료를 받을 수 있습니다. 귀하는 다음의 장소에서 저희 플랜의 지불 금액을 수용하는 경우 다음 장소에서 치료를 받을 수 있습니다. ● 귀하가 병원에 가기 직전에 거주하고 있었던 간호 시설 또는 지속 치료 은퇴자 커뮤니티(간호 시설 치료를 제공하는 한) ● 귀하가 병원에서 퇴원할 때 귀하의 배우자나 동거 파트너가 지내고 있는 간호 시설	

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	감독 운동 요법(SET) 저희는 하지 동맥 질환(PAD) 치료를 담당하는 의사로부터 PAD에 대한 진료의뢰를 받은 증상이 있는 하지 동맥 질환이 있는 가입자에 대해 SET 비용을 지불합니다. 저희 플랜은 다음에 대한 비용을 지불합니다. • 모든 SET 요건이 충족되는 경우 12주의 기간 동안 최대 36세션 • 의료제공자가 의학적으로 필요하다고 판단하는 경우 시간이 지난 뒤 추가 36회 세션 SET 프로그램은 다음 조건을 충족해야 합니다. • 혈류 불량(파행)으로 인해 다리 경련이 있는 가입자의 PAD를 위해 치료적 운동-훈련 프로그램을 수행하는 30~60분 세션 • 병원 외래 환경 또는 의사 진료실에서 시행 • 피해보다 혜택이 더 많도록 수행할 수 있는, PAD에 대한 운동 요법 훈련을 받은 유자격 인력에 의해 수행 • 기본 및 고급 소생술 훈련을 모두 받은 의사, 의사 보조사 또는 임상 간호사/임상 전문 간호사의 직접적인 감독 하에 시행 *사전 승인이 필요할 수 있으며 이는 귀하의 의료제공자의 책임입니다.*	$0

보험적용이 되는 서비스	귀하가 지불하는 금액
건강 및 웰니스 교육 프로그램* 저희는 특정 건강 상태에 초점을 맞춘 많은 프로그램을 제공하고 있습니다. 여기에는 다음이 포함됩니다. • 건강 교육 수업, • 영양 교육 수업, • 흡연 및 담배 사용 중단, **및** • 간호 핫라인 귀하의 건강을 유지하는 데 도움을 주는 프로그램입니다. 보험적용이 되는 서비스에는 다음이 포함됩니다. • 서면 건강 교육 자료(소식지 포함) • 교육 프로그램 다음과 같은 건강 상태에 초점을 맞춘 교육 프로그램: • 고혈압 • 콜레스테롤 • 천식 • 특수 식이요법 다음을 포함해 귀하의 건강과 생활 방식을 풍요롭게 하기 위해 설계된 교육 프로그램: • 체중 관리 • 피트니스 • 스트레스 관리 **NurseHelp 24/7** 하루 24시간 언제든지 공인 간호사와 함께 비밀이 보장되는 일대일 온라인 대화를 하십시오. 귀하에게 의료적 우려사항이 있을 때, 저희의 무료 핫라인에 전화 한 통만 하시면 귀하의 우려사항을 듣고 해결책을 찾는 데 도움을 줄 공인 간호사와 통화하실 수 있습니다. 1-877-304-0504 (TTY: 711)번으로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 전화하십시오. **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다**	$0

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	건강 및 웰니스 교육 프로그램* (계속) **SilverSneakers® 피트니스** SilverSneakers를 통해 다음과 같은 피트니스 혜택을 받으실 수 있습니다. • 선택한 장소에 그룹 피트니스 수업과 편의 시설을 갖춘 전국적인 참여 체육관 및 커뮤니티 위치 네트워크 - 원하는 만큼 많은 위치에 등록하십시오 • SilverSneakers LIVE™를 통한 라이브 온라인 수업 및 워크숍, 7일/주, 오전, 오후 및 저녁 • SilverSneakers On-Demand™를 통한 주문형 온라인 운동, 웰니스 및 운동 프로그램 비디오, 주 7일, 하루 24시간 • SilverSneakers GO™를 통한 피트니스 프로그램, 활동 추적 및 가입자 ID에 대한 모바일 앱 액세스, 주 7일, 하루 24시간 • SilverSneakers Community and Bernalong®을 통한 대면 및 가상 커뮤니티 연결 및 복지 지원 혜택 이용을 시작하려면 silversneakers.com에서 SilverSneakers ID 번호, 피트니스 위치 및 수업을 찾아보십시오. 귀하의 혜택에 대해 추가 질문이 있는 경우 1-888-423-4632 (TTY: 711)번으로 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 8시 사이에 전화하십시오. 귀하가 선택한 참여 피트니스 위치로 이동하면 직원이 귀하의 SilverSneakers ID 번호를 사용하여 귀하를 시스템에 가입시킵니다. 또한, 모든 편의 시설과 강의실 위치를 확인하기 위해 학교 시설 견학을 요청할 수도 있습니다. 집에서 운동을 시작하고자 하는 가입자 또는 부상, 질병 또는 거동 불편 등의 이유로 피트니스 장소에 갈 수 없는 가입자를 위해 홈 키트를 제공합니다. **운동 프로그램을 시작하기 전에 항상 의사와 상담하십시오.** *서비스는 플랜의 본인 지출액 최대 한도에 적용되지 않습니다.	

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
🍎	**결장직장암 검사** 저희는 다음 서비스에 대한 비용을 지불합니다. • 결장경 검사에는 최소 또는 최대 연령 제한이 없으며 위험도가 높지 않은 환자의 경우 120개월(10년)마다 1회, 결장직장암 위험이 높지 않은 환자의 경우 이전 굴곡성 S상 결장경 검사 후 48개월에 1회, 이전 선별 결장경 검사 후 고위험 환자의 경우 24개월마다 1회 보험적용이 됩니다. • 결장직장암 위험이 높지 않은 45세 이상 환자를 위한 컴퓨터 단층촬영 대장조영술은 마지막 선별 컴퓨터 단층촬영 대장조영술을 시행한 달로부터 최소 59개월이 경과한 경우 또는 마지막 선별 굴곡성 S상 결장경 검사 또는 선별 결장경 검사를 시행한 달로부터 47개월이 경과한 경우 보험적용이 됩니다. 결장직장암 고위험군인 환자의 경우, 마지막 선별 컴퓨터 단층촬영 대장조영술 또는 마지막 선별 결장경 검사을 시행한 달에 최소 23개월이 경과한 후 수행된 컴퓨터 단층촬영 대장조영술에 대한 비용을 지불할 수 있습니다. • 45세 이상 환자를 위한 굴곡성 S상 결장경 검사. 환자가 선별 결장경 검사를 받은 후 위험도가 높지 않은 것으로 분류된 환자의 경우 120개월마다 1회. 마지막 굴곡성 S상 결장경 검사 또는 컴퓨터 단층촬영 대장조영술에서 고위험 환자의 경우 48개월마다 1회. • 45세 이상 환자를 위한 선별 분변잠혈검사. 매 12개월마다 1회. • 45~85세 환자이고 고위험 기준을 충족하지 않는 환자를 위한 다중표적 대변 DNA. 매 3년마다 1회. • 45~85세 환자이고 고위험 기준을 충족하지 않는 환자를 위한 혈액 기반 바이오마커 검사. 매 3년마다 1회. **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다**	$0

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	결장직장암 검사 (계속) • 결장직장암 검사에는 Medicare에서 보험적용이 되는 비외과적인 대변 기반 결장직장암 검사에서 양성 결과가 나온 후의 후속 선별 결장경 검사가 포함됩니다. • 결장직장암 검사에는 조직이나 기타 물질의 제가가 수반되는 계획된 선별 굴곡성 S상 결장경 검사나 선별 결장경 검사, 또는 선별검사와 관련되고, 그 결과로서, 그리고 선별검사와 동일한 임상적 상황에서, 제공되는 기타 시술이 포함됩니다.	
	골질량 측정 저희는 자격이 있는 가입자에 대한 특정 시술들에 대해 비용을 지불합니다(보통 골질량 손실 위험이 있거나 골다공증 위험이 있는 사람). 이 시술들은 골질량을 파악하고 골 손실을 찾아내거나 골질을 알아봅니다. 저희는 매 24개월마다 1회 또는 의학적으로 필요한 경우 더 자주 서비스에 대해 비용을 지불합니다. 저희는 또한 결과 검토 및 의견 제시를 위한 의사 비용도 지불합니다.	$0

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	교통편: 비응급 의료 교통편* 이 혜택은 귀하의 플랜 및 Medicare에서 보험적용을 하는 서비스에 대한 의료 교통편에 대해 허용됩니다. 여기에는 구급차, 침대 밴, 휠체어 밴 의료 교통편 서비스 및 준공공교통기관과의 조정이 포함될 수 있습니다. 비응급 의료 교통편 및 비의료 교통편에 대해 연간 플랜에서 승인한 건강 관련 장소로의 편도 이동 최대 48회까지 합산 제한이 있습니다. 각 이동은 70 마일을 초과할 수 없습니다. 48회의 편도 교통편이 모두 사용되고 나면, Medi-Cal이 승인된 장소로의 무제한 이동을 보장합니다. 운송 수단은 다음과 같은 경우 승인됩니다. • 귀하의 의료제공자가 귀하의 의학적 및/또는 신체적 상태로 인해 귀하가 버스, 승용차, 택시 또는 다른 대중 또는 민간 운송수단을 이용할 수 없다고 판단하는 경우, **그리고** • 서비스에 따라 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 교통편 예약은 Call The Car에서 처리합니다. 가입자는 Call the Car에 (855) 200-7544 (TTY: 711)번(주 7일, 하루 24시간)으로 연락해야 합니다. CTC Go 모바일 앱을 사용하여 도어 투 도어(문간에서 문간), 커브 투 커브(인도에서 인도), 및 휠체어 예약 서비스를 예약, 편집, 추적 및 취소할 수 있습니다. CTC Go 모바일 앱은 들것 이송에는 사용할 수 없으며, 이를 예약하기 위해서는 반드시 전화를 하셔야 합니다. 교통편은 최소 24시간 전에 예약해야 합니다. *서비스는 플랜의 본인 지출액 최대 한도에 적용되지 않습니다. ***사전 승인이 필요할 수 있으며 이는 귀하의 의료제공자의 책임입니다.***	$0

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	교통편: 비의료 교통편* 이 혜택은 의료 서비스를 받기 위한 승용차, 택시 또는 다른 형태의 대중/민간 운송수단을 통한 운송에 허용됩니다. 치과 진료를 위해 이동하거나 약품을 수령하는 등 Medi-Cal에서 보험적용을 하는 필요한 의료 서비스를 받을 목적으로 교통편이 필요한 경우입니다. Medi-Cal과 Medicare가 모두 보험적용하는 서비스에 대한 운송 비용은 보험적용이 됩니다. 비응급 의료 교통편 및 비의료 교통편에 대해 연간 플랜에서 승인한 건강 관련 장소로의 편도 이동 최대 48회까지 합산 제한이 있습니다. 각 이동은 70 마일을 초과할 수 없습니다. 48회의 편도 교통편이 모두 사용되고 나면, Medi-Cal이 승인된 장소로의 무제한 이동을 보장합니다. 교통편 예약은 Call The Car에서 처리합니다. 가입자는 Call the Car에 (855) 200-7544 (TTY: 711)번(주 7일, 하루 24시간)으로 연락해야 합니다. 교통편은 최소 24시간 전에 예약해야 합니다. Call The Car는 Blue Shield TotalDual Plan 가입자가 진료를 위한 교통편 예약에 사용할 수 있는 모바일 애플리케이션(CTC-Go)을 제공합니다. CTC-Go를 통해 앞으로의 예약이나 과거 예약을 검토하고, 차량 서비스를 평가하고, 운전자를 추적하고, 기존 예약을 취소하고, 새 예약을 예약할 수 있습니다. CTC-Go는 iOS와 Android에서 사용이 가능합니다. 앱 스토어에서 "CTC'Go"를 검색하여 애플리케이션을 다운로드하십시오. *서비스는 플랜의 본인 지출액 최대 한도에 적용되지 않습니다. ***사전 승인이 필요할 수 있으며 이는 귀하의 의료제공자의 책임입니다.***	$0

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	구급차 서비스 보험적용이 되는 구급차 서비스에는 응급 상황인지 비응급 상황인지에 관계없이 지상 및 항공(비행기 및 헬리콥터)이 포함됩니다. 구급차는 귀하에게 치료를 제공할 수 있는 가장 가까운 곳으로 귀하를 이송할 것입니다. 귀하의 상태는 다른 방법으로 치료 장소로 이동하는 것이 귀하의 건강 또는 생명을 위협할 수 있을 만큼 심각한 상태여야 합니다. 다른 경우(비응급)에 대한 구급차 서비스는 저희의 승인을 받아야 합니다. 응급상황이 아닌 경우에도 저희는 구급차에 대해 비용을 지불할 수 있습니다. 귀하의 상태는 다른 방법으로 진료 장소로 이동하는 것이 귀하의 생명 또는 건강을 위협할 수 있을 만큼 심각한 상태여야 합니다. ***사전 승인이 필요할 수 있으며 이는 귀하의 의료제공자의 책임입니다.***	$0

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	긴급하게 필요한 치료 긴급 치료는 다음 상황을 위한 것입니다. ● 즉각적인 치료가 필요한 비응급 상황, **또는** ● 예측되지 않은 질환, **또는** ● 부상, **또는** ● 즉시 치료가 필요한 상태 긴급한 진료가 필요한 경우, 귀하는 우선 네트워크 의료제공자에게 진료를 받기 위해 노력해야 합니다. 그러나 시간, 장소 또는 상황에 따라 네트워크 의료제공자로부터 이 서비스를 받는 것이 불가능하거나 불합리하여 네트워크 의료제공자에게 갈 수 없는 경우, 네트워크 외 의료제공자를 이용할 수 있습니다(예: 플랜의 서비스 지역을 벗어난 곳에 있고 아직 진단을 받지 않은 상태에 대해 의학적으로 즉각적인 서비스가 필요하지만 의학적 응급 상황은 아닌 경우). 전세계 보험적용* 미국 및 미국령 외 지역에서 응급 치료 또는 긴급하게 필요한 치료에 대해서는 합산 연간 한도가 없으며 플랜의 최대 본인 지출액 최대 한도에 적용되지 않습니다. *서비스는 플랜의 본인 지출액 최대 한도에 적용되지 않습니다.	$0 전세계 응급 보험에 대해 20% 공동보험료(같은 질환으로 인해 하루 이내에 병원에 입원할 경우 공동보험료는 면제됨)

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	내구성 의료 장비(DME) 및 관련 용품 '내구성 의료 장비(DME)'의 정의를 알아보시려면 이 *가입자 안내서* **12장**을 참조하십시오. 저희는 다음의 품목에 보험적용을 합니다. ● 전동 휠체어를 포함한 휠체어 ● 목발 ● 전동 매트리스 시스템 ● 매트리스용 건식 압력 패드 ● 당뇨 용품 ● 가정에서 사용하기 위해 의료제공자가 주문한 병원 침대 ● 정맥(IV) 주입 펌프 및 폴 ● 음성 생성 장치 ● 산소 장비 및 용품 ● 흡입치료기 ● 보행기 ● 표준 곡선 핸들 또는 쿼드 지팡이 및 교체 용품 ● 경추 견인기(문걸이) ● 뼈 자극기 ● 투석 치료 장비 다른 아이템들도 보험적용이 될 수 있습니다. 저희는 Medicare와 Medi-Cal이 일반적으로 비용을 지불하는 모든 의학적으로 필요한 내구성 의료 장비 비용을 지불합니다. 귀하의 지역 내 저희의 공급업체가 특정 브랜드 또는 제조사 제품을 취급하지 않는 경우, 귀하는 이들에게 특별 주문을 해줄 수 있는지 문의할 수 있습니다. ***사전 승인이 필요할 수 있으며 이는 귀하의 의료제공자의 책임입니다***	$0

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	당뇨 검사 귀하에게 다음의 위험 요소 중 어느 것이라도 있는 경우 저희는 이 검사 비용을 지불합니다(공복혈당검사 포함). • 고혈압 • 비정상 콜레스테롤 또는 트리글리세리드 수치 이력(이상지질혈증) • 비만 • 고혈당(포도당) 이력 귀하가 과체중이고 당뇨병 가족력이 있는 경우와 같이 일부 다른 경우에도 검사에 보험적용이 될 수 있습니다. 귀하는 가장 최근 당뇨병 검사 날짜 이후 12개월마다 최대 2회의 당뇨병 검사를 받을 자격이 있을 수 있습니다.	$0

	당뇨병 자가관리 훈련, 서비스 및 용품
	
	저희는 당뇨병이 있는 모든 사람들에 대한 다음 서비스들에 대해 비용을 지불합니다(인슐린 사용 여부에 관계없이).
	• 다음을 포함한 혈당 측정을 위한 용품:
	  ○ 혈당 측정기
	  ○ 혈당 검사지
	  ○ 채혈기 및 채혈침
	  ○ 혈당 검사지 및 측정기 정확도 확인을 위한 혈당 컨트롤 용액
	• 저희는 심한 당뇨성 족병이 있는 당뇨병 환자들에 대해 다음에 대한 비용을 지불합니다.
	
	이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다
		$0

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	당뇨병 자가관리 훈련, 서비스 및 용품 (계속) ○ 피팅을 포함하여 매년 치료용 맞춤 제작 신발 1켤레(삽입물 포함) 및 삽입물 추가 2쌍, 또는 ○ 피팅을 포함하여 매년 깊이가 깊은 신발 1켤레 및 삽입물 3쌍(이러한 신발에 제공되는 비맞춤형 탈착식 삽입물 불포함) • 일부 경우에 저희는 귀하가 자신의 당뇨병을 관리하는 것을 돕기 위한 훈련에 대한 비용을 지불합니다. 더 알아보시려면 고객 서비스에 연락하십시오. 검사지 및 혈당 측정기를 위한 선호되는 제조사는 Abbot입니다. FreeStyle® (Abbott 제작) 검사지 및 혈당 측정기는 귀하의 의사가 플랜에서 사전에 승인을 받을(종종 "사전 승인"이라고 불림) 필요가 없습니다. 다른 모든 제조사의 검사지 및 혈당 측정기는 귀하의 의사가 플랜에서 사전에 승인을 받아야(종종 "사전 승인"이라고 불림) 합니다. 연속 혈당 측정기 센서/수신기는 사전 승인이 필요합니다. *사전 승인이 필요할 수 있으며 이는 귀하의 의료제공자의 책임입니다.*	
	둘라 서비스 임신 중인 분께는 산전, 산후 기간 동안 9회 둘라(doula) 방문 비용을 지불해 드리고, 분만 및 출산 시에도 지원을 제공해 드립니다. 최대 9회의 추가 산후 관리가 제공될 수 있습니다.	$0
	만성 통증 관리 및 치료 서비스 만성 통증(3개월 이상 지속되거나 반복되는 통증)이 있는 사람들을 위한 월 보험적용 서비스. 서비스에는 통증 평가, 투약 관리 및 진료 조정 및 계획이 포함될 수 있습니다.	이 서비스에 대한 비용 분담은 치료 과정에서 제공되는 개별 서비스에 따라 달라집니다. $0

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	발질환 치료 서비스 저희는 다음 서비스에 대한 비용을 지불합니다. • 발의 부상 및 질병(추상족지증 또는 발뒤꿈치 통증 증후군 등)에 대한 진단 및 의료 또는 외과 치료 • 당뇨병과 같이 다리에 영향을 주는 질병이 있는 가입자를 위한 정기적인 발 관리 • 정기(Medicare 혜택 비적용) 발 진료*에는 다음이 보험적용이 됩니다. o 티눈과 굳은살을 자르거나 제거하는 것 o 손톱 다듬기, 절단, 자르기 또는 제거 ***서비스는 플랜의 본인 지출액 최대 한도에 적용되지 않습니다.**	$0

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	병원 입원 진료 저희는 여기에 나열되지 않은 다음 서비스 및 기타 의학적으로 필요한 서비스에 대해 비용을 지불합니다. • 2인용 병실(또는 의학적으로 필요한 경우 1인용 병실) • 특별 식이를 포함한 식사 • 정기적인 간호 서비스 • 중환자실 또는 관상동맥질환 특별 치료실과 같은 특별 치료실 비용 • 약품 및 약물 치료 • 실험실 검사 • 엑스레이 및 다른 방사선 서비스 • 필요한 외과 및 의료 용품 • 휠체어와 같은 기구 • 수술실 및 회복실 서비스 • 물리치료, 작업치료 및 언어치료 • 입원 약물 남용 서비스 • 일부의 경우 다음 유형의 이식: 각막, 신장, 신장/췌장, 심장, 간, 폐. 심장/폐, 골수, 줄기세포 및 장/다장기 **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다**	$0 응급상황이 안정된 이후 네트워크에 속하지 않은 병원에서 입원 치료를 받으려면 저희 플랜에서 승인을 받아야 합니다.

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	병원 입원 진료(계속) 귀하에게 이식이 필요한 경우 Medicare 승인 이식 센터는 귀하의 사례를 검토하고 귀하가 이식 후보자인지를 결정할 것입니다. 이식 의료제공자는 서비스 지역의 현지 또는 서비스 지역 외 의료제공자일 수 있습니다. 지역 이식 의료제공자가 Medicare 요율을 수용하고자 하는 경우 귀하는 이식 서비스를 지역에서 또는 귀하의 지역사회의 치료 패턴을 벗어난 곳에서 받을 수 있습니다. 저희 플랜이 저희 지역사회의 치료 패턴을 벗어나 이식 서비스를 제공하고 귀하가 그곳에서 이식을 받기로 선택한 경우, 저희는 귀하와 다른 한 사람의 숙박비와 교통비를 마련하거나 지불합니다. • 보관 및 수혈을 포함한 혈액 • 의사 서비스 **주:** 입원을 하기 위해서 귀하의 의료제공자는 병원의 입원자로서 귀하를 정식으로 입원시키도록 지시서를 작성해야 합니다. 귀하가 병원에서 숙박을 하더라도 귀하는 여전히 "외래환자"로 간주될 수 있습니다. 귀하가 입원환자인지 외래환자인지 확실하지 않은 경우 병원 직원에게 문의하십시오. Medicare 팩트 시트 *Medicare 병원 혜택*에서 자세한 정보를 확인하십시오. 이 팩트 시트는 Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf 또는 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화해 이용하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오. ***사전 승인이 필요할 수 있으며 이는 귀하의 의료제공자의 책임입니다.***	
	복부 대동맥류 검사 저희는 위험군인 사람들에 대해 초음파 검사 1회 비용을 지불합니다. 저희 플랜은 귀하에게 특정 위험 요소가 있는 경우 및 귀하가 담당 의사, 의사 보조사, 임상 간호사 또는 임상 전문 간호사로부터 진료의뢰를 받는 경우에만 이 검사에 보험을 적용합니다.	$0

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	부분 입원 서비스 및 집중 외래 서비스 부분 입원은 적극적인 정신질환 치료를 위해 고안된 프로그램입니다. 병원 외래 서비스로 제공되거나 의사, 치료사, 면허가 있는 결혼 및 가족 치료사(LMFT) 또는 면허가 있는 전문 상담사 진료실에서 받는 치료보다 더 집중적인 커뮤니티 정신건강센터에서 제공됩니다. 이는 귀하가 병원에 입원하지 않도록 하는데 도움이 될 수 있습니다. 집중 외래환자 서비스는 병원 외래 서비스, 커뮤니티 정신건강센터, 연방공인건강센터 또는 농촌 건강 진료소에서 제공되는 체계적인 적극적 행동 (정신) 건강 치료 프로그램으로, 귀하의 담당 의사 및 치료사의 LMFT 또는 면허 있는 전문 상담사 사무실에서 받는 진료보다 집중적이지만 부분 입원보다는 덜 집중적입니다. **주:** 저희 네트워크에는 커뮤니티 정신건강센터가 없기 때문에 부분 입원에 대해서는 병원 외래 서비스로만 보험적용을 합니다. ***사전 승인이 필요할 수 있으며 이는 귀하의 의료제공자의 책임입니다.***	$0
🍎	**비만 검사 및 체중 감량을 위한 치료 요법** 귀하의 체질량 지수가 30 이상인 경우 저희는 귀하의 체중 감량을 돕기 위한 상담에 대한 비용을 지불합니다. 귀하는 반드시 1차 치료 환경에서 상담을 받아야 합니다. 이 방식으로 귀하의 전체 예방 계획이 관리될 수 있습니다. 더 자세히 알아보시려면 귀하의 주치의(PCP 의사)와 상담하십시오.	$0

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
🍎	**성병(STI) 검사 및 상담** 저희는 클라미디아, 임질, 매독 및 B형 간염 선별검사에 대한 비용을 지불합니다. 이 검사들은 임신한 여성 및 성병 감염 고위험군인 일부 사람들에 대해 보험적용이 됩니다. 주치의(PCP 의사)가 검사를 반드시 지시해야 합니다. 저희는 매 12개월마다 1회 또는 임신기간 중 특정 시기에 이들 검사에 보험적용을 합니다. 저희는 또한 매년 STI 고위험군인 성생활을 하는 성인에 대해 일대일 집중 행동 상담 세션을 최대 2회까지 비용을 지불합니다. 각 세션의 길이는 20~30분입니다. 저희는 상담을 주치의(PCP 의사)가 제공한 경우에만 예방 서비스로서 상담 세션에 비용을 지불합니다. 세션은 의사 진료소와 같은 1차 진료 환경에서 시행되어야 합니다.	$0

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	신장 질환 서비스 및 용품 저희는 다음 서비스에 대한 비용을 지불합니다. ● 신장 관리를 교육하고 귀하가 자신의 치료에 대해 바른 결정을 하도록 도와주는 신장 질환 교육 서비스. 귀하는 반드시 만성 신장 질환 4기이어야 하며 귀하의 담당의사가 귀하를 진료의뢰를 해야 합니다. 저희는 신장 질환 교육 서비스 세션을 최대 6회 보험적용을 합니다. ● *가입자 안내서* **3장**에 설명된 대로 일시적으로 서비스 지역을 벗어난 경우 또는 이 서비스를 받기 위한 의료제공자를 일시적으로 이용할 수 없거나 접근할 수 없는 경우의 투석 치료를 포함한 외래환자 투석 치료 ● 입원 투석 치료(귀하가 특별 진료를 위한 병원에 입원환자로 입원한 경우) ● 귀하 및 귀하의 가정 투석 치료를 돕는 모든 사람에 대한 훈련을 포함한 자가 투석 훈련 ● 가정 투석 장비 및 용품 ● 훈련 받은 투석 담당자가 귀하의 가정 투석 확인, 응급상황 시 도움 및 귀하의 투석 장비 및 물 공급 확인을 위해 필요한 방문과 같은 특정 가정 지원 서비스 Medicare 파트 B는 투석을 위한 일부 약품에 대한 비용을 지불합니다. 자세한 내용은 이 차트의 'Medicare 파트 B 약품'을 참조하십시오. ***사전 승인이 필요할 수 있으며 이는 귀하의 의료제공자의 책임입니다.***	$0
	심장 재활 서비스 저희는 운동, 교육 및 상담과 같은 시장 재활 서비스에 대해 비용을 지불합니다. 가입자들은 의사의 진료의뢰와 함께 특정 조건을 충족해야 합니다. 저희는 또한 심장 재활 프로그램보다 더 집중적인 집중 심장 재활 프로그램에 보험적용을 합니다. ***사전 승인이 필요할 수 있으며 이는 귀하의 의료제공자의 책임입니다.***	$0

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	심혈관(심장) 질환 선별검사 저희는 매 5년(60개월)마다 심혈관 질병 검사를 위한 혈액 검사 1회에 대해 비용을 지불합니다. 이들 혈액 검사는 심장 질환 고위험으로 인한 결함을 확인합니다.	$0
	심혈관(심장) 질환 위험 감소 방문(심장병에 대한 치료요법) 저희는 귀하의 심장 질환 위험 감소를 돕기 위한 귀하의 주치의(PCP 의사) 방문에 대해 1년마다 1회에 대해 또는 의학적으로 필요한 경우 더 많은 횟수에 대해 비용을 지불합니다. 이 방문 동안 귀하의 의사는 다음을 할 수 있습니다. • 아스피린 사용에 대한 상담 • 귀하의 혈압 검사 • 건강한 식생활을 하도록 하기 위한 팁 제공	$0

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	안과 진료, Medicare 보험 비적용(네트워크 의료제공자 이용)* 보험적용이 되는 서비스에는 다음이 포함됩니다. • 굴절검사와 안경렌즈 처방을 포함한 정기적인 시력검사. 의료제공자가 추가 절차를 권장하는 경우, 추가 비용을 지불할 책임은 귀하에게 있습니다. 콘택트렌즈 검사에는 추가 비용이 필요합니다. 추가 비용을 지불할 책임은 귀하에게 있습니다. • 안경테 • 안경 렌즈 또는 콘택트 렌즈. 안경 렌즈를 선택하는 경우, 단일 초점, 경계선 있는 이중 초점, 경계선 있는 삼중 초점, 렌티큘러 렌즈를 선택할 수 있습니다. 귀하가 기재되지 않은 다른 렌즈 또는 추가 치료를 선택하는 경우, 총 비용이 허용액 내에 남아 있더라도 추가 비용을 지불할 책임이 있습니다. 사전 승인(사전 허가)가 필요하지 않습니다. 안과 서비스 플랜(Vision Service Plan, VSP)에 참여하는 의료제공자(Blue Shield Vision Plan 관리자)의 위치를 알아보려면 안과 목록을 이용하거나 blueshieldca.com/find-a-doctor를 방문하십시오. *서비스는 플랜의 본인 지출액 최대 한도의 적용을 받지 않습니다.	네트워크 의료제공자를 이용하는 경우 매년 검사 1회에 대해 $0. 네트워크 의료제공자를 이용하는 경우 안경테(정상 소매 가격인 365달러까지)에 대해 $0. 만약 $365를 초과하는 가격의 안경테를 선택하는 경우, 귀하가 차액을 지불하셔야 합니다. 네트워크 의료제공자를 이용하는 경우, 매년 처방 안경 렌즈 1쌍(크기나 도수 무관) 또는 콘택트렌즈(콘택트 렌즈 서비스 및 재료 포함 최대 $365) 중 한 가지에 대해 $0. 서비스, 제품 가격이 $365를 초과하면, 그 차액은 본인이 부담해야 합니다.

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	안과 진료, Medicare 혜택 비적용(네트워크 외 의료제공자 이용)* • 정기적인 안과 검사, 굴절 검사 및 안경 렌즈 처방 • 안경테 및 렌즈(단일 초점, 라인 이중 초점, 라인 삼중 초점, 수정체모양 렌즈) 또는 콘택트렌즈 원하시는 경우, Blue Shield TotalDual Plan 네트워크 의료제공자가 아닌 검안사 또는 안경사에게 진료를 받으실 수 있습니다. 그러나 네트워크 제공자와 네트워크 외 제공자 모두로부터 동일한 서비스를 받으실 수는 없습니다. 네트워크 외 의료제공자를 선택하신 경우, 귀하가 찾고 있는 안과 서비스에 대한 혜택 한도에 이미 도달하지 않았다면 이용하신 서비스에 대해 부분 상환을 받을 수 있습니다. 환급 양식을 요청하고 환급 요청에 대한 자세한 정보는 고객 서비스에 문의하십시오. 사전 승인은 필요하지 않습니다. * 서비스는 플랜의 본인 지출액 최대 한도의 적용을 받지 않습니다.	매년 검사 1회에 최대 $30까지 환급됩니다. 매년 안경테 한 벌에 최대 $35까지 환급됩니다. 매년 처방 안경 렌즈(크기 또는 도수에 관계없음) **또는** 콘택트렌즈 한 쌍에 최대 $35까지 환급됩니다.

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	안과 진료(Medicare 혜택 적용) 저희는 다음 서비스에 대한 비용을 지불합니다. 저희는 눈 질병 및 부상 진단과 치료에 대한 외래 의사 서비스 비용을 지불합니다(예: 연령 관련 황반 변성에 대한 치료). 녹내장 고위험군인 사람의 경우, 저희는 매년 녹내장 검사 1회에 대한 비용을 지불합니다. 녹내장 고위험군인 사람에는 다음이 포함됩니다. • 녹내장 가족력이 있는 사람 • 당뇨병이 있는 사람 • 50세 이상의 아프리카계 미국인 • 65세 이상의 히스패닉계 미국인 당뇨병이 있는 사람들의 경우, 저희는 1년에 1회 당뇨병성 망막병증 검사에 대한 비용을 지불합니다. 저희는 의사가 인공수정체를 삽입하는 각각의 백내장 수술 이후, 안경 또는 콘택트렌즈 1벌에 대한 비용을 지불합니다. (2회의 별도의 백내장 수술을 한 경우, 각 수술 이후 1벌의 안경을 받아야 합니다. 1차 수술 이후에 안경 1벌을 받지 않은 경우라도 2차 수술 이후에 안경 2벌을 받을 수 없습니다. *사전 승인이 필요할 수 있으며 이는 귀하의 의료제공자의 책임입니다.*	$0
	알코올 남용 검사 및 상담 알코올을 남용하지만 알코올에 의존적이지 않은 성인에 대해 알코올 남용 검사(SABIRT) 1회의 비용을 지불합니다. 여기에는 임신한 여성이 포함됩니다. 알코올 남용 검사에서 양성 반응이 나오면 자격을 갖춘 주치의(PCP) 또는 1차 진료 시설의 전문가와 매년 최대 4회의 간단한 대면 상담 세션을 받을 수 있습니다(상담이 가능하고 집중할 수 있는 경우에 한함).	$0

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	연간 웰니스 방문 귀하는 연간 검진을 받을 수 있습니다. 이는 귀하의 현재 위험 요소에 기초해 예방 계획을 수립 또는 업데이트하기 위한 것입니다. 저희는 매 12개월마다 1회 이 서비스에 대해 비용을 지불합니다. **주:** 귀하의 연간 웰니스 방문은 **Welcome to Medicare** 진료 후 12개월 이내에 이루어질 수 없습니다. 그러나 귀하는 파트 B를 12개월 동안 보유한 후에는 연간 웰니스 방문을 받기 위해 **Welcome to Medicare** 진료를 받을 필요가 없습니다.	$0
	연례 신체검사 귀하는 연간 웰니스 방문에 추가적으로 매 12개월마다 정기 신체검사 1회에 혜택을 적용받습니다. 이 방문에는 귀하의 병력 및 가족력에 대한 포괄적 검토, 상세한 전신 평가 및 기타 서비스, 진료의뢰 및 적절한 권장사항이 포함됩니다.	$0

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
🍎	**예방접종** 저희는 다음 서비스에 대한 비용을 지불합니다. • 폐렴 백신 • 독감/인플루엔자 예방접종, 가을 및 겨울 매 독감/인플루엔자 시즌마다 1회, 의학적으로 필요한 경우 추가적인 독감/인플루엔자 예방접종 • 귀하가 B형 간염 고위험군 또는 중간 위험군인 경우 B형 간염 백신 • COVID-19 백신 • 인유두종 바이러스(HPV) 백신 • 귀하가 위험군이고 Medicare 파트 B 보험 적용 규정을 충족하는 경우 다른 백신들 저희는 Medicare 파트 D 보험적용 규정을 충족하는 경우 다른 백신에 대한 비용을 지불합니다. 더 자세한 사항을 알아보시려면 이 *가입자 안내서* **6장**을 참조하십시오. 또한 저희는 예방접종자문위원회(ACIP)에서 권장하는 대로 성인을 위한 모든 백신 비용을 지불합니다.	$0
	오피오이드 치료 프로그램(OTP) 서비스 저희 플랜은 다음과 같은 서비스를 포함하는 OTP를 통해 오피오이드 사용 장애(OUD)를 치료하기 위한 다음과 같은 서비스의 비용을 지불합니다. • 섭취 활동 • 정기 평가 • FDA가 승인한 의약품 및 해당되는 경우 이러한 의약품의 관리 및 제공 • 약물 중독 상담 • 개인 및 그룹 치료 • 신체 내 약품 또는 화학물질 테스트(독성학 검사)	$0

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	완화 치료 완화 치료는 저희 플랜에서 보험적용이 됩니다. 완화 치료는 심각한 질환을 가진 사람들을 위한 것입니다. 완화 치료는 고통을 예측, 예방 및 치료함으로써 삶의 질을 향상하는 환자 및 가족 중심 케어입니다. 완화 치료는 호스피스가 **아니므로** 완화 치료를 받으려면 기대 수명이 6개월 이하여야 할 필요는 없습니다. 완화 치료는 치료/정기 진료와 동시에 제공됩니다. 완화 치료에는 다음이 포함됩니다. ● 사전 치료 계획 ● 완화 치료 평가 및 상담 ● 정신 건강 및 의료 사회복지 서비스 등 모든 승인된 완화 및 치료 진료를 포함한 진료 계획 ● 귀하의 지정된 진료팀으로부터 받는 서비스 ● 진료 조정 ● 통증 및 증상 관리 21세가 넘는 경우, 호스피스 서비스와 완화 치료를 동시에 받을 수 없습니다. 귀하가 완화 치료를 받고 있고 호스피스 서비스를 받을 자격을 충족하는 경우, 귀하는 언제라도 호스피스 서비스로 변경하도록 요청할 수 있습니다.	$0

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	외래 병원 서비스 저희는 질병 또는 부상 진단 또는 치료에 대해 병원 외래과에서 받은 의학적으로 필요한 서비스에 대한 비용을 지불합니다. 예를 들면 다음과 같습니다. ● 외래 수술 또는 관찰 서비스와 같은 응급실 또는 외래 진료소에서 받은 서비스 ○ 관찰 서비스는 귀하가 "입원환자"로 병원에 입원해야 하는지 여부를 담당 의사가 알 수 있도록 도와줍니다. ○ 때로는 밤새도록 병원에 입원하고도 여전히 "외래환자"로 있을 수 있습니다. ○ 입원환자 또는 외래환자에 대한 자세한 정보는 팩트 시트 es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf.에서 확인하실 수 있습니다. ● 병원에서 청구된 실험실 검사 및 진단 검사 ● 정신 건강 진료 없이는 입원 치료가 필요할 것이라고 의사가 인증한 경우, 부분 입원 프로그램 치료를 포함한 정신 건강 진료 ● 병원에서 청구된 엑스레이 및 다른 방사선 서비스 ● 부목 및 깁스와 같은 의료 용품 ● 혜택 차트 전체에 나열된 예방 검사 및 서비스 ● 귀하가 스스로 투약할 수 없는 일부 약품 *사전 승인이 필요할 수 있으며 이는 귀하의 의료제공자의 책임입니다.*	$0

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	외래 수술 저희는 외래 수술 및 병원 외래 시술 및 응급 수술 센터에서 받은 서비스에 대한 비용을 지불합니다. **주:** 병원 시설에서 수술을 받는 경우, 귀하는 귀하가 입원환자인지 외래환자인지 여부에 대해 귀하의 의료제공자에게 확인해야 합니다. 의료제공자가 귀하를 병원에 입원시키기 위한 서면 지시를 작성한 경우가 아닌 한, 귀하는 외래환자입니다. 귀하가 병원에서 숙박을 하더라도 귀하는 여전히 외래환자로 간주될 수 있습니다. *사전 승인이 필요할 수 있으며 이는 귀하의 의료제공자의 책임입니다.*	응급 수술 센터 또는 외래 병원 시설 방문당 $0.
	외래 약물 남용 장애 서비스 저희는 다음 서비스에 대한 비용을 지불합니다. 여기에 기재되지 않은 다른 서비스에 대한 비용을 지불할 수도 있습니다. • 알코올 남용 검사 및 상담 • 약물 남용 치료 • 자격이 있는 임상의에 의한 그룹 또는 개인 카운셀링 • 거주형 중독 프로그램에서 받는 아급성 해독 • 집중 외래 치료 센터에서 받는 알코올 및/또는 약품 서비스 • 서방형 날트렉손(비비트롤) 치료 *사전 승인이 필요할 수 있으며 이는 귀하의 의료제공자의 책임입니다.*	각 개인 또는 그룹 치료 방문당 $0

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	외래 재활 서비스 저희는 물리 치료, 작업 치료 및 언어 치료에 대한 비용을 지불합니다. 귀하는 병원 외래과, 독립 치료사 진료소, 종합 외래 재활 시설(comprehensive outpatient rehabilitation facilities, CORF) 및 다른 시설에서 외래 재활 서비스를 받을 수 있습니다. *사전 승인이 필요할 수 있으며 이는 귀하의 의료제공자의 책임입니다.*	$0

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	외래 정신 건강 진료 저희는 다음에서 제공한 정신 건강 서비스에 대한 비용을 지불합니다. ● 주 면허를 받은 정신과 의사 또는 의사 ● 임상 심리학자 ● 임상 사회복지사 ● 임상 간호 전문가 ● 자격증을 갖춘 전문 상담사(LPC) ● 자격증을 갖춘 결혼 및 가족 치료사(LMFT) ● 간호사(NP) ● 의료 보조자(PA) ● 해당 주 법에 의거해 허용되는 다른 Medicare 자격이 있는 정신 건강 진료 전문가 저희는 다음 서비스에 대한 비용을 지불합니다. 여기에 기재되지 않은 다른 서비스에 대한 비용을 지불할 수도 있습니다. ● 임상 서비스 ● 주간 치료 ● 심리사회적 재활 서비스 ● 부분 입원 또는 집중 외래 프로그램 ● 개인 및 그룹 정신 건강 평가 및 치료 ● 정신 건강 결과 평가를 위해 임상적으로 필요한 경우 심리 테스트 ● 약품 요법 감시 목적을 위한 외래 서비스 ● 외래 임상병리실, 약품, 소모품 및 보충제 ● 정신 상담 *사전 승인이 필요할 수 있으며 이는 귀하의 의료제공자의 책임입니다.*	$0

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	외래 진단 검사 및 치료 서비스 및 용품 저희는 여기에 나열되지 않은 다음 서비스 및 기타 의학적으로 필요한 서비스에 대해 비용을 지불합니다. ● 엑스레이 ● 테크니션 물질 및 용품을 포함한 방사선(라듐 및 동위원소) 치료요법 ● 붕대와 같은 외과적 용품 ● 부목, 깁스 및 골절 및 탈구에 사용된 다른 기구 ● 실험실 검사 ● 보관 및 수혈을 포함한 혈액 ● 담당 의사 또는 기타 의료제공자가 의학적 질환 치료를 지시하는 경우 CT 스캔, MRI, EKG 및 PET 스캔과 같은 비임상병리실 진단 검사 ● 기타 외래 진단 검사 *사전 승인 및 진료의뢰가 필요할 수 있으며 이는 귀하의 의료제공자의 책임입니다.*	$0

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	외래환자 병원 관찰 저희는 귀하가 입원해야 하는지 또는 퇴원할 수 있는지 여부를 판단하기 위한 외래환자 병원 관찰 서비스에 대한 비용을 지불합니다. 해당 서비스는 Medicare 기준을 충족해야 하며 합리적이고 필요한 것으로 간주되어야 합니다. 관찰 서비스는 의사의 지시에 의해서 또는 주 법률 및 병원 직원 내규에 의해 승인된 다른 사람이 환자의 병원 입원 또는 외래환자 검사를 지시해서 제공된 경우에만 보험적용이 적용됩니다. **주:** 의료제공자가 귀하를 병원에 입원시키기 위한 서면 지시를 작성한 경우가 아닌 한, 귀하는 외래환자입니다. 귀하가 병원에서 숙박을 하더라도 귀하는 여전히 외래환자로 간주될 수 있습니다. 귀하가 외래환자인지 확실하지 않은 경우 병원 직원에게 문의하십시오. Medicare 팩트 시트의 *Medicare 병원 혜택*에서 자세한 정보를 확인하십시오. 이 팩트 시트는 Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf에서 이용하실 수 있습니다.	$0
	우울증 검사 저희는 매년 우울증 검사 1회에 대해 비용을 지불합니다. 검사는 후속 치료 및/또는 진료의뢰를 제공할 수 있는 일차 진료 환경에서 수행되어야 합니다.	$0
	유방암 검사(유방조영술) 저희는 다음 서비스에 대한 비용을 지불합니다. • 35~39세의 여성에 대해 1회 기준 유방조영술 • 40세 이상 여성에 대해 12개월마다 1회 검진 유방조영술 • 매 24개월마다 1회 임상 유방 검진	$0

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	응급 치료 응급 치료는 다음과 같은 서비스를 의미합니다. ● 응급 진료를 제공하도록 훈련 받은 의료제공자가 제공, **및** ● 의학적 응급 상황을 평가 또는 치료하기 위해 필요 의학적 응급 상황은 질병, 부상, 심한 통증 또는 빠르게 악화되는 의학적 상태입니다. 상태가 너무 심각해서 즉시 의료적인 처치를 받지 않으면 건강 및 의학에 대한 평균적인 지식이 있는 사람이 다음과 같은 결과를 기대할 수 있는 상황입니다. ● 귀하의 건강 또는 태어나지 않은 태아의 건강에 심각한 위험, **또는** ● 신체 기능에 심각한 피해 ● 신체 기관의 심각한 기능 장애 또는 ● 사지의 상실 또는 사지의 기능 상실. ● 분만 진통 중인 임신 여성 중 다음 경우에 해당하는 경우: o 분만 이전에 다른 병원으로 귀하를 안전하게 이송하기에 충분한 시간이 없는 경우 o 다른 병원으로의 이송이 귀하 또는 태어나지 않은 태아의 건강 또는 안전에 위협이 될 수 있음 전세계 보험적용* 매년 미국 및 미국령 외 지역에서 응급 치료 또는 긴급 치료가 필요한 경우 통합된 연간 한도는 없습니다. ● *미국 및 미국령 외에서 받는 서비스는 플랜의 본인 지출액 최대 한도에 적용되지 않습니다.	$0 네트워크 외 병원에서 응급 치료를 받고 응급 상황이 안정화된 후 입원 치료가 필요한 경우, 진료비 지불을 계속 받으려면 네트워크 병원으로 이동해야 합니다. 저희 플랜에서 입원을 승인한 경우에만 입원 치료를 위해 네트워크 외 병원에 머물 수 있습니다. 전세계 응급혜택에 대해 20% 공동보험료(같은 상태로 인해 하루 이내에 병원에 입원할 경우 공동보험료는 면제됨).

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	의료보장구 및 관련 용품 보철 장치는 신체 부위 또는 기능의 전체 또는 부분을 교체합니다. 여기에는 다음이 포함되나 이에 한정되지 않습니다. ● 의료보장구 사용에 대한 검사, 피팅 또는 훈련 ● 결장조루술용 백 및 결장조루술 치료와 관계된 용품 ● 공급 용품 키트, 주입 펌프, 튜브 및 어댑터, 용액, 자가 주입을 위한 용품을 포함한 장관 및 비경구 영양 공급 ● 심장박동기 ● 교정기 ● 보철 신발 ● 의수 및 의족 ● 가슴 보조기(유방절제술 이후를 위한 외과적 브래지어 포함) ● 질병, 부상 또는 선천적 결함으로 인해 제거되거나 손상된 외부 안면 신체 부위 전체를 대체하는 보형물 ● 실금 크림 및 기저귀 저희는 의료보장구와 관련된 일부 용품에 대한 비용을 지불합니다. 저희는 또한 의료보장구 수리 또는 교체에 대한 비용을 지불합니다. 저희는 백내장 제거 또는 백내장 수술 이후 일부 보장을 제공합니다. 자세한 내용은 이 차트 뒷부분의 "시력 관리"를 참조하십시오. ***사전 승인이 필요할 수 있으며 이는 귀하의 의료제공자의 책임입니다.***	$0

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	의료적 영양요법 이 혜택은 당뇨 또는 투석을 받지 않는 신장 질환 환자를 위한 혜택입니다. 또한 귀하의 담당 의사가 진료의뢰한 경우 신장 이식 이후에도 제공됩니다. 저희는 귀하가 Medicare에 의거해 의료적 영양요법을 받는 첫해 동안 일대일 상담 서비스 3시간에 대한 비용을 지불합니다. 의학적으로 필요한 경우 저희는 추가 서비스를 승인할 수 있습니다. 저희는 그 이후에 매년 일대일 상담 서비스 2시간에 대한 비용을 지불할 것입니다. 귀하의 상태, 치료 또는 진단이 변경된 경우 귀하는 의사의 진료의뢰를 통해 더 많은 시간 동안 치료 받을 수 있습니다. 의사는 이 서비스들을 처방해야 하며 다음 해에 귀하에게 치료가 필요한 경우 매년 진료의뢰를 갱신해야 합니다. 의학적으로 필요한 경우 저희는 추가 서비스를 승인할 수 있습니다.	$0

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	의사 진료소 방문을 포함한 의사/의료제공자 서비스 저희는 다음 서비스에 대한 비용을 지불합니다. ● 다음과 같은 장소에서 제공된 의학적으로 필요한 의료 또는 수술 서비스: ● 의사 진료소 ● 인증된 응급 수술 센터 ● 병원 외래환자과 ● 전문의 상담, 진단 및 치료 ● 귀하에게 치료가 필요한지 여부를 알아보기 위해 귀하의 담당의사가 지시하는 경우, 귀하의 주치의(PCP)에 의한 기본 청력 및 균형 검사 ● 감기 및 독감 증상, 알레르기, 기관지염, 호흡기 감염, 비강 문제, 발진, 눈 감염, 편두통 등의 비응급 질환을 치료하기 위한 의사 서비스를 포함한 특정 원격 진료 서비스 o 귀하는 이러한 서비스를 직접 방문 또는 원격 진료를 통해 받을 수 있는 선택권이 있습니다. 귀하가 이 서비스 중 한 가지를 원격 진료를 통해 받기로 선택한 경우, 귀하는 반드시 원격 진료를 통해 해당 서비스를 제공하고 있는 네트워크 의료제공자를 이용해야 합니다. o 더 많은 정보가 필요하시면 의료 혜택 차트의 '추가 원격 의료 서비스' 섹션을 참조하십시오. ● 병원 기반 또는 긴급 이용 병원 기반 신장 투석 센터, 신장 투석 시설 또는 집에서 이루어지는 가정 투석 가입자들의 매월 말기 신장 질환(ESRD) 관련 방문에 대한 원격 의료 서비스 ● 뇌졸중 증상의 진단, 평가 또는 치료를 위한 원격 의료 서비스 ● 약물 남용 장애 또는 그에 동반되는 정신 건강 장애가 있는 가입자를 위한 원격 의료 서비스 **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다**	$0

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	의사 진료소 방문을 포함한 의사/의료제공자 서비스(계속) • 다음과 같은 경우 정신 건강 장애의 진단, 평가, 치료를 위한 원격 의료 서비스: o 첫 번째 원격 의료 방문 전 6개월 이내에 직접 방문하는 경우 o 이러한 원격 의료 서비스를 받는 동안 12개월마다 직접 방문하는 경우 o 특정 상황에서는 위의 사항에 예외가 적용될 수 있습니다 • 농촌 건강 진료소 및 연방공인건강센터에서 제공하는 정신 건강 방문을 위한 원격 건강 서비스 • **다음에 해당되는 경우**, 귀하의 의사와의 가상 방문(예: 전화 또는 영상 채팅) 5-10분: o 귀하가 새로운 환자가 아님, **그리고** o 방문이 지난 7일간의 진료실 방문과 관련되지 않음, **그리고** o 방문이 24시간 이내 진료실 방문 또는 최대한 빠른 진료 예약으로 이어지지 않음 • **다음에 해당되는 경우**, 귀하가 의사에게 보낸 영상 및/또는 사진의 평가, 해석 및 24시간 이내 귀하의 의사의 후속 진료: o 귀하가 새로운 환자가 아님, 그리고 o 평가가 지난 7일간의 진료실 방문과 관련되지 않음, **그리고** o 평가가 24시간 이내의 진료실 방문 또는 최대한 빠른 진료 예약으로 이어지지 않음 • 귀하가 새로운 환자가 아닌 경우 귀하의 의사가 다른 의사들과 전화, 인터넷 또는 전자 건강 기록을 통해 수행하는 상담 • 수술 이전에 다른 네트워크 의료제공자에 의한 2차 소견 **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다**	

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	의사 진료소 방문을 포함한 의사/의료제공자 서비스(계속) • 비정기 치과 치료. 보험적용이 되는 서비스는 다음에 한정됩니다. o 턱 또는 관련 구조에 대한 수술 o 턱 또는 얼굴 뼈 골절 치료 o 종양 암 방사선 치료 이전에 발치 o 의사가 제공한 경우 보험적용이 되는 서비스 *사전 승인이 필요할 수 있으며 이는 귀하의 의료제공자의 책임입니다.*	
	일반의약품(OTC) 물품* 귀하는 OTC 물품 카탈로그에 있는 OTC 약품과 용품에 대해 분기당 $120의 허용액을 받을 자격이 있습니다. 아스피린, 비타민, 감기 및 기침약 및 붕대와 같은 물품들은 이 혜택에 의거해 보험이 적용됩니다. 미용 용품 및 식품 보조제와 같은 물품들은 이 혜택에 의거해 혜택이 적용되지 않습니다. OTC 약품 카탈로그 및 주문 절차는 blueshieldca.com/medicareOTC에서 온라인으로 보실 수 있습니다. 월요일부터 금요일, 오전 9시~오후 8시(태평양 표준시)에 (888) 628-2770 (TTY: 711)번으로 전화하시거나 온라인(blueshieldca.com/medicareOTC)에서 물품을 주문하실 수 있습니다. 주문한 물품은 추가 비용 없이 귀하에게 배송됩니다. 배송은 업무일 기준 약 7일이 소요됩니다. 이 혜택은 매달 1일부터 효력이 발생합니다. 분기당 2회의 주문을 할 수 있으며, 사용하지 않은 허용액은 다음 분기로 이월할 수 없습니다. 일부 제한 사항이 적용됩니다. 자세한 내용은 OTC 물품 카탈로그를 참조하십시오. *서비스는 플랜의 본인 지출액 최대 한도에 적용되지 않습니다	$0

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	입원: 보험이 적용되지 않는 입원 기간 동안 병원 또는 전문 간호 시설(SNF)에서 받는 보험적용이 되는 서비스 귀하가 모든 입원환자 혜택을 이용했거나 입원이 합리적이지 않고 의학적으로 필요하지 않은 경우, 저희는 귀하의 입원 비용을 지불하지 않습니다. 그러나 입원환자 진료에 보험적용이 되지 않는 특정 상황에서는 귀하가 병원이나 간호 시설에 있는 동안 받는 서비스에 대해 저희가 비용을 지불할 수도 있습니다. 더 알아보시려면 고객 서비스에 연락하십시오. 저희는 다음 서비스에 대한 비용을 지불합니다. 여기에 기재되지 않은 다른 서비스에 대한 비용을 지불할 수도 있습니다. • 의사 서비스 • 실험실 검사와 같은 진단 검사 • 테크니션 물질 및 서비스를 포함한 엑스레이, 라듐 및 동위원소 요법 • 외과적 드레싱 • 부목, 깁스 및 골절 및 탈구에 사용된 다른 기구 • 치과를 제외한 의료보장구 및 이러한 기구들의 교체 또는 수리 포함. 이는 다음의 전부 또는 일부를 대체하는 장치입니다. o 내부 신체 기관(인접 조직 포함) **또는** o 작동하지 않거나 기능 부전인 내부 신체 기관의 기능 • 다리, 팔, 등 및 목 교정기, 탈장대 및 의족, 의수 및 의안. 여기에는 파손, 마모, 손실 또는 귀하의 상태 변화로 인해 필요한 조정, 수리 및 교체가 포함됩니다. • 물리 치료, 언어 치료 및 작업 치료 *사전 승인이 필요할 수 있으며 이는 귀하의 의료제공자의 책임입니다.*	$0

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
🍎	**자궁경부 및 질암 검사** 저희는 다음 서비스에 대한 비용을 지불합니다. • 모든 여성: 매 24개월마다 자궁경부암 검사 및 골반 검사 1회 • 자궁경부암 또는 질암 고위험군인 여성: 매 12개월마다 자궁경부암 검사 1회 • 지난 3년 이내에 비정상 자궁경부암 검사 결과가 나오고 가임 연령인 여성: 매 12개월마다 자궁경부암 검사 1회 **30~65세 여성:** 인유두종 바이러스**(HPV)** 검사 또는 **5**년마다 **Pap** 검사와 **HPV** 검사 병행	$0
	재택 주입 요법 저희 플랜은 정맥으로 투여되거나 피부 아래에 도포되며 집에서 제공되는 약물 또는 생물학적 물질로 정의되는 재택 주입 요법에 대해 비용을 지불합니다. 재택 주입을 수행하려면 다음이 필요합니다. • 항바이러스제나 면역 글로불린과 같은 약물이나 생물학적 물질, • 펌프와 같은 장비, **및** • 튜브나 카테터와 같은 용품. 저희 플랜은 다음을 포함하되 이에 한정되지 않는 주사 치료 가정 방문 서비스에 보험적용을 합니다. • 귀하의 진료 계획에 따라 제공되는 전문 서비스(간호 서비스 포함), • 아직 내구성 의료 장비 혜택에 포함되지 않은 가입자 훈련 및 교육, • 원격 모니터링, **및** • 재택 주입 요법 제공을 위한 모니터링 서비스 및 자격이 있는 재택 수액요법 공급자에 의해 제공된 재택 수액요법 약품 *사전 승인이 필요할 수 있으며 이는 귀하의 의료제공자의 책임입니다.*	보험적용이 되는 각 재택 수액 요법 방문에 대해 코페이먼트 $0

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
🍎	**저선량 컴퓨터 단층촬영(low dose computed tomography, LDCT) 폐암 검사** 저희 플랜은 귀하가 다음에 모두 해당하는 경우 12개월마다 폐암 검진 비용을 지불합니다. • 50~77세 • 귀하의 담당 의사 또는 기타 유자격 의료제공자와 상담 및 공동 의사결정 방문의 시간을 가짐 • 폐암의 징후나 증상 없이 20년 동안 하루에 1갑 이상 담배를 피웠거나 현재 담배를 피우고 있거나 지난 15년 이내에 담배를 끊음 첫 번째 선별검사 후, 저희 플랜은 담당 의사나 기타 유자격 의료제공자의 서면 지시에 따라 매년 추가 검사 비용을 지불합니다. 의료제공자가 폐암 검진 상담 및 폐암 검사를 위한 공동 의사결정 방문을 제공하기로 선택한 경우, 이러한 방문에 대한 Medicare 기준을 반드시 충족해야 합니다.	$0
🍎	**전립선암 검사** 50세 이상 남성의 경우 저희는 매 12개월마다 다음의 서비스 1회에 대한 비용을 지불합니다. • 직장수지검사 • 전립선특이항원(PSA) 검사	$0

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	전문 간호시설(SNF) 진료 전문 간호 시설 진료의 정의를 알아보시려면 **12장**을 참조하십시오. 저희는 다음 서비스에 대한 비용을 지불합니다. 여기에 기재되지 않은 다른 서비스에 대한 비용을 지불할 수도 있습니다. • 2인용 병실 또는 의학적으로 필요한 경우 1인용 병실 • 특별 식이를 포함한 식사 • 전문 간호 서비스 • 물리 치료, 작업 치료 및 언어 치료 • 혈액 응고 인자와 같이 신체에 자연적으로 존재하는 물질을 포함해 귀하의 치료 계획의 일환으로 귀하가 받은 약품 **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다**	$0

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	전문 간호 시설(SNF) 진료 (계속) ● 보관 및 수혈을 포함한 혈액 ● SNF에서 제공하는 의료 및 외과 용품 ● SNF에서 제공된 실험실 검사 ● 간호 시설에서 제공되는 엑스레이 및 다른 방사선 서비스 ● 간호 시설에서 제공되는 휠체어와 같은 기구 ● 의사/의료제공자 서비스 귀하는 보통 네트워크 시설에서 SNF 진료를 받습니다. 특정 조건 하에서 귀하는 저희 네트워크에 속하지 않은 시설에서 치료를 받을 수 있습니다. 귀하는 다음의 장소에서 저희 플랜의 지불 금액을 수용하는 경우 다음 장소에서 치료를 받을 수 있습니다. ● 귀하가 병원에 가기 전에 거주했던 간호 시설 또는 간호 시설 진료를 제공하는 지속 진료 은퇴자 커뮤니티 ● 귀하가 병원에서 퇴원할 때 귀하의 배우자나 동거 파트너가 지내고 있는 간호 시설 *사전 승인이 필요할 수 있으며 이는 귀하의 의료제공자의 책임입니다.*	

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	정신병원 입원환자 서비스 저희는 병원 입원이 필요한 정신 건강 진료 서비스에 대한 비용을 지불합니다. • 귀하에게 독립 정신 병원에서 입원 서비스가 필요한 경우 저희는 최초 190일에 대한 비용을 지불합니다. 그 이후 지역 카운티 정신 건강 기관에서 의학적으로 필요한 입원환자 정신과 서비스에 대해 비용을 지불합니다. 190일을 초과하는 치료에 대한 승인은 지역 카운티 정신 건강 기관에서 조정됩니다. ○ 190일 한도는 종합병원 정신과에서 제공하는 입원환자 정신 건강 서비스에 **적용되지 않습니다**. • 귀하가 65세 이상인 경우, 저희는 정신 질환 기관(Institute for Mental Diseases, IMD)에서 받은 서비스에 대한 비용을 지불합니다. *사전 승인이 필요할 수 있으며 이는 귀하의 의료제공자의 책임입니다.*	$0

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	척추지압 서비스 (Medicare 보험 적용) 저희는 다음 서비스에 대한 비용을 지불합니다. • 척추를 올바른 정렬로 조정 **척추지압 서비스 (Medicare 보험 적용 안 됨)*** 보험적용이 되는 서비스에는 다음이 포함됩니다. • 최초 및 후속 검사 • 척추지압 조정 • 부속 치료 • 엑스레이 (척추지압만 해당) Medicare 보험 비적용 서비스는 American Specialty Health Plans of California, Inc.(ASH Plans) 참여 의료제공자를 통해 제공됩니다. 보험적용이 되는 서비스는 ASH Plans에서 의학적으로 필요한 경우로 판단되어야 합니다. 더 많은 정보가 필요하거나 ASH Plans 참여 의료제공자를 찾으려면 ASH Plans에 (800) 678-9133 (TTY: 711)번으로 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일 오전 5시~오후 8시(태평양 표준시), 10월 1일부터 3월 31일까지는 일요일~토요일 오전 8시~오후 8시(태평양 표준시)에 전화하십시오. 또한 Blue Shield TotalDual Plan 고객 서비스로 전화하거나 blueshieldca.com/find-a-doctor를 방문하여 ASH Plans 참여 의료제공자를 찾으실 수도 있습니다. ***서비스는 플랜의 본인 지출액 최대 한도에 적용되지 않습니다.**	$0 $0(Medicare에서 보험적용이 되지 않는 서비스의 경우 혜택은 연간 최대 12회 방문으로 제한)
	천식 예방 서비스 천식이 잘 조절되지 않는 사람들의 가정에서 흔히 발견되는 유발 인자에 대한 천식 교육과 가정 환경 평가를 받을 수 있습니다.	$0

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	청각 서비스 저희는 귀하의 의료제공자가 시행한 청력 및 균형 검사에 대한 비용을 지불합니다. 이 검사들은 귀하에게 의학적 치료가 필요한지 여부를 알려드립니다. 이 검사들은 귀하가 이를 의사, 청각 전문의 또는 자격이 있는 다른 의료제공자에게 받는 경우 외래 진료로서 보험적용이 됩니다. • 귀하에게 의학적 치료가 필요한지 여부를 판단하기 위해 귀하의 PCP가 실행한 진단 청각 및 균형 평가는 의사, 청력학자 또는 자격이 있는 기타 의료제공자가 제공하는 경우 외래 진료로 혜택이 적용됩니다. • Medicare 및 Medi-Cal에서 보장하는 것 외에 추가로 받는 청각 서비스(Medicared 적용 제외)* 연간 허용액은 $1,500로 용도는 다음과 같습니다. o 정기(Medicare 보험 비적용) 청력 검사 1회 o 최대 2개의 보청기 및 2개의 보청기 피팅 및 평가(양쪽 귀 모두를 합쳐서 적용). o 귀하가 선택한 보청기 의료제공자를 방문하여 이러한 서비스를 받으실 수 있습니다. o 이 허용액은 다음 해로 이월될 수 없습니다. Medicare가 보험적용하지 않는 청각 서비스 허용액과 식품 및 농산물에 대한 허용액은 합산될 수 없습니다. 각 혜택에는 별도의 허용액이 있습니다. 귀하는 귀하의 개인 혜택 카드와 함께 혜택 관리자로부터 서신을 받게 될 것입니다. 이 서신은 귀하의 카드에 허용액 금액이 충전되었다는 것을 알려드릴 것입니다. 또한 전화, 웹사이트 또는 모바일 앱을 통해 혜택에 대한 추가 세부사항을 이용하는 방법에 대한 정보를 제공할 것입니다. Health Benefits+는 보험적용이 되는 물품 및 서비스에 대한 비용 지불을 돕기 위해 귀하의 혜택 허용액을 카드에 미리 충전해 주는 지출 카드입니다. **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다**	$0

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	청각 서비스 (계속) 이 혜택에 대해 질문이 있는 경우 혜택 관리자에게 (855) 572-6341 (TTY: 711)번으로 10월 1일부터 3월 31일까지는 일요일부터 토요일, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 8시 사이에 전화하십시오. 더 자세한 정보를 알아보시려면 HealthBenefitsPlus.com/BlueShieldCA를 온라인으로 방문하실 수도 있습니다. *서비스는 플랜의 본인 지출액 최대 한도에 적용되지 않습니다. 이 섹션에서 설명된 Medicare 혜택 비적용 청각 서비스 외에 추가로, 저희는 또한 다음을 포함해 의사 또는 기타 유자격 의료제공자가 처방한 경우 보청기에 대한 비용을 지불합니다. ● 몰드, 용품 및 삽입물 ● 수리 ● 최초 배터리 세트 ● 귀하가 보청기를 받은 후 동일한 업체에 훈련, 조정 및 맞춤 방문 6회 ● 보청기 시험 기간 임대 ● 보조 청취 장치, 표면 착용형 골전도 청력 장치 ● 보청기 관련 청각 및 사후 평가 서비스	

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	추가 원격 의료 서비스* Teladoc Health는 1년 365일, 주 7일, 하루 24시간 전화나 영상을 통해 의사와의 상담을 제공합니다. Teladoc Health Physicians는 기본적인 의학적 상태를 진단하고 치료할 수 있으며, 특정 약품을 처방할 수도 있습니다. Teladoc Health는 귀하의 주치의로부터의 치료를 대체하는 목적이 아닌 부가 서비스입니다. 방문을 요청하기 위해서는 blueshieldca.com/teladochealth 또는 Blue Shield of California 앱에 로그인하십시오. 질문이 있는 경우, 1년 365일, 주 7일, 하루 24시간 언제든지 1-800-Teladoc(1-800-835-2362) (TTY: 711) 번으로 Teladoc Health에 연락하실 수 있습니다. *서비스는 플랜의 본인 지출액 최대 한도에 적용되지 않습니다.	$0

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	치과 서비스 저희는 클리닝, 치아 충전, 의치를 포함하되 이에 국한되지 않는 특정 치과 서비스 비용을 지불합니다. 저희가 보험적용을 하지 않는 서비스는 아래 **섹션 G2**에 설명된 Medi-Cal Dental을 통해 이용 가능합니다. 저희는 서비스가 개인의 주요 질환에 대한 특정 치료의 필수적인 부분인 경우 일부 치과 서비스 비용을 지불합니다. 예로는 골절 또는 부상 후 턱 재건, 턱 관련 암에 대한 방사선 치료를 준비하기 위해 수행한 치아 추출, 장기 이식 전 구강 검사 등이 있습니다. 또한 저희는 일부 종합적인 치과 서비스에 보험을 적용합니다*. 치과 혜택 시술 차트(혜택 차트 다음 이 장에 위치)는 이 혜택에 의해 보험적용이 되는 특정 치과 시술들을 보여줍니다. 여기에 기재된 시술들은 네트워크 내 면허가 있는 치과의사에 의해 제공되고, 일반적으로 용인되는 치과 시술 기준에 따라 필요하고 통상적이라고 판단될 경우 혜택이 적용됩니다. 보험적용이 되는 서비스를 이용하는 방법에 대한 정보는 치과 혜택 시술 차트 다음에 나와 있습니다. **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다**	Medicare 보험이 적용되는 치과 서비스 $0

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	치과 서비스 (계속) 보험적용이 되는 서비스가 모두 모든 사람에게 적합한 것은 아닙니다. 귀하에게 적합한 진료를 결정하려면 귀하의 네트워크 치과의사에게 의존해야 합니다. 특정 치과 서비스에는 혜택 제한, 사전 승인 및/또는 진료의뢰가 적용될 수 있습니다. * 서비스는 플랜의 본인 지출액 최대 한도의 적용을 받지 않습니다. 특정 치과 서비스는 Medi-Cal Dental를 통해 이용 가능합니다. 자세한 정보는 SmileCalifornia.org 웹사이트에 있습니다. Medi-Cal Dental에는 다음과 같은 서비스가 포함되나 이에 한정되지 않습니다. • 초기 검사, 엑스레이, 클리닝 및 불소 치료 • 수복 및 크라운 • 치근관 치료 • 부분 및 전체 틀니, 조정, 수리 및 리라인 Medi-Cal Dental에서 이용할 수 있는 치과 혜택에 대해 더 많은 정보가 필요하거나 Medi-Cal을 수락하는 치과의사를 찾는 데 도움이 필요하시면 1-800-322-6384 (TTY 이용자는 1-800-735-2922)번으로 고객 서비스 전화에 문의하십시오. 이 전화는 무료입니다. Medi-Cal 치과 서비스 프로그램 담당자는 월요일-금요일, 오전 8시부터 오후 5시 사이에 이용하실 수 있습니다. 또한 저희 웹사이트 smilecalifornia.org/를 방문해 자세한 정보를 얻으실 수도 있습니다.	

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	침술 저희는 한 달에 최대 2회의 외래 침술 서비스 비용을 지불하거나 의학적으로 필요한 경우 더 자주 비용을 지불합니다. 또한 다음과 같이 정의된 만성 요통이 있는 경우 저희는 90일 동안 최대 12회 침술 방문 비용을 지불합니다. • 12주 이상 지속됨 • 특이성이 아님(전이성, 염증성 또는 감염성 질환과 관련되지 않는 등 확인될 수 있는 전신적 원인이 없음) • 수술과 관련되지 않음 **및** • 임신과 관련되지 않음 더불어, 귀하가 호전을 보일 경우 만성 요통에 대한 침술 8회 추가 비용을 지불합니다. 만성 요통에 대해 1년에 20회 이상의 침술 치료를 받을 수 없습니다. 호전되지 않거나 악화되는 경우에는 침술 치료를 중단해야 합니다. 의료제공자 요구 사항: 사회보장법(법) 1861조(r)(1)에 정의된 의사는 해당 주 요건에 따라 침술을 제공할 수 있습니다. 법 1861조(aa)(5)에 정의된 의사 보조사(PA), 전문간호사(NP)/임상간호전문가(CNS) 및 보조 인력은 해당 주 요건을 모두 충족하고 다음을 갖춘 경우 침술을 제공할 수 있습니다. • ACAOM (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine)에서 인증한 학교에서 취득한 침술 또는 동양의학 석사 또는 박사 학위, • 미국 또는 컬럼비아 특별구의 주, 준주 또는 연방(예: 푸에르토리코)에서 침술을 실시할 수 있는 현재, 완전하고, 유효하며, 제한 없는 면허. **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다**	$0

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	침술 (계속) 보조 인력이 제공하는 침술은 42 CFR §§410.26 및 410.27에서 저희 규정에서 요구하는 의사, PA 또는 NP/CNS의 적절한 수준의 감독을 받아야 합니다. 보험적용이 되는 서비스는 American Specialty Health Plans of California, Inc.(ASH Plans) 참여 의료제공자를 통해 제공됩니다. 더 많은 정보가 필요하거나 ASH Plans 참여 의료제공자를 찾으려면 ASH Plans에 (800) 678-9133 (TTY: 711)번으로 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일 오전 5시~오후 8시(태평양 표준시), 10월 1일부터 3월 31일까지는 일요일~토요일 오전 8시~오후 8시(태평양 표준시)에 전화하십시오. 또한 Blue Shield TotalDual Plan 고객 서비스로 전화하거나 **blueshieldca.com/find-a-doctor**를 방문하여 ASH Plans 참여 의료제공자를 찾으실 수도 있습니다.	
	커뮤니티 기반 성인 서비스(CBAS) CBAS는 일정에 따라 사람들이 일정에 따라 참가하는 외래 시설 기반 서비스 프로그램입니다. 프로그램은 전문 간호 서비스, 복지 서비스, 치료 요법(작업, 물리 및 언어치료 포함), 가족/간병인 훈련 및 지원, 영양 서비스, 운송 및 기타 서비스를 제공합니다. 저희는 귀하가 자격 기준을 충족하는 경우 CBAS에 대한 비용을 지불합니다. **주: CBAS 시설을 이용할 수 없는 경우에 저희는 이 서비스들을 개별적으로 제공할 수 있습니다.**	$0

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	특정 만성 질환에 대한 도움 식품 및 농산물* 이 플랜에는 특정 만성 질환(들)이 있는 가입자들을 위한 식품 및 농산물 혜택이 포함됩니다. 그것은: • 건강하고 영양가 있는 식품 및 농산물 구매를 위한 $60의 월간 허용액입니다. 승인된 지역 소매점에서 승인된 물품을 구입하여 가입자의 영양 필요 사항을 충족하는 건강한 식단 유지를 도울 수 있습니다. • 이 허용액은 월에서 월로 이월될 수 없습니다. 이 혜택을 받을 자격이 되려면(모든 가입자가 자격이 있는 것은 아님) 귀하는 다음 만성 질환 중 적어도 하나를 가지고 있어야 합니다. • 만성 알코올 사용 장애 및 기타 약물 사용 장애(SUD) • 자가면역 장애: o 결절성 다발성 동맥염 o 류마티스성 다발성 근육통 o 다발성 근염 o 피부근염 o 류머티스성 관절염 o 전신 홍반성 루푸스 o 건선성 관절염 o 경피증 • 암 **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다**	$0

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	특정 만성 질환에 대한 도움 (계속) • 심혈관 장애: o 심장 부정맥 o 관상동맥질환 o 말초혈관질환 o 판막심장질환 • 만성 심부전 • 치매 • 당뇨병 • 과체중, 비만 및 대사 증후군 • 만성 위장 질환: o 만성 간 질환 o 비알코올 지방간 질환(NAFLD) o B형 간염 o C형 간염 o 췌장염 o 과민상 대장 증후군 o 염증성 장 질환 • 만성 신장 질환(CKD): o 투석/말기 신장 질환(ESRD)이 필요한 CKD o 투석이 필요하지 않은 CKD • 중증 혈액 장애: o 재생불량성 빈혈 o 혈우병 o 면역성 혈소판 감소성 자반증 o 골수형성이상증후군 **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다**	

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	특정 만성 질환에 대한 도움 (계속) ○ 겸상적혈구 질환(겸상적혈구 특성 제외) ○ 만성 정맥 혈전색전성 장애 • HIV/AIDS • 만성 폐 질환: ○ 천식, 만성 기관지염 ○ 낭포성 섬유증 ○ 폐기종 ○ 폐섬유증 ○ 폐 고혈압 ○ 만성 폐쇄성 폐질환(COPD) • 만성 및 장애 유발 정신 건강 질환: ○ 양극성 장애 ○ 주우울장애 ○ 편집증 장애 ○ 정신분열증 ○ 정신분열정동형장애 ○ 외상 후 스트레스 장애(PTSD) ○ 식사 장애 ○ 불안장애 • 신경 장애: ○ 근위축성 측삭경화증(ALS) ○ 간질 ○ 광범위한 마비(즉, 편마비, 사지마비, 하반신 마비, 단마비) ○ 헌팅턴병 **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다**	

보험적용이 되는 서비스	귀하가 지불하는 금액
특정 만성 질환에 대한 도움 (계속) ○ 다발성 경화증 ○ 파킨슨병 ○ 다발성 신경병증 ○ 섬유근육통 ○ 만성 피로 증후군 ○ 척추 손상 ○ 척추관 협착증 ○ 뇌졸중 관련 신경학적 결손 • 뇌졸중 • 장기 이식 후 진료 • 면역 결핍 및 면역 억제제 장애 • 인지 장애와 관련된 질환: ○ 알츠하이머병 ○ 지적 장애 및 발달 장애 ○ 외상성 뇌 손상 ○ 인지 장애와 관련된 장애 유발성 정신 질환 ○ 경미한 인지 장애 • 기능적 문제와 관련되며 다음을 포함한 유사한 서비스가 필요한 질환: ○ 척추 손상 ○ 마비 ○ 사지 상실 ○ 뇌졸중 ○ 관절염 • 시각, 청각(난청), 맛, 촉각 및 후각을 손상시키는 만성 질환 **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다**	

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	특정 만성 질환에 대한 도움 (계속) • 개인이 기능을 유지 또는 회복하기 위해 지속적인 치료 서비스가 필요한 질환 이 플랜은 귀하가 담당 의사로부터 받은 정보를 이용하거나 담당 의사에게 만성 질환에 대한 서명된 진술서를 요청해 식품 및 농산물 혜택을 받을 자격이 있는지 확인합니다. Medicare가 보험적용하지 않는 청각 서비스 허용액과 식품 및 농산물에 대한 허용액은 합산될 수 없습니다. 각 혜택에는 별도의 허용액이 있습니다. Health Benefits+는 보험적용이 되는 물품 및 서비스에 대한 비용 지불을 돕기 위해 귀하의 혜택 허용액을 카드에 미리 충전해 주는 지출 카드입니다. 자격이 있다고 판단되면 귀하는 혜택 관리자로부터 개인 혜택 카드가 포함된 서신을 받게 됩니다. 이 서신은 귀하의 카드에 허용액 금액이 충전되었다는 것을 알려드릴 것입니다. 또한 전화, 웹사이트 또는 모바일 앱을 통해 혜택에 대한 추가 세부사항을 이용하는 방법에 대한 정보를 제공할 것입니다. 이 혜택에 대해 질문이 있는 경우 혜택 관리자에게 (855) 572-6341 (TTY: 711)번으로 10월 1일부터 3월 31일까지는 일요일부터 토요일, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 8시 사이에 전화하십시오. 더 자세한 정보를 알아보시려면 HealthBenefitsPlus.com/BlueShieldCA를 온라인으로 방문하실 수도 있습니다. *** 서비스는 플랜의 본인 지출액 최대 한도에 적용되지 않습니다**	
	폐 재활 서비스 저희는 중간 정도에서 매우 심각한 만성 폐쇄성 폐질환(COPD)이 있는 가입자를 위한 폐 재활 프로그램에 대한 비용을 지불합니다. 귀하는 COPD를 치료하는 의사 또는 의료제공자로부터 폐 재활에 대한 진료의뢰를 받아야 합니다. ***사전 승인이 필요할 수 있으며 이는 귀하의 의료제공자의 책임입니다.***	$0

보험적용이 되는 서비스	귀하가 지불하는 금액
호스피스 서비스 귀하의 의료제공자와 호스피스 메디컬 디렉터가 귀하에게 말기 예후가 있다고 판단하는 경우 귀하는 호스피스를 선택할 권리가 있습니다. 이는 귀하에게 말기 질환이 있으며 앞으로 남은 수명이 6개월 또는 그 이하로 예상된다는 것을 의미합니다. 귀하는 Medicare의 인증을 받은 모든 호스피스 프로그램의 진료를 받을 수 있습니다. 저희 플랜은 귀하가 플랜의 서비스 지역에서 Medicare 인증 호스피스 프로그램을 찾을 수 있도록 도와야 하며, 여기에는 저희가 소유, 통제 또는 재정적 관심이 있는 프로그램이 포함됩니다. 귀하의 호스피스 의사는 네트워크 의료제공자 또는 네트워크 외 의료제공자일 수 있습니다. 보험적용이 되는 서비스에는 다음이 포함됩니다. • 증상 및 통증 치료를 위한 약품 • 단기 임시 간호 • 가정 진료 **귀하의 말기 예후와 관련된 호스피스 서비스 및 Medicare 파트 A 또는 Medicare 파트 B에서 보험적용을 하는 서비스는 Medicare에 청구됩니다.** • Original Medicare(일반 Medicare)(저희 플랜이 아니라)는 귀하의 호스피스 서비스 및 귀하의 말기 질환과 관련된 모든 파트 A 또는 B 서비스에 대해 귀하의 호스피스 의료제공자에게 비용을 지불합니다. 귀하가 호스피스 프로그램에 참여하는 동안, 귀하의 호스피스 의료제공자는 Original Medicare(일반 Medicare)에서 비용을 지불하는 서비스에 대해 Original Medicare(일반 Medicare)에 비용을 청구합니다. **저희에서 보험적용이 되지만 Medicare 파트 A 또는 Medicare 파트 B에서 보험적용이 되지 않는 서비스의 경우:** • 저희 플랜은 Medicare 파트 A 또는 Medicare 파트 B에서 보험적용이 되지 않는 플랜에서 보험적용이 되는 서비스에 보험적용을 할 것입니다. 저희는 서비스가 귀하의 말기 질환과 관계가 있는지 여부에 관계없이 해당 서비스에 보험적용을 할 것입니다. 귀하는 이 서비스들에 대해 아무것도 지불하지 않습니다. **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다**	귀하가 Medicare 인증 호스피스 프로그램에 가입한 경우, 귀하의 호스피스 서비스 및 귀하의 말기 진단과 관련된 귀하의 파트 A 및 파트 B 서비스는 Blue Shield TotalDual Plan이 아니라 Original Medicare(일반 Medicare)에서 비용을 지불합니다. 호스피스 상담 서비스에 대해 $0 (1회 한정)

보험적용이 되는 서비스		귀하가 지불하는 금액
	호스피스 서비스 (계속) **저희 플랜의 Medicare 파트 D 혜택에 의해 보험적용이 될 수 있는 약품의 경우:** • 약품에는 호스피스 및 저희 플랜의 혜택이 동시에 적용되지 않습니다. 더 자세한 정보를 알아보시려면 이 *가입자 안내서*의 **5장**을 참조하십시오. **주:** 귀하에게 심각한 질환이 있는 경우 귀하는 귀하의 삶의 질 향상을 위해 팀 기반 환자 및 가족 중심 치료를 제공하는 완화 치료를 받을 자격이 있을 수 있습니다. 귀하는 치료/정기 진료와 동시에 완화 치료를 받을 수 있습니다. 더 많은 정보를 알아보시려면 아래의 완화 치료 섹션을 참조하십시오. **주:** 비호스피스 서비스가 필요한 경우, 담당 진료 코디네이터 및/또는 고객 서비스에 전화하여 서비스 이용을 조정하십시오. 비호스피스 서비스는 귀하의 말기 예후와 관련이 **없는** 치료입니다. 저희 플랜은 호스피스 혜택을 선택하지 않은 말기 질환 가입자에 대해 호스피스 상담 서비스(1회 한정)에 보험적용을 합니다. ***사전 승인이 필요할 수 있으며 이는 귀하의 의료제공자의 책임입니다.***	
	흡연 및 담배 사용 중단 흡연 및 담배 사용 중단 상담은 다음 기준을 충족하는 외래환자 및 입원환자에 대해 보험적용이 됩니다. • 담배 관련 질병의 징후 또는 증상이 나타나는지에 관계없이 담배를 사용하는 경우 • 상담 시 판단 능력이 있고 의식이 있는 경우 • 자격을 갖춘 의사 또는 Medicare에서 승인한 다른 의료인이 상담을 제공하는 경우 저희는 1년에 2회의 금연 시도에 보험적용을 합니다(각 시도에는 최대 4회의 중간 또는 집중 세션이 포함될 수 있으며, 연간 최대 8회의 세션이 포함될 수 있습니다).	$0

E. 보험적용이 되는 치과 혜택 시술 차트

치과 혜택 시술 차트

치과 혜택은 본 플랜의 모든 가입자에게 포함되어 있으며 몇 가지 종합적인 치과 시술에 보험을 적용합니다.

다음 ***치과 혜택 시술 차트***는 플랜에서 무료 보험적용을 하는 특정 치과 시술들을 보여줍니다. 여기에 기재된 서비스들은 면허가 있는 네트워크 내 치과의사에 의해 제공되며, 일반적으로 용인되는 치과 시술 기준에 따라 필요하고 통상적이라고 판단될 경우 혜택이 적용됩니다.

중요 사항: 기재되지 않은 시술은 혜택이 적용되지 않는다는 점을 유의하십시오.

중요 사항: 일부 치과 서비스는 어떠한 조건에서도 보장되지 않으며(제외사항이라고도 함) 일부 치과 서비스는 특정 조건에서만 보장됩니다 (제한사항이라고도 함). 자세한 정보는 아래의 ***치과 혜택 시술 차트***에 있는 '일반적인 제한 사항' 열 및 ***치과 혜택 시술 차트*** 다음에 나열된 '일반적인 제외 사항'을 참조하십시오.

중요 사항: 아래 ***치과 혜택 시술 차트***의 '일반적인 제한 사항' 열에 나열된 횟수 제한 중, 플랜 연도별 또는 평생 기준으로 명시되지 않은 경우는 마지막 진료일을 기준으로 합니다. 예를 들어, 매 6개월마다 1회의 한도는 귀하가 동일한 서비스를 마지막으로 받은 날짜로부터 6개월마다 1회 기재된 서비스를 받을 수 있다는 것을 의미합니다. 따라서 1월 1일에 첫 서비스를 받으시는 경우, 7월 1일에 다시 해당 서비스를 받을 자격이 됩니다. 7월 1일에 첫 서비스를 받으시는 경우, 다음 플랜 연도 1월 1일까지는 해당 서비스를 받을 자격이 없습니다. 여기에 기재된 빈도 제한이 없는 서비스는 일반적으로 용인되는 치과 시술 기준에 따라 필요하고 통상적이라고 판단될 경우에만 무제한입니다.

서비스들은 현재 치과 용어에 기반한 미국 치과협회(American Dental Association, ADA) 시술 코드와 함께 나열되었습니다. 연방법은 치과 시술을 보고할 때 ADA 코드를 사용할 것을 요구합니다. 시술 코드는 가끔 ADA에 의해 변경될 수 있습니다. 그러므로 플랜은 법이 요구하는 바에 따라 이 코드 목록을 수정할 수 있습니다. 업데이트된 ADA 코드 목록을 원하시면 치과 플랜 관리자(Dental Plan Administrator, DPA) 고객 서비스부에 **(866) 247-2486 (TTY: 711)**번으로 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일(공휴일 제외), 4월 1일부터 9월 30일까지는 평일 오전 8시부터 오후 8시 사이에 전화하십시오.

ADA 코드	혜택이 적용되는 서비스에 대한 ADA 설명	귀하가 지불해야 하는 금액	일반적인 제한사항
진단 서비스			
D0140	제한적 구강 검사 - 문제 집중	$0	달력 연도당 1회
D0190	환자 선별검사	$0	달력 연도당 1회(D0190 또는 D0191)
D0191	환자 평가	$0	달력 연도당 1회(D0190 또는 D0191)
보존 서비스			
D2720	크라운 - 고급 비부식 금속을 포함한 레진	$0	달력 연도당 2회
D2722	크라운 - 비부식 금속을 포함한 레진	$0	달력 연도당 2회
D2750	크라운 - 고급 비부식 금속 도재	$0	달력 연도당 2회
D2752	크라운 - 비부식 금속 도재	$0	달력 연도당 2회
D2790	크라운 - 고급 비부식 금속 완전 주조	$0	달력 연도당 2회
D2792	크라운 - 비부식 금속 완전 주조	$0	달력 연도당 2회
치주 치료			
D4240	치은판막 시술, 치근 계획 포함 - 사분면당 4개 이상의 인접치아 또는 치아 지지 공간	$0	3달력 연도마다 사분면당 1회(D4240 또는 D4241)
D4241	치은판막 시술 - 치근 활택술 포함 - 사분면당 1~3개의 인접치아 또는 치아 지지 공간	$0	3달력 연도마다 사분면당 1회(D4240 또는 D4241)
D4266	유도 조직 재생, 자연치아 - 흡수성 차단막, 부위당	$0	3달력 연도마다 치아당 1회(D4266 또는 D4267)
D4267	유도 조직 재생, 자연치아 - 흡수성 차단막, 부위당	$0	3달력 연도마다 치아당 1회(D4266 또는 D4267)
보철(탈착식)			
D5221	즉각적인 상악 부분 의치 - 레진 베이스(유지용/고정용 재료, 지지대 및 치아 포함)	$0	5달력 연도마다 부분 상악 의치 1회(D5221, D5223, D5225 또는 D5227)
D5222	즉각적인 하악 부분 의치 - 레진 베이스(유지용/고정용 재료, 지지대 및 치아 포함)	$0	5달력 연도마다 부분 하악 의치 1회(D5222, D5224, D5226 또는 D5228)
D5223	즉각적인 상악 부분 의치 - 레진 의치 베이스(유지용/고정용 재료, 지지대 및 치아 포함)가 있는 주조 금속 프레임워크	$0	5달력 연도마다 부분 상악 의치 1회(D5221, D5223, D5225 또는 D5227)

ADA 코드	혜택이 적용되는 서비스에 대한 ADA 설명	귀하가 지불해야 하는 금액	일반적인 제한사항
D5224	즉각적인 하악 부분 의치 - 레진 의치 베이스(유지용/고정용 재료, 지지대 및 치아 포함)가 있는 주조 금속 프레임워크	$0	5달력 연도마다 부분 하악 의치 1회(D5222, D5224, D5226 또는 D5228)
D5225	상악 부분 의치 - 유연상(보정/클래스프 재료, 레스트 및 치아 포함)	$0	5달력 연도마다 부분 상악 의치 1회(D5221, D5223, D5225 또는 D5227)
D5226	상악 부분 의치 - 유연 베이스(유지용/고정용 재료, 지지대 및 치아 포함)	$0	5달력 연도마다 부분 하악 의치 1회(D5222, D5224, D5226 또는 D5228)
D5227	즉각적인 상악 부분 의치 - 유연 베이스(모든 걸쇠, 지지대 및 치아 포함)	$0	5달력 연도마다 부분 상악 의치 1회(D5221, D5223, D5225 또는 D5227)
D5228	즉각적인 하악 부분 의치 - 유연 베이스(모든 걸쇠, 지지대 및 치아 포함)	$0	5달력 연도마다 부분 하악 의치 1회(D5222, D5224, D5226 또는 D5228)
D5670	주조 금속틀의 모든 치아 및 아크릴 교체(상악)	$0	6개월마다 1회
D5671	주조 금속틀의 모든 치아 및 아크릴 교체(하악)	$0	6개월마다 1회
D5710	상악 전체 의치 개상	$0	달력 연도당 1회(최초 장착 후 6개월 이내에는 보험적용이 되지 않음)
D5711	하악 전체 의치 개상	$0	달력 연도당 1회(최초 장착 후 6개월 이내에는 보험적용이 되지 않음)
D5720	상악 부분 의치 개상	$0	달력 연도당 1회(최초 장착 후 6개월 이내에는 보험적용이 되지 않음)
D5721	하악 부분 의치 개상	$0	달력 연도당 1회(최초 장착 후 6개월 이내에는 보험적용이 되지 않음)

ADA 코드	혜택이 적용되는 서비스에 대한 ADA 설명	귀하가 지불해야 하는 금액	일반적인 제한사항
보철(고정)			
D6240	폰틱 가공치 - 고급 비부식 금속 도재	$0	치아당 5년마다 1회
D6242	폰틱 가공치 - 비부식 금속 도재	$0	치아당 5년마다 1회
D6250	폰틱 가공치 - 고급 비부식 금속을 포함한 레진	$0	치아당 5년마다 1회
D6252	폰틱 가공치 - 비부식 금속을 포함한 레진	$0	치아당 5년마다 1회
D6750	리테이너 크라운 - 고급 비부식 금속 도재	$0	치아당 5년마다 1회
D6752	리테이너 크라운 - 비부식 금속 도재	$0	치아당 5년마다 1회

주: 기재된 가입자 비용 분담 금액은 귀하가 네트워크 내 치과의사에게서 치과 서비스를 받을 경우에만 적용됩니다.

주: Blue Shield는 매년 Medicare와 계약하고 있으므로, 이러한 치과 혜택들은 다음 연도에는 이용 가능하지 않을 수 있습니다.

치과 진료 받기

소개

Blue Shield of California의 치과 플랜은 계약된 치과의사 네트워크를 통해 치과 서비스의 제공을 운영하기 위해 Blue Shield of California와 계약된 치과 플랜 운영자(Dental Plan Administrator, DPA)에 의해 운영되고 있습니다. 본 치과 섹션에 있는 정보에 대해 질문이 있거나 도움이 필요하거나 문제가 있는 경우, DPA 고객 서비스부에 **(866) 247-2486 (TTY: 711)**번으로 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일(공휴일 제외), 4월 1일부터 9월 30일까지는 평일 오전 8시부터 오후 8시 사이에 연락하실 수 있습니다.

치과 서비스를 받기 전에

귀하는 귀하가 선택한 치과의사가 네트워크 치과의사라는 것을 확인할 책임이 있습니다.

본 네트워크 내 전용 치과 플랜은 네트워크 외 치과의사들에게 혜택을 지불하지 않습니다. 네트워크 외 치과의사로부터 받은 서비스는 보험적용이 되지 않습니다. 귀하가 네트워크 외 치과의사에게서 서비스를 받을 경우, 귀하는 치과의사가 청구한 전체 금액을 해당 치과의사에게 직접 지불할 책임이 있습니다.

주: 네트워크 치과의사의 상태는 변경될 수 있습니다. 계약된 치과의사 목록에 변경사항이 있을 경우를 대비해 귀하의 치과의사가 현재 네트워크 치과의사인지 확인하는 것은 귀하의 의무입니다. 귀하의 지역 내에 있는 네트워크 치과의사들의 목록을 얻으려면 DPA 고객 서비스부에 **(866) 247-2486 (TTY: 711)**번으로 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일(공휴일 제외), 4월 1일부터 9월 30일까지는 평일 오전 8시부터 오후 8시 사이에 연락하실 수 있습니다.

치과의사 방문하기

귀하는 가입 후 곧 귀하의 혜택 효력 발생일 및 귀하의 네트워크 치과의사 또는 치과주치의(primary care dentist, PCD)의 주소와 전화번호가 적힌 회원 패킷을 DPA로부터 받게 됩니다. 귀하의 회원 패킷에 있는 효력 발생일 이후에 귀하는 혜택이 적용되는 치과 진료 서비스를 이용하실 수 있습니다. 예약 일정을 잡으려면 치과주치의의 진료실로 전화하여 귀하가 Blue Shield TotalDual Plan 가입자라고 말씀만 하시면 됩니다. 최초 예약은 특정한 시간이 요청되지 않은 한 4주 이내에 이루어져야 합니다. 치과의사의 예약 가능 시간과 접근성에 대한 문의는 DPA 고객 서비스부에 **(866) 247-2486 (TTY: 711)**번으로 10월 1일부터 3월 31까지는 주 7일(공휴일 제외), 4월 1일부터 9월 30일까지는 평일 오전 8시부터 오후 8시 사이에 전화하십시오.

주: 각 가입자는 DPA가 서면으로 사전 승인한 전문의가 제공하는 서비스를 제외하고 보험적용이 되는 서비스를 받기 위해 본인의 지정된 PCD에게 가야 합니다. 다른 치료는 Blue Shield TotalDual Plan으로 보장되지 않습니다.

귀하는 플랜 전문의와의 상담을 포함해 모든 치과 진료 필요사항에 대해 귀하의 PCD에게 연락해야 합니다. PCD는 일반적인 치과 진료 서비스를 제공하고 기타 필요한 플랜 전문의로의 진료의뢰를 제공할 책임이 있습니다. 플랜은 이러한 진료의뢰를 반드시 승인해야 합니다.

가입자 코페이먼트

치료를 시작하기 전, 치과의사는 귀하의 개인적인 필요사항을 충족하기 위해 치료 계획을 구성할 것입니다. 치료를 시작하기 전, 귀하의 치료 계획 및 재정적 책임을 귀하의 치과의사와 상의하는 것이 가장 좋습니다.

보험적용이 되는 치과 서비스는 네트워크 치과의사로부터 무료로 제공됩니다. 귀하가 네트워크 외 치과의사에게 진료를 받기로 선택한 경우, 혜택은 제공되지 않으며 귀하는 치과의사가 청구한 전체 금액에 대해 치과의사에게 직접 지불할 책임이 있습니다.

귀하의 치료 계획에 대한 정보를 얻는 데 추가 도움이 필요한 경우, DPA 고객 서비스부에 **(866) 247-2486 (TTY: 711)**번으로 10월 1일부터 3월 31까지는 주 7일(공휴일 제외), 4월 1일부터 9월 30일까지는 평일 오전 8시부터 오후 8시 사이에 연락하실 수 있습니다.

치과주치의 선택

가입 시 귀하는 반드시 네트워크 치과의사를 귀하의 PCD로 선택해야 합니다. 귀하가 네트워크 치과의사를 선택하지 못하거나 선택한 네트워크 치과의사가 이용 불가능하게 될 경우, DPA는 다른 네트워크 치과의사를 선택할 것을 요청하거나 귀하를 다른 네트워크 치과의사에게 배정할 것입니다. 배정된 네트워크 치과의사를 변경하고 싶으신 경우 DPA 고객 서비스부에 **(866) 247-2486 (TTY: 711)**번으로 10월 1일부터 3월 31까지는 주 7일(공휴일 제외), 4월 1일부터 9월 30일까지는 평일 오전 8시부터 오후 8시 사이에 연락하실 수 있습니다. 귀하의 네트워크 치과의사가 통지를 받고 DPA의 자격 목록이 올바른 것을 확인하기 위해, 네트워크 치과의사의 변경은 해당 달의 21일 이전에 요청되어야 다음 달 1일에 변경의 효력이 발생합니다.

귀하의 치과의사가 더 이상 Blue Shield Coordinated TotalDual Plan DPA와 계약하지 않는 경우

선택한 네트워크 치과의사가 계약을 이행할 수 없거나 계약을 위반하여 DPA와의 계약을 지속할 수 없거나, DPA가 계약을 해지한 경우, 다른 네트워크 치과의사를 선택할 수 있도록 DPA는 치과의사의 계약 종료 유효일 이전 달력일 기준 최소 30일 전에 귀하에게 통지할 것입니다.

귀하가 이러한 이유로 DPA에서 다른 네트워크 치과의사를 선택해야 한다는 통지를 받았을 경우, 엑스레이 또는 기타 기록의 복사 및 이전에 대한 요금은 면제됩니다. 또한, 종료되는 네트워크 치과의사는 (a) 최종 본뜨기가 끝난 부분 또는 전체 의치 및 (b) 작업이 시작된 모든 치아 작업(치아가 준비되었을 경우 치관 시술 등)을 완료할 것입니다.

응급 치과 진료

본 플랜은 응급 치과 진료 서비스에 대해 혜택을 제공하지 않습니다.

치과 진료에 대한 2차 소견 얻기

귀하는 네트워크 치과의사가 내린 진단 및/또는 치료 계획 결정에 동의하지 않거나 의심이 되는 경우, 2차 소견을 요청할 수 있습니다. DPA 또한 치과 치료 또는 혜택 적용의 필요성과 적절성을 확인하기 위해 귀하에게 2차 소견을 얻을 것을 요청할 수 있습니다.

2차 소견은 면허가 있는 치과의사에 의해 적절한 시간에, 귀하의 상태의 성격에 맞게 제공될 것입니다. 긴박하고 심각한 건강적 위협에 대한 사례에 관련된 요청은 신속하게 처리될 것입니다(가능한 경우, 요청을 접수한 후 72시간 이내에 승인 또는 거절). 2차 소견 승인을 위한 절차 및 기간에 대해 도움을 받거나 추가 정보를 얻으려면, DPA 고객 서비스부에 **866-247-2486 (TTY: 711)**번으로 10월 1일부터 3월 31까지는 주 7일(공휴일 제외), 4월 1일부터 9월 30일까지는 평일 오전 8시부터 오후 8시 사이에 전화하거나 DPA에 서면으로 문의하십시오.

2차 소견은 DPA가 다르게 승인하지 않는 한, 다른 네트워크 치과의사의 시설에서 제공될 것입니다. DPA는 적절한 자격이 있는 네트워크 치과의사를 이용할 수 없는 경우, 네트워크 외 의료제공자의 2차 소견을 승인할 것입니다. DPA는 DPA가 승인하거나 인정한 2차 소견에 대해서만 비용을 지불할 것입니다. DPA가 2차 소견을 승인하지 않을 경우, 귀하는 서면으로 통지를 받을 것입니다. 이러한 혜택 결정에 대해 동의하지 않는 경우, 귀하는 Blue Shield TotalDual Plan에 재고 요청을 할 수 있습니다. 추가 정보는 아래의 *이의제기 및 재고 요청 절차* 섹션을 참조하십시오.

혜택 조정

본 플랜은 다른 그룹 보험 정책 또는 다른 그룹 건강 혜택 프로그램에서 치과 치료 외에 서비스 또는 비용을 보장하는 경우 다른 정책 또는 프로그램의 보장 범위와 관계없이 혜택을 제공합니다. 그렇지 않은 경우, 본 플랜에 따라 제공되는 전문의 또는 네트워크 외 치과의사의 치료에 대한 혜택은 다른 그룹의 치과 보험 정책 또는 그룹 치과 혜택 프로그램에 따라 조정됩니다. 어떤 정책 또는 프로그램이 일차적으로 적용되는가 하는 결정은 계약서에 명시된 규칙을 따릅니다.

만약 본 플랜이 2차 보험일 경우, 이는 다음 중 더 낮은 비용을 지불합니다.
- 다른 치과 혜택 보험적용이 없을 시 플랜이 지불했어야 할 금액
- 이 플랜에 따라 혜택이 보험적용되는 경우, 가입자가 1차 치과 혜택 플랜에 따라 지불해야 할 총 본인 지출액

가입자는 혜택 조정 운영을 위해 필요한 모든 가입자 관련 정보를 반드시 DPA에게 제공해야 하며, DPA는 이를 모든 보험 회사 또는 기타 조직에게 제공하거나 해당 조직으로부터 취득할 수 있습니다. DPA는 단독 재량으로 여기에 설명된 혜택 조항의 조정 내용에 따라 보험회사나 기타 조직에 대한 환급이 보증되는지 여부를 결정하고, 이러한 지급된 환급금이 본 계약에 따른 혜택으로 간주될 것인지를 결정합니다. DPA는 이곳에 설명된 혜택 조정 조항에 의거해 DPA가 의무를 초과해 지불한 모든 혜택 금액을 DPA의 선택에 따라 치과의사, 가입자, 보험 회사 또는 기타 조직에게서 배상받을 권리가 있습니다.

이의제기 및 재고 요청 절차

저희가 귀하에게 드리는 약속은 진료의 품질뿐만 아니라 치료 과정의 품질 또한 보장하는 것입니다. 이러한 치료 과정의 품질은 네트워크 치과의사가 제공하는 전문 서비스로부터 저희의 전화 상담원들이 귀하에게 보이는 예의까지를 포함합니다. 귀하에게 자격 요건, 치과 서비스 또는 클레임 거절, 정책, DPA의 시술 또는 수술, 또는 네트워크 내 치과의사가 수행한 치과 서비스의 품질에 대한 질문 또는 불만이 있는 경우, 귀하는 Blue Shield TotalDual Plan에 이의제기 또는 재고 요청을 접수할 권리가 있습니다. 이의제기 또는 재고 요청을 하는 방법에 대한 더 많은 정보는 **9장***(문제 또는 불만 제기(보험적용 결정, 재고 요청, 불만 제기)이 있는 경우 해야 할 일)*을 참조하십시오. 질문이 있는 경우, DPA에 **(866) 247-2486 (TTY: 711)**번으로 10월 1일부터 3월 31까지는 주 7일(공휴일 제외), 4월 1일부터 9월 30일까지는 평일 오전 8시부터 오후 8시 사이에 전화하십시오. 또한 Blue Shield TotalDual Plan 고객 서비스로 연락하실 수 있습니다(전화번호는 본 문서 뒷면 표지 참조).

치과 HMO Plan에 대한 일반적인 예외사항

1. *치과 혜택 시술 차트*에 구체적으로 기재되지 않은 모든 시술

2. 네트워크 치과의사의 전문적인 의견이 다음과 같은 모든 시술:
   a. 치아 및/또는 주변 조직의 상태를 근거로 성공적인 결과와 합리적인 지속을 기대하기에는 예후가 나쁨, 또는
   b. 일반적으로 수용되는 치과 기준에 부합하지 않음

3. 오직 미용 목적이거나 구개열, 상악 및 하악 기형, 선천적 치아 결손 및 변색되거나 에나멜이 부족한 치아와 같은 유전적 또는 발달상의 결함이 원인인 상태

4. 전체 또는 부분 틀니 및 치관 등의 분실되거나 도난당한 장치

5. 악관절(TMJ)의 수직 고경을 변경하거나 비정상적인 상태를 진단 또는 치료하기 위한 시술, 장치 또는 복원

6. 탈착식 장치를 위한 귀금속, 전체 틀니를 위한 금속 또는 영구적 연질 베이스, 자기 틀니 치아, 탈착식 부분 또는 고정 부분 틀니를 위한 정밀 지대주 틀니(오버레이, 임플란트 및 그와 관련된 장치) 및 전체 및 부분 틀니의 맞춤화 및 특성화

7. 임플란트 지지 치과 장치 및 부착물, 임플란트 식립, 유지 관리, 제거 및 치과 임플란트와 관련된 모든 기타 서비스

8. 보험적용이 되지 않는 혜택을 위한 상담

9. 배정된 네트워크 치과의사 또는 사전 승인된 치과 전문의가 아닌 모든 치과 진료소에서 받은 치과 서비스

10. 병원, 외래 수술 센터, 장기 요양 시설 또는 이와 비슷한 의료 시설의 입원, 사용 또는 재원과 관련된 모든 요금

11. 처방약

12. 가입자가 Blue Shield TotalDual Plan 자격을 가지기 전에 시작된 모든 치과 시술 비용과 관련해 발생한 치과 비용. 예시로는 이미 본을 뜬 치관 및 전체 또는 부분 틀니를 위한 치아 준비 등이 있습니다.
13. 근기능 및 이상기능 장치 및/또는 치료

F. 지역사회 지원

개별 진료 계획에 따라 귀하를 지원합니다. 지역사회 지원은 Medi-Cal 주 플랜에서 보험적용을 하는 서비스에 대한 의학적으로 적절하고 비용 효율적인 대체 서비스 또는 환경입니다. 이러한 서비스는 가입자의 선택사항입니다. 자격이 있는 경우, 이러한 서비스는 귀하가 보다 독립적으로 생활하는 데 도움이 될 수 있습니다. 이는 귀하가 Medi-Cal을 통해 이미 받고 있는 혜택을 대체하지 않습니다.

저희가 제공하는 커뮤니티 지원의 예로는 의학적으로 지원되는 음식 및 식사, 의학적으로 맞춤화된 식사, 귀하 또는 귀하의 간병인을 위한 도움, 샤워 손잡이 및 경사로 등이 있습니다. 지역사회 지원은 Blue Shield Promise Health Plan이 자격이 있는 Medi-Cal 회원에게 제공하는 선택적 서비스(비혜택)입니다. 이러한 서비스는 가입자들에게 장기 요양 서비스 및 지원(LTSS) 이상의 지원을 제공하여 가입자들의 치료를 향상시키고 지원합니다. 이러한 서비스는 가입자의 필요 사항과 Blue Shield Promise Health Plan의 자격 기준에 따라 달라집니다. 사전 승인이 필요합니다. Blue Shield Promise Health Plan은 로스앤젤레스 및 샌디에이고 카운티의 자격을 갖춘 가입자에게 다음과 같은 커뮤니티 지원을 제공합니다.

Medi-Cal 가입자의 간병인을 위한 임시 간호 서비스	간헐적으로 임시 감독이 필요한 Medi-Cal 가입자를 돌보는 사람들을 위한 간병 의무로부터의 단기적이고 비의료적인 구제.
간호 시설 전환/생활 보조 시설로 전환	이는 가입자들이 가능한 경우 지역사회에서 생활하거나 추가적으로 시설에 머무는 일을 피하는 데 도움이 됩니다.
개인 관리 및 가사도우미 서비스	가입자들은 목욕, 옷 입기, 배변, 보행, 식사 등 일상 생활의 활동(ADL)에 대한 도움을 받고, 이러한 지원 없이는 집에 머물 수 없는 가입자를 위해 식사 준비, 식료품 쇼핑, 자금 관리 등 개인 관리 서비스를 받습니다.
약물 각성 센터	공개적으로 알코올이나 약물에 중독된 것으로 밝혀진 개인이 중독을 끊을 수 있는 안전하고 지원적인 장소이며, 도움 없이는 응급실이나 감옥에 보내질 수 있는 노숙자나 불안정한 생활을 겪고 있는 개인을 돕습니다.
의학적으로 맞춤화된 식사/의학적 지원 식품	영양 목표를 달성할 때 가입자들, 특히 만성 질환이 있는 가입자를 위한 영양 지원은 건강을 유지하는 데 매우 중요합니다.
입원 후 단기 거주	거주지가 없고 의료적 또는 행동적으로 높은 필요 사항을 지닌 가입자가 입원 병원이나 주거 시설에서 퇴원한 후 즉시 회복을 계속할 수 있는 장소.
주간 재활 프로그램	이 프로그램은 비시설 환경의 Medi-Cal 가입자가 가정 환경 생활에 성공하는 데 필요한 자조, 사회화 및 적응 기술을 개발하도록 돕습니다.

주택 보증금	가입자들은 기본적인 가정을 꾸리는 데 필요한 일회성 서비스를 찾고, 조정하고, 확보하고, 자금을 조달하는 데 도움을 받습니다.
주택 임대 및 유지 서비스	가입자들은 주택을 찾은 후 안전하고 안정적인 임대를 유지하는 데 도움을 받습니다.
주택 전환 내비게이션 서비스	가입자들은 주택 구입에 도움을 받습니다.
지역사회 전환 서비스/간호 시설의 가정으로 전환	이는 가입자들이 지역사회에서 생활하고 추가적으로 시설에 머무는 일을 피하는 데 도움이 됩니다.
천식 치료	급성 천식이 입원이나 응급 진료로 이어질 수 있는 경우, 건강, 복지 및 안전을 보장하거나 집에서 생활할 수 있도록 개인의 가정 환경에 대한 물리적 변화.
환경 접근성 적응(가정 개조)	개인의 건강, 복지, 안전을 보장하고 시설 수용이 필요한 구성원이 집에 머물 수 있도록 가정에 물리적으로 적응하는 것.
회복 치료(의료적 임시 간호)	더 이상 입원이 필요하지 않지만 불안정한 생활 환경에서 악화될 수 있는 정신 건강 상태를 포함하여 부상이나 질병으로 인해 여전히 치료가 필요한 사람들을 위한 단기 거주형 치료입니다.

도움이 필요하거나 어떤 지역사회 지원이 제공되는지 알고 싶으시면 1-800-452-4413 (TTY 711)번으로 전화하시거나 담당 의료제공자에게 전화하십시오.

가입자를 위한 정보

- 거주하시는 지역의 Blue Shield Promise Health Plan 고객 서비스에 전화하십시오(주중 오전 8시~오후 6시). 로스앤젤레스: (800) 605-2556 / 샌디에이고: (855) 699-5557
- 또는 (800) 430-4263 (TTY: (800) 430-7077)번을 이용해 건강관리옵션(HCO)에 전화하십시오.
- 자세한 정보를 보려면 보건국 웹사이트 https://www.dhcs.ca.gov/Pages/ECMandILOS.aspx를 방문하십시오.

G. 당사 플랜 외에서 보장되는 혜택

저희는 다음 서비스를 보장하지 않지만, Medi-Cal 유료 서비스를 통해 이용하실 수 있습니다.

G1. 캘리포니아 지역사회 전환(CCT)

캘리포니아 지역사회 전환(CCT) 프로그램은 지역 선도 기관을 통해 최소 연속 60일 이상 입원환자 시설에 거주한, 자격을 갖춘 Medi-Cal 수혜자가 지역사회 환경으로 전환하여 안전하게 복귀하는 것을 돕습니다. CCT 프로그램은 전환 전 기간과 전환 후 365일 동안 수혜자가 지역사회 환경으로 돌아갈 수 있도록 지원하기 위해 전환 조정 서비스에 자금을 제공합니다.

귀하는 거주하는 카운티에 서비스를 제공하는 CCT 선도 기관으로부터 전환 조정 서비스를 받을 수 있습니다. CCT 선도 기관 목록과 해당 기관이 서비스를 제공하는 카운티 목록은 보건국 웹사이트 www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT에서 확인할 수 있습니다.

CCT 전환 조정 서비스의 경우

Medi-Cal에서 전환 조정 서비스에 대한 비용을 지불합니다. 귀하는 이 서비스들에 대해 아무것도 지불하지 않습니다.

CCT 전환과 관련되지 않은 서비스의 경우

의료제공자가 귀하의 서비스에 대해 저희에게 청구할 것입니다. 저희 플랜은 귀하의 전환 이후 제공되는 서비스에 대해 비용을 지불합니다. 귀하는 이 서비스들에 대해 아무것도 지불하지 않습니다.

귀하가 CCT 전환 조정 서비스를 받는 동안 저희는 혜택 차트의 **섹션 D**에 나열된 서비스 비용을 지불합니다.

약품 보험 혜택에는 변화가 없음

CCT 프로그램은 약품에 보험적용을 하지 **않습니다**. 귀하는 저희 플랜을 통해 일반적인 의약품 혜택을 계속해서 받으실 수 있습니다. 더 자세한 정보를 알아보시려면 이 *가입자 안내서*의 **5장**을 참조하십시오.

주: 비CCT 전환 케어가 필요한 경우 진료 코디네이터에게 전화하여 서비스를 주선하십시오. 비CCT 전환 케어는 기관이나 시설로부터의 전환과 관련되지 **않은** 진료입니다.

G2. Medi-Cal Dental

특정 치과 서비스는 Medi-Cal Dental를 통해 이용 가능합니다. 자세한 정보는 SmileCalifornia.org 웹사이트에 있습니다. Medi-Cal Dental에는 다음과 같은 서비스가 포함되나 이에 국한되지 않습니다.

- 초기 검사, 엑스레이, 클리닝 및 불소 치료

- 수복 및 크라운
- 치근관 치료
- 부분 및 전체 틀니, 조정, 수리 및 리라인

Medi-Cal Dental에서 이용할 수 있는 치과 혜택에 대해 더 많은 정보가 필요하거나 Medi-Cal을 수락하는 치과의사를 찾는 데 도움이 필요하시면 1-800-322-6384 (TTY 이용자는 1-800-735-2922)번으로 고객 서비스 전화에 문의하십시오. 이 전화는 무료입니다. Medi-Cal 치과 서비스 프로그램 담당자는 월요일-금요일, 오전 8시부터 오후 5시 사이에 이용하실 수 있습니다. 또한 저희 웹사이트 smilecalifornia.org/를 방문해 자세한 정보를 얻으실 수도 있습니다.

로스앤젤레스 카운티에서 귀하는 치과 관리 진료(Dental Managed Care, DMC) 플랜을 통해 Medi-Cal 치과 혜택을 받을 수 있습니다. Medi-Cal Dental 플랜에 대한 자세한 정보를 원하시거나 변경을 원하시면 월요일부터 금요일, 오전 8시~오후 6시에 1-800-430-4263 (TTY 사용자는 1-800-430-7077)번으로 건강관리옵션에 문의하십시오. 이 전화는 무료입니다. DMC 연락처는 www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx 또는 www.hpsm.org/dental에서도 찾으실 수 있습니다.

주: 저희 플랜은 추가적인 치과 서비스를 제공합니다. 자세한 정보는 **섹션 D**의 혜택 차트를 참조하십시오.

G3. 가정 내 지원 서비스(In-Home Supportive Services, IHSS)

- IHSS 프로그램은 귀하가 집에서 안전하게 지낼 수 있도록 등록된 의료제공자가 귀하에게 제공한 서비스에 대한 비용을 지불하는 데 도움을 드릴 것입니다. IHSS는 요양원 또는 식사 및 치료 시설과 같은 가정 외 치료의 대안으로 간주됩니다.
- 서비스를 받으려면, 각 참가자의 필요에 따라 어떤 유형의 서비스가 승인될 수 있는지 판단하기 위한 평가가 실시됩니다. IHSS를 통해 승인될 수 있는 서비스 유형은 집안 청소, 식사 준비, 세탁, 식료품 쇼핑, 개인 관리 서비스(대변 및 소변 관리, 목욕, 몸단장 및 준의료 서비스 등), 진료 예약 동반 및 정신 장애를 지닌 가입자를 위한 보호 감독 등이 있습니다.
- 담당 진료 코디네이터는 귀하가 카운티 사회복지 기관에 IHSS를 신청하도록 도와드릴 수 있습니다. 또한 귀하는 로스앤젤레스 IHSS 서비스 (888) 944-4477 및 샌디에이고 IHSS 서비스 (800) 339-4661로 전화하여 신청을 하실 수 있습니다.

G4. 1915(c) 가정 및 지역사회 기반 서비스(HCBS) 면제 프로그램

생활 보조 면제(ALW)

- 생활 보조 면제(ALW)는 Medi-Cal 적격 수혜자에게 간호 시설에 장기 입원하는 대신 생활 지원 환경에 거주할 수 있는 선택권을 제공합니다. ALW의 목표는 간호 시설을 집과 같은 지역사회 환경으로 다시 전환하는 것을 촉진하거나

요양 시설 배치가 급하게 필요한 수혜자의 간호 시설 입원을 예방하는 것입니다.

- ALW에 가입된 회원은 ALW 가입을 유지하면서 저희 플랜에서 제공하는 혜택도 받을 수 있습니다. 저희 플랜은 귀하의 ALW 진료 조정 기관과 협력하여 귀하가 받는 서비스를 조정합니다.

- ALW는 현재 Alameda, Contra Costa, Fresno, Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara, Sonoma 카운티에서만 이용할 수 있습니다.

- 귀하의 진료 코디네이터는 귀하가 ALW를 신청하는 데 도움을 드릴 수 있습니다. ALW 프로그램에서 귀하의 치료를 조정할 수 있는 지역 기관 정보는 dhcs.ca.gov/services/ltc/Documents/Care-Coordination-Agencies.pdf에서 찾아보실 수 있습니다.

발달 장애가 있는 캘리포니아 주민을 위한 HCBS 면제(HCBS-DD)

발달 장애가 있는 개인을 위한 캘리포니아 자기 결정 프로그램(SDP) 면제

- HCBS-DD 면제와 SDP 면제라는 두 가지 1915(c) 면제가 있는데, 이는 해당 개인의 18세 생일 이전에 시작되어 무기한 지속될 것으로 예상되는 발달 장애 진단을 받은 사람들에게 서비스를 제공합니다. 두 가지 면제 모두 발달 장애인이 허가된 의료 시설에 거주하지 않고 집이나 지역 사회에서 생활할 수 있도록 특정 서비스에 자금을 지원하는 방법입니다. 이러한 서비스에 대한 비용은 연방 정부의 Medicaid 프로그램과 캘리포니아 주에서 공동으로 자금을 조달합니다. 귀하의 진료 코디네이터는 귀하가 DD 면제를 신청하는 데 도움을 드릴 수 있습니다.

가정 및 지역사회 기반 대안(HCBA) 면제

- HCBA 면제는 요양원이나 시설 배치 위험에 처한 사람들에게 케어 관리 서비스를 제공합니다. 케어 관리 서비스는 간호사와 사회복지사로 구성된 협진 관리팀이 제공합니다. 팀은 면제 및 주 계획 서비스(예: 의료, 행동 건강, 가정 내 지원 서비스 등)를 조정하고 지역 사회에서 제공되는 기타 장기 요양 서비스 및 지원을 준비합니다. 케어 관리 및 면제 서비스는 참가자의 지역사회 기반 거주지에서 제공됩니다. 이 거주지는 개인 소유이거나 세입자 임대 계약을 통해 확보되거나 참가자 가족 구성원의 거주지일 수 있습니다.

- HCBA 면제 프로그램에 가입되어 있는 가입자는 HCBA 면제 가입 상태를 유지하면서 저희 플랜에서 제공하는 혜택도 받을 수 있습니다. 저희 플랜은 귀하의 HCBA 면제 기관과 협력하여 귀하가 받는 서비스를 조정합니다.

- 귀하의 진료 코디네이터는 귀하가 HCBA를 신청하는 데 도움을 드릴 수 있습니다.
    - 로스앤젤레스 카운티의 우편번호에 따라 Partners in Care 또는 Access TLC이 귀하의 지역 HCBA 기관입니다. 귀하가 거주하는 우편번호에서는 어떤 기관이 도움을 주는지 알아보시려면 https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/Home-and-Community-Based-(HCB)-Alternatives-Waiver.aspx를 방문하십시오.
        - Partners in Care에 (800) 251-6764번으로 전화
        - Access TLC에 (800) 852-9887번으로 전화
    - San Ysidro Health는 샌디에고 카운티의 지역 HCBA 기관입니다. 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시 사이에 (833) 503-5910번으로 San Ysidro Health에 전화하십시오.

Medi-Cal 면제 프로그램(MCWP)

- Medi-Cal 면제 프로그램(MCWP)은 간호 시설 치료 또는 입원의 대안으로 HIV 감염자에게 포괄적인 케이스 관리 및 직접적인 치료 서비스를 제공합니다. 케이스 관리는 공인 간호사와 사회사업 사례 담당자로 구성된 참여자 중심의 팀 접근 방식입니다. 사례 담당자는 참가자와 주치의(PCP), 가족, 간병인 및 기타 의료제공자와 협력하여 참가자가 집과 지역 사회에 머물 수 있도록 치료 필요성을 평가합니다.
- MCWP의 목표는 (1) 기관 서비스가 필요할 수 있는 HIV 감염인에게 가정 및 지역사회 기반 서비스를 제공하고, (2) 참가자의 HIV 건강 관리를 지원하고, (3) 사회 및 행동 건강 지원에 대한 접근성을 향상시키고, (4) 서비스 제공자를 조정하고 서비스 중복을 제거하는 것입니다.
- MCWP 면제 프로그램에 가입된 가입자는 MCWP 면제 가입 상태를 유지하면서 저희 플랜에서 제공하는 혜택도 받을 수 있습니다. 저희 플랜은 귀하의 MCWP 면제 기관과 협력하여 귀하가 받는 서비스를 조정합니다.
- 귀하의 진료 코디네이터는 귀하가 MCWP를 신청하는 데 도움을 드릴 수 있습니다. AIDS 지역정보평가시스템(ARIES)은 월요일-금요일, 오전 8시-오후 5시(태평양 표준시)에 운영됩니다. 헬프데스크는 다음을 통해 연락할 수 있습니다.
    - 1-866-411-ARIES(2743)번으로 전화합니다. 또는
    - 귀하의 이름, 에이전시, 전화번호, 질문/문제를 적어서 aries@cdph.ca.gov로 ARIES 헬프데스크 요청을 제출합니다. 클라이언트 정보는 포함시키지 마십시오.

다목적 노인 서비스 프로그램(MSSP)

- 다목적 노인 서비스 프로그램(MSSP)은 자신의 집과 지역 사회에 머물 수 있도록 사회 및 의료 서비스를 모두 제공합니다.
- 대부분의 프로그램 참가자는 가정 내 지원 서비스도 받고 있지만 MSSP는 지속적인 진료 조정을 제공하고, 참가자를 다른 필요한 커뮤니티 서비스 및 자원에 연결하고, 의료제공자와 조정하고, 시설 입원을 예방하거나 지연하기 위해 필요한 (다른 방법으로는 구할 수 없는) 서비스를 구매합니다. 케어 관리 및 기타 서비스의 연간 총 비용은 전문 간호 시설에서 치료를 받는 비용보다 낮아야 합니다.
- 건강 및 사회 복지 전문가로 구성된 팀은 필요한 서비스를 결정하기 위한 완전한 건강 및 심리사회적 평가를 각 MSSP 참가자에게 제공합니다. 그런 다음 팀은 MSSP 참가자, 의사, 가족 및 기타 사람들과 협력하여 개별 진료 계획을 개발합니다. 서비스에는 다음이 포함됩니다.
  - 케어 관리
  - 성인 데이 케어
  - 간단한 집 수리/유지 관리
  - 보충적인 집안일, 개인 케어 및 보호 감독 서비스
  - 임시 간호 서비스
  - 교통편 서비스
  - 상담 및 치료 서비스
  - 식사 서비스
  - 통신 서비스
- MSSP 면제 프로그램에 가입된 가입자는 MSSP 면제 가입 상태를 유지하면서 저희 플랜에서 제공하는 혜택도 받을 수 있습니다. 저희 플랜은 귀하의 MSSP 제공자와 협력하여 귀하가 받는 서비스를 조정합니다.
- 귀하의 진료 코디네이터는 귀하가 MSSP를 신청하는 데 도움을 드릴 수 있습니다. 캘리포니아 노인부 1-800-510-2020으로 전화하시거나 캘리포니아 노인부 웹사이트의 '내 카운티' 페이지의 '서비스 찾기'에서 카운티를 선택하여 해당 지역의 MSSP 제공자를 찾으실 수 있습니다(https://aging.ca.gov/Find_Services_in_My_County/#tblServicesInMyCounty).

G5. 저희 플랜 외부에서 제공되는 카운티 행동 건강서비스(정신 건강 및 약물 사용 장애 서비스)

귀하는 Medicare 및 Medi-Cal에서 보험적용을 하는 의학적으로 필요한 행동 건강서비스를 이용하실 수 있습니다. 저희는 Medicare 및 Medi-Cal 관리 의료에서 보험적용을 하는 행동 건강서비스를 이용할 수 있도록 제공합니다. 저희 플랜은 Medi-Cal 전문 정신 건강 또는 카운티 약물 사용 장애 서비스를 제공하지 않지만, 이러한 서비스는 카운티 행동 건강 기관을 통해 제공됩니다.

Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스는 귀하가 전문 정신 건강 서비스 사용 기준을 충족하는 경우 카운티 정신 건강 플랜(MHP)을 통해 이용할 수 있습니다. 귀하의 카운티 MHP에서 제공하는 Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스에는 다음이 포함됩니다.

- 정신 건강 서비스
- 약품 지원 서비스
- 주간 집중 치료 서비스
- 주간 재활
- 위기 개입 서비스
- 위기 안정 서비스
- 성인 거주형 치료 서비스
- 위기 거주형 치료 서비스
- 정신 건강 시설 서비스
- 정신과 병원 입원 서비스
- 목표 케이스 관리
- 치료적 행동 서비스
- 집중 치료 조정
- 집중 가정 기반 서비스
- 사법체계 경험자의 사회 복귀
- 적극적 커뮤니티 치료(ACT)
- 포렌식 적극적 커뮤니티 치료(ACT)
- 조기 정신병(FEB)을 위한 통합 전문의 진료(CSC)

- 클럽하우스 서비스
- 향상된 지역사회 보건 종사자(CHW) 서비스

Drug Medi-Cal 조직 배송 시스템 서비스는 귀하가 이러한 서비스를 받기 위한 기준을 충족하는 경우 귀하의 카운티 행동 건강 기관을 통해 이용할 수 있습니다. 집중 외래환자 치료 서비스

- 산전 거주형 약물 남용 장애 치료
- 외래 치료 서비스
- 마약 치료 프로그램
- 중독 치료를 위한 약품(약품 보조 치료라고도 함)

Drug Medi-Cal 조직 배송 시스템 서비스에는 다음이 포함됩니다.

- 외래 치료 서비스
- 외래 집중 치료 서비스
- 중독 치료를 위한 약품(약품 보조 치료라고도 함)
- 거주형 치료 서비스
- 금단 관리 서비스
- 마약 치료 프로그램
- 회복 서비스
- 진료 조정
- 입원환자 치료 서비스

위에 기재된 서비스들 외에도 귀하가 기준을 충족하는 경우 자발적 입원 해독 서비스를 이용할 수 있습니다.

행동 건강 서비스 이용 가능성

귀하는 포괄적인 종류의 서비스를 이용할 수 있습니다. 귀하는 계약을 맺은 의료제공자에게 스스로 진료의뢰할 수 있으며 또한 귀하의 PCP, 가족 등이 진료의뢰할 수 있습니다. 서비스를 이용하는 것에 대해 "잘못된 방법"이란 없습니다. 다음 연락처에 문의하시면 서비스를 받는 데 도움을 받으실 수 있습니다.

- 카운티 위기 및 진료의뢰 전화(County Crisis and Referral Line)(전화번호 및 운영 시간은 본 *가입자 안내서* **2장 섹션 K** 참조)

- 로스앤젤레스 카운티 공중 보건부, 약물 중독 예방 및 통제부(888-742-7900 (TTY: 711)번으로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 전화하십시오)
- 샌디에이고 카운티 행동 건강 – 서비스 약물 남용 장애 서비스(888-724-7240 (TTY: 711)번으로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 전화하십시오)
- Blue Shield TotalDual Plan 행동 건강 상담 전화(전화번호 및 운영 시간은 본 *가입자 안내서* **2장 섹션 D** 참조)
- Blue Shield TotalDual Plan 고객 서비스(전화번호 및 운영 시간은 이 페이지 하단 참조)

의학적으로 필요한 서비스를 판단하는 과정
의학적 필요성은 적절한 자격이 있는 의료제공자가 판단합니다. 의학적 필요성에 대한 기준은 행동 건강 전문가 및 다른 이해당사자들이 개발하였으며 규제 요건에 부합하는 것으로, Blue Shield TotalDual Plan 및 카운티 양측에서 모두 사용됩니다.

Blue Shield TotalDual Plan과 카운티 사이의 진료의뢰 과정
귀하가 Blue Shield TotalDual Plan 또는 카운티에서 서비스를 받는 경우 귀하는 귀하의 필요에 부합하는 다른 기관에 진료의뢰될 수 있습니다. Blue Shield TotalDual Plan 또는 카운티는 진료의뢰를 하는 해당 기관에 전화해 귀하를 진료의뢰할 수 있습니다. 또한 진료의뢰 양식은 귀하를 진료의뢰하는 의료제공자가 작성해 귀하가 진료의뢰되는 기관에 전달됩니다.

문제 해결 과정
귀하와 카운티 또는 Blue Shield TotalDual Plan 사이에 분쟁이 있는 경우 귀하는 분쟁이 해결될 때까지 처방약을 포함해 의학적으로 필요한 행동 건강 서비스를 계속 받습니다. Blue Shield TotalDual Plan은 시의적절하고 귀하가 받아야 하는 서비스에 부정적인 영향이 없는 해결 과정을 개발하기 위해 카운티와 협력해왔습니다. 귀하는 또한 분쟁 관계에 있는 기관이 어디인지에 따라 Blue Shield TotalDual Plan 또는 카운티의 재고 요청을 활용할 수 있습니다. 재고 요청 절차에 관한 정보를 알아보시려면 가입자 안내서 9장을 참조하십시오.

H. 저희 플랜, Medicare, 또는 Medi-Cal이 보험적용하지 않는 혜택

이 섹션은 저희 플랜에서 제외되는 혜택에 대해 알려드립니다. '제외'란 저희가 이 혜택들에 대한 비용을 지불하지 않는다는 의미입니다. Medicare 및 Medi-Cal도 이에 대한 비용을 지불하지 않습니다.

아래 목록은 어떠한 조건에서도 저희가 보험적용을 하지 않는 서비스 및 아이템 그리고 일부 사례에서만 저희가 제외하는 서비스 및 아이템을 설명하고 있습니다.

저희는 나열된 특정 조건에 의한 경우는 예외로 하고 이 섹션(또는 이 *가입자 안내서*의 다른 곳)에 기재된 제외되는 의료 혜택에 대해 비용을 지불하지 않습니다. 귀하가 응급 시설에서 서비스를 받는다고 해도, 저희 플랜은 해당 서비스에 대한 비용을 지불하지 않습니다.

보험적용이 되지 않는 서비스에 대해 저희 플랜이 비용을 지불해야 한다고 생각하시는 경우, 귀하는 재고 요청을 접수하실 수 있습니다. 재고 요청에 대한 자세한 정보는 본 *가입자 안내서* **9장**을 참조하십시오.

혜택 차트에 설명된 제외 또는 제한 외에도, 저희 플랜은 다음 물품 및 서비스에 보험적용을 하지 않습니다.

- Medicare 및 Medi-Cal에 따라 "합리적이고 의학적으로 필요"하지 않은 것으로 간주되는 서비스(보험적용이 되는 서비스 목록에 포함된 경우 제외)
- 실험적 의료 및 수술 치료, 물품 및 약품(Medicare, Medicare에서 승인한 임상 연구 또는 저희 플랜에서 보험적용을 하는 경우 제외). 임상 연구에 대한 자세한 정보는 이 *가입자 안내서* **3장**을 참조하십시오. 실험적 치료 및 항목은 의료계에서 일반적으로 수용되지 않는 것들입니다.
- 병적 비만에 대한 외과적 치료, 단 의학적으로 필요하고 Medicare에서 비용을 지불하는 경우 제외
- 병원 1인용 병실, 단 의학적으로 필요한 경우 제외
- 개인 간호사
- 전화 또는 텔레비전과 같은 병원 또는 간호 시설 병실 내의 개인 물품
- 귀하의 가정 내 상근 간호
- 귀하의 직계 친척 또는 귀하의 가족 구성원이 청구한 비용
- 의학적으로 필요한 경우를 제외한 선택적 또는 자발적 개선 시술 또는 서비스(체중 감량, 모발 성장, 성 기능, 운동 기능, 미용 목적, 노화 방지 및 정신 기능 포함)
- 미용 수술 또는 다른 미용 시술, 단 사고로 인한 부상으로 인해 필요한 경우 또는 형태가 제대로 되지 않은 신체 부위 개선을 위한 경우 제외. 그러나 저희는 유방절제술 이후의 유방재건술 및 이에 대칭되기 위한 다른 쪽 가슴 치료에 대한 비용을 지불할 것입니다.
- 정기 발 진료, 단 섹션 D 혜택 차트의 있는 발 질환 치료 서비스에 설명된 경우는 제외
- 정형외과용 신발, 단, 신발이 다리 교정기 일부이고 교정기 비용에 포함된 경우 또는 신발이 당뇨성 족병을 위한 신발인 경우는 제외
- 당뇨성 족병이 있는 사람들을 위한 정형외과 또는 치료용 신발을 제외한 발 지지 장치

- 각막절개, LASIK 수술, 및 다른 저시력 보조기
- 불임 시술 복원
- 자연요법 서비스(자연 또는 대체 치료 사용)
- 보훈처(VA) 시설에서 재향군인에게 제공된 서비스. 그러나 재향군인이 VA 병원에서 응급 진료를 받고 VA 비용 분담액이 저희 플랜에 의거한 비용 분담액보다 많은 경우, 저희는 차액을 재향군인에게 환급합니다. 귀하는 여전히 귀하의 비용 분담액을 지불할 책임이 있습니다.

5장: 외래환자 약품 받기

소개

이 장은 외래환자 약품을 받는 규정에 대해 설명합니다. 이 약들은 의료제공자가 귀하에게 약국에서 또는 가정 배송으로 구입하도록 지시한 약품입니다. 여기에는 Medicare 파트 D와 Medi-Cal에서 보장되는 약품이 포함되어 있습니다. 이 *가입자 안내서* **6장**은 귀하가 이러한 약품에 대해 지불하는 금액을 알려드립니다. 핵심 용어와 그 정의는 이 *가입자 안내서* 마지막 장에 가나다순으로 나와 있습니다.

이 장에서는 논의하지 않지만 다음 약품에도 보험적용을 합니다.

- **Medicare 파트 A에서 보험적용을 하는 약품.** 여기에는 일반적으로 귀하가 병원 또는 간호 시설에 입원한 동안 귀하에게 제공된 약품이 포함됩니다.
- **Medicare 파트 B에서 보험적용을 하는 약품.** 여기에는 일부 화학요법 약품, 귀하가 의사 또는 다른 의료제공자의 진료소를 방문했을 때 귀하에게 투여된 주사, 및 투석 진료소에서 귀하에게 제공된 약품이 포함됩니다. 보험적용이 되는 Medicare 파트 B 약품에 대해 자세히 알아보시려면 이 *가입자 안내서* 4장의 혜택 차트를 참조하십시오.
- 플랜이 제공하는 Medicare 파트 D와 의료 혜택 보험적용 외에도, 귀하가 Medicare 호스피스에 있는 경우에는 Original Medicare(일반 Medicare)에서 약품에 보험적용을 할 수 있습니다. 더 많은 정보를 알아보시려면 **5장 섹션 D** 'Medicare 승인 호스피스 프로그램에 있는 경우'를 참조하십시오.

플랜의 외래 약품 보험적용 규정

저희는 보통 귀하가 본 섹션의 규정을 준수하는 한 귀하의 약품에 보험적용을 할 것입니다.

귀하는 해당 주 법에 따라 유효한 의료제공자(의사, 치과의사 또는 다른 처방자)가 귀하의 처방전을 작성하도록 해야 합니다. 이러한 사람은 종종 귀하의 주치의(PCP 의사)입니다. 귀하의 주치의가 진료를 의뢰한 경우에는 다른 의료제공자가 될 수도 있습니다.

귀하의 처방자는 Medicare의 제외사항 또는 제외사항 목록 또는 이와 유사한 Medi-Cal 목록에 **없어야 합니다**.

귀하는 일반적으로 처방전 조제를 위해 네트워크 약국을 이용해야 합니다. 자세한 정보는 **섹션 A1**를 참조하십시오. 또는 플랜의 가정 배송 서비스를 통해 처방약을 조제할 수 있습니다.

귀하의 처방약은 플랜의 *보험적용 약품 목록*에 있어야 합니다. 저희는 이 목록을 줄여서 "*약품 목록*"이라고 합니다. (이 장의 **섹션 B**를 참조하십시오)

- 약품이 *약품 목록*에 없는 경우, 저희는 귀하에게 예외를 적용해 보험적용을 할 수 있을 수 있습니다.
- 예외 요청에 대한 자세한 내용은 9장을 참조하십시오.

- 또한 귀하의 처방약 보장 요청은 Medicare 및 Medi-Cal 표준에 따라 평가됩니다.

귀하의 약품은 의학적으로 용인되는 용법에 대해 사용되어야 합니다. 이는 약품 사용이 식품의약국(FDA)에서 승인되었거나 또는 특정 참고문헌으로 뒷받침되어야 한다는 것을 의미합니다. 귀하의 처방자는 처방약의 요청된 사용을 뒷받침하기 위한 의학적 참고 자료를 식별하는 데 도움을 줄 수 있습니다. FDA 또는 참고 문헌으로 뒷받침되지 않는 상태에서 치료를 위해 사용된 약품은 "오프 라벨"이라고 합니다. "오프 라벨" 적응증에 대해 사용된 약품은 의학적으로 허용된 적응증이 아니므로 이 "오프 라벨" 사용이 CMS가 승인한 참고문헌 중 하나에 인용된 경우가 아니면 보험 적용 혜택이 아닙니다.

귀하의 약품은 저희가 보험적용을 하기 전에 특정 기준에 따라 저희 플랜의 승인이 필요할 수 있습니다. (이 장의 **섹션 C**를 참조하십시오)

목차

A. 처방전 조제하기 171

A1. 처방전을 네트워크 약국에서 조제하십시오 171

A2. 처방전을 조제할 때 가입자 ID 카드를 제시하십시오 171

A3. 네트워크 약국을 변경하는 경우 해야 할 일 171

A4. 약국이 네트워크를 탈퇴하는 경우 해야 할 일 171

A5. 전문 약국 이용 172

A6. 약품을 받기 위해 가정 배송 서비스 사용 172

A7. 약품 장기 분량 받기 174

A8. 플랜 네트워크에 속하지 않은 약국 이용 174

A9. 처방약 비용 환불 175

B. 플랜의 *약품 목록* 175

B1. *약품 목록*에 있는 약 175

B2. *약품 목록*에서 의약품을 찾는 방법 176

B3. *약품 목록*에 없는 약 176

B4. *약품 목록* 비용 분담 등급 177

C. 일부 약품에 대한 제한 178

D. 약품에 보험적용이 되지 않을 수 있는 이유 180
D1. 임시 공급분 받기 180
D2. 임시 공급분 요청하기 181
D3. 예외 요청 182
E. 약품에 관한 혜택 변경 182
F. 특별한 경우의 약품 보험적용 184
F1. 저희 플랜에서 보험적용이 되는 입원을 하여 병원 또는 전문 간호 시설에 있는 경우 184
F2. 장기 요양 치료 시설에 있는 경우 184
F3. 메디케어 인증 호스피스 프로그램 184
G. 약품 안전 및 약품 관리에 관한 프로그램 185
G1. 약품의 안전 사용을 돕는 프로그램 185
G2. 약품 관리에 도움을 주는 프로그램 185
G3. 가입자들이 오피오이드 약품을 안전하게 사용하도록 돕기 위한 약품 관리 프로그램 (Drug management program, DMP) 186

A. 처방전 조제하기

A1. 처방전을 네트워크 약국에서 조제하십시오

대부분의 경우, 저희는 처방전이 네트워크 약국 중 한 곳에서 조제된 경우에만 비용을 지불할 것입니다. 네트워크 약국은 저희 플랜 가입자들을 위해 처방전을 조제하기로 동의한 약국입니다. 귀하는 당사의 네트워크 약국 중 하나를 이용하실 수 있습니다. (저희가 네트워크 외 약국에서 조제한 처방약에 보험을 적용하는 경우에 대한 정보를 알아보시려면 **섹션 A8**을 참조하십시오)

네트워크 약국을 찾으시려면 *의료제공자 및 약국 명부*를 참조하거나 저희 웹사이트를 방문하거나 고객 서비스에 문의하십시오.

A2. 처방전을 조제할 때 가입자 ID 카드를 제시하십시오

귀하의 처방전을 조제하려면 네트워크 약국에서 귀하의 가입자 ID 카드를 제시하십시오. 네트워크 약국은 귀하의 보험적용이 되는 약물에 대한 저희의 비용 분담액을 저희에게 청구할 것입니다. 귀하는 처방약을 받을 때 약국에서 코페이먼트를 지불하셔야 합니다.

Medi-Cal Rx가 적용되는 약을 구매하려면 Medi-Cal 카드 또는 혜택 ID 카드(BIC)가 필요하다는 점을 기억하십시오.

처방전을 조제할 때 가입자 ID 카드 또는 BIC를 지참하지 않은 경우 필요한 정보를 받기 위해 저희에게 전화하도록 약국에 요청하거나 약국에 플랜 가입 정보를 찾아보도록 요청할 수 있습니다.

약국에서 필요한 정보를 얻을 수 없으면, 귀하는 처방약을 받을 때 처방약 전체 비용을 지불해야 할 수 있습니다. 귀하는 저희에게 비용 분담액을 환급하도록 요청하실 수 있습니다. **약값을 지불할 수 없는 경우에는 즉시 고객 서비스에 문의하십시오.** 저희가 도와드릴 수 있는 모든 조치를 취하겠습니다.

- 저희에게 환급을 요청하시려면 이 *가입자 안내서*의 7장을 참조하십시오.
- 처방약 조제에 도움이 필요한 경우, 고객 서비스 또는 진료 코디네이터에게 문의하십시오.

A3. 네트워크 약국을 변경하는 경우 해야 할 일

약국을 변경한 후에 처방약 리필이 필요한 경우 의료제공자에게 새로운 처방전을 보내달라고 요청하거나, 약국에 리필이 남아 있는 경우에는 처방전을 새로운 약국으로 이전해 달라고 요청할 수 있습니다.

네트워크 약국 변경에 도움이 필요하신 경우 고객 서비스에 연락하실 수 있습니다.

A4. 약국이 네트워크를 탈퇴하는 경우 해야 할 일

이용하는 약국이 플랜의 네트워크를 탈퇴하는 경우 귀하는 새로운 네트워크 약국을 찾아야 합니다.

새 네트워크 약국을 찾으시려면 *의료제공자 및 약국 명부*를 참조하거나, 저희 웹사이트를 방문하거나, 고객 서비스에 문의하십시오.

A5. 전문 약국 이용

때로 처방전을 전문 약국에서 조제해야 합니다. 전문 약국에는 다음이 포함됩니다.

- 재택 수액 요법용 약품을 공급하는 약국
- 간호 시설과 같은 장기 요양 치료 시설 거주자에게만 약품을 공급하는 약국
    - 보통 장기 요양 치료 시설은 자체 약국이 있습니다. 귀하가 장기 요양 치료 시설 거주자인 경우, 저희는 귀하가 해당 시설의 약국에서 필요한 약품을 구입하실 수 있도록 합니다.
    - 귀하의 장기 요양 치료 시설 약국이 저희 네트워크에 포함되지 않은 경우, 고객 서비스에 연락하십시오.
- 원주민 의료제공자(IHCP) 약국. 미국 원주민 및 알래스카 원주민 가입자는 등록 소매 약국이 있는 경우, 원주민 건강 관리 의료제공자(IHCP) 약국을 이용할 수 있습니다. 귀하가 미국 원주민 또는 알래스카 원주민이 아니더라도, 해당 클리닉에 배정되어 있거나 응급 상황인 경우에는 IHCP 소매 약국에서 서비스를 받을 수 있습니다.
- FDA에서 특정 지역에 제한하는 약품을 조제하거나, 특별한 취급, 의료제공자의 조율 또는 약품 사용에 대한 교육이 필요한 약국 (주: 이런 상황은 매우 드물게 발생합니다)

전문 약국을 찾으려면 *의료제공자 및 약국 명부*를 참조하거나, 저희 웹사이트를 방문하거나, 고객 서비스에 문의하십시오.

A6. 약품을 받기 위해 가정 배송 서비스 사용

특정 유형의 약품의 경우, 귀하는 저희 플랜의 네트워크 가정 배송 서비스를 이용할 수 있습니다. 일반적으로 가정 배송을 통해 이용할 수 있는 약품은 만성 또는 장기 질환에 대해 정기적으로 복용하는 약품입니다. 플랜의 가정 배송 서비스를 통해 이용할 수 **없는** 약품은 저희 *약품 목록*에 NDS 기호로 표시되어 있습니다.

저희 플랜의 가정 배송 서비스를 통해 귀하는 1군에서 4군에 있는 보험적용이 되는 약물의 최대 100일 분량까지 주문할 수 있습니다. 100일 분량은 1개월 분량과 코페이먼트가 동일합니다.

우편으로 처방전 조제

귀하의 처방전을 가정 배송으로 조제하는 것에 대한 정보를 얻으려면 본 책자의 뒷면 표지에 있는 고객 서비스 번호로 전화하십시오. 귀하가 플랜의 네트워크에 포함되지 않은 가정 배송 약국을 이용하는 경우, 귀하의 처방전에는 혜택이 적용되지 않습니다.

일반적으로 가정 배송 처방전은 5일 이내에 도착합니다. 귀하의 가정 배송 처방약 주문이 지연되는 경우 귀하는 통지를 받을 것입니다. 이에 대해 질문이 있으시면 주 7일, 하루 24시간 (856) 208-4665번으로 Amazon Pharmacy로 문의하십시오. TTY 사용자는 711번으로 전화하십시오. 필요한 경우 Blue Shield TotalDual Plan 고객 서비스는 귀하가 가정 배송 약품이 도착할 때까지 약품이 떨어지지 않도록 지역 소매 네트워크 약국에서 충분한 공급분을 얻는 것을 도와드릴 수 있습니다. 이를 위해 귀하가 가정 배송 약품을 받을 때까지 귀하의 의사에게 연락해 필요한 약품 수량에 대한 새로운 처방전을 소매 네트워크 약국에 전화로 전달하거나 팩스로 보내도록 하는 것이 필요할 수 있습니다.

가정 배송 제공자의 처방약 배송이 주문된 날짜로부터 5일 넘게 지연되고, 우편 시스템에서의 약품 손실로 인한 경우, Amazon Pharmacy 고객 서비스는 대체 주문을 조율할 수 있습니다.

가정 배송 절차

가정 배송 서비스에는 귀하로부터 받는 새 처방전, 의료제공자 진료소에서 직접 받는 새 처방전, 가정 배송 처방전 리필에 대해 서로 다른 절차가 있습니다.

1. 약국이 귀하로부터 받는 새로운 처방전

약국은 귀하로부터 받은 새로운 처방전을 자동으로 조제하여 전달합니다.

2. 약국이 의료제공자의 사무실로부터 받는 새로운 처방전

약국에서는 의료제공자의 처방전을 받은 후 귀하에게 연락하여 약품이 당장 조제되기를 원하는지, 혹은 나중에 조제되기를 원하는지를 물어볼 것입니다.

- 이를 통해 귀하는 약국에서 올바른 약품(함량, 수량 및 제형 포함)을 배송하는지 확인할 수 있으며 필요한 경우 청구서를 받고 약품이 발송되기 전에 주문을 취소 또는 지연시킬 수 있습니다.
- 귀하가 약국의 연락을 받을 때마다 응답해 신규 처방전을 어떻게 처리할지 약국에 알려주고 발송 지연을 예방하는 것이 중요합니다.

3. 가정 배송 처방전의 리필

약품 리필을 위해서는 자동 리필 프로그램에 등록할 수 있는 옵션이 있습니다. 이 프로그램 하에서 당사의 기록상 귀하의 약품이 거의 소진될 시점이 된 것으로 나타나면 다음 리필을 자동으로 처리하기 시작합니다.

- 약국은 각 리필분을 배송하기 전에 귀하에게 연락하여 더 많은 약품이 필요한지 확인하고 약품이 충분하거나 약품이 변경된 경우 예정되었던 리필을 취소하실 수 있습니다.
- 저희의 자동 리필 프로그램을 사용하지 않기로 선택하시는 경우, 귀하의 다음 주문이 제시간에 배송되도록 하기 위해 현재 처방약이 소진되기 14일 전에 귀하의 약국에 연락하십시오.

자동으로 가정 배송 리필을 준비하는 저희 프로그램을 탈퇴하시려면 주 7일, 하루 24시간 (856) 208-4665번으로 Amazon Pharmacy에 연락하십시오. TTY 사용자는 711번으로 전화하십시오.

약국이 발송 전에 주문 확인을 위해 귀하에게 연락할 수 있도록 반드시 약국에서 귀하에게 연락할 수 있는 최선의 방법을 알려주십시오. Blue Shield TotalDual Plan의 귀하의 연락처 정보를 항상 최신 상태로 유지하십시오. 전화번호나 주소 업데이트가 필요하면 Blue Shield TotalDual Plan 고객 서비스로 연락하십시오(전화번호 및 운영 시간은 이 페이지 하단 참조).

A7. 약품 장기 분량 받기

귀하는 저희 플랜의 약품 목록에 있는 건강유지약을 장기 분량으로 받으실 수 있습니다. 건강유지약은 일반적으로 만성 또는 장기적인 의학적 상태를 위해 정기적으로 복용하는 약품입니다.

일부 네트워크 약국은 귀하가 건강유지약 장기 분량을 받을 수 있도록 합니다. 100일 분량은 1개월 분량과 코페이먼트가 동일합니다. 의료제공자 및 약국 명부는 귀하가 건강유지약 장기 분량을 받을 수 있는 약국이 어디인지 알려드립니다. 또한 자세한 정보는 케어 코디네이터 또는 고객 서비스에 문의하실 수 있습니다.

특정 유형의 약품의 경우 귀하는 저희 플랜의 네트워크 가정 배송 서비스를 이용해 건강유지약 장기 분량을 받을 수 있습니다. 가정 배송 서비스에 대해 알아보려면 **섹션 A6**을 참조하십시오.

A8. 플랜 네트워크에 속하지 않은 약국 이용

일반적으로 저희는 귀하가 네트워크 약국을 이용할 수 없는 경우에만 네트워크 외 약국에서 조제한 약품에 대한 비용을 지불합니다. 저희는 서비스 지역 외부에 귀하가 저희 플랜 가입자로서 처방약을 조제할 수 있는 네트워크 약국이 있습니다. 이러한 경우 먼저 귀하의 진료 코디네이터 또는 고객 서비스에 문의하여 근처에 네트워크 약국이 있는지 알아보십시오.

저희는 다음과 같은 경우 네트워크 외 약국에서 조제한 처방약에 대한 비용을 지불할 것입니다.

- 24시간 서비스를 제공하는 네트워크 약국이 합리적인 운전 가능한 거리 내에 없기 때문에 귀하가 저희 서비스 지역 내에서 제때에 보험적용이 되는 약품을 얻을 수 없는 경우
- 귀하가 자격이 있는 네트워크 소매 또는 우편 서비스 약국에 정기적으로 입고되지 않는 혜택 적용 처방약(희귀의약품, 고비용 및 특이 약품 또는 기타 전문 의약품을 포함)을 조제하려고 하는 경우
- Medicare 파트 B에 의거해 혜택이 적용되지 않으며 네트워크 약국에서 합리적으로 제공받을 수 없지만 귀하의 의사 진료실에서 접종되는 일부 백신은 저희의 네트워크 외 이용에 의거해 혜택이 적용될 수 있습니다.
- 네트워크 외 약국에서 조제된 처방약은 혜택 적용 약품의 30일 복용분으로 제한됩니다.

A9. 처방약 비용 환불

네트워크 외 약국을 이용해야 하는 경우, 일반적으로 처방약을 받을 때 코페이먼트 대신에 전체 비용을 지불해야 합니다. 귀하는 저희의 비용 분담액을 귀하에게 환급하도록 저희에게 요청할 수 있습니다.

Medi-Cal Rx가 보장할 수 있는 처방약 비용 전액을 귀하가 지불하는 경우, Medi-Cal Rx가 처방약 비용을 지불하면 귀하는 약국에서 상환을 받을 수도 있습니다. 또는 귀하가 "Medi-Cal 본인부담 비용 상환(Conlan)" 청구서를 제출하여 Medi-Cal Rx에 환급을 요청할 수도 있습니다. 자세한 정보를 보려면 Medi-Cal Rx 웹사이트 medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/을 방문하십시오.

이에 대해 더 알아보시려면 이 *가입자 안내서* **7장**을 참조하십시오.

B. 플랜의 *약품 목록*

저희에게는 *보험적용 약품 목록*이 있습니다. 저희는 이 목록을 줄여서 "*약품 목록*"이라고 합니다.

약품 목록에 기재된 약품은 의사 및 약사 팀의 도움으로 저희가 선정한 약품입니다. 약품 목록은 또한 귀하의 약품을 받기 위해 귀하가 준수해야 하는 규정이 있는지 여부를 알려드립니다.

이 장에서 설명한 규정을 귀하가 준수하는 경우, 저희는 일반적으로 플랜의 약품 목록에 있는 약을 보장합니다.

B1. *약품 목록*에 있는 약

저희의 *약품 목록*에는 Medicare 파트 D에서 보장되는 의약품이 있습니다.

약국에서 구입하는 대부분의 약품은 귀하의 플랜에 의해 보장됩니다. 일부 비처방(OTC) 의약품 및 특정 비타민과 같은 기타 의약품은 Medi-Cal Rx에 의해 보험이 적용될 수 있습니다. 자세한 정보를 보려면 Medi-Cal Rx 웹사이트(medi-calrx.dhcs.ca.gov)를 방문하십시오. Medi-Cal Rx 고객 서비스 센터(800-977-2273)에 전화하실 수도 있습니다. Medi-Cal Rx를 통해 처방전을 받을 때에는 Medi-Cal 수혜자 ID 카드(BIC)를 지참하십시오.

저희의 *약품 목록*에는 상품명 약물, 일반약 및 생물학적 제제(바이오시밀러 포함)가 포함됩니다.

상품명 약물은 약품 제조사가 소유한 등록상표 이름으로 판매되는 약품입니다. 생물학적 제제는 일반적인 약품보다 복잡한 약품입니다. *약품 목록*에서 "약물"이라고 하면 이는 약물이나 생물학적 제제를 의미할 수 있습니다.

일반약은 상품명 약물과 동일한 활성 성분으로 만들어집니다. 생물학적 제제에는 바이오시밀러라고 불리는 대안제가 있습니다. 일반적으로 일반약 및 바이오시밀러는 상품명 약물 또는 원 생물학적 제제 만큼의 효과가 있으며 보통 비용이 적게 듭니다. 많은 상품명 약물에는 일반약 대체제가 있으며, 일부 원 생물학적 제제에는 바이오시밀러 대안제가 있습니다. 일부 바이오시밀러는 대체 가능한 바이오시밀러이며, 주 법률에 따라 일반약이 상품명 약물에 대체될 수 있는 것처럼 이 역시 새로운 처방전 없이 약국에서 원래 생물학적 제제를 대체할 수 있습니다.

*약품 목록*에 있을 수 있는 약품 유형의 정의를 알아보시려면 **12장**을 참조하십시오.

B2. *약품 목록*에서 의약품을 찾는 방법

복용하는 약품이 *약품 목록*에 있는지 알아보기 위해 다음과 같이 할 수 있습니다.

- 플랜의 웹사이트(blueshieldca.com/medformulary2026)를 방문하십시오. 웹사이트에 있는 *약품 목록*은 항상 가장 최신 목록입니다.
- 약품이 저희의 *약품 목록*에 있는지 여부를 알아보거나 목록 사본을 요청하시려면 고객 서비스에 전화하십시오.
- 파트 D에서 보장되지 않는 약품은 Medi-Cal Rx에서 보장될 수도 있습니다. 자세한 정보를 보려면 Medi-Cal Rx 웹사이트(**medi-calrx.dhcs.ca.gov/**)를 방문하십시오.
- blueshieldca.com/medicare에서 '실시간 혜택 도구(Real Time Benefit Tool)'를 사용하여 *약품 목록*에서 약품을 검색하여 귀하가 지불해야 할 금액을 추정하고 *약품 목록*에 동일한 질환을 치료할 수 있는 대체 약품이 있는지 확인하십시오. 또한 귀하의 진료 코디네이터 또는 고객 서비스에 전화하실 수 있습니다. 이 도구를 사용하면 약품 목록에서 약품을 검색하여 귀하가 지불할 금액을 추정하고 약품 목록에 동일한 상태를 치료할 수 있는 대체 약품이 있는지 확인할 수 있습니다.
- Rx 가격 확인 도구에 액세스하는 방법:
  - 온라인 가입자 계정을 생성하거나 로그인하십시오.
  - Myblueshield로 이동한 다음 "혜택(Benefits)"에서 약국을 클릭합니다.
  - '나의 처방전 가격 확인(Price check my Rx)' 아래에서 '현재 처방전 확인(Check current prescriptions)'을 클릭합니다.

B3. *약품 목록*에 없는 약

저희는 모든 약품에 보험적용을 하지 않습니다.

- 일부 약품은 그 약품에 보험적용을 하는 것이 법적으로 허용되지 않기 때문에 약품 목록에 기재되어 있지 않습니다.
- 다른 경우, 저희는 어떤 약품은 약품 목록에 포함시키지 않기로 결정했습니다.
- 어떤 경우, 귀하는 저희 *약품 목록*에 없는 약품을 받을 수 있습니다. 더 많은 정보를 알아보시려면 **9장**을 참조하십시오.

저희 플랜은 이 섹션에 설명된 종류의 약품에 대해서는 비용을 지불하지 않습니다. 이 약품들은 **제외 약품**이라고 합니다. 제외 약품에 대한 처방전을 받은 경우, 귀하는 스스로 약품에 대한 비용을 지불해야 합니다. 저희가 귀하의 사례에서 제외 약품에 대한 비용을 지불해야 한다고 생각하신다면 귀하는 재고 요청을 접수하실 수 있습니다. 재고 요청에 대한 자세한 정보는 이 *가입자 안내서* **9장**을 참조하십시오.

제외 약품에 대한 일반적인 규정 3가지는 다음과 같습니다.

1. 저희 플랜의 외래환자 약품 보험(Medicare 파트 D 포함)은 Medicare 파트 A 또는 Medicare 파트 B가 이미 보험적용하고 있는 약품에 대한 비용을 지불할 수 없습니다. 저희 플랜은 Medicare 파트 A 또는 Medicare 파트 B에 따라 보험적용되는 약품을 무료로 보험적용하지만, 이러한 약품은 외래환자 처방약 혜택의 일부로 간주되지 않습니다.
2. 저희 플랜은 미국 및 미국령 외부에서 구매한 약품에 보험적용을 할 수 없습니다.
3. 약물의 사용은 귀하의 상태에 대한 치료법으로 FDA의 승인을 받았거나 특정 의학적 자료로 뒷받침 되는 것이어야 합니다. 귀하의 담당의사 또는 다른 의료제공자는 비록 해당 질병의 치료를 위해 승인되지 않았더라도 귀하의 질병 치료를 위해 특정 약품을 처방할 수 있습니다. 이를 "오프 라벨 사용"이라고 합니다. 저희 플랜은 보통 오프 라벨 사용을 위해 처방된 약품에 보험적용을 하지 않습니다.

또한 법에 따라 Medicare 또는 Medi-Cal은 아래 나열된 유형의 약품에 보험적용을 하지 않습니다.

- 임신 촉진을 위해 사용된 약품
- 기침 또는 감기 증상 완화를 위해 사용되는 약품*
- 미용 목적 또는 모발 성장을 위해 사용된 약품
- 처방 비타민 및 미네랄 제품, 임신 전 비타민 및 불소 제제* 제외
- 성 장애 또는 발기 장애 치료를 위해 사용되는 약품
- 거식증 치료, 체중 감량 또는 체중 증가를 위해 사용되는 약품*
- 자사에서만 테스트나 서비스를 받아야 한다고 말하는 회사에서 만든 외래환자용 약품

*일부 제품에는 Medi-Cal로 보험적용이 될 수 있습니다. 자세한 정보를 보려면 Medi-Cal Rx 웹사이트 (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)를 방문하십시오.

B4. *약품 목록* 비용 분담 등급

저희의 약품 목록에 기재된 모든 약품은 다섯 가지의 등급 중 하나에 포함되어 있습니다. 하나의 등급은 일반적으로 동일한 유형의 약품 그룹입니다(예: 상품명 약물, 일반약 또는 OTC 약품). 일반적으로 비용 분담 등급이 높을수록 약품에 대한 귀하의 비용이 더 높아집니다.

- 비용 분담 약품 1군: 선호 일반약(가장 낮은 비용 분담 등급) – 선호 일반약을 포함
- 비용 분담 약품 2군: 일반약 – 일반약 및 바이오시밀러 포함
- 비용 분담 약품 3군: 선호 브랜드 약품 – 선호 상품명 약물, 바이오시밀러 및 일부 일반약 포함

- 비용 분담 약품 4군: 비선호 약품 – 비선호 상품명 약물, 바이오시밀러 및 일부 일반약 포함
- 비용 분담 약품 5군: 특수 처방약(가장 높은 비용 분담 등급) – 특수한 취급 및/또는 면밀한 모니터링이 필요한 매우 높은 비용의 상품명 약물, 바이오시밀러, 일반약 포함

귀하의 약품이 어떤 비용 분담 등급에 포함되는지 알아보시려면 저희 *약품 목록*에서 약품을 찾아보십시오.

이 *가입자 안내서* **6장**에는 각 약품 군에 대해 귀하가 지불하는 금액이 나와 있습니다.

C. 일부 약품에 대한 제한

일부 약품의 경우 특별 규정이 플랜에서 약품에 보험적용을 하는 방법 및 시기를 제한합니다. 일반적으로 저희 규정은 귀하가 귀하의 의학적 상태에 효과가 있으며 안전하고 효과적인 약품을 받도록 권장합니다. 안전하고 더 낮은 비용의 약품이 더 높은 비용의 약품과 같은 효과가 있는 경우, 저희는 귀하의 의료제공자가 더 낮은 비용의 약품을 사용하기를 기대합니다.

때로 하나의 약품이 저희 *약품 목록*에 두 번 이상 표시될 수 있다는 점을 유념하십시오. 이는 동일한 약품이 귀하의 의료제공자가 처방한 약품의 함량, 수량 또는 제형에 따라 다를 수 있으며 다른 제한사항이 약품의 다른 버전(예를 들어 10mg 대 100mg, 1일 1회 대 1일 2회, 정제 대 액체)에 적용될 수 있기 때문입니다.

약품에 대한 특별 규정이 있는 경우, 이는 보통 귀하 또는 귀하의 의료제공자가 해당 약품에 저희가 보험적용을 하도록 하기 위해 추가적인 조치를 취해야 한다는 것을 의미합니다. 예를 들어, 귀하의 의료제공자는 저희에게 귀하의 진단 및 혈액 검사 결과를 우선 제공해야 할 수 있습니다. 귀하 또는 귀하의 의료제공자가 저희의 규정이 귀하의 상황에 적용되지 않아야 한다고 생각하신다면, 보험적용 결정 절차를 이용하여 예외를 적용하도록 요청하십시오. 저희는 추가 조치를 취하지 않고 해당 약품을 귀하가 사용할 수 있도록 동의하거나 동의하지 않을 수 있습니다.

예외 요청에 대해 자세히 알아보시려면 이 *가입자 안내서* **9장**을 참조하십시오.

1. 일반약 또는 대체 가능한 바이오시밀러 버전이 있는 경우, 상품명 약물 또는 원 생물학적 제제 사용 제한

일반적으로 일반약이나 대체 가능한 바이오시밀러는 상품명 약물이나 원 생물학적 제제와 동일한 효과가 있으며 보통 비용이 더 적게 듭니다. 대부분의 경우, 상품명 약물 또는 원 생물학적 제제의 일반약 또는 대체 가능한 바이오시밀러 버전이 있는 경우, 저희 네트워크 약국은 귀하에게 일반약 또는 대체 바이오시밀러 버전을 제공합니다.

- 일반적으로 일반약 버전이 있는 경우 상품명 약물이나 원 생물학적 제제에는 비용을 지불하지 않습니다.
- 그러나 귀하의 의료제공자가 저희에게 일반약 또는 대체 가능한 바이오시밀러가 귀하에게 효과가 없을 것이라는 의학적인 이유를 알려주면, 저희는 그 상품명 약물에 보험적용을 할 것입니다.
- 상품명 약물이나 원 생물학적 제제를 사용하는 경우 코페이먼트가 일반약이나 대체 가능한 바이오시밀러보다 더 높을 수 있습니다.

2. 사전에 플랜의 승인 받기

일부 약품의 경우, 귀하 또는 귀하의 처방자는 처방전을 조제하기 전에 저희 플랜의 승인을 받아야 합니다. 이는 '사전 승인'이라고 합니다. 이는 약품의 안전을 보장하고 특정 약품의 적절한 사용을 안내하기 위해 마련되었습니다. 승인을 받지 않으면 저희는 약품에 보험적용을 하지 않을 수 있습니다. 사전 승인에 대한 자세한 정보는 페이지 하단에 있는 전화번호로 고객 서비스에 문의하시거나 저희 웹사이트 blueshieldca.com/medformulary2026에서 확인하실 수 있습니다.

3. 다른 약품을 먼저 시험해 보기

일반적으로, 저희는 귀하가 비용이 더 높은 약품에 보험적용을 하기 전에 비용이 더 낮은 약품(동일한 효과)을 우선 시도해 보기를 바랍니다. 예를 들어, 약품 A와 약품 B가 동일한 의학적 상태를 치료하고 약품 A가 약품 B보다 비용이 더 낮은 경우 저희는 귀하에게 우선 약품 A를 시도해보도록 요구할 수 있습니다.

약품 A가 귀하에게 효과가 **없는** 경우, 저희는 약품 B에 보험적용을 합니다. 이를 단계적 치료라고 합니다. 단계적 치료에 대한 자세한 정보는 페이지 하단에 있는 전화번호로 고객 서비스에 문의하시거나 저희 웹사이트 blueshieldca.com/medformulary2026에서 확인하실 수 있습니다.

4. 수량 제한

일부 약품의 경우 저희는 귀하가 받을 수 있는 약품의 수량을 제한합니다. 이를 수량 제한이라고 합니다. 예를 들어, 일반적으로 특정 약품에 대해 1일 1정만 복용하는 것이 안전한 것으로 간주되는 경우, 저희는 귀하가 처방약을 조제할 때마다 받을 수 있는 약품의 양을 제한할 수 있습니다.

위의 규정이 귀하가 복용하고 있거나 복용하려 하는 약품에 적용되는지 알아보시려면 약품 목록을 확인하십시오. 최신 정보를 알아보시려면 고객 서비스에 문의하시거나 저희 웹사이트 blueshieldca.com/medformulary2026에서 확인하실 수 있습니다. 만일 상기 이유 중 하나를 근거로 귀하가 당사의 보험적용 결정에 동의하지 않는 경우, 재고를 요청하실 수 있습니다. 이 *가입자 안내서*의 **9장**을 참조하십시오.

D. 약품에 보험적용이 되지 않을 수 있는 이유

저희는 약품 보험이 귀하에게 잘 적용되도록 노력하고 있지만, 때로는 귀하가 원하는 방식으로 보험이 적용이 되지 않을 수 있습니다. 예:

- 저희 플랜이 귀하가 복용하고 싶은 약품에 보험을 적용하지 않을 수 있습니다. 해당 약품이 당사의 약품 목록에 없을 수도 있습니다. 저희는 약품의 일반약 버전을 보장하나 귀하가 복용하려는 상품명 버전은 보장하지 않을 수 있습니다. 약품이 새로운 약품이고 저희가 안정성 및 효과를 아직 검토하지 못했을 수 있습니다.
- 약품에 보험적용이 되지만, 해당 약품에 특별 규정 또는 보험적용 제한이 있을 수 있습니다. 위의 섹션에서 설명한 바와 같이 저희 플랜에서 보험적용을 하는 약품 중 일부는 사용을 제한하는 규정이 있습니다. 일부 사례의 경우, 귀하 또는 귀하의 처방자는 저희에게 규정 예외 적용을 요청하고자 할 수 있습니다.

저희가 귀하가 원하는 방식으로 약품을 보장하지 않는 경우, 귀하가 할 수 있는 몇 가지 일이 있습니다.

D1. 임시 공급분 받기

일부 사례의 경우 저희는 해당 약품이 약품 목록에 기재되지 않았거나 어떤 방식으로 제한되는 경우 귀하에게 약품의 임시 공급분을 제공할 수 있습니다. 이는 귀하가 귀하의 의료제공자와 다른 약품을 받는 것에 관해 논의하거나 저희에게 약품에 보험적용을 하도록 요청할 시간을 제공합니다.

약품의 임시 공급분을 받으려면 다음의 두 가지 규정을 충족해야 합니다.

1. 귀하가 복용하고 있는 약품이 다음에 해당합니다.
   - 더 이상 저희 *약품 목록*에 없는 경우, **또는**
   - 원래 저희 *약품 목록*에 없었던 경우, **또는**
   - 현재 어떤 방식으로 제한된 경우
2. 귀하는 다음 상황 중 한 가지에 속해야 합니다.
   - 작년에 저희 플랜에 가입되어 있었습니다.
     - 저희는 **달력 연도의 첫 90일 동안** 약품의 임시 공급분에 보험을 적용합니다.
     - 이 임시 공급분은 최대 30일 분량입니다.
     - 귀하의 처방전이 이 기간보다 적은 일수로 발행된 경우, 저희는 최대 30일 약품 분량까지 제공하기 위해 여러 번의 리필을 허용할 것입니다. 귀하는 반드시 네트워크 약국에서 처방약을 조제해야 합니다.
     - 장기 요양 치료 시설 약국은 낭비 방지를 위해 한 번에 적은 분량의 약품을 제공할 수 있다는 점을 유의하십시오.

- 귀하가 저희 플랜에 새로 가입하셨습니다.
  - 저희는 **플랜에 가입한 첫 90일 동안** 약품의 임시 공급분에 보험을 적용합니다.
  - 이 임시 공급분은 최대 30일 분량입니다.
  - 귀하의 처방전이 이 기간보다 적은 일수로 발행된 경우, 저희는 최대 30일 약품 분량까지 제공하기 위해 여러 번의 리필을 허용할 것입니다. 귀하는 반드시 네트워크 약국에서 처방약을 조제해야 합니다.
  - 장기 요양 치료 시설 약국은 낭비 방지를 위해 한 번에 적은 분량의 약품을 제공할 수 있다는 점을 유의하십시오.
- 귀하가 플랜에 90일 이상 가입했고, 장기 요양 치료 시설에 거주하고 있으며, 즉시 약품 공급이 필요합니다.
  - 저희는 31일치 공급분 한 번에 대해 보험적용을 합니다. 또는 처방전이 31일 미만으로 작성된 경우, 그 일수 만큼 보험적용을 합니다. 이는 위의 임시 공급분에 추가됩니다.

D2. 임시 공급분 요청하기

약품을 일시적으로 공급받으려면 고객 서비스에 문의하십시오.

임시 공급분을 받는 경우, 귀하는 공급 분량이 소진되면 어떻게 할 것인지 결정하기 위해 가능한 한 신속히 귀하의 의료제공자와 상담해야 합니다. 귀하가 선택할 수 있는 사항은 다음과 같습니다.

- 다른 약품으로 변경할 수 있습니다.

  저희 플랜에서 보험적용을 하는, 귀하에게 효과가 있는 다른 약품이 있을 수 있습니다. 고객 서비스에 전화하여 동일한 의학적 상태를 치료하면서 혜택이 적용되는 약품 목록을 요청할 수 있습니다. 목록은 귀하의 의료제공자가 귀하에게 효과가 있으면서 보험적용이 되는 약물을 찾는 데 도움이 될 것입니다.

  또는

- 예외를 요청할 수 있습니다.

  귀하와 귀하의 의료제공자는 저희에게 예외 적용을 요청할 수 있습니다. 예를 들어, 귀하는 저희의 약품 목록에 없는 약품에 대해 보험적용을 요청하거나 해당 약품에 대해 제한 없는 보험적용을 요청하실 수 있습니다. 귀하의 의료제공자가 귀하에게 예외를 적용 받을 타당한 의학적 이유가 있다고 이야기하는 경우, 이는 귀하가 예외를 요청하는 데 도움이 될 수 있습니다.

D3. 예외 요청

귀하가 복용하는 약이 내년에 *약품 목록*에서 제외되거나 어떤 방식으로든 제한될 경우, 귀하는 내년이 되기 전에 예외를 요청할 수 있습니다.

- 저희는 내년에 시행될 약품 보장의 변경 사항을 귀하에게 알려드립니다. 저희에게 예외를 적용하고 내년도에는 귀하가 원하는 방식으로 약품을 보장해 달라고 요청하십시오.
- 저희는 귀하의 요청(또는 처방자의 증빙 진술서)을 받은 후 72시간 이내에 답변을 드릴 것입니다.
- 귀하의 요청을 승인하면 변경 사항이 적용되기 전에 해당 약품에 대한 보험적용을 승인해 드립니다.

예외 요청에 대해 자세히 알아보시려면 이 *가입자 안내서* **9장**을 참조하십시오.

예외를 요청하는 데 도움이 필요하신 경우, 고객 서비스 센터에 연락하시기 바랍니다.

E. 약품에 관한 혜택 변경

약품 보장에 대한 대부분의 변경은 1월 1일에 발생하지만, 연중에도 약품 목록에 약품이 추가되거나 삭제될 수 있습니다. 저희는 또한 약품에 대한 규정을 변경할 수 있습니다. 예를 들면 저희는 다음을 할 수 있습니다.

- 약품에 대한 사전 승인(PA)을 요구 또는 요구하지 않기로 결정(귀하가 약을 받기 전에 저희가 내리는 허락)
- 받을 수 있는 약품 수량을 추가 또는 변경(수량 제한)
- 약품에 대해 단계적 치료 제한을 추가 또는 변경(어떤 약에 대한 보험적용 이전에, 다른 약을 사용해 봐야 함)

저희는 플랜의 *약품 목록*을 변경하기 전에 Medicare 요구사항을 준수해야 합니다. 이러한 약품 규정에 대해 더 자세히 알아보시려면 **섹션 C**를 참조하십시오.

귀하가 **연초**에 보험적용이 되던 약품을 복용하고 있는 경우, 저희는 다음 경우를 제외하고 **해당 연도 남은 기간 동안** 해당 약품의 보험적용을 삭제하거나 변경하지 않습니다.

- *약품 목록*에 있는 약품만큼 효과가 있는 새롭고 저렴한 약품이 현재 출시된 경우, 또는
- 어떤 약품이 안전하지 않다는 것을 알게 되는 경우, 또는
- 약품이 시장에서 철수되는 경우

귀하가 복용하고 있는 약품에 대해 보험적용이 변경되면 어떻게 되나요?

*약품 목록*이 변경되면 어떤 일이 발생하는지에 대한 자세한 정보는 다음과 같은 방식으로 찾을 수 있습니다.

- blueshieldca.com/medformulary2026에서 온라인으로 저희의 현재 *약품 목록*을 확인합니다. **또는**
- 페이지 하단에 있는 고객 서비스로 전화하여 현재 *약품 목록*을 알아봅니다.

현재 플랜 연도 동안 귀하에게 영향을 미치는 *약품 목록 변경 사항*

*약품 목록*의 일부 변경사항은 즉시 효력이 발생할 것입니다. 예:

새로운 일반약이 출시됩니다. 때로는 현재 *약품 목록*에 있는 상품명 약물 또는 원생물학적 제제만큼 효과가 있는 새로운 일반약 또는 바이오시밀러가 시장에 출시됩니다. 이러한 경우, 저희는 상품명 약물을 삭제하고 새로운 일반약을 추가할 수 있으나 새로운 약품에 대한 귀하의 비용은 동일하게 유지되거나 더 저렴해집니다. 저희가 새로운 일반약을 추가하는 경우, 저희는 상품명 약물 또한 목록에 유지하되 보험적용 규정 또는 제한을 변경하기로 결정할 수 있습니다.

- 저희는 이러한 변경 전에 이를 귀하에게 통보하지 않을 수도 있으나, 변경이 시행된 후 구체적인 변경 사항에 대한 정보를 보내 드릴 것입니다.
- 귀하 또는 귀하의 의료제공자는 이러한 변경사항에 "예외"를 요청하실 수 있습니다. 저희는 예외를 요청하기 위해 귀하가 취해야 할 단계들에 대한 알림을 보내 드릴 것입니다. 예외에 대한 자세한 정보는 본 안내서 9장을 참조하십시오.

안전하지 않은 약품 및 시판되지 않는 기타 약품 제거. 때로는 다른 이유로 약품이 안전하지 않거나 시판되지 않을 수 있습니다. 이러한 일이 발생하면 저희는 즉시 해당 정보를 *약품 목록*에서 삭제할 수 있습니다. 귀하가 해당 약품을 복용하고 있는 경우, 저희는 변경 후에 귀하에게 알림을 보낼 것입니다. 귀하의 처방자 또한 이 변경사항에 대해 알게 되며 귀하의 상태에 맞는 다른 약품을 찾기 위해 귀하와 협력할 수 있습니다.

저희는 귀하가 복용하는 약품에 영향을 미치는 기타 변경을 할 수도 있습니다. 저희는 약품 목록에 대한 이와 같은 기타 변경사항을 귀하께 사전에 알려드릴 것입니다. 이러한 변경사항들은 다음의 경우 발생할 수 있습니다.

- FDA가 새로운 지침을 제공하거나 또는 약품에 대한 새로운 임상 지침이 있음

이러한 변경사항들이 발생하는 경우, 저희는 다음과 같은 조치를 취할 것입니다.

- 약품 목록 변경을 최소 30일 전 귀하에게 통보 또는
- 귀하에게 통보하고 귀하가 리필을 요청한 이후 약품의 30일 분량을 제공

이를 통해 귀하는 의사 또는 기타 다른 처방자와 상담할 시간을 가질 수 있습니다. 그들은 귀하가 다음과 같은 결정을 내리는데 도움을 줄 수 있습니다.

- 약품 목록에 비슷한 약품이 있으면 대신 복용할 수 있는지 **또는**
- 해당 약품 또는 귀하가 복용해온 약품 버전에 대해 계속 보험 적용을 받으려면 이러한 변경사항에 예외를 요청해야 하는지. 예외 요청에 대해 자세히 알아보시려면 이 *가입자 안내서* **9장**을 참조하십시오.

이 플랜 연도 동안 귀하에게 영향을 미치지 않는 *약품 목록* 변경사항

저희는 위에 설명되지 않고 현재 귀하에게 영향을 미치지 않는 약품을 변경할 수 있습니다. 이러한 변경 사항의 경우, 귀하가 **연초**에 보험적용이 되던 약품을 복용하고 있는 경우, 저희는 일반적으로 해당 연도 **남은 기간 동안** 해당 약품의 보험적용을 삭제하거나 변경하지 않습니다.

예를 들어, 귀하가 복용하고 있는 약품을 제거하거나 그 사용을 제한하는 경우, 변경 사항은 해당 연도의 남은 기간 동안 귀하의 약품 사용에 영향을 미치지 않습니다.

이러한 변경사항이 귀하가 복용하고 있는 약품에 발생하면(위 섹션에서 명시된 변경사항 제외) 변경사항은 다음 해 1월 1일까지 귀하의 사용에 영향을 미치지 않습니다.

올해 이러한 유형의 변경사항을 직접 알려드리지 않을 것입니다. 다음 플랜 연도(정규 가입 기간 동안 목록을 이용할 수 있는 경우)에 대해 *약품 목록*을 확인하여 다음 플랜 연도 동안 귀하에게 영향을 줄 변경 사항이 있는지 확인하셔야 합니다.

F. 특별한 경우의 약품 보험적용

F1. 저희 플랜에서 보험적용이 되는 입원을 하여 병원 또는 전문 간호 시설에 있는 경우

귀하가 저희 플랜에서 보험적용이 되는 입원을 위해 병원 또는 전문 간호 시설에 입원한 경우, 저희는 일반적으로 귀하의 입원 기간 동안 귀하의 약품 비용에 보험을 적용합니다. 귀하는 코페이먼트를 지불하지 않을 것입니다. 귀하가 병원 또는 전문 간호 시설에서 퇴원하면, 저희는 귀하의 약품이 보험적용에 대한 저희의 규정을 모두 충족하는 한 귀하의 약품에 보험을 적용할 것입니다.

약품의 보험적용과 본인 부담금에 대해 자세히 알아보시려면 이 *가입자 안내서* **6장**을 참조하십시오.

F2. 장기 요양 치료 시설에 있는 경우

보통, 간호 시설과 같은 장기 요양 치료 시설에는 자체 약국 또는 모든 거주자들을 위한 약품을 공급하는 약국이 있습니다. 귀하가 장기 요양 치료 시설에 거주하는 경우 귀하는 시설 자체 약국이 저희 네트워크에 속한 경우 그 약국을 통해 귀하의 약품을 받을 수 있습니다.

귀하의 장기 요양 치료 시설 약국이 저희 네트워크에 속해 있는지 알아보시려면 *의료제공자 및 약국 명부*를 확인하십시오. 해당 약국이 네트워크에 속하지 않거나 더 많은 정보가 필요한 경우, 고객 서비스에 문의하십시오.

F3. 메디케어 인증 호스피스 프로그램

약품에는 호스피스 및 저희 플랜의 혜택이 동시에 적용되지 않습니다.

- 귀하는 Medicare 호스피스에 가입할 수 있으며 귀하의 말기 예후 및 상태와 관련이 없기 때문에 귀하의 호스피스가 보험적용하지 않는 특정 약품(예: 통증, 항구역제, 완하제 또는 항불안증 약품)이 필요할 수 있습니다. 이 경우, 저희 플랜은 약품을 보장하기 전에 처방자나 귀하의 호스피스 제공자로부터 이 약품이 말기 상태와 관련이 없다는 통지를 받아야 합니다.

- 저희 플랜에서 보장해야 하는 관련 없는 약품을 받는 데 지연이 발생하지 않도록 하려면, 귀하는 약국에 처방전 조제를 요청하기 전에 호스피스 서비스 제공자나 처방자에게 해당 약품이 관련이 없다는 통지를 받았는지 확인하도록 요청할 수 있습니다.

귀하가 호스피스를 떠나는 경우, 저희 플랜은 귀하의 모든 약품을 보장합니다. 귀하의 Medicare 호스피스 혜택이 종료될 때 약국에서의 지연을 예방하기 위해, 귀하는 약국에 호스피스 퇴원을 증명하는 문서를 제출해야 합니다.

저희 플랜이 보장하는 약품에 대한 설명은 이 장의 앞부분을 참조하십시오. 호스피스 혜택에 대한 자세한 정보는 이 *가입자 안내서* **4장**을 참조하십시오.

G. 약품 안전 및 약품 관리에 관한 프로그램

G1. 약품의 안전 사용을 돕는 프로그램

귀하가 처방약을 조제할 때마다 저희는 다음과 같이 가능한 문제를 찾아봅니다.

- 귀하가 동일한 역할을 하는 다른 유사 약품을 복용하고 있기 때문에 필요하지 않을 수 있는 약품
- 귀하의 연령 또는 성별에 안전하지 않을 수 있는 약품
- 동시에 복용하는 경우 귀하에게 해가 될 수 있는 약품
- 알레르기가 있거나 알레르기가 있을 수 있는 성분
- 용량의 오류
- 안전하지 않은 양의 아편성 진통제

귀하의 약품 사용에 문제점을 발견하면 저희는 문제 해결을 위해 귀하의 의료제공자와 협력할 것입니다.

G2. 약품 관리에 도움을 주는 프로그램

저희에게는 복합적인 의료 필요가 있는 가입자들을 도와드릴 수 있는 프로그램이 있습니다. 그러한 경우, 귀하는 약물 치료 관리(MTM) 프로그램을 통해 무료로 서비스를 받을 자격이 있을 수 있습니다. 이러한 프로그램은 가입자들이 자발적으로 또한 무료로 참여할 수 있습니다. 이 프로그램은 귀하와 귀하의 서비스 제공자가 약물이 귀하의 건강을 개선하는 데 효과가 있는지 확인하는 데 도움이 됩니다. 귀하가 프로그램에 참여할 자격이 있는 경우, 약사 또는 기타 의료 전문가가 귀하가 복용하는 모든 약물에 대해 포괄적인 검토를 제공하고 다음 사항에 관해 귀하와 대화할 것입니다.

- 복용하는 약으로부터 최대의 이익을 얻는 방법
- 약물 비용 및 약물 반응과 같은 우려 사항
- 약을 가장 잘 복용하는 방법
- 처방약과 비처방(OTC) 의약품에 관한 질문이나 문제

그런 다음 귀하에게 다음과 같은 사항을 제공할 것입니다.

- 이러한 상의에 대한 서면 요약. 이 요약에는 귀하가 메모를 하고 후속 질문을 기록할 수 있는 공간과 함께 약품을 가장 잘 사용하기 위해 귀하가 할 수 있는 일을 권장하는 약품 행동 계획이 있습니다.
- 귀하는 또한 복용하고 있는 모든 약품과 복용량, 귀하가 이 약품들을 복용하는 이유가 포함된 개인 약품 목록을 받게 됩니다.
- 규제 물질인 처방약의 안전한 폐기에 대한 정보

귀하의 행동 계획과 약물 목록에 대해 처방자와 상의하는 것이 좋습니다.

- 진료 예약 또는 담당 의사, 약국 및 다른 의료제공자와 상담이 있을 때 귀하의 행동 계획 및 약품 목록을 지참하십시오.
- 병원 또는 응급실에 가는 경우 귀하의 약품 목록을 지참하십시오.

MTM 프로그램은 자격에 해당되는 가입자가 자발적으로 참여하는 무료 프로그램입니다. 저희는 귀하의 필요에 맞는 프로그램이 있는 경우 귀하를 해당 프로그램에 가입시키고 정보를 보내드립니다. 프로그램에 가입을 원하지 않는 경우, 저희에게 알려주시면 귀하를 프로그램에서 탈퇴시킬 것입니다.

이런 프로그램에 대해 질문이 있으시면 고객 서비스에 문의하십시오.

G3. 가입자들이 오피오이드 약품을 안전하게 사용하도록 돕기 위한 약품 관리 프로그램(Drug management program, DMP)

가입자들이 처방약 오피오이드 및 자주 남용되는 다른 약품을 안전하게 사용하도록 도와줄 수 있는 프로그램이 있습니다. 이 프로그램은 약품 관리 프로그램(Drug Management Program, DMP)이라고 합니다.

귀하가 여러 처방자 또는 약국으로부터 받은 오피오이드 약품을 사용하거나 최근에 오피오이드 남용을 경험했다면 저희는 귀하의 오피오이드 약품 사용이 적절하고 의학적으로 필요한지 확인하기 위해 귀하의 처방자와 이야기할 수 있습니다. 귀하의 처방자와 협력한 결과 처방약 오피오이드 또는 벤조디아제핀의 사용이 안전하지 않을 수 있다고 판단하는 경우, 저희는 귀하가 이러한 약품들을 받는 방법을 제한할 수 있습니다. 저희가 귀하를 DMP에 등록하는 경우 제한사항에는 다음이 포함될 수 있습니다.

- 귀하가 해당 약품에 대한 모든 처방전을 특정 약국(들)에서만 조제하도록 함
- 귀하가 오피오이드 또는 벤조디아제핀 약품에 대한 모든 처방전을 특정 처방자(들)에게서 받도록 함
- 귀하를 위해 보험적용하는 오피오이드 또는 벤조디아제핀 약품의 양을 제한함

저희가 해당 약품의 구매 방법이나 수량에 제한을 두려는 경우, 사전에 서신으로 안내해 드립니다. 서신에는 이러한 약품에 대한 보험적용을 제한할 것인지, 또는 특정 의료제공자나 약국에서만 해당 약품을 처방받거나 조제해야 하는지에 대한 내용이 담겨 있습니다.

어떤 처방자 또는 약국을 선호하는지 그리고 저희가 알아야 한다고 생각되는 중요한 정보를 저희에게 말씀해 주실 기회가 있을 것입니다. 답변하실 기회를 드린 후, 저희가 이러한 약품에 대한 보험적용을 제한하기로 결정할 경우, 제한사항을 확인하는 다른 서신을 귀하에게 보내드립니다.

저희가 실수를 했다고 생각하거나 귀하가 저희의 결정 또는 제한사항에 동의하지 않는 경우, 귀하 및 귀하의 처방자는 재고 요청을 할 수 있습니다. 귀하가 재고 요청을 하는 경우, 저희는 귀하의 사례를 검토하고 새로운 결정을 내려드립니다. 저희가 귀하의 약품 이용에 적용되는 제한사항과 관련된 귀하의 재고 요청 중 어느 부분이라도 거부 결정을 유지한다면, 자동적으로 귀하의 사례를 독립 검토 조직(IRO)에게 보낼 것입니다. (재고 요청 및 IRO에 대해 자세히 알아보시려면 이 *가입자 안내서* **9장**을 참조하십시오)

DMP는 다음과 같은 경우에 적용되지 않습니다.

- 암이나 겸상적혈구 질환과 같은 특정 질병이 있는 경우
- 호스피스, 완화 또는 임종 치료를 받는 경우 **또는**
- 장기 요양 치료 시설에 있는 경우

6장: Medicare 및 Medi-Cal 약품에 대해 귀하가 지불하는 금액

소개

이 장은 귀하가 외래환자 약품에 대해 지불하는 금액에 대해 알려드립니다. “약” 또는 “약품”이라는 용어는 다음을 의미합니다.

- Medicare 파트 D 약품, **및**
- Medi-Cal Rx에 따라 보험이 적용되는 약품 및 아이템

귀하는 Medi-Cal 가입 자격이 있기 때문에 귀하의 Medicare 파트 D 약품에 대한 비용 지불에 도움을 받기 위해 Medicare로부터 추가 지원을 받습니다. 저희는 약품 보험적용에 대해 알려드리는 '처방약 비용 지불에 추가 지원을 받는 사람들을 위한 보험 혜택적용범위 증명 특약'(또한 '저소득 보조금 특약' 또는 'LIS 특약'이라고도 함)이라고 하는 별도의 삽입 자료를 보내드렸습니다. 이 삽입 자료가 없는 경우 고객 서비스로 전화하여 “LIS 추가사항”을 요청하십시오.

> **추가 지원**은 소득과 자원이 제한된 사람들이 보험료, 공제액, 코페이먼트 등 Medicare 파트 D 처방약 비용을 절감할 수 있도록 돕는 Medicare 프로그램입니다. 추가 지원은 또한 “저소득 보조금” 또는 “LIS”라고 합니다.

다른 핵심 용어와 그 정의는 이 *가입자 안내서* 마지막 장에 가나다순으로 나와 있습니다.

약품에 대해 더 알아보시려면 다음을 참고할 수 있습니다.

- 보험적용 약품 목록
  - 저희는 이를 “*약품 목록*”이라고 합니다. 약품 목록은 귀하에게 다음에 대해 알려드립니다.
    - 저희가 비용을 지불하는 약품
    - 5개 등급 중 각 약품이 속하는 등급
    - 이들 약품에 제한이 있는지 여부
  - 약품 목록 사본이 필요하시면 고객 서비스에 전화하십시오. 또한 저희 웹사이트 blueshieldca.com/medformulary2026에서도 최신 약품 목록의 사본을 확인하실 수 있습니다.
  - 귀하가 약국에서 구입하는 대부분의 약품은 Blue Shield TotalDual Plan에 의해 보험적용이 됩니다. 일부 비처방(OTC) 의약품 및 특정 비타민과 같은 기타 의약품은 Medi-Cal Rx에 의해 보험이 적용될 수 있습니다. 자세한 정보를 보려면 Medi-Cal Rx 웹사이트(medi-calrx.dhcs.ca.gov/)를 방문하십시오. Medi-Cal Rx 고객 서비스

센터(800-977-2273)에 전화하실 수도 있습니다. Medi-Cal Rx를 통해 처방전을 받을 때에는 Medi-Cal 수혜자 ID 카드(BIC)를 지참하십시오.

- 이 *가입자 안내서*의 **5장**
  - 저희 플랜을 통해 외래환자 약품을 받는 방법에 대해 설명합니다.
  - 여기에는 귀하가 준수해야 하는 규정이 포함되어 있습니다. 또한 저희 플랜에서 보험적용을 하지 않는 유형의 약품에 대해서도 알려드립니다.
  - 플랜의 '실시간 혜택 도구'를 사용하여 약품 보험적용을 검색할 때(**5장 섹션 B2** 참조) 표시된 비용은 귀하가 지불할 것으로 예상되는 본인 지출액 비용의 추정치입니다. 자세한 정보는 진료 코디네이터 또는 고객 서비스에 문의하실 수 있습니다.

의료제공자 및 약국 명부

- 대부분의 경우 귀하는 귀하의 보험적용이 되는 약물을 받기 위해 네트워크 약국을 반드시 이용해야 합니다. 네트워크 약국은 저희와 협력하기로 동의한 약국입니다.
- *의료제공자 및 약국 명부*에는 네트워크 소속 약국들이 나와 있습니다. 네트워크 약국에 대한 자세한 정보는 이 *가입자 안내서* **5장**을 참조하십시오.

목차

A. 혜택 설명(EOB) 191

B. 귀하의 약품 비용 파악하기 192

C. Medicare 파트 D 약품에 대한 약품 지불 단계 193

D. 1단계: 최초 혜택 단계 194

D1. 귀하의 약국 선택 194

D2. 약품 장기 분량 받기 195

D3. 귀하가 지불하는 금액 195

D4. 최초 혜택 단계 종료 198

E. 2단계: 위기 상황 혜택 단계 198

F. 의사가 1개월 분량보다 적은 분량을 처방한 경우 귀하의 약품 비용 198

G. 파트 D 백신에 대해 귀하가 지불하는 금액 199

G1. 백신을 접종하기 전에 알아야 할 사항 199

G2. Medicare 파트 D가 보험적용하는 백신에 대해 귀하가 지불하는 금액 199

A. *혜택 설명*(EOB)

저희 플랜은 귀하의 약품 비용과 귀하가 약국에서 처방약을 받을 때 지불한 금액을 추적하고 있습니다. 저희는 두 가지 유형의 비용을 추적합니다.

- 귀하의 **본인 지출액 비용**. 이는 귀하 또는 귀하를 위해 비용을 지불하는 사람이 귀하의 처방약에 대해 지불하는 금액입니다. 여기에는 보험적용이 되는 파트 D 약품을 구매할 때 귀하가 지불한 금액, 귀하의 약품에 대한 가족 또는 친구가 지불한 금액, 귀하의 약품에 대해 Medicare의 추가 지원, 고용주 또는 노동조합 건강 플랜, 원주민 보건 서비스, AIDS 약품 지원 프로그램, 자선 기관 및 대부분의 주정부 약품 지원 프로그램(SPAP)이 지불한 금액이 포함됩니다.
- 귀하의 **총 약품 비용**. 이는 귀하의 보험적용이 되는 파트 D 약품에 대해 지불된 모든 비용 총액입니다. 여기에는 플랜이 지불한 금액 및 귀하의 보험이 적용되는 파트 D 약품에 대해 다른 프로그램 또는 기관에서 지불한 금액이 포함됩니다.

귀하가 저희 플랜을 통해 처방약을 구입할 때, 저희는 *혜택 설명(Explanation of Benefits, EOB)*이라고 하는 요약서를 귀하에게 보내드립니다. 저희는 이를 줄여서 "EOB"라고 합니다. EOB는 청구서가 아닙니다. EOB는 귀하가 복용하는 약품의 가격 상승 및 더 낮은 비용 분담으로 이용 가능한 다른 약품과 같은 자세한 정보를 담고 있습니다. 귀하는 더 저렴한 선택에 대해 처방자와 상의하실 수 있습니다. EOB에는 다음이 포함됩니다.

- **해당 월에 대한 정보.** 요약서에는 지난 달에 귀하가 받은 약품이 무엇인지 나와 있습니다. 요약서에는 총 약품 비용, 저희가 지불한 금액 및 귀하 및 기타 사람들이 귀하를 위해 지불한 금액이 나와 있습니다.
- **1월 1일 이후 한 해 동안의 합계.** 여기에는 연도 시작 이후 총 약품 비용 및 약품에 대한 귀하의 총 지불액이 나와 있습니다.
- **약품 가격 정보.** 이는 약품의 총 가격과 처음 조제 이후 동일한 수량으로 처방 청구할 때마다 약품 가격의 변동을 보여줍니다.
- **더 저렴한 대체 처방약.** 해당되는 경우, 각 처방전에 대해 더 낮은 비용 분담으로 이용 가능한 다른 약품에 대한 정보.

저희는 Medicare에 의거해 보험적용이 되지 않는 약품에 보험적용을 제공합니다.

- 이 약품들에 대해 지불된 비용은 귀하의 총 본인 지출액 비용에 합산되지 않습니다.
- 약국에서 구입하는 대부분의 약품은 플랜에 의해 보험이 적용됩니다. 일부 비처방(OTC) 의약품 및 특정 비타민과 같은 기타 의약품은 Medi-Cal Rx에 의해 보험이 적용될 수 있습니다. 자세한 정보를 보려면 Medi-Cal Rx 웹사이트 (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)를 방문하십시오. Medi-Cal 고객 서비스 센터(800-977-2273)에 전화하실 수도 있습니다. Medi-Cal Rx를 통해 처방전을 받을 때에는 Medi-Cal 수혜자 ID 카드(BIC)를 지참하십시오.
- 저희 플랜에서 보험을 적용하는 약품이 무엇인지 알아보시려면 약품 목록을 참조하십시오.

B. 귀하의 약품 비용 파악하기

귀하의 약품 비용 및 귀하가 지불한 금액을 파악하기 위해 저희는 귀하 및 귀하의 약국에서 받은 기록을 이용합니다. 귀하가 저희를 도와주실 수 있는 방법은 다음과 같습니다.

1. 가입자 ID 카드를 사용하십시오.

처방약을 조제할 때마다 귀하의 가입자 ID 카드를 제시하십시오. 이는 귀하가 조제한 처방약과 지불한 비용을 저희가 아는 데 도움이 됩니다.

3. 저희가 필요한 정보를 갖고 있는지 확인하십시오.

귀하는 저희의 약품 비용 분담액에 대한 환급을 저희에게 요청할 수 있습니다. 저희에게 귀하가 비용을 지불한 보험적용 약품의 영수증 사본을 제출해 주십시오. 귀하가 저희에게 영수증 사본을 반드시 제공해야 하는 경우의 일부 예는 다음과 같습니다.

- 귀하가 특별 가격으로 네트워크 약국에서 보험적용이 되는 약물을 구매하거나 저희 플랜 혜택에 포함되지 않은 할인 카드를 사용하는 경우
- 귀하가 약품 제조사의 환자 지원 프로그램에 의거하여 약품에 대한 코페이먼트를 지불한 경우
- 귀하가 네트워크 외 약국에서 보험적용이 되는 약물을 구입한 경우
- 특별한 상황에서 보험적용이 되는 약물에 대해 전체 가격을 지불한 경우

약품 비용 중 저희가 부담해야 할 부분에 대해 저희에게 환급을 요청하는 방법에 대한 자세한 내용은 이 *가입자 안내서* **7장**을 참조하십시오.

4. 다른 사람이 귀하를 위해 지불한 금액에 대한 정보를 저희에게 보내주십시오.

특정한 다른 사람 또는 기관에서 지불한 비용 또한 귀하의 본인 지출액 비용에 합산됩니다. 예를 들어, AIDS 약품 지원 프로그램(AIDS Drug Assistance Program, ADAP), 원주민 보건 서비스 및 대부분의 자선 기관에서 지불한 금액은 귀하의 본인 지출액 비용에 합산됩니다. 이는 귀하가 비상 혜택을 받을 자격이 되는데 도움이 됩니다. 귀하가 위기 상황 혜택 단계에 도달하면 저희 플랜에서 해당 연도의 나머지 기간 동안 귀하의 Medicare 파트 D 약품 비용 전액을 지불합니다.

5. 저희가 보내는 혜택 설명서(EOB)를 확인하십시오.

EOB를 우편으로 받으시면 내용이 완전하고 정확한지 확인하십시오.

- **각 약국의 이름을 확인하셨습니까?** 날짜를 확인하십시오. 그 날 약을 받으셨습니까?
- **목록에 있는 약을 받으셨습니까?** 귀하의 영수증에 기재된 내용과 일치합니까? 약이 의사가 처방한 것과 일치합니까?

이 요약에서 실수를 발견하면 어떻게 합니까?

혜택 설명서에 혼란스럽거나 잘못된 내용이 있는 경우 Blue Shield TotalDual Plan 고객 서비스로 전화해 주십시오. 또한 당사 웹사이트 blueshieldca.com/medicare에서도 많은 질문에 대한 답변을 찾으실 수 있습니다.

사기 가능성은 어떻습니까?

이 요약에 귀하가 복용하지 않는 약품이나 기타 의심스러운 내용이 나와있다면 저희에게 문의하십시오.

- Blue Shield TotalDual Plan 고객 서비스에 전화해 주십시오.
- 또는 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 Medicare에 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오. 이 번호로 무료로 전화하실 수 있습니다.
- Medi-Cal을 이용하는 의료제공자가 사기, 낭비 또는 남용을 저질렀다고 의심되는 경우, 이를 비밀 보장이 되는 무료 전화 1-800-822-6222번으로 보고하는 것은 귀하의 권리입니다. Medi-Cal 사기를 신고하는 다른 방법은 www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx에서 찾을 수 있습니다.

뭔가 잘못되었거나 누락된 경우 또는 질문이 있으시면 고객 서비스에 전화하십시오. 이 혜택설명서(EOB)를 보관하십시오. 귀하의 약품 비용에 대한 중요한 기록입니다.

C. Medicare 파트 D 약품에 대한 약품 지불 단계

저희 플랜에 의거한 Medicare 파트 D 약품 보험적용에는 두 가지의 지불 단계가 있습니다. 각 처방약에 대해 지불하는 금액은 처방약을 조제 또는 리필할 때 귀하가 어느 단계에 있는지에 따라 다릅니다. 두 가지 단계는 다음과 같습니다.

1단계: 최초 혜택 단계	**2단계: 위기 상황 혜택 단계**
이 단계 동안, 저희는 귀하의 약품 비용 일부를 지불하고 귀하는 귀하의 분담액을 지불합니다. 귀하의 분담액을 코페이먼트라고 합니다. 귀하가 해당 연도에 최초로 처방전을 조제할 때 이 단계가 시작됩니다.	이 단계 동안, 저희는 2026년 12월 31일까지 귀하의 약품 비용 전체를 지불합니다. 귀하가 본인 지출액 비용을 특정 금액까지 지불한 경우 이 단계가 시작됩니다.

D. 1단계: 최초 혜택 단계

최초 혜택 단계 동안 저희는 귀하의 보험적용 약물에 대해 저희의 비용 분담액을 지불하고 귀하는 귀하의 분담액을 지불합니다. 귀하의 분담액을 코페이먼트라고 합니다. 코페이먼트는 약품이 속한 비용 분담 등급 및 귀하가 약품을 받는 곳에 따라 달라집니다.

비용 분담 등급은 같은 코페이먼트를 가진 약품들의 그룹입니다. 저희 플랜의 약품 목록에 기재된 모든 약품은 다섯 가지의 비용 분담 등급 중 하나에 포함되어 있습니다. 일반적으로 비용 분담 등급이 높을수록 귀하의 코페이먼트 비용이 커집니다. 약품의 비용 분담 등급을 찾으려면 *약품 목록*을 참조하십시오.

- 비용 분담 약품 1군: 선호 일반약(가장 낮은 비용 분담 등급) – 선호 일반약을 포함. 코페이먼트는 $0입니다.
- 비용 분담 약품 2군: 일반약 – 일반약 및 바이오시밀러 포함. 코페이먼트는 $0입니다.
- 비용 분담 약품 3군: 선호 브랜드 약품 – 선호 상품명 약물, 바이오시밀러 및 일부 일반약 포함. 코페이먼트는 귀하의 소득에 따라 $0에서 $12.65까지입니다.
- 비용 분담 약품 4군: 비선호 약품 – 비선호 상품명 약물, 바이오시밀러 및 일부 일반약 포함. 코페이먼트는 귀하의 소득에 따라 $0에서 $12.65까지입니다.
- 비용 분담 약품 5군: 특수 처방약(가장 높은 비용 분담 등급) – 특수한 취급 및/또는 면밀한 모니터링이 필요한 매우 높은 비용의 상품명 약물, 바이오시밀러, 일반약 포함. 코페이먼트는 귀하의 소득에 따라 $0에서 $12.65까지입니다.

D1. 귀하의 약국 선택

약품에 대해 지불하는 금액은 귀하가 다음 중 어느 곳에서 약품을 받는지에 따라 달라집니다.

- 네트워크 소매 약국 **또는**
- 네트워크 외 약국. 제한적인 경우 저희는 네트워크에 속하지 않은 약국에서 조제한 처방약에 보험적용을 합니다. 저희가 언제 그렇게 하는지 알아보시려면 이 *가입자 안내서* **5장**을 참조하십시오.
- 저희 플랜의 가정 배송 서비스

이러한 선택에 대해 자세히 알아보시려면 이 *가입자 안내서* **5장**과 *의료제공자 및 약국 명부*를 참조하십시오.

D2. 약품 장기 분량 받기

일부 약품에 대해 처방전을 조제할 때 귀하는 장기 복용분(또한 "연장 복용분"이라고도 함)을 받을 수 있습니다. 장기 공급량은 최대 100일 공급분입니다. 비용은 1개월 분량과 동일합니다.

약품의 장기 공급분 구입처와 방법에 대한 자세한 내용은 이 *가입자 안내서* **5장** 또는 저희 플랜의 *의료제공자 및 약국 명부*를 참조하십시오.

D3. 귀하가 지불하는 금액

최초 혜택 단계 동안 귀하는 처방전을 조제할 때마다 코페이먼트를 지불할 수 있습니다. 보험적용이 되는 약물 비용이 코페이먼트보다 적을 경우 귀하는 더 낮은 가격을 지불합니다.

보험적용 약품에 대한 귀하의 코페이먼트가 얼마인지 알아보려면 고객 서비스에 문의하십시오.

보험적용이 되는 약물 1개월 분량을 받을 경우 귀하의 공급처별 비용 분담액:

	네트워크 약국 1개월 또는 최대 30일 분량	**저희 플랜의 가정 배송 서비스** 1개월 또는 최대 30일 분량	**네트워크 장기 요양 치료 시설 약국** 최대 31일 분량	**네트워크 외 약국** 최대 30일 분량 특정한 경우 보험적용이 제한됩니다. 자세한 내용은 이 *가입자 안내서* **5장**을 참조하십시오.
비용 분담 1군 (선호 일반약)	코페이먼트 $0	1군 약품은 가정 배송 서비스를 이용할 수 없습니다.	코페이먼트 $0	코페이먼트 $0
비용 분담 2군 (일반약)	코페이먼트 $0	2군 약품은 가정 배송 서비스를 이용할 수 없습니다.	코페이먼트 $0	코페이먼트 $0

	네트워크 약국 1개월 또는 최대 30일 분량	**저희 플랜의 가정 배송 서비스** 1개월 또는 최대 30일 분량	**네트워크 장기 요양 치료 시설 약국** 최대 31일 분량	**네트워크 외 약국** 최대 30일 분량 특정한 경우 보험적용이 제한됩니다. 자세한 내용은 이 *가입자 안내서* **5장**을 참조하십시오.
비용 분담 3군 (선호 상품명 약물)	가입자가 받는 추가 지원 수준에 따라 코페이먼트 $0, $5.10 또는 $12.65.	3군 약품은 가정 배송 서비스를 이용할 수 없습니다.	가입자가 받는 추가 지원 수준에 따라 코페이먼트 $0, $5.10 또는 $12.65.	가입자가 받는 추가 지원 수준에 따라 코페이먼트 $0, $5.10 또는 $12.65.
비용 분담 4군 (비선호 약품)	가입자가 받는 추가 지원 수준에 따라 코페이먼트 $0, $5.10 또는 $12.65.	4군 약품은 가정 배송 서비스를 이용할 수 없습니다.	가입자가 받는 추가 지원 수준에 따라 코페이먼트 $0, $5.10 또는 $12.65.	가입자가 받는 추가 지원 수준에 따라 코페이먼트 $0, $5.10 또는 $12.65.
비용 분담 5군 (특수 처방약)	가입자가 받는 추가 지원 수준에 따라 코페이먼트 $0, $5.10 또는 $12.65.	가입자가 받는 추가 지원 수준에 따라 코페이먼트 $0, $5.10 또는 $12.65.	가입자가 받는 추가 지원 수준에 따라 코페이먼트 $0, $5.10 또는 $12.65.	가입자가 받는 추가 지원 수준에 따라 코페이먼트 $0, $5.10 또는 $12.65.

보험적용이 되는 약물을 장기 공급 받을 경우 귀하의 공급처별 비용 분담액:

	네트워크 약국 장기 또는 최대 100일 분량	**저희 플랜의 가정 배송 서비스** 장기 또는 최대 100일 분량
비용 분담 **1군** (선호 일반약)	코페이먼트 $0	코페이먼트 $0
비용 분담 **2군** (일반약)	코페이먼트 $0	코페이먼트 $0
비용 분담 **3군** (선호 상품명 약물)	가입자가 받는 추가 지원 수준에 따라 코페이먼트 $0, $5.10 또는 $12.65.	가입자가 받는 추가 지원 수준에 따라 코페이먼트 $0, $5.10 또는 $12.65.
비용 분담 **4군** (비선호 약품)	가입자가 받는 추가 지원 수준에 따라 코페이먼트 $0, $5.10 또는 $12.65.	가입자가 받는 추가 지원 수준에 따라 코페이먼트 $0, $5.10 또는 $12.65.
비용 분담 **5군** **(특수 처방약)**	5군 약품은 장기 분량을 이용하실 수 없습니다.	5군 약품은 장기 분량을 이용하실 수 없습니다.

어느 약국에서 귀하에게 장기 분량을 제공할 수 있는지에 관한 정보를 알아보시려면 저희의 *의료제공자 및 약국 명부*를 참조하십시오.

D4. 최초 혜택 단계 종료

최초 혜택 단계는 총 본인 지출액 비용이 $2,100에 도달하면 종료됩니다. 그 시점에서 위기 상황 혜택 단계가 시작됩니다. 저희는 그 때부터 해당 연도 말까지 귀하의 모든 약품 비용에 보험적용을 합니다.

혜택 설명서(EOB)는 귀하가 한 해 동안 귀하의 약품에 얼마를 지불했는지 추적하는데 도움이 됩니다. 귀하가 $2,100 한도에 도달하면 저희가 알려드립니다. 많은 사람들은 한 해 동안 이 금액에 도달하지 않습니다.

E. 2단계: 위기 상황 혜택 단계

귀하가 약품에 대해 본인 지출액 최대 한도인 $2,100에 도달하면 위기 상황 혜택 단계가 시작됩니다. 귀하는 해당 연도 말까지 위기 상황 혜택 단계를 유지하게 됩니다. 이 단계 동안 귀하는 파트 D 보험적용이 되는 약물에 대해 아무것도 지불하지 않습니다.

F. 의사가 1개월 분량보다 적은 분량을 처방한 경우 귀하의 약품 비용

어떤 경우, 귀하는 보험적용이 되는 약물의 1개월 전체 분량에 대한 코페이먼트를 지불합니다. 그러나 귀하의 담당 의사는 1개월 복용분보다 적은 양을 처방할 수 있습니다.

- 귀하가 귀하의 담당의사에게 약품 1개월 분량보다 적은 분량 처방을 요청하고자 하는 경우가 있을 수 있습니다(예를 들어, 귀하가 약품을 처음으로 복용하는 경우).
- 담당의사가 동의하는 경우, 귀하는 특정 약품에 대해 1개월 전체 분량에 대한 비용을 지불하지 않습니다.

1개월 분량보다 적은 분량의 약을 받는 경우, 귀하의 코페이먼트는 귀하가 받는 약품 분량 일수에 기초해 달라집니다. 저희는 귀하의 약품에 대해 1일당 귀하가 지불하는 금액을 계산하고("1일 비용 분담 요율") 귀하가 받는 약품의 일수를 곱할 것입니다.

- 예는 다음과 같습니다. 귀하의 약품 1개월 공급분(30일 공급분)에 대한 코페이먼트가 $1.35라고 가정합니다. 이는 귀하가 이 약품에 대해 1일당 지불하는 금액은 $0.05라는 의미입니다. 귀하가 해당 약품을 7일분을 받는 경우 귀하가 지불하는 금액은 1일분 $.05 곱하기 7일로 총 지불액은 $0.35가 됩니다.
- 일일 비용 분담액은 귀하가 1개월 전체 분량에 대한 비용을 지불하기 전에 그 약품이 귀하에게 효과가 있는지를 확인할 수 있게 해 줍니다.
- 귀하는 또한 다음과 같은 편리함을 이유로 1개월분보다 적은 분량을 처방하도록 담당 의료제공자에게 요청할 수 있습니다.
  - 약품 리필을 더 잘 계획하기 위해
  - 복용하는 다른 약품과 비슷한 시기에 리필을 하기 위해, 그리고
  - 약국 방문 횟수를 줄이기 위해

G. 파트 D 백신에 대해 귀하가 지불하는 금액

백신에 대해 지불하는 금액에 대한 중요한 메시지: 일부 백신은 의료 혜택으로 간주되며 Medicare 파트 B에 따라 보험적용이 됩니다. 다른 백신은 Medicare 파트 D 약품으로 간주됩니다. 귀하는 이러한 백신을 저희 *약품 목록*에서 찾아보실 수 있습니다. 저희 플랜은 대부분의 성인 Medicare 파트 D 백신을 무료로 보장합니다. 특정 백신에 대한 보험적용 및 비용 분담 세부 사항을 알아보려면 귀하 플랜의 *약품 목록*을 참조하거나 고객 서비스에 문의하십시오.

Medicare 파트 D 백신 접종에 대한 저희의 보험적용에는 두 가지 부분이 있습니다.

1. 첫 번째 부분은 **백신 자체**의 비용입니다.
2. 두 번째 부분은 **귀하에게 백신을 접종**하는 데 드는 비용입니다. 예를 들면, 때로는 의사가 백신 주사를 접종할 수도 있습니다.

G1. 백신을 접종하기 전에 알아야 할 사항

귀하가 백신 접종을 계획하고 있다면 먼저 고객 서비스부에 전화하실 것을 권장합니다.

- 저희 플랜이 어떻게 백신에 보험적용을 하는지 알려드리고 귀하의 비용 분담을 설명해드립니다.
- 저희는 네트워크 내 의료제공자 및 약국을 이용함으로써 귀하의 비용을 낮추는 방법에 대해 알려드릴 수 있습니다. 네트워크 약국과 의료제공자는 저희 플랜과 협력하는 데 동의합니다. 네트워크 의료제공자는 Medicare 파트 D 백신에 대한 선불 비용이 없도록 저희와 협력합니다.

G2. Medicare 파트 D가 보험적용하는 백신에 대해 귀하가 지불하는 금액

백신에 대해 귀하가 지불하는 금액은 백신의 유형(예방되는 질병)에 따라 다릅니다.

- 일부 백신은 약품이라기보다 건강 혜택으로 간주됩니다. 이러한 백신은 무료로 보장됩니다. 이러한 백신의 보험적용 범위에 대해 자세히 알아보시려면 이 *가입자 안내서* **4장**의 혜택 차트를 참조하십시오.
- 다른 백신들은 Medicare 파트 D 약품으로 간주됩니다. 이러한 백신은 저희 플랜의 *약품 목록*에서 찾으실 수 있습니다. 귀하는 Medicare 파트 D 백신에 대한 코페이먼트를 지불해야 할 수도 있습니다. **예방접종자문위원회(ACIP)**라는 조직에서 성인에게 권장하는 백신인 경우에는 비용이 전혀 들지 않습니다.

다음은 귀하가 Medicare 파트 D 백신을 접종할 수 있는 세 가지 공통된 방법들입니다.

1. Medicare 파트 D 백신을 네트워크 약국에서 접종받습니다.
   - 대부분의 성인 파트 D 백신의 경우, 귀하는 비용을 전혀 지불하지 않습니다.
   - 다른 Medicare 파트 D 백신의 경우, 귀하는 코페이먼트를 지불해야 할 수도 있습니다.

2. Medicare 파트 D 백신을 담당의사 진료실에서 의사에게 접종받습니다.
    - 귀하는 의사에게 백신에 대한 코페이먼트를 지불합니다.
    - 저희는 귀하에 대한 주사 접종 비용을 지불합니다.
    - 이 상황에서는 의사 진료실에서 저희 플랜에 전화하여 귀하가 백신에 대해 코페이먼트만 지불하면 된다는 사실을 의사 진료실이 확실히 알도록 해야 합니다.
3. Medicare 파트 D 백신을 약국에서 구입하고, 이를 귀하의 담당의사의 진료실로 가져가 접종을 받습니다.
    - 대부분의 성인 파트 D 백신의 경우, 귀하는 백신 자체에는 비용을 전혀 지불하지 않습니다.
    - 다른 Medicare 파트 D 백신의 경우, 귀하는 코페이먼트를 지불해야 할 수도 있습니다.
    - 저희는 귀하에 대한 주사 접종 비용을 지불합니다.

7장: 보험적용이 되는 서비스 또는 약품에 대해 귀하가 받은 청구서 등 저희가 부담해야 할 몫을 지불하도록 요청하기

소개

이 장에서는 지불 요청 청구서를 보내는 방법과 시기를 설명합니다. 또한 보험적용 결정에 동의하지 않을 경우, 재고 요청하는 방법도 알려드립니다. 핵심 용어와 그 정의는 이 *가입자 안내서* 마지막 장에 가나다순으로 나와 있습니다.

목차

A. 서비스 또는 약품에 대한 비용 지불을 요청하기 202

B. 지불 요청 보내기 206

C. 보험적용 결정 206

D. 재고 요청 207

A. 서비스 또는 약품에 대한 비용 지불을 요청하기

네트워크 의료제공자들은 귀하가 받은 보험적용이 되는 서비스 및 약품에 대해 플랜에 청구해야 합니다. 네트워크 의료제공자는 건강플랜과 협력하는 의료제공자입니다.

저희는 Blue Shield TotalDual Plan 소속 의료제공자가 귀하에게 이러한 서비스 또는 약품에 대해 비용을 청구하는 것을 허용하지 않습니다. 저희는 저희 의료제공자들에게 직접 비용을 지불하며 모든 비용 청구로부터 귀하를 보호합니다.

만일 의료 서비스 또는 약품의 전체 비용에 대한 청구를 받는다면, 지불을 하지 마시고 저희에게 청구서를 보내주십시오. 저희에게 청구서를 보내시려면 7장 섹션 B를 참조하십시오.

- 해당 서비스 또는 약품에 보험적용이 되는 경우, 저희는 의료제공자에게 직접 비용을 지불할 것입니다.
- 저희가 보험적용하는 서비스 또는 약품에 대해 비용 분담액 이상을 지불한 경우, 환급을 받는 것은 귀하의 권리입니다.
    - 귀하가 Medicare가 보험적용하는 서비스에 비용을 지불하셨다면, 저희가 환급을 해드릴 것입니다.
- 귀하가 받은 Medi-Cal 서비스에 비용을 지불한 경우, 다음 조건을 모두 충족하면 상환(환급)받을 자격이 있을 수 있습니다.
    - 귀하가 받은 서비스는 저희가 지불할 책임이 있는 Medi-Cal 보험적용이 되는 서비스입니다. Blue Shield TotalDual Plan이 보험적용하지 않는 서비스에 대해서는 환급하지 않습니다.
    - Blue Shield TotalDual Plan의 적격 가입자가 된 후에 보험적용이 되는 서비스를 받은 경우
    - 보장 서비스를 받은 날로부터 1년 이내에 귀하가 환급을 요청한 경우
    - 귀하는 의료제공자로부터 받은 세부 영수증 등 보장 서비스 비용을 지불했다는 증거를 제공해야 합니다.
    - Blue Shield TotalDual Plan 네트워크의 Medi-Cal 가입 의료제공자로부터 보험적용이 되는 서비스를 받은 경우. 응급 치료, 가족계획 서비스 또는 Medi-Cal이 네트워크 외 의료제공자가 사전 승인(사전 허가) 없이 수행하도록 허용하는 기타 서비스를 받은 경우에는 이 조건을 충족할 필요가 없습니다.
- 보장되는 서비스가 일반적으로 사전 승인(사전 허가)을 요구하는 경우, 귀하는 보장되는 서비스에 대한 의학적 필요를 보여주는 의료제공자로부터의 증거를 제공해야 합니다.

- Blue Shield TotalDual Plan은 결정 통지서라는 서신을 통해 귀하에게 환급 여부를 알려드립니다. 귀하가 위의 조건을 모두 충족하는 경우, Medi-Cal 가입 의료제공자는 귀하가 지불한 전액을 귀하에게 상환해야 합니다. 의료제공자가 귀하에게 상환을 거부하는 경우, Blue Shield TotalDual Plan은 귀하가 지불한 전액을 귀하에게 상환할 것입니다. 당사는 청구 접수 후 영업일 기준 45일 이내에 귀하에게 환급해 드립니다. 의료제공자가 Medi-Cal에 가입되어 있으나 저희 네트워크 소속이 아니고 귀하에게 환급을 거부하는 경우, Blue Shield TotalDual Plan은 귀하에게 FFS Medi-Cal이 지불해야 하는 금액을 환급할 것입니다. Blue Shield TotalDual Plan은 응급 서비스, 가족계획 서비스 또는 Medi-Cal이 사전 승인 없이 네트워크 외 의료제공자에 의해 제공되도록 허용하는 기타 서비스에 대한 본인 지출액 전액을 귀하에게 상환합니다. 위 조건 중 하나라도 충족되지 않는다면, 저희는 환급해드리지 않습니다.
- 다음과 같은 경우에는 환급해드리지 않습니다.
  - Medi-Cal에서 보험적용을 하지 않는 서비스를 요청하고 받은 경우(예: 미용 서비스)
  - Blue Shield TotalDual Plan에서 보장되는 서비스가 아닌 경우
  - 귀하가 Medi-Cal을 받지 않는 의사에게 가서 어쨌든 진료를 받고 싶고 서비스 비용을 직접 지불하겠다는 내용의 서류에 서명한 경우
- 저희가 해당 서비스나 약품을 보험적용하지 않는 경우, 귀하에게 이를 알려드립니다.

질문이 있으시면 고객 서비스 또는 진료 코디네이터에게 문의하시기 바랍니다. 귀하가 지불했어야 하는 금액을 모르는 경우, 또는 귀하가 청구서를 받고 어떻게 해야 할지 모르는 경우, 저희가 도와드릴 수 있습니다. 귀하는 또한 귀하가 이미 저희에게 보낸 지불 요청에 관한 정보에 대해 저희에게 알리고자 하는 경우에도 전화할 수 있습니다.

귀하가 저희에게 환급하도록 요청하거나 귀하가 받은 청구서를 지불하도록 요청해야 할 수 있는 경우에 대한 예에 다음이 포함됩니다.

1. 네트워크 외 의료제공자에게 응급 치료 또는 긴급하게 필요한 치료를 받은 경우

의료제공자에게 저희에게 청구하도록 하십시오.

- 귀하가 치료를 받을 때 전체 금액을 지불한 경우 저희의 비용 분담액을 귀하에게 환급하도록 저희에게 요청하십시오. 저희에게 청구서 및 귀하의 지불 증명서를 보내십시오.
- 귀하는 의료제공자로부터 비용 지불을 요청하는 청구서를 받을 수 있습니다(귀하가 책임이 없다고 생각되는). 저희에게 청구서 및 귀하의 지불 증명서를 보내십시오.
  - 의료제공자에게 비용을 지불해야 하는 경우, 저희는 의료제공자에게 직접 비용을 지불합니다.
  - 귀하가 Medicare 서비스에 대해 비용 분담액 이상을 이미 지불한 경우, 저희는 귀하가 얼마를 지불해야 하는지를 계산해 저희의 비용 분담액을 귀하에게 환급해드립니다.

2. 네트워크 의료제공자가 귀하에게 청구서를 보낸 경우

네트워크 의료제공자는 항상 저희에게 청구해야 합니다. 서비스나 처방전을 받을 때 가입자 ID 카드를 제시하는 것이 중요합니다. 그러나 때로 네트워크 의료제공자는 실수를 하여 귀하에게 서비스 금액을 납부하도록 요청하거나 귀하의 비용 분담금보다 더 많은 비용을 지불하도록 요청할 수 있습니다. **만약 청구서를 받으신다면 고객 서비스** 또는 진료 코디네이터에게 이 페이지 하단에 있는 번호로 **문의하십시오**.

- 플랜 가입자로서 귀하는 저희가 보장하는 서비스를 받을 때 코페이먼트만 지불하게 됩니다. 저희는 의료제공자가 귀하에게 이보다 더 많은 금액을 청구하는 것을 허용하지 않습니다. 이것은 의료제공자가 서비스에 대해 청구하는 비용보다 적은 금액을 저희가 의료제공자에게 지불하는 경우에도 해당됩니다. 저희가 일부 요금에 대해 지불하지 않기로 결정하더라도 귀하는 해당 비용을 지불할 필요가 없습니다.

- 귀하가 지불해야 하는 금액보다 더 많은 금액을 네트워크 의료제공자에게 청구받을 때는 항상 저희에게 청구서를 보내십시오. 저희가 직접 의료제공자에게 연락하고 문제를 해결할 것입니다.

- 귀하가 Medicare 보험적용이 되는 서비스에 대해 네트워크 의료제공자에게 받은 청구서를 이미 지불했으나, 너무 많은 금액을 지불했다고 생각하시는 경우, 저희에게 청구서 및 지불 증빙 자료를 보내주십시오. 저희는 귀하가 지불한 금액과 플랜에 의거해 귀하가 지불해야 하는 금액의 차액을 귀하에게 환급해드립니다.

3. 저희 플랜에 소급하여 가입된 경우

때로는 플랜 가입이 소급 적용될 수 있습니다. (소급 적용이란 가입 첫날이 이미 지난 것을 의미합니다. 작년이었을 수도 있습니다.)

- 소급하여 가입하고 가입일 이후에 청구서를 지불한 경우, 귀하는 저희에게 환불을 요청하실 수 있습니다.

- 저희에게 청구서 및 귀하의 지불 증명서를 보내십시오.

4. 처방약 조제를 위해 네트워크 외 약국을 이용하는 경우

네트워크 외 약국을 이용하신 경우, 귀하는 처방약에 대한 전체 비용을 지불해야 합니다.

- 몇 가지 경우에만 네트워크 외 약국에서 조제한 처방약에 보험적용을 합니다. 저희의 비용 분담액을 귀하에게 환급하도록 요청하는 경우 귀하의 영수증 사본을 보내주십시오.
- 네트워크 외 약국에 대해 자세히 알아보시려면 이 *가입자 안내서* **5장**을 참조하십시오.
- 저희는 네트워크 외 약국에서 약품에 지불한 금액과 네트워크 내 약국에서 지불한 금액의 차액을 귀하에게 환급하지 않을 수 있습니다.

5. 가입자 ID 카드를 지참하지 않아 Medicare 파트 D 처방약 전체 비용을 귀하가 지불하는 경우

가입자 ID 카드를 지참하지 않은 경우, 귀하는 약국에게 저희에게 전화를 하거나 귀하의 플랜 가입 정보를 찾아보도록 요청할 수 있습니다.

- 약국에서 즉시 정보를 얻을 수 없는 경우, 귀하는 처방약 비용 전액을 직접 지불하거나 가입자 ID 카드를 가지고 다시 약국에 가야할 수도 있습니다.
- 저희의 비용 분담액을 귀하에게 환급하도록 요청하는 경우 귀하의 영수증 사본을 보내주십시오.
- 귀하가 지불한 현금 가격이 처방전에 대한 저희의 협상 가격보다 높은 경우 저희는 귀하가 지불한 전체 비용을 귀하에게 환급하지 않을 수 있습니다.

6. 보험적용이 되지 않는 약품에 대해 Medicare 파트 D 처방약 전체 비용을 귀하가 지불하는 경우

보험적용이 되지 않는 약품이기 때문에 귀하가 처방약의 전체 비용을 지불할 수 있습니다.

- 해당 약품이 저희 웹사이트 상의 *보험적용 약품 목록*(*약품 목록*)에 포함되지 않거나, 귀하가 알지 못하거나 귀하에게 적용된다고 생각되지 않는 요건 또는 제한 사항이 있을 수 있습니다. 약품을 받기로 결정한 경우, 귀하는 전체 비용을 지불해야 할 수 있습니다.
  - 약품에 대한 비용을 지불하지 않았지만 그 약품에 보험적용이 되어야 한다고 생각하는 경우, 귀하는 보험적용 결정을 요청할 수 있습니다(이 *가입자 안내서* **9장** 참조).
  - 귀하 및 귀하의 담당의사 또는 다른 처방자가 귀하에게 해당 약품이 즉시(24시간 이내) 필요하다고 생각하는 경우, 귀하는 신속 보험적용 결정을 요청할 수 있습니다(이 *가입자 안내서* **9장** 참조).
- 저희에게 환급을 요청하는 경우 저희에게 귀하의 영수증 사본을 보내주십시오. 어떤 경우에는 약품 비용 중 저희의 비용 분담액을 환급해 드리기 위해 귀하의 담당의사 또는 다른 처방자에게 추가 정보를 받아야 할 수 있습니다. 귀하가 지불한 가격이 처방전에 대한 저희의 협상 가격보다 높은 경우 저희는 귀하가 지불한 전체 비용을 귀하에게 환급하지 않을 수 있습니다.

귀하가 저희에게 지불 요청을 보내시는 경우 저희는 이를 검토하고 해당 서비스 또는 약품에 보험적용이 되어야 하는지를 결정할 것입니다. 이는 "보험적용 결정"을 한다고 합니다. 저희가 서비스 또는 약품에 보험적용이 되어야 한다고 결정하는 경우, 해당 서비스 또는 약품에 대한 저희의 비용 분담액을 지불합니다.

저희가 귀하의 지불 요청을 거부하는 경우 귀하는 저희의 결정에 대해 재고 요청을 할 수 있습니다. 재고 요청 방법을 알아보시려면 이 *가입자 안내서* **9장**을 참조하십시오.

B. 지불 요청 보내기

Medicare 서비스에 대한 청구서 및 귀하의 지불 증거를 저희에게 보내십시오. 지불 증명서는 귀하가 작성한 수표 사본 또는 의료제공자에게 받은 영수증이 될 수 있습니다. **기록을 위해 청구서 및 영수증을 복사해두는 것이 좋습니다.** 귀하는 진료 코디네이터에게 도움을 요청할 수 있습니다. 귀하는 반드시 서비스, 물품 또는 약품을 받은 날짜로부터 1년 이내에 저희에게 귀하의 의료 청구 정보를 제출해야 합니다. 반드시 서비스, 물품 또는 약품을 받은 날짜로부터 3년 이내에 저희에게 파트 D 처방약 클레임을 제출하셔야 합니다.

귀하는 저희가 결정을 내리는 데 필요한 모든 정보를 제공하기 위해 비용 지불 요청을 위한 저희의 클레임 양식을 작성할 수 있습니다.

- 반드시 양식을 사용해야 하는 것은 아니지만, 정보를 더 빠르게 처리하는 데 도움이 됩니다.
- 저희 웹사이트(blueshieldca.com)에서 양식을 다운로드하시거나, 고객 서비스에 전화해 양식을 요청하십시오.

청구서 또는 영수증과 함께 귀하의 지불 요청을 다음 주소로 저희에게 우편으로 보내주십시오.

의료 클레임:
Blue Shield TotalDual Plan
Medicare Customer Services
P.O. Box 272640
Chico, CA 95927-2640

파트 D 처방약 클레임:
Claims Processing
1606 Ave. Ponce de Leon
San Juan, PR 00909-4830

C. 보험적용 결정

귀하의 지불 요청을 받으면 저희는 보험적용 결정을 합니다. 이는 우리가 귀하가 받은 서비스, 물품, 약품에 보험적용을 할 것인지를 결정한다는 것입니다. 저희는 또한 해당되는 경우 귀하가 지불해야 할 금액을 결정할 것입니다.

- 저희가 귀하에게 추가 정보를 받아야 하는 경우, 귀하에게 알려드립니다.

- 저희가 해당 서비스, 물품 또는 약품에 대해 보험적용을 하기로 결정하고 귀하가 해당되는 모든 규정을 준수한 경우, 저희는 이에 대한 저희의 비용 분담액을 지불합니다. 귀하가 해당 서비스 또는 약품에 대한 비용을 이미 지불한 경우 저희는 귀하에게 저희의 비용 분담액에 대한 수표를 우편으로 보내 드립니다. 귀하가 약품의 전체 비용을 지불한 경우라도, 귀하가 지불한 전액을 환급받지 못할 수 있습니다(예를 들어, 귀하가 네트워크 외 약국에서 약품을 받은 경우 또는 귀하가 지불한 현금 가격이 저희의 협상 가격보다 높은 경우). 귀하가 아직 지불을 하지 않은 경우, 저희는 의료제공자에게 직접 비용을 지불할 것입니다.

이 *가입자 안내서* **3장**은 귀하의 서비스가 보험적용을 받는 규칙을 설명합니다. 이 *가입자 안내서* **5장**은 귀하의 Medicare 파트 D 약품이 보험적용을 받는 규칙을 설명합니다.

- 저희가 해당 서비스 또는 약품에 대한 비용 분담액을 지불하지 않기로 결정한 경우, 귀하에게 그 이유를 설명하는 서신을 보낼 것입니다. 그 서신은 또한 귀하의 재고 요청 권리에 대해서도 설명해 드립니다.

- 보험적용 결정에 대해 자세히 알아보시려면 **9장**을 참조하십시오.

D. 재고 요청

저희가 귀하의 지불 요청을 거부하는 실수를 했다고 생각하는 경우 귀하는 저희에게 저희의 결정을 변경하도록 요청할 수 있습니다. 이를 "재고 요청"이라고 합니다. 귀하는 또한 저희가 지불하는 금액에 동의하지 않는 경우 재고 요청을 하실 수 있습니다.

공식적인 재고 요청에는 상세한 절차와 기한이 있습니다. 재고 요청에 대해 자세히 알아보시려면 이 *가입자 안내서* **9장**을 참조하십시오.

- 의료 서비스에 대한 환급 재고 요청은 **섹션 F**를 참조하십시오.

- 약품에 대한 환급 재고 요청은 **섹션 G**를 참조하십시오.

8장: 귀하의 권리와 책임

소개

이 장에는 저희 플랜 가입자로서 귀하의 권리와 책임이 포함되어 있습니다. 저희는 귀하의 권리를 존중해야 합니다. 핵심 용어와 그 정의는 이 *가입자 안내서* 마지막 장에 가나다순으로 나와 있습니다.

목차

A. 귀하의 필요를 충족하는 방식으로 서비스와 정보를 받을 권리 209

B. 보장 서비스 및 약품을 시기적절하게 이용할 수 있도록 하는 당사의 책임 210

C. 귀하의 개인 정보 및 건강 정보를 보호하기 위한 저희의 책임 211

C1. 귀하의 비공개 건강 정보(PHI)를 보호하는 방법 211

C2. 자신의 의료 기록을 볼 권리 212

D. 귀하에게 정보를 제공할 책임 212

E. 네트워크 의료제공자는 귀하에게 직접 비용을 청구할 수 없음 213

F. 플랜을 탈퇴할 수 있는 귀하의 권리 213

G. 자신의 의료에 관한 결정을 내릴 권리 214

G1. 치료 옵션에 대해서 알고 결정을 내릴 권리 214

G2. 귀하가 스스로 의료 결정을 할 수 없는 경우 원하는 바를 말할 권리 214

G3. 귀하의 지시가 지켜지지 않은 경우 해야 할 일 215

H. 불만을 제기하고 결정 재고려를 요청할 권리 216

H1. 불공정한 대우가 있거나 권리에 대해 더 많은 정보를 얻기 위해 해야 할 일 216

I. 플랜 가입자로서의 책임 216

A. 귀하의 필요를 충족하는 방식으로 서비스와 정보를 받을 권리

저희는 **모든** 임상적, 비임상적 서비스를 영어 능력에 제한이 있거나, 독서 능력이 제한적이거나, 청각 장애가 있거나, 다양한 문화적, 민족적 배경을 가진 사람들을 포함하여 모든 분께 문화적으로 적절하고 접근 가능한 방식으로 제공되도록 해야 합니다. 저희는 또한 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 플랜의 혜택 및 가입자의 권리에 관해 귀하에게 설명해야 합니다. 저희는 귀하가 저희 플랜에 가입되어 있는 동안 매년 귀하의 권리에 관해 귀하에게 알려야 합니다.

- 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 정보를 받으시려면 진료 코디네이터 또는 고객 서비스에 전화하십시오. 저희 플랜에는 다양한 언어로 질문에 답변할 수 있는 무료 통역 서비스가 있습니다.
- 저희 플랜은 영어 이외의 언어(아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어 번체, 중국어 간체, 페르시아어, 한국어, 러시아어, 스페인어 또는 스페인어 크리올어, 타갈로그어 및 베트남어 포함)로 된 자료 및 대형 활자 인쇄본, 점자 또는 오디오와 같은 형식으로 된 자료도 제공할 수 있습니다. 이러한 대체 형식 중 하나로 자료를 받고자 하는 경우, 고객 서비스에 전화하거나 Blue Shield TotalDual Plan, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856으로 서면 요청을 보내주시기 바랍니다.
    - 지금 그리고 차후에도 본 문서를 영어 이외의 언어 또는 대체 형식으로 받겠다는 상시 요청을 하실 수도 있습니다. 요청하시려면 Blue Shield TotalDual Plan 고객 서비스에 문의하십시오.
    - Blue Shield TotalDual Plan 고객 서비스는 향후 커뮤니케이션을 위해 귀하가 선호하는 언어와 형식을 기록해 놓습니다. 기본 설정을 업데이트하시려면 Blue Shield TotalDual Plan 고객 서비스에 문의하십시오.

언어 문제 또는 장애로 인해 저희 플랜에서 정보를 받는데 문제가 있고 이에 대한 불만을 접수하시려면 다음 번호로 전화하십시오.

- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.
- Medi-Cal 인권국: 916-440-7370. TTY 사용자는 711번으로 전화하십시오.
- 미국 보건 사회복지부 인권국: 1-800-368-1019. TTY 사용자는 1-800-537-7697번으로 전화하십시오.

B. 보장 서비스 및 약품을 시기적절하게 이용할 수 있도록 하는 당사의 책임

저희 플랜의 가입자로서 귀하는 다음과 같은 권리가 있습니다.

- 귀하는 저희 네트워크 내의 주치의(PCP 의사)를 선택할 권리가 있습니다. 네트워크 의료제공자는 저희와 협력하는 의료제공자입니다. 어떤 유형의 의료제공자가 주치의를 할 수 있는지, 그리고 주치의를 선택하는 방법에 대한 자세한 정보는 이 *가입자 안내서* **3장**에서 확인하실 수 있습니다.
    - 네트워크 의료제공자 및 신규 환자를 받는 의사에 대해 자세히 알아보시려면 담당 진료 코디네이터나 고객 서비스에 전화하거나 *의료제공자 및 약국 명부*를 살펴보시기 바랍니다.
- 귀하는 진료 의뢰를 받지 않고도 여성 건강 전문가의 진료를 받을 권리가 있습니다. 진료의뢰는 주치의가 아닌 다른 의료제공자를 이용하도록 귀하의 주치의가 승인하는 것입니다.
- 귀하는 합리적인 시간 이내에 네트워크 의료제공자에게 보험적용이 되는 서비스를 받을 권리가 있습니다.
    - 여기에는 전문의로부터 적시에 서비스를 받을 권리가 포함됩니다.
    - 합리적인 시간 내에 서비스를 받을 수 없는 경우, 저희는 네트워크 외부 진료에 대한 비용을 지불해야 합니다.
- 귀하는 사전 승인(PA) 없이 응급 진료 또는 긴급하게 필요한 치료를 받을 권리가 있습니다.
- 귀하는 긴 시간의 지연 없이 저희의 모든 네트워크 약국에서 귀하의 처방약을 조제할 권리가 있습니다.
- 귀하는 네트워크 외 의료제공자에게 언제 진료를 받을 수 있는 지 알 권리가 있습니다. 네트워크 외 의료제공자에 대해 알아보시려면 이 *가입자 안내서* **3장**을 참조하십시오.
- 저희 플랜에 처음 가입한 경우 특정 기준이 충족되면 귀하는 최대 12개월까지 현재의 의료제공자 및 서비스 승인을 유지할 수 있는 권리가 있습니다. 의료제공자 및 서비스 승인 유지에 대해 자세히 알아보시려면 이 *가입자 안내서* **1장**을 참조하십시오.
- 귀하는 진료팀 및 진료 코디네이터의 도움을 받아 자신의 치료를 직접 결정할 권리가 있습니다.

이 *가입자 안내서* **9장**은 귀하가 합리적인 시간 이내에 서비스 또는 약품을 받지 못한다고 생각하는 경우 귀하가 할 수 있는 조치에 관해 알려드립니다. 또한 귀하의 서비스 또는 약품에 대한 보험적용이 거부되었으나 귀하가 저희의 결정에 동의하지 않는 경우 귀하가 할 수 있는 조치에 관해 알려드립니다.

C. 귀하의 개인 정보 및 건강 정보를 보호하기 위한 저희의 책임

저희는 연방 및 주 법률에서 요구하는 바에 따라 귀하의 개인 정보 및 건강 정보를 보호합니다.

귀하의 비공개 건강 정보(Protected Health Information, PHI)에는 귀하가 저희 플랜에 가입할 때 저희에게 제공한 개인 정보가 포함됩니다. 정보에는 또한 귀하의 의료 기록 및 다른 의료 및 건강 정보가 포함되어 있습니다.

귀하는 자신의 정보에 관한 권리가 있고 그 사용 방식을 통제할 권리가 있습니다. 저희는 이러한 권리들에 대해 귀하에게 알리고 저희가 귀하의 비공개 건강 정보를 보호하는 방법을 설명하는 서면 통지서를 귀하에게 제공합니다. 통지서는 '개인정보 보호정책 고지문'이라고 합니다.

민감한 서비스를 받기로 동의할 수 있는 가입자는 해당 서비스를 받거나 해당 서비스에 대한 청구를 제출하기 위해 다른 어떤 가입자의 승인도 받을 필요가 없습니다. Blue Shield TotalDual Plan은 민감한 서비스에 관한 통신을 회원이 지정한 대체 우편 주소, 이메일 주소 또는 전화번호로 전달하며, 지정이 없는 경우에는 회원의 이름으로 등록된 주소 또는 전화번호로 전달합니다. Blue Shield TotalDual Plan은 치료를 받는 가입자의 서면 승인 없이 민감한 서비스와 관련된 의료 정보를 다른 가입자에게 공개하지 않습니다. Blue Shield TotalDual Plan은 요청하신 양식과 방식으로 쉽게 제공할 수 있거나 대체 장소에서 제공 가능한 경우, 요청하신 양식과 방식의 비밀 통신 요청을 수용해 드립니다. 민감한 서비스와 관련된 가입자의 보안 커뮤니케이션 요청은 가입자가 요청을 취소하거나 보안 커뮤니케이션에 대한 새로운 요청을 제출할 때까지 유효합니다. 당사의 개인정보 보호정책 고지문 사본을 요청하거나 귀하의 파일에 보안 통신이 포함되도록 요청하려면 다음 중 하나를 수행하십시오.

1. Blueshieldca.com으로 가서 홈페이지의 아래 부분에 있는 개인 정보 링크를 클릭하십시오. 여기에서 개인정보 보호정책 고지문 및 보안 통신 요청 양식을 찾으실 수 있습니다.

2. 귀하의 Blue Shield 가입자 ID 카드에 있는 고객 서비스 전화번호로 연락하십시오.

3. Blue Shield of California Privacy Office (888) 266-8080으로 연락하십시오. TTY 사용자는 711번으로 전화하십시오.

4. 저희에게 privacy@blueshieldca.com으로 이메일을 보내십시오.

C1. 귀하의 비공개 건강 정보(PHI)를 보호하는 방법

저희는 승인받지 않은 사람들이 귀하의 기록을 열람하거나 변경하지 못하도록 합니다.

아래 명시된 경우를 제외하고, 저희는 귀하에게 치료를 제공하지 않는 사람이나 귀하의 치료 비용을 지불하지 않는 사람에게 귀하의 비공개 건강 정보를 제공하지 않습니다. 그렇게 하는 경우, 저희는 귀하에게 우선 서면 허가를 받아야 합니다. 귀하 또는 귀하를 대신하여 결정을 내릴 수 있는 법적 권한이 있는 사람이 서면 허가를 제공할 수 있습니다.

때로는 귀하의 서면 허가를 먼저 받을 필요가 없는 경우도 있습니다. 다음 예외사항은 법률에 의해 허가되거나 요구됩니다.

- 저희는 플랜의 진료 품질을 확인하는 정부 기관에 비공개 건강 정보를 공개해야 합니다.
- 법원에서 지시한 경우, 그러나 캘리포니아 법에서 허용하는 경우에만 비공개 건강 정보를 공개할 수 있습니다.
- 저희는 귀하의 Medicare 파트 D 약품에 대한 정보를 포함해 귀하의 비공개 건강 정보를 Medicare에 제공해야 합니다. Medicare가 연구 또는 기타 용도로 귀하의 비공개 건강 정보를 공개하는 경우, 연방법을 따라야 합니다.

C2. 자신의 의료 기록을 볼 권리

- 귀하는 귀하의 의료 기록 열람 및 귀하의 기록 사본을 받을 권리가 있습니다. 저희는 귀하의 의료 기록 사본을 만드는데 대한 요금을 청구할 수 있습니다.
- 귀하는 저희에게 귀하의 의료 기록을 업데이트 또는 수정하도록 요청할 권리가 있습니다. 귀하가 저희에게 이를 요청하는 경우 저희는 변경 여부를 결정하기 위해 귀하의 의료제공자와 협력할 것입니다.
- 귀하는 저희가 귀하의 비공개 건강 정보를 일상적이지 않은 목적으로 타인과 공유하는지, 그리고 어떻게 공유하는지 알 권리가 있습니다.

비공개 건강 정보 보호에 관한 질문 또는 우려사항이 있는 경우, 가입자 서비스에 전화하십시오.

D. 귀하에게 정보를 제공할 책임

저희 플랜의 가입자로서 귀하는 저희 플랜, 네트워크 의료제공자 및 보장되는 서비스에 관한 정보를 저희로부터 받을 권리가 있습니다.

귀하가 영어를 구사하지 않는 경우, 저희는 귀하가 저희 건강플랜에 관해 가지고 있을 수 있는 질문에 답변해 드리기 위해 통역 서비스를 제공합니다. 통역사를 원하시면 고객 서비스에 전화하십시오. 이 서비스는 무료입니다. 가입자 안내서 및 기타 중요한 자료는 영어 이외의 언어로도 제공됩니다. 자료는 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어 간체, 중국어 번체, 페르시아어, 힌디어, 몽족어, 일본어, 한국어, 라오스어, 미엔어, 펀자브어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어, 태국어, 우크라이나어, 베트남어로도 제공될 수 있습니다. 또한 대형 활자 인쇄본, 점자 또는 오디오로도 정보를 제공할 수 있습니다. 저희는 귀하가 이용할 수 있고 귀하에게 적절한 형식으로 플랜의 혜택에 관한 정보를 제공해야 합니다. 귀하에게 적합한 방식으로 정보를 얻으려면 고객 서비스에 전화하십시오.

다음에 관한 정보를 원하시면 고객 서비스에 전화하십시오.

- 플랜 선택 또는 변경 방법
- 저희 플랜(다음을 포함):
  - 재무 정보
  - 플랜 가입자들의 평가
  - 가입자가 제출한 재고 요청 횟수

- 플랜 탈퇴 방법

- 네트워크 의료제공자 및 저희 네트워크 약국(다음을 포함):
  - 주치의(PCP) 선택 또는 변경 방법
  - 네트워크 의료제공자 및 약국의 자격
  - 저희가 네트워크 내 의료제공자에게 비용을 지불하는 방법
- 보험적용이 되는 서비스와 약물(다음 포함):
  - 저희 플랜이 보험적용하는 서비스(이 *가입자 안내서*의 **3장** 및 **4장** 참조) 및 약품(이 *가입자 안내서*의 **5장** 및 **6장** 참조)
  - 보험적용 및 약품에 대한 제한
  - 서비스 및 약품에 보험적용을 받기 위해 준수해야 하는 규정
- 어떤 항목이 보험적용되지 않는 이유와 이에 대해 취할 수 있는 조치(이 *가입자 안내서*의 **9장** 참조)에는 다음을 요청하는 것이 포함됩니다.
  - 어떤 항목이 보험적용되지 않는 이유를 서면으로 작성하도록 요청하기
  - 저희가 내린 결정을 변경하도록 요청하기
  - 청구서 지불

E. 네트워크 의료제공자는 귀하에게 직접 비용을 청구할 수 없음

저희 네트워크 내의 의사, 병원 및 다른 의료제공자들은 보험적용이 되는 서비스에 대해 귀하에게 비용을 청구할 수 없습니다. 또한 저희가 의료제공자들이 청구하는 금액보다 적게 지불하더라도 의료제공자는 귀하에게 잔액을 청구하거나 비용을 청구할 수 없습니다. 네트워크 의료제공자가 보험적용이 되는 서비스에 대해 귀하에게 청구하려고 하는 경우에 취해야 할 조치를 알아보시려면 이 *가입자 안내서* **7장**을 참조하십시오.

F. 플랜을 탈퇴할 수 있는 귀하의 권리

귀하가 원하지 않으면 누구도 귀하에게 저희 플랜을 유지하도록 강요할 수 없습니다.

- 귀하는 대부분의 의료 서비스를 일반 Medicare 또는 Medicare Advantage (MA) Plan을 통해 받을 권리가 있습니다.
- 귀하는 약품 플랜 또는 다른 MA 플랜으로부터 귀하의 Medicare 파트 D 약품 혜택을 받을 수 있습니다.
- 이 *가입자 안내서*의 **10장**을 참조하십시오.
  - 새로운 MA 또는 약품 혜택 플랜에 가입할 수 있는 시기에 대한 자세한 정보.
  - 저희 플랜을 탈퇴하는 경우 Medi-Cal 혜택을 받는 방법에 대한 정보.

G. 자신의 의료에 관한 결정을 내릴 권리

귀하는 자신의 건강 관리에 관한 결정을 내리는 데 도움이 되도록 담당 의사 및 기타 의료제공자로부터 완전한 정보를 받을 권리가 있습니다.

G1. 치료 옵션에 대해서 알고 결정을 내릴 권리

귀하의 의료제공자는 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 귀하의 상태 및 치료 선택사항을 설명해야 합니다. 귀하는 다음과 같은 권리가 있습니다.

- **가능한 선택에 대해 알아두십시오.** 귀하는 모든 치료의 종류에 관해 들을 권리가 있습니다.
- **위험에 대해 알아두십시오.** 귀하는 관련된 모든 위험에 대해 들을 권리가 있습니다. 서비스 또는 치료가 연구 실험의 일부분인 경우, 저희는 사전에 이를 귀하에게 이야기해야 합니다. 귀하는 실험 치료를 거부할 권리가 있습니다.
- **2차 소견을 받을 권리.** 귀하는 치료에 관한 결정을 하기 전에 다른 의사에게 진료를 받을 권리가 있습니다.
- **거부할 권리**. 귀하는 어떤 치료라도 거부할 권리가 있습니다. 여기에는 귀하의 담당의사가 퇴원하지 말도록 충고할지라도 병원 또는 다른 의료 시설에서 퇴원할 권리가 포함됩니다. 귀하는 또한 처방된 약품 복용을 중단할 권리가 있습니다. 귀하가 치료를 거부하거나 처방된 약품 복용을 중단하더라도 저희는 귀하를 플랜에서 탈퇴시키지 않습니다. 그러나 귀하가 치료를 거부하거나 처방된 약품 복용을 중단하는 경우 귀하는 귀하에게 발생하는 일에 대한 모든 책임을 수용하는 것입니다.
- **저희에게 의료제공자의 치료 거부 이유를 설명하도록 요청할 권리.** 귀하는 귀하가 받아야 한다고 생각하는 치료를 의료제공자가 거부하는 경우 저희에게 설명을 들을 권리가 있습니다.
- **저희가 거부했거나 일반적으로 보장하지 않는 서비스나 약품에 대해 보장을 요청할 권리.** 이를 보험적용 결정이라고 합니다. 이 *가입자 안내서* **9장**은 보험적용 결정을 저희에게 요청하는 방법을 설명하고 있습니다.

G2. 귀하가 스스로 의료 결정을 할 수 없는 경우 원하는 바를 말할 권리

때때로 사람들은 스스로 의료 결정을 할 수 없습니다. 이런 일이 일어나기 전에 귀하는 다음과 같이 할 수 있습니다.

- 귀하가 스스로 결정을 할 수 없게 되는 경우 **다른 사람에게 귀하를 위해 의료 결정을 할 권리를 부여**하는 서면 양식을 작성하십시오.
- 귀하가 스스로 결정을 할 수 없게 되는 경우 원하지 **않는** 진료를 포함하여 자신의 의료를 어떻게 처리할지에 대해 **의사에게 서면 지침을 제공**하십시오.

귀하의 지시를 전달하기 위해 사용하는 법적 문서를 '사전 의료 지시서'라고 합니다. 사전 의료 지시서에는 여러 가지 유형 및 여러 가지 이름이 있습니다. 생전 유서 및 의료 위임장 등이 그 예입니다.

사전 의료 지시서를 반드시 작항해야 하는 것은 아니지만 작성할 수 있습니다. 사전 의료 지시서를 사용하려는 경우 해야 할 일은 다음과 같습니다.

- **양식을 받습니다.** 귀하는 귀하의 담당의사, 변호사, 사회복지사 또는 일부 사무용품점에서 양식을 받을 수 있습니다. 약국과 의료제공자 사무실에는 종종 양식이 있습니다. 또한 온라인으로 무료 양식을 찾아 다운로드하실 수 있습니다. 귀하는 또한 고객 서비스에 연락해 양식을 요청하실 수 있습니다.
- **양식을 작성하고 서명하십시오.** 양식은 법적 문서입니다. 변호사나 가족, 주치의 등 신뢰할 수 있는 사람의 도움을 받아 작성하는 것을 고려하십시오.
- **작성한 양식 사본을 알아야 하는 사람들에게 제공하십시오.** 담당의사에게도 한 부를 제공하십시오. 또한 귀하를 대신하여 결정을 내리도록 지명한 사람에게도 사본을 제공해야 합니다. 가까운 친구 또는 가족에게 사본을 제공할 수도 있습니다. 집에도 사본을 보관하십시오.
- 귀하가 입원하게 되는 경우, 서명된 **사전 의료 지시서 사본을 병원에 가져가시기 바랍니다.**
    - 병원에서는 귀하가 서명한 사전 의료 지시서 양식을 가지고 있는지, 그리고 이를 가지고 있는지 물어볼 것입니다.
    - 귀하가 사전 의료 지시서에 서명하지 않은 경우 병원에 이용할 수 있는 양식이 있으며 병원에서는 귀하가 이에 서명하기를 원하는지 물어볼 것입니다.

귀하는 다음과 같은 권리가 있습니다.

- 귀하는 사전 의료 지시서를 귀하의 의료 기록에 포함하도록 요청할 권리가 있습니다.
- 귀하는 사전 의료 지시서를 언제든지 변경 또는 취소할 권리가 있습니다.
- 사전 의료 지시서 법의 변경에 대해 알아보십시오. Blue Shield TotalDual Plan은 주 법률의 변경 후 최대 90일 이내에 변경 사항에 대해 귀하께 알려드릴 것입니다.

법률에 따라 누구도 귀하가 사전 의료 지시서에 서명했는지 여부를 이유로 진료를 거부하거나 차별할 수 없습니다. 자세한 정보는 고객 서비스부에 문의하십시오.

G3. 귀하의 지시가 지켜지지 않은 경우 해야 할 일

귀하가 이미 사전 의료 지시서에 서명했으나 의사 또는 병원에서 이를 준수하지 않았다고 생각하는 경우, 귀하는 Commence Health(캘리포니아의 품질 향상 단체)에 불만을 접수하실 수 있습니다. (877) 588-1123 (TTY: 711)번으로 전화하시거나 Commence Health BFCC-QIO Program 10820 Guilford Rd, Ste. 202, Annapolis Junction, MD 20701로 편지를 보내십시오.

H. 불만을 제기하고 결정 재고려를 요청할 권리

이 *가입자 안내서* **9장**은 보험적용이 되는 서비스 또는 진료에 대해 문제 또는 우려사항이 있는 경우 귀하가 할 수 있는 일에 대해 알려드립니다. 예를 들면, 귀하는 저희에게 보험적용 결정을 하도록 요청하고, 보험적용 결정에 대한 재고를 요청하거나 불만을 제기할 수 있습니다.

귀하는 저희 플랜에 대해 다른 가입자들이 접수한 재고 요청 및 불만사항에 관한 정보를 받을 권리가 있습니다. 이 정보를 얻으려면 고객 서비스에 전화하십시오.

H1. 불공정한 대우가 있거나 권리에 대해 더 많은 정보를 얻기 위해 해야 할 일

저희가 귀하를 부당하게 대우했다고 생각하시는 경우(이 *가입자 안내서* **11장**에 나와 있는 이유로 인한 차별이 **아닌 경우**) 또는 귀하의 권리에 대해 더 많은 정보를 원하시면 다음 전화로 연락하실 수 있습니다.

- 고객 서비스
- 건강보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP): 1-800-434-0222 (TTY: 711). HICAP에 대한 자세한 정보는 **2장 섹션 E**를 참조하십시오.
- Medi-Cal 옴부즈맨 전화번호는 1-888-452-8609입니다. 이 프로그램에 대한 자세한 내용은 이 *가입자 안내서* **2장**을 참조하십시오.
- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오. 또한 Medicare 웹사이트에서 'Medicare 권리 및 보호'(www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf)를 읽거나 다운로드할 수 있습니다.

I. 플랜 가입자로서의 책임

플랜의 가입자로서 귀하는 아래에 기재된 일을 해야 할 책임이 있습니다. 질문이 있는 경우 고객 서비스에 전화하십시오.

- 보험적용이 되는 항목 및 보험적용이 되는 서비스와 약물을 받기 위해 준수해야 하는 규정이 무엇인지 알아보려면 **이 *가입자 안내서*를 읽으십시오**. 자세한 내용은 다음을 참조하십시오.
  - 보험적용이 되는 서비스에 대한 내용은 이 *가입자 안내서* **3장 및 4장**을 참조하십시오. 해당 장에서는 보장되는 항목, 보장되지 않는 항목, 따라야 할 규칙, 지불해야 할 비용에 대해 안내합니다.
  - 보험적용이 되는 약물은 이 *가입자 안내서*의 **5장 및 6장**을 참조하십시오.

- 귀하가 보유하고 있는 **다른 의료 또는 약품 보험적용에 대해 저희에게 알려주십시오.** 저희는 귀하가 의료 서비스를 받을 때 모든 보장 옵션을 사용하도록 해야 합니다. 다른 보험이 있는 경우 고객 서비스에 전화하십시오.
- **담당 의사 및 다른 의료제공자**에게 귀하가 저희 플랜의 가입자라고 알려주십시오. 서비스나 처방전을 받을 때 가입자 ID 카드를 제시하는 것이 중요합니다.
- 귀하의 **담당의사** 및 다른 의료제공자가 귀하에게 최선의 치료를 제공할 수 있도록 **도와주십시오.**
    - 그들에게 귀하 및 귀하의 건강에 관해 필요한 정보를 제공해 주십시오. 귀하의 건강 문제에 관해 가능한 한 많이 알아보십시오. 귀하 및 귀하의 의료제공자가 동의한 치료 계획 및 지침에 따르십시오.
    - 귀하의 담당의사 및 다른 의료제공자가 귀하가 복용하고 있는 모든 약품에 대해 알려주십시오. 여기에는 약품, 일반의약품, 비타민 및 보충제가 포함됩니다.
    - 궁금한 점이 있으면 물어보십시오. 귀하의 담당의사 및 다른 의료제공자들은 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 설명해야 합니다. 귀하가 질문을 했고 이에 대한 답변을 이해하지 못하는 경우 다시 문의하십시오.
- 연간 건강 위험 평가 작성을 포함하여 **진료 코디네이터와 협력하십시오.**
- **사려 깊게 행동하십시오.** 저희는 저희 가입자 모두가 다른 사람의 권리를 존중할 것을 기대합니다. 저희는 또한 귀하가 담당의사의 진료실, 병원 및 다른 의료제공자의 사무실에서 존중심을 가지고 행동할 것을 기대하고 있습니다.
- **귀하가 지불해야 할 금액을 지불하십시오.** 플랜 가입자로서 귀하는 다음 비용을 지불해야 할 책임이 있습니다.
    - Medicare 파트 A 및 Medicare 파트 B 보험료. 대부분의 Blue Shield TotalDual Plan 가입자의 경우, Medi-Cal은 Medicare 파트 A 보험료와 Medicare 파트 B 보험료를 지불합니다.
    - 저희 플랜에서 보험적용이 되는 일부 약물에 대해서는, 약품을 받으실 때 귀하의 비용 분담액을 지불해야 합니다. 이는 코페이먼트(고정 금액)입니다. **6장**은 약품에 대해 귀하가 지불해야 하는 금액을 알려드립니다.
    - **저희 플랜에서 보험적용이 되지 않는 서비스 또는 약품을 받는 경우 귀하는 전체 비용을 지불해야 합니다.** (**주:** 귀하가 서비스 또는 약품에 대해 보험적용을 하지 않기로 한 저희의 결정에 동의하지 않는 경우 귀하는 재고 요청을 할 수 있습니다. 재고 요청을 하는 방법은 **9장**을 참조하십시오)

- **귀하가 이사하는 경우 저희에게 알려주십시오.** 이사를 계획하는 경우 저희에게 바로 알려주십시오. 진료 코디네이터 또는 고객 서비스에 문의하시기 바랍니다.
  - **저희 서비스 지역 외로 이사하는 경우 저희 플랜을 유지할 수 없습니다.** 저희 서비스 지역에 거주하는 사람들만 저희 플랜에 가입할 수 있습니다. 이 *가입자 안내서* **1장**은 저희 서비스 지역에 대해 안내합니다.
  - 저희는 귀하가 저희 서비스 지역 외로 이사하는지 여부를 알아보도록 도와드릴 수 있습니다. 특별 가입 기간 동안 귀하는 귀하의 새로운 지역에서 Original Medicare (일반 Medicare)로 변경하거나 Medicare 건강 또는 약품 플랜으로 변경할 수 있습니다. 저희는 귀하의 새로운 지역에 저희가 플랜을 보유하고 있는지를 알려드릴 수 있습니다.
  - 이사하실 때 Medicare와 Medi-Cal에 새 주소를 알려주십시오. Medicare와 Medi-Cal 전화번호는 이 *가입자 안내서* **2장**을 참조하십시오.
  - **귀하가 저희의 서비스 지역 내에서 이사하는 경우에도 저희는 이를 알아야 합니다.** 저희는 귀하의 가입자 기록을 최신으로 유지하고 귀하에게 연락할 방법에 대해 알아야 합니다.
  - **이사를 하는 경우 사회보장국(또는 철도퇴직연금위원회)에 알려주십시오.**
- **새 전화번호가 있거나 더 나은 연락 방법이 있으면 알려주십시오.**
- **질문 또는 우려사항이 있는 경우 진료 코디네이터 또는 고객 서비스에 전화하십시오.**

9장. 문제 또는 불만이 있는 경우 해야 할 일(보험적용 결정, 재고 요청, 불만 제기)

소개

이 장은 귀하의 권리에 관한 정보를 알려드립니다. 다음과 같은 경우 해야 할 일을 알아보시려면 이 장을 읽으십시오.

- 귀하의 플랜에 관한 문제 또는 불만이 있는 경우
- 귀하의 플랜에서 비용을 지불하지 않겠다고 한 서비스, 아이템 또는 약품이 필요한 경우
- 귀하의 플랜에서 귀하의 치료에 관해 내린 결정에 귀하가 동의하지 않는 경우
- 귀하의 보험적용이 되는 서비스가 너무 빨리 종료된다고 생각하는 경우
- 커뮤니티 기반 성인 서비스(CBAS) 및 간호 시설(NF) 서비스가 포함되는 귀하의 장기 서비스 및 지원에 문제 또는 불만이 있는 경우

이 장은 귀하가 찾는 내용을 간편하게 찾을 수 있도록 여러 가지 섹션으로 나뉘어져 있습니다. **문제 또는 우려사항이 있는 경우, 이 장에서 귀하의 상황에 적용되는 부분만 읽으면 됩니다.**

귀하는 의사 또는 다른 의료제공자가 귀하의 치료 계획의 일환으로 필요하다고 판단한 치료, 약품 및 장기 서비스 및 지원을 받아야 합니다. **귀하의 치료에 문제가 있으신 경우, 도움을 받기 위해 Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램에 1-855-501-3077번으로 전화하실 수 있습니다.** 이 장은 여러 가지 문제 및 불만에 대해 귀하가 취할 수 있는 여러 옵션을 설명합니다. 그러나 귀하는 언제나 도움을 받기 위해 옴부즈맨 프로그램에 전화하실 수 있습니다. 우려사항에 대한 추가 리소스 및 연락처 정보는 *가입자 안내서* **2장**을 참조하십시오.

목차

A. 문제 또는 우려사항이 있는 경우 해야 할 일 222

A1. 법률 용어는 어떻게 합니까? 222

B. 도움 받기 222

B1. 더 많은 정보와 도움이 필요하시면 다음을 참조하십시오. 222

C. Medicare 및 Medi-Cal 불만사항을 이해하고 플랜에 재고 요청하기 224

D. 귀하의 혜택에 대한 문제 224

E. 보험적용 결정 및 재고 요청 224

E1. 보험적용 결정 224

E2. 재고 요청 225

E3. 보험적용 결정 및 재고 요청에 대한 도움 받기 225

E4. 도움이 될 수 있는 섹션 226

F. 의료 진료 227

F1. 이 섹션 이용하기 227

F2. 보험적용 결정 요청하기 228

F3. 레벨 1 재고 요청하기 230

F4. 레벨 2 재고 요청하기 233

F5. 지불 문제 240

G. Medicare 파트 D 약품 241

G1. Medicare 파트 D 보험적용 결정 및 재고 요청 241

G2. Medicare 파트 D 예외 243

G3. 예외 요청에 관해 알아야 할 중요한 사항 244

G4. 예외를 포함해 보험적용 결정을 요청하는 방법 245

G5. 레벨 1 재고 요청하기 247

G6. 레벨 2 재고 요청하기 249

H. 병원 입원에 대해 더 긴 기간 동안의 보험/혜택을 요청하기 251
H1. Medicare 권리에 대해 알아보기 252
H2. 레벨 1 재고 요청하기 253
H3. 레벨 2 재고 요청하기 254
I. 특정 의료 서비스를 계속 보장하도록 요청하기 255
I1. 보장이 종료 되기 전 사전 통지 256
I2. 레벨 1 재고 요청하기 256
I3. 레벨 2 재고 요청하기 258
J. 레벨 2 이후 재고 요청하기 259
J1. Medicare 서비스 및 용품 관련 다음 단계 259
J2. 추가 Medi-Cal 재고 요청 260
J3. Medicare 파트 D 약품 요청에 대한 레벨 3, 4, 5 재고 요청 261
K. 불만 제기 방법 262
K1. 불만 제기를 할 수 있는 문제 262
K2. 내부 불만 제기 264
K3. 외부 불만 제기 266

A. 문제 또는 우려사항이 있는 경우 해야 할 일

이 장에서는 문제와 우려 사항을 처리하는 방법을 설명합니다. 귀하가 처한 문제의 종류에 따라 절차가 결정됩니다. **보험적용 결정 및 재고 요청**에 하나의 절차가 있고, **불만 제기**(이의제기라고도 함)에는 다른 절차가 있습니다.

문제를 공정하고 신속하게 해결하기 위해, 각 절차에는 저희와 귀하가 준수해야 하는 일련의 규칙, 절차 및 기한이 있습니다.

A1. 법률 용어는 어떻게 합니까?

이 장에는 일부 규정 및 시한에 대한 법률 용어가 있습니다. 이 용어들 중 다수는 이해하기 어려울 수 있기 때문에 저희는 특정 법률 용어 대신 더 단순한 단어를 사용했습니다. 저희는 가능한 약어를 적게 사용했습니다.

예를 들면, 저희는 이렇게 말합니다.

- "이의 제기" 대신 "불만 제기"
- "기관 결정", "혜택 적용 판단", "위험 결정" 대신 “보험적용 결정”
- "속결 결정" 대신 "신속 보험적용 결정"
- "독립 검토 기관(IRE)" 대신 "독립 검토 조직(IRO)"

적절한 법률 용어를 알게 되면 귀하가 좀 더 분명하게 의사소통을 하는데 도움이 될 수 있기 때문에 저희는 이들을 제공하고 있습니다.

B. 도움 받기

B1. 더 많은 정보와 도움이 필요하시면 다음을 참조하십시오.

때로는 문제를 처리하기 위한 프로세스를 시작하거나 따르는 것이 혼란스러울 수 있습니다. 특히 귀하가 몸이 좋지 않거나 한정된 에너지를 갖고 있을 때 더 그렇습니다. 어떤 경우는 귀하가 다음 단계로 나아가는 데 필요한 정보가 없을 수도 있습니다.

건강보험 상담 및 지지 프로그램에서 도움 받기

귀하는 건강보험 상담 및 지지 프로그램(HICAP)에 전화할 수 있습니다. HICAP 상담사들은 귀하의 질문에 답변하고 귀하의 문제를 해결하기 위해 해야 할 일을 귀하가 이해할 수 있도록 도와드릴 수 있습니다. HICAP은 저희나 어떤 보험사 또는 건강플랜과 연결되어 있지 않습니다. HICAP은 모든 카운티에 훈련 받은 상담사들을 두고 있으며 서비스는 무료입니다. HICAP 전화번호는 1-800-434-0222번입니다.

Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램에서 도움 받기

귀하는 Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램에 전화하여 귀하의 건강보험 적용에 관해 상담원과 상담할 수 있습니다. 그들은 무료 법률 지원을 제공 할 수 있습니다. 옴부즈맨 프로그램은 저희 또는 어떤 보험사나 건강플랜과도 연결되어 있지 않습니다. 옴부즈맨 전화번호는 1-855-501-3077번이며 웹사이트는 www.healthconsumer.org입니다.

Medicare로부터 도움 및 정보 받기

더 많은 정보와 도움이 필요하시면 Medicare에 연락하십시오. 다음은 Medicare에서 도움을 받을 수 있는 두 가지 방법입니다.

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.
- Medicare 웹사이트(http://www.medicare.gov)를 방문하십시오.

캘리포니아주 보건국에서 도움 받기

캘리포니아주 보건국(DHCS) Medi-Cal 관리 의료 옴부즈맨도 도움을 드릴 수 있습니다. 귀하가 건강플랜에 가입, 변경 또는 계약 해지를 하는 데 문제가 있는 경우 도움을 드릴 수 있습니다. 또한 귀하가 이사를 가거나 귀하의 Medi-Cal을 귀하의 새로운 카운티로 이전하는 데 문제가 있는 경우에도 도움을 드릴 수 있습니다. 1-888-452-8609번을 이용해 옴부즈맨으로 전화하실 수 있습니다(월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시).

캘리포니아주 관리보건국에서 도움 받기

캘리포니아주 관리보건국(DMHC)에 연락하시면 무료로 도움을 받으실 수 있습니다. DMHC는 건강플랜 규제를 담당하고 있습니다. DMHC는 Medi-Cal 서비스 또는 청구 문제에 대한 재고 요청과 관련하여 도움을 드립니다. 전화번호는 1-888-466-2219번입니다. 청각장애, 난청 또는 언어장애가 있는 경우 TDD 무료 전화 1-877-688-9891번을 이용하실 수 있습니다. 또한 DMHC 웹사이트(www.dmhc.ca.gov)를 방문하실 수도 있습니다.

캘리포니아주 관리보건국은 의료 서비스 플랜 규제를 담당하고 있습니다. 귀하의 건강플랜에 대한 이의제기 사항이 있는 경우 해당 부서에 연락하기 전에 **1-800-452-4413 (TTY: 711)**번으로 귀하의 건강플랜에 먼저 전화하여 플랜의 이의제기 절차를 이용해야 합니다. 이의제기 절차를 이용한다고 해서 어떠한 잠재적 법적 권리나 귀하가 이용할 수 있는 보상의 기회가 제한되지는 않습니다. 응급 상황에 관련된 이의제기, 귀하의 건강플랜에서 만족스럽게 해결하지 못한 이의제기, 또는 30일이 넘게 해결되지 않은 이의제기에 대해 도움이 필요한 경우, 관리보건국으로 문의해 지원을 받으실 수 있습니다. 귀하는 또한 독립적 의료 평가(IMR)를 받으실 수 있습니다. 귀하가 IMR을 받을 자격이 되는 경우, IMR 절차는 제기된 서비스 또는 치료의 의학적 필요성과 관련해 건강플랜이 내린 의학적 결정, 실험적 또는 조사적인 성격의 치료에 대한 보험적용 결정, 응급 또는 긴급 의학적 서비스에 대한 지급 분쟁을 공정하게 평가할 것입니다. 관리보건국은 또한 무료 전화(**1-888-466-2219**)와 청각 및 언어 장애인을 위한 TDD 라인(**1-877-688-9891**)을 운영하고 있습니다. 관리보건국 인터넷 웹사이트 www.dmhc.ca.gov에서는 불만 제기 양식, IMR 신청서 및 지침이 온라인으로 제공됩니다.

C. Medicare 및 Medi-Cal 불만사항을 이해하고 플랜에 재고 요청하기

귀하는 Medicare와 Medi-Cal을 갖고 있습니다. 이 장의 정보는 귀하의 **모든** Medicare 및 Medi-Cal 관리 의료 혜택에 적용됩니다. 이는 Medicare와 Medi-Cal 절차를 통합하기 때문에 "통합 프로세스"라고도 합니다.

때로는 Medicare와 Medi-Cal 절차를 결합하는 것이 불가능하기도 합니다. 이러한 경우는 Medicare 혜택에 대해 한 절차를 사용하고 Medi-Cal혜택에는 또 다른 절차를 사용합니다. **섹션 F4**에서는 이러한 상황을 설명합니다.

D. 귀하의 혜택에 대한 문제

문제 또는 우려사항이 있는 경우, 이 장에서 귀하의 상황에 적용되는 부분만 읽으면 됩니다. 아래 차트는 문제 또는 불만에 대해 이 장에서 해당되는 섹션을 찾는 것을 도와드릴 것입니다.

<table>
<tr><td colspan="2">귀하의 문제 또는 우려사항은 혜택 또는 보험적용에 대한 것입니까?

이는 특정 의료(의료 물품, 서비스 및/또는 파트 B 약품)에 보험적용이 적용되는지 여부에 대한 문제, 보험적용이 되는 방법 및 의료 진료에 대한 지불과 관련된 문제를 포함합니다.</td></tr>
<tr><td>예.
나의 문제는 혜택 또는
보험적용에 대한 것입니다.

섹션 E "보험적용 결정 및 재고 요청"을 참조하십시오.</td><td>아니오.
나의 문제는 혜택 또는
보험적용에 대한 것이 아닙니다.

섹션 K "불만 제기 방법"을 참조하십시오.</td></tr>
</table>

E. 보험적용 결정 및 재고 요청

보험적용 결정 요청 및 재고 요청 절차는 귀하의 의료 진료에 대한 귀하의 혜택 및 보험적용과 관련된 문제(지불을 포함한 서비스, 물품 및 파트 B 약품)를 다룹니다. 사항을 단순하게 하기 위해, 저희는 일반적으로 의료 물품, 서비스 및 파트 B 약품을 **의료 진료**라고 합니다.

E1. 보험적용 결정

보험적용 결정은 귀하의 혜택 및 보험적용 또는 귀하의 의료 서비스 또는 약품에 저희가 지불하는 금액에 대하여 저희가 내리는 결정입니다. 귀하 또는 담당 의사가 저희에게 연락하여 보험적용 결정을 요청할 수 있습니다. 귀하 또는 담당 의사는 당사가 특정 의료 서비스를 보장하는지 또는 귀하가 필요하다고 생각하는 의료 서비스 제공을 거부할 것인지 확신할 수 없습니다. **귀하가 의료 서비스를 받기 전에 저희가 보험적용을 하는지 알고 싶으시면, 저희에게 보험적용 결정을 내려달라고 요청할 수 있습니다.**

저희가 서비스 또는 청구에 대한 요청을 검토할 때 보험적용 결정을 합니다. 일부 사례에서 저희는 특정 서비스 또는 약품이 Medicare 또는 Medi-Cal에서 보험적용이 되지 않거나 더 이상 보험적용 대상이 아니라고 결정할 수 있습니다. 이러한 보험적용 결정에 대해 귀하가 동의하지 않는 경우, 귀하는 재고 요청을 할 수 있습니다.

E2. 재고 요청

저희가 보험적용 결정을 내리고, 이 결정에 대해 귀하가 만족하지 못하는 경우, 귀하는 결정에 대해 '재고 요청'을 할 수 있습니다. 재고 요청은 저희가 내린 보험적용 결정을 검토 및 변경하도록 저희에게 요청하는 공식적인 방법입니다.

귀하가 최초로 결정에 대해 재고 요청을 할 때 이는 레벨 1 재고 요청이라고 합니다. 이 재고 요청에서 저희는 모든 규칙을 올바르게 준수했는지 확인하기 위해 저희가 내린 보험적용 결정을 검토합니다. 귀하의 재고 요청은 기존의 불리한 결정을 내린 사람과는 다른 검토자가 처리합니다.

대부분의 경우 귀하는 귀하의 재고 요청을 레벨 1에서 시작해야 합니다. 귀하의 건강 문제가 긴급하거나 건강에 즉각적이고 심각한 위협이 되는 경우, 또는 심각한 통증을 겪고 있어 더 빠른 결정이 필요한 경우 www.dmhc.ca.gov에서 관리보건국에 IMR 의료 검토를 요청할 수 있습니다. 자세한 정보는 **섹션 F4**를 참조하십시오.

검토가 완료되면 저희는 귀하에게 저희의 결정을 알려드립니다. 저희가 추후 논의하게 될 **섹션 F2**의 특정 상황에서 귀하는 '신속 보험적용 결정' 또는 보험적용 결정에 대한 '신속 재고 요청'을 할 수 있습니다.

귀하가 요청한 바의 일부 또는 전체에 대해 저희가 **거부**한 경우, 귀하에게 서신을 보낼 것입니다. 귀하의 문제가 Medicare 의료 진료의 보험적용에 관한 것인 경우, 저희는 서신을 통해 귀하의 사례를 레벨 2 재고 요청을 위해 IRO에 보냈다는 사실을 알려드릴 것입니다. 귀하의 문제가 Medicare 파트 D 또는 Medicaid 서비스나 물품의 보험적용에 관한 것인 경우, 저희는 서신을 통해 귀하가 레벨 2 재고 요청을 직접 접수하는 방법을 알려드릴 것입니다. 레벨 2 재고 요청에 대한 자세한 정보는 **섹션 F4**를 참조하십시오.

레벨 2 재고 요청 결정에 만족하지 못하는 경우, 추가 재고 요청 레벨을 진행하실 수 있습니다.

E3. 보험적용 결정 및 재고 요청에 대한 도움 받기

다음 중 누구에게든 도움을 요청할 수 있습니다.

- **고객 서비스:** 페이지 하단의 전화번호 참조.
- **Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램:** 1-855-501-3077.
- **건강보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP):** 1-800-434-0222.

- **관리보건국(DMHC) 헬프 센터.** 무료로 도움을 제공해 드립니다. DMHC는 Medi-Cal 서비스 또는 청구 문제에 대한 재고 요청과 관련하여 도움을 드립니다. 전화번호는 1-888-466-2219번입니다. 청각장애, 난청 또는 언어장애가 있는 경우 TDD 무료 전화 1-877-688-9891번을 이용하실 수 있습니다. 또한 DMHC 웹사이트(www.dmhc.ca.gov)를 방문하실 수도 있습니다. DMHC는 관리형 Medi-Cal 플랜에 가입한 사람들을 도울 수 있지만, Medicare 플랜에만 가입한 사람들과 다음 카운티 조직 건강 시스템(COHS)에 가입한 사람들을 도울 수는 없습니다. 파트너십 건강보험, 골드 코스트 건강보험, 센칼 건강보험, 센트럴 캘리포니아 건강연합, 칼옵티마. 연방 정부는 Medicare 플랜을 규제하고 보건국은 COHS 플랜을 규제합니다.

- **귀하의 의사 또는 기타 의료제공자.** 귀하의 의사 또는 기타 의료제공자는 귀하를 대신해 보험적용 결정을 요청하거나 재고 요청을 할 수 있습니다.

- **친구나 가족**. 귀하는 다른 사람을 귀하의 "대리인"으로서 보험적용 결정 요청 또는 재고 요청을 위해 조치를 취하도록 지명할 수 있습니다.

- **변호사**. 귀하는 변호사를 선임할 권리가 있지만 보험적용 결정을 요청하거나 재고 요청을 하기 위해 **변호사를 선임할 필요는 없습니다**.

    - 귀하는 귀하의 변호사에게 전화하거나 지역 변호사협회 또는 다른 소개 서비스에서 변호사 이름을 받을 수 있습니다. 일부 법률 그룹은 귀하에게 자격이 있는 경우 무료 법률 서비스를 제공할 것입니다.

    - 1-855-501-3077번으로 Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램에 법률 지원 변호사를 요청하십시오.

변호사나 다른 사람이 귀하의 대리인이 되기를 원하는 경우 대리인 지명 양식을 작성하십시오. 이 양식은 귀하를 대신하여 행동할 수 있는 권한을 누군가에게 부여합니다.

페이지 하단의 전화번호로 고객 서비스에 전화하여 "대리인 지명" 양식을 요청하십시오. www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf에서도 양식을 다운받을 수 있습니다. **귀하는 서명한 신청서 사본을 저희에게 제출해야 합니다.**

E4. 도움이 될 수 있는 섹션

보험적용 결정 및 재고 요청과 관련한 네 가지 상황이 있습니다. 각 상황은 다른 규정 및 시한이 있습니다. 이 장의 별도 섹션에서 각 항목에 대한 세부 정보를 제공합니다. 해당 섹션을 참조하십시오.

- **섹션 F**, "의료 진료"

- **섹션 G**, 'Medicare 파트 D 약품'

- **섹션 H**, "더 긴 기간 동안의 병원 입원에 대한 보험적용 요청하기"

- **섹션 I**, "특정 의료 서비스를 계속 보장하도록 요청하기" (이 섹션이 적용되는 서비스: 가정 간호, 전문 간호 시설 진료 및 종합 외래 재활 시설(Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 서비스)

어떤 섹션을 사용해야 할지 모르겠다면, 페이지 하단에 있는 전화번호로 고객 서비스에 전화하십시오. 또한 주 건강보험 지원 프로그램과 같은 정부 기관으로부터 도움이나 정보를 얻을 수도 있습니다. 더 많은 정보를 알아보시려면 2장 섹션 C를 참조하십시오.

F. 의료 진료

이 섹션에서는 의료 서비스에 대한 혜택을 받는 데 문제가 있거나 귀하의 진료 비용에 대해 저희가 부담해야 할 부분을 환급 받고자 할 때 따라야 할 절차에 대해 설명하고 있습니다. 장기 병원 입원에 관한 정보를 알아보시려면 **섹션 H**를 참조하십시오.

이 섹션은 이 *가입자 안내서* **4장**의 혜택 차트에 설명된 의료 진료에 대한 귀하의 혜택에 관한 것입니다. 경우에 따라 Medicare 파트 B 처방약에는 다른 규칙이 적용될 수 있습니다. 그러한 경우, Medicare 파트 B 약품에 대한 규칙이 의료 서비스 및 물품에 대한 규칙과 어떻게 다른지 저희가 설명해 드립니다.

F1. 이 섹션 이용하기

이 섹션은 귀하가 다음과 같은 상황에 처한 경우 귀하가 할 수 있는 조치에 대해 알려드립니다.

1. 귀하는 저희가 보험적용하는 필요한 의료 서비스를 받고 있지 않다고 생각합니다.

귀하가 할 수 있는 조치: 저희에게 귀하의 보험적용 결정을 내려달라고 요청할 수 있습니다. **섹션 F2**를 참조하십시오.

2. 저희가 담당 의사나 기타 의료제공자가 귀하에게 제공하려는 의료 서비스를 승인하지 않았으며 귀하는 승인해야 한다고 생각합니다.

귀하가 할 수 있는 조치: 귀하는 우리의 결정을 재고 요청할 수 있습니다. **섹션 F3**을 참조하십시오.

3. 귀하는 저희가 보험적용을 한다고 생각하는 의료 서비스를 받았지만 저희가 비용을 지불하지 않습니다.

귀하가 할 수 있는 조치: 지불하지 않기로 한 결정에 대해 재고 요청을 할 수 있습니다. **섹션 F5**를 참조하십시오.

4. 귀하는 보험적용이 된다고 생각한 의료 서비스를 받고 비용을 지불했으며 그 비용을 환급 받기를 원합니다.

귀하가 할 수 있는 조치: 귀하는 저희에게 환급을 요청할 수 있습니다. **섹션 F5**를 참조하십시오.

5. 저희가 특정 의료 서비스에 대한 보장을 축소하거나 중단했으며, 귀하는 그 결정이 귀하의 건강에 해를 끼칠 수 있다고 생각합니다.

귀하가 할 수 있는 조치: 귀하는 의료 서비스를 줄이거나 중단하기로 한 결정에 대해 재고 요청을 할 수 있습니다. **섹션 F4**를 참조하십시오.

- 보험적용이 병원 입원 치료, 가정 간호, 전문 간호 시설 치료 또는 종합 외래 재활 시설(CORF) 서비스인 경우 특별 규정이 적용됩니다. 자세한 내용은 **섹션 H** 또는 **섹션 I**를 참조하십시오.
- 특정 의료 서비스에 대한 보장 축소 또는 중단과 관련된 기타 모든 상황에 대해서는 이 섹션(**섹션 F**)을 지침으로 사용하십시오.

6. 귀하가 진료 지연을 겪고 있거나 의사를 찾지 못하고 있습니다.

귀하가 할 수 있는 조치: 불만을 제기할 수 있습니다. **섹션 K2**를 참조하십시오.

F2. 보험적용 결정 요청하기

> 보험적용 결정이 귀하의 의료 진료와 관련된 경우, 이를 **통합 기관 결정**이라고 부릅니다.

귀하나 담당 의사 또는 귀하의 대리인은 다음과 같은 방식으로 저희에게 보험적용 결정을 요청할 수 있습니다.

- 전화: 1-800-452-4413 (TTY: 711)번으로 전화하십시오.
- 팩스: (877) 251-6671.
- 서면 접수: Blue Shield TotalDual Plan
  P.O. Box 927
  Woodland Hills, CA 91365-9856

표준 보험적용 결정

귀하에게 저희의 결정을 드리는 경우, 저희는 “신속” 기한 사용에 동의한 경우를 제외하고 “표준” 기한을 사용합니다. 표준 보험적용 결정은 다음 기간 이내에 답변을 제공한다는 것을 의미합니다.

- **사전 승인 규칙의 적용을 받는 의료 서비스 또는 물품에 대한** 귀하의 요청을 받은 후 **업무일 기준 5일**
- **다른 모든 의료 서비스 또는 물품에 대한** 귀하의 요청을 받은 후 **업무일 기준 5일**, 늦어도 **달력일 기준 14일** 이내.
- 저희가 **Medicare 파트 B 약품**에 대한 귀하의 요청을 받은 후 **72시간**

신속 보험적용 결정

> 신속 보험적용 결정은 법률 용어로 **신속 결정(expedited determination)**입니다.

귀하의 건강상 의료 진료에 대한 보험적용 결정에 대해 신속한 답변을 요하는 경우, 저희에게 '신속 보험적용 결정'을 내릴 것을 요청하십시오. 신속 보험적용 결정이란 다음 기간 이내에 답변을 제공한다는 것을 의미합니다.

- 저희가 **의료 서비스 또는 물품**에 대한 귀하의 요청을 받은 후 **72시간**
- **Medicare 파트 B 약품**에 대한 귀하의 요청을 받은 후 **24시간**

신속 보험적용 결정을 받기 위해서 귀하는 다음의 두 가지 조건을 충족해야 합니다.

- 귀하는 귀하가 **받지 않은** 의료 물품 및/또는 서비스에 대한 보험적용을 요청하고 있습니다. 이미 받은 물품 또는 서비스에 대한 지불에 대해서는 신속 보험적용 결정을 요청할 수 없습니다.
- 표준 기한을 이용하는 것이 귀하의 **건강을 심각하게 해치거나** 귀하의 신체가 기능하는 능력에 해를 줄 수 있는 경우이어야 합니다.

의사가 건강상 필요하다고 하는 경우, 저희에게 "신속 보험적용 결정"을 내릴 것을 요청하십시오 담당의사의 지시 없이 요청하는 경우, 신속 보험적용 결정을 받을 지 여부는 저희가 결정합니다.

- 저희가 귀하의 의학적 상태가 신속 보험적용 결정 조건을 충족하지 않는다고 판단하는 경우, 이러한 내용을 귀하께 서신으로 알려드리고 대신 표준 기한을 사용합니다. 서신에서 알려드리는 내용은 다음과 같습니다.
  - 의사가 신속 보험적용 결정을 요청하는 경우 자동으로 요청을 수락합니다.
  - 신속 보험적용 결정 대신 표준 보험적용 결정을 제공하기로 한 저희의 결정에 대해 귀하가 "신속 불만 제기"를 신청하는 방법도 알려드립니다. 신속 불만 제기를 포함한 불만 제기에 대한 자세한 정보는 **섹션 K**를 참조하십시오.

당사가 귀하의 요청 중 일부 또는 전부를 거부하는 경우, 그 이유에 대해 설명하는 서신을 보낼 것입니다.

- 저희가 **거부**하는 경우, 귀하는 재고 요청을 할 권리가 있습니다. 재고 요청은 저희가 실수를 했다고 귀하가 생각하는 경우 저희 결정을 검토 및 변경하도록 저희에게 요청하는 공식적인 방법입니다.
- 귀하가 재고 요청을 하기로 결정한 경우, 재고 요청 절차의 레벨 **1**로 진행하게 됩니다(**섹션 F3** 참조).

제한적인 상황에서 저희는 보험적용 결정에 대한 귀하의 요청을 기각할 수 있으며, 이는 저희가 해당 요청을 검토하지 않음을 의미합니다. 요청이 기각되는 경우의 예는 다음과 같습니다.

- 요청이 불완전한 경우,
- 누군가가 귀하를 대신하여 요청했지만 법적으로 그렇게 할 권한이 없는 경우, **또는**
- 귀하가 귀하의 요청을 철회하도록 요청하는 경우

저희가 보험적용 결정 요청을 기각하는 경우, 해당 요청이 기각된 이유와 기각에 대한 재심을 요청하는 방법을 설명하는 통지문을 보내드립니다. 이러한 검토를 재고 요청이라고 합니다. 재고 요청은 다음 섹션에 설명되어 있습니다.

F3. 레벨 1 재고 요청하기

재고 요청을 시작하려면, 귀하, 귀하의 담당 의사 또는 귀하의 승인된 대리인이 저희에게 연락해야 합니다. 1-800-452-4413 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

표준 재고 요청 또는 신속 재고 요청은 서면으로 제출하거나 1-800-452-4413 (TTY: 711)번으로 전화하십시오.

- 담당 의사나 다른 처방자가 재고 요청 기간 동안 귀하가 이미 받고 있는 서비스나 물품을 계속해서 받을 수 있도록 요청하는 경우, 그들을 귀하를 대신할 대리인으로 지명해야 할 수도 있습니다.
- 귀하의 의사가 아닌 다른 사람이 귀하를 대신하여 재고 요청하는 경우, 이 사람이 귀하를 대리할 권한을 부여하는 대리인 지명 양식을 포함시키십시오. www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf에서도 양식을 다운받을 수 있습니다.
- 양식 없이도 재고 요청을 수락할 수 있지만 양식을 받을 때까지는 검토를 시작하거나 완료할 수 없습니다. 귀하의 재고 요청에 대한 결정 시한 전에 양식을 받지 못한 경우:
  - 귀하의 요청을 기각합니다. 그리고,
  - 재고 요청에 대한 저희의 기각 결정 검토를 IRO에 요청할 수 있는 귀하의 권리를 설명하는 서면 통지문을 귀하에게 발송합니다.
- 저희 결정을 알려드리는 통지서 상의 날짜로부터 달력일 기준 65일 이내에 재고 요청을 해야 합니다.
- 귀하가 이 기한을 놓쳤고 이에 대한 합리적인 이유가 있는 경우, 저희는 귀하가 재고 요청을 할 수 있도록 추가로 시간을 드릴 수 있습니다. 합리적인 이유에는 귀하가 심하게 아픈 경우, 또는 저희가 재고 요청에 대한 시한에 관해 잘못된 정보를 귀하에게 제공한 경우 등입니다. 재고 요청을 할 때 재고 요청이 늦어진 이유를 설명하십시오.

- 귀하는 저희에게 귀하의 재고 요청에 관한 사본을 무료로 요청할 권리가 있습니다. 귀하와 귀하의 담당의사는 귀하의 재고 요청을 뒷받침하는 더 많은 정보를 저희에게 제공할 수 있습니다.

건강상 필요한 경우 "신속 재고 요청"을 하십시오.

> "신속 재고 요청"의 법률 용어는 "**속결 재심사**"입니다.

- 저희가 진료에 대해 내린 보험적용 결정에 귀하가 재고 요청을 하는 경우, 귀하 및/또는 귀하의 담당 의사는 신속 재고 요청을 할 수 있습니다.

의사가 건강상 필요하다고 하는 경우, 저희는 자동으로 "신속 재고 요청"을 수락합니다.
담당의사의 지시 없이 요청하는 경우, 신속 재고 요청 수락 여부는 저희가 결정합니다.

- 저희가 귀하의 건강 상태가 신속 재고 요청 조건을 충족하지 않는다고 판단하는 경우, 이러한 내용을 귀하께 서신으로 알려드리고 표준 기한을 사용할 것입니다. 서신에서 알려드리는 내용은 다음과 같습니다.
  - 의사가 신속 재고 요청을 하는 경우 저희는 자동으로 요청을 수락한다는 점
  - 신속 재고 요청 대신 표준 재고 요청을 제공하기로 한 저희의 결정에 대해 귀하가 "신속 불만 제기"를 신청할 수 있는 방법 신속 불만 제기를 포함한 불만 제기에 대한 자세한 정보는 **섹션 K**를 참조하십시오.

귀하가 이미 받고 있는 서비스나 물품을 중단하거나 축소한다고 알려드리는 경우에도, 귀하는 재고 요청 기간 동안 해당 서비스나 물품을 계속 받으실 수 있습니다.

- 귀하가 받는 서비스나 용품에 대한 보험적용을 변경하거나 중단하기로 결정한 경우 조치를 취하기 전에 귀하에게 통지를 보냅니다.
- 저희 결정에 동의하지 않으시면 레벨 1 재고 요청을 하실 수 있습니다.
- 본 통지 날짜로부터 10일 이내에 또는 조치가 취해지는 의도된 효력 발생일까지 레벨 1 재고 요청을 하는 경우(둘 중 더 늦은 날짜 적용) 서비스나 용품을 계속 제공합니다.
  - 이 기한을 맞추는 경우 레벨 1 재고 요청이 진행되는 동안 변경 사항 없이 서비스나 물품을 받으실 수 있습니다.
  - 또한 변경 사항 없이 다른 모든 서비스나 물품(재고 요청 대상이 아닌 것)을 받게 됩니다.
  - 이 날짜 이전에 재고 요청을 하지 않으면 재고 요청 결정을 기다리는 동안 서비스나 물품 제공이 계속되지 않습니다.

저희는 귀하의 재고 요청을 고려하고 답변을 드립니다.

- 저희 플랜이 귀하의 재고 요청을 검토하는 경우, 저희는 귀하의 의료 진료 보험적용 신청에 대한 모든 정보를 다시 주의 깊게 살펴봅니다.
- 귀하의 요청을 **거부**하는 경우 저희가 모든 규정을 준수했는지 검토합니다.
- 필요한 경우 저희는 추가 정보 수집할 것입니다. 저희는 추가 정보 얻기 위해 귀하 또는 귀하의 담당 의사에게 연락할 수 있습니다.

"신속 재고 요청"에는 준수해야 하는 시한이 있습니다.

- 저희가 신속 시한을 이용하는 경우 저희는 귀하의 **재고 요청을 받은 후 72시간 이내에 또는 귀하의 건강으로 인해 필요한 경우 더 신속하게** 저희의 답변을 귀하에게 제공해야 합니다. 건강상 필요한 경우 저희는 귀하에게 더 신속하게 답변을 드립니다.
    - 저희가 72시간 이내에 귀하에게 답변을 제공하지 못하면 저희는 귀하의 요청을 레벨 2 재고 요청 절차로 보냅니다. 그런 다음 IRO가 이를 검토합니다. 이 장의 뒷부분에서는 이 조직에 대해 설명하고 레벨 2 재고 요청 절차에 대해 설명합니다. 귀하의 문제가 Medicare 서비스 또는 물품의 보험적용에 관한 것인 경우, 기한이 만료되는 즉시 레벨 2 – 주정부 공정 심의회를 직접 신청하실 수 있습니다. 캘리포니아에서는 주정부 공정 심의회를 주정부 공정 심의회라고 합니다. 주정부 공정심의회 제출은 해당하는 경우 섹션 F4를 참조하십시오.
- **귀하가 요청하신 사항 전체 또는 일부분에 대해서 저희가 수락하는 경우**, 귀하의 재고 요청을 받은 후 72시간 이내에 또는 귀하의 건강상 필요로 하는 경우 그 보다 빨리 저희는 제공하기로 동의한 보험적용을 승인하거나 제공해야 합니다.
- **귀하의 요청 중 일부 또는 전부를 거부하는 경우**, 귀하의 재고 요청을 레벨 2 재고 요청으로 IRO에 보냅니다.

"표준 재고 요청"에는 정해진 시한이 있습니다.

- 표준 시한을 적용하는 경우, 귀하가 받지 못한 서비스에 대한 보험적용에 대해 재고 요청을 받은 후 **30일 이내**에 답변을 제공해야 합니다.
- 귀하의 요청이 받지 못한 Medicare 파트 B 처방약에 대한 것인 경우, 귀하의 재고 요청을 받은 후 **달력일 기준 7일 이내**에 또는 건강상 필요한 경우 더 신속하게 저희의 답변을 귀하에게 제공합니다.
    - 정해진 시한까지 귀하에게 답변을 제공하지 못하면 저희는 귀하의 요청을 레벨 2 재고 요청 절차로 보내야 합니다. 그런 다음 IRO가 이를 검토합니다. 이 장 섹션 F4의 뒷부분에서는 이 조직에 대해 설명하고 레벨 2 재고 요청 절차에 대해 설명합니다. 귀하의 문제가 Medicare 서비스 또는 물품의 보험적용에 관한 것인 경우, 기한이 만료되는 즉시 레벨 2 – 주정부 공정 심의회를 직접 신청하실 수 있습니다. 캘리포니아에서는 주정부 공정 심의회를 주정부 공정 심의회라고 합니다. 주정부 공정심의회 제출은 해당하는 경우 섹션 F4를 참조하십시오.

귀하의 요청 중 일부 또는 전부를 승인하는 경우, 귀하의 재고 요청을 받은 날로부터 30일 이내에 또는 건강상 필요한 대로 신속히 그리고 저희 결정 변경 날짜로부터 72시간 이내에 또는 Medicare 파트 B 약품에 관한 요청일 경우 저희가 재고 요청을 받은 날로부터 7일 이내에 승인하거나 제공하기로 동의한 보험적용을 제공해야 합니다.

저희가 귀하의 요청 중 일부 또는 전부를 **거부**하는 경우, 귀하는 다음과 같은 **추가 재고 요청 권리**가 있습니다.

- 귀하가 요청한 바의 일부 또는 전체에 대해 **거부**한 경우 저희는 귀하에게 서신을 보낼 것입니다.
- 귀하의 문제가 Medicare 서비스 또는 물품의 보험적용에 관한 것인 경우, 서신을 통해 저희가 귀하의 케이스를 레벨 2 재고 요청을 위해 IRO에 보냈다는 것을 알려드릴 것입니다.
- 귀하의 문제가 Medicare 서비스 또는 물품의 보험적용에 관한 것인 경우, 서신은 귀하가 레벨 2 재고 요청을 스스로 접수하는 방법을 알려드릴 것입니다.

F4. 레벨 2 재고 요청하기

저희가 귀하의 레벨 1 재고 요청 중 전부 또는 일부를 **거부**하는 경우, 귀하께 서신을 보내드립니다. 이 서신에서는 Medicare, Medi-Cal 또는 두 프로그램에서 보통 해당 서비스나 물품에 대해 보험적용이 되는지 여부를 알려드립니다.

- 귀하의 문제가 **Medicare**이 보통 보험적용을 하는 서비스 또는 물품에 관한 것일 경우, 레벨 1 재고 요청이 완료되는 즉시 귀하의 사례를 자동으로 레벨 2 재고 요청 절차로 송부합니다.
- 귀하의 문제가 **Medi-Cal**이 보통 보험적용을 하는 서비스 또는 용품에 관한 것일 경우, 귀하는 레벨 2재고 요청을 직접 접수할 수 있습니다. 서신에서 그 방법에 대해 귀하에게 알려드릴 것입니다. 이 장의 뒷부분에 더 많은 정보가 있습니다.
- 귀하의 문제가 **Medicare과 Medi-Cal 모두**에서 보험적용이 될 수 있는 서비스 또는 용품에 관한 것인 경우, 귀하는 자동으로 IRO에 레벨 2 재고 요청을 하게 됩니다. 자동 레벨 2 재고 요청 되에도 주정부 공정심의회 및 독립적 의료 평가를 요청할 수도 있습니다. 그러나, 주정부 공정심의회에 이미 증거를 제출한 경우, 독립적 의료 평가는 제공되지 않습니다.

레벨 1 재고 요청을 제출했을 때 혜택을 계속 받을 수 있는 자격이 있는 경우, 재고 신청 대상 서비스, 용품 또는 약품에 대한 혜택은 레벨 2 기간 중에도 계속될 수 있습니다. 레벨 1 재고 요청 기간 동안 혜택을 지속하는 방법에 대한 정보는 **섹션 F3**을 참조하십시오.

- 귀하의 문제가 Medicare에서만 보험적용을 하는 서비스 또는 용품에 관한 것인 경우 해당 서비스에 대한 혜택은 IRO와의 레벨 2 재고 요청 처리 중에 지속되지 않습니다.
- 귀하의 문제가 Medi-Cal에서만 보험적용을 하는 서비스 또는 용품에 관한 것인 경우 저희 결정 서신을 받은 후 달력일 10일 이내에 레벨 2 재고 요청을 제출하면 해당 서비스에 대한 혜택은 지속됩니다.

귀하의 문제가 Medicare에서 일반적으로 보험적용하는 서비스나 용품에 관한 것인 경우

IRO는 귀하의 재고 요청을 검토합니다. 독립 조사 단체는 Medicare가 고용한 독립 기관입니다.

> 독립 검토 조직(IRO)의 공식 명칭은 **독립 검토 기관(Independent Review Entity)**이며, 때로는 **IRE**로 불립니다.

- 이 조직은 저희와 연관이 없으며 정부 기관이 아닙니다. Medicare는 이 회사를 IRO로 선택했으며 Medicare는 이들의 업무를 감독합니다.
- 저희는 귀하의 재고 요청에 대한 정보를 이 단체로 보냅니다. 귀하는 귀하의 케이스 파일의 무료 사본을 받을 권리가 있습니다.
- 귀하는 귀하의 재고 요청을 뒷받침할 추가 정보를 IRO에 제공할 권리가 있습니다.
- IRO의 검토자들은 귀하의 재고 요청과 관계가 있는 모든 정보를 주의 깊게 살펴볼 것입니다.

레벨 1 신속 재고 요청을 하신 경우, 레벨 2에서도 신속 재고 요청으로 처리될 것입니다.

- 레벨 1에서 “신속 재고 요청”을 하신 경우, 레벨 2에서도 자동으로 “신속 재고 요청”으로 처리될 것입니다. IRO는 귀하의 재고 요청을 받은 후 **72시간 이내에** 귀하의 레벨 2 재고 요청에 대한 답변을 드려야 합니다.

귀하가 레벨 1에서 “표준 재고 요청”을 하신 경우, 레벨 2에서도 “표준 재고 요청”으로 처리될 것입니다.

- 귀하가 레벨 1에서 “표준 재고 요청”을 하신 경우, 레벨 2에서도 자동으로 “표준 재고 요청”으로 처리될 것입니다.
- 귀하의 요청이 의료 용품이나 서비스에 대한 것인 경우, IRO는 귀하의 재고 요청을 받은 후 **30일 이내에** 귀하의 레벨 2 재고 요청에 대한 답변을 드려야 합니다.
- 귀하의 요청이 Medicare 파트 B 약품에 대한 것인 경우, IRO는 귀하의 재고 요청을 받은 후 **7일 이내에** 귀하의 레벨 2 재고 요청에 대한 답변을 드려야 합니다.

IRO가 서면으로 답변을 제공하고 그 이유를 설명합니다.

- **IRO가 의료 용품이나 서비스에 대한 요청의 일부 또는 전부를 승인하는 경우,** 저희는 즉시 다음과 같이 결정을 이행해야 합니다.
  - **72시간 이내에** 의료 진료 보험적용을 승인하**거나**
  - **표준 요청**에 대한 IRO의 결정을 받은 후 **영업일 기준 5일** 이내에 서비스를 제공하거나
  - **속결 요청**에 대해 IRO의 결정을 받은 날로부터 **72시간 이내에** 서비스를 제공합니다.
- **IRO가 Medicare 파트 B 약품 요청의 일부 또는 전부를 승인하는 경우, 저희는 다음과 같이 분쟁 대상 Medicare 파트 B 약품을 승인하거나 제공해야 합니다.**
  - **표준 요청**에 대해서는 IRO의 결정을 받은 후 **72시간 이내에** 승인 또는 제공합니다.
  - **속결 요청**에 대해서는 IRO의 결정을 받은 날로부터 **24시간 이내에** 승인 또는 제공합니다.
- **IRO가 귀하의 재고 요청의 일부 또는 전체를 거부하는 경우,** 이는 저희가 귀하의 의료 진료에 대한 보험적용 요청(또는 요청의 일부)을 승인하지 않아야 한다는 데 동의한다는 것을 의미합니다. 이는 "결정 유지" 또는 "재고 요청 거부"라고 합니다.
  - 귀하의 사례가 요건을 충족하는 경우, 귀하는 재고 요청을 더 진행할지 여부를 선택합니다.
  - 레벨 2 이후의 재고 요청 절차에는 3개의 레벨이 더 있습니다(총 5개의 재고 요청 레벨).
  - 귀하의 레벨 2 재고 요청이 거부되었으며 귀하가 재고 요청 절차를 계속 진행할 수 있는 요건을 충족하는 경우, 귀하는 레벨 3으로 넘어가 세 번째 재고 요청을 할지 여부를 결정해야 합니다. 이러한 방법에 대한 자세한 설명은 레벨 2 재고 요청 이후 귀하가 받는 통지문에 적혀 있습니다.
  - 레벨 3 재고 요청은 행정법 판사(ALJ) 또는 변호사 심판관이 처리합니다. 레벨 3, 4, 5 재고 요청에 대한 자세한 정보는 **섹션 J**를 참조하십시오.

귀하의 문제가 Medi-Cal에서 일반적으로 보험적용하는 서비스나 용품에 관한 것인 경우

Medi-Cal 서비스 및 아이템에 대한 레벨 2 재고 요청을 하는 방법은 (1) 불만 제기 또는 독립적 의료 평가와 (2) 주정부 공정심의회의 두 가지가 있습니다.

(1) 관리보건국(Department of Managed Health Care, DMHC)

귀하는 DMHC 헬프 센터에 불만을 제기하거나 독립적 의료 평가(IMR)를 신청할 수 있습니다. 불만을 제기함으로써 DMHC는 저희의 결정을 검토합니다. DMHC는 귀하의 불만 제기에 대해 스스로 조사하거나 해당 사례가 IMR의 자격이 있는지 결정합니다. IMR은 의료적 성격을 지닌 모든 Medi-Cal 보험적용 서비스나 물품에 대해 제공될 수 있습니다. IMR은 저희 플랜이나 DMHC 소속이 아닌 전문가들이 귀하의 사례를 검토하는 것입니다. IMR에서 귀하에게 유리하게 결정한 경우 저희는 귀하가 요청한 서비스 또는 아이템을 제공해야 합니다. 귀하는 IMR에 대해 비용을 지불하지 않습니다.

다음과 같은 경우 불만을 제기하거나 IMR을 신청할 수 있습니다.

- 저희 플랜에서 의학적으로 필요하지 않다고 판단했기 때문에 Medi-Cal 서비스 또는 치료를 거부, 변경 또는 지연시키는 경우
- 심각한 의학적 질환에 대한 실험 또는 조사 단계의 Medi-Cal 치료에 대해 보험적용을 하지 않는 경우
- 수술이나 시술이 미용 목적인지 재건 목적인지에 대해 논쟁의 여지가 있는 경우
- 귀하가 이미 받은 응급 또는 긴급 Medi-Cal 서비스에 대해 비용을 지불하지 않는 경우
- Medi-Cal 서비스에 대한 레벨 1 재고 요청을 표준 재고 요청의 경우 30일 이내에, 또는 신속 재고 요청의 경우 건강상 필요에 의해 72시간 이내에 또는 그 이전에 해결하지 않은 경우

대부분의 경우, IMR을 요청하기 전에 저희에게 재고 요청을 먼저 제출해야 합니다. 레벨 1 재고 요청 절차에 대한 정보는 **섹션 F3**을 참조하십시오. 귀하가 저희 결정에 동의하지 않는 경우 DMHC에 불만을 제기하거나 DHMC 지원 센터에 IMR을 요청할 수 있습니다.

주: 귀하의 의료제공자가 귀하를 대신하여 재고 요청했지만 저희가가 귀하의 대리인 지명 양식을 받지 못한 경우, 귀하의 재고 요청이 즉각적으로 심각한 건강상 위협(심각한 통증, 잠재적으로 사망에 이를 수 있는 경우, 사지 또는 주요 신체 기능 상실을 포함하되 이에 국한되지 않음)과 관련된 것이 아닌 경우 관리보건국에 레벨 2 IMR을 제출하기 전에 저희에게 재고 요청을 다시 제기해야 합니다.

귀하는 IMR과 주정부 공정심의회를 모두 요청할 수 있지만 동일한 사안에 대해 주정부 공정심의회에 이미 증거를 제시했거나 주정부 공정심의를 받은 경우 IMR을 진행할 자격이 없습니다.

귀하의 치료가 실험적이거나 조사를 위한 것이기 때문에 거부된 경우, 귀하는 IMR을 신청하기 전에 재고 요청 절차에 참여할 필요가 없습니다.

귀하의 문제가 긴급하고 귀하의 건강을 즉각적으로 심각하게 위협하는 경우, 또는 심각한 통증을 겪고 있는 경우, 귀하는 저희 재고 요청 절차를 거치지 않고 해당 사안을 즉시 DMHC에 제기할 수 있습니다.

귀하의 재고 요청에 대한 서면 결정을 저희가 보낸 후 **6개월 이내에 IMR을 신청**해야 합니다. DMHC는 귀하가 6개월 이내에 IMR을 요청할 수 없는 질병이 있었거나 귀하가 IMR 절차에 대해 당사로부터 적절한 통지를 받지 못했다는 등 정당한 이유가 있는 경우 6개월 후에 귀하의 신청을 수락할 수 있습니다.

불만을 제기하거나 IMR을 요청하려면 다음을 수행하십시오.

- 다음 주소에서 IMR/불만 제기 양식을 작성하십시오.
  www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx
  또는 DMHC 지원 센터에 1-888-466-2219번으로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-688-9891번으로 전화하십시오.

- 저희가 거부한 서비스나 용품에 관한 서신이나 기타 서류가 있다면 그 사본을 첨부해 주십시오. 이렇게 하면 IMR 절차를 더 신속하게 할 수 있습니다. 문서 원본이 아니라 사본을 보내십시오. 헬프 센터는 어떤 문서도 반송할 수 없습니다.

- 귀하의 IMR 신청을 다른 사람이 도와주는 경우 보조자 승인 양식(Authorized Assistant Form)을 작성하십시오. 웹사이트 www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx 에서 양식을 다운 받거나 지원 센터에 1-888-466-2219번으로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-688-9891번으로 전화하십시오.

- IMR/불만 제기 양식 및 모든 첨부 파일을 DMHC에 제출하십시오.
  온라인 제출: 불만 접수 방법

  우편 또는 팩스로 제출:

  Help Center
  Department of Managed Health Care
  980 Ninth Street, Suite 500
  Sacramento, CA 95814-2725
  팩스: 916-255-5241

7일 이내에 DMHC는 귀하의 신청서를 검토하고 접수 확인서를 보내드립니다. DMHC에서 사례가 IMR의 자격이 있다고 결정하는 경우, IMR 결정은 필요한 모든 문서를 받은 후 30일 이내에 내려집니다.

귀하의 사례가 긴급하고 귀하가 IMR을 받을 자격이 있는 경우, IMR 결정은 보통 필요한 모든 문서를 받은 후 7일 이내에 내려집니다.

IMR의 결과에 만족하지 않으시는 경우, 귀하는 여전히 주정부 공정심의회를 요청할 수 있습니다.

DMHC가 귀하 또는 귀하의 담당 의사에게서 필요한 모든 의료 기록을 받지 못한 경우 IMR은 더 오래 걸릴 수 있습니다. 귀하의 건강플랜 네트워크에 포함되지 않은 의사를 이용하시는 경우, 귀하가 해당 의사에게서 귀하의 의료 기록을 받아 저희에게 보내는 것이 중요합니다. 귀하의 건강플랜은 네트워크 내 의사에게서 귀하의 의료 기록 사본을 받아야 합니다.

DMHC가 귀하의 사례가 IMR 적용 대상이 아니라고 결정하는 경우, DMHC는 일반 소비자 불만 처리 절차를 통해 귀하의 사례를 검토합니다. 귀하는 작성된 신청서 제출 후 30일 이내에 해결될 것입니다. 귀하의 불만 사항이 긴급한 경우에는 더 빨리 해결될 것입니다.

(2) 주정부 공정심의회

Medi-Cal 보험적용 서비스 및 용품에 대한 주정부 공정심의회를 요청할 수 있습니다. 귀하의 담당의사 또는 다른 의료제공자가 저희가 승인하지 않을 서비스 또는 물품을 요청하거나, 저희가 귀하가 이미 받은 서비스 또는 물품에 대해 비용 지불을 계속하지 않고 귀하의 레벨 1 재고 요청을 거절할 경우, 귀하는 주정부 공정심의회를 요청할 권리가 있습니다.

대부분의 경우 귀하가 "재고 요청 결정 서신" 통지서가 귀하에게 우편 발송된 이후 **주정부 공정심의회를 요청할 수 있는 기간은 120일**입니다.

주: 귀하가 현재 받고 있는 서비스가 변경되거나 중단될 것이라고 저희가 통보했기 때문에 귀하가 주정부 공정심의회를 요청하는 경우, 주정부 공정심의회를 기다리는 동안 해당 서비스를 계속 받고 싶다면 **요청을 제출할 수 있는 일수가 더 적습니다.** 자세한 정보는 256페이지의 '레벨 2 재고 요청 중에 혜택이 계속 유지되나요?'를 읽어 보십시오.

주정부 공정심의회를 요청하는 방법은 두 가지가 있습니다.

1. 귀하는 결정 통지서 뒷면에 있는 "주정부 공정심의회 요청서"를 작성할 수 있습니다. 귀하는 귀하의 성명, 주소, 전화번호, 귀하에 반하는 조치를 한 플랜 이름 또는 카운티, 관련된 보조 프로그램(들) 및 귀하가 공정심의회를 원하는 상세한 이유 등과 같은 모든 요구되는 정보를 제공해야 합니다. 그 후 귀하는 다음 방법 중 한 가지를 이용해 귀하의 요청을 제출할 수 있습니다.

   - 통지서에 기재된 주소로 카운티 복지부에 제출
   - 캘리포니아주 사회복지국(California Department of Social Services)에 제출:

     State Hearings Division
     P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433
     Sacramento, California 94244-2430

   - 팩스번호 916-309-3487 또는 무료 전화 1-833-281-0903번으로 주정부 공정심의회국으로 제출

2. 캘리포니아주 사회복지국에 1-800-743-8525번으로 전화하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-800-952-8349번으로 전화하십시오. 전화로 요청하는 경우, 대기 시간이 길 수 있음에 유의하십시오.

레벨 2 재고 요청의 경우, 귀하는 QIO에 레벨 1 재고 요청에 대해 그들이 내린 결정을 다시 검토해 줄 것을 요청하게 됩니다. QIO에 (877) 588-1123 (TTY: (855) 887-6668)번으로 전화하십시오.

귀하는 품질 향상 단체가 귀하의 레벨 1 재고 요청을 **거부**한 후 **60일 이내**에 검토를 요청해야 합니다. 귀하는 의료 서비스에 대한 귀하의 혜택이 종료되는 날짜 이후에도 계속 병원에 머무르는 **경우에만** 이 검토를 요청할 수 있습니다.

QIO 검토자는 다음을 수행합니다.

- 귀하의 재고 요청과 관계가 있는 모든 정보를 다시 한번 더 주의 깊게 살펴봅니다.
- 두 번째 검토 요청을 받은 날로부터 14일 이내에 레벨 2 재고 요청에 대한 결정을 알려드립니다.

QIO가 귀하의 재고 요청을 **수락**하는 경우:

- 저희는 귀하의 레벨 1 재고 요청 결정 날짜의 정오 이후에 받은 병원 치료 비용에 대한 저희의 비용 분담액을 환급해 드려야 합니다.
- 저희는 해당 서비스가 의학적으로 필요한 기간 동안 보험적용이 되는 입원환자 병원 서비스를 제공합니다.

QIO가 귀하의 재고 요청을 **거부**하는 경우:

- 그들은 귀하의 레벨 1 재고 요청에 대한 결정에 동의하는 것이며 이를 변경하지 않을 것입니다.
- 귀하가 재고 요청 절차를 계속 진행하여 레벨 3 재고 요청을 하기를 원하는 경우 무엇을 할 수 있는지 알려주는 서신을 제공합니다.
- 병원에 계속 입원하기 위해 DMHC에 불만을 제기하거나 독립적 의료 평가를 요청할 수도 있습니다. DMHC에 불만 제기를 하고 독립적 의료 평가를 요청하는 방법을 알아보려면 **섹션 E4**를 참조하십시오.

주정부 공정심의회국은 귀하에게 서면으로 결정을 전달하고 그 이유를 설명합니다.

- 주정부 공정심의회국이 의료 용품 또는 서비스에 대한 요청의 일부 또는 전부를 **승인**하는 경우**,** 저희는 결정을 받은 후 **72시간 이내에** 해당 서비스 또는 용품을 승인하거나 제공해야 합니다.
- 주정부 공정심의회국가 귀하의 재고 요청의 일부 또는 전체를 **거부**하는 경우, 이는 저희가 귀하의 의료 진료에 대한 보험적용 요청(또는 요청의 일부)을 승인하지 않아야 한다는 데 동의한다는 것을 의미합니다. 이를 "결정 유지" 또는 "재고 요청 거부"라고 합니다.

귀하의 요청 전체 또는 일부에 대해 IRO 주정부 공정심의회에서 **거부** 결정을 하는 경우 추가 재고 요청 권리가 귀하에게 있습니다.

귀하의 레벨 2 재고 요청이 **IRO**로 간 경우 귀하가 원하는 서비스 또는 용품의 금액이 정해진 최소 금액을 충족하는 경우에만 다시 재고 요청을 할 수 있습니다. 레벨 3 재고 요청은 ALJ 또는 변호사 심판관이 처리합니다. **귀하가 IRO에서 받은 서신은 귀하의 추가 재고 요청 권리를 설명해드릴 것입니다.**

주정부 공정심의회국에서 받은 서신에서는 다음 재고 요청 옵션에 대해 설명해드릴 것입니다.

레벨 2 이후의 재고 요청 권리에 대한 자세한 정보는 **섹션 J**를 참조하십시오.

F5. 지불 문제

저희는 네트워크 의료제공자들이 보험적용이 되는 서비스와 물품에 대해 귀하에게 청구하지 못하도록 하고 있습니다. 이는 저희가 의료제공자에게 지불하는 금액이 해당 서비스나 용품에 대해 의료제공자가 청구하는 비용보다 적은 경우에도 해당됩니다. 귀하는 청구서의 잔액을 지불할 필요가 전혀 없습니다.귀하가 지불해야 하는 유일한 금액은 3군: 선호 상품명 약물, 4군: 비선호 약품 및 5군: 특수 처방약에 대한 코페이먼트입니다.

보험적용이 되는 서비스 및 물품에 대해 귀하의 코페이먼트보다 높은 청구서를 받은 경우 해당 청구서를 저희에게 보내주십시오. 직접 청구서를 지불하지 마십시오. 저희가 직접 의료제공자에게 연락하고 문제를 해결할 것입니다. 청구서를 지불하신 경우, 서비스나 용품을 받기 위한 규칙을 준수하셨다면 저희 플랜에서 환급 받으실 수 있습니다.

더 자세한 정보를 알아보시려면 이 *가입자 안내서*의 **7장**을 참조하십시오. 여기에는 귀하가 저희에게 환급을 요청하거나 서비스 제공자로부터 받은 청구서를 지불해야 하는 상황을 설명합니다. 또한 저희에게 지불을 요청하는 서류를 보내는 방법도 알려드립니다.

귀하가 환급을 요청하는 경우 귀하는 보험적용 결정을 요청하는 것입니다. 저희는 귀하가 지불한 서비스나 물품에 대해 보험적용이 되는지, 그리고 귀하가 보험/혜택 사용에 관한 모든 규칙을 준수했는지 확인합니다.

- 귀하가 비용을 지불한 서비스 또는 물품이 보험적용이 되고 귀하가 모든 규칙을 준수한 경우 저희가 귀하의 요청을 받은 후 일반적으로 달력일 기준 30일 이내에, 그러나 적어도 60일 이내에는 해당 서비스 또는 물품에 대한 저희의 비용 분담액을 귀하에게 보내드립니다.

- 또는 귀하가 해당 서비스 또는 물품에 대해 아직 비용을 지불하지 않은 경우 저희는 의료제공자에게 직접 금액을 지불합니다. 우리가 결제 금액을 보내는 것은 귀하의 보험적용 결정 요청을 **수락**하는 것과 같은 것입니다.

- 해당 서비스 또는 물품에 보험적용이 되지 않거나 귀하가 모든 규칙을 준수하지 않은 경우, 저희가 해당 서비스 또는 물품에 대한 비용을 지불하지 않을 것임 알려드리고 그 이유를 설명하는 서신을 보내드립니다.

지불하지 않기로 한 결정에 동의하지 않으시면 **재고 요청을 하실 수 있습니다**. 섹션 **F3**에 설명된 재고 요청 절차를 따르십시오. 귀하가 이 지침들을 따를 때 다음 사항을 유념하십시오.

- 저희가 귀하에게 환급해 주도록 재고 요청을 할 때 저희는 귀하의 재고 요청을 받은 후 30일 이내에 답변을 제공해야 합니다.

귀하의 재고 요청에 대해 저희가 **거부**하고 **Medicare**가 일반적으로 해당 서비스나 물품을 보장하는 경우, 귀하의 사례를 IRO로 보냅니다. 이런 일이 발생하면 귀하에게 서신을 보내드립니다.

- IRO가 저희의 결정을 번복하고 저희가 귀하에게 비용을 지불해야 한다고 결정하는 경우, 저희는 30일 이내에 귀하 또는 의료제공자에게 지불해야 합니다. 레벨 2 이후의 재고 요청 절차 중 어떤 단계에서든지 귀하의 재고 요청이 **수락**되는 경우, 저희는 귀하 또는 의료제공자에게 60일 이내에 해당 금액을 보내야 합니다.

- IRO가 귀하의 재고 요청을 **거부**하는 것은 저희가 귀하의 요청을 승인하지 않는다는 데 동의한다는 것을 의미합니다. 이를 "결정 유지" 또는 "재고 요청 거부"라고 합니다. 귀하는 귀하가 행사할 수 있는 추가 재고 요청 권리를 설명하는 서신을 받게 될 것입니다. 추가 재고 요청 레벨에 대한 자세한 정보는 **섹션 J**를 참조하십시오.

귀하의 재고 요청을 저희가 **거부**하고 Medi-Cal이 일반적으로 해당 서비스나 용품을 보장하는 경우, 귀하가 레벨 2 재고 요청을 제출할 수 있습니다. 자세한 정보는 **섹션 F4**를 참조하십시오.

G. Medicare 파트 D 약품

저희 플랜의 가입자로서 귀하의 혜택에는 많은 약품에 대한 혜택이 포함됩니다. 이들 중 대부분은 Medicare 파트 D 약품입니다. Medicare 파트 D에서 보험적용을 하지 않지만 Medi-Cal에서 보험적용을 할 수 있는 약품이 몇 가지 있습니다. **이 섹션은 Medicare 파트 D 약품 재고 요청에만 적용됩니다.** 이 섹션의 나머지 부분에서는 매번 "Medicare 파트 D 약품"이라고 반복하는 대신 "약품"이라고 칭합니다. Medi-Cal에서만 보험적용되는 약품의 경우 **섹션 E**의 절차를 따르십시오.

혜택이 적용되기 위해서 약품은 의학적으로 용인되는 용법에 대해 사용되어야 합니다. 이는 해당 약물이 식품의약국(FDA)의 승인을 받았거나 특정 의학적 참고자료로 뒷받침 된다는 것을 의미합니다. 의학적으로 인정되는 적응증에 대한 자세한 정보는 이 *가입자 안내서* **5장**을 참조하십시오.

G1. Medicare 파트 D 보험적용 결정 및 재고 요청

귀하의 Medicare 파트 D 약품에 대해 귀하가 저희에게 결정을 요청하는 보험적용 결정에 대한 예는 다음과 같습니다.

- 저희에게 규정 예외를 요청합니다. 그 예는 다음과 같습니다.
  - 저희 플랜의 약품 목록에 포함되지 않은 Medicare 파트 D 약품에 보험을 적용 또는
  - 저희에게 플랜의 약품에 대한 혜택의 제한사항(예: 귀하가 받을 수 있는 약품의 양에 대한 제한) 면제 요청
- 어떤 약품이 귀하에게 보험적용이 되는지 여부를 저희에게 문의합니다(예를 들어 귀하의 약품이 플랜의 약품 목록에 포함되어 있지만 보험적용을 하기 전에 저희에게 승인을 받도록 하는 경우).

주: 귀하의 약국이 귀하의 처방약을 처방전 대로 조제할 수 없다고 하는 경우, 약국은 귀하에게 보험적용 결정을 요청하기 위해 저희에게 연락하는 방법이 설명된 서면 통지문을 보낼 것입니다.

> 귀하의 Medicare 파트 D 약품에 대한 최초 혜택 결정을 **'보험적용 결정'**이라고 합니다.

- 귀하가 이미 구입한 약품에 대해 지불해 줄 것을 요청합니다. 이는 지불에 대한 보험적용 결정을 요청하는 것입니다.

저희가 내린 보험적용 결정에 귀하가 동의하지 않는 경우, 귀하는 저희 결정에 대해 재고 요청을 할 수 있습니다. 이 섹션은 보험적용 결정 요청 방법과 재고 요청 방법 모두에 대해 설명합니다. 아래 차트를 사용하면 도움이 됩니다.

귀하는 다음 중 어떤 상황입니까?

저희 약품 목록에 포함되지 않은 약품이 필요하거나 저희가 혜택을 적용하는 약품에 대한 규정 또는 제한을 저희가 면제해 드려야 합니다.	약품 목록에 포함되어 있는 약품에 보험적용을 해 주기를 원하고 귀하에게 필요한 약품에 대한 모든 플랜 규정 또는 제한사항(사전에 승인받기 등) 준수하고 있다고 생각합니다.	귀하가 이미 받았고 비용을 지불한 약품에 대해 저희가 귀하에게 환급해 줄 것을 요청하고자 합니다.	귀하가 원하는 방식으로 보험적용이 되거나 비용이 지불되지 않을 것이라고 저희가 이미 귀하에게 알려드렸습니다.
귀하는 저희에게 예외를 요청할 수 있습니다. (이는 보험적용 결정의 일종입니다)	**귀하는 저희에게 보험적용 결정을 요청할 수 있습니다.**	**귀하는 저희에게 환급을 요청할 수 있습니다.** (이는 보험적용 결정의 일종입니다)	**귀하는 재고 요청을 할 수 있습니다.** (저희에게 재고해 달라고 요청하는 것입니다)
섹션 G2에서 시작한 다음 **섹션 G3과 G4**를 참조하십시오.	**섹션 G4**를 참조하십시오.	**섹션 G4**를 참조하십시오.	**섹션 G5**를 참조하십시오.

G2. Medicare 파트 D 예외

귀하가 원하는 방식으로 약품을 보장하지 않는 경우, “예외”를 적용해 달라고 요청할 수 있습니다. 귀하의 예외 요청을 저희가 거절하는 경우, 귀하는 저희의 결정에 대해 재고 요청을 할 수 있습니다.

귀하가 예외를 요청하는 경우, 귀하의 담당의사 또는 다른 처방자는 귀하에게 예외가 필요한 의학적인 이유를 설명해야 합니다.

> 저희 약품 목록에 없는 약품에 대해 보험적용을 해달라고 요청하거나 약품에 대한 제한 사항을 없애달라고 요청하는 것은 때때로 **"처방집 예외"**를 요청하는 것입니다. 보험이 적용되는 비선호 약품에 대해 더 낮은 가격을 요구하는 것은 **' 등급 예외'** 요청이라고 합니다.

다음은 귀하 또는 귀하의 담당의사 또는 다른 처방자에게 요청할 수 있는 예외의 예시입니다.

1. *약품 목록*에 없는 약품에 대한 보험적용

- 저희가 예외 적용에 동의하고 약품 목록에 없는 약품에 보험을 적용하는 경우, 귀하는 **4**군: 비선호 약품에 적용되는 코페이먼트를 지불하게 됩니다.
- 귀하는 해당 약품에 대해 요구되는 코페이먼트 금액에 대해 예외 적용을 받을 수 없습니다.

2. 보험적용이 되는 약물에 대한 제한사항 삭제

- 저희 *약품 목록*에 있는 특정 약품에는 추가 규칙이나 제한 사항이 적용됩니다(자세한 정보는 이 *가입자 안내서* **5장** 참조).
- 특정 약품에 대한 추가 규정 및 제약은 다음을 포함합니다.
  - 상품명 약물 대신 일반약을 사용해야 함.
  - 약품에 보험을 적용하기로 동의하기 전에 사전에 플랜 승인을 받아야 함. 이는 때로 “사전 승인(PA)”이라고 합니다.
  - 귀하가 요청하는 약품에 혜택을 적용하기로 동의하기 전에 다른 약품을 우선 시도해볼 것을 요구. 이는 때로 “단계적 치료”라고 합니다.
  - 수량 제한. 일부 약품의 경우 귀하가 받을 수 있는 약품의 양에 제한이 있습니다.
- 저희가 귀하에 대해 예외를 적용하고 제한 사항을 적용하지 않기로 동의한 경우, 귀하는 귀하가 지불해야 하는 코페이먼트를 예외시켜 줄 것을 요청할 수 있습니다.

3. **약품의 혜택을 더 낮은 비용 분담 등급으로 변경하기.** 저희의 *약품 목록*에 기재된 모든 약품은 다섯 가지의 비용 분담 등급 중 하나에 포함되어 있습니다. 일반적으로 비용 분담 등급 번호가 낮을수록 부담해야 할 코페이먼트 금액이 낮아집니다.

   - 저희 약품 목록은 종종 특정 증상 치료에 여러 약품을 포함하고 있습니다. 이들을 "대체" 약물이라고 합니다.
   - 귀하의 건강 상태를 치료하기 위해 현재 귀하가 복용하고 있는 약보다 낮은 비용 분담 등급에 대체 약품이 있는 경우, 귀하는 대체 약품에 적용되는 비용 분담으로 해당 약품에 보험적용을 하도록 저희에게 요청할 수 있습니다. 이렇게 하면 해당 약품에 대한 코페이먼트 금액이 낮아집니다.
     - 귀하가 복용하고 있는 약품이 생물학적 제품인 경우, 귀하의 상태를 치료하기 위해 사용되는 대체 생물학적 제품의 가장 낮은 약품 등급에 적용되는 비용 분담으로 혜택을 적용하도록 저희에게 요청할 수 있습니다.
     - 귀하가 복용하고 있는 약품이 상품명 약물인 경우, 귀하의 상태를 치료하기 위해 사용되는 대체 상품명 대체 약물의 가장 낮은 약품 등급에 적용되는 비용 분담으로 혜택을 적용하도록 저희에게 요청할 수 있습니다.
     - 귀하가 복용하고 있는 약품이 일반약인 경우, 귀하의 상태를 치료하기 위해 사용되는 대체 약물(상품명 약물 또는 일반약물)의 가장 낮은 약품 등급에 적용되는 비용 분담으로 혜택을 적용하도록 저희에게 요청할 수 있습니다.
   - 5군 특수 처방약 약품에 대해서는 비용 분담 등급을 변경해 드릴 수 없습니다.
   - 저희가 귀하의 등급 예외 요청을 승인하고 귀하가 복용할 수 없는 더 낮은 비용 분담 등급에 대체 약품이 두 개 이상 있는 경우, 귀하는 보통 가장 낮은 금액을 지불합니다.

G3. 예외 요청에 관해 알아야 할 중요한 사항

귀하의 담당 의사나 다른 처방자가 의학적 이유를 반드시 저희에게 설명해 주어야 합니다.

귀하의 담당의사 또는 다른 처방자는 예외를 요청하는 의학적인 이유를 설명하는 의견서를 제공해야 합니다. 더욱 신속한 결정을 위해서는 귀하가 예외를 요청할 때 귀하의 담당 의사 또는 기타 처방자로부터 받은 이러한 의료 정보를 포함하십시오.

저희 약품 목록은 종종 특정 증상 치료에 여러 약품을 포함하고 있습니다. 이들을 "대체" 약물이라고 합니다. 대체 약물이 귀하가 요청한 약물만큼 효과적이며 더 많은 부작용이나 기타 건강 문제를 일으키지 않는 경우, 일반적으로 귀하의 예외 요청을 승인하지 **않습니다**. 귀하가 저희에게 등급 예외를 요청하는 경우, 더 낮은 비용 분담 등급에 속한 대체 약품이 귀하에게 그만큼의 효과가 없거나 부작용이나 다른 피해를 일으킬 가능성이 있는 경우가 아니면, 귀하의 예외 요청을 일반적으로 승인하지 **않습니다**.

저희는 귀하의 요청을 수락하거나 거부할 수 있습니다.

- 저희가 귀하의 예외 요청을 **수락**하는 경우 예외는 보통 해당 연도 말까지 지속됩니다. 이는 귀하의 담당 의사가 귀하에게 해당 약품을 계속해서 처방하고 그 약품이 귀하의 증상을 치료하는 데 계속해서 안전하고 효과적인 경우 그렇습니다.

- 예외 요청이 **거부**되면 재고 요청을 할 수 있습니다. 요청을 **거부**할 경우 재고 요청 방법에 대한 정보는 **섹션 G5**를 참조하십시오.

다음 섹션은 예외를 포함해 귀하가 보험적용 결정을 요청하는 방법에 대해 알려드립니다.

G4. 예외를 포함해 보험적용 결정을 요청하는 방법

- 귀하가 원하는 보험적용 결정의 유형을 문의하시려면 1-800-452-4413 (TTY: 711) 번으로 전화하시거나, 서신을 보내거나, 팩스로 하실 수 있습니다. 귀하, 귀하의 대리인 또는 귀하의 담당 의사(또는 기타 처방자)가 할 수 있습니다. 귀하의 이름, 연락처 정보, 청구에 관한 정보를 기재해 주십시오.

- 귀하 또는 귀하의 담당의사(또는 다른 처방자) 또는 귀하를 대신하는 다른 사람이 보험적용 결정을 요청할 수 있습니다. 귀하는 변호사가 귀하를 대신하도록 할 수 있습니다.

- 대리인 지명 방법을 알아보려면 **섹션 E3**을 참조하십시오.

- 귀하는 귀하의 담당의사 또는 다른 처방자에게 귀하를 대신해 저희에게 보험적용 결정을 요청하도록 서면 허가를 제공할 필요가 없습니다.

- 귀하가 저희에게 약품에 대한 비용을 환급하도록 요청하고자 하는 경우, 이 *가입자 안내서* **7장**을 참조하십시오.

- 예외를 요청하는 경우 "증빙 소견서"를 제공해 주십시오. 증빙 소견서에는 예외 요청에 대한 담당 의사 또는 기타 처방자의 의학적 사유가 포함됩니다.

- 귀하의 담당의사 또는 다른 처방자는 저희에게 증빙 소견서를 팩스 또는 우편으로 보낼 수 있습니다. 또한 전화로 먼저 알려준 후 소견서를 팩스나 우편으로 보낼 수도 있습니다.

- 다음의 안전한 가입자 포털을 통해 보험적용 결정 요청을 전자적으로 제출할 수 있습니다.
  https://www.blueshieldca.com/bsca/bsc/wcm/connect/sites/sites_content_en/medicare/resources/request_exceptions/exceptions

  - 가입자 양식 선택
  - 온라인 보험적용 결정 요청 시작
  - 사전 승인 또는 예외 승인을 얻기 위한 절차를 시작하실 수 있습니다.

건강상 필요한 경우, 저희에게 '신속 보험적용 결정'을 내릴 것을 요청하십시오.

"신속 시한" 사용에 동의한 경우를 제외하고 "표준 시한"을 사용합니다.

- **표준 보험적용 결정**은 저희가 귀하 담당의사의 소견서를 받은 후 72시간 이후에 귀하에게 답변을 제공할 것이라는 의미입니다.
- **신속 보험적용 결정**은 저희가 귀하의 담당의사의 의견서를 받은 후 24시간 이후에 귀하에게 답변을 제공할 것이라는 의미입니다.

> "신속 보험적용 결정"은 **"속결 보험적용 결정"**이라고 합니다.

다음과 같은 경우 신속 보험적용 결정을 받을 수 있습니다.

- 귀하가 받지 않은 약품. 귀하가 이미 구입한 약품에 대해 저희에게 환급을 요청하는 경우, 귀하는 신속 보험적용 결정을 받을 수 없습니다.
- 표준 시한을 사용하면 귀하의 건강이나 기능 능력이 심각하게 손상될 수 있는 경우.

귀하의 담당 의사 또는 기타 처방자가 귀하의 건강상 신속 보험적용 결정이 필요하다고 저희에게 알릴 경우, 저희는 신속 보험적용 결정 일정에 따라 귀하의 요청을 검토합니다. 저희는 이 정보가 포함된 서신을 귀하에게 보내드릴 것입니다.

- 귀하의 담당의사나 다른 처방자의 지원 없이 신속 보험적용 결정을 요청하는 경우, 저희는 귀하가 신속 보험적용 결정을 받을 수 있는 지 여부를 결정할 것입니다.
- 저희가 귀하의 의학적 상태가 신속 보험적용 결정 조건을 충족하지 않는다고 판단하는 경우, 이러한 내용을 귀하께 서신으로 알려드리고 대신 표준 기한을 사용합니다.
    - 저희가 표준 기한을 사용할 것이라고 알려드리는 서신을 귀하에게 보내드립니다. 또한 이 서신에는 저희 결정에 대해 재고 요청을 하는 방법도 설명되어 있습니다.
    - "신속 불만 제기"를 접수하고 결정을 24시간 이내에 받을 수 있습니다. 신속 불만 제기를 포함한 불만 제기에 대한 자세한 정보는 **섹션 K**를 참조하십시오.

"신속 보험적용 결정" 시한

- 저희가 신속 시한을 이용하는 경우, 저희는 귀하의 재고 요청을 받은 후 24시간 이내에 귀하에게 저희의 답변을 드려야 합니다. 귀하가 예외를 신청하는 경우, 저희는 귀하의 요청을 뒷받침하는 귀하의 담당 의사의 소견서를 받은 후 24시간 이내에 답변해드립니다. 건강상 필요한 경우 저희는 귀하에게 더 신속하게 답변을 드릴 것입니다.
- 이 시한을 지키지 못할 경우 IRO의 검토를 위해 재고 요청 절차의 레벨 2로 귀하의 요청을 보냅니다. 레벨 2 재고 요청에 대한 자세한 정보는 **섹션 G6**을 참조하십시오.

- 저희가 요청된 사항의 일부 또는 전체를 **수락**하는 경우, 귀하의 요청을 뒷받침하는 담당의사의 소견서를 받은 후 24시간 이내에 보험적용을 제공해야 합니다.

- 귀하의 요청 중 일부 또는 전부를 **거부**하는 경우, 그 이유에 대해 설명하는 서신을 보낼 것입니다. 서신에서는 재고 요청할 수 있는 방법도 설명되어 있습니다.

귀하가 아직 받지 않은 약품에 대한 "표준 보험적용 결정" 시한

- 저희가 신속 시한을 이용하는 경우, 저희는 귀하의 재고 요청을 받은 후 72시간 이내에 귀하에게 저희의 답변을 드려야 합니다. 귀하가 예외를 신청하는 경우, 저희는 귀하의 요청을 뒷받침하는 귀하의 담당 의사의 소견서를 받은 후 72시간 이내에 답변해드립니다. 건강상 필요한 경우 저희는 귀하에게 더 신속하게 답변을 드릴 것입니다.

- 이 시한을 지키지 못할 경우 IRO의 검토를 위해 재고 요청 절차의 레벨 2로 귀하의 요청을 보냅니다.

- 귀하의 요청 중 일부 또는 전부를 **승인** 하는 경우, 귀하의 요청이나 예외에 대한 담당 의사의 소견서를 받은 후 72시간 이내에 보장을 제공합니다.

- 귀하의 요청 중 일부 또는 전부를 **거부**하는 경우, 그 이유에 대해 설명하는 서신을 보낼 것입니다. 서신에는 재고 요청하는 방법도 설명되어 있습니다.

귀하가 이미 구매한 약품에 대한 "표준 보험적용 결정" 시한

- 저희는 저희의 답변을 귀하의 요청을 받은 후 14일 이내에 귀하에게 제공해야 합니다.

- 이 시한을 지키지 못할 경우 IRO의 검토를 위해 재고 요청 절차의 레벨 2로 귀하의 요청을 보냅니다.

- 귀하의 요청 중 일부 또는 전부를 **승인**하는 경우, 14일 이내에 환급해 드립니다.

- 귀하의 요청 중 일부 또는 전부를 **거부**하는 경우, 그 이유에 대해 설명하는 서신을 보낼 것입니다. 서신에는 재고 요청하는 방법도 설명되어 있습니다.

G5. 레벨 1 재고 요청하기

> Medicare 파트 D 약품 보험적용 결정 대해 플랜에 재고 요청을 하는 것은 플랜 **"재결정"**이라고 합니다.

- **표준** 또는 **신속 재고 요청**을 시작하려면 1-800-452-4413 (TTY: 711)번으로 전화하시거나, 서신을 보내거나, 팩스로 하실 수 있습니다. 귀하, 귀하의 대리인 또는 귀하의 담당 의사(또는 기타 처방자)가 할 수 있습니다. 귀하의 이름, 연락처, 재고 요청 관련 정보를 기재해 주십시오.

- 저희 결정을 알려드리는 통지서 상의 날짜로부터 **달력일 기준 65일 이내**에 재고 요청을 해야 합니다.

- 귀하가 이 기한을 놓쳤고 이에 대한 합리적인 이유가 있는 경우, 저희는 귀하가 재고 요청을 할 수 있도록 추가로 시간을 드릴 수 있습니다. 합리적인 이유의 예에는 귀하가 심하게 아픈 경우, 또는 저희가 재고 요청 기한에 관해 잘못된 정보를 귀하에게 제공한 경우 등이 있습니다. 재고 요청을 할 때 재고 요청이 늦어진 이유를 설명하십시오.

- 귀하는 저희에게 귀하의 재고 요청에 관한 사본을 무료로 요청할 권리가 있습니다. 귀하와 귀하의 담당의사는 귀하의 재고 요청을 뒷받침하는 더 많은 정보를 저희에게 제공할 수 있습니다.

건강상 필요한 경우 "신속 재고 요청"을 하십시오.

> "신속 재고 요청"은 **"속결 재결정"**이라고도 합니다.

- 귀하가 아직 받지 않은 약품에 대해 저희가 내린 결정에 재고 요청을 하는 경우, 귀하 및 귀하의 담당 의사 또는 기타 처방자는 귀하가 "신속 재고 요청"이 필요한지 결정해야 합니다.

- 신속 재고 요청의 요건은 신속 보험적용 결정 요건과 동일합니다. 자세한 정보는 **섹션 G4**를 참조하십시오.

저희는 귀하의 재고 요청을 고려하고 답변을 드립니다.

- 저희는 귀하의 재고 요청을 검토하고 보험적용 요청에 관한 모든 정보를 다시 주의 깊게 살펴볼 것입니다.

- 저희는 귀하의 요청을 **거부**했을 때 규칙을 따랐는지 확인합니다.

- 저희는 추가 정보 얻기 위해 귀하 또는 귀하의 담당 의사 또는 기타 처방자에게 연락할 수 있습니다.

레벨 1 "신속 재고 요청" 시한

- 저희가 신속 시한을 이용하는 경우, 저희는 귀하의 재고 요청을 받은 후 **72시간 이내**에 귀하에게 저희의 답변을 드려야 합니다.
  - 건강상 필요한 경우 저희는 귀하에게 더 신속하게 답변을 드릴 것입니다.
  - 저희가 72시간 이내에 귀하에게 답변을 제공하지 못하면 저희는 귀하의 요청을 레벨 2 재고 요청 절차로 보냅니다. 그런 다음 IRO가 이를 검토합니다. 검토 조직 및 레벨 2 재고 요청 절차에 대한 정보는 **섹션 G6**을 참조하십시오.

- 귀하의 요청 중 일부 또는 전부를 **승인**하는 경우, 저희는 귀하의 재고 요청을 받은 후 72시간 이내에 제공하기로 합의한 혜택을 제공해야 합니다.

- 요청의 일부 또는 전부를 **거부**하는 경우, 그 이유를 설명하고 재고 요청할 수 있는 방법을 설명하는 서신을 보내드립니다.

레벨 1 "표준 재고 요청" 시한

- 저희가 표준 시한을 이용하는 경우, 저희는 귀하가 아직 받지 못한 약품에 대한 귀하의 재고 요청을 받은 후 **7일 이내**에 귀하에게 답변을 드려야 합니다.
- 귀하가 약품을 아직 받지 않았고 귀하의 건강상 필요한 경우 저희는 귀하에게 저희의 결정을 더 신속하게 제공합니다. 건강상 필요한 경우 "신속 재고 요청"을 하십시오.
    - 저희가 7일 이내에 귀하에게 결정을 제공하지 못하면 귀하의 요청을 레벨 2 재고 요청 절차로 송부할 것입니다. 그런 다음 IRO가 이를 검토합니다. 검토 조직 및 레벨 2 재고 요청 절차에 대한 정보는 **섹션 G6**을 참조하십시오.

귀하의 요청 중 일부 또는 전부를 **승인**하는 경우,

- 저희는 귀하의 건강에 필요한 대로 최대한 신속하게 저희가 제공하기로 동의한 혜택을 제공해야 하며, 이는 귀하의 재고 요청을 받은 후 **7일 이내에** 이루어져야 합니다.
- 귀하의 재고 요청을 받은 후 **30일 이내에** 귀하가 구입한 약품에 대한 **비용을 귀하에게 지급해야** 합니다.

귀하의 요청 중 일부 또는 전부를 **거부**하는 경우,

- 그 이유를 설명하고 재고 요청할 수 있는 방법을 알려주는 서신을 보내드립니다.
- 저희는 귀하의 재고 요청을 받은 후 귀하가 구매한 약품에 대한 비용을 지급하는 것에 대한 응답을 **14일 이내에** 귀하에게 제공해야 합니다.
    - 저희가 14일 이내에 귀하에게 결정을 제공하지 못하면 귀하의 요청을 레벨 2 재고 요청 절차로 보낼 것입니다. 그런 다음 IRO가 이를 검토합니다. 검토 조직 및 레벨 2 재고 요청 절차에 대한 정보는 **섹션 G6**을 참조하십시오.
- 당사가 귀하의 요청 중 일부 또는 전부를 **승인**하는 경우, 우리는 귀하의 요청을 받은 후 30일 이내에 귀하에게 비용을 지불해야 합니다.
- 요청의 일부 또는 전부를 **거부**하는 경우, 그 이유를 설명하고 재고 요청할 수 있는 방법을 설명하는 서신을 보내드립니다.

G6. 레벨 2 재고 요청하기

저희가 레벨 1 재고 요청을 **거부**하는 경우, 귀하는 저희 결정을 받아들이거나 또 다른 재고 요청을 할 수 있습니다. 다른 재고 요청을 하기로 결정한 경우 레벨 2 재고 요청 재고 요청 절차를 사용해야 합니다. **IRO는** 귀하의 첫 재고 요청에 대해 저희가 **거부**했을 때 그 결정을 검토합니다. 이 조직은 우리가 결정을 변경해야 하는지 여부를 결정합니다.

> "독립 검토 조직(IRO)"의 공식 명칭은 "**독립 검토 기관(Independent Review Entity)**"이며, 때로는 **"IRE"**로 불립니다.

레벨 2 재고 요청을 하기 위해서는, 귀하, 귀하의 대리인, 또는 귀하의 담당 의사 또는 기타 처방자는 IRO에 **서면으로** 연락해 귀하의 사례에 대한 검토를 요청해야 합니다.

- 저희가 귀하의 레벨 1 재고 요청을 **거부**하는 경우, 저희가 귀하에게 보내는 서신에는 IRO에 **레벨 2 재고 요청을 하는 방법**이 설명되어 있습니다. 이 설명에는 레벨 2 재고 요청은 누가 할 수 있는지, 귀하가 준수해야 하는 시한은 무엇인지 그리고 조사 단체에 연락하는 방법이 나와 있습니다.

- 귀하가 IRO에 재고 요청을 하면 저희는 귀하의 재고 요청에 대해 가지고 있는 정보를 해당 기관에 보냅니다. 이 정보는 귀하의 "케이스 파일"이라고 합니다. **귀하는 귀하의 케이스 파일의 무료 사본을 받을 권리가 있습니다.** 귀하의 케이스 파일의 무료 사본을 요청하는 데 도움이 필요하신 경우 1-888-466-2219번으로 전화하십시오.

- 귀하는 귀하의 재고 요청을 뒷받침할 추가 정보를 IRO에 제공할 권리가 있습니다.

IRO는 귀하의 Medicare 파트 D 레벨 2 재고 요청을 검토하고 서면으로 답변을 제공합니다. IRO에 대한 자세한 정보는 **섹션 F4**를 참조하십시오.

레벨 2 "신속 재고 요청" 기한

귀하의 건강상 필요한 경우 IRO에 "신속 재고 요청"을 하십시오

- IRO에서 신속 재고 요청에 동의하는 경우, 귀하의 재고 요청 요청을 받은 후 **72시간 이내에** 답변을 제공해야 합니다.

- 그들이 귀하의 요청의 일부 또는 전부를 **수락**하는 경우, 우리는 IRO의 결정을 받은 후 **24시간 이내에** 승인된 약품 보험/혜택을 제공해야 합니다.

레벨 2 "표준 재고 요청" 시한

레벨 2의 표준 재고 요청을 하는 경우, IRO는 귀하에게 다음 시한 내에 답변을 제공해야 합니다.

- 귀하가 받지 않은 약품에 대한 재고 요청을 받은 후 **7일 이내**.

- 이미 구입한 약품에 대한 환급을 위한 재고 요청을 받은 후 **14일 이내**.

IRO가 귀하의 요청의 일부 또는 전부를 **수락**한 경우,

- 저희는 IRO의 결정을 받은 후 **72시간 이내에** 승인된 약품 보험/혜택을 제공해야 합니다.

- 저희는 IRO의 결정을 받은 후 30일 이내에 귀하가 구입한 약품에 대해 환급해야 합니다.

- IRO에서 귀하의 재고 요청을 **거부**하는 경우, 이는 해당 기관에서 귀하의 요청을 승인하지 않기로 한 저희 결정에 동의한다는 의미입니다. 이는 “결정 유지” 또는 "재고 요청 거부"라고 부릅니다.

IRO가 레벨 2 재고 요청을 **거부**하는 경우, 귀하에게는 레벨 3 재고 요청을 할 권리가 있습니다. 단, 귀하가 요청하는 약품 보험/혜택 금액이 최소 금액을 충족해야 합니다. 귀하가 요청하는 약품 보험/혜택의 금액이 필수 최소 금액보다 적은 경우, 귀하는 다른 재고 요청할 수 없습니다. 이 경우, 레벨 2 재고 요청 결정이 최종 결정입니다. IRO는 레벨 3 재고 요청을 계속하는 데 필요한 최소 금액을 알려주는 서신을 귀하에게 보냅니다.

귀하가 요청하는 혜택의 금액이 요건을 충족하는 경우, 귀하는 귀하의 재고 요청을 더 진행할지 여부를 선택할 수 있게 됩니다.

- 레벨 2 이후의 재고 요청 절차에는 3개의 레벨이 더 있습니다.
- IRO가 레벨 2 재고 요청을 **거부**하고 귀하가 재고 요청 절차를 계속하기 위한 요건을 충족하는 경우,
  - 레벨 3 재고 요청을 원하는지 결정하십시오.
  - 레벨 3 재고 요청 방법에 대한 자세한 내용은 레벨 2 재고 요청 후 IRO가 귀하에게 보낸 서신을 참조하십시오.

레벨 3 재고 요청은 ALJ 또는 변호사 심판관이 처리합니다. 레벨 3, 4, 5 재고 요청에 대한 정보는 **섹션 J**를 참조하십시오.

H. 병원 입원에 대해 더 긴 기간 동안의 보험/혜택을 요청하기

귀하가 병원에 입원한 경우 귀하는 귀하의 질병 또는 부상 진단 및 치료를 위해 저희가 보험적용을 하는 모든 필요한 병원 서비스를 받을 권리가 있습니다. 저희 플랜의 병원 입원 보험적용에 대한 자세한 정보는 이 *가입자 안내서* **4장**을 참조하십시오.

혜택이 적용되는 병원 입원 기간 동안, 귀하의 담당 의사 및 병원 직원은 귀하가 병원에서 퇴원하는 날을 준비하기 위해 귀하와 함께 협력할 것입니다. 그들은 또한 귀하가 퇴원한 후 필요할 수 있는 진료를 받을 수 있도록 도와드릴 것입니다.

- 귀하가 병원을 떠나는 날은 귀하의 “퇴원 날짜”라고 합니다.
- 귀하의 담당의사 또는 병원 직원은 귀하에게 귀하의 퇴원 날짜가 언제인지에 대해 알려드릴 것입니다.

너무 빨리 퇴원하라는 요청을 받았다고 생각하거나 퇴원 후 진료가 걱정된다면 입원 기간을 연장해 달라고 요청할 수 있습니다. 이 섹션은 귀하가 요청을 하는 방법에 대해 알려드립니다.

본 **섹션 H**에서 논의된 재고 요청에도 불구하고 귀하는 병원 입원을 계속하기 위해 DMHC에 불만 제기를 접수하고 독립적 의료 평가를 요청할 수도 있습니다. DMHC에 불만 제기를 하고 독립적 의료 평가를 요청하는 방법을 알아보려면 **섹션 F4**를 참조하십시오. 레벨 3 재고 요청에 추가하거나 대신하여 독립적 의료 평가를 요청할 수 있습니다.

H1. Medicare 권리에 대해 알아보기

귀하가 병원에 입원한 후 2일 이내에 간호사 또는 사례 담당자 등 병원 관계자가 귀하에게 "Medicare가 귀하의 권리에 대해 알려드리는 중요한 메시지(An Important Message from Medicare about Your Rights)"라고 쓰여진 서면 통지문을 드릴 것입니다. Medicare 가입자는 누구나 병원에 입원할 때마다 이 통지문을 받습니다.

귀하가 이 통지문을 받지 못했다면, 병원 직원에게 요청하십시오. 도움이 필요하면 페이지 하단의 전화번호로 고객 서비스에 전화하십시오. 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하실 수도 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.

- 이 **통지문을 주의 깊게 읽고** 이해하지 못하는 경우 질문을 하십시오. 통지문에서는 다음에 관한 귀하의 권리를 포함해 병원 환자로서 귀하의 권리에 대해 알려드립니다.
    - 귀하의 병원 입원 중 및 입원 후 Medicare에서 보험적용이 되는 서비스를 받을 권리 귀하는 이 서비스들이 무엇인지, 서비스들에 대한 비용 지불을 누가 하는지 및 귀하가 서비스들을 어디에서 받을 수 있는지에 대해 알 권리가 있습니다.
    - 귀하의 병원 입원 기간에 관한 모든 결정에 참여할 권리.
    - 귀하의 병원 치료의 품질에 관한 귀하의 우려 사항을 어디에 보고해야 할 지에 대해 알 귀하의 권리.
    - 병원에서 너무 빨리 퇴원한다고 생각되면 재고 요청하십시오.
- 통지문에 귀하가 통지문을 받았고 귀하의 권리를 이해했다는 것을 보여주기 위해 **서명**해야 합니다.
    - 귀하 또는 귀하의 대리인이 통지서에 서명할 수 있습니다.
    - 통지문 서명은 **단지** 귀하가 귀하의 권리에 대한 정보를 받았음을 확인하는 것입니다. 서명은 귀하의 담당 의사 또는 병원 직원이 귀하에게 알려준 퇴원 날짜에 귀하가 동의한다는 것을 의미하지 **않습니다**.
- 필요할 때 통지문의 정보를 볼 수 있도록 서명한 통지문 **사본을 보관하십시오.**

퇴원일 이틀 전보다 더 전 시간에 통지문에 서명하는 경우, 퇴원하기 전에 또 다른 통지문 사본을 받을 것입니다.

다음과 같은 방식으로 통지문 사본을 미리 볼 수 있습니다.

- 페이지 하단에 있는 고객 서비스 전화번호로 전화주십시오.
- 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)로 Medicare에 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.
- www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im을 방문하십시오.

H2. 레벨 1 재고 요청하기

귀하의 입원환자 병원 서비스에 대해 더 긴 기간 동안 보험적용을 하도록 저희에게 요청하시려면 재고 요청을 하십시오. 품질 향상 단체(QIO)는 레벨 1 재고 요청을 검토하여 귀하의 예정 퇴원일이 의학적으로 귀하에게 적합한지 확인합니다.

QiO는 연방 정부에서 비용을 지급하는 의사 및 다른 의료 전문가들로 구성된 그룹입니다. 이들은 Medicare를 보유한 사람들에 대한 치료 품질 향상을 확인하고 도와줍니다. 이들은 저희 플랜의 일부분이 아닙니다.

캘리포니아에서, 품질 향상 단체(QIO)는 Commence Health입니다. (877) 588-1123 (TTY: (855) 887-6668) 번으로 전화하십시오. 'Medicare가 귀하의 권리에 대해 알려드리는 중요한 메시지 (An Important Message from Medicare about Your Rights)' 통지문 및 **2장**에도 연락처가 기재되어 있습니다.

귀하가 퇴원하기 전에 그리고 퇴원 예정일 이전에 품질 향상 단체(QIO)에 전화하십시오.

- **퇴원하기 전에 전화하시면**, 재고 요청에 대한 QIO의 결정을 기다리는 동안 예정된 퇴원일 이후에도 비용을 지불하지 않고 병원에 입원해 있을 수 있습니다.
- **귀하가 재고 요청을 위해 전화를 하지 않고** 귀하의 퇴원 예정일 이후에도 병원에 머무르기로 결정한 경우, 귀하는 귀하의 퇴원 예정 날짜 이후에 받는 병원 치료 비용 전체를 지불해야 할 수 있습니다.
- 입원은 Medicare와 Medi-Cal 모두에서 보장되기 때문에 품질 향상 단체가 입원을 계속하려는 귀하의 요청을 듣지 않거나 귀하의 상황이 긴급하거나 귀하의 건강에 즉각적이고 심각한 위협이 된다고 생각하는 경우, 또는 심각한 통증이 있는 경우, 캘리포니아주 관리보건국(DMHC)에 불만 사항을 제기하거나 독립적 의료 평가를 요청할 수도 있습니다. DMHC에 불만 제기를 하고 독립적 의료 평가를 요청하는 방법을 알아보려면 **섹션 F4**를 참조하십시오.

필요한 경우 도움을 요청하십시오. 질문이 있거나 도움이 필요하면 언제든지 다음과 같은 방식으로 도움을 받을 수 있습니다.

- 페이지 하단에 있는 고객 서비스 전화번호로 전화주십시오.
- 1-800-434-0222번으로 건강보험 상담 및 옹호 프로그램(Health Insurance Counseling & Advocacy Program, HICAP)에 전화하십시오.

"신속 검토"를 요청하십시오. 귀하의 퇴원에 대한 신속 검토를 요청하려면 QIO에 신속히 연락하십시오.

> "**신속 검토**"의 법률 용어는 **"즉결 검토"** 또는 **"속결 검토"**입니다.

신속 검토 중에는 어떤 일이 이루어집니까?

- 품질 향상 단체의 검토자들은 귀하 또는 귀하의 대리인에게 퇴원 예정 날짜 이후에도 보험적용이 계속되어야 한다고 생각하는 이유를 물어볼 것입니다. 진술서를 반드시 작성할 필요는 없지만 작성하실 수 있습니다.

- 검토자들은 귀하의 의료 정보에 대해서 살펴보고, 귀하의 담당 의사와 대화하고, 병원과 저희가 그들에게 제공한 정보를 검토할 것입니다.

- 검토자가 귀하의 재고 요청에 대해 저희 플랜에 알린 다음 날 정오까지 귀하는 퇴원 예정 날짜가 적힌 서신을 받게 됩니다. 또한 이 서신에는 귀하의 담당 의사, 병원 및 저희가 해당 날짜가 귀하에게 의학적으로 적절한 올바른 퇴원일이라고 생각하는 이유도 제시되어 있습니다.

> 서면 설명서를 법률 용어로 **'상세 퇴원 통지문(Detailed Notice of Discharge)'**이라고 합니다. 샘플 사본을 받으시려면 페이지 하단에 있는 고객 서비스 전화번호 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오. (TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오) www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im에서 온라인으로 샘플 통지문을 참조할 수도 있습니다.

필요한 모든 정보를 확보한 후 하루 안에 QIO는 귀하의 재고 요청에 대한 답변을 제공합니다.

QIO가 귀하의 재고 요청을 **수락**하는 경우:

- 저희는 해당 서비스가 의학적으로 필요한 기간 동안 보험적용이 되는 입원환자 병원 서비스를 제공합니다.

QIO가 귀하의 재고 요청을 **거부**하는 경우:

- 귀하의 퇴원 예정일이 귀하에게 의학적으로 적합하다고 판단하는 것입니다.

- 이러한 경우, 품질 향상 단체가 귀하의 재고 요청에 대해 귀하에게 답변한 다음 날 정오에 귀하의 병원 입원 서비스에 대한 보험 혜택은 종료될 것입니다.

- 귀하는 QIO가 귀하의 재고 요청에 대한 답변을 제공한 다음 날 정오 이후에 받는 병원 진료 비용 전액을 지불해야 할 수도 있습니다.

- 품질 향상 단체에서 귀하의 레벨 1 재고 요청을 거부하고 귀하가 퇴원 예정 날짜 이후에 병원에 머무르는 경우, 귀하는 레벨 2 재고 요청을 할 수 있습니다.

H3. 레벨 2 재고 요청하기

레벨 2 재고 요청의 경우, 귀하는 QIO에 레벨 1 재고 요청에 대해 그들이 내린 결정을 다시 검토해 줄 것을 요청하게 됩니다.QIO에 (877) 588-1123 (TTY: (855) 887-6668)번으로 전화하십시오.

귀하는 품질 향상 단체가 귀하의 레벨 1 재고 요청을 **거부**한 후 **60일 이내**에 검토를 요청해야 합니다. 귀하는 의료 서비스에 대한 귀하의 혜택이 종료되는 날짜 이후에도 계속 병원에 머무르는 **경우에만** 이 검토를 요청할 수 있습니다.

QIO 검토자는 다음을 수행합니다.

- 귀하의 재고 요청과 관계가 있는 모든 정보를 다시 한번 더 주의 깊게 살펴봅니다.
- 두 번째 검토 요청을 받은 날로부터 14일 이내에 레벨 2 재고 요청에 대한 결정을 알려드립니다.

QIO가 귀하의 재고 요청을 **수락**하는 경우:

- 저희는 귀하의 레벨 1 재고 요청 결정 날짜의 정오 이후에 받은 병원 치료 비용에 대한 저희의 비용 분담액을 환급해 드려야 합니다.
- 저희는 해당 서비스가 의학적으로 필요한 기간 동안 보험적용이 되는 입원환자 병원 서비스를 제공합니다.

QIO가 귀하의 재고 요청을 **거부**하는 경우:

- 그들은 귀하의 레벨 1 재고 요청에 대한 결정에 동의하는 것이며 이를 변경하지 않을 것입니다.
- 귀하가 재고 요청 절차를 계속 진행하여 레벨 3 재고 요청을 하기를 원하는 경우 무엇을 할 수 있는지 알려주는 서신을 제공합니다.
- 병원에 계속 입원하기 위해 DMHC에 불만을 제기하거나 독립적 의료 평가를 요청할 수도 있습니다. DMHC에 불만 제기를 하고 독립적 의료 평가를 요청하는 방법을 알아보려면 **섹션 E4**를 참조하십시오.

레벨 3 재고 요청은 ALJ 또는 변호사 심판관이 처리합니다. 레벨 3, 4, 5 재고 요청에 대한 정보는 **섹션 J**를 참조하십시오.

I. 특정 의료 서비스를 계속 보장하도록 요청하기

이 섹션에서는 귀하가 받을 수 있는 세 가지 유형의 서비스에 대해서만 설명합니다.

- 가정 간호 서비스
- 전문 간호 시설에서 받는 전문 간호 서비스
- Medicare에서 승인한 종합 외래 재활시설(Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)에서 외래환자 재활 진료. 일반적으로 이는 귀하가 질병 또는 사고에 대한 치료를 받거나 또는 심각한 수술로부터 회복하고 있음을 의미합니다.

이 세 가지 유형의 치료 모두에 대해 귀하는 의사가 귀하에게 치료가 필요하다고 이야기하는 한 계속 보험적용이 되는 서비스를 받을 권리가 있습니다.

저희가 이러한 서비스에 대한 보장을 중단하기로 결정하면 귀하의 서비스가 종료되기 **전에** 귀하에게 이를 알려야 합니다. 해당 서비스에 대한 보장이 종료되면 해당 서비스에 대한 비용 지불이 중단됩니다.

귀하의 진료에 대한 혜택 적용을 저희가 너무 일찍 종료한다고 생각하는 경우, 귀하는 **저희 결정에 대해 재고 요청**을 할 수 있습니다. 이 섹션은 재고 요청을 하는 방법에 대해 알려드립니다.

I1. 보장이 종료 되기 전 사전 통지

저희가 귀하의 치료에 대한 비용 지불을 중단하기 전 적어도 2일 전에 귀하에게 서면 통지를 제공할 것입니다. 이 통지는 "Medicare 혜택 비적용 통지문(Notice of Medicare Non-Coverage)"이라고 합니다. 이 통지문에 저희가 귀하의 진료에 대한 보험적용을 중단하는 날짜와 저희 결정에 재고 요청을 하는 방법이 기재됩니다.

귀하 또는 귀하의 대리인은 서면 통지를 받았다는 것을 확인하기 위해 서면 통지에 서명을 해야 합니다. 통지문에 서명하는 것은 **단지** 귀하가 귀하의 권리에 대한 정보를 받았음을 확인하는 것입니다. 서명한다고 해서 귀하가 우리의 결정에 동의한다는 것을 의미하지 **않습니다**.

I2. 레벨 1 재고 요청하기

저희가 귀하의 진료에 대한 혜택 적용을 너무 일찍 종료한다고 생각하는 경우, 귀하는 저희 결정에 대해 재고 요청을 할 수 있습니다. 이 섹션에서는 레벨 1 재고 요청 절차와 무엇을 해야 하는 지에 대해 설명합니다.

- **기한 준수하기** 기한은 중요합니다. 귀하가 반드시 해야 하는 일들에 적용되는 기한을 반드시 이해하고 준수해야 합니다. 저희 플랜도 기한을 반드시 준수해야 합니다. 저희가 기한을 준수하지 않는다고 생각하시는 경우, 귀하는 불만 제기를 할 수 있습니다. 불만 제기에 대한 자세한 정보는 **섹션 K**를 참조하십시오.

- **필요한 경우 도움을 요청하십시오.** 질문이 있거나 도움이 필요하면 언제든지 다음과 같은 방식으로 도움을 받을 수 있습니다.

  - 페이지 하단에 있는 고객 서비스 전화번호로 전화주십시오.
  - HICAP에 1-800-434-0222번으로 전화하십시오.

- **QIO에 문의하십시오.**

  - QIO 및 연락 방법에 대한 자세한 정보는 **섹션 H2**를 참조하거나 이 *가입자 안내서* **2장**을 참조하십시오.
  - 귀하의 재고 요청을 검토하고 저희 플랜의 결정을 변경할지 여부를 결정하도록 요청하십시오.

- **신속하게 "신속한 재고 요청"을 요청하십시오.** 귀하의 의료 서비스 보장을 종료하는 것이 의학적으로 적절한지 QIO에 문의하십시오.

이 단체에 연락해야 하는 기한

- 재고 요청을 시작하려면 당사가 귀하에게 보낸 "Medicare 비보장 통지(Notice of Medicare Non-Coverage)"의 효력 발생일 전날 정오까지 QIO에 연락해야 합니다.
- 품질 향상 단체가 의료 서비스의 보험적용을 계속하려는 귀하의 요청을 듣지 않거나 귀하의 상황이 긴급하거나 귀하의 건강에 즉각적이고 심각한 위협이 된다고 생각하는 경우, 또는 심각한 통증이 있는 경우, 귀하는 캘리포니아주 관리보건국(DMHC)에 불만 사항을 제기하여 독립적 의료 평가를 요청할 수도 있습니다. DMHC에 불만 제기를 하고 독립적 의료 평가를 요청하는 방법을 알아보려면 **섹션 F4**를 참조하십시오.

> 서면 통지의 법률 용어는 **"Medicare 비보장 통지"**입니다. 샘플 사본을 받으시려면 페이지 하단에 있는 고객 서비스 전화번호로 전화하시거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오. 웹사이트 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices에서도 온라인으로 사본을 받아보실 수 있습니다.

신속 재고 요청 진행 절차

- QIO의 검토자들은 귀하 또는 귀하의 대리인에게 왜 혜택이 계속되어야 한다고 생각하지 그 이유를 묻습니다. 진술서를 반드시 작성할 필요는 없지만 작성하실 수 있습니다.
- 검토자들은 또한 귀하의 의료 정보에 대해서 살펴보고 귀하의 담당 의사와 대화하고 저희 플랜이 그들에게 제공한 정보를 검토합니다.
- 또한 저희 플랜은 귀하의 서비스 보장을 종료하는 이유를 설명하는 서면 통지를 귀하에게 보냅니다. 검토자가 귀하의 재고 요청을 저희에게 통보한 날이 끝나기 전에 통지를 받게 됩니다.

> 귀하의 서비스가 종료되어야 하는 이유를 설명하는 서신을 법률 용어로는 **"혜택 비적용 세부 설명문"**이라고 합니다.

- 검토자들은 필요한 모든 정보를 받은 후 하루 안에 결정을 제공합니다.

QIO가 귀하의 재고 요청을 **수락**하는 경우:

- 저희는 의료적으로 필요한 한 귀하에게 보장되는 서비스를 제공할 것입니다.

QIO가 귀하의 재고 요청을 **거부**하는 경우:

- 귀하의 혜택은 저희가 귀하에게 알려드린 날짜에 종료됩니다.
- 저희는 통지문에 기재된 날짜에 해당 진료의 비용 분담 지급을 종료합니다.

- 귀하가 귀하의 보험적용이 종료되는 날짜 이후에도 가정 간호, 전문 간호 시설 치료 또는 종합 외래 재활 시설(CORF) 서비스를 계속 받기로 결정한 경우 귀하는 이 치료에 대한 전체 비용을 본인이 지불해야 합니다.

- 귀하는 이러한 서비스를 계속하고 레벨 2 재고 요청을 할 것인지 결정해야 합니다.

I3. 레벨 2 재고 요청하기

레벨 2 재고 요청의 경우, 귀하는 QIO에 레벨 1 재고 요청에 대해 그들이 내린 결정을 다시 검토해 줄 것을 요청하게 됩니다.QIO에 (877) 588-1123 (TTY: (855) 887-6668)번으로 전화하십시오.

귀하는 품질 향상 단체가 귀하의 레벨 1 재고 요청을 **거부**한 후 **60일 이내**에 검토를 요청해야 합니다. 귀하는 해당 의료 서비스에 대한 귀하의 혜택이 종료된 날짜 이후 귀하가 계속해서 진료를 받는 **경우에만** 이러한 검토를 요청할 수 있습니다.

QIO 검토자는 다음을 수행합니다.

- 귀하의 재고 요청과 관계가 있는 모든 정보를 다시 한번 더 주의 깊게 살펴봅니다.

- 두 번째 검토 요청을 받은 날로부터 14일 이내에 레벨 2 재고 요청에 대한 결정을 알려드립니다.

QIO가 귀하의 재고 요청을 **수락**하는 경우:

- 귀하의 보험적용이 종료될 것이라고 알려드린 날짜 이후에 귀하가 받은 진료에 대한 저희의 비용 분담액을 귀하에게 환급해 드립니다.

- 저희는 의학적으로 필요한 경우 귀하의 의료 서비스에 대한 혜택을 계속 제공할 것입니다.

QIO가 귀하의 재고 요청을 **거부**하는 경우:

- QIO는 귀하의 의료 서비스를 종료하기로 한 우리의 결정에 동의하며 이를 변경하지 않습니다.

- 귀하가 재고 요청 절차를 계속 진행하여 레벨 3 재고 요청을 하기를 원하는 경우 무엇을 할 수 있는지 알려주는 서신을 제공합니다.

- 귀하의 의료 서비스에 대한 혜택을 계속 받기 위해 DMHC에 불만을 제기하고 독립적 의료 평가를 요청할 수 있습니다. DMHC에 독립적 의료 평가를 요청하는 방법을 알아보려면 **섹션 F4**를 참조하십시오. 레벨 3 재고 요청에 추가하거나 대신하여 DMHC에 불만을 제기하고 독립적 의료 평가를 요청할 수 있습니다.

레벨 3 재고 요청은 ALJ 또는 변호사 심판관이 처리합니다. 레벨 3, 4, 5 재고 요청에 대한 정보는 **섹션 J**를 참조하십시오.

J. 레벨 2 이후 재고 요청하기

J1. Medicare 서비스 및 용품 관련 다음 단계

귀하가 Medicare 서비스 또는 용품에 대해 레벨 1 재고 요청 및 레벨 2재고 요청을 하고 귀하의 재고 요청 모두가 기각된 경우 귀하는 추가적인 레벨의 재고 요청을 할 권리가 있을 수 있습니다.

귀하가 재고 요청한 Medicare 서비스 또는 물품의 금액이 특정 최소 금액을 충족하지 못하는 경우, 더 이상 재고 요청을 할 수 없습니다. 금액이 충분히 높으면 재고 요청 절차를 계속할 수 있습니다. 레벨 2 재고 요청을 위해 IRO로부터 받는 서신에는 레벨 3 재고 요청을 요청하기 위해 누구에게 연락하고 무엇을 해야 하는지 설명되어 있습니다.

레벨 3 재고 요청

레벨 3 재고 요청 절차는 행정법 판사(Administrative Law Judge, ALJ) 공정심의회입니다. 결정을 내리는 사람은 ALJ 또는 연방 정부에서 일하는 변호사 심판관입니다.

ALJ 또는 변호사 심판관이 귀하의 재고 요청을 **수락**하는 경우**,** 저희는 귀하에게 유리한 레벨 3 결정에 대해 재고 요청을 할 권리가 있습니다.

- 저희가 해당 결정에 **재고 요청**을 하기로 결정하는 경우, 저희는 레벨 4 재고 요청 사본을 기타 첨부 문서와 함께 귀하에게 보내드릴 것입니다. 저희는 분쟁 중인 서비스를 승인 또는 제공하기 전에 레벨 4 재고 요청 결과를 기다릴 수 있습니다.
- 결과에 대해 저희가 **재고 요청을 하지 않기로** 결정하는 경우, 저희는 ALJ 또는 변호사 심판관의 결정을 받은 후 60일 이내에 서비스를 승인하거나 귀하에게 제공해야 합니다.
    - ALJ 또는 변호사 심판관이 귀하의 재고 요청을 **거부**하는 경우, 재고 요청 절차는 종료될 수도 있고 종료되지 않을 수도 있습니다.
- 귀하의 재고 요청을 거부한 이 결정을 귀하가 **수용**하는 경우, 재고 요청 절차는 종료됩니다.
- 재고 요청을 기각하는 이 결정을 **받아들이지 않기로 결**정한 경우, 다음 레벨의 검토 절차를 계속 진행하실 수 있습니다. 귀하가 받는 통지에는 레벨 4 재고 요청을 위해 무엇을 해야 하는지를 설명해 줄 것입니다.

레벨 4 재고 요청

Medicare 재고 요청 위원회("위원회")는 귀하의 재고 요청을 검토하고 귀하에게 답변할 것입니다. 위원회는 연방 정부에 속해 있습니다.

위원회가 귀하의 레벨 4 재고 요청을 **수락**하거나 귀하에게 유리한 레벨 3재고 요청 결정을 검토해 달라는 요청을 거부하는 경우, 저희는 레벨 5재고 요청을 할 권리가 있습니다.

- 저희의 결정에 대해 저희가 **재고 요청**을 하기로 결정하는 경우, 저희는 귀하에게 서면으로 알려드립니다.

- 결과에 대해 저희가 **재고 요청을 하지** 않기로 결정하는 경우, 저희는 행정법 판사 또는 심판관의 결정을 받은 후 60일 이내에 서비스를 승인하거나 귀하에게 제공해야 합니다.

위원회가 검토 요청을 **거부**하는 경우 재고 요청 절차가 끝난 것이 아닐 수 있습니다.

- 귀하의 재고 요청을 거부한 이 결정을 귀하가 **수용**하는 경우, 재고 요청 절차는 종료됩니다.

- 재고 요청을 기각하는 이 결정을 **받아들이지 않기로 결정**한 경우, 다음 레벨의 검토 절차를 계속 진행하실 수 있습니다. 귀하가 받는 통지에서 레벨 5 재고 요청을 진행할 수 있는지 여부와 무엇을 해야 하는지 설명할 것입니다.

레벨 5 재고 요청

- 연방 지방 법원 판사는 귀하의 재고 요청과 모든 정보를 검토한 후 **승인** 또는 **거부** 결정을 할 것입니다. 이것은 최종 결정입니다. 연방 지방 법원 결정 이후에 할 수 있는 재고 요청 레벨은 없습니다.

J2. 추가 Medi-Cal 재고 요청

또한 귀하의 재고 요청이 Medi-Cal에서 일반적으로 보장하는 서비스나 용품에 관한 것인 경우 귀하에게 다른 재고 요청 권리도 있습니다. 귀하가 주정부 공정심의회국에서 받은 서신에서 귀하가 계속 재고 요청 절차를 계속하고자 하는 경우 귀하가 할 수 있는 일에 대해 알려드릴 것입니다.

귀하가 주정부 공정심의회 결정에 동의하지 않고 다른 판사가 이를 검토해 주기를 원하는 경우 재심리 및/또는 사법 검토를 요청하실 수 있습니다. 재심리를 요청하시려면 The Rehearing Unit, 744 P Street, MS 19-37, Sacramento, CA 95814로 서면 요청(서신)을 우편으로 보내십시오.

이 서신은 귀하가 귀하의 결정을 받은 후 30일 이내에 보내야 합니다. 서신을 늦게 보내는 데 정당한 사유가 있을 경우 이 기한은 최대 180일까지 연장될 수 있습니다.

귀하의 재심리 요청에서 귀하가 결정을 받은 날짜 및 재심리를 제공해야 하는 이유를 명확하게 설명해야 합니다. 귀하가 추가적인 정보를 제공하고자 하는 경우 추가적인 증거를 설명하고 이전에 증거가 제공되지 않은 이유 및 증거가 결정을 어떻게 변경할 것인지를 설명하십시오. 법률 서비스에 연락해 지원을 요청할 수도 있습니다.

사법 검토를 요청하시려면 결정을 받은 후 1년 이내에 상급 법원에 청원서를 접수해야 합니다(민사소송법 섹션 1094.5에 의거). 귀하의 결정에 언급된 카운티에 대한 상급 법원에 청원을 접수하십시오. 귀하는 재공정심의회를 요청하지 않고 이 청원을 접수할 수 있습니다. 접수 요금이 요구되지 않습니다. 법원에서 귀하에게 유리한 최종 결정을 하는 경우 귀하는 합리적인 변호사 요금 및 비용을 받을 자격을 얻을 수 있습니다. 재공정심의회가 개최되고 귀하가 재공정심의회의 결정에 동의하지 않는 경우 귀하는 사법적 검토를 시도할 수 있지만 재공정심의회를 다시 요청할 수 없습니다.

J3. Medicare 파트 D 약품 요청에 대한 레벨 3, 4, 5 재고 요청

이 섹션은 귀하가 레벨 1 재고 요청 및 레벨 2 재고 요청을 했으며 이 두 재고 요청이 모두 거부된 경우, 귀하에게 해당될 수 있습니다.

귀하가 재고 요청을 한 약품의 금액이 특정 금액을 충족하는 경우, 귀하는 추가 재고 요청 레벨을 진행하실 수 있습니다. 귀하의 레벨 2 재고 요청에 대해 귀하가 받은 서면 답변은 레벨 3 재고 요청을 위해 누구에게 연락하고 무엇을 해야 하는지 설명해드립니다.

레벨 3 재고 요청

레벨 3 재고 요청 절차는 행정법 판사(Administrative Law Judge, ALJ) 공정심의회입니다. 결정을 내리는 사람은 ALJ 또는 연방 정부에서 일하는 변호사 심판관입니다.

ALJ 또는 변호사 심판관이 귀하의 재고 요청을 **승인**하는 경우,

- 재고 요청 절차가 끝나게 됩니다.
- 저희는 승인된 약품 혜택을 72시간 이내에(또는 속결 재고 요청의 경우 24시간 이내) 승인 또는 제공해야 하며, 결정을 받은 후 늦어도 30일 이내에 비용을 지불해야 합니다.

ALJ 또는 변호사 심판관이 귀하의 재고 요청을 **거부**하는 경우, 재고 요청 절차는 종료될 수도 있고 종료되지 않을 수도 있습니다.

- 귀하의 재고 요청을 거부한 이 결정을 귀하가 **수용**하는 경우, 재고 요청 절차는 종료됩니다.
- 재고 요청을 기각하는 이 결정을 **받아들이지 않기로 결**정한 경우, 다음 레벨의 검토 절차를 계속 진행하실 수 있습니다. 귀하가 받는 통지에는 레벨 4 재고 요청을 위해 무엇을 해야 하는지를 설명해 줄 것입니다.

레벨 4 재고 요청

위원회는 귀하의 재고 요청을 검토하고 답변을 제공합니다. 위원회는 연방 정부에 속해 있습니다.

위원회가 귀하의 재고 요청을 **승인**하는 경우,

- 재고 요청 절차가 끝나게 됩니다.
- 저희는 승인된 약품 혜택을 72시간 이내에(또는 속결 재고 요청의 경우 24시간 이내) 승인 또는 제공해야 하며, 결정을 받은 후 늦어도 30일 이내에 비용을 지불해야 합니다.

위원회가 귀하의 재고 요청에 **아니요**라고 답변하거나 위원회가 검토 요청을 거절하더라도, 재고 요청 절차는 종료되지 않을 수 있습니다.

- 귀하의 재고 요청을 거부한 결정을 귀하가 **받아들이기로 결정**하는 경우, 재고 요청 절차는 종료됩니다.
- 재고 요청을 기각하는 이 결정을 **받아들이지 않기로 결정**한 경우, 다음 레벨의 검토 절차를 계속 진행하실 수 있습니다. 귀하가 받는 통지에서 레벨 5 재고 요청을 진행할 수 있는지 여부와 무엇을 해야 하는지 설명할 것입니다.

레벨 5 재고 요청

- 연방 지방 법원 판사는 귀하의 재고 요청과 모든 정보를 검토한 후 **승인** 또는 **거부** 결정을 할 것입니다. 이것은 최종 결정입니다. 연방 지방 법원 결정 이후에 할 수 있는 재고 요청 레벨은 없습니다.

K. 불만 제기 방법

K1. 불만 제기를 할 수 있는 문제

불만 제기 절차는 진료의 품질, 대기 시간, 진료의 조율, 고객 서비스와 관련된 문제와 같은 특정 유형의 문제에만 사용됩니다. 불만 제기 절차에서 처리하는 문제의 종류에 대한 예는 다음과 같습니다.

불만 제기	예시
귀하의 의료 서비스 품질	• 귀하가 병원에서 받은 진료와 같은 진료의 품질에 불만족스러운 경우
사생활 존중	• 다른 사람이 귀하의 사생활 보호 권리를 존중하지 않거나 귀하의 기밀 정보를 공유했다고 생각하는 경우
무례함, 형편없는 고객 서비스 또는 기타 부정적 행동	• 의료제공자 또는 직원이 무례하거나 귀하를 존중하지 않은 경우 • 직원이 귀하를 무례하게 대우한 경우 • 귀하가 저희 플랜에서 퇴출되었다고 생각하는 경우

불만 제기	예시
접근성 및 언어 지원	• 귀하는 의사 또는 의료제공자의 진료실에서 의료 서비스 및 시설에 물리적으로 접근할 수 없는 경우 • 담당 의사나 서비스 제공자가 귀하가 영어가 아닌 다른 언어(예: 미국 수화 또는 스페인어)를 사용하는 데 통역사를 제공하지 않는 경우 • 서비스 제공자가 귀하가 필요로 하고 요청하는 다른 합리적인 편의를 제공하지 않는 경우
대기 시간	• 예약을 하는 데 어려움이 있거나 또는 너무 오래 기다려야 하는 경우 • 귀하가 의사, 약국 또는 다른 전문 의료진 또는 가입자 서비스 또는 다른 플랜 직원이 귀하를 너무 오랫동안 기다리게 한 경우
청결함	• 클리닉, 병원 또는 의사 진료실이 청결하지 않다고 생각하시는 경우
귀하가 저희에게서 받는 정보	• 저희가 귀하가 받아야 하는 통지 또는 서신을 제공하지 못했다고 생각하시는 경우 • 저희가 귀하에게 보낸 서면 정보가 너무 어려워서 이해할 수 없다고 생각하는 경우
보험적용 결정 또는 재고 요청과 관련된 적시성	• 귀하는 저희가 보험적용 결정을 내리거나 귀하의 재고 요청에 답변하는 기한을 지키지 않는다고 생각하는 경우 • 귀하에게 유리한 보험적용 또는 재고 요청 결정을 받은 후 저희가 특정 의료 서비스에 대해 승인 또는 서비스 제공 또는 귀하에게 환급하는 시한을 맞추지 못했다고 생각하시는 경우 • 귀하의 케이스를 IRO에 제때에 보내지 않았다고 생각하는 경우

불만 제기에는 다양한 종류가 있습니다. 귀하는 내부 불만 제기 및/또는 외부 불만 제기를 할 수 있습니다. 내부 불만 제기는 저희 플랜에 접수되어 검토됩니다. 외부 불만 제기는 저희 플랜과 관련 없는 기관에 접수되어 검토됩니다. 내부 및/또는 외부 불만 제기를 하는 데 도움이 필요한 경우 고객 서비스에 1-800-452-4413 (TTY: 711)번으로 전화하십시오.

> "불만"의 법률 용어는 **"이의"**입니다.
>
> "불만 제기"의 법률 용어는 **"이의제기"**입니다.

K2. 내부 불만 제기

내부 불만 제기를 하려면 고객 서비스에 1-800-452-4413 (TTY: 711)번으로 전화하십시오. Medicare 파트 D 약품에 관한 것이 아닌 한 언제든지 불만 제기를 할 수 있습니다. 불만 제기가 Medicare 파트 D 약품에 관한 것인 경우, 귀하가 불만을 제기하고자 하는 문제가 발생한 날로부터 **60일 이내에** 접수해야 합니다.

- 귀하가 해야 할 다른 것이 있는 경우, 고객 서비스에서 귀하에게 알려드립니다.
- 귀하는 또한 귀하의 불만을 서면으로 적어 저희에게 보내실 수 있습니다. 귀하가 불만 제기를 서면으로 작성하는 경우, 저희는 귀하의 불만 제기에 대해 서면으로 답변할 것입니다.
- 운영되는 방법은 다음과 같습니다.
  - 1단계: 이의제기 신청
  - 이의제기 과정을 시작하려면 사건 발생일로부터 60일 이내에 고객 관리 담당자에게 전화해 이의제기 접수를 요청해야 합니다. 또한 귀하는 사건 발생 후 달력일로 60일 이내에 다음을 통해 서면으로 이의제기를 접수하실 수 있습니다.

    Blue Shield TotalDual Plan
    Appeals & Grievances Department
    P.O. Box 927
    Woodland Hills CA 91365-9856
    팩스: (916) 350-6510

  - 팩스나 우편으로 저희에게 연락하시는 경우, 저희에게 전화해 Blue Shield TotalDual Plan 재고 요청 및 이의제기 양식을 요청해 주십시오. 저희는 달력일로 5일 내에 저희가 귀하의 우려사항에 대한 통지문을 접수했음을 알리는 서신을 보내고, 해당 우려사항을 다루고 있는 직원의 이름을 알려드릴 것입니다. 저희는 일반적으로 달력일로 30일 이내에 이를 해결합니다.

- "속결 이의제기" 또는 "신속 결정" 또는 "신속 재고 요청"을 요청하는 경우, 위의 1단계에 나열된 주소로 재고 요청/이의제기을 서면으로 제출하시거나 고객 서비스부에 1-800-452-4413(TTY:711)번으로 전화하십시오. "속결 이의제기" 또는 "신속 결정" 또는 "신속 제고 요청"에 대해 저희는 귀하의 제고 요청/이의제기를 서면으로 또는 전화로 수신한 후 72시간 이내에 귀하에게 저희의 답변을 제공해야 합니다. 귀하의 건강에 필요한 경우 저희는 더 빨리 답변을 드릴 것입니다. 만약 저희가 귀하에게 “신속 결정” 또는 “신속 재고 요청”을 제공하지 않기로 결정했기 때문에 귀하가 “속결 이의제기”를 요청하는 경우, 저희는 귀하의 요청을 저희가 처음에 한 결정에 관여하지 않은 메디컬 디렉터에게 전달할 것입니다. 저희는 귀하가 “신속 최초 결정” 또는 “신속 재고 요청”을 요청했을 때 이용 가능하지 않았던 추가 정보가 있는지 귀하에게 물어볼 수 있습니다. 메디컬 디렉터는 귀하의 요청을 검토하고 저희의 원래 결정이 적절했는지 여부를 판단할 것입니다. 저희는 귀하의 “속결 이의제기” 요청을 접수한 후 24시간 이내에 귀하에게 저희의 결정을 포함한 서신을 발송할 것입니다. 저희는 귀하의 건강 상태에 따라 귀하의 사례가 요구하는 만큼 신속하게 귀하의 이의제기를 해결해야 하며 귀하의 불만 제기를 받은 후 늦어도 달력일로 30일을 넘길 수 없습니다.

2단계: 이의제기 공정심의회

- 귀하가 진료 품질 문제와 관련된 귀하의 이의제기에 대한 해결책에 만족하지 않는 경우, 귀하는 Blue Shield Medicare 플랜 재고 요청 및 이의제기 부서에 이의제기 공정심의회 진행을 요청하는 서면 신청서를 제출하실 수 있습니다. 귀하의 서면 신청을 접수한 후 달력일로 31일 이내에 저희는 귀하의 사례를 듣기 위한 자문단을 구성할 것입니다. 귀하는 공정심의회에 참여하도록 초대되며, 공정심의회에는 관련되지 않은 의사 및 재고 요청 및 이의제기 해결 부서의 담당자가 참석합니다. 귀하는 직접 또는 전화로 공정심의회에 참석할 수 있습니다. 공정심의회 후, 저희는 귀하에게 최종 해결책 서신을 발송할 것입니다.

- 만약 귀하의 대기 시간, 무례함, 고객 서비스 또는 청결과 같은 진료 품질과 관련되지 않는 이의제기에 대한 해결책에 만족하지 않으실 경우, 귀하는 Blue Shield TotalDual Plan 고객 서비스부에 연락해 추가 검토를 요청하실 수 있습니다.

> "신속 불만 제기"의 **법률 용어**는 **"속결 이의제기"**입니다.

가능하다면, 저희는 바로 답변합니다. 귀하가 저희에게 불만 제기에 대해 전화를 하는 경우, 저희는 그 통화에서 귀하에게 답변을 드릴 수 있습니다. 귀하의 건강 상태로 인해 저희가 신속하게 답변해야 하는 경우, 저희는 신속히 답변해 드립니다.

- 저희는 대부분의 불만 사항에 대해 30일 이내에 답변합니다. 더 많은 정보가 필요하기 때문에 30일 이내에 결정을 할 수 없는 경우, 서면으로 귀하에게 알려드릴 것입니다. 상태 업데이트를 제공하며 귀하가 답변을 받을 수 있는 예상 시간을 통지해 드립니다.
- 저희가 귀하의 "신속 보험적용 결정" 또는 "신속 재고 요청"에 대한 요청을 거부했기 때문에 귀하가 불만 제기를 하는 경우, 저희는 "신속 불만 제기"로 처리해 24시간 이내에 귀하의 불만에 대해 답변을 제공할 것입니다.
- 보험적용 결정 또는 재고 요청에 추가 시간이 소요되어 귀하가 불만 제기를 하는 경우, 저희는 자동으로 "신속 불만 제기"를 제공하고 24시간 이내에 불만에 응답합니다.

저희가 귀하의 불만사항의 일부 또는 전체에 대해 동의하지 않는 경우. 저희는 그 사실과 이유를 알려드립니다. 저희는 불만 제기에 저희가 동의하는지 여부에 대해 답변해야 합니다.

K3. 외부 불만 제기

Medicare

Medicare에 귀하의 불만 제기에 관해 알리거나 불만을 보낼 수 있습니다. Medicare 불만 제기 양식은 www.medicare.gov/my/medicare-complaint에서 찾을 수 있습니다. Medicare에 불만 제기를 접수하기 전에 Blue Shield TotalDual Plan에 불만 제기를 할 필요가 없습니다.

Medicare는 귀하의 불만 제기를 심각하게 받아들이며 Medicare 프로그램의 품질 향상을 돕기 위해 이 정보를 사용할 것입니다.

다른 피드백이나 우려사항이 있거나, 귀하의 건강플랜에서 귀하의 문제를 해결하지 않는다고 생각하시는 경우, 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오. 이 전화는 무료입니다.

Medi-Cal

캘리포니아주 보건국(Department of Health Care Services, DHCS) Medi-Cal 관리 의료 옴부즈맨에 전화로 불만 제기를 하실 수도 있습니다. 전화번호는 1-888-452-8609이며, TTY 사용자는 711로 전화하시면 됩니다. 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시 사이에 전화하실 수 있습니다.

캘리포니아주 관리보건국(DMHC)에 불만 제기를 하실 수 있습니다. DMHC는 건강플랜 규제를 담당하고 있습니다. Medi-Cal 서비스에 관한 불만사항에 대해 도움을 받으시려면 DMHC 헬프 센터에 전화하실 수 있습니다. 긴급하지 않은 문제의 경우, 레벨 1 재고 요청 결정에 동의하지 않거나 플랜이 30일 후에도 불만 사항을 해결하지 못한 경우, DMHC에 불만을 제기할 수 있습니다. 그러나 긴급한 문제와 관련된 불만 사항이 있거나, 건강에 즉각적이고 심각한 위협이 관련된 경우, 심한 통증이 있는 경우, 귀하의 불만 제기에 대한 플랜의 결정에 동의하지 않는

경우, 또는 플랜이 귀하의 불만 제기를 30일 이내에 해결하지 못한 경우 등과 관련한 불만 제기에 도움이 필요한 경우, 레벨 1 재고 요청을 하지 않고 바로 DMHC에 연락하실 수도 있습니다.

다음은 헬프 센터에서 도움을 받을 수 있는 두 가지 방법입니다.

- 1-888-466-2219번으로 전화하십시오. 청각장애, 난청 또는 언어장애가 있는 경우 TTY 무료 전화 1-877-688-9891번을 이용하실 수 있습니다. 이 전화는 무료입니다.
- 관리보건국의 웹사이트(www.dmhc.ca.gov)를 방문하십시오.

인권국(OCR)

귀하가 공정한 대우를 받지 못했다고 생각하시면 보건 사회복지부(HHS) OCR에 불만을 제기하실 수 있습니다. 예를 들어, 장애인 접근성이나 언어 지원과 관련해 불만을 제기할 수 있습니다. OCR 전화번호는 1-800-368-1019입니다. TTY 사용자는 1-800-537-7697번으로 전화하십시오. 자세한 정보를 보시려면 www.hhs.gov/ocr을 방문하십시오.

다음 주소로 OCR 사무실에 연락하실 수도 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

귀하는 또한 미국 장애인법(ADA) 및 2008년 개정법(P.L.110-325)에 따라 권리를 가질 수도 있습니다. Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램에 연락하여 도움을 받으실 수 있습니다. 전화번호는 1-888-452-8609입니다.

QIO

귀하의 불만이 치료의 품질에 관한 것인 경우 귀하가 선택할 수 있는 옵션은 두 가지가 있습니다.

- 품질 향상부에 직접 치료 품질에 관한 불만 제기를 할 수 있습니다.
- 귀하는 품질 향상 단체와 저희 플랜에 불만 제기를 할 수 있습니다. QIO에 불만 제기를 접수하는 경우, 저희는 귀하의 불만 제기를 해결하기 위해 이들과 함께 협력할 것입니다.

품질 향상 단체(QIO)는 Medicare 환자들에게 제공되는 의료 서비스를 견제하고 개선하기 위한 목적으로 연방 정부로부터 비용을 지불 받는 의사 및 기타 의료 전문가 단체입니다. QIO에 대해 자세히 알아보시려면 이 *가입자 안내서* **섹션 H2** 또는 **2장**을 참조하십시오.

캘리포니아에서 QIO는 Commence Health입니다. Commence Health 전화번호는 (877) 588-1123 (TTY: (855) 887-6668) 번입니다.

10장: 플랜 가입 종료하기

소개

이 장에서 귀하의 Cal MediConnect 플랜 가입을 종료하는 방법 및 귀하가 플랜에서 탈퇴한 후 귀하의 건강보험 옵션에 대해 알려드립니다. 저희 플랜에서 탈퇴한 후에도, Medicare 및 Medi-Cal 프로그램에는 자격이 있는 동안 계속해서 참여할 수 있습니다. 핵심 용어와 그 정의는 이 *가입자 안내서* 마지막 장에 가나다순으로 나와 있습니다.

목차

A. 플랜 가입 종료 가능 시기 270

B. 플랜 가입 종료 방법 271

C. Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 따로 받는 방법 271

C1. 귀하의 Medicare 서비스 272

C2. 귀하의 Medi-Cal 서비스 275

D. 귀하의 플랜 가입 자격이 종료될 때까지 귀하의 의료 물품, 서비스 및 약품 276

E. 귀하의 플랜 가입 자격이 종료되는 기타 상황 276

F. 건강과 관련된 사유로 플랜 탈퇴를 요청하는 행위 금지 규칙 277

G. 플랜에서 귀하의 가입 자격을 종료하는 경우 불만 제기를 할 권리 278

H. 귀하의 플랜 가입자 자격 종료에 관한 자세한 정보를 얻는 방법 278

A. 플랜 가입 종료 가능 시기

대부분의 Medicare 가입자는 연중 특정 시기에 회원 자격을 종료할 수 있습니다. 귀하가 Medi-Cal에 가입되어 있기 대문에

- 연중 어느 달이든 저희 플랜 가입자 자격을 종료할 수 있는 몇 가지 선택지가 있습니다.

또한 귀하는 매년 다음 기간 동안 저희 플랜 가입을 종료하실 수 있습니다.

- 10월 15일부터 12월 7일까지 이어지는 **정규 가입 기간**. 이 기간 동안 새로운 플랜을 선택하시는 경우, 저희 플랜의 회원 자격은 12월 31일에 종료되고 새로운 플랜의 회원 자격이 1월 1일에 시작됩니다.

- 1월 1일부터 3월 31일까지 이어지는 **Medicare Advantage (MA) 정규 가입 기간,** 그리고 플랜에 가입된 새로운 Medicare 수혜자의 경우, 파트 A 및 파트 B 자격이 생긴 달에서부터 자격이 생긴 후 세번째 달의 마지막 날까지. 이 기간 동안 새로운 플랜을 선택하시는 경우, 새로운 플랜에서의 귀하의 가입자 자격은 다음 달 1일에 시작됩니다.

귀하의 가입을 변경할 수 있는 다른 자격 상황이 있을 수 있습니다. 예를 들면 다음과 같습니다.

- 서비스 지역 밖으로 이사를 가신 경우
- Medi-Cal 또는 추가 지원에 대한 자격 여부가 변경된 경우, **또는**
- 간호 시설이나 장기 요양 치료 병원에 최근에 입주했거나, 현재 치료를 받고 있거나, 최근에 퇴거한 경우

귀하의 가입은 저희가 귀하의 플랜 변경 요청을 받은 달의 말일에 종료됩니다. 예를 들어, 귀하의 요청을 1월 18일에 받은 경우 귀하의 플랜 보험적용은 1월 31일에 종료됩니다. 새로운 혜택은 다음 달 1일에 효력을 발생합니다(이 예에서는 2월 1일).

저희 플랜을 탈퇴하는 경우 다음에 대한 정보를 얻으실 수 있습니다.

- **섹션 C1**의 표에 있는 Medicare 옵션
- **섹션 C2**에 있는 Medi-Cal 옵션 및 서비스

아래 번호로 전화하시면 가입 종료 방법에 대한 자세한 정보를 얻으실 수 있습니다.

- 이 페이지 하단에 있는 고객 서비스 번호로 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자의 번호도 기재되어 있습니다.
- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하십시오.

- 캘리포니아 건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시 사이에 1-800-434-0222번으로 전화하십시오. 더 자세한 정보를 알아보거나 귀하의 지역에 위치한 HICAP 사무실을 찾아보시려면 www.aging.ca.gov/HICAP을 방문하십시오. 건강관리옵션(Health Care Options)에 1-844-580-7272번으로 월요일-금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 전화하십시오. TTY 사용자는 1-800-430-7077번으로 전화하십시오.
- Medi-Cal 관리 의료 옴부즈맨에 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시 사이에 1-888-452-8609번으로 전화하거나 MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov로 이메일을 주십시오.

주: 귀하가 약품 관리 프로그램에 속해 있는 경우 귀하는 플랜을 변경하지 못할 수 있습니다. 약품 관리 프로그램에 대한 자세한 내용은 이 *가입자 안내서* **5장**을 참조하십시오.

B. 플랜 가입 종료 방법

멤버십을 종료하기로 결정한 경우 다른 Medicare 플랜에 가입하거나 Original Medicare로 전환할 수 있습니다. 그러나 저희 플랜에서 Original Medicare(일반 Medicare)로 전환하고 싶지만 별도의 Medicare 약품 플랜을 선택하지 않은 경우, 저희 플랜 탈퇴를 요청해야 합니다. 귀하가 탈퇴를 요청할 수 있는 방법은 두 가지가 있습니다.

- 귀하는 저희에게 서면으로 요청할 수 있습니다. 이를 수행하는 방법에 대한 추가 정보가 필요한 경우 이 페이지 하단에 있는 전화번호로 고객 서비스에 문의하십시오.
- Medicare에 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자(듣거나 말하는 데 어려움이 있는 사람)는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오. 귀하가 1-800-MEDICARE로 전화하는 경우, 다른 Medicare 보험 또는 약품 플랜에 가입할 수도 있습니다. 저희 플랜에서 탈퇴할 때 Medicare 서비스를 받는 방법에 대한 자세한 정보는 274페이지 차트에 나와 있습니다.
- 건강관리옵션에 1-844-580-7272번으로 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 전화하십시오. TTY 사용자는 1-800-430-7077번으로 전화하십시오.
- 아래 섹션 C에는 다른 플랜에 가입하기 위해 취할 수 있는 절차가 포함되어 있으며, 이 경우 저희 플랜의 가입자 자격도 종료됩니다.

C. Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 따로 받는 방법

귀하가 저희 플랜에서 탈퇴하기로 선택한 경우 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 받을 수 있는 선택권이 있습니다.

C1. 귀하의 Medicare 서비스

귀하는 해당 연도 중 언제라도 아래에 기재된 3가지 옵션으로 Medicare 서비스를 받을 수 있습니다. **정규 가입 기간** 및 **Medicare Advantage 정규 가입 기간** 또는 **섹션 A**에 설명된 기타 상황 등, 연중 특정 시기에 아래에 기재된 추가적인 옵션이 있습니다. 이 옵션 중 한 가지를 선택함으로써 귀하는 자동으로 저희 플랜의 가입자 자격을 종료합니다.

1. 귀하는 다음으로 변경하실 수 있습니다. **Medicare Medi-Cal Plan(Medi-Medi Plan)은 Medicare Advantage Plan의 한 유형입니다. 이는 Medicare 및 Medi-Cal에 모두 가입되어 있고 Medicare 및 Medi-Cal 혜택을 하나의 플랜으로 결합하는 사람들을 위한 것입니다. Medi-Medi Plan은 귀하가 자격이 되는 경우, 모든 Medicare 및 Medi-Cal 보험적용이 되는 서비스 전반과 또는 노인 돌봄 종합 진료 프로그램(PACE) 플랜을 포함한 모든 혜택 및 서비스를 두 프로그램 간에 조정합니다.** **주**: Medi-Medi Plan이라는 용어는 캘리포니아주의 통합 이중 자격 특별 필요 플랜(D-SNP)의 이름입니다.	**취해야 할 조치:** Medicare에 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오. 노인 돌봄 종합 진료 프로그램(PACE)에 대한 문의는 1-855-921-PACE (7223)로 전화하십시오. 도움이나 더 많은 정보가 필요하신 경우: • 캘리포니아 건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시 사이에 1-800-434-0222번으로 전화하십시오. 더 자세한 정보를 알아보거나 귀하의 지역에 위치한 HICAP 사무실을 찾아보려면 www.aging.ca.gov/HICAP/을 방문하십시오. **또는** 새로운 Medi-Medi Plan에 가입하십시오. 귀하의 새로운 플랜의 보험적용이 시작되면 귀하는 자동으로 저희 Medicare 플랜에서 탈퇴됩니다. 귀하의 Medi-Cal 플랜은 귀하의 Medi-Medi Plan에 따라 변경됩니다.

2. 귀하는 다음으로 변경하실 수 있습니다. **별도의 Medicare 약품 플랜과 Medi-Cal 플랜이 있는 Original Medicare(일반 Medi-Cal)**	**취해야 할 조치:** Medicare에 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오. 도움이나 더 많은 정보가 필요하신 경우: • 캘리포니아 건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시 사이에 1-800-434-0222번으로 전화하십시오. 더 자세한 정보를 알아보거나 귀하의 지역에 위치한 HICAP 사무실을 찾아보려면 www.aging.ca.gov/HICAP/을 방문하십시오. **또는** 새로운 Medicare 약품 플랜에 가입하십시오. 귀하의 Original Medicare(일반 Medicare) 보험적용이 시작되면 귀하는 자동으로 저희 플랜에서 탈퇴됩니다. 다른 플랜을 선택하는 경우가 아닌 한, 귀하는 Medi-Cal 플랜에 계속 가입되어 있습니다.

3. 귀하는 다음으로 변경하실 수 있습니다. **별도의 Medicare 약품 플랜이 없는 Original Medicare** **주:** 귀하가 일반 Medicare로 변경하고 별도의 Medicare 약품 플랜에 가입하지 않는 경우, 귀하가 Medicare에 가입을 원하지 않는다고 알리지 않는 한, Medicare에서 귀하를 약품 플랜에 가입시킬 수 있습니다. 고용주나 노동 조합과 같은 다른 출처에서 약품 보장을 받는 경우에만 약품 보장을 취소해야 합니다. 약품 보험적용이 필요한지 여부에 대해 질문이 있는 경우, 캘리포니아 건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시 사이에 1-800-434-0222번으로 전화하십시오. 더 자세한 정보를 알아보거나 귀하의 지역에 위치한 HICAP 사무실을 찾아보려면 www.aging.ca.gov/HICAP/을 방문하십시오.	**취해야 할 조치:** Medicare에 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오. 도움이나 더 많은 정보가 필요하신 경우: • 캘리포니아 건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시 사이에 1-800-434-0222번으로 전화하십시오. 더 자세한 정보를 알아보거나 귀하의 지역에 위치한 HICAP 사무실을 찾아보려면 www.aging.ca.gov/HICAP/을 방문하십시오. 귀하의 Original Medicare(일반 Medicare) 보험적용이 시작되면 귀하는 자동으로 저희 플랜에서 탈퇴됩니다. 다른 플랜을 선택하는 경우가 아닌 한, 귀하는 Medi-Cal 플랜에 계속 가입되어 있습니다.

4. 귀하는 다음으로 변경하실 수 있습니다. **정규 가입 기간** 및 **Medicare Advantage 정규 가입 기간**을 포함하는 연중 특정 시기에, 또는 **섹션 A**에 설명된 기타 상황에서 임의의 **Medicare 건강플랜으로 변경 가능**	**취해야 할 조치:** Medicare에 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오. 노인 돌봄 종합 진료 프로그램(PACE)에 대한 문의는 1-855-921-PACE (7223)로 전화하십시오. 도움이나 더 많은 정보가 필요하신 경우: • 캘리포니아 건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시 사이에 1-800-434-0222번으로 전화하십시오. 더 자세한 정보를 알아보거나 귀하의 지역에 위치한 HICAP 사무실을 찾아보려면 www.aging.ca.gov/HICAP/을 방문하십시오. **또는** 새로운 Medicare 플랜에 가입하십시오. 귀하의 새로운 플랜의 보험적용이 시작되면 귀하는 자동으로 저희 Medicare 플랜에서 탈퇴됩니다. 귀하의 Medi-Cal 플랜은 변경될 수 있습니다.

C2. 귀하의 Medi-Cal 서비스

Medi-Cal 플랜을 선택하는 방법이나 저희 플랜을 탈퇴한 후 Medi-Cal 서비스를 받는 방법에 대한 질문은 건강관리옵션(Health Care Options)에 1-844-580-7272번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 6시 사이에 문의하십시오. TTY 사용자는 1-800-430-7077번으로 전화하셔야 합니다. 또는 www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en을 방문하십시오. 다른 플랜에 가입하거나 Original Medicare로 돌아가는 것이 귀하가 Medi-Cal 혜택을 받는 방법에 어떤 영향을 미치는지 문의하십시오.

D. 귀하의 플랜 가입 자격이 종료될 때까지 귀하의 의료 물품, 서비스 및 약품

저희 플랜을 탈퇴하시면 귀하의 가입자 자격이 종료되고 새로운 Medicare 및 Medi-Cal 보장이 시작되기까지 시간이 걸릴 수 있습니다. 이 기간 동안 귀하는 저희 플랜을 통해 귀하의 의료 서비스 및 약품을 계속 받게 됩니다.

- 의료 서비스를 받으시려면 네트워크 의료제공자를 이용하십시오.
- 가정 배송 약국 서비스를 포함해 귀하의 처방약을 받으려면 저희의 네트워크 약국을 사용해야 합니다.
- Blue Shield TotalDual Plan 가입자 자격이 종료되는 날 입원하는 경우, 저희 플랜은 귀하가 퇴원할 때까지 입원 기간을 보장해 드립니다. 이는 귀하가 퇴원하기 전에 귀하의 새로운 건강보험의 적용이 시작되더라도 해당됩니다.

E. 귀하의 플랜 가입 자격이 종료되는 기타 상황

다음과 같은 경우에 저희는 귀하의 플랜 가입자 자격을 종료해야 합니다.

- 귀하의 Medicare 파트 A 및 파트 B 보험적용에 중단 기간이 있는 경우.
- 귀하가 더 이상 Medi-Cal 자격을 충족하지 않는 경우. 플랜은 Medicare 및 Medi-Cal을 모두에 대한 자격을 충족하는 분들을 위한 플랜입니다. 주: 귀하가 더 이상 Medi-Cal 자격을 충족하지 않는 경우에도 귀하는 Medicare 혜택을 통해 저희 플랜을 일시적으로 계속 이용할 수 있습니다.
    - Blue Shield TotalDual Plan에 가입하는 Medicare 수혜자는 Medicare 파트 A 및 파트 B와 Medi-Cal (Medicaid) 모두에 대한 자격이 있어야 합니다. 귀하가 더 이상 Medi-Cal (Medicaid) 자격을 충족하지 않는 경우, 저희는 귀하에게 Medi-Cal (Medicaid) 자격 상실을 통보할 것이며 귀하가 특별 지원 상태 상실 통지 후 향후 6개월 이내에 Medi-Cal (Medicaid) 자격을 다시 얻을 수 있을 때까지 귀하의 Medicare 혜택을 계속해서 보장해 드릴 것입니다. 귀하가 플랜에 가입되어 있지만 Medi-Cal 보장이 없는 6개월 동안 본인 지출액 비용(공동보험료, 코페이먼트, 보험료 또는 공제액)이 증가할 수 있습니다.
    - 비 HMO D-SNP 플랜으로 전환할 수 있는 기회를 확대합니다. 비 HMO D-SNP 플랜은 Medicare 파트 A 와 Medicare 파트 B 혜택을 모두 받을 자격이 되지만 Medi-Cal (Medicaid) 혜택은 없는 수혜자들에게 제공됩니다. Medicare는 더 이상 Medi-Cal (Medicaid) 자격이 없는 Medicare 수혜자에게 특별 가입 기간(SEP)을 허용합니다.

- 특별한 필요 상태 상실 통지 후 6개월 이내에 Medi-Cal (Medicaid) 자격을 다시 얻지 못하거나 비 HMO D-SNP 플랜으로 전환할 기회를 수락하지 않는 경우 Blue Shield TotalDual Plan에서 비자발적으로 탈퇴하게 됩니다.

- 귀하가 저희 서비스 지역 밖으로 이사를 한 경우.
- 귀하가 6개월이 넘게 저희 서비스 지역 밖에서 체류하는 경우.
  - 귀하가 이사를 하거나 장기 여행을 떠나는 경우, 귀하가 이사하는 곳 또는 여행하는 곳이 저희 플랜의 서비스 지역에 포함되는지 알아보기 위해 가입자 서비스에 전화해야 합니다.
- 귀하가 유죄 판결을 받아 교도소에 수감되는 경우.
- 귀하가 약품에 대한 다른 보험을 보유하고 있으면서 이를 허위로 알리거나 정보를 숨기는 경우.
- 귀하가 미국 시민이 아니거나 합법적으로 미국에 거주하지 않는 경우.
  - 저희 플랜의 가입자가 되기 위해서는 귀하가 미국 시민이 아니거나 합법적으로 미국에 거주하고 있어야 합니다.
  - Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS)는 이와 같은 이유로 귀하가 가입자 자격을 유지할 수 없는 경우 저희에게 알려줍니다.
  - 귀하가 이러한 요건을 충족하지 않는 경우 저희는 귀하를 반드시 탈퇴시켜야 합니다.

저희는 Medicare 및 Medi-Cal에서 우선 허가를 받은 경우에만 다음과 같은 이유로 귀하를 저희 플랜에서 탈퇴시킬 수 있습니다.

- 귀하가 저희 플랜에 가입할 때 고의로 잘못된 정보를 제공하고 그 정보가 귀하의 플랜 자격에 영향을 미치는 경우.
- 귀하가 계속해서 업무에 차질을 주는 행동을 하여 저희가 귀하와 다른 플랜 가입자에게 의료를 제공하기 어렵게 만드는 경우.
- 귀하가 다른 사람이 의료 서비스를 받는 데 귀하의 가입자 ID 카드를 사용하게 한 경우. (저희가 이러한 이유로 귀하의 가입자 자격을 종료할 경우 Medicare는 감사관에게 귀하의 케이스를 조사하도록 할 수 있습니다)

F. 건강과 관련된 사유로 플랜 탈퇴를 요청하는 행위 금지 규칙

저희는 귀하의 건강과 관련된 어떤 이유로든 귀하에게 플랜 탈퇴를 요청할 수 없습니다. 건강 관련 이유로 플랜 탈퇴를 요구받는다고 생각하시는 경우 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 **Medicare에 전화**하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.

G. 플랜에서 귀하의 가입 자격을 종료하는 경우 불만 제기를 할 권리

저희가 저희 플랜에서 귀하의 회원 자격을 종료하는 경우, 저희는 귀하에게 귀하의 가입을 종료하는 이유를 서면으로 알려야 합니다. 저희는 귀하의 회원 자격을 종료하는 저희의 결정에 대해 귀하가 이의제기 또는 불만 제기를 할 수 있는 방법에 대해서도 설명해야 합니다. 또한 불만 제기 방법에 관한 정보를 알아보시려면 이 *가입자 안내서* **9장**을 참조하실 수 있습니다.

H. 귀하의 플랜 가입자 자격 종료에 관한 자세한 정보를 얻는 방법

가입자 자격 종료에 대해 질문이 있거나 자세한 정보를 원하시면 이 페이지 하단에 있는 전화번호로 고객 서비스에 전화하실 수 있습니다.

11장: 법적 공지

소개

이 장에는 저희 플랜에서 귀하의 가입자 자격에 적용되는 법적 공지가 포함되어 있습니다. 핵심 용어와 그 정의는 이 *가입자 안내서* 마지막 장에 가나다순으로 나와 있습니다.

목차

A. 법률에 관한 공지 280

B. 연방 차별 금지 고지 280

C. Medi-Cal 차별 금지에 관한 고지 281

D. 2차 지불자로서 Medicare 및 최종 지불자로서 Medi-Cal 역할에 관한 고지 282

E. Medi-Cal 유산 환수에 관한 고지 283

F. *가입자 안내서*의 집행 283

G. 가입자 협조 283

H. 양도 283

I. 고용주의 책임 283

J. 정부 기관의 책임 283

K. 미국 재향군인청 284

L. 초과 지불 회수 284

M. 제삼자가 귀하의 상해를 초래했을 시 284

N. 건강 정보 교환 참여에 대한 통지 285

O. 사기, 낭비 및 남용 보고 285

A. 법률에 관한 공지

많은 법률이 본 *가입자 안내서*에 적용됩니다. 이러한 법률들이 이 *가입자 안내서*에 포함되지 않았거나 설명되지 않았다 하더라도 귀하의 권리와 책임에 영향을 미칠 수 있습니다. 적용되는 주된 법률은 Medicare 및 Medi-Cal 프로그램에 관한 연방 법률들입니다. 다른 연방 및 주 법률 또한 적용될 수 있습니다.

B. 연방 차별 금지 고지

저희는 인종, 민족, 국적, 피부색, 종교, 성, 연령, 정신적 또는 신체적 장애, 건강 상태, 청구 경험, 병력, 유전 정보, 보험 적합성에 대한 증거 또는 서비스 지역 내 지리적 위치에 기초해 차별하지 않습니다. 저희 플랜과 같은 Medicare Advantage Plan을 제공하는 모든 기관은 1964년 민권법(Civil Rights Act of 1964) 제6편, 1973년 재활법(Rehabilitation Act of 1975), 1975년 연령차별금지법(the Age Discrimination Act of 1975), 미국장애인법(Americans with Disrimination Act), 건강보험 개혁법(Affordable Care Act) 제1557조, 연방 자금을 받는 기관에 적용되는 모든 다른 법률 및 그 밖의 다른 사유로 적용되는 기타 법률 및 규칙을 포함하여 차별을 금지하는 연방법을 준수해야 합니다.

더 많은 정보를 원하거나 차별이나 부당한 대우에 대한 우려가 있는 경우:

- 1-800-368-1019번으로 보건 사회복지부 인권국에 전화하십시오. TTY 사용자는 1-800-537-7697번으로 전화하십시오. 자세한 정보를 보려면 www.hhs.gov/ocr을 방문하십시오.
- 보건부 인권국에 916-440-7370번으로 전화하십시오. TTY 사용자는 711 (통신중계서비스)로 전화하실 수 있습니다. 귀하가 차별받았다고 생각하고 차별 이의제기를 접수하고자 하는 경우, 다음으로 연락하십시오.
    - CivilRights@dhcs.ca.gov로 이메일을 보내십시오.
    - 불만 제기 양식 또는 서신을 작성하시고 다음의 주소로 발송해주십시오.

      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 제기 양식은 dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx에서 찾을 수 있습니다.

귀하의 이의가 Medi-Cal 프로그램의 차별에 관한 것인 경우 전화, 서면 또는 전자 방식으로 보건부 인권국에 불만을 제기할 수도 있습니다.

- 전화: 916-440-7370번으로 전화하십시오. 말하거나 듣는 데 어려움이 있으신 경우, 711(통신 중계 서비스)번으로 전화하십시오.
- 서면: 불만 제기 양식 또는 서신을 작성하시고 다음의 주소로 발송해주십시오.

  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 제기 양식은 www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx에서 찾을 수 있습니다.
- 온라인: CivilRights@dhcs.ca.gov로 이메일을 보내십시오.

장애가 있어 의료 서비스나 의료제공자 이용에 도움이 필요한 경우 고객 서비스에 전화하십시오. 휠체어 접근 문제와 같은 불만 제기가 있는 경우 고객 서비스부에서 도와드릴 수 있습니다.

C. Medi-Cal 차별 금지에 관한 고지

저희는 인종, 민족, 출신 국가, 피부색, 종교, 성, 성별, 나이, 성적 취향, 정신적 또는 신체적 장애, 건강 상태, 청구 경험, 병력, 유전 정보, 보험 적합성에 관한 정보 또는 서비스 지역 내 지리적 위치를 이유로 귀하를 차별하거나 다르게 대우하지 않습니다. 또한, 혈통, 인종 집단 식별, 성 정체성, 혼인 여부 또는 의학적 상태를 이유로 사람들을 불법적으로 차별하거나 배제하거나 다르게 대우하지 않습니다.

더 많은 정보를 원하거나 차별이나 부당한 대우에 대한 우려가 있는 경우:

- 보건부 인권국에 916-440-7370번으로 전화하십시오. TTY 사용자는 711(통신중계서비스)로 전화하실 수 있습니다. 귀하가 차별받았다고 생각하고 차별 이의제기를 접수하고자 하는 경우, 다음으로 연락하십시오.
  - CivilRights@dhcs.ca.gov로 이메일을 보내십시오.
  - 불만 제기 양식 또는 서신을 작성하시고 다음의 주소로 발송해주십시오.

    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 제기 양식은 dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx에서 찾을 수 있습니다.

귀하의 이의가 Medi-Cal 프로그램의 차별에 관한 것인 경우 전화, 서면 또는 전자 방식으로 보건부 인권국에 불만을 제기할 수도 있습니다.

- 전화: 916-440-7370번으로 전화하십시오. 말하거나 듣는 데 어려움이 있으신 경우, 711(통신 중계 서비스)번으로 전화하십시오.
- 서면: 불만 제기 양식 또는 서신을 작성하시고 다음의 주소로 발송해주십시오.

  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 제기 양식은 www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx에서 찾을 수 있습니다.

- 온라인: CivilRights@dhcs.ca.gov로 이메일을 보내십시오.

장애가 있어 의료 서비스나 의료제공자 이용에 도움이 필요한 경우 고객 서비스에 전화하십시오. 휠체어 접근 문제와 같은 불만 제기가 있는 경우 고객 서비스부에서 도와드릴 수 있습니다.

D. 2차 지불자로서 Medicare 및 최종 지불자로서 Medi-Cal 역할에 관한 고지

때때로 저희가 귀하에게 제공한 서비스에 대해 다른 사람이 우선 비용을 지불해야 합니다. 예를 들어, 귀하가 교통사고를 당했거나 귀하가 직장에서 부상을 당한 경우, 보험 또는 산재 보험에서 우선 비용을 지불해야 합니다.

저희는 보험적용이 되는 Medicare 서비스에 대해 Medicare가 1차 지불자가 아닌 경우, 비용을 징수할 권리 및 책임이 있습니다.

우리는 가입자에 대한 의료 서비스에 대한 제3자의 법적 책임과 관련된 연방 및 주 법률 및 규정을 준수합니다. 저희는 Medi-Cal 프로그램이 최종 지불자가 되도록 하기 위해 모든 합리적인 조치를 취할 것입니다.

Medi-Cal 가입자는 Medi-Cal이 최후의 지불자이므로 귀하의 건강보험으로 동일한 서비스를 이용할 수 있는 경우, Medi-Cal에 앞서 모든 기타 건강보험(Other Health Coverage, OHC)을 먼저 이용해야 합니다. 즉, 대부분의 경우 Medi-Cal은 Medicare OHC의 2차 지불자가 되어 저희 플랜 또는 기타 OHC에서 지불하지 않는 허용 비용을 Medi-Cal 요율까지 보험적용합니다.

E. Medi-Cal 유산 환수에 관한 고지

Medi-Cal 프로그램은 55세 생일이나 그 이후에 받은 Medi-Cal 혜택에 대해 특정 사망한 가입자의 공증된 유산으로부터 상환 받도록 해야 합니다. 상환에는 간호 시설 서비스, 가정 및 지역사회 기반 서비스, 가입자가 간호 시설에 입원했었거나 가정 및 지역사회 기반 서비스를 받았다면 관련 병원 및 처방약 서비스 등에 대한 서비스 비용 및 관리 의료 보험료/환자 단위 일정 수가가 포함됩니다. 상환액은 가입자의 공증된 유산 금액을 초과할 수 없습니다.

자세한 내용은 보건국의 유산 환수 웹사이트 www.dhcs.ca.gov/er을 방문하거나 916-650-0590번으로 전화하십시오.

F. *가입자 안내서*의 집행

저희는 본 *가입자 안내서*의 질서 있고 효율적인 집행을 촉진하기 위해 합리적인 정책, 절차 및 해석을 채택할 수 있습니다.

G. 가입자 협조

귀하는 저희가 정상적인 업무 과정에서 요청하거나 또는 본 *가입자 안내서*에 명시된 대로 모든 신청서, 양식, 진술서, 공개, 승인, 선취특권 양식 및 기타 모든 문서를 작성해야 합니다.

H. 양도

귀하는 본 *가입자 안내서* 또는 어떠한 권리, 이익, 지불해야 할 금액에 대한 청구, 혜택 또는 의무도 저희의 사전 서면 동의 없이는 양도할 수 없습니다.

I. 고용주의 책임

법에 따라 고용주가 제공해야 하는 어떠한 서비스에 대해서도 저희는 고용주에게 지불하지 않을 것이며, 저희가 그러한 서비스에 혜택을 적용할 경우, 저희는 고용주로부터 서비스의 가치를 되돌려받을 수 있습니다.

J. 정부 기관의 책임

법에 따라 오직 정부 기관에서만 제공하거나 받아야 하는 서비스에 대해 저희는 정부 기관에게 지불하지 않을 것이며, 저희가 그러한 서비스에 혜택을 적용할 경우, 저희는 정부 기관으로부터 서비스의 가치를 되돌려받을 수 있습니다.

K. 미국 재향군인청

재향군인청이 법에 따라 제공해야 하는 서비스에 대해 저희는 재향군인청에 지불하지 않을 것이며, 저희가 그러한 서비스에 혜택을 적용할 경우, 저희는 재향군인청으로부터 서비스의 가치를 되돌려받을 수 있습니다.

L. 초과 지불 회수

저희는 저희가 지불한 모든 초과 금액을 해당 초과 금액을 지불받은 사람 또는 서비스에 대해 지불할 의무가 있는 모든 사람 또는 단체로부터 되돌려받을 수 있습니다.

M. 제삼자가 귀하의 상해를 초래했을 시

다른 사람(“제삼자”)의 작위 또는 부작위로 인해 귀하가 상해를 입거나 병이 난 경우, Blue Shield는 해당 상해의 결과로 필요한 서비스와 관련하여 플랜의 혜택을 제공해야 하며, 귀하가 또는 귀하를 대신해 획득한 다른 보상(아래 정의)으로부터, 해당 부상 또는 질병의 책임이 있는 제삼자 또는 제삼자를 대신하는 사람으로부터 또는 보험에 가입하지 않은/보장이 충분하지 않은 자동차상해보험으로부터 귀하에게 제공된 서비스를 위해 Blue Shield가 지불한 금액을 회복하기 위해 배상, 환급금 또는 기타 이용 가능한 방안에 대한 공정한 권리가 있습니다.

본 배상, 환급금 또는 기타 이용 가능한 구제책에 대한 권리는 제3자 또는 제3자 보험사 또는 무보험 또는 과소보험 운전자 보험으로부터 질병 또는 부상과 관련하여 법원 판결, 중재 판정, 합의 또는 기타 합의에 의해 지급되거나 지급받은 금액을 포함하여 귀하가 부상 또는 질병의 결과로 받는 모든 보상금("보상금")에 대해 적용되며, 이는 보상금으로 "전액 보상"을 받았는지 여부와 무관하게 적용됩니다. 원상회복, 환급금 또는 기타 이용 가능한 구제책에 대한 권리는 캘리포니아 민법 3040조에 따라 계산된 해당 부상 또는 질병과 관련하여 지급된 혜택에 대해 지급되어야 하는 전체 회수 금액에 관한 것입니다.

귀하는 다음이 요구됩니다.

1. 해당 부상 또는 질병을 야기한 행위 또는 누락으로 인해 제 삼자를 대상으로 하는 실제 또는 잠재적 클레임 또는 법적 조치에 대해 Blue Shield에 서면으로 통지합니다. 클레임 또는 법적 조치가 이미 제출된 경우, 그러한 통지는 제출일로부터 30일 이내에 이루어져야 합니다.

2. 배상, 환급 또는 기타 이용 가능한 방안에 대한 이러한 권리를 집행할 모든 양식 또는 문서에 완전하게 협조하고 실행할 것에 동의합니다.

3. 제삼자 또는 제삼자를 대신하는 사람 또는 제삼자의 보험사 또는 무보험 또는 보장이 충분하지 않은 자동차상해보험으로부터 보상을 받았을 때, 보상에서 Blue Shield가 지불한 혜택에 대해 Blue Shield에 환급할 것을 서면으로 동의합니다.

4. 캘리포니아주 민법 3040조에 따라 계산된 선취특권을 제공합니다. 법률에 의해 달리 금지되지 않는 한, 선취특권은 제삼자, 제삼자의 대리인, 변호사 또는 법원에 청구할 수 있습니다. 그리고,

5. 제삼자를 상대로 제출한 클레임에 대한 정보 요청에 정기적으로 응답하고, 보상을 받은 후 십(10) 일 이내에 서면으로 Blue Shield에 통지합니다.

1을 준수하지 않은 경우. 5까지는 어떠한 방식으로도 Blue Shield 의 권리를 포기, 해제 또는 포기하는 것으로 간주되지 않습니다.

N. 건강 정보 교환 참여에 대한 통지

Blue Shield는 가입자들의 건강 정보를 Manifest MedEx에 제공해 승인된 의료제공자들이 접근할 수 있도록 Manifest MedEx Health Information Exchange (“HIE”)에 참여합니다. Manifest MedEx는 의사, 의료 시설, 의료 서비스 플랜 및 건강보험 회사들이 기여한 건강 정보를 포함한 전자 환자 기록으로 이루어진 주 전체 데이터베이스를 유지하는 독립된 비영리 단체입니다. 승인된 의료제공자들(의사, 간호사 및 병원 포함)은 안전한 고품질 진료 제공을 지원하는 Manifest MedEx HIE를 통해 자신의 환자들의 건강 정보에 안전하게 접근할 수 있습니다.

Manifest MedEx는 가입자들의 개인 정보 보호 권리를 존중하며, 적용되는 주 및 연방 개인 정보 보호법을 준수합니다. Manifest MedEx는 가입자들의 사생활과 그들의 개인 정보의 보안을 보호하기 위한 고급 보안 시스템과 최신 데이터 암호화 기술을 사용합니다.

모든 Blue Shield 가입자들은 Manifest MedEx가 그들의 건강 정보를 그들의 의료제공자들과 공유하지 못하도록 지시할 권리가 있습니다. Manifest MedEx를 선택 해제하는 것은 귀하의 의료제공자가 귀하의 중요한 건강 관리 정보에 신속하게 접근할 수 있는 능력을 제한할 수 있지만, 가입자의 건강보험 또는 건강플랜 혜택 적용은 Manifest MedEx 해제의 영향을 받지 않습니다. Manifest MedEx에 참여하는 어떤 의사 또는 병원도 Manifest MedEx HIE에 참여하지 않기로 선택하는 환자의 의료 진료를 거부하지 않을 것입니다.

본인의 의료 정보가 Manifest MedEx에 나타나지 않기를 원하는 가입자들은 https://www.manifestmedex.org/opt-out에서 온라인 양식을 작성하거나 (888) 510-7142번을 이용해 월요일부터 금요일, 오전 7시부터 오전 7시(태평양 표준시) 사이에 Manifest MedEx로 전화해야 합니다. TTY: 711은 청각 장애인을 위한 번호입니다.

O. 사기, 낭비 및 남용 보고

사기, 낭비 및 남용이란 무엇입니까?

- **사기**는 의료 프로그램에 승인되지 않은 비용을 초래할 수 있는 고의적인 거짓 진술입니다.
- **낭비**는 의료 기금 또는 자원을 정당한 이유 없이 부적절하게 사용하는 것입니다.

• **남용**은 건전한 의료 또는 비즈니스 행위와 상반되며, 직접적 또는 간접적으로 의료 프로그램에 불필요한 비용을 초래할 수 있는 행위입니다.

귀하와 귀하의 혜택을 보호하십시오

• 절대로 귀하의 사회보장번호, Medicare 번호, 건강플랜 번호 또는 은행 정보를 모르는 사람에게 알려주지 마십시오.

• 귀하 의사의 지시 없이는 어떤 실험실 검사에도 동의하지 마십시오.

• 의료 서비스의 대가로 가치를 가진 어떤 것이라도 받는 것은 불법입니다.

유전자 검사 사기에 주의하십시오

사기꾼들은 지역 건강 전시회, 노인 주거 시설, 커뮤니티 센터, 가정 건강 관리 기관 및 다른 신뢰할 만한 장소에서 유전자 검사 사기를 행위를 하기 위해 의심 없는 가입자들에게 접근합니다. 이들은 Medicare가 검사 비용을 지불할 것이며, 귀하는 볼 안쪽에서 채취한 세포, 귀하의 ID, 그리고 검사 결과를 받기 위한 Medicare 정보만 제공하면 된다고 거짓으로 약속합니다.

그러나 유감스럽게도, 이제 이 사기꾼들은 귀하의 건강플랜 또는 Medicare 번호를 가지고 있으며, 그들은 귀하가 받지 않은 검사 또는 서비스에 대해 수천 달러를 Medicare에 청구할 수 있습니다. 이들은 귀하의 개인 유전 정보 또한 가지고 있습니다.

의심되는 사기, 낭비 및 남용을 신고하려면 다음으로 연락하십시오.

• **Blue Shield of California의 Medicare 사기 핫라인: (855) 331-4894 (TTY: 711)** 또는 이메일: MedicareStopFraud@blueshieldca.com

• **Medicare, 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)**, 주 7일, 하루 24시간 이용 가능(TTY 이용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오)

12장: 중요 용어 정의

소개

이 장에는 이 *가입자 안내서* 전반에 걸쳐 사용되는 주요 용어와 그 정의가 포함되어 있습니다. 용어는 가나다순으로 나열됩니다. 원하는 용어를 찾을 수 없거나 정의에 포함된 것보다 더 많은 정보가 필요한 경우 고객 서비스에 문의하십시오.

AIDS 약품 지원 프로그램(ADAP): HIV/AIDS에 걸린 자격이 되는 개인이 생명을 구하는 HIV 약품을 복용할 수 있도록 돕는 프로그램입니다.

Medicaid(또는 의료 지원): 소득과 자원이 제한된 사람들이 장기 요양 서비스 및 지원 비용과 의료 비용을 납부할 수 있도록 돕기 위해 연방 정부와 주에서 운영하는 프로그램. Medi-Cal은 캘리포니아 주를 위한 Medicaid 프로그램입니다.

Medi-Cal: 캘리포니아주의 Medicaid 프로그램 이름. Medi-Cal은 주정부에서 관리하며 주정부 및 연방정부에서 비용을 지불합니다.

- Medi-Cal은 제한적인 소득 및 자원을 가진 사람들이 장기 요양 서비스 및 지원 비용과 의료 비용을 지불하도록 도와드립니다.
- Medicare에서 보험적용이 되지 않는 추가 서비스 및 일부 약품에 대해 혜택을 보장합니다.
- Medi-Cal 프로그램은 주별로 다르지만 귀하가 Medicare와 Medi-Cal 모두 자격이 있는 경우 대부분의 의료 비용은 혜택이 적용됩니다.

Medi-Cal 플랜: 장기 요양 서비스 및 지원, 의료 장비 및 교통편과 같이 Medi-Cal 혜택에만 보험적용을 하는 플랜. Medicare 혜택은 별도입니다.

Medicare Advantage: 민영 회사를 통해 MA 플랜을 제공하는 'Medicare 파트 C' 또는 'MA'라고도 알려진 Medicare 프로그램. Medicare는 귀하의 Medicare 혜택을 보장하기 위해 이들 회사에 비용을 지불합니다.

Medicare 당뇨 예방 프로그램(MDPP): 장기적인 식이 변화, 신체 활동 증가, 체중 감량과 건강한 생활 방식을 유지하는 데 있어 어려움을 극복하기 위한 전략에 대한 교육을 제공하는 체계화된 건강 행동 변화 프로그램.

Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS): Medicare를 담당하는 연방 기관. 이 *가입자 안내서* **2장**에는 CMS에 연락하는 방법이 설명되어 있습니다.

Medicare 보험적용 서비스: Medicare 파트 A 및 Medicare 파트 B에서 보험적용이 되는 서비스. 저희 플랜을 포함한 모든 Medicare 건강플랜은 Medicare 파트 A 및 파트 B에서 보험적용이 되는 모든 서비스에 보험적용을 해야 합니다.

Medicare 재고 요청 위원회(위원회): 레벨 4 재고 요청을 검토하는 위원회. 위원회는 연방 정부에 속해 있습니다.

Medicare 파트 A: 의학적으로 필요한 대부분의 병원, 전문 간호 시설, 가정 의료 및 호스피스 서비스에 보험적용을 하는 Medicare 프로그램.

Medicare 파트 B: 질병 또는 건강 상태 치료를 위해 의학적으로 필요한 서비스(검사, 수술 및 의사 진료 등) 및 용품(휠체어 및 보행기 등)에 보험적용을 하는 Medicare 프로그램. 또한 Medicare 파트 B는 많은 예방 및 검진 서비스에 보험적용을 합니다.

Medicare 파트 C: 'Medicare Advantage' 또는 'MA'로도 알려진 Medicare 프로그램으로, 민영 건강보험사가 MA 플랜을 통해 Medicare 혜택을 제공하도록 합니다.

Medicare 파트 D 약품: Medicare 파트 D에 의거해 보험적용이 되는 약물. 의회에서는 구체적으로 특정 종류의 약품들을 파트 D 약품의 보험적용에서 제외했습니다. Medicaid가 이러한 약품 일부를 보험적용할 수 있습니다.

Medicare 파트 D: Medicare 약품 혜택 프로그램. 저희는 이 프로그램을 줄여서 "파트 D"라고 부릅니다. Medicare 파트 D는 외래환자 처방약, 백신 및 Medicare 파트 A 또는 파트 B 또는 Medicaid에서 보험적용하지 않는 일부 용품에 보험적용을 합니다. 저희 플랜에는 Medicare 파트 D가 포함됩니다.

Medicare: 65세 이상, 특정 장애가 있는 65세 미만의 사람, 말기 신장 질환(일반적으로 투석이나 신장 이식이 필요한 영구 신부전증 환자)을 위한 연방 건강보험 프로그램. Medicare를 보유한 사람들은 일반 Original Medicare(일반 Medicare) 또는 관리 의료 플랜을 통해 Medicare 건강보험의 적용을 받을 수 있습니다('건강플랜' 참조).

Medicare-Medi-Cal 가입자: Medicare 및 Medicaid 보험적용을 받을 자격이 있는 사람. Medicare-Medicaid 가입자는 또한 '이중 자격자'라고도 합니다.

Medi-Medi Plan: Medi-Medi Plan은 Medicare Advantage Plan의 한 유형입니다. 이는 Medicare 및 Medi-Cal에 모두 가입되어 있고 Medicare 및 Medi-Cal 혜택을 하나의 플랜으로 결합하는 사람들을 위한 것입니다. Medi-Medi Plan은 모든 Medicare 및 Medi-Cal 보험적용이 되는 서비스를 포함해 두 프로그램 모두에 걸친 모든 혜택 및 서비스를 조정합니다.

Original Medicare (일반 Medicare)(전통적 Medicare 또는 서비스별 수가 적용 Medicare): 정부가 Original Medicare(일반 Medicare)를 제공합니다. Original Medicare(일반 Medicare)에 따라, 서비스는 의사, 병원 및 다른 의료제공자에게 의회에서 결정한 금액을 지불함으로써 보험적용이 됩니다.

- 귀하는 Medicare를 수락하는 모든 의사, 병원 또는 의료제공자들을 이용할 수 있습니다. Original Medicare (일반 Medicare)는 두 가지 파트가 있습니다. Medicare 파트 A(병원 보험) 및 Medicare 파트 B(의료 보험).
- 일반 Medicare는 미국 내 모든 곳에서 이용할 수 있습니다.
- 귀하가 저희 플랜에 가입해 있기를 원하지 않으시는 경우 귀하는 Original Medicare를 선택할 수 있습니다.

***가입자 안내서* 및 공개 정보:** 이 문서는 귀하의 가입 양식 및 보험적용, 저희 의무, 귀하의 권리, 그리고 저희 플랜의 가입자로서의 귀하의 의무를 설명하는 기타 첨부 분서 또는 특약과 함께 구성됩니다.

가입자(플랜 가입자): Medicare 및 Medi-Cal에 가입되어 보험적용이 되는 서비스를 받을 자격이 있고. 저희 플랜에 가입했으며. Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS) 및 주정부에서 가입이 확인된 사람.

가정 간호 보조원: 면허가 있는 간호사 또는 치료사의 기술이 필요하지 않은 개인 관리(목욕, 화장실 사용, 옷 입기, 처방된 운동 하기 등) 도와주기와 같은 서비스를 제공하는 사람. 가정 간호 보조원은 간호사 자격증이 없으며 치료를 제공하지 않습니다.

가정 내 지원 서비스(IHSS): IHSS 프로그램은 귀하가 집에서 안전하게 지낼 수 있도록 등록된 의료제공자가 귀하에게 제공한 서비스에 대한 비용을 지불하는 데 도움을 드릴 것입니다. IHSS는 요양원 또는 입원 치료 시설과 같은 가정 외 치료의 대안으로 간주됩니다. 서비스를 받으려면, 각 참가자의 필요에 따라 어떤 유형의 서비스가 승인될 수 있는지 판단하기 위한 평가가 실시됩니다. IHSS를 통해 승인될 수 있는 서비스 유형은 집안 청소, 식사 준비, 세탁, 식료품 쇼핑, 개인 관리 서비스(대변 및 소변 관리, 목욕, 몸단장 및 준의료 서비스 등), 진료 예약 동반 및 정신 장애를 지닌 가입자를 위한 보호 감독 등이 있습니다. 카운티 사회복지 기관에서 IHSS를 관리합니다.

가정 배송 프로그램: 일부 플랜에서는 보험적용이 되는 처방약을 최대 3개월 분까지 직접 귀하의 가정으로 발송되도록 하는 가정 배송 프로그램을 제공할 수 있습니다. 이는 정기적으로 복용하는 처방약을 받는 비용 효율적이고 편리한 방법일 수 있습니다.

개별 진료 계획(ICP 또는 진료 계획): 어떤 서비스를 받을 것인지, 어떻게 받을 것인지에 대한 계획입니다. 귀하의 계획에는 의료 서비스, 행동 건강서비스 및 장기 요양 서비스 및 지원이 포함되어 있을 수 있습니다.

개인 건강 정보(비공개 건강 정보라고도 함) (PHI): 귀하의 이름, 주소, 사회보장번호, 의사 방문, 병력 등 귀하와 귀하의 건강에 관한 정보. 저희가 귀하의 PHI를 보호, 사용, 공개하는 방법과 귀하의 PHI에 관한 귀하의 권리에 대한 자세한 정보는 개인정보 보호정책 고지문을 참조하십시오.

건강 위험 평가(HRA): 귀하의 병력 및 현재 상태에 대한 검토. 평가는 환자의 건강 및 향후 어떻게 변화할지를 알아보는데 사용됩니다.

건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP): Medicare에 관해 무료로 객관적인 정보 및 상담을 제공하는 프로그램. 이 *가입자 안내서* **2장**에는 HICAP에 연락하는 방법이 설명되어 있습니다.

건강플랜: 의사, 병원, 약국, 장기 서비스 의료제공자 및 기타 의료제공자로 구성된 조직. 또한 귀하의 의료제공자 및 서비스 모두를 관리하는 것을 도와드리는 진료 코디네이터가 있습니다. 이들은 모두 귀하에게 필요한 진료를 제공하기 위해 협력합니다.

고객 서비스: 귀하의 가입자 자격, 혜택, 이의제기 및 재고 요청에 관한 귀하의 질문에 대한 답변을 담당하는 플랜 내의 부서. 고객 서비스에 대한 자세한 정보는 이 *가입자 안내서* **2장**을 참조하십시오.

관리보건국(DMHC): 대부분의 건강플랜 규제를 담당하고 있는 캘리포니아 주정부 부서. DMHC는 Medi-Cal 서비스에 관한 재고 요청 및 불만사항이 있는 가입자를 도와드립니다. DMHC는 독립적 의료 평가(IMR)를 실행합니다.

기관 결정: 플랜 또는 플랜의 의료제공자 중 하나가 서비스에 보험적용이 될지 여부 또는 귀하가 보험적용이 되는 서비스에 비용을 지불해야 하는지 여부에 대해 결정을 내리는 경우, 이를 기관 결정이라고 합니다. 기관 결정은 본 책자에서 "보험적용 결정"이라고 합니다. 이 *가입자 안내서* **9장**에서 보험적용 결정에 대해 설명합니다.

긴급하게 필요한 치료: 응급 상황은 아니지만 즉시 치료가 필요한 예측하지 못한 질환, 부상 또는 상태에 대해 받는 치료. 시간, 장소 또는 상황에 따라 네트워크 의료제공자로부터 서비스를 받는 것이 불가능하거나 불합리하여 네트워크 의료제공자에게 갈 수 없는 경우(예: 플랜의 서비스 지역을 벗어난 곳에 있고 아직 진단을 받지 않은 상태에 대해 의학적으로 즉각적인 서비스가 필요하지만 의학적 응급 상황은 아닌 경우) 네트워크 외 의료제공자로부터 긴급하게 필요한 치료를 받을 수 있습니다.

내구성 의료 장비(Durable medical equipment, DME): 귀하가 집에서 사용하도록 하기 위해 의사가 주문한 특정 물품. 이러한 물품의 예에는 휠체어, 목발, 전동 매트리스 시스템, 당뇨병 용품, 가정에서 사용하기 위해 의료제공자가 주문한 병원 침대, IV 주입 펌프, 음성 발생 장치, 산소 장비 및 용품, 흡입치료기 및 보행기 등이 있습니다.

네트워크 약국: 저희 플랜 가입자들을 위해 처방약을 조제하기로 동의한 약국. 이 약국들이 저희 플랜과 협력하기로 동의했기 때문에 "네트워크 약국"이라고 부릅니다. 대부분의 경우, 저희는 네트워크 약국 중 한 곳에서 조제된 경우에만 처방약 비용을 보장합니다.

네트워크 외 약국: 플랜 가입자들에게 보험적용 약품을 조정하거나 제공하기 위해 저희 플랜과 협력하는 데 동의하지 않은 약국. 네트워크 외 약국에서 귀하가 구입한 대부분의 약품은 특정 조건이 적용되지 않는 한, 저희 플랜이 보험적용을 하지 않습니다.

네트워크 외 의료제공자 또는 **네트워크 외 시설:** 저희 플랜이 고용, 소유 또는 운영하지 않으며 플랜 가입자에게 보험적용이 되는 서비스를 제공하기로 한 계약을 체결하지 않은 의료제공자 또는 시설. 이 *가입자 안내서* **3장**에서 네트워크 외 의료제공자 또는 시설에 대해 설명합니다.

네트워크 의료제공자: '의료제공자'는 귀하에게 서비스 및 치료를 제공하는 의사, 간호사 및 다른 사람들을 지칭할 때 사용하는 일반적인 용어입니다. 이 용어에는 병원, 가정 건강 관리 기관, 진료소 및 의료 서비스, 의료 장비, 장기 요양 서비스 및 지원을 제공하는 기타 장소도 포함됩니다.

- 이들은 Medicare 및 주정부에 의해 의료 서비스를 제공하도록 면허 또는 인증을 받았습니다.
- 이들이 건강플랜과 협력하고 저희의 지불을 수용하며 저희 가입자들에게 추가 금액을 청구하지 않기로 동의한 경우 "네트워크 의료제공자"라고 합니다.
- 귀하가 저희 플랜의 가입자인 동안 귀하는 보험적용이 되는 서비스를 받기 위해 반드시 네트워크 의료제공자를 이용해야 합니다. 네트워크 의료제공자는 "플랜 소속 의료제공자"로도 불립니다.

노인 돌봄 종합 프로그램(Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE): 집에서 거주하기 위해 더 높은 수준의 돌봄이 필요한 55세 이상의 사람들을 위해 Medicare 및 Medicaid 혜택을 함께 보험적용하는 프로그램.

단계적 치료: 저희가 귀하가 요청한 약품에 보험적용을 하기 전에 다른 약품을 먼저 시도하도록 귀하에게 요구하는 보험적용 규정.

대체 가능한 바이오시밀러: 자동 대체 가능성에 관한 추가 요건을 충족하기 때문에 새로운 처방전이 필요 없이 약국에서 대체될 수 있는 바이오시밀러. 약국의 자동 대체는 주 법률의 적용을 받습니다.

독립 검토 조직(IRO): 레벨 2 재고 요청을 검토하기 위해 Medicare가 고용한 독립 단체입니다. 이 단체는 저희와 연결되어 있지 않으며 정부 기관이 아닙니다. 이 단체는 저희가 내린 결정이 올바른지 또는 변경해야 하는지 여부를 결정합니다. Medicare가 이 단체의 업무를 감독합니다. 정식 명칭은 **독립 검토 기관(Independent Review Entity)**입니다.

독립적 의료 평가(IMR): 저희가 의료 서비스 또는 치료에 대한 귀하의 요청을 거절하는 경우, 귀하는 저희에게 재고 요청을 하실 수 있습니다. 저희 결정에 동의하지 않고 DME 용품 및 약품을 포함한 Medi-Cal 서비스에 관한 문제인 경우, 캘리포니아주 관리보건국에 IMR을 요청할 수 있습니다. IMR은 저희 플랜에 포함되지 않은 전문가들이 사례를 검토하는 것입니다. IMR 결정이 귀하의 요청에 동의하는 것으로 나오는 경우, 귀하가 요청한 서비스 또는 치료를 제공해야 합니다. 귀하는 IMR에 대해 비용을 지불하지 않습니다.

문화적 역량 훈련: 의료제공자가 귀하의 배경, 가치관 및 신념을 더 잘 이해하여 귀하의 사회적, 문화적, 언어적 요구를 충족하는 서비스를 제공하는 데 도움이 되는 추가 교육을 제공하는 훈련.

민감한 서비스: 정신 또는 행동 건강, 성 및 생식 건강, 가족 계획, 성병(STI), HIV/AIDS, 성폭행 및 낙태, 약물 사용 장애, 성별 확인 진료, 친밀한 파트너 폭력과 관련된 서비스.

바이오시밀러: 원 생물학적 제제와 매우 유사하지만 동일하지는 않은 생물학적 약품입니다. 바이오시밀러는 원 생물학적 제제만큼 안전하고 효과적입니다. 일부 바이오시밀러는 새로운 처방전 없이 약국에서 원 생물학적 제제를 대체할 수 있습니다. ('대체 가능한 바이오시밀러' 참조)

보건국(DHCS): Medicaid 프로그램(Medi-Cal이라고 함)을 관리하는 캘리포니아주 정부 부서.

보험적용 결정: 어떤 혜택에 보험을 적용할 지에 관한 결정. 여기에는 보험적용이 되는 약물 및 서비스 또는 귀하의 의료 서비스에 대해 저희가 비용을 지불하는 금액에 관한 결정이 포함됩니다. 이 *가입자 안내서* **9장**은 보험적용 결정을 요청하는 방법을 설명하고 있습니다.

보험적용 약품 목록(약품 목록): 저희가 보험적용하는 처방약 및 일반(OTC) 의약품 목록. 플랜은 의사 및 약사들의 도움을 받아 이 목록에 포함된 약품들을 선택합니다. *약품 목록*은 귀하의 약품을 받기 위해 귀하가 지켜야 하는 규칙이 있는지 여부를 알려드립니다. *약품 목록*은 때로는 '처방집'이라 불립니다.

보험적용이 되는 서비스: 저희 플랜에서 보험적용을 하는 의료 서비스, 장기 요양 서비스 및 지원, 용품, 처방약 및 일반의약품, 장비 및 다른 서비스 모두를 의미하기 위해 저희가 사용하는 일반 용어.

보험적용이 되는 약물: 플랜에서 보험적용을 하는 모든 처방약 및 일반(OTC) 의약품을 의미하기 위해 사용하는 용어.

본인 지출액 비용: 가입자들이 받은 서비스 또는 약품의 일부에 대해 비용을 지불하기 위해 가입자들에게 요구되는 비용 분담액은 또한 '본인 지출액' 비용 의무라고 합니다. 위의 '비용 분담'에 대한 정의를 참조하십시오.

부적절한 청구: 의료제공자(의사 또는 병원 등)가 서비스에 대한 저희의 비용 분담액보다 많은 금액을 청구한 경우. 귀하가 이해할 수 없는 청구서를 받은 경우 고객 서비스에 전화하십시오.

플랜 가입자로서 귀하는 저희가 보장하는 서비스를 받을 때 저희 플랜의 비용 분담 금액만 지불하게 됩니다. 저희는 의료제공자가 귀하에게 이보다 더 많은 금액을 청구하는 것을 허용하지 **않습니다**.

불만 제기: 보험적용이 되는 서비스 또는 치료에 대한 문제 또는 우려 사항이 있다는 서면 또는 구두 진술. 여기에는 서비스, 귀하의 치료, 저희의 네트워크 의료제공자 또는 저희의 네트워크 약국의 품질에 관한 모든 우려사항이 포함됩니다. '불만 제기'의 공식적인 이름은 '이의제기'라고 합니다.

비용 분담 등급: 동일한 코페이먼트인 약품 그룹. 보험적용 약품 목록(약품 목록이라고도 함)에 있는 모든 약품은 다섯 가지 비용 분담 등급 중 하나에 포함되어 있습니다. 일반적으로 비용 분담 등급이 높을수록 약품에 대한 귀하의 비용이 더 높아집니다.

비용 분담: 특정 서비스나 약품을 받을 때 귀하가 지불해야 하는 금액. 비용 분담에는 코페이먼트가 포함됩니다.

비용 분담금: 혜택의 효력이 발생되기 전에 매달 귀하가 지불해야 하는 귀하의 의료 서비스 비용의 일부분. 비용 분담금은 귀하의 소득 및 자원에 따라 달라집니다.

사전 승인(PA): 특정 서비스 또는 약품을 받거나 네트워크 외 의료제공자를 이용하기 전에 반드시 받아야 하는 승인. 귀하가 먼저 승인을 받지 않으면 저희 플랜이 해당 서비스 또는 약품에 보험적용을 하지 않을 수 있습니다.

저희 플랜은 귀하의 의사나 다른 네트워크 의료제공자가 저희로부터 사전 승인을 받은 경우에만 일부 네트워크 의료 서비스를 보장합니다.

- 저희 플랜의 사전 승인이 필요하고 보험적용이 되는 서비스는 이 *가입자 안내서* **4장**에 표시되어 있습니다.

저희 플랜은 귀하가 PA를 받은 경우에만 일부 약품을 보장합니다.

- 저희 플랜의 사전 승인이 필요한 보험적용이 되는 약물은 *보험적용 약품 목록*에 표시되어 있으며 규정은 저희 웹사이트에 게시됩니다.

상품명 약물: 해당 약품을 원래 만들었던 회사에서 제조하고 판매하는 약품. 상품명 약물은 해당 약의 일반약과 동일한 성분입니다. 일반약은 일반적으로 다른 제약회사에서 제조하고 판매하며, 상품명 약물의 특허가 만료된 후에야 이용할 수 있습니다.

생계보조비(SSI): 장애, 실명, 65세 이상인 소득 및 자원이 제한적인 사람들에게 사회보장에서 지불하는 월 혜택. SSI 혜택은 사회보장 혜택과 동일하지 않습니다.

생물학적 제제: 동물 세포, 식물 세포, 박테리아 또는 효모와 같은 천연 및 살아있는 공급원으로 만들어진 약품. 생물학적 제제는 다른 약품보다 복잡하며 정확하게 복제할 수 없기 때문에 그 대체 형태를 바이오시밀러라고 합니다. ('원 생물학적 제제' 및 '바이오시밀러' 항목 참조)

서비스 지역: 건강플랜이 사람들의 거주 지역을 기준으로 가입을 제한하는 경우, 해당 건강플랜이 가입자를 수락하는 지리적 영역. 귀하가 사용할 수 있는 의사 및 병원을 제한하는 플랜의 경우 서비스 지역은 일반적으로 귀하가 정기(비응급) 서비스를 받을 수 있는 지역을 의미합니다. 저희 서비스 지역에 거주하는 사람들만 저희 플랜에 가입할 수 있습니다.

수량 제한: 귀하가 받을 수 있는 약품 수량 한도. 저희는 처방전당 보험적용되는 약품의 양을 제한할 수 있습니다.

실시간 혜택 도구(Real Time Benefit Tool): 가입자가 완전하고 정확하며 시의적절하고 임상적으로 적절한 가입자별 보험적용이 되는 약물 및 혜택 정보를 검색할 수 있는 포털 또는 컴퓨터 애플리케이션입니다. 여기에는 비용 분담 금액, 특정 약품과 동일한 건강 상태에 사용할 수 있는 대체 약품, 대체 약품에 적용되는 혜택 제한(사전 승인, 단계적 치료, 수량 제한)이 포함됩니다.

약물 치료 관리(MTM): 특정 요건을 충족하거나 약품 관리 프로그램에 속한 사람들에게 제공되는 복잡한 건강상의 필요를 위한 Medicare 파트 D 프로그램. MTM 서비스에는 일반적으로 약사 또는 의료제공자와의 상담을 통해 약품을 검토하는 과정이 포함되어 있습니다. 자세한 정보는 이 *가입자 안내서* **5장**을 참조하십시오.

약품 관리 프로그램(DMP): 가입자들이 처방약 오피오이드 및 자주 남용되는 다른 약품을 안전하게 사용하도록 도와줄 수 있는 프로그램.

약품군: *약품 목록*에 있는 약품 그룹. 일반약, 상품명 약물 또는 비처방(OTC) 의약품은 약품 등급의 예입니다. 저희의 *약품 목록*에 기재된 모든 약품은 다섯 가지의 약품군 중 하나에 포함되어 있습니다.

예방 서비스: 치료가 가장 효과가 있을 가능성이 있는 경우, 초기 단계에서 질병을 예방하거나 질병을 감지하기 위한 의료 서비스(예: 예방 서비스에는 Pap 검사, 독감 예방접종 및 선별 유방조영술이 포함됩니다).

예외: 보통 보험적용이 되지 않는 약품에 대한 보험적용을 받거나 특정 규칙 및 제한 없이 해당 약품을 사용하기 위한 허가.

옴부즈맨: 주 내에서 귀하를 대신하여 권익을 보호하는 사무소. 귀하에게 문제나 불만 제기 사항이 있는 경우 질문에 대답할 수 있으며, 귀하가 취해야 할 조치를 이해하도록 도울 수 있습니다. 옴부즈맨 서비스들은 무료입니다. 자세한 정보는 이 *가입자 안내서* **2장 및 9장**에서 확인하실 수 있습니다.

요양원 또는 요양 시설: 집에서 진료를 받을 수 없지만 병원에 입원할 필요가 없는 사람들에게 진료를 제공하는 시설입니다.

원 생물학적 제제: FDA에서 승인했으며 바이오시밀러 버전을 만드는 제조사와 비교되는 기준 역할을 하는 생물학적 제제. 이를 참조 약품(reference product)이라고도 합니다.

위기 상황 혜택 단계(Catastrophic coverage stage): 연도 말까지 저희 플랜이 파트 D 약품 비용 전체를 지불하는 Medicare 파트 D 약품 혜택 단계. 이 단계는 귀하(또는 귀하를 대신하여 자격을 갖춘 다른 당사자)가 한 해 동안 파트 D 보험적용이 되는 약물에 2,100달러를 지출했을 때 시작됩니다. 귀하가 지불하는 것은 없습니다.

응급 상황: 의학적 응급 상황은 귀하 또는 건강 및 의학에 관한 평균적인 지식을 가진 다른 사람이 사망, 신체 부위 상실 또는 신체 부위의 기능 상실을 예방하기 위해 귀하에게 즉각적인 의료적인 처치가 필요한 의학적 증상이 있다고 생각하는 경우(임산부인 경우, 유산의 위험도 포함). 의학적 증상은 질병, 부상, 심한 통증 또는 빠르게 악화되는 의학적 상태일 수 있습니다.

응급 수술 센터: 병원 진료가 필요하지 않고 24시간 이상의 진료가 필요하지 않을 것으로 예상되는 환자에게 외래환자 수술을 제공하는 시설.

응급 치료: 응급 진료를 제공하도록 훈련 받은 의료제공자가 제공하고 의학적 또는 행동 건강 응급 상황 치료를 위해 필요한 보험적용이 되는 서비스.

의료보장구: 의사나 다른 의료제공자가 주문하는 의료기기에는 팔, 등 및 목 교정기, 인공 사지, 인공 눈 및 인공 항문 용품 및 경장 및 비경장 영양 치료 요법을 포함한 내부 신체 장기 또는 기능을 대체하기 위해 필요한 장치가 포함되나 이에 한정되지 않습니다.

의학적으로 필요: 이는 의학적 상태를 예방, 진단 또는 치료하거나 귀하의 현재 건강 상태를 유지하기 위해 귀하에게 필요한 서비스, 용품 또는 약품을 설명합니다. 여기에는 귀하가 병원 또는 간호 시설에 가는 것을 예방하는 치료가 포함됩니다. 이는 또한 서비스, 용품 또는 약품이 허용된 의료 관행을 충족한다는 것을 의미합니다.

이의제기: 저희 또는 저희 네트워크 의료제공자 또는 약국에 대한 불만 제기. 여기에는 귀하의 진료 품질이나 귀하의 건강플랜이 제공하는 서비스 품질에 대한 불만 제기가 포함됩니다.

이중 자격 특별 필요 플랜(D-SNP): Medicare와 Medicaid 모두에 자격이 있는 개인에게 서비스를 제공하는 건강플랜입니다. 저희 플랜은 D-SNP입니다.

일반(OTC) 의약품: 일반의약품은 의료 서비스 전문가의 처방전 없이 개인이 구입할 수 있는 의약품입니다.

일반약: 상품명 약물 대신에 사용하도록 FDA가 승인한 약품. 일반약은 상품명 약물과 동일한 성분을 가지고 있습니다. 일반약은 보통 상품명 약물보다 가격이 저렴하고 효과는 동일합니다.

일상 생활의 활동(ADL): 식사, 화장실 이용하기, 옷 입기, 목욕하기 또는 양치하기 등과 같이 사람들이 일상적으로 행하는 일들.

일일 비용 분담 요율: 귀하의 담당의사가 귀하에게 특정 약품을 1개월 전체 분량보다 적은 양을 처방하고 귀하가 코페이먼트를 지불해야 하는 경우에 적용될 수 있는 요율. 일일 비용 분담 요율은 코페이먼트를 월 공급 일수로 나눈 값입니다.

예시는 다음과 같습니다. 귀하의 약품 1개월 공급분(30일 공급분)에 대한 코페이먼트가 $1.35라고 가정합니다. 이는 귀하가 이 약품에 대해 1일당 지불하는 금액은 $0.05라는 의미입니다. 귀하가 해당 약품을 7일분을 받는 경우 귀하가 지불하는 금액은 1일당 $0.05 미만에 7일을 곱하여 총 지불액은 $0.35 미만이 됩니다.

입원환자: 전문 의료 서비스를 위해 병원에 정식으로 입원한 경우 사용되는 용어. 귀하가 정식으로 입원하지 않은 경우, 귀하는 병원에서 숙박을 하더라도 입원 대신 외래환자로 간주될 수 있습니다.

장기 요양 서비스 및 지원(LTSS): 장기 요양 서비스 및 지원은 장기적 의료 상태를 향상하는 데 도움이 됩니다. 이 서비스들의 대부분은 귀하가 집에서 머무를 수 있도록 도와서 귀하가 간호 시설이나 병원으로 갈 필요가 없도록 합니다. 저희 플랜에서 보장하는 LTSS에는 성인 주간 의료 서비스, 요양 시설(NF) 및 커뮤니티 지원이라고도 알려진 커뮤니티 기반 성인 서비스(CBAS)가 포함됩니다. IHSS 및 1915(c) 면제 프로그램은 저희 플랜 외부에서 제공되는 Medi-Cal LTSS입니다.

재고 요청: 저희가 실수했다고 생각하시는 경우 저희의 조치에 대해 이의를 제기하는 방법. 귀하는 저희에게 재고 요청을 접수해 보험적용 결정을 변경하도록 요청할 수 있습니다. 이 *가입자 안내서* **9장**에는 재고 요청 방법을 포함한 재고 요청에 대한 설명이 있습니다.

재활 서비스: 질환, 사고 또는 큰 수술로부터 회복하는 데 도움이 되는 치료. 재활 서비스에 대해 자세히 알아보시려면 이 *가입자 안내서* **4장**을 참조하십시오.

저소득 보조금(LIS): '추가 지원'을 참고하십시오.

전문 간호 시설(SNF) 진료: 매일 지속적으로 전문 간호 시설에서 제공되는 전문 간호 서비스 및 재활 서비스. 전문 간호 시설 진료의 예에는 공인 간호사 또는 의사가 제공할 수 있는 물리치료 또는 정맥(IV) 주사가 포함됩니다.

전문 간호 시설(SNF): 전문 간호 서비스를 제공하고 대부분의 경우 숙련된 재활 서비스 및 기타 관련 건강 서비스를 제공하기 위한 직원과 장비를 갖춘 간호 시설.

전문 약국:전문 약국에 대해 자세히 알아보시려면 이 *가입자 안내서* **5장**을 참조하십시오.

전문의: 특정 유형의 의료 서비스 문제를 다루는 의사. 예를 들어 정형외과 의사는 부러진 뼈를 치료하고 알러지 전문의는 알러지를, 심장병 전문의는 심장 문제를 다룹니다. 대부분의 경우, 가입자는 전문의를 방문하기 위해 자신의 PCP의 진료의뢰가 필요합니다.

제외된 서비스: 이 건강플랜에서 보험적용을 하지 않는 서비스.

종합 외래 재활 시설(CORF): 질환, 사고 또는 큰 수술 후 주로 재활 서비스를 제공하는 시설. 시설은 물리치료, 복지 또는 심리학 서비스, 호흡 요법, 작업 치료, 언어치료 및 가정 환경 평가 서비스를 포함해 다양한 서비스를 제공합니다.

주정부 공정심의회: 귀하의 담당 의사 또는 다른 의료제공자가 저희가 승인하지 않는 Medi-Cal 서비스를 요청하거나, 귀하가 이미 가입한 Medi-Cal 서비스에 대해 저희가 계속 지불하지 않을 경우, 귀하는 주정부 공정심의회를 요청할 권리가 있습니다. 주정부 공정심의회에서 귀하에게 유리하게 결정한 경우 저희는 귀하가 요청한 서비스를 제공해야 합니다.

주치의(Primary care provider, PCP): 대부분의 건강 문제에 대해 가장 먼저 이용하는 의사나 기타 의료제공자. 주치의는 귀하가 건강을 유지하기 위해 필요한 진료를 받도록 합니다.

- 주치의는 다른 의사 및 의료제공자와 귀하의 진료에 대해서 얘기할 수 있으며 이들에게 귀하를 위해 진료의뢰할 수 있습니다.
- 많은 Medicare 건강플랜에서 귀하는 다른 의료제공자에게 진료를 받기 전에 귀하의 주치의(PCP 의사)에게 진료를 받아야 합니다.
- 주치의(PCP)로부터 진료를 받는 것에 대한 정보를 알아보시려면 이 가입자 안내서 **3장**을 참조하십시오.

진료 계획: '개별 진료 계획'을 참조하십시오.

진료 코디네이터: 귀하와 건강플랜 및 귀하의 의료제공자와 협력해 귀하에게 필요한 진료를 받도록 하는 1명의 주된 사람.

진료의뢰: 진료의뢰는 귀하의 주치의가 아닌 다른 의료제공자를 이용하도록 귀하의 주치의(PCP) 또는 저희가 승인하는 것입니다. 먼저 승인을 받지 않으면 저희가 서비스에 보험적용을 하지 않을 수 있습니다. 여성 건강 전문의와 같이 일부 전문의는 진료의뢰가 필요하지 않습니다. 진료의뢰에 대한 자세한 정보는 이 *가입자 안내서* **3장과 4장**에서 확인하실 수 있습니다.

진료팀: '협진팀'을 참조하십시오.

최초 혜택 단계: 귀하의 Medicare 파트 D 약품 비용이 $2,100에 이르기 전의 단계. 여기에는 귀하가 지불한 비용, 저희 플랜에서 귀하를 대신해 지불한 금액 및 저소득 보조금 등이 포함됩니다. 귀하가 해당 연도에 최초로 처방전을 조제할 때 이 단계가 시작됩니다. 이 단계 동안, 저희는 귀하의 약품 비용 일부를 지불하고 귀하는 귀하의 분담액을 지불합니다.

추가 지원: 소득과 자원이 제한된 사람들이 보험료, 공제액, 코페이먼트 등 Medicare 파트 D 약품 비용을 절감할 수 있도록 돕는 Medicare 프로그램. 또한 추가 지원은 '저소득 보조금' 또는 'LIS'라고도 합니다.

커뮤니티 기반 성인 서비스(CBAS): 해당 자격 기준을 충족하는 자격이 있는 가입자에게 전문 간호 서비스, 사회복지 서비스, 작업 및 언어 치료, 개인 간호, 가족/간병인 훈련 및 지원, 영양 서비스, 교통편 및 기타 서비스를 제공하는 외래환자, 시설 기반 서비스 프로그램.

코페이먼트: 특정 서비스 또는 약품을 받을 때마다 비용 분담금으로 지불하는 고정 금액. 예를 들어, 귀하는 서비스 또는 약품에 $2 또는 $5를 지불할 수 있습니다.

탈퇴: 저희 플랜에 대한 귀하의 가입을 종료하는 절차. 탈퇴는 자발적(귀하의 선택임)이거나 비자발적(귀하의 선택이 아님)일 수 있습니다.

통합 D-SNP: Medicare와 Medicaid 모두에 자격이 있는 특정 그룹의 개인들에 대해 단일 건강플랜으로 Medicare 및 대부분의 또는 모든 Medicaid 서비스에 보험적용을 하는 이중 자격 특별 필요 플랜. 이러한 개인은 전체 혜택 이중 자격자로 알려져 있습니다.

파트 A: 'Medicare 파트 A'를 참조하십시오.

파트 B: 'Medicare 파트 B'를 참조하십시오.

파트 C: 'Medicare 파트 C'를 참조하십시오.

파트 D 약품: 'Medicare 파트 D 약품'을 참조하십시오.

파트 D: 'Medicare 파트 D'를 참조하십시오.

품질 향상 단체(QIO): Medicare를 보유한 사람들에 대한 치료 품질 향상을 도와주는 의사 및 다른 의료 전문가들의 그룹. 연방 정부는 환자에게 제공되는 치료를 견제하고 향상하기 위해 QIO에 비용을 지불합니다. QIO에 대한 자세한 내용은 이 *가입자 안내서* **2장**을 참조하십시오.

행동 건강: 정서적, 심리적, 사회적 복지를 의미합니다. 간단히 말하면, 우리가 어떻게 생각하고 느끼고 다른 사람들과 상호 작용하는지에 관한 것입니다. 정신 건강 및 약물 사용 장애 서비스를 통칭하는 용어입니다.

행정법 판사: 행정법 판사(ALJ)는 정부 기관과 관련된 사건을 듣고 결정하는 판사입니다. 레벨 3 재고 요청을 검토하는 판사.

협진팀(ICT 또는 진료팀): 진료팀에는 귀하가 필요한 치료를 받을 수 있도록 도와주는 의사, 간호사, 상담사 또는 기타 전문 의료인이 포함될 수 있습니다. 귀하의 진료팀은 귀하가 진료 계획을 수립하는 것도 도와드릴 것입니다.

호스피스(Hospice): 질병의 말기에 있는 사람들이 편안하게 생활할 수 있도록 돕기 위한 관리 및 지원 프로그램. 말기 환자는 말기로 의학적으로 진단을 받아 예상 수명이 6개월 이하인 사람입니다.

- 말기 환자인 가입자들은 호스피스를 선택할 권리가 있습니다.
- 특별히 훈련된 전문가와 간병인으로 구성된 팀이 신체적, 정서적, 사회적, 영적 필요를 포함하여 전체적으로 돌볼 수 있는 서비스를 제공합니다.
- 저희는 귀하 지역의 호스피스 의료제공자 목록을 제공해 드릴 의무가 있습니다.

Blue Shield TotalDual Plan 고객 서비스

전화	1-800-452-4413번으로 전화하십시오. 이 전화는 무료입니다. 주 7일, 오전 8시에서 오후 8시(태평양 표준시)까지 운영됩니다. 고객 서비스에서는 영어를 사용하지 않는 고객을 위해 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다.
TTY	711 이 번호는 특수 전화 장비가 필요하며 청각 또는 언어 장애가 있는 사람들만을 위한 번호입니다. 이 전화는 무료입니다. 주 7일, 오전 8시에서 오후 8시(태평양 표준시)까지 운영됩니다.
팩스	(877) 251-6671
우편	Blue Shield TotalDual Plan P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856
웹사이트	blueshieldca.com/medicare

blueshieldca.com/medicare
Blue Shield of California 6300 Canoga Avenue, Woodland Hills, CA 91367-2555