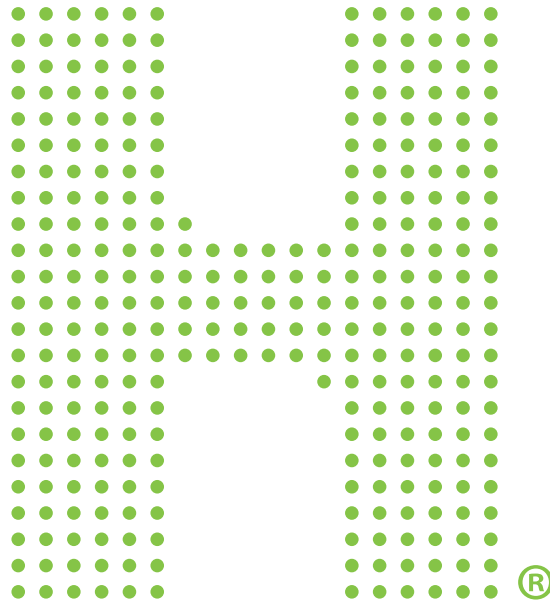




# 가입 설명서

2024 PDP

더욱 수준 높은 케어는  
경청으로부터 시작합니다

이를 통해 중요한 보장을 더욱 많이 제공합니다

Humana®

# 가입자가 필요로 하는 부분을 경청하고 케어 여정을 지원합니다

건강 목표를 알려주시면 그 의견을 경청하고 목표를 이룰 수 있도록 도와드립니다.  
그 방법은 다음과 같습니다.



플랜 옵션으로 **최저 \$0의 공동 부담금**



광범위한 **약국 네트워크**



간편한 **디지털 도구**를 통해 이용하는 리소스



플랜을 최대한 활용할 수 있도록 도와드리는 전담 **고객 서비스팀**

## 수십년의 경험을 제공합니다

Humana는 의료 업계에 60년 이상 몸담아왔습니다. 플랜 혜택, 경쟁력 있는 보험료, 최상의 건강 상태를 유지할 수 있는 지원을 통해 수백만 명의 가입자에게 서비스를 제공했습니다. 그 비결은 무엇이었을까요? 바로 휴먼 케어입니다. 당사는 가입자의 요구를 제대로 파악하기 위한 모든 방법을 동원했고 건강 플랜으로 기대할 수 있는 것 그 이상을 제공하기 위해 최선의 노력을 다해왔습니다.



커뮤니티에서 프로그램과  
지원 및 리소스 찾기

**Humana.FindHelp.com**



## 포함된 내용

- ☒ 플랜 적용 방식
- ☒ Medicare 옵션에 대한 이해
- ☒ 보장 공백 이해
- ☒ Humana의 차별점
- ☒ 플랜 세부사항
  - 한눈에 보는 혜택
  - 혜택 요약서

### 가입 서류

- 개인정보보호 고지
- 약정 범위
- 신청서
- 신청 영수증
- 별점 평가 서류

- ☒ 다음 진행 내용

## 귀하의 에이전트 정보

에이전트 이름 \_\_\_\_\_

에이전트 전화 번호 \_\_\_\_\_

에이전트 이메일 \_\_\_\_\_



### 상담 문의

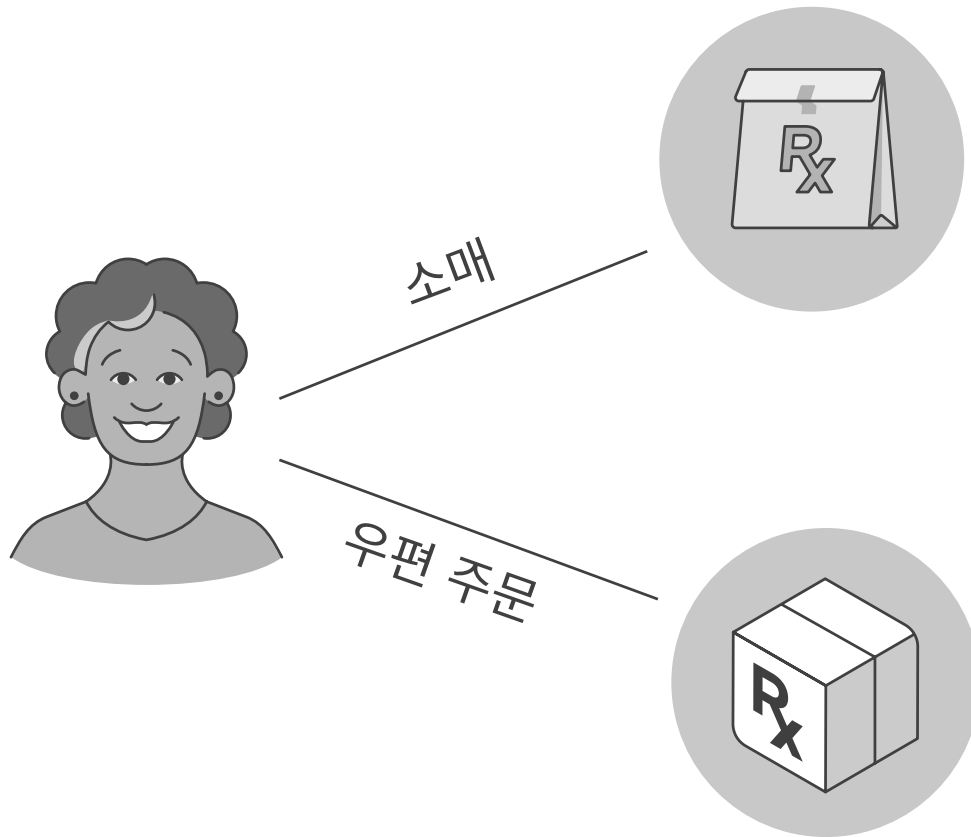
Humana 공인 판매 에이전트에게 전화해 주십시오. 에이전트가 귀하의 옵션에 대해 설명하고 가입을 도와드릴 것입니다.

**Humana.**

### 처방약 플랜

처방약 플랜(PDP)은 약품 비용을 보장해 주는 단독 약품 플랜입니다. Original Medicare 또는 특정 Medicare Advantage 플랜과 함께 이용할 수 있습니다. Humana PDP는 또한 다양한 혜택도 제공합니다.

- 2024년 Humana Premier Rx Plan™ 및 Humana Walmart Value Rx Plan™을 통해 다음과 같은 소매 약국에서 우선 비용 분담을 제공하는 전국 약국 네트워크를 이용하실 수 있습니다. Walmart®, Walmart Neighborhood Market, Sam's Club®(멤버십 필요하지 않음), Publix®, HEB®, Costco® 및 Albertsons® Companies 브랜드 계열.
- 플랜의 우선 비용 분담 우편 주문 약국인 CenterWell Pharmacy®에서 의약품을 우편으로 받아 보십시오.
- 계층 1 및 계층 2의 처방약 90일분을 저렴한 공동 부담금으로 받고\* 기본 배송료는 무료입니다. 따라서 기다리는 시간을 줄일 수 있고 약국으로 향하는 교통비를 줄일 수 있습니다.



\* 모든 의약품을 90일 분량으로 이용할 수 있는 것은 아닙니다.

# Medicare 옵션 이해하기

가장 적합한 옵션을 선택하실 수 있도록 Medicare 옵션의 개요와 각 옵션의 보장 내용을 소개합니다. 다음 두 가지 절차를 통해 시작하실 수 있습니다.

단계

1

연방 정부가 제공하는 Original Medicare에 가입합니다.



**파트 A**는 병원 입원 및 입원진료 비용을 지불하는 데 도움이 됩니다.



**파트 B**는 의사 방문 및 외래 진료 비용을 지불하는 데 도움이 됩니다.

단계

2

Original Medicare에 가입한 후 민영 회사에서 제공하는 여러 종류의 추가 보장을 선택할 수 있습니다.

**옵션 1:** Medicare Advantage 플랜을 선택합니다.

또는

**옵션 2:** Original Medicare에 다음 중 하나 이상의 플랜을 추가합니다.



**Medicare 파트 C(Medicare Advantage)**는 파트 A, 파트 B로 구성되었으며 파트 D (처방약 혜택)를 비롯해 청력, 치과, 시력에 대한 혜택을 포함할 수 있습니다.<sup>†</sup>



**Medicare 파트 D**는 단독 처방약 플랜입니다.<sup>†</sup>



**Medicare 보충 보험(Medigap)**플랜은 Original Medicare의 보장 의료 서비스에 대한 본인부담비용 일부를 지원합니다.

<sup>†</sup> 최초 가입 자격이 있을 때 파트 D 보장에 가입하지 않으면 일반적으로 지연 가입 가산금을 부담하게 됩니다.

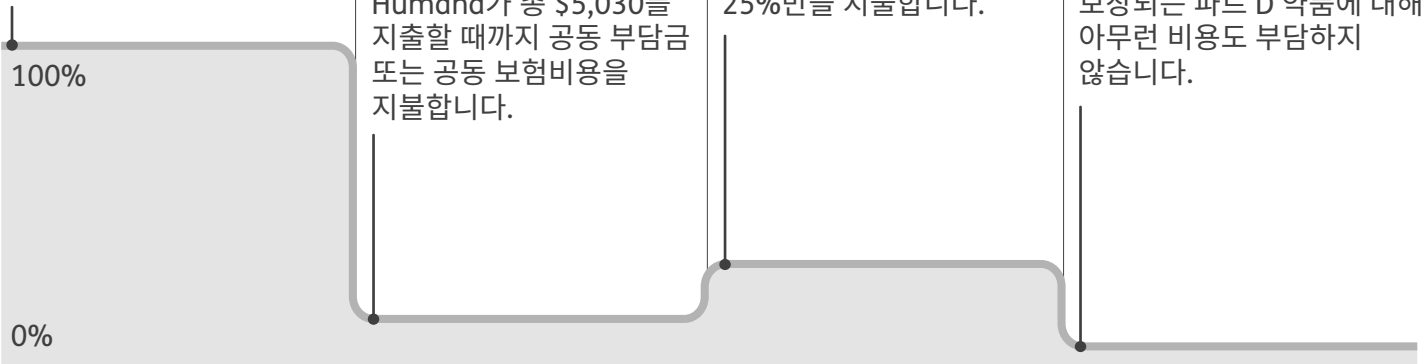
# 보장 공백 이해

대부분의 Medicare 처방약 플랜에는 보장 공백이 있습니다. 보장 공백 단계에 진입하면 보장되는 처방약에 대해 더 높은 비율의 약품 비용을 부담할 수도 있습니다. (아래 정보는 보장되는 처방약 및 의약품 비용에만 해당한다는 점을 참고하십시오.)

## 1단계

### 공제금

공제금이 다 지불될 때까지 여러분이 모든 비용을 지불합니다.



약품비용 부담율

## 2단계

### 초기 보장

여러분과 Humana가 비용을 분담합니다. 대부분의 플랜에서 귀하와 Humana가 총 \$5,030를 지출할 때까지 공동 부담금 또는 공동 보험비용을 지불합니다.

## 3단계

### 보장 공백

여러분이 약품 비용으로 본인부담비용 \$8,000를 지출할 때까지 총 비용의 25%만을 지불합니다.

## 4단계

### 재난적 보장

이 지불 단계에서 플랜은 보장되는 약품에 대한 전체 비용을 부담합니다. 가입자는 보장되는 파트 D 약품에 대해 아무런 비용도 부담하지 않습니다.

## 1단계: 공제금 - 100% 지불

- 공제금이란 플랜에서 비용이 지급되기 전, 의약품에 가입자가 지불하는 금액을 말합니다.
- 일부 플랜에는 모든 계층에 적용되지 않는 공제금이 있을 수 있습니다.
- 해당 지역에서 선택한 플랜에 따라 공제금이 적거나 없을 수 있습니다.

## 2단계: 초기 보장-보험 회사와 비용 분담

- 약에 대해 지출된 비용이 \$5,030 이하인 경우, 귀하와 보험 플랜이 의약품 비용을 부담합니다.
- 일반적으로 이러한 단계에서 공동 부담금, 공동 보험비용을 지불할 책임이 있습니다.

## 3단계: 보장 공백

- 보장 공백은 보장 약에 대해 귀하와 플랜에서 지출된 비용이 \$5,030를 초과하는 시점에서 시작하여, 본인부담비용이 \$8,000에 도달할 때 종료됩니다.
- 이러한 단계에서, 여러분은 브랜드 약과 복제약 비용의 25%만을 지불합니다.
- 모든 의약품 관련 공제금, 보장되는 브랜드 약에 대해 받은 할인, 공동 보험비용, 공동 부담금 및 보장 공백 중에 지불한 금액은 한도액 \$8000에 포함됩니다.

## 4단계: 재난적 보장 단계—보장 공백 다음 단계

- 역년에 대해 본인부담비용이 \$8,000 한도에 도달하면 재난적 보장 단계에 진입하게 됩니다.
- 이 지불 단계에서 플랜은 보장되는 약품에 대한 전체 비용을 부담합니다. 가입자는 보장되는 파트 D 약품에 대해 아무런 비용도 부담하지 않습니다.

# Humana의 차별점



더욱 수준 높은 케어는 경청으로부터 시작합니다. Humana 케어의 비결은 바로 그것입니다. 가입자의 요구를 경청하고 플랜과 혜택 옵션을 통해 최상의 건강 상태를 유지할 수 있도록 도와드립니다. 위에 명시된 사항 이외에도 플랜과 지역에 따라 추가적인 혜택이 있을 수 있습니다. 가입자의 건강을 위해 최선의 노력을 다합니다. 그것이 바로 휴먼 케어입니다.

## 약국

CenterWell Pharmacy, Walmart, Walmart Neighborhood Markets, Sam's Club, Publix, H-E-B, Costco 및 Albertsons Companies 브랜드 계열 등의 소매 약국 및 우편 주문 약국을 비롯해 처방약을 받을 수 있는 여러 가지 옵션이 있습니다. CenterWell Pharmacy는 Humana 플랜의 우선 비용 분담 우편 주문 약국으로 기본 배송비가 무료입니다. Humana 네트워크 내 다른 약국도 이용하실 수 있습니다.

→ **CenterWellPharmacy.com**에서 자세한 내용을 알아보십시오. 문의 사항이 있으신 경우 CenterWell Pharmacy에 **855-522-2835(TTY: 711)**번으로 전화하실 수 있습니다(월요일~금요일: 오전 8시~오후 11시, 토요일: 오전 8시 ~ 오후 6시 30분, 동부 시간).

**Humana.**

# Humana의 차별점

## 파트 D 보장

세 가지 Humana Rx 플랜 중 선택하십시오.

| 플랜 및 연간 공제금 ‡                                                | 플랜 적용 대상                                                                         | 플랜 제공 내용                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Humana Walmart Value Rx Plan</b><br>계층 3, 4 및 5에 대해 \$545 | 이 플랜은 저렴한 보험료 및 공동 부담금과 우선 비용 분담 약국 이용을 원하는 가입자를 위한 플랜입니다.                       | <ul style="list-style-type: none"><li>• 선호 약국에서 계층 1 의약품의 30일분에 대해 공동 부담금 \$0</li><li>• 선호 약국에서 계층 2 의약품의 30일분에 대한 공동 부담금 \$1</li><li>• 계층 1 및 2 의약품에 대한 추가적인 공백 보장</li></ul>                                                                                 |
| <b>Humana Premier Rx Plan</b><br>낮은 수준의 공제금 (플랜마다 다름)        | 이 플랜은 범위가 넓은 약품 보장을 원하는 가입자에게 우선 비용 분담 약국에서 낮은 공동 부담금을 통해 가장 포괄적인 PDP 보장을 제공합니다. | <ul style="list-style-type: none"><li>• 3,700가지 이상의 보장 의약품</li><li>• 우선 비용 분담 약국에서 가장 많이 이용하는 Medicare 의약품에 대한 계층 6 공동 부담금 \$0</li><li>• CenterWell Pharmacy에서 계층 1 및 2 의약품에 대한 90일분 공동 부담금 \$0 (공제금 \$0)</li><li>* 계층 1, 2 및 6의 의약품의 경우 추가적인 공백 보장</li></ul> |
| <b>Humana Basic Rx Plan™</b><br>모든 계층에 대해 \$545              | 이 플랜은 자동 가입자와 Medicare 부가 지원에 가입 자격이 있는 분들을 위한 플랜입니다.                            | <ul style="list-style-type: none"><li>• 3,600가지 이상의 보장 의약품</li><li>• CenterWell Pharmacy에서 계층 1 및 2의 의약품 90일분 공동 부담금 \$0</li></ul>                                                                                                                            |

‡ 공제금 및 제외 기준은 지역별로 다르거나 다를 수 있습니다. 자세한 내용은 혜택 요약서를 참조하십시오.

## 다음 진행 내용

가입 신청서 작성을 완료하였으며 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터의 승인이 이루어졌을 경우 귀하에게 다음을 발송할 것입니다.



신청이 승인되었음을 확정하는 통지서



귀하의 Humana 가입자 ID 카드

Humana 가입자로서 여러분은 MyHumana를 이용할 수 있습니다. 여러분이 개인 프로필을 설정하여 혜택 요약서를 및 비용을 확인할 수 있는 안전한 온라인 계정입니다.

### 귀하의 MyHumana 계정으로 직접 전송될 수 있는 정보를 확인하십시오.

- 플랜에 대해 이용할 수 있는 혜택 요약서 및 가치 추가 항목 및 서비스
- 연례 변경 사항 고지문
- SmartSummary®(혜택 설명)
- 플랜 메시지 및 통지(가입 인증, 가입 확인)
- 의약품 정보 및 리소스



**Humana.com/LogOn**에서 MyHumana 계정을 설정하고  
선호하는 연락 방법을 확인하십시오.

**Humana.**





Humana는 Medicare와 계약을 맺은 단독 PDP 처방약 플랜입니다. 이 Humana 플랜에 대한 가입은 계약 갱신에 따릅니다.

모든 상품명, 로고, 브랜드 및 상표는 해당 소유주의 재산이며, 어떠한 사용도 승인을 의미하지 않습니다.

네트워크에 속한 다른 약국을 이용할 수 있습니다.

원격 진료 또는 원격의료라고도 하는 원격의료 서비스에 대한 제한은 주에 따라 다릅니다.

이러한 서비스는 응급 진료를 대체하지 않으며, 일차의료 제공자나 네트워크의 다른 제공자를 대체할 의도를 갖고 있지 않습니다. 원격의료 서비스의 사용에 관한 설명은 정보 제공을 목적으로만 사용되는 것으로, 이를 의학적 조언으로 해석해서는 안 됩니다. 플랜의 보장 범위 또는 플랜에 적용되는 다른 규정과 관련한 추가 세부사항은 귀하의 보장 범위 증명서를 참조하여 주시기 바랍니다.

Humana Premier RX(PDP) 및 Humana Walmart Value RX(PDP) 처방약 플랜 약국 네트워크에는 AR, CT, DE, IA, IN, KY, ME, MI, MN, MO, MS, ND, NY, OH, PR, RI, SD, TN, VT, WI, WV주의 도시 지역, CT, HI, MA, ME, MI, MT, ND, NJ, NY, OH, PA, PR, RI, WV주의 교외 지역 및 IA, MN, MT, ND, NE, SD, VT, WY주의 농촌 지역에 있는 제한된 저비용 선호 약국이 포함되어 있습니다. 다음 주의 도시 지역에서는 우선 비용 부담 약국의 수가 극히 제한되어 있습니다. AR, DE, ME, MI, MN, MS, ND, NY, OH, RI, SD주, 그리고 MT 및 ND의 교외 지역, NC주의 농촌 지역. 가입자가 이용하는 약국에서는 본 플랜 자료에 광고된 것과 같은 더 저렴한 비용으로 이용하지 못할 수 있습니다. 가입자 지역에 저비용 우선 약국이 있는지 여부를 포함하여 당사의 네트워크 약국에 대한 최신 정보는 고객 지원팀에 **800-281-6918(TTY: 711)**번으로 문의하시거나 **Humana.com**의 온라인 약국 목록을 참조하십시오.

## 중요 사항

Humana에서는 여러분 모두가 공정한 대우를 받는 것을 중요하게 여깁니다.

Humana Inc. 및 그 자회사는 해당 연방 민권법을 준수하고 프로그램 및 활동에 가입, 접근, 또는 처우나 채용을 포함하여 프로그램 및 활동에 있어 인종, 피부색, 국적, 혈통, 민족성, 성별, 성 지향성, 젠더, 성 정체성, 장애, 연령, 결혼 여부, 종교 또는 언어를 이유로 차별하지 않습니다. 다음 부서에서 Humana의 차별 금지 정책에 관한 문의 처리를 담당하고 있습니다. Discrimination Grievances, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618, **877-320-1235(TTY:711)**.

이 정보는 다른 언어로도 무료 제공됩니다. 저희 고객 서비스 팀에 **877-320-1235(TTY:711)**로 전화해 주십시오. 운영 시간: 오전 8시 ~ 오후 8시(동부 시간)

**Español(Spanish):** Llame al número indicado para recibir servicios gratuitos de asistencia lingüística.

**877-320-1235 (TTY:711).** Horas de operación: 8 a.m. a 8 p.m. hora del este.

**繁體中文 (Chinese):** 本資訊也有其他語言版本可供免費索取。請致電客戶服務部：**877-320-1235 (聽障專線：711)**。辦公時間：

東部時間上午 8 時至晚上 8 時。