**[2024 EOC model]**

**2024년 1월 1일~12월 31일**

**보장 증명서:**

***[insert 2024 plan name] [insert plan type]*** **가입자의 Medicare 의료 처방약 보장**

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

이 문서에는 2024년 1월 1일~12월 31일에 적용되는 Medicare 처방약 보장에 대한 자세한 설명이 나와 있습니다. **본 문서는 중요한 법률 문서입니다. 안전한 곳에 보관해 두십시오.**

**해당 문서에 대해 궁금한 사항이 있다면 *[insert phone number]*(으)로 가입자 서비스부에 추가 정보를 문의하십시오(TTY 사용자는 *[insert TTY number]*)(으)로 연락하십시오. 영업 시간은 *[insert days and hours of operation]*입니다. 해당 번호는 무료 전화번호입니다.**

해당 플랜인 *[insert 2024 plan name]*은(는) *[insert Part D sponsor name] [insert DBA names in parentheses, as applicable, after listing required Part D sponsor names throughout this document]*에서 제공됩니다. (*이 문서에서* "당사", "저희", "당사의"라고 하는 경우, 이는 *[insert Part D sponsor name] [insert DBA names in parentheses, as applicable, after listing required Part D sponsor names]*을(를) 의미합니다. 문서에서 "플랜" 또는 "당사의 플랜"이라고 하는 경우, 이는 *[insert 2024 plan name]*을(를) 의미합니다.)

[*Plans that meet the 5% alternative language threshold insert:* 이 문서는 *[insert languages that meet the 5% threshold]. [Plans must insert language about availability of alternate formats (e.g., braille, large print, audio) as applicable]*으(로) 무료로 이용하실 수 있습니다.

*[Remove terms as needed to reflect plan benefits]* 혜택, 보험료, 공제액 및/또는 코페이/  
공동보험액은 2025년 1월 1일에 변경될 수 있습니다.

*[Remove terms as needed to reflect plan benefits]* 처방집, 약국 네트워크 및/또는 의료 제공자 네트워크는 언제든지 변경될 수 있습니다. 귀하는 필요한 경우 통지를 받게 됩니다. 당사는 최소 30일 전에 변경 사항을 해당 가입자에게 통지할 것입니다.

본 문서에서는 귀하의 혜택과 권리에 대해 설명합니다. 본 문서를 사용하여 다음에 대한 내용을 파악하십시오.

* 플랜 보험료 및 비용 분담금
* 가입자의 처방약 혜택
* 서비스 또는 치료가 만족스럽지 않은 경우 불만을 제기하는 방법
* 추가 도움("Extra Help")이 필요한 경우 당사에 연락하는 방법
* Medicare 법에서 요구하는 기타 보호 조치

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

**2024년 보장 증명서**

**목차**

[1장: *가입자로서 시작하기* 4](#_Toc145101799)

[섹션 1 소개 5](#_Toc145101800)

[섹션 2 플랜에 가입할 수 있는 자격 6](#_Toc145101801)

[섹션 3 수령할 주요 가입자 자료 7](#_Toc145101802)

[섹션 4 가입자의 [insert 2024 plan name] 월 비용 9](#_Toc145101803)

[섹션 5 월 보험료에 대한 자세한 정보 13](#_Toc145101804)

[섹션 6 플랜 가입자 기록을 최신 상태로 유지 15](#_Toc145101805)

[섹션 7 다른 보험이 당사의 플랜과 연동되는 방식 16](#_Toc145101806)

[2장: *중요 전화번호 및 자료* 18](#_Toc145101807)

[섹션 1 [Insert 2024 plan name] 연락처(가입자 서비스 부서에 연락하는 방법을 포함하여 당사에 문의하는 방법) 19](#_Toc145101808)

[섹션 2 Medicare(연방 Medicare 프로그램에서 직접 지원과 정보를 얻는 방법) 22](#_Toc145101809)

[섹션 3 주정부 건강 보험 지원 프로그램(Medicare에 관한 질문에 대한 무료 도움말, 정보 및 답변) 24](#_Toc145101810)

[섹션 4 품질 개선 기관 25](#_Toc145101811)

[섹션 5 사회보장국 26](#_Toc145101812)

[섹션 6 Medicaid 27](#_Toc145101813)

[섹션 7 처방약 비용을 지원하는 프로그램에 대한 정보 28](#_Toc145101814)

[섹션 8 철도 은퇴 위원회에 연락하는 방법 31](#_Toc145101815)

[섹션 9 고용주가 제공하는 단체 보험 또는 기타 건강 보험에 가입되어 있나요? 32](#_Toc145101816)

[3장: *파트 D 처방약을 위한 플랜 보장 이용* 33](#_Toc145101817)

[섹션 1 소개 34](#_Toc145101818)

[섹션 2 네트워크 약국[insert if applicable: 또는 플랜의 우편 주문 서비스]을(를) 통한 처방약 조제 35](#_Toc145101819)

[섹션 3 귀하의 의약품이 플랜의 "의약품 목록"에 있어야 함 39](#_Toc145101820)

[섹션 4 일부 의약품의 보장에는 제한이 있습니다 42](#_Toc145101821)

[섹션 5 의약품이 가입자가 원하는 방식으로 보장되지 않으면 어떻게 해야 합니까? 44](#_Toc145101822)

[섹션 6 귀하의 의약품 중 하나에 대해 보장 범위가 변경되면 어떻게 됩니까? 47](#_Toc145101823)

[섹션 7 플랜에서 보장되지 *않는* 의약품의 종류는 무엇입니까? 50](#_Toc145101824)

[섹션 8 처방약 조제 52](#_Toc145101825)

[섹션 9 특수 상황에서의 파트 D 의약품 보장 52](#_Toc145101826)

[섹션 10 의약품 안전 및 의약품 관리에 관한 프로그램 55](#_Toc145101827)

[4장: *파트 D 처방약에 대한 본인 부담금* 58](#_Toc145101828)

[섹션 1 소개 59](#_Toc145101829)

[섹션 2 약에 대한 가입자 부담은 의약품을 받을 때 어떤 의약품 비용 지불 단계에 있는지에 따라 다릅니다 62](#_Toc145101830)

[섹션 3 의약품에 대한 지불 비용과 귀하가 어떤 지불 단계에 있는지 설명하는 보고서를 보내드립니다 62](#_Toc145101831)

[섹션 4 공제 단계 동안 귀하의 [insert drug tiers if applicable] 의약품에 대한 비용을 전액 납부합니다 64](#_Toc145101832)

[섹션 5 초기 보장 단계에서 플랜이 귀하의 의약품 비용에 대한 분담금을 지불하고 귀하가 본인 분담금을 지불함 65](#_Toc145101833)

[섹션 6 보장 공백 단계의 비용 70](#_Toc145101834)

[섹션 7 거대위험 보장 단계 동안 플랜은 보장되는 파트 D 의약품에 대해 전체 비용을 지불합니다 71](#_Toc145101835)

[섹션 8 추가 혜택 정보 71](#_Toc145101836)

[섹션 9 파트 D 백신. 귀하가 지불하는 금액은 백신을 어디에서 어떻게 받는지에 따라 다릅니다 71](#_Toc145101837)

[5장: *보장 의약품의 당사 분담금을 지급하도록 당사에 요청하기* 75](#_Toc145101838)

[섹션 1 보장 의약품 비용의 분담금을 지급하도록 당사에 요청해야 하는 상황 76](#_Toc145101839)

[섹션 2 환급을 요청하는 방법 77](#_Toc145101840)

[섹션 3 귀하의 지불 요청을 검토한 후 예 또는 아니요로 답변해 드립니다 78](#_Toc145101841)

[6장: *가입자의 권리와 책임* 79](#_Toc145101842)

[섹션 1 당사의 플랜은 플랜 가입자로서 귀하의 권리와 문화적 감수성을 존중해야 합니다 80](#_Toc145101843)

[섹션 2 귀하는 플랜의 가입자로서 몇 가지 책임이 있습니다 85](#_Toc145101844)

[7장: *문제나 불만 사항이 있을 경우 해야 할 일(보장 결정, 이의 제기, 불만 사항)* 87](#_Toc145101845)

[섹션 1 소개 88](#_Toc145101846)

[섹션 2 자세한 정보 및 맞춤형 지원을 받을 수 있는 곳 89](#_Toc145101847)

[섹션 3 문제를 해결하려면 어떤 절차를 사용해야 합니까? 89](#_Toc145101848)

[섹션 4 보장 결정 및 이의 제기에 대한 기본 안내 90](#_Toc145101849)

[섹션 5 파트 D 처방약: 보장 범위 결정을 요청하거나 이의를 제기하는 방법 92](#_Toc145101850)

[섹션 6 레벨 3 이상에 대한 이의 제기 102](#_Toc145101851)

[섹션 7 치료의 품질, 대기 시간, 고객 서비스, 기타 우려 사항에 대한 불만을 제기하는 방법 104](#_Toc145101852)

[8장: *플랜 가입 종료하기* 107](#_Toc145101853)

[섹션 1 플랜 가입 종료 소개 108](#_Toc145101854)

[섹션 2 언제 플랜 가입을 종료할 수 있습니까? 108](#_Toc145101855)

[섹션 3 어떻게 플랜 가입을 종료할 수 있습니까? 111](#_Toc145101856)

[섹션 4 가입을 종료할 때까지 당사의 플랜을 통해 그대로 보장받습니다 112](#_Toc145101857)

[섹션 5 [Insert 2024 plan name]은(는) 특정 상황에서 귀하의 플랜 가입을 종료해야 합니다 112](#_Toc145101858)

[9장: *법적 고지* 114](#_Toc145101859)

[섹션 1 준거법에 관한 고지 115](#_Toc145101860)

[섹션 2 비차별에 대한 고지 115](#_Toc145101861)

[섹션 3 Medicare 이차 납부자 대위권에 관한 고지 115](#_Toc145101862)

[10장: *중요 용어의 정의* 116](#_Toc145101863)

## 1장: *가입자로서 시작하기*

### 섹션 1 소개

#### 섹션 1.1 귀하는 Medicare 처방약 플랜인 *[insert 2024 plan name]*에 가입했습니다

귀하는 의료 서비스 보장을 위한 Original Medicare 또는 기타 건강 플랜에 의해 보장받으며, 당사의 플랜 *[insert 2024 plan name]*을(를) 통해 Medicare 처방약 보장을 받기로 선택했습니다.

*[Insert 2024 plan name]*은(는) Medicare 처방약 플랜(PDP)입니다. 모든 Medicare 건강 플랜과 마찬가지로 본 Medicare 처방약 플랜은 Medicare에서 승인하였고 개인 회사를 통해 운영됩니다.

#### 섹션 1.2 *보장 증명서* 문서에서 다루는 내용

이 *보장 증명서*는 가입자의 처방약을 받는 방법을 설명합니다. 또한 귀하의 권리와 책임, 보장 범위, 본인 부담금, 결정 사항 또는 치료에 만족하지 못할 경우 불만을 제기하는 방법을 설명합니다.

*보장 서비스* 및 *보장 의약품*은 *[insert 2024 plan name]* 가입자로서 이용할 수 있는 처방약을 의미합니다.

플랜의 규칙과 이용 가능한 보장을 알아두는 것이 중요합니다. 따라서 시간을 내어 본 보장 증명서 문서를 검토하시기 바랍니다.

보장 증명서의 내용이 혼란스럽거나 우려 사항이나 질문이 있는 경우 가입자 서비스 부서에 문의하시기 바랍니다.

#### 섹션 1.3 *보장 증명서*에 관한 법적 정보

본 *보장 증명서*는 플랜이 귀하의 치료를 *[insert 2024 plan name]*에서 보장하는 방법을 비롯한 당사 계약의 일부입니다. 본 계약의 다른 부분에는 가입 양식, *보장 약 목록(처방집),* 귀하의 보장 범위에 영향을 미치는 보장 또는 병태상의 변경 사항에 대해 당사로부터 받은 통지가 포함되어 있습니다. 이러한 통지를 *부칙* 또는 *개정안*이라고 합니다.

해당 계약은 2024년 1월 1일부터 2024년 12월 31일 사이에 *[insert 2024 plan name]*에 가입한 기간(달) 동안 유효합니다.

역년마다 Medicare는 당사가 제공하는 플랜을 변경할 수 있도록 허용합니다. 즉, 2024년 12월 31일 이후에는 당사에서 *[insert 2024 plan name]*의 비용 및 혜택을 변경할 수 있습니다. 당사는 또한 2024년 12월 31일 이후에 귀하의 서비스 지역에서 플랜 제공을 중단하도록 선택할 수 있습니다.

Medicare(Medicare 및 Medicaid 서비스 센터)는 *[insert 2024 plan name]* 플랜을 매년 승인해야 합니다. 당사가 플랜을 계속 제공하기로 하고 Medicare가 플랜에 대한 승인을 갱신하면 귀하는 플랜 가입자로서 매년 Medicare 보장을 계속 받을 수 있습니다.

### 섹션 2 플랜에 가입할 수 있는 자격

#### 섹션 2.1 귀하의 자격 요건

*당사 플랜에 가입하기 위해서는 다음과 같은 자격 요건을 충족해야 합니다.*

* Medicare 파트 A 또는 Medicare 파트 B(또는 파트 A 및 파트 B) 모두 있어야 합니다.
* *-- 그리고 --* 미국 시민이거나 미국에 합법적으로 거주하고 있어야 합니다.
* *-- 또한 --* 귀하가 당사의 지리적인 서비스 지역(아래 섹션 2.2에 당사의 서비스 지역이 설명되어 있음)에 거주하는 경우입니다. [*Plans with grandfathered members who were outside of area prior to January 1999, insert*: 1999년 1월 이전에도 플랜에 가입되어 있었고 1999년 1월 이전에 서비스 지역 외부에 거주하고 있었던 경우, 1999년 1월 이전에 이사하지 않았다면 가입 자격이 있습니다.] 구금되었던 사람의 경우에는 물리적으로 지역 내에 있었더라도 지리적 서비스 지역에 거주하는 것으로 간주하지 않습니다.

#### 섹션 2.2 *[insert 2024 plan name]*을(를) 이용 가능한 플랜 서비스 지역

*[Insert 2024 plan name]* 플랜은 당사의 플랜 서비스 지역에 거주하는 개인에게만 제공됩니다. 저희 플랜의 가입자 자격을 유지하려면 플랜 서비스 지역에 계속해서 거주해야 합니다. 서비스 지역은 [*insert as appropriate:* 아래 *OR* 본 *보장 증명서* 내 부록]에 기재되어 있습니다.

[*Insert plan service area here or within an appendix. Plans may include references to territories as appropriate. Examples of the format for describing the service area are provided below:*   
당사 서비스 지역에는 50개의 주 모두가 포함됩니다.   
당사 서비스 지역에는 다음과 같은 주가 포함됩니다. *[insert states]*]

[*Optional info: multi-state plans may include the following: 당사는* [*insert as applicable:* 여러 OR 모든] 주[*insert if applicable*: 및 지역]에 보장을 제공합니다.하지만 각 주에서 제공하는 플랜 간에는 비용이나 기타 차이가 있을 수 있습니다. 주[*insert if applicable:* 또는지역]에서 벗어나 서비스 지역에 포함되는 주[*insert if applicable:* 또는 지역](으)로 이사하는 경우, 귀하의 정보를 업데이트하기 위해 가입자 서비스부에 전화해야 합니다. *[National plans delete this paragraph.]*

서비스가 제공되지 않은 지역으로 이사할 경우 이 플랜의 가입자 자격을 유지할 수 없습니다. 새로 이사를 간 지역에서 당사의 플랜을 이용할 수 있는지 알아보려면 가입자 서비스 부서에 문의하시기 바랍니다. 이사하는 경우에는 특별 가입 기간을 통해 Original Medicare로 전환하거나 이사한 새 지역에서 이용할 수 있는 Medicare 의료 또는 의약품 플랜에 가입할 수 있습니다.

이사하거나 우편 주소가 변경된 경우에는 사회보장국에 전화해야 합니다. 사회보장국의 전화번호 및 연락처 정보는 2장의 섹션 5에서 확인할 수 있습니다.

#### 섹션 2.3 미국 시민권자 또는 합법적 거주자

Medicare 건강 플랜의 가입자는 미국 시민이거나 미국에 합법적으로 거주하고 있어야 합니다. 해당 사항에 근거하여 가입자 상태를 유지할 자격을 갖추지 못했다면 Medicare(Medicare 및 Medicaid 서비스 센터)에서 *[insert 2024 plan name]*에 통지합니다. 귀하가 요건을 충족하지 못한다면 귀하는 *[Insert 2024 plan name]*에서 탈퇴됩니다.

### 섹션 3 수령할 주요 가입자 자료

#### 섹션 3.1 플랜 가입자 카드

당사의 플랜에 가입되어 있는 동안, 귀하는 네트워크 약국에서 처방약을 받을 때 항상 가입자 카드를 제시해야 합니다. 또한 해당되는 경우 의료 제공자에게도 Medicaid 카드를 제시해야 합니다. 수령하게 될 가입자 카드의 모습은 다음과 같습니다.

*[Insert picture of front and back of member ID card. Mark it as a sample card (for example, by superimposing the word:* sample *on the image of the card).]*

카드를 항상 휴대하고 보장 의약품을 구입할 때 반드시 카드를 제시해야 합니다. 플랜 가입자 카드가 손상되었거나 카드를 분실 또는 도난당한 경우, 가입자 서비스 부서에 즉시 연락하십시오. 그러면 카드를 새로 발급받을 수 있습니다.

Original Medicare에 따라 보장되는 진료 및 서비스를 받으려면 빨간색, 흰색, 파란색 Medicare 카드를 사용해야 할 수 있습니다.

#### 섹션 3.2 약국 명부

약국 명부에는 당사의 네트워크 약국이 수록되어 있습니다. **네트워크 약국**은 플랜 가입자에게 보장되는 처방약을 조제하는 데 동의한 모든 약국입니다. *약국 명부*를 사용하여 이용하려는 네트워크 약국을 찾을 수 있습니다. 플랜의 네트워크에 포함되어 있지 않은 약국을 이용할 수 있는 경우에 대한 자세한 내용은 5장의 섹션 2.5를 참조하십시오.

[*Insert if plan has pharmacies that offer preferred cost sharing in its network: 약국 명부*에서 어느 네트워크의 약국에서 우선 비용 분담금을 실시하는지 알 수 있으며, 일부 의약품에 대해서는 다른 네트워크 약국에서 제공하는 표준 비용 분담금이 더 저렴할 수 있습니다.]

*약국 명부*가 없는 경우 가입자 서비스 부서에 문의하면 사본을 받을 수 있습니다. 이 정보는 당사 웹사이트 *[insert URL]*에서도 찾아보실 수 있습니다. *[Plans may add detail describing additional information about network pharmacies available from Member Services or on the website.]*

#### 섹션 3.3 플랜의 보장 의약품 목록*(처방집)*

플랜에는 *보장 대상 의약품 목록(처방집)*이 있습니다. 줄여서 "의약품 목록"이라고 합니다. 해당 섹션에는 *[insert 2024 plan name]*에 포함된 파트 D의 혜택상 어떤 파트 D 처방약이 보장되는지 설명되어 있습니다. 목록의 의약품은 의사 및 약사 팀의 지원을 받아 플랜에서 선정했습니다 의약품 목록은 Medicare에서 정한 요건을 충족해야 합니다. Medicare는 *[insert 2024 plan name]* "의약품 목록"을 승인했습니다.

또한 "의약품 목록"을 통해 귀하가 복용 중인 의약품에 대한 보장 범위를 제한하는 규칙이 있는지 확인할 수 있습니다.

당사는 "의약품 목록"의 사본을 귀하에게 제공합니다. [*Insert if applicable:* 당사가 제공하는 "의약품 목록"에는 가입자가 가장 일반적으로 사용하는 보장 의약품에 대한 정보가 포함되어 있습니다. 하지만 당사는 제공된 "의약품 목록"에 포함되어 있지 않은 추가 의약품에 대한 보험 적용을 제공합니다. 귀하의 의약품 중 하나가 "의약품 목록"에 열거되어 있지 않다면, 당사의 웹사이트를 방문하거나 가입자 서비스부에 연락하여 보장 여부를 확인해야 합니다.] 보장 의약품에 대한 최신 전체 정보를 확인하려면 플랜의 웹사이트(*[insert URL]*)를 방문하거나 가입자 서비스부에 연락하십시오.

### 섹션 4 가입자의 *[insert 2024 plan name]* 월 비용

비용에는 다음이 포함될 수 있습니다.

* 플랜 보험료(섹션 4.1)
* 월 Medicare 파트 B 보험료(섹션 4.2)
* 파트 D 지연 가입 벌금(섹션 4.3)
* 소득 관련 월 조정 금액(섹션 4.4)

상황에 따라 플랜 보험료가 더 저렴할 수 있습니다.

*[Plans with no monthly premium: Omit this subsection.]*

[*Insert as appropriate, depending on whether SPAPs are discussed in Chapter 2:* 제한된 자원을 가진 사람들이 약값을 지불할 수 있도록 돕는 프로그램이 있습니다. 여기에는 추가 도움("Extra Help") 및 주정부 의약품 지원 프로그램이 포함됩니다. *OR* 추가 도움("Extra Help") 프로그램에서는 재원이 제한적인 사람의 의약품 비용 납부를 지원합니다.] 2장 섹션7에 [*insert as applicable:* 이러한 프로그램 *OR* 본 프로그램]에 대해 자세히 설명되어 있습니다. 자격이 되는 경우 프로그램에 가입하면 월 플랜 보험료가 낮아질 수 있습니다.

*이미 이러한* 프로그램 중 하나에 가입되어 있고 지원을 받고 있다면, **본 *보장 증명서* 내의 보험료에 대한 정보는 귀하에게** [*insert as applicable:* **적용되지 않을 수 있습니다.** *OR* **적용되지 않습니다.**] *[If not applicable, omit information about the LIS Rider.]* 당사는 의약품 보장에 대해 설명하는 *"처방약 비용에 대해 추가 도움("Extra Help")을 받는 사람들을 위한 보장 증명서 부칙"*(저소득 보조금 부칙 또는 LIS 부칙)이라고 하는 별도의 안내서를 [*insert as appropriate:* 동봉 *OR* 발송]했습니다. 이 안내서가 없을 경우, 가입자 서비스부에 전화하여 "LIS 부칙"을 요청하십시오.

Medicare 파트 B 및 파트 D 보험료는 소득에 따라 다릅니다. 이러한 보험료에 대해 궁금한 점이 있는 경우*Medicare & You* *2024* 안내 책자의 "2024년 Medicare 비용" 섹션을 검토하십시오. 사본이 필요한 경우, Medicare 웹사이트([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov))에서 다운로드할 수 있습니다. 또는 연중무휴 24시간 언제든지 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 인쇄본을 주문할 수 있습니다. TTY 사용자인 경우 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.

#### 섹션 4.1 플랜 보험료

당사의 플랜 가입자는 월 플랜 보험료를 납부해야 합니다. [*Select one of the following*: 2024년의 경우 *[insert 2024 plan name]*에 대한 월간 보험료는 *[insert monthly premium amount]*입니다. *OR* 아래 표는 당사에서 서비스를 제공하는 각 지역의 월간 플랜 보험료 금액을 보여줍니다. *OR* 아래의 표는 서비스 지역에서 당사가 제공하는 각 플랜의 월 플랜 보험료를 보여줍니다. *OR* *[insert 2024 plan name]*의 월 보험료는 *[describe attachment]*에 열거되어 있습니다. *[Plans may insert a list of or table with the state/region and monthly plan premium amount for each area included within the EOC. Plans may also include premium(s) in an attachment to the EOC]*.]

[Plans with no premium should replace the preceding paragraph with: *[insert 2024 plan name]*에 대해별도의 월 플랜 보험료는 납부하지 않아도 됩니다]*.*

[*Insert if applicable:* 귀하의 보장은 귀하의 현재 고용주나 전 고용주 또는 조합과의 계약을 통해 제공됩니다. 플랜 보험료에 대한 정보는 고용주 또는 조합의 혜택 관리자에게 문의해 주십시오.]

#### 섹션 4.2 월 Medicare 파트 B 보험료

많은 가입자는 다른 Medicare 보험료를 납부해야 합니다.

*[Plans that include a Part B premium reduction benefit may describe the benefit within this section.]*

[*Plans with no monthly premium, omit:* 월간 플랜 보험료 납부 이외에도] **귀하는 플랜 가입자 자격 유지를 위해 Medicare 보험료를 계속 납부해야 합니다.** 여기에는 파트 B에 대한 보험료가 포함되며, 보험료가 무료인 파트 A에 가입할 자격이 없는 가입자에게 영향을 미치는 파트 A에 대한 보험료도 포함될 수 있습니다.

#### 섹션 4.3 파트 D 지연 가입 벌금

일부 가입자는 파트 D **가입 지연 벌금**을 납부해야 합니다. 파트 D 가입 지연 벌금은 초기 가입 기간이 끝난 후 언제든지 파트 D 또는 유효 기타 처방약 보장에 가입하지 않은 기간이 연속으로 63일 이상 지나면 파트 D 보장에 대해 지불해야 하는 추가 보험료입니다. 유효 처방약 보장은 평균적으로 최소한 Medicare의 표준 처방약 보장만큼의 보험료를 지급할 것으로 예상되므로 Medicare의 최소 표준을 충족하는 보장입니다. 가입 지연 벌금에 대한 비용은 파트 D 또는 기타 유효 처방약 보장이 없던 기간에 따라 달라집니다. 파트 D 보장에 가입되어 있는 동안에는 이 벌금을 납부해야 합니다.

파트 D 가입 지연 벌금은 월 또는 분기 보험료에 추가됩니다. *[Plans that do not allow quarterly premium payments, omit the quarterly portion of the sentence above.] [insert 2024 plan name]*에 첫 가입 시, 당사에서 벌금액을 알려드립니다. [*Insert the following text if the plan disenrolls for failure to pay premiums*: 파트 D 지연 가입 벌금을 납부하지 않을 경우, 처방약 혜택을 상실할 수 있습니다.]

[*Plans with no plan premium, delete the first sentence in the paragraph above and continue with the remainder of the paragraph.*]

다음의 경우에는 벌급을 납부하지 **않아도** 됩니다.

* Medicare로부터 처방약 비용 지불과 관련해 추가 도움("Extra Help")을 받는 경우.
* 유효 보장 없이 연속으로 63일이 지나지 않은 경우.
* 전 고용주, 노조, TRICARE 또는 재향 군인과 등의 다른 출처를 통해 유효 약 보장에 가입한 적이 있는 경우. 귀하의 보험사 또는 인사부에서 매년 의약품 보장이 유효한 보장인지 알려드릴 것입니다. 이 정보는 서신으로 발송되거나 플랜의 뉴스레터에 포함될 수 있습니다. 추후 Medicare 의약품 플랜에 가입할 때 필요할 수 있으므로 해당 정보를 보관해 두십시오.
  + **참고:** 모든 통지에는 귀하가 Medicare의 표준 처방약 플랜이 지급하는 금액만큼 지급할 것으로 예상되는 유효 처방약 보장에 가입되어 있음이 명시되어 있어야 합니다.
  + **참고:** 처방약 할인 카드, 무료 클리닉 및 의약품 할인 웹사이트는 유효 처방약 보장에 해당하지 *않습니다*.

**벌금액은 Medicare에서 결정합니다.** 결정 방법은 다음과 같습니다.

* 처음 파트 D에 가입할 자격이 생긴 후 파트 D 또는 기타 유효 처방약 보장 없이 63일 이상이 지난 경우, 플랜은 귀하가 보장 없이 지낸 전체 개월 수를 계산합니다. 벌금은 유효 보장에 가입하지 않은 개월마다 1%입니다. 예를 들어, 보장에 가입하지 않고 14개월이 지난 경우 벌금은 14%입니다.
* 그런 다음 Medicare는 전년도 전국 Medicare 의약품 플랜의 월 평균 보험료 금액을 결정합니다. [*Insert EITHER:* 2024년의 경우 이 평균 보험료는 $*[insert 2024 national base beneficiary premium]*입니다 *OR* 2023년의 경우 이 평균 보험료는 $*[insert 2023 national base beneficiary premium]*입니다. 이 금액은 2024년에 변경될 수 있습니다.]
* 월 벌금을 계산하려면 벌금 비율과 월 평균 보험료를 곱한 다음 가장 가까운 10센트 단위로 반올림합니다. 예를 들어 $*[insert base beneficiary premium]*의 14%는 $*[insert amount]*입니다. 이는 $*[insert amount]*를 반올림한 금액입니다. 이 금액은 **파트 D 가입 지연 벌금을 납부해야 하는 사람의 월 보험료**에 추가됩니다.

이 월 파트 D 가입 지연 벌금에 대해 다음과 같은 세 가지 중요 사항에 유의해야 합니다.

* 첫째, 평균 월 보험료가 매년 변경될 수 있기 때문에 **벌금은 매년 변경될 수 있습니다**.
* 둘째, 플랜을 변경하더라도 Medicare 파트 D 의약품 혜택이 제공되는 플랜에 가입되어 있는 동안에는 매월 **벌금을 계속 납부해야 합니다**.
* 셋째, 65세 미만이고 현재 Medicare 혜택을 받고 있는 경우, 65세가 되면 파트 D 가입 지연 벌금이 초기화됩니다. 65세 이후에는 고령자가 Medicare에 가입해야 하는 초기 가입 기간이 지난 후 보장에 가입하지 않은 개월 수에 대해서만 파트 D 가입 지연 벌금이 부과됩니다.

**파트 D 가입 지연 벌금에 대해 동의하지 않는 경우 귀하 또는 대리인이 심사를 요청할 수 있습니다.** 일반적으로 귀하는 가입 지연 벌금을 납부해야 한다는 서신을 받은 날로부터 **60일 이내에** 이 심사를 요청해야 합니다. 그러나 당사 플랜에 가입하기 전에 벌금을 납부하고 있었던 경우, 가입 지연 벌금에 대한 심사를 요청할 기회를 다시 얻지 못할 수 있습니다.

[*Insert the following text if the plan disenrolls for failure to pay premiums*: **중요:** 가입 지연 벌금과 관련된 결정에 대한 심사가 완료되기를 기다리는 동안 파트 D 가입 지연 벌금 납부를 중단하지 마십시오. 벌금 납부를 중단하면 플랜 보험료 미납부로 인해 가입이 취소될 수 있습니다.]

#### 섹션 4.4 소득관련 월별 조정금액

일부 가입자는 파트 D 소득 관련 월 조정 금액(또는 IRMAA)으로 알려진 추가 비용을 지불해야 할 수 있습니다. 추가 비용은 2년 전 IRS 세금 신고서에 보고된, 귀하의 수정된 총 소득을 사용하여 파악됩니다. 해당 금액이 특정 금액 이상인 경우, 귀하는 표준 보험료 금액 및 추가 IRMAA를 납부하게 됩니다. 소득에 따라 지불해야 할 추가 금액에 대한 자세한 정보를 확인하려면 <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>를 방문하십시오.

추가 금액을 지불해야 하는 경우, Medicare 플랜이 아니라 사회보장국에서 추가 금액을 알려주는 서신을 발송합니다. 귀하의 월 금전전 혜택이 추가로 지불해야 할 금액을 충당하기에 충분하지 않는 한, 평소 플랜 보험료를 납부하는 방식에 관계없이 추가 금액은 사회보장국, 철도 은퇴 위원회 또는 인사 관리실 혜택 확인에서 원천 징수됩니다. 혜택 수표가 추가 금액을 충당하기에 충분하지 않은 경우 Medicare로부터 청구서를 받게 됩니다. **정부에 추가 금액을 지불해야 합니다. 월 플랜 보험료와 함께 납부할 수 없습니다. 추가 금액을 지불하지 않으면 플랜에서 탈퇴되고 처방약 보장을 잃게 됩니다.**

추가 금액 지불에 동의하지 않는 경우사회보장국에 결정을 심사해 줄 것을 요청할 수 있습니다. 요청 방법에 대해 자세히 알아보려면 사회보장국에 1-800-772-1213  
(TTY 1-800-325-0778)번으로 전화를 걸어 문의하십시오.

### 섹션 5 월 보험료에 대한 자세한 정보

#### 섹션 5.1 플랜 보험료를 납부하는 여러 가지 방법

*[Plans indicating in Section 4.1 that there is no monthly premium: Rename this section:* 파트 D 지연 가입 벌금을 납부할 때 여러 방법으로 벌금을 납부할 수 있습니다. *and use the alternative text as instructed below.]*

플랜 보험료를 납부하는 방법에는 *[insert number of payment options]*가지가 있습니다.

[*Plans without a monthly premium: Replace the preceding two paragraphs with the following:* 벌금을 납부할 수 있는 *[insert number of payment options]*가지 방법이 있습니다.] *[Plans must indicate how the member can inform the plan of the procedure for changing that choice.]*

옵션 1: 수표로 납부

*[Insert plan specifics regarding premium/penalty payment intervals (e.g., monthly, quarterly- please note that members must have the option to pay their premiums monthly), how they can pay by check, including an address, whether they can drop off a check in person, and by what day the check must be received (e.g., the 5th of each month). It should be emphasized that checks should be made payable to the Plan and not CMS nor HHS. If the Plan uses coupon books, explain when they will receive it and to call Member Services for a new one if they run out or lose it. In addition, include information if you charge for bounced checks.]*

옵션 2: *[Insert option type]*

*[If applicable: Insert information about other payment options. Or delete this option.*

*Include information about all relevant choices (e.g., automatically withdrawn from your checking or savings account, charged directly to your credit or debit card, or billed each month directly by the plan). Insert information on the frequency of automatic deductions (e.g., monthly, quarterly – please note that members must have the option to pay their premiums monthly), the approximate day of the month the deduction will be made, and how this can be set up. Please note that furnishing discounts for members who use direct payment electronic payment methods is prohibited.]*

*[Include the option below only if applicable. SSA only deducts plan premiums below $300.]*

옵션 *[insert number]*: 월별 사회보장 수표에서 보험료 공제

**[*plans with a premium insert:* 플랜 보험료] [*plans without a premium insert:*** **파트 D 지연 가입 벌금]** **납부 방법 변경.** [*plans with a premium insert:* 플랜 보험료][*plans without a premium insert:* 파트 D 지연 가입벌금], 납부 옵션을 변경하기로 결정한 경우, 신규 납부 방법이 적용되기까지 최대 3개월이 소요될 수 있습니다. 귀하는 신규 납부 방법에 대한 요청을 처리하는 동안 [*plans with a premium insert:* 플랜 보험료] [*plans without a premium insert:* 파트 D 지연 가입 벌금]을(를) 제때 지불해야 하는 책임이 있습니다. 납부 방법을 변경하려면 *[Plans must indicate how the member can inform the plan of the procedure for changing that choice.]*

플랜 보험료를 납부하는 데 어려움이 있는 경우 어떻게 해야 합니까?

*[Plans that do not disenroll members for non-payment may modify this section as needed.]*

귀하의 플랜 보험료 지불 기한은 *[insert day of the month]*까지입니다. *[Plans with no premium:* 파트 D 지연 가입 벌금을 지불해야 하는 경우 *[insert day of the month]*까지 당사 사무실에서 납부해야 합니다. *[insert day of the month]*까지 귀하의 지불을 받지 못하는 경우 당사는 귀하의 보험료 지불이 *[insert length of plan grace period]* 이내에 수령되지 않으면 플랜 가입이 종료된다는 통지문을 보내드립니다.

보험료를 제때 납부하는 데 어려움이 있는 경우, 가입자 서비스부에 문의하여 귀하의 플랜 보험료에 도움이 되는 프로그램을 안내해 드릴 수 있는지 알아보십시오.

귀하가 보험료를 납부하지 않아 가입이 종료되는 경우 귀하는 Original Medicare에 따라 건강 보장을 계속 갖게 됩니다. 또한, 귀하가 연간 가입 기간에 새로운 플랜에 가입하는 경우 다음 연도까지는 파트 D 보장을 받지 못할 수 있습니다. (유효 의약품 보장이 없는 상황이 63일 이상 지속되는 경우, 파트 D 보장을 이용하시는 한 파트 D 지연 가입 벌금을 내셔야 합니다.)

[*Insert if applicable:* 가입이 종료된 후에도 귀하가 지급하지 않은 보험료를 당사에 지불해야 할 수 있습니다. [*Insert one or both statements as applicable for the plan:* 당사는 미납액 회수를 추적할 권리가 있습니다. *AND/OR* 향후 당사 플랜(또는 당사가 제공하는 다른 플랜)에 재가입을 원하는 경우, 가입 전에 미납액을 납부해야 합니다.]]

가입이 부당하게 종료되었다고 생각하는 경우, 귀하는 불만 제기(고충 제기라고도 함)를 할 수 있습니다. 불만 제기 방법은 7장을 참고하십시오. 귀하가 통제할 수 없는 응급 상황으로 인해 유예 기간 동안 [*plans with a premium insert:* 플랜 보험료] [*plans without a premium insert:* 파트 D 지연 가입 벌금(미납된 경우)]을(를) 납부하지 못했다면 불만 제기를 할 수 있습니다. 불만이 제기되면 당사에서 결정을 다시 심사합니다. 본 문서의 7장 섹션 7에는 불만 제기 방법이 설명되어 있습니다. *[insert phone number]*에 문의하셔도 좋습니다(운영 시간: *[insert hours of operation]*). TTY 사용자는 *[insert TTY number]*번으로 연락하십시오. 귀하의 가입 종료 날짜로부터 최소 60일 이내에 요청해야 합니다.

#### 섹션 5.2 연중에 플랜 월 보험료가 바뀔 수 있습니까?

**바꿀 수 없습니다.** 당사는 연중에 플랜의 월 플랜 보험료에 대해 청구하는 금액을 변경할 수 없습니다. 당사가 다음 연도의 월 플랜 보험료를 변경하는 경우 9월에 통지하고 1월 1일부터 변경 사항이 적용됩니다.

그러나 경우에 따라 귀하가 납부해야 하는 보험료의 일부가 연중에 변경될 수 있습니다. 이는 귀하가 추가 도움("Extra Help") 프로그램의 수혜 자격이 되거나 연중에 추가 도움("Extra Help") 프로그램의 수혜 자격을 상실하는 경우에 발생합니다. 가입자가 처방약 비용에 대해 추가 도움("Extra Help")을 받을 자격이 있는 경우, 추가 도움("Extra Help") 프로그램에서 가입자의 월 플랜 보험료의 일부를 지급합니다. 연중에 자격을 상실한 가입자는 월 보험료 전액을 납부하기 시작해야 합니다. 추가 도움("Extra Help") 프로그램에 대한 자세한 정보는 2장의 섹션 7에서 확인할 수 있습니다.

### 섹션 6 플랜 가입자 기록을 최신 상태로 유지

*[In the heading and this section, plans should substitute the name used for this file if different from membership record.]*

귀하의 가입자 기록에는 귀하의 주소 및 전화번호를 포함한 가입 양식에 포함된 정보가 있습니다. 특정 플랜 보장을 확인할 수 있습니다.

플랜 네트워크에 속해 있는 약사는 귀하에 대한 정확한 정보를 보유하고 있어야 합니다. 이러한 네트워크 제공자는 귀하의 가입자 기록을 이용하여 보장되는 의약품, 귀하의 비용 분담금을 파악합니다. 따라서 귀하의 정보를 최신 상태로 유지할 수 있도록 당사를 도와주는 것이 매우 중요합니다.

**다음과 같은 변경 사항이 발생하면 당사에 알리십시오.**

* 이름, 주소 또는 전화번호가 변경되는 경우
* 귀하가 가입한 기타 의료 또는 약 보험 보장(예: 귀하의 고용주, 배우자 또는 동거인의 고용주, 산재 보상 또는 Medicaid 등)과 관련하여 변경 사항이 있는 경우
* 자동차 사고로 인한 청구와 같은 책임 청구가 있는 경우
* 요양원에 입원한 경우
* 귀하의 지정 책임자(예: 간병인)가 바뀌는 경우

이 정보에 변경 사항이 있으면 가입자 서비스부에 전화하여 알려주십시오. *[Plans that allow members to update this information on-line may describe that option here.]*

또한 이사를 가거나 우편 주소가 변경되는 경우 사회보장국에 연락해야 합니다. 사회보장국의 전화번호 및 연락처 정보는 2장의 섹션 5에서 확인할 수 있습니다.

### 섹션 7 다른 보험이 당사의 플랜과 연동되는 방식

기타 보험

*[Plans collecting information by phone revise heading and section as needed to reflect process.]* Medicare는 귀하가 갖고 있는 기타 의료 또는 의약품 보험 보장에 관한 정보를 귀하로부터 수집할 것을 요구합니다. 이는 당사에서 귀하가 가입한 다른 보장과 당사 플랜에 따른 혜택을 조정해야 하기 때문입니다. 이것을 **혜택 조정**이라고 합니다.

당사는 매년 1회 당사가 알고 있는 기타 의료 또는 의약품 보험 보장 범위가 나열된 서신을 보내드립니다. 이 정보를 주의 깊게 읽으시기 바랍니다. 정보가 정확한 경우 아무 조치도 취할 필요가 없습니다. 정보가 정확하지 않거나 서신에 기재되지 않은 다른 보장을 보유하고 있는 경우, 가입자 서비스 부서로 연락해 주시기 바랍니다. 귀하는 청구서 금액이 제때 납부되도록 귀하의 다른 보험사에 귀하의 플랜 가입자 ID 번호를 알려주어야 할 수 있습니다(타 보험사를 확인한 후).

귀하가 다른 보험(고용주가 제공하는 단체 건강 보장 등)이 보유하고 있는 경우 당사 플랜 또는 다른 보험 중 어느 보험에서 먼저 비용을 지급하는지는 Medicare에서 정한 규칙에 따라 결정됩니다. 먼저 비용을 지불하는 보험을 일차 지불인이라고 하며, 일차 지불인이 보장 한도까지 비용을 지불합니다. 두 번째로 비용을 지불하는 보험을 이차 지불인이라고 하며, 이차 지불인은 일차 보장에서 보장되지 않은 비용이 남아 있는 경우에만 해당 비용을 지불합니다. 이차 지불인은 보장되지 않은 비용을 모두 지급하지 않을 수도 있습니다. 다른 보험이 있는 경우 귀하의 담당 의사, 병원 및 약국에 알려주십시오.

이러한 규칙은 다음과 같은 고용주 또는 노조의 단체 건강 플랜 보장에 적용됩니다.

* 은퇴자 보장에 가입한 경우, Medicare에서 먼저 비용을 지불합니다.
* 단체 건강 플랜 보장이 귀하 또는 가족 구성원의 현재 고용에 기반하는 경우, 일차 지불인은 귀하의 연령, 고용주의 직원 수 및 귀하가 연령, 장애 또는 말기 신장 질환(ESRD)에 따라 Medicare에 가입했는지 여부에 따라 달라집니다.
  + 귀하가 65세 미만이며 장애가 있으며 귀하 또는 가족 구성원이 일을 하고 있거나, 고용주의 직원 수가 100명 이상이거나, 여러 개의 고용주 플랜 중에서 직원이 100명 이상인 고용주가 1명 이상인 경우 귀하의 단체 건강 플랜에서 먼저 비용을 지불합니다.
  + 귀하가 65세 이상이며 귀하, 배우자 또는 동거인이 일을 하고 있거나, 고용주의 직원 수가 20명 이상이거나 여러 개의 고용주 플랜 중에서 직원이 20명 이상인 고용주가 1명 이상인 경우 귀하의 단체 건강 플랜에서 먼저 비용을 지불합니다.
* ESRD로 인해 Medicare에 가입한 경우, Medicare 가입 자격이 생긴 후 첫 30개월 동안은 귀하의 단체 건강 플랜에서 먼저 비용을 지불합니다.

이러한 유형의 보장은 일반적으로 각 유형과 관련된 서비스에 대해 먼저 비용을 지불합니다.

* 무과실 책임 보험(자동차 보험 포함)
* 책임 보험(자동차 보험 포함)
* 탄진폐증 혜택
* 산재보험

Medicaid 및 TRICARE는 Medicare에서 보장하는 서비스에 대해 먼저 비용을 지불하지 않습니다. 이러한 보험은 Medicare, 고용주 단체 건강 플랜 및/또는 Medigap이 비용을 지불한 후에만 비용을 지불합니다.

## 2장: *중요 전화번호 및 자료*

### 섹션 1 *[Insert 2024 plan name]* 연락처 (가입자 서비스 부서에 연락하는 방법을 포함하여 당사에 문의하는 방법)

당사 플랜의 가입자 서비스 부서에 문의하는 방법

청구, 지불 또는 가입자 카드와 관련하여 궁금한 사항이 있는 경우 *[insert 2024 plan name]* 가입자 서비스부로 전화 또는 서신으로 연락하십시오. 기꺼이 도와드리겠습니다.

| 방법 | 가입자 서비스 부서 – 연락처 정보 |
| --- | --- |
| **전화** | *[Insert phone number(s)]*  이 번호는 무료 전화번호입니다. *[Insert days and hours of operation, including information on the use of alternative technologies.]*  가입자 서비스 부서에서는 영어를 구사할 수 없는 가입자를 위해 무료 통역 서비스도 제공하고 있습니다. |
| **TTY** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* 이 번호는 특수한 전화 장비가 필요하며 청각 장애 또는 언어 장애가 있는 사람만을 위한 것입니다.]  이 번호는 무료 전화번호입니다. *[Insert days and hours of operation.]* |
| **팩스** | *[Optional: insert fax number]* |
| **서신** | *[Insert address]*  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **웹사이트** | *[Insert URL]* |

*[****Note****: If your plan uses the same contact information for the Part D coverage determinations, appeals, and/or complaints, you may combine the appropriate sections below.]*

보장 결정 또는 이의 제기를 요청할 때 당사로 연락하는 방법

보장 결정은 가입자의 보장 또는 가입자의 파트 D 처방약 비용에 대해 당사가 부담할 금액에 대해 결정을 내리는 것입니다. 이의 제기는 당사에게 보장 결정을 검토하고 변경하도록 요청하는 공식적인 방법입니다. 귀하의 파트 D 처방약에 관해 보장 결정이나 이의 제기를 하는 것에 대한 자세한 내용은 7장*(문제나 불만 사항이 있을 경우 대응 방법(보장 결정, 이의 제기, 불만 제기))*을 참고하십시오.

| 방법 | **보장 결정 및 파트 D 처방약에 대한 이의 제기 – 연락처 정보** |
| --- | --- |
| **전화** | *[Insert phone number]*  해당 번호는 무료 *[insert if applicable:* 요금이 아닌*]* 전화번호입니다. *[Insert days and hours of operation]* *[****Note****: You may also include reference to 24-hour lines here.] [****Note****: If you have a different number for accepting expedited coverage determinations, also include that number here.]* |
| **TTY** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* 이 번호는 특수한 전화 장비가 필요하며 청각 장애 또는 언어 장애가 있는 사람만을 위한 것입니다.]  해당 번호는 무료 전화번호입니다. *[Insert days and hours of operation] [****Note****: If you have a different TTY number for accepting expedited coverage determinations, also include that number here.]* |
| **팩스** | *[Optional: insert fax number] [****Note****: If you have a different fax number for accepting expedited coverage determinations, also include that number here.]* |
| **서신** | *[Insert address]* *[****Note****: If you have a different address for accepting expedited coverage determinations, also include that address here.]*  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **웹사이트** | *[Optional:* *Insert URL]* |

불만을 제기하기 위해 당사에 연락하는 방법

귀하는 귀하가 받는 의료 품질에 대한 불만 등 당사 또는 당사의 네트워크 약국에 대해 불만을 제기할 수 있습니다. 이러한 유형의 불만에는 보장 또는 보험금 지급 분쟁이 포함되지 않습입니다. 불만을 제기하는 방법에 대한 자세한 정보는 7장*(문제 또는 불만 사항이 있을 경우 해야 할 일(보장 범위 결정, 이의 제기, 불만 제기))*을 참조하시기 바랍니다.

| 방법 | 불만 제기 – 연락 정보 |
| --- | --- |
| **전화** | *[Insert phone number]*  해당 번호는 무료 *[insert if applicable:* 요금이 아닌*]* 전화번호입니다. *[Insert days and hours of operation]* *[****Note****: You may also include reference to 24-hour lines here.] [****Note****: If you have a different number for accepting expedited grievances, also include that number here.]* |
| **TTY** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* 이 번호는 특수한 전화 장비가 필요하며 청각 장애 또는 언어 장애가 있는 사람만을 위한 것입니다.]  해당 번호는 무료 전화번호입니다. *[Insert days and hours of operation] [****Note****: If you have a different TTY number for accepting expedited grievances, also include that number here.]* |
| **팩스** | *[Optional: insert fax number] [****Note****: If you have a different fax number for accepting expedited grievances, also include that number here.]* |
| **서신** | *[Insert address]* *[****Note****: If you have a different address for accepting expedited grievances, also include that address here.]*  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **MEDICARE 웹사이트** | Medicare에 직접 *[insert 2024 plan name]*에 대한 불만 사항을 제출할 수 있습니다. Medicare에 온라인으로 불만을 제기하려면 [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx)로 이동하십시오. |

귀하가 받은 의학적 치료 또는 의약품에 대한 당사의 분담금을 지불하도록 요청을 보낼 수 있는 곳

보장 확정 절차에는 귀하가 받은 약 비용 중에서 플랜 분담액을 지급하라는 요청을 결정하는 것이 포함됩니다. 당사에서 부담해야 한다고 생각하는 청구서를 받았거나 약(예: 약국)에 대한 비용을 지불한 경우 당사에 환급을 요청하거나 약국 청구서의 비용을 지급하도록 요청할 수 있습니다. 5장*(보장 의약품의 당사 분담금을 지급하도록 당사에 요청하기)*을 참조하십시오.

참고:당사에 지불 요청을 보냈으나 당사가 요청의 일부를 거부하는 경우 귀하는 당사의 결정에 대해 이의를 제기할 수 있습니다. 자세한 정보는 7장*(문제 또는 불만 사항이 있을 경우 해야 할 일(보험 적용 범위 결정 사항, 이의 제기, 불만 제기))*을 참조하십시오.

| 방법 | Payment Requests – Contact Information |
| --- | --- |
| **전화** | *[Optional: Insert phone number and days and hours of operation] [****Note****: You are required to accept payment requests in writing, and may choose to also accept payment requests by phone.]*  해당 번호는 무료 [*insert if applicable:* 요금이 아닌] 전화번호입니다. |
| **TTY** | *[Optional: Insert number] [****Note****: You are required to accept payment requests in writing, and may choose to also accept payment requests by phone.]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* 이 번호는 특수한 전화 장비가 필요하며 청각 장애 또는 언어 장애가 있는 사람만을 위한 것입니다.]  해당 번호는 무료 전화번호입니다. *[Insert days and hours of operation]* |
| **팩스** | *[Optional: Insert fax number] [****Note****: You are required to accept payment requests in writing, and may choose to also accept payment requests by fax.]* |
| **서신** | *[Insert address]*  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **웹사이트** | *[Insert URL]* |

### 섹션 2 Medicare (연방 Medicare 프로그램에서 직접 지원과 정보를 얻는 방법)

Medicare는 65세 이상의 노인, 65세 미만의 일부 장애인 및 말기 신장 질환(투석이나 신장 이식이 필요한 영구적인 신부전) 환자를 위한 연방 건강 보험 프로그램입니다.

Medicare를 담당하는 연방 기관은 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS라고도 함)입니다. 이 기관은 당사를 포함한 Medicare 처방약 플랜과 계약을 맺었습니다.

| 방법 | Medicare – 연락처 정보 |
| --- | --- |
| **전화** | 1-800-MEDICARE 또는 1-800-633-4227  이 번호는 무료 전화번호입니다.  연중무휴 24시간 운영됩니다. |
| **TTY** | 1-877-486-2048  이 번호는 특수한 전화 장비가 필요하며 청각 장애 또는 언어 장애가 있는 사람만을 위한 것입니다.  이 번호는 무료 전화번호입니다. |
| **웹사이트** | [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)  이 웹사이트는 Medicare의 공식 정부 웹사이트입니다.Medicare에 관한 최신 정보와 현재의 Medicare 관련 사안을 제공합니다. 또한 병원, 요양 시설, 의사, 재택 의료 지원소, 투석 시설에 대한 정보도 제공합니다. 웹사이트에는 컴퓨터에서 직접 인쇄할 수 있는 문서가 포함되어 있습니다. 거주하는 주의 Medicare 연락처도 확인할 수 있습니다.  또한 Medicare 웹사이트는 Medicare 자격 및 가입 옵션에 대한 자세한 정보와 다음과 같은 도구도 제공합니다.   * **Medicare 자격 확인 도구:** Medicare 자격 상태 정보를 제공합니다. * **Medicare 플랜 찾기:** 지역에서 이용할 수 있는 Medicare 처방약 플랜, Medicare 건강 플랜, Medigap(Medicare 보충 보험) 보험에 대한 개인맞춤 정보를 제공합니다. 이러한 도구는 여러 가지 Medicare 플랜에서 귀하의 본인 부담 비용에 대한 예상치를 알려 드립니다. |
| **웹사이트(계속)** | 웹사이트를 통해 *[insert 2024 plan name]*와(과) 관련한 불만 사항을 Medicare에 알릴 수도 있습니다.   * **Medicare에 불만 사항 제기:** Medicare에 직접 *[insert 2024 plan name]*에 대한 불만 사항을 제출할 수 있습니다. Medicare에 불만 사항을 제출하려면 [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx)로 이동하십시오. Medicare는 귀하의 불만 사항을 중요하게 생각하며 제공해 주신 정보를 바탕으로 Medicare 프로그램의 품질을 개선할 것입니다.   컴퓨터를 소유하고 있지 않은 경우, 도서관 또는 노인 복지관의 도움을 받아 해당 장소에 마련된 컴퓨터를 사용하여 웹사이트를 방문할 수 있습니다. 또는 Medicare에 전화하여 찾고 있는 정보를 요청할 수 있습니다. 이들 기관에서는 웹사이트에서 해당 정보를 찾아 귀하와 함께 검토할 것입니다. (Medicare에서 연중무휴 운영하는  1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 연락할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 연락하십시오.) |

### 섹션 3 주정부 건강 보험 지원 프로그램 (Medicare에 관한 질문에 대한 무료 도움말, 정보 및 답변)

*[Organizations offering plans in multiple states: Revise the second and third paragraphs in this section to use the generic name (State Health Insurance Assistance Program or SHIP), and include a list of names, phone numbers, and addresses for all SHIPs in your service area. Plans have the option of including a separate exhibit to list information for all states in which the plan is filed, and should refer to that exhibit below.]*

주정부 건강 보험 지원 프로그램(SHIP)은 모든 주에서 교육을 받은 상담원이 도움을 주는 정부 프로그램입니다. *[Multiple-state plans inserting information in an exhibit, replace rest of this paragraph with a sentence referencing the exhibit where members will find SHIP information.]* [*Multiple-state plans inserting information in the EOC add:* 다음은 당사가 서비스를 제공하는 각 주의 주정부 건강 보험 지원 프로그램 목록입니다.] *[Multiple-state plans inserting information in the EOC use bullets for the following sentence, inserting separate bullets for each state*.*] [insert state]*에서 SHIP는 *[insert state-specific SHIP name]*(이)라고 합니다.

*[Insert state-specific SHIP name]*은(는) Medicare 가입자에게 지역 건강 보험 상담을 무료로 제공하기 위해 연방 정부로부터 자금을 수령하는 독립적인(보험 회사 또는 건강 플랜과 연결되어 있지 않은) 주 프로그램입니다.

*[Insert state-specific SHIP name]* 상담사는 Medicare 이용 시 귀하의 권리를 이해할 수 있도록 돕고, 진료 또는 치료와 관련하여 불만 제기를 지원하고, Medicare 청구서에 대한 문제를 해결할 수 있도록 도움을 드립니다. *[Insert state-specific SHIP name]* 상담사는 Medicare와 관련된 질문이나 문제에 대해서도 도움을 드리고Medicare 플랜의 선택안을 이해하고 플랜 변경에 관한 질문에 답변을 드립니다.

| SHIP 및 기타 리소스에 액세스하는 방법: |
| --- |
| <https://www.shiphelp.org>를 방문하십시오(페이지 중앙의 SHIP LOCATOR 클릭).  홈페이지 중앙에 있는 **상담하기(Talk to Someone)** 클릭  다음의과 같은 옵션을 사용할 수 있습니다.  옵션 1: **1-800-MEDICARE 담당자와 실시간으로 채팅할** 수 있습니다.   * + - * 옵션 2: 드롭다운 메뉴에서 거주하는 **주**를 선택하고 이동(GO)을 클릭합니다. 그러면 거주하는 주에 해당하는 전화번호와 리소스가 있는 페이지로 이동됩니다. |

| 방법 | *[Insert state-specific SHIP name]* [*If the SHIP's name does not include the name of the state, add:* (*[insert state name]* SHIP)] – 연락처 정보 |
| --- | --- |
| **전화** | *[Insert phone number(s)]* |
| **TTY** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the SHIP uses a direct TTY number:* 이 번호는 특수한 전화 장비가 필요하며 청각 장애 또는 언어 장애가 있는 사람만을 위한 것입니다.] |
| **서신** | *[Insert address]*  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **웹사이트** | *[Insert URL]* |

### 섹션 4 품질 개선 기관

*[Organizations offering plans in multiple states: Revise the second and third paragraphs of this section to use the generic name (Quality Improvement Organization) when necessary, and include a list of names, phone numbers, and addresses for all QIOs in your service area. Plans have the option of including a separate exhibit to list the QIOs in all states, or in all states in which the plan is filed, and should refer to that exhibit below.]*

각 주에는 Medicare 수혜자를 담당하는 지정된 품질 개선 기관이 있습니다. *[Multi-state plans inserting information in an exhibit, replace rest of this paragraph with a sentence referencing the exhibit where members will find QIO information.]* [*Multiple-state plans inserting information in the EOC add*: 다음은 당사가 서비스를 제공하는 각 주의 품질 개선 기관 목록입니다.] *[Multi-state plans inserting information in the EOC use bullets for the following sentence, inserting separate bullets for each state.]* *[insert state*]에서는 품질 개선 기관을 *[insert state-specific QIO name]*(이)라고 합니다.

*[Insert state-specific QIO name]*에는 Medicare에서 급여를 지급하고 Medicare 가입자에 대한 서비스 품질을 점검하고 개선하도록 도와주는 의사 및 기타 의료 서비스 전문가로 구성된 그룹이 있습니다. *[Insert state-specific QIO name]*은(는) 독립 기관입니다. 본 플랜과는 관련이 없습니다.

받은 진료 서비스의 질에 불만이 있는 경우 *[insert state-specific QIO name]*에 문의해야 합니다. 예를 들어, 잘못된 약을 투여받았거나, 잘못된 방식으로 약을 투약하는 경우 *[insert state-specific QIO name]*에 연락할 수 있습니다.

| 방법 | *[Insert state-specific QIO name]* [*If the QIO's name does not include the name of the state, add:* (*[insert state name]* 품질 개선 기관)] – 연락처 정보 |
| --- | --- |
| **전화** | *[Insert phone number(s) and days and hours of operation]* |
| **TTY** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the QIO uses a direct TTY number:* 이 번호는 특수한 전화 장비가 필요하며 청각 장애 또는 언어 장애가 있는 사람만을 위한 것입니다.] |
| **서신** | *[Insert address]*  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **웹사이트** | *[Insert URL]* |

### 섹션 5 사회보장국

사회보장국은 Medicare의 가입 자격을 결정하고 가입을 처리합니다. 65세 이상이거나, 장애 또는 말기 신장 질환이 있으며 특정 조건을 충족하는 미국 시민권자와 합법적인 영주권자는 Medicare에 가입할 수 있습니다. 이미 사회보장 수표를 받고 있는 경우, Medicare에 자동으로 가입됩니다. 아직 사회보장 수표를 받고 있지 않은 경우, Medicare에 가입해야 합니다. Medicare를 신청하려면 사회보장국에 전화하거나 지역 사회 보장국 사무소를 방문하면 됩니다.

사회보장국은 또한 소득이 높아 파트 D 의약품 보장에 대해 추가 금액을 지불해야 하는 사람을 결정합니다. 사회보장국으로부터 추가 금액을 지불해야 한다는 내용의 서신을 받았는데, 해당 금액에 대해 질문이 있거나 삶의 변화로 인해 소득이 감소한 경우, 사회보장국에 전화하여 재심사를 요청할 수 있습니다.

이사를 가거나 우편 주소가 변경되는 경우 사회보장국에 연락하여 알려야 합니다.

| 방법 | 사회보장국 – 연락처 정보 |
| --- | --- |
| **전화** | 1-800-772-1213  이 번호는 무료 전화번호입니다.  연락 가능한 시간은 월요일부터 금요일까지 오전 8시에서 오후 7시 사이입니다.  사회보장국의 자동 전화 서비스를 이용할 경우 하루 24시간 언제든지 녹음된 정보를 듣고 일부 문의를 처리할 수 있습니다. |
| **TTY** | 1-800-325-0778  이 번호는 특수한 전화 장비가 필요하며 청각 장애 또는 언어 장애가 있는 사람만을 위한 것입니다.  이 번호는 무료 전화번호입니다.  연락 가능한 시간은 월요일부터 금요일까지 오전 8시에서 오후 7시 사이입니다. |
| **웹사이트** | [www.ssa.gov/](http://www.ssa.gov/) |

### 섹션 6 Medicaid

*[Organizations offering plans in multiple states: Revise this section to include a list of agency names, phone numbers, days and hours of operation, and addresses for all states in your service area. Plans have the option of including a separate exhibit to list Medicaid information in all states or in all states in which the plan is filed and should refer to that exhibit below.]*

*[Plans may adapt this generic discussion of Medicaid to reflect the name or features of the Medicaid program in the plan's state or states.]*

Medicaid는 저소득층 및 재원이 제한적인 사람의 의료비 부담을 돕는 연방 및 주 정부의 합동 프로그램입니다. 일부 Medicare 가입자는 Medicaid에도 가입할 수 있습니다. Medicaid를 통해 제공되는 프로그램은 Medicare 가입자가 Medicare 보험료와 같은 Medicare 비용을 지불하는 데 도움이 됩니다. 이러한 **Medicare 저축 프로그램**에는 다음이 포함됩니다.

* **유자격 Medicare 수혜자(QMB):** Medicare 파트 A 및 파트 B 보험료와 기타 비용 분담금(공제액, 공동보험액 및 코페이 등)을 지불하는 데 도움이 됩니다. (QMB 혜택을 받고 있는 일부 개인은 종합 Medicaid 혜택(QMB+)도 받을 수 있습니다.)
* **특정 저소득 Medicare 수혜자(SLMB):** 파트 B 보험료를 납부하는 데 도움이 됩니다. (SLMB 혜택을 받고 있는 일부 개인은 종합 Medicaid 혜택(SLMB+)도 받을 수 있습니다.)
* **유자격 개인(QI):** 파트 B 보험료를 납부하는 데 도움이 됩니다.
* **유자격 장애인 및 근로자(QDWI):** 파트 A 보험료를 납부하는 데 도움이 됩니다.

Medicaid 및 해당 프로그램에 대한 자세한 내용은 *[insert state-specific Medicaid agency]*(으)로 문의하십시오.

| 방법 | *[Insert state-specific Medicaid agency]* [*If the agency's name does not include the name of the state, add:* (*[insert state name]* Medicaid 프로그램)] – 연락처 정보 |
| --- | --- |
| **전화** | *[Insert phone number(s) and days and hours of operation]* |
| **TTY** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the state Medicaid program uses a direct TTY number:* 이 번호는 특수한 전화 장비가 필요하며 청각 장애 또는 언어 장애가 있는 사람만을 위한 것입니다.] |
| **서신** | *[Insert address]*  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **웹사이트** | *[Insert URL]* |

### 섹션 7 처방약 비용을 지원하는 프로그램에 대한 정보

Medicare.gov 웹사이트(<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs>)에서 처방약 비용을 낮추는 방법에 대한 정보를 제공합니다. 소득이 제한적인 경우, 아래에 설명된 다른 지원 프로그램도 있습니다.

Medicare의 추가 도움("Extra Help") 프로그램

Medicare는 저소득층 및 자산이 한정된 사람들이 처방약 비용을 지불할 수 있도록 추가 도움("Extra Help")을 제공합니다. 자산에는 저축과 주식은 포함되지만 주택이나 자동차는 포함되지 않습니다. 귀하가 자격이 되는 경우 Medicare 의약품 플랜의 월 보험료, 연간 공제액 및 처방약 코페이와 공동보험액을 지불하는 데 도움을 받을 수 있습니다. 이 추가 도움("Extra Help")도 본인 부담 비용에 포함됩니다.

자동으로 추가 도움("Extra Help") 자격을 얻게 되는 경우 Medicare에서 우편으로 서신을 보내드립니다. 따라서 귀하가 직접 신청할 필요는 없습니다. 자동으로 자격을 얻지 못하는 경우 처방약 보험료 및 비용 지불을 위해 추가 도움("Extra Help")을 받을 수 있습니다. 추가 도움("Extra Help")을 받을 자격이 되는지 알아보려면 다음 연락처로 전화하십시오.

* 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227). TTY 사용자는 연중무휴 운영하는   
  1-877-486-2048로 연락하십시오.
* 사회보장국 사무소의 경우 월요일~금요일 오전 8시~오후 7시 사이에   
  1-800-772-1213으로 문의하십시오. TTY 사용자는 1-800-325-0778(신청)로 연락하십시오. 또는
* 거주하는 주의 Medicaid 사무소(신청) (연락처 정보는 이 장의 섹션 6 참조)

귀하가 추가 도움("Extra Help") 자격이 있고 약국에서 처방약을 구입할 때 잘못된 비용 분담금을 지불하고 있다고 생각하는 경우, 당사의 플랜에서 제공하는 절차에 따라 적절한 코페이 수준에 대한 증거를 확보하는 데 도움을 요청하거나 이미 증거가 있는 경우 이 증거를 당사에 제공할 수 있습니다.

* *[****Note****: Insert plan's process for allowing members to request assistance with obtaining best available evidence, and for providing this evidence.]*
* 귀하의 코페이 수준을 보여주는 증거를 받으면, 당사는 귀하가 다음번에 약국에서 처방약을 구입할 때 정확한 코페이를 지불할 수 있도록 당사의 시스템을 업데이트합니다. 귀하가 코페이를 초과 지불하는 경우에는 당사를 통해 환급받을 수 있습니다. 당사는 귀하가 초과 지불한 금액만큼 수표를 귀하에게 전달하거나 향후 코페이를 상계 처리합니다. 약국이 귀하로부터 코페이를 징수하지 않았고 귀하의 코페이를 귀하의 채무로 처리한 경우, 당사는 해당 금액을 약국에 직접 지급합니다. 주정부에서 귀하를 대신하여 지불한 경우 당사에서 주정부에 직접 해당 금액을 지급합니다. 궁금한 점이 있는 경우에는 가입자 서비스 부서에 문의하시기 바랍니다.

[*Plans in U.S. Territories, replace the Extra Help section with the following language if the EOC is used for plans only in the U.S. Territories. Add the following language to the Extra Help section if the EOC is used for plans in the U.S Territories and mainland regions:* 푸에르토리코, 버진 아일랜드, 괌, 북부 마리아나 제도, 미국 사모아에서는 소득과 재산이 제한적인 사람들이 Medicare 비용을 지불하도록 돕는 프로그램이 있습니다. 프로그램은 지역에 따라 다릅니다. 해당 규칙에 대한 자세한 내용을 알아보려면 현지 의료 지원(Medicaid) 사무소에 문의하십시오(전화번호는 이 장의 섹션 6에 나와 있음). 또는 연중무휴 운영하는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 연락하여 *Medicaid*라고 말하고 자세한 정보를 문의하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해야 합니다. 자세한 정보는 [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)에 방문하여 확인할 수도 있습니다.]

**주정부 의약품 지원 프로그램(SPAP)의 보장을 받는 경우 어떻게 해야 하나요?**

*[Plans without an SPAP in their state(s), should delete this section.]*

많은 주와 미국령 버진 아일랜드에서는 처방약, 의약품 플랜 보험료 및/또는 기타 의약품 비용 지불에 대한 지원을 제공합니다. 주정부 의약품 지원 프로그램(SPAP) 또는 파트 D 의약품에 대한 보장을 제공하는 기타 프로그램(추가 도움("Extra Help") 외)에 가입되어 있는 경우에도 보장 대상 브랜드 의약품에 대해 70% 할인을 받을 수 있습니다. 또한 플랜은 보장 공백 시 브랜드 이름 약 비용의 5%를 지급합니다. 70% 할인과 플랜이 지급하는 5%는 모두 SPAP 또는 기타 보장 전 의약품 값에 적용됩니다.

**AIDS 약물 지원 프로그램(ADAP)을 통해 보장을 받는 경우 어떻게 됩니까?**  
**AIDS 약물 지원 프로그램(ADAP)은 무엇인가요?**

AIDS 약물 지원 프로그램(ADAP)은 ADAP 자격을 갖춘 HIV/AIDS 감염인이 생명을 구할 수 있는 HIV 치료제를 이용할 수 있도록 지원합니다. ADAP 처방집에도 있는 Medicare 파트 D 처방약은 *[insert State-specific ADAP information]*을(를) 통해 처방 비용 분담금 지원을 받을 수 있는 대상입니다. **참고:** 귀하가 거주하고 있는 주에서 운영 중인 ADAP의 자격을 얻으려면 주 거주 및 HIV 상태, 주에서 규정한 저소득, 무보험/보험 부족 상태 증명 등 특정 기준을 충족해야 합니다.

주정부 의약품 지원 프로그램

*[Plans without an SPAP in their state(s), should delete this section.]*

*[Organizations offering plans in multiple states: Revise this section to include a list of SPAP names, phone numbers, and addresses for all states in your service area. Plans have the option of including a separate exhibit to list the SPAPs in all states or in all states in which the plan is filed and should refer to that exhibit below.]*

많은 주에서는 재정적 필요, 연령, 의학적 상태 또는 장애에 따라 일부 사람들의 처방약 비용을 지원하는 주정부 의약품 지원 프로그램을 운영하고 있습니다. 주마다 가입자에게 의약품 보장을 제공하는 규칙이 다릅니다.

*[Multiple-state plans inserting information in an exhibit, replace rest of this paragraph with a sentence referencing the exhibit where members will find SPAP information.]* [*Multiple-state plans inserting information in the EOC add:* 당사가 각 주에서 제공하는 주 의약품 지원 프로그램의 목록은 여기에서 확인할 수 있습니다.] *[Multi-state plans inserting information in the EOC use bullets for the following sentence, inserting separate bullets for each state.] [insert state name]* 에서 주 의약품 지원 프로그램은 *[insert state-specific SPAP name]*. 입니다.

| 방법 | *[Insert state-specific SPAP name] [If the SPAP's name does not include the name of the state, add:*(*[insert state name]* 주정부 의약품 지원 프로그램)] – 연락처 정보 |
| --- | --- |
| **전화** | *[Insert phone number(s) and days and hours of operation]* |
| **TTY** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the SPAP uses a direct TTY number:* 이 번호는 특수한 전화 장비가 필요하며 청각 장애 또는 언어 장애가 있는 사람만을 위한 것입니다.] |
| **서신** | *[Insert address]*  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **웹사이트** | *[Insert URL]* |

### 섹션 8 철도 은퇴 위원회에 연락하는 방법

철도 은퇴 위원회는 독립 연방 기관으로 미국의 철도 근로자와 그 가족을 위한 종합적인 혜택 프로그램을 관리합니다. 철도 은퇴 위원회를 통해 Medicare를 받고 있는 경우, 이사하거나 우편 주소가 변경되면 반드시 알려주십시오. 철도 은퇴 위원회에서 제공하는 혜택에 대해 궁금한 점이 있으시면 철도 은퇴 위원회에 문의하십시오.

| 방법 | 철도 은퇴 위원회 – 연락처 정보 |
| --- | --- |
| **전화** | 1-877-772-5772  이 번호는 무료 전화번호입니다.  '0번'을 누르면 월요일, 화요일, 목요일, 금요일 오전 9시부터 오후 3시 30분까지, 수요일은 오전 9시부터 오후 12시까지 RRB 담당자와 통화할 수 있습니다.  '1번'을 누르면 주말과 공휴일을 포함하여 24시간 자동화된 RRB 헬프라인 및 녹음된 정보에 액세스할 수 있습니다. |
| **TTY** | 1-312-751-4701  이 번호는 특수한 전화 장비가 필요하며 청각 장애 또는 언어 장애가 있는 사람만을 위한 것입니다.  이 번호는 무료 전화번호가 *아닙니다*. |
| **웹사이트** | [rrb.gov/](https://rrb.gov/) |

### 섹션 9 고용주가 제공하는 단체 보험 또는 기타 건강 보험에 가입되어 있나요?

귀하(또는 배우자나 동거인)이 본 플랜의 일환으로 귀하(또는 배우자나 동거인)의 고용주나 퇴직자 단체로부터 혜택을 받고 있는 경우, 궁금한 점을 문의하려면 해당 고용주/노조의 혜택 관리자 또는 가입자 서비스 부서에 연락하면 됩니다. 귀하는 귀하 본인(또는 배우자나 동거인)의 고용주 또는 퇴직자 건강 보험 혜택, 보험료 또는 가입 기간에 대해 문의할 수 있습니다. (가입자 서비스 부서의 전화번호는 본 문서의 뒷표지에 수록되어 있습니다.) 본 플랜에 따른 귀하의 Medicare 보장과 관련된 질문은   
1-800-MEDICARE(1-800-633-4227, TTY: 1-877-486-2048)로도 문의할 수 있습니다.

귀하 본인(또는 배우자나 동거인)의 고용주 또는 퇴직자 단체를 통해 다른 처방약 보장에 가입한 경우, **해당 단체의 혜택 관리자**에게 문의하시기 바랍니다.혜택 관리자는 현재 귀하의 처방약 보장이 당사의 플랜과 어떻게 협력하게 될지 판단하는 데 도움을 드릴 수 있습니다.

## 3장: *파트 D 처방약을 위한 플랜 보장 이용*

### 섹션 1 소개

이 장에서는 **파트 D 의약품에 대한 보장을 이용하는 것에 대해 설명합니다**.

당사 플랜을 통할 때 파트 D 약에 대한 보장 이외에도 Original Medicare(Medicare 파트 A 및 파트 B)도 다음 약을 보장합니다.

* Medicare 파트 A는 병원이나 전문 간호 시설에서 Medicare 보장 입원 기간에 제공되는 약에 대해 보장합니다.
* Medicare 파트 B도 일부 약에 대한 혜택을 제공합니다. 파트 B 약에는 특정 화학 요법 약, 진료실 방문 시 이용한 약 주사, 투석 시설에서 제공 받은 약 등이 포함됩니다.

위에 설명한 약의 두 가지 예는 Original Medicare가 보장합니다. (이 보장에 대한 자세한 내용은 *Medicare & You 2024* 안내 책자를 참조하십시오.) 당사의 파트 D 처방약은 당사 플랜에 따라 보장됩니다.

#### 섹션 1.1 플랜의 파트 D 의약품 보험에 대한 기본 규칙

플랜은 일반적으로 다음과 같은 기본 규칙을 따르는 의약품에 대해서 보장합니다.

* 반드시 의료 제공자(의사, 치과의사 또는 기타 처방자)가 가입자에게 처방전을 작성해야 하며 이 처방전은 해당 주 법률에 따라 유효해야 합니다.
* 귀하의 처방자는 Medicare의 제외 또는 배제 목록에 없어야 합니다.
* 일반적으로 처방약을 조제할 때 네트워크 약국을 이용해야 합니다. (섹션 2, *네트워크 약국*[*insert if applicable:* 또는 플랜의 우편 주문 서비스]*을(를) 통한 처방약 조제*를 확인하십시오.)
* 플랜의 *보장 대상 의약품 목록(처방집)*에 있는 약이어야 합니다(줄여서 "의약품 목록"이라고 합니다). (섹션 3의 *귀하의 의약품이 플랜의 "의약품 목록"에 있어야 함* 참조).
* 의약품은 반드시 의학적으로 허용된 용도로 사용되어야 합니다. *의학적으로 승인된 적응증은 의약품* 사용이 식품의약국의 승인을 받았거나 특정 참고 문헌에 의해 증명되는 경우를 말합니다. (의학적으로 승인된 적응증에 관한 자세한 정보는 섹션 3을 참조하십시오.)

### 섹션 2 네트워크 약국 [*insert if applicable:* 또는 플랜의 우편 주문 서비스]을(를) 통한 처방약 조제

#### 섹션 2.1 네트워크 약국 이용

대부분의 경우, 처방약은 플랜에 가입된 네트워크 약국에서 조제하는 *경우에만* 보장이 됩니다. (네트워크 비소속 약국에서 조제한 처방약을 보장하는 경우에 관한 내용은 섹션 2.5를 참고하십시오.)

네트워크 약국이란 플랜과 계약을 맺고 보장되는 처방약을 제공하는 약국을 말합니다. 보장 *의약품이라는* 용어는 플랜의 "의약품 목록"에 있는 모든 파트 D 처방약을 의미합니다.

#### 섹션 2.2 네트워크 약국

가입자의 지역에서 네트워크 약국을 어떻게 찾습니까?

*약국 명부*를확인하거나, 당사의 웹사이트(*[insert URL]*)를 방문하거나 가입자 서비스부에 연락하여 네트워크 약국을 찾을 수 있습니다.

네트워크 약국이라면 어느 곳이든 이용할 수 있습니다. [*Insert if plan has pharmacies that offer preferred cost sharing in its network:* 일부 네트워크 약국에서는 선호 비용 분담금을 제공하며, 이는 표준 비용 분담금을 제공하는 약국의 비용 분담금보다 적을 수 있습니다. *약국 명부*에서 어느 네트워크 약국이 선호 비용 분담금을 실시하는지 알 수 있습니다. 당사에 연락하여 귀하의 본인 부담금 비용이 의약품에 따라 어떻게 달라질 수 있는지 확인할 수 있습니다.]

이용하던 약국이 네트워크를 탈퇴하면 어떻게 됩니까?

이용하던 약국이 플랜의 네트워크에서 탈퇴하는 경우, 네트워크에 가입된 약국을 새로 찾으셔야 합니다. [*Insert if applicable:* 또는 이용하던 약국이 네트워크에 계속 가입되어 있지만 더 이상 선호 비용 분담금을 실시하지 않을 경우, 가능하다면 다른 네트워크 약국 또는 선호하는 약국으로 변경할 수 있습니다.] 귀하의 지역 내 다른 약국을 찾으려면 가입자 서비스부에서 도움을 받거나 *약국 명부*를 확인하십시오. [*Insert if applicable:* 이 정보는 당사 웹사이트 *[insert website address]*에서도 찾아보실 수 있습니다.]

전문 약국이 필요한 경우에는 어떻게 합니까?

일부 처방약은 전문 약국에서 조제해야 합니다. 특수 약국은 다음과 같습니다.

* 가정 주입 요법용 의약품을 공급하는 약국. *[Plans may insert additional information about home infusion pharmacy services in the plan's network.]*
* 장기 치료(LTC) 시설 거주자를 위한 의약품을 제공하는 약국. 보통, LTC 시설(요양원 등)에는 자체 약국이 있습니다. LTC 시설에서 파트 D 혜택을 이용하는 데 어려움이 있다면 가입자 서비스부로 연락하십시오. *[Plans may insert additional information about LTC pharmacy services in the plan's network.]*
* 인디언 건강 서비스/부족/도시 인디언 건강 프로그램(푸에르토리코에서는 이용 불가)을 제공하는 약국. 응급 상황을 제외하고, 미국 원주민 또는 알래스카 원주민만 당사 네트워크 내의 약국을 이용할 수 있습니다. *[Plans may insert additional information about I/T/U pharmacy services in the plan's network.]*
* FDA가 특정 장소로 제한하고 사용 시 특별한 취급, 의료 제공자 조율 또는 교육을 요하는 의약품을 조제하는 약사. (**참고**: 이 시나리오는 거의 발생하지 않습니다.)

전문 약국을 찾으시려면 *약국 명부*를 이용하시거나 가입자 서비스 부서로 연락해 주십시오.

#### 섹션 2.3 플랜의 우편 주문 서비스 이용

*[Omit section if the plan does not offer mail-order services.]*

[*Include the following information only if your mail-order service is limited to a subset of all formulary drugs, adapting terminology as needed:* 특정 종류의 의약품은 플랜의 네트워크 우편 주문 서비스에서 이용할 수 있습니다. 일반적으로 우편 주문을 통해 제공되는 의약품은 만성 또는 장기적인 질환을 위해 정기적으로 복용하는 의약품입니다. [*Insert if plan marks mail-order drugs in formulary:* 이러한 의약품은 당사의 "의약품 목록"에 **우편 주문** **의약품**으로 표시되어 있습니다.] [*Insert if plan marks non-mail-order drugs in formulary:* 플랜의 우편 주문 서비스를 통해 구할 수 *없는* 약은 당사의 "의약품 목록"에 별표로 표시되어 있습니다.]]

당사 플랜의 우편 주문 서비스는 [*insert either*: **[XX]일분 미만의 최소 [XX]일분** *OR* **최대 [XX]일분** *OR* **[XX]일분 분량을** [*insert either:* 주문할 수 있습니다*. OR* 주문해야 합니다.]

*[Plans that offer mail-order benefits with both preferred and standard cost sharing may add language to describe both types of cost sharing.]*

우편을 통해 귀하의 처방약 조제에 대한 [*insert if applicable* 주문 양식 및] 정보를 확인합니다 *[insert instructions]*.

일반적으로 우편 주문 약국에서 주문한 약은 [XX]일 이내에 배송됩니다. *[Insert plan's process for members to get a prescription if the mail order is delayed.]*

*[Sponsors should provide the appropriate information below from the following options, based on i) whether the sponsor will automatically process new prescriptions consistent with the policy described in the December 12, 2013, HPMS memo and 2016 Final Call Letter; and ii) whether the sponsor offers an optional automatic refill program consistent with policy described in the 2020 Final Call Letter.* *Sponsors who provide automatic delivery through retail or other   
non-mail order means have the option to either add or replace the word* ship *with* deliver *as appropriate.]*

*[For new prescriptions received directly from health care providers, insert one of the following two options.]*

[***Option 1:*** *Sponsors that* ***do not*** *automatically process new prescriptions from provider offices, insert the following:*

**약국이 담당 의사 진료소로부터 직접 받은 새로운 처방전**.   
약국 측에서 의료 제공자로부터 처방전을 받게 되면 귀하께서 의약품을 즉시 또는 이후에 처방받기를 원하는지 확인하고자 연락을 드릴 것입니다. 약국의 연락을 받을 때마다 신규 처방전을 배송, 지연 또는 중단하는 여부에 대해 알리는 것이 중요합니다.]

[***Option 2:*** *Sponsors that* ***do*** *automatically process new prescriptions from provider offices, insert the following:*

**약국이 담당 의사 진료소로부터 직접 받은 새로운 처방전.**  
약국은 다음 중 하나의 경우 귀하의 확인을 거치지 않고 의료 제공자로부터 받은 새로운 처방전을 자동으로 조제하여 제공합니다.

* 과거에 이 플랜에서 우편 주문 서비스를 이용했거나
* 의료 제공자로부터 직접 받은 모든 새로운 처방약의 자동 배송에 가입하는 경우. 귀하는 *[insert instructions]*하여 언제든지 새로운 처방전을 모두 자동으로 배송하도록 요청할 수 있습니다.

원하지 않는 처방을 우편으로 자동 수신하고 배송 전에 원하는지 여부를 묻는 연락을 받지 못한 경우, 환불을 받을 수 있습니다.

이전에 우편 주문을 이용했으며 약국에서 각각의 새로운 처방전을 자동 조제하여 배송하는 것을 원치 않는 경우, *[insert instructions]*(으)로 당사에 연락하십시오.]

당사의 우편 주문 배송을 이용한 적이 없거나 새로운 처방전을 자동으로 조제하지 않도록 결정한 경우, 해당 약국은 의료 제공자로부터 새로운 처방전을 받을 때마다 약의 즉시 배송 여부를 확인하고자 가입자에게 연락을 드리게 됩니다. 약국의 연락을 받을 때마다 응답하여 새 처방전을 배송할지, 연기할지, 중단할지 여부를 알려주는 것이 중요합니다. *[For* ***refill*** *prescriptions, insert one of the following two options.]*

[***Option 1:*** *Sponsors that* ***do not*** *offer a program that automatically processes refills, insert the following:*

**우편 주문 처방약의 리필.** 리필의 경우, 처방약이 소진되기 *[insert recommended number of days]*일 전에 약국에 연락하여 현재 처방약을 적시에 배송 받으십시오.]

[***Option 2:*** *Sponsors that* ***do*** *offer a program that automatically processes refills, insert the following:*

**우편 주문 처방약의 리필.** 의약품 리필의 경우, [*optional insert name of auto-refill program*(이)라고 하는] 자동 리필 프로그램에 가입할 수 있습니다. 본 프로그램은 당사의 기록에 귀하의 의약품이 거의 소진된 것으로 확인될 경우 귀하의 다음 리필을 자동으로 처리합니다. 해당 약국은 의약품이 추가로 필요한지 확인하고자 각 재처방 의약품을 배송하기 전에 귀하에게 연락을 드리며, 의약품이 충분하거나 변경된 경우 예정된 재처방을 취소할 수 있습니다.

당사의 자동 리필 프로그램을 선택하지 않고 우편 주문 약국이 귀하의 처방전을 보내주기를 원하시는 경우에도, 현재 처방약이 소진되기 며칠 전에 약국 *[insert recommended number of days]*에 연락하시기 바랍니다. 이를 통해 귀하의 주문을 적시에 배송받을 수 있습니다.

우편 주문 리필을 자동 준비하는 프로그램[*optional: insert name of auto-refill program instead of*]을(를) 탈퇴하려면 *[insert instructions]*](으)로 연락하십시오.

원하지 않는 리필을 우편으로 자동 수신한 경우, 환불을 받을 수 있습니다.]

#### 섹션 2.4 의약품을 장기간 제공받으려면 어떻게 해야 합니까?

*[Plans that do not offer extended-day supplies: Delete Section 2.4.]*

[*Insert if applicable:* 의약품을 장기분으로 주문하면 비용 분담금이 저렴해질 수 있습니다.] 플랜에서는당사 플랜의 "의약품 목록" 내 *유지* 의약품의 장기분(*연장분*이라고도 함)을 받을 수 있는 [*insert as appropriate:* 1 *OR* 2]가지 방법을 제공합니다. (유지 의약품이란 만성 또는 장기적인 의학적 상태를 위해 정기적으로 복용하는 의약품을 뜻합니다.)

1. *[Delete if plan does not offer extended-day supplies through retail pharmacies.]* [*Insert if applicable:*[*insert if applicable:* (선호 비용 분담금을 제공하는)] 당사의 네트워크 내의 일부 소매 약국에서 유지 의약품의 장기분을 [*insert if applicable:*] [*insert as appropriate:* 낮은 가격의 *OR* 우편 주문의] 비용 분담금으로] 구할 수 있습니다. [*Insert if applicable:* 다른 소매 약국에서는 [*insert as appropriate:* 낮은 가격의 *OR* 우편 주문의] 비용 분담금에 동의하지 않을 수 있습니다. 이러한 경우, 가입자가 차액을 부담해야 합니다.] *약국 명부*에 당사 네트워크 중 어느 약국에서 유지 의약품의 장기분을 제공하는지 설명되어 있습니다. 자세한 정보를 가입자 서비스 부서에도 문의하실 수 있습니다.
2. *[Delete if plan does not offer mail-order service.]* 당사의 우편 주문 프로그램을 통해 유지 의약품을 수령할 수도 있습니다. 자세한 정보는 섹션 2.3을 참조하십시오.

#### 섹션 2.5 플랜의 네트워크에 포함되지 않은 약국은 언제 이용할 수 있습니까?

특정 상황에서 처방약이 보장될 수 있습니다.

일반적으로 당사는 귀하가 네트워크 소속 약국을 이용할 수 없는 *경우에만* 네트워크 비소속 약국에서 조제된 의약품을 보장합니다. [*Insert if applicable:* 귀하를 지원하기 위해 당사에는 플랜의 가입자가 처방약 조제를 받을 수 있는 서비스 지역 외부의 네트워크 소속 약국이 준비되어 있습니다.] 인근에 네트워크 약국이 있는지 알아보려면 **먼저 가입자 서비스부에 연락하여 확인하십시오.** 네트워크 외부 약국에서 의약품에 대해 지불하는 금액과 네트워크 내부 약국에서 보장하는 비용 사이의 차액을 지불해야 할 가능성이 높습니다.

네트워크 외부 약국에서 조제한 처방약을 보장하는 경우는 다음과 같습니다.

*[Plans should insert a list of situations when they will cover prescriptions out of the network and any limits on their out-of-network policies (e.g., day supply limits, use of mail order during extended out of area travel, authorization or plan notification).]*

플랜으로부터 보험금 청구는 어떻게 합니까?

네트워크 비소속 약국을 이용해야 할 경우, 처방약을 구입할 때 (평상시 비용 분담금이 아니라) 일반적으로 전액을 지불해야 합니다. 귀하는 당사의 비용 분담금에 대해 환급을 요청할 수 있습니다. (플랜에 비용 환급을 요청하는 방법은 5장 섹션 2에 설명되어 있습니다.)

### 섹션 3 귀하의 의약품이 플랜의 "의약품 목록"에 있어야 함

#### 섹션 3.1 "의약품 목록"에는 어떤 파트 D 의약품이 보장되는지 나와 있습니다.

플랜에는 *보장 대상 의약품 목록(처방집)*이 있습니다. 이 *보험 증*권에서는 **이를 줄여서 "의약품 목록"이라고 합니다**.

목록의 의약품은 의사 및 약사 팀의 지원을 받아 플랜에서 선정했습니다. 해당 목록은 Medicare의 요건을 충족하며 Medicare의 승인을 받았습니다.

"의약품 목록"에 있는 약은 Medicare 파트 D에서 보장하는 약뿐입니다.

일반적으로 당사는 귀하가 이 장에 설명되어 있는 다른 보장 규칙을 따르며 의약품 사용이 의학적으로 인정되는 적응증인 경우에 한해, 플랜의 "의약품 목록"에 수록된 의약품을 보장합니다. *의학적으로 승인된 적응증*은 다음 중 하나에 해당하는 의약품 사용에 대한 *것입니다*.

* 처방 대상인 진단이나 상태에 대해 식품의약국(FDA)이 승인한 경우.
* *-- 또는 --* 미국 병원 처방집 약물 정보 및 DRUGDEX 정보 시스템과 같은 특정 참고 문헌에 의해 뒷받침되는 경우.

*[Plans that are not offering indication-based formulary design should delete this section]* 특정 의약품은 일부 의학적 상태에 대해 보장이 되지만 다른 질환의 경우 처방집에 없는 의약품으로 간주됩니다. 이러한 의약품은 당사의 "의약품 목록" 및 Medicare 플랜 찾기에서 확인할 수 있으며, 의약품이 보장되는 특정한 의학적 상태가 함께 표시됩니다.

*[Insert either of the two sentences:* "의약품 목록"에는 브랜드 이름 약과 복제약이 포함됩니다. *또는* "의약품 목록"에는 브랜드 의약품, 복제약 및 바이오시밀러가 포함됩니다.*]*

브랜드 약은 의약품 제조자가 소유하는 상표명으로 판매되는 처방약입니다. 일반적인 의약품보다 더 복잡한 브랜드 약(예: 단백질에 기반한 의약품)은 생물학적 제제라고 합니다. "의약품 목록"에서 의약품이라고 할 때 이는 *의약품* 또는 생물학적 제제를 의미할 수 있습니다.

복제약은 브랜드 이름 약과 동일한 활성 성분을 가진 처방약입니다. [*Insert if applicable*: 생물학적제제는 일반적인 약보다 더 복잡하기 때문에 복제약 대신 바이오시밀러라는 대안이 있습니다.] 일반적으로 복제약[*Insert if applicable:* 및 바이오시밀러]은(는) 브랜드 이름 약[*Insert if applicable* 또는 생물학적제제]과(와) 유사하게 작용하며 비용은 더 저렴합니다. 다양한 브랜드 이름 약을 대체할 수 있는 복제약이 있습니다. [*Insert if applicable:* 일부 생물학적 의약품에 대해서는 바이오시밀러 대안이 있습니다].

[*Insert if applicable:*

일반의약품(OTC)

당사 플랜은 처방전 없이 구입할 수 있는 특정한 의약품도 보장합니다. 일부의 일반 의약품은 처방약보다 저렴하며 효과가 유사합니다. 추가 정보는 가입자 서비스부에 전화해 주십시오.]

"의약품 목록"에 *없는* 의약품은 무엇입니까?

플랜에서 모든 처방약이 보장되지는 않습니다.

* 일부의 경우, 법에 따라 Medicare 플랜에서 특정 유형의 의약품을 보장하지 않습니다(이에 대한 자세한 내용은 이 장의 섹션 7.1 참조).
* 또는 당사가 "의약품 목록"에 특정 의약품을 포함하지 않기로 결정한 경우도 있습니다. 경우에 따라, "의약품 목록"에 없는 의약품을 구하실 수도 있습니다. 자세한 내용은 7장을 참조하십시오.

#### 섹션 3.2 "의약품 목록" 내 의약품의 *[insert number of tiers]* 가지 비용 분담 단계

*[Plans that do not use drug tiers should omit this section.]*

플랜의 "의약품 목록"에 포함되어 있는 모든 의약품은 비용 분담 *[insert number of tiers]*단계 중 하나에 속합니다. 일반적으로 비용 분담 단계가 높을수록 가입자 부담금도 커집니다.

* *[Plans should briefly describe each tier (예: 비용 분담 1단계에는 복제약이 포함됩니다.) 이는 가장 낮은 단계와 가장 높은 단계임을 표시합니다.]*

귀하의 의약품이 어떤 비용 분담 단계에 해당하는지 알아보시려면 플랜의 "의약품 목록"에서 해당 의약품을 살펴보십시오.

각 비용 분담 단계에 해당하는 의약품의 가입자 분담금은 4장*(파트 D 처방약에 대한 가입자 부담)*에 나와 있습니다.

#### 섹션 3.3 "의약품 목록"에서 특정 의약품을 찾는 방법은 무엇입니까?

다음과 같은 *[insert number]*가지 방법으로 확인할 수 있습니다.

1. 당사에서 [*insert*: 귀하에게 우편으로 보낸] OR [*insert*: 전자적으로 제공된] 최신 "의약품 목록"을 확인하십시오. [*Insert if applicable:* (참고: 당사가 제공하는 "의약품 목록"에는 가입자가 가장 일반적으로 사용하는 보장 의약품에 대한 정보가 포함되어 있습니다. 하지만 당사는 제공된 "의약품 목록"에 포함되어 있지 않은 추가 의약품에 대한 보험 적용을 제공합니다. 귀하의 의약품 중 하나가 "의약품 목록"에 열거되어 있지 않다면, 당사 웹사이트를 방문하거나 가입자 서비스부에 연락하여 보장 여부를 확인해야 합니다.)]
2. 플랜의 웹사이트(*[insert URL]*)를 방문하십시오. 웹사이트의 "의약품 목록"은 항상 최신 정보입니다.
3. 특정 약이 플랜의 "의약품 목록"에 있는지 확인하거나 목록 사본을 요청하시려면 가입자 서비스 부서에 문의하십시오.
4. 플랜의 "실시간 혜택 도구" 사용 (*[insert URL]* 또는 가입자 서비스부로 연락). 해당 도구로 "의약품 목록"에서 의약품을 검색하여 납부할 금액의 예상치 및 "의약품 목록"에 동일한 병태를 치료할 수 있는 대안 의약품이 있는지 확인할 수 있습니다. *[Plans may insert additional information about the Real-Time Benefit Tool such as rewards and incentives which may be offered to enrollees who use the "Real-Time Benefit Tool."]*
5. *[Plans may insert additional ways to find out if a drug is on the "Drug List."]*

### 섹션 4 일부 의약품의 보장에는 제한이 있습니다

#### 섹션 4.1 일부 의약품에 제한이 있는 이유는 무엇입니까?

특정 처방약에 대해서는 플랜에서 보장하는 방식과 시기를 제한하는 특별 규칙이 있습니다. 의사와 약사로 구성된 팀이 귀하와 귀하의 의료 제공자가 가장 효과적인 방법으로 의약품을 사용하도록 장려하기 위해 이 규칙을 개발했습니다. 이 제한 중에서 귀하가 복용 중이거나 복용하려는 약에 적용되는 것이 있는지 알아보려면 "의약품 목록"을 확인하십시오.

때때로 한 의약품이 "의약품 목록"에 두 번 이상 표시될 수 있다는 점에 유의하십시오. 이것은 동일한 약이 귀하의 의료 제공자가 처방한 약물의 강도, 양 또는 제형에 따라 다를 수 있으며, 다른 제한이나 비용 분담이 다른 버전의 의약품에 적용될 수 있기 때문입니다(가령, 10mg 대 100mg, 하루 1회 대 하루 2회, 정제 대 액제).

#### 섹션 4.2 어떤 종류의 제한이 있습니까?

아래 섹션에는 당사에서 특정 약에 적용하는 제한 유형이 자세히 설명되어 있습니다.

**귀하의 의약품에 제한이 있는 경우 보통 당사에서 해당 약을 보장하려면 귀하 또는 귀하의 의료진이 추가 조치를 취해야 한다는 의미입니다.** 가입자 서비스 부서에 연락하여 해당 의약품에 대한 보장을 받기 위해 귀하 또는 제공자가 취해야 하는 사항을 확인하십시오. 당사에서 귀하에 대한 제한을 면제해 주기를 원하는 경우 귀하는 보장범위 결정 절차를 이용해 당사에 예외를 요청해야 합니다. 귀하의 제한 면제에 동의 또는 반대할 수 있습니다. (7장 참조)

*[Plans should include only the forms of utilization management used by the plan.]*

브랜드 이름 약 [*insert as applicable:* 또는 생물학적제제 원본] 제한 (복제약 [*Insert as applicable:* 또는 교체 처방 바이오시밀러]을(를) 사용할 수 있는 경우)

일반적으로 **복제약***[Insert as applicable:* 또는 교체 처방 바이오시밀러*]*은(는) 브랜드 이름 약*[Insert as applicable:* 또는 교체 처방 바이오시밀러*]*과(와) 효과가 동일하며 비용이 더 저렴합니다. [[*Insert as applicable:* **대개**] **브랜드 이름 약*****[Insert as applicable: 또는 생물학적제제 원본]*의 복제약*****[Insert as applicable:* 또는 교체 처방 바이오시밀러*]*을(를) 사용할 수 있는 경우, 당사의 네트워크 약국에서는 복제약*****[Insert as applicable:* 또는 교체 처방 바이오시밀러*]*을(를) 브랜드 이름 약*****[Insert as applicable:* 또는 생물학적제제 원본*]*의 대체약으로 제공합니다.** 그러나 귀하의 서비스 제공자가 [*insert as applicable:* 복제약[*insert as applicable:* 또는 교체 처방 바이오시밀러]이(가) 귀하에게 효과가 없다는 의학적 이유를 당사에 통지한 경우 *OR* 브랜드 이름 약[*Insert as applicable:* 또는 생물학적제제 원본]의 처방전에 "대체제가 없다"고 기재한 경우 *OR* 복제약 [*insert as applicable:* 교체 처방 바이오시밀러] 또는 동일한 병태를 치료하는 다른 보장 의약품이 귀하에게 효과가 없다는 의학적 이유를 당사에 통지한 경우], 당사는 브랜드 이름 약[*Insert as applicable*: 또는 생물학적제제 원본]을 보장합니다. (귀하가 분담해야 하는 브랜드 이름 약[*insert as applicable* 또는 생물학적제제 원본]의 비용은 복제약[*insert as applicable:* 또는 교체 처방 바이오시밀러]의 비용보다 높을 수 있습니다.)]

플랜의 사전 승인

특정 의약품에 대해서는 귀하나 귀하의 의료진이 당사가 귀하의 의약품을 보장하는 데 동의하기 전에 플랜으로부터 승인을 받아야 합니다. 이를 **사전 허가**라고 합니다. 이 프로그램은 의약품의 안전을 보장하고 특정 의약품의 적절한 사용 안내를 돕기 위해 마련되었습니다. 이 승인을 받지 않으면, 플랜을 통해 의약품을 보장받지 못할 수도 있습니다.

대체 약 사용

이러한 요건에 따라 플랜은 다른 의약품을 보장하기 전에 비용이 저렴하지만 일반적으로 효과적인 의약품을 시도하도록 장려합니다. 예를 들어, 의약품 A와 B가 동일한 증상을 치료하는 경우, 가입자는 플랜 규정에 따라 의약품 A를 먼저 복용해야 할 수 있습니다. 의약품 A가 귀하에게 효과가 없을 경우 플랜에서 의약품 B를 보장합니다. 다른 약을 먼저 시도하기 위한 해당 요건을 **단계적 치료법**이라고 합니다.

수량 제한

특정 의약품에 대해서는 처방약을 구입할 때마다 구입하는 의약품의 양을 제한할 수 있습니다. 예를 들어, 특정 의약품에 대해서 보통 하루 1정만 복용하는 것이 안전하다고 생각되는 경우 처방약 보장을 하루 1정으로 제한할 수도 있습니다.

### 섹션 5 의약품이 가입자가 원하는 방식으로 보장되지 않으면 어떻게 해야 합니까?

#### 섹션 5.1 원하는 방식으로 의약품이 보장되지 않을 경우, 가입자가 할 수 있는 몇 가지 일이 있습니다.

복용 중인 처방약이 있거나, 귀하 및 귀하의 제공자가 처방집에 없거나, 처방집상 제한을 가하는 처방약을 복용해야 한다고 판단하는 경우가 있습니다. 예를 들어 다음과 같습니다.

* 의약품이 전혀 보장되지 않을 수 있습니다. 또는 복제약은 보장되지만 복용하고자 하는 브랜드 약이 보장되지 않을 수 있습니다.
* 의약품이 보장되지만 섹션 4에 설명된 바와 같이 의약품 보장에 대한 추가 규칙이나 제한이 있을 수 있습니다.
* *[Omit if plan's formulary structure (e.g., no tiers) does not allow for tiering exceptions]* 의약품은 보장되지만 의약품의 비용 분담 단계로 인해 귀하의 생각보다 많은 비용을 분담하게 됩니다.
* 귀하가 원하는 방식으로 의약품이 보장되지 않을 경우, 귀하가 할 수 있는 몇 가지 일이 있습니다. 귀하의 의약품이 "의약품 목록"에 없거나 제한 대상인 경우 할 수 있는 일에 대해서는 섹션 5.2에서 알아보시기 바랍니다.
* *[Omit if plan's formulary structure (e.g., no tiers) does not allow for tiering exceptions]* 의약품의 비용 분담 단계로 인해 생각보다 많은 비용을 분담하는 경우 섹션 5.3에서 취할 수 있는 사항을 확인하십시오.

#### 섹션 5.2 의약품이 "의약품 목록"에 없거나 어떠한 사유로 인해 제한 대상인 경우 무엇을 할 수 있습니까?

귀하의 의약품이 "의약품 목록"에 없거나 제한되었다면 다음과 같은 옵션이 있습니다.

* 의약품의 임시분을 받는 것이 가능할 수 있습니다.
* 다른 의약품으로 변경할 수 있습니다.
* 예외를 요구하고 의약품을 보장하거나 제한의 해제를 플랜에 요청할 수 있습니다.

임시분을 받는 것이 가능할 수 있습니다.

특정 상황에서,플랜은 가입자가 이미 복용하고 있는 의약품의 임시분을 제공해야 합니다. 이 임시분을 통해 보장 변경에 대해 의료 제공자와 상담하고 무엇을 할지 결정할 시간을 확보할 수 있습다.

임시분을 받을 자격을 갖추려면 복용해 온 의약품이 **플랜의 "의약품 목록"에 더 이상 없거나 어떠한 사유로 인한 제한 대상이어야** 합니다.

* **신규 가입자인 경우** 플랜의 가입자가 된 후 첫 번째 ***[insert time period (must be at least 90 days)]*** 동안 의약품의 임시분을 당사에서 보장합니다.
* **작년에 플랜에 가입한 경우** 해당 역년의 첫 번째 *[insert time period (must be at least 90 days)]* 동안 의약품의 임시분을 당사에서 보장합니다.
* 이 임시분은 최대 *[insert supply limit (must be at least the number of days in the plan's one-month supply)]*일분입니다. 만약 그보다 적은 일수로 처방전이 작성되었다면, 최대 *[insert supply limit (must be at least the number of days in the plan's one-month supply)]*일분 의약품을 제공할 수 있도록 여러 번 조제를 허용합니다. 처방약은 네트워크 약국에서 조제해야 합니다. (장기 치료 시설 소속 약국은 낭비를 예방하기 위해 한 번에 제공하는 의약품이 적을 수 있습니다.)
* ***[insert time period (must be at least 90 days)]*이 넘는 기간 동안 플랜에 가입했고 장기 치료 시설에 머물렀으며 즉시 공급분이 필요한 가입자의 경우는 다음과 같습니다.**

당사는 처방전에 기재된 기간이 더 짧은 경우 특정 의약품의 응급분을 *[insert supply limit (must be at least a 31-day supply)]*회 보장합니다. 이것은 위의 임시분에 추가로 제공됩니다.

* *[If applicable: Plans must insert their transition policy for current members with level of care changes.]*

임시분에 대한 질문은 가입자 서비스 부서로 문의해 주십시오.

임시분의 의약품을 사용하는 기간 동안, 담당 의사와 상의하여 임시분을 소진하면 어떻게 할지 결정해야 합니다. 다음 두 가지 옵션이 있습니다.

1) 다른 의약품으로 변경 가능

플랜에서 보장하는 다른 의약품 중 귀하에게도 효과가 있을 수 있는 의약품이 있는지 귀하의 의료 제공자와 상담하십시오. 가입자 서비스 부서에 전화하여 동일한 질환을 치료하는 보장 대상 의약품 목록을 요구할 수 있습니다. 이 목록은 의료 제공자가 귀하에게 적합한 보장 의약품을 찾는데 도움을 줄 수 있습니다.

2) 예외를 요청할 수 있습니다

귀하와 담당 의료 제공자는 귀하에게 예외를 적용하고 희망하는 방식으로 의약품을 보장해줄 것을 플랜에 요구할 수 있습니다. 담당 의료 제공자가 당사에 예외를 요구하는 것이 합당한 의학적 이유가 있다고 말하면, 담당 의료 제공자는 귀하가 예외를 요청하는 데 도움을 줄 수 있습니다. 예를 들어, 플랜의 "의약품 목록"에 있지 않더라도 의약품을 보장해줄 것을 플랜에 요구할 수 있습니다. 또는 플랜에 예외를 적용하거나 제한 없이 의약품을 보장해줄 것을 요구할 수 있습니다.

*[Plans may omit the following paragraph if they do not have an advance transition process for current members.]* 귀하가 현재 가입자이고 복용 중인 의약품이 어떠한 사유로 인해 내년에 처방집에서 제거되거나 제한될 경우, 당사는 내년이 오기 전에 모든 변경 사항을 알릴 것입니다. 귀하는 내년이 되기 전에 예외를 요청할 수 있으며, 요청(또는 처방자의 보조 진술서)을 받은 지 72시간 이내에 답변이 이루어집니다. 귀하의 요청을 당사가 승인할 경우, 변경이 적용되기 전에 보장을 승인합니다.

귀하와 담당 의료 제공자가 예외를 요구하고자 하는 경우, 해야 하는 일에 대해서는 7장 섹션 5.4에 설명되어 있습니다. 여기에는 가입자의 요청을 적절하고 공정하게 처리하기 위해 Medicare가 설정한 절차와 기한이 설명되어 있습니다.

#### 섹션 5.3 귀하의 의약품이 너무 높은 비용 분담 단계에 해당한다고 생각되면 어떻게 해야 합니까? *[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers or defined standard coinsurance across all tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit Section 5.3]*

의약품의 비용 분담 단계가 너무 높다고 생각되는 경우에 할 수 있는 일은 다음과 같습니다.

다른 의약품으로 변경 가능

의약품의 비용 분담 단계가 너무 높다고 생각되는 경우, 의료 제공자와 상담하십시오. 귀하에게 효과가 있으면서 저렴한 비용 분담 단계에 속하는 다른 약물이 있을 수 있습니다. 가입자 서비스 부서에 전화하여 동일한 질환을 치료하는 보장 대상 의약품 목록을 요구할 수 있습니다. 이 목록은 의료 제공자가 귀하에게 적합한 보장 의약품을 찾는데 도움을 줄 수 있습니다.

예외를 요청하실 수 있습니다

귀하와 담당 의료 제공자는 의약품에 대한 비용 분담 단계에 예외를 적용하여 지불액을 절감하도록 플랜에 요청할 수 있습니다. 담당 의료 제공자가 당사에 예외를 요구하는 것에 합당한 의학적 이유가 있다고 알린다면, 담당 의료 제공자가 규칙에 대한 예외를 요청하는 데 도움을 줄 수 있습니다.

귀하와 담당 의료 제공자가 예외를 요구하고자 하는 경우, 해야 하는 일에 대해서는 7장 섹션 5.4에 설명되어 있습니다. 여기에는 가입자의 요청을 적절하고 공정하게 처리하기 위해 Medicare가 설정한 절차와 기한이 설명되어 있습니다.

[*Insert if the plan designated one of its tiers as a specialty tier for unique/high-cost drugs and is exempting that tier from the exceptions process:* 당사의 *[insert tier number and name of the tier designated as the specialty tier]*에 속한 의약품은 예외 유형이 아닙니다. 당사는 이 단계에 속한 의약품에 대해 비용 분담금을 낮추지 않습니다.]

[*Insert if the plan* *designated two of its tiers as specialty tiers, such that one of the specialty tiers is a preferred specialty tier with lower cost sharing relative to the other specialty tier and is exempting both of those tiers from the exceptions process to lower (non-specialty) tiers*: 당사의 [*insert tier number and name of tier designated as the higher cost-sharing specialty tier*]에 속한 의약품은 [*insert tier number and name of the tier designated as the preferred specialty tier*]의 예외 유형에 해당합니다. 그러나 당사의 [*insert tier numbers and names of two tiers designated as specialty tiers*]에 속한 의약품은 [*insert tier numbers and names of the non-specialty tiers below the tiers designated as specialty tiers*]의 예외 유형이 아닙니다].

### 섹션 6 귀하의 의약품 중 하나에 대해 보장 범위가 변경되면 어떻게 됩니까?

#### 섹션 6.1 "의약품 목록"은 연중 언제든지 변경될 수 있습니다.

의약품 보장의 변경은 대부분 매년 시작 시(1월 1일) 이루어집니다. 하지만 플랜은 연중 "의약품 목록"에 몇 가지 변경 사항을 적용할 수 있습니다. 예를 들어, 플랜은 다음과 같이 할 수 있습니다.

* **"의약품 목록"에 의약품을 추가하거나 삭제.**
* *[Plans that do not use tiers may omit]* **의약품의 비용 분담 단계를 높이거나 낮춤.**
* **약에 대한 보장에 제한을 추가하거나 삭제.**
* **브랜드 이름 약을** **복제약으로 대체합니다.**
* [*Insert as applicable:* 생물학적제제 원본을 해당 생물학적제제의 교체 처방 바이오시밀러로 대체하십시오.]

당사는 플랜의 "의약품 목록"을 변경하기 전에 Medicare 요건을 따라야 합니다.

#### 섹션 6.2 복용 중인 의약품에 대한 보장이 변경되면 어떻게 됩니까?

의약품 보장의 변경 사항에 대한 정보

"의약품 목록"의 변경이 발생하면 당사 웹사이트에 그러한 변경 사항에 대한 정보가 게시됩니다. 또한 당사는 온라인 "의약품 목록"을 정기적으로 업데이트합니다. 아래에는 복용 중이신 약에 대한 변경 사항이 있는 경우 언제 직접 통지를 받게 되는지 나와 있습니다.

현재 플랜 연도에 귀하에게 영향을 주는 의약품 보장의 변경 사항

*[Plan sponsors that otherwise meet all requirements and want the option to immediately replace brand name drugs with their new generic equivalents should insert A directly below and insert a clause on generics not new to market in the section on other changes to the "Drug List." Plan sponsors that will not be using the option to make immediate substitutions of new generic drugs should insert B.]*

[***A. Advance General Notice that plan sponsor may immediately substitute new generic drugs:*** *In order to immediately replace brand name drugs with new therapeutically equivalent generic drugs (or change the tiering or the restrictions, or both, applied to a brand name drug after adding a new generic drug), plan sponsors that otherwise meet the requirements must provide the following advance general notice of changes:*

* **새로운 복제약은 "의약품 목록"의 브랜드 약을 대체합니다(또는 당사가 비용 분담 단계를 변경, 브랜드 약에 새로운 제한 추가하거나 두 가지 모두를 시행하는 경우).** 
  + 의약품이 동일한 의약품의 새로 승인된 복제약으로 대체되는 경우, 당사는 즉시 "의약품 목록"에서 브랜드 약을 삭제할 수 있습니다. 복제약은 비용 분담 단계가 동일하거나 낮으며 제한 사항이 동일하거나 더 적습니다. 당사는 "의약품 목록"에 브랜드 약을 계속 유지할 수 있지만, 새로운 복제약을 추가할 때 더 높은 비용 분담 단계로 즉시 이동, 새로운 제한을 추가하거나 두 가지를 모두 시행할 수 있습니다.
  + 현재 브랜드 약을 복용하고 있다고 해도 변경되기 전에는 미리 알려드릴 수 없습니다. 당사는 변경 시점에 가입자가 브랜드 약을 복용하고 있는 경우 구체적인 변경 사항에 대한 정보를 가입자에게 제공합니다. 여기에는 가입자가 브랜드 약을 보장하도록 예외를 요청하기 위해 취할 수 있는 절차에 대한 정보도 포함됩니다. 변경되기 전에 이러한 통지를 받지 못하실 수도 있습니다.
  + 귀하나 처방자는 예외를 적용하고 해당 브랜드 약을 계속 보장할 것을 당사에 요청할 수 있습니다. 예외 요청 방법에 대한 내용은 7장을 참조하십시오.]

**[*B. Information on generic substitutions for plan sponsors that will not be immediately substituting new generic drugs.*** *Plan sponsors that will not be making any immediate substitutions of new generic drugs should insert the following:*

* **복제약**[*Insert as applicable:* **또는 교체 처방 바이오시밀러**]**(으)로 대체했습니다(혹은 당사에서 비용 분담금 등급을 변경했거나 브랜드 이름 약 또는 모두에 새로운 제한을 추가함)** 
  + 브랜드 이름 약[*Insert as applicable:* 또는 생물학적제제 원본]을 동일한 약의 복제약[*Insert as applicable:* 또는 동일한 생물학적제제의 교체 처방 바이오시밀러](으)로 대체하는 경우 당사에서 즉시 해당 약을 "의약품 목록"에서 제외할 수 있습니다. 당사는 "의약품 목록"에 브랜드 이름 약[*Insert as applicable:* 또는 생물학적제제 원본]을 유지하기로 결정할 수 있으나, 복제약[*Insert as applicable* 또는 교체 처방 바이오시밀러]이(가) 추가되면 비용 분담 단계를 상승하거나 신규 제한을 추가할 수 있으며, 두 가지 모두를 시행할 수도 있습니다.
  + 복용하는 브랜드 이름 약[*Insert as applicable:* 또는 생물학적제제 원본]을 복제약[*Insert as applicable:* 또는 교체 처방 바이오시밀러](으)로 대체하거나 비용 분담 단계를 높이면, 당사에서는 최소 30일 이전에 변경 사항에 대해 귀하에게 통지해야 하며 *[insert supply limit (must be at least the number of days in the plan's one-month supply)]*일분의 브랜드 이름 약[*Insert as applicable:* 또는 생물학적제제 원본]을 제공해야 합니다.
  + 귀하는 변경 사실 통지서를 받은 후 담당 제공자와 상의하여 당사에서 보장하는 다른 의약품 또는 복제약[*Insert as applicable* 또는 교체 처방 바이오시밀러](으)로 변경해야 합니다.
  + 귀하나 처방자는 예외를 적용하여 해당 브랜드 이름 약[*Insert as applicable* 또는 생물학적제제 원본]을 계속 보장할 것을 당사에 요청할 수 있습니다. 예외 요청 방법에 대한 내용은 7장을 참조하십시오.]

*[All plan sponsors should include the remainder of this section, with applicable clause noted below.]*

* **"의약품 목록"에는 있으나 시장에서 회수된 위험 약물 및 기타 약물**
  + 때에 따라 의약품이 위험한 것으로 간주되거나 그 밖의 이유로 시장에서 회수되는 경우가 있습니다. 이런 상황이 발생하면 당사가 "의약품 목록"에서 해당 약을 즉시 삭제할 수 있습니다. 귀하가 해당 의약품을 복용 중인 경우, 당사는 이 사실을 귀하에게 즉시 통지합니다.
  + 귀하의 처방자도 이러한 변경을 알고 있으며, 귀하의 질환에 적합한 다른 의약품을 찾도록 도와줄 수 있습니다.
* **"의약품 목록"의 의약품에 대한 기타 변경 사항** 
  + 당사에서는 연도가 시작되면 귀하가 복용 중인 약물에 영향을 미치는 다른 변경 사항을 적용할 수 있습니다. 예를 들어, *[plan sponsors that want the option to immediately substitute new generic drugs insert:* "의약품 목록" 내 브랜드 약을 대체하기 위해 시장에 있는 기존 복제약을 추가하거나 비용 분담 단계의 변경 또는 브랜드 약에 대한 신규 제한 추가를 시행할 수 있으며, 두 가지 모두를 시행할 수 있습니다. 당사는 또한*] OR [plan sponsors that will not be making immediate generic substitutions insert:* 당사는*]* FDA가 승인한 경고문 또는 Medicare 인증을 받은 신규 임상 지침에 따라 변경 사항을 적용할 수 있습니다.
  + 이러한 변경이 있을 경우, 당사에서는 최소 30일 이전에 변경 사항에 대해 귀하에게 통지해야 하며 네트워크 약국을 통해 귀하가 복용 중인 브랜드 이름 약의 리필 *[insert supply limit (must be at least the number of days in the plan's one-month supply)]*일분을 제공해야 합니다.
  + 귀하는 변경 사실 통지서를 받은 후 담당 처방자와 상의하여 당사가 보장하는 다른 의약품으로 바꾸거나, 현재 복용 중인 의약품의 새로운 제한 사항을 준수해야 합니다.
  + 귀하나 처방자는 예외를 적용하고 해당 의약품을 계속 보장할 것을 당사에 요청할 수 있습니다. 예외 요청 방법에 대한 정보는 7장을 참조하십시오.

이번 플랜 연도 동안 귀하에게 적용되지 않는 "의약품 목록"의 변경 사항

당사는 위에 기술되지 않은 "의약품 목록"의 특정 사항 몇 가지를 변경할 수 있습니다. 이러한 상황에서는 변경을 수행했을 때, 가입자가 해당 의약품을 복용 중이라면 변경 사항이 가입자에게 적용되지 않습니다. 그러나 가입자가 동일한 플랜에 계속 가입한 상태라면 다음 플랜 연도의 1월 1일부터 해당 변경 사항이 가입자에게 적용될 가능성이 높습니다.

현재 플랜 연도 동안 가입자에게 적용되지 않는 변경 사항은 일반적으로 다음과 같습니다.

* *[Plans that do not use tiers may omit]* 비용 분담이 더 많은 단계로 의약품을 이동.
* 귀하가 복용 중인 의약품의 사용에 대해 신규 제한 사항 한 가지를 추가함.
* 당사에서 귀하의 의약품을 "의약품 목록"에서 제외했습니다.

귀하가 복용 중인 의약품에 대해 이러한 변경 중 어느 것이든 발생하는 경우(시장 철수, 브랜드 이름 약을 대체하는 복제약, 위의 섹션에 명시된 기타 변경 사항 제외), 그러한 변경 사항은 다음 해 1월 1일이 될 때까지 귀하의 사용이나 비용 분담금에 영향을 미치지 않습니다. 그 날짜까지는 귀하의 지불액 증가나 의약품 사용에 추가 제한이 없습니다.

당사는 현재 플랜 연도에 이러한 유형의 변경 사항에 대해 직접 알리지 않을 것입니다. (공개 가입 기간에 목록을 열람할 수 있을 때) 다음 플랜 연도의 "의약품 목록"에서 다음 플랜 연도에 영향을 주는 의약품에 변경 사항이 있는지 확인해야 합니다.

### 섹션 7 플랜에서 보장되지 *않는* 의약품의 종류는 무엇입니까?

#### 섹션 7.1 보장되는 않는 의약품의 종류

이 섹션에서는 *제외되는* 처방약의 종류에 대해 설명합니다. 이것은 Medicare가 이 약에 대해 비용을 지불하지 않는다는 의미입니다.

제외되는 의약품을 처방 받을 경우 귀하가 비용 전액을 납부해야 합니다[*insert if applicable:* (향상된 약 보장의 보장 의약품에서 제외된 특정 의약품은 예외로 함)]. 귀하가 이의 제기를 했으며 요청된 의약품이 파트 D에 따라 제외되지 않는 것으로 확인되는 경우, 플랜이 비용을 부담하거나 보장합니다. (결정에 대한 이의 제기에 관한 내용은 7장으로 이동하십시오.)

파트 D에 따라 Medicare 의약품 플랜이 보장하지 않는 의약품에 관한 일반적인 규칙 세 가지는 다음과 같습니다.

* 당사 플랜의 파트 D 의약품 보장은 Medicare 파트 A 또는 파트 B에서 보장하는 의약품은 보장할 수 없습니다.
* 당사의 플랜은 미국령 외 지역에서 구입한 의약품은 보장하지 않습니다.
* 일반적으로 당사의 플랜은 허가 범위 외 사용은 보장하지 않습니다. *허가 범위 외 사용*이란 식약청 승인을 받은 의약품 라벨의 표시 범위를 넘어선 의약품 사용을 말합니다.
* *허가 범위 외 사용*에 대한 보장은 미국 병원 처방집 약물 정보 및 DRUGDEX 정보 시스템과 같은 특정 참고 문헌에 의해 뒷받침되는 경우에만 허용됩니다.

또한 해당 법률에 따라 Medicare 약 플랜에서는 다음 범주의 의약품을 보장하지 않습니다. [*Insert if applicable:* (플랜은 향상된 약 보장을 통해 아래에 열거된 특정 의약품을 보장하며 추가 보험료가 부과될 수 있습니다. 자세한 정보는 아래에 설명되어 있습니다.)]

* 비처방약(일반의약품(OTC)이라고도 함)
* 생식 기능 증진 목적으로 사용되는 의약품
* 기침이나 감기 증상 완화에 사용되는 의약품
* 미용 또는 발모 목적으로 사용되는 의약품
* 임산부 비타민과 불소 제제물질을 제외한 처방 비타민 및 미네랄 제품
* 성기능 장애 또는 발기 부전 치료에 사용되는 의약품
* 거식증, 체중 감소, 체중 증가 치료 목적으로 사용되는 의약품
* 제조사가 관련 검사나 모니터링 서비스의 독점 구매를 판매 조건으로 요구하는 외래 처방약

[*Insert if applicable:* 당사는 Medicare 처방약 플랜에서 일반적으로 보장되지 않는 일부 처방약(강화된 처방약 보장)에 대한 추가 보장을 제공합니다. *[Insert details about the excluded drugs your plan does cover, including whether you place any limits on that coverage.]* 이러한 약에 대해 가입자가 지불하는 금액은 거대보험 보장 단계에 대한 자격에 포함되지 않습니다. (거대위험 보장 단계는 이 문서의 4장 섹션 7에 설명되어 있습니다.)]

[*Insert if plan offers coverage for any drugs excluded under Part D:* 또한 처방약 비용 지급을 위해 **Medicare의 추가 도움("Extra Help")을 받고** 있는 경우 추가 도움("Extra Help") 프로그램은 일반적으로 보장되지 않는 의약품에 대해서는 비용을 지불하지 않습니다. (자세한 정보는 플랜의 "의약품 목록"을 참조하거나 가입자 서비스 부서에 문의해 주십시오. 가입자 서비스 부서의 전화번호는 본 책자의 뒷표지에 수록되어 있습니다.) 하지만 Medicaid를 통해 약 보장을 받을 경우, 보통은 Medicare 약 플랜에서 보장하지 않는 처방약 중 일부를 주정부의 Medicaid 프로그램에서 보장할 수도 있습니다. 주정부 Medicaid 프로그램에 연락하여 어떤 의약품의 보장이 귀하에게 적용되는지 알아보시기 바랍니다. (Medicaid의 전화번호 및 연락처 정보는 2장의 섹션 6에서 확인할 수 있습니다.)]

[*Insert if plan does not offer coverage for any drugs excluded under Part D:* 처방약 비용 지급을 위해 **추가 도움("Extra Help")을 받고 있는 경우** 추가 도움("Extra Help") 프로그램은 일반적으로 보장되지 않는 의약품에 대해서는 비용을 지불하지 않습니다. 하지만 Medicaid를 통해 약 보장을 받을 경우, 보통은 Medicare 약 플랜에서 보장하지 않는 처방약 중 일부를 주정부의 Medicaid 프로그램에서 보장할 수도 있습니다. 주정부 Medicaid 프로그램에 연락하여 어떤 의약품의 보장이 귀하에게 적용되는지 알아보시기 바랍니다. (Medicaid의 전화번호 및 연락처 정보는 2장의 섹션 6에서 확인할 수 있습니다.)]

### 섹션 8 처방약 조제

#### 섹션 8.1 가입자 정보 제공

처방약 조제를 위해, 가입자 카드에서 확인 가능한 플랜 가입자 정보를 귀하가 선택한 네트워크 약국에 제공하십시오. 네트워크 약국은 의약품 비용의 *당사* 분담금을 자동으로 플랜에 청구합니다. 귀하는 처방약을 받으실 때 *본인의* 비용 분담금을 약국에 지불하셔야 합니다.

#### 섹션 8.2 가입자 정보를 가지고 있지 않을 때는 어떻게 해야 합니까?

처방약을 조제할 때 플랜 가입자 정보를 가지고 있지 않다면 귀하 또는 약국에서 플랜에 연락하여 필요한 정보를 받거나 약국에서 귀하의 플랜 가입 정보를 조회하도록 요청할 수 있습니다.

약국 측에서 필요한 정보를 확인할 수 없는 경우에는 **귀하가 처방약의 비용 전액을 지불하고 약을 처방받아야 합니다**. (그 이후 당사 분담금 **환급을 당사에 요청**할 수 있습니다. 플랜에 환급을 요청하는 방법에 관한 내용은 5장, 섹션 2를 참조하십시오.)

### 섹션 9 특수 상황에서의 파트 D 의약품 보장

#### 섹션 9.1 병원이나 전문 간호 시설에 있는 경우에는 어떻게 됩니까?

병원이나 전문 간호 시설에 입원하는 경우, Original Medicare(또는 해당되는 경우 Original Medicare 건강 플랜(파트 A 및 B 보장 포함))는 일반적으로 귀하의 입원 기간 동안 처방약 비용을 보장합니다. 병원 또는 전문 간호 시설에서 퇴원하면 가입자의 처방약이 본 장에 명시된 당사의 모든 보장 규칙에 부합할 경우, 플랜 측에서 해당 의약품 비용을 부담합니다.

#### 섹션 9.2 장기 요양(LTC) 시설에 거주하고 있는 경우에는 어떻게 됩니까?

일반적으로 요양원과 같은 장기 치료(LTC) 시설은 시설 내에 있는 자체 약국이나 모든 거주자에게 의약품을 공급하는 약국을 이용합니다. LTC 시설에 거주하고 있다면, 네트워크에 가입되어 있는 시설 약국이나 시설 약국을 통해서 처방약을 받을 수 있습니다.

귀하의 LTC 시설 약국 또는 약국이 당사의 네트워크에 소속되어 있는지 알아보시려면 약국 *명부*를 확인하십시오. 네트워크 소속 약국이 아니거나 더 많은 정보 또는 도움이 필요하시면, 가입자 서비스 부서로 연락해 주십시오. LTC 시설에 있을 경우, 당사 LTC 약국 네트워크를 통해 파트 D 혜택을 정기적으로 받을 수 있어야 합니다.

장기 요양(LTC) 시설에 거주하고 있으며 "의약품 목록"에 없거나 어떠한 사유로 인해 제한 대상인 약이 필요하다면 어떻게 해야 합니까?

임시 또는 비상분에 대해서는 섹션 5.2를 참조하십시오.

#### 섹션 9.3 Original Medicare가 보장하는 약을 복용하는 경우에는 어떻게 됩니까?

*[insert 2024 plan name]*의 가입자 가입은 Medicare 파트 A 또는 파트 B에서 보장하는 약에 대한 보장에 영향을 미치지 않습니다. 귀하가 Medicare의 보장 요건에 부합할 경우, 가입자가 이 플랜에 가입되어 있음에도 불구하고 Medicare 파트 A 또는 파트 B에 따라 약 보장을 받습니다. 또한, 가입자의 약이 Medicare 파트 A 또는 파트 B에 의해 보장되는 경우, 파트 A 또는 파트 B에 가입하지 않기로 선택하더라도 해당 약품을 보장할 수 없습니다.

일부 약은 일부 상황 및 기타 상황에서 *[insert 2024 plan name]*을(를) 통해 Medicare Part B에 따라 보장될 수 있습니다. 그러나 의약품에는 파트 B 및 당사 플랜이 중복 적용되지 않습니다. 일반적으로 귀하의 약사 또는 서비스 제공자는 약에 대해 Medicare 파트 B로 청구할지 또는 *[insert 2024 plan name]*에 청구할지의 여부를 결정합니다.

#### 섹션 9.4 처방약 보장이 포함된 Medigap(Medicare 보조 보험) 보험을 가지고 있는 경우에는 어떻게 됩니까?

현재 처방약 보장이 포함된 Medigap 보험을 갖고 있다면, Medigap 발행자에게 연락하여 플랜 가입 사실을 알려야 합니다. 현재의 Medigap 정책을 유지하기로 한 경우, Medigap 발행자는 Medigap 보험의 처방약 보장 부분을 제거하고 보험료를 낮출 것입니다.

매년 귀하의 Medigap 보험 회사는 귀하의 처방약 보장에 크레딧이 적용되는지 여부 및 약 보장에 대한 귀하의 선택인지를 알리는 통지문을 보내드립니다. (Medigap 보험의 보장에 크레딧이 적용되는 경우, 이는 평균적으로 Medicare의 표준 처방약 보장이상을 지급해야 함을 의미합니다.) 이 안내문에는 또한 Medigap 보험에서 처방약 보장 부분을 제외할 경우 보험료가 얼마나 낮아질지 설명되어 있습니다. 이 안내문을 받지 못했거나 찾을 수 없는 경우, Medigap 보험 회사에 연락하여 다른 사본을 요청하십시오.

#### 섹션 9.5 고용주 또는 퇴직자 그룹 플랜에서도 의약품 보장을 받고 있는 경우에는 어떻게 해야 합니까?

현재 귀하의(또는 배우자, 국내 파트너의) 고용주 또는 퇴직자 그룹을 통해 다른 처방약 보장을 얻고 있다면, **해당 그룹의 혜택 관리자**에게 문의하십시오.해당 관리자는 귀하의 현재 처방약 보장을 당사의 플랜과 함께 사용할 방법에 대해 확인하도록 도와드릴 수 있습니다.

일반적으로 직원 또는 퇴직자 단체 보장에 가입되어 있는 경우 당사에서 제공하는 의약품 보장은 해당 단체 보장에 대해 *부차적*으로 적용됩니다. 즉, 그룹 보장이 먼저 지불한다는 의미입니다.

유효 보장에 관한 특기 사항:

해마다 고용주 또는 퇴직자 그룹은 다음 역년 동안 처방약 보장이 유효한지 여부를 알리는 통지를 보낼 것입니다.

그룹 플랜의 보장이 유효한 경우 플랜에는 평균 최소 Medicare의 표준 처방약 보장만큼의 납부가 예상되는 의약품 보장이 있다는 것을 의미합니다.

추후에 필요할 수도 있으므로 **유효 보장에 관한 통지를 보관**하십시오. 파트 D 의약품 보장을 포함하는 Medicare 플랜에 가입되어 있다면, 유효 보장을 유지하고 있다는 것을 보여주기 위해 이 통지가 필요할 수 있습니다. 유효 보장에 대한 통지를 받지 못한 경우 고용주 또는 퇴직자 단체의 혜택 관리자나 고용주 또는 노조에 사본을 요청하십시오.

#### 섹션 9.6 Medicare 인증 호스피스 시설에 입원한 경우에는 어떻게 됩니까?

호스피스와 당사 플랜은 동일한 약을 동시에 보장하지 않습니다. Medicare 호스피스 보장에 가입되어 있고 말기 질환 및 관련 질환과 관련이 없어 호스피스에서 보장하지 않는 특정 의약품(예: 메스꺼움 억제제, 변비약, 통증 약물 또는 항불안제)이 필요한 경우, 당사 플랜은 해당 의약품을 보장하기 전에 처방자 또는 호스피스 의사로부터 그 의약품이 관련이 없다는 통지를 받아야 합니다. 당사 플랜에 따라 보장되어야 하는 해당 의약품을 전달받는 과정이 지체되지 않도록, 담당 호스피스 제공자 또는 처방자에게 통지서를 처방약 조제 전에 보내 달라고 요청하십시오.

귀하가 호스피스 선택을 철회하거나 호스피스에서 퇴원을 하는 경우에, 당사의 플랜은 본 문서에 설명된 바와 같이 귀하의 의약품을 보장할 것입니다. 귀하의 Medicare 호스피스 혜택이 종료되는 경우 약국에서의 지체를 예방하기 위해서는 귀하의 철회 또는 퇴원을 입증하는 서류를 약국에 제출하십시오.

### 섹션 10 의약품 안전 및 의약품 관리에 관한 프로그램

#### 섹션 10.1 가입자의 안전한 의약품 사용을 돕는 프로그램

당사는 가입자가 안전하고 적절한 치료를 받도록 의약품 사용 심사를 실시합니다.

귀하가 처방약 조제에 대해 매번 심사를 합니다. 또한 정기적으로 당사의 기록도 심사합니다. 심사하는 동안 당사는 다음과 같은 잠재적 문제점을 찾아봅니다.

* 발생할 수 있는 투약 착오
* 동일한 질환을 치료하기 위해 다른 약을 복용하고 있어 불필요할 수도 있는 의약품
* 연령이나 성별에 따라 안전하지 않거나 적합하지 않은 의약품
* 동시에 복용하면 해로울 수 있는 의약품의 혼합
* 알레르기 성분이 함유된 의약품 처방
* 복용 중인 의약품에서 발생할 수 있는 용량(복용량) 착오
* 안전하지 않은 용량의 오피오이드 진통제

귀하의 의약품 사용에 문제가 확인되는 경우, 당사는 문제를 바로잡기 위해 의료 제공자와 협력할 것입니다.

#### 섹션 10.2 가입자가 오피오이드 의약품을 안전하게 사용하도록 돕기 위한 의약품 관리 프로그램(DMP)

당사에서는 가입자가 처방된 오피오이드 및 빈번히 남용되는 다른 약물을 안전하게 사용할 수 있도록 지원하는 프로그램을 운영합니다. 이 프로그램은 약물 관리 프로그램(DMP)이라 합니다. 여러 의사나 약국에서 받은 오피오이드 의약품을 사용하거나 최근에 오피오이드를 과다 복용했을 경우, 해당 오피오이드의 사용이 적절하고 의학적으로 필요한지 확인하기 위해 의사와 상담할 수 있습니다. 당사는 귀하의 의사와 협의하여 안전하지 않을 수 있는 약인 오피오이드 처방약[*insert if applicable* 또는 벤조디아제핀]을 귀하가 사용하도록 결정한다면 이러한 약물을 받는 방법을 제한할 수 있습니다. 당사가 귀하를 DMP에 등록하는 경우, 제한 사항은 다음과 같을 수 있습니다.

* 특정 약국에서 모든 오피오이드 [*insert if applicable:* 또는 벤조디아제핀] 약물을 처방받아야 함
* 특정 의사에게 오피오이드 [*insert if applicable* 또는 벤조디아제핀] 약물을 처방받도록 요청
* 당사에서 귀하에게 보장하는 오피오이드 [*insert if applicable:* 또는 벤조디아제핀] 약물의 수량을 제한

해당 의약품을 처방 받을 수 있는 방법이나 처방 가능한 의약품 양에 제한 사항을 적용코자 하는 경우, 사전에 가입자에게 서신을 보내드립니다. 이 서신에는 당사가 귀하를 위해 이러한 의약품의 보장을 제한할 것인지, 아니면 특정 의사 또는 약국에서만 이러한 의약품에 대한 처방전을 받아야 하는지 여부가 설명되어 있습니다. 귀하가 선호하는 의사 또는 약국 및 귀하가 중요하다고 생각하는 모든 정보를 당사에 알릴 기회가 있을 것입니다. 귀하가 응답할 기회를 얻은 후 이러한 의약품에 대한 보장을 제한하기로 결정한 경우, 당사는 제한 사항을 확인하는 서신을 다시 보내드립니다. 당사의 실수라고 생각하거나 당사의 결정이나 제한 사항에 동의하지 않으실 경우, 귀하와 처방자는 이의 제기를 할 권리가 있습니다. 귀하가 이의를 제기하면 당사는 해당 사례를 검토하여 변경된 결정 사항을 알려드립니다. 당사가 약물 이용에 적용되는 제한 사항과 관련 있는 귀하의 요청을 어떤 부분이든 계속해서 기각하는 경우, 해당 사례는 당사 플랜 외부의 독립 심사자에게 자동으로 전송됩니다. 이의 제기 방법에 관한 정보는 7장을 참고하십시오.

암 관련 통증 또는 겸상 적혈구 질환과 같은 특정 의학적 상태가 있거나, 호스피스, 완화 치료 또는 수명 말기 치료를 받거나, 장기 치료 시설에 거주하고 있는 경우, DMP에 가입되지 않습니다.

#### 섹션 10.3 가입자의 약물 관리 지원을 위한 약물 치료 관리(MTM) [*insert if plan has other medication management programs* "및 기타"] 프로그램 [*insert if* *applicable*]

당사는 가입자의 복잡한 건강상의 요구를 지원하기 위한 프로그램을 운영하고 있습니다. 당사의[*if applicable delete: 당사의*] 프로그램은 약물 치료 관리(MTM) 프로그램이라고 합니다. 이 프로그램은[*if applicable replace* 이 프로그램은 *with* 이러한 프로그램은] 자발적으로 참여하는 것이며 무료입니다. 프로그램은 약사 및 의사 팀에서 개발했으며 가입자가 복용하는 의약품과 관련하여 최대한 혜택을 받도록 지원하는 것이 목적입니다.

다른 의학적 상태를 위해 의약품을 복용하고 있으며 의약품 비용이 높거나 DMP에 가입한 가입자의 안전한 오피오이드 사용을 돕기 위해 일부 가입자는 MTM 프로그램을 통해 서비스를 받을 수 있습니다. 이 프로그램의 가입 자격이 된다면, 약사 또는 기타 의료 전문가가 귀하의 의약품 전체를 종합적으로 검토해 드릴 것입니다. 검토하는 동안 의약품, 비용, 일반의약품에 대한 모든 문제 또는 질문에 대해 이야기할 수 있습니다. 의약품에서 최상의 결과를 얻기 위해 취해야 할 조치가 포함된 수행 권장 목록이 쓰여 있는 서면 요약본을 받게 됩니다. 복용하는 모든 의약품, 복용 시기 및 사유가 포함된 의약품 목록도 받게 됩니다. 또한, MTM 프로그램의 가입자는 규제 물질인 처방약의 안전한 폐기에 대한 정보를 받게 됩니다.

수행 권장 목록 및 의약품 목록에 대해서는 의사와 상담하는 것이 좋습니다. 의사, 약사 및 기타 의료 제공자를 방문하거나 상담할 때 언제든지 요약본을 지참하십시오. 또한 병원이나 응급실에 방문할 때도 의약품 목록(예: 귀하의 ID)을 최신 상태로 유지하십시오.

귀하의 요구 사항에 맞는 프로그램이 있는 경우, 자동으로 프로그램에 가입되며 당사에서 정보를 보내드립니다. 참여하지 않기로 결정하시는 경우, 당사에 알려주시면 탈퇴시켜 드릴 것입니다. 이 프로그램[*if applicable replace with:* 이러한 프로그램]에 대한 문의 사항이 있다면 가입자 서비스부에 연락하십시오.

## 4장: *파트 D 처방약에 대한 본인 부담금*

**현재 의약품 비용 지불에 대한 지원을 받고 계십니까?**

귀하가 의약품 비용을 지원하는 프로그램에 가입되어 있을 경우, **해당 범위 증명서 내의 파트 D 처방약의 비용에 대한 정보 중 일부는** [*insert as applicable* **적용되지 않을 수 있습니다.** *OR* **적용되지 않습니다.**]. *[If not applicable, omit information about the LIS Rider.]*당사는 *"처방약 비용에 대해 추가 도움("Extra Help")을 받는 사람들을 위한 보장 증명서 부칙"*(저소득 보조금 부칙 또는 LIS 부칙)이라고 하는 별도의 안내서를 [*insert as appropriate:* 동봉 *OR* 발송]했습니다. 이 안내서가 없을 경우, 가입자 서비스 부서에 전화하여 LIS 부칙을 요청하십시오.

### 섹션 1 소개

#### 섹션 1.1 의약품 보장이 설명된 다른 자료와 함께 해당 장을 참조하십시오

이 장은 파트 D 처방약에 대해 귀하가 지불하는 비용을 중점적으로 설명합니다. 간략한 표현을 위하여 해당 장에서 *의약품*은 파트 D 처방약을 의미합니다. 3장에 설명되어 있듯이, 모든 의약품이 파트 D 의약품은 아닙니다. 일부 의약품은 Medicare 파트 A 또는 파트 B에서 보장하고 다른 의약품은 법에 따라 Medicare 보장에서 제외되었습니다. [*Optional for plans that provide supplemental coverage:* 보조 약품 보장을 구매한 경우 일부 제외 약품이 플랜에서 보장될 수 있습니다.]

지불 정보를 이해하기 위해서는 어떤 의약품이 보장되고 어디서 처방약을 조제해야 하는지, 그리고 보장되는 의약품을 받을 때 어떤 규칙을 따라야 하는지 이해해야 합니다. 3장 섹션 1에서 4까지 이러한 규칙에 대해 설명합니다. 의약품 보장을 확인하기 위해 플랜의 "실시간 혜택 도구"를 사용할 때(3장, 섹션 3.3 참조), 표시되는 비용은 "실시간"으로 제공되므로 도구에 표시되는 비용은 현재 시점을 반영하여 예상되는 본인 부담금 금액에 대한 추정치를 제공합니다. 귀하는 가입자 서비스 부서에 연락하여 "실시간 혜택 도구"에서 제공하는 정보를 확인할 수도 있습니다.

#### 섹션 1.2 보장 비용에 대해 지불해야 할 수 있는 본인 부담금 비용의 유형

파트 D 의약품의 경우 본인 부담 비용은 여러 유형이 있습니다. 귀하가 납부해야 하는 금액은 *비용 분담*금이라고 하며 세 가지 방법으로 납부를 요청받을 수 있습니다.

* **공제액**은 당사 플랜이 분담금을 지불하기 전에 귀하가 의약품에 지불하는 금액입니다.
* **코페이**는 처방약을 조제할 때마다 가입자가 지불하는 고정 금액입니다.
* **공동보험액**은 처방약을 조제할 때마다 귀하가 지불하는 총 약 비용의 비율입니다.

#### 섹션 1.3 Medicare가 본인 부담금 비용을 계산하는 방법

Medicare에는 본인 부담 비용에 무엇이 포함되고 무엇이 포함되지 *않는지*에 대한 규정이 있습니다. 귀하의 본인 부담 비용을 추적하기 위해 따라야 하는 규칙은 다음과 같습니다.

**귀하의 본인 부담 비용에 이러한 지불 비용이 포함됩니다**

귀하의 본인 부담 비용에는 아래에 나열된 지불이 포함됩니다(파트 D 보장 의약품이고 5장에서 설명하는 의약품 보장을 위한 규칙을 준수하는 경우).

* 다음 의약품 비용 지불 단계에 있을 때 의약품에 지불하는 금액.
  + *[Plans without a deductible, omit]* 공제액 단계
  + 초기 보장 단계
  + *[Plans without a Coverage Gap, omit]* 보장 공백 단계
* 당사 플랜에 가입하기 전에 다른 Medicare 처방약 플랜의 가입자로서 귀하가 이번 역년 중에 지불한 금액.

누가 지불하는지가 중요합니다.

* **본인**이 이러한 비용을 지불하는 경우 이는 귀하의 본인 부담금 비용에 포함됩니다.
* 이러한 납부에는 귀하를 대신하는 **특정한 다른 개인 또는 조직**에서 납부한 귀하의 본인 분담금*도 포함됩니다*.이에는 친구나 친척이 납부하거나, 대부분의 자선단체, AIDS 의약품 지원 프로그램, *[plans without an SPAP in their state delete next item]* Medicare를 통해 자격을 갖춘 주정부 의약품 지원 프로그램, 또는 인디언 건강 서비스에서 납부한 의약품이 포함됩니다. Medicare의 추가 도움("Extra Help") 프로그램에서 지불하는 금액도 포함됩니다.
* Medicare 보장 공백 할인 프로그램에서 납부한 금액의 일부는 귀하의 본인 분담금에 포함됩니다. 제조업체가 브랜드 약에 지불하는 금액이 포함됩니다. 그러나 플랜에서 복제약에 지불하는 금액은 포함되지 않습니다.

거대위험 보장 단계로 이동.

귀하(또는 귀하를 대신하여 납부한 사람)가 역년에 본인 분담금 중 총 $*[insert 2024 out-of-pocket threshold]*를납부하면 귀하는 [*insert as applicable:* 초기 보장 단계 *OR* 보장 공백 단계]에서 거대위험 보장 단계로 변경됩니다.

**이러한 지불 비용은 귀하의 본인 부담금 비용에 포함되지 않습니다**

귀하의 본인 부담금 비용에는 다음 유형의 지불 비용이 **포함되지 않습니다**.

* *[Plans with no premium, omit]* 귀하의 월 보험료.
* 귀하가 미국령 이외의 지역에서 구입한 의약품.
* 당사 플랜에서 보장되지 않는 의약품.
* 네트워크 외부 보장을 받기 위한 플랜의 요구 사항을 충족하지 않는 네트워크 외부 약국에서 조제한 의약품.
* [*Insert if plan does not provide coverage for excluded drugs as a supplemental benefit:* 파트 A 또는 파트 B에서 보장되는 처방약을 포함한 파트 D 이외의 약 및 Medicare의 보장에서 제외되는 기타 약.]

[*Insert next two bullets if plan provides coverage for excluded drugs as a supplemental benefit:*

* 파트 A 또는 파트 B가 보장하는 처방약.
* 추가 보장으로 보장되지만 보통은 Medicare 처방약 플랜으로 보장되지 않는 약에 대해 귀하가 지불한 금액.]
* [*Insert if applicable:* 일반적으로 Medicare 처방약 플랜에서 보장되지 않는 처방약에 대해 귀하가 지급하는 금액.]
* 보장 공백 중 브랜드 약 또는 복제약에 대해 플랜에서 지불한 금액.
* 고용주 건강 플랜을 포함하여 그룹 건강 플랜에서 약에 대해 지불한 금액.
* TRICARE 및 재향 군인부 등의 특정 보험 플랜 및 정부에서 자금을 지원받는 건강 프로그램에서 의약품에 대해 지불한 금액.
* 처방 비용에 대해 법적 지불 의무가 있는 제3자가 약에 대해 지불한 금액(예: 산재 보상).

*안내:*위에 열거된 기관 이외의 기관이 귀하의 본인 부담 비용금 일부 또는 전부를 지불하는 경우, 가입자 서비스 부서에 전화하여 당사 플랜에 알려야 합니다.

귀하의 총 본인 부담액은 어떻게 추적합니까?

* 저희가 도와드리겠습니다. 귀하가 받는 파트 D 혜택 설명(EOB) 보고서에는 귀하의 본인 부담금 비용의 현재 금액이 포함되어 있습니다. 해당 금액이 $*[insert 2024 out-of-pocket threshold]*에 도달하면 이 보고서를 통해 귀하가 [*insert as applicable:* 초기 보장 단계 *OR* 보장 공백 단계]에서 벗어나 및 거대위험 보장 단계로 변경되었음을 확인할 수 있습니다.
* 필요한 정보가 모두 제출된 상태인지 확인해 주십시오. 섹션 3.2에서는 귀하가 지출한 금액에 대한 기록이 완전하고 최신인지 확인하기 위해 귀하가 할 수 있는 일에 대해 설명합니다.

### 섹션 2 약에 대한 가입자 부담은 의약품을 받을 때 어떤 의약품 비용 지불 단계에 있는지에 따라 다릅니다

#### 섹션 2.1 *[insert 2024 plan name]* 가입자에게는 어떤 의약품 지불 단계가 적용됩니까?

*[Plans participating in the VBID Model and approved to offer VBID reduced or eliminated Part D cost sharing should update the sections below to reflect the approved Model Benefit(s), as appropriate.]*

*[insert 2024 plan name]*의 처방약 보장에는 4개의 **의약품 지불 단계**가 있습니다. 귀하가 납부하는 금액은 귀하가 처방약의 조제 또는 리필. *[Plans with no premium delete the following sentence]*을(를) 받는 시점에 어떤 단계가 적용되었느냐에 따라 납부하는 금액이 결정됩니다. 의약품 지불 단계에 관계없이 플랜의 월 보험료에 대한 책임은 항상 귀하에게 있습니다. 각 단계의 상세 정보는 이 장의 섹션 4부터 7까지 나와 있습니다. 단계는 다음과 같습니다.

**1단계: 연간 공제 단계**

**2단계: 초기 보장 단계**

**3단계: 보장 공백 단계**

**4단계: 거대위험 보장 단계**

### 섹션 3 의약품에 대한 지불 비용과 귀하가 어떤 지불 단계에 있는지 설명하는 보고서를 보내드립니다

#### 섹션 3.1 당사는 파트 D 혜택 설명(파트 D EOB)이라는 월별 요약서를 전달합니다

당사 플랜은 귀하의 처방약 비용과 귀하가 약국에서 처방약을 조제하거나 리필할 때 귀하가 지불한 금액을 추적합니다. 따라서 당사는 귀하가 한 의약품 지불 단계에서 다른 단계로 이동한 시기를 알려드릴 수 있습니다. 특히 당사가 추적하는 비용은 두 가지 유형이 있습니다.

* 귀하가 얼마나 지불했는지를 추적합니다. 이것을 귀하의 **본인 부담금 비용**이라고 합니다.
* 당사는 가입자의 **총 의약품 비용**을 추적합니다. 이 비용은 귀하가 직접 지불하거나 다른 사람이 귀하를 대신하여 지불하는 금액에 플랜 측에서 부담한 금액을 더한 값을 말합니다.

이전 달에 플랜을 통해 하나 이상의 처방약을 조제한 경우, 당사는 귀하에게 파트 D EOB를 발송합니다. 파트 D EOB에 포함된 내용은 다음과 같습니다.

* **해당 월의 정보.** 이 보고서는 전년도에 조제한 처방에 대한 지불 비용의 세부사항을 제공합니다. 총 의약품 비용, 플랜에서 지불한 금액 및 귀하 또는 다른 사람이 귀하를 대신하여 지불한 금액을 보여줍니다.
* **해당 연도의 1월 1일부터의 합계.** 이 금액을 *연간 누계* 정보라고 합니다. 해당 연도가 시작된 이후로 귀하의 의약품에 대한 총 납부액과 총 약 비용을 보여줍니다.
* **의약품 가격 정보.** 이 정보에는 총 의약품 가격 및 동일한 수량의 각 처방전 청구에 대한 첫 번째 처방전부터의 가격 인상 정보가 표시됩니다.
* **이용할 수 있는 저렴한 대체 처방약.** 여기에는 각 처방약 청구에 대해 비용 부담이 저렴한 이용 가능한 기타 의약품에 대한 정보가 포함되어 있습니다.

#### 섹션 3.2 귀하의 의약품 비용 지불에 대한 최신 정보를 제공해 주십시오

당사는 약국의 기록을 통해 귀하의 의약품 비용과 의약품에 대한 납부액을 추적합니다. 귀하의 정보를 정확한 최신 상태로 유지하도록 당사에 도움을 줄 수 있는 방법은 다음과 같습니다.

* **처방약을 조제할 때마다 가입자 카드를 제시하십시오.** 그러면 귀하가 조제하는 처방약과 귀하가 지불하는 금액에 대해 당사가 알 수 있습니다.
* **필요한 정보가 모두 제출된 상태인지 확인해 주십시오.** 처방약의 전체 비용을 귀하가 지불하는 경우도 있습니다. 이러한 경우, 귀하의 본인 부담금 비용을 추적하는 데 필요한 정보를 자동으로 받지 않습니다. 본인 부담 비용을 추적할 수 있도록 영수증 사본을 당사에 제공해 주십시오. 의약품 구입 영수증 사본을 당사에 제공해야 하는 시기의 예는 다음과 같습니다.
  + 네트워크 약국에서 보장 의약품을 당사 플랜에서 제공하는 혜택이 아닌 특가로 구입하거나 할인 카드를 사용하여 구입할 경우.
  + 의약품 제조업체 환자 지원 프로그램에 따라 제공된 의약품에 대해 코페이를 지불한 경우.
  + 네트워크 외부 약국에서 보장 의약품을 구입했거나 특수한 상황에서 보장 의약품에 대해 전액을 지불한 기타의 경우.
  + 보장 의약품 비용이 귀하에게 청구되는 경우, 플랜에서 비용 분담금을 지불하도록 요청할 수 있습니다. 지불 요청 지침은 5장 섹션 2를 참조하십시오.
* **다른 사람이 귀하를 대신하여 지불한 금액에 대한 정보를 보내주십시오.** 특정한 다른 개인과 기관이 지불한 비용도 가입자의 본인 부담금 비용에 포함됩니다. 예를 들어 *[plans without an SPAP in their state delete next item]* 주정부 제약 지원 프로그램, AIDS 약 지원 프로그램(ADAP), 인디언 건강 관리 서비스, 대부분의 자선 기관에서 지급한 비용은 가입자의 본인 부담금 비용에 포함됩니다. 이러한 지불 기록을 보관하고 당사로 보내주면 비용을 추적할 수 있습니다.
* **당사가 보내드리는 서면 보고서를 확인하십시오.** 파트 D EOB를 받으면 정보가 완전하고 올바른지 확인하십시오. 누락된 사항이 있거나 질문이 있는 경우 가입자 서비스부로 문의하십시오. *[Plans that allow members to manage this information on-line may describe that option here.]* 이러한 보고서는 보관해 두십시오.

### 섹션 4 공제 단계 동안 귀하의 *[insert drug tiers if applicable]* 의약품에 대한 비용을 전액 납부합니다

[*Plans with no deductible replace Section 4 title with:* There is no deductible for *[insert 2024 plan name].*]

[*Plans with no deductible replace text below with*: *[insert 2024 plan name]*에서는 공제액이 없습니다. 올해 처음 처방약을 조제할 때 초기 보장 단계를 시작합니다. 초기 보장 단계의 보장에 대한 정보는 섹션 5를 참조하십시오.]

공제액 단계는 귀하의 의약품 보장에 대한 첫 번째 지불 단계입니다. [*Plans with a deductible for all drug types/tiers, insert:* 이 단계는 해당 연도에 첫 번째 처방약을 조제할 때 시작됩니다.이 지급 단계에 있을 때, 귀하는 2024년에 대해 $*[insert deductible amount]*인 플랜의 공제액에 도달할 때까지 **약의 전체 비용을 지불해야 합니다**.] [*Plans with a deductible amount other than $0, add:* 공제액은 대상포진, 파상풍 및 여행용 백신을 포함한 보장되는 인슐린 제품 및 대부분의 성인 파트 D 백신에 적용되지 않습니다.] [*Plans with a deductible on only a subset of drugs, insert:* 귀하는 *[insert applicable drug tiers]* 약에 대해 연간 공제액인 $*[insert deductible amount]*를 비용을 지불합니다. 귀하는 플랜의 공제액에 도달할 때까지 ***[insert applicable drug tiers]* 의약품의 전체 비용을 부담해야 합니다**. 다른 모든 약의 경우 공제액을 납부하지 않아도 됩니다.] **전체 비용**은 당사 플랜이 네트워크 약국에서 대부분의 약품에 대해 더 낮은 비용을 협상했기 때문에 보통은 약품의 일반적인 전체 가격보다 낮습니다.

*[insert drug tiers if applicable]*에 대한 의약품 비용 $*[insert deductible amount]*를 지불하면 공제 단계를 벗어나 초기 보장 단계로 이동합니다.

### 섹션 5 초기 보장 단계에서 플랜이 귀하의 의약품 비용에 대한 분담금을 지불하고 귀하가 본인 분담금을 지불함

#### 섹션 5.1 의약품에 대해 귀하가 지불하는 비용은 의약품 및 처방약을 조제하는 장소에 따라 다릅니다

초기 보장 단계 동안 플랜은 보장 처방약의 분담액을 지급하고 귀하는 본임 분담금(귀하의 [*insert as applicable* 코페이 *또는* 공동보험액])을 지급합니다. 귀하의 본인 분담금은 의약품과 귀하가 처방약을 조제하는 장소에 따라 달라집니다.

플랜에는 *[insert number of tiers]*가지 비용 분담 단계가 있습니다.

*[Plans that do not use drug tiers should omit this section.]*

플랜의 "의약품 목록"에 포함되어 있는 모든 의약품은 비용 분담 *[insert number of tiers]*단계 중 하나에 속합니다. 일반적으로 비용 분담 단계의 숫자가 높을수록 가입자가 부담할 의약품 비용도 높아집니다.

* *[Plans should briefly describe each tier (e.g., Cost-Sharing Tier 1 includes generic drugs). Indicate which is the lowest tier and which is the highest tier.]*
* [*Plans with copayment/coinsurance on tiers during the Initial Coverage Stage, insert the following if the insulin cost sharing differs from the cost sharing for other drugs on the same tier:* 귀하는 이 단계의 보장되는 각 인슐린 제품에 대해 매달 $[*xx*]를 지불합니다*.*] *[Repeat for all drug tiers.]*

귀하의 의약품이 어떤 비용 분담 단계에 해당하는지 알아보시려면 플랜의 "의약품 목록"에서 해당 의약품을 살펴보십시오.

약국의 선택

의약품에 대해 지불하는 비용은 약을 다음과 같이 어디에서 구입하는지에 따라 다릅니다.

* *[Plans with retail network pharmacies that offer preferred cost sharing, delete this bullet and use next two bullets instead.]* 네트워크 소매 약국.
* [*Plans with retail network pharmacies that offer preferred cost sharing, insert:* 표준 비용 분담금을 제공하는 네트워크 소매 약국.]
* [*Plans with retail network pharmacies that offer preferred cost sharing, insert:* 선호 비용 분담금을 제공하는 네트워크 소매 약국. 비용은 선호 비용 분담금을 제공하는 약국에서 더 낮을 수 있습니다.]
* 플랜의 네트워크에 없는 약국 당사는 제한적인 상황에서만 네트워크 외부 약국에서 구입한 처방약을 보장합니다. 어떤 경우에 네트워크 비소속 약국에서 조제한 처방약이 보장되는지 확인하려면 5장, 섹션 2.5를 참조하십시오.
* *[Plans without mail-order service, delete this bullet.]* 플랜의 우편 주문 약국.

이러한 약국 선택과 처방약 조제에 대한 자세한 정보는 3장과 플랜의 *약국 명부*를 참조하십시오.

#### 섹션 5.2 *1개월*분의 의약품 비용을 나타내는 표

*[Plans using only copayments or only coinsurance should edit this paragraph to reflect the plan's cost sharing.]* 초기 보장 단계 동안 보장 의약품에 대한 비용 중 가입자의 몫은 코페이 또는 공동보험액 중 하나에 해당합니다.

*[Plans that do not use drug tiers, omit]* 아래의 표에 나와 있듯이 코페이나 공동보험액은 비용 분담 단계에 따라 다릅니다. *[Plans without copayments, omit]* 때때로 의약품 비용이 귀하의 코페이보다 낮은 경우도 있습니다. 이러한 경우 귀하는 의약품에 대해 코페이 대신 더 낮은 비용을 지불합니다.

[*If the plan has retail network pharmacies that offer preferred cost sharing, the chart must include both standard and preferred cost-sharing rates. For plans that offer mail-order benefits with both preferred and standard cost sharing, sponsors may modify the chart to indicate the different rates. Removed columns do not apply (e.g., preferred cost sharing or mail order). Add or remove tiers as necessary. If mail order is not available for certain tiers, plans should insert the following text in the cost-sharing cell: Mail order is not available for drugs in [insert tier].*]

보장되는 파트 D 처방약의 *1개월*분에 대한 귀하의 본인 부담금은 다음과 같습니다.

| **단계** | **표준 소매 비용 분담금 (네트워크 내)**  (최대 *[insert number of days]*일분) | **선호 소매 분담금 (네트워크 내)**  (최대 *[insert number of days]*일분) | **우편 주문 비용 분담금**  (최대 *[insert number of days]*일분) | **장기 요양 (LTC) 비용 분담금**  (최대 *[insert number of days]*일분) | **네트워크 외부 비용 분담금**  (보장은 특정 상황으로 제한되며, 자세한 내용은 3장을 참조해 주십시오.) (최대 *[insert number of days]*일분) |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **비용 분담금 1단계**  (*[insert description, e.g., generic drugs]*) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |
| **비용 분담금 2단계**  (*[insert description]*) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |
| **비용 분담금 3단계**  (*[insert description]*) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |
| **비용 분담금 4단계**  (*[insert description]*) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |

[*Plans that offer cost-sharing for insulin that differs from the cost-sharing for other drugs on the same tier, insert the following footnote:*비용 분담 단계에 관계없이 *[modify as needed if plan offers multiple cost-sharing amounts for insulins (e.g., preferred and non-preferred insulins)] [insert only if plan's benefit design includes a deductible:* 공제액을 납부하지 않았다고 해도*]* 각 보장되는 인슐린 제품의 1개월치에 대해 $35 *[update the cost sharing amount, if lower than $35]* 이상을 지불하지 않습니다.]

파트 D 백신의 파트 D 백신 비용 분담금에 대한 자세한 정보는 이 장의 섹션 9를 참조하십시오.

*[Instructions to plans offering Value Based Insurance Design Model Test (VBID) benefits:*

*If applicable, plans with VBID should mention that members may qualify for a reduction or elimination of their cost sharing for Part D drugs. Plans should include details of the exact targeted reduced cost-sharing amount.]*

#### 섹션 5.3 의사가 1개월분 미만을 처방하는 경우, 1개월분 비용을 지불할 필요가 없을 수 있습니다

일반적으로 처방약에 대해 가입자가 지불하는 금액은 1개월분을 보장합니다. 귀하나 담당 의사가 1개월분 미만의 의약품을 원하는 경우도 있을 수 있습니다(예: 의약품을 처음 복용하는 경우). 또한 여러 처방전의 리필 날짜를 더 잘 계획하는 데 도움이 된다면 담당 의사와 약사가 1개월분 미만의 의약품을 조제해 달라고 요청할 수 있습니다.

특정 약의 1개월분 미만을 받는 경우 1개월분을 지불할 필요가 없습니다.

* 공동보험액을 지불해야 하는 경우 귀하는 의약품의 총 비용 중 *일정 비율*을 지불합니다. 공동보험액은 의약품의 총 비용을 기준으로 하므로 의약품의 총 비용이 낮기 때문에 가입자 부담 비용이 낮아집니다.
* 의약품에 대해 코페이를 지불해야 하는 경우 한 달 전체가 아닌 해당 의약품을 받은 일수만큼만 비용을 지불해야 합니다. 당사는 의약품에 대해 매일 지불하는 금액을 계산하고(*일일 비용 분담률*) 받은 의약품의 일 수를 곱합니다.

#### 섹션 5.4 *장기* 투약분에 대한 비용을 보여주는 표([*insert if applicable:* 최대] *[insert number of days]*일분)

*[Plans that do not offer extended-day supplies delete Section 5.4.]*

일부 의약품의 경우 장기분(*연장분*이라고도 함)을 처방받을 수 있습니다. 장기 투약분은 [*insert if applicable:* 최대] *[insert number of days]*일분입니다.

아래의 표는 장기분의 의약품을 처방받을 때 지불하는 금액을 보여줍니다.

* *[Plans without copayments, omit]* 때때로 의약품 비용이 귀하의 코페이보다 낮은 경우도 있습니다. 이러한 경우 귀하는 의약품에 대해 코페이 대신 더 낮은 비용을 지불합니다.

*[If the plan has retail network pharmacies that offer preferred cost-sharing, the chart must include both standard and preferred cost sharing rates. For plans that offer mail-order benefits with both preferred and standard cost sharing, sponsors may modify the chart to indicate the different rates. Remove columns that do not apply (e.g., preferred cost sharing or mail order). Add or remove tiers as necessary. If mail order is not available for certain tiers, plans should insert the following text in the cost-sharing cell: [insert tier]의 의약품은 우편 주문을 할 수 없습니다.]*

*[Plans must include all of their tiers in the table. If plans do not offer extended-day supplies for certain tiers, the plan should use the following text in the cost-sharing cell: [insert tier]의 의약품은 장기 투약분을 주문할 수 없습니다.]*

보장 파트 D 처방약의 *장기*분에 대한 귀하의 본인 부담금은 다음과 같습니다.

| **단계** | **표준 소매 비용 분담금 (네트워크 내)** ([*insert if applicable:* up to a] *[insert number of days]*-일분) | **선호 소매 비용 분담금(네트워크 내)**([*insert if applicable:* up to a] *[insert number of days]*일분**)** | **우편 주문 비용 분담금**([*insert if applicable:* up to a] *[insert number of days]*일분) |
| --- | --- | --- | --- |
| **비용 분담금 1단계**  (*[insert description]*) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |
| **비용 분담금 2단계**  (*[insert description]*) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |
| **비용 분담금 3단계**  (*[insert description]*) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |
| **비용 분담금 4단계**  (*[insert description]*) | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* | *[Insert copay/ coinsurance]* |

*For plans that offer insulin cost sharing different from the cost sharing applicable to the other drugs on the same tier, insert the following:* 귀하는 비용 분담 단계에 관계 없이 *[modify as needed if plan offers multiple cost sharing amounts for insulins (e.g., preferred and non-preferred insulins)]* [*insert only if plan's benefits design includes a deductible:* 공제액을 지불하지 않은 경우에도] 각 보장되는 인슐린 제품의 최대 2개월치에 대해 *[inset the applicable language:* $70 *[update the cost-sharing amount, if lower than $70]* 또는 최대 3개월치에 대해 $105 *[update the cost-sharing amount, if lower than $105]* 이하를지불합니다.

#### 섹션 5.5 귀하는 [*insert as applicable:* 연중총 의약품 비용이 $*[insert 2024 initial coverage limit] OR* 연중 본인 분담금 비용이 $*[insert 2024 out-of-pocket threshold]*]에 도달할 때까지 초기 보장 단계를 유지합니다

귀하는 처방약의 총액이 **초기 보장 단계의 한도**인 **$*[insert initial coverage limit]***에 도달할 때까지 초기 보장 단계가 유지됩니다.

[*Plans with no additional coverage gap replace the text above with:* 연중 총 본인 부담금 비용이 $*[insert 2024 out-of-pocket threshold]*에 도달할 때까지 초기 보장 단계가 유지됩니다. 이후 거대위험 보장 단계로 이동합니다.]

[*Insert if applicable:* 당사는 일반적으로 Medicare 처방약 플랜에서 보장되지 않는 일부 처방약에 대해 추가 보장을 제공합니다. 이러한 약에 대해 지급한 비용은 초기 [*insert if plan has a coverage gap:* 보장 한도 또는] 총 본인 분담금 비용에 포함되지 않습니다.]

귀하가 받는 파트 D EOB는 귀하, 플랜 및 제3자가 귀하를 대신하여 지출한 금액이 얼마나 되는지 추적하는 데 도움이 됩니다. 대부분의 가입자는 연간 [*insert as applicable:* $*[insert initial coverage limit]* $ *OR* $*[insert 2024 out-of-pocket threshold]*]한도에 도달하지 않습니다.

이 금액에 도달하는 경우 알려드릴 것입니다. 이 금액에 도달하는 경우 초기 보장 단계를 벗어나 [*insert as applicable*:보장 공백 단계 *OR* 거대위험 보장 단계]로 이동합니다. Medicare에서 본인 부담 비용을 계산하는 방법에 대해서는 섹션 1.3을 참조하십시오.

### 섹션 6 보장 공백 단계의 비용

[*Plans with no coverage gap replace Section 6 title with: [insert 2024 plan name]*에 대한 보장 공백이 없습니다.]

[*Plans with no coverage gap replace text below with*: *[insert 2024 plan name]*에 대한 보장 공백이 없습니다. 초기 보장 단계를 벗어나면 거대위험 보장 단계로 이동합니다(섹션 7 참조).]

*[Plans with some coverage in the gap, revise the text below as needed to describe the plan's coverage.]*

보장 공백 단계에 있으면 Medicare 보장 공백 할인 프로그램이 브랜드 약에 대한 제조업체 할인을 제공합니다. 귀하는 협의 가격의 25% 및 브랜드 이름 약에 대한 조제 비용의 일부를 지불합니다. 귀하가 지불하는 금액 및 제조업체에 의해 할인되는 금액은 모두 귀하가 지불한 것처럼 본인 분담금 비용에 포함되며 보장 공백 단계로 이동합니다.

또한 가입자는 복제약에 대해서도 일부 보장을 받습니다. 귀하는 복제약 비용의 25% 미만을 지불하고 플랜은 나머지를 지불합니다. 귀하가 지불하는 금액만 포함되고 보장 공백 단계로 이동합니다.

연간 본인 부담금 지불 비용이 Medicare에서 설정한 최대 금액에 도달할 때까지 이러한 비용을 계속 지불합니다. 이 금액($*[insert 2024 out-of-pocket threshold]*)에 도달하면 귀하는 보장 공백 단계를 벗어나 거대위험 보장 단계로 이동됩니다.

Medicare에는 본인 부담 비용에 무엇이 포함되고 무엇이 포함되지 *않는지*에 대한 규정이 있습니다(섹션 1.3).

### 섹션 7 거대위험 보장 단계 동안 플랜은 보장되는 파트 D 의약품에 대해 전체 비용을 지불합니다

본인 부담금이 역년에 $*[insert 2024 out-of-pocket threshold]* 한도에 도달하면 거대위험 보장 단계가 됩니다. 거대위험 보장 단계에 속하면 역년 말까지 이 지불 단계가 유지됩니다.

* [*Plans that do not cover excluded drugs under an enhanced benefit, OR plans that cover excluded drugs under an enhanced benefit but with the same cost sharing as covered Part D drugs in this stage (i.e., no cost sharing), insert the following:* 이 지불 단계에서 플랜은 보장되는 파트 D 의약품의 전체 비용을 지불합니다. 귀하는 아무런 금액도 지불하지 않습니다.]
* [*Plans that cover excluded drugs under an enhanced benefit with cost sharing in this stage, insert the following two bullets:*
  + 이 지불 단계에서 플랜은 보장되는 파트 D 의약품에 대해 전액을 지불합니다. 귀하는 아무런 금액도 지불하지 않습니다.
  + 향상된 혜택으로 보장되는 제외된 의약품에 대해 귀하는 *[insert copay of coinsurance amount]*를 지불합니다.]

### 섹션 8 추가 혜택 정보

*[Optional: Insert any additional benefits information based on the plan's approved bid that is not captured in the sections above.]*

### 섹션 9 파트 D 백신. 귀하가 지불하는 금액은 백신을 어디에서 어떻게 받는지에 따라 다릅니다

**백신에 대해 지불하는 금액에 대한 중요한 메시지** – 일부 백신은 의료 혜택으로 간주됩니다. 다른 백신은 파트 D 의약품으로 간주됩니다. 이러한 백신은 플랜의 "의약품 목록"에서 확인할 수 있습니다. 당사 플랜은 귀하가 [*insert only if plan's benefit design includes a deductible:* 공제액을 납부하지 않더라도] 대부분의 성인 파트 D 백신을 무료로 보장합니다. 특정 백신에 대한 보장 및 비용 분담금에 대한 자세한 내용은 플랜의 "의약품 목록"을 참조하거나 가입자 서비스 부서에 문의하십시오.

파트 D 백신의 보장 범위는 두 부분으로 되어 있습니다.

* 보장의 첫 번째 부분은 **백신 자체** 비용입니다.
* 보장의 두 번째 부분은 **백신 접종** 비용에 대한 것입니다. (경우에 따라 백신 투여라고 합니다.)

파트 D 백신에 대한 귀하의 비용은 세 가지에 따라 달라집니다.

**1. 예방접종 자문위원회(ACIP)라는 기관에서 백신을 성인에게 권장하는지 여부.**

* 대부분의 성인 파트 D 백신은 ACIP에서 권장하며 비용은 없습니다.

**2. 백신을 어디에서 받는지.**

* 백신 자체는 약국에서 제공하거나 의사 진료소에서 제공할 수 있습니다.

**3. 백신을 누가 제공하는지.**

* 약사 또는 다른 의료 제공자가 해당 약국에서 백신을 제공할 수 있습니다. 또는 의료 제공자가 진료소에서 제공할 수도 있습니다.

파트 D 백신을 받을 당시 귀하가 지불하는 금액은 상황 및 귀하가 어떤 **의약품 비용 지불 단계**에 있는지에 따라 다를 수 있습니다.

* 경우에 따라 백신을 접종받을 때 백신 자체 비용과 백신을 제공하는 의료 제공자 비용 모두에 대한 전체 비용을 지불해야 합니다. 의약품 비용의 플랜 분담금 환급을 플랜에 요청하실 수 있습니다. 대부분의 성인 파트 D 백신의 경우, 귀하는 지불한 전체 금액을 환급받는다는 의미입니다.
* 다음에 백신을 접종받을 때 파트 D 혜택에 따라 귀하의 분담금만 지불하면 됩니다. 대부분의 성인 파트 D 백신의 경우 귀하는 비용을 지불하지 않습니다.

아래는 파트 D 백신을 구입할 수 있는 방법의 세 가지 예입니다.

*상황 1:* 네트워크 약국에서 파트 D 백신을 접종받습니다. (이런 선택지가 있는지 여부는 귀하가 거주하는 지역에 따라 다릅니다. 일부 주에서는 약국이 특정 백신을 제공하는 것을 허용하지 않습니다.)

* 대부분의 성인 파트 D 백신의 경우 귀하는 비용을 지불하지 않습니다.
* 다른 파트 D 백신의 경우 백신 투여 비용을 포함한 백신 자체에 대해 지불한 [*insert as appropriate* 공동보험액 *OR* 코페이]을(를) 약국에 지불합니다.
* 당사 플랜이 나머지 비용을 지불합니다.

*상황 2:* 의사 진료소에서 파트 D 백신을 접종받습니다.

* 백신을 접종받을 때 백신 자체 비용과 백신을 제공하는 의료 제공자 비용 모두에 대한 전체 비용을 모두 지불해야 할 수 있습니다.
* 그런 다음 5장에 설명된 절차를 사용하여 당사의 비용 분담금을 지불하도록 플랜에 요청할 수 있습니다.
* 대부분의 성인 파트 D 백신의 경우 귀하는 지불한 전체 금액을 환급받습니다. 다른 파트 D 백신의 경우 귀하는 백신(투여 포함)에 대해 지불한 [*insert as appropriate:* 공동보험액 *OR* 코페이]이(가) 차감된 금액을 환급받습니다.) [*Only insert the following if an out-of-network differential is charged for a vaccine not identified as an adult ACIP-recommended $0 cost sharing vaccine:* 의사가 청구하는 금액과 당사가 일반적으로 지급하는 금액 간 차액 미만을 환급받습니다. (귀하가 추가 도움("Extra Help")을 받는 경우 당사는 이 차액을 환급해 드립니다.)]

*상황 3:* 파트 D 백신을 네트워크 약국에서 구입한 다음 담당 의사 진료소에서 백신을 접종받습니다.

* 대부분의 성인 파트 D 백신의 경우, 귀하는 백신 자체에 대해 비용을 지불하지 않습니다.
* 다른 파트 D 백신의 경우 백신 자체에 대해 지불한 [*insert as appropriate:* 공동보험액 *OR* 코페이]을(를) 약국에 지불합니다.
* 담당 의사가 백신을 제공할 때 귀하는 이 서비스에 대한 전체 비용을 지불해야 할 수 있습니다.
* 그런 다음 5장에 설명된 절차를 사용하여 당사의 비용 분담금을 지불하도록 플랜에 요청할 수 있습니다.
* 대부분의 성인 파트 D 백신의 경우 귀하는 지불한 전체 금액을 환급받습니다. [*Insert as appropriate:* 다른 파트 D 백신의 경우 귀하는 백신 투여에 대해 지불한 공동보험액을 차감한 금액을 환급받습니다.]
* [*Only, insert the following if an out-of-network differential is charged for a vaccine that is not an adult ACIP-recommended $0 cost-sharing vaccine:* 그리고 의사가 청구하는 금액과 당사가 일반적으로 지급하는 금액 사이의 차이는 적습니다. (귀하가 추가 도움("Extra Help")을 받는 경우 당사는 이 차액을 환급해 드립니다.)]

*[Insert any additional information about your coverage of vaccines and vaccine administration.]*

## 5장: *보장 의약품의 당사 분담금을 지급하도록 당사에 요청하기*

### 섹션 1 보장 의약품 비용의 분담금을 지급하도록 당사에 요청해야 하는 상황

때때로 처방약을 받을 때 귀하가 전체 비용을 지불해야 할 수 있습니다. 또는 플랜의 보장 규칙에 따라 예상한 금액보다 많이 제공한 것을 알게 되거나 제공자로부터 청구서를 받을 수 있습니다. 이러한 경우, 귀하는 당사 플랜에 상환(상환을 *환급*이라고도 함)을 요청할 수 있습니다. 비용 환급을 받기 위해 지켜야 하는 기한이 있을 수 있습니다. 이 장의 섹션 2를 참조하십시오.

다음은 귀하가 비용 환급을 당사 플랜 측에 요청해야 하는 경우의 예시입니다. 이러한 모든 예는 보장 결정 유형입니다(보장 결정에 대한 자세한 정보는 7장으로 이동).

**1. 처방약을 조제받기 위해 네트워크 비소속 약국을 이용하는 경우**

귀하가 네트워크 외부 약국을 이용하는 경우, 해당 약국에서는 당사에게 직접 보내야 하는 청구서를 제출하지 못할 수도 있습니다. 이런 상황이 발생하면 귀하가 처방약 비용 전액을 부담해야 합니다.

영수증을 보관해 두었다가 당사의 비용 분담금을 환급해 달라고 요청할 때 당사에 사본 1부를 보내주십시오. 당사가 제한적인 상황에서만 네트워크 외부 약국 비용을 보장한다는 점을 기억하십시오. 해당 상황에 대한 설명은 3장 섹션 2.5를 참조하십시오.

**2. 플랜 가입자 카드를 소지하지 않아 처방약 비용 전액을 부담하는 경우**

플랜 가입자 카드를 소지하지 않은 경우, 약국에 플랜에 전화하거나 귀하의 가입 정보를 조회해 달라고 요청할 수 있습니다. 그러나 약국 측에서 필요한 가입 정보를 즉시 받지 못할 경우에는 귀하가 처방약 비용 전액을 지불해야 할 수 있습니다.

영수증을 보관해 두었다가 당사의 비용 분담금을 환급해 달라고 요청할 때 당사에 사본 1부를 보내주십시오.

**3. 기타 상황에서 처방약 비용 전액을 부담하는 경우**

처방약이 어떤 이유로 보장되지 않는 의약품이라면 귀하가 처방약 비용 전액을 지불해야 합니다.

* 예를 들면 해당 의약품이 플랜의 "의약품 목록"에 없을 수도 있고, 의약품의 요건 또는 제한 사항 중에 가입자가 몰랐거나 본인에게 해당하지 않는다고 생각하는 내용이 있을 수도 있습니다. 약을 즉시 받아야 한다고 판단되면 귀하가 해당 의약품의 비용 전액을 지불해야 합니다.
* 영수증을 보관해 두었다가 당사에 사본 1부를 보내면서 비용 환급을 요청하십시오. 어떤 경우에는 당사의 비용 분담에 대해 귀하가 환급을 받을 수 있도록 당사가 귀하의 담당 의사로부터 자세한 정보를 수집해야 할 수도 있습니다.

**4. 플랜에 소급하여 가입한 경우**

개인이 플랜에 소급하여 가입하는 경우가 있습니다. (해당 개인의 가입 기간 중 첫날이 이미 지난 경우를 말합니다. 가입일이 작년인 경우도 있습니다.)

당사 플랜에 소급 가입했고 가입일 이후에 의약품에 대한 본인 분담금을 지불한 경우 플랜 분담금 환급을 요청할 수 있습니다. 귀하는 당사가 환급을 처리할 수 있도록 서류를 제출해야 합니다.

*[Plans should insert additional circumstances under which they will accept a paper claim from a member.]*

위의 모든 예는 보장 결정 유형입니다. 즉, 당사가 귀하의 지불 요청을 거절할 경우 귀하는 결정 사항에 대한 이의 제기를 할 수 있습니다. 이 문서의 7장에는 이의 제기 방법에 대한 정보가 나와 있습니다.

### 섹션 2 환급을 요청하는 방법

귀하는 *[If the plan allows members to submit oral payment requests, insert the following language: 전화로 연락하거나 또는]* 서면 요청을 보내환급을 요청할 수 있습니다. 요청서를 보낼 경우 청구서와 본인이 지불한 모든 금액이 기재된 문서를 같이 보내 주십시오. 기록을 남기기 위해 청구서와 영수증을 복사하는 것이 좋습니다. [*Insert if applicable:* 서비스, 품목 또는 약품을 받은 날짜로부터 ***[insert timeframe]*** **이내에 청구서를 제출해야 합니다**.]

[*If the plan has developed a specific form for requesting payment, insert the following language:* 결정을 내리는 데 필요한 모든 정보를 보내려면 청구 양식을 작성하여 지급을 요청할 수 있습니다.

* 이 양식을 반드시 사용해야 하는 건 아니지만, 양식을 작성하면 당사가 정보를 보다 빨리 처리하는 데 도움이 될 것입니다.
* 당사 웹사이트(*[insert URL]*)에서 양식의 사본은 다운로드하거나 가입자 서비스부에 연락하여 양식을 요청하십시오.]

다음 주소로 청구서 또는 지급 영수증과 함께 지급 요청서를 우편으로 보내주십시오.

*[Insert address]*

### 섹션 3 귀하의 지불 요청을 검토한 후 예 또는 아니요로 답변해 드립니다

#### 섹션 3.1 당사는 해당 의약품을 보장해야 하는지 여부 및 지불해야 할 금액을 판단합니다

당사는 비용 지불 요청서 접수 시 귀하의 추가 정보가 필요한 경우 이 사실을 귀하에게 알려드립니다. 그렇지 않은 경우에는 귀하의 요청을 검토한 후 보장 결정을 내립니다.

* 의약품이 보장 대상이며 귀하가 모든 규칙을 준수했다고 판단되는 경우, 당사는 비용 중 당사의 몫을 부담합니다. 당사에서 비용 분담 환급금을 우편으로 보내드립니다. 당사는 가입자의 요청이 접수된 후 30일 이내에 이를 지불합니다.
* 의약품이 보장 대상이 *아니거나* 가입자가 모든 규칙을 준수하지 *않았다고* 판단되는 경우, 당사는 해당 비용 중 당사의 몫을 부담하지 않습니다. 당사는 지불 금액을 보내지 않는 이유와 해당 결정에 대해 이의를 제기할 수 있는 권리를 설명하는 서신을 귀하에게 보내 드립니다.

#### 섹션 3.2 당사가 의약품 비용의 전액 또는 일부를 부담하지 않는다는 사실을 알릴 경우, 귀하는 이의 제기를 할 수 있습니다

당사가 부담해야 할 비용이나 금액에 대한 지불 요청을 당사의 실수로 기각했다고 생각하는 경우 이의를 제기할 수 있습니다. 귀하가 이의를 제기하는 것은 당사가 귀하의 비용 지불 요청을 기각하면서 내린 결정을 번복해 달라고 요청한다는 의미입니다. 이의 제기는 공식적인 절차로서, 세부 절차와 마감 기한이 있습니다. 이와 같은 이의 제기 방법의 자세한 내용은 본 문서의 7장에서 확인하십시오.

## 6장: *가입자의 권리와 책임*

*[****Note:*** *Plans may add to or revise this chapter as needed to reflect NCQA-required language.]*

### 섹션 1 당사의 플랜은 플랜 가입자로서 귀하의 권리와 문화적 감수성을 존중해야 합니다

#### 섹션 1.1 *[Plans may edit the section heading and content to reflect the types of alternate format materials available to plan members. Plans may not edit references to language except as noted below.]* 당사는 귀하에게 적합하고 귀하의 문화적 감수성과 일치하는 방법으로 (영어 이외의 언어, 점자, 대형 인쇄본 또는 기타 대체 형식 등) 정보를 제공해야 합니다

*[Plans must insert a translation of Section 1.1 in all languages that meet the language threshold.]*

귀하의 플랜에서는 모든 서비스(임상 및 비임상 모두)가 문화적으로 적절한 방법으로 제공되고 영어 구사력이 낮은 사람, 읽기 능력이 낮은 사람, 청각 장애가 있는 사람, 문화적/민족적 배경이 다양한 사람을 비롯한 모든 가입자가 이러한 서비스에 접근할 수 있어야 합니다. 플랜이 이러한 접근성 요건을 충족할 수 있는 방법의 예로는 번역가 서비스, 통역사 서비스, 전신 타자기 또는 TTY(문자 입력이 가능한 전화기 또는 전신 타자기가 탑재된 전화기) 연결이 포함되지만 이에 국한되지 않습니다.

당사 플랜은 영어를 사용하지 않는 가입자의 질문에 답변하기 위해 무료 통역사 서비스를 제공합니다. *[If applicable, plans may insert information about the availability of written materials in languages other than English.]* 또한 점자, 대형 인쇄본 또는 필요한 경우 기타 대체 형식으로 정보를 무료로 제공할 수 있습니다. 당사는 플랜의 혜택에 관한 정보를 가입자 입장에서 접근이 가능하고 적절한 형식으로 제공해야 합니다. 본인에게 적합한 방법으로 정보를 확인하려면 가입자 서비스 부에 전화해 주십시오.

귀하가 이용할 수 있고 적절한 형식으로 플랜으로부터 정보를 얻는 데 문제가 있으시면, *[insert plan contact information]*번으로 연락하여 불만을 제기해 주십시오. Medicar에   
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)번으로 전화하거나, 시민권 사무소에   
1-800-368-1019번 또는 TTY 1-800-537-7697번으로 직접 연락하여 불만을 제기해도 됩니다.

#### 섹션 1.2 당사는 귀하가 보장 대상 서비스 및 보장 의약품에 제때 접근할 수 있게 해야 합니다

귀하는 오랜 지연 없이 당사의 네트워크 약국 어디에서든 처방전을 조제 또는 리필할 수 있는 권리가 있습니다. 귀하가 합리적인 시간 내에 의료 서비스 또는 파트 D 의약품을 받지 못하고 있다고 생각하는 경우 할 수 있는 일이 7장에 설명되어 있습니다.

#### 섹션 1.3 당사는 귀하의 건강에 관한 개인 정보를 보호해야 합니다

연방법 및 주법은 귀하의 의료 기록 및 개인 건강에 관한 개인 정보를 보호합니다. 당사는 해당 법에 따라 귀하의 개인 건강 정보를 보호합니다.

* 귀하의 *개인 건강 정보*에는 귀하가 본 플랜에 가입한 당시 제공한 개인 정보와 더불어 귀하의 의료 기록 및 기타 의료/건강 정보가 포함됩니다.
* 귀하는 본인의 정보와 관련된 권리 및 본인의 건강 정보가 사용되는 방법을 통제할 권리가 있습니다. 당사는 이러한 권리에 대해 안내하고 당사가 귀하의 건강 관련 개인 정보를 보호하는 방법을 설명하는 *개인정보 보호정책 고지*라는 서면 통지를 귀하에게 보내드립니다.

가입자의 건강 관련 개인 정보를 어떻게 보호하고 있습니까?

* 승인받지 않은 제3자는 귀하의 기록을 열람하거나 변경할 수 없습니다.
* 아래에 명시된 상황을 제외하고, 귀하에게 치료를 제공하지 않거나 가입자의 치료 비용을 지불하지 않는 사람에게 귀하의 건강 정보를 제공하려는 경우, *당사는 귀하 또는 귀하보다 우선하여 결정을 내릴 수 있는 법적 권한을 부여받은 자로부터 서면 허가를 받아야 합니다*.
* 당사가 귀하의 서면 허가를 먼저 받지 않아도 되는 특정 예외 조건이 있습니다. 이러한 예외 조건은 법에 따라 허용되거나 요구됩니다.
  + 당사는 치료의 품질에 대한 점검을 담당하는 정부 부처에게 건강 정보를 공개해야 합니다.
  + 귀하는 Medicare를 통해 당사 플랜에 가입했습니다. 따라서 당사는 파트 D 처방약 관련 정보를 비롯한 귀하의 건강 정보를 Medicare에 제공해야 합니다. Medicare가 연구 목적이나 다른 용도로 귀하의 정보를 공개하는 경우, 이러한 작업은 연방 법률 및 규정에 따라 이뤄집니다. 대개 이 작업에서는 고유한 방식으로 귀하를 식별하는 정보를 제3자와 공유해서는 안 됩니다.

귀하는 본인의 기록에 담긴 정보를 열람하고 그러한 정보가 타인과 공유된 방식을 알 수 있습니다.

귀하는 플랜에 보관된 자신의 의료 기록을 열람하고 기록 사본을 받을 권리가 있습니다. 당사는 기록 복사에 부과되는 요금을 귀하에게 부과할 수 있습니다. 또한 귀하는 본인의 의료 기록에 내용을 추가하거나 기록을 수정하도록 당사에 요청할 권리가 있습니다. 당사에 이를 요청하실 경우, 당사는 귀하의 의료 서비스 제공자와 협의하여 변경 사항 적용 여부를 결정합니다.

귀하는 정기적이지 않은 어떤 목적으로든 본인의 건강 정보가 타인과 공유된 방식을 알 권리가 있습니다.

개인 건강 정보의 보호에 대한 질문이나 궁금하신 사항은 가입자 서비스 부서로 문의해 주십시오.

*[****Note:*** *Plans may insert custom privacy practices.]*

#### 섹션 1.4 당사는 플랜, 약국 네트워크, 보장 의약품에 대한 정보를 귀하에게 제공해야 합니다

*[Plans may edit the section to reflect the types of alternate format materials available to plan members and/or language primarily spoken in the plan service area.]*

*[insert 2024 plan name]* 가입자로서 귀하는 당사를 통해 정보를 받을 권리를 갖습니다.

다음과 같은 종류의 정보를 원하시면 고객 서비스에 전화해 주십시오.

* **당사 플랜 정보.** 예를 들어, 여기에는 플랜의 재정 상태에 대한 정보가 포함됩니다.
* **당사 네트워크 약국에 대한 정보.** 귀하는 네트워크 내 약국의 자격에 대한 정보와 네트워크내 약국에 비용을 지급하는 방법에 대한 정보를 얻을 권리가 있습니다.
* **보장에 대한 정보와 보장을 사용하는 경우 지켜야 하는 규칙.** 3장과 4장은 파트 D 처방약 보장에 대한 정보를 제공합니다.
* **특정 대상이 보장되지 않는 이유와 귀하가 취할 수 있는 조치에 대한 정보.** 7장에서는 파트 D 의약품이 보장되지 않는 이유나 보장이 제한되는지에 대한 서면 설명을 요청하는 정보가 제공됩니다. 7장에서는 결정 변경을 요청(이의 제기라고도 함)하는 방법에 대한 정보도 제공합니다.

#### 섹션 1.5 당사는 진료에 관한 결정을 내릴 수 있는 권리를 지원해야 합니다.

귀하가 스스로 의학적 결정을 내릴 수 없는 경우 귀하는 수행될 조치에 대해 지시할 권리가 있습니다.

*[****Note:*** *Plans that would like to provide members with state-specific information about advanced directives, including contact information for the appropriate state agency, may do so.]*

경우에 따라 사람들은 사고나 심각한 질병으로 인해 스스로 의료 결정을 내릴 수 없게 됩니다. 귀하는 이러한 상황에 처했을 때 원하는 바를 밝힐 수 있는 권리가 있습니다. 즉, *원하는 경우* 다음을 수행할 수 있습니다.

* 귀하가 스스로 결정을 내릴 수 없게 되는 경우, **귀하를 대신하여 의료 결정을 내릴 수 있는 법적 권한을 다른 사람**에게 부여하기 위해 서면 양식을 작성할 수 있습니다.
* 본인이 의사 결정을 내릴 수 없는 상황이 발생할 때 **원하는 의료에 대한 의향서를 의사에게 제공**할 수 있습니다.

이러한 상황에서 귀하에게 사전에 지시를 내리는 데 사용할 수 있는 법적 문서를 **사전 지시서**라고 합니다. 사전 지시에는 여러 가지 유형이 있으며, 이를 나타내는 이름도 다양합니다. 사전 지시의 예로는 **생전 유언** 및 **의료 위임장**이라는 문서가 있습니다.

지시를 내리기 위해 *사전 지시*를 사용하려는 경우 수행할 작업은 다음과 같습니다.

* **양식을 입수하십시오.** 귀하의 변호사, 사회복지사 또는 일부 사무용품점에서 사전 지시서를 구할 수 있습니다. 귀하는 때때로 Medicare에 대한 정보를 제공하는 조직으로부터 사전 지시서를 받을 수 있습니다. [*Insert if applicable:* 가입자 서비스에 연락하여 양식을 요청할 수도 있습니다.]
* **양식을 작성한 후 서명하십시오.** 이 양식을 어디서 구하든 이 양식은 법적 문서라는 점을 명심하십시오. 변호사를 통해 양식을 작성하도록 해야 합니다.
* **적절한 사람에게 사본을 제공하십시오.** 귀하는 의사와 귀하가 결정을 내릴 수 없는 경우 귀하를 대신하여 결정을 내릴 수 있는 양식에 이름을 기재한 사람에게 양식 사본을 제공해야 합니다. 가까운 친구나 가족에게도 사본을 제공하실 수 있습니다. 집에 사본을 보관해 두십시오.

입원하게 될 것을 미리 알고 사전 지시에 서명한 경우, 사전 의료 지시서에 서명한 상태라면 **사본을 병원에 가져가십시오**.

* 병원 측에서 귀하가 사전 지시 양식에 서명했는지, 양식을 소지하고 있는지 물을 수 있습니다.
* 사전 지시 양식에 서명하지 않았을 경우, 병원 측에서 양식을 제공해 드릴 수 있으며 귀하의 서명 의사를 묻게 됩니다.

**사전 지시 작성 여부**(병원에 있는 경우 서명 여부 포함)**는 귀하의 선택임을 기억하십시오.** 법에 따르면, 어느 누구도 귀하가 사전 지시에 서명했는지 여부에 따라 귀하에 대한 진료를 거부하거나 차별할 수 없습니다.

가입자의 지시가 준수되지 않는 경우 취할 수 있는 조치는 무엇입니까?

사전 지시서에 서명을 했으며 의사 또는 병원이 이를 따르지 않았다고 생각된다면 *[insert appropriate state-specific agency (such as the State Department of Health)]*에 불만을 제기할 수 있습니다*. [Plans also have the option to include a separate exhibit to list the state-specific agency in all states, or in all states in which the plan is filed, and then should revise the previous sentence to refer to that exhibit.]*

#### 섹션 1.6 귀하는 불만 사항을 제기하고 당사가 내린 결정을 재고하도록 요청할 권리가 있습니다

문제, 우려 사항 또는 불만 사항이 있어 보장을 요청하거나 이의를 제기해야 하는 경우 이 문서의 7장에서 귀하가 취할 수 있는 조치를 확인하십시오. 보장 결정 요청, 이의 제기, 불만 제기에 관계없이 당사는 **귀하를 공정하게 대우해야 합니다**.

#### 섹션 1.7 자신이 부당한 대우를 받고 있거나 자신의 권리가 존중되지 않는다고 생각되면 어떻게 할 수 있습니까?

차별에 관한 문제인 경우 시민권 사무소에 전화하십시오.

인종, 장애, 종교, 성별, 건강 상태, 민족성, 신념(믿음), 연령, 성적 지향 또는 출신 국가 등을 이유로 부당한 대우를 받았거나, 권리를 존중 받지 못했다고 생각하는 경우, 미국 보건 복지부의 **시민권 사무소**에 1-800-368-1019 또는 TTY 1-800-537-7697로 연락하거나 현지 시민권 사무소로 전화해 주십시오.

다른 것에 관한 것입니까?

귀하가 부당한 대우를 받았거나 귀하의 권리가 존중되지 않았다고 생각하며 이것이 차별에 관한 것이 *아닌 경우,* 다음을 통해 귀하가 겪고 있는 문제를 해결하는 데 도움을 받을 수 있습니다.

* **가입자 서비스 부서에** 전화하실 수 있습니다.
* **SHIP에 전화**하실 수 있습니다. 자세한 내용은 2장 섹션 3을 참조하십시오.
* 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 **Medicare에** 연중무휴 24시간 **전화할 수 있습니다**(TTY 1-877-486-2048).

#### 섹션 1.8 귀하의 권리에 대한 추가 정보를 얻는 방법

귀하의 권리에 대한 자세한 정보를 얻을 수 있는 곳은 다음과 같습니다.

* **가입자 서비스 부서에** 전화하실 수 있습니다.
* **SHIP에 전화**하실 수 있습니다. 자세한 내용은 2장 섹션 3을 참조하십시오.
* **Medicare**에 문의하실 수 있습니다.
  + Medicare 웹사이트를 방문하여 *Medicare 권리 및 보호* 간행물을 읽거나 다운로드할 수 있습니다. (해당 발행물은 [www.medicare.gov/Pubs/pdf/  
    11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf)에서 제공됩니다.)
  + 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 연중무휴 24시간 전화할 수 있습니다(TTY 1-877-486-2048).

### 섹션 2 귀하는 플랜의 가입자로서 몇 가지 책임이 있습니다

플랜의 가입자로서 귀하가 해야 할 일은 아래에 열거되어 있습니다: 궁금하신 사항은 가입자 서비스 부서로 문의해 주십시오.

* **보장 의약품에 대해 이해하고 보장 의약품을 이용하기 위해 지켜야 하는 규칙에 대해 알아보십시오.** 이 보장 증명서를 사용하여 귀하에게 보장되는 사항과 보장 서비스를 받기 위해 따라야 할 규칙을 알아보십시오.
  + 3장과 4장에는 파트 D 처방약의 보장에 대한 상세 정보가 포함되어 있습니다.
* **플랜 이외에도 다른 처방약 보장이 있을 경우 당사에 알려 주셔야 합니다.** 1장에는 이러한 혜택을 조정하는 방법에 대해 설명합니다.
* **담당 의사와 약국에 당사 플랜에 가입한 것을 알려 주십시오.** 의료 치료 또는 파트 D 처방약을 받을 때마다 플랜 가입자 카드를 보여 주십시오.
* **담당 의사와 기타 의료 제공자에게 정보를 제공하고, 질문을 하고, 진료에 대한 후속 조치를 취함으로써 귀하를 도울 수 있도록 하십시오.** 
  + 최상의 의료를 받으려면 의사와 기타 의료 제공자에게 귀하의 건강 문제에 대해 알리십시오. 귀하와 귀하의 의사가 동의한 치료 계획 및 지침을 따르십시오.
  + 일반의약품, 비타민, 보충제 등 귀하가 복용하고 있는 모든 약에 대해 담당 의사가 알고 있는지 확인하십시오.
  + 궁금한 점이 있으면 반드시 질문하고 이해할 수 있는 답변을 얻으십시오.
* **부담해야 할 비용을 지불할 책임.** 플랜 가입자로서 귀하는 다음 비용을 지불할 책임이 있습니다.
  + [*Insert if applicable:* 귀하는 플랜 보험료를 지불해야 합니다.]

플랜에서 보장하는 대부분의 의약품에 대해 귀하는 약을 받을 때 비용 중 가입자의 몫을 지불해야 합니다. *[Plans that do not disenroll members for non-payment may modify this section as needed.]*

* + 지연 가입 벌금을 납부해야 하는 경우, 플랜의 가입자 자격 유지를 위해 이 벌금을 납부해야 합니다.
  + 소득이 높아 파트 D에 대한 추가 금액을 지불해야 하는 경우, 플랜 가입자 자격을 유지하려면 추가 금액을 정부에 직접 계속 지불해야 합니다.
* **귀하가 당사 플랜 서비스 지역 *내에서* 이사하는 경우** 귀하의 가입자 기록을 최신 상태로 유지하고 귀하에게 연락하는 방법을 알 수 있도록 이를 당사에서 **알아야 합니다**.
* **저희 플랜 서비스 지역 *밖으로* 이사하시는 경우 저희 플랜 가입자 자격을 유지할 수 없습니다.**
* 이사하는 경우 사회보장국(또는 철도 은퇴 위원회)에 알리는 것도 중요합니다.

## 7장: *문제나 불만 사항이 있을 경우 해야 할 일(보장 결정, 이의 제기, 불만 사항)*

*[Plans should ensure that the text or section heading immediately preceding each Legal Terms box is kept on the same page as the box.]*

### 섹션 1 소개

#### 섹션 1.1 문제나 불만 사항이 있을 경우 해야 할 일

이 장에서는 문제와 우려 사항을 처리하는 두 유형의 절차에 대해 설명합니다.

* 일부 문제의 경우 **보장 결정 및 이의 제기 절차**를 이용해야 합니다.
* 다른 문제에 대해서는 **불만 제기 절차**를 이용해야 합니다. 고충 사항이라고도 합니다.

이러한 절차는 모두 Medicare의 승인을 받았습니다. 각 절차는 당사와 귀하가 따라야 하는 일련의 규칙, 절차, 마감 기한을 포함하고 있습니다.

섹션 3의 가이드는 사용할 올바른 절차와 수행해야 할 작업을 식별하는 데 도움이 됩니다.

#### 섹션 1.2 법적 용어의 의미

이 장에 설명된 일부 규칙, 절차 및 기한 유형에 대한 법적 용어가 있습니다. 이러한 용어 중 상당수는 대부분의 사람들에게 생소하고 이해하기 어려울 수 있습니다. 더 쉬운 이해를 위해, 이 장에서는 다음을 수행합니다.

* 특정 법적 용어 대신 더 간단한 단어를 사용합니다. 예를 들어, 이 장에서는 일반적으로 고충 사항을 접수하는 대신 불만을 제기하고, 보장 확정 대신 보장 판단을 내리고, 위험성을 판단하고, 독립 심사 법인 대신 독립 심사 기관을 말합니다.
* 또한 약어를 가능한 한 적게 사용합니다.

그러나 올바른 법적 용어를 아는 것이 도움이 될 수 있으며 경우에 따라 매우 중요할 수도 있습니다. 어떤 용어를 사용해야 하는지 알면 상황에 맞는 올바른 도움이나 정보를 얻기 위해 더욱 정확하게 의사소통하는 데 도움이 됩니다. 귀하가 어떤 용어를 사용해야 하는지 알 수 있도록 특정 유형의 상황을 처리하기 위한 세부 정보를 제공할 때 법적 용어를 포함합니다.

### 섹션 2 자세한 정보 및 맞춤형 지원을 받을 수 있는 곳

항상 도와드릴 수 있습니다. 귀하가 당사의 대우에 대해 불만 사항이 있는 경우에도 당사는 불만 제기 권리를 존중할 의무가 있습니다. 따라서, 귀하는 항상 고객 서비스에 도움을 요청해야 합니다. 그러나 어떤 상황에서는 귀하가 당사와 관련이 없는 사람으로부터 도움이나 지도를 원할 수도 있습니다. 다음은 귀하에게 도움을 줄 수 있는 두 기관입니다.

주 건강 보험 지원 프로그램(SHIP)

각 주에는 교육을 받은 상담사가 있는 정부 프로그램이 있습니다. 이 프로그램은 당사나 보험 회사, 건강 플랜과는 관련이 없습니다. 이 프로그램의 상담사는 귀하가 겪고 있는 문제를 처리하기 위해 어떤 절차를 사용해야 하는지 이해하는 데 도움을 줄 수 있습니다. 또한 귀하의 질문에 답변하고 추가 정보를 제공하며 수행할 작업에 대한 지침을 제공할 수도 있습니다.

SHIP 상담사의 서비스는 무료입니다. *[Plans providing SHIP contact information in an exhibit may revise the following sentence to direct members to it.]* 이 문서의 2장 섹션 3에 전화번호와 웹사이트 URL이 나와 있습니다.

Medicare

Medicare에 연락하여 도움을 받을 수도 있습니다. Medicare에 연락하려면 다음과 같은 방법이 있습니다.

* 주 7일 하루 24시간 언제든지 1-800-MEDICARE 또는 1-800-633-4227번으로 연락하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해야 합니다.
* Medicare 웹사이트([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov))를 방문할 수도 있습니다.

### 섹션 3 문제를 해결하려면 어떤 절차를 사용해야 합니까?

문제 혹은 우려 사항이 있는 경우 본 장에서 귀하에게 해당되는 부분만 읽으시면 됩니다. 다음의 지침이 유용할 것입니다.

문제가 혜택 또는 보장에 관한 문제입니까?

여기에는 의료(의료 품목, 서비스 및/또는 파트 B 처방약)가 보장되는지 여부, 보장 방식, 처방약 비용 지불과 관련된 문제가 포함됩니다.

**예.**

본 장의 다음 섹션인 **섹션 4 보장 결정 및 이의 제기의 기본 사항에 대한 안내**로 이동하십시오.

**아니요.**

이 장 끝에 있는 **섹션 7**로 건너뛰십시오. **치료의 품질, 대기 시간, 고객 서비스, 기타 우려 사항에 대한 불만을 제기하는 방법**.

보장 결정 및 이의 제기

### 섹션 4 보장 결정 및 이의 제기에 대한 기본 안내

#### 섹션 4.1 보장 결정 요청 및 이의 제기: 전체적인 개요

보장 결정 및 이의 제기는 혜택 및 지불을 포함한 처방약 보장과 관련된 문제를 다룹니다. 이러한 절차는 약의 보장 여부 및 약 보장 방식과 같은 문제에 사용하는 절차입니다.

혜택을 받기 전에 보장 결정을 요청하기

보장 결정은 귀하의 혜택과 보장 범위 또는 귀하의 처방약에 대해 당사가 지불할 금액에 관해 당사가 내리는 결정입니다.

당사에서는 귀하의 보장 범위 및 그 금액을 결정할 때마다 보장 결정을 내립니다. 어떤 경우에는 약이 보장되지 않거나 더 이상 Medicare에서 보장되지 않는다고 결정할 수도 있습니다. 이러한 보장 결정에 동의하지 않을 경우, 이의 제기를 할 수 있습니다.

제한적인 상황에서는 보장 결정 요청이 기각될 수 있으며, 이는 당사가 해당 요청을 검토하지 않음을 의미합니다. 요청이 기각되는 예에는 요청이 불완전한 경우, 다른 사람이 귀하를 대신하여 요청했지만 법적으로 그렇게 할 권한이 없는 경우 또는 귀하가 요청 철회를 요청한 경우가 포함됩니다. 보장 결정에 대한 요청을 당사가 기각할 경우, 그 사유와 기각에 대한 심사를 요청하는 방법을 설명한 통지를 발송합니다.

이의 제기하기

귀하가 혜택을 받기 전 또는 후에 당사에서 보장을 결정을 했으나 이에 만족하지 않을 경우, 결정 사항에 대해 *이의 제기*를 할 수 있습니다. 이의 제기는 당사에게 보장 결정을 검토하고 변경하도록 요청하는 공식적인 방법입니다. 추후 논의할 특정 상황에서는 보장 결정에 대한 신속 또는 *빠른* 이의 제기를 요청할 수 있습니다. 귀하의 이의 제기는 원래 결정을 내린 심사자가 아닌 다른 심사자가 처리합니다.

플랜의 결정에 처음으로 이의 제기를 하는 경우, 이것을 레벨 1 이의 제기라고 합니다. 이 이의 제기에서 당사는 당사가 규칙을 제대로 준수했는지 확인하기 위해 당사가 내린 보장 결정을 검토합니다. 당사에서 검토를 완료하면 결정 사항을 알릴 것입니다.

제한적인 상황에서 레벨 1 이의 제기 요청은 기각되며, 이는 당사가 해당 요청을 검토하지 않음을 의미합니다. 요청이 기각되는 예에는 요청이 불완전한 경우, 다른 사람이 귀하를 대신하여 요청했지만 법적으로 그렇게 할 권한이 없는 경우 또는 귀하가 요청 철회를 요청한 경우가 포함됩니다. 레벨 1 이의 제기에 대한 요청을 당사가 기각할 경우, 그 사유와 기각에 대한 심사를 요청하는 방법을 설명한 통지를 발송합니다.

레벨 1 이의 제기의 전체 또는 일부에 대해 당사가 기각할 경우, 레벨 2 이의 제기로 진행할 수 있습니다. 레벨 2 이의 제기는 저희와 관련이 없는 독립 심사 기관이 담당합니다. 파트 D 약 이의 제기의 경우, 귀하의 이의 제기의 전체 또는 일부에 대해 기각된 경우, 레벨 2 이의 제기를 요청해야 합니다. 파트 D 이의 제기에 대해서는 이 장의 섹션 5에서 자세히 설명합니다. 레벨 2 이의 제기 결정에 만족하지 않는 경우 추가 이의 제기 단계를 계속 진행할 수 있습니다(이 장의 섹션 6에 레벨 3, 4 및 5 이의 제기 절차가 설명되어 있습니다.)

#### 섹션 4.2 보장 결정을 요청하거나 이의 제기를 할 때 도움을 받는 방법

어떤 종류의 보장 결정을 요청하거나 결정에 이의를 제기하기로 결정한 경우 사용할 수 있는 리소스는 다음과 같습니다.

* **가입자 서비스부로 문의할 수 있습니다.**
* 주 건강 보험 지원 프로그램에서 **무료로 도움을 받으실 수 있습니다**.
* **담당 의사 또는 기타 처방자가 귀하를 대신하여 요청할 수 있습니다.** 파트 D 처방약의 경우, 담당 의사나 다른 처방자가 귀하를 대신하여 보장 결정이나 레벨 1 이의 제기를 요청할 수 있습니다. 레벨 1 이의 제기가 거부된 경우 담당 의사나 처방자는 레벨 2 이의 제기를 요청할 수 있습니다.
* **다른 사람에게 귀하를 대신하여 조치를 취하도록 요청할 수 있습니다.** 원하는 경우 다른 사람을 *대리인*으로 지정하여 보험 범위에 대한 결정을 요청하거나 이의를 제기할 수 있습니다.
  + 친구, 친척, 기타 개인을 대리인으로 지정하려면 가입자 서비스 부서에 연락하여 *대리인 지정* 양식을 요청하십시오. (이 양식은 Medicare 웹사이트 [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/  
    cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) [*plans may also insert:* 또는 저희 웹사이트 *[insert website or link to form]*에서 다운로드할 수 있습니다.) 이 양식은 대리인에게 귀하를 대신하여 행동할 수 있는 권한을 부여합니다. 이 문서에는 귀하와 귀하를 대신할 사람이 서명해야 합니다. 서명한 양식의 사본을 저희에게 제출해야 합니다.
  + 이 양식 없이도 이의 제기 요청을 수락할 수 있지만 양식을 받을 때까지 검토를 시작하거나 완료할 수 없습니다. 당사가 이의 제기를 받은 후 역일로 44일 이내에 양식을 받지 못한 경우(귀하의 이의 제기에 대한 결정 기한), 귀하의 이의 제기 요청은 기각됩니다. 이런 일이 발생하는 경우, 당사는 독립적인 검토 기관에 귀하의 이의 제기에 대한 기각 결정을 검토하도록 요청할 수 있는 권리를 설명하는 서면 통지를 보내드릴 것입니다.
* **귀하는 또한 변호사를 고용할 권리가 있습니다.** 개인 변호사에게 직접 연락하거나 지역 변호사 협회나 기타 추천 서비스에서 변호사를 지정할 수도 있습니다. 귀하가 자격을 갖춘 경우, 무료 법적 서비스를 제공하는 그룹도 있습니다. 그러나 보장 결정을 요청하거나 결정에 이의 제기하기 위해 **변호사를 고용할 필요는 없습니다**.

### 섹션 5 파트 D 처방약: 보장 범위 결정을 요청하거나 이의를 제기하는 방법

#### 섹션 5.1 이 섹션은 파트 D 의약품을 받는 데 어려움이 있거나 당사가 파트 D 의약품 비용을 환급해 주기를 원하는 경우 취할 수 있는 조치를 설명합니다

귀하의 혜택에는 다양한 처방약 보장이 포함되어 있습니다. 약이 보장을 받으려면 의학적으로 인정되는 적응증에 사용되어야 합니다. (의학적으로 승인된 적응증에 관한 자세한 정보는 3장을 참조하십시오.) 파트 D 약, 규칙, 제한 및 비용에 대한 자세한 정보는 3장과 4장을 참조하십시오.

* **이 섹션은 파트 D 의약품에 대해서만 다룹니다.** 간략하게 하기 위해 이 섹션의 나머지 부분에서는 *보장되는 외래환자 처방약* 또는 *파트 D 의약품*을 매번 반복하지 않고 *의약품*이라고 칭합니다. 또한 *보장 의약품 목록* 또는 *처방집* 대신 "의약품 목록"이라는 용어를 사용합니다.
* 의약품의 보장 여부를 모르거나 규칙에 부합하는지 모르는 경우, 당사에 문의하실 수 있습니다. 일부 의약품은 당사에서 이를 보장하기 전에 귀하가 당사의 승인을 받아야 합니다.
* 약국이 귀하의 처방약을 조제할 수 없다고 말할 경우, 보장 결정을 요청하기 위해 플랜에 연락하는 방법이 설명된 서면 통지를 제공합니다.

파트 D 보장 결정 및 이의 제기

| **법률 용어** |
| --- |
| 파트 D 의약품에 대한 최초 보장 결정을 **보장 판단**이라고 합니다. |

보장 결정은 귀하의 혜택과 보장 범위 또는 귀하의 약에 대해 당사가 지불할 금액에 관해 당사가 내리는 결정입니다. 이 섹션에서는 귀하가 다음 상황에 처한 경에우 해야 할 일에 대해 설명합니다.

* 플랜의 *보장 대상 의약품 목록*에 없는 파트 D 의약품에 대한 보장 요청. **예외를 요청하십시오. 섹션 5.2**
* 의약품에 대한 플랜 보장의 제한 사항을 면제하도록 요청(수령할 수 있는 의약품의 양 제한)합니다. **예외를 요청합니다. 섹션 5.2**
* *[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit this bullet]* 높은 비용 분담 단계의 보장 의약품에 대해 더 저렴한 비용 분담금을 요청합니다. **예외를 요청합니다. 섹션 5.2**
* 의약품에 대한 사전 승인 요청. **보장 결정을 요청하십시오. 섹션 5.4**
* 이미 구입한 처방약 비용 지불. **환급을 요청하십시오. 섹션 5.4**

보장 결정에 동의하지 않을 경우, 가입자는 결정에 대해 이의 제기를 할 수 있습니다.

이 섹션에는 보장 결정을 요청하는 방법과 이의 신청을 제기하는 방법이 설명되어 있습니다.

#### 섹션 5.2 예외란 무엇입니까?

| **법률 용어** |
| --- |
| "의약품 목록"에 없는 약의 보장을 요청하는 것을 경우에 따라 **처방집 예외** 요청이라고 합니다.  약에 대한 보험 혜택 제한을 철회하도록 요청하는 것을 경우에 따라 **처방집 예외** 요청이라고 합니다.  보장되는 비선호 약에 대해 저렴한 비용 지불을 요청하는 것을 경우에 따라 **분류 예외** 요청이라고 합니다. |

어떤 약이 귀하가 원하는 방식으로 보장되지 않는 경우, *예외*를 요청하실 수 있습니다. 예외는 보장 결정의 한 형태입니다.

당사가 귀하의 예외 요청을 검토하기 위해서는 귀하가 예외를 받아야 하는 의학적 이유에 대해 담당 의사나 기타 처방자가 설명해야 합니다. 귀하, 담당 의사 또는 기타 처방자가 당사에 요청할 수 있는 예외 사항에는 [*insert as applicable:* 두 *OR* 세] 가지가 있습니다.

1. **"의약품 목록"에 없는 파트 D 의약품에 대한 보장.** 당사가 "의약품 목록"에 없는 의약품을 보장하는 것에 동의한 경우, 귀하는 [*insert as appropriate:[insert exceptions tier]*의 모든 의약품 *OR* 일부 의약품 *OR* 브랜드 이름 약의 경우 *[insert exceptions tier]*의 의약품 또는 복제약의 경우 *[insert exceptions tier]*의 의약품에 적용되는 비용 분담금을 지급해야 합니다]. 귀하는 이 의약품에 대해 귀하가 지불해야 하는 비용 분담금에 대해 예외를 요청할 수 없습니다.
2. **보장 약에 대한 제한을 해제.** 3장에서는 "의약품 목록"의 특정 약에 적용되는 추가 규칙 또는 제한에 대해 설명합니다. *[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit this bullet]* 당사에서 예외에 동의하고 제한을 면제해줄 경우 귀하는 이 의약품에 대해 지급해야 할 코페이 또는 공동보험액에 대한 예외를 요청할 수 있습니다.
3. *[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit this section.]* **낮은 비용 분담 단계로 의약품 보장 변경.** 당사 "의약품 목록"의 모든 의약품은 *[insert number of tiers]* 비용 분담 단계 중 하나에 속합니다. 일반적으로 비용 분담 단계 숫자가 낮을수록 약 비용의 가입자 분담금도 적어집니다.

* "의약품 목록"에 귀하의 의약품보다 낮은 비용 분담 단계에 해당하는 귀하 질병 치료용 대체 약품이 포함되어 있는 경우 대체 약품에 적용되는 비용 분담액으로 귀하의 의약품을 보장하도록 당사에 요청할 수 있습니다.
* *[Plans that have a formulary structure where all of the biological products are on one tier or that do not limit their tiering exceptions in this way: omit this bullet]* 복용 중인 의약품이 생물학적제제인 경우 저렴한 비용 분담금 금액으로 의약품을 보장하도록 요청할 수 있습니다. 이는 귀하의 병태를 치료하기 위한 생물학적 제제 대체품이 포함된 가장 낮은 단계입니다.
* *[Plans that do not limit their tiering exceptions in this way; omit this bullet]* 복용 중인 약이 브랜드 이름 약인 경우 귀하의 상태를 치료하기 위한 브랜드 이름 약에 대한 대안이 포함된 가장 낮은 단계에 적용되는 비용 분담 금액으로 약을 보장하도록 요청할 수 있습니다.
* *[Plans that do not limit their tiering exceptions in this way; omit this bullet]* 복용 중인 약이 복제약인 경우 귀하의 병태를 치료하기 위한 브랜드 이름 약 또는 대안이 포함된 가장 낮은 단계에 적용되는 비용 분담 금액으로 약을 보장하도록 당사에 요청할 수 있습니다.
* [*If the plan designated one of its tiers as a specialty tier and is exempting that tier from the exceptions process, include the following language:* 귀하는 *[insert tier number and name of tier designated as the high-cost/unique drug tier]*의 의약품 비용 분담 단계를 변경하도록 당사에 요청할 수 없습니다.]
* 당사가 단계 예외 요청을 승인하고 귀하가 복용할 수 없는 대체 의약품이 있는 더 낮은 비용 분담 단계가 두 개 이상 있는 경우, 일반적으로 가장 낮은 금액을 지불하게 됩니다.

#### 섹션 5.3 예외 요청에 대해 알아야 할 중요 사항

담당 의사가 당사에게 의학적 사유를 설명해야 합니다.

담당 의사나 기타 처방자는 예외를 요청하는 의학적 사유를 설명한 진술서를 제출해야 합니다. 빠른 결정을 위해 예외를 요청할 때는 의사나 기타 처방자가 제공한 의료 정보를 포함시키도록 하십시오.

일반적으로 당사의 "의약품 목록"에는 특정 상태를 치료하기 위해 하나 이상의 약이 포함되어 있습니다. 이렇게 다양하게 선택할 수 있는 의약품을 *대체* 의약품이라고 합니다. 대체 의약품의 효능이 귀하가 요청하는 약만큼 효과적이며 부작용*이나* 기타 건강 문제를 유발하지 않을 경우,일반적으로 귀하의 예외 요청을 승인하지 않습니다. *[Plans with a formulary structure (e.g., no tiers) that does not allow for tiering exceptions: omit this statement]* 귀하가 단계 예외를 요청할 경우 더 낮은 비용 분담 단계의 모든 *대체* 약품이 효과가 없거나 유해 반응이나 기타 문제를 야기할 가능성이 높은 것이 아니라면 당사는 예외 요청을 승인하지 않습니다.

당사는 귀하의 요청을 수락하거나 거부할 수 있습니다.

* 귀하의 예외 요청을 승인할 경우, 당사 승인은 플랜 연도가 끝날 때까지 유효합니다. 이것은 담당 의사가 해당 약을 계속 처방하며 이 약이 가입자의 상태를 치료하는 데 지속적으로 안전하고 효과적일 경우에 한합니다.
* 요청에 대해 거부 결정을 받았다면 이의 제기를 하여 검토하도록 요청하실 수 있습니다.

#### 섹션 5.4 단계별 안내: 예외를 포함하여 보장 결정을 요청하는 방법

| **법률 용어** |
| --- |
| *빠른 보장 결정은* **신속 보장 판단**이라고 합니다. |

1단계: 표준 보장 결정이나 빠른 보장 결정이 필요한지 결정하십시오.

**표준 보장 결정은** 당사에서 담당 의사의 진술서를 수령한 후 **72시간** 이내에 결정됩니다. **빠른 보장 결정은** 당사에서 담당 의사의 진술서를 수령한 후 **24시간** 이내에 결정됩니다.

***가입자의 건강상 필요하다면, 빠른 보장 결정을 요청하십시오.* 빠른 보장 결정을 하려면 다음 두 가지 요건에 부합해야 합니다.**

* *아직 받지 않은 의약품*을 요청해야 합니다. (이미 구입한 약에 대한 환급을 위해서는 빠른 보장 결정을 요청하실 수 없습니다.)
* 표준 기한을 사용할 경우 가입자의 건강에 심각한 위협이 될 수 있거나 신체 기능에 지장을 줄 수 있어야 합니다.
* **담당 의사나 기타 처방자가 건강상 빠른 보장 결정이 필요하다고 하면, 당사는 자동으로 빠른 보장 결정을 제공할 것입니다.**
* **귀하가 담당 의사나 기타 처방자의 도움 없이 직접 빠른 보장 결정을 요청하는 경우, 플랜은 귀하의 건강이 빠른 보장 결정이 필요한지 여부를 결정할 것입니다.** 빠른 보장 결정이 승인되지 않으면 다음 내용이 포함된 서신을 보내 드리겠습니다.
* 당사가 표준 기한을 이용할 것이라는 사실에 대한 설명.
* 가입자의 담당 의사 또는 기타 처방자가 빠른 보장 결정을 요청하는 경우, 가입자를 위해 빠른 보장 결정을 자동으로 내리겠다는 사실에 대한 설명.
* 가입자가 요청한 빠른 보장 결정 대신 표준 보장 결정을 제공한다는 당사의 결정에 대해 *빠른 불만* 제기를 하는 방법에 대한 설명. 플랜은 영수증을 받고 24시간 이내에 불만 사항에 답변할 것입니다.

2단계: 표준 보장 결정 또는 빠른 보장 결정을 요청하십시오.

원하는 처방전에 대한 보장을 승인하거나 제공하도록 요청하려면 플랜에 전화, 서신 발송 또는 팩스를 보내 시작하십시오. 당사 웹사이트를 통해 보장 결정 절차를 이용할 수도 있습니다. 당사는 당사의 웹사이트에서 사용 가능한 *CMS 모델 보장 결정 요청서*[*insert if applicable:* 또는 당사 플랜 양식]을(를) 사용해 제출한 요청을 포함여 모든 요청서를 수락해야 합니다. 연락처 정보는 2장에 나와 있습니다. *[Plans that allow members to submit coverage determination requests electronically through, for example, a secure member portal may include a brief description ofthat process.]* 당사의 요청 처리에 협조하려면 가입자의 이름, 연락처 정보, 기각된 청구 중 이의 제기된 것을 식별하는 데 필요한 정보를 반드시 기재해 주십시오.

귀하, 귀하의 담당 의사(또는 기타 처방자) 또는 대리인이 이와 같은 조치를 취할 수 있습니다. 또한 변호사가 귀하를 대신하여 조치를 취할 수 있습니다. 이 장의 섹션 4는 대리인의 역할을 하도록 다른 사람에게 서면 허가서를 제공하는 방법에 대해 설명합니다.

* **예외를 요청하는 경우** 예외의 의학적 사유에 대한 **증빙 *서류를 제공***하십시오. 담당 의사나 기타 처방자는 이러한 진술서를 팩스 또는 우편 발송할 수 있습니다. 또는 담당 의사나 다른 처방자가 당사에 전화를 하여 필요한 경우 진술서를 팩스나 우편으로 발송할 수도 있습니다.

3단계: 당사는 귀하의 요청을 고려하여 답변을 제공합니다.

빠른 보장 결정의 기한

* 당사는 일반적으로 귀하의 요청을 수령한 지 **24시간 이내에** 답변을 제공해야 합니다.
  + 예외 요청의 경우, 가입자 측 담당 의사의 증빙 진술을 접수한 후 24시간 이내에 답변을 제공합니다. 가입자의 건강 상태에 따라 필요한 경우에는 답변을 더 빨리 드릴 것입니다.
  + 당사에서 해당 기간을 지키지 못할 경우, 귀하의 요청 사항을 레벨 2 이의 제기 절차로 진행하여 독립 심사 기관에서 검토하도록 해야 합니다.
* **귀하의 요청이 전체 또는 일부 수락된 경우** 당사는 귀하의 요청을 수령한 후 24시간 이내에 제공하기로 합의한 **보장을 제공**해야 합니다.
* **가입자가 요청한 내용의 전부 또는 일부를 거부한다고 답변하는 경우**, 당사의 거부 사유를 설명하는 진술서를 보내 드립니다. 이 외에 이의를 제기할 수 있는 방법도 제공합니다.

받지 않은 약에 대한 표준 보장 결정의 기한

* 당사는 일반적으로 귀하의 요청을 접수한 후 **72시간 이내에** 답변을 제공해야 합니다.
  + 예외 요청의 경우, 가입자 측 담당 의사의 증빙 진술을 접수한 후 72시간 이내에 답변을 제공합니다. 가입자의 건강 상태에 따라 필요한 경우에는 답변을 더 빨리 드릴 것입니다.
  + 당사에서 해당 기간을 지키지 못할 경우, 귀하의 요청 사항을 레벨 2 이의 제기 절차로 진행하여 독립 심사 기관에서 검토하도록 해야 합니다.
* **귀하의 요청이 전체 또는 일부 수락된 경우** 당사는 귀하의 요청을 수령한 후 **72시간 이내**에 제공하기로 합의한 **보장을 제공**해야 합니다.
* **가입자가 요청한 내용의 전부 또는 일부를 거부한다고 답변하는 경우**, 당사의 거부 사유를 설명하는 진술서를 보내 드립니다. 이 외에 이의를 제기할 수 있는 방법도 제공합니다.

이미 구매한 의약품에 대한 표준 보장 결정의 마감 기한

* 당사는 귀하의 요청을 접수한 후 역**일로 14일 내에** 답변을 제공해야 합니다.
  + 당사에서 해당 기간을 지키지 못할 경우, 귀하의 요청 사항을 레벨 2 이의 제기 절차로 진행하여 독립 심사 기관에서 검토하도록 해야 합니다.
* **당사에서 가입자의 요청을 전체 또는 일부 수락하는 경우,** 가입자요청을 접수한 후 역일로 14일 이내에 비용을 지급해야 합니다.
* **가입자가 요청한 내용의 전부 또는 일부를 거부한다고 답변하는 경우**, 당사의 거부 사유를 설명하는 진술서를 보내 드립니다. 이 외에 이의를 제기할 수 있는 방법도 제공합니다.

4단계: 당사가 보장 요청을 기각할 경우, 귀하는 이의 제기를 할 수 있습니다.

* 거절된 경우, 귀하는 이의 제기를 하여 이러한 결정을 재고하도록 요청할 권리가 있습니다. 이는 원하는 약 보장을 받도록 다시 요청한다는 의미입니다. 이의 제기를 하면 이의 제기 절차의 레벨 1을 진행한다는 의미입니다.

#### 섹션 5.5 단계별 안내: 레벨 1 이의 제기 방법

| **법률 용어** |
| --- |
| 파트 D 의약품 보장 결정에 대해 저희 플랜에 이의 제기하는 것을 플랜 **재판단**이라고 합니다.  *빠른 이의 제기*는 **신속 재판단**이라고도 합니다. |

1단계: 표준 이의 제기 또는 빠른 이의 제기가 필요한지 결정하십시오.

표준 이의 제기는 일반적으로 7일 이내에 이루어집니다. 빠른 이의 제기는 일반적으로 72시간 이내에 이루어집니다. 귀하의 건강 상태에 따라 필요하다면 빠른 이의 제기를 요청하십시오.

* 아직 수령하지 않은 약에 대한 결정에 이의 제기를 하려는 경우 귀하와 담당 의사 또는 기타 처방자는 *빠른 이의 제기가* 필요한지 결정해야 합니다.
* *빠른 이의 제기*를 하기 위한 조건은 이 장의 섹션 5.4에 있는 *빠른 보장 결정*을 받는 조건과 같습니다.

2단계: 귀하, 대리인, 의사 또는 기타 처방자는 당사에 연락하여 레벨 1 이의 제기를 해야 합니다. 귀하의 건강 상태에 따라 빠른 답변이 필요한 경우 빠른 이의 제기를 요청하십시오.

* **표준 이의 제기를 할 경우, 요청서를 제출하십시오.** [*If the plan accepts oral requests for standard appeals, insert:* 또는 저희에게 전화해 주십시오.] 연락처 정보는 2장에 나와 있습니다.
* **빠른 이의 제기의 경우 서면으로 제출하거나** (*insert phone number)***번으로 연락해 주십시오.** 연락처 정보는 2장에 나와 있습니다.
* 당사는 당사 웹사이트에서 제공하는 CMS 모델 보장 범위 결정 요청 양식을 통해 제출된 요청을 포함하여 **모든 서면 요청을 수락해야 합니다**. 귀하의 요청을 처리하는 데 도움이 되도록 귀하의 이름, 연락처 정보 및 청구에 대한 정보를 반드시 포함하십시오.
* *[Plans that allow members to submit appeal requests electronically through, for example, a secure member portal may include a brief description of that process.]*
* 플랜의 결정을 귀하에게 알리기 위해 보내드리는 통지에 있는 날짜로부터 **역일로 60일 이내에 이의 제기를 해야 합니다**. 이 기한을 맞추지 못했으며 그에 타당한 이유가 있는 경우, 이의 제기가 늦은 이유를 설명하면서 이의를 제기하십시오. 이의를 제기할 수 있도록 시간을 더 드릴 수도 있습니다. 정당한 사유의 예로는 심각한 질병으로 인해 플랜에 연락할 수 없었거나 이의 제기 요청 기한에 대해 당사가 잘못되었거나 불완전한 정보를 제공한 경우가 포함될 수 있습니다.
* **귀하의 이의 신청에 정보 사본을 요청하실 수 있으며 추가 정보를 기재하실 수 있습니다.** 귀하와 담당 의사는 귀하의 이의 제기를 뒷받침할 상세 정보를 추가할 수 있습니다. [*If a fee is charged, insert:* 당사는 해당 정보를 복사하고 귀하에게 보내는 것에 대해 수수료를 청구할 수 있습니다.]

3단계: 당사는 이의 제기를 고려하고 답변을 제공합니다.

* 당사는 이의 제기를 검토할 때 귀하의 보험 혜택 요청에 대한 정보를 다시 한 번 자세히 살펴볼 것입니다. 귀하의 요청을 거절한 경우 당사는 모든 규칙을 준수했는지 확인합니다.
* 당사는 추가 정보를 얻기 위해 귀하나 담당 의사 또는 기타 처방자에게 연락을 취할 수도 있습니다.

빠른 이의 제기의 기한

* 빠른 이의 제기의 경우, **귀하의 이의 제기를 접수한 후 72시간 이내에** 답변을 제공해야 합니다. 가입자의 건강 상태로 인해 더 일찍 답변을 들어야 하는 경우, 더 일찍 답변할 것입니다.
  + 72시간 이내에 답변을 드리지 못하는 경우, 당사는 가입자의 요청을 2단계 이의 제기 절차로 진행하여 독립 심사 기관에서 검토하도록 해야 합니다. 레벨 2 이의 제기 절차는 섹션 5.6에 설명되어 있습니다.
* **가입자의 요청이 전체 또는 일부 수락된 경우**, 당사는 가입자의 요청을 접수한 후 72시간 이내에 제공하기로 합의한 보장을 제공해야 합니다.
* **요청의 전체 또는 일부가 거절된 경우**, 당사는 거절 사유 및 결정에 이의 제기를 할 수 있는 방법에 대해 설명한 안내문을 보내드립니다.

받지 않은 약에 대한 표준 이의 제기의 기한

* 표준 이의 제기의 경우, 귀하의 이의 제기를 접수한 후 **역일로 7일 이내에** 답변을 제공해야 합니다. 귀하가 아직 약을 받지 않았으며 귀하의 건강 상태에 따라 필요한 경우 결정을 그보다 빨리 통보해 드릴 수도 있습니다.
  + 당사가 역일로 7일 이내에 결정을 전달하지 않을 경우, 귀하의 요청 사항을 레벨 2 이의 제기 절차로 진행하여 독립 심사 기관에서 검토하도록 해야 합니다 레벨 2 이의 제기 절차는 섹션 5.6에 설명되어 있습니다.
* **당사에서 가입자의 요청을 전체 또는 일부 수락하는 경우**, 건강상 필요에 따라 합의한 보장을 최대한 빨리 제공해야 하지만, 이의 제기를 접수한 후 **역일로 7일** 이상 지연할 수 없습니다.
* **요청의 전체 또는 일부가 거절된 경우**, 당사는 거절 사유 및 결정에 이의 제기를 할 수 있는 방법에 대해 설명한 안내문을 보내드립니다.

***구입하지 않은 약 비용 지불에 대한 표준 이의 제기의 기한***

* 당사는 귀하의 요청을 접수한 후 역**일로 14일 내에** 답변을 제공해야 합니다.
  + 당사에서 해당 기간을 지키지 못할 경우, 귀하의 요청 사항을 레벨 2 이의 제기 절차로 진행하여 독립 심사 기관에서 검토하도록 해야 합니다.
* **귀하의 요청이 전체 또는 일부 수락된 경우** 당사는 귀하의 요청을 수령하고 역일로 30일 이내에 비용을 지급해야 합니다.
* **가입자가 요청한 내용의 전부 또는 일부를 거부한다고 답변하는 경우**, 당사의 거부 사유를 설명하는 진술서를 보내 드립니다. 이 외에 이의를 제기할 수 있는 방법도 제공합니다.

4단계: 당사가 가입자의 이의 제기를 기각한 경우, 이의 제기 절차를 계속 진행하고 다시 이의 제기를 할지 귀하가 결정해야 *합니다*.

* 귀하가 또 다른 이의 제기를 하기로 결정하셨다면 이는 이의 제기가 이의 제기 절차의 레벨 2로 진행된다는 의미입니다.

#### 섹션 5.6 단계별 안내: 레벨 2 이의 제기 방법

| **법률 용어** |
| --- |
| *독립 심사 기관*의 공식 명칭은 **독립 심사 법인(Independent Review Entity)**입니다. **IRE**라고도 합니다. |

**독립 심사 기관은 Medicare가 채용한 독립적인 기관입니다.** 당사와 관련이 없으며 정부 기관이 아닙니다. 이 기관은 당사의 결정이 정확한지 또는 변경해야 하는지를 결정합니다. Medicare는 이러한 기관을 감독합니다.

1단계: 귀하(또는 대리인, 의사나 기타 처방자)는 독립적인 검토 기관에 연락하여 귀하의 사례에 대한 검토를 요청해야 합니다.

* 귀하의 레벨 1 이의 제기를 거부한 경우, 귀하에게 발송한 통지에는 독립적인 검토 기관에 **레벨 2 이의 제기를 하는 방법에 대한 지침**이 포함되어 있습니다. 이 지침은 레벨 2 이의 제기를 할 수 있는 당사자, 귀하가 지켜야 하는 기한, 검토 기관에 연락하는 방법 등을 설명합니다. 그러나 해당 기간 내에 검토를 완료하지 못했거나 약물 관리 프로그램에 따른 **위험 판단**과 관련하여 불리한 결정을 내린 경우, 귀하의 청구를 자동으로 IRE에 전달합니다.
* 당사는 귀하의 이의 제기에 대한 정보를 이 기관에 보낼 것입니다. 이 정보를 **사례 파일**이라고 합니다. **귀하는 사례 파일의 사본을 요청할 권리가 있습니다.** [*If a fee is charged, insert:* 당사는 해당 정보를 복사하고 귀하에게 보내는 것에 대해 수수료를 청구할 수 있습니다.]
* 귀하는 독립 심사 기관에 귀하의 이의 제기를 뒷받침할 추가 정보를 제공할 권리가 있습니다.

2단계: 독립 심사 기관이 가입자의 이의 제기를 검토합니다.

* 독립 심사 기관의 심사자는 귀하의 이의 제기와 관련된 모든 정보를 면밀하게 검토할 것입니다.

빠른 이의 제기의 기한

* 건강상의 이유로 필요한 경우 독립 심사 기관에 *빠른 이의* *제기*를 요청하십시오.
* 기관이 귀하의 *빠른 이의* *제기* 제공에 동의하는 경우, 귀하에게 이의 제기 요청을 받은 후 **72시간 내에** 레벨 2 이의 제기에 대한 답변을 제공해야 합니다.

표준 이의 제기의 기한

* 표준 이의 제기의 경우 심사 기관은 귀하가 아직 받지 않은 약에 대한 것이라면, 귀하의 이의 제기를 수령한 후 **역일로 7일 이내에** 레벨 2 이의 제기에 대한 답변을 제공해야 합니다. 귀하가 이미 구매한 의약품에 대해 환급을 요청하는 경우, 심사 조직은 귀하의 요청을 접수한 후 역일 기준으로 **14일 이내에** 레벨 2 이의 제기에 대한 답변을 귀하에게 제공해야 합니다.

3단계: 독립 심사 기관은 가입자에게 답변을 제공합니다.

***빠른 이의 제기의 경우는 다음과 같습니다.***

* 독립 심사 기관이 귀하가 요청한 사항의 일부 또는 전부를 수락하는 경우, 당사는 심사 기관으로부터 결정을 받은 후 24시간 이내에 검토 기관에서 승인한 약 보장을 제공해야 합니다.

***표준 이의 제기의 경우는 다음과 같습니다.***

* **독립 심사 기관에서 귀하의 보장 요청의 전체 또는 승인하는** 당사**는** 심사 기관으로부터 결정을 수령한 지 **72시간 이내에** 심사 기관이 승인한 **약 보장을 제공**해야 합니다.
* **독립 심사 기관이** 귀하가 이미 구입한 의약품에 대한 환급 요청**의 전체 또는 일부를 수락하는 경우**, 심사 기관으로부터 결정을 수령한 후 **역일로 30일 이내에 귀하에게 비용을 지급해야 합니다**.

만약 심사 기관이 이의 제기를 기각할 경우에는 어떻게 됩니까?

**이 기관에서 귀하의 이의 제기의 일부 또는 전체를 기각하는 경우** 이는 귀하의 요청(또는 요청의 일부)을 승인하지 않기로 한 당사의 결정에 동의함을 의미합니다. (이것을 *결정 유지*라고 합니다. 또는 *"이의 제기 기각**"*이라고도 합니다.) 이 경우 독립적인 검토 기관은 귀하에게 다음과 같은 서신을 보내드립니다.

* 독립적인 검토 기관의 결정에 대한 설명.
* 서신은 귀하가 요청하는 약 보장의 달러 가치가 특정 최소 금액을 충족하는 경우 레벨 3 이의 제기를 할 수 있는 권리가 있음을 알려드립니다. 귀하가 요청하는 약 보장의 달러 가치가 너무 낮은 경우, 귀하는 또 다른 이의를 제기할 수 없으며 레벨 2의 결정이 최종이 됩니다.
* 서신은 이의 제기 절차를 계속 진행하기 위해 분쟁이 발생해야 하는 달러 가치를 알려줍니다.

4단계: 귀하의 사례가 요건에 부합할 경우, 귀하는 이의 제기를 더 진행할지 여부를 선택합니다.

* 레벨 2 이후 이의 제기 절차에는 세 가지의 레벨이 더 있습니다(총 다섯 가지 이의 제기 레벨).
* 레벨 3 이의 제기를 진행하려는 경우, 이를 수행하는 방법에 대한 자세한 내용은 레벨 2 이의 제기 결정 후 받는 서면 통지에 나와 있습니다.
* 레벨 3 이의 제기는 행정법 판사 또는 재판관이 처리합니다. 이 장의 섹션 6은 레벨 3, 4, 및 5 이의 제기 절차에 대해 자세히 설명합니다.

### 섹션 6 레벨 3 이상에 대한 이의 제기

#### 섹션 6.1 파트 D 약 요청에 대한 3, 4, 5단계 이의 제기

이 섹션은 레벨 1 이의 제기와 레벨 2 이의 제기를 했는데 모두 기각된 경우, 적합할 수 있습니다.

이의 제기한 특정 약의 비용이 특정 수준에 부합할 경우, 이의 제기의 추가 레벨을 진행할 수 있습니다. 이러한 금액 가치가 그보다 적은 경우, 귀하는 더 이상 이의를 제기하실 수 없습니다. 귀하가 받는 레벨 2 이의 제기에 대한 서면 답변에는 레벨 3 이의 제기를 요청하기 위해 해야 할 일과 연락처에 대해 설명되어 있습니다.

이의 제기와 관련된 대부분의 상황에서 이의 제기의 마지막 3개의 레벨은 거의 비슷하게 진행됩니다. 각 단계에서 귀하의 이의 제기를 처리하는 사람은 다음과 같습니다.

**레벨 3 이의 제기 행정법 판사 또는 연방 정부에 소속된 재판관이** 귀하의 이의 제기를 심리하고 답변을 제공합니다.

* **이의 제기가 수락된 경우, 이의 제기 절차가 종료됩니다**. 당사는 행정법 판사 또는 변호사 심사관이 승인한 약제 보험 적용을 **승인하거나 제공해야 하며**, 결정을 받은 후 **72시간(신속 이의 제기의 경우, 24시간) 이내에 또는 늦어도 역일로 30일 이내에 지불해야 합니다**.
* **행정법 판사 또는 재판관이 귀하의 이의 제기를 기각하는 경우, 이의 제기 절차는 종료되거나 *또는 종료되지 않을 수 있습니다.***
  + 귀하의 이의 제기를 기각한 결정을 수락하기로 결정한 경우, 이의 제기 절차는 종료됩니다.
  + 귀하가 결정을 수락하지 않을 경우, 다음 심사 절차로 진행하실 수 있습니다. 이 통지에는 레벨 4 이의 제기를 위해 취해야 할 조치가 설명되어 있습니다.

**레벨 4 이의 제기 Medicare 이의 제기 위원회(위원회)**가 귀하의 이의 제기를 검토하고 답변을 제공합니다. 이 위원회는 연방정부 소속입니다.

* **이의 제기가 수락된 경우, 이의 제기 절차가 종료됩니다.** 당사는 위원회가 승인한 약제 보험 적용을 **승인하거나 제공해야 하며**, 결정을 받은 후 **72시간(신속 이의 제기의 경우, 24시간) 이내에 또는 늦어도 역일로 30일 이내에 지불해야 합니다**.
* **이의 제기가 기각되는 경우, 이의 제기 절차는 *종료되*거나 *종료되지* 않을 수 있습니다.** 
  + 귀하의 이의 제기를 기각한 결정을 수락하기로 결정한 경우, 이의 제기 절차는 종료됩니다.
  + 귀하가 결정을 수락하지 않을 경우, 다음 심사 절차로 진행하는 것이 가능할 수 있습니다. 위원회가 귀하의 이의 제기를 기각하거나 이의 제기 검토 요청을 거부하는 경우, 통지에는 규칙에 따라 레벨 5 이의 제기로 진행할 수 있는지 여부가 설명되어 있습니다. 또한 이의 제기를 진행하기로 선택한 경우 연락처와 다음에 해야 할 일에 대해서도 안내합니다.

**레벨 5 이의 제기 연방 지방 법원**의 판사가 귀하의 이의 제기를 심리합니다.

* 판사는 모든 정보를 검토하고 귀하의 요청에 대해 *수락* 또는 *기각* 결정을 내립니다. 이것이 최종 답변입니다. 연방 지방 법원 이후의 이의 제기 수준은 더 이상 없습니다.

불만 제기

### 섹션 7 치료의 품질, 대기 시간, 고객 서비스, 기타 우려 사항에 대한 불만을 제기하는 방법

#### 섹션 7.1 불만 제기 절차에서 처리하는 문제의 종류

불만 제기 절차는 특정 유형의 문제에 *한하여* 사용됩니다. 여기에는 치료의 품질, 대기 시간, 고객 서비스 등과 관련된 문제가 포함됩니다. 불만 사항 제기 절차로 다뤄지는 문제 유형에 대한 예를 소개합니다.

| 불만 사항 | 예 |
| --- | --- |
| **의료 서비스 품질** | * 이용하신 의료 서비스의 품질에 만족하십니까? |
| **가입자의 개인정보 존중** | * 본인의 사생활을 존중하지 않았거나 비공개 정보를 공유한 사람이 있었습니까? |
| **무례함, 부실한 고객 서비스 또는 기타 부정적 행동** | * 무례하거나 귀하를 존중하지 않은 사람이 있었습니까? * 가입자 서비스 부서에 불만족하십니까? * 플랜 탈퇴를 권유받았다고 생각하십니까? |
| **대기 시간** | * 약국에서 너무 오래 기다린 적이 있습니까? 귀하를 너무 오래 기다리게 했습니까?   + 예시로는 통화 중, 대기실에서, 또는 처방전을 받을 때 너무 오래 대기하는 경우가 포함됩니다. |
| **청결도** | * 약국의 청결도나 상태에 만족하십니까? |
| **귀하가 당사로부터 얻는 정보** | * 당사가 귀하에게 필요한 통지를 하지 못했습니까? * 당사의 서면 정보가 이해하기 어렵습니까? |
| **적시성**  (이러한 유형의 불만은 모두 보장 결정 및 이의 제기에 대한 당사 조치의 *시기적절성*과 관련이 있습니다.) | 보장 결정을 요청했거나 이의 제기를 했으며 플랜이 신속하게 답변하지 않은 경우, 답변 지연에 대한 불만을 제기할 수 있습니다. 예는 다음과 같습니다.   * 귀하가 당사에 *빠른 보장 결정* 또는 *빠른 이의 제기*를 요청했으며 당사가 이를 기각한 경우, 불만 제기를 할 수 있습니다. * 당사가 보장 결정이나 이의 제기의 기한을 지키지 않았다고 생각하는 경우, 불만 제기를 할 수 있습니다. * 승인된 특정 의약품에 대한 보장 또는 환급 기한을 당사가 지키지 않았다고 생각하는 경우, 불만 제기를 할 수 있습니다. * 당사가 귀하의 사례를 독립 심사 기관에 전달하기 위한 필수 기한을 지체하지 못한 것으로 생각하시는 경우, 불만 제기를 할 수 있습니다. |

#### 섹션 7.2 불만 제기 방법

| **법률 용어** |
| --- |
| * **불만 제기**를 **고충**이라고도 합니다. * **불만 제기**를 **고충 제기**라고도 합니다. * **불만 제기 절차의 사용**은 **고충 제기 절차의 사용**이라고도 합니다. * **빠른 불만 제기**는 **신속 고충 제기**라고도 합니다. |

#### 섹션 7.3 단계별 안내: 불만 제기

1단계: 플랜에 전화나 서면으로 즉시 연락하십시오.

* **일반적으로 첫 번째 단계는 가입자 서비스 부서에 전화하는 것입니다.** 그 밖에 해야 할 일이 있다면 가입자 서비스 부서에서 알려드릴 것입니다.
* **전화 연락을 원하지 않으실 경우(또는 통화를 하셨는데 만족하지 않음), 불만 사항을 서면으로 작성하여 당사에 보내실 수 있습니다.** 가입자가 불만 사항을 서면으로 작성하는 경우, 플랜이 서면으로 답변해 드립니다.
* *[Insert description of the procedures (including time frames) and instructions about what members need to do if they want to use the process for making a complaint. Describe expedited grievance time frames for grievances about decisions to not conduct expedited organization/coverage determinations or reconsiderations/redeterminations.]*
* 불만 제기 **기한**은 불만을 제기할 문제가 발생한 시점으로부터 **역일로 60일**입니다.

2단계: 당사는 불만 사항을 검토한 후 답변을 제공합니다.

* **가능하다면 즉시 답변을 드릴 것입니다.** 가입자가 불만 사항이 있어 당사에 전화하는 경우, 답변도 전화로 드릴 수 있습니다.
* **대부분의 불만 사항에 대해서는 역일로 30일 이내에 답변을 드립니다.** 기타 정보가 필요하며 연기하는 것이 귀하에게 유리하거나 귀하가 시간 연장을 희망하는 경우, 불만 사항에 답변하는 데 역일로 최대 14일이 더 걸릴 수 있습니다(역일로 총 44일). 결정을 내리는 데 며칠 더 걸린다면 서면으로 귀하에게 알릴 것입니다.
* **빠른 보장 결정 또는 빠른 이의 제기 요청에 대해 당사가 거부 결정을 내려 불만 제기를 하는 경우, 플랜은 귀하에게 자동으로 빠른 불만 제기를 허락할 것입니다.** 가입자가 빠른 불만 제기를 하는 경우, **24시간 이내에 답변**을 드립니다.
* 불만의 전체 또는 일부에 대해 당사에서 **동의하지 않거나** 귀하가 불만을 제기하는 문제에 대해 책임이 없을 경우 당사에서는 답변에 해당 사유를 포함할 것입니다.

#### 섹션 7.4 품질 개선 기관에게 서비스 품질에 대한 불만을 제기할 수도 있습니다

불만이 *서비스 품질*에 대한 것일 경우, 다음의 두 가지 옵션이 있습니다.

* **품질 개선 기관에 불만을 직접 제기할 수 있습니다.** 품질 개선 기관은 Medicare 환자에게 제공되는 의료 서비스를 점검하고 개선하고자 연방 정부의 지원을 받는 개업의와 기타 건강 관리 전문가로 구성된 집단입니다. 연락처 정보는 2장에 나와 있습니다.

*또는*

* **동시에 품질 개선 기관 및 당사에 불만을 제기할 수도 있습니다.**

#### 섹션 7.5 귀하는 Medicare에 불만을 제기할 수 있습니다

Medicare에 직접 *[insert 2024 plan name]*에 대한 불만 사항을 제출할 수 있습니다. Medicare에 불만 사항을 제출하려면 [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx)로 이동하십시오. 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로도 문의할 수 있습니다. TTY/TDD 이용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오.

## 8장: *플랜 가입 종료하기*

### 섹션 1 플랜 가입 종료 소개

*[insert 2024 plan name]*의 가입 종료는 **자발적**(귀하의 의사에 따라) 또는 **비자발적**(귀하의 의사와 상관 없이)으로 진행됩니다.

* 귀하가 탈퇴를 *원하여* 플랜 가입을 종료하는 경우가 있을 수 있습니다. 섹션 2 및 섹션 3에서는 자발적 가입 종료에 대한 정보를 제공합니다.
* 또한 당사가 귀하의 가입을 종료해야 하는 제한적인 상황도 있습니다. 섹션 5에서는 당사가 귀하의 가입을 종료해야 하는 상황에 대해서 설명합니다.

플랜을 탈퇴할 경우, 저희 플랜은 처방약을 계속 제공해야 하며 가입자는 탈퇴할 때까지 귀하의 비용 분담 금액을 계속 부담합니다.

### 섹션 2 언제 플랜 가입을 종료할 수 있습니까?

#### 섹션 2.1 연례 가입 기간 중 가입을 종료할 수 있습니다

**연례 가입 기간***(연례 공개 가입 기간)*에 플랜 가입을 종료할 수 있습니다. 이 기간에 의료 및 약 보장을 검토하고 내년의 보장에 대해 결정합니다.

* **연례 가입 기간**은 10월 15일부터 12월 7일까지입니다.
* 현재 보장을 유지하거나 내년에 보장을 변경하기로 선택하십시오. 새로운 플랜으로 변경하기로 결정할 경우, 다음 유형의 플랜 중 하나를 선택할 수 있습니다.
  + 다른 Medicare 처방약 플랜
  + 별도의 Medicare 처방약 플랜이 *포함된* Original Medicare.
  + 별도의 Medicare 처방약 플랜이 *없는* Original Medicare
    - 이 옵션을 선택한 경우, 귀하가 자동 가입을 선택 해제한 경우가 아니라면 Medicare에서 귀하를 약 플랜에 가입시킬 수 있습니다.
  + *– 또는 –* Medicare 건강 플랜. Medicare 건강 플랜은 이 플랜에 가입한 Medicare 가입자에게 파트 A(병원) 및 파트 B(의료) 혜택을 제공하기 위해 Medicare와 계약을 맺은 민간 기업이 제공하는 Medicare 건강 플랜입니다. 일부 Medicare 건강 플랜에는 파트 D 처방약 보장도 포함됩니다.

대부분의 Medicare 건강 플랜에 가입하면 새로운 플랜의 보장이 시작되는 경우 *[insert 2024 plan name]*에서 탈퇴됩니다. 그러나 파트 D 의약품 보장이 없는 민영 의료수가제 서비스 플랜, Medicare 의료 저축 계좌 플랜 또는 Medicare 비용 플랜을 선택한 경우, 이 플랜에 가입하고 의약품 보장을 위해 *[insert 2024 plan name]*을(를) 유지할 수 있습니다. 당사 플랜을 계속 유지할 수 없는 경우, 다른 Medicare 처방약 플랜에 가입하거나 Medicare 처방약 보장 중단을 선택할 수 있습니다.

* 귀하의 새로운 플랜 보장이 1월 1일에 시작되면 **당사 플랜에 대한 가입이 종료됩니다**.

**참고:** Medicare 처방약 보장을 탈퇴했으며 유효 처방약 보장 없이 63일 이상 연속으로 지나는 경우 나중에 Medicare 약 플랜에 가입할 때 지연 등록 벌금을 납부해야 할 수 있습니다.

#### 섹션 2.2 특정 상황에서 특별 가입 기간에 가입 종료 가능

특정 상황일 경우 *[insert 2024 plan name]* 가입자는 연중 다른 시기에 가입을 종료할 수 있습니다. 이것을 **특별 가입 기간**이라고 합니다.

* 다음 상황 중 적용되는 경우 **특별 가입 기간에 가입을 종료할 수 있습니다**. 이는 예에 불과하며, 전체 목록을 확인하려면 플랜에 문의하거나, Medicare에 전화하거나, Medicare 웹사이트([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov))를 방문하십시오.
  + 플랜의 서비스 지역 외부로 이사한 경우.
  + *[Revise bullet to use state-specific name, if applicable]* Medicaid에 가입한 경우.
  + Medicare 처방약 지불을 위한 추가 도움("Extra Help")을 받을 자격이 있는 경우.
  + 플랜의 귀하와의 계약을 위반한 경우.
  + 요양원이나 장기 요양(LTC) 병원과 같은 기관에서 치료를 받는 경우.
  + [*Plans in* *states with PACE, insert:* 고령자 종합 건강관리 프로그램(PACE)에 등록한 경우. [*National or multi-state plans when there is variability in the availability of PACE insert:* PACE를 이용할 수 없는 주도 있습니다. 거주하는 주에서 PACE를 이용할 수 있는지 알아보려면 가입자 서비스 부서에 문의하시기 바랍니다.]]
  + [**참고:** 약물 관리 프로그램에 가입된 경우, 플랜을 변경하지 못할 수 있습니다.3장 섹션 10에 의약품 관리 프로그램에 대한 자세한 내용이 설명되어 있습니다.]
* **가입 기간**은 가입자의 상황에 따라 **다릅니다**.
* **특별 가입 기간에 가입할 수 있는지 확인하려면** 주 7일 하루 24시간 운영되는   
  1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 Medicare에 전화하십시오. TTY 사용자인 경우 1-877-486-2048번으로 전화하십시오. 특별한 상황으로 인해 가입을 종료할 자격이 되는 경우, Medicare 건강 보장과 처방약 보장을 모두 변경할 수 있습니다. 다음 중에서 선택할 수 있습니다.
  + 다른 Medicare 처방약 플랜
  + 별도의 Medicare 처방약 플랜이 *없는* Original Medicare.

**참고:** Medicare 처방약 보장에서 탈퇴했으며 "유효한" 처방약 보장이 없는 상태가 63일 이상 지속될 경우 추후 Medicare 의약품 플랜에 가입할 때 지연 등록 벌금을 납부해야 할 수 있습니다.

* + - **처방약 비용 지불에 대해 Medicare로부터 추가 도움("Extra Help")을 받는 경우**, Original Medicare로 변경하고 별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입하지 않는 경우, 귀하가 자동 가입을 선택 해제한 경우가 아니라면 의약품 플랜에 가입될 수 있습니다.
  + *– 또는 –* Medicare 건강 플랜. Medicare 건강 플랜은 이 플랜에 가입한 Medicare 가입자에게 파트 A(병원) 및 파트 B(의료) 혜택을 제공하기 위해 Medicare와 계약을 맺은 민간 기업이 제공하는 Medicare 건강 플랜입니다. 일부 Medicare 건강 플랜에는 파트 D 처방약 보장도 포함됩니다.
    - 대부분의 Medicare 건강 플랜에 가입하면 새로운 플랜의 보장이 시작되는 경우 *[insert 2024 plan name]*에서 자동으로 탈퇴됩니다. 그러나 파트 D 의약품 보장이 없는 민영 의료수가제 서비스 플랜, Medicare 의료 저축 계좌 플랜 또는 Medicare 비용 플랜을 선택한 경우, 이 플랜에 가입하고 의약품 보장을 위해 *[insert 2024 plan name]*을(를) 유지할 수 있습니다. 당사 플랜을 계속 유지할 수 없는 경우, 다른 Medicare 처방약 플랜에 가입하거나 Medicare 처방약 보장 중단을 선택할 수 있습니다.
* **귀하의 가입은 일반적으로** 당사가 플랜 변경 요청서를 접수한 달의 첫 번째 날에 종료됩니다.

#### 섹션 2.3 가입을 종료할 수 있는 시기에 대한 자세한 정보 제공

가입 종료에 대한 질문이 있는 경우:

* **가입자 서비스 부서로 연락해 주십시오.**
* 이 정보는 ***Medicare & You 2024*** 안내 책자에서 확인하실 수 있습니다.
* 연중무휴 24시간 언제든지 **Medicare**(1-800-MEDICARE 또는 1-800-633-4227)에 연락하십시오(TTY 1-877-486-2048).

### 섹션 3 어떻게 플랜 가입을 종료할 수 있습니까?

아래의 표에는 당사 플랜 가입을 종료하는 방법이 설명되어 있습니다.

| 당사 플랜에서 다음으로 전환하고 싶은 경우 | 다음과 같은 조치를 취해야 합니다. |
| --- | --- |
| * 다른 Medicare 처방약 플랜 | * 10월 15일부터 12월 7일 사이에 새로운 Medicare 처방약 플랜에 가입하십시오. * 새로운 플랜의 보장이 시작되는 시점부터 *[insert 2024 plan name]*에서 자동으로 탈퇴됩니다. |
| * Medicare 건강 플랜. | * Medicare 건강 플랜 등가입은 12월 7일까지 입니다. 대부분의 Medicare 건강 플랜에 가입하면 새로운 플랜의 보장이 시작되는 경우 *[insert 2024 plan name]*에서 자동으로 탈퇴됩니다. * 그러나 파트 D 의약품 보장이 없는 민영 의료수가제 서비스 플랜, Medicare 의료 저축 계좌 플랜 또는 Medicare 비용 플랜을 선택한 경우, 이 새로운 플랜에 가입하고 의약품 보장을 위해 *[insert 2024 plan name]*을(를) 유지할 수 있습니다. 당사 플랜을 탈퇴하려면 다른 Medicare 처방약 플랜 에 가입*하거나* 탈퇴를 요청해야 합니다. 탈퇴 요청을 하려면 당사에 요청서(이에 대한 세부 정보가 필요한 경우, 가입자 서비스부로 연락)를 송부하거나 연중무휴 운영하는 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 Medicare 에 연락하십시오 (TTY 사용자는 1-877-486-2048로 연락). |
| * 별도의 Medicare 처방약 플랜이 *없는* Original Medicare. | * **당사에 탈퇴 요청서를 보냅니다.** [*insert if organization has complied with CMS guidelines for online disenrollment* 또는 당사 웹사이트를 방문하여 온라인으로 탈퇴합니다.]이를 수행하는 방법에 대한 자세한 정보가 필요하시면 가입자 서비스 부서로 연락해 주십시오. * 연중무휴 운영하는 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 **Medicare**에 연락하여 탈퇴를 요청할 수 있습니다. TTY 사용자는  1-877-486-2048번으로 전화해야 합니다. |

### 섹션 4 가입을 종료할 때까지 당사의 플랜을 통해 그대로 보장받습니다

귀하의 가입이 종료되고 새로운 Medicare 보장이 시작될 때까지 귀하는 당사 플랜을 통해 처방약을 계속 받아야 합니다.

* **처방약을 구입하려면 당사의 네트워크 약국** *[insert if appropriate* ***또는 우편 주문****]***을 계속 이용합니다.**

### 섹션 5 *[Insert 2024 plan name]*은(는) 특정 상황에서 귀하의 플랜 가입을 종료해야 합니다

#### 섹션 5.1 당사가 귀하의 플랜 가입을 종료해야 하는 경우는 언제입니까?

***[Insert 2024 plan name]*은(는) 다음의 사항이 발생할 경우 귀하의 플랜 가입을 종료해야 합니다.**

* Medicare 파트 A 또는 파트 B(또는 둘 다)를 더 이상 이용할 수 없는 경우.
* 귀하가 서비스 지역에서 다른 곳으로 이사한 경우.
* 가입자가 12개월 이상 서비스 지역을 떠나 있는 경우.
  + 이사를 하거나 장기 여행을 가는 경우, 가입자 서비스 부서에 전화하여 이사 또는 여행하는 곳이 당사 플랜의 대상 지역인지 확인하십시오.
* 수감되는 경우(감옥에 투옥).
* 더 이상 미국 시민이 아니거나 미국에 합법적으로 거주하지 않는 경우.
* 처방약 보장을 제공하는 다른 보험 가입에 대해 거짓 정보를 제공하거나 정보를 제공하지 않는 경우.
* *[Omit if not applicable]* 당사 플랜에 가입 시, 고의적으로 잘못된 정보를 제공하고 해당 정보가 당사 플랜에 대한 귀하의 자격 여부에 영향을 주는 경우. (이러한 이유로, 귀하가 플랜을 탈퇴할 경우 당사가 Medicare로부터 먼저 허가를 얻은 후에만 가능합니다.)
* *[Omit bullet if not applicable]* 플랜의 운영에 지속적으로 지장을 주며 이로 인해 귀하 및 다른 플랜 가입자에게 의료 서비스를 제공하는 데 어려움을 겪는 경우. (이러한 이유로, 귀하가 플랜을 탈퇴할 경우 당사가 Medicare로부터 먼저 허가를 얻은 후에만 가능합니다.)
* *[Omit bullet and sub-bullet if not applicable]* 다른 사람이 귀하의 가입자 카드를 사용하여 처방약을 받는 것을 허락한 경우. (이러한 이유로, 귀하가 플랜을 탈퇴할 경우 당사가 Medicare로부터 먼저 허가를 얻은 후에만 가능합니다.)
  + 이러한 이유 때문에 당사가 귀하의 가입을 종료하는 경우, Medicare는 감사관을 통해 귀하의 사례를 조사할 수 있습니다.
* *[Omit bullet and sub-bullet if not applicable. Plans with different disenrollment policies for dual eligible members and/or members with LIS who do not pay plan premiums must edit these bullets as necessary to reflect their policies. Plans with different disenrollment policies must be very clear as to which population is excluded from the policy to disenroll for failure to pay plan premiums.] [insert length of grace period, which cannot be less than 2 calendar months]* 동안 플랜 보험료를 납부하지 않는 경우.
  + 당사는 귀하의 가입을 종료하기 전에 *[insert length of grace period, which cannot be less than 2 calendar months]* 이내에 플랜 보험료를 납부해야 함을 서면으로 통지해야 합니다.
* 소득 때문에 파트 D 보험료를 추가로 납부해야 하지만 납부하지 않을 경우 Medicare에서는 귀하를 플랜에서 탈퇴시키고 처방약 보장도 종료됩니다.

자세한 정보는 어디서 받을 수 있습니까?

궁금한 점이 있거나 가입 종료가 가능한 시기에 대한 자세한 내용을 알고 싶으면 가입자 서비스 부서에 문의하십시오.

#### 섹션 5.2 당사는 건강과 관련된 어떠한 이유로도 귀하에게 플랜 탈퇴를 요청할 수 없음

*[Insert 2024 plan name]* 플랜은 건강 관련 이유로는 플랜 탈퇴를 요청할 수 없습니다.

이런 경우에는 어떻게 해야 합니까?

건강과 관련된 사유로 플랜 탈퇴를 요청 받았다고 생각할 경우 연중무휴 운영하는   
1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 연락하십시오. TTY 1-877-486-2048.

#### 섹션 5.3 당사가 귀하의 플랜 가입을 종료한 경우, 귀하는 불만을 제기할 권리가 있습니다

당사가 귀하의 플랜 가입을 종료한 경우, 당사는 그 사유를 서면으로 통지해야 합니다. 저희는 또한 플랜의 탈퇴 결정에 대해 고충을 제기하거나 불만을 제기할 수 있는 방법에 대해서도 설명해야 합니다.

## 9장: *법적 고지*

### 섹션 1 준거법에 관한 고지

이 *보장 증명서*에 적용되는 주요 법률은 사회보장법 18편과 사회보장법에 따라 Medicare 및 Medicaid Services 또는 CMS에서 제정한 규정입니다. 또한, 기타 연방 법률이 적용될 수 있으며 특정 상황에서는 귀하가 거주하는 주 법률이 적용될 수 있습니다. 이러한 법률은 본 문서에 포함되거나 설명되어 있지 않더라도 귀하의 권리와 책임에 영향을 미칩니다.

### 섹션 2 비차별에 대한 고지

*[Plans may add language describing additional categories covered under state human rights laws.]* **당사는** 귀하의 인종, 민족, 출신 국가, 피부색, 종교, 성별, 젠더, 연령, 성적 지향, 정신적 또는 신체적 장애, 건강 상태, 청구 경험, 병력, 유전 정보, 보험 적합성 증거 또는 서비스 지역 내 지리적 위치를 이유로 귀하를 **차별하거나 다르게 대우하지 않습니다**. 당사 플랜과 마찬가지로 Medicare 처방약 플랜을 제공하는 모든 기관은 1964년 공민권법 6편, 1973년 재활법, 1975년 연령 차별 금지법, 미국 장애인법, 건강보험개혁법 1557조, 기타 연방 정부의 지원을 받는 기관에게 적용되는 모든 법률, 다른 이유로 적용되는 기타 법률 및 규칙 등을 포함하여 차별을 금지하는 연방법을 준수해야 합니다.

자세한 정보를 원하시거나 차별 또는 부당한 대우와 관련된 문제가 있다면 보건복지부의 **시민권 사무국**에 1-800-368-1019번으로, 또는 현지 시민권 사무국에 연락해 주십시오  
(TTY 사용자는 1-800-537-7697). 또한 https://www.hhs.gov/ocr/index.html에서 보건 복지부, 시민권 사무소의 정보를 검토할 수 있습니다.

장애가 있으며 치료를 받을 때 도움이 필요한 경우, 가입자 서비스 부서로 문의해 주십시오. 휠체어 이용 문제와 같은 불만이 있을 경우, 가입자 서비스 부서가 도움을 드릴 수 있습니다.

### 섹션 3 Medicare 이차 납부자 대위권에 관한 고지

저희는 Medicare가 1차 납부자가 아닌 보장 Medicare 처방약에 대해 비용을 징수할 권리와 책임을 가집니다. 42 CFR 섹션 422.108 및 423.462의 CMS 규정에 따라 Medicare 처방약 플랜 스폰서인 *[insert 2024 plan name]*은(는) CFR의 파트 411, 하위 파트 B에서 D까지의 CMS 규정에 따라 보건복지부 장관이 행사하는 동일한 회복 권리를 행사하며 이 절에 명시된 규칙은 모든 주 법률을 대체합니다.

*[****Note:*** *You may include other legal notices, such as a notice of member non-liability or a notice about third-party liability or a nondiscrimination notice under Section 1557 of the Affordable Care Act. These notices may only be added if they conform to Medicare laws and regulations.* *Plans may also include Medicaid-related legal notices.]*

## 10장: *중요 용어의 정의*

*[Plans should insert definitions as appropriate to the plan type described in the EOC. You may insert definitions not included in this model and exclude model definitions not applicable to your plan, or to your contractual obligations with CMS or enrolled Medicare beneficiaries.]*

*[If allowable revisions to terminology (e.g., changing Member Services to Customer Service) affect glossary terms, plans should re-label the term and alphabetize it within the glossary.]*

**이의 제기** –플랜이 처방약 보장이나 이미 수령한 약 비용 지급에 대한 요청을 거절했으며, 가입자가 이에 동의하지 않는 경우 할 수 있는 조치입니다.

**연례 가입 기간** –가입자가 건강 플랜 또는 의약품 플랜을 변경하거나 Original Medicare로 전환할 수 있는 기간은 매년 10월 15일부터 12월 7일까지입니다.

**생물학적 제제** – 동물 세포, 식물 세포, 치아 또는 효모와 같은 자연 및 생활 공급원으로 만든 처방약입니다. 생물학적 제제는 다른 약보다 더 복잡하고 정확히 복제할 수 없으므로 대체 형태를 동등생물의약품이라고 합니다. 동등생물의약품은 일반적으로 원래의 생물학적 제제 원본만큼 안전합니다.

*[Delete if plan does not include biosimilars on the formulary]* **바이오시밀러** – 생물학적제제 원본과 매우 비슷하지만 같지 않은 것으로 간주되는 처방약입니다. 바이오시밀러는 일반적으로 생물학적제제 원본과 동일하게 작용하며, 안전합니다. 그러나 일반적으로 생물학적제제 원본을 바이오시밀러로 대체하려면 새로운 처방전이 필요합니다. [*Insert if the formulary includes interchangeable biosimilars:* 교체 처방 바이오시밀러는 해당 주법에 따라 새로운 처방 없이 약국에서 원래의 생물학적 제품을 대체할 수 있도록 허용하는 추가 요건을 충족한 제품입니다.]

**브랜드 약** – 약을 원래 연구 및 개발한 제약회사가 제조하여 판매하는 처방약입니다. 브랜드 약은 복제약과 동일한 활성 성분을 가집니다. 하지만 복제약은 다른 제약회사가 제조 및 판매하며 일반적으로 브랜드 약에 대한 특허가 만료될 때까지는 구입할 수 없습니다.

**거대위험 보장 단계** – 파트 D 의약품 혜택에 속한 단계로, 보장 기간 동안 귀하(또는 귀하를 대신하여 자격을 갖춘 다른 당사자)가 파트 D 보장 의약품에 소비한 금액이 $*[insert 2024 out-of-pocket threshold]*일 때 시작합니다. 이 지불 단계에서 플랜은 보장되는 파트 D 의약품에 대해 전액을 지불합니다. 귀하는 비용을 지불하지 않습니다.

**Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS)** – Medicare를 운영하는 연방 기관입니다.

**만성 치료 특수 필요 플랜** – C-SNP는 42 CFR 422.4(a)(1)(iv)에 명시된 다중 일반적으로 병적 및 임상적으로 연결된 질환 그룹화에 기초한 가입을 제한하는 것을 포함하여, 42 CFR 422.2에 정의된 하나 이상의 심각하거나 만성 질환을 가진 MA 적격 개인에 대한 가입을 제한하는 SNP입니다.

**공동보험액** – [*insert if applicable* 공제액을 납부한 이후] 비율(예: 20%)로 표현한 처방약 비용 분담금으로, 귀하가 납부해야 할 수 있는 금액입니다.

**불만** – *불만 제기*의 공식적인 이름은 *고충 제기*입니다. 불만 제기 절차는 특정 유형의 문제에 한하여 사용됩니다. 여기에는 귀하가 받는 치료의 품질, 대기 시간, 고객 서비스 등과 관련된 문제가 포함됩니다. 또한 귀하의 플랜이 이의 제기 절차의 기간을 따르지 않는 경우의 불만도 포함됩니다.

**코페이먼트(또는 코페이)** – 처방약 비용의 분담금으로 가입자가 지불해야 할 수 있는 금액입니다. 코페이는 비율이 아닌 일정액(약 $10)으로 설정됩니다.

**비용 분담금** – 비용 분담금은 가입자가 약을 수령할 때 지급해야 하는 금액을 말합니다. [*Insert if plan has a premium:* (이 금액은 플랜의 월별 보험금에 추가됩니다.)] 비용 분담금에는 다음 3가지 유형의 지급액의 조합이 포함됩니다. (1) 약이 보장되기 전에 플랜이 부과할 수 있는 공제액, (2) 특정 약을 수령할 때 플랜에서 요구하는 고정 *코페이* 또는 (3) *공동보험액*, 약에 대해 지불하는 총 금액의 비율로서 약을 수령할 때 플랜에서 요구하는 금액입니다.

*[Delete if plan does not use tiers]* **비용 분담 단계** – 보장 의약품 목록의 모든 약은 *[insert number of tiers]*가지 비용 분담 단계 중 하나에 해당합니다. 일반적으로, 비용 분담 단계가 높을수록 약에 대한 가입자 부담 비용이 높아집니다.

**보장 판단** **–** 가입자에게 처방된 약을 플랜이 보장하는지의 여부와 처방약에 대해 가입자가 부담할 금액이 있는지의 여부에 대한 결정입니다. 일반적으로, 처방전을 약국에 제출할 때 약국에서 플랜이 이 처방약을 보장하지 않는다고 알려주는 것은 보장 판단이 아닙니다. 플랜에 전화하거나 서신을 보내 보장에 대한 공식적인 결정을 문의해야 합니다. 이 문서에서는 보장 확정을 *보장 결정*이라고 합니다.

**보장 의약품** – 플랜이 보장하는 모든 처방약을 뜻하는 데 사용하는 용어입니다.

**유효 처방약 보장** – Medicare의 표준 처방약 보장 이상으로 지불해야 하는 처방약 보장입니다(예: 고용주나 조합의 보장). Medicare 가입 자격이 있을 때 이러한 종류의 보장에 가입한 사람은 나중에 Medicare 처방약 보장에 가입하기로 결정할 경우 일반적으로 벌금을 납부하지 않고 해당 보장을 유지할 수 있습니다.

**일별 비용 분담율** –의사가 특정 약을 1개월치 미만으로 처방했으며 가입자가 코페이를 지불해야 할 때 일별 비용 분담율이 적용될 수 있습니다. 일별 비용 분담율은 1개월분을 일 수로 나눈 코페이입니다. 그 예는 다음과 같습니다. 의약품의 1개월치 코페이가 $30이며 플랜의 1개월치 코페이가 30일인 경우, 귀하의 *일일 비용 분담률*은 하루에 $1입니다.

**공제액** – 당사 플랜이 비용을 부담하기 전에 귀하가 처방약 비용을 부담해야 하는 금액입니다.

**탈퇴** – 귀하의 당사 플랜 가입을 종료하는 절차입니다.

**조제 비용** –약사가 처방약을 준비하고 포장하는 것과 같이 보장 약을 조제할 때마다 부과되는 비용입니다.

**이중 적격 특수 요구 플랜(D-SNP)** –D-SNP는 Medicare(사회보장법의 제목 XVIII)와 Medicaid(제목 XIX)에 따라 주 플랜의 의료 지원을 받을 수 있는 개인을 등록합니다. 주정부는 주와 개인의 자격에 따라 일부 Medicare 비용을 보장합니다.

**응급 상황** – 의료 응급 상황은 귀하 또는 건강과 의학에 대한 평균적인 지식을 가진 신중한 일반인이 사망(임신한 경우, 태아의 상실), 사지 상실 또는 사지 기능 상실, 신체 기능 상실 또는 심각한 장애를 예방하기 위해 즉각적인 치료가 필요한 의학적 증상이 있다고 믿는 경우입니다. 의학적 증상에는 질병, 부상, 심각한 통증, 빠르게 악화되는 의학적 상태가 있을 수 있습니다.

**보장 증명서(EOC) 및 공개 정보** – 이 문서는 기타 첨부 파일, 부칙 또는 선택적 보장과 가입 신청서와 함께 가입자의 보장, 플랜의 임무, 가입자 권리, 플랜 가입자의 의무 등에 대해 기술하고 있습니다.

**예외** – 승인될 경우 처방집에 없는 의약품을 수령할 수 있거나(처방집 예외) 저렴한 비용 분담 레벨에서 비선호 의약품을 수령할 수 있는(단계 예외) 보장 결정의 종류입니다. 귀하가 요청하는 약을 수령하기 전에 다른 약을 시도하도록 플랜이 요구하거나, 당사 플랜이 귀하가 요청한 약의 수량이나 용량을 제한하는 경우(처방집 예외) 예외를 요청할 수 있습니다.

**추가 도움("Extra Help")** – 저소득층 및 자산이 한정된 사람들이 보험료, 공제금, 공동보험액과 같은 Medicare 처방약 프로그램 비용을 지불하는 데 도움을 주는 Medicare 또는 주정부 프로그램입니다.

**복제약** – 식약청(FDA)에서 브랜드 이름 약과 동일한 활성 성분이 포함되어 있다는 것을 승인한 처방약입니다. 일반적으로 *복제약*은 브랜드 의약품과 효과가 동일하며 비용은 더 저렴합니다.

**고충 제기** – 서비스 품질에 대한 불만 사항을 포함하여 플랜, 서비스 제공자 또는 약국에 대한 불만 제기의 한 유형입니다. 이는 보장 범위나 비용 분쟁과 관련이 없는 것입니다.

**소득 관련 월별 조정 금액(IRMAA)** – 2년 전 IRS 소득 신고서에 보고된 수정된 총 소득이 특정 금액 이상인 경우 표준 보험료와 소득 비례 월별 조정 금액(또는 IRMAA)을 납부하게 됩니다. IRMAA는 보험료에 추가되는 비용입니다. Medicare 가입자 중 5% 미만이 해당하므로 대부분의 가입자는 추가 보험료를 납부하지 않습니다.

**초기 보장 한도** – 최초 보장 단계에 따른 보장의 최대 한도입니다.

**초기 보장 단계** – [*insert as applicable:* 귀하가 지불한 금액 및 귀하의 플랜이 귀하를 대신하여 지불한 금액을 포함한 총 약 비용이] *[insert as applicable: [insert 2024 initial coverage limit] OR [insert 2024 out-of-pocket threshold]*]에 도달하기 전 단계입니다.

**초기 가입 기간** –Medicare 가입 자격을 처음 갖출 경우, Medicare 파트 A 및 파트 B에 가입할 수 있는 기간입니다. 65세가 되면 Medicare 가입 자격을 갖출 수 있으며, 초기 가입 기간은 65세가 되기 3개월 전에 시작되는 7개월의 기간이며, 65세가 되는 달을 포함하여 65세가 된 달 이후 3개월 후에 종료됩니다.

**보장 의약품 목록(처방집 또는 "의약품 목록")** – 플랜이 보장하는 처방약 목록입니다.

**저소득층 보조금(LIS)** – 추가 도움("Extra Help")을 참조하십시오.

**Medicaid(또는 의료 지원)** –저소득층 및 자산이 한정된 사람들의 의료비 부담을 도와주는 연방 및 주정부 합동 프로그램입니다. 주 Medicaid 프로그램은 다양하지만 Medicare 및 Medicaid 자격을 모두 갖춘 경우 대부분의 의료 비용이 보장됩니다.

**의학적으로 승인된 적응증** –식품의약국의 승인을 받았거나 어떤 참고 문헌에 의해 증명되는 약 사용입니다.

**Medicare** – 65세 이상의 연령층, 특정한 장애를 가진 경우 65세 미만의 연령층, 그리고 말기 신부전(일반적으로 투석이나 신장 이식이 필요한 영구적 신장 장애 환자)을 앓고 있는 환자를 대상으로 하는 연방 건강 보험 프로그램입니다.

**Medicare Advantage(MA) 플랜** – Medicare 파트 C라고도 합니다. Medicare 파트 A 및 파트 B 혜택을 모두 제공하기 위해 Medicare와 계약을 맺은 민간 회사가 제공하는 플랜입니다. Medicare Advantage 플랜에는 i) HMO, ii) PPO, iii) 민영 의료수가제 서비스(PFFS) 플랜 또는 iv) Medicare 의료저축계좌(MSA) 플랜이 있습니다. Medicare Advantage HMO 또는 PPO 플랜은 이러한 유형의 플랜 중에서 선택하는 것 외에도 특수 요구 플랜(SNP)이 될 수도 있습니다. 대부분의 경우 Medicare Advantage 플랜은 Medicare 파트 D(처방약 보장)도 제공합니다. 이러한 플랜을 **Medicare Advantage 플랜(처방약 보장)**이라고 합니다.

[*Insert cost plan definition only if you are a Medicare Cost Plan or there is one in your service area:* **Medicare 비용 플랜** – Medicare 플랜은 해당 법률 섹션 1876(h)의 비용 환급 계약에 따라 건강관리기관(HMO) 또는 경쟁 의료 플랜(CMP)에서 운영하는 플랜입니다.]

**Medicare 보장 공백 할인 프로그램** – 이미 추가 도움("Extra Help")을 받고 있으며 보장 공백 단계에 도달한 파트 D 가입자들에게 대부분의 보장되는 파트 D 브랜드 약에 대해 할인 혜택을 제공하는 프로그램입니다. 할인은 연방 정부와 특정 약 제조업체 사이의 합의를 기준으로 합니다.

**Medicare 보장 서비스** – Medicare 파트 A 및 파트 B가 보장되는 서비스입니다. Medicare 보장 서비스라는 용어에는 Medicare Advantage 플랜이 제공할 수 있는 안과, 치과 또는 청력 진료와 같은 추가 혜택이 포함되지 않습니다.

**Medicare 건강 플랜** – Medicare 건강 플랜은 이 플랜에 가입한 Medicare 가입자에게 파트 A 및 파트 B 혜택을 제공하기 위해 Medicare와 계약을 맺은 민간 기업이 제공하는 Medicare 건강 플랜입니다. 이 용어에는 모든 Medicare Advantage 플랜, Medicare 비용 플랜, 특수 요구 플랜, 시연/시범 프로그램, 고령자 종합 건강관리 프로그램(PACE) 등이 포함됩니다.

**Medicare 처방약 보장(Medicare 파트 D)** – 외래환자 처방약, 백신, 생물학적 제제, Medicare 파트 A 또는 파트 B가 적용되지 않는 용품 등의 비용을 지불하도록 도와주는 보험입니다.

**Medigap(Medicare 보조 보험) 정책** – Original Medicare의 **공백**을 채우기 위해 민영 보험회사가 판매하는 Medicare 보조 보험입니다. Medigap 보험은 Original Medicare하고만 연동됩니다. (Medicare Advantage 플랜은 Medigap 보험이 아닙니다.)

**가입자(당사 플랜의 가입자 또는 플랜 가입자)** – 보장 서비스를 받을 수 있으며, 당사 플랜에 가입했으며, Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS)에 의해 가입이 확인된 사람입니다.

**가입자 서비스 부서** – 가입 자격, 혜택, 고충 제기, 이의 제기 등에 대한 질문에 답변하는 일을 담당하는 플랜의 부서입니다.

**네트워크 약국** –플랜 가입자가 자신의 처방약 혜택을 받을 수 있는 당사 플랜과 계약을 맺은 약국입니다. 대부분의 경우, 귀하의 처방약은 네트워크 약국에서 조제된 경우에만 보장됩니다.

**Original Medicare***(전통적 Medicare 또는 의료수가제 Medicare)*– Original Medicare는 Medicare Advantage 및 처방약 플랜과 같은 민영 건강 플랜이 아니며, 정부에서 제공합니다. Original Medicare에서 Medicare 서비스는 의회에서 정한 의사, 병원 및 기타 건강 관리 제공자에게 지불하는 비용을 지불하는 방식으로 보장됩니다. 귀하는 Medicare를 허용하는 의사, 병원, 기타 건강 관리 제공자로부터 의료 서비스를 받을 수 있습니다. 귀하는 공제액을 지불해야 합니다. Medicare는 Medicare에서 승인한 금액에 대한 분담금을 지불하고 귀하는 귀하의 분담금을 지불합니다. Original Medicare에는 2개의 파트, 즉 파트 A(병원 보험) 및 파트 B(의료 보험)가 있으며, 미국 어디에서나 이용할 수 있습니다.

**네트워크 비소속 약국** – 보장 대상 의약품을 조정하거나 당사 플랜 가입자에게 해당 의약품을 제공하기로 당사 플랜과 계약을 맺지 않은 약국입니다. 네트워크 비소속 약국에서 구입하는 대부분의 의약품은 특정 조건이 적용되지 않는 한 당사 플랜에서 보장하지 않습니다.

**본인 분담금 비용** –위의 비용 분담금 정의를 참조하십시오 수령한 의약품 비용에 대한 가입자의 비용 분담 요건은 가입자의 *본인 분담금* 비용 요건이라고도 합니다.

[*Insert PACE plan definition only if there is a PACE plan in your state:* **PACE 플랜** – PACE(고령자를 위한 종합 건강관리 프로그램) 플랜은 취약한 사람들을 위한 의료, 사회적, 장기 서비스 및 지원(LTSS)을 통합하여 사람들이 (요양원으로 이사하는 대신) 가능한 한 독립적으로 지역사회에서 생활하도록 도와드립니다. PACE 플랜에 가입한 사람들은 이 플랜을 통해 Medicare와 Medicaid 혜택을 모두 받습니다. [*National or multi-state plans when there is variability in the availability of PACE insert:* PACE를 이용할 수 없는 주도 있습니다. 거주하는 주에서 PACE를 이용할 수 있는지 알아보려면 가입자 서비스 부서에 문의하시기 바랍니다.]]

**파트 C – Medicare Advantage(MA) 플랜을 참조하십시오.**

**파트 D** – 자발적으로 가입하는 Medicare 처방약 혜택 프로그램입니다.

**파트 D 의약품** – 파트 D로 보장되는 약입니다. 당사는 모든 파트 D 의약품을 제공하거나 제공하지 않을 수 있습니다. 특정 약 카테고리는 의회에서 파트 D 약으로 보장함에 따라 제외되었습니다.

**파트 D 지연 가입 벌금** – 귀하가 처음 파트 D 플랜에 가입할 자격을 얻은 후 63일 이상 연속으로 유효 보장(평균적으로 최소한 표준 Medicare 처방약 보장만큼 지불할 것으로 예상되는 보장) 없이 지내는 경우 Medicare 의약품 보장에 대한 월 보험료에 추가되는 금액입니다.

[*Include this definition only if Part D plan has pharmacies that offer preferred cost sharing in addition to those offering standard cost sharing*:

**선호 비용 분담** – 선호 비용 분담은 특정 네트워크 약국에서 보장되는 특정 파트 D 의약품에 대해 비용 부담이 적다는 것을 의미합니다.]

**보험료** – 건강 보장 또는 처방약 보장에 대해 Medicare, 보험사 또는 건강 관리 플랜에 정기적으로 납부하는 금액입니다.

**사전 허가** – 특정 약을 얻기 위해 받아야 하는 사전 승인입니다. *[Plans may delete applicable sentences if it does not require prior authorization for any drugs.]* 사전 허가가 필요한 보장 약은 처방집에 표시되어 있습니다.

**품질 개선 조직(QIO)** – Medicare 환자에게 제공되는 치료를 점검하고 개선하기 위해 연방 정부로부터 급여를 받는 개업의 및 기타 건강 관리 전문가로 구성된 집단입니다.

**수량 제한** – 품질, 안전 및 활용상의 이유로 특정 의약품의 사용을 제한하도록 마련된 관리 도구입니다. 처방당 또는 정해진 기간 동안 당사가 보장하는 의약품의 양에 제한이 있을 수 있습니다.

**실시간 혜택 도구** – 가입자가 완전하고 정확하며 시기적절하고 임상적으로 적절한 가입자 관련 처방집 및 혜택 정보를 조회할 수 있는 포털 또는 컴퓨터 애플리케이션입니다. 여기에는 비용 분담금, 특정 의약품과 동일한 건강 상태에 사용할 수 있는 대체 처방집 약 및 대체 의약품에 적용되는 보장 제한(사전 승인, 단계적 치료 또는 수량 제한)이 포함됩니다.

**서비스 지역** – 특정 처방약 플랜에 가입하기 위해 거주해야 하는 지리적 위치입니다. 플랜은 가입자가 영구적으로 플랜의 서비스 지역 외부로 이사할 경우 탈퇴시킬 수 있습니다.

**특별 가입 기간** –가입자가 건강 또는 의약품 플랜을 변경하거나 Original Medicare로 전환할 수 있는 정해진 기간입니다. 특별 가입 기간에 해당할 수 있는 상황에는 귀하가 서비스 지역 밖으로 이사하거나, 처방약 비용에 대해 추가 도움("Extra Help")을 받거나, 요양원으로 이사하거나, 당사가 귀하와의 계약을 위반한 경우 등이 있습니다.

[*Include this definition only if Part D plan has pharmacies that offer preferred cost sharing in addition to those offering standard cost sharing*:

**표준 비용 분담금** *–* 표준 비용 분담 – 표준 비용 분담은 네트워크 약국에서 제공하는 선호 비용 분담이 아닌 비용 분담입니다.]

**단계적 치료** – 의사가 처음에 처방한 의약품을 당사가 보장하기 전에 귀하로 하여금 대체 약을 사용하여 귀하의 의학적 상태를 치료하도록 하는 활용 도구입니다.

**생활 보조금(SSI)** **–** 소득과 재산이 한정되어 있는 장애인, 시각장애인 또는 65세 이상의 노인에게 사회보장국에서 매월 지급하는 보조금입니다. SSI 혜택은 사회 보장 혜택과 같지 않습니다.

*[This is the back cover for the EOC. Plans may add a logo and/or photographs, as long as these elements do not make it difficult for members to find and read the plan contact information.]*

*[Insert 2024 plan name]* 가입자 서비스부

| 방법 | 가입자 서비스부 – 연락처 정보 |
| --- | --- |
| **전화** | *[Insert phone number(s)]*  이 번호는 무료 전화번호입니다. *[Insert days and hours of operation, including information on the use of alternative technologies.]*  가입자 서비스부에서는 영어를 구사할 수 없는 가입자를 위해 무료 통역 서비스도 제공하고 있습니다. |
| **TTY** | *[Insert number]*  [*Insert if plan uses a direct TTY number:* 이 번호는 특수한 전화 장비가 필요하며 청각 장애 또는 언어 장애가 있는 사람만을 위한 것입니다.]  이 번호는 무료 전화번호입니다. *[Insert days and hours of operation.]* |
| **팩스** | *[Optional:* *insert fax number]* |
| **서신** | *[Insert address]*  *[****Note****: plans may add email addresses here.]* |
| **웹사이트** | *[Insert URL]* |

*[Insert state-specific SHIP name]* [*If the SHIP's name does not include the name of the state, add:* (*[insert state name]* SHIP)]

*[Insert state-specific SHIP name]*은(는) 주정부 프로그램으로서 연방 정부로부터 자금을 받아 Medicare 가입자에게 무료로 지역 건강 보험 관련 상담을 제공합니다.

*[Plans with multi-state EOCs revise heading and sentence above to use State Health Insurance Assistance Program, omit table, and reference exhibit or EOC section with SHIP information.]*

| 방법 | 연락처 정보 |
| --- | --- |
| **전화** | *[Insert phone number(s)]* |
| **TTY** | *[Insert number, if available. Or delete this row.]*  [*Insert if the SHIP uses a direct TTY number:* 이 번호는 특수한 전화 장비가 필요하며 청각 장애 또는 언어 장애가 있는 사람만을 위한 것입니다.] |
| **서신** | *[Insert address]* |
| **웹사이트** | *[Insert URL]* |

***PRA 공개 성명*** *1995년 문서 작성 감축법에 따르면, 유효한 OMB 관리 번호가 표시되지 않는 한 정보 수집에 응답할 의무가 없는 사람은 없습니다. 이 정보 수집에 대해 유효한 OMB 관리 번호는 0938-1051입니다. 이 양식의 개선과 관련된 의견이나 제안이 있는 경우 다음 주소로 서신을 보내주십시오. CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850*