

처방약 보장 변경에 관한 중요 정보

통지 일자:	발효 일자:	기관/센터 또는 지역 사무실 이름 및 주소		
케이스 번호	부서 또는 복지사 이름	문의 사항이 있거나 도움 필요 시 일반 전화번호		
케이스 이름(C/O 이름 존재 시 함께 기재) 및 주소				
		-또는- 기관 컨퍼런스 _____		
		공청회 정보 및 지원 _____		
		기록 열람 _____		
		법률 지원 정보 _____		
사무실 번호	부서 번호	복지사 번호	부서 또는 복지사 이름	전화번호

Medicaid에 등록된 다음 의뢰인에게 _____부터 MEDICARE 자격 Medicare 혜택을 받을 자격이 있을 수 있으므로 본 통지를 보내 드립니다.

이름 _____ 의뢰인 I.D. # _____

이름 _____ 의뢰인 I.D. # _____

전체 Medicaid 혜택을 받고 있으며 MEDICARE에 등록된 경우 MEDICARE Part D 처방약 플랜에 등록해야 합니다. MEDICARE Part D (Part D) 처방약 플랜에 참여하지 않으시면 모든 Medicaid 혜택을 얻을 수 있습니다. 이 프로그램은 Social Security Act(사회 보장법) 섹션 1935 (d)(1)을 기반으로 하며, 이에 따라 Medicare에서 지불을 개시하면 바로 Medicaid에서 처방약 지불을 중단해야 합니다.

Medicaid는 여전히 귀하의 다른 건강 관리 비용을 지급할 것입니다. Medicaid는 또한 벤조디아제핀과 같은 몇 가지 특별한 약품과 특정 일반 의약품에 대한 보장을 계속할 것입니다.

Part D 처방약 플랜에 아직 등록하지 않은 경우 Centers for Medicare and Medicaid Services(Medicare 및 Medicaid 서비스 센터, CMS)에서 자동으로 Part D 벤치마크 플랜에 귀하를 등록한 다음, 귀하에게 등록된 플랜에 대해 알리는 서한을 보낼 것입니다. 플랜의 서비스 정보와 약국에서 약품을 받는 데 사용하셔야 하는 처방전 회원증을 받게 되실 것입니다. 귀하가 벤치마크 플랜에 등록되어 있는 한 월 보험료를 납부하지 않으셔도 됩니다. Medicare 처방약 플랜에 따라 각 처방전에 대한 소액의 코페이만 지불하시면 됩니다. 한 달 이상 요양원과 같은 의료 시설 내에서 거주하는 경우 코페이를 지불하지 않으셔도 됩니다. 벤치마크 플랜은 최소의 비용으로 처방약을 제공합니다. 벤치마크 플랜에서 귀하에게 필요한 모든 약품을 제공하지는 않을 수 있습니다. 그러나 모든 Part D 플랜은 벤치마크 플랜에서 보장하지 않지만 귀하가 치료를 위해 필요한 약품을 얻을 수 있는 방법을 분명히 갖고 있습니다.

최대 한 달에 한 번 언제든지 플랜을 변경하실 수 있습니다. 다른 플랜에 등록하도록 선택하실 수 있지만 더 비쌀 수 있습니다. 귀하에게 필요한 처방약에 가장 적합한 플랜을 선택하는 데 도움이 필요한 경우 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하거나 Health Insurance Information Counseling & Assistance Program(건강 보험 정보, 상담 및 지원 프로그램, HIICAP)에 1-800-701-0501번으로 전화하여 도움을 받을 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오. 무료로 이용하실 수 있는 벤치마크 플랜 목록이 본 서신에 포함되어 있습니다. 벤치마크가 아닌 플랜을 선택하는 경우 월 보험료 납부금의 일부를 귀하가 지불해야 합니다.

모든 Medicare Part D 처방약 플랜은 벤치마크 플랜에서 보장하지 않지만 귀하가 치료를 위해 필요한 약품을 얻을 수 있는 방법을 분명히 갖고 있습니다. 귀하가 현재 복용 중인 약품을 최소한 단기간(보통 한 달 분량)하기 위해서는 MEDICARE 처방전 플랜이 필요합니다. 하지만 귀하의 새 MEDICARE 처방전 플랜이 귀하가 치료를 위해 복용 중인 필수 약품에 대해 보장하지 않는 경우 귀하의 의료 제공자(의사, 클리닉 등)와 상의하셔야 합니다. 의료 제공자는 처방전 플랜에서 보장하는 다른 약품을 사용해도 되는지 결정할 수 있습니다.

의료 제공자가 약품을 변경하지 말아야 한다고 생각하는 경우, 귀하 또는 귀하의 의료 제공자가 MEDICARE 처방전 플랜에 연락하여 "예외" 상황에 대해 문의해야 합니다. 귀하의 의사는 귀하에게 이 특정 약품이 필요한 이유에 대해 플랜에 정보를 제공해야 합니다.

플랜에서 귀하의 예외 요청을 거부하면 플랜의 결정에 대해 이의 제기를 할 수 있습니다. 직접 플랜에 문의하거나 플랜 핸드북에서 이의 제기 방법에 대한 지침을 확인하십시오. 귀하, 귀하의 처방 의사 또는 다른 지정된 대리인이 귀하를 대신해 이의를 제기할 수 있습니다.

고용주/조합 은퇴자 건강 플랜을 가지 일부 사람들은 MEDICARE 처방약 플랜에 가입하지 않으셔도 됩니다. 귀하가 MEDICARE 처방약 플랜에 등록하는 경우 귀하의 건강 보험 보장을 잃을 수 있다는 내용의 서신을 받으셨다면 귀하의 지역 Medicaid 사무소에 해당 서신 사본을 제공해야 합니다.

귀하는 해당 법률이 귀하에게 적용되지 않는다고 생각하시거나 당 기관에서 귀하에 대한 올바른 정보를 갖고 있지 않다고 생각되는 경우 이의를 제기할 권리가 있습니다. 법률이 틀렸다고 생각하여 이의 제기를 요청하면 귀하의 이의 제기에 대해 심리 없이 결정이 진행됩니다. 이 조치에 대해 이의 제기를 원하시면 본 서신의 컨퍼런스 및 공청회 섹션을 읽어보시기 바랍니다.

컨퍼런스에 대한 권한: 컨퍼런스를 열어 이 조치를 검토하실 수 있습니다. 컨퍼런스를 원하는 경우 가능한 한 빨리 요청하셔야 합니다. 컨퍼런스에서 기존 결정이 잘못된 것으로 확인되거나 귀하로부터 새롭게 제공받은 정보에 따라 결정을 변경해야 할 경우, 이에 따른 적절한 조치를 취하고 새로운 통지를 드릴 것입니다. 컨퍼런스를 요청하시려면 본 통지서의 1페이지에 기재된 전화번호로 전화하거나 1페이지 상단에 기재된 주소로 컨퍼런스 요청 서신을 보내십시오. 이 전화번호는 컨퍼런스 요청 전용 번호입니다. **이는 공청회를 요청하는 방법과 다릅니다.** 컨퍼런스를 요청해도 공청회 자격은 여전히 유지됩니다. 공청회 결정을 받을 때까지 혜택을 변경 없이 받고자 하는 경우(보조 지속), 아래에 설명된 방법으로 공청회를 요청해야 합니다. 공청회 정보는 아래를 확인해 주십시오.

본인의 파일과 서류 사본에 대한 접근: 귀하는 공청회 준비를 위해 귀하의 케이스에 관한 파일을 열람할 권리가 있습니다. 전화 또는 서면으로 요청하시면, 당국이 공청회 때 담당 사무관에게 제출할 서류 중 귀하의 파일에 포함된 서류 사본을 무료로 발송해 드립니다. 또한, 전화 또는 서면으로 요청하시면 공청회 준비에 필요한 기타 서류를 귀하의 파일에서 찾아 무료로 복사 및 발송해 드립니다. 전화 또는 서면으로 요청하시면, 공청회를 요청할지 심리를 준비할지에 대해 결정하는 데 필요한 정책 자료를 무료로 제공해 드릴 수도 있습니다. 귀하에게 제공 가능할 수 있는 정책 자료에는 행정 명령, 일반 정보 시스템 메시지, 정보 서신, 일부 Medicaid 참조 안내서, Department of Health(보건부) Medicaid 업데이트 뉴스레터, 지역 위원회 제안서 등과 같은 문서가 포함됩니다. 특정 정책 자료나 서류 요청 또는 파일 열람 방법에 대한 문의를 원하시면, 본 통지서의 1페이지 상단에 기재된 기록 열람 전화번호로 전화하거나 본 통지서의 1페이지 상단에 기재된 주소로 서신을 보내십시오. 귀하의 케이스 파일에 포함된 특정 정책 자료나 서류의 무료 사본을 원하는 경우, 미리 요청하셔야 합니다. 요청하신 사본은 심리 전 합당한 시일 내에 제공될 것입니다. 우편 발송을 별도로 요청하시는 경우에만 서류를 우편으로 보내드립니다.

공청회에 대한 권한: 위 조치가 부당하다고 여기는 경우 다음 중 하나의 방법으로 공청회를 요청하실 수 있습니다.

- 1) **전화:** 주 전 지역 수신자 부담 전화 800-342-3334번으로 전화하십시오(통화 시 본 통지서를 지참하십시오). 또는
- 2) **팩스:** 본 통지서의 사본을 팩스 (518) 473-6735번으로 보내십시오. 또는
- 3) **온라인:** 다음에서 온라인 요청서를 작성하여 보내십시오. <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>. 또는
- 4) **우편:** 본 통지서에 작성한 후 사본을 Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201로 보내십시오. (사본을 보관하십시오.)

공청회를 요청합니다. 귀 기관의 결정이 잘못되었으며 그 이유는 다음과 같습니다. _____

이름(정자체): _____ 케이스 번호 _____

주소: _____ 전화번호: _____

의뢰인 서명: _____ 일자: _____

본 통지서 일자로부터 60일 이내에 공청회를 요청하셔야 합니다. 공청회를 요청하는 경우, 주에서 공청회 시간과 장소를 서면 공지드릴 것입니다. 귀하에게는 법률 고문, 친척, 친구 또는 다른 사람으로부터 변호를 받거나 스스로를 변호할 권리가 있습니다. 공청회에서 귀하의 변호사 또는 기타 대리인은 최초 결정에 따른 조치가 취해져서는 안 되는 이유를 보여주는 서면 또는 구술 증거를 제시하며, 공청회에 참석한 모든 사람에게 질문할 기회가 주어집니다. 또한, 귀하는 귀하의 편에서 이야기할 입회인을 동반할 권리가 있습니다. 본 통지서, 급여 명세서, 영수증, 의료 청구서, 난방비 청구서, 의료 확인서, 서신 등, 케이스 결정 심의에 도움이 될 만한 모든 서류를 공청회에 지참하십시오.

혜택의 지속 방법: 본 통지서에 명시된 발효일 전에 공청회를 요청하는 경우 공청회 결정이 내려지기 전까지 혜택을 변경 없이 받으실 수 있습니다. 그러나 귀하가 공청회에서 패하게 되면 당 기관은 귀하가 받지 않았어야 할 모든 Medicaid 혜택의 비용을 회수할 수 있습니다. 이러한 가능성을 피하려면 계속 보조를 받기를 원하지 않는다고 아래 확인란에 체크 표시를 한 다음 이 페이지를 공청회 요청서와 함께 보내주십시오. 확인란에 체크 표시를 하시면 위에 설명된 조치가 상기 발효일에 진행됩니다.

본인은 공청회 결정이 내려지기 전에 본 통지서에 설명된 바에 따라 제 Medicaid 혜택에 대한 조치가 취해지는 데 동의합니다.

법률 지원: 무료 법률 지원이 필요하신 경우, 귀하가 속한 지역의 Legal Aid Society(법률 지원 협회) 또는 기타 법률 옹호 단체에 연락하시면 해당 지원을 받으실 수 있을 것입니다. 가까운 법률 지원 협회나 법률 옹호 단체의 소재는 전화번호부의 "Lawyers(변호사)"란을 참조하시거나 본 통지서의 첫 번째 페이지에 나와 있는 번호로 전화하시면 됩니다.

정보: 귀하의 케이스, 공청회 요청 방법, 본인의 파일 검토 방법 또는 서류의 추가 사본 입수 방법에 관해 자세한 정보를 원하시면, 본 통지서의 1페이지 상단에 나와 있는 전화번호로 전화하시거나 본 통지서의 1페이지 상단에 인쇄되어 있는 주소로 서신을 보내주십시오.

주의: Medicaid 또는 기타 건강 보험 자격이 없는 19세 미만 아동은 Child Health Plus 보험 플랜에 자격이 있을 수 있습니다. 본 플랜은 아동을 위한 건강 관리 보험을 제공합니다. 자세한 정보는 1-800-698-4543번으로 문의하십시오.