

# 메디케어 어드밴티지 플랜에 대한 이해



## 이 공식 정부발간 책자의 내용:

- 메디케어 어드밴티지 플랜이 기존 메디케어와 다른 점
- 메디케어 어드밴티지 플랜의 운영 특징
- 메디케어 어드밴티지 플랜 가입 방법



**“메디케어 어드밴티지 플랜에 대한 이해”**는 법률 문서가 아닙니다. 공식 메디케어 프로그램 법적 지침은 관련 법령, 규정 및 결정에 기재되어 있습니다.

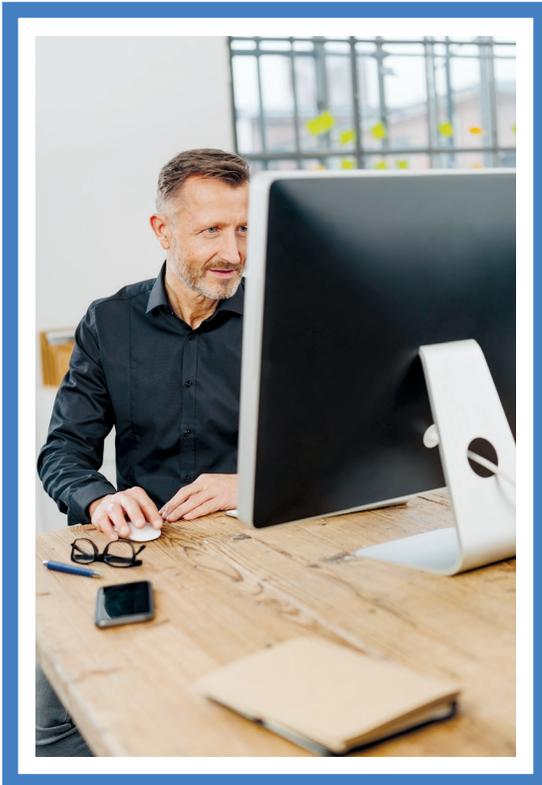
이 책자의 정보는 책자가 인쇄될 당시의 메디케어 프로그램에 대해 설명하고 있습니다. 인쇄 후 변경이 있을 수 있습니다. 최신 정보에 대해서는 Medicare.gov를 참조하거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 문의하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048을 이용하시면 됩니다.

# 차례



개요.....	4
기존 메디케어와 메디케어 어드밴티지의 차이점은 무엇입니까? .....	5
메디케어 어드밴티지 플랜은 무엇입니까?.....	9
메디케어 어드밴티지 플랜은 어떻게 보장됩니까? .....	9
메디케어 어드밴티지 플랜은 무엇을 보장합니까? .....	9
비용은 얼마입니까?.....	10
누가 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입할 수 있습니까?.....	12
메디케어 어드밴티지 플랜에 가입, 변경 또는 탈퇴할 수 있는 때는 언제입니까?.....	13
어떻게 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입합니까? .....	15
메디케어 어드밴티지 플랜 유형.....	17
메디케어 어드밴티지 플랜 나란히 비교하기 .....	26
메디케어 추가 보험(메디갭) 정책이 있다면 어떻게 합니까?.....	27
어디서 자세한 정보를 얻을 수 있습니까?.....	28

## 개요



**처**음 메디케어에 가입하실 때와 연중 특정 시기에, 메디케어 보장을 어떻게 받으실지 선택할 수 있습니다.

메디케어를 받는 방법에는 주로 다음 2가지가 있습니다.

- **오리지널 메디케어**는 파트 A(입원 보험) 및 파트 B(의료 보험)의 두 부분으로 구성된 행위별 수가제(fee-for-service) 건강보험입니다. 가입자가 공제액(deductible)을 지불한 후, 메디케어는 메디케어 승인 금액 중 해당 몫을 지불하고 가입자는 가입자 몫(공동보험비(coinsurance) 및 공제액)을 지불합니다. 메디케어 약품 보장(파트 D)을 원하시면, 별도의 메디케어 처방전 약품 플랜에 가입하실 수 있습니다.
- **메디케어 어드밴티지("파트 C"라고도 알려져 있음)**는 메디케어와 계약한 민영회사에서 제공하는 일종의 메디케어 건강보험입니다. 이들 플랜은 파트 A, 파트 B와 보통은 파트 D를 포함합니다. 플랜은 오리지널 메디케어가 보장하지 못하는 부가 혜택을 제공할 수 있습니다.

귀하의 메디케어 건강보험 결정은 보장 비용, 귀하가 받는 서비스, 이용할 수 있는 의사, 진료의 질에 영향을 미칩니다.

귀하의 메디케어 보장 선택에 대해 알아보고, 믿을 수 있는 사람들에게 도움을 받으며, 다른 플랜과 비교하면 귀하가 이용할 수 있는 모든 옵션 이해에 도움이 됩니다.

## 기존 메디케어와 메디케어 어드밴티지의 차이점은 무엇입니까?

### 오리지널 메디케어

- 오리지널 메디케어는 메디케어 파트A (입원 보험) 및 메디케어 파트B (의료 보험)로 구성됩니다.
- 메디케어 약품 보장(파트 D)을 받기 위해 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입하실 수 있습니다.
- 미국의 어디에서라도 메디케어를 받는 의사나 병원을 이용하실 수 있습니다.
- 오리지널 메디케어에서 본인부담금 (out-of-pocket cost)을 지불하는 데 도움이 되도록(예: 20% 공동보험비) 추가 보장을 알아보고 구매하실 수도 있습니다.

파트 A



파트 B



다음을 추가할 수 있습니다.

파트 D



다음도 추가할 수 있습니다.

보충보험



여기에는 메디케어 보충보험(메디갭 (Medigap))이 포함됩니다. 또는, 이전 고용주나 노조 또는 메디케이드가 제공하는 보장을 받을 수 있습니다.

### 메디케어 어드밴티지 (파트 C라고도 알려져 있음)

- 메디케어 어드밴티지는 가입자의 건강 보장과 약품 보장을 위하여 오리지널 메디케어에 대한 대안을 제공하는 민영회사의 메디케어 승인 플랜입니다. 이 "묶음" 플랜에는 파트 A, 파트 B, 그리고 보통은 파트 D가 포함됩니다.
- 대부분의 경우, 플랜 네트워크에 소속된 의사만 방문하실 수 있습니다.
- 대부분 플랜에서 특정 약품이나 서비스를 보장하기 전에 플랜의 승인을 받아야 할 수도 있습니다.
- 플랜들은 오리지널 메디케어보다 본인부담금이 적을 수 있습니다.
- 플랜은 오리지널 메디케어가 보장하지 않는 안과, 청각, 치과 서비스 등의 추가 혜택을 제공할 수 있습니다.

파트 A



파트 B



대부분 플랜은 다음을 포함합니다.

파트 D



일부 추가 혜택

일부 플랜에는 다음도 포함됩니다.

낮은 본인부담금

## 오리지널 메디케어 대 메디케어 어드밴티지

### 의사와 병원 선택

오리지널 메디케어	메디케어 어드밴티지(파트 C)
미국의 어디에서라도 메디케어를 받는 의사나 병원을 방문하실 수 있습니다.	많은 경우, 플랜 네트워크 및 서비스 지역에 소속된 <b>의사 및 다른 제공자</b> 만을 이용하실 수 있습니다 (비용급의 경우). 플랜에 따라서는 네트워크 비소속의 경우도 비용급 보험을 인정하지만, 그럴 경우 일반적으로 비용이 높아집니다.
대부분의 경우, 전문의의 진료를 받기 위해 의뢰서를 <b>필요로 하지</b> 않습니다.	전문 의 진료를 받을 때 의뢰서가 <b>필요할 수도</b> 있습니다.

### 비용

오리지널 메디케어	메디케어 어드밴티지(파트 C)
파트 B 보장의 경우, 일반적으로 공제액을 충족하는 비용을 지불한 후 <b>메디케어가 승인한 금액의 20%</b> 를 지불합니다. 이 금액을 공동보험비(coinsurance)라고 합니다.	<b>본인부담금(out-of-pocket cost)</b> 은 다양하며 플랜에 따라 특정 서비스에 대한 본인부담금이 많거나 적을 수 있습니다.
<b>파트 B에 대한 보험료(월별 지급)를 부담합니다.</b> 메디케어 약품 플랜에 가입한 경우 메디케어 약품 보장(파트 D)에 대해 별도의 보험료를 지불하셔야 합니다.	매월 <b>파트 B 보험료</b> 를 부담하고, <b>플랜의 보험료도 부담</b> 해야 할 수 있습니다. 일부 플랜은 보험료가 \$0일 수 있으며 파트 B 보험료의 전부 또는 일부를 지불하는데 도움이 될 수 있습니다. 대부분의 플랜에는 메디케어 약품 보장(파트 D)이 포함됩니다.
메디케어 보충보험(메디갭)과 같은 보충보험에 가입하지 않은 한, 본인부담금에는 <b>연간 한도가 없습니다.</b>	플랜은 메디케어 파트 A 및 파트 B가 보장하는 서비스의 본인 부담금에 대해 <b>연간 한도가 있습니다.</b> 플랜 한도에 다르다면, 그해의 나머지 기간은 파트 A와 파트 B가 보장하는 서비스에 대해서 일체 지불하지 않습니다.
남은 본인부담금(공동보험비 20%와 같은)의 지불을 위해 메디갭을 <b>받을 수 있습니다.</b> 또는, 이전 고용주나 노조 또는 메디케이드가 제공하는 보장을 받을 수 있습니다.	메디갭에 <b>가입할 수 없으며 필요하지도 않습니다.</b>

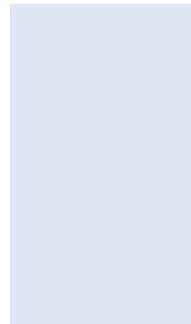
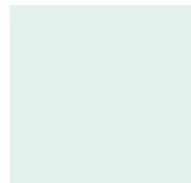
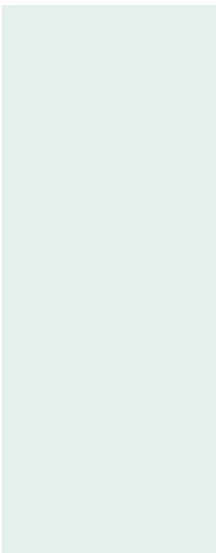
## 오리지널 메디케어 대 메디케어 어드밴티지 (계속)

### 보장

오리지널 메디케어	메디케어 어드밴티지
오리지널 메디케어는 병원, 의사 진료소, 그 밖의 의료 시설에서 의료적으로 필요한 대부분의 서비스와 용품을 보장합니다. 오리지널 메디케어는 눈검사, 대부분의 치과 진료, 정기 검진 등 일부 혜택은 보장하지 않습니다.	플랜은 오리지널 메디케어가 보장하는 필요한 의료 서비스 및 용품을 모두 보장해야 합니다. 플랜은 또한 안과, 청각, 치과 서비스 등 <b>오리지널 메디케어가 보장하지 않는 부가 혜택을</b> 제공할 수 있습니다.
메디케어 약품보장(파트 D)을 받기 위해 <b>별도의 메디케어 약품 플랜에 가입</b> 하실 수 있습니다.	<b>메디케어 약품 보장(파트 D)은 대부분의 플랜에 포함되어 있습니다.</b> 대부분 유형의 메디케어 어드밴티지 플랜에서는 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입할 수 없습니다.
대부분의 경우, 오리지널 메디케어의 보장을 받기 위해 미리 서비스나 용품에 대한 승인을 받을 필요가 없습니다.	많은 경우 플랜의 보장을 받기 위해 미리 서비스나 용품에 대한 승인을 받아야 합니다.

### 해외 여행

오리지널 메디케어	메디케어 어드밴티지
오리지널 메디케어는 일반적으로 <b>미국 외에서의 진료는 보장하지 않습니다.</b> 가입자는 미국 외에서의 응급 진료를 보장하는 메디케어 보충보험(메디갭)에 가입할 수 있습니다.	일반적으로 플랜은 <b>미국 외에서의 의료 진료는 보장하지 않습니다.</b> 일부 플랜은 미국 밖을 여행할 때 응급 서비스와 긴급하게 필요한 서비스를 보장하는 보충 혜택을 제공할 수 있습니다.



# 메디케어 어드밴티지 플랜

## 메디케어 어드밴티지 플랜은 무엇입니까?

메디케어 어드밴티지 플랜은 메디케어 파트 A와 파트 B를 보장받기 위한 다른 방법입니다. 메디케어 어드밴티지 플랜은 때로 “파트 C” 또는 “MA 플랜”으로 불리고, 메디케어가 정한 규정을 따르는 메디케어 승인 민영회사에서 제공합니다. 메디케어 어드밴티지 플랜은 대부분 약품 보장(파트 D)을 포함합니다. 메디케어 어드밴티지 플랜에는 몇 가지 유형이 있습니다(17페이지 참조). 이러한 각 메디케어 어드밴티지 플랜 유형은 메디케어가 보장하는 파트 A 및 파트 B 서비스와 플랜이 보장하는 보충적 혜택을 받는 방법에 대해 특별한 규정을 두고 있습니다.

메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하면 여전히 메디케어를 보유하고 있지만, 오리지널 메디케어가 아닌 메디케어 어드밴티지 플랜 파트 A 및 파트 B로 대부분의 보장을 받게 됩니다.

메디케어가 보장하는 서비스를 받으려면 메디케어 어드밴티지 플랜에서 보내드리는 카드를 사용하셔야 합니다. 일부 서비스에 대해 메디케어 카드를 제시해야 할 수도 있으므로 빨간색, 흰색 및 파란색 메디케어 카드를 안전한 장소에 보관하십시오. 오리지널 메디케어로 변경하실 때도 필요합니다.

## 메디케어 어드밴티지 플랜은 어떻게 보장됩니까?

메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하면, 메디케어는 가입자의 보장을 위해, 이 플랜을 취급하는 회사에게 매달 고정 금액을 지불합니다. 메디케어 어드밴티지 플랜을 제공하는 회사는 메디케어가 정한 규정을 따라야 합니다. 그러나, 각 메디케어 어드밴티지 플랜은 각기 다른 본인부담금을 부과할 수 있고, 서비스를 받는 방법에 대하여 다른 규정을 두고 있습니다(예: 전문의를 만나기 위한 의뢰서 필요 여부, 비응급이나 비긴급 진료를 받기 위해 플랜의 네트워크 소속 의사, 시설 또는 공급자업체에 가야 하는지 여부 등). 이러한 규정은 매년 변경될 수 있습니다. 플랜은 다음 가입 시작 전까지 귀하에게 변경사항을 알려야 합니다.

메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하는 경우, 오리지널 메디케어에서 받았던 동일한 권리와 보호를 전부 받게 됩니다.

## 메디케어 어드밴티지 플랜은 무엇을 보장합니까?

메디케어 어드밴티지 플랜은 임상 시험(임상 연구), 호스피스 서비스 및 한시적으로 법률 또는 국가 보장 결정에 따른 일부 새로운 혜택을 제외한 모든 파트 A 및 파트 B 혜택을 제공합니다. 보장 서비스에 대해 궁금한 사항은 플랜에 문의하십시오.

## 메디케어 어드밴티지 플랜은 무엇을 보장합니까? (계속)

메디케어 어드밴티지 플랜으로 피트니스 프로그램(체육관 회원권 또는 할인) 및 일부 시력, 청력 및 치과 서비스(정기 검진 또는 치석 제거)와 같이 오리지널 메디케어에서 보장하지 않는 항목에 대한 보장을 받을 수 있습니다. 또한 플랜에는 모든 파트 A 및 파트 B 서비스와 관련해 본인부담금에 대한 **연간 한도**도 있습니다. 해당 한도에 도달하면, 가입자는 서비스 파트 A 및 파트 B 보장에 대하여 아무런 부담을 하지 않습니다.

### 메디케어 약품 보장(파트 D)

메디케어 어드밴티지 플랜은 대부분 메디케어 약품 보장(파트 D)을 포함합니다. 메디케어 약품 보장을 포함하지 않는 일부 유형의 플랜(의료 저축 계좌 플랜(Medical Savings Account Plan)과 일부 민간 행위별 수가제(Private Fee-for-Service Plan) 등)의 경우, 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입하실 수 있습니다.

그러나, 약품을 보장하지 않는 건강 관리 기구(Health Maintenance Organization, HMO) 또는 선호 제공자 기구(Preferred Provider Organization, PPO) 플랜에 가입하시는 경우, 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입하실 수 없습니다. 자세한 사항은 18~19 페이지를 참조하십시오.

**참고:** 약품 보장을 제공하지 않는 플랜에 가입되어 있고, 메디케어 약품 플랜이 따로 없는 경우, 추후 메디케어 약품 플랜에 가입하기로 하시면 지연 가입 벌금을 내야 하실 수 있습니다. 파트 D 지연 가입 벌금에 대해 더 알아보시려면 [Medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/part-d-late-enrollment-penalty](https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/part-d-late-enrollment-penalty)를 참조하십시오.

## 비용은 얼마입니까?

매해 플랜은 보험료, 공제액과 서비스에 대한 금액을 정합니다. 플랜(메디케어 아님)은 귀하가 보장받는 서비스에 대한 금액을 정합니다. 플랜은 1년에 한 번, 1월 1일에 지불하는 금액을 변경할 수 있습니다.

귀하는 파트 B 보험료도 지불해야 합니다. 2022년 파트 B 표준 보험료는 \$170.10입니다(또는 소득에 따라 더 많음). 사회 보장 연금을 받는 일부 경우, 더 적게 지불합니다(평균 \$130).

메디케어 어드밴티지 플랜의 본인부담금을 계산시, 보험료, 공제액, 공동부담금과 공동보험비 외에 다음의 사항도 고려해야 합니다.

- 필요한 건강보험 서비스 유형과 이용 빈도수.
- 책정금(assignment)을 수락하는 의사 또는 공급자를 방문할지 여부. 책정금은 담당의, 제공자 또는 공급자가 메디케어가 보장하는 서비스에 대해 메디케어가 승인하는 금액을 전체 지급금으로서 받아들이는 데 동의함(또는 법에 의해 수락해야 함)을 의미합니다.
- 플랜이 부가 혜택(오리지널 메디케어 혜택에 추가하여)을 제공하는지와 해당 혜택을 받기 위해 추가 비용을 지불해야 하는지 여부.
- 메디케이드를 가지고 있는지 여부, 또는 메디케어 비용을 지불하기 위해 메디케어 저출 프로그램을 통해 주로부터 도움을 받는지 여부.
- 플랜에서 정한 최대 본인부담금 한도.

## 메디케어 어드밴티지 플랜은 무엇을 보장합니까? (계속)

**공제액, 공동보험비와 공동부담금 및 최대 본인부담금 한도 간의 차이점은 무엇입니까?**

**공제액(Deductible)**—오리지널 메디케어, 메디케어 어드밴티지 플랜, 메디케어 약품 플랜, 또는 다른 보험이 지급을 시작하기 전에, 진료 또는 처방에 대해 가입자가 부담해야 하는 금액.

**공동보험비(Coinsurance)**—공제액을 지불한 후 서비스 비용에 대한 부담금으로 지불해야 할 수 있는 금액. 공동보험비는 일반적으로 백분율(예를 들어, 20%)입니다.

**공동부담금(Copayment)**—의사 진료, 병원 외래 진료, 또는 처방 약품과 같이 의료 서비스 또는 용품에 대한 비용 부담금으로 지불해야 하는 금액. 공동부담금은 대개 비율이 아니라 정해진 금액입니다. 예를 들어, 의사 진료 또는 처방 약품에 \$10 또는 \$20를 지불할 수 있습니다.

**최대 본인부담금 한도(Maximum Out-of-Pocket Limit)**—메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하는 경우 파트 A 및 파트 B 보장 서비스에 대해 지불해야 하는 최대 금액.

### 각 플랜당 지불액 세부사항

메디케어 어드밴티지 플랜에 가입한 경우, 매년 플랜에서 받는 다음 통지를 검토하시기 바랍니다.

- **연간 변경 통지:** 1월부터 발효될 보장 범위, 비용 등 모든 변경 사항을 포함합니다. 플랜은 9월 30일에 귀하에게 사본을 전달할 것입니다.
- **보장 범위 확인서:** 플랜의 보장 내역, 납부할 액수와 내년도 추가 사항 등에 대한 상세 내역을 제공합니다. 플랜은 10월 15일까지 통지(또는 인쇄된 사본)를 귀하에게 전송할 것이며, 여기에는 보장 범위 확인서(Evidence of Coverage)에 전자식으로 접속 또는 인쇄된 사본을 요청하는 방법에 대한 정보가 있습니다.

### 기구 결정

가입자 또는 제공자는 해당 플랜이 서비스, 약, 또는 용품을 보장해 주는지를 알아보기 위해 플랜으로부터 사전에 구두 또는 서면으로 결정을 받아 볼 수 있습니다. 또한 내야할 금액도 알 수 있습니다. 이를 **“기구 결정”이라고 합니다.** 서비스, 약품 또는 용품을 보장하기 위해 플랜에 대한 사전 승인을 받으시려면 기구 결정을 요청해야 할 수도 있습니다.

귀하, 귀하의 대리인 또는 귀하의 의사가 기구 결정을 요청할 수 있습니다. 대리인은 도움을 받기 위해 가입자가 선임할 수 있는 사람입니다. 가족 구성원, 친구, 대변인, 변호사, 재정 조연자, 의사 또는 귀하를 대신할 다른 사람이 대리인이 될 수 있습니다. 건강상 요구에 따라 귀하, 귀하의 대리인 또는 의사는 귀하의 기구 결정 요청에 관한 빠른 결정을 요청할 수 있습니다. 플랜이 보장을 거부하는 경우, 플랜은 서면으로 귀하에게 이를 알려야 하고 귀하는 이의를 제기할 권리가 있습니다.

## 비용은 얼마입니까? (계속)

플랜이 네트워크 외부의 서비스 또는 제공자에게 귀하를 의뢰하지만 사전에 기구 결정을 받을 수 없는 경우, 이를 “플랜 지시 치료”라고 부릅니다. 대부분의 경우 가입자는 플랜에서 알려준 비용 이상을 내지 않게 됩니다. 해당 보호에 관해 자세한 내용을 알고 싶은 경우 플랜을 확인하십시오.

## 누가 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입할 수 있습니까?

메디케어 어드밴티지 플랜 가입 조건

- 파트 A와 파트 B가 있어야 함
- 플랜의 서비스 지역에 거주해야 함
- 미국 시민이거나 미국에 합법적으로 거주해야 함

### 기존에 질환이 있는 경우 어떻게 합니까?

이미 질환이 있더라도 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하실 수 있습니다.

### 본인이 말기 신질환(ESRD)을 앓고 있다면 어떻게 됩니까?

ESRD가 있는 경우 1월 1일부터 시작되는 보장을 위해 공식 가입(10월 15일~12월 7일) 동안, 최초 메디케어 자격이 있는 최초 가입 기간 동안 또는 자격이 있는 경우 특별 가입 기간 동안 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입할 수 있습니다.

많은 메디케어 어드밴티지 플랜의 경우, 플랜 네트워크 및 서비스 지역에 소속된 의료 서비스 제공자만 이용하실 수 있습니다. 가입 전에, 현재 진료를 보고 있는 제공자(투석 시설 또는 신장 전문의 등) 또는 향후 진료를 보고 싶은 제공자(예: 이식 전문의)가 플랜 네트워크에 소속되어 있는지 확인하기 위해 제공자 및 고려 중인 플랜에 확인하시는 것이 좋습니다. 이미 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입되어 있는 경우, 제공자가 계속 플랜 네트워크 소속으로 남아 있는지 확인하십시오. 자세한 내용은 보험 자료를 검토하거나 고려하고 계신 플랜에 문의하십시오.

### 다른 보험이 있으면 어떻게 합니까?

메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하기 전 고용주, 노조 또는 그 밖의 혜택 관리자에게 규정에 대해 문의하십시오. 경우에 따라, 메디케어 어드밴티지 플랜 가입으로 인해 가입자 본인, 가입자의 배우자와 부양가족을 보장했던 고용주 보험이나 조합 보험을 상실하고, 재가입하지 못하실 수 있습니다. 다른 경우, 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입해도 가입자는 여전히 메디케어 어드밴티지 플랜과 함께 고용주 또는 조합이 제공하는 보장을 함께 받으실 수 있습니다. 고용주 또는 조합은 자신들이 후원하는 메디케어 어드밴티지 퇴직건강보험을 제안할 수도 있습니다.

**참고:** 특정 경우(예: 이사), 귀하는 다른 때에 플랜에 가입, 변경 또는 탈퇴할 수 있습니다.

## 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입, 변경 또는 탈퇴할 수 있는 때는 언제입니까?

귀하는 다음의 가입 기간에만 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입, 변경 또는 탈퇴할 수 있습니다.

**공식 가입 기간**— 10월 15일에서 12월 7일 사이 메디케어에 가입한 고객이라면 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입, 변경 또는 탈퇴할 수 있습니다. 보장은 1월 1일부터 시작됩니다 (플랜이 12월 7일까지 귀하의 요청을 접수하는 한).

**메디케어 어드밴티지 공식 가입 기간**— 매년 1월 1일과 3월 31일 사이에 다음과 같이 변경할 수 있습니다.

- 메디케어 어드밴티지 플랜(약품 보장 유무와 무관)이 있다면, 다른 메디케어 어드밴티지 플랜(약품 보장 유무와 무관)으로 변경할 수 있습니다.
- 메디케어 어드밴티지 플랜을 탈퇴하고 오리지널 메디케어로 돌아갈 수 있습니다. 또한 별도의 메디케어 약품 플랜에도 가입할 수 있습니다.

메디케어 어드밴티지 공개 가입 기간 동안 오리지널 메디케어가 있는 경우 다음은 하실 수 **없습니다**:

- 메디케어 어드밴티지 플랜으로의 변경
- 메디케어 약품 플랜에 가입
- 하나의 메디케어 약품 플랜에서 다른 약품 플랜으로 변경

**메디케어 어드밴티지 공개 가입 기간 동안 단 한 번만 변경할 수 있으며, 귀하가 한 변경 사항은 플랜이 귀하의 요청을 수락한 후 다음 달 1일부터 적용됩니다.** 오리지널 메디케어로 복귀하고 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입할 경우, 탈퇴를 하기 위해 메디케어 어드밴티지 플랜에 연락할 필요는 없습니다. 탈퇴는 귀하가 약품 플랜에 가입 시 자동으로 일어납니다. 이미 파트 A 보장이 있고 매년 1월 1일과 3월 31일 사이에 처음으로 파트 B에 가입하는 경우, 메디케어 어드밴티지 플랜에도 동시에 가입할 수 있습니다. 이 상황에서 보장은 플랜에 요청 양식이 접수된 후 다음 달 1일부터 시작됩니다.

## 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입, 변경 또는 탈퇴할 수 있는 때는 언제입니까? (계속)

**최초 가입 기간**— 귀하가 처음으로 메디케어 가입 자격이 되면, 최초 가입 기간 동안 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하실 수 있습니다. 많은 경우, 이는 귀하가 65세가 되는 때로부터 3개월 전에 시작하는 7개월의 기간으로서, 65세가 되는 달을 포함하며, 65세가 되는 달로부터 3개월 후에 종료합니다. **본인이 만 65세 미만이고 장애가 있다면**, 24개월 동안 사회보장국(Social Security)으로부터 장애 혜택을 받거나 철도 은퇴위원회(Railroad Retirement Board)로부터 특정 장애 혜택을 받은 후 자동으로 파트 A 및 파트 B를 받게 됩니다.

만약 초기 가입 기간의 첫 3개월 동안 가입하시면, 대부분의 경우 귀하의 보장은 귀하 생일이 있는 달의 첫날부터 시작합니다. 하지만 생일이 그달의 첫날인 경우, 보장은 그 전달의 첫날부터 시작됩니다.

65세가 되는 달 또는 최초 가입 기간에서 마지막 3개월 동안 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하는 경우, 보장 시작일이 지연됩니다.

**참고:** 2023년 1월 1일부터 최초 가입 기간의 마지막 3개월 동안 가입하는 경우 가입한 익월 1일부터 보장이 시작됩니다.

최초 가입 기간 중에 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하셨다면, 메디케어를 가지고 있는 첫 3개월 동안은 다른 메디케어 어드밴티지 플랜(약품 보장 유무와 무관)으로 변경하거나 오리지널 메디케어(별도의 약품 보장 유무와 무관)로 돌아갈 수 있습니다.

**특별 가입 기간**— 대부분의 경우, 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입되어 있다면 보장이 시작되는 날로부터 1년간 가입을 유지해야 합니다. 그러나 이사를 하거나 다른 보험 혜택을 상실하는 것과 같은 특정 상황에서는 특별 가입 기간에 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입, 변경 또는 탈퇴할 수 있습니다.

**참고:** 2023년 1월 1일부터, 자연 재해 또는 비상 사태의 영향을 받는 것과 같은 특정한 예외적 상황으로 인해 가입 기간을 놓친 경우, 메디케어에 가입(및 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입)하기 위한 특별 가입 기간에 대한 자격이 있을 수 있습니다. 자세한 내용은 Medicare.gov를 참조하시거나 플랜에 문의하십시오.

## 어떻게 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입합니까?

메디케어 어드밴티지 플랜 전부가 같은 방식으로 적용되지는 않습니다. 가입 전, Medicare.gov/plan-compare를 방문하거나 1-800-MEDICARE로 전화하셔서 지역의 메디케어 건강 플랜을 찾아 비교하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048을 이용하시면 됩니다. 플랜 규정과 금액을 이해했다면, 다음의 방법중 하나로 가입하십시오.

- Medicare.gov/plan-compare에서 우편번호를 이용해 플랜을 찾아 가입하십시오. 맞춤형 결과로 로그인할 수도 있습니다. 플랜 관련 질문이 있으시면, 플랜 연락 정보를 얻기 위해 “플랜 세부사항”을 선택하십시오.
- 가입하려는 플랜에 전화를 하거나 플랜 웹 사이트를 방문해 온라인으로 가입할 수 있는지 확인하십시오.
- 종이로 된 가입 양식을 작성하십시오. 가입 양식을 플랜측에서 받으시고 작성 후 제출하십시오. 모든 플랜은 이 옵션을 제공해야 합니다.
- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하십시오.

메디케어 어드밴티지 플랜에 가입 시, 귀하의 메디케어 카드에서 다음 정보를 제공해야 합니다.

- 귀하의 메디케어 번호
- 파트 A 및/또는 파트 B 보장이 시작된 날짜

메디케어 어드밴티지 플랜에 가입 시, 대부분의 경우 메디케어 보장 서비스를 받기 위해 **메디케어 어드밴티지 플랜 카드를 사용해야** 한다는 것을 기억하십시오. 일부 서비스의 경우(호스피스 케어 등), 빨간색, 하얀색과 파란색 메디케어 카드를 제시해야 할 수 있습니다.



## 메디케어 어드밴티지 플랜 유형



**메디케어 어드밴티지 플랜에는 다양한 유형이 있습니다.**

- 건강 관리 기구(HMO) 플랜: 18페이지 참조.
- 선호 제공자 기구(PPO) 플랜: 19페이지 참조.
- 민간 행위별 수가제(PFFS) 플랜: 20~21페이지 참조.
- 특별 필요 사항 플랜(SNP): 21~23페이지 참조.
- 의료 저축 계좌(MSA) 플랜: 24~25페이지 참조.

거주 지역에 따라 이러한 플랜 유형의 전부, 일부를 이용할 수 있거나 전혀 이용하지 못할 수도 있습니다. 또한 민간기업에서 제공하기로 한 경우, 해당 지역에서 동일한 유형의 여러 플랜을 이용할 수도 있습니다. 이용 가능한 메디케어 어드밴티지 플랜을 찾으시려면, [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare)를 방문하거나, “메디케어와 가입자 (Medicare & You)” 안내서를 참조하시거나, 1-800-MEDICARE로 전화하시기 바랍니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048을 이용하시면 됩니다.

## 메디케어 어드밴티지 플랜 유형(계속)

### 건강 관리 기구(HMO) 플랜

HMO 플랜은 일반적으로 플랜 네트워크 소속 의사, 그 밖의 의료 서비스 제공자 또는 병원에서만 전적으로 의료 보장(응급 진료, 지역 외 긴급 진료, 또는 지역 외 임시 투석 등 제외)을 제공하는 메디케어 어드밴티지 플랜의 한 유형입니다. 네트워크는 서비스를 제공하는 플랜과 계약한 의사, 병원 및 의료 시설 그룹입니다. 또한 대부분의 HMO는 진료가 조정될 수 있도록 전문의 진료를 위해 일차 진료의로부터 진료 의뢰를 받을 것을 요구합니다.

### 아무 의사, 다른 의료 서비스 제공자 또는 병원에서 치료를 받을 수 있습니까?

아니요. 일반적으로 플랜 네트워크 소속 의사, 그 밖의 의료 서비스 제공자 또는 병원으로부터 진료 및 서비스를 받아야 합니다(플랜 네트워크 소속 또는 네트워크 외에서 제공되는지 여부에 관계없이 보장되는 응급 진료, 지역 외 긴급 진료 또는 임시 지역 외 투석 제외). 단, HMO 서비스 지정(HMO Point-of-Service, HMOPOS) 플랜으로 알려진 일부 HMO 플랜은 일부 또는 모든 보장 혜택에 대해 네트워크 비소속 혜택을 제공합니다.

승인 없이 플랜 네트워크 밖에서 비응급 진료를 받으면, 비용 전액을 부담해야 할 수 있습니다. 필요할 때 특정 서비스를 위해 사전 승인을 받는 것과 같이 플랜 규정을 따르는 것이 중요합니다. 대부분의 경우 일차 진료의를 선택해야 합니다. 연례 유방 촬영 검사와 같은 일부 서비스에는 의뢰서가 필요하지 않습니다. 의사 또는 그 밖의 의료 서비스 제공자가 플랜 네트워크를 탈퇴할 경우, 플랜에서 귀하에게 통지할 것입니다. 귀하는 플랜 네트워크 소속의 다른 의사를 선택해야 할 수 있습니다.

HMO 서비스 지정(HMOPOS) 플랜은 **더 높은 공동부담금 또는 공동보험비로 비소속 네트워크에서 일부 서비스를 받게 할 수 있는 HMO 플랜**입니다. 플랜에서 요구 시, 특정 서비스를 위해 사전 승인을 받는 것과 같이 플랜 규정을 따르는 것이 중요합니다.

### 이러한 플랜이 처방 약품을 보장합니까?

대부분의 경우, 그렇습니다. HMO에 가입할 계획이고 메디케어 약품 보장(파트 D)을 원하신다면, 메디케어 약품 보장을 제공하는 HMO 플랜에 가입해야 합니다. 약품 보장 없이 HMO 플랜에 가입하신다면, 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입할 수 없습니다.

## 메디케어 어드밴티지 플랜 유형(계속)

### 선호 제공자 기구(PPO) 플랜

선호 제공자 기구(PPO) 플랜은 귀하가 이용할 수 있는 네트워크 의사, 전문의, 병원 및 그 밖의 의료 서비스 제공자가 있는 메디케어 어드밴티지 플랜입니다.

### 아무 의사, 다른 의료 서비스 제공자 또는 병원에서 치료를 받을 수 있습니까?

그렇습니다. 또한 서비스 제공자가 귀하를 치료하는 데 동의하고 메디케어(메디케어 파트 A 및 파트 B 항목 및 서비스)를 탈퇴하지 않은 경우, 일반적으로 더 많은 비용을 부담하며 네트워크 비소속 제공자에게 보장 서비스를 받을 수도 있습니다. 응급 및 긴급 진료는 항상 보장됩니다.

네트워크 비소속 제공자로부터 서비스를 받기 전, 해당 서비스가 의학적으로 필요한지 여부와 플랜이 해당 서비스를 보장하는지 확인하기 위해 보장에 대한 기구 결정을 PPO 플랜에 요청할 수 있습니다. 기구 결정에 관한 자세한 사항은 11페이지를 참조하십시오.

### 이러한 플랜이 처방 약품을 보장합니까?

대부분의 경우, 그렇습니다. PPO에 가입할 계획이고 메디케어 약품 보장(파트 D)을 원한다면, 메디케어 약품 보장을 제공하는 PPO 플랜에 가입하셔야 합니다. 약품 보장 없이 PPO 플랜에 가입하면, 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입하실 수 없습니다.

## 메디케어 어드밴티지 플랜 유형(계속)

### 민간 행위별 수가제(PFFS) 플랜

민간 행위별 수가제(PFFS) 플랜은 민간 건강보험사가 제공하는 메디케어 어드밴티지 플랜의 한 종류입니다. PFFS 플랜은 오리지널 메디케어 또는 메디케어 보충보험(메디캡)과 같지 않습니다.

### 아무 의사, 다른 의료 서비스 제공자 또는 병원에서 치료를 받을 수 있습니까?

플랜의 지급 약정을 수락하고 귀하를 치료하는 데 동의하며 메디케어(메디케어 파트 A 및 파트 B 항목 및 서비스)에서 탈퇴하지 않은 모든 메디케어 승인 의사, 기타 의료 서비스 제공자 또는 병원을 방문할 수 있습니다. 네트워크가 있는 PFFS 플랜에 가입하는 경우, 항상 플랜 가입자를 치료하는 데 동의한 네트워크 제공자 중 누구에게라도 진료를 받을 수 있습니다. 또한 플랜 약정에 동의한 네트워크 비소속 의사, 병원 또는 기타 제공자도 선택할 수 있지만 더 높은 비용을 지급해야 할 수 있습니다. 일반적으로 플랜 ID 카드는 제공자에게 귀하가 PFFS 플랜에 가입되어 있음을 알려줍니다.

제공자가 플랜의 지급 약정에 동의하는 경우, 제공자는 해당 약정을 준수하고 귀하의 서비스에 대해 플랜에 비용을 청구해야 합니다. 다만, 서비스 제공자는 귀하의 치료를 중단하기 위해 향후 진료를 결정할 수 있습니다.

서비스 제공자가 플랜의 지급 약정에 동의하지 않는 경우, 플랜은 응급 서비스, 긴급하게 필요한 서비스 및 지역 외 투석에 대해서만 제공자에게 비용을 지불해야 합니다. 다른 보장 서비스의 경우, 귀하는 PFFS 플랜을 허용하는 다른 제공자를 찾아야 합니다.

그러나, 제공자가 귀하를 치료하기로 선택한 경우 제공자는 플랜에서 허용하는 비용 분담에 대해서만 청구할 수 있습니다. 제공자는 귀하의 보장 서비스를 플랜에 청구를 합니다. 서비스를 받는 경우 귀하에게는 플랜에서 허용하는 공동부담금 또는 공동보험비를 지불할 의무만 있습니다. 그 다음 제공자가 보장 서비스 금액을 플랜에 청구합니다.

**참고:** PFFS 플랜은 또한 "잔액 청구"를 허용할 수 있습니다. 즉, 제공자는 메디케어가 지불하는 금액보다 최대 15% 더 많은 금액을 청구하고 해당 금액을 귀하에게 청구할 수 있습니다.

플랜에서 잔액 청구를 허용하는 경우, 귀하는 플랜의 공동부담금 또는 공동보험비 및 제공자가 청구한 금액과 메디케어가 지불하는 금액 간의 차액을 모두 지불해야 할 수 있습니다.

## 메디케어 어드밴티지 플랜 유형(계속)

### 민간 행위별 수가제(PFFS) 플랜(계속)

#### 이러한 플랜이 처방 약품을 보장합니까?

경우에 따라 보장합니다. PFFS 플랜이 메디케어 약품 보장을 제공하지 않는 경우, 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입하여 메디케어 약품 보장(파트 D)을 받을 수 있습니다.

### 특별 필요 사항 플랜(SNP)

특별 필요 사항 플랜(Special Needs Plan)은 구체적인 질병이 있거나, 특정 건강관리 필요가 있거나, 메디케이드 보장을 갖춘 가입자에게 혜택과 서비스를 제공합니다. SNP는 서비스를 제공하는 그룹의 구체적인 필요 사항에 가장 잘 부합될 수 있도록 혜택, 제공자 선택 및 보장 약물 목록(처방집)을 조정합니다.

SNP는 PPO, HMO 또는 HMOPOS 플랜 유형이며 모든 메디케어 어드밴티지 플랜이 보장하는 것과 동일한 메디케어 파트 A 및 파트 B 서비스를 보장합니다. 그러나, SNP는 서비스를 제공하는 특별 그룹에 맞춰 추가 서비스를 보장할 수도 있습니다. 예를 들어, 암 또는 만성 심부전과 같은 심각한 만성 질환이 있고 병원에 입원해야 할 경우, SNP는 병원 내 추가 일수를 보장합니다. SNP는 또한 메디케어 약품 보장(파트 D)을 제공해야 합니다.

각 SNP는 다음 그룹 중 하나 또는 다음 그룹 중 하나의 하위 집단에 속한 사람으로 회원 자격을 제한합니다. 플랜이 제공하는 특별 질환에 계속 부합되는 경우에만 SNP 등록을 유지할 수 있습니다.

플랜의 서비스 지역에 거주하고 다음 3가지 SNP 유형 중 하나에 대한 요건을 충족하는 경우 SNP 자격이 될 수 있습니다.

#### 1. 만성질환 SNP(또는 C-SNP): 다음과 같은 특정 중증 또는 장애 만성 질환이 하나 이상 있습니다.

- 만성 알코올 및 그 밖의 약물 의존
- 특정 자가면역 질환
- 암(암 전단계 상태 제외)
- 특정 심혈관 질환
- 만성 심부전
- 치매

## 메디케어 어드밴티지 플랜 유형(계속)

### 만성질환 SNP(계속)

- 진성 당뇨병
- 말기 간 질환
- 투석(모든 투석 방식)이 필요한 말기 신장질환(ESRD)
- 특정 중증 혈액 장애
- HIV/AIDS
- 특정 만성 폐 장애
- 특정 만성 및 장애 정신건강 질환
- 특정 신경 장애
- 뇌졸중

2. **기관 SNP(또는 I-SNP):** 지역사회에 거주하지만 시설이 제공하는 수준의 치료가 필요하거나 다음과 같은 시설에서 연속으로 최소 90일 동안 거주하는(또는 거주할 것으로 예상되는) 경우:

- 요양원
- 중급 요양 시설
- 전문 요양 시설
- 재활병원
- 장기 요양 병원
- 병상 전환(Swing-bed) 병원
- 정신병원
- 기타 유사한 장기 의료 서비스를 제공하고 위에 명시된 시설의 입소자와 유사한 필요 사항 및 건강 관리 상태를 가진 입소자가 있는 시설

## 메디케어 어드밴티지 플랜 유형(계속)

### 특별 필요 사항 플랜(SNP) (계속)

3. **이중 적격 SNP(또는 D-SNP):** 귀하께서는 메디케어와 메디케이드 둘 다 받을 자격이 있습니다. D-SNP는 메디케어 및 메디케이드 혜택을 조정하는 데 도움이 되도록 주정부 메디케이드 프로그램과 계약합니다.

### 아무 의사, 다른 의료 서비스 제공자 또는 병원에서 치료를 받을 수 있습니까?

SNP가 HMO인 경우, 일반적으로 플랜 네트워크 소속 의사, 그 밖의 의료 서비스 제공자 또는 병원에서 치료와 서비스를 받아야 합니다(응급 치료, 지역 외 긴급 치료 또는 지역외 투석 제외). 일차 진료의가 필요할 수 있습니다.

단, SNP가 PPO인 경우 유자격 제공자나 병원에서 서비스를 받을 수 있지만 일반적으로 네트워크 소속 제공자로부터 서비스를 받는 것보다 더 많은 비용이 청구됩니다.

SNP는 가입자에게 영향을 미치는 질병 또는 질환에 맞는 전문가를 구비하고 있습니다. HMO와 PPO SNP는 모두 귀하의 건강 관리를 도와줄 진료 조정관을 요구할 수 있습니다. 진료 조정관은 정확한 진료와 정보를 제공할 수 있어야 합니다. 예를 들어, 당뇨 환자를 위해 SNP는 환자의 혈당과 식단 체크를 하는 데 도움을 주는 진료 조정관 서비스를 제공할 수 있습니다.

### 이러한 플랜이 처방 약품을 보장합니까?

그렇습니다. 모든 SNP는 메디케어 약품 보장(파트 D)을 제공해야 합니다.

## 메디케어 어드밴티지 플랜 유형(계속)

### 메디케어 의료 저축 계좌(MSA) 플랜

메디케어 의료 저축 계좌(MSA) 플랜은 높은 공제액 보험 플랜과 귀하가 건강 관리 비용을 지불하는 데 사용할 수 있는 의료 저축 계좌를 결합한 플랜입니다.

1. **높은 공제액 건강 플랜:** MSA 플랜의 첫 번째 파트는 높은 공제액 메디케어 어드밴티지 플랜의 특별한 유형입니다. 플랜에 따라 다양한 높은 연간 공제액을 충족한 경우에만 플랜에서 비용을 보장하기 시작합니다.
2. **의료 저축 계좌:** MSA의 플랜의 두 번째 파트는 저축 계좌의 특별한 유형입니다. MSA 플랜은 귀하의 계정에 돈을 입금합니다.

원하는 MSA 플랜을 결정한 후, 플랜 가입 정보를 확인하고 가입하기 위해 플랜에 연락해야 합니다. 플랜은 플랜이 지정한 은행에 계좌를 개설하는 방법을 알려드릴 것입니다. 플랜이 귀하의 가입을 처리하기 전에 이 계좌를 개설해야 합니다. 가입 후, 플랜에서 보장이 시작되는 날짜를 알려주는 서신을 받게 됩니다. 가입하고 MSA 보장이 적용되면,

- 메디케어는 귀하의 건강 관리를 위해 매년 일정 금액을 플랜에 줍니다.
- 플랜은 귀하를 대신해 귀하 계정에 돈을 입금합니다. 본인의 돈을 입금할 수 없습니다.
- 메디케어로 보장받지 못하는 건강 관리 비용을 포함하여 계정에 있는 돈으로 건강 관리 비용을 지급할 수 있습니다.
- 계정의 돈을 모두 사용하고 추가 치료 비용이 남은 경우, 플랜 공제액에 다다를 때까지 메디케어가 보장하는 서비스를 본인 부담으로 지불해야 합니다.
- 공제액이 충족되기 전 본인 부담금으로 서비스를 지불하는 동안, 의사와 기타 제공자는 메디케어가 승인한 금액 이상을 귀하에게 청구할 수 없습니다.
- 메디케어가 보장하는 파트 A와 파트 B 서비스에 대한 지불액은 플랜의 공제액에 산정됩니다. 공제액에 도달하면, 플랜은 메디케어에서 보장하는 서비스를 보장합니다.
- 연말에 계정에 남은 돈은 계정에 그대로 있으며, 다음 해 건강 관리비로 사용될 수 있습니다. 다음 해에도 동일한 MSA 플랜을 유지할 경우, 잔여 금액에 새로운 입금액이 추가됩니다.

## 메디케어 어드밴티지 플랜 유형(계속)

### MSA 플랜과 세금

계정의 자금을 사용하면, 소득세 신고 시 계정의 돈을 어떻게 사용했는지에 대한 정보와 국세청(IRS) 양식 8853을 포함해야 합니다.

매년, 계정에서 출금 내역이 포함된 것을 증명하는 1099-SA 양식을 은행에서 받아야 합니다. 최소한 이 금액에 해당하는 적격 의료비를 지출했음을 입증해야 합니다. 그렇지 않으면 세금 및 추가 벌금을 납부해야 할 수도 있습니다.

IRS는 적격 의료비 목록 등 MSA 플랜과 관련된 자세한 세금 정보를 제공합니다. [irs.gov/forms-pubs/about-publication-969](https://www.irs.gov/forms-pubs/about-publication-969)를 참조하십시오.

MSA 플랜이 귀하의 경제적 상황에 어떤 영향을 미칠지에 대한 상담과 조언은 귀하의 개인 재정 고문(있는 경우)에게 연락하십시오.

### 아무 의사, 다른 의료 서비스 제공자 또는 병원에서 치료를 받을 수 있습니까?

MSA 플랜에는 일반적으로 의료 서비스 제공자 네트워크가 없습니다. 미국 또는 미국 영토의 메디케어 적격 제공자로부터 메디케어 파트 A 및 파트 B 서비스를 받으실 수 있습니다.

### 이러한 플랜이 처방 약품을 보장합니까?

아니요. 메디케어 MSA 플랜에 가입하고 약품 보장(파트 D)이 필요하실 경우, 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입하셔야 합니다.

그러나 MSA에 가입했고 이미 약품 보장이 되는 메디갭 보험(2006년 1월 1일 전 판매된 일부 정책은 약품 보장이 포함)이 있다면, 일부 약값 지불에 이 보장을 계속해서 사용할 수 있습니다.

## 메디케어 어드밴티지 플랜 나란히 비교하기

아래 차트는 메디케어 어드밴티지 플랜의 각 유형에 대한 기본 정보를 보여줍니다.

	HMO	PPO	PFSS	SNP	MSA
<b>보험료</b> 대부분의 플랜은 월 보험료를 부과합니까?	<b>예</b> 대부분은 월 파트 B 보험료에 추가로 보험료를 청구합니다.	<b>예</b> 대부분은 월 파트 B 보험료에 추가로 보험료를 청구합니다.	<b>예</b> 대부분은 월 파트 B 보험료에 추가로 보험료를 청구합니다.	<b>예</b> 대부분은 월 파트 B 보험료에 추가로 보험료를 청구합니다.	<b>아니오</b> 매달 별도의 보험료를 내지 않아도 되지만 파트 B 보험료는 매달 계속해서 납부해야 합니다.
<b>약품</b> 플랜은 메디케어 처방 약품 보장 (파트 D)을 제공합니까?	<b>보통은 청구함</b> 약품 보장을 제공하지 않는 HMO에 가입하는 경우, 별도의 메디케어 약품 플랜을 받을 수 없습니다.	<b>보통은 청구함</b> 약품 보장을 제공하지 않는 PPO 플랜에 가입하는 경우, 별도의 메디케어 약품 플랜을 받을 수 없습니다.	<b>보통은 청구함</b> 약품 보장을 제공하지 않는 PFSS 플랜에 가입하는 경우, 별도의 메디케어 약품 플랜을 받으실 수 있습니다.	<b>예</b> 모든 SNP는 메디케어 처방 약품 보장(파트 D)을 제공해야 합니다.	<b>아니오</b> 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입할 수 있습니다. 이미 약품 보장이 포함된 메디캡 보험이 있는 경우 이 보장을 계속 사용할 수 있습니다.
<b>제공자</b> 보장 서비스를 받고자 메디케어가 승인한 의사 또는 병원을 이용할 수 있습니까?	<b>때때로 청구함</b> 일반적으로 플랜 네트워크 소속의 의사, 기타 의료 서비스 제공자 또는 병원에서 진료 및 서비스를 받아야 합니다(응급 또는 긴급 진료 또는 지역 외 투석 제외). HMOPOS 플랜에서 더 높은 수준의 공동부담금 또는 공동보험비를 내고 비소속 네트워크의 일부 서비스를 받을 수 있습니다.	<b>예</b> 각 플랜은 귀하가 갈 수 있는 의사, 병원과 기타 제공자 네트워크가 있습니다. 플랜 비참여 제공자 네트워크를 방문할 수 있으나 더 높은 비용을 지급할 수 있습니다.	<b>예</b> <b>플랜 지급 약정과 귀하를 치료하는 데 동의한 메디케어 승인 의사, 기타 의료 서비스 제공자 또는 병원에 갈 수 있습니다.</b> 플랜에 네트워크가 있는 경우, 네트워크 제공자 중 아무나 방문할 수 있습니다 (플랜 약정에 동의하는 네트워크 비소속 제공자를 방문시, 더 많이 지불해야 할 수 있습니다).	<b>때때로 청구함</b> SNP가 HMO인 경우, SNP 네트워크 소속 의사 또는 병원에서 진료와 서비스를 받아야 합니다 (응급 또는 긴급 진료 또는 지역 외 투석의 경우 제외). 하지만, SNP가 PPO인 경우 네트워크 외에서 메디케어가 보장하는 서비스를 받을 수 있습니다.	<b>예</b> MSA 플랜에는 일반적으로 제공자 네트워크가 없습니다. 오리지널 메디케어가 보장하는 서비스는 메디케어에서 승인한 제공자를 방문하실 수 있습니다.
<b>의뢰서</b> 전문가 진료를 보기 위해 담당의의 의뢰서가 필요합니까?	<b>예</b>	<b>아니오</b>	<b>아니오</b>	<b>아마 그럴 것입니다</b> SNP가 HMO인 경우 의뢰서가 필요합니다. SNP가 PPO인 경우 의뢰서가 필요하지 않습니다.	<b>아니오</b>

## 메디케어 보충보험(메디갭)이 있는 경우 어떻게 합니까?

메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하면 메디갭을 구입할 수 없습니다. 다만, 기존에 메디갭 보험이 있는 경우 이 플랜을 유지할 수 있는 몇 가지 예외(주에 따라 다름)가 있습니다. 예를 들어, MSA에 가입할 때 이미 메디갭 플랜이 있던 경우 메디갭 보험을 유지하고 처방 약품 보장에 사용할 수 있습니다. 메디갭 보험을 유지하고 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하려면 주정부 보험부에 문의하십시오. 메디갭으로 메디케어 어드밴티지 플랜 공동부담금, 공제액 및 보험료는 지불할 수 없습니다.

메디갭 보험을 취소하고 싶다면, 보험사에 연락하십시오. 대부분의 경우, 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하기 위해 메디갭 보험을 탈퇴하면 동일한 보험에 다시 가입하지 못할 수 있습니다. 메디케어 어드밴티지 플랜에 이미 가입된 경우, 가입자가 오리지널 메디케어로 복귀하지 않는 한 타인이 메디갭 보험을 판매하는 것은 불법입니다. 메디케어 어드밴티지 플랜에서 탈퇴하실 계획이 없는데 누군가 귀하께 메디갭 보험을 판매하려고 시도한다면, 주 보험감독국에 신고하십시오.

메디케어 어드밴티지 플랜에 처음 가입했는데 플랜이 만족스럽지 않은 경우 메디케어 어드밴티지 플랜 가입 후 12개월 이내에 오리지널 메디케어로 돌아오시면 연방법에 따라 메디갭 보험과 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입할 수 있는 "시험 권리"가 주어집니다.

- 가입 전에 메디갭이 있었는데 보험회사가 여전히 판매하고 있다면 귀하는 동일한 보험에 가입하실 수 있습니다. 이를 이용할 수 없다면, 다른 보험에 가입하실 수 있습니다.
- 처음 메디케어 가입 자격이 되어 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하셨다면 (그리고 플랜이 만족스럽지 않다면) 가입 첫해에 오리지널 메디케어로 전환할 때 메디갭 보험을 선택하실 수 있습니다.
- 일부 주에서는 매디갭 보험을 구매할 수 있는 특별 권리를 추가로 제공합니다.

메디케어에 새롭게 가입한 사람에게 판매된 메디갭은 파트 B 공제액 보장을 허용하지 않습니다. 매디갭 보험에 관한 자세한 내용은 "메디갭 보험 선택: 메디케어 가입자를 위한 건강 보험 안내 Medicare (Choosing a Medigap Policy: A Guide to Health Insurance for People with)"를 참조하십시오.

## 어디서 자세한 정보를 얻을 수 있습니까?

- **메디케어 플랜 조회**

건강보험 및 약품 플랜을 비교하여 필요사항에 부합하는 보험을 찾으십시오. 약품을 입력하여 지역 플랜에 대해 더욱 정확한 비용을 알아볼 수 있습니다. 필요사항에 부합하는 플랜을 찾고 비교하려면 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare)를 참조하십시오.

- **1-800-MEDICARE**

1-800-MEDICARE는 청구, 불만 사항, 의료 기록, 비용 등에 관한 특정 질문에 답변해 드립니다. 1-800-633-4227로 전화해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048을 이용하시면 됩니다.

- **SHIP(주정부 건강보험 지원 프로그램)**

SHIP은 주정부 프로그램으로 연방 정부로부터 지원을 받아 메디케어 가입자에게 무료로 지역 건강보험을 상담해 드립니다. SHIP은 어떤 보험 회사나 건강 플랜과도 연관되어 있지 않습니다. SHIP 자원봉사자는 다음의 메디케어 문의 사항 또는 염려를 도울 수 있습니다:

- 가입자의 메디케어 권리
- 지급 문제
- 진료 또는 치료 관련 불만 사항
- 플랜 선택
- 메디케어 및 다른 보험과의 연동 방식
- 건강 관리 비용 지급에 대한 지원 찾기

[shiphelp.org](https://shiphelp.org)를 참조하거나 1-800-MEDICARE에 전화하여 해당 주의 SHIP 전화번호를 찾을 수 있습니다.

- **메디케어 어드밴티지 플랜**

비용 및 보장에 대한 자세한 정보는 관심이 있는 플랜에 문의하십시오.

## CMS 접근 가능 커뮤니케이션

메디케어 및 메디케이드 서비스 센터(Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)는 점자, 큰 활자, 데이터/오디오 파일, 중계 서비스, TTY 통신과 같은 이용 가능한 형식의 정보를 포함하여 무료 보조 지원 및 서비스를 제공합니다. CMS에 이용 가능한 형식의 정보를 요청하는 경우 이를 제공하는 데 필요한 추가 시간으로 인해 불이익을 받지 않습니다. 즉, 귀하의 요청 이행이 지연되는 경우 조치할 추가 시간이 주어집니다.

이용 가능한 형식으로 메디케어 또는 마켓플레이스 정보를 요청하려면 다음 방법을 수행합니다.

### 1. 전화:

메디케어: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

TTY: 1-877-486-2048

### 2. 팩스 발송: 1-844-530-3676

### 3. 서신 발송:

Centers for Medicare & Medicaid Services  
 Offices of Hearings and Inquiries (OHI)  
 7500 Security Boulevard, Mail Stop S1-13-25  
 Baltimore, MD 21244-1850  
 Attn: Customer Accessibility Resource Staff

요청 시 귀하의 성함, 전화번호, 필요한 정보 유형(알고 있는 경우)과 자료를 받을 주소를 기재해야 합니다. 추가 정보가 필요하면 저희가 연락을 드릴 수도 있습니다.

**참고:** 메디케어 어드밴티지 플랜이나 메디케어 약품 플랜에 가입되어 있을 경우, 해당 플랜에 연락하여 이용 가능한 형태의 문서를 요청하실 수도 있습니다. 메디케이드에 관련해서는 주 또는 지역 메디케이드 사무소에 연락하십시오.

## 비차별 통지

메디케어 및 메디케이드 서비스 센터(CMS)는 CMS가 직접 수행하거나 CMS가 프로그램 및 활동을 수행하도록 합의한 계약자나 다른 주체를 통하여 수행하는 모든 프로그램 및 활동에 등록 또는 참여, 서비스 수혜 등과 관련하여, 인종, 피부색, 출신국, 장애 여부, 성별, 연령 등에 근거하여 배제하거나 혜택 부여를 부인하거나 다른 방법으로 차별하지 않습니다.

사용할 수 있는 정보 양식을 얻는데 우려가 있다면 이 알림에 기재된 어떤 방식으로든 CMS로 연락주시시오.

메디케어 어드밴티지 플랜, 메디케어 약품 플랜, 주 또는 지역 메디케이드 사무소 또는 마켓플레이스 적격 건강 플랜에서 이용 가능한 형식으로 정보를 얻는 데 문제가 있는 것을 비롯하여 CMS 프로그램 또는 활동에서 차별을 받았다고 생각되는 경우 불만을 제기할 수도 있습니다. 다음 3가지 방식으로 미 보건복지부(Department of Health & Human Services), 민권 사무소(Office for Civil Rights)에 불만을 제기하실 수 있습니다.

1. **온라인:** [hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html](https://hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html).
2. **전화:** 1-800-368-1019. TTY 사용자는 1-800-537-7697을 이용하실 수 있습니다.
3. **서면:** 불만 사항을 다음으로 발송:

Office for Civil Rights  
 U.S. Department of Health & Human Services  
 200 Independence Avenue, SW  
 Room 509F, HHH Building  
 Washington, D.C. 20201



# U.S. DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES

Centers for Medicare & Medicaid Services  
7500 Security Boulevard  
Baltimore, Maryland 21244-1850

공식 업무용  
사적인 이용에 대한 벌칙금 \$300

CMS Product No. 12026-K (Korean)  
Revised July 2022

메디케어 어드밴티지 플랜에 대한 이해

- Medicare.gov
- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
- TTY: 1-877-486-2048

