

메디케어 어드밴티지 플랜에 대한 이해

이 공식 정부발간 책자의 내용:

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

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



Medicare

목차

1	섹션 1: 메디케어 보장 옵션
6	섹션 2: 메디케어 어드밴티지 플랜 소개
14	섹션 3: 메디케어 어드밴티지 플랜 유형
23	섹션 4: 추가 정보
25	CMS 접근 가능 커뮤니케이션
26	비차별 고지



섹션 1:

메디케어 보장 옵션

처음 메디케어에 가입하실 때와 연중 특정 시기에, 메디케어 보장을 받는 방법을 선택할 수 있습니다.

메디케어를 받는 방법에는 주로 다음 2가지가 있습니다.

- **오리지널 메디케어**는 메디케어 파트 A(입원 보험) 및 메디케어 파트 B(의료 보험)이 포함됩니다. 귀하가 공제액을 지불한 후, 메디케어는 메디케어 승인 금액 중 해당 몫을 지불하고 귀하는 귀하가 지불해야 할 몫(공동보험금)을 지불합니다. 메디케어 약품 보장(파트 D)을 원하시면, 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입하실 수 있습니다.
- **메디케어 어드밴티지(“파트 C”라고도 함)**는 가입자의 건강 보장을 위하여 오리지널 메디케어에 대한 대안을 제공하는 민영 보험사의 메디케어 승인 플랜입니다. 이 "번들" 플랜은 파트 A, 파트 B 와 보통은 파트 D가 포함됩니다. 플랜은 오리지널 메디케어가 보장하지 못하는 일부 부가 혜택을 제공할 수 있습니다.

메디케어 이용 방법에 대한 귀하의 결정은 보장에 내는 비용, 받는 서비스, 이용할 수 있는 의사에 영향을 미칩니다.

오리지널 메디케어와 메디케어 어드밴티지의 차이점은 무엇입니까?

오리지널 메디케어

- 오리지널 메디케어는 메디케어 파트 A(입원 보험) 및 메디케어 파트 B(의료 보험)로 구성됩니다.
- 메디케어 약품 보장(파트 D)을 받기 위해 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입하실 수 있습니다.
- 미국의 어디에서라도 메디케어를 받는 의사나 병원을 이용하실 수 있습니다.
- 또한 본인 부담 한도(예: 20% 공동보험금) 지불을 돕는 보충 보험을 구매하실 수도 있습니다.

파트 A



파트 B



추가 가능:

파트 D



다음도 추가 가능:

보충 보험



오리지널 메디케어가 지불하지 않는 일부 비용을 지불하는 데 도움이 될 수 있습니다. 여기에는 메디케어 보충보험(메디갭(Medigap))이 포함됩니다. 혹은 현재 또는 이전 고용주나 노조, 또는 메디케이드(보유하고 있는 경우)를 통한 보장을 이용할 수 있습니다.

메디케어 어드밴티지 (파트 C로 알려짐)

- 메디케어 어드밴티지는 귀하의 건강 및 약품 필요를 위한 오리지널 메디케어의 대안입니다. 귀하는 메디케어에서 승인한 민간 건강 플랜을 통해 혜택을 받습니다. 이 “번들” 플랜에는 파트 A, 파트 B, 그리고 보통은 파트 D가 포함됩니다.
- 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 메디갭과 같은 보충 보장을 구입할 필요가 없습니다.
- 대부분의 플랜은 시각, 청각, 치아 등 오리지널 메디케어가 보장하지 않는 부가 혜택을 제공합니다.

파트 A



파트 B



대부분 플랜은 다음을 포함합니다.

파트 D



일부 부가 혜택

개요: 오리지널 메디케어와 메디케어 어드밴티지 플랜

의사와 병원 선택	
오리지널 메디케어	메디케어 어드밴티지(파트 C)
<p>미국의 어디에서라도 메디케어를 받는 의사나 병원을 이용하실 수 있습니다.*</p> <p>* 50개 주, 컬럼비아 특별구, 푸에르토리코, 미국령 버진 아일랜드, 괌, 북마리아나 제도, 미국령 사모아 포함.</p>	<p>플랜 네트워크 및 서비스 지역에 소속된 의사 및 다른 제공자를 이용해야 할 수도 있습니다(비용급의 경우). 일부 플랜은 네트워크 밖에서의 비용급 보장을 제공하지만, 그럴 경우 일반적으로 비용이 높아집니다.</p>
<p>대부분의 경우, 전문의를 이용하는 데 의뢰서가 필요하지 않습니다.</p>	<p>전문의 진료를 받으려면 의뢰서가 필요할 수도 있습니다.</p>

비용	
오리지널 메디케어	메디케어 어드밴티지(파트 C)
<p>파트 B 보장 서비스의 경우, 가입자는 공제액을 충족시킨 후 메디케어가 승인한 금액의 20%를 부담하는 게 일반적입니다. 이 금액을 공동보험금이라고 합니다.</p>	<p>본인 부담 비용은 다양합니다. 플랜에 따라 특정 서비스에 대한 본인 부담 비용이 다를 수 있습니다.</p>
<p>파트 B에 대한 월별 보험료를 지불합니다. 메디케어 약품 플랜에 가입하기로 선택한다면, 메디케어 약품 보장(파트 D)에 대해 별도의 보험료를 지불하셔야 하는 경우가 일반적입니다.</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 포함됩니다.</p>
<p>메디케어 보충보험(메디갭), 메디케이드, 고용주 보험, 은퇴자 보험 또는 노조 보험과 같은 보충 보험에 가입하지 않은 한, 본인 부담 비용에는 연간 한도가 없습니다.</p>	<p>플랜에는 보장되는 파트 A 및 파트 B 서비스에 대해 귀하가 지불하는 비용에 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>메디케어가 보장하지 않는 본인 부담 비용(예: 20% 공동보험금)을 지불하는 데 도움을 받기 위해 메디갭을 구매할 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 메디갭을 구입할 수는 없습니다. 그러나 현재 또는 이전 고용주나 노동조합 또는 메디케이드(자격 요건을 충족하는 경우)의 보장을 사용할 수 있습니다.</p>

개요: 오리지널 메디케어와 메디케어 어드밴티지 플랜

보장	
오리지널 메디케어	메디케어 어드밴티지(파트 C)
오리지널 메디케어는 병원, 의사 진료소, 기타 의료 시설에서 의료적으로 필요한 대부분의 서비스와 품목을 보장합니다. 오리지널 메디케어는 정기 검진, 시력 검사, 대부분의 치과 진료와 같은 일부 서비스를 보장하지 않습니다.	플랜은 오리지널 메디케어가 보장하는 필요한 의료 서비스를 모두 보장해야 합니다. 플랜은 또한 오리지널 메디케어가 제공하지 않는 부가 혜택을 제공할 수 있습니다.
대부분의 경우 오리지널 메디케어로 귀하의 서비스 또는 품목을 보장받기 위해 승인(사전 승인)이 필요하지 않습니다.	특정 서비스나 항목을 보장받기 위해서는 플랜에서 승인(사전 승인)을 받아야 할 수도 있습니다.
메디케어 약품 보장(파트 D)을 받기 위해 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입하실 수 있습니다.	대부분의 메디케어 어드밴티지 플랜에는 파트 D가 포함되어 있으며 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입할 필요가 없습니다.

해외 여행	
오리지널 메디케어	메디케어 어드밴티지(파트 C)
오리지널 메디케어는 일반적으로 미국 외부에서의 진료를 보장하지 않습니다. 미국 외에서의 응급 진료를 보장하는 메디케어 보충보험(메디갭)에 가입하실 수 있습니다.	플랜은 일반적으로 미국 외부에서의 진료를 보장하지 않습니다. 일부 플랜은 미국 외부를 여행할 때 응급 및 긴급하게 필요한 서비스를 보장하는 부가 혜택을 제공할 수 있습니다.

메디케어 보충보험(메디갭)이 있는 경우 어떻게 합니까?

메디케어 보충 보험(메디갭)은 오리지널 메디케어에서 본인 부담 비용의 일부를 지불하는 데 도움이 되도록 민간 건강 보험 회사에서 구매할 수 있는 추가 보험입니다.

메디케어 어드밴티지 플랜에 가입한 경우 오리지널 메디케어로 다시 전환하지 않는 한, 그 누구도 귀하에게 메디갭 보험을 판매하는 것은 불법입니다. 메디케어 어드밴티지 플랜에서 탈퇴하실 계획이 없는데 누군가 귀하에게 메디갭 보험을 판매하려고 시도한다면, 주 보험국(State Insurance Department)에 신고하십시오. 지역의 보험국을 찾으려면 content.naic.org/state-insurance-departments를 방문하십시오. 만약 메디갭 보험을 가지고 있는 상태에서 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입했다면, 귀하의 메디갭 보험을 해지하실 수 있습니다. 메디갭으로 메디케어 어드밴티지 플랜 공동부담금, 공동보험금, 공제액 및 보험료는 지불할 수 없습니다.

메디갭 구매 시험 가입 권리

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

- 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하기 전에 메디갭에 가입되어 있었고 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입한 지 1년이 되지 않았다면, 해당 회사에서 여전히 판매 중인 경우 동일한 메디갭 보험에 가입하실 수 있습니다. 이를 이용할 수 없는 경우, 귀하는 해당 주에서 보험회사가 판매하는 다른 메디갭 보험을 구매할 수 있습니다.
- 일부 주에서는 매디갭 보험을 구매할 수 있는 특별 권리를 추가로 제공합니다. 더 자세한 정보가 필요하시면, 지역 주 보험국에 확인하십시오.

메디갭 보험을 취소하고 싶다면, 메디갭 보험회사에 연락하십시오. 대부분의 경우, 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하기 위해 메디갭 보험을 탈퇴하면 **동일한 보험에 다시 가입하지 못할 수 있습니다. 경우에 따라, 시험 기간 동안 메디케어 어드밴티지 플랜을 탈퇴하지 않으면 어떤 메디갭 보험도 가입할 수 없을 수 있습니다.**

2020년 1월 1일 또는 그 이후 메디케어 신규 가입자가 가입한 메디갭 보험으로는 파트 B 공제액이 보장되지 않습니다. 매디갭 보험에 관한 자세한 내용은 Medicare.gov/health-drug-plans/medigap를 참조하시거나, Medicare.gov/publications에서 “메디갭 보험 선택” 안내서를 읽어보시기 바랍니다.



섹션 2:

메디케어 어드밴티지 플랜 소개

메디케어 어드밴티지 플랜은 무엇인가요?

메디케어 어드밴티지 플랜은 메디케어 파트 A와 파트 B를 보장받기 위한 다른 방법입니다. 메디케어 어드밴티지 플랜, 때때로 “파트 C” 또는 “MA 플랜”이라고도 불리며, 메디케어에서 승인한 플랜입니다. 이들은 메디케어에서 정한 규칙을 따라야 하는 민간 회사에서 제공합니다. 메디케어 어드밴티지 플랜은 대부분 약품 보장(파트 D)을 포함합니다. 메디케어 어드밴티지 플랜에는 몇 가지 유형이 있습니다(14페이지로 이동 하여 자세한 내용 참조). 이러한 각 메디케어 어드밴티지 플랜 유형은 메디케어가 보장하는 파트 A 및 파트 B 서비스와 플랜이 보장하는 보충 혜택을 받는 방법에 대해 특별한 규정을 두고 있습니다.

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

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

메디케어 어드밴티지 플랜은 무엇을 보장합니까?

메디케어 어드밴티지 플랜은 법률이나 메디케어 정책 결정에서 비롯된 대부분의 새로운 혜택을 포함하여 귀하의 파트 A 및 파트 B 혜택의 거의 전부를 제공합니다. 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입되어 있더라도, 오리지널 메디케어는 여전히 호스피스 요양 비용, 임상시험 비용 일부, 그리고 플랜에서 보장하지 않는 법률 또는 메디케어 정책 결정에 따라 제공되는 혜택을 지원합니다.

메디케어 어드밴티지 플랜으로 피트니스 프로그램(체육관 회원권 또는 할인) 및 일부 시력, 청력 및 치과 서비스(정기 검진 또는 치석 제거)와 같이 오리지널 메디케어에서 보장하지 않는 항목에 대한 보장을 받을 수 있습니다. 플랜은 모든 파트 A 및 파트 B 보장 서비스에 대한 본인 부담 비용의 연간 한도가 있습니다. 이 한도에 도달하면, 가입자는 파트 A 및 파트 B 보장 서비스에 대해 아무런 부담을 지지 않습니다.

메디케어 어드밴티지 플랜은 어떻게 보장됩니까?

메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하면, 메디케어는 귀하의 보장을 위해 매달 귀하의 메디케어 어드밴티지 플랜을 제공하는 민간 회사에 고정 금액을 지불합니다. 그러나, 각 메디케어 어드밴티지 플랜은 각기 다른 본인부담금을 부과할 수 있고, 서비스를 받는 방법에 대해 다른 규정을 둘 수 있습니다(예를 들어, 전문의를 이용하기 위해 의뢰서가 필요한지, 또는 비응급이나 비긴급 진료를 받기 위해 플랜의 네트워크에 소속된 의사, 시설 또는 공급자에게 가야 하는지 여부 등). 이러한 비용과 규정은 매년 변경될 수 있습니다. 플랜은 다음 연도의 가입 시작 전에 연례 변경 안내를 통해 귀하에게 모든 변경사항을 알려야 합니다. 이러한 안내문은 일반적으로 9월 30일 이전에 우편으로 발송됩니다(가입 기간은 매년 10월 15일부터 12월 7일까지입니다). 이 기간 동안 다가오는 새해에 이용할 메디케어 어드밴티지 플랜으로 변경하는 것도 선택할 수 있습니다. 11페이지 에는 가입하거나 변경할 수 있는 시기에 대한 추가 정보가 포함되어 있습니다.

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(MSA) 플랜 및 일부 민간 행위별 수가제(PFFS) 플랜 등)의 경우, 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입하실 수 있습니다.

그러나 약품 보장이 없는 건강 관리 기구(Health Maintenance Organization, HMO) 또는 선호 제공자 기구(Preferred Provider Organization, PPO) 플랜에 가입하시는 경우, 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입하실 수 없습니다. 15페이지로 이동 하여 자세한 내용을 참고하십시오.

참고:약품 보장을 제공하지 않는 플랜에 가입되어 있고, 메디케어 약품 플랜이나 기타 신뢰할 만한 처방약 보험이 없는 경우, 추후 메디케어 약품 보험에 가입하기로 하시면 가입 지연 벌금을 내야 하실 수 있습니다. 파트 D의 가입 지연 벌금에 대해 자세히 알아보시려면 [Medicare.gov/basics/costs/medicare-costs/avoid-penalties](https://www.medicare.gov/basics/costs/medicare-costs/avoid-penalties)를 참조하십시오.

비용은 얼마입니까?

매년 메디케어 어드밴티지 플랜은 보험료, 공제액, 서비스, 항목, 약제에 대해 귀하가 지불해야 하는 금액을 정합니다. 귀하가 보장받는 약품, 품목 및 서비스에 대해 지불해야 하는 금액은 (메디케어가 아닌) 해당 플랜이 정합니다.

특정 상황에서는 약제 보장 기능이 포함된 메디케어 어드밴티지 플랜이 플랜 연도 중에 약제 목록(처방집)을 변경할 수 있으며, 이는 특정 약제에 대해 귀하가 부담하는 비용에 영향을 줄 수 있습니다. 하지만 메디케어 어드밴티지 플랜은 1년에 한 번, 1월 1일에만 본인이 지불하는 금액을 변경할 수 있습니다. 귀하는 파트 B 보험료도 여전히 지불해야 합니다. 대부분은 매달 표준 파트 B 보험료를 지불합니다. 올해의 표준 파트 B 보험료를 확인하려면 [Medicare.gov/basics/costs/medicare-costs](https://www.medicare.gov/basics/costs/medicare-costs)를 방문하세요.

메디케어 어드밴티지 플랜의 본인 부담 비용 계산 시, 보험료, 공제액, 공동부담금, 공동보험금 외에 다음 사항을 고려해야 합니다.

- 필요한 건강보험 서비스 유형과 이용 빈도수
- 귀하의 의사 및/또는 공급자가 플랜의 네트워크에 포함되어 있는지 여부.
- 귀하가 PPO, PFFS 또는 MSA 플랜에 가입되어 있는 경우, 귀하의 의사나 공급자가 플랜 네트워크에 소속되어 있지 않더라도 양도(Assignment)를 수용하는 경우. 양도(Assignment)는 귀하의 의사, 제공자 또는 공급자가 메디케어가 보장하는 서비스에 대해서 메디케어가 승인하는 금액을 전체 지급금으로서 받아들이기로 동의함(또는 법에 의해 수락해야 함)을 의미합니다.
- 특정 서비스에 대해 플랜에서 승인(사전 승인)을 받아야 할 수 있는지 여부.
- 플랜이 부가 혜택(오리지널 메디케어 혜택에 추가하여)을 제공하는지와 귀하가 해당 혜택을 받을 자격이 있을 가능성이 있는지 및/또는 해당 혜택을 받기 위해 추가 비용을 지불해야 하는지 여부.
- 메디케이드를 가지고 있는지 여부 또는 메디케어 비용을 지불하기 위해 메디케어 절감 프로그램(Medicare Savings Program)을 통해 주로부터 도움을 받는지 여부. 이러한 보장 유형을 “지급자”라고 합니다. 지급자가 둘 이상일 때는 “혜택 조정” 규칙을 적용하여 누가 먼저 지불할지 결정합니다.
- 귀하의 플랜에서 정한 최대 본인 부담 비용에는 네트워크 외 서비스에 대한 최대 본인 부담 비용도 포함됩니다.

공동보험금, 공동부담금, 공제액, 최대 본인 부담 비용 간의 차이점은 무엇입니까?

공동보험금(코인슈런스): 공제금을 지불한 후, 혜택에 대한 본인 부담금으로 지불해야 할 수 있는 금액입니다. 공동보험금은 일반적으로 일정 비율(예: 20%)로 정해집니다.

공동부담금(코페이먼트): 공제금을 지불한 후, 혜택에 대한 본인 부담금으로 지불해야 할 수 있는 금액입니다. 공동부담금은 고정 금액입니다(예: \$30).

공제금(디덕터블): 오리지널 메디케어, 메디케어 어드밴티지 플랜, 메디케어 약품 플랜 또는 다른 보험이 지급을 시작하기 전에 진료 또는 처방에 대해 가입자가 부담해야 하는 금액입니다.

최대 본인 부담 비용: 파트 A 및 파트 B 보장 서비스에 대해 귀하가 본인 부담으로 지불하는 금액의 연간 한도입니다. 플랜 한도에 다다르면, 그 해의 나머지 기간은 플랜이 보장하는 파트 A와 파트 B 서비스에 대해서 일절 지불하지 않습니다.

각 플랜당 지불액 세부사항

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

- **연례 변경 통지(Annual Notice of Change):** 1월에 발효될 보장 범위, 비용, 제공자 네트워크, 서비스 지역 등 모든 변경 사항을 포함합니다. 귀하의 플랜은 9월 30일까지 귀하에게 인쇄본을 보낼 것입니다.
- **보험 보장 증서(Evidence of Coverage):** 플랜이 보장하는 것, 지불해야 하는 금액과 기타 등등에 대한 상세 내역을 제공합니다. 귀하의 플랜에서 10월 15일에 귀하에게 통지서(또는 사본)를 전송할 것입니다. 여기에는 보험 보장 증서를 전자 양식 또는 우편으로 받는 방법에 대한 정보가 포함됩니다.

네트워크: 귀하의 플랜과 계약을 맺고 서비스를 제공하는 시설, 제공자, 공급자(비응급 진료의 경우)입니다. 일부 플랜에서는 비응급 진료를 해당 네트워크 내에서 받아야 합니다. 다른 플랜에서는 네트워크를 벗어난 경우도 비응급 보장을 제공하지만, 일반적으로 비용이 더 높습니다.

기관 결정: 귀하, 귀하의 대리인 또는 귀하의 의사가 요청할 수 있는 결정으로, 서비스, 항목 또는 약제가 보장되는지 여부나 귀하가 지불해야 할 금액을 알려줍니다.

대리인은 도움을 받기 위해 가입자가 선임할 수 있는 사람입니다. 가족 구성원, 친구, 대변자, 변호사, 재정 조연자, 의사 또는 귀하를 대신할 다른 사람이 대리인이 될 수 있습니다.

귀하의 건강상 요구에 따라 귀하, 귀하의 대리인 또는 귀하의 의사는 귀하의 기관 결정에 대한 빠른 결정을 요청할 수 있습니다. 플랜이 보장을 거부하는 경우, 서면으로 귀하에게 이를 알려야 합니다. 귀하에게는 이의신청 권리가 있습니다. 이의신청 방법에 대한 자세한 정보는 [Medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/appeals](https://www.medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/appeals)를 방문하십시오.

플랜 지정 진료: 네트워크 내 제공자가 귀하를 네트워크 외 서비스 또는 제공자에게 의뢰하지만 사전에 기관 결정을 받지 않은 경우, 이를 "**플랜 지정 진료**"라고 부릅니다. 대부분의 경우, 귀하는 플랜에서 알려준 비용보다 더 많이 지불하지 않습니다. 해당 보호에 관해 자세한 내용을 알고 싶은 경우 플랜을 확인하십시오.

사전 승인: 가입자 또는 제공자는 해당 플랜이 서비스, 항목 또는 약품을 보장해 주는지를 알아보기 위해, 플랜으로부터 사전에 구두 또는 서면으로 받아 볼 수 있는 결정입니다. 귀하의 플랜이 사전 승인 요청을 승인하지 않는 경우, 서비스, 품목 또는 약품의 전체 비용을 귀하가 부담해야 할 수 있습니다.

누가 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입할 수 있습니까?

메디케어 어드밴티지 플랜 가입 조건

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

기존에 질환이 있는 경우 어떻게 합니까?

이미 질환이 있더라도 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하실 수 있습니다.

말기 신장 질환(ESRD)이 있다면 어떻게 되나요?

ESRD가 있더라도 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하실 수 있습니다. 많은 메디케어 어드밴티지 플랜의 경우, 플랜 네트워크 및 서비스 지역에 소속된 의료 서비스 제공자만 이용하실 수 있습니다. 가입하시기 전에 귀하의 제공자 및 고려 중이신 플랜을 확인하셔서, 귀하가 현재 이용하고 있거나 (투석 시설 또는 신장 전문의 등) 향후 이용하고 싶은 제공자(이식 전문의 등)가 플랜의 네트워크에 소속되어 있는지 확인하십시오. 이미 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입되어 있는 경우, 제공자에게 새 플랜의 네트워크에도 여전히 소속되어 있는지 확인하십시오. 자세한 내용은 보험 자료를 검토하거나 고려하고 계신 플랜에 문의하십시오.

다른 보험이 있으면 어떻게 합니까?

메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하기 전 고용주, 노조 또는 그 밖의 혜택 관리자에게 규정에 대해 문의하십시오. 경우에 따라, 메디케어 어드밴티지 플랜 가입으로 인해 귀하, 귀하의 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 어드밴티지 플랜에 가입, 변경 또는 탈퇴할 수 있는 때는 언제입니까?

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

공식 가입 기간: 매년 10월 15일부터 12월 7일 사이 메디케어에 가입한 고객이라면 누구나 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입, 변경 또는 탈퇴할 수 있습니다. 귀하의 보장은 다음 해 1월 1일부터 시작됩니다(플랜이 12월 7일까지 귀하의 요청을 접수해야 함).

메디케어 어드밴티지 공식 가입 기간: 매년 1월 1일부터 3월 31일 사이, 이미 메디케어 어드밴티지 플랜(약품 보장 포함 또는 미포함)을 유지하고 있다면 다음을 할 수 있습니다.

- 다른 메디케어 어드밴티지 플랜(약품 보장 유무와 무관)으로 변경.
- 메디케어 어드밴티지 플랜을 탈퇴하고 오리지널 메디케어로 복귀. 또한 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입할 수 있습니다.

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

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

메디케어 어드밴티지 공개 가입 기간 동안 단 한 번만 변경할 수 있으며, 귀하가 한 변경 사항은 플랜이 귀하의 요청을 수락한 후 다음 달 1일부터 적용됩니다. 오리지널 메디케어로 복귀하고 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입할 경우, 탈퇴를 하기 위해 메디케어 어드밴티지 플랜에 연락할 필요는 없습니다. 탈퇴는 귀하가 약품 플랜에 가입할 시 자동으로 이루어집니다.

최초 가입 기간: 처음으로 메디케어 가입 자격이 되면, (파트 A와 파트 B를 모두 유지하고 있을 경우) 최초 가입 기간 동안 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입할 수 있습니다. 많은 경우, 이는 귀하가 65세가 되는 때로부터 3개월 전에 시작하여, 65세가 되는 달을 포함하고, 65세가 되는 달로부터 3개월 후에 끝나는 7개월의 기간입니다.

만약 최초 가입 기간의 첫 3개월 동안 메디케어에 가입하시면, 대부분의 경우 귀하의 보장은 귀하가 65세가 되는 달의 1일부터 시작합니다. 하지만 생일이 해당 월의 1일인 경우, 보장은 그보다 한 달 전인 이전달의 1일부터 시작됩니다.

65세가 되는 달에 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하시면, 가입하고 나서 다음 달 1일부터 보장이 시작됩니다.

최초 가입 기간의 마지막 3개월 동안 가입하시면, 가입하고 나서 다음 달 1일부터 보장이 시작됩니다.

최초 가입 기간 동안 다른 플랜 변경

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

파트 A 보장이 있고 1월 1일부터 3월 31일("일반 등록 기간"이라고 함) 사이에 처음으로 파트 B를 받는다면, 메디케어 어드밴티지 플랜에도 가입하실 수 있습니다. 가입하고 나서 다음 달 1일부터 보장이 시작됩니다.

65세 미만이고 장애가 있으시다면, 사회보장국(Social Security)으로부터 장애 수당을 받거나 철도 은퇴위원회(Railroad Retirement Board)로부터 특정 장애 혜택을 받은 지 24개월이 지나면 자동으로 파트 A 및 파트 B를 받게 됩니다.

특별 가입 기간: 대부분의 경우, 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입되어 있다면 보장이 시작되는 날로부터 1년간 가입을 유지해야 합니다. 그러나 이사로 인해 플랜의 서비스 지역을 벗어나거나, 5성급을 받은 지역 내 플랜에 가입하고 싶거나, 다른 보험 혜택을 상실하는 것과 같은 특정 상황에서는 특별 가입 기간 동안 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입, 변경 또는 탈퇴할 수 있습니다. [Medicare.gov/special-enrollment-periods](https://www.medicare.gov/special-enrollment-periods)를 참조하시거나 더 자세한 정보를 원하시면 귀하의 플랜을 확인하십시오.

특별한 상황으로 인해 이전에 메디케어에 가입할 기회를 놓쳐 특별 가입 기간 동안 보험료가 부과되는 파트 A 및/또는 파트 B에 가입한 경우, 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입할 수 있는 특별 가입 기간 자격을 얻을 수 있습니다. 메디케어 파트 A 및/또는 파트 B 가입에 대한 자세한 정보는 [SSA.gov/medicare/sign-up](https://www.ssa.gov/medicare/sign-up)을 방문하십시오.

어떻게 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입합니까?

메디케어 어드밴티지 플랜 전부가 같은 방식으로 적용되지는 않습니다. 가입 전, [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare)를 방문하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하셔서 지역의 메디케어 어드밴티지 플랜을 찾아 비교하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하실 수 있습니다. 플랜 규정과 금액을 이해하셨다면, 다음의 방법으로 가입하실 수 있습니다.

- [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare)를 방문하여 우편번호로 검색해 플랜을 찾아 가입하십시오. 또한, Medicare.gov의 보안 계정에 로그인하여 귀하의 처방약 및 약국을 추가함으로써 지역 내 플랜을 비교하는 데 도움을 받을 수 있습니다. 플랜 관련 질문이 있으시면, 검색 결과 페이지에서 "플랜 세부사항"을 선택하여 플랜 연락처 정보를 얻으십시오.

- 가입하려는 플랜에 전화하거나 플랜 웹사이트를 방문해 온라인으로 가입할 수 있는지 확인하십시오.
- 종이로 된 가입 양식을 작성하십시오. 가입 양식을 플랜측에서 받으시고 작성 후 제출하십시오. 모든 플랜은 이 옵션을 제공해야 합니다.
- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 문의하시면 됩니다.

메디케어 어드밴티지 플랜에 가입할 준비가 되면, 귀하의 메디케어 카드에서 다음 정보를 제공해야 합니다.

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

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



섹션 3:

메디케어 어드밴티지 플랜 유형

메디케어 어드밴티지 플랜에는 다양한 유형이 있습니다.

- 건강관리기구(HMO) 플랜: 15페이지로 이동.
- HMO POS(HMOPOS) 플랜: 15페이지로 이동.
- 선호 제공자 기구(PPO) 플랜: 15페이지로 이동.
- 민간 행위별 수가제(PFFS) 플랜: 16페이지로 이동.
- 특수 필요사항 플랜(SNP): 17페이지로 이동.
- 의료 저축 계좌(MSA) 플랜: 19페이지로 이동.

귀하가 거주하는 지역에 따라 이러한 플랜 유형이 전부 또는 일부 제공되거나, 전혀 제공되지 않을 수 있으며, 동일한 유형의 여러 플랜이 제공될 수 있습니다. 이용 가능한 메디케어 어드밴티지 플랜을 찾으려면 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare)를 방문하거나, “메디케어와 가입자 (Medicare & You)” 안내서를 참조하시거나, 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하시기 바랍니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하실 수 있습니다.

건강관리기구(HMO) 플랜

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

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 또는 임시 지역 외 투석은 플랜 네트워크 내에서 제공되는지와 관계없이 보장됩니다). 일부 HMO 플랜(HMO POS(Point-of-Service) 플랜으로 알려짐)은 일부 또는 전체 보장 혜택에 대해 네트워크 밖 이용 혜택을 제공하지만, 일반적으로 더 높은 본인부담금이나 공동보험금을 지불해야 합니다.

승인 없이 플랜 네트워크 밖에서 비응급 진료를 받으면, 비용 전액을 부담해야 할 수 있습니다. 필요할 때 특정 서비스를 위해 사전 승인(사전 승인)을 받는 것과 같이 플랜 규정을 따르는 것이 중요합니다. 대부분의 경우 일차 진료의를 선택해야 합니다. 연례 유방 촬영 검사와 같은 일부 서비스에는 의뢰가 필요하지 않습니다. 귀하의 의사 또는 기타 의료 제공자가 플랜의 네트워크를 탈퇴할 경우, 플랜은 귀하에게 통지해야 합니다. 귀하는 플랜 네트워크 소속의 다른 의사를 선택해야 합니다.

이러한 플랜이 처방약을 보장하나요?

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

선호 제공자 기구(PPO) 플랜

귀하가 이용할 수 있는 의사, 전문의, 병원 및 기타 의료 서비스 제공자 네트워크가 있는 메디케어 어드밴티지 플랜의 한 유형입니다. 플랜 네트워크 내 제공자와 시설을 이용하면 비용을 덜 내게 됩니다. 일반적으로 보장되는 서비스에 대해 네트워크 밖 제공자를 이용할 수 있지만, 보통 더 많은 비용을 부담하게 됩니다.

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

그렇습니다. 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.

네트워크 비소속 제공자로부터 서비스를 받기 전, 해당 서비스가 의학적으로 필요한지 여부와 플랜이 해당 서비스를 보장하는지 확인하기 위해 플랜에 기관 결정을 요청하실 수 있습니다. 9페이지로 이동 하여 기관 결정에 대한 자세한 내용을 참조하십시오.

이러한 플랜이 처방약을 보장하나요?

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

민간 행위별수가제(PFFS) 플랜

민간 건강 보험 회사에서 제공하는 메디케어 어드밴티지 플랜의 한 유형으로, 이 회사가 의사, 기타 의료 제공자 및 병원에 지불할 금액과 귀하가 진료를 받을 때 지불해야 할 금액을 결정합니다.

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 PFFS 플랜에 가입하는 경우, 플랜 가입자를 치료하는 데 동의한 네트워크 제공자 중 누구에게라도 진료를 받을 수 있습니다. 메디케어 파트 A 및 B 항목과 서비스에 대해서는 사전 승인(사전 인가)을 받을 필요가 없습니다. 또한 네트워크 외에 있으며 플랜 약정에 동의한 의사, 병원 또는 기타 제공자의 진료도 받을 수 있지만 비용이 더 들 수 있습니다. 일반적으로 보험 플랜 ID 카드는 제공자에게 귀하가 PFFS 플랜에 가입되어 있음을 알려줍니다.

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

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

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

특수 필요사항 플랜(SNP)

특수 필요사항 플랜은 특정 중증 또는 만성 질환이 있거나, 특수한 건강관리 필요가 있거나, 메디케이드 보장을 받는 사람들에게 혜택과 서비스를 제공합니다. 메디케어 파트 A 및 파트 B를 보유하고 있고, 플랜의 서비스 지역에 거주하며, 다음 3가지 유형의 SNP(또는 이 그룹 중 하나의 하위 집합)에 대한 자격 요건을 충족하는 경우 SNP 자격이 있을 수 있습니다.

- **만성질환 SNP(또는 C-SNP):** 다음과 같은 특정 중증 또는 장애 만성 질환이 하나 이상 있는 경우:
 - 암
 - 특정 자가면역 질환
 - 특정 심혈관 질환
 - 특정 만성 및 장애 정신건강 질환
 - 특정 만성 위장관 질환
 - 특정 만성 폐 장애
 - 특정 신경 장애
 - 특정 중증 혈액 장애
 - 만성 알코올 사용 장애 및 기타 물질 사용 장애
 - 만성 심부전
 - 만성 신장질환 및 말기 신장질환(ESRD)
 - 치매
 - 진성 당뇨병
 - HIV/AIDS
 - 뇌졸중
- **기관 SNP(또는 I-SNP):** 지역사회에 거주하지만 시설이 제공하는 수준의 치료가 필요하거나, 다음과 같은 시설에서 연속으로 최소 90일 동안 거주하는(또는 거주할 것으로 예상되는) 경우:
 - 중급 요양 시설
 - 장기 요양 병원
 - 전문 간호 시설
 - 정신병원
 - 재활병원
 - 전문 요양 시설
 - 병상 전환(Swing-bed) 병원
 - 기타 유사한 장기 의료 서비스를 제공하고 위에 명시된 시설의 입소자와 유사한 필요 사항 및 건강 관리 상태를 가진 입소자가 있는 시설

- **이중 적격 SNP(또는 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-SNP(“통합 D-SNP”라고도 함)는 하나의 플랜을 통해 메디케어 혜택과 대부분 또는 모든 메디케이드 혜택 및 서비스를 결합합니다. 통합 D-SNP에는 다양한 유형이 있지만, 모든 유형은 다음을 반드시 충족해야 합니다.
 - 메디케어와 메디케이드 보장 모두에 적용되는 하나의 회원 ID 카드를 제공합니다.
 - 두 프로그램 모두를 포괄하는 단일 건강 위험 평가를 제공합니다.
 - 귀하의 건강 관리를 지원하고 개인 맞춤형 관리 계획(귀하의 의료 및 사회적 필요, 건강 목표, 귀하의 치료 조정을 포함하는 맞춤형 계획)을 개발할 수 있도록 진료 조정관 또는 사례 관리자를 제공합니다.
 - 하나의 이의 제기 및 불만 처리 절차를 통해 메디케어 또는 메디케이드 보장과 관련된 모든 문제에 대해 귀하의 플랜에 불만이나 이의 제기를 제출할 수 있습니다.

플랜 이용 가능 여부는 다음에 따라 달라집니다.

- 지리적 위치(주 및 카운티).
- 플랜이 보장하는 SNP 유형 또는 만성 질환.
- 가입 기간 및 기타 요건.

SNP의 특별 자격 규정을 계속 충족하는 경우에만 SNP 가입을 유지할 수 있습니다.

SNP는 PPO, HMO 또는 HMOPOS 플랜 유형이며 모든 메디케어 어드밴티지 플랜이 보장하는 것과 동일한 메디케어 파트 A 및 파트 B 서비스를 보장합니다. SNP는 돌봄 조정 서비스를 포함하며, 서비스를 제공 받는 그룹의 구체적인 필요 사항에 가장 잘 부합될 수 있도록 혜택, 제공자 선택 및 보장 약물 목록(처방집)을 조정합니다. 그러나, SNP는 서비스를 제공하는 특별 그룹에 맞춰 부가 서비스를 보장할 수도 있습니다. 예를 들어, 암 또는 만성 심부전과 같은 심각한 만성 질환이 있고 병원에 입원해야 할 경우, SNP는 병원 내 추가 일수를 보장합니다.

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

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

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

SNP는 가입자에게 영향을 미치는 질병 또는 질환에 맞는 전문가를 구비하고 있습니다. HMO와 PPO SNP는 모두 귀하의 건강 관리를 도와줄 진료 조정관을 요구할 수 있습니다. 진료 조정관은 정확한 진료와 정보를 제공할 수 있어야 합니다. 예를 들어, 당뇨 환자를 위한 SNP의 진료 조정관은 환자의 혈당과 식단 체크를 도울 수 있습니다.

이러한 플랜이 처방약을 보장하나요?

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

메디케어 의료 저축 계좌(MSA) 플랜

메디케어 의료 저축 계좌(MSA) 플랜은 높은 공제액 보험 플랜과 의료 저축 계좌를 결합한 플랜입니다.

1. **높은 공제액 건강 플랜:** MSA 플랜의 첫 번째 파트는 특수한 유형의 높은 공제액 메디케어 어드밴티지 플랜입니다. 플랜에 따라 다양한 높은 연간 공제액을 충족한 경우에만 플랜에서 비용을 보장하기 시작합니다.
2. **의료 저축 계좌:** MSA의 두 번째 파트는 특수한 유형의 저축 계좌입니다. MSA 플랜은 귀하가 건강 관리 비용을 지급하는 데 사용할 수 있도록 귀하의 계좌에 자금을 예치합니다.

누가 MSA 플랜에 가입할 수 없습니까?

다음과 같은 경우에는 MSA 플랜에 가입할 수 없습니다.

- 플랜의 공제액 전부 또는 일부를 보장하는 건강 보험에 가입되어 있는 경우.
- 다른 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입한 경우. MSA 플랜에 가입하려면 현재 플랜에서 탈퇴해야 합니다.
- 미국 국방성(TRICARE) 또는 미국 미국 재향군인회(VA)에서 혜택을 받는 경우.
- 연방 직원 건강 혜택 프로그램(FEHBP)을 통해 플랜에 가입한 은퇴한 연방 정부 직원의 경우.
- 메디케이드 자격이 있는 경우.
- 현재 호스피스 케어를 받고 있는 경우.
- 1년에 183일(총합) 이상 미국 외 지역에서 거주하는 경우.

특정 MSA 플랜에 가입하고 싶으시다면, 해당 플랜에 연락하여 가입하셔야 합니다. 플랜은 플랜에서 지정한 은행에 의료 저축 계좌를 개설하는 방법을 알려드릴 것입니다. 플랜에 가입하기 전에 이 계좌를 개설해야 합니다. 가입 후, 플랜에서 보장이 시작되는 날짜를 알려주는 서신을 받게 됩니다. 가입을 완료하고 MSA 보장을 받게 되면 다음이 적용됩니다.

- 메디케어는 귀하의 건강 관리를 위해 매년 일정 금액을 플랜에 지급합니다.
- 플랜은 귀하를 대신해 매년 귀하 계좌에 금액을 예치합니다. 본인의 돈을 입금할 수 없습니다.
- 메디케어로 보장받지 못하는 건강 관리 비용을 포함하여 계정에 있는 돈으로 건강 관리 비용을 지급할 수 있습니다.

20 섹션 3: 메디케어 어드밴티지 플랜 유형

- 만약 귀하의 계좌에 예치된 돈을 모두 사용하고 추가적인 치료 비용이 남은 경우, 귀하는 귀하의 플랜 공제액에 다다를 때까지, 메디케어가 보장하는 서비스를 본인 부담으로 지불해야 합니다.
- 공제액이 만족되기 전에 서비스를 본인 부담금으로 지불하는 동안, 의사와 기타 제공자는 메디케어가 승인한 금액 이상을 귀하에게 청구할 수 없습니다.
- 메디케어가 보장하는 파트 A와 파트 B 서비스에 대한 지불액은 플랜의 공제액에 산정됩니다. 공제액에 도달하면, 귀하의 플랜은 메디케어에서 보장하는 서비스를 보장합니다.
- 연말에 계좌에 남은 돈은 계좌에 그대로 있으며, 다음 해 건강 관리비로 사용될 수 있습니다. 다음 해에도 동일한 MSA 플랜을 유지할 경우, 잔여 금액에 새로운 입금액이 추가됩니다.

MSA 플랜과 세금

계좌의 자금을 사용하는 경우, 소득세 신고 시 의료 저축 계좌의 자금을 어떻게 사용했는지에 대한 정보와 국세청(IRS) 양식 8853을 포함해야 합니다.

매년, 계좌에서 인출된 모든 내역이 포함된 1099-SA 양식을 은행에서 받아야 합니다. 최소한 이 금액에 해당하는 적격 의료비를 지출했음을 입증해야 합니다. 그렇지 않으면 세금 및 기타 벌금을 납부해야 할 수도 있습니다.

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

만약 개인 재무 상담사가 있다면, MSA 플랜 선택이 귀하의 재정 상황에 어떤 영향을 미칠 수 있는지 상담해 보시기 바랍니다.

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.

메디케어 어드밴티지 플랜 유형 비교

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

질문	HMO 건강관리기구	PPO 선호 제공자 기구	PFFS 민간 행위별 수가제 플랜	SNP 특수 필요사항 플랜	MSA 의료 저축 계좌
보험료 대부분의 플랜은 월 보험료를 부과합니까?	네 대부분은 월 파트 B 보험료에 추가로 보험료를 청구합니다.	네 대부분은 월 파트 B 보험료에 추가로 보험료를 청구합니다.	네 대부분은 월 파트 B 보험료에 추가로 보험료를 청구합니다.	네 대부분은 월 파트 B 보험료에 추가로 보험료를 청구합니다.	아니오 귀하는 매달 보험료를 내지 않아도 되지만 파트 B 보험료는 매달 계속해서 내야 합니다.
약품 플랜은 메디케어 약품 보장(파트 D)을 제공합니까?	보통은 제공함 약품 보장을 원한다면, 약품 보장을 제공하는 HMO에 가입하셔야 합니다. 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입할 수 없습니다.	보통은 제공함 약품 보장을 원한다면, 약품 보장을 제공하는 PPO에 가입하셔야 합니다. 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입할 수 없습니다.	때때로 제공함 약품이 보장될 수 있습니다. 약품 보장을 제공하지 않는 PFFS 플랜에 가입하는 경우, 별도의 메디케어 약품 플랜을 받으실 수 있습니다.	네 모든 SNP는 메디케어 약품 보장(파트 D)을 제공해야 합니다.	아니오 MSA 플랜에 가입하고 메디케어 약품 보장을 원하시면, 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입하셔야 합니다.
일차 진료 일차 진료의를 선택해야 합니까?	보통은 선택해야 함	아니오	아니오	때때로 선택해야 함 일부 SNP는 일차 진료의를 선택해야 하고 일부는 그렇지 않습니다.	아니오

22 **섹션 3: 메디케어 어드밴티지 플랜 유형**

질문	HMO 건강관리기구	PPO 선호 제공자 기구	PFFS 민간 행위별 수가제 플랜	SNP 특수 필요사항 플랜	MSA 의료 저축 계좌
<p>제공자</p> <p>메디케어를 받는 의사 또는 병원이라면 어디서든 보장 서비스를 이용할 수 있습니까?</p>	<p>때때로 가능함</p> <p>일반적으로 플랜 네트워크 소속 제공자 및 시설에서 진료와 서비스를 받아야 합니다(응급 또는 긴급 진료, 또는 지역 외 투석의 경우 제외).</p> <p>HMO 서비스 지정 (HMOPOS) 플랜은 일부 네트워크 비소속 서비스를 받을 수 있지만, 일반적으로 더 많은 비용을 부담하게 됩니다.</p>	<p>네</p> <p>각 플랜은 귀하가 갈 수 있는 의사, 병원과 기타 제공자 네트워크가 있습니다. 귀하는 플랜 네트워크 비소속 제공자를 이용할 수도 있으나, 더 많은 비용을 부담할 수 있습니다.</p>	<p>네</p> <p>귀하는 플랜 지급 약정에 동의하고 귀하의 치료에 동의한 메디케어 승인 제공자 또는 시설을 이용하실 수 있습니다. 플랜에 네트워크가 있는 경우, 네트워크 소속의 모든 제공자를 이용할 수 있습니다. 플랜 약정에 동의한 네트워크 비소속 제공자의 진료를 받는 경우, 더 많은 비용을 지불할 수 있습니다.</p>	<p>때때로 가능함</p> <p>SNP가 HMO인 경우, 일반적으로 SNP 네트워크 소속 의사 또는 병원에서 진료와 서비스를 받아야 합니다(응급 또는 긴급 진료 또는 지역 외 투석의 경우 제외). 하지만, SNP가 PPO인 경우 네트워크 외에서 메디케어가 보장하는 서비스를 받을 수 있습니다.</p>	<p>네</p> <p>MSA 플랜에는 일반적으로 제공자 네트워크가 없습니다. 귀하는 귀하를 치료하는데 동의하고 메디케어에서 탈퇴하지 않은 모든 메디케어 승인 제공자 또는 시설에서 오리지널 메디케어가 보장하는 서비스를 받을 수 있습니다.</p>
<p>의뢰서</p> <p>전문의 진료를 보기 위해 담당의의 의뢰서가 필요합니까?</p>	<p>네</p>	<p>아니오</p>	<p>아니오</p>	<p>때때로 필요함</p> <p>SNP가 HMO인 경우 일반적으로 의뢰서가 필요합니다. SNP가 PPO인 경우 의뢰서가 필요하지 않습니다.</p>	<p>아니오</p>

참고: 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입한 경우, 특정 서비스나 소모품을 보장받기 전에 일반적으로 플랜에서 사전 승인을 받아야 합니다. 보장 서비스에 대해 궁금한 사항은 플랜에 문의하십시오.



섹션 4:

추가 정보

어디서 자세한 정보를 얻을 수 있습니까?

메디케어 어드밴티지 플랜

플랜의 비용 및 보장에 대한 자세한 정보는 관심 있는 플랜에 문의하십시오.

메디케어 플랜 조회

[Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare)를 방문하여 귀하의 필요 사항에 부합하는 메디케어 어드밴티지 및 기타 메디케어 플랜을 비교하고 선택해 보십시오. 약품과 약국을 입력하여 지역 플랜에 대해 더욱 정확한 비용을 알아볼 수 있습니다.

SHIP(주정부 건강보험 지원 프로그램)

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

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

shiphelp.org를 방문하거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4277)로 전화하여 해당 주의 SHIP 전화번호를 찾을 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 문의하시면 됩니다.

1-800-MEDICARE

1-800-MEDICARE로 전화하시면 청구, 불만 사항, 의료 기록, 비용 등에 관한 구체적인 질문에 대해 드립니다.

CMS 접근 가능 커뮤니케이션

메디케어는 점자, 큰 활자, 데이터/오디오 파일, 중계 서비스, TTY 통신장치과 같은 접근 가능한 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 조치할 추가 시간이 주어집니다.

귀하가 사용할 수 있는 메디케어 또는 거래소 정보를 요청하시려면 다음을 이용하십시오.

1. **전화:** 메디케어: 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227) TTY: 1-877-486-2048
마켓플레이스: 1-800-318-2596 TTY: 1-855-889-4325
2. **이메일 문의:** altformatrequest@cms.hhs.gov
3. **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)

요청에는 귀하의 성함, 전화 번호, 필요한 정보 유형(알고 있는 경우)와 받을 주소를 포함하셔야 합니다. 추가 정보가 필요하면 저희가 연락을 드릴 수도 있습니다.

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

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 안내서에 기재된 어떤 방식으로든 CMS로 연락하십시오.

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

1. 온라인:

[HHS.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html](https://www.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 & Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

**U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Medicare & Medicaid Services**

7500 Security Blvd.
Baltimore, MD 21244-1850

Official Business
Penalty for Private Use, \$300

이 안내문의 스페인어판이 필요하십니까?

이 책자의 스페인어 무료 사본을 받으려면 Medicare.gov를 방문하시거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 문의하시면 됩니다.

Esta publicación está disponible en español. Para obtener una copia gratis, visite es.Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE.



Medicare

이 안내서의 정보는 안내서가 인쇄될 당시의 메디케어 프로그램에 대해 설명하고 있습니다. 인쇄 후 변경이 있을 수 있습니다. 최신 정보는 Medicare.gov를 참조하거나, 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 문의하시면 됩니다. "메디케어 어드밴티지 플랜에 대한 이해"는 법률 문서가 아닙니다. 공식 메디케어 프로그램 법적 지침은 관련 법령, 규정 및 판결에 포함되어 있습니다.

This product was produced at U.S. taxpayer expense.