

가입자 성명: _____ (선택 사항)

약품 및 처방 번호: _____ (선택 사항)

Medicare 약품 보장 및 가입자의 권리

가입자는 보장, 제공 또는 유지되어야 한다고 생각하는 약품을 제공받거나 비용을 지불받기 위해 Medicare 약품 플랜에 **보장 결정을 요청할 권리가 있습니다**. 또한 다음의 경우 "**예외**"라는 특수 유형의 보장 결정을 요청할 권리가 있습니다.

- 플랜의 보장 약품 목록에 포함되지 않은 약품이 필요한 경우
- 의학적 사유로 보장 관련 규칙(사전 승인 또는 수량 제한 등)이 적용되지 않아야 한다고 생각하는 경우
- 비우대 약품을 복용해야 하는 경우, 플랜에서 우대 약품 가격으로 약품을 보장해 주길 원하는 경우

보장 결정을 요청하는 방법

가입자 또는 처방자는 보험사 회원카드 뒷면에 있는 Medicare 약품 플랜의 수신자부담 전화번호로 전화하거나 보험사 웹사이트를 방문하여 보장 결정을 요청할 수 있습니다. 최대 72시간의 결정 기간 동안 건강에 심각한 위해가 발생할 수 있는 경우, 신속(24시간) 결정을 요청할 수 있습니다.

Medicare 약품 플랜에 다음을 알릴 수 있게 준비해 두십시오.

- 복용량과 강도를 포함한 처방약 이름(알고 있는 경우)
- 처방전을 조제하려 한 약국명
- 처방전을 조제하려던 날짜
- 예외를 요청하는 경우, 처방자가 처방집에 없는 약품이나 비우대 약품이 필요한 이유 또는 보장 관련 규칙이 적용되지 않아야 하는 이유를 설명해야 합니다.

Medicare 약품 플랜에서 가입자에게 서면 결정을 보냅니다. 보장이 승인되지 않고 가입자가 이 결정에 동의하지 않는 경우, 이의를 제기할 권리가 있습니다. 플랜의 통지문에는 보장이 거부된 사유 및 이의제기를 요청하는 방법이 설명되어 있습니다.

지원 및 자세한 정보 받기

플랜 안내자료를 살펴보거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 보장 결정을 요청하는 방법에 대한 자세한 정보를 알아보십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화할 수 있습니다. 플랜에 연락하는 데 도움이 필요한 경우 1-800-MEDICARE로 전화하십시오.

이 양식을 장애인 편의 형식(큰 활자체, 점자 또는 오디오)으로 받으려면 Medicare 약품 플랜에 문의하십시오. 또한 차별을 받았다고 느끼는 경우 민원을 신청할 권리가 있습니다. 자세한 사항은 [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice)를 참조하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 문의할 수 있습니다.

PRA 공개 성명 정부문서감축법(Paperwork Reduction Act, 1995)에 따라, 유효한 OMB 통제 번호가 표시된 경우를 제외하고 누구도 정보 수집에 응답할 필요가 없습니다. 이 정보 수집에 대한 유효 OMB 통제 번호는 0938-0975입니다. 이 정보 수집은 가입자에게 Part D 플랜에 연락하여 보장 범위 결정을 요청하는 방법에 대한 알리를 제공하는 데 사용됩니다. 이 정보 수집을 작성하는 데 필요한 시간은 지시사항 검토, 기존 데이터 자원 검색, 필요한 데이터 수집, 정보 수집 완료 및 검토 시간을 포함하여 응답당 평균 1분으로 예상됩니다. 이 정보 수집은 § 423.562(a)(3) 및 § 423.128(b)(7)(iii)의 관련 규제 조항에 따라 필요합니다. 예상 시기의 정확성에 대해 의견이 있거나 이 양식의 개선을 위한 제안 사항이 있는 경우, 다음으로 서신을 보내주십시오: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.