메디케어 어드밴티지 플랜에 대해 알아보기

공식 행정 책자에서는 다음과 같이 말합니다:

- 메디케어 어드밴티지 플랜이 기존 메디케어와 어떻게 다른지
- 메디케어 어드밴티지 플랜은 어떻게 보장되는지
- 메디케어 어드밴티지 플랜 가입 방법

CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES

"메디케어 어드밴티지 플랜에 대해 알아보기"는 법률 문서가 아닙니다. 공식 메디케어 프로그램 법적 지침은 관련 법령, 규정 및 규칙이 포함되어 있습니다.

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

차례

개요 4

기존 메디케어와 메디케어 어드밴티지의 차이점은 무엇입니까? 5

메디케어 어드밴티지 플랜은 무엇입니까? 9

메디케어 어드밴티지 플랜은 어떻게 보장됩니까? 9

보장 내용 9

비용은 얼마입니까? 10

누가 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입할 수 있습니까? 12

언제 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입, 변경 또는 탈퇴 할 수 있습니까?. 12

어떻게 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입합니까? 13

만약 말기 정신 질환(ESRD)가 있어도 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입할 수 있습니까? 14

메디케어 어드밴티지 플랜 유형. 15

메디케어 어드밴티지 플랜 나란히 비교하기 24

메디케어 추가 보험(메디캡) 정책이 있다면 어떻게 합니까? . . . 25

어디서 정보를 더 받을 수 있습니까? 26

개요

처음 메디케어에 가입하실 때 연중 특정 시기(공개 등록과 같은)에 메디케어 보장을 어떻게 받을지 선택하실 수 있습니다.

메디케어 보장을 받는 방법은 주로 2 가지가 있습니다:

- **오리지널 메디케어** 는 메디케어 Part A(입원 보험) 및 메디케어 Part B (의료 보험)이 포함됩니다. 약품 보장을 원하시면, 별도의 메디케어 처방전 약품 플랜(Part D)에 가입하실 수 있습니다.
- **메디케어 어드밴티지("Part C"로 알려져 있음)**는 오리지널 메디케어에 대한 "일체형" 대안입니다. 이 "번들" 플랜은 Part A, Part B와 보통은 Part D가 포함됩니다. 또한 오리지널 메디케어가 보장하지 못하는 추가 혜택을 제공합니다.

귀하의 메디케어 건강 플랜 결정은 보장에 내는 금액, 받는 서비스, 만날수 있는 의사와 치료의 질에 영향을 미칩니다.

귀하의 메디케어 보장 선택에 대해 알아보시고, 믿을 수 있는 사람들에게 도움을 받으시고 다른 플랜과 비교해 보시면 귀하가 이용할 수 있는 모든 옵션 이해에 도움이 됩니다.

기존 메디케어와 메디케어 어드밴티지의 차이점은 무엇입니까?

오리지널(본래의) 메디케어

- 오리지널 메디케어는 메디케어 Part A (입원 보험) 및 메디케어 Part B (의료 보험)가 포함되어 있습니다.
- 약품 보장을 원하시면, 별도의 Part D 플랜에 가입하실 수 있습니다.
- 오리지널(본래의) 메디케어(20% 공동보험과 같은)의 현금지급 비용을 지불하는데 도움이 되는 추가보장을 물색하거나 구매하실 수 있습니다.
- 미국의 어디에서라도 메디케어를 받는 의사와 병원을 사용하실 수 있습니다.

☑ **파트에이 (Part A)**

☑ **파트비 (Part B)**

다음을 추가하실 수 있습니다:

☐ **파트디 (Part D)**

다음도 또한 추가하실 수 있습니다:

☐ **추가 보장**

(몇몇 예시는 메디케어 추가 보험 (Medigap) 규정이나 이전 사업주나 조합의 보장을 포함합니다.)

메디케어 어드밴티지

(Part C로 알려짐)

- 메디케어 어드밴티지는 오리지널 메디케어에 대한 "일체형" 대안입니다. 이 "묶음(번들)" 플랜은 파트에이(Part A), 파트비(Part B), 그리고 보통 파트디(Part D)를 포함합니다.
- 플랜은 오리지널(본래의) 메디케어 보다 낮은 현금지급비용이 들 수 있습니다.
- 거의 대부분의 건에서 플랜의 네트워크에 가입되어 있는 의사를 사용해야 될 필요가 있을 것 입니다.
- 대부분의 플랜은 오리지널 메디케어가 보장하지 않는 시력, 청각, 치과 및 그 외의 것과 같은 추가 혜택을 제공합니다.

☑ **파트에이 (Part A)**

☑ **파트비 (Part B)**

대부분의 플랜은 포함합니다:

☑ **파트디 (Part D)**

☑ **추가 혜택**

몇몇 플랜은 또한 포함합니다:

☐ **본인 부담 비용을 절약하세요**

오리지널 메디케어 대 메디케어 어드밴티지

의사와 병원 선택

오리지널(본래의) 메디케어	메디케어 어드벤티지 (Medicare Advantage)
미국의 어디에서라도 메디케어를 받는 의사와 병원을 사용하실 수 있습니다.	거의 대부분의 건에서 **플랜의 네트워크에 가입되어 있는 의사를** 사용해야 될 필요가 있을 것 입니다. (비응급 또는 긴급하지 않은 치료용) 귀하의 의사에게 메디케어 어드밴티지 플랜에 참여하고 있는지 물어보십시오.
대부분 귀하는 전문가를 볼 때 추천서가 **필요 없습니다**.	귀하는 전문가를 볼 때 추천서가 **필요할 수도 있습니다**.

비용

오리지널(본래의) 메디케어	메디케어 어드벤티지 (Medicare Advantage)
파트 B의 경우 서비스 비용을 보장합니다, 일부 공제액을 충족 후 **귀하는 메디케어가 인정한 금액의 20%만 지불합니다**.	**본인 부담 비용은 다양합니다.**-플랜은 특정 서비스에 따라 본인 부담 비용이 줄어 듭니다.
귀하는 **파트 B의 경우 보험료(월별 지불)를 지불합니다**. 만약 처방전 약품 보장(파트 D)를 선택하면, 보험료를 별도로 지불해야 합니다.	귀하는 **파트 B의 경우 보험료를 별도로** 월별로 **플랜에 따라 프리미엄을 지불**해야 할 수도 있습니다. (대부분 처방전 약품 보장 포함). 플랜은 $0 보험료가 있거나 파트 B 보험료의 전체 또는 일부를 지불하는데 도움이 될 수 있습니다.
귀하가 추가 보장(메디캡 정책과 같은)이 없는 한 개인 부담금에는 **연간 제한금**이 없습니다.	플랜은 귀하가 메디케어 파트 A와 파트 B 보장 서비스의 본인 부담금에 대해 **연간 제한금**을 갖습니다. 귀하의 플랜 한도에 다다르면, 일 년 내내 파트 A와 파트 B 보장 서비스에 대해서 지불하지 않습니다.
남은 개인 본인 부담금(20% 공동 보험과 같은) 지불을 돕기 위해 추가 보장(메디캡 정책과 같은)을 **받을 수 있습니다**. 또는 귀하는 이전 고용주 또는 노조 또는 저소득층 의료 보장 제로를 통해 보장을 받을 수 있습니다.	귀하는 추가 보장을 별도로 **구입 또는 이용할 수 없습니다**.

오리지널 메디케어 대 메디케어 어드밴티지
(계속)

보장

오리지널(본래의) 메디케어	메디케어 어드벤티지 (Medicare Advantage)
오리지널 메디케어는 의료 서비스와 병원, 의사 사무실 및 기타 의료 치료 환경에서 필요한 서비스를 보장합니다.	플랜은 오리지널 메디케어가 보장하는 필요한 의료 서비스를 모두 보장해야 합니다. 대부분의 플랜은 **오리지널 메디케어가 보장하지 않는 혜택을 제공합니다**. 시력, 청각, 치과 및 그 외 것이 여기에 속합니다. 플랜은 현재 과거 보장되었던 해택보다 더 많이 보장합니다.
약 보장을 받고 싶다면 **별도 메디케어 처방전 약 플랜 (파트 D)**도 함께 가입할 수 있습니다.	**처방전 약 보장은 대부분의 플랜에 포함되어 있습니다.**
대부분 귀하는 보장을 받기 위해 미리 서비스나 공급품을 승인받을 필요가 없습니다.	일부 경우 귀하는 플랜의 보장을 받기 위해 미리 서비스나 공급품 승인을 받아야 합니다.

여행

오리지널(본래의) 메디케어	메디케어 어드벤티지 (Medicare Advantage)
오리지널 메디케어는 일반적으로 **미국 외 지역에서는 서비스를 보장하지 않습니다**. 귀하는 미국 외 지역에서 보장을 받고 싶다면 메디캡 정책을 구입할 수 있습니다.	플랜은 일반적으로 **미국 외 지역 서비스는 보장하지 않습니다**. 또한,플랜은 귀하 플랜의 네트워크 밖에서 받은 비응급상황 치료는 보장하지 않습니다.

메디케어 어드벤티지 플랜
개요

메디케어 어드밴티지 플랜은 무엇입니까?

메디케어 어드밴티지 플랜은 귀하의 메디케어 보장을 받는 다른 방법입니다. 메디케어 어드밴티지 플랜은 때로 "파트 C" 또는 "MA 플랜"으로 불리고, 메디케어에 의해 제공됩니다.-인증된 개인 회사는 메디케어가 정한 다음의 규칙을 따라야 합니다. 만약 귀하가 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하면, 귀하는 여전히 메디케어를 소유하지만 오리지널 메디케어가 아닌, 메디케어 어드밴티지 플랜을 통해 메디케어 파트 A(병원 보험), 파트 B(의료 보험)의 대부분을 보장받게 됩니다.

메디케어 어드밴티지 플랜은 어떻게 보장됩니까?

메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하면, 메디케어는 이 플랜을 제공하는 회사에 매달 귀하의 보장용으로 고정 금액을 지불합니다. 이 회사는 메디케어 보장 규칙을 따라야 합니다. 메디케어 어드밴티지 플랜은 메디케어와 연 단위로 계약을 맺고 있습니다. 플랜은 다음 가입 시작 전까지 변경사항에 대해 귀하에게 알려야 합니다.

만약 귀하가 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하면, 귀하는 오리지널 메디케어시 받았던 동일한 권리와 보호를 전부 받게 됩니다.

보장 내용

메디케어 어드밴티지 플랜은 파트 A와 파트 B 서비스 전부를 보장합니다. 하지만 만약 귀하가 메디케어 어드밴티지 플랜에 있다면, 오리지널 메디케어도 여전히 호스피스 치료, 일부 새로운 메디케어 혜택과 임상 연구용 일부 비용을 보장할 것입니다. 메디케어 어드밴티지 플랜의 모든 유형에서 귀하는 항상 응급 및 긴급 치료를 보장받습니다.

일부 메디케어 어드밴티지 플랜은 추가 보장을 제공합니다. 시력, 청력, 치과 및 기타 체력 및 건강 프로그램이 이에 속합니다. 플랜은 귀하가 메디케어 파트 A와 파트 B 보장 서비스의 본인 부담금에 대해 **연간 제한금**을 갖습니다. 귀하의 플랜 한도에 다다르면, 일 년 내내 파트 A와 파트 B 보장 서비스에 대해서 지불하지 않습니다.

보장 내용 (계속)

처방전 약 보장

대부분 메디케어 어드밴티지 플랜은 메디케어 처방전 약 보장(파트 D)를 함합니다. 약 보장이 포함되지 않은 일부 프랜 유형(메디케어 절약형 계정 플랜과 일부 본인 부담금 플랜과 같은), 귀하는 메디케어 처방전 약 플랜을 별도로 가입하실 수 있습니다.

주의: 만약 귀하가 약 보장이 제공되지 않은 플랜을 가지고 있고 메디케어 처방전 약 플랜이 없으신 경우, 만약 귀하가 메디케어 처방전 약 플랜 또는 약 보장이 있는 플랜을 추후에 가입하시려면 가입 연체 벌금을 지불하셔야 합니다. 파트 D 가입 연체 벌금에 대해 더 알아보시려면 Medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/part-d-late-enrollment-penalty를 방문하십시오.

비용은 얼마입니까?

매해 플랜은 보험료, 공제액과 서비스에 대한 금액을 정합니다. 플랜(메디케어가 아닌)은 귀하가 보장받는 서비스에 대한 금액을 정합니다. 플랜에 귀하가 지불해야 하는 금액은 일 년에 한 번, 1월 1일에 변경될 수도 있습니다.

귀하는 파트 B 보험료도 지불해야 합니다. 2019년 파트 B 표준 보험료는 $135.50 입니다. (또는 소득에 따라 더 많음) 사회 보장 연금을 받는 일부 고객은 덜 지불합니다.(평균 $130).

메디케어 어드밴티지 플랜의 귀하 개인 부담금을 계산시, 귀하 보험금, 공제액, 공동지불과 공동보험 추가에 있어, 다음의 사항도 고려해야 합니다:

- 귀하가 필요한 건강 보험 서비스 유형과 이용할 빈도수
- 배정수락을 한 의사 또는 공급 업체를 귀하가 방문할지 여부 수락은 귀하의 의사, 제공자 또는 공급업체가(또는 법에 의해 요구되는)가 메디케어가 보장되는 서비스의 전체 비용을 승인하는 것에 대해 받아들이는 것을 의미합니다.
- 플랜이 추가 보험금을 요구하는 추가 혜택을 제공하는 플랜인지 여부
- 귀하가 저소득층 의료 보장 제도가 있는지 또는 치료 비용 관련 귀하 주에서 도움을 받는지 여부

비용은 얼마입니까? (계속)

공제액, 공동보험과 공동부담금간의 차이점은 무엇입니까?

공제액-이것은 오리지널 메디케어, 처방약 플랜 또는 다른 보험이 지불하기 전에 의료 또는 처방에 대해 지불해야 하는 금액입니다.

공동보험-이것은 본인공제금을 지불한 후의 서비스에 대한 비용 분담금으로 지불해야 할 수 있는 금액입니다. 공동보험은 일반적으로 비율(예를 들어, 총 비용의 20%)로 나타냅니다.

공동부담금-의사의 방문진료, 병원 외래 진료, 또는 처방약과 같이 의료 서비스 또는 소모품에 대한 비용 분담금으로 지불해야 하는 금액. 공동부담금은 대개 비율이 아니라 정해진 금액입니다. 예를 들어, 의사의 방문진료 또는 처방에 대해 10달러 또는 20달러를 지불할 수 있습니다.

각 플랜당 지불액 세부사항

만약 귀하가 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하시면, 매해 귀하의 플랜에서 받으시는 이 알림사항을 검토하시기 바랍니다:

- **"연간 변경 알림사항" (ANOC).** 보장, 비용, 서비스 지역과 그 외 변경 사항을 포함하고 1월에 적용됩니다. 귀하 플랜은 9월 30일에 사본을 귀하에게 전송할 것입니다.
- **"보장 근거" (EOC).** 플랜이 보장하는 것, 내셔야할 금액과 기타 등등에 대한 상세 내역을 제공합니다. 귀하 플랜은 10월 15일까지 알림사항(또는 인쇄된 사본)을 귀하에게 전송할 것이며, 여기에는 보장 근거에 전자식으로 접속하는 방법 또는 인쇄된 사본 요청하는 방법에 대한 정보가 포함됩니다.

준비 결정

귀하는 만약 서비스, 약 또는 제공이 보장되는 확인하기 위해 플랜에서 사전에 결정을 받아 보실 수 있습니다. 귀하는 또한 내셔야할 금액도 알아보실 수 있습니다. **이를 "준비 결정"이라고 부릅니다.** 때로 귀하는 보장되는 서비스, 약 또는 제공 승인 이전에 이 단계를 거쳐야 합니다.

귀하, 귀하의 대리인 또는 귀하의 의사는 준비 결정을 요청할 수 있습니다. 귀하는 또한 귀하의 건강상 필요를 기반으로 빠른 결정 요청의 옵션을 사용하실 수 있습니다. 만약 귀하 플랜이 보장을 거부하면, 플랜은 서면으로 귀하에게 이를 알려야 하고 귀하는 이의를 제기할 권리가 있습니다.

만약 플랜이 네트워크 외부의 서비스 또는 제공자에게 귀하를 추천할 경우 사전에 준비 결정을 받을 수는 없습니다. **이를 "플랜 지시 치료"라고 부릅니다**. 대부분의 경우 귀하는 플랜에서 알려준 금액 이상을 지불하지 않게 됩니다. 이 보호 내용에 대해 더 많은 정보를 알고 싶으시면 귀하의 플랜을 확인하십시오.

누가 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입할 수 있습니까?

귀하는 다음의 경우 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입할 수 있습니다:

- 파트 A와 파트 B가 있는 경우
- 플랜 서비스 지역내에 거주하는 경우
- 미국 시민이거나 미국 국민 또는 미국내 합법적으로 거주하는 경우
- 14쪽에 설명된 예외를 제외하고 말기 신장질환(ESRD)가 없는 경우
- 주의: 특정 경우(만약 귀하가 이사 시), 귀하는 다른 때에 플랜에 가입, 변경 또는 탈퇴할 수 있습니다.

만약 다른 보장이 있는 경우는 어떻게 합니까?

메디케어 어드밴티지 플랜에 가입전 귀하의 고용주, 노조 또는 기타 혜택 관리자에게 그들 규정에 대해 물어 보십시오. 일부 경우, 만약 귀하가 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입해도 귀하는 여전히 메디케어 어드밴티지 플랜과 함께 귀하의 고용주 또는 노조가 제공하는 보장을 함께 받으실 수 있습니다. 다른 경우, 메디케어 어드밴티지 플랜 가입으로 인해 귀하, 귀하의 배우자와 자녀들에 해당되었던 귀하의 고용주 또는 노조 보장이 손실될 수 있습니다.

언제 메디케어 어드밴티지 플랜으로 가입, 변경 또는 탈퇴할 수 있습니까?

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

주의: 특정 경우 (만약 귀하가 이사 시), 귀하는 다른 때에 플랜에 가입, 변경 또는 탈퇴할 수 있습니다.

- **초기 등록 기간**— 귀하가 처음으로 메디케어 등록 자격이 되면, 초기 등록 기간 동안 가입하실 수 있습니다. 이는 귀하가 65세가 되기전 3개월에 시작하고 65세가 되는 달을 포함 그리고 65세가 된 달 이후 3개월인 7개월의 기간입니다.

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

  만약 귀하가 초기 등록 기간에서 65세가 되는 달 또는 마지막 3개월 동안 가입시, 귀하의 보장일은 지연됩니다.

- **일반 등록 기간**— 만약 귀하가 파트 A가 있고 일반 등록 기간(매년 1월 1일-3월 31일 사이)중 처음으로 파트 B를 받고자 하면, 귀하는 이때 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하실 수 있습니다. 귀하 보장은 1월 1일까지 시작되지 않을 수도 있습니다.

- **공개 등록 기간**— 10월 15일에서 12월 7일사이에 메디케어가 기존에 있던 고객은 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입, 변경 또는 탈퇴할 수 있습니다. 플랜이 12월 7일까지 귀하의 요청을 접수하는 한, 귀하의 보장은 1월 1일부터 시작됩니다.

언제 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입, 변경 또는 탈퇴할 수 있습니까? (계속)

12월 7일 이후 보장을 변경할 수 있나요?

1월 1일부터 3월 31일까지, 귀하는 **메디케어 어드밴티지 플랜 가입 기간 동안 변경을 할 수 있습니다:**

- 만약 귀하가 메디케어 어드밴티지 플랜(약 보장이 있거나 또는 없거나)이 있다면, 귀하는 다른 메디케어 어드밴티지 플랜(약 보장이 있거나 또는 없거나)으로 변경할 수 있습니다.
- 귀하는 메디케어 어드밴티지 플랜을 탈퇴하고 오리지널 메디케어로 돌아갈 수 있습니다. 또한 메디케어 처방전 약 플랜도 가입하실 수 있습니다.

이 기간동안 다음 사항을 귀하는 **할 수 없습니다:**

- 오리지널 메디케어에서 메디케어 어드밴티지 플랜으로 변경
- 만약 귀하가 오리지널 메디케어가 있는데 메디케어 처방전 약 플랜에 가입하려는 의도
- 오리지널 메디케어가 있는데 메디케어 처방전 약 프랜에서 다른 약 프랜으로 변경하려는 의도

귀하는 이 기간동안 오직 한 번만 변경할 수 있으며, 귀하가 한 변경 사항은 플랜이 귀하의 요청을 받아들인 후 그 달의 첫날부터 적용됩니다. 만약 오리지널 메디케어로 변경하고 약 플랜을 가입하면, 귀하는 탈퇴를 위해 귀하의 메디케어 어드밴티지 플랜에 연락할 필요가 없습니다. 탈퇴는 귀하가 약 플랜에 가입시 자동으로 일어납니다.

주의: 만약 귀하가 메디케어 어드밴티지 플랜을 귀하의 초기 등록 기간중 가입하면, 처음 3개월 동안 다른 메디케어 어드밴티지 플랜(약 보장 있고 또는 없고) 또는 오리지널 메디케어(약 보장 있고 또는 없고)으로 변경할 수 있습니다.

만약 기존에 질환이 있으면 어떻게 합니까?

특별 규정이 있는 말기 신장질환(ESRD)의 경우를 제외하고는 귀하는 기존에 질환이 있어도 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입할 수 있습니다. 14쪽의 "만약 말기 신장질환(ESRD)이 있으면 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입할 수 있나요?"를 참고하십시오.

어떻게 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입합니까?

메디케어 어드밴티지 플랜 전부가 같은 방식으로 적용되지는 않습니다. 가입전, 귀하는 지역의 메디케어 건강 플랜을 찾아 비교하고 Medicare.gov/plan-compare를 방문하십시오. 플랜 규정과 금액을 이해하시면, 다음의 방법중 하나로 가입하십시오:

어떻게 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하나요? (계속)

- Medicare.gov/plan-compare 에서 메디케어 플랜 파인더를 방문하고 플랜을 알아보기 위해 우편번호로 검색하십시오. 맞춤형 결과로 로그인 할 수도 있습니다. 만약 귀하가 특별 플랜 관련 질문이 있으시면, 플랜 연락 정보를 얻기 위해 "플랜 세부사항"을 선택하십시오.
- 등록 양식을 작성하십시오. 등록 양식을 플랜측에서 받으시고 작성 후 제출하십시오. 모든 플랜은 이 옵션을 제공해야 합니다.
- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화주십시오. TTY(전신타자기) 사용자는 1-877-486-2048로 전화하실 수 있습니다.

메디케어 어드밴티지 플랜에 가입시, 귀하는 귀하의 메디케어 카드의 정보를 제공해야 합니다:

- 귀하의 메디케어 넘버
- 파트 A와/또는 파트 B 보장이 시작된 날짜

기억하실 사항은 귀하가 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입시, 대부분의 경우 메디케어 보장 서비스를 받기 위해 **귀하의 메디케어 어드밴티지 플랜 카드를 사용해야 합니다**. 일부 서비스의 경우, 귀하는 귀하의 빨간색, 하얀색과 파란색 메디케어 카드를 보여주어야 합니다.

만약 말기 정신 질환(ESRD)가 있어도 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입할 수 있습니까?

주의: 2021년부터 말기 신장질환이 있는 고객도 이런 제한없이 메디케어 어드밴티지 프랜에 가입하실 수 있습니다.

만약 말기 신장질환(ESRD)이 있으면, 특정 경우에서만 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하실 수 있습니다:

- 말기 신장질환이 생겼을 시 이미 메디케어 어드밴티지 플랜이 있으셨던 경우, 귀하는 플랜을 유지하거나 또는 같은 회사에서 제공하는 다른 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하실 수 있습니다.
- 만약 귀하가 메디케어 어드밴티지 플랜을 소유하고 플랜이 메디케어와 계약을 끊거나 귀하 지역에 더이상 보장을 제공하지 않을시, 귀하는 다른 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하실 수 있는 한 번의 기회가 있습니다.
- 만약 귀하가 고용주 또는 조합 건강 플랜 또는 하나 이상의 메디케어 어드밴티지 플랜을 제공하는 회사를 통해 받는 기타 건강 보장이 있는 경우, 귀하는 회사의 메디케어 어드밴티지 플랜 중 하나에 가입할 수 있습니다.
- 만약 귀하의 건강 상태가 더이상 말기 신장질환(ESRD)이 아닌 경우(예를 들어, 성공적인 신장 이식), 귀하는 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하실 수 있습니다.
- 귀하가 말기 신장질환(ESRD)이 있는 사람을 보장해 주는 메디케어 특수 요구 사항 플랜(SNP)에 가입하실 수 있습니다. 단, 이것이 귀하 지역에 이용 가능시에만 적용됩니다.

더 많은 정보는, Medicare.gov/Publications을 방문해, "메디케어 신장 투석 & 신장 이식 서비스" 책자를 보십시오.

메디케어 어드밴티지 플랜 유형

메디케어 어드밴티지 플랜에는 다른 유형이 있습니다.

- 건강 관리 기관(HMO) 플랜: 15 -16페이지 참조.
- 특약 의료 기구(PPO) 플랜: 17페이지 참조.
- 본인 부담 (PFFS) 플랜: 18 -19페이지 참조.
- 특수 요구 사항 (SNP) 플랜: 20 -21페이지 참조.
- 의료 절약 계정 (MSA) 플랜: 22 -23페이지 참조.

귀하의 거주 지역인 다음 유형을 모두, 일부 이용 가능하거나 어떤것도 이용 가능하지 못할 수도 있습니다. 추가로, 만약 사기업이 서비스를 제공을 선택한다면, 귀하 지역에서 같은 유형내의 다수의 플랜을 이용 가능할 수도 있습니다. 귀하가 이용할 수 있는 메디케어 어드밴티지 플랜을 알아 보시려면, Medicare.gov/plan-compare를 방문하십시오.

건강 관리 기관(HMO) 플랜

건강 관리 기관 (HMO) 플랜은 응급 또는 긴급 치료 상황을 제외하고 보통 플랜 네트워크 내의 의사, 전문가 또는 병원의 치료 보장을 제공하는 메디케어 어드밴티지 플랜의 한 유형입니다. 네트워크는 의사, 병원과 의료 시설의 그룹으로 서비스 제공을 위해 플랜과 연락합니다. 대부분 HMO는 또한 특별 치료를 위해 귀하의 주치의로부터 추천을 필요로 합니다.

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

HMO 플랜으로 귀하는 일반적으로 플랜 네트워크안의 아무 의사 또는 병원에서 치료와 서비스를 받을 수 있습니다.(응급 치료, 지역외 응급 치료 또는 지역외 투석은 예외).

메디케어 어드밴티지 플랜 유형(계속)

건강 관리 기관 (HMO) 플랜 (계속)

귀하는 플랜 네트워크 내 의사를 방문하고 의료 시설을 이용시 비용을 덜 내게 됩니다. 만약 플랜 네트워크 이외 지역에서 치료를 받으면, 전 금액을 내야 합니다. 필요시 특정 서비스를 위한 사전에 승인을 받는 것과 같이 플랜 규정을 따르는 것은 중요합니다. 대부분의 경우 귀하는 주치의를 선택해야 합니다. 매년하는 유방 촬영검사와 같은 일부 서비스는 추천서가 필요 없습니다. 귀하의 주치의 또는 기타 의료 제공자가 플랜의 네트워크를 떠날 시, 플랜은 귀하에게 통지할 것입니다. 귀하는 플랜 네트워크 내의 다른 의사를 선택해야 할 지도 모릅니다.

HMO, 서비스 지정(HMOPOS) 플랜은 HMO 플랜으로 **더 비싼 공동 부담 또는 공동 보험용으로 네트워크 이외 지역에서 귀하가 일부 서비스를 받게 해 줍니다**. 필요시 특정 서비스를 위한 사전에 승인을 받는 것과 같이 플랜 규정을 따르는 것은 중요합니다.

플랜에서 POS 부분은 별도 공제액이 있습니다. HMO를 통해 네트워크 내에서 귀하가 치료를 받는 경우, POS를 통해 네트워크 밖에서 치료를 받는 것보다 공제액이 다릅니다. 귀하는 두 개의 공제액을 별도로 접근해야 합니다.

처방전 약도 보장되나요?

대부분의 경우, 처방전 약은 메디케어 HMO 플랜으로 보장됩니다. 만약 약 보장을 원한다면, 귀하는 처방전 약 보장이 포함된 HMO 플랜에 가입해야 합니다. 처방전 약 보장이 포함되지 않은 HMO 에 가입하면, 귀하는 별도의 처방전 약 포장(파트 D)에 가입할 수 없습니다.

메디케어 어드밴티지 플랜 유형(계속)

특약 의료 기구(PPO) 플랜

특약 의료 기구(PPO) 플랜은 메디케어 어드밴티지 플랜으로, 귀하가 갈 수 있는 주치의, 전문가와 병원의 네트워크를 제공합니다. 귀하는 또한 플랜 목록(네트워크 이외 지역)에 없는 의사, 전문가 또는 병원도 갈 수 있습니다. 하지만 보통은 비용이 더 듭니다. 왜냐하면 일부 제공자들은 "특약"(이름에서 알 수 있듯이)있기에, 귀하는 비용이 더 들 수 있습니다.

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

대부분의 경우, 귀하는 PPO 플랜에 따라 의사, 치료 제공자 또는 병원에서 치료를 받을 수 있습니다.

PPO 플랜은 네트워크 의사, 기타 치료 제공자와 병원이 있습니다. 각 플랜은 귀하에게 플랜 목록 목록에 없는 의사, 전문가 또는 병원을 선택할 수 있게 합니다. 하지만 보통은 네트워크 제공자로 부터 치료를 받는 것이 비용이 덜 듭니다.

추천서 없이 전문가의 치료를 받거나 다른 의사로부터 사전 승인 없이 치료를 받을 수 있습니다. 만약 귀하가 플랜 전문가를 이용하면, 보장 서비스 비용은 비 플랜 전문가 이용시보다 낮습니다.

처방전 약도 보장되나요?

대부분의 경우, 처방전 약은 PPO 플랜으로 보장됩니다. 만약 귀하가 메디케어 약 보장을 원하시면, 처방전 약 보장이 포함된 PPO 플랜에 가입하셔야 합니다. 처방전 약 보장이 포함되지 않은 PPO 플랜에 가입하시면, 별도로 메디케어 처방전 약 보장에 가입하실 수 없습니다(파트 D).

메디케어 어드밴티지 플랜 유형(계속)

본인 부담(PFFS) 플랜

본인 부담(PFFS) 플랜은 개인 건강 보험 회사가 제공하는 메디케어 어드밴티지 플랜의 한 종류입니다. PFFS 은 오리지널 메디케어 또는 메디케어 지원(메디캡)과 같지 않습니다.

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

귀하는 귀하에게 해당되는 플랜 지불 약정과 동의를 받아들기만 한다면, 메디케어가 승인한 의사, 기타 치료 제공자 또는 병원을 갈 수 있습니다. 네트워크가 있는 PFFS 플랜에 가입시, 귀하는 또한 플랜 멤버를 치료하기 동의한 네트워크 제공자의 누구라도 방문할 수 있습니다. 또한 네트워크 이외 지역이자 플랜 약정에 동의한 의사, 병원 또는 기타 제공자도 볼 수 있지만 비용이 더 들 수 있습니다.

서비스를 받기 전, 병원에 플랜에 연락하여 지불 정보와 플랜 지불 약정에 동의하는지를 귀하의 의사 또는 병원에 문의하십시오. 만약 응급 치료가 필요시, 제공자가 플랜 지불에 동의 여부에 따라 보장됩니다.

만약 귀하의 제공자가 플랜의 지불 약정에 동의하는 경우

제공자는 지불에 대한 플랜 약정을 따르고 그들이 귀하에게 제공한 서비스를 플랜에 청구해야 합니다. 하지만, 제공자는 플랜에 동의하고 귀하의 치료에 동의하는지 매 방문시마다 결정할 수 있습니다.

메디케어 어드밴티지 플랜 유형(계속)

개인 부담(PFFS) 플랜 (계속)

만약 귀하의 제공자가 플랜의 지불 약정에 동의하지 않는 경우

제공자는 응급 상황을 제외하고는 귀하에게 서비스를 제공해서는 안되고 귀하는 PFFS 플랜에 동의하는 다른 제공자를 찾아야 합니다.

만약 제공자가 귀하를 치료한다면, 그들은 귀하에게 청구할 수 없습니다. 그들은 귀하가 보장받는 치료 서비스를 플랜에 청구해야 합니다. 귀하는 오직 귀하가 받은 서비스 유형에 따라 플랜이 허용하는 공동 부담 또는 공동 보험을 지불할 의무만 있습니다. 귀하는 만약 플랜이 제공자에게 잔액 청구서"를 허용한다면, "추가 금액(최대 15%까지)을 지불해야 합니다. (제공자가 제공자의 처치 비용과 허락된 비용간의 차액을 귀하에게 청구시).

처방전 약도 보장되나요?

처방전 약은 PFFS 플랜에 따라 보장됩니다. 만약 귀하가 메디케어 처방전 약 보장을 원하고 플랜으로 이것이 제공된다면, 귀하는 그 플랜에서 귀하의 메디케어 처방전 약 보장을 받아야 합니다.

만약 PFFS 플랜이 약 보장을 제공하지 않으면, 귀하는 보장 받기 위해 별도의 메디케어 처방전 약 보장에 가입해야 합니다(파트 D).

메디케어 어드밴티지 플랜 유형(계속)

특별 요구 사항 플랜(SNP)

특별 요구 사항 플랜(SNP)은 특별한 병, 특정 치료가 필요 또는 한정된 수익이 있는 사람에게 혜택과 서비스를 제공합니다. SNP는 그 혜택을 조정하고 그들이 제공하는 그룹의 특별 필요를 최대로 부합하기 위해 선택, 약 조제법을 제공합니다.

SNP는 모든 메디케어 어드밴티지 플랜이 보장하는 메디케어 서비스를 동일하게 보장합니다. 메디케어 SNP는 또한 그들의 특별 그룹에 맞춰 특별 서비스를 보장할 수도 있습니다. 예를 들어, 만약 귀하가 암 또는 만성 심부전과 같은 심각하고 또는 만성 질환이 있고 병원에 있어야 하면, SNP는 병원내 추가 일수를 보장합니다.

만약 귀하가 플랜 서비스 지역에 거주하고 다음의 필요사항 중 하나를 만족 시키면, SNP에 자격이 됩니다:

- 귀하는 다음 질환 중 하나 이상과 같은 만성 질병이 있습니다 (또는 **만성 질환 SNP** 또는 **C-SNP로 불림**):
  - 만성 알코올 중독 및 기타 의존성
  - 자가 면역 장애
  - 암(조기 암 진단 상태 제외)
  - 심혈관 질환
  - 만성 심부전
  - 치매
  - 진성 당뇨병
  - 말기 간 질환
  - 투석이 필요한 말기 신장질환(ESRD)(모든 투석 유형)
  - 심각한 혈액학적 질환
  - 에이즈
  - 만성 폐 질환
  - 만성 및 정신 건강 장애
  - 신경계 장애
  - 뇌졸중

메디케어 어드밴티지 플랜 유형(계속)

특별 요구 사항 플랜(SNP) (계속)

- 귀하가 기관(양로원 같은)에 거주하거나 집에서 간호를 받는 경우(**또한 기관 SNP** 또는 **I-SNP로 불림**)
- 귀하가 메디케어와 저소득층 의료 보장 제도, 둘 다 소지한 경우(또한 **이중 자격 SNP** 또는 **D-SNP로 불림**).

각 SNP는 구성원 중 하나를 이 그룹 중 하나 또는 이 그룹 중 하나의 하위 집단으로 제외합니다. 귀하는 플랜이 제공하는 특별 질명 상태에 계속해서 부합될 때만 SNP 가입을 유지할 수 있습니다.

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

일반적으로 귀하는 플랜 네트워크 내의 의사, 기타 치료 제공자 또는 병원에서 치료와 서비스를 받아야 합니다(응급 치료, 지역 외 긴급 치료 또는 지역외 투석 제외).

대부분의 경우, SNP는 귀하가 주치의가 있길 요구하거나 플랜이 귀하의 건강을 도와줄 건강 도우미를 요구할 수 있습니다. 건강 도우미는 정확한 치료와 정보를 제공할 수 있는 사람이어야 합니다. 예를 들어, 당뇨가 있는 사람의 경우 SNP는 환자의 혈당과 식단 체크를 하는데 도움을 주는 건강 도우미를 이용할 것입니다.

SNP는 멤버에게 영향을 미치는 질병 또는 상태에 맞는 전문가를 구비하고 있습니다. 일반적으로 귀하는 플랜의 네트워크 내의 의사 또는 병원에서 치료와 서비스를 받아야 하지만, 예외는 다음과 같습니다:

- 귀하가 응급 또는 긴급 치료가 필요시, 갑자기 아프거나 당장 치료가 필요한 사고를 당했을 시가 이에 해당됩니다.
- 귀하가 말기 신장질환(ESRD)아 있고 지역외 투석이 필요한 경우

처방전 약도 보장되나요?

모든 SNP는 메디케어 처방전 약 보장을 제공해야 합니다 (파트 D).

메디케어 어드밴티지 플랜 유형(계속)

의료 절약 계정 플랜

의료 절약 계정(MSA) 플랜은 귀하가 치료 비용을 지불시 의료 절약 계정과 함께 높은 공제액 보험 플랜을 결합한 것입니다.

1. **높은 공제액 건강 플랜:** MSA 플랜의 첫 번째 파트는 높은 공제액 메디케어 어드밴티지 플랜의 특별한 유형입니다. 플랜은 오직 플랜에 따라 변경되는 연별로 높은 공제액을 만족시에만 귀하의 금액을 보장하기 시작합니다.
2. **의료 절약 계정(MSA)** MSA의 플랜의 두 번째 파트는 절약 계정의 특별한 유형입니다. MSA 플랜은 귀하의 계정에 돈을 입금합니다. 귀하는 공제 요건에 부합되기 전 계정에서 치료 비용 지불을 위해 돈을 사용할 수 있습니다.

추가로 모든 MSA 플랜이 보장해야 하는 메디케어 파트 A와 파트 B 서비스와 일부 MSA 플랜은 다음과 같은 추가 비용에 대한 추가 혜택을 보장합니다:

- 치과
- 시력
- 메디케어가 보장할 수 없는 장기 치료

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

MSA 플랜으로 귀하는 치료 서비스와 제공자를 선택할 수 있습니다.

처방전 약도 보장되나요?

MSA 플랜에 가입하면, 귀하는 약 보장을 받기 위해 메디케어 처방전 약 플랜 (파트 D)에 가입해야 합니다.

하지만, 만약 귀하가 MSA 에 가입했고 이미 약 보장이 되는 메디갭 정책(2006년 1월 1일 전 판매된 일부 정책은 약 보장이 포함)이 있다면, 귀하는 일부 약값 지불에 이 보장을 계속해서 사용할 수 있습니다.

귀하가 원하는 MSA 플랜을 결정하면, 귀하는 등록 정보과 가입을 위해 플랜에 연락해야 합니다. 가입하면, 플랜은 플랜이 지정한 은행에서 계좌 개설 방법을 귀하에게 알려 줄 것입니다. 귀하는 플랜이 귀하의 등록을 처리전 이 계정을 개설해야 합니다. 보장이 시작되는지 알려주는 편지를 받은 후:

메디케어 어드밴티지 플랜 유형(계속)

의료 절약 계정 플랜(계속)

1. 메디케어는 귀하의 치료용으로 매년 일정 금액의 돈을 플랜에 줍니다.
2. 플랜은 귀하를 대신해 귀하 계정에 돈을 입금합니다. 귀하는 귀하 사비를 입금할 수 없습니다.
3. 귀하는 메디케어로 보장받지 못하는 치료 비용을 포함하여 계정에 있는 돈으로 치료비를 낼 수 있습니다. 메디케어가 보장하는 파트 A와 파트 B 서비스용 계정 돈을 귀하가 사용시, 플랜의 공제액에 포함됩니다.
4. 만약 귀하 계정을 돈을 모두 사용하고 추가 치료 비용이 남은 경우, 귀하는 귀하의 플랜 공제액에 다다를 때까지, 메디케어가 보장하는 서비스를 본인 부담으로 지불해야 합니다.
5. 공제액이 만족되기 전에 서비스를 본인 부담금으로 지불하는 동안, 의사와 기타 제공자는 메디케어가 승인한 금액 이상을 귀하에게 청구할 수 없습니다.
6. 귀하 공제액에 도달하면, 귀하의 플랜은 메디케어에서 보장하는 서비스를 보장합니다.
7. 연말 귀하 계정에 남은 돈은 다음해 치료비용으로 사용될 수 있습니다. 만약 귀하가 다음해에도 같은 MSA 플랜을 유지한다면, 남은 금액에 새로운 입금이 더해집니다.

MSA 플랜과 세금

만약 귀하가 귀하 계정의 자금을 사용하면 귀하는 세금 신고시 귀하 계정의 돈을 어떻게 사용했는지 에 대한 정보와 국세청 양식 8853을 포함해야 합니다.

매년, 귀하는 귀하 계정에서 출금 내역이 포함된 것을 증명하는 1099-SA 양식을 은행에서 받아야 합니다. 귀하는 적어도 이 금액이 적어도 적격한 의료 비용임을 보여야 하며 그렇지 않으면 세금과 추가 벌금을 내야 할 수도 있습니다.

적격한 의료 비용과 기타 세금 정보 관련 서비스와 상품 목록은 irs.gov/forms-pubs/about-publication-969를 방문하셔서 세금 양식 8853에 대한 정보를 얻기 원한다면 신청하려는 해당 연도의 국세청 발행물 #969의 무료 사본을 받으십시오.

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

메디케어 어드밴티지 플랜 나란히 비교하기

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

	HMO	PPO	PFFS	SNP	MSA
보험료 **보험료를 매달 내야 하나요?**	예 파트 B 보험료 외에 보험료를 청구할 수 있나요?	예 파트 B 보험료 외에 보험료를 청구할 수 있나요?	예 파트 B 보험료 외에 보험료를 청구할 수 있나요?	예 파트 B 보험료 외에 보험료를 청구할 수 있나요?	아니오 귀하는 매달 보험료를 내지 않아도 되지만 파트 B 보험료는 매달 계속해서 내야 합니다.
약 **플랜은 메디케어 처방전 약 보장을 합니까?**	보통은 합니다. 만약 귀하가 약 보장을 제공하지 않는 HMO 에 가입하면, 귀하는 별도로 메디케어 처방전 약 플랜을 받을 수 없습니다.	보통은 합니다. 만약 귀하가 약 보장을 제공하지 않는 PPO에 가입하면, 귀하는 별도로 메디케어 처방전 약 플랜을 받을 수 없습니다.	보통은 합니다. 만약 귀하가 약 보장을 제공하지 않는 PFFS 에 가입하면, 귀하는 별도로 메디케어 처방전 약 플랜을 받을 수 있습니다.	예 모든 SNP는 메디케어 처방전 약 보장을 제공해야 합니다.	아니오 귀하는 메디케어 처방전 약 플랜에 가입해야 합니다. 약 보장이 되는 메디갭 정책이 이미 있으시면, 귀하는 일부 약값 지불에 이 보장을 계속해서 사용할 수 있습니다.
제공자 **보장 서비스를 받고자 메디케어가 승인한 의사 또는 병원을 이용할 수 있습니까?**	아마 그럴 것입니다. 귀하는 일반적으로 플랜의 네트워크 내의 의사, 기타 치료 제공자 또는 병원에서 치료 및 서비스를 받아야 합니다(응급 또는 지역외 투석 제외) HMOPOS 에 따라 귀하는 **일부** 지역외 서비스를 받을 수 있지만 공동 부담 또는 공동보험료가 높습니다.	예 각 플랜은 귀하가 갈 수 있는 의사, 병원과 기타 제공자 네트워크가 있습니다. 귀하는 지역외 플랜 제공자 네크워크를 방문할 수 있으나 비용이 더 들 수 있습니다.	예 귀하는 **플랜 지불 약정과 귀하 치료를 동의한** 메디케어에서 승인한 의사, 기타 치료 제공자 또는 병원에 갈 수 있습니다. 만약 플랜이 네트워크가 있다면, 귀하는 네트워크 제공자 중 누구든 방문할 수 있습니다(만약 지역외 네트워크 제공자이고 플랜 약정에 동의하지 않는 제공자를 방문시, 더 많이 지불해야 할 수도 있습니다).	아니오 일반적으로, 귀하는 SNP 네트워크 내의 의사 또는 병원에서 치료와 서비스를 받아야 합니다(응급 또는 긴급 치료 또는 귀하가 말기 신장질환으로 지역외 투석을 받아야 하는 경우 제외).	예 귀하는 치료 서비스와 제공자 선택의 융통성을 가집니다.
추천서 **전문가를 보기 위해 주치의의 추천서가 필요합니까?**	예	아니오	아마 그럴 것입니다. 플랜은 다를 수 있습니다.	아마 그럴 것입니다.	아니오

메디케어 추가 보험(메디캡) 정책이 있다면 어떻게 합니까?

메디갭 정책은 메디케어 어드밴티지 플랜과 함께 작용하지 않습니다. 만약 귀하가 메디갭 정책이 있고 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입했다면, 귀하의 메디갭 정책을 중단할 수 있습니다. 귀하는 귀하의 메디케어 어드밴티지 플랜 공동 부담, 공제액과 보험료 지급을 위해 귀하의 메디갭 정책을 사용할 수 없습니다.

만약 귀하의 메디갭 정책을 취소하기 원한다면, 정책을 제공한 보험 회사에 연락하십시오. **만약 메디갭 정책을 취소하면, 같은 정책을 유지할 수 없거나 또는 어떤 경우에는 메디갭 정책으로 돌아갈 수 없을 수도 있습니다.** 만약 귀하가 메디케어 어드밴티지 플랜이 이미 있다면, 비록 귀하가 오리지널 메디케어로 변경했다고 해서 메디갭 정책을 다른이에게 판매하는 것을 불법입니다.

만약 귀하가 메디케어 어드밴티지 플랜에 처음 가입하고 플랜이 귀하에게 맞지 않다고 결정하면, 귀하는 메디갭 정책을 살 수 있는 특별한 권리("시행 권리"로 불림)를 갖게 됩니다. 만약 귀하가 가입후 12개월 안해 오리지널 메디케어로 변경한다면 이 권리를 소유할 수 있습니다.

- 만약 귀하가 가입전 메디캡 정책을 소유하고 있었다면, 귀하는 만약 회사가 이를 판다고 해도 같은 정책으로 받으실 수 있습니다. 이를 이용할 수 없다면, 귀하는 다른 메디갭 정책을 구입하실 수 있습니다.
- 메디갭 정책은 비록 이전에 처방전 약 보장을 받았다 하더라고 더이상 보장하지 않습니다. 하지만 귀하는 메디케어 처방전 약 플랜에 가입하실 수는 있습니다.
- 만약 귀하가 처음 메디케어 자격이 되었을 때 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하셨다면, 귀하는 귀하 주에서 이용가능한 메디갭 정책에서 선택할 수 있습니다.

2020년 1월 1일에 시작, 메디케어에 새롭게 가입한 사람에게 판매된 메디갭은 파트 B 공제액을 보장을 허용하지 않을 것입니다. 이로 인해, 2020년 1월 1일 이후 플랜 C와 F는 새롭게 메디케어에 등록이 가능한 사람들이 사용할 수 없습니다. 만약 귀하가 이미 이 2개 플랜중 하나를 소유하고 있거나(또는 플랜 F의 높은 공제액 버전) 2020년 1월 1일 이전 이들 플랜 중 하나로 보장 받고 있다면, 귀하의 플랜을 유지 할 수 있습니다. 귀하가 2020년 1월 이전에 메디케어에 자격이 있으셨지만, 아직 등록을 안 하신 경우, 이 플랜중 하나를 구매하실 수 있습니다.

어디서 정보를 더 받을 수 있습니까?

- **메디케어 플랜 파인더**

  메디케어 플랜 파인더는 귀하가 이용 가능한 약과 건강 플랜 선택을 보고 비교할 수 있도록 돕는 온라인 리소스입니다. 귀하 지역에서 이용가능한 플랜을 찾고 비교해 보려면, Medicare.gov/plan-compare를 통해 메디케어 플랜 파인더를 방문해, 우편 번호로 검색하십시오. 또한 맞춤형 결과가 필요하시면 MyMedicare.gov 방문, 귀하 계정으로 로그인 하실수 있습니다.

- **1-800-MEDICARE**

  메디케어 콜 센터는 청구, 불만 사항, 의료 기록, 비용과 기타에 관한 특정 질문에 답해 드립니다. 전화: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY(전신타자기) 사용자는 1-877-486-2048로 전화하실 수 있습니다.

- **SHIP(주 건강 보험 지원 프로그램)**

  SHIP은 주 프로그램으로 연방 정부로 부터 지원을 받아 메디케어 가입자에게 무료로 지역 건강 보험 카운셀링을 제공합니다. SHIP은 어떤 보험 회사 또는 건강 플랜과 연관되어 있지 않습니다. SHIP 자원봉사자는 다음의 메디케어 질문 또는 문의사항을 도울 수 있습니다:

  - 귀하의 메디케어 권리
  - 지불상 어려움
  - 귀하의 치료 또는 처치 관련 불만 사항
  - 플랜 선택
  - 메디케어가 다른 보험과 어떻게 작용되는지
  - 치료 비용 지불에 대한 도움 찾기

  해당 주에서 필요한 전화번호를 알아내시려면 shiptacenter.org를 참조하시거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 문의하십시오. TTY(전신타자기) 사용자는 1-877-486-2048로 전화하실 수 있습니다.

- **메디케어 어드벤티지란**

  귀하가 관심이 있는 플랜에 연락하시어 금액과 보장에 대한 세부 정보를 받으십시오.

CMC 이용 가능한 커뮤니케이션

장애가 있는 사람들이 우리의 서비스, 활동, 프로그램, 기타 혜택에 참여할 수 있는 동등한 기회를 가질 수 있도록 하기 위해, 우리는 접근 가능한 형태의 의사소통 수단을 제공합니다. 메디케어 & 저소득층 의료 보장 제도 센터는 점자, 큰 활자, 데이터/오디오 CD, 릴레이 서비스, TTY 통신장치로 된 출판물, 문서, 의사소통 방법 등의 보조 지원 및 서비스를 제공합니다. 만약 귀하가 CMS에 이용 가능한 양식으로 정보를 요청시, 귀하는 이를 증명하기 위한 추가적으로 필요한 시간에 의해 불이익을 당하지 않습니다. 이는 귀하의 요청 관료가 지연시 행동을 취할 추가 시간을 귀하가 가지게 됨을 의미합니다.

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

1. **전화:**
   메디케어: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
   TTY: 1-877-486-2048
2. **이메일 주소:** altformatrequest@cms.hhs.gov.
3. **팩스 번호:** 1-844-530-3676
4. **편지 수신자:**

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

귀하가 요청시 귀하의 이름, 전화 번호, 필요한 정보 유형(알고 있는 경우)와 받을 주소를 포함하셔야 합니다. 저희 쪽에서 추가 정보를 위해 귀하에게 연락을 할 수도 있습니다.

주의: 메디케어 어드밴티지 플랜이나 처방전 플랜에 가입되어 있을 경우, 해당 플랜에 연락하여 이용 가능한 형태의 문서를 요청하실 수도 있습니다. 저소득층 의료 보장 제도에 관련해서는 주 또는 지역 사무소에 연락하십시오.

비차별 고지

CMS는, CMS가 직접 수행하든, CMS가 계약자나 다른 주체를 통하여 CMS 프로그램 및 활동을 수행하도록 하고 있든, 그러한 프로그램 및 활동에의 등록이나 참여, 서비스의 수혜 등과 관련하여, 인종, 피부색, 출신국, 장애여부, 성별, 연령 등을 기준으로 하여 배제하거나 혜택 부여를 부인하거나 다른 방법으로 차별하지 않습니다.

만약 귀하가 사용할 수 있는 정보 양식을 얻는데 우려 사항이 있다면 이 알림에 포함된 어떤 방식으로든 CMS 로 연락주십시오.

귀하는 또한 메디케어 어드밴티지 플랜, 메디케어 처방전 약 플랜. 주 또는 지역 메디케어 사무실 또는 거래소 승인 건강 플랜으로 부터 사용할 수 있는 양식에서 정보를 얻는데 어려움을 겪는 경우를 포함하여 프로그램 또는 활동 관련 CMS 에서 차별을 당했다고 생각되면 불만을 제기할 수 있습니다. 다음 3가지 방식으로 미국 보건 사회복지부, 민원에 불만을 제기할 수 있습니다:

1. hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html **에서 온라인으로.**
2. **전화 이용:** 1-800-368-1019 TTY(전신타자기) 사용자는 1-800-537-7697로 전화하실 수 있습니다.
3. **서면으로:** 귀하의 불만사항을 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

알림

알림

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

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

공식 업무용
사적인 이용에 대한 벌금 $300

CMS Product No. 12026-Korean
September 2019

Understanding Medicare Advantage Plans

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

CMS
CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES