



메디케어와 가입자 2023

미국 정부 공식 메디케어 안내서



신규 및 중요 사항



COVID-19 업데이트

메디케어는 가입자가 자격 대상인 경우 2019 코로나바이러스 감염증(COVID-19) 백신, 검사 및 부스터샷 접종에 대해 계속해서 보장합니다. 37페이지 참조.

메디케어 특별 가입 기간

특정 예외적인 상황으로 인해 가입 기간을 놓치신 경우 특별 가입 기간 동안 메디케어에 가입할 수 있습니다. 18페이지 참조.

신규 메디케어 보장 시작일

2023년 1월 1일부터 65세가 되는 달 또는 최초 가입 기간의 마지막 3개월 동안 또는 일반 가입 기간 동안 메디케어에 가입하시면 가입한 익월 1일부터 보장이 시작됩니다. 17-18페이지 참조.

신장 이식 및 면역억제제 보장

메디케어는 신장 이식 후 36개월이 경과해도 면역억제제 비용을 계속 지불하는 데 도움이 되는 새로운 혜택을 제공합니다(다른 건강보험이 없는 경우). 52페이지 참조.

책임의료기관에서 더 나은 의료 서비스를 제공하는 방법 알아보기

책임의료기관(Accountable Care Organizations)이란 의료진, 병원 및 그 밖의 의료 서비스 제공자가 한 팀으로서 협력하여 환자에게 양질의 조정 의료 서비스를 제공하는 기구입니다. 담당의가 책임의료기관 소속인 경우, 담당의는 가입자에게 더 나은 진료를 제공할 수 있는 도구를 갖추고 있으며 가입자는 추가 서비스를 이용할 수 있음을 의미합니다. 111페이지 참조.

메디케어 건강관리 비용 및 약품 비용 지급에 도움 받기

소득이 제한적인 경우, 부가 지원 또는 메디케어 절약 프로그램(Medicare Savings Program) 등의 자원을 통해 메디케어 비용 지급에 관한 주정부의 도움을 받을 수 있습니다. 91-96 페이지 참조.

위기 시 도움 받기

정신 건강과 웰니스야말로 가장 중요한 부분입니다. 본인 또는 지인이 위기에 처한 경우 전화 또는 988로 문자 발송 또는 [988lifeline.org](https://www.988lifeline.org)에서 실시간 채팅을 이용하시기 바랍니다.

이용하기 쉬운 형식이나 다른 언어로 된 정보가 필요하신가요?

“메디케어와 가입자” 안내서를 무료로 이용하기 쉬운 형식으로 받으실 수 있습니다. 123참조 참조. 영어 외의 언어로 도움을 받으시려면 125-126페이지를 확인하십시오.

차례

| | |
|---|-----|
| 신규 및 중요 사항 | 2 |
| 주제 색인 | 4 |
| 메디케어 구성 방식 | 9 |
| 메디케어 옵션 | 10 |
| 개요: 오리지널 메디케어 vs. 메디케어 어드밴티지 | 11 |
| 메디케어로 시작하기 | 13 |
| 메디케어 최대한 활용하기 | 14 |
| 제1절: 메디케어 가입 | 15 |
| 제2절: 필요로 하는 검사, 품목 및 서비스를 메디케어로 보장받을 수 있는지 알아보기 | 25 |
| 제3절: 오리지널 메디케어 | 57 |
| 제4절: 메디케어 어드밴티지 플랜 및 기타 옵션 | 61 |
| 제5절: 메디케어 보충보험(메디갭) | 75 |
| 제6절: 메디케어 약품 보장(파트 D) | 79 |
| 제7절: 건강관리 비용 및 약품 비용 지급에 도움받기 | 91 |
| 제8절: 가입자의 메디케어 권리 및 보호 | 97 |
| 제9절: 자세한 정보 얻기 | 107 |
| 제10절: 정의 | 119 |

주제 색인을 찾고 계신가요?

4페이지 참조.

기호 설명

본 안내서 전체에서 해당 기호를 찾으면 메디케어 보장 옵션을 이해하는 데 도움이 됩니다:



비교: 오리지널 메디케어와 메디케어 어드밴티지를 비교해서 보여줍니다.



비용과 보장내용: 서비스 비용 및 보장 내용 정보를 제공합니다.



예방적 서비스: 예방적 서비스에 대한 자세한 사항을 제공합니다.

중요!

중요: 검토할 중요한 정보를 강조 표시.

신규!

신규: 올해 “메디케어와 가입자”의 새로워진 정보를 강조 표시합니다.”



Medicare.gov에서 중요 정보를 찾는 데 도움이 됩니다.

주제 색인

A

복부 대동맥류 30
 이용하기 쉬운 커뮤니케이션 123
 책임의료기관(ACO) 51, **111-112**, 119
 침술 30
 비급여 사전 수혜자 통지 101
 사전 치료 계획 30
 알코올 남용 검사 및 상담 31
 구급차 서비스 **31**, 53
 외래 수술 센터 31
 근위축성 측색 경화증 (ALS) 15
 이의신청 97-100, 113
 의족 49
 책정금 **59-60**, 65, 119

B

균형 검사 42
 바륨 관장 35
 행동 건강 통합 서비스 32
 수혜자 및 가족 중심 치료
 품질개선기관 100, **113**
 혜택 기간 27-29, **119**
 혜택 조정 **22**, 113
 청구서 23-24, **59**, 82, 99, 105
 혈액 26, 32-33, 35-36, 38, 42-44, 76
 혈액기반 생체표지자 테스트 36
 블루 버튼 105, 109
 블루 버튼 2.0® 59, 110
 보조기(팔, 다리, 등, 목) 49

C

심장 재활 32-33
 재난적 보장 83
 자궁 경부암 및 질암 검사 33
 화학요법 **33**, 64
 척추 지압 서비스 34
 만성 영양 관리 서비스 34
 청구 58, 102, 104, 105, 109-110
 임상 연구 **34**
 COBRA 18-19, 88
 인지적 평가 34, 54
 대장내시경술 35
 지속성 기도양압(CPAP) 기기, 부속품, 요법 36
 2019 코로나바이러스 감염증 37-38
 성형 수술 55
 비용 계획. 메디케어 코스트 플랜 참조.
 비용(공동 부담금, 공동보험비, 공제금, 보험료)
 파트 D 지급 부가 지원 91-93
 파트 A 및 파트 B 비용 지원 94-96 메디케어
 어드밴티지 플랜 64
 오리지널 메디케어 58-59
 파트 A 및 파트 B **22-24**, 25-55
 파트 D 지연 가입 가산금 83-84 흡연 및 흡연
 관련 질환 예방을 위한 상담 36
 보장 결정(파트 D) 99-100
 보장 서비스(파트 A 및 파트 B) 25-55
 COVID-19 37-38
 신뢰할 수 있는 처방약 보장 79, 81, 83-84,
 88-89, 93, **119**

D

제세동기 38
 치매 34, 54, 70
 시범/시험용 프로그램 74, 95, **120-121**
 치과 진료 및 의치 12, 55, 62
 미국 국방부 113
 보건복지부.
 민권 사무소 참조.
 미국 재향군인회 83, **89**, 90, 114
 우울증 32, 34, **38**, 46, 54
 당뇨병 34, 38-39, 41-42, **45-46**, 70
 투석(신장 투석) 16, 31, 44, 64, 98, 108
 장애 **15-19**, 21, 30, 54-56, 94, 96, 103, 124
 약품 보장(파트 D) 79-90
 이의신청 97-101
 파트 A에 따른 보장 26-29
 파트 B에 따른 보장 39
 가입, 변경, 또는 탈퇴 80-81
 메디케어 어드밴티지 플랜 61-65
 약품 플랜
 비용 81-85
 가입 80-81
 플랜 유형 79
 보장 내역 85-86
 약품(외래환자) 39
 이중 수혜자(메디케어-메디케이드 플랜) 95
 내구성 의료장비(보행기 등) 9, 26, 29, 39, **40**,
 43-44

E

EKG/ECG **40**, 51
 전자 안내서 14, 63
 전자 건강 기록 111
 전자 메디케어 요약(eMSN) 59, 109
 전자 처방 111
 응급 부서 서비스 40

고용주(직장) 단체 건강보험
 파트 A의 비용은 다를 수 있음 26
 약품 보장 80, 83, 88
 메디케어와 연동한 운용 방식 21
 메디캡 공식 가입 77
 말기 신장질환 (ESRD) 16, 18, 21, 31, 42,
 44-45, 51, 52, 63, 70, 74, 98
 가입
 메디케어 어드밴티지 플랜(파트 C) 63-64
 메디케어 약품 보장(파트 D) 80-81
 부가 지원(메디케어 약품 비용 지급지원) 79, 81,
 83, 88, **91-93**, 95, 113, 120
 안경 41

F

대변 잠혈 검사 35-36
 연방 정부 직원 건강 혜택(FEHB) 프로그램 **89**
 연방 인증 의료 센터 서비스 41
 연성 S자 결장경 검사 35
 독감예방주사 41
 족부 진료 41
 처방집 81, 85-86, 99, **120**
 사기 85, **105-106**

G

일반 가입 기간 **18-19**, 23, 71, 80
 녹내장 검사 42

H

건강보험 마켓플레이스® 18-20
 의료관리기구 (HMO) 플랜 61, **66**, 111, 122
 건강 위험도 평가 54
 건강 저축 계좌(HSA) 20
 보청기 42, **55**, 75
 B형 간염 주사 42, 50
 C형 간염 검사 43
 HIV 검사 43
 가정 건강관리/서비스 9, 25-26, 29, **43**,
 100, 108

6 주제 색인

가정 주입 요법 서비스 및 용품 39, 44
호스피스 케어 9, 25, **26-27**, 61, 76, 86,
100, 108
HSA. 건강 저축 계좌(HSA) 참조.

I

신원 도용 105
면역억제제 보장 52
소득 관련 월별 조정 금액(IRMAA) 23-24, 82
미국 원주민 건강 서비스 83, **90**
최초 가입 기간 17, 71, 80
입원환자 병원 진료 27-28
기관 70, 92
인슐린 38, 88

J

가입
메디케어 약품 플랜 79-80
메디케어 건강 플랜 63-64

K

신장 투석 16, **44**
신장 질환 교육 44
신장 이식 16, 44, 46, **52**

L

검사실 서비스 44
지연 가입 가산금. 가산금 참조.
평생 예비 일 27, **120**
장기 요양 55-56
메디케어 카드 분실. 메디케어 카드. 교체 참조.
폐암 검사 44

M

유방 촬영술 45
마켓플레이스. 건강보험 마켓플레이스
(Marketplace®) 참조.
메디케이드 19, 21, 26, 29, 34, 56-59, 65, 70,
74, 88, 92, 94-96, 103, **120**
의료적 영양요법 38, **46**
의료 저축 계좌(MSA) 플랜 21, 61, **67**
메디케어
파트 A(병원 보험) 25-29
파트 B(의료 보험) 29-55
파트 C(메디케어 어드밴티지 플랜) 61-73
파트 D(메디케어 약품 보장) 79-90
메디케어 계정 9, 14, 15, 24, 59, 94, 105, 107,
109-110
메디케어 행정 계약자 99, 103
메디케어 어드밴티지 공식 가입 기간
13, **71-72**, 80
메디케어 어드밴티지 플랜 121
다른 보험과 연동하는 방법 64
플랜 유형 66-70
개인건강정보 공개에 대한 메디케어 승인 107
메디케어 수혜자 옴부즈맨 106
메디케어 카드 9, 15, 24-25, 37, 61, 107, 109,
113-114
메디케어 코스트 플랜 55, 72, 79, 82
메디케어 약품 플랜 79
메디케어-메디케이드 플랜 95
메디케어 절약 프로그램 94-95
메디케어 요약 통지 (MSN) 59, 94, 99, 101,
105, 109
메디케어 추가 보험 (메디갭) 10-12, 29, 56-58,
64, 73, **75-78**, 89, 121
약물 치료 관리 프로그램 87
메디갭. 메디케어 보충보험 참조.
정신 건강관리 46
MSN. 메디케어 요약 고지 참조.

N

의료 제공자 식별자(NPI) 60
 통지 28, **59**, 63, 69, 73, 81, 85, 94, 97,
 99-101, 103-105, 109, 124
 연간 변경 통지 63, 69, 73, 81
 외래환자 관찰 통지서("MOON") 28
 메디케어 요약 통지(MSN) 59, 94, 99, 101,
 105, 109
 비차별 통지 124
 개인정보보호 관행 통지 103-104
 전문 간호사 39, 41, 46, 48, 53
 요양원 26, 56, 70, 74-75, 92, 95-96, 108, 110
 의료적 영양요법 서비스. 의료적 영양요법 참조.

O

관찰 28
 작업치료 서비스 43, **46**
 민권 사무소 104
 인사 관리실 23, **114**
 공식 가입 13, 63, 71-72, 77-78, 80, 84
 오피오이드 사용 장애 치료 27, 39, **47**, 54
 OPM. 인사 관리실 참조.
 불참(제공자) 60
 오리지널 메디케어 25-55
 보조기 품목 49
 외래 병원 서비스 47
 산소 40

P

PACE. 포괄적 노인 요양 프로그램 참조.
 메디케어 약품비 지급 94-95
 납부 옵션(보험료) 23-24
 골반 검사 33
 가산금 (지각 가입)
 파트 A(병원 보험) 18, 22
 파트 B(의료 보험) 15, 18, 23
 파트 D(메디케어 약품 보장) 79, 81-84,
 88, 93

약국 지원 프로그램 96
 물리치료 서비스 **48**
 의사 보조 39, 41, 46, 53
 시범/시험용 프로그램 95, 120, 121
 페렴 주사 **48**, 50, 54
 예방적 서비스 3, **14**, **29-33**, **35-39**, **41-50**,
54-55, 90, 108-109, 122
 일차진료의 33, 46, 57, 66-70, **122**
 주치료 관리 서비스 48
 개인정보보호 통지 103-104
 민간 행위별수가제(PFFS) 플랜 69
 포괄적 노인 요양 프로그램(PACE) **74**, 96, 121
 전립선 검사(PSA 검사) 48
 보철/보조기 품목 49
 푸에르토리코 15, 16, 53, 91, 94, 96
 폐재활 프로그램 49

Q

양질의 진료 97-98, 108, **110-112**, 120

R

철도퇴직위원회(RRB) 15-17, 20, 23-24, 59,
 82, **114**
 의뢰서
 정의 122
 메디케어 어드밴티지 플랜 66-70
 오리지널 메디케어 57
 파트 B 보장 서비스 30-55
 종교적 비의료 건강관리 기관 25, **28**
 메디케어 카드 교체 **9**, **15**, 113
 임시 간호 27
 퇴직자 건강보험(보장) 88-89
 RRB. 철도 퇴직위원회 참조.
 농촌 건강 진료소 49

S

선별검사. 예방적 서비스 참조.
 시니어 메디케어 순찰 프로그램 106
 서비스 지역 63, **122**
 성매개감염 검사와 상담 50

SHIP. 주립 건강보험 보조 프로그램 참조.
 주사(예방접종) 9, 14, 41-42, 48, **50**, 54, 108, 122
 S상 결장경 검사 35
 전문 간호 시설(SNF) 치료 25, **28**, 76, 100, 101, **122**
 SNF. 전문 간호 시설(SNF) 치료 참조.
 SNP. 특별 필요사항 플랜(SNP) 참조.
 사회 보장국
 MSN에서 주소 변경 59
 파트 D 비용 지급 부가 지원 93
 기타 유용한 연락처 113
 파트 A 및 파트 B 보험료 22-29
 파트 D 보험료 82
 파트 A 및 파트 B 가입 15-18
 생활비 보조금(SSI)혜택 96
 SPAP. 주립 의약품 지원 프로그램 참조.
 특별 가입 기간
 파트 A 및 파트 B 18-19
 파트 C(메디케어 어드밴티지 플랜) 71-73
 파트 D(메디케어 약품 보장) 79-80
 특별 필요사항 플랜(SNP) 70
 언어 병리학 50
 SSI. 생활비보조 소득(SSI) 참조.
 주 건강보험 지원 프로그램(SHIP) 14, 96, **108**, **115-118**
 주 의료 지원(메디케이드) 사무소 19, 56, 95, 96
 주립 약국 지원 프로그램 96
 약물 사용 장애 치료 47, 54, 86-87
 보충보험(메디캡)
 약품 보장 89
 공식 가입 77
 오리지널 메디케어 57
 생활비 보조금(SSI) 96
 용품(의료) 28, 36, 38, 40, 43, 48, 49, 50, 58
 상처 드레싱 서비스 50

T

세금 양식 22
 원격진료 51
 검사(비검사실) 51
 등급(약품 처방집) 81, **85**, 100
 전환 치료 관리 서비스 52
 이식 서비스 16, 32, 44, 46, **52**
 여행 12, 53, 76
 TRICARE 19, 21, 90, 113

U

노동조합
 파트 A의 비용은 다를 수 있음 26
 약품 보장 79-80, 83, 88, 93
 메디케어 어드밴티지 플랜 29, 64
 파트 B 가입 19
 긴급하게 필요한 치료 12, 53

V

VA. 재향 군인 혜택 참조.
 예방접종. 주사 참조.
 재향 군인 혜택(VA) 83, **89**, 114
 시력(안과) 41, **55**

W

보행기 40
 “메디케어 가입 환영” 예방적 방문 진료 40, 54
 웰니스 방문 진료 **54**
 활체어 40

X

X 레이 28, 48

메디케어 구성 방식



파트 A(병원 보험)

아래 내용을 보장합니다.

- 병원 입원 환자에 대한 진료
- **전문 간호 시설 치료**
- 호스피스 케어
- 가정 건강관리

25-29페이지 참조.



파트 B(의료 보험)

아래 내용을 보장합니다.

- 의사 및 기타 건강관리 제공자가 제공하는 서비스
- 외래환자 진료
- 가정 건강관리
- 내구성 의료장비(휠체어, 보행기, 병실 침대, 기타 장비 등)
- 여러가지 **예방적 서비스** (스크리닝, 주사, 예방접종, 그리고 연간 "웰니스" 방문 진료 등)

29-54페이지 참조.

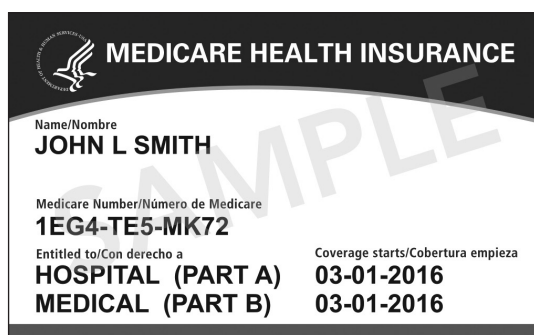


파트 D(약품 보험)

처방약(권고되는 여러 가지 주사나 백신 등) 비용 부담을 지원.

메디케어 약품보험(파트 D)을 보장하는 플랜은 메디케어가 정한 규칙을 따르는 민영 보험회사에 의해 운영됩니다.

79-90페이지 참조.



메디케어 카드를 잘 간수하세요

손상 또는 분실된 메디케어 카드를 교체해야 하나요?

Medicare.gov에서 보안 메디케어 계정에 로그인하신 후(또는 계정을 만드신 후) 공식 메디케어 카드 사본을 인쇄하거나 주문하십시오. 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화해 카드를 교체하고 우편으로 보내줄 것을 요청할 수도 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하십시오.

철도퇴직위원회(Railroad Retirement Board, RRB) 혜택을 받고 계신 경우 1-877-722-5772로 전화해 교체 카드를 받으실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-312-751-4701로 전화하십시오.

메디케어 옵션

처음 메디케어에 가입하실 때와 연중 특정 시기에, 메디케어 보장을 받는 방법을 선택할 수 있습니다. 메디케어 보장을 받는 방법에는 주로 다음 2가지가 있습니다.

오리지널(본래의) 메디케어

- 오리지널 메디케어는 메디케어 Part A (입원 보험) 및 메디케어 Part B (의료 보험)로 구성됩니다.
- 메디케어 약품 보장(파트 D)을 받기 위해 별도의 메디케어 약품플랜에 가입하실 수 있습니다.
- 미국의 어디에서라도 메디케어를 받는 의사나 병원을 이용하실 수 있습니다.
- 오리지널 메디케어의 본인 부담금(20%의 **공동보험비**등)를 지급하는 데 도움을 받으시려면 보충 보장을 찾아 가입하실 수도 있습니다.

파트 A



파트 B



다음을 추가할 수 있습니다.

파트 D



다음도 추가할 수 있습니다.

보충보험 (Supplemental coverage)



이에는 메디케어 보충보험(**메디갭**)이 포함됩니다. 메디갭에 관한 자세한 내용은 제5절(75페이지에서 시작)을 확인하십시오. 또는 이전 고용주나 노동조합 또는 **메디케이드**가 제공하는 보장을 받을 수 있습니다.

오리지널 메디케어에 관한 자세한 내용은 제3절 (57페이지에서 시작)을 확인하십시오.

메디케어 어드밴티지 (파트 C라고도 함)

- 메디케어 어드밴티지는 가입자의 건강 보장과 약품 보장을 위하여 오리지널 메디케어에 대한 대안을 제안하는 민영회사의 메디케어 승인 플랜입니다. 이러한 “뉘음” 플랜에는 파트 A, 파트 B 및 일반적으로 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 본인부담금 (out-of-pocket)이 적을 수 있습니다.
- 플랜은 오리지널 메디케어가 보장하지 않는 안과, 청각, 치과 서비스 등의 부가 혜택을 제공할 수 있습니다.

파트 A



파트 B



대부분의 플랜에는 다음이 포함됩니다

파트 D



일부 부가 혜택(보험급여)

일부 플랜에는 다음도 포함됩니다

적은 본인부담(out-of-pocket) 비용

오리지널 메디케어에 관한 자세한 내용은 제4절(61 페이지에서 시작)을 확인하십시오.

개요

오리지널 메디케어 vs. 메디케어 어드밴티지

의사와 병원 선택

| 오리지널(본래의) 메디케어 | 메디케어 어드밴티지 (파트 C) |
|---------------------------------------|--|
| 미국 어디에서라도 메디케어를 받는 의사나 병원에 가실 수 있습니다. | 많은 경우, 플랜 네트워크에 소속된 의사 및 다른 제공자 서비스 지역 만을 이용하실 수 있습니다(비응급의 경우). 플랜에 따라서는 네트워크를 벗어난 경우도 비응급 보증을 인정하지만, 그럴 경우 일반적으로 비용이 높아집니다. |
| 대부분의 경우, 전문의를 만나기 위해 의뢰서를 필요로 하지 않습니다 | 전문 의 진료를 받을 때 의뢰서가 필요할 수도 있습니다. |

비용

| 오리지널(본래의) 메디케어 | 메디케어 어드밴티지 (파트 C) |
|---|--|
| 파트 B 보장 서비스의 경우, 가입자는 공제액(deductible)을 충족시킨 후 메디케어가 승인한 금액의 20%를 부담하는 게 일반적입니다. 이 금액을 공동보험비(coinsurance)라고 합니다. | 본인 부담 비용(out-of-pocket cost)은 다양하며 플랜에 따라 특정 서비스에 대한 본인 부담 비용이 많거나 적을 수 있습니다. |
| 가입자는 파트 B에 대한 보험료(월별 지급)를 부담합니다. 메디케어 약품 플랜에 가입하기로 한다면 메디케어 약품 보장(파트 D)에 대해 별도의 보험료를 지불하셔야 합니다. | 가입자가 월 파트 B 보험료를 부담하고, 플랜의 보험료도 부담해야 할 수 있습니다. 일부 플랜은 보험료가 \$0일 수 있으며 파트 B 보험료의 전부 또는 일부를 지불하는 데 도움이 될 수 있습니다. 대부분의 플랜에는 메디케어 약품보험(파트 D)이 포함됩니다. |
| 귀하가 메디케어 보충보험(메디갭)과 같은 보충보험에 가입하지 않은 한, 본인부담금(out of pocket)에는 연간 한도가 없습니다. | 플랜은 파트 A 및 파트 B가 보장하는 서비스의 본인 부담금에 대해 연간 한도가 있습니다. 플랜 한도에 다르다면, 그해의 나머지 기간은 파트 A와 파트 B가 보장하는 서비스에 대해서 일절 지불하지 않습니다. |
| 남은 본인 부담 비용(공동보험비용 20%와 같은)의 지불을 위해 메디갭을 받을 수 있습니다. 또는 이전 고용주나 노동조합 또는 메디케이드가 제공하는 보장을 받을 수 있습니다. | 귀하는 메디갭에 가입할 수 없으며, 메디갭이 필요하지도 않습니다. |

보장

| 오리지널(본래의) 메디케어 | 메디케어 어드밴티지 (파트 C) |
|---|---|
| 오리지널 메디케어는 병원, 의사 진료소, 기타 의료 시설에서 의료적으로 필요한 대부분의 서비스와 용품을 보장합니다. 오리지널 메디케어는 눈검사, 대부분의 치과 진료, 통상적인 검사 등 일부 혜택은 보장하지 않습니다. 55페이지 참조. | 플랜은 오리지널 메디케어가 보장하는 필요한 의료 서비스를 모두 보장해야 합니다. 플랜은 안과, 청각, 치과 서비스 등 오리지널 메디케어가 보장하지 않는 부가 혜택 을 제공할 수 있습니다. |
| 메디케어 약품 보장(파트 D)을 받기 위해 별도의 메디케어 약품플랜에 가입하실 수 있습니다. | 메디케어 약품보험(파트 D)은 대부분의 플랜에 포함되어 있습니다. 대부분 유형의 메디케어 어드밴티지 플랜에서는 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입할 수 없습니다. |
| 오리지널 메디케어에는 보장받기 위해 미리 서비스나 소모품에 대하여 승인받을 필요가 없는 사례가 대부분입니다. | 많은 경우 플랜에는 보장받기 위해 미리 서비스나 소모품에 대한 승인을 받아야 합니다. |

외국 여행

| 오리지널(본래의) 메디케어 | 메디케어 어드밴티지 (파트 C) |
|---|---|
| 오리지널 메디케어는 일반적으로 미국 외에서의 진료는 보장하지 않습니다. 가입자는 미국 외에서의 응급 진료를 보장하는 메디케어 보충보험 (메디갭)에 가입할 수 있습니다. | 플랜은 일반적으로 미국 외에서의 의료 진료는 보장하지 않습니다. 일부 플랜은 미국 밖을 여행할 때 응급 서비스와 긴급하게 필요한 서비스를 보장하는 보충 혜택을 제안할 수 있습니다. |

이 안내서는 해당 주제를 더 자세하게 설명합니다.

- **오리지널(본래의) 메디케어:** 제3절 (57페이지에서 시작) 참조.
- **메디케어 어드밴티지:** 제4절 (61페이지에서 시작) 참조.
- **메디케어 보충보험 (메디갭)** 제5절 (75페이지에서 시작) 참조.
- **메디케어 약품보장(파트 D):** 제6절 (79페이지에서 시작) 참조.

메디케어로 시작하기

다음을 수행하는 것이 중요합니다

- **자신의 메디케어 보험 옵션에 대한 이해.** 메디케어로 보장받는 데는 크게 오리지널 (본래의) 메디케어(파트 A와 파트 B)와 메디케어 어드밴티지를 통하는 두 가지 방법이 있습니다. 자세한 내용은, 10-12페이지를 확인하십시오.
- **가입 방법과 시기를 알아보십시오.** 메디케어 파트 A 또는 파트 B에 가입하지 않은 경우 제1절 (15페이지에서 시작). 을 확인하십시오. 메디케어 약품 보장(파트 D)에 가입하지 않은 경우, 제6절 (79페이지에서 시작). **을 확인하십시오. 처음으로 자격이 되었을 때 가입하지 않은 경우 가산금이 있을 수 있습니다.** 다른 건강보험 가입자인 경우, 19-22페이지를 참조하여 가입하신 보험을 메디케어와 연동하는 방법을 알아보십시오.
- **이 중요한 날짜를 달력에 표시해두세요!** 매년 귀하의 보험을 변경할 단 한 번의 기회일 수 있습니다.



| | |
|--|--|
| 2022년 10월 1일 토요일 | 가입 중인 보험과 다른 옵션을 비교해보십시오. 비용을 절약하거나 추가 혜택을 받으실 수 있습니다. 웹사이트 Medicare.gov/plan-compare 를 확인하십시오. |
| 2022년 10월 15일~ 2022년 12월 7일 수요일 | 원하는 경우 2023년 메디케어 건강보험 및 약품보험을 변경하십시오. 매년 해당 공식 가입 기간에 메디케어 어드밴티지 플랜 또는 메디케어 약품 플랜에 가입, 변경, 또는 탈퇴를 할 수 있습니다. |
| 2023년 1월 1일 일요일 | 변경하셨다면 새 보험이 적용됩니다. 기존 보험을 유지한 채 플랜 비용 또는 혜택이 변경된 경우 해당 변경 또한 이 날짜에 시작합니다. |
| 2023년 1월 1일~ 2023년 3월 31일 금요일 | 만일 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입 중이라면 이 기간에 한 번은 다른 메디케어 어드밴티지 플랜 또는 오리지널 메디케어로 변경(및 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입)하실 수 있습니다. 귀하가 변경한 내용은 플랜이 귀하의 요청을 접수한 후 첫 달부터 적용됩니다. 63페이지 참조. |

매년, 귀하의 메디케어 건강 및 약품 보장이 여전히 귀하의 필요 사항을 충족하는지 확인하고 변경을 원하는지 결정하는 것이 중요합니다. 매년 메디케어에 가입할 필요는 없지만, 옵션은 검토해야 합니다.

- ★ 10-14페이지에서 메디케어 옵션에 대한 개요를 확인하십시오.

메디케어 최대한 활용하기

적합한 보장 옵션 찾기


- 주 건강보험 지원 프로그램(State Health Insurance Assistance Program, SHIP)에서 무료로 제공되는 맞춤형 건강보험 상담을 받으십시오. 지역 SHIP 전화번호는 115-118 페이지를 확인하십시오. 신뢰할 수 있는 대리인이나 중개인의 도움을 받을 수도 있습니다.
- 전화: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY 사용자는 1-877-486-2048을 이용하실 수 있습니다.
- 다음에서 건강 및 약품 플랜을 찾아 비교해 보십시오.




[Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare)

를 확인하십시오.

건강관리에서 최고 가치 획득하기

귀하께서 자신의 건강관리에 관해 최선의 결정을 내리는 데 필요한 정보를 갖고 있는지 확인하고자 합니다. 서비스 비용 및 보장 범위에 대해 알아보려면 이 안내서에서  을 찾아보십시오.

예방적 서비스에 대해 알아보기

메디케어는 다양한 **예방 서비스** 를 무료로 보장해드립니다. 어떤 예방 서비스(스크리닝, 주사 또는 백신, 연간 “Wellness(웰니스)” 방문 진료)가 필요한지 의사나 기타 의료 제공자에게 문의하십시오. 메디케어에서 보장하는 예방적 서비스에 대해 자세히 알아보시려면 30-54페이지를  을 확인하십시오.

치료비 지급 지원받기

비용을 지원하는 다양한 프로그램이 있습니다. 메디케어에 가입한 많은 사람들에게 자격이 있습니다. 해당 프로그램에 대한 자세한 정보는 91-96페이지를 확인하십시오.

온라인으로 안내서 검토

이 안내서를 전자 버전으로 전환하여 메디케어가 비용을 절감할 수 있게 도움을 주십시오. [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) 에서 보안 메디케어 계정에 로그인하신 후(또는 계정을 만드신 후) 전자 안내서로 바꾸십시오. 매년 가을 서면 책자를 우편으로 발송하는 대신 PDF 버전 링크를 이메일로 송부해 드립니다.

제1절

메디케어 가입

내가 파트 A 및 파트 B에 자동으로 가입됩니까?

이미 **사회보장 혜택** 또는 **철도퇴직위원회(RRB) 혜택**을 받고 있는 경우, 65세가 되는 달의 첫날부터 파트 A와 파트 B에 자동으로 가입됩니다. (생일이 그달의 첫날이라면, 파트 A와 파트 B는 그 전달의 첫날부터 시작됩니다.)

본인이 만 65세 미만이고 장애가 있으시다면, 24개월 동안 사회 보장국(Social Security)으로부터 장애 혜택을 받거나 철도 은퇴위원회로부터 특정 장애 혜택을 받은 후 자동으로 파트 A 및 파트 B를 받게 됩니다.

푸에르토리코에 거주하는 경우, 파트 B가 자동으로 제공되지 않습니다. 반드시 가입해야 합니다. 16페이지 참조.

근위축성 측삭 경화증(ALS, 루게릭병이라고도 함)이 있는 경우, 사회보장국으로부터 장애 혜택을 받기 시작하는 달에 파트 A와 파트B에 자동으로 가입됩니다.

자동으로 메디케어에 가입된 경우, 65세가 되는 생일 또는 장애 혜택을 받은 지 25개월이 되는 때의 3개월 전에 우편으로 빨간색, 흰색 및 파란색으로 구성된 메디케어 카드를 받게 되며 파트 A **보험료**(때때로 “무보험료 파트 A”라고도 함)를 지급할 필요가 없습니다. 사람들은 대부분 파트 B를 유지하려고 합니다. 파트 B를 원하지 않는 경우 메디케어 카드에 표기된 보장 개시일 전에 우리에게 알려주십시오. 아무 조치도 하지 않으면 파트 B를 유지하게 되며 사회 보장 급여를 통해 파트 B 보험료를 지급해야 합니다. 파트 B를 유지해야 하는지 결정하는 데 도움이 필요하시면 19페이지를 확인하십시오. **파트 B를 유지하지 않기로 했지만 나중에 유지하기로 한 경우, 메디케어 파트 B 보장 수혜가 지연될 수 있으며 파트 B가 있는 한 지연 가입 가산금을 지불해야 할 수도 있습니다.** 23페이지 참조.

카드가 손상되거나 분실되어 메디케어 카드를 교체해야 하는 경우

Medicare.gov에서 보안 메디케어 계정에 온라인으로 로그인(또는 계정을 생성)하여 메디케어 카드 공식 사본을 인쇄하거나 주문하십시오. 또한, 교체 카드를 받으시려면 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 문의하시면 됩니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하십시오.

철도퇴직위원회(Railroad Retirement Board, RRB) 혜택을 받고 계신 경우 1-877-722-5772로 전화해 교체 카드를 받으실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-312-751-4701로 전화하십시오.

나는 파트 A 및/또는 파트 B에 가입해야 하나요?

65세에 가깝지만 사회 보장 급여 또는 철도 퇴직 위원회(RRB) 급여를 받지 못하는 경우, 메디케어에 가입해야 합니다. ssa.gov/benefits/medicare를 참조하여 파트 A와 파트 B를 신청하십시오. 65세가 되기 3개월 전에 사회보장국에 연락하여 약속을 잡을 수도 있습니다. 철도 회사에서 일했다면 RRB에 연락하십시오.

대부분의 경우, 처음 자격이 되었을 때 파트 B에 가입하지 않으면 향후 메디케어로 파트 B 보장을 받는 데 지연이 있을 수 있으며 **파트 B에 가입하는 한 지연 가입 가산금을 내야 할 수 있습니다.** 23페이지 참조.

말기 신질환(End-Stage Renal Disease, ESRD)이 있고 메디케어로 보장받고 싶은 경우, 가입해야 합니다. 파트 A 및 파트 B에 가입하는 시기와 방법을 알아보려면 사회보장국에 문의하십시오. 자세한 사항은 Medicare.gov/publications를 참조하여 “메디케어 신장 투석 및 신장 이식 서비스 보장” 책자를 살펴보십시오.

중요!

푸에르토리코에 거주하며 사회보장 혜택 또는 RRB 혜택을 받는 경우, 65세가 되는 달의 첫날 또는 24개월 동안 장애 혜택을 받은 후 자동으로 파트 A에 가입됩니다. 그러나 파트 B에 가입하고 싶다면 “파트 B 가입 신청서”(CMS-40B)를 작성하여 가입해야 합니다. 영어 또는 스페인어로 된 양식 CMS-40B를 받으시려면 Medicare.gov/basics/forms-publications-mailings/forms/enrollment 를 방문하십시오. 처음 자격이 되었을 때 **파트 B에 가입하지 않으면, 파트 B에 가입할 때 지연 가입 가산금을 내야 할 수 있습니다.** 23페이지 참조.

어디서 정보를 더 얻을 수 있습니까?

메디케어 자격에 대한 자세한 정보를 얻고 파트 A 및/또는 파트 B에 가입하려면 사회 보장국에 1-800-772-1213번으로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-800-325-0778번을 이용하시면 됩니다. 철도 회사에서 일했거나 RRB 혜택을 받고 계신 경우 RRB에 1-877-772-5772로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-312-751-4701로 전화하십시오.

귀하의 주립 건강보험 보조 프로그램(SHIP)에 전화해서 무료로 제공되는 맞춤형 건강보험 상담을 받으실 수도 있습니다. 지역 SHIP 전화번호는 115-118페이지를 확인하십시오.

메디케어 파트 A 및/또는 파트 B에 가입한 후에는 보장 옵션을 살펴볼 차례입니다. 사람들은 다양한 방식으로 메디케어 보장을 받습니다. 보장을 최대한 활용하려면 모든 옵션을 검토하고 귀하의 필요에 가장 적합한 옵션을 결정하십시오. 자세한 사항은 11-13페이지 참조.

파트 A와 파트 B에 자동으로 가입되지 않았다면 언제 가입할 수 있나요?

무보험료 파트 A에 자동으로 가입되지 않은 경우(예를 들어, 여전히 일하고 있지만 아직 사회보장 혜택 또는 철도퇴직위원회(RRB) 혜택을 받고 있지 않기 때문에), 메디케어 자격을 처음 취득한 후 언제든지 가입할 수 있습니다. 자세한 정보는 22페이지 참조.

이 예에서, 가입자의 파트 A 보장은 파트 A에 가입하거나 사회보장 또는 RRB 혜택을 신청한 날로부터 6개월 전으로 (소급하여) 돌아가지만, 메디케어 가입 자격이 된 첫 달 이전으로는 소급되지 않습니다. 파트 A 수혜자가 되는 방법에 따라 소급 기간이 다를 수 있습니다.

주: 아래 명시된 가입 기간에만 파트 B에 가입할 수 있습니다.

중요! 대부분의 경우, 처음 자격이 되었을 때 파트 A(가입해야 할 경우)와 파트 B에 가입하지 않으면, 가입이 지연될 수 있고 각각 가입 가산금을 내야 할 수 있습니다. 22-23페이지 참조.

파트 A 및 파트 B 가입 기간은 어떻게 됩니까?

이 가입 기간에는 파트 B(및/또는 가입해야 할 경우 파트 A)에만 가입할 수 있습니다.

초기 가입 기간

65세가 되는 때로부터 3개월 전에 시작하는 7개월의 기간으로서, 65세가 되는 달을 포함하며, 65세가 되는 달로부터 3개월 후에 종료하는 기간에 파트 A 및/또는 파트 B에 가입하실 수 있습니다.

만약 초기 가입 기간의 첫 3개월 동안 가입하시면, 대부분은 생일이 있는 달의 첫날부터 보장을 시작합니다. 하지만 만약 생일이 그달의 첫날이라면, 보장은 그 전달의 첫날부터 시작됩니다.

만약 65세가 되는 달 또는 초기 가입 기간의 마지막 3개월 기간에 파트 A 및/또는 파트 B에 가입하고 비용을 지불하는 경우, 파트B 보장 개시일이 연기됩니다(2022년).

신규! 2023년 1월 1일부터 65세가 되는 달 또는 최초 가입 기간의 마지막 3개월 동안 가입하는 경우 가입한 익월 1일부터 보장이 시작됩니다.

특별 가입 기간

초기 가입 기간이 끝난 후 특별 가입 기간에 메디케어에 가입할 기회가 있을 수 있습니다. 예를 들어, 현재 고용(귀하에게 장애가 있는 경우 본인, 배우자 또는 가족 구성원의 고용)을 기반으로 하는 그룹 건강 플랜 보장이 있어 처음 자격이 되었을 때 파트 B(또는 가입해야 할 경우 파트 A)에 가입하지 않았다면 다음 기간에 파트 A 및/또는 파트 B에 가입하실 수 있습니다.

- 그룹 건강 플랜으로 보장받는 동안 언제나
- 고용이 종료되거나 보장이 종료된 달의 다음 달 중 먼저 발생하는 달로부터 시작하여 8개월간

일반적으로 특별 가입 기간에 가입하는 경우 자연 가입 가산금을 내지 않으셔도 됩니다. 이 기간은 말기 신장 질환(ESRD)으로 메디케어 자격이 생겼거나 아직 초기 가입 기간이면 적용되지 않습니다.

주: 장애가 있고 그룹 건강 플랜 보장이 가족 구성원의 현재 고용(배우자 제외)을 기반으로 하는 경우 그룹 건강 플랜을 제공하는 고용주는 특별 가입 기간을 얻으려면 100명 이상의 직원을 보유해야 합니다.

중요! **COBRA(통합 옴니버스 예산 조정법) 보장, 퇴직자 건강 플랜, 퇴직군인(VA) 보험, 개인 건강보험(예: 건강보험 마켓플레이스®를 통한)은 현재 고용을 기반으로 한 보험으로 간주하지 않습니다.** COBRA 보장 대신 또는 추가로 파트 B를 선택해야 하는 이유가 있을 수 있습니다. 현재 고용을 기반으로 한 보장이 종료된 후 8개월 이내에 COBRA 선택 여부와 무관하게 가산금 없이 파트 B에 가입할 수 있습니다. COBRA 보험이 종료되었을 때는, 특별가입 기간으로서 메디케어에 가입할 자격은 주어지지 않습니다. **보험료**를 더 많이 내지 않으려면, 처음 자격이 되었을 때 반드시 메디케어에 가입하십시오. COBRA 보장에 관한 추가 정보는 88페이지를 확인하십시오. 퇴직자 보장이 있는 경우 파트 A와 파트 B가 모두 없다면 의료 서비스 비용을 지불하지 **않을 수 있습니다.**

신규! 특별 가입 기간 동안 메디케어에 가입할 수 있는 다른 상황이 있습니다. 2023년 1월 1일부터 자연 재해 또는 응급 상황, 투옥 또는 메디케이드 보장 상실에 의해 영향을 받는 것과 같은 일부 예외적인 상황으로 인해 가입 기간을 놓친 경우 특별 가입 기간 동안 **메디케어**에 가입할 수 있습니다. 자세한 정보는 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)를 참조하거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 문의하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하십시오.

일반 가입 기간

초기 가입 기간에 파트 A에 대해 지급을 해야 하지만, 파트 A에 가입을 하지 않거나 파트 B(보험료를 지급해야 함)에 가입하지 않고, 특별 가입 기간에 대한 자격이 없는 경우, 매년 1월 1일부터 3월 31일까지의 일반 가입 기간 동안 가입하실 수 있습니다. **자연 가입 시 더 높은 파트 A 및/또는 파트 B 보험료를 지불해야 할 수도 있습니다.** 22-23페이지 참조.

신규! 2023년 1월 1일부터 이 기간 동안 가입하시면 가입한 익월 1일부터 보장이 시작됩니다.

가입 기간에 대한 자격 여부가 확실하지 않으신가요? [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)를 참조하거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 문의하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하십시오.

다른 건강 보장이 있습니다. 내가 파트 B에 가입해야 합니까?

이 정보는 귀하가 받을 수 있는 건강 보장 유형에 따라 파트 B를 받아야 하는지를 결정하는 데 도움이 될 수 있습니다.

고용주 또는 조합이 제공하는 보장

귀하 또는 귀하의 배우자(또는 귀하가 장애가 있는 경우의 가족 구성원)가 **여전히 일하고 있고** 해당 고용주나 노동조합이 제공하는 건강 보장이 있는 경우, 21페이지를 참조하여 귀하의 보장이 메디케어와 어떻게 연동되는지 알아보십시오. 고용주나 노동조합 혜택 관리부에 연락하여 정보를 얻으실 수도 있습니다. 여기에는 연방 또는 주 정부 고용 및 현역 군 복무가 포함됩니다. 귀하 또는 배우자의 현재 고용에 근거한 건강보험이 있는 동안은 파트 B 가입을 연기하는 것이 귀하에게 유리할 수도 있습니다.

현재 고용을 기반으로 한 보장에는 다음 사항이 포함되지 않습니다

- 코브라(COBRA, 통합 옴니버스 예산 조정법)
- 퇴직자 보장
- 재향 군인(VA) 보장
- 개인 건강보험(예: 건강보험 마켓플레이스®를 통한 보험)

트라이케어(TRICARE)

TRICARE(현역 및 퇴역 군인과 그 가족을 위한 건강관리 프로그램)에 가입한 경우, **처음으로 TRICARE 보장을 유지할 자격이 되었을 때 일반적으로 파트 A와 파트 B에 가입해야 합니다.** 그러나 현역 군인이거나 현역 군인 가족이면 TRICARE 보장을 유지하기 위해 파트 B에 가입할 필요가 없습니다. 자세한 정보는 TRICARE 계약자에게 문의하십시오. 90페이지 참조.

CHAMPVA(참전용사 군인보험) 보장이 있는 경우, 이를 유지하려면 파트 A와 파트 B에 가입해야 합니다. CHAMPVA에 대한 자세한 내용은 1-800-733-8387로 전화하십시오.

메디케이드

메디케이드는 있고 파트 B는 없는 경우, 메디케이드가 가입을 도와드릴 수 있습니다. 메디케어가 먼저 지급하고 메디케이드가 두 번째로 지급합니다. 메디케이드는 메디케어 본인 부담금 **보험료, 공제금, 공동보험비, 및 공동 부담금** 지급에 도움을 드릴 수 있습니다.

자세한 내용은 주 의료 지원(메디케이드) 사무소에 연락하여 자격이 되는지 여부를 알아보십시오. 관할 주의 메디케이드 사무소 전화번호는

[Medicare.gov/talk-to-someone](https://www.medicare.gov/talk-to-someone)을, 확인하거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 문의하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하십시오.

건강보험 마켓플레이스®

마켓플레이스를 통해 보장받고 있다 하더라도, 일반적으로는 메디케어 보장이 지연되고 메디케어 지각 가입 가산금이 발생할 가능성을 피하려면 처음에 자격이 되었을 때 메디케어에 가입하셔야 합니다.

마켓플레이스를 통해 보장받고 있는 경우 다음과 같이 고려해야 할 중요한 사항이 몇 가지 있습니다.

- 메디케어 보장 범위가 중복되는 것을 방지하기 위해 자격이 되었을 때 적시에 마켓플레이스를 통한 보장을 종료해야 합니다.
- 파트 A에 가입 자격이 있거나 이미 가입된 것으로 간주되면, 마켓플레이스 플랜 **보험료** 또는 기타 의료 비용을 지급하는 데 마켓플레이스의 도움을 받을 자격을 상실하게 됩니다. 메디케어에 가입한 후에도 마켓플레이스 플랜 보험료 납부에 대한 도움을 계속 받는다면, 연방 소득세를 신고할 때 받은 지원의 전부 또는 일부를 반환해야 할 수도 있습니다.

[HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov)에서 관할 주의 마켓플레이스에 연결해 자세히 알아보십시오. 메디케어 보장이 시작될 때 마켓플레이스 플랜 또는 마켓플레이스 저축을 종료하는 방법을 알아보려면 [HealthCare.gov/medicare/changing-from-marketplace-to-medicare](https://www.healthcare.gov/medicare/changing-from-marketplace-to-medicare)를 확인하십시오. 또한 마켓플레이스(건강보험 거래소) 콜센터에 1-800-318-2596으로 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-855-889-4325로 전화하십시오.

건강 저축 계좌 (HSA)

메디케어에 가입한 후에는 HSA에 납입할 수 없습니다. 세금 가산금을 피하려면 파트 A 보장이 시작되기 한 달 전에 마지막 HSA 분담금을 내야 합니다. 무보험료 파트 A 보장은 파트 A에 가입하거나 사회보장 혜택 또는 철도 퇴직위원회 혜택을 받고 있는 날로부터 6개월 전으로 (소급하여) 돌아가지만, 메디케어 가입 자격이 된 첫 달 이전으로는 소급되지 않습니다. 파트 A 수혜자가 되는 방법에 따라 소급 기간이 다를 수 있습니다. HSA 납입을 중단하는 최선의 시기를 결정하는 데 도움이 되도록 아래 차트를 확인하십시오.

| | | |
|-------------------|-------------------|--|
| 메디케어에 가입하는 경우: | 최초 가입 기간 동안 | 65세가 되기 한 달 전에 마지막 HSA 분담금을 납부하면 세금 가산금을 피할 수 있습니다. |
| | 최초 가입 기간 종료 후 2개월 | |
| 메디케어 가입을 기다리는 경우: | 65세가 된 후 6개월 미만 | 65세가 되기 한 달 전에 HSA 분담금을 중단하면 세금 가산금을 피할 수 있습니다. |
| | 65세가 된 후 6개월 이상 | 메디케어 신청 한 달 전에 HSA 분담금을 6개월간 중단하면 세금 가산금을 피할 수 있습니다. |

주: 메디케어 의료 저축 계좌(MSA) 플랜은 HSA 플랜과 유사합니다. 67페이지 참조.

나의 다른 보험이 메디케어와 어떤 방법으로 연동하게 됩니까?

다른 보험(그룹 건강 플랜, 은퇴자 건강 또는 **메디케이드** 보장)과 메디케어에 가입되어 있다면, 메디케어 또는 가입하신 다른 보험 중 어느 쪽이 먼저 지급할지에 대한 규정이 있습니다.

| | |
|--|--|
| 퇴직자 건강보험(귀하 또는 귀하의 배우자의 이전 직장에서의 보험과 같이)에 가입되어 있을 경우... | 메디케어가 먼저 지급합니다. |
| 귀하가 65세 이상이고 귀하 또는 귀하의 배우자의 현재 고용 상태에 따라 그룹 건강 플랜 보장이 있으며, 고용주에게는 직원이 20명 이상 있을 경우... | 그룹 건강 플랜이 먼저 지급합니다. |
| 귀하가 65세 이상이고 귀하 또는 귀하의 배우자의 현재 고용 상태에 따라 그룹 건강 플랜 보장이 있으며 고용주에게 직원이 20명 미만 있을 경우... | 메디케어가 먼저 지급합니다. |
| 귀하가 65세 이상으로서 장애가 있고, 귀하 또는 귀하의 배우자의 현재 고용 상태에 따라 그룹 건강 플랜 보장이 있으며, 고용주에게 직원이 100명 이상 있을 경우... 귀하가 65세 이상으로서 장애가 있고, 귀하 또는 귀하의 배우자의 현재 고용 상태에 따라 그룹 건강 플랜 보장이 있으며, 고용주에게 직원이 100명 이상 있을 경우... | 그룹 건강 플랜이 먼저 지급합니다. |
| 귀하가 65세 이상이고 귀하 또는 귀하의 배우자의 현재 고용 상태에 따라 그룹 건강 플랜 보장이 있으며 고용주에게는 직원이 100명 이상 있다면... | 메디케어가 먼저 지급합니다. |
| 귀하 또는 가족 구성원의 고용, 또는 이전 고용 상태에 따라 그룹 건강 플랜 보장이 있고 말기 신장 질환(ESRD)으로 인해 메디케어 자격이 있는 경우... | 귀하의 그룹 건강 플랜은 귀하가 메디케어에 가입할 자격이 생긴 후 첫 30개월 동안 먼저 비용을 지급합니다. 메디케어가 이 30개월의 기간이 지난 후 첫 지급을 합니다. |
| TRICARE에 가입한 경우... | 메디케어는 가입자가 현역 복무 중이거나 군 병원이나 진료소 또는 그 밖의 연방 의료 서비스 제공자로부터 항목이나 서비스를 받지 않는 한 먼저 비용을 지불합니다. |
| 메디케이드에 가입되어 있을 경우... | 메디케어가 먼저 지급합니다. |

중요!

계속 일하고 있고 직장을 통해 고용주(직장) 보험을 받고 있다면 고용주에게 문의하여 고용주의 보험이 메디케어와 어떻게 연동되는지에 대해 알아보십시오.

다음은 다른 보험이 메디케어 보장 서비스와 연동하는 방식에 대해 기억해야 할 몇 가지 중요한 사실입니다.

- 먼저 지급하는 보험(1차 지급자)은 보장 한도까지 지불합니다.
- 두 번째로 지급하는 보험(2차 지급자)은 1차 지급자가 보장하지 않은 비용이 있는 경우에만 지급합니다.
- 2차 지급자(메디케어일 수 있음)는 보장되지 않는 모든 비용을 지불하지 않을 수 있습니다.
- 그룹 건강 플랜 또는 퇴직자 건강 보장이 2차 지급자인 경우, 보험이 지급하기 전에 파트 B에 가입해야 할 수도 있습니다.

[Medicare.gov/publications](https://www.medicare.gov/publications)를 방문하여 “메디케어와 기타 건강 혜택: 지급 순서 가이드” 소책자를 살펴보십시오. 또한 자세한 내용은 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)에서 문의할 수도 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하십시오.

중요!

다른 보험이 있거나 보험에 변경 사항이 있으면 메디케어 혜택 조정 및 회복 센터 (1-855-798-2627)에 전화하여 알려야 합니다. TTY 사용자는 1-855-797-2627로 전화하십시오.

파트 A에 가입한 경우, 메디케어에서 “건강 보장” 양식(IRS Form 1095-B)을 받을 수 있습니다. 이 양식은 귀하께서 작년에 건강 보험에 가입했음을 증명합니다. 기록을 위해 양식을 보관하십시오. 모든 사람이 이 양식을 받는 것은 아닙니다. 1095-B 양식을 받지 못하더라도 안심하십시오. 세금을 신고할 때 이 양식이 필요하지 않습니다.

내가 파트 A 비용을 지불해야 하나요?

보통은 귀하 또는 귀하의 배우자가 일정한 근로 기간 동안 메디케어 세금을 납부하셨다면, 파트 A 보장을 위하여 월 **보험료** 보험료를 지불하실 필요가 없습니다. 이것은 때로는 무보험료 파트 A라고 불립니다. 가입자가 무보험료 파트 A 자격이 되지 않는다면 파트 A를 구매하실 수도 있습니다. 파트 A 보험료 납부 방법에 대한 자세한 내용은 24페이지를 확인하십시오.

파트 A를 구매하는 경우, 본인 또는 배우자가 일을 하면서 메디케어 세금을 납부한 기간에 따라 2022년에는 매달 \$274 또는 최대 \$499의 보험료를 내게 됩니다. 파트 A 보험료 납부에 도움이 필요하다고 생각되면 94-96페이지를 확인하십시오. 파트 A 비용 지불에 대해 궁금한 사항은 [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)를 참조하거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 문의하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하십시오.

*2023 파트 A 보험료 금액은 인쇄 당시에 알 수 없었습니다. 최신 비용 정보를 받으시려면 [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)를 방문하십시오.

대부분의 경우 파트 A를 구매하기로 하면, 파트 B에도 가입해야 하며 두 가지 모두에 대해 월 보험료를 내야 합니다. 파트 A를 구매하지 않기로 한 경우에도 자격이 된다면 여전히 파트 B를 구매할 수 있습니다.

파트 A 지연 가입 가산금이 무엇입니까?

무보험료 파트 A에 가입할 자격이 없고, 처음으로 자격이 생겼을 때 가입하지 않은 경우, 귀하의 월 보험료는 10% 가산될 수 있습니다. 파트 A에 가입할 수 있었지만 가입하지 않았던 연 수의 두 배가 되는 기간에 더 많은 보험료를 내야할 수 있습니다. 예를 들어, 2년 동안 파트 A에 대한 자격이 있었지만 가입하지 않은 경우 4년 동안 10% 더 높은 보험료를 내야 합니다.

파트 B 보장 비용은 얼마입니까?

2022년*의 표준 파트 B 보험료는 \$170.10입니다. 대부분은 매달 표준 파트 B 보험료를 지불합니다.

*2022 B 보험료 금액은 인쇄 당시에는 알 수 없었습니다. 최신 비용 정보를 받으시려면 [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)를 방문하십시오. 수정 조정 총 소득이 특정 금액을 초과하면 소득 관련 월별 조정 금액(IRMAA)을 낼 수 있습니다. IRMAA는 보험료에 추가되는 부가 부과금입니다.

메디케어는 IRMAA를 지급할 것인지 결정하기 위해 2년 전의 IRS 세금 보고서에 보고된 수정 조정 총 소득을 사용합니다. IRMAA 결정에 대해 자세히 알아보려면 [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)를 방문하십시오.

주: 수정 조정 총 소득이 특정 금액을 초과하는 경우, 메디케어 약품 보장(파트 D) 보험료에 추가 금액을 내야할 수도 있습니다. 82페이지 참조.

추가 금액을 지불해야 하지만 이에 동의하지 않는 경우(예: 생활 사건으로 인해 소득이 낮아짐) [ssa.gov](https://www.ssa.gov)를 참조하거나 사회보장국에 1-800-772-1213번으로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-800-325-0778로 전화하십시오.

파트 B 지연 가입 가산금은 무엇인가요?

중요!

처음 자격이 되었을 때 파트 B에 가입하지 않으면, 파트 B에 가입할 때 지각 가입 가산금을 지급해야 할 수 있습니다. 가입자의 파트 B 월 보험료는, 파트 B에 가입할 수 있었지만 가입하지 않은 각 12개월당 10%가 인상될 수 있습니다. 특별 가입 기간 동안 파트 B에 가입이 허용된다면, 일반적으로 지각 가입 가산금을 내지 않습니다. 17-18페이지 참조.

예: Smith 씨의 초기 가입 기간은 2019년 12월에 종료되었습니다. 그는 파트 B에 가입하기 위해 2022년 3월(일반 가입 기간 동안)까지 기다렸습니다. 그의 파트 B 보험료 가산금은 20%이며 파트 B에 가입하려고 하는 한, 표준 파트 B 보험료 외에 추가로 이 가산금을 지급해야 합니다.(Smith 씨는 총 27개월간 보장을 받지 않았지만 여기에는 2번의 12개월 기간만 포함되었습니다.)



비용과 보장내용: 메디케어 비용에 대한 도움을 받는 방법을 알아보려면 제7절 (91페이지에서 시작)을 확인하십시오.

파트 B 보험료는 어떻게 지불합니까?

사회보장 혜택 또는 철도퇴직위원회(RRB) 혜택을 받는 경우, 가입자의 파트 B 보험료는 월 혜택 지급액에서 공제됩니다.

인사관리처(Office of Personnel Management) 연금이 있는 연방 정부 퇴직자로서, RRB 또는 사회보장 급여를 받을 자격이 없는 경우라면, 파트 B 보험료를 연금에서 공제하도록 요청할 수 있습니다. 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 문의하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하십시오.

이러한 혜택 지급을 받지 못하면 파트 B **보험료**에 대한 청구서를 받게 됩니다. 일반적으로 파트 B 보험료는 분기별(3개월마다) 청구됩니다. 파트 A 또는 파트 D IRMAA에 대한 비용도 지불하거나 메디케어 Easy Pay에 가입하여 보험료를 지불하는 경우, 월별 청구서를 받게 됩니다(22페이지 및 82페이지) 참조. 자신의 보험료를 지급하는 방법은 다음 4가지가 있습니다.

- 1. 온라인으로 신용 카드, 직불 카드, 저축 또는 당좌 예금 계좌를 통해 지급.** 이렇게 하려면 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)에서 보안 메디케어 계정으로 로그인(또는 계정을 생성)합니다. 온라인 결제는 개인 정보를 우편으로 보내지 않고도 더 안전하고 빠르게 결제할 수 있는 방법입니다. 결제하면 확인 번호를 받게 됩니다.
- 2. 은행의 온라인 청구서 지급불 서비스를 통해 세이빙(저축형) 계좌 또는 체킹(일반형) 계좌에서 직접 지급.** 고객이 온라인으로 요금을 지급할 수 있는지 은행에 문의하십시오. 모든 은행이 이 서비스를 제공하는 것은 아니며 일부 은행에서는 수수료를 부과할 수도 있습니다. 은행에 다음 정보를 요구할 것입니다.
 - **귀하의 메디케어 번호:** 빨간색, 흰색 및 파란색으로 구성된 메디케어 카드에 있는 정확한 번호를 대시 없이 사용하는 것이 중요합니다.
 - **수취인 이름:** CMS 메디케어 보험
 - **수취인 주소:**
Medicare Premium Collection Center
PO Box 790355
St. Louis, MO 63179-0355
- 3. 메디케어 이지 페이(Easy Pay)에 가입.** 매월 세이빙 또는 체킹 계좌에서 보험료를 자동으로 공제하는 무료 서비스입니다. [Medicare.gov/medicare-easy-pay](https://www.Medicare.gov/medicare-easy-pay), 방문 또는 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화해 가입 방법을 확인하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하십시오.
- 4. 메디케어에 우편으로 결제하십시오.** 수표, 우편환, 신용 카드 또는 직불 카드로 지급할 수 있습니다. 지급 시 메디케어 번호를 기재하고 지급 쿠폰을 작성하십시오. 지급액 및 쿠폰을 다음 주소로 우편 발송하십시오.

Medicare Premium Collection Center
PO Box 790355
St. Louis, MO 63179-0355

보험료에 대해 궁금한 사항은 1-800-MEDICARE로 전화하거나 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)를 방문하십시오.

청구서의 주소를 변경해야 한다면, 사회보장 부서 1-800-772-1213으로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-800-325-0778로 전화하십시오.

RRB 수혜자 참고 사항: RRB에서 청구서를 받으면 보험료를 다음 주소로 우편 발송하십시오.

RRB Medicare Premium Payments
PO Box 979024
St. Louis, MO 63197-9000

청구서가 RRB에서 온 경우 1-877-772-5772로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-312-751-4701로 전화하십시오

중요! 파트 B 보험료 납부에 도움이 필요하십니까? 94-95페이지 참조.

제2절

필요로 하는 검사, 품목 및 서비스를 메디케어로 보장받을 수 있는지 알아보기

메디케어에서는 어떤 서비스를 보장합니까?

메디케어 파트 A와 파트 B는 의료 서비스와 병원, 의사 사무실 및 기타 의료 시설에서 필요한 용품을 보장합니다. 메디케어 파트 D는 처방약을 보장합니다.

빨간색, 흰색 및 파란색으로 구성된 메디케어 카드에는 파트 A(병원으로 나열), 파트 B(의료로 나열) 또는 둘 모두가 있는지와 보장이 시작되는 날짜가 표시됩니다. 오리지널 메디케어에 가입한 경우 카드를 사용하여 메디케어 보장 서비스를 받을 수 있습니다. **메디케어 어드밴티지 플랜** 또는 기타 **메디케어 건강 플랜**에 가입한 경우, 대부분 플랜 카드로 메디케어 보장 서비스를 받습니다.

파트 A와 파트 B에 모두 가입한 경우 이 절의 메디케어 보장 서비스를 모두 받을 수 있습니다.

주: 미국에 합법적으로 거주하지 않는 경우, 메디케어는 파트 A 및 파트 B 청구를 지급하지 않으며, 메디케어 어드밴티지 플랜 또는 메디케어 약품 플랜에 가입할 수 없습니다.

파트 A는 어떤 것을 보장해줍니까?

파트 A(병원 보험)는 아래 사항을 보장합니다.

- 병원 입원 환자 간호
- **전문요양 시설**에서의 입원 환자 요양 (**관찰 요양 또는 장기 요양 제외**)
- 호스피스 케어
- 가정 건강관리
- 종교적 비의료 건강관리 기관 입원 환자 간호

파트 A에서 보장하는 일반적인 서비스 목록과 일반 설명은 26-29페이지를 확인하십시오.

파트 A 보장 서비스에 대한 자세한 정보는 [Medicare.gov/coverage](https://www.Medicare.gov/coverage)를 확인하십시오.



비용과 보장내용: 모바일 장치를 이용하여 보장 내용 알아보기

메디케어 보장 정보를 얻으려면, 스마트폰 또는 태블릿에서 메디케어가 무료로 제공하는 “보장 내역(What’s covered)” 모바일 앱을 무료로 다운로드하십시오. 앱스토어 또는 구글플레이에서 이용하실 수 있습니다.

파트 A 보장 서비스에 대해 지불해야 하는 비용은 무엇인가요?

공동 부담금, 공동 보험, 또는 공제액이 다음 페이지에 나열된 각 서비스에 적용될 수 있습니다.

귀하에게 메디케어 어드밴티지 플랜 또는 다른 보험 (예: 메디갭, 메디케이드, 고용주 또는 조합 보험)이 있는 경우, 공동 부담금, 공동보험비 또는 공제액이 다를 수 있습니다. 비용과 관련한 자세한 내용은 플랜에 문의하거나



[Medicare.gov/coverage](https://www.medicare.gov/coverage)

를 확인하십시오.

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 문의하실 수도 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하십시오.

파트 A 보장 서비스

혈액

병원이 혈액 은행으로부터 혈액을 무료로 받을 경우 비용을 지급하거나 재충전 비용을 부담하지 않아도 됩니다. 병원이 귀하를 위해 혈액을 구매해야 할 경우, 귀하는 한 해(역년 기준)에 귀하가 받는 첫 세 단위 혈액에 대해서 병원 비용을 지급하거나 귀하 또는 다른 사람이 혈액을 기증해야 합니다

가정 건강관리 서비스

파트 A 및/또는 파트 B는 가정 건강 혜택을 보장합니다. 43페이지 참조.

호스피스 케어

호스피스 치료 자격을 얻으려면 호스피스 의사와 담당 의사(있는 경우)가 말기 질환이라는 것, 즉, 가입자의 기대 수명이 6개월 이하인 것을 증명해야 합니다. 호스피스 요양에 동의하면, 말기 질환을 치유하기 위한 요양 대신에, 안락 요양 (완화치료)에 동의하는 것입니다. 또한 말기 질환 및 관련 상태에 다른 메디케어 보장 치료 대신 호스피스 치료를 선택하는 진술서에 서명해야 합니다.

적용 범위:

- 통증 완화 및 증상 관리에 필요한 모든 항목 및 서비스
- 의료, 간호 및 사회 서비스
- 통증 및 증상 관리를 위한 약품
- 통증 완화 및 증상 관리를 위한 내구성 의료 장비
- 보조원 및 가사도우미 서비스
- 가입자의 고통 및 기타 증상을 관리하는 데 필요한 기타 보장 서비스와 가입자와 가족을 위한 영적 및 슬픔 상담까지

메디케어 인증 호스피스 케어는 일반적으로 귀하의 집이나 요양원과 같이 귀하가 거주하는 기타 시설에서 제공됩니다. 오리지널 메디케어가 말기 질환 및 관련 상태의 일부가 아닌 모든 건강 문제를 보장하는 혜택 비용을 여전히 지급하지만, 호스피스가 대부분의 요양 비용을 부담해야 합니다.

메디케어는 호스피스 의료 팀이 통증 및 기타 증상을 관리하기 위해 단기로 입원해서 치료받아야 한다고 하지 않는 한 시설에 귀하의 숙박 및 식비를 지급하지 않습니다. 이러한 요양은 호스피스 시설, 병원 또는 호스피스와 계약한 **전문 간호 시설** 같이 메디케어 승인 시설에서 이루어져야 합니다.

메디케어는 또한 일반 간병인(가족 구성원 또는 친구)이 될 수 있도록 메디케어 승인 시설에서 받는 입원환자 임시 간호를 보장합니다. 임시 간호를 받을 때마다 최대 5일 동안 머무를 수 있습니다.

6개월 후에도 호스피스 의료 책임자 또는 호스피스 의사가 (대면 회의에서) 귀하가 여전히 말기 상태임을 재인증하는 한 호스피스 치료를 계속 받을 수 있습니다.

귀하의 부담분:

- 호스피스 케어에는 부담분이 없습니다.
- 통증 및 증상 관리를 위한 외래환자 약 처방당 최대 \$5의 **공동 부담금**.
- 입원환자 임시 간호에 대한 **메디케어 승인 금액** 의 5%.

호스피스 케어 비용은 가입자가 **메디케어 어드밴티지 플랜에** 가입하셨더라도 오리지널 메디케어에 청구됩니다. 호스피스 요양을 받을 때 메디케어 어드밴티지 플랜은 말기 질환 또는 말기 질환과 관련된 상태의 일부가 아닌 서비스를 계속해서 보장할 수 있습니다. 자세한 정보는 귀하의 플랜에 문의하십시오.

입원환자 병원 진료

메디케어는 반 개인실, 식사, 일반 간호, 약물(오피오이드 사용 장애 치료를 위한 메타돈 포함), 입원 환자 치료의 일부로 기타 병원 서비스 및 용품을 보장합니다. 여기에는 급성 치료 병원, **거점 병원, 입원환자 재활 시설, 장기 요양 병원**, 입원환자 정신과 시설의 정신과 치료, 자격 대상의 임상 연구를 위한 입원환자 치료가 포함됩니다. 여기에는 개인 전용 간호, 개인 병실에 있는 TV 또는 전화기(이러한 품목에 별도의 요금이 부과되는 경우), 개인 위생 용품(면도기 또는 슬리퍼 양말 등) 또는 개인실은 포함되지 않습니다. 단 **의학적으로 필요한** 경우는 제외합니다.

또한 파트 B에 가입한 경우, 일반적으로 병원에 있는 동안 받는 의사 서비스에 대해 메디케어 승인 금액의 80%를 보장합니다.

귀하의 부담분:

- 각 **혜택 기간**의 제1일부터 60일에 대해 **공제금**과 **공동보험비**는 없음.
- 각 혜택 기간의 제61일부터 제90일에 대한 공동보험비.
- 각 혜택 기간의 제90일 이후 **평생 예비 일**에 대해 공동보험비(평생 최대 60일).
- 일생의 예비일(lifetime reserve days)을 모두 사용한 후 매일의 모든 비용.

평생 190일 간만 독립 정신병원에서 입원환자 정신과 진료를 받을 수 있습니다.

주: 병원은 이제 귀하가 진료에 대해 더 많은 정보에 입각한 결정을 내리는 데 도움이 되도록 모든 항목 및 서비스에 대한 표준 비용(메디케어 어드밴티지 플랜에서 협상한 표준 비용 포함)을 공개해야 합니다.

나는 입원환자입니까 아니면 외래환자입니까?

입원환자인지 외래환자인지에 따라 병원 서비스 비용과 파트 A **전문 간호 시설 진료**에 대한 자격 여부가 달라집니다.

- 병원에서 의사의 지시에 따라 정식으로 입원했다면 입원 환자입니다.
- 귀하가 정식 입원 허가 없이 응급 또는 관찰 서비스(병원에서 하룻밤을 보내거나 외래 진료소에서 서비스 받는 것을 포함할 수 있음), 검사실 검사 또는 X-선 촬영을 하는 경우 (밤을 병원에서 보내더라도) 귀하는 외래 환자입니다.

병원에 체류해야 하는 날마다 가입자 또는 가입자의 간병인은 가입자가 입원환자인지 외래환자인지 항상 병원 및/또는 의사, 병원 사회복지사 또는 환자 옹호자에게 문의해야 합니다.

때때로 의사는 귀하를 입원 환자로 받아들일지 아니면 내보낼(퇴원)지 결정하는 동안 관찰 서비스를 위해 외래 환자로 둡니다. 24시간 이상 관찰 중이면 “메디케어 외래 환자 관찰 통지서”(“MOON”이라고도 함)를 받아야 합니다. 이 통지서로 귀하가 관찰 서비스를 받는 외래환자(병원 또는 **거점 병원**) 인 이유와 그것이 병원에서 지불하는 비용과 퇴원 후 치료 비용에 미치는 영향을 알 수 있습니다.

종교적 비의료 건강관리 기관(입원환자 요양)

이러한 시설에서 입원환자 병원 진료 또는전문 간호 시설 요양을 받을 자격이 있다면, 메디케어는 입원환자, 비종교적, 숙박 및 식사 같은 비의료적 항목과 서비스, 그리고 의사의 지시나 처방이 필요하지 않은 항목 또는 서비스(예: 비약물 상처 드레싱 또는 단순 보행기 사용)만 보장합니다. 메디케어는 이러한 유형의 치료에서 종교적인 부분을 보장하지 않습니다.

전문 간호 시설 치료

메디케어는 2인실, 식사, 전문 간호 및 치료 서비스, 기타 **전문 간호 시설**에서 **의학적으로 필요한** 서비스 및 용품을 보장합니다. 메디케어는 입원과 관련된 질병이나 **부상으로 인해 의학적으로 필요한 최소 3일의 입원환자 입원**(퇴원일 제외) 후에만 이러한 서비스를 보장합니다. **메디케어 어드밴티지 플랜**에 가입하셨다면, 3일 입원이 필요하지 않을 수 있습니다. 플랜을 확인하십시오.

주: 담당 의사가 **책임진료기관(Accountable Care Organization)** 또는 전문 요양(간호) 시설 3일 규칙 면제에 대해 승인을 받은 다른 유형의 메디케어 이니셔티브에 참여하는 기관에 참여하고 있는 경우, 최소 3일이라는 병원 입원 요건이 필요하지 않습니다. 111-112페이지 참조.

가입자는 현재 상태를 개선하거나 유지하기 위해 필요한 경우, 전문 간호 요양 또는 치료를 받을 수 있습니다. 퇴원에 동의하지 않는 경우, 예를 들어, 퇴원이 전적으로 상태 개선의 부족에 근거한 경우, 상태가 악화되는 것을 방지하기 위해 전문 간호 또는 요법 치료가 여전히 필요한 경우에도 이의를 신청할 수 있습니다. 이의신청권에 대한 추가 정보는 100페이지를 확인하십시오.

전문 간호 시설 요양을 받을 자격이 있으려면, 의사가 일상적인 전문 치료(예: 정맥 수액/약물 치료 또는 물리 치료)가 필요하다는 사실을 증명해야 하며, 이는 실질적으로 전문 요양 시설 입원 환자의 자격으로만 받을 수 있습니다. 메디케어는 비의료 장기 요양을 보장하지 않습니다. 55페이지 참조.

귀하의 부담분:

- **혜택 기간**의 처음 20일 동안은 없음.
주: **메디케어 어드밴티지 플랜**에 가입한 경우, 첫 20일 동안은 **공동 부담금**이 부과될 수 있습니다.
- 각 보험급여 기간의 제21일부터 제100일의 **공동 보험비** (코인슈런스).
- 혜택 기간 100일 이후 매일의 모든 비용.

파트 B는 무엇을 보장합니까?

메디케어 파트 B(의료 보험)는 **의학적으로 필요한** 의사 서비스, 외래 환자 치료, 가정 건강관리 서비스, 내구성 의료 장비, 정신 건강 서비스 및 기타 의료 서비스를 보장합니다. 파트 B는 또한 많은 **예방 서비스**를 보장합니다. 파트 B에서 보장하는 일반적인 서비스 목록과 일반 설명은 30-54페이지를 확인하십시오. 메디케어는 상태를 진단하거나 치료하는 데 필요한 경우 나열된 기간보다 더 자주 일부 서비스 및 검사를 보장할 수 있습니다. 메디케어가 이 목록에 없는 서비스를 보장하는지 또는 파트 B 보장 서비스에 대한 자세한 내용을 알아보시려면



[Medicare.gov/coverage](https://www.medicare.gov/coverage)

를 확인하십시오.

또는 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 문의하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048을 이용하실 수 있습니다.

파트 B에서 보장하는 서비스에 대해 당사자는 무엇을 지급해야 합니까?

오리지널 메디케어에 가입하고 **책정금**을 수락하는 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자에게 진료를 받는 경우 보장 서비스 목록(다음 페이지에 알파벳 순서로 된)에서 지급 비용에 대한 일반 정보를 찾을 수 있습니다(59페이지 참조). 책정금을 수락하지 않는 의사나 제공자의 진료를 받게 되면 더 많은 비용을 지불하게 됩니다. **귀하에게 메디케어 어드밴티지 플랜 또는 다른 보험(예: 메디갭, 메디케이드, 고용주 또는 조합 보험)이 있는 경우, 공동부담금, 공동보험비 또는 공제액이 다를 수 있습니다.** 자세한 정보는 귀하의 플랜에 문의하십시오.

오리지널 메디케어에서 파트 B 공제액이 적용되는 경우, 연간 파트 B 공제액을 충족할 때까지 모든 비용(**메디케어 승인 금액**까지)을 지급해야 합니다. 귀하께서 공제액을 충족한 후 메디케어가 부담금을 지불하기 시작하고, 귀하는 일반적으로 메디케어가 승인한 서비스 금액의 20%를 부담합니다(의사 또는 기타 의료 제공자가 책정금을 수락한 경우). **오리지널 메디케어가 있는 경우 본인 부담금에는 연간 한도가 없습니다.** 메디갭, 메디케이드 또는 고용주 또는 조합 보험과 같이 귀하가 가질 수 있는 보충 보험을 통해 지급하는 비용에 제한이 있을 수 있습니다.

자격이 있는 의사 또는 기타 의료서비스 제공자에 의해 예방 서비스를 받은 경우 본인 부담분이 없습니다. 일부 예방 서비스를 받으면 공제액, 공동 보험비 또는 양쪽 모두를 지급해야 할 수도 있습니다. 이러한 비용은 비예방 서비스로 내원해서 예방 서비스를 받는 경우에도 적용될 수 있습니다.

파트 B 보장 서비스

30-54페이지의 **예방적 서비스** 옆에 이 사과가  있습니다.



예방적 서비스

복부 대동맥류 검사

메디케어는 위험군에 해당하는 사람에게 복부 대동맥류 선별 초음파 검사를 보장합니다 (단, 담당 의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료 제공자로부터의 **의뢰서**가 있어야 함). 의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료 서비스 제공자가 **책임금**을 수락할 경우, 가입자는 검사에 대해 아무것도 부담하지 않습니다.

주: 만약 가족 중 복부 대동맥류에 걸리신 분이 있거나 여러분의 나이가 65세에서 75세이고 평생 담배를 최소 100 개비를 피웠다면, 위험군으로 간주합니다.

침술

메디케어에서 다음과 같이 정의하는 만성 요통으로 인한 침술 치료 내원을 90일간 최대 12회까지 보장합니다.

- 12주 이상 지속됨
- 확인 가능한 원인이 없는 경우(예: 암이 전이되었거나 감염성 또는 염증성 질환과 같이 확인 가능한 질병이 아닌 경우)
- 수술 또는 임신과 무관한 통증

메디케어는 호전을 보이는 경우 추가 8 세션을 보장합니다. 차도가 없으면 메디케어에서 추가 치료를 보장하지 않으며 이를 중단해야 합니다. 12개월 동안 최대 20회의 침술 치료를 받을 수 있습니다. 파트 B **디덕터블(공제금)** 과 **공동보험비**가 적용됩니다.

주: 모든 제공자가 침술을 제공할 수 있는 것은 아닙니다. 메디케어는 만성 요통 이외의 상태에 대한 침술(건식 침술 포함)을 보장하지 않습니다.

사전 치료 계획

메디케어는 연간 “웰니스” 방문 진료의 일환으로 자발적인 사전 치료 계획을 보장합니다 (54페이지 참조). 이것은 귀하가 스스로 말할 수 없게 되는 경우 받아야 할 요양 계획입니다. 사전 치료 계획의 일환으로 사전 의료 지시서를 작성하도록 선택할 수 있습니다. 이는 본인의 치료에 대한 결정을 내릴 수 없는 경우 향후 치료에 대한 희망 사항을 기록하는 중요한 법적 문서입니다. 의료 서비스 제공자와 사전 의료 지시에 대해 이야기할 수 있으며 선호하는 경우 양식 작성에 도움을 받을 수 있습니다.

누가 자신을 대변하게 하고 싶은지, 어떤 지시를 하고 싶은지 신중하게 고려하십시오. 가입자는 연령 또는 장애에 따른 차별 없이 선택하신 대로 계획을 수행할 권리가 있습니다. 사전 의료 지시서는 언제든지 수정할 수 있습니다. 연간 “웰니스” 방문 진료의 일환으로 제공받고, 의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료 서비스 제공자가 책임금을 수락할 경우, 가입자는 아무 비용도 부담하지 않습니다.

주: 메디케어는 귀하의 의학적 치료의 일환으로 해당 서비스를 보장할 수도 있습니다. 사전 치료 계획이 연간 “웰니스” 방문 진료의 일부가 아닌 경우, 파트 B의 공제액과 공동 보험비를 적용합니다.

사전 지시서를 작성하는 데 도움이 필요하십니까? 다음 eldercare.acl.gov에서 Eldercare Locator(노인 돌봄 찾기)에 접속하여 지역사회 지원을 확인하십시오.



예방적 서비스

알코올 남용 검사와 상담

메디케어는 알코올을 섭취하지만 알코올 의존성에 대한 의학적 기준을 충족하지 않는 성인 가입자(임산부 포함)에게 알코올 남용 검사를 보장합니다. **주치의**나 다른 일차진료 제공자가 알코올을 남용하고 있다고 판단하면, 1년에 최대 4회의 약식 대면 상담을 받을 수 있습니다(상담을 받는 동안 정신능력이 있고 제정신을 가지고 있는 상태일 경우). 의사의 진료실과 같은 1차 진료 환경에서 상담 받아야 합니다. 자격이 있는 일차진료 의사 또는 기타 일차진료 제공자가 **책정금**을 수락할 경우, 가입자는 아무것도 부담하지 않습니다.

구급차 서비스

메디케어는 **의학적으로 필요한**, 서비스를 위하여 병원 **거점 병원** 또는 **전문 간호 시설**로 이송해야 하고, 다른 차량으로 이동하면 건강을 위험에 처하게 할 수 있을 때 지상 구급차 운송을 보장합니다. 메디케어는 지상 교통 수단으로는 제공할 수 없는 즉각적이고 신속한 구급차 수송이 필요한 경우 비행기나 헬리콥터를 이용한 응급 구급차 수송 비용을 지불할 수 있습니다.

구급차 수송이 의학적으로 필요하다는 의사의 서면 지시가 있다면 메디케어에서 제한적이고 의학적으로 필요한 비응급 구급차 수송 비용을 지급할 수 있는 경우가 일부 있습니다. 예를 들어, 말기 신장 질환(ESRD)이 있는 사람은 신장 투석을 할 수 있는 시설로 구급차를 이용한 이송이 의료적으로 필요할 수 있습니다.

메디케어는 귀하에게 필요한 치료를 제공할 수 있는 가장 가깝고 적절한 의료 시설로 이송하는 구급차 서비스만 보장합니다.

가입자는 **메디케어가 승인한** 금액의 20%를 냅니다 파트 B **디덕터블(공제금)**이 적용됩니다.

외래 수술 센터

메디케어는 외래 수술 센터(외과 수술을 수행하고 환자가 24시간 이내에 퇴원할 것으로 예상되는 시설)에서 행하는 승인된 수술 절차와 관련된 시설 서비스 비용을 부담합니다. 일부 **예방적 서비스** (의사 또는 기타 의료 제공자가 책정금을 수락하는 경우에는 비용을 지불하지 않음)를 제외하고, 귀하는 외래 수술 센터와 귀하를 치료하는 의사 모두에게 메디케어 승인 금액의 20%를 지급합니다. 파트 B **디덕터블(공제금)**이 적용됩니다. 귀하는 메디케어가 외래 수술 센터에서 보장하지 않는 절차와 관련된 모든 시설 서비스 비용을 지불합니다.



비용과 보장내용: 외래 수술 센터의 외래환자 수술에 관한 비용 견적을 얻으려면



[Medicare.gov/procedure-price-lookup](https://www.medicare.gov/procedure-price-lookup)

를 확인하십시오.

비만대사 수술

메디케어는 병적 비만과 관련된 특정 조건을 충족하는 경우 위 우회술 및 복강경 밴딩 수술과 같은 일부 비만에 수술적 방법을 보장합니다. 비용에 대한 정보는 [Medicare.gov/coverage/bariatric-surgery](https://www.Medicare.gov/coverage/bariatric-surgery)를 확인하십시오.

행동 건강 통합 서비스

행동 건강 증상(우울증, 불안 또는 기타 정신 건강 상태 등)이 있는 경우 메디케어는 해당 상태 관리를 지원하기 위해 의료 서비스 제공자에게 비용을 지급할 수 있습니다. 행동 건강 상태를 관리하는 일부 제공자는 정신과 협력 치료 모델과 같은 통합 진료 서비스를 제공할 수 있습니다. 이 모델은 다음을 포함할 수 있는 치료 관리 지원을 포함한 통합 행동 건강 서비스 세트입니다.

- 행동 건강 상태에 대한 치료 계획
- 귀하의 상태에 대한 지속적인 평가
- 약물 지원
- 상담
- 제공자가 권장하는 기타 치료

귀하의 의료 서비스 제공자는 이 서비스 세트를 월 단위로 받으려면 동의서에 서명해야 한다고 요청할 것입니다. 파트 B **공제금**과 **공동보험비**가 월 서비스 요금에 적용됩니다.

혈액

제공자가 혈액은행으로부터 혈액을 무료로 받을 경우, 귀하가 그 비용을 지급하거나 재충전 비용을 부담하지 않아도 됩니다. 그러나, 자신이 받는 각 혈액 단위별로 혈액 처리 및 취급 서비스에 대한 **공동 부담금**을 부담해야 합니다. 파트 B 디덕터블(공제금)이 적용됩니다. 제공자가 가입자를 위해 혈액을 구매해야 할 경우, 가입자는 1년에 가입자가 받는 첫 세 단위 혈액의 제공자 비용을 지급하거나 다른 사람으로부터 혈액을 기증받아야 합니다.



예방적 서비스 골밀도 측정

이 검사는 골절 위험군에 속해 있는지 알아보기 위한 검사입니다. 메디케어는 특정 의학적 상태가 있거나 특정 기준을 충족하는 사람들에게 이것을 24개월 (**의학적으로 필요하면**) 더 자주)에 한 번 보장합니다. 의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료 종사자가 **책정금**을 수락하는 경우 귀하는 이 검사 비용에 대해 아무것도 부담하지 않습니다.

심장 재활

메디케어는 귀하가 다음 조건 중 최소 하나를 가지고 있다면, 운동, 교육 및 상담을 포함하는 포괄적인 프로그램을 보장합니다.

- 지난 12개월 동안 심장마비
- 관상동맥 우회 수술
- 현재 안정형 협심증(흉통)
- 심장 판막 치유 또는 치환
- 관상동맥 성형술(막힌 동맥을 여는 데 사용되는 의료 절차) 또는 관상 동맥 스텐트 삽입술(동맥을 열어 두는 데 사용하는 절차)
- 심장 또는 심장-폐 이식
- 안정형 만성 심부전

메디케어는 또한, 일반 심장 재활 프로그램보다 일반적으로 더 엄격하거나 더 집중적인 집중 심장 재활 프로그램을 보장합니다. 메디케어는 진료실 또는 병원 외래 환자 환경에서의 서비스를 보장합니다. 진료실에서 서비스를 받았으면 **메디케어 승인 금액**의 20%를 지급하고 병원 외래 환자 환경에서 서비스를 받았 **공동 부담금**을 지급합니다. 파트 B **디덕터블(공제금)**이 적용됩니다.



예방적 서비스

심혈관 행동 요법

메디케어는 **일차진료의** 또는 심혈관 질환의 위험을 낮추는 데 도움이 되는 일차진료 환경(예: 의사의 진료실)에 있는 기타 자격을 갖춘 일차진료 제공자에게 받는 연 1회의 심혈관 행동요법 진료를 보장합니다. 방문 중, 일차진료의는 아스피린 복용에 대해 상담하고(해당될 경우), 혈압을 측정하며, 좋은 식습관에 대한 도움말을 줄 수도 있습니다. 일차진료 제공자가 **책임금**을 수락하면, 가입자는 아무것도 부담하지 않습니다.



예방적 서비스

심혈관계 질병 검사

이러한 검사에는 심장마비나 뇌졸중으로 이어질 수 있는 상태를 감지하는 데 도움이 되는 콜레스테롤, 지방질, 중성지방 수치에 대한 혈액 검사가 포함됩니다. 메디케어는 5년에 한 번 이러한 선별 혈액검사를 보장합니다. 의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료 종사자가 책임금을 수락하는 경우 귀하는 검사 비용을 지급하지 않습니다.



예방적 서비스

자궁 경부암 및 질암 검사

메디케어는 자궁 경부암과 질암을 검진하는 팍(Pap) 검사와 골반 검사를 보장합니다. 메디케어는 골반 검사의 일부로 유방암을 확인하기 위한 임상 유방 검사도 보장합니다. 메디케어는 대부분의 경우 24개월에 한 번 선별검사를 보장합니다. 메디케어는 자궁경부암 또는 질암에 걸릴 위험이 높거나 가입기이고 지난 36개월 동안 Pap 검사가 비정상인 경우 12개월에 한 번씩 이러한 선별 검사를 보장합니다.

메디케어는 또한 30세-65세이고 인유두종 바이러스(HPV) 증상이 없는 경우, HPV 검사(자궁경부 검사(팍 검사)의 일환)를 5년마다 한 번 보장합니다.

의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료 서비스 제공자가 책임금을 수락하는 경우, 검사실 팍(Pap) 검사, 팍 검사가 포함된 검사실 HPV, 팍 검사 표본 수집, 골반 및 유방 검사에 대해 비용을 내지 않습니다.

화학요법

메디케어는, 암 환자에게 진료소, 독립 클리닉 또는 외래 환자 병원에서 진행하는 화학요법을 보장합니다. 가입자는 병원 외래 환자 환경에서 진행하는 화학 요법에 **공동 부담금**을 지급합니다.

가입자는 의사 진료실이나 독립 클리닉에서 진행하는 화학 요법에 메디케어 승인 금액의 20%를 지급합니다. 파트 B 디덕터블(공제금)이 적용됩니다.

파트 A에서 보장하는 입원환자 병원 환경의 화학요법은 27-28페이지의 입원환자 병원 치료를 확인하십시오.

카이로프랙틱(척추교정) 서비스

메디케어는 불완전 탈구를 교정하기 위해 척추 교정사가 척추를 맞추는 것을 보장합니다(척추 관절이 제대로 움직이지 않지만 관절 사이의 접촉이 손상되지 않은 경우). 가입자는 **메디케어가 승인한 금액**의 20%를 냅니다. 파트 B **디덕터블(공제금)**이 적용됩니다.

주: 메디케어는 척추 교정 이외의 다른 서비스를 보장하거나 척추 교정사의 지시를 검사하지 않습니다.

만성 영양 관리 서비스

적어도 1년 동안 지속될 것으로 예상되는 2가지 이상의 심각한 만성 질환(예: 관절염 및 당뇨병)이 있는 경우, 메디케어는 해당 질환 관리를 위한 건강관리 제공자의 도움에 대해 비용을 지불할 수 있습니다. 여기에는 귀하의 건강 문제 및 목표, 기타 제공자, 약품, 귀하가 보유하고 필요로 하는 지역사회 서비스, 기타 건강 정보를 나열하는 포괄적인 치료 계획이 포함됩니다. 또한 귀하에게 필요한 진료와 조정 방법에 대해서도 설명합니다.

이 서비스를 받는 데 동의하실 경우, 서비스 제공자가 가입자 또는 가입자의 간병인을 위해 치료 계획을 준비하고, 약물 관리를 돕고, 긴급 치료 관리 필요에 대해 연중무휴 액세스를 제공하고, 한 의료 환경에서 다른 의료 환경으로 이동할 때 지원하고, 약을 검토하여 복용 방법 및 기타 만성 치료에 필요 사항을 지원합니다.

주: 귀하는 월 사용료를 내고, 파트 B 공제액과 **공동 보험비**가 적용됩니다. **메디케이드**를 포함한 보충 보험이 있는 경우 월 비용을 충당하는 데 도움이 될 수 있습니다.

임상 연구

임상 연구는 항암제가 얼마나 잘 듣는지와 같이 다양한 유형의 의료 행위가 얼마나 잘 작동하고 안전한지 시험합니다. 메디케어는 자격을 갖춘 임상 연구에 진료 방문 및 검사와 같은 일부 비용을 보장합니다. 받는 치료에 따라 메디케어 승인 금액의 20%를 부담해야 할 수 있습니다. 파트 B 디덕터블(공제금)이 적용됩니다. 자세한 사항은 [Medicare.gov/coverage/clinical-research-studies](https://www.Medicare.gov/coverage/clinical-research-studies)를 확인하십시오.

주: 귀하가 **메디케어 어드밴티지 플랜**에 입하셨다면, 오리지널 메디케어에서 메디케어 어드밴티지 플랜과 함께 일부 비용을 부담할 수 있습니다.

인지 평가 및 케어 플랜 서비스

진료를 받기 위해 서비스 제공자를 방문(연간 "웰니스" 방문 진료 포함) 할 때 제공자는 알츠하이머병을 비롯한 치매 징후를 찾기 위해 인지 평가를 수행할 수 있습니다. 인지 장애의 징후에는 기억 장애, 새로운 것을 배우기, 집중력, 재정 관리 또는 일상 생활에 대한 결정이 포함됩니다. 우울증, 불안, 섬망 같은 증상도 혼란을 일으킬 수 있으므로 증상의 원인을 이해하는 것이 중요합니다.

메디케어는 인지적 기능에 대한 충분한 평가를 하여 알츠하이머병 또는 치매와 같은 진단을 확정하고, 치료 계획을 수립할 수 있도록 가입자의 일반의나 전문의로부터의 진료를 보장합니다. 배우자, 친구 또는 간병인과 같은 사람을 불러와 함께 정보를 제공하고 질문에 답할 수 있습니다.

이 방문 진료에서 의사는 다음을 수행할 수 있습니다.

- 검사를 수행하고 병력에 대해 이야기하고 약물을 검토.
- 증상을 다루고 관리하는 데 도움이 되는 치료 계획 수립.
- 환자가 사전 치료 계획을 수립하거나 업데이트하는 것을 지원. 30페이지 참조.
- 필요한 경우 전문의에게 의뢰.
- 재활 서비스, 성인 주간 건강 프로그램 및 지원 그룹과 같은 지역사회 자원에 관해 더 깊이 이해하는 데 도움을 드립니다.

파트 B **디덕터블**(공제금)과 **공동보험비**가 적용됩니다.



예방적 서비스 대장암 검사

메디케어는 치료가 가장 효과적인 경우 전암 성장을 찾거나 조기에 암을 발견하는 데 도움이 되도록 해당 검사를 보장합니다. 메디케어는 다음의 선별 검사 중 하나 이상을 보장할 수 있습니다.

- **바륨 관장:** 메디케어는 의사가 연성 S상 결장경 검사 또는 대장 내시경 검사 대신에 이 검사를 사용할 경우, 50세 이상인 사람에게 48개월마다(고위험군은 24개월마다) 한 번 이 검사를 보장합니다. 가입자는 의사 서비스에 대해 **메디케어가 승인한 금액**의 20%를 부담합니다. 병원 외래환자 환경에서는 병원에 **공동 부담금**도 냅니다. 파트 B 디덕터블(공제금)이 적용되지 않습니다.

자세한 내용은 [Medicare.gov/coverage/barium-enemas](https://www.Medicare.gov/coverage/barium-enemas)를 방문하십시오.

- **대장 내시경 검사:** 메디케어는 120개월마다(고위험군은 24개월마다) 한번 또는 이전의 연성 S상 결장경 검사로부터 48개월 후에 이 검사를 보장합니다. 최소 연령 요건은 없습니다. 의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료 종사자가 **책임금**을 수락하는 경우 귀하는 검사 비용을 지급하지 않습니다.
- **연성 S자 결장경 검사:** 메디케어는 50세 이상인 경우 48개월에 한 번, 또는 고위험군이 아닌 경우 이전에 대장내시경 검사를 받은 후 120개월에 한 번씩 이 검사를 보장합니다. 의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료 제공자가 책임금을 수락하는 경우 귀하는 검사에 대해 아무것도 부담하지 않습니다.

신규!

주: 의사가 대장내시경 또는 연성 S상 결장경 검사 중에 용종이나 기타 조직을 찾아 제거하면 의사 서비스에 대해 메디케어가 승인한 금액의 15%를 지불합니다. 병원 외래환자 환경에서는 병원에 15%의 공동보험비도 지불합니다. 파트 B 디덕터블(공제금)이 적용되지 않습니다.

- **대변 잠혈검사:** 메디케어는 50세 이상인 사람에게 12개월에 한 번씩 해당 검사를 보장합니다. 의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료 제공자가 책임금을 수락하는 경우 귀하는 검사에 대해 아무것도 부담하지 않습니다.

- **다중 표적 대변 DNA 및 혈액 기반 생체표지자 테스트:** 메디케어는 가입자가 다음 조건을 모두 충족하는 경우 3년에 한 번 이러한 검사를 보장합니다.
 - 50세에서 85세 사이의 연령임.
 - 하부 위장관 통증, 혈변, 구아이익 대변 잠혈검사 또는 대변 면역화학 검사 양성을 포함하되 이에 국한되지 않는 결장 질환의 증상을 나타내지 않음.
 - 대장암 발병 위험이 평균적이어야 함. 이는 다음을 의미함:
 - 선종폴립, 대장암 또는 크론병 및 궤양성 대장염을 포함한 염증성 장 질환의 개인 병력이 없음.
 - 대장암이나 샘종성 용종, 가족성 샘종성 용종증, 유전성 비용종증 대장암의 가족력이 없음,

주: 다중 표적 대변 DNA 검사는 가정 검사실 검사입니다. 혈액 기반 생체표지자 검사는 검사실에서 수행됩니다. 의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료 서비스 제공자가 **책임금**을 수락하는 경우 가입자는 이러한 검사에 대해 아무것도 부담하지 않습니다.

지속기도양압(CPAP) 기기, 부속품, 요법

메디케어는 폐쇄성 수면 무호흡증 진단을 받은 경우 CPAP 요법(기기 및부속품 포함)의 3개월 임상시험을 보장할 수 있습니다. 임상시험 기간 후에도 의사를 직접 만나고, 가입자가 특정한 조건을 충족하고 치료 효과가 있다는 의료 기록을 의사가 문서로 작성한 경우, 메디케어는 CPAP 요법, 기기 및 부속품을 계속해서 보장할 수 있습니다.

귀하는 기계 대여 및 관련 용품(마스크 및 튜브 등) 구매에 대해 **메디케어가 승인한 금액**의 20%를 부담합니다. 파트 B **공제금**이 적용됩니다. 메디케어는 귀하가 중단 없이 기계를 사용한 경우 기계 임대 비용 13개월 분을 공급자에게 지급합니다. 13개월 동안 기계를 임대한 후에는 소유하게 됩니다.

주: 메디케어에 가입하기 전에 CPAP 기계를 가지고 있고 특정 요건을 충족하는 경우 메디케어는 CPAP 기계 및/또는 CPAP 부속품의 임대 또는 교체를 보장할 수 있습니다.



예방적 서비스

흡연 및 흡연 관련 질환 예방을 위한 상담

흡연자의 경우 메디케어는 12개월 동안 최대 8회의 대면 상담을 보장합니다. 의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료 제공자가 책임금을 수락하는 경우 귀하는 상담 세션에 대해 아무것도 부담하지 않습니다.

COVID-19 (2019 코로나바이러스 감염증)

코로나바이러스 19(COVID-19) 공중보건 비상사태에 직면하여 귀하의 건강과 안전이 최우선입니다. 메디케어에 가입한 많은 사람들이 심각한 COVID-19에 감염될 위험이 높기 때문에 자신과 다른 사람의 안전을 위해 필요한 조치를 취하는 것이 중요합니다.

메디케어는 COVID-19과 관련된 다양한 검사, 항목과 서비스를 보장합니다. 공중보건 비상사태가 종료되면 보장이 변경될 수 있습니다. 의사 또는 의료 서비스 제공자와 상의하여 다음 중 어떤 항목이 본인에게 적합한지 확인하십시오:



예방적 서비스

백신:

- FDA의 승인과 허가를 받은 백신은 신체의 자연적 방어수단과 협력하여 바이러스에 대한 면역력(보호)을 안전하게 높여 COVID-19로 인한 질병의 위험을 줄이는 데 도움이 됩니다.
- 백신, 부스터샷 또는 추가 접종에 대해 비용을 지불하지 않습니다.
- 백신을 맞을 때 의료 제공자나 약국에서 메디케어에 청구할 수 있도록 빨간색, 흰색 및 파란색 메디케어 카드를 지참하십시오 **메디케어 어드밴티지 플랜**에 가입한 경우, 메디케어가 보장하는 서비스를 받으려면 플랜에서 제공한 카드를 사용해야 합니다.

진단 검사:

- FDA의 승인을 받은 이 테스트는 COVID-19 감염 여부를 확인합니다.
- COVID-19 공중보건 비상사태 동안 의료 서비스 제공자가 해당 검사를 지시하고 검사실, 약국, 의사 또는 병원에서 검사를 받는 경우 비용을 지불하지 않습니다.

항체 검사:

- FDA 승인을 받은 이 테스트는 면역 반응이 나타났는지와 즉각적인 COVID-19 재감염 위험이 없는지 확인하는 데 도움이 됩니다.
- COVID-19 공중보건 비상사태 기간에는 무료로 검사를 받을 수 있습니다.

단클론 항체 치료:

- FDA 승인을 받은 이 치료법은 귀하께서 COVID-19 양성 판정을 받았고 경증에서 중등도의 증세를 보일 경우 치료하고 퇴원하는 데 도움이 될 수 있습니다.
- COVID-19 공중보건 비상사태 동안(및 COVID-19 공중보건 비상사태가 종료되는 해의 나머지 기간 동안) 메디케어 제공자 또는 공급자로부터 치료를 받은 경우 해당 치료에 대해 비용을 지불하지 않습니다. 자격을 얻으려면 특정 조건을 충족해야 합니다.

일반의약품(OTC) 검사:

- 파트 B가 있는 경우 메디케어는 COVID-19 공중보건 비상사태가 종료될 때까지 매월 참여 약국 또는 의료 서비스 제공자에게 최대 8개의 일반의약품 COVID-19 검사를 보장합니다.
- 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입되어 있는 경우 플랜을 통해 이 혜택을 받을 수 없지만 검사는 파트 B를 통해 직접 보장됩니다. 추가 일반의약품용 COVID-19 검사를 보장하는지 여부는 플랜을 확인하십시오.
- 공중보건 비상사태 기간에는 무료로 이들 검사를 받을 수 있습니다.
- 다른 보장이 있는 경우 해당 보장을 통해 무료 검사를 받을 수 있습니다.

자세한 정보 얻기

- 이러한 보장 서비스에 대한 상세 정보는

 [Medicare.gov/medical-coronavirus](https://www.Medicare.gov/medical-coronavirus) 를 확인하십시오.

- COVID-19에 대해 보다 자세한 내용은 [CDC.gov/coronavirus](https://www.CDC.gov/coronavirus)를 확인하십시오.

제세동기

메디케어는 심부전 진단을 받은 경우 이식형 자동 제세동기 치료를 보장합니다.

수술이 외래 환경에서 이루어진다면, 가입자는 의사의 서비스에 대해

메디케어가 승인한 금액의 20%를 냅니다. 귀하는 **공동 부담금**도 냅니다. 대부분의 경우, 공동부담금(코페이)이 파트 A 병원 체류 **디덕터블(공제금)**보다 많을 수는 없습니다.

파트 B 디덕터블(공제금)이 적용됩니다. 파트 A는 입원환자 병원 환경에서 제세동기를 이식하는 수술을 보장합니다 27-28페이지에서 입원환자 병원 환경을 확인하십시오.



예방적 서비스

우울증 검사:

메디케어는 연간 1회의 우울증 검사를 보장합니다. 이 검사는 후속 치료나 **의뢰서**를 수 있는 1차 검진 환경(의사 진료실과 같은)에서 이루어져야 합니다. 귀하의 의사가 **책임금**을 수락한다면, 가입자는 이 검사에 대해 아무것도 부담하지 않습니다.

신규!

본인 또는 지인이 위기에 처한 경우 **전화 또는 988로 문자 발송 또는 988lifeline.org**에서 **실시간 채팅을 이용하시기 바랍니다.**



예방적 서비스

당뇨병 검사

메디케어는 의사가 당뇨병 발병 위험이 있다고 판단하는 경우 매년 최대 2회의 혈액 포도당(혈당) 검사실 선별검사(탄수화물 검사 포함 및 제외)를 보장합니다. 의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료 제공자가 책임금을 수락하는 경우 귀하는 검사에 대해 아무것도 부담하지 않습니다.



예방적 서비스

당뇨병 자기관리 교육

메디케어는 당뇨병에 대처하고 관리하는 방법을 가르치는 당뇨병 외래 환자 자기 관리 교육을 보장합니다. 프로그램에는 건강한 식사방법, 활동적으로 생활하는 방법, 혈액 포도당(혈당) 관리법, 처방약 복용법, 위험성을 줄이는 방법 등이 포함될 수 있습니다.

당뇨병 진단을 받았어야 하고, 의사나 그 밖의 의료 서비스 제공자의 서면 통지가 필요합니다. 일부 환자는 의료적 영양요법 서비스를 받을 수 있는 자격도 있습니다 (46페이지참조). 가입자는 메디케어가 승인한 금액의 20%를 냅니다. 파트 B 디덕터블(공제금)이 적용됩니다.

당뇨병 장비, 용품 및 치료용 신발

메디케어는 혈액 포도당(혈당) 측정기 및 검사 스트립, 채혈침, 채혈침 홀더 및 제어 용액을 포함한 관련 소모품을 보장합니다. 메디케어는 또한 인슐린 펌프를 사용하는 환자를 위한 튜빙, 삽입 세트 및 인슐린과 연속 혈당 모니터를 사용하는 환자를 위한 센서를 보장합니다. 메디케어는 특정 당뇨병과 관련하여 발 문제가 있는 사람들을 위해 매년 깊이가 있는 신발 또는 맞춤형 신발 한 켤레와 삽입물을 보장합니다.

공급자가 책정금을 수락하면 가입자는 **메디케어 승인 금액**의 20%를 지급합니다. 파트 B **디덕터블(공제금)**이 적용됩니다.

주: 메디케어 약품 보험(파트 D)으로 인슐린, 인슐린 주사에 사용되는 특정 의료 용품(주사기 등), 일회용 펌프 및 일부 경구용 당뇨병 약품을 보장받을 수 있습니다. 더 많은 정보를 알고 싶으시면 귀하의 플랜을 확인하십시오.

의사 및 기타 치료 제공자의 서비스

메디케어는 **의학적으로 필요한** 의사 서비스(외래환자 서비스 및 일부 환자가 입원한 병원의 의사 서비스 포함) 및 보장된 **예방적 서비스**를 보장합니다. 메디케어는 또한 보조의사, 전문 간호사, 임상 간호 전문가, 임상 사회복지사, 물리치료사, 작업치료사, 언어병리학자, 임상심리학자 등과 같은 다른 의료 서비스 제공자로부터 받는 서비스도 보장합니다. 귀하는 특정 예방 서비스를 제외하고(의사 또는 다른 제공자가 **책정금**에 동의하는 경우, 아무 비용도 지급하지 않을 수 있습니다), 대부분의 서비스에 대해 메디케어가 승인한 금액의 20%를 지급합니다. 파트 B 디덕터블(공제금)이 적용됩니다.

약

파트 B는 다음과 같은 제한된 수의 외래환자 처방약을 보장합니다.

- 진료실에서 받는 주사
- 특정 경구 항암제
- 일부 유형의 내구성 의료 장비(분무기 또는 외부 주입 펌프 등)와 함께 사용되는 약물
- 병원 외래환자 환경에서 받는 특정 약물(매우 제한된 상황에서)

메디케어는 외부 주입 펌프와 함께 사용되는 일부 약품의 경우 가정 주입 요법 혜택(44페이지 참조)에 따라 서비스(간호 방문 등)도 보장할 수 있습니다. 파트 B는 또한 제공자가 진료실이나 병원에서 외래 환자로 방문하여 오피오이드 사용 장애를 치료하기 위해 주입식 또는 이식식 약물 치료를 받은 경우에도 보장합니다. 가입자는 이러한 보장되는 약품에 대해 메디케어가 승인한 금액의 20%를 지불합니다. 파트 B 디덕터블(공제금)이 적용됩니다. 메디케어에 등록된 오피오이드 치료 프로그램으로부터 이러한 서비스를 받는 경우 **공동 부담금**을 지급할 필요가 없습니다. 47페이지 참조.

병원 외래 환자 환경에서 받는 보장 약이 외래 환자 서비스의 일부인 경우 귀하는 서비스에 대한 공동 부담금을 지급합니다. 그러나 파트 B는 병원 외래 환자 환경에서 사용되는 다른 유형의 약물(때때로 “자기 투여 약물” 또는 일반적으로 스스로 복용하는 약물이라고도 함)은 보장하지 않습니다. 귀하가 내는 금액은 메디케어 약품보험 또는 기타 약품 보험이 있는지, 약 플랜이 해당 약을 보장하는지, 병원 약국이 약 플랜 네트워크에 있는지 여부에 따라 다릅니다. 파트 B가 보장하지 않는 약품을 병원 외래 환자 환경에서 받을 때 귀하가 내는 비용을 알아보려면 약품 플랜에 문의하십시오.

주: 위의 예를 제외하면, 메디케어 약품 보험(파트 D) 또는 기타 약품 보험이 없는 한, 대부분의 약품에 대해 100%를 지불합니다. 메디케어 약품 보장에 관한 추가 정보는 79-90페이지를 확인하십시오.

내구성 의료장비(DME)

메디케어는 등록된 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자가 가정에서 사용할 목적으로 주문하는 산소 및 산소 장비, 휠체어, 보행기 및 병원 침대와 같은 **의학적으로 필요한** 품목을 보장합니다. 대부분의 품목을 대여해야 하지만 구입할 수 있거나 일부는 여러 번 대여료를 지불한 후 개인 소유가 될 수도 있습니다. 가입자는 **메디케어가 승인한 금액의 20%**를 냅니다. 파트 B **디덕터블(공제금)**이 적용됩니다.

의사와 DME 공급자가 메디케어에 등록되어 있는지 확인하십시오. DME를 받기 전에 공급자가 메디케어에 참여하는지 물어보는 것이 중요합니다. DME 혜택을 받으려면 DME를 제공하는 의사나 공급자가 메디케어에 등록되어 있어야 합니다. 공급업체가 참여 공급업체인 경우, 업체는 **책임금**을 수락해야 합니다(즉, 업체는 귀하에게 **공동보험비** 및 메디케어 승인 금액에 대한 파트 B 공제금만 청구할 수 있습니다). DME 공급업체가 참여하지 않고 책임금도 수락하지 않는 경우, 그러한 업체가 귀하에게 청구할 수 있는 금액에는 제한이 없습니다.

내구성 의료 장비, 보철, 보조기 및 용품(DMEPOS) 경쟁 입찰 프로그램: 경쟁입찰 지역에 거주하거나 해당 지역을 방문하여 DMEPOS 경쟁 입찰 프로그램에 포함된 기성품인 등이나 무릎 보호대가 필요한 경우, 메디케어로부터 품목 비용 지급에 대한 지원을 받으시려면, 일반적으로 "계약 공급자"라고 하는 특정 공급자를 이용해야 합니다. 계약 공급자는 메디케어와의 계약 조건으로서, 귀하에게 품목을 제공하고 책임금을 수락해야 합니다.

본인이 경쟁 입찰 지역에 거주 중이거나 방문 중인지 확인하거나 책임금을 수락하는 공급자를 찾으려면



[Medicare.gov/medical-equipment-suppliers](https://www.Medicare.gov/medical-equipment-suppliers)

를 확인하십시오.

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 문의하실 수도 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하십시오. DME 공급업체에 문제가 있거나 불만을 제기해야 하는 경우 1-800-MEDICARE에 전화할 수도 있습니다.

심전도(EKG 또는 ECG) 검사

메디케어는 일회성 "메디케어 가입 환영(Welcome to Medicare)" 방문 (54페이지 참조) 중 의사나 기타 의료 서비스 제공자로부터 **의뢰서**를 받은 경우 정기 EKG/ECG 검사를 보장합니다. 가입자는 파트 B 공제금을 충족한 후 메디케어가 승인한 금액의 20%를 냅니다. 메디케어는 진단검사로서의 EKG 또는 ECG를 보장합니다(51페이지 참조). 귀하는 또한 병원이나 병원 소유 클리닉에서 검사를 받는 경우 **공동 부담금**도 냅니다.

응급 의료 서비스

메디케어는 부상, 갑작스러운 질병 또는 빠르게 악화하는 질병이 있는 경우 이러한 서비스를 보장합니다. 가입자는 각 응급실 방문 진료에 대해 공동 부담금을 부담하고, 의사 서비스에 대해 메디케어가 승인한 금액의 20%를 부담합니다. 파트 B 디덕터블(공제금)이 적용됩니다. 의사가 귀하를 같은 병원에 환자로 입원하게 하는 경우 비용이 다를 수 있습니다.

전자 내원

메디케어는 전자 방문을 보장하여 의사의 진료실에 가지 않고도 온라인 환자 포털을 통해 의사와 대화할 수 있도록 합니다. 이러한 서비스를 제공할 수 있는 제공자에는 의사, 전문 간호사, 임상 간호 전문가, 보조의사, 물리 치료사, 작업 치료사, 언어 병리학자, 유연허 임상 사회복지사(특정 상황에서) 및 임상 심리학자(특정 상황에서)가 해당됩니다.

귀하가 처음으로 이러한 유형의 서비스를 받으려면 의사나 다른 제공자와 상의해야 합니다. 가입자는 의사 서비스에 대해 **메디케어가 승인한 금액**의 20%를 부담합니다. 파트 B **디덕터블(공제금)**이 적용됩니다.

안경

인공 수정체를 이식하는 백내장 수술을 받은 경우 메디케어는 표준 안경테가 있는 안경 한 쌍(또는 콘택트 렌즈 한 세트)을 보장합니다. 가입자는 메디케어가 승인한 금액의 20%를 냅니다. 파트 B 디덕터블(공제금)이 적용됩니다.

주: 메디케어는 귀하 또는 귀하의 제공자의 청구서 제출 여부와 관계없이 메디케어에 등록된 공급업체의 콘택트 렌즈 또는 안경에 대한 비용만 지급합니다.

연방 인증 의료 센터 서비스

연방 인증 의료 센터 서비스는 다양한 외래 환자 1차 진료 및 예방 건강 서비스를 제공합니다. 공제액은 없으며 일반적으로 청구 금액 또는 메디케어에서 승인한 금액의 20%를 지급합니다. 귀하는 대부분의 **예방적 서비스**에 예방적 서비스에 대해 아무것도 부담하지 않습니다. 모든 연방 인증 의료 센터는 소득이 제한적일 경우 할인을 제공할 수 있습니다. 웹사이트 findahealthcenter.hrsa.gov를 참조하여 가까운 의료 센터를 확인하십시오.



예방적 서비스

플루 독감주사

메디케어는 계절성 독감 예방주사(또는 백신)를 보장합니다. 의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료 종사자가 **책정금**을 수락하는 경우 귀하는 플루 독감주사 비용을 부담하지 않습니다.

족부 진료

메디케어는 당뇨병과 관련된 하지 신경 손상으로 인해 사지 손실 위험이 증가하거나 발 부상이나 망치 발가락, 건막류 기형, 족저근막염과 같은 질병에 대해 **의학적으로 치료가 필요한** 경우 매년 발 검사 또는 치료를 보장합니다. 귀하는 의사가 승인한 의학적으로 필요한 치료에 대하여 메디케어가 승인한 금액의 20%를 부담하게 됩니다. 파트 B 디덕터블(공제금)이 적용됩니다. 가입자는 또한, 병원 외래 환자 환경에서 진행하는 의학적으로 필요한 치료에 대해 **공동 부담금**을 지급합니다.



예방적 서비스 녹내장 테스트

메디케어는 눈 질병 녹내장 고위험군에 해당하는 사람들을 위해 12개월마다 한번씩 이러한 검사를 보장합니다. 귀하가 당뇨병을 앓거나, 녹내장의 가족력이 있거나, 50세 이상의 아프리카계 미국인이거나, 65세 이상의 히스패닉계인 경우, 녹내장의 위험이 높습니다. 귀하의 주에서 법적으로 인가를 받은 안과 의사가 검사를 진행하거나 감독해야 합니다. 가입자는 **메디케어가 승인한 금액**의 20%를 냅니다. 파트 B **디덕터블(공제금)**이 적용됩니다. 귀하는 병원 외래 환자 환경에서 진행되는 화학 요법에 **공동 부담금**을 냅니다.

청력 및 균형 검사

메디케어는 귀하의 의사 또는 기타 의료 제공자가 귀하에게 치료가 필요한지 알아보도록 지시하는 경우 이러한 진단검사를 보장합니다. 귀하는 일반적으로 메디케어가 승인한 금액의 80%를 냅니다. 파트 B 디덕터블(공제금)이 적용됩니다. 귀하는 병원 외래 환자 환경에 대한 공동 부담금도 냅니다.

주: 메디케어는 보청기 또는 보청기에 맞는 검사를 보장하지 않습니다.



예방적 서비스 B형 간염 주사

메디케어는 B형 간염에 대한 중간 또는 고위험군인 사람에게 해당 주사(또는 백신)를 보장합니다. 일부 위험 요소에는 혈우병, 말기 신장 질환(ESRD), 당뇨병, 또는 귀하가 의료 종사자이며 혈액 또는 체액과 자주 접하는 경우를 포함합니다. B형 간염에 대한 중간 또는 고위험군에 속하는지 의사에게 확인하십시오. 의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료 제공자가 **책임금**을 수락하면, 귀하는 이러한 주사에 대해 아무것도 부담하지 않습니다.



예방적 서비스 B형 간염 바이러스 감염 검사

메디케어는 귀하가 다음 조건 중 하나를 충족하는 경우 이 검사를 보장합니다.

- B형 간염 바이러스 감염의 위험이 높음.
- 임신중임.

메디케어는 **일차진료의**가 지시한 경우에만 이 검사를 보장합니다.

메디케어는 다음과 같이 B형 간염 바이러스 감염 검사를 보장합니다.

- 계속해서 높은 위험에 처해 있으며 B형 간염 예방 주사를 맞지 않은 경우에만 매년.
- 임신 중인 경우:
 - 각 임신에 대한 첫 번째 산전 방문진료 시
 - 새로운 위험 요소가 있거나 위험 요소가 지속되는 사람의 분만 시
 - 이전에 B형 간염 예방 주사를 맞았거나 B형 간염 바이러스 검사 결과가 음성인 경우에도 향후 임신을 위한 첫 산전 방문진료 시

의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료 종사자가 책임금을 수락하는 경우 귀하는 선별 검사 비용을 지급하지 않습니다.



예방적 서비스

C형 간염 선별 검사

메디케어는 귀하가 다음 조건 중 하나를 충족하는 검사 경우 C형간염 검사를 보장합니다.

- 현재 또는 과거에 불법적 주사 약물 사용 이력이 있기 때문에 고위험군에 속함.
- 1992년 이전에 수혈을 받았음.
- 1945년에서 1965년 사이에 태어남.

메디케어는 또한, 귀하가 고위험군에 속할 경우, 연간 반복 검사를 보장합니다.

메디케어는 일차진료 제공자가 지시한 경우에만 C형간염 검사를 보장합니다. 가입자의 **일차진료의** 또는 기타 자격을 갖춘 의료 서비스 제공자가 **책임금**을 수락하는 경우 가입자는 이 선별검사에 대해 아무것도 지급하지 않습니다



예방적 서비스

HIV(인간면역결핍바이러스) 검사

메디케어는 귀하가 다음 조건을 충족하면 12개월에 한 번씩 해당 검사를 보장합니다.

- 15~65세 사이여야 합니다.
- 15세 미만 또는 65세 이상이며 위험이 증가합니다.

메디케어는 또한 임신 중 해당 검사를 최대 3회까지 보장합니다.

의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료 제공자가 책임금을 수락할 경우, 귀하는 HIV 검사에 대해 아무것도 부담하지 않습니다.

가정 건강관리 서비스

메디케어는 파트 A 및/또는 파트 B에서 가정 건강관리 서비스를 보장합니다. 메디케어는 **의학적으로 필요한** 시간제 또는 간헐적 전문 간호, 물리 치료, 언어 병리학 서비스 또는 지속적인 작업 치료 서비스를 보장합니다. 가정 건강관리 서비스에는 의료 사회 서비스, 시간제 또는 간헐적 가정 건강 보조 서비스, 내구성 의료 장비 및 가정에서 사용하기 위한 의료 용품도 포함될 수 있습니다. "시간제 또는 간헐적"이란 매일 8시간 미만 또는 매주 28시간 미만으로 제공되는 전문 간호 및 가정 건강 보조 서비스를 받을 수 있음을 의미합니다(또는 일부 제한된 상황에서는 주당 최대 35시간). 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자(전문 간호사 등)는 가입자에게 가정 건강관리 서비스가 필요하다는 증명서를 교부하기 전에 가입자를 직접 만나야 합니다. 의사 또는 기타 제공자가 가입자를 관리하도록 지시해야 하며 메디케어 인증 가정 건강관리 기관이 이를 제공해야 합니다.

메디케어는 다음에 해당하는 시간제 또는 간헐적인 전문 서비스가 필요한 경우와 귀하가 "홈바운드"에 해당하는 경우 가정 건강관리 서비스를 제공합니다. 홈바운드의 의미:

- 질병이나 부상으로 인해 도움(지팡이, 휠체어, 보행기 또는 목발 사용, 특수 교통편 또는 다른 사람의 도움 등) 없이 집을 나서는 데 어려움이 있음.
- 귀하의 상태로 인해 집을 떠나는 것은 권장되지 않음.
- 집을 떠나는 데 큰 노력이 필요하므로 일반적으로 집을 떠날 수 없음.

귀하는 보장되는 가정 건강 서비스에 대해 아무런 비용을 지급하지 않습니다. 그러나 메디케어가 보장하는 내구성 의료 장비의 경우, 귀하는 **메디케어 승인 금액**의 20%를 부담합니다. 파트 B **디덕터블(공제금)** 이 적용됩니다.

가정 주입 요법 서비스 및 용품

메디케어는 가정에서 특정 정맥(IV) 주입 약물을 투여하도록 가정 주입 요법에 필요한 장비 및 소모품(펌프, 수액걸이대, 튜브, 카테터 등)을 보장합니다. 특정 장비 및 용품(주입 펌프 등) 및 주입 약물은 내구성 의료 장비 혜택에 따라 보장됩니다(40페이지 참조). 메디케어는 서비스(간호사 방문 등), 간병인 교육, 환자 관찰 등도 보장합니다. 가입자는 이러한 서비스와 가입자의 가정에서 사용하는 장비 및 용품에 대해 **메디케어가 승인한 금액**의 20%를 부담합니다.

신장 투석 서비스 및 용품

일반적으로 메디케어는 말기 신장 질환(ESRD)이 있는 경우 주당 3회의 투석 치료를 보장합니다. 여기에는 대부분의 신장 투석 약물 및 생물학적 제제, 모든 검사실 검사, 가정 투석 교육, 지원 서비스, 장비, 용품 등이 포함됩니다. 투석 시설에서 투석 서비스(가정 또는 시설 내)를 조정할 책임이 있습니다. 귀하는 일반적으로 메디케어가 승인한 금액의 80%를 냅니다. 파트 B **디덕터블(공제금)**이 적용됩니다.

신장질환 교육

메디케어는 일반적으로 투석이나 신장 이식이 필요한 4기 만성 신장 질환이 있고 담당 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자가 서비스를 추천하는 경우 최대 6회까지 신장 질환 교육 서비스를 보장합니다. 귀하는 의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료 서비스 제공업체로부터 서비스를 받은 경우 세션당 메디케어에서 승인한 금액의 20%를 부담합니다. 파트 B 디덕터블(공제금)이 적용됩니다.

검사실 서비스

메디케어는 의사나 제공자가 지시할 때 **의학적으로 필요한** 임상 진단 검사실 검사를 보장합니다. 메디케어는 특정 혈액 검사, 소변 검사, 조직 표본에 대한 특정 검사 및 일부 선별검사를 포함할 수 있습니다. 가입자는 이러한 검사에 대해 아무런 비용을 부담하지 않습니다.



예방적 서비스 폐암 검사

신규!

메디케어는 다음 업데이트된 조건을 충족하는 경우 1년에 한 번 저선량 컴퓨터 단층촬영으로 폐암 검사를 보장합니다.

- 50세~77세임.
- 폐암의 징후나 증상이 없음(당신은 무증상입니다).
- 현재 흡연자이거나 지난 15년 이내에 금연한 적이 있음.
- 일년에 최소 20갑년(20년 동안 20개피 하루 평균 한갑)의 흡연 이력이 있음.
- 의사로부터의 지시서를 받음.

의사가 **책정금**을 수락하는 경우, 귀하는 이 서비스에 대해 아무것도 부담하지 않습니다.

주: 첫 폐암 검사 전, 귀하는 먼저 폐암 검사의 이점과 위험에 관해 상의하기 위해 자신의 의사와의 약속을 잡아야 합니다. 귀하와 귀하의 의사가 폐암 검사가 귀하에게 적합한지 결정할 수 있습니다.



예방적 서비스

유방 촬영술

메디케어는 40세 이상의 여성인 경우 12개월마다 한 번씩 유방암 검진을 위한 유방 촬영술 검사를 보장합니다. 메디케어는 귀하가 35-39세 사이의 여성인 경우 기본 유방 촬영술 1회를 보장합니다. 의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료 종사자가 **책임금**을 수락하는 경우 귀하는 검사 비용을 지급하지 않습니다.

주: 파트 B는 또한 **의학적으로 필요**할 때 1년에 1회 이상 진단적 유방 조영술을 보장합니다. 진단 유방 조영술에 대한 **메디케어 승인 금액**의 20%를 지불합니다. 파트 B **디덕터블(공제금)**이 적용됩니다.



예방적 서비스

메디케어 당뇨 예방 프로그램

메디케어는 가입자가 2형 당뇨병을 예방할 수 있도록, 평생 1회의 건강행동 변화 프로그램을 보장합니다. 이 프로그램은 6개월에 걸쳐서 그룹 형태로 제안되는 주간별 핵심 세션으로 시작됩니다. 이 세션에서는 다음 사항을 제공해드립니다.

- 식사법과 운동에 대해 현실적이면서도 지속적으로 행동을 변화시키기 위한 교육.
- 운동을 더 많이 할 수 있는 방법에 대한 도움말.
- 체중 조절 방법.
- 동기를 유지하는 데 도움을 주도록 특별히 교육 받은 코치.
- 비슷한 목표와 문제가 있는 사람으로부터의 지원.

코어 세션을 완료하면 건강한 습관을 유지하는 데 도움이 되는 6개월간의 후속 세션을 받게 됩니다.

2021년 또는 그 이전에 메디케어 당뇨병 예방 프로그램을 시작한 경우 특정 체중 감량 목표를 달성하면 12개월간의 추가 세션을 받게 됩니다.

자격 조건:

- 파트 B (또는 **메디케어 어드밴티지 플랜**)
- 공복 혈장당 110~125mg/dL, 140~199mg/dL의 2시간 혈장당(경구포도당부하검사), 또는 첫 번째 코어 세션에 참석 전 12개월 이내 헤모글로빈 A1c 검사 결과가 5.7% 및 6.4%.
- 체질량지수(BMI) 25 이상 (아시아인의 경우 BMI 23 이상).
- 1형 당뇨병 또는 2형 당뇨병의 이력이 없음.
- 메디케어 당뇨 예방 프로그램에 참여한 적이 없음.
- 말기 신질환(End-Stage Renal Disease, ESRD)이 없음.

가입자가 자격이 되신다면 이러한 서비스에 대해서는 아무런 비용부담을 하지 않습니다.

승인된 메디케어 당뇨병 예방 프로그램 제공자로부터 받을 수 있습니다. 이러한 제공자는 기존의 의료 서비스 제공자이거나 커뮤니티 센터 또는 종교 기반 시설 등의 조직일 수 있습니다. 공급자를 찾으려면 [Medicare.gov/talk-to-someone](https://www.medicare.gov/talk-to-someone)을 방문하십시오.

메디케어 어드밴티지 플랜에 가입되어 있을 경우, 해당 플랜에 연락하여 이러한 서비스를 받을 수 있는 곳을 문의하실 수 있습니다.

정신건강 관리(외래환자)

메디케어는 우울증 및 불안과 같은 상태를 돕기 위한 정신 건강 관리 서비스를 보장합니다. 이러한 방문을 흔히 상담 또는 심리치료라고 합니다. 보장에는 정신과 의사나 기타 의사, 임상 심리학자, 임상 전문간호사, 임상 사회복지사, 전문 간호사, 의사 보조 등의 방문 진료를 포함하여 외래 환자 환경(의사 또는 기타 의료 서비스 제공자의 사무실 또는 병원 외래 환자 부서와 같은)에서 일반적으로 제공되는 서비스가 포함됩니다. 보장되는 정신건강 요양에는 부분 입원 프로그램 서비스가 포함되며, 이는 낮 시간에 제공되는 집중 외래환자 정신건강 서비스입니다. 부분 입원 서비스는 병원이 외래 환자에게 제공하거나, 지역사회 정신 건강 센터가 제공합니다. 자세한 내용은 [Medicare.gov/coverage/mental-health-care-partial-hospitalization](https://www.Medicare.gov/coverage/mental-health-care-partial-hospitalization)을 방문하십시오.

일반적으로, 가입자는 정신건강 요양 서비스에 대해 **메디케어가 승인한 금액의 20%**를 부담하며,파트 B **공제액**이 적용됩니다.

주: 파트 A는 병원에서 받는 입원환자 정신건강 요양 서비스를 보장합니다.



예방적 서비스

의료적 영양요법 서비스

메디케어는 귀하에게 당뇨 또는 신장병이 있거나 지난 36개월 동안 신장 이식을 받았고 귀하의 주치의가 귀하를 서비스에 의뢰한 경우 의료적 영양요법과 보장합니다. 특정 요건을 충족하는 정규 영양사 또는 영양 전문가만이 의료적 영양요법 서비스를 제공할 수 있습니다. 당뇨병이 있는 경우 당뇨병 자기 관리 교육도 받을 수 있습니다(38페이지 참조). 가입자는 의료적 영양요법 **예방적 서비스에 대해** 아무런 비용을 부담하지 않는데, 이는 공제액과 **공동보험비**가 적용되지 않기 때문입니다.



예방적 서비스

비만 행동 치료

체질량지수(BMI)가 30 이상인 경우 메디케어는 식이요법과 운동에 집중하여 체중 감량에 도움이 되는 비만 검사 및 행동 상담을 보장합니다. 메디케어는 **일차진료의** 또는 기타 일차진료 제공자가 일차진료 환경(예: 의사의 진료실)에서 상담을 제공하고, 이러한 환경에서 가입자의 맞춤 예방 계획을 가입자의 다른 진료와 조정할 수 있을 경우, 해당 상담을 보장해 줍니다. 의사 또는 제공자가 **책정금**을 수락하는 경우 가입자는 비용을 지급하지 않습니다.

작업치료 서비스

메디케어는 일상 생활 활동(예: 옷 입기 또는 목욕)을 수행하는 데 도움이 되는 **의학적으로 필요한** 치료를 보장합니다. 이러한 요법은 현재 능력을 개선 또는 유지하거나, 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자가 환자에게 필요함을 확인할 때 기능 저하를 늦추는 데 도움이 됩니다. 귀하는 일반적으로 메디케어가 승인한 금액의 80%를 냅니다. 파트 B 디덕터블(공제금)이 적용됩니다.

오피오이드 사용 장애 치료 서비스

메디케어는 오피오이드 치료 프로그램에서 오피오이드 사용 장애 치료 서비스를 보장합니다. 서비스에는 약물(메타돈, 부프레노르핀, 날트렉손, 날록손 등), 상담, 약물 검사, 개인 및 그룹 치료, 섭취 활동, 정기 평가가 포함됩니다. 메디케어는 대면 및 특정 환경에서 가상 전달(핸드폰 또는 컴퓨터와 같은 오디오, 동영상을 통한 커뮤니케이션 기술 사용)을 통한 상담, 치료 서비스, 정기 평가를 보장합니다.

메디케어는 관리, 치료 조정, 심리 치료 및 상담 활동을 포함한 진료실 기반 오피오이드 사용 장애 치료에 대해 의사 및 기타 제공자에게 비용을 지급합니다.

오리지널 메디케어에 따라, 메디케어에 등록되어 있고 다른 요건을 충족하는 오피오이드 치료 프로그램 제공자로부터 해당 서비스를 받는 경우 가입자는 **공동 부담금**을 지급할 필요가 없습니다. 그러나, 파트 B **공제금**은 여전히 적용됩니다. 이러한 서비스를 받을 수 있는 곳을 알아보려면 의사나 다른 의료 제공자와 상담하십시오. [Medicare.gov/talk-to-someone](https://www.medicare.gov/talk-to-someone)을 방문하여 가까운 프로그램을 찾을 수도 있습니다.

메디케어 어드밴티지 플랜 또한 오피오이드 치료 프로그램 서비스를 보장합니다. 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입되어 있는 경우 치료가 중단되지 않도록 하려면 현재 오피오이드 치료 프로그램이 메디케어에 등록되어 있어야 합니다. 그렇지 않은 경우 메디케어에 등록된 오피오이드 치료 프로그램으로 변경해야 할 수도 있습니다. 메디케어 어드밴티지 플랜은 오피오이드 치료 프로그램 서비스에 공동 부담금을 적용할 수 있으므로 공동 부담금을 내야 하는지 플랜을 확인해야 합니다.

외래 병원 서비스

메디케어는 메디케어 참여 병원에서 외래 환자로서 받는 다양한 진단 및 치료 서비스를 보장합니다. 일반적으로, 가입자는, 의사 진료나 다른 건강관리 제공자의 서비스에 대해 **메디케어가 승인한 금액**의 20%를 부담합니다. 병원에서 외래환자 서비스를 받으면, 의사의 진료소에서 동일한 진료를 받을 때 가입자가 부담하는 것보다 더 많이 부담할 수 있습니다. 귀하는 의사에게 지급하는 금액 외에도, 일반적으로 병원 외래 환자 환경에서 받는 각 서비스(공동부담금이 없는 특정 **예방적 서비스** 제외)의 공동부담금도 병원에 지급합니다. 대부분의 경우, 코페이먼트는 각 서비스에 대한 파트 A 병원체류 디덕터블보다 많을 수 없습니다. 특정 예방적 서비스를 제외하고는, 파트 B 디덕터블(공제금)이 적용됩니다. 가입자가 **거점 병원**에서 병원 외래환자 서비스를 받는 경우, 가입자의 공동 부담금은 파트 A 병원 입원 공제액보다 더 많을 수 있고 이를 초과할 수 있습니다.



비용과 보장내용: 병원 외래 진료과에서 수행되는 병원 외래환자 시술에 대한 비용 견적은



[Medicare.gov/procedure-price-lookup](https://www.Medicare.gov/procedure-price-lookup)

을 확인하십시오.

외래 환자 의료 및 수술 서비스 및 용품

메디케어는 X-레이, 갑스, 봉합, 또는 외래 환자 수술과 같은 승인된 시술을 보장합니다. 가입자는 보통, 의사 진료나 다른 의료 서비스 제공자의 서비스에 대해 **메디케어가 승인한 금액의 20%**를 부담합니다. 귀하는 일반적으로 병원 외래환자 환경에서 진행되는 각 서비스에 대해 **공동부담금**을 지급합니다. 대부분의 경우, 공동 부담금은 각 서비스에 대한 파트 A 병원 체류 **공제액**보다 많을 수 없습니다. 파트 B 공제액이 적용되며 메디케어가 보장하지 않는 항목 또는 서비스에 대한 모든 비용은 귀하가 부담합니다.

물리치료 서비스

메디케어는 **전문 간호사, 임상 간호 전문가 또는 의사 보조 등 가입자의 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자가 필요를 증명하면** 기능 능력을 변화시키거나, 현재 기능을 개선 또는 유지하거나, 기능 저하를 늦추는 부상 및 질병에 대한 평가 및 치료를 보장합니다. 가입자는 메디케어가 승인한 금액의 20%를 냅니다. 파트 B 디덕터블(공제금)이 적용됩니다.



예방적 서비스

폐렴 주사

메디케어는 폐렴 감염(특정 유형의 폐렴과 같은)을 막기 위해 폐렴 주사(또는 백신)를 보장합니다. 메디케어는 이제 2회 접종 시리즈 외에 추가로 1회 접종 백신을 보장합니다. 접종하게 되는 백신 종류를 확인하려면 담당의 또는 기타 의료 서비스 제공자와 상담하십시오. 의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료 종사자가 **책정금**을 수락하는 경우 귀하는 해당 주사 비용을 부담하지 않습니다.

주치료 관리 서비스

메디케어는 입원, 신체 또는 인지 저하 또는 사망 위험에 처하게 하는 단일의 복합 만성 질환을 관리하는 데 도움이 되는 질병별 서비스를 보장합니다. 적어도 3개월 동안 지속될 것으로 예상되는 만성 고위험 질환이 하나 있는 경우(암과 같이 다른 복합 질환에 대한 치료를 받고 있지 않음), 메디케어는 이를 관리하기 위한 의료 서비스 제공자의 도움에 대해 비용을 지불할 수 있습니다. 제공자는 질병별 치료 계획을 수립하고 가입자가 복용하는 약품을 포함하여 이를 지속적으로 추적관찰하고 조정할 것입니다. 파트 B 디덕터블(공제금)과 **공동보험비**가 적용됩니다.



예방적 서비스

전립선암 검사

메디케어는 50세 이상의 남성에게 디지털 직장 검사와 전립선 특이항원 (PSA) 검사를 12개월마다 한 번씩 보장합니다(보장은 50세 생일 이후부터 시작됨). 가입자는 디지털 직장 검사에 대해서 메디케어가 승인한 금액의 20%를 냅니다. 파트 B 디덕터블(공제금)이 적용됩니다. 귀하는 병원 외래 환자 환경에 대한 공동 부담금도 냅니다. 귀하는 PSA 검사에 대해 비용을 부담하지 않습니다.

보철/보조기 품목

Medicare는 Medicare에 등록된 의사 또는 기타 의료 종사자가 팔, 다리, 등 및 목 보호대, 의안, 의지(및 교체 부품), 및 내장 기관 또는 기관의 기능을 교체하는 데 필요한 보철 장치(장루 용품, 비경구 및 장 영양 요법, 유방 절제술 후 일부 유형의 유방 보형물 포함)를 주문하면 이러한 보철/보조기를 보장합니다.

메디케어에 등록된 공급자에게 가야 메디케어에서 귀하의 보철 또는 보조기를 보장받을 수 있습니다. 가입자는 **메디케어가 승인한 금액**의 20%를 냅니다. 파트 **디덕터블(공제금)**이 적용됩니다.

중요!

내구성 의료 장비, 보철, 보조기 및 용품(DMEPOS) 경쟁 입찰 프로그램: 국내 대부분의 지역에서 기성품으로 된 등이나 무릎 보호대를 구하려면 일반적으로 "계약 공급업체"라고 하는 특정 공급업체를 이용해야 합니다. 그렇지 않으면 메디케어에서 비용을 지급하지 않으며 귀하가 전체 비용을 부담하게 될 것입니다. 40페이지 참조.

폐재활 프로그램

메디케어는 다음과 같은 경우 포괄적 폐 재활 프로그램을 보장합니다.

- 중등도에서 위중증의 만성 폐쇄성 폐질환(COPD)이며 이를 치료하는 의사에게 **의뢰서**를 받은 경우
- COVID-19이 확진되거나 의심되고 최소 4주 동안 호흡기 기능 장애를 포함하는 지속적인 증상을 경험한 경우

진료실에서 서비스를 받았으면 귀하는 메디케어 승인 금액의 20%를 지급합니다. 병원 외래환자 환경에서 서비스를 받는다면 가입자는 세션당 **공동 부담금**도 지급합니다. 파트 B 디덕터블(공제금)이 적용됩니다.

농촌 건강 진료소 서비스

농촌 건강 진료소는 농촌 및 소외된 지역에서 다양한 외래 환자 1차 진료 및 예방 의료 서비스를 제공합니다. 일반적으로, 귀하는 비용의 20%를 부담합니다. 파트 B 디덕터블(공제금)이 적용됩니다. 귀하는 대부분의 **예방적 서비스**에 대해 아무것도 부담하지 않습니다.

2차 수술 소견

메디케어는 응급 상황이 아닌 **의료적으로 필요한** 수술에 대하여 2차 수술 소견을 보장합니다. 어떤 경우에는 메디케어가 3차 수술 소견을 보장합니다. 가입자는 메디케어가 승인한 금액의 20%를 냅니다. 파트 B 디덕터블(공제금)이 적용됩니다.



예방적 서비스

성매개감염(Sexually transmitted infection, STI) 검사 및 상담

메디케어는 클라미디아, 임질, 매독 및/또는 B형 간염에 대한 STI 검사를 보장합니다. 메디케어는 임신 중이거나 일차 진료 제공자가 검사를 지시하고 STI 감염 위험이 높은 경우 해당 검사를 보장합니다. 메디케어는 매 12개월에 한 번 보장하거나 임신 기간에는 특정 횟수를 보장합니다.

메디케어는 또한 STI 위험이 증가하는 성적으로 활동적인 성인을 대상으로, 개별적으로 20분 내지 30분 동안 대면으로 진행되는 고도의 집중 행동 상담 세션을 매년 2회 보장합니다. 메디케어는 1차 진료 환경(진료실과 같은)에서 **일차진료**의가 수행한 경우에만 이 상담 세션을 보장합니다. 메디케어는 전문 **전문간호 시설**과 같은 입원 환자 환경에서 수행하는 **예방적 서비스**로서의 상담은 보장하지 않습니다.

일차진료의 또는 기타 자격을 갖춘 의료 종사자가 **책임금**을 수락하는 경우 귀하는 이러한 비용에 대해 아무것도 지급하지 않습니다.

주사(또는 백신)

파트 B 보장 대상:

- 플루 독감주사. 41페이지 참조.
- B형 간염 주사. 42페이지 참조.
- 폐렴 주사. 48페이지 참조.
- 코로나바이러스 감염증 2019(COVID-19) 백신. 37페이지 참조.

메디케어 약품 보장(파트 D)은 일반적으로, 질병을 예방하기 위해 권장되는 기타 모든 성인 예방 접종(예: 대상 포진, 파상풍, 디프테리아 및 백일해 백신)을 보장합니다. 어떤 서비스가 귀하에게 적합한지 서비스 제공자와 상담하십시오.

언어병리학 서비스

메디케어는 **의학적으로 필요한** 말하기 및 언어 능력을 회복하고 강화하는 평가 및 치료를 보장합니다. 이에 는 인지적 능력 및 삼키는 능력이 포함되고, 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자가 필요하다고 확인할 때, 현재의 기능을 개선 또는 유지하거나, 기능 저하를 늦추는 것이 포함됩니다. 가입자는 **메디케어가 승인한 금액**의 20%를 냅니다. 파트 B The Part B **디덕터블(공제금)** 이 적용됩니다.

상처 소독 서비스

메디케어는 수술 상처 또는 외과적으로 치료를 받은 상처에 대해 의료적으로 필요한 치료를 보장합니다. 가입자는 용품에 대해서는 아무 것도 지불하지 않으며, 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자의 서비스에 대해서는 메디케어가 승인한 금액의 20%를 지급하면 됩니다. 병원 외래환자 환경에서 이러한 서비스를 받았다면 귀하는 정액의 **공동부담금**을 지급합니다. 파트 B 디덕터블(공제금)이 적용됩니다.

텔레헬스(원격진료)

메디케어는 전화나 컴퓨터와 같이 오디오 및 비디오 통신 기술(또는 경우에 따라 오디오 전용 원격진료 서비스)을 사용하여 다른 곳에 위치한 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자가 제공하는 특정 원격진료 서비스를 보장합니다. 원격진료는 진료실 방문, 심리 치료, 상담 및 기타 특정 의료 또는 건강 서비스를 포함하여 일반적으로 대면으로 이루어지는 다양한 서비스를 제공할 수 있습니다.

COVID-19 공중 보건 비상사태 동안과 그 이후 5개월 동안 자택을 비롯하여 미국 내 어느 곳에서나 원격진료 서비스를 받을 수 있습니다. 해당 기간이 지난 후 대부분의 원격진료 서비스를 받으시려면 농촌 지역에 있는 사무소나 기타 의료 시설에 계셔야 합니다.

다음에 포함하는 특정 메디케어 원격진료 서비스는 농촌 의료 환경에 **있지 않아도** 받을 수 있습니다.

- 가정 투석을 위한 월간 말기 신장 질환(ESRD) 방문 진료.
- 이동형 뇌졸중 치료실을 포함하여 어디에서도 급성 뇌졸중 증상을 진단, 평가 또는 치료하는 서비스.
- 가정에서 약물 남용 장애 또는 동시에 발생하는 정신 건강 장애(때로는 “이중 장애”라고도 함)를 치료하거나 가정에서 정신 건강 장애의 진단, 평가 또는 치료를 위한 서비스.

가입자는 의사 진료나 다른 의료 서비스 제공자의 서비스에 대해 **메디케어가 승인한 금액**의 20%를 부담합니다. 파트 B **디덕터블(공제금)**이 적용됩니다. 이러한 서비스는 대부분 직접 서비스를 받을 때와 동일한 금액을 지급하게 됩니다.



비교: 메디케어 어드밴티지 플랜과 특정 메디케어 책임의료기관(Accountable Care Organizations, ACO) 소속인 제공자는 오리지널 메디케어보다 원격의료 혜택을 더 많이 제공할 수 있습니다. 예: 이러한 텔레헬스는 귀하가 어디에 있던 이용할 수 있으며 의료 시설에 가지 않고 집에서 사용할 수도 있습니다. 플랜이 어떤 혜택을 제안하는지 플랜에 확인해 보십시오. 서비스 제공자가 ACO(책임 의료 기관)에 참여하는 경우 해당 서비스 제공자에게 어떤 원격 의료 혜택을 이용할 수 있는지 확인하십시오. 111-112페이지 참조.

검사(비검사실)

메디케어는 X선, MRI, CT 스캔, EKG/ECG 및 기타 진단 검사를 보장합니다. 가입자는 메디케어가 승인한 금액의 20%를 냅니다. 파트 B 디덕터블(공제금)이 적용됩니다.

외래환자로 병원에서 검사 받으면 귀하는 병원에 메디케어 승인 금액의 20% 이상일 수 있는 **공동 부담금**도 지급합니다. 이 금액은 대체로 서비스에 대한 파트 A 병원체류 디덕터블(공제금)보다 많을 수 없습니다. 다른 파트 B 보장 검사는 44페이지의 검사실 검사를 확인하십시오.

전환 치료 관리 서비스

메디케어는 병원이나 **전문 간호 시설**과 같은 특정 시설에 체류한 후 지역사회로 복귀하는 경우 이 서비스를 보장할 수 있습니다. 귀하의 지역사회 복귀를 관리하는 의료 제공자가 귀하가 집에 돌아온 후 처음 30일 동안 귀하의 치료를 조정하고 관리하기 위해 노력할 것입니다. 그들은 귀하, 귀하의 가족, 간병인 및 기타 제공자와 협력할 것입니다. 또한 귀하가 후 2주 이내에 직접 진료실을 방문하게 됩니다. 의료 제공자는 또한 귀하가 시설에서 받은 치료에 대한 정보를 검토하고, 재택 생활로 전환하는 데 도움이 되는 정보를 제공하고, 다른 의료 제공자와 협력하고, 후속 치료 또는 지역사회 자원을 위해 **의뢰** 또는 준비하며, 일정 관리를 돕고 약품 관리를 돕습니다. 파트 B **디덕터블(공제금)**과 **공동보험비**가 적용됩니다.

이식 및 면역억제제

메디케어는 특정 조건 하에서 심장, 폐, 신장, 췌장, 장 및 간 이식에 대한 의사 서비스를 보장하지만 메디케어 인증 시설에서만 가능합니다. 메디케어는 또한 특정 조건에서 골수 및 각막 이식을 보장합니다

주: 메디케어는 파트 A에 따라 병원 입원 환자 서비스로 이식 수술을 보장할 수 있습니다. 27-28페이지 참조.

메디케어가 이식 비용을 지불한 경우 메디케어가 면역억제제를 보장합니다. 보장 이식 시 귀하는 파트 A에 가입 중이어야 하고 면역억제제를 받을 때 파트 B에 가입되어 있어야 합니다. 가입자는 약품에 대해 **메디케어가 승인한 금액**의 20%를 지불합니다. 파트 B 디덕터블(공제금)이 적용됩니다. 메디케어 약품 보장(파트 D)은 파트 B가 보장하지 않는 면역억제제를 보장합니다.

메디케어 어드밴티지 플랜 가입을 생각하고 계시거나 이식 대기자 명단에 있거나 이식이 필요하다고 생각되는 경우, 가입하기 전에 플랜에 확인하여 귀하의 담당 의사, 기타 의료 제공자 및 병원이 플랜 네트워크에 있는지 확인하십시오. 또한 사전 승인을 위해 플랜의 보장 규칙을 확인하십시오

신규!

말기 신장 질환(ESRD)으로 인해 메디케어만 가입되어 있는 경우, 면역억제제 보장을 포함한 메디케어 보장은 신장 이식 성공 후 36개월이 경과하면 종료됩니다. 2023년 1월 1일부터 메디케어는 36개월이 경과해도 면역억제제 비용을 계속 지불하는 데 도움이 되는 새로운 혜택을 제공합니다(다른 건강 보장이 없는 경우). **이 신규 혜택은 면역억제제에만 적용되며 다른 항목이나 서비스에는 적용되지 않습니다. 이는 전체 건강 보장을 대신할 수 없습니다. 2022년 10월 1일부터 이 신규 혜택에 가입할 수 있습니다.** 12월 31일까지 가입하면 보장은 2023년 1월 1일부터 시작됩니다. 가입하시려면 1-800-772-1213번으로 사회보장국에 문의하십시오. TTY 사용자는 1-800-325-0788로 전화하십시오.

주: 이 혜택에 대해 **보험료**를 지불하게 되지만 인쇄 시에는 보험료 금액을 이용할 수 없습니다. 최신 비용 정보를 받으시려면 **Medicare.gov**를 방문하십시오.

메디케어는 신장 기증자의 치료 비용 전액을 지급합니다. 가입자와 가입자의 기증자는 공제액, 공동 보험, 또는 병원 입원에 대한 기타 비용을 지급할 필요가 없습니다.

여행

메디케어는 일반적으로 미국(“미국”에는 50개 주, 컬럼비아 특별구, 푸에르토리코, 미국령 버진 아일랜드, 괌, 북마리아나 제도 및 아메리칸 사모아가 포함됨) 이외의 지역을 여행하는 동안 의료 서비스를 보장하지 않습니다. 가입자가 미국 육지와 인접한 영해 내 선박에 있는 동안 받는 서비스 비용을 메디케어에서 지급할 수 있는 경우를 포함하여 몇 가지 예외가 있습니다. 메디케어는 다음의 희박한 경우에 가입자가 외국에서 받는 입원환자 병원, 의사 또는 구급차 서비스에 대해 지불할 수 있습니다.

- 응급 상황이 발생했을 때 귀하는 미국에 있고 외국 병원이 귀하의 질병을 치료할 수 있는 가장 가까운 미국 병원보다 더 가까움.
- 의료 응급 상황이 발생했을 때 귀하는 알래스카와 다른 미국 주 사이의 가장 직접적인 경로로 부당한 지연 없이 캐나다를 여행하고 있었고 캐나다 병원이 응급 상황을 치료할 수 있는 가장 가까운 미국 병원보다 가까움.
- 귀하가 미국에 거주하고 있으며 응급 상황 여부와 상관없이 귀하의 의학적 상태를 치료할 수 있는 가장 가까운 미국 병원보다 외국 병원이 집에서 더 가까움.

메디케어는 의학적으로 필요한 보장된 입원 환자 병원 서비스에 대한 입원과 함께 **의학적으로 필요한** 외국 병원으로의 구급차 수송을 보장할 수 있습니다. 가입자는 **메디케어가 승인한 금액**의 20%를 냅니다. 파트 B **공제금**이 적용됩니다.

긴급하게 필요한 치료

메디케어는 의학적 응급 상황이 아닌 갑작스러운 질병이나 부상을 치료하기 위해 긴급하게 필요한 치료를 보장합니다. 귀하는 의사 또는 기타 의료 제공자의 서비스에 대해 메디케어가 승인한 금액의 20%를, 병원 외래환자 환경에서는 **공동부담금**을 지급합니다. 파트 B 디덕터블(공제금)이 적용됩니다.

가상 체크인

메디케어는 병원에 방문하지 않고도 전화나 컴퓨터와 같은 오디오 및 비디오 통신 기술을 사용하여 의사 또는 전문 간호사, 임상 간호 전문가 또는 보조의사와 같은 그 밖의 특정 제공자가 제공하는 가상 체크인(“간단한 의사소통 기술 기반 서비스”라고도 칭함)을 보장합니다. 의사는 또한 귀하가 진료실에 가야 하는지 여부를 확인하기 위해 귀하가 검토용으로 보내는 사진 또는 비디오 이미지를 원격으로 평가할 수 있습니다.

담당 의사 또는 기타 서비스 제공자가 전화, 가상 진료, 보안 문자 메시지, 이메일 또는 환자 포털을 통해 귀하에게 응답할 수 있습니다.

다음 조건을 충족하면 이러한 서비스를 사용할 수 있습니다.

- 가입자는 이러한 유형의 방문 진료 시작을 의사나 다른 제공자와 상의했습니다.
- 가상 체크인은 지난 7일 이내에 했던 의료 방문과 관련이 없으며 향후 24시간 이내(또는 가능한 가장 빠른 예약) 내 의료 방문으로 이어지지 않아야 합니다.
- 가입자는 가상 체크인에 구두로 동의하고 담당의는 가입자의 동의를 의료 기록에 기록합니다. 의사는 해당 서비스 1년치에 대해 한 번의 동의를 구할 수 있습니다.

가입자는 의사 진료나 다른 건강관리 제공자의 서비스에 대해 메디케어가 승인한 금액의 20%를 부담합니다. 파트 B 디덕터블(공제금)이 적용됩니다.



예방적 서비스

“메디케어 가입 후 최초” 예방 방문 진료

파트 B 가입 첫 12개월 동안 “메디케어 환영(Welcome to Medicare)” 예방 방문 진료를 받을 수 있습니다. 방문 진료에는 건강과 관련된 의료 및 사회생활력 검토가 포함됩니다. 여기에는 특정 선별검사, 예방접종 또는 백신(독감, 폐렴구균 및 기타 권장되는 주사 또는 백신 등) 및 필요한 경우 다른 치료를 **의뢰**하는 것을 비롯한 **예방적 서비스**에 관한 교육과 상담도 해당됩니다.

약속을 잡을 때 “Welcome to Medicare(메디케어환영)” 예방 방문 진료를 예약하고 싶다고 의사의 진료실에 알리십시오. 의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료 제공자가 **책정금**을 수락하는 경우 귀하는 “메디케어 환영” 예방 방문 진료 비용을 부담하지 않습니다.

현재 오피오이드 처방을 받고 있는 경우 서비스 제공자는 오피오이드 사용 장애에 대한 잠재적 위험 요소를 검토하고 통증의 심각도와 현재 치료 계획을 평가하며 비오피오이드 치료 옵션에 대한 정보를 제공하며, 적절한 경우 전문의에게 의뢰할 수 있습니다. 서비스 제공자는 또한 **알코올 및 흡연**과 같은 약물 사용 장애에 대한 잠재적 위험 요소를 검토하고 필요한 경우 치료를 의뢰합니다.



중요! 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자가 동일한 방문 진료에서 메디케어가 이 예방 혜택에 따라 보장하지 않는 추가 검사 또는 서비스를 수행하는 경우, 가입자는 **공동 보험비용**을 부담해야 할 수 있고, 파트 **공제액**이 적용될 수 있습니다. 메디케어가 추가 검사 나 서비스(예: 정기 신체 검사)를 보장하지 않는 경우에는 전액을 부담해야 할 수도 있습니다.



예방적 서비스

연간 “Wellness(웰니스)” 방문 진료

파트 B를 이미 12개월 이상 보유하고 있었던 경우, 매년 “웰니스” 방문을 통해 개인별 맞춤 계획을 개발하거나 업데이트하여 현재의 건강 및 위험 요인을 기준으로 질병이나 장애를 예방할 수 있습니다. **연간 “Wellness(웰니스)” 방문 진료는 신체 검사가 아닙니다.** 메디케어는 12개월마다 한 번 이 방문 진료를 보장합니다.

서비스 제공자는 이 방문 진료의 일부로 “건강 위험 평가”라고 하는 설문지를 작성하도록 요청할 것입니다. 이러한 질문에 답하면 귀하와 귀하의 제공자가 맞춤형 예방 계획을 개발하여 건강을 유지하고 방문을 최대한 활용하는 데 도움이 될 수 있습니다. 방문에는 일상적 측정, 건강 자문, 의료 및 가족력 검토, 현 처방전, 사전 치료 계획 등이 포함될 수 있습니다.

서비스 제공자는 또한 알츠하이머병을 포함한 치매 징후를 발견할 수 있도록 인지 평가를 진행합니다. 인지 장애 징후에는 기억, 새로운 것 배우기, 집중력, 재정 관리 또는 일상 생활에 대한 결정 문제 등이 해당됩니다. 서비스 제공자가 인지 장애 가능성이 있다고 판단하는 경우 메디케어는 인지 기능을 보다 철저히 검토하고 치매, 우울증, 불안 또는 섬망과 같은 상태를 확인하고 치료 계획을 설계하기 위해 별도의 방문을 보장합니다. 34-35페이지 참조.

서비스 제공자는 또한 약물 사용 장애에 대한 잠재적 위험 요소를 평가하고 필요한 경우 치료를 의뢰할 것입니다. 오피오이드 약물을 사용하는 경우, 제공자는 통증 치료 계획을 검토하고, 비오피오이드제 치료 옵션에 대한 정보를 공유하고, 적절할 경우 가입자를 전문의에게 의뢰할 것입니다.

주: 파트 B 가입 또는 “메디케어 환영” 예방 방문 진료 후 12개월 이내에는 첫 번째 연간 “Wellness(웰니스)” 방문 진료를 받을 수 없습니다. 그러나, 연간 “Wellness(웰니스)” 방문 진료 자격이 되기 위해 “메디케어 환영” 예방 방문 진료를 받았어야 하는 것은 아닙니다.

의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료 종사자가 **책임금**을 수락하는 경우 귀하는 “Wellness(웰니스)” 방문 진료 비용을 지급하지 않습니다.

중요!

의사 또는 기타 의료 서비스 제공자가 동일한 방문 진료에서 메디케어가 이 예방 혜택에 따라 보장하지 않는 추가 검사 또는 서비스를 수행하는 경우, 가입자는 **공동 보험비용**을 부담해야 할 수 있고, 파트 B **공제액**이 적용될 수 있습니다. 메디케어가 추가 검사나 서비스(정기 신체 검사 등)를 보장하지 않는 경우에는 전액을 부담해야 할 수도 있습니다.

파트 A와 파트 B에서 보장하지 않는 것은 무엇입니까?

메디케어가 모든 것을 보장하지는 않습니다. 파트 A 또는 파트 B가 보장하지 않는 특정 서비스가 필요한 경우 다음 경우를 제외하면 직접 비용을 지불해야 합니다.

- 가입자가 비용을 총당할 다른 보험(**메디케이드** 포함)이 있는 경우.
- 귀하는 이러한 서비스를 보장하는 **메디케어 어드밴티지 플랜**이나 메디케어 코스트 플랜에 가입되어 있습니다. 메디케어 어드밴티지 플랜 및 메디케어 코스트 플랜은 피트니스 프로그램, 시력, 청력, 치과 서비스와 같은 일부 혜택을 추가로 보장받을 수 있습니다.

오리지널 메디케어에서 보장하지 않는 일부 항목 및 서비스는 다음과 같습니다.

- ✘ 대부분의 치과 진료
- ✘ 시력 검사(처방 안경용)
- ✘ 의치
- ✘ 장기 요양
- ✘ 성형 수술
- ✘ 마사지 요법
- ✘ 정기 신체검사
- ✘ 보청기 및 보청기 맞춤 검사
- ✘ 컨시어지 케어(컨시어지 메디슨, 유지 기반 의학, 부티크 의학, 플래티넘 진료 또는 직접 치료라고도 함)
- ✘ 불참(opt-out) 의사 또는 다른 제공자로부터 받는 보장 항목 (60페이지 참조) 또는 서비스(응급 상황 또는 긴급한 필요의 경우 제외)

장기 요양 비용 부담

메디케어 및 메디케어 보충보험(메디갭), 을 포함한 대부분의 건강 보험은 이런 유형의 진료 비용을 지급하지 않습니다. 이러한 유형의 진료("장기 서비스 및 지원"이라고도 함)에는 만성 질환이나 장애가 있는 사람들을 위한 비의료적 요양 등이 해당됩니다. 여기에는 옷 입기, 목욕, 화장실 사용을 포함한 일상적인 활동에 필요한 도움과 같은 개인 간병 지원 등이 해당됩니다. 장기 요양에는 가정 식사 배달, 성인 주간 건강관리 및 기타 서비스도 포함됩니다. **메디케이드**를 통해 해당 치료를 받을 자격이 있거나 개인 장기 요양 보험에 가입할 수 있습니다.

집, 지역 사회, 생활 보조 시설 또는 요양원에서 장기 요양을 받을 수 있습니다. 독립성을 유지하고 현재와 미래에 원하는 환경에서 필요한 치료를 받을 수 있도록 지금 장기 요양 계획을 시작하는 것이 중요합니다.

장기 요양 자원

장기 치료에 대한 자세한 정보를 얻으려면 다음 자원을 활용하십시오.

- 웹사이트 longtermcare.acl.gov를 참조하여 장기 요양 계획에 대해 자세히 알아보십시오.
- 장기 요양 보험에 대한 정보를 얻으려면 주 보험 부서에 전화하십시오. 전화번호를 찾으시려면 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하여 문의하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하십시오.
- 관할 주 의료 지원(메디케이드) 사무소에 문의하거나 Medicaid.gov를 참조하여 장기 요양 보장에 대한 정보를 요청하십시오.
- 전국 보험 감독관협회(National Association of Insurance Commissioners) content.naic.org/sites/default/files/publication-ltc-lp-shoppers-guide-long-term.pdf에서 "장기 요양 보험 구매자 안내서" 사본을 받으십시오.
- 주립 건강보험 보조 프로그램(SHIP)에 문의하십시오. 지역 SHIP 전화번호는 115-118페이지를 확인하십시오.
- eldercare.acl.gov에서 'Eldercare Locator(노인 돌봄 찾기)'에 접속해 지역사회 지원을 확인하십시오.

제 3 절

오리지널 메디케어

오리지널 메디케어는 어떻게 작동합니까?

오리지널 메디케어는 메디케어 건강 보험 선택 사항 중 하나입니다. **메디케어 어드밴티지 플랜** 또는 다른 유형의 **메디케어 건강 플랜**을 선택하지 않는 한 오리지널 메디케어를 갖게 됩니다.

일반적으로 오리지널 메디케어에서는 보장하는 각 서비스에 대해 비용의 일부를 지급해야 합니다. 다른 보험(예: **메디갭**, **메디케이드**, 또는 직원 또는 조합 보장)이 있거나 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하지 않았다면 1년에 지불하는 금액에 제한이 없습니다. 비용 운용 방식에 대한 일반 규정은 59페이지를 확인하십시오.

오리지널(본래의) 메디케어

| | |
|---|--|
| 아무 의사, 기타 치료 제공자 또는 병원에서 치료를 받을 수 있습니까? | 대부분의 경우, 그렇습니다. 미국 어디에서나 메디케어에 등록된 의사, 기타 의료 서비스 제공자, 병원 또는 메디케어 환자를 수용하는 기타 시설을 방문할 수 있습니다. Medicare.gov/care-compare 에서 해당 지역의 의료 기관, 병원, 시설을 찾아 비교해 보십시오. |
| 처방약도 보장됩니까? | 아니요. 몇 가지 예외 (26-27, 47, 51페이지 참조), 를 제외하고 오리지널 메디케어는 대체로 약품을 보장하지 않습니다. 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입하여 메디케어 약품 보장(파트 D)을 추가할 수 있습니다. 79-90페이지 참조. |
| 내가 주치의 를 선택해야 합니까? | 아니요. |
| 전문의 진료를 받으려면 의뢰서 가 필요한가요? | 대부분의 경우, 아닙니다. |
| 추가로 보험에 가입해야 합니까? | 귀하는 오리지널 메디케어가 지급하지 않는 비용을 지급할 수 있는 메디케이드, 퇴직군인보험, 고용주 보험 또는 노동조합 보험을 이미 보유하고 있을 수 있습니다. 그렇지 않을 경우, 자격이 된다면 메디케어 보충 보험(메디갭)에 가입할 수 있습니다. 75-78페이지 참조. |

| | |
|--|---|
| <p>오리지널 메디케어에 관해 더 알아야 할 사항은 무엇입니까?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • 일반적으로 메디케어가 분담금 지불을 시작하기 전에 가입자는 의료 서비스에 대해 정해진 금액 (공제액) 을 부담합니다. 메디케어가 분담금을 지급하면 가입자는 보장 서비스 및 용품에 대한 공동보험비 또는 공동 부담금을 부담합니다. 다른 보험 (메디갭, 메디케이드, 직원 또는 조합 보험 등)이 없다면 연간 본인 부담 비용에는 제한이 없습니다. • 가입자는 대체로 파트 B에 대한 월 보험료를 부담합니다. • 귀하는 일반적으로 메디케어에 청구할 필요가 없습니다. 제공자 및 공급업체에서 귀하가 받는 보장 서비스 및 용품에 대하여 청구해야 합니다. |
|--|---|

나는 어떤 비용을 부담합니까?

오리지널 메디케어의 본인 부담 비용은 다음에 따라 달라집니다.

- 파트 A 및/또는 파트 B가 있는지 여부. 대부분 둘 다 가지고 있습니다.
- 귀하의 의사, 기타 의료 제공자 또는 공급자가 "**책임금**" 을 수락하는지 여부. 59페이지 참조.
- 귀하에게 필요한 건강관리 유형과 이용 빈도수.
- 메디케어에서 보장하지 않는 서비스나 용품을 받기한 경우. 그렇다면, 귀하께 비용을 보장하는 다른 보험이 없는 한 귀하는 모든 비용을 부담합니다.
- 메디케어와 협력하는 다른 건강 보험이 있는지 여부.
- 전체 메디케이드를 가지고 있는지 여부, 또는 메디케어 절약 프로그램을 통해 메디케어 비용을 지급하기 위해 주에서 도움을 받는지 여부. 94-95페이지 참조.
- 메디케어 보충보험(메디갭)이 있는지 여부.
- 귀하와 귀하의 의사 또는 기타 의료 제공자가 수의계약에 서명하는지 여부. 60페이지 참조.

메디케어가 지급한 금액은 어떻게 알 수 있습니까?

오리지널 메디케어가 있는 경우 메디케어에 청구되는 모든 서비스가 나열된 "메디케어 요약 통지" (MSN) 오리지널 메디케어가 있는 경우 메디케어에 청구되는 모든 서비스가 나열된 "메디케어 요약 통지"(MSN)를 받게 됩니다. 이 통지서를 매달 전자 수단으로 받거나(아래 참조) 메디케어 계약자가 3개월마다 우편으로 보내도록 등록할 수 있습니다. 청구서가 아닙니다. MSN은 메디케어가 지급한 금액과 귀하가 제공자에게 지급해야 하는 금액을 보여줍니다. MSN을 검토하여 모든 서비스, 공급품 또는 장비가 목록에 있는지 확인하십시오. 서비스 비용(보장)을 지불하지 않기로 한 메디케어의 결정에 동의하지 않는 경우 MSN에서 이의신청 방법을 알려드릴 것입니다. 이의신청 방법에 대한 정보는 99페이지를 확인하십시오.

MSN을 받을 주소를 변경해야 한다면, 사회보장 부서 1-800-772-1213로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-800-325-0778로 전화하십시오. 철도 퇴직위원회 (RRB) 혜택을 받고 있는 경우 RRB에 1-877-772-5772로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-312-751-4701로 전화하십시오.

귀하는 MSN을 통해 귀하가 적격 메디케어 수혜자(QMB) 프로그램에 등록되어 있는지 알 수 있습니다. QMB 프로그램에 등록되었다면 메디케어 제공자는 가입자에게 메디케어 파트 A 및/또는 파트 B **공제액**, **공동보험비**, 또는 **공동 부담금**을 청구할 수 없습니다. 경우에 따라, **메디케이드**를 통해 소액의 공동 부담금이 청구될 수 있습니다(해당될 경우). QMB 및 제공자가 이러한 비용을 청구하는 경우 해야 할 조치에 대한 자세한 내용은 94페이지를 확인하십시오.

중요!

전자 메디케어 요약 통지를 받으십시오

전자적 방법으로 "메디케어 요약 통지"("eMSN")를 받으시려면 등록하십시오. 웹사이트 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) 에서 보안 메디케어 계정에 로그인(또는 생성)하십시오. eMSN에 가입한 경우 매달 메디케어 계정에서 eMSN을 사용할 수 있게 되었을 때 이메일을 보내드립니다. eMSN은 종이 MSN과 같은 정보를 가지고 있습니다. eMSN을 선택하면 인쇄된 사본을 우편으로 받지 않습니다. 2021년 현재 eMSN 가입자는 1,800만 달러에 상응하는 금액으로 메디케어 프로그램을 절감하는 데 도움을 주셨습니다.

귀하는 메디케어 청구 정보를 받는 방법을 선택할 수 있습니다. 블루 버튼 2.0을 통해 메디케어에 연결되는 컴퓨터와 모바일 앱의 수가 점점 늘어납니다. 귀하가 이러한 앱 중 하나와 귀하의 정보를 공유하는 데 동의하면 메디케어에서 귀하를 대신하여 지급한 청구의 세부 정보를 볼 수 있습니다. 자세한 사항은 109-110페이지 참조.

책정금은 무엇인가요?

책정금은 귀하의 의사, 제공자 또는 공급업체가 **메디케어 승인 금액**을 보장 서비스의 전체 비용으로는 수락하는 것에 대해 동의하는(또는 법에 의해 요구받는) 것을 의미합니다.

의사, 제공자 또는 공급업체가 책정금을 수락하는 경우:

- 본인 부담 비용이 더 적을 수 있습니다.
- 그들은 귀하에게 메디케어 공제액과 공동 보험비용만 청구하는 데 동의하고 일반적으로 귀하에게 귀하의 부담금 지급을 요청하기 전에 메디케어가 부담금을 지급할 때까지 기다립니다.
- 그들은 귀하에 대한 청구를 메디케어에 직접 제출해야 하며 청구 제출 비용을 귀하에게 청구할 수 없습니다.

일부 제공자는 동의하지 않았으며 법에 따라 모든 메디케어 보장 서비스의 **책임금**을 수락할 의무는 없지만 여전히 개별 서비스의 책임금을 수락할 수 있습니다. 모든 서비스의 책임금을 수락하는 데 동의하지 않은 제공자를 "비참여"라고 합니다. 그들이 당신에게 제공하는 치료에 대한 책임금을 수락하지 않으면 서비스 비용을 더 많이 지급해야 할 수도 있습니다. 귀하의 의사, 제공자 또는 공급업체가 책임금을 수락하지 않는 경우 다음과 같은 일이 발생합니다.

- **서비스를 받을 당시 전체 요금을 내야 할 수도 있습니다.** 귀하의 의사, 제공자 또는 공급자는 귀하에게 제공하는 모든 메디케어 보장 서비스에 대해 메디케어에 청구서를 제출해야 합니다. 그들이 귀하가 요청한 메디케어 청구서를 제출하지 않으면 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하십시오.
- **메디케어가 승인한 금액보다 더 많은 금액을 청구할 수 있습니다.** 많은 경우, 금액은 "한도 요금"이라고 불리는 금액을 초과할 수 없습니다.

오리지널 메디케어가 있는 경우 미국 전역에서 메디케어를 받는 의료 제공자를 원하는대로 찾을 수 있습니다.



비교: 메디케어 어드밴티지 플랜이 있다면, 대부분의 경우 플랜 네트워크에 가입된 의사 및 기타 제공자를 이용해야 합니다.

책임금을 수락하거나 메디케어에 참여하는지 알아보려면 다음을 방문하십시오



[Medicare.gov/care-compare](https://www.medicare.gov/care-compare) 을 확인하십시오.

의료 장비 공급자가 책임금을 수락하는지 알아보려면 다음을 방문하십시오

[Medicare.gov/medical-equipment-suppliers](https://www.medicare.gov/medical-equipment-suppliers) 을 확인하십시오.

주립 건강 보험 보조 프로그램(SHIP)에 연락하여 이러한 주제에 대한 도움을 무료로 받을 수도 있습니다. 지역 SHIP 전화번호는 115-118페이지를 확인하십시오.

메디케어 불참 제공자를 이용하고 싶으면 어떻게 하나요?

메디케어 프로그램과 협력하기를 원하지 않는 특정 의사 및 기타 의료 서비스 제공자는 메디케어에 "불참"할 수 있습니다. 메디케어는 탈퇴한 의사 또는 다른 제공자로부터 받는 모든 보장 항목 또는 서비스(응급 상황 또는 긴급한 필요의 경우 제외) 비용을 지급하지 않습니다. 그럼에도 불구하고 탈퇴 제공자로부터 서비스를 받고 싶다면 귀하와 귀하의 제공업체는 수의계약을 통해 귀하가 모두 동의하는 지급 조건을 설정할 수 있습니다.

탈퇴를 선택한 의사 또는 기타 제공자는 2년 동안 탈퇴를 유지해야 하며, 제공자가 탈퇴 상태를 갱신하지 않겠다고 요청하지 않는 한 2년마다 자동으로 갱신됩니다.

메디케어 불참 제공자를 찾으려면 웹사이트 [Medicare.gov/forms-help-resources/find-providers-whove-opted-out-of-medicare](https://www.medicare.gov/forms-help-resources/find-providers-whove-opted-out-of-medicare)를 확인하십시오. 성명, 전문 분야, 우편번호 또는 의료 제공자 식별자 (National Provider Identifier, NPI)라고도 하는 고유 식별 번호로 제공자를 검색할 수 있습니다.

제 4 절

메디케어 어드밴티지 플랜 및 기타 옵션

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 규칙을 따르는 메디케어 인증 개인 회사에서 제공합니다. 메디케어 어드밴티지 플랜은 대부분 약품보험(파트 D)을 포함합니다. 대부분의 경우, 플랜 네트워크에 참여하는 의료 서비스 제공자를 이용해야 합니다. 이러한 플랜은 보장되는 서비스에 대하여 매년 귀하께서 지불해야 하는 금액 한도를 설정합니다. 플랜에 따라서는 네트워크를 벗어난 경우도 비응급 보증을 인정하지만, 그럴 경우 일반적으로 비용이 높아집니다. 대부분 플랜에서 특정 약품이나 서비스를 보장하기 전에 플랜의 승인을 받아야 할 수도 있습니다.

기억해주세요. 메디케어가 보장하는 서비스를 받으시려면 메디케어 어드밴티지 플랜에서 보내드리는 카드를 사용하셔야 합니다. 나중에 필요할 수 있으므로 빨간색, 흰색 및 파란색 메디케어 카드를 안전한 장소에 보관하십시오.

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

메디케어 어드밴티지 플랜에는 어떤 다른 유형이 있습니까?

- **건강관리기구(HMO) 플랜:** 66페이지 참조.
- **HMO POS(HMOPOS) 플랜:** HMO 플랜으로 **공동 부담금** 또는 **공동 보험비용** 더 많이 내고 네트워크 외 서비스를 일부 받을 수 있습니다 66페이지 참조.
- **의료 저축 계좌(MSA) 플랜:** 67페이지 참조.
- **우선 제공자 단체(PPO) 플랜:** 68페이지 참조.
- **민간 행위별수가제(PFFS) 플랜:** 69페이지 참조.
- **특별 필요사항 플랜(SNP):** 70페이지 참조.

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.

플랜이 부가 혜택을 제공할 수 있습니다

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. 플랜이 더 많은 혜택을 보장하도록 선택할 수도 있습니다. 예를 들어, 일부 플랜은 의사 방문 교통편, 파트 D가 보장하지 않는 일반의약품 및 건강과 웰니스를 증진하는 서비스 등에 대한 보장을 제공할 수 있습니다. 가입하기 전에 플랜에서 어떤 혜택을 제공하는지, 제한 사항이 있는지 확인하십시오.

플랜은 또한 특정 만성 질환 등록자에게 이러한 부가 급여를 제공하기 위해 급여 패키지를 개별적으로 조정할 수 있습니다. 이 패키지로 특정 상태를 치료하도록 맞춤형 혜택을 제공합니다. 가입 전에 메디케어 어드밴티지 플랜에서 해당 혜택 패키지를 제공하는지 확인할 수 있지만, 플랜에 가입할 때까지 기다리셨다가 자격 대상 여부를 확인해야 합니다.

치과 혜택 최대한 활용하기

메디케어 어드밴티지 플랜에 가입한 경우, 구강 건강을 관리하고, 보험 적용 가능한 치과 서비스와 적용 가능한 제한 사항에 대해 자세히 확인하기 위해 플랜에 문의하십시오.

메디케어 어드밴티지 플랜은 메디케어의 규칙을 따라야 합니다.

메디케어는 메디케어 어드밴티지 플랜을 제공하는 회사에 매달 귀하의 보장에 대하여 고정 금액을 지급합니다. 이러한 회사는 메디케어에서 정한 규칙을 따라야 합니다. 그러나, 각 메디케어 어드밴티지 플랜은 각기 다른 본인부담금을 부과할 수 있고, 서비스를 받는 방법에 대하여 다른 규칙을 두고 있습니다(예를 들어, 전문의를 만나기 위해 **의뢰서**가 필요한지의 여부, 또는 비응급 또는 비긴급 치료를 받기 위해 플랜의 네트워크에 소속된 의사, 시설 또는 공급자에게 가야 하는지 여부 등). 이러한 규칙은 매년 변경될 수 있습니다. 플랜은 다음 가입 시작 전까지 귀하에게 변경사항을 알려야 합니다.

귀하는 매년 현재의 플랜을 유지하거나, 다른 플랜을 선택하거나, 오리지널 메디케어로 전환할 수 있는 선택권이 있음을 기억하십시오. 71페이지 참조.

제공자는 연중 언제든지 플랜의 제공자 네트워크에 가입하거나 탈퇴할 수 있습니다. 귀하의 플랜은 연중 언제든지 네트워크의 제공자를 변경할 수도 있습니다. 이럴 경우, 귀하는 보통, 플랜을 변경할 수 없지만 새로운 제공자를 선택할 수 있습니다. 일반적으로 연중에 플랜을 변경할 수 없습니다.

서비스 제공자 네트워크는 연중 변경될 수 있지만 플랜은 여전히 자격을 갖춘 의사 및 전문의에게 진료받을 수 있도록 해야 합니다. 귀하의 플랜은 신의성실의 노력을 기울여 최소 30일 전에 귀하의 제공자가 플랜을 떠나는 것을 통지하여 귀하가 새로운 제공자를 선택할 시간을 가질 수 있도록 할 것입니다. 가입자가 해당 제공자를 정기적으로 방문하거나 이 제공자가 일차진료의인 경우, 이 통지를 받게 됩니다. 또한 플랜은 가입자가 건강관리 필요를 계속 관리하기 위해 새로운 제공자 선택을 도우며, 이미 진행 중인 필요한 진료를 계속 받도록 지원할 것입니다. 변경 사항을 숙지하고 만족스럽지 않은 부분이 있는 경우 플랜을 변경할 수 있도록 통지서를 주의 깊게 검토하십시오.



비교: 오리지널 메디케어를 가지고 있다면 대부분의 경우, 전문의의 진료를 받기 위해 의뢰서를 필요로 하지 않습니다 (57페이지 참조). 귀하는 또한, 미국 전역에서 메디케어를 받는 의료 제공자를 원하는대로 찾을 수도 있습니다.

중요! 플랜에서 얻은 정보 읽기

메디케어 어드밴티지 플랜에 가입되어 있다면, 매년 귀하의 플랜에서 “연간 변경 통지” 및 “보장 범위 확인서(Evidence of Coverage, EOC)”를 검토하십시오.

- **연간 변경고지:** 1월부터 발효될, 보장범위, 비용 등에서의 변경을 포함합니다. 귀하의 플랜에서 9월 30일에 귀하에게 사본을 전송할 것입니다.
- **보장범위확인서(Evidence of Coverage):** 플랜의 보장 내역, 납부할 액수와 내년도 추가 사항 등에 대한 상세 내역을 제공합니다. 귀하의 플랜은 10월 15일까지 알림사항(또는 인쇄된 사본)을 귀하에게 전송할 것이며, 여기에는 보장범위확인서(Evidence of Coverage)에 전자식으로 접속하는 방법 또는 인쇄된 사본 요청하는 방법에 대한 정보가 포함됩니다.

메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하기로 결정하셨다면 전자 버전의 메디케어와 가입자 안내서 가입을 고려해 보십시오. 비용 및 플랜에서 받을 수 있는 보장 정보를 얻으실 수 있습니다. 이러한 중요한 문서를 받지 못한 경우 플랜에 문의하십시오.

메디케어 어드밴티지 플랜에 관해 알아야 할 사항은 무엇입니까?**누가 가입할 수 있습니까?**

메디케어 어드밴티지 플랜 가입 조건:

- 파트 A와 파트 B가 있어야 함.
- 플랜의 **서비스 지역**에 거주할 것.
- 미국 시민이거나 미국에 합법적으로 거주하는 경우

가입 및 탈퇴

- 이미 질환이 있더라도 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하실 수 있습니다.
- **해당 연도의 일정한 시기에만 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하거나 탈퇴할 수 있습니다.** 71-72페이지 참조.
- 메디케어 어드밴티지 플랜은 매년 메디케어를 탈퇴하거나 보장, 비용, 서비스 영역 등을 변경할 수 있습니다. 플랜이 메디케어 참여를 중단하기로 결정하면 다른 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하거나 오리지널 메디케어로 돌아가야 합니다 98페이지 참조.
- 메디케어 어드밴티지 플랜은 플랜 가입 방법에 대한 정보를 제공할 때 특정 규칙을 따라야 합니다. 이러한 규정과 개인정보 보호방법에 대한 자세한 내용은 105-106페이지 를확인하십시오.

본인이 말기 신질환(ESRD)을 앓고 있다면 어떻게 됩니까?

말기신질환이 있는 경우 메디케어 보장 적용 방법을 결정할 때 오리지널 메디케어 또는 메디케어 어드밴티지 플랜을 선택할 수 있습니다. 공식 가입 기간(2022년 10월 15일~12월 7일)에 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하실 수 있습니다. 플랜 보장은 2023년 1월 1일부터 시작됩니다. ESRD가 있고 신장 이식을 받았기 때문에 메디케어 가입 자격만 있는 경우, 메디케어 혜택은 이식 후 36개월이 경과하면 종료됩니다. 자세한 정보는 52페이지를 확인하십시오.

메디케어 약품보험 (파트 D)

대부분의 **메디케어 어드밴티지 플랜**은 메디케어 약품 보장(파트 D)을 포함합니다. 메디케어 약품보험이 포함되지 않은 일부 유형의 플랜(의료 저축 계좌 플랜과 일부 행위별수가제(fee-For-Service) 등)에 가입되어 있다면, 별도의 메디케어 약품플랜에 가입하실 수 있습니다. 그러나, 약품을 보장하지 않는 건강관리기구(HMO) 또는 선호 제공자 기구(PPO) 플랜에 가입하시는 경우, 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입하실 수 없습니다.

이 경우 가입하신 다른 처방약 보장(고용주 또는 퇴직자 보장 등)을 이용하거나, 약품 보장 없이 이용해야 합니다. 처음 자격이 되었을 때 메디케어 약품 보장을 받지 않기로 하고 다른 **신뢰할 수 있는 처방약 보장**이 없으면, 나중에 플랜에 가입할 경우 지연 가입 가산금을 내야 할 수 있습니다.

다른 보험이 있으면 어떻게 합니까?

메디케어 어드밴티지 플랜에 가입전 귀하의 고용주, 노조 또는 기타 혜택 관리자에게 그들 규정에 대해 물어 보십시오. 경우에 따라, 메디케어 어드밴티지 플랜 가입으로 인해 가입자 본인, 가입자의 배우자와 부양가족에 해당했던 고용주 보험이나 노동조합 보험을 상실하고, 다시 가입하지 못할 수 있습니다. 다른 경우, 귀하가 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입해도 귀하는 여전히 메디케어 어드밴티지 플랜과 함께 귀하의 고용주 또는 조합이 제공하는 보장을 함께 받으실 수 있습니다. 고용주 또는 조합은 자신들이 후원하는 메디케어 어드밴티지 퇴직건강보험을 제안할 수도 있습니다. 한 번에 하나의 메디케어 어드밴티지 플랜에만 가입할 수 있습니다.

메디케어 보충보험(메디캡)이 있다면 어떻게 합니까?

메디케어 어드밴티지 플랜에 가입해 있는 동안 **메디캡**에 가입할 수 없습니다(그리고 사용할 수 없음). 메디케어 어드밴티지 플랜 비용 (**공동 부담금, 공제액, 그리 보험료**)을 지급하는 데 메디캡을 사용할 수 없습니다.

중요!

이미 메디캡 보험이 있는데 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하신다면, 메디캡 보험을 포기해야 합니다. **메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하기 위해 메디캡을 탈퇴하면 관할 주의 메디캡 가입 규정 및 가입자의 상황에 따라 다시 가입하지 못할 수도 있다는 점에 유의하십시오.** 78페이지 참조.

어떤 비용을 부담하게 되나요?

메디케어 어드밴티지 플랜의 본인 부담 비용은 다음에 따라 달라집니다.

- 플랜에서 월 보험료를 청구하는지 여부. 일부 메디케어 어드밴티지 플랜에는 \$0 보험료가 있습니다(그러나 여전히 파트 B 보험료를 지불할 수 있음). 보험료를 부과하는 플랜에 가입할 경우 파트 B 보험료(보험료 면제 파트 A가 없는 경우 파트 A 보험료)에 추가로 이 보험료를 지불하게 됩니다.
- 플랜이 귀하의 월 파트 B 보험료를 지불하는지 여부. 일부 메디케어 어드밴티지 플랜은 파트 B 보험료의 전부 또는 일부를 내도록 지원합니다. 이를 때로는 “메디케어 파트 B 보험료 감액”이라고 합니다.
- 플랜에 특정 서비스에 대한 연간 공제액 또는 추가 공제액이 있는지 여부.
- 각 방문 또는 서비스에 지급하는 금액(공동 부담금 또는 **공동 보험비용**). 메디케어 어드밴티지 플랜은 화학 요법, 투석 및 **전문 요양 시설 관리**. 같은 특정 서비스에 오리지널 메디케어보다 더 많은 금액을 청구할 수 없습니다.
- 귀하에게 필요한 건강보험 서비스 유형과 이용 빈도수.

- 귀하께서 네트워크 제공자로부터 서비스를 받거나 플랜과 계약하지 않은 제공자로부터 서비스를 받는지 여부. 비응급 또는 비긴급 치료 서비스를 위해 플랜의 네트워크에 속하지 않은 의사, 기타 의료 제공자, 시설 또는 공급업체를 방문하는 경우, 귀하의 플랜이 서비스를 보장하지 않거나 비용이 더 많이 들 수 있습니다.
- 귀하가 **책임금**을 수락하는 의사 또는 공급자에게 가는지 여부(귀하가 우선 제공자 단체, 민간 행위별수가제 또는 의료 저축 계좌 플랜에 가입되어 있고 네트워크 외부로 가는 경우). 책임금에 관한 추가 정보는 59 페이지를 참고하십시오.
- 플랜이 추가 혜택(오리지널 메디케어 혜택에 추가하여)을 제공하는지와 해당 혜택을 받기 위해 추가 비용을 지불해야 하는지 여부.
- 플랜이 모든 파트 A 및 파트 B 의료 서비스에 대한 본인부담금에 두는 연간 한도. 이 한도에 도달하면, 가입자는 파트 A 및 파트 B 보장 서비스에 대해 아무런 부담을 지지 않습니다.
- **메디케이드** 가입 여부 또는 메디케어 절약 프로그램을 통해 주정부로부터 도움을 받는지 여부. 94-95페이지 참조.

특정 **메디케어 어드밴티지 플랜** 비용에 대해 자세히 알아보려면 플랜에 문의하거나 웹사이트 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare)를 확인하십시오.

내 플랜이 서비스, 약품 또는 소모품을 보장하는지를 확인할 방법은 무엇인가요?

가입자 또는 제공자는 해당 플랜이 서비스, 약, 또는 소모품을 보장해 주는지를 알아보기 위해 플랜으로부터 사전에 구두 또는 서면으로 결정을 받아 볼 수 있습니다. 또한 내야할 금액도 알아볼 수 있습니다. 이를 **“단체 결정”**이라고 합니다. 때로는, 플랜이 서비스, 약품 또는 소모품을 보장해 주려면, 이를 사전 승인해야 합니다.

귀하, 귀하의 대리인 또는 귀하의 의사가 단체 결정을 요청할 수 있습니다. 단체 결정은 구두 또는 서면으로 요청할 수 있습니다. 귀하의 건강상 요구에 따라 귀하의 대리인 또는 귀하의 의사는 귀하의 단체 결정 요청에 대하여 빠른 결정을 요청하실 수 있습니다. 귀하 플랜이 보장을 거부하면, 플랜은 서면으로 귀하에게 이를 알려야 하고 귀하는 이의를 제기할 권리가 있습니다 97-101페이지 참조.

만약 플랜이 네트워크 외부의 서비스 또는 제공자에게 귀하를 추천할 경우 사전에 단체 결정을 받을 수 없고, 이를 **“플랜 지시 치료”**라고 부릅니다. 대부분의 경우 가입자는 플랜에서 알려준 금액 이상을 내지 않게 됩니다. 이 보호 내용에 관해 더 많은 정보를 알고 싶으시면 귀하의 플랜을 확인하십시오.

메디케어 어드밴티지 플랜 유형

HMO

건강관리기구(HMO) 플랜

아무 의사, 기타 치료 제공자 또는 병원에서 치료를 받을 수 있습니까?

아니요. 귀하는 일반적으로 플랜 네트워크에 속한 의사, 기타 의료 제공자 또는 병원으로부터 치료 및 서비스를 받아야 합니다 (응급 치료, 지역 외 긴급 치료 또는 임시 역외 투석은 제외되며, 이들은 플랜 네트워크 내부 또는 외부에서 제공되는지와 상관없이 보장됩니다). 그러나, HMO POS(Point-of-Service) 플랜으로 알려진 일부 HMO 플랜에는 일부 또는 전체 보장 혜택에 대해 네트워크 외 혜택을 제공합니다.

이러한 플랜이 처방약을 보장합니까?

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

내가 주치의를 선택해야 합니까?

대부분의 경우, 그렇습니다.

전문의 진료를 받으려면 의뢰서가 필요한가요?

대부분의 경우, 그렇습니다. 매년하는 유방 촬영검사와 같은 일부 서비스에는 의뢰서가 필요 없습니다.

해당 유형의 플랜에 관해 더 알아야 할 사항은 무엇입니까?

- 승인 없이 플랜 네트워크 밖에서 비응급 진료를 받으면, 비용 전액을 내야 할 수 있습니다.
- 필요시 특정 서비스를 위해 사전에 승인을 받는 것과 같이 플랜 규정을 따르는 것이 중요합니다.
- 더 많은 정보를 얻고 싶으시면 귀하의 플랜을 확인하십시오

주: HMOPOS 플랜(HMO 플랜의 한 유형)은 가입자가 **공동 부담금** 또는 **공동보험비**를 더 부담하고 네트워크 외부에서 일부 서비스를 받을 수 있도록 허용할 수 있습니다

MSA 의료저축계좌(MSA) 플랜

아무 의사, 기타 치료 제공자 또는 병원에서 치료를 받을 수 있습니까?

네. MSA 플랜은 보통, 의사, 다른 건강관리 제공자, 병원 등으로 구성된 네트워크를 가지고 있지 않습니다.

이러한 플랜이 처방약을 보장합니까?

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

내가 일차진료를 선택해야 합니까?

아니요.

전문의 진료를 받으려면 의뢰서가 필요한가요?

아니요.

해당 유형의 플랜에 관해 더 알아야 할 사항은 무엇입니까?

플랜은 귀하가 건강 관리 비용을 지급하는 데 사용할 수 있도록 특별 저축 계좌에 금액을 예치합니다. 예치 금액은 플랜에 따라 다릅니다. **공제액**에 도달하기 전에, 이 돈을 가지고 메디케어가 보장하는 비용을 지급할 수 있습니다. 연말에 계좌에 남은 돈은 그대로 둡니다. 다음 해에 플랜을 유지하는 경우 플랜은 남은 금액에 새로운 예치금을 추가합니다.

- MSA 플랜은 **보험료**를 부과하지 않지만, 귀하는 계속해서 파트 B 보험료를 지급해야 합니다.
- 플랜은 오직 플랜에 따라 변경되는 연별로 높은 공제액을 만족시에만 귀하의 금액을 보장하기 시작합니다
- 일부 플랜은 시력, 청력, 치과 서비스와 같은 일부 혜택을 추가로 보장받으실 수 있습니다. 귀하는 이 추가 보장에 대해 보험료를 지급해야 할 수 있습니다.
- MSA 플랜 사용에 대한 자세한 내용은 웹사이트 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)를 참조하거나 플랜을 확인하십시오.

PPO

선호 제공자 기구(PPO) 플랜

아무 의사, 기타 치료 제공자 또는 병원에서 치료를 받을 수 있습니까?

네. PPO 플랜에는 귀하가 이용할 수 있는 네트워크 의사, 전문의, 병원 및 기타 의료 서비스 제공자가 있습니다. 서비스 제공자가 귀하를 치료하는 데 동의하고 메디케어 (메디케어 파트 A 및 파트 B 항목 및 서비스)를 탈퇴하지 않은 경우, 네트워크 외부 제공자의 보장 서비스를 일반적으로 더 많은 비용을 부담하며 사용할 수 있습니다. 응급 및 긴급 치료는 항상 보장됩니다.

이러한 플랜이 처방약을 보장합니까?

대부분의 경우, 그렇습니다. PPO에 가입할 계획이고 메디케어 약품 보장(파트 D)을 원하신다면, 메디케어 약품 보장을 제공하는 PPO 플랜에 가입해야 합니다. 귀하께서 약품보장 없이 PPO 플랜에 가입하시면, 귀하는 별도의 메디케어 약품플랜에 가입할 수 없습니다.

내가 주치의를 선택해야 합니까?

아니요.

전문의 진료를 받으려면 의뢰서가 필요한가요?

대체로 아닙니다. 그러나 플랜 전문의(네트워크 소속)에게 진료를 받으면, 보장 서비스 비용은 비플랜 전문의(네트워크 외) 이용시 보다 낮습니다 .

해당 유형의 플랜에 관해 더 알아야 할 사항은 무엇입니까?

- 일부 제공자들은 "특약"이 있으므로, 그들에게 진료받으면 비용을 절약할 수 있습니다.
- 더 많은 정보를 얻고 싶으시면 귀하의 플랜을 확인하십시오.

PFFS 민간 행위별수가제(PFFS) 플랜

아무 의사, 기타 치료 제공자 또는 병원에서 치료를 받을 수 있습니까?

귀하는 플랜의 지급 조건을 수락하고 귀하를 치료하는 데 동의하며 메디케어(메디케어 파트 A 및 파트 B 항목 및 서비스)에서 탈퇴하지 않은 모든 메디케어 승인 의사, 기타 의료 제공자 또는 병원을 방문할 수 있습니다. 네트워크가 있는 PFFS 플랜에 가입하시면, 귀하는 또한, 항상 플랜 가입자를 치료하는 데 동의한 네트워크 제공자 중 누구에게서라도 진료를 받을 수 있습니다. 네트워크 외에 있으며 플랜 약정에 동의한 의사, 병원 또는 기타 제공자의 진료를 받는 경우 비용이 더 들 수 있습니다.

이러한 플랜이 처방약을 보장합니까?

어떤 때는 보장합니다. PFFS 플랜이 메디케어 약품 보장을 제공하지 않을 경우, 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입하여 메디케어 약품 보장(파트 D)을 받을 수 있습니다.

내가 주치의를 선택해야 합니까?

아니요.

전문의 진료를 받으려면 의뢰서가 필요한가요?

아니요.

해당 유형의 플랜에 관해 더 알아야 할 사항은 무엇입니까?

- 플랜은 귀하가 지급하는 서비스 금액을 결정합니다. 귀하는 플랜에서 매년 보내는 “연간 변경고지” 및 “보장범위확인서(Evidence of Coverage)” 로 귀하께서 분담할 비용을 알 수 있습니다.
- 일부 PFFS 플랜은 항상 귀하께서 이전에 진료받은 적은 없더라도 귀하를 치료하는 데 동의하는 제공자 네트워크와 계약을 맺습니다.
- 네트워크 외 의사, 병원 및 기타 서비스 제공자는 귀하가 이전에 진료받은 적이 있더라도 귀하를 치료하지 않기로 할 수 있습니다.
- 의료 응급 상황에서 의사, 병원 및 기타 제공자는 귀하를 치료해야 합니다.
- 귀하께서 받는 각 서비스에 대해 치료를 받기 전에 플랜 가입자 카드를 제시하십시오.
- 더 많은 정보를 얻고 싶으시면 귀하의 플랜을 확인하십시오.

SNP 특별 필요사항 플랜(SNP)

SNP는 구체적 질병이 있거나, 특정 건강관리 필요가 있거나, **메디케이드** 보장도 갖춘 사람에게 혜택과 서비스를 제공합니다. SNP는 서비스 받는 그룹의 구체적 필요사항을 가장 잘 충족하기 위해 건강보험급여, 제공자 선택, 보장약품 목록(처방서)을 그에 맞게 조율합니다.

아무 의사, 기타 치료 제공자 또는 병원에서 치료를 받을 수 있습니까?

일부 SNP는 네트워크 외부 서비스를 보장하고 일부는 그렇지 않습니다. 네트워크 외부 서비스를 보장하는지, 그렇다면 비용에 어떤 영향을 미치는지 플랜을 확인하십시오.

이러한 플랜이 처방약을 보장합니까?

네. 모든 SNP는 메디케어 약품보험(파트 D)을 제공해야 합니다.

내가 공제금 선택해야 합니까?

일부 SNP에는 일차진료의가 필요하고 일부는 필요하지 않습니다. 주치의 선택해야 하는지 플랜을 확인하십시오.

전문의 진료를 받으려면 의뢰서가 필요한가요?

일부 SNP는 의뢰서를 필요로 하고 일부는 필요하지 않습니다. 매년하는 유방 촬영검사와 같은 일부 서비스에는 의뢰서가 필요 없습니다. 의뢰서가 필요한지 알아보려면 플랜을 확인하십시오.

해당 유형의 플랜에 관해 더 알아야 할 사항은 무엇입니까?

- 다음은 SNP에 가입할 수 있는 대상입니다.
 - 일정한 기관(요양원 같은)에 거주하거나, 지역사회에 살고 있지만 집에서의 요양이 필요한 사람 (“기관 SNP” 또는 I-SNP라고도 함).
 - 메디케어와 메디케이드에 모두 적합한 사람 (“이중 적격 SNP” 또는 “D-SNP”로도 불림). D-SNP는 메디케어 및 메디케이드 혜택을 조정하는 데 도움이 되도록 주 메디케이드 프로그램과 계약합니다.
 - 특정 중증 또는 장애가 있는 만성 질환(예: 당뇨병, 말기 신장 질환(ESRD), HIV/AIDS, 만성 심부전 또는 치매)(“만성 질환 SNP” 또는 C-SNP라고도 함)이 있는 사람. 플랜은 가입 자격을 단일 만성 질환 또는 관련 만성 질환 그룹으로 추가 제한할 수 있습니다.
- SNP는 케어 조정 서비스를 포함하여 회원의 특별한 필요를 대상으로 혜택을 제공합니다.
- **메디케어 어드밴티지 플랜**을 찾고 비교하려면



[Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare)

을 확인하십시오.

거주 지역에서 SNP를 이용할 수 있는지 확인하려면 “특별 필요사항 플랜”을 선택하십시오. 더 많은 정보를 얻고 싶으시면 플랜을 확인하십시오.

메디케어 어드밴티지 플랜에 가입, 전환, 탈퇴 또는 변경할 수 있습니다.

| | | |
|--------------------------------------|---------------------------|---|
| <p>초기 가입 기간 17페이지 참조.</p> | <p>처음 메디케어 자격이 되었을 때</p> | <p>처음으로 메디케어 자격이 되었을 때 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입할 있습니다. 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 메디케어 약품 보장 유무와 무관)로 돌아갈 수 있습니다.</p> |
| <p>일반 가입 기간 18페이지 참조.</p> | <p>1월 1일부터 3월 31일까지</p> | <p>파트 A가 있고 이 기간 중 처음으로 파트 B에 가입한다면, 메디케어 어드밴티지 플랜에도 가입하실 수 있습니다.</p> <p>신규! 2023년 1월 1일부터 가입한 익월 1일부터 보장이 시작됩니다.</p> <p>메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하려면 파트 A 및 파트 B가 둘 다 있어야 한다는 점에 유의하십시오.</p> |
| <p>공식 가입 기간</p> | <p>10월 15일부터 12월 7일까지</p> | <p>매년 공식 가입 기간에 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입, 변경, 또는 탈퇴를 할 수 있습니다.</p> <p>보장은 1월 1일부터 시작됩니다(플랜이 12월 7일까지 요청을 접수하는 한).</p> <p>이 기간에 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입했지만 마음이 바뀌면 메디케어 어드밴티지 공식 가입 기간(1월 1일~3월 31일)에 오리지널 메디케어로 돌아가거나 다른 메디케어 어드밴티지 플랜(어떤 보험이 귀하께 더 적합한지에 따라)으로 변경하실 수 있습니다.</p> |

| | | |
|-----------------------------------|--|---|
| <p>메디케어 어드밴티지 공식 가입 기간</p> | <p>1월 1일부터 3월 31일까지</p> <p>주: 이 기간 동안 한 번만 플랜을 변경할 수 있습니다.</p> | <p>이 기간 동안 메디케어 어드밴티지 플랜 (약품 보장이 있든 없든)에 가입되어 있다면, 다음을 할 수 있습니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 다른 메디케어 어드밴티지 플랜(약품 보장이 있든 없든)으로 변경. • 메디케어 어드밴티지 플랜을 탈퇴하고 오리지널 메디케어로 복귀. 또한 별도의 메디케어 약품 플랜에도 가입할 수 있음. <p>귀하는 이 기간에 다음 사항을 할 수 없습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 오리지널 메디케어에서 메디케어 어드밴티지 플랜으로의 변경. • 오리지널 메디케어가 있는 경우 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입. • 오리지널 메디케어가 있는 경우 하나의 메디케어 약품 플랜에서 다른 메디케어 약품 플랜으로 변경. <p>귀하는 이 기간동안 오직 한 번만 변경할 수 있으며, 귀하가 한 변경 사항은 플랜이 귀하의 요청을 받아들인 후 그달의 첫날부터 적용됩니다. 오리지널 메디케어로 복귀하고 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입할 경우, 탈퇴를 하기 위해 메디케어 어드밴티지 플랜에 연락할 필요는 없습니다. 탈퇴는 귀하가 약품 플랜에 가입시 자동으로 일어납니다.</p> |
| <p>특별 가입 기간</p> | <p>적격한 일생의 사건</p> | <p>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.</p> |
| <p>5별점 특별 가입 기간</p> | <p>12월 8일부터 다음 해 11월 30일까지</p> <p>주: 이 기간 동안 한 번만 플랜을 변경할 수 있습니다.</p> | <p>메디케어는 1-5별점 등급을 사용해 품질 및 성과를 기반으로 플랜을 비교하게 도움을 드립니다.</p> <p>해당 지역에 5별점 품질 등급의 메디케어 어드밴티지 플랜, 메디케어 약품 플랜 또는 메디케어 코스트 플랜이 있을 경우, 5별점 특별 가입 기간에 현재의 메디케어 플랜 에서 품질 등급이 "5별점"인 메디케어 플랜으로 변경하실 수 있습니다.</p> <p>자세한 정보는 Medicare.gov를 확인하십시오.</p> |

중요!

메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하기 위해 메디케어 보충 보험 (**메디갭**) 을 중단하면 다시 받지 못할 수도 있습니다. 규정은 주와 귀하의 상황에 따라 다릅니다. 또한 메디케어 어드밴티지 플랜을 중단하지 않고 가입 후 12개월 이내에 오리지널 메디케어로 돌아가면 오리지널 메디케어로 돌아가서 메디갭 보험을 받을 능력이 제한될 수 있습니다. 78페이지 참조.

항상 귀하의 플랜이 귀하에게 보내는 자료 (예: "연간 변경고지" 및 "보장범위확명서") 를 검토하고 귀하의 플랜이 다음 해에도 귀하의 요구 사항을 충족하는지 확인하십시오. 웹사이트 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare)를 참조하여 사용 가능한 다른 옵션을 현재 플랜과 비교하십시오.

메디케어가 건강 보험을 받을 수 있는 다른 유형의 플랜이나 프로그램을 제공합니까?

네, 귀하의 지역에서 다른 플랜과 프로그램이 제공될 수 있습니다. 일부는 병원(파트 A) 및 의료(파트 B) 보험을 모두 제공하는 반면 다른 일부는 파트 B 보험만 제공합니다. 일부는 메디케어 약품 보장도 제공합니다. 그러한 플랜은 메디케어 어드밴티지 플랜과 같은 일부(전부는 아님) 동일한 규정을 두고 있습니다. 그러나, 각 플랜은 특별한 규칙과 예외가 있으므로, 관심 있는 플랜에 문의하여 자세한 내용을 확인해야 합니다.

코스트 플랜(Cost Plan)

메디케어 코스트 플랜은 국내 특정 제한된 지역에서 사용할 수 있는 **메디케어 건강 플랜**입니다.

- 일반적으로, 파트 B만 있어도 가입이 가능합니다.
- 파트 A와 파트 B가 있고 비 네트워크 제공자에게 가는 경우 오리지널 메디케어가 서비스를 보장합니다. 가입자는 파트 A와 파트 B **공동보험비**와 **공제액**를 지급하게 됩니다.
- 메디케어 코스트 플랜이 신규 가입자를 받을 때라면 언제든지 가입할 수 있습니다.
- 언제든지 탈퇴하고 오리지널 메디케어로 돌아갈 수 있습니다.
- 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입하거나 코스트 플랜(제공되는 경우)으로부터 메디케어 약품 보장(파트 D)을 보장받을 수 있습니다. 코스트 플랜이 메디케어 약품 보장을 제공하는 경우에도 별도의 메디케어 약품 플랜을 선택하실 수 있습니다.

주: 특정 시기에만 약품 보장을 추가하거나 탈퇴할 수 있습니다. 80-81페이지 참조.

해당 지역에 코스트 플랜이 있는지 확인하려면, 웹사이트 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare)를 확인하십시오. 관심 있는 플랜에 관한 자세한 내용은 플랜에 문의하십시오. 주립 건강 보험 보조 프로그램(SHIP)도 도움이 될 수 있습니다. 지역 SHIP 전화번호는 115-118페이지를 확인하십시오 신뢰할 수 있는 대리인이나 중개인의 도움을 받을 수도 있습니다.

노인을 위한 포괄적 영양 프로그램(PACE)

PACE는 많은 주에서 제공하는 메디케어 및 **메디케이드** 프로그램으로 이를 통해 영양원 수준의 돌봄이 필요한 사람들이 가정, 아파트 또는 기타 적절한 시설과 같은 지역사회에 남을 수 있습니다. PACE 자격을 얻으려면 다음 조건을 충족해야 합니다.

- 55세 이상일 것.
- PACE 단체의 **서비스 지역에** 거주할 것.
- 가입자의 주로부터, 영양원 수준의 치료가 필요한 것으로 확인 받을 것.
- 가입 당시 PACE 서비스의 도움으로 지역사회에서 안전하게 생활하는 것이 가능할 것.

PACE는 모든 메디케어 및 메디케이드 보장 의료 및 서비스, 그리고 PACE 의료 전문가 팀이 귀하의 건강을 개선하고 유지하는 데 필요하다고 보는 기타 서비스를 보장합니다. 여기에는 약품뿐만 아니라 다른 모든 **의학적으로 필요한** 의사 또는 의료 서비스 제공자 방문 진료, 교통편, 가정 간호, 병원 방문 및 필요한 경우 영양원 체류와 같은 치료가 포함됩니다.

메디케어가 있는 경우 PACE 혜택의 장기 영양 부분 **보험료**를 매월 지급할 필요는 없습니다. 메디케어는 있지만 메디케이드가 아닌 경우 PACE 혜택의 장기 영양 부분 보장에 대한 월 보험료와 메디케어 약품보험(파트 D)에 대한 보험료가 부과됩니다. 그러나 PACE에는 의료 전문가로 구성된 PACE 팀이 승인한 모든 약품, 서비스 또는 치료에 대한 **공제액** 또는 **공동 부담금** 이 없습니다.

웹사이트 [Medicare.gov/pace](https://www.Medicare.gov/pace)에서 지역사회에서 활동하는 PACE 단체가 있는지 알아보십시오.

메디케어 혁신 프로젝트

메디케어는 혁신 모델, **시범** 및 시험 프로젝트를 개발하여 메디케어에 잠재적인 변화가 가져오는 효과를 테스트하고 측정합니다. 이러한 프로젝트는 의료 품질을 개선하고 비용을 절감할 수 있는 새로운 방법을 찾는 데 도움이 되고 때때로 가입자에게 추가 혜택과 서비스를 제공합니다. 일반적으로 제한된 시간 동안 특정 그룹의 사람만 대상으로 운영하거나 특정 지역에서만 제공합니다. 현재 모델, 시범 및 시험 프로젝트의 예시에는 일차진료의 혁신, 특정 절차(예: 고관절 및 무릎 교체)와 관련된 진료, 암 진료, **전문 간호 시설** 또는 재활 치료, 말기 신질환(ESRD) 환자에 대한 진료가 포함됩니다. 의사가 이러한 모델에 참여하는지, 그리고 그것이 귀하의 치료에서 무엇을 의미하는지 문의하십시오. 현재 메디케어 모델, 시범 및 시험 프로젝트에 대해 자세히 알아보려면 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하십시오.

제5절

메디케어 보충보험 (메디갭)

메디갭은 어떻게 작동합니까?

오리지널 메디케어는 보장되는 의료 서비스 및 용품 비용의 전부는 아니지만 많은 부분을 지급합니다. 민간기업이 판매하는 메디케어 보충보험 (**메디갭**)은 **공동 부담금**, **공동보험비**, 그리고 **공제금**과 같이 보장되는 서비스 및 용품에 대한 나머지 건강보험 비용을 지불하는 데 도움이 될 수 있습니다.

일부 메디갭은 또한 미국 외 지역을 여행할 때의 의료와 같이 오리지널 메디케어에서 보장하지 않는 서비스를 보장합니다. 일반적으로 메디갭은 장기 요양(요양원에서의 치료 등), 안과 또는 치과 서비스, 보청기, 안경 또는 개인 간호를 보장하지 않습니다.

메디갭 플랜은 표준화되어 있습니다.

각 메디갭 여러분을 보호하도록 설계된 연방 및 주정부 법을 따라야 하고 법에는 “메디케어 보충보험”이라고 명확하게 식별되어야 합니다. 보험 회사는 대부분의 주에서 플랜 A~D, F, G 및 K~N으로 식별되는 “표준화된” 플랜만 판매할 수 있습니다. 모든 플랜은 동일한 기본 혜택을 제공하지만 일부 플랜은 추가 혜택을 제공하므로 귀하의 요구를 충족하는 플랜을 선택하실 수 있습니다. 매사추세츠주, 미네소타주, 위스콘신주에서는, 메디갭 보험이 다른 방식으로 표준화되어 있습니다. 이들 주 중 한 곳에 거주하고 더 많은 정보를 원하시면



[Medicare.gov/medigap-supplemental-insurance-plans](https://www.Medicare.gov/medigap-supplemental-insurance-plans)

을 확인하십시오.

웹사이트 [Medicare.gov/publications](https://www.Medicare.gov/publications)로 가셔서 “메디갭 보험 선택: 메디케어 가입자를 위한 건강보험 가이드”를 살펴보세요.

중요!

2020년 1월 1일 또는 그 이후 메디케어 신규 가입자가 가입한 메디갭 보험으로는 파트 B 공제금이 보장되지 않습니다. 이 때문에, 2020년 1월 1일 당일 또는 그 이후부터는, 새로 메디케어에 가입한 사람은 플랜 C와 플랜 F를 더 이상 이용할 수 없습니다. 그러나, 2020년 1월 1일 전에 메디케어를 받을 자격이 있었지만, 아직 가입하지 않은 경우, 플랜 C나 플랜 F를 구입할 수 있습니다. 2020년 1월 1일 당일 또는 그 이후부터 메디케어에 새로 가입하는 사람들은 플랜 C와 플랜 F 대신에, 플랜 D와 플랜 G를 구입할 권리가 있습니다.

어떻게 하면 메디갭 플랜들을 비교할 수 있을까요?

아래 차트에 메디케어 보충보험(메디갭) 플랜이 2022년에 보장하는 다른 혜택에 대한 기본적인 정보가 있습니다. 만약 백분율이 나타나면, 메디갭 플랜은 혜택의 비율을 보장하고 여러분은 나머지를 부담해야 합니다. 본인 부담 비용(예: 공제액)은 2023년에 변경될 수 있습니다.

| 혜택 | 메디갭 플랜 | | | | | | | | | | |
|---|--------|------|------|------|------|------|----------------------|---------|------|---------|------|
| | A | B | C | D | F* | G* | K | L | M | N | |
| 메디케어 파트 A 공동보험비용 (코인슈런스) 및 입원 비용(메디케어 혜택을 소진한 후 최대 추가 365일까지) | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 메디케어 파트 B 공동보험비용(코인슈런스) 또는 공동부담금(코페이) | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 50% | 75% | 100% | 100%*** | |
| 혈액(첫 3 파인트) | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 50% | 75% | 100% | 100% | |
| 파트 A 호스피스 관리 공동보험료 또는 공동부담금 | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 50% | 75% | 100% | 100% | |
| 전문 요양시설 진료 공동보험비 | | | 100% | 100% | 100% | 100% | 50% | 75% | 100% | 100% | |
| 파트 A 공제금 대상 | | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 50% | 75% | 50% | 100% | |
| 파트 B 공제금 대상 | | | 100% | | 100% | | | | | | |
| 파트 B 초과 요금 | | | | | 100% | 100% | | | | | |
| 해외여행 응급 상황(플랜 한도까지) | | | 80% | 80% | 80% | 80% | | | 80% | 80% | |
| | | | | | | | 2022년 본인 부담 한도액** | | | | |
| | | | | | | | \$6,620 | \$3,310 | | | |

* 일부 주에서는 플랜 F 및 플랜 G도 고액의 본인공제금 플랜이 있습니다. 이 선택안은 2022년의 경우 보험사가 비용을 지불하기 전에 가입자가 최대 공제금 \$2,490의 메디케어 보장 비용(공동보험료, 공동부담금, 공제금)을 부담해야 합니다. (2020년 1월 1일 또는 그 이후에 새로 메디케어에 가입하신 경우 플랜 C 및 F를 구입하실 수 없습니다. 더 자세한 정보는 이전 페이지 참조.)

** 플랜 K와 플랜 L의 경우, 가입자가 연간 본인 부담금 한도액과 연간 파트 B 공제액(2022년의 경우 \$233)을 충족시킨 경우, 메디갭 플랜은 일년의 남은 나머지 기간에 대해 보장되는 서비스의 100%를 지급합니다.

***플랜 N은 파트 B 공동 보험비용을 100% 지급합니다. 귀하는 진료실 방문에 대해 최대 \$20의 공동 부담금과 결과적으로 입원 대상이 아닌 응급실 방문에 대해 최대 \$50의 공동 부담금을 부담해야 합니다.

메디갭에 대해 더 알아야 할 사항은 무엇입니까?

- 메디케어 보충보험 (메디갭)을 구입하기 전에 파트 A와 파트 B가 있어야 합니다.
- 귀하의 메디케어에 납부하고 있는 월간 파트 B 보험료 외에도, 귀하의 메디갭 (Medigap)을 위해 민영 보험회사에 월간 **보험료**를 납부하고 있습니다. 또한, 동일한 회사에서 메디갭과 별도의 메디케어 약품 플랜을 구입하는 경우, 2개의 별도 보험료를 지급해야 할 수도 있습니다. 보험료 지급 방식에 대해서는 보험회사에 문의하시기 바랍니다.
- 메디갭 보험은 오직 한 사람만 보장합니다. 배우자는 개별적으로 가입해야 합니다.
- 메디갭과 메디케어 약품 플랜 모두로부터 의약품을 보장받을 수는 없습니다. 89페이지 참조.
- **정확히 동일한 보장에 대해 각기 다른 회사에서 제공하는 보험마다 비용이 다를 수 있고 나이가 들에 따라 보험료가 비싸질 수 있으므로, 메디갭 보험 내용들을 비교해 보는 것이 중요합니다. 일부 주에서는 메디갭 보험료 비용을 제한합니다.**
- 일부 주에서는, 귀하의 메디케어 셀렉트라고 불리는 다른 종류의 메디케어 보험을 구매할 수도 있습니다. 메디케어 SELECT는 일부 주에서 판매되는 일종의 메디갭 보험으로 경우에 따라 전체 보험 혜택을 받으려면 네트워크 내의 병원과 의사를 이용해야 합니다(응급 상황 제외). 메디케어 셀렉트를 구매하시면 12개월 이내에 마음을 바꾸고 표준 메디갭으로 전환할 권리가 있습니다.

구매 시기

- 메디갭 보험을 구매하기에 가장 좋은 시기는 메디갭 공식 가입 기간입니다. 이 6개월 기간은 메디케어 파트 B(의료 보험)에 가입하고, 가입자가 65세 이상이 되는 첫 번째 달에 시작됩니다. (일부 주에는 추가 공식 가입 기간이 있습니다.) **이 가입 기간이 지나면 메디갭을 구매하지 못할 수도 있습니다. 메디갭을 구매할 수 있다면 비용이 더 들 수 있습니다.**
- 귀하(또는 배우자)의 현재 고용을 기반으로 한 그룹 건강 보험이 있기 때문에 Part B 가입을 연기하는 경우, 귀하의 메디갭 공식 가입 기간은 귀하께서 파트 B에 가입할 때까지 시작되지 않습니다.
- 연방법은 일반적으로 보험 회사가 65세 미만의 사람들에게 메디갭을 판매할 것을 요구하지 않습니다. 귀하께서 65세 미만인 경우 65세가 될 때까지 원하는 보험 또는 모든 보험을 구매하지 못할 수 있습니다. 그러나 일부 주에서는 메디갭 보험 회사가 65세 미만의 사람들에게 메디갭 보험을 판매할 것을 요구합니다. 귀하께서 보험을 구매하실 수 있다면 비용이 더 들 수 있습니다.

주 건강보험 지원 프로그램(SHIP)(지역 SHIP 전화번호는 115-118페이지 참조) 또는 주 보험부에 문의하여 메디갭 보험을 구매할 수 있는 권리를 자세히 알아보십시오. 신뢰할 수 있는 대리인이나 중개인의 도움을 받을 수도 있습니다.

메디갭과 메디케어 어드밴티지 플랜을 동시에 가질 수 있나요?

- **메디케어 어드밴티지 플랜** 가입한 경우, 가입자가 오리지널 메디케어로 복귀하지 않는 한 누군가 가입자에게 **메디갭** 보험을 판매하는 것은 불법입니다. 메디케어 어드밴티지 플랜에서 탈퇴하실 계획이 없는데 누군가 귀하께 메디갭 보험을 판매하려고 시도한다면, 주 보험감독국에 신고하십시오.
- 메디갭 보험이 있는데 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하신다면, 메디갭 보험을 중단해야 합니다. 메디케어 어드밴티지 플랜은 메디갭이 제공하지 않는 다른 보장을 제공하기 때문에 메디갭으로 메디케어 어드밴티지 플랜 **공동 부담금**, **공제액** 및 **보험료**를 내실 수 없습니다.

중요!

메디갭 보험을 취소하고자 하신다면, 보험회사에 연락하십시오. 대부분의 경우, 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하기 위해 메디갭 보험을 중단하는 경우, 시험 기간 동안 메디케어 어드밴티지 플랜을 탈퇴하지 않는 한 동일한 보험 또는 일부 경우에는 메디갭 보험에 다시 가입하지 못할 수도 있습니다.

- 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.

주: 메디케어 어드밴티지 플랜을 중단하지 않고 가입 후 12개월 이내에 오리지널 메디케어로 복귀하는 경우 일반적으로 그 해의 나머지 기간에는 메디케어 어드밴티지 플랜을 유지해야 합니다. 공식 가입 기간 동안 또는 특별 가입 기간에 대한 자격이 있는 경우 메디케어 어드밴티지 플랜 가입을 해지하거나 변경할 수 있습니다. 특별 가입 기간의 유형에 따라 귀하는 메디갭 보험을 구매할 권리가 있을 수도 있고 없을 수도 있습니다.

- 가입 전에 귀하께 메디갭이 있었는데 보험회사가 여전히 판매하고 있다면 귀하는 그 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 메디갭 보험을 구매할 수 있는 특별 권리를 추가로 제공합니다.

어디서 정보를 더 얻을 수 있습니까?

- 주립 건강보험 보조 프로그램(SHIP)에 문의하십시오. 지역 SHIP 전화번호는 115-118페이지를 확인하십시오. 관할 지역 내에서 신뢰할 수 있는 대리인이나 중개인의 도움을 받을 수도 있습니다.
- 주 보험청에 전화하십시오. 전화번호를 찾으시려면 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하여 문의하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하십시오.
- 웹사이트 [Medicare.gov/medigap-supplemental-insurance-plans](https://www.Medicare.gov/medigap-supplemental-insurance-plans)에서 해당 지역의 정책 및 가격 책정을 확인하십시오.
- 웹사이트 [Medicare.gov/publications](https://www.Medicare.gov/publications)에서 “메디갭 보험 선택: 메디케어 가입자를 위한 건강보험 가이드”를 살펴보십시오.

제 6 절

메디케어 약품 보장 (파트 D)

메디케어 약품보험은 어떻게 작동합니까?

메디케어 약품보험(파트 D)은 귀하에게 필요한 처방약 비용을 지불하는 데 도움이 됩니다. 메디케어 약품 보장은 선택 사항이며 메디케어의 모든 가입자에게 제공됩니다. 지금 처방약을 복용하지 않더라도 메디케어 약품 보장 가입을 고려해 보십시오. 처음 자격이 되었을 때 이를 받지 않기로 하고 다른 **신뢰할 수 있는 처방약 보장** (고용주나 노동조합의 약품 보장 등) 또는 **부가 지원(Extra Help)**, 이 없으면, 나중에 플랜에 가입할 경우 지연 가입 가산금을 내야 할 가능성이 큼니다. 일반적으로, 메디케어 약품 보장을 가지고 있는 한, 이 가산금을 내야 합니다(83-84페이지 참조). 메디케어 약품보험에 가입하시려면, 약품보험을 제공하는 메디케어 승인 플랜에 가입하셔야 합니다. 각 플랜은 비용과 보장되는 특정 약품이 다를 수 있습니다. 웹사이트.

[Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare)에서 지역의 플랜을 찾아 비교해 보십시오.

메디케어 약품보험 (파트 D) 을 받는 데는 다음 2가지 방법이 있습니다.

- 1. 메디케어 약품 플랜.** 이 플랜은 오리지널 메디케어, 일부 메디케어 코스트 플랜, 일부 메디케어 어드밴티지 민간 행위별수가제(PFFS) 플랜 및 메디케어 어드밴티지 의료 저축 계좌 플랜에 메디케어 약품 보장(파트 D)을 추가합니다. 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입하려면 파트 A 및/또는 파트 B가 있어야 합니다.
- 2. 메디케어 어드밴티지 플랜 또는 약품 보장이 있는 메디케어 건강 플랜.** 이들 플랜을 통해 파트 A, 파트 B 및 메디케어 약품보험(파트 D)을 모두 받습니다. 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하려면 파트 A와 파트 B가 있어야 하며, 이러한 메디케어 어드밴티지 플랜이 모두 약품을 보장하는 것은 아닙니다.

두 경우 모두 가입하려는 플랜의 **서비스 지역** 에 거주해야 하며 미국에 합법적으로 거주하고 있어야 합니다. 이 안내서에서는 메디케어 약품 플랜 및 약품 보장이 포함된 메디케어 의료 보험을 “메디케어 약품 보장”이라고 합니다.

중요! 고용주 또는 노동조합 보험이 있는 경우

다른 보험으로 변경하거나 가입하기 전에 **급여 관리자에게 문의하십시오.** 다른 보험에 가입하면 귀하와 귀하의 피부양자를 위한 고용주 또는 조합의 건강 및 약품 보험을 상실하실 수 있습니다. 이런 일이 발생하면 고용주나 조합 보험을 다시 받지 못할 수도 있습니다. 메디케어 약품 보장(파트 D)이 가입자가 보유하고 있는 다른 약품 보험과 어떻게 연동하는지 알고 싶으시면 88페이지를 확인하십시오.

언제 플랜에 가입, 변경 또는 탈퇴할 수 있습니까?

귀하는 다음과 같은 기간에 메디케어 약품 플랜 또는 약품을 보장하는 **메디케어 어드밴티지 플랜**에 가입, 변경 또는 탈퇴할 수 있습니다.

- **초기 가입 기간.** 처음으로 메디케어 자격이 되었을 때 플랜에 가입할 수 있습니다. 17페이지 참조.
- **공식 가입 기간.** 10월 15일부터 12월 7일까지 플랜에 가입, 변경 또는 탈퇴할 수 있습니다. 보장은 1월 1일부터 시작됩니다(플랜이 12월 7일까지 귀하의 요청을 접수하는 한).
- **메디케어 어드밴티지 공식 가입 기간.** 1월 1일부터 3월 31일까지, 만일 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입 중이시라면 이 기간에 한 번은 다른 메디케어 어드밴티지 플랜 또는 오리지널 메디케어로 변경(및 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입)하실 수 있습니다. 71페이지 참조.

파트 A **보험료**를 내야 하고 일반 가입 기간에 처음으로 파트 B에 가입해야 하는 경우 4월 1일부터 6월 30일까지 플랜에 가입할 수 있습니다. 보장은 7월 1일부터 시작됩니다.

특별 가입 기간

일반적으로 1년 내내 플랜에 계속 가입되어 있어야 합니다. 그러나 이사를 하거나 다른 보험 혜택을 상실하는 것과 같이 인생에서 특정 사건이 발생하면 특별 가입 기간에 대한 자격이 될 수 있습니다. 자격이 되는 경우 연 중반에 플랜을 변경하실 수 있습니다. 더 많은 정보를 알고 싶으시면 귀하의 플랜을 확인하십시오.

플랜은 어떻게 변경합니까?

위에 나열된 기간 중 하나에 다른 플랜에 가입하기만 하면 새로운 메디케어 약품 플랜 또는 약품 보장이 포함된 메디케어 어드밴티지 플랜으로 변경하실 수 있습니다. 새 약품 보장이 시작되면 기존의 약품 보장은 종료됩니다. 귀하는 새 플랜으로부터 언제 보장이 시작되는지 알려주는 서신을 받게 되어 **이전 플랜을 취소할 필요가 없습니다.** 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하시면 플랜을 변경하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하십시오.

플랜은 어떻게 탈퇴합니까?

별도의 메디케어 약품 플랜 또는 약품 보장이 있는 **메디케어 어드밴티지 플랜**을 중단하고 새로운 플랜에는 가입하고 싶지 않다면 특정 기간에만 할 수 있습니다(80페이지 참조). 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하시면 플랜을 탈퇴할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하십시오. 플랜에 탈퇴 의사를 알리는 서신을 보낼 수도 있습니다. 플랜을 중단하고 나중에 다른 메디케어 약품 플랜 또는 약품 보장이 있는 **메디케어 건강 플랜**에 가입하려면 가입 기간을 기다려야 합니다. **신뢰할 수 있는 처방약 보장** 없으신 경우, 지각 가입 가산금을 내야 할 수도 있습니다 83-84페이지 참조.

플랜에서 얻은 정보 읽기

귀하의 플랜이 매년 귀하에게 보내는 “보장범위확인서(Evidence of Coverage)” 및 “연간 변경고지”를 검토하십시오. 보장범위확인서(Evidence of Coverage) 에서 플랜이 보장하는 것, 내셔야 할 금액과 기타 등등에 대한 상세 내역을 알 수 있습니다. 연간 변경고지에는 보장, 비용, 제공자 네트워크, **서비스 지역**과 그 외 변경 사항 등이 있고 해당 변경 사항은 1월부터 효력이 있습니다. 초가을에 이러한 중요한 문서를 받지 못한 경우 플랜에 문의하십시오.

저는 얼마를 부담합니까?

약품 비용은 선택하시는 플랜에 따라 달라집니다. 기억해주세요. 플랜 보장 및 비용은 매년 변경될 수 있습니다. 일년 내내 **보험료**, **공제금**, **공동부담금**, 또는 **공동보험비**를 내야 할 수도 있습니다 다음 페이지에서 이러한 비용에 대해 자세히 알아보십시오.

실제 약품 보장 비용은 다음 내용에 따라 달라집니다.

- 귀하의 처방전 및 해당 약품이 플랜의 보장 약품 목록(**처방집**)에 있는지 여부. 85페이지 참조.
- 해당 약품은 어느 “등급(tier)”에 속합니까. 85페이지 참조.
- 현재 귀하께서 속해 있는 약품 혜택 단계(예: 공제액을 충족했는지 또는 재난적 보장 단계에 있는지 여부, 참조). 83페이지 참조.
- 귀하께서 이용하는 약국(우대 또는 표준 비용 부담을 제공하는지, 네트워크 외인지 또는 우편 주문인지 여부). 선호약국은 더 적은 비용을 청구하기로 플랜과 합의했으므로 귀하의 본인 부담 약품 비용은 선호 약국에서 더 저렴할 수 있습니다.
- 메디케어 약품 비용 지급에 **부가 지원**을 받는지 여부. 91페이지 참조.



비용과 보장내용: 약품 비용을 낮출 수 있는 몇 가지 방법에는 브랜드 약품 대신 복제약을 선택하거나 약품의 비보험 비용을 지급하는 방법 등이 있습니다. 약사에게 물어보시면 더 저렴한 옵션이 있는지 알 수 있습니다. 복제약 옵션이 귀하에게 가장 적합한지 의사와 상의하십시오.

월보험료:

약품 플랜은 대부분 플랜 별로 다른 월별 요금을 부과합니다. 귀하께서는 이 요금을 파트 B **보험료**에 추가하여 지급합니다. 귀하께서 **메디케어 어드밴티지 플랜** 또는 약품 보장이 포함된 메디케어 코스트 플랜에 가입하신 경우 월 보험료에 약품 보장 금액이 포함될 수 있습니다.

주: 월별 사회보장연금 지급액 또는 RRB 지급액에서 약품 보험료를 공제하려면 플랜 (사회 보장국 또는 철도 퇴직 위원회(RRB) 아님)에 문의하십시오. 보험료 공제를 중단하고 직접 청구받으려면 플랜에 문의하십시오.

중요!

소득이 더 많으면 메디케어 약품 보험에 비용을 더 많이 지급할 수 있습니다. 소득이 일정 한도(2022년: 개인 신고의 경우 \$91,000 또는 결혼하여 공동 신고하는 경우 \$182,000)를 초과하는 경우 플랜 보험료 (때때로 "파트 IRMAA"라고도 함)에 추가 금액을 내시게 됩니다. 또한 약품 보장이 포함된 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입되어 있는 경우에도 이 추가 금액을 내해야 합니다. 이것은 모든 사람에게 영향을 미치지 않으므로 대체로 추가 금액을 지불할 필요가 없습니다.

일반적으로 추가 금액은 사회보장연금 지급액 또는 RRB 지급액에서 공제됩니다. 메디케어 또는 RRB에서 귀하의 사회보장연금 지급액 또는 RRB 지급액에서 추가 금액을 공제하는 대신 청구하는 경우 귀하는 귀하의 플랜이 아닌 메디케어 또는 RRB에 추가 금액을 내셔야 합니다. 추가 금액을 내시지 않으면 메디케어 약품보험 (파트 D)을 상실하실 수 있습니다. 다른 플랜에 즉시 가입하지 못할 수도 있으며, 약품 보장이 있는 한 지연 가입 가산금을 납부해야 할 수도 있습니다.

가입자의 고용주나 다른 제3자(예: 퇴직 시스템)가 플랜 보험료를 내더라도 파트 D IRMAA 지급액은 별도로 내게 됩니다.

추가 금액을 내야 하지만 이에 동의하지 않는 경우(예: 사정 변경으로 인해 소득이 낮아짐), ssa.gov를 참조하거나 사회보장국에 1-800-772-1213번으로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-800-325-0778로 전화하십시오.

연간 공제액

이것은 귀하의 플랜이 귀하의 보장 약품에 대한 분담금을 지급하기 시작하기 전에 귀하께서 내셔야 하는 금액입니다. 일부 플랜에는 **공제액**이 없습니다. 공제액이 있는 일부 플랜에서는 일부 등급의 약이 공제액보다 먼저 보장됩니다.

공동 부담금 또는 공동 보험비용

이것은 공제액(플랜에 공제액이 있는 경우) 이후에 보장되는 약품에 대해 귀하께서 부담하는 금액입니다. 가입자는 자신의 부담금을 내고 플랜은 보장 약품에 대한 부담금을 지급합니다. 가입자가 **공동보험비**를 지급하는 경우, 이 금액은 약품 플랜과 제조업체가 연중 언제든지 청구 금액을 변경할 수 있기 때문에 다를 수 있습니다. 귀하가 부담하시는 금액은 귀하의 약품에 할당된 계층 수준에 따라서도 달라집니다. 85페이지 참조.

가입자와 가입자의 플랜이 합산하여 약품에 \$4,660를 지출하면(공제액 포함), 본인 부담 지출이 \$7,400가 될 때까지 처방약 비용의 25% 이하를 내게 됩니다.

재난적 보장

본인 부담금 지출이 \$7,400에 도달하면 자동으로 “재난적 보장”을 받게 됩니다. 대부분의 경우, 귀하는 해당 연도의 나머지 기간 동안 보장되는 약품 비용의 5% 이하를 내게 됩니다.

주: 귀하가 **부가 지원**을 받으시는 경우, 이러한 비용 중 일부는 발생하지 않습니다. 91-92페이지 참조.

중요!

웹사이트 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare)를 참조하여 특정 메디케어 약품 플랜 및 **메디케어 어드밴티지 플랜** 비용을 확인하고 관심 있는 플랜에 전화하여 자세한 내용을 확인하십시오. 플랜 비용을 비교하는 데 도움이 필요하다면 주립 건강 보험 보조원 프로그램(SHIP)에 문의하십시오. 지역 SHIP 전화번호는 115-118페이지를 확인하십시오. 신뢰할 수 있는 대리인이나 중개인의 도움을 받을 수도 있습니다.

메디케어 약품 보험(파트 D) 지연 가입 가산금이 무엇입니까?

지연 가입 가산금은 메디케어 약품 보장(파트 D) **보험료**에 영구적으로 추가되는 금액입니다. 최초 가입 기간이 끝난 후 언제든지 메디케어 약품 보장 또는 기타 **신뢰할 수 있는 처방약 보장** 혜택이 없는 기간이 연속 63일 이상인 경우 지연 가입 가산금이 부과될 수 있습니다. 일반적으로 메디케어 약품 보험을 가지고 계신 한, 이 가산금을 내셔야 합니다.

주: 부가 지원을 받을 경우 지연 가입 가산금을 내지 않습니다.

가산금을 내지 않는 3가지 방법이 있습니다.

- 1. 처음 자격이 되었을 때 메디케어 약품 보장(파트 D)에 가입하십시오.** 지금 약을 복용하지 않더라도 가산금을 피하기 위해 별도의 메디케어 약품 플랜 또는 약품 보장이 있는 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하는 것을 고려하셔야 합니다. 월 보험료가 거의 또는 전혀 없이 귀하의 필요에 맞는 플랜을 찾을 수 있습니다. 10-14페이지를 참조하여 선택 사항에 대해 더 자세히 알아보십시오.
- 2. 다른 신뢰할 수 있는 보장을 상실한 경우 메디케어 약품 보장(파트 D)을 추가하십시오.** 신뢰할 만한 처방약 보장에는 현재 또는 이전 고용주나 노동 조합, TRICARE, 미국 원주민 건강 서비스, 재향 군인회, 또는 개인 건강 보험의 약품 보장이 포함될 수 있습니다. 귀하의 플랜은 귀하의 비 메디케어 약품보험이 신뢰할 수 있는 보험장인지 여부를 매년 귀하에게 알려야 합니다. 메디케어 약품보험 또는 기타 신뢰할 만한 처방약 보험 없이 연속 63일 이상 경과한다면, 나중에 메디케어 약품보험에 가입할 경우 가산금을 내야 할 수도 있습니다.
- 3. 다른 신뢰할 만한 약품 보장이 있었던 기간을 기록으로 남기고 플랜에서 이에 대해 물으면 해당 기간을 알리십시오.** 이전의 신뢰할 만한 처방약 보험에 대해 플랜에 알리지 않는 경우 메디케어 약품 보장이 있는 한 가산금을 내야 할 수도 있습니다.

지각 가입 가산금으로 얼마를 더 내야 하나요?

지각 가입 가산금액은 **신뢰할 만한 처방약 보험** 없이 얼마나 지났는지에 따라 달라집니다. 현재, 지연 가입 가산금은 “전국 기본 수혜자 보험료”(2022년의 경우 \$33.37)의 1%에 메디케어 약품 보장(파트 D)에 가입할 자격이 있었으나 가입하지 않고 다른 신뢰할 수 있는 처방약 보장 없이 지낸 전체 비보장 개월 수를 곱하여 계산합니다. 최종 금액은 \$0.1에 최대한 가깝게 반올림되어 귀하의 월 **보험료**에 가산됩니다. “국가 기본수급자 보험료”는 매년 증가할 수 있으므로, 가산금도 매년 늘어날 수 있습니다. 메디케어 약품 보장에 가입하면 플랜은 가입자에게 가산금이 있는지 여부와 보험료가 얼마인지 알려줄 것입니다.

예:

Martinez 여사는 현재 메디케어 자격이 있으며 초기 가입 기간이 2018년 5월 31일 목요일에 종료되었습니다. 여사님께는 다른 출처의 처방약 보장이 없습니다. 여사님은 2018년 5월 31일 목요일까지 가입하지 않고 대신 2020년 12월 7일 월요일에 종료되는 공개 가입 기간에 가입했습니다. 그녀의 약품 보장은 2021년 1월 1일 금요일부터 효력이 생겼습니다.

2021

Martinez 여사는 2018년 6월부터 2020년 12월까지 신뢰할 만한 처방약 보험이 없었기 때문에 2021년 그녀의 가산금은 \$33.06(2021년 국가 기본수급자 보험료)의 31%(1개월마다 1%씩 31개월) 또는 \$10.25였습니다. 월별 가산금은 항상 가장 가까운 \$0.10 단위로 반올림되므로 그녀는 플랜의 월 보험료에 매월 \$10.30를 더 냈습니다.

계산은 다음과 같습니다.

.31 (31% 가산금) × \$33.06 (2021년 기본수급자 보험료) = \$10.25

\$10.25 가장 가까운 \$0.10 단위로 반올림 = \$10.30

\$10.30 = 2021년 Mrs. Martinez의 월별 지연 가입 가산금

2022

2022년이 되어 메디케어는 2022년 기본수급자 보험료(\$33.37)를 사용하여 Martinez 부인의 가산금을 다시 계산했습니다. 따라서 2022년에는 Mrs. Martinez의 새로운 월별 가산금이 \$33.37의 31% 또는 매월 \$10.34입니다. 월별 가산금은 항상 가장 가까운 \$0.10 단위로 반올림되므로 그녀는 여전히 플랜의 월 보험료에 매월 \$10.30를 더 냈습니다.

계산은 다음과 같습니다.

.31 (31% 가산금) × \$33.37 (2022년 기본수급자 보험료) = \$10.34

\$10.34 가장 가까운 \$0.10 단위로 반올림 = \$10.30

\$10.30 = 2022년 Mrs. Martinez의 월별 지연 가입 가산금

지각 가입 가산금에 동의하지 않으면 어떻게 하나요?

가입하신 메디케어 약품 플랜 또는 약품보험이 있는 **메디케어 어드밴티지 플랜**에서 지각 가입 가산금을 납부해야 한다는 내용의 서신을 보내드립니다. 가산금에 동의하지 않을 경우 검토를 요청하실 수 있습니다(일반적으로 서신에 기재된 날짜로부터 60일 이내에). 서신에 기재된 일시까지 서신과 함께 받은 “재검토 요청 양식”을 작성하십시오. 이전의 신뢰할 만한 처방약 보장에 대한 정보와 함께 귀하의 사례를 뒷받침하는 증거자료를 제출할 수 있습니다. 도움이 필요하면 플랜에 전화하십시오.

어떤 약이 보장되니까?

모든 플랜은 암 치료 또는 후천성면역결핍증후군(HIV/AIDS)과 같은 특정 “보호 등급”에 속하는 대부분의 약을 포함하여 메디케어 가입자가 복용하는 처방약을 광범위하게 보장해야 합니다. 플랜의 보장 약품 목록에 대한 정보 “**처방집**”) 는 각 플랜마다 고유한 처방집이 있기 때문에 이 핸드북에 포함되어 있지 않습니다. 플랜은 메디케어에서 정한 지침을 따르는 경우 약품 목록 일부를 연중 변경할 수 있습니다. 귀하의 플랜은 약물 요법이 변경되거나, 신약이 출시되거나, 새로운 의료 정보가 제공됨에 따라 약물 목록을 연중 변경할 수 있습니다. 플랜 **공동보험비**는 제조업체가 가격을 인상할 때 특정 브랜드 약품 또는 일반 약품에 대해 인상시킬 수 있습니다. 가입자의 **공동 부담금** 또는 공동보험비는 플랜에서 브랜드 약품의 복제약을 제공하기 시작했지만 가입자가 브랜드 약품을 계속 복용하는 경우 인상될 수 있습니다.

메디케어 약품 보장은 일반적으로 약품을 처방집에 “등급”이라고 하는 다양한 수준으로 분류합니다. 각 계층 별로 약품 비용이 다릅니다. 예를 들어, 하위 계층의 약품은 일반적으로 상위 계층의 약품보다 비용이 적게 듭니다. 귀하의 건강 상태에 따라 약품이 보장되는지 알아보려면 플랜에 확인하십시오. 플랜은 어떤 상태에 대해 약을 보장할 수 있지만 다른 상태에 대해서는 보장하지 않을 수 있습니다.

내 약품이 더 높은 계층에 있으면 어떻게 됩니까?

어떤 경우에는, 귀하의 약이 상위 계층이고 처방자(의사 또는 처방전을 작성할 수 있는 법적 권한이 있는 기타 의료 제공자)가 하위 계층의 유사한 약 대신 해당 약이 필요하다고 생각하는 경우 귀하 또는 귀하의 처방자는 상위 계층의 약물에 대해 더 낮은 공동보험비 또는 공동 부담금을 부과하도록 귀하의 플랜에 예외를 요청할 수 있습니다. 예외에 관한 추가 정보는, 100페이지를 참고하십시오.

플랜은 언제든지 처방집을 변경할 수 있습니다. 귀하의 플랜은 귀하가 복용하는 약에 영향을 미치는 처방집 변경 사항을 통지할 수 있습니다.

주: 메디케어 약품 보장(파트 D)에는 오피오이드 사용 장애를 치료하는 부프레노르핀과 같은 약품이 포함됩니다. 또한 통증에 처방되는 경우에 메타돈과 같은 약품을 보장합니다. 그러나 메디케어 파트 A는 병원 입원 환자의 오피오이드 사용 장애 치료에 사용할 때 메타돈을 보장하고 파트 B는 가입자가 이제 오피오이드 치료 프로그램을 통해 메타돈을 받을 때 메타돈을 보장합니다.

플랜의 현재 처방집에 대해 문의하거나 플랜 웹사이트에 접속하십시오. 웹사이트 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare)를 참조하거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하십시오.

중요!

매달 처방약을 조제받으면 플랜에서 “혜택 설명” 통지서를 발송합니다. 통지서를 검토하고 오류가 있는지 확인하십시오. 질문이 있거나 오류를 발견하면 플랜에 문의하십시오. 사기가 의심되는 경우 1-877-7SAFERX (1-877-772-3379)로 메디케어 약품 무결성 계약자에게 전화하십시오 106페이지 참조.

플랜에는 특정 약품에 대한 보장 원칙이 있을 수 있습니다.

- 사전 승인:** 귀하 및/또는 귀하의 처방자는 귀하께서 특정 처방을 조제받기 전에 귀하의 플랜에 연락해야 합니다. 귀하가 해당 약물을 플랜으로 보장받으려면 귀하의 처방자가 그 약물이 **의학적으로 필요하다**는 것을 증명해야 할 수도 있습니다.

또한, 플랜은 승인된 특정 의학적 상태에 대해서 의약품을 보장할 때만 사전 승인을 사용할 수 있습니다. 이러한 상황이 발생하면 플랜은 해당 약품으로 치료하도록 승인된 다른 의학적 상태에 대한 보장 약품 목록s (**처방집**)에 대체 약품을 포함할 가능성이 큽니다.
- 수량 제한:** 한 번에 얻을 수 있는 약의 수량에 대한 제한.
- 단계 요법:** 플랜이 처방된 약을 보장하기 전에 하나 이상의 유사하고 저렴한 약을 시도해야 할 수도 있습니다.
- 약국에서 약품 안전 점검:** 약국에서 처방전을 조제하기 전에 가입자의 플랜과 약국은 약물 상호 작용 및 잘못된 복용량 확인과 같은 추가 안전 검사를 수행합니다. 이러한 안전 점검에는 또한 오피오이드 진통제 양이 안전하지 않은 가능성을 확인하고, 오피오이드에 대한 첫 번째 처방의 일수와 벤조디아제핀(불안 및 수면에 일반적으로 사용됨)과 오피오이드를 동시에 사용하는 것을 제한하는 것이 해당됩니다. 오피오이드 진통제(옥시코돈 및 하이드로코돈 등)는 특정 유형의 통증에 도움이 될 수 있지만 위험과 부작용(중독, 과다 복용, 사망 등)이 있습니다. 이는 벤조디아제핀, 항경련제, 가바펜틴, 근육 이완제, 특정 항우울제 및 수면 문제 약물과 같은 특정 다른 약물과 함께 오피오이드를 복용할 때 증가할 수 있습니다. 위험이나 부작용에 대한 질문이 있는 경우 의사나 약사에게 문의하십시오.
- 약품 관리 프로그램:** 메디케어 약품 보장에는 이러한 오피오이드 및 벤조디아제핀을 안전하게 사용하는 데 도움이 되는 프로그램이 있습니다. 예를 들어, 여러 의사나 약국에서 오피오이드 처방을 받는 등 오피오이드 사용이 안전하지 않을 수 있거나 최근에 오피오이드를 과다복용한 경우 플랜에서 이를 처방한 의사에게 연락하여 의학적으로 필요하고, 적절하게 사용하고 있는지 확인합니다.

귀하의 플랜에서 처방된 오피오이드 및 벤조디아제핀 사용이 안전하지 않을 수 있다고 결정하는 경우, 플랜에서 사전에 귀하에게 서신을 보낼 것입니다. 이 서신은 플랜이 귀하를 위해 이러한 약의 보장을 제한하는지 또는 귀하가 선택한 한 명의 의사 또는 약국에서만 이러한 약에 대한 처방전을 받아야 하는지 여부를 알려줍니다. 가입자와 담당 의사가 플랜의 결정에 동의하지 않는 경우 이러한 제한 사항에 대해 이의를 신청할 권리가 있습니다 (99페이지 참조). 이 서신에는 질문이 있거나 이의를 신청하고 싶은 경우 플랜에 연락하는 방법도 있습니다.

가입자가 암에 걸렸거나, 겸상 적혈구 질환이 있거나, 완화 치료 또는 임종 치료를 받고 있거나, 호스피스에 있거나, 장기 요양 시설에 계신 경우 **약국 및 약물 관리 프로그램의 오피오이드 안전성 검토는 일반적으로 적용되지 않습니다.**

귀하 또는 귀하의 처방자가 귀하의 플랜이 이러한 보장 규칙 중 하나를 포기해야 한다고 생각하는 경우, 귀하는 예외를 요청할 수 있습니다. 100페이지 참조.

오피오이드를 처방받은 경우 중요한 조언:

- 오피오이드 약물은 통증 관리의 중요한 부분이 될 수 있지만 오용 시 심각한 건강 위험을 초래할 수도 있습니다.
- 메디케어는 귀하에게서 오피오이드 과다 복용의 영향을 신속하게 역전시켜야 할 필요가 있는 경우 의사가 안전 조치로 처방할 수 있는 약물인 날록손을 보장합니다. 집에서 사용하는 날록손에 대해 의사와 상의하십시오.
- 오피오이드 복용량과 복용 기간은 의사와 상담하십시오. 귀하와 귀하의 의사는 나중에 처방을 모두 복용할 필요가 없다고 결정할 수 있습니다.
- 비마약성 약물 및 장치, 물리 치료, 요통에 대한 침술, 개인 및 그룹 심리치료, 행동 건강 통합 서비스 등과 같이 통증을 치료하기 위해 메디케어가 보장하는 다른 옵션을 의사와 상의하십시오.
- 처방된 것보다 더 많은 오피오이드를 복용하면 안 됩니다. 또한 복용하고 있는 다른 진통제에 대해 의사와 상의하십시오.
- 지역사회 약물 회수 프로그램 또는 약국 우편 회수 프로그램을 통해 사용하지 않은 처방 오피오이드를 안전하게 보관하고 폐기하십시오.

안전하고 효과적인 통증 관리 및 오피오이드 사용에 대한 자세한 내용은 웹사이트 [Medicare.gov/coverage/pain-management](https://www.medicare.gov/coverage/pain-management)를 참조하시거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하십시오.

자동 처방약 리필을 우편으로 받나요?

메디케어 가입자 중 일부는 처방약이 떨어지기 전에 자동으로 배달하는 “자동 리필” 서비스를 통해 약을 받습니다. 약품 플랜은 리필을 보내기 전에 여전히 처방전이 필요한지 확인하기 위해 자발적인 자동 배송 프로그램을 제공할 수 있습니다. 자세한 정보는 귀하의 플랜에 문의하십시오.

약품 치료 관리 프로그램

메디케어 약품 보장(파트 D)이 있는 플랜은 가입자가 특정 요건을 충족하거나 약물 관리 프로그램을 이용하는 경우 오피오이드 처방약을 무료로 안전하게 사용할 수 있도록 약물 치료 관리 서비스를 제공해야 합니다. 자격이 된다면, 약물을 안전하게 관리하고 복용하는 방법을 이해하는 데 도움이 되는 이러한 서비스를 받을 수 있습니다. 약물 치료 관리 서비스에는 일반적으로 약사 또는 의료 서비스 제공자와의 논의를 통한 약품 검토가 포함됩니다. 플랜별로 해당 서비스가 각기 다를 수 있습니다.

구체적인 세부 사항과 약물 치료 관리 프로그램에 대한 자격이 있는지 확인하려면 플랜에 문의하십시오. 또는 웹사이트 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare)에서 건강 및 약품 플랜을 찾고 비교해보십시오.

파트 D 시니어 절약 모델

특히 인슐린에 대하여 추가 혜택을 제공하는 메디케어 약품보증을 받을 수 있습니다. 파트 D 시니어 절약 모델은 모든 메디케어 가입자에게 제공됩니다. 이 모델에 참여하는 플랜은 한 달 분량에 대해 최대 \$35의 **공동부담금**으로 여러 유형의 인슐린을 포함하는 보증을 선택하실 수 있도록 제안합니다. (메디케어 약품 보장의 재난적 단계에서는 최대 공동 부담금 \$35가 적용되지 않습니다.)

주: 인슐린에 대한 \$35 공동 부담금은 **부가 지원**을 이미 받고 있는 경우에는 적용되지 않습니다. 부가 지원을 전부 받고 있다면 인슐린에 대한 공동 부담금은 \$35 미만입니다. 2023년에 일부 부가 지원을 받는 경우, 지불하는 금액은 공동 부담금 \$35보다 높거나 낮을 수 있습니다.

서로 다른 보험과 프로그램이 어떤 방식으로 메디케어 약품보험 (파트 D)과 연동합니까?

메디케이드

메디케어와 전 범위 **메디케이드**가 있으신 경우, 메디케어가 가입자의 처방약을 보장합니다.

메디케이드는 여전히 메디케어에서 보장하지 않는 일부 의약품 보장합니다.

주: 귀하가 메디케어와 메디케이드를 가지고 계시면 자동으로 부가 지원을 받을 자격이 됩니다. 92페이지 참조.

고용주 또는 조합이 제공하는 보장

귀하, 귀하의 배우자 또는 다른 가족 구성원의 현재 또는 이전 고용주나 조합이 제공하는 건강 보험입니다. 현재 또는 이전 고용을 기반으로 한 약품 보험이 있는 경우 고용주나 조합은 매년 귀하에게 해당 약품 보장이 신뢰할 만하지 알려줄 것입니다. **얻은 정보를 보관하십시오.** 보증을 변경하기 전에 급여 관리자에게 자세한 정보를 문의하십시오.

주: 메디케어 의약품 보장을 받는 경우 귀하, 귀하의 배우자 또는 피부양자는 고용주 또는 조합의 건강 보험을 상실할 수 있습니다.

코브라(COBRA, 통합 유니버스 예산 조정법)

고용이 종료된 후 또는 해당 직원의 피부양자로서의 보험을 상실한 후 고용주 또는 노동조합의 건강 보험을 일시적으로 유지하도록 허용할 수 있는 연방법입니다. COBRA 보장 대신 또는 추가로 파트 B를 선택해야 하는 이유가 있을 수 있습니다(18페이지 참조). 그러나, COBRA를 선택하고 이에 **신뢰할 수 있는 처방약 보장**이 포함된 경우, COBRA 보장이 종료될 때 가산금 없이 메디케어 약품 보장(파트 D)에 가입할 수 있는 특별 가입 기간을 얻을 수 있습니다.

COBRA를 선택하는 것이 귀하에게 적합한지 알아보려면 주 건강 보험 지원 프로그램 (SHIP)과 상의하십시오. 지역 SHIP 전화번호는 115-118페이지를 확인하십시오. 메디케어 및 COBRA에 관해 질문이 있는 경우 혜택 조정 및 회복 센터에 1-855-798-2627로 문의하십시오. TTY 사용자는 1-855-797-2627로 전화하십시오. 신뢰할 수 있는 대리인이나 중개인의 도움을 받을 수도 있습니다.

약품 보장이 포함된 메디케어 보충보험(메디갭)

메디갭 보험은 더 이상 약품 보장과 함께 판매할 수 없지만, 약품 보장이 포함된 구 메디갭 보험에 가입되어 있다면 이를 유지할 수 있습니다. 메디갭 약품보험은 대부분 신뢰할 수 없으므로 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입할 수 있으며 나중에 약품 플랜에 가입하면 더 많은 비용을 부담할 수 있습니다 83페이지 참조.

메디갭과 메디케어 약품 플랜 모두로부터 의약품을 보장받을 수는 없습니다. 별도의 메디갭 의약품 플랜에 가입하는 경우, 메디갭 보험 회사에 알려 약품 보장을 제거하고 **보험료**를 조정할 수 있습니다. 더 많은 정보를 원하시면 귀하의 보험회사에 문의하십시오.

주: 플랜으로부터 받은 **신뢰할 만한 처방약 보장** 정보를 보관해 두십시오. 나중에 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입하기로 한 경우 필요할 수 있습니다. 신뢰할 만한 보장 서신이나 증명서를 메디케어로 보내지 마십시오.

서로 다른 정부 보험이 어떤 방식으로 메디케어 약품보험 (파트 D)과 연동합니까?

아래 나열된 보험 유형은 모두 신뢰할 만한 처방약 보험으로 간주합니다. 대부분의 경우 이 보험이 있는 경우 유지하는 것이 귀하에게 유리합니다.

연방 정부 직원 건강 혜택 프로그램(FEHB)

이것은 현직 및 퇴직한 연방 직원과 적용 대상 가족을 위한 건강 보험입니다. 이러한 플랜에는 일반적으로 신뢰할 만한 처방약 보험이 포함되므로 메디케어 약품보험 (파트 D)을 가질 필요가 없습니다. 그러나 메디케어 약품 보장을 받기로 한 경우 FEHB 플랜을 유지할 수 있으며 대부분의 경우 메디케어가 먼저 지급합니다. 자세한 내용은 웹사이트 [opm.gov/healthcare-insurance/healthcare](https://www.opm.gov/healthcare-insurance/healthcare)를 참조하시거나 인사 관리실에 1-888-767-6738로 문의하십시오. TTY 사용자는 1-800-877-8339로 전화하십시오. 현직 연방 직원인 경우 급여 담당자에게 문의하십시오. 혜택 담당자 목록은 apps.opm.gov/abo를 확인하십시오. 질문이 있는 경우 플랜에 전화할 수도 있습니다.

재향 군인 혜택

참전 용사와 미군에서 복무한 사람들을 위한 건강 보험입니다. 미국 재향군인회(VA) 프로그램을 통해 약품을 보장받을 수 있습니다. 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입할 수는 있지만, 가입할 경우 동일한 의약품에 대해 두 가지 유형의 보장을 동시에 사용할 수 없습니다. 더 자세한 내용은 [va.gov](https://www.va.gov)를 참조하시거나 VA에 1-800-827-1000으로 전화하여 문의하십시오. TTY 사용자는 771로 전화하십시오.

CHAMPVA(참전용사 군인보험)

이것은 미국 재향군인회가 메디케어가 있는 자격 대상자와 보장되는 의료 서비스 및 용품 비용을 부담하는 포괄적 의료 프로그램입니다. 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입할 수 있지만 가입하면 유지 약을 무료로 (**보험료, 공제액** 그리고 **공동 부담금** 없이)받을 수 있는 메드 바이 메일(Meds by Mail) 프로그램을 사용할 수 없습니다. 자세한 내용은 웹사이트 va.gov/communitycare/programs/dependents/champva를 참조하거나 CHAMPVA에 1-800-733-8387로 문의하십시오.

TRICARE(군인 의료 혜택)

현역 군인, 퇴역 군인 및 그 가족을 위한 건강관리 프로그램입니다. **파트 A 자격이 있고 TRICARE가 있는 대부분의 사람들이 TRICARE 약품 혜택을 유지하려면 파트 B 또한 있어야 합니다.** TRICARE가 있다면 메디케어 약품보험에 별도로 가입할 필요가 없습니다. 그럼에도 불구하고 가입하면 메디케어 약품 플랜이 먼저 지급하고 TRICARE가 두 번째로 지급합니다.

약품 보장이 포함된 **메디케어 어드밴티지 플랜**에 가입하면, 가입자의 메디케어 어드밴티지 플랜 네트워크 약국이 TRICARE 네트워크 약국이기도 한 경우, 가입자의 메디케어 어드밴티지 플랜 및 TRICARE가 약품 보장을 통해 혜택을 조정할 수 있습니다. 그렇지 않으면 본인이 직접 청구서를 제출하여 본인 부담 비용을 환급받을 수 있습니다. 더 자세한 내용은 tricare.mil을 참조하시거나 TRICARE 약품 프로그램에 1-877-363-1303으로 전화하여 문의하십시오. TTY 사용자는 1-877-540-6261로 전화하십시오.

미국 원주민 건강서비스(Indian Health Service, IHS)

IHS는 아메리칸 인디언/알래스카 원주민 메디케어 인구의 1차 의료 제공자입니다. 부족, 도시 및 연방에서 운영하는 IHS 건강 프로그램으로 구성된 미국 원주민 건강관리 시스템으로 병원, 진료소 및 기타 기관의 네트워크를 통해 일부 임상 및 예방적 건강 서비스를 제공합니다. 많은 미국 원주민 의료 시설이 메디케어 약품 프로그램(파트 D)에 참여하고 있습니다. 미국 원주민 의료 시설을 통해 처방 약품을 받는 경우 계속해서 무료로 받을 수 있으며 보장이 중단되지 않습니다. 메디케어 약품 플랜 또는 약품을 보장하는 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하면 플랜이 가입자의 처방 약품 비용을 미국 원주민 의료 시설에 지급하기 때문에 미국 원주민 의료 시설에 도움이 될 수 있습니다. 귀하의 필요에 적합한 플랜을 선택하고 메디케어가 미국 원주민 보건의료체계와 어떻게 작동하는지 알려줄 수 있는 현지 미국 원주민 의료 혜택 조정관과 상담하십시오.

주: IHS나 부족 의료 시설 또는 프로그램을 통해 비용을 청구하지 않고 치료를 받고 있는 경우, 치료의 일부 또는 전체를 계속 그렇게 받을 수 있습니다. 메디케어를 받는 것은 IHS 및 부족 의료 시설을 통해 서비스를 받는 데 영향을 미치지 않습니다.

제 7 절

건강관리 비용 및 약품 비용 지급에 도움받기

메디케어 약품 비용 지급에 부가 지원받기

귀하의 소득과 자원이 제한적이시라면, 건강관리 및 약품 보험 비용을 지급하는데 도움받을 자격이 될 수도 있습니다.

부가 지원은 소득과 자원이 제한된 사람들이 메디케어 약품 비용을 지급하도록 돕는 프로그램입니다. 2023년 연간 소득과 자원이 다음 한도 미만인 경우 부가 지원을 받을 자격이 될 수 있습니다.

| | 연수입 | 기타 자원 |
|----------------------|-------------|-------------|
| 독신자 | \$20,385 미만 | \$15,510 미만 |
| 배우자와 다른 부양가족이 없는 기혼자 | \$27,465 미만 | \$30,950 미만 |

소득이 더 많더라도(여전히 일하고 있거나 알래스카 또는 하와이에 거주 또는 부양 가족과 함께 살고있는 경우) 자격이 될 수 있습니다. 자원에는 당좌예금 또는 저축예금, 주식, 채권, 뮤추얼 펀드, 개인연금계좌(IRA)에 있는 자금이 포함됩니다. 자원에는 집, 자동차, 가정 용품, 매장지, 최대 \$1,500의 매장 비용(1인당) 또는 생명 보험 증권은 포함되지 **않습니다**.

부가 지원을 받을 자격이 있고 별도의 메디케어 약품 플랜 또는 메디케어 약품보장(파트 D)이 포함된 **메디케어 어드밴티지 플랜**에 가입하셨다면 다음과 같은 적용을 받습니다

- 약품 보장 비용 지급에 도움을 받습니다.
- 지각 가입 가산금을 내지 않습니다.

주: 푸에르토리코, 미국령 버진 아일랜드, 괌, 북마리아나 제도 또는 아메리칸 사모아에서는 부가 지원을 이용할 수 없습니다. 해당 지역에서 사용할 수 있는 프로그램에 대한 정보는 96페이지를 확인하십시오.



비용과 보장내용: 메디케어에 가입한 사람들은 대개 연중 특정 시간에만 약품 보증을 변경할 수 있습니다. **메디케이드**가 있거나 **부가 지원**을 받고 있는 경우, 다음 각 기간에 한 번씩 보증을 변경할 수 있습니다.

- 1월~3월
- 4월~6월
- 7월~9월

변경하면 다음 달 1일부터 적용됩니다. 10월~12월에는 해당 특별 가입 기간을 이용할 수 없습니다. 그러나 메디케어에 가입한 모든 사람이 10월 15일부터 12월 7일까지 보증을 변경할 수 있습니다. 변경 사항은 1월 1일부터 적용됩니다.

귀하께 메디케어가 있고 다음 조건 중 어떤 것이라도 충족하시면 자동으로 부가 지원에 대한 자격이 됩니다.

- 메디케이드 전범위 보장이 있을 것.
- 파트 B **보험료**를 내는 데 주 메디케이드 프로그램의 지원을 받을 것(메디케어 절약 프로그램에서). 94-96페이지 참조.
- 생활비보조금(Supplemental Security Income, SSI) 혜택을 받고 있을 것.

귀하는 메디케어로부터 자동으로 부가 지원을 받을 자격이 있음을 알려주는 자주색 서신을 우편으로 받을 것입니다. 기록용으로 보관하십시오. 이 서신을 받으면 부가 지원을 신청할 필요가 없습니다.

- 아직 메디케어 약품보험(파트 D)이 없을 경우, 이 부가 지원을 사용하려면 약품보험에 가입해야 합니다.
- 약품 보험이 없을 경우, 메디케어는 귀하를 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입하여 귀하가 부가 지원을 이용할 수 있게 할 수 있습니다. 메디케어가 가입자를 플랜에 가입시키면 가입자는 보장이 시작되는 시기를 알려주는 노란색 또는 녹색 서신을 받게 되며, 가입된 메디케어와 다른 플랜에 가입하고 싶은 경우 변경할 수 있는 특별 가입 기간이 주어집니다.
- 다양한 플랜이 다양한 약을 보장합니다. 귀하께서 가입하신 플랜이 귀하가 사용하는 약을 보장하는지, 원하는 약국에 갈 수 있는지 확인하십시오. 웹사이트 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare)를 참조하거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화해 해당 지역의 다른 플랜과 가입하신 플랜을 비교하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하십시오.
- 메디케이드를 가지고 있고, 특정 기관(요양원 등)에 거주하거나 가정 및 지역사회 기반 서비스를 받고 있는 경우, 귀하는 보장되는 약품 비용으로 아무것도 지불하지 않습니다.

별도의 메디케어 약품 플랜에 가입하고 싶지 않은 경우 (예를 들어, 고용주 또는 노동 조합 보장만 원할 경우), 서신에 기재된 플랜 또는 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하십시오. 메디케어 약품 플랜에 가입하고 싶지 않다고 (“탈퇴”하고 싶다고) 말씀하십시오. 계속해서 **부가 지원**을 받을 자격이 되거나 귀하의 고용주 또는 노동 조합 보장이 **신뢰할 만한 처방약 보험**이라면 나중에 가입하더라도 가산금을 내지 않아도 됩니다.

중요! 고용주 또는 조합 보험이 있고 메디케어 약품보험(파트 D)에 가입한 경우 부가 지원 자격이 있더라도 고용주 또는 조합 보험(귀하와 피부양자에 대한)을 상실할 수 있습니다. 메디케어 약품 보험에 가입하기 전에 고용주의 급여 관리자에게 전화하십시오.

2023년 적격한 사람의 약품 비용은 일반적으로 각 복제약당 \$4.15, 각 브랜드 약당 \$10.35를 넘지 않습니다. 발송된 부가 지원 서신을 보거나 플랜에 연락하여 정확한 비용을 알아보십시오.

부가 지원 자격이 자동으로 부여되지 않을 경우, 언제든지 신청할 수 있습니다.

- 온라인 신청을 하시려면 secure.ssa.gov/i1020/start를 방문하십시오.
- 1-800-772-1213로 사회 보장국에 문의하십시오. TTY 사용자는 1-800-325-0778로 전화하십시오.

주: 부가 지원을 신청할 때, 메디케어 절약 프로그램(MSP) 신청 절차도 시작할 수 있습니다. 이러한 주정부 프로그램은 다른 메디케어 비용을 내는 데 도움을 드립니다. 부가 지원 신청서에 거부 의사를 밝히지 않는 한 사회보장국은 MSP 신청에 착수하기 위해 가입자의 주(州)에 정보를 보냅니다.

부가 지원(Extra Help)에 대한 질문의 답변을 얻고 약품 보험 선택에 도움을 받으려면 주 건강 보험 지원 프로그램(SHIP)에 문의하십시오. 지역 SHIP 전화번호는 115-118페이지를 확인하십시오. 1-800-MEDICARE에 전화하실 수도 있습니다.

메디케어 건강관리 비용을 지불하는 데 도움이 필요하면 어떻게 합니까?

메디케어 절약 프로그램(Medicare Savings Programs)

소득과 자원이 제한적인 경우, 일정한 조건이 되면 메디케어 비용을 지급하는 데 있어서 주로부터 도움을 받을 수 있습니다.

다음과 같이 네 가지 종류의 메디케어 절약 프로그램이 있습니다.

1. **적격 메디케어 수급자(QMB) 프로그램:** 자격이 있는 경우 QMB 프로그램은 파트 A 및/또는 파트 B **보험료** 지급을 지원합니다. 또한 메디케어 제공자는 메디케어가 보장하는 서비스 및 항목에 대하여 비용에 **공제액**, **공동보험비**, 그리고 **공동 부담금**을 포함하여 청구할 수 없습니다. 이러한 비용 청구서를 받으면 제공자나 수급업자에게 귀하가 QMB 프로그램에 속해 있으며 메디케어 공제액, 공동보험비 및 공동 부담금을 청구할 수 없음을 알리십시오. 메디케어가 보장하는 서비스 및 항목에 대한 청구서를 이미 변제했다면 환불받을 권리가 있습니다. **메디케어 어드밴티지 플랜**에 가입되어 있는 경우, 플랜에도 연락하여 요금 부과를 중지하도록 요청해야 합니다. 경우에 따라, **메디케이드**를 통해 소액의 공동 부담금이 청구될 수 있습니다(해당될 경우).

주: 서비스 제공자가 귀하의 QMB 프로그램 참여를 알 수 있도록 진료를 받을 때마다 메디케어와 메디케이드 모두 또는 QMB 카드를 제시하십시오. 오리지널 메디케어에 가입되어 있다면, 제공자에게 "메디케어 요약 통지"(MSN) 사본을 낼 수도 있습니다. 귀하의 MSN으로 귀하가 QMB 프로그램에 참여하고 있는 것을 알 수 있고 요금이 청구되지 않습니다. MSN을 전자적 형태로 받으시려면, 언제라도 웹사이트 Medicare.gov에서 보안 메디케어 계정에 로그인(또는 생성)하십시오. 제공자가 청구를 중단하지 않을 경우, 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 연락하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048을 사용하실 수 있습니다. 또한 귀하가 QMB 프로그램에 참여하고 있음을 확인할 수 있습니다.

2. **지정 저소득 메디케어 수급자(SLMB) 프로그램:** 파트 B 보험료만 지원합니다.
3. **적격 개인(QI) 프로그램:** 파트 B 보험료만 지원합니다. 신청서는 선착순으로 승인됩니다.
4. **적격 장애인 및 근로자 개인(QDWI) 프로그램:** 파트 A 보험료만 지원합니다. 장애가 있으면서 일을 하시고 있고, 다시 일을 하게 되면서 사회보장 장애인 급여 및 보험료무상 파트 A를 잃으신 경우, 이 프로그램을 받을 자격이 될 수 있습니다.

QMB, SLMB 또는 QI 프로그램에 자격이 되실 경우, 메디케어 약품보험(파트 D)을 지급해 드리는 **부가 지원(Extra Help)**을 자동적으로 받을 수 있습니다. 91-93페이지 참조.

중요!

이러한 프로그램들의 명칭과 운영되는 방법은 주마다 다를 수 있습니다. 메디케어 절약 프로그램은 푸에르토리코와 미국령 버진아일랜드에서는 제공되지 않습니다.

어떻게 자격을 갖추니까?

대부분의 경우 메디케어 절약 프로그램 자격을 얻으려면 소득과 자산이 특정 한도 미만이어야 합니다.

주마다 소득과 자원을 계산하는 한도와 방법이 다르므로 자격이 있는지 확인하려면 주 의료 지원 (**메디케이드**)사무소에 문의하십시오.

추가 정보

메디케어 절약 프로그램에 대한 정보를 얻으려면 관할 주의 메디케이드 사무국에 문의하거나 [Medicaid.gov](https://www.Medicaid.gov)를 참조하십시오. 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화해 해당 주의 메디케이드 사무국 전화번호를 확인하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하십시오.

메디케이드

메디케이드는 소득과 (일부 경우) 자원이 제한되어 있고 다른 요건을 충족하는 경우 의료비를 지급을 지원하기 위해 연방정부와 주정부가 함께하는 프로그램입니다. 일부 사람들은 메디케어와 메디케이드를 모두 받을 자격이 있습니다.

메디케이드는 무엇을 보장합니까?

- 메디케이드 전체 보장을 가지고 계신 경우, 대부분의 건강관리 비용은 보장될 가능성이 큼니다. 오리지널 메디케어나 **메디케어 어드밴티지 플랜**을 통해 메디케어 보장을 받으실 수 있습니다.
- 메디케어와 전범위 메디케이드가 있으신 경우, 메디케어가 귀하의 처방약을 보장합니다. 가입자는 메디케어 약품 비용을 지급하는 **부가 지원** 자동으로 받을 자격이 됩니다 (91페이지 참조). 메디케이드는 여전히 메디케어에서 보장하지 않는 일부 의약품 보장합니다.
- 전범위 메디케이드 보험 가입자는, 요양원 간호, 개인 간호, 의료 서비스 기관까지의 교통편, 가정 및 지역사회 기반 서비스, 가정 배달 식사, 치과, 안과, 청력 서비스 등과 같이 메디케어가 부담하지 않거나 부분적으로만 부담하는 서비스에 대한 보장을 받을 수 있습니다.

어떻게 자격을 갖추니까?

- 메디케이드 프로그램은 주마다 다릅니다. 그 이름 또한 “메디컬 어시스턴스 (Medical Assistance)” 또는 “메디-컬(Medi-Cal)”과 같이 다를 수 있습니다.
- 각 주별로 소득 및 자원 요구 사항이 다릅니다.
- 자세한 내용은 관할 주의 메디케이드 사무소에 연락해 자격 여부를 알아보십시오. 전화번호는 웹사이트 [Medicare.gov/talk-to-someone](https://www.Medicare.gov/talk-to-someone)을 참조하거나 1-800-MEDICARE로 문의하십시오.

메디케어-메디케이드 플랜

메디케어는 일부 주 및 건강 플랜과 협력하여 메디케어와 메디케이드가 모두 있는 특정 사람들에게 **시범** 플랜을 제공하고 그들이 필요한 서비스를 더 쉽게 받을 수 있게 합니다. 이를 메디케어-메디케이드 플랜이라고 합니다. 이러한 플랜에는 약품 보장이 포함되며 특정 주에서만 제공됩니다. 메디케어-메디케이드 플랜 가입에 관심이 있으시면 웹사이트 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare)에서 해당 지역의 이용 가능성을 확인하십시오.

주 약국 지원 프로그램

S많은 주에는 재정적 필요, 연령 또는 의학적 상태에 따라 처방약 비용을 지급하는 데 도움을 드리는 주 약국 지원 프로그램이 있습니다. 귀하의 주에 주 약국 지원 프로그램이 있는지 그리고 어떻게 작동하는지 알아보려면 주립 건강 보험 보조 프로그램(SHIP)에 문의하십시오. 지역 SHIP 전화번호는, 115-118페이지를 확인하십시오. 웹사이트 [Medicare.gov/pharmaceutical-assistance-program/#state-programs](https://www.Medicare.gov/pharmaceutical-assistance-program/#state-programs)를 참조하실 수도 있습니다.

제약 지원 프로그램(환자 지원 프로그램이라고도 함)

많은 주요 의약품 제조업체가 특정 요구 사항을 충족하는 메디케어 약품보험(파트 D)이 있는 사람들을 위해 지원 프로그램을 제공합니다. 웹사이트 [Medicare.gov/pharmaceutical-assistance-program](https://www.Medicare.gov/pharmaceutical-assistance-program)에서 약품 지원 프로그램에 대해 자세히 알아보십시오.

노인을 위한 포괄적 영양 프로그램(PACE)

PACE는 많은 주에서 제공하는 메디케어 및 **메디케이드** 프로그램으로, 프로그램이 없었더라면 영양원 수준의 관리가 필요했을 사람들이 덕분에 지역사회에 남을 수 있습니다. 74페이지 참조.

생활비보조금(Supplemental Security Income, SSI) 혜택

SSI는 시각장애인으로서는 65세 이상이거나 장애가 있는, 소득과 자원이 제한적인 사람들에게 사회보장국이 현금 급여를 제공하는 프로그램입니다. 이러한 혜택이 사회보장 퇴직급여와 같은 것은 아닙니다. 제한된 근로 이력, 저임금 근로 이력 또는 이 둘로 인해 사회 보장 급여가 SSI 급여 금액보다 적은 경우 SSI와 사회 보장 급여를 동시에 받을 수 있습니다. SSI 수혜 자격이 있는 경우, 자동으로 **부가 지원**을 받을 자격이 되고 일반적으로 메디케이드 자격이 됩니다.

웹사이트 [ssabest.benefits.gov](https://www.ssabest.benefits.gov)에서 "혜택자격 선별도구(Benefit Eligibility Screening Tool)"를 이용해 SSI나 다른 혜택을 받을 자격이 되는지 여부를 확인할 수 있습니다. 사회 보장국(Social Security)에 1-800-772-1213으로 문의하거나, 계신 곳의 사회 보장국 사무소에 연락하여 더 자세한 정보를 구하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-800-325-0778로 전화하십시오.

주: 푸에르토리코, 미국령 버진아일랜드, 괌, 또는 미국령 사모아섬에 사는 사람은 SSI를 받을 수 없습니다

미국 영토에 거주하는 사람을 위한 프로그램

푸에르토리코, 미국령 버진 아일랜드, 괌, 북마리아나 제도 및 아메리칸 사모아에는 소득과 자원이 제한된 사람들이 메디케어 비용을 낼 수 있도록 돕는 프로그램이 있습니다. 해당 영역의 프로그램은 다양합니다. 자세한 사항은 관할 주 의료 지원(메디케이드) 사무소에 문의하십시오. 전화번호를 찾으시려면 웹사이트 [Medicare.gov/talk-to-someone](https://www.Medicare.gov/talk-to-someone)을 참조하거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 문의하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하십시오.

제8절

가입자의 메디케어 권리 및 보호

나의 메디케어 권리는 무엇입니까?

메디케어에 가입한 모든 사람은 특정 권리가 있고 보호를 받습니다. 귀하께는 다음과 같은 권리가 있습니다.

- 항상, 예의, 존엄, 존경으로 대우받을 권리.
- 차별로부터 보호받을 권리.
- 개인 및 건강 정보를 비공개로 유지할 권리.
- 메디케어, 건강관리 제공자, 상황에 따라서는 계약자로부터 자신이 이해할 수 있는 형식과 언어로 정보를 받을 권리.
- 자신이 이해할 수 있는 명확한 언어로 치료 선택에 대해 알고, 치료 결정에 참여할 권리.
- 귀하가 이해하는 언어로 메디케어 정보 및 의료 서비스를 받을 권리.
- 점자 또는 큰 활자와 같은 접근 가능한 형식으로 메디케어 정보를 얻을 권리 123 페이지의.

주: 영어 이외의 언어나 접근 가능한 형식으로 된 플랜 정보가 필요한 경우 플랜에 문의하십시오.

- 메디케어에 관련되는 질문에 답변을 받을 권리.
- **의료적으로 필요한** 서비스에 대해 의사, 전문의, 병원에 접근할 수 있는 권리.
- 응급 상황에서 메디케어가 보장하는 서비스를 받을 권리.
- 건강관리 비용, 품목 및 서비스의 보장, 또는 약품 보장에 대한 결정을 받을 권리. 귀하 또는 귀하의 제공자가 청구서를 제출하면 귀하는 보장 대상과 보장 대상이 아닌 항목을 알려주는 통지를 받게 됩니다. 이 통지서는 다음 중 한 곳으로부터 오게 됩니다.
 - 메디케어
 - **메디케어 어드밴티지 플랜**(파트 C) 또는 기타 **메디케어 건강보험**
 - 메디케어 약품 플랜

청구 결정에 동의하지 않는 경우 이의를 신청할 권리가 있습니다.

- 건강관리비 지급, 품목 및 서비스 보장, 또는 약품 보장에 대한 특정 결정에 대해 심의(이의신청)를 요청할 권리.
- 요양 품질에 대한 불만을 포함하여, 불만(때로는 "고충"이라고 함)을 제기할 권리.

- 메디케어 제공자로부터 받는 진료 및 기타 서비스의 질에 대해 우려 사항이 있는 경우 불만을 제기할 수 있습니다.
- 말기 신장 질환(ESRD) 네트워크와 주 조사 기관은 투석 또는 신장 이식 치료에 대한 불만(고충)을 해결하기 위해 협력합니다.

불만 사항에 대한 자세한 내용은 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)를 참조하거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 문의하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하십시오.

제 플랜이 Medicare 참여를 중단하는 경우 저는 어떤 권리가 있습니까?

메디케어 건강 및 약품 플랜은 다음 해에 메디케어에 참여하지 않기로 할 수 있습니다. 이러한 경우 플랜에 따른 보장은 12월 31일 이후에 종료됩니다. 귀하의 플랜이 귀하의 옵션을 설명하는 서신을 보낼 것입니다. 이 경우 다음과 같이 됩니다.

- 가입자는 10월 15일부터 12월 7일까지 다른 플랜을 선택할 수 있습니다. 귀하의 보장은 7월 1일에 시작됩니다.
- 가입자는 또한 **2월 28일까지 다른 메디케어 플랜에 가입할 특별한 권리가 있습니다.**
- 플랜 보장이 종료된 후 63일 이내에 특정 **메디갭** 보험을 구매할 권리가 있을 수 있습니다.

이의신청이란 무엇입니까?

이의신청은 메디케어 또는 메디케어 플랜의 보장 또는 지급 결정에 동의하지 않는 경우 할 수 있는 조치입니다. 예를 들어, 또는 귀하의 플랜이 다음을 거부하는 경우 이의를 신청할 수 있습니다.

- 메디케어가 보장해야 한다고 생각하는 의료 서비스, 용품, 품목 또는 약품에 대한 요청.
- 귀하가 이미 받은 의료 서비스, 공급품, 품목 또는 약품에 대한 지급 요청.
- 의료 서비스, 용품, 품목 또는 약품에 대해 귀하가 지급해야 하는 금액 변경 요청.

다음의 경우에도 이의를 신청할 수 있습니다.

- 메디케어 또는 귀하의 플랜이 귀하에게 여전히 필요하다고 생각하는 의료 서비스, 용품, 품목 또는 약품의 전부 또는 일부에 대한 제공 또는 지급을 중단하는 경우.
- 오피오이드 및 벤조디아제핀과 같이 남용이 잦은 약품 보장에 대한 접근을 제한하는 약물 관리 프로그램에 따라 위험에 처하여 내려진 결정. 86페이지 참조.

이의를 신청하기로 결정한 경우 담당 의사, 공급업체 또는 기타 의료 제공자에게 귀하의 사례에 도움이 될 수 있는 정보를 요청할 수 있습니다. 이것은 당신의 이의신청을 더 강력하게 만들 것입니다. 메디케어 또는 귀하의 플랜에 보내는 내용을 포함하여 이의신청과 관련된 모든 것의 사본을 보관하십시오.

이의신청은 어떻게 합니까?

이의신청 방법은 귀하가 가지고 있는 메디케어 보장 유형에 따라 다릅니다.

오리지널 메디케어를 가지고 있는 경우

- 귀하가 이의를 신청하는 품목 또는 서비스가 표시된 “메디케어 요약 통지”(MSN)를 받으십시오. MSN에 관한 추가 정보는 59페이지를 확인하십시오
- 귀하가 동의하지 않는 MSN 항목에 동그라미를 치십시오. 결정에 동의하지 않는 이유를 서면으로 설명합니다. MSN에 작성하거나 별도의 종이에 작성하여 MSN에 첨부할 수 있습니다.
- MSN에 귀하의 이름, 전화번호 및 메디케어 번호를 기재하십시오. 기록을 위해 사본을 보관하십시오.
- MSN에 나열된 메디케어(메디케어 행정계약자) 청구서를 처리하는 회사에 MSN 또는 사본을 보내십시오. 의료 서비스 제공자로부터 받은 정보와 같이 이의신청에 대한 정보를 모두 포함할 수 있습니다. 또는 CMS 양식 20027을 사용할 수 있습니다. 이 양식을 검토하거나 인쇄하려면 웹사이트 [CMS.gov/cmsforms/downloads/cms20027.pdf](https://www.cms.gov/cmsforms/downloads/cms20027.pdf)를 확인하거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화해 사본을 우편으로 받으십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하십시오.
- MSN에 쓰여진 날짜까지 이의를 신청해야 합니다. 이의신청 기한을 놓친 경우에도 이의를 신청하고 기한을 놓친 정당한 이유를 제시할 수 있으면 결정을 받을 수 있습니다.
- 일반적으로 메디케어 행정계약자가 귀하의 요청을 받은 후 60일 이내에 결정을 받게 됩니다. 메디케어가 품목 또는 서비스를 보장할 경우 다음 MSN 목록에 기재될 것입니다.
- 병원이나 기타 시설에서 제공하는 메디케어 서비스가 너무 빨리 종료된다고 생각되는 경우 신속하게 이의를 신청할 권리가 있습니다. 100페이지 참조.

메디케어 어드밴티지 플랜 또는 기타 메디케어 건강 플랜을 보유하고 있는 경우

이의신청 기간이 오리지널 메디케어와 다를 수 있습니다. 자세한 내용은 플랜이 보내드리는 자료를 보시거나, 플랜에 문의하시거나, 웹사이트 [Medicare.gov/claims-appeals/how-do-i-file-an-appeal](https://www.Medicare.gov/claims-appeals/how-do-i-file-an-appeal)을 확인하십시오

경우에 따라 신속하게 이의를 신청할 수 있습니다. 플랜에서 보낸 자료 및 100페이지 참조.

별도의 메디케어 약품 플랜이 있는 경우

귀하는 다음 모든 내용에 따라 행동할 권리가 있습니다(특정 약품을 구매하기 전에도 가능).

- 귀하의 메디케어 약품 플랜에서 약품 보장 결정(“보장 판단”이라고 함)에 대한 설명을 서면으로 받으십시오, 보장 지정은 메디케어 의약품 플랜(약국이 아님)이 귀하의 혜택에 대해 내리는 첫 번째 결정입니다. 이것은 귀하의 약이 보장되는지, 약을 보장하기 위한 플랜의 요건을 충족하는지 또는 약에 대해 지급하는 금액에 대한 결정이 될 수 있습니다. 귀하의 플랜에 귀하의 약을 보장하기 위한 규정에 예외를 적용하도록 요청하는 경우에도 보장 판단 결정을 받게 됩니다.
- 귀하 또는 귀하의 처방자(의사 또는 처방전을 작성할 수 있는 법적 권한이 있는 기타 의료 제공자)가 플랜의 보장 약품 목록 (**처방집**)에 없는 약이 필요하다고 생각하는 경우 예외를 요청하십시오.

- 귀하 또는 귀하의 처방자가 귀하의 플랜이 보장 규칙(사전 승인과 같은)을 포기해야 한다고 생각하는 경우 예외를 요청하십시오.
- 귀하 또는 귀하의 처방자가 동일한 상태에 대해 더 낮은 계층의 약을 복용할 수 없다고 믿기 때문에 더 높은 계층의 약에 대해 더 적은 비용을 지급해야 한다고 생각하는 경우 예외를 요청하십시오.

보장 판단이나 예외를 어떻게 요청합니까?

귀하 또는 귀하의 처방자가 보장 판단 또는 예외를 요청하려면 귀하의 플랜에 연락해야 합니다. 네트워크 약국에서 처방약을 조제할 수 없는 경우 약사는 귀하가 요청할 수 있도록 메디케어 약품 플랜에 연락하는 방법을 설명하는 통지서를 제공할 것입니다. 약사가 이 통지서를 주지 않으면 사본을 요청하십시오.

아직 받지 못한 처방약을 요청하는 경우, 가입자 또는 가입자의 처방자는 전화나 서면으로 표준 요청 또는 신속(빠른) 요청을 할 수 있습니다. 이미 구매한 처방약에 대한 환급을 요청하는 경우 플랜은 귀하 또는 귀하의 처방자가 표준 요청을 서면으로 하도록 요구할 수 있습니다.

귀하 또는 귀하의 처방자는 긴급하게(빠르게) 요청하기 위해 전화하거나 계획서를 작성할 수 있습니다. 귀하가 처방전을 받지 않았고 귀하의 플랜이 결정하거나 귀하의 처방자가 귀하의 플랜에 기다리면 귀하의 생명이나 건강이 위험할 수 있다고 하면 귀하의 요청이 신속하게 처리될 것입니다.

중요! 귀하가 예외를 요청하는 경우 처방자는 귀하의 플랜이 예외를 승인해야 하는 의학적 이유를 설명하는 진술을 제공해야 합니다.

내가 받는 서비스가 너무 빨리 종료된다고 생각하는 경우 나에게 어떤 권리가 있나요?

병원, **전문 간호 시설**, 가정 건강 기관, 종합 외래 환자 재활 시설 또는 호스피스에서 메디케어 서비스를 받고 있는데 메디케어 보장 서비스가 너무 빨리 종료된다고 생각하는 경우(또는 너무 빨리 퇴원된다고 생각하는 경우), 빠른 이의신청("즉시 이의신청" 또는 "신속 이의신청"이라고도 함)을 요청할 수 있습니다. 서비스 제공자가 서비스 종료 전에, 빠른 이의신청을 요청하는 방법을 설명하는 "메디케어 비보장에 대한 통지"를 보내드릴 것입니다. 이 통지서를 주의 깊게 읽어야 합니다. 이 통지서를 받지 못한 경우 서비스 제공자에게 요청하십시오. 빠른 이의신청을 통해 독립 검토자가 귀하의 보장 서비스를 계속할지 여부를 결정할 것입니다. 이의신청에 도움이 필요하면 수급자 및 가족 중심 치료 품질 개선 기관에 연락할 수 있습니다 113페이지 참조.

빠른 이의신청은 서비스 종료 결정에만 적용됩니다. 서비스를 종료하기로 한 후 받았을 수 있는 품목이나 서비스에 대해 별도의 이의신청 절차를 시작해야 할 수도 있습니다. 웹사이트 [Medicare.gov/publications](https://www.medicare.gov/publications)에서 "메디케어 이의신청" 안내책자를 참조하십시오.

이의신청에 대하여 도움을 받으려면 어떻게 해야 합니까?

귀하를 도와줄 대리인을 지정할 수 있습니다. 가족 구성원, 친구, 대변자, 변호사, 재정 조연자, 의사 또는 귀하를 대신할 다른 사람이 대리인이 될 수 있습니다. 더 자세한 정보는 웹사이트 [Medicare.gov/claims-appeals/file-an-appeal/can-someone-file-an-appeal-for-me](https://www.medicare.gov/claims-appeals/file-an-appeal/can-someone-file-an-appeal-for-me)를 확인하십시오. 이의신청에 귀하의 주립 건강보험 보조 프로그램(SHIP)으로부터 도움을 받을 수도 있습니다. 지역 SHIP 전화번호는 115-118페이지를 확인하십시오.

“비급여에 대한 사전 수혜자 통지”(Advance Beneficiary Notice of Non-coverage, ABN)란 무엇인가요?

오리지널 메디케어가 있는 경우, 담당의, 기타 의료 서비스 제공자 또는 공급자는 가입자가 받게 될 항목이나 서비스에 대해 메디케어가 비용을 지불하지 않을 것이라고 판단하는 경우 가입자에게 서면 통지를 제공할 수 있습니다. 이러한 통지를 “비급여에 대한 사전 수혜자 통지” 또는 ABN이라고 합니다. ABN에는 담당의나 의료 서비스 제공자가 메디케어에서 비용을 지불하지 않을 것으로 예상하는 항목 또는 서비스, 해당 항목 및 서비스에 대한 예상 비용 및 메디케어에서 비용을 지불하지 않을 수 있는 사유가 명시됩니다.

내가 ABN을 받으면 어떻게 됩니까?

- 귀하는 통지서에 나열된 품목 또는 서비스를 받을지 선택하라는 요청을 받습니다.
- 통지서에 나열된 품목 또는 서비스를 받기로 하면 메디케어에서 지급하지 않는 경우 비용을 부담하는 데 동의하는 것입니다.
- 귀하는 이를 읽고 이해했다고 통지서에 서명해야 합니다.
- 의사, 기타 의료 제공자 및 공급자는 메디케어가 보장하지 않는 서비스에 대해 통지할 필요는 없습니다(그러나 여전히 통지할 수 있음) 55페이지 참조.
- ABN은 메디케어의 공식 보장 거부가 아닙니다. 메디케어가 지급을 거부하는 경우에도 문제의 항목 또는 서비스가 표시된 “메디케어 요약 통지”(MSN)를 받은 후에는 이의를 신청할 수 있습니다. 그러나 메디케어가 해당 항목 또는 서비스가 보장되지 않는다고 결정한 경우(다른 보험사가 지급에 대해 책임을 지지 않음) 귀하가 해당 품목 또는 서비스에 대해 비용을 부담해야 합니다.

다른 이유로 ABN을 받을 수 있습니까?

- 시설에서 메디케어가 귀하의 체류 또는 기타 항목 및 서비스를 더는 보장하지 않는다고 판단하면 “전문 간호 시설 ABN”을 받을 수 있습니다.
- DMEPOS 경쟁 입찰 프로그램에 포함된 기성품으로서의 등 또는 무릎 보호대를 받고, 공급자가 계약 공급자가 아니라면, 비급여에 대한 사전 수혜자 고지(ABN)를 받을 수 있습니다. 자세한 내용은 [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)에서 “경쟁 입찰 프로그램 영역 및 항목(Competitive Bidding Program areas & items)”를 확인하십시오.

ABN을 받지 못했다면 어떻게 합니까?

귀하의 제공자가 귀하에게 이 통지를 제공해야 했지만 제공하지 않은 경우, 대부분의 경우 귀하의 제공자는 귀하가 품목 또는 서비스에 대해 지급한 금액을 귀하에게 환불해야 합니다.

ABN에 대한 자세한 정보는 어디에서 얻을 수 있나요?

웹사이트 [Medicare.gov/basics/your-medicare-rights/your-protections](https://www.Medicare.gov/basics/your-medicare-rights/your-protections)에서 다양한 ABN 유형과 ABN을 받았을 때 해야 할 일에 대해 자세히 알아보십시오.

주: 메디케어 어드밴티지 플랜이 있는 경우, 가입자는 플랜이 특정 서비스, 약품 또는 공급품을 보장하는지 미리 문의할 권리가 있습니다. 플랜에 연락하여 사전 서비스 단체 결정을 요청하고 제출하십시오. 플랜의 응답에는 이의신청을 원하는 경우 적시에 신청하라는 지침이 포함됩니다. 또한 플랜 지시 치료를 받을 수도 있습니다. 이것은 플랜 제공자가 사전에 단체 결정을 받지 않고 서비스 또는 네트워크 외부의 제공자에게 귀하를 의뢰하는 경우입니다. 65페이지 참조.

개인 건강 정보에 접근할 권리

법에 따라 가입자 또는 가입자의 법적 대리인은 일반적으로 가입자를 치료하고 가입자의 치료에 대해 메디케어에 청구하는 의료 서비스 제공자로부터 가입자의 개인 건강 정보를 조회 및/또는 사본을 보유할 권리가 있습니다. 또한 가입자는 일반적으로 메디케어를 비롯하여 가입자의 치료 비용을 지불하는 건강 플랜으로부터 해당 정보를 얻을 권리가 있습니다.

이러한 유형의 개인 건강 정보에는 다음이 포함됩니다.

- 청구 및 청구 기록
- 메디케어를 포함하는 건강 플랜 가입과 관련된 정보
- 의료 및 케이스 관리 기록
- 의사 또는 건강 플랜이 가입자에 관한 결정을 내리는 데 사용하는 기타 기록

일반적으로 정보는 종이를 통해서나 전자적으로 얻을 수 있습니다. 제공자 또는 플랜이 가입자의 정보를 전자적으로 저장하면 가입자가 요청하는 경우 일반적으로 가입자에게 전자 사본을 제공해야 합니다. 가입자에게는 적시에 정보를 얻을 권리가 있지만 답변을 받는 데 최대 30일이 소요될 수 있습니다. 가입자의 정보가 전자적 형태라면 가입자가 선택한 제3자에게 정보를 보내도록 요청할 수도 있습니다. 제3자는 다음이 될 수 있습니다.

- 가입자를 치료하는 의료 서비스 제공자
- 가족 구성원
- 연구원

가입자는 정보 사본을 요청하고 수수료를 지불하려면 양식을 작성해야 할 수도 있습니다. 이 수수료는 일반적으로 다음의 총 비용을 초과할 수 없습니다.

- 요청된 정보를 복사하는 노동비
- 사본 작성을 위한 용품
- 우편 요금(의료 서비스 제공자에게 사본의 우편 송부를 요청하는 경우)

대부분의 경우 전자 포털을 통해 정보를 열람, 검색, 다운로드, 발송하는 데는 비용이 청구되지 않습니다.

더 자세한 정보는 웹사이트 hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers를 확인하십시오.

건강 기록을 입수하고 사용하는 데 도움이 필요한 경우 미국 보건 사회복지부(HHS)의 국가 조정관(ONC)실에서 만든 "건강 기록 가져오기 및 사용에 대한 안내서"가 있습니다. 이 안내서로 귀하의 건강 기록을 얻는 과정에 도움을 받고 귀하의 기록이 정확하고 완전한지 확인하여 건강 관리에서 최고의 효과를 누릴 수 있는 방법을 알 수 있습니다. 웹사이트 healthit.gov/how-to-get-your-health-record에서 안내서를 살펴보세요.

메디케어는 내 개인 정보를 어떻게 사용합니까?

메디케어는 귀하의 사적인 건강 정보를 보호합니다. 다음 두 페이지에서 메디케어가 귀하의 정보를 사용 및 제공하는 방법과 귀하가 이 정보를 얻을 수 있는 방법을 설명합니다.

오리지널 메디케어의 개인 정보 보호 관행 고지

이 통지문에서 귀하에 관한 의료 정보를 사용하고 공개할 방법과 귀하가 이 정보에 접근할 방법을 설명합니다. 잘 검토해 주십시오.

메디케어는 법에 따라 귀하의 개인 의료 정보를 보호해야 합니다. 또한 이 통지를 제공하여 귀하에 대한 개인 의료 정보를 사용 및 공유("공개")할 방법도 알려야 합니다.

당사는 귀하의 정보를 다음을 대상으로 제공해야 합니다.

- 귀하, 귀하가 지명한 사람("지정") 또는 귀하를 대리할 법적 권리가 있는 사람(귀하의 개인 대리인)
- 필요한 경우 보건복지부 장관
- 그 밖에 법이 요구하는 사람

저희는 귀하의 건강 관리 비용을 지급하고 메디케어를 운영하는 데 귀하의 정보를 사용하고 제공할 권리가 있습니다. 예:

- 메디케어 행정계약자는 귀하의 정보를 사용하여 귀하의 청구액을 지급하거나 거부하고 귀하의 **보험료**를 징수하며, 귀하의 급여 지급액을 다른 보험사(들)와 공유하거나 "메디케어 요약통지"를 준비합니다.
- 당사는 가입자에게 고객 서비스를 제공하고, 불만 사항을 해결하고, 연구 연구에 대해 연락하고, 양질의 진료를 받을 수 있도록 하기 위해 가입자의 정보를 사용할 수 있습니다.

당사는 다음과 같은 제한된 상황에서 귀하의 정보를 사용하거나 공유할 수 있습니다.

- 메디케어 데이터를 받을 법적 권리가 있는 주 기관 및 기타 연방 기관 (메디케어가 지급을 적절하게 하고 있는지를 확인하고, 연방/주 **메디케이드** 프로그램을 지원하는 등)
- 공중 보건 활동(질병 발생 보고 등)
- 정부 의료 감독 활동(사기 및 남용 조사 등)
- 사법 및 행정 절차(법원 명령에 응답 등)
- 법 집행 목적(실종자를 찾기 위해 제한된 정보 제공 등)
- 모든 개인 정보 보호법 요구 사항을 충족하는 조사 연구(질병 또는 장애 예방 연구)
- 건강이나 안전에 대한 심각하고 임박한 위협 회피
- 신규 또는 변경된 메디케어 혜택에 대한 연락
- 아무도 추적할 수 없는 정보 모음 생성
- **책임의료기관(ACO)** 참여와 같은, 진료 조정 및 품질 개선 목적을 위해 의료 서비스 제공자 및 그 직원에게 고지

건강 제품 또는 서비스("마케팅")에 관한 정보를 제공하기 위해 귀하의 정보를 판매하거나 사용 및 공유하지 않습니다. 이 통지에서 설명하지 않은 목적으로 귀하의 정보를 사용하거나 공유하려면 귀하의 서면 허가("승인")가 있어야 합니다.

귀하가 허가했기 때문에 이미 정보를 공유한 경우를 제외하고 귀하는 언제든지 귀하의 서면 허가를 철회("취소")할 수 있습니다.

귀하께는 다음과 같은 권리가 있습니다.

- 귀하에 관한 정보를 확인하고 사본을 받을 권리.
- 정보가 잘못되었거나 불완전하다고 생각되면 변경하도록 하고 당사가 동의하도록 할 권리. 당사가 동의하지 않는 경우 귀하는 귀하의 정보에 비동의 진술을 추가할 수 있습니다.
- 당사로부터 귀하의 정보를 받는 사람들의 목록을 받을 권리 목록에는 당사가 귀하, 귀하의 개인 대리인 또는 법 집행 기관에 제공한 정보 또는 귀하의 치료 또는 운영 비용을 지급하는 데 사용한 정보는 포함되지 않습니다.
- 다른 방식 또는 다른 장소(예: 집 주소 대신 사서함으로 자료 보내기)를 통해 귀하와 통신하도록 요청할 권리.
- 당사가 귀하의 정보를 사용하는 방법과 청구 비용을 지급하고 메디케어를 운영하기 위해 정보를 제공하는 방법을 제한하도록 요청할 권리. 귀하의 요청에 동의하지 못할 수 있습니다.
- 귀하의 사적인 정보에 관한 위험 가능성을 알려주는 서신("위반 통지")을 받을 권리.
- 이 통지서의 별도 종이 사본을 받으십시오.
- 개인 정보 보호 고지에 관해 고객 서비스 담당자에게 문의하십시오. 전화: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY 사용자는 1-877-486-2048을 이용하실 수 있습니다.

귀하의 개인정보 보호 권리가 침해되었다고 생각되면 다음 주소로 개인정보 침해 신고를 접수할 수 있습니다.

- 메디케어 및 메디케이드 서비스 센터 (CMS). 웹사이트 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)를 확인하거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 문의하십시오.
- 미 보건복지부(HHS), 민권 사무소(OCR). 웹사이트 [hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint](https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint)를 확인하십시오.

불만을 제기해도 메디케어에 따라 보장받는 데는 영향을 미치지 않습니다.

법에 따라 우리는 이 통지의 조건을 준수해야 합니다. 당사에는 귀하의 정보를 사용하거나 공유하는 방식을 변경할 권리가 있습니다. 변경 사항이 있는 경우 변경 후 60일 이내에 통지서를 보내드립니다.

오리지널 메디케어에 관한 개인 정보 보호 관행 고지는 2013년 9월 23일에 발효되었습니다.

신원 도용으로부터 자신을 보호하려면 어떻게 해야 하나요?

신원 도용은 누군가가 사기 또는 기타 범죄를 저지르기 위해 귀하의 동의 없이 귀하의 개인 정보를 사용할 때 발생합니다. 개인 정보에는 귀하의 이름, 사회 보장 번호, 메디케어 번호, 신용 카드 번호 또는 은행 계좌 번호, 온라인 메디케어 계정의 사용자 이름 및 비밀번호 등이 포함됩니다. 카드를 잘 간수하고 메디케어 번호와 사회 보장 번호를 보호하십시오. **이 정보를 안전하게 보관하십시오.**

메디케어 번호와 같은 개인 정보는 의사, 보험회사(그리고, 면허가 있는 대리인이나 중개인), 또는 귀하를 대신하는 플랜 또는 귀하의 주 건강 보험 보조 프로그램(SHIP)과 같이 메디케어와 협력하는 지역사회의 신뢰할 만한 사람들에게만 제공하십시오. 요청하지 않았는데 전화, 이메일 또는 대면으로 연락해 오는 사람과 메디케어 번호 또는 기타 개인 정보를 공유하지 마십시오. 메디케어, 또는 **메디케어 플랜**을 대리하는 사람은 다음과 같은 한정된 상황에서만 귀하에게 전화할 것입니다.

- 메디케어 플랜은 귀하가 이미 플랜의 가입자인 경우에 귀하에게 전화할 수 있습니다. 가입을 도와준 상담원이 전화할 수도 있습니다.
- 귀하께서 메시지를 남겼거나 담당자가 다시 전화할 것이라고 말한 경우 고객 서비스 담당자가 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)를 사용하여 전화할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하십시오.
- 의심되는 사기에 대해 보고한 경우 메디케어 담당자로부터 조사에 대한 후속 조치를 요청하는 전화를 받으실 수 있습니다.

신원 도용이 의심되거나 개인정보를 제공해서는 안 되는 사람에게 개인정보를 제공한 것 같다면 연방거래위원회(Federal Trade Commission) ID 도용 핫라인에 1-877-438-4338로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-866-653-4261로 전화하십시오. 또한 identitytheft.gov에서 신원 도용에 대해 자세히 알아보고 유용한 자원을 찾을 수 있습니다.

사기 및 의료 신원 도용으로부터 자신을 보호하려면 어떻게 해야 하나요?

의료 신원 도용은 누군가가 귀하의 동의 없이 귀하의 개인 정보(예: 이름, 사회 보장 번호 또는 메디케어 번호)를 도용하거나 사용하여 메디케어 및 기타 건강 보험 회사에 사기로 보험금을 청구하는 것입니다. 의료 서비스를 받을 때 날짜를 달력에 기록하고 의료 제공자로부터 받은 영수증과 명세서를 저장하여 실수를 확인하십시오. 오류가 있거나 제공자가 받지 못한 서비스에 대해 비용을 청구하는 경우 다음 단계에 따라 청구된 내용을 확인하십시오.

- 오리지널 메디케어가 있는 경우 “메디케어 요약 통지”(MSN)를 확인하여 서비스가 메디케어에 청구되었는지 확인하십시오. 귀하께서 **메디케어 건강 플랜**에 가입하셨다면, 플랜에서 얻은 명세서를 확인하십시오.
- 오리지널 메디케어가 있다면 웹사이트 Medicare.gov에서 온라인으로 메디케어 보안 계정에 로그인(또는 생성)하여 귀하의 메디케어 청구를 살펴보십시오. 귀하의 청구는 일반적으로 처리 후 24시간 이내에 온라인으로 확인할 수 있습니다. 메디케어의 블루 버튼을 사용하여 청구 정보를 다운로드할 수도 있습니다. 109페이지 참조. 1-800-MEDICARE에 전화하실 수도 있습니다.
- 의료 제공자 또는 공급자를 알고 있는 경우 전화로 항목별 명세서를 요청하십시오. 그들은 이것을 30일 이내에 당신에게 교부해야 합니다.

서비스 제공자에게 연락했고 받지 않은 서비스나 소모품에 대해 Medicare 에 비용이 청구되고 있다고 의심되는 경우 또는 청구의 제공자를 모르는 경우 1-800-MEDICARE로 전화하십시오.

메디케어 번호가 부정 사용된 것으로 생각되면 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 로 전화할 수도 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하십시오.

메디케어 사기와 관련된 자세한 정보는 웹사이트 Medicare.gov를 참조하시거나 지역 시니어 메디케어 순찰 프로그램에 문의하십시오. 웹사이트 smpresource.org를 방문하거나 1-877-808-2468로 전화해 시니어 순찰 프로그램에 대해 자세히 알아보고 관할 주에서 지원을 찾아보십시오.

플랜은 마케팅 규정을 준수해야 합니다

메디케어 플랜과 대리인은 계획을 마케팅하고 가입 정보를 얻을 때 특정 규칙을 따라야 합니다. 이미 해당 플랜의 회원이 아닌 이상 전화나 이메일을 통해 신용 카드 또는 은행 정보를 요청할 수 없습니다. 플랜이 견적을 제공하는 데는 개인 정보가 필요하지 않습니다. 메디케어 플랜은 귀하가 전화를 걸어 가입을 요청하거나 귀하께서 자신에게 연락할 수 있는 권한을 부여하지 않는 한 전화로 귀하를 플랜에 가입시킬 수 없습니다.

중요! 1-800-MEDICARE 에 전화하여 다음과 같은 플랜이나 대리인을 보고하십시오.

- 전화나 이메일로 개인정보를 요청함
- 전화로 플랜에 가입시키려고 함
- 불시 방문
- 잘못된 정보를 사용하여 귀하를 호도함

사기가 의심되는 1-877-7SAFERX(1-877-772-3379)로 메디케어 약품 무결성 계약자 (MEDIC)에게 전화하실 수도 있습니다. MEDIC은 **메디케어 어드밴티지 플랜** 및 메디케어 약품 플랜의 사기, 낭비 및 남용에 맞서 싸우고 있습니다.

사기와의 전쟁은 가치 있습니다

사기 방지를 돕고 특정 조건을 충족하면 보상을 받을 수 있습니다. 자세한 정보는 Medicare.gov를 참조하거나 1-800-MEDICARE로 문의하십시오.

사기 수사에는 시간이 걸립니다

모든 팁이 중요합니다. 메디케어는 의심되는 사기에 대한 보고를 모두 진지하게 받아들입니다. 사기를 신고하면 즉시 결과를 듣지 못할 수도 있습니다. 귀하의 보고서를 조사하고 사례를 작성하는 데 시간이 걸리지만 귀하의 정보가 메디케어를 보호하는 데 도움이 되니 안심하십시오.

메디케어 수혜자 옴부즈맨은 누구인가요?

메디케어 수혜자 옴부즈맨은 가입자와 가입자의 대리인이 궁금한 사항과 불만 사항을 처리할 수 있도록 도움을 드리고 메디케어 정보를 이용할 수 있도록 해 드립니다. 또한 가입자는 옴부즈맨에게 피드백을 제공하여 메디케어 경험을 개선할 수도 있습니다. 자세한 사항은 Medicare.gov를 참조해 주십시오.

제9절

자세한 정보 얻기

개별적 도움 받기

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

TTY 사용자는 **1-877-486-2048**을 이용하시면 됩니다

우편 송부: **PO Box 1270, Lawrence, KS 66044**

주말을 포함하여 하루 24시간 정보 얻기

- 명확하게 말하고 음성 안내에 따라 귀하의 요구에 가장 잘 맞는 카테고리를 선택하십시오.
- 메디케어 카드를 앞에 두고 메디케어 번호를 부를 준비를 하십시오.
- 메디케어 번호를 입력하라는 메시지를 들으시면 숫자와 문자를 한 번에 하나씩 명확하게 말씀하십시오.
- 영어나 스페인어 이외의 언어로 도움이 필요하거나 접근 가능한 형식(큰 활자 또는 점자 등)으로 된 메디케어 간행물을 요청해야 하는 경우 고객 서비스 담당자에게 알려주십시오.

중요!

귀하를 대신하여 **1-800-MEDICARE**에 전화를 해줄 사람이 필요하십니까

“개인 건강 정보 공개에 대한 메디케어 승인” 양식을 작성하여 우편으로 보내시면, 메디케어가 귀하가 아닌 다른 사람에게 귀하의 개인 건강 정보를 제공할 수 있습니다. 웹사이트 [Medicare.gov/basics/forms-publications-mailings](https://www.medicare.gov/basics/forms-publications-mailings)에서 양식을 찾거나 1-800-MEDICARE로 전화하십시오. 메디케어 계정에서 본 양식을 온라인으로 제출할 수도 있습니다. 메디케어는 승인이 발효되기 전에 양식을 처리해야 합니다.

귀하의 가구가 “메디케어와 가입자(Medicare & You)” 사본을 한 부 이상 받으셨다면

앞으로 이 핸드북을 한 부만 받으려면 1-800-MEDICARE로 전화하십시오. 우편으로 종이 사본 수령을 중단하시려면 [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)에서 메디케어 계정에 로그인(또는 생성)하여 요청할 수 있습니다.

메디케어 카드의 새 사본이 필요한 경우

카드가 손상되거나 분실되어 카드를 교체해야 하는 경우 웹사이트 [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)에서 메디케어 보안 계정에 로그인(또는 계정을 생성)하여 메디케어 카드 공식 사본을 인쇄하거나 주문하십시오. 1-800-MEDICARE에 전화하여 우편으로 받을 교체용 카드를 요청할 수도 있습니다.

다른 사람이 자신의 메디케어 번호를 사용하고 있다고 생각되어 카드를 교체할 필요가 있을 경우, 1-800-MEDICARE로 전화하십시오.

이사한 경우 사회보장국에 연락해 주십시오.

최근에 이사했거나 이사할 계획이라면 주소를 업데이트하여 메디케어로부터 중요한 정보를 계속해서 받으십시오. 1-800-772-1213로 사회 보장국에 문의하십시오. TTY 사용자는 1-800-325-0778로 전화하십시오. 철도 퇴직위원회(RRB) 혜택을 받고 계신 경우 RRB에 1-877-772-5772로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-312-751-4701로 전화하십시오.

주립 건강보험 보조 프로그램(SHIP)

SHIP은 주 프로그램으로 연방 정부로부터 지원을 받아 메디케어 가입자에게 무료로 지역 건강보험 카운셀링을 제공합니다. SHIP은 어떤 보험 회사 또는 건강 플랜과 연관되어 있지 않습니다. SHIP은 귀하와 귀하의 가족에게 다음 및 기타 메디케어 관련 궁금한 사항에 도움이 되는 무료 맞춤형 상담을 제공합니다.

- 가입자의 메디케어 권리
- 지급상의 어려움
- 가입자의 치료 또는 처치 관련 불만 사항
- 플랜 비교 및 가입
- 메디케어 및 다른 보험과의 연동 방식
- 치료 비용 지급에 대한 지원 찾기

지역 SHIP 전화번호는 115-118페이지를 확인하십시오. 귀하의 주에 있는 SHIP에 연락하여 메디케어 문의 사항에 관해 무료로 맞춤 지원을 받거나 자원 봉사 SHIP 상담사가 되는 방법을 배우십시오.

온라인으로 일반적 메디케어 정보 찾기

Medicare.gov방문

- 비용과 제공하는 서비스를 포함하여 해당 지역의 메디케어 건강 및 약품 플랜에 대한 정보를 얻으십시오.
- 메디케어 참여 의사 또는 기타 의료 제공자 및 공급업체를 찾으십시오.
- **예방적 서비스** (스크리닝, 주사, 예방접종, 그리고 연간 "Wellness(웰니스)" 방문 진료 등)를 포함하여 메디케어가 보장하는 것을 알아보십시오.
- 메디케어 이의신청 정보 및 양식을 받으십시오.
- 플랜, 요양원, 병원, 의사, 가정 건강 기관, 투석, 시설, 호스피스, **입원 재활 시설**, 그리고 **장기요양병원** 에서 제공하는 치료 품질에 관한 정보를 얻으십시오.
- 유용한 웹사이트와 전화번호를 찾아보십시오. 또한 [Medicare.gov/talk-to-someone](https://www.medicare.gov/talk-to-someone)에서 메디케어 관련 질문에 대한 답변을 받으실 수 있습니다.

본 안내서는 중국어, 한국어 또는 베트남어와 같은 다른 언어로 이용하실 수 있습니다. [Medicare.gov/about-us/information-in-other-languages](https://www.medicare.gov/about-us/information-in-other-languages)를 확인하십시오.

온라인으로 개인 메디케어 정보 받기

메디케어 계정 만들기

웹사이트 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)에서 보안 메디케어 계정에 로그인(또는 생성)하십시오. 귀하는 또한 다음 사항을 할 수 있습니다.

- 귀하의 처방전과 약국을 추가하면 해당 지역의 메디케어 건강플랜 및 약품 플랜을 비교하는 데 도움이 됩니다.
- 연간 “메디케어와 가입자(Medicare & You)” 안내서와 “메디케어 요약 통지(Medicare Summary Notices)” 라고 하는 청구서를 전자 방식으로 받으십시오.
- 귀하의 오리지널 메디케어 청구가 처리되는 즉시 보실 수 있습니다.
- 공식 메디케어 카드 사본을 인쇄할 수 있습니다.
- 오리지널 메디케어에서 받을 수 있는 **예방적 서비스** 목록을 찾을 수 있습니다.
- 메디케어 **보험료**를 알아보고 메디케어로부터 청구서를 온라인으로 받으신다면 보험료를 온라인으로 지급하십시오.

메디케어 블루 버튼®

메디케어 블루 버튼을 사용하면 귀하의 컴퓨터 또는 기타 장치에 개인 건강 정보(파트 A, 파트 B 및 파트 D 청구 등)를 쉽게 파일로 다운로드할 수 있습니다. 블루 버튼을 통해 정보를 얻으면 다음을 할 수 있습니다.

- 파일을 저장한 후 정보를 인쇄하거나 이메일로 보내 다른 사람과 공유.
- 저장된 파일을 다른 컴퓨터 기반 개인 건강 관리 도구로 가져오기.

유의사항: 다른 비공개 정보를 취급하는 것과 동일한 방식으로 개인 및 건강 정보를 취급하십시오. 공유하기 전에, 다른 사람들이 귀하의 정보를 어떻게 사용하고 안전하게 유지하며 개인 정보를 보호하는지 알아보십시오.

웹사이트 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)에서 보안 메디케어 계정에 로그인(또는 생성)하여 오늘 블루 버튼을 사용해보십시오 [Medicare.gov/manage-your-health/share-your-medicare-claims-medicare-blue-button](https://www.Medicare.gov/manage-your-health/share-your-medicare-claims-medicare-blue-button)에서 단계별 지침을 찾을 수 있습니다.

Blue Button 2.0®

메디케어에는 승인된 앱, 서비스 및 연구 프로그램의 목록이 늘어남에 따라 귀하의 파트 A, 파트 B 및 파트 D 청구 정보를 쉽게 공유할 수 있도록 하는 데이터 서비스가 있습니다. 앱이 가입자의 정보를 사용하는 방식을 변경할 때마다 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)에서 각 앱을 개별적으로 승인하고 온라인 메디케어 보안 계정으로 돌아갈 수 있습니다.

메디케어 계정을 사용하여 앱과 정보 공유를 승인하기만 하면 해당 앱을 사용하여 과거 및 현재의 메디케어 청구를 검토할 수 있습니다.

메디케어 어드밴티지 플랜에서는 이 서비스를 통해 파트 D 정보만 사용할 수 있습니다. 메디케어 어드밴티지 플랜이 있는 경우 플랜이 블루 버튼 2.0과 유사한 서비스를 제공하는지 확인하십시오.

메디케어는 승인된 앱 목록을 보유하고 있습니다. 자세한 내용은 [Medicare.gov/manage-your-health/medicares-blue-button-blue-button-20/blue-button-apps](https://www.Medicare.gov/manage-your-health/medicares-blue-button-blue-button-20/blue-button-apps)를 확인하십시오.

의료 제공자의 품질 비교

웹사이트 [Medicare.gov/care-compare](https://www.Medicare.gov/care-compare)에서 요양원, 병원 및 의사가 환자와 주민에게 제공하는 의료 서비스 제공자의 질을 찾고 비교합니다. 개인의 필요에 따라 제공자 및 시설에 대한 정보를 찾고 의료 서비스를 받는 곳에서 정보에 입각한 결정을 내리는데 유용한 자원을 얻을 수 있습니다. 제공자를 선택할 때 의사나 다른 의료 제공자와 상담하십시오. 귀하가 질문하는 대상에게 다른 제공자의 치료 품질에 대해 어떻게 생각하는지 물어볼 수 있습니다.

메디케어 건강 및 약품 플랜의 품질 비교

이미 가입한 경우 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare)에서 현재 플랜을 포함하여 메디케어 건강 및 약품 플랜을 찾고 비교해보십시오. 현재 복용 중인 약품과 이용하기로 선택한 약국을 기준으로 월별 및 연간 예상 약품 비용을 비롯한 가격을 비교할 수 있습니다. 각 플랜에 대한 전체 별 등급은 제공하는 서비스 유형의 품질 및 성과에 대한 세부 정보를 제공합니다.

전국의 의료 서비스 제공자와 **메디케어 플랜** 서비스의 품질을 비교할 수 있다는 사실을 알고 계신가요? 주립 건강보험 보조 프로그램(SHIP)에 문의하십시오. 지역 SHIP 전화번호는 115-118페이지를 확인하십시오.

메디케어는 가입자의 진료를 보다 잘 조정하기 위해 노력합니다

메디케어는 귀하의 진료를 더 원만하게 조정하고 가능한 최고의 의료 서비스를 받을 수 있는 방법을 계속 찾고 있습니다.

다음은 귀하의 의료 제공자가 귀하의 진료를 더 잘 조정할 수 있는 방법의 예입니다.

전자 건강 기록

전자 건강 기록은 귀하의 의료상태, 의사, 기타 의료 제공자, 진료실 직원, 병원이 컴퓨터에 보관하는 귀하의 의료 또는 치료에 대한 기록입니다.

- 의학적 오류의 가능성을 낮추고 중복 검사를 제거하며 전반적인 치료 품질을 개선하는 데 도움이 될 수 있습니다.
- 의사의 전자 건강기록은 병원, 실험실, 약국, 다른 의사 또는 예방 접종 정보 시스템(등록부)에 연결될 수 있으므로 귀하를 돌보는 사람들이 귀하의 건강에 관하여 보다 완전한 그림을 얻을 수 있습니다.

전자 처방

이것은 귀하의 처방자(의사 또는 처방전을 작성할 수 있는 법적 권한이 있는 기타 의료 제공자)가 귀하의 처방전을 약국으로 직접 보낼 수 있는 전자 방식입니다. 전자 처방은 비용과 시간을 절약하고 안전을 유지하는 데 도움이 됩니다.

책임의료기관(ACO)

ACO는 귀하가 받는 치료의 품질과 경험을 개선하기 위해 함께 일하는 의사, 병원 및/또는 기타 의료 제공자의 그룹입니다.

이들 기관은 의사와 기타 의료 서비스 제공자가 가입자의 건강 기록을 이해하고 가입자의 치료 및 건강관리 요구 사항에 대해 서로 의견을 나눌 수 있게 해 줍니다. 이를 통해 반복되는 검사와 불필요한 약속을 피함으로써 시간과 비용을 절약할 수 있습니다. 한 제공자가 다른 제공자가 처방한 내용을 알지 못하여 발생할 수 있는 약물 상호 작용과 같이 문제가 더 심각해지기 전에 잠재적인 문제를 더 쉽게 발견할 수 있습니다.

중요!

ACO는 가입자의 의료 서비스 제공자 선택을 제한하지 않습니다. 이는 **메디케어 어드밴티지 플랜**, HMO 플랜 또는 어떤 종류의 보험 플랜도 **아닙니다**. 가입자의 진료의 또는 기타 제공자가 ACO에 속하는 경우, 가입자는 여전히 메디케어를 허용하는 의사, 병원 또는 기타 제공자를 언제든지 방문할 권리가 있습니다.

또한, 가입자의 일차진료 제공자가 ACO에 참여하는 경우 가입자는 오리지널 메디케어의 다른 가입자들이 받지 못하는 추가 도구 또는 서비스를 이용할 수 있습니다. 예를 들어, 일부 ACO에서는 제공자가 확장된 원격진료 서비스를 제공할 수 있습니다. 즉, 가입자가 어디에 계시든, 집에서(의료기관에 방문하는 대신) 전화나 컴퓨터와 같은 기술을 사용해 실시간으로 의료 서비스 제공자와 소통하는 특정 건강관리 서비스를 받을 수 있습니다. 서비스 제공자가 해당 서비스를 제공하는지 문의하십시오.

ACO 이외의 가입자는 이용할 수 없는 다른 혜택을 받을 수도 있습니다. 예를 들어, ACO 소속인 의사 또는 기타 제공자는 일반적으로 메디케어의 요구 사항인, 먼저 3일간 입원하지 않았더라도 **전문 간호 시설** 또는 재활 치료를 위해 환자를 보내도록 승인될 수 있습니다. 이 혜택의 수혜 대상이 되려면 담당 의사 또는 기타 제공자가 가입자에게 **전문 요양 시설 관리**가 필요하고 그 밖의 특정 자격 요건을 충족한다고 결정해야 합니다.

가입자의 일차진료 제공자가 ACO에 참여하고 가입자에게 오리지널 메디케어가 있는 경우, 가입자는 서면 통지를 받게 되며 제공자의 진료실에서 ACO 참여에 대한 안내문을 볼 수 있습니다. 현재 전국에서 수백 개의 ACO를 이용할 수 있습니다. 웹사이트 [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)에서 보안 메디케어 계정에 로그인(또는 생성)하고 ACO에서 건강을 관리하는 데 도움이 될 수 있는 주치의 선택하십시오.

ACO와 진료 정보 안전하게 공유하기

ACO의 가장 중요한 이점 중 하나는 담당 의사와 기타 제공자가 가입자의 치료에 대해 소통하고 이를 조정할 수 있다는 것입니다. 이를 위해 메디케어는 의료 서비스 제공자의 ACO에 가입자의 치료에 대한 특정 정보를 요청할 수 있는 기회를 제공합니다. 이러한 방식으로 데이터를 안전하게 공유하면 가입자의 진료에 관련된 모든 당사자들이 필요할 때 언제 어디서나 가입자의 건강 정보를 이용하고 필요한 진료를 받을 수 있도록 협조할 수 있습니다.

메디케어가 이러한 방식으로 의료 정보를 공유하는 것을 원하지 않으시면 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하여 담당자에게 말씀해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하십시오. 메디케어가 가입자의 의료 정보를 담당 의사 또는 기타 제공자에게 부여하는 것에 동의하지 않기로 하더라도, 메디케어는 재정 성과 및 의료 품질과 같은 일부 목적을 위해 가입자의 정보를 계속 사용할 것입니다.

ACO에 대한 자세한 내용은 [Medicare.gov/manage-your-health/coordinating-your-care/accountable-care-organizations](https://www.medicare.gov/manage-your-health/coordinating-your-care/accountable-care-organizations)를 확인하거나 1-800-MEDICARE로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하십시오.

메디케어 정보를 얻을 수 있는 다른 방법

메디케어 이메일

웹사이트 [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)에서 메디케어 보안 계정을 생성하십시오. 메디케어에 대한 중요한 알림 및 정보를 받으려면 이메일 주소를 포함시킵니다.

간행물

웹사이트 [Medicare.gov/publications](https://www.medicare.gov/publications)에서 다양한 메디케어 주제를 다루는 간행물의 사본을 열람하거나 인쇄하거나 다운로드할 수 있습니다. 1-800-MEDICARE에 전화하실 수도 있습니다. 무료로 이용하기 쉬운 형식의 출판물을 얻는 방법에 대한 정보는, 123페이지를 확인하십시오.

소셜 미디어

페이스북 (facebook.com/Medicare)과 트위터(twitter.com/MedicareGov)를 팔로우하여 최신 정보를 유지하고 메디케어와 함께하는 다른 사람들과 소통하십시오.

영상

웹사이트 YouTube.com/cmshhs.gov에서 다양한 건강관리 주제를 다루는 영상을 보십시오

기타 유용한 연락처

사회 보장국

웹사이트 ssa.gov에서 오리지널 메디케어를 신청 및 가입하고 메디케어 약품 비용이 있는 **부가 지원** 수혜 자격이 되는지 확인하십시오. 또한 개인적으로 “나의 사회보장” 계좌를 개설하면 사회보장 명세서를 검토하고, 소득을 확인하고, 계좌 입금 정보를 변경하고, 메디케어 카드 교체를 요청하고, 주소를 업데이트하는 등의 작업을 할 수 있습니다. 웹사이트 ssa.gov/myaccount에서 개인 계정을 개설하십시오. 사회보장국 (Social Security)에 1-800-772-1213로 문의하실 수도 있습니다. TTY 사용자는 1-800-325-0778로 전화하십시오.

혜택 조정 및 회복 센터

보험 정보 변경 사항을 보고하거나 다른 보험이 있는 경우 메디케어에 알려려면 혜택 조정 및 회복 센터에 1-855-798-2627로 연락하십시오. TTY 사용자는 1-855-797-2627로 전화하십시오.

수혜자 및 가족 중심 치료 품질 개선 기관

귀하의 서비스에 대한 메디케어 보장이 너무 빨리 종료된다고 생각하는 경우(예: 귀하의 병원에서 퇴원해야 한다고 하는데 귀하가 동의하지 않는 경우) 수혜자 및 가족 중심 치료 품질 개선 기관(BFCC-QIO)에 문의하십시오. 메디케어 서비스가 너무 빨리 종료된다고 생각하는 경우 신속하게 이의를 신청할 권리가 있습니다. 또한 기관에 연락하여 메디케어 보장 서비스에 따라 받은 치료의 질에 대해 질문하거나 불만 사항을 보고할 수 있습니다(서비스 제공자가 우려 사항에 응답한 방식에 만족하지 않는 경우). 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하여 BFCC-QIO의 전화번호를 요청하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하십시오.

미국 국방성

TRICARE for Life(TFL) 및 TRICARE 약국 프로그램에 대한 정보를 얻으십시오.

TFL:

1-866-773-0404, TTY: 1-866-773-0405

tricare.mil/tfl

tricare4u.com

TRICARE 약국 프로그램:

1-877-363-1303, TTY: 1-877-540-6261

tricare.mil/pharmacy

militaryrx.express-scripts.com

미국 재향군인회 (VA)

귀하가 재향군인이거나 미군에서 복무했으며 재향군인 혜택에 관한 질문이 있는 경우 VA에 문의하십시오

1-800-827-1000, TTY: 711

va.gov

eBenefits.va.gov

인사 관리실

현재 및 퇴직한 연방 직원을 위한 연방 직원 건강 혜택 프로그램에 대한 정보를 얻으십시오.

연방 퇴직자:

1-888-767-6738, TTY: 711

opm.gov/healthcare-insurance/Guide-Me/Retirees-Survivors

현직 연방 직원:

급여 담당자에게 문의하십시오. 혜택 담당자 목록은 apps.opm.gov/abo를 확인하십시오.

철도 퇴직 위원회 (RRB)

RRB에서 혜택을 받는 경우 가입자의 주소나 이름을 변경하거나, 자격을 확인하거나, 메디케어에 가입하거나, 메디케어 카드를 교체하거나, 사망 신고를 하려면 RRB에 전화하십시오.

1-877-772-5772, TTY: 1-312-751-4701

rrb.gov

주립 건강보험 보조 프로그램 (SHIPs)

이의신청, 다른 보험 구매, 건강 플랜 선택, Medigap 보험 구매, Medicare 권리 및 보호에 대한 질문에 대한 무료 맞춤 지원을 받으시려면 아래 목록을 참조하십시오.

앨라배마

State Health Insurance Assistance Program (SHIP)
1-800-243-5463

알래스카

Medicare Information Office
1-800-478-6065
TTY: 1-800-770-8973

애리조나

Arizona State Health Insurance Assistance Program (SHIP)
1-800-432-4040

아칸소

Senior Health Insurance Information Program (SHIIP)
1-800-224-6330

캘리포니아

California Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP)
1-800-434-0222

콜로라도

State Health Insurance Assistance Program (SHIP)
1-888-696-7213

코네티컷

Connecticut's Program for Health Insurance Assistance, Outreach, Information and Referral, Counseling, Eligibility Screening (CHOICES)
1-800-994-9422

델라웨어

Delaware Medicare Assistance Bureau
1-800-336-9500

플로리다

Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE)
1-800-963-5337
TTY: 1-800-955-8770

조지아

Georgia SHIP
1-866-552-4464 (option 4)

괌

Guam Medicare Assistance Program (GUAM MAP)
1-671-735-7415

하와이

Hawaii SHIP
1-888-875-9229
TTY: 1-866-810-4379

아이다호

Senior Health Insurance Benefits
Advisors (SHIBA)
1-800-247-4422

일리노이

Senior Health Insurance Program
(SHIP)
1-800-252-8966
TTY: 1-888-206-1327

인디애나

State Health Insurance Assistance
Program (SHIP)
1-800-452-4800
TTY: 1-866-846-0139

아이오와

Senior Health Insurance
Information Program (SHIIP)
1-800-351-4664
TTY: 1-800-735-2942

캔자스

Senior Health Insurance
Counseling for Kansas (SHICK)
1-800-860-5260

켄터키

State Health Insurance Assistance
Program (SHIP)
1-877-293-7447

루이지애나

Senior Health Insurance
Information Program (SHIIP)
1-800-259-5300

메인

Maine State Health Insurance
Assistance Program (SHIP)
1-800-262-2232

메릴랜드

State Health Insurance Assistance
Program (SHIP)
1-800-243-3425

매사추세츠

Serving Health Insurance Needs
of Everyone (SHINE)
1-800-243-4636
TTY: 1-877-610-0241

미시간

MMAP, Inc.
1-800-803-7174

미네소타

Minnesota State Health
Insurance Assistance Program/
Senior LinkAge Line
1-800-333-2433

미시시피

MS State Health Insurance
Assistance Program (SHIP)
844-822-4622

미주리

CLAIM
1-800-390-3330

몬태나

Montana State Health Insurance
Assistance Program (SHIP)
1-800-551-3191

네브래스카

Nebraska SHIP
1-800-234-7119

네바다

Nevada Medicare Assistance
Program (MAP)
1-800-307-4444

뉴햄프셔

NH SHIP - ServiceLink
Resource Center
1-866-634-9412

뉴저지

State Health Insurance Assistance
Program (SHIP)
1-800-792-8820

뉴멕시코

New Mexico ADRC-SHIP
1-800-432-2080

뉴욕

Health Insurance Information
Counseling and Assistance
Program (HIICAP)
1-800-701-0501

노스캐롤라이나

Seniors' Health Insurance
Information Program (SHIIP)
1-855-408-1212

노스다코타

State Health Insurance
Counseling (SHIC)
1-888-575-6611
TTY: 1-800-366-6888

오하이오

Ohio Senior Health Insurance
Information Program (OSHIIP)
1-800-686-1578
TTY: 1-614-644-3745

오클라호마

Oklahoma Medicare Assistance
Program (MAP)
1-800-763-2828

오리건

Senior Health Insurance Benefits
Assistance (SHIBA)
1-800-722-4134

펜실베이니아

Pennsylvania Medicare Education
and Decision Insight (PA MEDI)
1-800-783-7067

푸에르토리코

State Health Insurance Assistance
Program (SHIP)
1-877-725-4300
TTY: 1-878-919-7291

로드아일랜드

Senior Health Insurance Program
(SHIP)
1-888-884-8721
TTY: 401-462-0740

사우스캐롤라이나

(I-CARE) Insurance Counseling Assistance and Referrals for Elders
1-800-868-9095

사우스다코타

Senior Health Information & Insurance Education (SHIINE)
1-800-536-8197

테네시

TN SHIP
1-877-801-0044
TTY: 1-800-848-0299

텍사스

Health Information Counseling and Advocacy Program (HICAP)
1-800-252-9240

유타

Senior Health Insurance Information Program (SHIP)
1-800-541-7735

버몬트

Vermont State Health Insurance Assistance Program
1-800-642-5119

버진아일랜드

Virgin Islands State Health Insurance Assistance Program (VISHIP)
1-340-772-7368 St. Croix area;
1-340-714-4354 St. Thomas area

버지니아

Virginia Insurance Counseling and Assistance Program (VICAP)
1-800-552-3402

워싱턴

Statewide Health Insurance Benefits Advisors (SHIBA)
1-800-562-6900
TTY: 1-360-586-0241

워싱턴 DC

DC SHIP
202-727-8370

웨스트버지니아

West Virginia State Health Insurance Assistance Program (WV SHIP)
1-877-987-4463

위스콘신

WI State Health Insurance Assistance Program (SHIP)
1-800-242-1060
TTY: 711

와이오밍

Wyoming State Health Insurance Information Program (WSHIIP)
1-800-856-4398

제10절

정의

책임의료기관(ACO)

의사, 병원 및 기타 건강 관리 전문가 그룹이 함께 협력하여 고품질의 조정된 서비스 및 건강 관리를 제공합니다.

책정금

가입자의 의사, 제공자, 또는 공급자가 메디케어로부터 직접 지급받고, 메디케어가 서비스에 대해 승인한 지급액을 수락하고, 귀하에게 메디케어 공제금 및 공동보험 부담금 이상을 청구하지 않기로 합의한 금액입니다.

혜택 기간

오리지널 메디케어가 병원 및 전문 간호 시설 서비스 사용을 측정하는 방식입니다. 혜택 기간은 병원이나 전문 간호 시설에 입원 환자로 입원한 날로부터 시작됩니다. 혜택 기간은 연속 60일 동안 입원환자 병원 진료(또는 전문 간호 시설의 전문 치료)를 받지 않으면 종료됩니다. 한 혜택 기간이 종료된 후 병원이나 전문 요양 시설에 입원하면 새로운 혜택 기간이 시작됩니다. 각 혜택 기간에 대해 입원환자 병원 공제액을 부담해야 합니다. 혜택 기간의 수에는 제한이 없습니다.

공동보험비(코인슈런스)

공제금을 지불한 후, 서비스에 대한 비용 부담금으로서 지급해야 할 수 있는 금액. 공동보험은 일반적으로 백분율(예를 들어, 20%)입니다.

공동 부담금(코페이먼트)

의사의 방문 진료, 병원 외래 진료, 또는 처방약과 같이 의료 서비스 또는 소모품에 대한 비용 부담금으로 지불해야 할 수 있는 금액. 공동 부담금은 대개 비율이 아니라 정해진 금액입니다. 예를 들어, 의사의 방문 진료 또는 처방약에 \$10 또는 \$20를 지불할 수 있습니다.

신뢰할 만한 처방약 보험

평균적으로 최소한 메디케어의 표준 처방약 보장만큼 지급할 것으로 예상되는 처방약 보장(예: 고용주 또는 조합으로부터). 메디케어 자격이 되었을 때 이러한 종류의 보장을 받는 사람들은 나중에 메디케어 처방약 보험에 가입하기로 한 경우 일반적으로 가산금을 내지 않고 해당 보장을 유지할 수 있습니다.

거점 병원

다른 병원이나 중요 접근 병원에서 35마일(56km)(산간 지형 또는 보조 도로만 있는 지역의 경우 15마일(24km)) 이상 떨어진 시골 지역에 위치한 소규모 시설입니다. 이 시설은 연중무휴 24시간 응급 진료를 제공하고 25개 이하의 입원 병상을 갖추고 있으며 급성 치료 환자의 평균 입원 기간을 96시간 이하로 유지합니다.

공제액(디덕터블)

오리지널 메디케어, 메디케어 어드밴티지 플랜, 메디케어 처방약 플랜, 또는 다른 보험이 지급을 시작하기 전에, 진료 또는 처방에 대해 가입자가 부담해야 하는 금액입니다.

시범

메디케어의 보장, 지급 및 치료 품질의 개선을 테스트하는 “파일럿 프로그램” 또는 “조사 연구”라고도 하는 특별 프로젝트입니다. 일반적으로 제한된 시간에 특정 그룹의 사람만 대상으로 운영하거나 특정 지역에서만 제공합니다.

부가 지원

소득과 자원이 제한된 사람들이 보험료, 공제액 및 공동 보험비용과 같은 메디케어 처방약 프로그램 비용을 지급하도록 돕는 메디케어 프로그램입니다.

처방집

처방약 플랜 또는 처방약 혜택을 제공하는 다른 보험 플랜에서 보장하는 처방약 목록입니다. 약물 목록이라고도 합니다.

입원 재할 시설

입원 환자에게 집중적인 재활 프로그램을 제공하는 병원 또는 병원의 일부입니다.

일생의 예비일(Lifetime reserve days)

오리지널 메디케어에서 이는 90일 이상 병원에 입원한 경우 Medicare에서 비용을 지급하는 추가 일 수입니다. 평생 사용할 수 있는 예비 일수는 총 60일입니다. 각 평생 예비일에 대해 메디케어는 일일 공동 보험비용을 제외한 모든 보장 비용을 지급합니다.

장기 요양 병원

평균 25일 이상 입원하는 환자를 치료하는 급성 치료 병원입니다. 대부분의 환자는 각 병원의 중환자실에서 이송됩니다. 제공되는 서비스에는 호흡기 치료, 두부 외상 치료, 포괄적 재활 및 통증 관리가 포함될 수 있습니다.

메디케이드

소득과 (경우에 따라) 자원이 제한되어 있는 일부 사람들의 의료비를 지원하는 연방정부와 주 정부가 함께하는 프로그램. 메디케이드 프로그램은 주마다 다르지만 메디케어와 메디케이드 모두에 대하여 자격이 있는 경우 의료 비용을 대부분 보장합니다.

의학적으로 필요한

질병, 부상, 상태, 질병 또는 그 증상을 진단하거나 치료하는 데 필요하고 허용되는 의학 표준을 충족하는 의료 서비스 또는 용품을 의미합니다.

메디케어 어드밴티지 플랜(파트 C)

메디케어와 계약한 민간 회사에서 제공하는 메디케어 건강 플랜의 한 유형입니다. 메디케어 어드밴티지 플랜은 귀하가 여전히 플랜에 가입되어 있더라도 예를 들어 오리지널 메디케어가 보장하는 임상 시험의 특정 부분과 같은 몇 가지 예외를 제외하고는 귀하의 파트 A 및 파트 B 혜택을 모두 제공합니다. 메디케어 어드밴티지 플랜 포함 사항

- 건강관리기구
- 우선 제공자 단체
- 민간 행위별수가제 플랜
- 특별 필요사항 플랜
- 메디케어 의료 저축 계좌 플랜

귀하께서 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입되어 계신 경우 다음과 같습니다.

- 메디케어 서비스는 대체로 플랜을 통해 보장됩니다.
- 대부분의 메디케어 서비스는 오리지널 메디케어가 지급하지 않습니다.
- 메디케어 어드밴티지 플랜은 대부분 처방약을 보장합니다.

메디케어 승인 금액

오리지널 메디케어에서 이는 책정금(assignment)을 수락하는 의사 또는 공급자가 지급 받을 수 있는 금액입니다. 이 금액은 의사 또는 공급자가 청구하는 실제 금액보다 작을 수 있습니다. 메디케어에서 이 금액의 일부를 지급하고 귀하는 그 차액을 부담합니다.

메디케어 건강 플랜

일반적으로 플랜에 가입한 메디케어 가입자에게 파트 A 및 파트 B 혜택을 제공하기 위해 메디케어와 계약한 민간 회사에서 제공하는 플랜입니다. 메디케어 건강 플랜에는 메디케어 어드밴티지 플랜, 메디케어 코스트 플랜, 시범/파일럿 프로그램이 모두 포함됩니다. 포괄적 노인 관리 프로그램(PACE) 조직은 특별한 유형의 메디케어 건강 플랜입니다. PACE 플랜은 공기업 또는 민간 회사에서 제공할 수 있으며 파트 A 및 파트 B 혜택 외에 파트 D 및 기타 혜택을 제공합니다.

메디케어 플랜

오리지널 메디케어 이외의 다른 방법으로 메디케어 건강보험 또는 처방약 보험을 받을 수 있습니다. 이 용어에는 메디케어 건강 플랜과 메디케어 의약품 플랜이 모두 포함됩니다.

메디캡

민간 보험 회사가 오리지널 메디케어 보장의 "공백"을 채우기 위해 판매하는 메디케어 보충 보험입니다.

보험료

건강 또는 처방약 보장을 위해 메디케어, 보험 회사 또는 건강 관리 플랜에 정기적으로 지급하는 금액입니다.

예방적 서비스

치료가 가장 효과적일 가능성이 있는 초기 단계에서 질병을 예방하거나 질병을 감지하기 위한 건강 관리(예: 예방 서비스에는 자궁경부 세포진 검사, 독감 예방 주사 및 유방 조영술 선별 검사가 포함됨)입니다.

주치의

대부분의 건강 문제에 대해 가장 먼저 만나는 의사입니다. 일차진료의는 귀하가 건강을 유지하는 데 필요한 치료를 받을 수 있게 합니다. 일차진료의는 또한 귀하의 치료에 관해 다른 의사 및 의료 제공자에게 이야기하고 귀하를 의뢰할 수 있습니다. 많은 메디케어 어드밴티지 플랜에서 다른 의료 제공자를 만나기 전에 일차진료의를 만나야 합니다.

의뢰서

전문의에게 진료를 받거나 특정 의료 서비스를 받기 위해 주치의가 작성한 서면 지시입니다. 많은 HMO(Health Maintenance Organizations)에서는 일차진료의를 제외한 다른 사람으로부터 의료 서비스를 받기 전에 의뢰서를 받아야 합니다. 먼저 의뢰를 받지 않으면 플랜에서 서비스 비용을 지급하지 않을 수 있습니다.

서비스 가능 지역

플랜이 가입자를 받는 지리적 영역. 플랜은 거주하는 지역에 따라 가입자 자격을 제한할 수 있습니다. 귀하가 이용할 수 있는 의사와 병원을 제한하는 플랜의 경우 일반적으로 일상적인(비응급) 서비스를 받을 수 있는 지역이기도 합니다. 귀하가 플랜의 서비스 지역을 벗어나면 플랜에서 귀하를 탈퇴시킬 수 있습니다.

전문 간호 시설(Skilled nursing facility, SNF)

전문 간호 및 대부분의 경우 전문 재활 서비스 및 기타 관련 의료 서비스를 제공하는 직원과 장비가 있는 요양 시설입니다.

전문 간호 시설(SNF) 치료

전문 간호 시설에서 매일 제공되는 전문 간호 및 치료 서비스입니다. 전문 요양 시설 치료의 예로는 물리치료사 또는 등록 간호사만 제공할 수 있는 물리 치료 또는 정맥 주사가 있습니다.

접근 가능 커뮤니케이션

메디케어는 점자, 큰 활자, 데이터/오디오 파일, 릴레이 서비스, TTY 통신장치로 된 출판물, 문서, 의사소통 방법 등의 보조 지원 및 서비스를 제공합니다. 귀하가 접근 가능한 형식의 정보를 요청하는 경우, 그것을 제공하는 데 필요한 시간이 추가로 소요된 것으로 인해 불이익을 받지 않습니다. 즉, 귀하의 요청이행이 지연되는 경우 조치할 추가 시간이 주어집니다.

귀하가 사용할 수 있는 메디케어 또는 거래소 정보를 요청하시려면 다음을 이용하십시오.

1. 전화:

메디케어: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

TTY: 1-877-486-2048

2. 팩스 번호: 1-844-530-3676

3. 서신 수신자:

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

요청시 귀하의 성함, 전화 번호, 필요한 정보 유형(알고 있는 경우)와 받을 주소를 포함하셔야 합니다. 추가 정보가 필요하면 저희 쪽에서 귀하에게 연락할 수도 있습니다.

주: 메디케어 어드밴티지 플랜이나 메디케어 약품플랜에 가입되어 있을 경우, 해당 플랜에 연락하여 이용 가능한 형태의 문서를 요청하실 수도 있습니다. 메디케이드에 관련해서는 관할 주 의료 지원(메디케이드) 사무소에 연락하십시오.

비차별 고지

메디케어 및 메디케이드 서비스 센터(CMS)는, CMS가 직접 수행하든, CMS가 계약자나 다른 주체를 통하여 CMS 프로그램 및 활동을 수행하도록 하고 있든, 그러한 프로그램 및 활동에의 등록이나 참여, 서비스의 수혜 등과 관련하여, 인종, 피부색, 출신국, 장애여부, 성별, 연령 등을 기준으로 하여 배제하거나 혜택 부여를 부인하거나 다른 방법으로 차별하지 않습니다.

만약 귀하가 사용할 수 있는 정보 양식을 얻는데 우려가 있다면 이 알림에 포함된 어떤 방식으로든 CMS로 연락하십시오.

귀하는 또한 메디케어 어드밴티지 플랜, 메디케어 약 플랜, 주 또는 지역 메디케어 사무실 또는 거래소 승인 건강 플랜으로 부터 사용할 수 있는 양식에서 정보를 얻는데 어려움을 겪는 경우를 포함하여 프로그램 또는 활동 관련 CMS 에서 차별을 당했다고 생각되면 불만을 제기할 수 있습니다. 다음 3가지 방식으로 미 보건복지부, 민권 사무소에 불만을 제기할 수 있습니다.

1. 온라인:

hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html

2. 전화 이용:

1-800-368-1019 TTY 사용자는 1-800-537-7697을 이용하실 수 있습니다.

3. 서면으로: 귀하의 불만사항을 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

다른 언어로 도움을 찾고 계신가요?

귀하, 또는 귀하께서 돕고 있는 사람이 메디케어 대해 질문이 있다면, 귀하는 추가 비용없이 귀하의 언어로 도움과 정보를 얻을 권리가 있습니다. 통역사와 통화하시려면 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하십시오.

العربية (Arabic) إن كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة بخصوص Medicare فإن من حقك الحصول على المساعدة و المعلومات بلغتك من دون أي تكلفة. للتحدث مع مترجم إتصل بالرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

հայերեն (Armenian) Եթե Դուք կամ Ձեր կողմից օգնություն ստացող անձը հարցեր ունի Medicare-ի մասին, ապա Դուք իրավունք ունեք անվճար օգնություն և տեղեկություններ ստանալու Ձեր նախընտրած լեզվով: Թարգմանչի հետ խոսելու համար զանգահարեք 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով:

中文 (Chinese-Traditional) 如果您，或是您正在協助的個人，有關於聯邦醫療保險的問題，您有權免費以您的母語，獲得幫助和訊息。與翻譯員交談，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。

فارسی (Farsi) اگر شما، یا شخصی که به او کمک می‌رسانید سوالی در مورد اعلامیه مختصر مدیکردارید، حق این را دارید که کمک و اطلاعات به زبان خود به طور رایگان دریافت نمایید. برای مکالمه با مترجم با این شماره زیر تماس بگیرید 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Français (French) Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, a des questions au sujet de l'assurance-maladie Medicare, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et de l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, composez le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Deutsch (German) Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Medicare haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) an.

Kreyòl (Haitian Creole) Si oumenm oswa yon moun w ap ede, gen kesyon konsènan Medicare, se dwa w pou jwenn èd ak enfòmasyon nan lang ou pale a, san pou pa peye pou sa. Pou w pale avèk yon entèprèt, rele nan 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Italiano (Italian) Se voi, o una persona che state aiutando, volete chiarimenti a riguardo del Medicare, avete il diritto di ottenere assistenza e informazioni nella vostra lingua a titolo gratuito. Per parlare con un interprete, chiamate il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

日本語 (Japanese) Medicare (メディケア) に関するご質問がある場合は、ご希望の言語で情報を取得し、サポートを受ける権利があります (無料)。通訳をご希望の方は、1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) までお電話ください。

한국어(Korean) 만약 귀하나 귀하가 돕는 어느 분이 메디케어에 관해서 질문을 가지고 있다면 비용 부담이 없이 필요한 도움과 정보를 귀하의 언어로 얻을 수 있는 권리가 귀하에게 있습니다. 통역사와 말씀을 나누시려면 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오.

Polski (Polish) Jeżeli Państwo lub ktoś komu Państwo pomagają macie pytania dotyczące Medicare, mają Państwo prawo do uzyskania bezpłatnej pomocy i informacji w swoim języku. Aby rozmawiać z tłumaczem, prosimy dzwonić pod numer telefonu 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Português (Portuguese) Se você (ou alguém que você esteja ajudando) tiver dúvidas sobre a Medicare, você tem o direito de obter ajuda e informações em seu idioma, gratuitamente. Para falar com um intérprete, ligue para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Русский (Russian) Если у вас или лица, которому вы помогаете, возникли вопросы по поводу программы Медикэр (Medicare), вы имеете право на бесплатную помощь и информацию на вашем языке. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Español (Spanish) Si usted, o alguien que está ayudando, tiene preguntas sobre Medicare, usted tiene el derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Tagalog (Tagalog) Kung ikaw, o ang isang tinutulongan mo, ay may mga katanungan tungkol sa Medicare, ikaw ay may karapatan na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong lengguwahe ng walang gastos. Upang makipag-usap sa isang tagasalin ng wika, tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Tiếng Việt (Vietnamese) Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Medicare, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện qua thông dịch viên, gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Health Insurance Marketplace® 는 미국 보건복지부의 등록 서비스 마크입니다.

“메디케어와 나”는 법적 문서가 아닙니다. 공식 메디케어 프로그램 법적 지침은 관련 법령, 규정 및 규칙이 포함되어 있습니다.

이 제품은 미국 납세자 비용으로 제작되었습니다.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES

Centers for Medicare & Medicaid Services

7500 Security Blvd.
Baltimore, MD 21244-1850

공식 업무용
사적인 이용에 대한 범칙금 \$300

CMS Product No. 10050-K (Korean)
September 2022

PRSR STD
POSTAGE & FEES
PAID CMS
PERMIT NO. G-845

국립 메디케어 핸드북

이사하십니까? [socialsecurity.gov](https://www.socialsecurity.gov)를 방문하거나 사회보장국에 1-800-772-1213으로 문의하십시오. TTY 사용자는 1-800-325-0778로 전화하십시오. RRB 혜택을 받고 계신 경우 RRB에 1-877-772-5772로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-312-751-4701로 전화하십시오.

이 핸드북에 관한 일반적 의견이 있다면 환영합니다. medicareandyou@cms.hhs.gov로 이메일을 보내주십시오. 모든 의견에 답변해 드릴 수는 없지만 향후 안내서를 작성할 때 귀하의 피드백을 고려하겠습니다.

