

# 메디케어 보험 플랜 오레곤 가이드



다양한 헤드라인

2025 초판

# 감사의 글 및 참고 사항

본 가이드에서 제공된 정보는 공개된 정보이며 허가 없이 복사 및 배포할 수 있습니다. 본 가이드의 업데이트는 노인 및 장애인 사무국의 오레곤 복지부에서 작성합니다.

이 프로젝트는 워싱턴 DC 20201의 보건복지부, 미국 커뮤니티 생활 관리국 (United Community Living: ACL) 인증번호 90SAPG0111-03-01에 의해 부분적으로 지원됩니다.

정부의 후원으로 프로젝트를 수행하는 수혜자들은 그들의 소견과 결론을 자유롭게 표현할 것을 권장합니다. 따라서 관점 또는 의견이 반드시 공식 ACL 플랜을 나타내는 것은 아닙니다. 이 프로젝트를 지원하는 다른 보조금 및 파트너로는 노인 메디케어 감사(SMP)와 주 의료 보험 지원 프로그램(SHIP)이 있습니다.

**참고 사항:** 다음 이유로 보험사는 본 가이드에 기재되지 않을 것입니다:

- 오리온 주에서 보험을 판매할 권한이 없습니다
- 판매 권한이 [금지되었거나](#), 또는
- 현재 본 가이드에 대한 정보를 사용할 수 없습니다.

용어는 [페이지 118](#)의 용어집에 정의되어 있습니다.



# 목차

|  |    |
|--|----|
| 감사의 글 및 참고 사항 .....                      | 2  |
| 소개 .....                                 | 5  |
| 메디케어 결정으로 도움 받기 .....                    | 5  |
| 도움 주기 .....                              | 6  |
| 메디케어 에이전트 위치 찾기 .....                    | 6  |
| 메디케어에 처음이신가요? .....                      | 6  |
| 이민자와 메디케어 .....                          | 6  |
| 메디케이드 .....                              | 7  |
| 주 및 커뮤니티 자원에서 도움을 주는 방법 알아보기 .....       | 7  |
| 2025년 새로운 내용 또는 변경 사항 .....              | 7  |
| 참고 사항 .....                              | 9  |
| 기본 .....                                 | 10 |
| 여기서 시작하기 .....                           | 10 |
| 메디케어 옵션 .....                            | 11 |
| 파트 A – 기존 메디케어 입원 보험 .....               | 12 |
| 파트 B – 기존 메디케어 의료 보험 .....               | 13 |
| 메디케어의 ABC 및 D .....                      | 14 |
| 참고 사항 .....                              | 15 |
| 등록 기간 .....                              | 16 |
| 등록 기간 및 마감 기한 .....                      | 17 |
| 파트 B 메디케어 예방 서비스 .....                   | 21 |
| 예방 방문 .....                              | 22 |
| 기존 메디케어 – ABN 및 DMEPOS .....             | 23 |
| 재향군인 혜택 및 의료 보험 .....                    | 24 |
| 퇴직자 플랜과 메디케어 .....                       | 25 |
| COBRA와 메디케어 .....                        | 26 |
| 메디케어와 고용주 그룹 건강 플랜 (EGHP) .....          | 27 |
| 건강 저축 계좌를 사용하는 고용주 고공제 건강보험 (HSAs) ..... | 27 |
| 메디케어 및 마켓플레이스 .....                      | 28 |

|                                  |            |
|----------------------------------|------------|
| <b>약품 보장범위</b> .....             | <b>30</b>  |
| 파트 D 처방약 보장 범위 .....             | 30         |
| 파트 D 표준 혜택: 약품에 대해 지불하는 비용 ..... | 36         |
| 추가 지원 및 메디케어 저축 프로그램 .....       | 37         |
| 2025년 독립형 처방약 보험 플랜 .....        | 38         |
| <b>메디갭</b> .....                 | <b>40</b>  |
| 메디케어 보조 (메디갭) 플랜 정보 .....        | 40         |
| 메디갭 플랜의 보장 내용 .....              | 47         |
| 메디케어 보조(메디갭) 플랜 정보 .....         | 50         |
| 플랜 유형에 따른 메디갭 약관 .....           | 53         |
| 대비 메디케어 어드밴티지 비교 차트 .....        | 53         |
| <b>메디케어 어드밴티지</b> .....          | <b>56</b>  |
| 메디케어 어드밴티지 플랜 .....              | 56         |
| 2025년 메디케어 특별 요구 플랜(SNP) .....   | 60         |
| 메디케어 어드밴티지 플랜 연락처 정보 .....       | 62         |
| 국가별 메디케어 어드밴티지 플랜 .....          | 64         |
| <b>항소</b> .....                  | <b>109</b> |
| 항소 .....                         | 109        |
| 기존 메디케어 이의 제기 단계 .....           | 109        |
| 메디케어 어드밴티지 항소 단계 .....           | 110        |
| 파트 D 이의 신청 단계 .....              | 111        |
| <b>자원과 출판물</b> .....             | <b>113</b> |
| SHIBA 5가지 인기 CMS 출판물 .....       | 113        |
| 메디케어 출판물 주문 방법 .....             | 113        |
| 웹사이트 자원 .....                    | 113        |
| SHIBA 정보 .....                   | 114        |
| 연락처 정보 .....                     | 114        |
| 전화 번호들 (모두 수신자 부담) .....         | 115        |
| 약어 .....                         | 116        |
| <b>용어집</b> .....                 | <b>118</b> |
| <b>색인</b> .....                  | <b>127</b> |

# 소개



노인 의료 보험 혜택 지원(SHIBA)는 오레곤 주의 모든 주민이 교육받은 메디케어 의사 결정을 내릴 수 있도록 지역사회에서 자원 봉사하는 주 전역의 공인 전문 상담사 네트워크입니다.

메디케어 혜택을 받을 수 있는 SHIBA 전문 상담사 및 오레곤 주민은 "2025년 오레곤주 메디케어 보험 플랜 안내서"를 사용하여 자신에게 가장 적합한 의료보험 플랜을 결정할 수 있습니다.

다음은 기타 SHIBA 자원입니다.

## 메디케어 결정으로 도움 받기

노인의료보험혜택지원(SHIBA)은 800-722-4134(무료)로 전화하십시오. 전화기 키패드를 사용하여 ZIP 코드를 입력해야 합니다. 거주 지역에 따라 SHIBA는 지역 담당 대리점 또는 SHIBA 직원 회원에게 전화를 연결할 수 있습니다. 이용 시간은 지역에 따라 다릅니다. 주 SHIBA 직원은 월요일부터 금요일까지 오전 8시부터 오후 5시 사이에 상담이 가능합니다.

주 SHIBA의 직원과 통화해야 하는 경우, 우편 번호를 입력하지 마십시오. 통화량이 많은 시간에는 국가 메디케어 지원 전화선으로 리디렉션될 수 있습니다.

[shiba.oregon.gov](http://shiba.oregon.gov)에서 SHIBA에 대해 자세히 알아보십시오.

메디케어에 처음이신가요? [shiba.oregon.gov/medicare-65](http://shiba.oregon.gov/medicare-65)를 확인하십시오.

등록자의 메디케어 정보는 사회 보장국, 800-메디케어, 공인 보험 대리인, 건강보험 플랜 고객 서비스 담당자 또는 SHIBA와 같은 공식 출처에서 얻어야 합니다. 통화한 날짜, 시간, 번호(통화는 기록됨), 통화한 담당자 이름 및 통화 내용을 포함한 연락처를 기록합니다.

- 사회 보장국은 **800-772-1213**으로 전화하십시오 (오전 8시-오후 7시 월요일-금요일, 이용 가능). 메디케어 파트 A 및 파트 B에 대해 문의하기 위해 지역 사무실을 찾으려면 [ssa.gov/locator](http://ssa.gov/locator)를 방문하실 수 있습니다.
- 파트 D(약품 플랜)에 대한 질문이 있으면 800-메디케어 (**800-633-4227**)에 전화하십시오.

## 도움 주기

SHIBA-공인 전문 상담사가 되십시오. **800-722-4134**(무료)로 노인의료보험혜택지원(SHIBA)에 문의하십시오. 상담사는 지원서를 작성하고, 교육 프로그램을 성공적으로 이수하며, 신상 조사를 통과하고, 지역사회에서 SHIBA 조정자와 협력해야 합니다.

온라인으로 신청하려면 <https://shiba.oregon.gov/becomeacounselor/Pages/default.aspx>로 이동하십시오.

## 메디케어 에이전트 위치 검색툴

SHIBA 프로그램은 주 전체의 공인 상담사 네트워크를 통해 메디케어 상담 서비스를 제공하지만, 서비스 지원은 인증된 의료 보험 에이전트를 통해 무료로 받을 수 있습니다. 의료보험 상담사는 메디케어 보험 플랜의 추천 및 가입을 돕습니다. 커뮤니티의 지역 상담사와 연락을 원하는 경우 오레곤 의료보험 마켓플레이스에 있는 다음의 웹사이트기 [healthcare.oregon.gov/Pages/find-help.aspx](http://healthcare.oregon.gov/Pages/find-help.aspx)에서 메디케어 에이전트 찾기 툴을 이용할 수 있습니다. 툴을 통해 찾은 상담사는 주정부 인증 절차를 완료하였습니다. 페이지를 아래로 스크롤하여 "지역 지원 찾기"로 이동하여 "메디케어 상담사"를 검색하고 선택하십시오.

## 메디케어에 처음이신가요?

메디케어는 가입자의 거주하는 곳이나 직업에 관계없이 65세부터 혜택을 받을 수 있습니다. 메디케어가 어떤 혜택을 주는지 알아보십시오. [shiba.oregon.gov/medicare-65/](http://shiba.oregon.gov/medicare-65/) 으로 이동하십시오.

## 이민자와 메디케어

이민자는 이민자 지위에 부정적인 영향을 미치지 않고 메디케어 및 자신의 건강, 영양 및 주거를 지원하는 기타 공공 혜택을 신청할 수 있습니다.

### 법적 문제가 있습니까?

- 이민 전문 변호사의 조언을 구하십시오. 이민 전문 변호사를 찾으려면 [immigrationadvocates.org/nonprofit/legaldirectory/search?state=OR](http://immigrationadvocates.org/nonprofit/legaldirectory/search?state=OR)에서 확인하십시오
- 혜택을 신청하는 것이 이민 상태에 어떤 영향을 미칠 수 있는지에 대한 조언을 구하십시오. 법률 지원/오레곤 법률 센터의 공익 핫라인은 **800-520-5292**으로 전화하십시오.
- [protectingimmigrantfamilies.org](http://protectingimmigrantfamilies.org)에서 정부생활보조대상자에 대한 최신정보 변경사항을 알아보십시오.

## 메디케이드

메디케이드는 저소득층에게 건강보험 혜택을 제공하는 프로그램입니다. 상기 주 및 연방 파트너십은 의료, 치과 및 행동 건강에 대한 의료 혜택을 제공합니다. 자격이 있는 등록자의 경우 또한 가정에서의 도움을 포함하여 장기 치료에 대한 비용을 지불받을 수 있습니다.

메디케이드 및 기타 의료보험 혜택 신청방법에 대해 자세히 알아보려면 오레곤 ONE Eligibility 웹사이트 [one.oregon.gov/](http://one.oregon.gov/)를 방문하거나 **800-699-9075(711 TTY)**로 전화하십시오.

## 주 및 커뮤니티 자원에서 도움을 주는 방법 알아보기

노인 및 장애인을 위한 정부 프로그램 및 리소스에 대한 자세한 내용은 **855-673-2372**로 주정부의 [노인 및 장애 자원 연결 서비스\(https://adrcoforegon.org\)](https://adrcoforegon.org)에 문의하십시오.

## 2025년 새로운 내용 또는 변경 사항

### 메디케어 파트 D

- 적용 범위 의약품에 대한 지불 한도가 낮습니다. 지불하는 최대 금액은 2,000달러입니다. 이 금액에 도달하면 적용 범위 의약품에 대해 아무것도 지불할 필요가 없습니다.
- 보상 적용 범위 의약품에 대한 연간 공제액은 590달러입니다. 이 공제액은 45달러가 인상한 금액입니다. 가입자가 지불하는 공제액은 지불하는 최대 금액에 가산됩니다. 그 최대 금액은 2,000달러입니다. 최대치에 도달할 때까지 부담금을 지불해야 합니다.
- "도넛홀(doughnut hole)"이라 불리는 커버리지 갭은 종료합니다. 대신 제조업체 할인 프로그램(Manufacturer Discount Program)이 있습니다. 이 프로그램은 승인된 의약품에 대한 저렴한 가격에 제공합니다. 자세한 내용은 "About Medicare Supplement (Medigap) policies" [페이지 40](#)페이지를 참고하십시오.
- 적용 범위 의약품에 대한 4가지 등급 대신에, 단지 3가지 등급이 있습니다.
  - » 연간 공제 등급,
  - » 초기 적용 등급 및
  - » 치명적인 손상 적용 등급.
  - » 자세한 내용은 [35페이지로 이동하십시오](#) [페이지 40](#)
- 다이어트 체중 감량 의약품은 의사가 이러한 조건을 모두 충족시키는 환자들을 위해 처방할 때 적용될 수 있습니다.
  - » 심혈관 질환,
  - » 과체중

## 메디케어 처방전 플랜

- 메디케어 처방 지불 보험 플랜은 파트 D 후원기관이 가입 등록자에게 2025년부터 시작하여 약국에서 한 번에 모두 지불하는 것이 아니라 플랜 연도에 걸쳐 월별 지불 방식으로 본인 부담 처방약 비용 지불할 수 있는 옵션을 제공하는 새로운 프로그램입니다.

## 가족 간병인 서비스

- 이러한 서비스는 개선된 치매 경험 안내(Guiding an Improved Dementia Experience: GUIDE) 가이드 모델을 통해 확대됩니다. 가이드는 다음을 제공합니다.
  - » 24/7 지원 서비스,
  - » 간병인 교육 및
  - » 재택, 24시간돌봄 성인 주간보호 일시적 위탁을 위한 연간 최대 2,500달러.
  - » 가이드에 대한 자세한 내용은 [cms.gov/priorities/innovation/innovation-models/guide](https://www.cms.gov/priorities/innovation/innovation-models/guide)로 이동하십시오

## 정신 건강 서비스

- 정신 건강 서비스에 대한 접근성을 높이기 위해, 다음은 메디케어 의료 제공자가 될 수 있으며 서비스에 대해 청구할 수 있습니다.
  - » 면허 허가된 결혼 및 가족 상담치료사,
  - » 정신 건강 전문 상담사, 및
  - » 중독 전문 상담사



# 기본



## 여기서 시작하기

기존 메디케어  
파트 A 및 파트 B

또는

메디케어 어드밴티지 플랜 파트 C



**파트 A**  
입원  
보험



**파트 B**  
의료  
보험



**파트 A 및 B 결합**  
처방약 혜택 여부와 관계없이 사용 가능  
(파트 D)



**메디케어 보조  
보험**  
(메디갭/2차 보험)

**2차보험도  
다음에 포함될 수 있습니다.**

- 퇴직자 보장 (예를 들어, PERS)
- [COBRA](#) (일부 경우만 해당)
- [Tricare for Life /CHAMP VA](#)
- [메디케이드](#)
- 인디언 보건서비스 (IHS)



**메디케어 파트 D**  
처방약 플랜 (PDP)



### 팁과 힌트

메디케어 카드에는 숫자와 쉽게 혼동할 수 있기 때문에 다음의 문자들을 전혀 포함하지 않습니다. EX B, I, L, O, S, Z.

여러분에게 가능한 경우 다음 보험 옵션을 문의하십시오

- 고용주 또는 노조 단체 플랜: 플랜 고객 서비스
- 군인 혜택: 카운티 재향군인 서비스 센터, **800-692-9666**
- 메디케이드: 메디케이드 사례 관리자, [one.oregon.gov/](http://one.oregon.gov/) or **800-699-9075 (711 TTY)**

## 메디케어 옵션

### 메디케어 등록

65세가 되고 이미 사회보장이나 철도청 은퇴자 위원회 혜택을 받고 있다면 생일 약 3개월 전에 메디케어 카드와 봉투를 우편으로 받게 됩니다. 신속한 배송을 보장하기 위해 사회 보장국으로 주소를 업데이트하십시오.

아직 퇴직 수당을 받지 못한 경우 사회 보장국(Social Security)에 문의하여 메디케어에 등록하거나 위약금 없이 등록을 지연할 수 있는지 **확인해야 합니다**. 가입자는 65번째 생일을 기준으로 7개월 이내에 등록해야 합니다. 혜택은 개인등록기간(IEP) 4-7개월 및 일반 등록 기간(GEP)에 대한 등록 조치 다음 달의 첫 날에 시작됩니다. 등록 유효일을 선택할 수 있는 유일한 시기는 은퇴 시 특별 등록 기간(SEP)이 있거나 고용주 그룹 건강보험(EGHP)을 상실한 경우이지만, 그 이후 90일 이내에 등록해야 합니다. 자세한 내용은 **페이지 16**의 표를 참조하십시오.

만약 65세에 7개월의 등록 기간을 놓치면, 매년 1월 1일부터 3월 31일까지 등록할 수 있습니다. 의료 혜택은 가입 신청 후 다음 달 1일부터 시작됩니다. 그러나 **등록 지연에 대한 위약금이** 부과될 수 있습니다.

사회 보장국에서 의료보험 자격, 보험료, 위약금을 결정합니다. 메디케어 등록에 대해 궁금한 점이 있으시면 800-772-1213(무료)으로 사회보장 센터에 전화해 주십시오. (오전 8시-오후 7시, 월요일부터 금요일) 신청인과 상담을 한 서비스 담당자의 날짜, 시간 및 이름을 항상 정확하게 기록해야 합니다.

신청인 또는 신청인의 법적 배우자가 현재 직장에 근무 중이고 고용주의 단체고용건강보험의 적용을 받는 경우 위약금 없이 메디케어 등록을 연기할 수 있습니다. 그러나 고용주가 20명 미만의 직원을 고용하는 경우 메디케어가 기본 보험이 될 가능성이 큼니다. **페이지 25**을 참조하십시오.

적용되는지 여부는 복지 관리자에게 문의하십시오.

**어느 메디케어 경로가 가장 적합하든 간에 귀하는:**

1. 메디케어 파트 A 및 파트 B 등록에 대한 정보는 **사회 보장국 800-772-1213**으로 연락하십시오. 의료보험 혜택, 청구 또는 파트 D 처방약 보장범위에 대한 정보는 **800-MEDICARE** 또는 **(800-633-4227, 무료)**로 문의하십시오. 항상 날짜, 시간 및 고객 서비스 담당자의 이름을 기록합니다.
2. 병원을 포함한 의료 제공자가 귀하의 보험을 접수하는 지 확인하십시오. 플랜 센터에 전화하여 병원을 포함한 의료 제공자가 플랜 네트워크에 포함되어 있는지 확인하십시오.
3. [medicare.gov](https://www.medicare.gov)의 메디케어 건강 및 약품 플랜 찾기를 사용하거나 보험 플랜에 전화하여 확인하십시오.
4. 항상 기록하십시오. 전화 통화에 대해 통화한 날짜, 시간, 번호, 통화한 사람 이름 및 받은 정보를 기록하십시오.

## 파트 A - 기존 메디케어 입원 보험

| <p><b>*2024년 파트 A 보험료.</b><br/>2025년 프리미엄 정보는 발행 당시에는 제공되지 않습니다.</p>       | <p>30 미만의 근로 크레딧의 경우 505달러, 30~39 크레딧의 경우 278달러.</p> <p>대부분 사람들은 근로 크레딧이 40 이상이면 보험료가 없습니다. 근로 크레딧에 대해서는 사회 보장 센터에서 확인하십시오.</p> |   |
|--|---|---|
|  |   | <p>2025년 프리미엄 정보는 발행 당시에는 제공되지 않습니다.</p>  |
| 서비스  | 혜택  | 납부금 - (2024년 금액)  |
| <p><b>병원 입원</b><br/>환자, 의료 관찰 아님; 준특별 진료 입원, 일반 간호, 기타 병원 서비스 및 의료용품</p>   | <p>첫 60일</p> <p>61 -90일</p> <p>91-150일 (최대 입원 기간)</p> <p>150일 이상</p>  | <p>혜택 기간 당 1,632달러 공제금액. 일년에 보험 본인부담금을 여러번 지불해야 할 수 있습니다. 본인부담금은 수혜자가 60일 연속 입원한 후 또는 병원이나 전문 요양 시설에서 퇴원하고 다시 입원한 경우 필요합니다.</p> <p>일당 408달러</p> <p>일당 816달러 (평생 60일로 제한)</p> <p>모든 비용</p> |
| <p><b>전문 요양 시설(SNF) 퇴원 후 30일 이내에 메디케어가 승인한 시설에서 입원 후 3일 자정이 경과한 경우</b></p> | <p>1 -20일</p> <p>21 -100일</p> <p>100일 이상</p>  | <p>0달러</p> <p>일당 최대 204달러</p> <p>모든 비용</p>  |
| <p><b>메디케어 인증 기관을 통한 가정 건강 관리</b></p>                                      | <p>방문은 파트 타임 또는 간헐적 전문 간호로 제한됨</p>  | <p>서비스 없음</p>   |
| <p><b>호스피스 관리</b><br/>말기 환자에게만 제공</p>                                      | <p>의사가 의학적 필요를 증명하는 한</p>   | <p>외래 환자 약품 및 입원 환자 임시 간호를 위한 제한된 비용 분담 옵션</p>  |
| <p><b>혈액</b></p>   | <p>혈액</p>   | <p>만약 병원에서 귀하를 위해 혈액을 구매해야 한다면, 귀하는 처음 3비용의 수혈에 회 지불하거나 헌혈을 받아야 합니다.</p>  |

**명심할 점:** 메디케어는 제공되는 모든 의료 서비스 비용이 아니라 메디케어에서 승인한 요금에 대해서만 지불합니다.

\*메디케어 및 메디케이드 서비스 센터(CMS) 릴리스 파트 A 및 파트 B 연중 다양한 시기에 공제액이 적용됩니다. 가장 최근의 의료보험 플랜 요금과 공제 가능한 금액은 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) 에서 확인하십시오.

## 파트 B - 기존 메디케어 의료 보험

|   |  |
|---|--|
| *2024 파트 B 보험료.<br>2025년 프리미엄 정보는 발행 당시에는 제공되지 않습니다.  | 2024년에 표준 파트 B 보험료는 174.70달러 (또는 신청인의 수익에 따라 더 높음)입니다.   |
| 2024 파트 B 비용 부담.<br>2025년 프리미엄 정보는 발행 당시에는 제공되지 않습니다. | 연간 본인부담금 240달러를 지불한 후, 메디케어는 일반적으로 메디케어에서 허용한 금액의 80%를 보험 서비스에 지불하고 나머지 20%는 본인이 지불합니다. 신청인 부담 최대 한도액은 없습니다. |

| 보험 서비스  | 가입 등록자는 매월 파트 B 보험료와 함께 다음에 대해 지불합니다.                |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>의사 서비스</li> <li>응급실, 긴급 진료</li> <li><u>진단 검사</u>, 실험실 검사, MRIs, CT 스캔 및 엑스레이</li> <li>파트 B 외래 환자 시설에서 투여된 약물 보장</li> </ul> | 연간 본인부담금 지불 이후 메디케어에서 허용한 액수의 20%.                   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>구급차 이용</li> </ul>  | 다른 방법으로 이송하는 것이 등록자의 삶에 위협이 되는 경우 본인 지불 없음.          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>당뇨병 용품</li> <li>내구성이 뛰어난 의료 장비, 보철물/교정 기구</li> </ul>   | 구체적인 내용에 대해서 <u>페이지 21</u> 을 참조하세요.                  |
| 병원 관찰 체류  | 연간 본인 부담액 지불 이후 메디케어 지불 공식에 따라 결정된 <u>공동 부담금</u> .   |
| 직업 치료, 물리 치료 및 언어 치료  | 연간 본인부담금 지불 이후 메디케어에서 허용한 액수의 20%.                   |
| 침술  | <u>만성</u> 요통 치료에 대해 연간 본인부담금 지불 이후 메디케어 허용 금액의 20%.  |
| 홈 헬스 케어<br>(파트 A의 내용과 같음)   | 보험 서비스의 경우 없음.                                       |
| 예방 서비스, 일부 임상 실험실 서비스(혈액 검사, 소변 검사)   | 대부분 검사 또는 시술에 대해 없음, 오피스 방문 비용 또는 기타 비용이 적용될 수 있습니다. |
| 정신 건강   | 연간 본인부담금 지불 이후 메디케어에서 허용한 액수의 20%.                   |

\*메디케어 및 메디케이드 서비스 센터(CMS) 릴리스 파트 A 및 파트 B 연중 다양한 시기에 공제액이 적용됩니다. 가장 최근의 의료보험 플랜 요금과 공제 가능한 금액은 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) 에서 확인하십시오.

## 메디케어의 ABC 및 D

### 메디케어란 무엇인가요?

메디케어는 다음 사람들을 위한 건강 보험입니다:

- 65세 이상의 노인
- 24개월 이상 사회보장 장애보험 (SSDI) 소득을 받는 65세 미만의 사람
- 말기 신질환(ESRD) 또는 근위축성 측삭 경화증(ALS)이 있는 사람.

본 가이드에는 다음과 같은 메디케어 보장 영역에 대한 정보가 포함되어 있습니다.

- 파트 A: 입원 보험\*
- 파트 B: 의료 보험\*
- 메디캡 플랜이라고 하는 메디케어 보조 보험
- 파트 C: 메디케어 어드밴티지 플랜 및 사설 메디케어 건강 보험 플랜
- 파트 D: 처방약 보장.

메디케어가 건강 **보험**이므로, 가입자는 치료비를 분담해야 합니다.

#### \*파트 A와 B에 포함되지 않은 일부 항목들

- 장기 보호 간호
- 치아 관리 및 의치
- 외래 환자 처방약
- 보청기/보청기 착용 검사
- 정기적인 시력 및 안경 검사
- 실험실 검사를 포함한 정기적인 연간 신체 검사
- 제한적인 예외사항을 제외한 미국 외의 지역에서 받는 의료 간호 서비스
- 대체 치료(자연 요법, 치료 마사지)
- 생명에 지장이 없는 구급차 탑승을 포함한 의료 수송 서비스



## 등록 기간

### 초기 등록 기간(IEP)

초기 등록 기간은 65번째 출생한 달(65번째 출생한 달 이전 3개월, 65번째 생일인 달, 65번째 생일 이후 3개월)을 전후 7개월입니다.

자동으로 등록되지 않은 사람 또는 파트 A 보장에 대한 지불해야 하는 사람은 초기 또는 일반 등록 기간(IEP 또는 GEP) 동안 메디케어에 가입할 수 있습니다.

미국에서 5년 이상 합법적으로 거주한 모든 사람은 65세에 메디케어 혜택을 받을 수 있습니다. 아직 이 법정 거주 기간을 충족하지 못한 65세 이상의 사람들에게 대해 법정 거주 60번째 달은 65세 생일이 있는 달과 동일하게 취급됩니다. 이런 경우 초기 등록 기간은 합법적 거주지에서 57번째 달에 시작하여 63번째 달에 끝납니다.

저는 초기 등록 기간(IEP)에 등록을 못했습니다

[초기 가입 기간\(IEP\)](#)에 신청하지 못하였고 신청인 또는 신청인 배우자의 고용주 그룹 건강 플랜(EGHP)에 가입되지 않는 경우 일반 등록 기간 동안 메디케어에 등록해야 합니다. 일반 등록 기간은 매년 1월 1일부터 3월 31일까지입니다. [사회보장국](#)에 방문하거나 전화 **800-772-1213**으로 문의하고 등록하십시오. 프리미엄 프리 파트 A는 사회보장국에 문의하기 이전 6개월 전까지 유효합니다. 파트 B는 등록 요청 다음 달부터 유효합니다.

1월 1일부터 3월 31일 사이의 일반 등록 기간을 사용한 후에는 메디케어 파트 A 및 파트 B 시행일로부터 60일 이내에 메디케어 어드밴티지 플랜 또는 처방약 플랜에 등록해야 합니다. 파트 B와 처방약 보험 플랜에 대한 등록 위약금이 나중에 적용될 수 있습니다.

### 초기 등록 기간 및 효력 발생일

| IEP에 속하는 이번 달에 등록하는 경우                        | 메디케어 혜택은 이달 1일부터 시작됩니다: |
|---|-------------------------|
| 첫 번째 달(생일 달의 3개월 전)                           | 65세 생일이 있는 달            |
| 두 번째 달(생일 달의 2개월 전)                           | 65세 생일이 있는 달            |
| 세 번째 달(생일 달의 1개월 전)                           | 65세 생일이 있는 달            |
| 네 번째 달(생일 달)                                  | 생일 달 이후 달               |
| 다섯 번째 달(생일 달 이후 1개월)                          | 등록 요청 다음 달              |
| 여섯 번째 달(생일 달 이후 2개월)                          | 등록 요청 다음 달              |
| 일곱 번째 달(생일 달 이후 3개월)                          | 등록 요청 다음 달              |
| 예외: 만약 생일이 그 달의 첫 번째 날이라면, IEP는 한 달 먼저 시작됩니다. |                         |

## 등록 기간 및 마감 기한

(페이지 116 약어 정의를 참조하십시오.)

| 플랜           | 개인등록(IEP)/<br>공개등록기간(OEP)  | 연간등록(AEP)/<br>일반등록기간<br>(GEP)  | 특별등록(SEP)/보장<br>(GI)   | MA OEP | 지연 위약금  |
|--------------|--|--|--|--------|---|
| 메디케어<br>파트 A | 65세 이전 3개월<br>전에 시작하여<br><b>7개월</b> 또는 24<br>개월 동안 <b>SSDI</b> 를<br>받은 후 자동으로<br>등록됩니다. 적어도<br>65세 생년월일이<br>지나기 전에 사회<br>보장 퇴직 수당<br>혜택을 받는<br>경우 자동으로<br>등록됩니다. | 일반 가입 기간<br>(GEP): 파트 A에<br>대해 보험료를<br>지불해야 하는<br>신청인의 경우<br><b>매년 1월부터 3<br/>월까지</b> 발생하며,<br>등록을<br>요청한 다음<br>달부터 효력이<br>발생합니다.<br>1년 중 언제나<br>프리미엄 프리<br>파트 A를 신청할<br>수 있습니다. | 보험료가 무료이면<br>언제나 가능합니다.<br><b>보험료가</b> 무료<br>아닌 경우, 현재<br>일하고 있는<br>중인 직장 근로<br>(본인 또는<br>배우자)를 통해<br>단체고용건강보험<br>(EGHP)의 적용을<br>받는 동안 근무<br>중인 직장을 그만둔<br>달부터 최대 <b>8<br/>개월까지</b> 혜택을<br>언제나 적용<br>받습니다. | 해당 없음  | 보험료가<br>무료가 아닌<br>한 없음 -<br>위약금은<br>10%이며,<br>등록이<br>지연된<br>기간의 두<br>배 동안<br>지속됩니다. |

(페이지 116 약어 정의를 참조하십시오.)

| 플랜                   | 개인등록(IEP)/<br>공개등록기간(OEP)   | 연간등록(AEP)/<br>일반등록기간<br>(GEP)  | 특별등록(SEP)/보장<br>(GI)   | MA OEP | 지연 위약금   |
|----------------------|---|--|--|--------|--|
| <b>메디케어<br/>파트 B</b> | 65세 이전 3개월<br>전에 시작하여 7<br>개월 또는 이미<br><a href="#">사회보장장애보험<br/>(SSDI)</a> 을 보험<br>적용받는 경우 24<br>개월 후에 자동<br>등록됩니다. 65<br>세 생일이 있는 달<br>이전에 사회 보장<br>퇴직 수당을 받는<br>경우 자동 등록. | 일반 가입 기간<br>(GEP): 매년 1<br>월, 2월, 3월,<br>파트 B 보험은<br>등록 요청<br>다음 달부터<br>유효합니다.                           | 근무 중인 직장<br>(본인 또는<br>배우자)을 통해<br>단체고용건강보험<br>(EGHP)의 적용을<br>받거나 근무 중인<br>직장을 그만둔<br>달부터 <b>8개월까지</b><br>혜택을 언제나 적용<br>받습니다.   | 해당 없음  | 보험금 위약금은<br>등록이 지연되는<br>연도마다 현재<br>파트 B의 각 매달<br>보험료 10%이며,<br><a href="#">주의료보험(MSP)</a><br>자격이 없는 한<br>평생 지속됩니다. |
| <a href="#">메디캡</a>  | 가입은 파트 A<br>와 파트 B에 모두<br>가입되어 있는<br>즉시 진행할 수<br>있습니다. 연령(65<br>세 미만 또는 초과)<br>에 관계없이 파트<br>B의 첫 6개월 동안<br>GI 포함 <b>OEP</b> 입니다.  | 플랜의 재량에<br>따라 언제든지<br>가능합니다.<br>회사는 GI<br>가 적용되지<br>않는 한<br>언제든지 기존<br>건강 상태를<br>보증하거나<br>거부할 수<br>있습니다. | 이전 건강<br>보험이 종료하는<br>날짜로부터 <b>63<br/>일간의 GI 기간</b><br><br><b>60일 GI 기간(시작<br/>현재 보험계약자의<br/>생일 30일 전부터<br/>시작하여 30일<br/>후까지)</b> 다른 보험<br>회사로 전환할 수<br>있습니다.<br><br><a href="#">보험 권리</a> 가입<br>보장 기간에 대한<br>정보는 <a href="#">페이지 44</a><br>를 참조하십시오. | 해당 없음  | 비용이 더 들수도<br>있습니다. OEP 및<br>GI 기간이 지난<br>경우 건강상의<br>이유로 보험<br>가입을 거부할 수<br>있습니다.                                   |

| 플랜            | 개인등록(IEP)/<br>공개등록기간(OEP)  | 연간등록(AEP)/<br>일반등록기간<br>(GEP)  | 특별등록(SEP)/보장<br>(GI)   | MA OEP  | 지연 위약금   |
|---------------|--|--|--|---|--|
| 메디케어<br>어드밴티지 | 7개월 기간으로 65<br>세가 되기 3개월<br>전에 시작되거나<br><b>SSDI</b> 적용되는<br>경우 메디케어<br>자격이 부여되기<br>전에 시작됩니다. | AEP:<br><b>10월 15일 - 12월<br/>7일</b> : 1월 1일부터<br>효력 발생.<br><br>일반 가입<br>기간(GEP):<br>일반 가입<br>기간(GEP)<br>동안 파트<br>A와 B에<br>등록하는<br>경우, 개인이<br>파트 B<br>신청서를<br>제출하고<br>파트 B<br>등록의 첫 2<br>개월 동안<br>계속할 때<br>의료지원<br>(MA) 등록이<br>시작될 수<br>있습니다.<br>보험 혜택은<br>등록을<br>요청한 다음<br>달부터<br>적용됩니다. | <b>60 일</b> 이 날짜는<br>다른 보장<br>범위의 손실<br>이후이며, 또는<br>첫 플랜의<br>첫 12개월<br>이내입니다.<br><b>최우수 보험<br/>5점제 별점 및<br/>3점제 미만 보험<br/>플랜 SEP도<br/>포함됩니다.</b><br><br><b>페이지 57을<br/>참조하십시오.</b> | 1월 1일-3<br>월 31일 또는<br>메디케어가<br>처음인 경우<br>MA의 첫 3<br>개월입니다.<br><br>하나의<br>조치만<br>허용됩니다.<br><br><b>페이지 57을<br/>참조하십시오.</b> | 건강 보장의 경우<br>없습니다. 약품<br>등록 지연으로<br>인해 파트 D<br>위약금이 보험료에<br>추가될 수<br>있습니다. |

| 플랜           | 개인등록(IEP)/<br>공개등록기간(OEP)   | 연간등록(AEP)/<br>일반등록기간<br>(GEP)   | 특별등록(SEP)/보장<br>(GI)  | MA OEP   | 지연 위약금   |
|--------------|---|---|---|--|--|
| 메디케어<br>파트 D | 7개월기간으로 65<br>세 이전 3개월 전에<br>시작되거나 <a href="#">SSDI</a><br>로 인해 메디케어<br>자격이 부여되기<br>전에 시작됩니다. | AEP:<br><b>10월 15일 - 12월<br/>7일</b> ; 1월 1일부터<br>효력 발생.<br><br>일반 가입<br>기간(GEP):<br>프리미엄 파트<br>A를 등록하는<br>경우, 개인이<br>파트 A 신청서를<br>제출하고 파트<br>A 등록 처음<br>2개월 동안<br>처방약 보험<br>(PDP) 등록이<br>시작됩니다.<br>보험혜택은<br>등록을 요청한<br>다음 달부터<br>적용됩니다. | <b>60일로 다른<br/>보장 범위의 손실<br/>이후입니다. 최우수<br/>보험 5점제 별점<br/>및 3점제 미만 별점<br/>보험 플랜 SEP도<br/>포함됩니다.</b><br><br><b>페이지 57을<br/>참조하십시오.</b> | MA 플랜이 1월<br>1일이면 매해 1<br>월 1일 - 3월 31<br>일. 하나만<br>허용됩니다.<br><br><b>페이지 57을<br/>참조하십시오.</b> | 등록이 지연된<br>월에 대한<br>위약금은<br>벤치마크<br>보험금의 1%<br>입니다. 예를<br>들어, 24<br>개월 지연은<br>위약금이<br>24%입니다.<br>추가 지원을<br>받을 자격이<br>없는 한 평생<br>계속됩니다.<br><br><b>페이지 31을<br/>참조하십시오.</b> |

## 파트 B 메디케어 예방 서비스

메디케어는 메디케어 할당 수수료를 받는 의료공급자로부터 무료 및 절감된 비용으로 의료 예방 서비스를 제공합니다. 일부 혜택에는 특정 시설의 수수료 또는 진료실 방문 요금이 부과될 수 있습니다. 담당 의사에게 어떤 서비스가 본인에게 적합한지 물어보십시오.

예방 서비스를 받기 전에 받게 되는 서비스가 메디케어 보험 비용으로 진행되는지 의사의 진료 사무소에 문의하십시오. **제한사항**을 모든 혜택에 적용됩니다. 받은 모든 예방 서비스를 정확하게 기록해야 합니다.

**팁:** 기존 메디케어를 사용하는 경우 [medicare.gov](https://www.medicare.gov)에 본인의 계정을 생성하여 예방 서비스를 추적할 수 있습니다.

### 메디케어 보장 예방 서비스

- 복부 대동맥류 검사
- 알코올 오남용 검사 및 상담
- 골질량 측정(골밀도)
- 심혈관 질환 검사 및 혈액 생물 표지자

### 검사

- 심혈관 질환(행동 치료)
- 자궁경부암 및 질암 검사
- 대장암 검사
- 우울증 검사
- 당뇨병 검진 및 메디케어 당뇨병 예방 프로그램
- 당뇨병 자가 관리 교육
- 녹내장 검사
- B형 간염 선별 검사
- C형 간염 **선별 검사**
- **HIV** 검사
- 폐암 검사
- 유방조영상(검사)
- 영양치료 서비스
- 비만 검진 및 상담
- 메디케어 예방 방문에 대한 일회성 환영
- 전립선암 검사
- 성매개 감염 검사 및 상담
- 주사:
  - » 독감 예방 주사
  - » 코로나19 백신
  - » B형 간염 예방 주사
  - » 폐렴 쌍구균 예방 주사
- 담배 사용 중지 상담
- 연별 웰니스 방문

메디케어 어드밴티지 플랜은 이러한 예방 검사를 제공해야 합니다. 시설 또는 기타 수수료가 있는지 플랜을 확인하십시오.



## 예방 방문

### 메디케어 예방 방문에 대한 환영

가입자가 파트 B에 등록된 처음 12개월 이내에 무료로 방문하실 수 있습니다. 이 방문시에는 건강 및 교육과 관련된 의료 및 사회 이력에 대한 검토를 진행하며, 필요한 경우 특정 선별 검사, 주사 및 기타 진료 **의뢰**를 포함한 예방 서비스에 대한 상담도 포함됩니다. 또한 다음 서비스도 제공합니다.

- 키, 체중 및 혈압 측정
- 체질량지수 계산
- 간단한 시력 검사
- 우울증에 대한 잠재적 위험과 안전 수준에 대한 검토
- 사전 지침 작성에 대해 논의하자는 제안
- 필요한 검사, 주사 및 기타 예방 서비스에 대해 알려주는 서면 계획서 제공.

이 방문은 일회성 방문이며, 연간 건강 방문 시 보험 혜택을 받기 위해 방문하지 않아도 됩니다. 당일 다른 의료서비스가 제공되는 경우 가입환영(Welcome to Medicare) 예방진료방문 혜택이 적용되지 않을 수 있습니다. 무료 가입 Welcome to Medicare 예방진료방문을 의료진에게 알려주고 예약을 하실 때 이를 확인하십시오. 이 진료방문은 매년의 건강검진이 아닙니다.

### 연별 웰니스 방문

귀하가 파트 B에 12개월 이상 가입된 경우, 본 무료 방문을 통해 현재 건강 및 위험 요소를 기반으로 질병 및 장애를 예방할 수 있는 맞춤형 계획을 수립하거나 업데이트할 수 있습니다. 의료 제공자가 귀하의 방문시 건강 위험 평가서를 작성하도록 요청할 것입니다. 이 평가서는 귀하와 의료제공자가 건강 유지에 도움이 되는 맞춤형 예방 플랜을 수립하는 데 도움이 될 것입니다. 방문 시 또한 다음 서비스가 포함됩니다.

- 병력 및 가족력 검토
- 현재 제공자 및 처방전 목록 작성 및 업데이트
- 키, 체중, 혈압 측정 및 기타 일상적인 측정
- 인지장애가 있는 지 감지
- 맞춤형 건강 조언
- 위험 요인 및 치료 옵션 목록 작성
- 적절한 예방 서비스를 위한 검사 일정
- 사전 관리 계획

이 방문은 12개월에 한 번씩 적용됩니다 (마지막 방문 후 11개월이 경과해야 함).



여  
너  
리  
과  
파  
띠

## 기존 메디케어 - ABN 및 DMEPOS

아쿠나 베이 다리



### 사전 동의 제도 (ABN) 필수 및 자발

의료 제공자 또는 의료기기 공급자는 의료보험이 특정 서비스에 적용되지 않을 것으로 판단되는 경우 서면(수혜자사전통지(ABN)와 함께 제출)으로 반드시 통지해야 합니다. 수혜자사전통지(ABN)는 보장되지 않는 특정 의료서비스와 비용을 식별하게 해 줍니다.

신청인이 서명하지 않은 상태에서 요구된다면, 의료서비스 비용을 지불하지 않아도 됩니다. ABN은 일상적인 시력 검사와 같이 메디케어가 적용되지 않는 항목 및 서비스에 대해 [임의] 선택이 필요하지 않습니다. 그러나 가입자 검사에 녹내장 또는 황반 검사가 포함되는 경우, 담당의사는 이러한 의료 서비스에 대해 메디케어에 비용을 청구할 수 있습니다. 이러한 상황에서 일부 의사는 자발적으로 안과 검사에서 가입자 본인의 비용분담 책임이 있는 부분을 보여주는 ABN을 제공합니다. 또한 이 통지는 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입한 신청인이 아니라 기존 메디케어에 등록된 신청인에게 적용됩니다.

일상적인 ABN(양식에 [수혜자](#) 서명을 받은 후 나중에 작성하는 관행)은 메디케어

규정을 위반하는 것입니다. 의료 제공자가 환자에게 "메디케어가 지불할 수도 있으니 서명해야 합니다"라고 말하는 것도 허용되지 않습니다.

의료 제공자는 환자는 의료 규정에 기초하여 메디케어가 서비스를 제공하는지 여부를 알고 있어야 합니다. **공란으로 있는 ABN는 서명하지 마십시오.**

### 내구성이 뛰어난 의료 장비, 보철물, 보조기구 및 의료용품(DMEPOS)

모든 DMEPOS 구매 시 다음 조건을 충족해야 합니다.

- 의사의 처방
- 의학적 필요에 의한 의사의 소견서가 있을 때
- 메디케어 계약 공급업체를 통해 구매합니다.

공급업체가 할당을 수락할 경우 신청인의 지불금액은 메디케어에서 **할당한** 비율의 20%입니다. 공급업체 찾기를 하려면 [medicare.gov/medical-equipment-suppliers/](https://www.medicare.gov/medical-equipment-suppliers/)로 이동합니다.

**참고사항:** 귀하가 제공자에게 선불로 모두 지불한 경우 메디케어는 변제를 해주지 않습니다. 메디케어에 비용을 직접 청구하는 메디케어 계약 공급업체로부터 용품을 공급받고 있는지 확인하십시오.

### 우편 주문 당뇨 물품

메디케어는 메디케어 계약 공급업체로부터 주문 시 수혜자의 거주지로 배송되는 당뇨 검사 용품에 대한 청구비용을 처리합니다. 우편 주문

배송은 일부 약국을 통해 제공되는 가정 배송 용품을 포함하여 수혜자의 거주지로 배송되거나 배달되는 물품 배송을 의미합니다.

메디케어 어드밴티지 플랜이 있는 경우 보험 플랜에 연락하여 플랜과 계약을 맺은 모든 내구성 있는 의료 장비 보철물 및 의료용품(DMEPOS)을 구매하기 위해 의료 공급자를 찾아보십시오.

## 재향군인 혜택 및 의료 보험

재향군인은 본인들의 보험 혜택의 경우 미국 국가보훈처(VA)와 메디케어가 어떻게 협력하는지 이해해야 합니다. 메디케어 및 미국 국가보훈처(VA) 보험 혜택이 있는 재향군인은 두 가지 프로그램 중 하나를 통해 의료 서비스를 받을 수 있습니다. 하지만 **의사의 진찰을 받거나 의료서비스를 받을 때마다 어떤 혜택을 이용할지 선택해야 합니다** (예: 병원). 메디케어는 미국 국가보훈처(VA)가 승인한 서비스와 동일한 서비스에 대해 지불하지 않습니다. 마찬가지로, 재향군인 보험 혜택도 메디케어에서 적용하는 동일한 서비스에 대해 기본비용을 지불하지 않습니다. 일부 재향군인들은 처방전을 포함하여 의료서비스를 무료로 받습니다. 그 밖의 재향군인들은 메디케어가 보장하지 않는 **공동부담액**을 지불해야 할 수 있습니다.

VA 혜택에 따라 서비스를 받으려면 VA 시설에서 의료 서비스를 받거나 또는 VA 시설이 아닌 곳에서 VA에서 승인한 서비스를 받아야 합니다.

재향군인은 VA 의료 서비스에 등록되어 있더라도 메디케어 파트 B에 늦게 등록하면 위약금이 부과될 수 있습니다.

VA 의약품 보험은 **신뢰할 수 있는** 메디케어로, 이를 통해 메디케어 파트 D의 등록 지연에 의한 위약금 지불을 방지할 수 있습니다. 메디케어 의약품 플랜에 가입할 때 위약금 지불을 피하려면 VA 의약품 보험에 대한 증빙 자료를 제공해야 합니다. **신뢰할 만한 보장 범위** 또는 현재 혜택 상태에 대한 정보를 요청하려면

**877-222-VETS (8387)** (무료)을 통해 VA 의료 혜택 핫라인에 문의하십시오.

일부 재향군인들은 미국 국가보훈처(VA)의 처방약 혜택을 사용하고 VA에서 보장하지 않을 수 있는 처방약은 메디케어 보험 플랜에 가입함으로써 보험 혜택을 받을 수 있습니다. 메디케어 처방약 보험 플랜을 사용하는 경우, 미국 국가보훈처(VA)는 본인부담 비용을 변제하지 않으며 VA는 2차 지불인이 아닙니다.

모든 카운티에는 재향군인 서비스센터(VSO)가 지정되어 있어 신청인이 VA 혜택을 받도록 지원합니다. 지역 재향군인 서비스센터(VSO) 찾기를 하려면 [oregon.gov/odva/services/pages/county-services.aspx](http://oregon.gov/odva/services/pages/county-services.aspx)를 방문하거나 전화 **800-692-9666**(무료)으로 연락하십시오.

**TRICARE for Life**는 군 퇴직자와 그 부양가족을 위한 것입니다 TRICARE for Life를 받으려면 메디케어 파트 A와 파트 B에 가입해야 합니다.

적격성 정보를 알아보려면 **866-773-0404** (무료)로 국방부에 전화하거나 또는 [tricare4u.com](http://tricare4u.com)을 방문하세요.

| 프로그램                   | 메디케어가 필요하세요?                        | 조정  |
|------------------------|-------------------------------------|---|
| 연방 직원 의료 혜택 프로그램(FEHB) | 아니요, 하지만 등록 지연 위약금(LEP)은 그대로 적용됩니다. | 예, 메디케어 파트 A 및 B에 등록한 경우.   |
| TRICARE For Life(TFL)  | 예, 파트 A 및 B 모두.                     | 메디케어 이후에 이차로 TFL 지불   |
| CHAMPVA                | 예, 파트 A 및 B 모두.                     | 메디케어 이후에 이차로 CHAMPVA 지불   |
| 재향군인회(VA)              | 아니요, 하지만 등록 지연 위약금(LEP)은 그대로 적용됨.   | 메디케어와 조정이 거의 되지 않음. VA 지불이거나 메디케어 지불.   |
| 인디언 보건서비스(IHS)         | 아니요, 하지만 등록 지연 위약금(LEP)은 그대로 적용됨.   | 메디케어에 등록된 경우 부족 (Tribal) 달러를 절약할 수 있습니다. 원주민건강서비스(IHS)는 메디케어 다음으로 보조금을 지불합니다. |

## 퇴직자 플랜과 메디케어

다음과 같은 대부분의 경우 퇴직자 플랜 옵션에 등록하거나 계속하려면 메디케어 파트 A 및 파트 B에 등록해야 합니다.

- 이전 고용주로부터 그룹 건강플랜(퇴직자) 보험을 받을 수 있는 자격이 있음, 및
- 나이가 65세이거나 이상인 경우.

메디케어 자격이 있는 경우 퇴직자 보험 플랜에 등록해야 하는 기한이 있을 가능성이 높습니다. 메디케어 자격 기준 시간 및 규정은 고용주의 보험 플랜 관리자에게 문의하십시오. 제시 시간에 등록하지 않으면 향후 등록이 금지될 수 있습니다.

은퇴한 상태에서 이전 고용주로부터 메디케어 및 그룹 건강플랜(은퇴자) 보험에 가입하게 되면 그룹 건강플랜에서 다음과 같은 혜택을 제공하는지 확인해야 합니다.

- 메디케어에서 지불한 후 지불(보조), 또는
- 오직 진료비를 지불하는 관리형 진료 보험 플랜입니다.

퇴직자 그룹 건강플랜 적용 방식은 특정 플랜의 조건에 따라 달라집니다. 퇴직 후 그룹 건강플랜 보장 범위는 규칙이 다를 수 있으며 메디케어에 가입한 후에 동일한 방식으로 작동하지 않을 수 있습니다.

### 퇴직자 혜택에 대해 알아야 할 5가지 사항

1. 퇴직 후에도 고용주 혜택을 계속 받을 수 있는지 알아보십시오. 일반적으로 고용주나 노조로부터 퇴직자 혜택을 받을 때, 이 혜택은 통제를 받습니다. 고용주는 퇴직자에게 보험 혜택을 제공할 의무가 없습니다. 그들은 보험

혜택이나 보험료를 변경하거나 심지어 보험 혜택을 취소할 수도 있습니다.

2. 배우자에 대한 보험이 포함되는지 여부를 포함하여 퇴직자 보험의 가격과 혜택을 알아보십시오. 귀하의 고용주나 조합은 본인이나 배우자 또는 둘 모두에 대해 급여를 제한하는 퇴직자 보험을 제공할 수 있습니다. 단지 "손실 정지(stop loss)" 범위를 제공할 수 있으며, 이는 최대 금액에 도달할 때만 가입자의 부담 비용을 지불합니다.
3. 메디케어에 대한 자격이 있는 경우 퇴직자 보험에 어떻게 영향을 주는지 알아보십시오. 예를 들어, 퇴직자 보험은 귀하가 메디케어 혜택을 받을 자격이 있지만 가입하지 않은 기간 동안 의료 비용을 지불하지 않을 수 있습니다. 메디케어를 받을 자격이 주어진 경우 퇴직자 보험을 최대한 받으려면 메디케어 파트 A와 파트 B에 모두 등록해야 할 수도 있습니다.
4. 퇴직자로서의 지속적인 보험이 귀하와 배우자의 건강 보험 모두에 어떤 영향을 미칠지 알아보십시오. 퇴직자 보험이 메디케어와 어떻게 연동되는지 잘 모를 경우 플랜의 혜택 책자의 사본을 얻거나 고용주 또는 조합에서 제공하는 요약 보험 설명서를 확인하십시오. 또한 고용주의 혜택 관리자에게 전화를 걸어 메디케어에 가입되어 있을 때 보험금이 어떻게 지급되는지 물어볼 수 있습니다. 메디케어 보조 보험(메디갭) 플랜에

가입할지 여부에 대해 SHIBA 상담원과 상담해 보려고 할 수도 있습니다.

5. 가입자의 이전 고용주가 가입 등록자의 보장을 중지한다면, 오레곤주 법은 가입자가 63일 이내에 [가입 보장과](#) 함께 메디갭 보험을 구입할 권리를 부여합니다. 이는 메디갭 공개 등록 기간이 아닌 경우에도 적용됩니다.

퇴직 후에 먼저 메디케어가 의료비용을 지불합니다. 따라서 퇴직자 보장 범위는 메디케어 보조 보험(메디갭: Medigap)의 보장 범위와 유사할 수 있습니다. 퇴직자 보장 범위는 메디갭 플랜과 같은 것은 아니지만 메디갭 플랜과 유사하게 [공동 보험](#) 및 자기부담금과 같아 메디케어 보장의 격차를 메우는 혜택을 제공합니다. 때때로 퇴직자 보험에는 병원에서의 추가 일수 보장, 정기 시력 검사 또는 치과 혜택과 같은 추가 혜택이 포함됩니다.

## COBRA와 메디케어

메디케어 혜택(파트 A 또는 파트 B)이 COBRA 보험 혜택을 선택한 날 또는 그 전에 효력을 발휘하는 경우, 메디케어는 물론 COBRA 보험 혜택을 계속 받을 수 있습니다. 이는 파트 A 혜택이 COBRA를 선택하기 전에 시작되지만 파트 B에 나중에 가입하는 경우에도 적용됩니다. 이러한 상황에서 메디케어는 항상 COBRA 보험의 1차 지불자입니다. COBRA는 활동적인 업무 그룹 건강 보험이 아니며 파트 B 등록 지연 위약금에 대해 보호를 받지 못합니다. 메디케어 A 및 B는 대부분의 상황에서 요구됩니다.

COBRA에 가입한 후 메디케어 혜택을 받을 자격이 되는 경우, 메디케어가 시작되면 COBRA 혜택이 종료됩니다. 하지만 직장의료보험(COBRA)이 배우자 및/또는 부양 자녀에게 보험

혜택을 제공하는 경우, 해당 보험은 귀하가 메디케어 자격을 취득한 것으로 간주하여 최대 36개월까지 연장할 수 있습니다.

## 메디케어와 고용주 그룹 건강 플랜(EGHP)

귀하 또는 배우자가 여전히 근무 중이고 고용주 그룹 건강플랜의 보장을 받는 경우, 위약금 없이 메디케어 가입을 연기할 수 있습니다. 그러나 고용주의 직원 수가 20명 미만인 경우에는 일반적으로 메디케어가 먼저(기본) 지급합니다. 그러면 고용주 플랜은 귀하의 메디케어 가입 여부에 관계없이 보조 비용을 지불하게 됩니다. 귀하 또는 배우자가 장애(65세 미만)로 인해 메디케어를 받고 있는 경우 메디케어는 직원 수가 100명 미만인 회사에 먼저 지급합니다.

활동적인 업무 그룹 건강 보험에 의해 보장되는 경우 일반적으로 업무 중 또는 업무가 중단된 후 최대 8개월까지 언제든지 메디케어 파트 A 및 파트 B에 등록할 수 있습니다.

EGHP가 종료되면 메디케어 및 추가적인 메디케어 관련 보험 플랜에 등록할 수 있는 특별 등록 기간(SEP)이 제공됩니다. 다음 중 어디에 등록할 지를 선택할 수 있습니다.

- 가능한 경우 퇴직자 플랜 (페이지 25)
- 메디케어 어드밴티지 플랜 (건강 및 약품 결합) (페이지 56)
- 메디케어 보조 보험(메디갭)이라 불리는 2차 보험 플랜(페이지 페이지 40)
- 독립형 처방약 플랜(페이지 33)

등록 지연 위약금 지불 피하기 위해 등록을 선택할 수 있는 시간이 제한되어 있으므로 지체하지 마십시오. 시간 일정을 포함한 차트는 이 가이드의 페이지 16에 있습니다.

## 건강 저축 계좌(HSA)를 가진 고용주 부담금 비율이 높은 보험 플랜

다음 경우 HSA에 대한 기여를 계속하거나 메디케어 파트 A에 등록하는 것 중에서 선택해야 합니다.

- 고용주를 통해 고공제 건강보험(HDHP)의 혜택을 받고 있습니다.
- 귀하 및/또는 귀하의 고용주가 건강 저축 계좌(HSA)에 기여하고 있습니다.

메디케어 보험에 등록하면 더 이상 HSA에 기부하거나 기부금을 받을 수 없습니다. 기부금이 계속 나올 경우 세금과 벌금을 내야 합니다.

65세 이후에도 계속 근무하고 HSA에 기부하기로 선택한 경우, 메디케어에 등록하기 6개월 전에 기부금을 중단해야 합니다. 이는 파트 A가 보험료가 없는 경우 6개월 또는 65세 생일이 있는 달 중 먼저 도래하는 달로 소급하여 효력을 발휘하기 때문입니다. 사회 보장 센터에 전화하여 약속을 정하는 것을 "보호 신청일"이라고 하며, 파트 A는 통화일로부터 6개월 소급하여 [효력발생일로](#) 시행하게 됩니다.

고용주 고자기부담건강보험(HDHP)의 지원을 받는 경우, 파트 B 보험의 등록 지연 위약금으로부터 보호를 받습니다. 그러나 파트 A에 등록하려면 파트 D 등록 위약금으로부터 보호하기 위해 포함된 모든 처방약 보험 적용 범위에는 "보장성"이 있어야 합니다.

## 메디케어와 마켓플레이스

메디케어에 가입된 경우에는 건강 보험 마켓플레이스([healthcare.gov](https://www.healthcare.gov))를 통해 보험 혜택에 가입하지 않아도 됩니다.

마켓플레이스는 개인 보험 회사나 오레곤 건강플랜을 통해 개인, 가족 및 소규모 기업의 직원들이 의료 혜택을 받을 수 있는 곳입니다. 다음은 메디케어 및 마켓플레이스에 대해 자주 묻는 질문입니다.

### 메디케어 외에 마켓플레이스 플랜도 받을 수 있습니까?

아니오. 가입자가 메디케어를 가지고 있다는 것을 알고 있는 사람이 마켓플레이스나 보험회사를 통해 가입자에게 의료보험을 판매하는 것은 법률에 위배됩니다. 파트 A 또는 파트 B만 가지고 있는 경우에도 마찬가지입니다. 마켓플레이스 플랜 대신 메디케어와 함께 사용하도록 특별히 설계된 보험 플랜이 있습니다.

메디갭 플랜에 대해 알아보려면 **페이지 40**로 이동하고 메디케어 어드밴티지 플랜에 대해 알아보려면 **페이지 56**로 이동하십시오. 노인의료보험혜택지원(SHIBA)에 전화로 문의하거나 [medicare.gov](https://www.medicare.gov)를 방문하여 자세한 내용을 확인하실 수도 있습니다.

### 메디케어 대신 마켓플레이스 혜택을 선택할 수 있습니까?

일반적으로는 아닙니다. 그러나 다음과 같은 몇 가지 예외가 있습니다. 다음과 같이 마켓플레이스를 통해 보험 플랜 혜택을 받을 수 있습니다.

- 메디케어 혜택을 받을 수 있지만 파트 A에 대한 보험료를 지불해야 하거나 사회 보장 혜택을 받지 않아 가입하지 않은

경우

- 파트 A에 대한 보험료를 지불하는 경우 (파트 A 및 파트 B의 보험 혜택을 취소할 수 있음)
- 가입자가 65세 이상이고 메디케어에 필요한 5년간의 법적 거주 자격이 없는 경우, 오레곤 의료보험 마켓플레이스를 통해 보험 신청할 수 있습니다.
- 귀하의 소득 및 자원 요건을 충족할 경우 Oregon 주정부 의료보험 플랜의 적용 대상이 될 수 있습니다. 오레곤 건강 보험 플랜을 신청하려면 [One.Oregon.gov](https://www.One.Oregon.gov)를 방문하거나 노인 및 장애인 **지역 사무실** 또는 노인 지역 기관(Area Agency on Aging)에 문의하십시오.

가계 소득으로 귀하가 마켓플레이스를 통해 그 계획을 지불할 수 있는 재정적 도움을 받을 자격이 있는지를 결정할 것입니다. 마켓플레이스 보장 범위에 대한 자세한 내용은 [healthcare.gov](https://www.healthcare.gov)을 방문하거나 **800-318-2596**(무료)으로 전화하여 알아보십시오.

선택하기 전에 다음 두 가지 사항을 고려해야 합니다.

- 초기 등록 기간이 종료된 이후에 메디케어에 등록할 경우 메디케어에 가입한 조건에서는 등록 지연 위약금을 지불해야 할 수 있습니다.
- 초기 등록 기간 외에는 메디케어 일반 등록 기간(1월 1일부터 3월 31일까지)에만 메디케어에 등록할 수 있습니다. 귀하의 보장은 등록 요청 다음 달부터 시작됩니다.
- **페이지 17**을 참조하여 등록 기간과 마감 기한을 알아보십시오.

## 마켓플레이스 플랜에 가입한 후 메디케어 혜택을 받을 자격이 주어지면 어떻게 하나요?

메디케어가 시작되기 전에 마켓플레이스를 통해 건강보험을 받을 수 있습니다.

그런 다음 메디케어 보장이 시작될 때 마켓플레이스 플랜을 취소할 수 있습니다.

일단 메디케어를 받을 자격이 주어지면 초기 등록 기간이 주어집니다.

대부분의 사람들에게 이 기간은 65번째 출생월보다 3개월 전에 시작하여 65세 생일이 돌아오는 달의 3개월 후에 끝납니다.

대부분의 경우 다음과 같은 이유로 처음 자격이 주어질 때 가입하는 것이 가장 좋습니다.

- 일단 메디케어를 받을 자격이 주어지면 수입에 따라 마켓플레이스 플랜 비용을 낮출 수 없습니다.
- 초기 등록 기간이 종료된 이후에 메디케어에 등록할 경우 메디케어에 가입한 조건에서는 등록 지연 위약금을 지불해야 할 수 있습니다.

**참고 사항:** 메디케어 보장이 시작된 후 마켓플레이스 플랜을 유지할 수 있습니다. 그러나 보험료가 없는 파트 A 보장에 대한 자격 기간이 시작되면 마켓플레이스를 통해 제공되는 모든 재정적 지원은 중단됩니다. 가입자가 메디케어에 등록했는지 여부에 관계없이 진행됩니다.

또한 보험료가 없는 파트 A의 자격이 주어지는 경우 마켓플레이스 플랜은 갱신되지 않습니다.

## 마켓플레이스를 통해 독립형 치과 플랜을 받을 수 있나요?

아니오, 메디케어에 가입한 경우 마켓플레이스를 통해 치과용 플랜에 가입하실 수 없습니다. 그렇지만, 치과 보험 플랜을 의료보험 회사에서 직접 가입할 수 있습니다. 의료보험 상담사 찾기를 하려면 [검색찾기 툴](#)을 사용하십시오.

## 메디케어와 함께 사용할 수 있는 치과 보험은 어디서 받을 수 있나요?

치과 보험 플랜을 찾으려면 지역 공인 보험 대리점에 문의하십시오. 일부 메디케어 어드밴티지 보험 플랜의 핵심 혜택에는 치과 예방이 포함됩니다. 상기 플랜들은 치과 추가 조항을 추가하여 종합적인 서비스를 제공할 수 있습니다.

# 약품 보장범위



## 파트 D 처방약 보장 범위

### 메디케어 파트 D

메디케어는 소득이나 건강 상태에 관계없이 모든 메디케어 수혜자에게 처방약 보증을 제공합니다. 메디케어 파트 D 플랜은 대상포진 백신과 같이 약국에서 투여하는 일부 백신뿐만 아니라 대부분의 자가 투여 약품을 포함합니다.

메디케어와 계약한 민간 보험 회사들은 보증을 제공하는데, 이 보험에는 매달 보험료, **공동 부담금**, **공동 보험금** 및 본인부담금이 필요할 수 있습니다.

파트 D 보장은 약품만 다루는 독립형 처방약 플랜(PDP)과 건강 및 약물 보장을 결합한 MAPD(처방약 포함 메디케어 어드밴티지) 플랜을 통해 제공됩니다.

처방약 보장을 받으려면 메디케어 파트 A 또는 파트 B에 가입하고 플랜에 등록하기 위한 조치를 취해야 합니다.

### 처방약 보상이 필요하나요?

메디케어 파트 D는 모든 보험과 같습니다. 지금 필요한 경우 보험이 적용되며 향후 처방 비용을 내지 않아도 됩니다. 처음으로 자격이 주어졌을 때 파트 D에 등록하지 않으면 나중에 등록 지연 위약금을 내야 할 수도 있습니다.

### 처방 보험에 가입하면 어떻게 되나요?

파트 D 독립형 처방 플랜에 이미 가입한 경우, 보험 회사에서 10월 초에 내년도의 변경 사항을 설명하는 패키지를 보내줄 것입니다. 그 문서들을 주의 깊게 읽으세요.

이미 고용주, 노조 또는 정부 기관(예를 들어 VA)을 통해 처방 보장을 받고 있는 경우, 메디케어의 표준 파트 D 혜택과 같거나 **신뢰할 수 있는** 의약품 혜택을 받을 수 있다면 기존 플랜을 그대로 유지할 수 있습니다.



### 팁과 힌트

메디케어 요약 통지서(MSN) 및 메디케어 어드밴티지와 파트 D 혜택 설명서(EOB)를 보관하십시오. 기록이 통지 사항과 일치하는지 다시 한 번 확인할 수 있도록 해당 지역의 노인 메디케어 감사에서 제공하는 가입자 본인의 건강 관리 추적 기록을 보관하십시오. 더 이상 안전한 장소에 저장하지 않기로 결정한 서류는 파기하십시오.

보험 혜택을 받을 수 있는지 여부를 알려주는 서신을 받지 못한 경우 복지 관리자에게 문의하여 요청하십시오. 신용 보장에 대한 증빙 자료는 항상 저장하십시오.

### 지연 위약금

파트 D를 신청할 자격이 있고 다른 신용 보장 범위가 없는 경우 나중에 등록하면 위약금 문제가 발생할 수 있습니다. 2025년 위약금은 보장된 처방약 보험 플랜에 없는 개월 수에 따라 ~34 센트를 곱하고, 선택한 요금제(PDP 또는 MAPD)의 보험료를 더합니다. 다른 처방약 보험에 가입된 경우, 해당 보험제도의 복지관리자는 신청인의 보험 혜택이 메디케어의 기본 PDP 혜택만큼 좋은지 또는 그 이상인지를 명시하는 통지 서한이 발송됩니다.

귀하가 [추가 지원](#)을 받을 자격이 있거나( [페이지 37](#) 참조) 장애로 인한 메디케어 혜택을 받고 65세가 되는 경우 지연 위약금이 면제됩니다.

### 처방약 플랜을 선택하는 방법은 어디서 알 수 있나요?

- [medicare.gov](https://www.medicare.gov)을 방문하십시오.
- SHIBA(노인 의료 보험 혜택 지원 프로그램) **800-722-4134**(무료)로 전화하십시오.
- 메디케어 **800-633-4227**(무료)로 전화하십시오.

### 플랜을 전환할 수 있나요?

예. 플랜은 매년 변경됩니다. 메디케어는 매년 가을에 처방약 플랜을 검토할 것을 권장합니다. 귀하는 연간 등록 기간(AEP) 기간인 **10월 15일부터 12월 7일까지** 플랜에 가입하거나, 취소하거나 전환할 수 있습니다.

메디케어 어드밴티지(MA) 플랜으로 한 해를 시작하는 경우 1월 1일부터 3월 31일까지 MA 공개 등록 기간을 사용하여 약물 보장을 변경할 수 있습니다. 구체적인 내용에 대해서는 [페이지 57](#)을 참조하십시오.

플랜을 전환하려면:

- 연간 등록 기간 동안 처방약 적용 범위를 포함하는 새로운 처방약 플랜 또는 메디케어 어드밴티지 플랜에 등록하십시오. 1월 1일부터 새로운 플랜이 이전 플랜을 대체하게 될 것입니다. **이전 플랜을 종료하기 위해 다른 조치를 취할 필요가 없습니다.**
- 매년 가을 등록 기간 동안 둘 이상의 등록 작업을 수행하면 해당 기간이 종료되기 전에 메디케어에서 마지막으로 받은 조치가 적용됩니다. 같은 날에 둘 이상의 등록 작업을 수행하지 마십시오.

새 주로 이사할 경우 국가 플랜에 등록되어 있더라도 새 주에서 새 플랜에 등록해야 합니다.

### 약품 플랜에서 알아보아야 할 사항들

**처방약 목록:** "처방집"이라고도 알려진 각 처방약 보험 플랜에는 그에 적용되는 처방약 목록이 있습니다. 보험 플랜은 처방집, 접근성 및 비용을 관리하는 규정에 따라 다릅니다.

**제한:** 모든 플랜은 해당 약품 처방집에 제한 적용이 허용됩니다. 적용되는 제한 사항 및 유형은 다음과 같습니다.

- **사전 허가:** 처방자는 보장하려는 플랜에 약물이 의학적으로 필요하다는 것을 증명하기 위해 플랜에 연락해야 합니다. 상기 과정이 진행되는 동안 30 일간의 공급이 가능합니다.
- **수량 제한:** 비용상, 안전상 또는 법적 이유로 일부 플랜은 일정 기간 동안 보장되는 약품의 양을 제한합니다. 만약 귀하에게 허용된 양보다 더 많은 양이 요구되는 경우 담당 의사는 그것이 의학적으로 필요하다는 증거를 제출해야 합니다. 이런 경우 제한에 대한 예외를 허용할 수 있습니다.
- **단계적 치료:** 플랜에서는 더 비싼 상표의 약품을 보장하기 전에 먼저 처방집에 포함되어 있는 덜 비싼 약을 써볼 것을 요구합니다. 다음 경우 의사는 플랜에 연락하여 예외를 요청할 수 있습니다.
  - » 이전에 약품을 복용해 보았지만 효과가 없는 경우, 또는
  - » 담당 의사가 귀하의 의학적 상태 때문에 귀하가 특정한 약을 복용하는 것이 의학적으로 필요하다고 판단하는 경우.

» 플랜에서 요청을 승인하면, 상기 약품은 보장될 것입니다.

전체적으로 다소 높은 가격을 지불하더라도 제한이 가장 적거나 없는 플랜을 선택하는 것이 좋은 선택일 수 있습니다. 그렇게 되면 귀하가 선호하는 약을 받는 데서 지연과 서류 작업을 줄여줄 것입니다.

### 파트 D의 가입자부담 비용은 얼마입니까?

약품 계획 보험료는 비용 범위가 넓습니다. 더 높은 보험료가 반드시 더 낮은 보험료보다 더 좋은 약품을 보장하는 것은 아닙니다. 실지 결정적인 요인은 개인 목록에 있는 특정 약입니다. [medicare.gov](http://medicare.gov)의 플랜 검색기는 비용을 비교하고 귀하에게 가장 적합한 플랜을 선택하는 데 가장 좋은 도구입니다.

플랜 처방집의 모든 약품은 플랜 가입자가 약국에서 지불하는 비용 부담액을 나타내는 "계층" 레벨에 할당되어 있습니다. 각 약물에 대해 지급되는 비용 부담금은 다음의 두가지 방법으로 결정합니다.

- **공동 부담금,** 고정된 금액, 낮은 등급의 의약품에 있는 경향이 있습니다. 공동 부담금은 일년 내내 비용 부담이 일관되어 있습니다.
- **공동 보험,** 종종 상위 등급의 의약품에 적용됩니다. 공동 보험 비용 부담율은 시장의 변동에 따라 달라집니다.

[Medicare.gov](http://Medicare.gov) 플랜 찾기의 약품 플랜 세부 정보("+의약품 보험 더 보기" 아래, 기타 의약품 정보)를 통해 귀하의 약품 목록에 공동부담금 또는 공동 보험이 필요한지 여부를 알 수 있습니다.



팥의가슴뚝고비

비용 부담률도 가입자가 이용하는 약국에 의해 크게 영향을 받습니다. 자신에게 맞는 가격을 찾기 위해 약국을 비교하십시오. 네트워크 외에 있는 약국을 이용하는 경우 처방약 보험 플랜 혜택은 제공되지 않습니다. 신청인은 마치 보험에 가입하지 않은 것처럼 소매 비용으로 지불해야 합니다. 다른 주로 여행을 가는 경우 반드시 국내에 적용되는 보험 플랜에 가입해야 합니다.

### 한 번에 두 개 이상의 처방약 플랜에 가입할 수 있습니까?

경우에 따라 다릅니다. 재향군인회 약품 혜택 또는 인디언 보건 서비스 약국에 등록된 경우 신용이 보장되는 특별 그룹에 속해 있으며 한 가지 또는 두 가지 유형의 보험 혜택을 모두 받을 수 있습니다. 두 가지 옵션을 모두 갖는 것이 도움이 될지는 귀하의 약물 목록에 달려 있습니다. 그러나 신용할 만한 노조, 고용주 또는 퇴직자 보험 혜택을 받은 사람들은 메디케어 파트 D 플랜에 가입함으로써 상기 혜택을 취소할 수 있습니다.

메디케어 의료저축계좌(MSA) 플랜을 제외하고는 메디케어 어드밴티지(MA) 플랜(HMO 또는 PPO) 및 별도의 독립형 약물 플랜을 가질 수 없습니다. 귀하의 약품 보장은 귀하가 선택한 MA 플랜에 포함되어야 합니다.

### 인플레이션 감축법

파트 D 및 메디케어 어드밴티지 요금제는 처방 인슐린 30일치 제공에 대한 월 비용을 35달러로 제한해야 합니다.

[Medicare.gov](https://www.medicare.gov)에서 보험 플랜 검색을 통해 신청인의 당뇨병 처방약이 포함되었는지 검토하고 해당법에 다른 처방약으로 변경할 수 있습니다.

## 처방약에 대한 비용을 지불하는 추가 방법

- **약품 제조업체의 할인 프로그램 또는 환자 지원 프로그램.** 일부는 파트 D에 등록했지만 여전히 약을 살 여유가 없는 경우에 사용할 수 있습니다. 프로그램 목록과 애플리케이션 링크를 보려면 [needymeds.org](https://www.needymeds.org) 또는 **(800-503-6897)**을 방문하십시오.
- **고용주 그룹 건강 플랜.** 많은 고용주 그룹 건강 플랜은 처방약을 포함합니다. 보험혜택 정보는 보험 혜택 관리자에게 문의하십시오.
- **메디케어 처방약 지불 플랜.** 이 플랜은 파트 D 후원기관이 가입 등록자에게 2025년부터 시작하여 약국에서 한 번에 모두 지불하는 것이 아니라 플랜 연도에 걸쳐 월별 지불 방식으로 본인 부담 처방약 비용 지불할 수 있는 옵션을 제공하는 새로운 프로그램입니다. 자세한 내용은 [medicare.gov/prescription-payment-plan](https://www.medicare.gov/prescription-payment-plan) 처방전 지불 계획을 참조하십시오
- **오레곤 처방약 프로그램(OPDP)**은 대량 가입 풀장으로 오레곤에 사는 사람이라면 누구나 무료로 이용할 수 있습니다. [oregon.gov/oha/HPA/dsi-opdp/Pages/index.aspx](https://www.oregon.gov/oha/HPA/dsi-opdp/Pages/index.aspx)에서 신청하십시오. 대부분의 주요 약국 체인점은 대부분 대량 구매 풀 네트워크에 포함되어 있습니다. 파트 D와 OPDP 할인 카드를 모두 가질 수 있지만, 가입할 때는 하나만 사용할 수 있습니다. OPDP 할인 카드는 보험이 아닙니다. 할인카드에 가입하려면 전화 **800-913-4146** 로 문의하십시오.

- 때때로 [GoodRX.com](https://www.goodrx.com) 과 같은 다른 할인이나 쿠폰을 이용할 수 있습니다. 할인 카드는 보험이 아니기 때문에 등록 지연 위약금에 대한 보호를 하지 않습니다.

## 파트 D 표준 혜택 항목

**월 보험료:** 보험 플랜은 보험료가 있습니다. 이 프로그램은 신청인이 처방약을 구매하지 않아도 매달 보험료가 지불됩니다. 2025년 오레곤 독립형 처방약 보험료는 매월 0 달러에서 127달러입니다.

**연간 본인부담금:** 일부 보험 플랜에는 연간 본인부담금이 있습니다. 신청인은 이 보험 플랜에서 처방약 비용의 일부를 지불하기 전에 이 비용을 지불합니다. 이 비용은 최대 590달러입니다. 신청인이 보험 플랜의 본인부담금을 지불한 후에 보험 플랜에서 처방약 금액의 평균 일정 금액 75%까지 지불합니다.

**초기 혜택 기간:** 가입자가 590달러 공제 (이 금액은 더 적을 수 있음)를 지불한 후, 가입자의 파트 D 의약품에 대한 25%의 공동 보험금을 지불합니다. 플랜과 의약품 제조업체는 의약품의 남은 비용을 지불합니다. 가입자 최초 혜택 기간은 2025년 동안 연간 2,000달러의 의약품 비용에 도달하면 종료됩니다.

**보장 공백:** 2025년에도 보상 공백은 없습니다. 2022년의 인플레이션 감축법(IRA)은 2025년에서 개인을 위한 "도넛홀"로 알려진 처방약 보상 공백을 없앱니다.

**재해성 보장:** 2025년에는 본인 부담금으로 2,000달러를 넘지 않게 됩니다. 2,000 달러를 지불하면 재해성 보장 범위 적용을 자동으로 받게 됩니다.

## 참고 사항

---



---



---



---



---



---



### 질문이 있으십니까?

가입자의 "메디케어와 가입자" 안내서를 전자 형태로 받고 중요한 메디케어 정보를 신속히 확인하십시오. [Medicare.gov/go-digital](https://www.medicare.gov/go-digital)

가까운 의료 공급업체 찾기를 하고 비교해 보십시오.  
[medicare.gov/care-compare/](https://www.medicare.gov/care-compare/)

실제 담당자와 상담하거나 실시간 채팅을 할 수 있습니다, 하루 24시간, 주 7일 언제나 이용 가능합니다(일부 연방 공휴일 제외).  
[medicare.gov/talk-to-someone](https://www.medicare.gov/talk-to-someone)

## 파트 D 표준 혜택: 약품에 대해 지불하는 비용

이 도표는 표준 처방약 보험 플랜 혜택을 보여줍니다. 보험 적용은 2025년 1월 1일부터 시작됩니다. 아래에 표시된 비용은 처방약 보험 플랜에 의해 청구되는 월 보험료에 추가됩니다.

최대 590달러의 본인부담금 공제가 이루어지면 초기 혜택 기간이 시작됩니다. 이 기간 동안 회원은 보험 플랜 또는 제조업체 할인이 적용되지 않는 비용의 25%를 지불합니다. 2,000달러의 현금으로 지급된 금액이 충족된 후, 모든 비용은 제조업체 할인, 정부 재가입 보험 프로그램 및 회원 플랜에 의해 지불되는 재해성 보상 기간이 시작됩니다.

| 본인 부담금 기간                  | 초기 혜택 기간<br>(590달러 공제액 충족 후) |                 | 재해성 보상<br>(2,000달러 본인부담금 충족 후) |                            |
|----------------------------|------------------------------|-----------------|--------------------------------|----------------------------|
|                            | 적용 가능한 약품*                   | 적용 가능한 의약품**    | 적용 가능한 약품*                     | 적용되지 않은 약품**               |
| 회원 최대 100% 까지 최대 590 달러 지불 | 10% 보상<br>제조업체 할인            | 보험 플랜 지불<br>75% | 20% 보상<br>제조업체 할인              | 40% 정부<br>재가입 보험을<br>통한 지불 |
|                            | 보험 플랜 지불<br>65%              |                 | 20% 정부<br>재가입 보험을<br>통한 지불     |                            |
|                            | 회원 나머지 25% 지불                |                 | 보험 플랜 지불 60%                   |                            |

**\*적용 가능한 약품:** 식품의약품안전청(Food and Drug Administration)의 승인을 받았거나 공중위생서비스법(Public Health Service Act),에 따라 허가를 받은 의약품으로서 플랜에 명시되어 있거나 플랜에 명시되어 있지 않은 경우 플랜에 의해 승인된 의약품은 일반 또는 브랜드 이름 의약품일 수 있습니다. 이 약품은 일반 또는 브랜드 이름 의약품일 수 있습니다.

**\*\*적용되지 않는 약품:** FDA의 승인을 받지 않았거나 PHSA에 따라 허가되지 않았거나 플랜의 처방집에 포함되지 않은 의약품입니다. 이 약품은 일반 또는 브랜드 이름 의약품일 수 있습니다.

 **녹색 셀** = 회원의 직접 본인부담금에서 나오는 지불 비율입니다.

 **파란색 셀** = 회원의 보험 플랜으로 지불되는 비율입니다.

 **보라색 셀** = 의약품 제조업체에서 제공하는 비율입니다.

 **회색 셀** = 연방 정부에 의해 지불되는 비율입니다.

## 추가 지원 및 메디케어 저축 프로그램

### 파트 D를 통한 도움

LIS(저소득 보조금)라고도 불리는 연방 정부의 추가 지원 프로그램을 통해 적격 수혜자는 메디케어 파트 D 플랜에 따라 자금을 절약할 수 있습니다.

추가 지원:

- 매달 보험료를 줄이며 통상 0 달러입니다.
- 연간 본인부담금 없음
- 금액이 비싼 약인 경우에도 약국의 공동부담금 **제한**

귀하는 파트 D 플랜에 등록되어 있어야 합니다. 귀하의 지원 수준은 수입과 재원에 달려 있습니다. 추가 지원이 승인되면 귀하는 플랜을 선택해야 합니다. 플랜을 선택하지 않으면 0달러 프리미엄 플랜에 자동으로 가입되며 이 플랜에서는 특정 요구사항을 충족하지 못할 수 있습니다.

신청 방법:

- 지역 SHIBA 전문 상담가 **800-722-4134**(무료)로 전화하십시오
- 오레곤 메디케어 저축 센터 **855-447-0155** (무료)로 전화하십시오

또한 처방약 비용이나 특정 질환 또는 건강상태에 대한 도움을 받을 수 있는 다양한 **환자 지원 프로그램**을 온라인에서 찾을 수 있습니다. 보험하기 좋은 사이트 [needymeds.org](http://needymeds.org)에서 찾아보거나 또는 **(800-503-6897)**로 전화하십시오.

### 파트 B 보험료 및 기타 메디케어 비용을 통한 지원

메디케어 저축 프로그램(MSP)은 귀하의 소득 수준에 따라 메디케어 파트 B 보험료, **공동 보험** 및 본인부담금을 지불하는 데 도움이 될 수 있습니다. MSP는 귀하에게 자동으로 추가 지원을 받을 자격을 부여합니다.

장애인 고용(EPD) 프로그램은 장애로 메디케어를 받는 근무자에게 재정 지원을 제공합니다. 가입자의 자격요건을 확인하려면 오레곤 사회복지부(ODHS)의 지역 노령 및 장애인 사무소로 신청하거나 고령인 또는 장애인 서비스를 제공하는 지역 사무실을 방문하실 수 있습니다. 지역 사무실을 찾으려면 전화 **800-282-8096**(무료)로 문의하거나 [oregon.gov/odhs/pages/office-finder.aspx](http://oregon.gov/odhs/pages/office-finder.aspx)를 방문하십시오.

메디케어 저축 프로그램, QMB(자격있는 메디케어 수혜자) 또는 EPD(장애인 고용) 프로그램에 대해 문의할 수 있습니다.

귀하가 보충적 소득 보장(SSI)를 받으면 자동으로 이러한 재정적 도움을 받게 됩니다.

**재산 환수:** 메디케이드 서비스나 **일반 지원** 서비스를 받은 사람이 사망했을 때, 그들의 재산에서 그들이 받은 특정한 혜택을 갚도록 법적으로 요구될 수 있습니다. 이를 "재산 환수"라고 합니다.

- MSP(부분적으로 메디케이드)의 경우 부동산 복구 없음
- 추가 지원을 받는 경우 부동산 복구 없음
- 부동산 복구는 완전한 메디케이드에 대해 계속 유지됩니다
- 구체적인 정보에 대해서는 **800-826-5675**(무료)로 부동산 관리 부서에 전화하십시오.

## 2025년 독립형 처방약 보험 플랜

| 회사명, 계약 및 전화번호  | 플랜 이름 및 플랜 번호                                       | 보험료       | 연간 본인부담금  | 본인부담금 면제 계층 | 100% 추가 지원 포함 플랜 보험료 |
|---|---|-----------|-----------|-------------|----------------------|
| Aetna 메디케어 S5601*<br>M - <b>866-235-5660</b><br>NM - <b>833-526-2445</b>            | SilverScript Choice (PDP) - 060                     | 35.90 달러  | 590.00 달러 |             | 9.70달러               |
| Cigna-HealthSpring Rx S5617*<br>M - <b>800-222-6700</b><br>NM - <b>800-735-1459</b> | Cigna Healthcare Saver Rx (PDP) (E) - 380           | 0.00달러    | 590.00 달러 | 계층 1        | 0.00달러               |
|   | Cigna Healthcare Extra Rx (PDP) (E) - 275           | 67.20달러   | 175.00 달러 |             | 41.00달러              |
|   | Cigna Healthcare Assurance Rx (PDP) - 148           | 0.00달러    | 590.00 달러 | 계층 1        | 0.00달러               |
| Humana S5884*<br>M - <b>800-281-6918</b><br>NM - <b>800-457-4708</b>                | Humana Premier Rx Plan (PDP) (E) - 176              | 110.10 달러 | 0.00달러    | 계층 1        | 83.90달러              |
|   | Humana Basic Rx Plan (PDP) - 113                    | 7.90달러    | 590.00 달러 | 계층 1        | 0.00달러               |
|   | Humana Value Rx Plan (PDP) (E) - 209                | 22.40 달러  | 573.00 달러 | 계층 1, 2     | 16.50달러              |
| UnitedHealthcare S5921*<br>M - <b>866-870-3470</b><br>NM - <b>866-870-3470</b>      | AARP Medicare Rx Preferred from UHC (PDP) (E) - 411 | 83.80 달러  | 0.00달러    |             | 57.60달러              |

가시여백미



\*국가 플랜

(B) = 기본 약품 플랜 (용어집)

(E) = 향상된 약품 플랜 (용어집)

키: NM - 비가입자, M - 가입자

| 회사명, 계약 및 전화번호   | 플랜 이름 및 플랜 번호                                   | 보험료       | 연간 본인부담금  | 본인부담금 면제 계층 | 100% 추가 지원 포함 플랜 보험료 |
|--|---|-----------|-----------|-------------|----------------------|
| UnitedHealthcare S5921*<br>M - <b>866-460-8854</b><br>NM - <b>866-460-8854</b> | AARP 메디케어 Rx Basic UHC (PDP) - 374              | 37.40달러   | 590.00 달러 |             | 11.20달러              |
| WellCare S4802*<br>M - <b>888-550-5252</b><br>NM - <b>866-859-9084</b>         | Wellcare Value Script (PDP) (E) - 135           | 0.00달러    | 590.00 달러 | 계층 1        | 0.00달러               |
|  | Wellcare Medicare Rx Value Plus (PDP) (E) - 233 | 102.40 달러 | 590.00 달러 | 계층 1        | 76.20달러              |
|  | Wellcare Classic (PDP) - 020                    | 6.30달러    | 590.00 달러 | 계층 1        | 0.00달러               |

**\*국가 플랜**

(B) = 기본 약품 혜택(용어집 참고)

(E) = 향상된 약품 혜택(용어집 참고)

키: NM - 비가입자, M - 가입자



케스케이프 산맥 - 베드

# 메디갭



## 메디케어 보조 (메디갭) 플랜 정보

### 메디갭이란 무엇입니까?

메디갭은 메디케어 보조 보험의 다른 이름입니다. 기존 메디케어에서 메디케어 수혜자는 의료 서비스에 대해 비용(본인부담금 및 **공동 보험**) 중 일부를 지불해야 합니다. 파트 A와 파트 B 보장에서의 이러한 격차로 하여 민간 보험 회사들은 "메디갭"이라고도 알려진 메디케어 보조 보험 플랜을 판매합니다.

**메디갭에 가입하려면 메디케어 파트 A 및 파트 B에 가입되어 있어야 합니다.**

기존 메디케어(파트 A 및 파트 B)에 가입했고 메디갭 플랜을 구입하는 경우 메디케어가 청구 금액 몫을 지불하고 메디갭 플랜에서 해당 몫을 지불합니다.

메디갭 정책은 보험 플랜 A부터 보험 플랜 N까지 글자로 명시됩니다. (이 글자는 메디케어 파트 A, B, C 및 D와 혼동해서는 안 되며 서로 다름) 메디갭 혜택은 연방정부에서 표준화하고, 오레곤 주정부 금융규제부(DFR)에서 정하고 있습니다. **메디케어 어드밴티지 플랜에도 등록된 경우 메디갭을 지불하지 않습니다.**

### 메디케어 보조 SELECT 플랜은 무엇을 제공합니까?

이런 플랜은 근본적으로 비용이 적게 드는 표준화된 메디갭 보험의 제한된 버전입니다.

SELECT 플랜은 일반 메디갭 플랜과 거의 동일하지만, 비응급 및 비긴급 치료를 받을 수 있는 대한 클리닉, 의사 및 병원을 제한합니다.

네트워크 내 **의료 제공자**만 사용하는 경우 SELECT 플랜을 통해 저렴한 비용으로 메디갭 서비스를 제공받을 수 있습니다. 네트워크 외 **의료 전문가**가 필요한 경우에도 메디케어는 미리 정해진 금액의 80%를 부담합니다. 그러나 SELECT 플랜은 나머지 20% 또는 공제금에 대해서는 지급하지 않을 수 있습니다.

### 메디케어 보조 혁신 플랜이란 무엇입니까?

메디케어 보조 혁신 플랜은 연방 및 주 법을 따라야 하며 플랜 및 첨부 문서에서 메디케어 보조 보험으로 명확하게 식별되어야 합니다. 보험 회사는 메디케어 수혜자에게 추가 비용 없이 일부 추가 혜택을 제공할 수 있습니다. 오레곤 금융규제 부서(DFR)에서 승인한 데 혁신 플랜 혜택은 비용 부담 조항을 변경하는 등 표준화된 혜택을 변경하거나 줄이는 데 사용할 수 없습니다.

메디케어 보조 혁신 플랜 혜택은 다음을 포함할 수 있지만 이에 국한되지 않습니다.

- 간호사 핫라인
- 연간 신체 검사

- 예방적 치과 치료
- 예방적 시력 치료
- 정기 청력 검사
- 약품 할인 카드

어떤 혜택을 제공할지는 혁신 플랜을 제공하는 보험 회사가 결정합니다.

### 플랜 비용은 서로 다릅니다

같은 보험약관 정책인 경우에도 월 보험료가 보험사마다 다릅니다. 보험료율에 영향을 미치는 요인으로는 연령, 성별, 건강 이력, 담배 사용, [직접 청구](#), 전자 자금 이체(EFT), 우편 코드 및 가장 중요하게는 보험 플랜 풀의 가입자 수가 포함됩니다.

### 지역:

회사에서 우편 번호에 따라 요금을 다르게 정하면 해당 보험 플랜을 사용하는 가입자 풀이 더 작은 크기로 나뉩니다. 소규모 풀 단체의 경우 전체 회원 풀에 대한 의료 보험금을 기준으로 1년에 한 번 요금을 인상할 수 있지만 개인에게는 적용되지 않기 때문에 보험료가 덜 안정적일 수 있습니다. 보험 플랜은 풀 의료보험 손실률에 대해 12개월 마다 한 번 인상될 수 있습니다.

### 유형

오레곤에서 이용할 수 있는 메디갭 플랜의 대부분은 연령대에 따릅니다. 다시말하면 귀하가 나이가 한 살 더 먹은 경우 플랜 보험금도 오를 수 있다는 것을 의미합니다.

오레곤에서 이용 가능한 몇 가지 보험약관 정책은 [발행 연령 등급](#)입니다. 문제 발생 나이 등급 플랜에서는 나이에 따른 증가가 없습니다. 하지만 회원 풀 내의 의료비의 지불액에 따라 매년 증가할 수 있습니다.

### 메디갭 플랜은 언제 신청할 수 있습니까?

메디갭 플랜은 언제든지 신청할 수 있습니다. 보험 회사는 귀하의 의료 이력([보험 인수](#))을 고려하고 귀하의 신청을 거부할 수 있습니다. **그러나 이하의 보호 기간 및 다음의 페이지 44기간 동안 이전의 기존 조건에 관계없이 플랜이 보장됩니다.**

- **메디갭 공개 등록 기간:** 메디갭 공개 등록 기간은 메디케어 파트 B 가 시작되는 날로부터 6개월 후에 끝납니다.
- **가입 보장:** 어떤 특수 환경에서는 가입 보장(GI) 상황을 산생합니다. 이런 경우 [보험 인수](#)없이 메디갭 플랜을 구입할 수 있습니다. 상기 GI 보호는 63일 동안 지속됩니다. 모든 가능한 가입 보장(GI)에 대해서 [페이지 44](#) 을 참조하십시오.
- **메디케이드 손실:** 일반 메디케이드 또는 적격 메디케어 수혜자(QMB) 메디케이드 자격을 상실하는 경우 메디갭 보험 플랜을 구매할 수 있는 기간은 63일입니다. 신청 가입자는 투석, 화학요법, 주사 약품 또는 면역억제제와 같은 비싼 의학적 치료비를 마련하기 위해 보험에 가입하는 것이 좋을 수 있습니다.
- **신청인 생년월일:** 오레곤에서 기존 메디갭 보험 계약자인 경우, 오레곤 [생년월일 규정](#)에 따라 동일한(또는 그 이하의) 메디갭 혜택에 대해 서로 다른 보험회사의 가격을 비교하려면 생년월일 30일 전부터 GI와 함께 60 일간의 구매 쇼핑 기간이 있어야 합니다.

## 65세 미만 등록자를 위한 메디캡

장애로 인해 메디케어를 보장 받는 65세 미만의 사람들과 ESRD(말기 신장 질환 또는 영구 신부전) 환자는 메디캡 보험을 위해 다음의 경우 보장된 가입 보장 공개 등록 권한을 추가로 받을 수 있습니다.

- 65세가 되는 때부터 6개월동안
- 소급 메디케어 등록 통지는 수령 후 첫 6개월 동안 보관하십시오. 가입 보장 보호는 통지일로부터 시작하여 6개월 후에 끝납니다.

## 메디캡을 사용하려면 기다려야 합니까?

메디캡 플랜은 플랜이 특정 혜택을 지급하기 전 또는 플랜이 이전에 진단한 조건을 보장하기 전에 최대 6개월의 기존 상태 되돌아보기 대기 기간(pre-existing condition look-back/waiting period)을 가질 수 있습니다. 플랜 등급 페이지에서 0/0, 6/6 또는 2/6은 회사가 몇 개월 동안 기존 조건을 되돌아보아야 하고 메디캡 정책이 해당 기존 조건을 보장할 때까지 가입자가 몇 개월을 기다려야 하는지를 나타냅니다. 모든 회사의 플랜이 대기 기간이 있는 것은 아닙니다. 가입 보장을 받을 수 있는 경우 되돌아보기 대기 기간이 부과되지 않습니다. 자세한 내용은 메디캡 플랜 약관을 작성하는 보험 기관에 문의하십시오.

## 메디캡 대기 기간

### 이전의 보험 보장 적용에 대한 크레딧을 받을 수 있을까요?

공개 등록 기간 동안 기존 상태에 대한 대기 기간이 있는 메디캡 플랜에 가입하면 이전 보험이 신용 혜택을 받을 수 있습니다.

적격 보장은 다음 중 하나여야 합니다.

- 고용주 플랜 또는 **COBRA** 플랜을 포함하는 그룹 또는 개별 건강 관리 프로그램
- 메디케어 또는 메디케이드
- 군에서 후원하는 건강 관리 프로그램
- 인디언 보건서비스 혜택
- 특정 공중 보건 플랜
- 연방 직원 의료 혜택 프로그램 (FEHB)
- 평화 봉사단 의료 혜택 플랜



## 팁과 힌트

노인 금융 소비는 매년 28억달러에서 365억달러의 비용이 드는 것으로 추정됩니다. 메디케어 번호를 보호하고 보험 약관의 정확성을 확인하며 사기 또는 남용에 대한 우려사항을 보고하십시오.

### 미국 외 지역 메디갭 보장

제한된 경우를 제외하고, 메디케어는 미국 이외의 지역에서 제공되는 의료 서비스에 대해 비용을 지불하지 않습니다. 그러나 메디갭 플랜들인 C, D, F, F 고 본인부담, G, G 고 본인부담, M, N은 특정 상황에서 미국 외 지역의 응급 진료를 보장할 것입니다.

메디갭 플랜인 C,D,E,F, F 고 본인부담, G,G 고 본인부담, M 및 N은 귀하가 플랜의 본인부담금을 충족한 후 미국 이외의 지역에서 **의료적으로 필요한** 특정 응급 치료에 대해 청구된 비용의 80%를 지불하고, 추가로 해당 연도 동안 250달러를 **공제합니다**. 상기 메디갭 플랜은 플랜이 여행의 첫 60일 동안 시작되는 경우 그리고 메디케어가 달리 치료를 포함하지 않는 경우 해외 여행 응급 치료를 보장하지만 보험 가입자가 미국 국적자인 경우에만 해당합니다. 메디갭 플랜에 따른 해외여행 응급 보장은 평생 금액이 50,000달러로 제한됩니다. 이러한 혜택의 목적은 강력한 보험혜택을 제공하는 것이 아닙니다. 여행을 많이 계획하는 경우라면 여행 보험에 가입해야 합니다. 유람선을 타고 여행한다면 귀하가 외국에 있다는 것을 기억하십시오. 유람선은 외국 국기를 달고 여행합니다. 여행보험을 조사할 때 가장 가까운 미국 의료시설로 신속히 돌아가 요양 및 보장을 받을 수 있도록 긴급후송 보장을 고려하시기 바랍니다.



[Medicare.gov](http://Medicare.gov) 의 메디갭 플랜 찾기 틀을 사용하여 우편 번호, 연령 및 성별에 따른 구체적인 개별 견적을 받거나 해당 지역 SHIBA 상담사에게 문의하여 도움을 받으십시오.

### 허가를 받은 메디케어 보험 담당자만 가입자가 메디갭 플랜에 등록할 수 있도록 합니다.

해당 지역의 담당자를 찾으려면 [shiba.oregon.gov/get-help/Pages/help-near-you.aspx](http://shiba.oregon.gov/get-help/Pages/help-near-you.aspx) 으로 이동하십시오. 메디케어 보험 담당자를 찾는 데 도움이 필요하면 SHIBA 800-722-4134로 전화하거나 또는 이메일 [shiba.oregon@odhsoha.oregon.gov](mailto:shiba.oregon@odhsoha.oregon.gov) 으로 문의하십시오.



### 팁과 힌트

#### 질문하기

의료 공급자 또는 플랜에 관한 질문\*:

- 청구된 요금을 이해하지 못할 경우
- 서비스를 받지 못했다고 생각되는 경우
- 서비스가 불필요하다고 생각되는 경우.

\*가입자의 의료 제공자나 계획이 도움이 되지 않는 경우 **855-673-2372** (무료)로 지역 노인메디케어정찰대 (Senior Medicare Patrol) 에 문의하십시오.

### 메디갭 가입 보장 기간 및 플랜 선택

| 가입 보장  | 메디케어 플랜 선택                   |
|--|------------------------------|
| 가입자는 처음 메디케어에 등록했을 때 메디케어 어드밴티지 플랜(MSA가 아님) 또는 포괄적 노인 관리 프로그램(PACE) 프로그램에 가입했지만, 가입 후 12개월 이내에 탈퇴하려고 합니다( <a href="#">보험 권리</a> ). (N)           | 모든 플랜                        |
| 귀하는 장애로 인한 소급 메디케어에 등록되었습니다. 6개월의 공개 등록 기간은 소급 등록에 대한 서면 통지를 받은 후 첫 번째 달의 첫날부터 시작됩니다. (OR)   | 모든 플랜                        |
| 가입자는 메디케어 어드밴티지(MA) 플랜, 메디케어 셀렉트 플랜 또는 PACE 프로그램에 처음으로 등록하기 위해 메디갭 약관 정책을 중단했으며 이제 등록 후 12개월 이내에 MA 계획을 중단하려고 합니다. ( <a href="#">보험 권리</a> ) (N) | 기존 플랜. 없는 경우 모든 플랜.          |
| 해당 플랜이 메디케어 프로그램을 탈퇴하거나 해당 지역에서 의료 서비스를 중단한 것으로 하여 메디케어 플랜 또는 PACE 프로그램의 보장이 종료됩니다. * (N)  | 모든 플랜                        |
| 고용주 그룹 건강 플랜 보장(직장의료보험( <a href="#">COBRA</a> ) 및 퇴직자 보장 포함) (N) 또는 메디케이드(OR)는 모든 의료보험혜택을 제공하기 위해 종료되거나 중단됩니다.                                   | 모든 플랜                        |
| 귀하는 메디갭 보험에 등록되어 있으며 회사의 파산 또는 플랜에 따른 기타 비자발적인 보장 또는 등록의 종료에 따라 등록이 중단됩니다.   | 현재 플랜과 동일한 플랜 또는 혜택이 더 적은 플랜 |
| 가입자의 고용주 그룹 건강 플랜, 메디케어 어드밴티지 플랜, PACE, 메디갭 또는 메디케어 셀렉트 의료 보장이 귀하가 해당 플랜의 <a href="#">서비스 영역</a> 을 벗어나는 것으로 하여 종료됩니다.* (N)                       | 모든 플랜                        |
| 귀하는 플랜이 부정 행위를 한 것으로 하여 메디케어 어드밴티지 플랜, PACE, 메디케어 셀렉트, 또는 메디갭을 탈퇴합니다. 예를 들어, 마케팅 자료가 오해의 소지가 있거나 품질 기준이 충족되지 않았습니다.* (N)                         | 모든 플랜                        |
| 귀하의 메디케어 셀렉트 보험사가 인증이 종료되었거나, 해당 지역에서 보험 제공을 중단했거나, 개인과 관련된 조직의 계약 중 중요한 조항을 위반했거나, 보험 조항을 잘못 기재했습니다.* (N)                                       | 모든 플랜                        |

| 가입 보장  | 메디케어 플랜 선택                   |
|--|------------------------------|
| 생일 규칙: 신청인은 현재 메디갭 보험 가입자로 매년 생년월일 30일 이전에서 30일 이후의 기간 내에 다른 메디갭 보험회사로 변경할 수 있습니다. (OR)<br><a href="https://shiba.oregon.gov/Documents/4845-ins-birthday-rule-2023.pdf">shiba.oregon.gov/Documents/4845-ins-birthday-rule-2023.pdf</a> . | 현재 플랜과 동일한 플랜 또는 혜택이 더 적은 플랜 |
| 장애를 이유로 메디케어 혜택 자격을 얻고 65세*(OR) 미만의 사람에게 메디케어 추가 약관을 발급하는 것을 허용하지 않는 주에서 오레곤으로 이주해야 합니다.   | 모든 플랜                        |

\* 조치를 취할 수 있는 마감 기한 63일, (N) 국가 규칙, (OR) 오레곤 전용 규칙



크레이터 레이크 국립공원

## 메디갭 플랜의 보장 내용

메디갭 플랜은 본인부담금, 공동부담금 및 공동보험을 메디케어 파트 A 및 파트 B에서 지불합니다. 이런 표준 플랜은 회사마다 같은 혜택을 제공합니다. 우편 번호에 따라 비용이 달라질 수 있습니다. 요금 견적을 알아보시려면 전화하십시오. 요금 비교는 [페이지 50](#)부터입니다.

2025년 보험료, 공제액, 비용분담 정보는 발행 당시에는 제공되지 않습니다.

| 기존 메디케어 공백  | A | B | *B | D | *F | *F 높음 | F | G 하이 | K   | L   | M | N              |
|---|---|---|----|---|----|-------|---|------|-----|-----|---|----------------|
| <b>입원 비용 분담</b> —<br>2024년 61~90일 동안<br>비용 분담(1일당 408<br>달러) 및 91~150일(1<br>일당 816달러), 365일<br>추가 일수 동안 전액을<br>지불합니다. 구체적인<br>내용은 <a href="#">페이지 12</a> 을<br>참조하십시오. | ✓ | ✓ | ✓  | ✓ | ✓  | ✓     | ✓ | ✓    | ✓   | ✓   | ✓ | ✓              |
| <b>파트 B 공동 보험</b> — 파트<br>B 서비스에 대해 20%<br>공동 보험을 보장합니다.<br>구체적인 내용은<br><a href="#">페이지 13</a> 을<br>참조하십시오.   | ✓ | ✓ | ✓  | ✓ | ✓  | ✓     | ✓ | ✓    | 50% | 75% | ✓ | ✓ <sup>†</sup> |

\* 2015년 의료개혁법안(Medicare Access and CHIP Reauthorization Act)에 따라 2020년 1월 1일부터 "새로운 자격을 갖춘" 메디케어 신청자는 플랜 C, F 및 FH를 사용할 수 없습니다.

† 의사 진료 방문일수 당 20달러, 응급실 방문일수 당 50달러 공동부담액에 대한 가입자의 본인부담을 제외하고는 파트 B 공동 보험이 지급합니다.

| 기존 메디케어 공백   | A | B | *B | D | *F | *F 높음 | F | G 하이 | K   | L   | M   | N |
|--|---|---|----|---|----|-------|---|------|-----|-----|-----|---|
| 매 1년 동안 처음 3단위의 혈액.  | ✓ | ✓ | ✓  | ✓ | ✓  | ✓     | ✓ | ✓    | 50% | 75% | ✓   | ✓ |
| 호스피스 관리 — 호흡 관리 및 기타 파트 A 보장 서비스를 위한 공동 보험.                          | ✓ | ✓ | ✓  | ✓ | ✓  | ✓     | ✓ | ✓    | 50% | 75% | ✓   | ✓ |
| 병원 (파트 A) 본인부담금 각 혜택 기간의 본인부담금을 보장합니다. (2024년 1,632달러)               |   | ✓ | ✓  | ✓ | ✓  | ✓     | ✓ | ✓    | 50% | 75% | 50% | ✓ |
| 전문 영양 시설(SNF) 일일 공동보험 — 21일-100일의 각 혜택 기간 공동 보험(하루 204달러)이 적용됩니다.    |   |   | ✓  | ✓ | ✓  | ✓     | ✓ | ✓    | 50% | 75% | ✓   | ✓ |
| 파트 B 본인부담금 — 연간 본인부담금 보장. (2024년 240달러)                              |   |   | ✓  |   | ✓  |       |   |      |     |     |     |   |
| 파트 B 초과 요금 — 의사 또는 병원이 메디케어의 모든 비용을 전액 지불하지 않을 경우 15%의 초과 비용을 보상합니다. |   |   |    |   | ✓  | ✓     | ✓ | ✓    |     |     |     |   |

| 기존 메디케어 공백  | A | B | *B  | D   | *F  | *F 높음   | F   | G 하이    | K       | L       | M   | N   |
|---|---|---|-----|-----|-----|---------|-----|---------|---------|---------|-----|-----|
| 미국 외 지역의 응급 치료<br>— 자세한 내용은 페이지 43을 참조하십시오.                                     |   |   | 80% | 80% | 80% | 80%     | 80% | 80%     |         |         | 80% | 80% |
| 최대 가입자부담금 — 연간 최대 가입자부담금을 지급한 후 파트 A와 파트 B 공동 보험의 100%를 지급합니다. 2025년 갱신된 금액입니다. |   |   |     |     |     |         |     |         | \$7,220 | \$3,610 |     |     |
| 높은 본인부담금 — 비용 부담에서 본인부담금을 지불하면 보장이 시작됩니다. 2025년 갱신된 금액입니다.                      |   |   |     |     |     | \$2,870 |     | \$2,870 |         |         |     |     |

\* 2015년 의료개혁법안(Medicare Access and CHIP Reauthorization Act)에 따라 2020년 1월 1일부터 "새로운 자격을 갖춘" 메디케어 신청자는 플랜 C, F 및 FH를 사용할 수 없습니다.



필리페트 필리

## 메디케어 보조(메디캡) 플랜 정보

| 보험사   | 전화                  | 웹사이트   | 사용가능한 플랜 유형                      | 요금 인자*                             |
|---|---------------------|--|----------------------------------|------------------------------------|
| Allstate Health Solutions (National Health Ins. Co.)      | <b>855-224-6271</b> | <a href="http://allstatehealth.com/medicare">allstatehealth.com/medicare</a> | A, F, FHD, G, N                  | 여성 선호, 요금은 우편 코드, HH에 따라 다릅니다      |
| Cigna Life and Health Ins. Co.                            | <b>855-891-9368</b> | <a href="http://cigna.com/medicare/">cigna.com/medicare/</a>                 | A, F, FHD, G, N                  | 여성, 은행 환어음, 요금은 우편 코드, HH에 따라 다릅니다 |
| Continental Life Ins. Co. of Brentwood, Tennessee (Aetna) | <b>800-264-4000</b> | <a href="http://aetnaseniorproducts.com">aetnaseniorproducts.com</a>         | A, B, F, FHD, G, N               | 여성 선호, 요금은 우편 코드, HH에 따라 다릅니다      |
| Everence Association, Inc.                                | <b>800-348-7468</b> | <a href="http://everence.com">everence.com</a>                               | A, F, G, L, N                    | 여성 비흡연자                            |
| Globe Life and Accident Ins. Co.                          | <b>800-801-6831</b> | <a href="http://globecaremedsupp.com">globecaremedsupp.com</a>               | A, B, C, F, FHD, G, GHD, N       | 여성 비흡연자, 요금은 우편 코드에 따라 다릅니다        |
| GPM Health and Life Ins. Co.                              | <b>877-844-1036</b> | <a href="http://gpmhealthandlife.com">gpmhealthandlife.com</a>               | A, F, G, N                       | 여성 비흡연자, 요금은 우편 코드, HH에 따라 다릅니다    |
| Humana Ins. Co.   | <b>800-866-0581</b> | <a href="http://humana.com">humana.com</a>                                   | A, B, C, F, FHD, G, GHD, K, L, N | 여성 선호, 요금은 우편 코드, HH에 따라 다릅니다      |
| Lumico Life Ins. Co.                                      | <b>833-866-9741</b> | <a href="http://lumico.com">lumico.com</a>                                   | A, F, G, N                       | 여성 선호, 요금은 우편 코드, HH에 따라 다릅니다      |

키: I (혁신적), S (셀렉트), PAC (계좌이체 보험료), EFT (전자 자금 이체), FH (F 높음), GH (G 높음), HH (가계 할인)

현지 메디케어 에이전트를 찾으려면 [healthcare.oregon.gov/Pages/find-help.aspx](http://healthcare.oregon.gov/Pages/find-help.aspx) 의 에이전트 찾아내기 도구를 방문하십시오. 상기 도구는 또한 **페이지 6**에도 설명되어 있습니다.

\* 보험료는 **페이지 41** 및 **페이지 43**에서 설명합니다.

| 보험사  | 전화                  | 웹사이트   | 사용가능한 플랜 유형                         | 요금 인자*                                  |
|--|---------------------|--|-------------------------------------|---|
| Moda Health Plan, Inc.                       | <b>855-718-1767</b> | <a href="http://modamedicare.com">modamedicare.com</a>   | A, F, FHD, G, GHD, N                | 여성 선호                                   |
| Mutual of Omaha (United World Life Ins. Co.) | <b>800-667-2937</b> | <a href="http://mutualofomaha.com">mutualofomaha.com</a>   | A, F, G, GHD, N                     | 여성 비흡연자, EFT 선호, 요금은 우편 코드, HH에 따라 다릅니다 |
| Providence Health Assurance                  | <b>866-365-4324</b> | <a href="http://providencemedicaresupplement.com">providencemedicaresupplement.com</a>   | A, G, N                             | 비흡연자, HH                                |
| 오레곤 Regence BlueCross BlueShield             | <b>844-734-3623</b> | <a href="http://regence.com/medicare/plans">regence.com/medicare/plans</a>   | A, C, F, G, K, N                    | EFT, 비흡연자, HH 선호                        |
| State Farm Mutual Automobile Ins. Co.        | <b>866-855-1212</b> | <a href="http://statefarm.com/insurance/health/medicare-supplemental">statefarm.com/insurance/health/medicare-supplemental</a> | A, C, D, F, G, N                    | 여성 비흡연자, 지역 에이전트 연락, 요금은 우편 코드에 따라 다릅니다 |
| The Manhattan Life Ins. Co.                  | <b>866-708-6194</b> | <a href="http://manhattanlife.com/Seniors/Medicare-Supplement">manhattanlife.com/Seniors/Medicare-Supplement</a>               | A, F, G, N                          | 여성 선호, 요금은 우편 코드, HH에 따라 다릅니다           |
| Tier One Ins. Co (Aflac)                     | <b>866-990-2668</b> | <a href="http://aflacmedicaresupplement.com">aflacmedicaresupplement.com</a>   | A, F, G, N                          |   |
| Transamerica Life Ins. Co.                   | <b>800-752-9797</b> | <a href="http://transamerica.com/agent-locator">transamerica.com/agent-locator</a>   | A, B, C, D, F, G, K, L, M, N        | 여성 비흡연자, PAC                            |
| United American Ins. Co.                     | <b>800-755-2137</b> | <a href="http://unitedamerican.com/medicare-supplement-policies">unitedamerican.com/medicare-supplement-policies</a>           | A, B, C, D, F, FHD, G, GHD, K, L, N | 여성 선호                                   |
| UnitedHealthcare Ins. Co. (AARP)             | <b>800-523-5800</b> | <a href="http://aarpmedicaresupplement.com">aarpmedicaresupplement.com</a>   | A, B, C, F, G, G(S), K, L, N, N(S)  | 비흡연자, EFT, HH                           |

키: I (혁신적), S (선택), PAC (계좌이체 보험료), EFT (전자 자금 이체), FH (F 높음), GH (G 높음), HH (가계 할인)

현지 메디케어 에이전트를 찾으려면 [healthcare.oregon.gov/Pages/find-help.aspx](http://healthcare.oregon.gov/Pages/find-help.aspx) 의 에이전트 찾아내기 도구를 방문하십시오. 상기 도구는 또한 **페이지 6**에도 설명되어 있습니다.

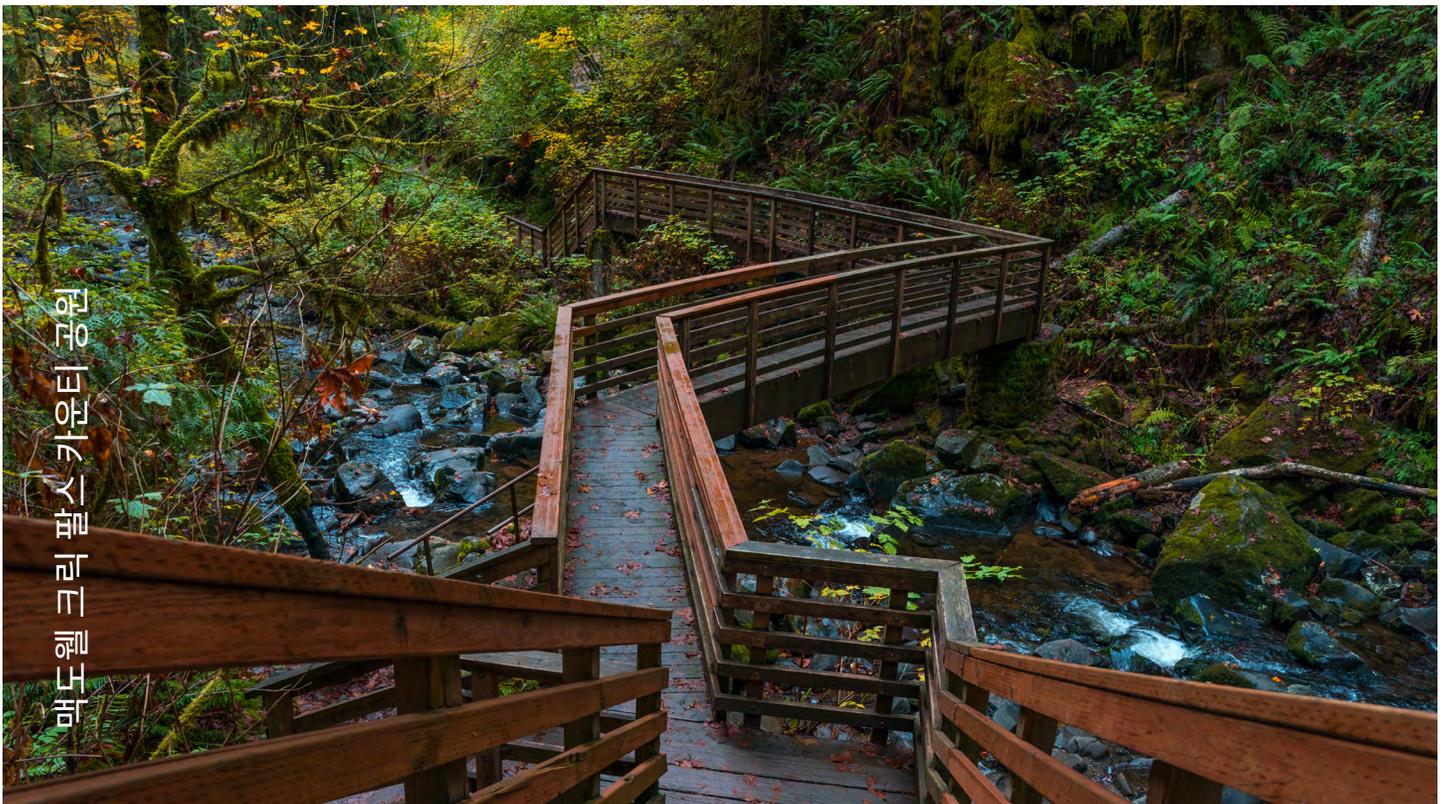
\* 요금 인자는 **페이지 41** 및 **페이지 43**에서 설명합니다.

| 보험사                          | 전화                  | 웹사이트   | 사용가능한 플랜 유형     | 요금 인자*    |
|------------------------------|---------------------|--|-----------------|-----------|
| USAA Life Ins. Co.           | <b>800-515-8687</b> | <a href="http://usaa.com/inet/wc/insurance-medicare-plans">usaa.com/inet/wc/insurance-medicare-plans</a> | A, F, G, N      | 비흡연자, PAC |
| Washington National Ins. Co. | <b>800-621-3724</b> | <a href="http://washingtonnational.com">washingtonnational.com</a>                                       | A, F, G, GHD, N |           |

키: I (혁신적), S (선택), PAC (계좌이체 보험료), EFT (전자 자금 이체), FH (F 높음), GH (G 높음), HH (가계 할인)

현지 메디케어 에이전트를 찾으려면 [healthcare.oregon.gov/Pages/find-help.aspx](http://healthcare.oregon.gov/Pages/find-help.aspx) 의 에이전트 찾아내기 도구를 방문하십시오. 상기 도구는 또한 **페이지 6**에도 설명되어 있습니다.

\* 요금 인자는 **페이지 41** 및 **페이지 43**에서 설명합니다.



매도웰 크릭 팰스 카운티 공원

## 플랜 유형에 따른 메디갭 약관

특정 연령 및 우편 번호에 대한 실시간 메디갭 보험 요금 견적은 [Medicare.gov/medigap-supplemental-insurance-plans/](https://www.Medicare.gov/medigap-supplemental-insurance-plans/) 으로 이동하십시오.

메디케어 보험 담당자는 가입자에게 적합한 메디갭 플랜을 결정하는 데 도움을 줄 수 있으며 메디갭 플랜에 등록할 수 있습니다. 공인 메디케어 보험 대리점은 [shiba.oregon.gov/get-help/Pages/help-near-you.aspx](https://shiba.oregon.gov/get-help/Pages/help-near-you.aspx) 에서 찾을 수 있습니다.

기본 메디갭 정보는 지역 SHIBA(연락처 정보 "To get help with Medicare decisions" on **페이지 5** 참조) 또는 SHIBA 주 전역의 직원 상담 전화 **800-722-4134**로 문의하십시오.

## 메디갭 대비 메디케어 어드밴티지 비교 차트

| 메디갭 포함 기존 "행위별 추가제" 메디케어 (예: 플랜 G)   | 비교 포인트                            | 메디케어 어드밴티지: HMO 또는 PPO (개인 메디케어 플랜)   |
|--|-----------------------------------|---|
| 파트 A와 파트 B에 가입되어 있어야 합니다. 회사는 거부할 수 있지만 메디갭 공개 등록 및 가입 보장 기간 동안 모든 신청자와 연령을 수용해야 합니다.<br>(페이지 44참조)  | 적격성                               | 파트 A 및 파트 B에 가입되어 있어야 하며 <a href="#">서비스 지역에</a> 거주해야 합니다. 모든 신청자들을 접수합니다.                                    |
| 보험료는 성별과 건강에 따라 다를 수 있으며 연령에 따라 상승할 수 있습니다. 회사는 보험을 인수할 수 있습니다(보험료에 추가).<br><br>서비스 시 일부 예외를 제외하고 공동부담금 지불이 없습니다. 최대 본인부담금은 플랜 K와 L에만 적용됩니다. | 비용: 보험료, 공동 부담금, 공동 보험 및 최대 본인부담금 | 나이, 성별, 건강에 관계없이 모든 플랜 가입자는 동일한 보험료를 지불합니다. 대부분의 의료 서비스는 비용 분담(공동부담금)을 지불해야 합니다. 플랜에는 연간 최대 본인부담금이 지정되어 있습니다. |

| 메디캡 포함 기준 "행위별 추가제" 메디케어 (예: 플랜 G)   | 비교 포인트   | 메디케어 어드밴티지: HMO 또는 PPO (개인 메디케어 플랜)   |
|--|--|---|
| <p><b>네트워크 없음:</b> 메디케어를 수락하는 모든 <u>의료 제공자</u>에게 갈 수 있습니다. <u>의뢰는 전문가</u> 방문의 경우 필요하지 않습니다.</p> <p>일부 지역에서는 기존 메디케어에 가입한 새 환자를 수용하는 의료 제공자를 찾기 어려울 수 있습니다.</p> <p>Mayo Clinics, OHSU와 같은 전문 의료 시설에서의 치료에 사용할 수 있습니다.</p> | <p>의료 제공자 선택 및 가용성</p> <p>항상 제공자에게 어떤 보험을 받는지 문의하십시오.</p>  | <p>의료 제공자 네트워크를 유지하십시오. 새 구성원을 수락하려면 사용 가능한 제공자가 있어야 합니다.</p> <p><b>HMO:</b> 일반적으로 네트워크 내에서만 적용됩니다. 전문가 방문의 경우 의뢰가 필요할 수 있습니다.</p> <p><b>PPO:</b> 네트워크 외 서비스도 지원하지만, 비용이 더 높을 수 있습니다. 제공자는 플랜 요금 청구에 동의해야 합니다. 의뢰는 필요하지 않습니다.</p> <p><b>MSA:</b> 제공자 네트워크가 없습니다. 제공자는 플랜 요금 청구에 동의해야 합니다. 본인 부담금 기간에 사용할 자금을 제공합니다.</p> |
| <p>포함되지 않습니다. 약품 보장을 원하는 경우 사용 가능한 독립형 메디케어 <u>PDP(처방약 플랜)</u>에 등록할 수 있습니다.</p>  | <p>처방약 보장</p> <p>플랜을 통해 약물에 대한 보험 혜택을 받으려면 <a href="http://medicare.gov">medicare.gov</a>를 이용하십시오.</p> | <p>약품 보장을 받으려면 HMO 또는 PPO 플랜(VA 적용 대상 제외)과 함께 제공되는 약품 보장에 등록해야 합니다.</p> <p>MSA를 사용하면 독립형 메디케어 처방약 플랜을 선택할 수 있습니다.</p>   |
| <p>네, 보험료를 내시고 신청서만 맞으시면 갱신이 보장됩니다. 혜택은 변하지 않습니다. 메디캡을 위한 선거철은 없습니다. 가입 보장을 통해 매년 생일에 회사를 바꿀 수 있습니다.</p>   | <p>개별신청가능한가요?</p>  | <p>아니오, 혜택은 연도에 따라 변경될 수 있습니다. 그러나 선거일에 <u>등록 취소</u>되거나 해당 지역에서 계획이 종료되지 않는 한 보통 플랜을 계속 사용할 수 있습니다.</p>   |
| <p>기존 메디케어와 동일한 혜택을 보장합니다. "혁신적인" 플랜외에는 일상적인 치과, 시력 검사도 없습니다. 그리고 대체 약품도 없습니다.</p>   | <p>추가</p>  | <p>일부 플랜에는 일상적인 치과, 청각 또는 시력 검사가 포함됩니다. 일부는 대체 치료, 체육관 가입자권, 의료 교통수단, 식사 배달 및 의료 경보 시스템과 같은 부가적인 혜택을 제공합니다.</p>   |

| 메디갭 포함 기존 "행위별 추가제" 메디케어 (예: 플랜 G)   | 비교 포인트                   | 메디케어 어드밴티지: HMO 또는 PPO (개인 메디케어 플랜)  |
|--|--------------------------|--|
| <p>여행자나 "코카인 사용자"에게 좋습니다. 비용이 많이 들거나 잦은 치료를 필요로 하는 사람들의 경우 비용을 절약할 수 있습니다. 메디케어 영상의 요소를 사용자 정의하고 의사와 약물 플랜을 선택합니다.</p>   | <p>이에 가장 적합한 사람들을 위해</p> | <p>네트워크 플랜은 다른 방법으로는 메디케어 제공자를 찾을 수 없는 사람들에게 좋을 것입니다. 잦은 예약이나 치료가 필요하지 않는 한 비용을 절약할 수 있습니다.</p> <p>패키지화된 플랜을 가지고 있으면 선택이 단순해질 수 있습니다.</p>    |
| <p>메디갭은 표준화 되어 있기 때문에 가격과 고객 서비스만 다릅니다. 경쟁력 있는 가격을 가진 몇 가지 플랜에 전화해 보십시오.</p>   | <p>보험사 비교 방법</p>         | <p>플랜은 표준화되지 않았습니다. 비교하려면 본 가이드의 <b>페이지 64</b>에서 시작하는 차트를 참조하거나 또는 <a href="https://www.medicare.gov">medicare.gov</a> 보험 플랜 찾기를 이용하십시오.</p> |
| <p>오레곤 금융규제부서의 규제를 받고 있습니다. 구체적인 정보에 근거한 요금 견적에 대해서는 SHIBA 상담원에게 연락하거나 <a href="https://www.medicare.gov/medigap-supplemental-insurance-plans/">medicare.gov/medigap-supplemental-insurance-plans/</a> 를 방문하십시오.</p> | <p>누가 규제합니까?</p>         | <p>플랜은 메디케어, 오레곤 금융 규제 부서에서 허가한 에이전트가 규제합니다.</p>   |

# 메디케어 어드밴티지

## 메디케어 어드밴티지 플랜

민간 보험 회사들은 메디케어와 계약을 맺고 조정된 케어 및 개인 행위별 수가제 의료 보험 플랜을 제공합니다. 메디케어는 이러한 플랜들에 지불하여 메디케어가 승인한 모든 서비스를 제공합니다. 메디케어 어드밴티지 (MA) 플랜에 가입하면 해당 플랜의 약관에 동의하는 것으로 간주됩니다.

- 기존 메디케어와 동일한 혜택을 받을 수 있지만 지급률은 서로 다릅니다.
- 가입자는 파트 B 보험료와 함께 플랜에 보험료를 추가로 지불하며(플랜에 0달러의 보험료가 없는 한), 특정 서비스에 대한 **공동부담금** 또는 **공동 보험**을 부담합니다.
- 메디케어 어드밴티지 플랜은 정기적인 연간 건강검진, 예방적 시력 또는 치과 검사와 같은 추가 보장을 제공할 수 있습니다.

메디케어 어드밴티지 플랜은 매년 미국보험청(CMS)과의 계약을 갱신합니다. 이것은 상기 플랜이 갱신이 보장되지 않는다는 것을 의미합니다. 그러나 CMS와의 계약을 갱신하지 않기로 결정한 플랜에 가입하는 경우 법에 따라 다른 보험에 가입하거나 **메디갭** 보험에 가입하고 법적으로 의료상 보호를 받습니다.

거주지에 따라(우편 번호에 기반) 사용 가능한 귀하가 사용할 수 있는 메디케어 어드밴티지 플랜이 결정됩니다.

회사에 문의하거나 메디케어 웹 사이트 [medicare.gov](http://medicare.gov)를 검토하거나 또는 **페이지 64**에서 시작하는 차트에서 해당 플랜이 귀하의 지역에서 보장되는 지를 확인할 수 있습니다.

## 누가 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입할 수 있습니까?

메디케어 파트 A와 파트 B에 모두 가입되어 있으며 플랜 **서비스 지역에** 거주하는 사람이라면 누구나 플랜에 가입할 수 있습니다.

## 메디케어 어드밴티지 **선택 기간** 및 등록 조치

등록 기간 중 하나 이상의 조치를 취할 경우 메디케어는 **효력발생일에** 의해 등록 기간이 종료되기 전에 마지막으로 받은 조치를 취합니다. 플랜의 효력이 발생하면 등록 기간은 종료됩니다. 귀하는 다음 기간동안 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하거나, 종료하거나 전환할 수 있습니다.

- 메디케어에 처음인 경우 초기 등록 기간(IEP), 보통 65번째 생일 3개월 전, 생일이 있는 달, 생일 이후 3개월 후
- 10월 15일부터 12월 7일까지의 연간 등록 기간(AEP), 가을철 공개 등록이라고도 합니다. 새 플랜에 등록, 이전 플랜에서는 자동적으로 중단됩니다.

## 특별 등록 기간(SEP)

특별 등록 기간은 표준 등록 기간 외에 플랜을 변경할 수 있는 기회입니다 다음이 포함됩니다.

- 플랜 서비스 지역의 밖으로 영구적으로 이사, 및
- 제한된 수입에 대한 지원을 받을 자격이 있음.

SEP는 일반적으로 60일이지만 변경될 수 있습니다.

이 기간에 가입자는 SEP를 다음 목적으로 사용할 수 있습니다.

- 다른 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입
- 기존 메디케어만 사용하는 것으로 전환, 및
- 기존 메디케어로 전환하고 메디캡 플랜 가입. 보험회사들은 가입자에게 가입 보장이 없는 한 **보험 인수** 심사를 요구할 수 있습니다.

별등급 SEP - 메디케어는 그들이 받는 불만 사항을 바탕으로 한 별등급 제도를 사용합니다. 별 5개는 훌륭하고 별 한개는 나쁜 것입니다.

- 별 5개 SEP - 가능하다면 12월 8일부터 11월 30일까지 1년에 한 번씩 별 5개가 있는 플랜에 가입할 수 있습니다.
- 저성과 플랜 특별등록기간(SEP) - 만약 저성과 플랜에 가입된 경우 10월 말에 통지 서한을 받습니다. 다른 보험

플랜에 등록하려면 800-메디케어 (800-633-4227) 또는 SHIBA(800-722-4134)에 전화로 문의해야 합니다.

## • 메디케어 어드밴티지 공개 등록 기간(MA OEP)

MA OEP는 1월 1일부터 3월 31일까지이며, 메디케어에 처음인 경우에는 MA 플랜의 첫 3개월 이내입니다. 보장은 가입한 달의 1일부터 시작됩니다. 이 등록 기간을 사용하려면 1월 1일에 MA 플랜에 가입되어 있어야 합니다.

귀하는 다음 조치를 취할 수 있습니다.

- MA 플랜 전환(약품 보장에 관계 없이)
- 독립형 파트 D 플랜에 등록(이를 통해 기존 메디케어로 돌아가게 됩니다).

파트 D에 가입하는 것은 1월 1일에 MA에 등록되어 있지 않는 한 담보할 수 없습니다.

이 등록 기간 동안 변경은 한 번만 할 수 있습니다.

한 독립형 PDP에서 다른 독립형 PDP로 전환할 수 없습니다.

## 플랜 비교 지원

SHIBA 상담사는 귀하가 플랜 옵션과 귀하가 어떻게 그리고 언제 변경할 수 있는지와 같은 플랜 규칙을 이해하는 데 도움을 줄 수 있습니다.

귀하의 지역에서 SHIBA에 연락하려는 경우:

- 800-722-4134 (수신자 부담 전화)로 전화합니다.
- [shiba.oregon.gov](http://shiba.oregon.gov)을 방문하거나 또는
- 800-메디케어 (800-633-4227)에 전화합니다.



## 보험 플랜을 어떻게 선택하나요?

- **저의 지역에서 제공하는 플랜은 무엇입니까?**

가입자가 이용 가능한 플랜을 확인하려면 [페이지 64](#)부터 시작하는 카운티별 플랜을 참조하십시오.

- **의사와 병원이 그 플랜을 수락합니까?**

의사와 병원이 귀하가 고려 중인 플랜의 네트워크에 있는 지 해당 비즈니스 오피스에 문의하십시오. 해당 플랜이 귀하의 지역에서 제공할지라도, [의료 제공자들은 참여할 필요가 없습니다.](#)

일부 플랜의 경우 귀하의 의료 제공자가 기본 설정 네트워크에 속하지 않는 경우 해당 의료 제공자의 진료를 받으려면 더 많은 비용을 지불해야 합니다. 고려 중인 플랜에 본인의 담당의사와 가입자가 선택한 병원이 포함되는지 여부를 아는 것이 **매우 중요합니다.**

**위의 정보는 신청인이 직접 알아보실 수 있습니다.** 웹 페이지 및 인쇄물이 잘못 기재되어 요금제를 판매하는 전문 상담사가 잘못된 정보를 설명할 수 있습니다.

- **제가 그 플랜을 감당할 수 있을까요?**

보험료와 공동부담금을 포함한 보장을 확실히 이해해야 합니다. 플랜 설명 페이지에는 일부 비용이 기재되어 있습니다. 다음은 귀하가 이해해야 할 몇 가지 달러입니다.

- » **보험료:** 가입자가 매월 플랜에 지불해야 하는 보험료. 일부 플랜에서는 보험료가 0달러입니다.
- » **본인부담금:** 플랜에서 지불을 시작하기 전에 귀하가 지불해야 하는 금액(일부 예외가 적용됨).

- » **최대 본인부담비용:** 이 금액은 보험료가 100% 지급되기 전에 보험료와 파트 D 약품을 제외한 보험 급부 서비스를 위해 1년 동안 지불해야 할 가장 많은 금액입니다.

**주의:** 보장되는 모든 서비스가 최대 본인부담금에 포함되는 것은 아닙니다.

- » **공동부담금:** 서비스에 대해 귀하가 지불해야 하는 고정된 금액
- » **공동 보험:** 서비스 비용의 백분율.

## 처방약 보장

- **저의 메디케어 어드밴티지 플랜으로 처방약 보험 적용을 받을 수 있나요?**

대부분 [HMO/PPO](#) 플랜은 통합된 처방약 보장을 포함합니다([MAPD](#)). 가입자의 처방약 적용 보험 보장은 이 "번들" 패키지의 일부여야만 합니다.

메디케어 의료 저축 계좌(MSA) 플랜을 사용하면 독립형 처방약 플랜을 선택할 수 있습니다.

**예외:** VA 약품 보장을 사용할 수 있는 경우 플랜에서 허용하는 한 건강 전용 MA 플랜과 함께 사용할 수 있습니다.

## 메디케어 MSA 플랜이란 무엇입니까?

2025년 오레곤주는 의료저축계좌(MSA) 보험 플랜이 없습니다. 메디케어는 민간 보험 회사와 협력하여 의료 보험 혜택을 보장 받을 수 있는 방법을 제공합니다. 이 회사들은 메디케어 의료저축계좌(MSA) 보험 플랜이라고 하는 소비자 중심의 메디케어 어드밴티지 플랜을 제공합니다. 이러한 보험은 메디케어 외에 이용할 수 있는 의료보험 저축 계좌 보험 플랜과 유사합니다. 귀하는 의료 서비스 및 제공자를 선택할 수 있습니다.

## 메디케어 MSA 플랜은 두 개의 파트로 구성되어 있습니다

메디케어 MSA 플랜은 고공제 보험 플랜과 의료 비용 지불에 사용할 수 있는 의료 저축 계좌를 결합합니다.

- 고공제 건강 플랜: 첫 번째 파트는 특별 유형의 고공제 메디케어 어드밴티지 플랜 (파트 C)입니다. 플랜은 귀하가 높은 연간 본인부담금을 충족한 이후에 귀하의 비용을 보장하기 시작할 것이며, 이때 본인부담금은 플랜에 따라 다릅니다.
- 의료 저축 계좌(MSA): 두 번째 파트는 특정 형태의 저축 계좌입니다. 메디케어 MSA 플랜은 특정 계좌에 돈을 입금합니다. 이 저축 계좌의 돈을 본인부담금을 충족시키기 전에 의료비를 지불하는데 사용할 수 있습니다. MSA 플랜에 등록된 사람은 예금된 자금을 어떻게 사용했는지 보여주는 IRS 세금 신고서를 제출해야 합니다. 적격의 의료 또는 치과 진료비로 사용되지 않은 경우 세금이 부과됩니다.

## 메디케어 어드밴티지 치과 보장 정보

기존 메디케어는 정기적인 치과 치료를 보장하지 않습니다. 병원에 입원한 경우 제한적인 치과 서비스를 받을 수 있지만 이런 경우는 드뭅니다.

일부 메디케어 어드밴티지(MA) 플랜은 치과 보장이 플랜에 포함되거나 추가 혜택으로 포함됩니다. 다른 MA 계획에서는 최고 한도까지 클리닝 및 엑스레이와 같은 **예방 진료**를 제공합니다.

치과 보험 플랜을 찾으려면 지역 공인 보험 대리점에 문의하십시오. 일부 메디케어 어드밴티지 플랜은 예방 치과 혜택이 주요 보험 혜택에 포함됩니다. 이러한 보험 플랜은 치과 추가사항을 추가하여 종합적인 서비스를 제공할 수 있습니다.



## 팁과 힌트

귀하에게 "무료" 유전자 검사를 제공하고 나서 귀하의 메디케어 번호를 요청하는 사람은 의심하십시오. 개인 정보가 손상되면 다른 사기 목적에 사용될 수 있습니다. 귀하가 알고 있고 신뢰하는 의사가 귀하의 상태를 평가하고 유전자 검사에 대한 모든 요청을 승인해야 합니다.

## 메디케어 어드밴티지 플랜 유형:

**HMO:** 건강 관리 기구

**HMO-POS:** 서비스 지점 선택 포함 HMO

**PPO:** 선호하는 서비스 제공자 조직

**SNP:** 특별 요구 플랜

**MSA:** 메디케어 의료 저축 계좌

(정의는 **용어집**을 참조하십시오)

## 2025년 메디케어 특별 요구 플랜(SNP)

이 플랜은 다음의 사람들에게 대해 제한된 가입자 자격을 제공하는, 특별히 설계된 HMO-MA 플랜입니다.

- 메디케어 및 메디케이드를 모두 보유한 자(이중 자격자), 또는
- 요양원 또는 보조생활보공동체 등의 장소에 거주하는 자, 또는
- 메디케어와 메디케이드(이중 자격자)를 모두 보유하고 있으며 요양원이나 보조생활공동체와 같은 곳에 거주하는 자, 또는
- 당뇨병, 심장질환 등과 같이 해당 질환을 치료하기 위해 설계된 보험 플랜의 자격을 충족하는 특정 만성 질환 진단을 받은 자입니다.

| 이중 자격자(메디케이드)  |  |  |
|--|--|--|
| 회사/플랜  | 연락처 정보   | 사용가능한 카운티  |
| AllCare Advantage H3810-023<br>AllCare Advantage Redwood Rx<br>(HMO D-SNP)                 | 비가입자 및 가입자<br><b>888-460-0185</b> ; TTY <b>711</b><br><a href="http://allcarehealth.com">allcarehealth.com</a>                         | Curry, Douglas, Jackson<br>Josephine   |
| Atrio Health Plans H3814-030 Atrio<br>Special Needs Plan (HMO D-SNP)                       | 비가입자 및 가입자<br><b>877-672-8620</b> ; TTY <b>711</b><br><a href="http://atriohp.com">atriohp.com</a>                                     | Klamath (우편번호 선택)  |
| Atrio Health Plans H3814-007<br>Atrio Special Needs Plan<br>(HMO D-SNP)                    |  | Douglas  |
| CareOregon Advantage H5859-001<br>CareOregon Advantage Plus<br>(HMO-POS D-SNP)             | 비가입자 및 가입자<br><b>888-712-3258</b> ; TTY <b>711</b><br><a href="http://careoregonadvantage.org">careoregonadvantage.org</a>             | Clackamas, Columbia, Jackson,<br>Multnomah, Tillamook,<br>Washington   |
| PacificSource Medicare<br>PacificSource Dual Care H3864-043<br>(HMO D-SNP)                 | 비가입자 및 가입자<br><b>888-863-3637</b> ;<br><a href="http://medicare.pacificsource.com">medicare.pacificsource.com</a>                      | Clackamas, Crook, Deschutes,<br>Hood River, Jefferson, Lane,<br>Marion, Multnomah, Polk, Wasco,<br>or Washington 카운티, 또는 북부<br>Klamath (우편 번호) |
| Providence Health Assurance<br>(H9047-043)<br>Providence Medicare Dual Plus<br>(HMO D-SNP) | 비가입자 <b>800-457-6064</b><br>회원 <b>800-603-2340</b><br><a href="http://providencehealthassurance.com">providencehealthassurance.com</a> | Clackamas, Multnomah,<br>Washington  |
| Samaritan Dual Advantage Health<br>Plan (HMO D-SNP) H3811-003                              | 비가입자 및 가입자<br><b>866-207-3182</b> ; TTY <b>711</b><br><a href="http://samhealthplans.org">samhealthplans.org</a>                       | Benton, Lincoln, Linn  |

| 이중 자격자(메디케이드)  |   |           |
|--|---|-----------|
| 회사/플랜  | 연락처 정보  | 사용가능한 카운티 |
| Wellcare by Trillium H2174-001<br>Wellcare Dual Select (HMO D-SNP),<br>H2174-12 Wellcare Dual Reserve<br>(HMO-POS D-SNP), Wellcare Dual<br>Access (HMO-POS D-SNP)<br>H2174-013 | 비가입자 <b>800-225-8017</b> ,<br>가입자 <b>844-867-1156</b> ,<br>TTY <b>711</b><br><a href="http://trilliumadvantage.com">trilliumadvantage.com</a> | 레인        |

| 기관(양로원 또는 전문 요양 시설)   |  |   |
|---|--|---|
| 회사/플랜   | 연락처 정보   | 사용가능한 카운티                                       |
| AgeRight Advantage Health Plan<br>H1372-002<br>AgeRight Advantage Plus Health Plan<br>(HMO I-SNP) | 비가입자 및 가입자<br><b>844-854-6885</b> ; TTY <b>711</b><br><a href="http://agerightadvantage.com">agerightadvantage.com</a> | Yamhill   |
| UnitedHealthcare H2406-033<br>UnitedHealthcare Nursing Home Plan<br>OR-F002 (PPO I-SNP)           | 비가입자 <b>877-659-9664</b> ,<br>가입자 <b>877-370-3249</b> ,<br>TTY <b>711</b><br><a href="http://uhc.com">uhc.com</a>      | Lane, Multnomah                                 |
| UnitedHealthcare H3113-008<br>UHC 케어 어드밴티지 OR-E002<br>(HMO-POS I-SNP)                             |  | Clackamas, Lane, Linn,<br>Multnomah, Washington |
| UnitedHealthcare H2406-033<br>UHC Nursing Home 플랜 OR-F002<br>(PPO I-SNP)                          |  |   |

수혜자는 자격 요건을 충족해야 합니다. 치료에 대한 지원이 필요한 것으로 증명되어야 합니다. 수혜자가 메디케이드를 받을 자격이 없는 한 보험료를 지불한 다음 국가가 보험료를 지불합니다. 의료 서비스에 대한 건강 및 의약품 공제액 및 서비스에 대한 공동 부담금은 재정적 지원이 없는 경우에 한해 신청할 수 있습니다.

| PACE (포괄적 노인관리 프로그램)   |   |   |
|--|---|---|
| 회사/플랜  | 연락처 정보  | 사용가능한 카운티   |
| AllCare PACE, LLC H0247-001<br>AllCare PACE - 이중 자격자 (PACE)      | <b>844-950-7223</b><br><a href="http://allcarehealth.com">allcarehealth.com</a> | 잭슨 및 조세핀 카운티의<br>다음 우편번호를<br>선택하십시오<br>(97501,97525,97535, 97502,9<br>7526,97504,97527,97543,975<br>37) |
| AllCare PACE, LLC H0247-002<br>AllCare PACE - 메디케어만 해당<br>(PACE) |   |   |

**PACE (포괄적 노인관리 프로그램)**

|  |   |  |
|--|---|--|
| Providence Elder Place Portland<br>H3809-001<br>Providence ElderPlace Portland<br>(이중 자격자) | <b>855-415-6048</b><br><a href="http://providence.org/elderplace">providence.org/elderplace</a> | Multnomah, Clatsop,<br>Clackamas, Tillamook 및<br>Washington 카운티의 우편<br>번호를 선택합니다 |
| Providence Elder Place Portland<br>H3809-002<br>Providence ElderPlace Portland<br>(개인 부담)  |   |  |

수혜자는 자격 요건을 충족해야 합니다. 영양원 수준의 관리가 필요한 것으로 증명되어야 합니다. 수혜자가 메디케이드를 받을 자격이 없는 한 보험료를 지불한 다음 국가가 보험료를 지불합니다. 의료/사회적 관리의 필요성이 증가해도 비용은 변하지 않습니다. 본인부담비용 또는 공제액은 없습니다. 필요한 모든 의료 및 사회 서비스가 지원됩니다. 척추지압술, 족부외과, 보철기구 및 침술은 유익한/필요한 것으로 확인된 경우에만 적용됩니다.

**만성 질환 특별 요구 플랜**

| 회사/플랜   | 연락처 정보   | 사용가능한 카운티  |
|---|--|--|
| AgeRight Advantage Health Plan<br>H1372-003<br>AgeRight Advantage Premier Health<br>Plan(HMO C-SNP) | 비가입자 및 가입자<br><b>844-854-6885</b> ; TTY <b>711</b><br><a href="http://agerightadvantage.com">agerightadvantage.com</a> | Benton, Clackamas, Jackson,<br>Josephine, Klamath, Lane, Linn,<br>Marion, Multnomah, Washington,<br>Yamhill                    |
| Atrio 건강 플랜 H7006-022 ATRIO<br>지원 Rx (PPO C-SNP)  | 비가입자 및 가입자<br><b>877-672-8620</b> , <a href="http://atriohp.com">atriohp.com</a>                                       | 맬히어 및 포크 카운티   |
| Humana(H1036-306)<br>Humana Gold Plus – 당뇨병<br>(HMO C-SNP)  | 비가입자 <b>800-833-2364</b> ,<br>가입자 <b>800-457-4708</b><br><a href="http://humana.com">humana.com</a>                    | Clackamas, Columbia, Deschutes,<br>Jefferson, Multnomah,<br>Washington   |
| Humana H1036-317 Humana Gold<br>Plus - 당뇨병 (HMO C-SNP)  |  | 클랙커미스, 콜럼비아,<br>멀트노마, 워싱턴  |
| UnitedHealthcare H2001-045 UHC<br>비교 관리 지원 OR-1A (PPO C-SNP)  | 비가입자 <b>877-659-9664</b> ;<br>가입자 <b>877-370-3249</b> ;<br>TTY <b>711</b><br><a href="http://uhc.com">uhc.com</a>      | Benton, Clackamas, Columbia,<br>Jackson, Josephine, Lane,<br>Linn, Marion, Multnomah, Polk,<br>Washington, Yamhill             |
| UnitedHealthcare H3805-040 UHC<br>비교 관리 OR-5 (HMO-POS C-SNP)  |  | Benton, Clackamas, Columbia,<br>Hood River, Jackson, Josephine,<br>Lane, Linn, Marion, Multnomah,<br>Polk, Washington, Yamhill |

## 디케어 어드밴티지 플랜 연락처 정보

| 보험사                                    | 비가입자<br>가입자  | 가입자          | TTY          | 웹사이트  |
|--|--------------|--------------|--------------|---|
| AARP                                   | 800-555-5757 | 877-370-3249 | 711          | <a href="http://aarpmedicareplans.com">aarpmedicareplans.com</a>                              |
| Aetna Medicare                         | 833-859-6031 | 800-282-5366 | 711          | <a href="http://aetna.com/medicare">aetna.com/medicare</a>                                    |
| Ageright Advantage                     | 844-854-6885 |              | 711          | <a href="http://agerightadvantage.com">agerightadvantage.com</a>                              |
| Allcare Advantage                      | 888-460-0185 |              | 711          | <a href="http://allcarehealth.com/advantage">allcarehealth.com/<br/>advantage</a>             |
| ATRIO Health Plans                     | 877-672-8620 |              | 711          | <a href="http://atriohp.com">atriohp.com</a>  |
| Cigna                                  | 800-313-0973 | 800-668-3813 | 711          | <a href="http://cigna.com/medicare">cigna.com/medicare</a>                                    |
| Devoted Health                         | 800-376-5889 | 800-338-6833 | 711          | <a href="http://devoted.com">devoted.com</a>  |
| Humana                                 | 800-833-2364 | 800-457-4708 | 711          | <a href="http://humana.com/medicare">humana.com/medicare</a>                                  |
| Kaiser Permanente                      | 877-408-3496 | 877-221-8221 | 711          | <a href="http://healthy.kaiserpermanente.org">healthy.kaiserpermanente.<br/>org</a>           |
| PacificSource Medicare                 | 888-863-3637 | 888-863-3637 | 800-735-2900 | <a href="http://medicare.pacificsource.com">medicare.pacificsource.<br/>com</a>               |
| Providence Health Assurance            | 800-457-6064 | 800-603-2340 | 711          | <a href="http://providencehealthplan.com/medicare">providencehealthplan.<br/>com/medicare</a> |
| Regence BlueCross BlueShield of Oregon | 888-369-3171 | 800-541-8981 | 711          | <a href="http://regence.com/medicare">regence.com/medicare</a>                                |
| Samartitan Advantage Health Plan       | 866-207-3182 |              | 800-735-2900 | <a href="http://samhealthplans.org/medicare">samhealthplans.org/<br/>medicare</a>             |
| Wellcare                               | 800-225-8017 | 844-582-5177 | 711          | <a href="http://wellcare.healthnetoregon.com">wellcare.healthnetoregon.<br/>com</a>           |

## 국가별 메디케어 어드밴티지 플랜

| 플랜 이름  | 플랜 및 계약 번호 | 플랜 유형 | Rx 포함 보험료 | Rx 미포함 보험료 | 보험사계약/ 보험사계약 및 미계약 MOOP (최대 가입 등록자 부담금) | 건강 본인부담금 | 약품 본인부담금 | 약품 혜택 유형 | 100% 추가 지원 포함 보험료 |
|--|------------|-------|-----------|------------|---|----------|----------|----------|-------------------|
| <b>버킨 카운티</b>  |            |       |           |            |   |          |          |          |                   |
| Humana USAA Honor Giveback (PPO)                       | H5216-301  | PPO   |           | 0달러        | 5,100달러/<br>6,000달러                     | 100달러    | 해당 없음    | Rx 없음    | Rx 없음             |
| Humana USAA Honor Giveback (PPO)                       | H5216-427  | PPO   |           | 0달러        | 9,350달러/<br>13,300달러                    | 100달러    | 해당 없음    | Rx 없음    | Rx 없음             |
| HumanaChoice H5216-048 (PPO)                           | H5216-048  | PPO   | 118<br>달러 |            | 6,700달러/<br>10,000달러                    | 100달러    | 590달러    | 개선됨      | 74.80<br>달러       |
| HumanaChoice H5216-428 (PPO)                           | H5216-428  | PPO   | 0달러       |            | 6,750달러/<br>10,000달러                    | 75달러     | 125달러    | 개선됨      | 0달러               |
| HumanaChoice H5525-054 (PPO)                           | H5525-054  | PPO   | 78달러      |            | 7,200달러/<br>12,450달러                    | \$700    | 350달러    | 개선됨      | 60.90<br>달러       |
| <b>벤턴 카운티</b>  |            |       |           |            |   |          |          |          |                   |
| AARP 메디케어 어드밴티지 Essentials from UHC OR-4 (HMO-POS)     | H3805-039  | HMO   | 0달러       |            | 4,500달러                                 | 0달러      | 255달러    | 개선됨      | 0달러               |
| AARP Medicare Advantage Extras from UHC OR-6 (HMO-POS) | H3805-041  | HMO   | 0달러       |            | 6,700달러                                 | 0달러      | 340달러    | 개선됨      | 0달러               |
| AARP 메디케어 어드밴티지 UHC OR-0001 (PPO)                      | H2406-042  | PPO   | 49달러      |            | 4,900달러/<br>10,100달러                    | 0달러      | 420달러    | 개선됨      | 22.80<br>달러       |
| AARP 메디케어 어드밴티지 UHC OR-0002 (PPO)                      | H2406-070  | PPO   | 0달러       |            | 6,700달러/<br>10,100달러                    | 0달러      | 420달러    | 개선됨      | 0달러               |

| 플랜 이름  | 플랜 및 계약 번호 | 플랜 유형 | Rx 포함 보험료 | Rx 미포함 보험료 | 보험사계약/ 보험사계약 및 미계약 MOOP ( 최대 가입 등록자 부담금) | 건강 본인부담금 | 약품 본인부담금 | 약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화 | 100% 추가 지원 포함 보험료 |
|--|------------|-------|-----------|------------|--|----------|----------|---------------------|-------------------|
| <b>벤턴 카운티</b>  |            |       |           |            |  |          |          |                     |                   |
| AARP 메디케어 어드밴티지 UHC OR-0003 (HMO-POS)                | H3805-001  | HMO   | 46달러      |            | 3,500달러                                  | 0달러      | 255달러    | 개선됨                 | 19.80 달러          |
| AARP 메디케어 어드밴티지 Patriot No Rx OR-MA01 (PPO)          | H2406-073  | PPO   |           | 0달러        | 6,700달러/ 10,100달러                        | 0달러      | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| AgeRight Advantage Premier Health Plan(HMO C-SNP)    | H1372-003  | HMO   | 55달러      |            | 5,000달러                                  | 0달러      | 300달러    | 개선됨                 | 28.80 달러          |
| Kaiser Permanente Senior Advantage Enhanced(HMO-POS) | H9003-001  | HMO   | 114 달러    |            | 3,000달러                                  | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 114달러             |
| Kaiser Permanente Senior Advantage Standard(HMO-POS) | H9003-006  | HMO   | 28달러      |            | 4,175달러                                  | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 28달러              |
| Kaiser Permanente Senior Advantage Value(HMO-POS)    | H9003-009  | HMO   | 0달러       |            | 5,000달러                                  | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 0달러               |
| Providence Medicare Extra + Rx(HMO)                  | H9047-064  | HMO   | 161 달러    |            | 4,000달러                                  | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 146.60 달러         |
| Regence MedAdvantage + Rx Classic (PPO)              | H3817-008  | PPO   | 96달러      |            | 5,700달러/ 9,550달러                         | 0달러      | 50달러     | 개선됨                 | 76달러              |
| Regence MedAdvantage + Rx Enhanced (PPO)             | H3817-009  | PPO   | 179 달러    |            | 5,000달러/ 9,550달러                         | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 152.80 달러         |
| Regence MedAdvantage + Rx Primary (PPO)              | H3817-011  | PPO   | 14달러      |            | 6,200달러/ 9,550달러                         | 0달러      | 100달러    | 개선됨                 | 14달러              |

참고사항: 모든 플랜이 모든 약품 계층에 약품 본인부담금을 적용하는 것은 아닙니다. 약품 보장에 대한 자세한 내용은 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare) 를 참조하십시오.

| 플랜 이름                                       | 플랜 및 계약 번호 | 플랜 유형 | Rx 포함 보험료 | Rx 미포함 보험료 | 보험사계약/ 보험사계약 및 미계약 MOOP ( 최대 가입 등록자 부담금) | 건강 본인부담금  | 약품 본인부담금 | 약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화 | 100% 추가 지원 포함 보험료 |
|---|------------|-------|-----------|------------|--|-----------|----------|---------------------|-------------------|
| <b>벤턴 카운티</b>                               |            |       |           |            |  |           |          |                     |                   |
| Regence Valiance (PPO)                      | H3817-010  | PPO   |           | 0달러        | 5,000달러/<br>9,550달러                      | 0달러       | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| Samaritan Advantage Premier Plan (HMO)      | H3811-002  | HMO   | 29달러      |            | 4,250달러/<br>4,250달러                      | 0달러       | 175달러    | 개선됨                 | 21달러              |
| Samaritan Advantage Premier Plan Plus (HMO) | H3811-009  | HMO   | 138<br>달러 |            | \$3,750/<br>3,750달러                      | 0달러       | 0달러      | 개선됨                 | 138달러             |
| Samaritan Advantage Valor (HMO)             | H3811-001  | HMO   |           | 9달러        | 6,000달러                                  | 0달러       | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| UHC 종합 관리 OR-5 (HMO-POS C-SNP)              | H3805-040  | HMO   | 0달러       |            | 4,500달러                                  | 0달러       | 255달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Wellcare Giveback Open (PPO)                | H5439-015  | PPO   | 0달러       |            | \$8,850/<br>13,300달러                     | 해당 없음     | 420달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Wellcare Low Premium Open (PPO)             | H5439-019  | PPO   | 38달러      |            | 6,800달러/<br>10,000달러                     | 225<br>달러 | 420달러    | 개선됨                 | 38달러              |
| Wellcare Patriot Giveback Open (PPO)        | H5439-010  | PPO   |           | 0달러        | 5,000달러/<br>7,400달러                      | 200<br>달러 | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| Wellcare Premium Ultra Open (PPO)           | H5439-011  | PPO   | 146<br>달러 |            | 4,000달러/<br>6,200달러                      | 175달러     | 420달러    | 개선됨                 | 122.40<br>달러      |
| Wellcare Simple (HMO-POS)                   | H6815-039  | HMO   | 0달러       |            | 6,000달러                                  | 140<br>달러 | 420달러    | 개선됨                 | 0달러               |

참고사항: 모든 플랜이 모든 약품 계층에 약품 본인부담금을 적용하는 것은 아닙니다. 약품 보장에 대한 자세한 내용은 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare) 를 참조하십시오.

| 플랜 이름  | 플랜 및 계약 번호 | 플랜 유형 | Rx 포함 보험료 | Rx 미포함 보험료 | 보험사계약/<br>보험사계약 및<br>미계약 MOOP (최대 가입 등록자 부담금) | 건강 본인부담금  | 약품 본인부담금 | 약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화 | 100% 추가 지원 포함 보험료 |
|--|------------|-------|-----------|------------|---|-----------|----------|---------------------|-------------------|
| <b>벤턴 카운티</b>  |            |       |           |            |   |           |          |                     |                   |
| Wellcare Simple Open (PPO)                             | H5439-017  | PPO   | 0달러       |            | \$3,450/<br>\$3,450                           | 0달러       | 420달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Wellcare Simple Value (HMO-POS)                        | H6815-038  | HMO   | 0달러       |            | 6,600달러                                       | 150달러     | 420달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| <b>Clackamas, Multnomah, Washington 카운티</b>            |            |       |           |            |   |           |          |                     |                   |
| AARP 메디케어 어드밴티지 Essentials UHC OR-4 (HMO-POS)          | H3805-039  | HMO   | 0달러       |            | 4,500달러                                       | 0달러       | 255달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| AARP Medicare Advantage Extras from UHC OR-6 (HMO-POS) | H3805-041  | HMO   | 0달러       |            | 6,700달러                                       | 0달러       | 340달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| AARP 메디케어 어드밴티지 UHC OR-0001 (PPO)                      | H2406-042  | PPO   | 49달러      |            | 4,900달러/<br>10,100달러                          | 0달러       | 420달러    | 개선됨                 | 22.80<br>달러       |
| AARP 메디케어 어드밴티지 UHC OR-0002 (PPO)                      | H2406-070  | PPO   | 0달러       |            | 6,700달러/<br>10,100달러                          | 0달러       | 420달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| AARP 메디케어 어드밴티지 UHC OR-0003 (HMO-POS)                  | H3805-001  | HMO   | 46달러      |            | 3,500달러                                       | 0달러       | 255달러    | 개선됨                 | 19.80<br>달러       |
| AARP 메디케어 어드밴티지 Patriot No Rx OR-MA01 (PPO)            | H2406-073  | PPO   |           | 0달러        | 6,700달러/<br>10,100달러                          | 0달러       | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| Aetna Medicare Eagle Plan (PPO)                        | H9431-015  | PPO   |           | 0달러        | 5,900달러/<br>8,950달러                           | 0달러       | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| Aetna Medicare Elite Plan (HMO-POS)                    | H2056-003  | HMO   | 0달러       |            | 5,900달러                                       | 500<br>달러 | 0달러      | 개선됨                 | 0달러               |

참고사항: 모든 플랜이 모든 약품 계층에 약품 본인부담금을 적용하는 것은 아닙니다. 약품 보장에 대한 자세한 내용은 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare) 를 참조하십시오.

| 플랜 이름   | 플랜 및 계약 번호 | 플랜 유형 | Rx 포함 보험료 | Rx 미포함 보험료 | 보험사계약/ 보험사계약 및 미계약 MOOP ( 최대 가입 등록자 부담금) | 건강 본인부담금 | 약품 본인부담금 | 약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화 | 100% 추가 지원 포함 보험료 |
|---|------------|-------|-----------|------------|--|----------|----------|---------------------|-------------------|
| Clackamas, Multnomah, Washington 카운티              |            |       |           |            |  |          |          |                     |                   |
| Aetna 메디케어 Greater Portland Eagle (PPO)           | H5521-493  | PPO   |           | 0달러        | 5,900달러/<br>8,950달러                      | 0달러      | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| Aetna 메디케어 Preferred (PPO)                        | H5521-492  | PPO   | 0달러       |            | 6,900달러/<br>12,000달러                     | 0달러      | 590달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Aetna Medicare Value (HMO-POS)                    | H2056-004  | HMO   | 0달러       |            | 6,350달러                                  | 0달러      | 590달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| AgeRight Advantage Premier Health Plan(HMO C-SNP) | H1372-003  | HMO   | 55달러      |            | 5,000달러                                  | 0        | 300달러    | 개선됨                 | 28.80 달러          |
| ATRIO Choice Rx (PPO)                             | H7006-018  | PPO   | 0달러       |            | 4,150달러/<br>4,150달러                      | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 0달러               |
| ATRIO Freedom(PPO)                                | H7006-021  | PPO   |           | 0달러        | 4,150달러/<br>4,150달러                      | 0달러      | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| ATRIO Select Rx (PPO)                             | H7006-019  | PPO   | 40달러      |            | 4,150달러/<br>4,150달러                      | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 40달러              |
| Cigna Preferred Medicare (HMO)                    | H7389-002  | HMO   | 0달러       |            | 4,200달러                                  | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 0달러               |
| Cigna True Choice 메디케어 (PPO)                      | H7849-139  | PPO   |           | 0달러        | 5,700달러/<br>8,700달러                      | 0달러      | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| Cigna True Choice Medicare (PPO)                  | H7849-055  | PPO   | 0달러       |            | 4,700달러/<br>8,950달러                      | 400 달러   | 0달러      | 개선됨                 | 0달러               |
| Devoted CHOICE Oregon(PPO)                        | H7199-001  | PPO   | 0달러       |            | 5,900달러/<br>9,550달러                      | 0달러      | 590달러    | 개선됨                 | 0달러               |

참고사항: 모든 플랜이 모든 약품 계층에 약품 본인부담금을 적용하는 것은 아닙니다. 약품 보장에 대한 자세한 내용은 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare) 를 참조하십시오.

| 플랜 이름                                | 플랜 및 계약 번호 | 플랜 유형 | Rx 포함 보험료 | Rx 미포함 보험료 | 보험사계약/ 보험사계약 및 미계약 MOOP ( 최대 가입 등록자 부담금) | 건강 본인부담금 | 약품 본인부담금 | 약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화 | 100% 추가 지원 포함 보험료 |
|--------------------------------------|------------|-------|-----------|------------|--|----------|----------|---------------------|-------------------|
| Clackamas, Multnomah, Washington 카운티 |            |       |           |            |  |          |          |                     |                   |
| Devoted CHOICE PLUS Oregon(PPO)      | H7199-002  | PPO   | 1.10 달러   |            | 5,900달러/ 9,550달러                         | 0달러      | 590달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Devoted CORE Oregon(HMO)             | H2923-001  | HMO   | 0달러       |            | 5,900달러                                  | 0달러      | 590달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Devoted GIVEBACK Oregon (HMO)        | H2923-004  | HMO   | 0달러       |            | 7,900달러                                  | 0달러      | 590달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Devoted PREMIUM Oregon (HMO)         | H2923-005  | HMO   | 15.70 달러  |            | 5,900달러                                  | 0달러      | 590달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Humana Gold Plus - 당뇨병 (HMO C-SNP)   | H1036-306  | HMO   | 0달러       |            | 7,900달러                                  | 0달러      | 350달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Humana Gold Plus - 당뇨병 (HMO C-SNP)   | H1036-317  | HMO   | 0달러       |            | 9,350달러                                  | 해당 없음    | 590달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Humana Gold Plus H1036-153 (HMO)     | H1036-153  | HMO   | 0달러       |            | 6,750달러                                  | 0달러      | 100달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Humana USAA Honor Giveback (PPO)     | H5216-301  | PPO   |           | 0달러        | 5,100달러/ 6,000달러                         | 100 달러   | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| Humana USAA Honor Giveback(PPO)      | H5216-427  | PPO   |           | 0달러        | 9,350달러/ 13,300달러                        | 100 달러   | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| HumanaChoice H5216-048 (PPO)         | H5216-048  | PPO   | 118 달러    |            | 6,700달러/ 10,000달러                        | 100 달러   | 590달러    | 개선됨                 | 74.80 달러          |
| HumanaChoice H5216-428 (PPO)         | H5216-428  | PPO   | 0달러       |            | 6,750달러/ 10,000달러                        | 75달러     | 125달러    | 개선됨                 | 0달러               |

참고사항: 모든 플랜이 모든 약품 계층에 약품 본인부담금을 적용하는 것은 아닙니다. 약품 보장에 대한 자세한 내용은 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare) 를 참조하십시오.

| 플랜 이름  | 플랜 및 계약 번호 | 플랜 유형 | Rx 포함 보험료 | Rx 미포함 보험료 | 보험사계약/<br>보험사계약 및<br>미계약 MOOP (최대 가입 등록자) | 건강 본인부담금 | 약품 본인부담금 | 약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화 | 100% 추가 지원 포함 보험료 |
|--|------------|-------|-----------|------------|---|----------|----------|---------------------|-------------------|
| Clackamas, Multnomah, Washington 카운티                 |            |       |           |            |   |          |          |                     |                   |
| Kaiser Permanente Senior Advantage Enhanced(HMO-POS) | H9003-001  | HMO   | 114 달러    |            | 3,000달러                                   | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 114달러             |
| Kaiser Permanente Senior Advantage Standard(HMO-POS) | H9003-006  | HMO   | 28달러      |            | 4,175달러                                   | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 28달러              |
| Kaiser Permanente Senior Advantage Value(HMO-POS)    | H9003-009  | HMO   | 0달러       |            | 5,000달러                                   | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 0달러               |
| PacificSource Medicare MyCare Choice 30(HMO-POS)     | H3864-030  | HMO   |           | 0달러        | 4,200달러/<br>8,950달러                       | 0달러      | 달러 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| PacificSource Medicare MyCare Choice Rx 34(HMO-POS)  | H3864-034  | HMO   | 10달러      |            | 6,500달러/<br>8,950달러                       | 0달러      | 199달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| PacificSource Medicare MyCare Rx 40 (HMO)            | H3864-040  | HMO   | 0달러       |            | 5,800달러                                   | 500 달러   | 150달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Providence Medicare Bridge + Rx (HMO-POS)            | H9047-059  | HMO   | 29달러      |            | 6,500달러                                   | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 2.80 달러           |
| Providence Medicare Choice + Rx (HMO-POS)            | H9047-065  | HMO   | 82달러      |            | 5,000달러                                   | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 55.80 달러          |
| Providence Medicare Extra + Rx (HMO)                 | H9047-064  | HMO   | 161 달러    |            | 4,000달러                                   | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 146.60 달러         |
| Providence Medicare Focus Medical (HMO)              | H9047-033  | HMO   |           | 140달러      | 3,800달러                                   | 0달러      | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| Providence Medicare Prime + Rx (HMO)                 | H9047-037  | HMO   | 0달러       |            | 5,000달러                                   | 0달러      | 250달러    | 개선됨                 | 0달러               |

참고사항: 모든 플랜이 모든 약품 계층에 약품 본인부담금을 적용하는 것은 아닙니다. 약품 보장에 대한 자세한 내용은 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare) 를 참조하십시오.

| 플랜 이름                                       | 플랜 및 계약 번호 | 플랜 유형 | Rx 포함 보험료   | Rx 미포함 보험료 | 보험사계약/ 보험사계약 및 미계약 MOOP ( 최대 가입 등록자 부담금) | 건강 본인부담금  | 약품 본인부담금 | 약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화 | 100% 추가 지원 포함 보험료 |
|---|------------|-------|-------------|------------|--|-----------|----------|---------------------|-------------------|
| Clackamas, Multnomah, Washington 카운티        |            |       |             |            |  |           |          |                     |                   |
| Providence Medicare Reverence (HMO-POS)     | H9047-035  | HMO   |             | 25달러       | 5,000달러                                  | 0달러       | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| Regence MedAdvantage + Rx Classic (PPO)     | H3817-008  | PPO   | 73달러        |            | 5,700달러/<br>9,550달러                      | 0달러       | 50달러     | 개선됨                 | 53달러              |
| Regence MedAdvantage + Rx Enhanced (PPO)    | H3817-009  | PPO   | 192<br>달러   |            | 5,000달러/<br>9,550달러                      | 0달러       | 0달러      | 개선됨                 | 165.80<br>달러      |
| Regence MedAdvantage + Rx Primary (PPO)     | H3817-011  | PPO   | 29달러        |            | 6,000달러/<br>9,550달러                      | 0달러       | 100달러    | 개선됨                 | 29달러              |
| Regence Valiance (PPO)                      | H3817-010  | PPO   |             | 0달러        | 5,000달러/<br>9,550달러                      | 0달러       | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| UHC Complete Care OR-5 (HMO-POS C-SNP)      | H3805-040  | HMO   | 0달러         |            | 4,500달러/<br>4,500달러                      | 0달러       | 255달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| UHC Complete Care Support OR-1A (PPO C-SNP) | H2001-045  | PPO   | 26.20<br>달러 |            | 9,350달러/<br>14,000달러                     | 해당 없음     | 590달러    | 기본                  | 0달러               |
| Wellcare Giveback Open (PPO)                | H5439-015  | PPO   | 0달러         |            | \$8,850/<br>13,300달러                     | 해당 없음     | 420달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Wellcare Low Premium Open (PPO)             | H5439-019  | PPO   | 38달러        |            | 6,800달러/<br>10,000달러                     | 225<br>달러 | 420달러    | 개선됨                 | 38달러              |
| Wellcare Patriot Giveback Open (PPO)        | H5439-010  | PPO   |             | 0달러        | 5,000달러/<br>7,400달러                      | 200<br>달러 | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |

참고사항: 모든 플랜이 모든 약품 계층에 약품 본인부담금을 적용하는 것은 아닙니다. 약품 보장에 대한 자세한 내용은 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare) 를 참조하십시오.

| 플랜 이름  | 플랜 및 계약 번호 | 플랜 유형 | Rx 포함 보험료 | Rx 미포함 보험료 | 보험사계약/ 보험사계약 및 미계약 MOOP ( 최대 가입 등록자 | 건강 본인부담금 | 약품 본인부담금 | 약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화 | 100% 추가 지원 포함 보험료 |
|--|------------|-------|-----------|------------|-------------------------------------|----------|----------|---------------------|-------------------|
| Clackamas, Multnomah, Washington 카운티                   |            |       |           |            |                                     |          |          |                     |                   |
| Wellcare Premium Ultra Open (PPO)                      | H5439-011  | PPO   | 146 달러    |            | 4,000달러/ 6,200달러                    | 175달러    | 420달러    | 개선됨                 | 122.40 달러         |
| Wellcare Simple (HMO-POS)                              | H6815-039  | HMO   | 0달러       |            | 6,000달러                             | 140 달러   | 420달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Wellcare Simple Open (PPO)                             | H5439-017  | PPO   | 0달러       |            | 3,450/ 3,450달러                      | 0달러      | 420달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Wellcare Simple Value (HMO-POS)                        | H6815-038  | HMO   | 0달러       |            | 6,600달러                             | 150달러    | 420달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| 클랫슘 카운티 — 메디케어 어드밴티지 플랜 없음.                            |            |       |           |            |                                     |          |          |                     |                   |
| 컬럼비아 카운티   |            |       |           |            |                                     |          |          |                     |                   |
| AARP 메디케어 어드밴티지 Essentials UHC OR-4 (HMO-POS)          | H3805-039  | HMO   | 0달러       |            | 4,500달러                             | 0달러      | 255달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| AARP Medicare Advantage Extras from UHC OR-6 (HMO-POS) | H3805-041  | HMO   | 0달러       |            | 6,700달러                             | 0달러      | 340달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| AARP 메디케어 어드밴티지 UHC OR-0001 (PPO)                      | H2406-042  | PPO   | 49달러      |            | 4,900달러/ 10,100달러                   | 0달러      | 420달러    | 개선됨                 | 22.80 달러          |
| AARP 메디케어 어드밴티지 UHC OR-0002 (PPO)                      | H2406-070  | PPO   | 0달러       |            | 6,700달러/ 10,100달러                   | 0달러      | 420달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| AARP 메디케어 어드밴티지 UHC OR-0003 (HMO-POS)                  | H3805-001  | HMO   | 46달러      |            | 3,500달러                             | 0달러      | 255달러    | 개선됨                 | 19.80 달러          |
| AARP 메디케어 어드밴티지 Patriot No Rx OR-MA01 (PPO)            | H2406-073  | PPO   |           | 0달러        | 6,700달러/ 10,100달러                   | 0달러      | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |

참고사항: 모든 플랜이 모든 약품 계층에 약품 본인부담금을 적용하는 것은 아닙니다. 약품 보장에 대한 자세한 내용은 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare) 를 참조하십시오.

| 플랜 이름                                   | 플랜 및 계약 번호 | 플랜 유형 | Rx 포함 보험료  | Rx 미포함 보험료 | 보험사계약/ 보험사계약 및 미계약 MOOP ( 최대 가입 등록자 | 건강 본인부담금  | 약품 본인부담금 | 약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화 | 100% 추가 지원 포함 보험료 |
|---|------------|-------|------------|------------|-------------------------------------|-----------|----------|---------------------|-------------------|
| <b>컬럼비아 카운티</b>                         |            |       |            |            |                                     |           |          |                     |                   |
| Aetna Medicare Eagle Plan (PPO)         | H9431-015  | PPO   |            | 0달러        | 5,900달러/<br>5,900달러                 | 0달러       | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| Aetna Medicare Elite Plan (HMO-POS)     | H2056-003  | HMO   | 0달러        |            | 5,900달러                             | 500<br>달러 | 0달러      | 개선됨                 | 0달러               |
| Aetna 메디케어 Greater Portland Eagle (PPO) | H5521-493  | PPO   |            | 0달러        | 5,900달러/<br>8,950달러                 | 0달러       | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| Aetna 메디케어 Preferred (PPO)              | H5521-492  | PO    | 0달러        |            | 6,900달러/<br>12,000달러                | 0달러       | 590달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Aetna Medicare Value Plan (HMO-POS)     | H2056-004  | HMO   | 0달러        |            | 6,350달러                             | 0달러       | 590달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Cigna Preferred Medicare (HMO)          | H7389-002  | HMO   | 0달러        |            | 4,200달러                             | 0달러       | 0달러      | 개선됨                 | 0달러               |
| Cigna True Choice 메디케어 (PPO)            | H7849-139  | PPO   |            | 0달러        | 5,700달러/<br>8,700달러                 | 0달러       | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| Cigna True Choice Medicare (PPO)        | H7849-055  | PPO   | 0달러        |            | 4,700달러/<br>4,700달러                 | 400<br>달러 | 0달러      | 개선됨                 | 0달러               |
| Devoted CHOICE Oregon(PPO)              | H7199-001  | PPO   | 0달러        |            | 5,900달러/<br>9,550달러                 | 0달러       | 590달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Devoted CHOICE PLUS Oregon(PPO)         | H7199-002  | PPO   | 1.10<br>달러 |            | 5,900달러/<br>9,550달러                 | 0달러       | 590달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Devoted CORE Oregon(HMO)                | H2923-001  | HMO   | 0달러        |            | 5,900달러                             | 0달러       | 590달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Devoted GIVEBACK Oregon (HMO)           | H2923-004  | HMO   | 0달러        |            | 7,900달러                             | 0달러       | 590달러    | 개선됨                 | 0달러               |

참고사항: 모든 플랜이 모든 약품 계층에 약품 본인부담금을 적용하는 것은 아닙니다. 약품 보장에 대한 자세한 내용은 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare) 를 참조하십시오.

| 플랜 이름   | 플랜 및 계약 번호 | 플랜 유형 | Rx 포함 보험료 | Rx 미포함 보험료 | 보험사계약/ 보험사계약 및 미계약 MOOP ( 최대 가입 등록자 부담금) | 건강 본인부담금 | 약품 본인부담금 | 약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화 | 100% 추가 지원 포함 보험료 |
|---|------------|-------|-----------|------------|--|----------|----------|---------------------|-------------------|
| <b>컬럼비아 카운티</b>                                       |            |       |           |            |  |          |          |                     |                   |
| Devoted PREMIUM Oregon (HMO)                          | H2923-005  | HMO   | 15.70 달러  |            | 5,900달러                                  | 0달러      | 590달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Humana Gold Plus - Diabetes (HMO C-SNP)               | H1036-306  | HMO   | 0달러       |            | 7,900달러                                  | 0달러      | 350달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Humana Gold Plus - Diabetes (HMO C-SNP)               | H1036-317  | HMO   | 0달러       |            | 9,350달러                                  | 해당 없음    | 590달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Humana Gold Plus H1036-153 (HMO)                      | H1036-153  | HMO   | 0달러       |            | 6,750달러                                  | 0달러      | 100달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Humana USAA Honor Giveback (PPO)                      | H5216-301  | PPO   |           | 0달러        | 5,100달러/ 6,000달러                         | 100 달러   | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| Humana USAA Honor Giveback (PPO)                      | H5216-427  | PPO   |           | 0달러        | 9,350달러/ 13,300달러                        | 100 달러   | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| HumanaChoice H5216-048 (PPO)                          | H5216-048  | PPO   | 118 달러    |            | 6,700달러/ 10,000달러                        | 100 달러   | 590달러    | 개선됨                 | 74.80 달러          |
| HumanaChoice H5216-428 (PPO)                          | H5216-428  | PPO   | 0달러       |            | 6,750달러/ 10,000달러                        | 75달러     | 0달러      | 개선됨                 | 0달러               |
| Kaiser Permanente Senior Advantage Enhanced (HMO-POS) | H9003-001  | HMO   | 114 달러    |            | 3,000달러                                  | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 114달러             |
| Kaiser Permanente Senior Advantage Standard (HMO-POS) | H9003-006  | HMO   | 28달러      |            | 4,175달러                                  | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 28달러              |

참고사항: 모든 플랜이 모든 약품 계층에 약품 본인부담금을 적용하는 것은 아닙니다. 약품 보장에 대한 자세한 내용은 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare) 를 참조하십시오.

| 플랜 이름  | 플랜 및 계약 번호 | 플랜 유형 | Rx 포함 보험료 | Rx 미포함 보험료 | 보험사계약/ 보험사계약 및 미계약 MOOP ( 최대 가입 등록자 부담금) | 건강 본인부담금 | 약품 본인부담금 | 약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화 | 100% 추가 지원 포함 보험료 |
|--|------------|-------|-----------|------------|--|----------|----------|---------------------|-------------------|
| <b>컬럼비아 카운티</b>                                    |            |       |           |            |  |          |          |                     |                   |
| Kaiser Permanente Senior Advantage Value (HMO-POS) | H9003-009  | HMO   | 0달러       |            | 5,000달러                                  | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 0달러               |
| Providence Medicare Bridge + Rx (HMO-POS)          | H9047-059  | HMO   | 29달러      |            | 6,500달러                                  | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 2.80 달러           |
| Providence Medicare Choice + Rx (HMO-POS)          | H9047-065  | HMO   | 82달러      |            | 5,000달러                                  | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 55.80 달러          |
| Providence Medicare Extra + Rx (HMO)               | H9047-064  | HMO   | 161 달러    |            | 4,000달러                                  | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 146.60 달러         |
| Providence Medicare Focus Medical (HMO)            | H9047-033  | HMO   |           | 140달러      | 3,800달러                                  | 0달러      | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| Providence Medicare Reverence (HMO-POS)            | H9047-035  | HMO   |           | 25달러       | 5,000달러                                  | 0달러      | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| Providence Medicare Timber + Rx (HMO)              | H9047-054  | HMO   | 0달러       |            | 6,000달러                                  | 0달러      | 250달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Regence MedAdvantage + Rx Classic (PPO)            | H3817-008  | PPO   | 73달러      |            | 5,700달러/<br>9,550달러                      | 0달러      | 50달러     | 개선됨                 | 53달러              |
| Regence MedAdvantage + Rx Enhanced (PPO)           | H3817-009  | PPO   | 192 달러    |            | 5,000달러/<br>9,550달러                      | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 165.80 달러         |
| Regence MedAdvantage + Rx Primary (PPO)            | H3817-011  | PPO   | 29달러      |            | 6,000달러/<br>9,550달러                      | 0달러      | 100달러    | 개선됨                 | 29달러              |

참고사항: 모든 플랜이 모든 약품 계층에 약품 본인부담금을 적용하는 것은 아닙니다. 약품 보장에 대한 자세한 내용은 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare) 를 참조하십시오.

| 플랜 이름  | 플랜 및 계약 번호 | 플랜 유형 | Rx 포함 보험료 | Rx 미포함 보험료 | 보험사계약/ 보험사계약 및 미계약 MOOP ( 최대 가입 등록자 부담금) | 건강 본인부담금 | 약품 본인부담금 | 약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화 | 100% 추가 지원 포함 보험료 |
|--|------------|-------|-----------|------------|--|----------|----------|---------------------|-------------------|
| <b>컬럼비아 카운티</b>  |            |       |           |            |  |          |          |                     |                   |
| Regence Valiance (PPO)                                   | H3817-010  | PPO   |           | 0달러        | 5,000달러/<br>9,550달러                      | 0달러      | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| UHC Complete Care OR-5 (HMO-POS C-SNP)                   | H3805-040  | HMO   | 0달러       |            | 4,500달러                                  | 0달러      | 225달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| UHC Complete Care Support OR-1A (PPO C-SNP)              | H2001-045  | PPO   | 26.20 달러  |            | 9,350달러/<br>14,000달러                     | 해당 없음    | 590달러    | 기본                  | 0달러               |
| Wellcare Simple (HMO-POS)                                | H6815-039  | HMO   | 0달러       |            | 6,000달러                                  | 140 달러   | 420달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Wellcare Simple Value (HMO-POS)                          | H6815-038  | HMO   | 0달러       |            | 6,600달러                                  | 150달러    | 420달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| <b>쿠스 카운티</b>  |            |       |           |            |  |          |          |                     |                   |
| Wellcare Simple Value (HMO-POS)                          | H6815-038  | HMO   | 0달러       |            | 6,600달러                                  | 150달러    | 420달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| <b>크룩, 데슈츠, 제퍼슨 카운티</b>                                  |            |       |           |            |  |          |          |                     |                   |
| PacificSource Medicare Essentials Choice 2 (HMO-POS)     | H3864-002  | HMO   |           | 0달러        | 5,950달러/<br>8,950달러                      | 0달러      | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| PacificSource Medicare Essentials Choice Rx 14 (HMO-POS) | H3864-014  | HMO   | 93달러      |            | 5,950달러/<br>8,950달러                      | 0달러      | 199달러    | 개선됨                 | 81.30 달러          |
| PacificSource Medicare Essentials Choice Rx 36 (HMO-POS) | H3864-036  | HMO   | 15달러      |            | 6,200달러/<br>8,950달러                      | 0달러      | 499달러    | 개선됨                 | 15달러              |

참고사항: 모든 플랜이 모든 약품 계층에 약품 본인부담금을 적용하는 것은 아닙니다. 약품 보장에 대한 자세한 내용은 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare) 를 참조하십시오.

| 플랜 이름   | 플랜 및 계약 번호 | 플랜 유형 | Rx 포함 보험료 | Rx 미포함 보험료 | 보험사계약/ 보험사계약 및 미계약 MOOP ( 최대 가입 등록자 부담금) | 건강 본인부담금 | 약품 본인부담금 | 약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화 | 100% 추가 지원 포함 보험료 |
|---|------------|-------|-----------|------------|--|----------|----------|---------------------|-------------------|
| 크룩, 데슈츠, 제퍼슨 카운티                              |            |       |           |            |  |          |          |                     |                   |
| PacificSource Medicare Essentials Rx 27 (HMO) | H3864-027  | HMO   | 43달러      |            | 6,200달러                                  | 0달러      | 399달러    | 개선됨                 | 43달러              |
| PacificSource Medicare Essentials Rx 6 (HMO)  | H3864-006  | HMO   | 209<br>달러 |            | 4,950달러                                  | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 182.80<br>달러      |
| Providence Medicare Bridge + Rx (HMO-POS)     | H9047-059  | HMO   | 29달러      |            | 6,500달러                                  | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 2.80<br>달러        |
| Providence Medicare Choice + Rx (HMO-POS)     | H9047-065  | HMO   | 82달러      |            | 5,000달러                                  | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 55.80<br>달러       |
| Providence Medicare Extra + Rx (HMO)          | H9047-064  | HMO   | 161<br>달러 |            | 4,000달러                                  | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 146달러             |
| Providence Medicare Focus Medical (HMO)       | H9047-033  | HMO   |           | 140달러      | 3,800달러                                  | 0달러      | 해당<br>없음 | Rx 없음               | Rx 없음             |
| Providence Medicare Reverence (HMO-POS)       | H9047-035  | HMO   |           | 25달러       | 5,000달러                                  | 0달러      | 해당<br>없음 | Rx 없음               | Rx 없음             |
| Providence Medicare Timber + Rx (HMO)         | H9047-054  | HMO   | 0달러       |            | 6,000달러                                  | 0달러      | 250달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| 커리 카운티 — 메디케어 어드밴티지 플랜 없음.                    |            |       |           |            |  |          |          |                     |                   |
| 데슈츠 카운티 - 크룩 카운티를 참조하십시오                      |            |       |           |            |  |          |          |                     |                   |

참고사항: 모든 플랜이 모든 약품 계층에 약품 본인부담금을 적용하는 것은 아닙니다. 약품 보장에 대한 자세한 내용은 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare) 를 참조하십시오.

| 플랜 이름                                    | 플랜 및 계약 번호 | 플랜 유형 | Rx 포함 보험료 | Rx 미포함 보험료 | 보험사계약/ 보험사계약 및 미계약 MOOP ( 최대 가입 등록자 부담금) | 건강 본인부담금  | 약품 본인부담금 | 약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화 | 100% 추가 지원 포함 보험료 |
|--|------------|-------|-----------|------------|--|-----------|----------|---------------------|-------------------|
| 더글러스 카운티                                 |            |       |           |            |  |           |          |                     |                   |
| ATRIO Choice Rx (PPO)                    | H6743-007  | PPO   | 0달러       |            | 4,150달러/<br>6,200달러                      | 0달러       | 100달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| ATRIO Freedom(PPO)                       | H6743-029  | PPO   |           | 0달러        | 4,500달러/<br>6,500달러                      | 0달러       | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| ATRIO Prime Rx (PPO)                     | H6743-028  | PPO   | 96달러      |            | 4,150달러/<br>6,200달러                      | 0달러       | 0달러      | 개선됨                 | 77.10<br>달러       |
| Regence MedAdvantage + Rx Enhanced (PPO) | H3817-009  | PPO   | 179<br>달러 |            | 5,000달러/<br>5,000달러                      | 0달러       | 0달러      | 개선됨                 | 152.80<br>달러      |
| Regence MedAdvantage + Rx Primary (PPO)  | H3817-011  | PPO   | 14달러      |            | 6,200달러/<br>9,550달러                      | 0달러       | 100달러    | 개선됨                 | 11달러              |
| Regence Valiance (PPO)                   | H3817-010  | PPO   |           | 0달러        | 5,000달러/<br>9,550달러                      | 0달러       | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| Wellcare Giveback Open (PPO)             | H5439-015  | PPO   | 0달러       |            | \$8,850/<br>\$13,300                     | 해당 없음     | 420달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Wellcare Low Premium Open (PPO)          | H5439-019  | PPO   | 38달러      |            | 6,800달러/<br>10,000달러                     | 225<br>달러 | 420달러    | 개선됨                 | 38달러              |
| Wellcare Patriot Giveback Open (PPO)     | H5439-010  | PPO   |           | 0달러        | 5,000달러/<br>7,400달러                      | 200<br>달러 | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| Wellcare Premium Ultra Open (PPO)        | H5439-011  | PPO   | 146<br>달러 |            | 4,000달러/<br>4,000달러                      | 175달러     | 420달러    | 개선됨                 | 122.20<br>달러      |

참고사항: 모든 플랜이 모든 약품 계층에 약품 본인부담금을 적용하는 것은 아닙니다. 약품 보장에 대한 자세한 내용은 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare) 를 참조하십시오.

| 플랜 이름  | 플랜 및 계약 번호 | 플랜 유형 | Rx 포함 보험료 | Rx 미포함 보험료 | 보험사계약/ 보험사계약 및 미계약 MOOP ( 최대 가입 등록자 부담금) | 건강 본인부담금 | 약품 본인부담금 | 약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화 | 100% 추가 지원 포함 보험료 |
|--|------------|-------|-----------|------------|--|----------|----------|---------------------|-------------------|
| <b>더글러스 카운티</b>  |            |       |           |            |  |          |          |                     |                   |
| Wellcare Simple Open (PPO)                               | H5439-017  | PPO   | 0달러       |            | \$3,450/<br>\$3,450                      | 0달러      | 420달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Wellcare Simple Value (HMO-POS)                          | H6815-038  | HMO   | 0달러       |            | 6,600달러                                  | 150달러    | 420달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| <b>길리엄 카운티 - 베이커 카운티를 참조하십시오</b>                         |            |       |           |            |  |          |          |                     |                   |
| <b>그랜트 카운티</b>   |            |       |           |            |  |          |          |                     |                   |
| PacificSource Medicare Essentials Choice 2 (HMO-POS)     | H3864-002  | HMO   |           | 0달러        | 5,950달러/<br>8,950달러                      | 0달러      | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| PacificSource Medicare Essentials Rx 6 (HMO)             | H3864-006  | HMO   | 209<br>달러 |            | 4,950달러                                  | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 182.80<br>달러      |
| PacificSource Medicare Essentials Choice Rx 14 (HMO-POS) | H3864-014  | HMO   | 93달러      |            | 5,950달러/<br>8,950달러                      | 0달러      | 199달러    | 개선됨                 | 81.30<br>달러       |
| PacificSource Medicare Essentials Rx 27 (HMO)            | H3864-027  | HMO   | 43달러      |            | 6,200달러                                  | 0달러      | 399달러    | 개선됨                 | 43달러              |
| PacificSource Medicare Essentials Choice Rx 36 (HMO-POS) | H3864-036  | HMO   | 15달러      |            | 6,200달러/<br>8,950달러                      | 0달러      | 499달러    | 개선됨                 | 15달러              |
| <b>하니 카운티 — 메디케어 어드밴티지 플랜 없음.</b>                        |            |       |           |            |  |          |          |                     |                   |
| <b>후드 리버 카운티</b>   |            |       |           |            |  |          |          |                     |                   |
| AARP 메디케어 어드밴티지 Essentials UHC OR-4 (HMO-POS)            | H3805-039  | HMO   | 0달러       |            | 4,500달러                                  | 0달러      | 255달러    | 개선됨                 | 0달러               |

참고사항: 모든 플랜이 모든 약품 계층에 약품 본인부담금을 적용하는 것은 아닙니다. 약품 보장에 대한 자세한 내용은 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare) 를 참조하십시오.

| 플랜 이름  | 플랜 및 계약 번호 | 플랜 유형 | Rx 포함 보험료 | Rx 미포함 보험료 | 보험사계약/ 보험사계약 및 미계약 MOOP ( 최대 가입 등록자 부담금) | 건강 본인부담금  | 약품 본인부담금 | 약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화 | 100% 추가 지원 포함 보험료 |
|--|------------|-------|-----------|------------|--|-----------|----------|---------------------|-------------------|
| <b>후드 리버 카운티</b>   |            |       |           |            |  |           |          |                     |                   |
| AARP Medicare Advantage Extras from UHC OR-6 (HMO-POS)   | H3805-041  | HMO   | 0달러       |            | 6,700달러                                  | 0달러       | 340달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| AARP 메디케어 어드밴티지 from UHC OR-0003 (HMO-POS)               | H3805-001  | HMO   | 46달러      |            | 3,500달러                                  | 0달러       | 255달러    | 개선됨                 | 19.80 달러          |
| Humana USAA Honor Giveback (PPO)                         | H5216-301  | PPO   |           | 0달러        | 5,100달러/<br>6,000달러                      | 100<br>달러 | 해당<br>없음 | Rx 없음               | Rx 없음             |
| Humana USAA Honor Giveback (PPO)                         | H5216-427  | PPO   |           | 0달러        | 9,350달러/<br>13,300달러                     | 100<br>달러 | 해당<br>없음 | Rx 없음               | Rx 없음             |
| HumanaChoice H5216-048 (PPO)                             | H5216-048  | PPO   | 118<br>달러 |            | 6,700달러/<br>10,000달러                     | 100<br>달러 | 590달러    | 개선됨                 | 74.80<br>달러       |
| HumanaChoice H5216-428 (PPO)                             | H5216-428  | PPO   | 0달러       |            | 6,750달러/<br>10,000달러                     | 75달러      | 125달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| PacificSource Medicare Essentials Choice 2 (HMO-POS)     | H3864-002  | HMO   |           | 0달러        | 5,950달러/<br>8,950달러                      | 0달러       | 해당<br>없음 | Rx 없음               | Rx 없음             |
| PacificSource Medicare Essentials Choice Rx 14 (HMO-POS) | H3864-014  | HMO   | 93달러      |            | 5,950달러/<br>8,950달러                      | 0달러       | 199달러    | 개선됨                 | 81.30<br>달러       |
| PacificSource Medicare Essentials Choice Rx 36 (HMO-POS) | H3864-036  | HMO   | 15달러      |            | 6,200달러/<br>8,950달러                      | 0달러       | 499달러    | 개선됨                 | 15달러              |
| PacificSource Medicare Essentials Rx 27 (HMO)            | H3864-027  | HMO   | 43달러      |            | 6,200달러                                  | 0달러       | 399달러    | 개선됨                 | 43달러              |

참고사항: 모든 플랜이 모든 약품 계층에 약품 본인부담금을 적용하는 것은 아닙니다. 약품 보장에 대한 자세한 내용은 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare) 를 참조하십시오.

| 플랜 이름  | 플랜 및 계약 번호 | 플랜 유형 | Rx 포함 보험료 | Rx 미포함 보험료 | 보험사계약/ 보험사계약 및 미계약 MOOP ( 최대 가입 등록자 | 건강 본인부담금 | 약품 본인부담금 | 약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화 | 100% 추가 지원 포함 보험료 |
|--|------------|-------|-----------|------------|-------------------------------------|----------|----------|---------------------|-------------------|
| <b>후드 리버 카운티</b>                                       |            |       |           |            |                                     |          |          |                     |                   |
| PacificSource Medicare Essentials Rx 6 (HMO)           | H3864-006  | HMO   | 209 달러    |            | 4,950달러                             | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 182.80 달러         |
| Providence Medicare Bridge + Rx (HMO-POS)              | H9047-059  | HMO   | 29달러      |            | 6,500달러                             | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 2.80 달러           |
| Providence Medicare Choice + Rx (HMO-POS)              | H9047-065  | HMO   | 82달러      |            | 5,000달러                             | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 55.80 달러          |
| Providence Medicare Extra + Rx (HMO)                   | H9047-064  | HMO   | 161 달러    |            | 4,000달러                             | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 146.60 달러         |
| Providence Medicare Focus Medical (HMO)                | H9047-033  | HMO   |           | 140달러      | 3,800달러                             | 0달러      | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| Providence Medicare Reverence (HMO-POS)                | H9047-035  | HMO   |           | 25달러       | 5,000달러                             | 0달러      | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| Providence Medicare Timber + Rx (HMO)                  | H9047-054  | HMO   | 0달러       |            | 6,000달러                             | 0달러      | 250달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| UHC Complete Care OR-5 (HMO-POS C-SNP)                 | H3805-040  | HMO   | 0달러       |            | 4,500달러                             | 0달러      | 225달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| <b>잭슨 카운티</b>  |            |       |           |            |                                     |          |          |                     |                   |
| AARP 메디케어 어드밴티지 Essentials UHC OR-4 (HMO-POS)          | H3805-039  | HMO   | 0달러       |            | 4,500달러                             | 0달러      | 255달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| AARP Medicare Advantage Extras from UHC OR-6 (HMO-POS) | H3805-041  | HMO   | 0달러       |            | 6,700달러                             | 0달러      | 340달러    | 개선됨                 | 0달러               |

참고사항: 모든 플랜이 모든 약품 계층에 약품 본인부담금을 적용하는 것은 아닙니다. 약품 보장에 대한 자세한 내용은 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare) 를 참조하십시오.

| 플랜 이름  | 플랜 및 계약 번호 | 플랜 유형 | Rx 포함 보험료 | Rx 미포함 보험료 | 보험사계약/ 보험사계약 및 미계약 MOOP ( 최대 가입 등록자 부담금) | 건강 본인부담금 | 약품 본인부담금 | 약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화 | 100% 추가 지원 포함 보험료 |
|--|------------|-------|-----------|------------|--|----------|----------|---------------------|-------------------|
| <b>잭슨 카운티</b>                                      |            |       |           |            |  |          |          |                     |                   |
| AARP 메디케어 어드밴티지 UHC OR-0001 (PPO)                  | H2406-042  | PPO   | 49달러      |            | 4,900달러/ 10,100달러                        | 0달러      | 420달러    | 개선됨                 | 22.80 달러          |
| AARP 메디케어 어드밴티지 UHC OR-0002 (PPO)                  | H2406-070  | PPO   | 0달러       |            | 6,700달러/ 10,100달러                        | 0달러      | 420달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| AARP 메디케어 어드밴티지 UHC OR-0003 (HMO-POS)              | H3805-001  | HMO   | 46달러      |            | 3,500달러                                  | 0달러      | 255달러    | 개선됨                 | 19.80 달러          |
| AARP 메디케어 어드밴티지 Patriot No Rx OR-MA01 (PPO)        | H2406-073  | PPO   |           | 0달러        | 6,700달러/ 10,100달러                        | 0달러      | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| Aetna Medicare Eagle Plan (PPO)                    | H9431-015  | PPO   |           | 0달러        | 5,900달러/ 8,950달러                         | 0달러      | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| Aetna Medicare Elite Plan (HMO-POS)                | H2056-005  | HMO   | 0달러       |            | 5,900달러                                  | 500 달러   | 0달러      | 개선됨                 | 0달러               |
| AgeRight Advantage Premier Health Plan (HMO C-SNP) | H1372-003  | HMO   | 55달러      |            | 5,000달러                                  | 해당 없음    | 300달러    | 개선됨                 | 28.80 달러          |
| ATRIO Choice Rx (PPO)                              | H6743-025  | PPO   | 0달러       |            | 6,750달러/ 7,900달러                         | 0달러      | 200달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| ATRIO Freedom(PPO)                                 | H6743-027  | PPO   |           | 0달러        | 6,750달러/ 7,900달러                         | 0달러      | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| ATRIO Prime Rx (PPO)                               | H6743-026  | PPO   | 37달러      |            | 4,150달러/ 6,200달러                         | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 34.10 달러          |

참고사항: 모든 플랜이 모든 약품 계층에 약품 본인부담금을 적용하는 것은 아닙니다. 약품 보장에 대한 자세한 내용은 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) 를 참조하십시오.

| 플랜 이름                                       | 플랜 및 계약 번호 | 플랜 유형 | Rx 포함 보험료 | Rx 미포함 보험료 | 보험사계약/ 보험사계약 및 미계약 MOOP ( 최대 가입 등록자 부담금) | 건강 본인부담금 | 약품 본인부담금 | 약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화 | 100% 추가 지원 포함 보험료 |
|---|------------|-------|-----------|------------|--|----------|----------|---------------------|-------------------|
| <b>잭슨 카운티</b>                               |            |       |           |            |  |          |          |                     |                   |
| Regence MedAdvantage + Rx Enhanced (PPO)    | H3817-009  | PPO   | 179 달러    |            | 5,000달러/<br>9,550달러                      | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 152.80 달러         |
| Regence MedAdvantage + Rx Primary (PPO)     | H3817-011  | PPO   | 14달러      |            | 6,200달러/<br>9,550달러                      | 0달러      | 100달러    | 개선됨                 | 14달러              |
| Regence Valiance (PPO)                      | H3817-010  | PPO   |           | 0달러        | 5,000달러/<br>9,550달러                      | 0달러      | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| UHC Complete Care OR-5 (HMO-POS C-SNP)      | H3805-040  | HMO   | 0달러       |            | 4,500달러                                  | 0달러      | 225달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| UHC Complete Care Support OR-1A (PPO C-SNP) | H2001-045  | PPO   | 26.20 달러  |            | 9,350달러/<br>14,000달러                     | 해당 없음    | 590달러    | 기본                  | 0달러               |
| Wellcare Giveback Open (PPO)                | H5439-015  | PPO   | 0달러       |            | \$8,850/<br>\$13,300                     | 해당 없음    | 420달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Wellcare Low Premium Open (PPO)             | H5439-019  | PPO   | 38달러      |            | 6,800달러/<br>10,000달러                     | 225 달러   | 420달러    | 개선됨                 | 38달러              |
| Wellcare Patriot Giveback Open (PPO)        | H5439-010  | PPO   |           | 0달러        | 5,000달러/<br>7,400달러                      | 200 달러   | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| Wellcare Premium Ultra Open (PPO)           | H5439-011  | PPO   | 146 달러    |            | 4,000달러/<br>6,200달러                      | 175달러    | 420달러    | 개선됨                 | 122.40 달러         |
| Wellcare Simple Open (PPO)                  | H5439-017  | PPO   | 0달러       |            | 3,450/<br>3,450달러                        | 0달러      | 420달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Wellcare Simple Value (HMO-POS)             | H6815-038  | HMO   | 0달러       |            | 6,600달러                                  | 150달러    | 420달러    | 개선됨                 | 0달러               |

참고사항: 모든 플랜이 모든 약품 계층에 약품 본인부담금을 적용하는 것은 아닙니다. 약품 보장에 대한 자세한 내용은 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare) 를 참조하십시오.

| 플랜 이름  | 플랜 및 계약 번호 | 플랜 유형 | Rx 포함 보험료 | Rx 미포함 보험료 | 보험사계약/ 보험사계약 및 미계약 MOOP ( 최대 가입 등록자 부담금) | 건강 본인부담금  | 약품 본인부담금 | 약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화 | 100% 추가 지원 포함 보험료 |
|--|------------|-------|-----------|------------|--|-----------|----------|---------------------|-------------------|
| 잭슨 카운티 - 크룩 카운티를 참조하십시오                                |            |       |           |            |  |           |          |                     |                   |
| 조세핀 카운티  |            |       |           |            |  |           |          |                     |                   |
| AARP 메디케어 어드밴티지 Essentials UHC OR-4 (HMO-POS)          | H3805-039  | HMO   | 0달러       |            | 4,500달러                                  | 0달러       | 255달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| AARP Medicare Advantage Extras from UHC OR-6 (HMO-POS) | H3805-041  | HMO   | 0달러       |            | 6,700달러                                  | 0달러       | 340달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| AARP 메디케어 어드밴티지 UHC OR-0001 (PPO)                      | H2406-042  | PPO   | 49달러      |            | 4,900달러/<br>10,100달러                     | 0달러       | 420달러    | 개선됨                 | 22.80<br>달러       |
| AARP 메디케어 어드밴티지 UHC OR-0002 (PPO)                      | H2406-070  | PPO   | 0달러       |            | 6,700달러/<br>10,100달러                     | 0달러       | 420달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| AARP 메디케어 어드밴티지 UHC OR-0003 (HMO-POS)                  | H3805-001  | HMO   | 46달러      |            | 3,500달러                                  | 0달러       | 255달러    | 개선됨                 | 19.80<br>달러       |
| AARP 메디케어 어드밴티지 Patriot No Rx OR-MA01 (PPO)            | H2406-073  | PPO   |           | 0달러        | 6,700달러/<br>10,100달러                     | 0달러       | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| Aetna Medicare Eagle (PPO)                             | H9431-015  | PPO   |           | 0달러        | 5,900달러/<br>8,950달러                      | 0달러       | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| Aetna Medicare Elite Plan (HMO-POS)                    | H2056-005  | HMO   | 0달러       |            | 5,900달러                                  | 500<br>달러 | 0달러      | 개선됨                 | 0달러               |
| AgeRight Advantage Premier Health Plan (HMO C-SNP)     | H1372-003  | HMO   | 55달러      |            | 5,000달러                                  | 0달러       | 300달러    | 개선됨                 | 28.80<br>달러       |
| ATRIO Choice Rx (PPO)                                  | H6743-025  | PPO   | 0달러       |            | 6,750달러/<br>7,900달러                      | 0달러       | 200달러    | 개선됨                 | 0달러               |

참고사항: 모든 플랜이 모든 약품 계층에 약품 본인부담금을 적용하는 것은 아닙니다. 약품 보장에 대한 자세한 내용은 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) 를 참조하십시오.

| 플랜 이름                                       | 플랜 및 계약 번호 | 플랜 유형 | Rx 포함 보험료 | Rx 미포함 보험료 | 보험사계약/<br>보험사계약 및<br>미계약 MOOP (최대 가입 등록자 부담금) | 건강 본인부담금 | 약품 본인부담금 | 약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화 | 100% 추가 지원 포함 보험료 |
|---|------------|-------|-----------|------------|---|----------|----------|---------------------|-------------------|
| 조세핀 카운티                                     |            |       |           |            |   |          |          |                     |                   |
| ATRIO Freedom (PPO)                         | H6743-027  | PPO   |           | 0달러        | 6,750달러/<br>7,900달러                           | 0달러      | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| ATRIO Prime Rx (PPO)                        | H6743-026  | PPO   | 37달러      |            | 4,150달러/<br>6,200달러                           | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 34.10 달러          |
| Regence MedAdvantage + Rx Enhanced (PPO)    | H3817-009  | PPO   | 172 달러    |            | 5,000달러/<br>9,550달러                           | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 152.80 달러         |
| Regence MedAdvantage + Rx Primary (PPO)     | H3817-011  | PPO   | 14달러      |            | 6,200달러/<br>9,550달러                           | 0달러      | 100달러    | 개선됨                 | 14달러              |
| Regence Valiance (PPO)                      | H3817-010  | PPO   |           | 0달러        | 5,000달러/<br>9,550달러                           | 0달러      | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| UHC 종합 관리 OR-5 (HMO-POS C-SNP)              | H3805-040  | HMO   | 0달러       |            | 4,500달러                                       | 0달러      | 225달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| UHC Complete Care Support OR-1A (PPO C-SNP) | H2001-045  | PPO   | 26.20 달러  |            | 9,350/<br>14,000달러                            | 해당 없음    | 590달러    | 기본                  | 0달러               |
| Wellcare Giveback Open (PPO)                | H5439-015  | PPO   | 0달러       |            | \$8,850/<br>13,300달러                          | 해당 없음    | 420달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Wellcare Low Premium Open (PPO)             | H5439-019  | PPO   | 38달러      |            | 6,800달러/<br>10,000달러                          | 225 달러   | 420달러    | 개선됨                 | 38달러              |
| Wellcare Patriot Giveback Open (PPO)        | H5439-010  | PPO   |           | 0달러        | 5,000달러/<br>7,400달러                           | 200 달러   | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |

참고사항: 모든 플랜이 모든 약품 계층에 약품 본인부담금을 적용하는 것은 아닙니다. 약품 보장에 대한 자세한 내용은 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) 를 참조하십시오.

| 플랜 이름  | 플랜 및 계약 번호 | 플랜 유형 | Rx 포함 보험료 | Rx 미포함 보험료 | 보험사계약/ 보험사계약 및 미계약 MOOP ( 최대 가입 등록자 부담금) | 건강 본인부담금 | 약품 본인부담금 | 약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화 | 100% 추가 지원 포함 보험료 |
|--|------------|-------|-----------|------------|--|----------|----------|---------------------|-------------------|
| <b>조세핀 카운티</b>   |            |       |           |            |  |          |          |                     |                   |
| Wellcare Premium Ultra Open (PPO)                        | H5439-011  | PPO   | 146 달러    |            | 4,000달러/<br>6,200달러                      | 175달러    | 420달러    | 개선됨                 | 122.40 달러         |
| Wellcare Simple Open (PPO)                               | H5439-017  | PPO   | 0달러       |            | \$3,450/<br>\$3,450                      | 0달러      | 420달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Wellcare Simple Value (HMO-POS)                          | H6815-038  | HMO   | 0달러       |            | 6,600달러                                  | 150달러    | 420달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| <b>클래머스 카운티</b>  |            |       |           |            |  |          |          |                     |                   |
| AgeRight Advantage Premier Health Plan (HMO C-SNP)       | H1372-003  | HMO   | 55달러      |            | 5,000달러                                  | 0        | 300달러    | 개선됨                 | 28.80 달러          |
| ATRIO Choice Rx (PPO)                                    | H6743-001  | PPO   | 35달러      |            | 4,950달러/<br>6,500달러                      | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 35달러              |
| ATRIO Freedom (PPO)                                      | H6743-031  | PPO   |           | 0달러        | 5,500달러/<br>6,500달러                      | 110달러    | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| ATRIO Prime Rx (PPO)*                                    | H6743-030  | PPO   | 116 달러    |            | 4,150달러/<br>6,200달러                      | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 111.80 달러         |
| ATRIO Select Rx (PPO)                                    | H3814-031  | PPO   | 40달러      |            | 6,750달러                                  | 0달러      | 350달러    | 개선됨                 | 40달러              |
| *다음 우편 코드에서만 사용 가능: 97731, 97733, 97737, 97739           |            |       |           |            |  |          |          |                     |                   |
| PacificSource Medicare Essentials Choice 2 (HMO-POS)     | H3864-002  | HMO   |           | 0달러        | 5,950달러/<br>8,950달러                      |          | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| PacificSource Medicare Essentials Choice Rx 14 (HMO-POS) | H3864-014  | HMO   | 93달러      |            | 5,950달러/<br>8,950달러                      |          | 199달러    | 개선됨                 | 81.30 달러          |

참고사항: 모든 플랜이 모든 약품 계층에 약품 본인부담금을 적용하는 것은 아닙니다. 약품 보장에 대한 자세한 내용은 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare) 를 참조하십시오.

| 플랜 이름  | 플랜 및 계약 번호 | 플랜 유형 | Rx 포함 보험료 | Rx 미포함 보험료 | 보험사계약/ 보험사계약 및 미계약 MOOP ( 최대 가입 등록자 부담금) | 건강 본인부담금 | 약품 본인부담금 | 약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화 | 100% 추가 지원 포함 보험료 |
|--|------------|-------|-----------|------------|--|----------|----------|---------------------|-------------------|
| <b>클래머스 카운티</b>  |            |       |           |            |  |          |          |                     |                   |
| PacificSource Medicare Essentials Choice Rx 36 (HMO-POS) | H3864-036  | HMO   | 15달러      |            | 6,200달러/<br>8,950달러                      |          | 499달러    | 개선됨                 | 15달러              |
| PacificSource Medicare Essentials Rx 27 (HMO)            | H3864-027  | HMO   | 43달러      |            | 6,200달러                                  |          | 399달러    | 개선됨                 | 43달러              |
| PacificSource Medicare Essentials Rx 6 (HMO)             | H3864-006  | HMO   | 209<br>달러 |            | 4,950달러                                  |          | 0달러      | 개선됨                 | 182.80<br>달러      |
| <b>레이크 카운티</b>   |            |       |           |            |  |          |          |                     |                   |
| <b>레인 카운티</b>  |            |       |           |            |  |          |          |                     |                   |
| AARP 메디케어 어드밴티지 Essentials UHC OR-4 (HMO-POS)            | H3805-039  | HMO   | 0달러       |            | 4,500달러                                  | 0달러      | 255달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| AARP Medicare Advantage Extras from UHC OR-6 (HMO-POS)   | H3805-041  | HMO   | 0달러       |            | 6,700달러                                  | 0달러      | 340달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| AARP 메디케어 어드밴티지 UHC OR-0001 (PPO)                        | H2406-042  | PPO   | 49달러      |            | 4,900달러/<br>10,100달러                     | 0달러      | 420달러    | 개선됨                 | 22.80<br>달러       |
| AARP 메디케어 어드밴티지 UHC OR-0002 (PPO)                        | H2406-070  | PPO   | 0달러       |            | 6,700달러/<br>10,100달러                     | 0달러      | 420달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| AARP 메디케어 어드밴티지 UHC OR-0003 (HMO-POS)                    | H3805-001  | HMO   | 46달러      |            | 3,500달러                                  | 0달러      | 255달러    | 개선됨                 | 19.80<br>달러       |
| AARP 메디케어 어드밴티지 Patriot No Rx OR-MA01 (PPO)              | H2406-073  | PPO   |           | 0달러        | 6,700달러/<br>10,100달러                     | 0달러      | 해당<br>없음 | Rx 없음               | Rx 없음             |

참고사항: 모든 플랜이 모든 약품 계층에 약품 본인부담금을 적용하는 것은 아닙니다. 약품 보장에 대한 자세한 내용은 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) 를 참조하십시오.

| 플랜 이름  | 플랜 및 계약 번호 | 플랜 유형 | Rx 포함 보험료 | Rx 미포함 보험료 | 보험사계약/ 보험사계약 및 미계약 MOOP ( 최대 가입 등록자 부담금) | 건강 본인부담금 | 약품 본인부담금 | 약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화 | 100% 추가 지원 포함 보험료 |
|--|------------|-------|-----------|------------|--|----------|----------|---------------------|-------------------|
| <b>레인 카운티</b>  |            |       |           |            |  |          |          |                     |                   |
| AgeRight Advantage Premier Health Plan (HMO C-SNP)       | H1372-003  | HMO   | 55달러      |            | 5,000달러                                  | 0달러      | 300달러    | 개선됨                 | 28.80 달러          |
| ATRIO Choice Rx (PPO)                                    | H7006-018  | PPO   | 0달러       |            | 4,150달러/<br>4,150달러                      | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 0달러               |
| ATRIO Freedom(PPO)                                       | H7006-021  | PPO   |           | 0달러        | 4,150달러/<br>4,150달러                      | 0달러      | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| ATRIO Select Rx (PPO)                                    | H7006—019  | PPO   | 40달러      |            | 4,150달러/<br>4,150달러                      | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 40달러              |
| Devoted CORE Oregon (HMO)                                | H2923-003  | HMO   | 0달러       |            | 5,900달러                                  | 0달러      | 590달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Devoted GIVEBACK Oregon (HMO)                            | H2923-004  | HMO   | 0달러       |            | 7,900달러                                  | 0달러      | 590달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Devoted PREMIUM Oregon (HMO)                             | H2923-006  | HMO   | 15.60 달러  |            | 5,900달러                                  | 0달러      | 590달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Kaiser Permanente Senior Advantage Value Lane (HMO-POS)  | H9003-008  | HMO   | 0달러       |            | 3,800달러                                  | 0달러      | 175달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| PacificSource Medicare Essentials Choice 2 (HMO-POS)     | H3864-002  | HMO   |           | 0달러        | 5,950달러/<br>8,950달러                      | 0달러      | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| PacificSource Medicare Essentials Choice Rx 36 (HMO-POS) | H3864-036  | HMO   | 15달러      |            | 6,200달러/<br>8,950달러                      | 0달러      | 499달러    | 개선됨                 | 15달러              |
| PacificSource Medicare Essentials Rx 41 (HMO)            | H3864-041  | HMO   | 89달러      |            | 5,950달러                                  | 0달러      | 299달러    | 개선됨                 | 70달러              |

참고사항: 모든 플랜이 모든 약품 계층에 약품 본인부담금을 적용하는 것은 아닙니다. 약품 보장에 대한 자세한 내용은 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare) 를 참조하십시오.

| 플랜 이름                                      | 플랜 및 계약 번호 | 플랜 유형 | Rx 포함 보험료 | Rx 미포함 보험료 | 보험사계약/ 보험사계약 및 미계약 MOOP ( 최대 가입 등록자 부담금) | 건강 본인부담금  | 약품 본인부담금 | 약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화 | 100% 추가 지원 포함 보험료 |
|--|------------|-------|-----------|------------|--|-----------|----------|---------------------|-------------------|
| <b>레인 카운티</b>                              |            |       |           |            |  |           |          |                     |                   |
| PacificSource Medicare Explorer 6 (PPO)    | H4754-006  | PPO   |           | 0달러        | 4,200달러/<br>8,950달러                      | 0달러       | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| PacificSource Medicare Explorer Rx 4 (PPO) | H4754-004  | PPO   | 123<br>달러 |            | 5,950달러/<br>8,950달러                      | 0달러       | 250달러    | 개선됨                 | 96.80<br>달러       |
| Providence Medicare Bridge + Rx (HMO-POS)  | H9047-059  | HMO   | 29달러      |            | 6,500달러                                  | 0달러       | 0달러      | 개선됨                 | 2.80<br>달러        |
| Providence Medicare Choice + Rx (HMO-POS)  | H9047-065  | HMO   | 82달러      |            | 5,000달러                                  | 0달러       | 0달러      | 개선됨                 | 55.80<br>달러       |
| Providence Medicare Extra + Rx (HMO)       | H9047-064  | HMO   | 161<br>달러 |            | 4,000달러                                  | 0달러       | 0달러      | 개선됨                 | 146.60<br>달러      |
| Providence Medicare Focus Medical (HMO)    | H9047-033  | HMO   |           | 140달러      | 3,800달러                                  | 0달러       | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| Providence Medicare Reverence (HMO-POS)    | H9047-035  | HMO   |           | 25달러       | 5,000달러                                  | 0달러       | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| Providence Medicare Timber + Rx (HMO)      | H9047-054  | HMO   | 0달러       |            | 6,000달러                                  | 0달러       | 250달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Regence BlueAdvantage HMO (HMO)            | H6237-009  | HMO   | 0달러       |            | 6,700달러                                  | 200<br>달러 | 0달러      | 개선됨                 | 0달러               |
| Regence MedAdvantage + Rx Classic (PPO)    | H3817-008  | PPO   | 73달러      |            | 5,700달러/<br>9,550달러                      | 0달러       | 50달러     | 개선됨                 | 53달러              |

참고사항: 모든 플랜이 모든 약품 계층에 약품 본인부담금을 적용하는 것은 아닙니다. 약품 보장에 대한 자세한 내용은 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare) 를 참조하십시오.

| 플랜 이름                                       | 플랜 및 계약 번호 | 플랜 유형 | Rx 포함 보험료 | Rx 미포함 보험료 | 보험사계약/ 보험사계약 및 미계약 MOOP ( 최대 가입 등록자 부담금) | 건강 본인부담금 | 약품 본인부담금 | 약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화 | 100% 추가 지원 포함 보험료 |
|---|------------|-------|-----------|------------|--|----------|----------|---------------------|-------------------|
| <b>레인 카운티</b>                               |            |       |           |            |  |          |          |                     |                   |
| Regence MedAdvantage + Rx Enhanced (PPO)    | H3817-009  | PPO   | 192 달러    |            | 5,000달러/ 9,550달러                         | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 165.80 달러         |
| Regence MedAdvantage + Rx Primary (PPO)     | H3817-011  | PPO   | 29달러      |            | 6,000달러/ 9,550달러                         | 0달러      | 100달러    | 개선됨                 | 29달러              |
| Regence Valiance (PPO)                      | H3817-010  | PPO   |           | 0달러        | 5,000달러/ 9,550달러                         | 0달러      | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| UHC 종합 관리 OR-5 (HMO-POS C-SNP)              | H3805-040  | HMO   | 0달러       |            | 4,500달러                                  | 0달러      | 255달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| UHC Complete Care Support OR-1A (PPO C-SNP) | H2001-045  | PPO   | 26.20 달러  |            | 9,350달러/ 14,000달러                        | 해당 없음    | 590달러    | 기본                  | 0달러               |
| Wellcare Giveback Open (PPO)                | H5439-015  | PPO   | 0달러       |            | \$8,850/ 13,300달러                        | 해당 없음    | 420달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Wellcare Low Premium Open (PPO)             | H5439-019  | PPO   | 38달러      |            | 6,800달러/ 10,000달러                        | 225 달러   | 420달러    | 개선됨                 | 38달러              |
| Wellcare Patriot Giveback Open (PPO)        | H5439-010  | PPO   |           | 0달러        | 5,000달러/ 7,400달러                         | 200 달러   | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| Wellcare PeaceHealth Simple (HMO-POS)       | H6815-040  | HMO   | 0달러       |            | 4,150달러                                  | 0달러      | 420달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Wellcare Premium Ultra Open (PPO)           | H5439-011  | PPO   | 146 달러    |            | 4,000달러/ 6,200달러                         | 175달러    | 420달러    | 개선됨                 | 122.40 달러         |

참고사항: 모든 플랜이 모든 약품 계층에 약품 본인부담금을 적용하는 것은 아닙니다. 약품 보장에 대한 자세한 내용은 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare) 를 참조하십시오.

| 플랜 이름   | 플랜 및 계약 번호 | 플랜 유형 | Rx 포함 보험료   | Rx 미포함 보험료 | 보험사계약/ 보험사계약 및 미계약 MOOP ( 최대 가입 등록자 부담금) | 건강 본인부담금 | 약품 본인부담금 | 약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화 | 100% 추가 지원 포함 보험료 |
|---|------------|-------|-------------|------------|--|----------|----------|---------------------|-------------------|
| <b>레인 카운티</b>                                 |            |       |             |            |  |          |          |                     |                   |
| Wellcare Simple Open (PPO)                    | H5439-017  | PPO   | 0달러         |            | \$3,450/<br>\$3,450                      | 0달러      | 420달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Wellcare Simple Value (HMO-POS)               | H6815-038  | HMO   | 0달러         |            | 6,600달러                                  | 150달러    | 420달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| <b>링컨 카운티</b>                                 |            |       |             |            |  |          |          |                     |                   |
| Devoted CORE Oregon (HMO)                     | H2923-003  | HMO   | 0달러         |            | 5,900달러                                  | 0달러      | 590달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Devoted GIVEBACK Oregon (HMO)                 | H2923-004  | HMO   | 0달러         |            | 7,900달러                                  | 0달러      | 590달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Devoted PREMIUM Oregon (HMO)                  | H2923-006  | HMO   | 15.60<br>달러 |            | 5,900달러                                  | 0달러      | 590달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Samaritan Advantage Premier Plan (HMO)        | H3811-002  | HMO   | 29달러        |            | 4,250달러                                  | 0달러      | 175달러    | 개선됨                 | 21달러              |
| Samaritan Advantage Premier Plan Plus (HMO)   | H3811-009  | HMO   | 138<br>달러   |            | 3,750달러                                  | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 138달러             |
| Samaritan Advantage Valor (HMO)               | H3811-001  | HMO   |             | 9달러        | 6,000달러                                  | 0달러      | 해당<br>없음 | Rx 없음               | Rx 없음             |
| <b>린 카운티</b>                                  |            |       |             |            |  |          |          |                     |                   |
| AARP 메디케어 어드밴티지 Essentials UHC OR-4 (HMO-POS) | H3805-039  | HMO   | 16달러        |            | 4,500달러                                  | 0달러      | 255달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| AARP 메디케어 어드밴티지 UHC OR-0001 (PPO)             | H2406-042  | PPO   | 49달러        |            | 4,900달러/<br>10,100달러                     | 0달러      | 420달러    | 개선됨                 | 22.80<br>달러       |

참고사항: 모든 플랜이 모든 약품 계층에 약품 본인부담금을 적용하는 것은 아닙니다. 약품 보장에 대한 자세한 내용은 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) 를 참조하십시오.

| 플랜 이름  | 플랜 및 계약 번호 | 플랜 유형 | Rx 포함 보험료 | Rx 미포함 보험료 | 보험사계약/ 보험사계약 및 미계약 MOOP ( 최대 가입 등록자 부담금) | 건강 본인부담금 | 약품 본인부담금 | 약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화 | 100% 추가 지원 포함 보험료 |
|--|------------|-------|-----------|------------|--|----------|----------|---------------------|-------------------|
| <b>린 카운티</b>                                       |            |       |           |            |  |          |          |                     |                   |
| AARP 메디케어 어드밴티지 UHC OR-0003 (HMO-POS)              | H3805-001  | HMO   | 46달러      |            | 3,500달러                                  | 0달러      | 255달러    | 개선됨                 | 19.80 달러          |
| AARP 메디케어 어드밴티지 Patriot No Rx OR-MA01 (PPO)        | H2406-073  | PPO   |           | 0달러        | 6,700달러/ 10,100달러                        | 0달러      | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| Aetna Medicare Eagle Plan (PPO)                    | H9431-015  | PPO   |           | 0달러        | 5,900달러/ 8,950달러                         | 0달러      | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| Aetna Medicare Elite Plan (HMO-POS)                | H2056-003  | HMO   | 0달러       |            | 5,900달러                                  | 500 달러   | 0달러      | 개선됨                 | 0달러               |
| Aetna 메디케어 Greater Portland Eagle (PPO)            | H5521-493  | PPO   |           | 0달러        | 5,900달러/ 8,950달러                         | 0달러      | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| Aetna 메디케어 Preferred (PPO)                         | H5521-492  | PPO   | 0달러       |            | 5,900달러/ 12,000달러                        | 0달러      | 590달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Aetna Medicare Value (HMO-POS)                     | H2056-004  | HMO   | 0달러       |            | 6,350달러                                  | 0달러      | 590달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| AgeRight Advantage Premier Health Plan (HMO C-SNP) | H1372-003  | HMO   | 55달러      |            | 5,000달러                                  | 0달러      | 300달러    | 개선됨                 | 28.80 달러          |
| Devoted CORE Oregon(HMO)                           | H2923-003  | HMO   | 0달러       |            | 5,900달러                                  | 0달러      | 590달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Devoted GIVEBACK Oregon (HMO)                      | H2923-004  | HMO   | 0달러       |            | 7,900달러                                  | 0달러      | 590달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Devoted PREMIUM Oregon (HMO)                       | H2923-006  | HMO   | 15.60 달러  |            | 5,900달러                                  | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 0달러               |

참고사항: 모든 플랜이 모든 약품 계층에 약품 본인부담금을 적용하는 것은 아닙니다. 약품 보장에 대한 자세한 내용은 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare) 를 참조하십시오.

| 플랜 이름   | 플랜 및 계약 번호 | 플랜 유형 | Rx 포함 보험료 | Rx 미포함 보험료 | 보험사계약/ 보험사계약 및 미계약 MOOP ( 최대 가입 등록자 부담금) | 건강 본인부담금  | 약품 본인부담금 | 약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화 | 100% 추가 지원 포함 보험료 |
|---|------------|-------|-----------|------------|--|-----------|----------|---------------------|-------------------|
| <b>린 카운티</b>  |            |       |           |            |  |           |          |                     |                   |
| Humana USAA Honor Giveback (PPO)                      | H5216-301  | PPO   |           | 0달러        | 5,100달러/<br>6,000달러                      | 100<br>달러 | 해당<br>없음 | Rx 없음               | Rx 없음             |
| Humana USAA Honor Giveback (PPO)                      | H5216-427  | PPO   |           | 0달러        | 9,350달러/<br>13,300달러                     | 100<br>달러 | 해당<br>없음 | Rx 없음               | Rx 없음             |
| HumanaChoice H5216-048 (PPO)                          | H5216-048  | PPO   | 118<br>달러 |            | 6,700달러/<br>10,000달러                     | 100<br>달러 | 590달러    | 개선됨                 | 74.80<br>달러       |
| HumanaChoice H5216-428 (PPO)                          | H5216-048  | PPO   | 0달러       |            | 6,750달러/<br>10,000달러                     | 75달러      | 125달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Kaiser Permanente Senior Advantage Enhanced (HMO-POS) | H9003-001  | HMO   | 114<br>달러 |            | 3,000달러                                  | 0달러       | 0달러      | 개선됨                 | 114달러             |
| Kaiser Permanente Senior Advantage Standard (HMO-POS) | H9003-006  | HMO   | 28달러      |            | 4,175달러                                  | 0달러       | 0달러      | 개선됨                 | 0달러               |
| Kaiser Permanente Senior Advantage Value (HMO-POS)    | H9003-009  | HMO   | 0달러       |            | 5,000달러                                  | 0달러       | 0달러      | 개선됨                 | 0달러               |
| Providence Medicare Extra + Rx (HMO)                  | H9047-064  | HMO   | 161<br>달러 |            | 4,000달러                                  | 0달러       | 0달러      | 개선됨                 | 146.60<br>달러      |
| Regence MedAdvantage + Rx Classic (PPO)               | H3817-008  | PPO   | 96달러      |            | 5,700달러/<br>9,550달러                      | 0달러       | 50달러     | 개선됨                 | 76달러              |
| Regence MedAdvantage + Rx Enhanced (PPO)              | H3817-009  | PPO   | 179<br>달러 |            | 5,000달러/<br>9,550달러                      | 0달러       | 0달러      | 개선됨                 | 152.80<br>달러      |

참고사항: 모든 플랜이 모든 약품 계층에 약품 본인부담금을 적용하는 것은 아닙니다. 약품 보장에 대한 자세한 내용은 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare) 를 참조하십시오.

| 플랜 이름                                       | 플랜 및 계약 번호 | 플랜 유형 | Rx 포함 보험료 | Rx 미포함 보험료 | 보험사계약/ 보험사계약 및 미계약 MOOP ( 최대 가입 등록자 부담금) | 건강 본인부담금 | 약품 본인부담금 | 약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화 | 100% 추가 지원 포함 보험료 |
|---|------------|-------|-----------|------------|--|----------|----------|---------------------|-------------------|
| <b>린 카운티</b>                                |            |       |           |            |  |          |          |                     |                   |
| Regence Valiance (PPO)                      | H3817-010  | PPO   |           | 0달러        | 5,000달러/<br>9,000달러                      | 0달러      | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| Samaritan Advantage Premier Plan (HMO)      | H3811-002  | HMO   | 29달러      |            | 4,250달러/                                 | 0달러      | 175달러    | 개선됨                 | 21달러              |
| Samaritan Advantage Premier Plan Plus (HMO) | H3811-009  | HMO   | 138 달러    |            | 3,750달러                                  | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 138달러             |
| Samaritan Advantage Valor (HMO)             | H3811-001  | HMO   |           | 9달러        | 6,000달러                                  | 0달러      | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| UHC Complete Care OR-5 (HMO-POS C-SNP)      | H3805-040  | HMO   | 0달러       |            | 4,500달러                                  | 0달러      | 255달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| UHC Complete Care Support OR-1A (PPO C-SNP) | H2001-045  | PPO   | 26.20 달러  |            | 9,350/<br>14,000달러                       | 해당 없음    | 590달러    | 기본                  | 0달러               |
| Wellcare Giveback Open (PPO)                | H5439-015  | PPO   | 0달러       |            | \$8,850/<br>13,300달러                     | 해당 없음    | 420달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Wellcare Low Premium Open (PPO)             | H5439-019  | PPO   | 38달러      |            | 6,800달러/<br>10,000달러                     | 225 달러   | 420달러    | 개선됨                 | 38달러              |
| Wellcare Patriot Giveback Open (PPO)        | H5439-010  | PPO   |           | 0달러        | 5,000달러/<br>7,400달러                      | 200 달러   | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| Wellcare Premium Ultra Open (PPO)           | H5439-011  | PPO   | 146 달러    |            | 4,000달러/<br>6,200달러                      | 175달러    | 420달러    | 개선됨                 | 122.40 달러         |

참고사항: 모든 플랜이 모든 약품 계층에 약품 본인부담금을 적용하는 것은 아닙니다. 약품 보장에 대한 자세한 내용은 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare) 를 참조하십시오.

| 플랜 이름   | 플랜 및 계약 번호 | 플랜 유형 | Rx 포함 보험료 | Rx 미포함 보험료 | 보험사계약/ 보험사계약 및 미계약 MOOP ( 최대 가입 등록자 부담금) | 건강 본인부담금 | 약품 본인부담금 | 약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화 | 100% 추가 지원 포함 보험료 |
|---|------------|-------|-----------|------------|--|----------|----------|---------------------|-------------------|
| <b>린 카운티</b>                                  |            |       |           |            |  |          |          |                     |                   |
| Wellcare Simple (HMO-POS)                     | H6815-039  | HMO   | 0달러       |            | 6,000달러                                  | 140 달러   | 420달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Wellcare Simple Open (PPO)                    | H5439-017  | PPO   | 0달러       |            | 3,450/<br>3,450달러                        | 0달러      | 420달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Wellcare Simple Value (HMO-POS)               | H6815-038  | HMO   | 0달러       |            | 6,600달러                                  | 150달러    | 420달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| <b>맬히어 카운티</b>                                |            |       |           |            |  |          |          |                     |                   |
| Humana Full Access H5216-132 (PPO)            | H5216-132  | PPO   | 0달러       |            | 5,900달러/<br>5,900달러                      | 0달러      | 150      | 개선됨                 | 0달러               |
| Humana USAA Honor Giveback (PPO)              | H5216-301  | PPO   |           | 0달러        | 5,100달러/<br>6,000달러                      | 100 달러   | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| Humana USAA Honor Giveback (PPO)              | H5216-427  | PPO   |           | 0달러        | 9,350달러/<br>13,300달러                     | 100 달러   | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| HumanaChoice H5216-048 (PPO)                  | H5216-048  | PPO   | 118 달러    |            | 6,700달러/<br>10,000달러                     | 100 달러   | 590달러    | 개선됨                 | 74.80 달러          |
| HumanaChoice H5216-428 (PPO)                  | H5216-428  | PPO   | 0달러       |            | 6,700달러/<br>10,000달러                     | 75달러     | 125달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| <b>매리언 카운티</b>                                |            |       |           |            |  |          |          |                     |                   |
| AARP 메디케어 어드밴티지 Essentials UHC OR-4 (HMO-POS) | H3805-039  | HMO   | 0달러       |            | 4,500달러                                  | 0달러      | 255달러    | 개선됨                 | 0달러               |

참고사항: 모든 플랜이 모든 약품 계층에 약품 본인부담금을 적용하는 것은 아닙니다. 약품 보장에 대한 자세한 내용은 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare) 를 참조하십시오.

| 플랜 이름  | 플랜 및 계약 번호 | 플랜 유형 | Rx 포함 보험료 | Rx 미포함 보험료 | 보험사계약/ 보험사계약 및 미계약 MOOP ( 최대 가입 등록자 부담금) | 건강 본인부담금  | 약품 본인부담금 | 약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화 | 100% 추가 지원 포함 보험료 |
|--|------------|-------|-----------|------------|--|-----------|----------|---------------------|-------------------|
| 매리언 카운티  |            |       |           |            |  |           |          |                     |                   |
| AARP Medicare Advantage Extras from UHC OR-6 (HMO-POS) | H3805-041  | HMO   | 0달러       |            | 6,700달러                                  | 0달러       | 340달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| AARP 메디케어 어드밴티지 UHC OR-0001 (PPO)                      | H2406-042  | PPO   | 49달러      |            | 4,900달러/<br>10,100달러                     | 0달러       | 420달러    | 개선됨                 | 22.80<br>달러       |
| AARP 메디케어 어드밴티지 UHC OR-0002 (PPO)                      | H2406-070  | PPO   | 0달러       |            | 6,700달러/<br>10,100달러                     | 0달러       | 420달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| AARP 메디케어 어드밴티지 UHC OR-0003 (HMO-POS)                  | H3805-001  | HMO   | 46달러      |            | 3,500달러                                  | 0달러       | 255달러    | 개선됨                 | 19.80<br>달러       |
| AARP 메디케어 어드밴티지 Patriot No Rx OR-MA01 (PPO)            | H2406-073  | PPO   |           | 0달러        | 6,700달러/<br>10,100달러                     | 0달러       | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| Aetna Medicare Eagle (PPO)                             | H9431-015  | PPO   |           | 0달러        | 5,900달러/<br>8,950달러                      | 0달러       | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| Aetna Medicare Elite Plan (HMO-POS)                    | H2056-003  | HMO   | 0달러       |            | 5,900달러                                  | 500<br>달러 | 0달러      | 개선됨                 | 0달러               |
| Aetna 메디케어 Greater Portland Eagle (PPO)                | H5521-493  | PPO   |           | 0달러        | 5,900달러/<br>8,950달러                      | 0달러       | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| Aetna 메디케어 Preferred (PPO)                             | H5521-492  | PPO   | 0달러       |            | 6,900달러/<br>12,000달러                     | 0달러       | 590달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Aetna Medicare Value (HMO-POS)                         | H2056-004  | HMO   | 0달러       |            | 6,350달러                                  | 0달러       | 590달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| AgeRight Advantage Premier Health Plan (HMO C-SNP)     | H1372-003  | HMO   | 55달러      |            | 5,000달러                                  | 0         | 300달러    | 개선됨                 | 28.80<br>달러       |

참고사항: 모든 플랜이 모든 약품 계층에 약품 본인부담금을 적용하는 것은 아닙니다. 약품 보장에 대한 자세한 내용은 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) 를 참조하십시오.

| 플랜 이름   | 플랜 및 계약 번호 | 플랜 유형 | Rx 포함 보험료 | Rx 미포함 보험료 | 보험사계약/ 보험사계약 및 미계약 MOOP ( 최대 가입 등록자 부담금) | 건강 본인부담금 | 약품 본인부담금 | 약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화 | 100% 추가 지원 포함 보험료 |
|---|------------|-------|-----------|------------|--|----------|----------|---------------------|-------------------|
| 매리언 카운티   |            |       |           |            |  |          |          |                     |                   |
| ATRIO Choice Rx (PPO)                                 | H7006-007  | PPO   | 0달러       |            | 6,750달러/<br>8,500달러                      | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 0달러               |
| ATRIO Prime Rx (HMO)                                  | H5995-004  | HMO   | 0달러       |            | 4,500달러                                  | 0달러      | 350달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| ATRIO Prime Rx (PPO)                                  | H7006-003  | PPO   | 96달러      |            | 4,150달러/<br>5,700달러                      | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 74.20<br>달러       |
| ATRIO Support Rx (PPO C-SNP)                          | H7006-022  | PPO   | 0달러       |            | 4,900달러/<br>4,900달러                      | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 0달러               |
| Kaiser Permanente Senior Advantage Enhanced (HMO-POS) | H9003-001  | HMO   | 114<br>달러 |            | 3,000달러                                  | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 114달러             |
| Kaiser Permanente Senior Advantage Standard (HMO-POS) | H9003-006  | HMO   | 28달러      |            | 4,175달러                                  | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 28달러              |
| Kaiser Permanente Senior Advantage Value (HMO-POS)    | H9003-009  | HMO   | 0달러       |            | 5,000달러                                  | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 0달러               |
| Providence Medicare Bridge + Rx (HMO-POS)             | H9047-059  | HMO   | 29달러      |            | 6,500달러                                  | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 2.80<br>달러        |
| Providence Medicare Choice + Rx (HMO-POS)             | H9047-065  | HMO   | 82달러      |            | 5,000달러                                  | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 55.80<br>달러       |
| Providence Medicare Extra + Rx (HMO)                  | H9047-064  | HMO   | 161<br>달러 |            | 4,000달러                                  | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 146.60<br>달러      |
| Providence Medicare Focus Medical (HMO)               | H9047-033  | HMO   |           | 140달러      | 3,800달러                                  | 0달러      | 해당<br>없음 | Rx 없음               | Rx 없음             |

참고사항: 모든 플랜이 모든 약품 계층에 약품 본인부담금을 적용하는 것은 아닙니다. 약품 보장에 대한 자세한 내용은 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare) 를 참조하십시오.

| 플랜 이름                                       | 플랜 및 계약 번호 | 플랜 유형 | Rx 포함 보험료   | Rx 미포함 보험료 | 보험사계약/ 보험사계약 및 미계약 MOOP ( 최대 가입 등록자 부담금) | 건강 본인부담금  | 약품 본인부담금 | 약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화 | 100% 추가 지원 포함 보험료 |
|---|------------|-------|-------------|------------|--|-----------|----------|---------------------|-------------------|
| 매리언 카운티                                     |            |       |             |            |  |           |          |                     |                   |
| Providence Medicare Reverence (HMO-POS)     | H9047-035  | HMO   |             | 25달러       | 5,000달러                                  | 0달러       | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| Providence Medicare Timber + Rx (HMO)       | H9047-054  | HMO   | 0달러         |            | 6,000달러                                  | 0달러       | 250달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Regence MedAdvantage + Rx Classic (PPO)     | H3817-008  | PPO   | 73달러        |            | 5,700달러/<br>9,550달러                      | 0달러       | 50달러     | 개선됨                 | 53달러              |
| Regence MedAdvantage + Rx Enhanced (PPO)    | H3817-009  | PPO   | 192<br>달러   |            | 5,000달러/<br>9,550달러                      | 0달러       | 0달러      | 개선됨                 | 165.80<br>달러      |
| Regence MedAdvantage + Rx Primary (PPO)     | H3817-011  | PPO   | 29달러        |            | 6,000달러/<br>9,550달러                      | 0달러       | 100달러    | 개선됨                 | 29달러              |
| Regence Valiance (PPO)                      | H3817-010  | PPO   |             | 0달러        | 5,000달러/<br>9,550달러                      | 0달러       | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| UHC Complete Care OR-5 (HMO-POS C-SNP)      | H3805-040  | HMO   | 0달러         |            | 4,500달러                                  | 0달러       | 255달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| UHC Complete Care Support OR-1A (PPO C-SNP) | H2001-045  | PPO   | 26.20<br>달러 |            | 9,350/<br>14,000달러                       | 해당 없음     | 590달러    | 기본                  | 0달러               |
| Wellcare Giveback Open (PPO)                | H5439-015  | PPO   | 0달러         |            | \$8,850/<br>13,300달러                     | 해당 없음     | 420달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Wellcare Low Premium Open (PPO)             | H5439-019  | PPO   | 38달러        |            | 6,800달러/<br>10,000달러                     | 225<br>달러 | 420달러    | 개선됨                 | 38달러              |

참고사항: 모든 플랜이 모든 약품 계층에 약품 본인부담금을 적용하는 것은 아닙니다. 약품 보장에 대한 자세한 내용은 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare) 를 참조하십시오.

| 플랜 이름  | 플랜 및 계약 번호 | 플랜 유형 | Rx 포함 보험료 | Rx 미포함 보험료 | 보험사계약/ 보험사계약 및 미계약 MOOP ( 최대 가입 등록자 부담금) | 건강 본인부담금  | 약품 본인부담금 | 약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화 | 100% 추가 지원 포함 보험료 |
|--|------------|-------|-----------|------------|--|-----------|----------|---------------------|-------------------|
| <b>매리언 카운티</b>   |            |       |           |            |  |           |          |                     |                   |
| Wellcare Patriot Giveback Open (PPO)                   | H5439-010  | PPO   |           | 0달러        | 5,000달러/<br>7,400달러                      | 200<br>달러 | 해당<br>없음 | Rx 없음               | Rx 없음             |
| Wellcare Premium Ultra Open (PPO)                      | H5439-011  | PPO   | 146<br>달러 |            | 4,000달러/<br>6,200달러                      | 175달러     | 420달러    | 개선됨                 | 122.40<br>달러      |
| Wellcare Simple (HMO-POS)                              | H6815-039  | HMO   | 0달러       |            | 6,000달러                                  | 140<br>달러 | 420달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Wellcare Simple Open (PPO)                             | H5439-017  | PPO   | 0달러       |            | 3,450/<br>3,450달러                        | 0달러       | 420달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Wellcare Simple Value (HMO-POS)                        | H6815-038  | HMO   | 0달러       |            | 6,600달러                                  | 150달러     | 420달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| <b>모로 카운티 - 베이커 카운티를 참조하십시오</b>                        |            |       |           |            |  |           |          |                     |                   |
| <b>멀트노머 카운티 - 클랙커미스 카운티를 참조하십시오</b>                    |            |       |           |            |  |           |          |                     |                   |
| <b>포크 카운티</b>  |            |       |           |            |  |           |          |                     |                   |
| AARP 메디케어 어드밴티지 Essentials UHC OR-4 (HMO-POS)          | H3805-039  | HMO   | 0달러       |            | 4,500달러                                  | 0달러       | 255달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| AARP Medicare Advantage Extras from UHC OR-6 (HMO-POS) | H3805-041  | HMO   | 0달러       |            | 6,700달러                                  | 0달러       | 340달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| AARP 메디케어 어드밴티지 UHC OR-0001 (PPO)                      | H2406-042  | PPO   | 49달러      |            | 4,900달러/<br>10,100달러                     | 0달러       | 420달러    | 개선됨                 | 22.80<br>달러       |
| AARP 메디케어 어드밴티지 UHC OR-0002 (PPO)                      | H2406-070  | PPO   | 0달러       |            | 6,700달러/<br>10,100달러                     | 0달러       | 420달러    | 개선됨                 | 0달러               |

참고사항: 모든 플랜이 모든 약품 계층에 약품 본인부담금을 적용하는 것은 아닙니다. 약품 보장에 대한 자세한 내용은 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) 를 참조하십시오.

| 플랜 이름   | 플랜 및 계약 번호 | 플랜 유형 | Rx 포함 보험료 | Rx 미포함 보험료 | 보험사계약/ 보험사계약 및 미계약 MOOP ( 최대 가입 등록자 부담금) | 건강 본인부담금 | 약품 본인부담금 | 약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화 | 100% 추가 지원 포함 보험료 |
|---|------------|-------|-----------|------------|--|----------|----------|---------------------|-------------------|
| <b>포크 카운티</b>   |            |       |           |            |  |          |          |                     |                   |
| AARP 메디케어 어드밴티지 UHC OR-0003 (HMO-POS)                 | H3805-001  | HMO   | 46달러      |            | 3,500달러                                  | 0달러      | 255달러    | 개선됨                 | 19.80 달러          |
| AARP 메디케어 어드밴티지 Patriot No Rx OR-MA01 (PPO)           | H2406-073  | PPO   |           | 0달러        | 6,700달러/ 10,100달러                        | 0달러      | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| ATRIO Choice Rx (PPO)                                 | H7006-007  | PPO   | 0달러       |            | 6,750달러/ 8,500달러                         | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 0달러               |
| ATRIO Prime Rx (HMO)                                  | H5995-004  | HMO   | 0달러       |            | 4,500달러                                  | 0달러      | 350달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| ATRIO Prime Rx (PPO)                                  | H7006-0033 | PPO   | 96달러      |            | 4,150달러/ 5,700달러                         | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 0달러               |
| ATRIO Support Rx (PPO C-SNP)                          | H7006-022  | PPO   | 0달러       |            | 4,900달러/ 4,900달러                         | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 0달러               |
| Kaiser Permanente Senior Advantage Enhanced (HMO-POS) | H9003-001  | HMO   | 114 달러    |            | 3,000달러                                  | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 114달러             |
| Kaiser Permanente Senior Advantage Standard (HMO-POS) | H9003-006  | HMO   | 28달러      |            | 4,175달러                                  | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 28달러              |
| Kaiser Permanente Senior Advantage Value (HMO-POS)    | H9003-009  | HMO   | 0달러       |            | 5,000달러                                  | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 0달러               |
| Providence Medicare Bridge + Rx (HMO-POS)             | H9047-059  | HMO   | 29달러      |            | 6,500달러                                  | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 2.80 달러           |
| Providence Medicare Choice + Rx (HMO-POS)             | H9047-065  | HMO   | 82달러      |            | 5,000달러                                  | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 55.80 달러          |

참고사항: 모든 플랜이 모든 약품 계층에 약품 본인부담금을 적용하는 것은 아닙니다. 약품 보장에 대한 자세한 내용은 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) 를 참조하십시오.

| 플랜 이름                                       | 플랜 및 계약 번호 | 플랜 유형 | Rx 포함 보험료 | Rx 미포함 보험료 | 보험사계약/ 보험사계약 및 미계약 MOOP ( 최대 가입 등록자 부담금) | 건강 본인부담금 | 약품 본인부담금 | 약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화 | 100% 추가 지원 포함 보험료 |
|---|------------|-------|-----------|------------|--|----------|----------|---------------------|-------------------|
| <b>포크 카운티</b>                               |            |       |           |            |  |          |          |                     |                   |
| Providence Medicare Extra + Rx (HMO)        | H9047-064  | HMO   | 161 달러    |            | 4,000달러                                  | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 146.60 달러         |
| Providence Medicare Focus Medical (HMO)     | H9047-033  | HMO   |           | 140달러      | 3,800달러                                  | 0달러      | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| Providence Medicare Reverence (HMO-POS)     | H9047-035  | HMO   |           | 25달러       | 5,000달러                                  | 0달러      | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| Providence Medicare Timber + Rx (HMO)       | H9047-054  | HMO   | 0달러       |            | 6,000달러                                  | 0달러      | 250달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Regence MedAdvantage + Rx Classic (PPO)     | H3817-008  | PPO   | 96달러      |            | 5,700달러/<br>9,550달러                      | 0달러      | 50달러     | 개선됨                 | 0달러               |
| Regence MedAdvantage + Rx Enhanced (PPO)    | H3817-009  | PPO   | 179 달러    |            | 5,000달러/<br>9,550달러                      | 0달러      | 100달러    | 개선됨                 | 152.80 달러         |
| Regence Valiance (PPO)                      | H3817-010  | PPO   |           | 0달러        | 5,000달러/<br>9,500달러                      | 0달러      | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| UHC Complete Care OR-5 (HMO-POS C-SNP)      | H3805-040  | HMO   | 0달러       |            | 4,500달러                                  | 0달러      | 225달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| UHC Complete Care Support OR-1A (PPO C-SNP) | H2001-045  | PPO   | 26.20 달러  |            | 9,350/<br>14,000달러                       | 해당 없음    | 590달러    | 기본                  | 0달러               |
| Wellcare Giveback Open (PPO)                | H5439-015  | PPO   | 0달러       |            | \$8,850/<br>13,300달러                     | 해당 없음    | 420달러    | 개선됨                 | 0달러               |

참고사항: 모든 플랜이 모든 약품 계층에 약품 본인부담금을 적용하는 것은 아닙니다. 약품 보장에 대한 자세한 내용은 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare) 를 참조하십시오.

| 플랜 이름                                | 플랜 및 계약 번호 | 플랜 유형 | Rx 포함 보험료 | Rx 미포함 보험료 | 보험사계약/ 보험사계약 및 미계약 MOOP ( 최대 가입 등록자 부담금) | 건강 본인부담금  | 약품 본인부담금 | 약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화 | 100% 추가 지원 포함 보험료 |
|--------------------------------------|------------|-------|-----------|------------|--|-----------|----------|---------------------|-------------------|
| <b>포크 카운티</b>                        |            |       |           |            |  |           |          |                     |                   |
| Wellcare Low Premium Open (PPO)      | H5439—019  | PPO   | 38달러      |            | 6,800달러/<br>10,000달러                     | 225<br>달러 | 420달러    | 개선됨                 | 38달러              |
| Wellcare Patriot Giveback Open (PPO) | H5439—010  | PPO   |           | 0달러        | 5,000달러/<br>7,400달러                      | 200<br>달러 | 해당<br>없음 | Rx 없음               | Rx 없음             |
| Wellcare Premium Ultra Open (PPO)    | H5439-011  | PPO   | 146<br>달러 |            | 4,000달러/<br>6,200달러                      | 175달러     | 420달러    | 개선됨                 | 122.40<br>달러      |
| Wellcare Simple (HMO-POS)            | H6815-039  | HMO   | 0달러       |            | 6,000달러                                  | 140<br>달러 | 420달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Wellcare Simple Open (PPO)           | H5439-017  | PPO   | 0달러       |            | \$3,450/<br>\$3,450                      | 0달러       | 420달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Wellcare Simple Value (HMO-POS)      | H6815-038  | HMO   | 0달러       |            | 6,600달러                                  | 0달러       | 420달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| <b>셔만 카운티</b>                        |            |       |           |            |  |           |          |                     |                   |
| Humana USAA Honor Giveback (PPO)     | H5216-301  | PPO   |           | 0달러        | 5,100달러/<br>6,000달러                      | 100<br>달러 | 해당<br>없음 | Rx 없음               | Rx 없음             |
| Humana USAA Honor Giveback (PPO)     | H5216-427  | PPO   |           | 0달러        | 9,350달러/<br>13,300달러                     | 100<br>달러 | 해당<br>없음 | Rx 없음               | Rx 없음             |
| HumanaChoice H5216-048 (PPO)         | H5216-048  | PPO   | 118<br>달러 |            | 6,700달러/<br>10,000달러                     | 0달러       | 590달러    | 개선됨                 | 74.80<br>달러       |
| HumanaChoice H5216-428 (PPO)         | H5216-428  | PPO   | 0달러       |            | 6,750달러/<br>10,000달러                     | 75달러      | 125달러    | 개선됨                 | 0달러               |

참고사항: 모든 플랜이 모든 약품 계층에 약품 본인부담금을 적용하는 것은 아닙니다. 약품 보장에 대한 자세한 내용은 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare) 를 참조하십시오.

| 플랜 이름  | 플랜 및 계약 번호 | 플랜 유형 | Rx 포함 보험료 | Rx 미포함 보험료 | 보험사계약/ 보험사계약 및 미계약 MOOP ( 최대 가입 등록자 부담금) | 건강 본인부담금  | 약품 본인부담금 | 약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화 | 100% 추가 지원 포함 보험료 |
|--|------------|-------|-----------|------------|--|-----------|----------|---------------------|-------------------|
| <b>셔만 카운티</b>  |            |       |           |            |  |           |          |                     |                   |
| HumanaChoice H5525-054 (PPO)                             | H5525-054  | PPO   | 78달러      |            | 7,200달러/<br>12,450달러                     | 700<br>달러 | 350달러    | 개선됨                 | 60.90<br>달러       |
| PacificSource Medicare Essentials Choice 2 (HMO-POS)     | H3864-002  | HMO   |           | 0달러        | 5,950달러/<br>8,950달러                      | 0달러       | 해당<br>없음 | Rx 없음               | Rx 없음             |
| PacificSource Medicare Essentials Choice Rx 14 (HMO-POS) | H3864-014  | HMO   | 93달러      |            | 5,950달러/<br>8,950달러                      | 0달러       | 199달러    | 개선됨                 | 81.30<br>달러       |
| PacificSource Medicare Essentials Choice Rx 36 (HMO-POS) | H3864-036  | HMO   | 15달러      |            | 6,200달러/<br>8,950달러                      | 0달러       | 499달러    | 개선됨                 | 15달러              |
| PacificSource Medicare Essentials Rx 27 (HMO)            | H3864-027  | HMO   | 43달러      |            | 6,200달러                                  | 0달러       | 399달러    | 개선됨                 | 43달러              |
| PacificSource Medicare Essentials Rx 6 (HMO)             | H3864-006  | HMO   | 209<br>달러 |            | 4,950달러                                  | 0달러       | 0달러      | 개선됨                 | 182달러             |
| <b>틸라무크 카운티</b>  |            |       |           |            |  |           |          |                     |                   |
| <b>우마틸라 카운티</b>  |            |       |           |            |  |           |          |                     |                   |
| <b>유니온 카운티</b>   |            |       |           |            |  |           |          |                     |                   |
| <b>왈로와 카운티 - 베이커 카운티를 참조하십시오</b>                         |            |       |           |            |  |           |          |                     |                   |
| <b>와스코 카운티</b>   |            |       |           |            |  |           |          |                     |                   |
| PacificSource Medicare Essentials Choice 2 (HMO-POS)     | H3864-002  | HMO   |           | 0달러        | 5,950달러/<br>8,950달러                      | 0달러       | 해당<br>없음 | Rx 없음               | Rx 없음             |

참고사항: 모든 플랜이 모든 약품 계층에 약품 본인부담금을 적용하는 것은 아닙니다. 약품 보장에 대한 자세한 내용은 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare) 를 참조하십시오.

| 플랜 이름  | 플랜 및 계약 번호 | 플랜 유형 | Rx 포함 보험료 | Rx 미포함 보험료 | 보험사계약/ 보험사계약 및 미계약 MOOP ( 최대 가입 등록자 부담금) | 건강 본인부담금 | 약품 본인부담금 | 약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화 | 100% 추가 지원 포함 보험료 |
|--|------------|-------|-----------|------------|--|----------|----------|---------------------|-------------------|
| <b>와스코 카운티</b>   |            |       |           |            |  |          |          |                     |                   |
| PacificSource Medicare Essentials Choice Rx 14 (HMO-POS) | H3864-014  | HMO   | 93달러      |            | 5,950달러/<br>8,950달러                      | 0달러      | 199달러    | 개선됨                 | 81.30<br>달러       |
| PacificSource Medicare Essentials Choice Rx 36 (HMO-POS) | H3864-036  | HMO   | 15달러      |            | 6,200달러/<br>8,950달러                      | 0달러      | 499달러    | 개선됨                 | 15달러              |
| PacificSource Medicare Essentials Rx 27 (HMO)            | H3864-027  | HMO   | 43달러      |            | 6,200달러                                  | 0달러      | 399달러    | 개선됨                 | 43달러              |
| PacificSource Medicare Essentials Rx 6 (HMO)             | H3864-006  | HMO   | 209<br>달러 |            | 4,950달러                                  | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 182.80<br>달러      |
| <b>워싱턴 카운티 - 클랙커미스 카운티를 참조하십시오</b>                       |            |       |           |            |  |          |          |                     |                   |
| <b>힐러 카운티</b>  |            |       |           |            |  |          |          |                     |                   |
| PacificSource Medicare Essentials Choice 2 (HMO-POS)     | H3864-002  | HMO   |           | 0달러        | 5,950달러/<br>8,950달러                      | 0달러      | 해당<br>없음 | Rx 없음               | Rx 없음             |
| PacificSource Medicare Essentials Choice Rx 14 (HMO-POS) | H3864-014  | HMO   | 93달러      |            | 5,950달러/<br>8,950달러                      | 0달러      | 199달러    | 개선됨                 | 81.30<br>달러       |
| PacificSource Medicare Essentials Choice Rx 36 (HMO-POS) | H3864-036  | HMO   | 15달러      |            | 6,200달러/<br>8,950달러                      | 0달러      | 499달러    | 개선됨                 | 15달러              |
| PacificSource Medicare Essentials Rx 27 (HMO)            | H3864-027  | HMO   | 43달러      |            | 6,200달러                                  | 0달러      | 399달러    | 개선됨                 | 43달러              |
| PacificSource Medicare Essentials Rx 6 (HMO)             | H3864-006  | HMO   | 209<br>달러 |            | 4,950달러                                  | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 182.80<br>달러      |

참고사항: 모든 플랜이 모든 약품 계층에 약품 본인부담금을 적용하는 것은 아닙니다. 약품 보장에 대한 자세한 내용은 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare) 를 참조하십시오.

| 플랜 이름  | 플랜 및 계약 번호 | 플랜 유형 | Rx 포함 보험료 | Rx 미포함 보험료 | 보험사계약/ 보험사계약 및 미계약 MOOP ( 최대 가입 등록자 부담금) | 건강 본인부담금 | 약품 본인부담금 | 약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화 | 100% 추가 지원 포함 보험료 |
|--|------------|-------|-----------|------------|--|----------|----------|---------------------|-------------------|
| <b>힐러 카운티</b>  |            |       |           |            |  |          |          |                     |                   |
| Providence Medicare Bridge + Rx (HMO-POS)              | H9047-059  | HMO   | 29달러      | 0달러        | 6,500달러                                  | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 2.80 달러           |
| Providence Medicare Choice + Rx (HMO-POS)              | H9047-065  | HMO   | 82달러      |            | 5,000달러                                  | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 55.80 달러          |
| Providence Medicare Extra + Rx(HMO)                    | H9047-064  | HMO   | 161 달러    |            | 4,000달러                                  | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 146.60 달러         |
| Providence Medicare Focus Medical (HMO)                | H9047-03   | HMO   |           | 140달러      | 3,800달러                                  | 0달러      | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| Providence Medicare Reverence (HMO-POS)                | H9047-035  | HMO   |           | 25달러       | 5,000달러                                  | 0달러      | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| Providence Medicare Timber + Rx (HMO)                  | H9047-054  | HMO   | 0달러       |            | 6,000달러                                  | 0달러      | 250달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| <b>얌힐 카운티</b>  |            |       |           |            |  |          |          |                     |                   |
| AARP 메디케어 어드밴티지 Essentials UHC OR-4 (HMO-POS)          | H3805-039  | HMO   | 0달러       |            | 4,500달러                                  | 0달러      | 255달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| AARP Medicare Advantage Extras from UHC OR-6 (HMO-POS) | H3805-041  | HMO   | 0달러       |            | 6,700달러                                  | 0달러      | 340달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| AARP 메디케어 어드밴티지 UHC OR-0001 (PPO)                      | H2406-042  | PPO   | 49달러      |            | 4,900달러/ 10,100달러                        | 0달러      | 420달러    | 개선됨                 | 22.80 달러          |
| AARP 메디케어 어드밴티지 UHC OR-0002 (PPO)                      | H2406-070  | PPO   | 0달러       |            | 6,700달러/ 10,100달러                        | 0달러      | 420달러    | 개선됨                 | 0달러               |

참고사항: 모든 플랜이 모든 약품 계층에 약품 본인부담금을 적용하는 것은 아닙니다. 약품 보장에 대한 자세한 내용은 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare) 를 참조하십시오.

| 플랜 이름  | 플랜 및 계약 번호 | 플랜 유형 | Rx 포함 보험료 | Rx 미포함 보험료 | 보험사계약/ 보험사계약 및 미계약 MOOP ( 최대 가입 등록자 부담금) | 건강 본인부담금 | 약품 본인부담금 | 약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화 | 100% 추가 지원 포함 보험료 |
|--|------------|-------|-----------|------------|--|----------|----------|---------------------|-------------------|
| <b>암힐 카운티</b>                                      |            |       |           |            |  |          |          |                     |                   |
| AARP 메디케어 어드밴티지 UHC OR-0003 (HMO-POS)              | H3805-001  | HMO   | 46달러      |            | 3,500달러                                  | 0달러      | 255달러    | 개선됨                 | 19.80 달러          |
| AARP 메디케어 어드밴티지 Patriot No Rx OR-MA01 (PPO)        | H2406-073  | PPO   |           | 0달러        | 6,700달러/ 10,100달러                        | 0달러      | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| Aetna Medicare Eagle (PPO)                         | H9431-015  | PPO   |           |            | 5,900달러/ 8,950달러                         | 0달러      | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| Aetna Medicare Elite Plan (HMO-POS)                | H2056-003  | HMO   | 0달러       |            | 5,900달러                                  | 500 달러   | 0달러      | 개선됨                 | 0달러               |
| Aetna 메디케어 Greater Portland Eagle (PPO)            | H5521-493  | PPO   |           | 0달러        | 5,900달러/ 8,950달러                         | 0달러      | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| Aetna 메디케어 Preferred (PPO)                         | H5521-492  | PPO   | 0달러       |            | 6,900달러/ 12,000달러                        | 0달러      | 590달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Aetna Medicare Value (HMO-POS)                     | H2056-004  | HMO   | 0달러       |            | 6,350달러                                  | 0달러      | 590달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| AgeRight Advantage Premier Health Plan (HMO C-SNP) | H1372-003  | HMO   | 55달러      |            | 5,000달러                                  | 0달러      | 300달러    | 개선됨                 | 28.80 달러          |
| ATRIO Choice Rx (PPO)                              | H7006-018  | PPO   | 0달러       |            | 4,150달러/ 4,150달러                         | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 0달러               |
| ATRIO Freedom(PPO)                                 | H7006-021  | PPO   |           | 0달러        | 4,150달러/ 4,150달러                         | 0달러      | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| ATRIO Select Rx (PPO)                              | H7006-019  | PPO   | 40달러      |            | 4,150달러/ 4,150달러                         | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 40달러              |

참고사항: 모든 플랜이 모든 약품 계층에 약품 본인부담금을 적용하는 것은 아닙니다. 약품 보장에 대한 자세한 내용은 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare) 를 참조하십시오.

| 플랜 이름   | 플랜 및 계약 번호 | 플랜 유형 | Rx 포함 보험료 | Rx 미포함 보험료 | 보험사계약/ 보험사계약 및 미계약 MOOP ( 최대 가입 등록자 부담금) | 건강 본인부담금 | 약품 본인부담금 | 약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화 | 100% 추가 지원 포함 보험료 |
|---|------------|-------|-----------|------------|--|----------|----------|---------------------|-------------------|
| <b>얌힐 카운티</b>   |            |       |           |            |  |          |          |                     |                   |
| Kaiser Permanente Senior Advantage Enhanced (HMO-POS) | H9003-001  | HMO   | 114 달러    |            | 3,000달러                                  | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 114달러             |
| Kaiser Permanente Senior Advantage Standard (HMO-POS) | H9003-006  | HMO   | 28달러      |            | 4,175달러                                  | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 28달러              |
| Kaiser Permanente Senior Advantage Value (HMO-POS)    | H9003-009  | HMO   | 0달러       |            | 5,000달러                                  | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 0달러               |
| Providence Medicare Bridge + Rx (HMO-POS)             | H9047-059  | HMO   | 29달러      |            | 6,500달러                                  | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 2.80 달러           |
| Providence Medicare Choice + Rx (HMO-POS)             | H9047-065  | HMO   | 82달러      |            | 5,000달러                                  | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 55.80 달러          |
| Providence Medicare Extra + Rx (HMO)                  | H9047-064  | HMO   | 161 달러    |            | 4,000달러                                  | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 146.60 달러         |
| Providence Medicare Focus Medical (HMO)               | H9047-033  | HMO   |           | 140달러      | 3,800달러                                  | 0달러      | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| Providence Medicare Prime + Rx (HMO)                  | H9047-037  | HMO   | 0달러       |            | 5,000달러                                  | 0달러      | 250달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Providence Medicare Reverence (HMO-POS)               | H9047-035  | HMO   |           | 25달러       | 5,000달러                                  | 0달러      | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| Regence MedAdvantage + Rx Classic (PPO)               | H3817-008  | PPO   | 73달러      |            | 5,700달러/<br>9,550달러                      | 0달러      | 50달러     | 개선됨                 | 53달러              |
| Regence MedAdvantage + Rx Enhanced (PPO)              | H3817-009  | PPO   | 192 달러    |            | 5,000달러/<br>9,550달러                      | 0달러      | 0달러      | 개선됨                 | 165.80 달러         |

참고사항: 모든 플랜이 모든 약품 계층에 약품 본인부담금을 적용하는 것은 아닙니다. 약품 보장에 대한 자세한 내용은 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) 를 참조하십시오.

| 플랜 이름                                       | 플랜 및 계약 번호 | 플랜 유형 | Rx 포함 보험료 | Rx 미포함 보험료 | 보험사계약/ 보험사계약 및 미계약 MOOP ( 최대 가입 등록자 부담금) | 건강 본인부담금 | 약품 본인부담금 | 약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화 | 100% 추가 지원 포함 보험료 |
|---|------------|-------|-----------|------------|--|----------|----------|---------------------|-------------------|
| <b>암힐 카운티</b>                               |            |       |           |            |  |          |          |                     |                   |
| Regence MedAdvantage + Rx Primary (PPO)     | H3817-011  | PPO   | 29달러      |            | 6,000달러/<br>9,550달러                      | 0달러      | 100달러    | 개선됨                 | 29달러              |
| Regence Valiance (PPO)                      | H3817-010  | PPO   |           | 0달러        | 5,000달러/<br>9,550달러                      | 0달러      | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| UHC 종합 관리 OR-5 (HMO-POS C-SNP)              | H3805-040  | HMO   | 0달러       |            | 4,500달러                                  | 0달러      | 255달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| UHC Complete Care Support OR-1A (PPO C-SNP) | H2001-045  | PPO   | 26.20 달러  |            | 9,350/<br>14,000달러                       | 해당 없음    | 590달러    | 기본                  | 0달러               |
| Wellcare Giveback Open (PPO)                | H5439-015  | PPO   | 0달러       |            | \$8,850/<br>13,300달러                     | 해당 없음    | 420달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Wellcare Low Premium Open (PPO)             | H5439-019  | PPO   | 38달러      |            | 6,800달러/<br>10,000달러                     | 225 달러   | 420달러    | 개선됨                 | 38달러              |
| Wellcare Patriot Giveback Open (PPO)        | H5439-010  | PPO   |           | 0달러        | 5,000달러/<br>7,400달러                      | 200 달러   | 해당 없음    | Rx 없음               | Rx 없음             |
| Wellcare Premium Ultra Open (PPO)           | H5439-011  | PPO   | 146 달러    |            | 4,000달러/<br>6,200달러                      | 175달러    | 420달러    | 개선됨                 | 122.40 달러         |
| Wellcare Simple (HMO-POS)                   | H6815-039  | HMO   | 0달러       |            | 6,000달러                                  | 140 달러   | 420달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Wellcare Simple Open (PPO)                  | H5439-017  | PPO   | 0달러       |            | \$3,450/<br>\$3,450                      | 0달러      | 420달러    | 개선됨                 | 0달러               |
| Wellcare Simple Value (HMO-POS)             | H6815-038  | HMO   | 0달러       |            | 6,600달러                                  | 150달러    | 420달러    | 개선됨                 | 0달러               |

참고사항: 모든 플랜이 모든 약품 계층에 약품 본인부담금을 적용하는 것은 아닙니다. 약품 보장에 대한 자세한 내용은 [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare) 를 참조하십시오.

# 항소



## 항소

기존 메디케어, 메디케어 어드밴티지 및 파트 D 플랜에는 5가지 수준의 이의 제기가 있습니다. 차이는 보통 포함되는 시간 프레임에 있습니다. 사용 가능한 신속한 프로세스가 있을 수 있습니다. 더 자세한 내용은 [medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/appeals](https://www.medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/appeals) 에서 참조하십시오. 이의 제기는 수혜자, 의료 제공자 또는 대리인에 의해 제기될 수 있습니다. 사례와 관련된 모든 정보의 사본이 포함됩니다. 항상 부정에 대해 이의를 제기하십시오.

| 이의 제기 수준 | 메디케어 파트 A와 파트 B      | 메디케어 어드밴티지    | 파트 D        |
|----------|----------------------|---------------|-------------|
| 1        | 메디케어 계약자             | 메디케어 어드밴티지 플랜 | 메디케어 처방약 플랜 |
| 2        | 적격 독립 계약자            | 독립 검토 엔터티     |             |
| 3        | 메디케어 청문회 사무소 및 이의 제기 |               |             |
| 4        | 메디케어 이의 제기 위원회       |               |             |
| 5        | 위헌 법률 심사권            |               |             |

## 기존 메디케어 이의 제기 단계

### 재결정

- 문제에 따라 메디케어 운송업체, 재정 중개업체 또는 메디케어 관리 계약업체가 수행합니다.
  - » 이의 제기 정보는 메디케어 요약 통지서에 나와 있습니다.
- 처리 기간 60일 제한으로 120일을 신청.
- 신속 처리:
  - » 품질 개선 기관에서 수행합니다.
  - » 72시간 제한으로 다음날 정오까지 신청합니다.

### 재고려

- 적격 독립 계약자가 수행합니다.
- 처리 기간 60일 제한으로 180일을 신청.
- 신속 처리:
  - » 적격 독립 계약자가 수행합니다.
  - » 72시간 제한으로 다음날 정오까지 신청합니다.

### 행정법원 판사

- 메디케어 청문회 및 항소 사무국에서 수행합니다.
  - » 해당 최소 금액은 2025년에 180달러 이상이어야 합니다.
- 90일 제한으로 60일을 신청.

### 메디케어 이의 제기 위원회

- 처리 기간 90일 제한으로 60일을 신청.

### 위헌 법률 심사권

- 연방 지방법원에서 수행했습니다.
  - » 해당 금액은 2025년에 1,840달러 이상이어야 합니다.
- 제출 기간 60일.

## 메디케어 어드밴티지 항소 단계

### 재고려

- 메디케어 어드밴티지 플랜에서 수행합니다.
- 접수까지 60일, 사전 서비스 30일 제한, 결제까지 60일 제한.
- 신속 처리:
  - » 72시간 제한으로 접수까지 60일.
  - » 지불 요청은 신속하게 처리할 수 없습니다.

### 독립적 검토

#### 기관 재고

- 독립 검토 엔터티에서 수행합니다.
- 보험 거부가 확인되면 자동으로 사전 서비스 30일 제한, 60일 지불로 제한합니다.
- 신속 처리:
  - » 72시간 제한으로 접수까지 60일.
  - » 지불 요청은 신속하게 처리할 수 없습니다.

### 행정법 판사

- 메디케어 청문회 및 항소 사무국에서 수행합니다.
  - » 해당 최소 금액은 2025년에 180달러 이상이어야 합니다.
- 신고까지 60일, 법적 처리 기한은 없습니다.

### 메디케어 이의 제기 위원회

- 신고까지 60일, 법적 처리 기한은 없습니다.

### 위헌 법률 심사권

- 연방 지방법원에서 수행했습니다.
  - » 해당 금액은 2025년에 1,840달러 이상이어야 합니다.
- 제출 기간 60일.

## 파트 D 이의 신청 단계

### 재결정

- 처방약 보험 플랜이 진행합니다.
- 7일 제한으로 접수까지 60일.
- 신속 처리:
  - » 72시간 제한으로 접수까지 60일.

### 독립적 검토 기관 재고

- 독립 검토 엔터티에서 수행합니다.
- 7일 제한으로 접수까지 60일.
- 신속 처리:
  - » 72시간 제한으로 접수까지 60일.

### 행정법 판사

- 메디케어 청문회 및 항소 사무국에서 수행합니다.
  - » 해당 최소 금액은 2025년에 180달러 이상이어야 합니다.
- 90일 제한으로 접수까지 60일.
- 신속 처리:
  - » 10일 제한으로 접수까지 60일.

### 메디케어 이의 신청 제기 위원회

- 90일 제한으로 접수까지 60일.
- 신속 처리:
  - » 10일 제한으로 접수까지 60일.

### 위헌 법률 심사권

- 연방 지방법원에서 수행했습니다.
  - » 해당 금액은 2025년에 1,840달러 이상이어야 합니다.
- 제출 기간 60일.

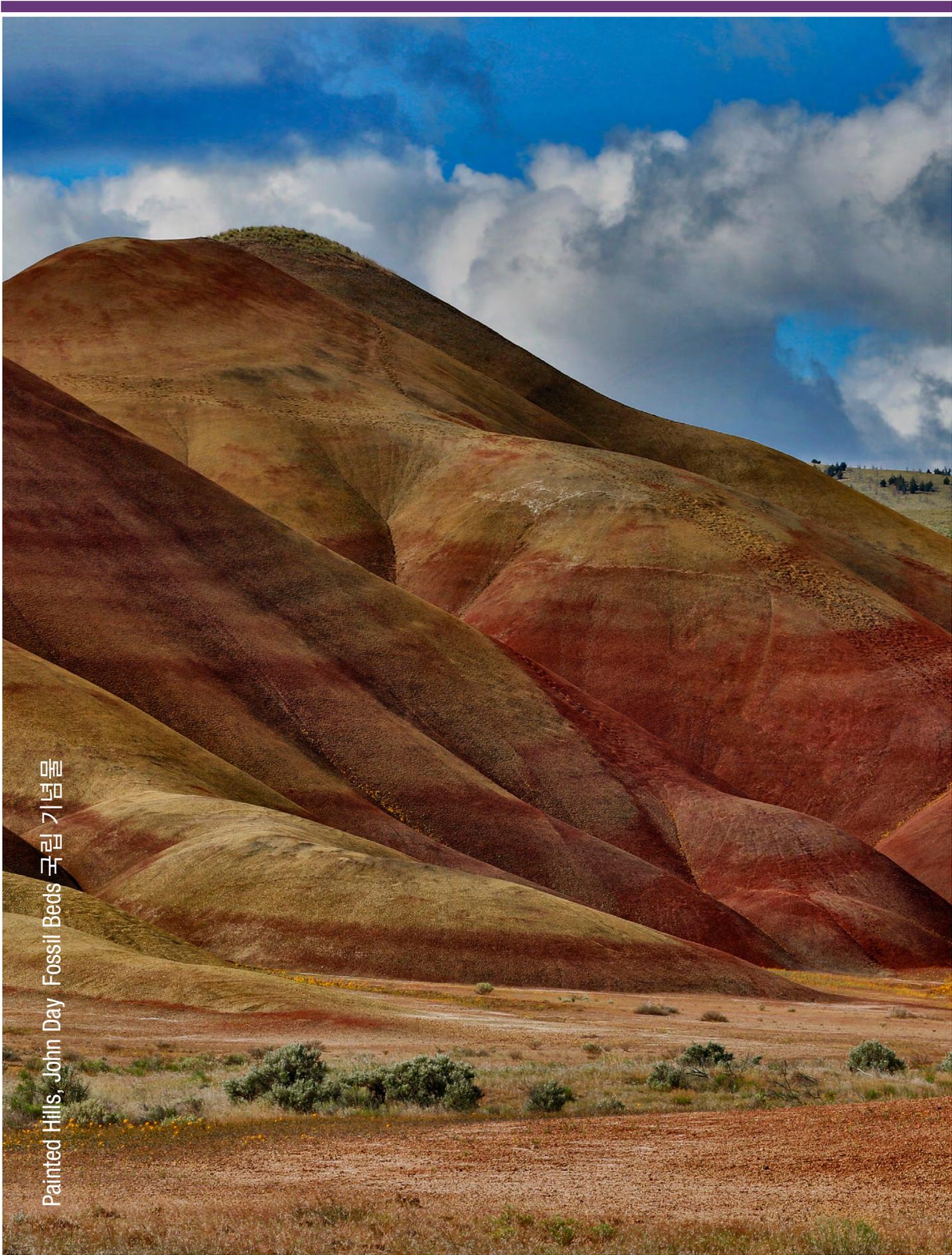


### 팁과 힌트

**참고 사항:** 치과, 시각 및 청각 검사와 같은 선택적 보조 혜택은 메디케어 어드밴티지 이의 신청 절차에 따라 보장됩니다.

캐나다두루미





Painted Hills, John Day Fossil Beds 국립 기념물

# 자원과 출판물

이러한 출판물 및 기타 출판물의 무료 사본을 요청하거나 나열된 웹 사이트 중 하나에서 볼 수 있습니다. **메디케어 및 메디케이드 서비스 센터(CMS)** 출판물 번호는 괄호 안에 표시되어 있습니다.

## SHIBA 5가지 인기 CMS 출판물

1. "누가 먼저 비용을 지불하는가" (02179)
2. "의료 기본사항: 메디케어 가입자 가족과 친구를 위한 가이드" (11034)
3. "메디캡 정책 선택: 메디케어 가입자를 위한 가이드" (02110)
4. "신장 투석 및 이식 서비스의 메디케어 보장범위"(10128)
5. "당뇨병과 의료용품의 메디케어 보장범위" (11022)

## 메디케어 간행물 신청

- 800-메디케어 (800-633-4227)에 전화하십시오
- 웹사이트: [medicare.gov/publications](https://www.medicare.gov/publications)

## 웹사이트 자원

- 오레곤 주의 노령화 및 장애자원 센터 (ADRC): [adrcforegon.org](https://www.adrcforegon.org)
- 메디케어 권리 센터: [medicarerights.org](https://www.medicarerights.org)
- 보험혜택 확인: [oregon.benefitscheckup.org](https://www.oregon.benefitscheckup.org)
- 건강 보험 마켓플레이스: [healthcare.gov](https://www.healthcare.gov)
- 금융 규제 부서: [dfr.oregon.gov](https://www.dfr.oregon.gov)



## 팁과 힌트

의료 서비스 제공자 또는 보험 회사 이외의 사람이 의료 보험 정보를 요청할 경우 제공하지 마십시오.

공인 보험 대리점으로부터 보험 가입 정보를 받기 위해 메디케어 번호를 제공할 필요는 없습니다. 그러나 보험 플랜에 가입하려면 메디케어 번호가 **필요합니다**.

## SHIBA 정보

노인의료보험혜택지원(SHIBA) 프로그램은 Oregon Department of Human Services Office of Aging and Disabilities의 일부입니다. SHIBA는 지역사회 생활 관리국(ACL) 주 의료 보험 지원 프로그램(SHIP) 네트워크의 일부입니다. SHIP은 의료 보험 가입자에게 일대일 지원을 제공하는 주 전체의 공인 상담사 네트워크입니다.

SHIBA의 목표는 비밀 보장과 객관적인 상담을 제공함으로써 고객이 의료보험에 대해 공식 정보에 입각한 의사결정을 내릴 수 있도록 돕는 것입니다.

다음 목적을 위해 SHIBA 프로그램에 연계하십시오.

- 무료 인쇄물 책자 주문
- 무료 지원 받기:
  - » 메디케어 어드밴티지 플랜, 메디갭 정책 및 처방약 플랜의 청구 또는 비교, 또는
  - » 장기 진료 보험 이해
- SHIBA 공인 상담사 자격 문의

## 연락처 정보

- 사용자 부담 전화 **800-722-4134**
- 이메일: [shiba.oregon@odhs.oregon.gov](mailto:shiba.oregon@odhs.oregon.gov)
- 웹사이트: [shiba.oregon.gov](http://shiba.oregon.gov)



### 팁과 힌트

파트 D 추가 지원 신청에 대한 도움이 필요한 경우 **855-447-0155** (무료)로 오레곤 메디케어 저축 센터에 문의하십시오



## 전화 연락처 (모두 수신자 부담)

|  |              |
|--|--------------|
| 노화 및 장애 자원 센터(Aging and Disability Resource Connection: ADRC)        | 855-673-2372 |
| 혜택 조정 및 회복 센터(Benefits Coordination & Recovery Center) .....         | 855-798-2627 |
| <a href="http://HealthCare.gov">HealthCare.gov</a> (연방 마켓플레이스) ..... | 800-318-2596 |
| 어센트라 헬스(의료품질 향상 기구).....   | 888-305-6759 |
| 장기 영양 고충처리위원회.....   | 800-522-2602 |
| 메디케어(크리스마스 제외 항상 이용 가능) .....  | 800-633-4227 |
| Noridian(DME 청구) .....   | 877-320-0390 |
| Noridian(파트 A 및 파트 B 청구) .....                                       | 877-908-8431 |
| 오레곤 치과 협회 .....  | 503-218-2010 |
| 오레곤 금융 규제 부서 .....   | 888-877-4894 |
| 오레곤 건강 보험 마켓플레이스.....  | 855-268-3767 |
| 오레곤 건강 플랜 .....  | 800-699-9075 |
| 오레곤 의학 위원회 .....   | 877-254-6263 |
| 오레곤 메디케어 저축 연결 서비스.....  | 855-447-0155 |
| 오레곤 변호사 의뢰 서비스 .....   | 800-452-7636 |
| PERS 의료보험 프로그램(PHIP).....  | 800-768-7377 |
| 철도청 은퇴자 위원회.....   | 877-772-5772 |
| 사회 보장국 (월요일-금요일, 오전 8시-오후7시).....                                    | 800-772-1213 |
| 미국 노동부 .....   | 866-487-2365 |

## 약어

|             |                             |               |                     |
|-------------|-----------------------------|---------------|---------------------|
| ABN.....    | 사전 혜택 통지서                   | ESRD .....    | 말기 신장 질환            |
| ACA.....    | 건강 보험 개혁법                   | FDA .....     | 식품의약청               |
| ACL .....   | 거주관리청                       | FEHB .....    | 연방 직원 의료 혜택 프로그램    |
| AEP .....   | 년간 등록 기간                    | FPL.....      | 연방 빈곤 수준            |
| ADRC.....   | 노화 및 장애 자원 센터               | GEP .....     | 일반 등록 기간            |
| ALJ .....   | 행정법 판사                      | GI.....       | 가입 보장               |
| ALS .....   | 근육 위축 가쪽경화증                 | HPV .....     | 인유두종 바이러스           |
| ANOC.....   | 년간 변경 통지서                   | HIV .....     | 인체 면역 결핍 바이러스       |
| APD.....    | 노령화와 장애인                    | HMO .....     | 건강 관리 기구            |
| CMS .....   | 메디케어 및 메디케이드 서비스 센터         | HMO-POS ..... | POS 포함 HMO          |
| COBRA.....  | 합병 포괄예산 조정법                 | HSA.....      | 건강 저축 계좌            |
| DFR.....    | 금융 규제 부서                    | IEP .....     | 초기 등록 기간            |
| DME .....   | 내구성 의료 장비                   | IRE .....     | 독립 검토 엔터티           |
| DMEPOS..... | 내구성 의료 장비, 보철물, 보조 기구 및 소모품 | LEP .....     | 등록 지연 위약금           |
| DOB.....    | 생년월일                        | LIS .....     | 저소득 보조금             |
| EFT .....   | 전자 자금 이체                    | LTC.....      | 장기 요양 보호            |
| EGHP .....  | 고용주 그룹 건강 플랜                | MA .....      | 메디케어 어드밴티지          |
| EOC.....    | 보장 증명                       | MA-OEP .....  | 메디케어 어드밴티지 공개 등록 기간 |
|             |                             | MAC .....     | 메디케어 행정 계약자         |

|            |                         |             |                                |
|------------|-------------------------|-------------|--------------------------------|
| MAPD ..... | 처방약 포함 메디케어<br>어드밴티지    | QIC.....    | 적격 독립 계약자                      |
| MOOP ..... | 최대 본인부담금                | QIO.....    | 품질 향상 기구                       |
| MSA .....  | 메디케어 의료 저축<br>계좌        | QMB .....   | 적격 메디케어 수혜자                    |
| MSN .....  | 메디케어 개요 통지서             | RRB.....    | 철도청 은퇴자 위원회                    |
| MSP .....  | 메디케어 저축 프로그램            | RX.....     | 처방                             |
| ODHS.....  | 오레곤 복지부                 | SEP .....   | 특별 등록 기간                       |
| OEP .....  | 공개 등록 기간                | SHIBA ..... | 노인 의료 보험 혜택 지원                 |
| OHP.....   | 오레곤 건강 플랜               | SHIP .....  | 주 건강보험<br>프로그램                 |
| OM .....   | 기존 메디케어                 | SLMB.....   | (SMB/SMF) 지정된 저소득층<br>메디케어 수혜자 |
| OMHA ..... | 메디케어 청문회 사무소 및<br>이의 제기 | SMP .....   | 노인 메디케어 감사                     |
| OPDP ..... | 오레곤 처방약<br>프로그램         | SNF .....   | 전문 요양 시설                       |
| OT .....   | 작업 치료                   | SNP .....   | 특별 요구 플랜                       |
| PAC .....  | 사전 인증 검사                | SSA.....    | 사회부장국                          |
| PACE.....  | 포괄적 노인 관리 프로그램          | SSDI .....  | 사회 보장 장애 보험                    |
| PDP.....   | 처방약 플랜                  | SSI .....   | 보충적 소득 보장                      |
| PFFS.....  | 개인 행위별 수가제              | TTY .....   | 전신 타자기                         |
| PHSA ..... | 공중보건법                   | VA .....    | 재향군인회                          |
| PPO.....   | 선호하는 서비스 제공자<br>조직      | VSO .....   | 재향군인복무관                        |
| PT .....   | 물리 치료                   |             |                                |

# 용어집



## **ABN(사전 수혜자 통지서):**

메디케어 수혜자에게 메디케어가 적용되지 않을 수 있는 항목 또는 서비스의 비용을 알려주는 통지서입니다.

## **AEP(년간 등록 기간):**

10월 15일부터 12월 7일까지의 기간으로 이 기간에 메디케어 수혜자는 파트 D 처방약 보장 또는 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하거나 탈퇴할 수 있습니다. 변경 사항은 1월 1일부터 효력을 발생합니다. "가을철 공개 등록이라고도 합니다."

## **CHAMP VA:**

보훈부의 민간 보건 의료 프로그램입니다

## **CMS(메디케어 및 메디케이드 서비스 센터):**

미국 보건복지부의 부서는 메디케어 및 메디케이드 프로그램을 관리합니다.

## **COBRA(합병 포괄예산 조정법):**

보험 프로그램을 의무화하는 법으로 고용인에게 고용이 끝난 후에도 계속해서 의료 보험 혜택을 제공할 수 있는 기능을 제공합니다.

## **DME(내구성 의료 장비):**

산소 장비, 휠체어 및 기타 의료상 필요한 장비와 같이 가정에서 사용하는데 의료상 필요하며 의사가 처방한 장비입니다.

## **DMEPOS(내구성 의료 장비, 보철물, 보조기구 및 소모품):**

"DME"를 참조하십시오.

## **EFT(전자 자금 이체):**

컴퓨터를 통해 한 계좌에서 다른 계좌로 자금을 이체하는 것입니다. "AFT"(자동 자금 이체)라고도 합니다.

## **EGHP(고용주 그룹 건강 플랜):**

고용주를 통해 제공되는 의료 보험 또는 복지 제도입니다.

## **EOC(보장범위 증명):**

플랜의 보장 내용, 귀하의 지급액 등에 대한 자세한 내용을 담고 있는 보험 서류입니다. "보험혜택 증명서"라고도 합니다.

## **GEP(일반 등록 기간):**

매년 1월 1일부터 3월 31일까지 기간으로 이 기간에 아직 등록하지 않았으며 처음으로 자격이 주어진 경우 메디케어 파트 A 또는 파트 B에 등록할 수 있습니다. 또한 이 기간에 파트 A 또는 파트 B 혜택을 중단한 경우에도 재등록할 수 있습니다. 보장은 7월 1일부터 효력을 발생합니다.

## **GI(가입 보장):**

보험회사가 메디캡 플랜을 귀하에게 판매하도록 법적으로 요구하는 상황에서 귀하가 갖는 권리입니다. 이러한 상황에서 보험 회사는 기존 상태에 대한 플랜을 귀하에게 거부할 수 없으며, 과거 또는 현재의 건강 상태 때문에 보험에 대해 보험료를 더 청구할 수 없습니다.

**HMO(건강 관리 기구):**

가입자가 의료 보험사의 네트워크를 통해 제공되는 치료를 받아야 하는 메디케어 어드밴티지 플랜입니다. 가입자는 1차 진료 의사를 통해 전문의의 의뢰를 받아야 할 수도 있습니다.

**IEP(초기 등록 기간):**

메디케어 수혜자의 65세 생일(적격 월) 근방의 7개월 기간으로, 생일 3개월 전, 생일이 있는 달 및 3개월 후입니다.

**LIS(저소득 또는 제한 소득 보조금):**

LIS 프로그램은 사회보장국에서 운영하며 소득 및 자산 요건을 충족하는 개인에게 처방약 비용에 대한 추가 지원을 제공합니다. "[추가 지원](#)" 참조.

**LTC(장기 요양 보호):**

만성 또는 장기간 질병, 장애, 인지 장애(예: 알츠하이머)가 있는 사람의 건강, 의료, 개인적 및 사회적 요구를 해결하는 광범위한 서비스를 포함하는 일반 용어입니다. LTC 서비스의 제공에는 요양원에서의 전문 간호, 가정 내 건강 및 개인 관리, 일상생활 보조, 성인 데이케어 시설 및 기타 옵션이 포함될 수 있습니다. 메디케어는 LTC를 보장하지 않습니다.

**MA(메디케어 어드밴티지):**

메디케어 어드밴티지 플랜은 귀하의 의료를 관리하는 개인 회사를 통해 메디케어 혜택을 제공합니다. 메디케어는 회사에 1인당 정해진 금액을 지불하고, 귀하는 비용 중 일부를 코페이, 공동 보험, 본인부담금 및 보험료를 통해 지불합니다. "관리형 의료", "파트 C" 또는 "메디케어+선택"으로도 알려져 있습니다.

**MA-OEP(메디케어 어드밴티지 공개 등록 기간):**

매년 1월 1일부터 3월 31일까지입니다. 새로 MA 자격을 갖춘 개인을 포함하여 MA 플랜에 등록된 개인은 다른 MA 플랜 또는 기존 메디케어로 돌아가기 위해 일회성 선택을 할 수 있습니다.

**MAPD(처방약 플랜 포함 메디케어 어드밴티지):**

파트 D 플랜을 포함하는 메디케어 어드밴티지 플랜.

**MOOP(최대 본인부담금):**

MA 플랜 가입자가 1년 동안 지불해야 하는 공제금, 코페이, 공동보험의 의료비 부담금 최대액입니다.

**MSP(메디케어 저축 프로그램):**

메디케어와 관련된 본인부담 비용을 가진 메디케어 수혜자에게 재정적 지원을 제공하는 연방-주 파트너십 프로그램입니다.

**ODHS(오레곤 사회 복지부):**

고령화 및 장애인 사무소와 기타 지원 프로그램을 보관하는 주 정부 기관입니다.

**PAC(계좌이체 보험료):**

지불자가 미리 승인한 보험료입니다.

**PDP(처방약 플랜):**

기존 메디케어에 추가되는 처방약 보장입니다. 독립형 계획일 수도 있고 메디케어 어드밴티지 플랜의 일부일 수도 있습니다. "파트 D"라고도 합니다.

**POS(서비스 시점):**

일부 HMO 플랜에서 제공되는 옵션으로 수혜자는 추가 비용으로 플랜 밖의 의사와 병원을 이용할 수 있습니다.

**PPO(선호하는 서비스 제공자 조직):**

수혜자가 네트워크에 속한 의사, 병원 및 제공자를 사용할 경우 비용을 더 적게 지불하는 메디케어 어드밴티지 플랜의 한 유형입니다. 네트워크 밖의 의사, 병원, 제공자를 이용할 경우 수혜자에게 더 큰 비용이 발생할 수 있습니다.

**QIC(적격 독립 계약자):**

메디케어가 기존 메디케어(파트 A 또는 파트 B) 이의 제기의 재고려 수준을 처리하기로 계약한 독립 기관입니다.

**QMB(적격 메디케어 수혜자):**

메디케어 파트 B 보험료는 물론 메디케어 파트 A 및 파트 B 본인부담금 및 공동 보험금 지급을 통해 재정적 지원을 제공하는 연방-주 파트너십 메디케어 저축 프로그램(MSP)입니다. 적격성은 소득과 자산에 따라 지역 노인 및 장애인 사무소에서 결정합니다.

**Rx:**

처방전의 약자입니다.

**SEP(특수 등록 기간):**

정기 등록 기간 외에 플랜에 가입하거나 탈퇴할 수 있는 기회를 제공하는 기간입니다.

**SHIBA(노인 의료 보험 혜택 지원):**

메디케어 수혜자가 정보에 입각한 선택을 할 수 있도록 의료 보험 수혜자의 권리와 옵션에 대해 교육, 지원 및 옹호하는 주 전체의 공인 상담사 네트워크를 사용하는 오레곤 주의 프로그램입니다.

**SHIP(주 의료 보험 지원 프로그램):**

메디케어 대상자와 그 가족에게 지역 일대일 상담과 지원을 제공하는 전국적인 주 기반 프로그램입니다. SHIP은 주에 제공되는 ACL(주 생활공동체 협회) 지원금을 통해

전화 및 대면 대화식 세션, 공공 교육 프레젠테이션 및 프로그램, 미디어 활동을 통해 무료 상담 및 지원을 제공합니다. SHIBA는 오레곤 주의 SHIP입니다.

**SMB/SMF(지정 저소득 수혜자):**

연방-주 파트너십 메디케어 저축 프로그램(MSP)으로 메디케어 파트 B 보험료를 납부하는 데 재정적 지원을 제공합니다. 적격성은 소득과 자산에 따라 지역 노인 및 장애인 사무소에서 결정합니다.

**SMP(노인 메디케어 감사):**

노인들에게 의료 사기, 오류 및 남용에 대해 알리고 불만 사항을 해결하기 위한 전국 자원봉사 네트워크입니다.

**SNF(전문 요양 시설):**

면허가 있는 의료전문가가 의료상 필요한(처방된) 관리를 제공하는 시설입니다.

**SNP(특별 요구 플랜):**

메디케어 및 메디케이드 혜택을 받을 수 있는 대상자, 특정 장기 요양 시설에 거주하는 사람, 심각한 만성질환자 또는 장애인이 가입할 수 있는 사람에게 약물 보험을 포함한 메디케어 혜택을 제공하는 개인 보험 플랜입니다.

**SSA(사회보장국):**

사회보장제도를 책임지는 정부기관입니다.

**SSDI(사회 보장 장애 보험):**

장애로 인해 1년 이상 일할 수 없는 대상자를 대상으로 하는, 사회 보장 혜택에 의해 결정되는 월정급여입니다.

**SSI (보충적 소득 보장):**

사회 보장 제도가 장애인, 시각장애인 또는 65세 이상 노인으로서 제한된 수익과 자원을 가진 사람들에게 기본적인 의식주 수요를 충족시키기 위해 매달 지급하는 금액입니다.

**TRICARE For Life:**

미국이 제공하는 의료보험 프로그램으로 국방부가 퇴직한 군인에게 제공합니다.

**TRICARE:**

미국이 제공하는 의료보험 프로그램으로 국방부가 퇴직한 군인에게 제공합니다.

**TTY(전신 타자기):**

TTY를 사용하는 사람들에게 음성 전화 접속을 제공하는 통신 중계 서비스입니다. 특별히 훈련된 중계 에이전트가 통화를 완료하고 온라인으로 TTY에 의해 그리고 청각 당사자에게 구두로 메시지를 중계합니다. 이 서비스는 통화 횟수나 길이에 제한 없이 24시간 이용할 수 있습니다. "TDD"(청각장애인을 위한 통신)라고도 합니다.

**가을철 공개 등록 기간:**

연간 등록 기간(10월 15일부터 12월 7일까지)의 다른 이름입니다. "AEP"를 참조하십시오.

**가입 등록자:**

보험 플랜 또는 관리형 요양 조직으로부터 혜택을 받을 자격이 있는 사람입니다. 메디케어 어드밴티지 플랜을 참조할 때 "가입자"이라고도 합니다.

**계약 연령:**

가입 시 연령에 따라 보험료가 부과되는 보험 플랜입니다. 보험료는 연령의 증가로 인해 인상되지 않을 것이지만, 다른 이유로 인해 인상될 수 있습니다.

**공동 보험:**

제공된 서비스 또는 처방당 지급되는 고정 비율입니다.

**공동부담금 또는 공동부담:**

제공된 서비스 또는 처방당 지급되는 고정된 달러 금액입니다.

**공정 구제:**

연방 직원들은 적절하고 정확한 정보를 제공해야 합니다. 부적절하거나 부정확한 정보로 인해 손해(이익 지연 또는 위약금 발생)가 발생하고 고객이 연락 상태를 문서화한 경우, 기관은 공정한 구제 조항에 따라 문제를 시정해야 합니다.

**기본 약품 플랜:**

본인부담금이 감소하거나 0달러인 메디케어 파트 D 플랜으로 계층화된 공동부담금 또는 공동 보험을 사용할 수 있으며 초기 보장 한도를 수정할 수 있습니다. 표준 혜택과 보험통계적으로 동일하게 유지됩니다.

**기존 메디케어(OM):**

메디케어의 파트 A와 파트 B.

**기존 조건:**

보험 플랜에 가입하기 전에 진단되거나 치료되거나 또는 치료가 필요한 의학적 상태입니다.

**단계적 치료:**

어떤 경우에는, 플랜에서 해당 질환에 대해 더 비싼 약을 적용하기 전에 먼저 한 가지 약을 사용해볼 것을 요구합니다. 예를 들어, 약품 A와 약품 B가 모두 귀하의 의학적 상태를 치료하는 경우 플랜에 따라 의사가 먼저 약품 A를 처방해야 할 수 있습니다. 만약 약품 A가 효과가 없다면, 플랜은 약품 B를 적용할 것입니다. 약품에 단계 요법이 제한되는 경우 예외를 얻으려면 플랜 및 담당 의사와 협의해야 합니다.

**대기 기간:**

급여가 지급되기 전 또는 기존 상태나 특정 질병이 발생하기 전까지 경과해야 하며 건강보험 약관으로 보상받는 기간입니다.

**대체 치료:**

일반적으로 허용되는 의료 방법을 따르지 않을 수 있으며 그 효과에 대한 과학적 설명이 없을 수 있는 동종요법, 자연요법, 척추지압법 및 한방약과 같은 다양한 치료 또는 예방적 의료 관행입니다.

**도달연령:**

보험 가입자의 연령에 따라 보험료가 오르는 보험 정책입니다.

**독립형 약품 플랜:**

"PDP"를 참조하십시오.

**돌아보기:**

"대기 기간"을 참조하십시오.

**등급:**

처방약 플랜과 관련된 가격 수준입니다. 각 약품에는 약품의 종류와 비용에 따라 계층 레벨이 할당됩니다. 가장 낮은 공동부담금은 복제약을 위한 것이고, 그 다음이 조제 브랜드입니다.

**등록 지연 위약금:**

수혜자가 처음 가입 자격이 주어질 때 가입하지 않을 경우 메디케어 파트 B 또는 파트 D에 대한 월 보험료에 추가되는 금액. 몇 가지 예외를 제외하고 수혜자가 메디케어를 보유하고 있는 한 위약금은 그대로 유지됩니다.

**등록 해제:**

개인의 건강플랜 등록 취소입니다.

**만성 질환:**

오래 지속되고 반복적인 질환 또는 오랜 고통을 특징으로 하는 질환입니다. 만성 환자는 회복되거나 많이 호전될 것으로 기대되지 않습니다.

**말기 신장 질환(ESRD):**

사람의 신장이 더 이상 기능을 하지 못하여 생명을 유지하기 위해 투석이나 신장 이식을 필요로 하는 질환입니다.

**메디갭:**

기존 메디케어가 공동부담금, 공동 보험금 및 본인부담금과 같은 자기 몫을 지불한 후 일부 의료 비용을 지불하는 데 도움이 될 수 있는 민간 회사가 판매하는 보험 플랜입니다. 보험혜택 패키지는 표준화되어 있으며 플랜은 알파벳 A-N으로 명명됩니다. 주어진 문자(예: F)가 있는 플랜은 동일한 적용 범위를 제공하지만, 보험 회사의 보험료는 다를 수 있습니다.

**메디갭 공개 등록 기간(OEP):**

파트 B에 처음 등록한 달부터 시작되는 6개월 기간으로 이 기간에 메디갭 회사는 건강 상태에 관계없이 플랜을 귀하에게 판매해야 합니다.

**메디케이드:**

미국의 고령자, 환자, 빈곤한 사람들이 치료를 받을 수 있도록 하기 위해 고안된 연방-국가 파트너십입니다. 이 프로그램은 국가가 정한 빈곤선 이하의 저소득층에게 의료서비스 형태로 도움을 주는 안전망입니다. 메디케이드의 자격을 얻기 위해 사용되는 엄격한 수입과 자산 지침이 있습니다. 오레곤의 메디케이드 프로그램에는 "메디케어 저축 프로그램" "MA(의료 지원)" 또는 "타이틀 19 (XIX)" 및 오레곤 보험 플랜이 포함됩니다.

**보조 보험:**

메디케어 지불 이후 2차 의료비를 지급하도록 설계된 개인 의료 보험입니다. "메디갭"이라고도 합니다.

**보험 권리:**

귀하는 메디케어 어드밴티지 플랜에 처음으로 가입하기 위해(또는 메디케어 선택 플랜으로 전환하기 위해) 메디갭 플랜을 포기했습니다.

귀하는 플랜에 가입한 지 1년도 안 됐는데 다시 바꾸려고 하십니다.

**보험 서명:**

보험자가 보험 신청을 수락할 것인지 여부와 그 근거를 결정하는 과정입니다.

**보험료:**

보험 플랜에 대한 월별 요금.

**본인부담금:**

개인 보험 정책(메디케어 포함)에 따라 결정되는 달러로, 메디케어 또는 보험 플랜이 지불을 시작하기 전에 피보험자가 보장된 서비스에 대해 지불해야 합니다.

**지역:**

"지역 요소"라고도 불립니다. 메디갭 보험사가 주 전체의 보험료 비율을 결정하는 방식입니다. 일부는 주를 지역에 특정한 보험료 요금을 가지는 여러 지역(우편 번호)으로 나눕니다.

**사전 허가:**

처방전을 작성하려면 먼저 보험 플랜의 사전 승인이 필요합니다. 약품이 사전 허가를 받은 경우, 약국이 플랜의 보장 혜택에 따라 해당 약을 조제하기 전에 프랜 및 처방 의사와 협의하여 승인을 받아야 합니다. 필요한 특정 요구사항 및 양식을 확인하려면 플랜의 웹사이트로 이동하십시오.

**생년월일 규정:**

오레곤에서 기존 메디갭 보험 계약자인 경우, 동일한(또는 그 이하의) 메디갭 혜택에 대해 서로 다른 보험회사의 가격을 비교하려면 생년월일 30일 전부터 GI와 함께 60일 간의 구매 기간이 있어야 합니다.

**서비스 지역:**

보험 플랜이 적용하기로 합의한 특정 지리적 영역입니다.

**선거 기간:**

자격을 갖춘 사람이 기존 메디케어, 메디케어 어드밴티지 플랜 또는 처방약 플랜에 가입하거나 탈퇴할 수 있는 기간입니다.

**선별 검사:**

검사는 의심되는 질병의 증거가 거의 없거나 전혀 없을 때 질병을 감지하기 위해 사용됩니다.

**선호 약국:**

보험에 가입된 처방약에 대한 비용 부담을 낮추기 위해 특정 보험 플랜과 협상한 약국입니다. 보험에 가입된 약물의 경우 일부 본인 부담 비용이 더 낮을 수 있습니다

**선호 약품 목록:**

"처방집"을 참조하십시오.

**수량 제한:**

안전성 및 비용상의 이유로 플랜은 일정 기간 동안 보장된 약품의 양을 제한할 수 있습니다. 약품에 수량 제한이 있는 경우 자세한 내용은 플랜에 문의하십시오. 하루에 한 알씩 복용하고 30일/한달 분량 제한이 있는 경우 효과가 미미합니다(즉, 알약이 떨어지기 며칠 전까지 처방전을 다시 채우지 못할 수 있음). 현재 하루에 2알씩 복용하고 있고 한 달에 30알의 양 한도가 있다면 계획을 세워서 더 많은 양에 대한 허가를 받아야 합니다.

**수혜자:**

보험회사를 통해 의료비 지급을 받고 있는 사람입니다.

**시설 보호:**

병원, 숙련 또는 중간 요양원, 기타 국가에서 인증 또는 허가를 받은 주 시설에서 제공되는 관리로 주로 진단, 예방, 치료, 재활, 유지보수 또는 개인 관리 서비스를 제공합니다.

**억제:**

메디케어 어드밴티지 및 독립형 처방약 플랜은 메디케어 플랜 탐색기에 메디케어 발행 또는 수정 검토가 있을 때까지 표시되지 않습니다.

**연간 신체 검사:**

메디케어에서 비용을 보장하지 않습니다. 전반적인 건강 상태를 확인하기 위해 의사가 매년 실시하는 검사입니다. 검사에는 체중, 혈압, 콜레스테롤과 같은 생명 지표를 모니터링하는 검사가 포함될 수 있습니다.

**예방 치료:**

사람들이 병에 걸리지 않도록 하기 위한 건강 관리(예: 검진, 유방 촬영, 예방 접종 및 선별 검사)입니다.

**의뢰:**

주치의가 전문의에게 진찰을 받거나 특정 의료 서비스를 받기 위해 작성한 서면 지시서입니다. 많은 HMO에서 수혜자는 주치의가 아닌 다른 사람에게 진료를 받기 전에 의뢰를 받아야 합니다. 방문 전에 의뢰를 받지 못한 경우, 서비스에 대한 청구 금액이 지급되지 않을 수 있습니다.

**의료저축계좌(Medicare medical savings account: MSA):**

HSA(건강 저축 계좌)와 비슷하게, 그것은 의료비로 사용될 저축계좌에 본인부담금이 높은 플랜을 결합합니다.

**의학적 필요성:**

의료 상태의 진단 또는 치료에 필요하며 의료 실천 표준을 충족하는 서비스 또는 공급품입니다. "합리성 및 필요성"으로 알려져 있습니다.

**입원 간호:**

입원환자가 병원, 요양원, 기타 의료기관 또는 급성기 이후 시설에 있는 동안 제공되는 간호입니다.

**입원 기간:**

"최대 입원 기간"을 참고하십시오.

**재해성 보장:**

건강 플랜이 공동부담금의 대부분 또는 전부를 지불하기 전에 본인부담으로 지불하는 가장 많은 금액입니다.

**전문 관리:**

의사의 처방으로 면허를 받은 전문가의 훈련과 기술을 필요로 하며 환자의 상태나 질병에 대한 치료가 의학적으로 필요한 병 또는 부상에 대한 치료입니다.

**전문가:**

특정 분야에 전문 지식과 관리를 제공하는 의사(예: 외과 전문의, 종양 전문의, 피부과 전문의 및 알레르기 전문의)입니다.

**제공자**

의료 서비스를 제공하는 의사, 병원, 가정 보건 기관, 호스피스, 요양 시설 또는 치료사입니다.

**제한:**

메디케어 파트 D 플랜의 약품에 대한 접근 제한입니다. 세 가지 제한사항은 사전 허가, 단계 치료 및 수량 제한입니다.

**제한 요금:**

"초과 요금"을 참조하십시오.

**직장 그룹보험:**

메디케어 플랜을 통한 보장과 같거나 더 나은 것으로 알려진 처방약 보험입니다.

**직접 청구:**

보험 플랜의 보험료를 플랜에 직접 납부하는 방법입니다. 보험사는 대금 수금을 위해 청구서나 쿠폰북을 보냅니다.

**진단 검사:**

증상이 있을 때 진단을 내리는 데 도움이 되는 정보를 제공하기 위해 의사가 지시한 검사입니다.

**처방약:**

의료진의 서면 지시서(처방)이 있어야 구입하는 의약품입니다.

**처방집:**

보험 플랜에서 보장하는 처방약 목록입니다.

**청구:**

보험 약관의 조항에 따른 의료 서비스의 지급 요청으로, 일반적으로 제공자 또는 피보험자가 합니다.

**초과 요금:**

메디케어에서 승인한 금액과 제한 요금 간의 차이로, 메디케어에서 승인한 금액의 15%를 초과할 수 없습니다. "제한 요금"이라고도 합니다.

**총 약품 비용:**

처방 의약품의 총 소매 가격입니다. 수혜자가 부담하는 금액과 약품 플랜이 부담하는 금액도 포함됩니다.

**최대 입원 기간:**

메디케어가 90일 입원 혜택을 제공한 후 수혜자는 60일의 추가 입원 기간을 가질 수 있습니다. 이런 기간은 갱신되지 않습니다.

**추가 지원:**

제한된 수입과 자원을 가진 사람들이 보험료, 공제금 및 공동 보험과 같은 메디케어 처방약 프로그램 비용을 지불할 수 있도록 돕는 메디케어 프로그램입니다. "LIS"라고도 합니다.

**커뮤니티 등급:**

연령이나 건강과 같은 위험 요소에 관계없이 그룹 내 모든 연령과 개인 클래스에 단일 비율을 할당하는 메디캡 정책 등급 부여 방법입니다.

**할당:**

메디케어 파트 B에 따른 지불 방법입니다. 의사는 메디케어 승인 비용 금액을 전액 지불로 받는 데 동의합니다.

**행위별 수가제:**

기존 메디케어는 의료 서비스 제공자를 위한 행위별 수가제입니다. 의료 제공자가 수혜자에 대해 의학적으로 필요하다고 판단하는 경우 제공되는 각 의료 서비스(사무실 방문, 검사 또는 절차)에 대해 금액이 청구됩니다.

**향상된 약품 플랜:**

정의된 표준 보장 범위를 초과하는 가치를 갖는 메디케어 파트 D 플랜입니다. 플랜 설계에는 기본 처방약의 보장 범위가 포함되며 다음 사항의 일부 또는 전부를 포함할 수 있는 추가 혜택이 있습니다. "보장 공백"으로 인한 비용 부담의 감소, 최초 본인부담액의 축소 또는 폐지, 최초 적용 단계 동안 적용되는 공동 보험 또는 공동부담금의 감소, 최초 보장 한도 및 보조 약품 증가.

**혜택 기간:**

혜택이 지불되는 기간입니다. 예를 들어, 기존 메디케어 파트 A에서 혜택 기간은 입원 첫날부터 시작하여 수혜자가 60일 후에 병원이나 관련 숙련 요양 시설에서 퇴원할 때 종료됩니다.

**혜택:**

보험 플랜에 따라 보장되는 항목이며, 보장이라고도 합니다.

**효력 발생일:**

보험 플랜이 발효되고 보장이 시작되는 날짜입니다.



포퓰리티

# 색인



- ABNs – [23](#)
- MA-OEP – [122](#)
- OPDP – [33](#), [117](#)
- PACE – [44](#), [61](#), [117](#)
- SHIBA – [5](#), [6](#), [15](#), [26](#), [28](#), [31](#), [37](#), [53](#), [57](#), [113](#), [114](#), [117](#), [120](#)
- 가입 보장 – [18](#), [41](#), [42](#), [44](#), [45](#), [53](#), [116](#)
- 내구성 의료 장비 – [118](#)
- 당뇨병 용품 – [13](#)
- 등록 – [11](#), [16](#), [17](#), [18](#), [25](#), [27](#), [28](#), [29](#), [30](#), [31](#), [34](#), [41](#), [42](#), [44](#), [53](#), [56](#), [57](#), [116](#), [117](#), [118](#), [119](#), [120](#), [121](#), [122](#)
- 등록 기간 및 마감 기한 – [17](#)
- 등록 지연 위약금 – [25](#), [27](#), [28](#), [29](#), [30](#), [34](#)
- 등록 지연 위약금 – [116](#), [122](#)
- 마감 기한 – [17](#), [29](#)
- 메디갭 대기 기간 – [42](#)
- 메디케어 및 마켓플레이스 – [28](#)
- 메디케어 옵션 – [11](#)
- 메디케어 저축 프로그램 – [37](#), [119](#), [120](#), [124](#)
- 보장 공백 – [34](#)
- 부동산 복구 – [37](#)
- 생일 규칙 – [44](#)
- 예방 방문 – [22](#)
- 예방 서비스 – [13](#)
- 용어집 – [118](#)
- 자원과 출판물 – [113](#)
- 재정 지원 – [119](#), [120](#)
- 재향군인 혜택 및 의료 보험 – [24](#)
- 저소득 보조금 – [37](#)
- 제한 – [21](#), [31](#), [124](#)
- 추가 지원 – [18](#), [31](#), [37](#), [38](#), [114](#), [119](#), [125](#), [126](#)
- 치과 보장 – [59](#)
- 퇴직자 플랜과 메디케어 – [26](#)
- 특별 등록 기간 – [57](#)
- 특별 요구 플랜 – [60](#)
- 파트 A – [5](#), [10](#), [11](#), [12](#), [13](#), [14](#), [16](#), [17](#), [20](#), [24](#), [25](#), [27](#), [28](#), [29](#), [30](#), [40](#), [47](#), [48](#), [53](#), [56](#), [109](#), [115](#), [118](#), [121](#), [123](#)
- 파트 B – [5](#), [10](#), [11](#), [13](#), [14](#), [16](#), [17](#), [18](#), [21](#), [22](#), [25](#), [26](#), [27](#), [28](#), [30](#), [37](#), [40](#), [41](#), [47](#), [48](#), [53](#), [56](#), [109](#), [115](#), [118](#), [121](#), [123](#), [124](#)
- 파트 D – [5](#), [10](#), [11](#), [14](#), [15](#), [18](#), [25](#), [30](#), [31](#), [32](#), [33](#), [37](#), [57](#), [58](#), [109](#), [111](#), [114](#), [118](#), [120](#), [121](#), [122](#), [123](#), [124](#)
- 파트 D 표준 혜택 항목 – [33](#)
- 항소 – [109](#), [110](#), [111](#), [117](#)



관평이머물러크링포우라든트



500 Summer St. NE, E-12  
Salem, Oregon 97301  
[shiba.oregon.gov](http://shiba.oregon.gov)



노화 또는 장애  
생활과 관련된  
정보와 자원을  
얻기 위한 첫 전용  
연락처입니다.

### ADRC가 어떻게 도움이 될까요?

오레곤 주의 노화 및 장애 자원 센터는 소득에 관계없이 노인, 장애인, 가족 및 돌봄 제공자에게 정보 및 소개 서비스를 제공합니다. 주 전체에 걸친 조사 가능한 데이터베이스를 통해 Oregon주 주민들은 [ADRCofOregon.org](http://ADRCofOregon.org) 또는 다음의 무료 전화를 통해 5,000 개 이상의 리소스 자원에 대해 확인할 수 있습니다. 1-855-ORE-ADRC (**1-855-673-2372**).



이 정보 문서는 다른 언어, 대형 인쇄판, 점자판 또는 원하는 형식으로 무료로 받을 수 있습니다. 노인 건강 보험 혜택 지원(SHIBA) 프로그램은 [shiba.oregon@odhsoha.oregon.gov](mailto:shiba.oregon@odhsoha.oregon.gov) 또는 **800-722-4134**(음성/문자)로 문의하실 수 있습니다. 장애인을 위한 모든 전화 서비스가 제공됩니다.