



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)**

2026년 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 공지**는 여러분께 변경 사항을 알려드리고, 이에 대한 추가 정보를 얻을 수 있는 곳을 알려드립니다. 비용, 혜택 또는 규정에 대한 자세한 정보를 원하시면 저희 웹사이트

blueshieldca.com/DSNPdocuments2026에 있는 **가입자 안내서**를 검토하시기 바랍니다.

사본을 받으시려면 페이지 하단에 있는 전화번호로 고객 서비스에 문의하십시오. 핵심 용어와 그 정의는 **가입자 안내서** 마지막 장에 알파벳순으로 나와 있습니다.

추가 자료

- 이 문서는 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어 번체, 중국어 간체, 페르시아어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 크리올어, 타갈로그어 및 베트남어로 무료 제공됩니다.
- 대형 활자 인쇄본, 점자 또는 오디오 등의 다른 형식으로 본 **연례 변경 공지**를 무료로 받아 보실 수 있습니다. 1-800-452-4413 (TTY: 711)번으로 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시(태평양 표준시) 사이에 전화하십시오. 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 설정까지 아래로 스크롤하여 배송 기본 설정으로 '온라인으로 받기(Electronic Delivery)'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.
 - 본 문서 및 향후 필요한 커뮤니케이션을 영어 이외의 언어 또는 대체 형식(대형 활자 인쇄본, 점자, 오디오 등)으로 제공하도록 상시 요청하실 수 있습니다. Blue Shield TotalDual Plan 고객 서비스에 1-800-452-4413 (TTY: 711)번으로 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시(태평양 표준시) 사이에 연락하실 수 있습니다. 고객 서비스부는 귀하가

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(태평양 표준시) 사이에 전화하십시오. 이 전화는 무료입니다. 자세한 정보를 보려면 blueshieldca.com/medicare를 방문하십시오.



선호하는 언어와 형식을 귀하가 업데이트를 원할 때까지 파일에 보관합니다.

- 선호하는 언어 또는 다른 형식으로 필요한 통신을 받겠다는 상시 요청을 변경하시려면 1-800-452-4413 (TTY: 711)번으로 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시(태평양 표준시) 사이에 연락하십시오.

언어 지원 서비스 및 보조 지원과 서비스 이용에 대한 고지

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

الشعار بالعربية (Arabic)

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

Հայերեն պիտակ (Armenian)

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



简体中文标语 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电

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

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

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

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

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

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

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

日本語表記 (Japanese)

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

한국어 태그라인 (Korean)

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

ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

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

Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex 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 nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-800-452-4413 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Mon-Khmer, Cambodian)

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

مطلب به زبان فارسی (Persian (Farsi))

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

Русский слоган (Russian)

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

Mensaje en español (Spanish)

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

Tagalog Tagline (Tagalog)

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



แท็กโล้นภาษาไทย (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	9
B. 내년 Medicare 및 Medi-Cal 혜택 검토	9
B1. Blue Shield TotalDual Plan에 대한 정보	10
B2. 중요 확인 사항	10
C. 네트워크 의료제공자 및 약국 변경 사항	11
D. 내년의 혜택 및 비용 변경 사항	12
D1. 의료 서비스 관련 혜택 및 비용 변경 사항	12
D2. 약품 보험적용 변경사항	19
D3. 1단계: '최초 보험적용 단계'	21
D4. 2단계: '위기 상황 보험적용 단계'	23
E. 관리 변경 사항	23
F. 플랜 선택	24
F1. 플랜 유지하기	24
F2. 플랜 변경	24
G. 도움 받기	29
G1. 저희 플랜	29
G2. 건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)	29
G3. 옴부즈맨 프로그램	29
G4. Medicare	30
G5. 캘리포니아주 관리보건국	30
G6. Medicare 처방약 지불 플랜	31

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 '저희', '저희를' 또는 '저희의'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.

섹션 D1에 언급된 식품 및 농산물 혜택은 만성 질환자를 위한 특별 추가 혜택 (Special Supplemental Benefit for the Chronically Ill, SSBCI)입니다. 모든 플랜 가입자가 혜택을 받을 수 있는 것은 아닙니다. 자격은 '만성 질환 등록자'의 정의를 충족하는지에 따라 달라집니다. 적격 만성 질환에는 다음이 포함되지만 이에 국한되지 않습니다. 심혈관 질환, 만성 심부전, 당뇨병, 과체중, 비만 및 대사 증후군, 만성 폐 질환. 적격 만성 질환 및 자격 요건 전체 목록을 보시려면 플랜의 *가입자 안내서*를 참조하십시오.

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

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.

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

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

저희 플랜을 탈퇴하는 경우 다음에 대한 정보를 얻으실 수 있습니다.

- **섹션 F2**의 표에 있는 Medicare 옵션.

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



- 섹션 F2에 있는 Medi-Cal 옵션 및 서비스.

B1. Blue Shield TotalDual Plan에 대한 정보

- Blue Shield TotalDual Plan플랜은 Medicare 및 Medi-Cal 모두의 혜택을 가입자들에게 제공하기 위해 양 프로그램 모두와 계약을 맺고 있는 건강 플랜입니다.
- 이 *여러 변경 공지*에서 '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 약품 혜택에서 귀하에게 영향을 줄 수 있는 변경 사항이 있는지 확인하십시오.
 - 귀하의 약품에 보험적용이 됩니까? 약품이 다른 비용 부담 군에 있나요? 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 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.
- 귀하의 전체적인 플랜 비용에 관해 생각해 보십시오.
 - 귀하가 정기적으로 이용하는 서비스 및 약품에 대해 본인 지출액 비용을 얼마나 지출하게 됩니까?
 - 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 보험이 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

약품에 대해 귀하가 지불하는 금액은 귀하가 이용하는 약국에 따라 달라집니다. 저희 플랜에는 약국 네트워크가 있습니다. 대부분의 경우 귀하의 처방약은 저희 네트워크 약국 중 한 곳에서 조제될 경우에만 보험적용이 됩니다.

2026년에는 저희의 의료제공자 및 약국 네트워크가 달라집니다.

2026 의료제공자(주치의, 전문의, 병원 등) 및 약국 명부를 검토하여 귀하의 의료제공자 또는 약국이 저희 네트워크에 포함되는지 확인해 주십시오. 업데이트된 *의료제공자 및 약국 명부*는 저희 웹사이트 blueshieldca.com/DSNPdocuments2026에 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.

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



연중에도 저희 네트워크를 변경할 수 있다는 것을 알아두는 것이 중요합니다. 귀하의 의료제공자가 플랜에서 탈퇴하는 경우, 귀하에게는 일정한 권리 및 보호장치가 있습니다. 자세한 정보는 *가입자 안내서 3장*을 참조하거나 페이지 하단에 있는 번호로 고객 서비스에 전화하여 도움을 받으십시오.

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.

	2025년(금년)	2026년(내년)
연간 최대 본인 지출액	\$9,350 보험적용이 되는 파트 A 및 파트 B 서비스에 대해 \$9,350를 본인 부담금으로 지불한 뒤에는 그 해의 남은 기간 동안 보험적용이 되는 파트 A 및 파트 B 서비스에 대해 아무것도 지불하지 않습니다. 귀하가 Medicare 및 Medi-Cal (Medicaid)에 대한 자격이 있는 경우, 귀하는 보험적용이 되는 파트 A 및 파트 B 서비스에 대한 최대 본인 지출액에 산입되는 어떠한 본인 지출액 비용도 지불할 책임이 없습니다.	\$9,250 보험적용이 되는 파트 A 및 파트 B 서비스에 대해 \$9,250를 본인 지출액으로 지불한 뒤에는 그 해의 남은 기간 동안 보험적용이 되는 파트 A 및 파트 B 서비스에 대해 아무것도 지불하지 않습니다. 귀하가 Medicare 및 Medi-Cal (Medicaid)에 대한 자격이 있는 경우, 귀하는 보험적용이 되는 파트 A 및 파트 B 서비스에 대한 최대 본인 지출액에 산입되는 어떠한 본인 지출액 비용도 지불할 책임이 없습니다.
치과 서비스, 정기 (Medicare 보험 비적용) (이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다)	ADA 코드 D0140 제한적 구강 평가 - 문제 집중에는 보험적용이 되지 않습니다. ADA 코드 D0190 환자 선별검사에는 보험적용이 되지 않습니다.	귀하는 ADA 코드 D0140 제한적 구강 평가 - 문제 집중에 대해 코페이먼트 \$0를 지불합니다. 귀하는 ADA 코드 D0190 환자 선별검사에 대해 코페이먼트 \$0를 지불합니다.

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



	2025년(금년)	2026년(내년)
치과 서비스, 정기(Medicare 보험 비적용)(이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다)	ADA 코드 D0191 환자 평가에는 보험적용이 되지 않습니다. ADA 코드 D4240 치은판막 시술, 치근 계획 포함 - 사분면당 4개 이상의 인접치아 또는 치아 지지 공간에는 보험적용이 되지 않습니다. ADA 코드 D4241 치은판막 시술 - 치근면 활택술 포함 - 사분면당 1-3개의 인접치아 또는 치아 지지 공간에는 보험적용이 되지 않습니다. ADA 코드 D4266 유도 조직 재생, 자연 치아 - 재흡수 장벽, 부위당에는 보험적용이 되지 않습니다. ADA 코드 D4267 유도 조직 재생, 자연 치아 - 재흡수 불가 장벽, 부위당에는 보험적용이 되지 않습니다.	귀하는 ADA 코드 D0191 환자평가에 대해 코페이먼트 \$0를 지불합니다. 귀하는 ADA 코드 D4240 치은판막 시술, 치근 계획 포함 - 사분면당 4개 이상의 인접치아 또는 치아 지지 공간에 대해 코페이먼트 \$0를 지불합니다. 귀하는 ADA 코드 D4241 치은판막 시술 - 치근면 활택술 포함 - 사분면당 1-3개의 인접치아 또는 치아 지지 공간에 대해 코페이먼트 \$0를 지불합니다. 귀하는 ADA 코드 D4266 유도 조직 재생, 자연 치아 - 재흡수 장벽, 부위당에 대해 코페이먼트 \$0를 지불합니다. 귀하는 ADA 코드 D4267 유도 조직 재생, 자연 치아 - 재흡수 불가 장벽, 부위당에 대해 코페이먼트 \$0를 지불합니다.

	2025년(금년)	2026년(내년)
치과 서비스, 정기(Medicare 보험 비적용)(이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다)	ADA 코드 D5221 응급 상악 부분 의치 – 레진 베이스(유지용/고정용 재료, 지지대 및 치아 포함)에는 보험적용이 되지 않습니다 .	귀하는 ADA 코드 D5221 응급 상악 부분 의치 – 레진 베이스(유지용/고정용 재료, 지지대 및 치아 포함)에 대해 코페이먼트 \$0 를 지불합니다.
	ADA 코드 D5222 응급 하악 부분 의치 – 레진 베이스(유지용/고정용 재료, 지지대 및 치아 포함)에는 보험적용이 되지 않습니다 .	귀하는 ADA 코드 D5222 응급 하악 부분 의치 – 레진 베이스(유지용/고정용 재료, 지지대 및 치아 포함)에 대해 코페이먼트 \$0 를 지불합니다.
	ADA 코드 D5223 응급 상악 부분 의치 - 레진 의치 베이스를 가진 주형 금속틀(유지용/고정용 재료, 지지대 및 치아 포함)에는 보험적용이 되지 않습니다 .	귀하는 ADA 코드 D5223 응급 상악 부분 의치 - 레진 의치 베이스를 가진 주형 금속틀(유지용/고정용 재료, 지지대 및 치아 포함)에 대해 코페이먼트 \$0 를 지불합니다.
	ADA 코드 D5224 응급 하악 부분 의치 - 레진 의치 베이스를 가진 주형 금속틀(유지용/고정용 재료, 지지대 및 치아 포함)에는 보험적용이 되지 않습니다 .	귀하는 ADA 코드 D5224 응급 하악 부분 의치 - 레진 의치 베이스를 가진 주형 금속틀(유지용/고정용 재료, 지지대 및 치아 포함)에 대해 코페이먼트 \$0 를 지불합니다.
	ADA 코드 D5225 상악 부분 의치 – 유연 베이스(유지용/고정용 재료, 지지대 및 치아 포함)에는 보험적용이 되지 않습니다 .	귀하는 ADA 코드 D5225 상악 부분 의치 – 유연 베이스(유지용/고정용 재료, 지지대 및 치아 포함)에 대해 코페이먼트 \$0 를 지불합니다.

	2025년(금년)	2026년(내년)
치과 서비스 정기(Medicare 보험 비적용) (계속)	ADA 코드 D5226 하악 부분 의치 – 유연 베이스(유지용/고정용 재료, 지지대 및 치아 포함)에는 보험적용이 되지 않습니다. ADA 코드 D5227 응급 상악 부분 의치 – 유연 베이스(모든 결쇠, 지지대 및 치아 포함)에는 보험적용이 되지 않습니다. ADA 코드 D5228 응급 하악 부분 의치 – 유연 베이스(모든 결쇠 및 치아 포함)에는 보험적용이 되지 않습니다.	귀하는 ADA 코드 D5226 하악 부분 의치 – 유연 베이스(유지용/고정용 재료, 지지대 및 치아 포함)에 대해 코페이먼트 \$0를 지불합니다. 귀하는 ADA 코드 D5227 응급 상악 부분 의치 – 유연 베이스(모든 결쇠, 지지대 및 치아 포함)에 대해 코페이먼트 \$0를 지불합니다. 귀하는 ADA 코드 D5228 응급 하악 부분 의치 – 유연 베이스(모든 결쇠, 지지대 및 치아 포함)에 대해 코페이먼트 \$0를 지불합니다. 이는 보험적용이 되는 치과 서비스의 전체 목록이 아닙니다. 보험적용이 되는 치과 서비스의 전체 목록을 보려면 <i>가입자 안내서</i> 4장을 참조하십시오.



	2025년(금년)	2026년(내년)
특정 만성 질환에 대한 도움	식품 및 농산물에는 보험적용이 되지 않습니다 .	식품 및 농산물: 귀하는 건강하고 영양가 있는 식품 및 농산물 구매에 대해 월 \$60의 허용액을 받게 됩니다. 이 허용액은 월에서 월로 이월될 수 없습니다. 이는 만성 질환자를 위한 특별 보충 혜택(SSBCI)으로, 자격 심사가 필요합니다. 모든 플랜 가입자가 혜택을 받을 수 있는 것은 아닙니다. 이 혜택을 받으려면 자격이 있는 만성 질환이 하나 이상 있어야 합니다. 이 플랜은 귀하가 담당 의사로부터 받은 정보를 이용하거나 담당 의사에게 적격 만성 질환에 대한 서명된 진술서를 요청해 식품 및 농산물 혜택을 받을 자격이 있는지 확인합니다. 더 자세한 사항을 알아보시려면 플랜의 <i>가입자 안내서</i>를 참조하십시오.

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



	2025년(금년)	2026년(내년)
가정 배송 식사	귀하는 코페이먼트 \$0를 지불합니다. 입원 병원 또는 전문 간호 시설에서 퇴원하면 퇴원당 식사 22회 및 간식 10회에 대해 보험적용이 됩니다. 식사와 간식은 필요에 따라 최대 3회로 나누어 배달 보험적용은 연간 2회의 퇴원으로 제한됩니다.	귀하는 코페이먼트 \$0를 지불합니다. 입원 병원 또는 전문 간호 시설에서 퇴원하면 퇴원당 식사 22회 및 간식 10회에 대해 보험적용이 됩니다. 식사와 간식은 필요에 따라 최대 2회로 나누어 배달됩니다. 보험적용은 연간 2회의 퇴원으로 제한됩니다.
일반의약품(OTC) 품목	귀하는 보험적용이 되는 품목에 대해 매월 \$70의 허용액을 받게 됩니다. 매월 1회의 주문을 할 수 있으며, 사용하지 않은 허용액은 다음 달로 이월할 수 없습니다.	귀하는 보험적용이 되는 품목에 대해 분기당 \$120의 허용액을 받게 됩니다. 분기당 2회의 주문을 할 수 있으며, 사용하지 않은 허용액은 다음 분기로 이월할 수 없습니다.
개인 응급 대응 시스템(PERS)	귀하는 코페이먼트 \$0를 지불합니다.	PERS에는 보험적용이 되지 않습니다.
교통편: 비의료 교통편	비의료 교통편 및 가치 기반 보험 설계(VBID) 비의료 교통편을 통합하여, 귀하는 연간 48회 편도 교통편에 대해 코페이먼트 \$0를 지불합니다.	비응급 의료 교통편 및 비의료 교통편을 통합하여, 귀하는 플랜에서 승인한 건강 관련 장소로의 연간 편도 이동 48회의 합산 한도에 대해 코페이먼트 \$0를 지불합니다. 각 이동은 70 마일을 초과할 수 없습니다.

	2025년(금년)	2026년(내년)
가치 기반 보험 설계(VBID) 모델	VBID 모델에는 두 가지 혜택이 있습니다. 건강한 식료품: 귀하는 건강하고 영양가 있는 식품 및 농산물 구매에 대해 월 \$50의 허용액을 받게 됩니다. 승인된 제품은 승인된 지역 소매점에서 구입할 수 있습니다. 이 허용액은 월에서 월로 이월될 수 없습니다. 교통편: 비의료 교통편 및 VBID 비의료 교통편을 통합하여, 귀하는 연간 48회 편도 교통편에 대해 코페이먼트 \$0를 지불합니다. 교통편은 다음과 같이 플랜에서 제공하는 Medicare 보험 비적용 혜택을 이용하는 데 사용될 수 있습니다. ○ SilverSneakers 네트워크의 피트니스 센터 ○ 승인된 건강한 식료품점 ○ 귀하가 선택한 보청기 제공자의 보청기 ○ 건강플랜에서 승인한 네트워크에서의 척추지압 서비스 ○ 건강플랜에서 승인한 네트워크에서의 안과 및 치과 서비스	다음 VBID 모델 혜택에는 보험적용이 되지 않습니다. 건강 식료품에는 보험적용이 되지 않습니다. VBID 비의료 교통편에는 보험적용이 되지 않습니다.



	2025년(금년)	2026년(내년)
안과 진료, Medicare 보험 비적용(네트워크 의료제공자 이용)*	네트워크 의료제공자를 이용하는 경우, 귀하는 12개월마다 안경테(일반 소매가 \$200까지)에 대해 코페이먼트 \$0를 지불합니다. 만약 \$200를 초과하는 가격의 안경테를 선택하는 경우, 귀하가 차액을 지불하셔야 합니다. 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 코페이먼트 \$0를 지불합니다. 만약 \$200를 초과하는 가격의 서비스 또는 재료를 선택하는 경우, 귀하가 차액을 지불하셔야 합니다.	네트워크 의료제공자를 이용하는 경우, 귀하는 매년 안경테(일반 소매가 \$365까지)에 대해 코페이먼트 \$0를 지불합니다. 만약 \$365를 초과하는 가격의 안경테를 선택하는 경우, 귀하가 차액을 지불하셔야 합니다. 네트워크 의료제공자를 이용할 경우, 귀하는 12개월마다 처방 안경 렌즈(크기 또는 도수에 관계없음) 한 쌍 또는 콘택트렌즈(최대 \$365까지의 콘택트렌즈 서비스 및 재료)에 대해 코페이먼트 \$0를 지불합니다. 만약 \$365를 초과하는 가격의 서비스 또는 재료를 선택하는 경우, 귀하가 차액을 지불하셔야 합니다.

D2. 약품 보험적용 변경사항

약품 목록 변경사항

업데이트된 *보험적용 약품 목록*은 저희 웹사이트 blueshieldca.com/medpharmacy2026에 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.

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



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

약품 목록에 있는 대부분의 변경사항은 매년 초부터 새로 시작됩니다. 그러나 저희는 Medicare 및/또는 주정부에서 허용했고 달력 연도 동안 귀하에게 영향을 미칠 다른 변경을 할 수도 있습니다. 저희는 적어도 매월 온라인 약품 목록을 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.
 - 페이지 하단에 있는 번호로 고객 서비스에 전화하거나 진료 코디네이터에게 연락하여 동일한 질환을 치료하는 보험적용 약품 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 해야 할 일을 알아보시려면 가입자 안내서의 9장을 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 2장 및 3장을 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 5장을 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.

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



약품 비용 변경사항

저희 플랜에 의거한 Medicare 파트 D 약품 보험적용에는 두 가지의 지불 단계가 있습니다. 귀하가 지불하는 금액은 귀하가 처방약을 조제 또는 재조제할 때 귀하께서 속해 있는 단계에 따라 달라집니다. 두 가지 단계는 다음과 같습니다.

1단계 최초 보험적용 단계	2단계 위기 상황 보험적용 단계
이 단계에서 저희 플랜은 귀하의 약품 비용의 일부를 지불하고, 귀하는 귀하의 분담액을 지불합니다. 귀하의 분담액을 코페이먼트라고 합니다. 귀하가 해당 연도에 최초로 처방약을 조제할 때 이 단계가 시작됩니다.	이 단계 동안 플랜은 2026년 12월 31일까지 귀하의 약품에 대한 모든 비용을 지불할 것입니다. 귀하가 본인 지출액 비용을 특정 금액까지 지불한 후에 이 단계가 시작됩니다.

최초 보험적용 단계는 약품에 대한 총 본인 지출액 비용이 **\$2,100**에 도달하면 종료됩니다. 그 시점에서 위기 상황 보험적용 단계가 시작됩니다. 저희 플랜은 그때부터 해당 연도 말까지 귀하의 모든 약품 비용에 보험적용을 합니다. 귀하가 약품에 대해 얼마나 지불하게 되는지 더 자세한 정보를 알아보시려면 *가입자 안내서*의 **6장**을 참조하십시오.

제조사 할인 프로그램에 따라 약품 제조사는 최초 보험적용 단계 및 위기 상황 보험적용 단계 동안 보험적용이 되는 파트 D 브랜드명 약품 및 생물학적 제제에 대해 플랜의 전체 비용 중 일부를 지불합니다. 제조사 할인 프로그램에 따라 제조사가 지불하는 할인은 본인 지출액 비용에 포함되지 않습니다.

D3. 1단계: '최초 보험적용 단계'

최초 보험적용 단계 동안 플랜은 귀하의 보험적용이 되는 약품에 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 코페이먼트보다 적을 경우 귀하는 더 낮은 가격을 지불합니다.

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

다음 표는 저희의 5가지 약품 군 각각에 대한 표준 코페이먼트와 함께 네트워크 약국에서 조제한 1개월 분량에 대한 귀하의 비용을 보여줍니다. 이 금액은 오직 귀하가 최초 보험적용 단계에 속한 동안에만 적용됩니다.

대부분의 성인 파트 D 백신은 무료로 보장됩니다.

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



백신 비용 또는 장기 분량에 대한 정보, 또는 선호 비용 분담을 제공하는 네트워크 약국, 또는 가정 배송 처방약에 대한 정보는 *가입자 안내서 6장 섹션 D*를 참조하십시오.

	2025년(금년)	2026년(내년)
1군 약품 <i>(선호 일반약)</i> 네트워크 약국에서 조제한 1군 약품 1개월 분량에 대한 비용	1개월(30일)분에 대한 코페이먼트는 \$0 입니다.	1개월(30일)분에 대한 코페이먼트는 \$0 입니다.
2군 약품 <i>(일반약)</i> 네트워크 약국에서 조제한 2군 약품 1개월 분량에 대한 비용	1개월(30일)분에 대한 코페이먼트는 \$0 입니다.	1개월(30일)분에 대한 코페이먼트는 \$0 입니다.
3군 약품 <i>(선호 브랜드 약품)</i> 네트워크 약국에서 조제한 3군 약품 1개월 분량에 대한 비용	1개월(30일)분에 대한 코페이먼트는 \$0 입니다.	1개월(30일)분에 대한 코페이먼트는 \$0, \$5.10 또는 \$12.65 입니다.
4군 약품 <i>(비선호 약품)</i> 네트워크 약국에서 조제한 4군 약품 1개월 분량에 대한 비용	1개월(30일)분에 대한 코페이먼트는 \$0 입니다.	1개월(30일)분에 대한 코페이먼트는 \$0, \$5.10 또는 \$12.65 입니다.
5군 약품 <i>(특수군 약품)</i> 네트워크 약국에서 조제한 3군 약품 1개월 분량에 대한 비용	1개월(30일)분에 대한 코페이먼트는 \$0 입니다.	1개월(30일)분에 대한 코페이먼트는 \$0, \$5.10 또는 \$12.65 입니다.

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



초기 혜택 단계는 처방약에 대한 총 본인 지출액 비용이 **\$2,100**에 도달하면 종료됩니다. 그 시점에서 위기 상황 보험적용 단계가 시작됩니다. 플랜은 그때부터 해당 연도 말까지 귀하의 모든 약품 비용에 보험적용을 합니다. 플랜은 그때부터 해당 연도 말까지 귀하의 모든 파트 D 약품에 보험적용을 합니다. 약품에 대해 얼마나 지불하게 되는지 더 자세한 정보를 알아보시려면 *가입자 안내서*의 **6장**을 참조하십시오.

D4. 2단계: '위기 상황 보험적용 단계'

귀하가 처방약에 대한 본인 부담금 한도 **\$2,100**에 도달하면 위기 상황 보험적용 단계가 시작되며 귀하는 보험이 적용되는 파트 D 약품에 대해 아무것도 지불하지 않습니다. 귀하는 해당 연도 말까지 위기 상황 보험적용 단계를 유지하게 됩니다.

위기 상황 보험적용 단계에서의 귀하의 비용에 대해 더 자세한 정보는 **6장**을 참조하십시오.

E. 관리 변경 사항

	2025년(금년)	2026년(내년)
추가 원격 의료 서비스: 공급업체 이름 및 URL 변경	Teledoc blueshieldca.com/teladoc	Teledoc Health blueshieldca.com/teladochealth
Medicare 처방약 지불 플랜	Medicare 처방약 지불 플랜은 올해 시작된 지불 옵션으로 귀하가 저희 플랜에서 보험적용이 되는 약품에 대한 본인 지출액 비용을 달력 연도(1월~12월)에 분산하여 관리할 수 있도록 도와주는 지불 옵션입니다.	Medicare 처방약 지불 플랜에 참여 중이고 동일한 플랜을 유지하는 경우, 귀하는 Medicare 처방약 지불 플랜을 유지하기 위해 아무것도 할 필요가 없습니다. 품질 개선 기관Quality Improvement Organization (QIO) 이름 변경
품질 개선 기관(QIO) 이름 변경	Livanta	Commence Health

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



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** 플랜에 가입하거나 **Original Medicare**로 변경하는 않는 경우, 귀하는 자동으로 2026년의 저희 플랜 가입자로 유지됩니다.

F2. 플랜 변경

대부분의 **Medicare** 가입자는 연중 특정 시기에 회원 자격을 종료할 수 있습니다.

또한 귀하는 다음 기간 동안 저희 플랜 가입을 종료하실 수 있습니다.

- 10월 15일부터 12월 7일까지 이어지는 **정규 가입 기간**. 이 기간 동안 새로운 플랜을 선택하시는 경우, 저희 플랜의 회원 자격은 12월 31일에 종료되고 새로운 플랜의 회원 자격이 1월 1일에 시작됩니다.
- 1월 1일부터 3월 31일까지 이어지는 **Medicare Advantage(MA) 정규 가입 기간**. 이 기간 동안 새로운 플랜을 선택하시는 경우, 새로운 플랜에서의 귀하의 가입자 자격은 다음 달 1일에 시작됩니다.
- 귀하는 **Medi-Cal**에 가입되어 있기 때문에 연중 언제든지 저희 플랜 가입을 종료할 수 있습니다.

귀하의 가입을 변경할 수 있는 다른 자격 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**로 변경할 수 있습니다.

귀하의 **Medicare** 서비스

귀하는 해당 연도 중 언제라도 아래에 기재된 3가지 옵션으로 **Medicare** 서비스를 받을 수 있습니다. 귀하는 **정규 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 가입자 자격을 자동으로 종료하게 됩니다.

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

1. 귀하는 다음으로 변경하실 수 있습니다.

Medi-Medi Plan은 Medicare Advantage Plan의 한 유형입니다. 이는 Medicare 및 Medi-Cal을 모두 가지고 있고 Medicare 및 Medi-Cal 혜택을 하나의 플랜으로 결합하는 사람들을 위한 것입니다. Medi-Medi Plan은 모든 Medicare 및 Medi-Cal 보험적용이 되는 서비스 또는 해당되는 경우 노인을 위한 종합 진료 프로그램(PACE) 플랜을 포함해 두 프로그램 모두에 걸친 모든 혜택 및 서비스를 조정합니다.

주: Medi-Medi Plan이라는 용어는 캘리포니아주의 통합 이중 자격 특별 필요 플랜(D-SNP)의 이름입니다.

취해야 할 조치:

Medicare에 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)번으로 전화하십시오. TTY 사용자들은 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.

노인을 위한 종합 진료 프로그램(PACE)에 대한 문의는 1-855-921-PACE (7223)번으로 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/을 방문하십시오.

또는

새로운 Medi-Medi Plan에 가입하십시오.

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

2. 귀하의 다음으로 변경하실 수 있습니다. 별도의 Medicare 약품 플랜이 포함된 Original Medicare	취해야 할 조치: Medicare에 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)번으로 전화하십시오. TTY 사용자들은 1-877-486-2048번으로 전화하십시오. 도움이나 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/을 방문하십시오. 또는 새로운 Medicare 처방약 플랜에 가입하십시오. 귀하의 Original Medicare (일반 Medicare) 보험적용이 시작되면 귀하는 자동으로 저희 플랜에서 탈퇴됩니다. 귀하가 변경을 요청하지 않는 한, 귀하의 Medi-Cal 플랜은 변경되지 않습니다.
--	--



3. 귀하는 다음으로 변경하실 수 있습니다.

별도의 Medicare 약품 플랜이 없는 Original Medicare

주: 귀하가 일반 Medicare로 변경하고 별도의 Medicare 약품 플랜에 가입하지 않는 경우, 귀하가 Medicare에 가입을 원하지 않는다고 알리지 않는 한, Medicare에서 귀하를 약품 플랜에 가입시킬 수 있습니다.

고용주나 노동 조합과 같은 다른 출처에서 약품 보장을 받는 경우에만 약품 보장을 취소해야 합니다. 약품 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:

Medicare에 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)번으로 전화하십시오. TTY 사용자들은 1-877-486-2048번으로 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.

4. 귀하는 다음으로 변경하실 수 있습니다. 정규 가입 기간 및 Medicare Advantage 정규 가입 기간을 포함하는 연중 특정 시기에, 또는 섹션 A에 설명된 기타 상황에서 임의의 Medicare 건강플랜으로 변경 가능.	취해야 할 조치: Medicare에 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)번으로 전화하십시오. TTY 사용자들은 1-877-486-2048번으로 전화하십시오. 노인을 위한 종합 진료 프로그램(PACE)에 대한 문의는 1-855-921-PACE (7223)번으로 전화하십시오. 도움이나 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/을 방문하십시오. 또는 새로운 Medicare 플랜에 가입하십시오. 귀하의 새 플랜의 혜택이 시작되면 귀하는 자동으로 Medicare 플랜에서 탈퇴됩니다. 귀하의 Medi-Cal 플랜은 변경될 수 있습니다.
---	--

귀하의 Medi-Cal 서비스

Medi-Cal 플랜을 선택하는 방법이나 저희 플랜을 탈퇴한 후 Medi-Cal 서비스를 받는 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.

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



G. 도움 받기

G1. 저희 플랜

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

가입자 안내서를 읽으십시오

가입자 안내서는 저희 플랜의 혜택에 대한 법적 세부 설명입니다. 2026년 혜택 및 비용에 대한 자세한 정보가 나와 있습니다. 안내서는 귀하의 권리 및 보험적용이 되는 서비스와 약품을 받기 위해 준수해야 하는 규정을 설명합니다.

2026년 가입자 안내서는 10월 15일까지 제공될 예정입니다. 가입자 안내서의 최신 사본은 저희 웹사이트 blueshieldca.com/DSNPdocuments2026에서 확인하실 수 있습니다. 또한 페이지 하단에 있는 번호로 고객 서비스에 전화하여 2026년 가입자 안내서를 우편으로 발송하도록 저희에게 요청하실 수도 있습니다.

저희 웹사이트

저희 웹사이트 blueshieldca.com/DSNP2026을 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 건강플랜과 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/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.

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

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

- 귀하의 권리 및 보호에 관련된 정보와 귀하의 우려 사항을 해결할 수 있는 방법을 제공합니다.
- 저희나 어떤 보험사 또는 건강플랜과도 연결되어 있지 않습니다. Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램의 전화번호는 1-855-501-3077입니다.

G4. Medicare

Medicare에서 직접 정보 받기:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)번으로 전화하십시오.
TTY 사용자들은 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.
- 실시간 채팅은 www.Medicare.gov/talk-to-someone에서 하실 수 있습니다.
- PO Box 1270, Lawrence, KS 66044로 Medicare에 서신을 보내십시오.

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 2026

귀하는 *Medicare & You 2026* 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/pdf/10050-medicare-and-you.pdf)로 가시거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)번으로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 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)**번으로 귀하의 건강플랜에 먼저 전화하여 플랜의 이의제기 절차를 이용해야 합니다. 이의제기 절차를 이용한다고 해서 어떠한 잠재적 법적 권리나 귀하가 이용할 수 있는 보상의 기회가 제한되지는 않습니다. 응급 상황에 관련된 Medi-Cal 이의제기,

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



귀하의 건강플랜에서 만족스럽게 해결하지 못한 **Medi-Cal** 이의제기, 또는 30일이 넘게 해결되지 않은 **Medi-Cal** 이의제기에 대해 도움이 필요한 경우, 관리보건국으로 문의해 지원을 받으실 수 있습니다. 귀하는 또한 **Medi-Cal** 혜택에 대한 독립적 의료 평가(IMR)를 받으실 수 있습니다. 귀하가 IMR을 받을 자격이 되는 경우, IMR 절차는 제기된 서비스 또는 치료의 의학적 필요성과 관련해 건강플랜이 내린 의학적 결정, 실험적 또는 조사적인 성격의 치료에 대한 보험적용 결정, 응급 또는 긴급 의학적 서비스에 대한 지급 분쟁을 공정하게 평가할 것입니다. 관리보건국은 또한 무료 전화(1-888-466-2219)와 청각 및 언어 장애인을 위한 TDD 라인(1-877-688-9891)을 운영하고 있습니다. 관리보건국의 인터넷 웹사이트는 www.dmhca.ca.gov입니다.

자세한 정보는 *가입자 안내서*의 **9장, 섹션 F4**를 참조하십시오.

G6. Medicare 처방약 지불 플랜

Medicare 처방약 지불 플랜은 귀하가 저희 플랜에서 보험적용이 되는 약품에 대한 본인 지출액 비용을 월 지불로 달력 연도(1월~12월)에 분산하여 관리할 수 있도록 도와주는 지불 옵션입니다. 이 프로그램은 귀하의 비용을 절약하거나 약품 비용을 낮추지 않습니다.

자격이 되는 경우 **Medicare**의 '추가 지원'과 해당 주의 약제 지원 프로그램(SPAP) 및 AIDS 약물 지원 프로그램(ADAP)의 지원이 **Medicare** 처방약 지불 계획에만 참여하는 것보다 더 유리합니다. 모든 가입자는 소득 수준에 관계없이 이 프로그램에 참여할 자격이 있습니다. 이 프로그램에 대해 더 알아보시려면 이 페이지 하단에 있는 전화번호로 저희에게 연락하시거나 www.medicare.gov를 방문하십시오.



blueshieldca.com/medicare

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