



중요 정보

귀하의 Medicare 약 및 건강 플랜
변경 사항 안내

California Physicians' Service(Blue Shield of California로 운영 중)가 제공하는
Medi-Medi 플랜인 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan(HMO D-SNP)

2027년 연례 변경 공지

소개

귀하는 현재 저희 플랜의 가입자로 등록되어 계십니다. 내년에는 저희의 혜택, 보장 내용, 규정, 비용 등에 약간의 변화가 있을 예정입니다. 본 연례 변경 공지는 귀하에게 변경 사항을 알려드리고, 이에 대한 추가 정보를 얻을 수 있는 곳을 알려드립니다. 비용, 혜택 또는 규정에 대한 자세한 정보를 원하시면 저희 웹사이트 blueshieldca.com/DSNPdocuments2027에 있는 *가입자 안내서*를 확인하시기 바랍니다. 사본을 우편으로 받으시려면 페이지 하단에 있는 전화번호로 고객 서비스로 전화해 주십시오. 주요 용어와 그 정의는 *가입자 안내서* 마지막 장에 알파벳순으로 나와 있습니다.

추가 자료

- 본 문서는 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어 번체, 중국어 간체, 페르시아어, 한국어, 러시아어, 스페인어 또는 스페인 크리올어, 타갈로그어 및 베트남어로 무료로 제공됩니다.
- 대형 활자 인쇄본, 점자 또는 오디오 등의 다른 형식으로 본 연례 변경 공지를 무료로 받아 보실 수 있습니다. 1-800-452-4413 (TTY: 711)번으로 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시(PT) 사이에 전화해 주십시오. 이 전화는 무료입니다.
 - 플랜 자료를 전자 방식으로 받아보시려면 blueshieldca.com/login에서 귀하의 계정에 로그인한 뒤, 상단에 있는 'My profile(내 프로필)' 버튼을 클릭한 다음, Communication preferences(커뮤니케이션 기본 설정) 섹션까지 아래로 스크롤하여 전달 방법으로 'Electronic Delivery(온라인으로 받기)'를 선택해 주십시오. 또한 Blue Shield of California 모바일 앱에 로그인하여 '더 보기(More)' 탭에서 커뮤니케이션 기본 설정(Communication preferences)으로 이동할 수도 있습니다. 아직 계정이 없으신 경우에는 blueshieldca.com/login으로 이동하여 'Get started(시작하기)'를 클릭하여 등록하시기 바랍니다. 등록 시 선호하는 전달 방법을 설정하실 수 있습니다.
 - 본 문서와 앞으로 필요한 안내를 영어가 아닌 다른 언어 또는 대체 형식(대형 활자 인쇄본, 점자, 오디오 등)으로 받도록 요청 사항을 등록할 수 있습니다. Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 고객 서비스부에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시(PT) 사이에 연락하실 수 있습니다. 고객 서비스부는 귀하가 업데이트를 요청할 때까지 선호 언어와 선호 형식을 등록하여 유지합니다.

OMB Approval 0938-1444(만료일: 2029/5/31)

궁금한 점이 있으신 경우, Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan에 1-800-452-4413 (TTY: 711)번으로 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시(PT) 사이에 전화해 주십시오. 이 전화는 무료입니다. 자세한 정보를 알아보려면, blueshieldca.com/medicare에 방문해 주십시오.



- 필수 안내를 받을 때 선호 언어 또는 다른 형식으로 받겠다는 기존의 요청을 변경하려면, 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시(PT) 사이에 연락해 주십시오.

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 بريـل 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: Չանգահարեք 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.

ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃນ
ຫໍໂທຫາເບີ 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 ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ 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 serbisyonang 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.



목차

A. 면책 조항	9
B. 내년 Medicare 및 Medi-Cal 보장 내용 검토	9
B1. Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan에 관한 정보.....	9
B2. 중요 확인 사항	10
C. 저희 플랜 이름 변경	11
D. 저희 네트워크 의료제공자 및 약국 변경 사항	11
E. 내년 혜택 및 비용 변경 사항	12
E1. 의료 서비스 관련 혜택 및 비용 변경 사항	12
E2. 약품 보장 내용 변경사항	19
E3. 1단계: '최초 혜택 단계'	21
E4. 2단계: '위기 상황 혜택 단계'	25
F. 행정적 변경 사항	25
G. 플랜 선택하기	25
G1. 플랜을 그대로 유지하기	25
G2. 플랜 변경하기	25
H. 도움 받기	31
H1. 저희 플랜	31
H2. 건강보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP).....	31
H3. 옴부즈맨 프로그램	31
H4. Medicare	32
H5. 캘리포니아주 관리보건국	32
H6. Medicare 처방약 지불 플랜	33

A. 면책 조항

Blue Shield of California는 Medicare 계약 및 캘리포니아주 Medicaid 프로그램과 계약을 맺은 HMO D-SNP 플랜입니다. Blue Shield of California 가입은 계약 갱신에 따릅니다.

본 문서에서 '저희(는)가', '저희에(게)' 또는 '저희의'라고 칭하면 California Physicians' Service(Blue Shield of California로 운영 중)를 의미합니다. '플랜' 또는 '저희 플랜'이라고 칭하면 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan을 의미합니다.

섹션 E1에 기재된 식품 및 농산물 혜택은 만성 질환자를 위한 특별 보조 혜택(SSBCI)입니다. 모든 플랜 가입자가 자격 대상에 해당하는 것은 아닙니다. 자격은 '만성 질환 가입자' 정의에 해당하는지 여부에 따라 결정됩니다. 자격 대상 만성 질환에는 다음이 포함되나 이에 국한되지 않습니다. 심혈관 질환, 만성 심부전, 당뇨병, 과체중, 비만, 대사 증후군, 만성 폐 질환. 자격 대상 만성 질환 및 자격 요건 전체 목록을 보시려면 플랜의 *가입자 안내서*를 참고해 주십시오.

B. 내년 Medicare 및 Medi-Cal 보장 내용 검토

내년에도 귀하의 필요에 맞는 보장을 받을 수 있는지 확인하려면 지금 보장 내용을 검토하는 것이 중요합니다. 보장이 귀하의 필요에 맞지 않는 경우, 저희 플랜을 탈퇴하실 수 있습니다. 내년 혜택 변경 사항에 대해 더 자세히 알아보시려면 **섹션 E**를 참고해 주십시오.

저희 플랜을 탈퇴하기로 선택하신 경우, 귀하의 회원 자격은 귀하가 요청한 달의 마지막 날에 종료됩니다. 귀하가 자격 대상에 해당하는 한 계속해서 Medicare 및 Medi-Cal 프로그램에 가입되어 있을 것입니다.

저희 플랜을 탈퇴하는 경우 다음에 관한 정보를 받으실 수 있습니다.

- **섹션 G2**의 표에 있는 Medicare 옵션
- **섹션 G2**에 있는 Medi-Cal 옵션 및 서비스

B1. Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan에 관한 정보

- Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan은 Medicare와 Medi-Cal 모두와 계약을 체결하여 가입자에게 두 프로그램의 혜택을 제공하는 건강플랜입니다.
- 본 *연례 변경 공지*에서 '저희(는)가', '저희에(게)', '저희의' 또는 '저희 플랜'이라고 칭하면 Medicare Medi-Cal 플랜을 의미합니다.

궁금한 점이 있으신 경우, Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan에 1-800-452-4413 (TTY: 711)번으로 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시(PT) 사이에 전화해 주십시오. 이 전화는 무료입니다. 자세한 정보를 알아보려면, blueshieldca.com/medicare에 방문해 주십시오.



B2. 중요 확인 사항

- 저희 플랜의 혜택 및 비용에서 귀하에게 영향을 줄 수 있는 변경 사항이 있는지 확인해 주십시오.
 - 귀하가 이용하는 서비스에 영향을 미치는 변경 사항이 있습니까?
 - 혜택 및 비용 변경 사항을 검토하여 내년에도 귀하에게 적합한지 확인해 주십시오.
 - 저희 플랜의 혜택 및 비용 변경 사항에 관한 정보를 알아보시려면 **섹션 E1**을 참고해 주십시오.
- 저희 약품 보장 내용에 귀하에게 영향을 줄 수 있는 변경 사항이 있는지 확인해 주십시오.
 - 귀하의 약품이 보장됩니까? 약품이 다른 비용 부담 약품군에 있습니까? 같은 약국을 이용할 수 있습니까? 사전 승인, 단계적 치료 또는 수량 제한과 같은 변경 사항이 있습니까?
 - 변경 사항을 검토하여 저희 약품 보장이 내년에도 귀하에게 적용되는지 확인해 주십시오.
 - 약품 보장 내용 변경 사항에 관한 정보를 알아보시려면 **섹션 E2**를 참고해 주십시오.
 - 귀하의 약품 비용이 작년 이후로 인상되었을 수 있습니다.
 - 이용 가능한 저 저렴한 대안에 대해 담당 의사와 상의하십시오. 이렇게 하면 일년 내내 연간 본인 지출액 비용을 절약하실 수 있습니다.
 - 귀하가 부담하는 약품 비용이 얼마나 달라질 수 있는지는 플랜 혜택에 따라 결정된다는 점을 명심하시기 바랍니다.
- 귀하가 이용하는 의료제공자 및 약국이 내년에도 저희 네트워크에 포함되는지 확인해 주십시오.
 - 전문의를 포함한 담당 의사들이 저희 네트워크에 포함되어 있습니까? 이용하는 약국은 어떻습니까? 이용하는 병원 또는 다른 의료제공자들은 어떻습니까?
 - *의료제공자 및 약국 명부*에 관한 정보를 알아보시려면 **섹션 D**를 참고해 주십시오.

- 귀하의 전체적인 플랜 비용에 관해 생각해 보십시오.
 - 평소 이용하는 의료 서비스와 약품에 대해 귀하가 부담해야 하는 비용은 얼마입니까?
 - 다른 보장 옵션과 비교할 때 총비용은 어떨습니까?
- 저희 플랜에 만족하는지 생각해 보십시오.

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan을 유지하기로 결정한 경우:

귀하가 내년에도 저희와 함께하고자 하는 경우, 간단합니다. 아무것도 하실 필요가 없습니다. 귀하가 변경을 하지 않는 경우, 자동으로 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 가입이 유지됩니다.

플랜을 변경하기로 결정한 경우:

다른 보장이 귀하의 필요를 더 잘 충족한다고 판단되면 플랜을 변경하실 수 있습니다(자세한 내용은 **섹션 G2** 참고). 새 플랜에 가입하거나 Original Medicare(일반 Medicare)로 변경하는 경우, 새로운 보장은 다음 달 1일부터 시작됩니다.

C. 저희 플랜 이름 변경

2027년 1월 1일부터 저희 플랜 이름이 Blue Shield TotalDual Plan에서 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan으로 변경됩니다.

플랜 이름이 변경되더라도 새로운 Blue Shield 가입자 ID 카드가 필요한 것은 아닙니다. 현재 Blue Shield 가입자 ID 카드를 사용하시고, 서비스나 처방전을 받을 때 이를 제시해 주십시오.

D. 저희 네트워크 의료제공자 및 약국 변경 사항

귀하가 부담하는 약품 비용은 이용하는 약국에 따라 달라집니다. 저희 플랜에는 약국 네트워크가 있습니다. 대부분의 경우, 처방약은 저희 네트워크 약국 중 한 곳에서 조제받을 경우에만 보장됩니다.

2027년에는 저희 의료제공자 및 약국 네트워크가 변경됩니다.

2027 의료제공자 및 약국 명부를 검토하여 귀하가 이용하는 의료제공자(주치의, 전문의, 병원 등) 또는 약국이 저희 네트워크에 포함되는지 확인해 주십시오. 최신 **의료제공자 및 약국 명부**는 저희 웹사이트 blueshieldca.com/DSNPdocuments2027에 있습니다. 또한 최신 의료제공자 정보를 확인하거나 **의료제공자 및 약국 명부**를 우편으로 받아보시려면 페이지 하단에 있는 번호로 고객 서비스부에 전화하여 요청하실 수도 있습니다.

궁금한 점이 있으신 경우, Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan에 1-800-452-4413 (TTY: 711)번으로 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시(PT) 사이에 전화해 주십시오. 이 전화는 무료입니다. 자세한 정보를 알아보려면, blueshieldca.com/medicare에 방문해 주십시오.



저희는 연중에도 저희 네트워크를 변경할 수 있다는 것을 알아두시는 것이 중요합니다. 귀하의 의료제공자가 플랜에서 제외되는 경우, 귀하에게는 일정한 권리 및 보호가 있습니다. 자세한 정보는 *가입자 안내서 3장*을 참고하거나 페이지 하단에 있는 번호로 고객 서비스부에 전화하여 도움을 받으시기 바랍니다.

E. 내년 혜택 및 비용 변경 사항

E1. 의료 서비스 관련 혜택 및 비용 변경 사항

저희는 내년에 특정 의료 서비스에 대한 보장 내용 및 이러한 보장 의료 서비스에 대해 귀하가 지불하는 금액을 변경합니다. 아래 표에서 이러한 변경 사항을 설명합니다.

	2026(금년)	2027(내년)
교통편: 비응급 의료 교통편	비응급 의료 교통편 및 비의료 교통편의 경우, 플랜이 승인한 의료 관련 장소까지 연간 편도 이동 총 48회 를 이용할 수 있으며 \$0 코페이먼트를 지불합니다. 각 이동 거리는 70마일을 초과할 수 없습니다. 편도 48회 를 모두 사용한 이후에는, Medi-Cal에서 승인한 장소까지의 이동을 횟수 제한 없이 보장합니다.	비응급 의료 교통편 및 비의료 교통편의 경우, 플랜이 승인한 의료 관련 장소까지 연간 편도 이동 총 24회 를 이용할 수 있으며 \$0 코페이먼트를 지불합니다. 각 이동 거리는 70마일을 초과할 수 없습니다. 편도 24회 를 모두 사용한 이후에는, Medi-Cal에서 승인한 장소까지의 이동을 횟수 제한 없이 보장합니다.
교통편: 비의료 교통편	비응급 의료 교통편 및 비의료 교통편의 경우, 플랜이 승인한 의료 관련 장소까지 연간 편도 이동 총 48회 를 이용할 수 있으며 \$0 코페이먼트를 지불합니다. 각 이동 거리는 70마일을 초과할 수 없습니다. 편도 48회 를 모두 사용한 이후에는, Medi-Cal에서 승인한 장소까지의 이동을 횟수 제한 없이 보장합니다.	비응급 의료 교통편 및 비의료 교통편의 경우, 플랜이 승인한 의료 관련 장소까지 연간 편도 이동 총 24회 를 이용할 수 있으며 \$0 코페이먼트를 지불합니다. 각 이동 거리는 70마일을 초과할 수 없습니다. 편도 24회 를 모두 사용한 이후에는, Medi-Cal에서 승인한 장소까지의 이동을 횟수 제한 없이 보장합니다.

궁금한 점이 있으신 경우, Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan에 1-800-452-4413 (TTY: 711)번으로 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시(PT) 사이에 전화해 주십시오. 이 전화는 무료입니다. 자세한 정보를 알아보려면, blueshieldca.com/medicare에 방문해 주십시오.

	2026(금년)	2027(내년)
만성 통증 관리 및 치료 서비스	만성 통증 관리 및 치료 서비스에 대해 \$0 코페이먼트 를 지불합니다. 이 서비스에 대한 비용 부담은 치료 과정에서 제공되는 개별 서비스에 따라 달라집니다.	만성 통증 관리 및 치료 서비스는 보장되지 않습니다 .
안과 진료, Medicare 비보장(네트워크 외 의료제공자 이용)*	매년 검사 1회에 최대 \$30 까지 환급됩니다. 매년 안경테 1개에 최대 \$35 까지 환급됩니다. 매년 처방 안경 렌즈(크기 또는 도수와 관계없음) 또는 콘택트렌즈 한 쌍에 최대 \$35 까지 환급됩니다.	네트워크 외부 의료제공자가 제공한 안과 진료 서비스는 보험이 적용되지 않습니다 .
안과 진료, Medicare 비보장(네트워크 의료제공자에게 받은 경우)* (이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다)	네트워크 의료제공자를 이용하는 경우, 귀하는 매년 안경테(일반 소매가 \$365 까지)에 대해 \$0 코페이먼트 를 지불합니다. 안경테 가격이 \$365 를 초과하면, 그 차액은 귀하가 부담하셔야 합니다.	네트워크 의료제공자를 이용하는 경우, 귀하는 매년 안경테(일반 소매가 \$500 까지)에 대해 \$0 코페이먼트 를 지불합니다. 안경테 가격이 \$500 를 초과하면, 그 차액은 귀하가 부담하셔야 합니다.

	2026(금년)	2027(내년)
안과 진료, Medicare 비보장(네트워크 의료제공자 이용)* (계속)	네트워크 의료제공자를 이용할 경우, 귀하는 매년 처방 안경 렌즈(크기 또는 도수와 관계없음) 한 쌍 또는 콘택트렌즈(최대 \$365 까지의 콘택트렌즈 관련 서비스 및 재료비 포함)에 대해 \$0 코페이먼트 를 지불합니다. 만약 \$365 를 초과하는 가격의 서비스 또는 재료를 선택하는 경우, 귀하가 차액을 지불하셔야 합니다.	네트워크 의료제공자를 이용할 경우, 귀하는 매년 처방 안경 렌즈(크기 또는 도수에 관계없음) 한 쌍 또는 콘택트렌즈(최대 \$500 까지의 콘택트렌즈 관련 서비스 및 재료비)에 대해 \$0 코페이먼트 를 지불합니다. 만약 \$500 를 초과하는 가격의 서비스 또는 재료를 선택하는 경우, 귀하가 차액을 지불하셔야 합니다.
연간 최대 본인 지출액	\$9,250 보장되는 파트 A 및 파트 B 서비스에 대해 \$9,250를 본인 지출액으로 지불한 뒤에는 해당 달력 연도의 남은 기간 동안 보장되는 파트 A 및 파트 B 서비스에 대해서 귀하는 아무 것도 내지 않습니다. 귀하가 Medicare 및 Medi-Cal(Medicaid) 자격이 있는 경우, 보장되는 파트 A 및 파트 B 서비스에 대한 최대 본인 지출 금액에 산정되는 본인 지출액 비용은 부담하지 않아도 됩니다.	\$9,850 보장되는 파트 A 및 파트 B 서비스에 대해 \$9,850를 본인 지출액으로 지불한 뒤에는 해당 달력 연도의 남은 기간 동안 보장되는 파트 A 및 파트 B 서비스에 대해 귀하는 아무 것도 내지 않습니다. 귀하가 Medicare 및 Medi-Cal(Medicaid) 자격이 있는 경우, 보장되는 파트 A 및 파트 B 서비스에 대한 최대 본인 지출 금액에 산정되는 본인 지출액 비용은 부담하지 않아도 됩니다.

	2026(금년)	2027(내년)
일반의약품(OTC) 품목	보장되는 품목에 대해 분기당 \$120의 허용액이 제공됩니다. 분기당 2회의 주문을 할 수 있으며, 사용하지 않은 허용액은 다음 분기로 이월할 수 없습니다.	일반의약품(OTC)과 건강하고 영양가 있는 식품 및 농산물 구매를 위해 \$240의 분기별 허용액이 제공됩니다(자격 조건을 충족하는 경우). 온라인이나 전화로 OTC 카탈로그에서 보장되는 OTC 품목을 계속 주문하실 수 있습니다. 또한 참여 소매점에서 Flex Card를 이용하실 수도 있습니다. 사용하지 않은 허용액은 다음 분기로 이월할 수 없습니다. 일부 제한 사항이 적용될 수 있습니다. 자세한 정보는 섹션 F: 행정적 변경을 참고해 주십시오.
치과 서비스, 일반(Medicare 비보장)(이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다)	ADA 코드 D0364 제한된 촬영 범위(한쪽 턱 미만)로 하는 콘빔 CT 촬영 및 판독은 보장되지 않습니다. ADA 코드 D0365 하악 치열궁 전체를 촬영 범위로 하는 콘빔 CT 촬영 및 판독은 보장되지 않습니다.	귀하는 ADA 코드 D0364 제한된 촬영 범위(한쪽 턱 전체 미만)로 하는 콘빔 CT 촬영 및 판독에 대해 코페미언트 \$0를 지불합니다. 귀하는 ADA 코드 D0365 치열궁(하악) 전체를 촬영 범위로 하는 콘빔 CT 촬영 및 판독에 대해 코페미언트 \$0를 지불합니다.

	2026(금년)	2027(내년)
치과 서비스, 일반(Medicare 비보장)(이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다)	ADA 코드 D0366 치열궁(상악) 전체, 두개골 포함 유무와 관계없이 촬영 범위로 하는 콘빔 CT 촬영 및 판독은 보장되지 않습니다. ADA 코드 D0367 양쪽 턱, 두개골 포함 유무와 관계없이 촬영 범위로 하는 콘빔 CT 촬영 및 판독은 보장되지 않습니다. ADA 코드 D0368 2회 이상의 촬영을 포함한 턱관절(TMJ) 시리즈 콘빔 CT 촬영 및 판독은 보장되지 않습니다. ADA 코드 D0380 제한된 촬영 범위(한쪽 턱 전체 미만)로 하는 콘빔 CT 영상 촬영은 보장되지 않습니다. ADA 코드 D0381 치열궁(하악) 전체를 촬영 범위로 하는 콘빔 CT 영상 촬영은 보장되지 않습니다. ADA 코드 D0382 치열궁(상악) 전체, 두개골 포함 유무와 관계없이 촬영 범위로 하는 콘빔 CT 영상 촬영은 보장되지 않습니다.	귀하는 ADA 코드 D0366 치열궁(상악) 전체, 두개골 포함 유무와 관계없이 촬영 범위로 하는 콘빔 CT 촬영 및 판독에 대해 \$0 코페이먼트를 지불합니다. 귀하는 ADA 코드 D0367 양쪽 턱, 두개골 포함 유무와 관계없이 촬영 범위로 하는 콘빔 CT 촬영 및 판독에 대해 \$0 코페이먼트를 지불합니다. 귀하는 ADA 코드 D0368 2회 이상의 촬영을 포함한 턱관절(TMJ) 시리즈 콘빔 CT 촬영 및 판독에 대해 \$0 코페이먼트를 지불합니다. 귀하는 ADA 코드 D0380 제한된 촬영 범위(한쪽 턱 전체 미만)의 콘빔 CT 사진 촬영에 대해 \$0 코페이먼트를 지불합니다. 귀하는 ADA 코드 D0381 치열궁(하악) 전체, 두개골 포함 유무와 관계없이 촬영 범위로 하는 콘빔 CT 사진 촬영에 대해 \$0 코페이먼트를 지불합니다. 귀하는 ADA 코드 D0382 치열궁(상악) 전체, 두개골 포함 유무와 관계없이 촬영 범위로 하는 콘빔 CT 사진 촬영에 대해 \$0 코페이먼트를 지불합니다.

	2026(금년)	2027(내년)
치과 서비스 일반(Medicare 비보장) (계속)	ADA 코드 D0383 양쪽 턱, 두개골 포함 유무와 관계없이 촬영 범위로 하는 콘빔 CT 사진 촬영은 보장되지 않습니다. ADA 코드 D4263 자연치 보존 골이식(사분악 첫 번째 부위)은 보장되지 않습니다. ADA 코드 D4264 자연치 보존 골이식(사분악 추가 부위별)은 보장되지 않습니다. ADA 코드 D7953 치조제 보존을 위한 골이식(부위별)은 보장되지 않습니다. ADA 코드 D9211 부위 차단 마취는 보장되지 않습니다. ADA 코드 D9212 삼차신경 분지 차단 마취는 보장되지 않습니다. ADA 코드 D9215 수술 또는 외과적 시술과 함께 시행하는 국소마취는 보장되지 않습니다.	귀하는 ADA 코드 D0383 양쪽 턱, 두개골 포함 유무와 관계없이 촬영 범위로 하는 콘빔 CT 사진 촬영에 대해 \$0 코페이먼트를 지불합니다. 귀하는 ADA 코드 D4263 자연치 보존 골이식(사분악 첫 번째 부위)에 대해 \$0 코페이먼트를 지불합니다. 귀하는 ADA 코드 D4264 자연치 보존 골이식(사분악 추가 부위별)에 대해 \$0 코페이먼트를 지불합니다. 귀하는 ADA 코드 D7953 치조제 보존을 위한 골이식(부위별)에 대해 \$0 코페이먼트를 지불합니다. 귀하는 ADA 코드 D9211 부위 차단 마취에 대해 \$0 코페이먼트를 지불합니다. 귀하는 ADA 코드 D9212 삼차신경 분지 차단 마취에 대해 \$0 코페이먼트를 지불합니다. 귀하는 ADA 코드 D9215 수술 또는 외과적 시술과 함께 시행하는 국소마취에 대해 \$0 코페이먼트를 지불합니다.

	2026(금년)	2027(내년)
특정 만성 질환에 대한 도움	식품 및 농산물: 건강하고 영양가 있는 식품 및 농산물 구입을 위해 월 \$60의 허용액이 제공됩니다. 이 허용액은 다음 달로 이월되지 않습니다. 이는 만성 질환자를 위한 특별 보조 혜택(SSBCI)으로, 자격 심사가 필요합니다. 모든 플랜 가입자가 자격 대상에 해당하는 것은 아닙니다. 이 혜택을 받으려면 반드시 자격 대상에 해당하는 만성 질환이 하나 이상 있어야 합니다. 플랜은 담당 의사에게 받은 정보를 확인하거나 담당 의사에게 자격 대상 만성 질환에 대한 서명된 진술서를 요청해 귀하가 식품 및 농산물 혜택을 받을 자격에 해당하는지 확인합니다. 추가 정보를 더 알아보시려면 플랜의 <i>가입자 안내서</i>를 참고해 주십시오.	식품 및 농산물: 건강하고 영양가 있는 식품, 농산물, 그리고 일반의약품(OTC) 구매에 사용할 수 있는 \$240의 분기별 허용액이 제공됩니다(자격 조건을 충족하는 경우). 이 허용액은 다음 분기로 이월되지 않습니다. 식품 및 농산물 혜택은 만성 질환자를 위한 특별 보조 혜택(SSBCI)으로, 자격 결정 심사를 거쳐 이용할 수 있습니다. 모든 플랜 가입자가 자격 대상에 해당하는 것은 아닙니다. 이 혜택을 받으려면 반드시 자격 대상에 해당하는 만성 질환이 하나 이상 있어야 합니다. 플랜은 담당 의사에게 받은 정보를 확인하거나 담당 의사에게 자격 대상 만성 질환에 대한 서명된 진술서를 요청해 귀하가 식품 및 농산물 혜택을 받을 자격에 해당하는지 확인합니다. 추가 정보를 더 알아보시려면 플랜의 <i>가입자 안내서</i>를 참고해 주십시오. 자세한 정보는 섹션 F: 행정적 변경을 참고해 주십시오.

E2. 약품 보장 내용 변경사항

약품 목록 변경 사항

저희의 **보장 약품 목록**은 **처방집** 또는 **약품 목록**이라고도 합니다. **약품 목록** 사본은 blueshieldca.com/medformulary2027에서 확인하실 수 있습니다.

저희는 **약품 목록**을 변경했으며, 여기에는 약품 삭제 또는 추가, 보장되는 약품의 변경, 특정 약품의 보장에 적용되는 제한 사항의 변경 또는 해당 약품을 다른 비용 부담 약품군으로 이동하는 것이 포함될 수 있습니다.

약품 목록을 검토하여 **귀하의 약품이 내년에 보장되는지 확인**하고 어떤 제한 사항이 있는지 또는 약품이 다른 비용 부담 약품군으로 이동되었는지 확인해 주십시오.

약품 목록의 변경 사항 대부분은 매년 초에 새로 적용됩니다. 그러나 Medicare 그리고/또는 주정부에서 허용하는 다른 변경 사항이 해당 달력 연도 중 적용되어 귀하에게 영향을 미칠 수 있습니다. 저희는 최소 월 1회 온라인 **약품 목록**을 업데이트하여 최신 약품 목록을 제공합니다. 귀하가 복용하는 약품에 영향을 미치는 변경이 있는 경우, 저희는 변경에 대한 통지를 귀하에게 보내드립니다.

귀하가 약품 보장 변경 사항의 영향을 받는 경우, 다음과 같은 조치를 취하시기를 권장합니다.

- 담당 의사(또는 기타 처방자)와 상의하여 저희 플랜에서 보장하는 다른 약품을 찾으십시오.
 - 페이지 하단에 있는 번호로 고객 서비스부에 전화하거나 진료 코디네이터에게 연락하여 동일 질환을 치료하는 **보장 약품 목록**을 요청하실 수 있습니다.
 - 이 목록은 귀하의 의료제공자가 귀하에게 적합하면서 보장되는 약품을 찾는 데 도움이 될 수 있습니다.
- 담당 의사(또는 기타 처방자)와 상의하여 해당 약품이 보장될 수 있도록 저희에게 예외를 요청하십시오.
 - 내년이 시작되기 전에 예외를 요청하실 수 있으며, 요청서(또는 담당 처방자의 소견서)를 접수한 후 72시간 이내에 답변을 드립니다.
 - 예외를 요청할 때 해야 할 일을 알아보시려면 **가입자 안내서 9장**을 참고하시거나 페이지 하단에 있는 번호로 고객 서비스부에 전화해 주십시오.
 - 예외를 요청하는 데 도움이 필요하신 경우 고객 서비스부 또는 담당 진료 코디네이터에게 문의해 주십시오. 진료 코디네이터에게 연락하는 방법을 더 알아보시려면 **가입자 안내서 2장 및 3장**을 참고해 주십시오.

궁금한 점이 있으신 경우, Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan에 1-800-452-4413 (TTY: 711)번으로 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시(PT) 사이에 전화해 주십시오. 이 전화는 무료입니다. **자세한 정보를 알아보려면**, blueshieldca.com/medicare에 방문해 주십시오.



- 해당 약품의 임시 공급분에 대한 보장을 저희에게 요청하십시오.
 - 경우에 따라 저희는 달력 연도의 첫 90일 동안 약품의 **임시** 공급분을 보장합니다.
 - 이 임시 공급분은 최대 30일 분량입니다. (임시 공급분을 받을 수 있는 시기 및 요청 방법에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내서 5장*을 참고해 주십시오.)
 - 귀하가 약품의 임시 공급분을 받는 경우, 임시 공급분이 소진되었을 때 어떻게 해야 하는지 담당 의사와 상담하십시오. 저희 플랜에서 보장하는 다른 약품으로 변경하거나, 현재 사용 중인 약품이 보장될 수 있도록 저희에게 예외를 요청하실 수 있습니다.
 - 처방집 예외 승인은 플랜 연도 말까지 유효합니다. 구체적인 만료일은 처방집 예외 승인 통지서를 확인하시기 바랍니다. 승인 기간이 종료되는데도 해당 약을 계속 사용하려면 처방집 예외 요청서를 다시 제출해야 합니다.

약품 비용 변경 사항

귀하는 Medi-Cal 자격 대상에 해당하므로, Medicare로부터 Medicare 파트 D 약품 비용을 부담하는 데 추가 지원을 받습니다. 저희는 귀하의 약품 혜택 적용에 대해 알려드리는 '처방약 비용 지불에 추가 지원을 받는 사람들을 위한 보험 혜택적용범위 증명 라이더'(또한 '저소득 보조금 라이더' 또는 'LIS 라이더'이라고도 함)이라고 하는 별도의 삽입 자료를 보내드렸습니다. 이 삽입 자료가 없는 경우, 고객 서비스부로 전화하여 'LIS 라이더'를 요청해 주십시오.

저희 플랜의 Medicare 파트 D 약품 보장에는 두 가지 지불 단계가 있습니다. 귀하가 부담하는 비용은 추가 지원 수준과 처방약을 조제받거나 리필받을 당시의 단계에 따라 달라집니다. 단계는 두 가지로, 다음과 같습니다.

1단계 최초 혜택 단계	2단계 위기 상황 혜택 단계
이 단계에서 저희 플랜이 귀하의 약품 비용의 일부를 부담하고, 귀하는 귀하의 부담액을 부담합니다. 귀하의 부담액을 코페이먼트라고 합니다. 귀하가 해당 연도에 최초로 처방약을 조제할 때 이 단계가 시작됩니다.	이 단계에서는 2027년 12월 31일까지 플랜이 귀하의 약품에 대한 모든 비용을 지불합니다. 귀하가 본인 지출액 비용을 특정 금액까지 지불한 후에 이 단계가 시작됩니다.

최초 혜택 단계는 약품에 대한 총 본인 지출액 비용이 **\$2,400**에 도달하면 종료됩니다. 그 시점에서 위기 상황 혜택 단계가 시작됩니다. 저희 플랜은 그때부터 해당 연도 말까지 귀하의 모든 약품 비용을 보장합니다. 귀하가 약품 비용으로 얼마를 지불하는지와 관련하여 자세한 정보를 알아보시려면 *가입자 안내서 6장*을 참고해 주십시오.

궁금한 점이 있으신 경우, Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan에 1-800-452-4413 (TTY: 711)번으로 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시(PT) 사이에 전화해 주십시오. 이 전화는 무료입니다. 자세한 정보를 알아보려면, blueshieldca.com/medicare에 방문해 주십시오.



제조사 할인 프로그램에 따라 약품 제조사는 최초 혜택 단계 및 위기 상황 혜택 단계 동안 보장되는 파트 D 브랜드명 약품 및 생물학적 제제에 대해 저희 플랜의 전체 비용 중 일부를 지불합니다. 제조사 할인 프로그램에 따라 제조사가 제공하는 할인 금액은 본인 지출액 비용에 포함되지 않습니다.

E3. 1단계: '최초 혜택 단계'

최초 보장 단계 동안 플랜은 보장되는 약품에 대해 비용 부담액을 지불하고 귀하는 귀하의 부담액을 지불합니다. 귀하의 부담액을 코페이먼트라고 합니다. 코페이먼트는 약품이 속한 비용 부담 약품군과 귀하가 약품을 받는 곳에 따라 달라집니다. 처방약을 조제받을 때마다 귀하는 코페이먼트를 지불합니다. 보장되는 약품 비용이 코페이먼트보다 적은 경우 귀하가 더 낮은 금액을 지불합니다.

저희는 **약품 목록**에 있는 일부 약품을 더 낮은 단계 또는 더 높은 단계의 약품 군으로 이동시켰습니다. 귀하의 약품이 다른 약품 군으로 이동한 경우 이는 귀하의 코페이먼트에 영향을 줄 수 있습니다. 귀하의 약품이 다른 약품 군에 있는지 알아보려면 저희 **약품 목록**에서 해당 약품을 찾아보십시오.

다음 표는 저희의 5가지 약품군 각각에 대한 표준 코페이먼트와 함께 네트워크 약국에서 조제한 1개월 분량에 대해 귀하가 부담하는 비용을 보여줍니다. 이 금액은 초기 보장 단계에 속한 동안에만 적용됩니다.

대부분의 성인 파트 D 백신은 무료로 보장됩니다. 장기 분량에 대한 정보 또는 가정 배송 처방약 비용에 대한 정보는 **가입자 안내서 6장 섹션 D**를 참고해 주십시오.

	2026(금년)	2027(내년)
1군 약품 <i>(선호 일반약)</i> 네트워크 약국에서 조제받은 1군 약품 1개월 분량에 대한 비용	1개월(30일)분에 대한 코페이먼트는 \$0입니다.	1개월(30일)분에 대한 코페이먼트는 \$0입니다.
2군 약품 <i>(일반약)</i> 네트워크 약국에서 조제받은 2군 약품 1개월 분량에 대한 비용	1개월(30일)분에 대한 코페이먼트는 \$0입니다.	1개월(30일)분에 대한 코페이먼트는 \$0입니다.

궁금한 점이 있으신 경우, Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan에 1-800-452-4413 (TTY: 711)번으로 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시(PT) 사이에 전화해 주십시오. 이 전화는 무료입니다. 자세한 정보를 알아보려면, blueshieldca.com/medicare에 방문해 주십시오.



	2026(금년)	2027(내년)
3군 약품 <i>(선호 브랜드 약품)</i> 네트워크 약국에서 조제받은 3군 약품 1개월 분량에 대한 비용	1개월(30일)분에 대한 코페이먼트는 \$0, \$5.10 또는 \$12.65 입니다.	추가 지원을 받는 경우, 귀하는 다음 금액을 부담합니다. 보장되는 일반약(일반약으로 취급되는 브랜드 약품 포함)의 경우, 귀하는 다음 중 하나를 부담합니다. • \$0.00 또는 • \$1.65 또는 • \$5.80 보장되는 기타 모든 약품의 경우, 귀하는 다음 중 하나를 부담합니다. • \$0.00 또는 • \$5.00 또는 • \$14.40 귀하가 추가 지원을 받는 경우, 해당 군에 속하는 보장되는 인슐린 제품 1개월 공급분당 \$0.00~\$14.40를 지불합니다. 추가 지원을 받을 자격 대상에 해당하지 않는 경우, 귀하는 보장되는 이 약품군의 인슐린 제품 한 달 공급분에 최대 \$35.00를, 두 달 공급분에 최대 \$70를, 세 달 공급분에 최대 \$105를 부담하며, 이 약품군의 보장되는 비인슐린 제품에는 17%의 공동보험료를 부담합니다. 약품에 대한 코페이먼트는 귀하가 받는 추가 지원 수준에 기초해 달라질 수 있습니다. 더 자세한 사항을 알아보시려면 플랜에 연락해 주십시오.

궁금한 점이 있으신 경우, Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan에 1-800-452-4413
 (TTY: 711)번으로 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시(PT) 사이에 전화해 주십시오. 이 전화는



무료입니다. 자세한 정보를 알아보려면, blueshieldca.com/medicare에 방문해 주십시오. 22

	2026(금년)	2027(내년)
4군 약품 <i>(비선택 약품)</i> 네트워크 약국에서 조제받은 4군 약품 1개월 분량에 대한 비용	1개월(30일)분에 대한 코페이먼트는 \$0, \$5.10 또는 \$12.65 입니다.	추가 지원을 받는 경우, 귀하는 다음 금액을 부담합니다. 보장되는 일반약(일반약으로 취급되는 브랜드 약품 포함)의 경우, 귀하는 다음 중 하나를 부담합니다. • \$0.00 또는 • \$1.65 또는 • \$5.80 보장되는 기타 모든 약품의 경우, 귀하는 다음 중 하나를 부담합니다. • \$0.00 또는 • \$5.00 또는 • \$14.40 귀하가 추가 지원을 받는 경우, 해당 군에 속하는 보장되는 인슐린 제품 1개월 공급분당 \$0.00~\$14.40를 지불합니다. 추가 지원을 받을 자격 대상에 해당하지 않는 경우, 귀하는 보장되는 이 약품군의 인슐린 제품 한 달 공급분에 최대 \$35.00를, 두 달 공급분에 최대 \$70를, 세 달 공급분에 최대 \$105를 부담하며, 이 약품군의 보장되는 비인슐린 제품에는 17%의 공동보험료를 부담합니다. 약품에 대한 코페이먼트는 귀하가 받는 추가 지원 수준에 기초해 달라질 수 있습니다. 더 자세한 사항을 알아보시려면 플랜에 연락해 주십시오.

궁금한 점이 있으신 경우, Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan에 1-800-452-4413
(TTY: 711)번으로 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시(PT) 사이에 전화해 주십시오. 이 전화는



무료입니다. 자세한 정보를 알아보려면, blueshieldca.com/medicare에 방문해 주십시오. 23

	2026(금년)	2027(내년)
5군 약품 (특수군 약품) 네트워크 약국에서 조제한 5군 약품 1개월 분량에 대한 비용	1개월(30일)분에 대한 코페이먼트는 \$0, \$5.10 또는 \$12.65 입니다.	추가 지원을 받는 경우, 귀하는 다음 금액을 부담합니다. 보장되는 일반약(일반약으로 취급되는 브랜드 약품 포함)의 경우, 귀하는 다음 중 하나를 부담합니다. • \$0.00 또는 • \$1.65 또는 • \$5.80 보장되는 기타 모든 약품의 경우, 귀하는 다음 중 하나를 부담합니다. • \$0.00 또는 • \$5.00 또는 • \$14.40 추가 지원 자격 대상에 해당하지 않는 경우 귀하는 이 약품군의 보장되는 각 제품에는 최대 25%의 공동보험료를 지불합니다. 약품에 대한 코페이먼트는 귀하가 받는 추가 지원 수준에 기초해 달라질 수 있습니다. 더 자세한 사항을 알아보시려면 플랜에 연락해 주십시오.

최초 혜택 단계는 총 본인 지출액 비용이 **\$2,400**에 도달하면 종료됩니다. 그 시점에서 위기 상황 혜택 단계가 시작됩니다. 플랜은 그때부터 해당 연도 말까지 귀하의 모든 약품 비용을 보장합니다. 플랜은 그때부터 해당 연도 말까지 귀하의 모든 파트 D 약품을 보장합니다. 귀하가 약품 비용으로 얼마를 지불하는지와 관련하여 자세한 정보를 알아보시려면 **가입자 안내서 6장**을 참고해 주십시오.

궁금한 점이 있으신 경우, Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan에 1-800-452-4413 (TTY: 711)번으로 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시(PT) 사이에 전화해 주십시오. 이 전화는 무료입니다. 자세한 정보를 알아보려면, blueshieldca.com/medicare에 방문해 주십시오.

E4. 2단계: '위기 상황 혜택 단계'

귀하가 처방약에 대한 본인 지출액 최대 한도 **\$2,400**에 도달하면 '위기 상황 혜택 단계'가 시작되며 귀하는 보장되는 파트 D 약품에 대해 비용을 전혀 부담하지 않습니다. 귀하는 해당 달력 연도 말까지 '위기 상황 혜택 단계'를 유지하게 됩니다.

위기 상황 혜택 단계에서 귀하가 부담하는 비용에 대한 자세한 정보는 **6장**을 참고해 주십시오.

F. 행정적 변경 사항

	2026(금년)	2027(내년)
다음 혜택에 대해 Flex Card를 사용하는 방법이 변경됩니다. - 일반의약품(OTC) 품목 - Medicare 비보장 청력 서비스 - 식품 및 농산물 SSBCI(자격 조건을 충족하는 경우)	귀하의 일반의약품(OTC) 혜택은 CVS가 관리합니다. OTC 품목 카탈로그를 통해 보장되는 OTC 품목을 주문할 수 있습니다. Medicare 비보장 청력 서비스와 식품 및 농산물 SSBCI(자격 조건을 충족하는 경우)는 Optum Financial, Inc.가 관리합니다.	귀하의 Flex Card와 Medicare 비보장 청력 서비스, OTC 품목과 식품 및 농산물 SSBCI(자격 조건을 충족하는 경우) 혜택은 PayForward가 관리합니다. 가입자 안내서와 OTC 품목 구매 방법이 포함된 카탈로그를 받으실 것입니다. 가입자 안내서에는 Medicare 비보장 청력 서비스를 받는 방법과 식품 및 농산물 SSBCI 혜택(자격 조건을 충족하는 경우)을 받는 방법 또한 나와 있습니다.

G. 플랜 선택하기

G1. 플랜을 그대로 유지하기

저희는 귀하께서 앞으로도 계속 저희 플랜의 가입자로 함께하시기를 바랍니다. 플랜을 유지하기 위해 따로 조치를 취하실 필요는 없습니다. 다른 Medicare 플랜에 가입하거나 Original Medicare로 변경을 하지 않는다면, 귀하는 자동으로 2027년에 저희 플랜 가입자로 유지됩니다.

G2. 플랜 변경하기

대부분의 Medicare 가입자는 연중 특정 시기에 회원 자격을 종료하실 수 있습니다.

궁금한 점이 있으신 경우, Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan에 1-800-452-4413 (TTY: 711)번으로 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시(PT) 사이에 전화해 주십시오. 이 전화는 무료입니다. 자세한 정보를 알아보려면, blueshieldca.com/medicare에 방문해 주십시오.

또한 다음 기간에는 저희 플랜 회원 자격을 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**. 이 기간 동안 새로운 플랜을 선택하시는 경우, 새로운 플랜에서의 귀하의 회원 자격은 다음 달 1일에 시작됩니다.
- 귀하는 Medi-Cal에 가입되어 있기 때문에, 연중 언제든지 저희 플랜 회원 자격을 종료하는 선택을 하실 수 있습니다.

귀하의 가입을 변경할 수 있는 자격이 되는 다른 상황이 있을 수도 있습니다. 예를 들면 다음과 같습니다.

- 저희 서비스 지역 밖으로 이사를 가신 경우
- Medi-Cal 또는 추가 지원에 대한 자격 여부가 변경된 경우, 또는
- 귀하가 최근에 시설(전문 간호 시설 또는 장기 요양 병원 등)에 입원했거나 현재 치료를 받고 있는 경우. 최근 시설에서 퇴소한 경우, 퇴소한 달의 다음 달부터 2개월 동안 플랜을 변경하거나 Original Medicare로 변경할 수 있습니다.

귀하의 Medicare 서비스

연중 어느 달에든 아래에 기재된 3가지 방법으로 Medicare 서비스를 받으실 수 있습니다.

귀하는 **정규 가입 기간** 및 **Medicare Advantage 정규 가입 기간** 또는 **섹션 G2**에 설명된 기타 상황을 포함해 연중 특정 시기에 아래에 기재된 추가 선택지를 이용하실 수 있습니다. 이 옵션 중 한 가지를 선택함으로써 저희 플랜에 대한 귀하의 회원 자격이 자동으로 종료됩니다.

1. 귀하는 다음으로 변경하실 수 있습니다.

Medi-Medi Plan은 Medicare Advantage Plan의 한 유형입니다. 이는 Medicare 및 Medi-Cal을 모두 이용하고 있고 Medicare와 Medi-Cal 혜택을 하나의 플랜으로 결합하는 사람들을 위한 것입니다. Medi-Medi Plan은 Medicare와 Medi-Cal의 모든 보장되는 서비스 또는 자격 대상에 해당하는 경우 노인을 위한 종합 돌봄 프로그램(PACE) 플랜을 포함해 두 프로그램 모두에 걸친 모든 혜택과 서비스를 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 전화해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오.

노인을 위한 종합 돌봄 프로그램(PACE)에 대한 문의는 1-855-921-PACE(7223) 번으로 전화해 주십시오.

도움이나 더 많은 정보가 필요하신 경우:

- 캘리포니아 건강보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP)에 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시 사이에 1-800-434-0222번으로 전화해 주십시오. 더 자세한 정보를 알아보거나 귀하가 거주하는 지역에 있는 HICAP 사무실을 찾아보려면 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/에 방문해 주십시오.

또는

새로운 Medi-Medi Plan에 가입하십시오.

귀하의 새로운 플랜의 보장이 시작되면 귀하는 자동으로 저희 플랜에서 탈퇴됩니다. 귀하의 Medi-Cal 플랜은 귀하의 Medi-Medi Plan에 따라 변경됩니다.

2. 귀하는 다음으로 변경하실 수 있습니다. 별도의 Medicare 약품 플랜이 있는 Original Medicare	취해야 할 조치: Medicare에 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오. 도움이거나 더 많은 정보가 필요하신 경우: • 캘리포니아 건강보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP)에 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시 사이에 1-800-434-0222번으로 전화해 주십시오. 더 자세한 정보를 알아보거나 귀하가 거주하는 지역에 있는 HICAP 사무실을 찾아보려면 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/에 방문해 주십시오. 또는 새로운 Medicare 처방약 플랜에 가입하십시오. 귀하의 Original Medicare(일반 Medicare) 보장이 시작되면 귀하는 자동으로 저희 플랜에서 탈퇴됩니다. 귀하가 변경을 요청하지 않는 한, 귀하의 Medi-Cal 플랜은 변경되지 않습니다.
---	---

3. 귀하는 다음으로 변경하실 수 있습니다.

유효한 탈퇴 사유가 있는 경우, 별도의 Medicare 약품 플랜이 없는 Original Medicare

주: 귀하가 Original 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 곳을 통해 약품 보장을 받는 경우에만 약품 보장을 취소해야 합니다. 약품 보장이 필요한지 여부에 대해 질문이 있는 경우, 캘리포니아 건강보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP)에 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시 사이에 1-800-434-0222번으로 전화해 주십시오. 더 자세한 정보를 알아보거나 귀하가 거주하는 지역에 있는 HICAP 사무실을 찾아보려면 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/에 방문해 주십시오.

취해야 할 조치:

Medicare에 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오.

도움이거나 더 많은 정보가 필요하신 경우:

- 캘리포니아 건강보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP)에 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시 사이에 1-800-434-0222번으로 전화해 주십시오. 더 자세한 정보를 알아보거나 귀하가 거주하는 지역에 있는 HICAP 사무실을 찾아보려면 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/에 방문해 주십시오.

귀하의 Original Medicare(일반 Medicare) 보장이 시작되면 귀하는 자동으로 저희 플랜에서 탈퇴됩니다.

귀하가 변경을 요청하지 않는 한, 귀하의 Medi-Cal 플랜은 변경되지 않습니다.

4. 귀하는 다음으로 변경하실 수 있습니다. 정규 가입 기간 및 Medicare Advantage 정규 가입 기간을 포함하는 연중 특정 시기에, 또는 섹션 G2에 설명된 기타 상황에서는 모든 Medicare 건강플랜	취해야 할 조치: Medicare에 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오. 노인을 위한 종합 돌봄 프로그램(PACE)에 대한 문의는 1-855-921-PACE(7223)로 전화해 주십시오. 도움이나 더 많은 정보가 필요하신 경우: 캘리포니아 건강보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP)에 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시 사이에 1-800-434-0222번으로 전화해 주십시오. 더 자세한 정보를 알아보거나 귀하가 거주하는 지역에 있는 HICAP 사무실을 찾아보려면 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/에 방문해 주십시오. 또는 새로운 Medicare 플랜에 가입하십시오. 새 플랜의 보장이 시작되면 귀하는 자동으로 Medicare 플랜에서 탈퇴됩니다. 귀하의 Medi-Cal 플랜은 변경될 수 있습니다.
--	--

귀하의 Medi-Cal 서비스

Medi-Cal 플랜을 선택하는 방법이나 저희 플랜을 탈퇴한 후 Medi-Cal 서비스를 받는 방법과 관련하여 질문이 있으시면 Health Care Options(건강관리옵션)에 1-800-430-4263번으로 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-800-430-7077번으로 전화해 주시기 바랍니다. 다른 플랜에 가입하거나 Original Medicare로 돌아가는 것이 귀하가 Medi-Cal 보장을 받는 방법에 어떤 영향을 미치는지 문의해 주십시오.

궁금한 점이 있으신 경우, Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan에 1-800-452-4413 (TTY: 711)번으로 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시(PT) 사이에 전화해 주십시오. 이 전화는 무료입니다. 자세한 정보를 알아보려면, blueshieldca.com/medicare에 방문해 주십시오.

H. 도움 받기

H1. 저희 플랜

궁금한 점이 있으시면 도와드리겠습니다. 명시된 운영 요일 및 시간에 페이지 하단에 있는 번호로 고객 서비스에 전화하십시오. 이러한 전화 통화는 무료입니다.

가입자 안내서를 읽어주십시오.

*가입자 안내서*는 저희 플랜의 혜택에 대한 법적 세부 설명서입니다. 2027년 혜택 및 비용에 대한 자세한 정보가 나와 있습니다. 안내서에서 귀하의 권리, 보장되는 서비스 및 약품을 받기 위해 준수해야 하는 규정을 설명합니다.

2027년 *가입자 안내서*는 10월 15일부터 제공될 예정입니다. *가입자 안내서* 최신 사본은 저희 웹사이트 blueshieldca.com/DSNPdocuments2027에서 확인하실 수 있습니다. 또한 페이지 하단에 있는 번호로 고객 서비스에 전화하여 저희에게 2027년 *가입자 안내서* 우편 발송을 요청하실 수도 있습니다.

저희 웹사이트

저희 웹사이트 blueshieldca.com/DSNP2027에서 확인하실 수 있습니다. 다시 한 번 말씀드리자면, 저희 웹사이트에는 의료제공자 및 약국 네트워크(*의료제공자 및 약국 명부*)와 약품 목록(*보장 약품 목록*)에 관한 최신 정보가 있습니다.

H2. 건강보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP)

귀하는 또한 주 건강보험 지원 프로그램(SHIP) 서비스에 전화하실 수 있습니다. 캘리포니아주에서는 SHIP을 건강보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP)이라고 합니다. HICAP 상담원들은 귀하가 플랜 선택 사항을 이해하실 수 있도록 도움을 드리고 플랜 변경에 대한 질문에 답변을 드릴 수 있습니다. HICAP은 저희나 어떤 보험사 또는 건강플랜과는 관계가 없습니다. HICAP은 모든 카운티에 훈련받은 상담사들을 두고 있으며 서비스는 무료입니다. HICAP 전화번호는 1-800-434-0222번입니다. 자세한 정보를 알아보시거나 귀하의 거주 지역에 있는 HICAP 사무실을 찾아보시려면 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/에 방문해 주십시오.

H3. 옴부즈맨 프로그램

저희 플랜과 관련하여 문제가 있는 경우 Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램에서 도움을 받으실 수 있습니다. 옴부즈맨 서비스는 무료이며 모든 언어로 제공합니다. Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램의 특징은 다음과 같습니다.

- 귀하에게 문제나 불만 제기 사항이 있는 경우 질문에 응답해 드릴 수 있으며 귀하가 취해야 할 조치를 이해하도록 도와드릴 수 있습니다.
- 귀하의 권리 및 보호와 관련한 정보와 귀하의 우려 사항을 해결할 수 있는 방법을 안내해 드립니다.

궁금한 점이 있으신 경우, Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan에 1-800-452-4413 (TTY: 711)번으로 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시(PT) 사이에 전화해 주십시오. 이 전화는 무료입니다. 자세한 정보를 알아보려면, blueshieldca.com/medicare에 방문해 주십시오.



- 저희나 다른 보험사 또는 건강플랜과는 관계가 없습니다. Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램의 전화번호는 1-855-501-3077입니다.

H4. Medicare

Medicare에서 직접 정보 받기:

- 주 7일, 하루 24시간, 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 전화해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오.
- 실시간 채팅은 www.Medicare.gov/talk-to-someone에서 하실 수 있습니다.
- PO Box 1270, Lawrence, KS 66044로 Medicare에 서신을 보내주십시오.

Medicare 웹사이트

Medicare 웹사이트(www.medicare.gov)를 방문하실 수 있습니다. 귀하가 저희 플랜에서 탈퇴하고 다른 Medicare 플랜에 가입하기로 선택한 경우, Medicare 웹사이트는 귀하가 플랜을 비교하는 데 도움이 되는 비용, 보장 내용, 품질 등급과 관련한 정보를 제공합니다.

Medicare 웹사이트의 Medicare Plan Finder(Medicare 플랜 검색기)를 이용해 귀하가 거주하는 지역에서 이용할 수 있는 Medicare 플랜에 대한 정보를 찾아보실 수 있습니다. (플랜에 관한 정보를 보시려면 www.medicare.gov에서 '플랜 찾기(Find plans)'를 클릭해 주십시오.)

Medicare & You 2027

Medicare & You 2027 안내서를 읽어보실 수 있습니다. Medicare를 보유한 사람들에게 매년 가을 이 책자가 우편 발송됩니다. 책자에는 Medicare 혜택, 권리 및 보호에 대한 요약과 Medicare와 관련하여 가장 자주 묻는 질문과 그에 대한 답변이 있습니다. 이 안내서는 스페인어, 중국어 및 베트남어로도 제공됩니다.

이 책자의 사본이 없으신 경우 Medicare 웹사이트(www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf)에서 확인하거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)번으로 전화해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오.

H5. 캘리포니아주 관리보건국

캘리포니아주 관리보건국은 의료 서비스 플랜 규제를 담당하고 있습니다. 건강플랜에 대한 이의제기 사항이 있는 경우, 해당 관리보건국에 연락하기 전에 **1-800-452-4413 (TTY: 711)**번으로 귀하의 건강플랜에 먼저 전화하여 플랜의 이의제기 절차를 거쳐야 합니다. 이의제기 절차를 이용하더라도 귀하가 이용할 수 있는 법적 권리 또는 구제수단이 있는 경우 이를 행사하는 데 영향을 미치지 않습니다. 응급 상황에 관련된 이의제기, 귀하의 건강플랜에서 만족스럽게 해결되지 않은 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 자격에 해당하는 경우, IMR 절차는

궁금한 점이 있으신 경우, Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan에 1-800-452-4413 (TTY: 711)번으로 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시(PT) 사이에 전화해 주십시오. 이 전화는 무료입니다. **자세한 정보를 알아보려면,** blueshieldca.com/medicare에 방문해 주십시오.



제기된 서비스 또는 치료의 의학적 필요성과 관련해 건강플랜이 내린 의학적 결정, 실험적 또는 조사적인 성격의 치료에 대한 보장 결정, 응급 또는 긴급 의학적 서비스에 대한 지급 분쟁을 공정하게 평가할 것입니다. 관리보건국은 또한 무료 전화(1-888-466-2219)와 청각 및 언어 장애인용 TDD 라인(1-877-688-9891)을 운영하고 있습니다. 관리보건국 인터넷 웹사이트 www.dmhca.gov에서는 불만 제기 양식, IMR 신청서 및 안내 사항을 온라인으로 제공합니다.

자세한 정보는 *가입자 안내서* 9장, **섹션 F4**를 참고해 주십시오.

H6. Medicare 처방약 지불 플랜

Medicare 처방약 지불 플랜은 귀하가 저희 플랜에서 보장되는 약품에 대한 본인 지출액 비용을 월 지불로 달력 연도(1월~12월)에 분산하여 관리할 수 있도록 도와주는 지불 옵션입니다.

Medicare 약품 플랜 또는 약품 보장이 되는 Medicare 건강플랜(예: 약품이 보장되는 Medicare Advantage Plan) 가입자는 누구나 이 지불 옵션을 사용할 수 있습니다. Medicare 처방약 지불 플랜에 참여 중이고 동일한 파트 D 플랜을 유지하는 경우, 2027년에도 계속 참여하기 위해 별도로 하실 일은 없습니다. 이 지불 옵션은 비용 관리에 도움이 될 수 있지만, 비용을 절약하거나 총 약품 비용을 줄여주지는 않습니다.

자격 대상에 해당하는 경우, Medicare의 '추가 지원'과 해당 주의 의약품 지원 프로그램(SPAP) 및 AIDS 약품 지원 프로그램(ADAP)의 지원을 받는 것이 Medicare 처방약 지불 플랜에 참여하는 것보다 더 유리합니다. 이 프로그램에 관하여 더 알아보시려면 본 페이지 하단에 있는 전화번호로 저희에게 연락하시거나 www.medicare.gov에서 확인해 주십시오.

PRA 공개 성명 1995년 서류 작업 감축법(Paperwork Reduction Act of 1995)에 따라, 유효한 OMB 관리 번호가 표시되지 않은 정보 수집에는 누구도 응답할 의무가 없습니다. 이 정보 수집에 대한 유효한 OMB 관리 번호는 0938-1444입니다. 이 양식의 개선에 관한 의견이나 제안이 있는 경우 다음 주소로 보내주십시오. CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850



blueshieldca.com/medicare

Blue Shield of California 6300 Canoga Avenue, Woodland Hills, CA 91367-2555