

메디케어 처방약 프로그램(파트 D) 상담시간에 지참할 사항!



SHIABA 헬프라인 자원봉사자들은 수혜자가 파트 D 정보에 입각하여 결정할 수 있도록 도와드릴 수 있습니다. 상담시간을 유용하게 활용하려면 할 수 있는 한, 다음 사항을 상담시간에 갖고 오시기 바랍니다.

- ▶ 메디케어 카드 혹은 메디케어 ID 번호
- ▶ 현재 보험카드, 보험혜택 안내서, 혹은 처방의약품 카드
- ▶ 파트 D만큼 양호하다는(또는 신용할 만한) 내용이 적혀져 있는 현 보험회사에서 보내 온 서신
- ▶ 사회보장행정국 (Social Security Administration) 이나 메디케어로부터 받은 수혜자 본인의 추가지원 수혜자격 (Extra Help/Low Income Subsidy) 에 관한 서신 또는 처방약 혜택 변경에 관한 서신
- ▶ 워싱턴주 보건사회부(DSHS)에서 보내 온 귀하의 메디케이드 보험 혜택 변경에 관한 서신, 메디케어 건강보험 보험료 또는 처방약 코페이 변경에 관한 서신
- ▶ 고용주, 조합 또는 퇴직보험회사에서 보내 온 서신을 포함하여 파트 D 혜택에 관한 모든 통신문
- ▶ 월 또는 연 추정 소득
- ▶ 추정 자산(저축, 투자 및 부동산 - 주택과 차량 1 대 제외)
- ▶ 현재 본인이 부담하고 있는 대략의 처방약값 및 기타 의료비
- ▶ 완전히 작성한 의약품 기록서(뒷면 참조). 담당 약사가 이들 질문에 대해 답을 도와드릴 수 있습니다.
- ▶ SHIBA 헬프라인 자원봉사자에게 문의하고 싶은 질문 목록

저희 보험청장실에서 여러분을 도와드릴 수 있습니다!
질문이 있거나 여러분의 권리에 관해 추가 정보가 필요하시면
아래의 보험 소비자 핫라인으로 연락하십시오.

1-800-562-6900

또는 <http://www.insurance.wa.gov/>를 방문하십시오.

SHIBA 헬프라인의 처방 의약품 기록서

복용 중인 의약품을 모두 기재하십시오. 본 의약품 기록서 작성에 도움이 필요하시면 담당 약사에게 가서 복용 중인 모든 의약품 목록(강도, 횟수, 약값 포함)을 인쇄해 달라고 요청하십시오.

이름: _____ 날짜: _____

현재 복용 중인 처방약 (정자체로 명확하게 기입하십시오)	약 강도 (mg.)	횟수 (복용 갯수/복용 횟수)	월 실제 약값 \$ *
유명 약품명: _____			
유사 약품명: _____			
유명 약품명: _____			
유사 약품명: _____			
유명 약품명: _____			
유사 약품명: _____			
유명 약품명: _____			
유사 약품명: _____			
유명 약품명: _____			
유사 약품명: _____			
유명 약품명: _____			
유사 약품명: _____			
유명 약품명: _____			
유사 약품명: _____			

월 약값 지출비

--

*실제 약값은 보험 수혜자가 부담하는 코페이어나 공동보험료가 아니라 보험을 적용하기 전의 전액을 말함. 약값(소매값) 전액을 모를 경우 약사에게 문의하십시오.

SHIBA 헬프라인은 워싱턴주 보험청장실에서 무료로 제공하는 공공 서비스입니다. 고도의 훈련과 지도를 받은 자원봉사자들이 공평하고 믿을 수 있는 모든 지원을 제공할 것입니다. 저희의 임무는 수혜자가 정보에 입각하여 결정을 할 수 있도록 수혜자를 교육하고 지원 및 지지하는 것입니다. 상담 담당자들은 어느 회사나 제약품과 아무런 관계가 없습니다.



본 책자는 메디케어 & 메디케이드 서비스 중앙 사무실(Centers for Medicare & Medicaid Services)과 미국 노인 행정국(US Administration on Aging)에서 일부 보조금을 받아 출판되었습니다.