

메디케어와 나 2026

미국 정부 공식 메디케어 안내서



Medicare

신규 및 중요 사항

2026년 메디케어의 새로운 내용과
건강 및 웰니스 관리에 도움이
되는 중요한 정보를 확인하세요.



처방약에 대한 지불 한도

메디케어 약품 보장(파트 D)이 있는 경우 연간 파트 D 약품 본인 부담은 2026년에 \$2,100로 제한됩니다. 이 한도에 도달하면 남은 연도(83페이지) 동안 보장되는 파트 D 의약품에 대한 공동 부담금이나 공동 보험금을 지불할 필요가 없습니다.

더 많은 약품 비용 절감

2026년에 메디케어 처방약 가격이 어떻게 변하는지 알아보십시오 (81페이지).

귀하에게 필요한 의료 충족하기

메디케어는 이제 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자가 귀하의 필요에 맞게 의료를 조정하고 맞춤화하는 고급 1차 진료 관리 서비스 비용을 매달 지불합니다. 이러한 서비스를 제공하는 제공자는 귀하의 치료 팀 또는 제공자 등에 대한 상시 접근 권한을 귀하에게 보장해야 합니다(31페이지).

조기 발견은 중요합니다

메디케어는 컴퓨터 단층촬영(CT) 대장조영술을 포함한 광범위한 대장암 검진을 보장합니다. 검진은 암 예방 및 조기 발견(36페이지)의 중요한 부분입니다.

메디케어가 사기에 맞서 싸우고 낭비를 줄이도록 도와주십시오

사기 및 의료 신원 도용으로부터 자신을 보호하려면 메디케어 요약 통지(MSN)와 영수증 및 명세서에 오류나 받지 못한 서비스가 있는지 확인하십시오. 귀하의 메디케어 번호가 부정하게 사용되었다고 생각되면 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048(105-106페이지)로 전화하실 수 있습니다.

디지털 메디케어

메디케어 관련 자원을 손쉽게 얻을 수 있습니다! 보안 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) 계정에 로그인(또는 생성)하여 시작하십시오. 처방전을 관리하고, 메디케어 요약 통지(MSN)를 전자 수단으로 받고, 이 핸드북을 전자 버전으로 전환하는 등의 작업을 수행할 수 있습니다. 최신 메디케어 소식 이메일에 가입할 수도 있습니다. 종이에서 디지털로 전환하기에 최적의 시기입니다.

차례

신규 및 중요 사항	2
주제 색인	4
메디케어는 어떻게 구성되어 있습니까?	9
귀하의 메디케어 옵션	10
개요: 오리지널 메디케어와 메디케어 어드밴티지 플랜	11
메디케어로 시작하기	13
섹션 1: 메디케어 가입	15
섹션 2: 메디케어가 보장하는 내용 알아보기	25
섹션 3: 오리지널 메디케어	57
섹션 4: 메디케어 어드밴티지 플랜 및 기타 옵션	61
섹션 5: 메디케어 보충보험 (메디캡)	75
섹션 6: 메디케어 약품 보장(파트 D)	79
섹션 7: 건강관리 비용 및 약품 비용 지급에 도움받기	91
섹션 8: 가입자의 메디케어 권리 및 보호	97
섹션 9: 유용한 연락처 및 추가 정보 찾기	107
섹션 10: 정의:	119

이용하기 쉬운 형식이나 다른 언어로 된 정보가 필요하신가요?

124-126페이지로 이동합니다.

기호 설명

이 기호들은 메디케어 보장에 대한 이해를 돋습니다.



비교: [오리지널 메디케어와
메디케어 어드밴티지 플랜](#)
간의 주요 내용이 어떻게
다른지 보여줍니다.



비용과 보장내용: 서비스
비용 및 보장 내용 정보를
제공합니다.



예방 서비스: [예방 서비스](#).에
대한 세부 정보를 제공합니다.

중요!

중요: 주요 정보 강조.

신규!

신규: 추가되거나 변경된
정보를 강조 표시합니다.



발견: [Medicare.gov](#)에서
필요한 정보를 찾는 데
도움이 됩니다.



10-14페이지.에서 메디케어
옵션을 검토하십시오.

주제 색인

A

복부 대동맥류 검사 30
 접근성 강화 소통 124
 책임의료기관(ACO) 29, 51, 74, 104, **110-111**, 119
 침술 **31**, 87
 비급여에 대한 사전 수혜자 통지(Advance Beneficiary Notice of Non-coverage, ABN) 101-102
 사전 치료 계획 **31**, 36, 54
 고급 1차 진료 관리 서비스 31-32
 알코올 남용 검사 및 상담 32
 구급차 서비스 **32**, 53
 외래 수술 센터 32
 근위축성 측색경화증(ALS) 15
 이의신청 28, 29, 58, 62, 65, 87, **97-102**, 108, 109, 112
 의안 및 의지 49. 보철 품목으로 이동.
 책정금 11, 30-46, 48, 50, 54-55, 58, **59-60**, 65, 119

B

균형 검사 42
 행동 건강 통합 서비스 **33**, 87
 수혜자 및 가족 중심 치료 품질 개선 기관 100, **112**
 혜택 기간 27-29, 119
 혜택 조정 22, 89, 112
 청구서 **23-24**, 58-59, 82-83, 89, 91-95, 99, 102, 105, 108-109
 혈액 **26**, 33, 34, 36, 38, 43-44, 76
 혈액 기반 생체표지자 검사 37
 보조기(팔, 다리, 등, 목) 49

C

심장 재활 33
 보호자 관련 자원 28, **34-36**, 39, 44, 52, 107
 자궁 경부암 및 질암 검사 34

화학요법

34, 65
 카이로프랙틱(척추교정) 서비스 35
 만성 의료 관리 서비스 35
 만성 통증 관리 및 치료 서비스 35
 청구 40, 58, **59**, 102-105, 109
 임상 연구 **35**, 62, 109
COBRA 18-19, **89**
 인지 평가 **35-36**, 54
 대장 내시경 검사 36
 컴퓨터 단층촬영(CT) 대장조영술 36
 연결 앱 59, **109**
 지속성기도양압(CPAP) 기기 및 부속품 37
 성형 수술 55
 비용 계획. 메디케어 코스트 플랜으로 이동.
 비용 절감. 메디케어 절약 프로그램(MSP)
 으로 이동.
 비용(공동 보험비용, 공동 부담금, 본인 공제금,
 월보험료)
 파트 D 지불에 대한 부가 지원 92-94
 메디케어 어드밴티지 플랜 65
 오리지널 메디케어 58-59
 파트 A **22**, 25-29
 파트 B **23-24**, 30-55
 파트 D 지역 가입 가산금 83-85
 흡연 및 흡연으로 인한 질병 예방을 위한 상담 37
 보장 판단(파트 D) 99-100
 보장되는 서비스(파트 A 및 파트 B) 25-55
 신뢰할 만한 처방약 보장 64, 79, 81, 83-85, 89, 93, **119**

D

제세동기 37
 치매 35-36, 54, 70, 74
 시범/시험용 프로그램 74, **120**, 121
 치과 치료 및 의치 55, 56, 67, 75, 94
 미국 국방부 113
 미국 보건 사회복지부. 민권 사무소로 이동.
 미국 재향군인회(VA) 84, 90, **113**

우울증 33, 35, **38**, 46, 54, 55, 85, 87
 당뇨병 35, 38-39, 41, **45**, 70
 투석(신장 투석) 16, 44, 51, 65, 66, 98, 108
 장애 **15-19**, 21, 31, 54, 91, 95, 104, 123
 약품 보험(파트 D) 79-90
 이의신청 97-101
 파트 A에 따른 보장 26~27
 파트 B에 따른 보장 39~40
 가입, 변경, 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 자격 SNP 70
 내구성 의료 장비 9, 26, 30, 39, **40**, 43

E

심전도 **40**, 51
 전자 핸드북 14, 63
 전자 건강 기록 111
 전자 메디케어 요약 통지 59, 109
 전자 처방 111
 응급 의료 서비스 41
 직장 단체 건강보험 19
 파트 A의 비용이 다를 수 있음 26
 약품 보장 84, 88
 메디케어와 연동되는 방식 21
 메디캡 공식 가입 77
 말기 신장 질환(ESRD) 16, 21, 44, 51-53, 64, 70, 74, 98
 가입
 메디케어 어드밴티지 플랜(파트 C) 63-64
 메디케어 약품보장(파트 D) 80-81
 전자 내원 41
 부가 지원(메디케어 약품 비용 지불 지원) 79, 81, **92-94**, 95, 112, 120
 안경 **41**, 55, 75

F

대변 잠혈 검사 36-37
 연방 정부 직원 건강 혜택(FEHB) 프로그램 89
 연방 인증 의료 센터 서비스 41, 46
 신축성 S자 결장경 검사 36
 독감 예방접종 **41**, 50, 122
 족부 진료 41
 처방집 81, 85-86, 88, 99, **120**
 사기 103, **105-106**

G

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

H

Health Insurance Marketplace®(건강 보험 마켓플레이스) 18, 19, **20**
 건강관리기구(HMO) 플랜 61, **66**
 건강 위험도 평가 54
 건강 저축 계좌(HSA) 20
 보청기 42, **55**, 75
 B형 간염 예방접종 **42**, 50
 C형 간염 검사 43
 HIV 검사 43
 가정 건강 관리/서비스 9, 25, 26, 30, **43**, 100, 108
 가정 주입 요법 서비스, 장비 및 용품 39, **44**
 호스피스 의료 9, 25, **26-27**, 76, 87, 100
 HSA. 건강 저축 계좌(HSA)로 이동.

I

예방접종. 예방접종으로 이동.
 면역억제제 52-53, 64, 91
 소득 관련 월별 조정 금액(IRMAA) 23, 82
 미국 원주민 보건 서비스(Indian Health Service, IHS) 84, **90**, 119
 초기 가입 기간 17, 18, 20, 23, **71**, 80, 83, 84
 입원 환자 진료 27~28
 기관 28, 93
 인슐린 38, 57, 88

J

가입

메디케어 약품 플랜 79-80
메디케어 건강 플랜 63-64

K

신장질환 교육 44

신장 투석. 투석으로 이동.

신장 이식 44, 45, 52-53, 64, 98

L

실험실 검사 44, 51

지연 가입 가산금. 가산금으로 이동.

일생의 예비일(Lifetime reserve days) 120

장기 요양 29, 55, 56, 75, 87, 108, 120

메디케어 카드 분실. 메디케어 카드 교체로 이동.

폐암 검사 44

림프부종 압박 치료 품목 45

M

유방 촬영술 45, 70

마켓플레이스. 건강 보험 마켓플레이스

Health Insurance Marketplace®(건강 보험
마켓플레이스)로 이동.

메디케이드 10, 11, 18, 19, 21, 30, 35, 52, 55-59,
65, 70, 74, 88, 91-95, 103, 120

의료 신원 도용 105

의료적 영양요법 38, 45

의료저축계좌(MSA) 플랜 64-65, 67, 79

메디케어

파트 A(입원 보험) 25-29

파트 B(의료 보험) 30-56

파트 C(메디케어 어드밴티지 플랜) 61-74

파트 D(메디케어 약품 보장) 79-90

메디케어 계정 14, 24, 91, 105, 107, 108, 109, 111

메디케어 행정계약자 99, 103

메디케어 어드밴티지 공식 가입 기간 13,
71-73, 80

메디케어 어드밴티지 플랜 121

다른 보장과 함께 적용되는 방식 64-65

플랜 유형 66-70

메디케어 앱 59

메디케어 수혜자 옴부즈맨 106

메디케어 카드 15, 25, 61, 107, 108, 109, 112, 113

메디케어 코스트 플랜 55, **73**, 79, 82, 121

메디케어 약품 플랜 79-90

메디케어 처방전 지불 플랜 83

메디케어 절약 프로그램(MSP) 91-92

메디케어 요약 통지(MSN) 58, 91, 99, 101, 103,

105, 109

메디케어 보충보험(메디캡) 10-12, 30, 56-58,

64, 75-78, 89, 121

약물 치료 관리 서비스 88

메디캡. 메디케어 보충보험으로 이동.

정신 건강 관리 46

MSN. 메디케어 요약 통지로 이동.

N통지 28, **58-59**, 62, 69, 81, 91, 97, 99, 101,

103-105, 109, 110, 123

접근성 강화 소통 124

책임의료기관(ACO) 110

비급여에 대한 사전 수혜자 통지(ABN) 101

연간 변경 고지 63

메디케어 외래환자 관찰 고지

("MOON"이라고도 함) 28

메디케어 요약 통지(MSN) 58-59

비차별 고지 123

개인 정보 취급 방침 고지 103-105

전문 간호사 39, 41, 43, 46, 48

요양원 26, 56, 74-75, 93-95, 108

의료적 영양요법 서비스. 의료적
영양요법으로 이동.

O

관찰 28, 101

작업치료 서비스 43, **46**

민권 사무소 104, 123

인사 관리실 24, 89, **113**
 공식 가입 **13**, 63, 71-73, 77, 80, 84
 오피오이드 사용 장애 치료 **47**, 54, 85-87
 OPM. 인사관리실로 이동.
 탈퇴(의사) 60
 오리지널 메디케어 **57-65**, 75, 78-80, 91, 94, 99, 101, 103, 109-110, 121
 보조기 품목 49
 외래 병원 서비스 47
 산소 40

P

PACE. 포괄적 노인 돌봄 프로그램으로 이동.
 결제 옵션(약품 보장). 메디케어 처방전 지불 플랜으로 이동.
 납부 옵션(보험료) 23-24
 골반 검사 및 자궁경부암 검사 34
 가산금 (지각 가입)
 파트 A(입원 보험) 17-18, 22
 파트 B(의료 보험) 15-18, 23, 25
 파트 D(메디케어 약품 보장) 64, 79, 81, 84-86, 89
 약제 보조 프로그램 95
 물리치료 서비스 48
 의사 보조 39, 41, 46, 48
 시범/시험 프로그램 **74**, 120-121
 폐렴 예방접종 **48**, 50, 54
 HIV 예방을 위한 노출 전 예방요법 39, **48**
 선호 제공자 기구 플랜(PPO) 61, 64-65, **68**
 처방전 지불 플랜 83
 예방 서비스 9, **30-55**, 90, 108-109, 122
 주치의 32, 34, 43, 46, 50, 57, 66-70, 110, **122**
 주요 치료 관리 서비스 48
 주요 질병 탐색 서비스 49
 개인 정보 취급 방침 고지 103-105
 민간 행위별 수가제(PFFS) 플랜 61, 64, **69**, 121
 포괄적 노인 돌봄 프로그램(PACE) **74**, 95
 전립선암 검사 49
 의지 품목 49

정신과 진료 27, 33, 46
 푸에르토리코 15-16, 53, 92-93, 95
 폐 재활 프로그램 49

R

철도 퇴직위원회(RRB) 15-16, 20, 23-24, 59, 82, 108, **113**
 의료 122
 메디케어 어드밴티지 플랜 11, 62, 66-70
 오리지널 메디케어 11, 57, 63
 파트 B 보장 서비스 30-55
 종교적 비의료 건강관리 기관 28
 메디케어 카드 교체 108, 112
 퇴직자 건강 보험(보장) 18-19, 21-22, 30, 58, 64, 88-90
 RRB. 철도 퇴직위원회로 이동.
 농촌 응급병원 32
 농촌 보건 클리닉 서비스 49

S

선별검사. 예방 서비스로 이동.
 시니어 메디케어 패트롤 프로그램 106
 서비스 가능 지역 11, 63, 74, 79, 81, **122**
 성병 검사 및 상담 50
 SHIP. 주 건강 보험 보조 프로그램으로 이동.
 예방접종(백신) 9, 41, 42, 48, **50**, 54, 108, 122
 S상 결장경 검사 36-37
 전문 간호 시설(SNF) 요양 9, 25, **29**, 74, 76, 100, 101, 110, **122**
 SNF. 전문 간호 시설(SNF) 요양으로 이동.
 SNP. 특별 필요사항 플랜(SNP)으로 이동.
 사회 보장국
 MSN 주소 변경 59
 파트 D 비용 지불 부가 지원 92
 기타 유용한 연락처 112-113
 파트 A 및 파트 B 보험료 22-24
 파트 D 보험료 82
 파트 A 및 파트 B 가입 15-19
 생활비보조금(SSI) 급여 93, **95**
 SPAP. 주 약제 보조 프로그램으로 이동.

8 주제 색인

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, 93
특별 필요사항 플랜(SNP) 70, 121
언어 병리학 서비스 39, 41, 43, 50
SSI. 생활비보조금으로 이동.
주 건강 보험 보조 프로그램(SHIP) 14, 16, 56, 60, 73, 77-78, 80, 83, 89, 94, 100, 105, 108, 114-117
주 의료 보조(메디케이드). 메디케이드로 이동.
주 의료 보조(메디케이드) 사무소 56, 58, 91, 94-95
주 약제 보조 프로그램 95
약물 사용 장애 치료 47, 51, 55, 86-87
보충보험(메디캡)
 약품 보장 89
 공식 가입 77
 오리지널 메디케어 58
생활비보조금(SSI) 93, 95
용품(의료) 27, 29, 37, 38, 43, 48, 49, 58, 75, 88, 90, 120
상처 드레싱 서비스 50

T

세금 양식 22-23
원격 의료 51, 110
검사(실험실 검사 제외) 51
계층(약품 처방집) 82, 85-86, 99-100
전환기 치료 관리 서비스 52

이식 서비스 16, 33, 44, 45, 52-53, 64, 85, 98
여행 12, 53, 75-76
트라이케어 19, 21, 52, 84, 90, 113, 119

U

노동조합
 약품 보장 79-80, 84, 88, 93
 메디케어 어드밴티지 플랜 64
 파트 B 가입 19
긴급하게 필요한 치료 12, 53

V

VA. 미국 재향군인회(VA)로 이동.
백신. 예방접종으로 이동.
재향군인 혜택 90
시력(안과) 41, 55

W

보행 보조기 40
“메디케어 가입 환영” 예방 진료 40, 54
웰니스 진료 9, 35, 54-55, 108
휠체어 9, 40

X

X선 촬영 28, 48, 51

메디케어는 어떻게 구성되어 있나요?



파트 A – 입원 보험

아래 내용을 보장합니다.

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

25–29페이지로 이동.



파트 B – 의료 보험

아래 내용을 보장합니다.

- 의사 및 기타 의료 서비스 제공자의 서비스
- 외래환자 진료
- 가정 방문 의료
- 내구성 의료 장비(예: 휠체어, 보행 보조기, 병실 침대, 기타 장비 등)
- 여러 가지 **예방 서비스** (검사, 예방접종, 연간 “웰니스” 진료)

30–55페이지로 이동.



파트 D – 약품 보장

처방약(권고되는 여러 가지 주사나 백신 등) 비용 부담을 지원.

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

79–90페이지로 이동.

귀하의 메디케어 옵션

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

오리지널 메디케어 (Original Medicare)

- 메디케어 파트 A(입원 보험) 및 파트 B(의료 보험)를 포함합니다.
- 메디케어 약품 보장(파트 D)을 받기 위해 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입하실 수 있습니다.
- 미국 어디서나 메디케어를 받는 의사와 병원을 방문하실 수 있습니다.
- 또한 본인 부담 비용(예: 20% **공동 보험금** (코인슈런스) 지불을 돋는 추가 보장을 사용하거나 구매하실 수 있습니다.

파트 A



파트 B



추가하실 수 있습니다:

파트 D



또한 추가하실 수 있습니다:

보충 보험



오리지널 메디케어가 지불하지 않는 일부 비용을 지불하는 데 도움이 될 수 있습니다. 여기에는 메디케어 보충보험 (**메디캡**)이 포함됩니다. 메디캡에 대해 자세히 알아보려면 75페이지로 이동하십시오. 혹은 현재 또는 이전 고용주나 노조가 제공하는 보장, 또는 **메디케이드** (자격 요건을 충족하는 경우)을 이용할 수 있습니다.

오리지널 메디케어에 대해 자세히 알아보려면 57페이지로 이동하십시오.

메디케어 어드밴티지 (Medicare Advantage) (파트 C라고도 함)

- 민영회사가 제공하는 메디케어 승인 플랜으로, 가입자의 의료와 약품을 보장하는 오리지널 메디케어에 대한 대안을 제안합니다. 이 플랜은 파트 A, 파트 B, 그리고 보통은 파트 D를 함께 묶습니다.
- 네트워크 내의 의사를 이용하고 특정 약물이나 서비스에 대한 승인을 받아야 할 수도 있습니다.
- 일반적으로 오리지널 메디케어와 다른 본인 부담 비용이 있으며, 본인 부담 비용 한도가 포함되어 있어 메디캡과 같은 추가 보장을 구입할 필요가 없습니다.
- 대부분의 플랜은 시각, 청각, 치아 등 오리지널 메디케어가 보장하지 않는 추가 혜택을 제공합니다.

파트 A



파트 B



대부분 플랜은 다음을 포함합니다.

파트 D



추가 혜택

더 낮은 본인 부담 비용

메디케어 어드밴티지에 대해 자세히 알아보려면 61페이지로 이동하십시오.

개요: 오리지널 메디케어와 메디케어 어드밴티지 플랜



의사와 병원 선택

오리지널 메디케어	메디케어 어드밴티지(파트 C)
<p>미국 전역에서 메디케어를 받는 모든 의사 또는 병원을 이용할 수 있습니다.* 의사가 책정금을 수락하지 않는 경우 더 많은 비용을 지불할 수 있습니다.</p> <p>*50개 주, 컬럼비아 특별구, 푸에르토리코, 미국령 버진아일랜드, 괌, 북마리아나 제도, 미국령 사모아 포함.</p>	<p>플랜 네트워크에 소속된 의사 및 다른 제공자를 이용해야 할 수도 있으며 서비스 가능 지역(비응급의 경우). 플랜에 따라서는 네트워크를 벗어난 경우도 비응급 보험을 인정하지만, 그럴 경우 일반적으로 비용이 높아집니다.</p>
<p>대부분의 경우, 전문가를 이용하는 데 의뢰가 필요하지 않습니다</p>	<p>전문의 진료를 받으려면 의뢰가 필요할 수도 있습니다.</p>



비용

오리지널 메디케어	메디케어 어드밴티지(파트 C)
<p>파트 B 보장 서비스의 경우, 일반적으로 메디케어 승인 금액의 20%를 부담합니다. 이것은 공제액을 충족한 후입니다. 이 금액을 공동 보험금이라고 합니다.</p>	<p>본인 부담 비용은 다양합니다. 플랜에 따라 특정 서비스에 대한 본인 부담 비용이 다를 수 있습니다.</p>
<p>귀하는 파트 B에 대한 월별 보험료를 지불합니다. 메디케어 약품 플랜에 가입하기로 선택한다면 메디케어 약품 보장(파트 D)에 대해 별도의 보험료를 지불하셔야 합니다.</p>	<p>매월 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 포함되어 있으므로 별도의 파트 D 보험료가 없습니다.</p>
<p>귀하가 메디케어 보충보험(메디캡), 메디케이드, 고용주 보험, 은퇴 보험, 노조 보험과 같은 보충보험에 가입하지 않은 한, 본인 부담 비용에는 연간 한도가 없습니다.</p>	<p>보장되는 메디케어 서비스에 대해 귀하가 지불하는 비용에는 플랜 연간 한도가 있습니다(여기에는 네트워크 내 및 네트워크 외부 서비스에 대한 다른 한도가 포함될 수 있습니다). 플랜의 한도에 도달하면, 그 해의 나머지 기간 동안 보장되는 서비스에 대해 비용을 지불하지 않게 됩니다.</p>
<p>메디캡 구매를 선택해서 메디케어가 보장하지 않는 본인 부담 비용(예: 20% 공동 보험금) (77페이지)을 지불하는 데 도움을 받을 수 있습니다. 혹은 현재 또는 이전 고용주나 노조, 또는 메디케이드(자격 요건을 충족하는 경우)를 통한 보장을 이용할 수 있습니다.</p>	<p>본인 부담 비용을 충당하기 위해 메디캡을 구입할 수는 없습니다. 그러나 현재 또는 이전 고용주나 노동조합 또는 메디케이드(자격 요건을 충족하는 경우)의 보장을 사용할 수 있습니다.</p>



보장

오리지널 메디케어	메디케어 어드밴티지(파트 C)
오리지널 메디케어 대부분의 의학적으로 필요한 서비스와 용품을 병원, 의사 진료소, 기타 의료 시설에서 보장합니다. 오리지널 메디케어는 정기 검진, 시력 검사, 대부분의 치과 진료와 같은 일부 서비스를 보장하지 않습니다(55페이지).	플랜은 오리지널 메디케어가 보장하는 필요한 의료 서비스를 모두 보장해야 합니다. 플랜은 또한 오리지널 메디케어가 제공하지 않는 추가 혜택을 제공할 수 있습니다.
대부분의 경우 오리지널 메디케어로 서비스 또는 소모품을 보장받는 데 승인이 필요하지 않습니다 (사전 승인).	특정 서비스나 소모품을 보장받기 위해서는 플랜에서 승인 (사전 승인)을 받아야 할 수도 있습니다.
별도의 메디케어 약품 플랜에 가입하여 메디케어 약품 보장(파트 D)을 받으실 수 있습니다.	대부분의 메디케어 어드밴티지 플랜에는 파트 D 가 포함되어 있으며 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입할 필요가 없습니다.



외국 여행

오리지널 메디케어	메디케어 어드밴티지(파트 C)
오리지널 메디케어는 일반적으로 미국 외부에서의 진료를 보장하지 않습니다. 미국 이외의 지역에서 응급 치료를 보장하는 메디케어 보충보험(메디캡)에 가입할 수 있습니다.	플랜은 일반적으로 미국 외부에서의 진료를 보장하지 않습니다. 일부 플랜은 미국 외부를 여행할 때 응급 및 긴급하게 필요한 서비스를 보장하는 추가 혜택을 제공할 수 있습니다.

2026년의 **보험료** 금액, 약값, 소득 한도는 인쇄 당시에 알 수 없었습니다. [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)를 방문하여 최신 정보를 얻으십시오.

메디케어 시작하기

다음을 확인하십시오.

- 자신의 메디케어 보험 옵션에 대한 이해.** 메디케어로 보장받는 데는 크게 **오리지널 메디케어**(파트 A와 파트 B), 그리고 메디케어 어드밴티지(파트 C)를 통하는 두 가지 방법이 있습니다. 10-12페이지로 이동하여 자세히 알아보고 비교하십시오.
- 가입 방법과 시기를 알아보십시오.** 메디케어 파트 A 또는 파트 B가 없는 경우 15페이지로 이동하십시오. 메디케어 약품보험(파트 D)에 가입하지 않은 경우 79페이지로 이동하십시오.
- 다른 보험이 있는 경우 메디케어가 어떻게 함께 적용되는지 알 필요가 있습니다.** 자세한 내용은 19-22페이지로 이동해서 확인하십시오.
- 매년 메디케어 의료 및 약품 보장을 검토해야 합니다.** 여전히 필요 사항을 충족하는지 확인하고 변경할지 여부를 결정합니다. 매년 메디케어에 가입할 필요는 없지만, 옵션은 여전히 검토해야 합니다.



이 중요한 날짜를 달력에 표시해주세요!

2025년 10월 1일	현재 메디케어 의료 또는 약품 보장을 2026년 옵션과 비교해 봅니다. 비용을 절약하거나 추가 혜택을 받으실 수 있습니다. Medicare.gov/plan-compare
2025년 10월 15일부터 12월 7일까지	원하는 경우 2026년 메디케어 의료 보장 또는 약품 보장을 변경합니다. 매년 해당 공식 가입 기간에 메디케어 어드밴티지 플랜 또는 메디케어 약품 플랜에 가입, 변경, 탈퇴하거나, 오리지널 메디케어로 전환할 수 있습니다.
2026년 1월 1일	변경하셨다면 새 보험이 적용됩니다. 기존 보험을 유지한 채 플랜 비용 또는 혜택이 변경된 경우 해당 변경 또한 이 날짜에 시작됩니다. (10일 후에 이러한 변경 사항이 계정에 없는 경우 플랜에 문의하십시오.)
2026년 1월 1일부터 3월 31일까지	메디케어 어드밴티지 플랜에 가입 중인 경우 , 이 기간에 한 번은 다른 메디케어 어드밴티지 플랜 또는 오리지널 메디케어로 변경 (및 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입)하실 수 있습니다. 귀하가 변경한 내용은 플랜이 귀하의 요청을 접수한 후 다음 달의 첫째 날부터 적용됩니다 (63페이지). 이 기간 동안 오리지널 메디케어에서 메디케어 어드밴티지 플랜으로 전환하거나, 오리지널 메디케어에 가입한 경우 메디케어 의약품 플랜에 가입하거나, 오리지널 메디케어에 가입한 경우 한 메디케어 의약품 플랜에서 다른 메디케어 의약품 플랜으로 전환할 수 없습니다.

중요! 처음 자격 요건을 충족할 때 메디케어에 가입하지 않으면 더 많은 비용을 지불하게 될 수 있습니다. 22-23페이지(파트 A, 파트 B) 및 83페이지(파트 D)에서 자세한 가입 가산금에 대한 내용을 확인하십시오.

보장 옵션 살펴보기

- 의료 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 전화하실 수 있습니다.
- 주 건강 보험 보조 프로그램(SHIP)에서 무료 맞춤형 건강 보험 상담을 받으십시오. 114-117페이지로 이동하여 지역별 SHIP 전화번호를 확인하거나 shiphelp.org를 방문하십시오.
- 신뢰할 수 있는 대리인이나 중개인의 도움을 받을 수도 있습니다. [Medicare.gov/health-drug-plans/health-plans/your-coverage-options/plan-marketing-rules](https://www.Medicare.gov/health-drug-plans/health-plans/your-coverage-options/plan-marketing-rules)를 방문하여 자세히 알아보십시오.

의료 비용 지불에 대한 지원 받기

비용을 지원하는 다양한 프로그램이 있습니다. 메디케어에 가입한 많은 사람들이 자격 요건을 충족합니다 (91-95페이지).

디지털 전환

보안이 유지되는 메디케어 계정에 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)로그인하시거나(또는 계정을 생성) 전자 안내서로 바꾸십시오. 매년 가을 서면 책자를 우편으로 발송하는 대신 PDF 버전 링크를 이메일로 송부해 드립니다. 스마트폰이나 전자 리더기가 있으면 어디를 가든 핸드북을 가지고 다닐 수 있습니다.

섹션 1:

메디케어 가입

내가 파트 A와 파트 B에 자동으로 가입될까요?

이미 **사회 보장 또는 철도 퇴직 위원회(RRB)** 혜택을 받고 있는 경우, 파트 A와 파트 B에 65세가 되는 달의 첫날부터 자동으로 가입됩니다. 만약 생일이 그달의 첫날이라면, 파트 A 및 파트 B는 그 전달의 첫날부터 시작됩니다.

만 65세 미만이고 장애가 있으시다면, 24개월 동안 사회보장국에서 장애 혜택을 받거나 철도 은퇴위원회로부터 특정 장애 혜택을 받은 후 파트 A 및 파트 B에 자동으로 가입됩니다.

푸에르토리코에 거주하고 사회 보장 또는 RRB의 혜택을 받는 경우 자동으로 파트 B에 가입되지 않습니다. 따로 가입해야 합니다(16페이지).

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

메디케어에 자동으로 가입된 경우, 65세가 되는 생일 또는 장애 혜택을 받은지 25개월이 되는 때의 3개월 전에 우편으로 빨간색, 흰색, 파란색으로 구성된 메디케어 카드를 받게 되며, 파트 A에 대한 **보험료**를 지불할 필요가 없습니다 (때때로 “무보험료 파트 A”라고도 함). 대부분의 사람은 파트 B를 유지하기로 선택합니다. 파트 B를 원하지 않는 경우 메디케어 카드에 표기된 보장 시작일 전에 저희에게 알려주십시오. 아무 조처도 하지 않으면 파트 B를 유지하게 되며 사회 보장 또는 RRB 급여를 통해 파트 B 보험료를 지불해야 합니다. 다른 보장이 있고 파트 B를 유지해야 하는지 결정하는 데 도움이 필요한 경우 19페이지로 이동하십시오. **파트 B를 유지하지 않기로 했지만 나중에 생각이 달라진 경우**, 특정 시기에만 가입할 수 있기 때문에 메디케어 파트 B 보장 수혜가 지연될 수 있습니다. 또 **파트 B(23페이지)**가 있는 한 지연 가입 가산금(월 보험료에 추가됨)을 지불해야 할 수도 있습니다.

파트 A 및/또는 파트 B에 가입해야 하나요?

65세에 가깝지만 사회 보장 급여 또는 RRB 급여를 받지 ‘못하는’ 경우, 메디케어에 가입해야 합니다. SSA.gov/medicare/sign-up를 참조하여 파트 A와 파트 B를 신청하십시오. 65세가 되기 3개월 전에 사회보장국에 연락하여 약속을 잡을 수도 있습니다. 철도 회사에서 일하셨다면 RRB.gov를 방문하거나 RRB에 1-877-772-5772로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-312-751-4701번으로 문의하실 수 있습니다.

대부분의 경우, 처음 자격 요건을 충족할 때 파트 B에 가입하지 않으면, 향후 특정 시기에만 가입할 수 있기 때문에 메디케어 파트 B 보장을 받는 데 지연이 있을 수 있습니다. **파트 B(23페이지)**가 있는 한 지연 가입 가산금(월 보험료에 추가됨)을 지불해야 할 수도 있습니다.

말기 신장 질환(ESRD)이 있고 메디케어로 보장받고자 하는 경우, 가입해야 합니다. ESRD 품질 보고 시스템에서 “말기 신장 질환 의학적 증거 보고서”(양식 CMS-2728)를 작성할 때 투석 시설에서 도움을 받을 수 있습니다. 양식이 작성되면 시설에서 양식 사본을 제공하거나 사회 보장국에 제출하일을 도울 것입니다. 파트 A 및 파트 B 가입에 대한 자세한 내용은 사회보장국에 문의하십시오. 또한 [Medicare.gov/publications](https://www.medicare.gov/publications)를 방문하여 “신장 투석 및 신장이식 서비스의 메디케어 보장” 소책자를 검토하여 자세히 알아볼 수 있습니다.

중요! 푸에르토리코에 거주하며 사회보장 또는 철도연금위원회(RRB)로부터 혜택을 받는 경우, 귀하는 파트 A를 65세가 되는 달의 첫날 또는 24개월 동안 장애 혜택을 받은 후 자동으로 받게 됩니다. 그러나 파트 B에 가입하고 싶다면 “파트 B 가입 신청서” 양식(CMS-40B)을 작성하여 가입해야 합니다. 이 양식을 받으려면 [Medicare.gov/basics/forms-publications-mailings/forms/enrollment](https://www.medicare.gov/basics/forms-publications-mailings/forms/enrollment)를 방문하거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하여 사본을 우편으로 받으십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하실 수 있습니다. 처음 자격 요건을 충족할 때 파트 B에 가입하지 않으면 특정 시기에만 가입할 수 있기 때문에 향후 파트 B 보장을 받는 데 자연이 있을 수 있습니다. **파트 B (23페이지)가 있는 한 지역 가입 가산금(월 보험료에 추가됨)을 지불해야 할 수도 있습니다.**

어디서 자세한 정보를 얻을 수 있나요?

메디케어 자격에 대한 자세한 정보를 확인하고 파트 A 및/또는 파트 B에 가입하고자 한다면 (자동으로 가입되지 않는 경우) [SSA.gov/medicare/sign-up](https://www.ssa.gov/medicare/sign-up)를 방문하십시오. 철도 회사에서 일했거나 RRB 혜택을 받고 계신 경우 [RRB.gov](https://www.rrb.gov)을(를) 방문하거나 RRB에 1-877-772-5772로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-312-751-4701로 전화하실 수 있습니다.

주 건강 보험 보조 프로그램(SHIP)에서 무료로 제공되는 공정한 맞춤형 건강 보험 상담도 받으실 수 있습니다. 114-117페이지로 이동하여 지역별 SHIP 전화번호를 확인하거나 방문 [shiphelp.org](https://www.shiphelp.org)를 방문하십시오.

메디케어 파트 A 및/또는 파트 B에 가입했다면 이제 보장 옵션을 살펴볼 차례입니다.
사람들은 다양한 방식으로 메디케어 보장을 받습니다. 보장을 최대한 활용하려면 옵션을 검토하고 귀하의 필요에 가장 적합한 옵션을 결정하십시오 (11-13페이지).

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

무보험료 파트 A에 자동으로 가입되지 않았지만(예를 들어, 여전히 일하고 있고 아직 사회보장 또는 RRB 혜택을 받고 있지 않기 때문에) 자격 요건을 충족한다면, 메디케어 자격 요건을 처음 충족한 후 언제든지 가입할 수 있습니다 (22페이지).

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

17-18페이지에 명시된 가입 기간에만 파트 B에 가입할 수 있습니다.

중요! 대부분의 경우, 처음 자격 요건을 충족할 때 파트 A(구매해야 하는 경우)와 파트 B에 가입하지 않으면, 가입이 지연될 수 있고 월별 **보험료**에 추가되는 지연 가입 가산금을 내야 할 수 있습니다(22-23페이지).

파트 A 및 파트 B 가입 기간은 무엇인가요?

이 가입 기간에만 파트 B(및/또는 구매해야 하는 경우 파트 A)에 가입할 수 있습니다.

초기 가입 기간

일반적으로 65세가 되는 때로부터 3개월 전에 시작되고 65세가 되는 달로부터 3개월 후에 종료되는 7개월의 기간 동안 파트 A 및/또는 파트 B에 처음 가입하실 수 있습니다. 생일이 그 달의 1일인 경우 7개월의 기간은 65세가 되는 달의 4개월 전에 시작하여 65세가 되는 달 이후 2개월에 끝납니다.

예: 6월 2일에 65세가 되면 7개월의 기간은 3월에 시작하여 9월에 끝납니다. 6월 1일에 65세가 되면 7개월의 기간은 2월에 시작하여 8월에 끝납니다.

Part A 및/또는 Part B에 초기 가입 기간의 첫 3개월 동안 가입하시면, 대부분의 경우 귀하의 보장은 생일이 있는 달의 첫날부터 시작됩니다. 하지만 만약 생일이 그달의 첫날이라면, 보장은 그 전달의 첫날부터 시작됩니다.

65세가 되는 달 또는 초기 가입 기간의 마지막 3개월 동안 가입하시면, 가입하고 나서 다음달 1일부터 보장이 시작됩니다.

특별 가입 기간

초기 가입 기간이 끝난 후 특별 가입 기간에 메디케어에 가입할 기회가 있을 수 있습니다. 예를 들어, **현재 고용(귀하에게 장애가 있는 경우 본인, 배우자 또는 가족 구성원의 고용)을 기반으로 하는 그룹 건강 플랜 보장이 있어** 처음 자격 요건을 충족했을 때 파트 B

(또는 구매해야 하는 경우 파트 A)에 가입하지 않았다면, 다음 기간에 파트 A 및/또는 파트 B에 가입하실 수 있습니다.

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

가입하고 나서 다음 달 1일부터 보장이 일반적으로 시작됩니다. 귀하(또는 귀하의 배우자)가 아직 근무 중이고 보험에 가입한 동안 또는 고용주 보장이 종료된 후 첫 달 이내에 파트 B에 가입한 경우 파트 B 시작일을 최대 3개월까지 연기하도록 요청할 수 있습니다. 일반적으로 특별 가입 기간에 가입하는 경우 지연 가입 가산금을 내지 않으셔도 됩니다. 이 특별 가입 기간은 말기 신장 질환(ESRD)으로 메디케어 자격이 생겼거나 아직 초기 가입 기간이면 적용되지 않습니다.

파트 A 및/또는 B에 가입하려면 SSA.gov/medicare/sign-up를 방문하십시오.

중요! COBRA(통합 옴니버스 예산 조정법) 보장은 현재 고용을 기반으로 한 보장으로 간주되지 않으며 현재 이 특별 가입 기간에 고용주 보장으로 간주되지 않습니다.

퇴직자 건강 플랜, VA 보장, 개인 건강 보험 보장[예: Health Insurance Marketplace[®] (건강 보험 마켓플레이스를) 통한 보장]도 마찬가지입니다. COBRA를 다시 고려하고 있다면, COBRA 보험 대신에 또는 그에 추가하여 파트 B를 선택해야 하는 이유가 있을 수 있습니다. **현재 고용**에 기반한 보장이 종료된 후, COBRA 선택 여부와 무관하게 가산금 없이 파트 B에 가입할 수 있는 기간은 8개월입니다. 그러나 COBRA가 있고 메디케어 자격 요건을 충족하는 경우 **COBRA는 의료비의 일부만 지불할 수 있습니다.** 일반적으로 COBRA 보장이 종료되었을 때는, 특별 가입 기간에 메디케어에 가입할 자격은 주어지지 않습니다. 89페이지에서 COBRA 보장에 관한 추가 정보를 확인하십시오. 가산금을 내지 않으려면 처음 자격 요건을 충족하게 됐을 때 반드시 메디케어에 가입해야 합니다.

퇴직자 보장이 있는 경우 파트 A와 파트 B가 모두 없다면 의료 서비스 비용을 지불하지 않을 수 있습니다.

특별 가입 기간에 대한 예외적인 상황

특별 가입 기간 동안 메디케어에 가입할 수 있는 다른 상황이 있습니다. 특정 상황, 예를 들어 자연재해나 긴급 상황, 투옥, 고용주 또는 건강 플랜의 오류, **메디케이드** 보장 상실, 그 외에 메디케어가 예외적이라고 판단하는 본인의 통제 밖의 기타 상황으로 인해 가입 기간을 놓친 경우 자격이 있을 수 있습니다. 자세한 정보는 **Medicare.gov**를 방문하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하실 수 있습니다.

중요! 최근에 메디케이드를 잃었습니까? 현재 메디케어 유자격자이지만 처음 자격이 생겼을 때 메디케어에 가입하지 않은 경우, 지역 가입 가산금 없이 파트 A와 파트 B에 가입할 수 있습니다. 이미 메디케어가 있지만 메디케이드를 잃은 경우에도 보장 옵션이 있습니다. 자세한 내용은 “Losing Medicaid? (메디케이드 상실?)” 팩트 시트 ([Medicaid.gov/resources-for-states/downloads/medicare-sep-factsheet.pdf](https://www.medicaid.gov/resources-for-states/downloads/medicare-sep-factsheet.pdf))를 확인하십시오.

일반 가입 기간

초기 가입 기간을 놓치고 특별 가입 기간에 대한 자격이 없는 경우, 일반 가입 기간 (매년 1월 1일-3월 31일) 동안 파트 B에 가입할 수 있습니다. 보험료 면제 파트 A 대상자가 아니고 초기 가입 기간을 놓친 경우 이 기간 동안 파트 A를 구매할 수도 있습니다. **지역 가입 시 더 높은 파트 A 및/또는 파트 B 보험료를 지불해야 할 수도 있습니다**(22-23페이지).

일반 가입 기간 동안 가입하시면 가입하고 나서 다음 달 1일부터 보장이 시작됩니다.

가입 기간에 대한 자격 여부가 확실하지 않으신가요? **Medicare.gov** 또는를 방문하여 1-800-MEDICARE로 전화하십시오.

다른 건강 보험이 있습니다. 내가 파트 B에 가입해야 합니까?

이 정보는 귀하가 받을 수 있는 건강 보장 유형에 따라 파트 B에 가입할지 결정하는데 도움이 될 수 있습니다.

고용주 또는 조합이 제공하는 보장

귀하 또는 귀하의 배우자(또는 귀하가 장애가 있는 경우 가족 구성원)가 **여전히 일하고 있고 해당 고용주나 노동조합을 통해 건강 보험에 가입되어 있는 경우, 귀하의 보장이 메디케어와 어떻게 연동되는지 알아보려면 21페이지로 이동하십시오.** 고용주나 노동조합 혜택 관리자에게 연락해서 정보를 얻으실 수도 있습니다. 여기에는 연방 정부 또는 주 정부 고용 및 현역 군 복무가 포함됩니다. **귀하 또는 배우자의 현재 고용에 근거한 건강 보험이 있는 동안은 파트 B 가입을 연기하는 것이 귀하에게 유리할 수도 있습니다.**

현재 고용을 기반으로 한 보장에는 다음 사항이 포함되지 않습니다.

- COBRA(또는 유사한 고용 종료 후 지속 보장)
- 퇴직자 보장
- 재향 군인(VA) 보장
- 개인 건강 보험(예: 건강 보험 마켓플레이스®를 통한 보험)
- 퇴직금 또는 정리해고를 통해 받는 이전 고용주 보장

TRICARE

TRICARE(현역 및 퇴역 군인과 그 가족을 위한 의료 프로그램)에 가입한 경우, **일반적으로 처음 자격 요건을 충족하게 되었을 때 파트 A와 파트 B에 가입해야 합니다.** 그러나 현역 군인이거나 현역 군인 가족이면 트라이케어 보장을 유지하기 위해 파트 B에 가입할 필요가 없습니다. 자세한 정보는 귀하의 트라이케어 계약자에게 문의하십시오 (90페이지).

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

메디케이드

대부분의 경우 주 **메디케이드** 프로그램에서 파트 B **보험료**를 지불합니다. 메디케이드 프로그램이 파트 B보험료를 지불하지 않는 경우, 메디케어 절약 프로그램 (91-92페이지)을 통해 주에서 파트 A 및 파트 B 보험료 지불에 대한 도움을 받을 수 있습니다. 파트 B 가입에 대해 자세히 알아보려면 15페이지로 이동하십시오. 메디케이드가 있고 파트 B가 없는 경우 메디케어는 메디케어가 보장하는 파트 A 서비스에 대해 먼저 지불합니다.

메디케이드에 대한 자세한 정보와 자격 유무를 확인하시려면 Medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu를 방문하거나, 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 관할 주의 메디케이드 사무소 전화번호를 문의하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하실 수 있습니다.

Health Insurance Marketplace® (건강보험 마켓플레이스)

마켓플레이스를 통해 보장받고 있거나 현재 근로에 기반하지 않은 기타 개인 건강 보험이 있더라도, 메디케어 보장이 지연되고 메디케어 지연 가입 가산금이 발생할 가능성을 피하려면 처음 자격 요건을 충족하게 되었을 때 메디케어에 가입하셔야 합니다.

마켓플레이스 보험에 가입된 경우:

- 메디케어 자격을 충족하게 되었을 때 보장 범위가 중복되지 않도록 적시에 마켓플레이스 보장을 종료해야 합니다.
- 무보험료 파트 A에 가입할 자격이 있거나 이미 파트 A **보험료**가 있는 경우, 마켓플레이스 플랜 보험료 또는 기타 의료 비용을 지불하는 데 마켓플레이스의 도움을 받을 수 없습니다. 마켓플레이스 플랜 보험료 납부에 대한 도움을 계속 받는다면, 연방 소득세를 신고할 때 받은 지원의 전부 또는 일부를 반환해야 할 수도 있습니다.

메디케어 보장이 시작될 때 마켓플레이스 플랜 또는 마켓플레이스 저축을 종료하는 방법을 알아보려면 HealthCare.gov/medicare/changing-from-marketplace-to-medicare를 방문하십시오. 또한 마켓플레이스(건강보험 거래소) 콜센터에 1-800-318-2596으로 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-855-889-4325번을 이용하십시오.

건강 저축 계좌(HSA)

메디케어에 가입한 후에는 HSA에 납입할 수 없습니다. 파트 A 보장이 시작되기 전 달에 마지막 HSA 분담금을 납부하는 것을 고려하면 세금 가산금을 피하는 데 도움이 될 수 있습니다. 무보험료 파트 A 보장은 파트 A에 가입하거나 사회보장 또는 철도 퇴직위원회(RRB) 혜택을 신청한 날로부터 6개월 전으로 (소급하여) 돌아가지만, 메디케어 가입 자격을 충족하게 된 첫 달 이전으로는 소급되지 않습니다. 파트 A 수혜자가 되는 방법에 따라 소급 기간이 다를 수 있습니다. 아래 차트를 검토하여 HSA 납입을 중단하는 최선의 시기를 결정하는 데 참고하십시오.

메디케어에 가입하는 경우:	초기 가입 기간 동안	65세가 되기 한 달 전에 마지막 HSA 분담금을 납부하면 세금 가산금을 피할 수 있습니다.
	최초 가입 기간 종료 후 2개월	그리고 생일이 그 달의 1일입니다.
		일반적으로, 귀하의 메디케어 보장은 65세가 되기 전 달의 첫날에 시작됩니다. 65세가 되기 두 달 전에 마지막 HSA 분담금을 내면 세금 가산금을 피할 수 있습니다.
메디케어 가입을 기다리는 경우:	65세가 된 후 6개월 미만	65세가 되기 한 달 전에 HSA 분담금을 중단하면 세금 가산금을 피할 수 있습니다.
	65세가 된 후 6개월 이상	메디케어 신청 월 6개월 전에 HSA 분담금을 중단하면 세금 가산금을 피할 수 있습니다.

주: 의료 저축 계좌(MSA) 플랜은 HSA(67페이지)와 유사합니다.

나의 다른 보험과 메디케어는 어떻게 연동되나요?

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

퇴직자 건강 보험(귀하 또는 귀하의 배우자의 이전 직장에서의 보험과 같이)에 가입되어 있을 경우...	메디케어가 먼저 지급합니다.
귀하가 65세 이상이고, 귀하 또는 귀하의 배우자의 현재 고용을 기반으로 한 단체 건강 플랜 보장이 있으며, 고용주가 20명 또는 그 이상의 직원을 보유하고 있거나 귀하의 고용주의 직원은 20명 미만이지만 직원이 20명 이상인 다른 고용주가 포함된 다중 고용주 플랜의 일부인 경우...	그룹 건강 플랜이 먼저 지급합니다.
귀하가 65세 이상이고 귀하 또는 귀하 배우자의 현재 고용 상태에 따라 그룹 건강 플랜 보장이 있으며, 고용주에게 직원이 20명 미만 있을 경우...	메디케어가 먼저 지급합니다.
귀하가 65세 미만이고 장애가 있으며, 귀하 또는 가족 구성원의 현재 고용을 기반으로 한 단체 건강 플랜 보장이 있고, 고용주가 100명 이상의 직원을 보유하고 있거나 고용주가 100명 미만의 직원을 보유하고 있지만 다른 고용주가 100명 이상의 직원을 보유한 다중 고용주 플랜의 일부인 경우...	그룹 건강 플랜이 먼저 지급합니다.
귀하가 65세 미만이고 장애가 있으며, 귀하 또는 가족 구성원의 현재 고용 상태에 따라 그룹 건강 플랜 보장이 있고, 고용주에게 직원이 100명 미만 있을 경우...	메디케어가 먼저 지급합니다.
귀하 또는 가족 구성원의 고용 또는 이전 고용 상태에 따라 그룹 건강 플랜 보장이 있고 말기 신장 질환 (ESRD)으로 인해 메디케어 자격이 있는 경우...	귀하의 그룹 건강 플랜은 귀하가 메디케어에 가입할 자격이 생긴 후 첫 30개월 동안 먼저 비용을 지급합니다. 메디케어는 이 30개월의 기간이 지난 후 첫 지급을 합니다.
트라이케어에 가입한 경우...	메디케어는 가입자가 현역 복무 중이거나 군 병원이나 진료소 또는 그 밖의 연방 의료 서비스 제공자로부터 물품이나 서비스를 받지 않는 한 먼저 비용을 지불합니다.
메디케이드에 가입되어 있을 경우...	메디케어가 먼저 지급합니다.

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

유의사항:

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

[Medicare.gov/publications](#)를 방문하여 “메디케어와 기타 보험의 연동” 소책자를 검토하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 자세한 내용을 알아보십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하실 수 있습니다.

중요! 그룹 건강 플랜 보장이 종료되면 1-800-MEDICARE로 전화하여 기록을 업데이트하십시오. 보험에 다른 변경 사항이 있는 경우, 메디케어의 혜택 조정 및 회복 센터(1-855-798-2627)로도 전화하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-855-797-2627로 전화하실 수 있습니다. 은퇴하시는 경우 1-800-MEDICARE에 전화하여 기본 보험 정보가 올바른지 확인하십시오.

파트 A에 가입된 경우 메디케어에서 “건강 보험” 양식(국세청 양식 1095-B)을 받으실 수 있습니다. 이 양식은 귀하께서 작년에 건강 보험에 가입했음을 증명합니다. 기록을 위해 양식을 보관하십시오. 모든 사람이 이 양식을 받는 것은 아닙니다. 1095-B 양식을 받지 못하더라도 안심하십시오. 세금 신고에 필요하지 않더라도 메디케어에 사본을 요청할 수 있습니다.

내가 파트 A 보험료를 지불해야 하나요?

보통은 귀하 또는 귀하의 배우자가 일정 기간 동안 근무하면서 메디케어 세금을 납부하셨다면, 파트 A 보장을 위해 월 **보험료**를 지불하실 필요가 없습니다. 이것은 무보험료 파트 A라고도 불립니다. 무보험료 파트 A 자격 요건을 충족하지 않는다면 파트 A를 구입하실 수도 있습니다. 파트 A 보험료를 지불하는 방법에 대한 자세한 내용은 24페이지를 참조하십시오.

파트 A를 구입하는 경우, 본인 또는 배우자가 일을 하면서 메디케어 세금을 납부한 기간에 따라 2025년에는 매달 \$285 또는 \$518의 보험료를 내게 됩니다. 파트 A 보험료 납부에 도움이 필요하시면 91-92페이지로 이동하십시오. 파트 A 비용 지불에 대해 궁금한 사항이 있으면 [Medicare.gov](#)를 방문하거나 1-800-MEDICARE로 전화하십시오.

대부분의 경우 파트 A를 **구입**하기로 선택하면 파트 B에도 가입해야 하며 두 가지 모두에 대해 월 보험료를 내야 합니다. 파트 A를 구입하지 않기로 한 경우에도 자격이 된다면 여전히 파트 B를 구입할 수 있습니다.

최신 파트 A 보험료 액수를 확인하려면 [Medicare.gov](#)를 방문하십시오.

파트 A 자연 가입 가산금은 무엇인가요?

무보험료 파트 A에 가입할 자격이 없고, 처음으로 자격이 생겼을 때 가입하지 않은 경우, 귀하의 월 보험료는 10% 가산될 수 있습니다. 파트 A에 가입할 수 있었지만 가입하지 않은 연수의 두 배 동안 더 높은 보험료를 내야 합니다. 예를 들어, 2년 동안 파트 A에 대한 자격이 있었지만 가입하지 않은 경우 4년 동안 10% 더 높은 보험료를 내야 합니다.

파트 B 보장 비용은 얼마입니까?

2025년의 표준 파트 B **보험료** 금액은 \$185입니다. 대부분은 매달 표준 파트 B 보험료를 지불합니다.

메디케어는 2년 전 귀하의 IRS 세금 신고서에 보고된 수정된 조정 총 소득을 사용하여 귀하가 소득 관련 월별 조정 금액(IRMAA)이라고 하는 추가 요금을 지불해야 하는지 판단합니다.

2025년의 경우 2023년 수정된 조정 총 소득이 개별적으로 신고하는 경우 \$106,000 이상, 기혼 및 공동 신고의 경우 \$212,000 이상인 경우 IRMAA를 지불할 수 있습니다. IRMAA에 대해 자세히 알아보려면 [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)를 방문하십시오. 소득과 자원이 제한되어 있고 보험료 지불에 도움이 필요한 경우 91-92페이지로 이동하여 비용 지불에 도움이 될 수 있는 프로그램에 대한 정보를 확인하십시오.

최신 파트 B 보험료 금액 및 소득 한도를 확인하려면 [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)를 방문하십시오.

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

추가 금액을 지불해야 하지만 이에 동의하지 않는 경우(예: 생활 속 사건으로 소득이 감소함) [SSA.gov/medicare/lower-irmaa](https://www.ssa.gov/medicare/lower-irmaa)를 방문하십시오.

파트 B 지연 가입 가산금은 무엇인가요?

중요! 처음 자격이 되었을 때 파트 B에 가입하지 않으면, 파트 B에 가입할 때까지 지연 가입 가산금을 납부해야 할 수 있습니다. 파트 B. 귀하의 월 파트 B 보험료는 파트 B에 가입할 수 있었지만 가입하지 않은 각 12개월마다 10% 인상될 수 있습니다. 파트 B. 특별 가입 기간 동안 파트 B에 가입이 허용되거나, 메디케어 절약 프로그램에 가입하면 지연 가입 가산금을 내지 않을 수도 있습니다.

예: Smith 씨의 초기 가입 기간은 2021년 12월에 종료되었습니다. 그는 파트 B에 2024년 3월(일반 가입 기간 동안)이 되어서야 가입했습니다. 그의 파트 B 보험료 가산금은 20%이며, 파트 B를 보유하는 한 표준 파트 B 보험료 외에 추가로 이 가산금을 지급해야 합니다. (Smith 씨는 27개월 동안 파트 B가 없었지만, 여기에는 두 번의 12개월 기간만 포함되었습니다.)



비용과 보장내용: 메디케어 비용과 관련해 도움을 받는 방법을 알아보려면, 91페이지로 이동하십시오.

파트 B 보험료는 어떻게 지불하나요?

사회보장 혜택 또는 철도퇴직위원회(RRB) 혜택을 받는 경우, 귀하의 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 대한 질문이 있는 경우 1-877-772-5772로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-312-751-4701로 전화하실 수 있습니다.

인사관리처 연금이 있는 연방 정부 퇴직자이고 사회보장 또는 RRB 급여를 받을 자격이 없는 경우, 파트 B 보험료를 연금에서 공제하도록 요청할 수 있습니다. 지역 사회보장 사무소에 연락하여 요청하십시오. SSA.gov/locator를 방문하여 지역 사무소를 찾으십시오.

사회 보장 또는 RRB 혜택 지급을 받지 못하는 경우, 파트 B 보험료에 대한 청구서를 받게 됩니다. 일반적으로 파트 B 보험료는 분기별로(3개월마다) 청구됩니다. 파트 A 또는 파트 D IRMAA에 대한 보험료도 지불하거나 메디케어 이지 페이를 이용하여 보험료를 지불하는 경우, 월별 청구서를 받게 됩니다(23페이지 및 82).

자신의 보험료를 지급하는 방법은 다음 4가지가 있습니다.

1. 보안이 유지되는 메디케어 계정을 통해 온라인으로 지불하기: 웹사이트

Medicare.gov/account/login에서 메디케어 계정에 로그인하거나 계정을 생성합니다. 그런 다음 “보험료 지불”을 선택하여 신용 카드, 직불 카드, HSA (Health Savings Account) 카드, 체킹 계좌, 저축 예금 계좌 중 하나로 결제합니다. 결제하면 확인 번호를 받게 됩니다. 이 무료 서비스는 보험료를 지불하는 가장 빠른 방법입니다.

2. 메디케어 이지 페이(Medicare Easy Pay)를 통해 지불하기: 이 무료 서비스는

매월 저축 예금 계좌 또는 체킹 계좌에서 결제 금액을 자동으로 공제합니다. 가입 방법을 알아보려면 Medicare.gov/medicare-easy-pay를 방문하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하실 수 있습니다.

3. 은행을 통해 지불: 은행에 문의하여 체킹 계좌 또는 저축 예금 계좌에서 일회성 또는 반복 결제를 설정합니다. 모든 은행이 이 서비스를 제공하는 것은 아니며 일부 은행은 수수료를 부과합니다. 정보를 신중하게 입력하여 결제가 제때 이루어지도록 해야 합니다. 은행에 제공할 정보:

- **귀하의 메디케어 번호 11자리:** 대시, 공백, 추가 문자 없이 숫자와 문자를 입력합니다.
- **수취인 이름:** CMS Medicare Insurance
- **수취인 주소:**
Medicare Premium Collection Center
PO Box 790355,
St. Louis, MO 63179-0355
- 결제 금액

4. 우편을 통해 지불: 수표, 우편환, 신용 카드, 직불 카드, HSA 카드로 지불할 수 있습니다. 청구서 하단에 있는 결제 쿠폰을 작성하여 결제에 포함시킵니다. 우편 지불은 온라인 메디케어 계정을 통한 빠르고 안전한 지불보다 처리 시간이 더 오래 걸립니다. 청구서와 함께 제공된 반송 봉투를 사용하여 메디케어 지불 쿠폰과 지불금을 다음 주소로 보내십시오. Medicare Premium Collection Center, PO Box 790355, St. Louis, MO 63179-0355.

보험료에 대해 궁금한 사항이 있는 경우 1-800-MEDICARE로 전화하거나 Medicare.gov/basics/costs/pay-premiums를 방문하십시오.

청구서의 주소를 변경해야 한다면, SSA.gov/personal-record/update-contact-information를 방문하십시오.

중요! 사회보장국으로부터 소급 혜택 지급에 대한 통지를 받은 경우 메디케어 보험료 납부 방법을 조정해야 할 수도 있습니다. 자세한 내용을 확인하려면 Medicare.gov/basics/costs/pay-premiums를 방문하십시오.

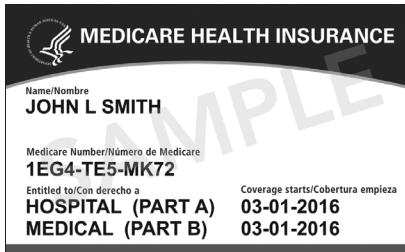
섹션 2:

메디케어가 보장하는 내용 알아보기

메디케어는 어떤 서비스를 보장하나요?

이 섹션에서는 병원, 의원, 기타 의료 시설에서 **오리지널 메디케어**(파트 A 및 파트 B)가 보장하는 항목, 검사, 서비스에 대한 정보를 찾을 수 있습니다. 파트 A와 파트 B에 모두 가입한 경우 이 절의 메디케어 보장 서비스를 받을 자격 요건을 충족할 수도 있습니다.

오리지널 메디케어에 가입한 경우 빨간색, 흰색, 파란색 메디케어 카드를 사용하여 메디케어 보장 서비스를 받을 수 있습니다. 귀하의 메디케어 카드에는 귀하가 파트 A[입원(HOSPITAL)], 파트 B[의료(MEDICAL)] 중 무엇을(또는 둘 다) 보유하고 있는지와 보장이 시작되는 날짜가 표시됩니다.



중요! 메디케어 어드밴티지 플랜 또는 기타 **메디케어 건강 플랜**에 가입하는 경우
플랜 카드를 제공자에게 제출하여 메디케어 보장 서비스를 받으십시오.

주: 파트 A 및 파트 B 혜택을 받거나 메디케어 의료 또는 약품 플랜에 가입하려면 미국에
합법적으로 거주해야 합니다.

Part A는 무엇을 보장하나요?

파트 A(입원 보험)은 아래 사항을 보장합니다:

- 입원 환자 대상 의료
- **전문 간호 의료 시설**
- 호스피스 의료
- 가정 의료

26-29페이지 파트 A에서 보장하는 일반적인 서비스 목록과 전반적인 설명입니다.

파트 A 보장 서비스에 대한 자세한 정보는 Medicare.gov/coverage를 확인하십시오.

주: 119-122페이지에서 **파란색** 단어의 정의를 확인하십시오.

파트 A 보장 서비스에 대해 어떤 비용을 지불해야 하나요?

파트 A 보장 서비스에 대해 지불하는 금액은 치료를 받는 장소, 치료를 받는 기간, 그리고 다른 보장(메디케어 외)이 있는지 여부에 따라 다릅니다. 26-29페이지는 파트 A가 보장하는 일반적인 서비스 목록입니다.

메디케어 어드밴티지 플랜에 가입되어 있거나 다른 보장(예: **메디캡**, **메디케이드** 또는 **고용주, 노동조합 또는 퇴직자 보장을 통한 보장**)이 있는 경우 지불하는 금액이 다를 수 있습니다. 그 외에 궁금한 점이 있으면 플랜에 문의하십시오.

파트 A 비용에 대해 더 자세히 알아보려면 [Medicare.gov/basics/costs/medicare-costs](https://www.Medicare.gov/basics/costs/medicare-costs)를 방문하십시오. 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로도 전화하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하실 수 있습니다.

파트 A 보장 서비스

혈액

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

가정 방문 의료

파트 A 및/또는 파트 B는 가정 의료 혜택(43페이지)을 보장합니다.

호스피스 의료

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

보장 범위:

- 통증 완화 및 증상 관리를 위해 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
- 귀하의 통증 및 기타 증상을 관리하는 데 필요한 기타 보장 서비스와 귀하 및 가족을 위한 영적 및 슬픔 상담까지

메디케어 인증 호스피스 의료는 일반적으로 귀하의 집이나 생활 보조 시설 또는 요양원과 같이 귀하가 거주하는 곳에서 제공됩니다. **오리지널 메디케어**는 말기 질환 및 관련 상태에 포함되지 않는 건강 문제에 대한 보장 혜택을 계속 지급하지만, 호스피스가 대부분의 의료를 보장할 것입니다.

메디케어는 호스피스 의료 팀이 통증 및 기타 증상을 관리하기 위해 단기로 입원해서 치료받아야 한다고 판단하지 않는 한, 시설에 귀하의 체류 비용 및 식비를 지급하지 않습니다. 이 치료는 호스피스 시설이나 병원 또는 호스피스 제공자와 계약한 **전문 간호 시설**과 같은 메디케어 승인 시설에서 이루어져야 합니다.

보호자 휴식 및 지원

메디케어는 보호자(가족 또는 친구)가 쉴 수 있도록 메디케어 승인 시설의 입원 환자 임시 돌봄을 보장합니다. 임시 돌봄을 받을 때는 한 번에 최대 5일간 머무를 수 있습니다. 귀하의 호스피스 제공자가 이를 준비할 것입니다.

귀하의 부담분:

- 호스피스 케어에는 부담분이 없습니다.
- 통증 및 증상 관리를 위한 외래 처방 건당 최대 \$5의 **공동 부담금**이 발생합니다.
- 입원 환자 임시 돌봄을 위한 **메디케어 승인 금액**의 5%.

오리지널 메디케어에 귀하의 호스피스 치료 요금이 청구됩니다. 귀하가 **메디케어 어드밴티지 플랜**에 가입한 경우에도 마찬가지입니다(호스피스 치료를 보장받기 위해 오리지널 메디케어로 다시 전환할 필요는 없습니다). 호스피스 의료를 받을 때 메디케어 어드밴티지 플랜은 말기 질환 또는 그 관련 상태에 포함되지 않는 서비스를 계속해서 보장할 수 있습니다. 호스피스 치료에 대한 자세한 내용과 메디케어 승인 제공자를 찾으려면 플랜에 문의하거나 Medicare.gov/care-compare를 방문하십시오.

입원 환자 병원 진료

메디케어는 급성기 치료 병원에서 받는 진료, **거점 병원**, **입원 재활 시설**, **장기 요양 병원**, 정신과 시설의 입원 환자 정신과 치료, 자격을 충족하는 임상 연구를 위한 입원 환자 치료를 보장합니다.

또한 메디케어는 반(semi) 개인실, 식사, 일반 간호, 특정 의약품, 입원 치료의 일부인 기타 서비스 및 용품 등 입원 환자 병원 서비스도 보장합니다. 메디케어는 귀하의 질병, 부상, 상태, 질환을 진단하거나 치료하는 데 필요하지 않은 한, 개인 전용 간호, 귀하의 방에 있는 TV 또는 전화기(이러한 품목에 별도의 요금이 부과되는 경우), 개인 위생 용품(면도기, 슬리퍼, 양말 등), 개인실을 보장하지 않습니다.

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

중요! 입원 환자 병원 치료를 받을 때, 치료는 혜택 기간로 측정되며, 이는 연속으로 치료를 받는 일수와 관련이 있습니다. 새로운 혜택 기간을 시작할 때마다 메디케어가 지급을 시작하기 전에 \$1,676(2025년)를 지불해야 합니다. 혜택 기간 동안 지불하는 금액은 입원 치료를 받는 기간에 따라 달라집니다:

- **제1일 - 제60일:** \$1,676 **공제액**을 지불한 후, 매일 \$0를 지불합니다.
- **제61일 - 제90일:** 매일 \$419를 지불합니다.
- **제91일 - 제150일:** 60 **일생의 예비일**을 사용하며 매일 \$838를 지불합니다. 90 일 이상 병원에 입원한 경우 메디케어에서 비용을 지급하는 추가 일 수입니다. 평생 한 번만 사용할 수 있는 예비 일수가 총 60일 있습니다.
- **150일째 이후:** 귀하가 전액을 납부합니다.

병원에 머무르지 않은 기간이 연속 60일에 달하면 귀하의 혜택 기간은 종료됩니다.

이 60일 후에 다시 병원에 입원하면 새로운 혜택 기간이 시작됩니다. 새로운 혜택 기간을 시작할 때마다 파트 A **공제액**을 지불해야 합니다. 이는 한 해(1월-12월)에 여러 번 발생할 수 있습니다.

[Medicare.gov/coverage/inpatient-hospital-care](https://www.Medicare.gov/coverage/inpatient-hospital-care)를 방문하여 혜택 기간이란 무엇이며 귀하의 상황에서 어떻게 적용되는지 자세히 알아보십시오. [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)에서도 2026년 금액을 확인할 수 있습니다.

주: 이제 병원은 귀하가 더 많은 정보를 바탕으로 치료를 결정할 수 있도록 모든 항목 및 서비스에 대한 표준 요금([메디케어 어드밴티지 플랜](#)에서 협상한 표준 요금 포함)을 병원 웹사이트에 공개해야 합니다.

나는 입원 환자인가요, 외래 환자인가요?

입원 환자인지 외래 환자인지에 따라 병원 서비스 비용과 파트 A **전문 간호 시설 치료**에 대한 자격 여부가 달라집니다.

- 병원에서 의사의 지시에 따라 정식으로 입원했다면 입원 환자입니다.
- 귀하가 정식으로 입원하지 않고 응급 또는 관찰 서비스(병원에서 하룻밤 보내기나 외래 진료소 서비스를 포함할 수 있음), 검사실 검사 또는 X선 촬영을 하는 경우 (밤을 병원에서 보내더라도) 귀하는 외래 환자입니다.

중요! 병원에 머무르는 날마다 귀하 또는 보호자는 귀하가 입원 환자인지 외래 환자인지 병원 및/또는 의사, 병원 사회복지사 또는 환자 권리 옹호자에게 문의해야 합니다.

때로 의사는 귀하를 입원 환자로 받아들일지 아니면 내보낼지(퇴원시킬지) 결정하는 동안 관찰 서비스를 위해 외래 환자로 둡니다. 24시간 이상 관찰 중이면 병원에서 반드시 “메디케어 외래 환자 관찰 통지” (“MOON”이라고도 함)를 제공해야 합니다. 이 통지서로 귀하가 관찰 서비스를 받는 외래환자(병원 또는 [거점 병원](#))인 이유와 그것이 병원에서 지불하는 비용과 퇴원 후 치료 비용에 미치는 영향을 알 수 있습니다.

이제 특정 조건을 충족하는 경우 병원에서 입원 환자에서 외래 환자로 상태를 변경할 때 환자가 이의를 신청할 권리가 있습니다. 101페이지로 이동하여 자세한 정보를 확인,하거나 [Medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/appeals/original-medicare](https://www.Medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/appeals/original-medicare)를 방문하십시오.

종교적 비의료 건강관리 기관(입원 요양)

이러한 시설에서 입원 환자 병원 진료 또는 전문 간호 시설 치료를 받을 자격이 있다면, 메디케어는 입원환자, 비종교적, 비의료적 품목 및 숙박 및 식사 같은 서비스, 그리고 의사의 지시나 처방이 필요하지 않은 품목 또는 서비스(예: 비약물 상처 드레싱 또는 단순 보행 보조기 사용)만 보장합니다. 메디케어는 이러한 유형의 치료에서 종교적인 부분을 보장하지 않습니다.

전문 간호 시설 치료

메디케어는 입원과 관련된 질병이나 부상으로 인한 최소 3일의 의학적으로 필요한 입원(퇴원일 제외) 후 단기 전문 간호 시설 치료를 보장합니다. 메디케어는 반개인실, 식사, 전문 간호 및 치료 서비스, 기타 의학적으로 필요한 서비스 및 용품을 전문 간호 시설에서 제한된 기간 동안 보장합니다.

전문 간호 시설 치료를 받을 자격이 있으려면, 의사가 일상적인 전문 치료(예: 정맥 수액/약물 치료 또는 물리 치료)가 필요하다는 사실을 증명해야 하며, 이는 실질적으로 전문 간호 시설 입원 환자의 자격으로만 받을 수 있습니다. **메디케어는 비의료 장기 요양(56페이지)을 보장하지 않습니다.**

현재 상태를 개선하거나 유지하기 위해 필요한 경우, 전문 간호 요양 또는 치료를 받을 수 있습니다. 퇴원에 동의하지 않는 경우 이의를 신청할 수 있습니다. 예를 들어, 호전이 없다는 이유만으로 퇴원했지만, 상태가 악화되는 것을 막기 위해 여전히 숙련된 간호나 치료가 필요하다면 이의를 신청할 수 있습니다(100-101페이지).

중요! 전문 간호 시설 치료를 받을 때, 귀하의 치료는 혜택 기간으로 측정되며, 이는 연속적으로 치료를 받는 일수와 관련이 있습니다. 새로운 혜택 기간을 시작할 때마다, 메디케어가 지급을 시작하려면 귀하가 먼저 \$1,676(2025년)를 지불해야 합니다. 그러나 동일한 혜택 기간 동안 병원에서 받은 치료에 대해 이미 지불한 경우 전문 요양 시설 치료에 대한 파트 A 공제액을 지불할 필요가 없습니다. 혜택 기간 동안 지불하는 금액은 전문 요양 시설 치료를 받는 기간에 따라 달라집니다.

- **제1일 - 제20일:** \$1,676 금액을 지불한 후 매일 \$0를 지불합니다.
- **제21일 - 제100일:** 매일 \$209.50를 지불합니다.
- **제101일과 그 이후:** 귀하가 전액을 납부합니다.

60일 연속으로 전문 간호 시설 치료를 중단하면 혜택 기간이 종료됩니다. 60일 후 전문 간호 시설에 다시 입원하면 새로운 혜택 기간이 시작됩니다. 새로운 혜택 기간을 시작할 때마다 파트 A 공제액을 지불해야 합니다. 이는 한 해(1월-12월)에 여러 번 발생할 수 있습니다.

Medicare.gov/coverage/skilled-nursing-facility-care를 방문하여 혜택 기간이란 무엇이며 귀하의 상황에서 어떻게 적용되는지 자세히 알아보십시오.

주: 담당 의사가 전문 간호 3일 규칙 면제를 승인받은 책임의료기관(ACO)에 참여하고 있는 경우, 최소 3일의 병원 입원이 필요하지 않을 수 있습니다. 의료 서비스 제공자가 ACO(110-111페이지)에 참여하는 경우 이용 가능한 혜택에 대해 문의하십시오. **메디케어 어드밴티지 플랜** 또한 최소 3일 입원 요건을 면제할 수 있습니다. 자세한 정보는 귀하의 플랜에 문의하십시오.

파트 B는 무엇을 보장하나요?

메디케어 파트 B(의료 보험)는 **의학적으로 필요한** 의사 서비스, 외래 환자 치료, 일부 가정 의료 서비스, 내구성 의료 장비, 정신 건강 서비스, 제한된 외래 처방약, 기타 의료 서비스를 보장합니다. 파트 B도 많은 **예방 서비스**를 다룹니다. 30-55페이지로 이동하여 일반적인 파트 B 적용 서비스 목록을 확인하십시오. 메디케어는 상태를 진단하거나 치료하는 데 필요한 경우 나열된 기간보다 더 자주 일부 서비스 및 검사를 보장할 수 있습니다.

메디케어가 이 목록에 없는 서비스를 보장하는지 알아보십시오.



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

파트 B에서 보장하는 서비스에 대해 어떤 비용을 지불해야 하나요?

다음 페이지에 적용 대상 서비스 목록이 있습니다(알파벳순). 이는 **오리지널 메디케어**가 있고 **책정금**을 수락하는 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자를 이용하는 경우 지불해야 하는 금액에 대한 일반적인 정보를 제공합니다. 책정금은 메디케어(59-60페이지)가 지불하기로 합의한 금액입니다. 책정금을 수락하지 않는 의사나 의료 서비스 제공자를 이용하면 더 많은 비용을 지불하게 됩니다. **메디케어 어드밴티지 플랜**에 가입되어 있거나 다른 보험(예: **메디캡**, **메디케이드**, 고용주, 퇴직자 또는 노동조합 보장)이 있는 경우 **공동 부담금**, **공동 보험금** 또는 **공제액**과 같은 본인 부담 비용이 다를 수 있습니다. 자세한 정보는 귀하의 플랜에 문의하십시오.

오리지널 메디케어에서 파트 B 공제액(2025년의 경우 \$257)이 적용되는 경우, 연간 파트 B 공제액을 충족할 때까지 모든 비용(**메디케어 승인 금액**까지)을 지불하셔야 합니다. 귀하가 공제액을 충족한 후에는 메디케어가 분담금을 지불하고, 귀하는 일반적으로 메디케어가 승인한 금액의 20%를 부담합니다(의사 또는 기타 의료 서비스 제공자가 책정금을 수락한 경우). 60페이지에서 책정금을 수락하지 않는 제공자에 대한 정보를 확인하실 수 있습니다. **오리지널 메디케어가 있는 경우 본인 부담 비용에는 연간 한도가 없습니다.** 메디캡, 메디케이드, 고용주 보장, 퇴직자 보장, 노조 보장과 같은 보충보험이 있는 경우 귀하가 지불하는 금액에 제한이 있을 수 있습니다.

책정금을 수락하는 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자에게서 서비스를 받는 경우 귀하는 대부분의 보장 대상 예방 서비스에 대해 비용을 지불하지 않습니다. 일부 예방 서비스를 받으면 공제액, 공동 보험비 또는 양쪽 모두를 지급해야 할 수도 있습니다. 이러한 비용은 비예방 서비스로 내원해서 예방 서비스를 받는 경우에도 적용될 수 있습니다.

파트 B 보장 서비스

이 사과 는 30-55페이지 예방 서비스 옆에 있습니다.



예방 서비스

복부 대동맥류 검사

메디케어는 위험군에 해당하는 사람에게 복부 대동맥류 초음파 검사를 1회 보장합니다 (단, 담당 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자의 **의뢰**가 있어야 함). 복부 대동맥류 가족력이 있거나, 65세에서 75세의 남성으로서 평생 최소 100개비의 담배를 피웠다면, 위험군으로 간주합니다. 귀하의 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자가 책정금을 수락하는 경우 귀하는 검사 비용을 지불하지 않습니다.

침술

메디케어는 만성 요통에 대해서만 침술(드라이 니들링 포함)을 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 8 세션을 보장합니다. 12개월 동안 최대 20회의 침술 치료를 받을 수 있습니다. 파트 B 공제액과 공동 보험금이 적용됩니다. 차도가 없으면 메디케어는 8회의 추가 치료를 보장하지 않습니다.

모든 제공자가 침술을 제공할 수 있는 것은 아니며, 메디케어는 면허가 있는 침술사에게 서비스 비용을 직접 지불할 수 없습니다.

사전 의료 계획

메디케어는 귀하의 “메디케어 가입 환영” 및 연간 “웰니스” 진료의 일환으로 자발적인 사전 의료 계획을 보장합니다(54-55페이지). 이것은 귀하가 스스로 결정을 내리는 데 도움이 필요할 때 받게 될 치료의 계획입니다. 사전 치료 계획의 일환으로 사전 의료 지시서를 작성하도록 선택할 수 있습니다. 이 중요한 법적 문서는 본인의 치료에 대한 결정을 내릴 수 없는 경우 향후 치료에 대한 희망 사항을 기록합니다. 의료 서비스 제공자와 사전 의료 지시에 대해 이야기할 수 있으며 선호하는 경우 양식 작성에 도움을 받을 수 있습니다.

누가 자신을 대변하게 하고 싶은지, 어떤 지시를 하고 싶은지 신중하게 고려하십시오. 귀하는 연령, 장애, 기타 요인에 따른 차별 없이 선택하신 대로 계획을 수행할 권리가 있습니다. 사전 의료 지시서는 언제든지 수정할 수 있습니다.

이 서비스가 연간 “웰니스” 진료의 일환으로 제공되고, 귀하의 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자가 **책정금**을 수락할 경우 귀하는 비용을 지불하지 않습니다.

메디케어는 귀하의 의학적 치료의 일환으로 이를 보장할 수도 있습니다. 연간 “웰니스” 진료에 사전 치료 계획이 포함되지 않은 경우, 파트 B **공제액** 및 **공동 보험금**이 적용됩니다.

사전 지시서를 작성하는 데 도움이 필요하십니까? eldercare.acl.gov에서 Eldercare Locator에 접속하여 지역사회 지원을 찾을 수 있습니다.

▶ 신규! 고급 1차 진료 관리 서비스

메디케어는 이제 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자가 귀하의 필요에 맞게 치료를 조정하고 맞춤화하는 고급 1차 진료 관리 서비스 비용을 매달 지불합니다. 이러한 서비스를 제공하는 제공자는 치료 팀 또는 제공자에 대한 상시 접근, 포괄적인 치료 관리, 치료 전환기 관리 등을 제공해야 합니다. 주치의에게 문의하여 이러한 서비스를 제공하는지 확인하십시오. Medicare.gov/coverage/advanced-primary-care-management-services를 방문해서 자세한 내용을 확인할 수도 있습니다.

귀하는 이러한 서비스에 대해 **메디케어 승인 금액**의 20%를 부담합니다. 파트 B **공제액**가 적용됩니다. **메디케어 어드밴티지 플랜**이 있는 경우 이러한 서비스에 대한 비용이 다를 수 있습니다. 구체적인 비용에 대해서는 귀하의 플랜에 문의하십시오.



예방 서비스

알코올 남용 검사 및 상담

메디케어는 알코올을 섭취하지만 알코올 의존성에 대한 의학적 조건을 충족하지 않는 성인 가입자에게 알코올 남용 검사를 보장합니다. 귀하의 **주치의** 또는 다른 의료 서비스 제공자가 귀하가 알코올을 남용하고 있다고 판단하면, 1년에 최대 4회의 약식 대면 상담을 받을 수 있습니다 (상담을 받는 동안 정신 능력이 있고 정신이 또렷한 상태일 경우) 의원 등 1차 진료 환경에서 상담 받아야 합니다. 귀하의 주치의 또는 기타 의료 서비스 제공자가 **책정금**을 수락하는 경우 귀하는 비용을 지불하지 않습니다.

구급차 서비스

다른 차량으로 이동하는 것이 건강을 위협할 수 있는 경우 메디케어는 **의학적으로 필요한** 서비스를 위한 병원, **거점 병원, 농촌 응급병원, 전문 간호 시설**로의 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.

일부 경우에는 구급차 수송이 의학적으로 필요하다는 의사의 서면 지시가 있다면 메디케어에서 의학적으로 필요한 비응급 구급차 수송 비용을 지급할 수 있습니다. 예를 들어, 병원에서 퇴원할 때, 신장 투석을 제공하는 시설로 구급차를 이용한 이송이 의학적으로 필요할 수 있습니다.

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

귀하는 메디케어 승인 금액의 20%를 지불합니다. 파트 B 공제금이 적용됩니다.

외래 수술 센터

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



비용 및 보장 내용: 다음 시술에 대해 귀하가 지불할 수 있는 금액:



Medicare.gov/procedure-price-lookup

비만 수술

메디케어는 병적 비만과 관련된 특정 조건을 충족하는 경우 위 우회술 및 복강경 배인 수술과 같은 일부 비만에 수술적 방법을 보장합니다. 비용 정보는 Medicare.gov/coverage/bariatric-surgery에서 확인하십시오.

행동 건강 통합 서비스

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

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

귀하의 의료 서비스 제공자는 이 서비스를 월 단위로 받으려면 동의서에 서명해야 한다고 요청할 것입니다. 파트 B **공제액** 및 **공동 보험금**은 월 서비스 요금에 적용됩니다.

혈액

제공자가 혈액은행으로부터 혈액을 무료로 받을 경우, 귀하가 그 비용을 지급하거나 재충전 비용을 부담하지 않아도 됩니다. 그러나, 자신이 받는 각 혈액 단위별로 혈액 처리 및 취급 서비스에 대한 **공동 부담금**을 부담해야 합니다. 파트 B 공제액이 적용됩니다. 제공자가 귀하를 위해 혈액을 구매해야 할 경우, 귀하는 한 해(연년 기준)에 귀하가 받는 첫 세 단위 혈액의 제공자 비용을 지급하거나 다른 사람으로부터 혈액을 기증받아야 합니다.



예방 서비스 골량 측정

이 검사는 골절 위험군에 속해 있는지 알아보기 위한 검사입니다. 특정 상태(예: 골다공증 가능성)가 있거나 특정 조건을 충족하는 사람들의 경우 메디케어는 24개월에 한 번 **(의학적으로 필요한 경우 더 자주)** 보장합니다. 귀하의 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자가 **책정금**을 수락하는 경우 귀하는 검사 비용을 지불하지 않습니다.

심장 재활

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

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

메디케어는 정기적이고 집중적인 심장 재활 프로그램을 보장합니다. 메디케어는 진료실 또는 병원 외래 환자 환경에서의 서비스를 보장합니다. 진료실에서 서비스를 받은 경우 귀하는 **메디케어 승인 금액**의 20%를 지불하고, 병원 외래환자 환경에서 서비스를 받은 경우는 공동 부담금을 지불합니다. 파트 B 공제액이 적용됩니다.



예방 서비스

심혈관 행동요법

메디케어는 1차 진료 환경(예: 의원)에서 귀하의 **주치의** 또는 기타 1차 진료 제공자가 실시하는, 심혈관 질환의 위험을 낮추는 데 도움이 되는 심혈관 행동요법 진료를 연 1회 보장합니다. 방문 중, 1차 진료의는 아스피린 복용에 대해 상담하고(해당될 경우), 혈압을 측정하며, 좋은 식습관에 대한 조언을 할 수도 있습니다. 귀하의 주치의 또는 기타 의료 서비스 제공자가 **책정금**을 수락하는 경우 귀하는 비용을 지불하지 않습니다.



예방 서비스

심혈관 질환 검사

이러한 검사에는 심장마비나 뇌졸중으로 이어질 수 있는 상태를 감지하는 데 도움이 되는 콜레스테롤, 지방질, 중성지방 수치에 대한 혈액 검사가 포함됩니다. 메디케어는 5년에 한번 이러한 선별 혈액검사를 보장합니다. 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자가 책정금을 수락하는 경우 귀하는 검사 비용을 지불하지 않습니다.

보호자 교육 서비스

메디케어는 귀하의 가족이나 무급으로 돌봐 주는 사람이 치료 계획(예: 약물 제공, 맞춤형 치료 등)에 도움이 되는 기술을 배우고 개발할 수 있도록 **교육**을 보장합니다. 의료 서비스 제공자가 보호자 교육이 귀하의 치료 계획에 적합하다고 판단하는 경우, 보호자는 귀하가 참석할 필요 없이 자격을 갖춘 서비스 제공자의 개인 또는 그룹 교육 세션에 참여할 수 있습니다. 이러한 서비스는 직접 또는 원격 의료를 통해 제공됩니다. 교육은 귀하의 건강 목표에 초점을 맞춰야 하며, 귀하의 치료가 성공하려면 보호자의 도움이 필요합니다. 귀하는 **메디케어 승인 금액**의 20%를 지불합니다. 파트 B **공제액**이 적용됩니다.



예방 서비스

자궁경부암 및 질암 검진

메디케어는 자궁 경부암과 질암을 검진하는 팝(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 이내 받은 Pap 검사 결과가 비정상인 경우 12개월에 한 번씩 이러한 선별 검사를 보장합니다.

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

귀하는 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자가 책정금을 수락하는 경우, 실험실 팝 검사, 실험실 HPV 및 팝 검사, 팝 검사 표본 수집, 골반 및 유방 검사에 대해 비용을 내지 않습니다.

화학요법

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

귀하는 의사 진료실이나 독립 클리닉에서 진행하는 화학 요법에 메디케어 승인 금액의 20%를 지불합니다. 파트 B **공제액**이 적용됩니다.

입원 환경 내 파트 A 보장 화학 요법의 경우 27-28페이지의 입원 환자 병원 진료로 이동하십시오.

카이로프랙틱(척추교정) 서비스

메디케어는 불완전 탈구를 교정하기 위해 척추를 맞추는 것만 보장합니다(척추 관절이 제대로 움직이지 않지만 관절 사이의 접촉은 손상되지 않은 경우). 귀하는 **메디케어 승인 금액**의 20%를 지불합니다. 파트 B **공제액**이 적용됩니다.

만성 의료 관리 서비스

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

이 서비스를 받는 데 동의하실 경우, 의료 서비스 제공자가 귀하 또는 귀하의 가족이나 무급으로 돌봄을 제공하는 사람을 위해 치료 계획을 준비하고, 약물 관리를 돋고, 긴급 치료 관리 필요에 대해 연중무휴 접근을 제공하고, 한 의료 환경에서 다른 의료 환경으로 이동할 때 지원하며, 기타 만성 치료에 필요한 사항을 지원합니다.

귀하는 월별 요금을 지불하며, 파트 B 공제액과 **공동 보험금**이 적용됩니다. 보충보험이 **메디케이드**를 포함하는 경우, 월 비용을 충당하는 데 도움이 될 수 있습니다.

만성 통증 관리 및 치료 서비스

메디케어는 만성 통증(3개월 이상 지속되는 지속성 또는 재발성 통증)을 앓고 있는 사람을 위한 서비스를 월 1회 보장합니다. 서비스에는 통증 평가, 약물 관리, 치료 조정 및 계획이 포함될 수 있습니다. 파트 B 공제액과 공동 보험금이 적용됩니다.

임상 연구

임상 연구는 항암제가 얼마나 잘 듣는지와 같이 다양한 유형의 의료 행위가 얼마나 잘 작동하고 안전한지 시험합니다. 특정 임상 연구의 경우 메디케어는 진료실 방문 및 검사와 같은 일부 비용을 부담합니다. 받는 치료에 따라 메디케어 승인 금액의 20%를 부담해야 할 수 있습니다. 파트 B 공제액이 적용될 수 있습니다.

주: 귀하가 **메디케어 어드밴티지 플랜**에 가입하셨다면, **오리지널 메디케어**에서 메디케어 어드밴티지 플랜과 함께 일부 비용을 부담할 수 있습니다. 임상 연구 보장에 대한 자세한 내용은 플랜에 문의하십시오.

인지 평가 및 치료 계획 서비스

의료 서비스 제공자를 방문할 때(연간 “웰니스” 진료 포함), 제공자는 알츠하이머병을 포함한 치매 징후를 찾기 위해 인지 평가를 수행할 수 있습니다. 인지 장애의 징후에는 기억, 새로운 것 학습하기, 집중, 금전 관리, 의사결정의 어려움이 있습니다. 우울증, 불안, 섬망 같은 상태도 혼동을 일으킬 수 있으므로 증상의 원인을 이해하는 것이 중요합니다.

메디케어는 인지적 기능에 대한 충분한 평가를 하고, 치매 또는 알츠하이머와 같은 진단을 내리거나 확인하며, 치료 계획을 수립할 수 있도록 의사나 의료 서비스 제공자와의 별도 진료를 보장합니다. 배우자, 친구 또는 간병인과 같은 사람을 불러와 함께 정보를 제공하고 질문에 답할 수 있습니다.

이 방문 동안 의사 또는 의료 서비스 제공자는 다음을 수행할 수 있습니다.

- 검사를 수행하고 병력에 대해 이야기하고 약물을 검토.
- 귀하의 평상시 보호자가 제공할 수 있는 돌봄을 포함한 사회적 지원 확인하기.
- 증상을 다루고 관리하는 데 도움이 되는 치료 계획 수립.
- 귀하가 사전 치료 계획(31페이지)을 수립하거나 수정하도록 지원.
- 필요한 경우 전문의에게 의뢰.
- 재활 서비스, 성인 주간 건강 프로그램 및 지원 그룹과 같은 지역사회 지원에 관해 더 깊이 이해하는 데 도움을 드림.

파트 B **공제액** 및 **공동 보험금**이 적용됩니다.

치매를 앓고 있는 일부 사람들, 그 가족 및 무급으로 돌봄을 제공하는 사람은 **공동 보험료 지불 없이** “개선된 치매 경험 모델 안내”를 통해 추가 지원을 받을 수 있습니다. 의료 서비스 제공자에게 자세한 정보를 문의하고 제공자의 참여 여부를 확인하십시오. 알츠하이머병의 보장 치료에 대한 자세한 내용은 Medicare.gov를 참조하십시오.



예방 서비스 대장암 검진

메디케어는 암 전 단계의 종양을 찾거나 조기에 암을 발견해서 효과적으로 치료할 수 있도록 해당 검사를 보장합니다. 메디케어는 다음의 선별 검사 중 하나 이상을 보장할 수 있습니다.

- **대장 내시경 검사**: 메디케어는 이 선별 검사를 120개월마다(고위험군은 24개월마다) 또는 이전의 신축성 S상 결장경 검사로부터 48개월 후에 보장합니다. 최소 연령 요건은 없습니다. 처음에 비침습적 대변 기반 선별 검사(대변 잠복혈액 검사 또는 다중 표적 대변 DNA 검사)를 받고 양성 결과가 나온 경우, 메디케어는 선별 검사로서 후속 대장 내시경 검사도 보장합니다. 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자가 책정금을 수락하는 경우 귀하는 선별 검사 비용을 지불하지 않습니다.
- **컴퓨터 단층촬영(CT) 대장조영술**: 메디케어는 45세 이상이고 대장암 고위험군에 해당하는 경우 24개월마다 한 번 이 선별 검사를 보장합니다. 고위험군이 아닌 경우, 메디케어는 60개월마다 한 번, 또는 이전 결장경 검사 또는 대장내시경 검사 후 48 개월에 검사를 보장합니다. 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자가 책정금을 수락하는 경우 귀하는 비용을 지불하지 않습니다.
- **신축성 S상 결장경 검사**: 메디케어는 45세 이상인 경우 48개월마다 한 번, 또는 고위험군이 아닌 경우 이전에 대장내시경 검사를 받은 후 120개월에 한 번씩 이 검사를 보장합니다. 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자가 책정금을 수락하는 경우 귀하는 검사 비용을 지불하지 않습니다.

의사가 대장내시경 또는 신축성 S상 결장경 검사 중에 용종이나 기타 조직을 찾아 제거하면 귀하는 의사의 서비스에 대해 **메디케어 승인 금액**의 15%를 지불합니다. 병원 외래 환경의 경우 귀하는 병원에 15%의 공동 보험료도 지불합니다. 파트 B 공제액이 적용되지 않습니다.

- **대변 잠혈검사:** 45세 이상인 경우 메디케어는 12개월에 한 번 이 선별검사를 보장합니다. 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자가 책정금을 수락하는 경우 귀하는 검사 비용을 지불하지 않습니다.
- **다중 표적 대변 DNA 및 혈액 기반 생체표지자 테스트:** 메디케어는 귀하가 아래 모든 조건을 충족하는 경우, 3년에 한 번 이러한 선별 검사를 보장합니다:
 - 45세에서 85세 사이임.
 - 하부 위장관 통증, 혈변, 구아이악 대변 잠혈검사 또는 대변 면역화학 검사 양성을 포함하되 이에 국한되지 않는 결장 질환의 증상을 나타내지 않음.
 - 대장암 발병 위험이 평균적이어야 함. 이는 다음을 의미함:
 - 선종폴립, 대장암 또는 크론병 및 궤양성 대장염을 포함한 염증성 장 질환의 개인 병력이 없음.
 - 대장암이나 샘종성 용종, 가족성 샘종성 용종증, 유전성 비용종증 대장암의 가족력이 없음,

다중 표적 대변 DNA 검사는 가정 검사실 검사입니다. 혈액 기반 생체표지자 검사는 검사실에서 수행됩니다. 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자가 책정금을 수락하는 경우 귀하는 검사 비용을 지불하지 않습니다.

지속성기도양압(CPAP) 기기 및 부속품

폐쇄수면무호흡 진단을 받은 경우 메디케어에서 CPAP 장치 및 부속 장치를 3개월 동안 보장할 가능성이 있습니다. 이 시험 기간이 끝난 후에도 귀하가 의사를 직접 만나고, 귀하가 특정한 조건을 충족하며 CPAP가 효과가 있다는 의료 기록을 의사가 문서로 작성한 경우, 메디케어는 CPAP 기기 및 부속품을 계속해서 보장할 가능성이 있습니다.

귀하는 기계 대여 및 관련 용품(마스크 및 튜브 등) 구매에 대해 메디케어가 승인한 금액의 20%를 부담합니다. 파트 B 공제액이 적용됩니다. 메디케어는 귀하가 중단 없이 기계를 사용한 경우 13개월간 기계 임대 비용을 공급자에게 지급합니다. 13개월 동안 기계를 임대한 후에는 소유하게 됩니다.

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



예방 서비스

담배 사용 및 담배 유발 질병 예방 상담

담배를 사용할 경우 메디케어는 12개월 동안 8번의 대면 방문을 보장합니다. 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자가 책정금을 수락하는 경우 귀하는 상담 세션 비용을 지불하지 않습니다.

제세동기

심부전 진단을 받은 경우 메디케어는 이식형 심장 제세동기 치료를 보장할 가능성이 있습니다. 수술이 외래 환경에서 이루어진다면, 귀하는 의사의 서비스에 대해 **메디케어 승인 금액**의 20%를 지불합니다. 또한 귀하는 **공동 부담금**을 지불합니다. 대부분의 경우, 공동 부담금은 파트 A 병원 체류 **공제액**보다 많을 수 없습니다. 파트 B 공제액이 적용됩니다. 파트 A는 입원 환경에서 제세동기를 이식하는 수술을 보장합니다 (27-28페이지).



예방 서비스 우울증 검사

메디케어는 연 1회의 우울증 검사를 보장합니다. 이 검사는 후속 치료 및/또는 **의뢰**를 제공할 수 있는 1차 진료 환경(의원 등)에서 이루어져야 합니다. 의사가 **책정금**을 수락하는 경우, 귀하는 검사 비용을 지불하지 않습니다.

귀하 또는 귀하가 아는 사람이 어려움을 겪고 있거나 위기에 처해 있고 훈련된 위기 상담사와 상담하고 싶다면 **전화 또는 문자 988**, 비밀이 보장되는 무료 자살 및 위기 라이프라인으로 연락하십시오. **988lifeline.org**에서 웹 채팅을 통해 상담사와 연결할 수도 있습니다.

당뇨병 장비, 용품 및 치료용 신발

메디케어는 혈당 수치를 측정하는 데 사용되는 인슐린 펌프 및 혈당 모니터, 그리고 튜브, 주사기, 인슐린 펌프용 인슐린을 포함한 관련 용품을 보장합니다. 연속 혈당 모니터를 사용하는 경우 메디케어는 센서, 송신기, 테스트 스트립, 란셋을 보장합니다. 또한 메디케어는 당뇨병과 관련된 특정한 발 문제가 있는 사람을 위해 매년 깊이가 있는 신발 또는 맞춤 제작 신발 한 켤레와 삽입물 및 신발 수정을 보장합니다.

공급자가 책정금을 수락하는 경우 귀하는 메디케어 승인 금액의 20%를 부담합니다. 파트 B **공제액**이 적용됩니다.

중요! 메디케어 약품 보장(파트 D)으로 직접 주사하는 인슐린, 인슐린 주사에 사용되는 특정 의료 용품(주사기 등), 일회용 펌프 및 일부 경구용 당뇨병 약품을 보장받을 수 있습니다. 더 자세한 정보가 필요하시면 귀하의 플랜을 확인하십시오. 각 보장 대상 인슐린 제품의 1개월 공급 비용은 \$35(88페이지)로 제한됩니다. 파트 B로 보장되는 인슐린 펌프용 기존 인슐린에도 유사한 비용 상한선이 적용됩니다.



예방 서비스 당뇨병 검사

의사가 당뇨병 발병 위험이 있다고 판단하는 경우 메디케어는 매년 최대 2회의 혈중 포도당(혈당) 실험실 검사를 보장합니다. 이러한 검사는 공복 또는 비공복 혈당 검사, A1C 검사 또는 메디케어가 적절하다고 간주해서 승인한 기타 혈당 검사일 수 있습니다. 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자가 책정금을 수락하는 경우 귀하는 검사 비용을 지불하지 않습니다.



예방 서비스 당뇨병 자가 관리 교육

메디케어는 당뇨병에 대처하고 관리하는 방법을 가르치는 당뇨병 외래 환자 자기 관리 교육을 보장합니다. 프로그램에는 건강한 식사방법, 활동적으로 생활하는 방법, 혈액 포도당(혈당) 관리법, 처방약 복용법, 위험성을 줄이는 방법 등이 포함될 수 있습니다. 당뇨병 진단을 받았어야 하고, 의사나 그 밖의 의료 서비스 제공자의 서면 통지가 필요합니다. 귀하는 의료적 영양요법 서비스(45페이지) 자격 요건을 충족할 수도 있습니다. 귀하는 **메디케어 승인 금액**의 20%를 지불합니다. 파트 B **공제액**이 적용됩니다.

주: 당뇨병 자가 관리 교육을 원격의료를 통해 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자로부터 받을 수 있습니다. 가까운 공인 프로그램을 찾으려면 adces.org/program-finder를 방문하십시오.

의사 및 기타 의료 서비스 제공자의 서비스

메디케어는 **의학적으로 필요한** 의사 서비스(외래 서비스 및 일부 입원 의사 서비스 포함)와 많은 **예방 서비스**를 보장합니다. 메디케어는 또한 보조의사, 실습 간호사, 임상 전문 간호사, 임상 사회복지사, 물리치료사, 작업치료사, 언어병리학자, 임상심리학자 등과 같은 다른

의료 서비스 제공자로부터 받는 서비스도 보장합니다. 일부 예방 서비스를 제외하고(의사 또는 기타 의료 서비스 제공자가 **책정금**을 수락하는 경우에는 비용을 지불하지 않을 수 있음), 귀하는 대부분의 서비스에 대해 메디케어 승인 금액의 20%를 지불합니다. 파트 B **공제액**이 적용됩니다.

중요! 지난 3년 동안 의사나 그룹 진료의 서비스를 받지 않았다면 신규 환자로 간주될 수 있습니다. 의사나 그룹 진료에 문의하여 신규 환자를 받아들이고 있는지 확인하십시오.

약품

파트 B는 다음과 같은 제한된 수의 외래 환자 처방약을 보장합니다.

- 면허가 있는 의료 서비스 제공자가 제공하는 대부분의 주사 및 주입 약물
- 암 치료를 위한 특정 경구용 항암제 및 구역 방지제
- 일부 유형의 내구성 의료 장비(네뷸라이저, 외부 주입 펌프 등)와 함께 사용되는 약물
- 가정용 정맥 면역 글로불린
- HIV 예방을 위한 FDA 승인노출 전 예방(PrEP) 약물
- 병원 외래 환경에서 받는 특정 약물(매우 제한된 상황에서)
- 모든 신장 투석 약물 및 생물학적 제제(44페이지)

주: 위의 예를 제외하면, 메디케어 약품 보장(파트 D) 또는 기타 약품 보장이 없는 한, 귀하는 대부분의 약품에 대해 100%를 지불합니다. 79-90페이지에서 메디케어 약품 보장에 관한 추가 정보를 확인하십시오.

외부 주입 펌프와 함께 사용되는 일부 약품 및 가정에서 사용하는 정맥 면역글로불린의 경우, 메디케어는 가정 주입 요법 혜택 및 정맥 면역글로불린 혜택(44페이지)에 따라 서비스(간호 방문 등)도 보장할 수 있습니다. 또한 파트 B는 의료 서비스 제공자가 물질 사용 장애 치료를 위해 의원이나 병원 외래 환경에서 투여하는 약물을 보장합니다. 귀하는 이 약에 대해 **메디케어 승인 금액**의 20%를 지불합니다. 파트 B 공제액이 적용됩니다. 이러한 서비스를 메디케어에 등록된 오피오이드 치료 프로그램(47페이지)에서 받는 경우 **공동 부담금**을 지불할 필요가 없습니다.

의사와 약국은 파트 B 보장 약품에 대한 책정금을 수락해야 하므로 파트 B 약품 자체에 대한 **공동 보험금** 또는 공동 부담금 이상을 지불하도록 귀하에게 요구해서는 안 됩니다.

중요! 처방약의 가격에 따라 **공동 보험금**이 달라질 수 있습니다. 특정 파트 B 보장 약품 및 생물학적 제제를 의원이나 약국 또는 병원 외래 환경에서 받을 때, 해당 약품의 가격이 물가상승률보다 더 많이 올랐다면 더 낮은 공동 보험금을 지불할 수 있습니다. 구체적인 약품과 잠재적 절감액은 분기마다 변경됩니다.

병원 외래 환경에서 받는 파트 B 보장 약품이 외래 환자 서비스의 일부인 경우 귀하는 서비스에 대한 **공동 부담금**을 지급합니다. 파트 B는 병원 외래 환경의 “자가 투여 약품”을 보장하지 않습니다. “자가 투여 약품”은 일반적으로 혼자 복용하는 약물입니다.

병원 외래 환경에서 자가 투여 약품에 대해 지불하는 금액은 메디케어 약품 보장(파트 D) 또는 기타 약품 보장이 있는지, 그리고 병원 약국이 귀하의 약품 플랜 네트워크에 포함되어 있는지에 따라 달라집니다. 다른 약품 보장이 있는 경우, 약품 플랜에서 파트 B가 보장하지 않을 수 있는 약품을 보장할 가능성이 있습니다. 약품 플랜에 문의하여 파트 B가 병원 외래 환자 환경에서 받는 약품을 보장하지 않을 때 지불해야 하는 금액을 확인하십시오.

내구성 의료 장비(Durable medical equipment, DME)

메디케어는 **의학적으로 필요한** 산소 및 산소 장비, 보행 보조기, 병원 침대와 같은 품목을 등록된 의사 또는 기타 의료 제공자가 가정에서 사용하도록 주문하는 경우 이것을 보장합니다. 대부분의 품목은 대여해야 하지만 일부 품목은 구입할 수도 있습니다. 일부 품목은 일정 횟수의 임대료를 지불한 후 귀하의 재산이 됩니다. 휠체어나 병원 침대와 같은 더 비싼 장비는 13개월 동안 임대료를 지불하면 귀하의 것이 됩니다. 귀하는 메디케어가 승인한 금액의 20%를 지불합니다. 파트 B **공제액**이 적용됩니다.

DME 공급업체가 메디케어 청구 책정금을 수락하는지 확인하십시오. DME를 받기 전에 공급자가 메디케어에 참여하는지 또는 귀하의 청구에서 **책정금**을 수락하는지 물어보는 것이 중요합니다. 공급업체가 메디케어 참여 공급업체인 경우, 업체는 귀하의 청구에 대한 책정금을 수락해야 합니다(즉, 업체는 귀하에게 메디케어 승인 금액에 대해 파트 B 공제액 및 공동 보험금만 청구할 수 있습니다). 비참여 제공자는 귀하의 청구 책정금을 수락할 필요는 없지만 귀하의 경우에 대해서 그렇게 하도록 선택할 수 있습니다. DME 공급업체가 참여 공급업체가 아니거나 청구 책정금을 수락하지 않는 경우 추가 금액이 청구될 수 있습니다. 임대 DME의 경우, 공급업체가 모든 임대 월에 대한 청구 책정금을 수락할 의향이 있는지 확인하십시오. 청구에 책정금이 없는 경우 DME의 전체 비용을 선불로 지불해야 합니다. 이 경우 메디케어는 귀하의 청구가 제출되고 메디케어에서 처리된 후 보장되는 금액을 나중에 지불할 것입니다.

심전도(EKG 또는 ECG) 검진

메디케어는 일회성 “메디케어 가입 환영” 진료(54페이지) 중 의사나 기타 의료 서비스 제공자가 **의뢰**를 한 경우 일반적 심전도 검사를 보장합니다. 귀하는 파트 B 공제금을 충족한 후 **메디케어 승인 금액**의 20%를 지불합니다. 메디케어는 진단검사로서의 심전도를 보장합니다(51페이지). 병원이나 병원 소유 클리닉에서 검사를 받는 경우 귀하는 공동 부담금도 지불합니다.

응급실 서비스

메디케어는 부상, 갑작스러운 질병 또는 빠르게 악화하는 질병이 있는 경우 이러한 서비스를 보장합니다. 귀하는 각 응급실 방문 진료에 대해 **공동 부담금**을 지불하고, 의사 서비스에 대해 메디케어 승인 금액의 20%를 지불합니다. 파트 B **공제액**이 적용됩니다. 의사가 귀하를 같은 병원에 환자로 입원하게 하는 경우 비용이 다를 수 있습니다.

전자 내원

메디케어는 전자 내원을 보장하여 환자가 의료 서비스 제공자를 방문하지 않고도 온라인 환자 포털을 통해 제공자와 대화할 수 있도록 합니다. 이러한 서비스를 제공할 수 있는 의료 서비스 제공자에는 의사, 전문 간호사, 임상 간호 전문가, 보조의사, 물리 치료사, 작업 치료사, 언어 병리학자, 그리고 정신 건강 관리의 경우, 유면허 임상 사회복지사, 임상 심리학자, 결혼 및 가족 치료사, 정신 건강 상담사가 포함됩니다. 전자 내원은 가상 체크인 및 원격 의료와 다릅니다.

전자 내원을 위해서는 귀하가 의사나 기타 의료 서비스 제공자에게 요청해야 합니다. 귀하는 의사 또는 다른 의료 서비스 제공자의 서비스에 대해 메디케어가 승인한 금액의 20%를 지불합니다. 파트 B 공제액이 적용됩니다.

안경

메디케어는 일반적으로 안경이나 콘택트렌즈를 보장하지 않습니다. 그러나 인공 수정체를 이식하는 백내장 수술 후 표준 안경테가 있는 안경 하나(또는 콘택트 렌즈 한 세트)를 보장합니다. 메디케어는 귀하 또는 귀하의 제공자가 청구서를 제출하는지와 관계없이 메디케어에 등록된 공급업체의 콘택트 렌즈 또는 안경에 대해서만 비용을 지급합니다. 귀하는 파트 B 공제액을 충족한 후 인공 수정체로 백내장 수술을 받은 후 교정 렌즈에 대해 메디케어 승인 금액의 20%를 지불합니다.

연방 인증 의료 센터 서비스

연방 인증 의료 센터는 다양한 외래 환자 1차 진료 및 예방 건강 서비스를 제공합니다. 공제액은 없으며 귀하는 일반적으로 청구 금액 또는 메디케어에서 승인한 금액의 20%를 지불합니다. 귀하는 대부분의 **예방 서비스**에 대해 비용을 지불하지 않습니다. 귀하의 소득이 제한적일 경우 연방 인증 의료 센터는 할인을 제공할 수 있습니다. findahealthcenter.hrsa.gov를 방문하여 가까운 의료 센터를 찾으십시오.



예방 서비스

독감 예방접종

메디케어는 계절성 독감 예방접종(백신)을 보장합니다. 의사 또는 기타 의료 제공자가 접종에 대해 **책정금**을 수락하는 경우 귀하는 독감 예방접종 비용을 지불하지 않습니다.

족부 진료

메디케어는 매년 발 검사 또는 치료를 보장합니다. 당뇨병과 관련된 하지 신경 손상으로 인해 사지 손실 위험이 증가하거나, 망치 발가락, 건막류 기형, 족저근막염과 같은 발 부상이나 질병에 대해 **의학적으로 필요한** 치료가 필요한 경우입니다. 귀하는 의사가 승인한 의학적으로 필요한 치료에 대하여 **메디케어 승인 금액**에 대해 메디케어가 승인한 금액의 20%를 지불하게 됩니다. 파트 B 공제액이 적용됩니다. 또한 귀하는 병원 외래 환경에서 진행하는 의학적으로 필요한 치료에 대해 공동 부담금을 지불합니다.



예방 서비스

녹내장 검사

녹내장이라는 안과 질환의 고위험군에 해당하는 경우 메디케어는 12개월마다 한 번 이 검진을 보장합니다. 귀하가 당뇨병을 앓거나, 녹내장의 가족력이 있거나, 50세 이상의 아프리카계 미국인이거나, 65세 이상의 히스패닉계인 경우, 녹내장의 위험이 높습니다. 귀하의 주에서 녹내장 검사를 법적으로 인가받은 안과 의사가 검사를 진행하거나 감독해야 합니다. 귀하는 메디케어가 승인한 금액의 20%를 냅니다. 파트 B **공제액**이 적용됩니다. 귀하는 병원 외래 환경에서 **공동 부담금**도 지불합니다.

청력 및 균형 검사

메디케어는 귀하의 의사 또는 의료 서비스 제공자가 귀하에게 치료가 필요한지 알아보도록 지시하는 경우 진단을 위한 청력 및 균형(낙상 위험) 검사를 보장합니다.

의사나 기타 의료 서비스 제공자의 지시 없이 12개월에 한 번씩 청각치료사를 방문할 수 있으나, 급성이 아닌 청력 상태(예: 수년에 걸쳐 발생하는 청력 손실) 및 수술 삽입 보청기로 치료되는 청력 손실과 관련된 진단 서비스에 한합니다.

귀하는 **메디케어 승인 금액**의 20%를 지불합니다. 파트 B 공제액이 적용됩니다. 병원 외래 환경에서 귀하는 공동 부담금도 지불합니다.

참고: **오리지널 메디케어** 보청기를 보장하지 않으며 보청기를 위한 검사도 보장하지 않습니다.



예방 서비스

B형 간염 예방접종

메디케어는 귀하가 다음 조건 중 최소한 **하나**를 충족하는 경우 이러한 예방접종(백신)을 보장합니다.

- B형 간염 예방접종을 완료한 적이 없음.
- 자신의 예방접종 이력을 모름.
- B형 간염에 걸릴 위험이 중등도 또는 고도인 상태나 상황임(예: 당뇨병 또는 말기 신장 질환이 있거나, B형 간염 환자와 함께 살고 있는 경우).

예방접종에 대한 질문이 있는 경우 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자에게 문의하십시오. 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자가 접종에 대해 **책정금**을 수락하는 경우 귀하는 비용을 지불하지 않습니다.



예방 서비스

B형 간염 바이러스 감염 검사

의사가 검사를 지시하면 메디케어는 B형 간염 바이러스 감염 검사 비용을 보장합니다. 또한 메디케어는 다음과 같은 경우 선별 검사를 보장합니다.

- 계속해서 위험도가 높은 상태이며 B형 간염 예방 주사를 맞지 않은 경우에 한해 연 1회.
- 임신 중인 경우, 다음과 같은 상황에서:
 - 매 임신에서 첫 번째 산전 진료
 - 위험 요소가 새로 생기거나 지속되는 사람의 분만 시
 - 향후 임신을 위한 첫 산전 진료 시(이전에 B형 간염 예방 주사를 맞았거나 B형 간염 검사 결과가 음성인 경우도 포함)

의사 또는 기타 의료 서비스 제공자가 책정금을 수락하는 경우 귀하는 검사 비용을 지불하지 않습니다.



예방 서비스

C형 간염 바이러스 감염 검사

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

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

또한 메디케어는 귀하가 고위험군에 속할 경우 연 1회 반복 선별검사를 보장합니다.

메디케어는 의료 서비스 제공자가 지시한 경우에만 C형 간염 검사를 보장합니다. 귀하의 **주치의** 또는 기타 의료 서비스 제공자가 **책정금**을 수락하는 경우 귀하는 검사 비용을 지불하지 않습니다.



예방 서비스

HIV(인간 면역결핍 바이러스) 검사

메디케어는 다음의 경우 연 1회 HIV 선별검사를 보장합니다:

- 15세에서 65세 사이.
- 15세 미만 또는 65세 초과이며 고위험군.

또한 메디케어는 임신 중일 때마다 이 선별 검사를 최대 3회까지 보장합니다. 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자가 책정금을 수락하는 경우 귀하는 HIV 검사 비용을 지불하지 않습니다.

이제 메디케어는 HIV 고위험군에 대해 더 많은 검사와 서비스를 보장합니다(48페이지).

가정 의료 서비스

메디케어는 파트 A 및/또는 파트 B로 가정 의료 서비스를 보장합니다. 메디케어는 **의학적으로 필요한** 시간제 또는 간헐적 전문 간호, 물리 치료, 언어 병리학 서비스, 지속적인 작업 치료 서비스를 보장합니다. 가정 의료 서비스에는 의료 복지 서비스, 시간제 또는 간헐적 가정 의료 보조 서비스, 내구성 의료 장비, 가정용 의료 용품도 포함될 수 있습니다. “시간제 또는 간헐적”이란 매일 8시간 미만 또는 매주 28시간 미만으로 제공되는 전문 간호 및 가정 의료 보조 서비스를 받을 수 있음을 의미합니다(일부 제한된 상황에서는 매주 최대 35시간). 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자(예: 전문 간호사)가 귀하를 직접 평가한 후 귀하에게 가정 의료 서비스가 필요하다는 증명서를 교부해야 합니다. 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자가 귀하에 대한 의료를 지시해야 하며 메디케어 인증 가정 의료 기관이 이를 제공해야 합니다.

메디케어는 시간제 또는 간헐적인 전문 서비스가 필요하고 귀하가 “외출이 어려운 상태”에 해당하는 경우에 한해 가정 의료 서비스를 보장합니다. 외출이 어려운 상태의 의미:

- 질병이나 부상으로 인해 도움(지팡이, 휠체어, 보행 보조기, 목발, 특수 교통편, 다른 사람의 도움 등) 없이 집을 나서는 데 어려움이 있음.
- 건강 상태로 인해 집을 떠나는 것이 권장되지 않음.
- 집을 떠나는 데 큰 노력이 필요하므로 일반적으로 집을 떠날 수 없음.

귀하는 보장되는 가정 의료 서비스에 대해 아무런 비용을 지급하지 않습니다. 그러나 메디케어가 보장하는 내구성 의료 장비의 경우, 귀하는 **메디케어 승인 금액**의 20%를 부담합니다. 파트 B **공제액**가 적용됩니다.

가정 주입 요법 서비스, 장비, 용품

메디케어는 가정에서 특정 정맥 주입 약물을 투여하도록 가정 주입 요법에 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(40페이지)로서 보장합니다. 메디케어는 서비스(간호사 방문 등), 보호자 교육, 환자 관찰 등도 보장합니다. 귀하는 이러한 서비스와 귀하의 가정에서 사용하는 장비 및 용품에 대해 **메디케어 승인 금액**의 20%를 지불합니다.

신장 투석 서비스 및 용품

말기 신장 질환(ESRD)이 있는 경우 일반적으로 메디케어는 주당 3회의 투석 치료(또는 이에 상응하는 지속적 외래 복막투석)를 보장합니다. 여기에는 신장 투석 약물 및 생물학적 제제, 검사실 검사, 가정 투석 교육, 지원 서비스, 장비 및 용품이 포함됩니다. 투석 시설에서 투석 서비스(가정 또는 시설 내)를 조정할 책임이 있습니다. 귀하는 메디케어가 승인한 금액의 20%를 지불합니다. 파트 B **공제액**이 적용됩니다.

신장 질환 교육

메디케어는 일반적으로 투석이나 신장 이식이 필요한 4기 만성 신장 질환이 있고 담당 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자가 서비스를 추천하는 경우 최대 6회까지 신장 질환 교육 서비스를 보장합니다. 귀하는 의사나 제공자로부터 서비스를 받을 경우, 회당 메디케어 승인 금액의 20%를 지불합니다. 파트 B 공제액이 적용됩니다.

실험실 검사

메디케어는 의사나 의료 서비스 제공자가 지시할 때 **의학적으로 필요한** 임상 진단 실험실 검사를 보장합니다. 메디케어는 특정 혈액 검사, 소변 검사, 조직 표본에 대한 특정 검사 및 일부 선별검사를 포함할 수 있습니다. 실험실, 약국, 의사, 병원이 **책정금**을 수락하는 경우 일반적으로 귀하는 검사 비용을 지불하지 않습니다.



예방 서비스

폐암 검진

다음 조건을 충족하는 경우 메디케어는 연 1회 저선량 컴퓨터 단층촬영을 통한 폐암 검진을 보장합니다.

- 50세에서 77세 사이임.
- 폐암의 징후나 증상이 없음(무증상).
- 현재 흡연자이거나 지난 15년 이내에 금연한 적이 있음.
- 최소 20갑년의 흡연 이력[20년 동안 하루 평균 한 갑(20개피)]의 흡연 이력이 있음.
- 의사로부터의 지시서를 받음.

귀하의 의사가 책정금을 수락하는 경우 귀하는 검사 비용을 지불하지 않습니다.

첫 폐암 검진 전, 귀하는 폐암 검진이 본인에게 적합한지 판단하기 위해 폐암 검사의 이점과 위험에 관해 상의할 수 있도록 의료 서비스 제공자와 약속을 잡아야 합니다.

림프부종 압박 치료 품목

림프부종 진단을 받은 경우, 메디케어는 처방된 점진적 압박복(표준 및 맞춤)과 조절 가능한 스트랩이 있는 점진적 압박 랩 및 압박 붕대 용품을 보장할 가능성이 있습니다. 귀하는 **메디케어 승인 금액**의 20%를 지불합니다. 파트 B **공제액**이 적용됩니다.



예방 서비스

유방촬영술

40세 이상의 여성인 경우 메디케어는 12개월마다 한 번씩 유방암 검진을 위한 유방 촬영술 검사를 보장합니다. 35-39세 사이의 여성인 경우 메디케어는 기본 유방 촬영술 1회를 보장합니다. 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자가 **책정금**을 수락하는 경우 귀하는 검사 비용을 지불하지 않습니다.

또한 파트 B는 **의학적으로 필요한** 경우 연 1회 이상 진단적 유방 촬영술을 보장합니다. 진단용 유방 촬영술에 대해 귀하는 **메디케어 승인 금액**의 20%를 지불합니다. 파트 B **공제액**이 적용됩니다.

주: 메디케어는 의사나 의료 서비스 제공자가 지시할 때에만 의학적으로 필요한 유방 초음파를 보장합니다.



예방 서비스

의료 영양요법 서비스

메디케어는 귀하에게 당뇨병 또는 신장병이 있거나, 지난 36개월 동안 신장 이식을 받았고 의사가 귀하를 서비스에 의뢰한 경우 의료적 영양요법 서비스를 보장합니다. 특정 요건을 충족하는 정규 영양사 또는 영양 전문가만이 의료적 영양요법 서비스를 제공할 수 있습니다. 당뇨병이 있는 경우 당뇨병 자가 관리 교육도 받을 수 있습니다(38페이지). 귀하는 의료적 영양요법 **예방 서비스**를 지불하지 않습니다. 공제액과 **공동 보험금**이 적용되지 않기 때문입니다.

주: 원격 의료를 통해 등록된 영양사 또는 기타 영양 전문가로부터 의료 영양요법 서비스를 받을 수 있습니다.



예방 서비스

메디케어 당뇨병 예방 프로그램

전당뇨가 있으며 다른 자격 요건을 충족하는 경우, 메디케어는 제2형 당뇨병을 예방할 수 있도록, 평생 1회의 건강행동 변화 프로그램을 보장합니다. 이 프로그램은 6개월에 걸쳐 그룹으로 진행되며 코치가 이끄는 16회의 주간 핵심 세션으로 시작합니다. 핵심 세션을 완료하면 건강한 습관을 유지하는 데 도움이 되는 6개월간의 후속 세션이 진행됩니다. 세션에 직접 참석하거나, 온라인으로 참석하거나, 두 방법 모두를 이용해 참석할 수 있습니다.

승인된 메디케어 당뇨병 예방 프로그램 제공자로부터 이러한 서비스를 받을 수 있습니다. 이러한 제공자는 기존의 의료 서비스 제공자이거나 커뮤니티 센터 또는 종교 기반 시설 등의 조직일 수 있습니다. 제공자를 찾거나 프로그램에 대해 자세히 알아보려면 Medicare.gov/coverage/medicare-diabetes-prevention-program를 방문하십시오.

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

정신건강 관리(외래)

메디케어는 우울증 및 불안과 같은 상태를 돋기 위한 정신 건강 관리 서비스를 보장합니다. 이러한 서비스는 흔히 상담 또는 심리 치료라고 불리며, 개인이나 그룹 또는 가족을 대상으로, 그리고 위기 상황에서 수행될 수 있습니다. 보장 범위에는 정신과 의사나 기타 의사, 임상 심리학자, 결혼 및 가족 치료사, 정신 건강 상담사, 임상 전문간호사, 임상 사회복지사, 전문 간호사, 의사 보조 등의 방문 진료를 포함하여 외래 환경(의사 또는 기타 의료 제공자의 사무실, 병원 외래 부서, 원격의료 등)에서 일반적으로 제공되는 서비스가 포함됩니다.

메디케어 보장 정신건강 관리에는 다음이 포함됩니다.

- **부분 입원** 지역사회 정신 건강 센터 또는 병원에서 외래 환자에게 제공하는 서비스. 이 구조화된 주간 프로그램은 입원이 필요하지 않은 환자를 위해 외래 환경에서 일반적으로 하루 4시간에서 8시간 범위의 집중적인 정신과 치료를 제공합니다.
- **집중 외래 프로그램** 집중 정신과 치료, 상담, 심리 치료를 포함하는 서비스. 이러한 서비스는 병원, 지역사회 정신 건강 센터, 연방 인증 의료 센터, 농촌 보건 클리닉, 오피오이드 치료 프로그램(서비스가 오피오이드 사용 장애 치료를 위한 경우)에서 제공될 수 있습니다.

부분 입원 및 집중 외래 진료는 의사나 치료사의 진료실에서 받는 치료보다 하루당 더 많은 시간을 제공합니다. 자세한 내용은 [Medicare.gov/coverage/mental-health-care-partial-hospitalization](https://www.Medicare.gov/coverage/mental-health-care-partial-hospitalization)를 참조하십시오.

일반적으로 귀하는 **메디케어 승인 금액**의 20%를 지불하고, 정신건강 관리 서비스에 대해 파트 B **공제액**가 적용됩니다.

파트 A는 병원에서 받는 입원 환자 정신건강 의료 서비스를 보장합니다(27페이지).



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 귀하의 **주치의** 또는 기타 1차 진료 제공자가 1차 진료 환경(예: 의원)에서 상담을 제공하고, 이러한 환경에서 귀하의 맞춤 계획을 귀하의 다른 의료와 조정할 수 있을 경우 해당 상담을 보장합니다. 귀하의 주치의 또는 기타 의료 서비스 제공자가 **책정금**을 수락하는 경우 귀하는 이 서비스에 대해 비용을 지불하지 않습니다.

작업치료 서비스

메디케어는 일상 생활 활동(예: 옷 입기, 목욕)을 수행하는 데 도움이 되는 **의학적으로 필요한** 치료를 보장합니다. 이러한 요법은 전문 간호사, 임상 간호 전문가, 의사 보조 등 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자가 필요성을 확인해 줄 경우 현재 능력을 개선 또는 유지하거나 기능 저하를 늦추는 데 도움이 됩니다. 귀하는 메디케어가 승인한 금액의 20%를 지불합니다. 파트 B 공제액이 적용됩니다.

오피오이드 사용 장애 치료 서비스

메디케어는 오피오이드 치료 프로그램의 오피오이드 사용 장애 치료 서비스를 보장합니다. 서비스에는 약물(메타돈, 부프레노르핀, 날트렉손, 날록손, 날메펜 염산염 등), 약물 조제 및 투여, 물질 사용 상담, 약물 검사, 개인 및 그룹 치료, 섭취 활동, 정기 평가, 집중 외래 서비스가 포함됩니다. 메디케어는 대면 및 특정 환경의 경우 가상(휴대전화 또는 컴퓨터 등 음성과 영상을 통한 커뮤니케이션 기술 사용) 상담, 치료 서비스, 정기 평가를 보장합니다. 메디케어는 또한 오피오이드 치료 프로그램 이동 설비를 통해 제공되는 서비스를 보장합니다.

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

오리지널 메디케어에 따라, 메디케어에 등록되어 있고 다른 요건을 충족하는 오피오이드 치료 프로그램 제공자로부터 해당 서비스를 받는 경우 귀하는 **공동 부담금**을 지불할 필요가 없습니다. 그러나 파트 B 공제액은 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 방문하여 가까운 프로그램을 찾을 수도 있습니다.

메디케어 어드밴티지 플랜도 오피오이드 치료 프로그램 서비스를 보장합니다. 다만 네트워크 내 오피오이드 치료 프로그램에 가야 할 수 있습니다. 메디케어 어드밴티지 플랜은 오피오이드 치료 프로그램 서비스에 공동 부담금을 적용할 수 있으므로 공동 부담금을 내야 하는지 플랜에 확인할 필요가 있습니다.

외래 병원 서비스

메디케어는 메디케어 참여 병원에서 외래 환자로서 받는 다양한 진단 및 치료 서비스를 보장합니다 귀하는 일반적으로 의사 진료나 다른 의료 서비스 제공자의 서비스에 대해 **메디케어 승인 금액**의 20%를 부담합니다. 병원에서 외래환자 서비스를 받으면, 의사의 진료소에서 동일한 진료를 받을 때 가입자가 부담하는 것보다 더 많이 부담할 수 있습니다. 의사에게 지불하는 금액 외에도, 일반적으로 병원 외래 환경에서 받는 각 서비스(공동 부담금이 없는 특정 **예방 서비스** 제외)에 대해 귀하는 병원에 공동 부담금을 지불합니다. 대부분의 경우, 공동 부담금은 파트 A 병원 체류의 각 서비스에 대해 **공제액**보다 많을 수 없습니다. 특정 예방 서비스를 제외하고는, 파트 B 공제액이 적용됩니다. **거점 병원**에서 병원 외래 서비스를 받는 경우, 귀하의 공동 부담금은 파트 A 병원 체류 공제액을 초과할 수 있습니다.



비용 및 보장 내용: 병원 외래 진료과에서 수행되는 병원 외래 시술에 대한 비용 견적 받기:



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

외래 의료 및 수술 서비스와 용품

메디케어는 X레이, 길스, 봉합, 외래 수술과 같은 승인된 시술을 보장합니다. 귀하는 의사 진료나 다른 의료 서비스 제공자의 서비스에 대해 메디케어가 승인한 금액의 20%를 지불합니다. 귀하는 일반적으로 병원 외래 환경에서 받는 각 서비스마다 **공동 부담금**을 지불합니다. 대부분의 경우, 공동 부담금은 귀하가 받는 각 서비스에 대한 파트 A 병원 체류 공제액보다 많을 수 없습니다. 파트 B 공제액이 적용되며 메디케어가 보장하지 않는 항목 또는 서비스에 대한 모든 비용은 귀하가 부담합니다.

물리 치료 서비스

귀하의 의사 또는 전문 간호사, 임상 간호 전문가, 의사 보조 등 기타 의료 서비스 제공자가 필요성을 증명할 경우, 메디케어는 **의학적으로 필요한** 기능 능력을 변화시키거나, 현재 기능을 개선 또는 유지하거나, 기능 저하를 늦추는 부상 및 질병에 대한 평가 및 치료를 보장합니다. 귀하는 메디케어가 승인한 금액의 20%를 지불합니다. 파트 B 공제액이 적용됩니다.



예방 서비스

폐렴 예방접종

메디케어는 폐렴구균 감염(예: 특정 유형의 폐렴)을 막기 위한 폐렴 예방접종(백신)을 보장합니다. 의사나 기타 의료 서비스 제공자와 이 백신에 대해 상담하십시오. 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자가 접종에 대한 **책정금**을 수락하는 경우 귀하는 접종 비용을 지불하지 않습니다.



예방 서비스

HIV 예방을 위한 노출 전 예방(PrEP)

HIV에 감염되지 않았지만 의사가 HIV 고위험군이라고 판단하는 경우 메디케어는 HIV 예방 서비스에 대한 PrEP를 보장합니다. 여기에는 PrEP 약품, 상담 서비스, 연간 최대 8회의 HIV 검진, 일회성 B형 간염 검사가 포함됩니다.

파트 B에 등록된 약국에서 PrEP 약품을 받는 경우 귀하는 약품 비용을 자비로 지불하지 않습니다. 그리고 HIV 및 B형 간염 바이러스 검사는 예방 서비스이기 때문에 의사나 기타 의료 서비스 제공자가 책정금을 수락하는 경우 귀하는 비용을 자비로 지불하지 않습니다. PrEP 및 관련 서비스에 대해 자세히 알아보려면 [Medicare.gov/coverage/pre-exposure-prophylaxis-prep-for-hiv-prevention](https://www.medicare.gov/coverage/pre-exposure-prophylaxis-prep-for-hiv-prevention)를 방문하십시오.

주: HIV에 감염되어 치료를 위해 (예방이 아닌) 약물을 복용하는 경우, 치료는 메디케어 약물 보장(파트 D)을 통해 보장됩니다.

주요 치료 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 질환(예: 암)이 하나 있는 경우(그리고 다른 복합 질환에 대한 치료를 받고 있지 않은 경우), 메디케어는 그 관리를 돋는 의료 서비스 제공자에 대해 비용을 지불할 수 있습니다. 제공자는 질병별 치료 계획을 수립하고 귀하가 복용하는 약품을 포함하여 이를 지속적으로 추적관찰하고 조정할 것입니다. 파트 B **공제액** 및 **공동 보험금**이 적용됩니다.

주: 메디케어는 만성 고위험 상태에 대한 주요 질병 탐색 서비스도 보장할 수 있습니다. 이러한 서비스는 귀하의 건강 상태나 진단을 이해하고 의료 시스템을 탐색하여 필요한 치료 및 제공자를 찾는 데 도움이 될 수 있습니다. 자세한 내용은 Medicare.gov를 참조하십시오.



예방 서비스

전립선암 검진

50세 이상인 경우 메디케어는 직장 수지 검사와 전립선 특이항원 (PSA) 검사를 12개월마다 한 번씩 보장합니다(보장은 50세 생일 이후부터 시작됨). 직장 수지 검사에 대해서 귀하는 **메디케어 승인 금액**의 20%를 지불합니다. 파트 B 공제액이 적용됩니다. 병원 외래 환경에서 귀하는 **공동 부담금**도 지불합니다. 귀하는 PSA 검사에 대해 비용을 부담하지 않습니다.

보철/보조기 품목

메디케어는 메디케어에 등록된 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자가 팔 보호대, 다리 보호대, 등 보호대, 목 보호대, 의안, 의지, 내장 기관 또는 기관의 기능을 대체하는 데 필요한 보조 장치(장루 용품, 비경구 및 장관 영양 요법, 유방 절제술 후 일부 유형의 유방 보형물 포함)를 지시할 경우 이러한 보철/보조기를 보장합니다.

메디케어에 등록된 공급자로부터 보철/보조기를 받아야 메디케어의 보장을 받을 수 있습니다. 가입자는 메디케어가 승인한 금액의 20%를 냅니다. 파트 B 공제액이 적용됩니다.

폐 재활 프로그램

메디케어는 다음과 같은 경우 포괄적 폐 재활 프로그램을 보장합니다.

- 중등도에서 위중증의 만성 폐쇄성 폐질환(COPD)이며 이를 치료하는 의사가 **의뢰**했거나,
- 코로나19로 확진되거나 의심되고 최소 4주 동안 호흡기 기능 장애를 포함한 지속적인 증상을 경험한 경우

진료실에서 서비스를 받았으면 귀하는 메디케어 승인 금액의 20%를 지급합니다. 병원 외래 환자 환경에서 서비스를 받는다면 귀하는 공동 부담금도 지급합니다. 파트 B 공제액이 적용됩니다.

농촌 보건 클리닉 서비스

농촌 보건 클리닉은 농촌 및 소외된 지역에서 다양한 외래 환자 1차 진료 및 **예방 서비스**를 제공합니다. 일반적으로 귀하는 비용의 20%를 지불합니다. 파트 B **공제액**이 적용됩니다. 귀하는 대부분의 예방 서비스에 대해 비용을 지불하지 않습니다.

2차 수술 소견

메디케어는 응급 상황이 아닌 **의학적으로 필요한** 수술에 대하여 일부 경우 2차 수술 소견을 보장합니다. 어떤 경우에는 메디케어가 3차 수술 소견을 보장합니다. 귀하는 메디케어가 승인한 금액의 20%를 지불합니다. 파트 B 공제액이 적용됩니다.



예방 서비스

성병 검사(STI) 및 상담

메디케어는 클라미디아, 임질, 매독 및/또는 B형 간염에 대한 성병 검사를 보장합니다.

메디케어는 임신 중이거나 성병 감염 위험이 높고 **주치의** 또는 다른 의료 서비스

제공자가 검사를 지시하는 경우 이러한 검사를 보장합니다. 메디케어는 매 12개월에 한번 보장하거나 임신 기간에는 특정 횟수를 보장합니다.

또한 성병 고위험군이고 성생활을 하는 성인이라면, 메디케어는 20분에서 30분간의 대면 고강도 행동 상담 세션을 연 2회까지 보장합니다. 메디케어는 1차 진료 환경(예: 의원)에서 주치의 또는 의료 서비스 제공자가 수행하는 경우에만 이 상담 세션을 보장합니다. 메디케어는 **전문 간호 시설**과 같은 입원 환경에서 **예방 서비스** 상담을 보장하지 않습니다.

귀하의 주치의 또는 기타 의료 제공자가 **책정금**을 수락하는 경우, 귀하는 이러한 서비스에 대해 비용을 지불하지 않습니다.



예방 서비스

예방접종(백신)

파트 B 보장 대상:

- 독감 예방접종(41페이지).
- B형 간염 예방접종(42페이지).
- 폐렴 예방접종(48페이지).

중요! 메디케어 약품 보장(파트 D)은 일반적으로 질병[대상포진, 파상풍, 디프테리아, 백일해, 호흡기 세포융합 바이러스(RSV) 등] 예방을 위해 예방접종 관행 자문 위원회에서 권장하는 모든 기타 성인 예방접종을가입자 자비 부담 없이 보장합니다. 예방접종이 아직 플랜의 약물 목록에 없다면, 보장 예외를 요청하거나 환급을 받을 수 있습니다. 귀하의 플랜에 문의하여 자세한 내용을 확인하고, 의사나 다른 의료 제공자와 상담하여 어떤 백신이 본인에게 적합한지 알아보십시오. 보장되는 백신에 대해 자세히 알아보려면 Medicare.gov/coverage를 참조하십시오.

언어 병리학 서비스

메디케어는 **의학적으로 필요한** 말하기 및 언어 능력을 회복하고 강화하는 평가 및 치료를 보장합니다. 이에는 인지적 능력 및 삼키는 능력이 포함되고, 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자가 필요하다고 확인할 때, 현재의 기능을 개선 또는 유지하거나, 기능 저하를 늦추는 것이 포함됩니다. 귀하는 **메디케어 승인 금액**의 20%를 지불합니다. 파트 B **공제액**이 적용됩니다.

상처 드레싱 서비스

메디케어는 수술 상처 또는 외과적으로 치료를 받은 상처에 대해 의료적으로 필요한 치료를 보장합니다. 귀하는 의사나 다른 의료 서비스 제공자의 서비스에 대해 메디케어가 승인한 금액의 20%를 지불합니다. 귀하는 병원 외래 환경에서 이러한 서비스를 받을 때 정해진 **공동 부담금**을 지불합니다. 파트 B 공제액이 적용됩니다.

원격 의료

메디케어는 기술을 사용하여 귀하와 실시간으로 통신하는 다른 곳(미국 내)에 있는 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자로부터 (미국 내에서) 받는 특정 원격 의료 서비스를 보장합니다. 2025년 9월 30일까지 자택을 포함한 미국 내 모든 곳에서 원격진료 서비스를 받을 수 있습니다.

중요! 2025년 10월 1일부터 대부분의 원격진료 서비스를 받으려면 시골 지역(미국 내)에 위치한 의원 또는 의료 시설에 있어야 합니다. 하지만, 다음을 포함하는 특정 메디케어 원격진료 서비스는 농촌 의료 환경에 있지 **않아도** 받을 수 있습니다.

- 가정 투석을 위한 월 1회 말기 신장 질환(ESRD) 방문 진료
- 환자를 찾아가서 급성 뇌출중 증상을 진단이나 평가 또는 치료하는 서비스(이동형 뇌출중 치료실 포함)
- 정신 및/또는 행동 건강 장애(약물 사용 장애 포함)의 진단, 평가 또는 치료를 위한 가정 내 서비스

귀하에게 필요한 메디케어 보장 서비스가 원격 의료를 통해 이용 가능한지 의사나 기타 의료 서비스 제공자에게 문의하십시오.

귀하는 의사, 기타 의료 서비스 제공자, 기타 의료 종사자의 서비스에 대해 메디케어가 승인한 금액의 20%를 지불합니다. 파트 B 공제액이 적용됩니다. 이러한 서비스는 대부분 직접 서비스를 받을 때와 동일한 금액을 지급하게 됩니다.



비교: 메디케어 어드밴티지 플랜, 오리지널 메디케어의 일부 제공자는 오리지널 메디케어의 기본 보장보다 더 많은 원격 의료 혜택을 제공할 수 있습니다. 예를 들어, 거주 지역과 무관하게 집에서 일부 서비스를 받을 수 있습니다. 귀하의 오리지널 메디케어 서비스 제공자가 **책임의료기관(ACO)**에 참여하는 경우 해당 서비스 제공자에게 어떤 원격 의료 혜택을 이용할 수 있는지 확인하십시오.에 관한 추가 정보는 110-111페이지를 참조하십시오. 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입되어 있는 경우 이용 가능한 원격 의료 혜택에 대해 플랜에 확인하십시오.

검사(실험실 검사 제외)

메디케어는 X선, MRI, CT 스캔, 심전도 및 기타 진단 검사를 보장합니다. 귀하는 메디케어가 승인한 금액의 20%를 지불합니다. 파트 B 공제액이 적용됩니다.

병원에서 외래 환자로 검사 받으면 귀하는 병원에 **공동 부담금**을 지불해야 하며, 이는 **메디케어 승인 금액**의 20%를 초과할 수 있습니다. 대부분의 경우, 이 금액은 파트 A 병원 체류 **공제액**을 초과할 수 없습니다. 다른 파트 B 보장 검사를 확인하려면 44페이지의 “실험실 검사”로 이동하십시오.

주: 특정 진단 비실험실 검사(CT, MRI, 핵의학, PET 스캔)를 받는 경우 메디케어는 공인 제공자로부터 받은 경우에만 검사 비용을 지불합니다. 공인 제공자가 아니기 때문에 메디케어가 비용을 지불하지 않는 경우 제공자는 귀하에게 검사 비용을 청구할 수 없습니다.

전환기 치료 관리 서비스

병원이나 [전문 간호 시설](#)과 같은 특정 시설에 입원한 후 지역사회로 복귀하는 경우 메디케어는 이 서비스를 보장할 수 있습니다. 귀하의 지역사회 복귀를 관리하는 의료 제공자가 귀하와 귀하의 돌봄 제공자와 함께 귀하가 집에 돌아온 후 처음 30일 동안 귀하의 치료를 조정하고 관리하기 위해 노력할 것입니다. 파트 B [공제액](#) 및 [공동 보험금](#)이 적용됩니다. [Medicare.gov/coverage/transitional-care-management-services](https://www.Medicare.gov/coverage/transitional-care-management-services)를 방문하여 더 자세히 알아보십시오.

이식 및 면역억제제

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

메디케어가 장기 이식 비용을 지불한 경우 메디케어가 면역억제제를 보장합니다. 보장 대상인 장기 이식 시 파트 A가 있어야 하며, 면역억제제를 받을 때 파트 B가 있어야 합니다(또는 이 페이지에 설명된 면역억제제 혜택을 받을 자격이 있어야 함). 귀하는 약품에 대한 메디케어 승인 금액의 20%를 지불합니다. 파트 B 공제액이 적용됩니다. 메디케어 약품 보장(파트 D)은 파트 B가 보장하지 않는 면역억제제를 보장합니다.

가입을 생각하고 계시거나 [메디케어 어드밴티지 플랜](#) 이식 대기자 명단에 있거나, 이식이 필요하다고 생각되는 경우, 가입하기 전에 플랜에 확인하여 귀하의 담당 의사, 기타 의료 서비스 제공자, 병원이 플랜 네트워크에 있는지 확인하십시오. 보장되는 약품과 그 비용에 대한 정보를 요청하십시오. 또한 사전 승인 및 생체 기증자 보장에 대한 플랜의 보장 규칙을 확인하십시오.

메디케어는 파트 A에 따라 병원 입원 환자 서비스로서 이식 수술을 보장할 수 있습니다 (27-28페이지).

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

면역억제제 혜택

말기 신장 질환(ESRD)으로 인해 메디케어만 가입되어 있는 경우, 메디케어 보장 (면역억제제 보장 포함)은 성공적인 신장 이식 후 36개월이 지나면 종료됩니다.

특정 유형의 다른 건강 보험이 없는 경우 메디케어는 36개월 이후의 면역억제제 비용을 지불하는 데 도움이 되는 혜택을 제공합니다(예: 그룹 건강 플랜, 면역억제제를 보장하는 트라이케어 [메디케이드](#)). 이 혜택은 면역억제제(특정 복합 면역억제제 포함)에만 적용되며 다른 품목이나 서비스는 적용되지 않습니다. 이는 전체 건강 보장을 대신할 수 없습니다. 신장 이식 당시 ESRD로 인해 메디케어가 있는 한 메디케어 파트 A 보장이 종료된 후 언제든지 이 혜택에 가입할 수 있습니다.

가입하시려면 1-877-465-0355번으로 사회보장국에 문의하십시오. TTY 사용자는 1-800-325-0778로 전화하실 수 있습니다.

2025년에 이 면역억제제 혜택에 대해 월 **보험료** \$110.40(또는 소득에 따라 그 이상)와 \$257의 공제액을 지불하게 됩니다. 공제액을 충족하면 면역억제제에 대해 **메디케어 승인 금액**의 20%를 지불하게 됩니다. 소득과 재원이 제한적인 경우, 이 혜택을 지불하는 데 있어서 주로부터 도움을 받을 수 있습니다. 94페이지로 이동하거나 [Medicare.gov/basics/end-stage-renal-disease](https://www.Medicare.gov/basics/end-stage-renal-disease)를 방문하여 자세히 알아보십시오.

최신 보험료 금액은 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)를 방문해서 확인하십시오.

여행

메디케어는 일반적으로 미국 이외의 지역을 여행하는 동안 의료 서비스를 보장하지 않습니다(“미국”에는 50개 주, 컬럼비아 특별구, 푸에르토리코, 미국령 버진 아일랜드, 괌, 북마리아나 제도, 미국령 사모아). 몇 가지 제한적인 예외가 있습니다. [Medicare.gov/coverage/travel-outside-the-u.s](https://www.Medicare.gov/coverage/travel-outside-the-u.s)를 방문하여 더 자세히 알아보십시오.

메디케어는 **의학적으로 필요한** 의학적으로 필요한 입원 환자 병원 서비스 보장 범위에 포함되는 입원의 경우에만 외국 병원으로의 구급차 수송을 보장할 가능성이 있습니다. 귀하는 메디케어가 승인한 금액의 20%를 지불합니다. 파트 B **공제액**이 적용됩니다.

주: 일부 **메디케어 어드밴티지 플랜**은 미국 밖을 여행할 때 응급 서비스와 긴급하게 필요한 서비스를 보장하는 추가 혜택을 제공할 수 있습니다.

긴급하게 필요한 치료

메디케어는 의학적 응급 상황 및/또는 생명을 위협하는 상황이 아닌 갑작스러운 질병이나 부상을 치료하기 위해 긴급하게 필요한 치료를 보장합니다. 귀하는 의사 진료나 다른 의료 서비스 제공자의 서비스에 대해 메디케어가 승인한 금액의 20%를 지불하며 병원 외래 환경에서 **공동 부담금**을 지불합니다. 파트 B 공제액이 적용됩니다.

가상 체크인

메디케어는 의사 또는 특정 기타 제공자와의 가상 체크인을 보장합니다. 가상 체크인을 사용하면 진료실에 가지 않고도 휴대전화나 컴퓨터와 같은 오디오 또는 비디오 통신 기술을 사용하여 의료 서비스 제공자와 간략하게 소통할 수 있습니다. 또한 의사는 귀하가 진료실에 가야 하는지 여부를 결정하기 위해 귀하가 검토용으로 보내는 사진 또는 영상을 원격으로 평가할 수 있습니다. 담당 의사 또는 기타 서비스 제공자가 전화, 가상 진료, 보안 문자 메시지, 이메일 또는 환자 포털을 통해 귀하에게 응답할 수 있습니다.

가상 체크인은 원격 의료 진료와 다른데, 이는 일반적으로 10분 이하이고 실시간으로 수행되지 않기 때문입니다.

다음 조건을 충족하는 경우 가상 체크인을 할 수 있습니다.

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



비교: 귀하는 의사나 다른 의료 서비스 제공자의 서비스에 대해 **메디케어 승인 금액**의 20%를 지불합니다. 파트 B **공제액**가 적용됩니다. **메디케어 어드밴티지 플랜**은 **오리지널 메디케어**보다 더 많은 가상 체크인 서비스를 제공할 수 있습니다. 플랜에서 제공하는 내용을 확인해 보십시오.



예방 서비스

“메디케어 가입 환영” 예방 진료

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

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

현재 오피오이드 처방을 받고 있는 경우 서비스 제공자는 오피오이드 사용 장애에 대한 잠재적 위험 요소를 검토하고 통증의 심각도와 현재 치료 계획을 평가하며 비오피오이드 치료 옵션에 대한 정보를 제공하고, 적절한 경우 전문의에게 의뢰할 수 있습니다. 또한 서비스 제공자는 약물 사용 장애, 우울증, 음주 및 흡연에 대한 잠재적 위험 요소를 검토하고 필요한 경우 치료를 의뢰합니다.

중요! 귀하의 의사 또는 기타 의료 제공자가 동일한 방문 진료에서 메디케어가 이 예방 혜택에 따라 보장하지 않는 추가 검사 또는 서비스를 수행하는 경우, 귀하는 **공동 보험금**을 부담해야 할 수 있고, 파트 B 공제액이 적용될 수 있습니다. 메디케어가 추가 검사나 서비스(예: 정기 검진)를 보장하지 않는 경우에는 귀하가 전액을 부담해야 할 수도 있습니다.



예방 서비스

연간 “웰니스” 진료

파트 B를 12개월 이상 유지한 경우 매년 ‘웰니스’ 진료를 받을 수 있습니다. **연간 “웰니스” 진료는 검진이 아닙니다**—현재의 건강 및 위험 요인을 기준으로 질병이나 장애를 예방하기 위한 개인별 맞춤 계획을 개발하거나 수정하는 방문입니다. 메디케어는 12개월마다 한 번 이 방문 진료를 보장합니다.

귀하의 의사 또는 의료 서비스 제공자는 이 진료의 일부로 “건강 위험 평가”라고 하는 설문지를 작성하도록 요청할 것입니다. 진료에는 일상적 측정, 건강 자문, 의료 및 가족력 검토, 현 처방전 검토, 사전 치료 계획 등이 포함될 수 있습니다. 자세한 내용은 Medicare.gov/coverage을 방문해서 확인하십시오.

귀하의 의사 또는 의료 서비스 제공자는 또한 인지 평가를 진행하여 알츠하이머를 포함한 치매 징후를 발견할 수 있도록 할 것입니다. 인지 장애의 징후에는 기억 장애, 새로운 것을 배우기, 집중력, 재정 관리 또는 일상 생활에 대한 결정이 포함됩니다. 의사나 의료 서비스 제공자가 귀하에게 인지장애가 있다고 판단하는 경우, 메디케어는 인지 기능을 보다 철저히 검토하고, 치매, 우울증, 불안, 섬망과 같은 상태를 확인하며 치료 계획을 수립하기 위한 별도의 방문을 보장합니다(35페이지).

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

주: 파트 B 가입 또는 “메디케어 가입 환영” 예방 진료 후 12개월 이내에는 첫 번째 연간 “웰니스” 진료를 받을 수 없습니다. 그러나, 연간 “웰니스” 진료 자격 요건을 충족하기 위해

“메디케어 가입 환영” 예방 진료를 받아야 하는 것은 아닙니다.

의사 또는 기타 의료 서비스 제공자가 **책정금**을 수락하는 경우, 귀하는 연간 “웰니스” 진료에 대해 비용을 지불하지 않습니다.

중요! 귀하의 의사 또는 의료 서비스 제공자가 “웰니스” 진료 중에 메디케어가 이 예방 혜택에 따라 보장하지 않는 추가 검사 또는 서비스를 수행하는 경우, 귀하는 **공동 보험금**을 부담해야 할 수 있고 파트 B **공제액**이 적용될 수 있습니다. 메디케어가 추가 검사나 서비스(예: 정기 검진)를 보장하지 않는 경우에는 귀하가 전액을 부담해야 할 수도 있습니다.

파트 A와 파트 B에서 보장되지 않는 것은?

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

- 비용을 충당할 다른 보험(메디케이드 포함)이 있는 경우.
- **메디케어 어드밴티지 플랜** 또는 메디케어 코스트 플랜에 가입되어 있으며, 해당 서비스가 보장되는 경우. 메디케어 어드밴티지 플랜 및 메디케어 코스트 플랜은 피트니스 프로그램, 시력, 청력, 치과 서비스와 같은 일부 혜택을 추가로 보장할 수 있습니다.

오리지널 메디케어에서 보장하지 않는 일부 항목 및 서비스는 다음과 같습니다.

- ✖ 장기 요양.
- ✖ 시력 검사(안경 및 교정 콘택트렌즈 처방을 위해).
- ✖ 성형 수술.
- ✖ 마사지 요법.
- ✖ 정기 검진.
- ✖ 보청기 및 보청기 맞춤 검사.
- ✖ 컨시어지 케어(컨시어지 의료, 유지 기반 의료, 부티크 의료, 플래티넘 진료, 직접 진료라고도 함).
- ✖ 응급 상황 또는 긴급한 필요가 있는 경우를 제외하고 메디케어 참여를 거부한 의사 또는 기타 제공자로부터 받는 보장 항목 또는 서비스(60페이지).

- ✖ 대부분의 치과 진료: 대부분의 경우 **오리지널 메디케어**는 일상적인 스케일링, 충전, 발치 또는 의치와 같은 품목 등 치과 서비스를 보장하지 않습니다. 그러나 경우에 따라 오리지널 메디케어는 다음과 같은 특정 보장 서비스와 밀접하게 관련된 일부 치과 서비스에 대해 비용을 지불할 수 있습니다.
 - 심장 판막 수복 또는 대치.
 - 장기 이식.
 - 암 관련 치료.
 - 말기 신장 질환(ESRD) 치료를 위한 투석 서비스.

장기 요양 비용 지불

메디케어 및 메디케어 보충보험(**메디캡**)을 포함한 대부분의 건강 보험은 요양원이나 지역사회에서의 치료를 포함한 비의료 장기 요양 서비스에 대해 비용을 지불하지 않습니다(가정 의료 서비스에 대한 43페이지로 이동). 여기에는 옷 입기, 목욕, 화장실 사용을 포함한 일상적인 활동에 필요한 도움과 같은 개인 간병 지원 등이 해당됩니다. 비의료 장기 요양 서비스에는 성인 주간 의료, 개인적 돌봄, 교통, 식사 배달, 기타 가정 및 지역사회 기반 서비스도 포함될 수 있습니다. 귀하는 **메디케이드**(해당 주의 자격 요건을 충족하는 경우) 또는 민간 장기 요양 보험을 통해 이 치료 중 일부를 받을 자격이 있을 수 있습니다. 장기 요양 비용은 직접 지불할 수도 있습니다.

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

장기 요양 자원

다음과 같은 자원을 활용하여 장기 치료에 대한 자세한 정보를 얻을 수 있습니다.

- ACL.gov/ltc를 방문하여 장기 요양 계획에 대해 자세히 알아봅니다.
- 노인 돌봄 찾기(Eldercare Locator)에 1-800-677-1116으로 전화하여 지역사회 내 지원을 확인합니다.
- 장기 요양 옴부즈맨에게 전화하거나 Itcombudsman.org를 방문하여 필요한 서비스에 대한 도움과 귀하의 권리에 대해 안내를 받고 가까운 옴부즈맨 프로그램을 찾습니다.
- 주 의료 보조(메디케이드) 사무소에 전화하거나 Medicaid.gov/about-us/where-can-people-get-help-medicaid-chip/index.html#statemenu를 방문하여 지도에서 해당 주의 연락처 정보를 확인합니다.
- 주 건강 보조 프로그램(SHIP)에 문의합니다. 114-117페이지로 이동하여 지역 내 SHIP의 전화번호를 확인하거나 shiphelp.org를 방문합니다.
- 주 보험 부서에 전화해서 장기 요양 보험에 대한 정보를 얻습니다. content.naic.org/state-insurance-departments를 방문하여 주 보험국의 전화번호를 얻습니다.
- 전국 보험 감독관협회(National Association of Insurance Commissioners)에서 “장기 요양 보험 구매자 안내서(A Shopper’s Guide to Long-Term Care Insurance)” 사본을 받습니다 content.naic.org/sites/default/files/publication-ltc-ip-shoppers-guide-long-term.pdf.

섹션 3:

오리지널 메디케어

오리지널 메디케어는 어떻게 적용되나요?

오리지널 메디케어는 메디케어 건강 보험 선택 사항 중 하나입니다. **메디케어 어드밴티지 플랜** 또는 다른 유형의 **메디케어 건강 플랜**를 선택하지 않는 한 오리지널 메디케어를 갖게 됩니다. 오리지널 메디케어는 두 파트로 이루어져 있습니다. 파트 A(입원 보험)와 파트 B(의료 보험)입니다.

일반적으로 오리지널 메디케어에서는 보장하는 각 서비스에 대해 비용의 일부를 지급해야 합니다. 연간 본인 부담 비용에 제한이 없으며, 다른 보장(예: **메디캡**, **메디케이드**, 고용주, 퇴직자, 조합 보장)이 없는 경우에 해당합니다.

오리지널 메디케어

아무 의사나 기타 의료 서비스 제공자에게, 또는 아무 병원에서나 치료를 받을 수 있나요?	대부분의 경우, 그렇습니다. 미국 내 어디에서나 메디케어 환자를 받는 메디케어 등록 의사, 기타 의료 서비스 제공자, 병원, 기타 시설에 갈 수 있습니다. Medicare.gov/care-compare 에서 지역 내 제공자, 병원 및 시설을 찾아 비교할 수 있습니다.
처방약이 보장되나요?	메디케어 파트 B는 대부분의 약품을 보장하지 않습니다. 그러나 면역억제제(52페이지) 또는 호스피스 치료를 위한 통증 및 증상 관리 약물(26-27페이지)과 같은 몇 가지 예외가 있습니다. 또한 파트 B는 진료실에서 투여되는 일부 주입 및 주사 약물과 기존 펌프용(39페이지, 44, 및 47) 인슐린을 보장할 수 있습니다. 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입하여 메디케어 약품 보장 (파트 D)을 추가할 수 있습니다 (79-90페이지).
주치의를 선택해야 하나요?	아니요.
전문의 진료를 받으려면 의뢰가 필요한가요?	대부분의 경우, 아닙니다.

추가로 보험에 가입해야 하나요?	<p>이미 메디케이드 또는 고용주, 퇴직자, 노동조합 보장이 있을 수 있으며 오리지널 메디케어 가 지불하지 않는 비용을 지불할 수 있습니다. 자격 요건을 충족한다면 메디케어 보충보험(메디캡) 가입을 고려할 수도 있습니다(75-78페이지). 주 의료 보조(메디케이드) 사무소에 문의하여 본인이 메디케이드 자격 요건을 충족하는지 확인할 수도 있습니다'.</p>
오리지널 메디케어에 관해 더 알아야 할 사항은 무엇인가요?	<ul style="list-style-type: none"> 일반적으로 메디케어가 지불을 시작하기 전에 귀하가 의료(공제액)에 대해 정해진 금액을 지불합니다(파트 A와 파트 B에는 별도의 공제액이 있음). 메디케어가 분담금을 지급하면 귀하는 보장 서비스 및 용품에 대한 공동 보험금 또는 공동 부담금을 지불합니다. 다른 보험(메디캡, 메디케이드, 고용주 보험, 퇴직자 보험, 조합 보험 등)이 없다면 연간 본인 부담 비용에는 제한이 없습니다. 일반적으로 파트 B에 대해 월 보험료를 지불합니다. 이 보험료는 매년 변경될 수 있습니다. 귀하는 일반적으로 메디케어 청구를 할 필요가 없습니다. 제공자 및 공급업체에서 귀하가 받는 보장 서비스 및 용품에 대하여 청구해야 합니다.

어떤 비용을 부담하게 되나요?

오리지널 메디케어의 본인 부담 비용은 다음에 따라 달라집니다.

- 파트 A 및/또는 파트 B가 있는지 여부. 대부분 둘 다 가지고 있습니다.
- 귀하의 의사, 기타 의료 제공자 또는 공급자가 **책정금**(59-60페이지)을 수락하는지 여부.
- 귀하에게 필요한 건강관리 유형과 이용 빈도수.
- 메디케어에서 보장하지 않는 서비스나 용품을 받기한 경우. 그렇다면, 귀하께 비용을 보장하는 다른 보험이 없는 한 귀하는 모든 비용을 부담합니다.
- 메디케어(21페이지)와 연동되는 다른 건강 보험의 유무.
- 전체 메디케이드 보장을 가지고 있는지 여부, 또는 메디케어 절약 프로그램(91-92페이지)을 통해 주에서 메디케어 비용에 대한 도움을 받는지 여부.
- 메디케어 보충보험(메디캡)이 있는지 여부.
- 귀하와 귀하의 의사 또는 기타 의료 제공자가 수의계약(60페이지)에 서명하는지 여부.

메디케어가 지급한 금액은 어떻게 알 수 있나요?

오리지널 메디케어가 있는 경우 메디케어에 청구된 모든 서비스가 나열된 “메디케어 요약 통지”(MSN)를 받게 됩니다. MSN은 청구서가 아닙니다. 메디케어가 지급한 금액과 귀하가 제공자에게 지불해야 하는 금액을 보여줍니다. MSN을 검토하여 모든 서비스, 공급품 또는 장비가 목록에 있는지 확인하십시오. 서비스를 보장하지 않기로 한 메디케어의 결정에 동의하지 않는 경우, MSN에서 이의신청 방법을 알려줄 것입니다. 이의신청 방법에 대한 정보는 99페이지를 참조하십시오.

전자 양식으로 받도록 등록한 경우가 아니라면, 이 통지를 연 최소 2회 우편으로 받게 됩니다,

MSN 주소를 변경해야 하는 경우 SSA.gov/personal-record/update-contact-information을 방문하십시오. 철도 퇴직위원회(RRB) 혜택을 받고 계신 경우 RRB에 1-877-772-5772로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-312-751-4701로 전화하실 수 있습니다.

귀하는 MSN을 통해 귀하가 적격 메디케어 수혜자(QMB) 프로그램에 등록되어 있는지 알 수 있습니다. QMB 프로그램에 등록되었다면 메디케어 제공자는 귀하에게 메디케어파트 A 및/또는 파트 B **공제액**, **공동 보험금**, 또는 **공동 부담금**을 청구할 수 없습니다. 경우에 따라 **메디케이드**를 통해 소액의 공동 부담금이 청구될 수 있습니다(해당되는 경우). 91페이지에서 QMB 및 제공자가 이러한 비용을 청구하는 경우 해야 할 조치에 대한 자세한 정보를 확인하십시오.

중요! 전자 양식으로 “메디케어 요약 통지”를 받을 수 있습니다. 가입하려면 Medicare.gov/my/eMSN을 방문하십시오. 전자 MSN에 가입하시면, 매달 메디케어 계정에 전자 MSN이 발행되었을 때 우편으로 종이 사본을 보내는 대신 이메일을 보내드립니다.

메디케어 청구 정보를 받는 방식을 선택할 수 있습니다:

- MSN에서 청구 정보를 확인할 수 있습니다.
- Medicare.gov**의 '내 청구 확인(Check my claims)'을 방문하여 귀하의 계정에서 청구를 열람하고 이 정보를 의사, 약국 및 기타 사람들과 공유할 수 있습니다.
- 메디케어 연결 앱을 통해 청구를 열람할 수 있습니다. 연결 앱은 메디케어가 아닌 제3자가 만드는 메디케어 승인 앱 또는 웹사이트입니다. 앱에 접속하고 **Medicare.gov** 계정 정보로 로그인하면 건강 정보를 수동으로 입력하지 않고도 앱의 서비스를 이용할 수 있습니다. 이러한 제3자는 귀하가 해당 제3자와 공유하기로 선택한 경우에만 귀하의 메디케어 데이터에 접근할 수 있습니다. 귀하는 항상 제3자 앱(109페이지)에 연결(또는 연결 상태를 유지)할지 선택할 수 있습니다.

책정금이란 무엇인가요?

책정금은 귀하의 의사나 기타 의료 서비스 제공자 또는 공급업체가 보장 대상 서비스의 전체 비용으로 **메디케어 승인 금액**를 수락하는 것에 동의하는(또는 법에 따라 요구되는) 것을 의미합니다. 대부분의 의사, 제공자 및 공급업체는 책정금을 수락합니다. 그러나 항상 귀하의 책정금이 수락되는지 확인하십시오.

의사, 제공자 또는 공급업체가 책정금을 수락하는 경우:

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

제공자가 책정금을 수락하지 않으면 어떻게 하나요?

일부 의사, 의료 서비스 제공자, 공급자는 모든 메디케어 보장 서비스의 책정금을 수락할 법적 의무가 없으며 수락에 동의하지 않았으나, 여전히 개별 서비스의 책정금을 수락할 수 있습니다. 모든 서비스의 책정금을 수락하는 데 동의하지 않은 의사, 의료 제공자 및 공급자를 “비참여”라고 합니다. 그들이 귀하에게 제공하는 치료에 대한 책정금을 수락하지 않으면 귀하는 서비스 비용을 더 많이 지불해야 할 수도 있습니다. 귀하의 의사, 의료 서비스 제공자, 공급업체가 책정금을 수락하지 않는 경우 다음과 같은 일이 발생합니다.

- **서비스를 받을 당시 전체 요금을 내야 할 수도 있습니다.** 귀하의 의사, 의료 서비스 제공자, 공급업체는 귀하에게 제공하는 모든 메디케어 보장 서비스에 대해 메디케어에 청구서를 제출해야 합니다. 그들이 귀하가 요청한 메디케어 청구서를 제출하지 않을 경우 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하실 수 있습니다.
- **귀하는 메디케어 승인 금액보다 더 많은 비용을 청구받을 수 있습니다. 대부분의 경우, 비참여 의료 서비스 제공자에 대한 요금은 메디케어에서 승인한 금액과 비교해 15%보다 더 높을 수 없습니다.** 이 금액을 “제한 요금(limiting charge)”이라고 합니다.



비교: 귀하가 **오리지널 메디케어**에 가입했다면, 미국 전역에서 메디케어를 수락하는 모든 의료 서비스 제공자를 이용할 수 있습니다. 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입되어 있다면 **메디케어 어드밴티지 플랜**, 대부분의 경우 플랜 네트워크에 속한 의사 및 기타 의료 서비스 제공자를 이용해야 합니다.

의료인이 책정금을 수락하거나 메디케어에 참여하는지 알아보기:



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

의료 장비 공급자가 책정금을 수락하는지 알아보기:



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

1-800-MEDICARE로 전화하거나 주 건강 보험 보조 프로그램(SHIP)에 연락하여 이러한 부분에 대한 도움을 무료로 받을 수도 있습니다. 114-117페이지로 이동하여 현지 SHIP의 전화번호를 확인하거나 shiphelp.org를 방문하십시오.

메디케어를 탈퇴하는 제공자를 사용하고 싶으면 어떻게 합니까?

메디케어 프로그램과 협력하기를 원하지 않는 특정 의사 및 기타 의료 서비스 제공자는 메디케어에서 “탈퇴”할 수 있습니다. 메디케어는 탈퇴한 의사 또는 다른 제공자로부터 받는 모든 보장 항목 또는 서비스(응급 상황 또는 긴급한 필요의 경우 제외) 비용을 지급하지 않습니다. 그럼에도 불구하고 탈퇴 제공자를 이용하고 싶다면, 귀하와 귀하의 제공자는 개인적 계약을 통해 양자 모두가 동의하는 지불 조건을 설정할 수 있습니다.

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

제공자가 메디케어를 탈퇴했는지 확실하지 않은 경우, 해당 제공자에게 확인하여 치료 비용을 자비로 지불해야 하는지 미리 알 수 있도록 하십시오. 탈퇴 제공자를 찾으려면 data.cms.gov/tools/provider-opt-out-affidavits-look-up-tool를 방문하십시오.



메디케어 옵션에 대한 개요는 10-14페이지에서 확인하십시오.

섹션 4:

메디케어 어드밴티지 플랜 및 기타 옵션

메디케어 어드밴티지 플랜은 무엇인가요?

A **메디케어 어드밴티지 플랜**은 메디케어 파트 A와 파트 B를 보장받는 또 다른 방법입니다. 메디케어 어드밴티지 플랜은 민영 회사에서 제공하는 메디케어 승인 플랜이며, 메디케어가 정한 규칙을 따라야 합니다. 이러한 플랜은 “파트 C” 또는 “MA 플랜”이라고도 하며, 때로 “메디케어” 또는 “메디케어 어드밴티지”라는 단어가 포함되지 않은 이름을 가질 수 있습니다.

메디케어 어드밴티지 플랜은 대부분 메디케어 약품 보장(파트 D)을 포함합니다. 많은 경우, 플랜 네트워크에 참여하는 의료 제공자를 이용해야 합니다. 이 플랜은 파트 A 및 파트 B에 따라 보장되는 서비스에 대해 매년 본인 부담으로 지불해야 하는 금액에 대한 한도를 설정합니다. 일부 플랜은 네트워크 외부에서 비급 보장을 제공하지만 비용이 더 많이 들 수 있습니다. 특정 서비스 또는 약품의 경우 보장을 위해 플랜에서 승인(사전 승인이라고도 함)을 받아야 할 수도 있습니다. 경우에 따라 전문의를 이용하려면 **의뢰**가 필요할 수도 있습니다.

메디케어가 보장하는 서비스를 받으려면 메디케어 어드밴티지 플랜에서 보내드리는 카드를 사용해야 한다는 사실을 기억하십시오. 필요할 때를 위해 빨간색, 흰색, 파란색 메디케어 카드를 안전한 장소에 보관하십시오.

메디케어 어드밴티지 플랜에 가입한 경우 여전히 메디케어 가입자이지만, 대부분의 파트 A 및 파트 B 보장은 **오리지널 메디케어**가 아닌 귀하의 플랜에서 받게 됩니다.

메디케어 어드밴티지 플랜에는 어떤 다양한 유형이 있나요?

- 건강관리기구(HMO) 플랜: 66페이지로 이동.
- 의료 저축 계좌(MSA) 플랜: 67페이지로 이동.
- 선호 제공자 기구(PPO) 플랜: 68페이지로 이동.
- 민간 행위별 수가제(PFFS) 플랜: 69페이지로 이동.
- 특별 필요사항 플랜(SNP): 70페이지로 이동.

메디케어 어드밴티지 플랜은 무엇을 보장하나요?

메디케어 어드밴티지 플랜 거의 모든 의학적으로 필요한 서비스 오리지널 메디케어

보장을 제공합니다. 하지만 만약 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입했다면, 호스피스 치료 비용과 임상 연구 비용 일부는 오리지널 메디케어가 보장합니다. 오리지널 메디케어는 법률 또는 메디케어 정책 결정으로 인한 새로운 혜택도 보장할 수 있습니다. 서비스가 보장되는지 확실하지 않은 경우 서비스를 받기 전에 제공자에게 확인하십시오. 보장 결정에 동의하지 않는 경우 이의(98-101페이지)를 신청할 수 있습니다.

플랜은 부가 혜택을 제공할 수 있습니다

메디케어 어드밴티지 플랜은 원래 메디케어가 보장하지 않는 일부 사항을 보장할 수 있습니다. 이러한 사항은 체육관 멤버십이나 할인, 시력, 청력, 치과 검진이나 스케일링일 수 있습니다. 일부 플랜은 진료를 위한 차량 서비스, 파트 D가 보장하지 않는 일반의약품, 기타 의료 등을 보장합니다. 가입하기 전에 플랜에서 무엇을 제공하는지, 제한이 있는지 확인하십시오.

플랜은 또한 특정 상태와 특정 만성 질환을 가진 사람들을 치료하기 위해 맞춤화된 추가 혜택을 제공할 수 있습니다. 가입 전에 메디케어 어드밴티지 플랜에서 이러한 혜택을 제공하는지 확인할 수 있지만, 자신이 대상자인지 여부는 가입 후에 확인할 수 있습니다.

메디케어 어드밴티지 플랜은 메디케어의 규칙을 따라야 합니다.

메디케어는 메디케어 어드밴티지 플랜을 제공하는 회사에 매달 귀하의 보장에 대하여 고정 금액을 지급합니다. 이러한 회사는 메디케어에서 정한 규칙을 따라야 합니다. 그러나 각 메디케어 어드밴티지 플랜은 각기 다른 본인 부담 비용을 부과할 수 있고, 서비스를 받는 방법에 대해 다른 규정을 둘 수 있습니다(예: 전문의를 이용하기 위해 **의뢰**가 필요한지, 비응급이나 비긴급 진료를 받기 위해 반드시 플랜 네트워크 내의 의사, 시설, 또는 공급자에게 가야 하는지 여부 등). 이러한 규정은 매년 변경될 수 있습니다. 플랜은 다음 가입 시작 전까지 귀하에게 변경사항을 알려야 합니다.

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

중요! 의료 서비스 제공자 네트워크는 연중 변경될 수 있지만 플랜은 여전히 가입자가 자격을 갖춘 의사 및 전문의에게 진료받을 수 있도록 해야 합니다. 플랜은 제공자가 플랜을 탈퇴하는 경우 귀하에게 알리므로 귀하는 새 제공자를 선택할 시간이 있습니다. 이 1차 진료 또는 행동 건강 제공자이고 귀하가 지난 3년 동안 해당 제공자를 방문한 적이 있을 경우 이 통지를 받게 됩니다. 그 외의 제공자가 귀하의 플랜을 탈퇴하는 경우, 귀하는 특정 상황에서 이 통지를 받게 됩니다.

플랜의 네트워크가 변경되면, 플랜은 그 외에도 다음과 같이 합니다.

- 귀하의 의료에 필요한 사항을 계속 관리할 새 제공자 선택을 지원합니다.
- 이미 진행 중인 필요한 치료를 계속할 수 있도록 지원합니다.
- 다양한 가입 기간과 플랜 변경에 활용할 수 있는 옵션에 대해 알려드립니다.

통지를 주의 깊게 읽고 변경 사항을 인지하십시오. 변경 내용이 만족스럽지 않다면, 공식 가입 기간이나 메디케어 어드밴티지 공식 가입 기간에 플랜을 변경할 수 있습니다. 또는 자격 요건을 충족하는 경우 특별 가입 기간 동안 플랜을 변경할 수 있습니다(71페이지).

네트워크 내 제공자 또는 혜택을 이용할 수 없거나 귀하에게 필요한 의료를 충족할 수 없을 때, 귀하의 플랜은 제공자 네트워크 외부에서 보장되는 **의학적으로 필요한** 서비스(네트워크 내 비용 분담으로)를 받을 수 있도록 도와야 합니다.



비교: 오리지널 메디케어가 있는 경우 대체로 전문의를 이용하는 데 **의뢰**가 필요하지 않습니다(57페이지). 또 일반적으로 보장 혜택을 이용하기 위해 사전 승인이 필요하지 않습니다.

중요! 플랜이 제공하는 정보 읽기

메디케어 어드밴티지 플랜 **메디케어 어드밴티지 플랜**에 가입되어 있다면, 매년 귀하의 플랜에서 “연간 변경 통지(Annual Notice of Change)” 및 “보장 범위 확인서(Evidence of Coverage)”를 검토하십시오.

- **연간 변경 통지:** 1월에 발효될 보장 범위, 비용 등 모든 변경 사항을 포함합니다. 귀하의 플랜은 9월 30일까지 귀하에게 인쇄본을 보낼 것입니다.
- **보장 범위 확인서(Evidence of Coverage):** 플랜의 보장 내역, 납부할 액수, 내년도 추가 사항 등에 대한 상세 내역을 제공합니다. 귀하의 플랜에서 10월 15일에 귀하에게 통지서(또는 사본)를 전송할 것입니다. 여기에는 전자 양식 또는 우편으로 받는 방법에 대한 정보가 포함됩니다.

이러한 중요한 문서를 받지 못한 경우 플랜에 문의하십시오.

“메디케어와 나” 핸드북의 전자 버전에 **Medicare.gov/go-digital** 가입하는 것은 어떠신가요?. 메디케어 어드밴티지 플랜에서 비용 및 보장 정보를 받을 수 있으므로 이 핸드북의 종이 사본이 필요하지 않게 됩니다’.

메디케어 어드밴티지 플랜에 관해 알아야 할 사항은 무엇인가요?

메디케어 어드밴티지 플랜 가입 조건

- 파트 A와 파트 B가 있음.
- 플랜의 **서비스 가능 지역**에 거주.
- 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).
- 메디케어 어드밴티지 플랜은 매년 메디케어를 탈퇴하거나 보장, 비용, 서비스 가능 지역 등을 변경할 수 있습니다. 플랜이 메디케어 참여를 중단하기로 결정하면 다른 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하거나 오리지널 메디케어로 돌아가야 합니다 (98페이지).
- 메디케어 어드밴티지 플랜은 플랜 가입 방법에 대한 정보를 제공할 때 특정 규칙을 따라야 합니다. 이러한 규칙과 개인 정보 보호 방법에 대한 자세한 내용은 105-106 페이지를 참조하십시오.

말기 신장 질환(ESRD)이 있다면 어떻게 되나요?

ESRD가 있는 경우 메디케어 보장 적용 방법을 결정할 때 **오리지널 메디케어** 또는 **메디케어 어드밴티지 플랜**을 선택할 수 있습니다. 가입하기 전에 메디케어 어드밴티지 플랜에 문의하여 의사 및 기타 의료 서비스 제공자가 플랜 네트워크에 있는지 확인하고, 보장 의약품 및 비용, 사전 승인 규칙에 대한 정보를 확인하십시오. ESRD가 있고 신장 이식을 받았기 때문에 메디케어 가입 자격만 있는 경우, 메디케어 혜택은 이식 후 36 개월이 경과하면 종료됩니다. 면역억제제의 지속적인 보장에 대한 자세한 내용은 52-53 페이지로 이동하십시오.

메디케어 약품 보장(파트 D)

대부분 메디케어 어드밴티지 플랜은 메디케어 약품 보장(파트 D)을 포함합니다. 메디케어 약품 보장이 포함되지 않은 일부 유형의 플랜(의료 저축 계좌 플랜 및 일부 민간 행위별 수가제 플랜 등)의 경우, 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입하실 수 있습니다. 그러나 약품을 보장하지 않는 건강관리기구(HMO) 플랜 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. 처음으로 자격 요건을 충족했을 때 메디케어 약품 보장을 받지 않기로 했고 다른 약품 보장이 **신뢰할 만한 처방약 보장**이 아닌 경우, 나중에 파트 D 플랜에 가입한다면 매월 **보험료**(83-85페이지)에 추가되는 지연 가입 가산금을 내야 할 수 있습니다.

다른 보장이 있으면 어떻게 하나요?

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

메디케어 보충보험(메디캡)이 있는 경우 어떻게 하나요?

중요! 이미 **메디캡**이 있는데 **메디케어 어드밴티지 플랜**에 가입하신다면, 메디캡 보험을 포기해야 합니다. **메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하기 위해 메디캡을 탈퇴하면 관할 주의 메디캡 가입 규정 및 가입자의 상황에 따라 메디캡 계약에 다시 가입할 수 없거나 더 많은 비용을 지불해야 할 수도 있다는 점을 유의하십시오.**

메디캡 계약 탈퇴에 대한 자세한 내용은 [Medicare.gov/health-drug-plans/medigap/ready-to-buy/change-policies](https://www.Medicare.gov/health-drug-plans/medigap/ready-to-buy/change-policies)를 참조하십시오.

오리지널 메디케어로 다시 전환하지 않는 한 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입되어 있는 동안에는 **메디캡**을 구입할 수 없습니다. 메디캡으로 메디케어 어드밴티지 플랜 **공동 부담금**, **공제액**, **보험료**는 지불할 수 없습니다.

나는 어떤 비용을 부담하나요?

메디케어 어드밴티지 플랜의 본인 부담 비용은 다음에 따라 달라집니다.

- **플랜에서 월 보험료를 청구하는지 여부.** 일부 메디케어 어드밴티지 플랜에는 \$0 보험료가 있습니다(그러나 여전히 파트 B 보험료를 지불할 수 있음). 보험료를 부과하는 플랜에 가입할 경우 파트 B 보험료(보험료 면제 파트 A가 없는 경우 파트 A 보험료)에 추가로 이 보험료를 지불하게 됩니다.
- **플랜이 귀하의 월 파트 B 보험료를 지불하는지 여부.** 일부 메디케어 어드밴티지 플랜은 귀하의 파트 B 보험료의 전부 또는 일부를 내도록 지원합니다. 이를 때로는 “메디케어 파트 B 보험료 감액”이라고 합니다.
- **플랜에 특정 서비스에 대한 연간 공제액 또는 추가 공제액이 있는지 여부.**
- **각 방문 또는 서비스마다 공동 부담금 또는 공동 보험금과 같이 지불하는 금액입니다.** 메디케어 어드밴티지 플랜은 화학 요법, 투석, 21-100일의 전문 간호 시설 치료와 같은 특정 서비스에 **오리지널 메디케어**보다 더 많은 금액을 청구할 수 없습니다.
- **필요한 건강보험 서비스 유형과 이용 빈도수**
- **귀하께서 네트워크 제공자로부터 서비스를 받거나 플랜과 계약하지 않은 제공자로부터 서비스를 받는지 여부.** 비응급 또는 비긴급 치료 서비스를 위해 플랜의 네트워크에 속하지 않은 의사, 기타 의료 서비스 제공자, 시설, 공급업체를 방문하는 경우 귀하의 플랜이 서비스를 보장하지 않거나 비용이 더 많이 들 수 있습니다.
- **책정금을 수락하는 의사 또는 제공자를 방문하는지 여부**[귀하가 선호 제공자 그룹 플랜이나 민간 행위별 수가제 플랜 또는 의료 저축 계좌(MSA) 플랜에 가입되어 있고 네트워크 외부로 가는 경우]. 59-60페이지로 이동하여 책정금에 관한 추가 정보를 확인하십시오.
- **플랜이 추가 혜택**(오리지널 메디케어 혜택에 추가하여)을 제공하는지와 해당 혜택을 받기 위해 추가 비용을 지불해야 하는지 여부.
- **플랜의 모든 파트 A 및 파트 B 보장 서비스에 대한 본인 부담 비용의 연간 한도.** 해당 한도에 도달하면, 가입자는 파트 A 및 파트 B 보장 서비스에 대해 비용을 전혀 지불하지 않습니다.
- **메디케이드를 보유했는지, 또는 주정부로부터 메디케어 절약 프로그램(91-92페이지)을 통해 도움을 받는지 여부.**

특정 메디케어 어드밴티지 플랜의 비용에 대해 자세히 알아보려면 플랜에 문의하거나 웹사이트를 방문하십시오 Medicare.gov/plan-compare.

내 플랜이 서비스, 약품, 소모품을 보장하는지 확인할 방법은 무엇인가요?

가입자 또는 제공자는 해당 플랜이 서비스, 약품, 소모품을 보장해 주는지를 알아보기 위해 플랜으로부터 사전에 구두 또는 서면으로 결정을 받아 볼 수 있습니다. 또한 내야할 금액도 알아볼 수 있습니다. 이를 “기구 결정”이라고 합니다. 때로는 플랜이 서비스, 약품, 소모품(102페이지)을 보장해 주려면 이를 사전 승인해야 합니다.

귀하이나 귀하의 대리인 또는 귀하의 의사가 이 기구 결정을 요청할 수 있습니다. 단체 결정은 구두 또는 서면으로 요청할 수 있습니다. 건강상 요구에 따라 귀하, 귀하의 대리인 또는 의사는 귀하의 기구 결정 요청에 관한 빠른 결정을 요청할 수 있습니다. 귀하 플랜이 보장을 거부하면, 플랜은 서면으로 귀하에게 이를 알려야 하고 귀하는 이의를 신청할 권리(98-101페이지)가 있습니다.

만약 플랜이 네트워크 외부의 서비스 또는 제공자에게 귀하를 추천할 경우 사전에 단체 결정을 받을 수 없고, 이를 “플랜 지시 치료”라고 부릅니다. 대부분의 경우, 귀하는 플랜에서 알려준 비용보다 더 많이 지불하지 않습니다. 해당 보호에 관해 자세한 내용을 알고 싶은 경우 플랜을 확인하십시오.

메디케어 어드밴티지 플랜 유형

HMO 건강 관리 기구(HMO) 플랜

아무 의사나 기타 의료 서비스 제공자에게, 또는 아무 병원에서나 치료를 받을 수 있나요?

아니요. 귀하는 일반적으로 플랜 네트워크에 속한 의사, 기타 의료 제공자 또는 병원에서 치료 및 서비스를 받아야 합니다(응급 치료, 지역 외 긴급 치료, 일시적인 지역 외 투석은 플랜 네트워크 내외에서 제공되는지와 관계없이 보장됩니다). 그러나 **HMO POS(Point-of-Service) 플랜이라는 일부 HMO** 플랜은 더 높은 **공동 부담금** 또는 **공동 보험금**으로 일부 네트워크 외 서비스를 받을 수 있도록 할 수 있습니다.

이러한 플랜이 처방약을 보장하나요?

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

주치의를 선택해야 하나요?

대부분의 경우, 그렇습니다.

전문의를 이용하려면 의뢰가 필요한가요?

대부분의 경우, 그렇습니다. 일부 서비스, 예를 들어 연례 유방 촬영 검사는 의뢰서가 필요하지 않습니다.

해당 유형의 플랜에 관해 더 알아야 할 사항은 무엇인가요?

- 승인 없이 플랜 네트워크 밖에서 비응급 진료를 받으면, 비용 전액을 부담해야 할 수 있습니다.
- 의사 또는 그 밖의 의료 서비스 제공자가 플랜 네트워크를 탈퇴할 경우, 플랜에서 귀하에게 통지할 것입니다. 귀하는 플랜 네트워크 소속의 다른 의사를 선택해야 할 수 있습니다. 플랜 네트워크 변경에 대한 자세한 내용은 62페이지로 이동해서 확인하십시오.
- 필요할 때 특정 서비스를 위해 사전 승인을 받는 등 플랜 규정을 따르는 것이 중요합니다.
- 플랜 내용이나 더 많은 정보를 확인하려면 **Medicare.gov**를 방문하십시오.

MSA 의료 저축 계좌(MSA) 플랜

아무 의사나 기타 의료 서비스 제공자에게, 또는 아무 병원에서나 치료를 받을 수 있나요?

그렇습니다. 귀하는 귀하를 치료하는 데 동의하고 메디케어(메디케어 파트 A 및 파트 B 항목 및 서비스)에서 탈퇴하지 않은 모든 메디케어 승인 의사, 기타 의료 서비스 제공자, 병원을 방문할 수 있습니다. MSA 플랜에는 일반적으로 의사, 다른 의료 서비스 제공자, 병원의 네트워크가 없습니다.

이러한 플랜이 처방약을 보장하나요?

아니요. 메디케어 MSA 플랜에 가입하고 메디케어 약품 보장 (파트 D)을 원하시면, 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입하셔야 합니다.

주치의를 선택해야 하나요?

아니요.

전문의 진료를 받으려면 의뢰가 필요한가요?

아니요.

해당 유형의 플랜에 관해 더 알아야 할 사항은 무엇인가요?

플랜은 귀하가 건강 관리 비용을 지급하는 데 사용할 수 있도록 특별 저축 계좌에 금액을 예치합니다. 예치 금액은 플랜에 따라 다릅니다. 이 돈으로 **공제액**에 도달하기 전에 메디케어 보장 비용을 지불할 수 있습니다. 연말에 계좌에 남은 돈은 그대로 둡니다. 다음 해에 플랜을 유지하는 경우 플랜은 남은 금액에 새로운 예치금을 추가합니다. 연말 이전에 MSA 플랜을 탈퇴하면 계정에 더 이상 금액이 추가되지 않습니다. 가장 최근의 연간 예치금의 일부(현재 연도에 남은 개월 수를 기준으로)를 메디케어에 다시 지불해야 합니다.

- MSA 플랜은 **보험료**를 부과하지 않지만, 귀하는 계속해서 파트 B 보험료를 지불해야 합니다.
- 플랜은 오직 플랜에 따라 변경되는 연간 공제액을 충족할 시에만 귀하의 파트 A 및 파트 B 비용을 보장하기 시작합니다.
- 일부 플랜은 시력, 청력, 치과 서비스와 같은 일부 혜택을 추가로 보장할 수 있습니다. 귀하는 이 추가 보장에 대해 보험료를 지급해야 할 수 있습니다.
- MSA 플랜은 HSA와 유사하지만 자금 및 자격 요건이 다릅니다.
- 플랜 내용이나 더 많은 정보를 확인하려면 Medicare.gov을(를) 방문하십시오.

PPO 선호 제공자 기구(PPO) 플랜

아무 의사나 기타 의료 서비스 제공자에게, 또는 아무 병원에서나 치료를 받을 수 있나요?

PPO 플랜에는 귀하가 이용할 수 있는 네트워크 의사, 전문의, 병원, 기타 의료 서비스 제공자가 있습니다. 귀하를 치료하는 데 동의하고 메디케어(메디케어 파트 A 및 파트 B 항목 및 서비스)를 탈퇴하지 않은 네트워크 비소속 제공자에게 보장 서비스를 받을 수도 있습니다(일반적으로 더 많은 비용을 부담). 응급 및 긴급 진료는 항상 보장됩니다.

이러한 플랜이 처방약을 보장하나요?

대부분의 경우, 그렇습니다. 귀하가 PPO에 가입할 계획이고 메디케어 약품보험(파트 D)을 원하신다면, 메디케어 약품보장을 제공하는 PPO 플랜에 가입해야 합니다. 약품 보장 없이 PPO 플랜에 가입하신다면, 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입할 수 없습니다.

주치의를 선택해야 하나요?

아니요.

전문의 진료를 받으려면 의뢰가 필요한가요?

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

해당 유형의 플랜에 관해 더 알아야 할 사항은 무엇인가요?

- 일부 PPO 제공자들은 “특약”이 있으므로, 그들에게 진료받으면 비용을 절약할 수 있습니다.
- 플랜 내용이나 더 많은 정보를 확인하려면 Medicare.gov를 방문하십시오.

PFFS 민간 행위별 수가제(PFFS) 플랜

아무 의사나 기타 의료 서비스 제공자에게, 또는 아무 병원에서나 치료를 받을 수 있나요?

플랜의 지급 약정을 수락하고 귀하를 치료하는 데 동의하며 메디케어(메디케어 파트 A 및 파트 B 항목 및 서비스)에서 탈퇴하지 않은 모든 메디케어 승인 의사, 기타 의료 서비스 제공자 또는 병원을 방문할 수 있습니다. 네트워크가 있는 개인 서비스 요금제에 가입하시면, 항상 플랜 가입자를 치료하는 데 동의한 네트워크 제공자 중 누구라도 이용할 수 있습니다. 네트워크 외에 있으며 플랜 약정에 동의한 의사, 병원 또는 기타 제공자를 선택하면 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.

주치의를 선택해야 하나요?

아니요.

전문의 진료를 받으려면 의뢰가 필요한가요?

아니요.

해당 유형의 플랜에 관해 더 알아야 할 사항은 무엇인가요?

- 플랜은 귀하가 지급하는 서비스 금액을 결정합니다. 매년 플랜은 비용 분담에 대한 정보와 함께 “연례 변경 통지” 및 “보장 증거”를 보냅니다.
- 일부 PFFS 플랜은 귀하가 이전에 이용한 적이 없더라도 항상 귀하를 치료하는 데 동의하는 제공자 네트워크와 계약을 맺습니다.
- 네트워크 외 의사, 병원, 기타 의료 서비스 제공자는 귀하가 이전에 이용한 적이 있더라도 귀하를 치료하지 않기로 결정할 수 있습니다.
- 의료 응급 상황에서 의사, 병원 및 기타 제공자는 귀하를 치료해야 합니다.
- 매번 서비스를 받을 때마다, 치료를 받기 위해서는 각 제공자에게 플랜 가입자 카드를 제시해야 합니다.
- 플랜 내용이나 더 많은 정보를 확인하려면 Medicare.gov를 방문하십시오.

SNP 특별 필요사항 플랜(SNP)

SNP는 특정한 종종 만성 질환이 있거나, 특정한 의료 필요 사항이 있거나, **메디케이드** 보장을 함께 갖춘 사람에게 혜택과 서비스를 제공합니다. SNP는 돌봄 조정 서비스를 포함하며, 가입자의 구체적인 필요 사항에 가장 잘 부합될 수 있도록 혜택, 제공자 선택 및 약물 목록(처방집)을 조정합니다.

아무 의사나 기타 의료 서비스 제공자에게, 또는 아무 병원에서나 치료를 받을 수 있나요?

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

이러한 플랜이 처방약을 보장하나요?

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

주치의를 선택해야 하나요?

일부 SNP에는 주치의가 필요하고 일부는 그렇지 않습니다. 주치의를 선택해야 하는지 플랜에 확인하십시오.

전문의 진료를 받으려면 의뢰가 필요한가요?

일부 SNP는 추천이 필요하고 일부는 그렇지 않습니다. 연례 유방 촬영 검사와 같은 일부 서비스에는 의뢰가 필요하지 않습니다. 의뢰가 필요한지 플랜에 확인하십시오.

해당 유형의 플랜에 관해 더 알아야 할 사항은 무엇인가요?

SNP에는 3가지 유형이 있습니다(아래 참조). 특정 조건을 충족하는 경우 SNP 대상자가 될 수 있습니다.

- 이중 적격 SNP(D-SNP):** 메디케어와 메디케이드의 자격 요건을 모두 충족하는 경우. D-SNP는 메디케어 및 메디케이드 혜택을 조정하는 데 도움이 되도록 주정부 메디케이드 프로그램과 계약합니다. 일부 D-SNP는 메디케어 서비스 외에 메디케이드 서비스도 제공할 수 있습니다. 해당 주 의료 보조(메디케이드) 사무소에 문의하여 메디케이드 자격을 확인하십시오.
- 만성 질환 SNP(C-SNP):** 특정 종종 만성 질환 또는 장애를 동반하는 만성 질환[예: 당뇨병, 말기 신장 질환(ESRD), HIV/AIDS, 만성 심부전, 치매]이 있는 경우. 플랜은 가입 자격을 단일 만성 질환 또는 관련 만성 질환 그룹으로 추가 제한할 수 있습니다.
- 기관 SNP(I-SNP):** 지역사회(시설이 아닌)에 거주하지만 시설이 제공하는 수준의 치료가 필요하거나, 요양원 또는 **전문 간호 시설** 등의 시설에서 연속으로 최소 90일 동안 거주하는(또는 거주할 것으로 예상되는) 경우입니다.

메디케어가 있고 전체 메디케이드 혜택을 받는 경우 한 달에 한 번 통합 D-SNP에 가입하거나 전환할 수 있습니다. [Medicare.gov/special-enrollment-periods](https://www.medicare.gov/special-enrollment-periods)를 방문하여 “메디케어가 있고 전체 메디케이드 혜택을 받고 있습니다(I have Medicare and get full Medicaid benefits).”를 선택해서 자세한 내용을 확인하십시오.

자격 요건을 충족하고 지역 내 SNP를 찾아 비교하기로 결정한 경우 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare)를 방문하십시오. “Special Needs Plans (SNP).” 기준으로 검색 결과를 필터링할 수 있습니다

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

이 시기 동안 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하려면 파트 A 및 파트 B가 둘 다 있어야 한다는 점에 유의하십시오:

초기 가입 기간 (17페이지)	처음으로 메디케어 자격 요건을 충족할 때	처음으로 메디케어 자격 요건을 충족할 때 메디케어 어드밴티지 플랜 (약품 보장 포함 또는 미포함). 귀하가 최초 가입 기간 중에 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하셨다면, 메디케어를 보유한 첫 3개월 동안은 다른 메디케어 어드밴티지 플랜(약품 보장 유무와 무관)으로 변경하거나 오리지널 메디케어 (별도의 메디케어 약품 보장 유무와 무관)로 돌아갈 수 있습니다.
일반 가입 기간 (18페이지)	1월 1일- 3월 31일	귀하에게 파트 A가 있고 이 기간 중 처음으로 파트 B에 가입된다면, 메디케어 어드밴티지 플랜(약품 보장 포함 또는 미포함)에도 가입하실 수 있습니다. 파트 B를 추가한 후 2개월 이내에 플랜에 가입해야 합니다. 가입하고 나서 다음 달 1일부터 보장이 시작됩니다.
공식 가입 기간	10월 15일- 12월 7일	매년 공식 가입 기간에 메디케어 어드밴티지 플랜(약품 보장 포함 또는 미포함)에 가입, 변경, 탈퇴를 할 수 있습니다. 보장은 1월 1일부터 시작됩니다(플랜이 12월 7일까지 가입 요청을 접수하는 경우). 이 기간에 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입했지만 마음이 바뀌면, (1월 1일-3월 31일)에 해당하는 메디케어 어드밴티지 공식 가입 기간 동안 오리지널 메디케어로 돌아가거나 다른 메디케어 어드밴티지 플랜(어떤 보험이 귀하에게 더 적합한지에 따라)으로 변경하실 수 있습니다. 자세한 내용은 다음 페이지를 참조하십시오.

메디케어 어드밴티지 공식 가입 기간	1월 1일부터 3월 31일까지 주: 이 기간 동안 단 한 번 플랜을 변경할 수 있습니다. 보장은 플랜이 귀하의 요청을 접수한 후 다음 달 1일부터 시작됩니다.	<p>메디케어 어드밴티지 플랜에 가입되어 있다면 메디케어 어드밴티지 플랜 (약품 보장 유무와 무관), 이 기간 동안 다음과 같이 할 수 있습니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> 다른 메디케어 어드밴티지 플랜(약품 보장 유무와 무관)으로 변경. 메디케어 어드밴티지 플랜을 탈퇴하고 오리지널 메디케어로 돌아가기. 또한 별도의 메디케어 약품 플랜에도 가입할 수 있습니다. <p>귀하는 이 기간에 다음 사항을 할 수 없습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> 오리지널 메디케어에서 메디케어 어드밴티지 플랜으로의 변경. 오리지널 메디케어가 있는 경우 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입. 오리지널 메디케어가 있는 경우 하나의 메디케어 약품 플랜에서 다른 메디케어 약품 플랜으로 변경. <p>귀하는 이 기간동안 오직 한 번만 변경할 수 있으며, 귀하가 한 변경 사항은 플랜이 귀하의 요청을 받아들인 후 그달의 첫날부터 적용됩니다. 오리지널 메디케어로 복귀하고 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입할 경우, 탈퇴를 하기 위해 메디케어 어드밴티지 플랜에 연락할 필요는 없습니다. 탈퇴는 귀하가 약품 플랜에 가입할 시 자동으로 이루어집니다.</p>
특별 가입 기간 (17페이지)	적격한 일생의 사건	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 기간(80페이지)에 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입, 변경 또는 탈퇴할 수 있습니다.
별 5개 특별 가입 기간	12월 8일부터 다음 해 11월 30일까지 주: 이 기간 동안 단 한 번 플랜을 변경할 수 있습니다.	<p>메디케어는 1-5별점 등급을 사용해 품질 및 성과를 기반으로 플랜을 비교하게 도움을 드립니다.</p> <p>귀하의 지역에 별 5개 품질 등급의 메디케어 어드밴티지 플랜, 메디케어 약품 플랜 또는 메디케어 코스트 플랜이 있을 경우, 별 5개 특별 가입 기간에 현재의 메디케어 플랜에서 품질 등급이 별 5개인인 메디케어 플랜으로 변경하실 수 있습니다.</p> <p>자세한 내용은 Medicare.gov에서 확인하십시오.</p>

중요! 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하기 위해 **메디캡** 계약을 탈퇴하려는 경우 고려해야 할 몇 가지 중요한 사항이 있습니다. 78페이지로 이동하여 자세히 알아보십시오.

주: 공식 가입 기간 또는 메디케어 어드밴티지 공식 가입 기간 동안, 또는 특별 가입 기간(72페이지)에 대한 자격이 있는 경우에만 메디케어 어드밴티지 플랜을 해지하거나 변경할 수 있습니다. 일반적으로 이러한 가입 기간이 아닌 경우, 남은 연도 동안 메디케어 어드밴티지 플랜을 유지하거나 중단하고 **오리지널 메디케어**로 돌아가야 합니다(메디케어 어드밴티지 플랜에 가입한 후 첫 12개월 이내인 경우).

메디케어 어드밴티지 외에도 건강 보험에 가입할 수 있는 다른 유형의 플랜이나 프로그램을 메디케어가 제공하나요?

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

메디케어 코스트 플랜

메디케어 코스트 플랜은 미국 내 제한된 특정 지역에서 이용할 수 있는 **메디케어 건강 플랜**입니다.

- 일반적으로, 파트 B만 있어도 가입이 가능합니다.
- 파트 A와 파트 B가 있고 비 네트워크 제공자에게 가는 경우 오리지널 메디케어가 서비스를 보장합니다. 파트 A와 파트 B **공동 보험금** 및 **공제액**을 지불하게 됩니다.
- 메디케어 코스트 플랜이 신규 가입자를 받을 때라면 언제든지 가입할 수 있습니다.
- 언제든지 탈퇴하고 오리지널 메디케어로 돌아갈 수 있습니다.
- 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입하거나 메디케어 코스트 플랜(제공되는 경우)으로부터 메디케어 약품 보장(파트 D)을 받을 수 있습니다. 메디케어 코스트 플랜이 메디케어 약품 보장을 제공하는 경우에도 별도의 메디케어 약품 플랜을 선택하실 수 있습니다. 특정 시기에만 약품 보장을 추가하거나 탈퇴할 수 있습니다(80-81페이지).

Medicare.gov/plan-compare로 이동하여 지역내에 메디케어 코스트 플랜이 있는지 확인하십시오. 귀하가 관심이 있는 플랜에 연락하여 자세한 정보를 받으십시오. 주 건강 보험 보조 프로그램(SHIP)도 도움을 제공할 수 있습니다. 114-117페이지로 이동하여 현지 SHIP의 전화번호를 확인하거나 shiphelp.org를 방문하십시오. 신뢰할 수 있는 대리인이나 중개인의 도움을 받을 수도 있습니다.

포괄적 노인 돌봄 프로그램 (PACE)

PACE는 많은 주에서 제공하는 메디케어 및 **메디케이드** 프로그램으로, 프로그램이 없었더라면 요양원 수준의 돌봄이 필요했을 사람들이 가능한 한 오랫동안 가정, 아파트 또는 기타 적절한 시설과 같은 지역사회에 남을 수 있습니다. PACE 자격을 얻으려면 다음 조건을 충족해야 합니다.

- 55세 이상일 것.
- PACE 단체의 **서비스 가능 지역**에 거주.
- 해당 주에서, 요양원 수준의 돌봄이 필요한 것으로 확인 받음.
- 가입 당시 PACE 서비스의 도움으로 지역사회에서 안전하게 생활하는 것이 가능함.

PACE는 모든 메디케어 및 메디케이드 보장 의료 및 서비스, 그리고 PACE 의료 전문가 팀이 귀하의 건강과 웰니스를 개선하고 유지하는 데 필요하다고 보는 기타 서비스를 보장합니다. 여기에는 약물, 의사 또는 의료 서비스 제공자 방문, 교통, 재택 간호, 병원 방문, 심지어 치료 팀의 승인에 따라 필요한 경우 요양원 숙박도 포함됩니다. 팀은 귀하의 의학적, 신체적, 사회적, 정서적 필요와 선호도에 따라 맞춤형 돌봄을 제공합니다.

메디케이드가 있는 경우 PACE 혜택에 대해 월 지불할 필요가 없습니다. 메디케어는 있지만 메디케이드가 없는 경우 메디케어 약품 보장(파트 D)을 포함한 월 보험료가 부과됩니다. 지불하는 금액은 메디케어 파트 A, 파트 B

메디케이드가 있는 경우 PACE 혜택에 대해 월 **보험료**를 지불할 필요가 없습니다. 메디케어는 있지만 메디케이드가 없는 경우 메디케어 약품 보장(파트 D)을 포함한 월 보험료가 부과됩니다. 지불하는 금액은 메디케어 파트 A, 파트 B, 또는 둘 다가 있는지 여부에 따라 다릅니다. 그러나 PACE에는 의료 전문가로 구성된 PACE 팀이 승인한 모든 약품, 서비스, 돌봄에 대해 **공제액** 또는 **공동 부담금**가 없습니다.

Medicare.gov/pace에서 지역사회 내 PACE 단체가 있는지 알아보십시오.

메디케어 혁신

메디케어는 혁신 모델, **시범**, 시범 이니셔티브를 개발하여 메디케어에 잠재적인 변화가 가져오는 효과를 시험하고 측정합니다. 이러한 이니셔티브는 더 나은 의료 품질, 제공자 성과 및 환자 경험에 초점을 맞춘 가치 기반 치료와 가입자를 연결하는 새로운 방법을 찾는 데 도움이 됩니다. 이러한 이니셔티브에는 비용 절감이 포함될 수도 있으며 추가 혜택과 서비스가 제공될 수도 있습니다. 제한된 시간 동안 특정 집단만 대상으로 운영 및/ 또는 특정 지역에서만 제공합니다.

현재 및 향후 모델, 시범, 시험 이니셔티브의 예시에는 치매 진료, 1차 진료, 특정 절차(예: 고관절 및 무릎 관절 대치)와 관련된 진료, 암 진료의 혁신, **전문 간호 시설** 돌봄 또는 재활 치료, 만성 신장 질환 및 말기신장 질환(ESRD) 환자에 대한 진료가 포함됩니다. 메디케어는 또한 **책임의료기관(ACO)**(110-111페이지)을 통해 혁신을 모색합니다.

의사가 이러한 모델, 시범, 시험 프로그램 또는 ACO에 참여하는지, 그리고 그것이 귀하의 치료에서 무엇을 의미하는지 문의하십시오. 현재 메디케어 모델, 시범, 시험 이니셔티브에 대해 자세히 알아보려면 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하실 수 있습니다.



메디케어 옵션에 대한 개요는 10-14페이지에서 확인하십시오.

섹션 5:

메디케어 보충보험(메디캡)

메디캡은 어떻게 적용되나요?

오리지널 메디케어는 보장되는 의료 서비스 및 용품 비용의 전부를 지급하지 않습니다. 메디케어 보충보험(메디캡)은 민간 보험회사가 판매하며, **공동 부담금**, **공동 보험금**, **공제액** 등 보장되는 서비스 및 용품에 대한 남은 의료 비용 중 일부를 지불하는 데 도움이 될 수 있습니다.

일부 메디캡 계약은 오리지널 메디케어가 보장하지 않는 서비스, 예를 들어 미국 밖으로 여행할 때의 의료 서비스도 보장합니다. 일반적으로 메디캡은 장기 요양(예: 요양 시설 돌봄), 안과 또는 치과 진료, 보청기, 안경, 개인 간호를 보장하지 않습니다.

메디캡 계약은 표준화되어 있습니다

메디캡은 가입자를 보호하도록 설계된 연방 및 주정부 법을 따라야 하며 “메디케어 보충보험”이라고 명시되어야 합니다. 보험 회사는 대부분의 주에서 A부터 D, F, G, 그리고 K부터 N까지로 명명된 “표준화된” 플랜만을 판매할 수 있습니다. 이름에 동일한 알파벳이 있는 모든 플랜은 거주 지역이나 보험 회사에 관계없이 동일한 기본 혜택을 제공합니다. 일부는 추가 혜택을 제공합니다. 알파벳으로 구분된 각 플랜의 혜택을 비교하여 필요 사항에 부합하는 플랜을 찾으십시오. Massachusetts, Minnesota, Wisconsin 주에서는, 메디캡 보험이 다른 방법으로 표준화되어 있습니다. 정보와 지역 내 메디캡 계약 알아보기:



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

웹사이트 [Medicare.gov/publications](https://www.Medicare.gov/publications)에서 “메디캡 계약 선택: 메디케어 가입자를 위한 건강 보험 가이드(Choosing a Medigap Policy: A Guide to Health Insurance for People with Medicare)”를 읽어볼 수도 있습니다.

중요! 2020년 1월 1일 또는 그 이후에 메디케어에 새롭게 가입한 사람이 구매한 메디캡으로는 파트 B 공제액이 보장되지 않습니다. 이 때문에, 2020년 1월 1일 당일 또는 그 이후부터는, 새로 메디케어에 가입한 사람은 플랜 C와 플랜 F를 더 이상 이용할 수 없습니다. 그러나 2020년 1월 1일 전에 메디케어 자격이 있었지만 아직 가입하지 않았다면 플랜 C나 플랜 F를 구입할 수 있습니다. 2020년 1월 1일 당일 또는 그 이후에 메디케어에 새로 가입했다면 플랜 C와 플랜 F를 구입할 수 없지만 플랜 D와 G(플랜 C와 플랜 F 대신)를 구입할 수 있으며, 이 플랜들은 파트 B 공제액 보장을 제외하고 동일한 혜택을 제공합니다.

메디캡 플랜을 어떻게 비교할 수 있나요?

아래 차트는 메디케어 보충보험(메디캡)이 2025년에 보장하는 다양한 혜택에 대한 기본 정보를 보여줍니다. 백분율은 메디캡 플랜이 그 혜택의 해당 비율을 보장하며 나머지는 가입자가 부담해야 한다는 뜻입니다.

혜택	메디캡 표준화 플랜									
	A	B	C	D	F*	G*	K	L	M	N
메디케어파트 A 공동 보험금 및 병원비 (메디케어 혜택을 소진한 후 최대 추가 365일까지)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
메디케어파트 B 공동 보험비 또는 공동 부담금	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%***
혈액 혜택(첫 3파인트)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%
파트 A 호스피스 의료 공동 보험금 또는 공동 부담금	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%
전문 시설 치료 간호 공동 보험금			100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%
파트 A 공제액		100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	50%	100%
파트 B 공제액			100%		100%					
파트 B 초과 요금					100%	100%				
해외여행 응급 상황 (플랜 한도까지)			80%	80%	80%	80%			80%	80%
										2025년 본인 부담 한도액**
										\$7,220 \$3,610

* 일부 주에서는 플랜 F 및 플랜 G도 고액의 공제액 플랜이 있습니다.

메디케어 보장 비용(공동 보험금, 공동 부담금, 공제액)을 2025년 공제금 한도인 \$2,870까지 본인이 지불한 후 보험이 지급을 시작합니다. **2020년 1월 1일 또는 그 이후에 새로 메디케어에 가입한 경우 플랜 C 및 F를 구입할 수 없습니다** (75페이지).

** 플랜 K와 L의 경우, 연간 본인 부담 한도와 연간파트 B 공제액(2025년의 경우 \$257)을 충족하면 메디캡 플랜은 해당 연도의 남은 기간 동안 보장되는 서비스의 100%를 지급합니다.

*** 플랜 N은 파트 B 공동 보험금을 100% 지급합니다. 귀하는 일부 진료실 방문 시 최대 \$20의 공동 부담금, 입원으로 이어지지 않는 응급실 방문 시 최대 \$50의 공동 부담금을 지불해야 합니다.

최신 금액은 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)에서 확인하십시오.

메디캡에 대해 더 알아야 할 사항은 무엇인가요?

메디케어 보충보험(메디캡)을 구매하기 전에 일반적으로 파트 A와 파트 B가 있어야 합니다. 메디캡을 이용하면 메디케어에 지불하는 월 파트 B 보험료 외에 민간 보험 회사에 월 **보험료**를 추가로 지불합니다. **메디캡 구매를 고려하고 있다면 반드시 플랜을 비교해 봐야 합니다. 보험사가 다르면 정확히 동일한 보장에 대해 비용이 다를 수 있고, 나이가 들에 따라 보험료가 비싸질 수 있습니다. 일부 주에서는 메디캡 보험료 비용을 제한합니다.** 메디캡 보험은 오직 한 사람만 보장합니다. 배우자는 개별적으로 가입해야 합니다.

주: 일부 주에서는, 메디케어 SELECT라고 불리는 다른 종류의 메디캡 계약을 구매할 수도 있습니다. 네트워크 내의 병원과 경우에 따라 의사를 이용해야 전체 보험 혜택을 받을 수 있습니다(응급 상황 제외). 메디케어 SELECT를 구매할 경우 12개월 이내에 마음을 바꾸고 표준 메디캡으로 전환할 권리가 있습니다.

같은 회사에서 메디캡과 별도의 메디케어 약품 플랜을 구입할 수 있나요?

그렇습니다. 그러나 2종류의 보험료를 납부해야 할 수도 있습니다. 보험료 지급 방식에 대해서는 보험회사에 문의하시기 바랍니다.

메디캡과 메디케어 약품 플랜 모두에서 약품 보장을 받을 수 있나요?

아니요. 자세한 내용은 89페이지에서 확인하십시오.

메디캡 계약은 언제 시작되나요?

다른 발효일을 요청하지 않는 한 일반적으로 메디캡 계약은 신청 후 매월 1일에 시작됩니다.

메디캡 보험에 가입하기 가장 좋은 시기는 언제인가요?

- 메디캡 보험을 구매하기에 가장 좋은 시기는 메디캡 공식 가입 기간입니다. 이 6 개월간은 메디케어 파트 B(의료 보험)에 가입 **및** 65세 이상이 되는 첫 번째 달에 시작됩니다. (일부 주에는 추가 공식 가입 기간이 있습니다.) **이 가입 기간이 지나면 메디캡 보험을 구매하지 못하거나 비용이 더 많이 들 수 있습니다.** 특정 상황에서는 메디캡 공식 가입 기간 외에 메디캡 계약(보장된 발행 권리)을 구매할 권리가 있을 수 있습니다.
- 귀하(또는 배우자)의 현재 고용을 기반으로 한 그룹 건강 보험이 있기 때문에 파트 B 가입을 연기하는 경우, 귀하의 메디캡 공식 가입 기간은 파트 B에 가입할 때까지 시작되지 않습니다.
- 연방법은 일반적으로 보험 회사가 65세 미만의 사람들에게 메디캡을 판매할 것을 요구하지 않습니다. 귀하께서 65세 미만인 경우 65세가 될 때까지 원하는 보험 또는 모든 보험을 구매하지 못할 수 있습니다. 그러나 일부 주에서는 메디캡 보험 회사가 65세 미만의 사람들에게 메디캡 보험을 판매할 것을 요구합니다. 귀하께서 보험을 구매하실 수 있다면 비용이 더 들 수 있습니다.

귀하의 주 건강 보험 보조 프로그램(SHIP) (지역 SHIP 전화번호는 114-117페이지에서 확인), 또는 주 보험 부서에 문의하여 메디캡 보험을 구매할 수 있는 권리를 자세히 알아보십시오. 신뢰할 수 있는 대리인이나 중개인의 도움을 받을 수도 있습니다.

메디캡과 메디케어 어드밴티지 플랜을 동시에 보유할 수 있나요?

- **메디케어 어드밴티지 플랜**에 이미 가입된 경우, 귀하가 **오리지널 메디케어**로 다시 전환하지 않는 한 귀하에게 **메디캡** 보험을 판매하는 것은 불법입니다. 메디케어 어드밴티지 플랜에서 탈퇴하실 계획이 없는데 누군가 귀하께 메디캡 보험을 판매하려고 시도한다면, 주 보험감독국에 신고하십시오.
- 메디캡 보험이 있는데 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하신다면, 메디캡 보험을 중단해야 합니다. 메디캡으로 메디케어 어드밴티지 플랜 **공동 부담금, 공제액**, 및 **보험료**는 지불할 수 없습니다.

중요! 메디캡 보험을 취소하고자 하신다면, 보험회사에 연락하십시오. 대부분의 메디캡 계약은 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입할 때 자동으로 취소되지 않습니다. 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하기 위해 메디캡 보험을 중단하는 경우, 시험권 기간 동안 메디케어 어드밴티지 플랜을 탈퇴하지 않는 한 **동일한 보험에 다시 가입하지 못할 수 있으며, 일부 경우에는 모든 메디캡 보험에 다시 가입하지 못할 수도 있습니다.**

- 메디케어 어드밴티지 플랜에 처음 가입하기 위해 메디캡 계약을 중단하는 경우, 오리지널 메디케어로 돌아간 후 메디캡 계약을 되찾을 수 있는 단일 12개월 기간(평가권 기간)이 주어집니다(**동일한 보험회사에서 여전히 그 메디캡 계약을 판매하는 경우**). 그렇게 할 수 없는 경우, 주법과 2020년 1월 1일 또는 그 이후에 메디케어를 처음 이용하는지 여부에 따라 특정 메디캡 계약을 구입할 수 있습니다. 현재 메디케어 약품 플랜에 가입할 기회도 있을 수 있습니다.
- 처음 65세에 메디케어 파트 A 자격이 되어 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하셨다면, 가입 첫해에 메디케어 어드밴티지 플랜에서 오리지널 메디케어로 전환할 경우, 귀하의 주에서 보험회사가 판매하는 특정 메디캡 보험을 구매할 수 있습니다. 구매할 수 있는 메디캡 계약의 유형은 2020년 1월 1일 또는 그 이후에 메디케어를 처음 이용했는지 여부에 따라 다릅니다. 현재 메디케어 약품 플랜에 가입할 기회도 있을 수 있습니다.
- 일부 주에서는 메디캡 보험을 구매할 수 있는 특별 권리를 추가로 제공합니다.

어디서 자세한 정보를 얻을 수 있나요?

- 주 보험청에 전화하십시오. content.naic.org/state-insurance-departments를 방문하여 주 보험국의 전화번호를 얻으십시오.
- Medicare.gov/medigap-supplemental-insurance-plans를 방문하여 지역별 계약 및 가격을 확인하십시오.
- Medicare.gov/publications 웹사이트에서 “메디캡 계약 선택: 메디케어 가입자를 위한 건강 보험 가이드(Choosing a Medigap Policy: A Guide to Health Insurance for People with Medicare)”를 읽어볼 수도 있습니다.
- 주 건강 보험 보조 프로그램(SHIP)에 문의하십시오. 114-117페이지에서 귀하의 지역 SHIP 전화번호를 확인하십시오.
- 관할 지역 내에서 신뢰할 수 있는 대리인이나 중개인의 도움을 받을 수도 있습니다.



메디케어 옵션에 대한 개요는 10-14페이지에서 확인하십시오.

섹션 6:

메디케어 약품 보장 (파트 D)

메디케어 약품 보장은 어떻게 적용되나요?

메디케어 약품 보장(파트 D)은 처방약 비용 지불을 돋습니다. 이것은 선택 사항이며 메디케어의 모든 가입자에게 제공됩니다. 지금 처방약을 복용하지 않더라도 메디케어 약품 보장 가입을 고려해 보십시오. 처음으로 자격 요건을 충족했을 때 메디케어 약품 보장을 받지 않기로 했고 다른 **신뢰할 만한 처방약 보장**(예: 고용주 또는 노조의 약품 보장)이 없거나 **부가 지원**을 받지 않는 경우, 나중에 **플랜에 가입하면 월 보험료에 추가되는 연체 가입 가산금을 지불하게 될 가능성이 높습니다.**

일반적으로 메디케어 약품 플랜에 가입된 한 이 가산금을 지불해야 합니다 (83-85 페이지). 메디케어 약품 보장에 가입하려면 약품 보장을 제공하는 메디케어 승인 플랜에 가입해야 합니다. 각 플랜은 비용과 보장되는 특정 약품이 다를 수 있습니다. Medicare.gov/plan-compare를 방문하여 지역 내 계획을 찾고 비교하십시오. 주 건강 보험 보조 프로그램(SHIP)에 전화하여 플랜 비교에 대한 도움을 받을 수도 있습니다. 114-117페이지로 이동하여 현지 SHIP의 전화번호를 확인하거나 shiphelp.org를 방문하십시오.

메디케어 약품 보장(파트 D)을 받는 데는 2가지 방법이 있습니다.

- 1. 메디케어 약품 플랜.** 이 플랜은 **오리지널 메디케어**, 일부 메디케어 코스트 플랜, 일부 메디케어 어드밴티지 민간 행위별 수가제(PFFS) 플랜 및 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 기타 메디케어 건강 플랜.** 이들 플랜을 통해 파트 A, 파트 B 및 메디케어 약품 보장(파트 D)을 받게 됩니다. 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하려면 파트 A 및 파트 B가 있어야 하며, 모든 메디케어 어드밴티지 플랜이 약품을 보장하는 것은 아닙니다.

두 경우 모두 가입하려는 플랜의 **서비스 가능 지역**에 거주해야 하며 미국에 합법적으로 거주해야 합니다.

이 핸드북에서는 메디케어 약품 플랜과 약품 보장이 포함된 메디케어 건강 플랜을 “**메디케어 약품 보장**”이라고 부릅니다.

중요! 고용주 또는 노조 보험이 있는 경우, 다른 보험으로 변경하거나 가입하기 전에 급여 관리자에게 문의하십시오. 다른 보험에 가입하면 귀하와 귀하의 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 다른 약품 보장과 어떻게 연동되는지 알고 싶으시면 88-90페이지로 이동하십시오.

언제 플랜에 가입, 변경, 탈퇴할 수 있나요?

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

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

파트 A에 대한 비용을 지불해야 하고 일반 가입 기간(1월 1일 - 3월 31일) 동안 파트 B에 가입하는 경우, 파트 B에 가입할 때 메디케어 약품 플랜에도 가입할 수 있습니다. 파트 B에 가입한 후 2개월 이내에 약품 플랜에 가입할 수 있습니다.

플랜에 가입 요청이 접수된 후 다음 달부터 약품 보장이 시작됩니다.

특별 가입 기간

일반적으로 1년 내내 플랜에 계속 가입되어 있어야 합니다. 그러나 이사를 하거나 다른 보험 혜택을 상실하는 것과 같은 특정 상황에서는 특별 가입 기간에 메디케어 약품 플랜 또는 약품 보장이 포함된 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입, 변경, 탈퇴할 수 있습니다. 자격 요건을 충족하는 경우 연 중반에 플랜을 변경할 수 있습니다. **부가 지원(Extra Help)**에 등록되어 있거나 **메디케이드** 보장을 상실한 경우 특별 가입 기간을 이용할 수 있습니다. 더 많은 정보를 알고 싶으시면 귀하의 플랜을 확인하십시오.

중요! 예외적인 상황(18페이지)으로 인해 특별 가입 기간 동안 파트 A 또는 파트 B에 가입하는 경우, 메디케어 어드밴티지 플랜(약물 보장 유무에 관계없이) 또는 메디케어 약물 플랜에 가입하려면 2개월의 시간이 있습니다. 귀하의 보장은 플랜에 가입 요청이 접수된 후 다음 달 1일부터 시작됩니다.

더 많은 정보를 원하시면 플랜을 확인하거나 **Medicare.gov**를 방문하십시오. 주 건강 보험 보조 프로그램(SHIP)에 전화해서 도움을 받으실 수도 있습니다. 114-117페이지에서 귀하의 지역 SHIP 전화번호를 확인하십시오

플랜은 어떻게 변경하나요?

다음 80페이지에 나열된 기간 중 하나에 다른 플랜에 가입하기만 하면 메디케어 약품 보장을 변경하실 수 있습니다. 새 약품 보장이 시작되면 기존의 약품 보장은 종료됩니다. 귀하는 새 플랜으로부터 언제 보장이 시작되는지 알려주는 서신을 받게 되므로 **이전 플랜을 취소할 필요가 없습니다.** 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화해서 플랜을 변경하실 수도 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하실 수 있습니다.

플랜은 어떻게 탈퇴하나요?

플랜을 탈퇴한 후 새 플랜에 가입하고 싶지 않다면 특정 시기(80페이지)에만 그렇게 할 수 있습니다. 1-800-MEDICARE로 전화하면 플랜을 탈퇴할 수 있습니다. 플랜에 탈퇴 의사인 서신을 보낼 수도 있습니다. 플랜을 중단하고 나중에 약품 보장이 있는 다른 메디케어 약품 플랜 또는 **메디케어 건강 플랜**에 가입하려면 가입 기간을 기다려야 합니다. **신뢰할 만한 처방약 보장**이 없는 경우 지역 가입 가산금(83-85페이지)을 지불해야 할 수도 있습니다.

플랜에서 얻은 정보 읽기

귀하의 플랜이 매년 귀하에게 보내는 “보장 범위 확인서(Evidence of Coverage)” 및 “연간 변경 통지(Annual Notice of Change)”를 검토하십시오. 보장 범위 확인서 (Evidence of Coverage)에서 플랜이 보장하는 내용, 지불해야 할 금액 등에 대한 상세 내역을 알 수 있습니다. 연간 변경 통지에는 보장, 비용, 제공자 네트워크, **서비스 가능 지역** 등 1월부터 효력이 있는 모든 변경 사항이 포함됩니다. 초가을에 이러한 중요한 문서를 받지 못한 경우 플랜에 문의하십시오.

나는 얼마를 부담해야 하나요?

약품 비용은 선택하시는 플랜에 따라 달라집니다. 기억해주세요. 플랜 보장 및 비용은 매년 변경될 수 있습니다. 일년 내내 **보험료, 공제액, 공동 부담금** 또는 **공동 보험금**을 지불해야 할 수도 있습니다. 다음 페이지에서 이러한 비용에 대해 자세히 알아보십시오.

▶신규! 메디케어가 참여 제약회사와 협상한 초기 10개 의약품의 가격은 2026년 1월 1일부터 시행됩니다. 귀하에게 이러한 협상 가격이 어떤 영향을 미칠지에 대한 자세한 내용은 플랜에 문의하십시오. [Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/what-plans-cover/how-drug-plans-work](https://www.medicare.gov/health-drug-plans/part-d/what-plans-cover/how-drug-plans-work)를 방문하여 더 자세히 알아보십시오. 귀하의 본인 부담 약품 비용도 2026년에 \$2,100로 제한됩니다(83페이지).

실제 약품 보장 비용은 다음 내용에 따라 달라집니다.

- 귀하의 처방전 및 해당 약품이 플랜의 보장 약품 목록 또는 **처방집**(85페이지)에 있는지 여부.
- 해당 약품이 속하는 “계층(tier)” (85페이지).
- 현재 귀하가 속해 있는 약품 혜택 단계(예: 공제액 충족, 본인 부담 한도에 도달) (83페이지).
- 이용하는 약국(선호 또는 표준 비용 분담을 제공하는지, 네트워크 외인지, 우편 주문인지 여부). 선호 약국은 더 적은 비용을 청구하기로 플랜과 합의했으므로 귀하의 본인 부담 약품 비용은 선호 약국에서 더 저렴할 수 있습니다.
- 메디케어 약품 비용에 대한 **부가 지원의 유무**(92페이지).



비용과 보장내용: 약품 비용을 낮출 수 있는 몇 가지 방법에는 브랜드 약품 대신 복제약을 선택하거나, 브랜드 생물학적 제제 대신 바이오시밀러를 선택하는 방법 등이 있습니다. 보험 없이 약에 대한 비용을 지불할 수도 있습니다(예: 약국 저축 프로그램 또는 제조업체 할인 사용). 약사에게 물어보시면 더 저렴한 옵션이 있는지 알 수 있습니다. 복제약 또는 바이오시밀러가 귀하에게 가장 적합한 옵션인지 의사와 상의하십시오.

월 보험료

약품 플랜은 대부분 플랜별로 다른 월별 요금을 부과합니다. 파트 B가 있는 경우 파트 B **보험료**에 추가로 이 비용을 지불합니다. **메디케어 어드밴티지 플랜** 또는 약품 보장이 포함된 메디케어 코스트 플랜에 가입한 경우 월 보험료에 약품 보장 금액이 포함될 수 있습니다.

참고: 월별 사회보장연금 지급액 또는 RRB 지급액에서 약품 보험료를 공제하려면 플랜[사회 보장국 또는 철도 퇴직 위원회(RRB)가 아님]에 문의하십시오. 공제가 시작되기까지 최대 3개월이 걸릴 수 있습니다. 보험료 공제를 중단하고 직접 청구받으려면 플랜에 문의하십시오. 더 자세한 정보는 [Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs](https://www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs)에서 확인하십시오.

중요! 소득이 더 많으면 메디케어 약품 보험(파트 D)에 더 많은 금액을 지불할 수 있습니다. 소득이 특정 한도(2025년 기준 개인 신고의 경우 \$106,000 또는 배우자와 공동 신고하는 경우 \$212,000)를 초과하면 플랜 보험료(“파트 D IRMAA”라고도 함)에 더해 추가 금액을 내게 됩니다. 또한 약품 보장이 포함된 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입되어 있는 경우에도 이 추가 금액을 지불해야 합니다. 이것은 모든 사람에게 영향을 미치지 않으므로 대부분의 사람은 추가 금액을 지불하지 않을 것입니다.

최신 소득 한도를 보려면 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)를 방문하십시오.

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

귀하의 고용주나 다른 제3자(예: 퇴직 시스템)가 플랜 보험료를 내더라도 파트 D IRMAA 지급액은 별도로 내게 됩니다(24페이지).

파트 D IRMAA를 내야 하지만 이에 동의하지 않는 경우(예: 생활과 관련된 큰 사건으로 소득이 낮아짐), [SSA.gov/medicare/lower-irmaa](https://www.SSA.gov/medicare/lower-irmaa)를 방문하십시오.

연간 공제액

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

공동 부담금 또는 공동 보험금

이것은 귀하가 플랜의 **공제액**(플랜에 있는 경우)을 충족한 후 보장되는 약품에 대해 부담하는 금액입니다. 가입자는 자신의 분담금을 내고 플랜은 보장 약품에 대한 분담금을 지급합니다. **공동 보험금**을 지불하는 경우, 약품 플랜과 제조업체가 연중 언제든지 청구 금액을 변경할 수 있기 때문에 이 금액은 달라질 수 있습니다. 귀하가 부담하는 금액은 귀하의 약품에 할당된 계층 수준에 따라서도 달라집니다(85페이지).

약품 비용에 대한 본인 부담 한도액

▶ 신규!

귀하의 플랜에서 보장하는 약품에 대한 연간 본인 부담 약품 비용은 2026년에 \$2,100로 제한됩니다. 이 한도에 도달하면(본인 부담 비용과 메디케어의 **부가 지원(Extra Help)** 프로그램을 포함하여 다른 사람이나 단체가 지불하는 특정 지불금에서), 해당 연도 남은 기간 동안 보장되는 파트 D 약품에 대해 **공동 부담금** 또는 공동 보험금을 지불할 필요가 없습니다.

주: 부가 지원을 받으면, 일부 파트 D 비용이 발생하지 않습니다(92-94페이지).

중요! 구체적인 메디케어 약물 플랜 및 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare) 비용을 확인하려면 **메디케어 어드밴티지 플랜**을 방문하시고, 관심 있는 플랜에 연락하여 더 자세한 정보를 얻으십시오. 플랜 비용 비교에 도움이 필요하면 주립 건강 보험 보조 프로그램(SHIP)에 전화하십시오. 114-117페이지에서 지역 내 SHIP 전화번호를 확인하십시오. 신뢰할 수 있는 대리인이나 중개인의 도움을 받을 수도 있습니다.

메디케어 처방전 지불 플랜

이 지불 옵션은 현재 약품 보장과 연동되며 플랜에서 보장하는 약품에 대한 본인 부담 비용을 연도(1월-12월)에 분산하여 관리하는 데 도움이 됩니다. **이 지불 옵션은 지출 관리에 도움이 될 수 있지만 비용을 절약하거나 약값을 낮추지는 못합니다.**

이 결제 옵션을 선택하면 매월 플랜 **보험료**(있는 경우)를 계속 지불하게 되며 **또한**, 처방약 비용을 지불하기 위해 건강 또는 약품 플랜에서 청구서를 받게 됩니다(약국에 지불하는 대신). 모든 플랜은 이 지불 옵션을 제공하며, **참여는 자발적입니다**. 메디케어 처방전 지불 플랜에 참여하는 데에는 비용이 들지 않습니다. 플랜에 문의하거나 [Medicare.gov/prescription-payment-plan](https://www.Medicare.gov/prescription-payment-plan)를 방문하여 자세한 정보를 확인하고 이 결제 옵션이 귀하에게 적합한지 알아보십시오. 메디케어 처방전 지불 플랜에 참여하고 동일한 파트 D 플랜에 남아 있는 경우 2026년에 참여가 자동으로 갱신됩니다.

주: 이 지불 옵션은 메디케어 절약 프로그램에서 보장을 받는 경우를 포함하여 메디케어에서 추가 지원을 받고 있거나 받을 자격이 있는 경우 최선의 선택이 아닐 수 있습니다.

메디케어 약품 보험(파트 D) 지연 가입 가산금이란 무엇인가요?

지연 가입 가산금은 메디케어 약품 보장(파트 D) 보험료에 영구적으로 추가되는 금액입니다. 최초 가입 기간이 끝난 후에 가입하고 메디케어 약품 보장 또는 기타 **신뢰할 만한 처방약 보장** 혜택이 없는 기간이 연속 63일 이상인 경우 지연 가입 가산금을 내야 할 수 있습니다. 일반적으로, 메디케어 약품 보장을 받는 한 매월 보험료의 일부로 이 가산금을 내야 합니다.

부가 지원을 받을 경우 지연 가입 가산금을 내지 않습니다.

가산금을 내지 않는 3가지 방법이 있습니다.

- 처음 자격이 되었을 때 메디케어 약품 보장(파트 D)에 가입하십시오.** 지금 약을 복용하지 않더라도 가산금을 피하기 위해 별도의 메디케어 약품 플랜 또는 **메디케어 어드밴티지 플랜**에 가입하는 것을 고려하셔야 합니다. 월 **보험료**가 거의 또는 전혀 없이 귀하의 필요 사항을 충족하는 플랜을 찾을 수 있습니다.
- 다른 신뢰할 만한 보장을 상실한 경우 메디케어 약품 보장(파트 D)을 추가하십시오.** **신뢰할 만한 처방약 보험**에는 현재 또는 이전 고용주 또는 노조, 트라이케어, 미국 원주민 보건 서비스(IHS), 재향군인회(VA)의 약품이 포함될 수 있습니다. 귀하의 플랜은 귀하의 비 메디케어 약품보험이 신뢰할 만한 보장인지 여부를 매년 귀하에게 알려야 합니다. 메디케어 약품 보장 또는 기타 신뢰할 만한 처방약 보장 없이 연속 63일 이상 경과한다면, 나중에 메디케어 약품 보장에 가입할 경우 가산금을 내야 할 수도 있습니다.
- 다른 신뢰할 만한 처방약 보장이 있었던 기간을 기록으로 남기고 플랜에서 이에 대해 물으면 해당 기간을 알리십시오.** 이전의 신뢰할 만한 처방약 보험에 대해 플랜에 알리지 않으면, 메디케어 약품 보장이 있는 한 가산금을 내야 할 수도 있습니다.

지연 가입 가산금으로 얼마나 더 내야 하나요?

지연 가입 가산금은 신뢰할 만한 처방약 보험이 없었던 기간에 따라 달라집니다. 현재, 지연 가입 가산금은 “전국 기본 수혜자 보험료”(\$36.78 in 2025)의 1%에 메디케어 약품 보장(파트 D)에 가입할 자격이 있었으나 가입하지 않고 다른 신뢰할 만한 처방약 보장 없이 지난 전체 비보장 개월 수를 곱하여 계산합니다. 최종 금액은 \$0.1에 최대한 가깝게 반올림되어 귀하의 월 보험료에 가산됩니다. “전국 기본 수혜자 보험료”는 매년 증가하거나 감소할 수 있습니다. 이 경우 지불하는 가산금 금액이 증가하거나 감소할 수 있습니다. 메디케어 약품 보장에 가입하면 플랜은 가입자에게 가산금이 있는지 여부와 보험료가 얼마인지 알려줄 것입니다.

예:

Martinez 씨는 현재 메디케어 가입 자격이 있으며 초기 가입 기간이 2021년 7월 31일에 종료되었습니다. 다른 처방약 보장은 없었고 2021년 7월 31일까지 파트 D 플랜에 가입하지 않았습니다. 그녀는 2023년 12월 7일에 종료되는 공식 가입 기간에 파트 D 플랜에 가입했습니다. 그녀의 약품 보장은 2024년 1월 1일부터 효력이 생겼습니다.

2024

Martinez 씨는 2021년 8월부터 2023년 12월까지 신뢰할 만한 처방약 보험이 없었기 때문에 2024년 가산금은 \$34.70(2024년 전국 기본 수혜자 보험료)의 29%(1개월마다 1%씩 29개월), 즉 \$10.06였습니다. 월별 가산금은 항상 가장 가까운 \$0.10 단위로 반올림되므로 그녀는 플랜의 월 보험료에 매월 \$10.10를 더 냈습니다.

계산은 다음과 같습니다.

.29 (29% 가산금) \times **\$34.70** (2024년 기본 수혜자 보험료) = **\$10.06**
\$10.06를 가장 가까운 \$0.10 단위로 반올림 = **\$10.10**
\$10.10 = **2024년 Martinez 씨의 월별 지연 가입 가산금**

2025

2025년이 되자 메디케어는 2025년 기본 수혜자 **보험료**(\$36.78)을 적용하여 Martinez 씨의 가산금을 다시 계산했습니다. 따라서 2025년 Martinez 씨의 새로운 월별 가산금이 \$36.78의 29%, 즉 매월 \$10.66입니다. 월별 가산금은 항상 가장 가까운 \$0.10 단위로 반올림되므로 그녀는 플랜의 월 보험료에 매월 \$10.70를 더 냈습니다.

계산은 다음과 같습니다.

.29 (29% 가산금) × **\$36.78** (2025년 기본 수혜자 보험료) = **\$10.66**

\$10.66를 가장 가까운 \$0.10 단위로 반올림 = **\$10.70**

\$10.70 = 2025년 Martinez 씨의 월별 지연 가입 가산금

지연 가입 가산금에 동의하지 않으면 어떻게 하나요?

귀하의 메디케어 약품 보장에서 지연 가입 가산금을 납부해야 한다는 내용의 서신을 보내드립니다. 가산금에 동의하지 않을 경우 검토를 요청하실 수 있습니다(일반적으로 서신에 기재된 날짜로부터 60일 이내에). 서신에 기재된 일시까지 서신과 함께 받은 “재검토 요청 양식”을 작성하십시오. 이전의 **신뢰할 만한 처방약 보장**에 대한 정보와 함께 귀하의 사례를 뒷받침하는 증거를 제출할 수 있습니다. 도움이 필요하면 플랜에 전화하십시오.

어떤 약이 보장되나요?

모든 플랜은 암, HIV/AIDS, 우울증, 정신병, 발작 치료, 장기 이식 거부 반응 예방과 같은 특정 “보호 등급”에 속하는 대부분의 약을 포함하여 메디케어 가입자가 복용하는 처방약을 광범위하게 보장해야 합니다. 각 플랜마다 고유한 처방집이 있기 때문에 플랜의 보장 약품 목록에 대한 정보(“**처방집**”)는 이 핸드북에 포함되어 있지 않습니다. **플랜에**

가입하기 전에 해당 처방집을 검토해야 합니다. 플랜은 메디케어에서 정한 지침을 따르는 경우 약품 목록 일부를 연중 변경할 수 있습니다. 예를 들어, 귀하의 플랜은 약물 요법이 변경되거나, 신약이 출시되거나, 새로운 의료 정보가 제공됨에 따라 약품 목록을 연중 변경할 수 있습니다. 귀하의 플랜 **공동 보험금**은 제조업체가 가격을 인상할 때 특정 브랜드 약품 또는 복제약에 대해 인상될 수 있습니다. 플랜이 브랜드 약품의 복제약 또는 원래 생물학적 제제의 바이오시밀러 버전을 제공하기 시작한 후로도 브랜드 약품 또는 원래 생물학적 제제를 계속 사용할 경우 **공동 부담금** 또는 공동 보험금이 증가할 수 있습니다. 어떤 경우에는 플랜이 한 건강 상태에 대해서는 약품을 보장하고 다른 상태에 대해서는 보장하지 않을 수 있습니다.

주: 메디케어 파트 B는 제한된 수의 외래 처방약을 보장합니다. 39페이지에서 자세한 정보를 확인하십시오. 메디케어 약품 보장(파트 D)에는 오피오이드 사용 장애를 치료하는 부프레노르핀 등의 약품이 포함됩니다. 또한 진통제로 처방되는 메타돈 등도 적용됩니다(그러나 오피오이드 사용 장애를 치료하기 위한 경우 파트 D에서는 보장되지 않음).

파트 D는 일반적으로 약품을 처방집에 다양한 “계층”으로 분류합니다. 각 계층 별로 약품 비용이 다릅니다. 예를 들어, 하위 계층의 약품은 일반적으로 상위 계층의 약품보다 비용이 적게 듭니다.

내 약품이 더 높은 계층에 있으면 어떻게 되나요?

어떤 경우에는, 귀하의 약품이 상위 계층이고 처방자(의사 또는 처방전을 작성할 수 있는 법적 권한이 있는 기타 의료 서비스 제공자)가 하위 계층의 유사한 약품 대신 해당 약품이 필요하다고 생각하는 경우 귀하 또는 귀하의 처방자는 상위 계층의 약품에 대해 더 낮은 공동 보험금 또는 공동 부담금을 부과받도록 귀하의 플랜에 예외를 요청할 수 있습니다. 100페이지에서 예외에 관한 추가 정보를 확인하십시오.

플랜은 언제든지 처방집을 변경할 수 있습니다. 귀하의 플랜은 귀하가 사용하는 약품에 영향을 미치는 **처방집** 변경 사항을 통지할 수 있습니다.

플랜의 현재 처방집에 대해 문의하거나 플랜 웹사이트를 방문하십시오. 또한 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 약품이 귀하의 플랜' 처방 목록에 포함되어 있는지 확인할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하실 수 있습니다.

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. 106페이지로 이동.

플랜에는 특정 약품에 대한 보장 원칙이 있을 수 있습니다.

- 사전 승인:** 특정 처방전을 조제하기 전에 귀하 및/또는 귀하의 처방자는 귀하의 플랜에 연락해야 합니다. 처방자는 약이 **의학적으로 필요한** 것이며 특정 요구 사항을 충족한다는 것을 입증해야 할 수도 있습니다. 또한, 플랜은 승인된 특정 의학적 상태에 대해서 의약품을 보장할 때만 사전 승인을 사용할 수 있습니다. 이러한 상황이 발생하면 플랜은 해당 약품으로 치료하도록 승인된 다른 의학적 상태에 대한 보장 약품 목록(처방집)에 대체 약품을 포함하게 됩니다. 귀하의 플랜에 문의하거나 해당 웹사이트를 방문하여 사전 승인 요구 사항에 대해 알아보세요.
- 수량 제한:** 한 번에 받을 수 있는 약의 양을 제한합니다.
- 단계적 요법:** 처방된 약품을 플랜이 보장하기 전에 하나 이상의 유사하고 저렴한 약품을 시도해야 할 수도 있습니다.
- 약국의 오피오이드 진통제 안전 점검:** 약국에서 어떤 처방전이든 조제하기 전에, 가입자의 약품 플랜과 약사는 잘못된 복용량이나 복용 중인 다른 약물과의 상호 작용을 확인하는 등 일상적인 안전 검사를 수행합니다. 또한 오피오이드 안전 점검에는 오피오이드 진통제 양이 안전하지 않을 가능성을 확인하고, 오피오이드에 대한 첫 번째 처방의 하루 공급량을 제한하며, 벤조디아제핀(불안 및 수면에 일반적으로 사용됨)과 오피오이드를 동시에 사용하는지 확인하는 것이 포함됩니다. 오피오이드 진통제(옥시코돈, 하이드로코돈 등)는 특정 유형의 통증에 도움이 될 수 있지만 위험과 부작용(의존성, 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 플랜 및 약품 보장이 포함된 건강 플랜에는 오피오이드 및 벤조디아제핀 등의 처방약을 안전하게 사용하는데 도움이 되는 약물 관리 프로그램이 있습니다. 오피오이드 사용이 안전하지 않을 수 있는 경우(예를 들어 여러 의사나 약국에서 오피오이드 처방을 받았거나 최근에 오피오이드를 과다 복용한 경우), 플랜에서 귀하에게 약품을 처방한 의사에게 연락하여 이러한 약품이 필요한지와 처방대로 사용하고 있는지 확인합니다.

귀하의 플랜에서 처방된 오피오이드 및 벤조디아제핀 사용이 안전하지 않을 수 있다고 결정하는 경우, 플랜에서 사전에 귀하에게 서신을 보낼 것입니다. 이 서신은 플랜이 귀하에 대해 이러한 약품의 보장을 제한할 수 있는지, 또는 귀하가 선택한 한 명의 의사 또는 약국에서만 이러한 약품에 대한 처방전을 받아야 하는지 여부를 알려줍니다.

귀하와 담당 의사가 플랜의 결정에 동의하지 않는 경우 이러한 제한 사항에 대해 이의를 신청할 권리가 있습니다(99페이지). 이 서신에는 질문이 있거나 이의를 신청하고 싶은 경우 플랜에 연락하는 방법도 있습니다.

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

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

오피오이드를 처방받은 경우 중요한 조언:

- 오피오이드 약물은 통증 관리의 중요한 부분이 될 수 있지만 오용 시 심각한 건강 위험을 초래할 수도 있습니다.
- 메디케어는 오피오이드 과다 복용의 영향을 신속하게 역전시켜야 할 필요가 있는 경우 의사가 안전 조치로 처방할 수 있는 약물인 날록손의 처방을 보장합니다. 집에서 사용하는 날록손에 대해 의사와 상의하십시오.
- 오피오이드 복용량과 복용 기간은 의사와 상담하십시오. 귀하와 귀하의 의사은 나중에 처방을 모두 복용할 필요가 없다고 결정할 수 있습니다.
- 비마약성 약물 및 장치, 물리 치료, 요통에 대한 침술, 개인 및 그룹 심리치료, 행동 건강 통합 서비스 등과 같이 통증을 치료하기 위해 메디케어가 보장하는 다른 옵션을 의사와 상의하십시오.
- 우울증, 물질 남용, 아동기 심리적 외상 또는 기타 건강 및/또는 오피오이드 사용을 더 위험하게 만들 수 있는 개인적인 문제의 병력이 있는 경우 의사에게 알리십시오.
- 처방된 것보다 더 많은 오피오이드를 복용하면 안 됩니다. 또한 사용하고 있을 수 있는 다른 약품 및 물질에 대해 의사와 상의하십시오.
- 지역사회 약품 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

[Medicare.gov/coverage/pain-management](https://www.medicare.gov/coverage/pain-management)를 참조하시거나

1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화해서 알아보십시오.

TTY 사용자는 1-877-486-2048.로 전화하실 수 있습니다.

자동 처방약 리필을 우편으로 받을 수 있나요?

메디케어 약품 플랜은 일부 메디케어 가입자가 처방약이 소진되기 전에 자동으로 배송받을 수 있도록 하는 자발적인 자동 배송 프로그램을 제공할 수 있습니다. 자세한 정보는 귀하의 플랜에 문의하십시오.

약물 치료 관리 서비스

메디케어 약품 보장(파트 D)이 있는 플랜은 가입자가 특정 요건을 충족하거나 약품 관리 프로그램(87페이지)을 이용하는 경우 회원을 돋기 위해 약물 치료 관리 서비스를 제공해야 합니다. 자격 요건을 충족하는 경우, 약품을 안전하게 관리하고 복용하는 방법을 이해하는 데 도움이 되는 이러한 서비스를 무료로 받을 수 있습니다. 약물 치료 관리 서비스에는 일반적으로 약사 또는 의료 서비스 제공자와의 논의를 통한 약품 검토가 포함됩니다. 플랜별로 해당 서비스가 각기 다를 수 있습니다. 플랜에 문의하여 구체적인 세부 정보와 자격 여부를 확인하십시오.

인슐린에 대한 파트 D 보장

파트 D는 일회용 또는 비전통적 인슐린 펌프용 인슐린을 포함하여 인슐린을 보장합니다. 또한 인슐린 주사에 사용되는 특정 의료용품(주사기, 거즈, 알코올 면봉 등)도 보장합니다. 보장 대상 인슐린 제품은 플랜 **처방집**에 포함됩니다.

중요! 플랜은 각 파트 D 보장 인슐린의 1개월 분량에 대해 \$35 넘게 청구할 수 없으며, 귀하는 인슐린에 대해 **공제액**을 지불할 필요가 없습니다.

파트 B로 보장되는 인슐린 펌프용 기준 인슐린에도 유사한 비용 상한선이 적용됩니다. [Medicare.gov/coverage/insulin](https://www.medicare.gov/coverage/insulin)를 방문하여 더 자세히 알아보십시오.

다른 보험과 프로그램은 어떤 방식으로 메디케어 약품 보장(파트 D)과 연동되나요?

메디케이드

메디케어와 전 범위 **메디케이드** 보장이 있는 경우 메디케어가 처방약을 보장합니다. 그러나 메디케어가 처방전을 보장하지 않는 경우에도 메디케이드는 특정 상황에서 보장할 수 있습니다.

주: 메디케어 및 메디케이드(92페이지)가 있는 경우 자동으로 **부가 지원** 자격 요건을 충족합니다.

고용주 또는 조합 보장

귀하, 귀하의 배우자 또는 다른 가족 구성원의 현재 또는 이전 고용주나 조합이 제공하는 건강 보험입니다. 고용주 또는 노조 보장이나 다른 건강 보험(예: 퇴직자 건강 플랜)과 메디케어에 가입되어 있다면, 메디케어 또는 가입하신 다른 보험 중 어느 쪽이 먼저 지급할지에 대한 규칙이 있습니다(21페이지). 현재 또는 이전 고용을 기반으로 한 약품 보험이 있는 경우 고용주나 조합은 매년 귀하에게 해당 약품 보장이 신뢰할 만한지 알려줄 것입니다. **습득한 정보를 보관하십시오.**

중요! 메디케어 약품 보장을 받으면 고용주 또는 조합의 건강 보장을 상실할 수 있습니다. 보장을 변경하기 전에 반드시 급여 관리자에게 자세한 정보를 문의하십시오.

COBRA(통합 옴니버스 예산 조정법)

고용이 종료된 후 또는 해당 직원의 피부양자로서의 보험을 상실한 후 고용주 또는 노동조합의 건강 보험을 일시적으로 유지하도록 허용할 수 있는 연방법입니다. COBRA 보장 대신 또는 추가로 파트 B를 선택해야 하는 이유가 있을 수 있습니다 (18페이지). 그러나 COBRA를 보유한 동시에 메디케어 자격 요건을 충족하는 경우 **COBRA는 의료비의 일부만 지불할 수 있으며**, 대부분의 비용을 직접 지불해야 할 수도 있습니다. COBRA 플랜에 연락하여 몇 퍼센트를 지불하는지 문의하실 필요가 있습니다. 예상치 못한 의료 청구서를 피하려면 즉시 메디케어에 가입해야 할 수도 있습니다. 귀하의 주 건강 보험 보조 프로그램(SHIP)과 상담하여 이 결정에 대해 무료로 개인 맞춤형 도움을 받으십시오. 114-117페이지로 이동하여 현지 SHIP의 전화번호를 확인하거나 shiphelp.org를 방문하십시오.

COBRA에 **신뢰할 만한 처방약 보장**이 포함되어 있다면, COBRA 보장이 종료될 때 가산금 없이 메디케어 약품 보장(파트 D)에 가입할 수 있는 특별 가입 기간이 주어집니다. 메디케어 및 COBRA에 관해 질문이 있는 경우 혜택 조정 및 회복 센터에 1-855-798-2627로 문의하십시오. TTY 사용자는 1-855-797-2627에 전화할 수 있습니다. 신뢰할 수 있는 대리인이나 중개인의 도움을 받을 수도 있습니다.

약품 보장이 포함된 메디케어 보충보험(메디캡)

메디캡 보험은 더 이상 약품 보장과 함께 판매할 수 없지만, 약품 보장이 포함된 구 메디캡 보험에 가입되어 있다면 이를 계속 유지할 수 있습니다. 대부분의 메디캡 약품 보장은 신뢰할 만한 약품 보장이 아니므로 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입할 수 있으며, 나중에 약품 플랜에 가입하면 더 많은 비용을 부담할 수 있습니다(83페이지). 신뢰할 만한 약품 보장이 있는 경우 나중에 메디케어 의약품 플랜에 가입하기로 결정할 경우를 대비하여 정보를 기록해 두십시오.

메디캡과 메디케어 약품 플랜 모두로부터 의약품을 보장받을 수는 없습니다. 별도의 메디캡 약품 플랜에 가입하기로 결정한 경우, 메디캡 보험 회사에 알려 약품 보장을 제거하고 귀하의 **보험료**를 조정할 수 있습니다. 더 많은 정보를 원하시면 귀하의 보험회사에 문의하십시오.

연방 정부 직원 건강 혜택 프로그램(FEHB)

이것은 현직 및 퇴직한 연방 직원과 적용 대상 가족을 위한 건강 보험입니다. 이러한 플랜에는 일반적으로 신뢰할 만한 처방약 보험이 포함되므로 메디케어 약품 보장(파트 D)을 받을 필요가 없습니다. 그러나 메디케어 약품 보장을 받기로 한 경우 FEHB 플랜을 유지할 수 있습니다. 은퇴한 연방 직원인 경우 메디케어가 먼저 지급하지만 현재 연방 직원인 경우 FEHB가 먼저 지급합니다. 자세한 내용은 OPM.gov/healthcare-insurance/healthcare를 참조하시거나 인사 관리실에 1-888-767-6738로 문의하십시오. TTY 사용자는 711로 전화하실 수 있습니다. 현직 연방 직원인 경우 급여 담당자에게 문의하십시오. 혜택 담당자 목록을 보려면 apps.opm.gov/abo를 방문하십시오. 질문이 있는 경우 플랜에 전화할 수도 있습니다.

적격 미국 우체국 직원, 퇴직자 및 그 가족은 연방 직원 건강 혜택 프로그램 대신 우체국 건강 혜택 프로그램(PSHB)을 통해 보장을 받습니다. OPM.gov/healthcare-insurance/pshb를 방문하여 더 자세히 알아보십시오.

재향 군인 혜택

참전 용사와 미군에서 복무한 사람들을 위한 건강 보험입니다. 미국 재향군인회(VA) 프로그램을 통해 약품 보장을 받을 수 있습니다. 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입할 수는 있지만, 가입할 경우 동일한 의약품에 대해 두 가지 유형의 보장을 동시에 사용할 수 없습니다. 자세한 내용을 보려면 VA.gov 또는 VA에 1-800-827-1000으로 전화하십시오. TTY 사용자는 771로 전화하십시오.

CHAMPVA(참전용사 군인보험)

이것은 미국 재향군인회(VA)가 보장 대상 의료 서비스 및 용품 비용을 메디케어가 있는 자격 대상자와 분담하는 포괄적 의료 프로그램입니다. 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입할 수도 있지만, 가입하면 관리 약품을 무료로([보험료, 공제액](#), 그리고 [공동 부담금 없이](#)) 받을 수 있는 메드 바이 메일(Meds by Mail) 프로그램을 사용할 수 없습니다. 자세한 내용은 VA.gov/communitycare/programs/dependents/champva를 방문하시거나 CHAMPVA에 1-800-733-8387로 전화하십시오.

TRICARE(군인 의료 혜택)

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

약품 보장이 포함된 [메디케어 어드밴티지 플랜](#)에 가입하면, 귀하의 메디케어 어드밴티지 플랜 네트워크 약국이 트라이케어 네트워크 약국이기도 한 경우 귀하의 메디케어 어드밴티지 플랜 및 트라이케어가 혜택을 조정할 가능성이 있습니다. 그렇지 않으면 본인이 직접 청구서를 제출하여 본인 부담 비용을 환급받을 수 있습니다. 자세한 내용을 알아보려면 tricare.mil 또는 트라이케어 약품 프로그램(1-877-363-1303)으로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-540-6261로 전화하실 수 있습니다.

미국 원주민 보건 서비스(Indian Health Service, IHS)

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

중요! 귀하는 의료 비용(94페이지)에 도움이 될 수 있는 다른 프로그램의 대상자일 가능성이 있습니다.



메디케어 옵션에 대한 개요는 10-14페이지에서 확인하십시오.

섹션 7:

건강관리 비용 및 약품 비용 지급에 도움받기

메디케어 절약 프로그램(MSP)

소득과 재원이 제한적인 경우, 일정한 조건이 되면 일부 메디케어 비용을 납부하는데 있어서 주로부터 도움을 받을 수 있습니다.

다음과 같이 네 가지 종류의 메디케어 절약 프로그램이 있습니다.

- 적격 메디케어 수급자(QMB):** QMB 프로그램은 파트 A **보험료** (무보험료 파트 A에 가입되지 않은 경우)와 파트 B를 지원합니다 **보험료**. 또한 메디케어 제공자는 메디케어가 보장하는 서비스 및 항목에 대해 청구할 수 없습니다. 여기에는 **공제액**, **공동 보험금**, 그리고 **공동 부담금**이 포함됩니다. 이러한 비용 청구서를 받으면 제공자나 수금업자에게 귀하가 QMB 프로그램에 속해 있으므로 메디케어 공제액, 공동 보험금, 공동 부담금을 청구할 수 없음을 알리십시오. 메디케어가 보장하는 서비스 및 항목에 대한 청구서를 이미 변제했다면 환불받을 권리가 있습니다. **메디케어 어드밴티지 플랜**에 가입되어 있는 경우, 플랜에도 연락하여 요금 부과를 중지하도록 요청해야 합니다.

서비스 제공자가 귀하의 QMB 프로그램 참여를 알 수 있도록 진료를 받을 때마다 메디케어와 **메디케이드** 카드를 모두 제시하거나, 또는 QMB 카드를 제시하십시오. **오리지널 메디케어**에 가입되어 있다면, 제공자에게 “메디케어 요약 통지”(MSN) 사본을 낼 수도 있습니다. 귀하의 MSN으로 귀하가 QMB 프로그램에 참여하고 있는 것을 알 수 있고 요금이 청구되지 않습니다. MSN을 전자 양식으로 받도록 등록하려면 메디케어 계정에 로그인(또는 생성)**Medicare.gov**하십시오.

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

- 지정 저소득 메디케어 수급자(SLMB):** 파트 B 보험료만 지원합니다.
- 적격 개인(QI):** 파트 B 보험료만 지원합니다. QI는 다른 메디케이드 보장이나 혜택 대상자가 아닌 사람에게만 제공됩니다.
- 적격 장애인 및 근로자(QDWI):** 파트 A 보험료만 지원합니다. 장애가 있으면서 일을 하고 있고, 다시 일을 하게 되면서 사회보장 장애인 급여 및 보험료 무상 파트 A를 상실한 경우, 이 프로그램 대상자가 될 가능성이 있습니다.

면역제제 혜택(52페이지)에 가입하고 소득과 자원이 제한되어 있지만 전체 메디케이드 전체 보장을 받지 못하는 경우, QMB, SLMB 또는 QI 프로그램을 통해 비용 지원을 받을 수 있습니다. 신청하시려면 귀하의 주 의료 보조(메디케이드) 사무소에 문의하십시오.

QMB, SLMB 또는 QI 프로그램에 대한 자격이 있는 경우 자동으로 **부가 지원** 자격이 부여됩니다(아래 설명).

중요! 메디케어 절약 프로그램은 관할 주를 통해 이용할 수 있습니다. 이러한 프로그램들의 명칭과 운영되는 방법은 주마다 다를 수 있습니다. 메디케어 절약 프로그램은 푸에르토리코와 미국령 버진아일랜드에서는 제공되지 않습니다.

자격 요건은 무엇인가요?

- 대부분의 경우, 메디케어 저축 프로그램 자격 요건을 충족하려면 귀하의 소득과 자산이 특정 한도 미만이어야 합니다. 소득과 자산 한도는 주마다 다릅니다.
- 자격 요건을 충족하지 않는 것 같더라도 지원하는 것이 좋습니다. 해당 주의 의료 보조 (**메디케이드**) 사무소에 문의하여 시작하십시오.
- 해당 주의 메디케이드 사무실 전화번호는 를 방문하거나 [Medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu](https://www.medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu) 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화해서 문의하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하실 수 있습니다.

메디케어 약품 비용 지불에 부가 지원받기

소득과 자원이 제한되어 있다면, 추가 보조 프로그램을 통해 메디케어 약값(예: **보험료, 공제액, 공동 보험금**)의 일부를 지원받을 수 있습니다. 추가 지원 대상자이고 별도의 메디케어 의약품 플랜에 가입하거나 메디케어 의약품 보장(파트 D)이 있는 **메디케어 어드밴티지 플랜** 경우 파트 D 지역 가입 가산금을 지불하지 않습니다.

2025년 연간 소득과 자원이 다음 한도 미만인 경우 부가 지원 대상자일 수 있습니다.

	연수입	자원
독신자	\$23,475 미만	\$17,600 미만
다른 부양가족 없이 배우자와 함께 거주하는 기혼자	\$31,725 미만	\$35,130 미만

어떤 상황에서는 소득이 더 높더라도 자격이 될 수 있습니다. 예를 들어, 여전히 일하고 있거나, 알래스카 또는 하와이에 거주하거나, 부양가족이 함께 살고 있는 경우 소득 한도가 더 높습니다.

자원

- 체킹 또는 저축 예금, 주식, 채권, 뮤추얼 펀드, 개인연금계좌(IRA)에 있는 자금이 **포함됩니다**.
- 집, 자동차, 가정 용품, 매장지, 최대 \$1,500의 장례 비용(1인당), 생명 보험 증권은 **포함되지 않습니다**.

주: 푸에르토리코, 미국령 버진 아일랜드, 괌, 북마리아나 제도, 미국령 사모아에서는 부가 지원을 받을 수 없습니다. 그러나 이 지역들에는 소득과 자원이 제한된 사람들을 지원하는 다른 프로그램이 있습니다. 95페이지로 이동.



비용과 보장 내용: 메디케어 가입자 대부분은 연중 특정 시기에만 플랜을 변경할 수 있습니다. **메디케이드** 또는 **부가 지원**이 있는 경우 약품 보장을 월 1회 변경할 수 있습니다. 변경하면 다음 달 1일부터 적용됩니다. 자세한 내용은 [Medicare.gov/special-enrollment-periods](https://www.Medicare.gov/special-enrollment-periods)를 방문하여 “메디케어 및 메디케이드가 있거나 메디케어 약품 보장 지불에 대해 부가 지원을 받습니다 (I have Medicare and Medicaid, or I get Extra Help paying for Medicare drug coverage)”를 선택해서 확인하십시오.

메디케어 가입자이고 다음 조건 중 하나라도 충족하면 자동으로 부가 지원 자격이 생깁니다.

- 메디케이드 전범위 보장을 받음.
- 주 메디케이드 프로그램에서 파트 B **보험료** 및 기타 메디케어 비용(91-95페이지) 지불에 대해 지원을 받음.
- 생활비보조금(Supplemental Security Income, SSI) 혜택을 받음.

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

- 아직 메디케어 약품 보장(파트 D)이 없을 경우, 부가 지원을 받으려면 약품 보장에 가입해야 합니다.
- 약품 보장이 없을 경우, 메디케어는 귀하를 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입시켜 귀하가 부가 지원을 이용할 수 있도록 할 수 있습니다. 메디케어가 귀하를 플랜에 등록하면 귀하의 보장이 시작될 시기를 알려주는 노란색 또는 녹색 서신을 받게 되며, 가입된 메디케어와 다른 플랜에 가입하고 싶은 경우 플랜을 변경할 수 있는 특별 가입 기간이 주어집니다.
- 플랜마다 보장하는 약품이 다릅니다. 가입한 플랜이 귀하가 사용하는 약을 보장하는지, 원하는 약국에 갈 수 있는지 확인하십시오. [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare)를 방문하거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하여 해당 지역의 다른 플랜과 귀하의 플랜을 비교하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하실 수 있습니다.
- 메디케이드를 가지고 있고 특정 기관(요양원 등)에 거주하거나 특정 가정 및 지역사회 기반 서비스를 받는 경우, 보장 대상 약품에 대해 비용을 지불하지 않습니다.
- 2026년에는 대상자의 약품 비용이 일반적으로 복제약 하나당 \$5.10, 플랜 참여 약국에서 조제한 브랜드 약품 하나당 \$12.65를 넘지 않습니다. 비용에 대해 궁금한 점이 있으면 부가 지원 서신을 참조하거나 플랜에 연락하십시오.

별도의 메디케어 약품 플랜에 가입하고 싶지 않은 경우 (예를 들어, 고용주 또는 노동 조합 보장만 원할 경우), 서신에 기재된 플랜 또는 1-800-MEDICARE로 전화하십시오. 메디케어 약품 플랜에 가입하고 싶지 않다고(“탈퇴”하고 싶다고) 말씀하십시오. 계속해서 부가 지원을 받을 자격이 있거나 귀하의 고용주 또는 노동 조합 보장이 **신뢰할 만한 (creditable) 처방약 보장**이라면, 나중에 가입하더라도 가산금을 내지 않아도 됩니다.

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

자동으로 **부가 지원** 대상자가 되지 않은 경우 SSA.gov/extrahelp에서 언제든지 신청할 수 있습니다.

부가 지원을 신청할 때, 메디케어 절약 프로그램(MSP) (91페이지) 신청 절차도 시작할 수 있습니다. 이러한 주정부 프로그램은 다른 메디케어 비용 지불에 도움을 줍니다. 부가 지원 신청서에 거부 의사를 밝히지 않는 한 사회보장국은 MSP 신청에 착수하기 위해 가입자의 주에 정보를 보냅니다.

약품 보장 선택에 대한 도움과 추가 지원에 대한 질문에 대한 답변을 얻으려면 주 건강 보험 보조 프로그램(SHIP)에 전화하십시오. 114-117페이지로 이동하여 현지 SHIP의 전화번호를 확인하거나 shiphelp.org를 방문하십시오. 1-800-MEDICARE에 전화하실 수도 있습니다.

메디케어 의료 비용에 대한 기타 지원

메디케이드

메디케이드는 소득이 제한되어 있고 (경우에 따라) 재원이 제한되어 있으며 다른 요구 사항을 충족하는 경우 의료비 지불을 지원하기 위해 연방정부와 주정부가 함께하는 프로그램입니다. 일부 사람들은 메디케어와 메디케이드의 자격 요건을 모두 충족합니다.

메디케이드는 무엇을 보장하나요?

- 메디케이드 전체 보장을 가지고 계신 경우, 대부분의 건강관리 비용은 보장될 가능성이 큽니다. **오리지널 메디케어** 또는 특별 필요사항 플랜(70페이지)과 같은 **메디케어 어드밴티지 플랜**을 통해 메디케어 보장을 받을 수 있습니다.
- 메디케어와 전범위 메디케이드가 있으신 경우, 메디케어가 귀하의 처방약을 보장합니다. 귀하는 메디케어 약값을 지불할 때 부가 지원을 자동으로 받을 자격이 있습니다(92페이지). 메디케이드는 여전히 메디케어에서 보장하지 않는 일부 약품을 보장할 수 있습니다.
- 전범위 메디케이드 보험 가입자는, 요양원에서의 장기 요양, 개인 간병, 의료 기관까지의 교통편, 가정 및 지역사회 기반 서비스, 식사 배달, 치과, 안과, 청력 서비스 등과 같이 메디케어가 부담하지 않거나 부분적으로만 부담하는 서비스에 대한 보장을 받을 수 있습니다.

자격 요건은 무엇인가요?

- 메디케이드 프로그램은 주마다 다릅니다. 그 이름 또한 “메디컬 어시스턴스 (Medical Assistance)” 또는 “메디-컬(Medi-Cal)”과 같이 다를 수 있습니다.
- 각 주별로 소득 및 자원 요구 사항이 다릅니다.
- 주 의료 보조(메디케이드) 사무소에 연락하여 자격 요건을 충족하는지 확인해 볼 수 있습니다. Medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu를 방문하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 해당 주의 메디케이드 사무소 전화번호를 확인하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하실 수 있습니다.

주: 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하기 전에 해당 주에서 메디케이드를 통해 받는 혜택을 신중하게 고려하는 것이 중요합니다. 메디케어와 메디케이드 자격 요건을 모두 충족하는 경우, 지역 주 건강 보험 보조 프로그램(SHIP)에 연락하여 옵션에 대한 도움을 받으십시오. 114-117페이지로 이동하여 현지 SHIP의 전화번호를 확인하거나 shiphelp.org를 방문하십시오.

주 약제 보조 프로그램

많은 주에는 재정적 필요, 연령, 의학적 상태에 따라 처방약 비용 지불을 지원하는 주 약제 보조 프로그램이 있습니다. 귀하의 주에 주 약제 보조 프로그램이 있는지, 어떻게 실시되는지 알아보려면 주 건강 보험 보조 프로그램(SHIP)에 문의하십시오. 114-117 페이지로 이동하여 현지 SHIP의 전화번호를 확인하거나 shiphelp.org를 방문하십시오. go.Medicare.gov/spap를 방문하실 수도 있습니다.

약제 보조 프로그램(환자 보조 프로그램이라고도 함)

많은 주요 의약품 제조업체가 특정 요구 사항을 충족하는 메디케어 약품보험(파트 D)이 있는 사람들을 위해 지원 프로그램을 제공합니다. go.Medicare.gov/pap을 방문하여 약제 보조 프로그램에 대해 자세히 알아보십시오.

포괄적 노인 돌봄 프로그램 (PACE)

PACE는 많은 주에서 제공하는 메디케어 및 메디케이드 프로그램으로, 요양원 수준의 관리가 필요한 사람들에게 서비스를 제공하고 지원하여 가능한 한 오랫동안 지역사회에 남을 수 있도록 합니다. 74페이지로 이동.

생활비보조금(SSI) 지급

SSI는 장애가 있고 소득과 자원이 제한된 성인과 아동에게 매월 지급금을 제공합니다. SSI 지원금은 재정 자격을 충족하는 65세 이상의 장애가 없는 사람들에게도 제공됩니다. 이러한 지급액은 사회보장 퇴직급여와 같지 않습니다. 사회 보장 급여가 SSI 연방 급여율보다 적은 경우 SSI와 사회 보장 급여를 동시에 받을 수 있습니다. SSI 자격이 있는 경우 자동으로 **부가 지원** 자격이 부여되며 일반적으로 **메디케이드** 자격이 있습니다.

SSA.gov/apply/ssi를 방문하여 SSI 또는 기타 혜택을 받을 자격이 있는지 확인할 수 있습니다.

주: 푸에르토리코, 미국령 버진 아일랜드, 괌, 미국령 사모아 거주자는 SSI를 받을 수 없습니다.

미국령 거주자를 위한 프로그램

푸에르토리코, 미국령 버진 아일랜드, 괌, 북마리아나 제도, 미국령 사모아에는 소득과 자원이 제한된 사람들이 메디케어 비용을 낼 수 있도록 돋는 프로그램이 있습니다. 해당 영역의 프로그램은 다양합니다. 주 의료 보조(메디케이드) 사무소에 문의하여 자세한 정보를 알아보십시오. Medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu를 방문하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 전화번호를 확인하세요. TTY 사용자는 1-877-486-2048에 전화하실 수 있습니다.

메모

섹션 8:

귀하의 메디케어 권리 및 보호

나의 메디케어 권리는 무엇인가요?

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

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

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

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

청구에 대한 결정에 동의하지 않는 경우 이의를 신청할 권리가 있습니다. 의료 비용 지불, 품목 및 서비스 보장, 약품 보장에 대한 특정 결정에 대해 심의(이의신청)을 요청할 수 있습니다.

메디케어 제공자로부터 받는 진료 및 기타 서비스의 질에 대해 우려 사항이 있는 경우, 다음과 같이 하실 수 있습니다:

- 불만 제기하기(“고충”이라고도 함).
- 투석 또는 신장 이식 치료에 대한 불만(고충)이 있을 경우 말기 신장 질환(ESRD) 네트워크와 주 조사 기관에서 도움을 받으세요.

[Medicare.gov](#)를 방문하거나 불만 사항에 대해 자세히 알아보시려면 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 문의하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하실 수 있습니다.

내 플랜이 메디케어 참여를 중단하는 경우 내게는 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. 귀하의 플랜이 귀하의 옵션을 설명하는 서신을 보낼 것입니다. 이 경우 다음과 같이 됩니다.

- 10월 15일부터 12월 7일까지 다른 플랜을 선택할 수 있습니다. 귀하의 보장은 7월 1일에 시작됩니다.
- 또한 연방법에 따라 2월 마지막 날까지 다른 [메디케어 건강 플랜](#)에 가입할 수 있는 특별한 권리가 있습니다.
- 연방법에 따라 플랜 보장이 종료된 후 63일 이내에 특정 [메디캡](#) 보험을 구매할 권리가 있을 수 있습니다. 주에 따라 귀하의 플랜이 내년에 메디케어에 참여하지 않기로 결정한 경우 메디캡 보험에 가입할 권리가 있을 수도 있습니다.

이의신청이란 무엇입니까?

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

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

다음의 경우에도 이의를 신청할 수 있습니다.

- 메디케어 또는 귀하의 플랜이 귀하에게 여전히 필요하다고 생각하는 의료 서비스, 용품, 품목 또는 약품의 전부 또는 일부에 대한 제공 또는 지급을 중단하는 경우.
- 오피오이드 및 벤조디아제핀과 같이 남용이 잦은 약품 보장에 대한 접근을 제한하는 약물 관리 프로그램에 따라 위험에 처하여 내려진 결정. 86페이지로 이동.
- 귀하의 청구가 미해결 사고 기록으로 인해 거부되고, 청구가 사고와 관련이 없는 경우.

중요! 오리지널 메디케어이 있고 병원에 입원 중이며 병원에서 귀하의 상태를 입원 환자에서 관찰 서비스(28페이지)를 받는 외래 환자로 변경하거나, 과거에 병원에서 귀하의 상태를 변경한 경우 이의를 신청할 수 있습니다.

[Medicare.gov/statuschange](#)를 방문하여 더 자세히 알아보십시오.

이의를 신청하려면 특정 요건을 충족해야 합니다.

이의를 신청하기로 결정한 경우 담당 의사, 공급업체 또는 기타 의료 제공자에게 이의를 강화할 수 있는 정보를 요청할 수 있습니다. 메디케어 또는 귀하의 플랜에 보내는 내용을 포함하여 **이의신청과 관련된 모든 것의 사본을 보관하십시오.**

이의신청은 어떻게 하나요?

이의신청 방법은 귀하가 가지고 있는 메디케어 보장 유형에 따라 다릅니다.

오리지널 메디케어를 보유한 경우

- 귀하가 이의를 신청하는 품목 또는 서비스가 표시된 “메디케어 요약 통지” (MSN)를 받습니다. 58페이지에서 MSN에 관한 추가 정보를 확인합니다.
- 동의하지 않는 MSN 항목에 동그라미를 칩니다. 결정에 동의하지 않는 이유를 서면으로 설명합니다. MSN에 작성하거나 별도의 종이에 작성하여 MSN에 첨부할 수 있습니다.
- MSN에 이름, 전화번호, 메디케어 번호를 기재합니다. 기록을 위해 사본을 보관합니다.
- MSN에 나열된 메디케어(메디케어 행정계약자) 청구서를 처리하는 회사에 MSN 또는 사본을 보냅니다. 의료 서비스 제공자로부터 받은 정보와 같이 이의신청에 대한 정보를 모두 포함할 수 있습니다. 또는 양식 CMS-20027을 사용할 수 있습니다. 이 양식을 받으려면 [Medicare.gov/basics/forms-publications-mailings/forms/appeals](https://www.Medicare.gov/basics/forms-publications-mailings/forms/appeals)를 방문하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 사본을 우편으로 받으십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하실 수 있습니다.
- MSN에 쓰여진 날짜까지 이의를 신청해야 합니다. 이의신청 기한을 놓친 경우에도 기한을 놓친 정당한 이유를 제시할 수 있는 경우 이의를 신청하고 결정을 받을 수 있습니다(예: 장애, 질병, 사고로 인해 지연된 경우).
- 일반적으로 메디케어 행정계약자가 귀하의 요청을 받은 후 60일 이내에 결정을 받게 됩니다. 메디케어가 품목 또는 서비스를 보장할 경우 다음 MSN 목록에 기재될 것입니다.
- 병원이나 기타 시설에서 제공하는 메디케어 서비스가 너무 빨리 종료된다고 생각되는 경우 신속하게 이의를 신청할 권리가 있습니다 (100페이지).

메디케어 어드밴티지 플랜 또는 기타 메디케어 건강 플랜을 보유하고 있는 경우

이의신청 기간이 **오리지널 메디케어**와 다를 수 있습니다. 경우에 따라 신속하게 이의를 신청할 수 있습니다. 더 자세히 알아보시려면, 플랜이 발송하는 자료를 보시거나, 플랜에 문의하시거나, [Medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/appeals/메디케어-health-plans](https://www.Medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/appeals/메디케어-health-plans)를 참조하십시오.

별도의 메디케어 약품 플랜이 있는 경우

특정 약을 구매하기 전에도, 귀하는 다음과 같은 권리가 있습니다:

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

100 섹션 8: 가입자의 메디케어 권리 및 보호

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

자세한 내용은 [Medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/appeals/drug-plans](https://www.medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/appeals/drug-plans)에서 확인하십시오.

보장 판단이나 예외를 어떻게 요청하나요?

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

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

귀하 또는 귀하의 처방자는 긴급 요청을 위해 플랜에 전화하거나 서신을 보낼 수 있습니다. 귀하가 처방전을 받지 않았고 귀하의 플랜이 결정하거나 귀하의 처방자가 귀하의 플랜에 기다리면 귀하의 생명이나 건강이 위험할 수 있다고 하면 귀하의 요청이 신속하게 처리될 것입니다.

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

이의신청에 대하여 도움을 받으려면 어떻게 해야 합니까?

대리인을 지정할 수 있습니다. 대리인은 가족, 친구, 권의 옹호자, 변호사, 재무 조언자, 의사, 그 외에 귀하를 대신할 다른 사람이 될 수 있습니다. 자세한 내용은 [Medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/appeals](https://www.medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/appeals)에서 확인하십시오. 또한 주 건강 보험 보조 프로그램(SHIP)에서 이의신청과 관련한 도움을 받을 수 있습니다. 114-117페이지에서 지역 내 SHIP 전화번호를 확인하십시오.

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

병원, [전문 간호 시설](#), 가정 의료 기관, 종합 외래 재활 시설, 호스피스에서 메디케어 서비스를 받고 있는데 메디케어 보장 서비스가 너무 빨리 종료된다고 생각하는 경우 (또는 너무 빨리 퇴원된다고 생각하는 경우), 빠른 이의신청(“즉시 이의신청” 또는 “신속 이의신청”이라고도 함)을 요청할 수 있습니다. 서비스 제공자가 서비스 종료 전에 빠른 이의신청을 요청하는 방법을 알려줄 것입니다. 이 통지서를 주의 깊게 읽으십시오. 이 통지서를 받지 못한 경우 요청하십시오. 빠른 항소를 통해 수혜자 및 가족 중심 치료 품질 개선 조직(BFCC-QIO)이라는 독립 검토자가 귀하의 보장 서비스가 지속되어야 하는지 여부를 결정할 것입니다. BFCC-QIO에 연락하여 이의신청(112페이지)에 대한 도움을 받을 수 있습니다.

일반적으로, 빠른 이의신청은 서비스 종료 또는 퇴원 결정에만 적용됩니다. 서비스를 종료하기로 한 후 받았을 수 있는 품목이나 서비스를 받게 되면 청구 이의신청을 시작해야 할 수도 있습니다. [Medicare.gov/appeals](https://www.medicare.gov/appeals) 또는 [Medicare.gov/publications](https://www.medicare.gov/publications)를 방문하면 소책자 “메디케어 이의신청”을 읽어 볼 수 있습니다. 몇 가지 예외가 있습니다
(자세한 내용은 아래 파란색 상자).

중요! 오리지널 메디케어가 있는 경우, 2025년 2월 14일부터 입원 환자로 병원에 입원했다가 병원이 귀하의 상태를 관찰 서비스를 받는 외래 환자로 변경한 경우, 병원에 있는 동안 빠른 이의신청을 요청할 권리가 있습니다. 더 자세한 정보는 [Medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/appeals/fast-appeals](https://www.medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/appeals/fast-appeals)에서 확인하십시오.

“비급여 사전 수혜자 통지” (ABN)란 무엇인가요?

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

이 통지를 받으면 어떻게 되나요?

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

다른 이유로 이런 통지를 받을 수 있나요?

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

이 통지를 받지 못했다면 어떻게 되나요?

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

어디서 자세한 정보를 얻을 수 있나요?

[Medicare.gov/basics/your-medicare-rights/your-protections](https://www.medicare.gov/basics/your-medicare-rights/your-protections)를 방문하여 다양한 유형의 ABN과 ABN을 받은 경우 해야 할 일에 대해 자세히 알아보십시오.

주: 메디케어 어드밴티지 플랜 가입자라면 플랜이 특정 서비스, 약품, 소모품을 보장하는지 미리 문의할 권리가 있습니다. 플랜에 연락하여 단체 결정 사전 서비스 요청을 요청하고 제출하십시오. 플랜이 귀하의 요청을 거부하는 경우, 그 응답에는 적시에 이의를 제기하라는 안내가 포함됩니다. 또한 플랜 지시 치료를 받을 수도 있습니다. 이것은 플랜 제공자가 사전에 기구 결정을 받지 않고 귀하를 네트워크 외부의 서비스나 제공자에게 의뢰하는 경우입니다(66페이지).

개인 건강 정보에 접근할 권리

법에 따라 귀하 또는 귀하의 법적 대리인은 일반적으로 귀하를 치료하고 귀하의 치료에 대해 메디케어에 청구하는 의료 제공자로부터 귀하의 개인 건강 정보를 조회 및/또는 사본을 받을 권리가 있습니다. 메디케어가 보호자 등 그 외의 사람에게 귀하의 개인 정보를 제공하도록 하려면 107페이지의 파란색 상자로 이동하여 “개인 건강 정보 공개 승인” 양식 작성에 대해 자세히 알아보십시오. 또한 가입자는 일반적으로 메디케어를 비롯하여 가입자의 치료 비용을 지불하는 건강 플랜으로부터 해당 정보를 얻을 권리가 있습니다.

이러한 유형의 개인 건강 정보에는 다음이 포함됩니다.

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

일반적으로 정보는 종이를 통해서나 전자적으로 얻을 수 있습니다. 제공자 또는 플랜이 귀하의 정보를 전자 양식으로 저장한다면, 귀하가 요청하는 경우 일반적으로 귀하에게 전자 사본을 제공해야 합니다. 가입자에게는 적시에 정보를 얻을 권리가 있지만 답변을 받는 데 최대 30일이 소요될 수 있습니다. 귀하의 정보가 전자 양식인 경우 귀하를 치료하는 의료 서비스 제공자, 가족, 연구자 등 귀하가 선택한 제3자에게 전송하도록 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 검토, 검색, 다운로드, 발송하는 데는 비용이 청구되지 않습니다.

자세한 내용은 [HHS.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers](https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers)에서 확인하십시오.

건강 기록을 취득하고 사용하는 데 도움이 필요한 경우 “건강 기록 취득 및 사용 안내서”가 도움이 될 수 있습니다. 이 안내서는 건강 기록을 취득하고 그 기록이 정확하고 완전한지 확인하는 방법을 안내하여 건강 관리에서 최고의 효과를 누릴 수 있도록 도와줍니다. healthit.gov/how-to-get-your-health-record에서 안내서를 열람할 수 있습니다.

메디케어는 내 개인 정보를 어떻게 사용하나요?

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

오리지널 메디케어의 개인 정보 보호 관행 통지

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

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

저희는 다음 대상에 귀하의 정보를 제공해야 합니다.

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

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

- 메디케어 행정계약자는 귀하의 정보를 사용하여 귀하의 청구액을 지급하거나 거부하고, 귀하의 **보험료**를 징수하며, 귀하의 급여 지급액을 다른 보험사와 공유하고 “메디케어 요약통지”를 준비합니다.
- 당사는 가입자에게 고객 서비스를 제공하고, 불만 사항을 해결하고, 연구 연구에 대해 연락하고, 양질의 진료를 받을 수 있도록 하기 위해 가입자의 정보를 사용할 수 있습니다.

저희는 다음과 같은 제한된 상황에서 귀하의 정보를 사용하거나 공유할 수 있습니다:

- 메디케어 데이터를 받을 법적 권리가 있는 주 기관 및 기타 연방 기관(메디케어가 지급을 적절하게 하고 있는지 확인하고, 연방/주 **메디케이드** 프로그램을 지원하는 등)
- 공중 보건 활동(질병 발생 보고 등)
- 정부 의료 감독 활동(예: 사기 및 남용 조사)
- 사법 및 행정 절차(법원 명령에 응답 등)

- 법 집행 목적(실종자를 찾기 위해 제한된 정보 제공 등)
- 모든 개인 정보 보호법 요구 사항을 충족하는 조사 연구(질병 또는 장애 예방 연구 등)
- 건강이나 안전에 대한 심각하고 임박한 위협 회피
- 신규 또는 변경된 메디케어 혜택에 대한 연락
- 아무도 추적할 수 없는 정보 모음 생성
- 진료 조정 및 품질 개선 목적을 위해, **책임의료기관(ACO)** 참여와 같은 경우에 건강관리 제공자 및 그 직원에게 고지

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

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

귀하에게는 다음과 같은 권리가 있습니다.

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

귀하의 개인정보 보호 권리가 침해되었다고 생각되면 다음과 같은 곳에 개인정보 침해 신고를 제출할 수 있습니다.

- 메디케어 및 메디케이드 서비스 센터 (CMS). Medicare.gov를 방문하거나 1-800-MEDICARE로 전화.
- 미국 보건복지부(HHS), 민권 사무소(OCR).
HHS.gov/hipaa/filing-a-complaint를 방문.

불만을 제기해도 메디케어에 따라 보장받는 데는 영향을 미치지 않습니다.

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

**오리지널 메디케어에 관한 개인정보취급방침 고지는 2013년 9월 23일에
발효되었습니다.**

사기 및 의료 신원 도용으로부터 나를 보호하려면 어떻게 해야 하나요?

의료 신원 도용은 누군가가 귀하의 동의 없이 귀하의 개인 정보(예: 이름, 사회 보장 번호 또는 메디케어 번호)를 도용하거나 사용하여 메디케어 및 기타 건강 보험 회사에 사기로 보험금을 청구하는 것입니다. 의료 서비스를 받을 때 달력에 날짜를 기록하십시오. 의료제공자로부터 받는 영수증이나 명세서에 실수가 없는지 확인하기 위해 보관하십시오. 오류가 있거나 제공자가 받지 못한 서비스에 대해 비용을 청구하는 경우 다음 단계에 따라 청구된 내용을 확인하십시오.

- **오리지널 메디케어**가 있는 경우 “메디케어 요약 통지”(MSN)를 확인하여 서비스가 메디케어에 청구되었는지 확인하십시오. **메디케어 건강 플랜** 가입자라면 플랜이 제공한 명세서를 확인하십시오.
- 오리지널 메디케어가 있다면 메디케어 계정에 **Medicare.gov** 로그인(또는 생성)하여 귀하의 메디케어 청구를 검토하십시오. 귀하의 청구는 일반적으로 처리 후 24시간 이내에 온라인으로 확인할 수 있습니다. 오른쪽 상단 메뉴에서 이름을 선택한 다음 ‘내 계정’에서 ‘내 청구 및 개인 데이터 다운로드’를 선택하여 **Medicare.gov** 계정에서 청구 데이터를 다운로드할 수도 있습니다. 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로도 전화하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하실 수 있습니다.
- 의료 제공자 또는 공급자를 알고 있는 경우 전화로 항목별 명세서를 요청하십시오. 그들은 이것을 30일 이내에 당신에게 교부해야 합니다.

서비스 제공자에게 연락했고 받지 않은 서비스나 소모품에 대해 Medicare에 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 개인 정보는 의사, 보험회사(그리고 면허가 있는 대리인이나 중개인), 귀하를 대리하는 플랜 또는 귀하의 주 건강 보험 보조 프로그램(SHIP)과 같이 메디케어와 협력하는 지역사회의 신뢰할 만한 사람들에게만 제공하십시오. 귀하가 미리 허락하지 않았다면 전화, 이메일 또는 대면으로 연락하는 사람과 메디케어 번호 또는 기타 개인 정보를 공유하지 마십시오. 메디케어, 또는 귀하의 **메디케어 플랜** 대리인은 다음과 같은 한정된 상황에서만 귀하에게 전화할 것입니다.

- A 메디케어 플랜은 귀하가 이미 플랜의 가입자인 경우에 귀하에게 전화할 수 있습니다. 가입을 도와준 상담원이 전화할 수도 있습니다.
- 귀하가 메시지를 남겼거나 담당자가 다시 전화할 것이라고 말한 경우, 1-800-MEDICARE 번호를 사용하는 고객 서비스 담당자가 전화할 수 있습니다.
- 사기가 의심된다고 신고한 경우, 메디케어 담당자로부터 신고 처리 상태를 안내하는 전화를 받으실 수 있습니다.

메디케어 사기에 대한 자세한 정보는 [Medicare.gov/basics/reporting-medicare-fraud-and-abuse](https://www.Medicare.gov/basics/reporting-medicare-fraud-and-abuse)를 참조하시거나 지역 시니어 메디케어 패트롤 프로그램에 문의하십시오. 시니어 메디케어 패트롤에 대해 자세히 알아보고 관할 주에서 지원을 받으려면 smpresource.org를 방문하거나 1-877-808-2468로 전화하십시오.

플랜은 마케팅 규정을 준수해야 합니다

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

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

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

1-877-7SAFERX(1-877-772-3379)로 조사 메디케어 약품 무결성 계약자(I-MEDIC)에게 전화하실 수도 있습니다. I-MEDIC은 [메디케어 어드밴티지 플랜](#) 및 메디케어 약품 플랜의 사기, 낭비 및 남용에 맞서 싸우고 있습니다.

사기 수사에는 시간이 걸립니다

모든 정보가 중요합니다. 메디케어는 모든 사기 신고를 진지하게 받아들입니다. 사기를 신고하면 즉시 결과를 듣지 못할 수도 있습니다. 귀하의 보고서를 조사하고 사례를 작성하는 데 시간이 걸리지만 귀하의 정보가 메디케어를 보호하는 데 도움이 되니 안심하십시오.

메디케어 수혜자 옴부즈맨이 하는 일

메디케어 수혜자 옴부즈맨은 메디케어 관련 불만 사항, 고충, 정보 요청에 대해 도움을 줍니다. 그들은 귀하가 메디케어 권리 및 보호 정보를 보유하고 우려 사항을 해결하는 방법을 이해하도록 합니다. 메디케어 또는 귀하의 플랜에서 해결되지 않은 우려 사항이 있는 경우, 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)에 전화해서 메디케어 수혜자 옴부즈맨에게 문의를 제출하도록 요청하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하실 수 있습니다. [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)를 방문하여 더 자세히 알아보십시오.

섹션 9:

유용한 연락처 및 추가 정보 찾기

개별적 도움 받기

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화.
TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하실 수 있습니다.
- [Medicare.gov/talk-to-someone](https://www.medicare.gov/talk-to-someone)에서 실시간 채팅.
- PO Box 1270, Lawrence, KS 66044로 서신 보내기.

주말을 포함하여 하루 24시간 정보를 얻을 수 있습니다.

- 명확하게 말하고 음성 안내에 따라 귀하의 요구에 가장 잘 맞는 카테고리를 선택하십시오.
- 메디케어 카드를 앞에 두고 메디케어 번호를 부를 준비를 하십시오. 보안 메디케어 계정에 로그인하여 메디케어 번호를 볼 수도 있습니다. [Medicare.gov/account/login](https://www.medicare.gov/account/login) 방문.
- 메디케어 번호를 요청받으면 숫자와 문자를 한 번에 하나씩 명확하게 말씀해 주십시오.
- 영어와 스페인어 이외의 언어로 도움이 필요하거나 접근성 높은 형식(큰 활자 또는 점자 등)으로 된 메디케어 간행물을 받으려면 고객 서비스 담당자에게 요청하십시오.

중요! 다른 사람이(예: 가족, 친구, 간병인) 1-800-MEDICARE에 전화해 개인 건강 정보에 접근해야 합니까?

귀하가 “개인 건강 정보 공개 승인서” 양식을 작성하면 메디케어가 귀하가 아닌 다른 사람에게 귀하의 개인 건강 정보를 제공할 수 있습니다. 이 양식을 영어와 스페인어로 받으려면 [Medicare.gov/basics/forms-publications-mailings/forms/other](https://www.medicare.gov/basics/forms-publications-mailings/forms/other)를 방문하거나 1-800-MEDICARE로 전화하십시오. [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)에서 안전한 메디케어 계정으로 본 양식을 제출할 수도 있습니다. 메디케어는 승인이 발효되기 전에 양식을 처리해야 합니다.

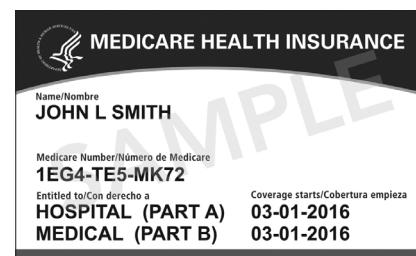
귀하의 가구가 “메디케어와 나” 책자를 한 부보다 많이 받은 경우

앞으로 이 핸드북을 한 부만 받으려면 1-800-MEDICARE로 전화하십시오. 우편으로 종이책을 받는 것을 중단하고 전자 양식으로 받으려면, [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)의 “내 계정 설정 편집”에서 계정에서 이를 요청할 수 있습니다.

메디케어 카드의 새 사본이 필요한 경우

카드가 손상되거나 분실되어 교체해야 하는 경우, Medicare.gov에서 안전한 메디케어 계정에 로그인(또는 계정을 생성)하여 메디케어 카드 공식 사본을 인쇄하거나 주문하십시오. 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 교체 카드를 우편으로 보내달라고 요청할 수도 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 문의하시면 됩니다. 철도퇴직위원회(Railroad Retirement Board, RRB) 혜택을 받고 계신 경우 1-877-772-5772로 전화해 교체 카드를 받으실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-312-751-4701로 전화하실 수 있습니다.

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



주 건강 보험 보조 프로그램(SHIPS)

SHIP은 주정부 프로그램으로 연방 정부로부터 지원을 받아 메디케어 가입자에게 지역 건강 보험 상담을 제공합니다. SHIP은 어떤 보험 회사나 건강 플랜과도 연관되어 있지 않습니다. 그들은 귀하와 귀하의 가족 또는 보호자에게 다음과 같은 메디케어 주제에 도움이 되는 무료 맞춤형 상담을 제공합니다:

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

귀하의 주에 있는 SHIP에 전화하여 메디케어 문의 사항에 대해 무료 맞춤 지원을 받거나 자원 봉사 SHIP 상담사가 되는 방법을 배울 수 있습니다. 114-117페이지로 이동하여 현지 SHIP의 전화번호를 확인하거나 shiphelp.org를 방문하십시오.

온라인에서 메디케어에 대한 전반적 정보 찾기

Medicare.gov 방문

- Medicare.gov/plan-compare에서 비용과 제공 서비스를 포함하여 해당 지역의 메디케어 건강 및 약품 플랜에 대한 정보를 얻으십시오.
- Medicare.gov/care-compare에서 메디케어 참여 의사, 기타 의료 서비스 제공자, 공급업체를 찾으십시오. 플랜, 요양원, 병원, 의사, 가정 의료 기관, 투석 시설, 호스피스 센터, **입원 재활 시설, 장기 요양 병원**에서 제공하는 의료 서비스의 품질에 대해서도 알 수 있습니다.
- **예방 서비스** (예: 검진, 예방접종, 연간 “웰니스” 진료)를 포함하여 Medicare.gov/coverage에서 메디케어가 보장하는 내용을 알아보십시오.
- Medicare.gov/appeals에서 메디케어 이의신청 정보 및 양식을 받을 수 있습니다.

온라인으로 개인 메디케어 정보 얻기

메디케어 계정 만들기

[Medicare.gov](#)에서 보안 메디케어 계정에 로그인(또는 생성)하십시오. 또한 다음과 같이 할 수 있습니다.

- 귀하의 처방전과 약국을 추가하면 해당 지역의 메디케어 건강플랜 및 약품 플랜을 비교하는 데 도움이 됩니다.
- 이 “메디케어와 나” 핸드북, 공식 [오리지널 메디케어](#) 청구서, “메디케어 요약 통지 (MSN)”라고 하는 문서를 전자 양식으로 받을 수 있습니다.
- 귀하의 오리지널 메디케어 청구가 처리되는 즉시 검토하실 수 있습니다.
- 공식 메디케어 카드 사본을 인쇄할 수 있습니다.
- 오리지널 메디케어로 받을 수 있는 [예방 서비스](#) 목록을 찾을 수 있습니다.
- 메디케어 [보험료](#)를 알아보고, 메디케어로부터 청구서를 받으면 온라인으로 지불할 수 있습니다.

메디케어 연결 앱 디렉토리

연결 앱은 메디케어가 아닌 제3자가 만드는 메디케어 승인 앱 또는 웹사이트입니다. 앱에 접속하고 [Medicare.gov](#) 계정 정보로 로그인하면 건강 정보를 수동으로 입력하지 않고도 앱의 서비스를 이용할 수 있습니다. 이러한 제3자는 귀하가 해당 제3자와 공유하기로 선택한 경우에만 귀하의 메디케어 데이터에 접근할 수 있습니다. 귀하는 항상 제3자 앱에 연결(또는 연결 상태를 유지)할지 선택할 수 있습니다.

이 앱을 사용하면 다음을 수행할 수 있습니다.

- 건강 정보를 의사, 보호자, 그 외의 사람과 공유하기.
- 모든 건강 기록(예: 입원, 검사 결과, 약품)을 한 곳에서 보기.
- 임상 연구에 참여하기 위해 건강 정보 제출하기.

주: [메디케어 어드밴티지 플랜](#)에 가입한 경우 메디케어 연결 앱을 통해 파트 D 정보만 사용할 수 있습니다. 파트 A 및 파트 B 데이터는 플랜에 확인하십시오.

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

메디케어 연결 앱을 사용하여 메디케어 청구 정보를 저장하는 방법에 대해 알아보려면 다음을 방문하십시오.

- [Medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/claims/share-your-medicare-claims](https://www.medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/claims/share-your-medicare-claims)
- [Medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/claims/share-your-medicare-claims/connected-apps](https://www.medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/claims/share-your-medicare-claims/connected-apps)

메디케어는 가입자의 진료를 보다 잘 조정하기 위해 노력합니다

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

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

책임의료기관

책임의료기관(ACO)이란 의료진, 병원, 그 밖의 의료 서비스 제공자가 **오리지널 메디케어**를 수용하고 환자의 의료 서비스를 조정하기 위해 함께 협력하는 단체입니다.

[Medicare.gov/care-compare](https://www.medicare.gov/care-compare)를 방문하여 메디케어 제공자를 찾고 ACO에 참여하는지 알아보십시오.

의사와 기타 의료 서비스 제공자가 ACO의 일원이 되면 가입자의 건강 기록을 이해하고 가입자의 치료 및 건강관리 요구 사항에 대해 서로 의견을 나눌 수 있습니다. 이를 통해 반복되는 검사와 진료를 피함으로써 시간, 비용, 정신적 에너지를 절약할 수 있습니다. 또한 더 많은 조정을 통해 한 제공자가 다른 제공자가 귀하에게 처방한 내용을 알지 못하는 경우 발생할 수 있는 의료 오류 및 예상치 못한 약물 상호 작용을 예방하는 데 도움이 됩니다.

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

또한 **주치의**가 ACO에 참여하면 더 많은 혜택을 받을 수 있습니다. 예를 들어, 일부 ACO에서는 제공자가 더 많은 원격 의료 서비스를 제공할 수 있습니다. 즉, 휴대폰이나 컴퓨터와 같은 기술을 사용하여 집에서 일부 서비스를 받으며 의료 서비스 제공자(51 페이지)와 실시간으로 소통할 수 있습니다.

또한, ACO 소속 의사 또는 기타 제공자는 일반적으로 메디케어의 요구 사항인 3일간의 입원이 없더라도 **전문 간호 시설 치료** 또는 재활 서비스를 위해 귀하를 보낼 수 있습니다. 이 혜택의 수혜 대상이 되려면 귀하에게 전문 요양 시설 관리가 필요하고 그 밖의 특정 자격 요건을 충족한다고 담당 의사 또는 기타 제공자가 판단해야 합니다.

귀하의 주치의가 ACO에 참여하고 귀하가 오리지널 메디케어를 가지고 있는 경우, 귀하는 서면 통지서를 받거나 진료실에서 ACO 참여에 대한 안내문을 찾을 수 있습니다. 현재 전국에 수백 개의 ACO가 있습니다.

ACO와 의료 정보 공유하기

ACO의 가장 중요한 이점 중 하나는 담당 의사와 기타 제공자가 가입자의 치료에 대해 소통하고 이를 조정할 수 있다는 것입니다. 이를 위해 메디케어는 의료 서비스 제공자의 ACO가 가입자의 의료에 대한 특정 정보를 요청할 수 있도록 허용합니다. 메디케어가 이러한 방식으로 귀하의 데이터를 공유하면 귀하의 진료에 관련된 모든 사람들이 필요할 때 귀하를 돋기 위해 귀하의 건강 정보에 접근할 수 있도록 하는 데 도움이 됩니다.

메디케어가 의료 조정을 위해 ACO와 귀하의 건강 정보를 공유하는 것을 원하지 않으시면 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 담당자에게 알려 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 문의하시면 됩니다. 메디케어는 제공자의 품질을 측정하기 위해 일반 정보를 공유할 수 있습니다.

ACO에 대해 자세히 알아보려면 [Medicare.gov/providers-services/
coordinating-care](http://Medicare.gov/providers-services/coordinating-care) 를 방문하거나 1-800-MEDICARE로 전화하십시오.

전자 건강 기록

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

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

전자 처방

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

메디케어 정보를 얻을 수 있는 기타 방법

메디케어 이메일

Medicare.gov를 방문하여 안전한 메디케어 계정을 만듭니다. 메디케어에 대한 중요한 알림 및 정보를 받으려면 이메일 주소를 포함시킵니다.

간행물

Medicare.gov/publications를 방문하여 다양한 메디케어 주제 및 다른 언어로 된 간행물 사본을 열람, 인쇄, 다운로드합니다. 1-800-MEDICARE에 전화하실 수도 있습니다. 124페이지에서 무료로 큰 활자, 전자책, 점자 등 접근성 강화 형식의 출판물을 습득하는 방법에 대한 정보를 확인합니다.

소셜미디어

페이스북(facebook.com/Medicare)과 X(구 트위터, x.com/MedicareGov)를 팔로우하여 최신 정보를 유지하고 메디케어와 함께하는 다른 사람들과 소통합니다.

영상

YouTube.com/cmshhsgov에서 메디케어 및 기타 의료 주제에 대한 공식 영상을 찾습니다.

기타 유용한 연락처

사회 보장국

SSA.gov를 방문하여 **오리지널 메디케어**를 신청 및 가입하고 메디케어 약품 비용 **부가 지원** 대상자인지 확인합니다. 또한 “나의 사회보장(my Social Security)” 개인 계좌를 개설하면 사회보장 명세서를 검토하고, 소득을 확인하고, 계좌 입금 정보를 변경하고, 메디케어 카드 교체를 요청하고, 주소를 업데이트하는 등의 작업을 할 수 있습니다. SSA.gov/myaccount를 방문하여 개인 계정을 개설합니다.

혜택 조정 및 회복 센터

보험 정보 변경 사항을 보고하거나 다른 보험(예: 직장 그룹 건강 보험)이 있는 경우 메디케어에 알리려면 혜택 조정 및 회복 센터에 1-855-798-2627로 연락하십시오. TTY 사용자는 1-855-797-2627로 전화하실 수 있습니다.

수혜자 및 가족 중심 치료 품질 개선 기관 및 주 조사 기관

귀하의 서비스에 대한 메디케어 보장이 너무 빨리 종료된다고 생각하는 경우(예: 귀하의 병원에서 퇴원해야 한다고 하는데 귀하가 동의하지 않는 경우) 수혜자 및 가족 중심 치료 품질 개선 기관(BFCC-QIO)에 문의하십시오. 귀하에게는 빠른 이의신청 권리가 있을 수 있습니다. 의료 시설에서 귀하 또는 사랑하는 사람의 진료 품질에 대해 우려 사항이 있거나, 귀하의 우려에 대한 제공자의 응답에 만족하지 않는 경우, 주 조사 기관 또는 BFCC-QIO에 직접 정식으로 불만을 제기할 수 있습니다. 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하여 BFCC-QIO 또는 거주하시는 주의 조사 기관의 전화번호를 요청하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 문의하시면 됩니다. 자세한 내용은 Medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/complaints에서 확인하십시오.

미국 국방부

TFL(TRICARE For Life) 및 트라이케어 약국 프로그램에 대한 정보를 얻을 수 있습니다.

TFL:

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

tricare.mil/tfl

tricare4u.com

트라이케어 약국 프로그램:

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

tricare.mil/pharmacy

militaryrx.express-scripts.com

미국 재향군인회(VA)

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

1-800-827-1000, TTY: 711

VA.gov

eBenefits.va.gov

인사 관리실

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

연방 퇴직자:

1-888-767-6738, TTY: 711

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

현직 연방 공무원:

급여 담당자에게 문의하십시오. 혜택 담당자 목록은 apps.opm.gov/abo에서 확인할 수 있습니다.

철도 퇴직 위원회(RRB)

RRB에서 혜택을 받는 경우 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

이 핸드북에 대해 질문이나 의견이 있으십니까?

medicareandyou@cms.hhs.gov로 이메일을 보내주십시오.

주 건강 보험 보조 프로그램(SHIP)

shiphelp.org를 방문하거나 아래 정보를 이용하여 이의신청, 다른 보험 구매, 건강 플랜 선택, **메디캡** 보험 구매, 메디케어 권리 및 보호에 대한 질문에 대한 무료 맞춤 지원을 받으실 수 있습니다.

앨라배마

주 건강 보험 보조
프로그램(SHIP)
1-800-243-5463

알래스카

메디케어 안내실
1-800-478-6065
TTY: 1-800-770-8973

애리조나

애리조나주 건강 보험 보조
프로그램(SHIP)
1-800-432-4040

아칸소

노인 건강 보험 정보
프로그램(SHIIP)
1-800-224-6330

캘리포니아

캘리포니아 건강 보험 상담
및 권익 보호 프로그램(HICAP)
1-800-434-0222

콜로라도

주 건강 보험 보조
프로그램(SHIP)
1-888-696-7213

코네티컷

코네티컷 건강보험 지원,
봉사 활동, 정보 및 의뢰, 상담,
자격 심사 프로그램(CHOICES)
1-800-994-9422

델라웨어

델라웨어 메디케어 지원국
1-800-336-9500

플로리다

노인 건강 보험 필요
제공(SHINE)
1-800-963-5337
TTY: 1-800-955-8770

조지아

조지아 주 건강 보험 보조
프로그램(SHIP)
1-866-552-4464(옵션 4)

괌

괌 메디케어 보조 프로그램
(GUAM MAP)
1-671-735-7415

하와이

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

아이다호

노인 건강 보험 혜택 자문
기구(SHIBA)
1-800-247-4422

일리노이

노인 건강 보험
프로그램(SHIP)
1-800-252-8966
TRS: 711

인디애나

주 건강 보험 보조
프로그램(SHIP)
1-800-452-4800
TTY: 1-866-846-0139

아이오와

노인 건강 보험 정보
프로그램(SHIIP)
1-800-351-4664
TTY: 1-800-735-2942

캔자스

캔자스 노인 건강 보험
상담(SHICK)
1-800-860-5260

켄터키

주 건강 보험 보조
프로그램(SHIP)
1-877-293-7447

루이지애나

노인 건강 보험 정보
프로그램(SHIIP)
1-800-259-5300

메인

메인주 건강 보험 보조
프로그램(SHIP)
1-800-262-2232

메릴랜드

주 건강 보험 보조
프로그램(SHIP)
1-800-243-3425

매사추세츠

모든 사람의 건강 보험 요구
사항 지원 (SHINE)
1-800-243-4636
TTY: 1-877-610-0241

미시간

미시간주 건강 보험 보조
프로그램 (SHIP)
1-800-803-7174

미네소타

미네소타주 건강 보험 보조
프로그램/시니어 링크에이지
라인(Senior LinkAge Line)
1-800-333-2433

미시시피

MS 주 건강 보험 보조
프로그램(SHIP)
1-844-822-4622

미주리

미주리주 건강 보험 보조
프로그램(SHIP)
1-800-390-3330

몬태나

몬태나주 건강 보험 보조
프로그램(SHIP)
1-800-551-3191

네브래스카

네브래스카 SHIP
1-800-234-7119

네바다

네바다 메디케어 보조
프로그램(MAP)
1-800-307-4444

뉴햄프셔

NH SHIP - 서비스링크 자원 센터
(ServiceLink Resource Center)
1-866-634-9412

뉴저지

주 건강 보험 보조
프로그램(SHIP)
1-800-792-8820

뉴멕시코

뉴멕시코 ADRC-SHIP
1-800-432-2080

뉴욕

건강 보험 정보 상담 및
보조 프로그램(HIICAP)
1-800-701-0501

노스캐롤라이나

노인 건강 보험 정보
프로그램(SHIIP)
1-855-408-1212

노스다코타

주 건강 보험 상담(SHIC)
1-888-575-6611
TTY: 1-800-366-6888

오하이오

오하이오 노인 건강 보험 정보
프로그램(OSHIIP)
1-800-686-1578
TTY: 1-614-644-3745

오클라호마

오클라호마 메디케어 보조
프로그램(MAP)
1-800-763-2828(주 지역
번호 405, 918 및 580의 경우)
기타 모든 지역 번호:
405-521-6628

오리건

노인 건강 보험 혜택
지원(SHIBA)
1-800-722-4134

펜실베니아

펜실베니아 메디케어 교육 및
결정 인사이트(PA MEDI)
1-800-783-7067

푸에르토리코

주 건강 보험 보조
프로그램(SHIP)
1-877-725-4300
TTY: 1-878-919-7291

로드아일랜드

노인 건강 보험
프로그램(SHIP)
1-888-884-8721
TTY: 401-462-0740

사우스캐롤라이나

사우스캐롤라이나 노인부
1-800-868-9095

사우스다코타

노인 건강 정보 및 보험
교육(SHIINE)
1-888-854-5321

테네시

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

텍사스

건강 보험 상담 및 권리
옹호 프로그램(HICAP)
1-800-252-9240

유타

노인 건강 보험 정보
프로그램(SHIP)
1-800-541-7735

버몬트

버몬트주 건강 보험
보조 프로그램
1-800-642-5119

버진아일랜드

버진아일랜드주 건강 보험 보조
프로그램 (VISHIP)
1-340-772-7368 세인트 크로이 지역,
1-340-714-4354 세인트 토마스 지역

버지니아

버지니아 보험 상담 및 보조
프로그램(VICAP)
1-800-552-3402

워싱턴

주 전역 건강 보험 혜택
자문(SHIBA)
1-800-562-6900
TTY: 1-360-586-0241

워싱턴 DC

DC SHIP
202-727-8370

웨스트버지니아

웨스트버지니아주 건강 보험 보조
프로그램(WV SHIP)
1-877-987-4463

위스콘신

WI 주 건강 보험 보조
프로그램(SHIP)
1-800-242-1060
TTY: 711

와이오밍

와이오밍주 건강 보험 정보
프로그램(WSHIIP)
1-800-856-4398

메모

섹션 10:

정의

책임의료기관(ACO)

치료를 조정하기 위해 함께 협력하며, 제공하는 치료의 품질과 비용에 대해 책임을 지는 의사, 병원, 기타 의료 서비스 제공자 집단입니다.

책정금

의사, 기타 의료 서비스 제공자, 공급자가 메디케어로부터 직접 지불을 받고, 메디케어가 서비스에 대해 승인한 지불 금액을 전액으로 수락하며, 가입자에게 메디케어 공제금 및 공동 보험금을 초과하는 액수를 청구하지 않기로 하는 합의입니다.

혜택 기간

오리지널 메디케어가 병원 및 전문 간호 시설 서비스 사용을 측정하는 방식. 혜택 기간은 병원이나 전문 간호 시설에 입원한 날로부터 시작됩니다. 혜택 기간은 연속 60일 동안 입원환자 병원 진료(또는 전문 간호 시설의 전문 치료)를 받지 않으면 종료됩니다. 한 혜택 기간이 종료된 후 병원이나 전문 요양 시설에 입원하면 새로운 혜택 기간이 시작됩니다. 각 혜택 기간에 대해 입원환자 병원 공제액을 부담해야 합니다. 혜택 기간의 수에는 제한이 없습니다.

공동 보험금(coinsurance)

공제액을 지불한 후, 혜택에 대한 비용 분담금으로서 지급해야 할 수 있는 금액. 공동 보험금은 일반적으로 백분율(예: 20%)입니다.

공동 부담금(copayment)

공제액을 지불한 후, 혜택에 대한 비용 분담금으로서 지급해야 할 수 있는 금액. 공동 부담금은 고정 금액입니다(예: \$30).

신뢰할 만한 처방약 보장

평균적으로 최소한 메디케어 약품 보장만큼 지급할 것으로 예상되는 처방약 보장. 현재 또는 이전 고용주나 노동조합, TRICARE, 미국 원주민 건강 서비스, VA, 개인 건강 보험의 약품 보장이 포함될 수 있습니다.

거점 병

다른 병원이나 중요 접근 병원에서 35마일 [산간 지형 또는 보조 도로만 있는 지역의 경우 15마일 이상 떨어진 시골 지역에 위치한 소규모 시설. 이 시설은 연중무휴 24시간 응급 진료를 제공하고 25개 이하의 입원 병상을 갖추고 있으며 급성 치료 환자의 평균 입원 기간을 96시간 이하로 유지합니다.

공제액

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

시범

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

부가 지원(Extra Help)

소득과 자원이 제한된 사람들이 보험료, 공제액 및 공동 보험금과 같은 메디케어 처방약 프로그램 비용을 지급하도록 돕는 메디케어 프로그램.

처방집

처방약 플랜, 또는 처방약 혜택을 제공하는 다른 보험 플랜에서 보장하는 처방약 목록. 약물 목록이라고도 합니다.

입원 재활 시설

입원 환자에게 집중적인 재활 프로그램을 제공하는 병원 또는 병원의 일부입니다.

일생의 예비일(lifetime reserve days)

오리지널 메디케어에서 이는 90일 이상 병원에 입원한 경우 Medicare에서 비용을 지급하는 추가 일 수입니다. 평생 사용할 수 있는 예비 일수는 총 60 일입니다. 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 메디케이드의 자격 요건을 모두 충족하는 경우 의료 비용이 대부분 보장됩니다.

의학적으로 필요한

건강 문제, 부상, 상태, 질병 또는 그 증상을 진단하거나 치료하는 데 필요하고 허용되는 의학 표준을 충족하는 의료 서비스 또는 용품을 의미합니다.

메디케어 어드밴티지 플랜(파트 C)

메디케어와 계약한 민간 회사에서 제공하는 메디케어 건강 플랜의 한 유형입니다. 메디케어 어드밴티지 플랜은 귀하가 여전히 플랜에 가입되어 있더라도 몇 가지 예외(예: 오리지널 메디케어가 보장하는 임상 시험의 특정 부분)를 제외하고는 귀하의 파트 A 및 파트 B 혜택을 모두 제공합니다. 메디케어 어드밴티지 플랜 포함 사항

- 건강관리기구
- 우선 제공자 단체
- 민간 행위별 수가제 플랜
- 특별 필요사항 플랜
- 의료 저축 계좌 플랜

귀하께서 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입되어 계신 경우 다음과 같습니다.

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

메디케어 승인 금액

오리지널 메디케어가 보장 서비스 또는 항목에 대해 설정하는 지불 금액입니다. 메디케어는 메디케어의 분담금을 지불하고 가입자는 본인의 분담금을 지불합니다.

메디케어 건강 플랜

민간 회사가 메디케어와 계약하여 파트 A, 파트 B 및 대부분의 경우 파트 D 혜택을 제공하는 플랜입니다. 메디케어 어드밴티지 플랜 및 기타 특정 유형의 보장(예: 메디케어 비용 플랜, PACE 프로그램, 시범/파일럿 프로그램)을 포함합니다.

메디케어 플랜

오리지널 메디케어 이외의 다른 방법으로 메디케어 건강보험 또는 처방약 보험을 받을 수 있습니다. 이 용어에는 메디케어 건강 플랜과 메디케어 의약품 플랜이 모두 포함됩니다.

메디캡

민간 보험 회사가 오리지널 메디케어 보장의 "캡"을 채우기 위해 판매하는 메디케어 보충보험입니다.

오리지널 메디케어

행위별 수가제 건강 보험 프로그램은 2개 파트로 구성되어 있습니다: 파트 A(입원 보험)와 파트 B(의료 보험)입니다. 가입자는 일반적으로 서비스를 받을 때 보장 서비스에 대한 비용의 일부를 지불합니다. 오리지널 메디케어에서는 메디케어 어드밴티지 플랜 또는 다른 유형의 메디케어 건강 플랜을 통한 보장이 없습니다.

보험료

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

예방 서비스

치료가 가장 효과적일 가능성이 있는 초기 단계에서 질병을 예방하거나 질병을 감지하기 위한 건강 관리(예: 예방 서비스에는 자궁경부 세포진 검사, 독감 예방 주사 및 유방 조영술 선별 검사가 포함됨)입니다.

주치의

대부분의 건강 문제에 대해 가장 먼저 찾는 의사입니다. 귀하의 치료에 관해 다른 의사 및 의료 서비스 제공자와 이야기하고 귀하를 의뢰할 수도 있습니다.

의뢰

주치의가 작성한 서면 지시로, 전문의를 방문하거나 특정 의료 서비스를 받기 위한 것입니다. 의뢰가 없으면 귀하의 플랜은 전문의의 서비스 비용을 지불하지 않을 수 있습니다.

농촌 응급병원

일반적으로 24시간 미만으로 머무르는 환자에게 응급실 서비스, 관찰 치료, 기타 특정 외래 의료 및 의료 서비스를 제공하는 시설입니다.

서비스 가능 지역

플랜이 귀하를 회원으로 받아들이기 위해 귀하가 거주해야 하는 지역입니다. 귀하가 이용할 수 있는 의사와 병원을 제한하는 플랜의 경우 일반적으로 일상적인(비응급) 서비스를 받을 수 있는 지역이기도 합니다. 플랜은 귀하가 서비스 가능 지역 밖으로 이사하는 경우 가입을 취소할 수 있으며, 경우에 따라 가입을 취소할 의무가 있습니다.

전문 간호 시설(SNF)

전문 간호 및 대부분의 경우 전문 재활 서비스 및 기타 관련 의료 서비스를 제공하는 직원과 장비가 있는 요양 시설입니다.

전문 간호 시설(SNF) 요양

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.

비차별 고지

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

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

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

1. 온라인:

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

2. 전화 이용:

1-800-368-1019 TTY 사용자는 1-800-537-7697로 전화하실 수 있습니다.

3. 서면으로: 불만 사항을 다음으로 발송:

Office for Civil Rights

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

접근성 강화 커뮤니케이션

메디케어는 점자, 큰 활자, 데이터 또는 오디오 파일, 릴레이 서비스, TTY 통신과 같은 접근성 강화 형식의 정보를 포함하여 무료 보조 지원 및 서비스를 제공합니다. 귀하가 접근 가능한 형식의 정보를 요청하는 경우, 그것을 제공하는 데 필요한 시간이 추가로 소요된 것으로 인해 불이익을 받지 않습니다. 즉, 귀하의 요청 이행이 지연되는 경우 조처할 추가 시간이 주어집니다.

귀하가 사용할 수 있는 메디케어 또는 거래소 정보를 요청하시려면 다음을 이용하십시오.

1. 전화:

메디케어: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

TTY: 1-877-486-2048

마켓플레이스: 1-800-318-2596

TTY: 1-855-889-4325

2. 이메일 주소: altformatrequest@cms.hhs.gov

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

주: 메디케어 어드밴티지 플랜이나 메디케어 의약품 플랜에 가입되어 있을 경우, 해당 플랜에 연락하여 이용 가능한 형식의 문서를 요청하실 수도 있습니다. 메디케이드에 관련해서는 주 메디케이드 사무소에 연락하십시오.

다른 언어로 도움을 찾고 계신가요?

귀하, 또는 귀하께서 듣고 있는 사람이 메디케어 대해 질문이 있다면, 귀하는 추가 비용없이 귀하의 언어로 도움과 정보를 얻을 권리가 있습니다. 통역사와 통화하시려면 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하십시오.

العربية (Arabic) إن كان لديك أو لدى شخص تساعدك أسلمة بخصوص Medicare فإن من حقك الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك من دون أي تكاليف. 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, vogliate 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 돋는 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 tinutulungan mo, ay may mga katanungan tungkol sa Medicare, ikaw ay may karapatan na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong lenguaje 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® (건강 보험 마켓플레이스)는 미국의 등록 서비스 마크입니다. 미국 보건 사회복지부.

“메디케어와 나”는 법적 문서가 아닙니다. 공식 메디케어 프로그램 법적 지침은 관련 법령, 규정 및 판결에 포함되어 있습니다.

본 제작물은 미국 납세자 비용으로 제작되었습니다.

이 제품의 사본은 Medicare.gov
또는 1-800-MEDICARE로 전화하여 무료로 받을 수 있습니다.

U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Medicare & Medicaid Services
7500 Security Blvd.
Baltimore, MD 21244-1850

공식 업무용
사적인 이용에 대한 범칙금 \$300

CMS Product No. 10050-K (Korean)
September 2025

재판매 금지

국립 메디케어 핸드북

이사하십니까?

SSA.gov를 방문하여 주소를 변경하십시오. RRB 혜택을 받고 계신 경우
RRB.gov를 방문하거나 RRB에 1-877-772-5772로 전화하십시오.
TTY 사용자는 1-312-751-4701로 전화하실 수 있습니다.



Medicare