

VillageCareMAX에서 제공하는 VillageCareMAX Medicare Health Advantage 플랜(HMO D-SNP)

2026년 연간 변경 통지

귀하는 VillageCareMAX Medicare Health Advantage 플랜의 가입자로 등록되어 있습니다.

이 자료는 내년 플랜의 비용과 혜택에 대한 변경 사항 안내입니다.

- 10월 15일부터 12월 7일까지 내년에 대한 Medicare 보장을 변경할 수 있습니다. 2025년 12월 7일까지 다른 플랜에 가입하지 않으신다면, VillageCareMAX Medicare Health Advantage 플랜 가입이 유지됩니다.
- 다른 플랜으로 변경하려면 www.Medicare.gov를 방문하거나 *Medicare & You 2026* 핸드북 뒷면의 목록을 검토하십시오.
- 이는 변경 사항에 대한 요약일 뿐입니다. 비용, 혜택 및 규칙에 대한 자세한 내용은 *보장 내역서*에서 보실 수 있습니다. www.villagecaremax.org에서 사본을 받거나 가입자 서비스에 전화 1-855-296-8800번(TTY 사용자는 711)으로 연락하여 우편으로 사본을 받으십시오.

추가 리소스

- 이 자료는 알바니아어, 아랍어, 벵골어, 중국어, 프랑스어, 크리올어(프랑스), 그리스어, 이탈리아어, 한국어, 폴란드어, 러시아어, 스페인어, 크리올어(스페인), 타갈로그어, 우르두어 및 이디시어로 무료로 제공됩니다.
- 당사의 플랜은 언어 지원 서비스와 적절한 보조 지원 및 서비스를 무료로 제공합니다. 당사의 플랜은 영어와 해당 주 또는 플랜의 서비스 지역에 포함되는 주의 영어 구사 능력이 제한된 사람들이 가장 일반적으로 사용하는 최소 15개 언어로 통지를 제공해야 하며, 효과적인 의사소통을 보장하기 위해 보조 지원 장치 및 서비스가 필요한 장애인에게는 대체 형식으로 통지를 제공해야 합니다.
- 자세한 내용은 가입자 서비스에 전화 1-855-296-8800번(TTY 사용자는 711)으로 문의하십시오. 근무 시간은 주7일, 오전 8시부터 오후 8시까지입니다. 이 통화는 무료입니다.
- 이 정보는 큰 활자, 점자 또는 오디오로 제공됩니다.

VillageCareMAX Medicare Health Advantage 플랜 소개

- VillageCareMAX는 Medicare 및 뉴욕주 Medicaid와 계약을 맺은 보건 관리 기관 (Health Maintenance Organization, HMO) 플랜입니다. VillageCareMAX 가입은 계약 갱신에 따라 달라집니다. 이 플랜은 또한 Medicaid 혜택을 조정하기 위해 뉴욕주 Medicaid 프로그램과 서면 계약을 맺었습니다.
- 이 자료에 "당사", "당사를/에게", "당사의"라고 적혀 있으면, VillageCareMAX를 의미합니다. "플랜" 또는 "당사의 플랜"이라고 명시된 경우 VillageCareMAX Medicare Health Advantage 플랜을 의미합니다.
- **2025년 12월 7일까지 아무 조치도 취하지 않으면 자동으로** VillageCareMAX Medicare Health Advantage 플랜에 **가입됩니다**. 2026년 1월 1일부터 VillageCareMAX Medicare Health Advantage 플랜을 통해 의료 및 의약품 보장을 받게 됩니다. 플랜을 변경하는 방법과 변경 기한에 대한 자세한 내용은 섹션 3을 참조하십시오.

목차

2026년 주요 비용 요약.....	4
섹션 1 내년 혜택 및 비용 변경.....	7
섹션 1.1 월간 플랜 보험료 변경.....	7
섹션 1.2 최대 본인 부담 금액 변경	7
섹션 1.3 의료 서비스 제공자 네트워크 변경.....	8
섹션 1.4 약국 네트워크 변경	9
섹션 1.5 의료 서비스 혜택 및 비용 변경.....	9
섹션 1.6 Part D 의약품 보장 변경	14
섹션 1.7 전문의약품 혜택 및 비용 변경.....	14
섹션 2 행정적 변경 사항	18
섹션 3 플랜 변경 방법.....	19
섹션 3.1 플랜 변경 기한	20
섹션 3.2 연중 변경이 가능한 기타 시점.....	20
섹션 4 전문의약품 비용 지불 지원	21
섹션 5 문의 사항	22
VillageCareMAX Medicare Health Advantage 플랜 지원받기.....	22
Medicare 관련 무료 상담	23
Medicare 지원	23
Medicaid 지원.....	24

2026년 주요 비용 요약

	2025년 (올해)	2026년 (내년)
월 플랜 보험료* * 보험료는 이 금액보다 높을 수 있습니다. 자세한 내용은 섹션 1.1을 참조하십시오.	\$0	\$0
최대 본인 부담 금액 이는 Part A 및 Part B 보장 서비스에 대해 본인 부담 금액으로 지불하는 <u>최대 금액</u> 입니다. (자세한 내용은 섹션 1.2를 참조하십시오.)	\$9,350 Medicaid에 따라 Medicare 비용 분담 지원을 받을 자격이 있는 경우, Part A 및 Part B 보장 서비스에 대한 최대 본인 부담 금액에 해당하는 본인 부담 비용을 지불할 책임이 없습니다.	\$9,250 Medicaid에 따라 Medicare 비용 분담 지원을 받을 자격이 있는 경우, Part A 및 Part B 보장 서비스에 대한 최대 본인 부담 금액에 해당하는 본인 부담 비용을 지불할 책임이 없습니다.
1차 의료 진료실 방문	방문당 \$0 Medicaid에 따라 Medicare 비용 분담 지원을 받을 자격이 있는 경우, 방문당 \$0를 지불합니다.	방문당 \$0 Medicaid에 따라 Medicare 비용 분담 지원을 받을 자격이 있는 경우, 방문당 \$0를 지불합니다.
전문의 진료실 방문	방문당 \$0 Medicaid에 따라 Medicare 비용 분담 지원을 받을 자격이 있는 경우, 방문당 \$0를 지불합니다.	방문당 \$0 Medicaid에 따라 Medicare 비용 분담 지원을 받을 자격이 있는 경우, 방문당 \$0를 지불합니다.

	2025년 (올해)	2026년 (내년)
입원환자 병원 체류 급성 입원 환자, 입원 환자 재할, 장기 요양 병원 및 기타 유형의 입원 환자 병원 서비스를 포함합니다. 입원 환자 병원 치료는 의사의 지시에 따라 병원에 정식으로 입원한 날부터 시작됩니다. 퇴원 전날이 마지막 입원일입니다.	\$0 Medicaid에 따라 Medicare 비용 분담 지원을 받을 자격이 있는 경우, \$0를 지불합니다.	\$0 Medicaid에 따라 Medicare 비용 분담 지원을 받을 자격이 있는 경우, \$0를 지불합니다.
Part D 의약품 보장 본인 공제 금액 (자세한 내용은 섹션 1.7을 참조하십시오.)	\$590(보장되는 인슐린 제품과 대부분의 성인 Part D 백신 제외)	\$615(보장되는 인슐린 제품과 대부분의 성인 Part D 백신 제외)
Part D 의약품 보장 (연간 본인 공제 금액, 초기 보장 및 극단적 보장 단계를 포함한 자세한 내용은 섹션 1.6 및 1.7을 참조하십시오.)	초기 보장 단계의 공동 부담금/공동 보험금: 강화된 혜택이 적용되는 의약품에 대해 \$2의 공동 부담금을 부담해야 할 수 있습니다. 1등급 의약품: 공동 부담금 \$2 2등급 의약품: 공동 부담금 \$5	초기 보장 단계의 공동 부담금/공동 보험금: 강화된 혜택이 적용되는 의약품에 대해 \$4의 공동 부담금을 부담해야 할 수 있습니다. 1등급 의약품: 공동 부담금 \$4 2등급 의약품: 공동 부담금 \$8

	2025년 (올해)	2026년 (내년)
Part D 의약품 보장(계속)	3등급 의약품: 총 비용의 25% 인슐린 1개월 공급량에 대한 총 비용 분담은 \$35 한도 4등급 의약품: 총 비용의 33% 인슐린 1개월 공급량에 대한 총 비용 분담은 \$35 한도 5등급 의약품: 총 비용의 25% 인슐린 1개월 공급량에 대한 총 비용 분담은 \$35 한도 6등급 의약품: 총 비용의 15% 극단적 보장 보장 단계: 이 지불 단계에서는 Part D 보장 의약품에 대한 비용을 지불하지 않습니다. 강화된 혜택이 적용되는 의약품에 대해 \$2의 공동 부담금을 부담해야 할 수 있습니다.	3등급 의약품: 총 비용의 21% 인슐린 1개월 공급량에 대한 총 비용 분담은 \$35 한도 4등급 의약품: 총 비용의 25% 인슐린 1개월 공급량에 대한 총 비용 분담은 \$35 한도 5등급 의약품: 총 비용의 25% 인슐린 1개월 공급량에 대한 총 비용 분담은 \$35 한도 6등급 의약품: 공동 부담금 \$0 극단적 보장 보장 단계: 이 지불 단계에서는 Part D 보장 의약품에 대한 비용을 지불하지 않습니다. 강화된 혜택이 적용되는 의약품에 대해 \$4의 공동 부담금을 부담해야 할 수 있습니다.

섹션 1 내년 혜택 및 비용 변경

섹션 1.1 월간 플랜 보험료 변경

	2025년 (올해)	2026년 (내년)
월간 플랜 보험료 (또한 Medicaid에서 납부하지 않는 한, Medicare Part B 보험료도 계속해서 납부하셔야 합니다.)	\$0	\$0 다가오는 혜택 연도에는 변경 사항이 없습니다.

섹션 1.2 최대 본인 부담 금액 변경

Medicare는 모든 건강 플랜에서 당해 연도에 대한 본인 부담 금액을 제한하도록 요구합니다. 이 한도를 최대 본인 부담 금액이라고 합니다. 이 금액을 지불하면 일반적으로 해당 연도 기준으로 남은 기간 동안 Part A 및 Part B 보장 서비스(및 Medicare에서 보장하지 않는 기타 의료 서비스)에 대해 추가로 납부할 금액이 없습니다.

	2025년 (올해)	2026년 (내년)
최대 본인 부담 금액 당사 가입자들은 Medicaid로부터도 지원을 받기 때문에 이 최대 본인 부담 한도까지 부담하게 되는 가입자는 거의 없습니다. Part A 및 Part B 공동 부담금에 대한 Medicaid 지원을 받을 자격이 있는 경우, Part A 및 Part B 보장 서비스에 대한 최대 본인 부담 금액에 대한 본인 부담 비용을 지불할 필요가 없습니다. 보장 의료 서비스(예:공동 부담금)에 대한 비용은 최대 본인 부담 금액에 포함됩니다. 전문의약품에 대한 비용은 최대 본인 부담 금액에 포함되지 않습니다.	\$9,350	\$9,250 Part A 및 Part B 보장 서비스에 대해 본인 부담금 \$9,250를 납부하면, 남은 기간 동안 Part A 및 Part B 보장 서비스에 대해서는 납부할 비용이 없습니다.

섹션 1.3 의료 서비스 제공자 네트워크 변경

내년에 의료 서비스 제공자 네트워크는 변경 사항이 없습니다.

당사는 연중에 플랜에 포함되는 병원, 의사 및 전문의(의료 서비스 제공자)를 변경할 수 있습니다. 연중 의료 서비스 제공자 변경으로 인해 영향을 받게 되는 경우에는 전화 1-855-296-8800번(TTY 사용자는 711)으로 가입자 서비스에 도움을 요청하십시오. 네트워크 제공자가 당사의 플랜에서 탈퇴할 경우 가입자의 권리에 대한 자세한 내용은 *보장 내역서*의 제3장, 섹션 2.3을 참조하십시오.

섹션 1.4 약국 네트워크 변경

전문의약품에 대해 지불하는 금액은 이용하는 약국에 따라 달라질 수 있습니다. Medicare 의약품 플랜에는 약국 네트워크가 포함됩니다. 대부분의 경우, 처방전은 당사 네트워크 약국에서 약을 조제하는 경우에 한해서만 보장됩니다.

내년에 약국 네트워크는 변경 사항이 없습니다.

당사는 연중에 플랜에 포함되는 약국을 변경할 수 있습니다. 연중 약국 변경으로 인해 영향을 받는 경우에는 전화 1-855-296-8800번(TTY 사용자는 711)으로 가입자 서비스에 도움을 요청하십시오.

섹션 1.5 의료 서비스 혜택 및 비용 변경

연간 변경 통지는 Medicare 혜택 및 비용의 변경 사항에 대해 안내합니다.

	2025년 (올해)	2026년 (내년)
만성 통증 관리 및 치료 서비스	<u>네트워크 내</u> Medicare가 보장하는 만성 통증 관리 및 치료 서비스 혜택은 보장되지 <u>않습니다</u>.	<u>네트워크 내</u> Medicare가 보장하는 만성 통증 관리 및 치료 서비스 혜택이 보장됩니다.
대장암 검진(바륨 관장)	<u>네트워크 내</u> Medicare가 보장하는 바륨 관장당 \$0.	<u>네트워크 내</u> Medicare가 보장하는 바륨 관장 혜택이 보장되지 <u>않습니다</u>.

	2025년 (올해)	2026년 (내년)
치과 서비스	<u>네트워크 내</u> 진단, 예방 및 종합 치과 치료 서비스. 진단, 예방 및 종합 치과 치료 (표준 플랜에 포함) 각 구강악안면 보철 서비스 방문당 공동 부담금 \$0(매년 1회 방문). 각 구강악안면 보철 서비스 방문당 공동 부담금 \$0(매년 1회 방문). Medicare가 보장하지 않는 탈착식 보철의 경우 의뢰가 필요합니다. Medicare가 보장하지 않는 임플란트 서비스에는 의뢰가 필요합니다.	<u>네트워크 내</u> 진단, 예방 및 종합 치과 치료 서비스 진단, 예방 및 종합 치과 치료 (표준 플랜에 포함) 일부 서비스 및 제한 사항이 변경되었습니다. 적용되는 서비스 및 제한 사항의 전체 목록은 뉴욕주 정책 및 절차 규정 설명서(New York State Policy and Procedure Codes Manual) (https://www.emedny.org/ ProviderManuals/Dental/) 를 참조하십시오. 각 구강악안면 보철 서비스는 보장되지 <u>않습니다.</u> Medicare가 보장하지 않는 탈착식 보철의 경우 의뢰가 필요하지 않습니다. Medicare가 보장하지 않는 임플란트 서비스에는 의뢰가 필요하지 않습니다.

	2025년 (올해)	2026년 (내년)
	Medicare가 보장하지 않는 고정착식 보철의 경우 의뢰가 필요합니다.	Medicare가 보장하지 않는 고정착식 보철 수술에는 의뢰가 필요하지 않습니다.
일반의약품		
식품 및 농산물(식료품), 주유, 공과금, 임대료/모기지 지원, 해충 방제 제품, 실내 공기질 개선 제품, 차량 공유, 대중 교통, 비의료 필요를 위한 교통은 만성 질환자를 위한 특수 보조 혜택(Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI)에 포함됩니다. SSBCI 혜택을 받으려면 가입자가 만성 질환(예: 당뇨병, 만성 심부전, 심혈관 장애, 만성 정신 질환 및 정신 장애, 뇌졸중 또는 기타 적격 질환)이 있는 것으로 확인되어야 하며 보장 기준을 충족해야 합니다. 모든 가입자가 자격이 되는 것은 아닙니다.	가치기반보험설계(Value Based Insurance Design, VBID) 혜택에 따라 적용되는 추가 혜택. OTC 보청기와 같은 OTC 의약품에 대한 월간 최대 플랜 보장 금액 \$265. 사용하지 않은 금액은 매월 이월되지만 연말에 만료됩니다. OTC 의약품, 식료품, 가스, 임대료 지원, 공과금이 포함됩니다.	OTC 보청기와 같은 OTC 의약품에 대한 월간 최대 플랜 보장 금액 \$220. 사용하지 않은 금액은 매월 이월되지만 연말에 만료됩니다. OTC 의약품, 식료품, 가스, 임대료 지원, 공과금, 실내 공기질 개선 제품, 해충 방제 제품, 버스/지하철 교통 요금이 포함됩니다.
족부 진료 서비스		
	Medicare가 보장하는 족부 치료 서비스에 대해 사전 승인이 필요하지 않습니다.	Medicare가 보장하는 족부 치료 서비스에 대해 사전 승인이 필요합니다.

	2025년 (올해)	2026년 (내년)
HIV 예방을 위한 노출전 예방 요법(pre-exposure prophylaxis, PrEP)	<u>네트워크 내</u> HIV 예방 혜택을 위해 Medicare가 보장하는 노출전 예방 요법(PrEP)이 보장되지 <u>않습니다</u> .	<u>네트워크 내</u> PrEP 혜택에 대한 공동 보험금, 공동 부담금 또는 본인 공제 금액은 없습니다.
원격 액세스 기술	<u>네트워크 내</u> 원격 액세스 기술(간호사 핫라인) 혜택이 보장되지 <u>않습니다</u> .	<u>네트워크 내</u> 원격 액세스 기술(간호사 핫라인) 혜택 사용 시 방문당 공동 부담금 \$0.
C형 간염 바이러스 감염 검사	<u>네트워크 내</u> C형 간염 바이러스 감염 혜택에 대해 Medicare가 보장하는 검사는 보장되지 <u>않습니다</u> .	<u>네트워크 내</u> C형 간염 바이러스에 대해 Medicare가 보장하는 검사에 대한 공동 보험금, 공동 부담금 또는 본인 공제 금액은 없습니다.

	2025년 (올해)	2026년 (내년)
만성 질환자를 위한 특수 보조 혜택		
식품 및 농산물(식료품), 주유, 공과금, 임대료/모기지 지원, 해충 방제 제품, 실내 공기질 개선 제품, 차량 공유, 대중 교통, 비의료 필요를 위한 교통은 만성 질환자를 위한 특수 보조 혜택(SSBCI)에 포함됩니다. SSBCI 혜택을 받으려면 가입자가 만성 질환(예: 당뇨병, 만성 심부전, 심혈관 장애, 만성 정신 질환 및 정신 장애, 뇌졸중 또는 기타 적격 질환)이 있는 것으로 확인되어야 하며 보장 기준을 충족해야 합니다. 모든 가입자가 자격이 되는 것은 아닙니다.	보조 혜택은 가치기반 보험설계(VBID)에 따라 보장됩니다. OTC 혜택과 결합. OTC 보청기와 같은 OTC 의약품에 대한 월간 최대 플랜 보장 금액 \$265. 사용하지 않은 금액은 매월 이월되지만 연말에 만료됩니다. OTC 의약품, 식료품, 가스, 임대료 지원, 공과금이 포함됩니다.	보조 혜택이 보장됩니다. OTC 혜택과 결합. OTC 보청기와 같은 OTC 의약품에 대한 월간 최대 플랜 보장 금액 \$220. 사용하지 않은 금액은 매월 이월되지만 연말에 만료됩니다. OTC 의약품, 식료품, 가스, 임대료 지원, 공과금, 실내 공기질 개선 제품, 해충 방제 제품, 버스/지하철 교통 요금이 포함됩니다. 비의료 교통 수단(연간 편도 32회[왕복 16회]).
원격 의료 혜택(추가)	원격 의료 혜택으로 보장되지 <u>않는</u> 집중 외래 환자 프로그램 서비스	공동 부담금 \$0로 원격 의료 혜택으로 보장되는 집중 외래 환자 프로그램 서비스.

섹션 1.6 Part D 의약품 보장 변경

의약품 목록 변경 사항

보장 의약품 목록을 전문의약품 목록 또는 의약품 목록이라고 합니다. 의약품 목록은 전자 문서로 제공됩니다.

현재 내년 의약품 목록에는 변경 사항이 없습니다. 단, 당사는 Medicare 규칙에서 허용하는 다른 변경 사항을 적용할 수 있습니다. 당사는 최신 의약품 목록을 제공하기 위해 최소한 달에 한 번씩 온라인 의약품 목록을 업데이트합니다. 복용 중인 약품 이용에 영향을 미치는 변경 사항이 있는 경우에는 해당 변경 사항에 대해 통지해드립니다.

섹션 1.7 전문의약품 혜택 및 비용 변경

의약품 보장 비용을 지불하기 위해 추가 지원(Extra Help)을 받으십니까?

의약품 비용을 지불하는 데 도움이 되는 프로그램(추가 지원)에 가입되어 있는 경우, Part D 의약품 비용에 대한 정보는 귀하에게 적용되지 않습니다. 당사는 귀하의 의약품 비용에 대해 안내하는 *전문의약품 구매 추가 지원 수혜자용 특약 보장 내역서(Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs)*라는 별도의 자료를 첨부했습니다. 추가 지원을 받고 있는데 이 패킷과 함께 본 자료를 받지 못한 경우에는 가입자 서비스에 전화 1-855-296-8800번(TTY 사용자는 711)으로 전화하여 LIS 특약을 요청하십시오.

의약품 비용 지불 단계

의약품 비용 지불 단계는 연간 본인 공제 금액 단계, 초기 보장 단계, 극단적 보장 단계의 3단계로 이루어집니다. 보장 공백 단계 및 보장 공백 할인 프로그램은 Part D 혜택에 더 이상 존재하지 않습니다.

- **1단계: 연간 본인 공제 금액**

매년 이 지불 단계에서 시작합니다. 이 단계에서는 본인 공제 금액 \$615에 도달할 때까지 강화 의약품 비용 전액을 지불합니다.

- **2단계: 초기 보장**

연간 본인 공제 금액을 지불하면, 초기 보장 단계로 이동합니다. 이 단계에서 당사의 플랜은 가입자의 의약품 비용에서 당사 부담금을 지불하고, 가입자는 해당 비용

에서 가입자 부담금을 지불합니다. 일반적으로 연간 누적 본인 부담 금액이 2026년 본인 부담 금액 한도 \$2,100에 도달할 때까지 이 단계를 유지합니다.

- **3단계: 극단적 보장**

이는 세 번째이자 마지막 의약품 비용 지불 단계입니다. 이 단계에서 가입자는 Part D 보장 의약품에 대한 비용을 지불하지 않습니다. 당사의 강화된 혜택으로 보장되는 의약품에 대해 비용 부담이 적용될 수 있습니다. 일반적으로 해당 연도의 남은 기간 동안 이 단계에 머무르게 됩니다.

보장 공백 할인 프로그램은 제조사 할인 프로그램으로 대체되었습니다. 제조사 할인 프로그램에 따라 제약회사는 초기 보장 단계와 극단적 보장 단계 동안 해당 플랜의 전체 비용 중 일부를 부담하여 Part D 보장 브랜드 의약품 및 생물학적 제제에 대한 비용을 지원합니다. 제조사 할인 프로그램에 따라 제조사가 지불한 할인금은 본인 부담 금액에 포함되지 않습니다.

1단계의 의약품 비용: 연간 본인 공제 금액

표는 이 단계에서 처방 1건당 비용을 보여줍니다.

	2025년 (올해)	2026년 (내년)
연간 본인 공제 금액	이 단계에서는 연간 본인 공제 금액 \$590에 도달할 때까지 강화 의약품 비용을 지불합니다. 그런 다음 강화 의약품에는 공동 부담금 \$2가 적용됩니다.	이 단계에서는 연간 본인 공제 금액 \$615에 도달할 때까지 강화 의약품 비용을 지불합니다. 그런 다음 강화 의약품에는 공동 부담금 \$4가 적용됩니다. 이 단계에서는 연간 공제액에 도달할 때까지 선별 치료 의약품(6등급) 에 대한 비용 부담은 \$0이며 우대 제네릭 의약품(1등급) ,

	2025년 (올해)	2026년 (내년)
		제네릭 의약품(2등급), 우대 브랜드 의약품(3등급), 비우대 의약품(4등급) 및 특수의약품 등급(5등급)의 의약품에 대해서는 전체 비용을 지불합니다.

2단계의 의약품 비용: 초기 보장

선별 치료 의약품의 경우, 초기 보장 단계의 비용 부담이 공동 보험금에서 공동 부담금으로 변경됩니다. 2025년에서 2026년까지의 변경 사항은 다음 표를 참조하십시오.

이 표는 표준 비용 부담으로 네트워크 약국에서 조제된 1개월(30일)치 의약품에 대한 처방 1건당 비용을 보여줍니다.

대부분의 성인 Part D 백신이 무료로 보장됩니다. 백신 비용에 대한 자세한 정보 또는 장기 공급 비용에 대한 정보, 우대 비용 부담을 제공하는 네트워크 약국, 우편 주문 전문의약품 정보는 보장 내역서의 제6장을 참조하십시오.

Part D 보장 의약품에 대해 본인 부담금 \$2,100를 지불하면 다음 단계(극단적 보장 단계)로 이동합니다.

	2025년 (올해)	2026년 (내년)
우대 제네릭 의약품:	공동 부담금 \$2	공동 부담금 \$4
제네릭 의약품:	공동 부담금 \$5	공동 부담금 \$8
우대 브랜드:	총 비용의 25%	총 비용의 21%
비우대 의약품:	총 비용의 33%	총 비용의 25%
전문의약품 등급:	총 비용의 25%	총 비용의 25%
선별 치료 의약품:	총 비용의 15%	공동 부담금 \$0

VBID Part D 혜택 변경 사항

2025년에 제공되는 가치기반보험설계(VBID) 혜택에는 공동 부담금 \$0로 보장되는 Medicare Part D 의약품이 포함되었습니다. VBID는 2026년에는 보장되는 혜택이 아닙니다. Medicare Part D 의약품에 대한 비용 부담은 상기에 명시되어 있으며 저소득 보조금 수준에 따라 달라질 수 있습니다.

극단적 보장 단계 변경

극단적 보장 단계에 도달하면 가입자는 Part D 보장 의약품에 대한 비용을 지불하지 않습니다. 강화된 혜택으로 보장되는 제외 의약품에 대해 비용 부담이 적용될 수 있습니다.

극단적 보장 단계의 비용에 대한 자세한 내용은 *보장 내역서* 제6장, 섹션 6을 참조하십시오.

섹션 2 행정적 변경 사항

	2025년 (올해)	2026년 (내년)
Medicare 전문의약품 지불 플랜	Medicare 전문의약품 지불 플랜은 올해부터 시작된 지불 옵션으로, 플랜이 보장하는 의약품에 대한 본인 부담 금액을 연간(1월~12월)에 걸쳐 분할 납부함으로써 관리하는 데 도움이 될 수 있습니다. 가입자는 이 지불 옵션을 이용할 수 있습니다.	Medicare 전문의약품 지불 플랜에 참여하고 동일한 Part D 플랜을 유지하는 경우 2026년 자동으로 참여가 갱신됩니다. 이 지불 옵션에 대한 자세한 내용은 전화 1-855-296-8800번 (TTY 사용자는 711)으로 문의하거나 www.Medicare.gov 를 참조하십시오.

	2025년 (올해)	2026년 (내년)
개인정보보호 관행 고지 여기에 명시된 항목은 개인정보보호 관행 고지에 추가되었습니다. www.villagecare.org에서 최신 고지를 확인하십시오.		1. 생식 건강 관리 정보와 같은 특정 유형의 보호 대상 건강 정보에 대한 특별 보호 관련 정보 2. VillageCareMAX 정책 및 요건에 맞게 업데이트된 기간 3. 가입자가 본인을 대신하여 행동할 대리인을 선택할 권리에 대한 섹션 4. 당사가 제공하는 서비스의 품질과 효율성을 개선하기 위해 VillageCareMAX가 첨단 기술을 사용할 수 있는 가능성에 대한 정보

섹션 3 플랜 변경 방법

VillageCareMAX Medicare Health Advantage 플랜을 유지하기 위해 귀하는 아무것도 할 필요가 없습니다. 12월 7일까지 다른 플랜에 가입하거나 Original Medicare로 변경하지 않는 한 VillageCareMAX Medicare Health Advantage 플랜에 자동으로 가입됩니다.

2026년 플랜을 변경하려면 다음 단계를 따르십시오.

- **다른 Medicare 건강 플랜으로 변경하려면** 새 플랜에 가입하십시오.
오. VillageCareMAX Medicare Health Advantage 플랜 가입이 자동으로 취소됩니다.
- **Medicare 의약품 보장이 포함된 Original Medicare로 변경하려면** 새로운 Medicare 의약품 플랜에 가입하십시오.
오. VillageCareMAX Medicare Health Advantage 플랜 가입이 자동으로 취소됩니다.

- **의약품 플랜 없이 Original Medicare로 변경하려면** 가입 취소 요청서를 발송하시면 됩니다. 이에 대한 자세한 내용은 가입자 서비스에 전화 1-855-296-8800번(TTY 사용자는 711)으로 문의하십시오. 또는 Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 가입 취소를 요청하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하셔도 됩니다. Medicare 의약품 플랜에 가입하지 않으면 Part D 가입 연체료를 지불해야 할 수 있습니다(섹션 4로 이동).
- **Original Medicare 및 다양한 유형의 Medicare 플랜에 대해 자세히 알아보려면** www.Medicare.gov에서 *Medicare & You 2026* 핸드북을 참조하거나 주 건강 보험 지원 프로그램(섹션 5로 이동)에 전화하거나 전화 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의하십시오.

섹션 3.1 플랜 변경 기한

Medicare 가입자는 매년 10월 15일부터 12월 7일까지 보장 범위를 변경할 수 있습니다.

2026년 1월 1일 Medicare 혜택 플랜에 가입했지만 선택한 플랜이 마음에 들지 않는 경우, 2026년 1월 1일부터 3월 31일까지 다른 Medicare 건강 플랜(Medicare 의약품 보장 유무에 관계없이)으로 변경하거나 Original Medicare(별도의 Medicare 의약품 보장 유무에 관계없이)로 변경할 수 있습니다.

섹션 3.2 연중 변경이 가능한 기타 시점

특정 상황에서 연중 다른 시기에 보장을 변경할 수 있는 기회가 있을 수 있습니다. 예를 들면 다음과 같은 경우가 해당됩니다.

- Medicaid 가입자
- 의약품 비용을 지불하는 데 추가 지원을 받는 경우
- 고용주 보험에 가입 중이거나 고용주 보험을 탈퇴하는 경우
- 플랜의 서비스 제공되는 지역 외부로 이사하는 경우

뉴욕주 Medicaid가 있기 때문에 연중 어느 달에나 다음 Medicare 옵션 중 하나를 선택하여 플랜 가입을 종료할 수 있습니다.

- 별도의 Medicare 전문의약품 플랜이 ~~포함된~~ Original Medicare

- 별도의 Medicare 전문의약품 플랜이 **포함되지 않은** Original Medicare(이 옵션을 선택하면 자동 가입을 거부하지 않는 한 Medicare에서 귀하를 의약품 플랜에 가입시킬 수 있습니다), 또는
- 자격이 있는 경우, 하나의 플랜에서 Medicare와 Medicaid 혜택 및 서비스의 대부분 또는 전부를 제공하는 통합 D-SNP

최근에 특정 시설(예: 전문 요양 시설 또는 장기 요양 병원)로 이주했거나 현재 해당 시설에 거주하고 있는 경우 **언제든** Medicare 보장을 변경할 수 있습니다. 언제든지 다른 Medicare 건강 플랜(별도의 Medicare 의약품 보장 유무에 관계없이)으로 변경하거나 Original Medicare(Medicare 의약품 보장 유무에 관계없이)로 변경할 수 있습니다. 최근에 해당 시설에서 퇴소한 경우, 퇴소한 달로부터 2개월 동안 플랜을 변경하거나 Original Medicare로 변경할 수 있는 기회가 있습니다.

섹션 4 전문의약품 비용 지불 지원

귀하는 전문의약품 비용 지원의 대상일 수 있습니다. 다음과 같이 다양한 유형의 지원을 받을 수 있습니다.

- **Medicare의 추가 지원.** 소득이 제한된 사람들은 전문의약품 비용을 지불하기 위해 추가 지원을 받을 자격이 있을 수 있습니다. 자격이 충족된 경우 Medicare는 월별 의약품 플랜 보험료, 연간 본인 공제 금액 및 공동 보험금을 포함하여 의약품 비용의 최대 75% 이상을 지불할 수 있습니다. 또한 자격이 되는 사람들의 경우 가입 연체료가 적용되지 않습니다. 본인이 적격 대상인지 알고 싶다면 다음 번호로 전화로 문의하십시오.
 - 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227). TTY 사용자의 경우, 1-877-486-2048(연중무휴 24시간)
 - 사회 보장국 1-800-772-1213(월요일~금요일, 오전 8시~오후 7시). 자동 응답 메시지는 연중무휴 24시간 이용 가능. TTY 사용자의 경우, 1-800-325-0778
 - 주 Medicaid 사무소
- **해당 주의 제약 지원 프로그램(State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) 지원.** 뉴욕에는 재정적 필요, 연령 또는 건강 상태에 따라 전문의약품 비용을 지원하는 고령자 의약품 보험 보장(Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage, EPIC) 프로그램이 있습니다. 프로그램에 대해 자세히 알아보려면 주 건강 보험 지원 프로그램(State Health Insurance Assistance Program, SHIP)에 문의하십시오. 해당 주의 전화번호는 shiphelp.org를 참조하거나 전화 1-800-MEDICARE로 문의하십시오.

- **HIV/AIDS 환자를 위한 전문의약품 비용 분담 지원.** AIDS 의약품 지원 프로그램 (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)은 HIV/AIDS를 앓고 있는 ADAP 대상자들이 생명 유지에 필수적인 HIV 의약품을 이용할 수 있도록 돕습니다. 해당 주에서 운영 되는 ADAP에 대한 자격을 갖추려면 주 거주 및 HIV 질환 증명, 주에서 정의한 저소득, 무보험/과소 보험 상태를 포함한 특정 기준을 충족해야 합니다. ADAP에서도 보장을 받는 Medicare Part D 의약품은 뉴욕주 AIDS 의약품 지원 프로그램을 통해 전문의약품 비용 분담 지원을 받을 수 있습니다. 자격 기준, 보장 의약품, 프로그램 가입 방법 또는 현재 가입 중인 경우 지속적으로 지원을 받는 방법에 대한 정보는 뉴욕주 AIDS 의약품 지원 프로그램에 전화 1-800-542-2437번으로 문의하십시오. 전화를 할 때 Medicare Part D 플랜 이름이나 보험 증권 번호를 알려주십시오.
- **Medicare 전문의약품 지불 플랜.** Medicare 전문의약품 지불 플랜은 현재 의약품 보장과 함께 적용되어 플랜이 보장하는 의약품에 대한 본인 부담 금액을 연간(1월~12월)에 걸쳐 분할 납부함으로써 관리하는 데 도움이 되는 지불 옵션입니다. Medicare 의약품 플랜 또는 의약품 보장이 포함된 Medicare 건강 플랜(예: 의약품 보장이 포함된 Medicare 총 혜택 플랜)에 가입된 사람은 누구나 이 지불 옵션을 이용할 수 있습니다. **이 지불 옵션은 비용 관리에 도움이 될 수 있지만 비용을 절약하거나 의약품 비용을 낮추지는 않습니다.**

자격을 갖춘 경우 Medicare의 추가 지원과 SPAP 및 ADAP의 지원을 받는 것이 Medicare 전문의약품 지불 플랜에 가입하는 것보다 더 유리합니다. 모든 가입자는 소득 수준에 관계없이 Medicare 전문의약품 지불 플랜을 이용할 수 있습니다. 이 지불 옵션에 대한 자세한 내용은 전화 1-855-296-8800번(TTY 사용자는 711)으로 문의하거나 www.Medicare.gov를 참조하십시오.

섹션 5 문의 사항

VillageCareMAX Medicare Health Advantage 플랜 지원받기

- 가입자 서비스에 전화 1-855-296-8800번으로 문의하십시오. (TTY 사용자는 711)

주 7일 오전 8시부터 오후 8시까지 전화 상담을 이용하실 수 있습니다. 이 번호로 전화하는 것은 무료입니다.

- **2026년 보장 내역서 읽기**

이 **연간 변경 통지**는 2026년 혜택 및 비용 변경에 대한 요약を提供합니다. 자세한 내용은 VillageCareMAX Medicare Health Advantage 플랜에 대한 **2026 보장 내역서**를 참조하십시오. **보장 내역서**는 당사 플랜 혜택에 대한 합법적이고 자세한 설명입니다.

니다. 가입자의 권리, 보장 서비스 및 전문의약품을 받기 위해 준수해야 하는 규칙이 설명되어 있습니다. 당사 웹사이트 www.villagecaremax.org에서 **보장 내역서**를 받거나 가입자 서비스에 전화 1-855-296-8800번(TTY 사용자는 711)으로 연락하여 사본을 우편으로 발송해 달라고 요청하십시오.

- www.villagecaremax.org 참조

당사 웹사이트에는 의료 서비스 제공자 네트워크(의료 서비스 제공자 **명부/약국 명부**) 및 **보장 의약품 목록**(전문의약품 목록/의약품 목록)에 대한 최신 정보가 있습니다.

Medicare 관련 무료 상담

주 건강보험 지원 프로그램(SHIP)은 각 주에 교육을 받은 상담사를 갖추고 있는 독립적인 정부 프로그램입니다. 뉴욕에서는 SHIP을 뉴욕주 건강 보험 지원 프로그램(New York State Health Insurance Assistance Program)이라고 합니다.

뉴욕주 건강 보험 지원 프로그램에 전화하여 무료 맞춤형 건강 보험 상담을 받으십시오. Medicare 및 Medicaid 플랜 옵션을 이해하고 플랜 변경에 대한 문의 사항에 대한 답을 얻는 데 도움을 받으실 수 있습니다. 뉴욕주 건강 보험 지원 프로그램에 전화 1-800-701-0501번으로 문의하십시오. 뉴욕주 건강 보험 지원 프로그램에 대해 자세히 알아보려면 <https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-programs>를 참조하십시오.

Medicare 지원

- **전화 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)**

전화 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의할 수 있습니다. 연중무휴 24시간 운영됩니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하셔도 됩니다.

- **www.Medicare.gov에서 실시간 채팅**

www.Medicare.gov/talk-to-someone에서 실시간 채팅으로 문의하실 수도 있습니다.

- **Medicare에 서신 발송**

Medicare에 PO Box 1270, Lawrence, KS 66044로 서신을 보내 문의하실 수도 있습니다.

- **www.Medicare.gov 참조**

공식 Medicare 웹사이트에는 해당 지역의 Medicare 건강 플랜을 비교하는 데 도움이 되는 비용, 보장 범위 및 품질 별점에 대한 정보가 있습니다.

- ***Medicare & You 2026 읽기***

Medicare & You 2026 핸드북은 매년 가을에 Medicare 가입자에게 우편으로 발송됩니다. Medicare 혜택, 권리 및 보호의 요약본과 Medicare에 대해 자주 묻는 질문에 대한 답변이 담겨 있습니다. www.Medicare.gov 또는 전화 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 연락하여 사본을 받으십시오. TTY 사용자는 전화 1-877-486-2048번으로 요청하시면 됩니다.

Medicaid 지원

Medicaid에서 정보를 얻으려면 뉴욕주 Medicaid 프로그램에 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시, 토요일 오전 9시~오후 1시 전화 1-800-541-2831번(TTY 사용자는 711번)으로 문의하실 수 있습니다. 지역 사회복지부(Local Department of Social Services, LDSS)에 서신으로 문의하실 수도 있습니다. 해당 LDSS 주소는 www.health.ny.gov/health_care/medicaid에서 제공됩니다.

Medicaid 가입 또는 혜택 질문에 대한 도움이 필요한 경우, New York State Medicaid에 전화 800-541-2831번으로 문의하십시오.