



다른 사람을 대신하여 이 양식을 작성하는 경우 아래 섹션을 작성하십시오. 귀하의 서명은 귀하가 주법에 따라 이 가입 양식을 작성할 권한이 있으며 Medicare에서 요청할 경우 이 권한에 대한 문서를 제출할 수 있음을 증명합니다.

이름:

Address (주소, 시, 주, ZIP 우편번호):

전화번호: (     )

참가자와 관계:

### 이 양식을 제출하는 방법

완료된 양식을 다음으로 주소로 보내십시오:

CalOptima Health OneCare 고객 서비스부  
505 City Parkway West  
Orange, CA 92868

또는 양식을 다음 번호로 팩스하십시오: 1-714-246-8711

**www.caloptima.org/OneCare** 에서 온라인으로 가입 요청 양식을 작성하거나, **1-877-412-2734(TTY 711)** 번 무료번호로 전화로 요청을 제출할 수도 있습니다.

이 양식을 작성하는 데 질문이 있거나 도움이 필요하면 **1-877-412-2734(TTY 711)**로 전화하여 주 7 일, 24 시간 문의하십시오.

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 은 Medicare 및 Medi-Cal 와 계약을 맺은 Medicare Advantage 조직입니다. CalOptima Health OneCare 가입은 계약 갱신에 따라 달라집니다. CalOptima Health OneCare 민권에 해당되는 연방정부 법률에 준수하며, 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 또는 성별때문에 사람들을 차별대우하지 않습니다. CalOptima Health OneCare 고객 서비스 무료번호 **1-877-412-2734(TTY 711)**번으로 주 7 일, 24 시간 연락하십시오. **www.caloptima.org/OneCare** 를 방문하십시오.

# Medicare 처방약 지불 플랜이란 무엇입니까?

Medicare 처방약 지불 플랜은 현재 약품 보장과 협력하는 처방약 법의 새로운 지불 옵션으로, 귀하가 본인 부담 Medicare 파트 D 약품 비용을 해당 달력 연도(1 월-12 월)에 걸쳐 분산하여 관리할 수 있도록 도와줍니다. 2025 년부터 Medicare 약품 플랜 또는 약품 보장이 포함된 Medicare 건강 플랜(예: 약품 보장이 포함된 Medicare Advantage 플랜)이 있는 사람은 누구나 이 지불 옵션을 사용할 수 있습니다. **모든 플랜은 이 지불 옵션을 제공하며 참여는 자발적인 것입니다.**

귀하가 이 지불 옵션을 선택하면, 매월 플랜 보험료(있는 경우)를 계속 납부하고, 귀하의 처방약 비용을 (약국에 지불하는 대신) 건강 또는 약품 플랜에서 청구서를 받게 됩니다. Medicare 처방약 지불 플랜에 참여하는 데는 비용이 들지 않습니다.

## 참여하기 전에 알아야 할 사항

### 어떻게 운영됩니까?

귀하가 파트 D 가 보장하는 약품에 대한 처방약을 조제하면, 귀하는 귀하의 약국(우편 주문 및 전문 약국 포함)에 비용을 지불하지 않습니다. 대신, 귀하는 귀하의 건강 또는 약품 플랜에서 매월 청구서를 받게 됩니다.

비록 귀하가 약국에서 약품 비용을 지불하지 않더라도, 귀하는 여전히 해당 비용을 부담해야 합니다. 귀하가 귀하의 약품을 집으로 가져가기 전에 비용이 얼마인지 알고 싶은 경우, 귀하의 플랜에 전화하거나 약사에게 문의하십시오.

**이 지불 옵션은 귀하가 월별 지출을 관리하는 데 도움이 될 수 있지만, 비용을 절약해주거나 약품 비용을 낮춰주지는 않습니다.** 5 페이지로 이동하여 자격이 되는 경우 비용을 절약할 수 있는 추가 지원 및 기타 프로그램에 대해 알아보십시오.

### 나의 월 청구서는 어떻게 계산됩니까?

귀하의 월 청구서는 모든 처방약에 대해 지불한 금액에 전월 잔액을 더한 금액을 연간 남은 개월 수로 나눈 금액을 기준으로 합니다. 모든 플랜은 동일한 공식을 사용하여 귀하의 월별 지불액을 계산합니다.

월 청구서 계산 방법에 대한 예를 보려면 6 페이지로 이동하십시오.

귀하의 지불 금액은 매월 변경될 수 있으므로, 귀하가 정확한 청구액을 미리 알 수 없을 수도 있습니다. 귀하가 새 처방약을 조제하거나 (또는 기존 처방약을 리필할 때) 향후 지불액이 증가할 수 있는데, 이는 새로운 본인 부담금이 월 지불액에 추가되면 귀하의 남은 지불액을 분산할 수 있는 연도의 남은 개월 수가 줄어들기 때문입니다.

단일 달력 연도(1 월-12 월)에 귀하는 다음 금액 이상을 지불하는 일은 없을 것입니다.

- 이 지불 옵션에 참여하지 않았을 경우 귀하가 약국에 직접 지불했을 총액.
- Medicare 약품 보장 연간 본인 부담금 한도(2025 년에 \$2,000).

처방약 법에 따라 2025 년에는 본인 부담 약품 비용이 \$2,000 로 제한됩니다. 이는 귀하가 Medicare 처방약 지불 플랜에 가입하지 않더라도 Medicare 약품 보험에 가입한 모든 사람에게 해당됩니다.

### 이것이 나에게 도움이 되겠습니까?

귀하의 상황에 따라 달라질 수 있습니다. 이 지불 옵션은 귀하가 월별 지출을 관리하는 데 도움이 될 수 있지만, 비용을 절약해주거나 약품 비용을 낮춰주지는 않는다는 점을 기억하십시오

귀하가 달력 연도 초에 약품 비용이 많이 드는 경우 귀하는 Medicare 처방약 지불 플랜에 참여하면 혜택을 받을 가능성이 가장 높습니다. 귀하는 이 지불 옵션에 연중 언제든지 참여할 수 있지만, 9 월 이전과 같이 해당 연도 초에 시작하면 귀하의 약품 비용을 더 많은 달에 분산할 수 있습니다. [Medicare.gov/prescription-payment-plan/will-this-help-me](https://www.medicare.gov/prescription-payment-plan/will-this-help-me) 에서 몇 가지 질문에 답하고 귀하가 이 지불 옵션의 혜택을 받을 가능성이 있는지 알아보십시오.

다음과 같은 경우에는 이 지불 옵션이 귀하에게 최선의 선택이 아닐 수 있습니다.

- 귀하의 연간 약품 비용은 저렴합니다.
- 귀하의 약품 비용은 매달 동일합니다.
- 귀하는 달력 연도 말(9 월 이후)에 지불 옵션 가입을 고려하고 있습니다.
- 귀하는 약품 비용 지불 방법 변경을 원하지 않습니다.
- 귀하는 Medicare 의 추가 지원을 받고 있거나 받을 자격이 있습니다.
- 귀하는 Medicare 저축 프로그램에 가입했거나 가입 자격이 있습니다.
- 귀하는 주정부 약품 지원 프로그램(SPAP), 쿠폰 프로그램 또는 기타 건강 보장과 같은 다른 기관으로부터 약품 비용 지불에 대한 지원받을 것입니다.

5 페이지로 이동하여 귀하의 비용을 절감하는 데 도움이 되는 프로그램에 대해 알아보십시오.

### 내가 참여 여부를 결정하는 데 누가 도움을 줄 수 있습니까?

- **귀하의 건강 또는 약품 플랜:** 자세한 정보는 귀하의 플랜 웹사이트를 방문하거나 귀하의 플랜으로 전화하십시오. 귀하가 긴급하게 처방약을 수령해야 하는 경우, 귀하의 플랜에 전화해 옵션에 대해 논의하십시오.
- **Medicare:** 이 지불 옵션에 대해 자세히 알아보고 귀하에게 적합한지 알아보려면 [Medicare.gov/prescription-payment-plan](https://www.medicare.gov/prescription-payment-plan) 을 방문하십시오.

- **주정부 건강 보험 지원 프로그램(SHIP):** 귀하의 지역 SHIP 전화번호를 알아보고 무료 맞춤형 건강 보험 상담을 받으려면 [shiphelp.org](http://shiphelp.org) 를 방문하십시오.

## 가입은 어떻게 합니까?

이 지불 옵션에 참여를 시작하려면 귀하의 건강 또는 약품 플랜의 웹사이트를 방문하거나 귀하의 플랜에 전화하십시오.

- **2024 년에, 2025 년을 위해:** 귀하가 2025 년 Medicare 처방약 지불 플랜에 참여하시려면, 지금 귀하의 플랜에 연락하십시오. 2025 년 1 월 1 일부터 귀하의 참여가 시작됩니다.
- **2025 년 동안:** 2025 년 1 월 1 일부터, 귀하는 귀하의 플랜에 연락해 해당 달력 연도 동안 언제든지 Medicare 처방약 지불 플랜에 참여를 시작하실 수 있습니다.

달력 연도 말(9 월 이후)에 가입하는 경우에는 이 지불 옵션이 귀하에게 최선의 선택이 아닐 수 있다는 점을 기억하십시오. 이는 새로운 본인 부담 약품 비용이 귀하의 월 지불액에 추가되면 지불액을 분산할 수 있는 연도의 남은 개월 수가 줄어들기 때문입니다.

## 참여 시 알아야 할 사항

### 내가 가입한 후에는 어떻게 됩니까?

귀하의 건강 또는 약품 플랜에서 귀하의 참여 요청을 검토하면, 그들은 귀하께 Medicare 처방약 지불 플랜 참여를 확인하는 서신을 보내드립니다. 그 후:

1. 귀하가 파트 D 에서 보장하는 약품을 처방받을 때, 귀하의 플랜에서 자동으로 약국에 귀하가 이 지불 옵션에 참여 중임을 알릴 것이며 귀하는 약국에 처방약 비용을 지불하지 않을 것입니다.

비록 귀하가 약국에서 약품 비용을 지불하지 않더라도, 귀하는 여전히 해당 비용을 부담해야 합니다. 귀하가 귀하의 약품을 집으로 가져가기 전에 비용이 얼마인지 알고 싶은 경우, 귀하의 플랜에 전화하거나 약사에게 문의하십시오.

2. 매월, 귀하의 플랜에서 처방약에 대해 지불해야 하는 금액과 납부 기한, 납부 방법에 대한 정보가 포함된 청구서를 귀하께 보내드립니다. 귀하는 월 플랜 보험료(있는 경우)에 대한 별도의 청구서를 받게 됩니다.

### 나는 청구서를 어떻게 지불합니까?

귀하의 건강 또는 약품 플랜에서 Medicare 처방약 지불 플랜 가입을 승인하면 귀하는 귀하의 플랜에서 청구서 납부 방법에 대한 정보가 담긴 서신을 받게 됩니다.

### 내가 청구서를 납부하지 않으면 어떻게 됩니까?

귀하가 납부를 하지 않은 경우 귀하의 건강 또는 약품 플랜에서 알림을 받게 됩니다. 귀하가 해당 알림에 기재된 날짜까지 청구서를 납부하지 않으면, 귀하는 Medicare 처방약 지불 플랜에서 제외됩니다. 귀하는 지불해야 할 금액을 납부할 의무가 있지만, **귀하가 납부를 연체하더라도 이자나 수수료는 지불하지 않습니다.** 귀하는 해당 금액을 한꺼번에 납부하거나 매월 청구되도록 선택할 수 있습니다. 귀하가 Medicare 처방약 지불 플랜에서 제외되더라도, 귀하는 여전히 **Medicare 건강 또는 약품 플랜에 계속 가입되어 있을 것입니다.**

**항상 건강 또는 약품 플랜 월 보험료(있는 경우)를 먼저 납부하여 귀하의 약품 보장 혜택을 잃지 않도록 하십시오.** 귀하가 월별 플랜 보험료와 Medicare 처방약 지불 플랜 청구서를 모두 납부하는 것이 걱정되는 경우, 5 페이지로 이동해 비용을 낮추는 데 도움이 되는 프로그램에 대한 정보를 확인하십시오.

귀하의 Medicare 처방약 지불 플랜 청구서에 그들이 실수를 했다고 생각하는 경우 귀하의 플랜에 전화하십시오. 귀하가 그들이 실수를 했다고 생각하는 경우, 귀하는 귀하의 가입자 안내서 또는 보험 적용 확인서에 나와 있는 불만 처리 절차를 따를 권리가 있습니다.

### 내가 탈퇴하려면 어떻게 합니까?

귀하는 귀하의 건강 또는 약품 플랜에 연락해 언제든지 Medicare 처방약 지불 플랜을 탈퇴할 수 있습니다. 탈퇴하는 경우에도 귀하의 Medicare 약품 보장 및 기타 Medicare 혜택에는 영향을 미치지 않습니다. 유념하십시오:

- 귀하가 아직 미납한 금액이 있는 경우, 더 이상 이 지불 옵션에 참여하지 않더라도 미납한 금액을 납부해야 합니다.
- 귀하는 잔액을 한꺼번에 납부하거나 매월 청구되도록 선택할 수 있습니다.
- 귀하는 Medicare 처방약 지불 플랜을 탈퇴한 후에는 새로운 본인 부담 약품 비용을 약국에 직접 지불하게 됩니다.

### 내가 건강 또는 약품 플랜을 변경하면 어떻게 됩니까?

귀하가 현재 플랜을 탈퇴하거나 새로운 Medicare 약품 플랜 또는 약품 보장이 포함된 Medicare 건강 플랜(예: 약품 보장이 포함된 Medicare Advantage Plan)으로 변경하는 경우 귀하의 Medicare 처방약 지불 플랜 참여가 종료됩니다.

귀하의 Medicare 처방약 지불 플랜에 다시 참여하려면 새 플랜에 연락하십시오.

### 나의 비용 절감에 도움이 되는 프로그램은 무엇입니까?

귀하가 소득과 자원이 제한되어 있는 경우, 이러한 프로그램들 중 하나를 받을 자격이 있는지 알아보십시오.

- **추가 지원:** Medicare 약품 비용 지불을 지원하는 Medicare 프로그램입니다. 귀하의 자격 여부를 확인하고 신청하기 위해 [ssa.gov/medicare/part-d-extra-help](https://ssa.gov/medicare/part-d-extra-help) 를 방문하십시오. 귀하는 또한 귀하의 주 의료 지원(Medicaid) 사무소에 신청할 수도 있습니다. 자세한 사항은 [Medicare.gov/ExtraHelp](https://Medicare.gov/ExtraHelp) 를 방문하십시오.
- **Medicare 저축 프로그램:** 귀하의 Medicare 보험료, 공제액, 공동 부담금 및 공동보험료의 일부 또는 전부를 지불하는 데 도움이 될 수 있는 주정부 운영 프로그램입니다. 자세한 사항은 [Medicare.gov/medicare-savings-programs](https://Medicare.gov/medicare-savings-programs) 를 방문하십시오.
- **주정부 약품 지원 프로그램(SPAPs):** 귀하의 Medicare 약품 플랜 보험료 및/또는 비용 부담금에 대한 보장을 포함할 수 있는 프로그램입니다. SPAP 부담금은 Medicare 약품 보장 본인 부담금 한도에 포함될 수 있습니다. 자세한 사항은 [go.medicare.gov/spap](https://go.medicare.gov/spap) 를 방문하십시오.

- **제조업체 약품 지원 프로그램(환자 지원 프로그램(PAPs)이라고도 함):** Medicare 가입자의 약품 비용 절감을 돕기 위한 제약 제조업체의 프로그램입니다. 자세한 사항은 [go.medicare.gov/pap](https://www.go.medicare.gov/pap) 를 방문하십시오.

많은 사람들이 저축에 대한 자격이 있음에도 이를 알지 못합니다. 자세한 내용은 [Medicare.gov/basics/costs/help](https://www.Medicare.gov/basics/costs/help) 를 방문하거나 귀하의 지역 사회보장국 사무소에 문의하십시오. 귀하의 지역 사회보장국 사무소는 [ssa.gov/locator/](https://www.ssa.gov/locator/)에서 찾아보십시오.

## 나는 자세한 정보를 어디에서 얻을 수 있습니까?

- **귀하의 건강 또는 약품 플랜:** 자세한 정보는 귀하의 플랜 웹사이트를 방문하거나 귀하의 플랜으로 전화하십시오.
- **Medicare:** [Medicare.gov/prescription-payment-plan](https://www.Medicare.gov/prescription-payment-plan) 을 방문하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 주 7 일, 하루 24 시간 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하실 수 있습니다.



비록 귀하가 매월 납부하는 금액은 달라지지만, 해당 연도 말까지 귀하는 다음 금액 이상을 지불하는 일은 없을 것입니다:

- 귀하가 본인 부담으로 지불했을 총 금액.
- 연간 총 본인 부담금 한도(2025년에 \$2,000).

이 금액은 본인 부담 약품 비용에 대한 월 납부액일 뿐이라는 점을 기억하십시오. 귀하는 여전히 매월 건강 또는 약품 플랜의 보험료(있는 경우)를 납부해야 합니다.

### 예시 1: 약품 비용이 높은 1월부터 해당 연도 초에 참여를 시작하십시오

월	귀하의 약품 비용 (이 지불 옵션이 없는 경우)	귀하의 월 지불액 (이 지불 옵션이 있는 경우)	주
1월	\$500	\$166.67	귀하가 이 지불 옵션에 참여하기 시작한 시점이 바로 이때입니다. 귀하의 첫 번째 달 청구서는 '최대 결제 가능 금액'을 바탕으로 계산된다는 점을 기억하십시오. 저희는 귀하의 해당 연도 중 나머지 달들의 청구서는 다르게 계산합니다.
2월	\$500	\$75.76	
3월	\$500	\$125.76	
4월	\$500	\$181.31	이번 달에 귀하는 연간 본인 부담금 한도(2025년에 \$2,000)에 도달했습니다. 귀하는 해당 연도 남은 기간 동안 새로운 본인 부담 약품 비용이 발생하지 않습니다.
5월	\$0.00	\$181.31 *	*귀하는 매월 \$500의 약품은 계속 받게 되지만, 연간 본인 부담금 한도에 도달했으므로 남은 연도 동안 새로운 본인 부담금은 추가되지 않을 것입니다. 귀하는 이미 지불해야 할 금액을 계속 지불하게 됩니다.
6월	\$0.00	\$181.31 *	
7월	\$0.00	\$181.31 *	
8월	\$0.00	\$181.31 *	
9월	\$0.00	\$181.31 *	
10월	\$0.00	\$181.31 *	
11월	\$0.00	\$181.31 *	
12월	\$0.00	\$181.31 *	
합계	\$2,000.00	\$2,000.00	비록 귀하가 이 지불 옵션을 사용하지 않더라도 해당 연도 총 지불 금액은 동일합니다.

귀하가 1월부터 4월까지 매달 \$500를 납부하는 것이 걱정되는 경우, 이 지불 옵션을 사용하면 비용을 관리하는 데 도움이 됩니다. 귀하가 4개월 동안 매월 \$500를 납부하고 나머지 기간에는 \$0를 납부하는 것을 선호하는 경우, 이 지불 옵션은 적합하지 않을 수 있습니다. 개인 맞춤형 도움을 받으려면 귀하의 건강 또는 약품 플랜에 연락하십시오.

**예시 2:**

귀하는 매월 총 본인 부담금이 \$80 인 여러 가지 약품을 복용하고 있습니다.

2025 년 1 월, 귀하는 Medicare 약품 플랜 또는 약품 보장이 포함된 Medicare 건강 플랜을 통해 Medicare 처방약 지불 플랜에 가입합니다.

저희는 귀하의 Medicare 처방약 지불 플랜의 첫 번째 달 청구서를 해당 연도의 나머지 달들의 청구서와 다르게 계산합니다.

- 먼저, 저희는 귀하의 첫번째 달의 '최대 지불 가능 금액'을 파악합니다:

$$\begin{array}{r}
 \$2,000 \text{ [연간 본인 부담금 한도]} \\
 - \$0 \text{ [이 지불 옵션을 사용하기 전에는 본인 부담금이 없음]} \\
 = \$2,000 \\
 \hline
 12 \text{ [해당 연도 잔여 개월 수]} \text{에 대해} \\
 \hline
 \end{array}
 \qquad
 \begin{array}{r}
 = \$166.67 \text{ [귀하의 "최대} \\
 \text{지불 가능 금액"} \\
 \text{첫 번째 달]}
 \end{array}$$

- 그런 다음, 저희는 1 월에 귀하가 지불할 금액을 계산합니다:

- 귀하의 1 월의 총 본인 부담금(\$80)과 저희가 방금 계산한 '최대 지불 가능 금액'을 비교해 보십시오: \$166.67.
- 귀하의 플랜에서는 두 금액 중 적은 금액이 귀하에게 청구됩니다. 따라서, 귀하는 1 월 한 달 동안 \$80 를 지불하게 됩니다.
- 귀하는 \$0 의 잔여 금액이 남았습니다.

저희는 2 월과 연도에 남은 나머지 달들의 경우, 저희는 지불 금액을 다르게 계산합니다:

$$\begin{array}{r}
 \$0 \text{ [잔여 금액]} + \$80 \text{ [새 비용]} = \$80 \\
 \hline
 \end{array}
 \qquad
 = \$7.27 \text{ [귀하의 2 월 납부} \\
 \text{금액]}$$

11 [해당 연도 잔여 개월 수]

저희는 2 월과 마찬가지로 귀하의 3 월 납부액을 계산해 드립니다:

$$\begin{array}{r}
 \$72.73 \text{ [잔여 금액]} + \$80 \text{ [새 비용]} = \$152.73 \\
 \hline
 \end{array}
 \qquad
 = \$15.27 \text{ [귀하의 3 월} \\
 \text{납부 금액]}$$

10 [해당 연도 잔여 개월 수]

비록 귀하가 매월 납부하는 금액은 달라지지만, 해당 연도 말까지 귀하는 다음 금액 이상을 지불하는 일은 없을 것입니다:

- 귀하가 본인 부담으로 지불했을 총 금액.
- 연간 총 본인 부담금 한도(2025 년에 \$2,000).

이 금액은 본인 부담 약품 비용에 대한 월 납부액일 뿐이라는 점을 기억하십시오. 귀하는 여전히 매월 건강 또는 약품 플랜의 보험료(있는 경우)를 납부해야 합니다.

## 예시 2: 일 년 내내 일관된 비용으로 1월에 참여를 시작하십시오.

월	귀하의 약품 비용 (이 지불 옵션이 없는 경우)	귀하의 월 지불액 (이 지불 옵션이 있는 경우)	주
1 월	\$80.00	\$80.00	귀하가 이 지불 옵션을 사용하기 시작한 시점입니다. 귀하의 첫 번째 달 청구서는 "최대 지불 가능 금액"을 바탕으로 계산된다는 점을 기억하십시오. 저희는 귀하의 해당 연도 중 나머지 달들의 청구서는 다르게 계산합니다.
2 월	\$80.00	\$7.27	
3 월	\$80.00	\$15.27	
4 월	\$80.00	\$24.16	
5 월	\$80.00	\$34.16	
6 월	\$80.00	\$45.59	
7 월	\$80.00	\$58.93	
8 월	\$80.00	\$74.92	
9 월	\$80.00	\$94.93	
10 월	\$80.00	\$121.59	
11 월	\$80.00	\$161.59	
12 월	\$80.00	\$241.59	
합계	\$960.00	\$960.00	비록 귀하가 이 지불 옵션을 사용하지 않더라도 해당 연도 총 지불 금액은 동일합니다.

귀하의 특정 상황에 따라, 귀하는 9월부터 시작되는 높은 지불 금액으로 인해 이 지불 옵션을 사용하는 것이 이득이 되지 않을 수도 있습니다. 개인 맞춤형 도움을 받으려면 귀하의 건강 또는 약품 플랜에 연락하십시오.

**예시 3:**

귀하는 정기적으로 사용하는 처방약에 대해 매월 \$4의 본인 부담금을 지불합니다. 2025년 4월에는, 귀하가 \$613의 비용이 드는 새로운 일회성 처방약이 필요하므로 귀하의 4월 총 본인 부담금은 \$617입니다. 같은 달에 처방약을 조제하기 전에, 귀하는 Medicare 약품 플랜 또는 약품 보장이 적용되는 Medicare 건강 플랜을 통해 Medicare 처방약 지불 플랜에 참여하기로 결정합니다.

저희는 귀하의 Medicare 처방약 지불 플랜의 첫 번째 달 청구서를 해당 연도의 나머지 달들의 청구서와 다르게 계산합니다.

- 먼저, 저희는 귀하의 첫 번째 달의 '최대 지불 가능 금액'을 파악합니다:

$$\begin{array}{r}
 \$2,000 \text{ [연간 본인 부담금 한도]} \\
 - \$12 \text{ [이 지불 옵션을 사용하기 전 귀하의 본인 부담금]} \\
 = \$1,988 \\
 \hline
 9 \text{ [해당 연도 잔여 개월 수]} \text{에 대해} \\
 \end{array}
 \qquad
 \begin{array}{r}
 = \$220.89 \text{ [귀하의 "최대} \\
 \text{지불 가능 금액"} \\
 \text{첫 번째 달]}
 \end{array}$$

- 그런 다음, 저희는 4월에 귀하가 지불할 금액을 계산합니다:

- 귀하의 4월의 총 본인 부담금(\$617)과 저희가 방금 계산한 "최대 지불 가능 금액"을 비교해 보십시오: \$220.89.
- 귀하의 플랜에서는 두 금액 중 적은 금액이 귀하에게 청구됩니다. 따라서, 귀하는 4월 한 달 동안 \$220.89를 지불하게 됩니다.
- 귀하는 \$\$396.11(\$617 - \$220.89)의 잔여 금액이 남았습니다.

저희는 5월과 연도에 남은 나머지 달들의 경우, 저희는 지불 금액을 다르게 계산합니다:

$$\begin{array}{r}
 \$396.11 \text{ [잔여 금액]} + \$4 \text{ [새 비용]} = \$400.11 \\
 \hline
 8 \text{ [해당 연도 잔여 개월 수]} \\
 \end{array}
 \qquad
 \begin{array}{r}
 = \$50.01 \text{ [귀하의 5월 납부} \\
 \text{금액]}
 \end{array}$$

귀하의 납부 금액은 연중 변동될 수 있습니다. 이는 귀하가 연중 약품 비용을 추가하지만 귀하가 지불할 금액을 분산해서 지불할 수 있는 개월 수가 더 적기 때문입니다.

**해당 연도 말까지, 귀하는 다음 금액 이상을 지불하는 일은 없을 것입니다:**

- 귀하가 본인 부담으로 지불했을 총 금액.
- 연간 총 본인 부담금 한도(2025년에 \$2,000).

이 금액은 본인 부담 약품 비용에 대한 월 납부액일 뿐이라는 점을 기억하십시오. 귀하는 여전히 매월 건강 또는 약품 플랜의 보험료(있는 경우)를 납부해야 합니다.

### 예시 3: 연중 다양한 비용으로 4월부터 참여를 시작하십시오

월	귀하의 약품 비용 (이 지불 옵션이 없는 경우)	귀하의 월 지불액 (이 지불 옵션이 있는 경우)	주
1 월	\$4.00	\$4.00*	*귀하는 Medicare 처방약 지불 플랜 참여를 시작하기 전에는 약국에 직접 지불했습니다.
2 월	\$4.00	\$4.00*	
3 월	\$4.00	\$4.00*	
4 월	\$617.00	\$220.89	귀하가 이 지불 옵션을 사용하기 시작한 시점입니다. 귀하의 첫 번째 달 청구서는 "최대 지불 가능 금액"을 바탕으로 계산된다는 점을 기억하십시오. 저희는 귀하의 해당 연도 중 나머지 달들의 청구서는 다르게 계산합니다.
5 월	\$4.00	\$50.01	
6 월	\$4.00	\$50.59	
7 월	\$124.00	\$71.25	이번 달에는, 귀하는 \$4 짜리 약품 외에 추가로 \$120 짜리 약품이 필요합니다. 저희가 5월에 사용한 것과 동일한 공식을 적용하면, 연중 약품 비용이 추가되기 때문에 귀하의 납부액이 증가하지만, 연중 납부액을 분산할 수 있는 개월 수가 줄어듭니다.
8 월	\$4.00	\$72.05	
9 월	\$4.00	\$73.05	
10 월	\$124.00	\$114.39	이번 달에는, 귀하는 \$4 짜리 약품 외에 추가로 \$120 짜리 약품이 필요합니다. 저희가 5월에 사용한 것과 동일한 공식을 적용하면, 연중 약품 비용이 추가되기 때문에 귀하의 납부액이 증가하지만, 연중 납부액을 분산할 수 있는 개월 수가 줄어듭니다.
11 월	\$4.00	\$116.39	
12 월	\$4.00	\$120.38	
합계	\$901.00	\$901.00	비록 귀하가 이 지불 옵션을 사용하지 않더라도 해당 연도 총 지불 금액은 동일합니다.

귀하가 4월에 \$617를 납부하는 것이 걱정되는 경우, 이 지불 옵션을 사용하면 연중 다양한 월별 납부에 비용을 분산할 수 있습니다. 귀하가 해당 연도 말에 더 많은 금액을 납부하는 것이 걱정되는 경우, 이 지불 옵션은 귀하에게 적합하지 않을 수 있습니다. 개인 맞춤형 도움을 받으려면 귀하의 건강 또는 약품 플랜에 연락하십시오.



## Medicare

귀하는 대형 활자, 점자 또는 오디오와 같은 접근 가능한 형식으로 Medicare 정보를 받을 권리가 있습니다. 귀하는 또한 차별을 받았다고 생각하는 경우 불만을 제기할 권리가 있습니다. 자세한 정보는 [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice) 를 방문하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 문의하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하실 수 있습니다.

이 제품은 미국 납세자의 비용으로 만들어졌습니다.