



메디케어와 가입자 2025

미국 정부 공식 메디케어 안내서



Medicare

신규 및 중요 사항



전반적인 건강과 웰니스 관리에 도움이 되도록 올해 메디케어 부문에서 새로워진 사항을 확인해 보세요.

처방약 비용 절감

Biden 대통령의 새로운 처방약법으로 2025년에 연간 본인 부담 약품 비용이 \$2,000로 제한됩니다. 메디케어 약품 보장(파트 D)이 있고 본인의 약품 비용이 이 한도에 도달할 만큼 높은 경우, 남은 연도 동안 파트 D 약품에 대한 기본분담금(copayment)이나 공동보험금(coinsurance)을 지불할 필요가 없습니다. 2025년부터 약품 비용을 연중 월 지불액으로 분할 납부할 수도 있습니다. 83페이지 참조.

정신건강 및 웰빙 관리

메디케어는 특정 지역의 집중 외래환자 프로그램 서비스, 결혼 및 가족 치료사, 정신건강 상담사 제공 서비스 등 정신건강 진료를 확대 보장합니다(46페이지). 연간 “웰니스” 방문 중에 담당 의료제공자는 건강 위험 평가를 통해 환자의 사회적 필요 사항을 충분히 이해하고 적절한 서비스 및 지원을 의뢰할 수도 있습니다(55페이지).

간병인을 위한 추가 리소스

메디케어는 간병인의 효과적인 돌봄 제공에 도움이 되는 교육(33페이지)과 호스피스 간호로 가족을 돌보는 경우 교대(27페이지)와 같은 추가 간병인 지원을 보장합니다. 또한 일부 치매 환자와 그 간병인은 새로운 시범 프로그램을 통해 별도의 지원을 받을 수도 있습니다(35페이지).

우편 서비스 건강 혜택 프로그램

2025년 1월 1일부터 미 우정국(U.S. Postal Service) 직원, 은퇴자와 그 가족은 연방 직원 건강 혜택(Federal Employee Health Benefits) 프로그램 대신 새로운 혜택 프로그램을 통해 보장을 받게 됩니다. 89페이지 참조.

원격진료보장 변경 사항

2024년 12월 31일까지 환자의 집을 포함하여 미국 내 어느 곳에서나 원격진료 서비스를 받을 수 있습니다. 이 기간 이후, 대부분의 원격진료 서비스를 받으시려면 농촌 지역의 진료소나 의료 시설에 계셔야 합니다. 단, 여전히 거주지에 관계없이 집에서 특정 원격진료 서비스(예: 정신건강 및 행동건강)를 받으실 수 있습니다. 51페이지 참조.

차례

신규 및 중요 사항.....	2
주제 색인.....	4
메디케어 구성 방식.....	9
메디케어 옵션.....	10
개요: 오리지널 메디케어 대 메디케어 어드밴티지 플랜.....	11
메디케어로 시작하기.....	13
적합한 보장을 찾는 데 도움 받기.....	14
섹션 1: 메디케어 가입.....	15
섹션 2: 메디케어 보장 사항 확인.....	25
섹션 3: 오리지널 메디케어.....	57
섹션 4: 메디케어 어드밴티지 플랜 및 기타 옵션.....	61
섹션 5: 메디케어 보충보험 (메디갭).....	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?

124~126페이지 참조.

기호 설명

해당 기호를 찾으면 메디케어 보장 옵션을 이해하는 데 도움이 됩니다.



비교: 오리지널 메디케어와 메디케어 어드밴티지 플랜의 주요 특징 차이 설명

중요!

중요: 검토할 중요한 정보를 강조 표시.

신규!

신규: 새로운 사실 강조



비용과 보장내용: 서비스 비용 및 보장 내용 정보를 제공합니다.



찾아보기: [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)에서 중요 정보를 찾는 데 도움



예방적 서비스: 예방적 서비스에 대한 상세 정보 제공



10~14페이지에서 메디케어 옵션 검토.

주제 색인

A

복부대동맥류 30
접근 가능한 소통 124
책임의료기관 (Accountable Care Organization, ACO) 29, 74, 103, **110-111**, 119
침술 **30**, 87
비급여 사전 수혜자 통지 101
사전의료계획 30-31, 35, 54
알코올 남용 검사 및 상담 31
구급차 서비스 31, 53
외래 수술 센터 31
근위축성 측색 경화증 (ALS) 15
이의신청 28, 66, 87, **97-101**, 108, 112
의지 49
책정금 29-33, 35, 43, 45, 47, 48, 54-55, 58, **59-60**, 65, 119

B

균형 검사 42
바름 관장 35
행동 건강 통합 서비스 **32**, 87
수혜자 및 가족 중심 진료 - 품질 개선 기관 100, **112**
혜택 기간 27, 29, **119**
혜택 조정 **21-22**, 89-90, 112
청구서 23-24, 58-59, 82, 89, 99, 105
혈액 **26**, 32-33, 35-36, 38-39, 43, 44, 76
혈액기반 생체표지자 테스트 36
보조기(팔, 다리, 허리, 목) 49

C

심장 재활 32-33
간병인 교육 자원 33
자궁 경부암 및 질암 선별검사 33
화학요법 **34**, 65
카이로프랙틱 서비스 34
만성 치료 관리 서비스 34
만성 통증 관리 및 치료 서비스 34
청구 25, 58-59, 99-100, 102-105, 109
임상 연구 조사 27, **34**, 62
COBRA (통합옴니버스예산조정법) 18-19, **89**
인지 평가 **35**, 55
대장 내시경 검사 35-36
연동 앱 59, **109**
지속기도양압(CPAP) 기기, 부속품, 및 요법 36
2019 코로나바이러스 감염증(COVID-19) **37-38**, 49, 50
성형 수술 55
비용 플랜. 메디케어 비용 플랜 *이동*
비용 절감. 메디케어 절감 프로그램(MPS) *이동*.
비용(기본부담금, 공동보험금, 공제액, 보험료)
파트 D 지급에 대한 부가 지원 92-94
메디케어 어드밴티지 플랜 65-66
오리지널 메디케어 58-59
파트 A 및 파트 B **22-24**, 25-55
파트 D 지연 가입 가산금 83-85
흡연 및 흡연으로 인한 질병 예방을 위한 상담 37
보장 결정(파트 D) 99-100
보장 서비스(파트 A 및 파트 B) 25-55
크레딧 적용 가능 처방약 보장 64, 79, 81, 83-85, 89, 94, **119**

D

제세동기 38
 치매 35, 55, 70
 시범/시험 프로그램 74, **120**, 121
 치과 진료 및 의치 55, 56, 62, 67, 75, 94
 미국 국방부 113
 미국 보건복지부. 민권국 이동.
 재향군인회 84, **90**, 113
 우울증 32, 35, **38**, 46, 55
 당뇨병 34, 38-39, 42, **46**, 51
 투석(신장/콩팥 투석) 16, 44, 51, 65, 66, 98
 장애 **15-19**, 21, 30, 54, 91, 96, 103, 123
 약품 보장(파트 D) 79-90
 이의 신청 97-101
 파트 A에 따른 보장 26-29
 파트 B에 따른 보장 39-40
 가입, 변경, 또는 탈퇴 80-81
 메디케어 어드밴티지 플랜 61-65
 약품 플랜
 비용 81-85
 가입 80-81
 플랜 유형 79
 보장 내용 85-88
 약품(외래환자) 39-40
 이중 적격(메디케어-메디케이드 플랜) 94-95
 이중 적격 SNP 70
 내구성 의료장비 9, 26, 29, 39, **40**, 44

E

EKG/ECG **41**, 51
 전자 안내서 14, 63
 전자 건강 기록 111
 전자 메디케어 요약 통지 59, 109
 전자 처방 111
 응급의료 서비스 41

고용주 단체건강보험 보장 파트 A 비용이
 다를 수 있음 26
 약품 보장 84, 88
 메디케어과 함께 운영되는 방식 21
 메디캡 공식 가입 77
 말기 신장질환 (ESRD) 16-17, 21, 42, 44, 51-53,
 64, 70, 74, 98
 가입
 메디케어 어드밴티지 플랜 (파트 C) 64-65
 메디케어 약품 보장 (파트 D) 80-81
 전자 내원 41
 부가 지원(메디케어 약품 비용 지불 지원)
 79, 81, **92-94**, 96, 112, 120
 안경 **41**, 55, 75

F

대변 잠혈 검사 35-36
 연방 정부 직원 건강 혜택 (FEHB) 프로그램 89
 연방 인증의료센터 서비스 41
 연성 S자 결장경 검사 36
 플루 독감주사 **41**, 50, 54, 122
 족부 진료 38, **42**
 처방집 81, 85-86, 88, 99, **120**
 사기 103, **105-106**

G

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

H

건강보험 마켓플레이스® (Health Insurance
 Marketplace®) 18, 19, **20**
 건강관리기구(HMO) 플랜 61, 64, **66-67**
 건강 위험도 평가 54
 건강 저축 계좌 (HSAs) 20
 보청기 42, **56**, 75
 B형 간염 주사 **42**, 50
 C형 간염 검사 43
 HIV 검사 43
 가정 건강관리/서비스 9, 25, 26, 29, **43**,
 100, 108

6 주제 색인

가정 주입 치료 서비스, 장비 및 용품 40, **44**
호스피스 케어 9, 25, **26-27**, 76, 87, 100
HSA. 건강 저축 계좌(HSA) *이동*.

I

예방접종. 주사 *이동*.
면역억제제 보장 52-53, 64, 91
소득 관련 월 조정금액 (IRMAA) 23-24, 82
인디언 보건서비스 84, **90**, 119
최초 가입 기간 17, 18, 20, 23, 71, 80, 83, 84
입원환자 병원 진료 27-28
기관 28, 70, 93
인슐린 38, 88

J

가입
메디케어 약품 플랜 79-80
메디케어 건강 플랜 64-65

K

신장질환 교육 44
신장(콩팥) 투석. 투석 *이동*.
신장 이식 16, 44, 45, 52-53, 64, 98

L

검사실 검사 37, **44**, 51
자연 가입 가산금. 가산금 *이동*.
평생 예비일 27, **120**
장기 요양 28, 55, 56, 75
메디케어 카드 분실. 메디케어 카드 교체 *이동*
폐암 선별검사 45
림프부종 압박치료 품목 45

M

유방 조영술 **45**, 70, 122
마켓플레이스. 건강보험 마켓플레이스® *이동*.
메디케이드 10, 11, 18, 19, 21, 26, 29, 34, 52,
55-59, 65, 74, 88, 103, **120**
의료 신원 도용 105
의료적 영양요법 39, **45**, 51
의료저축계좌(MSA) 플랜 20, 61, 64-65,
67, 79
메디케어
파트 A(병원 보험) 25-29
파트 B(의료 보험) 29-55
파트 C(메디케어 어드밴티지 플랜) 61-74
파트 D(메디케어 약품 보장) 79-90
메디케어 계정 14, 24, 59, 91, 105, 108, **109**, 111
메디케어 행정 계약자 99, 103
메디케어 어드밴티지 공식 가입 기간 13,
71-72, 80
메디케어 어드밴티지 플랜 121
다른 보험과 함께 운영되는 방법 64
플랜 유형 66-70
메디케어 앱 59
메디케어 수혜자 옴부즈맨 106
메디케어 카드 15, 24-25, 37, 61, 108, 109,
112-113
메디케어 비용 플랜 55, 72, 79, 82, 121
메디케어 약품 플랜 79-80
메디케어-메디케이드 플랜 94-95
메디케어 절감 프로그램(MSPs) 91-92
메디케어 요약 통지(MSN) 58, 59, 91, 99, 101,
103, 105, 109
메디케어 보충보험(메디갭) 10-12, 26, 29,
56-58, 65, 73, **75-78**, 89, 98, 121
약물 치료 관리 서비스 88
메디갭. 메디케어 보충보험 *이동*.
정신건강 관리 46
MSN. 메디케어 요약 통지 *이동*.

N

통지 28, **58-59**, 63, 69, 81, 91, 97, 99-101, 103-105, 109, 110, 123
 연간 변경고지 63, 69, 81
 메디케어 외래환자 관찰 고지서("MOON" 이라고도 함) 28
 메디케어 요약 통지(MSN) 58, 91, 99, 101, 103, 105, 109
 차별 금지 고지 123
 개인정보보호 처리방침 고지 103-104
 임상 간호사 39, 43, 46, 48
 요양원 26, 56, 70, 74-75, 93, 94
 요양원 108
 영양요법 서비스. 의료적 영양요법 *이동*.

O

관찰 28
 작업치료 서비스 43, **47**
 민권국 104, 123
 인사 관리실 24, 89, **113**
 공시기 가입 13, 71-72, 77-78, 80, 84
 오피오이드 사용 장애 치료 27, 40, **47**, 54, 86-87
 OPM. 인사 관리실 *이동*.
 탈퇴(의사) 60
 오리지널 메디케어 57-60, 121
 보조기 품목 49
 외래환자 병원 서비스 48
 산소 40

P

PACE. 포괄적 노인 영양 프로그램 *이동*.
 납부 옵션(보험료) 23-24
 골반 검사 33
 가산금(자연 가입)
 파트 A(병원 보험) 17, 18, 22
 파트 B(의료 보험) 15-16, 17, 18, 23, 25
 파트 D(메디케어 약품 보장) 64, 79, 81, 82, 83-85, 89, 93, 94

약국 지원 프로그램 95
 물리치료 서비스 48
 의사 보조 39, 46, 48
 시범/시험용 프로그램 74, 95, 120, 121
 페럼 주사 **48**, 50, 54
 우선 제공자 단체(PPO) 플랜 61, 64, 65, 68
 예방적 서비스 9, 29-33, 35-39, 41-43, 45-50, 54-55, 90, 108-109, **122**
 일차진료의 31, 33, 43, 47, 50, 57, 66-70, 110, **122**
 주치료 관리 서비스 48
 주요 질병 탐색 서비스 49
 개인정보보호 고지 103-104
 민간 행위별수가제(PFFS) 플랜 61, 64, **69**, 121
 노인을 위한 포괄적 영양 프로그램(PACE) **74**, 95, 121
 전립선암 선별검사(PSA 검사) 49
 보철/보조기 품목 49
 푸에르토리코 15, 16, 53, 92, 93, 96
 폐재활 프로그램 49

R

철도퇴직위원회(RRB) 15-16, 20, 23-24, 59, **82**, **113**
 의뢰서
 정의 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 건강보험(보장) 18, 19, 21-22, 26, 29, 58-59, 64, 88, 90
 RRB. 철도퇴직위원회 이동 농촌 응급병원 31
 농촌 건강 진료소 49

S

선별검사. 예방적 서비스 *이동*.
 시니어 메디케어 순찰 프로그램 105
 서비스 가능 지역 11, 64, 74, 79, 81, **122**

8 주제 색인

성매개감염 검사와 상담 50
SHIP. 주립건강보험지원프로그램 이동
주사(백신) 9, 37, 41, 42, 48, **50**, 54, 108, 122
S상 결장경 검사 35-36
전문 간호 시설(SNF) 치료 9, 25, **28**, 74, 76,
100, 101, 110, **122**
SNF. 전문 간호 시설(SNF) 치료 이동
SNP. 특별 필요사항 플랜 이동
사회보장국(Social Security)
MSN에서 주소 변경 59
파트 D 비용 지급 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
생활보조금(SSI) 혜택 93, **96**
SPAP. 주 약국 지원 프로그램 이동.
파트 A 및 파트 B 특별 가입 기간 17-18, 23
파트 C(메디케어 어드밴티지 플랜) 71-73
파트 D(메디케어 약품 보장) 80, 89, 93
특별 필요사항 플랜 (SNP) 61, **70**
언어 병리학 39, 43, **50**
SSI. 생활보조금 이동.
주립건강보험지원프로그램(SHIP) 14, 16, 56,
60, 73, 77, 78, 80, 83, 89, 94, 95, 100, 105,
108, 114-117
주 의료지원(메디케이드) 70
주 의료지원(메디케이드) 사무국 56, 58, 91,
95-96, 124
주 약국 지원 프로그램 95
약물 사용 장애 치료 47, 51, 54, 55, 86-87
보충보험(메디갭)
약품 보장 89
공식 가입 77
오리지널 메디케어 58
생활보조금(SSI) 93, **96**

용품(의료) 27, 28, 36, 38-39, 44, 48, 49, 58,
75, 88, 90, 120
외과적 드레싱 서비스 50

T

세금 서식 22-23
원격의료 **51**, 110
검사(비검사실) 51
등급(약품 처방집) 81-83, **85-86**, 99-100
전환기 치료 관리 서비스 52
이식 서비스 16, 33, 44, 45, **52-53**, 64, 98
여행 12, **53**, 75-76
TRICARE 19, 21, 52, 84, **90**, 113, 119

U

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

V

VA. 재향군인 혜택 이동.
백신. 주사 이동.
재향군인 혜택 (VA) 18, 84, **90**, 113
시력(안과) 41, 55

W

보행기 9, 28, 40, 44
예방 서비스 “메디케어 가입 환영” 예방 방문 41,
54-55
웰니스 방문 진료 9, 30, 35, **54-55**, 108
혈체어 9, 44

X

엑스레이 28, 48, 51

메디케어 구성 방식



파트 A - 병원 보험

아래 내용을 보장합니다.

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

25~29페이지 참조.



파트 B - 의료 보험

아래 내용을 보장합니다.

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

29~55페이지 참조.



파트 D - 약품 보험

처방약(권고되는 여러 가지 주사나 백신 등) 비용 부담을 지원.

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

79~90페이지 참조.

메디케어 옵션

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

오리지널 메디케어

- **오리지널 메디케어(Original Medicare)**는 메디케어 파트 A(병원 보험) 및 파트 B(의료 보험)로 구성됩니다.
- 메디케어 약품 보장(파트 D)을 받기 위해 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입하실 수 있습니다.
- 미국 어디에서라도 메디케어를 받는 의사나 병원을 이용하실 수 있습니다.
- 또한 본인 부담금(20% **공동보험금** 등)을 납부하는 데 도움이 되는 추가 보장을 살펴보고 구입할 수도 있습니다.

파트 A



파트 B



추가하실 수 있습니다:

파트 D



또한 추가하실 수 있습니다:

**보충 보험
(Supplemental coverage)**



다른 파트에서 보장하지 않는 일부 비용을 부담하는 데 도움이 될 수 있습니다. 여기에는 메디케어 보충보험(**메디갭**)이 포함됩니다. 메디갭 관련 상세 정보는 75페이지를 참조하세요. 또는, 현 고용주 또는 전 고용주, 노조 또는 **메디케이드**(있는 경우) 보장 혜택을 이용할 수 있습니다.

오리지널 메디케어 관련 상세 정보는 57페이지를 참조하세요.

메디케어 어드밴티지 (파트 C로도 알려짐)

- 메디케어 어드밴티지(Medicare Advantage)는 가입자의 건강 및 약품 보장을 위하여 오리지널 메디케어에 대한 대안을 제공하는 민영회사의 메디케어 승인 플랜입니다. 이 "묶음" 플랜에는 파트 A, 파트 B, 그리고 보통 파트 D가 포함됩니다.
- 많은 경우, 플랜 네트워크에 소속된 의사만 방문하실 수 있습니다.
- 대부분 플랜에서 특정 약품이나 서비스를 보장하기 전에 플랜의 승인을 받아야 할 수도 있습니다.
- 플랜에는 오리지널 메디케어 또는 메디갭 등의 보충보험과 다른 본인 부담금(out-of-pocket) 비용이 있는 경우가 많습니다. 별도 **보험료**가 부과될 수도 있습니다.
- 플랜은 오리지널 메디케어가 제공하지 않는 부가 혜택을 제공할 수 있습니다.

파트 A



파트 B



대부분 플랜에 다음 포함:

파트 D



일부 부가 혜택(보험급여)

메디케어 어드밴티지 관련 상세 정보는 61페이지를 참조하세요.

개요: 오리지널 메디케어 대 메디케어 어드밴티지 플랜



의사와 병원 선택

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



비용

오리지널 메디케어	메디케어 어드밴티지(파트 C)
파트 B 보장 서비스의 경우, 일반적으로 공제액(deductible)을 충족하는 비용을 지불한 후 메디케어 승인 금액의 20%를 지불합니다. 이 금액을 공동보험금(coinsurance)이라고 합니다.	본인 부담금은 다양합니다. 플랜별로 특정 서비스에 대한 본인 부담 비용이 다를 수 있습니다.
가입자는 파트 B에 대한 월 보험료를 부담합니다. 메디케어 약품 플랜에 가입한 경우 메디케어 약품 보장(파트 D)에 대해 별도의 보험료를 지불하셔야 합니다.	월 파트 B 보험료를 부담하고, 플랜 보험료도 부담해야 할 수 있습니다. 일부 플랜은 보험료가 \$0일 수 있으며 파트 B 보험료의 전부 또는 일부를 지불하는 데 도움이 될 수 있습니다. 대부분의 플랜에는 메디케어 약품 보장(파트 D)이 포함됩니다.
메디케어 보충보험(메디갭), 메디케이드, 고용주, 퇴직자 또는 조합 보험과 같은 보충보험에 가입하지 않은 한, 본인 부담금에는 연간 한도가 없습니다.	플랜에는 파트 A 및 파트 B 보장 서비스와 관련해 연간 한도가 있습니다(네트워크 소속 서비스와 네트워크 비소속 서비스 한도가 다름). 플랜 한도에 도달하면, 그해 남은 기간 동안 보장 서비스에 대한 비용을 지불하지 않아도 됩니다.
메디케어에서 보장하지 않는 본인 부담금(20% 공동보험금 등)을 납부하는 데 도움이 되는 메디갭을 구입할 수도 있습니다. 77페이지 참조. 또는, 현 고용주 또는 전 고용주, 노조 또는 메디케이드 보장 혜택을 이용할 수 있습니다.	본인 부담금을 충당하기 위해 메디갭을 구입할 수 없습니다.



보장 내용

오리지널 메디케어	메디케어 어드밴티지(파트 C)
<p>오리지널 메디케어는 병원, 의사 진료소, 그 밖의 의료 시설에 의학적으로 필요한 대부분의 서비스와 용품을 보장합니다. 오리지널 메디케어는 정기 신체검사, 시력검사, 대부분의 치과진료와 같은 일부 서비스를 보장하지 않습니다. 55페이지 참조.</p>	<p>플랜은 오리지널 메디케어가 보장하는 필요한 의료 서비스를 모두 보장해야 합니다. 일부 서비스의 경우 플랜은 의학적 필요성을 결정하기 위해 자체 보장 기준을 사용할 수 있습니다. 플랜은 또한 오리지널 메디케어가 제공하지 않는 일부 부가 혜택을 제공할 수 있습니다.</p>
<p>대부분의 경우 서비스나 용품을 보장하기 위해 오리지널 메디케어에 대한 승인(사전 허가)이 필요하지 않습니다.</p>	<p>대부분의 경우 플랜에서 특정 서비스나 용품을 보장하기 전에 승인(사전 허가)을 받아야 할 수도 있습니다.</p>
<p>메디케어 약품 보장(파트 D)을 받기 위해 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입하실 수 있습니다.</p>	<p>메디케어 약품 보장(파트 D)은 대부분의 플랜에 포함되어 있습니다. 대부분 유형의 메디케어 어드밴티지 플랜에서는 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입할 수 없습니다.</p>



외국 여행

오리지널 메디케어	메디케어 어드밴티지(파트 C)
<p>오리지널 메디케어는 일반적으로 미국 외에서의 진료는 보장하지 않습니다. 가입자는 미국 외에서의 응급 진료를 보장하는 메디케어 보충보험(메디갭)에 가입할 수 있습니다.</p>	<p>일반적으로 플랜은 미국 외에서의 의료 진료는 보장하지 않습니다. 일부 플랜은 미국 외 지역을 여행 시 응급 서비스와 긴급하게 필요한 서비스를 보장하는 부가 혜택을 제공할 수 있습니다.</p>

2025년 보험료 금액, 약품 비용, 소득 한도는 인쇄 당시에는 확인할 수 없었습니다. 이용 가능한 최신 정보는 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)를 참조하세요.

메디케어로 시작하기

다음은 꼭 확인하세요:

- **자신의 메디케어 보험 옵션에 대한 이해.** 메디케어로 보장받는 데는 크게 **오리지널 메디케어**(파트 A와 파트 B)와 메디케어 어드밴티지(파트 C)를 통하는 두 가지 방법이 있습니다. 자세한 사항 및 비교는 10~12페이지 참조.
- **가입 방법과 시기를 알아보십시오.** 메디케어 파트 A 또는 파트 B에 가입하지 않은 경우 15페이지 참조. 메디케어 약품 보장(파트 D)에 가입하지 않은 경우, 79페이지 참조.
- **메디케어 및 다른 보험(있는 경우)과의 연동 방식** 자세한 사항은 19~22페이지 참조.
- **매년 메디케어 건강 및 약품 보장 검토.** 여전히 필요한 사항을 충족하는지 확인하고, 변경 여부를 결정하세요. 매년 메디케어에 가입할 필요는 없지만, 옵션은 검토해야 합니다.

이 중요 날짜를 달력에 표시해 두세요!



2024년 10월 1일	<p>현 Medicare 건강보험 또는 약품 보장을 2025년 옵션과 비교하세요. 비용을 절약하거나 추가 혜택을 받으실 수 있습니다.</p> <p>Medicare.gov/plan-compare</p>
2024년 10월 15일 ~ 2024년 12월 7일	<p>원하는 경우 2025년 메디케어 건강보험 및 약품 보장을 변경하세요. 매년 이 공식 가입 기간에 메디케어 어드밴티지 플랜 또는 메디케어 약품 플랜에 가입, 변경 또는 탈퇴하거나 오리지널 메디케어로 변경할 수 있습니다.</p>
2025년 1월 1일	<p>변경하셨다면 새 보험이 적용됩니다. 기존 보험을 유지한 채 플랜 비용 또는 혜택이 변경된 경우 해당 변경 또한 이 날짜에 시작합니다.</p>
2025년 1월 1일 ~ 2025년 3월 31일	<p>메디케어 어드밴티지 플랜에 가입 중이시라면, 이 기간에 한 번은 다른 메디케어 어드밴티지 플랜 또는 오리지널 메디케어로 변경(및 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입)하실 수 있습니다. 변경 사항은 플랜에서 가입자의 요청을 접수한 후 다음 달 1일부터 적용됩니다. 63페이지 참조.</p>

중요! 처음 자격이 되었을 때 메디케어에 가입하지 않으면 추가 비용을 부담할 수 있습니다. 지연 가입 가산금 관련 자세한 사항은 22~23페이지(파트 A 및 파트 B) 및 83페이지(파트 D)를 참조하세요.

적합한 보장을 찾는 데 도움 받기

보장 옵션 살펴보기

- 다음에서 건강 및 약품 플랜을 찾아 비교해 보세요.

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

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하세요. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 문의하실 수 있습니다.
- 주립건강보험지원프로그램(State Health Insurance Assistance Program, SHIP)에서 무료로 제공되는 맞춤형 공평 건강보험 상담을 받으세요. 지역 SHIP 전화번호는 114-117 페이지를 참조하세요.
- 신뢰할 수 있는 대리인이나 중개인의 도움을 받을 수도 있습니다. 자세한 사항은 [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) 참조하세요.

의료비 지급 지원받기

비용을 지원하는 다양한 프로그램이 있습니다. 메디케어에 가입한 많은 사람들에게 자격이 있습니다. 91~96페이지 참조.

디지털 전환

본 안내서를 전자 버전으로 전환하셔서 메디케어에서 비용을 절감할 수 있게 도와드릴 수 있습니다. [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)에서 보안 메디케어 계정에 로그인하신 후(또는 계정을 만드신 후) 전자 안내서로 전환하세요. 매년 가을 서면 책자를 우편으로 발송하는 대신 PDF 버전 링크를 이메일로 송부해 드립니다. 2024년 현재 전자 안내서 가입자는 1,950만 달러에 상응하는 금액으로 메디케어 프로그램을 절감하는 데 도움을 주셨습니다.

섹션 1:

메디케어 가입

파트 A 및 파트 B에 자동 가입되나요?

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

만 65세 미만이고 장애가 있는 경우, 사회보장국(Social Security)으로부터 24개월 동안 장애 수당을 받거나 RRB로부터 특정 장애 수당을 수령한 후 자동으로 파트 A 및 파트 B에 가입됩니다.

푸에르토리코에 거주하시는 경우 자동으로 파트 B에 가입되지 않습니다. 파트 B에 가입해야 합니다. 16페이지 참조.

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

자동으로 메디케어에 가입된 경우, 65세가 되는 생일 또는 장애 혜택을 받은 지 25개월이 되는 때의 3개월 전에 우편으로 빨간색, 흰색 및 파란색으로 구성된 메디케어 카드를 받게 되며 파트 A **보험료**(때때로 “무보험료 파트 A”라고도 함)를 지급할 필요가 없습니다. 대부분은 파트 B를 유지하려고 합니다. 파트 B를 원하지 않는 경우 메디케어 카드에 표기된 보장 개시일 전에 알려주시기 바랍니다. 아무 조치도 하지 않으면 파트 B를 유지하게 되며 사회보장혜택 또는 RRB 혜택을 통해 파트 B 보험료를 납부하게 됩니다. 다른 보장이 있고 파트 B를 유지해야 하는지 결정하는 데 도움이 필요하시면 19페이지를 참조하세요. **파트 B를 유지하지 않기로 결정했지만 나중에 원하는 경우, 특정 기간에만 가입할 수 있기 때문에 메디케어 파트 B 보장을 받는 것이 지연될 수 있습니다. 파트 B에 가입한 동안에는 지연 가입 가산금을 지불해야 할 수도 있습니다.** 23페이지 참조.

파트 A 및/또는 파트 B에 가입해야 하나요?

65세에 가깝지만 사회보장 급여 또는 RRB 혜택을 받지 못하는 경우, 메디케어에 가입해야 합니다. [SSA.gov/medicare](https://www.ssa.gov/medicare)에서 파트 A와 파트 B를 신청하세요. 65세가 되기 3개월 전에 사회보장국에 연락하여 약속을 잡을 수도 있습니다. 철도 회사에서 근무하신 경우 [RRB.gov](https://www.rrb.gov)를 참조하거나 RRB에 1-877-772-5772로 전화하세요. TTY 사용자는 1-312-751-4701로 문의하실 수 있습니다.

대부분의 경우, 처음 자격이 되었을 때 파트 B에 가입하지 않으면 특정 시기에만 가입할 수 있기 때문에 향후 메디케어 파트 B 보장을 받는 데 지연이 생길 수 있습니다. **파트 B에 가입한 동안에는 지연 가입 가산금을 납부해야 할 수 있습니다.** 23페이지 참조.

말기 신질환(End-Stage Renal Disease, ESRD)이 있고 메디케어로 보장받고 싶은 경우, 가입해야 합니다. 파트 A 및 파트 B에 가입하는 시기와 방법을 알아보려면 사회보장국에 문의하세요. 자세한 사항은 [Medicare.gov/publications](https://www.medicare.gov/publications)에서 “메디케어 신장 투석 및 신장 이식 서비스 보장” 책자를 살펴보시기 바랍니다.

중요! 푸에르토리코에 거주하며 사회보장 혜택 또는 철도퇴직위원회 (RRB) 혜택을 받는 경우, 65세가 되는 달의 첫날부터 또는 24개월 동안 장애 혜택을 받은 후 자동으로 파트 A에 가입됩니다. 그러나 파트 B에 가입하고 싶다면 “파트 B 가입 신청서”(CMS-40B)를 작성하여 가입해야 합니다. 이 양식을 영어와 스페인어로 받으시려면, [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 전화해 사본 송부를 요청하시기 바랍니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 문의. 처음 자격이 되었을 때 파트 B에 가입하지 않으면 특정 시기에만 가입할 수 있기 때문에 향후 파트 B 보장을 받는 데 지연이 생길 수 있습니다. **파트 B에 가입한 동안에는 지연 가입 가산금을 납부해야 할 수 있습니다.** 23페이지 참조.

자세한 정보는 어디에서 얻을 수 있나요?

메디케어 자격에 대한 자세한 사항을 알아보고 자동으로 가입되지 않은 경우 파트 A 및/또는 파트 B에 가입하려면 [SSA.gov/medicare/sign-up](https://www.ssa.gov/medicare/sign-up)을 참조하시기 바랍니다. 철도 회사에서 일했거나 RRB 혜택을 받고 계신 경우 [RRB.gov](https://www.rrb.gov)를 참조하거나 RRB에 1-877-772-5772로 전화하세요. TTY 사용자는 1-312-751-4701로 문의하실 수 있습니다.

주립건강보험지원프로그램(State Health Insurance Assistance Program, SHIP)에서 무료로 제공되는 맞춤형 공평 건강보험 상담을 받으실 수도 있습니다. 지역 SHIP 전화번호는 114~117페이지를 참조하세요.

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

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

무보험료 파트 A에 자동으로 가입되지 않은 경우(예를 들어, 여전히 일을 하고 아직 사회보장 혜택 또는 RRB 혜택을 받고 있지 않기 때문에), 최초 메디케어 자격이 생긴 후 언제든지 가입할 수 있습니다. 22페이지 참조.

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

17~18페이지에 표시된 가입 기간에만 파트 B에 등록할 수 있습니다.

중요! 대부분의 경우, 처음 가입 자격이 주어졌을 때 파트 A(가입해야 할 경우)와 파트 B에 가입하지 않으면 가입이 지연될 수 있고 지연 가입 가산금을 납부해야 할 수 있습니다. 22~23페이지 참조.

파트 A 및 파트 B 가입 기간은 어떻게 되나요?

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

최초 가입 기간

일반적으로, 65세가 되는 달의 3개월 전부터 65세가 되는 달의 3개월 후까지 7개월 동안 파트 A 및/또는 파트 B에 최초 가입할 수 있습니다. 생일이 그달 1일인 경우, 7개월 기간은 65세가 되는 달의 4개월 전에 시작하여 65세가 되는 달의 2개월 후에 종료됩니다.

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

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

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

특별 가입 기간

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

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

일반적으로 가입한 익월 1일부터 보장이 시작됩니다. 여전히 고용 중이거나 고용주 보장을 상실한 후 전체 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 신장질환(ESRD) 기준으로 메디케어 자격이 있거나 아직 최초 가입 기간에 해당하는 경우 적용되지 않습니다.

파트 A 및/또는 파트 B에 가입하려면 [SSA.gov/medicare/sign-up](https://www.ssa.gov/medicare/sign-up)를 참조하세요.

중요! COBRA(통합옴니버스예산조정법) 보장은 현재 고용을 기준으로 한 보장으로 간주되지 않으며 특별 가입 기간에 대한 고용주 보장으로 간주되지 않습니다.

퇴직자 건강 보험, VA 보장, 개인건강보험보장(Health Insurance Marketplace® (건강보험 마켓플레이스))를 통한 보장)도 동일하게 적용됩니다. COBRA를 고려 중인 경우 COBRA 보험 대신에, 또는 그에 추가하여 파트 B를 선택해야 하는 이유가 있을 수 있습니다. COBRA 선택 여부와 관계없이 **현재 고용**에 따른 보장이 종료된 후 8개월 이내에 가산금 없이 파트 B에 가입할 수 있습니다. 그러나 COBRA가 있고 Medicare 자격 대상인 경우 **COBRA는 의료 비용의 일부만 부담할 수 있습니다.** COBRA 보험이 종료되면 일반적으로 메디케어에 가입할 수 있는 특별 가입 기간을 이용할 수 없습니다. COBRA 보장에 관한 추가 정보는 89페이지를 참조하세요. 가산금을 납부하지 않으려면, 처음 자격이 되었을 때 메디케어에 가입하세요. 퇴직자 보장이 있는 경우 파트 A와 파트 B가 모두 없다면 의료 서비스 비용을 지불하지 **않을 수 있습니다.**

특별 가입 기간의 예외 상황

특별 가입 기간 동안 메디케어에 가입할 수 있는 다른 상황이 있습니다. 자연재해나 응급 상황, 투옥, 고용주 또는 건강보험 오류로 인한 영향, **메디케이드** 보장 상실, 또는 메디케어에서 예외적이라고 판단하는 통제 범위를 벗어난 그 밖의 상황 등 특정 예외적인 상황으로 인해 가입 기간을 놓친 경우 자격이 되실 수 있습니다. 자세한 정보는 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)를 참조하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의하세요. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 문의.

중요! 최근 메디케이드를 상실했고 현재 메디케어 자격 대상이지만 처음 자격을 얻었을 때 메디케어에 가입하지 않은 경우 지연 가입 가산금을 내지 않고 파트 A 및 B에 가입할 수 있습니다. 이미 메디케어에 가입되어 있지만 메디케이드를 상실한 경우에도 보장 옵션이 있습니다. 자세한 사항은 [Medicare.gov/media/document/12177-2023-02-508.pdf](https://www.Medicare.gov/media/document/12177-2023-02-508.pdf)에서 “메디케이드를 상실하셨나요(Losing Medicaid)?” 자료표를 참조하시기 바랍니다.

일반 가입 기간

최초 가입 기간을 놓치고 특별 가입 기간에 대한 자격이 없는 경우, 일반 가입 기간(매년 1월 1일~3월 31일)에 파트 B에 가입할 수 있습니다. **보험료** 없는 파트 A 자격이 없고 최초 가입 기간을 놓친 경우에도 이 기간 동안 파트 A를 구입할 수 있습니다. **지연 가입 시 더 높은 파트 A 및/또는 파트 B 보험료를 지불해야 할 수도 있습니다.** 22~23페이지 참조.

일반 가입 기간 동안 등록하시면 등록한 다음 달 1일부터 보장이 시작됩니다.

가입 기간에 대한 자격 여부가 확실하지 않으신가요? [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)를 참조하거나 1-800-MEDICARE로 문의하세요.

다른 건강 보장이 있습니다. 파트 B에 가입해야 하나요?

이 정보는 가입자가 받을 수 있는 건강보장 유형에 따라 파트 B 구입을 결정하는 데 도움이 될 수 있습니다.

고용주 또는 조합 보장

귀하 또는 배우자(또는 귀하가 장애가 있는 경우 가족 구성원)가 **여전히 일하고 있고** 해당 고용주나 조합이 제공하는 건강 보장이 있는 경우, 21페이지를 참조하여 귀하의 보장이 메디케어와 어떻게 연동되는지 확인해 보세요. 고용주나 조합 혜택 관리자에게 연락하여 정보를 얻으실 수도 있습니다. 여기에는 연방 또는 주정부 고용 및 현역 군복무가 포함됩니다. **귀하 또는 배우자의 현재 고용에 근거한 건강보험이 있는 동안은 파트 B 가입을 연기하는 것이 귀하에게 유리할 수도 있습니다.**

현재 고용을 기반으로 한 보장에는 다음 사항이 포함되지 않습니다.

- COBRA(또는 고용 종료 후에도 유사한 지속 보장)
- 퇴직자 보장
- 재향 군인(VA) 보장
- 개인 건강보험(예: (Health Insurance Marketplace®를 (건강보험 마켓플레이스) 통한 보험)
- 퇴직 또는 해고를 통해 받는 이전 고용주 보장

TRICARE

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

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

메디케이드

가입자에게 **메디케이드**가 있고 파트 B가 없는 경우, 메디케어는 메디케어에서 보장하는 파트 A 서비스 비용을 먼저 지불합니다. 또한 메디케어 절감 프로그램을 통해 파트 A 및 파트 B **보험료**를 지불하기 위해 주정부로부터 지원을 받을 수도 있습니다. 91~92페이지 참조. 파트 B 등록에 관한 상세 정보는 15페이지를 참조하세요.

메디케이드 관련 상세 정보와 자격 여부를 알아보려면,

[Medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu](https://www.Medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu)를 참조하거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화해 해당 주의 메디케이드 사무국 전화번호를 알아보세요. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 문의하실 수 있습니다.

Health Insurance Marketplace®(건강보험 마켓플레이스)

마켓플레이스 보장(또는 현재 고용에 기반하지 않은 기타 개인건강보장)이 있더라도, 메디케어 보장이 지연되고 메디케어 지연 가입 가산금이 발생할 가능성을 피하려면 처음 자격이 되었을 때 메디케어에 가입하셔야 합니다.

마켓플레이스 보장이 있는 경우:

- 보장 범위가 중복되는 것을 피하려면 메디케어 가입 자격이 되었을 때 적시에 마켓플레이스를 통한 보장을 종료해야 합니다.
- 보험료가 없는 파트 A에 자격이 있는 것으로 간주되거나 이미 **보험료**가 포함된 파트 A에 가입한 경우, 마켓플레이스 플랜 보험료 또는 기타 의료 비용을 지급하는 데 마켓플레이스의 도움을 받을 자격을 상실하게 됩니다. 마켓플레이스 플랜 보험료 납부 지원을 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-medicare](https://www.healthcare.gov/medicare/changing-from-marketplace-to-medicare)를 확인하세요. 또한 마켓플레이스(건강보험 거래소) 콜센터에 1-800-318-2596으로 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-855-889-4325로 문의하실 수 있습니다.

건강저축계좌(HSA)

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

메디케어에 가입하는 경우:	최초 가입 기간 동안	65세가 되기 한 달 전에 마지막 HSA 분담금을 납부하면 세금 가산금을 피할 수 있습니다.
	최초 가입 기간 종료 후 2개월	
	그리고 생일이 그달의 첫날인 경우	일반적으로, 메디케어 보장은 65세가 되기 전 달의 1일부터 시작됩니다. 65세가 되기 2달 전에 마지막 HSA 분담금을 납부하면 가산세를 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	메디케어를 신청하는 달의 6개월 전 HSA 분담금을 중단하면 가산세를 피할 수 있습니다.

주: 의료저축계좌(MSA) 플랜은 HSA 플랜과 유사합니다. 67페이지 참조.

다른 보험은 메디케어와 어떤 방법으로 운용되나요?

다른 보험(단체건강보험, 퇴직자 건강 또는 **메디케이드** 보장)과 메디케어에 가입되어 있다면, 메디케어 또는 가입한 다른 보험 중 어느 쪽이 먼저 지급할지에 대한 규정이 있습니다.

퇴직자 건강보험(귀하 또는 배우자의 이전 직장 보험 등)에 가입되어 있을 경우...	메디케어가 먼저 지급합니다.
65세 이상이고 본인 또는 배우자의 현재 고용 상태에 따라 단체건강보험 보장이 있으며, 고용주의 고용인이 20인 이상인 경우	그룹 건강 플랜이 먼저 지급합니다.
65세 이상이고 본인 또는 배우자의 현재 고용 상태에 따라 단체건강보험 보장이 있으며, 고용주의 고용인이 20인 미만인 경우...	메디케어가 먼저 지급합니다.
65세 미만으로 장애가 있고 본인 또는 가족 구성원의 현재 고용 상태에 따라 단체건강보험 보장이 있으며, 고용주의 고용인이 100인 이상인 경우...	그룹 건강 플랜이 먼저 지급합니다.
65세 미만으로 장애가 있고 본인 또는 가족 구성원의 현재 고용 상태에 따라 단체건강보험 보장이 있으며, 고용주의 고용인이 100인 미만인 경우...	메디케어가 먼저 지급합니다.
본인 또는 가족 구성원의 고용, 또는 이전 고용 상태에 따라 단체건강보험 보장이 있고 말기 신장질환(ESRD)으로 인해 메디케어 자격 대상인 경우...	단체건강보험에서 귀하가 메디케어에 가입할 자격이 생긴 후 첫 30개월 동안 먼저 비용을 지급합니다. 메디케어는 이 30개월의 기간이 지난 후 첫 지급을 합니다.
TRICARE에 가입한 경우...	현역 복무 중이거나 군 병원이나 진료소 또는 그 밖의 연방 의료제공자로부터 항목이나 서비스를 받지 않는 한 메디케어에서 먼저 비용을 지불합니다.
메디케이드에 가입한 경우...	메디케어가 먼저 지급합니다.

중요! 계속 일하고 있고 직장을 통해 고용주 보험을 받고 있다면 고용주에게 문의하여 고용주 보험이 메디케어와 어떤 방법으로 운용되는지 확인하세요.

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.
- 단체건강보험 또는 퇴직자 건강보장이 2차 지급자인 경우, 보험에서 지급하기 전에 파트 B에 가입해야 할 수도 있습니다.

[Medicare.gov/publications](https://www.medicare.gov/publications)에서 “메디케어와 다른 보험의 운용 방식(How Medicare Works with Other Insurance)” 소책자를 검토하거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하여 자세히 확인해 보세요. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 문의하실 수 있습니다.

중요! 단체건강보험 보장이 종료되면 1-800-MEDICARE에 전화하여 기록을 업데이트하세요. 보험에 다른 변경 사항이 있는 경우, 메디케어 혜택 조정 및 회복센터(Benefits Coordination & Recovery Center)에 1-855-798-2627로 전화하실 수도 있습니다. TTY 사용자는 1-855-797-2627로 문의하실 수 있습니다. 퇴직하시는 경우 1-800-MEDICARE에 전화하여 주요 보험 정보가 올바른지 확인하시기 바랍니다.

파트 A가 있는 경우, 메디케어로부터 “건강보험” 양식(IRS 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. 세금을 신고하는 데 양식이 필요하지 않더라도 메디케어에 사본을 요청할 수 있습니다.

파트 A 비용을 지불해야 하나요?

보통은 귀하 또는 배우자가 일정한 근로 기간 동안 메디케어 세금을 납부한 경우, 파트 A 보장을 위하여 월 **보험료**를 지불하실 필요가 없습니다. 이를 무보험료 파트 A라고도 합니다. 무보험료 파트 A 자격 대상이 아닌 경우 파트 A를 구매하실 수도 있습니다. 파트 A 보험료 납부 방법에 대한 자세한 내용은 24페이지를 참조하세요.

파트 A를 구매하는 경우, 본인 또는 배우자가 일을 하면서 메디케어 세금을 납부한 기간에 따라 2024년에는 매달 \$278 또는 최대 \$505의 보험료를 지불하게 됩니다. 파트 A 보험료 납부에 도움이 필요한 경우 91~92페이지를 참조하세요. 파트 A 비용 지불에 대해 궁금한 사항은 [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)를 참조하거나 1-800-MEDICARE로 문의하세요.

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

2025년 파트 A 보험료 금액은 [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)를 참조하세요.

파트 A 지연 가입 가산금이란 무엇인가요?

무보험료 파트 A에 가입할 자격이 없고, 처음으로 자격이 생겼을 때 가입하지 않은 경우, 월 보험료가 10% 인상될 수 있습니다. 파트 A에 가입할 수 있었지만 가입하지 않았던 연도 수의 두 배 기간 동안 더 높은 보험료를 납부해야 할 수 있습니다. 예를 들어, 2년 동안 파트 A에 자격이 있었지만 가입하지 않은 경우, 4년 동안 10% 더 높은 보험료를 납부해야 합니다.

파트 B 보장 비용은 얼마인가요?

2024년도 표준 파트 B **보험료**는 \$174.70입니다. 대부분은 매달 표준 파트 B 보험료를 지불합니다.

수정 조정 총소득이 특정 금액(2024년에는 개인 신고의 경우 \$103,000, 결혼하여 공동 신고의 경우 \$206,000)을 초과하는 경우 소득 관련 월 조정액(IRMAA)을 납부할 수 있습니다. IRMAA는 보험료에 추가되는 부가 부과금입니다.

IRMAA 지불 여부를 결정하기 위해, **메디케어는 가입자의 2년 전 IRS 세금 보고서에 보고된 수정 조정 총소득을 사용합니다.** IRMAA 관련 자세한 사항은 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)를 참조하세요.

2025년 파트 B 보험료 금액 및 소득 한도는 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)를 참조하세요.

주: 수정 조정 총소득이 일정 금액을 초과하는 경우, 메디케어 약품보장(파트 D) 보험료에 추가 금액을 납부해야 할 수도 있습니다. 82페이지 참조.

추가 금액을 납부해야 하지만 이에 동의하지 않는 경우(예: 생활 사건으로 인해 소득이 낮아짐) [SSA.gov/medicare/lower-irmaa](https://www.SSA.gov/medicare/lower-irmaa)를 참조하세요.

파트 B 지연 가입 가산금은 무엇인가요?

중요! 처음 자격이 되었을 때 파트 B에 가입하지 않으면, 파트 B에 가입할 때 지연 가입 가산금을 지급해야 할 수 있습니다. 월 파트 B 보험료는 파트 B에 가입할 수 있었지만 가입하지 않은 해당 기간 중 전체 12개월마다 10% 인상될 수 있습니다. 특별 가입 기간 동안 파트 B에 가입할 수 있는 경우, 일반적으로 지연 가입 가산금을 내지 않아도 됩니다. 17~18페이지 참조.

예: Smith 씨의 최초 가입 기간은 2020년 12월에 종료되었습니다. 그는 파트 B에 가입하기 위해 2023년 3월(일반 가입 기간 동안)까지 기다렸습니다. 그의 파트 B 보험료 가산금은 20%이며 파트 B에 가입하려는 경우, 표준 파트 B 보험료 외에 추가로 이 가산금을 납부해야 합니다. (Smith 씨는 총 27개월간 파트 B 보장을 받지 않았지만 여기에는 2번의 전체 12개월 기간만 포함되었습니다.)



비용과 보장내용: 메디케어 비용에 대한 도움을 받는 방법을 알아보려면 91페이지를 참조하세요.

파트 B 보험료는 어떻게 지불하나요?

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

주: RRB에서 청구서를 받으면 보험료를 다음 주소로 우편 발송하세요.

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

RRB로부터 수령한 청구서에 대해 궁금한 사항은 1-877-772-5772로 전화하세요. TTY 사용자는 1-312-751-4701로 문의하실 수 있습니다.

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

사회보장 또는 RRB 혜택 지급을 받지 못하면 파트 B 보험료에 대한 청구서를 받게 됩니다. 일반적으로 파트 B 보험료는 분기별로(3개월마다) 청구됩니다. 파트 A 또는 파트 D IRMAA에 대한 비용도 지불하거나 메디케어 Easy Pay를 사용하여 보험료를 지불하는 경우, 월별 청구서를 받게 됩니다(22페이지 및 82페이지 참조). 자신의 보험료를 지급하는 방법은 다음 4가지가 있습니다.

- 1. 온라인으로 신용카드, 직불카드, 건강저축계좌(HSA) 카드, 저축 또는 당좌예금 계좌를 통해 지급.** 이렇게 하려면 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)에서 보안 메디케어 계정으로 로그인(또는 계정 생성)하세요. 온라인 결제는 개인정보를 우편으로 보내지 않고도 더 안전하고 빠르게 결제할 수 있는 방법입니다. 결제하면 확인 번호를 받게 됩니다.
- 2. 은행의 온라인 청구서 지급불 서비스를 통해 저축 계좌 또는 당좌예금 계좌에서 직접 지급.** 은행에서 이 서비스를 제공하는지 문의하세요. 일부 은행에서는 수수료를 부과할 수 있습니다. 은행에서 다음 정보를 요구할 것입니다.
 - **귀하의 메디케어 번호:** 빨간색, 흰색, 파란색의 메디케어 카드에 있는 정확한 번호를 대시 없이 사용하는 것이 중요합니다.
 - **수취인 이름:** CMS 메디케어 보험
 - **수취인 주소:**
Medicare Premium Collection Center
PO Box 790355
St. Louis, MO 63179-0355
- 3. 메디케어 이지 페이(Easy Pay)에 가입.** 매월 저축 또는 당좌예금 계좌에서 납부액을 자동으로 공제하는 무료 서비스입니다. 가입 방법을 알아보려면 [Medicare.gov/basics/costs/pay-premiums/medicare-easy-pay](https://www.Medicare.gov/basics/costs/pay-premiums/medicare-easy-pay)를 참조하거나, 1-800-MEDICARE에 문의하세요.
- 4. 메디케어에 납부액 우편발송.** 수표, 우편환, 신용카드, 직불카드 또는 건강저축계좌(HSA) 카드로 지불할 수 있습니다. 지급 시 메디케어 번호를 기재하고 지급 쿠폰을 작성하십시오. 납부액 및 쿠폰을 다음 주소로 우편 발송하세요.

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

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

청구서에 기재된 주소를 변경해야 하는 경우, [SSA.gov/mycontact](https://www.SSA.gov/mycontact)를 참조하세요.

메디케어 절감 프로그램을 통해 파트 A 및 파트 B 보험료를 지불하기 위해 주정부로부터 지원을 받을 수도 있습니다. 91-92페이지 참조.

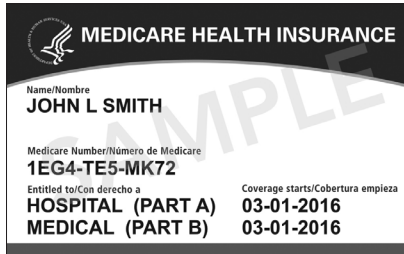
섹션 2:

메디케어 보장 사항 확인

메디케어는 어떤 서비스를 보장하나요?

이 절에서는 병원, 진료소, 기타 의료 시설에서 **오리지널 메디케어**(파트 A 및 파트 B)가 보장하는 항목, 검사 및 서비스에 대한 정보를 찾을 수 있습니다. 파트 A와 파트 B에 모두 가입한 경우 이 절의 메디케어 보장 서비스에 대한 자격이 있을 수 있습니다.

오리지널 메디케어에 가입한 경우 빨간색, 흰색, 파란색 메디케어 카드를 사용하여 메디케어 보장 서비스를 받을 수 있습니다. 메디케어 카드에는 파트 A(병원으로 명시), 파트 B(의료로 명시) 또는 둘 다 있는지와 보장 시작일이 표시됩니다.



중요! 메디케어 어드밴티지 플랜 또는 기타 메디케어 건강보험에 가입한 경우, 메디케어 보장 서비스를 받기 위해 반드시 소지하신 보험 카드를 서비스 제공자와 공유하세요.

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

파트 A는 무엇을 보장하나요?

파트 A(병원 보험)는 아래 사항을 보장합니다.

- 병원 입원 환자 간호
- **전문 간호 시설 치료**
- 호스피스 케어
- 가정 건강관리

26~29페이지에 파트 A에서 보장하는 공통 서비스 목록과 일반 설명이 소개되어 있습니다.

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

파트 A 보장 서비스에 지불해야 하는 비용은 무엇인가요?

기본분담금(copayment), 공동보험금(coinsurance) 또는 공제액(deductible)은 다음 페이지에 명시된 각 서비스에 적용될 수 있습니다.

메디케어 어드밴티지 플랜 또는 다른 보험(메디갭, 메디케이드, 고용주, 퇴직자 또는 조합 보험)이 있는 경우, 기본분담금, 공동보험금, 공제액 등 가입자의 본인 부담금이 다를 수 있습니다. 비용과 관련한 자세한 내용은 보험사에 문의하세요.

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

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

호스피스 케어

호스피스 간호 자격을 얻으려면 호스피스 의사와 담당 의사(있는 경우)가 가입자가 말기 질환자, 즉, 가입자의 기대수명이 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.

적용 범위:

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

메디케어 인증 호스피스 케어는 일반적으로 본인의 집이나 요양원과 같이 가입자가 거주하는 기타 시설에서 제공됩니다. **오리지널 메디케어**에서 말기 질환 및 관련 상태의 일부가 아닌 모든 건강상의 문제를 보장하는 혜택 비용을 여전히 지급하지만, 호스피스에서 대부분의 간호 비용을 부담해야 합니다.

메디케어는 가입자의 치료관리를 위해 시설에서의 숙식비를 지급하지 않습니다. 단, 호스피스 의료 팀이 통증 및 기타 증상을 관리하기 위해 가입자에게 단기 입원치료가 필요하다고 결정하는 경우는 제외입니다. 이러한 치료는 호스피스 시설, 병원 또는 호스피스와 계약한 **전문 간호 시설**과 같이 메디케어 승인 시설에서 이루어져야 합니다.

간병인 교대 및 지원

메디케어는 또한 간병인(가족 구성원 또는 친구)이 쓸 수 있도록 가입자가 메디케어 승인 시설에서 받는 간호인 입원환자 임시 간호를 보장합니다. 임시 간호를 받을 때마다 최대 5일까지 머무를 수 있습니다. 호스피스 제공자가 가입자 대신 이 서비스를 마련합니다.

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

귀하의 부담분:

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

호스피스 케어 비용은 가입자가 **메디케어 어드밴티지 플랜**에 가입한 경우에도 **오리지널 메디케어**에 청구됩니다. 호스피스 간호를 받을 때 메디케어 어드밴티지 플랜은 말기 질환 또는 말기 질환과 관련된 상태의 일부가 아닌 서비스를 계속해서 보장할 수 있습니다. 호스피스 간호에 대한 자세한 사항과 메디케어 승인 제공자를 찾으려면 보험사에 문의하거나 [Medicare.gov/care-compare](https://www.Medicare.gov/care-compare)를 참조하세요.

입원환자 병원 진료

메디케어는 2인실, 식사, 일반 간호, 약물(오피오이드 사용장애 치료를 위한 메타돈 포함), 입원환자 치료의 일부로 기타 병원 서비스 및 용품을 보장합니다. 여기에는 급성치료 병원, **거점 병원**, **입원재활시설**, **장기 요양병원**, 입원환자 정신과 시설에서의 정신과 진료, 자격이 되는 임상연구 입원환자 진료에서 받는 진료가 포함됩니다. 여기에는 개인 간호, 병실에 있는 TV 또는 전화기(이러한 항목에 별도의 요금이 부과되는 경우), 개인 위생용품(면도기 또는 슬리퍼 양말 등) 또는 개인실은 포함되지 않습니다. 단, **의학적으로 필요한** 경우는 제외합니다.

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

2024년도, 가입자 지불 비용:

- **1-60일**(각 **혜택 기간** 중): 파트 A **공제액** 충족 후 \$0
- **61-90일**(각 혜택 기간 중): \$408/일
- **90일 이후**(각 혜택 기간 중): **평생 예비일**마다 \$816/일(평생 동안 최대 60일)

평생 예비일수를 모두 사용한 후에는 모든 비용을 납부해야 합니다.

파트 A는 평생 동안 독립형 정신병원에서 받은 입원환자 정신병원 치료의 최대 190 일분에 대해서만 비용을 부담합니다.

2025년 금액은 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)를 참조하세요.

주: 이제부터 병원은 모든 항목 및 서비스에 대한 표준 요금(**메디케어 어드밴티지 플랜**에서 협상한 표준 요금 포함)을 공개 웹사이트에 공유하여 가입자가 정보에 근거한 치료 결정을 내릴 수 있도록 해야 합니다.

저는 입원환자인가요, 외래환자인가요?

입원환자인지 외래환자인지에 따라 병원 서비스에 대한 납부 비용과 파트 A **전문 간호 시설 치료**에 대한 자격 여부가 달라집니다.

- 병원에서 의사의 지시에 따라 정식으로 입원했다면 입원 환자입니다.
- 정식 입원 허가 없이 응급 또는 관찰 서비스(병원에서 하룻밤을 보내거나 외래 진료소에서의 서비스를 포함할 수 있음), 검사실 검사 또는 엑스레이 촬영을 하는 경우 (병원에서 밤을 지새우더라도) 외래 환자입니다.

병원에 머물러야 하는 날마다, 가입자 또는 간병인은 병원 및/또는 의사, 병원 사회복지사 또는 환자 옹호자에게 본인이 입원환자 또는 외래환자 여부를 문의해야 합니다.

중요! 때때로 의사는 귀하를 입원 환자로 받아들일지 아니면 내보낼(퇴원)지 결정하는 동안 관찰 서비스를 위해 외래 환자로 둡니다. 24시간 이상 관찰 대상이면 병원에서 반드시 “메디케어 외래환자 관찰 통지서”(일명 “MOON”)를 제공해야 합니다. 이 통지서에 가입자가 관찰 서비스를 받은 외래환자(병원 또는 **거점 병원**에서)인 이유와 이로 인해 가입자가 병원에 지불하는 비용과 퇴원 후 치료 비용에 미치는 영향이 명시되어 있습니다.

종교적 비의료 건강관리 기관(입원환자 간호)

이러한 시설에서 입원환자 병원 진료 또는 전문 간호 시설 치료를 받을 자격이 있다면, 메디케어는 입원환자, 비종교적, 비의료 항목과 서비스(숙식 등) 및 의사의 지시나 처방이 필요하지 않은 항목 또는 서비스(비약물 상처 드레싱 또는 단순 보행기 사용 등)만 보장합니다. 메디케어는 이러한 유형의 치료에서 종교적인 부분을 보장하지 않습니다.

전문 간호 시설 치료

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

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

가입자는 현재 상태를 개선하거나 유지하기 위해 필요한 경우, 전문 간호 요양 또는 치료를 받을 수 있습니다. 퇴원에 동의하지 않는 경우 이의를 신청할 수 있습니다. 예를 들어, 상태가 호전되지 않아 퇴원했지만 상태가 악화되는 것을 막기 위해 전문 간호 관리나 치료가 여전히 필요한 경우 이의를 신청할 수 있습니다. 100페이지 참조.

각 **혜택 기간**(2024) 내, **가입자 지불 비용**:

- **1일~20일**: 비용 없음. **주: 메디케어 어드밴티지 플랜에** 가입한 경우, 첫 20일 동안은 **기본분담금**이 부과될 수 있습니다.
- **21일~100일**: \$204/일
- **제101일 이후**: 비용 전액.

주: 담당 의사가 **책임진료기관(Accountable Care Organization, ACO)**에 참여하고 있거나 의료제공자가 전문 간호 시설 3일 규칙 면제 승인을 받은 경우, 최소 3일 입원환자 입원이 필요하지 않을 수 있습니다. 제공자가 ACO(110~111페이지)에 참여하는 경우, 이용할 수 있는 혜택에 대해 문의하세요. 메디케어 어드밴티지 플랜은 최소 3일 면제할 수도 있습니다. 자세한 정보는 귀하의 플랜에 문의하십시오.

파트 B는 무엇을 보장하나요?

메디케어 파트 B(의료 보험)는 **의학적으로 필요한** 의사 서비스, 외래환자 치료, 가정 건강관리 서비스, 내구성 의료 장비, 정신건강 서비스, 제한된 외래 처방약 및 기타 의료 서비스를 보장합니다. 파트 B는 또한 많은 **예방 서비스**를 보장합니다. 파트 B에서 보장하는 일반적인 서비스 목록은 30~55페이지를 참조하세요. 메디케어는 상태를 진단하거나 치료하는 데 필요한 경우 나열된 기간보다 더 자주 일부 서비스 및 검사를 보장할 수 있습니다.

Medicare에서 이 목록에 없는 서비스를 보장하는지 확인해 보세요.

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

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

파트 B에서 보장하는 서비스에 대해 무엇을 지불해야 하나요?

보장 서비스 목록은 다음 페이지에 알파벳 순서로 나와 있습니다. 이 목록은 **오리지널 메디케어**를 가지고 있고 **책정금(assignment)**(59~60페이지)을 허용하는 의사 또는 기타 의료제공자를 이용하는 경우, 가입자가 지불하는 금액에 대한 일반 정보를 제공합니다. 책정금을 수락하지 않는 의사나 제공자를 이용하게 되면 더 많은 비용을 지불하게 됩니다. **메디케어 어드밴티지 플랜 또는 다른 보험(메디갭, 메디케이드, 고용주, 퇴직자 또는 조합 보험)이 있는 경우, 기본분담금, 공동보험금, 공제액 등 가입자의 본인 부담금이 다를 수 있습니다.** 자세한 정보는 귀하의 플랜에 문의하십시오.

오리지널 메디케어에서 파트 B 공제액이 적용되는 경우, 연간 파트 B 공제액을 충족할 때까지 모든 비용(**메디케어 승인 금액**까지)을 납부해야 합니다. 공제액을 충족한 후에는 메디케어에서 분담금을 지불하기 시작하고, 가입자는 일반적으로 메디케어 승인 금액의 20%를 부담합니다(의사 또는 기타 의료제공자가 책정금을 수락한 경우). **오리지널 메디케어가 있는 경우 본인 부담금에는 연간 한도가 없습니다.** 메디갭, 메디케이드, 고용주, 퇴직자 또는 조합보험 등 보충보험에 가입한 경우, 납부 금액에 제한이 있을 수 있습니다.

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

파트 B 보장 서비스

이 사과 표시 는 30~55페이지의 **예방 서비스** 옆에 있습니다.



예방 서비스

복부 대동맥류 검진

메디케어는 위험군인 경우 복부 대동맥류 초음파 검진을 1회 보장합니다(단, 담당 의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료제공자의 **의뢰서**가 있어야 함). 복부 대동맥류의 가족력이 있거나 65~75세의 남성이고 평생 100개비 이상의 담배를 피운 경우, 위험군으로 간주됩니다. 의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료제공자가 **책임금**을 허용할 경우, 검진비를 부담하지 않습니다.

침술

메디케어는 만성 요통에 대한 침술(건식 침술 포함)만 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 **공제액**과 **공동보험금**이 적용됩니다. 호전 기미가 없으면 메디케어는 추가 8회 치료를 보장하지 않습니다.

모든 의료제공자가 침술을 제공할 수 있는 것은 아니며 메디케어는 유연히 침술사에게 서비스 비용을 직접 지불할 수 없습니다.

사전의료계획

메디케어는 연간 “웰니스” 방문 진료의 일환으로 자발적 사전의료계획을 보장합니다 (54~55페이지). 이 계획은 스스로 결정을 내리는 데 도움이 필요할 때 받게 될 의료관리 계획입니다. 사전 치료 계획의 일환으로 사전 의료 지시서를 작성하도록 선택할 수 있습니다. 이는 스스로 의료 결정을 내릴 수 없는 경우, 향후 의학적 치료에 대한 희망사항을 기록하는 중요한 법적 문서입니다. 의료 서비스 제공자와 사전 의료 지시에 대해 이야기할 수 있으며 선호하는 경우 양식 작성에 도움을 받을 수 있습니다.

누가 자신을 대변하게 하고 싶은지, 어떤 지시를 하고 싶은지 신중하게 고려하십시오. 가입자는 연령 또는 장애에 따른 차별 없이 선택한 대로 계획을 수행할 권리가 있습니다. 사전 의료 지시서는 언제든지 수정할 수 있습니다.

연간 “웰니스” 방문 진료의 일환으로 제공되고, 의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료제공자가 책임금을 허용하는 경우 가입자가 부담하는 비용은 없습니다.

메디케어는 귀하의 의학적 치료의 일환으로 해당 서비스를 보장할 수도 있습니다. 사전의료계획이 연간 “웰니스” 방문 진료의 일부가 아닌 경우, 파트 B **공제액**과 **공동보험금**이 적용됩니다.

사전 지시서를 작성하는 데 도움이 필요하십니까? eldercare.acl.gov에서 Eldercare Locator(노인돌봄찾기)에 접속해 지역사회 지원을 확인해 보세요.



예방 서비스

알코올 남용 검진 및 상담

메디케어는 알코올을 섭취하지만 알코올 의존성에 대한 의학적 기준을 충족하지 않는 성인 가입자(임산부 포함)에게 알코올 남용 검진을 보장합니다. 가입자가 알코올을 남용하고 있다고 **일차진료의**나 다른 의료제공자가 판단면, 가입자는 1년에 최대 4회의 약식 대면 상담을 받을 수 있습니다(상담을 받는 동안 행위 능력이 있고 각성 상태일 경우). 의사의 진료실과 같은 1차 진료 환경에서 상담 받아야 합니다. 일차진료 제공자 또는 다른 의료제공자가 **책임금**을 허용하는 경우 가입자가 부담하는 비용은 없습니다.

구급차 서비스

메디케어는 다른 차량으로 이동하는 것이 건강에 위험이 될 수 있는 경우 **의학적으로 필요한** 서비스를 위해 병원, **거점 병원**, 지방 응급 병원 또는 **전문 간호 시설**까지 지상 구급차 수송을 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 경우, 구급차 수송이 의학적으로 필요하다는 의사의 서면 지시가 있다면 메디케어에서 의학적으로 필요한 비응급 구급차 수송 비용을 지급할 수 있습니다. 예를 들어, 병원에서 퇴원한 환자는 전문 간호 시설까지 의학적으로 필요한 구급차 수송이 필요할 수 있습니다.

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

가입자는 **메디케어가 승인한금액**의 20%를 부담합니다. 파트 B **공제액**이 적용됩니다.

외래 수술 센터

메디케어는 외래 수술 센터(외과 수술을 수행하는 외래환자 시설)에서 행하는 승인된 수술 절차와 관련된 시설 서비스 비용을 부담하고 환자는 24시간 이내에 퇴원할 것으로 예상됩니다. 일부 **예방 서비스**(의사 또는 기타 의료제공자가 책임금을 허용하는 경우 가입자는 비용을 부담하지 않음)를 제외하고, 가입자는 외래 수술 센터와 가입자를 치료하는 의사 모두에게 메디케어 승인 금액의 20%를 부담합니다. 파트 B 공제액이 적용됩니다. 귀하는 메디케어가 외래 수술 센터에서 보장하지 않는 절차와 관련된 모든 시설 서비스 비용을 지불합니다.



비용과 보장내용: 외래 수술 센터의 외래환자 수술에 관한 비용 건적 조회:

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

비만대사 수술

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

행동 건강 통합 서비스

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

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

의료제공자는 이들 서비스를 매월 받으려면 동의서에 서명하도록 요청할 것입니다. 파트 B **공제액**과 **공동보험금**이 월 서비스 요금에 적용됩니다.

혈액

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



예방 서비스 골밀도 측정

이 검사는 골절 위험군에 속해 있는지 알아보기 위한 검사입니다. 메디케어는 특정 의학적 상태(잠재적 골다공증 등)가 있거나 특정 기준을 충족하는 사람들에게 이 검사를 24개월(**의학적으로 필요한** 경우 더 자주)에 한 번 보장합니다. 의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료제공자가 **책임금**을 허용하는 경우 해당 검사비를 부담하지 않습니다.

심장 재활

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

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

- 심장 또는 심장-폐 이식
- 안정형 만성 심부전

메디케어는 정기적 집중 심장재활 프로그램을 보장합니다. 메디케어는 진료실 또는 병원 외래 환자 환경에서의 서비스를 보장합니다. 의원에서 서비스를 받는 경우 **메디케어 승인 금액**의 20%를 부담하고 병원 외래환자 환경에서 서비스를 받는 경우 **기본분담금**을 부담하게 됩니다. 파트 B **공제액**이 적용됩니다.



예방 서비스 심혈관 행동 요법

메디케어는 **일차진료의** 또는 심혈관 질환의 위험을 낮추는 데 도움이 되는 일차진료 환경(의원 등)에 있는 기타 자격을 갖춘 일차진료 제공자에게 받는 연 1회의 심혈관 행동요법 진료를 보장합니다. 방문 중, 일차진료의는 아스피린 복용에 대해 상담하고(해당될 경우), 혈압을 측정하며, 좋은 식습관에 대한 도움말을 줄 수도 있습니다. 일차진료 제공자 또는 다른 의료제공자가 **책임금**을 허용하는 경우 가입자가 부담하는 비용은 없습니다.



예방 서비스 심혈관 질환 검진

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

신규! 간병인 교육 자원

이제 메디케어는 치료 계획의 일환으로 간병인이 가입자를 돌보는 기술(약물 제공, 맞춤형 관리 등)을 배우고 개발하는 데 도움이 되는 **교육**을 보장합니다. 의료제공자가 간병인 교육이 가입자의 치료 계획에 적합하다고 판단하는 경우, 간병인은 가입자가 참석할 필요 없이 제공자로부터 개인 또는 그룹 교육 세션을 받을 수 있습니다. 교육은 가입자의 건강 목표에 초점을 두어야 하며, 치료가 효과를 거두려면 간병인의 도움이 필요해야 합니다. 가입자는 메디케어 승인 금액의 20%를 부담합니다. 파트 B 공제액이 적용됩니다.



예방 서비스 자궁 경부암 및 질암 검진

메디케어는 자궁 경부암과 질암을 검진하는 Pap 검사(파파니콜로검사, 자궁경부질세포진검사)와 골반 검사를 보장합니다. 메디케어는 골반 검사의 일부로 유방암을 확인하기 위한 임상 유방 검사도 보장합니다. 메디케어는 대부분의 경우 24개월에 한 번 검진을 보장합니다. 메디케어는 자궁경부암 또는 질암 고위험군이거나 가임기이고 지난 36개월 동안 Pap 검사가 비정상인 경우 12개월에 한 번 해당 검진을 보장합니다.

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

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

화학요법

메디케어는, 암 환자에게 진료소, 독립 클리닉 또는 외래 환자 병원에서 진행되는 화학요법을 보장합니다. 가입자는 병원 외래환자 환경에서 진행되는 화학 요법에 **기본분담금**을 지불합니다.

가입자는 의원이나 독립 진료소에서 진행되는 화학 요법에 **메디케어 승인** 금액의 20%를 부담합니다. 파트 B **공제액**이 적용됩니다.

입원환자 병원 환경에서 파트 A 보장 화학요법의 경우, 27~28페이지에서 입원환자 병원 관리를 확인하세요.

카이로프랙틱(척추지압) 서비스

메디케어는 불완전 탈구를 교정하기 위한 척추 조작만 보장합니다(척추 관절이 제대로 움직이지 못하지만 관절 사이의 접촉은 손상되지 않은 경우). 가입자는 메디케어 승인 금액의 20%를 부담합니다. 파트 B 공제액이 적용됩니다.

만성 치료 관리 서비스

최소 1년 동안 지속될 것으로 예상되는 2가지 이상의 심각한 만성 질환(관절염 및 당뇨병 등)이 있는 경우, 메디케어는 해당 질환 관리를 위한 의료제공자의 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, 의료제공자가 가입자 또는 가입자의 간병인을 위해 관리 계획을 준비하고, 가입자의 약물 관리를 돕고, 긴급 치료 관리 필요 사항을 연중무휴 24시간 이용할 수 있게 하고, 의료 환경 전원 시 지원하고, 그 밖의 만성 치료 필요 사항을 지원합니다.

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

만성 통증 관리 및 치료 서비스

메디케어는 만성 통증(3개월 이상 지속되거나 재발되는 통증) 질환자를 위한 월 서비스를 보장합니다. 서비스에는 통증 평가, 약물 관리, 진료 조정 및 계획이 포함될 수 있습니다. 파트 B 공제액과 공동보험금이 적용됩니다.

임상 연구 조사

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. 가입자가 받는 치료에 따라 메디케어 승인 금액의 20%를 부담해야 할 수 있습니다. 파트 B 공제액이 적용됩니다.

주: 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입한 경우, **오리지널 메디케어**에서 메디케어 어드밴티지 플랜과 함께 일부 비용을 부담할 수 있습니다. 임상 연구 보장에 대한 자세한 사항은 보험사에 문의하세요.

인지 평가 및 치료 계획 서비스

의료제공자 방문 시(연간 “웰니스” 방문 진료 포함), 의료제공자는 알츠하이머병을 비롯한 치매 징후를 찾기 위해 인지 평가를 수행할 수 있습니다. 인지 장애의 징후에는 기억 장애, 새로운 내용 학습, 집중력, 재정 관리 또는 결정하기가 포함됩니다. 우울증, 불안, 섬망 같은 증상도 정신 착란을 일으킬 수 있으므로 증상의 원인을 이해하는 것이 중요합니다.

메디케어는 인지적 기능에 대한 충분한 평가를 수행하여 알츠하이머병 또는 치매와 같은 진단을 확정하고, 치료 계획을 수립할 수 있도록 의사 또는 의료제공자의 별도 방문을 보장합니다. 배우자, 친구 또는 간병인과 같은 사람을 불러와 함께 정보를 제공하고 질문에 답할 수 있습니다.

이 방문 동안 의사나 의료제공자는 다음을 수행할 수 있습니다.

- 검사를 수행하고 병력에 대해 이야기하고 약물을 검토.
- 평소 간병인이 제공할 수 있는 돌봄 관리를 포함하여 가입자의 사회적 지원을 확인합니다.
- 증상을 다루고 관리하는 데 도움이 되는 치료 계획 수립.
- 환자가 사전 치료 계획을 수립하거나 업데이트하는 것을 지원. 30~31페이지 참조.
- 필요한 경우 전문의에게 의뢰.
- 재활 서비스, 성인 주간 건강 프로그램 및 지원 그룹과 같은 지역사회 자원에 관해 더 깊이 이해하는 데 도움을 드립니다.

파트 B **공제액**과 **공동보험금**이 적용됩니다.

신규!

일부 치매 환자와 그 가족, 무급 간병인은 치매 경험 모델 개선 안내(Guiding an Improved Dementia Experience Model) 시범 프로그램을 통해 별도의 지원을 받을 수도 있습니다. 자세한 정보와 참여 여부를 알아보려면 담당 제공자에게 문의하세요.



예방 서비스 대장암 검진

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

- **바륨 관장:** 메디케어는 의사가 연성 S상 결장경 검진 또는 대장 내시경 검진 대신에 이 검진을 사용할 경우, 45세 이상인 경우 48개월마다(고위험군은 24개월마다) 한번 이 검사를 보장합니다. 가입자는 의사 서비스에 대해 **메디케어 승인 금액의 20%**를 부담합니다. 병원 외래환자 환경에서는 병원에 **기본분담금**도 부담하게 됩니다. 파트 B 공제액은 적용되지 않습니다.

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

- **대장내시경 검진:** 메디케어는 120개월마다(고위험군은 24개월마다) 한번 또는 이전의 연성 S상 결장경 검진으로부터 48개월 후에 이 검진을 보장합니다. 최소 연령 요건은 없습니다. 처음에 비침습적 대변 기반 검진(대변 잠혈 검사 또는 다중 표적 대변 DNA 검사)을 받고 양성 결과를 받은 경우, 메디케어는 선별 검사로 후속 대장내시경 검진도 보장합니다. 의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료제공자가 **책정금**을 허용할 경우, 가입자는 검진비를 부담하지 않습니다.

- **연성 S자 결장경 검사:** 메디케어는 45세 이상인 경우 48개월에 한 번, 또는 고위험군이 아닌 경우 이전에 대장내시경 검진을 받은 후 120개월에 한 번씩 이 검사를 보장합니다. 의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료 제공자가 책정금을 허용하는 경우 가입자가 부담하는 비용은 없습니다.

의사가 대장내시경 또는 연성 S상 결장경 검사 중에 용종이나 기타 조직을 찾아 제거하면, 가입자는 의사 서비스에 대해 **메디케어 승인** 금액의 15%를 부담합니다. 병원 외래환자 환경에서는 병원에 15%의 **공동보험금**도 납부합니다. 파트 B **공제액**은 적용되지 않습니다.

- **대변 잠혈검사:** 메디케어는 45세 이상인 경우 12개월에 한 번씩 해당 검사를 보장합니다. 의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료제공자가 **책정금**을 허용하는 경우 가입자는 검사비를 부담하지 않습니다.

- **다중 표적 대변 DNA 및 혈액 기반 생체표지자 테스트:** 메디케어는 다음 조건을 모두 충족하는 경우 3년에 한 번 이러한 검진을 보장합니다.

- 45세에서 85세 사이의 연령대.
- 하부 위장관 통증, 혈변, 구아이익 대변 잠혈검사 또는 대변 면역화학 검사 양성을 포함하되 이에 국한되지 않는 결장 질환의 증상을 나타내지 않음.
- 대장암 발병 위험이 평균적이어야 함. 이는 다음을 의미함:
 - 선종폴립, 대장암 또는 크론병 및 궤양성 대장염을 포함한 염증성 장 질환의 개인 병력이 없음.
 - 대장암이나 샘종성 용종, 가족성 샘종성 용종증, 유전성 비용종증 대장암의 가족력이 없음,

다중 표적 대변 DNA 검사는 가정 검사실 검사입니다. 혈액 기반 생체표지자 검사는 검사실에서 수행됩니다. 의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료제공자가 책정금을 허용하는 경우 가입자는 검사비를 부담하지 않습니다.

지속기도양압(CPAP) 기기 및 부속품

폐쇄수면무호흡 진단을 받은 경우 메디케어에서 CPAP 기기 및 부속품을 3개월 동안 보장합니다. 체험 기간 후에도 의사를 직접 만나고, 가입자가 특정 조건을 충족하고 CPAP가 도움이 되고 있다는 의료 기록을 의사가 문서로 입증한 경우, 메디케어는 CPAP 기기 및 부속품을 계속해서 보장할 수 있습니다.

가입자는 기기 대여 및 관련 용품(마스크 및 튜브 등) 구매에 대해 메디케어 승인 금액의 20%를 부담합니다. 파트 B 공제액이 적용됩니다. 메디케어는 가입자가 중단 없이 기기를 사용한 경우, 기기 임대 비용 13개월 분을 공급업체에게 지급합니다. 13개월 동안 기기를 임대한 후에는 소유하게 됩니다.

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



예방 서비스

흡연 및 흡연으로 인한 질병 예방을 위한 상담

흡연자인 경우 메디케어는 12개월 기간에 8회의 대면 방문을 보장합니다. 의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료제공자가 **책정금**을 허용하는 경우, 가입자는 상담 세션에 대해 비용을 부담하지 않습니다.

COVID-19(2019 코로나바이러스 감염증)

메디케어에 가입한 많은 사람들이 심각한 COVID-19에 감염될 위험이 높기 때문에 자신과 다른 사람의 안전을 위해 필요한 조치를 취하는 것이 중요합니다.

메디케어는 COVID-19과 관련된 다양한 검사, 항목과 서비스를 보장합니다. 의사 또는 의료제공자와 상의하여 본인에게 적합한 항목을 확인하세요.



예방 서비스

COVID-19 백신

- FDA의 승인과 허가를 받은 백신은 신체의 자연적 방어수단과 협력하여 바이러스에 대한 면역력(보호)을 안전하게 높여 COVID-19 관련 질병의 위험을 줄이는 데 도움이 됩니다.
- 의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료제공자가 백신 접종에 대해 책정금을 허용하는 경우 COVID-19 백신 접종비를 부담하지 않습니다.
- 백신 접종 시 의료제공자나 약국에서 메디케어에 청구할 수 있도록 빨간색, 흰색, 파란색 메디케어 카드를 지참하세요. **메디케어 어드밴티지 플랜**에 가입한 경우, 메디케어 보장 서비스를 받으시려면 플랜에서 제공한 카드를 사용해야 합니다. 네트워크 소속 의료제공자로부터 백신을 접종받는 경우 비용을 부담하지 않습니다. 더 많은 정보를 알고 싶으시면 귀하의 플랜을 확인하십시오.

진단 검사실 검사:

- 해당 검사는 COVID-19 감염 여부를 확인합니다.
- 의료제공자가 해당 검사를 지시하고 가입자가 메디케어를 허용하는 검사실, 약국, 의사 또는 병원에서 검사를 받는 경우 비용을 지불하지 않습니다.
- 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입된 경우, 본인 부담금이 있는지 알아보려면 담당 보험사에 확인하세요.

단일클론항체 치료제 및 제품:

- 이러한 FDA 승인 또는 허가 치료법은 질병과 싸우고 병원에 가지 않도록 도와줄 수 있습니다. COVID-19 검사에서 양성 반응을 보이고, 경증에서 중등도 증상이 있어야 하며, 중증 COVID-19 진행 및/또는 입원 필요에 고위험군이어야 합니다.
- **오리지널 메디케어**는 가입자에게 COVID-19 증상이 있는 경우 단일클론 항체 치료를 보장합니다.
- 가입자가 메디케어 제공자 또는 공급업체로부터 이러한 치료를 받을 때 비용을 지불하지 않습니다. 자격을 얻으려면 특정 조건을 충족해야 합니다. 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입된 경우, 보장 및 비용에 대해 담당 보험사에 확인하세요.

주: FDA 승인 또는 허가받은 특정 단일클론항체 제품은 COVID-19 노출 전에 가입자를 보호할 수 있습니다. 파트 B가 있고 담당 의사가 이 유형의 제품이 가입자에게 효과가 있다고 판단하는 경우(면역체계 저하자인 경우 등), 가입자는 메디케어 제공자 또는 공급업체로부터 제품을 이용할 때 이에 대해 비용을 지불하지 않습니다.

자세한 정보 얻기

- 이러한 보장 서비스에 대해 [Medicare.gov/medicare-coronavirus](https://www.Medicare.gov/medicare-coronavirus)에서 자세히 알아보세요.
- COVID-19 관련 상세 정보는 [CDC.gov/coronavirus](https://www.CDC.gov/coronavirus)를 참조하세요.

제세동기

메디케어는 가입자가 심부전 진단을 받은 경우 이식형 심장율동전환 제세동기를 보장합니다. 수술이 외래 환경에서 이루어지는 경우, 가입자는 의사의 서비스에 대해 **메디케어 승인 금액**의 20%를 부담합니다. **기본분담금**도 부담합니다. 대부분의 경우, 기본분담금이 파트 A 입원 **공제액**보다 많을 수는 없습니다. 파트 B 공제액이 적용됩니다. 파트 A는 입원환자 병원 환경에서 제세동기 이식 수술을 보장합니다. 27~28페이지에서 입원환자 병원 진료를 확인하세요.



예방 서비스 우울증 검진

메디케어는 연 1회의 우울증 검진을 보장합니다. 이 검진은 후속 치료 및/또는 **의뢰서**를 제공할 수 있는 1차 진료 환경(의원 등)에서 이루어져야 합니다. 담당 의사가 **책정금**을 허용하는 경우, 가입자는 이 검진에 대해 아무 비용도 부담하지 않습니다.

본인 또는 지인이 어려움을 겪고 있거나 위기에 처해 있고 숙련된 위기 상담사와 이야기를 하고 싶은 경우, 무료 비밀 자살 및 위기 라이프라인인 **988로 전화하거나 문자** 발송하시기 바랍니다. [988lifeline.org](https://www.988lifeline.org)에서 웹 채팅을 통해 상담사와 연결할 수도 있습니다.

당뇨병 장비, 용품 및 치료용 신발

메디케어는 혈액 포도당(혈당 수치)을 추정하는 데 사용되는 측정기 및 연속 혈당 모니터와 검사 스트립, 채혈침, 채혈침 홀더 및 조절 용액을 포함한 관련 소모품을 보장합니다. 메디케어는 또한 인슐린 펌프를 사용하는 환자를 위한 튜빙, 삽입 세트 및 인슐린과 연속 혈당 모니터를 사용하는 환자용 센서, 송신기 및 수신기를 보장합니다. 또한, 메디케어는 특정 당뇨병과 관련하여 족부 문제가 있는 환자를 위해 매년 추가 깊이가 있는 신발 또는 맞춤형 신발 한 켤레와 깔창을 보장합니다.

공급업체가 책정금을 허용하면 가입자는 메디케어 승인 금액의 20%를 부담합니다. 파트 B 공제액이 적용됩니다.

중요! 메디케어 약품 보험(파트 D)은 가입자가 직접 주사하는 인슐린, 인슐린 주사에 사용되는 특정 의료용품(주사기 등), 일회용 펌프 및 일부 경구용 당뇨병 약품에 대해 보장할 수 있습니다. 더 많은 정보를 알고 싶으시면 귀하의 플랜을 확인하십시오. 보장되는 각 인슐린 제품의 1개월 공급 비용은 \$35로 제한됩니다. 88 페이지 참조. 파트 B에서 보장되는 인슐린 펌프에 사용되는 기존 인슐린에도 비슷한 비용 상한이 적용됩니다.



예방 서비스 당뇨병 검진

의사가 가입자에게 당뇨병 발병 위험이 있다고 판단하는 경우 메디케어는 매년 최대 2회의 혈액 포도당(혈당) 검사실 검진(단식 또는 비단식)을 보장합니다. 의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료 제공자가 책정금을 허용하는 경우 가입자가 부담하는 비용은 없습니다.



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. 일부 환자는 의료적 영양요법 서비스를 받을 수 있는 자격도 있습니다 (45페이지). 가입자는 메디케어 승인 금액의 20%를 부담합니다. 파트 B 공제액이 적용됩니다.

주: 휴대폰이나 컴퓨터 등 오디오 및 비디오 통신 기술을 사용하여 다른 곳에 있는 의사나 기타 의료제공자로부터 당뇨병 자가 관리 교육을 받을 수도 있습니다. 가까운 공인 프로그램을 찾으려면 [adces.org/program-finder](https://www.adces.org/program-finder)를 참조하세요.

의사 및 기타 의료제공자 서비스

메디케어는 **의학적으로 필요한** 의사 서비스(외래환자 서비스 및 일부 환자가 입원한 병원의 의사 서비스 포함) 및 대부분의 **예방 서비스**를 보장합니다. 메디케어는 또한 보조의사, 전문 간호사, 임상 간호 전문가, 임상 사회복지사, 물리치료사, 작업치료사, 언어병리학자, 임상심리학자 등과 같은 다른 의료제공자로부터 받는 서비스도 보장합니다. 특정 예방 서비스를 제외하고(의사 또는 다른 의료제공자가 **책임금**에 동의하는 경우, 가입자는 비용을 부담하지 않을 수 있음), 가입자는 대부분의 서비스에 대해 메디케어 승인 금액의 20%를 부담합니다. 파트 B 공제액이 적용됩니다.

중요! 지난 3년 동안 담당 의사나 그룹 진료소에서 서비스를 받지 않은 경우, 이들은 가입자를 신규 환자로 간주할 수 있습니다. 의사나 그룹 진료소에 문의하여 신규 환자를 허용하는지 확인하세요.

약품

파트 B는 다음과 같은 제한된 수의 외래환자 처방약을 보장합니다.

- 유면허 의료제공자가 제공하는 대부분의 주사제 및 주입식 약물
- 특정 경구 항암제
- 일부 유형의 내구성 의료장비(예: 네블라이저 또는 외부 주입 펌프 등)와 함께 사용되는 약물
- 가정용 정맥 면역 글로불린
- 병원 외래환자 환경에서 받는 특정 약물(매우 제한된 상황에서)
- 대부분의 신장 투석제 및 생물학적 제제(44페이지)

주: 위의 예시 외에도, 메디케어 약품 보험(파트 D) 또는 기타 약품 보장이 있는 경우를 제외하고 가입자는 대부분의 약품에 대해 100%를 부담합니다. 메디케어 약품 보장에 관한 추가 정보는 79-90페이지를 확인하세요.

40 제2절: 메디케어 보장 사항 확인

외부 주입 펌프와 함께 사용되는 일부 약물과 가정용 정맥 면역글로불린의 경우, 메디케어는 가정주입요법 혜택 및 정맥 면역글로불린 혜택에 따라 서비스(간호 방문 등)도 보장할 수 있습니다(44페이지). 파트 B는 또한 의료제공자가 의원이나 외래환자 병원 환경에서 약물을 투여할 때 물질 사용 장애를 치료하기 위해 주사 또는 이식 가능한 일부 약품을 보장합니다. 가입자는 해당 약품에 대한 **메디케어 승인 금액**의 20%를 부담합니다. 파트 B **공제액**이 적용됩니다. 메디케어에 등록된 오피오이드 치료 프로그램으로부터 이러한 서비스를 받는 경우 **기본분담금**을 지급할 필요가 없습니다(47페이지).

의사와 약국은 파트 B 보장 약품에 대한 **책정금**을 허용해야 하므로 가입자는 파트 B 약품 자체에 대한 **공동보험금**이나 기본분담금보다 더 많은 금액을 지불하도록 요청받아서 안 됩니다.

중요! 가입자의 공동보험금은 처방약 가격에 따라 변경될 수 있습니다. 특정 파트 B 보장 약품 및 생물학적 제제 가격이 인플레이션율보다 높게 인상된 경우, 의원이나 약국 또는 병원 외래환자 환경에서 구입할 때 해당 약품 및 생물학적 제제에 대해 더 낮은 공동보험금을 지불할 수 있습니다. 특정 약품과 잠재적 절감액은 분기마다 변경됩니다.

병원 외래환자 환경에서 받는 파트 B 보장 약품이 외래환자 서비스의 일부인 경우, 서비스에 대한 기본분담금을 부담합니다. 파트 B는 병원 외래환자 환경에서 “자가 투여 약물”을 보장하지 않습니다. “자가 투여 약물”은 일반적으로 스스로 복용하는 약물입니다.

병원 외래환자 환경에서 자가 투여 약품에 대해 가입자가 부담하는 금액은 메디케어 약품 보장(파트 D) 또는 기타 약품 보장 보유 여부와 병원 약국이 가입자의 약품 플랜 네트워크 소속인지 여부에 따라 다릅니다. 다른 약품 보장이 있는 경우, 가입자의 약품 플랜은 파트 B가 보장하지 않는 약품을 보장할 수도 있습니다. 파트 B가 병원 외래환자 환경에서 받고 있는 약품을 보장하지 않는 경우, 부담액을 알아보려면 약품 플랜에 문의하세요.

내구성 의료 장비(DME)

메디케어는 메디케어 등록 의사 또는 기타 의료제공자가 가정에서 사용할 목적으로 주문하는 산소 및 산소 장비, 휠체어, 보행기 및 병원 침대와 같은 **의학적으로 필요한** 품목을 보장합니다. 대부분의 품목은 대여해야 하지만 구매할 수도 있습니다. 일부 품목은 여러 차례 임대 비용을 지불한 후 가입자의 재산이 됩니다. 가입자는 메디케어 승인 금액의 20%를 부담합니다. 파트 B 공제액이 적용됩니다.

의사와 DME 공급자가 메디케어에 등록되어 있는지 확인하십시오. DME를 받기 전에 공급자가 메디케어에 참여하는지 물어보는 것이 중요합니다. 공급업체가 참여 공급업체인 경우, 업체는 책정금을 허용해야 합니다(즉, 업체는 가입자에게 공동보험금 및 메디케어 승인 금액에 대한 파트 B 공제액만 청구할 수 있습니다). DME 공급업체가 참여하지 않고 책정금을 허용하지 않는 경우 가입자가 DME 비용 전액을 지불해야 할 수도 있습니다.

심전도(EKG 또는 ECG) 검진

메디케어는 일회성 “메디케어 가입 환영(Welcome to Medicare)” 방문(54페이지) 중 의사나 기타 의료제공자로부터 **의뢰서**를 받은 경우 정기 EKG/ECG 검진을 보장합니다. 가입자는 파트 B **공제액**을 충족한 후 **메디케어 승인 금액**의 20%를 부담합니다. 메디케어는 또한 진단검사로서 EKG 또는 ECG를 보장합니다(52페이지). 또한 병원이나 병원 소유 진료소에서 검사를 받는 경우 **기본분담금**도 부담합니다.

응급의료 서비스

메디케어는 부상, 갑작스러운 질병 또는 빠르게 악화하는 질병이 있는 경우 이러한 서비스를 보장합니다. 가입자는 각 응급실 방문 진료에 대해 기본분담금을 부담하고, 의사 서비스에 대해 메디케어 승인 금액의 20%를 부담합니다. 파트 B 공제액이 적용됩니다. 의사가 귀하를 같은 병원에 환자로 입원하게 하는 경우 비용이 다를 수 있습니다.

전자 내원

메디케어는 의료제공자의 진료실에 가지 않고도 온라인 환자 포털을 통해 의료제공자와 상담할 수 있도록 전자 내원을 보장합니다. 해당 서비스를 제공할 수 있는 의료제공자에는 의사, 임상간호사, 임상간호사 전문가, 의사 보조자, 물리치료사, 작업치료사, 언어 병리학자가 포함되며, 정신건강 관리를 위한 경우에는 유연히 임상 사회복지사, 임상 심리학자, 결혼 및 가족 치료사, 정신건강 상담사가 포함됩니다.

전자 내원을 받으려면 의사나 다른 의료제공자에게 요청해야 합니다. 가입자는 의사 또는 다른 의료제공자 서비스에 대해 메디케어 승인 금액의 20%를 부담합니다. 파트 B 공제액이 적용됩니다.

안경

메디케어는 인공 수정체를 이식하는 백내장 수술 후 표준 안경테가 있는 안경 한 쌍(또는 콘택트 렌즈 한 세트)을 보장합니다. 메디케어는 가입자 또는 의료제공자의 청구서 제출 여부와 관계없이 메디케어에 등록된 공급업체의 콘택트렌즈 또는 안경에 대한 비용만 지급합니다. 가입자는 인공수정체를 이용한 백내장 수술 후 교정렌즈에 대해 파트 B 공제액을 충족한 후 메디케어 승인 금액의 20%를 부담합니다.

연방 인증의료센터 서비스

연방 인증의료센터 서비스는 다양한 외래환자 1차 진료 및 예방 건강 서비스를 제공합니다. 공제액은 없으며 가입자는 일반적으로 청구 금액 또는 메디케어 승인 금액의 20%를 부담합니다. 대부분의 **예방 서비스**에 대해 부담해야 하는 비용은 없습니다. 연방인증의료센터는 소득이 제한적일 경우 할인 혜택을 제공할 수 있습니다. 가까운 의료센터는 findahealthcenter.hrsa.gov를 참조하세요.



예방 서비스 독감 주사

메디케어는 계절성 독감 예방주사(또는 백신)를 보장합니다. 의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료제공자가 백신 접종에 대해 **책임금**을 허용하는 경우 가입자는 독감 예방주사 비용을 부담하지 않습니다.

족부 진료

메디케어는 당뇨병과 관련된 하지 신경 손상으로 인해 사지 손실 위험이 증가하거나 발 부상이나 망치 발가락, 건막류 기형, 족저근막염과 같은 질병에 대해 **의학적으로 필요한** 치료가 요구되는 경우 매년 족부 검사 또는 치료를 보장합니다. 가입자는 의사가 승인한 의학적으로 필요한 치료에 대하여 **메디케어 승인 금액**의 20%를 부담하게 됩니다. 파트 B 공제액이 적용됩니다. 가입자는 또한, 병원 외래 환자 환경에서 진행되는 의료적으로 필요한 치료에 대해 코페이(공동부담금)를 지급합니다.



예방 서비스 녹내장 검진

메디케어는 안질환 녹내장 고위험군인 경우 12개월마다 1회 이 검진을 보장합니다. 귀하가 당뇨병을 앓거나, 녹내장의 가족력이 있거나, 50세 이상의 아프리카계 미국인이거나, 65세 이상의 히스패닉계인 경우, 녹내장의 위험이 높습니다. 해당 주에서 법적으로 녹내장 검진을 실시할 수 있는 안과 의사가 검사를 수행하거나 감독해야 합니다. 가입자는 메디케어 승인 금액의 20%를 부담합니다. 파트 B **공제액**이 적용됩니다. 병원 외래환자 환경에서 **기본분담금**도 부담합니다.

청력 및 균형 검사

가입자에게 의학적 치료가 필요한지 확인하기 위해 의사 또는 의료제공자가 지시하는 경우 메디케어는 이러한 진단 검사를 보장합니다.

의사나 다른 의료제공자의 지시 없이도 12개월에 한 번씩 청각 전문의를 방문할 수 있지만, 비급성 청력질환(수년에 걸쳐 발생하는 청력 상실 등) 및 외과적으로 이식된 보청기로 치료하는 청력 손실과 관련된 진단 서비스에 대해서만 방문할 수 있습니다.

가입자는 메디케어 승인 금액의 20%를 부담합니다. 파트 B 공제액이 적용됩니다. 귀하는 병원 외래 환자 환경에 대한 공동 부담금도 냅니다.

주: 메디케어는 보청기 또는 보청기에 맞는 검사를 보장하지 않습니다.



예방 서비스 B형 간염 예방접종

B형 간염 바이러스 감염에 대해 중간 위험군 또는 고위험군에 해당하는 경우 메디케어는 이러한 예방접종(또는 백신)을 보장합니다. 일부 위험 요인으로는 혈우병, 말기 신장질환(ESRD), 당뇨병, B형 간염 환자와의 동거, 혈액이나 체액과 자주 접촉하는 의료 종사자 등이 있습니다. B형 간염에 대한 중간 또는 고위험군에 속하는지 의사에게 확인하세요. 의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료제공자가 예방접종에 대해 **책정금**을 허용하는 경우, 가입자는 주사 비용을 부담하지 않습니다.



예방 서비스 B형 간염 바이러스 감염 검진

메디케어는 의사가 지시하는 경우 B형 간염 바이러스 감염 검사를 보장합니다. 메디케어는 다음의 선별 검진도 보장합니다.

- 매년(계속해서 고위험군이며 B형 간염 예방주사를 맞지 않은 경우에 한함)

- 임신 중인 경우:
 - 각 임신에 대한 첫 번째 산전 방문진료 시
 - 새로운 위험 요소가 있거나 위험 요소가 지속되는 사람의 분만 시
 - 이전에 B형 간염 예방주사를 맞았거나 B형 간염 바이러스 검사 결과가 음성인 경우에도 향후 임신을 위한 첫 산전 방문 시

의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료제공자가 **책임금**을 허용하는 경우 가입자는 검진 비용을 부담하지 않습니다.



예방 서비스

C형 간염 바이러스 감염 검진

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

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

가입자가 고위험군에 속할 경우, 메디케어는 또한 연간 반복 검진을 보장합니다.

메디케어는 일차진료 제공자가 지시한 경우에만 C형간염 검진을 보장합니다.

일차진료의 또는 기타 자격을 갖춘 의료제공자가 책임금을 허용하는 경우 가입자는 해당 검진 비용을 부담하지 않습니다.



예방 서비스

HIV(인체면역결핍바이러스) 검진

다음에 해당하는 경우, 메디케어는 12개월에 한 번씩 HIV 검진을 보장합니다.

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

메디케어는 또한 임신 중 해당 선별 검진을 최대 3회까지 보장합니다.

의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료제공자가 책임금을 허용할 경우, 가입자는 HIV 검진 비용을 부담하지 않습니다.

가정 건강관리 서비스

메디케어는 파트 A 또는 파트 B에서 가정 건강관리 서비스를 보장합니다. 메디케어는 **의학적으로 필요한** 시간제 또는 간헐적 전문간호, 물리 치료, 언어 병리학 서비스 또는 지속적인 작업 치료 서비스를 보장합니다. 가정 건강관리 서비스에는 의료복지서비스, 시간제 또는 간헐적 가정방문요양사, 내구성 의료장비 및 가정용 의료용품도 포함될 수 있습니다. "시간제 또는 간헐적"이란 매일 8시간 미만 또는 매주 28시간 미만으로 제공되는 전문 간호 및 가정 건강관리 지원 서비스를 받을 수 있음을 의미합니다(또는 일부 제한된 상황에서는 주당 최대 35시간). 의사 또는 기타 의료제공자(임상 간호사 등)는 가정 건강관리 서비스가 필요하다는 증명서를 교부하기 전에 가입자를 직접 만나야 합니다. 의사 또는 기타 의료제공자가 돌봄관리를 지시해야 하며 메디케어 인증 가정 건강관리 기관이 이를 제공해야 합니다.

44 제2절: 메디케어 보장 사항 확인

메디케어는 가입자에게 시간제 또는 간헐적 전문 서비스가 필요한 경우 및 가입자가 “거동불편자”에 해당하는 경우 가정 건강관리 서비스를 제공합니다. 거동불편자는 다음을 의미합니다.

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

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

가정 주입 치료 서비스, 장비 및 용품

메디케어는 가정에서 정맥 면역글로불린과 같은 특정 정맥(IV) 주입 약물을 투여하도록 가정 주입 요법에 필요한 장비 및 소모품 (펌프, 수액걸이대, 튜브, 카테터 등)을 보장합니다. 메디케어는 내구성 의료장비에 따라 특정 장비 및 용품(주입 펌프 등)과 주입 약물을 보장합니다 (40페이지). 메디케어는 서비스(간호사 방문 등), 간병인 교육, 환자 관찰 등도 보장합니다. 가입자는 이러한 서비스와 가정에서 사용하는 장비 및 용품에 대해 메디케어 승인 금액의 20%를 부담합니다.

신장 투석 서비스 및 용품

일반적으로 메디케어는 가입자에게 말기 신장질환(ESRD)이 있는 경우 주당 3회 투석 치료(또는 이에 상응하는 연속 외래 복막 투석)를 보장합니다. 여기에는 신장 투석 약물 및 생물학적 제제, 검사실 검사, 가정 투석 교육, 지원 서비스, 장비, 용품 등이 포함됩니다. 투석 시설에서 투석 서비스(가정 또는 시설 내)를 조정할 책임이 있습니다. 가입자는 메디케어 승인 금액의 20%를 부담합니다. 파트 B 공제액이 적용됩니다.

신장질환 교육

메디케어는 가입자에게 일반적으로 투석이나 신장 이식이 필요한 4기 만성 신장 질환이 있고 담당 의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료제공자가 가입자를 서비스에 의뢰하는 경우, 최대 6회까지 신장 질환 교육 서비스를 보장합니다. 가입자는 의사 또는 의료제공자로부터 서비스를 받는 경우 세션당 메디케어 승인 금액의 20%를 부담합니다. 파트 B 공제액이 적용됩니다.

검사실 검사

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



예방 서비스 폐암 검진

가입자가 다음 조건을 충족하는 경우, 메디케어는 1년에 한 번 저선량 컴퓨터 단층촬영으로 폐암 검진을 보장합니다.

- 50~77세인 경우
- 폐암의 징후나 증상이 없음(당신은 무증상입니다).
- 현재 흡연자이거나 지난 15년 이내에 금연한 적이 있음.
- 최소 20“갑년”(20년간 하루 평균 한 갑-20개피)의 흡연 이력이 있는 경우
- 의사로부터의 지시서를 받음.

담당 의사가 **책임금**을 허용하는 경우, 가입자는 이 검진 비용을 부담하지 않습니다.

첫 번째 폐암 검진을 받기 전에 의료제공자와 예약 일정을 잡고 폐암 검진의 이점과 위험에 대해 논의한 후 검진이 가입자에게 적합한지 결정해야 합니다.

림프부종 압박치료 품목

림프부종 진단을 받은 경우 메디케어에서는 처방된 단계별 압박 의류(일반 및 맞춤형)를 보장할 수 있습니다. 가입자는 **메디케어 승인 금액**의 20%를 부담합니다. 파트 B **공제액**이 적용됩니다.



예방 서비스 유방조영술

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

파트 B는 또한 **의학적으로 필요한** 경우 1년에 1회 이상 진단적 유방조영술을 보장합니다. 가입자는 진단 유방조영술에 대해 메디케어 승인 금액의 20%를 부담합니다. 파트 B 공제액이 적용됩니다.

주: 메디케어는 의사나 의료제공자가 지시한 경우에만 의학적으로 필요한 유방 초음파를 보장합니다.



예방 서비스 의료적 영양요법 서비스

메디케어는 가입자에게 당뇨 또는 신장병이 있거나 지난 36개월 동안 신장 이식을 받았고 의사가 가입자를 서비스에 의뢰한 경우 의료적 영양요법 서비스를 보장합니다. 특정 요건을 충족하는 등록 영양사 또는 영양 전문가만이 의료적 영양요법 서비스를 제공할 수 있습니다. 당뇨병이 있는 경우 당뇨병 자가관리 교육도 받을 수 있습니다 (39페이지). 가입자는 의료적 영양요법 예방 서비스에 대해 아무런 비용을 부담하지 않는데, 공제액과 **공동보험금**이 적용되지 않기 때문입니다.



예방 서비스

메디케어 당뇨병 예방 프로그램

전당뇨가 있고 다른 자격 요건을 충족시킬 경우, 메디케어는 제2형 당뇨병을 예방할 수 있도록, 평생 1회의 건강행태변화 프로그램을 보장합니다. 프로그램은 6개월 동안 그룹 환경에서 코치가 진행하는 16회 주간 핵심 세션으로 시작됩니다. 코어 세션 완료 후, 건강한 습관을 유지하는 데 도움이 되는 6개월 후속 세션을 받게 됩니다. 세션에 대면, 가상 참석 또는 두 가지 형태 모두 참석할 수 있습니다.

해당 서비스는 승인된 메디케어 당뇨병 예방 프로그램 공급업체로부터 받을 수 있습니다. 이러한 제공자는 기존의 의료 서비스 제공자이거나 커뮤니티 센터 또는 종교 기반 시설 등의 조직일 수 있습니다. 공급업체를 찾거나 프로그램에 대해 자세히 알아보시려면 [Medicare.gov/coverage/medicare-diabetes-prevention-program](https://www.Medicare.gov/coverage/medicare-diabetes-prevention-program)을 참조하세요.

메디케어 어드밴티지 플랜에 가입한 경우, 해당 플랜에 연락해 이러한 서비스를 받을 수 있는 곳을 문의하실 수 있습니다.

정신건강관리(외래환자)

메디케어는 우울증 및 불안과 같은 상태를 돕기 위한 정신 건강 관리 서비스를 보장합니다. 이러한 방문은 종종 상담 또는 심리치료라고 불리며 개별적 또는 집단 심리치료 형태 또는 가족 환경 및 위기 상황에서 수행될 수 있습니다. 보장에는 정신과 의사나 기타 의사, 임상 심리학자, 임상 전문간호사, 임상 사회복지사, 전문 간호사, 의사보조자 등의 방문 진료를 포함하여 외래환자 환경(의사 또는 기타 의료제공자 의원 또는 병원 외래환자 부서 또는 원격의료 등)에서 일반적으로 제공되는 서비스가 포함됩니다.

메디케어에서 보장되는 정신건강관리에는 다음이 포함됩니다.

- 결혼 및 가족 치료사와 정신건강 상담사가 제공하는 서비스
- 지역사회 정신건강센터 또는 병원에서 외래환자에게 제공하는 **부분 입원** 서비스. 이 구조적 주간 프로그램은 입원환자 정신과 관리의 대안으로 외래환자 정신과 서비스를 제공합니다.
- 집중 정신과 관리, 상담 및 치료를 포함하는 **집중 외래환자 프로그램** 서비스. 해당 서비스는 병원, 지역사회 정신건강센터, 연방 공인보건센터, 농촌 보건진료소, 오피오이드 치료프로그램(오피오이드 사용장애 치료를 위한 서비스인 경우)에서 제공될 수 있습니다.

부분 입원 및 집중 외래환자 서비스는 하루 동안 의사나 치료사 의원에서 받는 진료보다 더 많은 시간 동안 제공됩니다. 자세한 사항은

[Medicare.gov/coverage/mental-health-care-partial-hospitalization](https://www.Medicare.gov/coverage/mental-health-care-partial-hospitalization)를 확인하세요.

일반적으로, 정신건강관리 서비스에 대해 **메디케어 승인 금액**의 20%를 부담하며, 파트 B **공제액**이 적용됩니다.

파트 A는 병원에서 받는 입원환자 정신건강관리 서비스를 보장합니다(27페이지).



예방 서비스

비만 행동치료

체질량지수(BMI)가 30 이상인 경우 메디케어는 식이요법과 운동에 집중하여 체중 감량에 도움이 되는 비만 검진 및 행동 상담을 보장합니다. 메디케어는 **일차진료의** 또는 기타 일차진료 제공자가 일차진료 환경(의원 등)에서 상담을 제공하고, 이러한 환경에서 개인 맞춤형 플랜을 다른 관리와 함께 조정할 수 있을 경우 해당 상담을 보장합니다. 일차진료의 또는 기타 제공자가 **책임금**을 허용하는 경우 가입자는 이 서비스에 대한 비용을 부담하지 않습니다.

작업치료 서비스

메디케어는 일상생활활동(옷 입기 또는 목욕 등)을 수행하는 데 도움이 되는 **의학적으로 필요한** 치료를 보장합니다. 이러한 요법은 현재 능력을 개선 또는 유지하거나, 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자가 환자에게 필요함을 확인할 때 기능 저하를 늦추는 데 도움이 됩니다. 가입자는 메디케어 승인 금액의 20%를 부담합니다. 파트 B 공제액이 적용됩니다.

오피오이드 사용장애 치료 서비스

메디케어는 오피오이드 치료 프로그램에서 오피오이드 사용장애 치료 서비스를 보장합니다. 서비스에는 약물(메타돈, 부프레노르핀, 날트렉손, 날록손 등), 해당 약물의 조제 및 투여, 물질 남용 상담, 약물 검사, 개인 및 그룹 치료, 섭취 활동, 정기 평가, 집중 외래환자 서비스가 포함됩니다. 메디케어는 대면 및 특정 환경에서 가상으로(핸드폰 또는 컴퓨터와 같은 오디오, 동영상을 통한 커뮤니케이션 기술 사용) 상담, 치료 서비스, 정기 평가를 보장합니다. 메디케어는 또한 오피오이드 치료 프로그램 이동 진료소를 통해 제공되는 서비스도 보장합니다.

메디케어는 관리, 치료 조정, 심리 치료, 상담 활동, 의약품의 할당 및 배급 등 진료실 기반의 오피오이드 사용장애 치료에 대해 의사 및 기타 의료제공자에게 비용을 지급합니다.

오리지널 메디케어에 따라, 메디케어에 등록되어 있고 다른 요건을 충족하는 오피오이드 치료 프로그램 제공자로부터 해당 서비스를 받는 경우, **기본분담금**을 지급할 필요가 없습니다. 그러나, 파트 B 공제액은 적용됩니다. 이러한 서비스를 받을 수 있는 곳을 알아보려면 의사나 다른 의료 제공자와 상담하십시오. 가까운 프로그램을 찾는 데 [Medicare.gov/coverage/opioid-use-disorder-treatment-services](https://www.Medicare.gov/coverage/opioid-use-disorder-treatment-services)를 확인하실 수도 있습니다.

메디케어 어드밴티지 플랜은 오피오이드 치료 프로그램 서비스도 보장해야 하지만 가입자가 네트워크 소속 오피오이드 치료 프로그램을 받도록 요구할 수도 있습니다. 메디케어 어드밴티지 플랜은 오피오이드 치료 프로그램 서비스에 기본분담금을 적용할 수 있으므로, 기본분담금 납부 여부에 대해 보험사에 확인해야 합니다.

외래환자 병원 서비스

메디케어는 메디케어 참여 병원에서 외래 환자로서 받는 다양한 진단 및 치료 서비스를 보장합니다. 일반적으로, 가입자는 의사 또는 다른 의료제공자의 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 지급하는 금액 외에도, 일반적으로 병원 외래환자 환경에서 받는 각 서비스에 대해서도 병원에 **기본분담금**을 지불하게 됩니다(기본분담금이 없는 특정 **예방 서비스** 제외). 대부분의 경우, 기본분담금은 각 서비스에 대한 파트 A 병원 체류 **공제액**보다 많을 수 없습니다. 특정 예방 서비스를 제외하고 파트 B 공제액이 적용됩니다. **거점 병원**에서 병원 외래환자 서비스를 받는 경우, 공제액은 파트 A 병원 체류 공제액보다 더 많을 수 있고 이를 초과할 수 있습니다.



비용과 보장내용: 병원 외래 진료과에서 수행되는 병원 외래환자 시술에 대한 비용 견적 확인:

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

외래환자 의료 및 수술 서비스와 용품

메디케어는 엑스레이, 깁스, 봉합, 또는 외래환자 수술과 같은 승인된 시술을 보장합니다. 가입자는 의사 또는 다른 의료제공자의 서비스에 대해 메디케어 승인 금액의 20%를 부담합니다. 귀하는 일반적으로 병원 외래 환자 환경에서 진행하는 화학 요법에 공동 부담금을 지급합니다. 대부분의 경우, 기본분담금은 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.

물리치료 서비스

메디케어는 **전문 간호사, 임상 간호 전문가 또는 의사 보조자 등 의사 또는 기타 의료제공자가 이 서비스가 필요하다고 증명하는 경우**, 기능에 변화를 주거나, 현재 기능을 개선 또는 유지하거나, 기능 저하를 늦추는 부상 및 질병에 대한 평가 및 치료를 보장합니다. 가입자는 메디케어 승인 금액의 20%를 부담합니다. 파트 B 공제액이 적용됩니다.



예방 서비스 폐렴구균 주사

메디케어는 폐렴 감염(특정 유형의 폐렴과 같은)을 막기 위해 폐렴 주사(또는 백신)를 보장합니다. 이러한 백신에 대해 의사 또는 기타 의료제공자와 상담하세요. 의사 또는 기타 의료제공자가 주사에 대해 **책정금**을 허용하는 경우 가입자는 이 예방주사 비용을 부담하지 않습니다.

주치료 관리 서비스

메디케어는 입원, 신체 또는 인지 저하 또는 사망 위험에 처하게 하는 단일의 복합 만성 질환을 관리하는 데 도움이 되는 질병별 서비스를 보장합니다. 최소 3개월 동안 지속될 것으로 예상되는 만성 고위험 질환이 하나 있는 경우(암과 같이 다른 복합 질환에 대한 치료를 받고 있지 않음), 메디케어는 의료제공자가 이를 관리할 수 있도록 비용을 지불할 수 있습니다. 제공자는 질병별 치료 계획을 수립하고 가입자가 복용하는 약품을 포함하여 이를 지속적으로 추적관찰하고 조정할 것입니다. 파트 B **공제액**과 **공동보험금**이 적용됩니다.

주: 메디케어는 만성 고위험 질환에 대한 주요 질병 탐색 서비스도 보장할 수 있습니다. 이러한 서비스는 가입자가 의학적 질환 또는 진단을 이해하고 의료 시스템을 탐색하여 가입자에게 필요한 진료 및 제공자를 찾는 데 도움이 될 수 있습니다. 자세한 사항은 [Medicare.gov/coverage/principal-illness-navigation-services](https://www.Medicare.gov/coverage/principal-illness-navigation-services)를 확인하세요.



예방 서비스 전립선암 검진

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

보철/보조기 품목

메디케어는 메디케어에 등록된 의사 또는 기타 의료제공자가 팔, 다리, 허리 및 목 보호대, 의안, 의지(및 교체 부품) 및 내장 기관 또는 기관의 기능을 교체하는 데 필요한 보철 장치(장루용품, 비경구 및 경장영양요법, 유방 절제술 후 일부 유형의 유방 보형물 포함)를 주문하면 이러한 보철/보조기를 보장합니다.

메디케어에 등록된 공급업체에게 구입해야 메디케어에서 보철 또는 보조기를 보장받을 수 있습니다. 가입자는 **메디케어 승인 금액**의 20%를 부담합니다. 파트 B 공제액이 적용됩니다.

폐재활 프로그램

메디케어는 다음과 같은 경우 포괄적 폐 재활 프로그램을 보장합니다.

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

의원에서 서비스를 받은 경우 메디케어 승인 금액의 20%를 부담합니다. 병원 외래 환자 환경에서 서비스를 받는다면 귀하는 공동 부담금도 지급합니다. 파트 B 공제액이 적용됩니다.

농촌 보건소 서비스

농촌 보건소는 농촌 및 서비스가 충분하지 못한 지역에서 다양한 외래환자 1차 진료 및 **예방 서비스**를 제공합니다. 일반적으로, 가입자는 비용의 20%를 부담합니다. 파트 B 공제액이 적용됩니다. 대부분의 예방 서비스에 대해 가입자가 부담하는 비용은 없습니다.

2차 수술 소견

메디케어는 응급 상황이 아닌 **의학적으로 필요한** 수술에 대하여 2차 수술 소견을 보장합니다. 어떤 경우에는 메디케어가 3차 수술 소견을 보장합니다. 가입자는 메디케어 승인 금액의 20%를 부담합니다. 파트 B 공제액이 적용됩니다.



예방 서비스

성매개감염(STI) 검진 및 상담

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

메디케어는 또한 STI 위험이 증가하는 성적으로 활동적인 성인을 대상으로 매년 최대 2회의 20~30분 대면 고강도 행동 상담 세션을 보장합니다. 메디케어는 1차 진료 환경(의원 등)에서 일차진료의 또는 의료제공자가 수행한 경우에만 이 상담 세션을 보장합니다. 메디케어는 **전문 간호 시설**과 같은 입원환자 환경에서는 **예방 서비스**로 상담을 보장하지 않습니다.

일차진료의 또는 의료제공자가 **책정금**을 허용하는 경우 가입자는 해당 서비스에 대해 비용을 부담하지 않습니다.

주사(또는 백신)

파트 B 보장 대상:

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

중요! 메디케어 약품 보장(파트 D)은 일반적으로 질병을 예방하기 위해 권장되는 기타 모든 성인 예방접종(대상포진, 파상풍, 디프테리아, 백일해, 호흡기세포융합바이러스(RSV) 등)을 무료로 보장합니다. 이러한 예방접종이 아직 플랜의 약품 목록에 없는 경우 보장 예외를 요청하거나 환급을 받을 수 있습니다. 자세한 사항은 보험사에 연락하시고, 본인에게 적합한 백신 유형은 담당 의사나 기타 의료제공자에게 문의하세요. 보장 백신 관련 자세한 사항은 [Medicare.gov/coverage](https://www.medicare.gov/coverage)를 참조하세요.

언어병리학 서비스

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

외과적 드레싱 서비스

메디케어는 수술 상처 또는 외과적으로 치료를 받은 상처에 대해 의료적으로 필요한 치료를 보장합니다. 가입자는 의사 또는 기타 의료제공자의 서비스에 대해 메디케어 승인 금액의 20%를 부담합니다. 병원 외래환자 환경에서 이러한 서비스를 받은 경우 정해진 **기본분담금**을 부담합니다. 파트 B 공제액이 적용됩니다.

원격의료

메디케어는 실시간 소통 기술을 사용하여 다른 곳에 있는 의사 또는 기타 의료제공자로부터 받는 특정 원격의료 서비스를 보장합니다. 원격의료는 진료실 방문, 심리 치료, 상담 및 기타 특정 의료 또는 건강 서비스를 포함하여 일반적으로 대면으로 이루어지는 다양한 서비스를 제공할 수 있습니다.

2024년 12월 31일까지 환자의 집을 포함하여 미국 내 어느 곳에서도 원격의료 서비스를 받을 수 있습니다. 이 기간 이후, 대부분의 원격의료 서비스를 받으시려면 농촌 지역의 진료소나 의료 시설에 있어야 합니다. 그러나 시골 지역에 있지 **않더라도** 특정 원격의료 서비스를 받을 수 있습니다. 여기에는 다음이 포함됩니다.

- 가정 투석을 위한 월 말기 신장질환(ESRD) 방문
- 뇌졸중 이동 진료소를 포함하여 어디에서든 급성 뇌졸중 증상의 진단, 평가 또는 치료를 위한 서비스
- 약물 사용 장애 또는 동시에 발생하는 정신건강 장애를 치료하거나 가정 내에서 정신건강 장애를 진단, 평가 또는 치료하기 위한 서비스
- 자택을 포함한 행동건강서비스(정신건강서비스라고도 함)
- 당뇨병 자가관리 교육
- 의료적 영양요법

가입자는 의사 또는 다른 의료제공자 또는 전문의 서비스에 대해 **메디케어 승인 금액**의 20%를 부담합니다. 파트 B **공제액**이 적용됩니다. 이러한 서비스는 대부분 직접 서비스를 받을 때와 동일한 금액을 지급하게 됩니다.



비교: 메디케어 어드밴티지 플랜과 오리지널 메디케어의 일부 의료제공자는 오리지널 메디케어의 기본 보장보다 더 많은 원격의료 혜택을 제공할 수 있습니다. 예를 들어, 거주지가 어디든 자택에서 일부 서비스를 받을 수 있습니다. 오리지널 메디케어의 의료제공자가 **책임의료기관(ACO)**에 참여하는 경우 해당 의료제공자에게 문의하여 이용 가능한 원격의료 혜택을 확인해 보세요. ACO 관련 추가 정보는 110~111페이지를 참조하세요.

검사(비검사실)

메디케어는 엑스레이, MRI, CT 스캔, EKG/ECG 및 기타 진단 검사를 보장합니다. 가입자는 메디케어 승인 금액의 20%를 부담합니다. 파트 B 공제액이 적용됩니다.

외래환자로 병원에서 검사를 받는 경우, 병원에 메디케어 승인 금액의 20% 이상일 수 있는 **기본분담금**도 부담합니다. 대부분의 경우, 이 금액은 파트 A 병원 체류 공제액보다 많을 수 없습니다. 다른 파트 B 보장 검사는 44페이지의 "검사실 검사"를 확인하세요.

전환기 치료 관리 서비스

메디케어는 병원이나 **전문 간호 시설**과 같은 특정 시설에 입원한 후 지역사회로 복귀하는 경우 이 서비스를 보장할 수 있습니다. 지역사회 복귀를 관리하는 의료제공자는 가입자 및 간병인과 함께 가입자의 복귀 후 첫 30일 동안 치료를 조정하고 관리하기 위해 노력할 것입니다. 파트 B 공제액과 **공동보험금**이 적용됩니다. 자세한 사항은 [Medicare.gov/coverage/transitional-care-management-services](https://www.medicare.gov/coverage/transitional-care-management-services)를 확인하세요.

이식 및 면역억제제

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

메디케어에서 장기 이식 비용을 지불한 경우, 메디케어가 면역억제제를 보장합니다. 보장되는 장기 이식 시점에 파트 A에 가입되어 있어야 하며, 면역억제제를 받을 당시 파트 B에 가입되어 있어야 합니다(또는 이 페이지에 설명된 면역억제제 혜택의 자격 대상이어야 합니다). 가입자는 약품에 대해 메디케어 승인 금액의 20%를 부담합니다. 파트 B 공제액이 적용됩니다. 메디케어 약품 보장(파트 D)은 파트 B가 보장하지 않는 면역억제제를 보장합니다.

메디케어 어드밴티지 플랜 가입을 생각하고 있거나 이식 대기자 명단에 있거나 이식이 필요하다고 생각되는 경우, 가입 전에 플랜에 확인하여 담당 의사, 기타 의료제공자 및 병원이 플랜 네트워크에 속해 있는지 확인하세요. 보장되는 약품과 그 비용에 대한 정보를 문의하세요. 또한, 살아있는 기증자에 대한 사전 승인 및 보장에 대해서는 플랜의 보장 규칙을 확인하세요.

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

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

면역억제제 혜택

말기 신장질환(ESRD)으로 인해 메디케어만 가입되어 있는 경우, 면역억제제 보장을 포함한 메디케어 보장은 신장 이식 성공 후 36개월이 경과하면 종료됩니다. 메디케어는 가입자에게 **특정 유형의 다른 건강보험**(면역억제제를 보장하는 단체건강보험, TRICARE 또는 **메디케이드** 등)이 없는 경우 36개월 이후 면역억제제 비용을 지불하는데 도움이 되는 혜택을 제공합니다. **이 혜택은 면역억제제에만 적용되며 다른 항목이나 서비스에는 적용되지 않습니다. 이는 전체 건강 보장을 대신할 수 없습니다. 신장 이식 당시 ESRD로 인해 메디케어에 가입되어 있었던 경우, 메디케어 파트 A 보장이 종료된 후에도 언제든지 이 혜택을 신청할 수 있습니다.** 신청하시려면 1-877-465-0355로 사회보장국에 문의하세요. TTY 사용자는 1-800-325-0788로 문의하시면 됩니다.

2024년에는 이 면역억제제 혜택에 대해 \$103(또는 소득에 따라 그 이상)의 월 **보험료**와 \$240의 공제액을 부담하게 됩니다. 공제액을 충족하면 면역억제제에 대해 **메디케어 승인 금액**의 20%를 부담합니다. 소득과 재원이 제한적인 경우, 이 혜택에 대한 비용을 지불하기 위해 주정부로부터 도움을 받을 수도 있습니다. 자세한 정보는 94페이지를 참조하거나 [Medicare.gov/basics/end-stage-renal-disease](https://www.Medicare.gov/basics/end-stage-renal-disease)를 확인하세요.

2025년 보험료 금액은 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)를 참조하세요.

여행

메디케어는 일반적으로 미국("미국"에는 50개 주, 컬럼비아 특별구, 푸에르토리코, 미국령 버진아일랜드, 괌, 북마리아나 제도 및 아메리칸 사모아가 포함됨) 이외의 지역을 여행하는 동안 의료 서비스를 보장하지 않습니다. 몇 가지 제한된 예외가 있습니다. 자세한 사항은 [Medicare.gov/coverage/travel-outside-the-u.s.](https://www.Medicare.gov/coverage/travel-outside-the-u.s.)를 확인하세요.

메디케어는 의학적으로 필요한 보장된 입원환자 서비스를 위해 입원하는 경우에만 **의학적으로 필요한** 외국 병원으로의 구급차 수송을 보장할 수 있습니다. 가입자는 메디케어 승인 금액의 20%를 부담합니다. 파트 B 공제액이 적용됩니다.

긴급하게 필요한 진료

메디케어는 의학적 응급 상황이 아닌 갑작스러운 질병이나 부상을 치료하기 위해 긴급하게 필요한 치료를 보장합니다. 가입자는 의사 또는 기타 의료제공자의 서비스에 대해 메디케어 승인 금액의 20%를, 병원 외래환자 환경에서는 **기본분담금**을 부담합니다. 파트 B **공제액**이 적용됩니다.

가상 체크인

메디케어는 의사 또는 기타 특정 제공자를 통한 가상 체크인을 보장합니다. 가상 체크인으로 의원에 방문하지 않고도 휴대폰이나 컴퓨터 등의 오디오 또는 비디오 통신 기술을 사용하여 의료제공자와 간략하게 소통할 수 있습니다. 담당 의사는 또한 의원 방문 여부를 확인하기 위해 가입자가 검토용으로 전송한 사진 또는 비디오 이미지를 원격으로 평가할 수 있습니다. 담당 의사 또는 기타 서비스 제공자가 전화, 가상 진료, 보안 문자 메시지, 이메일 또는 환자 포털을 통해 귀하에게 응답할 수 있습니다.

가상 체크인은 일반적으로 10분 이내이고 실시간으로 수행되지 않는다는 점에서 원격의료 방문과 다릅니다.

다음 조건을 충족하는 경우 가상 체크인을 할 수 있습니다.

- 이러한 유형의 방문 진료 시작을 의사 또는 다른 의료제공자와 상의한 경우.
- 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: 가입자는 의사 또는 기타 의료제공자의 서비스에 대해 **메디케어 승인 금액**의 20%를 부담합니다. 파트 B 공제액이 적용됩니다. **메디케어 어드밴티지 플랜**은 **오리지널 메디케어**보다 더 많은 가상 체크인 서비스를 제공할 수 있습니다. 보험사에 제공 내역을 확인해 보세요.



예방 서비스

“메디케어 가입 환영” 예방 방문

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

예약 시 “메디케어 가입 환영” 방문 진료를 예약하고 싶다고 의원에 알려주세요. 가입자는 의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료제공자가 **책정금**을 허용하는 경우 “메디케어 가입 환영” 예방 방문 진료 비용을 부담하지 않습니다.

현재 오피오이드 처방을 받고 있는 경우, 의료제공자는 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. 의료제공자는 또한 알코올 및 흡연과 같은 물질 사용 장애에 대한 잠재적 위험 요소를 검토하고 필요한 경우 치료를 의뢰합니다.

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



예방 서비스

연간 “Wellness(웰니스)” 방문

파트 B를 12개월 이상 보유한 경우, 매년 “웰니스” 방문을 받을 수 있습니다.

연간 “웰니스” 방문은 신체검사가 아닙니다. 이는 가입자의 현재 건강 및 위험 요인을 기반으로 질병이나 장애를 예방하기 위한 맞춤형 계획을 개발하거나 업데이트하기 위한 방문입니다. 메디케어는 12개월마다 한 번 이 방문 진료를 보장합니다.

의사 또는 의료제공자는 이 방문 진료의 일부로 “건강 위험 평가”라고 하는 설문지를 작성하도록 요청할 것입니다. 방문에는 일상적 측정, 건강 자문, 의료 및 가족력 검토, 현 처방전, 사전의료계획 등이 포함될 수 있습니다.

신규! 의사 또는 의료제공자는 설문지를 이용해 가입자의 사회적 필요 사항을 더 잘 이해하고 적절한 서비스 및 지원을 의뢰할 수도 있습니다. 이를 “건강 위험 평가의 사회적 결정 요인”이라고 하며, 연간 “웰니스” 방문의 일부로 받으면 무료입니다. 자세한 사항은 [Medicare.gov/coverage](https://www.medicare.gov/coverage)를 참조하세요.

의사 또는 의료제공자는 또한 알츠하이머병을 포함한 치매 징후를 발견할 수 있도록 인지 평가를 진행합니다. 인지 장애의 징후에는 기억 장애, 새로운 것을 배우기, 집중력, 재정 관리 또는 일상 생활에 대한 결정이 포함됩니다. 의사 또는 의료제공자가 가입자에게 인지 장애 가능성을 판단하는 경우, 메디케어는 가입자의 인지 기능을 보다 철저히 검토하고 치매, 우울증, 불안 또는 섬망과 같은 상태를 확인하고, 치료 계획을 설계하기 위한 별도의 방문을 보장합니다(35페이지).

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

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

의사 또는 의료제공자가 **책임금**을 허용하는 경우 가입자는 “웰니스” 방문 진료 비용을 지급하지 않습니다.

중요! 의사 또는 기타 의료제공자가 “웰니스” 방문 진료에서 메디케어가 이 예방 혜택에 따라 보장하지 않는 추가 검사 또는 서비스를 수행하는 경우, 가입자는 **공동보험금**을 부담해야 할 수 있고, 파트 B **공제액**이 적용될 수 있습니다. 메디케어가 추가 검사나 서비스(정기 신체검사 등)를 보장하지 않는 경우에는 전액을 부담해야 할 수도 있습니다.

파트 A와 파트 B에서 보장하지 않는 내역

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

- 비용을 충당할 다른 보험(**메디케이드** 포함)이 있는 경우
- 이러한 서비스를 보장하는 **메디케어 어드밴티지 플랜** 또는 메디케어 비용 계획에 가입한 경우. 메디케어 어드밴티지 플랜 및 메디케어 비용 계획은 피트니스 프로그램, 시력, 청력, 치과 서비스와 같은 일부 혜택을 추가로 보장할 수 있습니다.

오리지널 메디케어에서 보장하지 않는 일부 항목 및 서비스는 다음과 같습니다.

- ✘ 시력 검사(처방 안경용)
- ✘ 장기 요양
- ✘ 성형 수술
- ✘ 마사지 요법

- ✘ 정기 신체검사
- ✘ 보청기 및 보청기 맞춤 검사
- ✘ 컨시어지 케어(컨시어지 의료, 유지 기반 의학, 부티크 의료, 플래티넘 진료 또는 직접 치료라고도 함)
- ✘ 메디케어 참여를 거부한 의사 또는 기타 제공자로부터 받는 보장 항목 또는 서비스(응급 상황 또는 긴급한 필요의 경우 제외). 60페이지 참조.
- ✘ 대부분의 치과 진료: 대부분의 경우 오리지널 메디케어는 정기 스케일링, 충전재, 치아 추출 또는 의치와 같은 품목과 같은 치과 서비스를 보장하지 않습니다. 그러나 경우에 따라 오리지널 메디케어가 다음과 같은 특정 보장 서비스와 밀접하게 관련된 일부 치과 서비스 비용을 지급할 수도 있습니다.
 - 심장 판막 치유 또는 치환
 - 장기 이식
 - 암 관련 치료

장기 영양 비용 부담

메디케어 및 메디케어 보충 보험(메디갭)을 포함한 대부분의 건강보험은 비의료 장기 영양 서비스 비용을 지불하지 않습니다(가정 건강관리 서비스는 43페이지 참조).

여기에는 옷 입기, 목욕, 화장실 사용을 포함한 일상적인 활동에 필요한 도움과 같은 개인 간병 지원 등이 해당됩니다. 비의료 장기 영양 서비스에는 가정 배달 식사, 성인 주간 건강관리, 가정 및 지역사회 기반 서비스 등도 포함될 수 있습니다. **메디케이드**를 통해 이러한 관리 일부를 받을 자격이 있거나 민간 장기 영양 보험에 가입할 수 있습니다.

집, 지역사회, 원호생활시설 또는 요양원에서 비의료적 장기 영양을 받을 수 있습니다. **독립성을 유지하고 현재와 미래에 원하는 환경에서 필요한 치료를 받을 수 있도록 지금부터 비의료적 장기 영양 계획을 시작하는 것이 중요합니다.**

장기 영양 자원

장기 영양에 대한 자세한 정보를 얻으려면 다음 자원을 활용하세요.

- longtermcare.acl.gov를 참조하여 장기 영양 계획에 대해 자세히 알아보세요.
- eldercare.acl.gov에서 Eldercare Locator(노인돌봄찾기)에 접속하거나 1-800-677-1116에 전화해 지역사회 지원을 확인해 보세요.
- 필요한 서비스에 대한 도움을 받고 가입자의 권리에 대해 조언을 받고 가까운 옴부즈맨 프로그램을 찾으려면 장기 영양 옴부즈맨에 전화하거나 ltcombudsman.org를 참조하세요.
- 관할 주의료지원(메디케이드) 사무국에 문의하거나 Medicaid.gov를 참조하여 장기 영양 보장에 관한 정보를 요청하세요.
- 주립건강보험보조프로그램(SHIP)에 문의하세요. 지역 SHIP 전화번호는 114~117페이지를 참조하세요.
- 장기 영양 보험에 대한 정보를 얻으려면 주보험부(State Insurance Department)에 전화하세요. 전화번호는 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 문의하세요. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 문의하실 수 있습니다.
- 전국보험감독관협회(National Association of Insurance Commissioners)에서 “장기 영양보험 구매자 안내서(A Shopper’s Guide to Long-Term Care Insurance)” 사본을 받으세요: content.naic.org/sites/default/files/publication-ltc-lp-shoppers-guide-long-term.pdf

섹션 3:

오리지널 메디케어

오리지널 메디케어는 어떻게 운용되나요?

오리지널 메디케어는 메디케어 건강보험 선택 사항 중 하나입니다. **메디케어 어드밴티지 플랜** 또는 다른 유형의 **메디케어 건강보험**을 선택하지 않는 한 오리지널 메디케어에 가입하게 됩니다. 오리지널 메디케어는 두 부분인 **파트 A(병원 보험)** 및 **파트 B(의료 보험)**의 두 부분으로 구성됩니다.

일반적으로 오리지널 메디케어에서는 보장하는 각 서비스에 대해 비용의 일부를 지급해야 합니다. 다른 보험(**메디갭**, **메디케이드**, 직원 또는 조합 보험 등)이 없는 한 본인 부담금에는 제한이 없습니다.

오리지널 메디케어

<p>모든 의사, 기타 의료제공자 또는 병원에서 의료 서비스를 받을 수 있나요?</p>	<p>대부분의 경우, 그렇습니다. 미국 어디에서나 메디케어에 등록된 의사, 기타 의료제공자, 병원 또는 메디케어 환자를 허용하는 기타 시설을 방문할 수 있습니다. Medicare.gov/care-compare에서 해당 지역의 의료 기관, 병원, 시설을 찾아 비교해 보세요.</p>
<p>처방약도 보장되나요?</p>	<p>메디케어 파트 B는 대부분의 약품을 보장하지 않습니다. 다만, 면역억제제(52페이지)나 호스피스 치료를 위한 통증 및 증상 관리용 약물(26~27페이지)과 같은 일부 예외가 있습니다. 파트 B는 또한 의원에서 투여받는 일부 주입 및 주사 약물과 일반 펌프와 함께 사용되는 인슐린을 보장할 수 있습니다. 39, 44, 47페이지 참조.</p> <p>별도의 메디케어 약품 플랜에 가입하여 메디케어 약품 보장(파트 D)을 추가할 수 있습니다. 79~90페이지 참조.</p>
<p>일차진료의를 선택해야 하나요?</p>	<p>아니요.</p>
<p>전문의 진료를 받으려면 의뢰서가 필요한가요?</p>	<p>대부분의 경우, 아닙니다.</p>

<p>별도 보험에 가입해야 하나요?</p>	<p>귀하는 오리지널 메디케어가 부담하지 않는 비용을 지급할 수 있는 메디케이드 또는 고용주, 퇴직자 또는 조합 보험에 이미 가입되어 있을 수 있습니다. 그렇지 않을 경우, 자격이 된다면 메디케어 보충보험(메디갭)에 가입할 수 있습니다. 75~78페이지 참조. 메디케이드 자격 대상인지 확인하시려면 주의료지원(State Medical Assistance, Medicaid) 사무소에 확인할 수 있습니다.</p>
<p>오리지널 메디케어에 관해 더 알아야 할 사항은 무엇인가요?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 일반적으로 메디케어에서 분담금 지불을 시작하기 전에, 가입자는 의료 서비스에 정해진 금액(공제액(deductible))을 부담합니다. 메디케어에서 분담금을 지급하면, 가입자는 보장 서비스 및 용품에 대한 공동보험금(coinsurance) 또는 기본분담금(copayment)을 부담합니다. 다른 보험(메디갭, 메디케이드, 직원 또는 조합 보험 등)이 없는 경우, 본인 부담금(out of pocket)에 대한 연간 한도가 없습니다. • 파트 B에 대해서는 일반적으로 월 보험료를 지불합니다. • 가입자는 반적으로 메디케어에 청구할 필요가 없습니다. 제공자 및 공급업체에서 귀하가 받는 보장 서비스 및 용품에 대하여 청구해야 합니다.

어떤 비용을 부담하게 되나요?

오리지널 메디케어의 본인 부담금은 다음에 따라 달라집니다.

- 파트 A 및/또는 파트 B가 있는지 여부. 대부분은 둘 다 가지고 있습니다.
- 의사, 기타 의료제공자 또는 공급업체가 "**책정금**"을 허용하는지 여부. 59~60페이지 참조.
- 귀하에게 필요한 건강관리 유형과 이용 빈도수.
- 메디케어에서 보장하지 않는 서비스나 용품을 받기한 경우. 그렇다면, 귀하께 비용을 보장하는 다른 보험이 없는 한 귀하는 모든 비용을 부담합니다.
- 메디케어와 협력하는 다른 건강 보험이 있는지 여부. 21페이지 참조.
- 메디케이드 전체 보장이 있는지 여부, 또는 메디케어 절감 프로그램을 통해 메디케어 비용을 지급하기 위해 주에서 도움을 받는지 여부. 91~92페이지 참조.
- 메디케어 보충보험(메디갭)이 있는지 여부.
- 귀하와 귀하의 의사 또는 기타 의료 제공자가 수의계약에 서명하는지 여부. 60페이지 참조.

메디케어가 지급한 금액은 어떻게 알 수 있나요?

오리지널 메디케어가 있는 경우 메디케어에 청구되는 모든 서비스가 나열된 "메디케어 요약 통지"(MSN)를 받게 됩니다. MSN은 청구서가 아닙니다. MSN은 메디케어가 지급한 금액과 가입자가 의료제공자에게 지급해야 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 알려드릴 것입니다. 이의신청 방법에 대한 정보는 99페이지를 확인하세요.

신규! 이제부터 전자적 수신을 신청하지 않은 이상 4개월마다 이 통지서를 우편으로 받게 됩니다.

MSN에 기재된 주소를 변경해야 하는 경우, [SSA.gov/mycontact](https://ssa.gov/mycontact)를 참조하세요. 철도퇴직위원회(RRB) 혜택을 받고 있는 경우 RRB에 1-877-772-5772로 전화하세요. TTY 사용자는 1-312-751-4701로 문의하실 수 있습니다.

귀하는 MSN을 통해 귀하가 적격 메디케어 수혜자(QMB) 프로그램에 등록되어 있는지 알 수 있습니다. QMB 프로그램에 등록된 경우, 메디케어 의료제공자는 가입자에게 메디케어 파트 A 및/또는 파트 B **공제액**, **공동보험금** 또는 **기본분담금**을 청구할 수 없습니다. 경우에 따라, **메디케이드**를 통해 소액의 기본분담금이 청구될 수 있습니다(해당될 경우). QMB 및 의료제공자가 이러한 비용을 청구하는 경우 해야 할 조치에 대한 자세한 사항은 91페이지를 확인하세요.

중요! 메디케어 요약 통지서를 전자 수령하세요

“메디케어 요약 통지서”를 전자 수령하세요. [Medicare.gov](https://medicare.gov)에서 보안 메디케어 계정에 로그인 (또는 생성)하세요. 전자 MSN에 등록하시면 우편으로 종이 사본을 보내는 대신 매달 가입자의 메디케어 계정에서 MSN을 이용할 수 있을 때 이메일을 보내드립니다. 2024년 현재, 전자 MSN 가입자들께서는 메디케어 프로그램 비용을 약 3,500만 달러 절약하는 데 기여했습니다.

가입자는 메디케어 청구 정보 수령 방법을 선택할 수 있습니다.

- MSN에서 청구 정보를 확인할 수 있습니다.
- ‘나의 청구액 확인’을 방문하여 [Medicare.gov](https://medicare.gov)의 가입자 계정에서 청구에 접속하고 이 정보를 의사, 약국 및 다른 당사자들과 공유할 수 있습니다.
- 메디케어의 연동된 앱을 통해 청구서에 접근할 수 있습니다. 연동 앱은 메디케어 승인 애플리케이션 또는 제3자(메디케어 아님)가 만든 웹사이트입니다. 앱에 연결하고 [Medicare.gov](https://medicare.gov) 계정 정보로 로그인하면 건강 정보를 직접 입력하지 않고도 앱 서비스를 이용할 수 있습니다. 이러한 제3자는 가입자가 공유하기로 선택한 경우에만 가입자의 메디케어 데이터에 접근할 수 있습니다. 타사 앱에 연결 (또는 연결 상태를 유지)할지 여부는 항상 가입자의 선택입니다. 109페이지 참조.

책정금(assignment)은 무엇인가요?

책정금은 의사, 의료제공자 또는 공급업체가(또는 법에 의해 요구) **메디케어 승인 금액**을 보장 서비스에 대한 전액 지불로 허용하는 데 동의함을 의미합니다. 대부분의 의사, 의료제공자 및 공급업체는 책정금을 허용하지만, 담당 의료제공자가 허용하는지 항상 확인하세요.

의사, 제공자 또는 공급업체가 책정금을 수락하는 경우:

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

일부 의료제공자는 메디케어 보장 서비스의 **책정금**에 동의하지 않았으며 법에 따른 의무는 없지만 여전히 개별 서비스에 대한 책정금은 허용할 수 있습니다. 모든 서비스의 책정금을 수락하는 데 동의하지 않은 제공자를 “비참여”라고 합니다. 그들이 당신에게 제공하는 치료에 대한 책정금을 수락하지 않으면 서비스 비용을 더 많이 지급해야 할 수도 있습니다. 귀하의 의사, 제공자 또는 공급업체가 책정금을 수락하지 않는 경우 다음과 같은 일이 발생합니다.

- **서비스를 받을 당시 전체 요금을 내야 할 수도 있습니다.** 의사, 의료제공자 또는 공급업체는 가입자에게 제공한 모든 메디케어 보장 서비스에 대해 메디케어에 청구서를 제출해야 합니다. 가입자가 요청한 후에도 메디케어 청구서를 제출하지 않는 경우, 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하세요. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 문의하실 수 있습니다.
- **의사, 의료제공자 또는 공급업체는 메디케어 승인 금액보다 더 많은 금액을 청구할 수 있습니다.** 대부분의 경우 비참여 의료제공자는 메디케어에서 승인한 금액보다 **15% 이상 높은 금액을 청구할 수 없습니다.** 이 금액을 “한도 요금”이라고 합니다.



비교: 오리지널 메디케어에 가입한 경우 미국 내 어디에서나 메디케어를 수락하는 원하는 의료제공자를 이용할 수 있습니다. **메디케어 어드밴티지 플랜**에 가입되어 있는 경우 대부분 플랜 네트워크에 소속된 의사 및 기타 제공자를 이용해야 합니다.

책정금을 허용하거나 메디케어에 참여하는지 알아보려면 다음을 참조하세요.

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

의료장비 공급업체가 책정금을 허용하는지 알아보려면 다음을 참조하세요.

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

주립건강보험보조프로그램(SHIP)에 연락하여 이러한 주제에 대한 도움을 무료로 받을 수도 있습니다. 지역 SHIP 전화번호는 114~117페이지를 참조하세요.

메디케어를 탈퇴하는 제공자를 사용하고 싶으면 어떻게 합니까?

메디케어 프로그램과의 협력을 원하지 않는 특정 의사 및 기타 의료제공자는 메디케어를 “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 탈퇴한 의료제공자의 서비스를 이용하고 싶은 경우, 가입자와 의료제공자는 수의계약을 통해 양측 모두 동의하는 지불 조건을 설정할 수 있습니다.

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

의료제공자가 메디케어를 탈퇴했는지 확실하지 않은 경우 해당 의료제공자에게 문의하여 치료 비용을 본인 부담금을 지불해야 하는지 미리 알 수 있습니다.

★ 10~14페이지에서 메디케어 옵션에 대한 개요를 확인하세요.

섹션 4:

메디케어 어드밴티지 플랜 및 기타 옵션

메디케어 어드밴티지 플랜은 무엇인가요?

메디케어 어드밴티지 플랜은 메디케어 파트 A와 파트 B를 보장받기 위한 다른 방법입니다. “파트 C” 또는 “MA 플랜”이라고도 하는 메디케어 어드밴티지 플랜은 메디케어가 승인한 플랜입니다. 플랜은 메디케어에서 정한 규칙을 따라야 하는 민간 회사에서 제공합니다. 메디케어 어드밴티지 플랜은 대부분 메디케어 약품 보장(파트 D)을 포함합니다. 대부분의 경우, 플랜 네트워크에 참여하는 의료제공자를 이용해야 합니다. 이러한 플랜은 파트 A 및 파트 B에서 보장하는 서비스에 대해 매년 가입자가 본인 부담으로 지불하게 될 한도를 설정합니다. 일부 플랜은 비소속 네트워크의 비용급 보장을 제공하지만 일반적으로 더 높은 비용을 지불해야 합니다. 특정 서비스나 약품의 경우, 플랜에서 해당 서비스를 보장하기 전에 플랜으로부터 승인(사전 허가라고도 함)을 받아야 할 수도 있습니다. 경우에 따라 전문의 방문 시 의뢰서가 필요할 수도 있습니다.

메디케어 보장 서비스를 받으시려면 메디케어 어드밴티지 플랜에서 보내드리는 카드를 꼭 사용하셔야 합니다. 추후 필요할 수 있으므로 빨간색, 흰색 및 파란색 메디케어 카드를 안전한 장소에 보관하세요.

메디케어 어드밴티지 플랜에 가입해도 여전히 메디케어는 유지되지만, **오리지널 메디케어**가 아닌 메디케어 어드밴티지 플랜에서 파트 A 및 파트 B 보장을 받게 됩니다.

메디케어 어드밴티지 플랜에는 어떤 유형이 있나요?

- **건강관리기구(HMO) 플랜:** 66페이지 참조.
- **HMO POS(HMOPOS) 플랜:** **기본분담금(copayment)** 또는 **공동보험금(coinsurance)**을 더 많이 내고 비소속 네트워크 서비스를 일부 받을 수 있습니다. 66페이지 참조.
- **의료저축계좌(MSA) 플랜:** 67페이지 참조.
- **우선 제공자 단체(PPO) 플랜:** 68페이지 참조.
- **민간 행위별수가제(PFFS) 플랜:** 69페이지 참조.
- **특별 필요사항 플랜(SNP):** 70페이지 참조.

메디케어 어드밴티지 플랜은 무엇을 보장하나요?

메디케어 어드밴티지 플랜은 법률이나 메디케어 정책 결정에 따른 대부분의 신규 혜택을 포함하여 거의 모든 파트 A 및 파트 B 혜택을 제공합니다. 메디케어 어드밴티지 플랜 혜택에는 호스피스 케어 및 일부 임상시험 비용이 제외됩니다. 다만, 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입되어 있는 경우 오리지널 메디케어는 호스피스 치료 비용, 임상 연구를 위한 비용 일부, 플랜에서 보장하지 않는 법률이나 메디케어 정책 결정에 따른 혜택에 대한 비용을 계속 보장합니다. 플랜은 메디케어에 따라 의학적으로 필요하지 않은 서비스 비용을 보장하지 않도록 선택할 수 있습니다. 경우에 따라 메디케어가 보장 기준을 확립하지 않은 경우, 플랜은 특정 서비스가 의학적으로 필요한지 여부를 결정하기 위해 자체 보장 기준을 활용할 수도 있습니다. 서비스 보장 여부가 확실하지 않은 경우 서비스를 받기 전에 의료제공자에게 문의하세요. 보장 결정에 동의하지 않는 경우 이의를 제기할 수 있습니다(97-100페이지).

플랜은 부가 혜택을 제공할 수 있습니다

메디케어 어드밴티지 플랜으로 피트니스 프로그램(체육관 회원권 또는 할인) 및 일부 시력, 청력 및 치과 서비스(정기 검진 또는 치석 제거)와 같이 **오리지널 메디케어**에서 보장하지 않는 항목에 대한 보장을 받을 수 있습니다. 일부 플랜은 의사 방문까지의 교통편, 파트 D에서 보장하지 않는 일반 의약품, 기타 건강관리 서비스와 같은 다른 혜택도 보장하도록 선택할 수 있습니다. 가입하기 전에 플랜에 문의하여 어떤 혜택이 제공되는지, 비용은 얼마인지, 제한 사항이 있는지 확인하세요.

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

치과 혜택 최대한 활용하기

메디케어 어드밴티지 플랜에 가입한 경우, 구강 건강을 관리하세요. 보장할 수 있는 치과 서비스와 적용될 수 있는 제한 사항에 대해 플랜에 문의하세요.

메디케어 어드밴티지 플랜은 메디케어 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 부담금을 부과할 수 있고, 서비스를 받는 방법에 대하여 다른 규칙을 두고 있습니다(예를 들어, 전문의를 만나기 위해 **의뢰서**가 필요한지의 여부, 또는 비응급 또는 비긴급 치료를 받기 위해 플랜의 네트워크 소속 의사, 시설 또는 공급업체에게 가야 하는지 여부 등). 이러한 규정은 매년 변경될 수 있습니다. 플랜은 다음 가입 시작 전까지 귀하에게 변경사항을 알려야 합니다.

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

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

중요! 서비스 제공자 네트워크는 연중 변경될 수 있지만 플랜은 여전히 자격을 갖춘 의사 및 전문의에게 진료받을 수 있도록 해야 합니다. 플랜은 가입자가 새로운 플랜을 선택할 시간을 가질 수 있도록 의료제공자의 플랜 탈퇴 예정을 통지할 것입니다. 해당 의료제공자가 1차 진료 또는 행동건강 제공자이고 가입자가 지난 3년 동안 해당 제공자를 이용한 경우 이 통지를 받게 됩니다. 다른 의료제공자가 플랜을 탈퇴하는 경우 가입자는 특정 상황에서 이 통지를 받게 됩니다.

플랜은 또한 다음을 수행합니다.

- 건강 관리 요구 사항을 계속 관리할 새 의료제공자 선택을 지원합니다.
- 이미 진행 중인 필요한 치료를 지속할 수 있게 지원합니다.
- 이용 가능한 다양한 가입 기간과 플랜 변경 옵션에 대해 알려드립니다.

변경 사항을 숙지하고 만족스럽지 않은 부분이 있는 경우 자격이 되는 경우, 공개 가입 또는 특별 가입 기간 중 플랜을 변경할 수 있도록 통지서를 주의 깊게 검토하세요.

네트워크 소속 제공자 또는 혜택을 이용할 수 없거나 **의료적 필요**를 충족할 수 없는 경우, 플랜은 가입자가 네트워크 외부에서 의학적으로 필요한 보장 서비스를 받을 수 있도록 지원해야 합니다(네트워크 소속 비용 분담으로).



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

중요! 플랜에서 얻은 정보 읽기

메디케어 어드밴티지 플랜에 가입되어 있다면, 매년 플랜의 “연간 변경 고지” 및 “보장 범위 확인서(Evidence of Coverage)”를 검토하세요.

- **연간 변경고지:** 1월에 발효될 보장 범위, 비용 등 모든 변경 사항을 포함합니다. 플랜에서 9월 30일까지 사본을 보내드릴 것입니다.
- **보장범위확인서(Evidence of Coverage):** 플랜의 보장 내역, 납부할 액수와 내년도 추가 사항 등에 대한 상세 내역을 제공합니다. 플랜에서 10월 15일까지 통지서(또는 인쇄본)를 보내드릴 것입니다. 여기에는 전자적 또는 우편 수령 방법에 대한 정보가 포함됩니다.

이러한 중요한 문서를 받지 못한 경우 플랜에 문의하십시오.

플랜에서 비용 및 보장 정보를 얻을 수 있으므로 [Medicare.gov/go-digital](https://www.medicare.gov/go-digital)에서 “메디케어와 가입자(Medicare & You)” 안내서의 전자 버전 등록을 고려해 보세요.

메디케어 어드밴티지 플랜에 관해 알아야 할 사항은 무엇인가요?

메디케어 어드밴티지 플랜 가입 조건

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

가입 및 탈퇴

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

말기 신장질환(ESRD) 환자인 경우 어떻게 하나요?

말기 신장질환이 있는 경우 메디케어 보장 적용 방법을 결정할 때 **오리지널 메디케어** 또는 **메디케어 어드밴티지 플랜**을 선택할 수 있습니다. ESRD가 있고 신장 이식을 받았기 때문에 메디케어 가입 자격만 있는 경우, 메디케어 혜택은 이식 후 36개월이 경과하면 종료됩니다. 면역억제제에 대한 지속적 보장에 관한 추가 정보는 52페이지를 참조하세요.

메디케어 약품 보장(파트 D)

메디케어 어드밴티지 플랜은 대부분 메디케어 약품 보장(파트 D)을 포함합니다. 메디케어 약품 보장을 포함하지 않는 일부 유형의 플랜 (의료저축계좌플랜과 일부 민간행위별수가제 등)의 경우, 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입할 수 있습니다. 다만, 약품을 보장하지 않는 건강관리기구(HMO) 플랜 또는 선호제공자기구(PPO) 플랜에 가입하는 경우 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입할 수 없습니다.

이 경우 가입하신 다른 처방약 보장(고용주 또는 퇴직자 보장 등)을 이용하거나 약품 보장 없이 이용해야 합니다. 처음 자격이 되었을 때 메디케어 약품 보장을 받지 않기로 하고 다른 **크레딧 적용 가능 처방약 보장**이 없으면, 추후 파트 D 플랜에 가입할 경우 자연 가입 가산금을 부담해야 할 수 있습니다(83-85페이지).

다른 보험이 있으면 어떻게 하나요?

메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하기 전 고용주, 조합 또는 그 밖의 혜택 관리자에게 규정에 대해 문의하세요. 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(메디갭)이 있는 경우 어떻게 하나요?

중요! 이미 **메디갭** 보험이 있는데 **메디케어 어드밴티지 플랜**에 가입하신다면, 메디갭 보험을 포기해야 합니다. **메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하기 위해 메디갭을 탈퇴하면 관할 주의 메디갭 가입 규정 및 가입자의 상황에 따라 메디갭 보험에 재가입하지 못할 수도 있다는 점에 유의하세요.** 메디갭 보험 취소에 대한 자세한 사항은 [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 참조하세요.

오리지널 메디케어로 다시 전환하지 않는 한 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입되어 있는 동안 메디갭에 가입할 수 없습니다. 메디갭으로 메디케어 어드밴티지 플랜 **기본분담금, 공제액, 보험료**를 지불할 수 없습니다.

어떤 비용을 부담하게 되나요?

메디케어 어드밴티지 플랜의 본인 부담 비용은 다음에 따라 달라집니다.

- 플랜에서 월 보험료를 청구하는지 여부. 일부 메디케어 어드밴티지 플랜은 \$0 보험료가 있습니다(단, 여전히 파트 B 보험료를 지불할 수 있음). 보험료를 부과하는 플랜에 가입할 경우 파트 B 보험료(보험료 면제 파트 A가 없는 경우 파트 A 보험료)에 추가로 이 보험료를 지불하게 됩니다.
- 플랜이 귀하의 월 파트 B 보험료를 지불하는지 여부. 일부 메디케어 어드밴티지 플랜은 파트 B 보험료의 전부 또는 일부 부담을 지원합니다. 이를 때로는 “메디케어 파트 B 보험료 감액”이라고 합니다.
- 플랜에 특정 서비스에 대한 연간 공제액 또는 추가 공제액이 있는지 여부.
- 각 방문 또는 서비스에 지급하는 금액(기본분담금 또는 **공동보험금**). 메디케어 어드밴티지 플랜은 화학요법, 투석 및 21-100일의 **전문 간호 시설 치료** 등 특정 서비스에 오리지널 메디케어보다 더 많은 금액을 청구할 수 없습니다.
- 필요한 건강보험 서비스 유형과 이용 빈도수.
- 귀하께서 네트워크 제공자로부터 서비스를 받거나 플랜과 계약하지 않은 제공자로부터 서비스를 받는지 여부. 비용급 또는 비긴급 치료 서비스를 위해 플랜의 네트워크에 속하지 않은 의사, 기타 의료 제공자, 시설 또는 공급업체를 방문하는 경우, 귀하의 플랜이 서비스를 보장하지 않거나 비용이 더 많이 들 수 있습니다.
- **책정금**을 허용하는 의사 또는 공급업체를 방문하는지 여부(우선제공자단체 플랜, 민간 행위별수가제 플랜 또는 의료저축계좌(MSA) 플랜에 가입되어 있고 네트워크 외부로 가는 경우). 책정금 관련 추가 정보는 59-60페이지를 참조하세요.
- 플랜이 부가 혜택(오리지널 메디케어 혜택 외)을 제공하는지 여부 및 해당 혜택을 받기 위해 추가 비용을 지불해야 하는지 여부.
- 모든 파트 A 및 파트 B 보장 서비스에 대한 본인 부담금에 플랜의 연간 한도. 이 한도에 도달하면, 가입자는 파트 A 및 파트 B 보장 서비스에 대해 비용을 부담하지 않습니다.
- **메디케이드** 가입했거나 메디케어 절감 프로그램을 통해 주정부로부터 도움을 받는지 여부. 91-92페이지 참조.

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

플랜에서 서비스, 약품 또는 용품을 보장하는지 어떻게 알 수 있나요?

가입자 또는 의료제공자는 플랜으로부터 사전에 구두 또는 서면으로 결정을 듣고 해당 서비스, 약품 또는 용품이 보장되는지를 확인할 수 있습니다. 또한 내야할 금액도 알아볼 수 있습니다. 이를 **“단체 결정”이라고 합니다.** 때로는, 플랜이 서비스, 약품 또는 소모품을 보장해 주려면, 이를 사전 승인해야 합니다. 101페이지 참조.

가입자, 대리인 또는 담당 의사가 단체 결정을 요청할 수 있습니다. 단체 결정은 구두 또는 서면으로 요청할 수 있습니다. 귀하의 건강상 요구에 따라 귀하의 대리인 또는 귀하의 의사는 귀하의 단체 결정 요청에 대하여 빠른 결정을 요청하실 수 있습니다. 플랜에서 보장을 거부하는 경우, 가입자에게 서면으로 이를 알려야 하고 가입자는 이의를 제기할 권리가 있습니다. 97~100페이지 참조.

만약 플랜이 네트워크 외부의 서비스 또는 제공자에게 귀하를 추천할 경우 사전에 단체 결정을 받을 수 없고, 이를 **“플랜 지시 치료”라고 부릅니다.** 대부분의 경우, 플랜의 일반 비용 부담액보다 더 많은 비용을 부담할 필요가 없습니다. 해당 보호에 관해 자세한 사항은 보험사에 문의하세요.

메디케어 어드밴티지 플랜 유형

HMO

건강관리기구(HMO) 플랜

모든 의사, 기타 의료제공자 또는 병원에서 의료 서비스를 받을 수 있나요?

아니요. 일반적으로 플랜 네트워크에 속한 의사, 기타 의료제공자 또는 병원으로부터 치료 및 서비스를 받아야 합니다 (응급 치료, 지역 외 긴급 치료 또는 임시 역외 투석은 제외되며, 플랜 네트워크 내부 또는 외부에서 제공되는지와 상관없이 보장됩니다). 다만, HMO Point-of-Service(HMOPOS) 플랜으로 알려진 일부 HMO 플랜은 일부 또는 전체 보장 혜택에 대해 비소속 네트워크 혜택을 제공하며 더 높은 **기본분담금** 또는 **공동보험금**을 부과합니다.

이러한 플랜이 처방 약품을 보장하나요?

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

일차진료의를 선택해야 하나요?

대부분의 경우, 그렇습니다.

전문의 진료를 받으려면 의뢰서가 필요한가요?

대부분의 경우, 그렇습니다. 연례 유방조영술 검진과 같은 특정 서비스에는 의뢰서가 필요하지 않습니다.

이러한 유형의 플랜에 관해 더 알아야 할 사항은 무엇인가요?

- 승인 없이 플랜의 비소속 네트워크에서 비응급 진료를 받는 경우, 비용 전액을 부담해야 할 수 있습니다.
- 필요할 때 특정 서비스를 위해 사전 승인을 받는 것과 같이 플랜 규정을 준수하는 것이 중요합니다.
- 자세한 정보는 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)를 참조하시거나 보험사에 확인하세요.

MSA 의료저축계좌(MSA) 플랜**모든 의사, 기타 의료제공자 또는 병원에서 의료 서비스를 받을 수 있나요?**

그렇습니다. 가입자를 치료하는 데 동의하고 메디케어(메디케어 파트 A 및 파트 B 항목 및 서비스의 경우)에서 탈퇴하지 않은 메디케어 승인 의사, 기타 의료제공자 또는 병원을 방문할 수 있습니다. MSA 플랜은 보통, 의사, 기타 의료제공자, 병원 등으로 구성된 네트워크를 가지고 있지 않습니다.

이러한 플랜이 처방 약품을 보장하나요?

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

일차진료를 선택해야 하나요?

아니요.

전문의 진료를 받으려면 의뢰서가 필요한가요?

아니요.

이러한 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. **공제액**에 도달하기 전에, 이 예치금을 사용해 메디케어가 보장하는 비용을 지급할 수 있습니다. 연말에 계좌에 남은 돈은 그대로 둡니다. 다음 해에 플랜을 유지하는 경우 플랜은 남은 금액에 새로운 예치금을 추가합니다.

- MSA 플랜은 **보험료**를 부과하지 않지만, 가입자는 계속해서 파트 B 보험료를 납부해야 합니다.
- 플랜에 따라 다양한 높은 연간 공제액을 충족한 경우에만 플랜에서 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.
- 자세한 정보는 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)를 참조하시거나 보험사에 확인하세요.

PPO 우선 제공자 단체(PPO) 플랜

모든 의사, 기타 의료제공자 또는 병원에서 의료 서비스를 받을 수 있나요?

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

이러한 플랜이 처방 약품을 보장하나요?

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

일차진료를 선택해야 하나요?

아니요.

전문의 진료를 받으려면 의뢰서가 필요한가요?

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

이러한 유형의 플랜에 관해 더 알아야 할 사항은 무엇인가요?

- 특정 PPO 의료제공자는 “선호” 제공자로 해당 제공자를 이용하면 비용을 절감할 수 있습니다.
- 자세한 정보는 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)를 참조하거나 보험사에 확인하세요.

PFFS 민간 행위별수가제(PFFS) 플랜**모든 의사, 기타 의료제공자 또는 병원에서 의료 서비스를 받을 수 있나요?**

플랜의 지급 약정을 수락하고 가입자를 치료하는 데 동의하며 메디케어(메디케어 파트 A 및 파트 B 항목 및 서비스)에서 탈퇴하지 않은 모든 메디케어 승인 의사, 기타 의료제공자 또는 병원을 방문할 수 있습니다. 네트워크가 있는 민간 행위별수가제 플랜에 가입하는 경우, 항상 플랜 가입자를 치료하는 데 동의한 네트워크 제공자를 이용할 수 있습니다. 플랜 약정에 동의한 비소속 네트워크 의사, 병원 또는 기타 제공자를 선택하는 경우 추가 비용이 발생할 수 있습니다.

이러한 플랜이 처방 약품을 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.

일차진료를 선택해야 하나요?

아니요.

전문의 진료를 받으려면 의뢰서가 필요한가요?

아니요.

이러한 유형의 플랜에 관해 더 알아야 할 사항은 무엇인가요?

- 플랜은 귀하가 지급하는 서비스 금액을 결정합니다. 매년 플랜에서는 가입자의 비용 분담에 관한 정보가 포함된 “연간 변경 통지” 및 “보장 범위 확인서”를 보내드립니다.
- 일부 PFFS 플랜은 가입자가 이전에 진료받은 적이 없더라도 항상 가입자를 치료하기로 동의하는 제공자 네트워크와 계약을 맺습니다.
- 네트워크 비소속 의사, 병원 및 기타 제공자는 가입자가 이전에 진료받은 적이 있더라도 가입자를 치료하지 않기로 결정할 수 있습니다.
- 의료 응급 상황에서 의사, 병원 및 기타 제공자는 귀하를 치료해야 합니다.
- 받게 되는 각 서비스에 대해 치료를 받기 전에 플랜 가입자 카드를 각 의료제공자에게 제시하세요.
- 자세한 정보는 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)를 참조하거나 보험사에 확인하세요.

SNP 특별 필요사항 플랜(SNP)

SNP는 특정 중증 및 만성 질환이 있거나 특정 건강 관리가 필요한 사람 또는 **메디케이드** 보장을 받는 사람에게 혜택과 서비스를 제공합니다. SNP는 치료 조정 서비스가 포함하며, 서비스를 제공받는 그룹의 특정 요구 사항을 가장 잘 충족하도록 혜택, 의료제공자 선택 및 약물 목록(처방서)을 맞춤화합니다.

모든 의사, 기타 의료제공자 또는 병원에서 의료 서비스를 받을 수 있나요?

일부 SNP는 비소속 네트워크 서비스를 보장하고 일부는 그렇지 않습니다. 플랜에 문의하여 비소속 네트워크 서비스를 보장하는지 여부, 보장할 경우 비용에 어떤 영향을 미치는지 확인하세요.

이러한 플랜이 처방 약품을 보장하나요?

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

일차진료를 선택해야 하나요?

일부 SNP에는 일차진료의가 필요하고 일부는 필요하지 않습니다. 일차진료의를 선택해야 하는지 알아보시려면 보험사에 확인하세요.

전문의 진료를 받으려면 의뢰서가 필요한가요?

일부 SNP는 의뢰서를 필요로 하고 일부는 필요하지 않습니다. 연례 선별 유방 촬영검진과 같은 일부 서비스에는 의뢰서가 필요 없습니다. 의뢰서가 필요한지 알아보려면 보험사에 확인하세요.

이러한 유형의 플랜에 관해 더 알아야 할 사항은 무엇인가요?

- 다음은 SNP에 등록할 수 있지만 필수는 아닙니다.
 - **이중 적격 SNP(D-SNP):** 메디케어와 메디케이드 둘 다 자격이 있는 사람들. 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. 메디케이드 자격을 확인하려면 관할 주의료지원(메디케이드) 사무소에 문의하세요.
 - **만성질환 SNP(C-SNP):** 특정 중증 또는 장애가 있는 만성 질환(당뇨병, 말기 신장질환(ESRD), HIV/AIDS, 만성 심부전 또는 치매 등)이 있는 사람. 플랜은 가입 자격을 단일 만성 질환 또는 관련 만성 질환 그룹으로 추가 제한할 수 있습니다.
 - **기관 SNP(I-SNP):** 일정한 기관(요양원 등)에 거주하거나, 지역사회에 살고 있지만 집에서 높은 수준의 요양이 필요한 사람.
- 해당 지역의 SNP 또는 기타 **메디케어 어드밴티지 플랜**을 찾고 비교하려면 다음을 방문하세요.

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

거주 지역에서 SNP를 이용할 수 있는지 확인하려면 “특별 필요사항 플랜”으로 검색 결과를 필터링하세요. 더 많은 정보를 얻고 싶으시면 귀하의 플랜을 확인하십시오.

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

<p>최초 가입 기간 17페이지 참조.</p>	<p>처음 메디케어 자격이 되었을 때</p>	<p>처음으로 메디케어 자격이 되었을 때 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입할 수 있습니다. 최초 가입 기간 중에 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하셨다면, 메디케어를 가지고 있는 첫 3개월 동안은 다른 메디케어 어드밴티지 플랜(약품 보장 유무와 무관)으로 변경하거나 오리지널 메디케어(별도의 메디케어 약품 보장 유무와 무관)로 돌아갈 수 있습니다.</p>
<p>일반 가입 기간 18페이지 참조.</p>	<p>1월 1일부터 3월 31일까지</p>	<p>귀하에게 파트 A가 있고 이 기간 중 처음으로 파트 B를 받는다면, 메디케어 어드밴티지 플랜에도 가입하실 수 있습니다.</p> <p>가입한 다음 달 1일부터 보장이 시작됩니다.</p> <p>메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하려면 파트 A 및 파트 B 둘 다 있어야 합니다.</p>
<p>공식 가입 기간</p>	<p>10월 15일부터 12월 7일까지</p>	<p>매년 공식 가입 기간에 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입, 변경, 또는 탈퇴를 할 수 있습니다.</p> <p>보장은 1월 1일부터 시작됩니다(플랜에서 12월 7일까지 가입 요청을 접수하는 경우).</p> <p>이 기간에 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입했지만 마음이 바뀌는 경우, 다음 페이지에 설명된 메디케어 어드밴티지 공식 가입 기간(1월 1일~3월 31일) 동안 오리지널 메디케어로 다시 전환하거나 다른 메디케어 어드밴티지 플랜(귀하에게 더 적합한 보장에 따라)으로 변경할 수 있습니다.</p>

<p>메디케어 어드밴티지 공식 가입 기간</p>	<p>1월 1일부터 3월 31일까지</p> <p>주: 이 기간 동안 한 번만 플랜을 변경할 수 있습니다.</p> <p>보장은 플랜에 요청 양식이 접수된 후 다음 달 1일 시작됩니다.</p>	<p>이 기간 동안 메디케어 어드밴티지 플랜(약품 보장 유무 무관)에 가입되어 있다면, 다음을 할 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 다른 메디케어 어드밴티지 플랜(약품 보장이 있든 없든)으로 변경. • 메디케어 어드밴티지 플랜을 탈퇴하고 오리지널 메디케어로 복귀. 또한 별도의 메디케어 약품 플랜에도 가입할 수 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 가입자가 약품 플랜에 가입 시 자동으로 발생합니다.</p>
<p>특별 가입 기간 17페이지 참조.</p>	<p>적격한 일생의 사건</p>	<p>대부분의 경우, 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입되어 있다면 보장이 시작되는 날로부터 1년간 가입을 유지해야 합니다. 그러나 이사를 하거나 다른 보험 혜택을 상실하는 것과 같은 특정 상황에서는 특별 가입 기간에 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입, 변경 또는 탈퇴할 수 있습니다. 80페이지 참조.</p>
<p>5별점 특별 가입 기간</p>	<p>12월 8일부터 다음 해 11월 30일까지</p> <p>주: 이 기간 동안 한 번만 플랜을 변경할 수 있습니다.</p>	<p>메디케어는 1~5별점 등급을 사용해 품질 및 성과를 기반으로 플랜을 비교하게 도움을 드립니다.</p> <p>해당 지역에 5별점 품질 등급의 메디케어 어드밴티지 플랜, 메디케어 약품 플랜 또는 메디케어 비용 플랜이 있을 경우, 5별점 특별 가입 기간에 현재의 메디케어 플랜에서 품질 등급이 5별점인 메디케어 플랜으로 변경하실 수 있습니다.</p> <p>자세한 정보는 Medicare.gov를 확인하세요.</p>

중요! 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하기 위해 메디케어 보충 보험(메디갭)을 중단하면 동일한 보험에 다시 가입하지 못할 수도 있습니다. 또한, **오리지널 메디케어**로 복귀하고자 하고 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입한 후 12개월 이내에 메디케어 어드밴티지 플랜을 탈퇴하지 않는 경우, 오리지널 메디케어로 복귀할 때 메디갭 보험 가입이 제한될 수 있습니다. 78페이지 참조.

주: 일반적으로 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하면 메디케어 어드밴티지 플랜 가입 후 12개월 이내에 오리지널 메디케어로 복귀하기 위해 취소하는 경우를 제외하고 그 해 남은 기간 동안 해당 플랜을 유지해야 합니다. 공개 가입 기간, 메디케어 어드밴티지 공개 가입 기간, 또는 특별 가입 기간에 자격이 있는 경우 메디케어 어드밴티지 플랜을 취소하거나 변경할 수 있습니다.

메디케어에서 건강보험을 받을 수 있는 다른 유형의 플랜이나 프로그램을 제공하나요?

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

메디케어 비용 플랜

메디케어 비용 플랜은 국가의 특정 제한된 지역에서 사용할 수 있는 **메디케어 건강보험**입니다.

- 일반적으로, 파트 B만 있어도 가입이 가능합니다.
- 파트 A와 파트 B가 있고 비 네트워크 제공자에게 가는 경우 오리지널 메디케어가 서비스를 보장합니다. 가입자는 파트 A와 파트 B **공동보험금** 및 **공제액**을 부담하게 됩니다.
- 메디케어 비용 플랜이 신규 가입자를 받는 시기에 언제든지 가입할 수 있습니다.
- 언제든지 탈퇴하고 오리지널 메디케어로 돌아갈 수 있습니다.
- 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입하거나 메디케어 비용 플랜(제공되는 경우) 으로부터 메디케어 약품 보장(파트 D)을 보장받을 수 있습니다. 메디케어 비용 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-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare)에서 지역에 메디케어 비용 플랜이 있는지 확인해 보세요. 관심 있는 플랜에 관한 자세한 내용은 플랜에 문의하십시오. 주립건강보험보조프로그램(SHIP)도 도움이 될 수 있습니다. 지역 SHIP 전화번호는 114-117페이지를 참조하세요. 신뢰할 수 있는 대리인이나 중개인의 도움을 받을 수도 있습니다.

노인을 위한 포괄적 영양 프로그램(PACE)

PACE는 많은 주에서 제공하는 메디케어 및 **메디케이드** 프로그램으로 영양원 수준의 돌봄이 필요한 사람들이 집, 아파트 또는 기타 적절한 시설 등의 지역사회에 계속 거주할 수 있게 지원합니다. PACE 자격을 얻으려면 다음 조건을 충족해야 합니다.

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

PACE는 모든 메디케어 및 메디케이드 보장 의료 및 서비스와 PACE 의료 전문가 팀이 가입자의 건강과 웰니스를 개선하고 유지하는 데 필요하다고 보는 그 밖의 서비스를 보장합니다. 여기에는 약물뿐만 아니라 의사나 의료제공자 방문, 교통편, 가정 간호, 병원 방문, 필요한 경우 영양원 체류 등 그 밖의 **의학적으로 필요한** 관리가 포함됩니다.

메디케이드가 있는 경우, PACE 혜택의 장기 영양 부분에 대해 월 **보험료**를 지급할 필요가 없습니다. 메디케어는 있지만 메디케이드는 없는 경우, PACE 혜택의 장기 영양 부분의 보장에 대한 월 보험료와 메디케어 약품 보장(파트 D)에 대한 보험료가 부과됩니다. 다만, PACE에는 의료 전문가로 구성된 PACE 팀이 승인한 모든 약품, 서비스 또는 치료에 대한 **공제액** 또는 **기본분담금**이 없습니다.

[Medicare.gov/pace](https://www.Medicare.gov/pace)에서 지역사회에 서비스를 제공하는 PACE 기관이 있는지 확인해 보세요.

메디케어 혁신

메디케어는 메디케어의 잠재적 변화 효과를 점검하고 측정하기 위해 혁신적인 모델, **시범** 및 시험 이니셔티브를 개발합니다. 이러한 이니셔티브는 더 나은 진료 품질, 의료제공자 서비스 및 환자 경험에 초점을 맞춘 가치 기반 진료에 이용자를 연결하는 새로운 방법을 찾는 데 도움이 됩니다. 이러한 이니셔티브에는 더 낮은 비용이 포함될 수 있으며 추가 혜택과 서비스를 제공할 수도 있습니다. 제한된 기간 동안 특정 그룹의 사람들을 대상으로 운영되고/되거나 특정 지역에서만 제공됩니다.

현재 및 미래의 모델, 시범 및 시험 이니셔티브의 예에는 치매, 일차 진료, 특정 시술과 관련된 진료(고관절 및 무릎 치환 등), 암 관리, **전문 간호 시설 치료** 또는 재활 진료, 만성 신장질환 및 말기 신장질환(ESRD) 환자를 위한 진료 등의 혁신이 포함됩니다. 메디케어는 또한 **책임의료기관(ACO)**을 통해 혁신을 모색합니다.

담당 의사에게 이러한 모델, 시범 및 시험 프로그램에 참여하는지 여부와 이것이 치료에 어떤 의미가 있는지 문의하세요. 현재 메디케어 모델, 시범 및 시험 이니셔티브에 대해 자세히 알아보려면 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하세요. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 문의하실 수 있습니다.

★ 10~14페이지에서 메디케어 옵션에 대한 개요를 확인하세요.

섹션 5:

메디케어 보충보험 (메디갭)

메디갭은 어떻게 운영되나요?

오리지널 메디케어는 보장되는 의료 서비스 및 용품 비용의 전부를 부담하지는 않습니다. 민간 보험사가 판매하는 메디케어 보충보험(메디갭)은 **기본분담금(copayment)**, **공동보험금(coinsurance)**, **공제액(deductible)**과 같이 보장되는 서비스 및 용품에 대한 나머지 건강보험 비용을 지불하는 데 도움이 될 수 있습니다.

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

메디갭 보험은 표준화되어 있습니다

각 메디갭 여러분을 보호하도록 설계된 연방 및 주정부 법을 따라야 하고 법에는 “메디케어 보충보험”이라고 명확하게 식별되어야 합니다. 보험사는 대부분의 주에서 문자 A~D, F, G 및 K~N으로 명명된 “표준” 플랜만 판매할 수 있습니다. 동일한 문자가 포함된 모든 플랜은 거주 지역 또는 어느 보험사에서 보험 상품을 구매하든 관계없이 동일한 기본 혜택을 제공합니다. 일부는 추가 혜택을 제공합니다. 각 문자화된 플랜의 이점을 비교하여 필요 사항에 맞는 플랜을 찾으세요. 매사추세츠주, 미네소타주, 위스콘신주에서는, 메디갭 보험이 다른 방식으로 표준화되어 있습니다. 다음에서 정보를 얻고 거주 지역의 메디갭 보험을 찾아보세요.



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

[Medicare.gov/publications](https://www.Medicare.gov/publications)를 방문해 “메디갭 보험 선택: 메디케어 가입자를 위한 건강보험 안내” 소책자를 검토할 수도 있습니다.

중요! 2020년 1월 1일 또는 그 이후 메디케어 신규 가입자가 가입한 메디갭 보험으로는 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. 단, 2020년 1월 1일 이전에 메디케어 가입 자격이 있었지만 아직 가입하지 않은 경우 플랜 C 또는 플랜 F에 가입할 수 있습니다. 2020년 1월 1일 이후 신규 메디케어 가입자는 플랜 C 및 F에 가입할 수 없지만, 파트 B 공제액에 대한 보장을 제외하고 동일한 혜택을 제공하는 플랜 D 및 플랜 G(플랜 C 및 플랜 F 대신)에 가입할 권리가 있습니다.

메디갭 플랜을 어떻게 비교할 수 있나요?

아래 차트에는 2024년에 메디케어 보충보험(메디갭)이 보장하는 다양한 혜택에 대한 기본적인 정보가 있습니다. 만약 백분율이 나타나면, 메디갭 플랜은 혜택의 비율을 보장하고 여러분은 나머지를 부담해야 합니다.

혜택	메디갭 플랜										
	A	B	C	D	F*	G*	K	L	M	N	
메디케어 파트 A 공동보험금 및 병원비(메디케어 혜택을 소진한 후 최대 추가 365일까지)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
메디케어 파트 B 공동보험금 또는 기본분담금	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%***	
혈액 혜택(최소 3파인트)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%	
파트 A 호스피스 케어 공동보험금 또는 기본분담금	100%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	100%	100%	
전문 간호 시설 치료 공동보험금			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%	
							2024년 본인 부담 한도액**				
							\$7,060	\$3,530			

* 일부 주에서는 플랜 F 및 플랜 G도 고액의 본인공제금 플랜이 있습니다. 보험사에서 비용을 지불하기 전에, 가입자는 2024년 공제액 \$2,800까지 메디케어 보장 비용(공동보험금, 기본분담금, 공제액)을 부담해야 합니다. (2020년 1월 1일 또는 그 이후에 새로 메디케어에 가입하신 경우 플랜 C 및 F를 구입하실 수 없습니다. 75페이지 참조.)

** 플랜 K와 플랜 L의 경우, 가입자가 연간 본인 부담금 상한액과 연간 파트 B 공제액(2024년의 경우 \$240)을 충족하면, 메디갭 플랜은 해당 연도의 나머지 기간 동안 보장되는 서비스의 100%를 지급합니다.

*** 플랜 N은 파트 B 공동보험금의 100%를 지급합니다. 가입자는 일부 의원 방문에 대해 최대 \$20의 기본분담금과 입원환자 입원으로 이어지지 않는 응급실 방문에 대해 최대 \$50의 기본분담금을 부담해야 합니다.

2025년 금액은 [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)를 참조하세요.

메디갭에 대해 더 알아야 할 사항은 무엇인가요?

메디케어 보충 보험(메디갭)에 가입하려면 일반적으로 파트 A와 파트 B가 있어야 합니다. 메디갭을 이용하면 메디케어에 지불하는 월 파트 B 보험료 외에 민간 보험사에 월 **보험료**를 지불합니다. **메디갭 가입을 고려 중인 경우 반드시 플랜을 비교해보세요. 정확히 동일한 보장에 대해 여러 보험사에서 제공하는 플랜마다 비용이 다를 수 있으며, 가입자 연령이 올라갈수록 높아질 수 있습니다. 일부 주에서는 메디갭 보험료 비용을 제한합니다.** 메디갭 보험은 오직 한 사람만 보장합니다. 배우자는 개별적으로 가입해야 합니다.

주: 일부 주에서는, 메디케어 SELECT라고 하는 다른 종류의 메디갭 보험에 가입할 수도 있습니다. 전체 보험 혜택의 자격이 되려면 병원을 이용해야 하며 경우에 따라 네트워크 소속 의사를 이용해야 합니다(응급 상황 제외). 메디케어 SELECT 구매하시면 12개월 이내에 마음을 바꾸고 표준 메디갭으로 전환할 권리가 있습니다.

동일 보험사에서 메디갭과 별도의 메디케어 약품 플랜을 구입할 수 있나요?

그렇습니다. 다만, 2번의 별도 보험료를 납부해야 할 수도 있습니다. 보험료 지급 방식에 대해서는 보험회사에 문의하시기 바랍니다.

메디갭과 메디케어 약품 플랜 모두로부터 약품을 보장받을 수 있나요?

아니요. 추가 정보는 89페이지를 참조하세요.

메디갭 보험은 언제 시작되나요?

일반적으로 메디갭 보험은 신청 후 다음 달 1일에 시작되지만 가입자가 시작 시기를 결정할 수 있습니다.

메디갭 보험을 구매하기에 가장 좋은 시기는 언제인가요?

- 메디갭 보험에 가입하기에 가장 좋은 시기는 메디갭 공식 가입 기간입니다. 이 6개월 기간은 메디케어 파트 B(의료 보험)에 가입하고, 가입자가 65세 이상이 되는 첫 번째 달에 시작됩니다. (일부 주에는 추가 공식 가입 기간이 있습니다.) **이 가입 기간이 지나면 메디갭을 구매하지 못하거나 추가 비용이 발생할 수도 있습니다.** 특정 상황에서 메디갭 공식 가입 기간 외에 메디갭 보험(보장 발행 권리)에 가입할 권리가 있을 수 있습니다.
- 본인(또는 배우자)의 현재 고용을 기반으로 한 단체건강보험이 있어서 파트 B 가입을 연기하는 경우, 메디갭 공식 가입 기간은 귀하가 파트 B에 가입한 후에 시작됩니다.
- 연방법은 일반적으로 보험 회사가 65세 미만의 사람들에게 메디갭을 판매할 것을 요구하지 않습니다. 귀하께서 65세 미만인 경우 65세가 될 때까지 원하는 보험 또는 모든 보험을 구매하지 못할 수 있습니다. 그러나 일부 주에서는 메디갭 보험 회사가 65세 미만의 사람들에게 메디갭 보험을 판매할 것을 요구합니다. 귀하께서 보험을 구매하실 수 있다면 비용이 더 들 수 있습니다.

주립건강보험지원프로그램(SHIP)(지역 SHIP 전화번호는 114~117페이지 참조) 또는 주 보험부에 문의하여 메디갭 보험에 가입할 수 있는 권리에 대해 자세히 알아보세요. 신뢰할 수 있는 대리인이나 중개인의 도움을 받을 수도 있습니다.

메디갭과 메디케어 어드밴티지 플랜을 동시에 가질 수 있나요?

- 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입한 경우, **오리지널 메디케어**로 복귀하는 경우를 제외하고 누군가 **메디갭** 보험을 판매하는 것은 불법입니다. 메디케어 어드밴티지 플랜에서 탈퇴하실 계획이 없는데 누군가 귀하께 메디갭 보험을 판매하려고 시도한다면, 주 보험감독국에 신고하십시오.
- 메디갭 보험이 있는데 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하신다면, 메디갭 보험을 중단해야 합니다. 메디갭으로 메디케어 어드밴티지 플랜 **기본분담금, 공제액, 보험료**를 지불할 수 없습니다.

중요! 메디갭 보험을 취소하고 싶다면, 보험사에 연락하세요. 대부분의 경우, 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하기 위해 메디갭 보험을 해지하는 경우, 체험판 권리 기간 동안 메디케어 어드밴티지 플랜을 탈퇴하지 않는 한 **동일한 보험에 다시 가입하지 못하거나, 경우에 따라 메디갭 보험에 다시 가입하지 못할 수도 있습니다.**

- 처음 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하기 위해 메디갭 보험을 해지하는 경우, 가입자가 오리지널 메디케어로 복귀한 후 **동일 보험사가 여전히 이 보험을 판매하는 경우** 메디갭 보험에 다시 가입할 수 있는 한 차례의 12개월 기간(체험판 권리 기간)이 주어집니다. 이를 이용할 수 없는 경우, 해당 주의 보험사에서 판매하는 메디갭 보험에 가입할 수 있습니다(플랜 M 또는 N 제외). 또한 현재 메디케어 약품 플랜에 가입할 기회가 있을 수도 있습니다.
- 65세에 메디케어 파트 A에 최초 가입할 자격이 되어서 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입한 경우, 메디케어 어드밴티지 플랜 가입 후 첫 해 이내에 오리지널 메디케어로 전환하면 해당 주의 보험사에서 판매하는 모든 메디갭 보험 중에서 선택할 수 있습니다. 또한 현재 메디케어 약품 플랜에 가입할 기회가 있을 수도 있습니다.
- 일부 주에서는 메디갭 보험을 구매할 수 있는 특별 권리를 추가로 제공합니다.

자세한 정보는 어디에서 얻을 수 있나요?

- 주 보험청에 전화하십시오. 전화번호는 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 문의하세요. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 문의.
- [Medicare.gov/medigap-supplemental-insurance-plans](https://www.Medicare.gov/medigap-supplemental-insurance-plans)에서 지역의 보험 및 가격 책정을 확인하세요.
- [Medicare.gov/publications](https://www.Medicare.gov/publications)를 방문해 “메디갭 보험 선택: 메디케어 가입자를 위한 건강보험 안내” 소책자를 검토할 수도 있습니다.
- 주립건강보험보조프로그램(SHIP)에 문의하세요. 지역 SHIP 전화번호는 114~117페이지를 참조하세요. 관할 지역 내에서 신뢰할 수 있는 대리인이나 중개인의 도움을 받을 수도 있습니다.

★ 10~14페이지에서 메디케어 옵션에 대한 개요를 확인하세요.

섹션 6:

메디케어 약품 보장(파트 D)

메디케어 약품 보장은 어떻게 운영되나요?

메디케어 약품 보장(파트 D)은 필요한 처방약 비용을 지불하는 데 도움이 됩니다. 메디케어 약품 보장은 선택 사항이며 모든 메디케어 가입자에게 제공됩니다. 지금 처방약을 복용하지 않더라도 메디케어 약품 보장 가입을 고려해 보십시오. 최초 자격이 되었을 때 이 보장을 구매하지 않기로 결정하고 다른 **크레딧 적용 가능 처방약 보장**(고용주 또는 조합 약품 보장 등) 또는 **부가 지원**이 없는 경우, **추후 플랜 가입 시 지연 가입 가산금을 납부할 수 있습니다**. 일반적으로, 메디케어 약품 보장을 가지고 있는 경우, 이 벌금을 부담해야 합니다(83-85페이지). 메디케어 약품보장에 가입하시려면, 약품보장을 제공하는 메디케어 승인 플랜에 가입하셔야 합니다. 각 플랜은 비용과 보장되는 특정 약품이 다를 수 있습니다. [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare)에서 지역의 플랜을 찾아 비교해 보세요. 또한 주립건강보험지원프로그램(SHIP)에 문의하여 플랜 비교에 도움을 받을 수도 있습니다. 지역 SHIP 전화번호는 114~117페이지를 참조하거나 [shiphelp.org](https://www.shiphelp.org)를 확인하세요.

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

- 1. 메디케어 약품 플랜.** 이 플랜은 메디케어 약품 보장(파트 D)을 **오리지널 메디케어**, 일부 메디케어 비용 플랜, 일부 메디케어 어드밴티지 민간 행위별수가제 플랜 및 의료저축계좌(MSA) 플랜에 추가합니다. 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입하려면 파트 A 및/또는 파트 B가 있어야 합니다.
- 2. 메디케어 어드밴티지 플랜 또는 약품 보장이 있는 다른 메디케어 건강보험.** 이러한 플랜을 통해 파트 A, 파트 B 및 메디케어 약품 보장(파트 D)을 모두 받습니다. 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하려면 파트 A 및 파트 B가 있어야 하며, 이러한 메디케어 어드밴티지 플랜이 모두 약품을 보장하는 것은 아닙니다.

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

본 안내서에서는 메디케어 약품 플랜과 약품 보장이 포함된 메디케어 건강보험을 “메디케어 약품 보장”이라고 합니다.

중요! 고용주 또는 노동조합 보험이 있는 경우

다른 보험으로 변경하거나 가입하기 전에 급여 관리자에게 문의하십시오. 다른 보험에 가입하면 귀하와 귀하의 피부양자를 위한 고용주 또는 조합의 건강 및 약품 보험을 상실하실 수 있습니다. 이런 일이 발생하면 고용주나 조합 보험을 다시 받지 못할 수도 있습니다. 메디케어 약품 보장(파트 D)과 다른 약품 보장의 운영 방식에 대해 궁금한 사항은 88~90페이지를 확인하세요.

언제 플랜에 가입, 변경 또는 탈퇴할 수 있나요?

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

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

파트 A 비용을 납부해야 하고 일반 가입 기간(1월 1일~3월 31일) 동안 파트 B에 가입한 경우, 파트 B 가입 시 메디케어 약품 플랜에도 가입할 수 있습니다. 파트 B에 가입한 후 약품 플랜에 가입하는 데 2개월이 주어집니다. 약품 보장은 플랜에 가입 요청 양식이 접수된 후 다음 달부터 시작됩니다.

특별 가입 기간

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

중요! 예외적인 상황으로 인해 특별 가입 기간 동안 파트 A 또는 파트 B에 가입하는 경우(18페이지), 메디케어 어드밴티지 플랜(약품 보장 유무에 관계 없음) 또는 메디케어 약품 플랜에 가입하는 데 2개월이 소요됩니다. 보장은 플랜에 가입 요청 양식이 접수된 후 다음 달 1일부터 시작됩니다.

자세한 내용은 **Medicare.gov**를 참조하거나 플랜에 문의하세요. 또한 주립건강보험지원프로그램(SHIP)에 문의하여 도움을 받을 수도 있습니다. 지역 SHIP 전화번호는 114~117페이지를 참조하세요.

플랜은 어떻게 변경하나요?

80페이지에 명시된 기간 중, 다른 플랜에 가입하여 간단히 메디케어 약품 보장을 전환할 수 있습니다. 새 약품 보장이 시작되면 기존의 약품 보장은 종료됩니다. 귀하는 새 플랜으로부터 언제 보장이 시작되는지 알려주는 서신을 받게 되어 **이전 플랜을 취소할 필요가 없습니다**. 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하셔서 플랜을 변경하실 수도 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 문의하실 수 있습니다.

플랜은 어떻게 탈퇴하나요?

플랜을 탈퇴하고 새 플랜에 가입하고 싶지 않은 경우, 특정 기간에만 탈퇴할 수 있습니다 (80페이지 참조). 1-800-MEDICARE로 전화하셔서 플랜을 탈퇴할 수 있습니다. 플랜에 탈퇴 의사를 알리는 서신을 보낼 수도 있습니다. 플랜을 탈퇴하고 추후 다른 메디케어 약품 플랜 또는 약품 보장이 있는 **메디케어 건강보험**에 가입하려면 가입 기간을 기다려야 합니다. **크레딧 적용 가능 처방약 보장**이 없는 경우, 지연 가입 가산금을 납부해야 할 수도 있습니다. 83~85페이지 참조.

플랜에서 받은 정보 검토

플랜에서 매년 발송해 드리는 “보장 범위 확인서” 및 “연간 변경고지”를 검토하세요. 보장범위확인서(Evidence of Coverage)에서 플랜이 보장하는 것, 내셔야 할 금액과 기타 등등에 대한 상세 내역을 알 수 있습니다. 연간 변경고지에는 1월부터 적용되는 보장 범위, 비용, 제공자 네트워크, **서비스 지역** 등에 대한 모든 변경 사항이 포함됩니다. 초가을에 이러한 중요한 문서를 받지 못한 경우 플랜에 문의하십시오.

얼마를 납부하게 되나요?

약품 비용은 선택하시는 플랜에 따라 달라집니다. 기억해주세요. 플랜 보장 및 비용은 매년 변경될 수 있습니다. 연중 **보험료**, **공제액**, **기본분담금** 또는 **공동보험금**을 납부해야 할 수도 있습니다. 다음 페이지에서 이러한 비용에 대해 자세히 알아보십시오.

신규! 2025년부터, 본인 부담 약품 비용은 \$2,000로 제한됩니다. 83페이지 참조.

실제 약품 보장 비용은 다음 내용에 따라 달라집니다.

- 처방전 및 해당 약품이 플랜의 보장 약품 목록(**처방집**)에 있는지 여부. 85페이지 참조.
- 해당 약품이 속한 “등급”. 85페이지 참조.
- 현재 속해 있는 약품 혜택 단계(공제액을 충족했는지 또는 본인 부담 상한액에 도달했는지 여부). 83페이지 참조.
- 귀하께서 이용하는 약국(우대 또는 표준 비용 분담을 제공하는지, 네트워크 외인지 또는 우편 주문인지 여부). 선호약국은 더 적은 비용을 청구하기로 플랜과 합의했으므로 귀하의 본인 부담 약품 비용은 선호 약국에서 더 저렴할 수 있습니다.
- 메디케어 약품 비용 지급에 **부가 지원**을 받는지 여부. 92페이지 참조.



비용과 보장내용: 약품 비용을 낮출 수 있는 몇 가지 방법에는 브랜드 처방약 대신 제네릭 약품을 선택하거나 원 생물학적 제제 대신 바이오시밀러를 선택하는 것이 포함됩니다. 보험 없이 약품 비용을 지불할 수도 있습니다(약국 절감 프로그램 또는 제조사 할인 이용 등). 약사에게 물어보시면 더 저렴한 옵션이 있는지 알 수 있습니다. 제네릭이나 바이오시밀러 옵션이 귀하에게 가장 적합한지 의사에게 문의하세요.

월 보험료

대부분의 약품 플랜은 플랜별로 월 요금을 부과합니다. 파트 B를 가지고 있는 경우, 파트 B **보험료**에 추가로 이 요금을 지불하게 됩니다. **메디케어 어드밴티지 플랜** 또는 약품 보장이 포함된 메디케어 비용 플랜에 가입한 경우, 월 보험료에 약품 보장 금액이 포함될 수 있습니다.

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

중요! 소득이 더 많으면 메디케어 약품 보험(파트 D)에 비용을 더 많이 지불할 수 있습니다. 소득이 특정 한도(2024년 개인으로 신고하는 경우 \$103,000, 결혼하고 공동 신고하는 경우 \$206,000)를 초과하는 경우, 플랜 보험료(때때로 "파트 D IRMAA"라고도 함) 외에 추가 금액을 지불하게 됩니다. 또한 약품 보장이 포함된 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입되어 있는 경우에도 이 추가 금액을 내야 합니다. 이는 모든 가입자에게 영향을 미치지 않는 것이며 대부분은 추가 금액을 지불할 필요가 없습니다.

2025년 한도는 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)를 참조하세요.

일반적으로 메디케어나 RRB는 사회보장이나 RRB 지급금에서 추가 금액을 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 경우 지연 가입 가산금을 납부해야 할 수도 있습니다.

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

파트 D IRMAA를 납부해야 하지만 이에 동의하지 않는 경우(예: 사정 변경으로 인해 소득이 낮아짐), [SSA.gov/medicare/lower-irmaa](https://www.SSA.gov/medicare/lower-irmaa)를 참조하세요.

연간 공제액

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

기본분담금 또는 공동보험금

이는 **공제액**(플랜에 있는 경우) 이후, 보장 약품에 대해 가입자가 부담하는 금액입니다. 가입자는 자신의 분담금을 내고 플랜은 보장 약품에 대한 분담금을 지급합니다. 가입자가 **공동보험금**을 지급하는 경우, 이 금액은 약품 플랜과 제조사가 연중 언제든지 청구 금액을 변경할 수 있기 때문에 달라질 수 있습니다. 귀하가 부담하시는 금액은 귀하의 약품에 할당된 계층 수준에 따라서도 달라집니다. 85페이지 참조.

가입자와 플랜이 2024년에 약품에 총 \$5,030를 지출하면(공제액 포함), 본인 부담금 지출이 \$8,000가 될 때까지 가입자는 처방약 비용의 25% 이하를 부담하게 됩니다.

약품 비용에 대한 본인 부담금 한도

신규!

2025년, 연간 본인 부담 약품 비용은 \$2,000로 제한됩니다. 2025년에 이 한도에 도달하면(메디케어의 **부가 지원 프로그램**을 포함하여 본인 부담금부터 다른 사람이나 단체가 지불하는 특정 금액 포함), 가입자는 남은 연도 동안 보장되는 파트 D 약품에 대해 **기본분담금**이나 공동보험금을 지불할 필요가 없습니다.

주: 부가 지원을 받는 경우, 이러한 파트 D 비용 중 일부를 부담하지 않아도 됩니다. 92-94페이지 참조.

중요! [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare)를 참조하여 특정 메디케어 약품 플랜 및 메디케어 어드밴티지 플랜 비용을 확인하고 관심 있는 플랜에 전화하여 자세한 내용을 확인하세요. 플랜 비용을 비교하는 데 도움이 필요하다면 주립건강보험지원프로그램(SHIP)에 문의하세요. 지역 SHIP 전화번호는 114-117페이지를 참조하세요. 신뢰할 수 있는 대리인이나 중개인의 도움을 받을 수도 있습니다.

메디케어 처방전 지불 계획

신규!

2025년부터 이 새로운 지불 옵션은 가입자의 현재 약품 보장 범위와 함께 1년(1월~12월)에 걸쳐 본인 부담 약품 비용을 분산하여 관리하는 데 도움을 줍니다. 이 **지불 옵션은 비용 관리에 도움이 될 수 있지만 비용을 절감하거나 약품 비용을 낮추지는 않습니다.**

이 지불 옵션을 선택하면 매달 플랜 보험료(있는 경우)를 계속 지불하게 **되며** 처방약 비용을 지불하기 위한 청구서를 건강보험 또는 약품 플랜으로부터 받게 됩니다(약국에 지불하는 대신). 모든 플랜은 이 결제 옵션을 제공하며 **참여는 자발적입니다.** 메디케어 처방 지불 계획에 참여하는 데는 비용이 들지 않습니다. 자세한 내용을 알아보고 이 결제 옵션이 적합한지 확인하시려면 보험사에 문의하거나 [Medicare.gov/prescription-payment-plan](https://www.medicare.gov/prescription-payment-plan)를 참조하세요.

메디케어 약품 보험(파트 D) 지연 가입 가산금은 무엇인가요?

지연 가입 가산금은 메디케어 약품 보장(파트 D) **보험료**에 영구적으로 추가되는 금액입니다. 어느 시점이든 최초 가입 기간이 끝난 후 가입하고 메디케어 약품 보장이나 기타 **크레딧 적용 가능 처방약 보장**이 없는 기간이 연속 63일 이상 지속되는 경우, 지연 가입 가산금을 지불해야 할 수도 있습니다. 일반적으로 메디케어 약품 보험을 가지고 계신 한, 이 가산금을 내셔야 합니다.

부가 지원을 받을 경우 지연 가입 가산금을 납부하지 않습니다.

가산금을 내지 않는 3가지 방법이 있습니다.

- 1. 처음 자격이 되었을 때 메디케어 약품 보장(파트 D)에 가입하십시오.** 지금 약을 복용하지 않더라도 가산금을 피하기 위해 별도의 메디케어 약품 플랜 또는 약품 보장이 있는 **메디케어 어드밴티지 플랜** 가입을 고려해야 합니다. 월 **보험료**가 거의 또는 전혀 없이 필요에 맞는 플랜을 찾을 수 있습니다.
- 2. 다른 신뢰할 수 있는 보장을 상실한 경우 메디케어 약품 보장(파트 D)을 추가하십시오.** **크레딧 적용 가능 처방약 보장**에는 현재 또는 이전 고용주나 조합, TRICARE, 원주민보건서비스(Indian Health Service), 보훈부(Department of Veterans Affairs), 또는 개별 건강보험의 약품 보장이 포함될 수 있습니다. 플랜은 매년 가입자에게 비메디케어 약품 보장이 크레딧 적용 보장인지 여부를 알려야 합니다. 메디케어 약품 보장 또는 기타 크레딧 적용 가능 처방약 보장 없이 연속 63일 이상 경과한 경우, 추후 메디케어 약품 보장에 가입할 경우 가산금을 지불해야 할 수도 있습니다.
- 3. 다른 크레딧 적용 가능 처방약 보장이 있었던 기간을 기록으로 보관하고 플랜에서 문의가 있을 때 이를 알려주세요.** 이전의 신뢰할 만한 처방약 보험에 대해 플랜에 알리지 않는 경우 메디케어 약품 보장이 있는 한 가산금을 내야 할 수도 있습니다.

지연 가입 가산금으로 얼마를 납부하나요?

지연 등록 가산금액은 파트 D나 신뢰할 만한 처방약 보험 없이 얼마나 지났는지에 따라 달라집니다. 현재, 지연 가입 가산금은 “전국 기본 수혜자 보험료”(2024년의 경우 \$34.70)의 1%에 메디케어 약품 보장(파트 D)에 가입할 자격이 있었으나 가입하지 않고 다른 신뢰할 수 있는 처방약 보장 없이 지낸 전체 비보장 개월 수를 곱하여 계산합니다. 최종 금액은 \$0.10에 근사치로 반올림되어 월 보험료에 부가됩니다. “전국기본수혜자보험료”는 매년 증가하거나 감소할 수 있습니다. 이한 경우, 가입자가 지불하는 가산금 액수가 증가하거나 감소할 수 있습니다. 메디케어 약품 보장에 가입하면 플랜은 가입자에게 가산금이 있는지 여부와 보험료가 얼마인지 알려줄 것입니다.

예:

Mrs. Martinez는 현재 메디케어 자격이 있으며 최초 가입 기간은 2020년 7월 31일에 종료되었습니다. 여사님께는 다른 출처의 처방약 보장이 없습니다. 그녀는 2020년 7월 31일까지 가입하지 않고 대신 2022년 12월 7일 종료된 공식 가입 기간에 가입했습니다. 그녀의 약품 보장은 2023년 1월 1일부터 효력이 생겼습니다.

2023

Mrs. Martinez는 2020년 8월부터 2022년 12월까지 크레딧 적용 가능 처방약 보장이 없었기 때문에 2023년 가산금은 \$32.74(2023년 전국기본수혜자보험료)의 29%(29개월당 1%) 또는 \$9.49였습니다. 월 가산금은 항상 근사치인 \$0.10 단위로 반올림되므로 플랜의 월 보험료 외에 매월 \$9.50를 납부했습니다.

계산은 다음과 같습니다.

.29(29% 가산금) × \$32.74(2023년 기본수혜자 보험료) = \$9.49

\$9.49 \$0.10 단위로 반올림 = \$9.50

\$9.50 = 2023년 Mrs. Martinez의 월 지연 가입 가산금

2024

2024년, 메디케어는 2024년 기본수혜자 **보험료**(\$34.70)를 사용하여 Mrs. Martinez의 가산금을 다시 계산했습니다. 이에 따라 2024년에 Mrs. Martinez의 새 월 가산금은 \$34.70의 29% 또는 매월 \$10.06입니다. 월 가산금은 항상 근사치인 \$0.10 단위로 반올림되므로 플랜의 월 보험료 외에 매월 \$10.10를 납부했습니다.

계산은 다음과 같습니다.

.29(29% 가산금) × \$34.70(2024년 기본수혜자 보험료) = \$10.06

\$10.06 \$0.10 단위로 반올림 = \$10.10

\$10.10 = 2024년 Mrs. Martinez의 월 지연 가입 가산금

지연 가입 가산금에 동의하지 않으면 어떻게 하나요?

메디케어 약품 플랜에서 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 **크레딧 적용 가능 처방약 보장**에 대한 정보 등 사례를 뒷받침하는 증거자료를 제출할 수 있습니다. 도움이 필요하다면 플랜에 전화하십시오.

어떤 약품이 보장되나요?

모든 플랜은 암, HIV/AIDS 또는 우울증 치료 약품 등 특정 “보호 등급”에 속하는 대부분의 약을 포함하여 메디케어 가입자가 복용하는 처방약을 광범위하게 보장해야 합니다. 각 플랜마다 고유한 약품 처방집(“**처방집**”)이 있기 때문에 플랜의 보장 약품 목록은 본 안내서에 포함되어 있지 않습니다. **플랜에 가입하기 전에 반드시 처방집을 검토하세요.** 플랜은 메디케어에서 정한 지침을 따르는 경우 약품 목록 일부를 연중 변경할 수 있습니다. 예를 들어, 플랜은 약물 요법이 변경되거나, 신약이 출시되거나, 새로운 의료 정보가 제공됨에 따라 약물 목록을 연중 변경할 수 있습니다. 플랜 **공동보험금**은 제조사가 가격을 인상할 때 특정 브랜드 약품 또는 일반 의약품에 대해 인상될 수 있습니다. 플랜에서 브랜드 약품의 제네릭 버전이나 원 생물학적 제제의 바이오시밀러 버전을 제공하기 시작했지만 가입자가 브랜드 약품이나 원 생물학적 제제를 계속 복용하는 경우 **기본분담금** 또는 공동보험금이 인상될 수 있습니다. 경우에 따라, 플랜은 한 가지 건강 상태에 대한 약품을 보장할 수 있지만 다른 건강 상태에는 약품을 보장하지 않을 수 있습니다.

주: 메디케어 파트 B는 제한된 수의 외래환자 처방약을 보장합니다. 추가 정보는 39페이지를 참조하세요. 메디케어 약품 보장(파트 D)에는 오피오이드 사용 장애를 치료하는 부프레노르핀과 같은 약품이 포함됩니다. 또한 통증 완화를 위해 처방되는 메타돈과 같은 약물도 보장됩니다(단, 오피오이드 사용 장애 치료를 위한 파트 D에서는 보장되지 않음).

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

제 약품이 더 높은 등급에 있으면 어떻게 되나요?

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

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

플랜의 현재 처방집에 대해 문의하거나 플랜 웹사이트에 접속하십시오. 플랜 처방집에 약품이 있는지 알아보려면 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare)를 참조하거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하세요. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 문의하실 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 계약자(Medicare Drug Integrity Contractor)에게 전화하세요. 106페이지 참조.

플랜에는 특정 약품에 대한 보장 규칙이 있을 수 있습니다

- **사전 승인:** 특정 요구 사항을 충족하는 환자로 약품의 보장을 제한합니다. 처방전을 조제하기 전에 처방자는 해당 약이 **의학적으로 필요**하고 특정 요건을 충족하는지 확인하기 위해 플랜에 연락해야 합니다.

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 포함할 가능성이 큼니다. 사전 승인 요건에 대해 알아보려면 보험사에 문의하거나 해당 웹사이트를 방문하세요.

- **수량 제한:** 한 번에 얻을 수 있는 약품의 수량에 대한 제한
- **단계 요법:** 플랜이 처방된 약을 보장하기 전에 하나 이상의 유사하고 저렴한 약을 시도해야 할 수도 있습니다.
- **약국에서 오피오이드 진통제 안전 점검:** 약국에서 처방전을 조제하기 전에 가입자의 플랜과 약국은 약물 상호 작용 및 잘못된 복용량 확인과 같은 추가 안전 검사를 수행합니다.

오피오이드 안전 점검에는 오피오이드 진통제의 잠재적으로 안전하지 않은 양 확인, 오피오이드 첫 처방의 하루 공급량 제한, 벤조디아제핀(일반적으로 불안 및 수면에 사용됨)과 오피오이드 동시 복용 제한 등이 포함됩니다. 오피오이드 진통제(옥시코돈 및 하이드로코돈 등)는 특정 유형의 통증에 도움이 될 수 있지만 위험과 부작용(의존, 과다복용, 사망 등)이 있습니다. 이는 벤조디아제핀, 항경련제, 가바펜틴, 근육 이완제, 특정 항우울제 및 수면 문제 약물과 같은 특정 다른 약물과 함께 오피오이드를 복용할 때 증가할 수 있습니다. 위험이나 부작용에 대한 질문이 있는 경우 의사나 약사에게 문의하십시오.

- **약품 관리 프로그램:** 메디케어 약품 보장(파트 D)에는 오피오이드 및 벤조디아제핀을 안전하게 사용하는 데 도움이 되는 프로그램이 있습니다. 오피오이드 사용이 안전하지 않을 수 있는 경우(예를 들어, 여러 의사나 약국으로부터 오피오이드 처방을 받았거나 최근에 오피오이드를 과다복용한 경우), 플랜에서는 해당 약물이 의학적으로 필요한지, 적절하게 사용하고 있는지 확인하기 위해 처방 의사에게 연락할 것입니다.

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

약국의 오피오이드 안전 검토 및 약물 관리 프로그램은 일반적으로 암이나 겸상 적혈구 질환이 있거나, 완화 치료 또는 임종 치료를 받고 있거나, 호스피스에 있거나, 장기 요양 시설에 거주하는 경우에는 적용되지 않습니다.

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

오피오이드를 처방받은 경우 중요 조언:

- 오피오이드 약물은 통증 관리의 중요한 부분이 될 수 있지만 오용 시 심각한 건강 위험을 초래할 수도 있습니다.
- 메디케어는 오피오이드 과다복용으로 인한 영향을 신속하게 되돌릴 필요가 있는 경우 의사가 안전 조치로 처방할 수 있는 처방약인 날록손을 보장합니다. 집에서 사용하는 날록손에 대해 의사와 상의하십시오.
- 오피오이드 복용량과 복용 기간은 의사와 상담하십시오. 귀하와 귀하의 의사는 나중에 처방을 모두 복용할 필요가 없다고 결정할 수 있습니다.
- 비마약성 약물 및 장치, 물리치료, 요통에 대한 침술, 개인 및 그룹 심리치료, 행동건강 통합 서비스 등과 같이 통증을 치료하기 위해 메디케어가 보장하는 다른 옵션을 의사와 상의하세요.
- 처방된 것보다 더 많은 오피오이드를 복용하면 안 됩니다. 또한 사용하고 있는 다른 약물이나 물질에 대해서도 의사와 상담하세요.
- 지역사회 약물 회수 프로그램 또는 약국 우편 회수 프로그램을 통해 사용하지 않은 처방 오피오이드를 안전하게 보관하고 폐기하세요.

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

우편으로 처방약 자동 리필을 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.

약품 치료 관리 서비스

메디케어 약품 보장(파트 D)이 포함된 플랜은 가입자가 특정 요구 사항을 충족하거나 약품 관리 프로그램에 가입한 경우 가입자에게 도움이 되는 약품 치료 관리 서비스를 제공해야 합니다(86페이지). 자격이 있는 경우, 약품을 관리하고 안전하게 복용하는 방법을 이해하는 데 도움이 되는 이러한 서비스를 무료로 받을 수 있습니다. 약품 치료 관리 서비스에는 일반적으로 약사 또는 의료 서비스 제공자와의 논의를 통한 약품 검토가 포함됩니다. 플랜별로 해당 서비스가 각기 다를 수 있습니다. 구체적인 세부 사항과 자격 여부를 알아보려면 플랜에 문의하세요.

파트 D 인슐린 보장

파트 D는 일회용 또는 비전형 인슐린 펌프와 함께 사용되는 인슐린을 포함한 인슐린을 보장합니다. 또한 주사기, 거즈, 알코올솜 등 인슐린 주사에 사용되는 특정 의료용품도 보장합니다. 보장되는 인슐린 제품은 플랜의 **처방집**에 포함되어 있습니다.

중요! 플랜은 가입자가 복용하는 각 파트 D 보장 인슐린의 1개월분에 대해 \$35 이상을 청구할 수 없으며 가입자는 인슐린에 대해 **공제액**을 지불할 필요가 없습니다.

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

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

메디케이드(Medicaid)

메디케어와 전체 **메디케이드** 보장이 있는 경우, 메디케어에서 처방약을 보장합니다. 다만, 메디케이드는 여전히 메디케어에서 보장하지 않는 일부 약품을 보장합니다.

주: 메디케어와 메디케이드를 가지고 있는 경우, 자동으로 **부가 지원**의 자격이 됩니다. 92페이지 참조.

고용주 또는 조합 보장

귀하, 귀하의 배우자 또는 다른 가족 구성원의 현재 또는 이전 고용주나 조합이 제공하는 건강 보험입니다. 고용주나 조합 보장 또는 기타 건강보험(퇴직자 건강 보험 등)과 메디케어가 있는 경우, 메디케어 또는 다른 보험 중 어느 보험이 먼저 지불하는지에 대한 규정이 있습니다(21페이지). 현재 또는 이전 고용을 기반으로 한 약품 보험이 있는 경우 고용주나 조합은 매년 귀하에게 해당 약품 보장이 신뢰할 만한지 알려줄 것입니다. **얻은 정보를 보관하십시오.** 보험을 변경하기 전에 급여 관리자에게 자세한 정보를 문의하십시오.

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

COBRA(통합옴니버스예산조정법)

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). 다만, COBRA에 가입하고 메디케어 자격이 있는 경우 **COBRA는 의료 비용의 일부만 지불할 수 있으며** 대부분의 비용은 가입자가 직접 지불해야 할 수도 있습니다. COBRA 플랜에 연락해 지불 비율을 문의하세요. 예상치 못한 의료비 청구서를 피하려면 즉시 메디케어에 가입해야 할 수도 있습니다. 이 결정에 대한 무료 맞춤형 도움을 받으려면 주립건강보험지원프로그램(SHIP)에 문의하세요. 지역 SHIP 전화번호는 114~117페이지를 참조하세요.

크레딧 적용 가능 처방약 보장을 포함하는 COBRA에 가입한 경우, COBRA 보장이 종료될 때 가산금을 지불하지 않고 메디케어 약품 보장(파트 D)에 가입할 수 있는 특별 가입 기간이 제공됩니다. 메디케어 및 COBRA에 관해 질문이 있는 경우 혜택조정 및 회복센터(Benefits Coordination & Recovery Center)에 1-855-798-2627로 문의하세요. TTY 사용자는 1-855-797-2627로 문의하실 수 있습니다. 신뢰할 수 있는 대리인이나 중개인의 도움을 받을 수도 있습니다.

약품 보장이 포함된 메디케어 보충보험(메디갭)

메디갭 보험은 더 이상 약품 보장과 함께 판매할 수 없지만, 약품 보장이 포함된 이전 메디갭 보험이 있는 경우 해당 보험을 유지할 수 있습니다. 메디갭 약품보험은 대부분 신뢰할 수 없으므로 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입할 수 있으며 나중에 약품 플랜에 가입하면 더 많은 비용을 부담할 수 있습니다. 83페이지 참조.

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

다른 정부 보험은 어떤 방식으로 메디케어 약품 보장(파트 D)이 함께 운영되나요?

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

연방 직원 건강 혜택 프로그램(FEHB)

이것은 현직 및 퇴직한 연방 직원과 적용 대상 가족을 위한 건강 보험입니다. 이 플랜에는 일반적으로 크레딧 적용 처방약 보험이 포함되므로 메디케어 약품 보장(파트 D)에 가입할 필요가 없습니다. 그러나 메디케어 약품 보장을 받기로 한 경우 FEHB 플랜을 유지할 수 있으며 대부분의 경우 메디케어가 먼저 지급합니다. 자세한 내용은 [OPM.gov/healthcare-insurance/healthcare](https://www.opm.gov/healthcare-insurance/healthcare)를 참조하거나 인사관리실(Office of Personnel Management)에 1-888-767-6738로 문의하세요. TTY 사용자는 711로 전화하세요. 현직 연방 직원인 경우 급여 담당자에게 문의하십시오. 혜택 관리자 목록은 apps.opm.gov/abo를 확인하세요. 질문이 있는 경우 플랜에 전화할 수도 있습니다.

신규!

2025년 1월 1일부터 자격을 갖춘 미 우정국(Postal Service) 직원, 퇴직자 및 그 가족은 FEHB 대신 우체국건강혜택프로그램(PSHB)을 통해 보험 혜택을 받게 됩니다. 자세한 사항은 [OPM.gov/healthcare-insurance/pshb](https://www.opm.gov/healthcare-insurance/pshb)를 참조하세요.

재향군인 혜택

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

CHAMPVA(재향군인회 민간보건 및 의료프로그램)

이는 미국 재향군인회(Department of Veterans Affairs, VA)가 메디케어가 있는 자격 대상자와 보장되는 의료 서비스 및 용품 비용을 분담하는 포괄적 의료 프로그램입니다. 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입할 수 있지만 가입하면 만성질환 관리유지 약을 무료로(보험료, 공제액 및 기본분담금 없음) 제공하는 Meds by Mail 프로그램을 이용할 수 없습니다. 자세한 내용은 VA.gov/communitycare/programs/dependents/champva를 참조하거나 CHAMPVA에 1-800-733-8387로 문의하세요.

TRICARE(군인의료혜택)

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

약품 보장이 포함된 **메디케어 어드밴티지 플랜**에 가입하면, 메디케어 어드밴티지 플랜 네트워크 약국이 TRICARE 네트워크 약국이기도 한 경우 메디케어 어드밴티지 플랜과 TRICARE가 혜택을 조정할 수 있습니다. 그렇지 않은 경우, 가입자가 직접 청구서를 제출하여 본인 부담금을 환급받을 수 있습니다. 자세한 내용은 tricare.mil을 참조하거나 TRICARE 약국 프로그램에 1-877-363-1303으로 전화하세요. TTY 사용자는 1-877-540-6261로 문의하실 수 있습니다.

원주민보건서비스(IHS)

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

★ 10-14페이지에서 메디케어 옵션에 대한 개요를 확인하세요.

섹션 7:

건강관리 비용 및 약품 비용 지급에 도움받기

메디케어 절감 프로그램(MSP)

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

다음의 4가지 메디케어 절감 프로그램이 있습니다.

1. **적격 메디케어 수급자(QMB):** QMB 프로그램은 파트 A 및/또는 파트 B 보험료를 보장합니다. 또한 메디케어 제공자는 **공제액(deductible)**, **공동보험금(coinsurance)**, **기본분담금(copayment)**을 포함해 메디케어가 보장하는 서비스 및 항목에 대해 비용을 청구할 수 없습니다. 이러한 비용 청구서를 받으면 제공자나 수급업자에게 귀하가 QMB 프로그램에 속해 있으며 메디케어 공제액, 공동 보험비용 및 공동 부담금을 청구할 수 없음을 알리십시오. 메디케어가 보장하는 서비스 및 항목에 대한 청구서를 이미 변제했다면 환불받을 권리가 있습니다. **메디케어 어드밴티지 플랜**에 가입되어 있는 경우, 플랜에도 연락하여 요금 부과를 중지하도록 요청해야 합니다.

의료제공자에게 QMB 프로그램 참여를 알릴 수 있도록 진료를 받을 때마다 메디케어와 **메디케이드** 모두 또는 QMB 카드를 제시하세요. **오리지널 메디케어**에 가입되어 있다면, 의료제공자에게 “메디케어 요약 통지”(MSN) 사본을 제공할 수도 있습니다. 귀하의 MSN으로 귀하가 QMB 프로그램에 참여하고 있는 것을 알 수 있고 요금이 청구되지 않습니다. MSN을 전자적 형태로 받으시려면, 언제라도 **Medicare.gov**에서 보안 메디케어 계정에 로그인(또는 생성)하세요.

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

2. **지정 저소득 메디케어 수혜자(SLMB):** 파트 B 보험료만 보장됩니다.
3. **적격 개인(QI):** 파트 B 보험료만 보장됩니다. QI는 다른 메디케이드 보장이나 혜택을 받을 자격이 없는 대상에게만 제공됩니다.
4. **적격 장애인 및 근로자 개인(QDWI):** 파트 A 보험료만 보장됩니다. 장애가 있으면서 일을 하고 있고 직장에 복귀하게 되어 사회보장 장애인 급여 및 보험료 무상 Part A를 상실한 경우, 이 프로그램을 받을 자격이 될 수 있습니다.

면역억제제 혜택(52페이지)에 가입하고 소득과 자원이 제한되어 있지만 전체 **메디케이드** 보장을 받지 못하는 경우, QMB, SLMB 또는 QI 프로그램을 통해 비용 지불에 대한 지원을 받을 수 있습니다. 신청하려면 해당 주에 문의하세요.

QMB, SLMB 또는 QI 프로그램에 자격이 있는 경우, 자동으로 메디케어 약품 보장(파트 D)을 납부하는 데 도움이 되는 **부가 지원** 자격이 주어집니다.

중요! 메디케어 절약 프로그램(Medicare Savings Programs)은 관할 주를 통해 이용할 수 있습니다. 이러한 프로그램들의 명칭과 운영되는 방법은 주마다 다를 수 있습니다. 메디케어 절감 프로그램은 푸에르토리코와 미국령 버진아일랜드에서는 제공되지 않습니다.

어떻게 자격을 갖추게 되나요?

- 대부분의 경우 메디케어 절약 프로그램 자격을 얻으려면 소득과 자산이 특정 한도 미만이어야 합니다. 소득 및 자원 한도는 주마다 다릅니다.
- 자격이 없다고 생각하더라도 신청해야 합니다. 시작하시려면 관할 주의료지원(메디케이드) 사무소에 연락하세요.
- 관할 주의 메디케이드 사무국 전화번호는 [Medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu](https://www.Medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu)를 확인하거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 문의하세요. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 문의.

메디케어 약품 비용 지급에 대한 부가 지원 받기

소득과 자원이 제한되어 있는 경우 보험료, 공제액, 공동보험금과 같은 일부 메디케어 약품 비용을 지불하는 데 도움이 되는 프로그램인 부가 지원을 받을 자격이 될 수 있습니다.

2024년 연간 소득과 자원이 다음 한도 미만인 경우 부가 지원을 받을 자격이 될 수 있습니다.

	연수입	자원
독신자	\$22,590 미만	\$17,220 미만
배우자와 다른 부양가족이 없는 기혼자	\$30,660 미만	\$34,360 미만

중요! 소득과 자원이 제한된 특정 대상자들을 위해 더 많은 약품 비용을 보장하기 위해 부가 지원이 확대되었습니다.

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

자원

- 당좌예금 또는 저축예금, 주식, 채권, 뮤추얼 펀드, 개인연금계좌(IRA)에 있는 자금이 **포함됩니다**.
- 집, 자동차, 가정용품, 매장지, 최대 \$1,500의 매장 비용(1인당) 또는 생명보험증권은 **포함되지 않습니다**.

[Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)에서 2025년 소득 및 자원 한도를 확인할 수 있습니다.

부가 지원의 자격이 있고 별도의 메디케어 약품 플랜 또는 메디케어 약품보장(파트 D)이 포함된 **메디케어 어드밴티지 플랜**에 가입한 경우,

- 약품 보장 비용 지급에 도움을 받습니다.
- 파트 D 지연 가입 가산금을 납부하지 않습니다.

주: 푸에르토리코, 미국령 버진아일랜드, 괌, 북마리아나 제도 또는 미국령 사모아에서는 부가 지원이 제공되지 않습니다. 다만, 소득과 재원이 제한된 대상자들을 돕기 위해 이들 지역에서 이용할 수 있는 다른 프로그램이 있습니다. 96페이지 참조.



비용과 보장내용: 대부분의 메디케어 가입자들은 연중 특정 시간에만 플랜을 변경할 수 있습니다. 2025년부터 **메디케이드**에 가입했거나 부가 지원을 받는 경우 약품 보장을 한 달에 한 번 변경할 수 있습니다.

변경하면 다음 달 1일부터 적용됩니다.

메디케어에 가입되어 있고 다음 조건 중 하나라도 충족하는 경우 자동으로 부가 지원 자격이 됩니다.

- 메디케이드 전범위 보장이 있을 것.
- 파트 B **보험료** 및 다른 메디케어 비용을 지급하는 주 메디케이드 프로그램의 지원을 받는 경우. 91-96페이지 참조.
- 생활보조금(SSI) 혜택을 받는 경우

메디케어에서 자동으로 부가 지원 자격이 있음을 알리는 자주색 서신을 우편으로 보내드립니다. 기록용으로 보관하십시오. 이 서신을 받으면 부가 지원을 신청할 필요가 없습니다.

- 아직 메디케어 약품 보장(파트 D)이 없을 경우, 부가 지원을 사용하려면 약품 보장에 가입해야 합니다.
- 약품 보장이 없을 경우, 메디케어는 귀하를 별도의 메디케어 약품 플랜에 가입시켜 부가 지원을 이용할 수 있도록 할 수 있습니다. 메디케어가 귀하를 플랜에 가입시키면 귀하는 보장이 시작되는 시기를 알려주는 노란색 서신을 받게 되며, 가입하신 메디케어와 다른 플랜에 가입하고 싶은 경우 변경할 수 있는 특별 가입 기간이 주어집니다.
- 다양한 플랜이 다양한 약을 보장합니다. 가입하신 플랜이 사용하는 약을 보장하는지, 원하는 약국에 방문할 수 있는지 확인하세요. [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare)를 참조하거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화해 해당 지역의 다른 플랜과 가입하신 플랜을 비교하세요. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 문의하실 수 있습니다.
- 메디케이드를 가지고 있고, 특정 기관(요양원 등)에 거주하거나 특정 가정 및 지역사회 기반 서비스를 받고 있는 경우, 보장되는 약품에 대해 비용을 지불하지 않습니다.
- 자격 대상자의 약품 비용은 일반적으로 플랜 참여 약국 중 한 곳에서 조제하는 제네릭 약품당 \$4.50, 브랜드 약품당 \$11.20를 초과하지 않습니다. 받으신 부가 지원 서신을 살펴보거나 비용에 대해 질문이 있는 경우 플랜에 문의하세요.

별도의 메디케어 약품 플랜에 가입하고 싶지 않은 경우(예를 들어, 고용주 또는 조합 보장만 원할 경우), 서신에 기재된 플랜 또는 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하세요. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 문의하실 수 있습니다. 메디케어 약품 플랜에 가입하고 싶지 않다고(“탈퇴”하고 싶다고) 말씀하십시오. **부가 지원** 자격을 계속 유지하거나 고용주 또는 조합 보장이 **크레딧 적용 가능 처방약 보장**인 경우 나중에 가입하더라도 가산금을 납부하지 않아도 됩니다.

중요! 고용주 또는 조합 보험이 있고 메디케어 약품 보장(파트 D)에 가입한 경우 부가 지원 자격이 있더라도 고용주 또는 조합 보험(본인과 부양 가족에 대한)을 상실할 수 있습니다. 메디케어 약품 보험에 가입하기 전에 고용주의 급여 관리자에게 전화하세요.

자동으로 부가 지원 자격을 얻지 못한 경우, [SSA.gov/extrahelp](https://www.ssa.gov/extrahelp)에서 언제든지 신청할 수 있습니다.

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

약품 보장 선택에 대한 도움과 부가 지원에 대한 질문에 대한 답변을 얻으려면, 주립건강보험보조프로그램(SHIP)에 문의하세요. 지역 SHIP 전화번호는 114-117페이지를 참조하세요. 1-800-MEDICARE에 전화하실 수도 있습니다.

메디케어 의료 비용을 절감하는 다른 방법

메디케이드

메디케이드는 소득과 (일부 경우) 재원이 제한되어 있고 다른 요건을 충족하는 경우 의료비 지급을 지원하기 위해 연방 및 주정부가 함께하는 프로그램입니다. 일부는 메디케어와 메디케이드 둘 다 자격이 있습니다.

메디케이드는 무엇을 보장하나요?

- 메디케이드 전체 보장을 가지고 계신 경우, 대부분의 건강관리 비용은 보장될 가능성이 큼니다. **오리지널 메디케어**나 특별요구플랜과 같은 **메디케어 어드밴티지 플랜**을 통해 메디케어 보장을 받을 수 있습니다. 70페이지 참조.
- 메디케어와 전범위 메디케이드가 있으신 경우, 메디케어가 귀하의 처방약을 보장합니다. 가입자는 자동으로 메디케어 약품 비용을 지급하는 부가 지원 자격이 부여됩니다(92페이지). 메디케이드는 여전히 메디케어에서 보장하지 않는 일부 의약품 보장합니다.
- 전체 **메디케이드** 보험 가입자는 요양원 간호, 개인 간병, 의료 서비스 기관까지의 교통편, 가정 및 지역사회 기반 서비스, 가정 배달 식사, 치과, 시력, 청력 서비스 등과 같이 메디케어가 부담하지 않거나 일부만 부담하는 서비스에 대한 보장을 받을 수 있습니다.

어떻게 자격을 갖추게 되나요?

- 메디케이드 프로그램은 주마다 다릅니다. 그 이름 또한 “메디컬 어시스턴스(Medical Assistance)” 또는 “메디-칼(Medi-Cal)”과 같이 다를 수 있습니다.
- 각 주별로 소득 및 자원 요구 사항이 다릅니다.
- 자격이 되는지 알아 보려면 주의료지원(메디케이드) 사무국에 문의하세요. 관할 주의 메디케이드 사무국 전화번호는 [Medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu](https://www.Medicare.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu)를 확인하거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 문의하세요. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 문의하실 수 있습니다.

주: 메디케어와 메디케이드 모두에 대한 자격이 있는 경우 해당 지역의 주립건강보험지원프로그램(SHIP)에 문의하여 옵션에 대한 도움을 받으세요. 지역 SHIP 전화번호는 114-117페이지를 참조하세요.

메디케어-메디케이드 플랜

메디케어는 일부 주 및 의료보험과 협력하여 메디케어와 메디케이드에 모두 가입한 특정 대상자가 필요한 서비스를 더 수월하게 이용할 수 있도록 **시범** 플랜을 제공합니다. 이를 메디케어-메디케이드 플랜이라고 합니다. 이러한 플랜에는 약품 보장이 포함되며 특정 주에서만 제공됩니다. 해당 지역에서 메디케어-메디케이드 플랜이 이용 가능한지 알아보려면 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare)를 방문하여 우편번호를 입력하고 **메디케어 어드밴티지 플랜(파트 C)**을 선택하세요. 비용과 관련해 도움이 필요한지 묻는 메시지가 나타나면 메디케이드를 선택하세요. 이용 가능한 모든 플랜 목록이 나타나고 시범 플랜명 옆에 (메디케어-메디케이드 플랜)이 표시됩니다.

주 약국 지원 프로그램

많은 주에는 재정적 필요, 연령 또는 의학적 상태에 따라 특정 계층이 처방약 비용을 지급하는 데 도움이 되는 주 약국 지원 프로그램이 있습니다. 해당 주에 주 약국 지원 프로그램이 있는지 여부와 운영 방식을 알아보려면 주립건강보험지원프로그램(SHIP)에 문의하세요. 지역 SHIP 전화번호는 114-117페이지를 참조하세요.

[Medicare.gov/pharmaceutical-assistance-program/#state-programs](https://www.Medicare.gov/pharmaceutical-assistance-program/#state-programs)를 참조하실 수도 있습니다.

약품 지원 프로그램(환자 지원 프로그램이라고도 함)

많은 주요 의약품 제조업체가 특정 요구 사항을 충족하는 메디케어 약품보험(파트 D)이 있는 사람들을 위해 지원 프로그램을 제공합니다.

[Medicare.gov/pharmaceutical-assistance-program](https://www.Medicare.gov/pharmaceutical-assistance-program)에서 약품 지원 프로그램에 대해 자세히 알아보세요.

노인을 위한 포괄적 영양 프로그램(PACE)

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

생활보조금(SSI) 지급

SSI는 시각 장애가 있거나 장애가 있고 소득과 자원이 제한된 성인과 아동에게 월 지급금을 제공합니다. 재정적 자격을 충족하는 장애가 없는 65세 이상 고령자에게도 SSI가 제공됩니다. 이 지급금은 사회보장 퇴직 혜택과 동일하지 않습니다. 사회보장 혜택이 SSI 연방 혜택 요율보다 낮은 경우 SSI와 사회보장 혜택을 동시에 받을 수 있습니다. SSI 수혜 자격이 있는 경우, 자동으로 **부가 지원** 자격이 부여되고 일반적으로 **메디케이드** 자격이 됩니다.

SSI 또는 기타 혜택의 수혜 대상인지 [SSA.gov/apply/ssi](https://ssa.gov/apply/ssi)에서 확인할 수 있습니다.

주: 푸에르토리코, 미국령 버진아일랜드, 괌, 또는 미국령 사모아섬 거주자는 SSI를 받을 수 없습니다.

미국 영토 내 거주자를 위한 프로그램

푸에르토리코, 미국령 버진 아일랜드, 괌, 북마리아나 제도 및 아메리칸 사모아에는 소득과 자원이 제한된 사람들이 메디케어 비용을 낼 수 있도록 돕는 프로그램이 있습니다. 해당 영역의 프로그램은 다양합니다. 자세한 사항은 관할 주 의료 지원(메디케이드) 사무소에 문의하세요. 전화번호는 [Medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu](https://www.Medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu)를 확인하거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 문의하세요. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 문의하실 수 있습니다.

섹션 8:

가입자의 메디케어 권리 및 보호

메디케어 권리는 무엇인가요?

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

- 항상, 예의, 존엄, 존경으로 대우받을 권리.
- 불법적 차별로부터 보호받을 권리
- 개인 및 건강 정보를 비공개로 유지할 권리.
- 메디케어, 건강관리 제공자, 상황에 따라서는 계약자로부터 자신이 이해할 수 있는 형식과 언어로 정보를 받을 권리.
- 자신이 이해할 수 있는 명확한 언어로 치료 선택에 대해 알고, 치료 결정에 참여할 권리.
- 귀하가 이해하는 언어로 메디케어 정보 및 의료 서비스를 받을 권리.
- 점자 또는 큰 활자와 같은 접근 가능한 형식으로 메디케어 정보를 얻을 권리. 124 페이지의 “접근 가능한 소통” 확인.

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

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

청구 결정에 동의하지 않는 경우 가입자는 이의를 신청할 권리가 있습니다. 건강관리비 지급, 품목 및 서비스 보장 또는 약품 보장에 대한 특정 결정에 대해 심의(이의신청)를 요청할 수 있습니다.

메디케어 제공자로부터 받는 진료 및 기타 서비스의 품질에 대해 우려 사항이 있는 경우 다음을 수행할 수 있습니다.

- 불만 제기(때때로 “고충 처리”라고도 함)
- 투석 또는 신장 이식 치료에 대한 불만(고충)이 있는 경우, 말기 신장질환(ESRD) 네트워크와 주조사기관으로부터 도움 구하기

불만 제기에 대한 자세한 내용은 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)를 참조하거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 문의하세요. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 문의하실 수 있습니다.

플랜에서 메디케어 참여를 중단하는 경우 저의 권리는 무엇인가요?

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.
- 가입자는 또한 2월 마지막 날까지 다른 메디케어 플랜에 가입할 특별한 권리가 있습니다.
- 플랜 보장이 종료된 후 63일 이내에 특정 메디갭 보험에 가입할 권리가 있을 수 있습니다.

이의신청이란 무엇인가요?

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

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

다음의 경우에도 이의를 신청할 수 있습니다.

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

이의를 신청하기로 결정한 경우, 이의신청을 더욱 강화하기 위해 담당 의사, 공급업체 또는 기타 의료제공자에게 정보를 요청할 수 있습니다. 메디케어 또는 가입자의 플랜에 보내는 내용을 포함하여 **이의신청과 관련된 모든 내용의 사본을 보관하세요.**

이의신청은 어떻게 하나요?

이의신청 방법은 귀하가 가지고 있는 메디케어 보장 유형에 따라 다릅니다.

오리지널 메디케어에 가입한 경우

- 이의를 신청하는 항목 또는 서비스가 표시된 “메디케어 요약 통지”(MSN)를 받으세요. MSN 관련 추가 정보는 58페이지를 참조하세요.
- 귀하가 동의하지 않는 MSN 항목에 동그라미를 치십시오. 결정에 동의하지 않는 이유를 서면으로 설명합니다. MSN에 작성하거나 별도의 종이에 작성하여 MSN에 첨부할 수 있습니다.
- MSN에 귀하의 이름, 전화번호 및 메디케어 번호를 기재하십시오. 기록을 위해 사본을 보관하십시오.
- MSN에 명시된 메디케어(메디케어 행정계약자) 청구서를 처리하는 회사에 MSN 또는 사본을 보내세요. 의료 서비스 제공자로부터 받은 정보와 같이 이의신청에 대한 정보를 모두 포함할 수 있습니다. 또는 양식 CMS-20027을 사용할 수 있습니다. 이 양식을 영어와 스페인어로 받으시려면, [Medicare.gov/basics/forms-publications-mailings/forms/appeals](https://www.medicare.gov/basics/forms-publications-mailings/forms/appeals)를 참조하거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화해 사본 송부를 요청하시기 바랍니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 문의하실 수 있습니다.
- MSN에 쓰여진 날짜까지 이의를 신청해야 합니다. 이의신청 기한을 놓친 경우, 기한일을 놓친 데 대한 타당한 이유를 제시할 수 있는 경우(예를 들어 장애, 질병 또는 사고로 인해 기한일까지 발송이 지연된 경우) 이의신청을 하고 결정을 받을 수 있습니다.
- 일반적으로 메디케어 행정계약자가 귀하의 요청을 받은 후 60일 이내에 결정을 받게 됩니다. 메디케어가 품목 또는 서비스를 보장할 경우 다음 MSN 목록에 기재될 것입니다.
- 병원이나 기타 시설의 메디케어 서비스가 너무 빨리 종료된다고 생각되면 신속 이의신청을 할 권리가 있습니다(100페이지).

메디케어 어드밴티지 플랜 또는 기타 메디케어 건강보험에 가입한 경우

이의신청 기간이 **오리지널 메디케어**와 다를 수 있습니다. 경우에 따라 신속하게 이의를 신청할 수 있습니다. 자세한 내용은 플랜에서 보내드리는 자료를 보시거나, 플랜에 문의하시거나, [Medicare.gov/claims-appeals/how-do-i-file-an-appeal](https://www.medicare.gov/claims-appeals/how-do-i-file-an-appeal)을 확인하세요.

별도의 메디케어 약품 플랜이 있는 경우

특정 약품을 구입하기 전이라도 가입자에게는 다음의 권리가 있습니다.

- 메디케어 약품 플랜에서 약품 보장 결정(“보장 판단”이라고 함)에 대한 서면 설명을 받을 권리. 보장 지정은 메디케어 의약품 플랜(약국이 아님)이 귀하의 혜택에 대해 내리는 첫 번째 결정입니다. 이는 플랜에서 약품을 보장하는지 여부, 가입자가 해당 약품을 보장하기 위한 플랜의 요건을 충족하는지 여부, 해당 약품에 지불하는 금액에 대한 결정이 될 수 있습니다. 귀하의 플랜에 귀하의 약을 보장하기 위한 규정에 예외를 적용하도록 요청하는 경우에도 보장 판단 결정을 받게 됩니다.
- 가입자 또는 처방자(의사 또는 법적으로 처방전을 작성할 수 있는 기타 의료제공자)가 플랜의 보장 약품 목록(**처방집**)에 없는 약품이 필요하다고 판단하는 경우 예외를 요청할 권리.
- 가입자 또는 처방자가 플랜이 보장 규칙(사전 승인 등)을 면제해야 한다고 생각하는 경우 예외를 요청할 권리.
- 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.

이의신청에 도움을 받으려면 어떻게 해야 하나요?

대리인을 임명할 수 있습니다. 대리인은 가족 구성원, 친구, 옹호자, 변호사, 재정 조연자, 의사 또는 가입자를 대신해 행동할 수 있는 다른 사람이 될 수 있습니다. 자세한 사항은 [Medicare.gov/claims-appeals/file-an-appeal/can-someone-file-an-appeal-for-me](https://www.medicare.gov/claims-appeals/file-an-appeal/can-someone-file-an-appeal-for-me)를 참조하세요. 이의신청에 주립건강보험지원프로그램(SHIP)으로부터 도움을 받을 수도 있습니다. 지역 SHIP 전화번호는 114~117페이지를 참조하세요.

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

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

제 서비스가 너무 빨리 종료된다고 생각하는 경우 저의 권리는 무엇인가요?

병원, **전문 간호 시설**, 가정 건강 기관, 종합 외래환자 재활 시설 또는 호스피스에서 메디케어 서비스를 받고 있는데 메디케어 보장 서비스가 너무 빨리 종료된다고 생각하는 경우(또는 너무 빨리 퇴소하게 된다고 생각하는 경우), 신속 이의신청("즉시 이의신청" 또는 "빠른 이의신청"라고도 함)을 요청할 수 있습니다. 서비스 제공자가 서비스 종료 전에 빠른 이의신청을 요청하는 방법을 알려줄 것입니다. 이 통지서를 주의 깊게 읽어주세요. 이 통지서를 받지 못한 경우 요청하세요. 신속 이의신청을 통해 '수혜자 및 가족 중심 진료 품질 개선 기관(BFCC-QIO)'이라고 하는 독립 검토기관에서 가입자의 보장 서비스 지속 여부를 결정할 것입니다. 이의신청에 도움이 필요하면 BFCC-QIO에 문의하실 수 있습니다. 112페이지 참조.

신속 이의신청은 서비스 종료 또는 병원 퇴원 결정에만 적용됩니다. 서비스 종료 결정 이후 귀하가 받았을 수 있는 항목이나 서비스에 대해 별도의 이의신청을 시작해야 할 수도 있습니다. [Medicare.gov/appeals](https://www.Medicare.gov/appeals) 또는 [Medicare.gov/publications](https://www.Medicare.gov/publications)에서 "메디케어 이의신청" 안내서를 검토하세요.

“비급여 사전수혜자통지(ABN)”란 무엇인가요?

오리지널 메디케어가 있는 경우, 담당 의사, 기타 의료제공자 또는 공급업체는 가입자가 받을 항목이나 서비스에 대해 메디케어에서 비용을 지불하지 않으므로 판단하는 경우 가입자에게 서면 통지를 제공할 수 있습니다. 이러한 통지를 “비급여에 대한 사전 수혜자 통지” 또는 ABN이라고 합니다. ABN에는 의료제공자가 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 통지서를 받는 경우 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 의료제공자 및 공급업체는 메디케어가 보장하지 않는 서비스에 대해 통지할 필요는 없습니다(그러나 여전히 통지할 수 있음). 55페이지 참조.
- ABN은 메디케어의 공식 보장 거부 아닙니다. 메디케어가 지불을 거부하는 경우에도 해당 항목 또는 서비스가 표시된 “메디케어 요약 통지”(MSN)를 받은 후 이의를 신청할 수 있습니다. 그러나 메디케어가 해당 항목 또는 서비스가 보장되지 않는다고 결정한 경우(다른 보험사가 지급에 대해 책임을 지지 않음) 귀하가 해당 품목 또는 서비스에 대해 비용을 부담해야 합니다.

다른 이유로 이러한 통지서를 받을 수 있나요?

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

이 통지서를 받지 못한 경우 어떻게 하나요?

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

자세한 정보는 어디에서 얻을 수 있나요?

[Medicare.gov/basics/your-medicare-rights/your-protections](https://www.medicare.gov/basics/your-medicare-rights/your-protections)에서 다양한 ABN 유형과 ABN 수령 시 해야 할 일에 대해 자세히 알아보세요.

주: 메디케어 어드밴티지 플랜이 있는 경우, 가입자는 플랜에서 특정 서비스, 약품 또는 공급품을 보장하는지 미리 문의할 권리가 있습니다. 단체 결정을 위한 사전 서비스 요청을 신청 및 제출하려면 플랜에 문의하세요. 플랜에서 가입자의 요청을 거부하는 경우 적절한 시기에 이의를 신청하라는 지침이 포함된 답신에 제공됩니다. 또한 플랜 지시 치료를 받을 수도 있습니다. 이것은 플랜 제공자가 사전에 단체 결정을 받지 않고 서비스 또는 네트워크 외부의 제공자에게 귀하를 의뢰하는 경우입니다. 66페이지 참조.

개인건강정보에 접근할 권리

법에 따라 가입자 또는 가입자의 법적 대리인은 일반적으로 가입자를 치료하고 가입자의 치료에 대해 메디케어에 청구하는 의료제공자로부터 가입자의 개인건강정보를 검토 및/또는 사본을 보유할 권리가 있습니다. 메디케어가 간병인 등 타인에게 가입자의 개인정보를 제공하기를 원하는 경우 107페이지를 참조해 “개인건강정보 공개 승인” 양식 작성에 대해 자세히 알아보세요. 또한 가입자는 일반적으로 메디케어를 비롯하여 가입자의 치료 비용을 지불하는 건강 플랜으로부터 해당 정보를 얻을 권리가 있습니다.

이러한 유형의 개인 건강 정보에는 다음이 포함됩니다.

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

일반적으로 정보는 종이를 통해서나 전자적으로 얻을 수 있습니다. 의료제공자 또는 보험사에서 가입자의 정보를 전자적으로 저장하는 경우, 가입자가 요청하면 일반적으로 가입자에게 전자 사본을 제공해야 합니다. 가입자에게는 적시에 정보를 얻을 권리가 있지만 답변을 받는 데 최대 30일이 소요될 수 있습니다. 정보가 전자적인 경우, 가입자를 치료하는 의료제공자, 가족 구성원 또는 조사자 등 가입자가 선택한 제3자에게 해당 정보를 보내도록 요청할 수도 있습니다.

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

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

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

자세한 정보는 [HHS.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers](https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers)를 확인하세요.

건강 기록을 입수하고 사용하는 데 도움이 필요한 경우, 미 보건복지부(HHS)의 산하 의료정보기술 국가 조정관실(ONC)에서 “건강기록 취득 및 사용에 관한 안내서”를 작성했습니다. 이 안내서는 건강 기록을 얻는 방법과 기록이 정확하고 완전한지 확인하여 건강 관리를 최대한 활용할 수 있는 방법을 보여줍니다. [healthit.gov/how-to-get-your-health-record](https://www.healthit.gov/how-to-get-your-health-record)에서 안내서를 살펴보세요.

메디케어는 제 개인정보를 어떻게 사용하나요?

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

오리지널 메디케어의 개인정보보호 처리방침 고지

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

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

당사는 가입자의 정보를 다음을 대상에게 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

당사는 가입자의 건강 관리 비용을 지급하고 메디케어를 운영하는 데 가입자의 정보를 사용하고 제공할 권리가 있습니다. 예:

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

당사는 다음과 같은 제한된 상황에서 가입자의 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 지원하기 위한 목적 등)
- 공중 보건 활동(질병 발생 보고 등)
- 정부 의료 감독 활동(사기 및 남용 조사 등)
- 사법 및 행정 절차(법원 명령에 응답 등)
- 법 집행 목적(실증자를 찾기 위해 제한된 정보 제공 등)
- 모든 개인정보보호법 요건을 충족하는 조사 연구(질병 또는 장애 예방 연구)
- 건강이나 안전에 대한 심각하고 임박한 위협 회피
- 신규 또는 변경된 메디케어 혜택에 대한 연락
- 아무도 추적할 수 없는 정보 모음 생성
- **책임의료기관(ACO)** 참여 등 진료 조정 및 품질 개선 목적을 위해 의료제공자 및 그 비즈니스 동료에게 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.

가입자에게는 다음과 같은 권리가 있습니다.

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

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

- 메디케어 및 메디케이드 서비스 센터 (CMS). [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)를 참조하거나 1-800-MEDICARE로 문의하세요.
- 미국 보건 사회복지부(HHS), 민권 사무소(OCR). [HHS.gov/hipaa/filing-a-complaint](https://www.HHS.gov/hipaa/filing-a-complaint)를 참조하세요.

불만을 제기해도 메디케어에 따라 보장받는 데는 영향을 미치지 않습니다.

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

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

사기 및 의료 신원 도용으로부터 스스로 보호하려면 어떻게 해야 하나요?

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

- **오리지널 메디케어**에 가입한 경우 “메디케어 요약 통지”(MSN)를 확인하여 서비스가 메디케어에 청구되었는지 확인하세요. **메디케어 건강보험**에 가입한 경우, 플랜에서 얻은 명세서를 확인하세요.
- 오리지널 메디케어에 가입한 경우 **Medicare.gov**에서 메디케어 보안 계정에 로그인 (또는 생성)하여 메디케어 청구를 검토하세요. 귀하의 청구는 일반적으로 처리 후 24시간 이내에 온라인으로 확인할 수 있습니다. 또한 **Medicare.gov** 계정에서 ‘나의 계정’ 아래의 ‘나의 청구 및 개인 데이터 다운로드’로 이동하여 청구 데이터를 다운로드할 수도 있습니다. 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 문의하실 수도 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 문의하실 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 개인정보는 의사, 보험사(및 유면허 대리인이나 중개인), 또는 가입자를 대신하는 플랜 또는 주립건강보험지원프로그램(SHIP)과 같이 메디케어와 협력하는 지역사회의 신뢰할 만한 담당자에게만 제공하세요. 요청하지 않았는데 전화, 이메일 또는 대면으로 연락해 오는 사람과 메디케어 번호 또는 기타 개인 정보를 공유하지 마십시오. 메디케어, 또는 **메디케어 플랜** 대리인은 다음과 같은 제한된 상황에서만 귀하에게 전화할 것입니다.

- 메디케어 플랜은 귀하가 이미 플랜의 가입자인 경우 귀하에게 전화할 수 있습니다. 가입을 도와준 상담원이 전화할 수도 있습니다.
- 귀하께서 메시지를 남겼거나 담당자가 다시 전화할 것이라고 말한 경우 고객 서비스 담당자가 1-800-MEDICARE를 사용하여 전화할 수 있습니다.
- 의심되는 사기에 대해 보고한 경우 의심되는 사기 신고 상태에 대한 후속 조치를 위해 메디케어 담당자로부터 전화를 받을 수도 있습니다.

메디케어 사기와 관련된 자세한 정보는 **Medicare.gov/fraud**를 참조하거나 지역 시니어 메디케어 순찰 프로그램에 문의하세요. 웹사이트 **smpresource.org**를 방문하거나 1-877-808-2468로 전화해 시니어 메디케어 순찰 프로그램에 대해 자세히 알아보고 관할 주에서 지원을 찾아보세요.

플랜은 마케팅 규정을 준수해야 합니다

메디케어 플랜과 중개인은 플랜을 마케팅하고 가입 정보를 입수할 때 특정 규칙을 준수해야 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 보고하십시오.

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

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

사기 수사에는 시간이 걸립니다

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

메디케어 수혜자 옴부즈맨의 지원 방법

메디케어 수혜자 옴부즈맨은 메디케어 관련 불만, 고충 및 정보 요청에 대해 도움을 드립니다. 이들은 가입자가 메디케어 권리 및 보호 정보를 알고 있는지 확인하고 우려 사항을 해결하는 방법을 이해하도록 안내합니다. 메디케어 또는 플랜에서 해결되지 않는 우려 사항이 있는 경우, 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 메디케어 수혜자 옴부즈맨에게 문의하세요. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 문의하실 수 있습니다. 자세한 사항은 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)를 참조해 주세요.

섹션 9:

유용한 연락처 및 추가 정보 찾기

맞춤형 도움 받기

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

하루 24시간 정보 얻기(주말 포함)

- 명확하게 말하고 음성 안내에 따라 귀하의 요구에 가장 잘 맞는 카테고리를 선택하세요.
- 메디케어 카드를 앞에 두고 메디케어 번호를 부를 준비를 하세요.
- 메디케어 번호 요청을 받으시면 숫자와 문자를 한 번에 하나씩 명확하게 말씀하세요.
- 영어나 스페인어 이외의 언어로 도움이 필요하거나 장애인 편의 형식(큰 활자 또는 점자 등)으로 된 메디케어 간행물을 요청해야 하는 경우 고객 서비스 담당자에게 알려주세요.

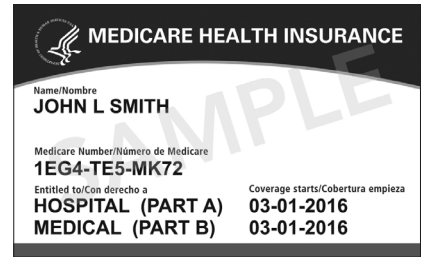
중요! 다른 사람(간병인 등)이 1-800-MEDICARE에 전화할 때 가입자의 개인건강정보에 접근해야 하는 경우

“개인건강정보 공개 승인” 양식을 작성하여 메디케어에서 가입자 외 다른 당사자에게 가입자의 개인건강정보를 제공하게 할 수 있습니다. 이 양식을 영어와 스페인어로 받으시려면, [Medicare.gov/basics/forms-publications-mailings/forms/other](https://www.medicare.gov/basics/forms-publications-mailings/forms/other)를 참조하거나 1-800-MEDICARE로 전화해 주시기 바랍니다. [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)에서 메디케어 계정으로 본 양식을 제출할 수도 있습니다. 메디케어는 승인이 발효되기 전에 양식을 처리해야 합니다.

가구에서 “메디케어와 가입자(Medicare & You)” 사본을 한 부 이상 받으신 경우 추후 이 안내서를 한 부만 받으려면 1-800-MEDICARE로 전화하세요. 우편으로 종이 사본 수령을 중단하시려면 [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)에서 메디케어 계정에 로그인(또는 생성)하여 요청할 수 있습니다.

메디케어 카드의 새 사본이 필요한 경우

카드가 손상되거나 분실되어 카드를 교체해야 하는 경우 웹사이트 [Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)에서 본인의 메디케어 보안 계정에 로그인(또는 생성)하여 메디케어 카드 공식 사본을 인쇄하거나 주문하세요. 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화해 카드를 교체하고 우편으로 보내줄 것을 요청할 수도 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 문의하실 수 있습니다. 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 문의하시면 됩니다.



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

주립건강보험지원프로그램(SHIP)

SHIP은 주정부 프로그램으로 연방 정부로부터 재정 지원을 받아 메디케어 가입자에게 무료로 지역 건강보험을 상담해 드립니다. 이 상담을 무료로 받으실 수 있습니다. SHIP은 어떠한 보험사나 건강보험과도 연결되어 있지 않습니다. SHIP은 귀하와 가족에게 다음과 같은 메디케어 주제와 관련해 무료 맞춤형 상담을 제공합니다.

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

해당 주에 있는 SHIP에 연락하여 메디케어 문의 사항에 관해 무료로 편견 없는 맞춤형 도움을 받거나 자원봉사 SHIP 상담원이 되는 방법을 확인하세요.

지역 SHIP 전화번호는 114~117페이지를 참조하세요.

온라인으로 일반 메디케어 정보 찾기

Medicare.gov 방문

- [Medicare.gov/plan-compare](http://www.Medicare.gov/plan-compare)에서 비용 및 제공하는 서비스를 포함하여 해당 지역의 메디케어 건강 및 약품 플랜에 대한 정보를 얻으세요.
- [Medicare.gov/care-compare](http://www.Medicare.gov/care-compare)에서 메디케어 참여 의사 또는 기타 의료제공자 및 공급업체를 조회하세요. 플랜, 요양원, 병원, 의사, 가정 건강 기관, 투석 시설, 호스피스 센터, **입원환자 재활 시설**, **장기 요양병원**에서 제공하는 진료 품질에 관해서도 알아볼 수 있습니다.
- **예방 서비스**(검진, 주사 또는 백신, 연간 “웰니스” 방문 등)를 포함하여 메디케어 보장 내역을 알아보세요.
- 메디케어 이의신청 정보 및 양식을 받으세요.

온라인으로 개인 메디케어 정보 받기

메디케어 계정 만들기

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

- 귀하의 처방전과 약국을 추가하면 해당 지역의 메디케어 건강플랜 및 약품 플랜을 비교하는 데 도움이 됩니다.
- 본 “메디케어와 가입자” 안내서 및 공식 **오리지널 메디케어** 청구 명세서인 “메디케어 요약 통지”의 전자 수령 신청
- 오리지널 메디케어 청구가 처리되는 즉시 검토
- 공식 메디케어 카드 사본 인쇄
- 오리지널 메디케어에서 받을 수 있는 **예방 서비스** 목록 조회
- 메디케어 **보험료**를 알아보고 메디케어로부터 청구서를 받는 경우 온라인으로 납부

메디케어 연동 앱 디렉토리

연동 앱은 메디케어 승인 애플리케이션 또는 제3자(메디케어 아님)가 만든 웹사이트입니다. 앱에 연결하고 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) 계정 정보로 로그인하면 건강 정보를 직접 입력하지 않고도 앱 서비스를 이용할 수 있습니다. 이러한 제3자는 가입자가 공유하기로 선택한 경우에만 가입자의 메디케어 데이터에 접근할 수 있습니다. 타사 앱에 연결(또는 연결 상태를 유지)할지 여부는 항상 가입자의 선택입니다.

이 앱으로 다음을 수행할 수 있습니다.

- 건강 정보를 의사, 간병인 및 기타 당사자들과 공유
- 모든 건강기록을 한 곳에서 확인(입원, 검사실 결과, 약물 등)
- 임상 연구 참여를 위해 건강 정보 제출

주: 메디케어 어드밴티지 플랜에 등록한 경우 메디케어 연동 앱을 통해서는 파트 D 정보만 확인할 수 있습니다. 파트 A 및 파트 B 데이터에 대해서는 플랜에 확인하세요.

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

메디케어 연동 앱을 사용하여 메디케어 청구 정보를 저장하는 방법에 대해 알아보려면 다음을 방문하세요.

- [Medicare.gov/manage-your-health/share-your-medicare-claims](https://www.Medicare.gov/manage-your-health/share-your-medicare-claims)
- [Medicare.gov/manage-your-health/medicares-blue-button-blue-button-20/blue-button-apps](https://www.Medicare.gov/manage-your-health/medicares-blue-button-blue-button-20/blue-button-apps)

메디케어는 더 나은 진료 조정을 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)은 **오리지널 메디케어**를 허용하고 가입자의 건강 관리를 조정하기 위해 협력하는 의료진, 병원 및 기타 의료제공자 그룹입니다.

ACO의 일원으로 협력하면 의사와 기타 의료제공자가 가입자의 병력을 이해하고 가입자의 치료 및 의료 요구 사항에 대해 서로 의견을 나누는 데 도움이 됩니다. 이를 통해 반복 검사와 예약을 방지함으로써 시간과 비용을 절감할 수 있습니다. 추가 조정은 또한 의료제공자마다 가입자에게 처방한 내용을 알지 못해 발생할 수 있는 의료 오류 및 예상치 못한 약물 상호 작용을 방지하는 데 도움이 됩니다.

중요! ACO는 의료제공자 선택을 제한하지 않습니다. 의사 또는 기타 제공자가 ACO에 속하는 경우, 가입자는 여전히 메디케어를 허용하는 의사, 병원 또는 기타 제공자를 언제든지 방문할 수 있는 권리가 있습니다.

또한 **일차진료의**가 ACO에 참여하는 경우 가입자는 더 많은 혜택을 받을 수 있습니다. 예를 들어, 일부 ACO에서는 의료제공자가 더 많은 원격의료 서비스를 제공할 수 있습니다. 즉, 휴대전화나 컴퓨터 등의 기술을 사용하여 집에서 의료제공자와 실시간으로 소통할 수 있는 일부 서비스를 받을 수 있습니다.

더불어, ACO 소속인 의사 또는 기타 제공자는 환자가 일반적으로 메디케어의 요건인 3일간 입원을 하지 않았더라도 환자를 **전문 간호 시설 치료** 또는 재활 서비스로 보낼 수 있습니다. 이 혜택을 받으려면 담당 의사 또는 기타 의료제공자가 가입자에게 전문 간호 시설 치료가 필요하고 그 밖의 특정 자격 요건을 충족한다고 결정해야 합니다.

일차진료 제공자가 ACO에 참여하고 가입자가 오리지널 메디케어에 가입한 경우, 가입자는 서면 통지를 받게 되고/되거나 진료실에서 ACO 참여에 대한 안내문을 찾으실 수 있습니다. 현재 미 전역에 수백 개의 ACO가 있습니다. ACO 소속인 1차진료의를 조회하시려면 [Medicare.gov/care-compare](https://www.Medicare.gov/care-compare)를 참조하세요.

ACO와 가입자의 의료 정보 공유

책임의료기관(ACO)의 가장 중요한 이점 중 하나는 담당 의사와 기타 제공자가 가입자의 치료에 대해 소통하고 이를 조정할 수 있다는 것입니다. 이를 위해 메디케어는 의료제공자의 ACO가 가입자의 진료에 관한 특정 정보를 요청할 수 있도록 허용합니다. 메디케어에서 이러한 방식으로 가입자의 데이터를 공유하면 진료에 관련된 모든 당사자가 필요할 때 가입자의 건강 정보에 접근하여 가입자를 도울 수 있습니다.

메디케어에서 진료 조정을 위해 귀하의 건강 정보를 담당 의사와 공유하는 것을 원하지 않으시면 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하여 담당자에게 알려주시기 바랍니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 문의하실 수 있습니다. 메디케어는 제공자의 품질을 측정하기 위해 일반 정보를 계속 공유할 수 있습니다.

ACO에 대한 자세한 내용은 [Medicare.gov/manage-your-health/coordinating-your-care/accountable-care-organizations](https://www.Medicare.gov/manage-your-health/coordinating-your-care/accountable-care-organizations)를 확인하거나 1-800-MEDICARE로 전화하세요.

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

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

메디케어 정보를 얻을 수 있는 다른 방법

메디케어 이메일

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

간행물

웹사이트 [Medicare.gov/publications](https://www.Medicare.gov/publications)에서 다양한 메디케어 주제에 관한 간행물 사본을 검토, 인쇄, 다운로드할 수 있습니다. 1-800-MEDICARE에 전화하실 수도 있습니다. 장애인 편의 형식(큰 활자체, 전자책, 점자 등)의 간행물을 무료로 얻는 방법에 대한 정보는 124페이지를 참조하세요. "메디케어와 가입자" 안내서는 스페인어, 중국어, 한국어, 베트남어 등 다른 언어로도 제공됩니다.

소셜 미디어

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

동영상

[YouTube.com/c/mshhsgov](https://www.youtube.com/c/mshhsgov)에서 메디케어 및 기타 의료 주제와 관련한 동영상을 찾아보세요.

기타 유용한 연락처

사회보장국(Social Security)

웹사이트 [SSA.gov](https://www.ssa.gov)에서 **오리지널 메디케어**를 신청 및 가입하고 메디케어 약품 비용이 있는 **부가 지원** 수혜 자격이 되는지 확인하세요. 또한 개별 “나의 사회보장” 계정을 개설하여 사회보장 명세서를 검토하고, 소득을 확인하고, 계좌 입금 정보를 변경하고, 메디케어 카드 교체를 요청하고, 주소 업데이트 등을 수행할 수 있습니다. [SSA.gov/myaccount](https://www.ssa.gov/myaccount) 에서 개인 계정을 개설하세요.

혜택조정 및 회복센터(Benefits Coordination & Recovery Center)

보험 정보 변경 사항을 보고하거나 다른 보험이 있는 경우 메디케어에 알려려면 혜택조정 및 회복센터에 1-855-798-2627로 연락하세요. TTY 사용자는 1-855-797-2627로 문의하실 수 있습니다.

수혜자 및 가족 중심 진료 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 진료 품질 개선 기관(BFCC-QIO)에 문의하십시오. 가입자는 신속 이의신청을 할 권리가 있습니다. 본인 또는 사랑하는 가족이 주 또는 연방 인증 의료 시설에서 받은 진료 품질에 대해 우려 사항이 있거나 우려 사항에 대한 의료제공자의 반응이 만족스럽지 않은 경우, 해당 주의 조사 기관이나 BFCC-QIO에 직접 공식 불만을 접수하실 수 있습니다. 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하여 BFCC-QIO 또는 해당 주 조사 기관의 전화번호를 알아보세요. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 문의하실 수 있습니다. 자세한 정보는 [Medicare.gov/claims-appeals/file-a-complaint-grievance/filing-a-complaint-about-your-quality-of-care](https://www.Medicare.gov/claims-appeals/file-a-complaint-grievance/filing-a-complaint-about-your-quality-of-care)를 참조하세요.

미국 국방부(Department of Defense)

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

TFL:

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

tricare.mil/tfl
tricare4u.com

TRICARE 약국 프로그램:

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

tricare.mil/pharmacy
militaryrx.express-scripts.com

미국 재향군인회(VA)

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

1-800-827-1000, TTY: 711

VA.GOV
eBenefits.va.gov

인사 관리실(Office of Personnel Management)

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

연방 퇴직자:

1-888-767-6738, TTY: 711

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

현직 연방 직원:

급여 담당자에게 문의하십시오. 혜택 관리자 목록은 apps.opm.gov/abo를 확인하세요.

철도퇴직위원회(RRB)

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

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

RRB.GOV

본 안내서에 관한 궁금한 사항이나 의견이 있으신가요?

medicareandyou@cms.hhs.gov로 이메일을 보내주세요.

주립건강보험지원프로그램(SHIP)

이의신청, 다른 보험 구매, 건강 플랜 선택, **메디캡** 보험 구매, 메디케어 권리 및 보호에 대한 궁금한 사항과 관련해 무료 맞춤형 도움을 받으시려면 shiphelp.org를 방문하거나 아래 목록을 참조하세요.

앨라배마

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

알래스카

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

애리조나

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

아칸소

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

캘리포니아

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

콜로라도

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

코네티컷

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

델라웨어

Delaware Medicare Assistance Bureau
1-800-336-9500

플로리다

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

조지아

Georgia State Health Insurance Assistance Program (SHIP)
1-866-552-4464 (option 4)

괌

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

하와이

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

아이다호

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

일리노이

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

인디애나

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

아이오와

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

캔자스

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

켄터키

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

루이지애나

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

메인

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

메릴랜드

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

매사추세츠

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

미시간

MMAP, Inc.
1-800-803-7174

미네소타

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

미시시피

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

미주리

Missouri SHIP
1-800-390-3330

몬태나

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

네브래스카

Nebraska SHIP
1-800-234-7119

네바다

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

뉴햄프셔

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

뉴저지

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

뉴멕시코

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

뉴욕

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

노스캐롤라이나

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

노스다코타

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

오하이오

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

오클라호마

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

오리건

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

펜실베이니아

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

푸에르토리코

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

로드아일랜드

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

사우스캐롤라이나

South Carolina Department
on Aging
1-800-868-9095

사우스다코타

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

테네시

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

텍사스

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

유타

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

버몬트

Vermont State Health Insurance
Assistance Program
1-800-642-5119

버진아일랜드

Virgin Islands State Health
Insurance Assistance
Program (VISHIP)
1-340-772-7368 St. Croix area;
1-340-714-4354 St. Thomas area

버지니아

Virginia Insurance Counseling
and Assistance Program (VICAP)
1-800-552-3402

워싱턴

Statewide Health Insurance
Benefits Advisors (SHIBA)
1-800-562-6900
TTY: 1-360-586-0241

워싱턴 DC

DC SHIP
202-727-8370

웨스트버지니아

West Virginia State Health
Insurance Assistance Program
(WV SHIP)
1-877-987-4463

위스콘신

WI State Health Insurance
Assistance Program (SHIP)
1-800-242-1060
TTY: 711

와이오밍

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

섹션 10:

정의:

책임의료기관(Accountable Care Organization, ACO)

가입자에게 양질의 조정된 서비스 및 건강 관리를 제공하기 위해 협력하는 의사, 병원 및 기타 의료 전문가 그룹

책정금(Assignment)

가입자의 의사, 제공자, 또는 공급자가 메디케어로부터 직접 지급받고, 메디케어가 서비스에 대해 승인한 지급액을 수락하고, 귀하에게 메디케어 공제금 및 공동보험 부담금 이상을 청구하지 않기로 합의한 금액입니다.

혜택 기간

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

공동보험금(Coinsurance)

공제액 지불 후, 혜택 비용에 대한 가입자의 비용 부담금으로서 지불해야 할 수 있는 금액. 공동보험금은 일반적으로 백분율로 표시됩니다(예: 20%).

기본부담금(Copayment)

공제액 지불 후, 혜택 비용에 대한 가입자의 비용 부담금으로서 지불해야 할 수 있는 금액. 기본부담금은 \$30와 같이 고정된 금액입니다.

크레딧 적용 가능 처방약 보장(Creditable prescription drug coverage)

평균적으로 최소한 메디케어 약품 보장만큼 지불할 것으로 예상되는 처방약 보장. 여기에는 현재 또는 이전 고용주나 조합, TRICARE, 원주민보건서비스, VA, 또는 개별 건강보험의 약품 보장이 포함될 수 있습니다.

거점 병원

다른 병원이나 중요 접근 병원에서 35마일(56km)(산간 지형 또는 보조 도로만 있는 지역의 경우 15마일(24km) 이상 떨어진 시골 지역에 위치한 소규모 시설. 이 시설은 연중무휴 24시간 응급 진료를 제공하고 25개 이하의 입원 병상을 갖추고 있으며 급성 치료 환자의 평균 입원 기간을 96시간 이하로 유지합니다.

공제액(Deductible)

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

시범(Demonstration)

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

부가 지원(Extra Help)

소득과 자원이 제한된 사람들이 보험료, 공제액 및 공동 보험비용과 같은 메디케어 처방약 프로그램 비용을 지급하도록 돕는 메디케어 프로그램입니다.

처방집

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

입원환자 재활 시설

입원 환자에게 집중적인 재활 프로그램을 제공하는 병원 또는 병원의 일부입니다.

평생 예비일

오리지널 메디케어에서 이는 90일 이상 병원에 입원한 경우 Medicare에서 비용을 지급하는 추가 일 수입니다. 평생 사용할 수 있는 예비 일수는 총 60일입니다. 각 평생 예비일에 대해 메디케어는 일일 공동 보험비용을 제외한 모든 보장 비용을 지급합니다.

장기 요양 병원

평균 25일 이상 입원하는 환자를 치료하는 급성 치료 병원입니다. 대부분의 환자는 각 병원의 중환자실에서 이송됩니다.

메디케이드(Medicaid)

소득과 (경우에 따라) 자원이 제한되어 있는 일부 사람들의 의료비를 지원하는 연방정부와 주 정부가 함께하는 프로그램. 메디케이드 프로그램은 주마다 다르지만, 메디케어와 메디케이드 모두에 대해 자격이 있는 경우, 대부분의 의료 비용이 보장됩니다.

의학적으로 필요한

질병, 부상, 상태, 질환 또는 그 증상을 진단하거나 치료하는 데 필요하고 허용되는 의학 표준을 충족하는 의료 서비스 또는 용품

메디케어 어드밴티지 플랜(Medicare Advantage Plan)(파트 C)

메디케어와 계약한 민간 회사에서 제공하는 메디케어 건강 플랜의 한 유형입니다. 메디케어 어드밴티지 플랜은 여전히 플랜에 가입되어 있더라도, 예를 들어 오리지널 메디케어가 보장하는 임상 시험의 특정 부분과 같은 몇 가지 예외를 제외하고 파트 A 및 파트 B 혜택을 모두 제공합니다. 메디케어 어드밴티지 플랜 포함 사항

- 건강관리기구
- 우선 제공자 단체
- 민간 행위별수가제 플랜(Private Fee-for-Service Plan)
- 특별 필요사항 플랜
- 의료저축계좌 플랜(Medical Savings Account Plan)

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

보장되는 서비스나 항목에 대해 오리지널 메디케어가 설정한 지불 금액. 의료제공자가 책임금을 허용하면 메디케어는 해당 분담금을 지불하고 가입자는 해당 금액 중 분담금을 지불합니다.

메디케어 건강 플랜

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

메디케어 플랜(Medicare plan)

오리지널 메디케어 이외의 다른 방법으로 메디케어 건강보험 또는 처방약 보험을 받을 수 있습니다. 이 용어에는 메디케어 건강 플랜과 메디케어 의약품 플랜이 모두 포함됩니다.

메디갭(Medigap)

민간 보험사가 오리지널 메디케어 보장의 "공백"을 채우기 위해 판매하는 메디케어 보충 보험

오리지널 메디케어(Original Medicare)

행위별 수가제(Fee-for-Service) 건강보험 프로그램은 파트 A(병원 보험) 및 파트 B(의료 보험)의 두 부분으로 구성됩니다. 일반적으로 가입자는 보장되는 서비스를 받을 때 비용의 일부를 지불합니다. 오리지널 메디케어에서는 메디케어 어드밴티지 플랜 또는 다른 유형의 메디케어 건강보험을 통해 보장을 받을 수 없습니다.

보험료

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

예방 서비스

치료 효과가 가장 좋을 수 있는 초기 단계에서 질병을 예방하거나 질병을 감지하기 위한 건강 관리(예: 예방 서비스에는 자궁경부세포진검사, 독감 예방 주사 및 유방조영술 검진 포함)

일차진료의

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

의뢰서

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

서비스 가능 지역

플랜에서 가입자로 받아들이기 위해 신청자가 거주해야 하는 지역. 귀하가 이용할 수 있는 의사와 병원을 제한하는 플랜의 경우 일반적으로 일상적인(비응급) 서비스를 받을 수 있는 지역이기도 합니다. 서비스 지역 밖으로 이주하는 경우 플랜에서 가입자를 탈퇴시킬 수 있으며 어떤 경우에는 반드시 탈퇴해야 합니다.

전문 간호 시설

전문 간호 및 대부분의 경우 전문 재활 서비스 및 기타 관련 의료 서비스를 제공하는 직원과 장비가 있는 요양 시설입니다.

전문 간호 시설(SNF) 치료

전문 간호 시설에서 매일 제공되는 전문 간호 및 치료 서비스입니다. 전문 요양 시설 치료의 예로는 물리치료사 또는 등록 간호사만 제공할 수 있는 물리 치료 또는 정맥 주사가 있습니다.

차별 금지 고지

메디케어 및 메디케이드 서비스 센터(Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)는 CMS가 직접 수행하거나 CMS가 프로그램 및 활동을 수행하도록 합의한 계약자나 다른 주체를 통하여 수행하는 모든 프로그램 및 활동에 등록 또는 참여, 서비스 및 혜택 수령과 관련하여, 인종, 피부색, 출신국, 장애 여부, 성별(성적 지향 및 성 정체성 포함), 연령 등에 근거하여 배제하거나 혜택 부여를 부인하거나 다른 방법으로 차별하지 않습니다.

이용할 수 있는 형식의 정보를 얻는데 문제가 있는 경우, 본 고지문에 기재된 어떤 방식으로든 CMS로 연락하실 수 있습니다.

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. 다음 3가지 방식으로 미 보건복지부, 민권국에 불만을 제기할 수 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:

1-800-368-1019로 전화해 주십시오. TTY 사용자는 1-800-537-7697로 문의하실 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

접근 가능한 소통

메디케어는 점자, 큰 활자, 데이터 또는 오디오 파일, 중계 서비스, TTY 통신장치 등 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 요청이행이 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: altformatrequest@cms.hhs.gov

3. 팩스 번호: 1-844-530-3676

4. 서신 발송:

Centers for Medicare & Medicaid Services

Offices of Hearings and Inquiries (OHI)

7500 Security Boulevard, Mail Stop DO-01-20

Baltimore, MD 21244-1850

Attn: Customer Accessibility Resource Staff (CARS)

요청 시 귀하의 성명, 전화번호, 필요한 정보 유형(알고 있는 경우)과 당사에서 자료를 보내드릴 우편주소를 기재해야 합니다. 추가 정보가 필요하다면 당사에서 연락을 드릴 수도 있습니다.

주: 메디케어 어드밴티지 플랜이나 메디케어 약품플랜에 가입되어 있을 경우, 해당 플랜에 연락하여 이용 가능한 형태의 문서를 요청하실 수도 있습니다. 메디케이드에 관련해서는 주 메디케이드 사무소에 연락하세요.

다른 언어로 도움을 찾고 계신가요?

귀하, 또는 귀하께서 돕고 있는 사람이 메디케어 대해 질문이 있다면, 귀하는 추가 비용없이 귀하의 언어로 도움과 정보를 얻을 권리가 있습니다. 통역사와 통화하시려면 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하세요.

العربية (Arabic) إن كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة بخصوص Medicare فإن من حَقك الحصول على المساعدة و المعلومات بلغتك من دون أي تكلفة. للتحدث مع مترجم إتصل بالرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

հայերեն (Armenian) Եթե Դուք կամ Ձեր կողմից օգնություն ստացող անձը հարցեր ունի Medicare-ի մասին, ապա Դուք իրավունք ունեք անվճար օգնություն և տեղեկություններ ստանալու Ձեր նախընտրած լեզվով: Թարգմանչի հետ խոսելու համար զանգահարեք 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով:

中文 (Chinese-Traditional) 如果您，或是您正在協助的個人，有關於聯邦醫療保險的問題，您有權免費以您的母語，獲得幫助和訊息。與翻譯員交談，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。

فارسی (Farsi) اگر شما، یا شخصی که به او کمک می‌رسانید سوالی در مورد اعلامیه مختصر مدیکردارید، حق این را دارید که کمک و اطلاعات به زبان خود به طور رایگان دریافت نمایید. برای مکالمه با مترجم با این شماره زیر تماس بگیرید 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Français (French) Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, a des questions au sujet de l'assurance-maladie Medicare, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et de l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, composez le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Deutsch (German) Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Medicare haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) an.

Kreyòl (Haitian Creole) Si oumenm oswa yon moun w ap ede, gen kesyon konsènan Medicare, se dwa w pou jwenn èd ak enfòmasyon nan lang ou pale a, san pou pa peye pou sa. Pou w pale avèk yon entèprèt, rele nan 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Italiano (Italian) Se voi, o una persona che state aiutando, volete chiarimenti a riguardo del Medicare, avete il diritto di ottenere assistenza e informazioni nella vostra lingua a titolo gratuito. Per parlare con un interprete, chiamate il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

日本語 (Japanese) Medicare (メディケア) に関するご質問がある場合は、ご希望の言語で情報を取得し、サポートを受ける権利があります (無料)。通訳をご希望の方は、1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) までお電話ください。

한국어(Korean) 만약 귀하나 귀하가 돕는 어느 분이 메디케어에 관해서 질문을 가지고 있다면 비용 부담이 없이 필요한 도움과 정보를 귀하의 언어로 얻을 수 있는 권리가 귀하에게 있습니다. 통역사와 말씀을 나누시려면 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하십시오.

Polski (Polish) Jeżeli Państwo lub ktoś komu Państwo pomagają macie pytania dotyczące Medicare, mają Państwo prawo do uzyskania bezpłatnej pomocy i informacji w swoim języku. Aby rozmawiać z tłumaczem, prosimy dzwonić pod numer telefonu 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Português (Portuguese) Se você (ou alguém que você esteja ajudando) tiver dúvidas sobre a Medicare, você tem o direito de obter ajuda e informações em seu idioma, gratuitamente. Para falar com um intérprete, ligue para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Русский (Russian) Если у вас или лица, которому вы помогаете, возникли вопросы по поводу программы Медикэр (Medicare), вы имеете право на бесплатную помощь и информацию на вашем языке. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Español (Spanish) Si usted, o alguien que está ayudando, tiene preguntas sobre Medicare, usted tiene el derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Tagalog (Tagalog) Kung ikaw, o ang isang tinutulongan mo, ay may mga katanungan tungkol sa Medicare, ikaw ay may karapatan na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong lengguwahe ng walang gastos. Upang makipag-usap sa isang tagasalin ng wika, tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Tiếng Việt (Vietnamese) Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Medicare, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện qua thông dịch viên, gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Health Insurance Marketplace®는 미국 보건복지부의 등록 서비스 마크입니다.

“메디케어와 나”는 법적 문서가 아닙니다. 공식 메디케어 프로그램 법적 지침은 관련 법령, 규정 및 규칙이 포함되어 있습니다.

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

이 제작물 사본은 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) 또는 1-800-MEDICARE에 전화하여 무료로 이용하실 수 있습니다.

U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Medicare & Medicaid Services
7500 Security Blvd.
Baltimore, MD 21244-1850

공식 업무용
사적 이용 시 벌금 \$300

CMS Product No. 10050-K (Korean)
September 2024

재판매 금지

국가 메디케어 안내서

이사하십니까?

SSA.gov를 참조하세요. RRB 혜택을 받는 경우, **RRB.gov**를 참조하거나 RRB에 1-877-772-5772로 전화하세요. TTY 사용자는 1-312-751-4701로 문의하실 수 있습니다.



Medicare