Easy Choice Health Plan, Inc.에서 제공하는 Easy Choice Best Plan (HMO)

2017년 변경 사항 연간 공지

*귀하는 현재 Easy Choice Best Plan (HMO)*의 가입자로 등록되어 있습니다. 내년에는 이 플랜의 비용과 혜택에 몇 가지 변경이 있을 예정입니다. *이 책자는 이러한 변경 내용을 담고 있습니다.*

- **내년 Medicare 보장에 대한 변경은 10월 15일부터 12월 7일까지 하실 수 있습니다.**

기타 정보 자료

- This information is available for free in other languages.
- Please contact our Customer Service number at 1-866-999-3945 for additional information. (TTY users should call 1-800-735-2929). Hours are Monday-Friday, 8 a.m. to 8 p.m. Between October 1 and February 14, representatives are available Monday-Sunday, 8 a.m. to 8 p.m.
- Customer Service also has free language interpreter services available for non-English speakers.
- Esta información se encuentra disponible en otros idiomas gratis.
- Por favor comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al 1-866-999-3945 para información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2929.) El horario es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de Octubre y el 14 de Febrero, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m.
- Servicio al cliente también tiene servicios disponibles de interpretación a otros idiomas gratis para personas que no hablan inglés.

©WellCare 2016

- 이 정보는 다른 언어로도 무료로 제공됩니다.
- 추가 정보를 원하시면 1-866-999-3945번으로 고객 서비스에 연락해 주십시오. (TTY 사용자의 경우 1-800-735-2929번으로 전화하셔야 합니다.) 업무 시간은 월요일-금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지입니다. 10월 1일과 2월 14일 사이에는 월요일-일요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 담당자와 통화가 가능합니다.
- 고객 서비스에서는 영어를 사용하지 않는 사람을 위한 무료 통역 서비스도 제공합니다.
- Thông tin này được cung cấp miễn phí bằng các ngôn ngữ khác.
- Vui lòng liên hệ với Dịch vụ Chăm sóc Khách hàng của chúng tôi qua số 1-866-999-3945 để biết thêm chi tiết. (Người dùng TTY gọi số 1-800-735-2929). Thời gian làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 14 tháng 2, nhân viên chăm sóc khách hàng làm việc từ Thứ Hai-Chủ Nhật, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.
- Dịch vụ Chăm sóc Khách hàng cũng có dịch vụ thông dịch viên ngôn ngữ miễn phí dành cho những người không nói tiếng Anh.
- 이 책자는 또한 점자, 큰 글씨 및 오디오 콤팩트 디스크(CD) 등의 다른 형식으로도 제공됩니다. 다른 형식으로 된 플랜 정보가 필요하시면 고객서비스부로 연락하십시오(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 인쇄되어 있습니다).
- 최소 필수 보장(MEC): 이 플랜 하에서 제공하는 보장은 최소 필수 보장(MEC)이 되는 자격을 갖추었으며 환자 보호 및 의료비용 합리화법(ACA)의 개인별 공동책임금 요건을 충족시킵니다. 국세청(IRS) 웹사이트 https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families를 방문하여 최소 필수 보장 요건에 대한 자세한 정보를 확인하시기 바랍니다.

Easy Choice Best Plan (HMO) 관련

- WellCare 회사인 Easy Choice Health Plan (HMO)은 Medicare 와 계약을 체결한 Medicare Advantage 기관입니다. Easy Choice (HMO) 가입은 계약 갱신에 따라 결정됩니다.
- 본 책자에서 “저희” 또는 “당사” 라고 언급할 때 이는 Easy Choice Health Plan, Inc.를 의미합니다. “플랜” 또는 “저희 플랜” 이라고 언급할 때는 Easy Choice Best Plan (HMO)을 의미합니다.

내년을 위한 귀하의 Medicare 보장에 대해 생각해보십시오

매년 가을, Medicare에서는 연례 등록 기간 중 Medicare 의료 보장 및 처방약 보장에 대한 변경을 허용합니다. 내년에 귀하께 필요한 부분이 충족되려면 지금 귀하의 보장을 검토해보셔야 합니다.

중요 조치:

- ☐ **혜택과 비용에 적용되는 변동 사항을 살펴보고 자신에게 영향을 주는지 확인해 주십시오**. 변동 사항이 이용하고 있는 서비스에 영향을 줍니까? 내년에 혜택 및 비용 변경 사항이 귀하께 효력을 미치도록 하려면 그러한 변경 사항을 검토해보셔야 합니다. 저희 플랜의 혜택 및 비용 변경 사항에 대한 정보는 섹션 1.1, 1.2 및 섹션 1.5를 참조해 주십시오.
- ☐ **처방약 보장에 적용되는 변동 사항을 살펴보고 자신에게 영향이 주는지 확인해 주십시오.** 귀하의 처방 약은 보장됩니까? 귀하의 처방약은 다른 단계에 있습니까? 같은 약국을 계속 이용할 수 있습니까? 내년에 처방 약 보장이 귀하께 효력을 미치도록 하려면 그러한 변경 사항을 검토해보셔야 합니다. 약 보장의 변경 사항에 대한 정보는 섹션 1.6을 참조해 주십시오.
- ☐ **가입자의 의사와 기타 제공자들이 내년에 저희 네트워크에 속하게 되는지 확인하십시오.** 귀하의 의사는 네트워크 소속입니까? 이용하시는 병원 또는 기타 서비스 제공자는 어떻습니까? 서비스 제공자 및 약국 명부에 대한 정보는 섹션 1.3을 참조해 주십시오.
- ☐ **자신의 전반적인 의료 비용에 대해 생각해 보십시오**. 정기적으로 이용하시는 서비스와 처방약에 대해 얼마의 본인부담금을 지불하시겠습니까? 보험료는 얼마를 지불하시겠습니까? 기타 Medicare 보장 옵션과 비교할 때 총 비용은 어떻습니까?
- ☐ **당사의 플랜에 만족하시는지에 대해 생각해 보십시오.**

***Easy Choice Best Plan (HMO)*을 <u>계속</u> 이용하려는 경우:**

내년에도 계속 저희 플랜을 이용하시려면 어떤 조치도 하실 필요가 없습니다.

플랜을 <u>변경</u>하기로 결정하신 경우:

다른 보장이 가입자의 필요를 더욱 충족하는 것으로 판단하시는 경우, 10월 15일부터 12월 7일 사이에 플랜을 전환하실 수 있습니다. 새로운 플랜에 가입하시는 경우, 새로운 보장은 2017년 1월 1일부터 시작됩니다. 가입자의 선택 항목에 대한 자세한 내용은 섹션 2.2를 참조해 주십시오.

2017년 중요 비용 요약

아래 표는 Easy Choice Best Plan (HMO)의 2016년 비용과 2017년 비용의 몇 가지 중요한 사항을 비교한 것입니다. **이러한 내용은 변경 사항을 요약한 것에 불과하다는 점에 유의해 주십시오**. **이 *변경 사항 연간 공지***의 나머지 부분을 읽고 동봉한 *보장 범위 증명서*를 검토해 비용에 관한 다른 변경 사항이 자신에게 영향을 주는지 확인해 보는 것이 중요합니다.

비용	2016년(올해)	2017년(내년)
플랜 월 보험료* * 귀하의 보험료는 이 금액보다 더 높거나 더 낮을 수 있습니다. 자세한 정보를 보시려면 섹션 1.1을 참조하십시오.	$0.00	$0.00
최대 본인부담금 Part A 또는 Part B에서 보장되는 서비스에 대해 가입자가 본인부담금으로 지불하는 <u>최대 금액</u>을 말합니다. (자세한 정보를 보시려면 섹션 1.2를 참조하십시오.)	$3,400	$3,400

비용	2016년(올해)	2017년(내년)
의사 진료실 방문	주치의(PCP) 방문: 방문당 $0 전문의 방문: 방문당 $12	주치의(PCP) 방문: 방문당 $0 전문의 방문: 방문당 $0
입원 치료 급성 환자 입원치료, 입원 환자 재활, 장기 치료 병원 및 기타 유형의 입원 서비스가 포함됩니다. 입원 치료는 가입자가 의사의 지시로 정식으로 병원에 입원하는 날부터 시작됩니다. 퇴원하기 전날이 마지막 입원일이 됩니다.	귀하는 1-5일 동안 매일 코페이먼트 $125를 납부합니다. 6-90일 동안 매일 코페이먼트 $0 그 이상의 기간 동안 코페이먼트 $0. 이 플랜에서 보장되는 입원일수는 무제한입니다. 입원 시마다 비용 분담분이 적용됩니다.	1-90일 동안 매일 코페이먼트 $0를 납부합니다. 120일 이상의 기간 동안 코페이먼트 $0. 입원 시마다 비용 분담분이 적용됩니다.
Part D 처방약 보장 (자세한 정보를 보시려면 섹션 1.6를 참조하십시오.)	**공제액:** $0	**공제액:** $0

비용	2016년(올해)	2017년(내년)
	초기 보장 단계의 코페이먼트/ 공동보험료: ● **의약품 범주 1:** $0.00 ● **의약품 범주 2:** $15.00 ● **의약품 범주 3:** $47.00 ● **의약품 범주 4:** $99.00 ● **의약품 범주 5:** 33%	초기 보장 단계의 코페이먼트/ 공동보험료: ● **의약품 범주 1:** $0.00 ● **의약품 범주 2:** $15.00 ● **의약품 범주 3:** $47.00 ● **의약품 범주 4:** $99.00 ● **의약품 범주 5:** 33%

2017년 변경 사항 연간 공지

목차

내년을 위한 귀하의 Medicare 보장에 대해 생각해보십시오 3

2017년 중요 비용 요약 4

섹션 1 내년도 혜택 및 비용의 변경 사항 8

섹션 1.1 – 월 보험료의 변경 사항 8

섹션 1.2 – 가입자 부담 최대한도액의 변경 사항 8

섹션 1.3 – 제공자 네트워크의 변경 사항 9

섹션 1.4 – 약국 네트워크의 변경 사항 10

섹션 1.5 – 혜택 및 의료 서비스 비용 변경 사항 10

섹션 1.6 – Part D 처방약 보장에 대한 변경 사항 14

섹션 2 선택할 플랜의 종류 결정하기 19

섹션 2.1 – Easy Choice Best Plan (HMO)을 계속 이용하려는 경우 19

섹션 2.2 – 플랜 변경을 원하는 경우 19

섹션 3 플랜 변경 기한 20

섹션 4 Medicare에 대한 무료 상담을 제공하는 프로그램 20

섹션 5 처방약 비용 보조 프로그램 21

섹션 6 질문이 있으십니까? 21

섹션 6.1 – Easy Choice Best Plan (HMO)으로부터 도움 받기 21

섹션 6.2 – Medicare로부터 도움 받기 22

섹션 1 내년도 혜택 및 비용의 변경 사항

섹션 1.1 – 월 보험료의 변경 사항

비용	2016년(올해)	2017년(내년)
월 보험료 (가입자께서는 Medicare Part B 보험료도 계속해서 지불해야 합니다)	$0.00	$0.00

- 63일 이상 동안 적어도 Medicare 의약품 보장("신뢰할 만한 보장"으로도 부름)만큼 괜찮은 다른 의약품 보장에 등록하지 않은 것에 대한 평생 지속되는 Part D의 등록 지연 벌금을 가입자가 지불해야 할 경우, 앞으로 가입자가 Medicare 처방약 보장에 등록한다고 해도, 가입자의 월간 플랜 보험료는 *늘어나게* 될 것입니다.
- 귀하의 소득이 더 높다면 귀하는 Medicare 처방약 보장에 대해 정부 측에 직접 매달 추가 금액을 납부하셔야 하는 경우도 있습니다.
- 가입자가 처방약 비용으로 "추가 지원" 을 받고 있다면 월 보험료는 *더 적어*집니다.

섹션 1.2 – 가입자 부담 최대한도액의 변경 사항

가입자를 보호하기 위해 Medicare는 모든 건강 플랜에 한 해 동안 "본인부담금" 으로 지불해야 하는 금액의 한도를 정하고 있습니다. 이 한도액이 "가입자 부담 최대한도액" 입니다. 이 한도 금액에 도달하면 일반적으로 가입자는 Part A 및 Part B 보장 서비스에 대해 해당 년의 나머지 기간 동안 어떤 비용도 지불하지 않습니다.

비용	2016년(올해)	2017년(내년)
최대 본인부담금	$3,400	$3,400
보장받는 의료 서비스에 대한 가입자의 비용(예: 코페이먼트)은 가입자 부담 최대한도액에 산입됩니다. 가입자의 처방약에 대한 비용은 가입자 부담 최대한도액에 산입되지 않습니다.		Part A 및 Part B 보장을 받는 서비스에 대해 가입자가 본인부담금 $3,400를 지불한 경우, 가입자는 해당 년의 나머지 기간 동안 보장되는 Part A 및 Part B 서비스에 대해 어떤 비용도 지불하지 않습니다.

섹션 1.3 – 제공자 네트워크의 변경 사항

내년에는 저희의 제공자 네트워크에 변경 사항이 발생합니다. 갱신된 서비스 제공자와 약국 명부는 당사의 웹사이트 www.easychoicehealthplan.com에 나와 있습니다. 또한 고객서비스부에 연락하여 업데이트된 의료 제공자 정보를 요청하거나 저희에게 의료 제공자 및 약국 명단을 우편으로 보내 달라고 요청하셔도 됩니다. **2017 제공자 및 약국 명단을 검토하여 가입자의 제공자(주치의(PCP), 전문의, 병원 등)가 저희 네트워크에 소속되어 있는지 확인하십시오**.

저희는 연중 상시, 플랜의 일부인 병원, 의사 및 전문의(의료 제공자)를 교체할 수 있습니다. 가입자의 의료 제공자가 플랜을 떠나는 이유는 다양하겠지만, 가입자의 의사 또는 전문의가 플랜을 떠날 경우에 가입자는 아래에 요약된 특정 권리를 보유하고 보호를 받습니다.

- 연도 중간에 저희의 네트워크 소속 의료 제공자에게 변경사항이 있을 수 있지만, Medicare에서는 저희에게 가입자들이 유자격 의사 및 전문의의 진료를 지속적으로 받을 수 있도록 하라고 요구합니다.
- 가입자의 의료 제공자가 저희 플랜을 떠날 경우 저희는 가능하면 가입자에게 최소한 30일 간의 고지 기간을 제공하여 가입자가 새로운 의료 제공자를 선택할 수 있는 시간을 갖게 합니다.
- 저희는 가입자를 도와 가입자의 건강을 지속적으로 관리할 새로운 유자격 의료 제공자를 선택합니다.
- 치료 중인 가입자는 자신이 받고 있는 의학적으로 필요한 치료가 중단되지 않도록 요청할 권리가 있으며, 저희는 가입자와 협력하여 치료가 중단되지 않도록 최선을 다하고 있습니다.

- 저희가 가입자에게 이전의 의료 제공자를 대체할 유자격 의료 제공자를 배치하지 않았다고 믿거나 가입자의 치료가 적절히 관리되지 않고 있다고 믿는 가입자는 저희의 결정에 대해 이의 신청을 할 수 있는 권리가 있습니다.
- 가입자는 담당 의사 또는 전문의가 가입자의 플랜을 떠난다는 것을 알았을 경우 저희에게 연락하여 저희가 가입자의 새로운 의료 제공자를 찾고 가입자의 치료를 관리할 수 있게 하십시오.

섹션 1.4 – 약국 네트워크의 변경 사항

가입자께서 지불하는 처방약 비용은 이용 약국에 따라 달라질 수 있습니다. Medicare 의약품 플랜에는 약국 네트워크가 있습니다. 대부분의 경우 가입자의 처방약은 네트워크 소속 약국 중 한 곳에서 구매했을 때만 보장을 받을 수 있습니다. 저희 네트워크에는 우대 비용 분담이 적용되는 우편 서비스 약국이 포함되어 있어, 이 경우 네트워크의 다른 약국이 제공하는 표준 비용 분담보다 분담 비용이 저렴합니다.

내년의 약국 네트워크에 변경 사항이 있습니다. 갱신된 서비스 제공자와 약국 명부는 당사의 웹사이트 www.easychoicehealthplan.com에 나와 있습니다. 또한 고객서비스부에 연락하여 업데이트된 의료 제공자 정보를 요청하거나 저희에게 의료 제공자 및 약국 명단을 우편으로 보내 달라고 요청하셔도 됩니다. **네트워크에 어느 약국이 있는지 확인하려면 2017 의료 제공자 및 약국 명단을 검토해 주십시오.**

섹션 1.5 – 혜택 및 의료 서비스 비용 변경 사항

내년 특정 의료 서비스에 대한 당사의 보장이 변경됩니다. 아래의 정보는 이러한 변경 사항을 나타냅니다. 이들 서비스에 대한 보장 및 비용에 대한 자세한 정보는 2017 보장 범위 증명서 4장, *의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)*을 참조하십시오.

비용	2016년(올해)	2017년(내년)
입원환자서비스		
입원 치료	1-5일 동안 매일 코페이먼트 $125를 납부합니다. 6-90일 동안 매일 코페이먼트 $0 그 이상의 기간 동안 코페이먼트 $0. 이 플랜에서 보장되는 입원일수는 무제한입니다. 비용 분담분이 입원당 적용됩니다.	1-90일 동안 매일 코페이먼트 $0를 납부합니다. 120일 이상의 기간 동안 코페이먼트 $0. 비용 분담분이 입원당 적용됩니다.
입원 환자의 정신건강 관리	1-3일 동안 매일 코페이먼트 $300를 납부합니다. 4-90일 동안 매일 코페이먼트 $0 비용 분담분이 입원당 적용됩니다.	1-90일 동안 매일 코페이먼트 $0를 납부합니다. 비용 분담분이 입원당 적용됩니다.
외래환자 서비스;		
전문의 방문	가입자는 코페이먼트 $12를 지불합니다.	가입자는 코페이먼트 $0를 지불합니다.
기타 건강 관리 전문가 방문*(전문 간호사, 의사 보조사 또는 임상 간호전문가)*	PCP 진료실에서 수행된 서비스에 대해 가입자는 $0의 자기부담금을 냅니다. 전문의 진료실에서 수행된 서비스에 대해 가입자는 $12의 자기부담금을 냅니다.	PCP 진료실에서 수행된 서비스에 대해 가입자는 $0의 자기부담금을 냅니다. 전문의 진료실에서 수행된 서비스에 대해 가입자는 $0의 자기부담금을 냅니다.

비용	2016년(올해)	2017년(내년)
지압요법 서비스		
Medicare에서 보장하는 지압요법 방문	가입자는 코페이먼트 $12를 지불합니다.	가입자는 코페이먼트 $0를 지불합니다.
족부 치료 서비스		
Medicare에서 보장하는 족부 치료 방문	가입자는 코페이먼트 $12를 지불합니다.	가입자는 코페이먼트 $0를 지불합니다.
정기 족부 치료 방문	6개월마다 1회 방문 시 코페이먼트 $12	6개월마다 1회 방문 시 코페이먼트 $0
앰뷸런스 서비스	가입자는 코페이먼트 $200를 지불합니다.	가입자는 코페이먼트 $50를 지불합니다.
긴급하게 필요한 서비스 및 응급 치료		
긴급하게 필요한 서비스	가입자는 코페이먼트 $15를 지불합니다.	가입자는 코페이먼트 $5를 지불합니다.
워크인 및 약국 클리닉	가입자는 코페이먼트 $15를 지불합니다.	가입자는 코페이먼트 $5를 지불합니다.
외래 재활 서비스		
직업 치료	가입자는 코페이먼트 $12를 지불합니다.	가입자는 코페이먼트 $0를 지불합니다.
물리치료 및 언어치료	가입자는 코페이먼트 $12를 지불합니다.	가입자는 코페이먼트 $0를 지불합니다.
심장 재활		
의사 진료실	가입자는 코페이먼트 $12를 지불합니다.	가입자는 코페이먼트 $0를 지불합니다.
외래 병원	가입자는 코페이먼트 $12를 지불합니다.	가입자는 코페이먼트 $0를 지불합니다.

비용	2016년(올해)	2017년(내년)
호흡 재활		
의사 진료실	가입자는 코페이먼트 $12를 지불합니다.	가입자는 코페이먼트 $0를 지불합니다.
외래 병원	가입자는 코페이먼트 $12를 지불합니다.	가입자는 코페이먼트 $0를 지불합니다.
고급 진단 방사선*(MRI 등)*		
제공자 진료실 또는 독립 시설	가입자는 코페이먼트 $50를 지불합니다.	가입자는 코페이먼트 $0를 지불합니다.
외래 병원	가입자는 코페이먼트 $50를 지불합니다.	가입자는 코페이먼트 $0를 지불합니다.
추가 서비스		
치과 치료 서비스		
Medicare에서 보장하는 치과 서비스	가입자는 코페이먼트 $12를 지불합니다.	가입자는 코페이먼트 $0를 지불합니다.
정기 치과 서비스(제한 및 예외사항 적용됨)	매년 $1,000의 최대 혜택 금액이 보장되는 모든 정기 서비스에 적용됩니다.	매년 $1,500의 최대 혜택 금액이 보장되는 모든 정기 서비스에 적용됩니다. 보장되는 서비스에 대한 보장 범위 증명서를 참조하십시오.
청각 서비스		
Medicare에서 보장하는 청력 검사(진단 청력 검사 전용)	가입자는 코페이먼트 $12를 지불합니다.	가입자는 코페이먼트 $0를 지불합니다.

비용	2016년(올해)	2017년(내년)
정기 청각 서비스	보청기에 대한 최대 혜택 금액은 매년 $350입니다.	보청기에 대한 최대 혜택 금액은 매년 $1,000입니다.
시각 서비스		
Medicare에서 보장하는 눈 검사	가입자는 코페이먼트 $12를 지불합니다.	가입자는 코페이먼트 $0를 지불합니다.
정기 시각 서비스(제한 및 예외사항 적용됨)	정기적인 안경류 서비스에 대한 최대 혜택 금액은 매년 $100입니다.	정기적인 안경류 서비스에 대한 최대 혜택 금액은 매년 $200입니다.
비처방 품목	비처방 품목은 보장되지 않습니다.	가입자는 우편 서비스를 통해, 승인받은 비처방 품목에 대해 매달 $20를 수령합니다.
비응급 상황에서의 의료 운송*(플랜에서 승인 받은 지역간 운송)*	매년 12회의 편도 이송에 대해 가입자는 $0 의 자기부담금을 냅니다.	매년 32회의 편도 이송에 대해 가입자는 $0 의 자기부담금을 냅니다.

섹션 1.6 – Part D 처방약 보장에 대한 변경 사항

의약품 목록에 관계된 변경 사항

저희의 보장 의약품 목록은 처방규정 또는 “의약품 목록” 이라고 부릅니다. 의약품 목록 사본은 이 봉투에 포함되어 있습니다.

당사의 의약품 목록에 일어난 변경 사항에는 당사가 보장하는 의약품에 대한 변경 및 특정 의약품 보장에 적용되는 제한 사항에 대한 변경이 포함됩니다. **귀하의 의약품이 내년에 보장을 받고 기타 제한이 있는지 확인하시려면 의약품 목록을 살펴보십시오.**

의약품 보장 변경으로 영향을 받는 경우, 다음과 같이 하실 수 있습니다.

- **귀하의 의사(또는 기타 처방자)와 협력해 의약품 보장을 위한 예외를** 요청하십시오. **현재 가입자는** 내년이 되기 전에 예외를 요청하시는 것이 좋습니다.
  - 예외를 요청하기 위해 해야 할 일에 대한 정보는 보장 범위 증명서 9장*(가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치(보장에 대한 결정, 이의 신청, 불만사항))*을 참조하시거나 고객서비스부로 문의해 주십시오.
- **귀하의 의사(또는 기타 처방자)와 협력해 당사가 보장하는 다른 의약품**을 찾으십시오. 고객서비스부에 연락하여 동일한 의학적 상태를 치료하는 보장 의약품 목록을 요청하실 수 있습니다.

경우에 따라 당사는 플랜 년도 또는 보장의 처음 90일 내에 처방규정에 없는 약품의 임시 공급분에 대해 **일회** 보장을 해야 합니다. (일시적 공급분을 받을 시기와 요청하는 방법에 대한 자세한 정보는 *보장 범위 증명서*의 5장 섹션 5.2를 참조해 주십시오.) 일시적 공급분을 받는 기간 동안, 가입자는 담당 의사와 상의하여 이 공급분이 소진될 때 어떤 조치를 취해야 할지 정해야 합니다. 플랜에서 보장되는 다른 약으로 변경할 수도 있고, 아니면 현재 받아 놓은 약을 예외적으로 보장해 달라고 플랜 측에 요구할 수도 있습니다.

한편 귀하와 담당 의사는 해당 의약품의 일시적 공급분이 소진되기 전 해야 할 조치를 결정해야 합니다.

- 플랜에서 보장되며 동일한 효능을 지닌 또 다른 약을 찾아보시는 방법이 있습니다. 저희 웹사이트의 처방규정을 확인하시거나 고객서비스부에 연락하여 동일한 의학적 상태를 치료하는 보장 의약품 목록을 요청하실 수 있습니다. 의사는 이 목록을 사용하여 가입자에게 효능이 있는 보장 약을 찾을 수 있습니다.
- 귀하와 담당 의사는 해당 플랜 측에 예외를 요청하고 해당 의약품을 계속 보장하도록 요청할 수도 있습니다. 내년에 대비한 예외는 미리 요청하실 수 있으며 저희는 변경 사항이 발효되기 전, 귀하의 요청에 대한 답변을 제공합니다. 예외 요청을 위해서는 먼저 충족되어야 하는 특정 요건이 있습니다. 우선적 조치를 알아보시려면 이 변경 사항 연간 공지와 함께 우편물에 포함되었던 *보장 범위 증명서*를 참조하십시오. *보장 범위 증명서 9장(가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치(보장에 대한 결정, 이의 신청, 불만사항))*을 참조해 주십시오. 2016년에 우대 처방규정 예외에 대한 승인을 받은 경우, 2017년에 새로 처방규정 예외에 대한 승인을 받지 않아도 될 수 있습니다. 승인을 받을 때 승인 고지서에 승인이 유효한 기간을 명시합니다.

처방약 비용에 대한 변경 사항

참고: 의약품 비용 보조 프로그램(“추가 지원”)에 가입한 경우 **Part D 처방약 비용에 대한 정보는 귀하에게 해당되지 않는 사항일 수 있습니다.** 가입자의 의약품 비용에 관하여 설명하는 “처방약 추가 지원을 받는 가입자를 위한 보장 범위 증명서 특약” (“저소득층 보조금 특약”, 또는 “LIS 특약” 이라고도 함)이라고 하는 별도 삽입지를 발송했습니다. “추가 지원” 을 받고 있는 상황에서 2016년 10월 15일까지 이 별지를 받지 못했다면, 고객서비스부에 연락하여 “LIS 특약” 을 요청하시기 바랍니다. 고객서비스부 전화번호는 이 책자의 섹션 6.1에 있습니다.

“약 비용 지불 단계” 에는 4가지가 있습니다. 가입자께서 소속된 약품 비용 지불 단계에 따라 부담할 Part D 약 비용이 결정됩니다.(단계에 대한 자세한 정보는 *보장 범위 증명서*의 6장 섹션 2를 참조하실 수 있습니다.)

아래의 정보는 내년에 처음 두 단계인 연간 공제액 단계와 초기 보장 단계의 변경 사항에 대한 것입니다. (대부분의 가입자는 나머지 두 단계인 보장 공백 단계나 고액 보장 단계에 도달하지 않습니다. 이러한 단계에서의 비용에 대한 정보는 동봉한 *보장 범위 증명서*의 6장 섹션 6과 섹션 7을 참조해 주십시오.)

공제액 단계에 대한 변경 사항

단계	2016년(올해)	2017년(내년)
1단계: 연간 공제액 단계	저희는 공제액이 없기 때문에, 이 단계는 여러분에게 적용되지 않습니다.	저희는 공제액이 없기 때문에, 이 단계는 여러분에게 적용되지 않습니다.

초기 보장 단계에서 가입자의 비용 분담에 대한 변경 사항

코페이먼트와 공동보험료의 계산 방법은 *보장 범위 증명서*의 6장 섹션 1.2의 *보장약에 대해 납부해야 할 본인부담금 유형*을 참조해 주십시오.

단계	2016년(올해)	2017년(내년)
2단계: 초기 보장 단계	표준 비용 분담이 적용되는 네트워크 소속 약국에서 구입한 가입자의 1개월 공급분 비용:	표준 비용 분담이 적용되는 네트워크 소속 약국에서 구입한 가입자의 1개월 공급분 비용:
이 단계 동안 플랜은 의약품 비용의 당사 부담금을 부담하고 **귀하는 비용의 귀하 부담금을 납부합니다.**	**범주 1(우대 제네릭 약):** 가입자는 처방전당 $0.00를 납부합니다.	**범주 1(우대 제네릭 약):** 가입자는 처방전당 $0.00를 납부합니다.
	범주 2(제네릭 약): 가입자는 처방전당 $15.00를 납부합니다.	**범주 2(제네릭 약):** 가입자는 처방전당 $15.00를 납부합니다.
	범주 3(우대 브랜드 약): 가입자는 처방전당 $47.00를 납부합니다.	**범주 3(우대 브랜드 약):** 가입자는 처방전당 $47.00를 납부합니다.

단계	2016년(올해)	2017년(내년)
이 행의 비용은 표준 비용 분담을 해주는 네트워크 소속 약국에서 처방전을 조제할 때 1개월 (30일) 공급분에 대한 것입니다. 장기 공급분 또는 우편 주문 처방약 비용에 대한 정보는 보장 범위 증명서 6장 섹션 5를 참조하십시오.	**범주 4(비우대 브랜드 약):** 가입자는 처방전당 $99.00를 납부합니다.	**범주 4(비우대 제네릭 약):** 가입자는 처방전당 $99.00를 납부합니다.
저희 의약품 목록에 있는 일부 의약품의 범주가 변경되었습니다. 본인의 약 범주가 변경되었는지 확인하려면 의약품 목록에서 확인해 주시기 바랍니다.	**범주 5(특별범주 약):** 가입자는 총 비용 중 33%를 납부합니다.	**범주 5(특별범주 약):** 가입자는 총 비용 중 33%를 납부합니다.
	총 약 비용이 $3,310에 도달하면, 다음 단계로 진행합니다(보장 공백 단계).	총 약 비용이 $3,700에 도달하면, 다음 단계로 진행합니다(보장 공백 단계).

보장 공백 및 고액 보장 단계에 대한 변경 사항

보장 공백 단계 및 고액 보장 단계의 두 약품 보장 단계는 약품 지출 비용이 많은 인들을 위한 단계입니다. **대부분의 가입자는 보장 공백 단계나 고액 보장 단계에 도달하지 않습니다.** 이러한 단계에서의 비용에 대한 정보는 동봉한 *보장 범위 증명서*의 6장 섹션 6 및 7을 참조해 주십시오.

섹션 2 선택할 플랜의 종류 결정하기

섹션 2.1 – *Easy Choice Best Plan (HMO)*을 계속 이용하려는 경우

플랜을 지속하시는 경우 별 다른 조치는 필요하지 않습니다. 다른 플랜에 등록하거나 12월 7일까지 Original Medicare로 변경하지 않을 경우, 가입자는 2017년 저희 플랜의 가입자로 자동으로 등록됩니다.

섹션 2.2 – 플랜 변경을 원하는 경우

저희는 귀하가 내년에도 가입자로 남아 계시길 바라지만, 2017년 변경을 원하시면 다음의 단계를 따라 주십시오.

1단계: 선택 사항을 알아보고 각 내용을 비교해 보십시오.

- 다른 종류의 Medicare 건강 플랜에 가입하실 수 있으며,
- -- *또는*-- Original Medicare로도 변경할 수 있습니다. Original Medicare로 변경할 경우 가입자는 Medicare 의약품 플랜에 가입할지 여부와 Medicare 보충(Medigap) 보험을 구입할지 여부를 결정해야 합니다.

Original Medicare 및 여러 유형의 Medicare 플랜에 대해 더욱 자세히 알고 싶으시면 *2017년도 'Medicare와 당신'* 을 읽어보시거나 주 건강보험 지원 프로그램(섹션 4 참조) 또는 Medicare(섹션 6.2 참조)에 전화로 문의해 주십시오.

또한 Medicare 웹사이트에서 Medicare Plan Finder(플랜 찾기)를 이용하여 가입자가 속한 지역의 플랜에 대한 정보를 확인할 수도 있습니다. http://www.medicare.gov를 방문하여 "Find health & drug plans (건강 플랜 및 의약품 플랜 찾기)" 를 클릭하십시오. **여기에서 Medicare 플랜의 비용, 보장, 서비스 품질 평가 등에 대한 정보를 확인할 수 있습니다.**

2단계: 보장 변경

- **다른 Medicare 건강 플랜**으로 변경하려면 새 플랜에 등록하십시오. 귀하는 *Easy Choice Best Plan (HMO)*에서 자동으로 탈퇴됩니다.
- **처방약 플랜이 있는 Original Medicare로 변경하려면**, 새 의약품 플랜에 등록하십시오. 귀하는 *Easy Choice Best Plan (HMO)*에서 자동으로 탈퇴됩니다.

- **처방약 플랜이 없는 Original Medicare로 변경하려면**, 가입자는 다음과 같이 해야 합니다.
  - 저희에 서면으로 탈퇴 요청을 보내 주십시오. 변경 방법에 대해 자세히 알아보시려면 고객서비스부에 연락하십시오 (전화번호는 이 책자의 섹션 6.1에 있습니다).
  - – *또는* – **Medicare**에 주 7일, 24시간 언제든지 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 탈퇴를 요청하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048을 이용해 주십시오.

섹션 3 플랜 변경 기한

내년에 다른 플랜 또는 Original Medicare로 변경하려는 경우, **10월 15일부터 12월 7일까지** 변경할 수 있습니다. 변경은 2017년 1월 1일 일요일에 적용됩니다.

변경이 가능한 연중 다른 시기가 있습니까?

특정 상황에서는 연중 다른 시기에도 변경이 가능합니다. 예를 들어, Medicaid 가입자, 약품 비용을 지원하는 "추가 지원" 을 받는 가입자와 직장 보장을 보유하고 있거나 탈퇴한 가입자 그리고 서비스 지역에서 외부로 이사하는 가입자는 다른 시기에도 변경이 가능합니다. 자세한 내용은 *보장 범위 증명서*의 10장 섹션 2.3을 참조해 주십시오.

2017년 1월 1일부터 Medicare Advantage 플랜에 등록한 경우, 그리고 자신의 플랜 선택이 마음에 들지 않는 경우, 2017년 1월 1일에서 2월 14일 사이에 Original Medicare로 전환할 수 있습니다. 자세한 내용은 *보장 범위 증명서*의 10장 섹션 2.2를 참조해 주십시오.

섹션 4 Medicare에 대한 무료 상담을 제공하는 프로그램

주 건강 보험 지원 프로그램(SHIP)은 모든 주에서 시행되고 있으며 전문 상담원이 주재하고 있는 정부 프로그램입니다. California 주에서 SHIP은 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)이라고 부릅니다.

건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)은 독립적(보험사 또는 건강 플랜과 연계되어 있지 않음)입니다. 이는 주 프로그램으로 연방 정부에서 예산을 받아 Medicare 가입자들에게 **무료** 현지 건강 보험 상담을 제공하고 있습니다. 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP) 상담원은 가입자의 Medicare 관련 질문 또는 문제와 관련하여 도움을 제공합니다. 또한 Medicare 플랜 선택 사항을 파악하는 데 도움을 드리고 플랜 전환에 관한 문의에 답변해 드릴 수 있습니다. 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 1-800-434-0222로 연락하십시오. TTY 사용자는 711을 이용해 주십시오.

섹션 5 처방약 비용 보조 프로그램

귀하는 처방약 비용을 보조 받을 자격이 있을 수 있습니다.

- **Medicare의 "추가 지원".** 소득이 제한적인 사람들은 처방약 비용을 지원해주는 "추가 지원" 에 대한 자격이 있을 수 있습니다. 자격이 있을 경우, Medicare는 처방약 월 보험료, 연간 공제액, 공동보험료 등을 포함하여 75% 이상을 지원해 줍니다. 또한 적격자에게는 보장 공백이나 등록 지연 벌금이 없습니다. 자격을 갖춘 가입자가 많은데 아직 그 사실을 모르고 있습니다. 적격 여부를 확인하려면 다음으로 문의해 주십시오.
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY 사용자는 1-877-486-2048로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 문의해 주십시오.
  - 사회보장국(전화: 1-800-772-1213). 통화 가능 시간은 월요일 – 금요일, 오전 7시 – 오후 7시입니다. TTY 사용자는 1-800-325-0778(가입 신청 관련)로 연락해 주십시오. 또는
  - 거주하는 주의 Medicaid 사무국(가입 신청 관련)으로 문의해야 합니다.
- **HIV/AIDS 환자를 위한 처방약 비용 분담 지원.** AIDS 처방약 지원 프로그램(ADAP)이란 HIV/AIDS를 앓고 있는 ADAP 적격 개인들에게 생명을 구할 수 있는 HIV 약물을 제공하도록 도움을 주는 프로그램입니다. 개인은 해당 주 거주 및 HIV 상태 증명, 해당 주에서 정한 저소득, 그리고 무보험/일부 보험 상태 등의 특정 기준에 부합해야 합니다. AIDS 약 보조 프로그램 (ADAP)에서도 보장되는 Medicare Part D 처방약은 California 주 AIDS 공공보건국을 통해 처방약 비용 분담 지원을 받을 수 있습니다. 가입 자격 기준, 보장약 또는 이 프로그램에 가입하는 방법에 관한 정보는 1-916-449-5900으로 California 주 AIDS 공공보건국에 문의하십시오. (TTY 사용자는 711을 이용해 주십시오.)

섹션 6 질문이 있으십니까?

섹션 6.1 – *Easy Choice Best Plan (HMO)*으로부터 도움 받기

문의 사항이 있으십니까? 정성껏 도와드리겠습니다. 고객서비스부에 1-866-999-3945번으로 전화해 주십시오. (TTY 사용자는 1-800-735-2929를 이용해 주십시오). 통화 가능 시간은 월요일 – 금요일, 오전 8시 – 오후

8시입니다. 10월 1일부터 2월 14일까지는 월요일 – 일요일, 오전 8시 – 오후 8시입니다. 통화는 무료입니다.

2017년 *보장 범위 증명서*를 읽으십시오(내년도 혜택과 비용이 자세히 설명되어 있습니다)

이 *변경 사항 연간 공지*는 2017년도의 가입자 혜택과 비용에 대한 변경 사항을 요약한 것입니다. 자세한 내용은 *Easy Choice Best Plan (HMO)*의 *2017년 보장 범위 증명서*를 참조해 주십시오. *보장 범위 증명서*는 플랜 혜택을 법에 근거해 상세하게 설명해 드립니다. 귀하가 보장 서비스 및 처방 약 구매을 위해 준수해야 할 권리 및 규칙을 설명합니다. *보장 범위 증명서*의 사본은 이 봉투에 포함되어 있습니다.

당사의 웹사이트에 방문하세요

또는 저희 웹사이트 www.easychoicehealthplan.com을 방문하십시오. 당사의 웹사이트는 제공자 네트워크(의료 제공자 및 약국 명단)와 보장 의약품 목록(처방규정/의약품 목록)에 관한 최신 정보를 제공합니다.

섹션 6.2 – Medicare로부터 도움 받기

Medicare를 통해 직접 정보를 얻고자 하는 경우:

1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 문의하십시오.

주 7일, 하루 24시간 이용 가능한 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048을 이용해 주십시오.

Medicare 웹 사이트를 방문해 주십시오

Medicare 웹사이트를 방문하실 수 있습니다(http://www.medicare.gov). Medicare 건강 플랜을 비교하기 위한 비용, 보장 범위 및 품질 등급에 대한 정보가 있습니다. Medicare 웹사이트에서 Medicare Plan Finder (플랜 찾기)를 이용해 귀하의 지역에 있는 플랜 정보를 알아보실 수 있습니다. (플랜에 대한 정보를 보려면 http://www.medicare.gov로 이동하여 “Find health & drug plans(건강 플랜 및 약품 플랜 찾기)” 를 클릭하십시오)

*2017년도 Medicare와 당신*을 읽어보십시오

2017년도 'Medicare와 당신' 안내 책자를 읽어보실 수 있습니다. 매년 가을, 이러한 소책자가 Medicare 이용자에게 우편 발송됩니다.
이 책자는 Medicare 혜택, 권리 및 보호 장치에 관한 요약을 담고 있으며 Medicare에 관한 가장 자주 묻는 질문에 답하는 내용을 포함합니다. 본 책자 사본이 없으신 경우, Medicare 웹사이트(http://www.medicare.gov)에서 받으시거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 주 7일 하루 24시간 언제든지 연락하여 요청하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048을 이용해 주십시오.