



2027 혜택 명세서

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (HMO D-SNP)

로스앤젤레스 및 샌디에고 카운티용 Medicare Advantage
처방약 플랜

효력일: 2027년 1월 1일~2027년 12월 31일

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan(HMO D-SNP), Medi-Medi Plan | 2027 혜택 명세서

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. 정보를 더 알아보시려면 www.blueshieldca.com/medicare에서 확인해 주십시오.

소개

본 문서는 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan에서 보장되는 혜택과 서비스에 대한 간략한 요약서입니다. 여기에는 자주 묻는 질문에 대한 답변, 중요 연락처, 제공 혜택 및 서비스 개요, Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 가입자의 권리에 대한 정보가 포함되어 있습니다. 주요 용어 및 그 정의는 *가입자 안내서*의 마지막 장에 가나다순으로 나와 있습니다.

목차

A. 면책 조항	3
B. 자주 묻는 질문(FAQ)	11
C. 보장되는 서비스 목록	15
D. Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 외부에서 보장되는 혜택	38
E. Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, Medicare, Medi-Cal에서 보장하지 않는 서비스	41
F. 플랜 가입자로서 귀하의 권리	41
G. 거부, 지연 또는 변경된 서비스에 대해 불만 제기 및 재고 요청을 하는 방법	43
H. 사기가 의심되는 경우	44

 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. 정보를 더 알아보시려면 www.blueshieldca.com/medicare에서 확인해 주십시오.

A. 면책 조항



본 문서는 2027년 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 보장 의료 서비스 요약서입니다. 이 설명서는 단지 요약본입니다. 전체 혜택 목록을 보시려면 *가입자 안내서*를 읽어 주십시오. 제공된 혜택 정보는 당사가 혜택을 적용하는 서비스 또는 제외나 제한 사항을 모두 나열하고 있지는 않습니다. 당사가 보장하는 서비스의 전체 목록을 원하시면 blueshieldca.com/DSNPdocuments2027에 있는 *가입자 안내서*를 참고하시거나, 고객 서비스부에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시(PT) 사이에 전화해 주십시오. 이 전화는 무료입니다. 주: *가입자 안내서*는 2026년 10월 15일까지 저희 웹사이트에서 이용하실 수 있습니다.

- ❖ Blue Shield of California는 Medicare 계약 및 캘리포니아주 Medicaid 프로그램과 계약을 맺은 HMO D-SNP 플랜입니다. Blue Shield of California 가입은 계약 갱신에 따릅니다.
- ❖ Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan은 처방약 혜택을 제공하는 파트 D 혜택을 포함하며, 이를 통해 하나의 플랜으로 보장되는 의료 및 처방약 모두를 편리하게 이용하실 수 있습니다.
- ❖ Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan에 가입하려면 귀하는 Medicare 파트 A 및 Medicare 파트 B가 모두 있고 Medi-Cal (Medicaid) 자격이 있으며 저희 서비스 지역에 거주하셔야 합니다. 저희 서비스 지역에는 로스앤젤레스와 샌디에이고 카운티가 포함됩니다.
- ❖ 언급된 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.
- ❖ 저희 플랜 소속 *의료제공자 명부*는 저희 웹사이트 blueshieldca.com/medicare/providerdirectory에서 찾아보실 수 있습니다.
- ❖ 저희 플랜 *약국 목록*은 웹사이트 blueshieldca.com/medpharmacy2027에서 찾아보실 수 있습니다.
- ❖ 보장되는 약품의 전체 최신 정보는 당사 웹사이트 blueshieldca.com/medformulary2027에서 확인하실 수 있습니다.
- ❖ Amazon Pharmacy는 Blue Shield of California와는 별개인 독립적인 회사로, Blue Shield 약국 혜택을 받는 가입자들에게 처방약의 가정 배송 서비스를 제공하기 위해 계약을 맺었습니다. 가입자들은 혜택 플랜 세부 사항에 명시된 바와 같이, 본인의 비용 부담금에 대한 책임이 있습니다.
- ❖ **Medicare**에 대한 더 자세한 정보를 알아보시려면 *Medicare & You* 안내서를 읽어주시기 바랍니다. 안내서에는 Medicare 혜택, 권리 및 보호에 대한 요약과 Medicare와 관련하여 가장 자주 묻는 질문과 그에 대한 답변이 있습니다. 안내서를 받으려면 Medicare 웹사이트(www.medicare.gov)를 확인하시거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하시면 됩니다(주 7일, 하루 24시간 운영). TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오. **Medi-Cal**에 대해 정보를 더

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. 정보를 더 알아보시려면 www.blueshieldca.com/medicare에서 확인해 주십시오.



알아보시려면 캘리포니아주 보건 의료 서비스부(DHCS) 웹사이트(www.dhcs.ca.gov/)에서 확인하시거나, Medi-Cal 옴부즈맨 사무국(1-888-452-8609)에 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시 사이에 연락하십시오. Medicare, Medi-Cal에 모두 가입한 사람을 위한 특별한 옴부즈맨 사무국(1-855-501-3077)에 월요일부터 금요일, 오전 9시부터 오후 5시 사이에 전화하실 수도 있습니다.

- ❖ The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability. La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental. 本公司遵守適用的州法律和聯邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。
- ❖ 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.

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: 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.

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. 정보를 더 알아보시려면 www.blueshieldca.com/medicare에서 확인해 주십시오.



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।

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. 정보를 더 알아보시려면 www.blueshieldca.com/medicare에서 확인해 주십시오.



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.

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. 정보를 더 알아보시려면 www.blueshieldca.com/medicare에서 확인해 주십시오.



ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-800-452-4413** (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນ ແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ 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 hluc mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzaih 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។

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. 정보를 더 알아보시려면 www.blueshieldca.com/medicare에서 확인해 주십시오.



مطلب به زبان فارسی (Persian (Farsi))

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

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.
정보를 더 알아보시려면 www.blueshieldca.com/medicare에서 확인해 주십시오.



แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-800-452-4413** (TTY: 711) นอกจากนี้ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง 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.

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. 정보를 더 알아보시려면 www.blueshieldca.com/medicare에서 확인해 주십시오.



- ❖ 본 문서는 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어 번체, 중국어 간체, 페르시아어, 한국어, 러시아어, 스페인어 또는 스페인 크리올어, 타갈로그어 및 베트남어로 무료로 제공됩니다.
- 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. 해당 요청을 하시려면 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 고객 서비스부에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시(PT) 사이에 전화해 주십시오. 고객 서비스부는 귀하가 선호하는 언어와 형식을 귀하가 업데이트를 원할 때까지 기록으로 보관합니다.
- 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.

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. 정보를 더 알아보시려면 www.blueshieldca.com/medicare에서 확인해 주십시오.

B. 자주 묻는 질문(FAQ)

아래 표는 자주 묻는 질문 목록입니다.

자주 묻는 질문	답변
Medi-Medi Plan이란 무엇입니까?	Medi-Medi Plan 플랜은 Medicare, Medi-Cal 모두와 계약을 맺어 가입자에게 두 프로그램의 혜택을 함께 제공하는 건강플랜입니다. 이는 21세 이상을 대상으로 합니다. Medi-Medi 플랜은 의사, 병원, 약국, 장기 요양 서비스 및 지원(LTSS) 의료제공자 및 기타 의료제공자로 구성된 조직입니다. 또한 귀하가 모든 의료제공자, 서비스, 지원을 관리하는 것을 도와드리는 케어 코디네이터가 있습니다. 이들은 모두 귀하에게 필요한 케어 를 제공하기 위해 협력합니다.
Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan에서 내가 현재 받는 것과 동일한 Medicare 및 Medi-Cal 혜택을 받을 수 있습니까?	보장되는 Medicare 및 Medi-Cal 혜택의 대부분을 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan에서 직접 받으시게 됩니다. 귀하의 필요에 가장 잘 부합하는 서비스가 무엇인지 판단하는 데 도움을 드리는 의료제공자 팀과 협력할 것입니다. 이는 귀하가 현재 받고 있는 서비스 중 일부가 귀하의 필요와 담당 의사 및 케어 팀의 평가에 따라 변경될 수 있다는 것을 의미합니다. 또한 가정 내 지원 서비스(IHSS), 전문 정신 건강 및 물질 사용 장애 서비스 또는 지역 센터 서비스 등 주정부 또는 카운티 기관에서 현재와 동일한 방식으로 직접 건강플랜 외의 다른 혜택을 받으실 수도 있습니다. Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan에 가입하시면, 귀하와 케어 팀은 귀하의 개인적 선호와 목표를 반영해 건강 및 지원 필요를 해결하기 위한 개별 케어 계획을 함께 수립합니다. Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan에서 일반적으로 보장하지 않는 Medicare 파트 D 약품을 투여받고 있는 경우, 임시 공급분을 받을 수 있으며 저희는 귀하가 다른 약품으로 전환하거나 의학적으로 필요한 경우 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan에서 예외 적용하여 해당 약품을 보장받을 수 있도록 도와드립니다. 더 알아보시려면, 고객 서비스부에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 전화해 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. 정보를 더 알아보시려면 www.blueshieldca.com/medicare에서 확인해 주십시오.



자주 묻는 질문	답변
현재 진료받고 있는 의사에게 계속 진료를 받을 수 있습니까?	대부분의 경우, 그렇습니다. 귀하의 의료제공자들(의사, 병원, 치료사, 약국, 기타 의료제공자 포함)이 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan과 협력하며 저희와 계약을 맺고 있는 경우, 귀하는 이들의 서비스를 계속 이용하실 수 있습니다. • 저희와 계약을 맺은 의료제공자는 '네트워크 내' 의료제공자입니다. 네트워크 의료제공자는 저희 플랜에 참여합니다. 이는 이들이 저희 플랜의 가입자들을 받고 저희 플랜에서 보장하는 서비스를 제공한다는 것을 의미합니다. 반드시 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 네트워크 내 의료제공자를 이용하셔야 합니다. 저희 네트워크에 속하지 않은 의료제공자 또는 약국을 이용하시는 경우, 플랜은 해당 서비스 또는 약품에 대한 비용을 부담하지 않을 수 있습니다. • 긴급 또는 응급 치료 또는 서비스 지역 외 투석 서비스가 필요한 경우 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan의 플랜 외부 의료제공자를 이용하실 수 있습니다. • 귀하가 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan의 네트워크에 속하지 않은 의료제공자에게 현재 치료를 받고 있거나, 지속적으로 진료 관계를 맺고 있는 경우, 고객 서비스부에 연락하여 진료를 계속 받을 수 있는지 확인하고 연속 진료를 요청해 주십시오. 귀하, 귀하의 승인된 대리인 또는 담당 의료제공자는 다음의 경우, 네트워크 외 의료제공자에게 연속 진료를 요청할 수 있습니다. ○ 저희 플랜에 가입하기 전 지난 12개월 동안 1차 또는 전문의 의료제공자를 비용급 방문으로 진료받으신 경우, 귀하와 귀하의 의료제공자는 연속 진료를 요청할 수 있습니다. ○ 귀하의 의료제공자가 저희 플랜의 지급 기준을 수용하고, 저희가 비용을 지급할 수 없을 정도의 문서화된 진료 품질 문제가 없는 경우에는 저희 플랜에 가입한 후에도 해당 주치의 또는 전문의에게 추가 12개월 동안 계속 진료를 받으실 수 있습니다. 담당 의사가 플랜 네트워크에 포함되어 있는지 확인하시려면 고객 서비스부에 1-800-452-4413(TTY: 711)로 전화하시거나 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan의 웹사이트(blueshieldca.com/medicare/providerdirectory)에서 <i>의료제공자 명부</i>를 확인해 주십시오. Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan의 신규 가입자이신 경우, 저희는 귀하의 필요를 해결하기 위해 개별 케어 계획을 함께 수립합니다.



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. 정보를 더 알아보시려면 www.blueshieldca.com/medicare에서 확인해 주십시오.

자주 묻는 질문	답변
Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 케어 코디네이터란 무엇입니까?	Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 케어 코디네이터는 귀하가 주로 연락하게 되는 담당자입니다. 케어 코디네이터는 귀하의 모든 의료제공자와 진료를 관리하고 필요한 지원을 받을 수 있도록 도와드립니다.
장기 요양 서비스 및 지원(LTSS)이란 무엇입니까?	장기 요양 서비스 및 지원(LTSS)은 목욕, 배변, 옷 입기, 요리하기, 약 복용과 같은 일상 생활을 하는데 도움이 필요한 사람들을 위한 지원입니다. 이러한 서비스의 대부분은 귀하의 가정이나 커뮤니티에서 제공되지만, 요양원 또는 병원에서 제공될 수도 있습니다. 어떤 경우에는 카운티나 기타 기관이 이러한 서비스를 관리할 수 있으며 담당 케어 코디네이터 또는 케어 팀이 해당 기관과 협력합니다.
다목적 노인 서비스 프로그램(MSSP)이란 무엇입니까?	MSSP는 건강플랜에서 이미 제공하는 범위를 넘어 의료제공자와의 지속적인 진료 조정을 제공하고 필요한 경우 다른 커뮤니티 서비스 및 자원과도 연계해 드릴 수 있습니다. 이 프로그램은 귀하가 집에서 독립적으로 생활하는 데 도움이 되는 서비스를 받을 수 있도록 도와드립니다.
서비스가 필요하지만 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan의 네트워크 내에 해당 서비스를 제공할 수 있는 제공자가 없는 경우 어떻게 됩니까?	서비스 대부분은 저희 네트워크 의료제공자가 제공합니다. 귀하에게 저희 네트워크 내에서 제공할 수 없는 서비스가 필요한 경우, Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan은 네트워크 외 의료제공자 비용을 지불합니다.
Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan은 어디에서 이용할 수 있습니까?	본 플랜은 다음 서비스 지역에서 가입할 수 있습니다. 캘리포니아주의 로스앤젤레스 카운티 및 샌디에이고 카운티. 플랜에 가입하려면 반드시 이 지역 중 한 곳에 거주하셔야 합니다.

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.

정보를 더 알아보시려면 www.blueshieldca.com/medicare에서 확인해 주십시오.



자주 묻는 질문	답변
사전 승인이란 무엇입니까?	사전 승인이란 저희 네트워크 외부에서 서비스를 받으려 하거나 저희 네트워크에서 일반적으로 보장되지 않는 서비스를 받고자 할 때 해당 서비스를 받기 전에 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan로부터 받는 승인을 의미합니다. 귀하가 사전 승인을 받지 않으면 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan은 해당 서비스, 시술, 항목, 또는 약품을 보장하지 않을 수 있습니다. 긴급 또는 응급 치료 또는 서비스 지역 외 투석 서비스가 필요한 경우, 귀하는 사전 승인을 먼저 받으실 필요가 없습니다. Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan은 서비스가 제공되기 전에 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan으로부터 사전 승인을 받아야 하는 서비스 또는 시술 목록을 귀하 또는 귀하의 의료제공자에게 제공할 수 있습니다. 특정 서비스, 시술, 항목 또는 약품의 사전 승인 필요 여부에 관해 궁금한 점이 있으신 경우, 고객 서비스부에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.
진료의뢰는 무엇입니까?	진료의뢰는 담당 주치의가 아닌 사람에게 진료를 받으려 갈 때 담당 주치의의 승인이 반드시 필요하다는 점을 의미합니다. 진료의뢰는 사전 승인과는 다릅니다. 귀하가 담당 주치의에게 진료의뢰를 받지 못한 경우, Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan은 해당 서비스를 보장하지 않을 수 있습니다. Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan은 서비스를 제공하기 전에 귀하가 담당 PCP에게 진료의뢰서를 받아야 하는 서비스 목록을 귀하에게 제공할 수 있습니다. PCP에게 진료의뢰를 요청해야 하는 경우를 자세히 알아보시려면 <i>가입자 안내서</i>를 참고해 주십시오.
Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 가입자는 월정액(보험료라고도 함)을 납부해야 합니까?	아니요. 귀하는 Medi-Cal에 가입되어 있으므로 Medicare 파트 B 보험료를 포함해 건강보험 월 보험료를 납부하지 않으셔도 됩니다.
Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 가입자는 공제액을 부담해야 합니까?	아니요. Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan에 가입하신 경우 공제액을 부담하지 않으셔도 됩니다.

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. 정보를 더 알아보시려면 www.blueshieldca.com/medicare에서 확인해 주십시오.



자주 묻는 질문	답변
Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan의 가입자로서 의료 서비스에 대해 부담하게 되는 최대 본인 지출 금액은 얼마입니까?	Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan에서는 의료 서비스에 대한 비용 부담이 없으므로, 연 본인 지출액 비용은 \$0입니다.

C. 보장되는 서비스 목록

다음 표에서는 귀하가 필요할 수 있는 서비스, 귀하가 부담하는 비용 및 혜택에 적용되는 규정을 간략하게 확인하실 수 있습니다.

의료적 필요 또는 우려 사항	귀하에게 필요할 수 있는 서비스	네트워크 내 의료제공자 이용 시 귀하가 부담하는 비용	제한, 예외, 혜택 정보 (혜택에 관한 규정)
병원 진료가 필요한 경우	병원 입원	\$0	Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan은 병원 입원 일수에 대해 무제한으로 보장합니다. 승인 규정이 적용될 수 있습니다. 진료의뢰 요건이 적용될 수 있습니다.
	의사 또는 외과의 진료	\$0	의사 및 외과의 진료는 귀하의 병원 입원의 일부로 제공됩니다.
	관찰을 포함한 외래 병원 서비스	\$0	승인 규정이 적용될 수 있습니다. 진료의뢰 요건이 적용될 수 있습니다.
	응급 수술 센터(ASC) 서비스	\$0	승인 규정이 적용될 수 있습니다. 진료의뢰 요건이 적용될 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.

정보를 더 알아보시려면 www.blueshieldca.com/medicare에서 확인해 주십시오.



의료적 필요 또는 우려 사항	귀하에게 필요할 수 있는 서비스	네트워크 내 의료제공자 이용 시 귀하가 부담하는 비용	제한, 예외, 혜택 정보 (혜택에 관한 규정)
의사에게 진료를 받고자 하는 경우	부상 또는 질환 치료를 위한 방문	\$0	반드시 네트워크에 속하는 의사, 전문의, 병원에서 진료를 받으셔야 합니다. 승인 규정이 적용될 수 있습니다. 네트워크에 속한 병원과 전문의의 진료를 받으려면 진료의뢰가 필요합니다(일부 혜택의 경우).
	전문의 진료	\$0	반드시 네트워크에 속하는 의사, 전문의, 병원에서 진료를 받으셔야 합니다. 승인 규정이 적용될 수 있습니다. 네트워크에 속한 병원과 전문의의 진료를 받으려면 진료의뢰가 필요합니다(일부 혜택의 경우).
	웰니스 방문 (신체 검사 등)	\$0	반드시 네트워크에 속하는 의사, 전문의, 병원에서 진료를 받으셔야 합니다.
	독감 예방접종 및 암 선별검사와 같은 질병 예방을 위한 진료	\$0	Original Medicare(일반 Medicare) 또는 Medi-Cal에서 보장되는 모든 예방 서비스에 적용됩니다.
	"Welcome to Medicare" (1회 한정 예방 진료)	\$0	진료에는 다음이 포함됩니다. • 귀하의 건강 검진 • 귀하에게 필요한 예방 서비스(선별검사 및 예방접종 포함)에 대한 교육 및 상담 • 귀하에게 필요한 경우 다른 진료에 대한 진료의뢰. 주: 저희는 귀하가 Medicare 파트 B를 보유한 최초 12개월 동안에만 "Welcome to Medicare" 예방 진료를 보장합니다. 귀하가 진료를 예약하는 경우 귀하의 담당 의사 진료소에 "Welcome to Medicare" 예방 진료(preventive visit)를 예약하고 싶다고 알려주시기 바랍니다.

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.

정보를 더 알아보시려면 www.blueshieldca.com/medicare에서 확인해 주십시오.



의료적 필요 또는 우려 사항	귀하에게 필요할 수 있는 서비스	네트워크 내 의료제공자 이용 시 귀하가 부담하는 비용	제한, 예외, 혜택 정보 (혜택에 관한 규정)
응급 치료가 필요한 경우	응급실 서비스	\$0	합리적으로 응급 치료가 필요하다고 판단한 경우 어느 응급실에서나 진료를 받으실 수 있습니다. 귀하는 사전 승인 없이 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 네트워크에 속하지 않은 응급실 서비스를 이용하실 수 있습니다.
	긴급 치료	\$0	긴급 치료는 응급 치료가 아닙니다. 긴급 치료는 상태, 질환 또는 부상이 생명을 위협하지 않으나, 즉각적인 의학적 치료가 필요한 경우입니다. 귀하는 사전 승인 없이 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 네트워크에 속하지 않은 긴급 치료 서비스를 이용하실 수 있습니다.
의학적 검사가 필요한 경우	진단 방사선 서비스 (예: 엑스레이 또는 CAT 스캔 또는 MRI 등과 같은 기타 영상 서비스)	\$0	승인 규정이 적용될 수 있습니다. 진료의뢰 요건이 적용될 수 있습니다.
	혈액 검사와 같은 검사실 검사 및 진단 절차	\$0	승인 규정이 적용될 수 있습니다. 진료의뢰 요건이 적용될 수 있습니다.
청력 또는 청각 서비스가 필요한 경우 (다음 페이지에 계속)	청각 검진	\$0	청각 및 균형 문제 진단과 치료를 위한 검사 진료의뢰 요건이 적용될 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.

정보를 더 알아보시려면 www.blueshieldca.com/medicare에서 확인해 주십시오.



의료적 필요 또는 우려 사항	귀하에게 필요할 수 있는 서비스	네트워크 내 의료제공자 이용 시 귀하가 부담하는 비용	제한, 예외, 혜택 정보 (혜택에 관한 규정)
청력 또는 청각 서비스가 필요한 경우(계속)	청력 서비스 (Medicare 비보장)	\$0	연간 \$1,500의 허용액이 제공되며 일반 청각 검사 1회(Medicare 비보장), 보청기 최대 2대(양쪽 귀 합산 적용), 보청기 피팅 및 평가 최대 2회까지 사용할 수 있습니다. 이 허용액은 다음 해로 이월할 수 없습니다. 귀하가 선택한 보청기 의료제공자를 통해 이러한 서비스를 받으실 수 있습니다. 보장되는 청각 서비스에 대한 비용 지원을 위해 허용액이 미리 충전된 Flex Card를 우편으로 보내드립니다.
치과 진료에 필요한 경우(다음 페이지에 계속)	치과 검진 및 예방 진료	\$0	Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan은 Medi-Cal Dental 프로그램에 포함되지 않은 치과 서비스를 제공합니다. <i>가입자 안내서</i> 4장을 참고해 주십시오. Medi-Cal은 모든 가입자의 치과 검진 및 예방 치과 치료를 보장합니다. Medi-Cal Dental 프로그램에서 보장되는 서비스의 전체 목록을 확인하시려면 1-800-322-6384 (TTY: 1-800-735-2922)번으로 전화하시거나 Smile, California 웹사이트 https://smilecalifornia.org를 방문해 주십시오. 이러한 자료는 귀하가 Medi-Cal Dental 의료제공자를 찾는 데 도움을 줄 수 있으며 Medi-Cal Dental 프로그램 서비스와 관련된 이의제기 또는 불만 제기를 하는 데에도 활용하실 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. 정보를 더 알아보시려면 www.blueshieldca.com/medicare에서 확인해 주십시오.



의료적 필요 또는 우려 사항	귀하에게 필요할 수 있는서비스	네트워크 내 의료제공자 이용 시 귀하가 부담하는 비용	제한, 예외, 혜택 정보 (혜택에 관한 규정)
치과 진료에 필요한 경우(계속)	수복 및 응급 치과 진료	\$0	Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan은 Medi-Cal Dental 프로그램에서 보장하지 않는 치과 서비스를 제공합니다. Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan이 보장하는 내용 및 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan이 Medi-Cal Dental 프로그램과 연계하는 방식에 대한 자세한 정보는 <i>가입자 안내서</i>의 4장을 참고해 주십시오. Medi-Cal은 모든 가입자에게 “재건” 및 응급 치과 치료를 보장합니다. Medi-Cal Dental 프로그램에서 보장되는 서비스의 전체 목록을 확인하시려면 1-800-322-6384 (TTY: 1-800-735-2922)번으로 전화하시거나 Smile, California 웹사이트 https://smilecalifornia.org를 방문해 주십시오. 이러한 자료는 귀하가 Medi-Cal Dental 의료제공자를 찾는 데 도움을 줄 수 있으며 Medi-Cal Dental 프로그램 서비스와 관련된 이의제기 또는 불만 제기를 하는 데에도 활용하실 수 있습니다.
안과 진료에 필요한 경우(다음 페이지에 계속)	눈 검사	\$0	눈 질환이나 눈 이상을 진단하고 치료하기 위한 눈 검사에는 담당 의사의 진료의뢰가 필요할 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.

정보를 더 알아보시려면 www.blueshieldca.com/medicare에서 확인해 주십시오.



의료적 필요 또는 우려 사항	귀하에게 필요할 수 있는 서비스	네트워크 내 의료제공자 이용 시 귀하가 부담하는 비용	제한, 예외, 혜택 정보 (혜택에 관한 규정)
안과 진료가 필요한 경우(계속)	안경 또는 콘택트렌즈	\$0	네트워크 의료제공자를 이용하는 경우, 저희 플랜은 매년 안경테 하나(정상 소매 가격 기준 최대 \$500)에 대한 비용을 부담합니다. 안경테 가격이 \$500을 초과하면, 그 차액은 귀하가 부담하셔야 합니다. 네트워크 의료제공자를 이용하는 경우, 저희 플랜은 매년 처방 안경 렌즈 1쌍(크기나 도수 무관) 또는 콘택트렌즈(콘택트렌즈 서비스 및 재료 비용 기준 최대 \$500) 중 한 가지 비용을 부담합니다. 만약 \$500를 초과하는 가격의 서비스 또는 재료를 선택하는 경우, 그 차액은 귀하가 부담하셔야 합니다.
정신 건강 서비스가 필요한 경우 (다음 페이지에 계속)	정신 건강 서비스	\$0	Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan은 대부분의 Medicare, Medi-Cal 정신 건강 서비스를 보장하지만, 일부 전문 정신 건강 서비스와 물질 사용 장애 서비스는 주정부 또는 카운티 기관을 통해 플랜 외부에서 제공합니다. 이러한 서비스에 대한 자세한 내용은 본 문서의 섹션 D를 참고해 주십시오. 승인 규정이 적용될 수 있습니다. 진료의뢰 요건이 적용될 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.

정보를 더 알아보시려면 www.blueshieldca.com/medicare에서 확인해 주십시오.



의료적 필요 또는 우려 사항	귀하에게 필요할 수 있는 서비스	네트워크 내 의료제공자 이용 시 귀하가 부담하는 비용	제한, 예외, 혜택 정보 (혜택에 관한 규정)
정신 건강 서비스가 필요한 경우(계속)	정신 건강 서비스가 필요한 사람들을 위한 입원 및 외래 진료 및 커뮤니티 기반 서비스	\$0	보장되는 서비스에는 병원 입원이 필요한 정신 건강 의료 서비스가 포함됩니다. 귀하에게 독립 정신 병원에서 입원 서비스가 필요한 경우 저희는 최초 190일까지 비용을 부담합니다. 그 이후 지역 카운티 정신 건강 기관에서 의학적으로 필요한 입원 정신과 서비스에 대해 비용을 부담합니다. 190일이 넘는 진료에 대한 승인은 지역 카운티 정신 건강 기관에서 조정합니다. 190일 한도는 종합병원 내 정신과 병동에서 제공하는 입원 정신 건강 서비스에는 적용되지 않습니다. 귀하가 65세 이상인 경우, 저희는 정신 질환 시설(IMD)에서 받은 서비스 비용을 부담합니다. 일부 전문 정신 건강 서비스와 물질 사용 장애 서비스는 주정부 또는 카운티 기관을 통해 플랜 외부에서 제공됩니다. 이러한 서비스에 대한 자세한 내용은 이 문서의 섹션 D를 참고해 주십시오. 승인 규정이 적용될 수 있습니다. 진료의뢰 요건이 적용될 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.

정보를 더 알아보시려면 www.blueshieldca.com/medicare에서 확인해 주십시오.



의료적 필요 또는 우려 사항	귀하에게 필요할 수 있는서비스	네트워크 내 의료제공자 이용 시 귀하가 부담하는 비용	제한, 예외, 혜택 정보 (혜택에 관한 규정)
물질 사용 장애 서비스가 필요한 경우	물질 사용 장애 서비스	\$0	저희는 다음 서비스에 대한 비용 부담 및 여기에 기재되지 않은 다른 서비스에 대한 비용을 부담할 수도 있습니다. - 알코올 남용 선별검사 및 상담 - 약물 남용 치료 - 자격을 갖춘 임상 의사가 수행하는 그룹 또는 개인 상담 - 거주형 중독 프로그램에서 받는 아급성 해독 치료 - 집중 외래 치료 센터에서 받는 알코올 및/또는 약물 서비스 - 서방형 Naltrexone(vivitrol) 치료 해당 카운티 기관은 또한 의학적 필요 규정을 충족하는 가입자에게 Medi-Cal에서 보장하는 물질 사용 장애 서비스를 제공합니다. 이러한 서비스에 대한 자세한 내용은 본 문서의 섹션 D를 참고해 주십시오. 승인 규정이 적용될 수 있습니다. 진료의뢰 요건이 적용될 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. 정보를 더 알아보시려면 www.blueshieldca.com/medicare에서 확인해 주십시오.



의료적 필요 또는 우려 사항	귀하에게 필요할 수 있는 서비스	네트워크 내 의료제공자 이용 시 귀하가 부담하는 비용	제한, 예외, 혜택 정보 (혜택에 관한 규정)
귀하를 도와줄 수 있는 사람과 거주할 장소가 필요한 경우	전문 간호 서비스	\$0	Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan은 전문 간호 시설(SNF) 입소 일수에 제한 없이 보장합니다. 승인 규정이 적용될 수 있습니다. 진료의뢰 요건이 적용될 수 있습니다.
	요양원 간호	\$0	승인 규정이 적용될 수 있습니다. 진료의뢰 요건이 적용될 수 있습니다.
	성인 위탁가정 보호 및 그룹 성인 위탁가정 보호	\$0	승인 규정이 적용될 수 있습니다. 진료의뢰 요건이 적용될 수 있습니다.
뇌졸중 또는 사고 이후 치료가 필요한 경우	작업치료, 물리치료 또는 언어치료	\$0	승인 규정이 적용될 수 있습니다. 진료의뢰 요건이 적용될 수 있습니다.
의료 서비스를 받는 데 도움이 필요한 경우	구급차 서비스	\$0	승인 규정이 적용될 수 있습니다. 진료의뢰 요건이 적용될 수 있습니다.
	응급 교통편	\$0	승인 규정이 적용될 수 있습니다.
	의료 예약 및 서비스를 위한 교통편	\$0	Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan은 비응급 의료 교통편 및 비의료 교통편에 대해 플랜에서 승인한 의료 관련 장소를 목적지로 하는 편도 이동을 연간 합산 최대 24회까지 보장합니다. 각 이동 거리는 70마일을 초과할 수 없습니다. 편도 24회를 모두 사용한 이후에는, Medi-Cal에서 승인한 장소까지의 이동을 횟수 제한 없이 보장합니다. 승인 규정이 적용될 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.

정보를 더 알아보시려면 www.blueshieldca.com/medicare에서 확인해 주십시오.



의료적 필요 또는 우려 사항	귀하에게 필요할 수 있는 서비스	네트워크 내 의료제공자 이용 시 귀하가 부담하는 비용	제한, 예외, 혜택 정보 (혜택에 관한 규정)
질환 또는 증상 치료를 위해 약품이 필요한 경우(다음 페이지에 계속)	Medicare 파트 B 약품	\$0	파트 B 약품에는 귀하의 담당 의사 진료소에서 제공된 약품, 일부 구강암 약품 및 특정 의료 장비와 함께 사용하는 약품이 포함됩니다. 이러한 약품에 대한 자세한 정보를 알아보시려면 <i>가입자 안내서</i> 를 확인해 주십시오. 승인 규정이 적용될 수 있습니다.
	Medicare 파트 D 약품		보장되는 약품 유형에 대한 제한이 있을 수 있습니다. 자세한 내용은 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan의 <i>보장 약품 목록(약품 목록)</i> 을 참고하십시오.
	1군: 선호 일반약 (선호 일반약 포함) 2군: 일반약 (일반약, 바이오시밀러 포함)	30일 분량 \$0. 30일 분량 \$0.	귀하 또는 귀하를 대신한 다른 사람이 \$2,400 을 지불하면 귀하는 위기 상황 혜택 단계에 도달하며 이후 모든 Medicare 약품에 대해 \$0를 지불합니다. 해당 단계와 관련한 정보를 더 알아보시려면 <i>가입자 안내서</i> 를 확인해 주십시오. 1, 2, 3, 4군에 해당하는 약품의 경우 네트워크 소매 약국 및 가정 배송 약국에서 장기 분량을 처방받을 수 있습니다. 이러한 장기 공급분의 비용 부담은 1개월분과 동일합니다. 5군 약품은 장기 공급분으로 제공하지 않습니다. 더 자세한 정보를 알아보시려면 플랜에 연락해 주십시오. 네트워크 소매 약국 또는 가정 배송 약국에서 약품을 받으실 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.

정보를 더 알아보시려면 www.blueshieldca.com/medicare에서 확인해 주십시오.



의료적 필요 또는 우려 사항	귀하에게 필요할 수 있는 서비스	네트워크 내 의료제공자 이용 시 귀하가 부담하는 비용	제한, 예외, 혜택 정보 (혜택에 관한 규정)
질환 또는 증상 치료를 위해 약품이 필요한 경우(다음 페이지에 계속)	3군: 선호 브랜드 약품 (선호 브랜드 약물, 바이오시밀러, 일부 일반약 포함)	추가 지원을 받는 경우: 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 약품: • \$0.00 또는 • \$5.00 또는 • \$14.40 추가 지원을 받으시는 경우, 귀하는 이 약품군의 보장되는 인슐린 제품 한 달 공급분에 각각 \$0.00~\$14.40를 지불합니다.	

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. 정보를 더 알아보시려면 www.blueshieldca.com/medicare에서 확인해 주십시오.



의료적 필요 또는 우려 사항	귀하에게 필요할 수 있는 서비스	네트워크 내 의료제공자 이용 시 귀하가 부담하는 비용	제한, 예외, 혜택 정보 (혜택에 관한 규정)
질환 또는 증상 치료를 위해 약품이 필요한 경우(다음 페이지에 계속)		추가 지원 자격 요건을 충족하지 못하는 경우, 이 등급에 포함된 각 인슐린 보장 품목에 대해서는 1개월분은 \$35.00, 2개월분은 \$70, 3개월분은 \$105 중 가장 낮은 금액, 또는 이 등급에 포함된 각 비인슐린 보장 품목에 대해서는 17%의 공동보험료 중 더 낮은 금액을 초과하여 지불하지 않습니다. 약품에 대한 코페이먼트는 귀하가 받는 추가 지원 수준에 따라 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. 정보를 더 알아보시려면 www.blueshieldca.com/medicare에서 확인해 주십시오.



의료적 필요 또는 우려 사항	귀하에게 필요할 수 있는 서비스	네트워크 내 의료제공자 이용 시 귀하가 부담하는 비용	제한, 예외, 혜택 정보 (혜택에 관한 규정)
질환 또는 증상 치료를 위해 약품이 필요한 경우(다음 페이지에 계속)	4군: 비선택 약품 (비선택 브랜드 약품, 바이오시밀러, 일부 일반약 포함)	추가 지원을 받는 경우: 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 약품: • \$0.00 또는 • \$5.00 또는 • \$14.40 추가 지원을 받으시는 경우, 귀하는 이 약품군의 보장되는 인슐린 제품 한 달 공급분에 각각 \$0.00~\$14.40를 지불합니다.	

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. 정보를 더 알아보시려면 www.blueshieldca.com/medicare에서 확인해 주십시오.



의료적 필요 또는 우려 사항	귀하에게 필요할 수 있는서비스	네트워크 내 의료제공자 이용 시 귀하가 부담하는 비용	제한, 예외, 혜택 정보 (혜택에 관한 규정)
질환 또는 증상 치료를 위해 약품이 필요한 경우(다음 페이지에 계속)		추가 지원 자격 요건을 충족하지 못하는 경우, 이 등급에 포함된 각 인슐린 보장 품목에 대해서는 1개월분은 \$35.00, 2개월분은 \$70, 3개월분은 \$105 중 가장 낮은 금액, 또는 이 등급에 포함된 각 비인슐린 보장 품목에 대해서는 17%의 공동보험료 중 더 낮은 금액을 초과하여 지불하지 않습니다. 약품에 대한 코페이먼트는 귀하가 받는 추가 지원 수준에 따라 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. 정보를 더 알아보시려면 www.blueshieldca.com/medicare에서 확인해 주십시오.



의료적 필요 또는 우려 사항	귀하에게 필요할 수 있는 서비스	네트워크 내 의료제공자 이용 시 귀하가 부담하는 비용	제한, 예외, 혜택 정보 (혜택에 관한 규정)
질환 또는 증상 치료를 위해 약품이 필요한 경우(계속)	5군: 특수군 약품 (매우 고가의 브랜드 약품, 바이오시밀러, 그리고 특수 취급 및/또는 면밀한 모니터링이 필요한 일반약을 포함)	추가 지원을 받는 경우: 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 약품: • \$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 따라 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. 정보를 더 알아보시려면 www.blueshieldca.com/medicare에서 확인해 주십시오.



의료적 필요 또는 우려 사항	귀하에게 필요할 수 있는 서비스	네트워크 내 의료제공자 이용 시 귀하가 부담하는 비용	제한, 예외, 혜택 정보 (혜택에 관한 규정)
상태가 나아지는데 도움이 필요하거나 특별한 의료적 필요가 있는 경우	재활 서비스	\$0	보장되는 서비스에는 다음이 포함됩니다. 물리치료, 작업치료, 언어치료. 외래 재활 서비스는 병원 외래과, 독립 치료사 진료소 및 종합 외래 재활 시설(CORFs) 등과 같은 다양한 외래 환경에서 제공됩니다. 승인 규정이 적용될 수 있습니다. 진료의뢰 요건이 적용될 수 있습니다.
	가정 치료를 위한 의료 장비	\$0	승인 규정이 적용될 수 있습니다.
	투석 서비스	\$0	승인 규정이 적용될 수 있습니다.
발 치료가 필요한 경우	발질환 치료 서비스	\$0	진료의뢰 요건이 적용될 수 있습니다.
	보조기 서비스	\$0	승인 규정이 적용될 수 있습니다.
내구성 의료 장비(DME)가 필요한 경우 주: 본 목록은 보장되는 DME의 전체 목록이 아닙니다. 전체 목록을 알아보시려면 고객 서비스부에 연락하시거나 가입자 안내서 4장을 참고해 주십시오.	휠체어, 목발, 보행기	\$0	승인 규정이 적용될 수 있습니다.
	흡입치료기	\$0	승인 규정이 적용될 수 있습니다.
	산소 장비 및 용품	\$0	승인 규정이 적용될 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.

정보를 더 알아보시려면 www.blueshieldca.com/medicare에서 확인해 주십시오.



의료적 필요 또는 우려 사항	귀하에게 필요할 수 있는서비스	네트워크 내 의료제공자 이용 시 귀하가 부담하는 비용	제한, 예외, 혜택 정보 (혜택에 관한 규정)
가정에서 생활하는데 도움이 필요한 경우	가정 건강 서비스	\$0	승인 규정이 적용될 수 있습니다.
	청소나 집안일 같은 가정 서비스 또는 안전손잡이 설치와 같은 주택 개조	\$0	가정에 추가 지원이 필요한 경우 ID 카드에 기재된 전화번호로 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 케어 코디네이터에게 문의해 주십시오. 케어 코디네이터는 귀하와 협력하여 귀하가 가정에서 안전하고 건강하게 지낼 수 있도록 더 많은 서비스를 제공하는 가정 내 지원 서비스 및 커뮤니티 지원에 귀하를 연결해 드립니다.
	성인 주간 의료 서비스, 커뮤니티 기반 성인 서비스(CBAS) 또는 기타 지원 서비스	\$0	성인 주간 의료 서비스 또는 CBAS 서비스가 필요한 경우 ID 카드에 있는 전화번호로 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 케어 코디네이터에게 문의해 주십시오. 케어 코디네이터가 귀하와 협력하여 필요로 하시는 것에 연결해 드립니다.
	주간 재활 서비스	\$0	
	귀하의 독립적인 생활을 지원하는 서비스(가정 간호 돌봄 서비스 또는 개인 돌봄 제공자 서비스)	\$0	가정 간호 또는 개인 돌봄 서비스가 필요한 경우 ID 카드에 있는 전화번호로 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 케어 코디네이터에게 문의해 주십시오. 다음과 같은 서비스 및 이를 신청하는 절차에 대해 도움을 받으실 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.

정보를 더 알아보시려면 www.blueshieldca.com/medicare에서 확인해 주십시오.



의료적 필요 또는 우려 사항	귀하에게 필요할 수 있는서비스	네트워크 내 의료제공자 이용 시 귀하가 부담하는 비용	제한, 예외, 혜택 정보 (혜택에 관한 규정)
추가 서비스 (다음 페이지에 계속)	척추지압 서비스	\$0	연간 12회 방문으로 제한 보장되는 서비스에는 다음이 포함됩니다. • 최초 및 후속 검사 • 척추지압 교정 • 보조 치료 • 엑스레이(척추지압만 해당) Medicare에서 보장하지 않는 서비스는 American Specialty Health Plans of California, Inc.를 통해 제공됩니다. (ASH Plans) 참여 의료제공자. 보장되는 서비스는 반드시 ASH Plans에서 의학적으로 필요한 것으로 판단해야 합니다. 더 많은 정보가 필요하거나 ASH Plans 참여 의료제공자를 찾으려면 ASH Plans에 (800) 678-9133(TTY: 711)번으로 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일부터 금요일, 오전 5시부터 오후 8시(PT), 10월 1일부터 3월 31일까지는 일요일부터 토요일, 오전 8시부터 오후 8시(PT) 사이에 전화해 주십시오. 또한 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 고객 서비스부로 전화하거나 blueshieldca.com/find-a-doctor를 방문하여 ASH Plans 참여 의료제공자를 찾으실 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.

정보를 더 알아보시려면 www.blueshieldca.com/medicare에서 확인해 주십시오.



의료적 필요 또는 우려 사항	귀하에게 필요할 수 있는서비스	네트워크 내 의료제공자 이용 시 귀하가 부담하는 비용	제한, 예외, 혜택 정보 (혜택에 관한 규정)
추가 서비스 (다음 페이지에 계속)	당뇨병 용품 및 서비스	\$0	귀하의 의료제공자나 약사에게 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan과 Medi-Cal 수혜자 ID 카드 모두를 보여주십시오. 승인 규정이 적용될 수 있습니다.
	보철 서비스	\$0	승인 규정이 적용될 수 있습니다.
	방사선 치료	\$0	진료의뢰 요건이 적용될 수 있습니다.
	귀하의 질병 관리를 돕기 위한 서비스	\$0	

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.
정보를 더 알아보시려면 www.blueshieldca.com/medicare에서 확인해 주십시오.



의료적 필요 또는 우려 사항	귀하에게 필요할 수 있는 서비스	네트워크 내 의료제공자 이용 시 귀하가 부담하는 비용	제한, 예외, 혜택 정보 (혜택에 관한 규정)
추가 서비스 (다음 페이지에 계속)	캘리포니아 통합 케어 관리(CICM)	\$0	Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 케어 코디네이터가 귀하의 CICM 자격 대상에 해당하는지 확인하는 데 도움을 드릴 수 있습니다. CICM은 통합 케어 조정이 필요한 다음과 같은 특정 취약 계층을 위한 주별 프로그램입니다. • 노숙을 하는 성인 • 예방 가능한 병원 입원 또는 응급실 방문 위험 상황에 있는 성인 • 심각한 정신 건강 및/또는 물질 사용 장애가 있는 성인 • 수감 시설에서 사회로 복귀하는 성인 • 커뮤니티에 거주하며 장기 요양 치료의 위험 상황에 있는 성인 • 간호 시설 입소자로서 커뮤니티로 복귀하는 성인 • 인종 및 민족 간 격차의 영향을 받는 임신 중 또는 산후 기간에 있는 성인 • 기록상 치매 돌봄이 필요한 성인 이러한 CICM 자격 대상에 해당하는지 확인하고 추가 지원을 받으려면 본인 ID 카드에 기재된 전화번호로 담당 케어 코디네이터에게 전화해 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. 정보를 더 알아보시려면 www.blueshieldca.com/medicare에서 확인해 주십시오.



의료적 필요 또는 우려 사항	귀하에게 필요할 수 있는서비스	네트워크 내 의료제공자 이용 시 귀하가 부담하는 비용	제한, 예외, 혜택 정보 (혜택에 관한 규정)
추가 서비스 (다음 페이지에 계속)	만성 질환자를 위한 특별 보조 혜택: 식품 및 농산물	\$0	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. 자격 대상에 해당하는 경우, 지역 내 참여하는 소매점에서 적용 대상 식품 및 농산물을 구매하실 수 있습니다. 보장되는 식품 및 농산물 구입 비용을 지원할 수 있도록 허용액이 미리 충전된 Flex Card를 우편으로 보내드립니다. 식품 및 농산물 혜택은 만성 질환자를 위한 특별 보조 혜택(SSBCI)입니다. 모든 가입자가 자격 대상에 해당하는 것은 아닙니다. 혜택 자격 대상은 '만성 질환이 있는 가입자' 해당 여부에 따라 결정됩니다. 혜택을 받으려면 반드시 자격 대상에 해당하는 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. 세부 정보를 더 알아보시려면 플랜의 <i>가입자 안내서</i>를 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.

정보를 더 알아보시려면 www.blueshieldca.com/medicare에서 확인해 주십시오.



의료적 필요 또는 우려 사항	귀하에게 필요할 수 있는서비스	네트워크 내 의료제공자 이용 시 귀하가 부담하는 비용	제한, 예외, 혜택 정보 (혜택에 관한 규정)
추가 서비스 (다음 페이지에 계속)	가정 식사 배달	\$0	입원 병원 또는 전문 간호 시설에서 퇴원하면 저희는 다음을 보장합니다. • 퇴원 1회당 식사 22회 및 간식 10회 • 식사와 간식은 필요에 따라 최대 두 번으로 나누어 배송합니다. • 보장은 연간 퇴원 2회로 제한됩니다.
	NurseHelp 24/7	\$0	공인 간호사에게 비밀이 보장되는 일대일 온라인 상담을 받으실 수 있습니다. 하루 24시간 운영합니다. 건강상 걱정되는 점이 있을 때 핫라인 무료 전화로 한 번만 전화하시면 공인 간호사에게 연결하여 귀하의 이야기를 듣고 해결할 수 있도록 도와드립니다 1-877-304-0504 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 주 7일, 하루 24시간 운영합니다.

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. 정보를 더 알아보시려면 www.blueshieldca.com/medicare에서 확인해 주십시오.



의료적 필요 또는 우려 사항	귀하에게 필요할 수 있는 서비스	네트워크 내 의료제공자 이용 시 귀하가 부담하는 비용	제한, 예외, 혜택 정보 (혜택에 관한 규정)
추가 서비스(계속)	일반의약품(OTC) 품목		자격 대상에 해당하는 일반의약품(OTC)과 식품 및 농산물 구매를 위해 \$240의 분기별 허용액이 제공됩니다(자격 조건을 충족하는 경우). 이 허용액은 다음 분기로 이월되지 않습니다. 아스피린, 비타민, 감기 및 기침약, 붕대와 같은 품목은 이 혜택에 의거해 보장됩니다. 건강과 관련이 없는 OTC 품목은 이 혜택으로 보장되지 않습니다. 자격 대상에 해당하는 OTC 항목은 전화나 온라인 또는 참여하는 소매점에서 구매하실 수 있습니다. 보장되는 OTC 항목에 대한 비용 부담 지원을 위해, 허용액이 미리 충전된 Flex Card를 우편으로 보내드립니다.
	SilverSneakers	\$0	
	전 세계 긴급/응급 보장	공동보험료 20%	동일한 질환으로 1일 이내에 병원에 입원하는 경우에는 20% 공동보험료가 면제됩니다. 미국 및 미국령 외에서 받는 보장되는 응급 치료 또는 긴급하게 필요한 치료에 대한 합산 연간 한도가 없습니다.

위에 적힌 혜택 명세서는 정보 제공 목적으로만 제공되며 완전한 혜택 목록이 아닙니다. 귀하의 혜택에 대한 전체 목록과 더 자세한 정보를 알아보시려면 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan *가입자 안내서*를 확인하시기 바랍니다. *가입자 안내서*가 없는 경우 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 고객 서비스부에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 전화하여 받으실 수 있습니다. 궁금한 점이 있으신 경우, 고객 서비스부에 전화하시거나 [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)를 방문해 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. 정보를 더 알아보시려면 www.blueshieldca.com/medicare에서 확인해 주십시오.

D. Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 외부에서 보장되는 혜택

어떤 서비스는 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan에서 보장하지 않고 Medicare, Medi-Cal 또는 주정부나 카운티 기관에서 보장합니다. 이는 전체 목록이 아닙니다. 이러한 서비스에 대한 자세한 내용을 알아보려면 고객 서비스부에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

Medicare, Medi-Cal 또는 주정부 기관에서 보장하는 기타 서비스	비용
생활지원 시설 비용 면제(ALW) 생활지원 시설 비용 면제(ALW)는 간호 시설 수준의 돌봄이 필요하고 거주형 돌봄 환경 또는 공공 지원 노인 주택 및/또는 장애인 주택에 거주하고자 하는 전체 범위 Medi-Cal 자격이 있는 수혜자(비용 부담금이 없는 경우)를 위해 마련된 가정 및 커뮤니티 기반 서비스(HCBS) 면제입니다. 서비스를 받을 자격을 갖추려면 ALW 참여자는 반드시 다음 자격 기준을 충족해야 합니다. • 21세 이상 • 비용 부담금이 없는 전체 범위 Medi-Cal 자격 보유 • 간호 시설에서 거주하며 Medi-Cal 지원을 받아 돌봄을 받고 있는 입소자와 동일한 수준의 돌봄이 필요한 상태 • 간호 시설의 대안으로 생활지원 시설에 거주할 의사가 있음 • 생활지원 시설 또는 공공 지원 주택에 안전하게 거주할 수 있음 ALW 서비스를 제공하는 다음 카운티 중 하나에 위치한 생활지원 시설에 거주할 의향이 있음. 로스앤젤레스, 샌디에이고 카운티	ALW 참여자는 자신의 방과 식사 비용을 지불할 충분한 자금을 반드시 가지고 있어야 하며, 그 외에도 개인적 필요 및 부수적 필요에 사용할 수 있는 여유 자금이 남아 있어야 합니다. 자격 결정에는 기관 규정 및 배우자 빈곤 방지 규정이 적용됩니다.

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.

정보를 더 알아보시려면 www.blueshieldca.com/medicare에서 확인해 주십시오.



Medicare, Medi-Cal 또는 주정부 기관에서 보장하는 기타 서비스	비용
가정 내 지원 서비스(IHSS) IHSS 프로그램은 귀하가 집에서 안전하게 지낼 수 있도록 귀하에게 제공되는 서비스에 대한 비용을 지불하는 데 도움을 드립니다. 자격 대상에 해당하려면 반드시 65세 이상이거나 장애가 있거나, 시각 장애가 있어야 합니다. IHSS는 요양원 또는 식사 및 돌봄 시설과 같은 가정 외 돌봄의 대안으로 간주됩니다. IHSS를 통해 승인될 수 있는 서비스 유형은 집안 청소, 식사 준비, 세탁, 식료품 쇼핑, 개인 돌봄 서비스(대변 및 소변 관리, 목욕, 몸단장 및 진료 서비스 등), 진료 예약 동반 및 정신 장애를 지닌 가입자를 위한 보호 감독 등이 있습니다. Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 고객 서비스부 또는 케어 코디네이터에게 문의하여 해당 서비스를 받을 수 있는 자격 대상인지 확인하고 연계를 받으시기 바랍니다.	\$0
다목적 노인 서비스 프로그램(MSSP) 다목적 노인 서비스 프로그램(MSSP) 면제는 장애가 있는 65세 이상의 Medi-Cal 자격이 있는 개인에게 요양 시설 배치의 대안으로 가정 및 커뮤니티 기반 서비스(HCBS)를 제공합니다. MSSP 면제 프로그램은 대상자가 가정에서 안전하게 계속 생활할 수 있도록 지원합니다. Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 고객 서비스부 또는 케어 코디네이터에게 문의하여 해당 서비스를 받을 수 있는 자격 대상인지 확인하고 연계를 받으시기 바랍니다.	\$0
Medi-Cal RX가 보장하는 처방약 약국이나 의료제공자가 처방하는 일부 처방약은 Medi-Cal FFS 프로그램인 Medi-Cal Rx에서 보장합니다. 때로는 어떤 약품이 필요하지만 계약 약품 목록에 없는 경우가 있습니다. 이러한 약품은 약국에서 조제하기 전에 승인을 받아야 합니다. Medi-Cal Rx는 24시간 이내에 이러한 요청을 검토하고 결정을 내립니다. 약품이 계약 약품 목록에 있는지 확인하거나 계약 약품 목록 사본을 받으시려면 Medi-Cal Rx에 800-977-2273(TTY: 800-977-2273번으로 전화한 후 5번 또는 711번 누르기)으로 전화하시거나 Medi-Cal Rx 웹사이트 https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home을 방문해 주십시오.	\$0
지역 센터 지역 센터는 발달장애가 있는 개인에게 서비스와 지원을 제공하거나 조정하기 위해 발달 서비스부와 계약을 맺은 비영리 민간 기업입니다. 캘리포니아주 전역에 사무소를 두고 있으며, 대상자와 가족이 이용할 수 있는 다양한 서비스를 찾고 이용할 수 있도록 커뮤니티의 자원을 제공합니다. 캘리포니아주에는 21개의 지역 센터가 있으며, 주 전역에 40개가 넘는 사무소를 두고 발달장애인과 그 가족을 지원하고 있습니다. 지역 센터 목록을 확인하시려면 다음 웹사이트를 방문해 주십시오. www.dds.ca.gov.	\$0

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.

정보를 더 알아보시려면 www.blueshieldca.com/medicare에서 확인해 주십시오.



Medicare, Medi-Cal 또는 주정부 기관에서 보장하는 기타 서비스	비용
전문 정신 건강(SMH) 일부 정신 건강 서비스는 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan이 아닌, 카운티 정신 건강 플랜에서 제공합니다. 여기에는 의학적 필요성에 대한 규정을 충족하는 Medi-Cal 가입자를 위한 전문 정신 건강 서비스(SMHS)가 포함됩니다. 카운티 정신 건강플랜에서 제공하는 전문 정신 건강 서비스에 대해 자세히 알아보시려면 카운티 정신 건강플랜에 전화해 주십시오. 모든 카운티의 무료 전화번호를 온라인에서 찾아보시려면 dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MHPContactList.aspx을 방문해 주십시오.	\$0
물질 사용 장애(SUD) 서비스 카운티는 의학적 필요 규정을 충족하는 Medi-Cal 가입자에게 물질 사용 장애 서비스를 제공합니다. 물질 사용 장애 치료 서비스가 필요한 것으로 확인된 가입자는 치료를 받을 수 있도록 해당 카운티 부서로 진료의뢰를 받습니다. 모든 카운티의 전화번호를 온라인에서 찾아보시려면 https://dhcs.ca.gov/individuals/Pages/SUDCountyAccessLines.aspx을 방문해 주십시오.	\$0
특정 치과 서비스 치과 관리 의료(Dental MC) 가입자 연락처는 www.dental.dhcs.ca.gov/Contact_Us/DMC_Member_Contact_Information/DMCMemberContactInformation에서 찾아보실 수 있습니다. Medi-Cal Dental 행위별 수가제의 경우 1-800-322-6384번으로 Medi-Cal Dental에 문의하거나 웹사이트 www.smilecalifornia.org 또는 www.sonriecalifornia.org에서 확인해 주십시오.	\$0
Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 외부에서 보장되는 호스피스 서비스	\$0
정신사회적 재활	\$0
목표 케이스 관리	\$0
생활지원시설 숙식	\$0



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. 정보를 더 알아보시려면 www.blueshieldca.com/medicare에서 확인해 주십시오.

E. Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, Medicare, Medi-Cal에서 보장하지 않는 서비스

이는 전체 목록이 아닙니다. 고객 서비스부에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 전화하여 기타 제외되는 서비스에 대해 알아보실 수 있습니다.

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, Medicare, Medi-Cal에서 보장하지 않는 서비스	
Medicare 및 Medi-Cal 기준에 따라 '의학적으로 타당하고 필요한' 것으로 인정되지 않는 서비스. 단, 이 보장 내용에 포함된 서비스로 명시된 경우는 제외합니다.	실험적 의료 및 외과적 치료, 의료용 품목 또는 약품은 일반적으로 보장되지 않습니다. 단, Medicare 및 Medicare에서 승인한 임상 연구 또는 저희 플랜에서 보장하는 경우는 제외합니다. 임상 연구와 관련한 정보를 더 알아보시려면 <i>가입자 안내서</i> 3장을 참고해 주십시오. 실험적 치료와 의료용 품목은 일반적으로 의료계에서 인정되지 않는 치료와 품목을 말합니다.
개인 전담 간호사	병원이나 간호 시설 입원 중 사용하는 전화기나 텔레비전과 같은 개인용 물품

F. 플랜 가입자로서 귀하의 권리

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan의 가입자는 다음과 같은 권리가 있습니다. 귀하는 불이익을 받지 않고 이러한 권리를 행사하실 수 있습니다. 또한 이러한 권리를 행사하더라도 의료 서비스를 계속 이용하실 수 있습니다. 저희는 연 1회 이상 귀하의 권리에 대해 알려드립니다. 귀하의 권리에 관해 더 자세한 정보를 알아보시려면 *가입자 안내서*를 확인해 주십시오. 귀하의 권리는 다음을 포함하나, 이에 국한되지 않습니다.

- **귀하는 존중, 공정한 대우 및 존엄성을 보장받을 권리가 있습니다.** 여기에는 다음과 같은 권리가 포함됩니다.
 - 의학적 질환, 건강 상태, 의료 서비스 이용 여부, 청구 이력, 병력, 장애(정신 장애 포함), 혼인 여부, 나이, 성별, 성적 지향, 국적, 인종, 피부색, 종교, 신념 또는 공공 지원 여부와 관계없이 보장 서비스를 받을 권리
 - 다른 언어 및 형식(예: 대형 활자 인쇄본, 점자 또는 오디오)으로 정보를 무료로 제공받을 권리
 - 어떠한 형태의 신체적 구속이나 격리를 받지 않을 권리
- **귀하는 본인의 의료 서비스에 관한 정보를 받을 권리가 있습니다.** 여기에는 치료 및 귀하의 치료 선택 사항에 대한 정보가 포함됩니다. 이 정보는 귀하가 이해할 수 있는 언어와 형식이어야 합니다. 여기에는 다음에 대한 정보를 제공받을 권리가 포함됩니다.
 - 저희가 보장하는 서비스에 대한 설명
 - 서비스를 받는 방법
 - 서비스 비용
 - 의료제공자의 이름

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.

정보를 더 알아보시려면 www.blueshieldca.com/medicare에서 확인해 주십시오.



- **귀하는 치료 거부를 포함한, 귀하의 치료에 대한 결정을 내릴 권리가 있습니다.** 여기에는 다음과 같은 권리가 포함됩니다.
 - 주치의(PCP 의사)를 선택하고 연중 언제든지 주치의를 변경할 권리
 - 진료의뢰 없이 여성 건강 의료제공자를 이용할 권리
 - 보장되는 서비스와 약품을 신속하게 받을 권리
 - 비용이나 보장 여부와 관계없이 모든 치료 선택지에 대해 알 권리
 - 의료제공자가 반대하더라도 치료를 거부할 권리
 - 의료제공자가 반대하더라도 약 복용을 중단할 권리
 - 2차 소견을 요청할 권리 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan은 귀하의 2차 소견 진료 비용을 부담합니다
 - 사전 의료 지시서에 귀하의 의료 서비스 희망 사항을 알릴 권리
- **귀하는 의사소통 또는 신체적 접근에 어떠한 장벽도 없이 진료를 적시에 받을 권리가 있습니다.** 여기에는 다음과 같은 권리가 포함됩니다.
 - 적시에 의학적 진료를 받을 권리
 - 의료제공자 진료소에 출입할 권리 이는 미국 장애인법에 따른, 장애인이 장애물 없이 이용할 수 있도록 보장하는 것을 의미합니다.
 - 의료제공자 및 건강플랜과의 의사소통에 도움을 받기 위해 통역사를 이용할 권리
- **귀하는 필요할 때 응급 및 긴급 치료를 받을 권리가 있습니다.** 이는 귀하에게 다음과 같은 권리가 있음을 의미합니다.
 - 응급 상황 시 사전 승인 없이 응급 진료를 받을 권리
 - 필요한 경우 네트워크 외 긴급 또는 응급 치료 의료제공자를 이용할 수 있는 권리
- **귀하는 개인 정보 보호 및 기밀 보장에 대한 권리가 있습니다.** 여기에는 다음과 같은 권리가 포함됩니다.
 - 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 귀하의 의료 기록 사본을 요청 및 수령할 권리 및 귀하의 기록을 변경 또는 정정하도록 요청할 권리
 - 개인 건강 정보를 보호받을 권리
- **귀하에게는 거부, 지연 또는 변경된 서비스에 대해 불만 제기 및 재고 요청을 할 권리가 있습니다.** 아래 섹션 G를 참고해 주십시오. 여기에는 다음과 같은 권리가 포함됩니다.
 - 저희 또는 저희의 의료제공자에 대해 불만 제기 또는 이의제기를 할 권리
 - 저희 또는 저희의 의료제공자가 내린 특정 결정에 대해 재고 요청을 할 권리
 - 캘리포니아주 관리보건국(DMHC)을 통해 불만 제기를 할 권리. 무료 전화(1-888-466-2219) 또는 청각 및 언어 장애인용 TDD 라인(1-877-688-9891)을 통해 접수해 주십시오. DMHC 웹사이트(www.dmhca.gov/)에서 불만 제기 양식, 독립적 의료 평가(IMR) 신청서 및 지침을 온라인으로 제공합니다.

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.

정보를 더 알아보시려면 www.blueshieldca.com/medicare에서 확인해 주십시오.



- 의료적 성격의 Medi-Cal 서비스 또는 품목에 대해 IMR을 DMHC에 요청할 권리
- 주정부 공정심의회를 요청할 권리
- 서비스가 거부된 상세한 이유를 안내받고 결정을 내리는 데 사용된 모든 정보의 사본을 무료로 요청할 권리

귀하의 권리에 관한 더 자세한 정보를 알아보시려면 *가입자 안내서*를 확인해 주시기 바랍니다. 질문이 있는 경우 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 고객 서비스부에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

또한 Medicare 및 Medi-Cal 가입자를 위한 특별 옴부즈맨 사무실에 1-855-501-3077번으로 월요일부터 금요일까지 오전 9시부터 오후 5시 사이에 전화하거나, Medi-Cal 옴부즈맨 사무실에 1-888-452-8609번으로 월요일부터 금요일까지 오전 8시부터 오후 5시 사이에 전화하실 수 있습니다.

G. 거부, 지연 또는 변경된 서비스에 대해 불만 제기 및 재고 요청을 하는 방법

불만 제기 사항이 있으시거나 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan이 서비스를 부적절하게 거부, 지연 또는 변경했다고 생각하시는 경우 고객 서비스부에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856에 서면으로 불만 제기를하실 수도 있습니다. 귀하는 또한 저희가 내린 결정에 대해 재고 요청을하실 수 있습니다.

불만 제기 및 재고 요청과 관련하여 궁금한 점이 있으시면 *가입자 안내서 9장*을 읽어보시기 바랍니다. 또한 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 고객 서비스부에 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 전화하실 수도 있습니다.

캘리포니아주 관리보건국에서 도움 받기

캘리포니아주 관리보건국은 의료 서비스 플랜 규제를 담당하고 있습니다. 건강플랜에 대한 이의제기 사항이 있는 경우, 관리보건국에 연락하기 전에 **1-800-452-4413(TTY: 711)**번으로 귀하의 건강플랜에 먼저 전화하여 플랜의 이의제기 절차를 거치셔야 합니다. 이의제기 절차를 이용한다고 해서 어떠한 잠재적 법적 권리나 귀하가 이용할 수 있는 구제수단이 제한되는 것은 아닙니다. 응급 상황과 관련한 이의제기, 귀하의 건강플랜에서 만족스럽게 해결하지 못한 이의제기, 또는 30일이 넘게 해결되지 않은 이의제기에 대해 도움이 필요하신 경우, 관리보건국으로 문의해 지원을 받으실 수 있습니다. 귀하는 또한 독립적 의료 평가(IMR)를 받을 수 있는 자격 대상에 해당할 수도 있습니다. 귀하가 IMR을 신청할 자격 대상에 해당하는 경우, IMR 절차는 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.

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. 정보를 더 알아보시려면 www.blueshieldca.com/medicare에서 확인해 주십시오.



H. 사기가 의심되는 경우

서비스를 제공하는 대부분의 전문 의료진 및 기관들은 정직합니다. 그러나, 안타깝게도 일부 정직하지 않은 사람들이 있습니다.

의사, 병원 또는 기타 약국이 잘못된 일을 한다고 생각되면 저희에게 연락해 주십시오.

- Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 고객 서비스부에 전화해 주십시오. 전화번호는 1-800-452-4413(TTY: 711)번입니다.
- 또는 Medi-Cal 고객 서비스 센터(1-800-541-5555)로 전화해 주십시오. TTY 사용자는 1-800-430-7077번으로 전화하실 수 있습니다.
- 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 Medicare에 전화해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하실 수 있습니다. 이 전화는 무료 통화입니다.



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. 정보를 더 알아보시려면 www.blueshieldca.com/medicare에서 확인해 주십시오.

일반적인 질문 또는 저희 플랜, 서비스, 서비스 지역, 청구 또는 가입자 ID 카드에 관한 질문이 있으신 경우 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 고객 서비스부에 다음 전화번호로 전화해 주십시오.

1-800-452-4413번으로 전화해 주십시오.

이 전화는 무료입니다. 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시(PT)까지 운영합니다.

또한 고객 서비스부에서는 영어를 사용하지 않는 고객을 위해 무료 통역사 서비스를 제공하고 있습니다.

TTY: 711

이 번호는 특수 전화 장비가 있어야 이용할 수 있으며 청각이나 언어에 어려움이 있는 분만 이용할 수 있습니다.

이 전화는 무료입니다. 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시(PT)까지 운영합니다.

귀하의 건강에 대한 질문이 있는 경우:

귀하의 주치의(PCP 의사)에게 연락해 주십시오. 해당 진료소가 문을 닫은 시간에 진료를 받는 방법과 관련해서는 귀하의 주치의의 안내를 따라주십시오.

주치의 진료소가 문을 닫은 경우 Blue Shield of California 간호사 상담 전화에 전화하실 수도 있습니다. 간호사가 귀하의 문제를 듣고 진료를 받는 방법을 안내해 드릴 것입니다. (예: 편의 치료, 긴급 치료, 응급실). Blue Shield of California 간호사 상담 전화번호는 다음과 같습니다.

(877) 304-0504

이 전화는 무료입니다. 주 7일, 하루 24시간 운영합니다.

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan은 또한 영어를 사용하지 않는 고객을 위해 무료 통역사 서비스를 제공하고 있습니다.

TTY: 711

이 전화는 무료입니다. 주 7일, 하루 24시간 운영합니다.

로스앤젤레스 카운티에서 행동 건강 의료 서비스가 즉시 필요한 경우, 로스앤젤레스 카운티 연결 및 위기 상담 라인(Access and Crisis Line)에 전화해 주십시오.

1-800-854-7771

이 전화는 무료입니다. 주 7일, 하루 24시간 운영합니다.

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan은 또한 영어를 사용하지 않는 고객을 위해 무료 통역사 서비스를 제공하고 있습니다.

TTY: 711

이 전화는 무료입니다. 주 7일, 하루 24시간 운영합니다.

샌디에이고 카운티에서 행동 건강 의료 서비스가 즉시 필요한 경우, 샌디에이고 카운티 연결 및 위기 상담 라인(Access and Crisis Line)에 전화해 주십시오.

1-888-724-7240

이 전화는 무료입니다. 주 7일, 하루 24시간 운영합니다.

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan은 또한 영어를 사용하지 않는 고객을 위해 무료 통역사 서비스를 제공하고 있습니다.

TTY: 711

이 전화는 무료입니다. 주 7일, 하루 24시간 운영합니다.

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.

정보를 더 알아보시려면 www.blueshieldca.com/medicare에서 확인해 주십시오.



저희가 도와드리겠습니다

Blue Shield에 **(800) 452-4413 (TTY: 711)**번으로
주 7일, 오전 8시부터 오후 8시(PT) 사이에 전화하십시오.

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

Amazon Pharmacy는 Blue Shield of California와는 별개인 독립적인 회사로, Blue Shield 약국 혜택을 받는 가입자들에게 처방약의 가정 배송 서비스를 제공하기 위해 계약을 맺었습니다. 가입자들은 혜택 플랜 세부 사항에 명시된 바와 같이, 자신의 비용 분담금에 대한 책임이 있습니다.

SilverSneakers는 Tivity Health, Inc.©의 등록 상표입니다. © 2026 Tivity Health, Inc. All rights reserved.

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (HMO D-SNP) 및 NurseHelp 24/7은 Blue Shield of California의 서비스 상표입니다. Blue Shield 및 Shield 기호는 독립된 Blue Cross 및 Blue Shield 플랜의 협회인 BlueCross BlueShield Association의 등록 상표입니다.

The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability. La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental. 本公司遵守適用的州法律和聯邦民權法律, 並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。