

메디케어 의료 보험에 대한 오레곤주 가이드

2022

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.

본 프로젝트는 워싱턴 D.C. 20201 에 있는 미국 보건복지부 지역사회 주거관리국 (ACL) 에서 허가 번호 90SAPG0022-03-00 에 의해 부분적으로 지원을 받습니다.

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:

- 오레곤 주에서 보험을 판매할 권한이 없습니다
- 해당 권한은 억제되었거나, 또는
- 현재 본 가이드에 대한 정보를 사용할 수 없습니다.

용어는 **page 102** 의 용어집에 정의되어 있습니다.



목차

감사의 글 및 참고사항	2
서론	5
메디케어 결정으로 도움 받기	5
도움 주기	5
메디케어 에이전트 찾기 도구	6
메디케어가 처음이신가요?	6
이민자와 메디케어	6
메디케이드	6
주 및 커뮤니티 자원에서 도움을 주는 방법 알아보기	6
기본	7
여기서 시작하기	7
메디케어 옵션	8
파트 A - 기존 메디케어 입원 보험	9
파트 B - 기존 메디케어 의료 보험	10
메디케어의 ABC 및 D	11
참고사항	12
등록 기간	13
등록 기간 및 마감 기한	14
파트 B 메디케어 예방 서비스	16
예방 방문	17
기존 메디케어 - ABN 및 DMEPOS	18
재향군인 혜택 및 의료 보험	19
퇴직자 플랜과 메디케어	20
COBRA 와 메디케어	21
메디케어와 고용주 그룹 건강 플랜 (EGHP)	21
HSA (건강 저축 계좌) 를 사용하는 고용주 고공제 건강보험	22
메디케어와 마켓플레이스	22

약품 보장범위	24
파트 D 처방약 보장범위	24
추가 지원 및 메디케어 절약 (세이빙) 프로그램	28
파트 D 표준 혜택, 약품에 대해 지불하는 비용	29
2022 독립형 처방약 플랜	30
메디갭	32
메디케어 보조 (메디갭) 플랜 정보	32
메디갭 플랜의 적용 내용	38
메디케어 보조 (메디갭) 플랜 정보	40
플랜 유형에 따른 메디갭 플랜	42
대비 메디케어 이점 (어드밴티지) 비교 차트	48
메디케어 어드밴티지	50
메디케어 어드밴티지 플랜	50
메디케어 특별 요구 플랜 (SNP)	54
메디케어 어드밴티지 플랜 연락처 정보	56
국가별 메디케어 어드밴티지 플랜	57
이의 제기	94
이의 제기	94
기존 메디케어 이의 제기 단계	94
메디케어 어드밴티지 이의 제기 단계	95
파트 D 이의 제기 단계	96
자원과 출판물	97
SHIBA 의 5 가지 인기 있는 CMS 출판물	97
메디케어 출판물 주문 방법	97
웹사이트 자원	97
SHIBA 정보	98
연락처 정보	98
전화 번호들 (모두 수신자 부담)	99
약어	100
용어집	102
색인	111

서론

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

메디케어 혜택을 받을 수 있는 SHIBA 상담자 및 오레곤 주민은 "2022 오레곤 주 메디케어 보험 플랜 안내서" 를 사용하여 자신에게 가장 적합한 의료보험 플랜을 결정할 수 있습니다.

다음은 기타 SHIBA 자원입니다:

메디케어 결정으로 도움 받기

800-722-4134 (수신자 부담)로 SHIBA 에 전화 여러분은 전화기 키패드를 사용하여 ZIP 코드를 입력해야 합니다. 거주지에 따라, SHIBA 에서 등록자의 통화를 지역 대리점으로 연결해줄 수도 있고, 또는 SHIBA 직원이 전화를 받을 수 있습니다.

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

shiba.oregon.gov 에서 SHIBA 에 대해 자세히 알아보십시오.

메디케어에 처음이신가요? shiba.oregon.gov/medicare-65 를 확인하십시오.

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

- 사회 보장에 대해서는 **800-772-1213** 에 전화하세요 (월요일에서 금요일까지 8 a.m.-7 p.m. 사이 전화 가능). 메디케어 파트 A 및 파트 B 에 대한 질문이 있는 경우 지역 현장 사무소를 찾으려면 <https://www.ssa.gov/locator> 를 방문하십시오.
- 파트 D(약품 플랜)에 대한 질문이 있으면 800-메디케어 (**800-633-4227**) 에 전화하십시오.

도움 주기

SHIBA-공인 상담사 되기. **800-722-4134** (사용자 부담)로 SHIBA 에 전화하십시오. 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 이동하세요.

메디케어 에이전트 찾기 도구

비록 SHIBA 프로그램이 주 범위의 자원봉사 네트워크를 통해 메디케어 상담 서비스를 제공하지만, 인증된 의료 보험 에이전트를 통해 무료로 도움을 받을 수도 있습니다. 에이전트는 메디케어 보험 플랜의 추천 및 가입을 도와드릴 수 있습니다. 커뮤니티의 지역 에이전트와 연락하고 싶으신 경우 오레곤주 의료보험 마켓플레이스에서는 다음의 웹사이트 healthcare.oregon.gov/Pages/find-help.aspx 에서 찾아볼 수 있는 메디케어 에이전트 찾기 도구를 사용할 수 있습니다. 도구에서 찾아볼 수 있는 에이전트는 국가 인증 절차를 거쳤으며 지역 오피스에서 근무합니다. 페이지를 아래로 스크롤하여 "지역 도움 찾기"로 이동하여 "메디케어 에이전트"를 선택하여 검색하십시오.

메디케어에 처음이신가요?

메디케어는 등록자가 어디에 있든 무엇을 하든 65 세부터 시작합니다. 메디케어가 등록자에게 주는 영향을 찾아보세요. shiba.oregon.gov/medicare-65/ 으로 이동합니다.

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 변호사의 조언을 구하십시오.
<https://oregonimmigrationresource.org/resources/?tab=legal-help> 에서 이민 변호사를 찾아보세요.
- 혜택을 신청하는 것이 이민 상태에 어떤 영향을 미칠 수 있는지에 대한 조언을 구하십시오. **800-520-5292** 으로 법률 지원/오레곤 법률 센터의 공익 핫라인으로 전화하십시오.
- oregonimmigrationresource.org 및 <https://protectingimmigrantfamilies.org/> 를 확인하여 공공 요금에 대한 변경 사항을 계속 받으십시오.

메디케이드

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

메디케이드 및 기타 혜택 신청 방법에 대해 자세히 알아보려면 오레곤주의 원 엘리지비리티 웹 사이트 <https://one.oregon.gov/> 를 방문하거나 **800-699-9075 (711 TTY)** 에 전화하십시오.

주 및 커뮤니티 자원에서 도움을 주는 방법 알아보기

노인 및 장애인을 위한 정부 프로그램 및 리소스에 대한 자세한 내용은 **855-673-2372** 으로 주정부의 노인 및 장애 자원 연결 서비스에 문의하십시오.

기본

여기서 시작하기

기존 메디케어
파트 A 및 파트 B



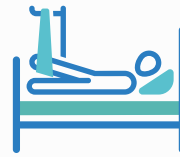
파트 A
입원 보험



파트 B
입원 보험

또는

메디케어 어드밴티지 플랜
파트 C



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



**메디케어 보조
보험**
(메디갭/ 2차 보험)

**2차 보험에도
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)

여러분에게 가능한 경우 다음 보험 옵션을 문의하십시오

- **고용주 또는 노조 그룹 플랜:** 플랜 고객 서비스
- **병역 혜택:** 해당 카운티 재향군인 서비스 센터, **800-692-9666**
- **메디케이드:** 메디케이드 사례 관리자, <https://one.oregon.gov/> 또는 **800-699-9075** (711 TTY)

귀하의 메디케어 옵션

메디케어 등록

65 세가 되고 이미 사회보장이나 철도청 은퇴자 위원회 혜택을 받고 있다면 생일 약 3 개월 전에 메디케어 카드와 봉투를 우편으로 받게 됩니다. 빠른 배송을 위해 반드시 사회보장 센터에 최신 주소를 알려주십시오.

아직 퇴직 수당을 받지 못한 경우 사회 보장 센터에 문의하여 메디케어에 등록하거나 위약금 없이 등록을 연기할 수 있는지 확인해야 합니다. 65 세 생일을 7개월 남겨둔 시기에 등록하셔야 하지만, 더 오래 기다릴수록 혜택은 지연됩니다. 자세한 내용은 **page 13** 의 표를 참조하십시오.

만약 65 세에 7 개월의 등록 기간을 놓치면, 매년 1 월 1 일부터 3 월 31 일까지 등록할 수 있습니다. 의료 혜택은 7 월 1 일부터 시작됩니다. 그러나 **등록 지연 위약금**이 부과될 수 있습니다.

사회보장국에서 자격, 보험료, 위약금을 결정합니다. 메디케어 등록에 대해 궁금한 점이 있으시면 800-772-1213 (수신자 부담) (월요일부터 금요일 오전 8 시부터 오후 7 시까지)으로 사회보장 센터에 전화해 주십시오. 항상 날짜, 시간 및 대화하는 모든 서비스 담당자의 이름을 정확하게 기록하십시오.

등록자 또는 등록자의 법적 배우자가 여전히 직장 근무 중이고 고용주 그룹 건강 플랜의 적용을 받는 경우 위약금 없이 메디케어 등록을 연기할 수 있습니다. 그러나 경우에 따라 메디케어가 기본일 수 있습니다.

적용되는지 여부는 복지 관리자에게 문의하십시오.

메디케어 파트 A

와 파트 B 는 무엇인가요?

“기존 메디케어” 로 알려진 메디케어 파트 A 와 파트 B 는 기본 입원 및 의료 서비스를 다룹니다. 하지만, 귀하는 비용의 일부를 분담해야 합니다. 본 가이드는 또한 건강 및 **처방약** 보장을 위한 추가 보험 옵션을 설명합니다.

어느 메디케어 경로가 가장 적합한데 간에 귀하는:

1. 파트 A 와 파트 B 의 등록에 대한 정보는 **사회 보장 센터**에 문의하십시오. 혜택, 청구 또는 파트 D 약품 보장에 대한 정보는 메디케어 **800-MEDICARE** 또는 **(800-633-4227)**, 수신자 부담) 로 전화하십시오. **항상** 날짜와 고객 서비스 담당자의 이름을 기록하십시오.
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 의 메디케어 건강 및 약품 플랜 검색기를 사용하거나 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

파트 A 보험료	30 미만의 근로 크레딧의 경우 499 달러, 30~39 근로 크레딧의 경우 274 달러. 대부분 사람들은 근로 크레딧이 40 이상이면 보험료가 없습니다. 근로 크레딧에 대해서는 사회 보장 센터에서 확인하십시오.
-----------------	---

서비스	혜택	가입자의 부담
병원 입원환자, 관찰 아님 ; 반특실 및 보드, 일반 간호 및 기타 병원 서비스 및 비품	첫 60 일	혜택 기간 당 1,556 달러 본인부담금 한 해에 여러 번 본인부담금을 지불해야 합니다. 본인부담금은 수혜자 가 60 일 연속 입원한 후에 병원이나 전문 요양 시설에서 퇴원한 후에 다시 입원할 경우 필요합니다.
	61 -90 일	일당 389 달러
	91-150 일째 (최대 입원 기간)	일당 778 달러 (평생 60 일로 제한)
	150 일 이상	모든 비용
전문 요양 시설 (SNF) 퇴원 후 30일 이내에 메디케어가 승인한 시설에서 입원 후 3박을 경과한 경우	1 -20 일	0 달러
	21 -100 일	일당 최대 194.50 달러
	100 일 이상	모든 비용
메디케어 인증 에이전시를 통한 홈 헬스 케어	방문은 파트 타임 또는 간헐적 전문 간호로 제한됨	서비스 없음
호스피스 케어 말기 환자만 이용 가능	의사가 의학적 필요를 증명하는 한	외래 환자 약품 및 입원 환자 임시 간호를 위한 제한된 비용 부담 옵션
혈액	혈액	만약 병원에서 귀하를 위해 혈액을 구매해야 한다면, 귀하는 처음 3 번의 수혈에 돈을 지불하거나 헌혈을 받아야 합니다.

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

파트 B - 기존 메디케어 의료 보험

2022 파트 B 보험	2022 년에 표준 파트 B 보험료는 170.10 달러 (또는 수익에 따라 더 많음)입니다.
2022 파트 B 비용 공유	연간 본인부담금 233 달러를 지불한 후, 메디케어는 일반적으로 메디케어에서 허용한 금액의 80% 를 보험 서비스에 지불하고 나머지 20% 는 본인이 지불합니다. 등록자부담 최대 한도액은 없습니다.

보험 서비스	등록자는 매월 [1]파트 B 보험료와 함께 다음에 대해 지불합니다:
<ul style="list-style-type: none"> • 의사 서비스 • 응급실, 긴급 진료 • <u>진단 검사</u>, 실험실 검사, MRIs, CT 스캔 및 엑스레이 • 파트 B는 외래 환자 시설에서 투여된 약품을 보장했습니다 	연간 본인부담금 지불 이후 메디케어에서 허용한 액수의 20%.
<ul style="list-style-type: none"> • 구급차 이용 	다른 방법으로 이송하는 것이 등록자의 삶에 위협이 되는 경우 본인 지불 없음.
<ul style="list-style-type: none"> • 당뇨병 용품 • 내구성이 뛰어난 의료 장비, 보철물/교정 기구 	구체적인 내용에 대해서는 page 16 을 참조하세요.
병원 관찰 체류	<u>연간 본인</u> 부담액 지불 이후 메디케어 지불 공식에 따라 결정된 공동 부담금
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 (파트 A 의 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%.

메디케어의 ABC 및 D

메디케어란 무엇인가요?

메디케어는 다음 사람들을 위한 건강 보험입니다:

- 65 세 이상의 노인
- 24 개월 이상 사회보장 장애보험 (SSDI) 소득을 받는 65 세 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, 치료비를 분담하셔야 합니다.

*파트 A 와 B 에 포함되지 않은 일부 항목들

- 장기 영양 보호
- 치아 관리 및 의치
- 외래 환자 처방약
- 보청기/보청기 착용 검사
- 정기적인 시력 및 안경 검사
- 실험실 검사를 포함한 정기적인 연간 신체검사
- 일부 구역을 제외한 미국 외 여행
- 대체 치료(자연 요법, 치료 마사지)
- 생명에 지장이 없는 구급차 탑승을 포함한 의료 수송 서비스

참고 사항



팁과 힌트

MSN (메디케어 요약 통지서), 메디케어 어드밴티지 또는 파트 B 혜택 설명서에 기재된 정보에 대해 질문이 있는 경우 먼저 의료제공자 또는 플랜에 문의하십시오. 의료제공자 또는 플랜에서 도움을 받을 수 없는 경우 현지 SHIBA에 문의하여 도움을 요청하십시오.

등록 기간

초기 등록 기간 (IEP)

초기 등록 기간은 65 세 생일이 있는 달 (65세 생일이 있는 달 이전 3개월, 65 세 생일이 있는 달, 65 세 생일이 있는 달 이후 3 개월)을 둘러싼 7개월 기간입니다.

자동으로 등록되지 않은 사람 또는 2 파트 A 보장에 대한 지불해야 하는 사람은 초기 또는 일반 등록 기간 ([IEP](#) 또는 [GEP](#)) 동안 메디케어에 가입할 수 있습니다.

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

저는 초기 등록 기간 (IEP) 에 등록을 못했습니다

귀하가 IEP를 놓치고 귀하 또는 귀하의 배우자의 고용주 그룹 건강 플랜 (EGHP) 에 가입하지 않는 경우 일반 등록 기간 동안 메디케어에 등록해야 합니다. 일반 등록 기간은 매년 1 월 1일부터 3 월 31 일까지입니다. [사회 보장 센터](#) 로 가거나 **800-772-1213** 으로 전화하여 등록을 시작하십시오. 보험료 없음 파트 A는 사회보장 센터에 연락하기 6 개월 전부터 유효합니다. 파트 B는 7 월 1 일부터 유효합니다.

1 월 1 일부터 3 월 31 일까지의 일반 등록 기간을 사용한 후에는 4 월 1일부터 6 월 30 일까지 메디케어 어드밴티지 플랜에 등록하여 7 월 1 일부터 메디케어 파트 A 및 파트 B 를 시작합니다. 등록 지연 위약금이 파트 B 와 [처방약](#) 플랜에 적용될 수 있습니다.

초기 등록 기간 및 효력 발생일

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

등록 기간 및 마감 기한

(page 100 로 시작하는 약어 정의를 참조하십시오.)

플랜	IEP/OEP	AEP/GEP	SEP/GI	MA OEP	지연 위약금
메디케어 파트 A	7 개월 65 세 이전 3 개월 전에 시작하거나 24 개월 동안 SSDI 를 받은 후 자동 등록됩니다.	GEP: 매년 1 월부터 3 월까지 발생 ; 파트 A 가 무료이면 효력발생일 은 신청일로부터 6 개월 소급이고, 파트 A가 보험료 지불이면 7월 1 일부터 효력을 발생합니다.	활동적인 업무 (본인 또는 배우자)를 통해 EGHP 에 가입되어 있는 동안 또는 활동적인 업무가 종료된 후 최대 8 개월 까지	해당 없음	보험료가 무료가 아닌 한 없음 - 위약금은 10% 이며, 등록이 지연된 기간의 두 배 동안 지속됩니다.
메디케어 파트 B	7 개월 65 세 이전 3 개월 전에 시작하거나 SSDI 를 받고 있는 경우 24개월 후에 자동 등록됩니다.	GEP: 1 월과 2 월, 3 월 매년; 파트 B 보험은 7월 1일부터 유효합니다.	활동적인 업무 (본인 또는 배우자)를 통해 EGHP 에 가입되어 있는 동안 또는 활동적인 업무가 종료된 후 최대 8 개월 까지	해당 없음	보험금 위약금은 등록 지연 연간 현재 파트 B 보험료의 10% 이며, MSP 자격이 없는 한 평생 지속됩니다.
메디캡	가입은 파트 A 와 파트 B에 모두 가입되어 있는 즉시 진행할 수 있습니다. 연령 (65 세 이하 또는 65 세 이상)에 관계없이 파트 B의 첫 6 개월 동안 OEP who/GI 입니다.	플랜의 재량에 따라 언제든지 가능합니다. 회사는 GI가 적용되지 않는 한 언제든지 기존 건강 상태를 보증하거나 거부할 수 있습니다.	이전 플랜이 종료하는 날짜로부터 63 일간의 GI 기간 다른 회사로 전환하기 위한 30일간의 GI 기간 (현재 보험 가입자의 생일부터 시작). 재판청구권 가입 보장 기간에 대한 정보는 page 36 를 참조하십시오.	해당 없음	비용이 더 들수도 있습니다. OEP 및 GI 기간이 지난 경우 건강상의 이유로 보험 가입을 거부할 수 있습니다.

(Page 100 로 시작하는 약어 정의를 참조하십시오.)

플랜	IEP/OEP	AEP/GEP	SEP/GI	MA OEP	지연 위약금
메디케어 어드밴티지	7 개월 기간 으로 65 세가 되기 3 개월 전에 시작되거나 SSDI 로 인해 메디케어 자격이 부여되기 전에 시작됩니다.	AEP: 10 월 15 일 - 12 월 7 일 ; 1월 1일부터 효력 발생. GEP: 만약 GEP 기간 동안 파트 A와 B에 등록한다면, MA 등록은 4 월 1일부터 6 월 30 일까지 이며 7 월 1일부터 효력을 발생합니다.	60 일 이 날짜는 다른 보장범위의 손실이후이며, 또는 첫 플랜의 첫 12 개월 이내입니다. 5성 플랜 및 저성과 플랜 SEP 도 포함됩니다. page 51 를 참조하세요. 다음 을 받는 사람들을 위해 올해 첫 3/4분기 동안 추가 지원 또는 메디케이드.	1 월 1 일 - 3 월 31 일 또는 메디케어에 처음인 경우 MA 의 첫 3개월. 하나의 조치만 허용됩니다. page 51 을 참조하세요.	건강 보장의 경우 없습니다. 약품 등록 지연으로 인해 파트 D 위약금이 보험료에 추가될 수 있습니다.
메디케어 파트 D	7 개월 기간으로 65 세 이전 3 개월 전에 시작되거나 SSDI 로 인해 메디케어 자격이 부여되기 전에 시작됩니다.	AEP: 10 월 15 일 - 12 월 7 일 ; 1 월 1일부터 효력 발생. GEP: 파트 A 보험료를 지불하는 경우 PDP 등록 기간은 4 월 1 일 - 6 월 30 일이며 7 월 1일부터 효력을 발생합니다.	60 일 로 다른 보장 손실이후입니다. 5성 플랜 및 저성과 플랜 SEP 도 포함됩니다. page 51 를 참조하세요. 다음 을 받는 사람들을 위해 올해 첫 3/4분기 동안 추가 지원 또는 메디케이드.	MA 플랜이 1 월 1 일이면 매해 1월 1 일 - 3 월 31 일. 하나의 조치만 허용됩니다. page 51 을 참조하세요.	등록이 지연된 월에 대한 위약금은 벤치마크 보험금의 1% 입니다. 예를 들어, 24 개월 지연은 위약금이 24% 입니다. 추가 지원을 받을 자격이 없는 한 평생 계속됩니다. page 25 을 참조하세요.

파트 B 메디케어 예방 서비스

메디케어는 메디케어에서 할당 요금을 받는 제공자로부터 제공받을 경우 저렴한 비용으로 일부 예방 서비스를 제공합니다. 일부 혜택에는 특정 시설의 수수료 또는 사무실 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. **제한**은 모든 혜택에 적용됩니다. 받은 모든 예방 서비스를 정확하게 기록해야 합니다.

팁: 기존 메디케어를 사용하는 경우 medicare.gov에 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



- 심혈관 질환 (행동 치료)
- 자궁경부암 및 질암 검사
- 대장암 검사
- 우울증 검사
- 당뇨병 검사
- 당뇨병 자가 관리 교육
- 녹내장 검사
- B형 간염 감염 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
 - » 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 어드밴티지가 아닌 기존 메디케어에만 적용)

메디케어 예방 방문에 대한 환영

귀하가 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.

- 필요한 경우 다른 치료를 위한 특정 검사, 주사 및 문의
- 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. 메디케어 방문에 대한 환영 의식은 당일 다른 서비스가 제공되는 경우 적용되지 않을 수 있습니다. 진료 예약 시 메디케어 방문 환영 의식을 원할 수 있습니다. 이것은 연례 신체검사가 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).

기존 메디케어 – ABN 및 DMEPOS



사전 동의 제도 (ABN) 필수 및 자발

의료 서비스 제공자나 공급업체는 메디케어가 특정 서비스에 적용되지 않다고 생각되는 경우 서면으로 (ABN 과 함께) 귀하에게 통지해야만 **합니다**. ABN 은 보장되지 않는 특정 서비스와 비용을 식별해야 합니다.

만약 귀하가 서명하지 않은 상태에서 그것이 요구된다면, 요금을 지불하지 않아도 됩니다. ABN은 메디케어가 적용되지 않는 항목 및 서비스에는 필요하지 않습니다. 또한 통지는 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입한 사람이 아니라 기존 메디케어에 등록된 사람에게 적용됩니다.

비용이 있는 ABN 는 서명하지 마십시오.

일상적인 ABN (공백 양식에 **수혜자** 서명을 받은 후 나중에 작성하는 관행)은 메디케어 규정을 위반하는 것입니다. 환자에게 "메디케어가 지불할지 모르기 때문에

귀하는 서명해야 합니다"라고 말하는 것 또한 허용되지 않습니다. 의료 제공자는 의료 규정에 기초하여 메디케어가 서비스를 제공하는지 여부를 알고 있어야 합니다.

내구성 의료 장비, 보철물, 보조 기구 및 소모품 (DMEPOS)

모든 DMEPOS 구매는 의사의 처방으로 이루어져야 하며, 일반적으로 의료적인 필요성 명세서를 첨부하여 메디케어와 계약한 공급업체를 통해 구매해야 합니다. 공급업체가 **할당** 을 수락할 경우 귀하가 지불해야 할 부분은 메디케어에서 할당할 비율의 20%입니다. 공급업체를 찾아보려면 [medicare.gov/medical-equipment-suppliers/](https://www.medicare.gov/medical-equipment-suppliers/) 를 방문하십시오

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 수혜자의 거주지로 배달된 당뇨병 검사 용품에 대해 계약된 공급자에게만 변제합니다. 우편 주문은 일부 약국을 통해 제공되는 가정 배송품을 포함하여 수혜자의 거주지로 배송되거나 배달되는 물품을 의미합니다.

메디케어 어드밴티지 플랜에 가입한 경우 플랜에 연락하여 플랜 계약 대상 공급업체를 파악하십시오. 상기 공급업체를 통해 모든 DMEPOS 를 얻으십시오.

재향군인 혜택 및 의료 보험

재향군인은 자기들의 경우 국가보훈처 (VA)와 메디케어가 어떻게 협력하는지 이해해야 합니다. 메디케어 및 VA 에 가입한 재향군인은 두 프로그램 중 하나를 통해 서비스를 받을 수 있습니다. 그렇지만, 그들은 의사의 진찰을 받거나 의료 서비스를 받을 때마다 어떤 혜택을 사용할지 선택해야 합니다 (예를 들면, 병원에서). 메디케어는 VA 가 승인한 서비스와 동일한 서비스에 대해 지불하지 않습니다. 마찬가지로, 재향군인 혜택도 메디케어에서 적용하는 동일한 서비스에 대해 기본 지불을 하지 않습니다. 일부 재향군인들은 처방전을 포함하여 의료서비스를 무료로 받습니다. 그 밖의 재향군인들은 메디케어가 보상하지 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 B 에 늦게 등록하면 위약금이 부과될 수 있습니다.

VA 의약품 보험은 신뢰할 수 있는 메디케어로, 이를 통해 메디케어 파트 D 의 등록 지연에 의한 위약금 지불을 방지할 수 있습니다. 메디케어 의약품 플랜에 가입할 때 위약금 지불을 피하려면 VA 의약품 보험에 대한 증빙 자료를 제공해야 합니다. 신용 보험장 또는 현재 혜택 상태에 대한 정보를 요청하려면 **877-222-VETS (8387)** (수신자 부담)을 통해 VA 의료 혜택 핫라인에 문의하십시오.

일부 재향군인들은 그들의 VA 약품 혜택을 사용하고 VA 에서 보장하지 않을 수 있는 약품은 메디케어 플랜에 가입함으로써 혜택을 받습니다. 메디케어 약품 플랜을 사용하는 경우, VA 는 본인부담 비용을 변제하지 않으며 VA 는 보조 지불인이 아닙니다.

모든 카운티에는 VSO (재향군인 서비스 센터)가 설정되어 있어 여러분은 VA 혜택에 대한 도움을 받으실 수 있습니다. 현지 VSO 를 찾아보시려면 oregon.gov/odva/services/pages/county-services.aspx 를 방문하시거나 또는 **800-828-8801** (수신자 부담 전화)에 전화하십시오.

Tricare for Life 는 군 퇴직자와 그 부양가족을 위한 것입니다 Tricare for Life 를 받으려면 메디케어 파트 A와 파트 B에 가입해야 합니다.

적격성 정보를 알아보려면 **866-773-0404** (수신자 부담 전화)로 국방부에 전화하거나 또는 tricare4u.com 을 방문하세요.



퇴직자 플랜과 메디케어

대부분 귀하가 다음에 속하는 경우 퇴직자 플랜 옵션에 등록하거나 계속 받으려면 메디케어 파트 A 및 파트 B에 등록되어 있어야 합니다.

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

일단 메디케어 자격이 주어지면 퇴직자 플랜에 가입할 수 있는 옵션을 행사하는데 마감 기한이 있을 가능성이 높습니다. 자격 기준 시간 및 규칙은 고용주의 플랜 관리자에게 문의하십시오. 제시기간에 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
- 1 차 진료비를 지급하는 관리형 진료 플랜.

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 5 가지 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. 최대 금액에 도달한 경우에만 본인부담 비용을 지불하기 시작하는 "손실 중지" 보장만 제공할 수 있습니다.
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 (메디캡) 플랜에 가입할지 여부에 대해 SHIBA 상담원과 상담해 보려고 할 수도 있습니다.

5. 귀하의 이전 고용주가 귀하의 보장을 중단한다면, 오레곤 법은 귀하가 63 일 이내에 가입 보장과 함께 메디캡 보험을 구입할 권리를 부여합니다. 이는 메디캡 공개 등록 기간이 아닌 경우에도 적용됩니다.

퇴직 후에 먼저 메디케어가 지불합니다. 따라서 퇴직자 보험은 메디케어 보조 보험 (메디캡)에 따른 보험과 유사할 수 있습니다. 퇴직자 보장은 메디캡 플랜과 같은 것은 아니지만 메디캡 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.

COBRA 와 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 COBRA 를 선택하기 전에 시작되지만 파트 B 에 나중에 가입하는 경우에도 적용됩니다. 이러한 상황에서 메디케어는 항상 COBRA 보험의 1차 지불자입니다.

COBRA 에 가입한 후 메디케어 혜택을 받을 자격이 주어지는 경우, 메디케어가 시작되면 COBRA 혜택이 종료됩니다. 그러나 COBRA 가 귀하의 배우자 및/또는 부양 자녀에게 보험 혜택을 제공하는 경우, 해당 보험은 귀하가 메디케어 자격을 취득한 것으로 하여 최대 36 개월까지 연장될 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 20 명 미만인 경우에는 일반적으로 메디케어가 먼저(기본) 지급합니다. 그러면 고용주 플랜은 귀하의 메디케어 가입 여부에 관계없이 보조 비용을 지불하게 됩니다. 귀하 또는 배우자가 장애 (65 세 미만)로 인해 메디케어를 받고 있는 경우 메디케어는 직원 수가 100 명 미만인 회사에 먼저 지급합니다.

활상 업무 그룹 건강 보험에 의해 보장되는 경우 일반적으로 업무 중 또는 업무 보장이 종료된 후 최대 8개월 동안 언제든지 메디케어 파트 A 및 파트 B 에 등록할 수 있습니다.

EGHP 가 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 ([page 20](#))
- 메디케어 어드밴티지 플랜 (건강 및 약품 결합) ([page 50](#))
- 메디케어 보조 보험(메디캡)이라 불리는 보조 플랜 ([page 32](#) 페이지)
- 독립형 처방약 플랜 ([page 30](#))

등록 지연 위약금 지불 피하기 위해 등록을 선택할 수 있는 시간이 제한되어 있으므로 미루지 마십시오. 시간 일정을 포함한 차트는 이 가이드의 [page 13](#) 에 있습니다.

건강 저축 계좌를 사용하는 고용주 고공제 건강보험 (HSAs)

다음 경우 HSA 에 대한 기여를 계속하거나 메디케어 파트 A 에 등록하는 것 중에서 선택해야 합니다.

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

일단 메디케어에 등록하게 되면, 더 이상 고용주로부터 HSA 에 기부금을 기부하거나 받을 자격이 없습니다. 기부금이 계속 나올 경우 세금과 벌금이 따릅니다.

65 세 이후에도 계속 근무하고 HSA 에 기부하기로 선택한 경우, 메디케어에 등록하기 6 개월 전에 기부금을 중단해야 합니다. 이는 파트 A 가 보험료가 없는 경우 6 개월 또는 65 세 생일이 있는 달 중 먼저 도래하는 달로 소급하여 효력을 발휘하기 때문입니다. 사회 보장 센터에 전화하여 약속을 정하는 것을 “보호 신청일” 이라고 하며, 파트 A 는 통화일로부터 6개월 소급하여 **효력발생일** 로 시행하게 됩니다.

등록 지연 위약금 지불 피하기 위해 등록을 선택할 수 있는 시간이 제한되어 있으므로 미루지 마십시오. 시간 일정을 포함한 차트는 이 가이드의 **page 13** 에 있습니다.

메디케어 및 마켓플레이스

메디케어에 가입된 경우에는 건강 보험 마켓 플레이스 (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. 귀하가 메디케어를 가지고 있다는 것을 알고 있는 사람이 마켓플레이스나 보험회사를 통해 귀하에게 건강플랜을 판매하는 것은 법에 위배됩니다. 귀하가 파트 A 또는 파트 B 만 가지고 있는 경우에도 마찬가지입니다. 마켓플레이스 플랜 대신 메디케어와 함께 사용하도록 특별히 설계된 플랜이 있습니다. 메디갭 플랜에 대해 알아보려면 **page 32** 로 이동하고 메디케어

어드밴티지 플랜에 대해 알아보려면 **page 50** 로 이동하십시오. 또한 SHIBA 에 전화를 걸거나 medicare.gov 를 방문하여 더 많은 정보를 얻을 수 있습니다.

메디케어 대신 마켓플레이스 혜택을 선택할 수 있습니까?

일반적으로는 아닙니다. 그러나 다음과 같은 몇 가지 예외가 있습니다.

- 다음과 같이 마켓플레이스를 통해 계획을 정할 수 있습니다.
 - » 메디케어 혜택을 받을 수 있지만 파트 A 에 대한 보험료를 지불해야 하거나 사회 보장 혜택을 받지 않아 가입하지 않은 경우
 - » 파트 A에 대한 보험료를 지불하는 경우(파트 A 및 파트 B 의 보험 혜택을 취소할 수 있음)

- » 메디케어 또는 메디케이드 혜택을 받을 수 있는 5년간의 법적 거주자 신분이 없는 경우.

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** (수신자 부담 전화) 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 그 해 7월에나 시작될 것입니다.
- **Page 14** 을 참조하여 등록 기간과 마감 기한을 알아보십시오.

마켓플레이스 플랜에 가입한 후 메디케어 혜택을 받을 자격이 주어지면 어떻게 해야 합니까?

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 대해 이 기간은 65 세 생일이 있는 달의 3 개월 전에 시작하여 65 세 생일이 있는 달의 3 개월 후에 끝납니다.

대부분의 경우 다음과 같은 이유로 처음으로 자격이 주어질 때 가입하는 것이 유리합니다.

- 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. 이것은 메디케어에 가입했든 아니든 마찬가지입니다.

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

마켓플레이스를 통해 독립형 치료 플랜을 받을 수 있나요?

아니오, 메디케어에 가입한 경우 마켓플레이스를 통해 치과용 플랜에 가입하실 수 없습니다. 그렇지만, 치과용 플랜을 건강 보험 회사에서 직접 가입할 수 있습니다. 에이전트에 문의하십시오.

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

SHIBA 사무실에는 오레곤주에서 플랜을 판매하는 독립형 치과 보험 회사 목록이 있습니다. 또한 예방 치과 혜택을 핵심 혜택에 포함한 일부 메디케어 어드밴티지 플랜도 있습니다. 상기 플랜들은 치과 추가 조항을 추가하여 종합적인 서비스를 제공할 수 있습니다.

약품 보장범위



파트 D 처방약 보장범위

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 보증을 결합한 MAPD(처방약 포함 메디케어 어드밴티지) 플랜을 통해 제공됩니다.

처방약 보증을 받으려면 메디케어 파트 A 또는 파트 B 에 가입하고 플랜에 등록하기 위한 조치를 취해야 합니다.

제게 처방약 보장이 필요한가요?

메디케어 파트 D 는 모든 보험과 같습니다. 지금 필요한 경우 보험이 적용되며 향후 처방 비용을 내지 않아도 됩니다. 처음으로 자격이 주어졌을 때 파트 D 에 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 10 월 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 보증을 받고 있는 경우, 메디케어의 표준 파트 D 혜택과 같거나 더 나은 의약품 혜택을 받을 수 있다면 기존 플랜을 그대로 유지할 수 있습니다. 보험 혜택을 받을 수 있는지 여부를 알려주는 서신을 받지 못한 경우



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 개인 건강 관리 저널을 보관하십시오. 더 이상 안전한 장소에 저장하지 않기로 결정한 서류는 파기하십시오.

복지 관리자에게 문의하여 요청하십시오. 신용 보장에 대한 증빙 자료는 항상 저장하십시오.

지연 위약금

파트 D 를 받을 자격이 있고 다른 신용 보장 범위가 없는 경우 나중에 등록할 때 위약금 문제에 직면할 수 있습니다. 위약금은 기본 수혜자 보험료의 파트 D 네셔널의 1% (2022년에는 33 센트) 로, 신용 보장이 업이는 2022년에 매달 33.37 달러입니다. 다른 약물 보장에 가입된 경우, 해당 보험제도의 복지관리자는 귀하의 보험혜택이 메디케어의 기본 PDP 혜택만큼 좋은지 또는 그 이상인지를 명시하는 서신을 보내드릴 것입니다.

귀하가 [추가 지원](#) 을 받을 자격이 있거나 ([page 28](#) 참조) 장애로 인한 메디케어 혜택을 받고 65 세가 되는 경우 지연 위약금이 면제됩니다.

처방약 플랜을 선택하는 방법은 어디서 알 수 있나요?

- [medicare.gov](https://www.medicare.gov) 을 방문하세요.
- SHIBA (노인 의료 보험 혜택 지원 프로그램) **800-722-4134** (수신자 부담 전화) 로 전화하십시오.
- **800-633-4227** (수신자 부담 전화)로 메디케어에 전화하십시오.

플랜을 전환할 수 있나요?

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

메디케어 어드밴티지 (MA) 플랜으로 한 해를 시작하는 경우 1 월 1 일부터 3 월 31 일까지 MA 공개 등록 기간을 사용하여 약물 보장을 변경할 수 있습니다. (구체적인 내용에 대해서는 [page 51](#) 을 참조하세요.)

플랜을 전환하려면:

- 새 처방약 플랜 또는 처방약 보장이 포함된 메디케어 어드밴티지 플랜에 등록하십시오. 1 월 1 일부터 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

약품 목록: "처방집"이라고도 알려진 각 약품 플랜에는 그에 적용되는 처방약 목록이 있습니다. 플랜은 처방집, 규칙을 지배하는 접근 및 비용에 따라 다릅니다.

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

- **사전 승인:** 처방자는 보장하려는 플랜에 약물이 **의학적으로 필요**하다는 것을 증명하기 위해 플랜에 연락해야 합니다. 상기 과정이 진행되는 동안 30일간의 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 의 플랜 검색기는 비용을 비교하고 귀하에게 가장 적합한 플랜을 선택하는 데 가장 좋은 도구입니다.

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

- **공동 부담금**, 달러로 계산, 낮은 계층 약품인 경향이 있습니다. 공동 부담금은 일년 내내 비용 분담이 일관되어 있습니다.
- **공동 보험**, 비용의 비율로 높은 계층 약품에 적용됩니다. 공동 보험 비용 분담율은 시장의 변동에 따라 달라집니다.

Medicare.gov 플랜 검색기의 약품 플랜 세부 정보("약품 혜택 요약" 보기)를 통해 귀하의 약품 목록에 공동부담금 또는 공동 보험이 필요한지 여부를 알 수 있습니다.

비용 분담은 또한 이용하는 약국이 **선호하는 약국** 인지 여부에 따라 크게 좌우됩니다.

네트워크 외부의 약국을 이용하시는 경우에는 약품 플랜 혜택은 제공되지 않습니다. 귀하는 마치 보험에 가입하지 않은 것처럼 소매 비용을 지불합니다. 귀하가 다른 주로 여행을 가시는 경우 반드시 전국적으로 작동하는 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 의료 저축 계좌 (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.

파트 D 노인 저축 프로그램

2022년에는 많은 파트 D 및 메디케어 어드밴티지 플랜이 파트 D 노인 저축 프로그램에 참여할 것입니다. 이 프로그램은 30 일간 인슐린 공급에 대한 월 공동부담금을 35 달러로 제한하고 있습니다. 참여하는 플랜을 확인하려면 [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) 플랜 검색기에서 플랜을 필터링하거나 해당 지역의 SIBA 상담 프로그램에 문의하십시오.

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) (800-503-6897) 을 방문하십시오.
- **고용주 그룹 건강 플랜.** 많은 고용주 그룹 건강 플랜은 처방약을 포함합니다. 보험혜택 정보는 보험 혜택 관리자에게 문의하십시오.
- **오레곤 처방약 프로그램 (OPDP)** 은 대량 가입 풀장으로 오레곤주에 사는 사람이라면 누구나 **무료** 로 이용할 수 있습니다 <https://www.oregon.gov/oha/HPA/dsi-opdp/Pages/index.aspx> 에서 신청하십시오. 월그린 (Walgreens) 을 제외한 대부분의 주요 약국 체인은 대량 가입 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 가입하시려면 **800-913-4284** 로 전화해 주십시오.

때때로 [GoodRX.com](https://www.GoodRX.com) 과 같은 다른 할인이나 쿠폰을 이용할 수 있습니다. 그러나, 이런 것들은 보험이 아니기 때문에 등록 지연 위약금에 대한 보호를 하지 않습니다.

파트 D 표준 혜택 항목

월보험료: 계획에는 보험료가 있습니다. 처방약을 사지 않아도 매달 지불해야 하는 금액입니다. 2022년 오레곤 독립형 약품 플랜 보험료는 월 7.70 달러에서 114 달러 사이입니다.

연간 본인부담금: 일부 플랜에는 연간 본인부담금이 있습니다. 귀하는 보험이 처방약 비용의 일부를 지불하기 전에 이 금액을 지불해야 합니다. 이 금액은 최대 480 달러입니다. 귀하가 플랜의 본인부담금을 지불한 후에 그 플랜은 귀하의 약값의 평균 75% 를 일정 금액까지 지불합니다.

초기 혜택 기간: 보험 플랜이 보험 약품에 대한 비용을 지불하기 시작할 때, 귀하는 여전히 일정 비율의 금액 또는 공동부담금 (예를 들면 약국에서 15 달러 참고 사항: 계층 3 및 4 약품은 비용 부담률이 33% 에서 44% 정도가 될 수 있습니다).

보장 공백: 보건 의료 개혁을 통해 "도넛 구멍" 을 단계적으로 없앴습니다. 2022년에는 귀하의 총 약품 가치가 4,430 달러에 도달하면 귀하는 브랜드 약품 비용의 25% 와 복제 약품 비용의 25% 를 지불하게 될 것입니다. 도넛 구멍은 [추가 지원](#) 을 받는 사람에게 적용되지 않습니다.

재해성 보장: 2022년부터는 본인부담금 7,050 달러를 소비하면, [보장 공백](#) 에서 벗어나 자동적으로 재해성 보장을 받게 됩니다. 재해성 보장에 도달하면 귀하는 연말까지 남은 기간에 복제약의 경우 경우 5 퍼센트 또는 3.95 달러, 기타 약품의 경우 9.85 달러의 더 높은 금액을 지불하게 됩니다.

추가 지원 및 메디케어 저축 프로그램

파트 D 를 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 본인부담금을 종종 0 달러에서 99 달러 이하로 절감합니다.
- 비싼 약인 경우에도 약국의 [공동부담금](#)을 대폭 절감합니다.
- 브랜드 및 복재 약품의 [보장 공백](#) ("도넛 구멍") 비용 분담을 15% 이하로 줄입니다.

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:

- **800-722-4134** (사용자 부담)로 지역 SHIBA 상담원에게 전화하여 신청
- BenefitsCheckUp benefitscheckup.org/Oregon 에서 온라인으로 신청
- **855-447-0155** (수신자 부담 전화) 로 오레곤 메디케어 저축 센터에 전화

또한 약값이나 특정 질환 또는 상태에 대한 도움을 받을 수 있는 다양한 **환자 지원**

프로그램 을 온라인에서 찾을 수 있습니다. 시작하기 좋은 위치는 needymeds.org 입니다. (**800-503-6897**).

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. MSP 는 귀하에게 자동으로 추가 지원을 받을 자격을 부여합니다.

귀하의 자격요건을 확인하려면 오레곤주 사회복지부 (ODHS) 의 지역 노령 및 장애인 사무소로 신청하십시오. 지역 사무소를 찾으려면 **800-282-8096** (수신자 부담 전화) 로 전화하거나 www.oregon.gov/DHS/Offices/Pages/Seniors-Disabilities.aspx 를 방문하십시오.

메디케어 저축 프로그램 또는 QMB (자격있는 메디케어 수혜자) 프로그램에 대해 문의할 수 있습니다.

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

부동산 복구

- 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** (수신자 부담 전화) 로 부동산 관리 부서에 전화하십시오.

파트 D 표준 혜택, 약품에 대해 지불하는 비용

이 다이어그램은 표준 처방약 플랜의 혜택을 보여줍니다. 보장은 2022년 1월 1일부터 시작됩니다. 아래에 표시된 비용은 약품 플랜에 의해 청구되는 월 보험료에 추가됩니다. 총 4,430 달러에는 수혜자 비용과 플랜 지급이 포함됩니다.

표준 혜택 2022				
1 본인 부담금 기간	2 초기 혜택 기간	3 보장 공백 (“도넛 구멍”이라고도 알려짐)		4 재해성 보장
		브랜드 약품	복제 약품	
총 4,430 달러 가치의 약품		5%		플랜에서 15% 지불 및 메디케어에서 80% 지불 = 메디케어와 플랜에서 95% 보장
최대 100% (480달러) (이보다 작을 수 있음)	플랜이 평균 7 5% 지불 (~2,962 달러)	제조업체 할인 70%	75%	
	공동 보험 평균 25% (~987 달러)	25%	25%	5% 이상의 공동 보험 또는 3.95 달러/ 최소 9.85 달러
480 달러	987 달러	5,583 달러		수혜자 지불
7,050 달러 <u>TrOOP</u>				

- 노란색 셀** = 가입자가 부담하는 달러 금액.
- 파란색 셀** = 플랜 또는 메디케어에서 지불하는 금액.
- 녹색 셀** = 노란색 셀 값 + 파란색 셀 값. 녹색 막대는 처음 세 칸 (2 개의 노란색과 1 개의 파란색) 에서 가입자와 플랜이 지불한 모든 달러를 나타냅니다.
- 오렌지색 셀** = 모든 노란색 사각형 값에 분홍색 사각형 값을 더한 값 (노란색 + 분홍색 = 오렌지색) 표시된 달러 금액 7,050 달러에는 가입자 (노란색 셀) 가 부담한 모든 자금과 브랜드 약품의 제조업체 할인(핑크색 셀)이 포함됩니다.

2022년에 브랜드 약품의 95 퍼센트와 복제 약품의 25 퍼센트가 실제 본인부담 비용 (TrOOP)으로 들어갑니다. 이 금액이 7,050 달러에 도달하면 4단계인 재해성 보장에 도달합니다.

2022 독립형 처방약 플랜

모회사명, 계약 및 전화번호	플랜 이름 및 플랜 번호	보험료	년간 본인부담금	본인부담금 면제 계층	공백에 대한 추가적인 보장	100% 추가 지원 포함 플랜 보험료
Aetna S5601* M - 866-235-5660 NM - 833-526-2445	SilverScript SmartRx (E) - 205	7.70 달러	480.00 달러	계층 1	아니오	7.70 달러
	SilverScript Choice (B) - 060	32.70 달러	480.00 달러	계층 1, 2	아니오	0.00 달러
	SilverScript Plus (E) - 061	75.30 달러	0.00 달러	계층 1, 2	예	42.30 달러
Asuris Northwest Health S5609 M - 800-541-8981 NM - 888-369-3172	Asuris Medicare Script Basic (B) - 001	88.50 달러	410.00 달러	계층 1, 2	아니오	48.00 달러
	Asuris Medicare Script Enhanced (E) - 002	114.50 달러	0.00 달러		예	74.00 달러
Cigna-HealthSpring Rx S5617* M - 800-222-6700 NM - 800-735-1459	Cigna Secure Rx (B) - 148	36.40 달러	480.00 달러	계층 1, 2	아니오	0.00 달러
	Cigna Essential Rx (E) - 309	44.20 달러	480.00 달러	계층 1, 2	아니오	13.50 달러
	Cigna Extra Rx (E) - 275	50.60 달러	100.00 달러	계층 1, 2, 3	예	48.50 달러
Clear Spring Health S6946 M - 877-317-6082 NM - 877-317-6082	Clear Spring Health Premier Rx (E) - 054	16.20 달러	480.00 달러	계층 1, 2	아니오	16.20 달러
	Clear Spring Health Value Rx (B) - 025	33.50 달러	480.00 달러		아니오	0.00 달러
Elixir Insurance S7694* M - 866-250-2005 NM - 888-377-1439	Elixir RxPlus (E) - 136	20.30 달러	480.00 달러	계층 1, 2	아니오	14.90 달러
	Elixir RxSecure (B) - 030	37.60 달러	480.00 달러		아니오	0.00 달러

* 국가적 플랜

(B) = 기본 약품 혜택

(E) = 향상된 약물 혜택

키: NM - 비가입자, M - 가입자, TTY - 전신타자기

모회사명, 계약 및 전화번호	플랜 이름 및 플랜 번호	보험료	년간 본인부담금	본인부담금 면제 계층	공백에 대한 추가적인 보장	100% 추가 지원 포함 플랜 보험료
Humana S5884* M - 800-281-6918 NM - 800-706-0872	Humana Walmart Value Rx Plan (E) - 209	22.70 달러	480.00 달러	계층 1, 2	아니오	0.60 달러
	Humana Basic Rx Plan (B) - 113	38.20 달러	480.00 달러		아니오	0.00 달러
	Humana Premier Rx Plan (E) - 176	75.30 달러	480.00 달러	계층 1, 2	아니오	34.80 달러
Mutual of Omaha Rx S7126 M - 855-864-6797 NM - 800-961-9006	Mutual of Omaha Rx Premier (E) - 099	31.40 달러	480.00 달러	계층 1, 2	아니오	31.40 달러
	Mutual of Omaha Rx Plus (B) - 029	99.90 달러	480.00 달러		아니오	59.40 달러
UnitedHealthcare S5820* M - 888-867-5575 NM - 888-867-5564	AARP MedicareRx Preferred (E) - 029	101.00 달러	0.00 달러		예	60.50 달러
UnitedHealthcare S5921* M - 866-870-3470 NM - 800-753-8004	AARP MedicareRx Walgreens (E) - 411	29.30 달러	310.00 달러	계층 1	아니오	4.70 달러
UnitedHealthcare S5921* M - 866-460-8854 NM - 888-867-5564	AARP MedicareRx Saver Plus (B) - 374	36.50 달러	480.00 달러		예	0.00 달러
WellCare S4802* M - 888-550-5252 NM - 888-293-5151	WellCare Value Script (E) - 135	11.60 달러	480.00 달러	계층 1, 2	아니오	11.60 달러
	WellCare Classic (E) - 020	35.50 달러	480.00 달러		아니오	0.00 달러
	WellCare Medicare Rx Value Plus (E) 233	68.90 달러	0.00 달러		아니오	39.20 달러

* 국가적 플랜

(B) = 기본 약품 혜택

(E) = 향상된 약물 혜택

키: NM - 비가입자, M - 가입자, TTY - 전신타자기

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 메디케어파트 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 플랜은 플랜 A부터 플랜 N까지 문자로 명명됩니다. (이 문자들은 메디케어 A, B, C 및 D 부분과 혼동해서는 안 되며 서로 다릅니다.) 메디갭 혜택은 금융 규제 부서에 의해 표준화되고 규제됩니다.

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 **제공자** 만 사용하는 경우 SELECT 플랜을 통해 저렴한 비용으로 메디갭 서비스를 제공받을 수 있습니다. 네트워크 외 **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 금융 규제 부서 (DFR) 에서 승인한 데 의하면 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 플랜인 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.

분야

회사에서 우편 번호에 따라 요금을 다르게 정하면 해당 플랜을 사용하는 가입자 공동관리가 더 작은 크기로 나뉩니다. 규모가 작은 공동관리 그룹은 전체 멤버십에 대한 의료 보험료를 기준으로 1년에 한 번 요금이 인상될 수 있지만 개인은 인상되지 않기 때문에 보험료 인상 폭이 더 클 수 있습니다. 공동관리의 의료손실률 보험료는 12 개월에 한 번만 인상될 수 있습니다.

유형

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

오레곤에서 이용할 수 있는 일부 플랜에는 [커뮤니티 등급](#) 또는 [문제 발생 나이 등급](#)이 있습니다. 커뮤니티 등급 플랜은 75 세 이상의 나이에는 보험료 인상을 하지 않습니다. 문제 발생 나이 등급 플랜에서는 나이에 따른 증가가 없습니다. 둘 다 멤버십 풀 내의 의료비 지급에 따라 매년 증가할 수 있습니다.

메디갭 플랜은 언제 살 수 있습니까?

메디갭 플랜은 언제든지 신청할 수 있습니다. 보험 회사는 귀하의 의료 이력 ([보증](#))을 고려하고 귀하의 신청을 거부할 수 있습니다. 그러나 [page 36 이하의 보호 기간 및 다음의 기간 동안 기존 조건에 관계없이 플랜이 보장됩니다:](#)

- **메디갭 공개 등록 기간:** 메디갭 공개 등록 기간은 메디케어 파트 B 가 시작되는 날로부터 6 개월 후에 끝납니다.
- **가입 보장:** 어떤 특수 환경에서는 가입 보장(GI) 상황을 산생합니다. 이런 경우 [보증](#) 없이 메디갭 플랜을 구입할 수 있습니다. 상기 GI 보호는 63 일 동안 지속됩니다. 모든 가능한 GI 상황에 대해서는 [page 36](#) 을 참조하십시오.
- **메디케이드 손실:** 일반 메디케이드 또는 적격 메디케어 수혜자 (QMB) 메디케이드 자격을 상실하는 경우 메디갭 플랜을 구입할 수 있는 기간은 63 일입니다. 귀하는 투석, 화학요법, 주사 약품 또는 면역억제제와 같은 값비싼 의학적 치료비를 마련하기 위해 이렇게 하는 것이 좋을지도 모릅니다.

- **귀하의 생일:**오레곤 주에서는 기존 메디갭 보험 가입자인 경우 동일한 (또는 그보다 적은) 메디갭 혜택에 대해 여러 회사의 가격을 비교하기 위한 기간은 생일부터 시작하는 GI와 함께 30 일의 쇼핑 기간입니다. [생일 규칙](#) 은 고용주가 후원하는 퇴직자 메디갭 플랜에는 적용되지 않습니다.

65 세 미만 등록자를 위한 메디갭

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

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

메디갭을 사용하려면 기다려야 합니까?

메디갭 플랜은 플랜이 특정 혜택을 지급하기 전 또는 플랜이 이전에 진단한 조건을 보장하기 전에 최대 6 개월의 기존 상태 [되돌아보기/대기 기간](#)을 가질 수 있습니다. 플랜 등급 페이지에서 0/0, 6/6 또는 2/6 은 회사가 몇 개월 동안 기존 조건을 되돌아보아야 하고 메디갭 정책이 해당 기존 조건을 보장할 때까지 귀하가 몇 개월을 기다려야 하는지를 나타냅니다. 모든 회사의 플랜이 대기 기간이 있는 것은 아닙니다. 가입 보장을 받을 수 있는 경우 되돌아보기/대기 기간이 부과되지 않습니다.

메디갭 대기 기간

이전의 보장에 대한 크레딧을 받을 수 있을까요?

공개 등록 기간 동안 기존 상태에 대한 대기 기간이 있는 메디갭 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 28 억달러에서 365 억달러의 비용이 드는 것으로 추정됩니다. 메디케어 번호를 보호하고 보험 약관의 정확성을 확인하며 사기 또는 남용에 대한 우려를 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, N 은 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 250 달러를 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 50,000 달러로 제한됩니다. 이러한 혜택의 목적은 강력한 보험혜택을 제공하는 것이 아닙니다. 많은 여행을 계획하는 사람은 여행 보험에 가입해야 합니다. 유람선을 타고 여행할 때 여러분은 외국에 있다는 것을 기억하십시오. 유람선은 외국 국기를 달고 여행합니다.

Page 42 에 게시된 요율은 게시 당시의 시작 요율입니다. 이는 주에서 이용할 수 있는 가장 낮은 요율이며 성별, 우편 번호, 금연 상태 또는 전자 자금 송금(EFT) 과 같은 요율 요소를 포함합니다. 구체적인 개별 견적은 보험 회사나 SHIBA 상담원에게 문의하십시오.



팁과 힌트

질문하기

공급자 또는 플랜에 질문하기*:

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

*의료 제공자나 계획이 도움이 되지 않는 경우 **855-673-2372** (수신자 부담 전화)로 지역 노인 메디케어 감사에 문의하십시오.

메디갭 가입 보장 기간 및 플랜 선택

가입 보장	메디케어 플랜 선택
귀하는 처음 메디케어에 등록했을 때 메디케어 어드밴티지 플랜 (MSA 가 아님) 또는 포괄적 노인 관리 프로그램 (PACE) 프로그램에 가입했지만 , 가입 후 12 개월 이내에 탈퇴하려고 합니다 (재판청구권). (N)	모든 플랜
귀하는 장애로 인한 소급 메디케어에 등록되었습니다. 6 개월의 공개 등록 기간은 소급 등록에 대한 서면 통지를 받은 후 첫 번째 달의 첫날부터 시작됩니다. (OR)	모든 플랜
귀하는 메디케어 어드밴티지(MA) 플랜, 메디케어 셀렉트 플랜 또는 PACE 프로그램에 처음으로 등록하기 위해 메디갭 정책을 종료했으며 이제 등록 후 12 개월 이내에 MA 계획을 종료하려고 합니다. (재판권) (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
귀하의 고용주 그룹 의료 보험 (COBRA 및 퇴직자 보장 포함) (N/OR) 또는 메디케이드 (OR) 는 모든 의료 혜택을 종료하거나 중단합니다.	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
귀하의 고용주 그룹 의료 플랜, 메디케어 어드밴티지 플랜, PACE, 메디갭 또는 메디케어 셀렉트 의료 보장이 귀하가 해당 플랜의 서비스 영역 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
생일 규칙: 귀하는 현재 메디갭 보험 가입자로 생일 후 30 일 이내에 다른 메디갭 보험회사로 변경하고자 합니다. (OR) https://shiba.oregon.gov/Documents/NEW-birthday-rule-web.pdf .	현재 플랜과 동일한 플랜 또는 혜택이 더 적은 플랜

* 조치를 취할 수 있는 마감 기한 63일

(N) 국가 규칙

(OR) 오레곤 주 전용 규칙



오레곤 주, 크레이터 레이크

메디캡 플랜에서 보장하는 사항

참고 사항: 아래에는 2021 년도달러 금액이 포함되어 있습니다. 이 가이드가 출판될 때까지는 2022 년도달러 금액이 제공되지 않습니다.

메디캡 플랜은 [본인부담금](#), [공동부담금](#) 및 [공동보험](#) 을 메디케어 파트 A 및 파트 B 에서 지불합니다. 이런 표준 플랜은 회사마다 같은 혜택을 제공합니다. 우편 번호에 따라 비용이 달라질 수 있습니다. 요금 견적을 알아보시려면 전화하십시오. 요금 비교는 [page 43](#) 에 시작됩니다.

기존 메디케어 공백	A	B	*C	D	*F	*F 하이	G	G 하이	K	L	M	N
입원 비용 분담 — 61-90 일동안 비용 분담 (1 일 389 달러) 및 90-150 일동안 비용 분담 (1 일 778 달러) 2022 년 비용 분담; 365 일 추가 일동안 전액을 지불합니다. 구체적인 내용에 대해서는 page 9 을 참조하세요.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
파트 B 공동 보험 — 파트 B 서비스에 대해 20% 공동 보험을 보장합니다. 구체적인 내용에 대해서는 page 10 을 참조하세요.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	50%	75%	✓	✓†
처음 3 파인트의 혈액 , 년도당.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	50%	75%	✓	✓
호스피스 케어 — 호흡 관리 및 기타 파트 A 보장 서비스를 위한 공동 보험.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	50%	75%	✓	✓
병원 (파트 A) 본인부담금 각 혜택 기간 의 본인부담금을 보장합니다. (2022 년에 1,556 달러)		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	50%	75%	50%	✓

* 2015 년 의료개혁법안에 따라 2020 년 1월 1일부터 "새로운 자격을 갖춘" 메디케어 신청자는 플랜 C, F 및 FH를 사용할 수 없습니다.

† 의사 방문당 20 달러, 응급실 방문당 50 달러 공동부담액에 대한 귀하의 지불을 제외하고 파트 B 공동 보험을 지불합니다



기존 메디케어 공백	A	B	*C	D	*F	*F 하이	G	G 하이	K	L	M	N
전문 요양 시설 (SNF) 일일 공동보험 — 21~100일의 각 혜택 기간 공동 보험 (하루 194.50 달러) 이 적용됩니다			✓	✓	✓	✓	✓	✓	50%	75%	✓	✓
파트 B 본인부담금 — 연간 본인부담금을 보장합니다. (2022 년에 233 달러)			✓		✓							
파트 B 초과 요금 — 의사 또는 병원이 메디케어의 모든 비용을 전액 지불하지 않을 경우 15%의 초과 비용을 보상합니다.					✓	✓	✓	✓				
미국 외 지역의 응급 치료 — 자세한 내용은 page 35 을 참조하십시오.			80%	80%	80%	80%	80%	80%			80%	80%
최대 가입자부담금 — 연간 최대 가입자부담금을 지급한 후 파트 A 와 파트 B 공동 보험의 100% 를 지급합니다.									\$6,220	\$3,110		
높은 본인부담금 — 비용 부담에서 본인부담금을 지불하면 보장이 시작됩니다.						\$2,490		\$2,490				

* 2015 년 의료개혁법안에 따라 2020 년 1 월 1 일부터 "새로운 자격을 갖춘" 메디케어 신청자는 플랜 C, F 및 FH를 사용할 수 없습니다.

메디케어 보조 (메디캡) 플랜 정보

보험사	전화	웹사이트	사용가능한 플랜 유형	요금 인자*
Accendo Insurance Company	866-272-6630	aetnaseniorproducts.com	A, F, G, N	여성, 비흡연자, EFT
Cigna Life and Health Ins. Co.	855-891-9368	cigna.com/medicare/supplemental/	A, F, FH, G, N	여성, 은행 환어음 선호, 요금은 우편 코드에 따라 다릅니다
Colonial Penn Life Ins. Co.	800-800-2254	https://www.bankerslife.com/medicare-supplement-insurance/	A, B, F, FH, G, GH, K, L, M, N, D	여성, 은행 환어음 선호
Continental Life Ins. Co. of Brentwood, Tennessee	800-264-4000	aetnaseniorproducts.com	A, B, F, FH, G, N	여성 선호, 요금은 우편 코드, HH 에 따라 다릅니다
Everence Association, Inc.	800-348-7468	everence.com	A, C, F, G, L, N	여성 비흡연자
First Health Life & Health Ins. Co.	855-369-4835	aetnaseniorproducts.com	A, B, F, G, N	여성 비흡연자, 요금은 우편 코드에 따라 다릅니다
Garden State Life Ins. Co	844-639-3648	slaico.americannational.com	A, F, G, GH, M, N	비흡연자, 요금은 우편 코드, HH 에 따라 다릅니다
Globe Life and Accident Ins. Co.	800-801-6831	globecaremedsupp.com	A, B, C, F, FH, G, GH, N	여성 비흡연자, 요금은 우편 코드에 따라 다릅니다
GPM Health and Life Ins. Co.	877-844-1036	gpmhealthandlife.com	A, F, G, N	여성 비흡연자, 요금은 우편 코드, HH 에 따라 다릅니다
Humana Healthy Living	800-866-0581	humana.com	A(I), F(I), FH(I), K(I), N(I)	여성 선호, 요금은 우편 코드, HH 에 따라 다릅니다
Humana Ins. Co.	800-866-0581	humana.com	A, B, C, F, FH, G, GH, K, L, N	여성 선호, 요금은 우편 코드, HH 에 따라 다릅니다
Loyal American Life Ins. Co.	866-459-4272	cignasupplementalbenefits.com	A, B, C, D, F, G, N	여성 선호, 요금은 우편 코드, HH 에 따라 다릅니다
Lumico Life Ins. Co.	800-750-2407	lumico.com	A, F, G, N	여성 선호, 요금은 우편 코드, HH에 따라 다릅니다
The Manhattan Life Ins. Co.	800-877-7703	https://www.manhattanlife.com/Seniors/Medicare-Supplement	A, C, F, G, N	여성 선호, 요금은 우편 코드, HH 에 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 의 에이전트 찾기 도구를 방문하십시오.

상기 도구는 또한 page 6 에도 설명되어 있습니다.

* 요금 인자는 page 33 및 page 35 에서 설명합니다.

보험사	전화	웹사이트	사용가능한 플랜 유형	요금 인자*
Moda Health Plan, Inc.	877-277-7073	modahealth.com	A, F, FH, G, GH, N	여성 선호
National Health Ins. Co.	844-961-9544	natgenhealth.com	A, F, FH, G, N	여성 선호, 요금은 우편 코드, HH 에 따라 다릅니다
Omaha Ins. Co.	800-667-2937	mutualofomaha.com	A, F, FH, G, GH, N	여성 비흡연자, EFT 선호, 요금은 우편 코드, HH 에 따라 다릅니다
Oxford Life Ins. Co.	866-641-9999	www.oxfordlife.com	A, F, G, N	여성 비흡연자, PAC 선호, 요금은 우편 코드, HH 에 따라 다릅니다
Providence Health Assurance	866-365-4324	providencemedicaresupplement.com	A, G, N	비흡연자
Puritan Life Ins. Co. of America	888-474-9519	puritanlifeinsurance.com/medsupp	A, F, G, N	여성 선호, 요금은 우편 코드, HH 에 따라 다릅니다
Regence BlueCross BlueShield of Oregon	844-734-3623	https://www.regence.com/medicare/plans/medigap	A, C, F, G, K, N	EFT, 비흡연자, HH 선호
Sentinel Security Life Ins. Co.	800-247-1423	sslco.com	A, B, C, D, F, N	여성 비흡연자, 요금은 우편 코드에 따라 다릅니다
State Farm Mutual Automobile Ins. Co.	866-855-1212	statefarm.com/insurance/health/medsupp.asp	A, C, D, F, G, N	여성 비흡연자, 영역 1, 지역 에이전트 연락, 요금은 우편 코드에 따라 다릅니다
State Mutual Ins. Co.	844-212-0475	statemutualinsurance.com	A, B, C, D, F, FH, G, M, N	여성 선호, 요금은 우편 코드에 따라 다릅니다
Transamerica Life Ins. Co.	800-752-9797	transamerica.com	A, B, C, D, F, G, K, L, M, N	여성 비흡연자, PAC
United American Ins. Co.	800-755-2137	unitedamerican.com	A, B, C, D, F, FH, G, GH, K, L, N	여성 선호
United Commercial Travelers of America (The Order of)	800-848-0123	uct.org	A, F, G, N	여성 비흡연자, EFT, 요금은 우편 코드에 따라 다릅니다
UnitedHealthcare Ins. Co. (AARP)	800-523-5800	aarpmedicaresupplement.com	A, B, C, F, G, G(S), K, L, N, N(S)	비흡연자, EFT, HH
USAA Life Ins. Co.	800-515-8687	usaa.com	A, F, G, N	비흡연자, PAC

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 의 에이전트 찾기 도구를 방문하십시오.

상기 도구는 또한 **page 6** 에도 설명되어 있습니다.

* 요금 인자는 **page 33** 및 **page 35** 에서 설명합니다.

플랜 유형에 따른 메디캡 플랜

특정 연령 및 우편 번호에 대한 실시간 요금 견적을 원하시면 해당 지역 SHIBA (연락처 정보는 6 페이지 참조) 에 연락하거나 또는 **800-722-4134** 로 SHIBA 주 담당자에게 문의하십시오.

	보험 회사 이름	가입 시점의 연령					효력 발생일	Pre-ex LB/ 대기 기간	유형	신청료
		0-65	70	75	80	85				
Plan A	Accendo Insurance Company	\$149	\$159	\$187	\$220	\$257	05/01/22	0/0	A	\$25
	Cigna Health and Life Ins. Co.	\$220	\$248	\$301	\$358	\$425	11/09/20	6/6	A	없음
	Colonial Penn Life Ins. Co.	\$238	\$292	\$355	\$413	\$470	01/01/21	0/0	A	없음
	Continental Life Ins. Co. of Brentwood, Tennessee (Aetna)	\$167	\$189	\$221	\$243	\$259	06/01/21	0/0	A	20 달러
	Everence Association, Inc.	\$162	\$175	\$183	\$195	\$203	04/01/21	0/0	I	없음
	Garden State Life Insurance Co.	\$122	\$135	\$159	\$186	\$216	01/15/21	0/0	A	없음
	Globe Life & Accident Ins. Co.	\$102	\$140	\$149	\$151	\$151	06/15/20	2/2	A	없음
	GPM Health and Life Ins. Co.	\$206	\$227	\$274	\$323	\$369	10/01/21	0/0	A	25 달러
	Humana Ins. Co.	\$154	\$182	\$211	\$240	\$264	03/01/21	6/3	A	없음
	Lumico Life Ins. Co.	\$137	\$156	\$187	\$213	\$235	11/01/20	0/0	A	25 달러
	Moda Health Plan	\$110	\$130	\$155	\$173	\$190	01/01/22	6/6	A	없음
	National Health Ins. Co. (Allstate)	\$152	\$161	\$187	\$217	\$250	06/12/21	0/0	A	25 달러
	Omaha Ins. Co.	\$155	\$178	\$215	\$248	\$290	12/01/20	0/0	A	없음
	Providence Health Assurance	\$133	\$147	\$182	\$217	\$222	04/01/21	0/0	A	없음
	Puritan Life Ins. Co. of America	\$133	\$135	\$157	\$181	\$202	02/01/21	0/0	A	\$25
	Regence BlueCross BlueShield of Oregon	\$136	\$156	\$188	\$221	\$254	01/01/21	0/0	A	없음
	Sentinel Security Life Ins. Co.	\$197	\$226	\$253	\$277	\$294	01/01/21	0/0	A	\$25
	State Farm Mutual Automobile Ins. Co.	\$107	\$135	\$157	\$176	\$184	02/01/21	0/0	A	없음
	State Mutual Ins. Co.	\$176	\$209	\$248	\$282	\$307	07/01/20	0/0	A	없음
	Transamerica Life Ins. Co.	\$128	\$160	\$195	\$230	\$259	01/01/20	6/6	I	없음
United American Ins. Co.	\$94	\$113	\$120	\$120	\$120	01/15/21	2/2	A	없음	
United Commercial Travelers of America (The Order of)	\$176	\$220	\$257	\$283	\$302	01/01/21	0/0	A	없음	
UnitedHealthcare Ins. Co. (AARP)	\$75	\$84	\$105	\$126	\$131	01/01/21	3/3	C	없음	
USAA Life Ins. Co.	\$144	\$169	\$202	\$234	\$259	07/01/21	0/0	A	없음	

키: A - 도달연령, C - 커뮤니티 등급, I - 계약연령; page 33 에서 설명함.
Pre-ex LB/WP - 기존 되돌아보기/대기 기간은 page 34 에서 설명함.

	보험 회사 이름	가입 시점의 연령					효력 발생일	Pre-ex LB/ 대기 기간	유형	신청료
		0-65	70	75	80	85				
Plan B	Colonial Penn Life Ins. Co.	\$184	\$224	\$270	\$315	\$360	01/01/21	0/0	A	없음
	Continental Life Ins. Co. of Brentwood, Tennessee (Aetna)	\$210	\$238	\$278	\$306	\$326	06/01/21	0/0	A	20 달러
	Globe Life & Accident Ins. Co.	\$154	\$204	\$227	\$231	\$231	06/15/21	2/2	A	없음
	Humana Ins. Co.	\$160	\$190	\$220	\$250	\$276	03/01/21	6/3	A	없음
	Sentinel Security Life Ins. Co.	\$218	\$250	\$283	\$315	\$340	01/01/21	0/0	A	25 달러
	State Mutual Ins. Co.	\$205	\$244	\$289	\$329	\$358	07/01/19	0/0	A	없음
	Transamerica Life Ins. Co.	\$168	\$212	\$258	\$304	\$342	01/01/20	6/6	I	없음
	United American Ins. Co.	\$158	\$196	\$214	\$217	\$217	01/15/21	2/2	A	없음
	UnitedHealthcare Ins. Co. (AARP)	\$122	\$135	\$170	\$204	\$211	01/01/21	3/3	C	없음
Plan C	Everence Association, Inc.	\$231	\$273	\$307	\$332	\$352	04/01/21	0/0	A	없음
	Globe Life & Accident Ins. Co.	\$178	\$229	\$263	\$278	\$278	06/15/21	2/2	A	없음
	Humana Ins. Co.	\$221	\$261	\$302	\$343	\$379	03/01/21	6/3	A	없음
	Moda Health Plan	\$170	\$200	\$239	\$268	\$294	01/01/22	6/6	A	없음
	Regence BlueCross BlueShield of Oregon	\$207	\$265	\$314	\$352	\$381	01/01/21	0/0	A	없음
	Sentinel Security Life Ins. Co.	\$268	\$307	\$350	\$392	\$426	01/01/21	0/0	A	25 달러
	State Farm Mutual Automobile Ins. Co.	\$172	\$217	\$251	\$282	\$294	02/01/21	0/0	A	없음
	State Mutual Ins. Co.	\$246	\$292	\$351	\$399	\$435	02/01/20	0/0	A	없음
	Transamerica Life Ins. Co.	\$199	\$250	\$305	\$359	\$405	01/01/20	6/6	I	없음
	United American Ins. Co.	\$160	\$201	\$226	\$248	\$248	01/15/21	2/2	A	없음
UnitedHealthcare Ins. Co. (AARP)	\$141	\$157	\$196	\$236	\$244	01/01/21	3/3	C	없음	
Plan D	Colonial Penn Life Ins. Co.	\$130	\$168	\$215	\$259	\$286	01/01/21	0/0	A	없음
	Sentinel Security Life Ins. Co.	\$217	\$249	\$285	\$320	\$349	01/01/21	0/0	A	25 달러
	State Farm Mutual Automobile Ins. Co.	\$128	\$157	\$185	\$210	\$233	02/01/21	0/0	A	없음
	State Mutual Ins. Co.	\$215	\$256	\$303	\$345	\$375	02/01/20	0/0	A	없음
	Transamerica Life Ins. Co.	\$168	\$211	\$257	\$303	\$342	01/01/20	6/6	I	없음
	United American Ins. Co.	\$155	\$198	\$225	\$248	\$248	01/15/21	2/2	A	없음

키: A – 도달연령, C – 커뮤니티 등급, I – 계약연령; page 33 에서 설명함.
Pre-ex LB/WP – 기존 되돌아보기/대기 기간은 page 34 에서 설명함.

	보험 회사 이름	가입 시점의 연령					효력 발생일	Pre-ex LB/ 대기 기간	유형	신청료
		0-65	70	75	80	85				
Plan F	Accendo Insurance Company	\$214	\$227	\$267	\$315	\$367	05/01/22	0/0	A	\$25
	Cigna Health and Life Ins. Co.	\$193	\$217	\$264	\$314	\$372	11/09/20	6/6	A	없음
	Colonial Penn Life Ins. Co.	\$245	\$297	\$360	\$430	\$505	01/01/21	0/0	A	없음
	Continental Life Ins. Co. of Brentwood, Tennessee (Aetna)	\$250	\$281	\$323	\$349	\$371	06/01/21	0/0	A	\$20
	Everence Association, Inc.	\$206	\$223	\$237	\$256	\$276	04/01/21	0/0	I	없음
	Garden State Life Insurance Co.	\$207	\$228	\$268	\$314	\$366	01/15/21	0/0	A	없음
	Globe Life & Accident Ins. Co.	\$179	\$230	\$264	\$279	\$279	06/15/21	2/2	A	없음
	GPM Health and Life Ins. Co.	\$268	\$295	\$356	\$419	\$479	10/01/21	0/0	A	\$25
	Humana Ins. Co.	\$225	\$266	\$308	\$350	\$387	03/01/21	6/3	A	없음
	Lumico Life Ins. Co.	\$183	\$208	\$250	\$284	\$314	11/01/20	0/0	A	\$25
	Moda Health Plan	\$183	\$216	\$257	\$289	\$316	01/01/22	6/6	A	없음
	National Health Ins. Co. (Allstate)	\$191	\$203	\$236	\$273	\$315	07/12/21	0/0	A	\$25
	Omaha Ins. Co.	\$239	\$274	\$331	\$381	\$446	12/01/20	0/0	A	없음
	Puritan Life Ins. Co. of America	\$180	\$183	\$215	\$255	\$298	02/01/21	0/0	A	\$25
	Regence BlueCross BlueShield of Oregon	\$208	\$267	\$315	\$354	\$383	01/01/21	0/0	A	없음
	Sentinel Security Life Ins. Co.	\$274	\$315	\$359	\$401	\$437	01/01/21	0/0	A	\$25
	State Farm Mutual Automobile Ins. Co.	\$174	\$219	\$254	\$285	\$297	02/01/21	0/0	A	없음
	State Mutual Ins. Co.	\$255	\$300	\$359	\$405	\$439	07/01/20	0/0	A	없음
	Transamerica Life Ins. Co.	\$200	\$252	\$307	\$362	\$408	01/01/20	6/6	I	없음
	United American Ins. Co.	\$187	\$234	\$264	\$289	\$289	01/15/21	2/2	A	없음
United Commercial Travelers of America (The Order of)	\$262	\$320	\$367	\$397	\$422	01/01/21	0/0	A	없음	
UnitedHealthcare Ins. Co. (AARP)	\$141	\$157	\$197	\$237	\$245	01/01/21	3/3	C	없음	
USAA Life Ins. Co.	\$160	\$187	\$223	\$259	\$285	07/01/21	0/0	A	없음	
Plan F High (Plan FH)	Cigna Health and Life Ins. Co.	\$47	\$53	\$64	\$76	\$90	11/09/20	6/6	A	없음
	Colonial Penn Life Ins. Co.	\$38	\$46	\$55	\$66	\$77	01/01/21	0/0	A	없음
	Continental Life Ins. Co. of Brentwood, Tennessee (Aetna)	\$89	\$100	\$115	\$124	\$132	06/01/21	0/0	A	\$20
	Globe Life & Accident Ins. Co.	\$39	\$53	\$66	\$73	\$73	06/15/21	2/2	A	없음
	Humana Ins. Co.	\$53	\$63	\$73	\$83	\$91	03/01/21	6/3	A	없음
	Moda Health Plan	\$41	\$48	\$58	\$65	\$71	01/01/22	6/6	A	없음
	National Health Ins. Co. (Allstate)	\$57	\$61	\$70	\$81	\$94	07/12/21	0/0	A	\$25
	Omaha Ins. Co.	\$46	\$52	\$63	\$73	\$85	12/01/20	0/0	A	없음
	State Mutual Ins. Co.	\$101	\$118	\$141	\$159	\$173	07/01/20	0/0	A	없음
	United American Ins. Co.	\$27	\$35	\$44	\$48	\$48	01/15/21	2/2	A	없음

키: A – 도달연령, C – 커뮤니티 등급, I – 계약연령; page 33 에서 설명함.
Pre-ex LB/WP – 기존 되돌아보기/대기 기간은 page 34 에서 설명함.

	보험 회사 이름	가입 시점의 연령					효력 발생일	Pre-ex LB/ 대기 기간	유형	신청료
		0-65	70	75	80	85				
Plan G	Accendo Insurance Company	\$184	\$196	\$230	\$271	\$316	05/01/22	0/0	A	\$25
	Cigna Health and Life Ins. Co.	\$136	\$153	\$186	\$221	\$263	11/09/20	6/6	A	없음
	Colonial Penn Life Ins. Co.	\$177	\$218	\$269	\$325	\$386	01/01/21	0/0	A	없음
	Continental Life Ins. Co. of Brentwood, Tennessee (Aetna)	\$203	\$227	\$261	\$283	\$300	06/01/21	0/0	A	\$20
	Everence Association, Inc.	\$148	\$161	\$171	\$183	\$191	04/01/21	0/0	I	없음
	Garden State Life Insurance Co.	\$151	\$165	\$195	\$228	\$265	01/15/21	0/0	A	없음
	Globe Life & Accident Ins. Co.	\$158	\$208	\$242	\$258	\$258	06/15/21	2/2	A	없음
	GPM Health and Life Ins. Co.	\$211	\$233	\$281	\$331	\$378	10/01/21	0/0	A	\$25
	Humana Ins. Co.	\$211	\$250	\$289	\$329	\$363	03/01/21	6/3	A	없음
	Lumico Life Ins. Co.	\$141	\$161	\$193	\$220	\$242	11/01/20	0/0	A	\$25
	Moda Health Plan	\$145	\$171	\$204	\$229	\$250	01/01/22	6/6	A	없음
	National Health Ins. Co. (Allstate)	\$162	\$173	\$200	\$232	\$267	07/12/21	0/0	A	\$25
	Omaha Ins. Co.	\$178	\$204	\$246	\$284	\$332	12/01/20	0/0	A	없음
	Providence Health Assurance	\$153	\$175	\$229	\$284	\$304	04/01/21	0/0	A	없음
	Puritan Life Ins. Co. of America	\$143	\$145	\$174	\$208	\$244	02/01/21	0/0	A	\$25
	Regence BlueCross BlueShield of Oregon	\$169	\$194	\$234	\$275	\$315	01/01/22	0/0	A	없음
	State Farm Mutual Automobile Ins. Co.	\$128	\$157	\$185	\$210	\$233	02/01/21	0/0	A	없음
	State Mutual Ins. Co.	\$216	\$257	\$305	\$347	\$377	07/01/20	0/0	A	없음
	Transamerica Life Ins. Co.	\$168	\$211	\$257	\$303	\$342	01/01/20	6/6	I	없음
	United American Ins. Co.	\$151	\$192	\$219	\$240	\$240	01/15/21	2/2	A	없음
United Commercial Travelers of America (The Order of)	\$215	\$268	\$314	\$345	\$368	01/01/21	0/0	A	없음	
UnitedHealthcare Ins. Co. (AARP)	\$105	\$117	\$147	\$177	\$183	01/01/21	3/3	C	없음	
USAA Life Ins. Co.	\$123	\$133	\$160	\$199	\$256	07/01/21	0/0	A	없음	

키: A – 도달연령, C – 커뮤니티 등급, I – 계약연령; page 33 에서 설명함.
Pre-ex LB/WP – 기존 되돌아보기/대기 기간은 page 34 에서 설명함.

	보험 회사 이름	가입 시점의 연령					효력 발생일	Pre-ex LB/ 대기 기간	유형	신청료
		0-65	70	75	80	85				
Plan G High (Plan GH)	Colonial Penn Life Ins. Co.	\$35	\$42	\$51	\$60	\$71	01/01/21	0/0	A	없음
	Garden State Life Insurance Co.	\$48	\$53	\$62	\$73	\$84	01/15/21	0/0	A	없음
	Globe Life & Accident Ins. Co.	\$39	\$53	\$66	\$73	\$73	06/15/21	2/2	A	없음
	Humana Ins. Co.	\$50	\$59	\$69	\$78	\$86	03/01/21	6/3	A	없음
	Moda Health Plan	\$38	\$45	\$53	\$60	\$66	01/01/22	6/6	A	없음
	Omaha Ins. Co.	\$42	\$48	\$58	\$67	\$79	12/01/20	0/0	A	없음
	United American Ins. Co.	\$27	\$35	\$44	\$48	\$48	01/15/21	2/2	A	없음
플랜 G 셀렉트	UnitedHealthcare Ins. Co. (AARP) SELECT	\$128	\$141	\$173	\$205	\$211	01/01/22	3/3	C	없음
Plan K	Colonial Penn Life Ins. Co.	\$64	\$78	\$97	\$118	\$142	01/01/21	0/0	A	없음
	Humana Ins. Co.	\$86	\$102	\$119	\$135	\$149	03/01/21	6/3	A	없음
	Regence BlueCross BlueShield of Oregon	\$107	\$123	\$148	\$174	\$200	01/01/21	0/0	A	없음
	Transamerica Life Ins. Co.	\$75	\$94	\$115	\$136	\$153	01/01/20	6/6	I	없음
	United American Ins. Co.	\$89	\$119	\$132	\$139	\$139	01/15/21	2/2	A	없음
	UnitedHealthcare Ins. Co. (AARP)	\$39	\$44	\$55	\$67	\$69	01/01/21	3/3	C	없음
Plan L	Colonial Penn Life Ins. Co.	\$149	\$178	\$216	\$258	\$304	01/01/21	0/0	A	없음
	Everence Association, Inc.	\$93	\$101	\$108	\$117	\$126	04/01/21	0/0	I	없음
	Humana Ins. Co.	\$123	\$145	\$168	\$191	\$211	03/01/21	6/3	A	없음
	Transamerica Life Ins. Co.	\$111	\$140	\$171	\$201	\$227	01/01/20	6/6	I	없음
	United American Ins. Co.	\$125	\$167	\$186	\$195	\$195	01/15/21	2/2	A	없음
	UnitedHealthcare Ins. Co. (AARP)	\$78	\$87	\$109	\$131	\$135	01/01/21	3/3	C	없음
Plan M	Colonial Penn Life Ins. Co.	\$166	\$207	\$257	\$307	\$358	01/01/21	0/0	A	없음
	Garden State Life Insurance Co.	\$128	\$140	\$165	\$193	\$225	01/15/21	0/0	A	없음
	State Mutual Ins. Co.	\$193	\$230	\$273	\$311	\$338	07/01/20	0/0	A	없음
	Transamerica Life Ins. Co.	\$137	\$173	\$210	\$248	\$279	01/01/20	6/6	I	없음

키: A - 도달연령, C - 커뮤니티 등급, I - 계약연령; page 33 에서 설명함.
Pre-ex LB/WP - 기존 되돌아보기/대기 기간은 page 34 에서 설명함.

	보험 회사 이름	가입 시점의 연령					효력 발생일	Pre-ex LB/ 대기 기간	유형	신청료
		0-65	70	75	80	85				
Plan N	Accendo Insurance Company	\$126	\$142	\$168	\$197	\$230	05/01/22	0/0	A	\$25
	Cigna Health and Life Ins. Co.	\$102	\$124	\$151	\$179	\$213	11/09/20	6/6	A	없음
	Colonial Penn Life Ins. Co.	\$106	\$138	\$176	\$219	\$267	01/01/21	0/0	A	없음
	Continental Life Ins. Co. of Brentwood, Tennessee (Aetna)	\$169	\$192	\$225	\$247	\$264	06/01/21	0/0	A	\$20
	Everence Association, Inc.	\$94	\$113	\$128	\$139	\$150	04/01/21	0/0	A	없음
	Garden State Life Insurance Co.	\$120	\$133	\$156	\$182	\$212	01/15/21	0/0	A	없음
	Globe Life & Accident Ins. Co.	\$133	\$177	\$208	\$224	\$224	06/15/21	2/2	A	없음
	GPM Health and Life Ins. Co.	\$162	\$178	\$215	\$254	\$290	10/01/21	0/0	A	\$25
	Humana Ins. Co.	\$125	\$148	\$172	\$195	\$216	03/01/21	6/3	A	없음
	Lumico Life Ins. Co.	\$111	\$126	\$151	\$172	\$190	11/01/20	0/0	A	\$25
	Moda Health Plan	\$132	\$155	\$185	\$208	\$228	01/01/22	6/6	A	없음
	National Health Ins. Co. (Allstate)	\$122	\$129	\$150	\$174	\$200	07/12/21	0/0	A	\$25
	Omaha Ins. Co.	\$121	\$139	\$168	\$194	\$226	12/01/20	0/0	A	없음
	Providence Health Assurance	\$142	\$157	\$195	\$234	\$251	04/01/21	0/0	A	없음
	Puritan Life Ins. Co. of America	\$98	\$114	\$135	\$151	\$184	02/01/21	0/0	A	\$25
	Regence BlueCross BlueShield of Oregon	\$144	\$165	\$200	\$234	\$269	01/01/22	0/0	A	없음
	Sentinel Security Life Ins. Co.	\$176	\$203	\$232	\$261	\$286	01/01/21	0/0	A	없음
	State Farm Mutual Automobile Ins. Co.	\$97	\$119	\$141	\$163	\$184	02/01/21	0/0	A	없음
	State Mutual Ins. Co.	\$179	\$210	\$251	\$284	\$307	07/01/20	6/6	I	없음
	Transamerica Life Ins. Co.	\$129	\$162	\$198	\$233	\$263	01/01/20	6/6	I	없음
United American Ins. Co.	\$148	\$190	\$218	\$243	\$243	01/15/21	2/2	A	없음	
United Commercial Travelers of America (The Order of)	\$180	\$220	\$253	\$273	\$290	01/01/21	3/3	C	없음	
UnitedHealthcare Ins. Co. (AARP)	\$85	\$94	\$118	\$142	\$147	01/01/21	3/3	C	없음	
USAA Life Ins. Co.	\$113	\$131	\$157	\$181	\$200	07/01/21	0/0	A	없음	
플랜 N 셀렉트	UnitedHealthcare Ins. Co. (AARP) SELECT	\$103	\$114	\$139	\$165	\$170	01/01/22	3/3	C	없음

키: A – 도달연령, C – 커뮤니티 등급, I – 계약연령; page 33 에서 설명함.
Pre-ex LB/WP – 기존 되돌아보기/대기 기간은 page 34 에서 설명함.

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)
<p>파트 A 와 파트 B 에 가입되어 있어야 합니다. 회사는 거부할 수 있지만 메디갭 공개 등록 및 가입 보장 기간 동안 모든 신청자와 연령을 수용해야 합니다. (page 36 참조)</p>	<p>적격성</p>	<p>파트 A 및 파트 B 에 가입되어 있어야 하며 <u>서비스 지역</u> 에 거주해야 합니다. 모든 신청자들을 접수합니다.</p>
<p>보험료는 성별과 건강에 따라 다를 수 있으며 연령에 따라 상승할 수 있습니다. 회사는 보험을 인수할 수 있습니다 (보험료에 추가).</p> <p>서비스 시 일부 예외를 제외하고 공동부담금 지불이 없습니다. 최대 본인부담금은 K와 L에만 적용됩니다.</p>	<p>비용: 보험료, 공동 부담금, 공동 보험 및 최대 본인부담금</p>	<p>나이, 성별, 건강에 관계없이 모든 플랜 가입자는 동일한 보험료를 지불합니다. 대부분의 의료 서비스는 비용 분담 (공동부담금)을 지불해야 합니다. 플랜에는 연간 최대 본인부담금이 제정되어 있습니다.</p>
<p>네트워크 없음: 메디케어를 수락하는 모든 <u>의료 제공자</u> 에게 갈 수 있습니다. <u>의뢰</u> 는 <u>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, OHSU 와 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>HMO: 일반적으로 네트워크 내에서만 적용됩니다. 전문가 방문의 경우 의뢰가 필요할 수 있습니다.</p> <p>PPO: 네트워크 외 서비스도 지원하지만, 비용이 더 높을 수 있습니다. 제공자는 플랜 요금 청구에 동의해야 합니다. 의뢰는 필요하지 않습니다.</p> <p>MSA: 제공자 네트워크가 없습니다. 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 <u>medicare.gov</u> 를 이용하십시오.</p>	<p>약품 보장을 받으려면 HMO 또는 PPO 플랜 (VA 적용 대상 제외)과 함께 제공되는 약품 보장에 등록해야 합니다.</p> <p>MSA 를 사용하면 독립형 메디케어 처방약 플랜을 선택할 수 있습니다.</p>

메디캡 포함 기존 “행위별 추가제” 메디케어 (예: 플랜 G)	비교 포인트	메디케어 어드밴티지: HMO 또는 PPO (개인 메디케어 플랜)
네, 보험료를 내시고 신청서만 맞으시면 갱신이 보장됩니다. 혜택은 변하지 않습니다. 메디캡을 위한 선거철은 없습니다. 가입 보장을 통해 매년 생일에 회사를 바꿀 수 있습니다.	개인가능한가요?	아니오, 혜택은 연도에 따라 변경될 수 있습니다. 그러나 선거일에 등록이 취소 되거나 해당 지역에서 계획이 종료되지 않는 한 보통 플랜을 계속 사용할 수 있습니다.
기존 메디케어와 동일한 혜택을 보장합니다. "혁신적인" 플랜외에는 일상적인 치과, 시력 검사도 없습니다. 그리고 대체 약품도 없습니다.	추가	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.
여행자나 "코카인 사용자"에게 좋습니다. 비용이 많이 들거나 잦은 치료를 필요로 하는 사람들의 경우 돈을 절약할 수 있습니다. 메디케어 영상의 요소를 사용자 정의하고 의사와 약물 플랜을 선택합니다.	이에 가장 적합한 사람들을 위해	네트워크 플랜은 다른 방법으로는 메디케어 제공자를 찾을 수 없는 사람들에게 좋을 것입니다. 잦은 예약이나 치료가 필요하지 않는 한 돈을 절약할 수 있습니다. 패키지화된 플랜을 가지고 있으면 선택이 단순해질 수 있습니다.
메디캡은 표준화 되어 있기 때문에 가격과 고객 서비스만 다릅니다. 경쟁력 있는 가격을 가진 몇 가지 플랜에 전화해 보십시오.	샵 비교 방법	플랜은 표준화되지 않았습니다. 비교하려면 본 가이드의 page 57 에서 시작하는 차트를 참조하거나 또는 medicare.gov 플랜 검색기를 사용하십시오.
오레곤 금융규제부서의 규제를 받고 있습니다. 구체적인 정보에 근거한 요금 견적에 대해서는 SHIBA 상담원에게 연락하십시오.	누가 규제합니까?	플랜은 메디케어, 오레곤 금융 규제 부서에서 허가한 에이전트가 규제합니다.

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.
- 귀하는 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 CMS 와의 계약을 갱신하지 않기로 결정한 플랜에 가입하는 경우 법에 따라 다른 플랜에 가입하거나 메디갭 플랜을 구입할 수 있다는 것을 법적으로 담보받습니다.

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

회사에 문의하거나 메디케어 웹 사이트 medicare.gov 를 검토하거나 또는 [page 57](#) 에서 시작하는 차트에서 해당 플랜이 귀하의 지역에서 보장되는 지를 확인할 수 있습니다.

누가 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입할 수 있습니까?

메디케어 파트 A 와 파트 B 에 모두 가입되어 있으며 플랜 서비스 지역 에 거주하는 사람이라면 누구나 플랜에 가입할 수 있습니다.

메디케어 어드밴티지 선택 기간 및 등록 조치

등록 기간 중 하나 이상의 조치를 취할 경우 메디케어는 효력발생일 에 의해 등록 기간이 종료되기 전에 마지막으로 받은 조치를 취합니다. 귀하는 다음 기간동안 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하거나, 종료하거나 전환할 수 있습니다.

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

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.

SEP 는 일반적으로 60일이지만 변경될 수 있습니다. 이 기간에 귀하는 SEP 를 다음 목적으로 사용할 수 있습니다.

- 다른 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입
- 기존 메디케어만 사용하는 것으로 전환, 및
- 기존 메디케어로 전환하고 메디캡 플랜 가입. 보험회사들은 귀하에게 [가입 보장](#) 이 없는 한 보험 처리를 요구할 수 있습니다.

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

- 별 5개 SEP - 가능하다면 12 월 8 일부터 11 월 30 일까지 1 년에 한 번씩 별 5개가 있는 플랜에 가입할 수 있습니다.
- 저성과 플랜 SEP - 만약 저성과 플랜에 가입된 경우 10월 말에 서신을 받을 것입니다. 다른 플랜에 등록하려면 800-메디케어 (**800-633-4227**) 또는 SHIBA 에 전화하셔야 합니다.

메디케어 어드밴티지 공개 등록 기간 (MA OEP)

MA OEP 는 1 월 1 일부터 3 월 31 일까지이며, 메디케어에 처음인 경우에는 MA 플랜의 첫 3 개월 이내입니다. 보장은 가입한 달의 1일부터 시작됩니다. 이 등록 기간을 사용하려면 1 월 1 일에 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 1 월 1 일에 MA 에 등록되어 있지 않는 한 담보할 수 없습니다.

이 등록 기간 동안 변경은 한 번만 할 수 있습니다.

한 독립형 PDP 에서 다른 독립형 PDP 로 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 SHIBA 에 연락하려는 경우:

- 800-722-4134 (수신자 부담 전화)로 전화합니다.
- shiba.oregon.gov 을 방문합니다. 또는
- 800-메디케어 (**800-633-4227**) 에 전화합니다.

플랜을 어떻게 선택합니까?

• 저의 지역에서 제공하는 플랜은 무엇입니까?

귀하가 이용 가능한 플랜을 확인하려면 **page 57** 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 제공자** 들은 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 귀하의 담당 의사와 선택한 병원이 포함되는지 여부를 아는 것이 **매우 중요합니다**.

위의 정보는 직접 알아보십시오.

웹 페이지 및 인쇄물이 옳지 않은 경우도 있을 수 있으며, 귀하에게 플랜을 판매하려는 에이전트가 잘못 알고 있을 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:** 귀하가 매월 플랜에 지불해야 하는 금액. 일부 플랜에서는 보험료가 0 달러입니다.
- » **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

• 제가 저의 메디케어 어드밴티지 플랜으로 **처방약** 보장을 원해도 됩니까?

대부분 **HMO/PPO** 플랜은 통합된 처방약 보장을 포함합니다 (**MAPD**). 귀하의 약품 보장은 이 “**번들(묶음)**” 패키지의 일부여야 **만합니다**.

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?

메디케어는 민간 보험 회사와 협력하여 의료 보험 혜택을 받을 수 있는 방법을 제공합니다. 이러한 회사들은 메디케어 의료 저축 계좌 (MSA) 플랜이라고 하는 소비자 중심의 메디케어 어드밴티지 플랜을 제공할 수 있습니다. 이러한 보험은 메디케어 밖에서 사용할 수 있는 건강 저축 계좌 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 충족해야만 귀하의 비용을 보장하기 시작할 것이며, 이때 본인부담금은 플랜에 따라 다릅니다.
- **의료 저축 계좌 (MSA):** 두 번째 파트는 특정 형태의 저축 계좌입니다. 메디케어 MSA 플랜은 귀하의 계좌에 돈을 입금합니다. 이 저축 계좌의 돈을 본인부담금을 충족시키기 전에 의료비를 지불하는데 사용할 수 있습니다.

메디케어 어드밴티지 치과 보장 정보

기존 메디케어는 정기적인 치과 치료를 보장 **하지 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.

자세한 정보에 대해서는 플랜에 문의하십시오. 독립형 치과 플랜의 목록을 보시려면 SHIBA 에 문의하거나 또는 기타 커뮤니티 자료는 oregondental.org 을 참조하십시오.



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: POS 옵션 포함 HMO

PPO: 선호하는 서비스 제공자 조직

SNP: 특별 요구 플랜

MSA: 메디케어 의료 저축 계좌

(정의는 [용어집](#) 을 참조하십시오)

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
- 요양원과 같은 기관에 거주하는 자, 또는
- 메디케어와 메디케이드(이중 자격자)를 모두 보유하고 있으며 요양원과 같은 기관에 거주하고 있는 자.

이중 자격자(메디케이드)		
회사/플랜	연락처 정보	사용가능한 카운티
Atrio Health Plans H3814-007 Atrio Special Needs Plan (HMO D-SNP)	비가입자 및 가입자 877-672-8620 ; TTY 711 atriohp.com	더글러스 및 클래머스 (참고 사항: 클래머스는 우편 코드 97601-97604, 97621-97627, 97632-97634 및 97639 만 포함합니다.)
Atrio Health Plans H5995-001 Atrio Special Needs Plan (Willamette) (HMO D-SNP)		맬히어 및 포크
CareOregon Advantage H5859-001 CareOregon Advantage Plus (HMO-POS D-SNP)	비가입자 및 가입자 888-712-3258 ; TTY 711 careoregonadvantage.org	클랙커미스, 컬럼비아, 잭슨, 멀트노머, 킬라무크 및 워싱턴
PacificSource Medicare PacificSource Dual Care H3864-043 (HMO D-SNP)	비가입자 및 가입자 888-863-3637 medicare.pacificsource.com	클랙커미스, 크룩, 더슈츠, 후드리버, 제퍼슨, 레인, 멀트노머, 와스코 및 워싱턴 카운티, 그리고 노스 클래머스 우편 코드 97731, 97733, 97737 및 97739
Providence Health Assurance (H9047-043) Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)	비가입자 800-457-6064 가입자 800-603-2340 providencehealthassurance.com	클랙커미스, 멀트노머 및 워싱턴
Samaritan Advantage Health Plan H3811-003 Samaritan Advantage Special Needs Plan (HMO D-SNP)	비가입자 및 가입자 800-832-4580 ; TTY 711 medicare.samhealthplans.org	벤턴, 링컨 및 린
Wellcare by Trillium H2174-001 Wellcare Dual Select (HMO D-SNP)	비가입자 866-277-6583 , 가입자 844-867-1156 ; TTY 711 trilliumadvantage.com	레인

기관(양로원 또는 전문 요양 시설)		
회사/플랜	연락처 정보	사용가능한 카운티
AgeRight Advantage Health Plan H1372-001 AgeRight Advantage Health Plan (HMO I-SNP)	비가입자 및 가입자 844-854-6885 ; TTY 711 agerightadvantage.com	클랙커미스, 클래머스, 레인, 매리언, 멀트노머, 워싱턴 및 암힐

기관(양로원 또는 전문 요양 시설)

회사/플랜	연락처 정보	사용가능한 카운티
AgeRight Advantage Health Plan H1372-002 AgeRight Advantage Health Plan (HMO I-SNP)	비가입자 및 가입자 844-854-6885 ; TTY 711 agerightadvantage.com	클랙커미스, 클래머스, 레인, 매리언, 멀트노머, 워싱턴 및 암힐
UnitedHealthcare H0710-036 UnitedHealthcare Nursing Home Plan 2 (PPO I-SNP)	비가입자 855-935-2826 ; 가입자 800-393-0993 ; TTY 711 uhcmedicareolutions.com	벤톤, 클랙커미스, 레인, 린, 매리언, 멀트노머, 포크, 워싱턴 및 암힐
UnitedHealthcare H0710-037 UnitedHealthcare Assisted Living Plan 2 (PPO I-SNP)		벤톤, 클랙커미스, 린, 매리언, 멀트노머, 포크, 워싱턴 및 암힐
UnitedHealthcare H2228-017 UnitedHealthcare Assisted Living Plan 1 (PPO I-SNP)		벤톤, 클랙커미스, 린, 매리언, 멀트노머, 워싱턴 및 암힐
UnitedHealthcare H2228-016 UnitedHealthcare Nursing Home Plan 1 (HMO I-SNP)		클랙커미스, 레인, 린, 멀트노머 및 워싱턴
UnitedHealthcare H3113-008 UnitedHealthcare Assisted Living Plan (HMO-POS I-SNP)		레인

수혜자는 자격 요건을 충족해야 합니다. 치료에 대한 지원이 필요한 것으로 증명되어야 합니다. 수혜자가 메디케이드를 받을 자격이 없는 한 보험료를 지불하며, 이 경우 국가가 보험료를 지불합니다. 건강 및 약품 본인부담금 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 AllCare PACE - 이중 자격자 (PACE)	844-950-7223 allcarehealth.com	잭슨 및 조세핀 카운티의 다음 우편번호: 97501, 97502, 97504, 97525, 97526, 97527, 97535, 97537 및 97543.
AllCare PACE, LLC H0247-002 AllCare PACE - 메디케어만 해당 (PACE)		
Providence Elder Place Portland H3809-001 Providence ElderPlace Portland (이중 자격자)	855-415-6048 providence.org/elderplace	멀트노머 및 클렛셋 카운티 전체, 클랙커미스, 킬라무크 및 워싱턴의 우편 번호를 선택합니다
Providence Elder Place Portland H3809-002 Providence ElderPlace Portland (private pay)		

수혜자는 자격 요건을 충족해야 합니다. 요양원 수준의 관리가 필요한 것으로 증명되어야 합니다. 수혜자가 메디케이드를 받을 자격이 없는 한 보험료를 지불하며, 이 경우 국가가 보험료를 지불합니다. 의료나 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 H1372-003 AgeRight Advantage Health Plan (HMO C-SNP)	비가입자 및 가입자 844-854-6885 ; TTY 711 agerightadvantage.com	클랙커미스, 클래머스, 레인, 매리언, 멀트노머, 워싱턴 및 암힐
UnitedHealthcare H0271-036 UnitedHealthcare Chronic Complete Assure (PPO C-SNP)	비가입자 800-555-5757 ; 가입자 800-643-4845 ; TTY 711 uhcmedicareolutions.com	벤톤, 클랙커미스, 컬럼비아, 레인, 린, 매리언, 멀트노머, 포크, 워싱턴 및 암힐

메디케어 어드밴티지 플랜 연락처 정보

보험사	비가입자 가입자	가입자 가입자	TTY	웹사이트
AARP from United Healthcare	800-555-5757	800-643-4845	711	aarpmedicareplans.com
Aetna Medicare	855-275-6627	833-570-6670	711	aetnamedicare.com
Ageright Advantage	844-854-6885		711	agerightadvantage.com
AllCare Advantage	888-460-0185	888-460-0185	711	allcarehealth.com/advantage
ATRIO Health Plans	877-672-8620	877-672-8620	711	atriohp.com
Cigna	855-984-1401	800-668-3813	711	cigna.com/medicare/
Humana	800-833-2364	800-457-4708	711	humana.com/medicare
Kaiser Permanente	877-408-3496	877-221-8221	711	kp.org/medicare
Lasso Healthcare	866-766-2583	866-766-2583	711	lassohealthcare.com
Moda Health Plan, Inc.	888-217-2375	877-299-9062	711	modahealth.com/medicare
PacificSource Medicare	888-863-3637	888-863-3637	800-735-2900	medicare.pacificsource.com
Providence Health Assurance	800-457-6064	800-603-2340	711	healthplans.providence.org/ medicare/
Regence BlueCross BlueShield of Oregon	844-734-3623	PPO 800-541-8981 HMO 855-522-8896	711	regence.com/medicare
Samaritan Advantage Health Plan	800-832-4580	800-832-4580	800-735-2900	medicare.samhealthplans.org
Summit Health	844-827-2355	844-827-2355	711	yoursummithealth.com
UnitedHealthcare	844-530-2951	800-643-4845	711	uhcmedicareolutions.com
WellCare	800-949-6192	888-445-8913	711	wellcare.healthnetoregon.com

국가별 메디케어 어드밴티지 플랜

플랜 이름	플랜 및 계약 번호	플랜 유형	연간 본인부담금	연간 보증금	공제액 이후 비용 분담	MOOP (최대 본인부담금)
모든 오레곤 주						
Lasso Healthcare Growth (MSA)	H1924-001	MSA	5,000 달러	2,000 달러	0 달러	5,000 달러
Lasso Healthcare Growth Plus (MSA)	H1924-004	MSA	8,000 달러	3,000 달러	0 달러	8,000 달러

플랜 이름	플랜 및 계약 번호	플랜 유형	Rx 포함 보험료	Rx 미포함 보험료	보험사계약/ 보험사계약 및 미계약 MOOP (최대 등록자 부담금)	건강 본인부담금	약품 본인부담금	약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화	100% 추가 지원 포함 보험료
베이커, 길리암, 하니, 레이크, 모로, 우마티야, 유니언 및 왈로와 카운티									
Summit Health Core (HMO-POS)	H2765-001	HMO	해당 없음	22.00 달러	4,000 달러	0달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
Summit Health Value + Rx (HMO)	H2765-002	HMO	69 달러	해당 없음	6,650 달러	0달러	250 달러	개선됨	28.50 달러
Summit Health Standard + Rx (HMO-POS)	H2765-003	HMO	99 달러	해당 없음	5,100 달러/8,000 달러	0달러	200 달러	개선됨	58.50달러
Summit Health Premier + Rx (HMO-POS)	H2765-004	HMO	140 달러	해당 없음	4,000 달러/7,750 달러	0달러	150 달러	개선됨	99.50달러

벤턴 카운티	* 우편 코드 97330, 97331, 97333, 97339 및 97370 에서만 사용 가능.								
AARP Medicare Advantage Choice (PPO)	H2228-029	PPO	32 달러	해당 없음	4,500 달러/10,000 달러	0달러	100 달러	개선됨	0달러
AARP Medicare Advantage Patriot (PPO)	H2228-088	PPO	해당 없음	0 달러	5,600 달러/10,000 달러	0달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
AARP Medicare Advantage Plan 1 (HMO)	H3805-007	HMO	55 달러	해당 없음	2,900 달러	0달러	195 달러	개선됨	25.60 달러

참고 사항: 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 등록자 부담금)	건강 본인부담금	약품 본인부담금	약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화	100% 추가 지원 포함 보험료
벤턴 카운티	* 우편 코드 97330, 97331, 97333, 97339 및 97370 에서만 사용 가능.								
AARP Medicare Advantage Plan 2 (HMO)	H3805-023-1	HMO	0 달러	해당 없음	4,100 달러	0 달러	195 달러	개선됨	0달러
Kaiser Permanente Senior Advantage Enhanced (HMO)*	H9003-001	HMO	127 달러	해당 없음	3,000 달러	0 달러	0 달러	개선됨	86.50 달러
Kaiser Permanente Senior Advantage Standard (HMO)*	H9003-006	HMO	44 달러	해당 없음	4,900 달러	0 달러	0 달러	개선됨	3.50 달러
Kaiser Permanente Senior Advantage Value (HMO)*	H9003-009	HMO	0 달러	해당 없음	5,600 달러	0 달러	0 달러	개선됨	0 달러
Moda Health Mid-valley PPORX (PPO)	H3813-014	PPO	96 달러	해당 없음	5,900 달러	0 달러	285 달러	개선됨	55.50 달러
Moda Health PPO (PPO)	H3813-001	PPO	해당 없음	15 달러	3,500 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
Providence Medicare Enrich + RX (HMO)	H9047-045	HMO	147 달러	해당 없음	5,000 달러	0 달러	420 달러	기본	106.50 달러
Regence MedAdvantage + Rx Classic (PPO)	H3817-008-2	PPO	75 달러	해당 없음	5,700달러/10,000 달러	0 달러	150 달러	개선됨	42.90 달러
Regence MedAdvantage + Rx Enhanced (PPO)	H3817-009-2	PPO	195 달러	해당 없음	5,000 달러/8,300 달러	0 달러	0달러	개선됨	154.50 달러
Regence MedAdvantage + Rx Primary (PPO)	H3817-011-2	PPO	19 달러	해당 없음	6,200달러/10,000 달러	0 달러	250달러	개선됨	5.90 달러
Regence Valiance (PPO)	H3817-010	PPO	해당 없음	0 달러	5,000달러/10,000 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
Samaritan Advantage Conventional Plan (HMO)	H3811-001	HMO	해당 없음	50 달러	4,600 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
Samaritan Advantage Premier Plan (HMO)	H3811-002	HMO	19 달러	해당 없음	4,600 달러	0 달러	200 달러	개선됨	0달러

참고 사항: 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 등록자 부담금)	건강 본인부담금	약품 본인부담금	약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화	100% 추가 지원 포함 보험료
벤턴 카운티 * 우편 코드 97330, 97331, 97333, 97339 및 97370 에서만 사용 가능.									
Samaritan Advantage Premier Plan Plus (HMO)	H3811-009	HMO	129 달러	해당 없음	4,600 달러	0 달러	0 달러	개선됨	89 달러
UnitedHealthcare Medicare Advantage Assure (PPO)	H0271-022	PPO	41 달러	해당 없음	7,550 달러/11,300 달러	0 달러	480 달러	기본	0 달러
UnitedHealthcare Chronic Complete Assure (PPO C-SNP)	H0271-036	PPO	4.20달러	해당 없음	7,550 달러/11,300 달러	0 달러	480 달러	기본	0 달러
Wellcare No Premium (HMO)	H6815-038-0	HMO	0 달러	해당 없음	4,500 달러	0 달러	125 달러	개선됨	0 달러
Wellcare Giveback Open (PPO)	H5439-015	PPO	0 달러	해당 없음	7,500 달러	200 달러	200 달러	개선됨	0 달러
Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)	H5439-010	PPO	해당 없음	0달러	2,500 달러/5,100 달러	125 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
Wellcare Assist (HMO)	H6815-037	HMO	24.80 달러	해당 없음	5,600 달러	0 달러	480 달러	개선됨	0 달러
Wellcare Low Premium Open (PPO)	H5439-018	PPO	30 달러	해당 없음	6,900 달러	195 달러	150 달러	개선됨	2.70 달러
Wellcare Premium Ultra Open (PPO)	H5439-011	PPO	121 달러	해당 없음	4,000 달러	145 달러	95 달러	개선됨	85.30 달러
Clackamas, Multnomah and Washington counties									
AARP Medicare Advantage Choice (PPO)	H2228-029	PPO	32 달러	해당 없음	4,500 달러/10,000달러	0 달러	100 달러	개선됨	0 달러
AARP Medicare Advantage Patriot (PPO)	H2228-088	PPO	해당 없음	0달러	5,600 달러/10,000 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
AARP Medicare Advantage Plan 1 (HMO)	H3805-001	HMO	72 달러	해당 없음	3,500 달러	0 달러	0 달러	개선됨	31.50 달러
AARP Medicare Advantage Plan 2 (HMO)	H3805-036	HMO	0 달러	해당 없음	5,600 달러	0 달러	0 달러	개선됨	0 달러

참고 사항: 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 등록자 부담금)	건강 본인부담금	약품 본인부담금	약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화	100% 추가 지원 포함 보험료
Clackamas, Multnomah and Washington counties									
AARP Medicare Advantage Walgreens (PPO)	H2228-084	PPO	0 달러	해당 없음	5,600 달러/10,000 달러	0 달러	250 달러	개선됨	0 달러
Aetna Medicare Choice Plan (PPO)	H9431-005	PPO	20 달러	해당 없음	5,900 달러/10,000 달러	0 달러	0 달러	개선됨	1 달러
Aetna Medicare Elite Plan (HMO-POS)	H2056-003	HMO	0 달러	해당 없음	5,200 달러	1,000달러	0 달러	개선됨	0 달러
Aetna Medicare Value Plan (HMO-POS)	H2056-004	HMO	0 달러	해당 없음	5,900 달러	0 달러	0 달러	개선됨	0 달러
Aetna Medicare Eagle Plan (PPO)	H9431-015	PPO	해당 없음	0 달러	5,600 달러/10,000 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
AgeRight Advantage Premier HealthPlan (HMO C-SNP)	H1372-003	HMO	42 달러	해당 없음	6,500 달러	사용 불가	300 달러	개선됨	5 달러
Cigna True Choice Medicare (PPO)	H7849-055	PPO	0 달러	해당 없음	6,900 달러/10,000 달러	0 달러	195달러	개선됨	0 달러
Cigna Preferred Medicare (HMO)	H7389-002	HMO	0 달러	해당 없음	6,500 달러	0 달러	0 달러	개선됨	0 달러
Humana Gold Plus H1036-153 (HMO)	H1036-153	HMO	0 달러	해당 없음	5,700 달러	0 달러	0 달러	개선됨	0 달러
Humana Honor (PPO)	H5216-301-1	PPO	해당 없음	0 달러	5,000 달러/5,900 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
HumanaChoice H5216-247 (PPO)	H5216-247	PPO	0 달러	해당 없음	7,550 달러/11,000 달러	0 달러	400 달러	개선됨	0달러
HumanaChoice H5216-048 (PPO) (멀트노머 카운티 전용)	H5216-048	PPO	200 달러	해당 없음	6,700 달러/10,000 달러	0 달러	320 달러	기본	159.50 달러
Humana Value Plus (PPO)	H5216-294	PPO	33 달러	해당 없음	7,550 달러/11,300 달러	사용 불가	400 달러	기본	0 달러

참고 사항: 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 등록자 부담금)	건강 본인부담금	약품 본인부담금	약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화	100% 추가 지원 포함 보험료
Clackamas, Multnomah and Washington counties									
Kaiser Permanente Senior Advantage Enhanced (HMO)	H9003-001	HMO	127 달러	해당 없음	3,000 달러	0 달러	0 달러	개선됨	86.50 달러
Kaiser Permanente Senior Advantage Standard (HMO)	H9003-006	HMO	44 달러	해당 없음	4,900 달러	0 달러	0 달러	개선됨	3.50 달러
Kaiser Permanente Senior Advantage Value (HMO)	H9003-009	HMO	0 달러	해당 없음	5,600 달러	0 달러	0 달러	개선됨	0 달러
Moda Health Metro PPORX (PPO)	H3813-013	PPO	98 달러	해당 없음	5,500 달러/9,500 달러	0 달러	285 달러	개선됨	57.50 달러
Moda Health PPO (PPO)	H3813-001	PPO	해당 없음	15 달러	3,500 달러/3,500 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
Moda Health PPORX Enhanced (PPO)	H3813-009	PPO	196 달러	해당 없음	3,900 달러/3,900 달러	0 달러	175 달러	개선됨	155.50 달러
PacificSource Medicare MyCare Rx 40 (HMO)	H3864-040	HMO	0 달러	해당 없음	4,950 달러	0 달러	0 달러	개선됨	0 달러
Providence Medicare Bridge 1 + RX (HMO-POS)	H9047-059	HMO	35 달러	해당 없음	4,900 달러/10,000 달러	0 달러	0 달러	개선됨	0 달러
Providence Medicare Choice + RX (HMO-POS)	H9047-056-1	HMO	92 달러	해당 없음	4,500 달러/10,000 달러	0 달러	240 달러	개선됨	51.50 달러
Providence Medicare Extra + RX (HMO)	H9047-055-1	HMO	173 달러	해당 없음	3,400 달러	0 달러	0 달러	개선됨	132.50 달러
Providence Medicare Focus Medical (HMO)	H9047-033	HMO	해당 없음	128 달러	3,400 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
Providence Medicare Prime + RX (HMO)	H9047-037	HMO	0 달러	해당 없음	5,900 달러	0 달러	150 달러	개선됨	0 달러

참고 사항: 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 등록자 부담금)	건강 본인부담금	약품 본인부담금	약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화	100% 추가 지원 포함 보험료
Clackamas, Multnomah and Washington counties									
Providence Medicare Select Medical (HMO-POS)	H9047-035	HMO	해당 없음	51 달러	4,500 달러/10,000 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
Regence BlueAdvantage HMO (HMO)	H6237-007-1	HMO	0 달러	해당 없음	5,500 달러	0 달러	200 달러	개선됨	0 달러
Regence BlueAdvantage HMO Plus (HMO)	H6237-008-1	HMO	43 달러	해당 없음	4,900 달러	0 달러	100 달러	개선됨	27 달러
Regence MedAdvantage + Rx Classic (PPO)	H3817-008-1	PPO	47 달러	해당 없음	5,700 달러/10,000 달러	0 달러	150 달러	개선됨	14.90 달러
Regence MedAdvantage + Rx Enhanced (PPO)	H3817-009-1	PPO	175 달러	해당 없음	5,000 달러/8,300 달러	0 달러	0 달러	개선됨	134.50 달러
Regence MedAdvantage + Rx Primary (PPO)	H3817-011-1	PPO	0 달러	해당 없음	6,200 달러/10,000 달러	0 달러	250 달러	개선됨	0 달러
Regence Valiance (HMO)	H6237-006	HMO	해당 없음	0 달러	4,900 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
Regence Valiance (PPO)	H3817-010	PPO	해당 없음	0 달러	5,000 달러/10,000 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
UnitedHealthcare Medicare Advantage Assure (PPO)	H0271-022	PPO	40.50 달러	해당 없음	7,550 달러/11,300 달러	0 달러	480 달러	기본	0 달러
UnitedHealthcare Chronic Complete Assure (PPO C-SNP)	H0271-036	PPO	4.20 달러	해당 없음	7,550 달러/11,300 달러	0 달러	480 달러	기본	0 달러

참고 사항: 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 등록자 부담금)	건강 본인부담금	약품 본인부담금	약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화	100% 추가 지원 포함 보험료
Clackamas, Multnomah and Washington counties									
Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)	H5439-010	PPO	해당 없음	0 달러	2,500 달러/5,100 달러	125달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
Wellcare Premium Ultra Open (PPO)	H5439-011	PPO	121 달러	해당 없음	4,000 달러/4,000 달러	145 달러	95 달러	개선됨	85.30 달러
Wellcare Giveback Open (PPO)	H5439-015	PPO	0 달러	해당 없음	7,550 달러/7,550 달러	200 달러	200 달러	개선됨	0 달러
Wellcare Low Premium Open (PPO)	H5439-018	PPO	30 달러	해당 없음	6,900 달러/6,900 달러	195 달러	150 달러	개선됨	2.70 달러
Wellcare Assist (HMO)	H6815-037	HMO	24.80 달러	해당 없음	5,600 달러	0 달러	480 달러	개선됨	0 달러
Wellcare No Premium (HMO)	H6815-038	HMO	0달러	해당 없음	4,500 달러	0 달러	125 달러	개선됨	0 달러
클랫셍 카운티— 모든 오레곤 카운티를 참조하세요									
컬럼비아 카운티									
AARP Medicare Advantage Choice (PPO)	H2228-029	PPO	32 달러	해당 없음	4,500 달러/10,000 달러	0 달러	100 달러	개선됨	0 달러
AARP Medicare Advantage Patriot (PPO)	H2228-088	PPO	해당 없음	0 달러	5,600 달러/10,000 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
AARP Medicare Advantage Plan 1 (HMO)	H3805-001	HMO	72 달러	해당 없음	3,500 달러	0 달러	0 달러	개선됨	31.50 달러
AARP Medicare Advantage Plan 2 (HMO)	H3805-036	HMO	0 달러	해당 없음	5,600 달러	0 달러	0 달러	개선됨	0 달러
Humana Gold Plus H1036-153 (HMO)	H1036-153	HMO	0 달러	해당 없음	5,700 달러	0 달러	0 달러	개선됨	0 달러

참고 사항: 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 등록자 부담금)	건강 본인부담금	약품 본인부담금	약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화	100% 추가 지원 포함 보험료
컬럼비아 카운티									
Humana Honor (PPO)	H5216-301-1	PPO	해당 없음	0 달러	5,000 달러/5,900 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
Humana Value Plus H5216-294 (PPO)	H5216-294	PPO	33 달러	해당 없음	7,550 달러/11,300 달러	사용 불가	400 달러	기본	0 달러
HumanaChoice H5216-048 (PPO)	H5216-048	PPO	200 달러	해당 없음	6,700 달러/10,000 달러	0 달러	320 달러	기본	159.50 달러
HumanaChoice H5216-247 (PPO)	H5216-247	PPO	0 달러	해당 없음	7,550 달러/11,000 달러	0 달러	400 달러	개선됨	0 달러
Kaiser Permanente Senior Advantage Enhanced (HMO)	H9003-001	HMO	127 달러	해당 없음	3,000 달러	0 달러	0 달러	개선됨	86.50 달러
Kaiser Permanente Senior Advantage Standard (HMO)	H9003-006	HMO	44 달러	해당 없음	4,900 달러	0 달러	0 달러	개선됨	3.50 달러
Kaiser Permanente Senior Advantage Value (HMO)	H9003-009	HMO	0 달러	해당 없음	5,600 달러	0 달러	0 달러	개선됨	0 달러
Moda Health NW PPORX (PPO)	H3813-011	PPO	90 달러	해당 없음	6,000 달러/9,500 달러	0 달러	250 달러	개선됨	49.50 달러
Moda Health PPO (PPO)	H3813-001	PPO	해당 없음	15 달러	3,500 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
Moda Health PPORX Enhanced (PPO)	H3813-009	PPO	196 달러	해당 없음	3,900 달러	0 달러	175 달러	개선됨	155.50 달러
Providence Medicare Bridge 2 + RX (HMO-POS)	H9047-060	HMO	40 달러	해당 없음	4,900 달러/10,000 달러	0 달러	0 달러	개선됨	0 달러

참고 사항: 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 등록자 부담금)	건강 본인부담금	약품 본인부담금	약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화	100% 추가 지원 포함 보험료
컬럼비아 카운티									
Providence Medicare Choice + RX (HMO-POS)	H9047-056-2	HMO	92 달러	해당 없음	4,500 달러/10,000 달러	0 달러	240 달러	개선됨	51.50 달러
Providence Medicare Extra + RX (HMO)	H9047-055-2	HMO	173 달러	해당 없음	3,400 달러	0 달러	0 달러	개선됨	132.50 달러
Providence Medicare Focus Medical (HMO)	H9047-033	HMO	해당 없음	128달러	3,400 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
Providence Medicare Select Medical (HMO-POS)	H9047-035	HMO	해당 없음	51달러	4,500 달러/10,000 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
Providence Medicare Timber + RX (HMO)	H9047-054	HMO	0 달러	해당 없음	5,500 달러	0 달러	150 달러	개선됨	0달러
Regence MedAdvantage + Rx Classic (PPO)	H3817-008-2	PPO	75 달러	해당 없음	5,700 달러/10,000 달러	0 달러	150 달러	개선됨	42.90 달러
Regence MedAdvantage + Rx Enhanced (PPO)	H3817-009-2	PPO	195 달러	해당 없음	5,000 달러/8,300 달러	0 달러	0 달러	개선됨	154.50 달러
Regence MedAdvantage + Rx Primary (PPO)	H3817-011-2	PPO	19 달러	해당 없음	6,200 달러/10,000 달러	0 달러	250 달러	개선됨	5.90 달러
Regence Valiance (PPO)	H3817-010	PPO	해당 없음	0달러	5,000 달러/10,000 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
UnitedHealthcare Medicare Advantage Assure (PPO)	H0271-022	PPO	40.50 달러	해당 없음	7,550 달러/11,000 달러	0 달러	480 달러	기본	0 달러

참고 사항: 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 등록자 부담금)	건강 본인부담금	약품 본인부담금	약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화	100% 추가 지원 포함 보험료
컬럼비아 카운티									
UnitedHealthcare Chronic Complete Assure (PPO C-SNP)	H0271-036	PPO	4.20 달러	해당 없음	7,550 달러/11,300 달러	0 달러	480 달러	기본	0 달러
Wellcare Assist (HMO)	H6815-037	HMO	24.80 달러	해당 없음	5,600 달러	0 달러	480 달러	개선됨	0 달러
Wellcare No Premium (HMO)	H6815-038	HMO	0 달러	해당 없음	4,500 달러	0 달러	125 달러	개선됨	0 달러
코어스 및 커리 카운티									
Moda Health PPO (PPO)	H3813-001	PPO	해당 없음	15 달러	3,500 달러/3,500 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
Moda Health Southern PPORX (PPO)	H3813-012	PPO	86 달러	해당 없음	6,000 달러/9,500 달러	0 달러	250 달러	개선됨	45.50 달러
PacificSource Medicare Essentials Rx 41 (HMO)	H3864-041	HMO	69 달러	해당 없음	5,500 달러	0 달러	0 달러	개선됨	31.80 달러
PacificSource Medicare Explorer 8 (PPO)	H4754-008	PPO	해당 없음	0 달러	6,700 달러/10,000 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
PacificSource Medicare Explorer Rx 7 (PPO)	H4754-007	PPO	129 달러	해당 없음	6,950 달러/10,000 달러	0 달러	150 달러	개선됨	91.70 달러
Regence MedAdvantage + Rx Classic (PPO)	H3817-008-2	PPO	75 달러	해당 없음	5,700 달러/10,000 달러	0 달러	150 달러	개선됨	42.90 달러
Regence MedAdvantage + Rx Enhanced (PPO)	H3817-009-2	PPO	195 달러	해당 없음	5,000 달러/8,300 달러	0 달러	0 달러	개선됨	154.50 달러

참고 사항: 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 등록자 부담금)	건강 본인부담금	약품 본인부담금	약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화	100% 추가 지원 포함 보험료
코어스 및 커리 카운티									
Regence MedAdvantage + Rx Primary (PPO)	H3817-011-2	PPO	19 달러	해당 없음	6,200 달러/10,000 달러	0 달러	250 달러	개선됨	5.90 달러
Regence Valiance (PPO)	H3817-010	PPO	해당 없음	0 달러	5,000 달러/10,000 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
Wellcare Assist (HMO) (코어스 카운티만 해당)	H6815-037	HMO	25 달러	해당 없음	5,600 달러	0 달러	480 달러	개선됨	0 달러
Wellcare No Premium (HMO) (코어스 카운티만 해당)	H6815-038	HMO	0 달러	해당 없음	4,500 달러	0 달러	125 달러	개선됨	0 달러
크룩 및 제퍼슨 카운티									
Humana Gold Plus H1036-219 (HMO) (제퍼슨 카운티만 해당)	H1036-219	HMO	60 달러	해당 없음	5,900 달러	0 달러	100 달러	개선됨	Rx 없음
Humana Honor (PPO)	H5216-301-1	PPO	해당 없음	0 달러	5,000 달러/5,900달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
Humana Value Plus H5216-294 (PPO)	H5216-294	PPO	33 달러	해당 없음	7,550 달러/11,300 달러	사용 불가	400 달러	기본	0 달러
HumanaChoice H5216-044 (PPO)	H5216-044	PPO	30 달러	해당 없음	6,000 달러/9,000 달러	0 달러	200 달러	개선됨	0 달러
HumanaChoice H5216-047 (PPO)	H5216-047	PPO	100 달러	해당 없음	6,700 달러/10,000 달러	0 달러	320 달러	개선됨	79.30 달러
Moda Health Central PPORX (PPO)	H3813-010	PPO	97 달러	해당 없음	5,900 달러/5,900 달러	0 달러	200 달러	개선됨	56.50 달러

참고 사항: 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 등록자 부담금)	건강 본인부담금	약품 본인부담금	약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화	100% 추가 지원 포함 보험료
크룩 및 제퍼슨 카운티									
Moda Health PPO (PPO)	H3813-001	PPO	해당 없음	15 달러	3,500 달러/3,500 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
PacificSource Medicare Essentials 2 (HMO)	H3864-002	HMO	해당 없음	0 달러	3,950 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
PacificSource Medicare Essentials Choice Rx 14 (HMO-POS)	H3864-014	HMO	96 달러	해당 없음	5,500 달러	0 달러	0 달러	개선됨	56 달러
PacificSource Medicare Essentials Rx 27 (HMO)	H3864-027	HMO	40 달러	해당 없음	6,700 달러	0 달러	399 달러	개선됨	5.70 달러
PacificSource Medicare Essentials Rx 6 (HMO)	H3864-006	HMO	211 달러	해당 없음	4,950 달러	0 달러	0 달러	개선됨	170.50 달러
Providence Medicare Compass + RX (HMO-POS)	H9047-038	HMO	55 달러	해당 없음	5,900 달러/10,000 달러	0 달러	0 달러	개선됨	14.50 달러
Providence Medicare Latitude + RX (HMO-POS)	H9047-037	HMO	195 달러	해당 없음	5,500 달러/5,500 달러	0 달러	120 달러	개선됨	154.50 달러
Wellcare Assist (HMO)	H6815-037	HMO	24.80 달러	해당 없음	5,600 달러	0 달러	480 달러	개선됨	0 달러
Wellcare No Premium (HMO)	H6815-038	HMO	0 달러	해당 없음	4,500 달러	0 달러	125 달러	개선됨	0 달러
커리 카운티 - 코어스 카운티를 참조하십시오									
더슈츠 카운티									
Humana Gold Plus H1036-219 (HMO)	H1036-219	HMO	60 달러	해당 없음	5,900 달러	0 달러	100 달러	개선됨	60 달러
Humana Honor (PPO)	H5216-301-1	PPO	해당 없음	0 달러	5,000 달러/5,900 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음

참고 사항: 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 등록자 부담금)	건강 본인부담금	약품 본인부담금	약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화	100% 추가 지원 포함 보험료
더슈츠 카운티									
Humana Value Plus H5216-294 (PPO)	H5216-294	PPO	33 달러	해당 없음	7,550 달러/11,300 달러	사용 불가	400 달러	기본	0 달러
HumanaChoice H5216-044 (PPO)	H5216-044	PPO	30 달러	해당 없음	6,000 달러/9,000 달러	0 달러	200 달러	개선됨	0 달러
HumanaChoice H5216-047 (PPO)	H5216-047	PPO	100 달러	해당 없음	6,700 달러/10,000 달러	0 달러	320 달러	개선됨	79.30 달러
Moda Health Central PPORX (PPO)	H3813-010	PPO	97 달러	해당 없음	5,900 달러/5,900 달러	0 달러	200 달러	개선됨	56.50 달러
Moda Health PPO (PPO)	H3813-001	PPO	해당 없음	15 달러	3,500 달러/3,500 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
PacificSource Medicare Essentials 2 (HMO)	H3864-002	HMO	해당 없음	0 달러	3,950 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
PacificSource Medicare Essentials Choice Rx 14 (HMO-POS)	H3864-014	HMO	96 달러	해당 없음	5,500 달러	0 달러	0 달러	개선됨	56 달러
PacificSource Medicare Essentials Rx 27 (HMO)	H3864-027	HMO	40 달러	해당 없음	6,700 달러	0 달러	399 달러	개선됨	5.70 달러
PacificSource Medicare Essentials Rx 6 (HMO)	H3864-006	HMO	211 달러	해당 없음	4,950 달러	0 달러	0 달러	개선됨	170.50 달러
Providence Medicare Compass + RX (HMO-POS)	H9047-039	HMO	55 달러	해당 없음	5,900 달러/10,000 달러	0 달러	0 달러	개선됨	14.50 달러
Providence Medicare Latitude + RX (HMO-POS)	H9047-038	HMO	195 달러	해당 없음	5,500 달러/5,500 달러	0 달러	120 달러	개선됨	154.50 달러
Regence BlueAdvantage HMO (HMO)	H6237-007	HMO	35 달러	해당 없음	5,500 달러	0 달러	200 달러	개선됨	23 달러

참고 사항: 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 등록자 부담금)	건강 본인부담금	약품 본인부담금	약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화	100% 추가 지원 포함 보험료
더슈츠 카운티									
Regence BlueAdvantage HMO Plus (HMO)	H6237-008	HMO	89 달러	해당 없음	4,900 달러	0 달러	100 달러	개선됨	73 달러
Regence Valiance (HMO)	H6237-006	HMO	해당 없음	0 달러	4,900 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	0 달러
Wellcare Assist (HMO)	H6815-037	HMO	24.80 달러	해당 없음	5,600 달러	0 달러	480 달러	개선됨	0 달러
Wellcare No Premium (HMO)	H6815-038	HMO	0 달러	해당 없음	4,500 달러	0 달러	125 달러	개선됨	0 달러
더글러스 카운티									
*우편 코드 97442 (글렌데일) 및 97410 (아잘리아) 에서만 사용할 수 있습니다.									
AllCare Advantage Focus (HMO)*	H3810-021	HMO	해당 없음	0 달러	7,550 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
AllCare Advantage Focus Rx (HMO)*	H3810-022	HMO	25 달러	해당 없음	7,550 달러	0 달러	295 달러	개선됨	0 달러
AllCare Advantage Gold (HMO)*	H3810-001	HMO	해당 없음	39 달러	5,900 달러	200 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
AllCare Advantage Gold Plus Rx (HMO)*	H3810-003	HMO	139 달러	해당 없음	5,900 달러	200 달러	175 달러	개선됨	98.50 달러
AllCare Advantage Preferred Rx (HMO)*	H3810-020	HMO	41 달러	해당 없음	6,700 달러	사용 불가	480 달러	기본	0 달러
ATRIO Choice (PPO)	H6743-022-2	PPO	해당 없음	0 달러	4,500 달러/6,500 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
ATRIO Choice Rx (PPO)	H6743-007	PPO	0 달러	해당 없음	4,500 달러/6,500 달러	0 달러	150 달러	개선됨	0 달러
ATRIO Prime Rx (PPO)	H6743-021-2	PPO	199 달러	해당 없음	3,500 달러/6,000 달러	0 달러	0 달러	개선됨	160.40 달러
ATRIO Select (PPO)	H6743-019-2	PPO	해당 없음	55 달러	3,900 달러/6,500 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음

참고 사항: 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 등록자 부담금)	건강 본인부담금	약품 본인부담금	약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화	100% 추가 지원 포함 보험료
더글러스 카운티	*우편 코드 97442 (글렌데일) 및 97410 (아잘리아) 에서만 사용할 수 있습니다.								
ATRIO Select Rx (PPO)	H6743-020-2	PPO	129 달러	해당 없음	3,900 달러/6,500 달러	0 달러	200 달러	개선됨	88.50 달러
Moda Health PPO (PPO)	H3813-001	PPO	해당 없음	15 달러	3,500 달러/3,500 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
Moda Health Southern PPORX (PPO)	H3813-012	PPO	86 달러	해당 없음	6,000 달러/9,500 달러	0 달러	250 달러	개선됨	45.50 달러
PacificSource Medicare Essentials 2 (HMO)	H3864-002	HMO	해당 없음	0 달러	3,950 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
PacificSource Medicare Essentials Rx 42 (HMO)	H3864-042	HMO	0 달러	해당 없음	6,700 달러	0 달러	200 달러	개선됨	0달러
Regence MedAdvantage + Rx Classic (PPO)	H3817-008-2	PPO	75 달러	해당 없음	5,700 달러/10,000 달러	0 달러	150 달러	개선됨	42.90 달러
Regence MedAdvantage + Rx Enhanced (PPO)	H3817-009-2	PPO	195 달러	해당 없음	%,000/8,300 달러	0 달러	0 달러	개선됨	154.50 달러
Regence MedAdvantage + Rx Primary (PPO)	H3817-011-2	PPO	19 달러	해당 없음	6,200 달러/10,000 달러	0 달러	250 달러	개선됨	5.90 달러
Regence Valiance (PPO)	H3817-010	PPO	해당 없음	0 달러	5,000 달러/10,000 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
Wellcare Assist (HMO)	H6815-037	HMO	24.80 달러	해당 없음	5,600 달러	0 달러	480 달러	개선됨	0 달러
Wellcare Giveback Open (PPO)	H5439-015	PPO	0 달러	해당 없음	7,550 달러/7,550 달러	200 달러	200 달러	개선됨	0 달러
Wellcare Low Premium Open (PPO)	H5439-019	PPO	26 달러	해당 없음	5,900 달러/5,900 달러	210 달러	150 달러	개선됨	7 달러

참고 사항: 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 등록자 부담금)	건강 본인부담금	약품 본인부담금	약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화	100% 추가 지원 포함 보험료
더글러스 카운티									
*우편 코드 97442 (글렌데일) 및 97410 (아잘리아) 에서만 사용할 수 있습니다.									
Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)	H5439-010	PPO	해당 없음	0 달러	2,500 달러/5,100 달러	125 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
Wellcare Premium Ultra Open (PPO)	H5439-011	PPO	121 달러	해당 없음	4,000 달러/4,000 달러	145 달러	95 달러	개선됨	85.30 달러
길리엄 카운티 - 베이커 카운티를 참조하십시오									
그랜트 및 셔먼 카운티									
PacificSource Medicare Essentials 2 (HMO)	H3864-002	HMO	해당 없음	0 달러	3,950 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
PacificSource Medicare Essentials Choice Rx 14 (HMO-POS)	H3864-014	HMO	96 달러	해당 없음	5,500 달러	0 달러	0 달러	개선됨	56 달러
PacificSource Medicare Essentials Rx 27 (HMO)	H3864-027	HMO	40 달러	해당 없음	6,700 달러	0 달러	399 달러	개선됨	5.70 달러
PacificSource Medicare Essentials Rx 6 (HMO)	H3864-006	HMO	211 달러	해당 없음	4,950 달러	0 달러	0 달러	개선됨	17.50 달러
Summit Health Core (HMO-POS)	H2765-001	HMO	해당 없음	22 달러	4,000 달러/4,000 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
Summit Health Premier + Rx (HMO-POS)	H2765-004	HMO	140달러	해당 없음	4,000 달러/7,750 달러	0 달러	150 달러	개선됨	99.50 달러
Summit Health Standard + Rx (HMO-POS)	H2765-003	HMO	99 달러	해당 없음	5,100 달러/8,000 달러	0 달러	200 달러	개선됨	58.50 달러
Summit Health Value + Rx (HMO)	H2765-002	HMO	69 달러	해당 없음	6,650 달러	0 달러	250 달러	개선됨	28.50 달러

참고 사항: 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 등록자 부담금)	건강 본인부담금	약품 본인부담금	약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화	100% 추가 지원 포함 보험료
-------	------------	-------	-----------	------------	--	-------------	-------------	---------------------------	-------------------------

하니 카운티 - 베이커 카운티를 참조하십시오

후드 리버 카운티

Humana Honor (PPO)	H5216-301-1	PPO	해당 없음	0 달러	5,000 달러/5,900 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
Humana Value Plus H5216-294 (PPO)	H5216-294	PPO	33 달러	해당 없음	7,550 달러/11,300 달러	사용 불가	400 달러	기본	0 달러
HumanaChoice H5216-048 (PPO)	H5216-048	PPO	200 달러	해당 없음	6,700 달러/10,000 달러	0 달러	320 달러	기본	159.50 달러
Moda Health Central PPORX (PPO)	H3813-010	PPO	97 달러	해당 없음	5,900 달러/5,900 달러	0 달러	200 달러	개선됨	56.50 달러
Moda Health PPO (PPO)	H3813-001	PPO	해당 없음	15 달러	3,500 달러/3,500 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
PacificSource Medicare Essentials 2 (HMO)	H3864-002	HMO	해당 없음	0 달러	3,950 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
PacificSource Medicare Essentials Choice Rx 14 (HMO-POS)	H3864-014	HMO	96 달러	해당 없음	5,500 달러	0 달러	0 달러	개선됨	56 달러
PacificSource Medicare Essentials Rx 27 (HMO)	H3864-027	HMO	40 달러	해당 없음	6,700 달러	0 달러	399 달러	개선됨	5.70 달러
PacificSource Medicare Essentials Rx 6 (HMO)	H3864-006	HMO	211 달러	해당 없음	4,950 달러	0 달러	0 달러	개선됨	170.50 달러
Providence Medicare Compass + RX (HMO-POS)	H9047-039	HMO	55 달러	해당 없음	5,900 달러/10,000 달러	0 달러	0 달러	개선됨	14.50 달러

참고 사항: 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)	건강 본인부담금	약품 본인부담금	약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화	100% 추가 지원 포함 보험료
후드 리버 카운티									
Providence Medicare Latitude + RX (HMO-POS)	H9047-038	HMO	195 달러	해당 없음	5,500 달러/5,500 달러	0 달러	120 달러	개선됨	154.50 달러
잭슨 카운티									
Aetna Medicare Choice Plan (PPO)	H9431-004	PPO	42 달러	해당 없음	6,700 달러/10,000 달러	0 달러	0 달러	개선됨	19.30 달러
Aetna Medicare Eagle Plan (PPO)	H9431-015	PPO	해당 없음	0 달러	5,600 달러/10,000 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
Aetna Medicare Elite Plan (HMO-POS)	H2056-005	HMO	0 달러	해당 없음	6,500 달러	1,000 달러	0 달러	개선됨	0 달러
AllCare Advantage Focus (HMO)	H3810-021	HMO	해당 없음	0 달러	7,550 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
AllCare Advantage Focus Rx (HMO)	H3810-022	HMO	25 달러	해당 없음	7,550 달러	0 달러	295 달러	개선됨	0 달러
AllCare Advantage Gold (HMO)	H3810-001	HMO	해당 없음	39 달러	5,900 달러	200 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
AllCare Advantage Gold Plus Rx (HMO)	H3810-003	HMO	139 달러	해당 없음	5,900 달러	200 달러	175 달러	개선됨	98.50 달러
AllCare Advantage Preferred Rx (HMO)	H3810-020	HMO	41 달러	해당 없음	6,700 달러	사용 불가	480 달러	기본	0 달러
ATRIO Choice (PPO)	H6743-022-1	PPO	해당 없음	0 달러	4,500 달러/6,500 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
ATRIO Choice Rx (PPO)	H6743-018-1	PPO	0 달러	해당 없음	4,500 달러/6,500 달러	0 달러	275 달러	개선됨	0 달러
ATRIO Select Rx (PPO)	H6743-020-1	PPO	99 달러	해당 없음	3,900 달러/6,500 달러	0 달러	20 달러	개선됨	58.50 달러

참고 사항: 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)	건강 본인부담금	약품 본인부담금	약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화	100% 추가 지원 포함 보험료
잭슨 카운티									
Moda Health PPO (PPO)	H3813-001	PPO	해당 없음	15 달러	3,500 달러/3,500 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
Moda Health Southern PPORX (PPO)	H3813-012	PPO	86 달러	해당 없음	6,000 달러/9,500 달러	0 달러	250 달러	개선됨	45.50 달러
Regence MedAdvantage + Rx Classic (PPO)	H3817-008-2	PPO	75 달러	해당 없음	5,700 달러/10,000 달러	0 달러	150 달러	개선됨	42.90 달러
Regence MedAdvantage + Rx Enhanced (PPO)	H3817-009-2	PPO	195 달러	해당 없음	5,000 달러/8,300 달러	0 달러	0 달러	개선됨	154.50 달러
Regence MedAdvantage + Rx Primary (PPO)	H3817-011-2	PPO	19 달러	해당 없음	6,200 달러/10,000 달러	0 달러	250 달러	개선됨	5.90 달러
Regence Valiance (PPO)	H3817-010	PPO	해당 없음	0 달러	5,000 달러/10,000 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)	H5439-010	PPO	해당 없음	0 달러	2,500 달러/5,100 달러	125 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
Wellcare Premium Ultra Open (PPO)	H5439-011	PPO	121 달러	해당 없음	4,000 달러/4,000 달러	145 달러	95 달러	개선됨	85.30 달러
Wellcare Giveback Open (PPO)	H5439-015	PPO	0 달러	해당 없음	7,550 달러/7,550 달러	200 달러	200 달러	개선됨	0 달러
Wellcare Low Premium Open (PPO)	H5439-019	PPO	26 달러	해당 없음	5,900 달러/5,900 달러	210 달러	150 달러	개선됨	7 달러
Wellcare Assist (HMO)	H6815-037	HMO	24 달러	해당 없음	5,600 달러	0 달러	480 달러	개선됨	0 달러
Wellcare No Premium (HMO)	H6815-038	HMO	0 달러	해당 없음	4,500 달러	0 달러	125 달러	개선됨	0 달러

참고 사항: 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 등록자 부담금)	건강 본인부담금	약품 본인부담금	약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화	100% 추가 지원 포함 보험료
잭슨 카운티 - 크룩 카운티를 참조하십시오									
조세핀 카운티									
Aetna Medicare Choice Plan (PPO)	H9431-004	PPO	42 달러	해당 없음	6,700 달러/10,000 달러	0 달러	0 달러	개선됨	19.30 달러
Aetna Medicare Eagle Plan (PPO)	H9431-015	PPO	해당 없음	0 달러	5,600 달러/10,000 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
Aetna Medicare Elite Plan (HMO-POS)	H2056-005	HMO	0 달러	해당 없음	6,500 달러	1,000 달러	0 달러	개선됨	0 달러
AllCare Advantage Focus (HMO)	H3810-021	HMO	해당 없음	0 달러	7,550 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
AllCare Advantage Focus Rx (HMO)	H3810-022	HMO	25 달러	해당 없음	7,550 달러	0 달러	295 달러	개선됨	0 달러
AllCare Advantage Gold (HMO)	H3810-001	HMO	해당 없음	39 달러	5,900 달러	200 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
AllCare Advantage Gold Plus Rx (HMO)	H3810-003	HMO	139 달러	해당 없음	5,900 달러	200 달러	175 달러	개선됨	98.50 달러
AllCare Advantage Preferred Rx (HMO)	H3810-020	HMO	40.50 달러	해당 없음	6,700 달러	사용 불가	480 달러	기본	0 달러
ATRIO Choice Rx (PPO)	H6743-018-3	PPO	0 달러	해당 없음	4,500 달러/6,500 달러	0 달러	275 달러	개선됨	0 달러
ATRIO Select Rx (PPO)	H6743-020-3	PPO	129 달러	해당 없음	3,900 달러/6,500 달러	0 달러	200 달러	개선됨	88.50 달러
Moda Health PPO (PPO)	H3813-001	PPO	해당 없음	15 달러	3,500 달러/3,500 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음

참고 사항: 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 등록자 부담금)	건강 본인부담금	약품 본인부담금	약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화	100% 추가 지원 포함 보험료
조세핀 카운티									
Moda Health Southern PPORX (PPO)	H3813-012	PPO	86 달러	해당 없음	6,000 달러/9,500 달러	0 달러	250 달러	개선됨	45.50 달러
Regence MedAdvantage + Rx Classic (PPO)	H3817-008-2	PPO	75 달러	해당 없음	5,700 달러/10,000 달러	0 달러	150 달러	개선됨	42.90 달러
Regence MedAdvantage + Rx Enhanced (PPO)	H3817-009-2	PPO	195 달러	해당 없음	5,000 달러/8,300 달러	0 달러	0 달러	개선됨	154.50 달러
Regence MedAdvantage + Rx Primary (PPO)	H3817-011-2	PPO	19 달러	해당 없음	6,200 달러/10,000 달러	0 달러	250 달러	개선됨	5.90 달러
Regence Valiance (PPO)	H3817-010	PPO	해당 없음	0 달러	5,000 달러/10,000 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
Wellcare Assist (HMO)	H6815-037	HMO	24.80 달러	해당 없음	5,600 달러	0 달러	480 달러	개선됨	0 달러
Wellcare Giveback Open (PPO)	H5439-015	PPO	0 달러	해당 없음	7,550 달러/7,550 달러	200 달러	200 달러	개선됨	0 달러
Wellcare Low Premium Open (PPO)	H5439-019	PPO	26 달러	해당 없음	5,900 달러/5,900 달러	210 달러	150 달러	개선됨	7 달러
Wellcare No Premium (HMO)	H6815-038	HMO	0 달러	해당 없음	4,500 달러	0 달러	125 달러	개선됨	0 달러
Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)	H5439-010	PPO	해당 없음	0 달러	2,500 달러/5,100 달러	125 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
Wellcare Premium Ultra Open (PPO)	H5439-011	PPO	121 달러	해당 없음	4,000 달러/4,000달러	145 달러	95 달러	개선됨	85.30 달러

참고 사항: 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 등록자 부담금)	건강 본인부담금	약품 본인부담금	약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화	100% 추가 지원 포함 보험료
클래머스 카운티	* 우편 코드 97731, 97733, 97737 및 97739 에서 사용 불가. † 다음 우편 코드에서만 사용 가능: 97731, 97733, 97737 및 97739.								
AgeRight Advantage Premier HealthPlan (HMO C-SNP)	H1372-003	HMO	42 달러	해당 없음	6,500 달러	사용 불가	300 달러	개선됨	5 달러
ATRIO Choice (PPO)*	H6743-022-1	PPO	해당 없음	0 달러	4,500 달러/6,500 달러	110 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
ATRIO Choice Rx (PPO)*	H6743	PPO	0 달러	해당 없음	4,500 달러/6,500 달러	0 달러	250 달러	개선됨	0 달러
ATRIO Prime Rx (PPO)*	H6743	PPO	200 달러	해당 없음	3,500 달러/6,000 달러	0 달러	0 달러	개선됨	161.40 달러
ATRIO Select (PPO)*	H6743	PPO	해당 없음	65 달러	3,900 달러/6,500 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
ATRIO Select Rx (PPO)*	H6743	PPO	99 달러	해당 없음	3,900 달러/6,500 달러	0 달러	200 달러	개선됨	58.50 달러
Moda Health PPO (PPO)	H3813	PPO	해당 없음	15 달러	3,500 달러/3,500 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
Moda Health Southern PPORX (PPO)	H3813	PPO	86 달러	해당 없음	6,000 달러/9,500 달러	0 달러	250 달러	개선됨	45.50 달러
PacificSource Medicare Essentials 2 (HMO)†	H3864-002	HMO	해당 없음	0 달러	3,950 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
PacificSource Medicare Essentials Choice Rx 14 (HMO-POS)†	H3864-014	HMO	96 달러	해당 없음	5,500 달러	0 달러	0 달러	개선됨	56 달러
PacificSource Medicare Essentials Rx 27 (HMO)†	H3864-027	HMO	40 달러	해당 없음	6,700 달러	0 달러	399 달러	개선됨	5.70 달러
PacificSource Medicare Essentials Rx 6 (HMO)†	H3864-006	HMO	211 달러	해당 없음	4,950 달러	0 달러	0 달러	개선됨	170.50 달러

참고 사항: 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 등록자 부담금)	건강 본인부담금	약품 본인부담금	약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화	100% 추가 지원 포함 보험료
레이크 카운티 - 베이커 카운티를 참조하십시오									
레인 카운티									
AARP Medicare Advantage Choice (PPO)	H2228-029	PPO	32 달러	해당 없음	4,500 달러/10,000 달러	0 달러	100 달러	개선됨	0 달러
AARP Medicare Advantage Patriot (PPO)	H2228-088	PPO	해당 없음	0 달러	5,600 달러/10,000 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
AARP Medicare Advantage Plan 1 (HMO)	H3805-007	HMO	55 달러	해당 없음	2,900 달러	0 달러	195 달러	개선됨	25.60 달러
AARP Medicare Advantage Plan 2 (HMO)	H3805-023-1	HMO	0 달러	해당 없음	4,100달러	0 달러	195 달러	개선됨	0 달러
AARP Medicare Advantage Walgreens (PPO)	H2228-084	PPO	0 달러	해당 없음	5,600 달러/10,000 달러	0 달러	250 달러	개선됨	0 달러
AgeRight Advantage Premier HealthPlan (HMO C-SNP)	H1372-003	HMO	42 달러	해당 없음	6,500 달러	사용 불가	300 달러	개선됨	5 달러
Kaiser Permanente Senior Advantage Standard Lane (HMO)	H9003-007	HMO	49 달러	해당 없음	3,000 달러	0 달러	125 달러	개선됨	8.50 달러
Kaiser Permanente Senior Advantage Value Lane (HMO)	H9003-008	HMO	0 달러	해당 없음	4,100 달러	0 달러	175 달러	개선됨	0 달러
Moda Health Mid-valley PPORX (PPO)	H3813-014	PPO	96 달러	해당 없음	5,900 달러/9,500 달러	0 달러	285 달러	개선됨	55.50 달러
Moda Health PPO (PPO)	H3813-001	PPO	해당 없음	15 달러	3,500 달러/3,500 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
PacificSource Medicare Essentials 2 (HMO)	H3864-002	HMO	해당 없음	0 달러	3,950 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음

참고 사항: 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 등록자 부담금)	건강 본인부담금	약품 본인부담금	약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화	100% 추가 지원 포함 보험료
레인 카운티									
PacificSource Medicare Essentials Rx 36 (HMO)	H3864-036	HMO	0 달러	해당 없음	6,700 달러	0 달러	200 달러	개선됨	0 달러
PacificSource Medicare Essentials Rx 41 (HMO)	H3864-041	HMO	69 달러	해당 없음	5,500 달러	0 달러	0 달러	개선됨	31.80 달러
PacificSource Medicare Explorer 8 (PPO)	H4754-008	PPO	해당 없음	0 달러	6,700 달러/10,000 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
PacificSource Medicare Explorer Rx 4 (PPO)	H4754-004	PPO	109 달러	해당 없음	5,500 달러/10,000 달러	0 달러	0 달러	개선됨	68.50 달러
Providence Medicare Bridge 2 + RX (HMO-POS)	H9047-060	HMO	40 달러	해당 없음	4,900 달러/10,000 달러	0 달러	0	개선됨	0 달러
Providence Medicare Choice + RX (HMO-POS)	H9047-056-2	HMO	92 달러	해당 없음	4,500 달러/10,000 달러	0 달러	240 달러	개선됨	51.50 달러
Providence Medicare Extra + RX (HMO)	H9047-055-2	HMO	173 달러	해당 없음	3,400 달러	0 달러	0 달러	개선됨	132.50 달러
Providence Medicare Focus Medical (HMO)	H9047-033	HMO	해당 없음	128 달러	3,400 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
Providence Medicare Select Medical (HMO-POS)	H9047-035	HMO	해당 없음	51 달러	4,500 달러/10,000 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
Providence Medicare Timber + RX (HMO)	H9047-054	HMO	0 달러	해당 없음	5,500 달러	0 달러	150 달러	개선됨	0 달러
Regence BlueAdvantage HMO (HMO)	H6237-007-2	HMO	0 달러	해당 없음	5,500 달러	0 달러	200 달러	개선됨	0 달러
Regence BlueAdvantage HMO Plus (HMO)	H6237-008-2	HMO	49 달러	해당 없음	4,900 달러	0 달러	100 달러	개선됨	33 달러

참고 사항: 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 등록자 부담금)	건강 본인부담금	약품 본인부담금	약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화	100% 추가 지원 포함 보험료
레인 카운티									
Regence MedAdvantage + Rx Classic (PPO)	H3817-008-1	PPO	47 달러	해당 없음	5,700 달러/10,000 달러	0 달러	150 달러	개선됨	14.90 달러
Regence MedAdvantage + Rx Enhanced (PPO)	H3817-009-1	PPO	175 달러	해당 없음	5,000 달러/8,300 달러	0 달러	0 달러	개선됨	134.50 달러
Regence MedAdvantage + Rx Primary (PPO)	H3817-011-1	PPO	0 달러	해당 없음	6,200 달러/10,000 달러	0 달러	250 달러	개선됨	0 달러
Regence Valiance (HMO)	H6237-006	HMO	해당 없음	0 달러	4,900 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
Regence Valiance (PPO)	H3817-010	PPO	해당 없음	0 달러	5,000 달러/10,000 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
UnitedHealthcare Medicare Advantage Assure (PPO)	H0271-022	PPO	40.50 달러	해당 없음	7,550 달러/11,300 달러	0 달러	480.00 달러	기본	0 달러
UnitedHealthcare Chronic Complete Assure (PPO C-SNP)	H0271-036	PPO	4.20 달러	해당 없음	7,550 달러/11,300 달러	0 달러	480 달러	기본	0 달러
Wellcare Assist (HMO)	H6815-037	HMO	24.80 달러	해당 없음	5,600 달러	0 달러	480.00 달러	개선됨	0 달러
Wellcare Giveback Open (PPO)	H5439-015	PPO	0 달러	해당 없음	7,550 달러/7,550 달러	200 달러	200 달러	개선됨	0 달러
Wellcare Low Premium Open (PPO)	H5439-018	PPO	30 달러	해당 없음	6,900 달러/6,900 달러	195 달러	150 달러	개선됨	2.70 달러
Wellcare No Premium (HMO)	H6815-038	HMO	0 달러	해당 없음	4,500 달러	0 달러	125 달러	개선됨	0 달러

참고 사항: 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 등록자 부담금)	건강 본인부담금	약품 본인부담금	약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화	100% 추가 지원 포함 보험료
레인 카운티									
Wellcare No Premium Open (PPO)	H5439-017	PPO	0 달러	해당 없음	3,450 달러	0 달러	125 달러	개선됨	0 달러
Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)	H5439-010	PPO	해당 없음	0 달러	2,500 달러/5,100 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
Wellcare Premium Ultra Open (PPO)	H5439-011	PPO	121 달러	해당 없음	4,000 달러/4,000 달러	145 달러	95 달러	개선됨	85.30 달러
링컨 카운티									
Moda Health NW PPORX (PPO)	H3813-011	PPO	90 달러	해당 없음	6,000 달러	0 달러	250.00 달러	개선됨	49.50 달러
Moda Health PPO (PPO)	H3813-001	PPO	해당 없음	15 달러	3,500 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
Regence MedAdvantage + Rx Classic (PPO)	H3817-008-2	PPO	75 달러	해당 없음	5,700 달러/10,000 달러	0 달러	150.00 달러	개선됨	42.90 달러
Regence MedAdvantage + Rx Primary (PPO)	H3817-011-2	PPO	19 달러	해당 없음	6,200 달러/10,000 달러	0 달러	250.00 달러	개선됨	5.90 달러
Regence Valiance (PPO)	H3817-010	PPO	해당 없음	0 달러	5,000 달러/10,000 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
Samaritan Advantage Conventional Plan (HMO)	H3811-001	HMO	해당 없음	50 달러	4,600 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
Samaritan Advantage Premier Plan (HMO)	H3811-002	HMO	19 달러	해당 없음	4,600 달러	0 달러	200.00 달러	개선됨	0.00 달러
Samaritan Advantage Premier Plan Plus (HMO)	H3811-009	HMO	129 달러	해당 없음	4,600 달러	0 달러	0 달러	개선됨	89 달러

참고 사항: 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 등록자 부담금)	건강 본인부담금	약품 본인부담금	약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화	100% 추가 지원 포함 보험료
린 카운티	* 우편 코드 97321, 97322, 97335, 97355, 97358, 97360, 97374 및 97389 에서만 사용할 수 있습니다.								
AARP Medicare Advantage Choice (PPO)	H2228-029	PPO	32 달러	해당 없음	4,500 달러/10,000 달러	0 달러	100 달러	개선됨	0 달러
AARP Medicare Advantage Patriot (PPO)	H2228-088	PPO	해당 없음	0 달러	5,600 달러/10,000 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
AARP Medicare Advantage Plan 1 (HMO)	H3805-007	HMO	55 달러	해당 없음	2,900 달러	0 달러	195 달러	개선됨	25.60 달러
AARP Medicare Advantage Plan 2 (HMO)	H3805-023-2	HMO	19 달러	해당 없음	4,100 달러	0 달러	195 달러	개선됨	0 달러
Humana Honor (PPO)	H5216-301-1	PPO	해당 없음	0 달러	5,000 달러/5,900 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
Humana Value Plus H5216-294 (PPO)	H5216-294	PPO	33 달러	해당 없음	7,550 달러/11,300 달러	사용 불가	400 달러	기본	0 달러
HumanaChoice H5216-048 (PPO)	H5216-048	PPO	200 달러	해당 없음	6,700 달러/10,000 달러	0 달러	320 달러	기본	159.50 달러
Kaiser Permanente Senior Advantage Enhanced (HMO)*	H9003-001	HMO	127 달러	해당 없음	3,000 달러	0 달러	0 달러	개선됨	86.50 달러
Kaiser Permanente Senior Advantage Standard (HMO)*	H9003-006	HMO	44 달러	해당 없음	4,900 달러	0 달러	0 달러	개선됨	3.50 달러
Kaiser Permanente Senior Advantage Value (HMO)*	H9003-009	HMO	0 달러	해당 없음	5,600 달러	0 달러	0 달러	개선됨	0 달러
Moda Health Mid-valley PPORX (PPO)	H3813-014	PPO	96 달러	해당 없음	5,900 달러/9,500 달러	0 달러	285 달러	개선됨	55.50 달러

참고 사항: 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 등록자 부담금)	건강 본인부담금	약품 본인부담금	약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화	100% 추가 지원 포함 보험료
린 카운티	* 우편 코드 97321, 97322, 97335, 97355, 97358, 97360, 97374 및 97389 에서만 사용할 수 있습니다.								
Moda Health PPO (PPO)	H3813-001	PPO	해당 없음	15 달러	3,500 달러/3,500 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
Providence Medicare Enrich + RX (HMO)	H9047-045	HMO	147 달러	해당 없음	5,000 달러	0 달러	420 달러	기본	106.50 달러
Regence MedAdvantage + Rx Classic (PPO)	H3817-008-2	PPO	75 달러	해당 없음	5,700 달러/10,000 달러	0 달러	150 달러	개선됨	42.90 달러
Regence MedAdvantage + Rx Enhanced (PPO)	H3817-009-2	PPO	195 달러	해당 없음	5,000 달러/8,300 달러	0 달러	0 달러	개선됨	154.50 달러
Regence MedAdvantage + Rx Primary (PPO)	H3817-011-2	PPO	19 달러	해당 없음	6,200 달러/10,000 달러	0 달러	250 달러	개선됨	0 달러
Regence Valiance (PPO)	H3817-010	PPO	해당 없음	0 달러	5,000 달러/10,000 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
Samaritan Advantage Conventional Plan (HMO)	H3811-001	HMO	해당 없음	50 달러	4,600 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
Samaritan Advantage Premier Plan (HMO)	H3811-002	HMO	19 달러	해당 없음	4,600 달러	0 달러	200 달러	개선됨	0 달러
Samaritan Advantage Premier Plan Plus (HMO)	H3811-009	HMO	129 달러	해당 없음	4,600 달러	0 달러	0 달러	개선됨	89 달러
UnitedHealthcare Medicare Advantage Assure (PPO)	H0271-022	PPO	41 달러	해당 없음	7,550 달러/11,300 달러	0 달러	480 달러	기본	0 달러
UnitedHealthcare Chronic Complete Assure (PPO C-SNP)	H0271-036	PPO	4.20 달러	해당 없음	7,550 달러/11,300 달러	0 달러	480 달러	기본	0 달러

참고 사항: 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 등록자 부담금)	건강 본인부담금	약품 본인부담금	약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화	100% 추가 지원 포함 보험료
린 카운티									
* 우편 코드 97321, 97322, 97335, 97355, 97358, 97360, 97374 및 97389에서만 사용할 수 있습니다.									
Wellcare Assist (HMO)	H6815-037	HMO	25 달러	해당 없음	5,600 달러	0 달러	480 달러	개선됨	0 달러
Wellcare Giveback Open (PPO)	H5439-015	PPO	0 달러	해당 없음	7,550 달러/7,550 달러	200 달러	200 달러	개선됨	0 달러
Wellcare Low Premium Open (PPO)	H5439-018	PPO	30 달러	해당 없음	6,900 달러/6,900 달러	195 달러	150 달러	개선됨	2.70 달러
Wellcare No Premium (HMO)	H6815-038	HMO	0 달러	해당 없음	4,500 달러	0 달러	125 달러	개선됨	0 달러
Wellcare Premium Ultra Open (PPO)	H5439-011	PPO	121 달러	해당 없음	4,000 달러/4,000 달러	145 달러	95 달러	개선됨	85.30 달러
Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)	H5439-010	PPO	해당 없음	0 달러	2,500 달러/5,100 달러	125 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
맬히어 카운티									
Humana Honor (PPO)	H5216-301	PPO	해당 없음	0 달러	5,000 달러/5,900 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
Humana Value Plus H5216-294 (PPO)	H5216-294	PPO	33 달러	해당 없음	7,550 달러/11,300 달러	사용 불가	400 달러	기본	0 달러
HumanaChoice H5216-044 (PPO)	H5216-044	PPO	30 달러	해당 없음	6,000 달러/9,000 달러	0 달러	200 달러	개선됨	0 달러
HumanaChoice H5216-132 (PPO)	H5216-132	PPO	0 달러	해당 없음	5,500 달러/5,500 달러	0 달러	200 달러	개선됨	0 달러
Summit Health Core (HMO-POS)	H2765-001	HMO	해당 없음	\$22	4,000 달러/4,000 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
Summit Health Premier + Rx (HMO-POS)	H2765-004	HMO	140 달러	해당 없음	4,000 달러/7,750 달러	0 달러	150 달러	개선됨	99.50 달러

참고 사항: 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 등록자 부담금)	건강 본인부담금	약품 본인부담금	약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화	100% 추가 지원 포함 보험료
맬히어 카운티									
Summit Health Standard + Rx (HMO-POS)	H2765-003	HMO	99 달러	해당 없음	5,100 달러/8,000 달러	0 달러	200 달러	개선됨	58.50 달러
Summit Health Value + Rx (HMO)	H2765-002	HMO	69 달러	해당 없음	6,650 달러	0 달러	250 달러	개선됨	28.50 달러
맬히어 및 포크 카운티									
AARP Medicare Advantage Choice (PPO)	H2228-029	PPO	32 달러	해당 없음	4,500 달러/10,000 달러	0 달러	100 달러	개선됨	0 달러
AARP Medicare Advantage Patriot (PPO)	H2228-088	PPO	해당 없음	0 달러	5,600 달러/10,000 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
AARP Medicare Advantage Plan 1 (HMO)	H3805-001	HMO	72 달러	해당 없음	3,500 달러	0 달러	0 달러	개선됨	31.50 달러
AARP Medicare Advantage Plan 2 (HMO)	H3805-036	HMO	0 달러	해당 없음	5,600 달러	0 달러	0 달러	개선됨	0 달러
AARP Medicare Advantage Walgreens (PPO)	H2228-084	PPO	0 달러	해당 없음	5,600 달러/10,000 달러	0 달러	250 달러	개선됨	0 달러
Aetna Medicare Choice Plan (PPO)	H9431-005	PPO	20 달러	해당 없음	5,900 달러/10,000 달러	0 달러	0 달러	개선됨	1 달러
Aetna Medicare Eagle Plan (PPO)	H9431-015	PPO	해당 없음	0 달러	5,600 달러/10,000 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
Aetna Medicare Elite Plan (HMO-POS)	H2056-003	HMO	0 달러	해당 없음	5,200 달러	1,000 달러	0 달러	개선됨	0 달러

참고 사항: 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 등록자 부담금)	건강 본인부담금	약품 본인부담금	약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화	100% 추가 지원 포함 보험료
맬히어 및 포크 카운티									
Aetna Medicare Value Plan (HMO-POS)	H2056-004	HMO	0 달러	해당 없음	5,900 달러	0 달러	0 달러	개선됨	0 달러
AgeRight Advantage Premier HealthPlan (HMO C-SNP) (매리언만 해당)	H1372-003	HMO	42 달러	해당 없음	6,500 달러	사용 불가	300 달러	개선됨	5 달러
ATRIO Choice Rx (PPO)	H7006-007	PPO	0 달러	해당 없음	4,500 달러/6,500 달러	0 달러	275 달러	개선됨	0 달러
ATRIO Prime Rx (PPO)	H7006-001	PPO	190 달러	해당 없음	3,900 달러/6,000 달러	0 달러	0 달러	개선됨	149.50 달러
ATRIO Select Rx (PPO)	H7006-003	PPO	75 달러	해당 없음	4,500 달러/6,500 달러	100 달러	200 달러	개선됨	34.50 달러
Kaiser Permanente Senior Advantage Enhanced (HMO)	H9003-001	HMO	127 달러	해당 없음	3,000 달러	0 달러	0 달러	개선됨	86.50 달러
Kaiser Permanente Senior Advantage Standard (HMO)	H9003-006	HMO	44 달러	해당 없음	4,900 달러	0 달러	0 달러	개선됨	3.50 달러
Kaiser Permanente Senior Advantage Value (HMO)	H9003-009	HMO	0 달러	해당 없음	5,600 달러	0 달러	0 달러	개선됨	0 달러
Moda Health Mid-valley PPORX (PPO)	H3813-014	PPO	96 달러	해당 없음	5,900 달러/9,500 달러	0 달러	285 달러	개선됨	55.50 달러
Moda Health PPO (PPO)	H3813-001	PPO	해당 없음	15 달러	3,500 달러/3,500 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
Providence Medicare Bridge 2 + RX (HMO-POS)	H9047-060	HMO	40 달러	해당 없음	4,900 달러/10,000 달러	0 달러	0 달러	개선됨	0 달러
Providence Medicare Choice + RX (HMO-POS)	H9047-056-2	HMO	92 달러	해당 없음	4,500 달러/10,000 달러	0 달러	240 달러	개선됨	51.50 달러

참고 사항: 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 등록자 부담금)	건강 본인부담금	약품 본인부담금	약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화	100% 추가 지원 포함 보험료
맬히어 및 포크 카운티									
Providence Medicare Extra + RX (HMO)	H9047-055-2	HMO	173 달러	해당 없음	3,400 달러	0 달러	0 달러	개선됨	132.50 달러
Providence Medicare Focus Medical (HMO)	H9047-033	HMO	해당 없음	128 달러	3,400 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
Providence Medicare Select Medical (HMO-POS)	H9047-035	HMO	해당 없음	51 달러	4,500 달러/10,000 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
Providence Medicare Timber + RX (HMO)	H9047-054	HMO	0 달러	해당 없음	5,500 달러	0 달러	150 달러	개선됨	0 달러
Regence MedAdvantage + Rx Classic (PPO)	H3817-008-2	PPO	75 달러	해당 없음	5,700 달러/10,000 달러	0 달러	150 달러	개선됨	42.90 달러
Regence MedAdvantage + Rx Enhanced (PPO)	H3817-009-2	PPO	195 달러	해당 없음	5,000 달러/8,300 달러	0 달러	0 달러	개선됨	154.50 달러
Regence MedAdvantage + Rx Primary (PPO)	H3817-011-2	PPO	19 달러	해당 없음	6,200 달러/10,000 달러	0 달러	250 달러	개선됨	5.90 달러
Regence Valiance (PPO)	H3817-010	PPO	해당 없음	0 달러	5,000 달러/10,000 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
UnitedHealthcare Medicare Advantage Assure (PPO)	H0271-022	PPO	40.50 달러	해당 없음	7,550 달러/11,300 달러	0 달러	480 달러	기본	0 달러
UnitedHealthcare Chronic Complete Assure (PPO C-SNP)	H0271-036	PPO	4.20 달러	해당 없음	7,550 달러/11,300 달러	0 달러	480 달러	기본	0 달러

참고 사항: 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 등록자 부담금)	건강 본인부담금	약품 본인부담금	약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화	100% 추가 지원 포함 보험료
맬히어 및 포크 카운티									
Wellcare Assist (HMO)	H6815-037	HMO	24.80 달러	해당 없음	5,600 달러	0 달러	480 달러	개선됨	0 달러
Wellcare Giveback Open (PPO)	H5439-015	PPO	0 달러	해당 없음	7,550 달러/7,550 달러	200 달러	200 달러	개선됨	0 달러
Wellcare Low Premium Open (PPO)	H5439-018	PPO	30 달러	해당 없음	6,900 달러/6,900 달러	195 달러	150 달러	개선됨	2.70 달러
Wellcare No Premium (HMO)	H6815-038	HMO	0 달러	해당 없음	4,500 달러	0 달러	125 달러	개선됨	0달러
Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)	H5439-010	PPO	해당 없음	0 달러	2,500 달러/5,100 달러	125 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
Wellcare Premium Ultra Open (PPO)	H5439-011	PPO	121 달러	해당 없음	4,000 달러/4,000 달러	145 달러	95 달러	개선됨	85.30 달러

모로 카운티 - 베이커 카운티를 참조하십시오

멀트노머 카운티 - 클랙커미스 카운티를 참조하십시오

포크 카운티 - 매리언 카운티를 참조하십시오

서먼 카운티 - 그랜트 카운티를 참조하십시오

틸라무크 카운티

Moda Health NW PPORX (PPO)	H3813-011	PPO	90 달러	해당 없음	6,000 달러/9,500 달러	0 달러	250 달러	개선됨	49.50 달러
Moda Health PPO (PPO)	H3813-001	PPO	해당 없음	15 달러	3,500 달러/3,500 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음

우마틸라 카운티 - 베이커 카운티를 참조하십시오

유니언 카운티 - 베이커 카운티를 참조하십시오

참고 사항: 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 등록자 부담금)	건강 본인부담금	약품 본인부담금	약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화	100% 추가 지원 포함 보험료
-------	------------	-------	-----------	------------	--------------------------------------	----------	----------	---------------------	-------------------

알로와 카운티 - 베이커 카운티를 참조하십시오

와스코 카운티

Moda Health Central PPORX (PPO)	H3813-010	PPO	97 달러	해당 없음	5,900 달러/5,900 달러	0 달러	200 달러	개선됨	56.50 달러
Moda Health PPO (PPO)	H3813-001	PPO	해당 없음	15 달러	3,500 달러/3,500 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
PacificSource Medicare Essentials 2 (HMO)	H3864-002	HMO	해당 없음	0 달러	3,950 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
PacificSource Medicare Essentials Choice Rx 14 (HMO-POS)	H3864-014	HMO	96 달러	해당 없음	5,500 달러	0 달러	0 달러	개선됨	56 달러
PacificSource Medicare Essentials Rx 27 (HMO)	H3864-027	HMO	40 달러	해당 없음	6,700 달러	0 달러	399 달러	개선됨	5.70 달러
PacificSource Medicare Essentials Rx 6 (HMO)	H3864-006	HMO	211 달러	해당 없음	4,950 달러	0 달러	0 달러	개선됨	170.50 달러

워싱턴 카운티 - 클랙커미스 카운티를 참조하십시오

휠러 카운티

PacificSource Medicare Essentials 2 (HMO)	H3864-002	HMO	해당 없음	0 달러	3,950 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
PacificSource Medicare Essentials Choice Rx 14 (HMO-POS)	H3864-014	HMO	96 달러	해당 없음	5,500 달러	0 달러	0 달러	개선됨	56 달러
PacificSource Medicare Essentials Rx 27 (HMO)	H3864-027	HMO	40 달러	해당 없음	6,700 달러	0 달러	399달러	개선됨	5.70 달러
PacificSource Medicare Essentials Rx 6 (HMO)	H3864-006	HMO	211 달러	해당 없음	4,950 달러	0 달러	0달러	개선됨	170.50 달러

참고 사항: 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 등록자 부담금)	건강 본인부담금	약품 본인부담금	약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화	100% 추가 지원 포함 보험료
휠러 카운티									
Providence Medicare Compass + RX (HMO-POS)	H9047-039	HMO	55 달러	해당 없음	5,900 달러/10,000 달러	0 달러	0 달러	개선됨	14.50 달러
Providence Medicare Latitude + RX (HMO-POS)	H9047-038	HMO	195 달러	해당 없음	5,500 달러/5,500 달러	0 달러	120 달러	개선됨	154.50 달러
Summit Health Core (HMO-POS)	H2765-001	HMO	해당 없음	22 달러	4,000 달러/4,000 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
Summit Health Premier + Rx (HMO-POS)	H2765-004	HMO	140 달러	해당 없음	4,000 달러/7,750 달러	0 달러	150 달러	개선됨	99.50 달러
Summit Health Standard + Rx (HMO-POS)	H2765-003	HMO	99 달러	해당 없음	5,100 달러/8,000 달러	0 달러	200 달러	개선됨	58.50 달러
Summit Health Value + Rx (HMO)	H2765-002	HMO	69 달러	해당 없음	6,650 달러	0 달러	250 달러	개선됨	28.50 달러
암힐 카운티									
AARP Medicare Advantage Choice (PPO)	H2228-029	PPO	32 달러	해당 없음	4,500 달러/10,000 달러	0 달러	100 달러	개선됨	0 달러
AARP Medicare Advantage Patriot (PPO)	H2228-088	PPO	해당 없음	0 달러	5,600 달러/10,000 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
AARP Medicare Advantage Plan 1 (HMO)	H3805-001	HMO	72 달러	해당 없음	3,500 달러	0 달러	0 달러	개선됨	31.50 달러
AARP Medicare Advantage Plan 2 (HMO)	H3805-036	HMO	0 달러	해당 없음	5,600 달러	0 달러	0 달러	개선됨	0 달러
Aetna Medicare Choice Plan (PPO)	H9431-005	PPO	20 달러	해당 없음	5,900 달러/10,000 달러	0 달러	0 달러	개선됨	1 달러
Aetna Medicare Eagle Plan (PPO)	H9431-015	PPO	해당 없음	0 달러	5,600 달러/10,000 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음

참고 사항: 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 등록자 부담금)	건강 본인부담금	약품 본인부담금	약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화	100% 추가 지원 포함 보험료
암힐 카운티									
Aetna Medicare Elite Plan (HMO-POS)	H2056-003	HMO	0 달러	해당 없음	5,200 달러	1,000 달러	0 달러	개선됨	0 달러
Aetna Medicare Value Plan (HMO-POS)	H2056-004	HMO	0 달러	해당 없음	5,900 달러	0 달러	0 달러	개선됨	0 달러
Kaiser Permanente Senior Advantage Enhanced (HMO)	H9003-001	HMO	127 달러	해당 없음	3,000 달러	0 달러	0 달러	개선됨	86.50 달러
Kaiser Permanente Senior Advantage Standard (HMO)	H9003-006	HMO	44 달러	해당 없음	4,900 달러	0 달러	0 달러	개선됨	3.50 달러
Kaiser Permanente Senior Advantage Value (HMO)	H9003-009	HMO	0 달러	해당 없음	5,600 달러	0 달러	0 달러	개선됨	0 달러
Moda Health NW PPORX (PPO)	H3813-011	PPO	90 달러	해당 없음	6,000 달러/9,500 달러	0 달러	250 달러	개선됨	49.50 달러
Moda Health PPO (PPO)	H3813-001	PPO	해당 없음	15 달러	3,500 달러/3,500 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
Moda Health PPORX Enhanced (PPO)	H3813-009	PPO	196 달러	해당 없음	3,900 달러/3,900 달러	0 달러	175 달러	개선됨	155.50 달러
Providence Medicare Bridge 1 + RX (HMO-POS)	H9047-059	HMO	35 달러	해당 없음	4,900 달러/10,000 달러	0 달러	0 달러	개선됨	0 달러
Providence Medicare Choice + RX (HMO-POS)	H9047-056-1	HMO	92 달러	해당 없음	4,500 달러/10,000 달러	0 달러	240 달러	개선됨	51.50 달러
Providence Medicare Extra + RX (HMO)	H9047-055-1	HMO	173 달러	해당 없음	3,400 달러	0 달러	0 달러	개선됨	132.50 달러
Providence Medicare Focus Medical (HMO)	H9047-033	HMO	해당 없음	128 달러	3,400 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
Providence Medicare Prime + RX (HMO)	H9047-037	HMO	0 달러	해당 없음	5,900 달러	0 달러	150 달러	개선됨	0 달러

참고 사항: 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 등록자 부담금)	건강 본인부담금	약품 본인부담금	약품 플랜 유형 - 기본 또는 강화	100% 추가 지원 포함 보험료
암힐 카운티									
Providence Medicare Select Medical (HMO-POS)	H9047-035	HMO	해당 없음	51 달러	4,500 달러/10,000달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	51 달러
Regence MedAdvantage + Rx Classic (PPO)	H3817-008-2	PPO	75 달러	해당 없음	5,700 달러/10,000 달러	0 달러	150 달러	개선됨	42.90 달러
Regence MedAdvantage + Rx Enhanced (PPO)	H3817-009-2	PPO	195 달러	해당 없음	5,000 달러/8,300 달러	0 달러	0 달러	개선됨	154.50 달러
Regence MedAdvantage + Rx Primary (PPO)	H3817-011-2	PPO	19 달러	해당 없음	6,200 달러/10,000달러	0 달러	250 달러	개선됨	5.90 달러
Regence Valiance (PPO)	H3817-010	PPO	해당 없음	0 달러	5,000 달러/10,000 달러	0 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
UnitedHealthcare Medicare Advantage Assure (PPO)	H0271-022	PPO	41 달러	해당 없음	7,550 달러/11,300 달러	0 달러	480 달러	기본	0 달러
UnitedHealthcare Chronic Complete Assure (PPO C-SNP)	H0271-036	PPO	4.20 달러	해당 없음	7,550 달러/11,300 달러	0 달러	480 달러	기본	0 달러
Wellcare Assist (HMO)	H68115-037	HMO	24.80 달러	해당 없음	5,600 달러	0 달러	480 달러	개선됨	0 달러
Wellcare Giveback Open (PPO)	H5439-015	PPO	0 달러	해당 없음	7,550 달러/7,550 달러	200 달러	200 달러	개선됨	0 달러
Wellcare Low Premium Open (PPO)	H5439-018	PPO	30 달러	해당 없음	6,900 달러/6,900 달러	195 달러	150 달러	개선됨	2.70 달러
Wellcare No Premium (HMO)	H6815-038	HMO	0 달러	해당 없음	4,500 달러	0 달러	125 달러	개선됨	0 달러
Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)	H5439-010	PPO	해당 없음	0 달러	2,500 달러/5,100 달러	125 달러	해당 없음	Rx 없음	Rx 없음
Wellcare Premium Ultra Open (PPO)	H5439-011	PPO	121달러	해당 없음	4,000달러/4,000 달러	145달러	95달러	개선됨	85.30달러

참고 사항: 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. 세부 사항에 대해서는 [medicare.gov/claims-and-appeals/file-an-appeal/appeals.html](https://www.medicare.gov/claims-and-appeals/file-an-appeal/appeals.html) 를 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 A 및 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 60 일 제한으로 120일을 신청.
- 신속 처리:
 - » 품질 개선 기관에서 수행합니다.
 - » 72 시간 제한으로 다음날 정오까지 신청합니다.

재고려

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

행정법 판사

- 메디케어 청문회 및 항소 사무국에서 수행합니다.
 - » 해당 최소 금액은 2021년에 180 달러 이상이어야 합니다 (2022 에 달러 금액은 본 가이드의 발행일 이후까지 사용할 수 없습니다).
- 90 일 제한으로 60 일을 신청.

메디케어 이의 제기 위원회

- 처리 기간 90 일 제한으로 60 일을 신청.

메디케어 어드밴티지 항소 단계

재고려

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

독립 검토 엔터티 재고려

- 독립 검토 엔터티에서 수행합니다.
- 플랜이 거부를 확인하면 자동, 사전 서비스 30 일 제한, 지불 60 일 제한
- 신속 처리:
 - » 72 시간 제한으로 접수까지 60 일.
 - » 지불 요청은 신속하게 처리할 수 없습니다.

위헌 법률 심사권

- 연방 지방법원에서 수행했습니다.
 - » 해당 금액은 2021 년에 1,760 달러 이상이어야 합니다 (2022 에 달러 금액은 본 가이드의 발행일 이후까지 사용할 수 없습니다). (이 달러 금액을 충족시키기 위해 클레임을 결합할 수 있습니다.)
- 제출 기간 60 일.

행정법 판사

- 메디케어 청문회 및 항소 사무국에서 수행합니다.
 - » 해당 최소 금액은 2021 년에 180 달러 이상이어야 합니다 (2022 에 달러 금액은 본 가이드의 발행일 이후까지 사용할 수 없습니다).
- 신고까지 60 일, 법적 처리 기한은 없습니다.

메디케어 이의 제기 위원회

- 신고까지 60 일, 법적 처리 기한은 없습니다.

위헌 법률 심사권

- 연방 지방법원에서 수행했습니다.
 - » 해당 금액은 2021 년에 1,760 달러 이상이어야 합니다 (2022 에 달러 금액은 본 가이드의 발행일 이후까지 사용할 수 없습니다). (이 달러 금액을 충족시키기 위해 클레임을 결합할 수 있습니다.)
- 제출 기간 60 일.

파트 D 항소 단계

재결정

- 처방약 플랜에 의해 수행됩니다.
- 7 일 제한으로 접수까지 60 일.
- 신속 처리:
 - » 72 시간 제한으로 접수까지 60 일.

독립 검토 엔터티 재고려

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

행정법 판사

- 메디케어 청문회 및 항소 사무국에서 수행합니다.
 - » 해당 최소 금액은 2021 년에 180 달러 이상이어야 합니다 (2022 에 달러 금액은 본 가이드의 발행일 이후까지 사용할 수 없습니다).
- 90 일 제한으로 접수까지 60 일.
- 신속 처리:
 - » 10 일 제한으로 접수까지 60 일.

메디케어 이의 제기 위원회

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

위헌 법률 심사권

- 연방 지방법원에서 수행했습니다.
 - » 해당 금액은 2021 년에 1,760 달러 이상이어야 합니다 (2022 에 달러 금액은 본 가이드의 발행일 이후까지 사용할 수 없습니다). (이 달러 금액을 충족시키기 위해 클레임을 결합할 수 있습니다.)
- 제출 기간 60 일.



팁과 힌트

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

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 의 5 가지 인기 있는 CMS 출판물

1. “Who Pays First” (02179)
2. “Medicare Basics: A Guide for Families and Friends of People With Medicare” (11034)
3. “Choosing a Medigap Policy: A Guide for People with Medicare” (02110)
4. “Medicare Coverage of Kidney Dialysis and Transplant Services” (10128)
5. “Medicare Coverage of Diabetes and Supplies” (11022)

메디케어 출판물 주문 방법

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

웹사이트 자원

- 오레곤주의 노령화 및 장애자원 센터 (ADRC): [adrcforegon.org](https://www.adrcforegon.org)
- 메디케어 권리 센터: [medicarerights.org](https://www.medicarerights.org)
- 혜택 대조 검사: <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 플랜에 가입하려면 메디케어 번호가 필요할 것입니다.

SHIBA 정보

2021년 7월 1일부로 노인 의료 보험 혜택 지원(SHIBA) 프로그램은 현재 오레곤 주 노령 및 장애인 복지국의 일부가 되었습니다. 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 사람들에게 기밀의 객관적인 상담을 제공함으로써 건강보험에 대해 더 나은 결정을 할 수 있도록 돕는 것입니다.

다음 목적을 위해 SHIBA 프로그램에 연계하십시오:

- 무료 브로셔 주문
- 무료 지원 받기:
 - » 메디케어 어드밴티지 플랜, 메디갭 정책 및 처방약 플랜의 청구 또는 비교, 또는
 - » 장기 진료 보험 이해
- SHIBA 자원 봉사자가 되려면.

연락처 정보

- 사용자 부담 전화 **800-722-4134**
- 이메일: SHIBA.Oregon@dhsosha.state.or.us
- 웹사이트: shiba.oregon.gov



팁과 힌트

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

전화 번호들 (모두 수신자 부담)

ADRC (노화 및 장애 자원 센터)	855-673-2372
혜택 조정 및 복구 센터	855-798-2627
HealthCare.gov (연방 마켓플레이스)	800-318-2596
KEPRO (품질 개선 기관)	888-305-6759
장기 진료 행정감찰관	800-522-2602
메디케어 (크리스마스를 제외하고 24/7일 사용 가능)	800-633-4227
Noridian (DME 청구)	877-320-0390
Noridian (파트 A 및 파트 B 청구)	877-908-8431
오레곤 주 치과 협회	800-452-5628
오레곤 주 금융 규제 부서	888-877-4894
오레곤 주 건강 보험 마켓플레이스	855-268-3767
오레곤 주 건강 플랜	800-699-9075
오레곤 주 의학 위원회	877-254-6263
오레곤 주 메디케어 세이빙스 커넥트	855-447-0155
오레곤 주 변호사 의뢰 서비스	800-452-7636
PERS 건강 보험 프로그램 (PHIP)	800-768-7377
철도청 은퇴자 위원회	877-772-5772
사회 보장 (월요일-금요일 8 a.m.-7 p.m. 사용 가능)	800-772-1213
미국 노동국	866-487-2365

약어

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

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

용어집



ABN (사전 수혜자 통지서):

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

AEP (년간 등록 기간):

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

CHAMP VA:

보훈부의 민간 보건 의료 프로그램입니다

CMS (메디케어 및 메디케이드 서비스 센터):

메디케어 및 메디케이드 프로그램을 관리하는 미국 보건복지부의 부서입니다.

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, 보조 기구 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. “혜택 증명서” 라고도 합니다.

ESRD (말기 신장 질환):

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

GEP (일반 등록 기간):

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

GI (가입 보장):

보험회사가 메디캡 플랜을 귀하에게 판매하도록 법적으로 요구하는 상황에서 귀하가 갖는 권리입니다. 이러한 상황에서 보험 회사는 **기존 상태** 에 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 65 세 생일(적격 월) 근방의 7 개월 기간으로, 생일 3 개월 전, 생일이 있는 달 및 3 개월 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”을 참조하십시오.

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 LTC 를 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.

MSA (메디케어 의료 저축 계좌):

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

MSP (메디케어 저축 프로그램):

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

ODHS (오레곤 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. SHIP 은 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. SHIBA 는 오레곤 주의 SHIP 입니다.

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

SSI (보충적 소득 보장):

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

TRICARE:

미 국방부가 현역 군인들에게 제공하는 건강 보험 프로그램입니다.

TRICARE For Life:

미 국방부가 퇴직한 군인들에게 제공하는 건강 보험 프로그램입니다.

TrOOP (본인 전체부담금) 비용:

파트 D 플랜에서 수혜자가 본인부담금에 브랜드 약품 지급의 50% 를 더한 금액입니다.

TTY (전신 타자기):

TTY 를 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 24 시간 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.

계약연령:

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

계층:

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

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.

공동 보험:

제공된 서비스 또는 처방당 지급되는 고정 비율입니다.

공동부담금 또는 공동부담:

제공된 서비스 또는 처방당 지급되는 고정된 달러 금액입니다.

기본 약품 플랜:

본인부담금이 감소하거나 0 달러인 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 A 와 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.

도넛 구멍:

“보장 공백”을 참조하십시오.

도달연령:

보험 가입자의 연령에 따라 보험료가 오르는 보험 정책입니다.

독립형 약품 플랜:

“PDP”를 참조하십시오.

되돌아보기:

“대기 기간”을 참조하십시오.

등록자:

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

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:

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

메디캡:

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. 혜택 패키지는 표준화되어 있으며 요금제는 알파벳 문자 A~N으로 지정됩니다. 주어진 문자(예: F)가 있는 플랜은 회사의 보험료가 다를 수 있지만 동일한 적용 범위를 제공합니다.

메디캡 공개 등록 기간 (OEP):

파트 B에 처음 등록한 달부터 시작되는 6개월 기간으로 이 기간에 메디캡 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.

오레곤주에서 ODHS 에 의해 관리됩니다. 또한 “메디케어 저축 프로그램,” “MA (의료 지원)” 또는 “타이틀 19 (XIX)” 로도 알려져 있습니다.

보장 공백:

약품 비용의 더 많은 부분을 수혜자가 지불하는 메디케어 처방약 보험의 단계입니다. “도넛 구멍” 이라고도 알려져 있습니다.

보조 보험:

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

보증:

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.

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.

서비스 지역:

보험 플랜이 적용하기로 합의한 특정 지리적 영역입니다.

생일 규칙:

오레곤 주에서는 기존 메디갭 보험 가입자인 경우 동일한 (또는 그보다 적은) 메디갭 혜택에 대해 여러 회사의 가격을 비교하기 위한 기간은 생일부터 시작하는 GI와 함께 30 일의 쇼핑 기간입니다. 생일 규칙은 고용주가 후원하는 퇴직자 메디갭 플랜에는 적용되지 않습니다.

선거 기간:

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

진단 검사:

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

직접 청구:

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

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 30 일/한달 분량 제한이 있는 경우 효과가 미미합니다(즉, 알약이 떨어지기 며칠 전까지 처방전을 다시 채우지 못할 수 있음). 현재 하루에 2 알씩 복용하고 있고 한 달에 30 알의 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.

의료 제공자:

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

의뢰:

주치의가 전문의에게 진찰을 받거나 특정 의료 서비스를 받기 위해 작성한 서면 지시서입니다. 많은 HMO 에서 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.

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.

전문가:

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

전문 케어:

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

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.

재해성 보장:

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

재판 청구권:

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.

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.

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.

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.

처방약:

의료진의 서면 지시서 (처방) 이 있어야 구입하는 의약품입니다.

처방집:

보험 플랜에서 보장하는 처방약 목록입니다.

최대 입원 기간:

메디케어가 90 일 입원 혜택을 제공한 후 수혜자는 60 일의 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. “LTS” 라고도 합니다.

커뮤니티 등급:

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

클레임:

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

할당:

메디케어 파트 B 에 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:

보험 플랜에 따라 보장되는 항목이며, 보장이라고도 합니다.

혜택 기간:

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

효력 발생일:

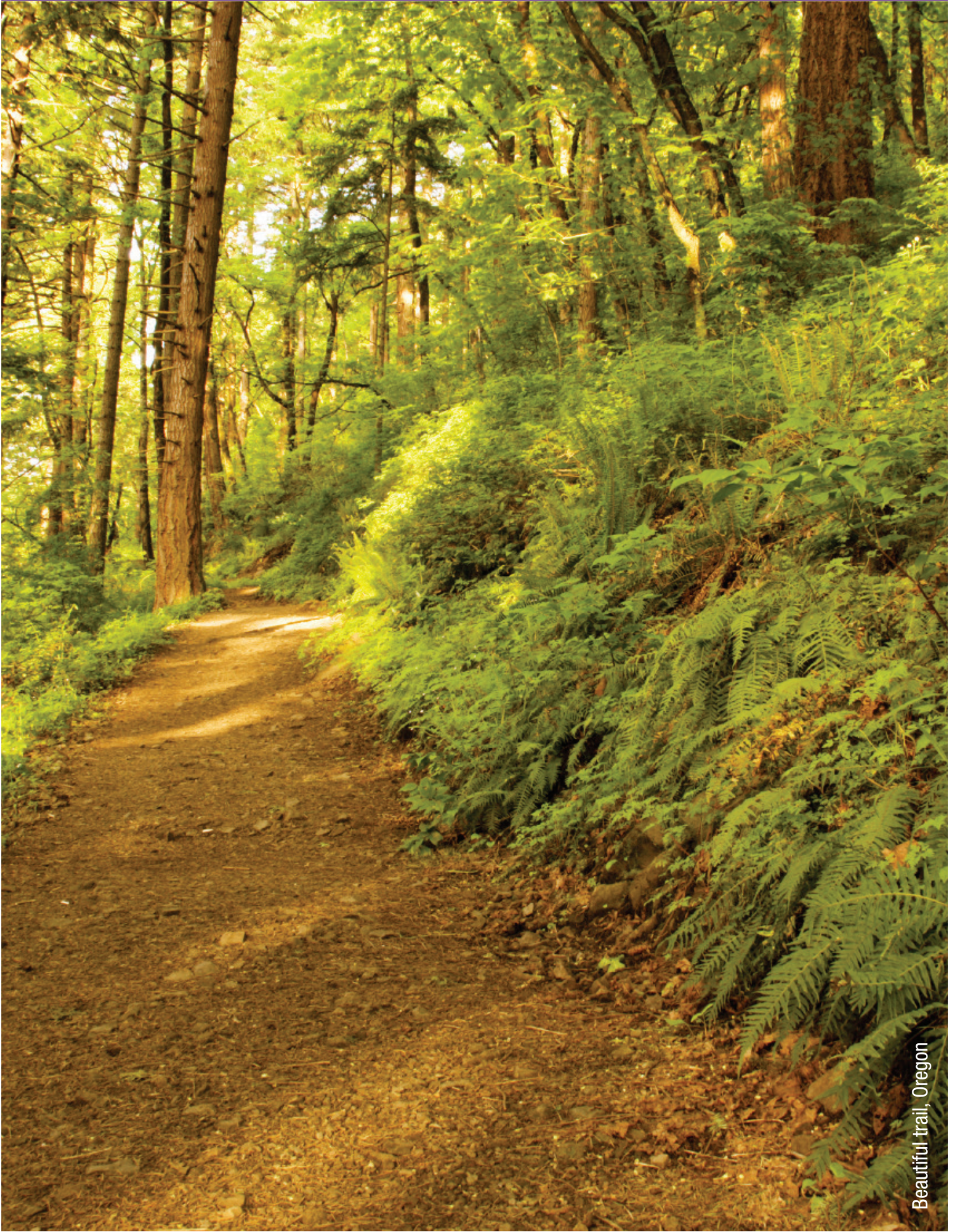
보험 플랜이 발효되고 보장이 시작되는 날짜입니다.



색인



- ABNs – [18](#)
- MA-OEP – [106](#)
- OPDP – [27](#), [101](#)
- PACE – [36](#), [55](#), [56](#), [101](#)
- SHIBA – [5](#), [6](#), [12](#), [20](#), [22](#), [23](#), [25](#), [27](#), [28](#), [49](#), [51](#), [53](#), [97](#), [98](#), [101](#), [104](#)
- 가입 보장 – [21](#), [33](#), [34](#), [48](#), [49](#), [51](#), [102](#)
- 내구성 의료 장비 – [102](#)
- 당뇨병 용품 – [10](#)
- 도넛 구멍 – [27](#), [28](#), [29](#), [103](#)
- 등록 – [8](#), [13](#), [14](#), [15](#), [19](#), [21](#), [22](#), [23](#), [24](#), [25](#), [27](#), [33](#), [34](#), [36](#), [48](#), [50](#), [51](#), [100](#), [101](#), [102](#), [103](#), [104](#), [105](#), [106](#)
- 등록 기간 및 마감 기한 – [14](#)
- 등록 지연 위약금 – [100](#), [106](#)
- 마감 기한 – [14](#), [23](#)
- 메디갭 대기 기간 – [34](#)
- 메디케어 및 마켓플레이스 – [22](#)
- 메디케어 옵션 – [8](#)
- 메디케어 저축 프로그램 – [28](#), [103](#), [104](#), [108](#)
- 보장 공백 – [27](#), [29](#), [100](#)
- 부동산 복구 – [28](#)
- 생일 규칙 – [36](#)
- 용어집 – [102](#)
- 예방 방문 – [17](#)
- 예방 서비스 – [10](#)
- 자원과 출판물 – [97](#)
- 재정 지원 – [106](#), [108](#)
- 재향군인 혜택 및 의료 보험 – [19](#)
- 저소득 보조금 – [28](#)
- 제한 – [16](#), [25](#), [108](#)
- 추가 지원 – [15](#), [25](#), [27](#), [28](#), [30](#), [98](#), [103](#), [109](#)
- 치과 보장 – [53](#)
- 퇴직자 플랜과 메디케어 – [20](#)
- 특별 등록 기간 – [51](#)
- 특별 요구 플랜 – [54](#)
- 파트 A – [5](#), [7](#), [8](#), [9](#), [10](#), [11](#), [13](#), [14](#), [15](#), [19](#), [20](#), [21](#), [22](#), [23](#), [24](#), [32](#), [38](#), [39](#), [48](#), [50](#), [94](#), [99](#), [102](#), [105](#), [107](#)
- 파트 B – [5](#), [7](#), [8](#), [10](#), [11](#), [13](#), [14](#), [16](#), [17](#), [19](#), [20](#), [21](#), [22](#), [23](#), [24](#), [28](#), [32](#), [33](#), [38](#), [39](#), [48](#), [50](#), [94](#), [99](#), [102](#), [105](#), [107](#), [108](#)
- 파트 D – [5](#), [7](#), [8](#), [11](#), [12](#), [15](#), [19](#), [24](#), [25](#), [26](#), [27](#), [28](#), [29](#), [51](#), [52](#), [94](#), [96](#), [98](#), [102](#), [104](#), [105](#), [106](#), [107](#), [108](#), [110](#)
- 파트 D 표준 혜택 항목 – [27](#), [29](#)
- 항소 – [94](#), [95](#), [96](#), [101](#)



Beautiful trail, Oregon



500 Summer St. NE, E-12
Salem, Oregon 97301
shiba.oregon.gov



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

ADRC 가 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 오레곤 주민들은 www.ADRCofofOregon.org 또는 수신자 부담 번호를 통해 6,000 개 이상의 자원에 대해 배울 수 있습니다.

1-855-ORE-ADRC (**1-855-673-2372**).



이 문서는 다른 언어, 대형 인쇄물, 점자 또는 원하는 형식으로 받을 수 있습니다. **800-722-4134** or shiba.oregon@dhsosha.state.or.us 을 통해 노인 의료 보험 혜택 지원 (SHIBA) 프로그램에 연락하실 수 있습니다. 우리는 모든 중계 전화를 받을 수 있으며 귀하는 711 번으로 전화를 걸 수 있습니다.