



# 가입자 안내서

---

귀하의 혜택에 대해 알아야 할 사항

Blue Shield of California Promise Health Plan  
(Blue Shield Promise) 종합 보험 혜택적용범위  
증명(Evidence of Coverage, EOC) 및 공개 양식

2026

로스앤젤레스 카운티

Blue Shield of California Promise Health Plan은 L.A. Care Health Plan과 계약을 맺고  
로스앤젤레스 카운티에서 Medi-Cal 관리 의료 서비스를 제공하고 있습니다. Blue Shield of  
California Promise Health Plan is an independent licensee of the Blue Shield Association

---

# 다른 언어 및 형식

---

## 다른 언어

본 가입자 안내서 및 기타 플랜 자료들을 비용 없이 다른 언어로 받으실 수 있습니다. **Blue Shield Promise**는 자격을 갖춘 번역가의 서면 번역을 제공합니다.

1-800-605-2556(TTY 711)번으로 전화하십시오. 이 전화는 무료입니다. 통역사 및 번역 서비스 등 의료 서비스 언어 지원 서비스에 대해 더 알아보시려면 본 가입자 안내서를 읽어보십시오.

---

## 다른 형식

이 정보를 점자, 20포인트의 대형 활자 인쇄본, 오디오, 접근 가능한 전자 형식(데이터 **CD**) 등의 다른 형식으로 적시에 무료로 얻으실 수 있습니다.

1-800-605-2556(TTY 711)번으로 전화하십시오. 이 전화는 무료입니다.

---

## 통역 서비스

**Blue Shield Promise**는 수화 및 공인 통역사의 통역 서비스를 24시간 무료로 제공합니다. 가족 또는 친구를



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. **Blue Shield Promise**는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.

또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

통역사로 이용하실 필요가 없습니다. 저희는 긴급 상황이 아닌 이상 미성년자를 통역사로 활용하는 것을 권장하지 않습니다. 통역사 서비스, 언어 및 문화 서비스는 무료로 제공됩니다. 지원은 연중무휴 24시간 이용 가능합니다. 귀하의 언어로 도움이 필요하거나 이 안내서를 다른 언어로 받으시려면 1-800-605-2556(TTY 711)번으로 전화하십시오. 이 전화는 무료입니다.

**ATTENTION:** If you need help in your language, call 1-800-605-2556 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-605-2556 (TTY: 711). These services are free of charge.

### العربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-800-605-2556 (TTY: 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير. اتصل بـ 1-800-605-2556 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

### Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, գանգահարեք 1-800-605-2556 (TTY: 711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-800-605-2556 (TTY: 711): Այդ ծառայություններն անվճար են:



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

## **中文 (Chinese)**

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1-800-605-2556 (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 1-800-605-2556 (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

## **हिंदी (Hindi)**

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-800-605-2556 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-800-605-2556 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं निः शुल्क हैं।

## **Hmoob (Hmong)**

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-800-605-2556 (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 1-800-605-2556 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

## 日本語 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は 1-800-605-2556 (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。1-800-605-2556 (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 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면  
1-800-605-2556 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 점자나  
큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과  
서비스도 이용 가능합니다. 1-800-605-2556 (TTY: 711)  
번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

**ພາສາລາວ (Laotian)**

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃນ  
 ໂທຫາເບີ 1-800-605-2556 (TTY: 711).  
 ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ  
 ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່  
 ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-605-2556 (TTY: 711).  
 ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.

또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

## **Mien**

ONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-800-605-2556 (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 1-800-605-2556 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

## **ខ្មែរ (Cambodian)**

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-605-2556 (TTY: 711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-605-2556 (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

## **(Farsi) فارسی**

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-800-605-2556 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-800-605-2556 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

### **ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)**

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-605-2556 (TTY: 711). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-605-2556 (TTY: 711). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

### **Русский (Russian)**

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-800-605-2556 (линия TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-800-605-2556 (линия TTY: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

### **Español (Spanish)**

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-605-2556 (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-800-605-2556 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

### **Tagalog (Filipino)**

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-800-605-2556 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

malaking print. Tumawag sa 1-800-605-2556 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

### **ภาษาไทย (Thai)**

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-605-2556 (TTY: 711) นอกจากนี้ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-605-2556 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

### **Українська (Ukrainian)**

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-800-605-2556 (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 1-800-605-2556 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

### **Tiếng Việt (Vietnamese)**

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-800-605-2556 (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 1-800-605-2556 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

# Blue Shield Promise에 오신 것을 환영합니다!

Blue Shield Promise와 함께해 주셔서 감사합니다. Blue Shield Promise는 Medi-Cal 가입자를 위한 건강플랜입니다. Blue Shield Promise는 귀하가 원하는 의료 서비스를 받으실 수 있도록 캘리포니아주와 협력합니다.

## 가입자 안내서

본 가입자 안내서는 Blue Shield Promise로 이용하실 수 있는 귀하의 보험 혜택에 대해 설명합니다. 주의 깊게 끝까지 읽어주십시오. 이는 귀하가 혜택, 이용할 수 있는 서비스, 필요한 진료를 받는 방법을 이해하시는 데 도움이 될 것입니다. 또한 이 안내서는 Blue Shield Promise 가입자로서 귀하의 권리와 책임도 설명합니다. 귀하에게 특별한 건강 필요사항이 있는 경우 귀하에게 해당되는 모든 부분을 반드시 읽어야 합니다.

또한 본 가입자 안내서는 종합 보험 혜택적용범위 증명 및 공개 양식이라고도 합니다. **본 EOC 및 공개 양식은 건강플랜의 요약본입니다. 정확한 보험혜택적용 조건을 파악하려면 건강플랜 약관을 참조하십시오.** 더 자세한 내용을 알아보려면 1-800-605-2556(TTY 711)번으로 Blue Shield Promise에 전화하십시오.

본 가입자 안내서에서 Blue Shield Promise는 '저희', '당사'로 지칭되기도 합니다. 가입자는 때때로 '귀하'라고 불립니다. 대문자로 표시된 일부 단어는 가입자 안내서에서 특별한 의미를 갖습니다.

Blue Shield Promise와 L.A. Care 간에 맺은 계약서 사본을 요청하시려면 1-800-605-2556(TTY 711)번으로 전화하십시오. 귀하는 가입자 안내서의 추가 사본을 무료로 요청할 수 있습니다. 또한 Blue Shield Promise 웹사이트 [blueshieldca.com/promise/medi-cal](https://blueshieldca.com/promise/medi-cal)에서 가입자 안내서를 찾아보실 수 있습니다. 또한



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](https://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

## Blue Shield Promise에 오신 것을 환영합니다!

귀하는 Blue Shield Promise의 비독점적 임상 및 행정 정책 및 절차에 대한 사본을 무료로 요청하실 수 있습니다. 이는 Blue Shield Promise 웹사이트에서도 제공되고 있습니다.

---

## 문의하기

Blue Shield Promise는 언제나 여러분을 도와드립니다. 질문이 있으신 경우 1-800-605-2556 (TTY 711)번으로 전화하십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.

또한 언제든지 온라인 웹사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)를 방문하실 수 있습니다.

감사합니다.

Blue Shield Promise  
Blue Shield of California Promise Health Plan  
3840 Kilroy Airport Way  
Long Beach, CA 90806-2452



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

# 목차

|                                               |           |
|-----------------------------------------------|-----------|
| 다른 언어 및 형식 .....                              | 2         |
| 다른 언어 .....                                   | 2         |
| 다른 형식 .....                                   | 2         |
| 통역 서비스.....                                   | 2         |
| <b>Blue Shield Promise에 오신 것을 환영합니다!.....</b> | <b>9</b>  |
| 가입자 안내서 .....                                 | 9         |
| 문의하기 .....                                    | 10        |
| <b>목차 .....</b>                               | <b>11</b> |
| <b>1. 가입자로 시작하기 .....</b>                     | <b>14</b> |
| 도움을 받는 방법 .....                               | 14        |
| 가입자가 될 수 있는 대상.....                           | 15        |
| ID 카드.....                                    | 15        |
| <b>2. 귀하의 건강플랜에 관하여 .....</b>                 | <b>17</b> |
| 건강플랜 개요 .....                                 | 17        |
| 플랜 이용 방법 .....                                | 19        |
| 건강플랜 변경 .....                                 | 19        |
| 새로운 카운티나 캘리포니아 외부로 이주하는 학생 .....              | 20        |
| 연속 진료 .....                                   | 22        |
| 비용 .....                                      | 25        |
| <b>3. 진료를 받는 방법.....</b>                      | <b>29</b> |
| 의료 서비스 받기 .....                               | 29        |
| 주치의(Primary care provider, PCP).....          | 30        |
| 의료제공자 네트워크 .....                              | 34        |
| 예약 .....                                      | 45        |



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오.  
 Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시  
 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.  
 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트  
[www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

|                                                                   |            |
|-------------------------------------------------------------------|------------|
| 진료를 위한 방문 .....                                                   | 45         |
| 취소 및 일정 변경 .....                                                  | 46         |
| 지불 .....                                                          | 46         |
| 진료의뢰 .....                                                        | 47         |
| 캘리포니아 암 평등법 진료의뢰 .....                                            | 49         |
| 사전 승인(사전 허가) .....                                                | 49         |
| 2차 소견 .....                                                       | 51         |
| 민감한 진료 .....                                                      | 52         |
| 긴급 치료 .....                                                       | 55         |
| 응급 치료 .....                                                       | 56         |
| 간호사 상담 전화 .....                                                   | 58         |
| 사전 의료 지시서 .....                                                   | 59         |
| 장기 및 조직 기증 .....                                                  | 59         |
| <b>4. 혜택 및 서비스 .....</b>                                          | <b>60</b>  |
| 귀하의 건강플랜이 보장하는 혜택 및 서비스 .....                                     | 60         |
| Blue Shield Promise에서 보험적용이 되는 Medi-Cal 혜택 .....                  | 63         |
| 기타 Blue Shield Promise에서 보험적용이 되는 혜택과 프로그램 .....                  | 87         |
| 기타 Medi-Cal 프로그램 및 서비스 .....                                      | 95         |
| Blue Shield Promise 또는 Medi-Cal을 통해 받을 수 없는 서비스 .....             | 102        |
| 신규 및 기존 기술 평가 .....                                               | 102        |
| <b>5. 아동 및 청소년 웰케어 .....</b>                                      | <b>104</b> |
| 어린이와 청소년을 위한 Medi-Cal .....                                       | 104        |
| 아동 건강검진 및 예방관리 .....                                              | 106        |
| 혈액 납 중독 검사 .....                                                  | 107        |
| 아동 및 청소년 복지 서비스를 받을 수 있도록 지원 .....                                | 108        |
| FFS(Fee-for-Service) Medi-Cal 또는 기타 프로그램을 통해 받을 수 있는 기타 서비스 ..... | 108        |
| <b>6. 문제 보고 및 해결 .....</b>                                        | <b>111</b> |
| 불만 제기 .....                                                       | 112        |
| 재고 요청 .....                                                       | 114        |
| 이의 제기 요청 결정에 동의하지 못하는 경우 취할 수 있는 조치 .....                         | 115        |



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오.  
 Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시  
 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.  
 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트  
[www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

|                                                                         |            |
|-------------------------------------------------------------------------|------------|
| 관리보건국에 불만 제기 및 독립적 의료 검토<br>(Independent Medical Reviews, IMR) 요청 ..... | 117        |
| 주정부 공정심의회 .....                                                         | 118        |
| 사기, 낭비 및 남용 .....                                                       | 120        |
| <b>7. 권리 및 책임 .....</b>                                                 | <b>122</b> |
| 귀하의 권리 .....                                                            | 122        |
| 귀하의 책임 .....                                                            | 123        |
| 차별 금지 공지 .....                                                          | 124        |
| 가입자로서 참여하는 방법 .....                                                     | 127        |
| 개인정보 보호정책 고지문 .....                                                     | 129        |
| 법률에 관한 통지 .....                                                         | 138        |
| 최후의 지불자로서의 Medi-Cal, 기타 건강 보험(OHC)<br>및 불법 행위 배상금 환수에 대한 고지 .....       | 139        |
| 재산 회복에 관한 고지 .....                                                      | 140        |
| 결정 통지서 .....                                                            | 140        |
| 기밀 통신 요청에 대한 공지 .....                                                   | 141        |
| <b>8. 알아야 할 중요한 전화번호 및 용어 .....</b>                                     | <b>143</b> |
| 중요 전화번호 .....                                                           | 143        |
| 알아야 할 용어 .....                                                          | 146        |



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오.  
Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시  
사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.  
또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트  
[www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

# 1. 가입자로 시작하기

## 도움을 받는 방법

Blue Shield Promise는 귀하가 만족스러운 의료 서비스를 받으시기를 바랍니다. 진료에 대해 문의 사항 또는 우려 사항이 있는 경우 Blue Shield Promise로 귀하의 의견을 알려주십시오.

### 고객 서비스:

Blue Shield Promise 고객 서비스는 항상 귀하께 도움을 드릴 준비가 되어 있습니다. Blue Shield Promise는 다음과 같은 도움을 드립니다.

- 귀하의 건강플랜 및 Blue Shield Promise에서 보험적용이 되는 서비스에 관한 문의 사항에 답변 제공
- 주치의(Primary care provider, PCP)를 선택하거나 변경하는 데 도움 제공
- 귀하가 필요로 하는 진료를 받을 장소 안내
- 영어가 서툰 경우 통역 서비스 제공
- 다른 언어 및 양식으로 작성된 정보를 받는 데 도움 제공
- 해결할 수 없는 문제가 있는 경우 도움 제공
- 신속한 진료를 예약하는 데 도움 제공
- ID 카드 교체
- 귀하가 해결할 수 없는 문제에 대한 답변 제공
- 교통편 예약 지원

도움이 필요하신 경우 1-800-605-2556(TTY 711)번으로 전화하십시오.

Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. Blue Shield Promise는 귀하가 전화하셨을 때 대기 시간이 10분 이내가 되도록 보장합니다.

또한 언제든지 온라인 고객 서비스([blueshieldca.com/promise/medi-cal](https://blueshieldca.com/promise/medi-cal))를 방문하실 수 있습니다.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오.

Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.

또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](https://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

## 가입자가 될 수 있는 대상

모든 주에는 Medicaid 프로그램이 있습니다. 캘리포니아주에서는 Medicaid를 **Medi-Cal**이라고 합니다.

귀하는 **Medi-Cal** 자격에 해당하고 로스앤젤레스 카운티에 거주하시기 때문에 **Blue Shield Promise**에 가입할 수 있습니다. **Medi-Cal** 보장 범위나 **Medi-Cal** 갱신 시기에 대해 문의 사항이 있는 경우, 1-866-613-3777번으로 로스앤젤레스 카운티 공공복지부(Los Angeles County Department of Public Social Services, DPSS)에 전화하십시오. 귀하는 SSI나 SSP를 받고 있기 때문에 사회보장을 통해 **Medi-Cal** 서비스를 받을 자격에 해당할 수도 있습니다.

가입에 대한 질문이 있는 경우 1-800-430-4263(TTY 1-800-430-7077 또는 711)번으로 건강관리옵션(Health Care Options)에 전화하거나 <http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/>를 방문하십시오.

사회 보장에 관한 질문이 있으시면 1-800-772-1213번으로 사회보장국에 전화하거나 <https://www.ssa.gov/locator/>를 방문하십시오.

## 전환기 Medi-Cal

귀하가 더 많은 돈을 벌기 시작하고 더 이상 **Medi-Cal** 자격이 없는 경우 전환기 **Medi-Cal**을 받을 수 있습니다.

귀하는 다음 사이트에 찾을 수 있는 귀하의 지역 카운티 사무소에 전환기 **Medi-Cal**을 이용할 자격이 있는지 문의하실 수 있습니다.

<http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx> 또는 1-800-430-4263(TTY 1-800-430-7077 또는 711)번으로 건강관리옵션에 전화하십시오.

## ID 카드

**Blue Shield Promise**의 가입자로서 귀하는 **Blue Shield Promise ID** 카드를 받으실 것입니다. 귀하는 의료 서비스 또는 처방전을 받으실 때 귀하의 **Blue Shield Promise ID** 카드 및 귀하의 **Medi-Cal** 혜택 ID 카드(Benefits Identification Card, BIC)를 제시해야



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. **Blue Shield Promise**는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

합니다. 귀하의 **Medi-Cal BIC** 카드는 캘리포니아주에서 귀하에게 발송한 혜택 ID 카드입니다. 언제나 모든 건강 카드를 항상 휴대하십시오. **Medi-Cal BIC** 및 **Blue Shield Promise ID** 카드의 모습은 다음과 같습니다.



귀하의 가입 날짜 이후 몇 주 내에 **Blue Shield Promise ID** 카드를 받지 못한 경우 또는 **Blue Shield Promise ID** 카드가 손상, 분실 또는 도난당한 경우 즉시 고객 서비스에 전화하십시오. **Blue Shield Promise**는 무료로 새 카드를 보내드릴 것입니다. 1-800-605-2556(TTY 711)번으로 전화하십시오. **Medi-Cal BIC** 카드가 없거나 카드가 손상, 분실 또는 도난당한 경우 지역 카운티 사무소로 전화하십시오. 지역 카운티 사무소를 찾으시려면 <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>를 방문하십시오.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. **Blue Shield Promise**는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

## 2. 귀하의 건강플랜에 관하여

### 건강플랜 개요

Blue Shield Promise는 다음 카운티의 Medi-Cal 가입자를 위한 건강플랜입니다. 로스앤젤레스 카운티 Blue Shield Promise는 귀하가 원하는 의료 서비스를 받으실 수 있도록 캘리포니아주와 협력합니다. Blue Shield Promise에 가입되어 있고 귀하의 주치의(PCP)로 지정하고 싶은 의사가 있는 경우, 저희에게 전화해 도움을 받으십시오.

Blue Shield Promise 고객 서비스 부서 담당자와 상의하여 건강플랜에 대한 자세한 사항 및 그 이용 방법에 대해 알아보시기 바랍니다. 1-800-605-2556(TTY 711)번으로 전화하십시오.

### 귀하의 보험이 시작되고 종료되는 시점

Blue Shield Promise에 가입하시면, 저희가 가입 날짜로부터 2주 이내에 Blue Shield Promise ID 카드를 보내드립니다. 귀하는 의료 서비스 또는 처방전을 받으실 때 Blue Shield Promise ID 카드 및 Medi-Cal 혜택 ID 카드(Benefits Identification Card, BIC)를 제시하셔야 합니다.

귀하의 Medi-Cal 보장은 매년 갱신되어야 합니다. 귀하의 지역 카운티 사무소에서 Medi-Cal 보장을 전자적으로 갱신할 수 없는 경우, 카운티는 귀하에게 미리 입력된 Medi-Cal 갱신 양식을 보내드립니다. 이 양식을 작성해 귀하의 지역 카운티 사무소로 보내십시오. 귀하는 직접 방문, 전화, 우편, 온라인 또는 귀하의 카운티에서 이용 가능한 기타 전자 수단을 통해 귀하의 정보를 반환할 수 있습니다.

갱신 날짜는 사람마다 다릅니다. 갱신 시기가 되면 귀하가 연락을 받을 수 있는지 확인하십시오. 주소, 전화번호 또는 이메일 변경 사항은 귀하의 지역에 있는



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

로스앤젤레스 카운티 보건복지부 사무소에 즉시 1-866-613-3777(TTY 711)번으로 보고하십시오. 연간 갱신 완료에 도움이 필요하거나 질문이 있는 경우

Blue Shield Promise Medi-Cal 유지관리 부서에 1-855-636-5251(TTY: 711)번으로 공휴일을 제외하고 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 전화하십시오.

귀하는 언제든지 Blue Shield Promise 보험을 종료하고 다른 건강플랜을 선택하실 수 있습니다. 새로운 플랜을 선택하는 데 도움이 필요하신 경우

1-800-430-4263(TTY 1-800-430-7077 또는 711)번으로 건강관리옵션에 전화하십시오.

[www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov](http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov)에 방문해 주십시오.

Blue Shield Promise는 로스앤젤레스 카운티에 거주하는 Medi-Cal 가입자를 위한

건강플랜입니다. [http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/](http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx)

[CountyOffices.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx)에서 귀하의 지역 카운티 사무소를 찾으십시오.

Blue Shield Promise Medi-Cal 보험은 다음 중 어느 것이라도 해당되는 경우 종료될 수 있습니다.

- 로스앤젤레스 카운티 밖으로 이주한 경우
- 귀하가 더 이상 Medi-Cal을 보유하고 있지 않은 경우
- 귀하가 행위별 수가제(Fee-for-Service, FFS) Medi-Cal 가입을 조건으로 하는 면제 프로그램에 대한 자격이 있는 경우
- 귀하가 교도소 또는 감옥에 있는 경우

Blue Shield Promise Medi-Cal 혜택을 상실하더라도, FFS Medi-Cal 혜택에 자격이 있을 수 있습니다. 귀하가 여전히 Blue Shield Promise에서 보험적용을 받고 있는지 확실하지 않은 경우 1-800-605-2556(TTY: 711)번으로 전화하십시오.

### 관리 의료에 대한 미국 원주민 대상 특별 고려사항

미국 원주민은 언제라도 어느 이유에서든지 Medi-Cal 관리 의료 플랜에 가입하지 않을 권리 또는 자신들의 Medi-Cal 관리 의료 플랜을 탈퇴해 진료행위별 수가제(Fee-For-Service, FFS) Medi-Cal로 돌아갈 수 있는 권리가 있습니다.

귀하가 미국 원주민이라면 원주민 의료 서비스 제공자(IHCP)로부터 의료 서비스를 받을 권리가 있습니다. 귀하는 또한 이러한 장소에서 의료 서비스를 받는 동안

Blue Shield Promise를 유지 또는 탈퇴(드롭)할 수 있습니다. 가입 또는 탈퇴에 대해 자세히 알아보려면 1-800-605-2556 (TTY 711)번으로 전화하십시오.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오.

Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.

또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트

[www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

Blue Shield Promise는 네트워크 내/외 케이스 관리를 포함하여 귀하에게 진료 조정을 제공해야 합니다. 귀하가 IHCP에게 서비스 받기를 요청하는 경우, Blue Shield Promise는 귀하가 선택한 네트워크 내 또는 외 IHCP를 찾는 데 도움을 주어야 합니다. 자세한 내용은 본 핸드북 3장의 '의료제공자 네트워크'를 읽어보십시오.

---

### 플랜 이용 방법

Blue Shield Promise는 L.A. Care와 계약을 맺은 관리 의료 건강플랜입니다.

Blue Shield Promise는 가입자들에게 의료 서비스를 제공하기 위해 Blue Shield Promise 서비스 지역 내 의사, 병원 및 기타 의료제공자들과 함께 일합니다. Blue Shield Promise 가입자로서, 귀하는 FFS Medi-Cal을 통해 제공되는 일부 서비스를 받을 자격이 있을 수 있습니다. 여기에는 외래 처방약, 비처방약, Medi-Cal Rx를 통한 일부 의료 용품이 포함됩니다.

고객 서비스 부서가 Blue Shield Promise의 운영 방식, 귀하가 필요로 하는 진료를 받는 방법, 운영 시간 중에 의료제공자와 예약하는 방법, 무료 통역 및 번역 서비스를 요청하는 방법, 대체 형식으로 서면 정보를 요청하는 방법 및 귀하가 교통편 서비스를 이용할 자격이 있는지 알아보는 방법에 대해 알려드릴 것입니다.

자세한 내용은 1-800-605-2556(TTY 711)번으로 문의하십시오. 또한

[www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)에서 온라인으로 고객 서비스 정보를 찾아보실 수 있습니다.

---

### 건강플랜 변경

다른 건강플랜을 이용할 수 있는 경우 언제든지 Blue Shield Promise를 해지하고 귀하의 거주 카운티에 있는 다른 건강플랜에 가입하실 수 있습니다. 새로운 플랜을 선택하려면 1-800-430-4263(TTY 1-800-430-7077 또는 711)번으로 건강관리옵션에 전화하십시오. 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 전화하거나

<https://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov>를 방문하실 수 있습니다.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오.

Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.

또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

Blue Shield Promise를 해지하고 거주 카운티 내의 다른 플랜에 가입하려는 귀하의 요청을 처리하는 데 30일 이상 걸릴 수 있습니다. 귀하의 요청 상태를 확인하려면 1-800-430-4263(TTY 1-800-430-7077 또는 711)번으로 건강관리옵션에 전화하십시오.

Blue Shield Promise를 더 일찍 해지하기를 원하는 경우, 건강관리옵션에 전화하여 속결 탈퇴를 요청하실 수 있습니다.

속결 탈퇴를 요청할 수 있는 회원에는 위탁가정 보호 또는 입양 지원 프로그램을 통해 서비스를 받는 아동, 특별한 건강 관리가 필요한 가입자, 이미 Medicare나 다른 Medi-Cal 또는 상업 관리 의료 플랜에 등록된 가입자가 포함되며, 이로 국한되지는 않습니다.

귀하는 귀하의 지역 카운티 사무소에 연락해 Blue Shield Promise를 탈퇴를 요청하실 수 있습니다. 다음 주소에서 귀하의 지역 카운티 사무소를 찾으십시오.

<http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>. 또는

1-800-430-4263(TTY 1-800-430-7077 또는 711)번으로 건강관리옵션에 전화하십시오.

---

## 새로운 카운티나 캘리포니아 외부로 이주하는 학생

귀하는 미국 영토를 포함해 미국 내 어느 곳에서라도 응급 치료 및 긴급 치료를 받을 수 있습니다. 정기 진료 및 예방 진료는 귀하가 거주하는 카운티에서만 보장됩니다.

고등교육(대학교 포함)을 받기 위해 캘리포니아 내 새로운 카운티로 이주하는 학생인 경우, Blue Shield Promise는 새 카운티에서 응급실 및 긴급 치료 서비스를 보장합니다. 새로운 카운티에서 정기 진료나 예방 진료를 받을 수도 있지만, Blue Shield Promise에 이를 통지해야 합니다. 아래에서 자세히 알아보십시오.

귀하가 Medi-Cal에 가입되어 있고 거주하는 캘리포니아의 카운티가 아닌 다른 카운티에서 학교를 다니는 학생인 경우, 해당 카운티에서 Medi-Cal을 신청할 필요가 없습니다.

귀하가 캘리포니아의 다른 카운티에서 학생으로 살기 위해 일시적으로 가정을 떠나는 경우, 두 가지 선택이 있습니다. 귀하는 다음과 같은 조치를 취할 수 있습니다.

- 로스앤젤레스 카운티 공공복지부의 자격 심사관에게 1-866-613-3777번으로 전화하거나, <https://dpss.lacounty.gov> 를 방문하여 귀하가 대학교를 다니기 위해 임시로 이주한다고 알리고 귀하의 새 카운티 주소를 말씀해 주십시오. 카운티에서는 귀하의 새 주소와 카운티 코드로 사례 기록을 업데이트합니다. 귀하가 새로운 카운티에 거주하는 동안 정기 진료나 예방 진료를



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.

또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

계속 받으려면 이렇게 해야 합니다. **Blue Shield Promise**가 귀하가 대학을 다닐 카운티에 서비스를 제공하지 않으면 귀하는 건강플랜을 변경해야 할 수 있습니다. 질문이 있거나 새로운 건강플랜에 가입하는 데 지연되지 않도록 **1-800-430-4263(TTY 1-800-430-7077 또는 711)**번을 이용해 건강관리옵션으로 전화하십시오.

또는

- 만일 **Blue Shield Promise**가 대학이 위치한 새 카운티에서 혜택을 제공하지 않고 귀하가 새 카운티에서 이용할 수 있는 건강플랜으로 변경하지 않는 경우, 새 카운티에서는 특정 질환에 대한 응급실 및 긴급 치료 서비스만 받을 수 있습니다. 더 자세한 사항은 이 안내서의 제3장 '진료를 받는 방법'을 참고하십시오. 정기 또는 예방 건강 관리를 위해서는 로스앤젤레스 카운티에 있는 의료제공자의 **Blue Shield Promise** 네트워크를 이용해야 합니다.

귀하가 다른 주에 있는 대학에 다니기 위해 임시로 캘리포니아주를 떠나 있지만 **Medi-Cal** 혜택을 유지하고자 하는 경우, 로스앤젤레스 카운티 공공복지부 자격 심사관에게 연락하십시오. 귀하가 자격에 해당하는 한, **Medi-Cal**은 다른 주에서의 응급 치료 및 긴급 치료를 보장합니다. **Medi-Cal**은 또한 캐나다 및 멕시코에서 입원이 필요한 응급 치료에도 보험을 적용합니다.

귀하가 캘리포니아주 외에 있는 경우 정기 진료 및 예방 치료 서비스는 보험적용이 되지 않습니다. 귀하는 주 외 서비스에 대한 **Medi-Cal** 의료 혜택 보장을 받을 자격에 해당하지 않습니다. **Blue Shield Promise**는 귀하의 의료 서비스 비용을 지불하지 않을 것입니다. 귀하가 다른 주에서 **Medicaid**를 원하는 경우, 귀하는 해당 주에서 신청하셔야 합니다. **Medi-Cal**은 제3장에 명시된 대로 캐나다 및 멕시코에서 입원이 필요한 응급 치료를 제외한 미국 외에서 받는 응급, 긴급 또는 기타 의료 서비스에 보험적용을 하지 않습니다.

타 주에 있는 약국을 이용하실 경우, 처리가 지연되어 의학적으로 필요한 서비스에 지장이 생기는 상황에 한해 최대 14일분까지의 비상 약품 혜택을 받으실 수 있습니다. 더 많은 도움이 필요하시면 **Medi-Cal Rx**에 **1-800-977-2273**번으로 전화하거나 온라인으로 <https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home>을 방문하십시오.



**1-800-605-2556 (TTY 711)** 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. **Blue Shield Promise**는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 **711**번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

## 연속 진료

### 네트워크 외 의료제공자에 대한 연속 진료

Blue Shield Promise 가입자로서 귀하는 Blue Shield Promise 네트워크에 속한 의료제공자로부터 의료 서비스를 받게 됩니다. 해당 의료제공자가 Blue Shield Promise 네트워크에 포함되어 있는지 알아보려면

온라인으로 <https://www.blueshieldca.com/fad/home>에서 의료제공자 명부를 읽어보십시오. 명부에는 다음이 포함됩니다. 주치의, 전문의, 병원 및 시설, 연방 공인 의료 서비스(FQHC) 클리닉, 행동 건강 의료제공자 및 안과 의료제공자 명부에 나오지 않은 의료제공자는 Blue Shield Promise 네트워크에 속해 있지 않을 수 있습니다.

어떤 경우에는, 귀하는 Blue Shield Promise 네트워크 외 의료제공자에게 치료를 받을 수 있습니다. 귀하가 건강플랜을 변경해야 하거나, FFS Medi-Cal에서 관리 의료로 전환해야 하거나, 귀하의 의료제공자가 전에는 네트워크에 속해 있었지만 지금은 네트워크 외 의료제공자가 된 경우, 귀하는 해당 의료제공자가 Blue Shield Promise 네트워크에 속하지 않더라도 서비스 제공자를 계속 이용할 수 있습니다. 이것을 연속 진료라고 합니다.

네트워크 외부 의료제공자로부터 진료를 받아야 하는 경우, Blue Shield Promise에 전화하여 연속 진료를 요청하십시오. 귀하가 다음 조건에 모두 해당한다면, 최대 12개월까지 연속 진료를 받으실 수 있습니다.

- Blue Shield Promise에 가입하기 전 네트워크 외 의료제공자와 지속적인 관계를 유지하고 있었음
- Blue Shield Promise에 가입하기 전 12개월 동안 최소 1회 네트워크 외 의료제공자에게 비응급 진료를 받았음
- 네트워크 외 의료제공자가 Blue Shield Promise와 협력할 의향이 있으며, Blue Shield Promise의 계약 요건 및 서비스에 대한 지불 조건에 동의함
- 네트워크 외 의료제공자가 Blue Shield Promise에서 적용하는 전문적 기준을 충족함
- 네트워크 외 의료제공자가 Medi-Cal 프로그램에 가입되어 참여하고 있음

더 자세한 사항을 알아보시려면 고객 서비스에 1-800-605-2556(TTY 711)번으로 전화하십시오.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

만일 귀하의 의료제공자가 12개월 이후에도 **Blue Shield Promise** 네트워크에 가입하지 않거나, **Blue Shield Promise** 지불 요율에 동의하지 않거나, 진료의 품질 요건에 부합하지 않는다면, 귀하는 **Blue Shield Promise** 네트워크에 있는 의료제공자로 변경해야 합니다. 귀하의 선택과 관련하여 논의하려면 1-800-605-2556(TTY 711)번으로 고객 서비스에 전화하십시오.

**Blue Shield Promise**는 방사선과, 임상병리실, 투석 센터 또는 교통편 등 특정 보조(지원) 서비스에 대해서는 네트워크 외 의료제공자의 연속 진료를 제공할 필요가 없습니다. 귀하는 **Blue Shield Promise** 네트워크의 의료제공자를 통해 이러한 서비스를 받게 됩니다.

연속 진료 및 자격 여부에 대해 자세히 알아보시려면 1-800-605-2556번으로 전화하십시오.

### 네트워크 외 의료제공자로부터 보험적용이 되는 서비스 완료하기

**Blue Shield Promise** 가입자로서 귀하는 **Blue Shield Promise** 네트워크 의료제공자로부터 보험적용이 되는 서비스를 받게 됩니다. 귀하가 **Blue Shield Promise** 가입 당시나 귀하의 의료제공자가 **Blue Shield Promise** 네트워크를 떠난 시점에 특정 건강 상태로 인해 치료를 받고 있는 경우라면, 귀하는 네트워크 외 의료제공자로부터 **Medi-Cal** 서비스를 계속 받을 수도 있습니다.

다음과 같은 건강 상태에 대해 보험적용이 되는 서비스가 필요한 경우에는 특정 기간 동안 네트워크 외 의료제공자로부터 치료를 계속 받을 수 있습니다.

| 건강 상태                                    | 기간                                                                 |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 급성 상태(빠른 조치가 필요한 의학적 문제)                 | 급성 상태가 지속되는 동안                                                     |
| 심각한 만성 신체 및 행동 관련 질환(오랫동안 겪어온 심각한 건강 문제) | 보험적용이 시작되거나 의료제공자의 <b>Blue Shield Promise</b> 계약 종료일로부터 최대 12개월 동안 |
| 임신 및 산후 관리                               | 임신 중 및 임신 종료 후 최대 12개월 동안                                          |



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. **Blue Shield Promise**는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

## 2 | 귀하의 건강플랜에 관하여

|                                                                                                                                      |                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 산모 정신 건강 서비스                                                                                                                         | 임신 진단 또는 임신 종료일 중 더 늦은 시점부터 최대 12개월 동안                                                                                  |
| 출생부터 36개월까지의 신생아 케어                                                                                                                  | 보장 시작일 또는 의료제공자의 <b>Blue Shield Promise</b> 계약 종료일로부터 최대 12개월 동안                                                        |
| 말기 질환(생명을 위협하는 의학적 문제)                                                                                                               | 질환이 지속되는 동안 <b>Blue Shield Promise</b> 가입일 또는 의료제공자가 <b>Blue Shield Promise</b> 와의 계약을 종료한 날로부터 12개월 이상 서비스를 받을 수 있습니다. |
| 네트워크 외 의료제공자가 수행한 수술 또는 기타 의료적 시술로서 보험적용이 가능하고, 의학적으로 필요하며, <b>Blue Shield Promise</b> 가 문서화된 치료 과정의 일부로 승인을 했고, 의료제공자가 권고하고 문서화한 경우 | 수술 또는 기타 의료 시술은 반드시 의료제공자의 계약 종료일로부터 180일 이내에 또는 귀하의 <b>Blue Shield Promise</b> 가입 효력 발생일로부터 180일 이내에 이루어져야 합니다.        |

자격에 해당하는 기타 질환에 대해서는 **Blue Shield Promise** 고객 서비스에 전화하십시오.

네트워크 외 의료제공자가 서비스 제공을 계속할 의향이 없거나 **Blue Shield Promise**의 계약 요구 사항, 지불 또는 기타 치료 제공 조건에 동의하지 않는 경우, 귀하는 해당 의료제공자로부터 지속적인 치료를 받을 수 없습니다. 귀하는 **Blue Shield Promise** 네트워크의 다른 의료제공자로부터 계속해서 서비스를 받을 수도 있습니다.

계약된 의료제공자를 선택하여 진료를 계속 받는 데 도움이 필요하거나 더 이상 **Blue Shield Promise** 네트워크에 속하지 않은 의료제공자로부터 보험적용이 되는 서비스를 받는 것에 대해 문의 사항이 있거나 문제가 발생한 경우  
1-800-605-2556(TTY 711)번으로 **Blue Shield Promise** 고객 서비스에 전화하십시오.

**Blue Shield Promise**는 Medi-Cal이 보험을 적용하지 않거나 DHCS와의 **Blue Shield Promise** 계약에 따라 보험적용이 되지 않는 서비스에 대해 연속 진료를 제공할 필요가 없습니다. 연속 진료, 자격, 이용 가능한 서비스에 대해 알아보시려면 1-800-605-2556번으로 전화하십시오.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오.  
**Blue Shield Promise**는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.  
또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

## 비용

### 가입자 비용

Blue Shield Promise는 Medi-Cal 수혜 자격이 있는 사람들에게 서비스를 제공합니다. 대부분의 경우, Blue Shield Promise 가입자는 보험적용이 되는 서비스, 보험료 또는 공제액에 대해 비용을 지불할 필요가 없습니다.

미국 원주민인 경우 가입비, 보험료, 공제액, 코페이먼트, 비용 부담금 또는 기타 유사한 비용을 지불할 필요가 없습니다. Blue Shield Promise는 IHCP가 직접 제공했거나, IHCP로 진료의뢰가 갔거나, IHCP로 인해 비용이 감면된 물품이나 서비스에 대해 미국 원주민 가입자에게 비용을 청구해서는 안 됩니다. 여기에는 가입비, 보험료, 공제액, 코페이먼트, 비용 부담액 또는 이와 유사한 요금이 포함됩니다.

귀하가 산타클라라, 샌프란시스코 또는 샌머테이오 카운티에서 카운티 어린이 건강 계획 프로그램(County Children's Health Initiative Program, CCHIP)에 가입했거나 Medi-Cal for Families에 가입한 경우, 월 보험료와 코페이먼트가 있을 수 있습니다.

응급 치료, Blue Shield Promise 서비스 지역 외의 긴급 치료 또는 민감한 진료를 제외하고, 귀하는 Blue Shield Promise 네트워크 외 의료제공자를 방문하기 전에 Blue Shield Promise에 사전 승인(사전 허가)을 받아야 합니다. 사전 승인(사전 허가) 없이 응급 치료, 서비스 지역 외 긴급 치료 또는 민감한 진료가 아닌 진료를 받기 위해 네트워크 외 의료제공자에게 가는 경우, 귀하는 해당 의료제공자로부터 받은 진료에 대해 비용을 지불해야 할 수 있습니다. 보험적용이 되는 서비스 목록을 보려면 이 핸드북의 4장 '혜택 및 서비스'를 읽어보십시오. 또한 Blue Shield Promise 웹사이트([www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members))에서 의료제공자 명부를 찾아보실 수 있습니다.

### 장기 요양 치료 및 월 거주자 비용이 있는 가입자의 경우

귀하는 장기 요양 치료에 대해 매월 거주자 비용(비용 부담금)을 지불해야 할 수도 있습니다. 월 거주자 비용은 귀하의 소득에 따라 다릅니다. 귀하는 자신이 지불한 금액이 월 거주자 비용과 같아질 때까지 매월 자신의 의료비(장기 요양 치료 청구서를 포함하며 이에 국한되지 않음)를 지불합니다. 그 후에는 그 달에 귀하가 받는 장기 요양 치료에



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

Blue Shield Promise가 보험을 적용합니다. 귀하는 그 달에 장기 요양 치료 월간 거주자 비용 전체를 지불할 때까지 Blue Shield Promise로부터 보험적용을 받을 수 없습니다.

### 의료제공자가 지불을 받는 방법

Blue Shield Promise는 다음과 같은 방법으로 의료제공자에게 지불합니다.

- 인두당 지급
  - Blue Shield Promise는 Blue Shield Promise 가입자 각각에 대해 매월 정해진 금액을 의료제공자에게 지불합니다. 이를 환자 단위 일정 수가라고 합니다. Blue Shield Promise와 의료제공자는 협의를 통해 지불 금액을 결정합니다.
- FFS 지급
  - 일부 의료제공자는 Blue Shield Promise 가입자에게 진료를 제공하고, 제공한 서비스에 대해 Blue Shield Promise에 청구서를 보냅니다. 이를 FFS 지급(진료행위별 수가제)이라고 합니다. Blue Shield Promise 및 의료제공자는 협의를 통해 각 서비스 비용을 결정합니다.

Blue Shield Promise가 의료제공자에게 지불하는 방법에 대해 더 자세히 알아보시려면 1-800-605-2556(TTY 711)번으로 전화하십시오.

### 의료제공자 인센티브 프로그램:

Blue Shield Promise는 귀하의 관리 및 Blue Shield Promise 의료제공자에 대한 귀하의 경험을 향상하기 위해 의료제공자 인센티브 프로그램을 마련했습니다. 이러한 프로그램은 다음을 향상하는 데 도움이 됩니다.

- 진료의 품질
- 진료 및 서비스의 이용성
- 제공되는 치료
- 가입자 만족

이러한 프로그램에 대해 더 알아보시려면 **1-800-605-2556(TTY 711)**번으로 Blue Shield Promise 고객 서비스에 전화하십시오.

### 의료제공자로부터 청구서를 받은 경우

보험적용이 되는 서비스는 Blue Shield Promise가 지불해야 하는 의료 서비스입니다. Medi-Cal 보험적용이 되는 서비스에 대한 청구서를 받으신 경우, 청구서를 지불하지



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

마십시오. 즉시 고객 서비스에 1-800-605-2556(TTY: 711)번으로 전화하십시오.

Blue Shield Promise가 청구서가 정확한지 확인하는 데 도움을 드릴 것입니다.

처방약, 소모품 또는 보충제에 대해 약국에서 청구서를 받은 경우는, Medi-Cal Rx 고객 서비스(1-800-977-2273)로 연중무휴 24시간 전화하십시오. TTY 사용자는 711로 전화하시면 됩니다. 또한 Medi-Cal Dental 웹사이트 <https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/>에 방문하실 수도 있습니다.

### Blue Shield Promise에 비용 환급 청구하기

이미 받은 서비스에 대해 귀하가 비용을 지불한 경우, 다음 조건을 모두 충족하면 환급 자격이 있을 수 있습니다.

- 귀하가 받은 서비스가 Blue Shield Promise가 비용을 지불할 책임이 있는, 보험적용이 되는 서비스인 경우. Blue Shield Promise는 Blue Shield Promise가 보장하지 않는 서비스에 대해 환급하지 않습니다.
- Blue Shield Promise의 자격이 있는 가입자인 동안 보험적용이 되는 서비스를 받은 경우.
- 보험적용이 되는 서비스를 받은 날로부터 1년 이내에 환급을 요청하는 경우
- 귀하 또는 귀하를 대신하는 사람이 의료제공자의 자세한 영수증과 같이 보험적용이 되는 서비스에 대해 비용을 지불했다는 증거를 제시한 경우.
- Blue Shield Promise 네트워크의 Medi-Cal 가입 의료제공자로부터 보험적용이 되는 서비스를 받은 경우 응급 치료, 가족계획 서비스 또는 Medi-Cal이 네트워크 외 의료제공자가 사전 승인(사전 허가) 없이 수행하도록 허용하는 기타 서비스를 받은 경우에는 이 조건을 충족할 필요가 없습니다.
- 보험적용이 되는 해당 서비스가 일반적으로 사전 승인(사전 허가)을 요구하는 경우, 귀하는 해당 서비스에 대한 의학적 필요를 보여주는 의료제공자로부터의 증거를 제공해야 합니다.

Blue Shield Promise는 결정 통지서(NOA)라는 서신을 통해 귀하에게 환급 여부를 알려드립니다. 귀하가 위의 조건을 모두 충족하는 경우, Medi-Cal 가입 의료제공자는 귀하가 지불한 전액을 귀하에게 상환해야 합니다. 의료제공자가 환급을 거부하는 경우, Blue Shield Promise가 귀하가 지불한 금액을 전액 환급해 드립니다.

의료제공자가 Medi-Cal에 가입되어 있으나 Blue Shield Promise 네트워크 소속이 아니고 귀하에게 환급을 거부하는 경우, Blue Shield Promise 플랜이 귀하에게 FFS Medi-Cal이 지불해야 하는 금액을 환급합니다. Blue Shield Promise는 응급 치료, 가족계획 서비스 또는 Medi-Cal이 사전 승인(사전 허가) 없이 네트워크 외 의료제공자가 제공하도록



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

허용하는 기타 서비스에 대한 본인 지출액 전액을 귀하에게 환급해 드립니다. 위 조건 중 하나라도 충족되지 않는 경우, **Blue Shield Promise**는 환급해 드리지 않습니다.

**Blue Shield Promise**는 다음과 같은 경우에는 환급해 드리지 않습니다.

- 귀하가 미용 서비스와 같이 **Medi-Cal**이 보험적용을 하지 않는 서비스를 요청하고 제공받은 경우
- **Blue Shield Promise**에서 보험적용이 되는 서비스가 아닌 경우
- 미납된 **Medi-Cal** 월간 거주 비용이 있는 경우
- 귀하가 **Medi-Cal**을 받지 않는 의사에게 가서 진료를 받고 싶다는 내용 및 서비스 비용은 귀하가 직접 지불하겠다는 양식에 서명한 경우.
- 귀하가 **Medicare** 파트 D 플랜에서 보장적용되는 처방약에 대해 **Medicare** 파트 D 코페이먼트가 있는 경우



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오.  
**Blue Shield Promise**는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시  
사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.  
또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트  
[www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

# 3. 진료를 받는 방법

## 의료 서비스 받기

다음 정보를 읽고 귀하가 의료 서비스를 받을 수 있는 의료제공자 또는 의료제공자 그룹에 대해 알아보십시오.

귀하는 Blue Shield Promise 가입 효력 발생일부터 의료 서비스를 받기 시작할 수 있습니다. Blue Shield Promise ID 카드, Medi-Cal 혜택 ID 카드(BIC) 및 다른 모든 건강보험 카드를 항상 가지고 다니십시오. 반드시 귀하의 BIC 카드 또는 Blue Shield Promise ID 카드를 다른 사람이 사용하지 않도록 하십시오.

Medi-Cal 혜택만 받는 신규 가입자들은 Blue Shield Promise 네트워크에서 주치의(primary care provider, PCP)를 선택해야 합니다. Medi-Cal과 포괄적인 기타 건강보험을 모두 갖고 있는 신규 가입자는 주치의(PCP)를 선택할 필요가 없습니다.

Blue Shield Promise Medi-Cal 네트워크는 Blue Shield Promise와 협력하는 의사, 병원 및 기타 의료제공자 그룹입니다. Medi-Cal 혜택만 받는 경우, 반드시

Blue Shield Promise 가입자가 된 시점에서 30일 이내에 PCP를 선택해야 합니다.

PCP를 선택하지 않으면 Blue Shield Promise에서 귀하를 대신하 한 명을 선택합니다.

귀하는 Blue Shield Promise에서 모든 가족 구성원에 대해 동일한 또는 다른 주치의를 선택하실 수 있습니다. 단 해당 주치의가 이용 가능해야 합니다.

계속 진료받고 싶은 의사가 있거나 새로운 PCP를 찾고 싶은 경우, Blue Shield Promise 네트워크 내 모든 PCP 및 기타 의료제공자 목록인 의료제공자 명부를 확인하십시오.

의료제공자 명부는 귀하가 PCP를 선택하는 데 도움이 될 다른 정보를 포함하고

있습니다. 의료제공자 명부가 필요하신 경우 1-800-605-2556(TTY 711)번으로

전화하십시오. 또한 Blue Shield Promise 웹사이트

([www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members))에서 의료제공자 명부를 찾아보실 수 있습니다.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오.

Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시

사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.

또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트

[www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

만약 귀하가 **Blue Shield Promise** 네트워크 참여 의료제공자에게 필요한 진료를 받을 수 없을 경우, 귀하의 **PCP** 또는 **Blue Shield Promise**의 네트워크 전문의가 귀하를 네트워크 외 의료제공자에게 보내기 위해 **Blue Shield Promise**에 승인을 요청해야 합니다. 이를 진료의뢰라고 합니다. 이 장 뒷부분의 '민감한 진료'라는 제목 아래에 나열된 민감한 진료 서비스를 네트워크 외 의료제공자에게 받는 것에는 진료의뢰가 필요하지 않습니다.

**PCP**, 의료제공자 명부 및 의료제공자 네트워크에 대해 더 알아보시려면 본 장의 나머지 부분을 읽어보십시오.

**Medi-Cal Rx** 프로그램은 외래환자 처방약 혜택을 관리합니다. 더 자세히 알아보시려면 본 안내서 제4장의 '기타 **Medi-Cal** 프로그램 및 서비스'를 참고하십시오.

## 주치의(Primary care provider, PCP)

귀하의 주치의(PCP)는 대부분의 의료 서비스를 위해 귀하가 방문하는, 면허가 있는 의료제공자입니다. 주치의는 귀하에게 필요한 다른 유형의 진료도 받을 수 있도록 도와드립니다. 귀하는 **Blue Shield Promise**에 가입한 후 반드시 30일 이내에 주치의를 선택해야 합니다. 나이와 성별에 따라 일반의, 산부인과 의사, 가정의학과 의사, 내과 의사 또는 소아과 의사를 주치의로 선택할 수 있습니다.

전문 간호사(NP), 의사 보조(PA) 또는 공인 간호조산사도 귀하의 주치의 역할을 할 수 있습니다. 귀하가 전문 간호사, 의사 보조 또는 공인 간호조산사를 선택하는 경우 귀하의 진료를 감독할 의사가 지정될 수 있습니다. 귀하가 **Medicare**와 **Medi-Cal**에 모두 가입되어 있거나 다른 종합 의료 보험에도 가입되어 있는 경우에는 주치의를 선택할 필요가 없습니다.

귀하는 원주민 의료 서비스 제공자(IHCP), 연방공인건강센터(FQHC) 또는 농촌 건강 진료소(RHC)를 주치의로 선택할 수 있습니다. 의료제공자 유형에 따라 그리고 주치의 이용이 가능한 경우, 귀하는 자신과 **Blue Shield Promise** 가입자인 다른 가족 구성원을 위해 한 명의 주치의를 선택할 수 있습니다.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. **Blue Shield Promise**는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

**주:** 미국 원주민은 IHCP가 Blue Shield Promise 네트워크에 속하지 않더라도 IHCP를 주치의로 선택할 수 있습니다.

귀하가 가입 후 30일 이내에 주치의를 선택하지 않는 경우, Blue Shield Promise가 귀하에게 주치의를 배정합니다. 귀하에게 PCP가 배정되었고 변경을 원하시는 경우 1-800-605-2556(TTY 711)번으로 전화하십시오. 해당 변경은 다음 달 1일에 효력을 발생합니다.

귀하의 PCP는 다음을 수행합니다.

- 귀하의 병력과 필요사항 파악
- 귀하의 의료 기록 관리
- 귀하가 필요로 하는 예방적 및 일반 의료 서비스 제공
- 필요한 경우 귀하를 전문의에게 진료의뢰
- 귀하에게 필요한 경우 병원 진료 마련

귀하는 Blue Shield Promise 네트워크에서 주치의를 찾기 위해 의료제공자 명부를 살펴보실 수 있습니다. 의료제공자 명부에는 Blue Shield Promise와 협력하는 IHCP, FQHC 및 RHC의 목록이 있습니다.

온라인으로 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members/find-provider](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members/find-provider)에서 Blue Shield Promise의 의료제공자 명부를 찾거나, 1-800-605-2556(TTY 711)번으로 전화해 의료제공자 명부를 우편으로 발송하도록 요청하실 수 있습니다. 또한 전화로 귀하가 원하는 PCP가 신규 환자를 받는지 확인하실 수도 있습니다.

## 의사 및 기타 의료제공자 선택

귀하의 의료 서비스 필요사항에 대해서 귀하가 가장 잘 알고 있으므로 귀하의 PCP를 귀하가 직접 선택하는 것이 가장 바람직합니다. 귀하의 의료 요구사항을 알 수 있도록 한 명의 주치의를 계속 만나는 것이 가장 좋습니다. 그러나 새로운 PCP로 변경을 원하시는 경우 귀하는 언제든지 변경하실 수 있습니다. 반드시 Blue Shield Promise 의료제공자 네트워크에 있고 신규 환자를 받는 주치의를 선택하셔야 합니다.

귀하가 새로 선택한 PCP는 변경 후 다음 달 1일에 귀하의 PCP가 됩니다.

PCP를 변경하려면 1-800-605-2556(TTY 711)번으로 전화하십시오.

Blue Shield Promise 가입자 리소스 포털([blueshieldca.com/promise/medi-cal](http://blueshieldca.com/promise/medi-cal))에 로그인하여 주치의를 변경할 수도 있습니다.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

주치의가 신규 환자를 받지 않거나, **Blue Shield Promise** 네트워크를 떠났거나, 귀하 연령대의 환자를 진료하지 않거나, 해결되지 않은 품질 문제가 있는 경우, **Blue Shield Promise**가 귀하의 주치의를 변경할 수 있습니다. **Blue Shield Promise** 또는 귀하의 주치의는 귀하가 주치의와 문제가 있거나 의견이 맞지 않을 경우, 또는 예약을 놓치거나 예약에 늦은 경우 새로운 주치의로 변경할 것을 요청할 수 있습니다. **Blue Shield Promise**가 귀하의 주치의를 변경해야 하는 경우, **Blue Shield Promise**는 이를 귀하에게 서면으로 알려드립니다.

주치의가 변경되는 경우, 귀하께서는 서신과 새로운 **Blue Shield Promise** 가입자 ID 카드를 우편으로 받을 것입니다. 거기에는 귀하의 새로운 **PCP**의 이름이 기재되어 있습니다. 새 ID 카드를 받는 것과 관련해 질문이 있는 경우 고객 서비스에 전화하십시오.

주치의를 선택할 때 생각해야 하는 몇 가지:

- 주치의가 어린이에게도 적용됩니까?
- 이 주치는 내가 이용하고 싶은 클리닉에서 협력합니까?
- 주치의의 진료실이 집, 직장 또는 자녀의 학교와 가깝습니까?
- 주치의의 진료실이 내가 살고 있는 곳과 가깝고, 쉽게 갈 수 있습니까?
- 의사와 직원이 내 모국어를 사용합니까?
- 주치의가 내가 자주 가는 병원과 협력합니까?
- 주치의가 나에게 필요한 서비스를 제공합니까?
- 주치의의 근무 시간이 내 일정에 맞습니까?
- 주치의가 내가 이용하는 전문의와 협력합니까?

### 최초 진료 예약(Initial Health Appointment, IHA)

**Blue Shield Promise**는 신규 가입자로서 최초 건강 예약(Initial Health Appointment, IHA)이라고 하는 첫 건강 예약을 위해 120일 이내에 귀하의 새로운 **PCP**를 만나보실 것을 권고합니다. 첫 번째 건강 예약의 목적은 귀하의 **PCP**가 귀하의 의료 서비스 병력 및 필요 사항에 대해 알아보는 데 도움을 주기 위함입니다. 주치는 귀하의 병력에 대해 질문하거나 설문지를 작성하도록 요청할 수 있습니다. 주치는 귀하에게 도움이 될 수 있는 건강 교육 상담 및 수업에 대해서도 알려드립니다.

최초 진료 예약을 위해 전화하실 때, 전화를 받는 사람에게 귀하가

**Blue Shield Promise**의 가입자라고 말씀하시고 귀하의 **Blue Shield Promise** ID 번호를 알려주십시오.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오.

**Blue Shield Promise**는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.

또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

예약 방문 시 귀하의 **Medi-Cal BIC** 카드, **Blue Shield Promise ID** 카드 및 기타 건강보험 카드를 지참하십시오. 방문을 할 때 귀하의 약품 목록 및 문의 사항도 함께 가져가시는 것이 좋습니다. 귀하의 의료 서비스 필요사항 및 우려사항에 대해 귀하의 **PCP**와 상의할 준비를 하십시오.

귀하가 예약에 늦거나 방문을 하지 못하게 된 경우 귀하의 **PCP** 진료소에 반드시 전화하십시오.

귀하의 첫 건강 예약에 대해 질문이 있으신 경우 **1-800-605-2556(TTY 711)**번으로 전화하십시오.

#### 일반 진료

일반 진료는 정기적 의료 서비스입니다. 여기에는 웰니스 또는 웰케어라고 불리는 예방 진료가 포함됩니다. 이것은 귀하가 건강을 유지하고 병에 걸리지 않도록 예방하는 데 도움을 줍니다. 예방 진료는 정기검진, 검사, 예방접종, 건강 교육 및 상담을 포함합니다.

**Blue Shield Promise**는 특히 어린이가 정기적인 정기 치료와 예방 치료를 받을 것을 권장합니다. **Blue Shield Promise** 가입자는 미국 소아과 학회와 **Medicare** 및 **Medicaid** 서비스 센터에서 권장하는 모든 조기 예방 서비스를 받을 수 있습니다. 이러한 검사에는 청력 및 시력 검사가 포함되어 건강한 발달과 학습을 보장하는 데 도움이 됩니다.

소아과 의사 권장 서비스 목록을 보려면

[https://downloads.aap.org/AAP/PDF/periodicity\\_schedule.pdf](https://downloads.aap.org/AAP/PDF/periodicity_schedule.pdf)에서 미국 소아과 학회의 '밝은 미래(Bright Futures)' 지침을 읽어보십시오.

일반 진료에는 아플 때의 진료도 포함됩니다. **Blue Shield Promise**는 귀하의 주치의에게 받는 일반 진료에 보험을 적용합니다.

귀하의 **PCP**는 다음을 수행합니다.

- 정기 검진, 예방접종(주사), 치료, 처방, 필요한 선별검사 및 의학적 조언을 포함한 대부분의 일반 진료 제공
- 귀하의 의료 기록 관리
- 필요한 경우 전문의에게 진료의뢰
- 귀하에게 필요한 경우 엑스레이, 유방조영술 또는 실험실 검사 의뢰



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. **Blue Shield Promise**는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

귀하가 일반 진료를 필요로 하는 경우 귀하의 PCP에게 전화해 예약하십시오. 응급 상황을 제외하고, 의학적 치료를 받기 전 반드시 귀하의 주치의에게 전화하십시오. 응급 치료의 경우 **911**에 전화하거나 가장 가까운 응급실 또는 병원으로 가십시오.

귀하의 PCP에 접근할 수 없는 경우, 귀하는 또한 다음을 통해 비응급 상태에 대한 진료를 받을 수 있습니다.

- 간호사 상담 전화
- 긴급 치료
- 원격 의료와 같은 가상 진료
- 소매 진료소

Blue Shield Promise가 보장하는 의료 서비스와 보장하지 않는 의료 서비스에 대해 자세히 알아보려면 이 안내서의 제4장 '혜택 및 서비스'와 제5장 '아동 및 청소년 웰케어'를 읽어보십시오.

모든 **Blue Shield Promise** 네트워크 내 의료제공자는 장애인과 의사소통하기 위해 도우미나 서비스를 사용할 수 있습니다. 또한 다른 언어나 형식으로 귀하와 소통할 수도 있습니다. 의료제공자나 **Blue Shield Promise**에 귀하에게 필요한 것을 요청하십시오.

## 의료제공자 네트워크

Medi-Cal 의료제공자 네트워크는 Blue Shield Promise와 협력하는 의사, 병원 및 기타 의료제공자의 그룹으로, Medi-Cal 가입자에게 Medi-Cal 보험적용이 되는 서비스를 제공합니다.

Blue Shield Promise는 관리 의료 건강플랜입니다. 귀하는 당사 네트워크 내 의료제공자를 통해 Blue Shield Promise의 보험적용이 되는 서비스 대부분을 받을 수 있습니다. 응급 치료 또는 가족계획 서비스는 진료의뢰나 사전 승인 없이 네트워크 외 의료제공자를 방문할 수 있습니다. 또한 당사가 서비스를 제공하지 않는 지역에 있을 때는 서비스 지역 외 긴급 치료를 위해 네트워크 외 의료제공자에게 갈 수도 있습니다.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오.

Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.

또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

기타 모든 네트워크 외 서비스에 대해서는 진료의뢰 또는 사전 승인을 받아야 합니다. 그렇지 않으면 해당 서비스는 보장되지 않습니다.

**주:** 미국 원주민은 IHCP가 Blue Shield Promise 네트워크에 속하지 않더라도 IHCP를 주치의로 선택할 수 있습니다.

PCP, 병원 또는 기타 의료제공자가 귀하에게 가족 계획 또는 임신 중절 등의 보험적용이 되는 서비스를 제공하는 것을 도의적으로 거부하는 경우

1-800-605-2556(TTY: 711)번으로 전화하십시오. 도의적인 거부에 대한 자세한 내용은 이 장 뒷부분의 '도의적인 거부'를 참조하십시오.

의료제공자가 귀하에게 보장되는 치료를 제공하는 것에 도의적으로 거부할 경우, 이들은 귀하에게 필요한 서비스를 제공할 다른 의료제공자를 찾는 데 도움을 줄 수 있습니다.

Blue Shield Promise는 또한 귀하가 해당 서비스를 제공하는 의료제공자를 찾는 것을 도와드릴 수 있습니다.

## 네트워크 내 의료제공자

귀하는 필요한 의료 서비스의 대부분을 Blue Shield Promise 네트워크에 있는 의료제공자를 통해 이용하게 될 것입니다. 귀하는 네트워크 내 의료제공자로부터 예방 및 일반 진료를 받게 됩니다. 귀하는 또한 Blue Shield Promise 네트워크에 있는 전문의, 병원 및 기타 의료제공자를 이용할 것입니다.

네트워크 의료제공자 명부가 필요하신 경우 1-800-605-2556(TTY 711)번으로 전화하십시오. 또한 온라인으로 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)에서 의료제공자 명부를 찾아보실 수 있습니다. 계약 약품 목록 사본을 받으시려면 1-800-977-2273(TTY 1-800-977-2273)번으로 Medi-Cal Rx에 전화하고 7번 또는 711번을 누르십시오. 또는 Medi-Cal Rx 웹사이트(<https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/>)를 방문하십시오.

귀하는 반드시 다음과 같은 경우를 제외하고 네트워크 외 의료제공자를 방문할 시 Blue Shield Promise의 사전 승인(사전 허가)을 받아야 합니다.

- 응급 치료가 필요한 경우 **911**에 전화하거나 가장 가까운 응급실 또는 병원으로 가십시오.
- Blue Shield Promise 서비스 지역 외부에 있으나, 긴급 치료가 필요한 경우 긴급 치료 시설에 방문하십시오.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

- 가족계획 서비스가 필요한 경우는 사전 승인(사전 허가) 없이 Medi-Cal 의료제공자에게 가십시오.

귀하가 위에 나열된 사례 중 하나에 속하지 않으면서 네트워크 외 의료제공자로부터 진료를 받기 전에 사전 승인(사전 허가)을 받지 않은 경우, 귀하는 네트워크 외 의료제공자로부터 받은 모든 진료에 대해 비용을 지불할 책임이 있을 수 있습니다.

#### 서비스 지역 내의 네트워크 외 의료제공자

네트워크 외 의료제공자는 Blue Shield Promise와 협력 계약되어 있지 않은 의료제공자입니다. 응급 치료 및 Blue Shield Promise에서 사전 승인한 진료를 제외하고, 귀하의 서비스 지역 내 네트워크 외 의료제공자로부터 받은 모든 진료에 대한 비용을 귀하가 지불해야 할 수 있습니다.

네트워크 내에서 이용할 수 없는 의학적으로 필요한 의료 서비스가 필요한 경우, 네트워크 외 의료제공자로부터 무료로 받으실 수 있습니다. 귀하에게 필요한 서비스를 네트워크 내에서 이용할 수 없거나 해당 서비스가 자택에서 매우 먼 곳에 있는 경우, Blue Shield Promise는 네트워크 외 의료제공자에게 받는 진료의뢰를 승인할 수 있습니다. 귀하가 거주하는 곳에 대한 Blue Shield Promise의 시간 또는 거리 기준에 대해서는 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members/find-provider/alternative-access-providers](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members/find-provider/alternative-access-providers)를 방문하십시오. 저희가 귀하를 네트워크 외 의료제공자에게 진료의뢰하는 경우, 저희는 귀하의 진료 비용을 지불합니다.

Blue Shield Promise 서비스 지역 내의 긴급 치료에 대해서는 Blue Shield Promise 네트워크 내 긴급 치료 의료제공자를 방문하십시오. 네트워크 내 의료제공자로부터 긴급 치료를 받는 데에는 사전 승인(사전 허가)이 필요하지 않습니다. Blue Shield Promise 서비스 지역 내에서 네트워크 외 의료제공자에게 긴급 치료를 받으려면 사전 승인(사전 허가)이 필요합니다.

Blue Shield Promise 서비스 지역 내에서 네트워크 외 의료제공자에게 긴급 치료를 받는 경우, 해당 진료 비용을 귀하가 지불해야 할 수도 있습니다. 본 장에서 응급 치료, 긴급 치료, 민감한 진료 서비스에 대해 자세히 알아보실 수 있습니다.

**주:** 귀하가 미국 원주민이라면 진료의뢰 없이 당사 의료제공자 네트워크 외부의 IHCP에서 진료를 받을 수 있습니다. 또한 네트워크 외부 IHCP는 네트워크 내 주치의의



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

사전 진료의뢰 없이도 미국 원주민 가입자를 네트워크 내 의료제공자에게 진료의뢰할 수 있습니다.

네트워크 외 서비스에 대한 도움이 필요하신 경우 1-800-605-2556(TTY 711)번으로 전화하십시오.

#### 서비스 지역 외부

Blue Shield Promise 서비스 지역 외에 거주하고 응급 또는 긴급 치료가 **아닌** 치료가 필요한 경우, 즉시 귀하의 PCP에게 전화하십시오. 또는 1-800-605-2556(TTY 711)번으로 전화하십시오.

응급 치료의 경우 **911**에 전화하거나 가장 가까운 응급실 또는 병원으로 가십시오.

Blue Shield Promise는 네트워크 외 응급 치료에 혜택을 적용합니다. 귀하가 캐나다 또는 멕시코에서 여행 중이고 입원을 요하는 응급 치료가 필요한 경우 Blue Shield Promise는 귀하가 받는 치료에 보험을 적용합니다. 캐나다나 멕시코가 아닌 다른 나라를 여행 중이고 응급 치료, 긴급 치료 또는 기타 의료 서비스가 필요한 경우, Blue Shield Promise는 귀하가 받는 치료 대부분에 보험을 적용하지 **않습니다**.

캐나다 또는 멕시코에서 입원을 필요로 하는 응급 치료에 대해 귀하가 지불을 하셨다면, Blue Shield Promise에 이를 청구할 수 있습니다. Blue Shield Promise가 귀하의 요청을 검토할 것입니다. 환급 받는 것에 대해 더 알아보시려면 이 안내서의 제2장 '귀하의 건강플랜에 관하여'를 참조하십시오.

귀하가 다른 주에 있거나 미국령 사모아, 괌, 북 마리아나 제도, 푸에르토리코 또는 미국령 버진아일랜드와 같은 미국령에 있는 경우, 귀하의 응급 치료에 보험적용을 받을 수 있습니다. 모든 병원과 의사가 Medicaid를 수락하는 것은 아닙니다. (Medi-Cal은 캘리포니아주에서 Medicaid를 지칭하는 말입니다.) 캘리포니아 외부에서 응급 치료가 필요한 경우, 가능한 한 빨리 병원이나 응급실 의사에게 귀하가 Medi-Cal에 가입되어 있고 Blue Shield Promise 가입자임을 알려십시오.

병원에 귀하의 Blue Shield Promise ID 카드 사본을 만들어 달라고 요청하십시오. 병원이나 의사에게 Blue Shield Promise에 청구하도록 하십시오. 귀하가 다른 주에서 받은 서비스에 대한 청구서를 받은 경우, 즉시 Blue Shield Promise에 전화하십시오. 당사는 귀하의 병원 및/또는 담당 의사와 협력하여 Blue Shield Promise가 귀하의 치료 비용을 지불하도록 하겠습니다.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

캘리포니아 외부에 있고 외래환자 처방약을 긴급하게 조제해야 하는 경우는 약국에 1-800-977-2273번으로 Medi-Cal Rx에 전화하도록 요청하십시오.

**주:** 미국 원주민은 네트워크 외 IHCP에서 서비스를 받을 수 있습니다.

네트워크 외 또는 서비스 지역 외 치료에 대한 문의 사항이 있는 경우 1-800-605-2556(TTY 711)번으로 전화하십시오. 진료소가 문을 닫았거나 Blue Shield Promise 담당자의 도움을 원하시는 경우 1-800-609-4166(TTY 711)번으로 전화하십시오.

Blue Shield Promise 서비스 지역 외에서 긴급 치료가 필요한 경우는 가장 가까운 긴급 치료 시설로 가십시오. 미국 이외의 지역을 여행 중이며 긴급 치료가 필요한 경우, Blue Shield Promise는 귀하가 받는 치료를 보장하지 않습니다. 긴급 치료에 대한 자세한 내용은 이 장 뒷부분의 '긴급 치료'를 참조하십시오.

#### 위임형 모델 관리 의료 플랜(MCP)

Blue Shield Promise는 많은 의사, 전문의, 병원 및 기타 의료제공자들과 협력하고 있습니다. 이러한 일부 의료제공자들은 때때로 “의료 그룹” 또는 “독립 의료 협회(Independent Practice Association, IPA)”라고 하는 네트워크 내에서 일합니다. 이러한 의료제공자들은 또한 Blue Shield Promise와 직접 계약이 되어 있을 수도 있습니다.

귀하의 주치의(PCP)는 자신의 의료 그룹, IPA 또는 Blue Shield Promise와 연계된 전문의 및 서비스로 귀하를 위해 진료의뢰를 할 것입니다. 이미 전문의에게 진료를 받고 있는 경우, 귀하의 주치의를 상담하거나 1-800-605-2556(TTY 711)번으로 Blue Shield Promise 고객 서비스 부서에 전화하십시오. 고객 서비스는 귀하가 연속 진료에 대한 자격에 해당하는 경우 해당 의료제공자에게 진료를 받을 수 있도록 도와드릴 것입니다. 더 많은 정보가 필요하신 경우 본 안내서의 연속 진료 섹션을 참조하십시오.

#### 관리 의료는 어떻게 운영되는가

Blue Shield Promise는 관리 의료 플랜입니다. Blue Shield Promise는 로스앤젤레스 카운티에 거주하는 가입자들에게 진료를 제공합니다. 관리 진료에서는 귀하의 주치의, 전문의, 진료소, 병원 및 기타 의료제공자가 협력하여 귀하를 돌봅니다.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

Blue Shield Promise는 의료 단체와 계약을 맺고 Blue Shield Promise 가입자에게 진료를 제공합니다. 의료 그룹은 주치의와 전문의로 구성됩니다. 의료 그룹은 실험실, 내구성 의료 장비 공급업체 등 다른 제공업체와 협력합니다. 의료 그룹은 병원과도 연결되어 있습니다. 귀하의 주치의, 의료 그룹 및 병원 이름은 Blue Shield Promise ID 카드에서 확인하십시오.

Blue Shield Promise에 가입하시면 주치의를 선택하거나 배정받게 됩니다. 귀하의 주치위는 의료 그룹의 일부입니다. 귀하의 주치위와 의료 그룹은 귀하의 모든 의학적 필요에 대한 조치를 지시합니다. 귀하의 주치위는 전문의에게 귀하의 진료를 의뢰하거나 실험실 검사 및 엑스레이를 지시할 수 있습니다. 사전 승인(사전 허가)이 필요한 서비스가 필요한 경우 Blue Shield Promise 또는 귀하의 의료 그룹은 사전 승인(사전 허가)을 검토하고 서비스 승인 여부를 결정합니다.

대부분의 경우, 귀하는 반드시 귀하의 주치위와 동일한 의료 그룹에서 일하는 전문의 및 기타 의료 전문가에게 가야 합니다. 응급 상황을 제외하고는 반드시 소속 의료 그룹과 연계된 병원에서 병원 진료를 받아야 합니다. 의학적 응급 상황이 있는 경우, 귀하의 의료 그룹과 연결되어 있지 않더라도 모든 응급실, 병원 또는 긴급 치료 시설에서 즉시 치료를 받을 수 있습니다. 자세한 내용은 본 안내서 제3장의 '긴급 치료' 및 '응급 치료'를 참고하십시오.

때로는 의료 그룹의 제공자가 제공하지 않는 서비스가 필요할 수도 있습니다. 이러한 경우, 귀하의 주치위는 귀하를 다른 의료 그룹에 속해 있거나 네트워크 외부에 있는 의료제공자에게 의뢰합니다. 귀하의 주치위는 귀하가 이 의료제공자를 방문할 수 있도록 사전 승인(사전 허가)을 요청합니다.

대부분의 경우, 네트워크 외 의료제공자나 귀하의 의료 그룹에 속하지 않은 의료제공자에게 가기 전에 담당 주치의, 의료 그룹 또는 Blue Shield Promise로부터 사전 승인을 받아야 합니다. 응급 치료, 가족계획 서비스 또는 네트워크 내 정신 건강 서비스에 대해서는 사전 승인(사전 허가)이 필요하지 않습니다.

## 의사

귀하는 Blue Shield Promise 의료제공자 명부에서 귀하의 PCP로 의사 또는 기타 의료제공자를 선택할 것입니다. 귀하가 선택한 PCP는 네트워크 내 의료제공자여야 합니다. Blue Shield Promise 의료제공자 명부 사본을 받아보시려면



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오.  
Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.  
또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

1-800-605-2556(TTY 711)번으로 전화하십시오. 또는 온라인으로 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)에서 찾아보실 수 있습니다.

새로운 주치의를 선택하는 경우에는 원하는 주치의에게 전화하여 그가 새로운 환자를 받는지 확인해야 합니다.

Blue Shield Promise 가입자가 되기 전에 귀하에게 의사가 있었고 그 의사가 Blue Shield Promise에 소속되지 않았다면 제한된 기간 동안 계속 해당 의사의 진료를 받으실 수 있습니다. 이것을 연속 진료라고 합니다. 연속 진료에 대한 자세한 내용은 본 안내서의 제2장 '귀하의 건강플랜에 관하여'에서 확인하실 수 있습니다. 자세한 내용을 알아보려면 1-800-605-2556번으로 문의하십시오.

전문의가 필요한 경우 귀하의 주치의가 Blue Shield Promise 네트워크에 있는 전문의에게 진료의뢰합니다. 일부 전문의의 경우는 진료의뢰가 필요하지 않습니다. 진료의뢰에 대한 자세한 내용은 이 장 뒷부분의 '진료의뢰'를 참조하십시오.

귀하가 주치의를 선택하지 않을 경우, Medi-Cal 외에 다른 포괄적인 건강보험을 갖고 있지 않는 한, Blue Shield Promise가 귀하에게 주치의를 선택해 드립니다. 귀하의 의료 서비스 필요사항에 대해서 귀하가 가장 잘 알고 있으므로 귀하가 직접 선택하는 것이 가장 바람직합니다. Medicare와 Medi-Cal에 모두 가입되어 있거나 다른 의료 보험이 있는 경우, 귀하는 Blue Shield Promise에서 주치의를 선택할 필요가 없습니다.

귀하의 주치의를 변경하고 싶다면, Blue Shield Promise 의료제공자 명부에서 주치의를 선택해야 합니다. 해당 PCP가 새로운 환자를 받는지 반드시 확인하십시오. 귀하의 PCP를 변경하려면 1-800-605-2556(TTY 711)번으로 전화하십시오.

## 병원

응급 상황의 경우는 **911**에 전화하거나 가장 가까운 응급실 또는 병원으로 가십시오.

응급이 아니고 병원 진료가 필요한 경우, 귀하의 PCP는 귀하가 가야할 병원을 결정할 것입니다. 귀하의 주치의가 이용하며 Blue Shield Promise 의료제공자 네트워크에 속하는 병원으로 가야 합니다. 의료제공자 명부에는 Blue Shield Promise 네트워크에 속하는 병원이 기재되어 있습니다.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

## 여성 건강 전문의

여성 예방 관리 및 일반 진료 서비스에 필요한 혜택을 받기 위해 **Blue Shield Promise** 네트워크 내 여성 건강 전문의를 방문하실 수 있습니다. 이러한 서비스에는 담당 주치의의 진료의뢰나 승인이 필요하지 않습니다. 여성 건강 전문의를 찾는 데 도움이 필요한 경우 1-800-605-2556(TTY 711)번으로 전화하실 수 있습니다. 또한 1-800-609-4166(TTY 711)번을 이용해 주 7일, 하루 24시간 이용할 수 있는 **Blue Shield Promise** 간호사 상담 전화로 전화하실 수 있습니다.

가족계획 서비스를 위해서 귀하의 의료제공자가 **Blue Shield Promise** 의료제공자 네트워크에 포함되어 있을 필요는 없습니다. 귀하는 모든 **Medi-Cal** 의료제공자를 선택하고 진료의뢰 또는 사전 승인(사전 허가) 없이 이용할 수 있습니다.

**Blue Shield Promise** 의료제공자 네트워크 외 **Medi-Cal** 의료제공자를 찾는 데 도움이 필요하신 경우 1-800-605-2556(TTY 711)번으로 전화하십시오.

## 의료제공자 명부

**Blue Shield Promise** 의료제공자 명부는 **Blue Shield Promise** 네트워크 내 의료제공자 목록입니다. 네트워크는 **Blue Shield Promise**와 협력하는 의료제공자 그룹입니다.

**Blue Shield Promise** 의료제공자 명부에는 병원, 주치의, 전문의, 임상 간호사, 간호조산사, 의사 보조사, 가족계획 의료제공자, 행동 건강 치료 제공자, **FQHC**, 외래 정신 건강 의료제공자, 장기 요양 서비스 및 지원(**LTSS**) 의료제공자, 독립 출산 센터(**FBC**), **IHCP**, **RHC** 및 부수적 의료제공자(침술사, 청력학자, 척추지압사, 작업 치료사, 종양학자, 물리 치료사, 발 전문의, 공인 영양사 및 언어 치료사를 포함하되 이에 국한되지 않음)가 포함됩니다.

의료제공자 명부에는 **Blue Shield Promise** 네트워크 내 의료제공자의 이름, 전문 분야, 주소, 전화번호, 진료 시간, 사용 언어 및 의료제공자가 신규 환자를 받는지 여부가 기재되어 있습니다. 의료제공자 명부는 또한 의료제공자가 **Blue Shield Promise**에 성별 확인 서비스를 제공한다고 통지했는지 여부도 나타나 있습니다. 또한 주차, 경사로, 손잡이가 있는 계단, 화장실의 넓은 문과 손잡이 바 등 해당 건물의 장애인 이용 정보도 나와 있습니다.

의사의 교육 배경, 전문 자격, 레지던트 수료 여부, 수련 이력 및 전문의 자격증에 대해 더 알아보시려면 1-800-605-2556(TTY 711)번으로 전화하십시오.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. **Blue Shield Promise**는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

온라인으로 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members/find-provider](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members/find-provider)에서 의료제공자 명부를 찾아보실 수 있습니다.

의료제공자 명부 인쇄본이 필요하신 경우, 1-800-605-2556(TTY 711)번으로 전화하십시오.

Medi-Cal Rx와 제휴하는 약국 목록은 <https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/>에 있는 Medi-Cal Rx 약국 명부에서 확인하실 수 있습니다. 또한 Medi-Cal Rx에 1-800-977-2273(TTY 1-800-977-2273)번으로 전화한 후 7번 또는 711번을 눌러 근처 약국을 알아보실 수 있습니다.

### 신속한 진료 이용

네트워크 내 의료제공자는 귀하의 의료 필요에 따라 귀하가 적시에 진료를 받을 수 있도록 해야 합니다. 의료제공자는 최소한 아래 표에 나와 있는 기간 내에 예약을 제공해야 합니다. 귀하에게 필요한 서비스를 이러한 적시 진료 기준 시간 안에 이용할 수 없는 경우, **Blue Shield Promise**는 네트워크 외 의료제공자에게 받는 진료의뢰를 승인해야 합니다.

| 예약 유형                          | 예약까지 허용되는 기간: |
|--------------------------------|---------------|
| 사전 승인(사전 허가)이 요구되지 않는 긴급 치료 예약 | 48시간          |
| 사전 승인(사전 허가)이 요구되는 긴급 치료 예약    | 96시간          |
| 비긴급(일반) 일차 진료 예약               | 영업일로 10일      |
| 정신과 의사를 포함한 비긴급(일반) 전문의 진료 예약  | 업무일로 15일      |
| 정신 건강 치료                       |               |
| 생명을 위협하지 않는 응급 상황 진료           | 6시간           |
| 긴급 치료                          | 48시간          |



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. **Blue Shield Promise**는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

| 예약 유형                                                         | 예약까지 허용되는 기간:         |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------|
| 비긴급(일반) 정신 건강 의료제공자(의사 및 비의사)에게 최초 진료 예약                      | 영업일로 10일              |
| 비긴급(일반) 정신 건강 서비스 제공자(비의사) 후속 치료 예약                           | 마지막 예약으로부터 업무일 기준 10일 |
| 비긴급(정기) 정신 건강 의료제공자(의사) 후속 치료 예약                              | 마지막 예약으로부터 업무일 기준 15일 |
| 부상, 질병 또는 기타 건강 문제의 진단 또는 치료를 위해 부속 서비스(지원)를 받기 위한 비긴급(일반) 예약 | 업무일로 15일              |

| 기타 대기 시간 기준               | 연결까지 허용되는 기간: |
|---------------------------|---------------|
| 정상 업무시간 내 고객 서비스 전화 대기 시간 | 10분           |
| 간호사 상담 전화의 전화 대기 시간       | 30분(간호사 연결)   |

때로는 예약을 위해 더 오래 기다리는 것이 문제가 되지 않는 경우도 있습니다. 건강에 문제가 되지 않는 경우, 의료제공자가 귀하에게 대기 시간이 더 길다고 통보할 수도 있습니다. 대기 시간이 길어져도 건강에 문제가 되지 않다는 것을 기록에 기재해야 합니다. 향후 예약을 기다리시거나 **Blue Shield Promise**에 전화해 귀하가 선택한 다른 의료제공자에게 방문할 수 있습니다. 귀하의 의료제공자 및 **Blue Shield Promise**는 귀하의 의사를 존중합니다.

담당 의사는 귀하의 필요에 따라 예방 서비스에 대한 구체적인 일정, 진행 중인 질환에 대한 후속 진료 또는 전문의에 대한 상시 진료의뢰를 권장할 수 있습니다.

**Blue Shield Promise**에 전화하거나 보험적용이 되는 서비스를 받을 때 수화를 포함한 통역 서비스가 필요하신 경우 저희에게 알려주십시오. 통역 서비스는 무료로 제공됩니다. 당사는 미성년자나 가족을 통역사로 활용하지 않는 것을 강력히 권장합니다. 저희가 제공하는 통역 서비스에 대해 더 알아보시려면 1-800-605-2556번으로 전화하십시오.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. **Blue Shield Promise**는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

Medi-Cal Rx 약국에서 수화를 포함한 통역 서비스가 필요한 경우, Medi-Cal Rx 고객 서비스에 1-800-977-2273번으로 전화하십시오. 주 7일, 24시간 운영됩니다. TTY 사용자는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시 사이에 711번으로 전화하실 수 있습니다.

#### 이동 시간 또는 진료 거리

Blue Shield Promise는 귀하가 받는 치료에 대해 이동 시간 또는 거리 기준을 준수해야 합니다. 이러한 표준은 귀하가 거주하는 곳에서 너무 멀리 이동하지 않고도 진료를 받는 데 도움이 됩니다. 이동 시간이나 거리 기준은 거주하는 카운티에 따라 다릅니다.

만일 Blue Shield Promise가 이러한 이동 시간 또는 거리 기준 내에서 귀하에게 치료를 제공할 수 없는 경우, DHCS가 대안 이용 기준이라고 하는 다른 기준을 허용할 수 있습니다. 귀하의 거주지에 대한 Blue Shield Promise의 시간 기준 또는 거리 기준에 대해서는 <https://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members/find-provider/alternative-access-providers>에서 확인하십시오. 또는 1-800-605-2556(TTY 711)번으로 전화하십시오.

본인이 있는 카운티에서 Blue Shield Promise의 이동 시간 또는 거리 기준 내에 있는 의료제공자에게 갈 수 없는 경우는 거리가 먼 것으로 간주됩니다. 이는 귀하의 우편번호 지역에서 Blue Shield Promise가 사용할 수 있는 대안 이용 기준과 관계가 없습니다.

귀하가 거주하는 곳에서 멀리 떨어진 곳에 있는 의료제공자에게 치료받아야 하는 경우, 1-800-605-2556(TTY 711)번으로 고객 서비스에 전화하십시오. 귀하에게서 더 가까운 곳에 있는 의료제공자를 찾는 것을 도와드릴 수 있습니다. Blue Shield Promise가 더 가까이에 있는 의료제공자를 찾을 수 없는 경우, 귀하가 거주하는 곳에서 의료제공자가 멀리 있다고 하더라도, 귀하가 그 의료제공자를 방문할 수 있도록 Blue Shield Promise에 교통편을 요청할 수 있습니다.

약국 제공자에 대한 도움이 필요한 경우 1-800-977-2273(TTY 1-800-977-2273)번으로 Medi-Cal Rx에 전화하고 7번 또는 711번을 누르십시오.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](https://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

## 예약

의료 서비스가 필요한 경우:

- PCP에게 전화하십시오.
- 전화할 때 귀하의 **Blue Shield Promise ID** 번호를 준비하십시오.
- 진료소가 문을 닫은 경우 귀하의 이름 및 전화번호를 남기십시오.
- 예약 방문 시 귀하의 **Medi-Cal BIC** 카드 및 **Blue Shield Promise ID** 카드를 지참하십시오.
- 필요한 경우 귀하의 예약 방문 시 교통편을 요청하십시오.
- 방문 시 서비스를 받을 수 있도록 예약일 전에 필요한 언어 지원 또는 통역 서비스를 요청하십시오.
- 예약 시간 보다 몇 분 일찍 도착하여 접수하고, 양식을 작성하고, 주치의의 모든 질문에 답변하십시오.
- 예약을 못 지키거나 늦는 경우 바로 연락하십시오.
- 질문 사항과 약 정보를 준비하십시오.

응급 상황의 경우 **911**에 전화하거나 가장 가까운 응급실로 가십시오. 얼마나 긴급히 치료가 필요한지 결정하는 데 도움이 필요하나 담당 주치의와 통화할 수 없는 경우, **1-800-609-4166(TTY 711)**번으로 **Blue Shield Promise** 간호사 상담 전화에 전화하십시오.

## 진료를 위한 방문

보험적용이 되는 서비스를 받기 위해 예약 장소까지 오가는 방법이 없는 경우, **Blue Shield Promise**가 교통편에 관한 도움을 드릴 수 있습니다. 귀하는 상황에 따라 의료 교통편 또는 비의료 교통편 중 하나를 이용할 수 있습니다. 이러한 교통편 서비스는 응급 상황을 위한 것이 아니며, 무료로 제공합니다.

응급 상황인 경우 **911**에 전화하십시오. 교통편 서비스는 응급 치료가 아닌 서비스 및 예약을 위한 것입니다.

자세한 내용은 본 안내서 제4장의 '비응급 상황에서의 교통편 혜택'을 참고하십시오.



**1-800-605-2556 (TTY 711)** 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. **Blue Shield Promise**는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 **711**번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

## 취소 및 일정 변경

예약을 지킬 수 없는 경우 즉시 의료제공자 진료실에 전화하십시오. 대부분의 의료제공자는 예약을 취소해야 하는 경우 예약 **24시간**(업무일 기준 **1일**) 전에 전화할 것을 요구합니다. 귀하가 반복적으로 예약을 놓치는 경우, 귀하의 의료제공자는 귀하에게 치료 제공을 중단할 수 있으며 귀하는 새로운 의료제공자를 찾아야 합니다.

## 지불

장기 요양 치료에 대한 월간 거주자 비용이 없는 한, 귀하는 보험적용이 되는 서비스에 대해 비용을 지불할 필요가 **없습니다**. 더 자세한 사항은 본 안내서 제2장의 '장기 요양 치료 및 월 거주자 비용이 있는 가입자의 경우'를 참고하십시오. 대부분의 경우 귀하는 의료제공자로부터 청구서를 받지 않을 것입니다. 귀하는 의료 서비스 또는 처방전을 받으실 때 **Blue Shield Promise ID** 카드 및 **Medi-Cal BIC** 카드를 모두 제시해야 합니다. 이를 통해 의료제공자가 누구에게 청구해야 하는지 알 수 있습니다. 귀하는 의료제공자로부터 혜택 설명서(**EOB**)나 명세서를 받을 수 있습니다. **EOB** 및 내역서는 청구서가 아닙니다.

청구서를 받은 경우 **1-800-605-2556(TTY 711)**번으로 전화하십시오. 처방전에 대한 청구서를 받으신 경우는 **Medi-Cal Rx**에 **1-800-977-2273(TTY 1-800-977-2273)**번으로 전화한 후 **7번** 또는 **711번**을 누르십시오. 또는 **Medi-Cal Rx** 웹사이트 (<https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/>)를 방문하십시오.

**Blue Shield Promise**에 청구된 금액, 진료일 및 청구 이유를 알려주십시오. **Blue Shield Promise**가 해당 청구서가 보험적용이 되는 서비스에 대한 것인지를 알아보는 데 도움을 드릴 것입니다. 귀하는 보험적용이 되는 서비스에 대해 **Blue Shield Promise**가 지불해야 하는 금액을 의료제공자에게 지불할 필요가 없습니다. 네트워크 외 의료제공자로부터 치료를 받았는데 **Blue Shield Promise**로부터 사전 승인(사전 허가)을 받지 않은 경우, 귀하는 받은 치료 비용을 지불해야 할 수도 있습니다. 귀하는 반드시 다음과 같은 경우를 제외하고 네트워크 외 의료제공자 방문 시 **Blue Shield Promise**의 사전 승인(사전 허가)을 받아야 합니다.



**1-800-605-2556 (TTY 711)** 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. **Blue Shield Promise**는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 **711**번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

- 응급 치료가 필요한 경우 **911**에 전화하거나 가장 가까운 응급실 또는 병원으로 가십시오.
- 가족계획 서비스 또는 성병 감염 검사와 관련된 서비스가 필요한 경우, 사전 승인(사전 허가) 없이 모든 **Medi-Cal** 의료제공자를 방문할 수 있습니다.

**Blue Shield Promise** 네트워크에서 의학적으로 필요한 진료가 제공되지 않아서 네트워크 외 의료제공자로부터 이러한 진료를 받아야 할 경우, **Blue Shield Promise**로부터 이에 대해 사전 승인(사전 허가)을 받았고 해당 진료가 **Medi-Cal** 보험적용이 되는 서비스인 경우라면 귀하는 해당 진료 비용을 지불할 필요가 없습니다. 응급 치료, 긴급 치료, 민감한 서비스에 대해 자세히 알아보려면 이 장의 해당 제목 부분을 참조하십시오.

귀하가 지불할 필요가 없다고 생각되는 청구서를 받거나 코페이먼트를 지불하라는 요구를 받은 경우 **1-800-605-2556(TTY 711)**번으로 전화하십시오. 귀하가 해당 비용을 지불한 경우, **Blue Shield Promise**에 청구서 양식을 제출할 수 있습니다. 귀하가 비용을 지불한 물품 또는 서비스에 대해 **Blue Shield Promise**에 서면으로 알려야 합니다.**Blue Shield Promise**는 귀하의 청구 내역을 검토하고 환급을 받을 수 있는지 결정합니다.

질문이 있으시면, **1-800-605-2556(TTY 711)**번으로 전화하십시오.

재향군인 시스템에서 서비스를 받거나 캘리포니아 외 지역에서 보장되지 않거나 승인되지 않은 서비스를 받는 경우, 지불 책임이 귀하에게 있을 수 있습니다.

**Blue Shield Promise**는 다음과 같은 경우에는 환급하지 않습니다.

- 미용 서비스와 같이 **Medi-Cal**에서 보장하지 않는 서비스
- 미납된 **Medi-Cal** 월간 거주 비용이 있는 경우
- 귀하가 **Medi-Cal**을 받지 않는 의사에게 가서 진료를 받고 싶다는 내용 및 서비스 비용은 귀하가 직접 지불하겠다는 양식에 서명한 경우.
- 귀하의 **Medicare** 파트 D 플랜에서 보험적용을 하는 처방약에 대해 **Medicare** 파트 D 코페이먼트에 대해 환급을 요청하는 경우

## 진료의뢰

귀하의 진료에 전문의가 필요한 경우, 담당 주치의나 다른 전문의가 진료의뢰를 해 드립니다. 전문의는 한 가지 유형의 의료 서비스에 초점을 맞춘 의료제공자입니다. 귀하의 진료를 의뢰하는 의사는 귀하와 협력하여 전문의를 선택합니다. 적시에



**1-800-605-2556 (TTY 711)** 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. **Blue Shield Promise**는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 **711**번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

전문의에게 갈 수 있도록 **DHCS**는 가입자가 예약을 잡는 기간을 정합니다. 이러한 시간 프레임은 이 장 앞부분의 '신속한 진료 이용'에 기재되어 있습니다. 담당 주치의의 진료실에서 전문의 진료 예약을 도와드릴 수 있습니다.

진료의뢰가 필요할 수 있는 기타 서비스에는 진료소 내 시술, 엑스레이, 실험실 검사, 전문의 등이 포함됩니다.

담당 주치가 전문의에게 가져갈 양식을 제공할 수도 있습니다. 해당 전문의는 그 양식을 작성해 귀하의 **PCP**에게 돌려보낼 것입니다. 전문의가 귀하에게 치료가 필요하다고 생각한다면 해당 전문의가 귀하를 치료할 것입니다.

장기간 특별한 의학적 진료가 필요한 건강 문제가 있는 경우 귀하는 상시 진료의뢰가 필요할 수 있습니다. 상시 진료의뢰를 받는 것은 귀하가 매번 진료의뢰를 받지 않고 한 번 이상 동일한 전문의에게 갈 수 있다는 것을 의미합니다.

상시 진료의뢰를 받는 데 문제가 있거나 **Blue Shield Promise** 진료의뢰 정책에 대한 사본을 원하는 경우 **1-800-605-2556(TTY 711)**번으로 전화하십시오.

다음의 경우 귀하는 진료의뢰가 필요하지 **않습니다**.

- 주치의 방문
- 산부인과(OB/GYN) 방문
- 긴급 또는 응급 진료 방문
- 성폭행 치료 등 성인을 위한 민감한 서비스
- 가족계획 서비스(자세히 알아보시려면 **1-800-942-1054**번으로 가족계획 정보 및 진료의뢰 서비스 사무실로 전화하십시오.)
- HIV 검사 및 상담(12세 이상)
- 성매개감염 서비스(12세 이상)
- 척추지압 서비스(네트워크 외부의 **FQHC, RHC** 및 **IHCP**에 의해 제공될 경우 진료의뢰가 필요할 수 있음)
- 초기 정신 건강 평가
- 진행중인 정신 건강 치료

미성년자도 부모 또는 후견인의 동의 없이 특정 외래 정신 건강 치료 또는 상담과 약물 사용 장애(**SUD**) 치료 및 서비스를 받을 수 있습니다. 자세한 내용은 이 장 뒷부분의 '미성년자 동의 서비스'와 본 안내서 제4장의 '약물 사용 장애(**SUD**) 치료 서비스'를 참고하십시오.



**1-800-605-2556 (TTY 711)** 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. **Blue Shield Promise**는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.  
또는 캘리포니아 중계 라인 **711**번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

## 캘리포니아 암 평등법 진료의뢰

복잡한 암의 효과적인 치료는 여러 요인에 달려 있습니다. 여기에는 올바른 진단을 받고 암 전문가에게 적시에 치료를 받는 것이 포함됩니다. 복합 암 진단을 받은 경우, 새로운 캘리포니아 암 치료 평등법(California Cancer Care Equity Act)에 따라 귀하는 담당 의사에게 진료의뢰를 요청하여 네트워크 내의 국립 암 연구소(NCI) 지정 암 센터, NCI 커뮤니티 종양학 연구 프로그램(NCOP) 관련 시설 또는 적절한 암 연구 센터에서 암 치료를 받을 수 있습니다.

Blue Shield Promise 네트워크 내에 NCI 지정 암 센터가 없는 경우, Blue Shield Promise는 귀하가 캘리포니아에 있는 네트워크 외부 센터 중 한 곳에서 암 치료를 받기 위해 진료의뢰를 요청하는 것을 허용합니다. 이는 귀하가 다른 암 치료 의료제공자를 선택하지 않고, 네트워크 외 센터와 Blue Shield Promise가 지불에 동의하는 경우 가능합니다.

암 진단을 받으셨다면, Blue Shield Promise에 문의하여 귀하가 이러한 암 센터 중 한 곳에서 서비스를 받을 자격에 해당하는지 알아보십시오.

담배를 끊을 준비가 되셨나요? 영어로 제공되는 서비스에 대해 알아보려면 1-800-300-8086번으로 전화하십시오. 스페인어의 경우 1-800-600-8191번으로 전화하십시오.

자세한 내용을 보려면 [www.kickitca.org](http://www.kickitca.org)를 방문하십시오.

## 사전 승인(사전 허가)

일부 유형 치료의 경우, 귀하의 주치의 또는 전문의는 귀하가 치료를 받기 전 Blue Shield Promise에 허가를 요청해야 합니다. 이를 사전 승인 또는 사전 허가라고 합니다. 즉, Blue Shield Promise는 해당 진료가 의학적으로 필요한지(요구되는지) 반드시 확인해야 한다는 의미입니다.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

의학적으로 필요한 서비스란 가입자의 생명을 보호하고, 중증 질환이나 장애를 예방하거나, 진단받은 질병, 질환 또는 부상으로 인한 심각한 통증을 줄이기 위해 합리적이고 필요한 서비스를 말합니다. 21세 미만 가입자의 경우 **Medi-Cal** 서비스에는 신체적 또는 정신적 질환이나 상태를 고치거나 완화하는 데 의학적으로 필요한 치료가 포함됩니다.

다음 서비스는 귀하가 **Blue Shield Promise** 네트워크의 의료제공자에게 서비스를 받을 경우에도 **항상** 사전 승인(사전 허가)가 필요합니다.

- 응급이 아닌 경우 입원
- **Blue Shield Promise** 서비스 지역 외에서 받는 서비스로 응급 또는 긴급 치료가 아닌 경우
- 외래 수술
- 간호 시설에서의 장기 치료 또는 전문 간호 서비스(보건국 아급성 치료 부서와 계약된 성인 및 소아과 아급성 치료 시설 포함) 또는 중간 치료 시설(발달 장애인을 위한 중간 치료 시설(ICF/DD), ICF/DD 안정(ICF/DD-H), ICF/DD 간호(ICF/DD-N) 포함)
- 전문 치료, 영상, 검사 및 절차
- 응급 상황이 아닌 경우의 의료 교통편 서비스
- 주요 장기 이식

응급 구급차 서비스에는 사전 승인(사전 허가)이 필요하지 않습니다.

**Blue Shield Promise**는 **Blue Shield Promise**가 사전 승인(사전 허가) 요청을 결정(승인 또는 거부)하는 데 합리적으로 필요한 정보를 접수한 시점부터, 업무일 기준 5일 이내에 결정을 내려야 합니다. 의료제공자가 사전 승인(사전 허가) 요청을 하고 표준 시간을 따를 경우 귀하의 생명, 건강 또는 최대 기능을 회복, 유지하는 데 심각한 위험을 초래할 수 있다고 **Blue Shield Promise**가 판단하는 경우 **Blue Shield Promise**는 72시간 이내에 사전 허가(사전 승인) 결정을 내립니다. 이는 사전 승인(사전 허가) 요청을 받은 후 **Blue Shield Promise**가 귀하의 건강 상태에 따라 신속하게, 그리고 서비스 요청 후 72시간 또는 5일 이내에 귀하에게 통지한다는 의미입니다. 의사, 간호사, 약사 등 임상 또는 의료 전문 인력이 사전 승인(사전 허가) 요청을 검토합니다.

**Blue Shield Promise**는 보장이나 서비스의 거부/승인을 정하는 검토자의 결정에 어떤 방식으로든 영향을 미치지 않습니다. **Blue Shield Promise**가 요청을 승인하지 않는 경우 **Blue Shield Promise**는 귀하에게 결정 통지서(Notice of Action, NOA)를 보낼 것입니다. 결정 통지서는 귀하가 해당 결정에 동의하지 않는 경우 재고 요청을 하는 방법에 대해 설명합니다.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오.  
**Blue Shield Promise**는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.  
 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

Blue Shield Promise는 Blue Shield Promise가 귀하의 요청을 검토하는 데 더 많은 정보 또는 더 많은 시간이 필요한 경우 귀하에게 연락할 것입니다.

응급 치료는 **Blue Shield Promise** 네트워크 외 또는 귀하의 서비스 지역 외에서 제공되는 경우에도 사전 승인(사전 허가)이 필요하지 않습니다. 귀하가 임신한 경우 진통 및 출산도 포함됩니다. 특정 민감한 진료 서비스에 대해서는 사전 승인(사전 허가)이 필요하지 않습니다. 민감한 진료 서비스에 대해 자세히 알아보려면 이 장 뒷부분의 '민감한 진료'를 읽어보십시오.

사전 승인(사전 허가)에 대한 질문이 있으시면 1-800-605-2556(TTY 711)번으로 전화하십시오.

---

## 2차 소견

귀하는 귀하의 의료제공자가 귀하에게 필요하다고 하는 진료 또는 귀하의 진단 또는 치료 플랜에 대해 2차 소견을 원할 수도 있습니다. 예를 들어, 진단이 올바른지 확인하고 싶거나, 처방된 치료나 수술이 필요한지 확실하지 않거나, 치료 계획을 따르려고 했지만 효과가 없는 경우 2차 소견이 필요할 수 있습니다. 귀하 또는 귀하의 네트워크 내 의료제공자가 2차 소견을 요청하고 네트워크 내 의료제공자에게서 2차 소견을 받는 경우 **Blue Shield Promise**는 그에 대해 비용을 지급합니다. 귀하는 네트워크 내 의료제공자에게서 2차 소견을 듣기 위해 **Blue Shield Promise**에서 사전 승인(사전 허가)을 받을 필요가 없습니다. 귀하가 2차 소견을 원하시는 경우, 저희는 2차 소견을 제공할 수 있는 자격을 갖춘 네트워크 내 의료제공자에게 귀하의 진료를 의뢰합니다.

2차 소견을 요청하고 의료제공자 선택에 도움이 필요하시면

1-800-605-2556(TTY 711)번으로 전화하십시오. 귀하의 네트워크 내 의료제공자는 또한 귀하가 원하는 경우 2차 소견을 위한 진료의뢰를 받도록 도와드릴 수 있습니다.

귀하에게 2차 소견을 제공할 수 있는 의료제공자가 **Blue Shield Promise** 네트워크에 없는 경우, **Blue Shield Promise**는 네트워크 외 의료제공자에게서 받는 2차 소견에 대해 비용을 지불합니다. **Blue Shield Promise**는 2차 소견을 위해 귀하가 선택한 의료제공자가 승인되는지 여부를 업무일 기준 5일 이내에 알려드릴 것입니다. 만성 또는 심각한 질환이 있는 경우 또는 사망, 사지 또는 주요 신체 부위나 신체 기능의 상실 등을



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. **Blue Shield Promise**는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

포함하나, 이에 국한되지 않는 즉각적이고 심각한 건강상의 위험을 받고 있는 경우, Blue Shield Promise는 72시간 내에 서면으로 알려드릴 것입니다.

Blue Shield Promise가 귀하의 2차 소견 요청을 거절하는 경우, 귀하는 이의를 제기하실 수 있습니다. 이의 제기에 대해 자세히 알아보려면 본 안내서의 제6장에 있는 '불만 제기'를 참고하십시오.

## 민감한 진료

### 미성년자 동의 서비스

만 18세 미만인 경우에도 일부 의료 서비스는 부모 또는 후견인의 허락 없이 비밀이 보장된 상태로 받을 수 있습니다. 이는 귀하가 서면으로 동의하지 않는 한, 부모 또는 후견인에게 해당 서비스 이용 사실이 통보되거나 연락되지 않는다는 뜻입니다. 이러한 서비스를 미성년자 동의 서비스라고 합니다.

연령과 관계없이, 다음과 같은 서비스는 부모 또는 후견인의 동의 없이 받을 수 있습니다.

- 성폭력 관련 서비스
- 임신 중절 서비스를 포함한 임신 및 임신 관련 서비스
- 피임(예: 피임약) 서비스와 같은 가족계획 서비스

12세 이상인 경우에는, 위에 설명된 서비스에 더해 부모 또는 후견인의 동의 없이 다음과 같은 서비스도 받을 수 있습니다.

- 외래 정신 건강 치료 또는 상담. 이는 전문가가 판단하는 귀하의 성숙도와 의료 서비스 참여 능력에 따라 달라집니다.
- HIV/AIDS를 포함한, 감염성/전염성이 강하거나 전파 가능한 질병의 진단 및 치료
- 매독, 임질, 클라미디아, 단순포진과 같은 성병(STI)의 예방, 검사, 진단 및 치료
- 친밀한 파트너 폭력 서비스
- 약물 및 알코올 남용에 대한 약물 사용 장애(SUD) 치료(선별검사, 평가, 개입 및 진료의뢰 서비스 포함)

미성년자 동의 서비스는 모든 Medi-Cal 의료제공자 또는 진료소에서 받을 수 있습니다. Blue Shield Promise 네트워크에 속한 의료제공자가 아니어도 됩니다. 귀하의 PCP에게 진료의뢰 또는 사전 승인(사전 허가)을 받을 필요가 없습니다.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

민감한 진료와 관련되지 **않은** 서비스에 대해 네트워크 외 의료제공자를 이용하는 경우, 해당 서비스에는 보험이 적용되지 않을 수 있습니다.

Blue Shield Promise Medi-Cal 네트워크 외에서 미성년자 동의 서비스를 위한 Medi-Cal 의료제공자를 찾거나 의료제공자에게 갈 수 있는 교통편을 요청하시려면

Blue Shield Promise 가입자 서비스에 1-800-605-2556(TTY 711)번으로 전화하십시오.

피임 서비스에 대한 자세한 내용은 이 안내서 제4장의 '예방 및 웰니스 서비스, 만성 질환 관리'를 참고하십시오.

Blue Shield Promise는 전문 정신 건강 서비스(SMHS) 또는 대부분의 SUD 서비스인 미성년자 동의 서비스에 보험을 적용하지 않습니다. 귀하가 거주하는 카운티에서 이러한 서비스에 보험을 적용합니다. 이러한 서비스를 이용하는 방법을 포함하여 자세한 내용은 본 안내서 4장의 '전문 정신 건강 서비스(SMHS)' 및 '약물 사용 장애(SUD) 치료 서비스'를 참조하십시오. 자세한 내용은 1-800-605-2556(TTY 711)번으로 문의하십시오.

모든 카운티의 SMHS 무료 전화번호 목록을 보려면 다음 사이트를 방문하십시오:

<http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MHPContactList.aspx>.

모든 카운티의 SUD 치료 서비스 무료 전화번호 목록을 보려면 다음 사이트를 방문하십시오:

[https://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/SUD\\_County\\_Access\\_Lines.aspx](https://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/SUD_County_Access_Lines.aspx).

미성년자는 번을 이용해 주 7일, 하루 24시간 이용할 수 있는 간호사 상담 전화(1-800-609-4166(TTY: 711))로 전화해 자신의 건강 우려 사항에 대해 비공개로 상담할 수 있습니다.

이용 가능한 경우, 귀하는 특정한 방식 또는 형식으로 귀하의 의료 서비스와 관련한 개인 정보를 요청할 수 있습니다. 다른 장소로 보내달라고 요청할 수 있습니다 민감한 서비스와 관련하여 기밀 통신을 요청하는 방법에 관한 자세한 사항은 이 안내서 제7장의 '개인정보 보호정책 고지문'을 참고하십시오.

## 성인 민감한 진료 서비스

18세 이상의 성인인 경우 특정한 민감하거나 사적인 진료에 대해서 담당 PCP에게 갈 필요가 없습니다. 다음과 같은 유형의 치료는 선택 가능한 의사나 진료소에 제한이 없습니다.

- 가족 계획 및 피임 21세 이상 성인의 경우 이러한 서비스에는 불임술이 포함됩니다.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.

또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

- 임신 검사 및 상담 및 기타 임신 관련 서비스
- HIV/AIDS 예방 및 검사
- 성매개 감염 예방, 검사 및 치료
- 성폭행 치료
- 외래 임신중절 서비스

민감한 진료의 경우, 의사나 진료소가 **Blue Shield Promise** 네트워크 소속일 필요는 없습니다. 이러한 서비스의 경우 **Blue Shield Promise**의 진료의뢰나 사전 승인(사전 허가) 없이 어느 **Medi-Cal** 의료제공자든 선택하여 방문하실 수 있습니다. 여기에 민감한 진료로 기재되지 않은 진료를 네트워크 외 의료제공자로부터 받은 경우, 해당 진료에 대한 비용을 지불해야 할 수도 있습니다.

이러한 서비스를 제공하는 의사 또는 진료소를 찾는 데 도움이 필요하거나 이러한 서비스를 받는 데 (교통편을 포함한) 도움이 필요하신 경우, **1-800-605-2556(TTY 711)**번으로 전화하십시오. 또는 주 7일, 하루 24시간 동안 이용할 수 있는 간호사 상담 전화인 **1-800-609-4166(TTY 711)**번으로 전화하십시오.

**Blue Shield Promise**는 귀하의 민감한 진료 서비스에 대한 정보를 귀하의 서면 승인 없이 귀하의 **Blue Shield Promise** 플랜 보험 계약자 또는 주 계약자 또는 다른 **Blue Shield Promise** 가입자에게 제공하지 않을 것입니다. 귀하는 귀하의 의료 서비스에 대한 개인 정보를 이용 가능한 경우 특정 양식 또는 형식으로 받아 다른 장소에서 귀하에게 보낼 수 있습니다. 민감한 서비스와 관련하여 기밀 통신을 요청하는 방법에 관한 자세한 사항은 이 안내서 제7장의 '개인정보 보호정책 고지문'을 참고하십시오.

## 도의적인 거부

일부 의료제공자는 일부 보험적용이 되는 서비스를 도의적으로 거부할 수 있습니다. 의료제공자는 해당 서비스에 윤리적, 도의적으로 동의하지 않는 경우 일부 보험적용이 되는 서비스를 제공하지 않을 권리를 갖고 있습니다. 이러한 서비스는 여전히 다른 의료제공자로부터 귀하에게 제공됩니다. 귀하의 의료제공자가 도의적으로 거부하는 경우, 해당 의료제공자는 귀하가 필요한 서비스를 제공할 다른 의료제공자를 찾는 데 도움을 줄 것입니다. **Blue Shield Promise**는 또한 귀하가 의료제공자를 찾는 일을 도와드릴 수 있습니다.

일부 병원과 의료제공자는 **Medi-Cal**이 보장되더라도 다음 서비스 중 하나 이상을 제공하지 않습니다.

- 가족계획



**1-800-605-2556 (TTY 711)** 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. **Blue Shield Promise**는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 **711**번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

- 응급 피임을 포함한 피임 서비스
- 진통 및 분만 시 난관 결찰을 포함한 불임술
- 불임 치료
- 임신중절

귀하와 귀하의 가족이 필요로 하는 진료를 제공할 수 있는 의료제공자를 선택했는지 확인하시려면 원하시는 의사, 의료 그룹, 독립 의학 협회 또는 진료소에 전화하십시오. 필요로 하시는 서비스를 제공할 역량과 의향이 있는지 해당 의료제공자에게 물어보시기 바랍니다. 1-800-605-2556(TTY 711)번을 이용해 **Blue Shield Promise**로 전화하십시오.

이러한 서비스를 이용하실 수 있습니다. **Blue Shield Promise**는 귀하에게 필요한 치료를 제공하는 의료제공자(의사, 병원, 진료소)를 귀하와 귀하의 가족이 이용하실 수 있도록 합니다. 질문이 있거나 의료제공자를 찾는 데 도움이 필요하신 경우 1-800-605-2556(TTY 711)번으로 **Blue Shield Promise**에 전화하십시오.

## 긴급 치료

긴급 치료는 응급하거나 생명을 위협하는 상태에 대응하는 서비스가 **아닙니다**. 이는 갑작스런 질병, 부상 또는 귀하가 이미 갖고 있던 질환의 합병증이 귀하의 건강에 심각한 해를 미치는 것을 방지하는 데 필요한 서비스입니다. 대부분의 긴급 치료 예약에는 사전 승인(사전 허가)이 필요하지 않습니다. 긴급 치료 예약을 요청하시면 **48시간** 이내에 예약을 받으실 수 있습니다. 귀하에게 필요한 긴급 치료 서비스에 사전 승인(사전 허가)이 필요한 경우, 요청 후 **96시간** 이내에 예약을 받게 됩니다.

긴급 치료를 위해 귀하의 **PCP**에게 전화하십시오. 귀하의 **PCP**와 연락이 되지 않는 경우 1-800-605-2556(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 또는 1-800-609-4166(TTY 711)번으로 전화해 귀하에게 가장 적합한 치료 수준을 알아보실 수 있습니다.

지역 외에서 긴급 치료를 필요로 하시는 경우 가장 가까운 긴급 치료 시설로 가십시오.

긴급 치료가 필요한 경우는 다음과 같습니다.

- 감기
- 목감기
- 발열
- 귀 통증



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. **Blue Shield Promise**는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

- 근육 염좌
- 출산 서비스

귀하가 **Blue Shield Promise** 서비스 지역 내에 있고 긴급 치료가 필요한 경우, 귀하는 반드시 네트워크 내 의료제공자에게 긴급 치료 서비스를 받아야 합니다.

**Blue Shield Promise** 서비스 지역 내에서는 네트워크 내 의료제공자에게 긴급 치료를 받으실 때 사전 승인(사전 허가)이 필요하지 않습니다. 네트워크 내 긴급 치료 의료제공자를 찾는 데 도움이 필요한 경우 **1-800-605-2556(TTY 711)**번으로 전화하거나 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)를 방문하십시오.

**Blue Shield Promise** 서비스 지역 외에 있더라도 미국 내에 계신다면 서비스 지역 외에서 긴급 치료를 받기 위한 사전 승인(사전 허가)이 필요하지 않습니다. 가장 가까운 긴급 치료 시설로 가시기 바랍니다.

**Medi-Cal**은 미국을 벗어난 지역에서는 긴급 치료 서비스를 보장하지 않습니다. 미국 이외의 지역을 여행 중일 때 긴급 치료가 필요한 경우, 저희는 귀하의 치료를 보장하지 않습니다.

긴급 정신 건강 진료 또는 약물 사용 장애 서비스가 필요한 경우 카운티 정신 건강 또는 약물 사용 장애 프로그램 또는 고객 서비스에 **1-800-605-2556, TTY 711**번으로 전화하십시오. 카운티 정신 건강 또는 약물 사용 장애 프로그램 또는

**Blue Shield Promise** 행동 건강플랜에 주 7일, 24시간 언제든지 전화하십시오. 모든 카운티의 무료 전화번호를 온라인으로 찾으려면 다음 사이트를 방문하십시오.

<http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MHPContactList.aspx>.

보장 긴급 치료 방문 시 이를 통해 약을 받으시는 경우 **Blue Shield Promise**는 보장 방문의 일부로 해당 의약품을 보장합니다. 긴급 치료 의료제공자가 약국에 가져가야 하는 처방전을 제공하는 경우 **Medi-Cal Rx**가 해당 처방전의 보장 여부를 결정합니다.

**Medi-Cal Rx**에 대해 자세히 알아보려면 이 안내서 제4장의 '**Medi-Cal RX**로 보험적용이 되는 처방약'을 참고하십시오.

## 응급 치료

응급 치료의 경우 **911**에 전화하거나 가장 가까운 응급실 또는 병원으로 가십시오. 응급 치료의 경우 **Blue Shield Promise**의 사전 승인(사전 허가)이 필요하지 않습니다.



**1-800-605-2556 (TTY 711)** 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. **Blue Shield Promise**는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 **711**번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

미국 내(미국령 사모아, 괌, 북마리아나 제도, 푸에르토리코 또는 미국령 버진 아일랜드 등 영토 포함)에서 귀하는 응급 치료가 필요한 경우 어떤 병원 또는 기타 시설이든 이용할 권리가 있습니다.

미국 이외의 지역에 있는 경우 캐나다와 멕시코에서 입원이 필요한 응급 치료만 보장됩니다. 다른 국가에서의 응급 치료 및 기타 진료는 보장되지 않습니다.

응급 치료는 생명에 위협이 되는 의학적 상태에 관한 것입니다. 이 치료는 건강 및 의학에 대한 평균적인 지식을 가진 신중한(합리적인), (직업 의료인이 아닌) 일반인이 즉시 치료를 받지 않으면 본인(또는 태아의 건강)이 심각한 위험에 처할 것으로 예상할 수 있는 질환 또는 부상에 대한 치료입니다. 여기에는 신체 기능, 신체 기관 또는 신체 부위에 심각한 피해를 끼칠 위험이 포함됩니다. 사례는 다음을 포함하지만 이에 한정되지 않습니다.

- 분만 진통
- 골절
- 극심한 통증
- 가슴 통증
- 호흡 곤란
- 심한 화상
- 약물 과다 복용
- 기절
- 심한 출혈
- 심각한 우울증 또는 자살 충동과 같은 정신과 응급 상태

일반 진료나 당장 필요하지 않은 치료를 받기 위해 응급실에 방문하지 **마십시오**. 귀하는 귀하를 가장 잘 아는 귀하의 PCP에게서 일반 진료를 받아야 합니다. 응급실에 가기 전, PCP 또는 Blue Shield Promise에 전화할 필요는 없습니다. 그러나 귀하의 의학적 상태가 응급 상황인지 확실하지 않은 경우 귀하의 PCP에게 전화하십시오. 또한

1-800-609-4166(TTY 711)번으로 주 7일, 하루 24시간 이용할 수 있는 Blue Shield Promise 간호사 상담 전화에 전화하실 수 있습니다.

Blue Shield Promise 서비스 지역 외에서 응급 치료가 필요한 경우, Blue Shield Promise 네트워크에 속하지 않더라도, 가장 가까운 응급실로 가십시오. 응급실에 가시는 경우 Blue Shield Promise에 연락해 달라고 요청하십시오. 귀하 또는 귀하가 입원한 병원이 귀하가 응급 치료를 받은 지 24시간 이내에 Blue Shield Promise에 연락해야 합니다. 미국 외 지역을 여행하시는 중에 응급 치료가 필요하신 경우 캐나다와 멕시코 외에는



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

치료에 Blue Shield Promise의 보험이 적용되지 않습니다.

응급 교통편이 필요한 경우 **911**에 전화하십시오.

응급 처치 후 네트워크 외 병원에서 치료(안정 후 진료)를 받아야 하는 경우, 해당 병원에서 Blue Shield Promise로 전화할 것입니다.

귀하 또는 주변에 위기 상황에 처한 사람이 있다면 **988** 자살 및 위기 상담 전화에 연락해 주십시오. **988**번으로 전화하거나 문자를 보내주십시오. 또는 [988lifeline.org/chat](https://988lifeline.org/chat)에서 온라인으로 채팅하실 수도 있습니다. 자살 및 위기 상담 전화 **988**은 위기에 처한 모든 사람에게 무료로 기밀로 지원합니다. 여기에는 정서적 고통을 겪고 있는 사람과 자살 위기, 정신 건강 위기 및/또는 약물 사용 위기에 대한 지원이 필요한 사람이 포함됩니다.

**유의 사항:** 합리적으로 귀하에게 의학적 응급상황이 있다고 생각하는 경우를 제외하고 **911**로 전화하지 마십시오. 일반 진료 또는 감기나 인후통 등의 경미한 질병이 아닌 응급 상황인 경우에만 응급 진료를 받으십시오. 응급 상황의 경우, **911**에 전화하거나 가장 가까운 응급실 또는 병원으로 가십시오.

**Blue Shield Promise** 간호사 상담 전화는 연중무휴 24시간 무료로 의료 정보와 조언을 제공합니다. **1-800-609-4166(TTY 711)**번으로 전화하십시오.

## 간호사 상담 전화

Blue Shield Promise 간호사 상담 전화는 연중무휴 24시간 무료로 의료 정보와 조언을 제공해 드릴 수 있습니다. **1-800-609-4166(TTY 711)**번으로 전화해 다음과 같은 서비스를 받으십시오.

- 의료 관련 질문에 답하고, 치료 조언을 제공하며, 즉시 의료제공자를 방문해야 하는지 여부를 결정하는 데 도움을 줄 간호사와 상담하십시오.
- 귀하의 상태에 어떤 의료제공자가 적합한지에 대한 조언을 포함하여 당뇨병이나 천식과 같은 질병에 대한 도움을 받으세요

간호사 상담 전화에서는 진료소 예약이나 약품 리필에 도움을 드릴 수 없습니다. 이와 관련하여 도움이 필요하면 의료제공자 사무실에 전화하십시오.



**1-800-605-2556 (TTY 711)** 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 **711**번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](https://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

귀하의 간호사 상담 전화번호는 귀하의 건강 플랜 ID 카드에 기재되어 있습니다. 간호사 상담 전화는 통역 서비스를 제공합니다.

## 사전 의료 지시서

사전 의료 지시서 또는 사전 의료 지시서는 법적 양식입니다. 나중에 대화하거나 결정을 내릴 수 없는 경우를 대비해 원하는 의료 서비스를 양식에 기재할 수 있습니다. 또한 귀하가 받고 싶지 **않은** 의료 서비스를 기재할 수 있습니다. 귀하는 귀하가 결정을 내릴 수 없을 때 귀하를 대신해 결정을 내려줄 사람(예, 배우자)을 선정할 수 있습니다.

사전 의료 지시서는 약국, 병원, 법률 사무소, 의사 진료실에서 구할 수 있습니다. 해당 양식에는 비용을 지불하셔야 할 수도 있습니다. 또한 온라인으로 무료 양식을 찾아 다운로드하실 수 있습니다. 귀하의 가족, **PCP** 또는 귀하가 신뢰하는 사람에게 이러한 양식을 작성하는 데 도움을 요청하실 수 있습니다.

귀하는 귀하의 사전 의료 지시서를 귀하의 의료 기록에 포함하도록 요청할 권리가 있습니다. 귀하는 귀하의 사전 의료 지시서를 언제든지 변경 또는 취소할 권리가 있습니다.

귀하는 사전 의료 지시서 법의 변경에 대해 알 권리가 있습니다. **Blue Shield Promise**는 주 법의 변경 후 최대 **90일** 이내에 해당 변경 사항에 대해 귀하께 알려드립니다.

더 자세히 알아보시려면 **1-800-605-2556**번으로 **Blue Shield Promise**에 전화하실 수 있습니다.

## 장기 및 조직 기증

장기 또는 조직 기증자가 됨으로써 생명을 구하는 데 도움이 될 수 있습니다. **15세**에서 **18세** 사이라면 귀하의 부모 또는 보호자의 서면 동의서로 기증자가 될 수 있습니다. 귀하는 언제든지 장기 기증자가 되는 것에 대해 마음을 바꿀 수 있습니다. 장기 또는 조직 기증에 대해 더 알아보시려면 귀하의 **PCP**와 상의하십시오. 또한 미국 보건복지부(**United States Department of Health and Human Services**) 웹사이트 [www.organdonor.gov](http://www.organdonor.gov)를 방문하실 수 있습니다.



**1-800-605-2556 (TTY 711)** 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. **Blue Shield Promise**는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 **711**번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

## 4. 혜택 및 서비스

### 귀하의 건강플랜이 보장하는 혜택 및 서비스

이 장에서는 Blue Shield Promise에서 보험적용을 하는 혜택 및 서비스에 대해 설명합니다. 보험적용이 되는 서비스는 의학적으로 필요하고 네트워크 내 Blue Shield Promise 의료제공자가 제공하는 경우 무료입니다. Blue Shield Promise 서비스 지역 외 특정 민감한 서비스, 응급 치료 및 긴급 치료를 제외하고 해당 치료가 네트워크 외인 경우 귀하는 Blue Shield Promise에 사전 승인(사전 허가)을 요청해야 합니다. 가입하신 건강플랜에서는 네트워크 외 의료제공자에게 받은 의학적으로 필요한 서비스에 보험을 적용해 드릴 수 있으나, 그에 대한 사전 승인(사전 허가)을 Blue Shield Promise에 요청하셔야 합니다.

의학적으로 필요한 서비스란 가입자의 생명을 보호하고, 중증 질환이나 장애를 예방하거나, 진단받은 질병, 질환 또는 부상으로 인한 심각한 통증을 줄이기 위해 합리적이고 필요한 서비스를 말합니다. 21세 미만 가입자의 경우, Medi-Cal 서비스에는 신체적 또는 정신적 질환이나 상태를 고치거나 완화하는 데 의학적으로 필요한 치료가 포함됩니다. 보험적용이 되는 서비스에 대해 더 알아보시려면 1-800-605-2556(TTY: 711)번으로 전화하십시오.

21세 미만의 가입자는 추가 혜택과 서비스를 받을 수 있습니다. 더 자세히 알아보시려면 이 안내서의 제5장 '아동 및 청소년 웰케어'를 참조하십시오.

Blue Shield Promise에서 제공하는 기본 건강 혜택 및 서비스 중 일부는 아래에 기재되어 있습니다. 별(\*)이 있는 혜택 및 서비스는 사전 승인(사전 허가)이 필요합니다.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

- 가정 간호\*
- 가족계획 서비스(네트워크 외 의료제공자에게 갈 수 있음)
- 강화된 치료 관리(ECM) 서비스
- 거리 의료 서비스
- 급성(단기 치료) 가정 건강 요법 및 서비스
- 기본 진료 관리 서비스
- 긴급 치료
- 내구성 의료 장비(DME)\*
- 두사람관계 서비스
- 돌라 서비스
- 마취 서비스
- 물리치료\*
- 바이오마커 테스트\*
- 발달장애인 중간 단계 케어 시설 서비스
- 발질환 치료 서비스\*
- 보조기/보철\*
- 보청기
- 복합 케어 관리(CCM) 서비스
- 산모 및 신생아 관리
- 생활 능력 강화 서비스 및 기기\*
- 성 정체성 확립을 위한 의료 서비스
- 성전환자 서비스\*
- 소아과 서비스
- 수술적 서비스
- 신속 전체 게놈 시퀀싱
- 심장 재활
- 아급성 서비스를 포함한 전문 간호 서비스
- 안과 서비스\*
- 알러지 테스트 및 주사
- 약물 사용 장애 치료
- 언어치료\*
- 여성 건강 서비스
- 예방접종(주사)
- 오스톰 및 비뇨기와 용품
- 완화 치료\*
- 외래 병원 서비스
- 외래 수술\*
- 외래 정신 건강 서비스
- 원격의료/원격보건
- 응급 상황 구급차 서비스
- 응급실 방문
- 인지 건강 평가
- 임상병리 및 방사선과\*
- 입원환자 의료 및 수술 치료\*
- 작업 치료\*
- 장관 및 비경구 영양공급\*
- 장기 가정 보건 요법 및 서비스\*
- 장기 및 골수 이식\*
- 장기 요양 서비스 및 지원
- 재활 서비스 및 기기\*
- 전문의 방문
- 전환기 케어 서비스
- 정신 건강 치료
- 주치의 방문
- 지역사회 보건 인력(CHW) 서비스
- 척추지압 서비스\*
- 천식 예방
- 청각\*
- 치과 서비스 - 제한적(의료 진료실에서 의료 전문가/주치의(PCP)가 수행) 또는 치과 의료제공자가 수행하지 않은 치과 전신 마취/깊은 진정에 대해)\*
- 침술\*
- 커뮤니티 지원
- 투석/혈액 투석 서비스
- 폐 재활
- 행동 건강 치료
- 호스피스 서비스\*
- 화학요법 및 방사선요법



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오.  
 Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시  
 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.  
 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트  
[www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

보험적용이 되는 서비스에 대한 정의 및 설명은 이 안내서의 제8장 '알아야 할 중요한 전화번호 및 용어'에 나와 있습니다.

의학적으로 필요한 서비스란 가입자의 생명을 보호하고, 중증 질환이나 장애를 예방하거나, 진단받은 질병, 질환 또는 부상으로 인한 심각한 통증을 줄이기 위해 합리적이고 필요한 서비스를 말합니다.

의학적으로 필요한 서비스에는 연령에 맞는 성장과 발육, 기능적 능력 획득, 유지 또는 회복에 필요한 서비스가 포함됩니다.

**21세 미만**의 가입자들의 경우, 아동 및 청소년을 위한 **Medi-Cal**(조기 및 정기 검사, 진단 및 치료(**EPSDT**)) 혜택에 의거한 결정 및 신체적 및 정신적 질병 또는 상태를 교정 또는 개선하기 위해 필요한 경우 의학적으로 필요한 서비스입니다. 여기에는 신체적 또는 정신적 질환이나 상태를 고치거나 완화하는 데 필요한 치료, 또는 가입자의 상태가 악화되지 않도록 유지하는 데 필요한 진료가 포함됩니다.

의학적으로 필요한 서비스에는 다음이 포함되지 않습니다.

- 검증되지 않았거나 아직 검증이 진행 중인 치료법
- 효과가 일반적으로 인정되지 않는 서비스 또는 항목
- 임상 지침이 없는 정상적인 과정 및 치료 또는 서비스 기간 외의 서비스
- 간병인 또는 의료제공자의 편의를 위한 서비스

**Blue Shield Promise**는 다른 프로그램과 협력하여 가입자가 의학적으로 필요한 모든 서비스를 받을 수 있도록 보장하며, 해당 서비스가 **Blue Shield Promise**가 아닌 다른 프로그램에서 보장되는 경우에도 마찬가지입니다.

의학적으로 필요한 서비스에는 다음을 위해 합리적이고 필수적이며 보험적용이 되는 서비스가 포함됩니다.

- 생명 보호
- 중증 질환이나 심각한 장애 예방



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. **Blue Shield Promise**는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

- 심한 통증의 완화
- 연령에 맞는 성장과 발육의 달성
- 기능적 능력의 획득, 유지 및 회복

21세 미만의 가입자들의 경우 의학적으로 필요한 서비스에는 위에 기재된 모든 보험적용이 되는 서비스 및 기타 필요한 의료, 검사, 예방접종, 진단 서비스, 치료 및 결함 및 신체적, 정신적 질병 및 상태를 교정 또는 개선하기 위한 기타 조치가 포함됩니다. 이 혜택은 연방법에 의거해 조기 및 정기 검진, 진단 및 치료(EPSTD) 혜택으로 알려져 있습니다.

Medi-Cal for Kids and Teens는 21세 미만으로 등록된 영아, 아동 및 청소년을 대상으로 예방, 진단 및 치료 서비스를 제공합니다. Medi-Cal for Kids and Teens는 성인에게 제공되는 서비스보다 더 많은 서비스를 보장합니다. 조기 검진과 치료를 통해 어린이들의 건강 문제를 가능한 한 빨리 예방하거나 진단 및 치료를 받도록 설계되었습니다. 아동 및 청소년을 위한 Medi-Cal의 목표는 모든 아동이 필요할 때 필요한 의료 서비스를 받도록 하는 것입니다.

다른 프로그램에서 해당 서비스를 보장하고 Blue Shield Promise에서는 보장하지 않는 경우에도 Blue Shield Promise는 다른 프로그램과 협력하여 의학적으로 필요한 모든 서비스를 받을 수 있도록 합니다. 이 장 뒷부분의 '기타 Medi-Cal 프로그램 및 서비스'를 참고하십시오.

## Blue Shield Promise에서 보험적용이 되는 Medi-Cal 혜택

### 외래(이동) 서비스

#### 두사람관계 서비스

Blue Shield Promise는 가입자와 간병인을 위해 의학적으로 필요한 양방향 행동 건강(DBH) 치료 서비스에 보험을 적용합니다. 양방향이란 0세부터 20세까지의 아동과 그 부모 또는 간병인을 의미합니다. Dyadic Care는 부모 또는 간병인과 자녀를 함께 제공합니다. 이는 건강한 아동 발달과 정신 건강을 돕는 가족 복지를 목표로 합니다.

Dyadic 진료 서비스에는 다음이 포함됩니다.

- DBH 아동 웰니스 방문



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

- Dyadic 종합적인 커뮤니티 지원 서비스
- Dyadic 정신 교육 서비스
- Dyadic 부모 또는 간병인 서비스
- Dyadic 가족 훈련, 및
- 아동 발달 및 산모 정신 건강 서비스를 위한 상담

### 돌라 서비스

Blue Shield Promise는 가입자의 임신 중, 분만, 유산 및 임신 중절을 포함한 분만 및 출산 중, 가입자의 임신 종료 후 1년 이내에 네트워크 내 돌라 의료제공자가 제공하는 돌라 서비스에 보험을 적용합니다. Medi-Cal은 모든 돌라 서비스에 보험을 적용하는 것은 아닙니다. 돌라 서비스에는 의학적 상태 결정, 의학적 조언 제공 또는 모든 유형의 임상 평가, 검사 또는 절차가 포함되지 않습니다. 다음 Medi-Cal 서비스는 돌라 혜택에 포함되지 않습니다.

- 행동 건강서비스
- 임상 전문가가 시행하는 제왕절개 후 복대 착용(복부 바인딩) 처치
- 임상 사례 조정
- 출산 교육 그룹 수업
- 오리엔테이션, 평가 및 계획을 포함한 종합 건강 교육(종합 산전/산후 서비스 프로그램 서비스)
- 임신, 출산 및 산후 기간과 관련된 의료 서비스
- 최면요법(비전문 정신 건강 서비스(NSMHS))
- 수유 상담, 그룹 수업 및 용품
- 의학적으로 필요한 커뮤니티 지원 서비스
- 영양 서비스(평가, 상담 및 케어 계획 수립)
- 운송

가입자가 보험적용이 되지 않는 돌라 또는 임신 관련 서비스를 필요로 하거나 원하는 경우, 가입자 또는 돌라가 치료를 요청할 수 있습니다. 가입자의 PCP 또는 Blue Shield Promise 고객 서비스에 전화하십시오.

Doula 의료제공자는 분만 전, 출산 중, 출산 후, 분만 중, 유산 및 임신 중 지원을 포함하여 임신 및 산후 사람들에게 대한 건강 교육, 옹호 및 신체적, 감정적 및 비의료적 지원을 제공하는 출생 근로자입니다.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오.  
Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.  
또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

임신한 가입자 또는 산후 가입자는 네트워크 내 둘라 의료제공자로부터 다음 서비스를 받을 수 있습니다.

- 최초 방문 1회
- 산전 및 산후 방문이 혼합될 수 있는 추가 방문 최대 8회
- 분만 및 출산 중 지원(사산으로 인한 분만 및 출산 포함), 낙태 또는 유산
- 임신 종료 후 각 3시간으로 연장된 산후 방문 최대 2회

가입자들은 의사 또는 다른 면허가 있는 의사로부터 추가 서면 추천을 받아 산후 방문 최대 9회까지 받을 수 있습니다.

둘라 서비스를 원하는 임신부 또는 산후 가입자는 1-800-605-2556(TTY 711)번으로 전화해 둘라 서비스를 받을 수 있습니다. **Blue Shield Promise**는 네트워크 내 둘라 의료제공자를 이용할 수 없는 경우 가입자를 위해 둘라 서비스에 대한 네트워크 외 접근을 조정해야 합니다.

### 마취 서비스

**Blue Shield Promise**는 귀하가 외래 진료를 받을 때 의학적으로 필요한 마취 서비스에 보험을 적용합니다. 여기에는 사전 승인(사전 허가)이 필요할 수 있는 마취과 의사가 제공하는 치과 시술용 마취가 포함될 수 있습니다.

### 발질환(발) 치료 서비스

**Blue Shield Promise**는 인간의 발에 대한 진단 및 의학적, 수술적, 기계적, 조작적 및 전기적 치료를 위해 의학적으로 필요한 발질환 치료 서비스에 보험을 적용합니다. 여기에는 발목 치료와 발에 연결된 힘줄 치료가 포함됩니다. 또한 발의 기능을 조절하는 다리 근육과 힘줄에 대한 비외과적 치료도 포함됩니다.

### 성인 예방접종(주사)

귀하는 예방 서비스인 경우 네트워크 내 의료제공자로부터 사전 승인(사전 허가) 없이 성인 예방접종(주사)을 받을 수 있습니다. **Blue Shield Promise**는 귀하가 여행할 때 필요한 예방접종(주사)을 포함한 예방 서비스로서 질병통제예방센터(CDC)의 예방접종자문위원회(ACIP)에서 권장하는 예방접종(주사)에 보험을 적용합니다.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오.  
**Blue Shield Promise**는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.  
 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

귀하는 또한 Medi-Cal Rx를 통해 약국에서 일부 성인 예방접종(주사) 서비스를 받을 수 있습니다. Medi-Cal Rx에 대해 자세히 알아보려면 이 장의 뒷부분에 나올 '기타 Medi-Cal 프로그램 및 서비스'를 읽어보십시오.

### 알러지 관리

Blue Shield Promise는 알러지 탈감작, 감작 감소 요법 또는 면역요법을 포함해 알러지 검사 및 치료에 보증을 적용합니다.

### 외래 수술

Blue Shield Promise는 외래 외과 시술에 보증을 적용합니다. 일부 시술의 경우 해당 서비스를 받기 전에 사전 승인(사전 허가)을 받아야 합니다. 진단 시술과 특정 외래 의료 또는 치과 시술은 선택 사항으로 간주됩니다. 사전 승인(사전 허가)을 받아야 합니다.

### 의사 서비스

Blue Shield Promise는 의학적으로 필요한 의사 서비스에 보증을 적용합니다.

### 인지 건강 평가

Blue Shield Promise는 Medicare 프로그램에 따른 연례 웰니스 방문의 일부로서 유사한 평가를 받을 자격이 없는 65세 이상 가입자에게 연례 인지 건강 평가를 보장합니다. 인지 건강 평가는 알츠하이머병이나 치매의 징후를 찾습니다.

### 지역사회 보건 인력(CHW) 서비스

Blue Shield Promise는 질병, 장애 및 기타 건강 상태 또는 그 진행을 예방하고, 생명을 연장하며, 신체적 건강, 정신 건강과 효율성을 증진하기 위해 의사 또는 기타 면허를 소지한 의사가 추천하는 경우 개인에게 제공되는 지역사회 보건 종사자(CHW) 서비스를 보장합니다. CHW 서비스는 서비스 위치 제한이 없으며 가입자는 응급실과 같은 환경에서 서비스를 받을 수 있습니다. 서비스에는 다음이 포함될 수 있습니다.

- 만성 또는 감염성 질병의 통제 및 예방을 포함한 건강 교육 및 개인 지원 또는 옹호, 행동, 산전 및 구강 건강 상태, 폭력 또는 부상 예방
- 질병 예방 및 관리를 위한 목표 설정 및 행동 계획 수립을 포함한 건강 증진 및 코칭
- 의료 및 커뮤니티 자원을 얻는 데 도움이 되는 정보, 훈련 및 지원을 제공하는 것을 포함한 건강 내비게이션



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오.

Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.

또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

- 면허가 필요하지 않은 선별검사 및 평가 서비스로서 가입자의 건강 개선을 위한 서비스 연결 지원

CHW 폭력 예방 서비스는 면허가 있는 의사가 결정한 대로 다음 상황 중 하나를 충족하는 가입자가 이용할 수 있습니다.

- 이 단체는 지역 폭력의 결과로 폭력적으로 부상당했습니다.
- 가입자는 지역 사회 폭력의 결과로 폭력적인 부상을 경험할 위험이 있습니다.
- 가입자는 커뮤니티 폭력에 만성적으로 노출된 경험이 있습니다.

CHW 폭력 예방 서비스는 지역 사회 폭력(예: 갱 폭력)에 특정됩니다. CHW 서비스는 이러한 필요에 대한 훈련/경험이 있는 다른 경로를 통해 개인/가정 간 폭력에 대해 가입자에게 제공될 수 있습니다.

### 척추지압 서비스

Blue Shield Promise는 손으로 하는 척추 치료에 한해 척추지압 서비스를 보장합니다. 척추지압 서비스는 월 최대 2회로 제한됩니다. 21세 미만의 자녀에게는 제한이 적용되지 않습니다. Blue Shield Promise는 의학적으로 필요한 기타 서비스를 사전 승인할 수 있습니다.

다음 가입자들은 척추지압 서비스를 받을 자격이 있습니다.

- 21세 미만
- 임신 종료 후 60일까지를 포함한 해당 월말까지의 임산부
- 전문 간호 시설, 중간 치료 시설 또는 아급성 치료 시설 거주자
- 카운티 병원 외래 진료과, 외래 진료소, 연방공인건강센터(FQHC) 또는 Blue Shield Promise 네트워크 내 농촌 건강 진료소(RHC)에서 서비스가 제공되는 경우 모든 가입자모든 FQHC, RHC 또는 카운티 병원이 외래 척추지압 서비스를 제공하는 것은 아닙니다.

### 치료 요법

Blue Shield Promise는 다음을 포함하는 다양한 치료 요법에 보형을 적용합니다.

- 화학적 치료
- 방사선 치료



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

### 투석 및 혈액 투석 서비스

Blue Shield Promise는 투석 치료에 보험을 적용합니다. Blue Shield Promise는 또한 귀하의 의사가 요청서를 제출하고 Blue Shield Promise가 승인하는 경우 혈액 투석 (만성 투석) 서비스에 보험을 적용합니다.

Medi-Cal 보험에는 다음이 포함되지 않습니다.

- 안락, 편의 또는 럭셔리 장비와 소모품 및 시설
- 가정용 투석 장비를 여행용으로 휴대할 수 있도록 만드는 발전기 또는 부속품과 같은 비의료 품목

### 산모 및 신생아 관리

Blue Shield Promise는 다음 산모 및 신생아 관리 서비스에 보험을 적용합니다.

- 가입자의 선호도와 의학적으로 가장 적합한 방식에 따라 출산 센터, 가정 또는 병원에서 출산이 이루어집니다.
- 유축기 및 용품
- 모유수유 교육 및 지원
- 진료 조정
- 상담
- 태아의 유전적 장애 진단 및 상담
- 돌라 서비스
- 산모 정신 건강 서비스
- 신생아 케어
- 영양 교육
- 임신 관련 건강 교육
- 산전, 분만 및 산후 관리는 가입자의 선호도와 의학적으로 가장 적합한 방식에 따라 의료진(공인 간호조산사(CNM), 면허 조산사(LM) 또는 의사)이 제공합니다.
- 사회 및 정신 건강 평가 및 진료의뢰
- 비타민 및 미네랄 보조제

임신한 모든 가입자와 산후 가입자는 위의 서비스를 모두 받을 수 있습니다. 가입자는 서비스를 받는 데 도움이 필요하면 1-800-605-2556(TTY 711)번으로 연락할 수 있습니다.

### 연장 산후 혜택

Blue Shield Promise는 소득 변경 또는 임신 종료 방식에 관계없이 임신 종료 후 최대 12개월 동안 전체 범위에 대해 보험을 적용합니다.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

## 원격 의료 서비스

원격 의료는 귀하의 의료제공자와 같은 물리적 환경에 있지 않더라도 서비스를 받을 수 있는 방법입니다. 원격 의료에는 전화, 영상 또는 기타 수단을 통한 의료제공자와의 실시간 대화가 포함될 수 있습니다. 또는 원격 의료는 실시간 대화 없이 귀하의 의료제공자와 정보를 공유하는 것을 포함할 수 있습니다. 원격 의료를 통해 다양한 서비스를 받을 수 있습니다.

원격의료는 보험적용이 되는 서비스에 모두 제공되지 않을 수도 있습니다. 의료제공자에게 문의하여 원격 의료를 통해 어떤 서비스를 받을 수 있는지 알아볼 수 있습니다. 귀하와 의료제공자가 원격 의료 서비스를 이용하는 것이 귀하에게 적합하다는 데 동의하는 것이 중요합니다. 귀하는 대면 서비스를 받을 권리가 있습니다. 귀하의 의료제공자가 귀하에게 적합하다고 동의하더라도 원격 의료를 꼭 이용할 필요는 없습니다.

## 정신 건강 서비스

### 외래 정신 건강 서비스

Blue Shield Promise는 사전 승인(사전 허가)을 받을 필요 없이 초기 정신 건강 평가에 보험을 적용합니다. 귀하는 Blue Shield Promise 네트워크에서 면허가 있는 정신 건강 의료제공자에게 진료의뢰 없이 언제든지 정신 건강 평가를 받을 수 있습니다.

귀하의 PCP 또는 정신 건강 의료제공자는 귀하에게 필요한 치료 수준을 결정하기 위해 Blue Shield Promise 네트워크의 전문의에게 추가 정신 건강 선별검사를 의뢰할 수 있습니다. 선별검사 결과, 정신 건강 상태로 인해 귀하가 경미하거나 중등도로 기능 저하가 있는 것으로 확인될 경우, Blue Shield Promise는 귀하에게 정신 건강 서비스를 제공할 수 있습니다. Blue Shield Promise는 다음과 같은 정신 건강 서비스에 보험을 적용합니다.

- 개인 및 그룹 정신 건강 평가 및 치료(정신요법)
- 정신 건강 상태 평가를 위해 임상적으로 필요한 경우 심리 테스트
- 주의, 기억 및 문제해결 능력 향상을 위한 인지 능력 개발
- 약물 요법 감시 목적을 위한 외래 서비스
- 외래환자 임상병리실 서비스
- Medi-Cal Rx 계약 약물 목록(<https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/>)에 아직 등재되지 않은 외래 환자 의약품과 소모품 및 보충제



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

- 정신 상담
- 최소 2명의 가족 구성원이 참여하는 가족 치료. 가족 치료의 예는 다음을 포함하나, 이에 한정되지 않습니다.
  - 자녀-부모 심리치료(0~5세)
  - 부모 자녀 대화형 치료(2~12세)
  - 인지행동 커플치료(성인)

Blue Shield Promise에서 제공하는 정신 건강 서비스에 대해 더 많은 정보를 알아보시려면 1-800-605-2556(TTY 711)번으로 전화하십시오.

정신 건강 장애에 필요한 치료가 Blue Shield Promise 네트워크에서 제공되지 않거나 귀하의 PCP 또는 정신 건강 의료제공자가 위의 '신속한 진료 이용'에 나열된 시간 내에 필요한 치료를 제공할 수 없는 경우, Blue Shield Promise는 네트워크 외 서비스를 보장하고 받을 수 있도록 도움을 드립니다..

정신 건강 검진을 통해 귀하의 손상 정도가 심하고 전문 정신 건강 서비스(specialty mental health services, SMHS)가 필요한 것으로 나타나면 귀하의 PCP 또는 귀하의 정신 건강 의료제공자는 귀하를 카운티 정신 건강플랜에 진료의뢰하여 필요한 치료를 받으실 수 있도록 할 것입니다. Blue Shield Promise는 귀하가 귀하에게 적합한 진료를 선택하기 위해 카운티 정신 건강 플랜 소속 의료제공자에게 첫 예약 시 조정하는 데 도움을 줄 것입니다. 더 자세히 알아보시려면 본 안내서 제4장의 '기타 Medi-Cal 프로그램 및 서비스'를 참고하십시오.

귀하 또는 주변에 위기 상황에 처한 사람이 있다면 **988** 자살 및 위기 상담 전화에 연락하십시오. **988**번으로 전화하거나 문자를 보내주십시오. 또는 [988lifeline.org/chat](https://988lifeline.org/chat)에서 온라인으로 채팅하실 수도 있습니다. **988** 자살 및 위기 상담 전화는 무료이며 비공개로 도움을 드립니다. 정서적 고통을 겪고 있는 사람을 포함해, 자살 위기, 정신 건강 위기 및/또는 약물 사용 위기에 대한 지원이 필요한 사람이라면 누구나 도움을 받을 수 있습니다.

## 응급 치료 서비스

### 응급 교통편 서비스

Blue Shield Promise는 응급 상황에서 가장 가까운 치료 장소로 귀하를 이송하는 데 도움이 되는 구급차 서비스에 보험을 적용합니다. 이는 귀하의 상태가 다른 방법을 통해 치료 장소로 이동할 경우 귀하의 건강 또는 생명을 위협할 수 있을 만큼 심각한 상태임을



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](https://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

의미합니다. 캐나다나 멕시코의 병원에 입원해야만 하는 응급 치료를 제외하고 미국 이외의 지역에서는 어떤 서비스도 보험 적용이 되지 않습니다. 캐나다나 멕시코에서 구급차 서비스를 받고 해당 치료 기간에 입원하지 않은 경우, **Blue Shield Promise**는 구급차 서비스에 보험 적용을 하지 않습니다.

### **의학적 응급 상태를 치료하는 데 필요한 입원 및 외래 서비스**

**Blue Shield Promise**는 미국(미국령 사모아, 괌, 북마리아나 제도, 푸에르토리코 또는 미국령 버진 아일랜드 등)에서 발생하는 의학적 응급 상황 치료를 위해 필요한 모든 서비스에 보험을 적용합니다. **Blue Shield Promise**는 또한 캐나다 또는 멕시코에서 입원이 필요한 응급 치료도 보장합니다.

의학적 응급상황은 극심한 통증 또는 심각한 부상이 있는 의학적 상태입니다. 이는 의료 서비스 전문가가 아닌 신중한(합리적인) 일반인이 볼 때 상태가 너무 심각해서 즉시 의학적인 처치를 받지 않으면 다음 중 하나의 결과를 예상할 수 있는 상황입니다.

- 귀하의 건강에 미치는 심각한 위험
- 신체 기능에 심각한 피해
- 신체 장기 또는 부위의 심각한 기능 장애
- 임신부가 분만 진통 중일 때 심각한 위험이 있는 경우, 즉 다음과 같은 상황일 때 진통이 오는 경우:
  - 분만 이전에 다른 병원으로 귀하를 안전하게 이송하기에 충분한 시간이 없는 경우
  - 이송으로 인해 귀하 또는 태어나지 않은 태아의 건강 또는 안전에 위협이 될 수 있는 경우

병원 응급실 의료제공자가 치료의 일환으로 외래 처방약을 최대 **72시간** 분량까지 제공하는 경우, **Blue Shield Promise**는 보장 응급 치료의 일부로 그 처방약에 보험을 적용합니다. 병원 응급실 의료제공자가 외래 환자 약국으로 가져가서 조제해야 하는 처방전을 제공하는 경우, **Medi-Cal Rx**는 해당 처방에 보험을 적용합니다.

여행 중 외래 약국에서 받은 약품의 응급 공급이 필요한 경우, **Blue Shield Promise**가 아닌 **Medi-Cal Rx**가 해당 약을 보장할 책임이 있습니다. 약국에서 응급 의약품 공급에 도움을 필요로 할 경우, 1-800-977-2273번으로 **Medi-Cal Rx**에 전화하도록 요청하십시오.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오.  
**Blue Shield Promise**는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.  
 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

## 호스피스 및 완화 치료

Blue Shield Promise는 신체적, 감정적, 사회적, 정신적 불편함을 감소하는 데 도움을 주는 아동 및 성인을 위한 호스피스 서비스 및 완화 치료에 보험을 적용합니다. 21세 이상의 성인은 호스피스 서비스 및 완치 목적의 치료 서비스를 동시에 받을 수 없습니다.

### 완화 치료

완화 치료는 고통을 예측, 예방 및 치료함으로써 삶의 질을 향상하는 환자 및 가족 중심 케어입니다. 완화 치료는 심각하거나 생명을 위협하는 질환이 있는 아동 및 성인에게 제공합니다. 완화 치료는 6개월 미만의 예상 수명을 가진 가입자로 제한되지 않습니다. 완화 치료는 치료를 위한 진료와 동시에 제공될 수 있습니다.

완화 치료에는 다음이 포함됩니다.

- 사전 치료 계획
- 완화 치료 평가 및 상담
- 승인된 모든 완화 및 치유 치료를 포함한 치료 계획
- 다음을 포함하되 이에 국한되지 않는 완화 치료 팀:
  - 의학 또는 정골의학 박사
  - 의사 보조사
  - 공인 간호사
  - 유연허 직업 간호사 또는 임상 간호사
  - 사회복지사
  - 목사
- 진료 조정
- 통증 및 증상 관리
- 정신 건강 및 의료 사회복지 서비스

21세 이상의 성인은 완치 목적의 치료와 호스피스 서비스를 동시에 받을 수 없습니다. 완화 치료를 받고 있고 호스피스 서비스를 받을 자격이 있는 경우 언제든지 호스피스 서비스로 변경을 요청하실 수 있습니다.

### 호스피스 서비스

호스피스 서비스는 말기 환자 가입자에게 제공되는 혜택입니다. 호스피스 진료를 받으려면 가입자는 6개월 이하의 예상 수명을 가져야 합니다. 이것은 삶을 연장시키는 치료보다는 고통과 통증 관리에 주로 집중하는 서비스입니다.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

호스피스 진료에는 다음이 포함됩니다.

- 간호 서비스
- 물리 치료, 작업 치료 및 언어 치료 서비스
- 의료 사회복지 서비스
- 집에서 받는 치료 보조인 및 가사도우미 서비스
- 의료 용품 및 기기
- 일부 약품 및 생물학적 서비스(일부는 **Medi-Cal Rx**를 통해 제공될 수 있음)
- 상담 서비스
- 위기 상황 동안 **24시간** 단위 및 말기 가입자가 가정에서 머무르는 데 필요한 지속적인 간호 서비스
  - 병원, 전문 간호 시설 또는 호스피스 시설에서 한 번에 최대 연속 **5일**까지 입원환자 임시 간호
  - 통증 제어 또는 증상 관리를 위해 병원, 전문 간호 시설 또는 호스피스 시설에서 단기 입원 진료

**Blue Shield Promise**는 의학적으로 필요한 서비스가 네트워크 내에서 이용할 수 없는 한 네트워크 내 의료제공자로부터 호스피스 서비스를 받도록 요구할 수 있습니다.

## 입원

### 마취 서비스

**Blue Shield Promise**는 보험적용이 되는 병원 입원 기간에 의학적으로 필요한 마취 서비스에 보험을 적용합니다. 마취과 의사는 환자를 마취시키는 것을 전문으로 하는 의료제공자입니다. 마취는 일부 의료 또는 치과 시술 중에 사용되는 약품의 일종입니다.

### 수술적 서비스

**Blue Shield Promise**는 병원에서 수행된 의학적으로 필요한 수술에 보험을 적용합니다.

### 신속 전체 계층 시퀀싱

신속 전체 계층 시퀀싱(**RWGS**)은 1세 이하이며 집중 치료실에서 입원 치료를 받고 있는 모든 **Medi-Cal** 가입자를 위한 보험적용 혜택입니다. 여기에는 개별 시퀀싱, 부모 또는 부모와 아기를 위한 트리오 시퀀싱, 초고속 시퀀싱이 포함됩니다.

**RWGS**는 1세 이하 어린이의 집중 치료실(**ICU**) 치료에 영향을 미치는 상태를 적시에 진단하는 새로운 방법입니다. 귀하의 자녀가 캘리포니아주 어린이 서비스(**CCS**)



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오.

**Blue Shield Promise**는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.

또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

프로그램에 참여할 자격이 있는 경우 CCS는 병원 입원 및 RWGS에 혜택을 적용할 수 있습니다.

### 입원 서비스

Blue Shield Promise는 귀하가 병원에 입원했을 때 의학적으로 필요한 입원 진료에 보험을 적용합니다.

### 재활 및 훈련(치료) 서비스 및 기기

이 혜택은 부상, 장애 또는 만성적인 질병을 가진 사람들이 정신 및 신체 능력을 얻거나 회복하도록 돕는 서비스 및 기기를 포함합니다.

Blue Shield Promise는 다음 요건이 모두 충족되는 경우 이 섹션에 설명된 재활 및 강화 서비스에 보험적용을 합니다.

- 해당 서비스가 의학적으로 필요함
- 해당 서비스가 건강 상태를 해결하기 위한 것임
- 해당 서비스가 일상 생활에 필요한 기술 및 기능을 유지, 학습 또는 개선하는 데 도움이 됨
- 네트워크 내 의사가 다른 곳에서 서비스를 받는 것이 의학적으로 필요하다고 판단하거나 네트워크 내 시설에서 귀하의 건강 상태를 치료할 수 없는 경우를 제외하고는 네트워크 내 시설에서 서비스를 받게 됩니다.

**Blue Shield Promise는 다음과 같은 재활/강화 서비스에 보험적용을 합니다.**

### 가정 건강 서비스

Blue Shield Promise는 의사 또는 의사 보조사, 전문간호사 또는 임상전문간호사가 의학적으로 필요하다고 판단하고 처방하여 자택에서 제공되는 의료 서비스의 비용에 보험을 적용합니다.

가정 건강 서비스는 다음을 포함하여 Medi-Cal에서 보험적용을 하는 서비스로 제한됩니다.

- 시간제 전문 간호 서비스
- 시간제 가정 간호 보조인
- 숙련 물리치료, 작업치료 및 언어치료



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오.

Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.

또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

- 의료 사회복지 서비스
- 의료 용품

### 내구성 의료 장비(DME)

- **Blue Shield Promise**는 의사, 의사 보조사, 전문간호사 또는 임상전문간호사의 처방이 있는 **DME** 용품, 장비 및 기타 서비스의 구매 또는 대여에 보험을 적용합니다. 처방된 **DME** 품목은 일상 생활의 활동에 필수적인 신체적 기능을 보호하거나 주요 신체 장애를 예방하는 데 의학적으로 필요한 경우 보험이 적용됩니다.
- **Medi-Cal Rx**는 당뇨병 혈당 측정기, 연속 혈당 측정기, 검사지 및 채혈침과 같은 혈당 또는 소변 검사를 위해 약국에서 일반적으로 이용할 수 있는 일회용 외래 기기에 보험을 적용합니다.

일반적으로 **Blue Shield Promise**에서는 다음 서비스에 보험적용을 하지 않습니다.

- 이 장의 앞부분에 나온 '산모 및 신생아 관리'의 '유축기 및 용품'에 설명된 소매용 유축기를 제외한 안락, 편의 또는 사치를 위한 장비와 기능 및 용품
- 레크리에이션 또는 스포츠 활동을 더 많이 지원하기 위한 장치를 포함한 운동 장비 등, 일상 생활의 정상적인 활동을 유지하기 위한 목적이 아닌 품목
- 위생 장비(21세 미만 가입자에게 의학적으로 필요한 경우는 제외)
- 사우나 욕조, 엘리베이터 등 비의료 물품
- 주택 개조(커뮤니티 지원을 통해 제공되는 경우 제외) 또는 자동차
- 유아 무호흡 감시기를 제외한 심장 또는 폐의 전자 모니터기
- 21세 미만의 가입자에게 의학적으로 필요한 경우를 제외하고 분실, 도난 또는 오용으로 인한 장비 수리 또는 교체
- 기타 일반적으로 주로 건강 관리를 위해 사용되지 않는 품목

어떤 경우에는 의사가 사전 승인(사전 허가) 요청을 제출하고 해당 항목이 의학적으로 필요하며 **DME** 정의를 충족하는 경우 이러한 용품이 승인될 수 있습니다.

### 물리치료

**Blue Shield Promise**는 의사, 치과의사 또는 발 전문의가 처방한 경우 의학적으로 필요한 물리치료 서비스에 보험을 적용합니다. 서비스에는 물리치료 평가, 치료 계획, 치료, 지도, 상담 서비스, 국소 약제 도포가 포함됩니다. 처방전은 6개월로 제한되며 의학적 필요에 따라 갱신될 수 있습니다.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오.  
**Blue Shield Promise**는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.  
 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

### 보조기/보철

Blue Shield Promise는 의학적으로 필요하고 귀하의 의사, 발 전문의, 치과의사 또는 비의사 의료제공자가 처방한 보조기와 보철 장치 및 서비스에 보험을 적용합니다. 여기에는 이식형 보청기, 가슴 보형물/유방절제술 브라, 압축 연소복 및 신체 부위의 기능을 또는 대신하거나 약화된 또는 기형의 신체 부위를 지지하기 위한 보철 장치가 포함됩니다.

### 보청기

Blue Shield Promise는 청력 손실 검사를 받고 보청기가 의학적으로 필요하며 의사의 처방이 있는 경우 보청기에 보험을 적용합니다. 보험은 귀하의 의료적 필요사항을 충족하는 최저 비용의 보청기로 제한됩니다. Blue Shield Promise는 기본적으로 한 개의 보청기를 보장합니다. 다만, 양쪽 귀 모두 보청기를 착용하는 것이 한 개만 착용했을 때보다 더 나은 결과를 얻는 데 필요하다면 양쪽 모두 보청기를 보장합니다.

21세 미만 가입자를 위한 보청기:

로스앤젤레스 카운티에서 주법은 보청기가 필요한 21세 미만의 아동이 캘리포니아주 어린이 서비스(California Children's Services, CCS) 프로그램에 진료의뢰되어 자녀가 CCS를 받을 자격이 있는지 결정하도록 요구합니다. 자녀가 CCS 자격 요건을 갖춘 경우, CCS는 해당 질환을 치료하는 데 의학적으로 필요하다면 보청기에 대한 비용에 보험을 적용합니다. 자녀가 CCS 자격 요건을 갖추지 못한 경우 Blue Shield Promise는 Medi-Cal 보험 혜택의 일부로 의학적으로 필요한 보청기에 보험을 적용합니다.

21세 이상 가입자 대상 보청기.

Medi-Cal에 따라 Blue Shield Promise는 보험적용이 되는 각 보청기에 대해 다음을 보장합니다.

- 피팅에 필요한 이어 몰드
- 표준 배터리 패키지 1개
- 보청기가 제대로 작동하는지 확인하기 위한 방문
- 보청기 청소 및 피팅을 위한 방문
- 보청기 수리
- 보청기 액세서리 및 대여



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

Medi-Cal에 따라 Blue Shield Promise는 다음과 같은 경우 교체 보청기에 보험을 적용합니다.

- 청력 상실이 현재 보청기로 교정할 수 없을 정도임
- 보청기를 분실했거나 도난당했거나 파손되어 고칠 수 없으며, 그것이 귀하의 잘못이 아닌 경우. 어떻게 그런 일이 발생했는지 알려주셔야 합니다.

21세 이상 성인의 경우 Medi-Cal은 다음에 대해 보험을 적용하지 **않습니다**.

- 교체용 보청기 배터리

### 심장 재활

Blue Shield Promise는 입원 및 외래 심장 재활 서비스에 보험을 적용합니다.

### 언어치료

Blue Shield Promise는 의학적으로 필요하고 의사 또는 치과의사가 처방한 언어치료에 보험을 적용합니다. 처방전은 6개월로 제한되며 의학적 필요에 따라 갱신될 수 있습니다. 언어치료 서비스는 한 달에 2회로 제한됩니다. 21세 미만의 자녀에게는 제한이 적용되지 않습니다. Blue Shield Promise는 의학적으로 필요한 경우 매월 2회 이상의 서비스를 사전 승인(사전 허가)할 수 있습니다.

### 오스톰이 및 비뇨기과 용품

Blue Shield Promise는 배변 주머니, 요도용 카테터, 배액 주머니, 관장 용품 및 접착제에 보험을 적용합니다. 여기에는 편안함, 편리함을 위한 용품 또는 사치성 장비 또는 기구가 포함되지 않습니다.

### 의료 용품, 장비 및 기기

Blue Shield Promise는 의사, 의사 보조사, 임상간호사 및 임상전문간호사가 처방한 의약품의 비용에 보험을 적용합니다. 일부 의료 용품은 Blue Shield Promise가 아닌 진료행위별 수가제(FFS) Medi-Cal의 일부인 Medi-Cal Rx를 통해 보험이 적용됩니다. Medi-Cal Rx가 소모품에 보험적용을 하면 의료제공자가 Medi-Cal에 청구합니다.

Medi-Cal에서 보험적용을 하지 **않는** 항목은 다음과 같습니다.

- 다음을 포함하되 이에 국한되지 않는 일반적인 가정용품:
  - 접착 테이프(모든 유형)



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오.  
Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.  
또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

- 소독용 알코올
- 화장품
- 솜과 면봉
- 더스트 파우더
- 물티슈
- 위치하젤
- 다음을 포함하되 이에 국한되지 않는 일반적인 가정용 치료제:
  - 화이트 바셀린
  - 건성 피부용 오일 및 로션
  - 토탈크와 토탈크 복합제품
  - 과산화수소와 같은 산화제
  - 카바마이드 과산화물 및 과붕산나트륨
- 비처방 샴푸
- 벤조산 및 살리실산 연고, 살리실산 크림, 연고 또는 액제, 산화아연 페이스트를 함유하는 국소 제제
- 일반적으로 건강 관리를 위해 주로 사용되지 않고 특별한 의학적 필요가 없는 사람들이 정기적으로 주로 사용하는 기타 품목

### 작업 치료

Blue Shield Promise는 작업 치료 평가, 치료 계획, 치료, 지도 및 상담 서비스를 포함해 작업 치료 서비스에 보험을 적용합니다. 작업 치료 서비스는 한 달에 2회로 제한됩니다(21세 미만인 사람에게는 제한이 적용되지 않음). Blue Shield Promise는 의학적으로 필요한 경우 더 많은 서비스를 사전 승인(사전 허가)할 수 있습니다.

### 장관 및 비경구 영양공급

신체에 영양을 전달하는 이러한 방법은 의학적 상태로 인해 귀하가 음식을 정상적으로 섭취할 수 없을 때 사용됩니다. 경장 영양 제제 및 비경구 영양 제품은 의학적으로 필요한 경우 Medi-Cal Rx를 통해 보험적용을 받을 수 있습니다. 의학적으로 필요한 경우 Blue Shield Promise는 경장 및 비경구 펌프와 튜브에 보험을 적용합니다.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

### 전문 간호 시설 서비스

Blue Shield Promise는 귀하에게 장애가 있고 높은 수준의 케어가 필요한 경우 의학적 필요에 따라 전문 간호 시설 서비스에 보험을 적용합니다. 이러한 서비스에는 하루 24시간 전문 간호 서비스를 제공하는 허가된 시설에서의 숙박 및 식사가 포함됩니다.

### 청각(듣기)

Blue Shield Promise는 청각 서비스에 보험을 적용합니다. 외래 청각 서비스는 한 달에 2번으로 제한됩니다(21세 미만에는 제한이 적용되지 않음). Blue Shield Promise는 의학적으로 필요한 경우 더 많은 서비스를 사전 승인(사전 허가)할 수 있습니다.

### 침술

Blue Shield Promise는 일반적으로 인정되는 의학적 질환으로 인한 심각하고 지속적인 만성 통증의 예방, 변화 또는 완화를 위한 침술 서비스에 보험적용을 합니다.

외래 침술 서비스는 침의 전기 자극 유무와 관계없이 월 2회 서비스로 제한됩니다. 21세 미만의 자녀에게는 제한이 적용되지 않습니다. Blue Shield Promise는 의학적으로 필요한 경우 더 많은 서비스를 사전 승인(사전 허가)할 수 있습니다.

### 폐 재활

Blue Shield Promise는 의학적으로 필요하고 의사가 처방한 폐 재활 서비스에 보험을 적용합니다.

### 행동 건강 치료

Blue Shield Promise는 Medi-Cal for Kids and Teens 혜택을 통해 21세 미만의 가입자를 대상으로 행동 건강 치료(BHT) 서비스에 보험을 적용합니다. BHT는 21세 미만 가입자의 기능을 최대 실행 가능한 정도로 개발 또는 회복시키는 응용 행동 분석 및 검증된 행동 간섭 프로그램 등의 서비스 및 치료 프로그램을 포함합니다.

BHT 서비스는 행동 관측 및 강화를 통해 또는 목표 행동의 각 단계 교육을 증진함으로써 기술을 가르칩니다. BHT 서비스는 신뢰할 수 있는 증거를 기반으로 합니다. 실험적인 치료가 아닙니다. BHT의 예시로는 행동 간섭, 인지 행동 간섭 패키지, 종합적인 행동 치료 및 응용 행동 분석이 포함됩니다.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오.  
Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.  
또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

BHT 서비스는 의학적으로 필요해야 하며, 면허증이 있는 의사 또는 심리학자에 의해 처방되고, Blue Shield Promise에서 승인하고, 승인된 치료 계획을 따르는 방식으로 제공되어야 합니다.

## 성전환 서비스

Blue Shield Promise는 성전환 서비스가 의학적으로 필요하거나 그러한 서비스가 재건 수술 규정에 부합하는 경우 성전환 서비스(성별 확인 서비스)에 보험을 적용합니다.

## 임상 시험

Blue Shield Promise는 암 임상 시험을 포함하여 미국의 <https://clinicaltrials.gov>에 등재된 임상 시험 대상자로 선정된 환자의 일반적 환자 진료비에 보험을 적용합니다. FFS Medi-Cal의 일부인 Medi-Cal Rx는 대부분의 외래 처방약에 보험을 적용합니다. 자세한 내용은 이 장의 뒷부분에 나올 '외래 처방약'을 참조하십시오.

## 영상병리실 및 방사선과 서비스

Blue Shield Promise는 의학적으로 필요한 경우 외래 및 입원 영상병리실 및 엑스레이 서비스에 보험을 적용합니다. CT 스캔, MRI, PET 스캔과 같은 고급 영상 진단 기술은 의학적 필요성에 근거하여 보험이 적용됩니다.

## 예방 및 웰니스 서비스, 만성 질환 관리

Blue Shield Promise의 보험 적용에는 다음이 포함되나, 이에 국한되지 않습니다.

- 예방접종자문위원회(ACIP) 권장 백신
- 가족계획 서비스
- 미국 소아과 학회 브라이트 퓨처스(Bright Futures) 권고사항([https://downloads.aap.org/AAP/PDF/periodicity\\_schedule.pdf](https://downloads.aap.org/AAP/PDF/periodicity_schedule.pdf))
- 아동기 부정적 경험(ACE) 선별검사
- 천식 예방 서비스
- 미국 산부인과 학회(American College of Obstetricians and Gynecologists)가 권고한 여성 예방 서비스
- 금연 서비스라고도 불리는 금연 지원
- 미국 예방 서비스 특별팀(United States Preventive Services Task Force) A 및 B 단계에서 권고하는 예방 서비스



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

### 가족계획 서비스

가족계획 서비스는 가임기 가입자가 자녀 수와 터울을 선택할 수 있도록 제공됩니다. 이러한 서비스에는 식품의약국(FDA)에서 승인한 모든 피임 방법이 포함됩니다. 가족계획 서비스의 경우, Blue Shield Promise의 PCP 및 산부인과 전문의를 이용하실 수 있습니다.

가족계획 서비스의 경우, Blue Shield Promise의 사전 승인(사전 허가)을 받을 필요 없이 Blue Shield Promise의 네트워크에 속하지 않은 Medi-Cal 의사 또는 진료소를 선택할 수 있습니다. 귀하가 네트워크 외 의료제공자로부터 가족 계획과 관련되지 않은 서비스를 받는 경우, 이러한 서비스에는 혜택이 적용되지 않을 수 있습니다. 자세한 내용을 알아보려면 1-800-605-2556(TTY 711)번으로 문의하십시오.

### 만성 질병 관리

Blue Shield Promise는 또한 다음 상태에 초점을 맞춘 만성 질환 관리 프로그램에도 보험적용을 합니다.

- 당뇨병
- 심혈관 질환
- 천식

21세 미만의 가입자에 대한 예방 진료 정보를 알아보시려면 이 안내서의 제5장 '아동 및 청소년 웰케어'를 참조하십시오.

### 당뇨 예방 프로그램

당뇨 예방 프로그램(Diabetes Prevention Program, DPP)은 증거 기반 생활 변화 프로그램입니다. 이 12개월 프로그램은 라이프스타일 변화에 중점을 둡니다. 이는 전당뇨병(당뇨병 전단계) 진단을 받은 사람의 제2형 당뇨병 발병을 예방하거나 지연시키기 위해 고안되었습니다. 기준에 부합하는 가입자는 2년 차까지 자격을 유지할 수 있습니다. 이 프로그램에서는 교육과 그룹 지원을 제공합니다. 테크닉에는 다음이 포함되지만 이에 한정되지 않습니다.

- 일대일 코치 제공
- 자가 모니터링 및 문제 해결 교육
- 응원 및 피드백 제공
- 목적 달성을 위한 정보가 포함된 자료 제공
- 목적 달성에 도움을 주기 위해 정기적으로 체중 추적



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

DPP에 가입하려는 가입자는 특정 규정을 충족해야 합니다. 이 프로그램에 대해 더 자세히 알아보고 자격에 해당하는지 알아보시려면

<https://www.wellvolution.com/medi-cal>을 방문하십시오.

## 재건 서비스

Blue Shield Promise는 비정상적인 신체 구조를 교정 또는 치료해 가능한 최대의 정상적인 외모로 향상하거나 만들 수 있는 수술에 보험을 적용합니다. 신체의 비정상적인 구조란, 선천적 기형이나 발달 기형, 정신적 외상, 감염, 종양, 질병, 또는 유방절제술처럼 신체 구조의 상실을 감수하는 질환 치료로 인해 발생하는 이상 구조를 의미합니다. 일부 제한 및 예외가 적용될 수 있습니다.

## 약물 사용 장애(SUD) 선별검사 서비스

Blue Shield Promise가 보험을 적용하는 항목:

- 알코올 및 약물 선별검사(Screening), 평가(Assessment), 단기 개입(Brief Interventions) 및 치료에 대한 진료의뢰(Referral to Treatment) (SABIRT)

카운티를 통한 치료 혜택에 대해서는 이 장의 뒷부분에 있는 '약물 사용 장애(SUD) 치료 서비스'를 참고하십시오.

## 안과 혜택

Blue Shield Promise는 보험적용을 하는 사항들은 다음과 같습니다.

- 정기적인 눈 검사는 24개월에 1회 제공되며, 당뇨병이 있는 가입자 등 의학적으로 필요한 경우에는 더 자주 눈 검사를 보장합니다.
- 유효한 처방전이 있는 경우 24개월에 한 번 안경(테와 렌즈) 보험적용
- 처방전 변경, 안경의 분실, 도난 또는 수리 불가한 파손 시 24개월 이내에 안경 교체 보험적용 안경 분실, 도난 또는 파손 경위서를 제출하셔야 합니다.
- 귀하가 일상 활동(연령 관련 황반 변성 등)을 수행하는 능력에 영향을 주는 시각 장애가 있고 표준 안경, 콘택트렌즈, 약 또는 수술이 귀하의 시각 장애를 교정할 수 없는 경우 저시력 장치.
- 의학적으로 필요한 콘택트렌즈. 콘택트렌즈 검사와 콘택트렌즈는 눈 질환이나 상태(예: 귀 상실)로 인해 안경 사용이 불가능한 경우 보험적용이 될 수 있습니다. 특수 콘택트렌즈를 사용할 수 있는 질병에는 무홍채증, 무수정체, 원추각막 등이 포함되지만 이에 국한되지는 않습니다.
- 질병 또는 부상으로 한쪽 또는 양쪽 눈을 잃은 가입자 대상 의안 서비스 및 재료.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오.

Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.

또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

## 응급이 아닌 상황에 대한 교통편 혜택

승용차, 버스, 기차, 택시 또는 다른 형태의 대중 및 사설 교통편을 이용하여 진료 예약 장소에 갈 수 없는 의료적 필요가 있는 경우, 의료 교통편 지원을 받을 수 있습니다. 보험적용이 되는 서비스 및 **Medi-Cal** 보장 약국 예약을 위한 의료 교통편을 이용하실 수 있습니다. 귀하는 귀하의 의료제공자에게 요청하여 의료 교통편을 요청할 수 있습니다. 여기에는 의사, 치과 의사, 발 전문의, 물리 치료사, 언어 치료사, 작업 치료사, 정신 건강 또는 약물 사용 장애(SUD) 의료제공자, 의사 보조사, 임상 간호사 또는 공인 간호조산사가 포함됩니다. 귀하의 의료제공자는 귀하의 필요에 맞는 올바른 교통편 유형을 결정할 것입니다.

의료제공자가 귀하에게 의료 교통편이 필요하다고 판단하면 양식을 작성해서 **Blue Shield Promise**에 제출하여 처방할 수 있습니다. 승인이 되면 이는 의학적 필요에 따라 최대 12개월 동안 유효합니다. 승인되면 혜택이 적용되는 의료 및 약국 예약에 필요한 만큼 차량 서비스를 이용할 수 있습니다. 귀하의 의료제공자는 의료 교통편에 대한 귀하의 의료적 필요를 다시 평가해야 하며, 적절하다면 기존 승인의 만료 시점에 귀하가 여전히 자격 요건을 충족하는 경우 의료 교통편에 대한 귀하의 처방을 재승인해야 합니다. 귀하의 의사는 최대 12개월 이내에 의료 교통편을 다시 승인할 수 있습니다.

의료 교통편은 구급차, 의료용 수송 밴, 휠체어 밴 또는 항공 수송입니다.

**Blue Shield Promise**는 귀하의 진료 예약 방문 시 교통편이 필요할 때 귀하의 의료적 필요 사항에 대해 최저 비용의 의료 교통편을 허용합니다. 즉, 예를 들어, 신체적으로 또는 의료적으로 귀하를 이송하는 데 휠체어 밴을 이용할 수 있을 경우

**Blue Shield Promise**는 구급차에 대한 비용을 지불하지 않을 것이라는 의미입니다.

귀하의 의학적 상태로 인해 다른 유형의 지상 교통편이 불가능한 경우에만 항공 교통편에 대해 자격이 있습니다.

다음과 같은 경우 의료 교통편 서비스를 받게 됩니다.

- 귀하가 신체적 또는 의료적 사유로 인해 승용차, 버스, 기차 또는 기타 대중교통이나 개인 교통편을 이용하여 예약 장소에 갈 수 없기 때문에 의료제공자의 서면 승인과 함께 해당 서비스의 신체적 또는 의료적 필요성이 있어야 합니다.
- 신체적 또는 정신적 장애로 인해 귀하의 자택, 차량 또는 치료 장소까지 왕복하는 데 운전사의 도움이 필요한 경우.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오.

**Blue Shield Promise**는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.

또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

담당 의사가 처방한 긴급하지 않은(일반적인) 예약에 대한 의료 교통편을 요청하시려면 **Blue Shield Promise**에 1-877-433-2178 (TTY 711)번으로 주 7일, 하루 24시간 또는 1-800-605-2556 (TTY 711)번으로 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 늦어도 예약 24시간 전에 전화하십시오. 긴급 예약의 경우, 최대한 빨리 전화하십시오. 전화하실 때 **Blue Shield Promise** 가입자 ID 카드를 준비하십시오.

#### 의료 교통편의 한계

**Blue Shield Promise**는 귀하의 집에서 가장 가까운 곳에 진료 예약이 가능한 의료제공자가 있는 경우, 귀하의 의료적 필요를 충족하면서도 가장 저렴한 비용의 의료 교통편을 제공합니다. 귀하가 받고 있는 서비스가 **Medi-Cal**에서 보험적용이 되지 않거나 **Medi-Cal**에서 보험적용을 하는 약국 예약이 아닌 경우 의료 교통편을 받을 수 없습니다. 보험적용이 되는 서비스 목록은 이 안내서 제4장의 '혜택 및 서비스' 섹션에 있습니다.

**Medi-Cal**이 해당 유형의 예약에 보험을 적용하지만 건강플랜을 통해서는 보장되지 않는 경우 **Blue Shield Promise**는 의료 교통편에 보험을 적용합니다. **Blue Shield Promise** 네트워크 또는 서비스 지역 외에서는 **Blue Shield Promise**에서 사전 승인(사전 허가)을 받지 않는 한 교통편은 보험적용이 되지 않습니다. 더 자세히 알아보거나 의료 교통편을 요청하시려면 주 7일, 하루 24시간 1-877-433-2178(TTY 711)번으로 **Blue Shield Promise**에 전화하거나 1-800-605-2556(TTY 711)번으로 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 전화하십시오.

#### 가입자가 지불하는 비용

**Blue Shield Promise**에서 교통편을 마련하는 경우 지불할 비용이 없습니다.

#### 비의료 교통편을 이용하는 방법

**Medi-Cal** 보험적용이 되는 서비스를 위한 예약이고 어떠한 교통편도 이용할 수 없는 경우 예약 장소까지의 차량 서비스가 혜택에 포함됩니다. 교통편을 마련하기 위해 다른 모든 방법을 시도했으며 다음과 같은 경우 무료로 교통편을 이용할 수 있습니다.

- 귀하의 의료제공자가 승인한 **Medi-Cal** 서비스를 받기 위한 예약 장소에 왕복 이동
- 처방전 및 의료 용품 받기

**Blue Shield Promise**는 **Medi-Cal** 보험적용이 되는 서비스를 위한 귀하의 의료 예약 방문을 위해 승용차, 택시, 버스 또는 다른 대중 교통수단과 사설 교통수단 이용을



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. **Blue Shield Promise**는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

허용합니다. **Blue Shield Promise**는 귀하의 의료적 필요를 충족하는 비의료 교통편 중 가장 저렴한 비용에 보험적용을 합니다.

때로는 **Blue Shield Promise**는 귀하가 예약한 사설 차량 탑승 비용을 환급해 드릴 수 있습니다. 탑승 전에 **Blue Shield Promise**의 승인을 받으셔야 합니다. 버스 등 다른 교통수단을 이용할 수 없는 이유를 알려주셔야 합니다. 전화나 이메일 또는 직접 저희에게 알려주실 수 있습니다. 예약 장소까지 교통편을 이용하실 수 있거나 직접 운전하실 수 있는 경우 **Blue Shield Promise**는 비용을 환급하지 않습니다. 이 혜택은 교통편을 이용할 수 없는 가입자에게만 제공됩니다.

승인된 사설 차량 탑승 시 마일리지 환급금을 받으려면 운전자의 다음 서류 사본을 제출하셔야 합니다.

- 유효한 운전 면허증
- 유효한 차량 등록증
- 유효한 차량 보험

서비스 이용을 위한 교통편을 요청하려면 주 7일, 하루 24시간

1-877-433-2178(TTY 711)번으로 **Blue Shield Promise**에 전화하거나,  
1-800-605-2556(TTY 711)번으로 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 전화하십시오. 최소 예약 24시간 전, 또는 긴급 예약인 경우 가능한 한 빨리 전화하십시오. 전화하실 때 **Blue Shield Promise** 가입자 ID 카드를 준비하십시오.

**주:** 미국 원주민들은 또한 비의료 교통편을 요청하기 위해 원주민 건강 관리 의료제공자에게 연락할 수 있습니다.

#### 비의료 교통편의 한계

**Blue Shield Promise**는 귀하의 집에서 가장 가까운 곳에 진료 예약이 가능한 의료제공자가 있는 경우, 귀하의 필요를 충족하면서도 가장 저렴한 비용의 비의료 교통편을 제공합니다. 가입자 스스로 운전하시는 경우에는 해당되지 않으며 비의료 교통편 비용을 직접 환급받으실 수 없습니다. 더 자세히 알아보시려면 주 7일, 하루 24시간 **Blue Shield Promise**에 1-877-433-2178(TTY 711)번으로 전화하시거나 1-800-605-2556(TTY 711)번으로 전화하십시오.

다음의 경우에는 비의료 교통편이 적용되지 않습니다.

- Medi-Cal 보험적용이 되는 서비스를 받기 위해 구급차, 의료용 수송 밴, 휠체어 밴 또는 다른 형태의 의료 교통편이 의료적으로 필요한 경우



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오.  
**Blue Shield Promise**는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.  
또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

- 신체적 또는 의학적 상태로 인해 거주지, 차량 또는 치료 장소까지 왕복 이동에 운전사의 도움이 필요한 경우
- 귀하가 휠체어를 이용하고, 운전자의 도움 없이 차량에 탑승하거나 내리는 것이 불가능
- Medi-Cal이 해당 서비스를 보장하지 않는 경우.

### 가입자가 지불하는 비용

Blue Shield Promise가 비의료 교통편을 마련하는 경우 지불할 비용이 없습니다.

### 여비

경우에 따라 집 근처에서 이용할 수 없는 진료 예약 방문을 위해 이동해야 하는 경우 Blue Shield Promise는 식사, 호텔 숙박 및 주차, 통행료 등 기타 관련 비용에 보증을 적용할 수 있습니다. 또한 이러한 여행 경비는 예약 장소까지 이동을 돕기 위해 함께 여행하는 사람이나 장기 이식을 위해 장기를 기증하는 사람에 대해서도 보증이 적용될 수 있습니다. 이러한 서비스에 대한 사전 승인(사전 허가)을 요청하려면 Blue Shield Promise에 1-800-605-2556(TTY 711)번으로 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 전화해야 합니다.

### 치과 서비스

Medi-Cal에서는 관리 의료 플랜을 이용하여 귀하에게 치과 서비스를 제공합니다. 치과 진료행위별수가제를 유지하시거나 치과 관리 의료 플랜을 선택하실 수 있습니다. 치과 플랜을 선택 또는 변경하시려면 1-800-430-4263번으로 건강관리옵션에 전화하십시오. PACE 또는 SCAN 플랜과 치과 관리 의료 플랜에 동시에 가입하실 수 없습니다.

Medi-Cal은 다음을 포함한 치과 서비스에 보증을 적용합니다.

- |                                     |                   |
|-------------------------------------|-------------------|
| ▪ 진단 및 예방 치과 서비스(검진, 엑스레이 및 치아 클리닝) | ▪ 크라운(기성/실험실)     |
| ▪ 통증 관리를 위한 응급 치료                   | ▪ 스케일링 및 치근 활택술   |
| ▪ 발치                                | ▪ 전체 및 부분 의치      |
| ▪ 충진                                | ▪ 자격이 있는 아동의 치아교정 |
| ▪ 치근관 치료(전치/후치)                     | ▪ 국소 불소           |

질문이 있거나 치과 서비스에 대해 자세히 알아보고 싶고 치과 관리 의료 플랜에 가입되어 있는 경우, 담당 치과 관리 의료 플랜에 전화하십시오.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

## 기타 Blue Shield Promise에서 보험적용이 되는 혜택과 프로그램

### 장기 요양 치료 서비스

Blue Shield Promise는 자격을 갖춘 가입자에게 다음 유형의 장기 요양 치료 시설 또는 가정에서의 장기 요양 치료 서비스에 보험을 적용합니다.

- Blue Shield Promise에서 승인한 전문 간호 시설 서비스
- Blue Shield Promise에서 승인한 아급성기 치료 시설 서비스(성인 및 소아 포함)
- Blue Shield Promise에서 승인한 다음을 포함한 중간 치료 시설 서비스:
  - 중간 치료 시설/발달 장애(ICF/DD)
  - 중간 치료 시설/발달 장애 재활(ICF/DD-H)
  - 중간 치료 시설/발달 장애 간호(ICF/DD-N)

귀하가 장기 요양 치료 서비스를 받을 자격이 있는 경우, Blue Shield Promise는 귀하의 의학적 필요에 가장 적합한 수준의 치료를 제공하는 의료 서비스 시설이나 가정에 귀하를 배치할 것입니다. Blue Shield Promise는 귀하가 ICF/DD, ICF/DD-H 또는 ICF/DD-N 서비스에 대한 자격이 있는지 판단하기 위해 귀하의 지역 센터와 협력합니다.

장기 요양 치료에 관해 궁금하신 점은 1-800-605-2556(TTY 711)번으로 문의하십시오.

### 기본 케어 관리

여러 상이한 의료제공자로부터 또는 여러 상이한 의료 시스템을 통해 진료를 받는 것은 쉽지 않은 일입니다. Blue Shield Promise는 가입자가 의학적으로 필요한 모든 서비스, 처방약 및 행동 건강서비스(정신 건강 및/또는 약물 사용 장애 서비스)를 받을 수 있도록 보장하고자 합니다. Blue Shield Promise는 무료로 진료를 조정하고 귀하의 건강 필요 사항을 관리하는 데 도움을 드릴 수 있습니다. 이러한 도움은 다른 프로그램에서 해당 서비스를 보장하는 경우에도 이용 가능합니다.

귀하의 건강 또는 귀하의 자녀의 건강에 대해 질문 또는 우려 사항이 있는 경우 1-800-605-2556(TTY 711)번으로 전화하십시오.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

## 복합 케어 관리(CCM)

더 복잡한 건강상의 필요가 있는 가입자는 진료 조정에 초점을 맞춘 추가 서비스를 받을 자격이 있을 수 있습니다. **Blue Shield Promise**는 가입자에게 **CCM** 서비스를 제공합니다.

복합 케어 관리(CCM) 등록 기준:

- 주요 장기 이식
- 중대한 정신적 외상
- 4가지 이상의 만성적인 질병
- 12개월 이내에 3회 이상 입원
- 동일하거나 유사한 진단 또는 상태로 30일 이내에 재입원
- 분기당 30건 이상의 처방전을 받아 여러 약국 이용
- 여러 분야에 걸쳐 복잡한 진료 조정을 통해 다양한 치료 방식이 필요한 암 진단

귀하가 **CCM** 또는 강화 치료 관리(Enhanced Care Management, **ECM**)에 가입되어 있는 경우(아래 참고), **Blue Shield Promise**는 귀하에게 케어 매니저를 배정하여 귀하가 위에 설명된 기본 치료 관리 및 귀하가 병원, 전문 간호 시설, 정신 병원 또는 거주형 치료에서 퇴원할 때 이용 가능한 다른 전환기 케어 지원을 받을 수 있도록 보장합니다.

## 강화 케어 관리(ECM)

**Blue Shield Promise**는 매우 복잡한 의료적 필요를 지닌 가입자들을 위한 **ECM** 서비스에 보험을 적용합니다. **ECM**은 건강 유지에 필요한 케어를 받을 수 있는 추가 서비스를 제공합니다. 의사 및 다른 의료제공자로부터 받은 귀하의 치료를 조율합니다. **ECM**은 1차 진료 및 예방 진료, 급성 진료, 행동 건강(정신 건강 및/또는 약물 사용 장애 서비스), 발달 장애 서비스, 구강 건강, 커뮤니티 기반 장기 요양 서비스 및 지원(**LTSS**), 커뮤니티 자원에 대한 의뢰를 조율하는 데 도움을 드립니다.

자격 요건에 부합하는 경우 **ECM** 서비스에 관한 연락을 받으실 수 있습니다. 또한 **Blue Shield Promise**에 전화하여 **ECM**을 받을 수 있는지와 그 시기를 알아보거나 귀하의 의료제공자와 상담하실 수 있습니다. **ECM** 자격 여부를 확인해드리거나 귀하를 케어 관리 서비스에 진료의뢰해 드릴 수 있습니다.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오.  
**Blue Shield Promise**는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.  
 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

### 보험적용이 되는 ECM 서비스

ECM 자격이 되시는 경우 전담 치료 팀과 수석 치료 관리사가 배정됩니다. 귀하와, 귀하를 진료한 의사들, 전문의, 약사, 사례 담당자, 사회복지사 등과 상담할 것입니다. 필요한 치료를 받으실 수 있도록 모두가 공조할 것입니다. 수석 치료 관리사는 또한 귀하가 지역사회에서 제공되는 서비스를 찾고 신청하는 일을 도와드릴 수 있습니다. ECM에는 다음이 포함됩니다.

- 대외 활동과 참여
- 종합적 평가 및 치료 관리
- 치료 조율 강화
- 건강 증진
- 종합적 이전 관리
- 가입자 및 가족 지원 서비스
- 지역사회 및 사회적 지원에 대한 조율 및 의뢰

ECM이 귀하에게 적합한지 알아보려면 **Blue Shield Promise** 담당자 또는 의료제공자에게 문의하십시오. 더 자세한 사항은 1-800-605-2556 (TTY 711)번으로 전화하십시오.

### 가입자가 지불하는 비용

ECM 서비스를 이용하는 데 가입자가 부담하는 비용은 없습니다.

### 전환기 케어 서비스

**Blue Shield Promise**는 전환(변경)기 동안 귀하의 의료 서비스 필요를 관리하는 데 도움을 드릴 수 있습니다. 예를 들어, 병원 입원 후 집으로 가는 것은 가입자가 약품 및 진료 예약과 같은 새로운 건강 관리 요구 사항을 갖게 될 수 있는 전환기에 해당합니다. 가입자는 안전한 전환을 위한 지원을 받을 수 있습니다. **Blue Shield Promise**는 다음과 같은 전환기 케어 서비스를 제공할 수 있습니다.

- 후속 진료 예약 일정 잡기
- 약 받기
- 대면 예약 진료를 받으러 가기 위한 무료 교통편 제공받기.

**Blue Shield Promise**는 진료 전환기 동안 사용할 수 있는 가입자 전용 전화번호를 운영하고 있습니다. **Blue Shield Promise**에는 또한 임신 중이거나 산후 회복 중이거나 요양원에 입원하거나 퇴원한 가입자를 포함하여 고위험군 가입자만을 위한 케어



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. **Blue Shield Promise**는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

매니저가 있습니다. 가입자는 회원들이 주거 및 식사 서비스를 포함하여 건강에 영향을 미칠 수 있는 서비스를 조율하는 데 도움을 받기 위해 이 케어 매니저에게 연락할 수 있습니다.

전환기 케어 서비스를 요청하려면 귀하의 **Blue Shield Promise** 담당자에게 문의하십시오. 그들은 귀하의 언어로 프로그램, 의료제공자 또는 기타 지원에 대해 도움을 드릴 것입니다. **1-877-702-5566**번으로 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시 사이에 전화하십시오.

### 지역사회 지원

해당되는 경우 특정 커뮤니티 지원 서비스를 받을 자격이 있을 수 있습니다. 지역사회 지원은 **Medi-Cal** 주 플랜에서 보험적용을 하는 서비스에 대한 의학적으로 적절하고 비용 효율적인 대체 서비스 또는 환경입니다. 이러한 서비스는 가입자의 선택사항입니다. 귀하가 이러한 서비스를 받을 자격이 있고 이에 동의하는 경우, 이는 귀하가 더 독립적으로 생활하는 데 도움이 될 수 있습니다. 이는 귀하가 **Medi-Cal** 을 통해 이미 받고 있는 혜택을 대체하지 않습니다.

**Blue Shield Promise** 가 제공하는 지역사회 지원은 다음과 같습니다.

- 주거 이전 물색 서비스
  - 노숙자를 경험하거나 노숙자를 경험할 위험이 있는 가입자는 주택을 찾고, 신청하고, 보호하는 데 도움을 받습니다.
- 주택 보증금
  - 가입자는 개인이 기본적인 가정을 꾸리는 데 필요한 일회성 서비스 및 주거 개조를 확인, 조율, 확보 또는 자금 조달을 하는 데 도움을 받습니다.
- 주택 임대 및 유지 서비스
  - 가입자들은 문제를 해결하기 위해 지주와의 조정, 연간 주택 재인증 절차에 대한 지원, 퇴원을 방지하기 위한 커뮤니티 자원과의 연계 등 주택이 확보되면 안전하고 안정적인 임대를 유지할 수 있도록 지원을 받습니다.
- 입원 후 단기 거주
  - 시설에서 퇴소하여 노숙을 경험하거나 노숙 위험에 처한 가입자에게 시설 퇴소 직후부터 의료/정신과/약물 사용 장애 회복을 지속할 수 있는 기회를 제공합니다. 이 지원을 받기 위해서 가입자들은 또한 입원 임상 환경,



**1-800-605-2556 (TTY 711)** 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. **Blue Shield Promise**는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 **711**번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

거주형 약물 사용 장애 치료 또는 회복 시설, 거주형 정신 건강 치료 시설, 교정 시설, 간호 시설 또는 회복 치료에서 퇴원했어야 합니다.

- 회복 치료(의료적 임시 간호)
  - 노숙을 경험하거나 노숙 위험에 처해 있으며, 부상 또는 질병(행동 건강 상태 포함)에서 회복하기 위해 단기 거주 환경이 필요한 가입자. 거주형 치료에는 주택, 식사, 가입자의 상태에 대한 지속적인 모니터링 및 예약으로의 교통편 조정과 같은 기타 서비스가 포함됩니다.
- 임시 간호 서비스
  - 가입자의 간병인을 위한 단기 구제. 가입자들은 필요에 따라 시간, 매일 또는 밤마다 승인된 시설에서 간병인 서비스를 받을 수 있습니다.
- 주간 훈련 프로그램
  - 노숙을 경험하고 있거나 노숙을 경험할 위험이 있거나 이전에 노숙을 경험한 가입자는 지역 사회에서 성공적으로 생활하는 데 필요한 자조, 사회 및 적응 기술에 대해 훈련받은 간병인이 멘토링을 받습니다. 이러한 기술에는 대중 교통 이용, 요리, 청소, 개인 재정 관리, 정부 기관 및 인력에 적절하게 대처 및 대응하며 개인 관계를 개발하고 유지하는 것이 포함됩니다. 이 지원은 가입자의 가정 또는 가정 외 비시설 환경에서 제공될 수 있습니다.
- 지원형 생활 시설로의 전환
  - 가정 또는 간호 시설에 거주하는 가입자는 가능한 경우 지역사회에서 생활하고 간호 시설에서 입원하지 않도록 보조 생활 시설로 이전됩니다. 생활 보조 시설은 일상 생활 활동 지원, 약품 감독 및 24 시간 현장 직접 진료 직원에게 지원과 같은 커뮤니티 시설 거주지를 수립하기 위한 서비스를 제공합니다.
- 커뮤니티 또는 가정 전환 서비스
  - 간호 시설에서 자신의 비용을 지불할 책임이 있는 개인 거주지로 전환하는 가입자는 보안 보증금, 유틸리티에 대한 설정 비용 및 공기 조절기, 히터 또는 병원 침대 등의 건강 관련 기기 등의 설정 서비스에 대한 자금을 받습니다.
- 개인 관리 및 가사도우미 서비스



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

- 일상 생활의 활동 또는 일상 생활의 조력 활동에 도움이 필요한 가입자는 목욕 또는 식사 준비, 식료품 쇼핑, 의료 예약 동반과 같은 가정 내 지원을 받습니다.
- 환경 접근성 적응(가정 개조)
  - 가입자들은 자신의 건강과 안전을 보장하고 더 큰 독립성을 가지고 기능할 수 있도록 집에 대한 물리적 수정을 받습니다. 가정 개조에는 경사로 및 가로대, 휠체어를 사용하는 가입자를 위한 출입구 확대, 계단 리프트 또는 욕실 휠체어를 이용할 수 있도록 하는 것이 포함될 수 있습니다.
- 의학적으로 지원 식품/의학적으로 맞춤형 식사
  - 가입자들은 건강 필요를 지원하기 위해 영양가 있고 준비된 식사 및 건강한 식료품 공급을 받습니다. 가입자들은 또한 건강 식품 및/또는 영양 교육에 대한 바우처를 받습니다.
- 약물 회복 센터
  - 공개적으로 중독된 것으로 밝혀진 가입자들은 중독을 끊을 수 있는 단기적이고 안전하고 지원적인 환경을 제공합니다. 약물 각성 센터는 의료 훈련, 임시 침대, 식사, 약물 사용 교육 및 상담 및 다른 의료 서비스와 연계 등의 서비스를 제공합니다.
- 천식 치료
  - 가입자들은 곰팡이와 같은 환경 유발 요인에 의해 급성 천식 발생을 피하기 위해 집에 대한 물리적 수정을 받습니다. 수정에는 필터링된 진공, 제습기, 공기 필터 및 환기 개선이 포함될 수 있습니다.

Blue Shield Promise 는 제한된 상황에서 전환기 임대료를 제공하며, 자격이 있는 가입자를 위한 주거 안정성을 지원하도록 설계되었습니다. 도움이 필요하거나 어떤 커뮤니티 지원이 제공되는지 알고 싶으시면 1-800-605-2556(TTY 711)번으로 전화하십시오. 또는 담당 의료제공자에게 전화하십시오.

## GEDWorks

**Blue Shield Promise** 가입자에게 무료로 **GED** 를 착용하십시오

저희는 좋은 의료는 단순히 신체적인 치료 이상의 것이라고 믿습니다. 따라서 Blue Shield Promise 가입자로서 저희는 귀하에게 GEDWorks™를 이용할 수 있도록 제공하고 있습니다.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

GEDWorks™는 고등학교 등가 졸업장을 받는 데 도움을 줄 수 있는 특별 프로그램입니다. GEDWorks™는 GED 테스트를 통과하기 위해 필요한 지원 및 도구를 제공합니다.

- 맞춤형 연구 플랜 이용
- 무료 온라인 개인지도 24/7
- 온라인 테스트 24/7
- 이중 언어 상담사
- 연구 검사

가입하려면 다음을 해야 합니다.

- Blue Shield Promise의 현재 가입자가 되십시오.
- 최소 18세 이상
- 고등학교 졸업장이나 이에 상응하는 학위가 없음
- 현재 고등학교에 등록되지 않음

시작하기 쉽습니다:

1. [blueshieldca.com/GEDWorks](https://blueshieldca.com/GEDWorks)를 방문하십시오. 등록은 몇 분 밖에 걸리지 않습니다.
2. 귀하의 신청서를 검토 및 승인하기 위해 영업일 기준 최소 2~3일이 소요될 수 있습니다
3. 축하합니다, GED 학생이 되었습니다! 다음 단계를 위해 [GED.com](https://GED.com) 대시보드에 로그인하십시오

본 프로그램에 참여하는 것은 자격이 있는 모든 Blue Shield of California Promise Health Plan 가입자에게 무료이며 자발적입니다. 귀하는 언제든지 어떤 이유에서라도 참여를 종료할 수 있습니다. 이 프로그램에 참여하는 것은 귀하의 Medi-Cal 혜택 또는 혜택 적용에 영향을 미치지 않습니다.

### L.A. Care 및 Blue Shield Promise 커뮤니티 자원 센터

이 센터는 건강과 웰빙을 위해 귀하가 사용할 수 있는 자원입니다. 센터는 가입자와 일반 대중에게 열려 있습니다. 다음과 같은 다양한 무료 의료 및 커뮤니티 자원을 접하실 수 있습니다.

- 의사 선택 또는 변경, 예약하기, 새 ID 카드 요청에 대한 일대일 지원
- 식품, 주거, 공공요금 및 기타 자원들을 지원받을 수 있도록 귀하를 자원에 연결해 줄 커뮤니티 건강 옹호자의 지원



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](https://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

- 치료 계획 및 건강 교육
- 공중 보건 프로그램 가입 및 갱신 지원
- 원격 의료 서비스를 위한 무료 Wi-Fi
- 피트니스, 영양 및 웰니스 수업

가까운 자원 센터를 찾거나 자세한 내용을 알아보시려면 월요일부터 금요일, 오전 9시부터 오후 5시 사이에 1-877-287-6290(TTY: 711)번으로 전화하십시오. 또는 [communityresourcecenterla.org](http://communityresourcecenterla.org)를 방문하십시오.

도움이 필요하거나 어떤 커뮤니티 지원이 제공되는지 알고 싶으시면

**Blue Shield Promise Customer Service 1-800-605-2556(TTY 711)**번으로 전화하십시오. 또는 담당 의료제공자에게 전화하십시오.

### 21세 미만 어린이 대상 장기 및 골수 이식

주 법률에 따라 장기 이식이 필요한 아동은 캘리포니아 아동 서비스(CCS) 프로그램에 의뢰하여 해당 아동이 CCS의 자격 요건을 충족하는지 판단을 받아야 합니다. 자녀가 CCS를 받을 자격이 있는 경우, 프로그램은 이식 및 관련 서비스에 대한 비용에 혜택을 적용할 것입니다.

자녀가 CCS 자격 요건을 충족하지 않는 경우 **Blue Shield Promise**는 해당 자녀를 자격을 갖춘 이식 센터에 의뢰하여 평가를 받게 합니다. 이식 센터에서 이식이 안전하고 자녀의 의학적 상태에 필요하다고 확인하는 경우 **Blue Shield Promise**는 이식 및 기타 관련 서비스에 보증을 적용합니다.

### 21세 이상 성인 대상 이식

의사가 장기 및/또는 골수 이식이 필요하다고 결정하는 경우, **Blue Shield Promise**는 귀하를 자격을 갖춘 이식 센터에 의뢰하여 평가를 받게 합니다. 해당 이식 센터에서 귀하의 의학적 상태에 이식이 필요하고 안전하다고 확인하면 **Blue Shield Promise**에서 이식 및 기타 관련 서비스에 보증을 적용합니다.

**Blue Shield Promise**가 보증을 적용하는 장기 및 골수 이식에는 다음이 포함되나 이에 국한되지 않습니다.

- |         |        |
|---------|--------|
| ▪ 골수    | ▪ 간    |
| ▪ 심장    | ▪ 간/소장 |
| ▪ 심장/폐  | ▪ 폐    |
| ▪ 신장    | ▪ 소장   |
| ▪ 신장/췌장 |        |



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. **Blue Shield Promise**는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

## 거리 의료 서비스

노숙 상태인 가입자는 Blue Shield Promise의 의료제공자 네트워크 소속의 거리 의료제공자로부터 보험적용이 되는 서비스를 받을 수 있습니다. 노숙자 상태인 가입자는 거리 의료제공자가 PCP 자격 규정을 충족하고 가입자의 주치의(PCP)가 되기로 동의하는 경우 Blue Shield Promise 거리 의료제공자를 주치의로 선택할 수 있습니다. Blue Shield Promise의 거리 의료 서비스에 대해 더 알아보시려면 1-800-605-2556(TTY 711)번으로 전화하십시오.

## 진료

Blue Shield Promise 원격 의료 혜택 파트너인 Teladoc Health®는 주 7일, 하루 24시간 면허가 있는 의사를 제공하여 귀하가 PCP에게 연락할 수 없을 때 집에서 편안하게 진료를 받을 수 있도록 도와드립니다.

Teladoc Health에 접속하는 방법:

1. 웹 또는 앱에서 Blue Shield Promise 계정에 로그인한 후 Teladoc Health 를 검색하거나 1-800-TELADOC(835-2362) (TTY:711)번으로 전화하십시오.
2. 필요한 진료 서비스를 즉시 이용하십시오.

정보를 더 알아보시려면 <https://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members/benefits/teladochealth>를 방문하십시오.

## 기타 Medi-Cal 프로그램 및 서비스

진료행위별 수가제(FFS) Medi-Cal 또는 여타 Medi-Cal 프로그램을 통해 받을 수 있는 기타 서비스

Blue Shield Promise가 일부 서비스에 보험을 적용하지 않더라도 FFS Medi-Cal 또는 여타 Medi-Cal 프로그램을 통해 보험적용을 받으실 수 있습니다. Blue Shield Promise는 다른 프로그램과 협력하여 Blue Shield Promise가 아닌 다른 프로그램에서 보장하는 서비스를 포함하여 의학적으로 필요한 모든 서비스를 받을 수 있도록 보장합니다. 이 섹션에는 이러한 서비스 중 일부가 나열되어 있습니다. 자세한 내용은 1-800-605-2556(TTY 711)번으로 문의하십시오.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](https://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

## 외래 처방약

### **Medi-Cal Rx로 보험적용이 되는 처방약**

약국에서 제공하는 처방약은 FFS Medi-Cal의 일부인 Medi-Cal Rx가 보험적용을 합니다.

Blue Shield Promise는 의료제공자가 사무실이나 진료소에서 제공하는 일부 약품에 보험적용을 할 수도 있습니다. 귀하의 의료제공자가 의사 진료실 또는 주사 센터에서 제공되는 약품을 처방하는 경우, 이는 의사가 투여하는 약품으로 간주될 수 있습니다.

약국과 관계없는 의료 서비스 전문가가 약을 투여하는 경우 의료 혜택이 적용됩니다.

의료제공자는 Medi-Cal Rx 약정 의약품 목록에 있는 의약품을 처방할 수 있습니다.

때로는 어떤 약품이 필요하지만 약정 약품 목록에 없는 경우가 있습니다. 이러한 약품은 약국에서 처방전을 조제하기 전에 승인이 필요합니다. Medi-Cal Rx는 24시간 이내에 이러한 요청을 검토하고 결정을 내릴 것입니다.

- 외래 약국의 약사는 귀하에게 필요하다고 생각하는 경우 14일치 응급 의약품을 제공할 수 있습니다. Medi-Cal Rx는 외래 약국에서 제공하는 응급 의약품 비용을 지불합니다.
- Medi-Cal Rx는 비응급 요청은 거절할 수도 있습니다. 그 경우, 사유를 설명하는 서한을 귀하에게 발송할 것이며, 귀하에게 어떤 선택이 가능한지 알려줄 것입니다. 더 자세히 알아보시려면 이 안내서 제6장의 '불만 제기'를 참조하십시오.

약품이 약정 약품 목록에 있는지 확인하거나 약정 의약품 목록 사본을 받으려면 Medi-Cal Rx에 1-800-977-2273(TTY 1-800-977-2273)번으로 전화하여 7번 또는 711번을 누르십시오. 또는 Medi-Cal Rx 웹사이트 (<https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/>)를 방문하십시오.

### **약국**

귀하가 처방약을 조제 또는 리필하는 경우 반드시 Medi-Cal Rx와 제휴되어 있는 약국에서 처방약을 받으셔야 합니다. Medi-Cal Rx와 제휴하는 약국 목록은 다음에 있는 Medi-Cal Rx 약국 명부에서 확인하실 수 있습니다.

<https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/>

또한 Medi-Cal Rx에 1-800-977-2273(TTY 1-800-977-2273)번으로 전화한 후 7번 또는 711번을 눌러 근처 약국 또는 처방약을 우편 발송해 드릴 수 있는 약국을 찾으실 수도 있습니다.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

약국을 선택한 후 귀하의 의료제공자는 귀하의 약국에 전자적으로 처방전을 보낼 수 있습니다. 귀하의 의료제공자는 또한 귀하의 약국에 가져갈 서면 처방전을 제공할 수 있습니다. 약국에 귀하의 **Medi-Cal** 혜택 ID 카드와 함께 처방전을 제출하십시오. 귀하가 복용 중인 모든 약품과 귀하의 알러지에 대해서도 약국에 알려주셔야 합니다. 처방전에 관해 궁금한 점이 있으면 약사에게 문의하십시오.

가입자는 약국에 가기 위해서도 **Blue Shield Promise**로부터 교통편 서비스를 받을 수 있습니다. 교통편 서비스에 관한 자세한 내용은 본 안내서 4장의 '응급이 아닌 상황에 대한 교통편 혜택'을 읽어보십시오.

### 전문 정신 건강 서비스(SMHS)

일부 정신 건강 서비스는 **Blue Shield Promise**가 아닌 카운티 정신 건강 플랜에 의해 제공됩니다. 여기에는 **SMHS**에 대한 서비스 규정을 충족하는 **Medi-Cal** 가입자를 위한 **SMHS**가 포함됩니다. **SMHS**는 이러한 외래, 거주형 및 입원 서비스를 포함할 수 있습니다.

#### 외래 서비스:

- 정신 건강 서비스
- 약품 지원 서비스
- 주간 집중 치료 서비스
- 주간 재활 서비스
- 위기 개입 서비스
- 위기 안정 서비스
- 목표 사례 관리
- 치료적 행동 서비스(21세 미만 가입자의 경우 보험적용)
- 집중 치료 조정(ICC)(21세 미만 가입자의 경우 보험적용)
- 집중 가정 기반 서비스(IHBS)(21세 미만 가입자의 경우 보험적용)
- 치료적 위탁가정 보호(TFC)(21세 미만 가입자의 경우 보험적용)
- 모바일 위기 서비스
- 동료 지원 서비스(PSS)(선택 사항)

#### 거주형 서비스:

- 성인 거주형 치료 서비스
- 위기 거주형 치료 서비스

#### 입원 서비스:

- 정신과 병원 입원 서비스
- 정신 건강 시설 서비스

카운티 정신 건강 플랜에서 제공하는 **SMHS**에 대해 자세히 알아보시려면 카운티 정신 건강 플랜에 전화하십시오. 로스앤젤레스 정신건강부에 1-800-854-7771번으로 전화하십시오.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. **Blue Shield Promise**는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

모든 카운티의 무료 전화번호를 온라인으로 찾으려면

[dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MHPCContactList.aspx](https://dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MHPCContactList.aspx)를 방문하십시오.

Blue Shield Promise가 카운티 정신 건강 플랜의 서비스가 필요하다고 판단하는 경우, Blue Shield Promise는 카운티 정신 건강 플랜 서비스와 연결할 수 있도록 지원합니다.

### 약물 사용 장애(SUD) 치료 서비스

Blue Shield Promise는 알코올 사용 또는 기타 약물 사용에 대한 도움을 원하는 가입자에게 치료를 권장합니다. 약물 사용 장애 관련 서비스는 1차 진료, 입원 병원, 응급실 및 약물 사용 장애 서비스 제공자와 같은 의료제공자를 통해 이용할 수 있습니다. SUD 서비스는 카운티를 통해 제공됩니다. 귀하가 거주하는 곳에 따라 일부 카운티는 더 많은 치료 선택지 및 회복 서비스를 제공합니다.

약물 사용 장애 치료 선택지에 대해 자세히 알아보려면 로스앤젤레스 카운티 약물 사용 장애 서비스 핫라인 1-800-854-7771(TTY 711)번으로 전화하십시오. 주 7일, 24시간 운영합니다.

Blue Shield Promise 가입자는 의료적 필요와 선호도에 가장 적합한 서비스를 찾기 위한 평가를 받을 수 있습니다. 가입자는 Blue Shield Promise에 연락하여 SUD 평가를 포함한 행동 건강서비스를 요청할 수 있습니다. 가입자는 또한 주치의에게 방문할 수도 있으며 주치의는 평가를 위해 SUD 의료제공자에게 진료의뢰할 수 있습니다. 의학적으로 필요한 경우, 이용 가능한 서비스에는 외래 치료 및 부프레노르핀( buprenorphine), 메타돈(methadone), 날트렉손(naltrexon)과 같은 SUD(중독 치료 약 또는 MAT라고도 함)가 포함됩니다.

SUD 치료 서비스가 필요한 것으로 확인된 가입자는 치료를 위해 해당 카운티 약물 사용 장애 프로그램으로 의뢰됩니다. 가입자는 주치의(PCP)를 통해 진료의뢰되거나, 약물 사용 장애(SUD) 의료제공자에게 직접 연락하여 스스로 진료의뢰를 할 수 있습니다. 가입자가 스스로 진료의뢰하는 경우, 의료제공자는 자격 여부 및 필요한 치료 수준을 결정하기 위해 초기 선별검사 및 평가를 실시합니다. 모든 카운티의 전화번호 목록을 보려면

[https://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/SUD\\_County\\_Access\\_Lines.aspx](https://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/SUD_County_Access_Lines.aspx)를 방문하십시오.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](https://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

Blue Shield Promise는 1차진료, 입원환자 병원, 응급실 및 기타 의료 환경에서 MAT를 제공하거나 주선합니다. 약물 남용 서비스는 다음을 포함하지만 이에 한정되지 않습니다.

- 외래 치료
- 외래 집중 치료
- 사례 관리
- 중독 치료를 위한 약품(MAT)
- 금단 관리(해독)
- 거주형 치료
- 회복 지원 서비스
- 회복 브릿지 주거
- 기준을 충족하는 경우 자발적 입원 해독

### 캘리포니아주 어린이 서비스(CCS)

CCS는 특정 건강 상태, 질병 또는 만성적 건강 문제를 가지고 있고, CCS 프로그램 규정을 충족하는 21세 미만의 아동을 치료하는 Medi-Cal 프로그램입니다.

Blue Shield Promise 또는 귀하의 PCP가 귀하의 자녀가 CCS지원 대상 질환이 있다고 판단할 경우, 귀하의 자녀가 자격 요건을 충족하는지 확인하기 위해 카운티 CCS 프로그램으로 의뢰합니다.

카운티 CCS 직원은 귀하 또는 귀하의 자녀가 CCS 서비스를 받을 자격이 있는지 결정할 것입니다. Blue Shield Promise는 CCS 자격 여부를 결정하지 않습니다. 귀하의 자녀가 이러한 유형의 진료를 받을 자격이 있는 경우, CCS 지정 의료제공자는 자녀의 CCS 대상 질환을 치료하게 됩니다. Blue Shield Promise는 신체검사, 백신 및 아동 웰니스 검진 등 CCS 질환과 무관한 서비스에도 계속 보험을 적용합니다.

Blue Shield Promise는 CCS 프로그램에서 보장하는 서비스에는 보험을 적용하지 않습니다. CCS가 이러한 서비스에 보험을 적용하려면 CCS가 반드시 의료제공자, 서비스 및 장비를 승인해야 합니다.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오.  
Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.  
또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

CCS는 대부분의 건강 질환에 보험을 적용합니다. CCS 대상 질환의 예에는 다음이 포함되나 이에 국한되지 않습니다.

- 선천적 심장병
- 암
- 종양
- 혈우병
- 겸상적혈구빈혈
- 갑상선 문제
- 당뇨병
- 심각한 만성 신장질환
- 간질병
- 장질병
- 구순 구개열
- 척추뼈 갈림증
- 청력 손상
- 백내장
- 뇌성마비
- 특정 상황에서서의 발작
- 류머티스성 관절염
- 근육위축병
- HIV/AIDS
- 심한 머리, 뇌 또는 척수 부상
- 심한 화상
- 심하게 비뚤어진 치아

Medi-Cal은 전체 아동 모델(Whole Child Model, WCM) 프로그램에 참여하는 카운티의 CCS 서비스에 대한 비용을 지불합니다. 귀하의 자녀가 CCS 프로그램 서비스를 받을 자격에 해당하지 않더라도, Blue Shield Promise로부터 의학적으로 필요한 진료를 계속 받을 수 있습니다.

CCS에 관한 자세한 사항은 <https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs>를 방문하십시오. 또는 1-800-605-2556(TTY 711)번으로 전화하십시오.

### CCS 교통비 및 여비

본인 또는 가족이 CCS 자격이 있는 질환과 관련된 진료 예약에 가는 데 도움이 필요하지만 다른 이용 가능한 자원이 없는 경우 교통비, 식사, 숙박비, 주차비, 통행료 등의 기타 비용을 지원받을 수 있습니다. 교통편, 식사 및 숙박에 대해 본인 지출액을 지불하기 전에 Blue Shield Promise에 전화해 사전 승인(사전 허가)을 요청하십시오. Blue Shield Promise는 이 안내서 제4장 '혜택 및 서비스'에 명시된 대로 비의료 및 비응급 의료 교통편을 제공합니다.

귀하가 직접 지불한 귀하의 교통편 또는 이동 비용이 필요하다고 판단되고 Blue Shield Promise가 귀하가 Blue Shield Promise를 통해 교통편을 받으려고 노력했다는 것을 확인하는 경우, Blue Shield Promise가 귀하에게 비용을 환급할 것입니다.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

### CCS 서비스 외 가정 및 커뮤니티 기반 서비스(HCBS)

1915(c) 면제(특별 정부 프로그램) 가입 자격이 있는 경우, CCS 대상 질환과 관련이 없더라도 시설이 아닌 지역사회 환경에 머무는 데 필요한 가정 및 지역사회 기반 서비스를 받을 수 있습니다. 예를 들어, 커뮤니티 기반 환경에서 생활하는 데 필요한 주택 개조가 필요한 경우 Blue Shield Promise는 CCS 관련 질환으로 간주하여 해당 비용을 지불할 수 없습니다. 그러나 1915(c) 면제 조건에 등록되어 있는 경우, 시설 입소를 방지하기 위해 의학적으로 필요한 경우 주택 개조가 보장될 수 있습니다.

21세가 되면 CCS 프로그램에서 성인 의료 서비스로 전환(변경)됩니다. 그때에는 CCS를 통해 받고 있는 서비스(예: 개인 간호)를 계속 이용하기 위해 1915(c) 면제에 가입해야 할 수 있습니다.

### 1915(c) 가정 및 지역사회 기반 서비스(HCBS) 면제

캘리포니아주의 6개 Medi-Cal 1915(c) 면제(정부 특별 프로그램)는 주정부가 간호 시설이나 병원에서 치료를 받는 대신, 본인이 선택한 커뮤니티 기반 환경에서 장기 요양 서비스 및 지원(LTSS)을 제공할 수 있도록 허용합니다. Medi-Cal은 개인 주택이나 집과 같은 지역 사회 환경에서 면제 서비스를 제공하도록 허용하는 연방 정부와 계약을 맺었습니다. 면제에 따라 제공되는 서비스는 기관 환경에서 동일한 치료를 받는 것 이상의 비용이 들지 않아야 합니다. HCBS 면제 수혜자는 Medi-Cal 전체 범위에 대한 자격을 갖추어야 합니다. 일부 1915(c) 면제는 캘리포니아 주 전역에서 제한된 가용성을 가지고 있으며/또는 대기 목록이 있을 수 있습니다. 6가지 Medi-Cal 1915(c) 면제는 다음과 같습니다.

- 생활지원 시설 비용 면제(ALW)
- 발달 장애인을 위한 캘리포니아 자기 결정 프로그램(Self-Determination Program, SDP) 면제
- 발달 장애가 있는 캘리포니아주민을 위한 HCBS 면제(HCBS-DD)
- 가정 및 지역사회 기반 대안(HCBA) 면제
- 이전에는 인간 면역결핍 바이러스/후천성 면역 결핍 증후군(HIV/AIDS) 면제라고 불렀던 Medi-Cal 면제 프로그램(MCWP)
- 다목적 노인 서비스 프로그램(Multipurpose Senior Service Program, MSSP)

Medi-Cal 면제에 대해 자세히 알아보려면 다음 사이트를 방문하십시오.

<https://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/Medi-CalWaivers.aspx>.

또는 1-800-605-2556(TTY 711)번으로 전화하십시오.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

## 가정 내 지원 서비스(In-Home Supportive Services, IHSS)

가정 내 지원 서비스(In-Home Supportive Services, IHSS) 프로그램은 노인, 시각장애인 및/또는 장애인을 포함한 자격에 해당하는 Medi-Cal 가입자에게 외부 돌봄 서비스 대신 가정 내 개인 돌봄 지원을 제공합니다. IHSS는 수혜자가 자신의 집에서 안전하게 머무를 수 있도록 해드립니다. 귀하의 의료제공자는 귀하에게 가정 내 개인 관리 지원이 필요하다는 것과 귀하가 IHSS 서비스를 받지 못한 경우 귀하가 가정 외 치료에 배치될 위험이 있다는 것에 동의해야 합니다. IHSS 프로그램은 또한 필요성 평가를 실시할 것입니다.

카운티에서 이용할 수 있는 IHSS에 대해 자세히 알아보시려면

<https://www.cdss.ca.gov/in-home-supportive-services>를 방문하십시오. 또는 귀하의 지역 카운티 사회 복지 서비스 기관에 전화하십시오.

## Blue Shield Promise 또는 Medi-Cal을 통해 받을 수 없는 서비스

Blue Shield Promise와 Medi-Cal은 일부 서비스를 보장하지 않습니다.

Blue Shield Promise 또는 Medi-Cal가 보장하지 않는 서비스에는 다음이 포함되지만 이에 국한되지 않습니다.

- 불임 연구 또는 불임을 진단하거나 치료하기 위한 절차를 포함하되 이에 국한되지 않는 체외 수정(IVF)
- 생식력 보존
- 승용차 개조
- 실험적 서비스
- 성형 수술

더 자세한 사항을 위해 1-800-605-2556(TTY 711)번으로 전화하십시오.

## 신규 및 기존 기술 평가

Blue Shield Promise는 새로운 치료, 약물, 시술 및 기기를 연구함으로써 의료에 대한 변화 및 발전을 따르고 있습니다. 이를 “신기술”이라고 합니다. Blue Shield Promise는 가입자들이 안전하고 효과적인 치료를 받을 수 있도록 신기술을 따르고 있습니다.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오.

Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.

또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

**Blue Shield Promise**는 의료 및 행동 건강 절차, 의약품 및 기기 등에 대한 신기술을 검토합니다. 신기술에 대한 검토 요청은 가입자, 의사, 조직, **Blue Shield Promise** 의사 검토자 또는 기타 직원이 할 수 있습니다.

새로운 기술 도입 또는 기존 기술의 새로운 적용을 결정하기 전에 정부 기관은 일반적으로 공개 의견 수렴 기간을 제공합니다. 이 과정의 일환으로, **Blue Shield Promise**는 과학적 근거 자료, 관련 정부 규제 기관의 정보, 그리고 해당 기술에 전문성을 가진 관련 전문의 또는 전문가들의 의견을 바탕으로 적절한 기관에 증언 또는 서면 의견을 제출할 것입니다. 정부 기관에서 채택할 경우, 새로운 기술 또는 기존 기술의 적용은 혜택 플랜에 포함될 것입니다.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. **Blue Shield Promise**는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

# 5. 아동 및 청소년 웰케어

21세 미만의 아동 및 청소년 가입자는 가입하자마자 필요한 의료 서비스를 받을 수 있습니다. 이를 통해 그들은 발달 및 전문 서비스를 포함하여 올바른 예방, 치과 및 정신 건강 치료를 받을 수 있습니다. 이 장에서는 이러한 서비스에 대해 설명합니다.

## 어린이와 청소년을 위한 Medi-Cal

필요한 의료 서비스는 21세 미만의 가입자에게 보험적용이 되며 무료입니다. 아래 목록에는 장애, 신체적 또는 정신적 진단을 치료하거나 관리하기 위해 의학적으로 필요한 일반적인 서비스가 포함되어 있습니다. 혜택이 적용되는 서비스는 다음을 포함하나 이에 한정되지 않습니다.

- 아동 건강검진 및 청소년 건강검진(아동에게 필요한 중요한 진료 방문)
- 예방접종(주사)
- 행동 건강(정신 건강 및/또는 약물 사용 장애) 평가 및 치료
- 개인, 그룹, 가족 심리 치료를 포함한 정신 건강 평가 및 치료(전문 정신 건강 서비스(SMHS)는 카운티에서 보장)
- 아동기 부정적 경험(ACE) 선별검사
- Focus(POFs) 아동 및 청소년 팝업을 위한 의료 관리(ECM) 향상(Medi-Cal 관리 의료 플랜(MCP) 혜택)
- 혈액 납 중독 검사를 포함한 혈액 검사
- 건강 및 예방 교육
- 안과 서비스
- 치과 서비스(Medi-Cal Dental에서 보장)
- 청력 서비스(자격이 있는 아동을 대상으로 캘리포니아 아동 서비스(CCS)에서 보장, Blue Shield Promise는 CCS 자격을 충족하지 못하는 아동에 대한 서비스에 보험을 적용합니다.)
- 개인 간호(PDN), 작업 치료, 물리 치료 및 의료 장비 및 용품과 같은 가정 건강 서비스



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

이 서비스들은 아동 및 청소년을 위한 Medi-Cal(조기 및 정기 검사, 진단 및 치료(EPSTD)) 서비스라고도 합니다. 어린이 및 청소년을 위한 Medi-Cal에 관한 추가 정보는 <https://www.dhcs.ca.gov/services/Medi-Cal-For-Kids-and-Teens/Pages/Member-Information.aspx> 에서 찾아보실 수 있습니다. 귀하 또는 귀하의 자녀가 건강을 유지하는데 도움이 되는 소아과 의사들의 Bright Futures 지침에 의해 권장되는 아동 및 청소년을 위한 Medi-Cal 서비스는 무료로 혜택이 적용됩니다. Bright Futures 지침을 참고하려면 [https://downloads.aap.org/AAP/PDF/periodicity\\_schedule.pdf](https://downloads.aap.org/AAP/PDF/periodicity_schedule.pdf)를 방문하십시오.

강화된 치료 관리(ECM)는 복잡한 필요가 있는 MCP 가입자들을 위한 포괄적인 치료 관리를 지원하기 위해 모든 캘리포니아 카운티에서 이용할 수 있는 Medi-Cal 관리 의료 플랜(MCP) 혜택입니다. 복잡한 요구 사항이 있는 어린이와 청소년은 종종 분산된 서비스 제공 시스템 내에서 한 명 이상의 사례 담당자나 다른 서비스 제공자로부터 이미 서비스를 받고 있기 때문에, ECM은 시스템 간의 조정을 제공합니다. 이 혜택을 받을 자격이 있는 집중 관리 대상 아동 및 청소년 그룹에는 다음이 포함됩니다.

- 노숙을 경험하고 있는 아동 및 청소년
- 피할 수 있는 병원 또는 응급실 이용 위험에 처한 아동 및 청소년
- 심각한 정신 건강 및/또는 약물 사용 장애(SUD)가 있는 아동 및 청소년
- 캘리포니아 아동 서비스(California Children's Services, CCS) 또는 CCS 전체 아동 모델(Whole Child Model, WCM)에 가입되어 있고 CCS 질환 외 추가적인 필요가 있는 아동 및 청소년
- 아동 복지에 관련된 아동 및 청소년
- 청소년 교정 시설에서 전환하는 아동 및 청소년

ECM에 대한 추가 정보는 <https://www.dhcs.ca.gov/CalAIM/ECM/Documents/ECM-Children-And-Youth-POFs-Spotlight.pdf>에서 찾아보실 수 있습니다.

또한 ECM 선임 케어 매니저는 ECM 가입자들이 전통적인 의료 서비스 또는 환경에 비해 비용 효율적인 대안으로 MCP가 제공하는 커뮤니티 지원 서비스가 필요한지 선별하고, 해당 커뮤니티 지원 자격 요건을 충족하고 이용 가능할 경우 이에 연계할 것을 강력히 권고받고 있습니다. 아동 및 청소년은 천식 치료, 주택 내비게이션, 의료 임시 간호 및 냉정한 센터를 포함한 많은 커뮤니티 지원 서비스의 혜택을 받을 수 있습니다.

커뮤니티 지원은 Medi-Cal 관리 의료 플랜(MCP)에서 제공하는 서비스이며 ECM 서비스 자격 여부와 관계없이 자격을 갖춘 Medi-Cal 가입자에게 제공됩니다.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

커뮤니티 지원에 대한 자세한 정보는

<https://www.dhcs.ca.gov/CalAIM/Documents/DHCS-Medi-Cal-Community-Supports-Supplemental-Fact-Sheet.pdf>에서 찾아보실 수 있습니다.

PDN과 같은 아동 및 청소년을 위해 Medi-Cal을 통해 이용할 수 있는 서비스 중 일부는 보조 서비스로 간주됩니다. 이 서비스들은 21세 이상의 Medi-Cal 가입자들은 이용할 수 없습니다. 이러한 서비스를 무료로 받기 위해서 귀하 또는 귀하의 자녀는 21세가 되기 전에 1915(c) 가정 및 커뮤니티 기반 서비스(HCBS) 면제 또는 기타 장기 요양 서비스 및 지원(LTSS)에 가입해야 할 수 있습니다. 귀하 또는 귀하의 자녀가 Medi-Cal for Kids and Teens를 통해 보조 서비스를 받고 있고 곧 21세가 될 경우 Blue Shield Promise에 연락하여 지속적인 진료를 위한 선택에 대해 상의하십시오.

## 아동 건강검진 및 예방관리

예방 치료에는 정기적인 건강 검진, 의사가 문제를 조기에 발견하는 데 도움이 되는 검사, 문제가 발생하기 전에 질병을 발견하기 위한 상담 서비스가 포함됩니다. 정기 검진은 귀하 또는 귀하의 자녀의 의사가 문제를 찾는 데 도움이 됩니다. 이러한 건강 문제에는 의료, 치과, 시력, 청력, 정신 건강 및 모든 물질(알코올 또는 약물) 사용 장애가 포함될 수 있습니다. Blue Shield Promise는 귀하 또는 귀하의 자녀의 정기 검진이 아니더라도 필요할 때 언제든지 문제를 선별하기 위한 검진(혈중 납 농도 평가 포함)에 보험을 적용합니다.

예방 진료는 또한 귀하 또는 귀하의 자녀가 필요로 하는 예방접종(주사)을 포함합니다. Blue Shield Promise는 가입된 모든 아동이 의사를 방문할 때 필요한 모든 예방접종(주사)을 맞았는지 확인해야 합니다. 예방 진료 서비스 및 검사는 사전 승인(사전 허가) 없이 무료로 제공됩니다.

귀하의 자녀는 다음 연령에 검진을 받아야 합니다.

- |             |                      |
|-------------|----------------------|
| ▪ 출생 후 2~4일 | ▪ 12개월               |
| ▪ 1개월       | ▪ 15개월               |
| ▪ 2개월       | ▪ 18개월               |
| ▪ 4개월       | ▪ 24개월               |
| ▪ 6개월       | ▪ 30개월               |
| ▪ 9개월       | ▪ 3세부터 20세까지 1년에 한 번 |



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

아동 건강검진에는 다음이 포함됩니다.

- 완전한 병력 및 전체 신체 검사
- 연령에 적합한 예방접종(주사)(캘리포니아는 미국 소아과 아카데미 Bright Futures 일정을 따릅니다. [https://downloads.aap.org/AAP/PDF/periodicity\\_schedule.pdf](https://downloads.aap.org/AAP/PDF/periodicity_schedule.pdf))
- 연령에 적합하거나 필요한 경우 혈중 납 중독 선별검사를 포함한 검사실 검사
- 건강 교육
- 시력 및 청력 검사
- 구강 건강 검진
- 행동 건강 평가

의사가 검진이나 검진 중에 귀하 또는 귀하의 자녀의 신체적 또는 정신적 건강에 문제가 있음을 발견하면 귀하 또는 귀하의 자녀는 향후 진료를 받아야 할 수도 있습니다.

Blue Shield Promise는 다음을 포함해 해당 진료에 무료로 보험을 적용합니다.

- 의사, 임상 간호사 및 병원 진료
- 건강을 유지할 수 있는 예방접종(주사)
- 물리 치료, 언어 치료 및 작업 치료
- 의료 장비, 용품, 기기를 포함한 가정 건강 서비스
- 안경을 포함한 시력 문제 치료
- 캘리포니아 아동 서비스(CCS)에서 보장하지 않는 보청기를 포함한 청력 이상 치료
- 자폐 스펙트럼 장애 및 기타 발달 장애와 같은 건강 상태에 대한 행동 건강 치료
- 사례 관리 및 건강 교육
- 기능 향상 또는 정상적 외모를 위해 선천적 기형, 발달 기형, 트라우마, 감염, 종양 또는 질병으로 인한 신체 구조의 비정상적 구조를 교정 또는 치료하는 수술인 경우 재건 수술

## 혈액 납 중독 검사

Blue Shield Promise에 가입된 모든 어린이는 12 및 24개월 나이에 또는 이전에 검사를 받지 않은 경우 24~72개월 사이에 혈중 납 중독 선별검사를 받아야 합니다. 부모 또는 보호자가 요청하는 경우 아동은 혈액 납 검사를 받을 수 있습니다. 또한 의사가 삶의 변화로 인해 아이가 위험에 처했다고 판단할 때마다 아이를 검사해야 합니다.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오.

Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.

또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

## 아동 및 청소년 복지 서비스를 받을 수 있도록 지원

Blue Shield Promise는 21세 미만의 가입자와 그 가족이 필요한 서비스를 받을 수 있도록 지원합니다. Blue Shield Promise 진료 코디네이터가 할 수 있는 일:

- 이용 가능한 서비스를 알려드립니다
- 필요한 경우 네트워크 내 서비스 제공자 또는 네트워크 외부 서비스 제공자를 찾는 데 도움을 드립니다
- 예약을 잡는 데 도움을 드립니다
- 아이가 예약에 갈 수 있도록 의료 교통편을 마련해 드립니다
- Blue Shield Promise가 보장하지 않지만, 진료행위별 수가제(FFS) Medi-Cal을 통해 이용 가능한 서비스에 대한 진료 조정을 지원합니다. 예를 들면 다음과 같습니다.
  - 정신 건강 및 약물 사용 장애(SUD)를 위한 치료 및 재활 서비스
  - 치아교정을 포함한 치과 문제 치료

## FFS(Fee-for-Service) Medi-Cal 또는 기타 프로그램을 통해 받을 수 있는 기타 서비스

### 치과 검진

매일 수건으로 아기의 잇몸을 부드럽게 닦아 잇몸을 깨끗하게 유지하십시오. 약 4~6개월이 되면 유치가 나기 시작하면서 '이빨이'가 시작됩니다. 첫 번째 치아가 나자마자 또는 첫 번째 생일 중 먼저 도래하는 날짜에 자녀의 첫 치과 방문 예약을 해야 합니다.

Medi-Cal 치과 서비스는 다음 대상자에게 무료로 제공되는 서비스입니다.

#### 0~3세의 아기

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| ▪ 아기의 첫 치과 방문                | ▪ 불소 바니시(6개월마다, 경우에 따라 더 자주) |
| ▪ 아기의 첫 치과 검진                | ▪ 충진                         |
| ▪ 치과 검진(6개월마다, 경우에 따라 더 자주)  | ▪ 발치(치아 제거)                  |
| ▪ 엑스레이                       | ▪ 응급 치과 서비스                  |
| ▪ 치아 클리닝(6개월마다, 경우에 따라 더 자주) | ▪ *진정(의료적으로 필요한 경우)          |



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

#### 4~12세 아동

- 치과 검진(6개월마다, 경우에 따라 더 자주)
- 엑스레이
- 불소 바니시(6개월마다, 경우에 따라 더 자주)
- 치아 클리닝(6개월마다, 경우에 따라 더 자주)
- 어금니 실란트(홈메우기)
- 충진
- 근관 치료
- 발치(치아 제거)
- 응급 치과 서비스
- \*진정(의료적으로 필요한 경우)

#### 13~20세 청소년

- 치과 검진(6개월마다, 경우에 따라 더 자주)
- 엑스레이
- 불소 바니시(6개월마다, 경우에 따라 더 자주)
- 치아 클리닝(6개월마다, 경우에 따라 더 자주)
- 자격을 갖춘 경우 치아교정(교정기)
- 충진
- 크라운
- 근관 치료
- 부분 및 전체 의치
- 스케일링 및 치근 활택술
- 발치(치아 제거)
- 응급 치과 서비스
- \*진정(의료적으로 필요한 경우)

\* 의료 제공자는 국소 마취가 의학적으로 적합하지 않다고 판단하고 이를 문서화하는 경우 진정(수면) 및 전신 마취를 고려하고 해당 치과 치료가 사전 승인이 되었는지 아니면 사전 승인(사전 허가)이 필요 없는지를 고려해야 합니다.

국소 마취를 사용할 수 없고 대신 진정제나 전신 마취를 사용할 수 있는 몇 가지 이유는 다음과 같습니다.

- 환자가 의료 제공자의 치료 수행 시도에 반응하는 것을 방해하는 신체적, 행동적, 발달적 또는 정서적 상태
- 주요 회복 또는 수술 절차
- 비협조적인 아이
- 주사 부위의 급성 감염
- 국소마취제의 통증조절 실패

치과 서비스에 대한 질문이 있거나 더 자세히 알고 싶으시면

1-800-322-6384(TTY 1-800-735-2922 또는 711)번으로 Medi-Cal Dental 고객 서비스 상담 전화에 전화하시거나 <https://smilecalifornia.org/>를 방문하십시오.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

## 추가 예방 교육 의뢰 서비스

자녀가 학교에 참여하지 않고 잘 배우지 못하는 것이 걱정된다면 자녀의 담당 의사, 교사 또는 학교 행정관에게 문의하십시오. **Blue Shield Promise**가 보장하는 의료 혜택 외에도 아이가 학습하고 뒤처지지 않도록 돕기 위해 학교가 제공해야 하는 서비스가 있습니다. 자녀의 학습을 돕기 위해 제공할 수 있는 서비스는 다음과 같습니다.

- |               |             |
|---------------|-------------|
| ▪ 음성 및 언어 서비스 | ▪ 사회 복지 서비스 |
| ▪ 심리 서비스      | ▪ 상담 서비스    |
| ▪ 물리치료        | ▪ 보건 교사 서비스 |
| ▪ 작업 치료       | ▪ 학교 왕복 교통편 |
| ▪ 보조 기술       |             |

캘리포니아 교육부는 이러한 서비스를 제공하고 비용을 지불합니다. 자녀의 의사 및 교사와 함께 귀하는 자녀에게 가장 도움이 되는 맞춤형 계획을 수립할 수 있습니다.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. **Blue Shield Promise**는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

## 6. 문제 보고 및 해결

문제를 보고하고 해결하는 방법에는 두 가지가 있습니다.

- 문제가 있거나 **Blue Shield Promise**나 서비스 제공자 또는 서비스 제공자로부터 받은 건강 관리나 치료에 불만이 있는 경우 **불만 제기 절차**를 이용하십시오.
- 귀하의 서비스를 변경하거나 보장하지 않기로 한 **Blue Shield Promise**의 결정에 동의하지 않을 경우 **재고 요청**을 이용하십시오.
- 귀하는 **Blue Shield Promise**에 불만 제기 및 이의 제기를 통해 귀하의 문제를 당사에 알릴 권리가 있습니다. 이로 인해 귀하의 법적 권리를 상실하거나 치료에 영향을 받지 않습니다. 우리는 불만 사항을 접수하거나 문제를 보고한 것에 대해 귀하를 차별하거나 보복하지 않을 것입니다. 귀하의 문제에 대해 알려주시면 모든 가입자의 진료를 개선하는 데 도움이 됩니다.

**Blue Shield Promise**에 먼저 연락하여 귀하의 문제에 대해 알려주실 수 있습니다. 오전 8시부터 오후 6시 사이에 **1-800-605-2556(TTY 711)**번으로 전화하십시오. 귀하의 문제에 대해 알려주십시오.

귀하의 불만제기나 이의제기가 30일 후에도 여전히 해결되지 않거나 결과에 만족하지 않는 경우, 캘리포니아 관리보건부(DMHC)에 전화하실 수 있습니다. DMHC에 귀하의 불만 사항을 검토하거나 독립적 의료 평가(IMR)를 수행하도록 요청하십시오. 귀하의 건강에 심각한 위협이 되는 등 귀하의 문제가 긴급한 경우, **Blue Shield Promise**에 먼저 불만 사항을 접수하거나 이의를 제기하지 않고 즉시 DMHC에 전화하실 수 있습니다.

**1-888-466-2219(TTY 1-877-688-9891 또는 711)**번으로 DMHC에 무료로 전화하실 수 있습니다. 또는 다음을 방문하십시오. <https://www.dmhc.ca.gov>.

캘리포니아주 보건국(Department of Health Care Services, DHCS) Medi-Cal 관리 의료 옴부즈맨에서도 역시 도움을 드릴 수 있습니다. 귀하가 건강플랜에 가입, 변경 또는 계약 해지를 하는 데 문제가 있는 경우 도움을 드릴 수 있습니다. 또한 귀하가 이사를 가거나 귀하의 **Medi-Cal**을 귀하의 새로운 카운티로 이전하는 데 문제가 있는 경우에도 도움을 드릴 수 있습니다. 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시 사이에

**1-888-452-8609**번으로 옴부즈맨에 전화하실 수 있습니다. 이 전화는 무료입니다.



**1-800-605-2556 (TTY 711)** 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. **Blue Shield Promise**는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.  
또는 캘리포니아 중계 라인 **711**번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

귀하의 **Medi-Cal** 자격에 대해서도 귀하의 카운티 자격 사무소에 이의제기를 하실 수 있습니다. 누구에게 이의제기를 해야하는지 확실하지 않으신 경우

**1-800-605-2556(TTY:711)**번으로 전화하십시오.

귀하의 건강 보험 정보가 잘못 기재되어 있는 경우, 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시 사이에 **1-800-541-5555**번으로 **Medi-Cal**에 전화하십시오.

## 불만 제기

불만 사항(고충)은 귀하가 **Blue Shield Promise** 또는 서비스 제공자로부터 받는 서비스에 문제가 있거나 만족하지 못하는 경우를 말합니다. 불만 제기에는 정해진 시한이 없습니다. 전화, 서면을 통한 우편 또는 온라인을 통해 언제든지 **Blue Shield Promise**에 불만을 제기할 수 있습니다. 귀하의 승인된 대리인이나 서비스 제공자는 귀하의 허락을 받아 귀하를 대신하여 불만 사항을 제기할 수도 있습니다.

- **전화:** **1-800-605-2556(TTY 711)**번으로 오전 8시부터 오후 6시 사이에 **Blue Shield Promise**에 전화하십시오. 귀하의 건강플랜 ID 번호, 귀하의 이름 및 귀하의 불만 제기에 대한 이유를 말씀해 주십시오.
- **우편:** **1-800-605-2556(TTY 711)**번으로 **Blue Shield Promise**에 전화해 양식을 보내달라고 요청하십시오. 귀하께서 그 양식을 받으면 작성하십시오. 귀하의 이름, 건강플랜 ID 번호 및 귀하의 불만 제기에 대한 사유를 반드시 적어주십시오. 무슨 일이 있었는지, 저희가 어떻게 귀하를 도와드릴 수 있는지 저희에게 알려주십시오.

양식을 보낼 주소:

Blue Shield of California Promise Health Plan  
Grievance Department  
3840 Kilroy Airport Way  
Long Beach, CA 90806-2452

귀하의 의사 진료소에 불만 제기 양식을 구비하고 있을 것입니다.

- **온라인:** **Blue Shield Promise** 웹사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)를 방문하십시오.

귀하께서 불만 제기를 하는 데 도움이 필요하신 경우 저희가 도와드릴 수 있습니다.

저희는 무료 언어 서비스를 제공해드릴 수 있습니다. **1-800-605-2556(TTY 711)**번으로 전화하십시오.



**1-800-605-2556 (TTY 711)** 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. **Blue Shield Promise**는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.  
또는 캘리포니아 중계 라인 **711**번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

귀하의 불만 제기를 접수한지 달력일로 5일 이내에 **Blue Shield Promise**가 접수 확인 서신을 보내드립니다. 30일 이내에 저희가 귀하의 문제를 어떻게 해결했는지 설명하는 또 다른 서신을 보내드릴 것입니다. 의료 서비스 혜택, 의학적 필요 또는 실험적이거나 조사적인 치료에 관한 것이 아닌 이의제기에 대해 **Blue Shield Promise**에 전화하시고, 귀하의 이의제기가 다음 영업일이 종료되기 전 해결된 경우 귀하는 서신을 받지 않을 수 있습니다.

심각한 건강 문제와 관련된 긴급 문제가 있는 경우 속결(빠른) 검토를 시작합니다. 72시간 이내에 결정을 내릴 것입니다. 속결 검토를 요청하시려면 1-800-605-2556(TTY 711)번으로 전화하십시오.

귀하의 불만 사항을 접수한 후 72시간 이내에 귀하의 불만 사항을 어떻게 처리할지 및 속결 처리 여부를 결정합니다. 귀하의 불만사항을 신속하게 처리할 수 없다고 판단되는 경우, 30일 이내에 귀하의 불만사항을 해결하겠다고 알려드립니다. 귀하의 우려 사항이 속결 검토의 자격이 있다고 생각하시거나, **Blue Shield Promise**는 72시간 이내에 귀하에게 답변하지 않거나 **Blue Shield Promise**의 결정에 만족하지 않는 경우 등 어떤 이유로든 **DMHC**에 직접 연락하실 수 있습니다.

**Medi-Cal Rx** 약국 혜택과 관련된 불만 제기는 **Blue Shield Promise** 이의제기 절차의 적용을 받지 않으며 관리보건국(**DMHC**)의 독립적 의료 평가 대상이 아닙니다. 가입자는 1-800-977-2273(TTY 1-800-977-2273)번으로 전화해 7 또는 711 을 눌러 **Medi-Cal Rx** 약국 혜택에 대해 불만 제기를 접수할 수 있습니다. 또는 <https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/>을 방문하십시오.

**Medi-Cal Rx** 의 적용을 받지 않는 약국 혜택과 관련된 불만 제기는 **Blue Shield Promise** 이의 및 재고 요청 절차 및 **DMHC** 를 통해 독립적 의료 평가를 받을 자격이 있을 수 있습니다. **DMHC** 의 무료 전화번호는 1-888-466-2219(TTY 1-877-688-9891)입니다. 귀하는 <https://www.dmhc.ca.gov/>에서 독립적 의료 평가/불만 제기 양식 및 지침을 온라인으로 찾아보실 수 있습니다.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. **Blue Shield Promise**는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

## 재고 요청

재고 요청은 불만 제기와 다릅니다. 재고 요청은 **Blue Shield Promise**가 귀하의 서비스에 대해 저희가 내린 결정을 검토 및 변경하도록 요청하는 것입니다. 저희가 서비스를 거절, 지연, 변경 또는 종료한다고 설명하는 결정 통지서(**Notice of Action, NOA**)를 귀하에게 보내드리고 귀하가 저희 결정에 동의하지 않는 경우 귀하는 재고 요청을 하실 수 있습니다. 귀하가 위임한 대리인 또는 서비스 제공자는 귀하의 서면 허가를 받아 귀하를 대신해 이의 제기를 요청할 수도 있습니다.

귀하는 **Blue Shield Promise**에게 받은 **NOA** 날짜로부터 **60일** 이내에 재고 요청을 해야 합니다. 귀하가 현재 받고 있는 서비스를 저희가 축소, 일시 중단 또는 중단하기로 결정한 경우, 귀하는 이의 제기 결정이 나올 때까지 기다리는 동안 해당 서비스를 계속해서 받으실 수 있습니다. 이를 미결 보조금 지급이라고 합니다. 미결 보조금 지급(**Aid Paid Pending**)을 받으려면 **NOA** 날짜로부터 **10일** 이내 또는 귀하의 서비스가 중단될 것이라고 저희가 밝힌 날짜 중 더 늦은 날짜 이전에 이의 제기를 요청해야 합니다. 이러한 상황에서 귀하가 재고 요청을 하는 경우, 귀하의 서비스는 귀하가 재고 요청 결정을 기다리는 동안 계속됩니다.

전화, 서면, 우편 또는 온라인으로 재고 요청을 하실 수 있습니다.

- **전화:** 1-800-605-2556(TTY 711)번으로 오전 8시부터 오후 6시 사이에 **Blue Shield Promise**에 전화하십시오. 귀하의 이름, 건강플랜 ID 번호 및 귀하가 재고 요청을 하는 서비스를 말씀해 주십시오.
- **우편:** 1-800-605-2556(TTY 711)번으로 **Blue Shield Promise**에 전화해 양식을 보내달라고 요청하십시오. 귀하께서 그 양식을 받으면 작성하십시오. 귀하의 건강플랜 ID 번호, 귀하의 이름 및 귀하가 재고 요청을 하는 서비스에 대해 반드시 적어주십시오.

양식을 보낼 주소:

**Blue Shield of California Promise Health Plan**  
**Grievance Department**  
**3840 Kilroy Airport Way**  
**Long Beach, CA 90806-2452**



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. **Blue Shield Promise**는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

귀하의 의사 진료소에서 재고 요청 양식을 이용하실 수 있습니다.

- **온라인:** Blue Shield Promise 웹사이트를 방문하십시오.  
[www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

이의 신청을 요청하거나 보류 중인 보조금 지급에 도움이 필요한 경우, 저희가 도와드릴 수 있습니다. 저희는 무료 언어 서비스를 제공해드릴 수 있습니다.

1-800-605-2556(TTY 711)번으로 전화하십시오.

귀하의 재고 요청을 접수한지 5일 이내에 Blue Shield Promise가 접수 확인 서신을 보내드립니다. 30일 이내에 저희는 이의 제기 결정을 알려드리고 이의 제기 해결 통지서(NAR)를 보내드립니다. 저희가 30일 이내에 재고 요청 결정을 내리지 못하는 경우 캘리포니아주 사회복지국(CDSS)에 주정부 공정심의회를 요청하고 관리보건국(DMHC)에 독립적 의료 평가(IMR)를 요청할 수 있습니다.

그러나 귀하가 주정부 공정심의회를 먼저 요청하고 귀하의 특정 문제를 이미 해결하기 위해 공정심의회가 진행된 경우 동일한 사안에 대해 DMHC에 IMR을 요청할 수 없습니다. 이 경우 주정부 공정심의회가 최종 결정을 내립니다. 그러나 주정부 공정심의회가 이미 진행된 경우에도 귀하의 문제가 IMR에 대한 자격이 없는 경우 DMHC에 불만을 제기할 수 있습니다.

귀하 또는 귀하의 의사가 귀하의 재고 요청을 결정하는 데 걸리는 시간이 귀하의 생명, 건강 또는 기능을 위험에 처하게 하므로 저희가 신속한 결정을 내리기 원하는 경우, 귀하는 속결 검토를 요청하실 수 있습니다. 속결 검토를 요청하시려면 1-800-605-2556(TTY 711)번으로 전화하십시오. 우리는 귀하의 이의 제기를 접수한 후 72시간 이내에 결정을 내릴 것입니다. 귀하의 건강에 심각한 위험이 되는 등 긴급한 의료 서비스 우려 사항이 있는 경우, DMHC에 불만 제기를 접수하기 전에 Blue Shield Promise에 재고 요청을 할 필요가 없습니다.

## 이의 제기 요청 결정에 동의하지 못하는 경우 취할 수 있는 조치

재고 요청을 했고 결정이 바뀌지 않았다는 NAR 서신을 받았거나, 30일이 지났음에도 NAR 서신을 받지 못한 경우, 다음과 같은 조치를 취할 수 있습니다.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.  
 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

- 캘리포니아 사회복지부(CDSS)에 **주정부 공정심의회**를 요청하면 판사가 귀하의 사례를 검토합니다. CDSS의 무료전화번호는 1-800-743-8525(TTY 1-800-952-8349)번입니다. <https://www.cdss.ca.gov>에서 온라인으로 주정부 공정심의회를 요청하실 수 있습니다. 주정부 공정심의회를 요청하는 더 많은 방법은 이 장의 뒷부분에 나올 '주정부 공정심의회'에서 찾을 수 있습니다.
- **Blue Shield Promise**의 결정 사항을 다시 검토하도록 하려면 관리보건부(DMHC)에 독립 의료 검토/불만 양식을 제출하십시오. 귀하의 불만 사항이 DMHC의 독립 의료 검토(IMR) 절차에 해당하는 경우, **Blue Shield Promise**에 소속되지 않은 외부 의사가 귀하의 케이스를 검토하고 결정하며, 그 결정은 **Blue Shield Promise**가 따라야 합니다.

DMHC의 무료 전화번호는 1-888-466-2219(TTY 1-877-688-9891)입니다. <https://www.dmhc.ca.gov>에서 IMR/불만 제기 양식 및 지침을 온라인으로 찾아보실 수 있습니다.

귀하는 주정부 공정심의회 또는 IMR에 대해 비용을 지불할 필요가 없습니다.

귀하는 주정부 공정심의회 및 IMR 모두를 이용할 자격이 있습니다. 그러나 귀하가 주정부 공정심의회를 먼저 요청하고 귀하의 특정 문제를 이미 해결하기 위해 공정심의회가 진행된 경우 동일한 사안에 대해 DMHC에 IMR을 요청할 수 없습니다. 이 경우 주정부 공정심의회가 최종 결정을 내립니다. 그러나 주정부 공정심의회가 이미 발생했더라도 문제가 IMR에 대한 자격이 없는 경우 DMHC에 불만을 제기할 수 있습니다.

아래 섹션은 주정부 공정심의회 및 IMR을 신청하는 방법에 대해 더 많은 정보를 포함하고 있습니다.

**Medi-Cal Rx** 약국 혜택과 관련된 불만 제기 및 이의 제기는 **Blue Shield Promise**에서 처리하지 않습니다. **Medi-Cal Rx** 약국 혜택에 대한 불만 제기 및 재고 요청을 제출하려면 1-800-977-2273(TTY 1-800-977-2273)번으로 전화해 7 또는 711번을 누르십시오. **Medi-Cal Rx**가 적용되지 않는 약국 혜택과 관련된 불만 제기 및 재고 요청은 DMHC 독립 의료 심사(IMR) 대상이 될 수 있습니다.

**Medi-Cal Rx** 약국 혜택과 관련된 결정에 동의하지 않는 경우 주정부 공정심의회를 요청할 수 있습니다. **Medi-Cal Rx** 약국 혜택 결정을 위해 DMHC에 IMR을 요청할 수 없습니다.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. **Blue Shield Promise**는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

## 관리보건국에 불만 제기 및 독립적 의료 검토 (Independent Medical Reviews, IMR) 요청

IMR은 Blue Shield Promise와 상관 없는 외부 의사가 귀하의 케이스를 검토하는 것입니다. 귀하가 IMR을 원하는 경우 먼저 Blue Shield Promise에 긴급하지 않은 우려 사항에 대해 재고 요청을 해야 합니다. 30일 이내에 Blue Shield Promise에서 아무런 답변이 없는 경우 또는 Blue Shield Promise의 결정이 만족스럽지 않은 경우 귀하는 IMR을 요청하실 수 있습니다. 귀하는 재고 요청 결정 통지서의 날짜로부터 6개월 이내에 IMR을 신청해야 합니다. 다만 주정부 공정심의회 요청 기간은 120일로 제한됩니다. 따라서 IMR과 주정부 공정심의회를 원하시는 경우 가능한 한 빨리 귀하의 불만 제기를 접수하십시오.

그러나 귀하가 주정부 공정심의회를 먼저 요청하고 귀하의 특정 문제를 이미 해결하기 위해 공정심의회가 진행된 경우 동일한 사안에 대해 DMHC에 IMR을 요청할 수 없다는 점을 기억하십시오. 이 경우 주정부 공정심의회가 최종 결정을 내립니다. 그러나 주정부 공정심의회가 이미 발생했더라도 문제가 IMR에 대한 자격이 없는 경우 DMHC에 불만을 제기할 수 있습니다.

Blue Shield Promise에 먼저 이의를 제기하지 않고도 즉시 IMR을 받을 수 있습니다. 이는 귀하의 건강에 심각한 위협이 되는 등 귀하의 건강 문제가 긴급한 경우에 해당됩니다.

DMHC에 제출하는 귀하의 불만 제기가 IMR의 자격을 충족하지 않는 경우에도 DMHC는 서비스 거절에 대한 귀하의 재고 요청에 대해 Blue Shield Promise가 올바른 결정을 내렸는지 확인하기 위해 귀하의 불만 제기를 검토할 것입니다.

캘리포니아주 관리보건국은 의료 서비스 플랜 규제를 담당하고 있습니다. 귀하의 건강플랜에 대해 이의제기를 하고 싶으신 경우, 관리보건국에 연락하기 전에 먼저 **1-800-605-2556(TTY 711)**번으로 귀하의 건강플랜에 전화하여 건강플랜의 이의제기 절차를 밟으셔야 합니다. 이의제기 절차를 이용한다고 해서 어떠한 잠재적 법적 권리나 귀하가 이용할 수 있는 보상의 기회가 제한되지는 않습니다. 응급 상황에 관련된 이의제기, 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



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오.  
Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.  
또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

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. 관리보건국 인터넷 웹사이트 [www.dmhca.gov](http://www.dmhca.gov)에서는 불만 제기 양식, IMR 신청서 양식 및 안내 사항을 온라인으로 제공합니다.

## 주정부 공정심의회

주정부 공정심의회는 Blue Shield Promise와 캘리포니아주 사회복지국(CDSS)의 판사와 만나는 것입니다. 판사는 귀하의 문제를 해결하고 Blue Shield Promise가 올바른 결정을 내렸는지 여부를 판단할 것입니다. 귀하가 이미 Blue Shield Promise에 재고 요청을 했지만 여전히 저희 결정에 만족하지 않거나 30일 후에도 재고 요청에 대한 결정을 받지 못한 경우, 귀하는 주정부 공정심의회를 요청할 권리가 있습니다.

NAR 서신에 기재된 날짜로부터 120일 이내에 주정부 공정심의회를 요청해야 합니다. 귀하의 이의 제기 동안 미결 보조금 지급(Aid Paid Pending)을 제공했고 주정부 공정심의회에서 결정이 나올 때까지 이를 지속하기를 원하는 경우, NAR 서신 날짜로부터 10일 이내에 또는 서비스가 중단된다고 통보한 날짜 중 나중에 있는 날짜 이전에 주정부 공정심회를 요청해야 합니다.

주정부 공정심의회에 대한 최종 결정이 나올 때까지 미결 보조금 지급(Aid Paid Pending)이 계속되도록 하는 데 도움이 필요한 경우 Blue Shield Promise에 오전 8시부터 오후 6시 사이에 1-800-605-2556번으로 전화하십시오. 듣거나 말하는 데 어려움이 있는 경우 711번으로 전화하십시오. 귀하가 위임한 대리인 또는 서비스 제공자는 귀하의 서면 허가를 받아 귀하를 대신해 주정부 공정심의회를 요청할 수도 있습니다.

때로는 이의 제기 절차를 완료하지 않고도 주정부 공정심의회를 요청할 수 있습니다.

예를 들어, 귀하의 서비스에 대해 Blue Shield Promise가 귀하에게 정확하게 또는 적시에 통지하지 않은 경우 이의 제기 절차를 완료하지 않고도 주정부 공정심의회를 요청할 수



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

있습니다. 이를 소진으로 간주라고 합니다. 소진으로 간주된 경우의 일부 예는 다음과 같습니다.

- 귀하가 선호하는 언어로 **NOA** 또는 **NAR** 서신을 제공하지 않은 경우
- 저희가 귀하의 권리에 영향을 미치는 실수를 한 경우
- 귀하에게 **NOA** 서신을 제공하지 않은 경우
- 귀하에게 **NAR** 서신을 제공하지 않은 경우
- **NAR** 서신에 실수가 있었던 경우
- 30일 이내에 이의 제기에 대한 결정을 내리지 않은 경우
- 귀하의 케이스가 긴급하다고 판단했지만 72시간 이내에 귀하의 이의 제기에 응답하지 않은 경우

다음과 같은 방법으로 주정부 공정심의회를 요청할 수 있습니다.

- **전화:** CDSS의 주정부 공정심의회 부서에 1-800-743-8525번으로 전화하십시오. (TTY: 1-800-952-8349 또는 711)
- **우편:** 귀하의 재고 요청 결정 통지서와 함께 제공된 양식을 작성하여 다음 주소로 보내주십시오.

California Department of Social Services  
State Hearings Division  
744 P Street, MS 9-17-433  
Sacramento, CA 95814

- **온라인:** [www.cdss.ca.gov](http://www.cdss.ca.gov)에서 온라인으로 공정심의회를 신청할 수 있습니다.
- **이메일:** 귀하의 재고 요청 검토 결과와 함께 발송된 양식을 작성해 [Scopeofbenefits@dss.ca.gov](mailto:Scopeofbenefits@dss.ca.gov)로 이메일을 보내십시오.
  - 주: 귀하가 본 양식을 이메일로 보내실 경우, 주정부 공정심의회 부서 이외의 다른 사람이 귀하의 이메일을 가로챌 위험이 있습니다. 귀하의 요청을 보내기 위해 더 안전한 방법을 사용하는 것을 고려해보십시오.
- **팩스:** 귀하의 재고 요청 검토 결과 통지서와 함께 발송된 양식을 작성해 1-833-281-0903번으로 주정부 공정심의회국에 팩스로 보내십시오. 팩스는 무료입니다.

주정부 공정심의회를 요청하는 데 도움이 필요하신 경우 저희가 도와드릴 수 있습니다. 저희는 무료 언어 서비스를 제공해드릴 수 있습니다. 1-800-605-2556(TTY 711)번으로 전화하십시오.

해당 심의회에서 귀하는 판사에게 귀하가 **Blue Shield Promise**의 결정에 동의하지 않는 이유를 알릴 것입니다. **Blue Shield Promise**는 저희가 어떻게 결정을 내렸는지 판사에게



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. **Blue Shield Promise**는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

알릴 것입니다. 판사가 귀하의 케이스를 결정하는 데 최대 90일이 소요될 수 있습니다. **Blue Shield Promise**는 판사의 결정을 따라야 합니다.

주정부 공정심의회를 개최하는 데 걸리는 시간으로 인해 귀하의 생명, 건강 또는 완전한 기능 능력이 위험해질 수 있기 때문에 **CDSS**가 빠른 결정을 내리기를 원하는 경우, 귀하, 귀하가 위임한 대리인 또는 귀하의 서비스 제공자는 **CDSS**에 연락하여 속결 주정부 공정심의회를 열어 줄 것을 요청할 수 있습니다. **CDSS**는 **Blue Shield Promise**에서 귀하의 전체 케이스 파일을 받은 후 업무일로 최대 3일 이내에 결정을 내려야 합니다.

## 사기, 낭비 및 남용

의료제공자 또는 **Medi-Cal** 가입자가 사기, 낭비 또는 남용을 저질렀다고 의심되는 경우, 비밀 보장이 되는 무료 전화 1-800-822-6222번으로 신고하거나 웹사이트(<https://www.dhcs.ca.gov/>)에 온라인으로 불만 제기를 하는 것은 귀하의 책임입니다.

의료 제공자가 저지르는 사기, 낭비 및 남용은 다음을 포함합니다.

- 의료 기록 조작
- 의료적으로 필요한 것보다 더 많은 약을 처방하는 경우
- 의학적으로 필요한 것보다 더 많은 의료 서비스를 제공
- 제공되지 않은 서비스에 대한 비용 청구
- 전문가가 수행하지 않은 경우 전문 서비스에 대한 비용 청구
- 가입자가 어떤 제공자를 선택하는지 영향을 미치기 위해 가입자에게 무료 또는 할인된 품목과 서비스를 제공
- 가입자가 모르는 사이에 가입자의 주치의를 변경하는 경우

혜택을 받는 사람에 의한 사기, 낭비 및 학대에는 다음이 포함되지만 이에 국한되지는 않음:

- 건강 플랜 ID 카드 또는 **Medi-Cal** 혜택 ID 카드(BIC)의 대여, 판매 또는 제공
- 한 명 이상의 의료제공자에게서 받는 유사한 또는 동일한 치료 또는 약품
- 응급이 아닌 경우 응급실 방문
- 다른 사람의 사회보장번호 또는 건강플랜 ID 번호 이용
- 비의료 관련 서비스, **Medi-Cal**에서 보험적용이 되지 않는 서비스 또는 픽업할 의료 예약 또는 처방전이 없는 경우에 대한 의료 및 비의료 교통편 이용



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. **Blue Shield Promise**는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

사기, 낭비 또는 남용을 신고하려면 이러한 일을 저지른 사람의 이름, 주소 및 ID 번호를 적어 두십시오. 전화번호 또는 의료제공자인 경우 전문 분야 등 해당인에 대해 가능한 한 자세한 정보를 기재하십시오. 발생한 사건의 날짜 및 정확하게 무슨 일이 있었는지 요약해서 적으십시오.

신고할 주소:

Blue Shield Promise Health Plan  
Special Investigations Unit  
3840 Kilroy Airport Way  
Long Beach, CA 90806-2452

또한 규정 준수 헬프라인(1-855-296-9083)에 연중무휴 24시간 전화하거나 [PromiseStopfraud@blueshieldca.com](mailto:PromiseStopfraud@blueshieldca.com)으로 이메일을 보내거나, 온라인으로 [Blueshieldcaexternal.ethicspoint.com](https://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)에 신고할 수 있습니다. 모든 신고는 익명으로 하실 수 있으며 기밀이 보장됩니다.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](https://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

# 7. 권리 및 책임

Blue Shield Promise의 가입자로서 귀하는 특정 권리 및 책임이 있습니다. 본 장에서는 이러한 권리 및 책임에 대해 설명합니다. 또한 이 장에는 **Blue Shield Promise** 가입자로서 귀하가 가지는 권리에 대한 법적 고지도 포함되어 있습니다.

## 귀하의 권리

Blue Shield Promise 가입자로서 귀하의 권리:

- 존중과 존엄성을 바탕으로 치료를 받고, 귀하의 사생활에 대해 배려를 받으며 병력, 정신적 및 신체적 상태 또는 치료, 생식 또는 성 건강과 같은 귀하의 의료 정보의 기밀을 보장받을 권리
- 보장되는 서비스, 의료제공자, 의사, 가입자의 권리와 책임을 포함하여 건강 플랜과 해당 서비스에 대한 정보를 제공받을 권리
- 모든 불만 사항 및 이의 제기 통지를 포함하여 귀하가 선호하는 언어로 완전히 서면으로 번역된 가입자 정보를 받을 권리
- **Blue Shield Promise**의 가입자 권리 및 책임 정책에 대한 권장사항을 제공하기 위해
- **Blue Shield Promise** 네트워크 내에서 주치의를 선택할 수 있는 권리
- 네트워크 의료제공자에게 신속하게 서비스를 받을 수 있는 권리
- 치료를 거부할 권리를 포함해 본인의 건강 관리에 관해 의료제공자와 함께 의사 결정에 참여할 권리
- 조직 또는 귀하가 받은 진료에 대해 구두 또는 서면으로 불만 제기, 재고 요청 또는 이의제기를 할 권리
- 의료 서비스 요청을 **Blue Shield Promise**에서 거부, 지연, 종료 또는 변경하기로 한 결정에 대한 의학적 이유를 알 권리
- 진료 조정을 받을 권리
- 서비스 또는 혜택의 거부, 지연 또는 제한 결정에 재고 요청을 할 권리
- 귀하의 언어로 무료 통역 및 번역 서비스를 받을 권리
- 귀하의 지역 법률 지원 사무소 또는 기타 그룹에서 무료 법적 지원을 요청할 권리
- 사전 의료 지시서를 작성할 권리
- 서비스 또는 혜택이 거절되었고 귀하가 **Blue Shield Promise**에 이미 재고 요청을 접수했지만 여전히 결정에 만족하지 않는 경우 또는 30일이 지나서도 속결



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오.

**Blue Shield Promise**는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.

또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트

[www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

공정심의회가 가능한 상황에 대한 정보를 포함해 귀하의 재고 요청에 대한 결정을 받지 못한 경우, 주정부 공정심의회를 요청할 권리

- **Blue Shield Promise**에서 탈퇴(가입 취소)하고 요청 시 카운티 내 다른 건강 플랜으로 변경할 권리
- 미성년자 동의 서비스를 이용할 수 있는 권리
- 복지 및 기관(W&I)법 조항 **14182(b)(12)**에 따라 그리고 요청 시 요청한 형식에 적합한 형태로 신속하게 다른 형식(예: 점자, 대형 인쇄, 오디오 및 접근 가능한 전자 형식)으로 가입자 정보를 무료로 받을 권리
- 협박, 훈육, 편의 또는 보복의 수단으로 사용되는 제한 또는 고립에서 자유로울 권리
- 비용 또는 보험적용에 상관없이 귀하의 상태 및 이해 능력에 적합한 방식으로 제시된 이용 가능한 치료 선택 및 대안에 대한 정보를 정직하게 의논할 권리
- 귀하의 의료 기록을 이용하고 그 사본을 받을 권리 및 **45 연방 규정집(45 Code of Federal Regulations) §164.524 및 164.526**에서 명시한 대로 그러한 기록을 수정 및 정정하도록 요청할 권리
- 귀하가 **Blue Shield Promise**, 귀하의 의료제공자 또는 주정부로부터 치료를 받는 방식에 불리한 영향을 받지 않고 이러한 권리를 행사할 자유
- 연방법에 따라 **Blue Shield Promise** 네트워크 외에서도 가족계획 서비스, 독립 출산 센터, 연방공인건강센터, 원주민 의료제공자, 조산사 서비스, 농촌 건강 센터, 성매개 감염 서비스 및 응급 치료를 받을 권리
- 비용 또는 혜택 보장과 상관없이 본인의 질환에 대해 적절하거나 의학적으로 필요한 치료 선택에 대한 솔직한 상담을 받을 권리
- 저희가 귀하의 구체적인 필요사항 및 선호사항을 이해하고 지원할 수 있게 도움으로써 귀하의 인종, 민족, 언어 및 성적 지향, 성 정체성 및 대명사 정보를 업데이트할 권리
- 귀하가 선호하는 언어나 대체 형식(예: 오디오, 점자 또는 큰 활자체)으로 작성된 계획 자료를 무료로 받을 권리

## 귀하의 책임

**Blue Shield Promise** 가입자들의 책임:

- 귀하의 의사, 모든 의료제공자 및 직원을 예의와 존중을 갖춰 대할 권리. 귀하는 정시에 방문할 책임이 있으며 취소 또는 예약 변경 시 예약시간 최소 **24시간** 전에 담당의사 사무실로 전화할 책임이 있습니다.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오.

**Blue Shield Promise**는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.

또는 캘리포니아 중계 라인 **711**번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

- 귀하의 모든 의료제공자들 및 **Blue Shield Promise**에 올바른 정보 및 가능한 한 많은 정보를 제공할 책임 귀하는 정기적으로 검진을 받고 건강 문제가 심각하게 되기 전에 이에 대해 귀하의 의사에게 알려야 할 책임이 있습니다.
- 정기적으로 검진을 받고 건강 문제가 심각하게 되기 전에 이에 대해 귀하의 의사에게 이야기해야 할 책임
- 귀하의 의사에게 귀하의 의료적 필요사항에 대해 상의하고, 목표를 개발하고 동의하며, 귀하의 건강 문제를 이해하기 위해 최선을 다하고 양측이 모두 동의한 치료 계획 및 지침에 따를 책임.
- 조직 및 그 의사 및 의료제공자가 진료를 제공하기 위해 필요한 정보(가능한 범위까지)를 제공하기 위해
- 의사들과 동의한 치료에 대한 계획 및 지침을 따를 권리
- 귀하의 건강 문제를 이해하고 가능한 한 상호 합의된 치료 목표 수립에 참여하기 위해
- **Blue Shield Promise**에 의료 서비스 사기 또는 오류를 제보할 책임. 이름을 밝히지 않고도 연중무휴 24시간 운영되는 **Blue Shield Promise** 규정 준수 헬프라인(무료 전화 1-855-296-9083)에 전화하여 제보할 수 있으며, [PromiseStopFraud@blueshieldca.com](mailto:PromiseStopFraud@blueshieldca.com)으로 이메일을 보내거나 캘리포니아주 보건국(DHCS) Medi-Cal 사기 및 남용 핫라인 무료 전화 1-800-822-6222번으로 전화하여 제보할 수 있습니다.
- 응급 상황인 경우나 또는 귀하의 의사의 지시에 따라 응급실을 이용해야 할 책임.
- 조직 및 소속 의료진 및 의료제공자가 진료를 제공하기 위해 필요한 정보(가능한 범위까지)를 제공할 책임
- 담당 의료진과 합의한 치료 계획 및 지침을 따를 책임

## 차별 금지 공지

차별은 위법입니다. **Blue Shield Promise**는 주 및 연방 민권법을 준수합니다.

**Blue Shield Promise**는 성, 인종, 피부색, 종교, 혈통, 출신 국가, 민족 집단 정체성, 연령, 정신 장애, 신체 장애, 의학적 상태, 유전자 정보, 결혼 여부, 성별, 성 정체성 또는 성적 지향에 따라 사람들을 불법적으로 차별하거나, 제외하거나 다르게 대우하지 않습니다.

**Blue Shield Promise**는 다음을 제공합니다.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오.

**Blue Shield Promise**는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.

또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

- 장애가 있는 사람들이 보다 효과적으로 의사소통할 수 있도록 다음과 같은 적시의 무료 지원 및 서비스:
  - 자격 있는 수화 통역사
  - 다른 형식으로 작성된 서면 정보(대형 활자 인쇄본, 오디오, 이용 가능한 전자 형식 및 기타 형식)
- 주 사용 언어가 영어가 아닌 사람들에게 적시에 제공되는 무료 언어 서비스:
  - 자격 있는 통역사
  - 다른 언어로 번역된 정보

이러한 서비스가 필요한 경우 1-800-605-2556번으로 오전 8시부터 오후 6시 사이에 Blue Shield Promise에 전화하십시오. 또는 듣거나 말하는 데 어려움이 있는 경우 711번으로 전화해 캘리포니아주 릴레이 서비스를 이용하십시오. 요청하시면 이 문서는 점자, 대형 활자 인쇄본, 오디오 카세트, 또는 전자 형식으로 제공해 드릴 수 있습니다. 이러한 대체 형식으로 사본을 받고자 하는 경우, 다음으로 전화 주시거나 서신을 보내주시면 됩니다.

#### Blue Shield of California Promise Health Plan

고객 서비스

3840 Kilroy Airport Way  
Long Beach, CA 90806-2452

#### 불만 접수 방법

Blue Shield Promise가 이러한 서비스를 제공하지 않았거나 성별, 인종, 피부색, 종교, 혈통, 출신 국가, 인종 집단 정체성, 나이, 정신 장애, 신체 장애, 건강 상태, 유전 정보, 혼인 여부, 성별, 성 정체성, 성적 지향 등을 이유로 다른 방식으로 불법적으로 차별을 했다면 Blue Shield of California Promise Health Plan 민권 코디네이터에게 불만을 접수할 수 있습니다. 귀하는 전화, 우편, 직접 방문 또는 온라인으로 이의제기를 하실 수 있습니다.

- **전화:** Blue Shield of California Promise Health Plan 민권 코디네이터에게 월요일부터 금요일 사이에 1-800-605-2556번으로 전화해 주십시오. 또는 듣거나 말하는 데 어려움이 있는 경우 711번으로 전화해 캘리포니아주 릴레이 서비스를 이용하십시오.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

- **우편:** 불만 제기 양식 또는 서신을 작성하여 다음 주소로 우편으로 보내십시오.  
Blue Shield of California Promise Health Plan Civil Rights Coordinator  
Blue Shield Promise Health Plan  
Civil Rights Coordinator  
3840 Kilroy Airport Way  
Long Beach, CA 90806-2452
- **직접 방문:** 귀하의 의사 진료소 또는 Blue Shield Promise를 방문하셔서 이의제기를 원한다고 말씀하십시오.
- **온라인:** Blue Shield Promise 웹사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)를 방문하십시오.

### 민권 사무실(OFFICE OF CIVIL RIGHTS) - 캘리포니아주

### 보건국(CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES)

또한 전화, 우편 또는 온라인으로 캘리포니아주 보건국(DHCS) 민권 사무실로 인권 불만 제기를 하실 수 있습니다.

- **전화:** 1-916-440-7370번으로 전화하십시오. 말하거나 듣는 데 어려움이 있으신 경우 711(통신중계서비스)번으로 전화하십시오.
- **우편:** 불만 제기 양식 또는 서신을 작성하시고 다음의 주소로 발송해주십시오.  
Department of Health Care Services  
Office of Civil Rights  
P.O. Box 997413, MS 0009  
Sacramento, CA 95899-7413

불만 제기 양식은 [https://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](https://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)에서 이용 가능합니다.

- **온라인:** [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)로 이메일을 보내십시오.

### 인권국 - 미국 보건 사회복지부

만약 귀하가 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별에 따라 차별받았다고 생각하시는 경우, 귀하는 또한 미국 보건 사회복지부 인권국에 전화, 우편 또는 온라인으로 인권 불만 제기를 하실 수 있습니다.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오.  
Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.  
또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

- **전화:** 1-800-368-1019번으로 전화하십시오. 말하거나 듣는 데 어려움이 있는 경우 TTY 1-800-537-7697 또는 711번으로 전화하여 캘리포니아주 릴레이 서비스를 이용하십시오.
- **우편:** 불만 제기 양식 또는 서신을 작성하시고 다음의 주소로 발송해주십시오.  
U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

불만 제기 양식은 <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>에서 이용 가능합니다.

- **온라인:** 민권 사무소 불만 제기 포털 사이트 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp>를 방문하십시오.

## 가입자로서 참여하는 방법

Blue Shield Promise는 귀하의 의견을 듣고자 합니다. 매 사분기에

Blue Shield Promise에서는 잘 운영되고 있는 부분 및 Blue Shield Promise가 향상될 수 있는 방법에 대해 토론할 수 있는 미팅을 개최합니다. 가입자라면 누구나 참석하실 수 있습니다. 오셔서 함께 해주십시오!

### Blue Shield Promise 커뮤니티 자문 운영위원회, 공공 정책 위원회, 품질 개선 및 건강 평등 위원회

Blue Shield Promise에는 Blue Shield Promise 커뮤니티 자문 운영위원회, 공공 정책 위원회 및 품질 개선 및 건강 평등 위원회라고 하는 3개의 그룹이 있습니다. 이들 위원회는 가입자, Blue Shield Promise 직원, 커뮤니티 기관 및 의료제공자로 구성됩니다. 귀하가 원하시는 경우 이러한 그룹에 가입하실 수 있습니다. 해당 그룹에서는 Blue Shield Promise 정책들을 개선할 수 있는 방법에 대해 의견을 나누고 아래와 같은 업무를 담당합니다.

- 가입자 및 건강 보험 프로그램에 대해 논의
- 문화 및 언어 서비스에 대한 의견 제공
- 건강 형평성 주제
- 지역사회와 건강 정보 공유



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

- 건강 플랜 및 가입자에게 영향을 미치는 정책 문제에 대해  
Blue Shield Promise 이사회에 조언 제공

이 그룹에 참여하고자 하시는 경우 1-800-605-2556(TTY 711)번으로 전화하십시오. 다른 참여 방법에 대해 자세히 알아보시려면

온라인으로 <https://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members/member-resources/committees>에서 Blue Shield Promise Connect를 방문하십시오.

## L.A. Care 지역 커뮤니티 자문위원회(Regional Community Advisory Committees, RCAC)

L.A. Care는 로스앤젤레스에 8개의 지역 커뮤니티 자문위원회(RCAC)를 두고 있습니다. 로스앤젤레스 카운티(RCAC는 '랙'으로 발음됩니다). 이 그룹은 L.A. Care 가입자, 의료제공자 및 의료 서비스 지지자들로 구성되어 있습니다. 그들의 목적은 지역사회 목소리를 LA Care 이사회에 전달하여 의료 서비스 프로그램이 가입자들의 니즈를 충족할 수 있는 방향으로 안내하는 것입니다. 이 그룹은 LA Care 정책을 개선하는 방법에 대해 논의하고 다음을 담당합니다.

- L.A. Care가 귀하의 지역에 거주하는 사람들에게 영향을 줄 수 있는 의료 서비스 문제를 이해하는 데 도움을 제공
- 로스앤젤레스 카운티 전역의 11개 RCAC 지역에서 LA Care의 눈과 귀 역할
- 귀하의 커뮤니티에 있는 사람들에게 건강 정보 제공

이 그룹에 참여하고 싶은 경우 LA Care 고객 서비스에 1-888-522-2732(TTY 711)번으로 전화하십시오.

## L.A. Care 행정위원회 회의

행정위원회는 L.A. Care의 정책을 결정합니다. 누구라도 이 회의에 참석할 수 있습니다. 행정위원회는 매달 첫 번째 목요일 오후 2시에 소집됩니다. 행정위원회에 대한 더 자세한 정보 및 일정 업데이트는 [lacare.org](http://lacare.org)에서 찾아보실 수 있습니다.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

## 개인정보 보호정책 고지문

Blue Shield Promise 의료 기록 기밀 보장 정책 및 절차에 대한 설명서를 받아볼 수 있으며 요청 시 귀하에게 제공됩니다.

귀하가 민감한 서비스에 동의할 수 있는 나이가 되고 능력을 갖춘 경우 민감한 서비스를 받거나 민감한 서비스에 대한 청구서를 제출하기 위해 다른 가입자의 승인을 받을 필요가 없습니다. 민감한 서비스에 대해 자세히 알아보려면 이 안내서 제3장의 '민감한 진료'를 참고하십시오.

민감한 서비스에 대한 통신을 귀하가 선택한 다른 우편 주소, 이메일 주소 또는 전화번호로 보내달라고 Blue Shield Promise에 요청할 수 있습니다. 이를 '기밀 통신 요청'이라고 부릅니다. 귀하가 치료에 동의하는 경우 Blue Shield Promise는 귀하의 서면 승인 없이 귀하의 민감한 진료 서비스에 대한 정보를 다른 사람에게 제공하지 않습니다. 귀하가 우편 주소, 이메일 주소 또는 전화번호를 제공하지 않는 경우 Blue Shield Promise는 귀하의 이름이 기재된 통신문을 기록에 있는 주소 또는 전화번호로 보낼 것입니다.

Blue Shield Promise는 귀하가 요청한 방식과 형식으로 기밀 통신을 하고자 하는 귀하의 요청을 존중합니다. 또는 귀하가 요청한 방식과 형식으로 통신이 쉽게 이루어지도록 합니다. 저희는 귀하가 선택한 다른 장소로 보내드릴 것입니다. 귀하의 기밀 통신 요청은 귀하가 이를 취소하거나 새로운 기밀 통신 요청을 제출할 때까지 지속됩니다.

기밀 통신 요청을 하려면 1-800-605-2556(TTY 711)번을 이용해 Blue Shield Promise 고객센터 서비스에 문의하십시오.

귀하의 의료 정보를 보호하기 위한 정책 및 절차에 대한 Blue Shield Promise의 설명('개인 정보 보호 정책 고지문'이라고 함)은 다음과 같습니다. 귀하는 다음 웹사이트에서 온라인으로 전체 개인정보 보호정책 고지문에 액세스할 수 있습니다.

<https://www.blueshieldca.com/en/bsp/about-blue-shield-promise-health-plan/notice-of-privacy-practice>

Blue Shield Promise 의료 기록 기밀 보장 정책 및 절차에 대한 설명서를 받아볼 수 있으며 요청 시 귀하에게 제공됩니다.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객센터에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](https://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

본 고지문은 귀하에 관한 의료 정보가 이용 및 공개될 수 있는 방법과 귀하가 이 정보에 액세스할 수 있는 방법을 설명합니다. 다음을 주의깊게 검토하십시오.

### 귀하의 권리

귀하의 건강 정보에 관해 귀하는 특정 권리가 있습니다.

이 섹션에서는 귀하의 권리와 귀하를 돕기 위한 저희의 책임에 대해 설명합니다.

### 귀하의 건강 기록 및 청구 기록 사본을 받을 권리

- 귀하는 귀하의 건강 및 청구 기록 및 저희가 귀하에 대해 보유하고 있는 기타 건강 정보를 열람하거나 사본을 요청할 수 있습니다. 이 방법과 관련하여 저희에게 문의하십시오.
- 저희는 보통 귀하의 건강 및 청구 기록의 사본 또는 요약물 보통 요청하신 후 30 일 이내에 제공합니다. 저희는 합리적이며 실제 비용에 근거한 수수료를 부과할 수 있습니다.

### 건강 기록 및 청구 기록 수정을 저희에게 요청할 권리

- 귀하는 귀하의 건강 기록 및 청구 기록이 부정확하거나 불완전하다고 생각하는 경우 이를 수정하도록 저희에게 요청할 수 있습니다. 이 방법과 관련하여 저희에게 문의하십시오.

저희는 귀하의 요청에 '아니요'라고 할 수 있습니다. 그러나 저희는 그 이유에 대해 60 일 이내에 서면으로 귀하에게 설명해드릴 것입니다.

### 기밀 통신을 요청할 권리

- 귀하는 저희에게 특정한 방법(예를 들어 집 또는 사무실 전화)으로 연락하거나 우편물을 다른 주소로 보내도록 요청하실 수 있습니다.
- 저희는 모든 합리적인 요청을 고려할 것입니다.

### 저희가 이용 또는 공유하는 정보를 제한하도록 요청할 권리

- 귀하는 치료, 지급 또는 저희의 운영에 대한 특정 건강 정보를 이용 또는 공유하지 않도록 요청할 수 있습니다.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

- 저희는 귀하의 요청에 동의해야 할 필요는 없습니다. 그리고 그것이 귀하의 치료에 영향을 끼칠 경우 저희는 '아니요'라고 할 수 있습니다.

#### 정보를 공유한 사람들의 목록을 받을 권리

- 귀하는 귀하가 요청한 날짜로부터 지난 6년 동안 저희가 귀하의 건강 정보를 누구와 어떤 이유로 공유했는지에 대한 목록(내역)을 요청하실 수 있습니다.
- 치료, 지급 및 의료 서비스 운영에 관한 것을 제외한 모든 공개 및 특정한 다른 공개(귀하가 저희에게 공개를 요청한 경우와 같은)를 포함합니다. 1년에 1회의 내역을 무료로 제공하지만 귀하가 12개월 이내에 다시 요청하시는 경우 합리적이며 실제 비용에 근거한 수수료를 청구할 것입니다.

#### 본 개인 정보 보호 고지 사본을 받을 권리

- 귀하가 고지문을 전자적으로 받기로 동의했다 하더라도, 귀하는 언제라도 본 고지문의 종이 사본을 요청하실 수 있습니다. 저희는 즉시 귀하에게 종이 사본을 제공할 것입니다.

#### 귀하를 대신할 사람을 선택할 권리

- 귀하가 누군가에게 의료 위임장을 줬거나 누군가가 귀하의 법적 후견인인 경우, 그 사람은 귀하의 권리를 행사하고 귀하의 건강 정보에 관한 결정을 내릴 수 있습니다.
- 저희는 어떤 행동을 취하기 전에 그 사람에게 이러한 권한이 있고 귀하를 대신할 수 있는지 확인할 것입니다.

#### 귀하의 권리가 침해되었다고 생각될 때 불만을 제기할 권리

- 저희에게 연락해 저희가 귀하의 권리를 침해했다고 생각되는 경우 불만을 제기하실 수 있습니다.
  - 미국 보건복지부(U.S. Department of Health and Human Services) 민권국(Office for Civil Rights)에 불만을 제기하려면 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201로 서신을 보내거나, 1-877-696-6775번으로 전화해 주십시오.
- 또는 <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>를 방문해 주십시오.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.

또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

- 저희는 귀하께서 불만 제기를 하신다는 이유로 이에 대해 보복 행위를 취하지 않습니다.

### 귀하의 선택

특정 건강 정보의 경우 귀하는 저희가 공유하는 정보에 대한 귀하의 선택을 저희에게 알려주실 수 있습니다.

귀하가 아래에 설명한 상황에서 저희가 귀하의 정보를 공유하는 방법에 대해 분명한 선호 사항이 있으신 경우 저희에게 알려주십시오. 원하시는 바를 말씀해 주시면, 저희가 따르겠습니다.

귀하의 지시.

다음과 같은 경우 귀하는 저희에게 다음 사항을 요구할 권리 및 선택권이 모두 있습니다.

- 귀하의 가족, 가까운 친구 또는 귀하의 치료 비용 지급에 관련된 다른 사람과 정보 공유
- 재난 구호 상황에서 정보 공유

예를 들어, 귀하가 의식불명인 경우와 같이 귀하가 저희에게 선호 사항을 이야기하실 수 없는 경우, 귀하의 최선의 이익에 해당한다고 판단되면 귀하의 정보를 공유할 수 있습니다. 저희는 또한 건강 또는 안전에 대한 심각하고 즉각적인 위협을 줄이기 위해 필요한 경우 귀하의 정보를 공유할 수 있습니다.

다음과 같은 경우, 귀하가 저희에게 서면으로 허가를 한 경우를 제외하고 귀하의 정보를 절대 공유하지 않습니다.

- 마케팅 목적
- 귀하의 정보 판매

### 당사 정보 이용 및 공개

저희가 귀하의 건강 정보를 일반적으로 이용 또는 공유하는 방식

저희는 일반적으로 귀하의 건강 정보를 다음과 같은 방식으로 이용 또는 공유합니다.

### 귀하가 받는 의료 치료 관리를 돕는 경우

저희는 귀하의 건강 정보를 이용하고 귀하를 치료하는 전문의와 공유할 수 있습니다.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

**예:** 의사가 귀하의 진단과 치료 계획에 관한 정보를 저희가 추가적인 서비스를 마련할 수 있도록 저희에게 보냅니다.

#### 당사 조직 운영

저희는 저희 조직을 운영하기 위해 귀하의 정보를 이용 및 공개할 수 있으며 필요 시 귀하에게 연락할 수 있습니다.

저희는 귀하에게 혜택을 제공할 것인지 여부 및 해당 혜택에 대한 가격을 결정하기 위해 유전 정보를 이용할 수 없습니다. 이 사항은 장기 요양 치료 플랜에는 적용되지 않습니다.

**예:** 저희는 귀하를 위한 더 나은 서비스를 개발하기 위해 귀하에 관한 건강 정보를 이용합니다.

#### 귀하의 의료 서비스 비용 지불

저희는 귀하의 의료 서비스에 대해 비용을 지불할 때 귀하의 건강 정보를 이용 및 공개할 수 있습니다.

**예:** 저희는 귀하의 치과 진료 비용 지급을 조정하기 위해 귀하의 치과 플랜과 귀하에 관한 정보를 공유합니다.

#### 귀하의 건강플랜을 운영

저희는 플랜 운영을 위해 귀하의 건강플랜 후원자에게 귀하의 건강 정보를 공개할 수 있습니다.

**예:** 귀하의 회사는 건강플랜 제공을 위해 저희와 계약을 하고 저희는 귀하의 회사에 저희가 청구하는 보험료를 설명하기 위해 특정 통계를 제공합니다.

#### 당사 정보 이용 및 공개

##### 저희가 귀하의 건강 정보를 다른 방식으로 사용하거나 공유할 수 있는 방식

저희는 공중 보건이나 연구와 같이 공공의 이익에 기여하는 방식으로 귀하의 정보를 공유할 수 있으며 공유해야 할 의무가 있습니다. 저희는 이러한 목적을 위해 저희가 귀하의 정보를 공유할 수 있기 전에 법률상의 많은 조건을 충족해야 합니다. 더 많은



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오.  
Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.  
또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

정보를 알아보시려면 [hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.html](https://hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.html) 을 참조하십시오.

### 공중 보건 및 안전 문제 지원

저희는 다음과 같은 특정한 상황에서 귀하 건강 정보를 공유할 수 있습니다.

- 질병 예방
- 제품 리콜 지원
- 약 거부 반응 보고
- 학대, 방임 또는 가정 폭력이 의심될 때 이를 보고
- 누군가의 건강 또는 안전에 심각한 위협이 발생하는 것을 예방 또는 경감

### 연구 활동

저희는 건강 연구를 위해 귀하의 정보를 이용 또는 공유할 수 있습니다.

### 법률 준수

주 또는 연방 법률이 요구하는 경우 귀하에 관한 정보를 공유할 수 있습니다. 여기에는 보건복지부(Department of Health and Human Services)가 저희가 연방 개인정보 보호법을 준수하는지 확인하고자 할 때 해당 부처와의 정보 공유도 포함됩니다.

### 장기 및 조직 기증 요청에 대한 응답 및 법의관 또는 장의사와 협력

- 저희는 장기 조달 기관과 귀하의 건강 정보를 공유할 수 있습니다.
- 저희는 개인이 사망한 경우 검시관, 법의관 또는 장의사와 건강 정보를 공유할 수 있습니다.

### 산재 보상, 법률 집행, 다른 정부기관 요청에 대응

저희는 다음과 같이 귀하의 건강 정보를 이용 또는 공유할 수 있습니다.

- 산재 보상 청구
- 법률 집행 목적 또는 법률 집행 관계자와 함께
- 법률이 승인한 활동을 위해 건강 감독 기관과 함께
- 군대, 국가 안보 및 대통령 등 특별 정부 기능을 위해



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](https://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

## 보호 서비스

### 소송 및 법적 조치에 대응

저희는 법정 또는 행정 명령에 대응하거나 소환장에 응하기 위해 귀하의 건강 정보를 공유할 수 있습니다.

### 아웃리치, 가입, 진료 조정 및 케이스 관리 수행

저희는 귀하의 정보를 홍보, 가입, 진료 조정 및 케이스 관리와 같은 이유로 **Covered California** 와 같은 다른 정부 혜택 프로그램과 공유할 수 있습니다.

### DHCS 결정에 대한 재고 요청

귀하 또는 귀하의 의료제공자가 귀하의 의료 서비스에 대한 **DHCS** 결정에 재고 요청을 하는 경우 저희는 귀하의 정보를 공유할 수 있습니다.

### 전체 범위 **Medi-Cal** 신청

귀하가 전체 범위 **Medi-Cal** 혜택을 신청하는 경우, 저희는 미국 이민국(USCIS)을 통해 귀하의 이민 신분을 확인해야 합니다.

### 관리 의료 플랜 가입

귀하가 새로운 관리 의료 플랜에 가입하는 경우, 저희는 진료 조정과 같은 이유로 그리고 귀하가 제때에 서비스를 받을 수 있는지 확인하기 위해 귀하의 정보를 해당 플랜과 공유할 수 있습니다.

### 당사 프로그램 운영

저희는 저희가 프로그램을 관리하는 데 도움을 주는 저희의 계약자 및 에이전트들과 귀하의 정보를 공유할 수 있습니다.

### 특별법 준수

정신 건강 서비스, 약물 사용 장애 치료 및 **HIV/AIDS** 검사 및 치료와 같은 일부 건강 정보 유형을 보호하는 특별법이 있습니다. 저희는 이 고지보다 더 엄격한 법이 시행될 경우 이를 준수할 것입니다.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오.  
**Blue Shield Promise**는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시  
 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.  
 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트  
[www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

**특정 유형의 의료 정보:**

일부 유형의 정보 이용 및 공개에는 더욱 엄격한 요건이 있습니다. 예를 들어, 정신 건강 및 약물 사용 장애 환자 정보, HIV 검사 결과 등이 있습니다. 그러나 이러한 유형의 정보도 귀하의 승인 없이 이용 또는 공개될 수 있는 상황이 여전히 존재합니다.

**학대 또는 방임:**

법률에 의해 저희는 학대, 방임 또는 가정 폭력에 대한 의심 피해자를 파악하거나, 의심되는 노인 학대 또는 방임을 신고하기 위해 적절한 당국에 귀하의 의료 정보를 공개할 수 있습니다.

**수감자:**

저희가 귀하에게 본 고지를 제공하도록 한 연방법에 따르면, 수감자들은 다른 개인들과 동일한 수준의 자신의 의료 정보에 대한 통제권을 갖지 못합니다. 귀하가 교정 기관의 수감자 또는 법률 집행 관리에 의해 구류 중인 경우, 저희는 귀하의 의료 정보를 귀하 및 다른 사람의 건강 또는 안전을 보호하는 등의 특정 목적을 위해 교정 기관 또는 법률 집행 기관에 공개할 수 있습니다.

**귀하의 의료 정보의 모든 다른 이용 및 공개는 귀하의 사전 서면 승인이 필요합니다.**

위에서 설명한 이용 및 공개를 제외하고, 저희는 귀하의 서면 승인 없이 귀하의 의료 정보를 이용 또는 공개하지 않습니다. 저희가 특정 목적을 위해 귀하의 의료 정보를 이용 또는 공개하기 위해 승인이 필요하고 귀하가 이를 승인한 경우, 귀하는 저희에게 언제든지 서면으로 통지하여 해당 승인을 철회할 수 있습니다. 귀하의 철회는 저희가 철회 요청을 받기 전에 이미 발생한 귀하의 의료 정보 사용 또는 공개에 대해서는 소급 적용되지 않음을 유의하시기 바랍니다.

**저희의 책임**

- 저희는 법률에 의해 귀하의 보호 대상 건강 정보의 기밀 보호 및 보안을 유지해야 합니다.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

- 저희는 귀하의 개인 정보 보호 및 보안이 위태로울 수 있는 위반이 발생한 경우 귀하에게 즉시 알려드립니다.
  - 저희는 본 고지문에 설명된 의무 및 개인 정보 보호 관행을 준수해야 하며 귀하에게 고지문 사본을 제공해야 합니다.
  - 귀하가 저희에게 서면으로 허가를 한 경우를 제외하고 저희는 여기에 설명된 것 이외에 귀하의 정보를 이용 또는 공유하지 않습니다. 귀하가 저희에게 허가한 경우, 귀하는 언제든지 마음을 바꿀 수 있습니다. 귀하가 마음을 바꾼 경우 서면으로 저희에게 알려주십시오.
- 더 많은 정보가 필요하시면 다음을 참고해 주십시오.

[hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](https://hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

#### 본 고지의 약관 변경

저희는 본 고지의 조건을 변경할 수 있으며 변경사항은 저희가 귀하에 관해 보유하고 있는 모든 정보에 적용됩니다. 새로운 고지는 요청 시 저희 웹사이트에서 확인하실 수 있으며 귀하에게 사본을 우편으로 보내드릴 것입니다.

효력발생일: 2025/05/21

본 고지에 대해 질문이 있거나 저희의 개인 정보 보호정책에 불만 제기를 원하시는 경우, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 저희 고객 서비스에 1-855-699-5557 TTY 711 번으로 전화하거나 1-855-296-9086 번으로 Blue Shield Promise 핫라인에 전화해 저희에게 알려주십시오.

귀하는 또한 Blue Shield of California Promise Health Plan 개인 정보 보호실(주소: P.O. Box 272540, Chico, CA 95927-2540)에 서신을 보내거나

[privacy@blueshieldca.com](mailto:privacy@blueshieldca.com)으로 이메일을 보내실 수도 있습니다.

또한 귀하는 다음 기관에 통지할 수 있습니다.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](https://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

- 보건복지부(Department of Health and Human Services)  
Office for Civil Rights Attention: Regional Manager  
90 7th Street, Suite 4-100, San Francisco, CA 94103.  
또는 추가 정보를 알아보시려면 1-800-368-1019 번으로 전화하십시오.  
또는 전화: 미국 민권 사무실 1-866-OCR-PRIV(1-866-627-7748) 또는  
TTY 1-800-537-7697.
- 캘리포니아주 보건의료서비스국 개인 정보 보호 담당관(Department of Health Care Services (DHCS) Privacy Officer):  
C/O Office of HIPAA Compliance DHCS  
P.O. Box 997413, MS 4721, Sacramento, CA 95899-7413.  
이메일: [DHCSPrivacyOfficer@dhcs.ca.gov](mailto:DHCSPrivacyOfficer@dhcs.ca.gov)  
전화: 1-916-445-4646. 팩스: 1-916-440-7680.  
웹사이트: <https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/default.aspx>

귀하가 저희의 개인정보 보호정책에 관한 불만을 제기하시더라도 저희는 이에 대한 보복 조치를 취하지 않습니다.

## 법률에 관한 통지

많은 법률이 본 가입자 안내서에 적용됩니다. 이러한 법률들이 본 안내서에 포함되지 않았거나 설명되지 않았더라도 귀하의 권리와 책임에 영향을 줄 수 있습니다. 본 안내서에 적용되는 주된 법률은 **Medi-Cal** 프로그램에 관한 주정부 및 연방 법률들입니다. 다른 연방 및 주 법률 또한 적용될 수 있습니다.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오.  
Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시  
사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.  
또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트  
[www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

## 최후의 지불자로서의 Medi-Cal, 기타 건강 보험(OHC) 및 불법 행위 배상금 환수에 대한 고지

Medi-Cal 프로그램은 가입자에 대한 의료 서비스에 대한 제3자의 법적 책임과 관련된 주 및 연방법 및 규정을 따릅니다. Blue Shield Promise는 Medi-Cal 프로그램이 최종 지불자가 되도록 하기 위해 모든 합리적인 조치를 취합니다.

Medi-Cal 가입자에게는 민간 건강 보험인 기타 건강 보험(OHC)이 있을 수 있습니다. OHC가 있는 Medi-Cal 가입자는 Medi-Cal 혜택을 이용하기 전에 반드시 보험적용이 되는 서비스에 대해 OHC를 이용해야 합니다. Medi-Cal 자격 조건으로, 본인 부담 없이 이용 가능한 모든 OHC가 있을 경우 반드시 신청하거나 유지해야 합니다.

연방법 및 주법에 따라 Medi-Cal 가입자는 OHC 및 기존 OHC에 대한 변경 사항을 보고해야 합니다. OHC를 적시에 보고하지 않는 경우, 실수로 지불된 모든 혜택에 대해 DHCS에 상환해야 할 수 있습니다. OHC를 <http://dhcs.ca.gov/OHC>에 온라인으로 제출하십시오.

인터넷을 이용할 수 없는 경우 1-800-605-2556(TTY 711)번으로 전화해 Blue Shield Promise에 OHC를 보고할 수 있습니다. 또는 DHCS OHC 처리 센터에 1-800-541-5555(TTY 1-800-430-7077 또는 711) 또는 1-916-636-1980번으로 전화할 수 있습니다.

다음은 OHC로 간주되지 않는 보험의 일부 목록입니다.

- 자동차 보험에 의거한 개인 부상 및/또는 의료 지불 보험. 주: 아래의 개인 부상 및 산재 보상 프로그램에 대한 통지 요구 사항을 읽어보십시오.
- 생명보험
- 산재 보상
- 주택 소유자 보험
- 우산 보험(초과책임보험)
- 사고 보험
- 소득 대체 보험(예: Aflac)

DHCS는 Medi-Cal이 일차적인 지급자가 아닌 보험적용이 되는 Medi-Cal 서비스에 대해 환급을 받을 권리 및 책임이 있습니다. 예를 들어, 귀하가 교통사고를 당했거나 직장에서



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

부상을 당한 경우, 자동차 또는 산재 보험은 귀하의 의료에 대해 먼저 비용을 지불하거나 Medi-Cal이 서비스에 비용을 지불한 경우 Medi-Cal에게 환급해야 할 수 있습니다.

귀하가 부상을 입었고 다른 당사자가 귀하의 부상에 책임이 있는 경우 귀하 또는 귀하의 법적 대리인은 법적 조치 또는 클레임을 제기한 후 30일 이내에 DHCS에 알려야 합니다. 귀하의 통지를 온라인으로 다음 주소로 제출하십시오.

- 개인 부상 프로그램: <https://dhcs.ca.gov/PIForms>
- 산재 보상 환수 프로그램: <https://dhcs.ca.gov/WC>

자세한 내용을 알아보려면 DHCS 제3자 책임 및 환수 부서 웹사이트(<https://dhcs.ca.gov/tplrd>)를 방문하거나 1-916-445-9891로 전화하십시오.

## 재산 회복에 관한 고지

Medi-Cal 프로그램은 55세 생일이나 그 이후에 받은 Medi-Cal 혜택에 대해 특정 사망한 가입자의 공증된 유산으로부터 상환 받도록 해야 합니다. 상환에는 요양 시설 서비스, 가정 및 지역사회 기반 서비스, 가입자가 요양 시설에 입원했었거나 가정 및 지역사회 기반 서비스를 받았다면 관련 병원 및 받은 처방약 서비스 등에 대한 진료행위별 수가 및 관리 의료 보험료 또는 환자 단위 일정 수가가 포함됩니다. 상환액은 가입자의 공증된 유산 금액을 초과할 수 없습니다.

자세한 내용을 알아보려면 DHCS 재산 회복 프로그램 웹사이트(<https://dhcs.ca.gov/er>)를 방문하시거나 1-916-650-0590번으로 전화하십시오.

## 결정 통지서

Blue Shield Promise는 Blue Shield Promise가 의료 서비스에 대한 요청을 거절, 지연, 종료 또는 변경할 경우 언제든지 귀하에게 결정 통지서(Notice of Action, NOA)를 보내드립니다. Blue Shield Promise의 결정에 동의하지 않는 경우 언제든지 Blue Shield Promise에 재고 요청을 할 수 있습니다. 귀하의 재고 요청에 대한 중요한 정보를 알아보시려면 이 안내서 제6장의 '재고 요청' 섹션을 참조하십시오.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

Blue Shield Promise는 귀하에게 NOA를 보내며 귀하가 저희가 내린 결정에 동의하지 않을 경우 귀하가 가진 모든 권리를 알려드립니다.

### 통지서의 내용

Blue Shield Promise가 귀하의 서비스 전부 또는 일부에 대한 거절, 지연, 변경, 종료, 정지 또는 축소를 의학적 필요성에 근거하여 결정하는 경우, 귀하의 NOA에는 다음 내용이 반드시 포함되어야 합니다.

- Blue Shield Promise가 취하려는 조치에 대한 설명
- Blue Shield Promise의 결정 이유에 대한 명확하고 간결한 설명
- Blue Shield Promise가 사용한 규칙을 포함한 Blue Shield Promise가 결정한 방식
- 결정에 대한 의학적 이유 Blue Shield Promise는 귀하의 상태가 관련 규정 또는 지침을 충족하지 않는 이유를 명확히 설명해야 합니다.

### 번역

Blue Shield Promise는 모든 불만 사항 및 재고 요청 통지를 포함하여 서면으로 된 가입자 정보를 선호하는 언어로 완전히 번역하여 제공해야 합니다.

완전히 번역된 통지서에는 Blue Shield Promise가 의료 서비스에 대한 요청을 거부, 지연, 변경, 종료, 유예 또는 축소하기로 한 결정에 대한 의학적 이유가 반드시 포함되어야 합니다.

선호하는 언어로 된 번역이 제공되지 않는 경우, Blue Shield Promise는 귀하가 제공받는 정보를 이해할 수 있도록 귀하가 선호하는 언어로 구두 지원을 제공해야 합니다.

## 기밀 통신 요청에 대한 공지

민감한 서비스를 받기로 동의한 가입자는 민감한 서비스를 받기 위해 다른 가입자나 계약자의 승인을 얻거나 민감한 서비스에 대한 클레임을 제출할 필요가 없습니다.

Blue Shield Promise는 민감한 서비스와 관련한 안내를 가입자가 별도로 지정한 대체 우편 주소, 이메일 주소 또는 전화번호로 발송하며, 이러한 지정 정보가 없는 경우에는 가입자의 이름으로 등록된 주소 또는 전화번호로 전달합니다. Blue Shield Promise는 치료를 받는 가입자의 서면 승인 없이 민감한 서비스와 관련된 의료 정보를 다른 가입자나 보험 계약자에게 공개하지 않습니다. Blue Shield Promise는 요청된 형식과 방식으로 즉시 제공할 수 있는 경우, 해당 요청에 따라 기밀 통신에 대한 요청을



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오.  
Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.  
또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

수용합니다. 또한 필요 시 대체 장소에서의 안내도 제공합니다. 민감한 서비스와 관련된 가입자의 보안 커뮤니케이션 요청은 가입자가 요청을 취소하거나 보안 커뮤니케이션에 대한 새로운 요청을 제출할 때까지 유효합니다.

기밀 통신 요청은 이 페이지 하단에 있는 우편 주소, 이메일 주소 또는 팩스 번호로 **Blue Shield Promise**에 서면으로 제출할 수 있습니다. 가입자는 기밀 통신 요청 양식을 작성하여 기밀 통신을 요청할 수 있지만 필수는 아닙니다.

1-800-605-2556(TTY 711)번을 이용해 고객 서비스에 전화해 도움을 요청하고 양식을 우편으로 보내달라고 요청하십시오. 또한 웹사이트

[www.blueshieldca.com/en/bsp/about-blue-shield-promise-health-plan/confidential-communications](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/about-blue-shield-promise-health-plan/confidential-communications)에서 온라인으로 양식을 찾아 다운로드할 수도 있습니다.

다음 옵션 중 하나를 사용하여 작성 및 서명된 양식을 **Blue Shield of California Privacy Office**에 보낼 수 있습니다.

- 우편: Blue Shield of California Privacy Office, PO Box 272540, Chico CA, 95927-2540
- 이메일: [privacy@blueshieldca.com](mailto:privacy@blueshieldca.com)
- 팩스: 1-800-201-9020

이메일이나 팩스로 받은 경우, 기밀 통신 요청은 수령 후 7일 이내에 적용됩니다. 일반 우편으로 접수된 경우 귀하의 요청은 수령일로부터 14일 이내에 적용됩니다. 귀하의 요청에 관해 당사에 연락하시면 **Blue Shield Promise**는 귀하의 기밀 통신 요청이 접수되었음을 확인하고 귀하의 요청 상태를 알려드립니다.

기밀 통신 요청은 기밀 통신을 요청하는 가입자의 의료 서비스 수령과 관련된 의료 정보 또는 서비스 제공자 이름 및 주소를 공개하는 모든 통신에 적용됩니다.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. **Blue Shield Promise**는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

## 8. 알아야 할 중요한 전화번호 및 용어

### 중요 전화번호

- Blue Shield Promise 고객 서비스 전화번호: 1-800-605-2556(TTY 711)
- Medi-Cal Rx: 1-800-977-2273(TTY 1-800-977-2273) (7번 또는 711번을 누르십시오)

| Blue Shield of California Promise Health Plan |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 고객 서비스                                        | 1-800-605-2556(TTY 711)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 안과 서비스 플랜                                     | 1-800-877-7195                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 24시간 간호사 상담 전화                                | 1-800-609-4166(TTY 711)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 규정준수 헬프라인                                     | 1-855-296-9083                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| LA Care/Blue Shield of California 지역사회 리소스 센터 | 1-877-287-6290<br>이스트 LA(East L.A.): 1-213-438-5570<br>엘몬테(El Monte): 1-213-428-1495<br>잉글우드(Inglewood): 1-310-330-3130<br>링컨 하이츠(Lincoln Heights):<br>1-213-294-2840<br>롱비치(Long Beach): 1-562-256-9810<br>린우드(Lynwood): 1-310-661-3000<br>메트로 LA(Metro LA): 1-213-428-1457<br>노워크(Norwalk): 1-562-651-6060<br>파코이마(Pacoima): 1-213-438-5497<br>팜데일(Palmdale): 1-213-438-5580<br>포모나(Pomona): 1-909-620-1661<br>월밍턴(Wilmington): 1-213-428-1490 |



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오.  
 Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시  
 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.  
 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트  
[www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

| 정부 리소스                                                                      |                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 미국 장애인법(Americans with Disabilities Act, ADA) 정보                            | 1-800-514-0301(음성 전화)<br>1-833-610-1264(TTY)                                 |
| 미국 인권국                                                                      | 1-866-627-7748                                                               |
| 사회보장국 생계보조비(Supplemental Social Income, SSI)                                | 1-800-772-1213                                                               |
| 장애 서비스                                                                      | 캘리포니아주 릴레이 서비스(CRS)<br>TTY: 711 스프린트<br>1-888-877-5379<br>MCI 1-800-735-2922 |
| 아동 건강 및 장애 예방(Child Health and Disability Prevention, CHDP)                 | 1-800-993-2437                                                               |
| 캘리포니아주 어린이 서비스(California Children's Services, CCS)                         | 1-800-288-4584                                                               |
| 캘리포니아주 보건국(California State Department of Health Service, DHCS)             | 1-916-449-5000                                                               |
| 로스앤젤레스 카운티 - 공공사회복지국(Department of Public Social Services, DPSS): 고객 서비스 센터 | 1-866-613-3777<br>(TTY: 1-800-660-4026)                                      |
| 로스앤젤레스 카운티 보건국                                                              | 1-213-240-8101                                                               |
| 로스앤젤레스 카운티 정신건강부                                                            | 1-800-854-7771                                                               |
| 여성, 영아 및 아동 프로그램(Women, Infant and Children, WIC)                           | 1-800-852-5770                                                               |
| Medi-Cal 치과 프로그램(Denti-Cal)                                                 | 1-800-322-6384<br>TTY: 1-800-735-2922                                        |



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

|                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 캘리포니아주 사회복지국(California Department of Social Services, CDSS) | 1-800-952-5253                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Medi-Cal 관리 의료 옴부즈맨 사무소                                      | 1-888-452-8609                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Medi-Cal Rx                                                  | 1-800-977-2273<br>TTY: 1-800-977-2273에 전화하여<br>7을 누르십시오<br>또는 711                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 관리보건국(Department of Managed Health Care, DMHC)               | 1-888-466-2219(1-888-HMO-2219)(TTY/TDD 1-877-688-9891)                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Health Care Options                                          | 아랍어 1-800-576-6881<br>아르메니아어 1-800-840-5032<br>캄보디아어/크메르어<br>1-800-430-5005<br>광둥어 1-800-430-6006<br>영어 1-800-430-4263<br>페르시아어 1-800-840-5034<br>몽족어 1-800-430-2022<br>한국어 1-800- 576-6883<br>라오스어 1-800-430-4091<br>만다린(중국어) 1-800-576-6885<br>러시아어 1-800-430-7007<br>스페인어 1-800-430-3003<br>타갈로그어 1-800-576-6890<br>베트남어 1-800-430-8008<br>TTY: 1-800-430-7077 |



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오.  
Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시  
사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.

또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트  
[www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

## 알아야 할 용어

**1915(c) 가정 및 커뮤니티 기반 서비스(HCBS) 면제:** 이것은 요양원 또는 기관에 입소될 위험에 처한 사람들을 위한 정부 특별 프로그램입니다. 이 프로그램은 DHCS가 해당 대상자에게 HCBS를 제공하여 커뮤니티 기반 가정에 계속 거주할 수 있도록 합니다. HCBS에는 케이스 관리, 개인 관리, 전문 간호, 재활 및 가사도우미 또는 가정 건강 보조원 서비스가 포함됩니다. 또한 성인 주간 프로그램 및 임시 간호도 포함됩니다. Medi-Cal 가입자는 별도로 신청해야 하며 면제에 가입할 자격에 해당해야 합니다. 일부 면제는 대기 목록이 있습니다.

**DHCS:** 캘리포니아주 보건국(California Department of Health Care Services). Medi-Cal 프로그램을 감독하는 주정부 사무소

**DMHC:** 캘리포니아주 관리보건국(California Department of Managed Health Care, DMHC). 관리 의료 플랜을 감독하는 주정부 사무소

**FFS(행위별수가제) Medi-Cal:** 때때로 Blue Shield Promise는 서비스에 보험을 적용하지 않지만 가입자는 FFS Medi-Cal을 통해 서비스를 이용할 수 있습니다. Medi-Cal Rx를 통한 많은 약국 서비스가 이에 해당합니다.

**Medi-Cal Rx:** 처방약 및 일부 의료 용품을 포함하여 약국 혜택 및 서비스를 제공하는 FFS Medi-Cal에 속해 있으며 'Medi-Cal Rx'로 알려진 약국 혜택 서비스.

**Medicare:** 65세 이상인 사람들, 장애를 가진 일부 65세 미만인 사람들 및 말기 신부전증 환자(투석 또는 신장 이식이 필요한 만성신장 질환, 때때로 말기 신장 질환(ESRD)이라고도 함)을 위한 연방 건강보험 프로그램.

**가입 해지:** 가입자가 더 이상 새로운 건강플랜의 자격이 없거나 변경되지 않기 때문에 건강플랜 사용을 중단하기 위해. 가입자는 더 이상 건강플랜을 사용하고 싶지 않다고 하는 양식에 서명하거나 건강관리옵션에 전화해 전화로 탈퇴해야 합니다.

**가입자:** Blue Shield Promise에 가입되어 있고 보험적용이 되는 서비스를 받을 자격이 있는 Medi-Cal 적격 가입자

**가입자:** 건강 플랜에 가입되어 있으며 해당 플랜을 통해 서비스를 받는 사람



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

**가정 간호 의료제공자:** 가정에서 가입자에게 전문 간호 진료 및 기타 서비스를 제공하는 의료제공자.

**가정 간호:** 집에서 제공되는 전문 간호 진료 및 기타 서비스.

**가족계획 서비스:** 임신을 방지하거나 지연시키는 서비스. 서비스는 자녀 수와 출산 간격을 결정하는 것을 돕기 위해 가입자 가입자에게 제공됩니다.

**강화된 치료 관리(ECM):** ECM은 가장 복잡한 의료 및 사회적 필요를 가진 가입자의 임상 및 비임상적 요구를 해결하는 전인적, 다학제적 치료 접근 방식입니다.

**건강관리옵션(Health Care Options, HCO):** 건강플랜에 가입하거나 가입자를 탈퇴할 수 있는 프로그램.

**건강보험:** 보험 가입자에게 질병 또는 부상으로 인한 비용을 환급하거나 의료제공자에게 직접 지불함으로써 의료 및 수술비를 지불하는 보험 보장.

**계약 의약품 목록(CDL):** Medi-Cal Rx에 대한 승인된 의약품 목록은 의료제공자가 가입자에게 필요한 보험적용이 되는 의품을 주문할 수 있습니다.

**공공 보건 서비스:** 전 국민을 대상으로 한 보건 서비스 이러한 서비스는 건강 상태 분석, 건강 감시, 건강 증진, 예방 서비스, 전염병 통제, 환경 보호 및 위생, 재앙 예방 및 대응 및 직업 건강을 포함합니다.

**공인 간호조산사(Certified Nurse Midwife, CNM):** 공인 간호사로서 면허가 있고 캘리포니아 공인 간호사 이사회에 간호조산사로 공인된 사람 정상 출산의 경우에는 공인 간호사 조산사가 참여할 수 있습니다.

**관리 의료 플랜:** 해당 플랜에 가입된 Medi-Cal 수혜자들을 위한 특정 의사, 전문의, 클리닉, 약국 및 병원만을 이용해야 하는 Medi-Cal 건강플랜Blue Shield Promise는 관리 의료 플랜입니다.

**급성:** 빠른 치료가 필요한 단기적이고 갑작스러운 질병

**기타 건강 보험(Other health coverage, OHC):** 기타 건강 보험(OHC)은 Medi-Cal 이외의 민간 건강 보험 및 서비스 지불자를 의미합니다. 서비스는 의료, 치과, 안과, 약국, Medicare Advantage 플랜(파트 C), Medicare 약품 플랜(파트 D) 또는 Medicare 보조 플랜(Medigap)을 포함할 수 있습니다.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오.  
Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.  
또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

**긴급 치료(또는 긴급 서비스):** 의학적 진료를 필요로 하는 비응급 질병, 부상 또는 상태를 치료하기 위해 제공되는 서비스. 네트워크 의료제공자가 일시적으로 이용 가능하지 않을 경우 가입자는 네트워크 외 의료제공자로부터 긴급 치료를 받을 수 있습니다.

**내구성 의료 장비(Durable medical equipment, DME):** 의학적으로 필요하고 가입자의 의사 또는 기타 의료제공자가 가입자가 가정으로 사용되는 가정, 커뮤니티 또는 시설에서 사용하는 의료 장비.

**네트워크 외 의료제공자:** Blue Shield Promise 네트워크에 포함되지 않는 의료제공자

**네트워크 의료제공자(또는 네트워크 내 의료제공자):** “참여 의료제공자” 참조.

**네트워크:** 진료를 제공하기 위해 Blue Shield Promise와 계약된 의사, 클리닉, 병원 및 기타 의료제공자의 그룹

**농촌 건강 진료소(Rural Health Clinic, RHC):** 의료제공자가 많지 않은 지역에 있는 건강 센터. 가입자는 RHC에서 일차 및 예방 진료를 받을 수 있습니다.

**독립 출산 센터(Freestanding Birth Centers, FBCs):** 임신한 가입자의 거주지가 아니고 출산을 하도록 계획되는 건강 시설로 면허가 있거나 주에서 산전 진통 및 출산 또는 산후 관리 및 기타 플랜에 포함된 이동 서비스를 제공하도록 허가된 시설. 이러한 시설들은 병원이 아닙니다.

**돌라 서비스:** 돌라 서비스에는 건강 교육, 옹호 및 신체적, 감정적 및 비의료적 지원이 포함됩니다. 가입자는 산후 기간을 포함하여 출산 전, 출산 중, 임신 종료 후 돌라 서비스를 받을 수 있습니다. 돌라 서비스는 예방 서비스로 제공되며 의사 또는 기타 면허를 가진 의사의 권고가 있어야 합니다.

**만성 상태:** 완전히 치료될 수 없거나 시간이 갈수록 악화되거나 가입자가 악화되지 않도록 반드시 치료해야 하는 질병 또는 기타 의학적 문제.

**말기 질병:** 회복될 수 없고 질병이 자연적인 과정을 따르고 있는 경우 일 년 이내 사망할 가능성이 높은 의학적 상태.

**메디컬 홈:** 주치의의 주요 기능을 제공하는 진료 모델. 여기에는 종합 진료, 환자 중심, 조정된 진료, 접근 가능한 서비스 및 품질 및 안전이 포함됩니다.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오.  
Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시  
사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.  
또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트  
[www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

**미국 원주민:** 42 CFR 섹션 438.14의 연방법에 따라 '원주민'의 정의를 충족하는 개인으로, 다음 중 하나를 충족하는 경우 '원주민'으로 정의됩니다.

- 연방정부가 인정한 인디언 부족의 일원이거나
- 도시에 거주하며 다음 중 하나 이상을 충족합니다.
  - 1940년 이후 해체된 원주민 부족, 밴드 또는 그룹의 일원이거나, 현재 또는 미래에 거주하는 주에서 인정하는 부족, 밴드 또는 기타 조직화된 원주민 그룹의 일원이거나 또는 그러한 원주민 일원의 첫 번째 또는 두 번째 후손이거나
  - 에스키모, 알류트 또는 기타 알래스카 원주민이거나
  - 내무부 장관이 어떤 목적으로든 원주민으로 간주하는 경우
- 미국 보건복지부 장관이 발령한 규정에 따라 인디언으로 판정된 경우
- 내무부 장관이 어떤 목적으로든 원주민으로 간주하는 경우
- 보건복지부 장관이 캘리포니아 원주민, 에스키모, 알류트 또는 기타 알래스카 원주민을 포함하여 원주민 의료 서비스 자격이 있는 원주민으로 간주하는 경우

**민감한 서비스(Sensitive services):** 정신, 성 및 생식 건강, 가족 계획, 성병(STI), HIV/AIDS, 성폭력 및 임신 중절, 약물 사용 장애(SUD), 성 정체성 확립을 위한 의료 서비스, 친밀한 파트너 폭력과 관련된 서비스

**병원 외래환자 진료:** 입원환자로 입원하지 않고 병원에서 수행되는 의학적 또는 수술적 진료.

**병원:** 가입자가 의사 및 간호사로부터 입원 및 외래 진료를 받는 장소.

**보조 기기:** 가입자가 회복하기 위해 의학적으로 필요한 심하게 다치거나 질병이 있는 신체 부위를 지지하거나 교정하기 위해 신체 외부에 사용되는 장치.

**보철 장치:** 상실된 신체의 일부를 대체하기 위해 신체에 부착하는 인공 기기.

**보험적용이 되는 서비스(Covered services):** Blue Shield Promise에서 비용을 부담하는 Medi-Cal 서비스 보험적용이 되는 서비스는 Medi-Cal 계약, 모든 계약 수정 및 본 가입자 안내서(종합 보험 혜택적용범위 증명(EOC) 및 공개 양식이라고도 함)에 기재된 대로 조건, 상황, 제한 및 제외의 적용을 받습니다.

**보험적용이 되지 않는 서비스:** Blue Shield Promise가 보험적용을 하지 않는 서비스

**분만 진통:** 임신한 가입자가 출산의 3단계에 있는 기간으로 출산 전 안전하게 다른 병원으로 이송할 수 없거나 이송을 하는 경우 산모나 태아의 건강과 안전을 해칠 수 있는 기간입니다.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오.  
Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.  
또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

**불만 제기:** 다음을 포함하나 이에 국한되지 않는 서비스에 대한 가입자의 구두 또는 서면 불만 표현:

- 제공된 진료 또는 서비스의 품질,
- 의료제공자 또는 직원과의 상호 작용,
- **Blue Shield Promise**, 카운티 정신 건강 또는 약물 사용 장애 프로그램 또는 **Medi-Cal** 의료제공자가 제안한 기간 연장에 대해 이의를 제기할 가입자의 권리.

불만 제기는 이의제기와 동일합니다.

**불법행위 복구:** 다른 당사자가 책임을 져야 하는 부상으로 인해 **Medi-Cal** 회원에게 혜택이 제공되거나 제공될 예정인 경우, **DHCS**는 해당 부상에 대해 가입자에게 제공된 혜택에 대한 합당한 가치를 회수합니다.

**비의료 교통편:** 가입자의 의료제공자가 승인한 **Medi-Cal** 보험적용이 되는 서비스에 대한 진료 예약 및 처방약과 의료 용품을 받으러 가기 위해 제공되는 왕복 교통 서비스

**비참여 의료제공자:** **Blue Shield Promise** 네트워크에 포함되지 않은 의료제공자.

**사기:** 사기가 본인 또는 다른 사람을 위해 승인되지 않은 혜택을 야기할 수 있음을 아는 사람이 수행하는 고의적 기만 또는 왜곡 행위.

**사전 승인(사전 허가):** **Blue Shield Promise**가 특정 서비스에 대해 보장할 것임을 확실하게 하기 위해 **Blue Shield Promise**에 가입자 또는 의료제공자가 승인을 요청하는 과정 의뢰는 승인이 아닙니다. 사전 허가는 사전 승인과 동일합니다.

**사전 승인(사전 허가):** 가입자 또는 해당 의료제공자가 특정 서비스에 대해 **Blue Shield Promise**의 보장을 확실하게 받기 위해 **Blue Shield Promise**에 반드시 승인을 요청해야 하는 절차. 의뢰는 승인이 아닙니다. 사전 승인은 사전 허가와 동일합니다.

**서비스 지역:** **Blue Shield Promise**가 서비스를 제공하는 지리적 위치 로스앤젤레스 카운티가 포함됩니다.

**실험적 치료:** 사람을 대상으로 시험해 보기 전에 실험실 또는 동물 연구를 통해 테스트 단계에 있는 약물, 장비, 절차 또는 서비스 실험적 서비스는 임상 조사를 진행하지 않습니다.

**심각한 질병:** 반드시 치료를 받아야 하고 사망으로 이어질 수 있는 질병 또는 상태.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오.  
**Blue Shield Promise**는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.  
 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

**아급성 치료 시설(성인 또는 소아과):** 흡입 치료, 기관 절개 치료, 정맥 영양 공급, 복합 상처 관리 치료 등 특별한 서비스가 필요한 의학적으로 취약한 가입자들에게 종합적인 치료를 제공하는 장기 요양 시설

**안정 후 서비스:** 가입자의 안정을 유지하기 위해 가입자가 안정된 후 제공되는 응급 의료 상태와 관련된 보장 서비스입니다. 안정 후 관리 서비스는 보험이 적용되고 비용이 지급됩니다. 네트워크 외부 병원은 사전 승인(사전 허가)이 필요할 수 있습니다.

**어린이와 청소년을 위한 Medi-Cal:** 21세 미만의 Medi-Cal 가입자가 건강을 유지하기 위한 혜택입니다. 가입자는 조기에 건강 문제를 발견하고 질병을 치료하기 위해 연령에 맞는 적절한 건강 검진 및 적절한 검사를 받아야 합니다. 이들은 검진에서 발견될 수 있는 상태를 치료하거나 도움을 받기 위해 치료를 받아야 합니다. 이 혜택은 또한 연방법에 의거해 조기 및 정기 검진, 진단 및 치료(EPSTD) 혜택으로 알려져 있습니다.

**연방공인건강센터(Federally Qualified Health Center, FQHC):** 의료제공자가 많지 않은 지역에 있는 건강 센터. 가입자는 FQHC에서 일차 및 예방 진료를 받을 수 있습니다.

**예진(또는 선별검사):** 귀하의 진료 필요의 긴급성을 판단하려는 목적으로 검진 훈련을 받은 의사 또는 간호사가 가입자의 건강을 평가.

**완화 치료:** 심각한 질병을 가진 가입자를 위해 신체적, 감정적, 사회적, 정신적 불안을 완화하는 관리완화 치료는 6개월 미만의 예상 수명을 가진 가입자로 제한되지 않습니다.

**외래 정신 건강 서비스:** 다음을 포함해 경증에서 중등도의 정신 건강 상태를 가진 가입자를 위한 외래 서비스.

- 개인 또는 그룹 정신 건강 평가 및 치료(정신요법)
- 정신 건강 상태 평가를 위해 임상적으로 필요한 경우 심리 테스트
- 약물 요법 감시 목적을 위한 외래 서비스
- 정신 상담
- 외래 실험실, 용품 및 보충제

**외래환자 진료:** 가입자가 필요한 의학적 진료를 위해 병원 또는 다른 장소에서 밤을 보낼 필요가 없는 경우.

**원주민 의료 서비스 제공자(IHCP):** 인디언 건강 관리 개선법 제4조(연방법전 제25편 제1603조)에 정의된 용어에 따라 원주민 보건 서비스(IHS), 원주민 부족, 부족 보건 프로그램, 부족 조직 또는 도시 원주민 조직(UIO)에서 운영하는 건강 관리 프로그램



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오.  
Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.  
또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

**유자격 의료제공자:** 가입자의 상태를 치료하는 데 적절한 분야에서 자격을 갖춘 의사.

**응급 의료 교통편:** 응급 의학적 진료를 받기 위해 구급차 또는 응급 차량을 이용해 응급실로 이송.

**응급 의학적 상태:** 분만 진통(상기의 정의 참조) 또는 심한 통증 등 심각한 증상을 수반하는 의학적 또는 정신 상태로 건강 및 의약품에 대한 일반적 평균 지식을 가지고 있는 신중한 사람이 즉각적인 의학적 진료를 받지 않으면 다음의 상태를 야기할 수 있다고 판단하는 경우:

- 가입자의 건강 또는 태아의 건강이 심각한 위험에 처함
- 신체 기능에 장애를 일으킴
- 신체의 일부 또는 장기가 제대로 기능하지 못함
- 사망에 이름

**응급 치료:** 응급 의학적 상태가 존재하는지 확인하기 위해 의사가 수행(또는 법에서 허용하는 대로 의사의 지시에 따라 직원이 수행)하는 검사 시설이 제공할 수 있는 범위 내에서 귀하가 임상적으로 안정되는 데 의학적으로 필요한 서비스.

**의료 교통편:** 가입자가 신체적 또는 의학적으로 보험적용이 되는 의료 진료 예약 또는 처방전을 받기 위해 승용차, 버스, 기차, 택시 또는 기타 유형의 대중 또는 사설 교통편을 이용할 수 없는 경우 의료제공자가 가입자에게 처방한 교통편. **Blue Shield Promise**는 귀하의 진료 예약에 가기 위한 교통편이 필요할 때 귀하의 의학적 필요사항을 충족하는 최저 비용의 교통편에 대한 비용을 지불합니다.

**의료제공자 명부:** **Blue Shield Promise** 네트워크에 포함된 의료제공자 목록

**의사 서비스:** 의학 또는 정골 요법을 시행할 수 있도록 주 법에 따라 면허를 받은 사람이 제공하는 서비스로 병원 청구서에 포함된 가입자가 병원에 입원해있는 동안 의사가 제공한 서비스는 제외.

**의학적으로 필요한(또는 의학적 필요):** 의학적으로 필요한 서비스는 합리적이고 생명을 보호하는 중요한 서비스를 의미합니다. 이는 환자가 심각하게 아프거나 장애를 입는 것으로부터 보호하기 위해 필요합니다. 이 진료는 질병, 질환 또는 부상을 진단 또는 치료함으로써 심한 통증을 감소시킵니다. 21세 미만 가입자의 경우, **Medi-Cal**의 의학적으로 필요한 서비스에는 약물 사용 장애(**SUD**)를 포함한 신체 질환 또는 정신 질환 또는 상태를 고치거나 도움을 주는 데 필요한 치료가 포함됩니다.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오.  
**Blue Shield Promise**는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.  
 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

**이의제기:** 다음을 포함하나 이에 국한되지 않는 서비스에 대한 가입자의 구두 또는 서면 불만 표현:

- 제공된 진료 또는 서비스의 품질,
- 의료제공자 또는 직원과의 상호 작용,
- **Blue Shield Promise**, 카운티 정신 건강 또는 약물 사용 장애 프로그램 또는 **Medi-Cal** 의료제공자가 제안한 기간 연장에 대해 이의를 제기할 가입자의 권리.

불만 제기는 이의제기와 동일합니다.

**일반 진료:** 의학적으로 필요한 서비스 및 예방 진료, 아동 건강검진 방문 또는 정기적인 후속 진료와 같은 진료 일반 진료의 목적은 건강 문제의 예방에 있습니다.

**일차 진료:** “일반 진료” 참조.

**입원:** 치료를 위해 입원환자로 병원에 입원.

**입원환자 진료:** 가입자가 필요한 의학적 진료를 위해 병원 또는 다른 장소에서 밤을 보내야 하는 경우.

**장기 영양 서비스 및 지원(LTSS):** 장기 건강 문제 또는 장애가 있는 사람들이 자신이 선택한 곳에서 거주하거나 일할 수 있도록 돕는 서비스. 이는 자택, 직장, 공동생활가정, 요양원 또는 그 밖의 돌봄 시설에서 이루어질 수 있습니다. LTSS에는 가정 및 커뮤니티 기반 서비스(HCBS)라고도 하는 가정 또는 커뮤니티에서 제공되는 장기 영양 치료 및 서비스를 위한 프로그램이 포함됩니다. 일부 LTSS 서비스는 건강플랜에 의해 제공되는 반면 다른 서비스는 별도로 제공됩니다.

**장기 영양 치료:** 입원한 달에 1개월을 더한 기간 동안 시설에서 치료를 받는 것

**재건 수술:** 가능한 최대로 기능을 향상하거나 정상적인 외모로 만들기 위해 비정상적인 신체 구조를 교정 또는 치료하는 수술. 신체의 비정상적인 구조는 선천적 기형, 발달 기형, 트라우마, 감염, 종양 또는 질병으로 야기되는 것들을 의미합니다.

**재고 요청:** Blue Shield Promise에서 요청된 서비스의 보장에 대해 내린 결정을 검토 및 변경해 달라고 하는 가입자의 요청

**재활 및 훈련(치료) 서비스 및 기기:** 부상, 장애 또는 만성 상태를 가진 가입자들이 정신 및 신체 능력을 얻거나 회복하도록 돕는 서비스 및 기기.

**전문 간호 시설:** 숙련된 의료인만이 할 수 있는 간호를 24시간 제공하는 곳



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오.  
Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시  
사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.  
또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트  
[www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

**전문 간호 치료:** 면허가 있는 간호사, 기술자 및/또는 치료사가 전문 간호 시설 또는 가입자의 가정에서 제공하는 보험적용이 되는 서비스

**전문 정신 건강 서비스(SMHS):** 경증에서 중등도 이상의 장애 수준보다 높은 정신 건강 서비스가 필요한 회원을 위한 서비스

**전문의(또는 전문 분야 의사):** 특정 유형의 의료 서비스 문제를 다루는 의사. 예를 들어 정형외과 의사는 부러진 뼈를 치료하고 알러지 전문의는 알러지를, 심장 전문의는 심장 문제를 다룹니다. 대부분의 경우, 가입자는 전문의를 방문하기 위해 자신의 PCP로부터 진료의뢰가 필요합니다.

**정신 건강 서비스 제공자:** 환자들에게 정신 건강 의료 서비스를 제공하는 의료 전문가.

**정신과 응급 의료 상태:** 가입자 또는 다른 사람 또는 가입자에게 즉각적인 위협을 끼칠 만큼 증상이 심각하거나 심한 경우 정신적 장애로 인해 음식, 거주지 또는 의복을 즉시 공급할 수 없거나 이용할 수 없는 정신적 장애.

**조기 및 정기 검진, 진단 및 치료(Early and periodic screening, diagnostic and treatment, EPSDT):** '아이들과 청소년들을 위한 Medi-Cal'을 참조하십시오.

**조사적 치료:** 식품의약국(Federal Drug Administration, FDA)이 승인한 임상 조사 1상을 성공적으로 완료했지만, FDA의 일반적인 사용 승인은 받지 않았으며 FDA 승인 임상 조사에서 계속 조사 중인 치료 약물, 생물학적 제품 또는 기기

**조산사 서비스:** 공인 간호조산사(certified nurse midwives, CNM) 및 면허가 있는 조산사(licensed midwife, LM)가 제공하는 산모를 위한 가족계획 서비스 및 신생아를 위한 즉각적 관리를 포함해 산전, 분만 중 및 산후 관리.

**주치의(Primary care provider, PCP):** 가입자가 대부분의 의료 서비스를 위해 이용하는 면허가 있는 의료제공자. PCP는 가입자가 필요한 진료를 받을 수 있도록 도와줍니다.

다음과 같은 PCP가 될 수 있습니다.

- 일반의학과 의사
- 내과 의사
- 소아과 의사
- 가정의학과 의사
- 산부인과
- 원주민 의료 서비스 제공자(IHCP)
- 연방공인건강센터(Federally Qualified Health Center, FQHC)



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

- 농촌 건강 진료소(Rural Health Clinic, RHC)
- 임상 간호사
- 의사 보조사
- 클리닉

**중간 치료 시설 또는 집:** 24시간 거주형 서비스를 제공하는 장기 요양 시설이나 가정에서 제공되는 케어 중간 요양 시설 또는 주택의 유형에는 중간 요양 시설/발달 장애자(ICF/DD), 중간 요양 시설/발달 장애 재활 시설(ICF/DD-H), 중간 요양 시설/발달 장애 간호(ICF/DD-H)가 포함됩니다.

**지역 외 서비스:** 가입자가 Blue Shield Promise 서비스 지역 외에 있을 경우 제공되는 서비스.

**진료 연속성:** 의료제공자 및 Blue Shield Promise가 동의하는 경우, 플랜 가입자가 기존의 네트워크 외 의료제공자로부터 최대 12개월까지 Medi-Cal 서비스를 받을 수 있는 권한.

**진료의뢰:** 가입자의 PCP가 가입자가 다른 의료제공자에게서 진료를 받을 수 있다고 하는 경우. 일부 보험적용이 되는 진료 서비스는 진료의뢰 및 사전 승인(사전 허가)을 필요로 합니다.

**참여 병원:** 가입자가 진료를 받을 때 가입자에게 서비스를 제공하도록 Blue Shield Promise와 계약을 맺은 면허가 있는 병원 일부 참여 병원이 가입자에게 제공할 수 있는 보험적용이 되는 서비스는 Blue Shield Promise의 검토 및 품질 보장 정책 또는 해당 병원의 Blue Shield Promise와의 계약에 따라 제한됩니다.

**참여 의료제공자(또는 참여 의사):** 의사, 병원 또는 기타 면허가 있는 의료 서비스 전문가 또는 가입자가 진료를 받을 당시 가입자에게 보험적용이 되는 서비스를 제공하기 위해 Blue Shield Promise와 계약을 맺은 급성 시설을 포함해 면허가 있는 의료 시설

**처방약 보험:** 의료제공자가 처방하는 약품에 대한 보험.

**처방약:** 처방전이 필요 없는 일반의약품(over-the-counter, OTC)과는 달리 조제를 위해 면허가 있는 의료제공자가 조제하기 위한 지시가 법적으로 요구되는 약품.

**척추 지압사:** 수동 조작을 통해 척추를 치료하는 의료제공자



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오.  
Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시  
사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.  
또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트  
[www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

**카운티 조직 보건 시스템(COHS):** Medi-Cal 프로그램과 계약을 맺기 위해 카운티 감독 위원회가 설립한 지역 기관 가입자가 가입 규칙을 충족하면 자동으로 COHS 플랜에 가입됩니다. 가입자는 모든 COHS 의료제공자 중에서 본인의 의료제공자를 선택합니다.

**캘리포니아주 어린이 서비스(California Children's Services, CCS):** 특정 건강 상태, 질병 또는 만성 건강 문제를 가진 21세 이하 아동에게 서비스를 제공하는 Medi-Cal 프로그램.

**커뮤니티 기반 성인 서비스(Community-Based Adult Services, CBAS):** 전문 간호 치료, 복지 서비스, 치료 요법, 개인 관리, 가족 및 간병인 훈련 및 지원, 영양 서비스, 교통편 및 가입자가 자격 기준을 충족하는 기타 서비스를 위한 외래, 시설 기반 서비스.

**커뮤니티 지원:** 커뮤니티 지원은 가입자의 전반적인 건강을 개선하는 데 도움이 되는 서비스입니다. 주택, 식사, 개인 관리 등 건강 관련 사회적 필요를 위한 서비스를 제공합니다. 이들은 건강, 안정성, 독립 증진에 초점을 맞춰 커뮤니티 내 가입자를 돕습니다.

**케이스 매니저:** 가입자가 주요 건강 문제를 이해하는 데 도움을 주고 가입자의 의료제공자와 함께 관리를 지원하는 공인 간호사 또는 사회 복지사.

**코페이먼트(코페이):** Blue Shield Promise의 지불액에 추가하여 가입자가 일반적으로 서비스 시점에 지불하는 금액.

**클리닉:** 가입자가 주치의(primary care provider, PCP)로 선택할 수 있는 시설. 연방 정부 인증 의료 센터(FQHC), 지역사회 진료소, 농촌 건강 클리닉(RHC), 원주민 의료 서비스 제공자(IHCP) 또는 기타 1차 진료 시설이 될 수 있습니다.

**플랜:** “관리 의료 플랜” 참조.

**행동 건강서비스:** 가입자의 정신 및 감정 복지를 지원하기 위한 전문 정신 건강 서비스(SMHS), 비전문 정신 건강 서비스(NSMHS), 약물 사용 장애(SUD) 치료 서비스를 포함합니다. NSMHS는 경증에서 중등도의 정신 건강 상태를 겪고 있는 가입자들을 위해 건강플랜을 통해 제공됩니다. SMHS는 정신 건강 장애로 인해 심각한 장애 또는 기능적 저하 위험이 높은 가입자를 위해 카운티 정신 건강 플랜(County Mental Health Plans, MHP)을 통해 제공됩니다. 응급 정신 건강 서비스는 응급 상황의 평가 및 치료를 포함하여 보험적용이 됩니다. 또한 귀하의 카운티는 SUD 서비스라고 하는 알코올 또는 약물 사용에 대한 서비스를 제공합니다.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오. Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다. 또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트 [www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.

**혜택:** 본 건강플랜에 의거해 보험적용이 되는 의료 서비스 및 약품.

**혜택의 조정(Coordination of benefits, COB):** 한 가지 이상의 건강보험을 가진 가입자에 대해 어떤 보험(Medi-Cal, Medicare, 상업적 보험 또는 기타)이 일차 치료를 담당하고 지불 책임이 있는지 결정하는 과정

**호스피스(Hospice):** 말기 질병을 가진 가입자를 위해 신체적, 감정적, 사회적, 정신적 불안을 감소시켜주는 진료 호스피스 진료는 가입자가 6개월 미만의 예상 수명을 가졌을 때 이용 가능합니다.

**확립된 환자:** 의료 제공자와 기존 관계를 유지하고 있으며 건강 보험에서 정한 특정 기간 내에 해당 의료 제공자를 방문한 환자

**후속 진료:** 입원 후 또는 치료 과정 중 가입자의 차도를 확인하기 위한 일반적 의사 진료.

**훈련 서비스 및 기기:** 가입자가 일상 생활을 할 수 있는 능력 및 기능을 유지, 학습, 개선하는 데 도움을 주는 의료 서비스.



1-800-605-2556 (TTY 711) 번으로 고객 서비스에 전화해 주십시오.  
Blue Shield Promise는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시  
사이에 이용하실 수 있습니다. 전화는 무료입니다.  
또는 캘리포니아 중계 라인 711번으로 전화하십시오. 온라인 사이트  
[www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members](http://www.blueshieldca.com/en/bsp/medi-cal-members)을 방문하십시오.