



# 중요 정보

귀하의 Medicare 약 및 건강 플랜  
변경 사항 안내

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

### 2025년 연례 변경 공지

#### 소개

귀하는 현재 저희 플랜의 가입자로 등록되어 계십니다. 내년에는 혜택, 보장 범위, 규정, 비용 등 당사의 제도에 약간의 변화가 있을 것입니다. 본 연례 변경 공지는 여러분께 변경 사항을 알려드리고, 이에 대한 추가 정보를 얻을 수 있는 곳을 알려드립니다. 비용, 혜택 또는 규정에 대한 자세한 정보를 원하시면 당사 웹사이트 [blueshieldca.com/DSNPdocuments2025](https://blueshieldca.com/DSNPdocuments2025)에 있는 가입자 안내서를 검토하시기 바랍니다. 핵심 용어와 그 정의는 가입자 안내서 마지막 장에 알파벳순으로 나와 있습니다.

#### 추가 자료

- 이 문서는 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어 간체, 중국어 번체, 페르시아어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 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 사이에 전화하십시오. 이 전화는 무료입니다.
  - 플랜 자료를 온라인으로 받기를 원하시면 [blueshieldca.com/login](https://blueshieldca.com/login)에서 귀하의 계정에 로그인한 뒤 귀하의 이니셜 아래 오른쪽 상단에 있는 '내 프로필(My profile)'을 클릭한 다음 커뮤니케이션 기본 설정까지 아래로 스크롤하여 배송 기본 설정으로 '온라인으로 받기(Electronic Delivery)'를 선택하십시오. 아직 계정이 없으신 경우에는 [blueshieldca.com/login](https://blueshieldca.com/login)으로 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 서비스에 문의하십시오. 귀하의 선호 언어와 문서 형식은 향후 통신을 위해 파일에 보관됩니다. 기본 설정을 업데이트하시려면 Blue Shield TotalDual Plan 고객 서비스에 문의하십시오.

OMB Approved 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. 자세한 정보를 보려면 [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare)를 방문하십시오.



- **다른 언어**

귀하는 본 연례 변경 공지 및 기타 플랜 자료를 다른 언어로 무료로 받을 수 있습니다. **Blue Shield TotalDual Plan**은 공인 번역사의 서면 번역을 제공합니다. **Blue Shield TotalDual Plan** 고객 서비스에 다음 번호로 전화하십시오. **1-800-452-4413 (TTY: 711)**. 이 전화는 무료입니다. 통역사 및 번역 서비스 등 의료 언어 지원 서비스에 대해 자세히 알아보시려면 가입자 안내서를 참고하십시오.

- **다른 형식**

귀하는 이 정보를 점자, **20포인트의 대형 활자 인쇄본**, 오디오, 접근 가능한 전자 형식 등의 다른 형식으로 무료로 얻으실 수 있습니다. **Blue Shield TotalDual Plan** 고객 서비스에 다음 번호로 전화하십시오. **1-800-452-4413 (TTY: 711)**. 이 전화는 무료입니다.

- **통역 서비스**

**Blue Shield TotalDual Plan**은 수화를 포함하여 자격을 갖춘 통역사의 통역 서비스를 **24시간** 무료로 제공합니다. 가족 또는 친구를 통역사로 이용하실 필요가 없습니다. 저희는 긴급 상황이 아닌 이상 미성년자를 통역사로 활용하는 것을 권장하지 않습니다. 통역사 서비스, 언어 및 문화 서비스는 무료로 제공됩니다. 주 **7일 24시간** 도움을 받을 수 있습니다. 귀하의 언어로 도움이 필요하거나 본 연례 변경 공지를 다른 언어로 받으시려면



Blue Shield TotalDual Plan 고객 서비스에 다음  
번호로 전화하십시오. 1-800-452-4413 (TTY: 711).  
이 전화는 무료입니다.

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 بربيل 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) հեռախոսահամարով: Կան  
նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ  
հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ  
Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր:  
Զանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY՝ 711)  
հեռախոսահամարով: 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।

**हिन्दी 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 निःशुल्क हैं।

**Nge 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: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນ ແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

**Mienh 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 hlou 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.



**ឃ្លាសំគាល់ភាសាខ្មែរ (Cambodian) ចំណាំ៖**

បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយ ជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ  
1-800-452-4413 (TTY: 711) ។ ជំនួយ និងសេវា សំរាប់ជនពិការ  
ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរប្រើល សំរាប់ជនពិការភ្នែក  
ឬឯកសារជាអក្សរពុម្ពធំៗ ក៏មានដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ  
1-800-452-4413 (TTY: 711)។ សេវាទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

**مطلب به زبان فارسی (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 نسخه های 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). Para las personas con discapacidades, también hay asistencia y servicios gratuitos disponibles, como

documentos en braille y letra grande. Llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

**Tagalog Tagline** PAUNAWA: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong 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 malalaking titik. Tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

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

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



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

## 목차

A. 면책조항 .....	10
B. 내년도 Medicare 및 Medi-Cal 혜택 검토 .....	10
B1. Blue Shield TotalDual Plan에 대한 정보 .....	11
B2. 중요 확인 사항 .....	11
C. 네트워크 의료제공자 및 약국 변경 사항 .....	12
D. 내년의 혜택 및 비용 변경 사항 .....	13
D1. 의료 서비스 관련 혜택 및 비용 변경 사항 .....	13
D2. 처방약 보험적용 변경사항 .....	17
E. 행정 변경 사항 .....	21
F. 플랜 선택 .....	21
F1. 플랜 유지하기 .....	21
F2. 플랜 변경 .....	21
G. 도움 받기 .....	27
G1. 저희 플랜 .....	27
G2. 건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP) .....	27
G3. 옴부즈 프로그램 .....	27
G4. Medicare .....	28
G5. 캘리포니아주 관리보건국 .....	28



---

## 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.

Medicare는 이러한 혜택을 제공하고 가치 기반 보험 설계(VBID) 프로그램의 일환으로 코페이먼트를 낮추기 위해 Blue Shield TotalDual Plan을 승인했습니다. 이 프로그램을 통해 Medicare는 Medicare Advantage Plan을 개선하기 위한 새로운 방법을 시도할 수 있게 됩니다.

Amazon Pharmacy는 Blue Shield of California와는 별개인 독립적인 회사로, Blue Shield 가입자에게 처방약의 가정 배송 서비스를 제공하기 위해 Blue Shield와 계약을 맺었습니다.

---

## B. 내년도 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 F**를 참조하십시오.

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

저희 플랜을 탈퇴하는 경우 다음에 대한 정보를 얻으실 수 있습니다.

- **섹션 F2**의 표에 있는 Medicare 옵션.
- **섹션 F2**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 자세한 정보를 알아보시려면 국세청(IRS) 웹사이트([www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families))를 방문하십시오.
- 본 연례 변경 공지에서 '저희가', '저희에게', '저희의' 또는 '저희 플랜'이라고 언급하는 경우 이는 Medicare Medi-Cal 플랜을 의미합니다.

## B2. 중요 확인 사항

- 저희 플랜의 혜택 및 비용에서 귀하에게 영향을 줄 수 있는 변경 사항이 있는지 확인하십시오.
  - 귀하가 이용하는 서비스에 영향을 미치는 변경 사항이 있습니까?
  - 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? 같은 약국을 이용할 수 있습니까? 사전 승인, 단계적 치료 또는 수량 제한과 같은 변경사항이 있습니까?
  - 저희의 약품 보험적용이 내년에도 귀하에게 적용되는지 확인하기 위해 변경사항을 검토하십시오.
  - 저희의 약품 보험적용 변경사항에 관한 정보를 알아보시려면 **섹션 D2**를 참조하십시오.



- 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.
- 귀하의 전체적인 플랜 비용에 대해 생각해 보십시오.
  - 다른 보험적용 옵션과 비교할 때 총 비용은 어떻습니까?
- 귀하가 저희 플랜에 만족하는지 생각해 보십시오.

#### Blue Shield TotalDual Plan을 유지하기로 결정한 경우:

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

#### 플랜을 변경하기로 결정한 경우:

다른 보장이 귀하의 필요를 더 잘 충족한다고 판단되면 플랜을 변경하실 수 있습니다(자세한 내용은 **섹션 F2** 참조). 새 플랜에 가입하거나 Original Medicare로 변경하는 경우 귀하의 새로운 보험은 다음 달 1일부터 시작됩니다.

## C. 네트워크 의료제공자 및 약국 변경 사항

2025년에는 저희의 의료제공자 및 약국 네트워크가 달라집니다.

**2025 의료제공자 및 약국 명부를 검토하여** 귀하의 의료제공자 또는 약국이 저희 네트워크에 포함되는지 확인해 주십시오. 업데이트된 **의료제공자 및 약국 명부**는 저희 웹사이트 [blueshieldca.com/DSNPdocuments2025](https://blueshieldca.com/DSNPdocuments2025)에 있습니다. 또한 귀하는 페이지 하단에 안내된 번호로 고객 서비스에 전화하여 업데이트된 의료제공자 정보를 얻거나 **의료제공자 및 약국 명부**를 우편으로 발송하도록 저희에게 요청하실 수도 있습니다.

연중에도 저희 네트워크를 변경할 수 있다는 것을 알아두는 것이 중요합니다. 귀하의 의료제공자가 플랜에서 탈퇴하는 경우, 귀하에게는 일정한 권리 및 보호장치가 있습니다. 자세한 내용은 **가입자 안내서의 제3장**을 참조하십시오.

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 알아보시려면, [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare)를 방문하십시오.



## D. 내년의 혜택 및 비용 변경 사항

### D1. 의료 서비스 관련 혜택 및 비용 변경 사항

저희는 내년에 특정 의료 서비스에 대한 보험적용 및 이러한 보장 의료 서비스에 대해 귀하가 지불하는 금액을 변경합니다. 아래 표는 이러한 변경사항을 설명합니다.

	2024년(금년)	2025년(내년)
연간 최대 본인 부담금	<p><b>\$8,850</b></p> <p>보험적용이 되는 파트 A 및 파트 B 서비스에 대해 <b>\$8,850</b>를 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 부담금에 산입되는 어떠한 본인 부담금도 지불할 책임이 없습니다.</p>	<p><b>\$9,350</b></p> <p>보험적용이 되는 파트 A 및 파트 B 서비스에 대해 <b>\$9,350</b>를 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 부담금에 산입되는 어떠한 본인 부담금도 지불할 책임이 없습니다.</p>

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 알아보시려면, [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare)를 방문하십시오.



	2024년(금년)	2025년(내년)
정기 치과 서비스 (Medicare 혜택 비적용)	<p>정기(Medicare 혜택 비적용) 예방 및 종합 치과 서비스에는 혜택이 적용됩니다.</p> <p>보험적용이 되는 서비스 및 귀하가 지불하는 금액에 대한 더 많은 정보를 알아보시려면 <i>가입자 안내서</i>의 제4장(의료 혜택 차트 아래)의 <i>정기 치과 혜택 시술 차트</i>를 참조하십시오.</p>	<p>특정한 종합 치과 서비스는 보험적용이 <u>됩니다</u>. 보험적용이 되는 서비스 및 귀하가 지불하는 금액에 대한 더 많은 정보를 알아보시려면 <i>가입자 안내서</i>의 제4장 섹션 E(의료 혜택 차트 아래)의 <i>보험적용이 되는 치과 서비스 시술 차트</i>를 참조하십시오.</p>
보청기	<p>보청기 2개와 2회의 보청기 피팅 및 평가에 대해 매년 최대 <b>\$2,000</b>까지 환급됩니다(양쪽 귀 모두를 합쳐서 적용).</p> <p>귀하가 선택한 보청기 의료제공자를 방문하여 보청기를 구입하실 수 있습니다.</p>	<p>귀하는 보청기 2개와 2건의 보청기 피팅 및 평가에 대해 매년 최대 <b>\$1,500</b> 허용액을 받습니다(양쪽 귀 모두를 합쳐서 적용).</p> <p>보험적용이 되는 품목 및 서비스에 대한 비용 지불에 도움이 되도록 연간 <b>\$1,500</b>의 허용액이 사전 충전되는 지출 카드를 받게 됩니다.</p> <p>귀하가 선택한 보청기 의료제공자를 방문하여 이러한 서비스를 받으실 수 있습니다.</p>



	2024년(금년)	2025년(내년)
일반의약품 (OTC 품목)	<p>보험적용이 되는 품목에 대해 분기당 <b>\$210</b>의 허용액을 받게 됩니다.</p> <p>분기당 2회의 주문을 할 수 있으며, 사용하지 않은 허용액은 다음 분기로 이월할 수 없습니다.</p>	<p>보험적용이 되는 품목에 대해 매월 <b>\$70</b>의 허용액을 받게 됩니다.</p> <p>매월 1회의 주문을 할 수 있으며, 사용하지 않은 허용액은 다음 달로 이월할 수 없습니다.</p>
가치 기반 보험 설계(VBID)	<p>가치 기반 보험 설계(VBID)는 보험적용이 되지 않습니다.</p> <p>가치 기반 보험 설계(VBID)는 보험적용이 되지 않습니다.</p>	<p>두 가지 가치 기반 보험 설계(VBID) 혜택이 있습니다.</p> <p><b>건강한 식료품:</b></p> <p>귀하는 매월 플랜의 네트워크에 있는 매장에서 건강 식품을 구매하기 위한 <b>\$50</b>의 허용액을 받게 됩니다. 이 허용액은 월에서 월로 이월될 수 없습니다.</p> <p>보험적용이 되는 품목 비용을 지불하는 데 도움이 되도록 월 <b>\$50</b>의 허용액이 사전 충전되는 지출 카드를 받게 됩니다.</p> <p><b>교통편:</b></p> <p>비의료 교통편 및 VBID 비의료 교통편을 통합하여, 귀하는 연간 48회 편도 교통편에 대해 코페이먼트 \$0를 지불합니다.</p> <p>플랜에서 제공하는 Medicare 비보장 혜택을 이용하기 위해</p>
이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다		



	2024년(금년)	2025년(내년)
가치 기반 보험 설계(VBID)(계속)		<p>플랜에서 제공하는 Medicare 혜택이 아닌 예는 다음과 같습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SilverSneakers 네트워크의 피트니스 센터</li> <li>○ 승인된 건강한 식료품점</li> <li>○ 귀하가 선택한 보청기 제공자의 보청기</li> <li>○ 건강플랜에서 승인한 네트워크에서의 척추지압 서비스</li> <li>○ 건강플랜에서 승인한 네트워크에서의 안과 및 치과 서비스</li> </ul>
<p>안과 진료, Medicare 혜택 비적용(네트워크 의료제공자 이용)*</p> <p>이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다</p>	<p>네트워크 의료제공자를 이용하는 경우, 귀하는 24개월마다 안경테(일반 소매가 \$375까지)에 대해 \$0를 지불합니다. 만약 \$375를 초과하는 가격의 안경테를 선택하는 경우, 귀하가 차액을 지불하셔야 합니다.</p> <p>네트워크 의료 제공자를 이용할 경우, 귀하는 12개월마다 처방 안경 렌즈(크기 또는 도수에 관계없음) 한 쌍 또는 콘택트렌즈(최대 \$375까지의 콘택트렌즈 서비스 및</p>	<p>네트워크 의료제공자를 이용하는 경우, 귀하는 12개월마다 안경테(일반 소매가 \$200까지)에 대해 \$0를 지불합니다. 만약 \$200를 초과하는 가격의 안경테를 선택하는 경우, 귀하가 차액을 지불하셔야 합니다.</p> <p>네트워크 의료제공자를 이용할 경우, 귀하는 12개월마다 처방 안경 렌즈(크기 또는 도수에 관계없음) 한 쌍 또는 콘택트렌즈(최대 \$200까지의 콘택트렌즈 서비스 및 재료)에 대해 \$0를 지불합니다. 만약 \$200를 초과하는 가격의 서비스 또는 재료를 선택하는 경우, 귀하가 차액을 지불하셔야 합니다.</p>

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 알아보시려면, [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare)를 방문하십시오.



	2024년(금년)	2025년(내년)
안과 진료, <b>Medicare</b> 혜택 비적용(네트워크 의료제공자 이용)*(계속)	재료)에 대해 \$0를 지불합니다. 만약 \$375를 초과하는 가격의 서비스 또는 재료를 선택하는 경우, 귀하가 차액을 지불하셔야 합니다.	

## D2. 처방약 보험적용 변경사항

### 약품 목록 변경사항

업데이트된 *보험적용 약품 목록*은 저희 웹사이트 [blueshieldca.com/medpharmacy2025](https://blueshieldca.com/medpharmacy2025)에 있습니다. 페이지 하단에 안내된 번호로 고객 서비스에 전화하여 업데이트된 약품 정보를 얻거나 *보험적용 약품 목록*을 우편으로 발송하도록 저희에게 요청하실 수도 있습니다.

*보험적용 약품 목록*은 '약품 목록'이라고도 합니다.

저희는 *약품 목록*을 변경했으며, 여기에는 약품 삭제 또는 추가, 보험적용하는 약품의 변경 및 특정 약품에 대한 보험적용 제약의 변경 또는 해당 약품을 다른 비용 부담 약물군으로 이동하는 것이 포함될 수 있습니다.

*약품 목록*을 검토하여 귀하의 약품이 내년에 보험적용이 되는지 확인하고 어떤 제한 사항이 있는지 또는 귀하의 약품이 다른 비용 부담 약물군으로 이동되었는지 확인하십시오.

*약품 목록*에 있는 대부분의 변경사항은 매년 초부터 새로 시작됩니다. 그러나 저희는 Medicare 및/또는 주정부에서 허용했고 플랜 연도 동안 귀하에게 영향을 미칠 다른 변경을 할 수도 있습니다. 저희는 적어도 매월 온라인 *약품 목록*을 업데이트하여 최신 약품 목록을 제공합니다. 귀하가 복용하는 약품에 영향을 미치는 변경이 있는 경우, 저희는 변경에 대한 통지를 귀하에게 보낼 것입니다.

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

- 귀하의 의사(또는 기타 처방자)와 협력하여 저희 플랜에서 보험적용이 되는 다른 약을 찾습니다.

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 알아보시려면, [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare)를 방문하십시오.



- 페이지 하단에 있는 번호로 고객 서비스에 전화하거나 진료 코디네이터에게 연락하여 동일한 질환을 치료하는 **보험적용 약품 목록**을 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 해야 할 일을 알아보시려면 **가입자 안내서의 제9장**을 참조하시거나 페이지 하단에 있는 번호로 고객 서비스에 전화하십시오.
  - 예외를 요청하는 데 도움이 필요하신 경우 고객 서비스 또는 귀하의 진료 코디네이터에게 문의하십시오. 진료 코디네이터에게 연락하는 방법을 알아보시려면 **가입자 안내서의 제2장 및 제3장**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 안내서의 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.

저희가 현재 **약품 목록**에 있는 브랜드 약물을 동일하거나 더 낮은 비용 분담 약물군에 있고, 또한 대체하려는 브랜드 약물과 동일하거나 더 적은 수의 규칙이 적용되는 새로운 일반약 버전으로 대체하는 경우, 저희는 **약품 목록**에 있는 브랜드 약물을 즉시 삭제할 수 있습니다. 또한 새로운 일반약을 추가할 때 저희는 브랜드 약물을 **약품 목록**에 유지하기로 결정할 수 있으나 즉시 해당 약을 다른 비용 분담 약물군으로 이동하거나, 새로운 규정을 추가하거나, 두 가지 모두를 수행할 수 있습니다.

**2025년부터** 저희는 특정 바이오시밀러로 원래의 생물학적 제제를 즉시 대체할 수 있습니다. 이는 예를 들어, 현재 복용 중인 생물학적 제제가 바이오시밀러로 대체되는 경우, 변경이 이루어지기 **30일** 전에 통지를 받지 못하거나 네트워크 약국에서 원래의 생물학적 제제를 한 달 분량만큼 받지 못할 수도 있음을 의미합니다. 저희가 변경을 하는 시기에 귀하가 원래의

---

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 알아보시려면, [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare)를 방문하십시오.



생물학적 제제를 복용하고 있는 경우, 귀하는 변경 사항에 대한 정보를 받게 되더라도, 해당 정보가 변경 후에 도착할 수 있습니다.

이 약품 유형 중 일부는 귀하에게 새로운 약품일 수 있습니다. 약품 유형의 정의를 알아보시려면 *가입자 안내서 제12장*을 참조하십시오. 식품의약국(FDA)은 또한 약품에 대한 소비자 정보를 제공합니다. FDA 웹사이트를 참조하십시오.

[www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients](http://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients).

페이지 하단에 있는 전화번호로 고객 서비스에 문의하거나 의료제공자, 처방자 또는 약사에게 자세한 정보를 요청할 수도 있습니다.

### 처방약 비용 변경

저희는 **약품 목록의 일부 약품을 더 낮은 또는 더 높은 약물군으로 이동시켰습니다.** 귀하의 약품이 다른 약물군으로 이동되었는지 알아보려면 해당 약품을 **약품 목록**에서 찾아보십시오.

다음 표는 저희의 다섯 가지 약물군 각각에 대한 귀하의 약품 비용을 보여줍니다.



	2024년(금년)	2025년(내년)
<b>1군 약품</b> <i>(선호 일반약)</i> 네트워크 약국에서 조제한 1군 약품 1개월 분량에 대한 비용	1개월(30일)분에 대한 코페이먼트는 처방전당 <b>\$0</b> 입니다.	1개월(30일)분에 대한 코페이먼트는 처방전당 <b>\$0</b> 입니다.
<b>2군 약품</b> <i>(일반약)</i> 네트워크 약국에서 조제한 2군 약품 1개월 분량에 대한 비용	1개월(30일)분에 대한 코페이먼트는 처방전당 <b>\$0, \$1.55 또는 \$4.50</b> 입니다.	1개월(30일)분에 대한 코페이먼트는 처방전당 <b>\$0</b> 입니다.
<b>3군 약품</b> <i>(선호 브랜드 약품)</i> 네트워크 약국에서 조제한 3군 약품 1개월 분량에 대한 비용	1개월(30일)분에 대한 코페이먼트는 처방전당 <b>\$0, \$4.60 또는 \$11.20</b> 입니다.	1개월(30일)분에 대한 코페이먼트는 처방전당 <b>\$0</b> 입니다.
<b>4군 약품</b> <i>(비선호 약품)</i> 네트워크 약국에서 조제한 4군 약품 1개월 분량에 대한 비용	1개월(30일)분에 대한 코페이먼트는 처방전당 <b>\$0, \$4.60 또는 \$11.20</b> 입니다.	1개월(30일)분에 대한 코페이먼트는 처방전당 <b>\$0</b> 입니다.
<b>5군 약품</b> <i>(특수군 약품)</i> 네트워크 약국에서 조제한 5군 약품 1개월 분량에 대한 비용	1개월(30일)분에 대한 코페이먼트는 처방전당 <b>\$0, \$4.60 또는 \$11.20</b> 입니다.  1개월(30일) 우편 서비스 처방약에 대한 코페이먼트는 처방전당 <b>\$0, \$4.60, 또는 \$11.20</b> 입니다.	1개월(30일)분에 대한 코페이먼트는 처방전당 <b>\$0</b> 입니다.  1개월(30일) 가정 배송 처방전에 대한 코페이먼트는 처방전당 <b>\$0</b> 입니다.

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 알아보시려면, [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare)를 방문하십시오.



## E. 행정 변경 사항

	2024년(금년)	2025년(내년)
파트 D 처방약 클레임 처리 우편 주소	Blue Shield of California P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2066	Claims Processing 1606 Ave. Ponce de Leon San Juan, PR 00909-4830
우편 서비스 약국 변경	CVS Caremark® Mail Service Pharmacy	Amazon Pharmacy
용어 변경	우편 서비스	가정 배송
2군 장기 분량으로 변경: 일반약, 3군: 선호 브랜드명 약품, 4군: 비선호 약품	90일 분량	100일 분량
재고 요청을 위한 타임라인 요건	귀하는 보험적용 결정에 대한 서면 통지문에 기재된 날짜로부터 달력일로 60일 이내에 재고 요청을 해야 합니다.	귀하는 보험적용 결정에 대한 서면 통지문에 기재된 날짜로부터 달력일로 65일 이내에 재고 요청을 해야 합니다.
일반의약품(OTC) 품목의 배송 변경	배송은 영업일 기준 약 14일이 소요됩니다.	배송은 업무일 기준 약 7일이 소요됩니다.

## F. 플랜 선택

### F1. 플랜 유지하기

저희는 귀하께서 계속해서 저희 플랜의 가입자로 남아 계시기를 바랍니다. 플랜을 유지하기 위해 따로 조치를 취하실 필요는 없습니다. 귀하가 다른 Medicare 플랜으로, 또는 Original Medicare(일반 Medicare)로 변경하지 않는 경우, 귀하는 자동으로 2025년에 저희 플랜 가입이 유지됩니다.

### F2. 플랜 변경

대부분의 Medicare 가입자는 연중 특정 시기에 회원 자격을 종료할 수 있습니다. 귀하는 Medi-Cal에 가입되어 있기 때문에 연중 언제든지 저희 플랜 가입을 종료할 수 있습니다.

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 알아보시려면, [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare)를 방문하십시오.



또한 귀하는 다음 기간 동안 저희 플랜 가입을 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
- 귀하가 최근에 기관(전문 간호 시설 또는 장기 요양 병원 등)에 입원했거나 현재 치료를 받고 있는 경우. 귀하가 최근에 기관에서 나온 경우, 귀하는 퇴원한 달 이후 2개월 동안 플랜을 변경하거나 Original Medicare (일반 Medicare) 로 변경할 수 있습니다.

### 귀하의 Medicare 서비스

귀하는 해당 연도 중 언제든지 아래에 기재된 3가지 옵션으로 Medicare 서비스를 받을 수 있습니다. 귀하는 **연례 가입 기간** 및 **Medicare Advantage 정규 가입 기간** 또는 **섹션 F2**에 설명된 기타 상황을 포함해 연중 특정 시기에 아래에 기재된 추가 옵션을 갖게 됩니다. 이 옵션 중 한 가지를 선택함으로써 귀하는 저희 플랜에 대한 귀하의 회원 자격을 자동으로 종료하게 됩니다.



<p>1. 귀하는 다음으로 변경하실 수 있습니다.</p> <p><b>Medicare Medi-Cal Plan (Medi-Medi Plan)</b>은 <b>Medicare Advantage Plan</b>의 한 유형입니다. 이는 <b>Medicare</b> 및 <b>Medi-Cal</b>을 모두 가지고 있고 <b>Medicare</b> 및 <b>Medi-Cal</b> 혜택을 하나의 플랜으로 결합하는 사람들을 위한 것입니다. <b>Medi-Medi Plan</b>은 <b>Medicare</b> 및 <b>Medi-Cal</b> 보험적용이 되는 모든 서비스를 포함해 모든 혜택 및 서비스를 두 프로그램 전체에서 조정합니다.</p> <p>주: Medi-Medi Plan이라는 용어는 캘리포니아주의 통합 이중 자격 특별 필요 플랜(D-SNP)의 이름입니다.</p>	<p><b>취해야 할 조치:</b></p> <p>주 7일, 하루 24시간 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)를 이용해 Medicare로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하십시오.</p> <p>노인을 위한 종합 진료 프로그램(PACE)에 대한 문의는 1-855-921-PACE (7223)번으로 전화하십시오.</p> <p>도움이거나 더 많은 정보가 필요하신 경우:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 캘리포니아 건강보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP)에 1-800-434-0222번으로 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시 사이에 전화하거나 더 자세한 정보를 알아보거나 귀하의 지역에 위치한 HICAP 사무실을 찾아보시려면 <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/</a>을 방문하십시오.</li></ul> <p>또는</p> <p>새로운 <b>Medi-Medi Plan</b>에 가입하십시오.</p> <p>귀하의 새로운 플랜 보험/혜택이 시작되면 귀하는 자동으로 저희 플랜에서 탈퇴됩니다. 귀하의 <b>Medi-Cal</b> 플랜은 귀하의 <b>Medi-Medi Plan</b>에 따라 변경됩니다.</p>
--	---



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



**3. 귀하는 다음으로 변경하실 수 있습니다.**

**별도의 Medicare 처방약 플랜이 없는 Original Medicare (일반 Medicare)**

**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.

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 지원 프로그램(HICAP)에 1-800-434-0222번으로 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시 사이에 전화하십시오. 더 자세한 정보를 알아보시거나 귀하의 지역에 위치한 HICAP 사무실을 찾아보시려면 [www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/](http://www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/)을 방문하십시오.

**취해야 할 조치:**

주 7일, 하루 24시간 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)를 이용해 Medicare로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하십시오.

도움이거나 더 많은 정보가 필요하신 경우:

- 캘리포니아 건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 1-800-434-0222번으로 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시 사이에 전화하십시오. 더 자세한 정보를 알아보시거나 귀하의 지역에 위치한 HICAP 사무실을 찾아보시려면 [www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/](http://www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/)을 방문하십시오.

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

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



<p><b>4. 귀하는 다음으로 변경하실 수 있습니다.</b></p> <p>연례 가입 기간 및 <b>Medicare Advantage</b> 정규 가입 기간을 포함하는 연중 특정 시기에, 또는 섹션 A에 설명된 기타 상황에서 임의의 <b>Medicare 건강플랜</b>으로 변경 가능.</p>	<p><b>취해야 할 조치:</b></p> <p>주 7일, 하루 24시간 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)를 이용해 Medicare로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하십시오.</p> <p>노인을 위한 종합 진료 프로그램(PACE)에 대한 문의는 1-855-921-PACE (7223)번으로 전화하십시오.</p> <p>도움이나 더 많은 정보가 필요하신 경우:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 캘리포니아 건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 1-800-434-0222번으로 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시 사이에 전화하십시오. 더 자세한 정보를 알아보시거나 귀하의 지역에 위치한 HICAP 사무실을 찾아보시려면 <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/</a>을 방문하십시오.</li></ul> <p>또는</p> <p>새로운 Medicare 플랜에 가입하십시오.</p> <p>귀하의 새 플랜의 혜택이 시작되면 귀하는 자동으로 Medicare 플랜에서 탈퇴됩니다.</p> <p>귀하의 Medi-Cal 플랜은 변경될 수 있습니다.</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 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 문의하십시오. TTY 사용자는 1-800-430-7077번으로 전화하셔야 합니다. 다른 플랜에 가입하거나 Original Medicare(일반 Medicare)로 돌아가는 것이 귀하가 Medi-Cal 혜택을 받는 방법에 어떤 영향을 미치는지 문의하십시오.



---

## G. 도움 받기

### G1. 저희 플랜

질문이 있으시면 저희가 도와드리겠습니다. 페이지 하단에 안내된 고객 서비스 번호로 안내된 운영 요일과 시간에 전화하십시오. 이러한 전화는 무료입니다.

#### *가입자 안내서를 읽으십시오*

*가입자 안내서*는 저희 플랜의 혜택에 대한 법적 세부 설명입니다. 2025년 혜택 및 비용에 대한 자세한 정보가 나와 있습니다. 안내서는 귀하의 권리 및 보험적용이 되는 서비스와 처방약을 받기 위해 준수해야 하는 규정을 설명합니다.

2025년 *가입자 안내서*는 10월 15일부터 제공됩니다. *가입자 안내서*의 최신 사본은 저희 웹사이트 [blueshieldca.com/DSNPdocuments2025](https://blueshieldca.com/DSNPdocuments2025)에서 확인하실 수 있습니다. 또한 페이지 하단에 있는 번호로 고객 서비스에 전화하여 2025년 *가입자 안내서*를 우편으로 발송하도록 저희에게 요청하실 수도 있습니다.

#### 저희 웹사이트

저희 웹사이트 [blueshieldca.com/DSNP2025](https://blueshieldca.com/DSNP2025)를 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. 건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)

귀하는 또한 주정부 건강보험 지원 프로그램(SHIP) 서비스에 전화하실 수 있습니다. 캘리포니아주에서는 SHIP을 건강보험 상담 및 지원 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 1-800-434-0222번입니다. 더 자세한 정보를 알아보시거나 귀하의 지역에 위치한 HICAP 사무실을 찾아보시려면 [www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/](http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/)를 방문하십시오.

### G3. 옴부즈 프로그램

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

---

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 알아보시려면, [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare)를 방문하십시오.



- 귀하를 대신하는 옹호자로 일합니다. 귀하에게 문제나 불만 제기 사항이 있는 경우 질문에 대답할 수 있으며, 귀하가 취해야 할 조치를 이해하도록 도울 수 있습니다.
- 귀하의 권리 및 보호에 관련된 정보와 귀하의 우려 사항을 해결할 수 있는 방법을 제공합니다.
- 저희나 어떤 보험사 또는 건강플랜과 연결되어 있지 않습니다. Medicare Medi-Cal 옴부즈 프로그램의 전화번호는 1-855-501-3077입니다.

## G4. Medicare

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

### Medicare 웹사이트

귀하는 Medicare 웹사이트([www.medicare.gov](http://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.gov](http://www.medicare.gov)에서 '플랜 찾기(Find plans)'를 클릭하십시오.)

### Medicare & You 2025

귀하는 *Medicare & You 2025(메디케어와 당신 2025)* 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.

이 책자의 사본이 없으신 경우 Medicare

웹사이트([www.medicare.gov/Pubs/pdfwww.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdfwww.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf))로 가시거나 주 7일, 하루 24시간 운영되는

1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 받으실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하십시오.

## G5. 캘리포니아주 관리보건국

캘리포니아주 관리보건국은 의료 서비스 플랜 규제를 담당하고 있습니다. 귀하의 건강플랜에 대한 이의제기 사항이 있는 경우 해당 부서에 연락하기 전에 **1-800-452-4413 (TTY: 711)**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 제한되지는 않습니다. 응급 상황에 관련된 이의제기,

---

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 알아보시려면, [blueshieldca.com/medicare](http://blueshieldca.com/medicare)를 방문하십시오.



귀하의 건강플랜에서 만족스럽게 해결하지 못한 이의제기, 또는 30일이 넘게 해결되지 않은 이의제기에 대해 도움이 필요한 경우, 관리보건국으로 문의해 지원을 받으실 수 있습니다. 귀하는 또한 독립적 의료 평가(IMR)를 받으실 수 있습니다. 귀하가 IMR을 받을 자격이 되는 경우, IMR 절차는 제기된 서비스 또는 치료의 의학적 필요성과 관련해 건강플랜이 내린 의학적 결정, 실험적 또는 조사적인 성격의 치료에 대한 보험적용 결정, 응급 또는 긴급 의학적 서비스에 대한 지급 분쟁을 공정하게 평가할 것입니다. 관리보건국은 또한 무료 전화(1-888-466-2219)와 청각 및 언어 장애인용 TDD 라인(1-877-688-9891)을 운영하고 있습니다. 관리보건국 인터넷 웹사이트 [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov)에서는 불만 제기 양식, IMR 신청서 및 안내사항을 온라인으로 제공합니다. 자세한 정보는 *가입자 안내서*의 제9장, 섹션 F4를 참조하십시오.

---

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 알아보시려면, [blueshieldca.com/medicare](http://blueshieldca.com/medicare)를 방문하십시오.





[blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare)

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