# 연례 변경 사항 고지 <Plan Name> <Year> 변경

*Instructions: Plans/Part D Sponsors may only use this errata sheet to correct ANOCs that were distributed to enrollees. Plans/Part D Sponsors that have more than one correction in an ANOC must use one row per each correction to describe the change(s). Plans/Part D Sponsors may make minor grammatical adjustments to accommodate changes in references (e.g., make a word singular/plural).*

*Distribution of errata sheets:*

* *All enrollees must receive the actual errata sheet. A notice stating an errata is posted on a website is not acceptable.*
* *If an enrollee has previously opted in to receiving the ANOC/EOC in an electronic form, Plans/Part D Sponsors may send the ANOC errata electronically. All other enrollees must receive the ANOC errata in hard copy.*
* *If there are errors in both the ANOC and EOC:*
  + *Plans/Part D Sponsors may send the ANOC and EOC errata in the same mailing, as long as they are mailed timely and as two separate documents.*
  + *Plans/Part D Sponsors should add language to the ANOC and EOC erratas to let enrollees know that they will be receiving two errata sheets, one for the ANOC and one for the EOC.*

*[Insert date]*

*[Plans may add a greeting (e.g., Dear Member, Dear Mrs. [insert name]).]*

## 다음은 <insert plan name> 보장의 변경 사항에 대한 중요한 정보입니다.

저희 플랜의 가입자를 대상으로 이전에 보내드린 연례 변경 사항 고지(ANOC)에는 보장 변경 사항에 대한 정보가 담겨 있습니다. 이 통지서로 귀하의 ANOC에 오류가 있음을 알려드립니다. 아래에서 오류 사항에 대한 설명과 정정된 정보를 확인하실 수 있습니다. 해당 정보는 참고용으로 보관해 주십시오. 정확한 ANOC는 당사의 웹사이트([insert web address])에서 확인할 수 있습니다.

## ANOC 변경 사항

| **[Current Year] ANOC에서 오류가 있는 부분** | 원래 정보 | 정정된 정보 | 변경 사항의 의미 |
| --- | --- | --- | --- |
| [Insert page number, Section, and Title of Section] | [insert original (incorrect) information] | [insert corrected information] | [insert information further describing the corrected information in plain language so that readers understand the impact to them] |
| **아래는 예시입니다.** | **아래는 예시입니다.** | **아래는 예시입니다.** |  |
| 2페이지의 "섹션 3. 의료 서비스: 혜택 변경"에서 연례 변경 사항 고지에는 선택적 보조 혜택 – 패키지 1(월 보험료)이 다음과 같이 설명되어 있습니다. | 다음과 같은 선택적 혜택의 경우 $29:   * 치과 서비스 * 지압요법 서비스 * 안경 * 침술 | 다음과 같은 선택적 혜택의 경우 $30:   * 치과 서비스\* * 지압요법 서비스 * 안경\* * 침술 | 기재된 서비스에 대해 월 보험료 $30를 지불해야 합니다. |
| 5페이지의 "섹션 3. 의료 서비스: 혜택 변경"에서 연례 변경 사항 고지에는 정기 눈 검사가 다음과 같이 설명되어 있습니다. | 코페이 $10 | 코페이 $0 | 정기 눈 검사에 대해 비용 부담이 없습니다. |

*[Plans have the option to insert a paragraph further describing all changes from the original information. Plans should describe benefits/coverage changes by comparing the benefits/coverage information originally provided to the enrollee with the corrected benefits/coverage information.]*

이 문서에 대해 어떤 조치도 취할 필요는 없지만 추후 참고용으로 이 정보를 보관해 두시기 바랍니다. 문의 사항은 [enter customer service/member services, TTY number, and hours of operation]번으로 전화해 주십시오.

*[Plans may add a closing]*

*[Insert the Federal Contracting Statement]*

*[As applicable, insert the Availability of Non-English Translations Disclaimer]*