**[MA-only PPO models**]  
**[2024 ANOC model**]

***[insert MAO name*] [*insert DBA names in parentheses, as applicable, after listing required MAO names*]에서 제공하는 [*Insert 2024 plan name*] ([*insert plan type*])**

# 2024년 연례 변경 사항 고지

*[****Optional:*** *insert member name*]  
*[****Optional:*** *insert member address*]

귀하는 현재 *[insert 2023 plan name*]에 가입되어 있습니다. 내년에는 플랜의 비용과 혜택이 변경됩니다*.* ***보험료를 포함한 중요 비용 요약의 경우 4페이지를 참조하십시오.***

이 문서는 귀하의 플랜에 대한 변경 사항을 설명합니다. 비용, 혜택 또는 규칙에 대한 자세한 정보는 당사 웹사이트 *[insert URL*]에 있는 *보장 증명서*를 확인해 주십시오. [*Insert as applicable*: 또한 첨부된 OR 동봉된 OR 별도 우편으로 발송된 *보장 증명서*를 검토하여 다른 혜택 또는 비용 변경이 귀하에게 영향을 미치는지 확인할 수 있습니다.] 가입자 서비스부에 전화하여 *보장 증명서*를 우편으로 받도록 요청하실 수도 있습니다.)

* **10월 15일부터 12월 7일까지 내년에 해당하는 Medicare 보장을 변경하실 수 있습니다.**

지금 해야 할 일

1. **질문:** 가입자에게 적용되는 변경 사항

* 혜택 및 비용에 대한 변경 사항이 본인에게 해당하는지 확인합니다.
* 의료 비용(의사, 병원)의 변경 사항을 검토합니다.
* 보험료, 공제액 및 비용 분담금에 지출할 금액에 대해 생각해 봅니다.
* 귀하의 주치의, 전문의, 병원 및 기타 의료 제공자가 내년에 당사 네트워크에 속하는지 확인하십시오.
* 당사의 플랜에 만족하는지 생각해 봅니다.

1. **비교:** 선택할 수 있는 다른 플랜에 대해 알아보기

* 해당 지역 플랜의 보장 및 비용을 확인합니다. [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare) 웹사이트에 있는 Medicare 플랜 찾기를 이용하시거나 *Medicare & You 2024* 핸드북의 뒷면에 있는 목록을 검토해 주십시오.
* 마음에 드는 플랜으로 선택 항목의 범위를 좁힌 후 해당 플랜의 웹사이트에서 비용과 보장 내용을 확인합니다.

1. **선택:** 플랜 변경 여부결정

* 2023년 12월 7일까지 다른 플랜에 가입하지 않을 경우 *[insert plan name*]에 유지됩니다.
* **다른 플랜**으로 변경하려면 10월 15일부터 12월 7일까지 플랜을 변경할 수 있습니다. 귀하의 새로운 보장은 **2024년 1월 1일**에 시작됩니다. 그러면 귀하의 *[insert plan name*] 가입이 종료됩니다.
* 최근에 기관(예: 전문 간호 시설 또는 장기 치료 병원)에 입원했거나 현재 입원 중이거나 퇴원한 경우, 귀하는 언제든지 플랜을 전환하거나 Original Medicare(별도의 Medicare 처방약 플랜 여부와 관계 없이)로 전환할 수 있습니다.

추가 리소스

* [*Plans that meet the 5% alternative language threshold insert:* 이 문서는 *[insert languages that meet the 5% threshold*]으(로) 무료로 이용하실 수 있습니다.]
* 자세한 정보는 가입자 서비스부 번호인 *[insert member services phone number*] 번으로 문의해 주십시오. (TTY 이용자는 *[insert TTY number*]번으로 전화해 주십시오.) 운영 시간: *[insert days and hours of operation*]. 통화는 무료입니다.
* *[Plans must insert language about availability of alternate formats (e.g., braille, large print, audio) as applicable.*]
* **본 플랜에 따른 보장은 적격 건강 보장(QHC)으로서 자격이 주어지며,** 환자보호 및 부담적정보험법(ACA)의 개인 공동 책임 요건을 충족합니다. 자세한 정보는 미국 국세청(IRS) 웹사이트 [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families)를 참조해 주십시오.

*[insert 2024 plan name*] 정보

* *[Insert Federal contracting statement.*]
* 이 문서에서"당사", "저희", "당사의"라고 하는 경우, 이는 *[insert MAO name*] [*insert Plan in parentheses, as applicable, after listing required MAO names throughout this document*]을(를) 의미합니다. 문서에서 "플랜" 또는 "당사의 플랜"이라고 하는 경우, 이는 *[insert 2024 plan name*]을(를) 의미합니다.

*[Insert Material ID: (H, R, S, or Y) number description of choice (M or C)*]

**2024*년 연례 변경 사항 고지*** **목차**

[2024년의 중요 비용 요약 4](#_Toc144739148)

[섹션 1 플랜의 이름 변경 5](#_Toc144739149)

[섹션 1 귀하가 다른 플랜을 선택한 경우가 아니라면 2024년에 자동으로 *insert 2024 plan name*에 가입 5](#_Toc144739150)

[섹션 2 내년의 혜택 및 비용 변경 사항 6](#_Toc144739151)

[섹션 2.1 – 월 보험료 변경 사항 6](#_Toc144739152)

[섹션 2.2 – 최대 본인 부담금 변경 사항 6](#_Toc144739153)

[섹션 2.3 –의료 제공자 네트워크 변경 사항 8](#_Toc144739154)

[섹션 2.4 – 의료 서비스 혜택 및 비용 변경 사항 8](#_Toc144739155)

[섹션 3 행정적 변경 사항 10](#_Toc144739156)

[섹션 4 플랜 결정 10](#_Toc144739157)

[섹션 4.1 – *[insert 2024 plan name]*을(를) 계속 이용하려는 경우 10](#_Toc144739158)

[섹션 4.2 – 플랜을 변경하려는 경우 10](#_Toc144739159)

[섹션 5 플랜 변경 기한 11](#_Toc144739160)

[섹션 6 Medicare에 대한 무료 상담을 제공하는 프로그램 12](#_Toc144739161)

[섹션 7 처방약 비용을 지원해 주는 프로그램 13](#_Toc144739162)

[섹션 8 질문이 있으신가요? 14](#_Toc144739163)

[섹션 8.1 – *[insert 2024 plan name]*에서 지원 받기 14](#_Toc144739164)

[섹션 8.2 – Medicare에서 지원 받기 15](#_Toc144739165)

2024년의 중요 비용 요약

아래의 표는 몇 가지 중요한 분야에서 *[insert 2024 plan name*]에 대한 2023년 비용과 2024년의 비용을 비교합니다. **본 자료는 비용에 대한 요약일 뿐입니다**.

[*If using Medicare FFS amounts (e.g., Inpatient and SNF cost sharing) the plan must insert the 2023 Medicare amounts and must insert:* 이는 2023년 비용 분담금이며 2024년에는 변경될 수 있습니다. *[Insert plan name*]에서는 공개되는 즉시 업데이트된 요금을 안내해 드릴 것입니다. *Member cost-sharing amounts may not be left blank.*]

| 비용 | 2023년(올해) | 2024년(내년) |
| --- | --- | --- |
| 월별 플랜 보험료  *[Plans with no optional supplemental benefits delete the following.*] (자세한 내용은 섹션 *[edit section number as needed*] 2.1을 참조하십시오.) | *[Insert 2023 premium amount*] | *[Insert 2024 premium amount*] |
| *[Plans with no deductible may delete this row.*]  공제액 | *[Insert 2023 deductible amount*] | *[*내구성 의료 장비를 통해 공급되는 인슐린 제외 *Insert 2024 deductible amount] [If an amount other than $0, add:*.*]* |
| 최대 본인 부담금  이 비용은 가입자가 지불할 최대 금액입니다.  보장되는 [*insert if applicable:* 파트 A 및 파트 B] 서비스의 본인 부담금.  (자세한 내용은 섹션 *[edit section number as needed]* 2.2를 참조하십시오.) | 네트워크 내 의료 제공자: *[insert 2023 in-network MOOP amount*]  네트워크 내 및 네트워크 외 의료 제공자 합산: *[insert 2023 combined MOOP amount]* | 네트워크 내 의료 제공자: *[insert 2024 in-network MOOP amount]*  네트워크 내 및  네트워크 외 의료 제공자 합산: *[insert 2024 combined MOOP amount*] |
| 의사 진료소 방문 | 일차 진료 방문: 방문당 *[insert 2023 cost sharing for PCPs*]  전문의 방문:방문당 *[insert 2023 cost sharing for specialists*] | 일차 진료 방문: 방문당 *[insert 2024 cost sharing for PCPs*]  전문의 방문:방문당 *insert 2024 cost sharing for specialists]* |
| 병원 입원 | *[Insert 2023 cost sharing*] | *[Insert 2024 cost sharing*] |

*[If Section 1 does not apply, plans should omit it and renumber remaining sections as needed.*]

섹션 1 플랜의 이름 변경

[*Plans that are changing the plan name, as approved by CMS, include Section 1, using the section title above and the following text:*

2024년 1월 1일에 플랜의 이름이 *[insert 2023 plan name*] 에서 *[insert 2024 plan name*] (으)로 변경됩니다.

*[Insert language to inform members if they will receive new ID cards and how, as well as if the name change will impact any other member communication.]*]

섹션 1 귀하가 다른 플랜을 선택한 경우가 아니라면 2024년에 자동으로 *insert 2024 plan name*에 가입

*[If the member is being enrolled into another plan due to a consolidation or due to a transition from a D-SNP look-alike plan under 42 CFR 422.514, include Section 1, using the section title above and the text below. It is additionally expected that, as applicable throughout the ANOC, every plan/sponsor that cross walks a member from a non-renewed plan to a consolidated renewal plan or transitions a member from a D-SNP look-alike plan to a renewal plan meeting the criteria in 42 CFR 422.514(e) will compare benefits and costs from that member’s previous plan to the consolidated plan or the renewal plan. Every plan/sponsor that transitions a member from a D-SNP look-alike plan to a renewal plan, as indicated above, is encouraged to include language about the transition in a cover letter that accompanies the ANOC.]*

2024년 1월 1일, *[insert MAO name*] [*insert Plan in parentheses, as applicable, after listing required MAO names throughout this document*]이(가) *[insert 2023 plan name*]을(를) 당사의 플랜 중 하나인 *[insert 2024 plan name*]과(와) 결합합니다. 이 문서의정보는 *[insert 2023 plan name*]에 따른 귀하의 현재 혜택과 2024년 1월 1일에 *[insert 2024 plan name*]의 가입자로서 받게 될 혜택 사이의 차이에 대해 설명합니다.

**귀하가 2023년에 아무런 조치도 취하지 않는 경우, 자동으로 당사의 *[[insert 2024 plan name***]에 가입됩니다. 즉, 2024년 1월 1일부터 *[insert 2024 plan name*]을(를) 통해 의료 보장을 받게 됩니다. 플랜을 변경하거나 Original Medicare로 전환하려는 경우, 10월 15일부터 12월 7일 사이에 변경 또는 전환하셔야 합니다. "추가 도움(Extra Help)" 대상인 경우 다른 기간에 플랜을 변경할 수 있습니다.

섹션 2 내년의 혜택 및 비용 변경 사항

### 섹션 2.1 – 월 보험료 변경 사항

*[Plans offering the following premiums must list separately in the table below: (1) Plan premium; (2) optional supplemental benefit premiums (only plans offering optional supplemental benefits during one or both of the comparison years); and (3) Part B premium reduction (only plans with Part B premium reductions during one or both of the comparison years.]*

| 비용 | 2023년(올해) | 2024년(내년) |
| --- | --- | --- |
| 월 보험료  *[If there are no changes from year to year, plans may indicate in the column that there is no change for the upcoming benefit year. However, the premium must also be listed.]*  (Medicare 파트 B 보험료는 계속 납부하셔야 합니다.) | *[Insert 2023 premium amount*] | *[Insert 2024 premium amount*] |

### 섹션 2.2 – 최대 본인 부담금 변경 사항

*[Plans that include the costs of supplemental benefits in the MOOP limit may* *revise this information as needed.]*

Medicare는 모든 건강 플랜이 해당 연도에 귀하가 납부하는 본인 부담금을 제한하도록 규정하고 있습니다. 이러한 제한을 최대 본인 부담금이라고 합니다. 이 금액에 도달하면, 해당 연도의 나머지 기간에 대해 보장되는 [*insert if applicable:* 파트 A 및 파트 B] 서비스에 대해서는 일반적으로 비용을 지불하시지 않습니다.

| 비용 | 2023년(올해) | 2024년(내년) |
| --- | --- | --- |
| 네트워크 내 의료 제공자에 대한 최대 금액본인 부담금  네트워크 내 의료 제공자의 보장되는 의료 서비스(코페이 [*insert if plan has a deductible:*및 공제액] 등)에 대한 비용은 네트워크 내 의료 제공자에 대한 최대 본인 부담금에 포함됩니다. *[Plans with no premium delete the following sentence*.] 플랜 보험료에 대한 비용은 최대 본인 부담금에 포함되지 않습니다. | *[Insert 2023 in-network MOOP amount*] | *[Insert 2024 in-network MOOP amount*]  네트워크 내 의료 제공자의 보장되는 [*insert if applicable:*파트 A 및 파트 B] 서비스에 대해 본인 부담금인 *[insert 2024 in-network MOOP amount*]을(를) 지불한 후에는 해당 연도의 나머지 기간에 대해 네트워크 내 의료 제공자의 보장되는 [*insert if applicable:* 파트 A 및 파트 B] 서비스에 대해서는 지불하시지 않습니다. |
| 합산 최대 금액  본인 부담금  네트워크 내 및 네트워크 외 의료 제공자의 보장되는 의료 서비스(코페이 [*insert if plan has a deductible*: 및 공제액] 등)에 대한 비용은 합산 최대 본인 부담금에 포함됩니다. *[Plans with no premium delete the following sentence.*] 플랜 보험료에 대한 비용은 최대 본인 부담금에 포함되지 않습니다.  *[If there are no changes from year to year, plans may indicate in the column that there is no change for the upcoming benefit year.]* | *[Insert 2023 combined MOOP amount*] | *[Insert 2024 combined MOOP amount*]  보장되는 [*insert if applicable:*파트 A 및 파트 B] 서비스에 대해 본인 부담금인 *[insert 2024 combined MOOP amount]*을(를) 지불한 후에는 해당 연도의 나머지 기간에 대해 네트워크 내 또는 네트워크 외 의료 제공자의 보장되는 [*insert if applicable:* 파트 A 및 파트 B] 서비스에 대해서는 지불하시지 않습니다. |

### 섹션 2.3 –의료 제공자 네트워크 변경 사항

[*Insert if applicable:* 봉투에는 본 문서와 함께 현재 *의료 제공자 및/또는 약국 명부* 사본이 포함되어 있습니다.] 업데이트된 명부 [i*nsert if applicable*:또한] 당사 웹사이트(*[insert URL]*)에 수록되어 있습니다. 업데이트된 의료 제공자 정보에 대해서는 가입자 서비스부에 문의하시거나 *의료 제공자 명부*를 우편으로 발송받도록 요청하시면 영업일 기준으로 3일 이내에 보내드립니다.

*[Insert applicable section: For a plan that does not have changes in its provider network*] 내년에는 의료 제공자 네트워크에 변경 사항이 없습니다.

*[Insert applicable section: For a plan that has changes in its provider network*] 내년에는 의료 제공자 네트워크가 변경됩니다. **2024년 *의료 제공자 명부*를 검토하여 귀하의 의료 제공자(일차 진료 제공자, 전문의,** **병원 등)가 당사의 네트워크에 속하는지 확인하십시오**.

*[All plans must insert the following*] 당사에서 이번 해 동안 귀하의 플랜에 속한 병원, 의사 및 전문의(의료 제공자) 및 약국을 변경할 수 있다는 점을 알아두시는 것이 중요합니다. 연중 의료 제공자 변경으로 인한 영향을 받으시는 경우, 도움을 드릴 수 있도록 가입자 서비스부에 연락하시기 바랍니다.

### 섹션 2.4 – 의료 서비스 혜택 및 비용 변경 사항

[*If there are no changes in benefits or in cost sharing, revise heading to “There are no changes to your benefits or amounts you pay for medical services” and replace the rest of this section with:* 당사의 혜택과 이러한 보장 의료 서비스에 대한 2024년의 귀하의 부담은 2023년과 똑같을 것입니다.]

당사는 내년에 특정 의료 서비스에 대한 비용 및 혜택을 변경할 예정입니다. 아래의 정보는 이러한 변경 사항에 대해 설명합니다.

*[The table must include: (1) all new benefits that will be added or 2023 benefits that will end for 2024, including any new optional supplemental benefits (plans must indicate these optional supplemental benefits are available for an extra premium); (2) new/changing limitations or restrictions,* *including referrals, prior authorizations, and Step Therapy for Part B drugs for CY2024 Part C benefits; and (3) all changes in cost sharing for 2024 for covered medical services, including any changes to service category, out-of-pocket maximums, and cost sharing for optional supplemental benefits (plans must indicate these optional supplemental benefits are available for an extra premium). Note that beginning July 2023, cost-sharing for insulin furnished through an item of DME is subject to a coinsurance cap of $35 for one-month’s supply of insulin.]*

[*If using Medicare FFS amounts (e.g. Inpatient and SNF cost sharing) the plan must insert the 2023 Medicare amounts and must insert:* 이는 2023년 비용 분담금이며 2024년에는 변경될 수 있습니다. *[Insert plan name*]에서는 공개되는 즉시 업데이트된 요금을 안내해 드릴 것입니다. *가입자 분담금은 비워둘 수 없습니다.*]

[*Instructions to plans offering VBID Model benefits: VBID Model participating plans should update this section to reflect coverage for any new VBID Model benefits that will be added for CY 2024 benefits, and/or for previous CY 2023 VBID Model benefits that will end for CY 2024. Specific to the VBID Model benefits, the table must include: (1) all new VBID Model benefits that will be added for 2024, except for the hospice benefit component (which has separate ANOC instructions to VBID participating plans), including mandatory supplemental benefits such as the flexibility to Cover New and Existing Technologies or Food and Drug Administration (FDA) approved Medical Devices or 2023 benefits that will end for 2024; and (2) all changes in cost sharing for all VBID Model benefits for 2024.]*

| 비용 | 2023년(올해) | 2024년(내년) |
| --- | --- | --- |
| *[Insert benefit name]* | [*For benefits that were not covered in 2023 [Insert benefit name*은(는) 보장되지 않습니다.]  [*For benefits with a copayment insert:* 귀하는 $*[insert 2023 copayment amount*]의 코페이를 지불합니다. *[insert language as needed to accurately describe the benefit (e.g., per office visit)].*]  [*For benefits with a coinsurance insert:* 귀하는 총 비용의 *[insert 2023 coinsurance percentage*]%를 지불합니다. *[insert language as needed to accurately describe the benefit (e.g., for up to one visit per year)].*] | [*For benefits that are not covered in 2024[Insert benefit name*은(는) 보장되지 않습니다.]  [*For benefits with a copayment insert:* 귀하는 $*[insert 2024 copayment amount*]의 코페이를 지불합니다. *[insert language as needed to accurately describe the benefit (e.g., per office visit)].*]  [*For benefits with a coinsurance insert:* 귀하는 총 비용의 *[insert 2024 coinsurance percentage*]%를 지불합니다. *[insert language as needed to accurately describe the benefit, e.g., for up to one visit per year].*] |
| *[Insert benefit name*] | *[Insert 2023 cost/ coverage, using format described above.]* | *[Insert 2024 cost/ coverage, using format described above.*] |

섹션 3 행정적 변경 사항

*[Insert this section if applicable: Plans with administrative changes that impact members (e.g., a change in options for paying the monthly premium, change in contract or PBP number) may insert this section and include an introductory sentence that explains the general nature of the administrative changes. Plans that choose to omit this section should renumber the remaining sections as needed*.]

| 설명 | 2023년(올해) | 2024년(내년) |
| --- | --- | --- |
| *[Insert a description of the administrative process/item that is changing*] | *[Insert 2023 administrative description]* | *[Insert 2024 administrative description*] |
| *[Insert a description of the administrative process/item that is changing]* | *[Insert 2023 administrative description*] | *[Insert 2024 administrative description*] |

섹션 4 플랜 결정

### 섹션 4.1 – *[insert 2024 plan name]*을(를) 계속 이용하려는 경우

**당사 플랜을 계속 이용하시려면 아무것도 하지 않으셔도 됩니다.** 다른 플랜에 가입하거나 12월 7일까지 Original Medicare로 변경하지 않는 경우, 당사 *[insert 2024 plan name*]에 자동으로 가입됩니다.

### 섹션 4.2 – 플랜을 변경하려는 경우

당사는 내년에도 귀하를 당사의 플랜 가입자로 모실 수 있기를 바라지만 2024년 플랜을 변경하려는 경우 다음의 단계를 따르십시오.

1단계: 가입자 선택 사항에 대해 알아보고 비교

* 다른 Medicare 건강 플랜에 가입할 수 있습니다.
* *-- OR*-- Original Medicare로 변경하실 수 있습니다. Original Medicare로 변경하는 경우, Medicare 의약품 플랜에 가입할지 여부를 결정해야 합니다. Medicare 의약품 플랜에 가입하지 않은 경우, 파트 D 지연 가입 벌금이 부과될 수 있습니다.

Original Medicare 및 다양한 유형의 Medicare 플랜에 대한 자세한 정보는 Medicare 플랜 찾기([www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare))를 이용하거나, *Medicare & You 2024* 핸드북을 읽거나, 주 건강 보험 지원 프로그램(섹션 *[edit section number as needed*] 6 참조) 또는 Medicare(섹션 *[edit section number as needed]* 8.2 참조)에 전화하십시오.

[*Plans may choose to insert if applicable:* 참고로, *insert MAO name] [insert Plan in parentheses, as applicable, after listing required MAO names throughout this document]*은(는) 다른 [*insert as applicable:* Medicare 건강 플랜 *AND/OR* Medicare 처방약 플랜도 제공합니다. 이러한 다른 플랜은 보장, 월 보험료 및 비용 분담금이 다를 수 있습니다.]]

2단계: 보장 변경

* **다른 Medicare 건강 플랜으로 변경**하려면 새로운 플랜에 가입하십시오. 자동으로 *[insert 2024 plan name*]에서 탈퇴됩니다.
  + **처방약 플랜이 포함된 Original Medicare로 변경**하려면 새로운 의약품 플랜에 가입하십시오. 자동으로 *[insert 2024 plan name*]에서 탈퇴됩니다.
* **처방약 플랜이 없는 Original Medicare로 변경**하려면 다음 중 하나를 수행해야 합니다.
  + 서면 요청을 보내[*insert if organization has complied with CMS guidelines for online disenrollment:*에서 탈퇴하거나 당사의 웹사이트를 방문하여 온라인으로 탈퇴합니다]. 이를 수행하는 방법에 대한 자세한 정보가 필요하시면 가입자 서비스부로 연락해 주십시오.
  + *– or –* 연중무휴 운영하는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번을 통해 **Medicare**에 문의하여 탈퇴를 요청하십시오. TTY 이용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오.

섹션 5 플랜 변경 기한

내년에 다른 플랜이나 Original Medicare로 변경하려는 경우, **10월 15일부터 12월 7일**까지 가능합니다.변경 사항은 2024년 1월 1일부터 적용됩니다.

1년 중 다른 시기에 변경할 수 있습니까?

특정 상황에서는 연중 다른 시기에도 변경할 수 있습니다. 그 예에는 Medicaid 가입자, 약 비용 지급을 "추가 도움(Extra Help)"을 받는 사람, 고용주 보장을 가지고 있거나 보장을 해지하는 사람, 서비스 지역 외부로 이사하는 사람 등이 포함됩니다.

2024년 1월 1일에 Medicare Advantage 플랜에 가입하였고 플랜 선택이 마음에 들지 않으시는 경우, 다른 Medicare 건강 플랜(Medicare 처방약 보장 여부와 관계 없이)으로 바꾸시거나 2024년 1월 1일부터 3월 31일까지 Original Medicare(Medicare 처방약 보장 여부와 관계 없이)로 전환하실 수 있습니다.

최근에 기관(예: 전문 간호 시설 또는 장기 치료 병원)에 입원했거나 현재 입원 중이거나 퇴원한 경우, **언제든지** Medicare 보장을 변경할 수 있습니다. 언제든지 다른 Medicare 건강 플랜(Medicare 처방약 보장 여부와 관계 없이)으로 변경하거나 Original Medicare(별도의 Medicare 처방약 플랜 여부와 관계 없이)로 전환할 수 있습니다.

섹션 6 Medicare에 대한 무료 상담을 제공하는 프로그램

*[Organizations offering plans in multiple states: Revise this section to use the generic name (State Health Insurance Assistance Program) when necessary, and include a list of names, phone numbers, and addresses for all SHIPs in your service area.]*

주 건강 보험 지원 프로그램(SHIP)은 모든 주에서 자격을 갖춘 상담사가 참여하는 독립적인 정부 프로그램입니다. *[insert state]*에서 SHIP은 *[insert state-specific SHIP name*](이)라고 합니다.

연방 정부로부터 자금을 받아 Medicare 가입자에게 **무료**로 지역 건강 보험 관련 상담을 제공하는 주 정부 프로그램입니다. *[Insert state-specific SHIP name*] 상담사는 Medicare와 관련하여 궁금한 사항이나 문제에 대해 도움을 드릴 수 있습니다. Medicare 플랜의 옵션에 대해 이해하실 수 있도록 도와드리고 있으며 플랜 변경에 관한 질문에 답변을 드립니다. *[insert state-specific SHIP name]*(*[insert SHIP phone number*]번)으로 전화하실 수 있습니다. [*Plans may insert the following:* *[insert state-specific SHIP name*]에 대해서는 웹사이트(*[insert SHIP website]*)에 방문하여 자세히 알아보실 수 있습니다.]

섹션 7 처방약 비용을 지원해 주는 프로그램

처방약 비용 지불에 대한 지원을 받을 자격이 되실 수 있습니다. *[Plans in states without both SPAPs and ADAPs, delete the next sentence.]* 아래에는 여러 종류의 지원이 나와 있습니다.

* **Medicare의 "추가 도움(Extra Help)".**소득이 제한적인 경우, 처방약 비용 지급을 위한 "추가 도움(Extra Help)" 대상에 해당할 수 있습니다. 자격이 되시는 경우 Medicare는 월 처방약 보험료, 연간 공제액 및 공동보험액 등 의약품 비용의 최대 75% 이상을 부담해 드릴 수 있습니다. 또한, 자격을 갖춘 가입자분들에게는 보장 공백이나 지연 가입 벌금이 부과되지 않습니다. 대상 여부를 확인하시려면 다음으로 전화해 주십시오.
  + 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227). TTY 이용자는 연중무휴 운영하는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오.
  + 사회보장국 사무소 1-800-772-1213번으로 전화(월요일~금요일, 오전 8시~오후 7시) 자동 메시지는 24시간 제공됩니다. TTY 이용자는 1-800-325-0778번으로 전화해 주십시오.
  + 주 Medicaid 사무실(신청)
* *[Plans without an SPAP in their state(s) should delete this bullet.] [Organizations offering plans in multiple states: Revise this bullet to use the generic name (State Pharmaceutical Assistance Program) when necessary, and include a list of names for all SPAPs in your service area.]* **주 정부의 의약품** **지원 프로그램 지원.** *[Insert state name*]에는 재정적인 요구 사항, 연령 또는 질병을 기준으로 처방약 비용을 지불하는 데 도움을 주는 *[insert state-specific SPAP name*] (이)라는프로그램이 있습니다. 이 프로그램에 대해 자세히 알아보시려면 주 건강 보험 지원 프로그램을 확인해 주십시오.
* *[Plans without an ADAP in their state(s), should delete this bullet.]* **AIDS 약물 지원 프로그램(ADAP)으로부터 보장을 받는 경우 어떻게 됩니까?** AIDS 약물 지원 프로그램(ADAP)은 HIV/AIDS에 걸린 ADAP 적격 개인이 구명 HIV 약품을 이용할 수 있도록 도움을 줍니다. ADAP에서도 보장이 되는 Medicare 파트 D 처방약은 *[insert State-specific ADAP information*]을(를)통해 처방약 비용 분담 지원의 대상이 됩니다. **참고:** 가입자가 거주하고 있는 주에서 운영하는 ADAP에 자격이 되려면, 해당 주에 거주한다는 증거와 HIV 상태, 주정부에서 정한 저소득 상태, 보험 미가입/보험 가입 상태 증거를 비롯한 특정 기준을 충족해야 합니다.
* 현재 ADAP에 가입되어 있다면 ADAP 처방집에 있는 약에 대해 Medicare 파트 D 처방약 비용 분담 지원이 계속 제공될 수 있습니다. 이 지원을 계속해서 받을 수 있기 위해서는 지역 ADAP 가입 담당자에게 귀하의 Medicare 파트 D 플랜 이름이나 방침 번호의 변경 사항을 알려주시기 바랍니다. *[Insert State-specific ADAP contact information.*]

자격 기준, 보장되는 의약품 또는 프로그램 가입 방법에 관한 정보를 받으려면 *[insert State-specific ADAP contact information*](으)로 전화해 주십시오.

섹션 8 질문이 있으신가요?

### 섹션 8.1 – *[insert 2024 plan name]*에서 지원 받기

질문이 있으신가요? 언제든지 저희가 도와드리겠습니다. *[insert member services phone number]*번으로 가입자 서비스부에 연락해 주십시오. (TTY 사용자는 *[insert TTY number*]번으로 전화해 주십시오.) 운영 시간: *[insert days and hours of operation*]. [*Insert if applicable:* 해당 전화번호로 거는 전화는 무료입니다.]

*2024*년 *보장 증명서*(내년의 혜택 및 비용에 대한 상세 정보)를 읽어보시기 바랍니다.

이 *연례 변경 사항 고지*는 2024년의 혜택 및 비용에 대한 변경 사항을 요약하여 알려줍니다. 자세한 내용은 *[insert 2024 plan name*]의 *2024년 보장 증명서*를 참조해 주십시오*. 보장 증명서*는 플랜 혜택에 대해 상세히 설명한 합법적인 내용입니다. 또한 가입자의 권리 및 보장 서비스와 처방약을 받기 위해 따라야 하는 규칙이 수록되어 있습니다. 보장 증명서 사본은 당사 웹사이트(*[insert URL*])에서 찾을 수 있습니다. [*Insert as applicable*: 또한 첨부된 OR 동봉된 OR 별도 우편으로 발송된 *보장 증명서*를 검토하여 다른 혜택 또는 비용 변경이 귀하에게 영향을 미치는지 확인할 수 있습니다.] 가입자 서비스부에 전화하여 *보장 증명서*를 우편으로 받도록 요청하실 수도 있습니다.

웹사이트 방문

*[insert URL*]에서 당사의 웹사이트에 방문할 수도 있습니다. 참고로 당사의 웹사이트에는 당사의 의료 제공자 네트워크(*의료 제공자 명부*)에 대한 최신 정보가 있습니다.

### 섹션 8.2 – Medicare에서 지원 받기

Medicare에서 직접 정보를 얻는 방법:

1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화

연중무휴 운영하는 1-800-MEDICARE 또는 1-800-633-4227번으로 연락하실 수 있습니다. TTY 이용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오.

Medicare 웹사이트 방문

Medicare 웹사이트([www.medicare.gov](https://www.medicare.gov/))에 방문해 주십시오. 이 안내문에는 비용, 보장 및 품질 별점 등급에 대한 정보가 포함되어 있어 해당 지역의 Medicare 건강 플랜을 비교하실 수 있습니다. 플랜에 대한 정보를 확인하시려면 [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)로 이동하십시오.

*Medicare & You 2024* 읽기

*Medicare & You 2024* 핸드북을 참조하십시오. 매년 가을 본 문서를 Medicare 가입자분들에게 우편으로 발송해 드립니다. 이 핸드북에는 Medicare 혜택, 권리, 보호 혜택 및 Medicare에 대해 가장 자주 묻는 질문에 대한 답변이 요약되어 있습니다. 이 문서의 사본을 소지하고 계시지 않을 경우, Medicare 웹사이트 (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>)에서 얻으시거나 연중무휴 운영하는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 받으실 수 있습니다. TTY 이용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오.