

# 메디케어 및 메디케이드 서비스 센터 (CENTER FOR MEDICARE AND MEDICAID SERVICES)



## 메디케어 처방약 보험혜택 적용: 불만처리, 보험혜택적용 결정, 항소제기 방법

메디케어는 처방약보험 플랜을 통해서 처방약보험 혜택을 제공해드립니다. 이보험혜택이 적용되는 메디케어 플랜에는 두가지종류가 있습니다. 하나는 메디케어 어디벤티지 및 기타 해당되는 다른플랜이 제공되는 경우이며, 이런 플랜은 메디케어 의료보험혜택은 물론 처방약혜택 까지 적용 포함됩니다. 또한 가지 방법은 메디케어 기존플랜및 기타 다른플랜에 있으며 처방약보험 혜택 만큼 따로 받을수 있는 방법이 있습니다.

메디케어 처방약플랜은 일반 (generic) 처방약 과 브랜드 (brand-name) 처방약이 제공됩니다. 각기 다른 범주에 속하는 처방약이 어떻게 적용 되는지에 대한 규정을 하고 있습니다. 이는 각기 다른 의료상태에 있는 사람들의 필요에 따라 적절히 치료받을수 있도록 하기 위한것입니다.

대부분의 플랜에는처방집 (formulary), 즉 플랜 혜택 적용에 포함되는 처방약들의 목록이 있습니다. 이처방약목록은 항상 메디케어의 요구조건을 충족해야하나, 플랜에 새로운 정보가 추가되면 변경될수도 있습니다. 이목록에서 여러분이 사용중인 어떤 처방약이 삭제되거나 처방약 가격이 변경될 경우, 플랜에서는 최소한 60일전에 이러한 사실을 귀하께 통지해 드려야 합니다.



## 플랜에 대해 불만사항이 있으면?

메디케어 처방약 플랜과 관련, 처방약보험 플랜 혜택 적용과 무관한 불만사항, 또는 처방약구입비 지불과에 대한 불만사항이 있으면 (불만처리: grievance) 제기서류를 제출하실 권리가 있습니다. 불만처리 요청서는 불만사건의 발생일로부터 60일 이내에 제출하셔야 합니다. 불만처리 요청서를 제출하게 되는 경우의 예로는 다음과 같은 것들이 있습니다.

- 플랜의 고객 서비스 운영 시간이 변경되어야 한다고 판단되는 경우
  - 처방을 너무 오래 기다려야 하는 경우
  - 약국이 청구하는 처방약비용 지불금액이 생각보다 높을 경우\*
  - 요청하지 않았음에도 불구하고 플랜 제공회사가 처방약플랜과는 무관한 자료를 송부할 경우
  - 플랜상 소정 기한 내에 플랜 혜택적용 결정 또는 1단계 탄원사항에 대해 결정을 내리지 않는 경우
  - 귀하의 신속처리 요구를 거절당하거나 또는 플랜에서 1단계 탄원사항 결정에 동의하지 않을 경우
  - 플랜이 소정 기한 내에 혜택적용 결정 또는 1단계 탄원사항에 대해 결정을 내리지 않고 해당 문제를 독립심의회관 (Independent Review Entity: IRE) 에 넘겼을 경우
  - 귀하의 플랜이 필수 통지사항을 알려 주지 않았을 경우
  - 플랜의 통지서가 메디케어 규정에 어긋날 경우
- \* 청구 받은 처방약 비용이 과다하다고 판단될 경우, 플랜 제공회사에 연락하여 가장 최근에 책정된 가격을 알아 보십시오. 플랜 제공회사가 귀하의 불만사항에 대해 아무런 조치를 취하지 않을 경우에는 1-800-MEDI-CARE (1-800-733-4227) 에 연락하십시오. 청각장애자는 (TTY) 1-800-877-2048 로 연락하시면 됩니다.



## 가입플랜이 귀하가 필요로 하는 처방약이 포함되지 않을 경우에는?

약사가 귀하가 가입한 처방약플랜이 필요로 하는 처방약이 포함되어 있지 않다고 말하거나, 합당하다고 생각하는 금액보다 높은 금액의 처방약비용을 지불해야 플랜 혜택 적용을 받을 수 있다고 말할 경우, 다음과 같은 조치를 취하실 권리가 있습니다.

- 플랜에 “보험혜택적용 결정” 이라고 하는 판정을 요청, 또는
- 처방약비용을 지불하고 플랜 제공회사에 플랜 보험혜택 적용 결정을 요청하여 환불요청, 또는
- 플랜이 처방약 비용 지불전에 다른 처방약 사용을 요구하거나, 처방약의 양 또는 복용량이 제한될 경우 그 제한사항에 동의하지 않을 때 플랜 보험혜택 적용 결정의 판정을 요청

귀하나, 주치의, 또는 귀하께서 지명한 대리인은 플랜에 전화나 서면으로 플랜 보험적용에 필요로 하는 처방약을 포함시킬 것을 요청할 수 있습니다.

참고: 플랜 혜택적용 결정의 판정을 요청하거나 이의를 제기하실 때 가족 또는 주치의 등을 대리인으로 지명하여 도움을 받으실 수 있습니다. 플랜에 전화하시어 대리인 지명방법을 알아보십시오.

플랜에서는 요청서 접수 시점으로 부터 72시간 (플랜 혜택적용 표준 처리시한에 의한 결정 요구시 또는 처방약 구입비용 환불요청의 경우) 또는 24시간 (플랜 혜택 적용 신속처리 요구시) 이내에 결정사항을 통지해야 합니다. 플랜이 사안의 성격상 신속처리 되어야 하거나, 주치의가 귀하의 요청을 표준 처리시한에 결정이 지연됨으로써 귀하의 생명또는 건강에 심각한 지장이 초래될 것임을 말할 경우, 요청은 신속처리 절차로 처리 될 것입니다.

참고: 플랜 혜택적용 결정 중 일부 (“예외과정”) 와 관련, 주치의의 해당 처방약에 대한 처방 사유서 제출을 요구 하는 경우가 있습니다. 플랜 혜택적용 상에 기재되지않는 처방약을 플랜으로 부터 적용하여 주도록 요청하거나, 비우선약 (non-preferred drug)을 우선약 (preferred drug)값으로 플랜에 포함시켜 주도록 요청하는 경우에 이런 처방약 사유서를 제출해야 할 경우등을 말합니다.

플랜에 연락하시어 요청사유가 필요한지를 알아보시기 바랍니다. 이경우에는 플랜에 요청사유서가 접수되는 시점부터 요청사항에 대한 결정기간이 시작됩니다.



## 항소제기 방법

플랜의 결정이 귀하에게 불리할 경우, 항소이의를 제기하실 수 있습니다. 항소 제기 이의 요건으로는 다음과 같이 5가지가 있습니다.

**1. 플랜상의 항소제기 ( “재결정” 이라함).** 플랜 보험적용 결정일로부터 60일 이내에 항소를 제기하셔야 합니다. 플랜이 전화로 항소제기를 접수받지 않는 경우, 귀하 또는 귀하의 대리인이 표준 항소이의 사항 처리 요청서를 서면으로 제출해야 합니다. 귀하나 귀하대리인 또는 주치의사가 플랜에 전화 또는 서면으로 항소사항 신속처리를 요청할 수 있습니다. 플랜이 규정상 신속처리 하거나, 주치의가 귀하의 요청을 심의함에 표준처리 시한을 넘기거나 결정이 지연됨으로써 귀하의 생명또는 건강에 심각한 지장이 초래될 것임을 말할 경우, 항소이의신청은 신속처리 심의로 될것입니다.

플랜 항소 제기 주소는 플랜 관련 자료에 기재되어 있습니다. 플랜에서는 항소사항 처리 요청서 수령 시점으로 부터 7일 (1차 플랜 보험적용 결정 요청서 또는 처방비용 환불 요청서의 경우) 또는 72시간 (플랜 보험적용 신속결정 요청서의 경우) 이내에 결정사항을 통지해야 합니다.

**2. 독립심의기관의 검토 ( “재고” 라 함, reconsideration)** 플랜이 귀하에게 불리한 결정을 내릴 경우, 독립심의기관 (Independent Review Entity: IRE) 에 재의를 요청할수 있습니다. 귀하 또는 귀하의 대리인은 결정일로부터 60일 내에 표준처리 시한에 따른 결정 또는 신속 결정을 서면으로 IRE 에 요청하셔야 합니다. IRE 규정상 신속처리 하거나, 주치의가 귀하의 요청을 심의함에 표준처리 시한을 넘기거나 결정이 지연됨으로써 귀하의 생명 또는 건강에 심각한 지장이 초래될 것임을 말할 경우, 항소신청은 신속처리 심의로 될것입니다.

IRE는 검토 요청서 제출 시점으로 부터 7일 (1차 플랜 보험적용 결정 요청서 또는 처방비용 환불 요청서의 경우) 또는 72시간 (플랜 보험적용 신속결정 요청서의 경우) 이내에 결정사항을 통지해야 합니다.



## 항소제기 방법 (계속)

**3. 행정법 판사의 청문회**, IRE가 플랜의 결정에 동의할 경우, 귀하 또는 귀하의 대리인은 행정법 판사 (Administrative Law Judge: ALJ) 와의 청문회를 요청하실 수 있습니다. 청문회 요청은 서면으로 제출해야 하며, 청문회 요청서 제출기간은 IRE 결정 통지일로부터 60 이내입니다. 또한 청문회 요청서 접수처는 IRE의 재고 통지서에 명시된 기관에 하셔야 합니다. 행정법 판사와의 청문회 요청을 수락받기 위해서는, 기각된 플랜 혜택 적용 결정 요청이 갖는 추정가치가 소정의 한도액 이상이어야 합니다. (여러가지 청구 내용을 병합하여 최소 한도액을 맞추실 수도 있습니다.) IRE의 결정사항은 이 한도액이 반영될 것입니다.

**4. 메디케어 항소심사 위원회의 (Medicare Appeals Council: MAC)의 검토**. 행정법 판사가 플랜 결정에 동의할 경우, 귀하 또는 귀하의 대리인은 메디케어 항소심사 위원회의 검토를 요청하실 수 있습니다. 검토 요청은 서면으로 제출하여야 하며, 검토 요청서 제출기한은 행정법 판사의 결정 통지일로부터 60일 이내입니다.

**5. 연방법원의 검토, (Federal Court)**. 메디케어 항소심사위원회 (MAC)가 플랜의 결정에 동의할 경우, 귀하 또는 귀하의 대리인은 연방법원의 검토를 요청하실 수 있습니다. 검토 요청은 서면으로 제출하여야 하며, 검토 요청서 제출기한은 메디케어 항소심사 위원회의 결정 통지일로부터 60일 이내입니다. 또한 요청서 접수처는 항소심사위원회의 결정 통지서에 명시된 기관에 하셔야 합니다. 연방법원의 검토를 받기 위해서는, 기각된 플랜 혜택 적용 결정 요청이 갖는 추정가치가 소정의 한도액 이상이어야 합니다. 메디케어 항소심사위원회의 결정사항에는 이 한도액이 반영될 것입니다.

**참고:** 메디케어 처방약 플랜 가입시, 플랜에서는 플랜항소 이의처리 절차에 대한 정보를 제공해드립니다. 이 정보를 숙지하시고 필요할때에 언제든지 찾으실 수 있는 곳에 보관해 두십시오. 문의사항이 있으시면 플랜으로 전화 문의하십시오.



## 보다 상세한 정보를 얻을수 있는 방법은?

- 메디케어처방약 플랜에 대한 상세정보를 원하실 경우에는 안내 책자 “메디케어와 당신 (Medicare & You)” 또는 웹사이트 [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) 를 참조하거나, 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 로 전화하십시오. 청각장애자는 (TTY) 1-877-486-2048로 연락하십시오.
- 귀하가 거주하는 지역의 주립 의료보험 지원 프로그램 (State Health Insurance Assistance Program: SHIP) 센터에 연락하시어 무료 개인상담을 받으십시오. (해당지역 SHIP 센터의 전화번호는 안내책자 “메디케어와 당신 (Medicare & You)” 뒷면에 기재되어 있습니다.
- 지역단체가 주최하는 메디케어 관련 행사에 참석하십시오. 이러한 행사에 대한 정보는 지역신문 또는 라디오 등 언론 매체를 통해서 얻을수 있습니다.



## 노트

Lined writing area with 22 horizontal blue lines.

CMS간행물 제 11112호  
2006 년 4월 개정판