

California Physicians' Service(Blue Shield of California로 운영 중) 제공 Blue Shield TotalDual Plan(HMO D-SNP)

2024년 변경 사항에 대한 연례 공지

소개

귀하는 현재 저희 플랜의 가입자로 등록되어 계십니다. 내년에는 혜택, 보장 범위, 규정 및 비용 등 당사의 제도에 약간의 변화가 있을 것입니다. 본 연례 변경 사항 고지문은 변경 사항 및 해당 변경 사항에 대한 추가 정보를 어떻게 얻으실 수 있는지에 대해 알려드립니다. 비용, 혜택 또는 규정에 대한 자세한 정보를 원하시면 당사 웹사이트 blueshieldca.com/MAPDdocuments2024에 있는 *가입자 안내서*를 검토하시기 바랍니다. 핵심 용어와 그 정의는 *가입자 안내서*의 마지막 장에 알파벳순으로 나와 있습니다.

추가 자료

- 이 문서는 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어, 페르시아어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어 및 베트남어로 무료 제공됩니다.
- 귀하는 본 연례 변경 사항 고지문을 무료로 큰 활자, 점자 또는 음성 등의 다른 형식으로 받아보실 수 있습니다. 1-800-452-4413(TTY: 711)으로 전화해 주십시오(주 7일, 오전 8시~오후 8시). 이 전화는 무료입니다.
 - 플랜 자료를 온라인으로 받기를 원하시면 blueshieldca.com/login에서 귀하의 계정에 로그인한 뒤 귀하의 이니셜 아래 오른쪽 상단에 있는 "내 프로필(My profile)"을 클릭한 다음 커뮤니케이션 기본 설정으로 이동하여 배송 기본 설정으로 "종이 사용 하지 않기(Go paperless)"를 선택하십시오. 아직 계정이 없으신 경우에는 blueshieldca.com/login으로 이동하여 "계정 만들기(Create account)"를 클릭한 뒤 계정을 만들면서 배송 기본 설정을 선택하실 수 있습니다.
 - 지금 그리고 차후에도 본 문서를 영어 이외의 언어 또는 대체 형식으로 받겠다는 상시 요청을 하실 수도 있습니다. 요청하시려면 **Blue Shield TotalDual Plan** 고객 관리 센터에 문의하십시오. 귀하의 선호 언어와 문서 형식은 향후 통신을 위해 파일에 보관됩니다. 기본 설정을 업데이트하시려면 **Blue Shield TotalDual Plan** 고객 관리 센터에 문의하십시오.
- 저희는 저희의 건강 또는 약품 플랜에 관한 귀하의 질문에 답변하기 위한 무료 통역 서비스를 제공합니다. 통역사를 이용하시려면 1-800-452-4413(TTY: 711)번으로 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시 사이에 전화하십시오. 영어를 구사하는 직원이 도와드릴 수 있습니다. 이 서비스는 무료입니다.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

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



목차

A. 면책조항.....	3
B. 내년 Medicare 및 Medi-Cal 혜택 검토.....	3
B1. Blue Shield TotalDual Plan에 대한 정보.....	3
B2. 중요 확인 사항.....	4
C. 네트워크 의료제공자 및 약국 변경 사항.....	5
D. 내년의 혜택 및 비용 변경 사항.....	5
D1. 의료 서비스 관련 혜택 및 비용 변경 사항.....	5
D2. 처방약 보험적용 변경사항.....	7
D3. 1단계: "최초 혜택 단계".....	9
D4. 2단계: "위기 상황 혜택 단계".....	11
E. 행정 변경 사항.....	11
F. 플랜 선택.....	11
F1. 플랜을 유지하기.....	11
F2. 플랜 변경.....	12
G. 도움 받기.....	16
G1. 저희 플랜.....	16
G2. 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP).....	16
G3. 옴부즈맨 프로그램.....	16
G4. Medicare.....	17
G5. 캘리포니아주 관리보건국.....	17

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

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



A. 면책조항

- ❖ 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.
- ❖ 이 문서에서 "당사", "당사를" 또는 "당사의"라고 말하면 이는 California Physicians' Service(Blue Shield of California로 운영 중)를 의미합니다. "플랜" 또는 "저희 플랜"이라는 말은 Blue Shield TotalDual Plan을 의미합니다.

B. 내년 Medicare 및 Medi-Cal 혜택 검토

귀하의 혜택이 내년에도 귀하의 필요를 계속 충족하는지 여부를 확인하기 위해 지금 검토하는 것이 중요합니다. 보장이 귀하의 필요를 충족시키지 못하는 경우, 귀하는 플랜을 탈퇴하실 수 있습니다. 내년 혜택 변경 사항에 대한 자세한 정보를 알아보시려면 **섹션 D**를 참조하십시오.

저희의 플랜에서 탈퇴하기로 선택하신 경우, 귀하의 회원 자격은 귀하가 요청한 달의 마지막 날에 종료됩니다. 자격이 있는 한 계속해서 Medicare 및 Medi-Cal 프로그램에 가입되어 있을 것입니다.

저희 플랜을 탈퇴하는 경우 다음에 대한 정보를 얻으실 수 있습니다.

- **섹션 E2**의 표에 있는 Medicare 옵션.
- **섹션 E2**에 있는 Medi-Cal 옵션 및 서비스.

B1. Blue Shield TotalDual Plan에 대한 정보

- Blue Shield of California로 운영 중인 California Physicians' Service는 Medicare 및 Medi-Cal의 혜택을 가입자들에게 제공하기 위해 양 프로그램 모두와 계약을 맺은 건강플랜입니다.
- 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 더 자세한 정보를 알아보시려면 www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families에서 국세청(IRS) 웹사이트를 방문하십시오.
- 본 연례 변경 사항 고지문에서 "저희가", "저희에게", "저희의" 또는 "저희 플랜"이라고 언급하는 경우 이는 Medicare Medi-Cal 플랜을 의미합니다.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

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



B2. 중요 확인 사항

- **저희 플랜의 혜택 및 비용에서 귀하에게 영향을 줄 수 있는 변경 사항이 있는지 확인하십시오.**
 - 귀하께서 이용하는 서비스에 영향을 미치는 변경 사항이 있으십니까?
 - 혜택 및 비용 변경 사항을 검토하여 내년에도 귀하가 이용할 수 있는지 확인하십시오.
 - 저희 플랜의 혜택 및 비용 변경 사항에 관한 정보를 알아보시려면 **섹션 D1**을 참조하십시오.
- **저희 플랜의 처방약 혜택에서 귀하에게 영향을 줄 수 있는 변경 사항이 있는지 확인하십시오.**
 - 귀하의 약품에 보험적용이 됩니까? 약품이 다른 비용 부담액 군에 포함되어 있습니까? 같은 약국을 이용할 수 있습니까?
 - 저희의 약품 보험적용이 내년에도 귀하에게 효과가 있는지 확인하기 위해 변경사항을 검토하십시오.
 - 저희의 약품 보험적용 변경사항에 관한 정보를 알아보시려면 **섹션 D2**를 참조하십시오.
 - 귀하의 의약품 비용이 작년 이후로 인상되었을 수 있습니다.
 - 이용 가능한 저렴한 대안에 대해 의사와 상의하십시오. 이렇게 하면 일년 내내 연간 본인 지출액 비용을 절약할 수 있습니다.
 - 귀하의 플랜 혜택이 귀하의 약품 비용이 얼마나 바뀔 수 있는지를 정확히 결정한다는 점을 명심하십시오.
- **귀하의 의료제공자 및 약국이 내년에도 저희 네트워크에 포함되는지 확인하십시오.**
 - 전문의를 포함한 귀하의 담당 의사들이 저희 네트워크에 포함되어 있습니까? 귀하의 약국은 어떻습니까? 귀하가 이용하는 병원 또는 다른 의료제공자들은 어떻습니까?
 - 저희 의료제공자 및 약국 목록에 관한 정보를 알아보시려면 **섹션 C**를 참조하십시오.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

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



- 귀하의 전체적인 플랜 비용에 대해 생각해 보십시오.
 - 귀하가 정기적으로 이용하는 서비스 및 처방약에 대해 본인 지출액 비용을 얼마나 지출하게 됩니까?
 - 다른 보험적용 옵션과 비교해 총 비용은 어떨습니까?
- 귀하가 저희 플랜에 대해 만족하는지 여부에 대해 생각해 보십시오.

2024 Blue Shield TotalDual Plan을 유지하기로 결정한 경우:

귀하가 내년에도 저희와 함께하고자 하는 경우 간단합니다. 귀하는 아무것도 하실 필요가 없습니다. 귀하가 변경을 하지 않는 경우 귀하는 자동으로 2024 Blue Shield TotalDual Plan에 가입이 유지됩니다.

플랜을 변경하기로 결정한 경우:

다른 보장이 귀하의 필요를 더 잘 충족한다고 판단되면 플랜을 변경하실 수 있습니다(더 자세한 내용은 **섹션 E2** 참조). 새 플랜에 가입하거나 Original Medicare로 변경하는 경우 귀하의 새로운 보험은 다음 달 1일부터 시작됩니다.

C. 네트워크 의료제공자 및 약국 변경 사항

2024년에는 저희의 의료제공자 및 약국 네트워크가 달라집니다.

2024 의료제공자 및 약국 목록을 검토하여 귀하의 의료제공자 또는 약국이 저희 네트워크에 포함되는지 확인해 주십시오. 업데이트된 **의료제공자 및 약국 목록**은 저희 웹사이트 blueshieldca.com/medicare에 있습니다. 또한 귀하는 페이지 하단에 안내된 번호로 고객 관리 센터에 전화하여 업데이트된 의료제공자 정보를 얻거나 **의료제공자 및 약국 목록**을 우편으로 발송하도록 저희에게 요청하실 수도 있습니다.

연중에도 저희 네트워크를 변경할 수도 있다는 것을 귀하가 알아 두는 것이 중요합니다. 귀하의 의료제공자가 플랜에서 탈퇴하는 경우 귀하에게는 일정한 권리 및 보호장치가 있습니다. 자세한 내용은 가입자 안내서의 **3장**을 참조하십시오.

D. 내년의 혜택 및 비용 변경 사항

D1. 의료 서비스 관련 혜택 및 비용 변경 사항

저희는 내년 특정 의료 서비스에 대한 보험적용 및 이러한 보장 의료 서비스에 대해 귀하가 지불하는 금액을 변경하고 있습니다. 아래 표에서 이 변경사항에 대해 설명합니다.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

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



	2023년(금년)	2024년(내년)
연간 최대 본인 지출액	<p>\$8,300</p> <p>보험적용이 되는 파트 A 및 파트 B 서비스에 대해 \$8,300를 본인 부담금으로 지불한 뒤에는 그 해의 남은 기간 동안 보험적용이 되는 파트 A 및 파트 B 서비스에 대해 아무 것도 지불하지 않게 됩니다.</p> <p>귀하가 Medicare 및 Medi-Cal (Medicaid)에 대한 자격이 있는 경우, 귀하는 보험적용이 되는 파트 A 및 파트 B 서비스에 대한 최대 본인 지출액 비용을 누적하기 위해 본인 지출액 비용을 지불할 책임이 없습니다.</p>	<p>\$8,850</p> <p>보험적용이 되는 파트 A 및 파트 B 서비스에 대해 \$8,850를 본인 부담금으로 지불한 뒤에는 그 해의 남은 기간 동안 보험적용이 되는 파트 A 및 파트 B 서비스에 대해 아무 것도 지불하지 않게 됩니다.</p> <p>귀하가 Medicare 및 Medi-Cal (Medicaid)에 대한 자격이 있는 경우, 귀하는 보험적용이 되는 파트 A 및 파트 B 서비스에 대한 최대 본인 지출액 비용을 누적하기 위해 본인 지출액 비용을 지불할 책임이 없습니다.</p>
침술 서비스(Medicare 혜택 비적용)	<p>최대 12회 방문에 대해 방문당 \$0의 코페이먼트를 지불합니다.</p>	<p>침술 서비스(Medicare 혜택 비적용)는 보험적용이 되지 않습니다</p>
교통편 서비스(Medicare 혜택 비적용)	<p>플랜에서 승인한 건강 관련 장소로의 편도 이동당 코페이먼트 \$0(연간 편도 이동 무제한)</p>	<p>플랜에서 승인한 건강 관련 장소로 가는 편도 이동당 코페이먼트 \$0(1년당 편도 이동 48회로 제한)</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

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



<p>안과 진료, Medicare 혜택 비적용(네트워크 의료제공자 이용)*</p>	<p>네트워크 의료제공자를 이용하는 경우, 매 24개월마다 안경테에 \$0를 지불합니다(일반 소매가 \$350까지). 만약 \$350를 초과하는 가격의 콘택트렌즈 또는 안경(렌즈 및 안경테)을 선택하는 경우, 귀하가 차액을 지불하셔야 합니다.</p> <p>네트워크 의료제공자를 이용할 경우, 12개월마다 처방 안경 렌즈(크기 또는 도수에 관계없음) 한 쌍 또는 콘택트렌즈(최대 \$350까지의 콘택트렌즈 서비스 및 재료)에 대해 \$0를 지불합니다. 만약 \$350를 초과하는 가격의 서비스 또는 재료를 선택하는 경우, 귀하가 차액을 지불하셔야 합니다.</p>	<p>네트워크 의료제공자를 이용하는 경우, 매 24개월마다 안경테에 \$0를 지불합니다(일반 소매가 \$375까지). 만약 \$375를 초과하는 가격의 콘택트렌즈 또는 안경(렌즈 및 안경테)을 선택하는 경우, 귀하가 차액을 지불하셔야 합니다.</p> <p>네트워크 의료제공자를 이용할 경우, 12개월마다 처방 안경 렌즈(크기 또는 도수에 관계없음) 한 쌍 또는 콘택트렌즈(최대 \$375까지의 콘택트렌즈 서비스 및 재료)에 대해 \$0를 지불합니다. 만약 \$375를 초과하는 가격의 서비스 또는 재료를 선택하는 경우, 귀하가 차액을 지불하셔야 합니다.</p>
--	---	---

D2. 처방약 보험적용 변경사항

약품 목록 변경사항

업데이트된 **보험적용 약품 목록**은 저희 웹사이트 blueshieldca.com/medpharmacy2024에 있습니다. 페이지 하단에 안내된 번호로 고객 관리 센터에 전화하여 업데이트된 약품 정보를 얻거나 **보험적용 약품 목록**을 우편으로 발송하도록 저희에게 요청하실 수도 있습니다.

보험적용 약품 목록은 "약품 목록"이라고도 합니다.

저희는 보험적용하는 약품에 대한 변경사항 및 특정 약품에 대한 보험적용 제약에 관한 변경사항을 포함하여 약품 목록을 변경하였습니다.

약품 목록을 검토하여 **귀하의 약품이 내년에 보험적용이 되는지 확인하고** 어떤 제한 사항이 있는지 확인하십시오.

귀하가 약품 보험적용에 대한 변경사항의 영향을 받는 경우 다음과 같은 조치를 취하시기를 권장드립니다.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

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



- 귀하의 의사(또는 기타 처방자)와 협력하여 저희 플랜에서 보험적용이 되는 다른 약을 찾습니다.
 - 페이지 하단에 있는 번호로 고객 관리 센터에 전화하거나 진료 코디네이터에게 연락하여 동일한 의학적 상태를 치료하는, 보험적용이 되는 약물의 목록을 요청하실 수 있습니다.
 - 이 목록은 귀하의 의료제공자가 귀하에게 효과가 있을 수 있는, 보험적용이 되는 약물을 찾는 데 도움이 될 수 있습니다.
- 귀하의 의사(또는 기타 처방자)와 협력하여 약품 보험적용 예외를 요청합니다.
 - 내년이 되기 전에 예외를 요청하실 수 있으며, 저희가 귀하의 요청(또는 처방자의 증빙 진술서)을 받은 후 **72시간** 이내에 답변을 드릴 것입니다.
 - 예외를 요청하기 위해 어떻게 해야 하는지 알아보시려면 *가입자 안내서*의 **9장**을 참조하시거나 페이지 하단에 있는 번호로 고객 관리 센터에 전화하십시오.
 - 예외를 요청하는 데 도움이 필요하신 경우, 고객 관리 센터 또는 진료 코디네이터에게 문의하십시오. 진료 코디네이터에게 연락하는 방법을 알아보시려면 *가입자 안내서*의 **2장 및 3장**을 참조하십시오.
- 약품 임시 공급 보험적용을 하도록 저희에게 요청합니다.
 - 경우에 따라 저희는 달력 연도의 첫 **90일** 동안 약품의 **임시** 공급분에 보험을 적용합니다.
 - 이 임시 공급분은 최대 **30일** 분량입니다. (임시 공급을 받을 수 있는 시기와 요청 방법에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내서*의 **5장**을 참조하십시오.)
 - 귀하가 약품의 임시 공급을 받게 되는 경우, 임시 공급 분량이 소진되었을 때 어떻게 할 것인지에 대해 의사와 상의하십시오. 저희 플랜에서 보험적용이 되는 다른 약품으로 전환하거나, 또는 귀하에게 예외를 적용하여 귀하의 현재 약품에 보험적용을 하도록 플랜에 요청하실 수 있습니다.
 - 처방집 예외 요청은 매년 플랜에 제출하셔야 합니다.

처방약 비용 변경 사항

저희 플랜에 의거한 **Medicare** 파트 **D** 처방약 보험적용에는 두 가지의 지불 단계가 있습니다. 귀하가 지불하는 금액은 귀하가 처방약을 조제 또는 리필할 때 귀하께서 속해있는 단계에 기반하여 달라집니다. 두 가지 단계는 다음과 같습니다.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

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



1단계 최초 혜택 단계	2단계 위기 상황 혜택 단계
<p>이 단계에서 저희 플랜은 귀하의 약품 비용의 일부를 지불하고, 귀하는 귀하의 분담액을 지불합니다. 귀하의 분담액을 코페이먼트라고 합니다.</p> <p>귀하가 해당 연도에 최초로 처방전을 조제할 때 이 단계가 시작됩니다.</p>	<p>이 단계 동안 플랜은 2024년 12월 31일까지 귀하의 약품에 대한 모든 비용을 지불할 것입니다.</p> <p>귀하가 본인 지출액 비용을 특정 금액까지 지불한 후에 이 단계가 시작됩니다.</p>

최초 혜택 단계는 처방약에 대한 총 본인 지출액 비용이 \$8,000에 도달하면 종료됩니다. 그 시점에서 위기 상황 혜택 단계가 시작됩니다. 저희 플랜은 그때부터 해당 연도 말까지 귀하의 모든 약품 비용에 보험적용을 합니다. 귀하가 처방약에 얼마나 지불하게 되는지 더 자세한 정보를 알아보시려면 *가입자 안내서*의 **6장**을 참조하십시오.

D3. 1단계: "최초 혜택 단계"

최초 혜택 단계 동안 플랜은 귀하의 보험적용이 되는 처방약에 대해 비용 분담액을 지불하고 귀하는 귀하의 분담액을 지불합니다. 귀하의 분담액을 코페이먼트라고 합니다. 코페이먼트는 약품이 속한 비용 분담액 군 및 귀하가 약품을 받는 곳에 따라 달라집니다. 처방약을 조제할 때마다 귀하는 코페이먼트를 지불합니다. 보험적용이 되는 약물 비용이 코페이먼트먼트보다 적을 경우 귀하는 더 낮은 가격을 지불합니다.

저희는 목록에 있는 일부 약품을 더 낮은 단계 또는 더 높은 단계의 약품군으로 이동시켰습니다. 귀하의 약품이 다른 약품 군으로 이동한 경우 이는 귀하의 코페이먼트에 영향을 줄 수 있습니다. 귀하의 약품이 다른 약품군에 있는지 알아보려면 해당 약품을 저희 약품 목록에서 찾아보십시오.

다음 표는 저희의 다섯 가지 약품군 각각에 대한 귀하의 약품 비용을 보여줍니다. 이 금액은 오직 귀하가 최초 혜택 단계에 속한 동안에만 적용됩니다.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

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



	2023년(금년)	2024년(내년)
<p>1군 약품 (<i>선호 일반약</i>)</p> <p>네트워크 약국에서 조제한 1군 약품 1개월 분량에 대한 비용</p>	<p>1개월(30일)분에 대한 코페이먼트는 처방전당 \$0입니다.</p>	<p>1개월(30일)분에 대한 코페이먼트는 처방전당 \$0입니다.</p>
<p>2군 약품 (<i>일반약</i>)</p> <p>네트워크 약국에서 조제한 2군 약품 1개월 분량에 대한 비용</p>	<p>1개월(30일)분에 대한 코페이먼트는 처방전당 \$0, \$1.45 또는 \$4.15입니다.</p>	<p>1개월(30일)분에 대한 코페이먼트는 처방전당 \$0, \$1.55 또는 \$4.50입니다.</p>
<p>3군 약품 (<i>선호 상품명 약물</i>)</p> <p>네트워크 약국에서 조제한 3군 약품 1개월 분량에 대한 비용</p>	<p>1개월(30일)분에 대한 코페이먼트는 처방전당 \$0, \$4.30 또는 \$10.35입니다.</p>	<p>1개월(30일)분에 대한 코페이먼트는 처방전당 \$0, \$4.60, or \$11.20입니다.</p>
<p>4군 약품 (<i>비선호 약품</i>)</p> <p>네트워크 약국에서 조제한 4군 약품 1개월 분량에 대한 비용</p>	<p>1개월(30일)분에 대한 코페이먼트는 처방전당 \$0, \$4.30 또는 \$10.35입니다.</p>	<p>1개월(30일)분에 대한 코페이먼트는 처방전당 \$0, \$4.60, or \$11.20입니다.</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

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



	2023년(금년)	2024년(내년)
5군 약품 (특수군 약품) 네트워크 약국에서 조제한 5군 약품 1개월 분량에 대한 비용	1개월(30일)분에 대한 코페이먼트는 처방전당 \$0, \$4.30 또는 \$10.35 입니다.	1개월(30일)분에 대한 코페이먼트는 처방전당 \$0, \$4.60, or \$11.20 입니다.

초기 혜택 단계는 처방약에 대한 총 본인 부담 비용이 \$8,000에 도달하면 종료됩니다. 그 시점에서 위기 상황 혜택 단계가 시작됩니다. 처방약에 얼마나 지불하게 되는지 더 자세한 정보를 알아보시려면 가입자 안내서의 **6장**을 참조하십시오.

D4. 2단계: "위기 상황 혜택 단계"

귀하가 처방약에 대한 본인 부담금 한도 \$8,000에 도달하면 위기 상황 혜택 단계가 시작됩니다. 귀하는 해당 연도 말까지 위기 상황 혜택 단계를 유지하게 됩니다.

E. 행정 변경 사항

	2023년(금년)	2024년(내년)
귀하의 Blue Shield TotalDual Plan 계약 및 플랜 혜택 패키지(PBP) 번호가 내년에 변경됩니다. 이 변경은 귀하의 보험적용 범위에 영향을 미치지 않으며 귀하의 플랜을 유지하기 위해 따로 조치하실 것은 없습니다.	H5928-005	H2819-001

F. 플랜 선택

F1. 플랜을 유지하기

저희는 귀하께서 계속해서 저희 플랜의 가입자로 남아 계시기를 바랍니다. 플랜을 유지하기 위해 따로 조치를 취하실 필요는 없습니다. 귀하가 다른 Medicare 플랜으로 변경하거나 Original

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

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



Medicare(일반 Medicare)로 변경하지 않는 경우, 귀하는 자동으로 2024년에 저희 플랜 가입이 유지됩니다.

F2. 플랜 변경

대부분의 Medicare 가입자는 연중 특정 시기에 회원 자격을 종료할 수 있습니다. 귀하는 Medi-Cal에 가입되어 있기 때문에 다음의 **특별 가입 기간** 동안 한 번씩 저희 플랜의 회원 자격을 종료하거나 다른 플랜으로 전환할 수 있습니다.

- 1월~3월
- 4월~6월
- 7월~9월

이 세 번의 특별 가입 기간 외에도, 다음 기간 동안 플랜 회원 자격을 종료하실 수 있습니다.

- 10월 15일부터 12월 7일까지 이어지는 **연례 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.

귀하의 가입을 변경할 수 있는 또 다른 적격 상황이 있을 수 있습니다. 예를 들면 다음과 같습니다.

- 저희 서비스 지역 밖으로 이사를 가신 경우
- Medi-Cal 또는 추가 지원에 대한 자격 여부가 변경된 경우, 또는
- 요양 시설이나 장기 요양 치료 병원에 최근에 입주했거나, 현재 치료를 받고 있거나, 최근에 퇴거한 경우

귀하의 Medicare 서비스

귀하의 Medicare 서비스에는 세 가지 옵션이 있습니다. 이 옵션 중 한 가지를 선택함으로써 귀하는 저희 플랜에 대한 귀하의 회원 자격을 자동으로 종료하게 됩니다.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

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



<p>1. 귀하는 다음으로 변경하실 수 있습니다.</p> <p>다른 Medicare Medi-Cal 플랜을 포함한 다른 Medicare 건강플랜</p>	<p>취해야 할 조치:</p> <p>주 7일, 하루 24시간 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)번을 이용해 Medicare로 전화하십시오. TTY 사용자들은 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.</p> <p>노인을 위한 종합 진료 프로그램(PACE)에 대한 문의는 1-855-921-PACE(7223)으로 전화하십시오.</p> <p>도움이나 더 많은 정보가 필요하신 경우:</p> <ul style="list-style-type: none">• 캘리포니아 건강보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP)에 1-800-434-0222 번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 5시 사이에 전화하십시오. 더 자세한 정보를 알아보시거나 귀하의 지역에 위치한 건강보험 상담 및 옹호 프로그램 사무실을 찾아보시려면 www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/를 방문하십시오. <p>또는</p> <p>새로운 Medicare 플랜에 가입하십시오.</p> <p>귀하의 새로운 플랜 보험/혜택이 시작되면 귀하는 자동으로 저희 플랜에서 탈퇴됩니다. 귀하의 Medicare 플랜은 변경될 수 있습니다.</p>
--	--

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

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



<p>2. 귀하는 다음으로 변경하실 수 있습니다.</p> <p>별도의 Medicare 처방약 플랜이 포함된 Original Medicare</p>	<p>취해야 할 조치:</p> <p>주 7일, 하루 24시간 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)번을 이용해 Medicare로 전화하십시오. TTY 사용자들은 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.</p> <p>도움이거나 더 많은 정보가 필요하신 경우:</p> <ul style="list-style-type: none">• 캘리포니아 건강보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP)에 1-800-434-0222 번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 5시 사이에 전화하십시오. 더 자세한 정보를 알아보시거나 귀하의 지역에 위치한 HICAP 사무실을 찾아보시려면 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/를 방문하십시오. <p>또는</p> <p>새로운 Medicare 처방약 플랜에 가입하십시오.</p> <p>귀하의 Original Medicare(일반 Medicare) 보험적용이 시작되면 귀하는 자동으로 저희 플랜에서 탈퇴됩니다.</p> <p>귀하의 Medi-Cal 플랜은 변경되지 않습니다.</p>
---	--

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

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



<p>3. 귀하는 다음으로 변경하실 수 있습니다.</p> <p>별도의 Medicare 처방약 플랜이 없는 Original Medicare</p> <p>주: 귀하가 일반 Medicare로 변경하고 별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입하지 않는 경우 귀하가 Medicare에 가입을 원하지 않는다고 알린 경우를 제외하고 Medicare에서 귀하를 약품 플랜에 가입시킬 수 있습니다.</p> <p>고용주나 노동 조합과 같은 다른 출처에서 약품 보장을 받는 경우에만 처방약 보장을 취소해야 합니다. 약품 보장이 필요한지 여부에 대해 질문이 있으신 경우, 캘리포니아 건강보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP)에 1-800-434-0222번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 5시 사이에 전화하십시오. 더 자세한 정보를 알아보시거나 귀하의 지역에 위치한 HICAP 사무실을 찾아보시려면 www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/를 방문하십시오.</p>	<p>취해야 할 조치:</p> <p>주 7일, 하루 24시간 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)번을 이용해 Medicare로 전화하십시오. TTY 사용자들은 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.</p> <p>도움이나 더 많은 정보가 필요하신 경우:</p> <ul style="list-style-type: none">• 캘리포니아 건강보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP)에 1-800-434-0222 번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 5시 사이에 전화하십시오. 더 자세한 정보를 알아보시거나 귀하의 지역에 위치한 HICAP 사무실을 찾아보시려면 www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/를 방문하십시오. <p>귀하의 Original Medicare(일반 Medicare) 보험적용이 시작되면 귀하는 자동으로 저희 플랜에서 탈퇴됩니다.</p> <p>귀하의 Medi-Cal 플랜은 변경되지 않습니다.</p>
--	--

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 1-800-430-4263번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 6시 사이에 문의하십시오. TTY 사용자는 1-800-430-7077번으로 전화하셔야 합니다. 다른 플랜에 가입하거나 Original Medicare로 돌아가는 것이 귀하가 Medi-Cal 혜택을 받는 방법에 어떤 영향을 미치는지 문의하십시오.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

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



G. 도움 받기

G1. 저희 플랜

질문이 있으시면 저희가 도와드리겠습니다. 페이지 하단에 안내된 고객 관리 번호로 안내된 운영 요일과 시간 동안 전화하십시오. 이러한 전화 통화는 무료입니다.

가입자 안내서를 읽으십시오

가입자 안내서는 저희 플랜의 혜택에 대한 법적 세부 설명입니다. 2024년 혜택 및 비용에 대한 자세한 정보가 나와 있습니다. 안내서는 귀하의 권리 및 보험적용이 되는 서비스와 처방약을 받기 위해 준수해야 하는 규정을 설명합니다.

2024년 가입자 안내서는 10월 15일부터 제공됩니다. 가입자 안내서의 최신 사본은 저희 웹사이트 blueshieldca.com/MAPDdocuments2024에서 확인하실 수 있습니다. 또한 페이지 하단에 있는 번호로 고객 관리 센터에 전화하여 2024년 가입자 안내서를 우편으로 발송하도록 저희에게 요청하실 수도 있습니다.

저희 웹사이트

저희 웹사이트 blueshieldca.com/medicare를 방문하실 수 있습니다. 다시 한 번 알려드리자면, 저희 웹사이트에는 의료제공자 및 약국 네트워크(의료제공자 및 약국 명부)와 약품 목록(보험적용 약품 목록)에 관한 최신 정보가 있습니다.

G2. 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP)

귀하는 또한 주정부 건강보험 지원 프로그램(SHIP) 서비스에 전화하실 수 있습니다. 캘리포니아주에서는 SHIP은 건강보험 상담 및 옹호 프로그램(Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)이라고 합니다. HICAP 상담자들은 귀하가 플랜 선택사항을 이해하실 수 있도록 도움을 드리고 플랜 변경에 대한 질문에 답변을 드릴 수 있습니다. HICAP은 저희나 어떤 보험사 또는 건강플랜과도 연결되어 있지 않습니다. HICAP은 모든 카운티에 훈련 받은 상담사들을 두고 있으며 서비스는 무료입니다. HICAP 전화번호는 1-800-434-0222 번입니다. 더 자세한 정보를 알아보시거나 귀하의 지역에 위치한 HICAP 사무실을 찾아보시려면 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/를 방문하십시오.

G3. 옴부즈맨 프로그램

Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램은 저희 플랜과 관련하여 문제가 있는 경우 귀하에게 도움을 드릴 수 있습니다. 옴부즈맨 서비스는 무료이며 모든 언어로 제공됩니다. Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램의 특징은 다음과 같습니다.

- 귀하를 대신하는 옹호자로 일합니다. 귀하에게 문제나 불만 제기 사항이 있는 경우 질문에 대답할 수 있으며, 귀하가 취해야 할 조치를 이해하도록 도울 수 있습니다.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

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



- 귀하의 권리 및 보호와 관련된 정보와 귀하의 우려 사항을 해결할 수 있는 방법을 제공합니다.
- 저희나 어떤 보험사 또는 건강플랜과 연결되어 있지 않습니다. Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램의 전화번호는 1-888-804-3536입니다.

G4. Medicare

Medicare에서 직접 정보를 얻으시려면 주 7일, 하루 24시간, 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 번으로 전화하십시오. TTY 사용자들은 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.

Medicare 웹사이트

귀하는 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, 보험적용 및 품질 등급에 관한 정보를 제공합니다.

Medicare 웹사이트의 Medicare 플랜 검색기(Medicare Plan Finder)를 이용해 귀하의 지역에서 이용할 수 있는 Medicare 플랜에 관한 정보를 찾아보실 수 있습니다. (플랜에 관한 정보를 보시려면 www.medicare.gov에서 “플랜 찾기(Find plans)”를 클릭하십시오.)

Medicare & You 2024

귀하는 Medicare & You 2024 안내서를 읽으실 수 있습니다. Medicare를 보유한 사람들에게 매년 가을 이 책자가 발송됩니다. 책자에는 Medicare 혜택, 권리 및 보호장치에 대한 요약 및 Medicare에 관해 가장 자주 묻는 질문들에 대한 답변이 있습니다. 이 안내서는 스페인어, 중국어 및 베트남어로도 제공됩니다.

귀하에게 이 책자 사본이 없으신 경우 Medicare 웹사이트(www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf)를 통하거나 주 7일, 하루 24시간 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227) 번으로 전화해 받으실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하십시오.

G5. 캘리포니아주 관리보건국

캘리포니아주 관리보건국(DMHC)은 의료 서비스 플랜 감독/규제를 담당하고 있습니다. DMHC 헬프 센터는 Medi-Cal 서비스에 관한 재고 요청 및 불만 제기를 도와드릴 수 있습니다. 귀하의 건강플랜에 대한 이의제기 사항이 있는 경우 해당 부서에 연락하기 전에 1-800-452-4413(TTY: 711) 번을 이용하여 귀하의 건강플랜에 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시 사이에 전화하여 해당 건강플랜의 이의제기 절차를 이용하십시오. 이의제기 절차를 이용한다고 해서 어떠한 잠재적 법적 권리나 귀하가 이용할 수 있는 보상의 기회가 제한되지 않습니다. 응급 상황에 관련된 이의, 귀하의 건강플랜에서 만족스럽게 해결하지 못한 이의 또는 30일이 넘게 해결되지 않은 이의에 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, 특성상

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

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



실험적 또는 조사적 치료에 대한 보험적용 결정 및 응급 또는 긴급 의학적 서비스에 대한 지급 분쟁을 공정하게 평가할 것입니다. 관리보건국은 또한 무료 전화(**1-888-466-2219**) 및 청각 및 언어 장애인들을 위한 TDD 라인(**1877-688-9891**)을 운영하고 있습니다. 관리보건국 인터넷 웹사이트 www.dmhca.gov에서는 불만 제기 양식, IMR 신청서 및 온라인 지침이 제공됩니다.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

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

