

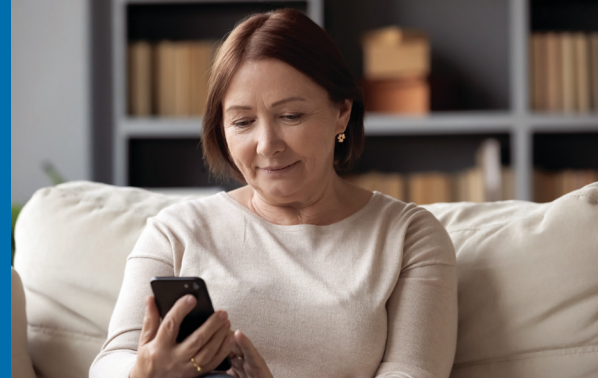


메디케어와 가입자 2024

미국 정부 공식
메디케어 안내서



신규 및중요 사항



메디케어는 가입자의 건강을 지키기 위해 적정 비용의 치료 접근성을 개선하고자 노력합니다. 건강 관리에 도움이 되는 올해의 새로운 혜택을 확인하십시오.

처방약 비용 절감

2024년 1월 1일부터 메디케어 약품 보장(파트 D)이 있고 약품 비용이 재난적 보장 단계에 도달할 만큼 충분히 높은 경우 기본분담금(copayment) 또는 가입자분담금(coinsurance)을 지불할 필요가 없습니다. 파트 D 약품 비용을 보장하는 데 도움이 되는 프로그램인 부가 지원은 자원과 소득이 제한된 특정군을 위해 더 많은 약품 비용을 보장하도록 확대됩니다. 83페이지 및 92페이지 참조.

처방약 가격이 인플레이션율보다 높게 인상된 경우 일부 파트 B 보장 약품의 가입자분담금 액수는 축소될 수 있습니다. 40페이지 참조.

인슐린 및 예방접종 비용 감소

메디케어 약품 플랜은 파트 D가 보장하는 각 인슐린 제품의 1개월치 분량에 대해 **\$35 이상을 청구할 수 없으며** 가입자는 그에 대한 가입자부담금(deductible)을 지불할 필요가 없습니다. 88페이지 참조.

메디케어의 내구성 의료 장비 혜택이 보장되는 기존 펌프를 통해 인슐린을 투여하는 경우 해당 인슐린은 메디케어 파트 B에서 보장됩니다. 가입자는 1개월치 공급량에 대해 \$35 이상을 지불하지 않으며 메디케어 가입자부담금은 더 이상 적용되지 않습니다. 39페이지 및 88페이지 참조.

이제 권장 성인 예방접종도 무료로 제공됩니다. 50페이지 참조.

원격진료 보장 변경

2024년 말까지 자택을 비롯하여 미국 내 어디에서나 원격진료 서비스를 계속 이용하실 수 있습니다. 이후 대부분의 원격진료 서비스를 받으시려면 농촌 지역에 있는 사무소나 기타 의료 시설에 방문해야 합니다. 정신건강 서비스와 같은 일부 예외가 있습니다. 51페이지 참조.

만성 통증 관리 및 치료

메디케어는 이제 3개월 이상 만성 통증을 겪은 경우 치료를 위해 월 서비스를 보장합니다. 34페이지 참조.

정신건강관리 개선

2024년 1월 1일부터 메디케어는 정신건강 치료가 필요한 경우 병원, 지역사회 정신건강 센터 및 그 밖의 장소에서 제공하는 집중 외래환자 프로그램 서비스를 보장합니다. 46-47페이지 참조.

메디케어 가입 기간 연장

최근 메디케이드 자격을 상실했거나 곧 상실할 경우, 메디케어에 가입하거나 현재 메디케어 보장 범위를 변경할 수 있습니다. 메디케어에 가입할 수 있는 다른 특별한 상황이 있습니다. 18페이지 참조.

COVID-19 치료

메디케어는 계속해서 가입자와 타인의 안전을 위해 COVID-19 백신과 몇 가지 검사 및 치료를 보장합니다. 37페이지 참조.

목차

신규 및중요 사항	2
주제 색인	4
메디케어 구성 방식	9
가입자의 메디케어 옵션	10
개요: 오리지널 메디케어 대 메디케어 어드밴티지	11
메디케어로 시작하기	13
적합한 보장을 찾는 데 도움 받기	14
섹션 1: 메디케어 가입	15
섹션 2: 메디케어 보장 내역 확인	25
섹션 3: 오리지널 메디케어	57
섹션 4: 메디케어 어드밴티지 플랜 및 기타 옵션	61
섹션 5: 메디케어 보충 보험 (메디갭)	75
섹션 6: 메디케어 약품 보장 (파트 D)	79
섹션 7: 건강관리 비용 및 약품 비용 납부 지원받기	91
섹션 8: 가입자의 메디케어 권리 및 보호	97
섹션 9: 자세한 정보 얻기	107
섹션 10: 정의	119

이용 가능한 형식이나 다른 언어로 정보가 필요하십니까?

123페이지 및 125-126페이지 참조.

기호 설명

해당 기호를 찾으면 메디케어 보장 옵션을 이해하는 데 도움이 됩니다.



비교: 오리지널 메디케어와 메디케어 어드밴티지 플랜을 비교해서 보여줍니다.

중요!

중요: 검토할 중요 정보를 강조합니다.



비용 및 보장: 서비스 비용 및 보장 정보를 제공합니다.

신규!

신규: 올해 “메디케어와 가입자”의 새로워진 정보를 강조합니다.



예방 서비스: 예방 서비스에 대한 자세한 사항을 제공합니다.



Medicare.gov에서 중요 정보를 찾는 데 도움이 됩니다.

주제 색인

A

복부 대동맥류 30
이용하기 쉬운 커뮤니케이션 123
책임의료기관 (ACO) 29, 51, 74, 103, **110-111**, 119
침술 30, 87
비급여 사전 수혜자 통지 101
사전 치료 계획 30-31, 35, 54
알코올 남용 검사 및 상담 31
구급차 서비스 31, 53
외래 수술 센터 31-32
근위축성 측색 경화증 (ALS) 15
이의신청 28, 59, 65, 87, **97-101**, 108, 113
의족 49
책정금 29-43, 45, 47-48, 50, 54-55, 58, **59-60**, 65, 119

B

균형 검사 42
바륨 관장 35
행동 건강 통합 서비스 32, 87
수혜자 및 가족 중심 치료 품질개선기관 100, **113**
혜택 기간 27, 29, 119
혜택 조정 **22**, 89, 90, 113
청구서 23-24, **59**, 82, 89, 99, 105
혈액 26, 32-33, 35-36, 38-39, 43, 45, 76
혈액기반 생체표지자 테스트 36
Blue Button®(블루 버튼) 59, 105, 109
Blue Button(블루 버튼) 2.0® 59, 109
보조기 (팔, 다리, 등, 목) 49

C

심장 재활 33
재난적 보장 81, 83
자궁 경부암 및 질암 검사 33
화학요법 **34**, 65
척추 지압 서비스 34
만성 영양 관리 서비스 34
만성 통증 관리 및 치료 서비스 34
청구 25, 58-59, 99-100, 102-105, 109
임상 연구 27, **34**, 61
COBRA 18-19, 89
인지적 평가 35, 55
대장내시경술 35-36
지속성 기도양압 (CPAP) 기기, 부속품, 요법 36
2019 코로나바이러스 감염증 (COVID-19) 37, 49, 50
성형 수술 55
비용 계획. 메디케어 코스트 플랜 참조.
비용 (공동 부담금, 공동보험비, 공제금, 보험료)
파트 D 지급 부가 지원 92-94
어드밴티지 플랜 64-65
오리지널 메디케어 58-59
파트 A 및 파트 B **22-24**, 25-56
파트 D 지연 가입 가산금 83-85
및 흡연 관련 질환 예방을 위한 상담 36
보장 결정 (파트 D) 99-100
보장 서비스 (파트 A 및 파트 B) 25-56
신뢰할 수 있는 처방약 보장 64, 79, 81, 83-85, 89, 94, **119**

D

제세동기 38
 치매 35, 55, 70
 시범/시험용 프로그램 74, **120**, 121
 치과 진료 및 의치 10, 12, 55, 56, 62, 67, 75, 95
 미국 국방부 113
 보건복지부. 민권 사무소 참조.
 미국 재향군인회 84, **90**, 114
 우울증 32, 35, **38**, 46, 55
 당뇨병 34, 38-39, 42, **46**, 70
 투석 (신장 투석) 16, 31, 44-45, 51, 65, 66, 98, 108
 장애 **15-19**, 21, 30, 54-56, 91, 96, 103, 124
 약품 보장 (파트 D) 79-90
 이의신청 97-101
 파트 A에 따른 보장 26-29
 파트 B에 따른 보장 39-40
 가입, 변경, 또는 탈퇴 80-81
 메디케어 어드밴티지 플랜 61-65
 약품 플랜
 비용 81-85
 가입 80-81
 플랜 유형 79
 보장 내역 85-88
 약품 (외래환자) 39-40
 이중 수혜자 (메디케어-메디케이드 플랜) 70, 95
 내구성 의료장비 9, 26, 29, 39, **40**, 44

E

EKG/ECG **41**, 51
 전자 안내서 14, 63
 전자 건강 기록 111
 전자 메디케어 요약 (eMSN) 59, 109
 전자 처방 112
 응급 부서 서비스 41
 고용주 (직장) 단체 건강보험
 파트 A의 비용은 다를 수 있음 26
 약품 보장 80, 84, 88
 메디케어와 연동한 운용 방식 21
 메디캡 공식 가입 77

말기 신장질환 (ESRD) 16-17, 21, 31, 42, 44, 51-52, 64, 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, **92-94**, 96, 113, 120
 안경 41, 55, 75

F

대변 잠혈 검사 35-36
 연방 정부 직원 건강 혜택 (FEHB) 89
 연방 인증 의료 센터 서비스 41, 46
 연성 S자 결장경 검사 35-36
 독감예방주사 41, 50, 54
 족부 진료 42
 처방집 81, 85-86, 88, 99, **120**
 사기 86, 103, **105-106**

G

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

H

Health Insurance Marketplace®(건강보험 마켓플레이스) 18, 19, 20
 의료관리기구 (HMO) 61, 64, **66**
 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, **44**, 100, 108
 가정 주입 요법 서비스 및 용품 40, 44
 호스피스 케어 9, 25, **26-27**, 61, 76, 87, 100, 108
 HSA. 건강 저축 계좌 (HSA) 참조.

6 주제 색인

I

면역억제제 보장 52-53, 64, 92
소득 관련 월별 조정 금액 (IRMAA) 23-24, 82
미국 원주민 건강 서비스 84, **90**, 119
최초 가입 기간 17, 18, 20, 71, 80
입원환자 병원 진료 27-28
기관 70, 93
인슐린 39, 88

J

가입
메디케어 약품 플랜 79-80
메디케어 건강 플랜 63-64

K

신장 질환 교육 45
신장 투석. 투석 [참조](#).
신장 이식 16, 45, 46, **52-53**, 64, 98

L

검사실 서비스 37, 44, 45
자연 가입 가산금. 가산금 [참조](#).
평생 예비 일 27, **120**
장기 요양 55-56, 75
메디케어 카드 분실. 메디케어 카드. 교체 [참조](#).
폐암 검사 45
림프부종 압박 치료 항목 45

M

유방 촬영술 **45**, 66, 70, 122
마켓플레이스. Health Insurance Marketplace®(건강보험 마켓플레이스) [참조](#).
메디케이드 10, 11, 18, 19, 21, 26, 29, 34, 52, 55-59, 65, 70, 74, 88, 91-96, 103, **120**
의료 신원 도용 105
의료적 영양요법 38, **46**
의료 저축 계좌 (MSA) 플랜 20, 61, 64-65, **67**, 79, 121

메디케어

파트 A (병원 보험) 25-29
파트 B (의료 보험) 29-56
파트 C (메디케어 어드밴티지 플랜) 61-74
파트 D (메디케어 약품 보장) 79-90
메디케어 계정 14, 24, 59, 91, 105, 107, **109**, 111, 112
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
메디케어 수혜자 옴부즈맨 106
메디케어 카드 15, 24-25, 37, 61, 107, 109, 113-114
메디케어 코스트 플랜 55, 72, 79, 82, 121
메디케어 약품 플랜 79-80
메디케어-메디케이드 플랜 95
메디케어 절약 프로그램 (MSPs) 91-92
메디케어 요약 통지 (MSN) 59, 91, 99, 101, 103, 105, 109
메디케어 추가 보험 (메디갭) 10-12, 26, 29, 56-58, 64, 73, **75-78**, 89, 98, 121
약물 치료 관리 프로그램 88
메디갭. 메디케어 보충보험 [참조](#).
정신 건강관리 46-47
MSN. 메디케어 요약 고지 [참조](#).

N

통지 28, **59**, 62-63, 69, 81, 86, 91, 97, 99-101, 103-105, 109, 111, 124
연간 변경 통지 63, 69, 81
외래환자 관찰 통지서 (“MOON”) 28
메디케어 요약 통지 (MSN) 59, 91, 99, 101, 103, 105, 109
비차별 통지 124
개인정보보호 관행 통지 103-104
전문 간호사 39, 41, 44, 46, 48, 53
요양원 26, 56, 70, 74-75, 93, 95, 108, 110
의료적 영양요법 서비스. 의료적 영양요법 [참조](#).

O

관찰 28
 작업치료 서비스 44, **47**
 민권 사무소 104, 124
 인사 관리실 24, 89, **114**
 공식 가입 13, 71-72, 77-78, 80, 84
 오피오이드 사용 장애 치료 27, 40, **47**, 54, 87
 OPM. 인사 관리실 참조.
 불참 (제공자) 56, 60
 오리지널 메디케어 57-60
 보조기 품목 49
 외래 병원 서비스 48
 산소 40

P

PACE. 포괄적 노인 영양 프로그램 참조.
 납부 옵션 (보험료) 23-24
 골반 검사 33
 가산금 (지각 가입)
 파트 A (병원 보험) 17, 18, 22
 파트 B (의료 보험) 15-16, 17, 18, 23
 파트 D (메디케어 약품 보장) 64, 79, 81, 82, 83-85, 89, 93-94
 약국 지원 프로그램 95
 물리치료 서비스 48
 의사 보조 39, 41, 46, 48, 53
 시범/시험용 프로그램 74, 95, 120, 121
 폐렴 주사 **48**, 50, 54
 예방적 서비스 9, **14**, **29-33**, **35-39**, **41-43**, 45-50, **54-55**, 90, 108-109, **122**
 일차진료의 31, 33, 43, 47, 50, 57, 66-70, 111, **122**
 주치료 관리 서비스 49
 개인정보보호 통지 103-104
 민간 행위별수가제 (PFFS) 플랜 61, 64, 69, 121
 포괄적 노인 영양 프로그램 (PACE) **74**, 95, 121
 전립선 검사 (PSA 검사) 49
 보철/보조기 품목 **49**

푸에르토리코 15, 16, 53, 92, 93, 96
 폐재활 프로그램 49

Q

양질의 진료 108, **110-113**

R

철도퇴직위원회 (RRB) 15-16, 20, 23-24, 59, 82, **114**
 의뢰서
 정의 122
 메디케어 어드밴티지 플랜 11, 62, 66-70
 오리지널 메디케어 11, 57, 63
 파트 B 보장 서비스 30-56
 종교적 비의료 건강관리 기관 28
 메디케어 카드 교체 107, 113
 임시 간호 27
 퇴직자 건강보험 (보장) 18, 19, 21-22, 26, 29, 57-58, 64, 88, 90
 RRB. 철도 퇴직위원회 참조.
 농촌응급병원 31
 농촌 건강 진료소 46, 49

S

선별검사. 예방적 서비스 참조.
 시니어 메디케어 순찰 프로그램 105
 서비스 지역 11, 63, 74, 79, 81, 122
 성매개감염 검사와 상담 50
 SHIP. 주립 건강보험 보조 프로그램 참조.
 주사 (예방접종) 9, 14, 37, 41-43, 48, **50**, 54, 108, 122
 S상 결장경 검사 35-36
 전문 간호 시설 (SNF) 치료 9, 25, **28**, 65, 74, 76, 100, 101, 111, **122**
 SNF. 전문 간호 시설 (SNF) 치료 참조.
 SNP. 특별 필요사항 플랜 (SNP) 참조.

8 주제 색인

사회 보장국

- MSN에서 주소 변경 59
- 파트 D 비용 지급 부가 지원 94
- 기타 유용한 연락처 113
- 파트 A 및 파트 B 보험료 22-24
- 파트 D 보험료 82
- 파트 A 및 파트 B 가입 15-19
- 생활비 보조금 (SSI) 혜택 93, **96**
- SPAP. 주립 의약품 지원 프로그램 참조.
- 특별 가입 기간
 - 파트 A 및 파트 B 17-18, 23
 - 파트 C (메디케어 어드밴티지 플랜) 71-73
 - 파트 D (메디케어 약품 보장) 80, 89
- 특별 필요사항 플랜 (SNP) 61, 70
- 언어 병리학 39, 41, 44, **50**
- SSI. 생활비보조 소득 (SSI) 참조.
- 주 건강보험 지원 프로그램 (SHIP) 14, 16, 56, 60, 73, 77, 78, 80, 83, 89, 94, 95, 100, 105, **108**, 110, **115-118**
- 주 의료 지원 (메디케이드) 사무소 19, 56, 57, 70, 92, 94-96, 123
- 주립 약국 지원 프로그램 95
- 약물 사용 장애 치료 40, 47, 51, 54, 55, 86-87
- 보충보험 (메디갭)
 - 약품 보장 89
 - 공식 가입 77
 - 오리지널 메디케어 57
- 생활비 보조금 (SSI) 93, **96**
- 용품 (의료) 27, 28, 36, 39-41, 44, 48, 49, 50, 58, 59, 75, 88, 90, 120
- 상처 드레싱 서비스 50

T

- 세금 양식 22-23
- 원격진료 **51**, 111
- 검사 (비검사실) 51
- 등급 (약품 처방집) 81-83, **85**, 100
- 전환 치료 관리 서비스 52
- 이식 서비스 16, 33, 45, 46, **52-53**, 56, 64, 98
- 여행 12, **53**, 75-76
- TRICARE 19, 21, 52, 84, **90**, 113, 119

U

- 노동조합
 - 파트 A의 비용은 다를 수 있음 26
 - 약품 보장 79-80, 84, 88, 94
 - 메디케어 어드밴티지 플랜 64
 - 파트 B 가입 19
- 긴급하게 필요한 치료 12, **53**, 60

V

- VA. 재향 군인 혜택 참조.
- 예방접종. 주사 참조.
- 재향 군인 혜택 (VA) 84, **90**, 114
- 시력 (안과) 41, 55

W

- 보행기 9, 28, 40, 44
- “메디케어 가입 환영” 예방적 방문 진료 41, **54-55**
- 웰니스 방문 진료 9, 14, 30-31, 35, **54-55**, 108
- 휠체어 9, **40**, 44

X

- X 레이 28, 48, 51

메디케어 구성 방식



파트 A(병원 보험)

아래 내용을 보장합니다.

- 병원 입원환자 진료
- **전문 간호 시설 치료**
- 호스피스 케어
- 가정 방문 의료 서비스

25-29페이지 참조.



파트 B(의료 보험)

아래 내용을 보장합니다.

- 의사 및 기타 의료 제공자 서비스
- 외래환자 진료
- 가정 방문 의료 서비스
- 내구성 의료장비(휠체어, 보행기, 병실 병상, 기타 장비 등)
- 여러 **예방 서비스**(선별검사, 주사 또는 예방접종, 연간 "웰니스" 방문 진료 등)

29-55페이지 참조.



파트 D(약품 보장)

처방약(여러 권장 접종 또는 백신 등) 비용 부담 지원.

메디케어 약품 보장(파트 D)을 제공하는 플랜은 메디케어가 정한 규칙을 준수하는 민영 보험사에 의해 운영됩니다.

79-90페이지 참조.

가입자의 메디케어 옵션

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

오리지널 메디케어

- 오리지널 메디케어는 메디케어 파트A(병원 보험) 및 파트 B(의료 보험)로 구성됩니다.
- 메디케어 약품 보장(파트 D)을 받기 위해 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입하실 수 있습니다.
- 미국 어디에서라도 메디케어를 받는 의사나 병원을 이용하실 수 있습니다.
- 오리지널 메디케어의 가입자 부담 최대 한도액(out-of-pocket)(**가입자부담금**의 20%같이)을 납부하는 데 도움을 받으시려면 추가 보장을 알아보고 구매하실 수도 있습니다.

파트 A



파트 B



추가하실 수 있습니다:

파트 D



또한 추가하실 수 있습니다:

추가 보장

여기에는 메디케어 보충 보험(**메디갭**)이 포함됩니다. 메디갭에 관한 자세한 내용은 섹션 5 (75페이지 이하) 참조. 또는, 현/이전 고용주나 노조 또는 **메디케이드**가 제공하는 보장을 받을 수 있습니다.

오리지널 메디케어에 관한 자세한 내용은 섹션 3(57페이지 이하) 참조.

메디케어 어드밴티지 (일명 파트 C)

- 메디케어 어드밴티지는 가입자의 건강 및 약품 보장을 위하여 오리지널 메디케어 대안을 제공하는 민영기업의 메디케어 승인 플랜입니다. 이 "묶음" 플랜에는 파트 A, 파트 B 및 보통은 파트 D가 포함됩니다.
- 대부분의 경우, 플랜 네트워크에 소속된 의사만 방문하실 수 있습니다.
- 대부분은 플랜에서 특정 약품이나 서비스를 보장하기 전에 플랜의 승인을 받아야 할 수도 있습니다.
- 플랜은 오리지널 메디케어보다 가입자 부담 최대 한도액이 낮거나 높을 수 있습니다. 추가 **보험료**가 발생할 수도 있습니다.
- 플랜은 오리지널 메디케어가 보장하지 않는 일부 시력, 청력, 치과 서비스 등의 부가 혜택을 제공할 수 있습니다.

파트 A



파트 B



대부분 플랜은 다음을 포함합니다:

파트 D



일부 부가 혜택

일부 플랜에는 다음도 포함됩니다:

가입자 부담 최대 한도액 감소

메디케어 어드밴티지에 관한 자세한 내용은 섹션 4(61페이지 이하) 참조.

개요

오리지널 메디케어 대 메디케어 어드밴티지



의사와 병원 선택

오리지널 메디케어	메디케어 어드밴티지(파트 C)
미국 어디에서라도 메디케어를 받는 의사나 병원을 이용하실 수 있습니다.	많은 경우, 플랜 네트워크 및 서비스 지역에 소속된 의사 및 다른 제공자만을 이용하실 수 있습니다(비응급의 경우). 플랜에 따라서는 네트워크 비소속의 경우도 비응급 보장을 제공하지만, 그럴 경우 일반적으로 비용이 높아집니다.
대부분의 경우, 전문의의 진료를 받기 위해 의뢰서가 필요하지 않습니다.	전문의 진료를 받을 때 의뢰서가 필요할 수도 있습니다.



비용

오리지널 메디케어	메디케어 어드밴티지(파트 C)
파트 B 보장의 경우, 일반적으로 가입자부담금을 충족하는 비용을 지불한 후 메디케어가 승인한 금액의 20%를 지불합니다. 이 금액을 가입자분담금이라고 합니다.	가입자 부담 최대 한도액은 다양하며 플랜에 따라 특정 서비스에 대한 자기부담금이 많거나 적을 수 있습니다.
가입자는 파트 B에 대한 보험료(월별 지급)를 부담합니다. 메디케어 약품 플랜에 가입한 경우 메디케어 약품 보장(파트 D)에 대해 별도의 보험료를 지불하셔야 합니다.	가입자는 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 약품 보장(파트 D)이 포함됩니다.
메디케어 보충 보험(메디갭)과 같은 추가 보장에 가입한 경우를 제외하고, 가입자 부담 최대 한도액에는 연간 한도가 없습니다.	플랜은 메디케어 파트 A 및 파트 B가 보장하는 서비스의 가입자 부담 최대 한도액에 대해 연간 한도가 있습니다. 플랜 한도에 다르다면, 그해의 나머지 기간은 파트 A와 파트 B가 보장하는 서비스에 대해서 일체 지불하지 않습니다.
가입자는 잔여 가입자 부담 최대 한도액(가입자분담금의 20%같이)의 지불을 위해 메디갭에 가입할 수 있습니다. 77페이지 참조. 또는, 현/이전 고용주나 노조 또는 메디케이드가 제공하는 보장을 받을 수 있습니다.	가입자는 메디갭에 가입할 수 없으며 필요하지도 않습니다.

보장

오리지널 메디케어	메디케어 어드밴티지(파트 C)
오리지널 메디케어는 병원, 의사 진료소, 그 밖의 의료 시설에서 의학적으로 필요한 대부분의 서비스와 용품을 보장합니다. 오리지널 메디케어는 시력 검사, 대부분의 치과 진료, 정기 검진 등 일부 혜택은 보장하지 않습니다. 55페이지 참조.	플랜은 오리지널 메디케어가 보장하는 의학적으로 필요한 모든 서비스를 보장해야 합니다. 플랜은 또한 일부 시력, 청력, 치과 서비스 등 오리지널 메디케어가 보장하지 않는 부가 혜택 을 제공할 수 있습니다.
메디케어 약품 보장(파트 D)을 받기 위해 별도의 메디케어 약품 플랜 에 가입하실 수 있습니다.	메디케어 약품 보장(파트 D)은 대부분의 플랜에 포함되어 있습니다. 대부분 유형의 메디케어 어드밴티지 플랜 에서는 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입할 수 없습니다.
대부분의 경우, 가입자는 서비스나 용품 보장을 받기 위해 오리지널 메디케어의 승인을 받을 필요가 없습니다.	대부분, 특정 서비스나 용품을 보장하기 전에 플랜의 승인을 받아야 할 수도 있습니다.

외국 여행

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

이 안내서는 다음 주제를 상세히 설명합니다.

- **오리지널 메디케어:** 섹션 3 (57페이지 이하) 참조.
- **메디케어 어드밴티지:** 섹션 4 (61페이지 이하) 참조.
- **메디케어 보충 보험(메디갭):** 섹션 5 (75페이지 이하) 참조.
- **메디케어 약품 보장(파트 D):** 섹션 6 (79페이지 이하) 참조.

2024 **보험료** 금액, 약품 비용 및 소득 제한은 인쇄 당시 이용할 수 없었습니다. 최신 정보는 올 가을 후반에 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)를 참조해 주십시오.

메디케어로 시작하기

다음을 수행하는 것이 중요합니다.

- 가입자 본인의 메디케어 보장 옵션에 대한 이해. 메디케어 보장은 크게 오리지널 메디케어(파트 A 및 파트 B)와 메디케어 어드밴티지의 두 가지 방법이 있습니다. 자세한 내용은 10-12페이지 참조.
- 가입 방법과 시기 파악. 메디케어 파트 A 또는 파트 B에 가입하지 않은 경우 섹션 1(15페이지 이하)을 참조하십시오. 다른 건강보험 가입자인 경우 19-22페이지를 참조하여 가입하신 보험을 메디케어와 연동하는 방법을 확인하십시오.

중요!

메디케어 약품 보장(파트 D)에 가입하지 않은 경우, 섹션 6(79페이지 이하)을 참조하십시오. **최초 자격이 되었을 때 가입하지 않은 경우 벌금이 발생할 수 있습니다.**

- 이 중요 일정을 달력에 표시하시기 바랍니다! 매년 보장을 변경할 수 있는 유일한 시기일 수 있습니다.



2023년 10월 1일	가입 중인 현 보험과 다른 옵션을 비교해 보십시오. 비용을 절감하거나 추가 혜택을 받으실 수 있습니다. 웹사이트 방문  Medicare.gov/plan-compare.
2023년 10월 15일-12월 7일	원하는 경우 2024년 메디케어 건강 및 약품 보장을 변경하십시오. 매년 공식 가입 기간에 메디케어 어드밴티지 플랜 또는 메디케어 약품 플랜에 가입, 변경, 또는 탈퇴하거나 오리지널 메디케어로 변경할 수 있습니다.
2024년 1월 1일	변경하셨다면 새 보험이 적용됩니다. 기존 보장을 유지한 채 플랜 비용 또는 혜택이 변경된 경우, 해당 변경 또한 이 날짜에 시작합니다.
2024년 1월 1일-3월 31일	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. 변경한 내용은 플랜이 가입자의 요청을 접수한 익월 첫 날부터 적용됩니다. 63페이지 참조.

매년 메디케어 건강 및 약품 보장을 검토하여 여전히 필요 사항을 충족하는지 확인하고 변경할지 여부를 결정하는 것이 중요합니다. 매년 메디케어에 가입할 필요는 없지만, 옵션은 검토해야 합니다.

적합한 보장을 찾는 데 도움 받기


보장 옵션 살펴보기

- 아래에서 건강 및 약품 플랜을 찾아 비교해 보십시오.


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

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 문의하시면 됩니다.
- 주립 건강보험 지원 프로그램(State Health Insurance Assistance Program, SHIP)에서 무료로 제공되는 맞춤형 건강보험 상담을 받으십시오. 지역 SHIP 전화번호는 115-118페이지를 참조하십시오. 신뢰할 수 있는 대리인이나 중개인의 도움을 받을 수도 있습니다.

건강관리에서 최고 가치 획득하기

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

예방 서비스에 대해 알아보기

메디케어는 다양한 **예방 서비스**를 무료로 보장해 드립니다. 어떤 예방 서비스(선별검사, 주사 또는 백신, 연간 “웰니스” 방문 진료)가 필요한지 의사나 기타 의료 제공자에게 문의하십시오. 메디케어에서 보장하는 예방 서비스에 대해 자세히 알아보시려면 30-55 페이지를 참조하여  확인하십시오.

진료비 납부 지원 받기

비용을 지원하는 다양한 프로그램이 있습니다. 많은 메디케어 가입자들에게 자격이 있습니다. 해당 프로그램에 대한 자세한 정보는 91-96페이지를 참조하십시오.

온라인으로 본 안내서 검토하기

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

이용 가능한 형식이나 다른 언어로 정보가 필요하십니까?

“메디케어와 가입자” 안내서를 무료로 이용 가능한 형식으로 받으실 수 있습니다. 123 페이지 참조. 영어 외의 언어로 도움을 받으시려면 125-126페이지를 참조하십시오.

본 안내서에 관해 궁금한 사항이나 의견이 있으십니까?

medicareandyou@cms.hhs.gov로 이메일을 보내주십시오.

섹션 1

메디케어 가입

파트 A 및 파트 B에 자동으로 가입되나요?

이미 사회보장혜택 또는 철도 퇴직위원회(RRB) 혜택을 받고 있는 경우, 65세가 되는 달의 첫 날부터 파트 A와 파트 B에 자동으로 가입됩니다. (생일이 그달의 첫날이라면, 파트 A와 파트 B는 그 전달의 첫날부터 시작됩니다.)

가입자가 만 65세 미만이고 장애가 있는 경우, 사회보장 또는 RRB의 특정 장애수당 중 하나로부터 24개월 장애수당을 받은 후 자동으로 파트 A와 파트 B에 가입됩니다.

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

ALS(근위축성 측삭 경화증, 루게릭병이라고도 함)가 있는 경우, 사회보장국으로부터 장애수당을 받기 시작하는 달에 파트 A와 파트 B에 자동으로 가입됩니다.

자동으로 메디케어에 가입된 경우, 65세가 되는 생일 또는 장애 혜택을 받은 지 25개월이 되는 때의 3개월 전에 우편으로 적색, 백색 및 청색으로 구성된 메디케어 카드를 수령하게 되며 파트 A **보험료**(때때로 “무보험료 파트 A”라고도함)를 지급할 필요가 없습니다. 대부분의 가입자는 파트 B를 유지하려고 합니다. 파트 B를 원하지 않는 경우 메디케어 카드에 표기된 보장 시작일 전에 알려주시기 바랍니다. 별도의 조치가 없을 경우, 파트 B를 유지하게 되며 사회보장 또는 RRB 혜택을 통해 파트 B 보험료를 납부하게 됩니다. 다른 보장이 있으면서 파트 B를 유지해야 하는지 결정하는데 도움이 필요하시면 19페이지를 참조하십시오. **파트 B를 유지하지 않기로 했지만 추후 보유를 원하는 경우, 특정 기간에만 가입할 수 있기 때문에 메디케어 파트 B 보장 수혜가 지연될 수 있습니다. 파트 B를 보유하는 한 지연 가입 벌금을 납부해야 할 수 있습니다.** 23페이지 참조.

파트 A 및/또는 파트 B에 가입해야 하나요?

65세에 곧 도달하지만 사회보장 또는 RRB 수당을 받지 못하는 경우, 메디케어에 가입해야 합니다. [SSA.gov/medicare](https://www.ssa.gov/medicare)를 참조하여 파트 A와 파트 B를 신청하십시오. 65세가 되기 3개월 전에 사회보장국에 연락하여 일정을 잡으실 수 있습니다. 철도 회사에서 근무한 경우 RRB에 문의해 주시기 바랍니다.

대부분의 경우, 최초 자격 시 파트 B에 가입하지 않으면 특정 기간에만 가입할 수 있기 때문에 향후 메디케어 파트 B 보장을 받는 데 지체될 수 있습니다. **파트 B를 보유하는 한 지연 가입 벌금을 납부해야 할 수 있습니다.** 23페이지 참조.

말기 신장질환(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/publications](https://www.medicare.gov/publications)를 참조하여 “메디케어 신장 투석 및 신장 이식 서비스 보장” 책자를 살펴보시기 바랍니다.

중요! 푸에르토리코에 거주하며 사회보장 또는 RRB 혜택을 받는 경우, 65세가 되는 달의 첫날 또는 24개월 동안 장애수당을 받은 후 자동으로 파트 A에 가입됩니다. 단, 파트 B를 원하시는 경우 “파트 B 가입 신청서”(CMS-40B)를 작성하여 가입해야 합니다. 본 양식을 영어와 스페인어로 받으시려면 다음을 방문하십시오: [Medicare.gov/basics/forms-publications-mailings/forms/enrollment](https://www.Medicare.gov/basics/forms-publications-mailings/forms/enrollment). 최초 자격 시 파트 B에 가입하지 않으면 특정 기간에만 가입할 수 있기 때문에 향후 파트 B 보장을 받는 데 지체될 수 있습니다. **파트 B를 보유하는 한 지연 가입 벌금을 납부해야 할 수 있습니다.** 23페이지 참조.

어디서 자세한 정보를 얻을 수 있나요?

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

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

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

파트 A와 파트 B에 자동으로 가입되지 않은 경우 언제 가입할 수 있나요?

무보험료 파트 A에 자동으로 가입되지 않은 경우(예를 들어, 여전히 근로 중이지만 아직 사회보장 혜택 또는 철도퇴직위원회(RRB) 혜택을 받고 있지 않기 때문), 메디케어 자격을 최초 취득한 후 언제든지 가입할 수 있습니다. 자세한 정보는 22페이지를 참조하십시오.

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

다음 페이지에 명시된 가입 기간에만 파트 B에 가입할 수 있습니다.

중요! 대부분의 경우, 최초 자격 시 **파트 A**(가입해야 할 경우)와 **파트 B**에 가입하지 않으면, 가입이 지연될 수 있고 지연 가입 벌금을 납부해야 할 수 있습니다. **22-23페이지 참조.**

파트 A 및 파트 B 가입 기간은 어떻게 되나요?

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

최초 가입 기간

일반적으로, 65세가 되기 3개월 전부터 시작하여 65세가 되는 달 3개월 후에 종료되는 7개월 기간 동안 파트 A 및/또는 파트 B에 처음 가입할 수 있습니다. 생일이 월 1일인 경우, 7개월 기간은 65세가 되는 달의 4개월 전에 시작하여 65세가 되는 달의 2개월 후에 종료됩니다.

예: 6월 2일에 65세가 되는 경우, 7개월 기간은 3월에 시작되어 9월에 종료됩니다. 6월 1일에 65세가 되는 경우, 7개월 기간은 2월에 시작되어 8월에 종료됩니다.

최초 가입 기간의 첫 3개월 동안 파트 A 및/또는 파트 B에 가입하면, 대부분의 경우 보장은 생일이 있는 달의 1일부터 시작됩니다. 단, 생일이 월 첫날이라면 보장은 그 전달의 첫날부터 시작됩니다.

65세가 되는 달 또는 최초 가입 기간의 마지막 3개월 동안 가입하는 경우, 가입한 익월 1일부터 보장이 시작됩니다.

특별 가입 기간

최초 가입 기간이 종료된 후 특별 가입 기간에 메디케어에 가입할 기회가 생길 수 있습니다. **예를 들어, 현재 고용을 기반으로 하는 그룹 건강 플랜 보장이 있어**(가입자에게 장애가 있는 경우 가입자 본인, 배우자 또는 가족 구성원의 고용) 처음 자격이 되었을 때 파트 B(또는 가입해야 할 경우 파트 A)에 가입하지 않았다면 아래 기간에 파트 A 및/또는 파트 B에 가입하실 수 있습니다:

- 그룹 건강 플랜의 적용을 받는 경우 언제든지
- 고용이 종료되거나 보장이 종료된 달의 다음 달 중 먼저 발생하는 달로부터 시작하여 8개월간

가입한 익월 1일부터 보장이 시작됩니다. 일반적으로 특별 가입 기간에 가입하는 경우 지연 가입 벌금은 내지 않으셔도 됩니다. 이 기간은 말기 신장질환(ESRD)으로 메디케어 자격이 생겼거나 아직 최초 가입 기간이면 적용되지 않습니다.

파트 A 및/또는 B에 가입하려면 사회보장국에 1-800-772-1213으로 문의하십시오. TTY 사용자는 1-800-325-0778로 문의하시면 됩니다.

중요!

통합옴니버스예산조정법(Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) 보장, 퇴직자 건강 플랜, 재향군인(VA) 보험, 개인 건강보험(Health Insurance Marketplace®(건강보험 마켓플레이스)보장 등)은 현재 고용을 기반으로 한 보장으로 간주하지 않으며 특별 가입 기간 동안 고용주 보장으로 간주되지 않습니다. COBRA 보장 대신 또는 이에 추가하여 파트 B를 선택해야 하는 이유가 생길 수 있습니다. COBRA 선택 여부와 관계없이 현재 고용을 기반으로 한 보장이 종료된 후 8개월 이내에 별금 없이 파트 B에 가입할 수 있습니다. 단, COBRA가 있고 메디케어 자격이 있는 경우 **COBRA는 의료비의 일부만 지불할 수 있습니다.** COBRA 보장이 종료되었을 때 일반적으로 특별 가입 기간으로서 메디케어에 가입할 자격은 주어지지 않습니다. COBRA 보장에 관한 추가 정보는 89페이지를 참조하십시오. 별금 납부를 피하려면, 처음 자격이 되었을 때 반드시 메디케어에 가입하시기 바랍니다. 퇴직자 보장이 있는 경우 파트 A와 파트 B가 모두 없다면 의료 서비스 비용을 지불하지 않을 수 있습니다.

특별 가입 기간의 예외적 상황

특별 가입 기간 동안 메디케어에 가입할 수 있는 다른 상황이 있습니다. 자연 재해 또는 비상 사태, 감금, 고용주 또는 건강보험 오류, **메디케이드** 보장 상실 또는 메디케어에서 예외적으로 판단하는 가입자의 통제 범위를 벗어난 그 밖의 상황과 같은 특정한 예외적 상황으로 인해 가입 기간을 놓친 경우 자격이 될 수 있습니다. 자세한 정보는 [Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)를 참조하거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 문의하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 문의하시면 됩니다.

중요!

최근 메디케이드 자격을 상실하고 현재 메디케어 자격 대상이지만 최초 자격이 생겼을 때 메디케어에 가입하지 않은 경우, 자연 가입 별금을 납부하지 않고 파트 A 및 파트 B에 가입할 수 있습니다. 이미 메디케어에 가입했지만 메디케이드를 상실한 경우에도 보장 옵션이 있습니다. 자세한 내용은 [go.Medicare.gov/losingmedicaid](http://www.go.Medicare.gov/losingmedicaid)에서 “메디케이드를 상실하셨나요?” 자료표를 참조하십시오.

일반 가입 기간

최초 가입 기간에 파트 A에 지급을 해야 하지만 파트 A에 가입하지 않고/않거나 파트 B(**보험료**를 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.

일반 가입 기간에 가입하시면, 가입한 익월 1일부터 보장이 시작됩니다.

가입 기간에 대한 자격 여부가 확실하지 않으신가요? 웹사이트 [Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)를 참조하시거나 1-800-MEDICARE로 문의하십시오.

다른 건강 보장이 있습니다. 파트 B에 가입해야 하나요?

이 정보는 가능한 건강 보장 유형에 따라 파트 B 가입 여부를 결정하는 데 도움이 될 수 있습니다.

고용주 또는 조합 보장

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

현재 고용을 기반으로 한 보장에는 다음 사항이 포함되지 않습니다.

- COBRA(또는 고용 종료 후 유사한 지속 보장)
- 퇴직자 보장
- 재향군인(VA) 보장
- 개인 건강보험 보장(Health Insurance Marketplace®(건강보험 마켓플레이스)등)

TRICARE

TRICARE(현역 및 퇴역 군인과 그 가족을 위한 건강관리 프로그램)에 가입한 경우, **최초 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 문의하시기 바랍니다. 90페이지 참조.

재향군인회 민간 보건 및 의료 프로그램(Civilian Health and Medical Program of the Department of Veterans Affairs, CHAMPVA) 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. 메디케어에서 먼저 지급하고 메디케이드가 두 번째로 지급합니다. 메디케이드는 메디케어 가입자 부담 최대 한도액(**보험료, 가입자부담금, 가입자분담금, 기본부담금** 등) 지급에 도움을 드릴 수 있습니다.

자세한 내용은 관할 주 의료 지원(메디케이드) 사무소에 연락하여 자격 대상 여부를 확인하시기 바랍니다. 관할 주의 메디케이드 사무소 전화번호는

[Medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu](https://www.Medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu)를 확인하거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 문의하실 수 있습니다.

Health Insurance Marketplace®(건강보험 마켓플레이스)

마켓플레이스를 통해 보장받고 있다 하더라도(또는 현재 고용을 기반으로 하지 않는 기타 개인 건강 보험), 일반적으로는 메디케어 보장이 지연되고 메디케어 지연 가입 벌금이 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 적절한 시기에 마켓플레이스 보장을 종료해야 합니다.
- 보험료 없는 파트 A 자격 대상이라고 판단되거나 이미 **보험료**를 납부하는 파트 A가 있는 경우, 마켓플레이스 플랜 보험료 또는 그 밖의 의료 비용을 지급하는데 마켓플레이스의 도움을 받을 자격을 상실하게 됩니다. 해당 시점 후에도 마켓플레이스 플랜 보험료 납부에 대한 도움을 계속 받는 경우, 연방 소득세 신고 시 받으신 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 절감을 종료하는 방법을 알아보려면 [HealthCare.gov/medicare/changing-from-marketplace-to-medicare](https://www.healthcare.gov/medicare/changing-from-marketplace-to-medicare)를 참조하십시오. 또한 마켓플레이스 콜센터에 1-800-318-2596으로 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-855-889-4325로 문의하시면 됩니다.

건강 저축 계좌(Health Savings Account, HSA)

메디케어에 가입한 후에는 HSA에 납입할 수 없습니다. 추징세를 피하려면 파트 A 보장이 시작되기 한 달 전에 마지막 HSA 분담금을 납부해야 합니다. 무보험료 파트 A 보장은 파트 A에 가입하거나 사회보장 혜택 또는 철도 퇴직위원회(RRB) 혜택을 신청한 날로부터 6개월 전으로 소급하여 유효하지만, 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 추징세를 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 추징세를 피할 수 있습니다.
	65세가 된 후 6개월 이상	메디케어 신청 달의 6개월 전에 HSA 분담금을 중단하면 추징세를 피할 수 있습니다.

참고: 메디케어 의료 저축 계좌(Medical Savings Account, MSA) 플랜은 HSA와 유사합니다. 67페이지 참조.

다른 보험이 메디케어와 어떻게 연동되나요?

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

퇴직자 건강보장(가입자 또는 배우자의 이전 직장에서의 보험 등)에 가입되어 있을 경우...	메디케어가 먼저 지급합니다.
65세 이상이고 가입자 본인 또는 배우자의 현재 고용 상태에 따라 그룹 건강 플랜 보장이 있으며, 고용주에게 직원이 20명 이상 일 경우...	그룹 건강 플랜이 먼저 지급합니다.
65세 이상이고 가입자 본인 또는 배우자의 현재 고용 상태에 따라 그룹 건강 플랜 보장이 있으며, 고용주에게 직원이 20명 미만 일 경우...	메디케어가 먼저 지급합니다.
65세 이하이면서 장애가 있고 가입자 본인 또는 가족 구성원의 현재 고용 상태에 따라 그룹 건강 플랜 보장이 있으며, 고용주에게 직원이 100명 이상 일 경우...	그룹 건강 플랜이 먼저 지급합니다.
65세 이하이면서 장애가 있고 가입자 본인 또는 가족 구성원의 현재 고용 상태에 따라 그룹 건강 플랜 보장이 있으며, 고용주에게 직원이 100명 미만 일 경우...	메디케어가 먼저 지급합니다.
가입자 또는 가족 구성원의 고용 또는 이전 고용 상태에 따라 그룹 건강 플랜 보장이 있고 말기 신장질환(ESRD)으로 인해 메디케어 자격이 있는 경우...	그룹 건강 플랜에서 가입자가 메디케어에 가입할 자격이 생긴 후 첫 30개월 동안 먼저 비용을 지급합니다. 메디케어는 이 30개월의 기간이 지난 후 첫 지급을 합니다.
TRICARE에 가입한 경우...	메디케어에서 먼저 비용을 지불합니다. 단, 가입자가 현역 복무 중이거나 군 병원이나 진료소 또는 그 밖의 연방 의료 서비스 제공자로부터 항목이나 서비스를 받는 경우를 제외합니다.
메디케이드에 가입되어 있을 경우...	메디케어가 먼저 지급합니다.

중요!

계속 일하고 있고 직장을 통해 고용주 보장을 받고 있다면 고용주에게 문의하여 고용주 보장이 메디케어와 어떻게 연동되는지 확인하십시오.

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 비용을 모두 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 그 밖의 건강 혜택: 지급 순서 가이드” 안내서를 참조하십시오. 자세한 내용은 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 문의하실 수도 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 문의하시면 됩니다.

중요!

다른 보험이 있거나 보험에 변경 사항이 있으면 메디케어 혜택 조정 및 회복 센터 (Benefits Coordination & Recovery Center)에 1-855-798-2627로 전화해 알려야 합니다. TTY 사용자는 1-855-797-2627로 문의하시면 됩니다.

파트 A가 있는 경우, 메디케어에서 “건강 보장” 양식(IRS 양식 1095-B)을 받을 수 있습니다. 이 양식은 가입자가 작년에 건강 보험에 가입했음을 증명합니다. 기록을 위해 양식을 보관해 두십시오. 모든 가입자가 이 양식을 받는 것은 아닙니다. 1095-B 양식을 받지 못하더라도 안심하십시오. 세금을 신고할 때 이 양식이 필요하지 않습니다.

제가 파트 A 비용을 지불해야 하나요?

보통은 가입자 또는 가입자의 배우자가 일정한 근로 기간 동안 메디케어 세금을 납부했다면, 파트 A 보장을 위하여 월 **보험료**를 지불할 필요가 없습니다. 이를 때로는 무보험료 파트 A라고 합니다. 가입자가 무보험료 파트 A 자격이 되지 않는다면 파트 A를 구매하실 수도 있습니다. 파트 A 보험료 납부 방법에 대한 자세한 내용은 24페이지를 참조하십시오.

파트 A를 구매하는 경우, 가입자 본인 또는 배우자가 근로 중에 메디케어 세금을 납부한 기간에 따라 2023년에는 매달 \$278 또는 최대 \$506의 보험료를 납부하게 됩니다. 파트 A 보험료 납부에 도움이 필요하시면 91-92페이지를 참조하십시오. 파트 A 비용 납부에 대해 궁금한 사항은 [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)를 참조하거나 1-800-MEDICARE로 문의하십시오.

대부분의 경우 파트 A에 **가입**하기로 하면, 파트 B에도 가입해야 하며 두 가지 모두에 대해 월 보험료를 납부해야 합니다. 파트 A를 구매하지 **않기**로 한 경우에도 자격이 된다면 여전히 파트 B를 구매할 수 있습니다.

2024 금액은 올 가을 후반에 [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)를 참조하십시오.

파트 A 지연 가입 벌금은 무엇인가요?

무보험료 파트 A에 가입할 자격이 없고, 최초 자격이 생겼을 때 가입하지 않은 경우, 월 보험료는 10% 인상될 수 있습니다. 파트 A에 가입할 수 있었지만 가입하지 않았던 연도 수의 두 배가 되는 기간에 더 높은 보험료를 납부해야 할 수 있습니다. 예를 들어, 2년 동안 파트 A에 대한 자격이 있었지만 가입하지 않은 경우 4년 동안 10% 인상된 보험료를 납부해야 합니다.

파트 B 보장 비용은 얼마인가요?

2023년의 표준 파트 B **보험료**는 \$164.90입니다. 대부분은 매달 표준 파트 B 보험료를 지불합니다.

수정 조정 총소득이 특정 금액을 초과하면(2023년: 개인 신고의 경우 \$97,000 또는 결혼하여 공동 신고하는 경우 \$194,000) 소득 관련 월별 조정 금액(Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA)을 납부할 수 있습니다. IRMAA는 보험료에 추가되는 부가 부과금입니다.

가입자가 IRMAA를 지급할 것인지 결정하기 위해 **메디케어는 2년 전의 IRS세금 보고서에 신고된 수정 조정 총 소득을 사용합니다.** IRMAA에 대해 자세히 알아보려면 [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)를 참조하십시오.

2024 보험료 금액 및 소득 한도는 올 가을 후반에 [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)를 참조하십시오.

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

추가 금액을 지불해야 하지만 이에 동의하지 않는 경우(예: 사정 변경으로 소득이 낮아짐) [SSA.gov](https://www.ssa.gov)를 참조하거나 사회보장국에 1-800-772-1213으로 전화해 주십시오. TTY 사용자는 1-800-325-0778로 문의하실 수 있습니다.

파트 B 지연 가입 벌금은 무엇인가요?

중요!

최초 자격이 되었을 때 파트 B에 가입하지 않으면, 파트 B에 가입할 때 지연 가입 벌금을 납부해야 할 수 있습니다. 가입자의 파트 B 월 보험료는 파트 B에 가입할 수 있었지만 가입하지 않은 각 전체 12개월당 10%가 인상될 수 있습니다. 특별 가입 기간 동안 파트 B 가입이 허용된다면, 일반적으로 지연 가입 벌금을 납부하지 않습니다. 17-18페이지 참조.

예: Mr. Smith의 최초 가입 기간은 2020년 12월에 종료되었습니다. 그는 파트 B에 가입하기 위해 2023년 3월(일반 가입 기간 동안)까지 기다렸습니다. 그의 파트 B 보험료 벌금은 20%이며 파트 B에 가입할 때 표준 파트 B 보험료 외에 추가로 이 벌금을 납부해야 합니다. (Mr. Smith는 총 27개월간 보장을 받지 않았지만 여기에는 2번의 전체의 12개월 기간만 포함되었습니다.)



비용 및 보장: 메디케어 비용에 대한 도움을 받는 방법을 알아보려면 **섹션 7** (91페이지 이하) 참조.

파트 B 보험료는 어떻게 지불하나요?

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

참고: RRB에서 청구서를 받으면 보험료를 다음 주소로 우편 발송하십시오.

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

RRB에서 받은 청구서에 대해 궁금한 사항은 1-877-772-5772로 문의해 주시기 바랍니다. TTY 사용자는 1-312-751-4701로 문의하시면 됩니다.

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

이러한 혜택 지급을 받지 못하면 파트 B 보험료에 대한 청구서를 받게 됩니다. 일반적으로 파트 B 보험료는 4분기별료(3개월마다) 청구됩니다. 파트 A 또는 파트 D IRMAA 비용도 지불하거나 메디케어 이지 페이(Easy Pay)를 사용하여 보험료를 지불하는 경우, 월별 청구서를 받게 됩니다(22페이지 및 82페이지 참조). 보험료를 납부하는 방법은 다음 4가지가 있습니다.

1. 온라인으로 신용카드, 직불카드, 저축 또는 당좌 예금 계좌를 통해 지급. 이를 수행하려면 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)에서 보안 메디케어 계정으로 로그인(또는 계정을 생성)하십시오. 온라인 결제는 개인정보를 우편으로 보내지 않고도 더 안전하고 빠르게 결제할 수 있는 방법입니다. 결제 시 확인 번호를 받게 됩니다.

2. 은행의 온라인 청구서 지불 서비스를 통해 저축 또는 당좌예금에서 직접 지불. 고객이 온라인으로 청구서를 납부할 수 있는지 은행에 문의하십시오. 모든 은행이 이 서비스를 제공하는 것은 아니며 일부 은행에서는 수수료를 부과할 수도 있습니다. 은행에서 다음 정보를 요구할 것입니다.

- **가입자의 메디케어 번호:** 적색, 백색 및 청색으로 구성된 메디케어 카드에 있는 **정확한 번호**를 대시 없이 사용하는 것이 중요합니다.

- **수취인 명칭:** CMS Medicare Insurance

- **수취인 주소:**
Medicare Premium Collection Center
PO Box 790355
St. Louis, MO 63179-0355

3. 메디케어 이지 페이(Easy Pay)에 가입. 매월 저축 또는 당좌 계좌에서 보험료를 자동으로 공제하는 무료 서비스입니다. [Medicare.gov/medicare-easy-pay](https://www.Medicare.gov/medicare-easy-pay)를 참조하거나 1-800-MEDICARE로 전화해 가입 방법을 확인하십시오.

4. 메디케어에 납부금을 우편 송부. 수표, 우편환, 신용카드 또는 직불카드로 지급할 수 있습니다. 납부 시 메디케어 번호를 기재하고 지급 쿠폰을 작성해 주십시오. 납부액 및 쿠폰을 다음 주소로 우편 발송해 주십시오.

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

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

청구서 주소를 변경해야 할 경우, 사회보장국에 1-800-772-1213으로 전화해 주시기 바랍니다. TTY 사용자는 1-800-325-0778로 문의하실 수 있습니다.

메디케어 절감 프로그램(Medicare Savings Program)을 통해 파트 A 및 파트 B 보험료를 지불하기 위해 관할 주의 도움을 받을 수 있습니다. 91-92페이지 참조.

섹션 2

메디케어 보장 내역 확인

메디케어가 보장하는 서비스는 무엇인가요?

이 섹션에서는 오리지널 메디케어(파트 A 및 파트 B)가 병원, 의사 진료소 및 그 밖의 의료 시설에서 보장하는 항목, 검사 및 서비스에 대한 정보를 찾을 수 있습니다. 파트 A와 파트 B에 모두 가입한 경우 이 섹션의 메디케어 보장 서비스 수혜 대상이 될 수 있습니다.

오리지널 메디케어에 가입한 경우 적색, 백색 및 청색 메디케어 카드를 사용하여 메디케어 보장 서비스를 받을 수 있습니다. 메디케어 카드에는 파트 A(병원으로 명시), 파트 B(의료로 명시) 또는 둘 모두가 있는지와 보장이 시작되는 날짜가 표시됩니다.

중요! 메디케어 어드밴티지 플랜 또는 그 밖의 메디케어 건강 플랜에 가입한 경우, 대부분 플랜 카드로 메디케어 보장 서비스를 받습니다.

참고: 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 A가 보장하는 항목은 무엇인가요?

파트 A(병원 보험)는 아래 사항을 보장합니다.

- 병원 입원환자 진료
- **전문 간호 시설 치료**
- 호스피스 케어
- 가정 방문 의료 서비스

파트 A에서 보장하는 공통 서비스 목록과 일반 설명은 26-29페이지를 참조하십시오.

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



비용 및 보장: 모바일 장치를 이용하여 보장 내역 알아보기

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

파트 A 보장 서비스에 대해 지불해야 하는 비용은 무엇인가요?

기본분담금, 가입자분담금 또는 가입자부담금이 다음 페이지에 명시된 각 서비스에 적용될 수 있습니다.

메디케어 어드밴티지 플랜 또는 다른 보험(메디캡, 메디케이드, 고용주, 퇴직자 또는 조합 보험 등)이 있는 경우, 기본분담금, 가입자분담금 또는 가입자부담금이 다를 수 있습니다. 비용과 관련한 자세한 내용은 플랜에 문의하거나

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

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

파트 A 보장 서비스

혈액

병원이 혈액 은행에서 무료로 혈액을 받는 경우 가입자는 비용을 지불하거나 교체할 필요가 없습니다. 병원이 가입자 대신 혈액을 구매해야 할 경우, 가입자는 1년간 받는 첫 세 단위 혈액에 대해서 병원비를 납부하거나 가입자 본인 또는 타인이 혈액을 기증해야 합니다.

가정 건강관리 서비스

파트 A 및/또는 파트 B는 가정 건강 혜택을 보장합니다. 44페이지 참조.

호스피스 케어

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

보장 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 그 밖의 증상을 관리하는 데 필요한 기타 보장 서비스 및 가입자와 가족을 위한 영적 및 슬픔 상담

메디케어 인증 호스피스 케어는 일반적으로 가입자의 자택이나 요양원과 같이 가입자가 거주하는 그 밖의 시설에서 제공됩니다. 오리지널 메디케어에서 말기 질환 및 관련 질환의 일부가 아닌 모든 건강 문제를 보장하는 혜택 비용을 여전히 지급하지만, 호스피스에서 대부분의 요양비를 부담해야 합니다.

메디케어는 시설 내에서 가입자의 치료를 위한 숙식비는 지급하지 않습니다. 단, 호스피스 의료 팀이 통증 및 기타 증상을 관리하기 위해 가입자가 단기 입원 치료가 필요하다고 결정하는 경우는 제외입니다. 이러한 요양은 호스피스 시설, 병원 또는 호스피스와 계약한 **전문 간호 시설**과 같이 메디케어 승인 시설에서 이루어져야 합니다.

메디케어는 또한 일반 간병인(가족 구성원 또는 친구)이 휴식을 취할 수 있도록 메디케어 승인 시설에서 가입자가 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) 가입자가 여전히 말기 상태임을 재인증하는 한 호스피스 케어를 계속 받을 수 있습니다.

가입자 부담분:

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

가입자가 **메디케어 어드밴티지 플랜**에 가입하더라도 호스피스 케어 비용은 오리지널 메디케어에 청구됩니다. 호스피스 요양을 받을 때 메디케어 어드밴티지 플랜은 말기 질환 또는 말기 질환과 관련된 상태의 일부가 아닌 서비스를 계속해서 보장할 수 있습니다. 호스피스 케어에 대한 자세한 내용과 메디케어 승인 의료 제공자를 찾으려면 플랜에 문의하거나 [Medicare.gov/care-compare](https://www.Medicare.gov/care-compare)를 참조하십시오.

입원환자 병원 진료

메디케어는 2인실, 식사, 일반 간호, 약물(오피오이드 사용 장애 치료를 위한 메타돈 포함), 입원환자 치료의 일부로 기타 병원 서비스 및 용품을 보장합니다. 여기에는 급성 치료 병원, **거점 병원**, **입원환자 재활 시설**, **장기 요양병원**, 입원환자 정신과 시설에서의 정신과 진료, 자격 대상 임상 연구 입원환자 진료가 포함됩니다. 여기에는 개인 간호, 호실 내 TV 또는 전화기(해당 항목에 별도의 요금이 부과되는 경우), 개인 위생용품(면도기 또는 슬리퍼 양말 등) 또는 개인실은 포함되지 않습니다. 단, **의학적으로 필요한** 경우는 제외합니다.

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

각 **혜택 기간**에 가입자는 다음을 지불합니다.

- **1-60일**(각 혜택 기간): 파트 A **가입자부담금** 지불 후 \$0
- **61-90일**(각 혜택 기간): 매일 \$400의 **가입자분담금** 금액
- **90일 이후**(각 혜택 기간): **평생 예비일** 60일을 사용하는 동안 매일 \$800의 가입자분담금 금액

평생 예비일을 모두 사용한 후에는 모든 비용을 납부합니다.

파트 A는 가입자의 평생 동안 독립 정신병원에서 제공되는 정신병원 입원치료의 최대 190일치에 대해서만 비용을 지불합니다.

참고: 이제 병원은 진료에 대해 정보에 입각한 결정을 내릴 수 있도록 공공 웹사이트에 모든 항목 및 서비스(메디케어 어드밴티지 플랜에서 협상한 표준 요금 포함)에 대한 표준 요금을 명시해야 합니다.

저는 입원환자인가요, 외래환자인가요?

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.
- 정식 입원 허가 없이 응급 또는 관찰 서비스(병원에서 하룻밤을 보내거나 외래 진료소에서 서비스가 포함될 수 있음), 검사실 검사 또는 X-선 촬영을 하는 경우 (병원에서 밤을 보내더라도) 외래 환자입니다.

병원에 체류하는 날마다 가입자 본인 또는 간병인은 가입자가 입원환자인지 외래환자인지 항상 병원 또는 의사, 병원 사회복지사 또는 환자 옹호자에게 문의해야 합니다.

중요! 경우에 따라 의사는 관찰 서비스를 위해 외래 환자로 두면서 입원환자로 입원시킬지, 퇴원시킬지 결정합니다. 24시간 이상 관찰 대상이면 “메디케어 외래 환자 관찰” 통지서 (Medicare Outpatient Observation Notice, MOON이라고도 함)를 수령해야 합니다. 이 통지서로 관찰 서비스를 받는 외래환자(병원 또는 **거점 병원** 내)인 이유와 병원에서 가입자가 납부하는 금액과 퇴원 후 치료에 미치는 영향을 알 수 있습니다.

종교적 비의료 건강관리 기관(입원환자 요양)

해당 시설에서 가입자가 입원환자 병원 진료 또는 전문 간호 시설 치료를 받을 자격이 있는 경우, 메디케어는 입원환자, 숙식처럼 비종교적, 비의료적 항목과 서비스, 의사의 지시나 처방이 필요하지 않은 항목이나 서비스(예: 비약물 상처 드레싱 또는 단순 보행기 사용)만 보장합니다. 메디케어는 이러한 유형의 치료에서 종교적인 부분은 보장하지 않습니다.

전문 간호 시설 치료

메디케어는 입원과 관련된 질병이나 부상으로 인해 **의학적으로 필요한 최소 3일의 입원환자 입원*** (퇴원일 제외) 후에만 전문 간호 시설 치료를 보장합니다. 메디케어는 2인실, 식사, 전문 간호 및 치료 서비스, 기타 **전문 간호 시설**에서 의학적으로 필요한 서비스 및 용품을 보장합니다.

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 입원환자 자격으로만 받을 수 있습니다. 메디케어는 비의료 장기 요양을 보장하지 않습니다. 56페이지 참조.

가입자는 현재 상태를 개선하거나 유지하기 위해 필요한 경우 전문 간호 요양 또는 치료를 받을 수 있습니다. 가입자는 퇴원에 동의하지 않는 경우 이의를 제기할 수 있습니다. 예를 들어, 호전되지 않아 퇴원했지만 상태가 악화되지 않도록 전문 간호 또는 치료 돌봄이 필요한 경우 이의를 신청할 수 있습니다.

각 **혜택 기간**에 가입자는 다음을 지불합니다.

- **1-20일:** \$0 **기본분담금**. **참고:** **메디케어 어드밴티지 플랜**에 가입한 경우, 첫 20일 동안 기본분담금이 부과될 수 있습니다.
- **21-100일:** 매일 \$200의 기본분담금
- **101일 이후:** 가입자 전액 납부

***참고:** 담당 의사가 **책임의료기관(Accountable Care Organization, ACO)** 또는 전문 요양 시설 3일 규칙 면제에 대해 승인을 받은 다른 유형의 메디케어 이니셔티브에 참여하는 기관에 참여하고 있는 경우, 가입자는 최소 3일의 입원 요건은 필요하지 않습니다. 의료 제공자가 ACO에 참여하는 경우(110-111페이지) 어떤 혜택을 이용할 수 있는지 확인하십시오. 메디케어 어드밴티지 플랜은 최소 3일을 면제할 수도 있습니다. 자세한 정보는 플랜에 문의하시기 바랍니다.

파트 B는 무엇을 보장하나요?

메디케어 파트 B(의료 보험)는 **의학적으로 필요한** 의사 서비스, 외래환자 치료, 가정 방문 의료 서비스, 내구성 의료 장비, 정신 건강 서비스 및 그 밖의 의료 서비스를 보장합니다. 파트 B는 또한 많은 **예방 서비스**를 보장합니다. 파트 B에서 보장하는 공통 서비스 목록과 일반 설명은 30-55페이지를 참조하십시오. 메디케어는 상태를 진단하거나 치료하는 데 필요한 경우 명시된 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 참조해 주십시오.

또는 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 문의하시면 됩니다.

파트 B에서 보장하는 서비스에 대해 무엇을 납부해야 하나요?

오리지널 메디케어에 가입하고 **책정금**을 수락하는 의사 또는 그 밖의 의료 서비스 제공자에게 진료를 받는 경우 보장 서비스 목록(다음 페이지에 알파벳 순서)에서 지급 내역에 대한 일반 정보를 찾을 수 있습니다(59-60페이지 참조). 책정금을 수락하지 않는 의사나 의료 제공자의 진료를 받게 되면 더 많은 비용을 지불하게 됩니다. **메디케어 어드밴티지 플랜 또는 다른 보험(메디갭, 메디케이드, 고용주, 퇴직자 또는 조합 보험 등)이 있는 경우, 기본분담금, 가입자분담금 또는 가입자부담금이 다를 수 있습니다.** 자세한 정보는 플랜에 문의하시기 바랍니다.

오리지널 메디케어에서 파트 B 가입자부담금이 적용되는 경우, 연간 파트 B 가입자부담금을 충족할 때까지 모든 비용(최대 **메디케어 승인 금액**)을 지급해야 합니다. 가입자가 가입자부담금을 충족한 후 메디케어가 분담금을 지불하기 시작하고 가입자는 일반적으로 메디케어가 승인한 서비스 금액의 20%를 부담합니다(의사 또는 그 밖의 의료 제공자가 책정금을 수락한 경우). **오리지널 메디케어가 있는 경우 가입자 부담 최대 한도액에는 연간 한도가 없습니다.** 메디갭, 메디케이드, 고용주, 퇴직자 또는 조합 보험과 같이 가입자가 가질 수 있는 추가 보장을 통해 지급하는 비용에 제한이 있을 수 있습니다.

책정금을 허용하는 의사 또는 기타 유자격 의료 제공자로부터 서비스를 받는 경우 대부분의 보장되는 예방 서비스에 대해 비용을 지불하지 않습니다. 일부 예방 서비스의 경우 가입자는 가입자부담금, 가입자분담금 또는 둘 모두를 지급해야 할 수도 있습니다. 비예방 서비스와 동일한 방문에서 예방 서비스를 받는 경우에도 이러한 비용이 적용될 수 있습니다.

파트 B 보장 서비스

이 사과  30-55페이지 **예방 서비스** 옆에 있습니다.



예방 서비스

복부 대동맥류 검사

메디케어는 위험군에게 복부 대동맥류 선별 초음파 검사를 1회 보장합니다(단, 담당 의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료 제공자로부터의 **의뢰서**가 있어야 함). 복부 대동맥류의 가족력이 있거나 65~75세의 남성이고 평생 최소 100개비의 담배를 피운 경우 위험군으로 간주됩니다. 의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료 제공자가 **책임금**을 수락할 경우, 가입자는 검사비를 전혀 부담하지 않습니다.

침술

메디케어는 만성 요통에 대한 침술(건식 침술 포함)만을 보장합니다. 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 8회 치료를 보장합니다. 12개월 동안 최대 20회의 침술 치료를 받을 수 있습니다. 파트 B **가입자부담금**과 **가입자분담금**이 적용됩니다. 차도가 없으면 메디케어에서 추가 8회 치료를 보장하지 않습니다.

모든 의료 제공자가 침술을 제공할 수 있는 것은 아니며 메디케어는 유연히 침술사에게 직접 비용을 지불할 수 없습니다.

사전 치료 계획

메디케어는 연간 “웰니스” 방문 진료의 일환으로 자발적인 사전 치료 계획을 보장합니다 (54-55페이지 참조). 이는 가입자 스스로 결정을 내리는 데 도움이 필요할 때 받게 될 치료에 대한 계획입니다. 사전 치료 계획의 일환으로 사전 의료 지시서를 작성하도록 선택할 수 있습니다. 이는 가입자가 본인의 치료에 대한 결정을 내릴 수 없는 경우 향후 치료에 대한 바람을 기록하는 중요한 법적 문서입니다. 의료 제공자와 사전 의료 지시서에 대해 이야기할 수 있으며 원하는 경우 양식 작성에 도움을 받을 수 있습니다.

본인을 대신해 이야기해 줄 대상과 어떤 지시를 하고 싶은지 신중하게 고려하십시오. 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 그 밖의 유자격 의료 제공자가 책임금을 수락할 경우, 가입자는 아무 비용도 부담하지 않습니다.

메디케어는 의학적 치료의 일환으로 해당 서비스를 보장할 수도 있습니다. 사전 치료 계획이 연간 “웰니스” 방문 진료의 일부가 아닌 경우, 파트 B **가입자부담금**과 **가입자분담금**을 적용합니다.

사전 의료 지시서를 작성하는 데 도움이 필요하신가요? eldercare.acl.gov에서 'Eldercare Locator(노인 돌봄 찾기)'를 방문해 지역사회 지원을 확인하십시오.



예방 서비스

알코올 남용 검사와 상담

메디케어는 알코올을 섭취하지만 알코올 의존성에 대한 의학적 기준을 충족하지 않는 성인 가입자(임산부 포함)에게 알코올 남용 검사를 보장합니다. **일차진료**의나 다른 의료 제공자가 가입자가 알코올을 남용하고 있다고 판단하면, 연 최대 4회의 약식 대면 상담을 받을 수 있습니다(상담을 받는 동안 정신능력이 있고 제정신을 가지고 있는 상태일 경우). 진료실과 같은 1차 진료 환경에서 상담 받아야 합니다. 일차진료의 또는 다른 의료 제공자가 **책임금**을 수락하는 경우 가입자는 아무 비용도 부담하지 않습니다.

구급차 서비스

메디케어는 **의학적으로 필요한** 서비스를 위하여 병원, **거점 병원**, 농촌응급병원 또는 **전문 간호 시설**로 이송해야 하고, 다른 차량으로 이동하면 건강이 위험에 처하게 될 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 있는 경우 메디케어에서 제한적이고 의학적으로 필요한 비용급 구급차 수송 비용을 지급할 수 있습니다. 예를 들어, 말기 신장질환(ESRD)이 있는 환자는 투석을 제공하는 시설까지 의학적으로 필요한 구급차 이송이 필요할 수 있습니다.

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

가입자는 **메디케어가 승인한 금액**의 20%를 부담합니다. 파트 B 가입자부담금이 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 **예방 서비스**(의사 또는 기타 의료 제공자가 책임금을 수락하는 경우에는 가입자는 비용을 지불하지 않음)를 제외하고, 가입자는 외래 수술 센터와 치료 의사 모두에게 메디케어가 승인한 금액의 20%를 부담합니다. 파트 B 가입자부담금이 적용됩니다. 가입자는 메디케어가 외래 수술 센터에서 보장하지 않는 절차와 관련된 모든 시설 서비스 비용을 지불합니다.



비용 및 보장: 외래 수술 센터의 외래환자 수술에 관한 비용 견적을 얻으시려면



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

비만대사 수술

메디케어는 병적 비만과 관련된 특정 조건을 충족하는 경우 위 우회술 및 복강경 밴딩 수술과 같은 일부 비만 수술 절차를 보장합니다. 비용 정보는 [Medicare.gov/coverage/bariatric-surgery](https://www.medicare.gov/coverage/bariatric-surgery)를 참조하십시오.

행동 건강 통합 서비스

행동 건강 증상(우울증, 불안 또는 그 밖의 정신 건강 상태 등)이 있는 경우 메디케어는 해당 상태 관리를 지원하기 위해 가입자의 의료 제공자에게 비용을 지급할 수 있습니다. 행동 건강 상태를 관리하는 일부 의료 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 서비스군입니다.

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

의료 제공자는 가입자가 해당 서비스를 월 단위로 받기 위해 동의서에 서명하도록 요청할 것입니다. 파트 B **가입자부담금**과 **가입자분담금**이 월 서비스 요금에 적용됩니다.

혈액

의료 제공자가 혈액 은행에서 무료로 혈액을 받는 경우 가입자가 비용을 지불하거나 교체할 필요가 없습니다. 그러나, 가입자 본인이 받는 각 혈액 단위별로 혈액 처리 및 취급 서비스에 대한 **기본분담금**을 지불해야 합니다. 파트 B 가입자부담금이 적용됩니다. 의료 제공자가 가입자를 위해 혈액을 구매해야 할 경우, 가입자는 1년에 가입자가 받는 첫 세 단위 혈액의 제공자 비용을 지급하거나 가입자 본인 또는 다른 사람으로부터 혈액을 기증받아야 합니다.



예방 서비스

골밀도 측정

이 검사는 골절 위험군에 속하는지 알아보기 위한 검사입니다. 메디케어는 특정 의학적 질환이 있거나 특정 기준을 충족하는 환자에게 이를 24개월(**의학적으로 필요한** 경우 더 자주)에 한 번 보장합니다. 의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료 제공자가 **책임금**을 수락하는 경우 가입자는 검사비를 전혀 부담하지 않습니다.

심장 재활

메디케어는 가입자가 다음 조건 중 최소 하나에 해당하는 경우 운동, 교육 및 상담을 포함하는 포괄 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 시술) 또는 관상 동맥 스텐트 삽입술(동맥을 열어 두는 데 사용하는 시술)
- 심장 또는 심장-폐 이식
- 안정형 만성 심부전

메디케어는 정기 집중 심장 재활 프로그램을 보장합니다. 메디케어는 진료실 또는 병원 외래환자 환경에서의 서비스를 보장합니다. 가입자가 진료실에서 서비스를 받는 경우 **메디케어가 승인한 금액**의 20%를 지급하고 병원 외래환자 환경에서 서비스를 받는 경우 **기본분담금**을 지급합니다. 파트 B **가입자부담금**이 적용됩니다.



예방 서비스

심혈관 행동 요법

메디케어는 **일차진료의** 또는 심혈관 질환의 위험을 낮추는 데 도움이 되는 1차 진료 환경(의사 진료실 등)에 있는 기타 자격을 갖춘 일차 진료 제공자에게 받는 연 1회의 심혈관 행동요법 진료를 보장합니다. 방문 중, 담당의는 아스피린 복용에 대해 상담하고(해당될 경우), 혈압을 측정하며, 좋은 식습관에 대한 조언을 줄 수도 있습니다. 일차진료의 또는 다른 의료 제공자가 **책정금**을 수락하는 경우 가입자는 아무 비용도 부담하지 않습니다.



예방 서비스

심혈관계 질병 검사

해당 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 제공자가 책정금을 수락하는 경우 가입자는 검사비를 전혀 부담하지 않습니다.



예방 서비스

자궁경부암 및 질암 검진

메디케어는 자궁경부암과 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 가임기이고 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(팍 검사의 일환)를 5년마다 한 번 보장합니다.

의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료 제공자가 책정금을 수락하는 경우, 가입자는 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 의사 진료소, 독립 진료소 또는 외래환자 병원에서 진행되는 화학요법을 보장합니다. 가입자는 병원 외래환자 환경에서 진행되는 화학 요법에 **기본분담금**을 지급합니다.

가입자는 의사 진료실이나 독립 진료실에서 진행되는 화학 요법에 **메디케어가 승인한 금액**의 20%를 지급합니다. 파트 B **가입자부담금**이 적용됩니다.

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

카이로프랙틱(척추교정) 서비스

척추 교정사의 지시 중 메디케어에서 보장하는 유일한 서비스는 불완전 탈구를 교정하기 위한 척추 교정입니다(척추 관절이 제대로 움직이지 않지만 관절 사이의 접촉이 손상되지 않은 경우). 가입자는 메디케어가 승인한 금액의 20%를 부담합니다. 파트 B 가입자부담금이 적용됩니다.

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 의료 제공자의 도움에 대해 비용을 지불할 수 있습니다. 여기에는 가입자의 건강 문제 및 목표, 기타 의료 제공자, 약물, 가입자가 보유하고 필요로 하는 지역사회 서비스, 기타 건강 정보를 명시하는 포괄 치료 계획이 포함됩니다. 또한 가입자에게 필요한 진료와 조정 방법에 대해서도 설명합니다.

이 서비스를 받는 데 동의하실 경우, 의료 제공자가 가입자 또는 가입자의 간병인을 위해 치료 계획을 준비하고, 약물 관리를 돕고, 긴급 치료 관리 필요에 대해 연중무휴 24시간 서비스를 제공하고, 의료 환경을 여기저기 이동할 때 지원하고, 그 밖의 만성 치료 필요 사항에 도움을 드립니다.

가입자는 월 비용을 부담하고, 파트 B 가입자부담금과 **가입자분담금**이 적용됩니다. **메디케이드**를 포함한 보충 보험이 있는 경우 월 비용을 충당하는 데 도움이 될 수 있습니다.

신규! 만성 통증 관리 및 치료 서비스

메디케어는 만성 통증(3개월 이상 지속되는 지속성 또는 반복성 통증) 환자를 위한 월 서비스를 보장합니다. 서비스에는 통증 평가, 약물 관리, 치료 조정 및 계획이 포함될 수 있습니다. 파트 B 가입자부담금과 가입자분담금이 적용됩니다.

임상 연구

임상 연구는 항암제가 얼마나 효과적인지와 같이 다양한 유형의 의료 행위가 얼마나 제대로 기능하고 안전한지 시험합니다. 메디케어는 자격을 갖춘 임상 연구에 진료 방문 및 검사와 같은 일부 비용을 보장합니다. 받으시는 치료에 따라 메디케어가 승인한 금액의 20%를 부담해야 할 수 있습니다. 파트 B 가입자부담금이 적용될 수 있습니다.

참고: **메디케어 어드밴티지 플랜**에 가입한 경우, 오리지널 메디케어에서 가입자의 메디케어 어드밴티지 플랜과 함께 일부 비용을 부담할 수 있습니다. 자세한 내용은 플랜에 문의해 주십시오.

인지 평가 및 영양 계획 서비스

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

메디케어는 인지적 기능에 대한 충분한 평가를 수행하여 알츠하이머병 또는 치매와 같은 진단을 확립 또는 확정하고, 치료 계획을 수립할 수 있도록 의사 또는 의료인과의 별도 방문을 보장합니다. 배우자, 친구 또는 간병인 등을 대동해 정보를 제공하고 질문에 답할 수 있습니다.

이 방문 동안 의사 또는 의료인은 다음을 수행할 수 있습니다.

- 검사를 수행하고 병력에 대해 이야기하고 약물을 검토
- 평소 간병인이 제공할 수 있는 돌봄 등 가입자의 사회적 지원 확인
- 증상을 다루고 관리하는 데 도움이 되는 치료 계획 수립
- 사전 치료 계획의 수립 또는 업데이트 지원. 30-31페이지 참조.
- 필요한 경우 전문의에게 의뢰
- 재활 서비스, 성인 주간 건강 프로그램 및 지원 그룹과 같은 지역사회 자원에 관해 더 깊이 이해할 수 있게 지원

파트 B **가입자부담금** 과 **가입자분담금**이 적용됩니다.



예방 서비스

대장암 검진

메디케어는 치료가 가장 효과적인 경우 전암 증식을 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, 45세 이상 성인에게 48개월마다(고위험군은 24개월마다) 한 번 이 검사를 보장합니다. 가입자는 의사 서비스에 대해 **메디케어가 승인한 금액**의 20%를 부담합니다. 병원 외래환자 환경에서는 병원에 **기본분담금**도 부담합니다. 파트 B 가입자부담금이 적용되지 않습니다.

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

- **대장 내시경 검사:** 메디케어는 120개월마다(고위험군은 24개월마다) 한 번 또는 이전의 연성 S상 결장경 검사로부터 48개월 후에 이 검사를 보장합니다. 최소 연령 요건은 없습니다. 처음에 비침습적 대변 기반 선별 검사(대변 잠혈 검사 또는 다중 표적 대변 DNA 검사)를 받고 양성 판정을 받은 경우, 메디케어는 선별 검사로 후속 대장내시경 검사도 보장합니다. 의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료 종사자가 **책정금**을 수락할 경우, 가입자는 검사비를 전혀 부담하지 않습니다.
- **연성 S자 결장경 검사:** 메디케어는 45세 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 의료인이 책정금을 수락하는 경우 가입자는 검사비를 전혀 부담하지 않습니다.

의사가 대장내시경 또는 연성 S상 결장경 검사 중에 용종이나 기타 조직을 찾아 제거하면 의사 서비스에 대해 **메디케어가 승인한 금액**의 15%를 지불합니다. 병원 외래환자 환경에서는 병원에 15%의 **가입자부담금**도 지불합니다. 파트 B **가입자부담금**이 적용되지 않습니다.

- **대변 잠혈검사:** 메디케어는 45세 이상 성인에게 12개월에 한 번씩 해당 선별검사를 보장합니다. 의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료인이 **책정금**을 수락하는 경우 가입자는 검사비를 전혀 부담하지 않습니다.
- **다중 표적 대변 DNA 및 혈액 기반 생체표지자 테스트:** 메디케어는 가입자가 다음 조건을 모두 충족하는 경우 3년에 한 번 해당 선별검사를 보장합니다.
 - 45-85세인 경우
 - 하부 위장관 통증, 혈변, 구아이악 대변 잠혈검사 또는 대변 면역화학 검사 양성을 포함하되 이에 국한되지 않는 결장 질환의 증상이 없음.
 - 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.

다중 표적 대변 DNA 검사는 자택 검사실 검사입니다. 혈액 기반 생체표지자 검사는 검사실에서 수행됩니다. 의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료인이 책정금을 수락하는 경우 가입자는 해당 검사에 대해 아무 비용도 부담하지 않습니다.

지속기도양압(Continuous Positive Airway Pressure, CPAP)

기기, 부속품, 요법

폐쇄수면무호흡 진단을 받은 경우 메디케어에서 CPAP 요법(장치 및 액세서리 포함)을 3개월 동안 보장합니다. 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.

가입자는 기계 대여 및 관련 용품(마스크 및 튜브 등) 구매에 대해 메디케어가 승인한 금액의 20%를 부담합니다. 파트 B 가입자부담금이 적용됩니다. 메디케어는 가입자가 중단 없이 기계를 사용한 경우 기계 임대비 13개월분을 공급자에게 지급합니다. 가입자가 13개월 동안 기계를 임대 한 후에는 소유하게 됩니다.

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



예방 서비스

흡연 및 흡연으로 인한 질병 예방을 위한 상담:

메디케어는 가입자가 흡연자인 경우 12개월 기간에 8회의 대면 방문을 보장합니다. 의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료인이 책정금을 수락할 경우, 가입자는 상담비를 전혀 부담하지 않습니다.

COVID-19 (2019 코로나바이러스 감염증)

많은 메디케어 가입자가 중증 COVID-19 고위험군이기 때문에 나와 타인의 안전을 위해 필요한 조치를 취하는 것이 중요합니다.

메디케어는 COVID-19과 관련된 다양한 검사, 항목과 서비스를 보장합니다. 의사 또는 의료 서비스 제공자와 상의하여 다음 중 적합한 항목을 확인하십시오.



예방 서비스

COVID-19 백신:

- FDA의 승인과 허가를 받은 백신은 신체의 자연적 방어기제와 함께 바이러스에 대한 면역력(보호)을 안전하게 높여 COVID-19으로 인한 질병의 위험을 줄이는데 도움이 됩니다.
- COVID-19 백신 비용은 무료입니다.
- 백신 접종 시 의료 제공자나 약국에서 메디케어에 청구할 수 있도록 적색, 백색 및 청색 메디케어 카드를 지참하십시오. **메디케어 어드밴티지 플랜**에 가입한 경우, 메디케어가 보장하는 서비스를 받으려면 플랜에서 제공한 카드를 사용해야 하며 다른 보장 서비스와 마찬가지로 가입자의 플랜에서 가입자가 네트워크 소속 제공자로부터 백신을 접종하도록 요구할 수 있습니다. 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입한 경우, 네트워크 소속 제공자로부터 백신을 접종할 때 아무런 비용도 부담하지 않습니다.

진단 검사실 검사:

- FDA 승인을 받은 이 검사는 COVID-19 감염 여부를 확인합니다.
- 의료 제공자가 이 검사를 지시하고 검사실(약국, 진료소 또는 의사 진료소 포함) 또는 **메디케어를 허용하는** 병원에서 검사를 수행하는 경우 가입자는 아무 비용도 부담하지 않습니다. 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입한 경우, 네트워크 소속 제공자로부터 해당 검사를 받을 때 아무런 비용도 부담하지 않습니다.

단클론 항체 치료 및 제품:

- FDA 승인을 받은 이 치료법은 COVID-19 양성 판정을 받고 경증에서 중등도의 증세를 보일 경우 치료 및 퇴원하는 데 도움이 될 수 있습니다.
- 메디케어 제공자 또는 공급업체로부터 치료를 받을 때 치료에 대한 어떠한 비용도 부담하지 않습니다. 자격 대상이 되려면 특정 조건을 충족해야 합니다. 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입한 경우, 네트워크 소속 제공자로부터 해당 치료를 받을 때 아무런 비용도 부담하지 않습니다.
- 오리지널 메디케어는 COVID-19 유증상인 경우 단클론 항체 치료를 보장합니다.

참고: 특정 단클론 항체 제품은 COVID-19에 노출되기 전에 보호할 수 있습니다. 파트 B가 있고 담당의가 이러한 유형의 제품이 가입자에게 효과가 있다고 판단하는 경우 (면역 체계가 약화된 경우 등), 가입자가 메디케어 제공자 또는 공급업체로부터 치료를 받을 때 제품에 대한 어떠한 비용도 부담하지 않습니다.

자세한 정보 얻기

- 이러한 보장 서비스에 대한 상세 정보는 [Medicare.gov/medicare-coronavirus](https://www.Medicare.gov/medicare-coronavirus)에서 확인하십시오.
- COVID-19에 대해 상세 정보는 [CDC.gov/coronavirus](https://www.CDC.gov/coronavirus)를 참조하십시오.

제세동기

메디케어는 심부전 진단을 받은 경우 이식형 자동 제세동기 치료를 보장합니다. 수술이 외래 환경에서 이루어진다면, 가입자는 의사의 서비스에 대해 **메디케어가 승인한 금액**의 20%를 부담합니다. **기본분담금**도 부담합니다. 대부분의 경우, 기본분담금이 파트 A 병원 체류 **가입자부담금**보다 많을 수는 없습니다. 파트 B 가입자부담금이 적용됩니다. 파트 A는 입원환자 병원 환경에서 제세동기 이식 수술을 보장합니다. 27-28페이지에서 입원환자 병원 환경을 참조하십시오.



예방 서비스

우울증 검사

메디케어는 연 1회의 우울증 검사를 보장합니다. 이 검사는 후속 치료 및/또는 **의뢰서**를 제공할 수 있는 1차 진료 환경(의사 진료실 등)에서 이루어져야 합니다. 의사가 **책임금**을 수락하는 경우, 가입자는 이 검사에 대해 아무 비용도 부담하지 않습니다.

가입자 본인 또는 지인이 어려움을 겪고 있거나 위기에 처해 있고 훈련된 위기 상담사와 이야기를 나누고 싶은 경우 비밀이 유지되는 무료 자살 및 위기 라이프라인인 **988로 전화 또는 문자**를 보내시기 바랍니다. **988lifeline.org**에서 웹 채팅을 통해 상담사와 연결할 수도 있습니다.



예방 서비스

당뇨병 검사

메디케어는 의사가 가입자에게 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 의료인이 **책임금**을 수락하는 경우 가입자는 검사비를 전혀 부담하지 않습니다.



예방 서비스

당뇨병 자기관리 교육

메디케어는 당뇨병에 대처하고 관리하는 방법을 가르치는 당뇨병 외래 환자 자기 관리 교육을 보장합니다. 프로그램에는 건강한 식단, 활동적으로 생활하는 방법, 혈액 포도당(혈당) 관리법, 처방약 복용법, 위험성을 줄이는 방법 등이 포함될 수 있습니다. 당뇨병 진단을 받았어야 하고, 의사나 그 밖의 의료 제공자의 서면 통지가 필요합니다. 일부 환자는 의료적 영양요법 서비스를 받을 수 있는 자격도 있습니다 (46페이지참조). 가입자는 메디케어가 승인한 금액의 20%를 부담합니다. 파트 B 가입자부담금이 적용됩니다.

당뇨병 장비, 용품 및 치료용 신발

메디케어는 혈액 포도당(혈당) 측정기 및 연속 혈당 모니터와 검사 스트립, 채혈침, 채혈침 홀더, 센서 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 센서, 송신기 및 수신기를 보장합니다. 메디케어는 특정 당뇨병과 관련하여 발 문제가 있는 환자를 위해 매년 깊이가 있는 신발 또는 맞춤 신발 한 켤레와 삽입물을 보장합니다.

공급자가 **책정금**을 수락하면 가입자는 **메디케어가 승인한 금액**의 20%를 지급합니다. 파트 B **가입자부담금**이 적용됩니다.

중요!

메디케어 약품 보장(파트 D)으로 주사 가능한 인슐린, 인슐린 주사에 사용되는 특정 의료용품(주사기 등), 일회용 펌프 및 일부 경구용 당뇨병 약품을 보장받을 수 있습니다. 상세 정보는 플랜을 확인하십시오. 인슐린 1개월 공급 비용은 \$35로 제한됩니다. 88페이지 참조. (파트 B에서 보장되는 인슐린 펌프에 사용되는 기존 인슐린에도 유사한 비용 상한이 적용됩니다.)

의사 및 의료 제공자의 서비스

메디케어는 **의학적으로 필요한** 의사 서비스(외래환자 서비스 및 일부 입원환자 병원의 의사 서비스 포함) 및 대부분의 **예방 서비스** 서비스를 보장합니다. 메디케어는 또한 보조의사, 전문 간호사, 임상 간호전문가, 임상 사회복지사, 물리치료사, 작업치료사, 언어병리학자, 임상심리학자 등과 같은 다른 의료 서비스 제공자로부터 받는 서비스도 보장합니다. 특정 예방 서비스를 제외하고(의사 또는 다른 제공자가 책정금에 동의하는 경우, 가입자는 아무 비용도 지급하지 않을 수 있습니다), 가입자는 대부분의 서비스에 대해 메디케어가 승인한 금액의 20%를 지급합니다. 파트 B 가입자부담금이 적용됩니다.

중요!

지난 3년 동안 의사 또는 집단 진료로부터 서비스를 받지 못한 경우, 새로운 환자로 간주할 수 있습니다. 신규 환자로 접수되는지 확인하려면 의사나 집단 진료에 문의하십시오.

약품

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
- 가정에서 사용하기 위한 정맥 면역 글로불린
- 병원 외래환자 환경에서 받는 특정 약물(매우 제한된 상황)

참고: 위의 예를 제외하면, 메디케어 약품 보험(파트 D) 또는 기타 약품 보험이 있는 경우를 제외하고 대부분의 약품에 대해 100%를 부담합니다. 메디케어 약품 보장에 관한 추가 정보는 79-90페이지를 확인하십시오.

메디케어는 외부 주입 펌프와 함께 사용되는 일부 약품과 가정에서 사용하기 위한 정맥 면역 글로불린의 경우, 가정 주입 요법 혜택 및 정맥 면역 글로불린 혜택 (44페이지 참조)에 따라 서비스(간호 방문 등)도 보장할 수 있습니다. 파트 B는 또한 의료 제공자가 진료실이나 병원에서 외래환자에게 약물을 투여할 때 약물 사용 장애를 치료하기 위한 주입식 또는 이식식 약물을 보장합니다. 가입자는 이러한 약물에 대해 메디케어가 승인한 금액의 20%를 부담합니다. 파트 B **가입자부담금**이 적용됩니다. 가입자가 메디케어에 등록된 오피오이드 치료 프로그램으로부터 이러한 서비스를 받는 경우 **기본분담금**을 지급할 필요가 없습니다(47페이지 참조).

의사와 약국은 파트 B 보장 약품에 대한 **책정금**을 수락해야 하므로, 가입자는 파트 B 약품 자체에 대한 **가입자부담금** 또는 기본분담금보다 더 많은 비용을 지불하도록 요청받을 수 없습니다.

중요!

처방약 가격에 따라 가입자부담금이 변경될 수 있습니다. 의사 진료소, 약국 또는 병원 외래환자 환경에서 가입자가 받는 파트 B가 보장하는 특정 약품 및 생물학적 제제의 가격이 인플레이션율보다 높게 상승한 경우 더 낮은 가입자부담금을 지불할 수 있습니다. 특정 약품과 잠재적 절감액은 분기마다 변경됩니다.

병원 외래환자 환경에서 가입자가 받는 파트 B 보장 약품이 외래환자 서비스의 일부인 경우 가입자는 서비스에 대한 기본분담금을 지급합니다. 파트 B는 병원 외래환자 환경에서 “자기 투여 약물”은 보장하지 않습니다. “자기 투여 약물”은 일반적으로 본인 스스로 복용하는 약물입니다.

외래 병원 환경에서 자기 투여 약물에 가입자가 부담하는 금액은 메디케어 약품 보장(파트 D) 또는 기타 약품 보장 소지 여부 및 병원 약국이 약품 플랜 네트워크에 있는지 여부에 따라 다릅니다. 다른 약품 보장이 있는 경우 해당 약품 플랜은 파트 B가 보장하지 않는 약품을 보장할 수 있습니다. 파트 B가 보장하지 않는 약품을 병원 외래환자 환경에서 가입자가 받을 때 가입자가 부담하는 비용을 알아보려면 약품 플랜에 문의해 주십시오.

내구성 의료 장비(DME)

메디케어는 메디케어에 등록된 의사 또는 기타 의료 제공자가 가정에서 사용할 목적으로 주문하는 산소 및 산소 장비, 휠체어, 보행기 및 병상과 같은 **의학적으로 필요한** 품목을 보장합니다. 가입자는 대부분의 품목을 대여해야 하지만 구입할 수도 있습니다. 일부는 여러 번 대여료를 지불한 후 개인 소유가 될 수도 있습니다. 가입자는 메디케어가 승인한 금액의 20%를 부담합니다. 파트 B 가입자부담금이 적용됩니다.

의사와 DME 공급자가 메디케어에 등록되어 있는지 확인하십시오. DME를 받기 전에 공급자가 메디케어에 참여하는지 확인하는 것이 중요합니다. 공급업체가 참여 공급업체인 경우, 책정금을 수락해야 합니다(즉, 가입자에게 가입자부담금 및 메디케어 승인 금액에 대한 파트 B 가입자부담금만 청구할 수 있습니다). DME 공급업체가 참여하지 않고 책정금도 수락하지 않는 경우, 가입자에게 청구할 수 있는 금액에는 제한이 없습니다.

심전도(EKG 또는 ECG) 검사

메디케어는 일회성 “메디케어 가입 환영(Welcome to Medicare)” 방문(54페이지 참조) 중 의사나 기타 의료 제공자로부터 **의뢰서**를 받은 경우 정기 EKG/ECG 검사를 보장합니다. 가입자는 파트 B **가입자부담금**을 충족한 후 **메디케어가 승인한 금액**의 20%를 부담합니다. 메디케어는 진단검사로서 EKG 또는 ECG도 보장합니다(51페이지 참조). 가입자는 또한 병원이나 병원 소유 진료소에서 검사를 받는 경우 **기본분담금**도 부담합니다.

응급 의료 서비스

메디케어는 부상, 갑작스러운 질병 또는 빠르게 악화하는 질병이 있는 경우 이러한 서비스를 보장합니다. 가입자는 각 응급실 방문 진료에 대해 기본분담금을 납부하고, 의사 서비스에 대해 메디케어가 승인한 금액의 20%를 부담합니다. 파트 B 가입자부담금이 적용됩니다. 의사가 동일 병원에 입원환자로 가입자를 입원시키는 경우 비용이 다를 수 있습니다.

온라인 진료

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

온라인 진료를 받으려면 담당의나 다른 의료 제공자에게 요청해야 합니다. 가입자는 의사 또는 다른 의료 제공자 서비스에 대해 메디케어가 승인한 금액의 20%를 부담합니다. 파트 B 가입자부담금이 적용됩니다.

안경

메디케어는 인공 수정체를 이식하는 각 백내장 수술 후 표준 안경테가 있는 안경 한 쌍(또는 콘택트렌즈 한 세트)을 보장합니다. 메디케어는 가입자 또는 의료 제공자의 청구서 제출 여부와 관계없이 메디케어에 등록된 공급업체의 콘택트렌즈 또는 안경에 대한 비용만 지급합니다. 가입자는 파트 B 가입자부담금을 충족한 후 인공 수정체를 이용한 백내장 수술 후 교정용 렌즈에 대해 메디케어가 승인한 금액의 20%를 부담합니다.

연방 인증 의료 센터 서비스

연방 인증 의료 센터는 다양한 외래환자 1차 진료 및 예방 건강 서비스를 제공합니다. 가입자부담금은 없으며 가입자는 일반적으로 청구 금액 또는 메디케어가 승인한 금액의 20%를 부담합니다. 가입자는 대부분의 **예방 서비스**에 대해 아무 비용도 부담하지 않습니다. 모든 연방 인증 의료 센터는 가입자의 소득이 제한적일 경우 할인을 제공할 수 있습니다. 웹사이트 findahealthcenter.hrsa.gov를 참조하여 가까운 의료 센터를 확인하십시오.



예방 서비스

플루 독감주사

메디케어는 계절성 독감 예방주사(또는 백신)를 보장합니다. 의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료 제공자가 **책정금**을 수락하는 경우 가입자는 플루 독감주사 비용을 부담하지 않습니다(및 파트 B 가입자부담금은 적용되지 않음).

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. 가입자는 의사가 승인한 의학적으로 필요한 치료에 대하여 **메디케어가 승인**한 금액의 20%를 부담하게 됩니다. 파트 B **가입자부담금**이 적용됩니다. 가입자는 또한 병원 외래환자 환경에서 진행하는 의학적으로 필요한 치료에 대해 **기본분담금**을 납부합니다.



예방 서비스

녹내장 검사

메디케어는 눈 질병 녹내장 고위험군을 위해 12개월마다 한 번 이 선별 검사를 보장합니다. 당뇨병을 앓거나, 녹내장 가족력이 있거나, 50세 이상의 아프리카계 미국인이거나, 65세 이상의 히스패닉계인 경우, 녹내장의 위험이 높습니다. 거주 주에서 녹내장 검사를 하기 위해 법적으로 인가를 받은 안과 의사가 검사를 진행하거나 감독해야 합니다. 가입자는 메디케어가 승인한 금액의 20%를 부담합니다. 파트 B 가입자부담금이 적용됩니다. 가입자는 병원 외래환자 환경에 대한 기본분담금도 부담합니다.

청력 및 균형 검사

메디케어는 담당의 또는 의료 제공자가 의학적 치료가 필요한지 알아보도록 지시하는 경우 이러한 진단검사를 보장합니다.

의사나 다른 의료 제공자의 지시 없이 12개월에 한 번씩 청각 전문의를 방문할 수 있지만 비급성 청력 상태(수년에 걸쳐 발생하는 청력 손실 등) 및 외과적으로 이식된 청력 장치로 치료되는 청력 소실과 관련된 진단 서비스에만 해당됩니다.

가입자는 메디케어가 승인한 금액의 20%를 부담합니다. 파트 B 가입자부담금이 적용됩니다. 가입자는 병원 외래환자 환경에 대한 기본분담금도 부담합니다.

참고: 메디케어는 보청기 또는 보청기 맞춤검사를 보장하지 않습니다.



예방 서비스

B형 간염 주사

메디케어는 B형 간염에 대한 중간 위험군 또는 고위험군에게 해당 주사(또는 백신)를 보장합니다. 일부 위험 요소에는 혈우병, 말기 신장질환(ESRD), 당뇨병이 포함됩니다. 또는 B형 간염자와 함께 살고 있거나 의료 종사자이고 혈액 또는 체액과 자주 접하는 경우를 포함합니다. B형 간염의 중간군 또는 고위험군에 속하는지 의사에게 확인하십시오. 의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료 제공자가 **책정금**을 수락하면, 주사비용을 부담하지 않습니다.



예방 서비스

B형 간염 바이러스 감염 검사

메디케어는 의사가 지시하는 경우에만 B형 간염 바이러스 감염 검사를 보장합니다. 메디케어는 다음 검사도 보장합니다.

- 매년, 지속적으로 고위험군이면서 B형 간염 예방 주사를 맞지 않은 경우에 한함
- 임신 중인 경우:
 - 각 임신에 대한 첫 번째 산전 방문진료 시
 - 새로운 위험 요소가 있거나 위험 요소가 지속되는 임신부의 분만 시
 - 이전에 B형 간염 예방 주사를 맞았거나 B형 간염 바이러스 검사 결과가 음성인 경우에도 향후 임신을 위한 첫 산전 방문진료 시

의사 또는 의료 종사자가 **책임금**을 수락할 경우 가입자는 해당 검사에 대해 아무 비용도 부담하지 않습니다.



예방 서비스

C형 간염 검사

메디케어는 다음 조건 중 하나를 충족하는 검사의 경우, C형 간염 검사를 보장합니다.

- 현재 또는 과거 불법적 주사 약물 사용 이력으로 고위험군에 속함
- 1992년 이전에 수혈을 받았음
- 1945년에서 1965년 사이 출생자

고위험군에 속할 경우, 메디케어는 또한 연간 반복 검사를 보장합니다.

메디케어는 일차진료 제공자가 지시한 경우에만 C형간염 검사를 보장합니다.

1차 진료의 또는 기타 자격을 갖춘 의료 제공자가 책임금을 수락하는 경우 가입자는 이 선별검사에 대해 아무 비용도 지급하지 않습니다.



예방 서비스

HIV(인간면역결핍바이러스) 검사

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

- 15~65세
- 15세 미만 또는 65세 이상이며 위험이 증가

메디케어는 또한 임신 중 해당 검사를 최대 3회까지 보장합니다.

의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료 제공자가 책임금을 수락할 경우, HIV 검사에 대해 아무 비용도 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 의료용품도 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 제공자(전문 간호사 등)는 가입자에게 가정 건강관리 서비스가 필요하다는 증명서를 교부하기 전에 가입자를 직접 평가해야 합니다. 의사 또는 의료 제공자가 가입자 관리를 지시해야 하며 메디케어 인증 가정 건강관리 기관이 이를 제공해야 합니다.

메디케어는 다음에 해당하는 시간제 또는 간헐적 전문 서비스가 필요한 경우 및 가입자가 "거동 불편자"에 해당하는 경우 가정 건강관리 서비스를 제공합니다. 거동 불편자란 다음을 의미합니다.

- 질병이나 부상으로 인해 도움(지팡이, 휠체어, 보행기 또는 목발 사용, 특수 교통편 또는 다른 사람의 도움 등) 없이 집을 나서는 데 어려움이 있음
- 의학적 상태로 인해 외출이 권장되지 않음
- 외출에 큰 노력이 필요하므로 일반적으로 외출이 불가능함

보장되는 가정 건강 서비스에 대해 아무 비용을 부담하지 않습니다. 그러나 메디케어가 보장하는 내구성 의료 장비의 경우, 가입자는 **메디케어가 승인한 금액의 20%**를 부담합니다. 파트 B **가입자부담금**이 적용됩니다.

가정 주입 요법 서비스 및 용품

메디케어는 가정에서 정맥 면역 글로불린과 같은 특정 정맥(IV) 주입 약물을 투여하도록 가정 주입요법에 필요한 장비 및 소모품(펌프, 수액걸이대, 튜브, 카테터 등)을 보장합니다. 메디케어는 특정 장비 및 용품(주입 펌프 등) 및 주입 약물을 내구성 의료 장비 혜택에 따라 보장합니다(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 금액의 20%를 부담합니다.

신장 투석 서비스 및 용품

일반적으로 메디케어는 말기 신장질환(ESRD)이 있는 경우 주당 3회의 투석 치료(또는 동등한 지속적 외래 복막 투석)를 보장합니다. 여기에는 대부분의 신장 투석 약물 및 생물학적 제제, 모든 검사실 검사, 가정 투석 교육, 지원 서비스, 장비, 용품 등이 포함됩니다. 투석 시설에서는 투석 서비스(가정 또는 시설 내)를 조정할 책임이 있습니다. 가입자는 메디케어가 승인한 금액의 20%를 부담합니다. 파트 B 가입자부담금이 적용됩니다.

신장질환 교육

메디케어는 일반적으로 투석이나 신장 이식이 필요한 4기 만성 신장 질환이 있고 담당 의사 또는 기타 의료 제공자가 서비스를 의뢰하는 경우 최대 6회까지 신장 질환 교육 서비스를 보장합니다. 가입자는 의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료 제공자로부터 서비스를 받은 경우 세션당 **메디케어가 승인한 금액**의 20%를 부담합니다. 파트 B **가입자부담금**이 적용됩니다.

검사실 서비스

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



예방 서비스

폐암 검사

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

- 50세-77세
- 폐암 징후나 증상이 없음(무증상)
- 현재 흡연자이거나 지난 15년 이내에 금연한 적이 있음
- 일년에 최소 20갑년(평균 20년 동안 하루 20개피짜리 한 갑)의 흡연 이력이 있음
- 의사로부터 지시서를 받음

의사가 **책임금**을 수락하는 경우, 가입자는 이 서비스에 대해 아무 비용도 부담하지 않습니다.

첫 폐암 검사 전, 선별 검사가 적합한지 결정하기 위해 폐암 선별 검사의 이점과 위험성에 대해 논의하기 위해 의료 제공자와 면담을 예약해야 합니다.

신규!

림프부종 압박 치료 항목

2024년 1월 1일부터 림프부종 진단을 받은 경우 메디케어에서 처방된 경사 압박복(표준 및 맞춤형)을 보장합니다. 가입자는 메디케어가 승인한 금액의 20%를 부담합니다. 파트 B 가입자부담금이 적용됩니다.



예방 서비스

유방 촬영술

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

파트 B는 또한 의학적으로 필요할 때 1년에 1회 이상 진단적 유방 촬영술을 보장합니다. 진단 유방 촬영술에 대해 메디케어가 승인한 금액의 20%를 부담합니다. 파트 B 가입자부담금이 적용됩니다.

참고: 메디케어는 의사나 의료 제공자가 지시한 경우에 한해 의학적으로 필요한 유방 초음파를 보장합니다.



예방 서비스

의료적 영양요법 서비스

메디케어는 당뇨 또는 신장병이 있거나 지난 36개월 동안 신장 이식을 받았고 의사가 서비스에 의뢰한 경우 의료적 영양요법 서비스를 보장합니다. 공인 영양사 또는 특정 요건을 충족하는 영양 전문가만이 의료적 영양요법 서비스를 제공할 수 있습니다. 당뇨병이 있는 경우 당뇨병 자기 관리 교육도 받을 수 있습니다(38페이지 참조). 가입자는 의료적 영양요법 예방 서비스에 대해 아무런 비용을 부담하지 않는데, 이는 **가입자부담금**과 **가입자분담금**이 적용되지 않기 때문입니다.



예방 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. 핵심 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.

승인된 메디케어 당뇨병 예방 프로그램 제공자로부터 해당 서비스를 받을 수 있습니다. 이들 의료 제공자는 기존 의료 제공자이거나 커뮤니티 센터 또는 종교 기반 시설 등의 기관일 수 있습니다. 공급자를 찾거나 프로그램에 대해 자세히 알아보려면 [Medicare.gov/coverage/medicare-diabetes-prevention-program](https://www.medicare.gov/coverage/medicare-diabetes-prevention-program)을 참조하십시오.

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 정신건강 관리 서비스를 보장합니다. 이러한 방문을 흔히 상담 또는 심리치료라고 하며 개별적, 그룹 심리 치료 또는 가족 환경 및 위기 상황에서 수행할 수 있습니다. 보장에는 정신과 의사나 기타 의사, 임상 심리학자, 임상 전문간호사, 임상 사회복지사, 전문 간호사, 의사 보조 등의 방문 진료를 포함하여 외래환자 환경(의사 또는 기타 의료 제공자의 진료소 또는 병원 외래환자 부서 등)에서 일반적으로 제공되는 서비스가 포함됩니다.

신규!

2024년 1월 1일부터 메디케어는 결혼 및 가족 치료사 및 정신건강 상담사가 제공하는 정신건강 관리 서비스도 보장합니다.

보장되는 정신건강 치료에는 지역사회 정신건강센터 또는 병원에서 외래 환자에게 제공하는 부분 입원 서비스가 포함됩니다. 부분 입원은 입원환자 정신과 치료의 대안으로 외래 정신과 서비스를 제공하는 체계적인 주간 프로그램입니다.

신규!

2024년 1월 1일부터 메디케어는 병원, 지역사회 정신건강센터, 연방 자격 대상의 의료센터 및 농촌 보건진료소에서 제공하는 집중 외래환자 프로그램 서비스를 보장합니다. 부분 입원 및 집중 외래환자 서비스는 의사나 치료사 진료소에서 받는 치료보다 더 엄격합니다. 자세한 사항은 [Medicare.gov/coverage/mental-health-care-partial-hospitalization](https://www.medicare.gov/coverage/mental-health-care-partial-hospitalization)을 참조해 주십시오.

일반적으로, 가입자는 정신건강 치료 서비스에 대해 **메디케어가 승인한 금액**의 20%를 부담하며, 파트 B **가입자부담금**이 적용됩니다.

파트 A는 병원에서 가입자가 받는 입원환자 정신건강 치료 서비스를 보장합니다 (27페이지 참조).



예방 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. 일차진료의 또는 기타 의료 제공자가 **책정금**을 수락하는 경우 가입자는 이러한 서비스에 대해 아무 비용도 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 제공자가 환자에게 필요함을 확인할 때 기능 저하를 늦추는 데 도움이 됩니다. 가입자는 메디케어가 승인한 금액의 20%를 부담합니다. 파트 B 가입자부담금이 적용됩니다.

오피오이드 사용 장애 치료 서비스

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

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

오리지널 메디케어에 따라, 가입자가 메디케어에 등록되어 있고 다른 요건을 충족하는 오피오이드 치료 프로그램 제공자로부터 해당 서비스를 받는 경우 가입자는 **기본분담금**을 지급할 필요가 없습니다. 단, 파트 B 가입자부담금이 적용됩니다. 이러한 서비스를 받을 수 있는 곳을 알아보려면 의사나 다른 의료 제공자와 상담하십시오.

[Medicare.gov/coverage/opioid-use-disorder-treatment-services](https://www.medicare.gov/coverage/opioid-use-disorder-treatment-services)를 참조하여 가까운 프로그램을 찾을 수도 있습니다.

메디케어 어드밴티지 플랜 역시 오피오이드 치료 프로그램 서비스를 보장하지만 네트워크 소속 오피오이드 치료 프로그램을 이용해야 할 수 있습니다. 메디케어 어드밴티지 플랜은 오피오이드 치료 프로그램 서비스에 기본분담금을 적용할 수 있으므로 기본분담금을 납부해야 하는지 플랜에서 확인해 주십시오.

외래환자 병원 서비스

메디케어는 메디케어 참여 병원에서 외래환자로서 받는 다양한 진단 및 치료 서비스를 보장합니다. 일반적으로, 가입자는 의사 또는 다른 의료 제공자의 서비스에 대해 **메디케어가 승인한 금액**의 20%를 부담합니다. 병원에서 외래환자 서비스를 받으면, 의사 진료소에서 동일한 진료를 받을 때 가입자가 부담하는 것보다 더 많이 부담할 수 있습니다. 가입자는 의사에게 지급하는 금액 외에도, 일반적으로 병원 외래환자 환경에서 받는 각 서비스(기본분담금이 없는 특정 **예방 서비스** 제외)의 **기본분담금**도 병원에 지급합니다. 대부분의 경우, 기본분담금은 각 서비스에 대한 파트 A 병원체류 **가입자부담금**보다 많을 수 없습니다. 특정 예방적 서비스를 제외하고 파트 B 가입자부담금이 적용됩니다. 가입자가 **거점 병원**에서 병원 외래환자 서비스를 받는 경우, 가입자의 기본분담금은 파트 A 병원체류 가입자부담금보다 더 많을 수 있고 이를 초과할 수 있습니다.



비용 및 보장: 병원 외래환자과에서 수행되는 병원 외래환자 시술에 대한 비용 견적은



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

외래환자 의료 및 수술 서비스 및 용품

메디케어는 X-레이, 깁스, 봉합, 또는 외래환자 수술과 같은 승인된 시술을 보장합니다. 가입자는 보통 의사 진료나 다른 의료 제공자의 서비스에 대해 메디케어가 승인한 금액의 20%를 부담합니다. 일반적으로 병원 외래환자 환경에서 가입자가 받는 각 서비스에 대해 기본분담금을 지급합니다. 대부분의 경우, 기본분담금은 가입자가 받는 각 서비스에 대한 파트 A 병원체류 가입자부담금보다 많을 수 없습니다. 파트 B 가입자부담금이 적용되며 메디케어가 보장하지 않는 항목 또는 서비스에 대한 모든 비용은 가입자가 부담합니다.

물리치료 서비스

메디케어는 **전문 간호사, 임상 간호 전문가 또는 의사 보조 등 가입자의 의사 또는 기타 의료 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 부담합니다. 파트 B 가입자부담금이 적용됩니다.



예방 서비스

폐렴구균 주사

메디케어는 폐렴 감염(특정 유형의 폐렴 등)을 막기 위해 폐렴 주사(또는 백신)를 보장합니다. 이러한 백신에 대해 **담당의 또는 기타 의료 제공자와 상담하십시오.** 의료 제공자가 주사 접종에 대해 **책정금**을 수락하는 경우 가입자는 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 제공자의 도움에 대해 비용을 지불할 수 있습니다. 의료 제공자는 질병별 치료 계획을 수립하고 가입자가 복용하는 약품을 포함하여 이를 지속적으로 추적관찰하고 조정할 것입니다. 파트 B **가입자부담금**과 **가입자분담금**이 적용됩니다.



예방 서비스

전립선암 검사

메디케어는 50세 이상 남성에게 디지털 직장 검사와 전립선 특이항원 (PSA) 검사를 12개월마다 한 번씩 보장합니다(보장은 50세 생일 이후부터 시작됨). 가입자는 디지털 직장 검사에 대해서 **메디케어가 승인한 금액**의 20%를 부담합니다. 파트 B 가입자부담금이 적용됩니다. 가입자는 병원 외래환자 환경에서 **기본분담금**도 부담합니다. PSA 검사에 대해 비용을 부담하지 않습니다.

보철/보조기 품목

메디케어는 메디케어에 등록된 의사 또는 기타 의료 제공자가 팔, 다리, 허리 및 목 보호대, 의안, 의족(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 공급자를 방문해야 메디케어에서 보철 또는 보조기를 보장받을 수 있습니다. 가입자는 메디케어가 승인한 금액의 20%를 부담합니다. 파트 B 가입자부담금이 적용됩니다.

폐재활 프로그램

메디케어는 다음과 같은 경우 포괄적 폐 재활 프로그램을 보장합니다.

- 중등도에서 위중증의 만성폐쇄성폐질환(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 메디케어가 승인한 금액의 20%를 지급합니다. 병원 외래환자 환경에서 서비스를 받는다면 기본분담금도 지급합니다. 파트 B 가입자부담금이 적용됩니다.

농촌 건강진료소 서비스

농촌 건강진료소는 농촌 및 소외된 지역에서 다양한 외래환자 1차 진료 및 **예방 서비스**를 제공합니다. 일반적으로, 가입자는 비용의 20%를 부담합니다. 파트 B 가입자부담금이 적용됩니다. 가입자는 대부분의 예방 서비스에 대해 아무 비용도 부담하지 않습니다.

2차 수술 소견

메디케어는 응급 상황이 아닌, **의학적으로 필요한** 수술에 대하여 2차 수술 소견을 보장합니다. 어떤 경우에는 메디케어가 3차 수술 소견을 보장합니다. 가입자는 **메디케어가 승인한 금액**의 20%를 부담합니다. 파트 B **가입자부담금**이 적용됩니다.



예방 서비스

성매개감염(STI) 검사 및 상담

메디케어는 클라미디아, 임질, 매독 및/또는 B형 간염에 대한 STI 검사를 보장합니다. 메디케어는 임신 중이거나 **일차진료의** 또는 그 밖의 의료 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-30분 동안 대면으로 진행되는 고도의 집중 행동 상담 세션을 매년 2회 보장합니다. 메디케어는 1차 진료 환경(진료실 등)에서 일차진료의 또는 의료인이 수행한 경우에만 이 상담 세션을 보장합니다. 메디케어는 전문 **전문간호 시설**과 같은 입원환자 환경에서 수행하는 **예방 서비스**로서 상담은 보장하지 않습니다.

일차진료의 또는 의료 종사자가 **책임금**을 수락하는 경우 가입자는 이러한 서비스에 대해 아무 비용도 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.

중요!

메디케어 약품 보장(파트 D)은 일반적으로, 질병을 예방하기 위해 권장되는 기타 모든 성인 예방접종(예: 대상 포진, 파상풍, 디프테리아 및 백일해 백신)을 보장합니다. **이제 파트 D에 따라 무료로 더 많은 백신을 접종받을 수 있습니다.** 자세한 내용은 플랜에 문의하셔서 본인에게 적합한 서비스 종류를 의료 제공자와 상담하십시오.

언어병리학 서비스

메디케어는 의학적으로 필요한 말하기 및 언어 능력을 회복하고 강화하는 평가 및 치료를 보장합니다. 이에선 인지 능력 및 삼키는 능력이 포함되고, 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자가 필요하다고 확인할 때, 현재의 기능을 개선 또는 유지하거나 기능 저하를 지연시키는 것이 포함됩니다. 가입자는 메디케어가 승인한 금액의 20%를 부담합니다. 파트 B 가입자부담금이 적용됩니다.

상처 소독 서비스

메디케어는 수술 상처 또는 외과적으로 치료를 받은 상처에 대해 의료적으로 필요한 치료를 보장합니다. 가입자는 용품에 대해서는 아무 비용도 지불하지 않으며, 의사 또는 기타 의료 제공자의 서비스에 대해서는 메디케어가 승인한 금액의 20%를 지급하면 됩니다. 병원 외래환자 환경에서 이러한 서비스를 받았다면 **기본분담금**을 부담합니다. 파트 B 가입자부담금이 적용됩니다.

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 의료인이 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.

신규!

2024년 12월 31일까지 자택을 비롯하여 미국 내 어디에서나 원격진료 서비스를 이용하실 수 있습니다. 해당 기간이 지난 후 대부분의 원격진료 서비스를 받으시려면 농촌 지역에 있는 사무소나 의료 시설을 방문해야 합니다. 단, 특정 메디케어 원격진료 서비스는 농촌 의료 환경에 **있지 않아도** 여전히 받을 수 있습니다. 이는 다음을 포함합니다.

- 가정 투석을 위한 월간 말기 신장질환(ESRD) 방문 진료
- 이동형 뇌졸중 치료실을 포함하여 어디에서도 급성 뇌졸중 증상을 진단, 평가 또는 치료하는 서비스
- 약물 사용 장애 또는 동시발생적 정신건강 장애("이중 장애"라고도 함)를 치료하거나 정신건강 장애의 진단, 평가 또는 치료를 위한 서비스(자택 포함)
- 자택을 비롯한 행동 건강 서비스

가입자는 의사 진료 또는 다른 의료 제공자 또는 의료인의 서비스에 대해 **메디케어가 승인한 금액**의 20%를 부담합니다. 파트 B **가입자부담금**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 일부 제공자는 오리지널 메디케어보다 원격진료 혜택을 더 많이 제공할 수 있습니다. 예를 들어, 거주 지역에 관계없이 자택에서 일부 서비스를 받을 수 있습니다. 제공되는 혜택을 플랜에 확인하십시오. 의료 제공자가 ACO에 참여하는 경우, 해당 의료 제공자에게 어떤 원격진료 혜택을 이용할 수 있는지 문의하십시오. 110-111페이지 참조.

검사(비검사실)

메디케어는 X선, MRI, CT 스캔, EKG/ECG 및 기타 진단 검사를 보장합니다. 가입자는 메디케어가 승인한 금액의 20%를 부담합니다. 파트 B 가입자부담금이 적용됩니다.

외래환자로 병원에서 검사를 받으면 가입자는 병원에 메디케어가 승인한 금액의 20% 이상일 수 있는 기본분담금도 납부합니다. 이 금액은 대체로 파트 A 병원체류 가입자부담금보다 많을 수 없습니다. 다른 파트 B 보장 검사는 45페이지의 "임상 검사실 서비스"를 참조하십시오.

전환 치료 관리 서비스

메디케어는 가입자가 병원이나 **전문 간호 시설**과 같은 특정 시설에 체류한 후 지역사회로 복귀하는 경우 이 서비스를 보장할 수 있습니다. 가입자의 지역사회 복귀를 관리하는 의료 제공자가 가입자 및 간병인과 협력하여 가입자가 집에 복귀한 후 처음 30일 동안 치료를 조정하고 관리할 수 있게 노력할 것입니다. 파트 B **가입자부담금**과 **가입자분담금**이 적용됩니다. 자세한 사항은 [Medicare.gov/coverage/transitional-care-management-services](https://www.Medicare.gov/coverage/transitional-care-management-services)를 참조해 주십시오.

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.

메디케어가 이식 비용을 지불한 경우 메디케어가 면역억제제를 보장합니다. 보장 이식 시 파트 A에 가입 중이어야 하고 면역억제제를 받을 때(또는 아래에 설명된 면역억제제 혜택 자격) 파트 B에 가입되어 있어야 합니다. 가입자는 약품에 대해 **메디케어가 승인한 금액**의 20%를 지불합니다. 파트 B 가입자부담금이 적용됩니다. 메디케어 약품 보장(파트 D)은 파트 B가 보장하지 않는 면역억제제를 보장한다는 점에 유의하십시오.

메디케어 어드밴티지 플랜 가입을 생각하고 계시거나 이식 대기자 명단에 있거나 이식이 필요하다고 생각되는 경우, 가입하기 전에 플랜에 확인하여 가입자의 담당 의사, 기타 의료 제공자 및 병원이 플랜 네트워크에 소속되어 있는지 확인하십시오. 보장되는 약과 비용에 대한 정보를 요청하시기 바랍니다. 또한 생존 기증자에 대한 사전 승인 및 보장에 대한 플랜의 보장 규칙을 확인하십시오.

참고: 메디케어는 파트 A에 따라 병원 입원환자 서비스로 이식 수술을 보장할 수 있습니다. 27-28페이지 참조.

메디케어는 신장 기증자의 치료 비용 전액을 지급합니다. 가입자와 기증자는 가입자부담금, 가입자분담금 또는 병원 입원에 대한 기타 비용을 지급할 필요가 없습니다.

면역억제제 혜택

말기 신장질환(ESRD)으로 인해 메디케어만 가입되어 있는 경우, 메디케어 보장(면역억제제 보장 포함)은 신장 이식 성공 후 36개월이 경과하면 종료됩니다. 메디케어는 36개월이 경과해도 **특정 유형의 다른 건강 보장**(단체 건강 플랜, TRICARE 또는 면역억제제를 보장하는 **메디케이드**)이 없는 경우 가입자가 면역억제제 비용을 지불하는 데 도움이 되는 새로운 혜택을 제공합니다. **이 혜택은 면역억제제에만 적용되며 다른 항목이나 서비스에는 적용되지 않습니다.** 이는 전체 건강 보장을 대신할 수 없습니다. 신장 이식 당시 ESRD로 인해 메디케어에 가입했다면 메디케어 파트 A 보장이 종료된 후 언제든지 이 혜택에 가입할 수 있습니다. 가입하시려면 1-877-465-0355번으로 사회보장국에 문의하십시오. TTY 사용자는 1-800-325-0788로 문의하시면 됩니다.

가입자는 2023년에 이 면역억제제 혜택에 대해 \$97.10(또는 소득에 따라 더 높은 금액)의 월 **보험료**와 \$226의 **가입자부담금**을 지불하게 됩니다. 가입자부담금에 도달하면 가입자는 면역억제제에 대해 **메디케어가 승인한 금액**의 20%를 지불합니다. 소득과 재원이 제한적인 경우, 이 혜택을 지불하기 위해 주에서 도움을 받을 수 있습니다. 자세한 내용은 94페이지를 참조하거나 [Medicare.gov/basics/end-stage-renal-disease](https://www.Medicare.gov/basics/end-stage-renal-disease)를 확인하십시오.

2024 보험료 금액은 올 가을 후반에 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)를 참조해 주십시오.

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. 아래에 몇 가지 제한된 예외가 있습니다. 자세한 사항은 [Medicare.gov/coverage/travel-outside-the-u.s.](https://www.Medicare.gov/coverage/travel-outside-the-u.s.)를 참조해 주십시오.

메디케어는 의학적으로 필요한 보장된 입원환자 병원 서비스에 대한 입원과 함께 **의학적으로 필요한** 외국 병원으로의 구급차 수송만을 보장할 수 있습니다. 가입자는 메디케어가 승인한 금액의 20%를 부담합니다. 파트 B 가입자부담금이 적용됩니다.

긴급하게 필요한 치료

메디케어는 의학적 응급 상황이 아닌 갑작스러운 질병이나 부상을 치료하기 위해 긴급하게 필요한 치료를 보장합니다. 가입자는 의사 또는 기타 의료 제공자의 서비스에 대해 메디케어가 승인한 금액의 20%, 병원 외래환자 환경에서는 **기본분담금**을 지급합니다. 파트 B 가입자부담금이 적용됩니다.

가상 체크인

메디케어는 의사 또는 전문 간호사, 임상 간호 전문가 또는 보조의사와 같은 그 밖의 특정 제공자의 가상 체크인("간단한 의사소통 기술 기반 서비스"라고도 칭함)을 보장합니다. 가상 체크인은 병원에 방문하지 않고도 전화나 컴퓨터와 같은 오디오 및 비디오 통신 기술을 사용합니다. 담당의는 또한 진료실 방문 여부를 결정하기 위해 가입자가 검토용으로 보내는 사진 또는 동영상 이미지를 원격으로 평가할 수 있습니다.

담당 의사 또는 기타 의료 제공자가 전화, 가상 진료, 보안 문자 메시지, 이메일 또는 환자 포털을 통해 회신할 수 있습니다.

다음 조건을 충족하면 해당 서비스를 이용할 수 있습니다.

- 가입자가 이러한 유형의 방문 진료 시작을 의사나 다른 의료 제공자와 상의함
- 가상 체크인은 지난 7일 이내 의료 방문과 관련이 없으며 향후 24시간 이내(또는 가능한 가장 빠른 예약) 내 의료 방문으로 이어지지 않음
- 가입자는 가상 체크인에 구두 동의하고 담당의는 가입자의 동의를 의료 기록에 문서화함. 담당의는 해당 서비스의 1년치에 대해 한 번의 동의를 구할 수 있음.



비교: 가입자는 의사 또는 다른 의료 제공자의 서비스에 대해 **메디케어가 승인한 금액**의 20%를 부담합니다. 파트 B **가입자부담금**이 적용됩니다. **메디케어 어드밴티지 플랜**은 오리지널 메디케어보다 더 많은 가상 체크인 서비스를 제공할 수 있습니다. 플랜에서 제공되는 사항을 확인하십시오.



예방 서비스

“메디케어 가입 환영” 예방 방문 진료

파트 B 가입 첫 12개월 동안 “메디케어 가입 환영(Welcome to Medicare)” 예방 방문 진료를 받을 수 있습니다. 방문 진료에는 건강과 관련된 의료 및 사회생활력 검토가 포함됩니다. 여기에는 특정 검사, 예방접종 또는 백신(독감, 폐렴구균 및 기타 권장되는 예방접종 또는 백신 등) 및 필요한 경우 다른 치료에 대한 **의뢰서**를 포함하여 **예방 서비스**에 관한 교육과 상담도 포함됩니다.

약속을 정할 때 “메디케어 가입 환영” 예방 방문 진료를 예약하고 싶다고 진료실에 알려십시오. 의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료 제공자가 **책임금**을 수락하는 경우 “메디케어 가입 환영” 예방 방문 진료 비용을 부담하지 않습니다.

현재 오피오이드 처방을 받고 있는 경우, 의료 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. 의료 제공자는 또한 **알코올 및 흡연**과 같은 약물 사용 장애에 대한 잠재적 위험 요소를 검토하고 필요한 경우 치료를 의뢰합니다.

중요!

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



예방 서비스

연간 “웰니스” 방문 진료

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

의사 또는 의료진은 이 방문 진료의 일부로 “건강 위험 평가”라고 하는 설문지를 작성하도록 요청할 것입니다. 해당 문항에 답하면 가입자와 의사가 맞춤형 예방 계획을 개발하여 가입자가 건강을 유지하고 방문을 최대한 활용하는 데 도움이 될 수 있습니다. 방문에는 일상적 측정, 건강 자문, 병력 및 가족력 검토, 현 처방전, 사전 치료 계획 등이 포함될 수 있습니다.

의사 또는 의료진은 또한 알츠하이머병을 포함한 치매 징후를 발견할 수 있도록 인지 평가를 진행합니다. 인지 장애의 징후에는 기억 장애, 새로운 학습, 집중력, 재정 관리 또는 일상 생활에 대한 결정이 포함됩니다. 의사 또는 의료진이 가입자에게 인지장애가 있다고 판단하는 경우, 메디케어는 인지 기능을 보다 철저히 검토하고, 치매, 우울증, 불안 또는 정신착란과 같은 상태를 체크하기 위해 별도의 방문을 보장하며 진료 플랜을 설계합니다. 35페이지 참조.

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

참고: 파트 B 가입 또는 “메디케어 가입 환영” 예방 방문 진료 후 12개월 이내에는 첫 번째 연간 “웰니스” 방문 진료를 받을 수 없습니다. 단, 연간 “웰니스” 방문 진료 자격이 되기 위해 “메디케어 가입 환영” 예방 방문 진료를 받을 필요는 없습니다.

의사 또는 의료인이 **책정금**을 수락하는 경우 가입자는 “웰니스” 방문 진료 비용을 지급하지 않습니다.

중요!

의사 또는 의료인이 “웰니스” 방문 진료에서 메디케어가 이 예방 혜택에 따라 보장하지 않는 추가 검사 또는 서비스를 수행하는 경우, 가입자는 **가입자분담금**을 부담해야 할 수 있고, 파트 B **가입자부담금**이 적용될 수 있습니다. 메디케어가 추가 검사나 서비스(예: 정기 신체 검사)를 보장하지 않는 경우에는 가입자가 전액을 부담해야 할 수도 있습니다.

파트 A와 파트 B에서 보장하지 않는 것은 무엇인가요?

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 보장할 다른 보험(**메디케이드** 포함)이 있는 경우
- 가입자가 이러한 서비스를 보장하는 **메디케어 어드밴티지 플랜**이나 메디케어 비용 계획에 가입되어 있는 경우. 메디케어 어드밴티지 플랜 및 메디케어 비용 계획은 피트니스 프로그램, 시력, 청력, 치과 서비스와 같은 일부 혜택을 추가로 보장할 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)
 - ✘ 탈퇴 의사(60페이지 참조) 또는 다른 의료 제공자로부터 가입자가 받는 보장 항목 또는 서비스(응급 상황 또는 긴급한 필요의 경우 제외)
- * **참고:** 오리지널 메디케어는 특정 관련 의료 절차(예: 특정 심장 또는 장기 이식 절차 전) 이전 또는 그 일환으로 일부 초과 서비스 비용을 지불할 수 있습니다.

장기 요양 비용 부담

메디케어 및 메디케어 보충 보험(메디갭)을 포함한 대부분의 건강 보험은 장기 요양 비용을 지급하지 않습니다. 이러한 유형의 요양("장기 서비스 및 지원"이라고도 함)에는 만성 질환이나 장애가 있는 분들을 위한 비의료적 요양 등이 해당됩니다. 여기에는 옷 입기, 목욕, 화장실 사용을 포함한 일상적인 활동에 필요한 도움과 같은 개인 간병 지원 등이 해당됩니다. 장기 요양에는 가정배달식, 성인 주간 건강 관리, 가정 및 지역사회 기반 서비스 및 그 외도 포함됩니다. **메디케이드**를 통해 해당 요양 서비스를 받을 자격이 있습니다. 또는 개인 장기 요양 보험에 가입할 수 있습니다.

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

장기 요양 자원

장기 요양에 대한 자세한 정보를 얻으려면 다음 자원을 활용하십시오.

- 웹사이트 longtermcare.acl.gov를 참조하여 장기 요양 계획에 대해 자세히 알아보십시오.
- 장기 요양 보험에 대한 정보를 얻으려면 관할 주 보험 부(State Insurance Department)에 전화하십시오. 전화번호를 찾으시려면 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 문의하시기 바랍니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 문의하시면 됩니다.
- 관할 주 의료 지원(메디케이드) 사무국에 문의하거나 Medicaid.gov를 참조하여 장기 요양 보장에 대한 정보를 요청하십시오.
- content.naic.org/sites/default/files/publication-ltc-lp-shoppers-guide-long-term.pdf에서 국립보험감독관협회(National Association of Insurance Commissioners)의 "장기 요양 보험 구매자 안내서" 사본을 구하시기 바랍니다.
- eldercare.acl.gov에서 'Eldercare Locator(노인 돌봄 찾기)'에 방문하거나 1-800-677-1116으로 전화하여 지역사회 지원을 확인하십시오.
- 주립 건강보험 지원 프로그램(SHIP)에 문의하십시오. 지역 SHIP 전화번호는 115-118페이지를 참조하십시오.

섹션 3

오리지널 메디케어

오리지널 메디케어는 어떻게 운용되나요?

오리지널 메디케어는 메디케어 건강보험 선택 사항 중 하나입니다. **메디케어 어드밴티지 플랜** 또는 다른 유형의 **메디케어 건강 플랜**을 선택하는 경우를 제외하고 오리지널 메디케어를 갖게 됩니다. 오리지널 메디케어에는 파트 A(병원 보험) 및 파트 B(의료 보험)가 포함됩니다.

가입자는 대개 오리지널 메디케어에서 보장하는 각 서비스에 대해 비용의 일부를 지급해야 합니다. 다른 보험(**메디갭**, **메디케이드** 고용주, 퇴직자 또는 조합 보장 등)이 있거나 오리지널 메디케어 대신 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하지 않았다면 1년에 지불하는 가입자 부담 최대 한도액에 제한이 없습니다.

오리지널 메디케어

<p>아무 의사, 다른 의료 제공자 또는 병원에서 치료를 받을 수 있나요?</p>	<p>대부분의 경우, 그렇습니다. 미국 어디에서나 메디케어에 등록된 의사, 기타 의료 제공자, 병원 또는 메디케어 환자를 허용하는 기타 시설을 방문할 수 있습니다. Medicare.gov/care-compare에서 해당 지역의 제공자, 병원, 시설을 찾아 비교하십시오.</p>
<p>처방약도 보장되나요?</p>	<p>아니요. 몇 가지 예외(26-27, 44, 47, 52페이지 참조)를 제외하고 오리지널 메디케어는 대부분 약품을 보장하지 않습니다. 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입하여 메디케어 약품 보장(파트 D)을 추가할 수 있습니다. 79-90페이지 참조.</p>
<p>제가 일차진료의를 선택해야 하나요?</p>	<p>아니요.</p>
<p>전문의 진료를 받으려면 의뢰서가 필요한가요?</p>	<p>대부분의 경우, 아닙니다.</p>
<p>보충 보험에 가입해야 하나요?</p>	<p>가입자는 오리지널 메디케어가 지급하지 않는 비용을 지급할 수 있는 메디케이드 또는 고용주, 퇴직자 또는 조합 보험을 이미 보유하고 있을 수 있습니다. 그렇지 않을 경우, 자격이 된다면 메디케어 보충 보험(메디갭)에 가입할 수 있습니다. 75-78페이지 참조. 메디케이드 자격 대상자인지 확인하시려면 관할 주 의료 지원(메디케이드) 사무국에 문의할 수도 있습니다.</p>

오리지널 메디케어에 관해 더 알아야 할 사항은 무엇인가요?

- 일반적으로 메디케어가 분담금 지불을 시작하기 전에 가입자는 의료 서비스에 대해 정해진 금액(**가입자부담금**)을 부담합니다. 메디케어가 분담금을 지급하면 가입자는 보장 서비스 및 용품에 대한 **가입자분담금** 또는 **기본분담금**을 부담합니다. 다른 보험(**메디갭, 메디케이드, 고용주, 퇴직자, 또는 조합 보험** 등)이 없다면 **연간 가입자 부담 최대 한도액에는 제한이 없습니다.**
- 가입자는 대체로 파트 B에 대한 월 **보험료**를 부담하며 매년 변동될 수 있습니다.
- 가입자는 일반적으로 메디케어에 청구할 필요가 없습니다. 제공자 및 공급업체에서 가입자가 받는 보장 서비스 및 용품에 대하여 청구해야 합니다.

제가 어떤 비용을 부담하게 되나요?

오리지널 메디케어의 가입자 부담 최대 한도액은 다음에 따라 달라집니다.

- 파트 A 및/또는 파트 B 소지 여부. 대부분은 둘 다 보유
- 담당 의사, 기타 의료 제공자 또는 공급자가 "**책정금**"을 수락하는지 여부. 59-60페이지 참조.
- 가입자에게 필요한 건강관리 유형과 이용 빈도.
- 메디케어에서 보장하지 않는 서비스나 용품을 받기로 한 경우. 그런 경우, 가입자가 모든 비용을 부담(단, 비용을 보장하는 다른 보험이 있는 경우는 제외)
- 메디케어와 협력하는 다른 건강 보험이 있는지 여부. 21페이지 참조.
- 전체 메디케이드를 가지고 있는지 여부 또는 메디케어 절감 프로그램을 통해 메디케어 비용을 지급하기 위해 주에서 도움을 받는지 여부. 91-92페이지 참조.
- 메디케어 보충 보험(메디갭)이 있는지 여부.
- 가입자와 가입자의 의사 또는 기타 의료 제공자가 수의계약에 서명하는지 여부. 60페이지 참조.

메디케어가 지급한 금액은 어떻게 알 수 있나요?

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. 이는 청구서가 아닙니다. MSN은 메디케어가 지급한 내역과 가입자가 제공자에게 지급해야 하는 내역을 보여줍니다. MSN을 검토하여 모든 서비스, 공급품 또는 장비가 목록에 있는지 확인하십시오. 서비스 비용을 지불(보장)하지 않기로 한 메디케어의 결정에 동의하지 않는 경우, MSN에서 이의신청 방법을 알려드릴 것입니다. 이의신청 방법에 대한 정보는 99페이지를 참조하십시오.

MSN 관련 주소를 변경해야 한다면, 사회보장국에 1-800-772-1213으로 전화해 주십시오. TTY 사용자는 1-800-325-0778로 문의하실 수 있습니다. 철도 퇴직위원회(RRB) 혜택을 받고 계신 경우 RRB에 1-877-772-5772로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-312-751-4701로 문의하시면 됩니다.

가입자는 MSN을 통해 적격 메디케어 수혜자(Qualified Medicare Beneficiary, QMB) 프로그램에 등록되어 있는지 알 수 있습니다. QMB 프로그램에 등록되었다면 메디케어 제공자는 가입자에게 메디케어 파트 A 및/또는 파트 B **가입자부담금**, **가입자분담금** 또는 **기본분담금**을 청구할 수 없습니다. 경우에 따라, **메디케이드**를 통해 소액의 기본분담금이 청구될 수 있습니다(해당될 경우). QMB 및 의료 제공자가 이러한 비용을 청구하는 경우 필요한 조치에 대한 자세한 내용은 91페이지를 참조하십시오.

중요! 전자 메디케어 요약 통지 받기

전자적 방법으로 "메디케어 요약 통지"("eMSNs"라고도 함)를 받으시려면 등록하십시오. [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 않지만 집에서 직접 인쇄하도록 선택할 수 있습니다. 2023년 중반 현재, eMSN 가입자는 3천만 달러에 상응하는 금액으로 메디케어 프로그램을 절감하는 데 도움을 주셨습니다.

가입자는 메디케어 청구 정보를 받는 방법을 선택할 수 있습니다. [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)에서 가입자 본인 계정에서 청구에 액세스하고 원하는 Blue Button® 앱을 사용하여 해당 정보를 의사, 약국 및 타인과 공유할 수 있습니다. Blue Button 2.0®을 통해 메디케어에 연동되는 컴퓨터와 모바일 앱의 수가 점점 늘어납니다. 이들 앱 중 하나와 정보를 공유하는 데 동의하시면 메디케어에서 가입자를 대신하여 지불한 청구서의 세부 내역을 볼 수 있습니다. 자세한 정보는 109페이지를 참조하십시오.

책정금은 무엇인가요?

책정금은 가입자의 의사, 의료 제공자 또는 공급업체가 **메디케어 승인 금액**을 보장 서비스의 전체 비용으로 수락하는 데 동의하는(또는 법에 의해 요구받는) 것을 의미합니다.

의사, 의료 제공자 또는 공급업체가 책정금을 수락하는 경우:

- 가입자 부담 최대 한도액이 더 적을 수 있습니다.
- 이들은 가입자에게 메디케어 가입자부담금과 가입자분담금만 청구하는 데 동의하고 일반적으로 가입자에게 분담금 지급을 요청하기 전에 메디케어가 분담금을 지급할 때까지 기다립니다.
- 가입자에 대한 청구를 메디케어에 직접 제출해야 하며 청구 제출 비용을 가입자에게 청구할 수 없습니다.

일부 의료 제공자는 모든 메디케어 보장 서비스의 **책정금** 수락에 동의하지 않았으며 법적으로 의무는 아니지만 여전히 개별 서비스의 책정금을 수락할 수 있습니다. 모든 서비스의 책정금을 수락하는 데 동의하지 않은 의료 제공자를 “비참여”라고 합니다. 이들이 가입자에게 제공하는 치료에 대한 책정금을 수락하지 않으면 가입자가 서비스 비용을 더 많이 지급해야 할 수도 있습니다. 담당 의사, 의료 제공자 또는 공급업체가 책정금을 수락하지 않는 경우 다음과 같은 일이 발생합니다.

- **서비스를 받을 당시 비용 전액을 내야 할 수도 있습니다.** 담당 의사, 의료 제공자 또는 공급업체는 가입자에게 제공하는 모든 메디케어 보장 서비스에 대해 메디케어에 청구서를 제출해야 합니다. 이들이 가입자가 요청한 메디케어 청구서를 제출하지 않으면 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 문의하시면 됩니다.
- **이들은 메디케어 승인 금액보다 더 많은 금액을 청구할 수 있습니다.** 많은 경우, 금액은 “**한도 요금**”이라고 불리는 금액을 초과할 수 없습니다.

오리지널 메디케어가 있는 경우, 가입자는 미국 전역 어디에서나 메디케어를 받는 의료 제공자를 원하는 만큼 이용할 수 있습니다.



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

책정금을 수락하거나 메디케어에 참여하는지 알아보려면

[Medicare.gov/care-compare](https://www.medicare.gov/care-compare)를 참조하십시오.

의료 장비 공급자가 책정금을 수락하는지 알아보려면

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

주립 건강보험 지원 프로그램(SHIP)에 연락하여 이 주제에 대한 도움을 무료로 받을 수도 있습니다. 지역 SHIP 전화번호는 115-118페이지를 참조하십시오.

메디케어 탈퇴 제공자를 이용하고 싶으면 어떻게 하나요?

메디케어 프로그램과 협력하기를 원하지 않는 특정 의사 및 기타 의료 제공자는 메디케어에 “탈퇴”할 수 있습니다. 메디케어는 탈퇴 의사 또는 다른 의료 제공자로부터 가입자가 받는 모든 보장 항목 또는 서비스 비용을 지급하지 않습니다(응급 상황 또는 긴급한 필요의 경우 제외). 그럼에도 불구하고 탈퇴 제공자로부터 서비스를 이용하고 싶으신 경우, 가입자와 의료 제공자는 수의계약을 통해 가입자가 모두 동의하는 지급 조건을 설정할 수 있습니다.

탈퇴를 선택한 의사 또는 기타 의료 제공자는 2년 동안 탈퇴 상태를 유지해야 하며, 2년마다 자동으로 갱신됩니다(단, 의료 제공자가 탈퇴 상태를 갱신하지 않겠다고 요청하는 경우는 제외). 가입자는 여전히 이들 의료 제공자로부터 진료를 받을 수 있지만 이들 의료 제공자는 가입자와 수의 계약을 체결해야 합니다(단, 가입자가 응급 상황 또는 긴급하게 필요한 치료인 경우는 제외).

의료 제공자가 메디케어 제공자인지 확실하지 않은 경우, 제공자에게 확인하여 서비스 비용을 가입자 부담 최대 한도액으로 지불해야 하는지 사전에 확인하십시오.

섹션 4

메디케어 어드밴티지 플랜 및 기타 옵션

메디케어 어드밴티지 플랜은 무엇인가요?

메디케어 어드밴티지 플랜은 메디케어 파트 A와 파트 B를 보장받기 위한 다른 방법입니다. 메디케어 어드밴티지 플랜은 때로 “파트 C” 또는 “MA 플랜”이라 하고, 메디케어에서 정한 규칙을 따라야 하는 민영 회사에서 제공하는 메디케어 승인 플랜입니다. 메디케어 어드밴티지 플랜은 대부분 약품 보장(파트 D)을 포함합니다. 많은 경우, 플랜 네트워크에 참여하는 의료 제공자를 이용해야 합니다. 이러한 플랜은 보장 서비스에 대하여 매년 가입자가 가입자 부담 최대 한도액으로 지불해야 하는 금액 한도를 설정합니다. 플랜에 따라서는 네트워크 비소속의 경우도 비응급 보장을 제공하지만, 일반적으로 비용이 높아집니다. 대부분은 플랜에서 특정 약이나 서비스를 보장하기 전에 플랜으로부터 승인(사전 승인이라고도 함)을 받아야 할 수도 있습니다.

기억하십시오. 메디케어가 보장하는 서비스를 받으시려면 메디케어 어드밴티지 플랜에서 보내드리는 카드를 사용하셔야 합니다. 나중에 필요할 수 있으므로 적색, 백색 및 청색 메디케어 카드를 안전한 장소에 보관하십시오.

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

메디케어 어드밴티지 플랜에는 어떤 다른 유형이 있나요?

- **건강관리기구(Health Maintenance Organization, HMO) 플랜:** 66페이지 참조.
- **HMO 서비스 지정(HMOPOS) 플랜:** HMO 플랜으로 **기본분담금** 또는 **가입자분담금**을 더 많이 내고 네트워크 비소속 서비스를 일부 받을 수 있습니다. 66페이지 참조.
- **의료 저축 계좌(MSA) 플랜:** 67페이지 참조.
- **선호 제공자 기구(PPO) 플랜:** 68페이지 참조.
- **민간 행위별수가제(PFFS) 플랜:** 69페이지 참조.
- **특별 필요사항 플랜(SNP):** 70페이지 참조.

메디케어 어드밴티지 플랜은 무엇을 보장하나요?

메디케어 어드밴티지 플랜은 모든 파트 A 및 파트 B 혜택을 제공합니다. 단, 임상 시험(임상 연구), 호스피스 케어, 신장 이식 비용(생체 신장 기증자에 대한 비용 등)의 특정 비용은 **제외**됩니다. 일시적으로 입법 또는 국가 보장 결정에서 오는 몇 가지 새로운 혜택이 있습니다. 보장 서비스에 대해 궁금한 사항은 플랜에 문의하십시오.

플랜에서 부가 혜택 제공 가능

메디케어 어드밴티지 플랜으로 피트니스 프로그램(체육관 회원권 또는 할인) 및 일부 시력, 청력 및 치과 서비스(정기 검진 또는 치석 제거 등)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 그 밖의 의료 서비스 등에 대한 보장을 제공할 수 있습니다. 가입하기 전에 플랜에서 어떤 혜택을 제공하는지, 제한 사항이 있는지 확인하십시오.

플랜은 또한 특정 만성 질환 등록자에게 부가 혜택을 제공하기 위해 혜택 패키지를 맞춤화할 수 있습니다. 이 패키지가 특정 질환을 치료하도록 맞춤화된 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, 보장 가능한 치과 서비스와 적용 가능한 제한 사항에 대해 자세히 확인하기 위해 플랜에 문의하십시오.

메디케어 어드밴티지 플랜은 메디케어 규칙을 준수해야 함

메디케어는 메디케어 어드밴티지 플랜을 제공하는 회사에 매달 가입자의 보장에 대하여 고정 금액을 지급합니다. 이들 회사는 메디케어에서 정한 규칙을 따라야 합니다. 그러나, 메디케어 어드밴티지 플랜마다 각기 다른 가입자 부담 최대 한도액을 부과할 수 있고, 가입자가 서비스를 받는 방법에 대하여 별도의 규칙을 두고 있습니다(예를 들어, 전문의를 만나기 위해 **의뢰서**가 필요한지의 여부, 또는 비응급 또는 비긴급 치료를 받기 위해 플랜 네트워크에 소속된 의사, 시설 또는 공급자에게 가야 하는지 여부 등). 이러한 규정은 매년 변경될 수 있습니다. 플랜은 다음 가입 연도 시작 전까지 가입자에게 변경사항을 알려야 합니다.

가입자는 매년 현재의 플랜을 유지하거나, 다른 플랜을 선택하거나, 오리지널 메디케어로 전환할 수 있는 선택권이 있습니다. 71페이지 참조.

의료 제공자는 연중 언제든지 플랜의 제공자 네트워크에 가입하거나 탈퇴할 수 있습니다. 플랜은 연중 언제든지 네트워크 내 제공자를 변경할 수도 있습니다. 이럴 경우, 가입자는 보통 플랜을 변경할 수 없지만 새로운 의료 제공자를 선택할 수 있습니다. 가입자는 대개 연중에 플랜을 변경할 수 없습니다.

신규!

제공자 네트워크는 연중 변경될 수 있지만 플랜은 여전히 가입자가 자격을 갖춘 의사 및 전문의에게 진료받을 수 있도록 해야 합니다. 플랜은 가입자에게 제공자의 플랜 탈퇴 예정을 통지하여 가입자가 새로운 제공자를 선택할 시간을 가질 수 있도록 할 것입니다. 탈퇴 제공자가 1차 진료 또는 행동 건강 제공자이고 가입자가 지난 3년 동안 해당 제공자를 방문한 적이 있는 경우 이 통지를 받게 됩니다. 다른 의료 제공자가 플랜을 탈퇴하는 경우 특정 상황에서 이 통지를 받게 됩니다.

플랜은 또한

- 가입자의 건강 관리 요구 사항을 계속 관리할 새 의료 제공자 선택을 지원할 것입니다.
- 이미 진행 중인필요한 치료를 계속할 수 있도록 도와드립니다.
- 이용 가능한 다양한 가입 기간과 플랜 변경 옵션에 대해 알려드립니다.

변경 사항을 숙지하고 만족스럽지 않은 부분이 있는 경우 공식 가입 기간 또는 자격이 있는 경우 특별 가입 기간 중에 플랜을 변경할 수 있도록 통지서를 주의 깊게 검토하십시오.

네트워크 소속 제공자 또는 혜택을 이용할 수 없거나 의학적 필요를 충족할 수 없는 경우, 대부분의 플랜은 제공자 네트워크 외부에서 **의학적으로 필요한** 치료를 받을 수 있도록 도와드립니다(네트워크 내 비용 분담 시).



비교: 오리지널 메디케어를 가지고 있다면 대부분의 경우, 전문의의 진료를 받기 위해 **의뢰서**를 필요로 하지 않습니다(57페이지 참조). 또한 미국 전역에서 메디케어를 받는 의료 제공자를 원하는 대로 이용할 수도 있습니다.

중요! 플랜에서 얻은 정보 읽기

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

- **연간 변경고지:** 1월부터 발효될 보장범위, 비용 등에서의 변경을 포함합니다. 플랜에서 9월 30일에 사본을 전송할 것입니다.
- **보장 범위 확인서:** 플랜의 보장 내역, 납부할 액수와 내년도 추가 사항 등에 대한 상세 내역을 제공합니다. 플랜은 10월 15일까지 통지서(또는 인쇄된 사본)를 전송하며, 여기에는 보장 범위 확인서에 전자식으로 접속 또는 인쇄된 사본을 요청하는 방법에 대한 정보가 있습니다.

메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하기로 결정하셨다면 [Medicare.gov/go-digital](https://www.Medicare.gov/go-digital)에서 전자 버전의 메디케어와 가입자 안내서 가입을 고려해 보십시오. 비용 및 플랜에서 받을 수 있는 보장 정보를 얻으실 수 있습니다. 이 중요한 문서를 받지 못한 경우 플랜에 문의하십시오.

메디케어 어드밴티지 플랜에 관해 알아야 할 사항은 무엇인가요?

누가 가입할 수 있나요?

메디케어 어드밴티지 플랜 가입 조건:

- 파트 A와 파트 B가 있어야 함
- 플랜의 **서비스 지역**에 거주해야 함
- 미국 시민이거나 미국에 합법적으로 거주해야 함

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 복귀해야 합니다. 98페이지 참조.
- 메디케어 어드밴티지 플랜은 플랜 가입 방법에 대한 정보를 제공할 때 특정 규칙을 따라야 합니다. 이러한 규칙과 개인정보를 보호하는 방법에 대한 자세한 내용은 105-106페이지를 참조하십시오.

제가 말기 신장질환(ESRD)을 앓고 있다면 어떻게 되나요?

ESRD가 있는 경우 메디케어 보장 적용 방법을 결정할 때 오리지널 메디케어 또는 **메디케어 어드밴티지 플랜**을 선택할 수 있습니다. ESRD가 있고 신장 이식을 받았기 때문에 메디케어 가입 자격만 있는 경우, 메디케어 혜택은 이식 후 36개월이 경과하면 종료됩니다. 면역억제제 보장 지속에 대한 자세한 내용은 52페이지를 참조하십시오.

메디케어 약품 보장(파트 D)

메디케어 어드밴티지 플랜은 대부분 메디케어 약품 보장(파트 D)을 포함합니다. 메디케어 약품 보장을 포함하지 않는 일부 유형의 플랜(의료 저축 계좌(Medical Savings Account, MSA) 플랜과 일부 민간 행위별수가제(Private Fee-for-Service Plans, PFFS) 등)의 경우, 별도의 메디케어 약품 플랜에 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 있을 때 메디케어 약품 보장을 받지 않기로 결정하고 다른 약품 보장이 **신뢰할 수 있는 처방약 보장**이 아닌 경우 추후 파트 D 플랜에 가입할 경우 지연 가입 벌금(83-84페이지 참조)을 납부해야 할 수 있습니다.

다른 보험이 있으면 어떻게 하나요?

메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하기 전 고용주, 조합 또는 그 밖의 혜택 관리자에게 규정에 대해 문의하십시오. 경우에 따라, 메디케어 어드밴티지 플랜 가입으로 인해 가입자 본인, 가입자의 배우자와 부양가족에 해당했던 고용주 보험이나 조합 보험을 상실하고 다시 가입하지 못할 수 있습니다. 다른 경우, 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입해도 가입자는 여전히 메디케어 어드밴티지 플랜과 함께 고용주 또는 조합이 제공하는 보장을 함께 받으실 수 있습니다. 고용주 또는 조합은 자신들이 후원하는 메디케어 어드밴티지 퇴직자 건강보험을 제안할 수도 있습니다. 한 번에 하나의 메디케어 어드밴티지 플랜에만 가입할 수 있습니다.

메디케어 보충 보험(메디갭)이 있다면 어떻게 하나요?

메디케어 어드밴티지 플랜에 가입해 있는 동안 **메디갭**에 가입할 수 없습니다 (그리고 사용할 수 없음). 메디케어 어드밴티지 플랜과 관련된 모든 비용(**기본분담금, 가입자부담금** 및 **보험료**)를 지불하는 데 메디갭을 사용할 수 없습니다.

중요! 이미 메디갭 보험이 있는데 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하신다면, 메디갭 보험을 탈퇴해야 합니다. **메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하기 위해 메디갭을 탈퇴하면 관할 주의 메디갭 가입 규정 및 가입자의 상황에 따라 재가입하지 못할 수도 있습니다.** 78페이지 참조.

제가 어떤 비용을 부담하게 되나요?

메디케어 어드밴티지 플랜의 가입자 부담 최대 한도액은 다음에 따라 달라집니다.

- 플랜에서 월 보험료를 청구하는지 여부. 일부 메디케어 어드밴티지 플랜은 보험료가 \$0입니다(단, 여전히 파트 B 보험료를 지불할 수 있음). 보험료를 부과하는 플랜에 가입할 경우 파트 B 보험료(및 무보험료 파트 A가 없는 경우, 파트 A 보험료)에 추가로 이 보험료를 지불하게 됩니다.
- 플랜이 가입자의 월 파트 B 보험료를 지불하는지 여부. 일부 메디케어 어드밴티지 플랜은 파트 B 보험료의 전부 또는 일부를 납부합니다. 이를 때로는 "메디케어 파트 B 보험료 감액"이라고 합니다.

- 플랜에 특정 서비스에 대한 연간 **가입자부담금** 또는 추가 가입자부담금이 있는지 여부.
- 각 방문 또는 서비스에 가입자가 지급하는 금액(**기본분담금** 또는 **가입자부담금**). **메디케어 어드밴티지 플랜**은 화학요법, 투석 및 **전문 요양 시설 관리** 등 특정 서비스에 오리지널 메디케어보다 더 많은 금액을 청구할 수 없습니다.
- 필요한 건강보험 서비스 유형과 이용 빈도수.
- 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, 플랜이 서비스를 보장하지 않거나 가입자의 비용이 더 높아질 수 있습니다.
- 가입자가 **책임금**을 수락하는 의사 또는 공급자에게 방문하는지 여부(가입자가 우선 제공자 단체 플랜, 민간 행위별수가제 또는 의료 저축 계좌(MSA) 플랜에 가입되어 있고 네트워크 외부로 가는 경우). 책임금에 관한 자세한 사항은 59-60페이지 참조.
- 플랜이 부가 혜택(오리지널 메디케어 혜택에 추가하여)을 제공하는지와 해당 혜택을 받기 위해 가입자가 추가 비용을 지불해야 하는지 여부.
- 플랜이 모든 파트 A 및 파트 B 보장 서비스에 대해 가입자의 가입자 부담 최대 한도액에 두는 연간 한도. 이 한도에 도달하면, 가입자는 파트 A 및 파트 B 보장 서비스에 대해 아무런 비용을 지불하지 않아도 됩니다.
- **메디케이드** 가입 여부 또는 메디케어 절감 프로그램을 통해 주정부로부터 도움을 받는지 여부. 91-92페이지 참조.

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

제 플랜이 서비스, 약품 또는 소모품을 보장하는지를 확인할 방법은 무엇인가요?
 가입자 또는 의료 제공자는 해당 플랜이 서비스, 약품, 또는 용품을 보장해 주는지를 알아보기 위해 플랜으로부터 사전에 구두 또는 서면으로 결정을 받아볼 수 있습니다. 또한 가입자가 부담해야 할 금액도 알아볼 수 있습니다. 이를 **“기구 결정”이라고 합니다.** 때로 플랜이 서비스, 약품 또는 소모품을 보장하려면 가입자가 이를 사전 승인해야 합니다. 101페이지 참조.

가입자 본인, 대리인 또는 가입자의 의사가 기구 결정을 요청할 수 있습니다. 기구 결정은 구두 또는 서면으로 요청할 수 있습니다. 가입자의 건강상 요구에 따라 가입자의 대리인 또는 담당 의사는 기구 결정 요청에 대하여 빠른 결정을 요청할 수 있습니다. 플랜이 보장을 거부하는 경우, 플랜은 서면으로 가입자에게 이를 알려야 하고 가입자는 이의를 제기할 권리가 있습니다. 97-100페이지 참조.

만약 플랜이 네트워크 외부의 서비스 또는 의료 제공자에게 가입자를 의뢰할 경우 사전에 기구 결정을 받을 수 없고, 이를 **“플랜 지시 치료”라고 합니다.** 대부분의 경우 가입자는 플랜의 일반 비용 부담금 이상을 내지 않게 됩니다. 해당 보호에 관해 자세한 사항은 플랜을 확인하십시오.

메디케어 어드밴티지 플랜 유형

HMO 건강관리기구(HMO) 플랜

아무 의사, 다른 의료 제공자 또는 병원에서 치료를 받을 수 있나요?

아니요. 일반적으로 플랜 네트워크에 속한 의사, 기타 의료 제공자 또는 병원으로부터 치료 및 서비스를 받아야 합니다(응급 치료, 지역 외 긴급 치료 또는 임시 지역 외 투석은 제외되며, 이는 플랜 네트워크 소속/비소속 여부와 관계없이 보장됩니다). 단, HMO 서비스 지정(HMOPOS) 플랜으로 알려진 일부 HMO 플랜은 더 높은 **기본분담금** 또는 **가입자분담금**을 위해 일부 또는 전체 보장 혜택에 대해 네트워크 비소속 혜택을 제공합니다.

이러한 플랜이 처방약을 보장하나요?

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

제가 **일차진료의**를 선택해야 하나요?

대부분의 경우, 그렇습니다.

전문의 진료를 받으려면 **의뢰서**가 필요한가요?

대부분의 경우, 그렇습니다. 연례 유방 촬영술과 같은 일부 서비스에는 의뢰서가 필요하지 않습니다.

해당 유형의 플랜에 관해 더 알아야 할 사항은 무엇인가요?

- 승인 없이 플랜 네트워크 외부에서 비응급 진료를 받으면, 비용 전액을 부담해야 할 수 있습니다.
- 필요할 때 특정 서비스를 위해 사전 승인을 받는 것과 같이 플랜 규정을 따르는 것이 중요합니다.
- 자세한 내용은 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)를 방문하거나 플랜에 문의하십시오.

MSA 의료 저축 계좌(MSA) 플랜

아무 의사, 다른 의료 제공자 또는 병원에서 치료를 받을 수 있나요?

그렇습니다. MSA 플랜은 보통 의사, 다른 의료 제공자, 병원으로 구성된 네트워크를 가지고 있지 않습니다.

이러한 플랜이 처방약을 보장하나요?

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

제가 일차진료를 선택해야 하나요?

아니요.

전문의 진료를 받으려면 의뢰서가 필요한가요?

아니요.

해당 유형의 플랜에 관해 더 알아야 할 사항은 무엇인가요?

플랜은 가입자가 건강 관리 비용을 지급하는 데 사용할 수 있도록 특별 저축 계좌에 금액을 예치합니다. 예치 금액은 플랜에 따라 다릅니다. **가입자부담금**에 도달하기 전에, 이 금액을 이용해 메디케어 보장 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, 가입자는 계속해서 파트 B 보험료를 지급해야 합니다.
- 플랜에 따라 다양한 높은 연간 가입자부담금을 충족한 경우에만 플랜에서 파트 A 및 파트 B 비용을 보장하기 시작합니다.
- 일부 플랜은 시력, 청력, 치과 서비스와 같은 일부 혜택을 추가로 보장할 수 있습니다. 가입자는 이 추가 보장에 대해 보험료를 지급해야 할 수 있습니다.
- 자세한 내용은 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)를 방문하거나 플랜에 문의하십시오.

PPO

선호 제공자 기구(PPO) 플랜

아무 의사, 다른 의료 제공자 또는 병원에서 치료를 받을 수 있나요?

그렇습니다. PPO 플랜에는 가입자가 이용할 수 있는 네트워크 의사, 전문의, 병원 및 기타 의료 제공자가 있습니다. 또한 제공자가 가입자를 치료하는 데 동의하고 메디케어(메디케어 파트 A 및 파트 B 항목 및 서비스)를 탈퇴하지 않은 경우, 가입자는 일반적으로 더 높은 비용으로 보장 서비스에 대해 네트워크 외부 제공자를 이용할 수도 있습니다. 응급 및 긴급 진료는 항상 보장됩니다.

이러한 플랜이 처방약을 보장하나요?

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

제가 일차진료의를 선택해야 하나요?

아니요.

전문의 진료를 받으려면 의뢰서가 필요한가요?

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

해당 유형의 플랜에 관해 더 알아야 할 사항은 무엇인가요?

- 일부 제공자들은 "특약"이 있으므로, 이들에게 진료받으면 비용을 절약할 수 있습니다.
- 자세한 내용은 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)를 방문하거나 플랜에 문의하십시오.

PFFS **민간 행위별수가제(PFFS) 플랜**

아무 의사, 다른 의료 제공자 또는 병원에서 치료를 받을 수 있나요?

그렇습니다. 플랜의 지급 약정을 수락하고 가입자를 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 민간 행위별수가제(PFFS) 플랜에 가입하는 경우, 항상 플랜 가입자를 치료하는 데 동의한 네트워크 제공자 중 누구에게라도 진료를 받을 수 있습니다. 네트워크 비소속으로 플랜 약정에 동의한 의사, 병원 또는 기타 제공자의 진료를 받는 경우 비용이 더 들 수 있습니다.

이러한 플랜이 처방약을 보장하나요?

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

제가 일차진료의를 선택해야 하나요?

아니요.

전문의 진료를 받으려면 의뢰서가 필요한가요?

아니요.

해당 유형의 플랜에 관해 더 알아야 할 사항은 무엇인가요?

- 플랜은 가입자가 지급하는 서비스 금액을 결정합니다. 플랜에서 매년 보내는 “연간 변경고지” 및 “보장 범위 확인서”로 가입자가 부담할 비용을 알 수 있습니다.
- 일부 PFFS 플랜은 가입자가 이전에 진료받은 적이 없더라도 항상 가입자를 치료하는 데 동의하는 제공자 네트워크와 계약을 맺습니다.
- 네트워크 비소속 의사, 병원 및 기타 제공자는 가입자가 이전에 진료받은 적이 있더라도 치료하지 않기로 할 수 있습니다.
- 의료 응급 상황에서 의사, 병원 및 기타 제공자는 가입자를 치료해야 합니다.
- 각 수혜 서비스에 대해 치료를 받기 전에 플랜 가입자 카드를 제시하십시오.
- 자세한 내용은 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)를 방문하거나 플랜에 문의하십시오.

SNP 특별 필요사항 플랜(SNP)

SNP는 구체적 질병이 있거나, 특정 건강관리 필요가 있거나, **메디케이드** 보장을 갖춘 가입자에게 혜택과 서비스를 제공합니다. SNP에는 치료 조정 서비스가 포함되며 서비스를 제공하는 집단의 특정 요구 사항을 가장 잘 충족하도록 건강보험급여, 제공자 선택 및 약품 목록(처방집)을 그에 맞게 조율합니다.

아무 의사, 다른 의료 제공자 또는 병원에서 치료를 받을 수 있나요?

일부 SNP는 네트워크 외 서비스를 보장하고 일부는 그렇지 않습니다. 플랜에 연락하여 네트워크 외 서비스를 보장하는지 여부, 보장할 경우 비용에 어떤 영향을 미치는지 확인하십시오.

이러한 플랜이 처방약을 보장하나요?

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

제가 일차진료를 선택해야 하나요?

일부 SNP에는 일차진료가 필요하고 일부는 필요하지 않습니다. 일차진료를 선택해야 하는지 플랜을 확인하십시오.

전문의 진료를 받으려면 의뢰서가 필요한가요?

일부 SNP는 의뢰서를 필요로 하고 일부는 필요로 하지 않습니다. 연간 유방 촬영술과 같은 일부 서비스에는 의뢰서가 필요 없습니다. 의뢰서가 필요한지 알아보려면 플랜을 확인하십시오.

해당 유형의 플랜에 관해 더 알아야 할 사항은 무엇인가요?

- 다음은 SNP에 가입할 수 있는 대상입니다.
 - 일정한 기관(요양원 등)에 거주하거나, 지역사회에 살고 있지만 집에서의 요양이 필요한 자(“기관 SNP” 또는 I-SNP라고도 함).
 - 메디케어와 메디케이드 모두 자격 대상자(“이중 적격 SNP” 또는 “D-SNP”라고도 함). D-SNP는 메디케어 및 메디케이드 혜택을 조정하는 데 도움이 되도록 주정부 메디케이드 프로그램과 계약합니다. 일부 D-SNP는 메디케어 서비스 외에 메디케이드 서비스를 제공할 수 있습니다. 메디케이드 자격을 확인하기 위해 관할 주 의료 지원(메디케이드) 사무소에 문의해 주십시오.
 - 특정 중증 또는 장애가 있는 만성 질환자(예: 당뇨병, 말기 신장질환(ESRD), HIV/AIDS, 만성 심부전 또는 치매)(“만성 질환 SNP” 또는 C-SNP라고도 함). 플랜은 가입 자격을 단일 만성 질환 또는 관련 만성 질환 그룹으로 추가 제한할 수 있습니다.
- 해당 지역의 SNP 또는 기타 **메디케어 어드밴티지 플랜**을 찾아 비교하려면



Medicare.gov/plan-compare를 참조하십시오.

거주 지역에서 SNP를 이용할 수 있는지 확인하려면 “특별 필요사항 플랜”으로 검색 결과를 필터링하십시오. 자세한 정보는 플랜을 확인하십시오.

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

<p>최초 가입 기간 17페이지 참조.</p>	<p>최초 메디케어 자격 대상이 된 경우</p>	<p>처음으로 메디케어 자격이 되었을 때 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입할 수 있습니다. 최초 가입 기간 중에 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하셨다면, 메디케어를 가지고 있는 첫 3개월 내에 다른 메디케어 어드밴티지 플랜(약품 보장 유무와 무관)으로 변경하거나 오리지널 메디케어(별도의 메디케어 약품 보장 유무와 무관)로 복귀할 수 있습니다.</p>
<p>일반 가입 기간 18페이지 참조.</p>	<p>1월 1일-3월 31일</p>	<p>파트 A가 있고 이 기간 중 처음으로 파트 B를 받는다면, 메디케어 어드밴티지 플랜에도 가입하실 수 있습니다.</p> <p>가입한 익월 1일부터 보장이 시작됩니다.</p> <p>메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하려면 파트 A 및 파트 B 둘 다 있어야 합니다.</p>
<p>공식 가입 기간</p>	<p>10월 15일-12월 7일</p>	<p>매년 공식 가입 기간에 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입, 변경 또는 탈퇴할 수 있습니다.</p> <p>보장은 1월 1일부터 시작됩니다(플랜이 12월 7일까지 가입 요청을 접수하는 경우에 한함).</p> <p>이 기간에 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입했지만 마음이 바뀌면 다음 페이지에 기술된 메디케어 어드밴티지 공식 가입 기간(1월 1일-3월 31일)에 오리지널 메디케어로 복귀하거나 다른 메디케어 어드밴티지 플랜(가입자에게 적합한 보장 종류에 따름)으로 변경하실 수 있습니다.</p>

<p>메디케어 어드밴티지 공식 가입 기간</p>	<p>1월 1일-3월 31일</p> <p>참고: 이 기간 동안 한 번만 플랜을 변경할 수 있습니다.</p> <p>보장은 플랜에 요청 양식이 접수된 익월 1일부터 시작됩니다.</p>	<p>이 기간 동안 메디케어 어드밴티지 플랜(약품 보장 유무와 무관)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>이 기간에 다음을 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 다른 메디케어 약품 플랜으로 변경 <p>가입자는 이 기간 동안 오직 한 번만 변경할 수 있으며, 가입자의 변경 사항은 플랜이 요청을 허용한 익월 첫날부터 적용됩니다. 오리지널 메디케어로 복귀하고 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입할 경우, 해지를 위해 메디케어 어드밴티지 플랜에 연락할 필요는 없습니다. 해지는 가입자가 약품 플랜에 가입 시 자동으로 발생합니다.</p>
<p>특별 가입 기간 17페이지 참조.</p>	<p>정당한 사정</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. 80페이지 참조.</p>
<p>5별점 특별 가입 기간</p>	<p>12월 8일-다음해 11월 30일</p> <p>참고: 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 비용 계획이 있을 경우, 5별점 특별 가입 기간에 현재의 메디케어 플랜에서 5별점 품질 등급인 메디케어 플랜으로 변경하실 수 있습니다.</p> <p>자세한 정보는 Medicare.gov를 확인하십시오.</p>

중요!

메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하기 위해 메디케어 보충 보험(**메디갭**)을 탈퇴하면 동일한 보험을 다시 받지 못할 수도 있습니다. 또한 메디케어 어드밴티지 플랜을 탈퇴하지 않고 가입 후 12개월 이내에 오리지널 메디케어로 복귀하면, 오리지널 메디케어로 복귀한 때 메디갭 보험 수령 능력이 제한될 수 있습니다. 78페이지 참조.

메디케어에서 건강 보험을 받을 수 있는 다른 유형의 플랜이나 프로그램을 제공하나요?

예. 메디케어는 가입자의 지역에서 다른 플랜과 프로그램을 제공할 수 있습니다. 일부는 메디케어 파트 A(병원 보험) 및 메디케어 파트 B(의료 보험) 보장을 모두 제공하는 반면 일부는 파트 B만 보장합니다. 일부는 메디케어 약품 보장(파트 D)도 제공합니다. 그러한 플랜은 메디케어 어드밴티지 플랜과 같은 일부(전부는 아님) 동일한 규정을 두고 있습니다. 그러나, 플랜마다 특별한 규칙과 예외가 있으므로, 관심 있는 플랜에 문의하여 자세한 내용을 확인해야 합니다.

비용 계획

비용 계획은 미국 특정 제한된 지역에서 사용할 수 있는 **메디케어 건강 플랜**입니다.

- 일반적으로, 파트 B만 있어도 가입이 가능합니다.
- 파트 A와 파트 B가 있고 네트워크 비소속 제공자에게 방문하는 경우 오리지널 메디케어에서 서비스를 보장합니다. 가입자는 파트 A와 파트 B **가입자분담금**과 **가입자부담금**을 지급하게 됩니다.
- 비용 계획이 신규 가입자를 접수하는 언제든지 가입할 수 있습니다.
- 가입자는 언제든지 탈퇴하고 오리지널 메디케어로 복귀할 수 있습니다.
- 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입하거나 비용 계획으로부터 메디케어 약품 보장(파트 D)을 보장받을 수 있습니다(제공되는 경우). 비용 계획이 메디케어 약품 보장을 제공하는 경우에도 별도의 메디케어 약품 플랜을 선택하실 수 있습니다. 특정 기간에만 약품 보장을 추가하거나 탈퇴할 수 있습니다(80-81페이지 참조).

거주 지역에 비용 계획(Cost Plans)이 있는지 확인하려면, 웹사이트 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare)를 참조하십시오. 관심 있는 플랜에 관한 자세한 내용은 플랜에 문의하십시오. 주립 건강보험 지원 프로그램(SHIP)도 도움이 될 수 있습니다. 지역 SHIP 전화번호는 115-118페이지를 참조하십시오. 신뢰할 수 있는 대리인이나 중개인의 도움을 받을 수도 있습니다.

포괄적 노인요양프로그램(PACE)

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

- 55세 이상일 것
- PACE 단체의 **서비스 지역**에 거주할 것
- 가입자 주에서 요양원 수준의 요양이 필요한 것으로 확인받을 것.
- 가입 당시 PACE 서비스의 도움으로 지역사회에서 안전하게 생활하는 것이 가능할 것.

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

메디케이드가 있는 경우 PACE 혜택의 장기 요양 부분 **보험료**를 매월 지급할 필요는 없습니다. 메디케어는 있지만 메디케이드는 없는 경우 PACE 혜택의 장기 요양 부분 보장에 대한 월 보험료와 메디케어 약품 보장(파트 D)에 대한 보험료가 부과됩니다. 그러나 PACE에는 의료 전문가로 구성된 PACE 팀이 승인한 모든 약품, 서비스 또는 치료에 대한 **가입자부담금** 또는 **기본분담금**이 없습니다.

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

메디케어 혁신 프로젝트

메디케어는 혁신 모델, **시범** 및 시험 프로젝트를 개발하여 메디케어에 잠재적 변화를 일으키는 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 기간 동안 특정 집단만 대상으로 운영하고/하거나 특정 지역에서만 제공합니다. 현재 모델, 시범 및 시험 프로젝트의 예시에는 일차진료의 혁신, 특정 시술(고관절 및 무릎 교체 등)과 관련된 진료, 암 진료, **전문 간호 시설 진료** 설 진료 또는 재활 치료, 만성 신장 질환자 및 말기 신장질환(ESRD) 환자에 대한 진료가 포함됩니다. 메디케어는 또한 **책임의료기관(ACO)**을 통해 혁신을 탐구합니다.

의사가 이러한 모델에 참여하는지, 이것이 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 문의하시면 됩니다.

섹션 5

메디케어 보충 보험(메디갭)

메디갭은 어떻게 운용되나요?

오리지널 메디케어는 보장되는 의료 서비스 및 용품 비용의 전부를 지급하지는 않습니다. 민간 보험기업이 판매하는 메디케어 보충 보험(메디갭) 정책은 **기본분담금**, **가입자분담금** 및 **가입자부담금**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. 대부분 메디갭은 장기 요양(요양원에서의 치료 등), 안과 또는 치과 서비스, 보청기, 안경 또는 개인 간호를 보장하지 않습니다.

메디갭 플랜은 표준화되어 있습니다

메디갭은 가입자를 보호하도록 설계된 연방법 및 주법을 준수해야 하고 법에는 “메디케어 보충 보험”이라고 명확하게 식별되어야 합니다. 보험사는 대부분의 주에서 플랜 A-D, F, G 및 K-N으로 식별되는 “표준화된” 플랜만 판매할 수 있습니다. 모든 플랜은 가입자의 거주 지역 또는 어떤 보험사에서 보험을 구입하든 관계없이 동일한 기본 혜택을 제공합니다. 일부는 추가 혜택을 제공합니다. 필요에 맞는 플랜을 찾는 데 도움이 되도록 각 서면으로 된 플랜 혜택을 비교하십시오. 매사추세츠주, 미네소타주, 위스콘신주에서는 메디갭 보험이 다른 방식으로 표준화되어 있습니다. 자세한 사항이나 해당 지역의 메디갭 정책을 찾으려면

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

또한 [Medicare.gov/publications](https://www.Medicare.gov/publications)에서 “메디갭 보험 선택: 메디케어 가입자를 위한 건강보험 안내서(Guide to Health Insurance for People with Medicare)” 책자를 참조하실 수 있습니다.

중요!

2020년 1월 1일 또는 그 이후 메디케어 신규 가입자가 가입한 메디갭 보험으로는 파트 B 가입자부담금이 보장되지 않습니다. 이로 인해, 2020년 1월 1일 당일 또는 그 이후부터는 메디케어 신규 가입자는 플랜 C와 플랜 F를 더 이상 이용할 수 없습니다. 단, 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 이후 메디케어 신규 가입자는 플랜 C와 플랜 F 대신에, 플랜 D와 플랜 G를 구입할 권리가 있습니다.

메디갭 플랜을 어떻게 비교할 수 있나요?

아래 차트에 메디케어 보충 보험(메디갭) 플랜이 2023년에 보장하는 다양한 혜택에 대한 기본적인 정보가 있습니다. 백분율이 표시되면, 메디갭 플랜은 혜택에서 그 비율을 보장하고 가입자가 나머지를 부담해야 합니다.

혜택	메디갭 플랜										
	A	B	C	D	F*	G*	K	L	M	N	
메디케어 파트 A 가입자분담금 및 병원비 (메디케어 혜택을 소진한 후 최대 추가 365일까지)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
메디케어 파트 B 가입자분담금 또는 기본분담금	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%***	
혈액(첫 3포인트)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%	
파트 A 호스피스 케어 가입자분담금 또는 기본분담금	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%	
전문 간호 시설 관리 가입자분담금			100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%	
파트 A 가입자부담금		100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	50%	100%	
파트 B 가입자부담금			100%		100%						
파트 B 초과 요금					100%	100%					
해외여행 응급 상황 (최대 플랜 한도)			80%	80%	80%	80%			80%	80%	
							2023년 가입자 부담 최대 한도액**				
							\$6,940	\$3,470			

* 일부 주에서는 플랜 F 및 플랜 G도 고액 가입자부담금 플랜을 제공합니다. 이 선택안은 2023년의 경우 보험사가 비용을 지불하기 전에 가입자가 최대 가입자부담금 \$2,700의 메디케어 보장 비용(가입자분담금, 기본분담금, 가입자부담금)을 부담해야 합니다. (2020년 1월 1일 또는 그 이후 메디케어에 신규 가입한 경우 플랜 C 및 F를 구입하실 수 없습니다. 자세한 정보는 75페이지를 참조하십시오.)

** 플랜 K와 플랜 L의 경우, 가입자가 연간 가입자 부담 최대 한도액 한도액과 연간 파트 B 가입자부담금(2023년의 경우 \$226)을 충족시킨 경우, 메디갭 플랜은 1년 중 나머지 기간에 대해 보장되는 서비스의 100%를 지급합니다.

*** 플랜 N은 파트 B 가입자분담금을 100% 지급합니다. 가입자는 진료실 방문에 대해 최대 \$20의 기본분담금과 결과적으로 입원 대상이 아닌 응급실 방문에 대해 최대 \$50의 기본분담금을 지급해야 합니다.

2024 금액은 올 가을 후반에 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)를 참조해 주십시오.

메디갭에 대해 더 알아야 할 사항은 무엇인가요?

메디케어 보충 보험(메디갭)을 구입하기 전에 일반적으로 파트 A와 파트 B가 있어야 합니다. 메디갭을 사용하면 메디케어에 지불하는 월 파트 B 보험료 외에 민간 보험사에 월 **보험료**를 납부합니다. **메디갭 구매를 고려하고 계신 경우 플랜을 반드시 비교하십시오. 정확히 동일한 보장에 대해 각기 다른 회사에서 제공하는 보험마다 비용이 다를 수 있고 나이가 들면서 보험료가 오를 수 있습니다. 일부 주에서는 메디갭 보험료 비용을 제한합니다. 메디갭 보험은 오직 한 사람만 보장합니다. 배우자는 별도로 가입해야 합니다.**

동일한 회사에서 메디갭과 별도의 메디케어 약품 플랜을 구입할 수 있나요?

그렇습니다. 단, 2개의 개별 보험료를 지급해야 할 수도 있습니다. 보험료 지급 방식에 대해서는 보험사에 문의하시기 바랍니다.

메디갭과 메디케어 약품 플랜 양자에서 약품을 보장받을 수 있나요?

자세한 정보는 89페이지를 참조하십시오.

참고: 일부 주에서는, 메디케어 셀렉트(SELECT)라고 하는 다른 종류의 메디갭 보험에 가입할 수도 있습니다. 메디케어 SELECT는 일부 주에서 판매되는 일종의 메디갭 보험으로 경우에 따라 전체 보험 혜택을 받으려면 네트워크 소속 병원과 의사를 이용해야 합니다(응급 상황 제외). 메디케어 셀렉트를 구매하시면 12개월 이내에 마음을 바꾸고 표준 메디갭으로 전환할 권리가 있습니다.

메디갭 보험을 구매하기에 가장 좋은 시기는 언제인가요?

- 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 메디갭 보험을 구매하지 못하거나 비용이 더 많이 들 수 있습니다.** 특정 상황에서 메디갭 공식 가입 기간 외에 메디갭 보험(발급권 보장)을 구매할 권리가 생길 수 있습니다.
- 가입자(또는 배우자)의 현재 고용을 기반으로 한 그룹 건강 보험이 있기 때문에 파트 B 가입을 연기하는 경우, 메디갭 공식 가입 기간은 파트 B에 가입할 때까지 시작되지 않습니다.
- 연방법은 일반적으로 보험사가 65세 미만 자에게 메디갭을 판매할 것을 요구하지 않습니다. 65세 미만인 경우 65세가 될 때까지 원하는 보험 또는 아무 보험이나 구매하지 못할 수 있습니다. 그러나 일부 주에서는 메디갭 보험사가 65세 미만의 사람들에게 메디갭 보험을 판매할 것을 요구합니다. 보험을 구매하실 수 있다면 비용이 더 들 수 있습니다.

주립 건강보험 지원 프로그램(SHIP)(지역 SHIP 전화번호는 115-118페이지 참조) 또는 관할 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**에 가입한 경우, 누군가 가입자에게 **메디갭** 보험을 판매하는 것은 불법입니다. 단, 가입자가 오리지널 메디케어로 복귀하는 경우는 제외합니다. 메디케어 어드밴티지 플랜을 탈퇴할 계획이 없는데 누군가 메디갭 보험을 판매하려고 시도한다면, 관할 주 보험부에 신고하십시오.
- 메디갭 보험이 있는데 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하신다면, 메디갭 보험을 탈퇴해야 합니다. 메디갭으로 메디케어 어드밴티지 플랜 **기본분담금**, **가입자부담금** 및 **보험료**는 지불할 수 없습니다.

중요!

메디갭 보험을 취소하고 싶다면, 보험사에 연락하십시오. 대부분의 경우, 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하기 위해 메디갭 보험을 탈퇴하는 경우, 동일한 보험 또는 일부 경우는 메디갭 보험에 다시 가입하지 못할 수도 있습니다. 단, 시험 기간 동안 메디케어 어드밴티지 플랜을 탈퇴하는 경우는 제외합니다.

- 65세에 처음 메디케어 자격이 되어 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하셨다면 가입 첫해에 오리지널 메디케어로 전환할 때 관할 주의 보험사에서 판매하는 메디갭 보험을 선택하실 수 있습니다. 현재 메디케어 약품 플랜에 가입할 기회를 가질 수도 있습니다.
- 메디케어 어드밴티지 플랜에 최초 가입하기 위해 메디갭 보험을 탈퇴하는 경우 오리지널 메디케어로 복귀한 후 **동일한 보험사에서 여전히 판매하는 경우** 메디갭 보험을 다시 구입할 수 있는 단일 12개월 기간(시험판 권리 기간)이 있습니다. 이용할 수 없는 경우 관할 주의 보험사에서 판매하는 자격 대상의 메디갭 보험을 구입할 수 있습니다(플랜 M 또는 N 제외). 현재 메디케어 약품 플랜에 가입할 기회를 가질 수도 있습니다.

참고: 메디케어 어드밴티지 플랜을 탈퇴하지 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 메디갭 보험을 구매할 권리가 있을 수도 있고 없을 수도 있습니다.

- 일부 주에서는 메디갭 보험을 구매할 수 있는 특별 권리를 추가로 제공합니다.

어디서 자세한 정보를 얻을 수 있나요?

- 관할 주 보험부에 전화하십시오. 전화번호를 찾으시려면 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 문의하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 문의하시면 됩니다.
- 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)를 참조해 "메디갭 보험 선택: 메디케어 가입자를 위한 건강보험 안내서(Guide to Health Insurance for People with Medicare)" 책자를 참조하실 수 있습니다.
- 주립 건강보험 지원 프로그램(SHIP)에 문의하십시오. 지역 SHIP 전화번호는 115-118페이지를 참조하십시오. 관할 지역 내에서 신뢰할 수 있는 대리인이나 중개인의 도움을 받을 수도 있습니다.

섹션 6

메디케어 약품 보장 (파트 D)

메디케어 약품 보장은 어떻게 운용되나요?

메디케어 약품 보장(파트 D)은 필요한 처방약 비용을 지불하는 데 도움이 됩니다. 메디케어 약품 보장은 선택 사항이며 모든 메디케어 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 조합의 약품 보장 등) 또는 **부가 지원**이 없으면, **추후 플랜에 가입할 경우 지연 가입 벌금을 납부해야 할 가능성이 큼**니다. 일반적으로, 메디케어 약품 보장이 있는 한, 이 벌금을 납부해야 합니다(83-85페이지 참조). 메디케어 약품보장에 가입하시려면, 약품보장을 제공하는 메디케어 승인 플랜에 가입하셔야 합니다. 플랜마다 비용과 보장되는 특정 약품이 다를 수 있습니다. 웹사이트 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare)에서 지역 내 플랜을 찾아 비교하십시오.

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

- 1. 메디케어 약품 플랜.** 이 플랜은 오리지널 메디케어, 일부 메디케어 비용 계획, 일부 메디케어 어드밴티지 민간행위별수가제 플랜 및 메디케어 어드밴티지 의료 저축 계좌(MSA) 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 다른 메디케어 건강 플랜.** 이들 플랜을 통해 파트 A, 파트 B 및 메디케어 약품 보장(파트 D)을 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 안내서에는 메디케어 약품 플랜 및 약품 보장이 포함된 메디케어 건강보험을 “메디케어 약품 보장”이라고 합니다.

중요! 고용주 또는 조합 보험이 있는 경우

다른 보험으로 변경하거나 가입하기 전에 **혜택 관리자에게 문의하십시오.** 다른 보험에 가입하면 가입자 본인과 피부양자를 위한 고용주 또는 조합의 건강 및 약품 보장을 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 보장과 어떻게 연동하는지 알고 싶으시면 88-90페이지를 확인하십시오.

언제 플랜에 가입, 변경 또는 탈퇴할 수 있나요?

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

- **최초 가입 기간.** 처음으로 메디케어 자격이 되었을 때 플랜에 가입할 수 있습니다. 17페이지 참조.
- **공식 가입 기간.** 매년 10월 15일부터 12월 7일까지 플랜에 가입, 변경 또는 탈퇴할 수 있습니다. 보장은 1월 1일부터 시작됩니다(플랜이 12월 7일까지 요청을 접수하는 경우). 71페이지 참조.
- **메디케어 어드밴티지 공개 가입 기간(이미 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입한 경우에만 해당).** 매년 1월 1일부터 3월 31일까지, 이 기간에 한 번은 다른 메디케어 어드밴티지 플랜 또는 오리지널 메디케어로 변경(및 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입)하실 수 있습니다. 72페이지 참조.

신규! 2024년 1월 1일부터 파트 A 비용을 지불해야 하고 일반 가입 기간(1월 1일-3월 31일)에 파트 B에 가입하면, 파트 B 가입 시 메디케어 약품 플랜에도 가입할 수 있습니다. 약품 플랜에 가입하려면 파트 B 가입 후 2개월이 경과해야 합니다. 보장은 플랜에 가입 요청 양식이 접수된 익월부터 시작됩니다.

특별 가입 기간

일반적으로 1년 내내 플랜에 계속 가입되어 있어야 합니다. 그러나 이사를 하거나 다른 보험 보장을 상실하는 것과 같이 사정 변경이 생기면 특별 가입 기간에 대한 자격이 될 수 있습니다. 자격이 되는 경우 연도 중반에 플랜을 변경하실 수 있습니다. 상세 정보는 플랜을 확인하십시오.

신규! 2024년 1월 1일부터 예외적 조건(18페이지 참조)으로 인해 특별 가입 기간에 파트 A 또는 파트 B에 가입하는 경우 메디케어 어드밴티지 플랜(약품 보장 유무와 무관) 또는 메디케어 약품 플랜(파트 D)에 가입할 수 있는 기간은 2개월입니다. 보장은 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입 요청 양식이 접수된 익월 1일부터 시작됩니다.

자세한 내용은 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)를 참조하시거나 플랜에 문의하십시오. 도움을 받으시려면 주립 건강보험 지원 프로그램(SHIP)에 전화하셔도 됩니다. 지역 SHIP 전화번호는 115-118페이지를 참조하십시오.

플랜은 어떻게 변경하나요?

위에 명시된 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. 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 문의하시면 됩니다.

플랜은 어떻게 탈퇴하나요?

메디케어 약품 플랜 또는 약품 보장이 있는 **메디케어 어드밴티지 플랜**을 탈퇴하고 새로운 플랜에 가입하고 싶지 않다면 특정 기간에만 할 수 있습니다(80페이지 참조). 1-800-MEDICARE로 전화하시면 플랜을 해지할 수 있습니다. 플랜에 해지 의사를 알리는 서신을 보낼 수도 있습니다. 플랜을 탈퇴하고 추후 메디케어 약품 플랜 또는 약품 보장이 있는 **메디케어 건강 플랜**에 가입하려면 가입 기간을 기다려야 합니다. **신뢰할 수 있는 처방약 보장**이 없으신 경우, 자연 가입 벌금을 납부해야 할 수도 있습니다. 83-85페이지 참조.

플랜에서 받은 정보 읽기

플랜에서 매년 송부하는 “보장 범위 확인서” 및 “연간 변경고지”를 검토하십시오. 보장 범위 확인서에서 플랜의 보장 내역, 납부할 금액과 그 외 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 중요 문서를 받지 못할 경우 플랜에 문의하십시오.

비용은 얼마 부담하나요?

약품 비용은 선택하시는 플랜에 따라 달라집니다. 플랜 보장 및 비용은 매년 변경될 수 있습니다. 일년 내내 **보험료**, **가입자부담금**, **기본분담금** 또는 **가입자분담금**을 납부해야 할 수도 있습니다 다음 페이지에서 이러한 비용에 대해 자세히 알아보십시오.

실제 약품 보장 비용은 다음에 따라 달라집니다.

- 처방전 및 플랜의 보장 약품 목록에 있는지 여부(**처방집**). 85페이지 참조.
- 해당 약품이 속하는 “등급”. 85페이지 참조.
- 현재 속해 있는 약품 혜택 단계(가입자부담금을 충족했는지 또는 재난적 보장 단계에 있는지 여부 등). 83페이지 참조.
- 이용하는 약국(우대 또는 표준 비용 분담을 제공하는지, 네트워크 외인지 또는 우편 주문인지 여부). 선호약국은 더 적은 비용을 청구하기로 플랜과 합의했으므로 가입자의 자기부담 약품 비용은 선호 약국에서 더 저렴할 수 있습니다.
- 메디케어 약품 비용 지급에 **부가 지원**을 받는지 여부. 92페이지 참조.



비용 및 보장: 약품 비용을 낮출 수 있는 몇 가지 방법에는 브랜드 약품 대신 복제약을 선택하거나 약품의 비보험 비용을 지급하는 방법 등이 있습니다. 약사에게 문의하시면 더 저렴한 옵션이 있는지 알 수 있습니다. 복제약 옵션이 가장 적합한지 의사와 상의하십시오.

월 보험료

약품 플랜은 대부분 플랜별로 상이한 월 요금을 부과합니다. 가입자는 이 요금을 파트 B **보험료**에 추가하여 지급합니다. **메디케어 어드밴티지 플랜** 또는 약품 보장이 포함된 메디케어 비용 계획에 가입한 경우 월 보험료에 약품 보장 금액이 포함될 수 있습니다.

참고: 월별 사회보장 지급액 또는 철도퇴직위원회(RRB) 지급액에서 약품 보험료를 공제하려면 플랜(사회보장국 또는 RRB 아님)에 문의하십시오. 보험료 공제를 중단하고 직접 청구받으려면 플랜에 문의하십시오.

중요!

소득이 더 많으면 메디케어 약품 보장(파트 D)에 비용을 더 많이 지급할 수 있습니다. 소득이 일정 한도(2023년: 개별 신고 시 \$97,000, 결혼하여 공동 신고 시 \$194,000)인 경우, 플랜 보험료 외에 추가 금액을 지불하게 됩니다 (“파트 D IRMAA”라고도 함). 또한 약품 보장이 포함된 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입되어 있는 경우에도 이 추가 금액을 납부해야 합니다. 이는 모두에게 영향을 미치지 않으므로 대부분은 추가 금액을 지불할 필요가 없습니다.

2024년 한도는 올 가을 후반에 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)를 참조하십시오.

일반적으로 추가 금액은 사회보장 지급액 또는 RRB 지급액에서 공제됩니다. 메디케어 또는 RRB에서 가입자의 사회보장 지급액 또는 RRB 지급액에서 추가 금액을 공제하는 대신 이를 청구하는 경우 가입자는 플랜이 아닌 메디케어 또는 RRB에 추가 금액을 납부해야 합니다. 추가 금액을 납부하지 않으면 메디케어 약품보장(파트 D)을 상실할 수 있습니다. 다른 플랜에 즉시 가입하지 못할 수도 있으며, 약품 보장이 있는 한 자연 가입 벌금을 납부해야 할 수도 있습니다.

가입자의 고용주나 다른 제3자(예: 퇴직 시스템)가 플랜 보험료를 지급하더라도, 가입자가 파트 D IRMAA 지급액을 별도로 납부하게 됩니다.

추가 금액을 납부해야 하지만 이에 동의하지 않는 경우(예: 사정 변경으로 인해 소득이 낮아짐), [SSA.gov](https://www.SSA.gov)를 참조하거나 사회보장국에 1-800-772-1213번으로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-800-325-0778로 문의하실 수 있습니다.

연간 가입자부담금

이는 가입자의 플랜이 보장 약품에 대한 부담금 지급을 시작하기 전에 가입자가 부담해야 하는 금액입니다. 일부 플랜에는 **가입자부담금**이 없습니다. 가입자부담금이 있는 일부 플랜에서는 일부 등급의 약이 가입자부담금보다 먼저 보장됩니다.

기본분담금 또는 가입자분담금

이는 **가입자부담금**(플랜에 가입자부담금이 있는 경우) 이후에 보장 약품에 대해 가입자가 부담하는 금액입니다. 가입자는 자신의 분담금을 납부하고 플랜은 보장 약품에 대한 분담금을 지급합니다. 가입자가 **가입자분담금**을 지급하는 경우, 이 금액은 약품 플랜과 제조업체가 연중 언제든지 청구 금액을 변경할 수 있기 때문에 다를 수 있습니다. 가입자가 부담하는 금액은 약품에 할당된 등급 수준에 따라서도 달라집니다. 85페이지 참조.

2023년에, 가입자와 가입자의 플랜이 합산하여 약품에 \$4,660(2024년에는 \$5,030)를 지출하면(가입자부담금 포함), 가입자의 가입자 부담 최대 한도액 지출이 \$7,400(2024년에는 \$8,000)가 될 때까지 가입자가 처방약 비용의 25% 이하를 납부하게 됩니다.

재난적 보장

2023년에 가입자 부담 최대 한도액 지출이 \$7,400에 도달하면 자동으로 “재난적 보장”을 받게 됩니다. 일반적으로 이는 남은 연도 동안 보장되는 파트 D 약품에 대해 소액의 가입자분담금 비율(5% 이하) 또는 **기본분담금**만 지불하게 됨을 의미합니다.

신규! 2024년 1월 1일부터 가입자 부담 최대 한도액이 \$8,000에 도달하면(가입자를 대신하여 메디케어의 부가 지원 프로그램을 비롯하여 타인이나 단체가 지불한 특정 지불 포함) 그 해 나머지 기간 동안 보장되는 파트 D 약품에 대한 기본분담금 또는 가입자분담금을 지불하지 않아도 됩니다.

참고: **부가 지원**을 받으시는 경우, 이러한 비용 중 일부는 발생하지 않습니다. 92-94페이지 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 필요하면 주립 건강보험 지원 프로그램(SHIP)에 문의하십시오. 지역 SHIP 전화번호는 115-118페이지를 참조하십시오. 신뢰할 수 있는 대리인이나 중개인의 도움을 받을 수도 있습니다.

메디케어 약품 보장(파트 D) 지연 가입 벌금은 무엇인가요?

지연 가입 벌금은 메디케어 약품 보장(파트 D) **보험료**에 영구 추가되는 금액입니다. 최초 가입 기간이 종료된 후 언제든지 메디케어 약품 보장 또는 기타 **신뢰할 수 있는 처방약 보장**이 없는 기간이 연속 63일 이상인 경우 지연 가입 벌금이 부과될 수 있습니다. 일반적으로 메디케어 약품 보장이 있는 한, 이 벌금을 납부해야 합니다.

참고: 부가 지원을 받을 경우 지연 가입 벌금을 부담하지 않습니다.

별금을 납부하지 않는 3가지 방법이 있습니다.

1. **처음 자격이 되었을 때 메디케어 약품 보장(파트 D)에 가입하십시오.** 지금 약을 복용하지 않더라도 별금을 피하기 위해 별도의 메디케어 약품 플랜 또는 약품 보장이 있는 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하는 것을 고려해야 합니다. 월 보험료가 거의 또는 전혀 없이 필요에 맞는 플랜을 찾을 수 있습니다. 10-14페이지를 참조하여 선택 사항에 대해 자세히 알아보십시오.
2. **다른 신뢰할 수 있는 보장을 상실한 경우 메디케어 약품 보장(파트 D)을 추가하십시오.** 신뢰할 만한 처방약 보장에는 현/전 고용주나 조합, TRICARE, 미국 원주민 건강서비스(Indian Health Service, IHS), 미국 재향 군인회(Department of Veterans Affairs, VA) 또는 개인 건강보험의 약품 보장이 포함될 수 있습니다. 플랜은 가입자의 비 메디케어 약품보장이 신뢰할 수 있는 보장인지 여부를 매년 가입자에게 알려야 합니다. 메디케어 약품 보장 또는 기타 신뢰할 만한 처방약 보장 없이 연속 63일 이상 경과한다면, 추후 메디케어 약품보장에 가입할 경우 별금을 납부해야 할 수도 있습니다.
3. **다른 신뢰할 만한 처방약 보장이 있었던 기간을 기록으로 남기고 플랜에서 질문하면 이를 알려십시오.** 이전의 신뢰할 만한 처방약 보장에 대해 플랜에 알리지 않는 경우 메디케어 약품 보장이 있는 한 별금을 납부해야 할 수도 있습니다.

자연 가입 별금으로 얼마를 추가 부담하나요?

자연 가입 별금은 신뢰할 만한 처방약 보장을 받지 못한 기간에 따라 다릅니다. 현재, 자연 가입 별금은 “국가 기본 수급자 보험료”(2023년의 경우 \$32.74)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 \$10에 최대한 가깝게 반올림되어 가입자의 월 **보험료**에 가산됩니다. “국가 기본 수급자 보험료”는 매년 증가 또는 감소할 수 있습니다. 이 경우, 별금 금액도 증가 또는 감소할 수 있습니다. 메디케어 약품 보장에 가입한 후 플랜에서 가입자에게 별금이 있는지 여부와 보험료 액수를 안내할 것입니다.

예:

Mrs. Martinez는 현재 메디케어 자격이 있으며 최초 가입 기간이 2019년 5월 31일에 종료되었습니다. Mrs. Martinez는 다른 출처의 처방약 보장이 없습니다. 2019년 5월 31일까지 가입하지 않고 대신 2021년 12월 7일에 종료된 공식 가입 기간에 가입했습니다. 약품 보장은 2022년 1월 1일부터 효력이 생겼습니다.

2022

Mrs. Martinez는 2019년 6월부터 2021년 12월까지 신뢰할 만한 처방약 보장이 없었기 때문에 2022년 그녀의 별금은 \$33.37 (2022년 국가 기본 수급자 보험료)의 31% (31개월 매달 1%) 또는 \$10.34였습니다. 월 별금은 항상 가장 가까운 \$0.10 단위로 반올림되므로 그녀는 플랜의 월 보험료에 매월 \$10.30를 추가 납부했습니다.

계산은 다음과 같습니다.

.31 (31% 별금) × \$33.37 (2022년 기본 수급자 보험료) = \$10.34

\$10.34 가장 가까운 \$0.10로 반올림 = \$10.30

\$10.30 = Mrs. Martinez의 2022년 월 자연 가입 별금

2023

2023년에 메디케어는 2023년 기본 수급자 **보험료**(\$32.74)를 사용하여 Mrs. Martinez의 벌금을 다시 계산했습니다. 따라서 2023년 Mrs. Martinez의 새로운 매월 벌금이 \$32.74의 31% 또는 매월 \$10.14입니다. 월 벌금은 항상 가장 가까운 \$0.10 단위로 반올림되므로 그녀는 플랜의 월 보험료에 매월 \$10.10를 추가 납부합니다.

계산은 다음과 같습니다.

.31 (31% 벌금) × **\$32.74** (2023년 기본 수급자 보험료) = **\$10.14**

\$10.14에 가장 가까운 \$0.10로 반올림 = **\$10.10**

\$10.10 = Mrs. Martinez의 2023년 월 지연 가입 벌금

지연 가입 벌금에 동의하지 않으면 어떻게 되나요?

가입하신 메디케어 약품 플랜 또는 약품보장이 있는 **메디케어 어드밴티지 플랜**에서 지연 가입 벌금을 납부해야 한다는 내용의 서신을 보내드립니다. 벌금에 동의하지 않을 경우 검토를 요청하실 수 있습니다(일반적으로 서신에 기재된 날짜로부터 60일 이내). 서신에 기재된 일시까지 서신과 함께 받은 “재검토 요청 양식”을 작성하십시오. 이전의 **신뢰할 만한 처방약 보장**에 대한 정보와 함께 가입자의 사례를 뒷받침하는 증거자료를 제출할 수 있습니다. 도움이 필요하면 플랜에 전화하십시오.

어떤 약품이 보장되나요?

모든 플랜은 암 치료 또는 후천성면역결핍증후군(HIV/AIDS)과 같은 특정 “보호 등급”에 속하는 대부분의 약품을 포함하여 메디케어 가입자가 복용하는 처방약을 광범위하게 보장해야 합니다. 플랜의 보장 약품 목록에 대한 정보(“**처방집**”)는 각 플랜마다 고유한 처방집이 있기 때문에 이 안내서에 포함되어 있지 않습니다. 플랜은 메디케어에서 정한 지침을 따르는 경우 약품 목록 일부를 연도 중간에 변경할 수 있습니다. 예를 들어, 플랜은 약물 요법이 변경되거나, 신약이 출시되거나, 새로운 의료 정보가 제공됨에 따라 약물 목록을 연도 중간에 변경할 수 있습니다. 플랜 **가입자분담금**은 제조업체가 가격을 인상할 때 특정 브랜드 약품 또는 일반 약품에 대해 인상될 수 있습니다. 가입자의 **기본분담금** 또는 가입자분담금은 플랜에서 브랜드 약품의 복제약을 제공하기 시작했지만 가입자가 브랜드 약품을 계속 복용하는 경우 인상될 수 있습니다. 일부 경우에, 플랜은 특정 질환에 대해 약품을 보장할 수 있지만 일부는 보장하지 않을 수 있습니다.

참고: 메디케어 파트 B는 제한된 수의 외래환자 처방약을 보장합니다. 자세한 정보는 39페이지를 참조하십시오.

메디케어 약품 보장(파트 D)은 일반적으로 약품을 처방집에 “등급”이라고 하는 다양한 수준으로 분류합니다. 각 등급별로 약품 비용이 다릅니다. 예를 들어, 하위 등급의 약품은 일반적으로 상위 등급의 약품보다 비용이 적게 듭니다.

약품이 더 높은 등급에 있으면 어떻게 되나요?

어떤 경우에는, 가입자의 약이 상위 등급이고 처방자(의사 또는 처방전을 작성할 수 있는 법적 권한이 있는 기타 의료 제공자)가 하위 등급의 유사한 약 대신 해당 약이 필요하다고 생각하는 경우, 가입자 또는 처방자는 상위 등급의 약물에 대해 더 낮은 가입자분담금 또는 기본분담금을 부과받도록 플랜에 예외를 요청할 수 있습니다. 예외에 관한 추가 정보는 100페이지를 참고하십시오.

플랜은 언제든지 처방집을 변경할 수 있습니다. 플랜은 가입자가 복용하는 약품에 영향을 미치는 처방집 변경 사항을 통지할 수 있습니다.

현재 처방집에 대해서는 플랜에 문의하거나 플랜의 웹사이트를 참조하십시오. 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 문의하시면 됩니다.

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:** 가입자 및/또는 처방자는 가입자가 특정 처방을 조제받기 전에 플랜에 연락해야 합니다. 가입자가 해당 약물을 플랜으로 보장받으려면 처방자가 그 약물이 **의학적으로 필요하**다는 것을 증명해야 할 수도 있습니다.

플랜은 승인된 특정 의학적 상태에 대해서만 약을 보장하고 다른 질병에 대해서는 보장하지 않는 경우 사전 승인을 사용할 수도 있습니다. 이러한 상황이 발생하면 플랜은 해당 약품으로 치료하도록 승인된 다른 의학적 상태에 대한 보장 약품 목록 (**처방집**)에 대체 약품을 포함할 수 있습니다.

- **수량 제한:** 한 번에 얻을 수 있는 약품 수량에 대한 제한.
- **단계 요법:** 플랜에서 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 처방 시 하루 복용량 제한, 벤조디아제핀(불안 및 수면에 일반적으로 사용됨)과 오피오이드 동시 복용 여부가 포함됩니다. 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 보장(파트 D)에는 이러한 오피오이드 및 벤조디아제핀을 안전하게 사용하는 데 도움이 되는 프로그램이 있습니다. 오피오이드 사용이 안전하지 않을 수 있는 경우(예를 들어, 여러 의사 또는 약국에서 오피오이드 처방을 받았거나 최근에 오피오이드를 과다복용한 경우), 플랜에서 가입자를 위해 처방한 의사에게 연락하여 해당 약물이 의학적으로 필요하고 가입자가 적절하게 사용하고 있는지 확인합니다.

플랜에서 처방된 오피오이드 및 벤조디아제핀 복용이 안전하지 않을 수 있다고 결정하는 경우, 플랜에서 사전에 가입자에게 서신을 보낼 것입니다. 이 서신은 플랜이 가입자를 위해 이러한 약의 보장을 제한하는지 또는 가입자가 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(99페이지참조). 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 머무는 경우 약국 및 약물 관리 프로그램의 오피오이드 안전성 검토는 일반적으로 적용되지 않습니다.

가입자 또는 가입자의 처방자가 플랜이 이러한 보장 규칙 중 하나를 포기해야 한다고 생각하는 경우, 가입자는 예외를 요청할 수 있습니다. 100페이지 참조.

오피오이드를 처방받은 경우 중요 도움말:

- 오피오이드 약물은 통증 관리의 중요 부분이 될 수 있지만 오용 시 심각한 건강 위험을 초래할 수도 있습니다.
- 메디케어는 오피오이드 과다 복용의 영향을 신속하게 뒤바꿔야 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. 가입자와 담당 의사는 추후 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 양보다 오피오이드를 초과 복용하면 안 됩니다. 또한 복용 중인 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 문의하시면 됩니다.

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 가입자가 여전히 처방전이 필요한지 확인하기 위해 자발적 자동 배송 프로그램을 제공할 수 있습니다. 자세한 정보는 플랜에 문의하시기 바랍니다.

참고: 메디케어 약품 보장(파트 D)에는 오피오이드 사용 장애를 치료하는 부프레노르핀과 같은 약품이 포함됩니다. 또한 통증에 처방되는 경우에 메타돈과 같은 약품을 보장합니다.

약물 치료 관리 프로그램

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

인슐린에 대한 파트 D 보장

파트 D는 일회용 또는 비 기존 인슐린 펌프와 함께 사용되는 주사 가능한 인슐린을 보장합니다. 또한 주사기, 거즈 및 알코올 면봉과 같이 인슐린 주사에 사용되는 특정 의료용품도 보장합니다. 보장되는 인슐린 제품은 플랜의 **처방집**에 포함되어 있습니다.

중요!

플랜은 각 파트 D가 보장하는 인슐린 제품의 1개월 분량에 대해 \$35 이상을 청구할 수 없으며 가입자는 그에 대한 **가입자부담금**을 지불할 필요가 없습니다. 이는 **부가 지원**을 받는 경우에도 인슐린을 투여하는 모든 환자에게 적용됩니다.

인슐린 펌프에 사용되는 기존 인슐린에도 비슷한 비용 상한이 적용됩니다(파트 B에서 보장). 자세한 사항은 [Medicare.gov/coverage/insulin](https://www.medicare.gov/coverage/insulin)을 참조하십시오.

서로 다른 보험과 프로그램이 어떤 방식으로 메디케어 약품 보장(파트 D)과 적용되나요?**메디케이드**

메디케어와 **메디케이드** 전 범위 보장이 있으신 경우, 메디케어가 가입자의 처방약을 보장합니다. 단, 메디케이드는 여전히 메디케어에서 보장하지 않는 일부 의약품을 보장합니다.

참고: 메디케어와 메디케이드에 가입한 경우 자동으로 부가 지원을 받을 자격이 됩니다. 92페이지 참조.

고용주 또는 조합 보험

가입자, 가입자의 배우자 또는 다른 가족 구성원의 현재 또는 이전 고용주나 조합이 제공하는 건강 보험입니다. 고용주나 조합 보장 또는 기타 건강 보험(퇴직자 건강 보험 등)과 메디케어에 가입되어 있다면, 메디케어 또는 가입 중인 다른 보험 중 어느 쪽이 먼저 지급할지에 대한 규칙이 있습니다. 자세한 정보는 21페이지를 참조하십시오. 현재 또는 이전 고용을 기반으로 한 약품 보장이 있는 경우 고용주나 조합은 매년 가입자에게 해당 약품 보장이 신뢰할 수 있는지 고지할 것입니다. **고지받은 정보는 보관하십시오.** 보장을 변경하기 전에 혜택 관리자에게 자세한 정보를 문의하십시오.

중요!

메디케어 약품 보장을 받는 경우 가입자, 가입자의 배우자 또는 피부양자는 고용주 또는 조합의 건강보험을 상실할 수 있습니다.

COBRA

고용이 종료된 후 또는 보장되는 직원의 피부양자로서의 보험을 상실한 후 고용주 또는 조합의 건강보험을 일시적으로 유지하도록 허용할 수 있는 연방법입니다. COBRA 보장(18페이지 참조) 대신 또는 추가로 파트 B에 가입해야 하는 이유가 있을 수 있습니다. 단, COBRA가 있고 메디케어 자격 대상인 경우 **COBRA는 의료비의 일부만 지불할 수 있으며** 가입자가 대부분의 비용을 직접 지불해야 할 수도 있습니다. COBRA 플랜에 연락하여 플랜에서 지불하는 비율을 문의하십시오. 예상치 못한 의료 청구서를 피하려면 즉시 메디케어에 가입해야 할 수도 있습니다. 해당 결정에 무료 맞춤 지원을 받으시려면 해당 주립 건강보험 지원 프로그램(SHIP)과 논의하십시오. 지역 SHIP 전화번호는 115-118페이지를 참조하십시오.

신뢰할 수 있는 처방약 보장이 포함된 COBRA에 가입한 경우, 특별 가입 기간을 통해 COBRA 보장이 종료될 때 벌금 납부 없이 메디케어 약품 보장(파트 D)에 가입할 수 있습니다. 메디케어 및 COBRA에 관해 질문이 있는 경우 혜택 조정 및 회복 센터에 1-855-798-2627로 문의하십시오. TTY 사용자는 1-855-797-2627로 문의하시면 됩니다. 신뢰할 수 있는 대리인이나 중개인의 도움을 받을 수도 있습니다.

약품 보장이 포함된 메디케어 보충 보험(메디갭)

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

메디갭과 메디케어 약품 플랜 모두로부터 의약품을 보장받을 수는 없습니다. 별도의 메디케어 의약품 플랜에 가입하기로 결정하는 경우, 메디갭 보험사에 알려 약품 보장을 제거하고 **보험료**를 조정할 수 있습니다. 더 많은 정보를 원하시면 메디갭 보험사에 문의하십시오.

서로 다른 정부 보험이 어떤 방식으로 메디케어 약품보장(파트 D)과 적용되나요?

아래 명시된 보험 유형은 모두 신뢰할 만한 처방약 보장으로 간주합니다. 대부분, 이 보험이 있는 경우 유지하는 것이 유리합니다.

연방 정부 직원 건강 혜택 프로그램(Federal Employee Health Benefits Program, FEHB)

이는 현직 및 퇴직한 연방 직원과 보장 대상 가족을 위한 건강보험입니다. 이 플랜에는 일반적으로 신뢰할 만한 처방약 보장이 포함되므로 메디케어 약품 보장(파트 D)에 가입할 필요가 없습니다. 단, 메디케어 약품 보장을 받기로 한 경우 FEHB 플랜을 유지할 수 있으며 대부분의 경우 메디케어가 먼저 지급합니다. 자세한 내용은 웹사이트 opm.gov/healthcare-insurance/healthcare를 참조하시거나 인사 관리실에 1-888-767-6738로 문의하십시오. TTY 사용자는 711로 전화하십시오. 현직 연방 직원인 경우 혜택 담당자에게 문의하십시오. 혜택 담당자 목록은 apps.opm.gov/abo를 확인하십시오. 질문이 있는 경우 플랜에 전화할 수도 있습니다.

재향군인 혜택

재향 군인 및 미군에서 복무한 군인들을 위한 건강보험입니다. 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. 자세한 내용은 va.gov를 참조하시거나 VA에 1-800-827-1000으로 전화하여 문의하십시오. TTY 사용자는 711로 전화하십시오.

CHAMPVA(미국 재향군인회 민간 보건 및 의료 프로그램)

미국 재향군인회(VA)가 메디케어 자격 대상자와 보장되는 의료 서비스 및 용품 비용을 분담하는 포괄적 의료 프로그램입니다. 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입할 수 있지만 가입하면 유지 약품을 무료로(**보험료, 가입자부담금 및 기본분담금 없음**) 받을 수 있는 메드 바이 메일(Meds by Mail) 프로그램을 사용할 수 없습니다. 자세한 내용은 웹사이트 va.gov/communitycare/programs/dependents/champva를 참조하시거나 CHAMPVA에 1-800-733-8387로 문의하십시오.

TRICARE(군인의료혜택)

현역 군인, 퇴역 군인 및 그 가족을 위한 건강관리 프로그램입니다. **파트 A 자격이 있는 대부분의 TRICARE 가입자는 파트 B에도 가입해야 TRICARE 약품 혜택을 유지할 수 있습니다.** TRICARE가 있다면 메디케어 약품보험에 별도로 가입할 필요가 없습니다. 단, 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 혜택을 조정할 수 있습니다. 그렇지 않으면 가입자가 직접 청구서를 제출하여 가입자 부담 최대 한도액 비용을 환급받을 수 있습니다. 자세한 내용은 tricare.mil을 참조하시거나 TRICARE 약국 프로그램(Pharmacy Program)에 1-877-363-1303으로 전화하여 문의하십시오. TTY 사용자는 1-877-540-6261로 문의하시면 됩니다.

미국 원주민 건강서비스(IHS)

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

섹션 7

건강관리 비용 및 약품 비용 납부 지원받기

메디케어 절감 프로그램(Medicare Savings Programs, MSP)

소득과 재원이 제한적인 경우, 일정한 조건이 되면 메디케어 비용을 납부하는 데 있어 주에서 도움을 받을 수 있습니다.

다음과 같이 네 가지 종류의 메디케어 절감 프로그램이 있습니다.

1. 적격 메디케어 수급자(QMB) 프로그램: 자격 대상인 경우 QMB 프로그램은 파트 A 및/또는 파트 B **보험료**를 지급합니다. 또한 메디케어 제공자는 메디케어가 보장하는 서비스 및 항목에 대하여 비용에 **가입자부담금, 가입자분담금 및 기본분담금**을 포함하여 청구할 수 없습니다. 이러한 비용 청구서를 받으면 제공자나 수급업자에게 가입자 본인이 QMB 프로그램에 속해 있으며 메디케어 가입자부담금, 가입자분담금 및 기본분담금을 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, 메디케이드를 통해 소액의 기본분담금이 청구될 수 있습니다(해당될 경우).

제공자가 가입자의 QMB 프로그램 참여를 알 수 있도록 진료를 받을 때마다 메디케어와 메디케이드 카드 모두 또는 QMB 카드를 제시하십시오. 오리지널 메디케어에 가입되어 있다면, 제공자에게 “메디케어 요약 통지”(MSN) 사본을 제공할 수도 있습니다. MSN은 가입자 본인이 QMB 프로그램에 참여하고 있음을 알리는 것이고 비용이 청구되지는 않습니다. MSN을 전자적 형태로 수령하시려면, 웹사이트 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)에서 보안 메디케어 계정에 로그인(또는 생성)하십시오.

제공자가 청구를 중단하지 않을 경우, 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 연락하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 문의하시면 됩니다. 저희 또한 가입자가 QMB 프로그램에 참여하고 있음을 확인할 수 있습니다.

2. 지정 저소득 메디케어 수급자(Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB) 프로그램: 파트 B 보험료만 지급합니다.

3. 적격 개인(Qualifying Individual, QI) 프로그램: 파트 B 보험료 납부만 지원합니다. QI 혜택에 대해서는 매년 신청해야 합니다. 신청은 선착순으로 이루어지므로 가능한 한 빨리 신청하십시오.

4. 적격 장애인 및 근로자 개인(Qualified Disabled and Working Individuals, QDWI) 프로그램: 파트 A 보험료만 지급합니다. 장애가 있으면서 근로 중이고, 근로 복귀를 이유로 사회보장 장애인 혜택 및 무보험료 파트 A를 상실한 경우, 이 프로그램의 수혜 대상이 될 수 있습니다.

면역억제제 혜택에 가입하고(52페이지 참조) 소득과 재원이 한정되어 있지만 메디케이드 전 범위 보장이 없는 경우, QMB, SLMB 또는 QI 프로그램을 통한 비용 납부 대상이 될 수 있습니다. 신청하려면 해당 주에 문의해 주십시오.

QMB, SLMB 또는 QI 프로그램에 자격이 되실 경우, 메디케어 약품 보장(파트 D)을 지급해 드리는 **부가 지원**을 자동으로 받을 수 있습니다. 91-94페이지 참조.

중요!

메디케어 절감 프로그램은 관할 주를 통해 이용할 수 있습니다. 해당 프로그램 명칭과 운용 방식은 주마다 다를 수 있습니다. 메디케어 절감 프로그램은 푸에르토리코와 미국령 버진아일랜드에서는 제공되지 않습니다.

어떻게 자격을 갖추나요?

- 대부분의 경우 메디케어 절감 프로그램 자격을 얻으려면 소득과 자산이 특정 한도 미만이어야 합니다.
- 자격이 없다고 생각되더라도 신청해야 합니다. 시작하시려면 관할 주 의료 지원 (**메디케이드**) 사무소에 연락하십시오.
- 주립 메디케이드 사무소 전화번호를 받으시려면 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하거나 [Medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu](https://www.Medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu)를 참조하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 문의하시면 됩니다.

메디케어 약품 비용 지급에 부가 지원받기

소득과 재원이 제한되어 있는 경우, 일부 약품 비용을 지불하는 데 도움이 되는 프로그램인 **부가 지원** 자격이 주어질 수도 있습니다.

2023년 연간 소득과 재원이 다음 한도 미만인 경우 부가 지원을 받을 자격이 될 수 있습니다.

	연수입	재원
1인 가구	\$21,870 미만	\$16,600 미만
배우자와 다른 부양가족이 없는 기혼자	\$29,580 미만	\$33,240 미만

신규!

2024년 1월 1일부터 부가 지원은 재원과 소득이 제한된 특정 계층을 위해 추가로 약품 비용을 충당하도록 확대됩니다. 자세한 사항은 올 가을 후반에 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)를 참조하십시오.

소득이 더 많더라도(여전히 일하고 있거나 알래스카 또는 하와이에 거주하거나 부양 가족과 함께 살고 있는 경우) 자격이 될 수 있습니다.

재원에는

- 당좌예금 또는 저축예금, 주식, 채권, 뮤추얼 펀드, 개인연금계좌(Individual Retirement Accounts, IRA)에 있는 자금이 **포함**됩니다.
- 주택, 자동차, 가전용품, 매장지, 최대 \$1,500의 매장 비용(1인당) 또는 생명보험 증권은 **포함되지 않습니다**.

2024 비용은 올 가을 후반에 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)를 참조해 주십시오.

부가 지원 수혜 대상이고 별도의 메디케어 약품 플랜 또는 메디케어 약품 보장(파트 D)이 포함된 **메디케어 어드밴티지 플랜**에 가입하셨다면 다음과 같은 적용을 받습니다.

- 약품 보장 비용 지급에 도움을 받습니다.
- 파트 D 지연 가입 벌금을 지불하지 않습니다.

참고: 푸에르토리코, 미국령 버진 아일랜드, 괌, 북마리아나 제도 또는 아메리칸 사모아에서는 부가 지원을 이용할 수 없습니다. 단, 해당 지역에서 소득과 재원이 제한된 분들을 지원하기 위해 이용할 수 있는 다른 프로그램이 있습니다. 자세한 정보는 96페이지를 참조하십시오.



비용 및 보장: 대부분의 메디케어 가입자는 연중 특정 기간에만 플랜을 변경할 수 있습니다. **메디케이드**가 있거나 부가 지원을 받는 경우 약품 보장을 다음 각 기간 동안 한 번 변경할 수 있습니다.

- 1월~3월
- 4월~6월
- 7월~9월

변경하면 다음 달 1일부터 적용됩니다.

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

- 메디케이드 전 범위 보장이 있는 경우.
- 파트 B **보험료** 및 다른 메디케어 비용을 지불하는 데 주 메디케이드 프로그램의 지원을 받는 경우. 91-96페이지 참조.
- 생활비보조금(Supplemental Security Income, SSI) 혜택을 받는 경우.

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

- 아직 메디케어 약품 보장(파트 D)에 가입하지 않은 경우, 이 부가 지원을 사용하려면 약품 보험에 가입해야 합니다.
- 약품 보장이 없을 경우, 메디케어는 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입시켜 가입자가 부가 지원을 이용할 수 있게 할 수 있습니다. 메디케어 플랜에 가입하면 가입자는 보장이 시작되는 시기를 알려주는 황색 또는 녹색 서신을 받게 되며, 가입된 메디케어와 다른 플랜에 가입하고 싶은 경우 변경할 수 있는 특별 가입 기간이 주어집니다.
- 다양한 플랜마다 다양한 약을 보장합니다. 가입된 플랜에서 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 문의하시면 됩니다.
- 메디케이드를 보유하고, 특정 기관(요양원 등)에 거주하거나 가정 및 지역사회 기반 서비스를 받고 있는 경우, 보장되는 약품에 아무 비용도 지불하지 않습니다.

별도의 메디케어 약품 플랜에 가입하고 싶지 않은 경우(예를 들어, 고용주 또는 조합 보장만 원할 경우), 서신에 기재된 플랜 또는 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 문의하시면 됩니다. 메디케어 약품 플랜에 가입을 원하지 않는다고(“탈퇴”하고 싶다고) 말씀하십시오. 계속해서 **부가 지원**을 받을 자격이 되거나 고용주 또는 조합 보험이 **신뢰할 만한 처방약 보장**이라면 나중에 가입하더라도 벌금을 납부하지 않아도 됩니다.

중요! 고용주 또는 조합 보험이 있고 메디케어 약품 보장(파트 D)에 가입한 경우 부가 지원 자격이 있더라도 고용주 또는 조합 보험(가입자 본인과 피부양자에 대한)을 상실할 수 있습니다. 메디케어 약품 보장에 가입하기 전에 고용주의 혜택 관리자에게 전화하십시오.

2023년 자격 대상자의 약품 비용은 일반적으로 각 복제약당 \$4.15, 각 브랜드 약당 \$10.35를 초과하지 않습니다. 받으신 부가 지원 서신을 살펴보거나 플랜에 연락하여 정확한 비용을 알아보십시오.

신규! 2024년 1월 1일부터 자격 대상자의 약품 비용은 일반적으로 각 복제약당 \$4.50, 각 브랜드 약당 \$11.20를 초과하지 않습니다.

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

- 온라인 신청을 하시려면 secure.ssa.gov/i1020/start를 방문하십시오.
- 1-800-772-1213으로 사회보장국에 문의하십시오. TTY 사용자는 1-800-325-0778로 문의하시면 됩니다.

부가 지원을 신청할 때, 메디케어 절감 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 관할 주에 정보를 보냅니다.

부가 지원에 대한 질문의 답변을 얻고 약품 보장 선택에 도움을 받으려면 주립 건강보험 지원 프로그램(SHIP)에 문의하십시오. 지역 SHIP 전화번호는 115-118페이지를 참조하십시오. 1-800-MEDICARE에 전화하실 수도 있습니다.

메디케어 건강 관리 비용을 어떻게 절감할 수 있나요?

메디케이드

메디케이드는 소득과 (일부 경우) 재원이 제한되어 있고 다른 요건을 충족하는 경우 의료비 지급을 지원하기 위해 연방정부와 주정부가 함께하는 프로그램입니다. 일부는 메디케어와 메디케이드를 모두 가입 자격이 있습니다.

메디케이드는 무엇을 보장하나요?

- 메디케어와 메디케이드 전 범위 보장을 가지고 계신 경우, 대부분의 건강관리 비용이 보장됩니다. 오리지널 메디케어나 **메디케어 어드밴티지 플랜**을 통해 메디케어 보장을 받으실 수 있습니다.
- 메디케어와 메디케이드 전 범위 보장이 있으신 경우, 메디케어가 처방약을 보장합니다. 가입자는 메디케어 약품 비용을 지급하는 **부가 지원**을 자동으로 받을 자격이 됩니다(92페이지 참조). 메디케이드는 메디케어에서 보장하지 않는 일부 의약품을 여전히 보장합니다.

- 메디케이드 전 범위 보장 가입자는 요양원 간호, 개인 간병, 의료 서비스 기관까지의 교통편, 가정 및 지역사회 기반서비스, 가정배달식, 치과, 시력, 청력 서비스 등과 같이 메디케어가 부담하지 않거나 일부만 부담하는 서비스에 대한 보장을 받을 수 있습니다.

어떻게 자격을 갖추나요?

- 메디케이드 프로그램은 주마다 다릅니다. 명칭 또한 "메디컬 어시스턴스(Medical Assistance)" 또는 "메디-칼(Medi-Cal)"과 같이 다를 수 있습니다.
- 각 주별로 소득 및 재원 요구 사항이 다릅니다.
- 자격이 되는지 알아 보려면 관할 주 의료 지원(메디케이드) 사무소에 문의하십시오. 관할 주립 메디케이드 사무소 전화번호는 [Medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu](https://www.Medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu)를 확인하거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 문의하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 문의하시면 됩니다.

메디케어-메디케이드 플랜

메디케어는 일부 주 및 건강 플랜과 협력하여 메디케어와 메디케이드가 모두 있는 특정 사람들에게 **시범** 플랜을 제공하고 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 관할 지역의 이용 가능성을 확인하십시오.

주립 제약 지원 프로그램(State Pharmaceutical Assistance Programs)

많은 주에는 재정적 필요, 연령 또는 의학적 상태에 따라 처방약 비용을 지급하는데 도움을 드리는 주립 제약 지원 프로그램이 있습니다. 관할 주에 주립약국지원 프로그램이 있는지, 어떻게 운용되는지 알아보려면 주립 건강보험 지원 프로그램(SHIP)에 문의하십시오. 지역 SHIP 전화번호는 115-118페이지를 참조하십시오. 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 약품 보장(파트 D)이 있는 사람들을 위해 지원 프로그램을 제공합니다. 웹사이트 [Medicare.gov/pharmaceutical-assistance-program](https://www.Medicare.gov/pharmaceutical-assistance-program)에서 제약 지원 프로그램에 대해 자세히 알아보십시오.

포괄적 노인요양프로그램(Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)

PACE는 많은 주에서 제공하는 메디케어 및 **메디케이드** 프로그램으로, 요양원 수준의 관리가 필요한 분들이 지역사회에 남을 수 있습니다. 74페이지 참조.

생활비보조금(SSI) 혜택

SSI는 시각장애인이거나 장애가 있고 수입과 재원이 제한적인 성인과 아동에게 월 지급액을 제공합니다. SSI 수당은 재정적 자격을 충족하는 65세 이상의 비장애인에게도 제공됩니다. 이들 혜택이 사회보장 퇴직수당과 같은 것은 아닙니다. 사회보장 혜택이 SSI 연방 혜택을보다 적은 경우, SSI와 사회보장 혜택을 동시에 받을 수 있습니다. SSI 수혜 자격이 있는 경우, 자동으로 **부가 지원**을 받을 자격이 되고 일반적으로 **메디케이드** 자격이 됩니다.

웹사이트 ssabest.benefits.gov에서 "혜택자격 선별도구(Benefit Eligibility Screening Tool)"를 이용해 SSI나 다른 혜택을 받을 자격이 되는지 여부를 확인할 수 있습니다. 1-800-772-1213으로 사회보장국에 문의하십시오. TTY 사용자는 1-800-325-0778로 문의하시면 됩니다.

참고: 푸에르토리코, 미국령 버진아일랜드, 괌, 또는 미국령 사모아섬 주민은 SSI를 받을 수 없습니다.

미국 영토에 거주하는 주민을 위한 프로그램

푸에르토리코, 미국령 버진 아일랜드, 괌, 북마리아나 제도 및 아메리칸 사모아에는 소득과 재원이 제한된 주민들이 메디케어 비용을 납부할 수 있도록 돕는 프로그램이 있습니다. 해당 영역의 프로그램은 다양합니다. 자세한 사항은 관할 주 의료 지원(메디케이드) 사무소에 문의하십시오. 전화번호를 확인하시려면 Medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu 를 방문하거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 문의하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 문의하시면 됩니다.

섹션 8

가입자의 메디케어 권리 및 보호

메디케어 권리는 무엇인가요?

메디케어에 가입한 누구나 특정 권리가 있고 보호를 받습니다. 가입자는 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.
- 이해하는 언어로 메디케어 정보 및 의료 서비스를 받을 권리.

- 점자 또는 큰 활자와 같은 이용 가능한 형식으로 메디케어 정보를 얻을 권리. 123 페이지의 “이용 가능한 소통(Accessible Communications)”을 참조하십시오.

참고: 영어 이외의 언어나 이용 가능한 형식으로 된 플랜 정보가 필요한 경우 플랜에 문의하십시오.

- 메디케어에 관련되는 질문에 답변을 받을 권리.
- **의학적으로 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. 가입자 또는 가입자의 제공자가 청구서를 제출하면 가입자는 보장 대상과 보장 대상이 아닌 항목을 알려주는 통지를 받게 됩니다. 이 통지서는 다음 중 한 곳으로부터 오게 됩니다.
 - 메디케어
 - 가입자의 **메디케어 어드밴티지 플랜** (파트 C) 또는 기타 **메디케어 건강보험**
 - 메디케어 약품 플랜

청구 결정에 동의하지 않는 경우 이의를 신청할 권리가 있습니다. 취할 수 있는 조치:

- 건강관리비 지급, 품목 및 서비스 보장, 또는 약품 보장에 대한 특정 결정에 대해 심의(이의신청) 요청.
- 메디케어 제공자로부터 받는 진료 및 기타 서비스의 품질에 대해 우려 사항이 있는 경우 민원 제기(경우에 따라 “고충”).

- 말기 신장질환(ESRD) 네트워크와 주 조사 기관과 투석 또는 신장 이식 치료에 대한 민원(고충)을 해결하기 위해 협력.

민원 제기에 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 문의하시면 됩니다.

플랜에서 메디케어 참여를 중단하는 경우 저는 어떤 권리가 있나요?

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

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

이의신청이란 무엇인가요?

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

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

다음의 경우에도 이의를 신청할 수 있습니다.

- 메디케어 또는 가입자의 플랜이 가입자에게 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.
- 공개 사고 기록으로 인해 청구가 거부되고 청구가 사고와 관련이 없는 경우.

이의를 신청하기로 결정한 경우 담당 의사, 공급업체 또는 기타 의료 제공자에게 가입자의 사례에 도움이 될 수 있는 정보를 요청할 수 있습니다. 이는 이의신청을 더 강력하게 만들 것입니다. 메디케어 또는 가입자의 플랜에 보내는 내용을 포함하여 이의신청과 관련된 모든 내용의 사본을 보관해 두십시오.

이의신청은 어떻게 하나요?

이의신청 방법은 가지고 있는 메디케어 보장 유형에 따라 다릅니다.

오리지널 메디케어에 가입한 경우

- 이의를 신청하는 품목 또는 서비스가 표시된 “메디케어 요약 통지”(MSN)를 받으십시오. MSN 관련 자세한 정보는 59페이지를 참조하십시오.
- 동의하지 않는 MSN 항목에 동그라미를 치십시오. 결정에 동의하지 않는 이유를 서면으로 설명합니다. MSN에 작성하거나 별도의 종이에 작성하여 MSN에 첨부할 수 있습니다.
- MSN에 가입자 성명, 전화번호 및 메디케어 번호를 기재하십시오. 기록을 위해 사본을 보관하십시오.
- MSN에 기재된 메디케어(메디케어 행정계약자) 청구서를 처리하는 회사에 MSN 또는 사본을 보내십시오. 의료 서비스 제공자로부터 받은 정보와 같이 이의신청에 대한 정보를 모두 포함할 수 있습니다. 또는 양식 CMS-20027을 사용할 수 있습니다. 이 양식을 수령하시려면 웹사이트 [CMS.gov/cmsforms/downloads/cms20027.pdf](https://www.cms.gov/cmsforms/downloads/cms20027.pdf)를 방문하거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화해 사본을 우편으로 수령하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 문의하시면 됩니다.
- MSN에 쓰여진 날짜까지 이의를 신청해야 합니다. 이의신청 기한을 놓친 경우에도 기한일을 놓친 데 대한 타당한 이유를 제시할 수 있는 경우(예: 질병이나 사고로 인해 기한일까지 발송이 지연된 경우) 이의를 제기하고 결정을 받을 수 있습니다.
- 일반적으로 메디케어 행정계약자가 가입자의 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. 자세히 알아보려면 플랜에서 보내는 자료를 보거나 플랜에 전화하거나 [Medicare.gov/claims-appeals/how-do-i-file-an-appeal](https://www.Medicare.gov/claims-appeals/how-do-i-file-an-appeal)을 참조하십시오.

경우에 따라 신속하게 이의를 신청할 수 있습니다. 플랜에서 보낸 자료와 100 페이지의 정보를 검토하십시오.

별도의 메디케어 약품 플랜이 있는 경우

특정 약품을 구매하기 전에도 가입자는 다음의 권리가 있습니다.

- 메디케어 약품 플랜에서 약품 보장 결정(“보장 판단”이라고 함)에 대한 설명을 서면으로 받을 권리. 보장 결정은 메디케어 의약품 플랜(약국이 아님)이 가입자의 혜택에 대해 내리는 첫 번째 결정입니다. 이는 플랜에서 약품을 보장하는지, 가입자가 약품 보장을 위한 플랜 요건을 충족하는지 또는 가입자의 약품비 납부 액수에 대한 결정이 될 수 있습니다. 플랜에 약품을 보장하기 위해 규정에 예외를 두도록 요청하는 경우에도 보장 결정을 받게 됩니다.
- 가입자 또는 가입자의 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 요청할 수 있습니다.
- 가입자 또는 가입자의 처방자가 가입자의 플랜이 보장 규칙(사전 승인 등)을 포기해야 한다고 생각하는 경우 예외를 요청할 수 있습니다.

- 가입자 또는 가입자의 처방자가 동일한 상태에 대해 가입자가 더 낮은 등급의 약을 복용할 수 없다고 판단해, 가입자가 더 높은 등급의 약에 대해 더 적은 비용을 지급해야 한다고 생각하는 경우 예외를 요청할 수 있습니다.

이의신청에 대하여 도움을 받으려면 어떻게 해야 하나요?

도움을 줄 대리인을 지정할 수 있습니다. 가족 구성원, 친구, 대변자, 변호사, 재정 조연자, 의사 또는 가입자를 대신할 다른 사람이 대리인이 될 수 있습니다. 자세한 내용은 [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 참조하십시오. 이의신청에 주립 건강보험 지원 프로그램(SHIP)으로부터 도움을 받을 수도 있습니다. 지역 SHIP 전화번호는 115-118페이지를 참조하십시오.

보장 결정이나 예외를 어떻게 요청하나요?

가입자 또는 가입자의 처방자가 보장 결정 또는 예외를 요청하려면 가입자의 플랜에 연락해야 합니다. 네트워크 약국에서 처방약을 조제할 수 없는 경우 약사는 가입자가 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 가입자 또는 가입자의 처방자가 표준 요청을 서면으로 하도록 요구할 수 있습니다.

가입자 또는 가입자의 처방자는 긴급하게(빠르게) 요청하기 위해 전화하거나 계획서를 작성할 수 있습니다. 가입자가 처방전을 받지 않았고 플랜이 결정하거나 가입자의 처방자가 플랜에 기다리면 가입자의 생명이나 건강이 위협할 수 있다면 가입자의 요청이 신속하게 처리될 것입니다.

중요!

가입자가 예외를 요청하는 경우 처방자는 가입자의 플랜이 예외를 승인해야 하는 의학적 이유를 설명하는 진술을 제공해야 합니다.

제 서비스가 너무 빨리 종료된다고 생각하는 경우 저에게 어떤 권리가 있나요?

병원, **전문 간호 시설**, 가정 건강 기관, 종합 외래환자 재활 시설 또는 호스피스에서 메디케어 서비스를 받는 중에 메디케어 보장 서비스가 너무 빨리 종료된다고 생각하는 경우(또는 너무 빨리 퇴소한다고 생각하는 경우), 빠른 이의신청(“즉시 이의신청” 또는 “신속 이의신청”이라고도 함)을 요청할 수 있습니다. 제공자가 서비스 종료 전에 빠른 이의신청을 요청하는 방법을 안내하는 통지서를 제공할 것입니다. 이 통지서를 주의 깊게 읽으십시오. 이 통지서를 받지 못한 경우 제공자에게 요청하십시오. 빠른 이의신청을 통해 수혜자 및 가족 중심 치료 품질 개선 기관(Beneficiary and Family Centered Care-Quality Improvement Organization, BFCC-QIO)이라는 독립 검토자가 가입자의 보장 서비스를 계속할지 여부를 결정할 것입니다. BFCC-QIO에 연락하여 이의 제기에 도움을 받을 수 있습니다. 113페이지 참조.

빠른 이의신청은 서비스 종료 또는 병원 퇴원 결정에만 적용됩니다. 서비스 종료 결정 이후 받았을 수 있는 품목이나 서비스에 대해 별도의 이의신청 절차를 시작해야 할 수도 있습니다. [Medicare.gov/publications](https://www.Medicare.gov/publications)를 방문하여 “메디케어 이의제기(Medicare Appeals)” 안내서를 검토하십시오.

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

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

제가 이 통지를 받으면 어떻게 되나요?

- 가입자는 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.
- 가입자는 이를 읽고 이해했다고 통지서에 서명해야 합니다.
- 의사, 기타 의료 제공자 및 공급자는 메디케어가 전혀 보장하지 않는 서비스에 대해 통지할 필요는 없습니다(그러나 여전히 통지할 수 있음). 55페이지 참조.
- ABN은 메디케어의 공식 보장 거부가 아닙니다. 메디케어가 지급을 거부하는 경우에도 문제가 되는 항목 또는 서비스가 표시된 “메디케어 요약 통지”(MSN)를 받은 후 이의를 신청할 수 있습니다. 그러나 메디케어가 해당 항목 또는 서비스가 보장되지 않는다고 결정한 경우(및 다른 보험사가 지급에 대해 책임을 지지 않음) 가입자가 해당 품목 또는 서비스에 대해 비용을 부담해야 합니다.

다른 이유로 이러한 통지서를 받을 수 있나요?

시설에서 메디케어가 가입자의 체류 또는 기타 항목 및 서비스를 더는 보장하지 않는다고 판단하면 “전문 간호 시설 ABN”을 받을 수 있습니다.

이 통지서를 받지 못했다면 어떻게 하나요?

의료 제공자가 가입자에게 이 통지를 제공해야 했지만 제공하지 않은 경우, 대부분의 경우 의료 제공자는 가입자가 품목 또는 서비스에 대해 지급한 금액을 가입자에게 환급해야 합니다.

어디서 자세한 정보를 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.

참고: 메디케어 어드밴티지 플랜이 있는 경우, 가입자는 플랜이 특정 서비스, 약품 또는 공급품을 보장하는지 미리 문의할 권리가 있습니다. 기구 결정을 위한 사전 서비스를 요청하고 신청서를 제출하려면 플랜에 연락하십시오. 플랜의 회신에는 이의신청을 원하는 경우 적절한 시점에 신청하라는 지침이 포함됩니다. 또한 플랜 지시 치료를 받을 수도 있습니다. 이는 플랜 제공자가 사전에 기구 결정을 받지 않고 서비스 또는 네트워크 외부 제공자에게 가입자를 의뢰하는 경우입니다. 65 페이지 참조.

개인 건강정보에 접근할 권리

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

이러한 유형의 개인 건강정보에는 다음이 포함됩니다.

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

일반적으로 정보는 서면이나 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 가입자를 치료하는 의료 제공자, 가족 또는 조사관 등 가입자가 선택한 제3자에게 정보를 보내도록 요청할 수도 있습니다.

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.

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

건강 기록을 입수하고 사용하는 데 도움이 필요한 경우 미 보건복지부 산하 건강정보기술 국가조정관실(Office of the National Coordinator, ONC)에서 작성한 "건강 기록을 입수하고 사용하기 위한 안내서(The Guide to Getting & Using Your Health Records)"가 있습니다. 이 안내서로 가입자의 건강 기록을 입수하는 과정에 도움을 받고 가입자 본인의 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 검토하십시오.

메디케어는 제 개인정보를 어떻게 사용하나요?

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

오리지널 메디케어의 개인정보보호 관행 고지

이 통지문에서 가입자에 관한 의료 정보를 사용하고 공개할 방법과 가입자가 이 정보에 접근할 방법을 설명합니다. 주의 깊게 검토해 주십시오.

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

당사는 가입자의 정보를 다음을 대상으로 제공해야 합니다.

- 가입자 본인, 가입자가 지명한 사람("지정") 또는 가입자를 대리할 법적 권리가 있는 사람(가입자의 개인 대리인)
- 필요한 경우 보건복지부 장관
- 그 밖에 법이 요구하는 사람

당사는 가입자의 의료비를 지급하고 메디케어를 운영하는 데 가입자의 정보를 사용하고 제공할 권리가 있습니다. 예:

- 메디케어 행정계약자는 가입자의 정보를 사용하여 가입자의 청구액을 지급하거나 거부하고 가입자의 **보험료**를 징수하며, 가입자의 혜택 지급액을 다른 보험사와 공유하거나 "메디케어 요약 통지"를 준비합니다.
- 당사는 가입자에게 고객 서비스를 제공하고, 불만 사항을 해결하고, 조사 연구에 대해 연락하고, 양질의 진료를 받을 수 있도록 하기 위해 가입자의 정보를 사용할 수 있습니다.

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

- 메디케어 데이터를 수령할 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 개인정보보호법 요건을 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 수집 생성
- **책임의료기관(ACO)** 참여 등 진료 조정 및 품질 개선 목적을 위해 의료 제공자 및 그 직원에게 고지

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

가입자가 허가했기 때문에 이미 정보를 공유한 경우를 제외하고 가입자는 언제든지 가입자의 서면 허가를 철회("취소")할 수 있습니다.

가입자는 다음과 같은 권리가 있습니다.

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

개인정보보호 권리가 침해되었다고 생각되면 다음 주소로 개인정보 관련 민원을 제기할 수 있습니다.

- 메디케어 및 메디케이드 서비스 센터(Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). 웹사이트 [Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)를 참조하시거나 1-800-MEDICARE로 문의하십시오.
- 미 보건복지부(HHS), 민권 사무소(Office for Civil Rights, OCR). 웹사이트 [hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint](http://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint)를 참조하십시오.

민원을 제기해도 메디케어 보장을 받는 데는 영향을 미치지 않습니다.

법에 따라 당사는 이 통지 조건을 준수해야 합니다. 당사는 가입자의 정보를 사용하거나 공유하는 방식을 변경할 권리가 있습니다. 변경 사항이 있는 경우 변경 후 60일 이내에 통지서를 보내드립니다.

오리지널 메디케어에 관한 개인정보보호 관행 고지는 2013년 9월 23일에 발효되었습니다.

사기 및 의료 신원 도용으로부터 자신을 보호하려면 어떻게 해야 하나요?

의료 신원 도용은 누군가가 가입자 동의 없이 가입자의 개인정보(예: 이름, 사회보장번호 또는 메디케어 번호)를 도용하거나 사용하여 메디케어 및 기타 건강보험사에 사기로 보험금을 청구하는 것입니다. 의료 서비스를 받을 때 날짜를 달력에 기록하고 의료 제공자로부터 받은 영수증과 명세서를 저장하여 오류를 확인하십시오. 오류가 있거나 가입자가 받지 못한 서비스에 대해 제공자가 비용을 청구하는 경우 다음 단계에 따라 청구된 내용을 확인하십시오.

- 오리지널 메디케어가 있는 경우 “메디케어 요약 통지”(MSN)를 확인하여 서비스가 메디케어에 청구되었는지 확인하십시오. **메디케어 건강 플랜**에 가입하셨다면, 플랜에서 얻은 명세서를 확인하십시오.
- 오리지널 메디케어가 있다면 웹사이트 **Medicare.gov**에서 보안 메디케어 계정에 로그인(또는 생성)하여 메디케어 청구를 살펴보십시오. 청구는 일반적으로 처리 후 24시간 이내에 온라인으로 확인할 수 있습니다. 메디케어의 Blue Button®을 사용하여 청구 정보를 다운로드할 수도 있습니다. 109페이지 참조. 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 문의하실 수도 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 문의하시면 됩니다.
- 의료 제공자 또는 공급자를 알고 있는 경우 전화로 항목별 명세서를 요청하십시오. 제공자는 이를 가입자에게 30일 이내에 교부해야 합니다.

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

메디케어 번호가 부정 사용된 것으로 생각되면 1-800-MEDICARE로 전화할 수도 있습니다.

메디케어 번호와 같은 개인정보는 의사, 보험사(및 유면허 대리인이나 중개인) 또는 가입자를 대신하는 플랜 또는 가입자의 주립 건강보험 지원 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** 대리인은 다음과 같은 한정된 상황에서만 가입자에게 전화할 것입니다.

- 메디케어 플랜은 가입자가 이미 플랜의 가입자인 경우에 가입자에게 전화할 수 있습니다. 가입을 도와준 상담원이 전화할 수도 있습니다.
- 메시지를 남겼거나 담당자가 다시 전화할 것이라고 말한 경우, 고객 서비스 담당자가 1-800-MEDICARE를 사용하여 전화할 수 있습니다.
- 의심되는 사기에 대해 보고한 경우 메디케어 담당자로부터 조사에 대한 후속 조치를 요청하는 전화를 받으실 수 있습니다.

메디케어 사기와 관련된 자세한 정보는 웹사이트 **Medicare.gov**를 참조하시거나 지역 시니어 메디케어 순찰대에 문의하십시오. 웹사이트 **smpresource.org**를 방문하거나 1-877-808-2468로 전화해 시니어 메디케어 순찰대에 대해 자세히

알아보고 관할 주에서 지원을 찾아보십시오.

플랜은 마케팅 규정을 준수해야 합니다

메디케어 플랜과 대리인은 플랜을 마케팅하고 가입 정보를 얻을 때 특정 규칙을 따라야 합니다. 플랜이 견적을 제공하는 데는 개인정보가 필요하지 않습니다. 메디케어 플랜은 가입자가 전화를 걸어 가입을 요청하거나 가입자가 자신에게 연락할 수 있는 권한을 부여하지 않는 한 전화로 가입자를 플랜에 가입시킬 수 없습니다.

중요! **1-800-MEDICARE에 전화하여 다음과 같은 플랜이나 대리인을 신고하십시오.**

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

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

사기 수사에는 시간이 걸립니다

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

메디케어 수혜자 옴부즈맨이 가입자를 도울 수 있는 방법

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.gov](https://www.Medicare.gov)를 참조해 주십시오.

섹션 9

자세한 정보 얻기

개별적 도움 받기

1. 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 문의하시면 됩니다.
2. 실시간 채팅: [Medicare.gov/talk-to-someone](https://www.medicare.gov/talk-to-someone)
3. 우편 송부: PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

주말을 포함하여 하루 24시간 정보 얻기

- 명확하게 말하고 음성 안내에 따라 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 이용 가능한 형식(큰 활자 또는 점자 등)으로 된 메디케어 간행물을 요청해야 하는 경우 고객 서비스 담당자에게 알려주십시오.

중요!

대신 1-800-MEDICARE에 전화를 해줄 사람이 필요한 경우

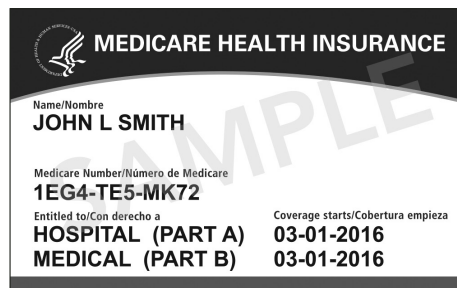
“개인 건강정보 공개에 대한 승인” 양식을 작성하면 메디케어가 가입자가 아닌 다른 사람에게 가입자의 개인 건강정보를 제공할 수 있습니다. 이 양식을 얻으려면 [Medicare.gov/basics/forms-publications-mailings/forms/other](https://www.medicare.gov/basics/forms-publications-mailings/forms/other)를 방문하거나 1-800-MEDICARE로 전화하십시오. 메디케어 계정의 [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)에서 이 양식을 제출할 수도 있습니다. 메디케어는 승인이 발효되기 전에 양식을 처리해야 합니다.

가구에서 “메디케어와 가입자” 사본을 한 부 이상 받은 경우

앞으로 이 안내서를 한 부만 받으시려면 1-800-MEDICARE로 전화하십시오. 우편으로 종이 사본 수령을 중단하시려면 [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)에서 메디케어 계정에서 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 보안 메디케어 계정에 로그인(또는 계정을 생성)하여 메디케어 카드 공식 사본을 인쇄하거나 주문하십시오. 1-800-MEDICARE에 전화하여 우편으로 받을 교체용 카드를 요청할 수도 있습니다.



타인이 가입자의 메디케어 번호를 사용하고 있다고 생각되어 카드를 교체할 필요가 있을 경우, 1-800-MEDICARE로 전화하십시오.

주립 건강보험 지원 프로그램(SHIP)

SHIP은 주립 프로그램으로 연방 정부로부터 지원을 받아 메디케어 가입자에게 무료로 지역 건강보험 카운셀링을 제공합니다. SHIP은 어떠한 보험사나 건강 플랜과도 연관되어 있지 않습니다. SHIP은 가입자와 가입자의 가족에게 다음 및 기타 메디케어 관련 궁금한 사항에 도움이 되는 무료 맞춤형 상담을 제공합니다.

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

관할 주에 있는 SHIP에 연락하여 메디케어 문의 사항에 관해 무료로 맞춤 지원을 받거나 자원봉사 SHIP 상담사가 되는 방법을 알아보십시오. 지역 SHIP 전화번호는 115-118페이지를 참조하십시오.

온라인으로 일반적 메디케어 정보 찾기

Medicare.gov 방문

- 비용 및 제공하는 서비스를 포함하여 해당 지역의 메디케어 건강 및 약품 플랜에 대한 정보를 받으십시오.
- 메디케어 참여 의사 또는 기타 의료 제공자 및 공급업체를 찾으십시오.
- **예방 서비스**(선별검진, 주사 또는 예방접종, 연간 "웰니스" 방문 진료 등)를 포함하여 메디케어 보장 내역을 확인하십시오.
- 메디케어 이의신청 정보 및 양식을 수령하십시오.
- 플랜, 요양원, 병원, 의사, 가정 건강 기관, 투석 시설, 호스피스 센터, **입원 재활 시설, 장기 요양병원**에서 제공하는 치료 품질에 관한 정보를 받으십시오.
- 유용한 웹사이트와 전화번호를 찾으십시오.

본 안내서는 스페인어, 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. 가입자는 또한 다음을 할 수 있습니다.

- 해당 지역의 메디케어 건강플랜 및 약품 플랜을 비교하는 데 도움이 되도록 처방전과 약국 추가
- 연간 “메디케어와 가입자” 안내서와 “메디케어 요약 통지(Medicare Summary Notices)”라고 하는 청구서를 전자 방식으로 수령하기 위해 신청
- 오리지널 메디케어 청구가 처리되는 즉시 검토
- 공식 메디케어 카드 사본 인쇄
- 오리지널 메디케어에서 수혜 대상인 **예방 서비스** 목록 조회
- 메디케어 **보험료**를 알아보고 메디케어로부터 청구서를 온라인으로 받는 경우 보험료를 온라인으로 지급

메디케어 Blue Button®(블루 버튼) 및 Blue Button 2.0®

메디케어 Blue Button을 사용하면 컴퓨터 또는 기타 장치에 개인 건강정보(파트 A, 파트 B 및 파트 D 청구 등)를 쉽게 파일로 다운로드할 수 있습니다. Blue Button을 통해 정보를 얻으면 다음을 할 수 있습니다.

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

웹사이트 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)에서 보안 메디케어 계정에 로그인(또는 생성)하여 Blue Button을 사용하십시오.

메디케어의 Blue Button 2.0은 승인된 앱, 서비스 및 조사 프로그램으로 가입자의 파트 A, 파트 B 및 파트 D 청구 정보를 쉽게 공유할 수 있도록 하는 데이터 서비스입니다. 앱이 가입자의 정보 사용 방식을 변경할 때마다 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)에서 각 앱을 개별적으로 승인하고 온라인 보안 메디케어 계정으로 돌아갈 수 있습니다.

참고: **메디케어 어드밴티지 플랜**에 가입되어 있는 경우 Blue Button 2.0을 통해 파트 D 정보만 사용할 수 있습니다. 플랜이 Blue Button 2.0과 유사한 서비스를 제공하는지 확인하십시오.

유의사항: 다른 비공개 정보를 취급하는 것과 동일한 방식으로 개인 및 건강 정보를 취급하십시오.

Blue Button을 사용하여 청구 정보를 저장하는 방법에 대해 알아보려면 다음을 방문하십시오.

- [Medicare.gov/manage-your-health/share-your-medicare-claims-medicares-blue-button](https://www.Medicare.gov/manage-your-health/share-your-medicare-claims-medicares-blue-button)
- [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).

건강관리 제공자 조회 및 비교

웹사이트 [Medicare.gov/care-compare](https://www.Medicare.gov/care-compare)에서 요양원, 병원 및 의사 등 의료 제공자가 환자와 주민에게 제공하는 의료 서비스 품질을 찾아 비교하십시오. 개인의 필요에 따라 제공자 및 시설에 대한 정보를 찾고 의료 서비스를 받는 곳에 대해 정보에 입각한 결정을 내리는 데 유용한 자료를 얻을 수 있습니다. 신규 제공자를 선택할 때 의사나 다른 의료 제공자와 상담하십시오. 다른 제공자의 진료 품질에 대해 어떻게 생각하는지 문의할 수도 있습니다.

메디케어 건강 및 약품 플랜 조회 및 비교

이미 가입한 경우 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare)에서 현재 플랜을 포함하여 메디케어 건강 및 약품 플랜을 찾아 비교하십시오. 월간 및 연간 예상 약품비를 비롯하여 현재 복용 중인 약과 사용하기로 선택한 약국을 기준으로 가격을 비교할 수 있습니다. 각 플랜에 대한 전체 별 등급은 제공하는 서비스 유형의 품질 및 성과에 대한 세부 정보를 제공합니다.

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

메디케어는 가입자의 진료를 보다 잘 조정하기 위해 노력합니다

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

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

책임의료기관

책임의료기관(ACO)이란 가입자의 의료 관리를 조정하기 위해 의료진, 병원 및 그 밖의 의료 제공자가 한 팀으로서 협력하는 기구입니다.

ACO 일원으로 일하면 의사와 기타 의료 제공자가 가입자의 건강 기록을 이해하고 가입자의 치료 및 건강관리 요구 사항에 대해 서로 의견을 나눌 수 있게 합니다. 이는 반복되는 검사와 약속을 피함으로써 시간과 비용, 불만을 덜어줄 수 있습니다. 또한, 조정 기회가 많을수록 제공자마다 가입자에게 처방한 내역을 알지 못하는 경우 발생할 수 있는 의료 오류 및 예기치 않은 약물 상호 작용을 방지하는 데 도움이 됩니다.

중요!

ACO는 가입자의 의료 제공자 선택을 제한하지 않습니다. 가입자의 진료의 또는 기타 의료 제공자가 ACO에 속하는 경우, 가입자는 여전히 메디케어를 허용하는 의사, 병원 또는 기타 제공자를 언제든지 방문할 권리가 있습니다.

또한 **일차진료의**가 **책임의료기관(ACO)**에 참여하는 경우 확대된 혜택을 받을 수 있습니다. 예를 들어, 일부 ACO에서는 제공자가 더 많은 원격진료 서비스를 제공할 수 있습니다. 즉, 가입자는 전화나 컴퓨터와 같은 기술을 사용하여 집에서 의료 제공자와 실시간으로 소통하는 일부 서비스를 받을 수 있습니다.

또한, ACO 소속인 의사 또는 기타 제공자는 일반적으로 메디케어 요건인 먼저 3일간 입원하지 않았더라도 **전문 간호 시설 진료** 또는 재활 서비스를 위해 환자를 보낼 수 있습니다. 이 혜택의 수혜 대상이 되려면 담당 의사 또는 기타 의료 제공자가 가입자에게 전문 요양 시설 관리가 필요하고 그 밖의 특정 자격 요건을 충족한다고 결정해야 합니다.

가입자의 일차진료의가 ACO에 참여하고 가입자에게 오리지널 메디케어가 있는 경우, 가입자는 서면 통지를 받게 되며 진료실에서 ACO 참여에 대한 안내문을 확인할 수 있습니다. 현재 미 전역에서 수백 개의 ACO를 이용할 수 있습니다. **Medicare.gov**에서 보안 메디케어 계정에 로그인(또는 생성)하고 ACO에서 건강 관리를 도와줄 일차진료의를 선택하십시오.

ACO와 의료 정보 공유

ACO의 가장 중요한 이점 중 하나는 담당 의사와 기타 의료 제공자가 가입자의 치료에 대해 소통하고 이를 조정할 수 있다는 것입니다. 이를 위해 메디케어는 의료 제공자의 ACO에 가입자의 치료에 대한 특정 정보를 요청할 수 있도록 허용합니다. 메디케어가 이러한 방식으로 데이터를 공유하면 가입자의 진료에 관련된 모든 당사자들이 필요할 때 언제나 가입자의 건강 정보를 이용해 도움을 드릴 수 있습니다.

메디케어가 치료 조정을 위해 본인의 건강 정보를 의사와 공유하는 것을 원하지 않는 경우 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하여 담당자에게 말씀해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 문의하시면 됩니다. 메디케어는 제공자 품질을 측정하기 위해 일반 정보를 여전히 공유할 수 있습니다.

ACO에 대한 자세한 내용은 **Medicare.gov/manage-your-health/coordinating-your-care/accountable-care-organizations**를 확인하거나 1-800-MEDICARE로 전화해 주십시오.

전자 건강 기록

전자 건강 기록은 가입자의 의료상태, 의사, 기타 의료 제공자, 진료실 직원, 병원이 컴퓨터에 보관하는 가입자의 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, 검사실, 약국, 다른 의사 또는 예방 접종 정보 시스템(등록부)에 연결될 수 있으므로 가입자를 돌보는 사람들이 가입자의 건강에 관하여 보다 폭넓게 이해할 수 있습니다.

전자 처방

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

메디케어 정보를 얻을 수 있는 다른 방법

메디케어 이메일

웹사이트 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)에서 보안 메디케어 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-MEDICARE (1-800-633-4227)로 문의하실 수도 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 문의하시면 됩니다. 무료로 이용 가능한 형식의 출판물을 얻는 방법에 대한 정보는 123페이지를 확인하십시오.

소셜 미디어

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

동영상

[YouTube.com/cmshsgov](https://www.YouTube.com/cmshsgov)에서 메디케어 및 기타 건강 관리 주제에 대한 동영상을 참조하십시오.

기타 유용한 연락처

사회보장국

웹사이트 SSA.gov에서 오리지널 메디케어를 신청 및 가입하고 메디케어 약품 비용이 포함된 **부가 지원** 수혜 자격이 되는지 확인하십시오. 또한 개인 “나의 사회보장” 계정을 개설하면 사회보장 명세서를 검토하고, 소득을 확인하고, 자동 입금 정보를 변경하고, 메디케어 카드 교체를 요청하고, 주소 업데이트 등을 할 수 있습니다. 웹사이트 SSA.gov/myaccount에서 개인 계정을 개설하십시오. 사회보장국에 1-800-772-1213으로 문의하실 수도 있습니다. TTY 사용자는 1-800-325-0778번으로 문의하실 수 있습니다.

혜택 조정 및 회복 센터

보험 정보에 변경 내용을 보고하거나 다른 보험이 있는 경우 메디케어에 알려려면 혜택 조정 및 회복 센터에 1-855-798-2627로 연락하십시오. TTY 사용자는 1-855-797-2627번으로 문의하시면 됩니다.

수혜자 및 가족 중심 치료 품질 개선 기관

서비스에 대한 메디케어 보장이 너무 빨리 종료된다고 생각하는 경우(예: 병원에서 퇴원해야 한다고 하는데 동의하지 않는 경우) 수혜자 및 가족 중심 치료 품질 개선 기관(Beneficiary and Family Centered Care-Quality Improvement Organization, BFCC-QIO)에 문의하십시오. 신속하게 이의를 신청할 권리가 있습니다. 또한 본인 또는 가족이 메디케어 보장 서비스에 대해 받은 치료 품질에 대해 질문하고 불만 사항을 보고하기 위해 또는 우려 사항에 대한 제공자의 응답이 만족스럽지 않은 경우 BFCC-QIO 또는 주 조사 기관에 연락할 수 있습니다. 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 연락하여 BFCC-QIO 또는 주 조사 기관의 전화번호를 받으십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 문의하시면 됩니다. 자세한 내용은 Medicare.gov/claims-appeals/file-a-complaint-grievance/filing-a-complaint-about-your-quality-of-care를 참조하십시오.

미 국방성(Department of Defense)

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

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)

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 받으십시오.

연방 퇴직자:

1-888-767-6738, TTY: 711

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

현직 연방 직원:

혜택 담당자에게 문의하십시오. 혜택 담당자 목록은 apps.opm.gov/abo 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 지원 프로그램(SHIP)

이의신청, 다른 보험 구매, 건강 플랜 선택, 메디캡 보험 구매, 메디케어 권리 및 보장 관련 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 State Health Insurance Assistance Program (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

Missouri SHIP
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

와यो밍

Wyoming State Health Insurance Information Program (WSHIIP)
1-800-856-4398

섹션 10

정의

책임의료기관(ACO)

의사, 병원 및 기타 건강 관리 전문가 그룹이 함께 협력하여 고품질의 조정된 서비스 및 건강 관리를 제공합니다.

책정금

가입자의 의사, 의료 제공자, 또는 공급자가 메디케어로부터 직접 지급받고, 메디케어가 서비스에 대해 승인한 지급액을 수락하고, 가입자에게 메디케어 가입자부담금 및 가입자분담금을 초과청구하지 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 가입자부담금을 부담해야 합니다. 혜택 기간의 수에는 제한이 없습니다.

가입자분담금(Coinsurance)

가입자부담금을 지불한 후 혜택에 대한 비용 분담금으로서 가입자가 지급해야 할 수 있는 금액. 가입자분담금은 일반적으로 백분율(예를 들어, 20%)입니다.

기본분담금(Copayment)

가입자부담금을 지불한 후 혜택에 대한 비용 분담금으로서 가입자가 지급해야 할 수 있는 금액. 기본분담금은 \$30와 같은 고정 금액입니다.

신뢰할 만한 처방약 보험

평균적으로 최소한 메디케어 약품 보장만큼 지급할 것으로 예상되는 처방약 보장. 여기에는 현재 또는 이전 고용주나 조합, TRICARE, 미국 원주민 건강서비스, 재향 군인회 또는 개인 건강 보험의 약품 보장이 포함될 수 있습니다.

거점 병원

다른 병원이나 중요 접근 병원에서 35마일(산간 지형 또는 보조 도로만 있는 지역의 경우 15마일) 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.

가입자부담금(Deductible)

오리지널 메디케어, 메디케어 어드밴티지 플랜, 메디케어 처방약 플랜, 또는 다른 보험이 지급을 시작하기 전에 진료 또는 처방에 대해 가입자가 부담해야 하는 금액입니다.

시범 프로그램

메디케어의 보장, 지급 및 치료 품질의 개선을 검사하는 “파일럿 프로그램” 또는 “조사 연구”라고도 하는 특별 프로젝트입니다. 일반적으로 제한된 시간에 특정 그룹의 사람만 대상으로 운영하거나 특정 지역에서만 제공합니다.

부가 지원

소득과 재원이 제한된 사람들이 보험료, 가입자부담금 및 가입자분담금과 같은 메디케어 처방약 프로그램 비용을 지급하도록 돕는 메디케어 프로그램입니다.

처방집

처방약 플랜 또는 처방약 혜택을 제공하는 다른 보험 플랜에서 보장하는 처방약 목록입니다. 약품 목록이라고도 합니다.

입원 재활 시설

입원환자에게 집중 재활 프로그램을 제공하는 병원 또는 병원의 일부입니다.

평생 예비일

오리지널 메디케어에서 이는 90일 이상 병원에 입원한 경우 메디케어에서 비용을 지급하는 추가 일수입니다. 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.

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 의료비가 대부분 보장됩니다.

의학적으로 필요

질병, 부상, 상태, 질환 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 가입자가 여전히 플랜에 가입되어 있더라도 예를 들어 오리지널 메디케어가 보장하는 임상 시험의 특정 부분과 같은 몇 가지 예외를 제외하고는 가입자의 파트 A 및 파트 B 혜택을 모두 제공합니다. 메디케어 어드밴티지 플랜 포함 사항

- 건강관리기구(Health Maintenance Organization)
- 우선 제공자 단체(Preferred Provider Organization)
- 민간 행위별수가제 플랜(Private Fee-for-Service Plan)
- 특별 필요사항 플랜
- 메디케어 의료 저축 계좌 플랜

가입자가 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입되어 있는 경우:

- 대부분의 메디케어 서비스는 플랜을 통해 보장됩니다
- 대부분의 메디케어 서비스는 오리지널 메디케어가 지급하지 않습니다
- 대부분의 메디케어 어드밴티지 플랜은 처방약을 보장합니다

메디케어 승인 금액

보장되는 서비스 또는 항목에 대해 오리지널 메디케어에서 설정한 지불 금액. 의료 제공자가 책정금을 수락하면 메디케어가 그 부담금을 지불하고 가입자는 해당 금액의 부담금을 지불.

메디케어 건강 플랜

파트 A, 파트 B 및 대부분의 경우 파트 D 혜택을 제공하기 위해 메디케어와 계약을 맺은 민간 기업에서 제공하는 플랜. 메디케어 어드밴티지 플랜 및 기타 특정 유형의 보장(예: 메디케어 비용 플랜, PACE 프로그램 및 시험/시범 프로그램)이 포함.

메디케어 플랜

오리지널 메디케어 이외의 다른 방법으로 메디케어 건강보험 또는 약품 보장을 받을 수 있습니다. 이 용어에는 메디케어 건강 플랜과 메디케어 약품 플랜이 모두 포함됩니다.

메디갭

민간 보험사가 오리지널 메디케어 보장의 “공백”을 채우기 위해 판매하는 메디케어 보충 보험입니다.

보험료

건강 또는 처방약 보장을 위해 메디케어, 보험사 또는 건강 관리 플랜에 정기적으로 지급하는 금액입니다.

예방 서비스

치료 효과가 가장 좋을 가능성이 있는 초기 단계에서 질병을 예방하거나 감지하기 위한 건강 관리(예: 예방 서비스에는 자궁경부 세포진 검사, 독감 예방 주사 및 유방 촬영술 선별 검사가 포함됨).

일차진료의

대부분의 건강 문제에 대해 가장 먼저 방문하는 의사. 일차진료의는 치료에 관해 다른 의사 및 의료 제공자에게 이야기하고 가입자를 의뢰할 수 있습니다.

의뢰서

전문의에게 진료를 받거나 특정 의료 서비스를 받기 위해 일차진료의가 작성한 서면 지시. 의뢰서가 없으면 플랜에서 전문의 서비스 비용을 지불하지 않을 수 있습니다.

서비스 지역

플랜이 가입자를 회원으로 허용하기 위해 가입자가 거주해야 하는 지역. 이용할 수 있는 의사와 병원을 제한하는 플랜의 경우 일반적으로 일상(비응급) 서비스를 받을 수 있는 지역이기도 합니다. 플랜은 가입자가 서비스 지역을 벗어나 이사하는 경우 등록을 해지할 수 있으며 경우에 따라 반드시 해지해야 합니다.

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 시설.

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.

이용 가능한 소통

메디케어는 점자, 큰 활자, 데이터/오디오 파일, 중계 서비스, TTY 통신장치와 같이 이용 가능한 형식의 정보를 비롯한 무료 보조 지원 및 서비스를 제공합니다. 이용 가능한 형식의 정보를 요청하는 경우, 이를 제공하는 데 필요한 시간이 추가로 소요된 것으로 인해 불이익을 받지 않습니다. 즉, 요청 이행이 지연되는 경우 조치할 추가 시간이 주어집니다.

이용 가능한 형식으로 메디케어 또는 마켓플레이스 정보를 요청하려면 다음을 수행할 수 있습니다.

1. 전화:

메디케어: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

TTY: 1-877-486-2048

마켓플레이스용: 1-800-318-2596

TTY: 1-855-889-4325

2. 이메일: altformatrequest@cms.hhs.gov

3. 팩스 번호: 1-844-530-3676

4. 서신 발송:

Centers for Medicare & Medicaid Services

Offices of Hearings and Inquiries (OHI)

7500 Security Boulevard, Mail Stop DO-01-20

Baltimore, MD 21244-1850

Attn: Customer Accessibility Resource Staff (CARS)

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

참고: 메디케어 어드밴티지 플랜이나 메디케어 약품플랜에 가입되어 있을 경우, 해당 플랜에 연락하여 이용 가능한 형식의 문서를 요청하실 수 있습니다. 메디케이드에 관련해서는 관할 주 의료 지원(메디케이드) 사무소에 연락하십시오.

비차별 고지

메디케어 및 메디케이드 서비스 센터(CMS)는 CMS가 직접 수행하거나 CMS가 프로그램 및 활동을 수행하도록 약정한 계약자나 다른 기관을 통해 수행하는 모든 프로그램 및 활동에 따른 등록, 참여, 서비스 수혜 등과 관련하여, 인종, 피부색, 출신국가, 장애 여부, 성별(성적 지향 및 성 정체성 포함), 연령 등에 근거하여 누군가를 배제하거나 혜택을 거부하거나 다른 방법으로 차별하지 않습니다.

사용할 수 있는 정보 양식을 얻는데 우려가 있다면 이 통지서에 기재된 어떤 방식으로든 CMS로 연락해 주십시오.

메디케어 어드밴티지 플랜, 메디케어 약품 플랜, 주 또는 지역 메디케이드 사무소 또는 마켓플레이스 적격 건강 플랜에서 이용 가능한 형식으로 정보를 얻는 데 문제가 있는 것을 비롯하여 CMS 프로그램 또는 활동에서 차별을 받았다고 생각되는 경우 민원을 제기할 수도 있습니다. 다음 3가지 방식으로 미 보건복지부, 민권 사무소에 민원을 제기할 수 있습니다.

1. 온라인:

hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html

2. 전화 이용:

1-800-368-1019로 전화. TTY 사용자는 1-800-537-7697로 문의하시면 됩니다.

3. 서면: 민원 내용을 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?

가입자, 또는 가입자가 도움을 주고 있는 누군가가 메디케어 대해 궁금한 사항이 있는 경우 가입자는 추가 비용 없이 가입자의 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 가입자”는 법적 문서가 아닙니다. 공식 메디케어 프로그램 법적 지침은 관련 법령, 규정 및 규칙이 포함되어 있습니다.

이 제품은 미국 납세자 비용으로 제작되었습니다.

이 제품의 사본은 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)
또는 1-800-MEDICARE로 전화해 무료로 구하실 수 있습니다.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES

Centers for Medicare & Medicaid Services

7500 Security Blvd.

Baltimore, MD 21244-1850

공식 업무용

사적 이용에 대한 범칙금 \$300

CMS Product No. 10050-K (Korean)

September 2023

전국 메디케어 안내서

이사하십니까?

SSA.gov를 방문하거나 1-800-772-1213으로 사회보장국에 전화하십시오. TTY 사용자는 1-800-325-0778로 문의하시면 됩니다. RRB 혜택을 받고 계신 경우 RRB에 1-877-772-5772로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-312-751-4701로 문의하시면 됩니다.

