**[D-SNP 모델]**  
**[2024 ANOC 모델]**

*[Plans may modify the language in the ANOC, as applicable, to address Medicaid benefits and cost sharing for its dual eligible population.]*

*[PPO plans may modify the model as needed to describe the plan’s rules and benefits.]*

*[Plans must revise references to Medicaid to use the state-specific name for the program throughout the ANOC. If the state-specific name does not include the word Medicaid, plans should add (Medicaid) after the name. Plans may use the general Medicaid terminology in instances where it is a multi-state Medicaid plan.]*

*[Where the model uses medical care, medical services, or health care services, plans may revise and/or add to include references to long-term services and supports (LTSS) and/or home and community-based services as applicable.]*

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

# 2024년 연례 변경 사항 고지

*[****Optional:*** *insert member name*]  
*[****Optional:*** *insert member addres*s]

귀하는 현재 *[insert 2023 plan name*] 에 가입되어 있습니다. 내년에는 플랜의 비용과 혜택이 변경됩니다*.* ***보험료를 포함한 중요 비용 요약의 경우 5페이지를 참조하십시오.***

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

지금 해야 할 일

1. **질문:** 가입자에게 적용되는 변경 사항

* 혜택 및 비용에 대한 변경 사항이 본인에게 해당하는지 확인합니다.
* 의료 비용(의사, 병원)의 변경 사항을 검토합니다.
* *[Insert if offering Part D*] 승인 요건 및 비용을 포함하여 의약품 보장의 변경 사항을 검토하십시오.
* 보험료, 공제액 및 비용 분담금에 지출할 금액에 대해 생각해 봅니다.
* 2024년 "의약품 목록"의 변경 사항을 확인하여 현재 복용 중인 의약품이 계속 보장되는지 확인하십시오.
* 현재 주치의, 전문의, 병원 및 약국을 포함한 기타 의료 제공자가 내년에도 네트워크에 속해 있는지 확인합니다.
* 당사의 플랜에 만족하는지 생각해 봅니다.

1. **비교:** 선택할 수 있는 다른 플랜에 대해 알아보기

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

1. **선택:** 플랜 변경 여부 결정

* 2023년 12월 7일까지 다른 플랜에 가입하지 않을 경우 *[insert plan name*]에 유지됩니다.
* **다른 플랜으로 변경**하려면 10월 15일부터 12월 7일까지 플랜을 변경할 수 있습니다. 귀하의 새로운 보장은 **2024년 1월 1일**에 시작됩니다. 그러면 귀하의 *[insert plan name*] 가입이 종료됩니다.
* 귀하의 선택 항목에 대한 자세한 내용은 섹션 *[insert section number*], *[insert page number*] *[plans may insert additional reference, as applicable*]페이지를 참조하십시오.
* 최근에 기관(예: 전문 간호 시설 또는 장기 치료 병원)에 입원했거나 현재 입원 중이거나 퇴원한 경우, 귀하는 언제든지 플랜을 전환하거나 Original Medicare(별도의 Medicare 처방약 플랜 여부와 관계 없이)로 전환할 수 있습니다.

추가 리소스

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

*[insert 2024 plan name*] 정보

* *[Insert Federal contracting statement*.] [*Insert if applicable:* 플랜은 또한 귀하의 Medicaid 혜택을 조정하기 위해 *[insert state]* Medicaid 프로그램과 서면 계약을 맺었습니다.]
* 이 문서에서"당사", "저희", "당사의"라고 하는 경우, 이는 *[insert MAO name*] *[insert Plan/Part D sponsor in parentheses, as applicable, after listing required MAO names throughout this document*]을(를) 의미합니다. 문서에서 "플랜" 또는 "당사의 플랜"이라고 하는 경우, 이는 *[insert 2024 plan name*]을(를) 의미합니다.

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

**2024*년 연례 변경 사항 고지***   
**목차**

*[Update table below after completing edits.]*

[2024년의 중요 비용 요약 5](#_Toc144732401)

[섹션 1 플랜의 이름 변경 10](#_Toc144732402)

[섹션 1 귀하가 다른 플랜을 선택한 경우가 아니라면 2024년에 자동으로 *[insert 2024 plan name]*에 가입 10](#_Toc144732403)

[섹션 2 내년의 혜택 및 비용 변경 사항 11](#_Toc144732404)

[섹션 2.1 – 월 보험료 변경 사항 11](#_Toc144732405)

[섹션 2.2 - 최대 본인 부담금 변경 사항 11](#_Toc144732406)

[섹션 2.3 – 의료 제공자 및 약국 네트워크 변경 사항 13](#_Toc144732407)

[섹션 2.4 – 의료 서비스 혜택 및 비용 변경 사항 13](#_Toc144732408)

[섹션 2.5 – 파트 D 처방약 보장 변경 사항 16](#_Toc144732409)

[섹션 3 행정적 변경 사항 24](#_Toc144732410)

[섹션 4 플랜 결정 24](#_Toc144732411)

[섹션 4.1 – *[insert 2024 plan name*]을(를) 계속 이용하려는 경우 24](#_Toc144732412)

[섹션 4.2 – 플랜을 변경하려는 경우 24](#_Toc144732413)

[섹션 5 플랜 변경 25](#_Toc144732414)

[섹션 6 Medicare 및 Medicaid에 대한 무료 상담을 제공하는 프로그램 26](#_Toc144732415)

[섹션 7 처방약 비용을 지원해 주는 프로그램 27](#_Toc144732416)

[섹션 8 질문이 있으신가요? 28](#_Toc144732417)

[섹션 8.1 – *[insert 2024 plan name*]에서 지원 받기 28](#_Toc144732418)

[섹션 8.2 – Medicare에서 지원 받기 28](#_Toc144732419)

[섹션 8.3 – Medicaid에서 지원 받기 29](#_Toc144732420)

2024년의 중요 비용 요약

아래의 표는 몇 가지 중요한 분야에서 *[insert 2024 plan name]*에 대한 2023년 비용과2024년의 비용을 비교합니다. **이는 요약된 비용일 뿐이라는 점에 유의하십시오**. [*Plans may add the following language in this paragraph rather than including it in each applicable row:* Medicaid에 따라 Medicare 비용 분담 지원을받을 자격이 있을 경우, 귀하가 공제액, 의사 진료소 방문, 입원환자 입원 등에 대해 지불할 금액은 $0입니다.]

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

| 비용 | 2023년(올해) | 2024년(내년) |
| --- | --- | --- |
| 월 플랜 보험료\*  \* 귀하의 보험료는 이 금액보다 높을 [*Plans with $0 premium should not include:* 또는 낮을] 수 있습니다. 자세한 내용은 섹션 *[edit section number as needed*] 2.1을 참조하십시오. | *[Insert 2023 premium amount*] | *[Insert 2024 premium amount]* |
| *[Plans with no deductible may delete this row*.]  공제액 | *[Insert 2023 deductible amount*]  [*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* Medicaid에 따라 Medicare 비용 분담 지원을받는 대상인 경우, 귀하가 지불할 금액은 $0입니다.] | *[*내구성 의료 장비를 통해 공급되는 인슐린 제외 *Insert 2024 deductible amount] [If an amount other than $0, add:*.*]*  [*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* Medicaid에 따라 Medicare 비용 분담 지원을받는 대상인 경우, 귀하가 지불할 금액은 $0입니다.] |
| 의사 진료소 방문 | 일차 진료 방문: 방문당 *[insert 2023 cost sharing for PCPs*]  전문의 방문:방문당 *[insert 2023 cost sharing for specialists]*  [*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* Medicaid에 따라 Medicare 비용 분담 지원을받는 대상인 경우, 귀하가 지불할 금액은 방문당 $0입니다.] | 일차 진료 방문: 방문당 *[insert 2024 cost sharing for PCPs*]  전문의 방문:방문당 : *[insert 2024 cost sharing for specialists]*  [*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* Medicaid에 따라 Medicare 비용 분담 지원을받는 대상인 경우, 귀하가 지불할 금액은 방문당 $0입니다.] |
| 병원 입원 | *[Insert 2023 cost sharing*]  [*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service* *cost sharing insert:* Medicaid에 따라 Medicare 비용 분담 지원을받는 대상인 경우, 귀하가 지불할 금액은 $0입니다.] | *[Insert 2024 cost sharing*]  [*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service* *cost sharing insert:* Medicaid에 따라 Medicare 비용 분담 지원을받는 대상인 경우, 귀하가 지불할 금액은 $0입니다.] |
| 파트 D 처방약 보장  (자세한 내용은 섹션 *[edit section number as needed]* 2.5를 참조하십시오.) | 공제액: *[Insert 2023 deductible amount] [If an amount other than $0,* 추가: 보장되는 인슐린 제품 및 대부분의 성인용 파트 D 백신 제외.*]*  초기 보장 단계 동안 *[Copayment/Coinsurance as applicable*]:   * 의약품 1단계:*[Insert 2023 cost sharing]*   *[Insert if insulin cost sharing differs from cost sharing for other drugs on the same tier*: 귀하는 이 단계의 보장되는 각 인슐린 제품에 대해 매달 $[xx]을(를) 지불합니다*.]*   * *[Repeat for all drug tiers.*]   거대위험 보장:   * 이 지불 단계에서 플랜은 보장되는 의약품에 대한 대부분의 비용을 지불합니다. * *[When applicable, plans must insert a brief explanation of what the member pays during this stage. For example:* 각 처방전에 대해 귀하는 의약품 비용의 5%에 해당하는 금액(**공동보험액**이라고 함) 또는 코페이(복제약이나 복제약처럼 취급되는 의약품에 대해 $4.15, 다른 모든 의약품에 대해 $10.35) 중 더 높은 금액을 지불합니다.)*].* | 공제액: *[Insert 2024 deductible amount]*  보장되는 인슐린 제품 및 대부분의 성인용 파트 D 백신 제외 *[If an amount other than $0, add:*.*]*  초기 보장 단계 동안 *[Copayment/Coinsurance as applicable*]:   * 의약품 1단계: *[Insert 2024 cost sharing]*   *[Insert if insulin cost sharing differs from cost sharing for other drugs on the same tier:* 귀하는 이 단계의 보장되는 각 인슐린 제품에 대해 매달 $[xx]을(를) 지불합니다*.]*   * *[Repeat for all drug tiers.]*   거대위험 보장:   * *[Plans that do not cover excluded drugs under an enhanced benefit, OR plans that do cover excluded drugs under an enhanced benefit but with the same cost sharing as covered Part D drugs in this stage, insert the* *following*: 이 지불 단계에서 플랜은 보장되는 파트 D 의약품에 대해 전액을 지불합니다. 귀하는 아무런 금액도 지불하지 않습니다.*]* * *[Plans that cover excluded drugs under an enhanced benefit with cost sharing in this stage, insert the following 2 bullets:* * 이 지불 단계에서 플랜은 보장되는 파트 D 의약품에 대해 전액을 지불합니다. * 향상된 혜택으로 보장되는 의약품에 대해서는 귀하의 비용 분담금이 있을 수 있습니다.*]* |
| 최대 본인 부담금  이 비용은 가입자가 지불할 최대 금액입니다. 보장되는  [*insert if applicable:* 파트 A 및 파트 B] 서비스의 본인 부담금.  (자세한 내용은 섹션 *[edit section number as needed]* 2.2를 참조하십시오.) | *[Insert 2023 MOOP amount]*  [*Plans that only include members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* 보장되는 파트 A 및 파트 B 서비스에 대한 최대 본인 부담금으로 본인 부담 비용을 내실 책임이 없습니다.]  [*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* 귀하가 Medicaid에 따라 Medicare 비용 분담금 지원을 받을 자격이 있는 경우, 보장되는 파트 A 및 파트 B 서비스에 대한 최대 본인 부담금으로 본인 부담 비용을 내실 책임이 없습니다.] | *[Insert 2024 MOOP amount*]  [*Plans that only include members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* 보장되는 파트 A 및 파트 B 서비스에 대한 최대 본인 부담금으로 본인 부담 비용을 내실 책임이 없습니다.]  [*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* 귀하가 Medicaid에 따라 Medicare 비용 분담금 지원을 받을 자격이 있는 경우, 보장되는 파트 A 및 파트 B 서비스에 대한 최대 본인 부담금으로 본인 부담 비용을 내실 책임이 없습니다.] |

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

섹션 1 플랜의 이름 변경

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

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

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

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

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

2024년 1월 1일, *[insert MAO name] [insert Plan/Part D sponsor in parentheses, as applicable, after listing required MAO names throughout this document*] 이(가) 당사의 플랜 중 하나인 *[insert 2024 plan name*] 과(와) *[insert as applicable:* 결합 *[insert 2023 plan name]*되거나 *[insert 2023 D-SNP look-alike plan name*] 에서 *[insert 2024 renewal plan name*](으)로 전환됩니다. 이 문서의정보는 *[insert 2023 plan name*] 에 따른 귀하의 현재 혜택과 2024년 1월 1일에 *[insert 2024 plan name*]의 가입자로서 받게 될 혜택 사이의 차이에 대해 설명합니다.

**귀하가 2023년에 아무런 조치도 취하지 않는 경우, 자동으로 당사의 *[insert 2024 plan name***]에 가입됩니다. 즉, 2024년 1월 1일부터 *[insert 2024 plan name*] 을(를) 통해 의료 및 처방약 보장을 받게 됩니다. 플랜을 변경하거나 Original Medicare로 전환하고 처방약 플랜을 통해 처방약 보장을 받고 싶은 경우, 10월 15일부터 12월 7일 사이에 변경 또는 전환하셔야 합니다. 변경 사항은 2024년 1월 1일부터 적용됩니다.

섹션 2 내년의 혜택 및 비용 변경 사항

### 섹션 2.1 – 월 보험료 변경 사항

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

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

### 섹션 2.2 - 최대 본인 부담금 변경 사항

*[Plans that include the costs of supplemental benefits (e.g., POS benefits) in the MOOP limit may* *revise this information as needed.]*

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

| 비용 | 2023년(올해) | 2024년(내년) |
| --- | --- | --- |
| 최대 본인 부담금  **당사 가입자도 Medicaid로부터 도움을 받기 때문에 본인 부담금 한도에 도달하는 가입자는 거의 없습니다.** [*Plans that only include members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* 귀하는 보장되는 파트 A 및 파트 B 서비스에 대해 최대 본인 부담금으로 본인 부담 비용을 내실 책임이 없습니다.]  [*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* 귀하가 파트 A 및 파트 B 코페이 [*insert if plan has a deductible:*및 공제액]를 통해 Medicaid 지원을받을 자격이 있는 경우, 보장되는 파트 A 및 파트 B 서비스에 대한 최대 본인 부담액으로 본인 부담 비용을 내실 책임이 없습니다.]  보장되는 의료 서비스(코페이 [*insert if plan has a deductible:*[및 공제액] 등)에 대한 비용은 최대 본인 부담금에 포함됩니다. *[Plans with no premium may modify the following sentence as needed.*] 플랜 보험료와 처방약에 대한 비용은 최대 본인 부담금에 포함되지 않습니다.  *[If there are no changes from year to year, plans may indicate in the column that there is no change for the upcoming benefit year.]* | *[Insert 2023 MOOP amount]* | *[Insert 2024 MOOP amount]*  보장되는 [*insert if applicable:*파트 A 및 파트 B] 서비스에 대해 본인 부담금인 *[insert 2024 MOOP amount]*을(를) 지불한 후에는 해당 연도의 나머지 기간에 대해 보장되는 [*insert if applicable:* 파트 A 및 파트 B] 서비스에 대해서는 지불하시지 않습니다. |

### 섹션 2.3 – 의료 제공자 및 약국 네트워크 변경 사항

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

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

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

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

*[Insert applicable section: For a plan that has changes in its pharmacy network]* 내년에는 약국 네트워크가 변경됩니다. **2024년 *약국 명부*를 검토하여 약국이 당사 네트워크에 속하는지 확인하십시오.**

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

### 섹션 2.4 – 의료 서비스 혜택 및 비용 변경 사항

*연례 변경 사항 고지*에는 Medicare [as applicable: 및 Medicaid] 혜택 및 비용 변경 사항에 대해 설명되어 있습니다.

[*Plans may also describe any changes to the member’s Medicaid benefits for the following contract year and refer the member to additional information about those benefits in the Summary of Benefits and/or Evidence of Coverage.*]

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

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

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

*[If using Medicare FFS amounts (e.g., Inpatient and SNF cost sharing) the plan must insert the 2023 Medicare amounts and must insert: These are 2023 cost-sharing amounts and may change for 2024. [Insert plan name] will provide updated rates as soon as they are released. Member cost-sharing amounts may not be left blank*.]

*[Instructions to plans offering VBID Model benefits: VBID Model participating plans should update this section to reflect coverage for any new VBID Model benefits that will be added for CY 2024 benefits, and/or for previous CY 2023 VBID Model benefits that will end for CY 2024. Specific to the VBID Model benefits, the table must include: (1) all new VBID Model benefits that will be added for 2024, except for the hospice benefit component (which has separate ANOC instructions to VBID participating plans and Part D cost-sharing reduction or elimination which should be listed in Section 2.5), including mandatory supplemental benefits such as the flexibility to Cover New and Existing Technologies or FDA approved Medical Devices or 2023 benefits that will end for 2024; and (2) all changes in cost sharing for all VBID Model benefits for 2024.]*

| 비용 | 2023년(올해) | 2024년(내년) |
| --- | --- | --- |
| *[Insert benefit name*] | [*For benefits that were not covered in 2023*  *[insert benefit name]*은(는) 보장되지 않습니다.]  [*For benefits with a copayment insert:* 귀하는 $*[insert 2023 copayment amount*] 의 코페이를 지불합니다. *[insert language as needed to accurately describe the benefit, e.g., per office visit].*]  [*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* Medicaid에 따라 Medicare 비용 분담 지원을받는 대상인 경우, 귀하가 지불할 코페이 금액은 $0입니다.]  [*For benefits with a coinsurance insert:* 귀하는 총 비용의 *[insert 2023 coinsurance percentage]*%를 지불합니다.  *[insert language as needed to accurately describe the benefit, e.g., for up to one visit per year].*][*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* Medicaid에 따라 Medicare 비용 분담 지원을받는 대상인 경우, 총 비용의 0%를 지불합니다.] | [*For benefits that are not covered in 2024*  *[insert benefit name]*은(는) 보장되지 않습니다.]  [*For benefits with a copayment insert:*귀하는 $*[insert 2024 copayment amount*] 의 코페이를 지불합니다. *insert language as needed to accurately describe the benefit, e.g., per office visit].*]  [*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* Medicaid에 따라 Medicare 비용 분담 지원을받는 대상인 경우, 귀하가 지불할 코페이 금액은 $0입니다.]  [*For benefits with a coinsurance insert:* 귀하는 총 비용의 *[insert 2024 coinsurance percentage]*%를 지불합니다.  *[insert language as needed to accurately describe the benefit, e.g., for up to one visit per year].*] [*Plans that include both members who pay Parts A and B service cost sharing and members who do not pay Parts A and B service cost sharing insert:* Medicaid에 따라 Medicare 비용 분담 지원을받는 대상인 경우, 총 비용의 0%를 지불합니다.] |
| *[Insert benefit name]* | *[Insert 2023 cost/coverage, using format described above.]* | *[Insert 2024 cost/coverage, using format described above.]* |

### 섹션 2.5 – 파트 D 처방약 보장 변경 사항

#### "의약품 목록" 변경 사항

당사에서 보장하는 약품 목록은 처방집 또는 "의약품 목록"이라고 합니다. 당사의 "의약품 목록" 사본은 [*insert:* 본 봉투에 있습니다] *OR* [*insert:* 전자 형식으로 제공됩니다]. [*If including an abridged formulary, add the following language:* "의약품 목록"에는 내년에 보장될 의약품 중 많은 약이 포함되지만 전부 포함되지는 않습니다. 이 목록에 해당 약품이 없더라도 ​​보장될 수 있습니다. ***전체 "*의약품 목록"**은 가입자 서비스부(뒷표지 참조)로 전화하시거나 당사의 웹사이트(*[insert URL*])를 통해 확인하실 수 있습니다.]

[*Plans with no changes to covered drugs, tier assignment, or restrictions may replace the rest of this section with:* 당사는 내년의 "의약품 목록"을 변경하지 않았습니다. 하지만 연중에 Medicare 규칙에 따라 허용되는 기타 변경 사항이 있을 수 있습니다. 또한 FDA에 의해 안전하지 않다고 간주되거나 제품 제조업체가 시장에서 회수하는 의약품을 즉시 제외할 수도 있습니다. 당사는 최신 의약품 목록을 제공하기 위해 온라인 "의약품 목록"을 업데이트합니다.]

의약품을 제외 또는 추가하거나, 특정 의약품 보장에 적용되는 제한을 변경하거나, 다른 비용 분담 단계로 변경하는 등 "의약품 목록"을 변경했습니다. **"의약품 목록"을 검토하여 귀하가 이용하는 의약품이 내년에도 보장되며 제한이 적용되는지 또는 해당 의약품이 다른 비용 분담 단계로 변경되었는지 확인하십시오.**

"의약품 목록"의 변경 사항 중 대부분은 매년 초에 새로 적용되는 사항입니다. 하지만 연중에 Medicare 규칙에 따라 허용되는 기타 변경 사항이 있을 수 있습니다. 예를 들어, FDA에 의해 안전하지 않다고 간주되거나 제품 제조업체가 시장에서 회수하는 의약품을 즉시 제외할 수 있습니다. 당사는 최신 의약품 목록을 제공하기 위해 온라인 "의약품 목록"을 업데이트합니다.

연초 또는 연중 의약품 보장의 변경으로 인한 영향을 받으시는 경우, 보장 증명서 9장을 검토하고 담당 의사와 상담하여 임시분 요청, 예외 신청, 새로운 의약품 찾기 등과 같은 옵션에 대해 알아보십시오. 자세한 정보는 가입자 서비스부로 문의해 주십시오.

[*Plan sponsors implementing for the first time in 2024 have the option to immediately replace brand name drugs with their new generic equivalents**, that otherwise meet the requirements, should insert the following:* 2024년부터 당사는 "의약품 목록"에 있는 브랜드 이름 약을 제외할 수 있습니다. 이에 따라 동일하거나 낮은 비용 분담 단계에 있고 동일하거나 더 적은 제한을 가진 새로운 복제약으로 즉시 대체할 수 있습니다. 또한 새로운 복제약을 추가할 때 당사는 "의약품 목록"에 브랜드 이름 약을 계속 유지할 수 있지만 즉시 다른 비용 분담 단계로 이동하거나, 새로운 제한을 추가하거나, 그 두 가지를 다 할 수 있습니다.

예를 들어, 대체되거나 상위 비용 분담금 단계로 이동되는 브랜드 이름 약을 복용하고 계신 경우 변경 30일 전에 변경 사항에 대한 내용을 항상 통지받지 못할 수 있으며 네트워크 약국에서 브랜드 이름 약 1개월분을 조제할 수 없습니다. 브랜드 이름 약을 복용하고 계신 경우 당사에서 적용한 특정 변경 사항에 대한 정보를 받으실 수 있지만 변경된 후에 받으실 수도 있습니다.]

#### 처방약 비용 변경 사항

*[Plans that are VBID Model participants and offer $0 cost sharing for all Part D drugs across all phases for all levels of LIS may delete the following paragraph.]* Medicare 처방약 비용 지불을 위한 "추가 도움(Extra Help)"을 받는 경우, 파트 D 의약품에 대한 귀하의 비용 분담금을 줄이거나 없앨 자격이 될 수 있습니다. 이 섹션에 설명된 정보 중에서 귀하에게 적용되지 않는 정보가 있을 수 있습니다. *[Plans that enroll partial dual eligible beneficiaries should delete the following paragraph for QDWI beneficiaries.]* **참고:** 귀하가 이미 의약품 비용 지불을 지원하는 프로그램("추가 도움(Extra Help)")에 가입되어 있는 경우, **파트 D 처방약 비용에 대한 정보는 귀하에게 적용되지 [*insert as applicable:* 않을 수 있습니다 *OR* 않습니다].** *[If not applicable, omit information about the LIS Rider.]* 당사는 의약품 비용에 대해 설명하는 "처방약 지불에 대한 추가 도움 수령자를 위한 보장 증명서 부칙"(저소득 보조금 부칙 또는 LIS 부칙)이라고 하는 별도의 안내서를 [*insert as appropriate:*포함 *OR* 발송]했습니다. "추가 도움(Extra Help)"을 받았으며 [*if plan sends LIS Rider with ANOC, insert:* 이 정보와 함께 이 안내서를 받지 못한 경우] [*if plan sends LIS Rider separately from the ANOC, insert:* *[insert date*]까지 이 안내서를 받지 못한 경우] 가입자 서비스부에 전화하여 LIS 부칙을 요청하십시오.

**의약품 지불 단계**에는 4단계가 있습니다. 아래의 정보에서는 처음 두 단계인 연간 공제액 단계 및 초기 보장 단계에 대한 변경 사항을 보여줍니다. (대부분의 가입자는 보장 공백 단계 또는 거대위험 보장 단계의 다른 두 단계에 도달하지 않습니다.)

공제액 단계 변경 사항

| 단계 | 2023년(올해) | 2024년(내년) |
| --- | --- | --- |
| 1단계: 연간 공제액 단계  이 단계에서 귀하는 연간 공제액에 도달할 때까지 [*insert as applicable:* 파트 D *OR* 브랜드 이름 *OR* *[tier name(s)]*] 의약품의 전체 비용을 부담합니다. 공제액은 보장되는 인슐린 제품과 대상포진, 파상풍, 여행용 백신을 포함한 대부분의 성인용 파트 D 백신에 적용되지 않습니다.  *[Plans with no deductible, omit text above*.*]* | 공제액은 $*[insert 2023 deductible].* 입니다.  [*Plans with no deductible replace the text above with:* 공제액이 없으므로 이 지불 단계는 귀하에게 적용되지 않습니다.]  *[Plans with tiers excluded from the deductible in 2023 and/or 2024 insert the following]* 이 단계 동안 귀하는 연간 공제액에 도달할 때까지 *[insert name of tier(s) excluded from the deductible]* 의 의약품에 대한 비용 분담금인 *[insert cost-sharing amount that a member would pay in a tier(s) that is exempted from the deductible]* 및 *[insert name of tier(s) where copayments apply]*의 의약품 전액을 지불합니다.  [*Plans enrolling members who are LIS level 4, replace text above with:* 귀하의 공제액은 귀하가 받는 "추가 도움(Extra Help)" 수준에 따라 $0 또는 $*[insert 2023 parameter*]입니다. *[If not applicable, omit information about the LIS Rider.]* (공제액은 별도의 안내문 LIS 부칙을 참조해 주십시오.)] | 공제액은 $*[insert 2024 deductible].* 입니다.  [*Plans with no deductible replace the text above with:* 공제액이 없으므로 이 지불 단계는 귀하에게 적용되지 않습니다.]  *[Plans with tiers excluded from the deductible in 2023 and/or 2024 insert the following:]* 이 단계 동안 귀하는 연간 공제액에 도달할 때까지 *[insert name of tier(s) excluded from the deductible*] 의 의약품에 대한 비용 분담금인 *[insert cost-sharing amount that a member would pay in a tier(s) that is exempted from the deductible]* 및 *[insert name of tier(s) where copayments apply* *]* 의 의약품 전액을 지불합니다.  [*Plans enrolling members who are LIS level 4, replace text above with:* 귀하의 공제액은 귀하가 받는 "추가 도움(Extra Help)" 수준에 따라 $0 또는 $*[insert 2024 parameter]*,]입니다. *[If not applicable, omit information about the LIS Rider.]*(공제액은 별도의 안내문 LIS 부칙을 참조해 주십시오.)] |

초기 보장 단계의 가입자 비용 분담금에 대한 변경 사항

*[Plans that are changing the cost sharing from coinsurance to copayment or vice versa from 2023 to 2024* *insert:* [*insert name of tier(s)]*,에 속한 의약품의 경우, 초기 보장 단계의 비용 분담금은 [*insert whichever is appropriate*: 코페이에서 공동보험액으로 *OR* 공동보험액에서 코페이로 변경됩니다.] 2023년부터 2024년까지의 변경 사항은 다음 차트를 참조해 주십시오.]

*[Plans must list all drug tiers in the table below and show costs for a one-month supply filled at a network retail pharmacy. Plans that have pharmacies that provide preferred cost sharing must provide information on both standard and preferred cost sharing using the second alternate chart. Plans without drug tiers may revise the table as appropriate.*]

| 단계 | 2023년(올해) | 2024년(내년) |
| --- | --- | --- |
| 2단계: 초기 보장 단계  *[Plans with no deductible delete the first sentence.]* 연간 공제액을 납부하면 초기 보장 단계로 이동합니다. 이 단계 동안에는 플랜이 의약품 비용의 일부를 부담하고 **귀하가 본인의 분담금을 지불합니다.** [*Plans that are changing the cost sharing from a copayment to coinsurance or vice versa from 2023 to 2024 insert for each applicable tier:* 2023년에 귀하는 *[insert tier name]*의 의약품에 대해 [*insert as appropriate* a $[*xx*]의 코페이 *OR* [*xx*]%의 공동보험액]을 지불했습니다. 2024년에는 이 단계의 의약품에 대해 [*insert as appropriate:* $[xx]의 코페이 *OR* [xx]%의 공동보험액]을 지불하시게 됩니다.]  대부분의 성인 파트 D 백신은 가입자에게 무료로 보장됩니다. | 표준 비용 분담이 적용되는 네트워크 약국에서 조제받은 1개월분 [*Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2023 to 2024 insert*1개월*보다는* ([xx]일)]에 대한 비용:  ***[Insert name of Tier 1***]:  귀하는 [*insert as applicable:* 처방전당 $[*xx*] *OR* 총 비용의 [*xx*]%]을(를) 지불합니다.  ***[Insert name of Tier 2]*:**  귀하는 [*insert as applicable:* 처방전당 $[*xx*] *OR* 총 비용의 [*xx*]%]을(를) 지불합니다.  *[Repeat for all tiers.]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 표준 비용 분담이 적용되는 네트워크 약국에서 조제받은 1개월분 [*Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2023 to 2024 insert* 1개월*보다는* ([xx]일)]에 대한 비용:  ***[Insert name of Tier 1]*:**  귀하는 [*insert as applicable:* 처방전당 $[*xx*] *OR* 총 비용의 [*xx*]%]을(를) 지불합니다.  *[Insert if insulin cost sharing differs from cost sharing for other drugs on the same tier:* 귀하는 이 단계의 보장되는 각 인슐린 제품에 대해 매달 $[xx]을(를) 지불합니다*.]*  ***[Insert name of Tier 2]*:**  귀하는 [*insert as applicable:* 처방전당 $[*xx*] *OR* 총 비용의 [*xx*]%]을(를) 지불합니다.  *[Insert if insulin cost sharing differs from cost sharing for other drugs on the same tier:* 귀하는 이 단계의 보장되는 각 인슐린 제품에 대해 매달 $[xx]을(를) 지불합니다*.]*  *[Repeat for all tiers.]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 2단계: 초기 보장 단계(계속)  이 행의 비용은 네트워크 약국에서 처방약을 조제할 때 1개월 (*[insert number of days in a one-month supply]*일) 분량에 해당합니다.[*Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2023 to 2024 insert:* 차트에 명시된 바와 같이 1개월 분량의 일수는 2023년부터 2024년 사이에 변경되었습니다.] [*insert as applicable:* 장기적인 분량, 선호 비용 분담을 실시하는 네트워크 약국 또는 우편 주문 처방약]의 비용에 대한 내용은 *보장 증명서*의 6장, 섹션 5를 참조해 주십시오.  [*Insert if applicable:* "의약품 목록"에 있는 일부 의약품의 단계를 변경했습니다. 귀하의 의약품이 다른 단계에 속하는지 확인하려면 "의약품 목록"에서 해당 약품을 찾아보십시오.] | [*insert as applicable*: 총 의약품 비용이 $*[insert 2023 initial coverage limit],* 에 도달하면 다음 단계(보장 공백 단계)로 이동합니다. *OR* 파트 D 의약품에 대해 본인 부담금 $*[insert 2023 out-of-pocket threshold]*을(를) 지불한 경우 다음 단계(거대위험 보장 단계)로 이동합니다.] | [*insert as applicable*: 총 의약품 비용이 $*[insert 2024 initial coverage limit],* 에 도달하면 다음 단계(보장 공백 단계)로 이동합니다. *OR* 파트 D 의약품에 대해 본인 부담금 $*[insert 2024 out-of-pocket threshold]*을(를) 지불한 경우 다음 단계(거대위험 보장 단계)로 이동합니다.] |

*[Plans with pharmacies that offer standard and preferred cost sharing may replace the chart above with the one below to provide both cost-sharing rates.]*

| 단계 | 2023년(올해) | 2024년(내년) |
| --- | --- | --- |
| 2단계: 초기 보장 단계  *[Plans with no deductible delete the first sentence.]* 연간 공제액을 납부하면 초기 보장 단계로 이동합니다. 이 단계 동안에는 플랜이 의약품 비용의 일부를 부담하고 **귀하가 본인의 분담금을 지불합니다.** [*Plans that are changing the cost sharing from a copayment to coinsurance or vice versa from 2023 to 2024 insert for each applicable tier:* 2023년에 귀하는 *[insert tier name]*.의 의약품에 대해 [*insert as appropriate:* $[*xx*]의 코페이 *OR* [*xx*]%의 공동보험액]을 지불했습니다. 2024년에는 이 단계의 의약품에 대해 [*insert as appropriate:* $[xx]의 코페이 *OR* [xx]%의 공동보험액]을 지불하시게 됩니다.]  이 행의 비용은 네트워크 약국에서 처방약을 조제할 때 1개월 (*[insert number of days in a one-month supply]*일) 분량에 해당합니다.[*Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2023 to 2024 insert:* 차트에 명시된 바와 같이 1개월 분량의 일수는 2023년부터 2024년 사이에 변경되었습니다.] [*insert as applicable:* 장기적인 분량 또는 우편 주문 처방약]의 비용에 대한 내용은 *보장 증명서*의 6장, 섹션 5를 참조해 주십시오.  대부분의 성인 파트 D 백신은 가입자에게 무료로 보장됩니다.  [*Insert if applicable:* "의약품 목록"에 있는 일부 의약품의 단계를 변경했습니다. 귀하의 의약품이 다른 단계에 속하는지 확인하려면 "의약품 목록"에서 해당 약품을 찾아보십시오.] | 네트워크 약국에서 조제받은 1개월분 [*Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2023 to 2024 insert* 1개월*보다는* ([xx]일)]에 대한 비용:  ***[Insert name of Tier 1]*:**  *표준 비용 분담금:* 귀하는 [*insert as applicable:* 처방전당 $[*xx*] *OR* 총 비용의 [*xx*]%]을(를) 지불합니다.  *선호 비용 분담금:* 귀하는 [*insert as applicable:* 처방전당 $[*xx*] *OR* 총 비용의 [*xx*]%]을(를) 지불합니다.  ***[Insert name of Tier 2]*:**  *표준 비용 분담금:* 귀하는 [*insert as applicable:* 처방전당 $[*xx*] *OR* 총 비용의 [*xx*]%]을(를) 지불합니다.  *선호 비용 분담금:* 귀하는 [*insert as applicable:* 처방전당 $[*xx*] *OR* 총 비용의 [*xx*]%]을(를) 지불합니다.  *[Repeat for all tiers.]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  [*insert as applicable*: 총 의약품 비용이 $*[insert 2023 initial coverage limit],* 에 도달하면 다음 단계(보장 공백 단계)로 이동합니다. *OR* 파트 D 의약품에 대해 본인 부담금 $*[insert 2023 out-of-pocket threshold]*을(를) 지불한 경우 다음 단계(거대위험 보장 단계)로 이동합니다.] | 네트워크 약국에서 조제받은 1개월분 [*Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2023 to 2024 insert* 1개월*보다는* ([xx]일)]에 대한 비용:  ***[Insert name of Tier 1]*:**  *표준 비용 분담금:* 귀하는 [*insert as applicable:* 처방전당 $[*xx*] *OR* 총 비용의 [*xx*]%]을(를) 지불합니다.  *[Insert if insulin cost sharing differs from cost sharing for other drugs on the same tier:* 귀하는 이 단계의 보장되는 각 인슐린 제품에 대해 매달 $[xx]을(를) 지불합니다*.]*  *선호 비용 분담금:* 귀하는 [*insert as applicable:* 처방전당 $[*xx*] *OR* 총 비용의 [*xx*]%]을(를) 지불합니다.  *[Insert if insulin cost sharing differs from cost sharing for other drugs on the same tier:* 귀하는 이 단계의 보장되는 각 인슐린 제품에 대해 매달 $[xx]을(를) 지불합니다*.]*  ***[Insert name of Tier 2]*:**  *표준 비용 분담금:* 귀하는 [*insert as applicable:* 처방전당 $[*xx*] *OR* 총 비용의 [*xx*]%]을(를) 지불합니다.  *[Insert if insulin cost sharing differs from cost sharing for other drugs on the same tier:* 귀하는 이 단계의 보장되는 각 인슐린 제품에 대해 매달 $[xx]을(를) 지불합니다*.]*  *선호 비용 분담금:* 귀하는 [*insert as applicable:* 처방전당 $[*xx*] *OR* 총 비용의 [*xx*]%]을(를) 지불합니다.  [*Insert if insulin cost sharing differs from cost sharing for other drugs on the same tier*: 귀하는 이 단계의 보장되는 각 인슐린 제품에 대해 매달 $[xx]을(를) 지불합니다.]  *[Repeat for all tiers.]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  [*insert as applicable*: 총 의약품 비용이 $*[insert 2024 initial coverage limit],* 에 도달하면 다음 단계(보장 공백 단계)로 이동합니다. *OR* 파트 D 의약품에 대해 본인 부담금 $*[insert 2024 out-of-pocket threshold]*을(를) 지불한 경우 다음 단계(거대위험 보장 단계)로 이동합니다.] |

*[Insert section below if offering VBID Model Part D cost-sharing reduction or elimination and there are changes for CY2024.]*

**VBID 파트 D 혜택 변경 사항**

*[VBID Model participating plans approved to offer Part D reduced or eliminated cost sharing should update this section to reflect coverage for any new VBID Model Part D cost-sharing reduction or elimination that will be added for CY 2024 benefits, and all Part D changes in cost-sharing reduction or elimination for all VBID Model benefits for 2024.]*

보장 공백 및 거대위험 보장 단계에 대한 변경 사항

다른 두 가지 약 보장 단계인 보장 공백 단계 및 거대위험 보장 단계는 약 비용이 많이 드는 분들에게 적용됩니다. **대부분의 가입자는 보장 공백 단계 또는 거대위험 보장 단계에 도달하지 않습니다.**

[*Sponsors that are changing the cost sharing from coinsurance to copayment or vice versa from 2023 to 2024 insert the following sentence. If many changes are being made, the language may be repeated as necessary:* 단계[*xx*] *[insert tiers*]의 의약품의 보장 공백 단계의 경우 귀하의 비용 분담금이 [*insert whichever is appropriate:* 코페이에서 공동보험액으로 *OR* 공동보험액에서 코페이로] 변경됩니다.]

*[Plans that do not cover excluded drugs under an enhanced benefit, OR plans that do cover excluded drugs under an enhanced benefit but with the same cost sharing as covered Part D drugs in this stage, insert the following:* **2024년부터 거대위험 보장 단계에 도달할 경우, 보장되는 파트 D 의약품에 대한 귀하의 비용 부담은 없습니다.***]*

*[Plans that cover excluded drugs under an enhanced benefit with cost sharing in this stage, insert the following:* **2024년부터 거대위험 보장 단계에 도달할 경우, 보장되는 파트 D 의약품에 대한 귀하의 비용 부담은 없습니다. 향상된 혜택으로 보장되는 제외 약품에 대해서는 귀하의 비용 분담금이 있을 수 있습니다.***]*

이러한 단계의 비용에 대한 자세한 정보는 *보장 증명서*의 6장, 섹션 6 및 7을 참조해 주십시오.

섹션 3 행정적 변경 사항

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

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

섹션 4 플랜 결정

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

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

### 섹션 4.2 – 플랜을 변경하려는 경우

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

1단계: 가입자 선택 사항에 대해 알아보고 비교

* 다른 Medicare 건강 플랜에 가입할 수 있습니다.
* *– 또는* – Original Medicare로 변경하실 수 있습니다. Original Medicare로 변경하는 경우, Medicare 의약품 플랜에 가입할지 여부를 결정해야 합니다.

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

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

2단계: 보장 변경

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

Original Medicare로 변경하고 별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입하지 **않는** 경우, 귀하가 자동 가입을 해제한 경우가 아니라면 의약품 플랜에 가입될 수 있습니다.

섹션 5 플랜 변경

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

**1년 중 다른 시기에 변경할 수 있습니까?**

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

귀하는 [Insert name of Medicaid program]에 가입되어 있으므로 다음의 **특별 가입 기간**에 당사 플랜에서 탈퇴하거나 다른 플랜으로 한 번 전환할 수 있습니다.

* 1월~3월
* 4월~6월
* 7월~9월

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

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

섹션 6 Medicare 및 Medicaid에 대한 무료 상담을 제공하는 프로그램

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

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

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

*[insert state-specific name for Medicaid*] 혜택에 대한 질문은 *[insert state-specific name of Medicaid program, toll-free number, TTY, and days and hours of operation]*. *[Insert any additional state-specific resources for assistance with questions about the member’s* *Medicaid benefits.]* 에 문의하십시오. 다른 플랜에 가입하거나 Original Medicare에 다시 가입하면 *[insert state-specific name for**Medicaid]* 보장을 받는 방식에 어떤 영향을 주는지 문의하십시오.

섹션 7 처방약 비용을 지원해 주는 프로그램

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

* *[Plans with Qualified Working and Disabled Individual (QDWI) members should modify this section as needed.]* **Medicare의 "추가 도움(Extra Help)".** Medicaid에 가입되어 있으시므로 저소득 보조금이라고도 하는 "추가 도움(Extra Help)"에 이미 가입되어 있습니다. "추가 도움(Extra Help)"은 처방약 보험료, 연간 공제액 및 공동보험액 일부를 지불합니다. 귀하는 자격이 되시므로 보장 공백이나 지연 가입 벌금이 없습니다."추가 도움(Extra Help)"에 대한 질문이 있으시면, 다음 번호로 전화해 주십시오.
  + 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY 이용자는 연중무휴 운영하는   
    1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오.
  + 사회보장국 사무소 1-800-772-1213번으로 전화(월요일~금요일, 오전 8시~오후 7시) 자동 메시지는 24시간 제공됩니다. TTY 이용자는   
    1-800-325-0778번으로 전화해 주십시오.
  + 주 Medicaid 사무실(신청)
* *[Plans without an SPAP in their state(s), should delete this bullet.] [Organizations offering plans in multiple states: Revise this bullet to use the generic name (State Pharmaceutical Assistance Program) when necessary, and include a list of names for all SPAPs in your service area.]* **주 정부의 의약품** **지원 프로그램 지원.** *[[Insert state name*]에는 재정적인 요구 사항, 연령 또는 질병을 기준으로 처방약 비용을 지불하는 데 도움을 주는 *[insert state-specific SPAP name*] (이)라는프로그램이 있습니다. 이 프로그램에 대해 자세히 알아보시려면 주 건강 보험 지원 프로그램을 확인해 주십시오.
* *[Plans with an ADAP in their state(s) that do NOT provide Insurance Assistance should delete this bullet.] [Plans with no Part D drug cost sharing should delete this section.]***HIV/AIDS 환자를 위한 처방약 부담금 지원.** AIDS 약물 지원 프로그램(ADAP)은 HIV/AIDS에 걸린 ADAP 적격 개인이 구명 HIV 약품을 이용할 수 있도록 도움을 줍니다. 해당 주에 거주한다는 증거와 HIV 상태, 주정부에서 정한 저소득 상태, 보험 미가입/보험 가입 상태 증거를 비롯한 특정 기준을 충족해야 합니다. ADAP에서도 보장이 되는 Medicare 파트 D 처방약은 *[insert State-specific ADAP name and information]*을(를)통해 처방약 비용 분담 지원의 대상이 됩니다. 자격 기준, 보장되는 의약품 또는 프로그램 가입 방법에 관한 정보를 받으려면 *[insert State-specific ADAP contact information].* (으)로 전화해 주십시오.

섹션 8 질문이 있으신가요?

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

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

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

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

웹사이트 방문

*[insert URL*] 에서 당사의 웹사이트에 방문할 수도 있습니다. 참고로 당사의 웹사이트에는 의료 제공자 네트워크(*의료 제공자 명부*)와 보장되는 *약 목록(처방집/"의약품 목록")*에 대한 최신 정보가 있습니다.

### 섹션 8.2 – Medicare에서 지원 받기

Medicare에서 직접 정보를 얻는 방법:

1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화

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

Medicare 웹사이트 방문

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

*Medicare & You 2024* 읽기

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

### 섹션 8.3 – Medicaid에서 지원 받기

*[Plans may edit this section to use the state-specific name for the Medicaid program or the Medicaid managed care plan.]*

[*insert:* Medicaid *OR* your Medicaid managed care plan] 에서 정보를 얻으시려면 *[insert state-specific Medicaid agency OR Medicaid managed care plan name*](*[insert Medicaid OR Medicaid managed care plan contact information*]번)으로 연락하실 수 있습니다. TTY 이용자는 *[insert Medicaid OR Medicaid managed care TTY number]*.번으로 전화해 주십시오.