



## 파트 D 처방 보험이 거부 되었을 경우

메디케어 처방약 플랜에 대한 많은 의문과 문제점들에 대해, 다음과 같은 조치를 취할 수 있습니다:

- 보장 결정
- 예외
- 항소
- 불만 /고충 신고

불만/고충 신고는 아래에 설명할 항소와는 다른 것임에 주의해 주세요. 불만은 파트 D 플랜이 보장이나 지불에 관여 되지 않는 경우에 해당합니다.

### 보장 결정

약사가 귀하가 보장될 것이라고 생각한 처방약이 메디케어 처방약 플랜에 의해 보장이 안된다고 하거나, 보장은 되지만 귀하가 생각하는 것보다 더 높은 가격일 때, 다음의 조치를 취할 권리가 있습니다:

- 귀하의 보험측에 "보장 결정" 이라고 불리우는 결정에 대해 요청을 하세요. 보험이 아래와 같은 경우 이를 요청하세요:
  - 처방약에 대해 먼저 승인을 받아야 한다.

- 먼저 처방된 약에 대해 지불을 받기 전에 다른 약을 써 보아야 한다.
- 처방약의 양에 대해 제한이 있다.
- 귀하 또는 귀하의 의사가 위의 내용에 동의하지 않는다.

- 처방약에 대해 먼저 지불하고 보장 결정에 요청하여 나중에 그 지불액에 대한 보장을 요청합니다.

본인, 의사, 가족, 또는 다른 대리인이 필요한 처방약 보장을 보험측에 요청할 수 있습니다. 이러한 요청은 전화나 서면으로 할 수 있습니다. 요청이 접수되면, 보험은, 요청의 종류에 따라 72시간 또는 24시간내로 결정을 통보하게 됩니다:

**일반 요청:** 보장 또는 지불 상황에 대해 일반 요청서를 제출한 경우, 보험측은 72시간 내로 통보를 하게 됩니다.

**신속 요청:**보장에 대해 "신속 요청서"를 제출한 경우, 보험측은 24시간 내로 통보를 하게 됩니다. 이러한 요청은 의사가 일반 요청으로 기다리는 동안 생명이나 건강이 위협을 받는다고 할 경우 신속하게 이루어질 수 있습니다. 그러나 의사의 그러한 견해 없이도 귀하가 신속한 처리를

의료 보험 상담 및 지원 프로그램(Health Insurance Counseling and Advocacy Program) 연락처 1-800-434-0222

03-18-08 © California Health Advocates: [cahealthadvocates.org](http://cahealthadvocates.org)

본 개황보고서의 번역은 메디케어와 메디케이드 서비스 센터 기금을 통한 자금 지원을 받아 캘리포니아 노인복지부(California Department of Aging; CDA), 의료보험 상담 및 지원프로그램(Health Insurance Counseling and Advocacy Program) 및 연방 메디케어국(Federal Medicare Agency)에서 제공합니다.

요청하면 보험측의 재량에 따라 신속하게 이루어질 수도 있습니다.

보험측은 24시간내로 결정을 전화로 먼저 통보합니다. 전화로 통보한 후 3일 이내로 신속 보장 결정을 서면으로 우편 배달하여야 합니다.

보험측이 이 기간내에 신속 보장 결정에 대한 결과를 서면으로 통보하지 않으면, 보험측은 신속 보장 결정을 독립 검토 기관(IRE)에 보내야 합니다. 이는 다음에 설명하게 될 항소 절차의 단계 2에서 논의하게 될 것입니다.

## 예외

“예외”는 보장 결정의 한 종류입니다. 보장 결정에 대한 이러한 요청에는 의사가 제출한, 보장이 필요하다고 인정하는 서류를 포함하여야 합니다. 이 요청에는 왜 처방약이 필요한지에 대한 해명이 있어야 합니다.

다음의 경우에 예외를 요청할 수 있습니다:

- 복용하고 있던 약이 처방집에서 삭제된 경우;
- 처방집에 없는 상표약이 처방되고 치료에 필요한 경우;
- 복용하고 있는 약의 본인 부담금이 변경되었고 변경된 금액을 지불할 수 없는 경우;
- 비선호 약품을 선호 약품 가격으로 보장해 주기를 요청하는 경우.

통상적으로 예외 요청은 다음의 경우에 수락이 됩니다: 1) 보험측이 그러한 약이 “치료에 필요하다고” 결정하는 경우, 그리고 2) 다음 세가지 경우 중 약을 처방하는 의사가 적어도 하나를 결정하는 경우:

- 처방집에 있는 어떠한 약이라도 처방집에 없는 약보다 효과적이지 못한 경우
- 다른 약이 부작용이 있는 경우
- 환자의 병을 치료하는데 보험측이 선호하는 약이 처방된 약보다 효과적이지 않거나 부작용이 있는 경우

*주의: 메디케어 처방약 플랜은 특정약에 대해 다른 본인 부담금을 적용 위한 단계별 등급이 있습니다. 보험측의 선호약 목록에 있는 비특허 약품은, 더 높은 등급의, 더 높은 본인 부담금을 가지는 비 선호 약품 목록에 있는 약품보다 저렴한 본인 부담금을 뜻합니다.*

예외가 수락되면, 일년 동안 (의사가 그 약을 처방하는 한) 유지됩니다. 연말에 같은 메디케어 처방약 플랜에 대해 갱신을 하더라도 다음 해를 위한 예외 요청은 다시 제출해야 합니다 .

처방약 플랜이 보장을 거부한다면, 그 보험은, 72시간 이내에 서면으로, 귀하에게(그리고 의사가 그러한 예외 요청을 하였다면 의사에게도) 이를 통보하여야 합니다. 그 통지서는 왜 보장이 거부되었는지와 항소 절차에 대해 설명을 하여야 합니다.

의료 보험 상담 및 지원 프로그램(Health Insurance Counseling and Advocacy Program) 연락처 1-800-434-0222

03-18-08 © California Health Advocates: [cahealthadvocates.org](http://cahealthadvocates.org)

*본 개황보고서의 번역은 메디케어와 메디케이드 서비스 센터 기금을 통한 자금 지원을 받아 캘리포니아 노인복지부(California Department of Aging; CDA), 의료보험 상담 및 지원프로그램(Health Insurance Counseling and Advocacy Program) 및 연방 메디케어국(Federal Medicare Agency)에서 제공합니다.*

## 항소

만일 보험측이 귀하에게 불리한 쪽으로 보장 결정이나 예외가 주어진다면, 그 결정에 항소할 수 있습니다. 메디케어 처방약 플랜에 가입할 때, 메디케어는 플랜에 대한 항소 절차를 송부합니다. 잘 보관하셔서 필요할 때 쓰도록 하십시오. 이 정보를 받으시려면 처방약 플랜측에 전화하셔서 받으실 수 있습니다.

다음에는 다섯 단계의 항소 절차를 설명합니다.

### 단계 1: 플랜에 의한 재결정

항소 절차의 첫 번째 단계는 처방약 플랜을 통하는 것입니다. 보장 결정이 난 날로부터 60일 이내에(귀하가 정당한 사유를 제시하면 이 기간은 연장 될 수 도 있습니다) 항소를 요청하여야 합니다. 본인이나, 본인이 지정한 대리인 또는 의사가, 보험측에서 전화 요청을 수락하지 않는 한, 서면으로 요청서를 제출해야 합니다.

그러한 요청은, 의사가 일반 요청에 대한 결과를 기다리는 동안, 귀하의 건강과 생명에 위협이 있다고 하거나, 보험 측에서 재량으로 신속하게 처리될 수 도 있습니다. 요청이 접수되면 보험측은 7일(일반 요청) 또는 72시간 (신속 요청)내로 결과를 통보해야 합니다.

### 단계 2: 독립 검토 기관 (IRE)에 의한 재검토

재결정 이후에 그 결과가 만족스럽지 못하면, 독립 검토 기관에 (IRE)에 다시 한 번 검토를

요청할 수 있습니다. 결정이 난 날로부터 60일 이내에 일반 또는 신속 요청을 제출하여야 합니다. 그러한 요청은, 의사가 일반 요청에 대한 결과를 기다리는 동안, 귀하의 건강과 생명에 위협이 있다고 하거나, IRE 측에서 재량으로 신속하게 처리될 수 도 있습니다. 요청은 서면으로 작성되어 IRE로 직접 발송하여야 합니다.

요청이 접수되면 IRE는 7일(일반 요청) 또는 72시간 (신속 요청)내로 결과를 통보해야 합니다. IRE는 귀하의 의사에게 이러한 항소에 대한 소견을 물어 볼 수 있으며, 재결정 서류에 서면으로 작성한 의사의 소견을 포함하여야 합니다.

캘리포니아에 있는 IRE 는 맥시머스 CHDR (의료 분쟁 해결 센터) 라고 불리우며 더 상세한 정보는 웹사이트 [medicarepartdappeals.com](http://medicarepartdappeals.com)에 있습니다.

### 단계 3: 행정법 판사와의 청문회 (ALJ)

재검토의 결정에 만족하지 않는 경우, 연방 보건 복지부에 있는 ALJ 에 청문회를 요청할 수 있습니다. 반드시 IRE 결정이 난 날로부터 60일 이내에 청문회를 요청하여야 합니다.

반드시 IRE 재검토 통지서에 명시된 기관에 요청을 제출하여야 합니다. ALJ 청문회를 받기 위해서는, 거부된 보장액의 추정액이 최소한의 금액이 되어야 합니다.(최소금액을 맞추기 위해 보장 금액을 합칠수도 있습니다.) 2008년에는, 최소금액이 \$120 (이 금액은 통상적으로 매년

의료 보험 상담 및 지원 프로그램(Health Insurance Counseling and Advocacy Program) 연락처 1-800-434-0222

03-18-08 © California Health Advocates: [cahealthadvocates.org](http://cahealthadvocates.org)

본 개황보고서의 번역은 메디케어와 메디케이드 서비스 센터 기금을 통한 자금 지원을 받아 캘리포니아 노인복지부(California Department of Aging; CDA), 의료보험 상담 및 지원프로그램(Health Insurance Counseling and Advocacy Program) 및 연방 메디케어국(Federal Medicare Agency)에서 제공합니다.

인상되고 있습니다)입니다. IRE의 결정은 이러한 금액을 포함하고 있어야 합니다.

요청이 접수되면, ALJ는 통상 90일 이내로 결정을 하게 되는데, 이 기간은, 새로운 증거 제출, 또는 본인에 의한 직접 청문회 요청등을 포함한 몇몇 가지의 이유로 연장될 수 있습니다. 청문회는 보통, 전화나 비디오 회의를 통해 이루어집니다.

최소 금액을 맞추는 방법으로는:

- 쟁점이 되고 있는 처방약에 대한 일년간의 비용을 추정한다
- 항소를 두 건 이상 합친다.
- 모두 같은 약을 복용하고 있다면 몇몇 다른 사람(같은 처방약)의 항소를 두 건 이상 합칠 수 있다.

#### 단계 4: 메디케어 항소 심의회(MAC)에 의한 검토

ALJ의 결정에 만족하지 못하는 경우라면, MAC에 검토 신청을 할 수 있습니다. ALJ 결정에 대한 통지를 받은 날로부터 60일 이내에 MAC에 서면으로 요청하여야 합니다. 요청이 접수되면, MAC는 통상 90일 이내로 결정을 하게 됩니다. 보통, 이 항소의 단계에서는 청문회는 없습니다.

#### 단계 5: 연방 법원에 의한 검토

그래도 결과가 만족스럽지 못하면, 연방 법원에 검토를 요청할 수 있습니다. MAC 결정에 대한 통지를 받은 날로부터 60일 이내에 서면으로 요청하여야 합니다.

반드시 MAC 결정 통지서에 명시된 기관에 요청을 제출하여야 합니다. 연방 법원의 검토를 받기 위해서는, 거부된 보장액의 추정액이 최소한의 금액이 되어야 합니다 (예를 들어, 2008년에는, \$1,180). MAC의 결정은 이러한 금액을 포함하고 있어야 합니다

**주의: 행정법 판사에게 항소하고, 메디케어 항소권 또는 연방 법원에 항소하기 이전에 먼저 법적인 도움을 전문가로부터 받아야 합니다.**

### 불만/고충

보장액 또는 지불 금액과 관련이 없는 문제로 메디케어 처방약 플랜에 대해 불만이 있으면, 불만(또는 “고충”이라고도 함)을 신고할 권리가 있습니다.

불만이 발생한 일로부터 60일 이내에 불만을 접수하여야 합니다. 불만은 처방약 플랜을 관리하고 처리하며 그러한 일을 하는데 있어서 태도등에 관한 것일 수 있습니다. 귀하가 불만을 신고할 수 있는 사유에 대한 예로서:

- 처방을 받는데 오래 걸렸다
- 정해진 기간에 보험측에서 결정을 내리지 않았다
- 보험의 고객 서비스 시간이 바뀌어야 한다고 생각한다
- 귀하가 사용하는 언어로 고객 서비스 직원과 의사 소통을 할 수 없었다

의료 보험 상담 및 지원 프로그램(Health Insurance Counseling and Advocacy Program) 연락처 1-800-434-0222 03-18-08 © California Health Advocates: [cahealthadvocates.org](http://cahealthadvocates.org)

본 개황보고서의 번역은 메디케어와 메디케이드 서비스 센터 기금을 통한 자금 지원을 받아 캘리포니아 노인복지부(California Department of Aging; CDA), 의료보험 상담 및 지원프로그램(Health Insurance Counseling and Advocacy Program) 및 연방 메디케어국(Federal Medicare Agency)에서 제공합니다.

- 약국은 받아야 하는 금액 보다 더 많이 청구하였다(이 경우, 최신 약 가격 확인을 위해 처방약 플랜에 전화를 하세요)

보험측이 불만을 처리하지 않으면, 1-800-메디케어 (또는 1-800-633-4227)로 전화하세요.

보험측은 불만/고충이 접수된 후, 30일 이내로 결정을 통보하여야 합니다. 이 기간은 요청에 따라 혹은 보험측이 기간 연장이 귀하에게 유리하다고 생각하는 경우 연장될 수 있습니다.

의료 보험의 질에 관한 고충은 서면으로 이루어져야 하고 서면 불만 신고에 대한 귀하의 권리에 대한 설명을 포함해야 합니다.

의료 보험의 질에 대한 불만은 캘리포니아에 있는 보험질 향상을 위한 기관(QIQ)인 Lumetra에 접수를 할 수 있는데, 전화 번호는 1-800-841-1602, 또는 1-800- 881-5980 (청각 장애자를 위한 전화 TDD)이고 웹사이트는 [lumetra.com](http://lumetra.com) 입니다.

###

의료 보험 문의 상담 기관 프로그램 (HICAP) 은 메디케어와 그와 관련한 문제에 대해 무료로 상담해 드리고 있습니다. **1-800-434-0222** 로 전화하셔서 문의하시거나 가까운 HICAP 사무소에 예약을 하시기 바랍니다. 가까운 HICAP를 찾으시려면 저희 웹사이트 [cahealthadvocates.org](http://cahealthadvocates.org)를 방문해 주세요.

의료 보험 상담 및 지원 프로그램(Health Insurance Counseling and Advocacy Program) 연락처 1-800-434-0222 03-18-08 © California Health Advocates: [cahealthadvocates.org](http://cahealthadvocates.org)

*본 개황보고서의 번역은 메디케어와 메디케이드 서비스 센터 기금을 통한 자금 지원을 받아 캘리포니아 노인복지부(California Department of Aging; CDA), 의료보험 상담 및 지원프로그램(Health Insurance Counseling and Advocacy Program) 및 연방 메디케어국(Federal Medicare Agency)에서 제공합니다.*