

# 2026년 보장 범위 증명서

**Humana**<sup>®</sup>

Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP)에 가입해 주셔서 감사합니다. 저희는 가입자 여러분을 소중히 여기며 가입자가 원하는 최상의 건강 상태를 유지할 수 있도록 최선을 다하고 있습니다.

이 보장 범위 증명서에는 가입자의 플랜에 대한 중요한 정보가 포함되어 있습니다. 이 책자는 가입자의 혜택과 비용에 대한 완전한 법적 설명이 포함된, 매우 상세히 기술된 문서입니다. 플랜 연도 동안 참조할 수 있도록 이 문서를 보관해야 합니다.

**Humana는 귀하의 웰빙을 소중하게 생각합니다.**

당사는 앞으로도 계속 귀하의 건강 파트너로 활동할 수 있기를 바랍니다. 궁금한 점이 있으면 언제든지 도와 드리겠습니다.

2026

# 보장 범위 증명서

Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP)

King 및 Snohomish 카운티  
WA의 선별 카운티

**Humana**<sup>®</sup>



**2026년 1월 1일~12월 31일**

## **2026년도 보장 범위 증명서:**

### **Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP)의 가입자가 받는 Medicare 의료 혜택과 서비스 및 처방약 보장**

이 문서에는 2026년 1월 1일~12월 31일까지 가입자가 받는 Medicare 건강 및 약품 보장에 관한 자세한 정보가 나와 있습니다. **이 책자는 중요한 법률 문서입니다. 안전한 장소에 보관하십시오.**

이 문서에서는 귀하의 혜택 및 권리에 대해 설명합니다. 이 문서를 통해 다음에 대해 이해할 수 있습니다.

- 당사 플랜 보험료 및 비용 부담금
- 당사 의료 및 약품 혜택
- 서비스 또는 치료에 만족하지 않을 경우 진정 제기 방법
- 당사 문의 방법
- Medicare 법에서 요구하는 기타 보호

**이 문서에 대한 질문은 고객 지원(800-457-4708)으로 전화하십시오(TTY 사용자는 711 이용). 전화 상담 운영 시간은 10월 1일~3월 31일 사이에는 주7일 오전 8시~오후 8시, 4월 1일~9월 30일 사이에는 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시입니다. 통화료는 무료입니다.**

본 플랜 Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP)는 Humana Medical Plan, Inc.에서 제공합니다(본 **보장 범위 증명서**에서 "당사" 및 "저희"는 Humana Medical Plan, Inc.를 말합니다. "플랜", "당사 플랜" 또는 "저희 플랜"은 Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP)를 말합니다).

이 문서는 스페인어로 무료로 제공됩니다.

이 정보는 점자, 큰 글씨 및 오디오 등 다른 형식으로도 제공됩니다. 다른 형식의 플랜 정보가 필요하신 경우, 위 번호로 고객 지원에 연락해 주십시오.

혜택, 보험료, 공제금 및/또는 공동 부담금/공동 보험비용은 2027년 1월 1일에 변경될 수 있습니다.

당사의 처방집, 약국 네트워크 및/또는 네트워크 제공자는 언제든지 변경될 수 있습니다. 최소 30일 전에 변경 사항 관련 통지를 받습니다.

Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP)는 National Committee for Quality Assurance(NCQA)로부터 Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP)의 치료 모델 검토를 바탕으로 2026년 12월 31일까지 특수 요구 플랜(SNP) 운영을 승인받았습니다.

H1036\_EOC\_MAPD\_HMO\_325000\_2026\_KO\_C

## 2026년 보장 범위 증명서

### 목차

|            |                                                                    |           |
|------------|--------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1장:</b> | <b>가입자로 시작하기.....</b>                                              | <b>9</b>  |
| 1절         | Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP)의 가입자.....             | 9         |
| 2절         | 플랜 가입 자격 요건 .....                                                  | 10        |
| 3절         | 중요 가입자 자료 .....                                                    | 12        |
| 4절         | 2026년 주요 비용 요약 .....                                               | 13        |
| 5절         | 월 플랜 보험료에 대한 자세한 정보.....                                           | 18        |
| 6절         | 당사 플랜 멤버십 기록을 최신 상태로 유지하기 .....                                    | 19        |
| 7절         | 다른 보험이 당사의 플랜과 함께 어떻게 작용합니까?.....                                  | 19        |
| <b>2장:</b> | <b>전화번호 및 참고자료 .....</b>                                           | <b>21</b> |
| 1절         | Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP) 연락처 .....             | 21        |
| 2절         | Medicare (Medicare에 문의하기) .....                                    | 24        |
| 3절         | 주 건강보험 지원 프로그램(무료 도움말, 정보 및 Medicare 관련 질문에 대한 답변)...              | 25        |
| 4절         | 품질 개선 기관.....                                                      | 26        |
| 5절         | 사회 보장 .....                                                        | 26        |
| 6절         | Medicaid.....                                                      | 27        |
| 7절         | 처방약 비용 부담을 줄여주는 지원 프로그램 .....                                      | 28        |
| 8절         | 철도 퇴직 위원회(RRB).....                                                | 30        |
| 9절         | 단체보험 또는 고용주가 제공하는 기타 건강 보험에 가입되어 있는 경우 .....                       | 30        |
| <b>3장:</b> | <b>플랜을 통해 의료 서비스 이용하기 .....</b>                                    | <b>31</b> |
| 1절         | 당사 플랜의 가입자로서 의료 서비스를 받는 방법.....                                    | 31        |
| 2절         | 당사 플랜의 네트워크 제공자를 이용하여 의료 서비스 받기.....                               | 32        |
| 3절         | 응급 상황, 재해 또는 긴급 치료가 필요한 상황 발생 시 서비스를 받는 방법 .....                   | 35        |
| 4절         | 서비스의 전체 비용을 직접 청구받은 경우 어떻게 해야 합니까? .....                           | 37        |
| 5절         | 임상 연구에서의 의료 서비스 .....                                              | 38        |
| 6절         | 종교적인 비의료 건강 관리 기관에서 제공하는 서비스 관련 규정 .....                           | 39        |
| 7절         | 내구성 의료 장비의 소유권 규정.....                                             | 40        |
| <b>4장:</b> | <b>의료 혜택 차트(보장 내용).....</b>                                        | <b>42</b> |
| 1절         | 보장 서비스 이해 .....                                                    | 42        |
| 2절         | 가입자의 의료 혜택을 보여주는 의료 혜택 차트 .....                                    | 42        |
| 3절         | Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP) 범위 밖에서 보장되는 서비스 ..... | 83        |
| 4절         | 플랜 또는 Medicare의 보장 대상에서 제외되는 서비스.....                              | 83        |
| <b>5장:</b> | <b>파트 D 약품에 대한 플랜 보장 이용 .....</b>                                  | <b>88</b> |
| 1절         | 당사 플랜의 파트 D 약품 보장에 관한 기본 규칙 .....                                  | 88        |
| 2절         | 네트워크 약국 또는 당사 플랜의 우편 주문 서비스를 통한 처방약 조제.....                        | 88        |
| 3절         | 귀하의 약품이 당사 플랜의 약품 안내서 내에 있어야 합니다.....                              | 92        |
| 4절         | 보장에 제한이 있는 약품.....                                                 | 94        |

## 목차

|             |                                                                    |            |
|-------------|--------------------------------------------------------------------|------------|
| 5절          | 가입자가 원하는 대로 가입자의 약품 중 하나가 보장되지 않는 경우 가입자는 어떤 조치를 취할 수 있습니까? .....  | 95         |
| 6절          | 당사 약품 안내서는 그 해에 변경될 수 있습니다 .....                                   | 98         |
| 7절          | 당사가 보장하지 않는 약품의 종류 .....                                           | 100        |
| 8절          | 처방약 조제 방법 .....                                                    | 100        |
| 9절          | 특수 상황에서 파트 D 약품 보장 .....                                           | 101        |
| 10절         | 약품 안전 및 의약품 관리에 관한 프로그램 .....                                      | 102        |
| <b>6장:</b>  | <b>파트 D 약품에 대한 가입자의 지불 내용 .....</b>                                | <b>104</b> |
| 1장          | 파트 D 약품에 대한 가입자의 지불 내용 .....                                       | 104        |
| 2절          | Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP) 가입자의 약품 지불 단계 .....   | 106        |
| 3절          | 가입자의 <b>SmartSummary</b> 에서는 가입자가 어떤 지불 단계에 있는지 설명합니다....          | 106        |
| 4절          | 공제금 단계 .....                                                       | 107        |
| 5절          | 초기 보장 혜택 단계 .....                                                  | 108        |
| 6절          | 재난적 보장 단계 .....                                                    | 111        |
| 7절          | 추가 혜택 정보 .....                                                     | 112        |
| 8절          | 파트 D 백신에 대한 가입자의 지불 내용 .....                                       | 112        |
| <b>7장:</b>  | <b>보장 의료 서비스 또는 약품 청구서에 대한 지불 요청 .....</b>                         | <b>114</b> |
| 1절          | 귀하가 당사의 보장 서비스 또는 약품에 대한 당사의 비용 부담분 지불을 당사에 요청해야 하는 상황 .....       | 114        |
| 2절          | 환급 요청 방법 또는 이미 수령한 청구서 지불을 요청하는 방법 .....                           | 116        |
| 3절          | 지불 요청서를 검토해 승인 여부를 알려드립니다 .....                                    | 117        |
| <b>8장:</b>  | <b>가입자의 권리와 의무 .....</b>                                           | <b>118</b> |
| 1절          | 당사의 플랜은 귀하의 권리와 문화적 민감성을 존중해야 합니다 .....                            | 118        |
| 2절          | 당사 플랜 가입자로서의 귀하가 지는 책임 .....                                       | 126        |
| <b>9장:</b>  | <b>문제가 발생하거나 진정(보장 결정, 이의 제기, 진정)이 있는 경우 .....</b>                 | <b>128</b> |
| 1절          | 문제가 있거나 우려 사항이 있는 경우 어떻게 해야 합니까? .....                             | 128        |
| 2절          | 추가 정보 및 맞춤형 도움을 받을 수 있는 위치 .....                                   | 128        |
| 3절          | 귀하의 문제에 사용할 절차 .....                                               | 129        |
| 4절          | Medicare 혜택에 대한 문제 처리 .....                                        | 130        |
| 5절          | 보장 결정 및 이의 제기에 대한 안내 .....                                         | 130        |
| 6절          | 의료 서비스: 보장 결정을 요청하거나 이의 제기를 하는 방법 .....                            | 132        |
| 7절          | 파트 D 약품: 보장 결정을 요청하거나 이의 제기를 하는 방법 .....                           | 138        |
| 8절          | 너무 빨리 퇴원한다고 생각될 경우 연장된 병원 입원 기간 동안의 보장을 요청하는 방법 .....              | 146        |
| 9절          | 귀하의 보장이 너무 일찍 종료된다고 생각되는 경우 당사에 특정 의료 서비스에 대해 계속 보장을 요청하는 방법 ..... | 150        |
| 10절         | 레벨 3, 4 및 5로 이의 제기하기 .....                                         | 153        |
| 11절         | 의료의 질, 대기 시간, 고객 서비스 또는 기타 우려 사항에 관한 진정 제기 방법 .....                | 155        |
| 12절         | Medicaid 혜택에 대한 문제 처리 .....                                        | 158        |
| <b>10장:</b> | <b>당사 플랜 멤버십 종료 .....</b>                                          | <b>159</b> |
| 1절          | 당사 플랜 멤버십 종료 .....                                                 | 159        |

**목차**

|              |                                                                                  |            |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 2절           | 플랜 멤버십을 언제 종료할 수 있습니까? .....                                                     | 159        |
| 3절           | 당사 플랜 멤버십 종료 방법 .....                                                            | 162        |
| 4절           | 멤버십이 종료될 때까지 당사의 플랜을 통해 의료품, 서비스 및 약품을 계속<br>공급받아야 합니다 .....                     | 163        |
| 5절           | Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP)는 특정한 상황에서 당사<br>멤버십을 종료해야 합니다 ..... | 163        |
| <b>11장:</b>  | <b>법적 통지 .....</b>                                                               | <b>165</b> |
| 1절           | 준거법에 대한 통지 .....                                                                 | 165        |
| 2절           | 차별 금지에 대한 통지 .....                                                               | 165        |
| 3절           | Medicare 2차 지불자 대위권에 관한 통지 .....                                                 | 165        |
| 4절           | 대위 관련 추가 통지(제3자로부터 회수) .....                                                     | 165        |
| 5절           | 혜택 조정 통지 .....                                                                   | 166        |
| <b>12장:</b>  | <b>정의 .....</b>                                                                  | <b>169</b> |
| <b>자료 A.</b> | <b>주 기관 연락처 정보 .....</b>                                                         | <b>178</b> |
|              | 가입자가 거주하는 주에서 도움을 받을 수 있는 기관의 명칭과 주소, 전화번호, 기타<br>연락처 정보가 나와 있습니다.               |            |

**1장 가입자로 시작하기**

# 1장: 가입자로 시작하기

## 1절 Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP)의 가입자

### 1.1절 전문적인 Medicare Advantage 플랜(특수 요구 플랜)인 Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP)에 가입하셨습니다

Medicare와 Medicaid의 보장을 모두 받습니다.

- **Medicare**는 65세 이상의 고령자, 장애를 가진 65세 미만의 사람, 말기 신장 질환(신부전증) 환자를 위한 연방 건강 보험 프로그램입니다.
- **Medicaid**는 소득과 자원이 제한된 특정인의 의료 비용을 지원하는 연방 및 주 정부 합작 프로그램입니다. Medicaid 보장은 보유하고 있는 Medicaid의 상태 및 유형에 따라 다릅니다. Medicaid 보유자 중 일부는 Medicare 보험료 및 기타 비용 지불에 도움을 받습니다. 다른 분들은 Medicare가 보장하지 않는 추가 서비스와 의약품에 대한 보장도 받습니다.

귀하는 당사 플랜인 Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP)를 통해 Medicare 의료 보험 및 약품 보장을 받도록 선택했습니다. 당사 플랜은 파트 A 및 파트 B 서비스를 모두 보장합니다. 그러나 당사 플랜의 비용 부담 및 제공자 접근은 Original Medicare와 다릅니다.

Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP)는 전문 Medicare Advantage 플랜(Medicare 특수 요구 플랜)으로, 특별한 의료 서비스가 필요한 분들을 위해 혜택이 설계되었습니다. Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP)는 Medicare를 보유하고 있으며 Apple Health(Medicaid)의 도움을 받으시는 분들을 위해 설계되었습니다.

가입자는 Medicaid 파트 A 및 B 비용 부담(공제금, 공동 부담금 및 공동 보험비용)과 함께 Apple Health (Medicaid)로부터 도움을 받기 때문에 Medicare 서비스에 대해 비용이 들지 않습니다. Apple Health(Medicaid)는 일반적으로 Medicare가 보장하지 않는 의료 서비스 및 처방약을 보장하여 다른 혜택을 제공할 수도 있습니다. 가입자는 또한 Medicare 약품 비용의 지불을 위해 Medicare로부터 부가 지원도 받습니다. Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP)는 이러한 모든 혜택을 관리하도록 도와주므로 가입자는 본인이 대상자인 건강 서비스 및 납부 관련 도움을 받을 수 있습니다.

Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP)는 민영 기업에서 운영하는 플랜입니다. 모든 Medicare Advantage 플랜과 마찬가지로 이 Medicare 특수 요구 플랜도 Medicare의 승인을 받았습니다. 당사 플랜은 또 Medicaid 혜택을 조정하기 위해 Washington Medicaid 프로그램과 계약을 체결하였습니다. 가입자에게 약품 보장을 포함하여 Medicare 보장을 제공해 드리게 되어 기쁩니다.

### 1.2절 보장 범위 증명서에 대한 법적 정보

이 보장 범위 증명서는 Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP)의 의료 서비스 보장과 관련한 당사와 가입자 간 계약의 일부입니다. 본 계약의 다른 부분으로는 가입 양식, 처방약 안내서(처방집) 및 귀하의 보장에 영향을 미치는 보장 또는 조건 관련 변경 사항에 대해 당사로부터 받은 모든 통지 사항이 있습니다. 이러한 공지를 부칙 또는 수정 조항이라고 합니다.

**1장 가입자로 시작하기**

이 계약은 2026년 1월 1일~2026년 12월 31일까지 Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP)에 가입한 개월 수 동안 유효합니다.

당사는 매년 Medicare를 통해 제공하는 플랜을 변경할 수 있습니다. 이는 2026년 12월 31일 이후 Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP)의 비용과 혜택을 변경할 수 있음을 의미합니다. 또한, 2026년 12월 31일 이후 당사는 가입자의 서비스 지역에 당사 플랜의 제공을 중지할 수도 있습니다.

Medicare(Medicare & Medicaid 서비스 센터) 및 Apple Health(Medicaid)가 매년 Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP)를 승인해야 합니다. 당사 플랜을 계속 제공하고 Medicare 및 Apple Health(Medicaid)가 당사 플랜의 승인을 갱신하는 한 매년 계속해서 플랜의 가입자로서 Medicare 보장을 받을 수 있습니다.

**2절 플랜 가입 자격 요건****2.1절 가입 자격 요건**

다음과 같은 모든 조건을 충족하는 경우 당사 플랜에 가입하실 수 있습니다.

- Medicare 파트 A와 파트 B에 모두 가입되어 있습니다.
- 지리적 서비스 지역에 거주하고 있습니다(2.3절). 수감된 분들은 실제로 그 지역 안에 있더라도 서비스 지역에 사는 것으로 간주되지 않습니다.
- 미국 시민이거나 미국에서 합법적으로 거주 중입니다.
- 아래에 설명된 특별 자격 요건을 충족합니다.

**본 플랜을 위한 특별 자격 요건**

본 플랜은 Medicaid의 특정 혜택을 받는 분들의 요구를 충족하도록 설계되었습니다(Medicaid는 소득과 자원이 제한된 특정인의 의료 비용을 지원하는 연방 및 주 정부 합작 프로그램입니다). 당사 플랜에 가입할 자격을 갖추려면 다음과 같은 Medicare 및 Medicaid 카테고리 모두에 적격해야 합니다. FBDE, QMB+, SLMB+.

참고: 귀하의 자격을 상실했지만 6개월 이내에 다시 자격을 얻을 것으로 예상될 경우, 가입자 자격을 계속 유지할 수 있습니다. 4장, 2.1절에서는 지속적인 자격으로 간주되는 기간 동안 보장 및 비용 부담금에 대해 설명합니다.

**2.2절 Medicaid**

Medicaid는 소득과 자원이 제한된 특정인의 의료 비용을 지원하는 연방 및 주 정부 합작 프로그램입니다. 소득 및 자원의 기준, 자격 대상자, 보장 서비스, 서비스 비용 등은 각 주에서 결정합니다. 연방 지침을 준수하는 한 프로그램 운영 방식도 각 주에서 결정할 수 있습니다.

**전체 혜택 이중 자격(FBDE):** Medicare 파트 A 보험료 및/또는 Medicare 파트 B 보험료와 기타 비용 부담금(공제금, 공동 보험비용, 공동 부담금 등)을 일부 지원하고 모든 Medicaid 혜택을 제공합니다.

또한 Medicaid에서 제공하는 프로그램에서는 Medicare 보험료와 같은 Medicare 비용을 지불할 수 있습니다. 이러한 Medicare 절약 프로그램은 제한된 소득과 자원을 가진 분들의 매년 의료 비용 부담을 덜어드리기 위해 마련되었습니다.

## 1장 가입자로 시작하기

- **적격 Medicare 수혜자 Plus(QMB+):** Medicare 파트 A 및 파트 B 보험료 및 기타 비용 부담금(공제금, 공동 보험비용, 공동 부담금 등)을 일부 지원해 드리며, Medicaid 제공자가 제공하는 Medicaid 서비스에 대해 Medicaid의 모든 혜택을 제공합니다.
- **특정 저소득 Medicare 수혜자 Plus(SLMB+):** 파트 B 보험료 지불을 지원하며 Medicaid 제공자가 제공하는 Medicaid 서비스에 대해 Medicaid의 모든 혜택을 제공합니다.

### 2.3절 Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP)의 플랜 서비스 지역

Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP)는 당사 플랜의 서비스 지역에 거주하는 분들만 이용할 수 있습니다. 플랜의 가입자 상태를 유지하려면 당사 플랜 서비스 지역에 계속 거주해야 합니다. 서비스 지역은 아래에 설명되어 있습니다.

Washington 주에서 당사의 서비스 지역에는 다음 카운티가 포함됩니다. King, Snohomish 카운티, WA.

새로운 주로 이사할 계획이면 해당 주의 Medicaid 사무소에 연락하여 이사로 인해 Medicaid 혜택에 어떤 영향이 있는지도 확인해야 합니다. Medicaid 전화번호는 이 문서의 2장 6절에 나와 있습니다.

당사 플랜의 서비스 지역 밖으로 이사하는 경우, 이 플랜의 가입자 자격을 유지할 수 없습니다. 새 지역에 당사의 플랜이 있는지 확인하려면 고객 지원에 800-457-4708(TTY 사용자는 711)로 전화하십시오. 이사할 때 Original Medicare로 전환하거나 새 위치에서 Medicare 건강 또는 약품 플랜에 가입하는 특별 가입 기간이 제공됩니다.

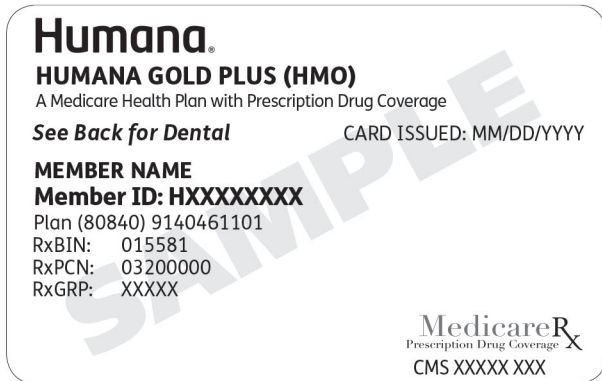
우편 주소를 옮기거나 변경하는 경우 사회 보장에 전화하는 것도 중요합니다. 1-800-772-1213(TTY 사용자는 1-800-325-0778로 전화)으로 사회 보장에 전화하십시오.

### 2.4절 미국 시민권 또는 합법적 거주

귀하는 미국 시민이거나 미국에서 합법적으로 거주해야 Medicare 건강 플랜에 가입할 수 있습니다. 가입자가 이 기준에 따라 당사 플랜의 가입자 자격을 유지할 수 없게 되면 Medicare(Medicare & Medicaid 서비스 센터)는 Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP)에 이를 통지합니다. 이 요건을 충족하지 못할 경우 Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP)는 가입자를 탈퇴 처리해야 합니다.

**1장 가입자로 시작하기****3절 중요 가입자 자료****3.1절 당사 플랜 가입자 카드**

당사 플랜이 보장하는 서비스를 이용하고 네트워크 약국에서 처방약을 구입할 때마다 가입자 카드를 사용합니다. 가입자 카드의 샘플 이미지는 다음과 같습니다.



본 플랜에 가입되어 있는 동안에는 보장 의료 서비스에 빨간색, 흰색 및 파란색 Medicare 카드를 사용하지 마십시오. Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP) 가입자 카드 대신 Medicare 카드를 사용하는 경우, 의료 서비스 비용 전액을 직접 지불해야 할 수도 있습니다. Medicare 카드는 안전한 장소에 보관하십시오. 병원 서비스, 호스피스 서비스가 필요하거나(임상 시험이라고도 하는) Medicare 승인 임상 연구에 참여 중인 경우 이에 대한 질문을 받게 될 수 있습니다.

당사 플랜 가입자 카드가 손상, 분실 또는 도난된 경우, 즉시 고객 지원에 800-457-4708(TTY 사용자는 711)로 전화해 주시면 카드를 새로 발급해 드립니다.

귀하에게 추가 보장이 있을 수 있음을 제공자가 알 수 있도록 반드시 Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP) 가입자 카드와 Apple Health(Medicaid) ID 카드를 함께 제시해 주십시오.

**3.2절 제공자 명부**

**제공자 명부(Humana.com/PlanDocuments)**에는 최신 네트워크 제공자, 내구성 의료 장비 공급업체 및 약국이 포함되어 있습니다. **네트워크 제공자**는 당사의 지불과 모든 플랜 비용 부담금을 전액 지불로 수락하는 것에 동의한 의사와 다른 의료 전문가, 의료 그룹, 내구성 의료 장비 공급업체, 병원 및 다른 의료 시설을 의미합니다.

의료 서비스를 받으려면 네트워크 제공자를 이용해야 합니다. 적절한 허가 없이 다른 곳에 가는 경우 전액 지불해야 합니다. 단, 응급 상황, 네트워크 이용 불가 시 긴급하게 필요한 서비스(즉, 네트워크 내 서비스를 이용하는 것이 어렵거나 불가능한 경우), 지역 외 투석 서비스 및 Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325 (HMO D-SNP) 가 네트워크 외 제공자의 이용을 승인하는 경우는 예외입니다.

다수의 본 플랜 네트워크 제공자도 Medicaid 인증을 받았습니다. Apple Health(Medicaid)에도 참여하고 있는 플랜 네트워크 제공자를 알아 보려면 **제공자 명부**를 참조하십시오. 가입자는 본인의 Medicare 플랜 서비스에 대해 Medicaid 인증 제공자로만 제한되지 않습니다.

**제공자 명부(Humana.com/PlanDocuments)**에는 네트워크 약국이 나와 있습니다. **네트워크 약국**은 플랜 가입자에 대해 보장 처방약을 조제하는 데 동의한 모든 약국입니다. **제공자 명부**를 사용하여 이용하려는 네트워크 약국을 찾을 수 있습니다. 플랜의 네트워크에 없는 약국을 사용할 수 있는 경우에 대한 정보는 5장 2.5절을 참조하십시오.

**1장 가입자로 시작하기**

또한 **제공자 명부**는 당사 네트워크의 어느 약국들이 우선 비용 분담을 가지고 있는지 알려주는데, 이는 일부 약에 대해 다른 네트워크 약국에서 제공하는 일반 비용 분담보다 낮을 수 있습니다.

**제공자 명부**가 없으신 경우 고객 지원(800-457-4708, TTY 사용자는 711 이용)에 (전자 또는 종이 형식으로) 사본을 요청할 수 있습니다. 요청된 종이 형식의 **제공자 명부**는 영업일 기준 3일 이내에 우편으로 발송됩니다. 당사 웹사이트 **Humana.com/PlanDocuments**에서 이 정보를 확인하실 수도 있습니다. 웹사이트는 네트워크 제공자 및 약국 변경에 대한 최신 정보를 제공합니다.

**3.3절 약품 안내서(처방집)**

당사 플랜에는 **보장 약품 목록**(약품 안내서 또는 처방집이라고도 함)이 있습니다. 이 안내서는 Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP)의 파트 D 혜택에서 어떤 파트 D 처방약이 보장되는지 알려줍니다. 이 목록에 있는 약품은 의사 및 약사의 도움을 받아 당사 플랜에 포함된 것입니다. 약품 안내서는 Medicare의 요건을 충족해야 합니다. Medicare 약품 가격 협상 프로그램에 따라 가격이 협상되는 약품은 5장, 6절에 설명된 대로 삭제 및 교체되지 않는 한 약품 안내서에 포함됩니다. Medicare는 Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP) 약품 안내서를 승인했습니다.

약품 안내서는 또한 약품에 대한 보장을 제한하는 규칙이 있는지 알려줍니다.

당사는 가입자에게 약품 안내서 사본을 제공해 드립니다. 약품 안내서에는 가입자들이 가장 일반적으로 사용하는 보장 약품에 대한 정보가 있습니다. 그러나 당사는 약품 안내서에 포함되지 않은 추가 약에 대해서도 보장합니다. 가입자의 약품 중 하나가 약품 안내서에 나와 있지 않은 경우 당사 웹사이트를 방문하거나 고객 지원에 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 전화하여 당사가 해당 약품을 보장하는지 확인해 보십시오. 보장되는 약품에 대한 가장 완전하고 최신화된 정보를 받아보시려면 (**Humana.com/PlanDocuments**)를 방문하시거나 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 고객 지원에 전화하십시오.

**4절 2026년 주요 비용 요약**

|                                                                                                | 2026년도 비용                                                                        |         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------|
|                                                                                                | 네트워크 내                                                                           | 네트워크 외  |
| <b>월 플랜 보험료</b>                                                                                | \$0                                                                              |         |
| <b>공제금</b>                                                                                     | \$0                                                                              | 적용되지 않음 |
| <b>최대 본인부담 비용</b><br>이는 보장된 파트 A 및 파트 B 서비스에 대해 가입자가 부담하는 최대 본인부담비용입니다(자세한 내용은 4장 1절을 참조하십시오). | \$9,250<br>가입자는 파트 A 및 파트 B 보장 서비스에 대한 최대 본인부담 비용에 도달할 때까지 본인부담비용을 지불할 책임이 없습니다. | 적용되지 않음 |
| <b>주치의 진료실 방문</b>                                                                              | 진료당 공동 부담금 \$0                                                                   | 적용되지 않음 |
| <b>전문의 진료실 방문</b>                                                                              | 진료당 공동 부담금 \$0                                                                   | 적용되지 않음 |

**1장 가입자로 시작하기**

|                                                                                                                                                  | <b>2026년도 비용</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
|                                                                                                                                                  | <b>네트워크 내</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>네트워크 외</b> |
| <b>병원 입원</b>                                                                                                                                     | 입원당 공동 부담금 <b>\$0</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 적용되지 않음       |
| <b>파트 D 약품 보장 공제금</b><br>(자세한 내용은 6장, 4절 참조)                                                                                                     | <b>\$615.</b><br>단, 보장되는 인슐린 제품과 대부분의 성인 파트 D 백신은 제외됩니다.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |
| <b>파트 D 약품 보장</b><br>(연간 공제금, 초기 보장 및 재난적 보장 단계를 포함한 자세한 내용은 6장, 4절을 참조하십시오.)<br><br>일부 계층에는 인슐린이 포함되지 않을 수 있습니다. 인슐린 보장을 확인하려면 처방약 안내서를 참조하십시오. | <p>가입자가 부가 지원을 받는 경우, 가입자가 지불하는 금액은 받고 있는 부가 지원의 수준에 따라 달라집니다. 비용 부담 금액은 별첨된 LIS 부칙을 참조하십시오.</p> <p>가입자가 부가 지원을 받는 경우 가입자의 공제금은 <b>\$0</b>입니다. 부가 지원을 받지 않는 경우에는 다음과 같이 지불해야 합니다.</p> <p>공제금 단계 동안 가입자는 1단계 약품에 대해 비용 부담금 <b>\$0</b>, 2단계 약품의 경우 비용 부담금 <b>\$0</b>, 연간 공제금에 도달할 때까지 3단계, 4단계 및 5단계 약품에 대한 전체 비용을 지불합니다.</p> <p>초기 보장 혜택 단계 중 공동 부담금/공동 보험비용:</p> <p><b>소매 약국</b>에서 받는 30일분 약:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1단계 약: <b>\$0</b></li> </ul> <p>가입자는 이 단계에서 보장되는 각 인슐린 제품의 1개월분당 <b>0%</b>의 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2단계 약: <b>\$0</b></li> </ul> <p>가입자는 이 단계에서 보장되는 각 인슐린 제품의 1개월분당 <b>0%</b>의 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3단계 약: <b>25%</b></li> </ul> <p>가입자는 이 단계에서 보장되는 각 인슐린 제품의 1개월분당 <b>25%</b>, 최대 <b>\$35</b>의 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 4단계 약: <b>25%</b></li> </ul> <p>가입자는 이 단계에서 보장되는 각 인슐린 제품의 1개월분당 <b>25%</b>, 최대 <b>\$35</b>의 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5단계 약: <b>25%</b></li> </ul> <p>가입자는 이 단계에서 보장되는 각 인슐린 제품의 1개월분당 <b>25%</b>, 최대 <b>\$35</b>의 비용을 지불합니다.</p> |               |

**1장 가입자로 시작하기**

|  | <b>2026년도 비용</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |               |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
|  | <b>네트워크 내</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>네트워크 외</b> |
|  | <p>우선 비용 분담 <b>우편 주문 약국</b>에서 100일분을 구입하는 경우:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1단계 약: <b>\$0</b></li> </ul> <p>가입자는 이 단계에서 보장되는 각 인슐린 제품의 3개월분당 <b>0%</b>의 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2단계 약: <b>\$0</b></li> </ul> <p>가입자는 이 단계에서 보장되는 각 인슐린 제품의 3개월분당 <b>0%</b>의 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3단계 약: <b>25%</b></li> </ul> <p>가입자는 이 단계에서 보장되는 각 인슐린 제품의 3개월분당 <b>25%</b>, 최대 <b>\$105</b>의 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 4단계 약: <b>25%</b></li> </ul> <p>가입자는 이 단계에서 보장되는 각 인슐린 제품의 3개월분당 <b>25%</b>, 최대 <b>\$105</b>의 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5단계 약: 해당 없음</li> </ul>                                         |               |
|  | <p>100일분을 <b>우편 주문 약국</b>에서 일반 비용 분담을 통해 구입하는 경우:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1단계 약: <b>\$30</b></li> </ul> <p>가입자는 이 단계에서 보장되는 각 인슐린 제품의 3개월분당 <b>25%</b>, 최대 <b>\$30</b>의 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2단계 약: <b>\$60</b></li> </ul> <p>가입자는 이 단계에서 보장되는 각 인슐린 제품의 3개월분당 <b>25%</b>, 최대 <b>\$60</b>의 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3단계 약: <b>25%</b></li> </ul> <p>가입자는 이 단계에서 보장되는 각 인슐린 제품의 3개월분당 <b>25%</b>, 최대 <b>\$105</b>의 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 4단계 약: <b>25%</b></li> </ul> <p>가입자는 이 단계에서 보장되는 각 인슐린 제품의 3개월분당 <b>25%</b>, 최대 <b>\$105</b>의 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5단계 약: 해당 없음</li> </ul> |               |

**1장 가입자로 시작하기**

|  | 2026년도 비용                                                   |        |
|--|-------------------------------------------------------------|--------|
|  | 네트워크 내                                                      | 네트워크 외 |
|  | 재난적 보장:<br>이 지불 단계에서 귀하는 보장되는 모든 파트 D 약품에 대해 비용을 지불하지 않습니다. |        |

비용은 다음을 포함할 수 있습니다.

- 플랜 보험료(4.1절)
- Medicare 파트 B 월 보험료(4.2절)
- 파트 D 지연 가입 가산금(4.3절)
- 소득 비례 월납 조정금(4.4절)
- Medicare 처방전 지불 플랜 금액(4.5절)

**4.1절 플랜 보험료**

가입자는 Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP)에 대해 별도로 월 플랜 보험료를 지불하지 않습니다.

**4.2절 Medicare 파트 B 월 보험료**

**가입자 중 상당수는 다른 Medicare 보험료를 지불해야 합니다.**

월 보험료 지불 외에도 일부 가입자는 다른 Medicare 보험료를 지불해야 합니다. 위의 2절에 설명된 대로, 당사의 플랜에 가입하려면 Medicare 파트 A 및 Medicare 파트 B를 보유할 뿐만 아니라 Apple Health(Medicaid)에 대한 자격도 유지해야 합니다. 대부분의 Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP) 가입자의 경우, Apple Health(Medicaid)에서 귀하의 파트 A 보험료(자동으로 자격을 갖추지 못한 경우) 및 파트 B 보험료를 지불합니다.

**Apple Health(Medicaid)에서 가입자의 Medicare 보험료를 지불하지 않는 경우, Medicare 보험료를 계속 지불해야 당사 플랜의 가입 자격이 유지됩니다.** 여기에는 파트 B에 대한 보험료가 포함되며, 가입자는 보험료가 무료인 파트 A를 받을 자격이 없는 경우 파트 A에 대한 보험료도 지불할 수 있습니다.

**Medicare 파트 B 보험료 감면**

가입자의 Medicare 파트 B 보험료는 가입자의 월 사회보장연금에서 자동으로 차감됩니다. 본 플랜에 가입해 있는 동안 Humana는 가입자의 Medicare 파트 B 보험료를 최대 **\$1**까지 지불합니다. 그 결과, 가입자의 월 사회보장연금은 이 금액만큼 증가하게 됩니다. 가입자는 이 혜택을 받기 위해 별도의 서류를 작성할 필요가 없습니다. 당사가 가입자를 위해 이 모든 것을 처리해 드립니다.

사회보장국이 처리를 완료하는 데 몇 개월이 소요될 수 있습니다. 즉, 이 플랜의 적용일 이후 몇 개월 동안은 사회보장연금의 증가를 확인하지 못할 수도 있습니다. 처리가 완료되면 누락된 증가 금액이 다음 회차에 발행되는 수표에 반영됩니다.

이 플랜에서 탈퇴하는 경우 Medicare 파트 B 보험료 혜택이 탈퇴일에 종료됩니다. 위 설명과 같이 사회보장국이 처리를 완료하는 데 몇 개월이 소요될 수 있습니다. 탈퇴 후 받은 모든 보험 공제액은 사회보장연금에서 공제됩니다.

**4.3절 파트 D 지연 가입 가산금**

이중 자격을 유지하고 있기 때문에 이중 자격을 갖는 한 LEP가 적용되지 않지만 이중 자격을 상실하면 LEP가 발생할 수 있습니다. 파트 D 지연 가입 가산금은 초기 가입 기간이 지나고 파트 D 또는 기타 신뢰할 수 있는

## 1장 가입자로 시작하기

약품 보장이 없는 기간이 연속적으로 63일 이상 지속된 경우 언제든지 파트 D 보장에 대해 지불해야 하는 추가 보험료입니다. 신뢰할 수 있는 처방약 보장은 Medicare의 최소 일반 처방약 보장에 대한 평균 비용을 지불하기 때문에 Medicare의 최소 표준을 충족하는 보장입니다. 지연 가입 가산금은 파트 D 또는 기타 신뢰할 수 있는 약품 보장을 받지 않았던 기간에 따라 달라집니다. 파트 D 보장을 받는 한 이러한 가산금을 납부해야 합니다.

가입자가 파트 D 지연 가입 가산금을 지불하지 **않아도** 되는 경우:

- 약품 비용을 지불할 때 Medicare의 부가 지원을 받은 경우.
- 신뢰할 수 있는 보장 없는 기간이 63일이 안 된 경우.
- (전직 고용주, 노동조합, TRICARE 또는 Veterans Health Administration(VA) 등과 같은) 다른 출처를 통해 신뢰할 수 있는 약품 보장을 받은 적이 있는 경우. 가입자의 약품 보장이 신뢰할 수 있는 보장일 경우 가입자의 보험사 또는 인사부에서 매년 가입자에게 해당 사실을 알려주게 됩니다. 이 정보는 해당 플랜이 발송하는 편지 또는 뉴스레터에서 확인할 수 있습니다. 추후 Medicare 약품 플랜에 가입할 경우 필요할 수 있으므로 이 정보를 보관하십시오.
  - **참고:** 모든 편지 또는 통지에는 가입자가 Medicare의 일반 약품 플랜이 지불하는 만큼 지불될 것으로 예상되는 신뢰할 수 있는 처방약 보장을 받았다는 사실이 명시되어야 합니다.
  - **참고:** 처방약 할인 카드, 무료 클리닉 및 약품 할인 웹사이트는 신뢰할 수 있는 처방약 보장이 아닙니다.

### Medicare는 파트 D 지연 가입 가산금의 금액을 결정합니다.

운용 방식은 다음과 같습니다.

- 먼저, 가입자에게 가입 자격이 생긴 후 Medicare 약품 플랜 가입이 지연된 전체 개월 수를 계산합니다. 또는 보장 중단 기간이 63일 이상인 경우, 신뢰할 수 있는 약품 보장을 받지 않았던 전체 개월 수를 계산합니다. 가산금은 신뢰할 수 있는 보장을 받지 않았던 각각의 달에 1%입니다. 예를 들어, 보장 없이 14개월이 경과할 경우 가산금 비율은 14%가 됩니다.
- 그런 다음 Medicare는 전년도 Medicare 약품 플랜의 국내 월평균 플랜 보험료(국내 기반 수혜자 보험료)를 산출합니다. 2026년의 경우, 이 평균 보험료는 **\$38.99**였습니다.
- 월별 가산금을 계산하려면 가산금 비율에 국내 기반 수혜자 보험료를 곱한 다음 10센트 자릿수로 반올림합니다. 이 예에서는 **\$38.99**의 14% 즉, **\$5.46**이며, 근사값은 **\$5.50**입니다. 이 금액은 **파트 D 지연 가입 가산금이 부과되는 사람의 월 플랜 보험료에** 추가됩니다.

월별 파트 D 지연 가입 가산금에 대해 알아야 할 세 가지 중요한 사항:

- 국내 기반 수혜자 보험료가 매년 변경될 수 있기 때문에 **가산금은 매년 변경될 수 있습니다.**
- 플랜을 변경하더라도 Medicare 파트 D 약품 혜택을 제공하는 플랜에 가입한 경우 매달 **가산금을 계속 지불하게 됩니다.**
- 65세 미만이고 현재 Medicare에 가입되어 있는 경우 파트 D 지연 가입 가산금은 65세가 되면 재설정됩니다. 65세 이후에는 파트 D 지연 가입 가산금이 Medicare 대상 연령이 되는 초기 가입 기간 이후 보장을 받지 않았던 달에만 적용됩니다.

### 파트 D 지연 가입 가산금에 대해 동의하지 않을 경우 가입자 또는 가입자의 대리인은 검토를 요청할 수 있습니다.

일반적으로 지연 가입 가산금의 부과를 알리는 최초의 서신 수령일로부터 **60일 이내**에 이 검토를 요청해야 합니다. 그러나 플랜 가입 전에 가산금을 지불하고 있었다면 해당 지연 가입 가산금의 검토를 요청할 수 있는 기회가 없을 수도 있습니다.

**1장 가입자로 시작하기**

**중요 사항:** 자연 가입 가산금에 대한 결정을 검토하는 동안 파트 D 자연 가입 가산금의 납부를 중단하지 마십시오. 중단할 경우 당사 플랜 보험료 미납을 이유로 탈퇴 처리될 수 있습니다.

**4.4절 소득 비례 월납 조정금**

소득의 변화로 인해 이 플랜에 대한 자격이 상실된 경우, 일부 가입자는 파트 D 소득 비례 월납 조정금(IRMAA)으로 알려진 Medicare 플랜에 대한 추가 요금을 지불해야 할 수 있습니다. 추가 요금은 2년 전부터 IRS 세금 환급에 보고된 수정된 조정 총소득을 사용하여 계산됩니다. 이 금액이 특정 금액을 초과하는 경우 일반 보험료 금액 및 추가 IRMAA를 지불합니다. 소득에 따라 지불해야 할 수 있는 추가 금액에 대한 자세한 내용은 [www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs](http://www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs)에서 확인하실 수 있습니다.

추가 IRMAA를 지불해야 하는 경우, Medicare 플랜이 아닌 사회 보장에서 추가 금액이 어느 정도 될지 알려주는 서신을 보내드립니다. 월 연금이 부과된 추가 금액을 충당할 만큼 충분하지 않은 경우를 제외하고, 일반적으로 당사 플랜 보험료를 지불하는 방식과 상관없이 사회 보장, 철도 퇴직 위원회 또는 인사관리국 연금에서 추가 금액을 공제하게 됩니다. 추가 금액을 충당할 수 있을 만큼 연금이 충분하지 않으면 Medicare에서 청구서를 받을 수 있습니다. **추가 IRMAA는 반드시 정부에 납부해야 하며, 월 플랜 보험료로는 지불할 수 없습니다. 추가 IRMAA를 지불하지 않을 경우 당사 플랜에서 탈퇴 처리되고 처방약 보장 자격을 상실하게 됩니다.**

추가 IRMAA를 지불하는 것에 동의하지 않는 경우 사회 보장에 이 결정을 검토하도록 요청할 수 있습니다. 요청 방법에 대한 내용을 알아보시려면 사회 보장에 1-800-772-1213(TTY 사용자는 1-800-325-0778 이용)으로 전화하십시오.

**4.5절 Medicare 처방전 지불 플랜 금액**

Medicare 처방전 지불 플랜에 참여하고 있는 경우 매월 당사 플랜 보험료(있는 경우)를 지불하고 약국 대신 처방약에 대한 건강 플랜 또는 처방약 플랜으로부터 청구서를 받게 됩니다. 월별 청구서는 귀하가 받은 처방전에 대해 부담하는 것과 이전 달의 잔액을 연내 남은 월 수로 나눈 것을 기준으로 합니다.

2장, 7절에서는 Medicare 처방전 지불 플랜에 대해 자세히 설명합니다. 이 지불 옵션의 일부로 청구되는 금액에 동의하지 않는 경우 9장의 단계를 따라 진정 또는 이의 제기를 수행할 수 있습니다.

**5절 월 플랜 보험료에 대한 자세한 정보****5.1절 당사의 월 플랜 보험료는 연중 변경되지 않습니다**

당사가 해당 연도 중에 당사 플랜의 월 플랜 보험료 금액을 변경하는 것은 허용되지 않습니다. 차기 연도의 월 보험료에 변경 사항이 있는 경우 9월에 안내해 드리며, 새 보험료는 1월 1일부로 적용됩니다.

그러나, 경우에 따라 자연 가입 가산금(있는 경우) 지불을 중단하거나 자연 가입 가산금을 지불해야 할 수 있습니다. 이는 해당 연도에 부가 지원 프로그램의 자격을 획득하거나 부가 지원 프로그램의 자격을 잃게 될 때 발생할 수 있습니다.

- 현재 파트 D 자연 가입 가산금을 지불 중이고 연중에 부가 지원을 받을 수 있게 되면 가산금 지불을 중단할 수 있게 됩니다.
- 가입자가 부가 지원을 받지 않게 되면 파트 D 또는 기타 신뢰할 수 있는 처방약 보장 없이 연속 63일 이상 경과할 경우 자연 가입 가산금이 부과될 수 있습니다.

부가 지원 프로그램에 대한 자세한 내용은 2장 7절에서 확인할 수 있습니다.

**1장 가입자로 시작하기****6절 당사 플랜 멤버십 기록을 최신 상태로 유지하기**

가입자의 가입 기록에는 가입자의 가입 양식에 기재되어 있었던 주소, 전화번호와 같은 정보들이 있습니다. 이것은 일차의료 제공자를 비롯한 특정 플랜 보장에 대해 보여줍니다.

당사 플랜의 네트워크에 속한 의사, 병원, 약사 및 기타 제공자는 **가입자 기록을 사용하여 어떤 서비스와 약품이 제공되는지 그리고 가입자의 비용 부담금 금액을 알게 됩니다.** 따라서 가입자의 정보를 최신 상태로 유지하는 것이 매우 중요합니다.

**이러한 변경 사항이 있을 경우 알려주십시오.**

- 이름, 주소 또는 전화번호 변경
- 가입자가 보유하고 있는 다른 건강 보장 변경(예: 고용주, 배우자 또는 동거 파트너의 고용주, 산재 보상 또는 Medicaid)
- 자동차 사고로 인한 청구 등 모든 법적 책임
- 요양원에 입원한 경우
- 서비스 지역 외에서 진료를 받거나 네트워크 외 병원 또는 응급실에서 진료를 받는 경우
- 가입자의 지정된 책임 당사자(간병인 등)가 변경되는 경우
- 임상 연구에 참여하는 경우(**참고:** 참여하고자 하는 임상 연구에 대해 당사 플랜에 반드시 알려줄 필요는 없지만, 알려주는 것이 좋습니다.)

이러한 정보가 변경되는 경우 고객 지원에 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 전화하여 알려주십시오.

또한 이사하거나 우편 주소를 변경할 경우 사회 보장에 전화하는 것도 중요합니다. 1-800-772-1213(TTY 사용자는 1-800-325-0778로 전화)으로 사회 보장에 전화하십시오.

**7절 다른 보험이 당사의 플랜과 함께 어떻게 작용합니까?**

Medicare는 가입자가 가입한 기타 모든 의료 또는 약품 보장에 대한 정보를 수집하도록 당사에 요구하고 있으며, 이에 따라 당사는 당사 플랜에 따른 가입자의 혜택을 기타 모든 보장에 맞춰 조정할 수 있습니다. 이를 **혜택 조정**이라고 합니다.

연 1회 당사는 당사가 파악한 다른 의료 서비스 또는 약품 보장의 목록이 기재된 서신을 가입자에게 보냅니다. 이 정보를 주의 깊게 정독하십시오. 정보가 올바른 경우 어떠한 조치도 취할 필요가 없습니다. 정보가 올바르지 않거나 목록에 없는 다른 보장에 가입되어 있는 경우 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 고객 지원에 전화하십시오. 청구서가 제대로 적시에 지불되도록 다른 보험사에게 당사 플랜 가입자 ID 번호를 제공해야 할 수도 있습니다(신원을 확인한 후).

가입자가 다른 보험(예: 고용주 그룹 건강 보장)에 가입되어 있는 경우, Medicare 규칙이 당사 플랜과 가입자의 다른 보험 중 어느 쪽이 먼저 지불할지를 결정합니다. 먼저 지불하는 보험("기본 지불자")이 보장 한도까지 지불합니다. 두 번째로 지불하는 보험("보조 지불자")이 기본 보장으로 보장되지 않는 비용이 있을 경우에만 지불합니다. 보조 지불자가 모든 미보장 비용을 지불하는 것은 아닙니다. 다른 보험이 있는 경우 의사, 병원 및 약국에 알려 주십시오.

이 규칙은 고용주 또는 노동조합 그룹 건강 플랜 보장에 적용됩니다.

## 1장 가입자로 시작하기

---

- 퇴직자 보장을 받고 있는 경우, Medicare에서 가장 먼저 지불합니다.
- 가입자의 그룹 건강 플랜 보장이 가입자 또는 가족 구성원의 현재 고용 상태를 기반으로 하는 경우, 어느 쪽이 먼저 지불하는지는 가입자의 연령, 가입자의 고용주가 고용한 사람 수 및 가입자가 연령, 장애 또는 말기 신장 질환(ESRD)에 따른 Medicare를 가지고 있는지에 따라 달라집니다.
  - 가입자가 65세 미만으로 장애가 있고 가입자(또는 가족 구성원)가 재직 중인 경우, 고용주가 100명 이상의 직원을 고용하고 있거나 다수 고용주 플랜에 가입 중인 고용주 중 적어도 한 명이 100명 이상의 직원을 고용한 경우, 가입자의 그룹 건강 플랜에서 가장 먼저 지불합니다.
  - 가입자가 65세 이상이고, 본인(또는 배우자나 동거 파트너)이 여전히 일을 하고 있다면, 가입자의 그룹 건강 플랜은 고용주의 직원이 20명 이상이거나 다수의 고용주 플랜 중 최소한 한 고용주의 직원이 20명 이상인 경우에 가입자의 그룹 건강 플랜에서 우선 지불합니다.
- 가입자가 ESRD로 인한 Medicare를 가지고 있는 경우, 가입자가 Medicare 자격을 획득한 후 처음 30개월 동안에는 가입자의 그룹 건강 플랜에서 가장 먼저 지불합니다.

이러한 유형의 보장은 일반적으로 각 유형과 관련된 서비스에 대해 가장 먼저 지불합니다.

- 무과실 책임 보험(자동차 보험 포함)
- 배상책임(자동차 보험 포함)
- 진폐증 혜택
- 산재 보상

Medicaid와 TRICARE는 Medicare 보장 서비스에 대해서 절대로 먼저 지불하지 않습니다. 이들은 Medicare 및/또는 고용주 그룹 건강 플랜이 지불한 후에만 지불합니다.

## 2장:

# 전화번호 및 참고자료

1절

Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP) 연락처

청구, 고지서 발부 또는 가입자 카드 관련 문의 사항이 있는 경우 Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP) 고객 지원에 전화하거나 우편으로 문의하십시오. 기꺼이 도와 드리겠습니다.

| 고객 지원 – 연락처 정보 |                                                                                                                                                                                    |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 전화             | 800-457-4708<br><br>통화료는 무료입니다. 연중무휴 오전 8시부터 오후 8시까지 전화 연락할 수 있습니다. 하지만 4월 1일부터 9월 30일 사이 주말과 공휴일에는 자동 응답 시스템으로 연결될 수 있습니다.<br><br>고객 지원에서는 영어 이외의 언어 사용 고객을 위해 무료로 통역 서비스를 제공합니다. |
| TTY            | 711<br><br>이 번호는 특수 전화 장치가 필요하며 듣기 또는 말하기에 어려움이 있는 분들을 위한 번호입니다.<br><br>통화료는 무료입니다. 운영 시간은 위와 같습니다.                                                                                |
| 팩스             | 877-889-9934                                                                                                                                                                       |
| 우편             | Humana<br>P.O. Box 14168<br>Lexington, KY 40512-4168                                                                                                                               |
| 웹사이트           | <b>Humana.com/customer-support</b><br><br>라이브 채팅은 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시(동부 표준시 기준) 사이 <b>Humana.com</b> 에서 이용 가능합니다.                                                                |

### 의료 서비스에 대한 보장 결정을 요청하거나 이의를 제기하는 방법

보장 결정은 귀하의 혜택 및 보장에 대해 또는 귀하의 의료 서비스 또는 파트 D 약품에 대해 당사가 지불하는 금액에 대한 결정입니다. 이의 제기는 보장 결정을 검토하고 변경하도록 요청하는 공식적인 방법입니다. 보장 결정을 요청하거나 귀하의 의료 서비스 또는 파트 D 약품에 대한 이의를 제기하는 방법 대한 자세한 내용은 9장을 참조하십시오.

**2장 전화번호 및 참고자료****의료 서비스에 대한 보장 결정 – 연락처 정보**

|             |                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>전화</b>   | 800-457-4708<br><br>통화료는 무료입니다. 연중무휴 오전 8시부터 오후 8시까지 전화 연락할 수 있습니다. 하지만 4월 1일부터 9월 30일 사이 주말과 공휴일에는 자동 응답 시스템으로 연결될 수 있습니다. 신속한(긴급) 보장 결정을 원하시면 866-737-5113으로 전화하십시오.                                                                                      |
| <b>TTY</b>  | 711<br><br>이 번호는 특수 전화 장치가 필요하며 듣기 또는 말하기에 어려움이 있는 분들을 위한 번호입니다.<br><br>통화료는 무료입니다. 운영 시간은 위와 같습니다.                                                                                                                                                         |
| <b>팩스</b>   | 888-889-9934, 긴급 보장 결정만 해당                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>우편</b>   | Humana<br>P.O. Box 14168<br>Lexington, KY 40512-4168                                                                                                                                                                                                        |
| <b>웹사이트</b> | <b><a href="https://www.humana.com/medicare-support/member-guidelines/exceptions-and-appeals">Humana.com/medicare-support/member-guidelines/exceptions-and-appeals</a></b><br><br>라이브 채팅은 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시(동부 표준시 기준) 사이 <b>Humana.com</b> 에서 이용 가능합니다. |

**연락 방법      파트 D 약에 대한 보장 결정 - 연락처 정보**

|             |                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>전화</b>   | 800-555-2546<br><br>통화료는 무료입니다. 연중무휴 오전 8시부터 오후 8시까지 전화 연락할 수 있습니다. 하지만 4월 1일부터 9월 30일 사이 주말과 공휴일에는 자동 응답 시스템으로 연결될 수 있습니다.                                                                                                       |
| <b>TTY</b>  | 711<br><br>이 번호는 특수 전화 장치가 필요하며 듣기 또는 말하기에 어려움이 있는 분들을 위한 번호입니다.<br><br>통화료는 무료입니다. 운영 시간은 위와 같습니다.                                                                                                                               |
| <b>팩스</b>   | 877-889-9934                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>우편</b>   | Humana Clinical Pharmacy Review<br>Attn: Medicare Part D Coverage Determinations<br>P.O. Box 14601<br>Lexington, KY 40512                                                                                                         |
| <b>웹사이트</b> | <b><a href="https://www.humana.com/member/member-rights/pharmacy-authorizations">Humana.com/member/member-rights/pharmacy-authorizations</a></b><br><br>라이브 채팅은 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시(동부 표준시 기준) 사이 <b>Humana.com</b> 에서 이용 가능합니다. |

**2장 전화번호 및 참고자료**

| <b>연락 방법      의료 서비스 또는 파트 D 약에 대한 이의 제기 – 연락처 정보</b> |                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>전화</b>                                             | 800-457-4708<br><br>통화료는 무료입니다. 연중무휴 오전 8시부터 오후 8시까지 전화 연락할 수 있습니다. 긴급 의료 이의 제기는 800-867-6601로 전화해 주십시오. 긴급 파트 D 처방약 이의 제기는 800-451-4651로 전화해 주십시오.          |
| <b>TTY</b>                                            | 711<br><br>이 번호는 특수 전화 장치가 필요하며 듣기 또는 말하기에 어려움이 있는 분들을 위한 번호입니다.<br><br>통화료는 무료입니다. 운영 시간은 위와 같습니다.                                                          |
| <b>팩스</b>                                             | 877-889-9934                                                                                                                                                 |
| <b>우편</b>                                             | <b>Humana Grievances and Appeals Dept.</b><br>P.O. Box 14165<br>Lexington, KY 40512-4165                                                                     |
| <b>웹사이트</b>                                           | <b><u><a href="https://www.humana.com/denial">Humana.com/denial</a></u></b><br><br>라이브 채팅은 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시(동부 표준시 기준) 사이 <b>Humana.com</b> 에서 이용 가능합니다. |

**의료 서비스에 대한 진정 제기를 하는 방법**

가입자는 가입자의 의료의 질에 대한 진정을 포함하여 당사, 당사의 네트워크 제공자 또는 약국에 대해 진정을 제기할 수 있습니다. 이러한 유형의 진정 사항은 보장 또는 지불 분쟁과 무관합니다. 귀하의 의료 서비스에 대한 진정 제기 방법에 대한 자세한 내용은 9장을 참조하십시오.

| <b>의료 서비스 또는 파트 D 약에 대한 진정 – 연락처 정보</b> |                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>전화</b>                               | 800-457-4708<br><br>통화료는 무료입니다. 연중무휴 오전 8시부터 오후 8시까지 전화 연락할 수 있습니다. 긴급 고충 처리가 필요하시면 800-867-6601로 전화해 주십시오.                                                                           |
| <b>TTY</b>                              | 711<br><br>이 번호는 특수 전화 장치가 필요하며 듣기 또는 말하기에 어려움이 있는 분들을 위한 번호입니다.<br><br>통화료는 무료입니다. 운영 시간은 위와 같습니다.                                                                                   |
| <b>팩스</b>                               | 877-889-9934                                                                                                                                                                          |
| <b>우편</b>                               | Humana Grievances and Appeals Dept.<br>P.O. Box 14165<br>Lexington, KY 40512-4165                                                                                                     |
| <b>Medicare 웹사이트</b>                    | Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP)에 대한 진정을 Medicare에 직접 제출하려면 <a href="https://www.Medicare.gov/my/medicare-complaint">www.Medicare.gov/my/medicare-complaint</a> 를 참조하십시오. |

**2장 전화번호 및 참고자료****의료 서비스나 처방 받은 약품에 대해 당사에 비용 지불을 요청하는 방법**

당사가 비용을 지불해야 한다고 판단되는 청구서를 받거나 서비스에 대한 비용을 지불한 경우(제공자 청구서 등), 당사에 환급을 요청하거나 제공자 청구서에 대한 지불을 요청해야 할 수 있습니다. 자세한 내용은 7장을 참조하십시오.

지불 요청을 보내 주시고 당사가 가입자의 요청 중 일부를 거절할 경우, 당사의 결정에 이의를 제기할 수 있습니다. 자세한 내용은 9장(문제가 발생하거나 진정(보장 결정, 이의 제기, 진정)이 있을 때 조치할 수 있는 방법)을 참조하십시오.

**지불 요청 – 연락처 정보**

|             |                                                                                                                             |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>전화</b>   | 800-457-4708<br><br>통화료는 무료입니다. 연중무휴 오전 8시부터 오후 8시까지 전화 연락할 수 있습니다. 하지만 4월 1일부터 9월 30일 사이 주말과 공휴일에는 자동 응답 시스템으로 연결될 수 있습니다. |
| <b>TTY</b>  | 711<br><br>이 번호는 특수 전화 장치가 필요하며 듣기 또는 말하기에 어려움이 있는 분들을 위한 번호입니다.<br><br>통화료는 무료입니다. 운영 시간은 위와 같습니다.                         |
| <b>우편</b>   | Humana<br>P.O. Box 14168<br>Lexington, KY 40512-4168                                                                        |
| <b>웹사이트</b> | <b>Humana.com</b><br><br>라이브 채팅은 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시(동부 표준시 기준) 사이 <b>Humana.com</b> 에서 이용 가능합니다.                          |

## 2절 Medicare (Medicare에 문의하기)

Medicare는 65세 이상의 고령자, 장애를 가진 65세 미만의 사람, 말기 신장 질환(투석이나 신장 이식이 필요한 영구적인 신부전증)을 앓고 있는 사람을 위한 연방 건강 보험 프로그램입니다.

Medicare를 담당하는 연방 기관은 Medicare & Medicaid 서비스 센터(CMS)입니다. 이 기관은 당사 플랜을 포함한 Medicare Advantage 기관과 계약을 체결합니다.

**Medicare – 연락처 정보**

|           |                                                                                      |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>전화</b> | 1-800-MEDICARE, (1-800-633-4227)<br><br>통화료는 무료입니다.<br><br>하루 24시간 연중무휴 문의하실 수 있습니다. |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------|

**2장 전화번호 및 참고자료**

| <b>Medicare – 연락처 정보</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TTY</b>               | 1-877-486-2048<br><br>이 번호는 특수 전화 장치가 필요하며 듣기 또는 말하기에 어려움이 있는 분들을 위한 번호입니다.<br><br>통화료는 무료입니다.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>라이브 채팅</b>            | <a href="http://www.Medicare.gov/talk-to-someone">www.Medicare.gov/talk-to-someone</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>우편</b>                | PO Box 1270, Lawrence, KS 66044로 Medicare에 우편 발송                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>웹사이트</b>              | <a href="http://www.Medicare.gov">www.Medicare.gov</a><br><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• 가입자가 거주하시는 지역의 Medicare 건강 및 약품 플랜에 대한 정보(비용 및 제공되는 서비스 포함)를 받으십시오.</li> <li>• Medicare 참여 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자 및 공급업체를 찾아보십시오.</li> <li>• 예방 서비스(예: 선별검사, 샷 또는 백신, 연례 "웰니스" 방문)를 포함한 Medicare의 보장 항목을 찾아보십시오.</li> <li>• Medicare 이의 제기 정보 및 양식을 받으십시오.</li> <li>• 플랜, 요양원, 병원, 의사, 가정 건강 관리 기관, 투석 시설, 호스피스 센터, 입원환자 재활 시설 및 장기요양 병원에서 제공하는 의료의 질에 대한 정보를 받으십시오.</li> <li>• 유용한 웹사이트 및 전화번호를 찾아보십시오.</li> </ul> <p>또한 <a href="http://www.Medicare.gov">www.Medicare.gov</a>를 방문해 Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP)에 대한 진정을 Medicare에 알릴 수도 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicare에 진정을 제출하려면</b> <a href="http://www.Medicare.gov/my/medicare-complaint">www.Medicare.gov/my/medicare-complaint</a>를 방문하십시오. Medicare는 제기된 진정을 신중하게 검토하며 Medicare 프로그램의 품질을 개선하기 위해 이 정보를 사용합니다.</li> </ul> |

### 3절 주 건강보험 지원 프로그램 (무료 도움말, 정보 및 Medicare 관련 질문에 대한 답변)

주 건강보험 지원 프로그램(SHIP)은 모든 주에서 훈련을 받은 상담원들을 보유한 정부 프로그램으로, 무료 도움말, 정보 및 Medicare 관련 질문에 대한 답변을 제공합니다. 주 건강보험 지원 프로그램(SHIP)의 연락처 정보는 이 문서 뒷면의 "자료 A"에서 확인하실 수 있습니다.

주 건강보험 지원 프로그램(SHIP)은 연방 정부로부터 자금을 받는(보험 회사나 건강 플랜과 무관한) 독립적인 주 정부 프로그램으로, Medicare 가입자를 대상으로 무료 현지 건강 보험 상담을 제공합니다.

SHIP 상담원은 Medicare에 대한 권리를 이해하고 의료 서비스나 치료에 대한 진정을 제기하며 Medicare 청구서에 대한 문제를 해결하는 데 도움을 줄 수 있습니다. 또한 SHIP 상담원은 가입자가 Medicare와 관련된 질문 또는 문제를 해결하는 데 도움을 주고 Medicare 플랜에 대한 선택 사항을 이해하고 플랜 변경에 대한 질문에 답을 찾도록 지원해 드립니다.

**2장 전화번호 및 참고자료****4절 품질 개선 기관**

품질 개선 기관(QIO)은 각 주의 Medicare에 가입된 분들에게 서비스를 제공합니다. 주 정부 품질 개선 기관(QIO)의 연락처 정보는 이 문서 뒷면의 "자료 A"에서 확인하실 수 있습니다.

품질 개선 기관(QIO)에는 Medicare의 의료의 질을 점검하고 개선하기 위해 Medicare에서 비용을 지불하는 의사 및 기타 의료 전문가 그룹이 있습니다. QIO는 독립적인 기관입니다. 당사의 플랜과 관련되어 있지 않습니다.

다음과 같은 경우 QIO로 연락해 주셔야 합니다.

- 가입자가 받은 의료의 질에 진정이 있습니다. 의료의 질 문제 예시로는 잘못된 의약품 받기, 불필요한 검사 또는 절차 또는 오진을 들 수 있습니다.
- 병원 입원에 대한 보장이 너무 일찍 종료된다고 생각합니다.
- 가정간호, 전문요양시설 케어 또는 종합 외래 재활 시설(CORF) 서비스에 대한 보장이 너무 일찍 종료된다고 생각합니다.

**5절 사회 보장**

사회 보장은 Medicare 자격을 결정하고 Medicare 가입을 처리합니다. 또한 사회 보장은 누가 높은 소득으로 인해 파트 D 약품 보장에 대한 추가 금액을 지불해야 하는지를 결정할 책임이 있습니다. 사회 보장으로부터 추가 금액을 지불해야 한다는 서신을 받았고, 추가 금액이 얼마나 되는지 알고 싶은 경우 또는 삶에 큰 영향을 미치는 사건으로 인해 소득이 줄어든 경우, 사회 보장에 연락하여 재고를 요청할 수 있습니다.

이사나 우편 주소가 변경된 경우, 사회 보장에 연락하여 주소를 알려 주는 것이 중요합니다.

**사회 보장 – 연락처 정보****전화**

1-800-772-1213

통화료는 무료입니다.

월요일~금요일, 오전 8시~오후 7시 사이에 이용 가능합니다.

사회 보장의 자동 전화 서비스를 통해 기록된 정보를 얻을 수 있으며, 일부 업무의 경우 24시간 지원해 드립니다.

**TTY**

1-800-325-0778

이 번호는 특수 전화 장치가 필요하며 듣기 또는 말하기에 어려움이 있는 분들을 위한 번호입니다.

통화료는 무료입니다.

월요일~금요일, 오전 8시~오후 7시 사이에 이용 가능합니다.

**웹사이트**[www.SSA.gov](http://www.SSA.gov)

**2장 전화번호 및 참고자료****6절 Medicaid**

이중 적격 특수 요구 플랜에 가입하려면 Medicare에 가입해 있어야 하며 Apple Health(Medicaid)에서도 특정 수준의 지원을 받아야 합니다(본 플랜의 특정 요건은 1장, 2.1절 "본 플랜을 위한 특별 자격 요건"을 참조하십시오).

Medicaid는 소득과 자원이 제한된 특정인의 의료 비용을 지원하는 연방 및 주 정부 합작 프로그램입니다.

**전체 혜택 이중 자격(FBDE):** Medicare 파트 A 보험료 및/또는 Medicare 파트 B 보험료와 기타 비용 분담금(공제금, 공동 보험비용, 공동 부담금 등)을 일부 지원하고 모든 Medicaid 혜택을 제공합니다.

또한 Medicaid를 통해 제공되는 프로그램에서는 Medicare 보험료와 같은 Medicare 비용을 Medicare를 사용하여 지불할 수 있습니다. 이러한 "Medicare 절약 프로그램"은 제한된 소득과 자원을 가진 분들의 매년 의료 비용 부담을 덜어드리기 위해 마련되었습니다.

- **적격 Medicare 수혜자 Plus(QMB+):** Medicare 파트 A 및 파트 B 보험료 및 기타 비용 분담금(공제금, 공동 보험비용, 공동 부담금 등)을 일부 지원해 드리며, Medicaid 제공자가 제공하는 Medicaid 서비스에 대해 Medicaid의 모든 혜택을 제공합니다.
- **특정 저소득 Medicare 수혜자 Plus(SLMB+):** 파트 B 보험료 지불을 지원하며 Medicaid 제공자가 제공하는 Medicaid 서비스에 대해 Medicaid의 모든 혜택을 제공합니다.

Medicaid에서 제공하는 도움에 대해 궁금한 점이 있으면 Apple Health(Medicaid)에 문의하십시오. Apple Health(Medicaid)의 연락처 정보는 이 문서 뒷면의 "자료 A"에서 확인할 수 있습니다.

행동 건강 옴부즈맨은 Medicaid에 가입한 사람들의 서비스 또는 청구 문제를 지원합니다. 본 플랜에 대해 고충이나 이의 제기를 도울 수 있습니다.

**행동 건강 옴부즈맨 - 연락처 정보**

|             |                                                                                                                                                                                                               |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>웹사이트</b> | <a href="https://www.hca.wa.gov/health-care-services-supports/behavioral-health-recovery/ombuds-services">https://www.hca.wa.gov/health-care-services-supports/behavioral-health-recovery/ombuds-services</a> |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Washington 주 장기요양 옴부즈맨 프로그램(LTCOP)은 사람들이 요양원에 대한 정보를 얻고 요양원과 거주 환자 또는 그 가족 간의 문제를 해결하도록 지원합니다.

**Washington 주 장기요양 옴부즈맨 프로그램(LTCOP) - 연락처 정보**

|             |                                                                                                                              |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>전화</b>   | 800-562-6028                                                                                                                 |
| <b>TTY</b>  | TTY: 800-737-7391<br><br>이 번호는 특수 전화 장치가 필요하며 듣기 또는 말하기에 어려움이 있는 분들을 위한 번호입니다.                                               |
| <b>팩스</b>   | 253-815-8173                                                                                                                 |
| <b>우편</b>   | 1200 S 336 <sup>th</sup> St.<br>Federal Way, WA 98093<br><br>이메일: <a href="mailto:ltcop@mschelps.org">ltcop@mschelps.org</a> |
| <b>웹사이트</b> | <a href="https://www.waombudsman.org/">https://www.waombudsman.org/</a>                                                      |

**2장 전화번호 및 참고자료****7절 처방약 비용 부담을 줄여주는 지원 프로그램**

Medicare 웹사이트([www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs](http://www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs))에는 처방약 비용을 절감하는 방법에 대한 정보가 수록되어 있습니다. 소득이 제한된 분들은 아래 프로그램을 통해 도움을 받을 수 있습니다.

**Medicare에서 제공하는 부가 지원**

Medicaid 자격을 갖추었기 때문에 처방약 플랜 비용을 지불하기 위해 Medicare에서 부가 지원을 받을 자격이 있고 이를 받고 있습니다. 부가 지원을 받기 위해 더 이상 필요한 과정은 없습니다.

부가 지원에 대해 궁금한 점이 있으면 다음 연락처로 전화하십시오.

- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227). TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하시기 바랍니다.
- 1-800-772-1213으로 사회 보장에 월요일~금요일 오전 8시~오후 7시 사이에 연락해 주십시오. TTY 사용자는 1-800-325-0778을 이용해 주십시오. 또는
- Apple Health(Medicaid)에 전화해 주십시오. Apple Health(Medicaid)의 연락처 정보는 이 문서 뒷면의 "자료 A"에서 확인할 수 있습니다.

약국에서 처방전에 대해 잘못된 금액을 지불한다고 생각되는 경우, 당사 플랜은 적절한 공동 부담금 금액에 대한 증거를 확보는 데 도움이 되는 절차를 제공합니다. 적절한 금액의 증거가 이미 있는 경우, 당사는 가입자가 이 증거를 당사와 공유할 수 있도록 도와드릴 수 있습니다.

- "부가 지원"에 대한 자격을 갖추었음을 증명하는 문서를 이미 가지고 있는 경우, 다음번에 약국에 가서 처방약을 받을 때 이를 제시할 수도 있습니다. 다음 문서 중 하나를 사용하여 당사에 증거를 제공하거나 약국에서 증거로 제시할 수 있습니다.

**이미 부가 지원을 받는 상태임을 증명하는 자료**

- 가입자의 부가 지원 상태를 보여 주는 사회 보장의 서신. 이 서신은 중요 정보(Important Information), 지급 통지서(Award Letter), 변경 통지(Notice of Change) 또는 조치 통보(Notice of Action)였을 수도 있습니다.
- 가입자가 보충적 보장소득(SSSI)을 받고 있음을 보여 주는 사회 보장의 서신. 이 경우 부가 지원도 받을 수 있습니다.

**부가 지원 자격을 갖춘 유효한 Apple Health(Medicaid) 상태를 보유하고 있음을 보여주는 증빙 서류**

- 부가 지원 자격을 갖춘 유효한 Medicaid 상태임을 보여주는 주 정부 문서의 사본 또는 주 정부의 인쇄본. 표시된 유효일은 작년 7월 또는 그 이후여야 합니다.

**의료 시설 입원에 대한 Medicaid 지불 증명**

의료 시설 체류 기간은 최소 1개월 이상이어야 하며, 작년 7월 또는 그 이후여야 합니다.

- 시설에서 발송한 Medicaid 지불 청구 명세서
- Medicaid가 가입자를 위해 지불한다는 사실을 보여주는 주 정부 문서의 사본 또는 주 정부 시스템의 인쇄본

위에 나열된 문서 중 하나를 증명서로서 약국에 먼저 제시하는 경우 당사에도 사본을 보내 주십시오. 문서를 보낼 주소는 다음과 같습니다.

## 2장 전화번호 및 참고자료

Humana  
P.O. Box 14168  
Lexington, KY 40512-4168

- 당사가 가입자의 올바른 공동 부담금 수준을 보여주는 증거를 수령하면 다음 처방전을 받을 때 올바른 금액을 지불할 수 있도록 당사에서 시스템을 업데이트합니다. 가입자가 공동 부담금을 초과 지불하는 경우, 당사는 수표 또는 향후 공동 부담금 신용으로 가입자에게 금액을 돌려드립니다. 약국이 공동 부담금을 받지 않고 가입자의 외상으로 둔 경우, 당사가 약국에 직접 지불할 수도 있습니다. 주 정부가 가입자를 대신하여 지불한 경우, 당사는 해당 주 정부에게 직접 대금을 지불할 수 있습니다. 질문이 있는 경우 고객 지원 (800-457-4708, TTY 사용자는 711 이용)에 전화하십시오.

### 부가 지원 및 AIDS 의약품 지원 프로그램(ADAP)의 보장을 받는 경우는 어떻게 됩니까?

AIDS 의약품 지원 프로그램(ADAP)은 HIV/AIDS에 감염된 분들이 생명 연장에 필요한 HIV 의약품을 받을 수 있도록 지원합니다. ADAP 처방집에도 수록된 Medicare 파트 D 약품은 주에서 운영하는 ADAP 프로그램을 통해 처방약 비용 부담 관련 도움을 받을 수 있습니다.

**참고:** 해당 주의 ADAP 이용 자격을 얻으려면, 주 거주 여부, HIV 상태, 주에서 규정한 저소득층 구분, 무보험/부족한 보험 상태에 대한 증명서를 포함하여 특정 조건을 충족해야 합니다. 플랜을 변경하는 경우 현지 ADAP 가입 담당자에게 통보하여 계속 도움을 받을 수 있도록 하십시오. 자격 기준, 보장 약품, 프로그램 가입 방법 등에 대한 자세한 내용은 해당 주에서 운영하는 ADAP에 문의하십시오. AIDS 의약품 지원 프로그램(ADAP)에 대한 문의처 정보는 이 문서 뒷면의 "자료 A"에서 확인하실 수 있습니다.

### Medicare 처방전 지불 플랜

Medicare 처방전 지불 플랜은 현재 약품 보장과 함께 작동하여 **달력 연도**(1월~12월)에 걸쳐 당사 플랜의 보장 약품에 대한 본인부담비용을 관리하는 데 도움을 주는 지불 옵션입니다. 약품 보장을 갖춘 Medicare 약품 플랜 또는 Medicare 건강 플랜(약품 보장을 갖춘 Medicare Advantage 플랜 등)에 가입한 모든 분들은 이 지불 옵션을 사용할 수 있습니다. **이 지불 옵션은 비용을 관리하는 데 도움이 될 수 있지만 비용을 절감하거나 처방약 비용을 절감하지는 않습니다. Medicare 처방전 지불 플랜에 참여하고 동일한 파트 D 플랜 가입을 유지하면 2026년도 참여가 자동으로 갱신됩니다.** 지원을 받을 수 있는 경우 Medicare의 부가 지원과 ADAP의 도움은 Medicare 처방전 지불 플랜에 참여하는 것보다 더 유리합니다. 이 지불 옵션에 대한 자세한 내용은 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 고객 지원에 전화하거나 [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)를 방문하십시오.

### Medicare 처방전 지불 플랜 – 연락처 정보

|     |                                                                                                                                                                                           |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 전화  | <p>800-457-4708</p> <p>통화료는 무료입니다. 연중무휴 오전 8시부터 오후 8시까지 전화 연락할 수 있습니다. 하지만 4월 1일부터 9월 30일 사이 주말과 공휴일에는 자동 응답 시스템으로 연결될 수 있습니다.</p> <p>고객 지원에서는 영어 이외의 언어 사용 고객을 위해 무료로 통역 서비스를 제공합니다.</p> |
| TTY | <p>711</p> <p>이 번호는 특수 전화 장치가 필요하며 듣기 또는 말하기에 어려움이 있는 분들을 위한 번호입니다.</p> <p>통화료는 무료입니다. 운영 시간은 위와 같습니다.</p>                                                                                |

**2장 전화번호 및 참고자료**

|             |                                                                                                                                                                 |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>우편</b>   | Humana<br>P.O. Box 14168<br>Lexington, KY 40512-4168                                                                                                            |
| <b>웹사이트</b> | 이 지불 옵션에 대한 자세한 내용은 <a href="https://www.humana.com/RxCostHelp">Humana.com/RxCostHelp</a> 를 방문하거나 <a href="https://www.Medicare.gov">Medicare.gov</a> 를 방문하십시오. |

**8절 철도 퇴직 위원회(RRB)**

철도 퇴직 위원회(Railroad Retirement Board, RRB)는 독립 연방 기관이며, 이 기관은 전국의 철도 노동자와 그 가족을 위한 포괄적인 복지 혜택을 관리합니다. 철도 퇴직 위원회를 통해 Medicare에 가입한 경우, 이사를 가거나 우편물 수령 주소가 바뀌면 반드시 해당 기관에 알립니다. 철도 퇴직 위원회의 혜택에 대해 궁금한 점이 있으면 해당 기관에 문의하십시오.

**철도 퇴직 위원회(RRB) – 연락처**

|             |                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>전화</b>   | 1-877-772-5772<br><br>통화료는 무료입니다.<br><br>"0"을 누르면 월요일, 화요일, 목요일, 금요일에는 오전 9시~오후 3시 30분, 수요일에는 오전 9시~오후 12시 사이에 RRB 담당자와 통화할 수 있습니다.<br><br>"1"을 누르면 24시간(주말 및 공휴일 포함) 내내 자동 RRB HelpLine에 액세스하여 녹음 안내를 받을 수 있습니다. |
| <b>TTY</b>  | 1-312-751-4701<br><br>이 번호는 특수 전화 장치가 필요하며 듣기 또는 말하기에 어려움이 있는 분들을 위한 번호입니다.<br><br>이 번호의 통화료는 유료입니다.                                                                                                              |
| <b>웹사이트</b> | <a href="https://www.RRB.gov/">RRB.gov/</a>                                                                                                                                                                       |

**9절 단체보험 또는 고용주가 제공하는 기타 건강 보험에 가입되어 있는 경우**

가입자(또는 가입자의 배우자나 동거 파트너)가 이 플랜의 일환으로 가입자(또는 가입자의 배우자나 동거 파트너)의 고용주 또는 퇴직자 그룹에게서 혜택을 받는 경우, 고용주/노동조합 혜택 관리자 또는 고객 지원에 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 문의하십시오. 가입자(또는 가입자의 배우자나 동거 파트너)의 고용주나 퇴직자 의료 혜택, 보험료, 가입 기간에 대해 질문할 수 있습니다(고객 지원 전화번호는 이 문서의 뒤표지에 안내됨). 이 플랜의 Medicare 보장 사항에 대해 궁금한 점이 있으면 전화 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하시기 바랍니다.

가입자(또는 가입자의 배우자나 동거 파트너)의 고용주 또는 퇴직자 그룹을 통해 약품 보장을 받는 경우, **해당 고용주 또는 그 그룹의 혜택 관리자**에게 문의하십시오. 혜택 관리자는 현재 약품 보장이 당사 플랜에 어떻게 적용되는지 알 수 있습니다.

## 3장 당사 플랜을 통해 의료 서비스 이용하기

## 3장:

## 플랜을 통해 의료 서비스 이용하기

## 1절 당사 플랜의 가입자로서 의료 서비스를 받는 방법

이 장에서는 의료 서비스를 보장받을 때 당사 플랜 이용에 대해 알아야 할 사항을 설명합니다. 당사의 플랜이 보장하는 의료 서비스에 대한 자세한 내용은 4장의 의료 혜택 차트를 참조하십시오.

## 1.1절 네트워크 제공자 및 보장 서비스

- **제공자**는 의료 서비스를 제공하도록 주 정부가 허가한 의사 및 다른 건강 관리 전문가입니다. 제공자에는 병원 및 다른 건강 관리 시설도 포함합니다.
- **네트워크 제공자**는 당사의 지불을 전액 지불로 수락하기로 당사와 계약을 맺은 의사 및 다른 건강 관리 전문가, 의료 그룹, 병원, 다른 건강 관리 시설입니다. 당사는 이러한 제공자들이 당사의 플랜에 따라 가입자에게 보장 서비스를 제공하도록 준비했습니다. 네트워크 제공자는 가입자에게 제공한 서비스 비용을 당사에 직접 청구합니다. 네트워크 제공자에게 진료를 받으면 보장 서비스에 대해 지불하지 않습니다.

Apple Health(Medicaid)를 통해 비용 부담 보호를 받는 경우, Medicaid의 Medicare 비용 부담 보호에 대한 자세한 내용은 4장 1.1절을 참조하십시오.

- **보장 서비스**는 플랜이 적용되는 모든 의료 서비스, 건강 관리 서비스, 의료 용품, 의료 장비, 처방약을 포함합니다. 의료 서비스 중 보장 서비스는 4장의 의료 혜택 차트에 나와 있습니다. 처방약에 대한 보장 서비스는 5장에서 설명합니다.

## 1.2절 당사 플랜에서 보장하는 의료 서비스에 대한 기본 규정

Medicare 건강 플랜으로서 Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP)는 Original Medicare에서 보장하는 모든 서비스를 보장해야 하며 4장의 의료 혜택 차트의 Original Medicare에 따라 보장되는 서비스 외에 다른 서비스를 제공할 수도 있습니다.

Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP)은 일반적으로 다음의 경우에 가입자의 의료 서비스를 보장합니다.

- 4장에 수록된 **당사 플랜의 의료 혜택 차트에서 가입자가 받는 진료를 찾아볼 수 있습니다.**
- **가입자가 받는 진료는 의학적 필요성이 있다고 간주합니다.** 의학적 필요성이란 귀하의 질환을 예방, 진단 또는 치료하는 데 필요하고 허용되는 의료 행위 기준을 충족하는 서비스, 의료 용품, 의료 장비 또는 약을 의미합니다.
- **가입자의 건강을 관리하고 감독하는 네트워크 일차의료 제공자(PCP)가 지정되어 있습니다.** 당사 플랜의 가입자는 네트워크 PCP를 선택해야 합니다(자세한 내용은 2.1절 참조).
  - 가입자의 네트워크 일차의료 제공자(PCP)는 전문의, 병원, 전문요양시설, 가정간호기관 등 플랜 네트워크에 속한 다른 네트워크 제공자에게 받는 진료를 조율할 수 있습니다. 그러나 네트워크

### 3장 당사 플랜을 통해 의료 서비스 이용하기

제공자로부터 보장 서비스를 받는 것은 의뢰서가 필요하지 않습니다 자세한 내용은 이 장의 2.3절을 참조하십시오.

- **가입자는 네트워크 제공자로부터 진료를 받아야 합니다**(2절 참조). 대부분의 경우 네트워크 외 제공자(플랜 네트워크에 포함되지 않은 의료 제공자)에게 받은 진료는 보험이 적용되지 않습니다. 이는 가입자가 받는 서비스에 대해 가입자가 제공자에게 전액을 지불해야 한다는 것을 의미합니다. 다음의 3가지 경우는 예외입니다.
  - 당사 플랜은 네트워크 외 제공자가 제공하는 응급 치료 또는 긴급하게 필요한 서비스를 포함합니다. 자세한 내용 그리고 응급 상황 또는 긴급하게 필요한 서비스가 무엇인지 확인하려면 3절을 참조하십시오.
  - Medicare 요구에 따라 당사 플랜이 보장해야 하는 의료 서비스가 필요하지만 당사 네트워크 내에 이를 제공하는 의료 서비스 전문의가 없는 경우, 일반적으로 네트워크 내에서 지불하는 비용 분담금과 동일한 비용으로 네트워크 외 제공자로부터 의료 서비스를 받을 수 있습니다. 네트워크 외 제공자에게서 진료를 받기 전에 플랜의 승인을 받아야 합니다. 이러한 경우, 당사는 가입자에게 이러한 서비스를 무료로 제공합니다. 네트워크 외 의사의 진료 승인에 대한 자세한 내용은 2.4절을 참조하십시오.
  - 가입자가 일시적으로 당사 플랜의 서비스 지역을 벗어난 경우 또는 이 서비스의 제공자를 일시적으로 이용할 수 없거나 접근할 수 없는 경우 Medicare 인증 투석 시설에서 받는 신장 투석 서비스는 당사 플랜에서 보장합니다. 투석을 위해 당사 플랜에 지불하는 비용 분담은 Original Medicare의 비용 분담보다 많을 수 없습니다. 당사 플랜의 서비스 지역 밖에 있고 당사 플랜의 네트워크 외 제공자로부터 투석을 받는 경우 비용 분담은 네트워크 내에서 지불하는 비용 분담보다 많을 수 없습니다. 그러나 평상시 네트워크 내 투석 제공자를 일시적으로 사용할 수 없어서 당사 플랜 네트워크 밖의 제공자로부터 당사 서비스 지역 내에서 서비스를 받도록 선택한 경우 투석에 대한 가입자의 비용 분담이 더 많을 수 있습니다.

## 2절 당사 플랜의 네트워크 제공자를 이용하여 의료 서비스 받기

### 2.1절 가입자는 의료 서비스를 제공하고 관리하는 일차의료 제공자(PCP)를 반드시 선택해야 합니다

#### PCP란 무엇이며 무슨 역할을 합니까?

"PCP"는 가입자의 일차의료 제공자입니다. 당사 플랜 가입자가 되면 PCP 역할을 할 의사를 네트워크 내에서 선택해야 합니다. PCP는 주 정부 라이선스 요건을 충족하고 기본적인 의료 서비스를 제공하도록 교육받은 제공자입니다.

PCP를 정하는 것은 전반적인 웰빙 관리에서 중요한 단계입니다. PCP는 가입자의 병력을 가장 잘 아는 의사로서, 가입자가 가능한 건강을 유지하도록 주기적인 의료 서비스 및 지속적인 예방 검진을 제공할 수 있습니다. PCP는 가입자가 전문의로부터 진료를 받거나 다음과 같은 기타 서비스를 받아야 할 경우 다른 네트워크 제공자와 확인하여 모든 진료를 조정할 수 있습니다.

- 엑스레이
- 검사실 검사
- 물리치료
- 전문의 진료
- 병원 입원
- 후속 진료

### 3장 당사 플랜을 통해 의료 서비스 이용하기

가입자의 플랜에 따라 PCP를 보유해야 하지만, 다른 네트워크 의사의 진찰을 받거나 아래의 3장, 2.2절에 나와 있는 보장 서비스를 받기 위해 PCP의 의뢰서를 받지 않아도 됩니다. 경우에 따라 PCP는 사전 승인을 받아야 합니다. 사전 승인이 필요한 서비스에 대한 자세한 내용은 4장에서 볼 수 있습니다.

필요한 경우 PCP에 전화를 걸어 진료 예약을 하면 됩니다. PCP가 가입자의 병력을 이해하고 모든 진료를 감독하도록 돕기 위해, 이전 의사가 가입자의 과거 의료 기록을 새로운 PCP에게 전달할 수 있습니다.

#### 어떻게 PCP의 진료를 받을 수 있습니까?

일상적인 건강 관리가 필요한 경우 대부분 PCP를 가장 먼저 찾아갑니다. 그러나 PCP에 먼저 연락하지 않고도 직접 이용할 수 있는 몇 가지 유형의 보장 서비스가 있습니다. 자세한 내용은 3장 2.2절을 참조하십시오.

일반적인 업무 시간 이후에 일상적인 건강 관리가 필요한 경우, 업무 시간에 PCP에 다시 전화해 주십시오. 응급 상황이 발생하거나 일반적인 업무 시간 이후에 긴급 치료가 필요한 경우, 이 장의 3.1절 또는 3.2절을 참조하십시오.

#### PCP 선택 방법

플랜에 가입하면 해당 지역에 있는 다수의 PCP가 수록된 제공자 명부를 받습니다. 주치의를 찾거나 선택하는 데 도움이 필요한 경우 고객 지원에 문의하거나 [Humana.com/findadoctor](https://www.humana.com/findadoctor)에서 최신 명부를 온라인으로 확인할 수 있습니다.

자신에게 적합한 PCP를 선택하려면 전화를 걸어 진료 예약을 받는 데 일반적으로 걸리는 시간을 물어보고, 진료 시간이 이용에 편리한지 확인하십시오. 이용하고 싶은 특정 네트워크 병원이 있는 경우, PCP가 이용할 수 있는지 확인해야 합니다.

#### PCP 변경 방법

가입자는 언제나 어떠한 이유로든 PCP를 변경할 수 있습니다. 또한 담당 PCP가 플랜의 제공자 네트워크를 떠나서 새로운 PCP를 찾아야 할 수도 있습니다.

PCP를 변경하려면 고객 지원에 문의하십시오. 당사는 새 PCP가 새 환자를 수락하는지 확인합니다. 변경 사항은 일반적으로 가입자가 요청한 다음 달의 첫 날에 적용됩니다.

현재 기존 PCP의 의뢰서가 필요한 전문의 또는 다른 제공자에게 진료를 받는 경우 고객 지원에 반드시 알려야 합니다. 이미 승인된 모든 서비스를 계속 이용할 수 있습니다.

### 2.2절 PCP 의뢰서 없이도 받을 수 있는 의료 서비스

PCP의 사전 승인 없이도 아래 나열한 서비스를 받을 수 있습니다.

- 유방 검사, 선별 유방조영상(유방 엑스레이), 팍 테스트, 골반 진찰을 포함하여 네트워크 제공자에게 주기적으로 받는 여성 건강 관리.
- 네트워크 제공자에게 받는 독감 예방주사, COVID-19 백신, B형 간염 백신, 폐렴 백신.
- 네트워크 제공자 또는 네트워크 외 제공자가 제공하는 응급 서비스.
- 긴급하게 필요한 플랜 보장 서비스는 가입자가 당사 플랜의 서비스 지역을 일시적으로 벗어나 있거나 네트워크 제공자로부터 이 서비스를 받기 위해 시간, 장소 및 상황을 고려할 때 즉각적인 치료가 필요한 서비스(응급 상황은 아님)입니다. 긴급하게 필요한 서비스의 예시로는 예측하지 못한 의료적 질병 및 부상 또는 기존 질환의 예상치 못한 급격한 재발 등이 있습니다. 당사 플랜의 서비스 지역 밖에 있거나 당사 플랜

**3장 당사 플랜을 통해 의료 서비스 이용하기**

네트워크를 일시적으로 사용할 수 없는 경우에도 (연례 검진 같은) 의학적 필요성이 있는 정기적 제공자 방문은 긴급하게 필요한 것으로 간주되지 않습니다.

- 가입자가 일시적으로 당사 플랜의 서비스 지역을 벗어난 경우 Medicare 인증 투석 시설에서 받는 신장 투석 서비스. 가능한 경우 서비스 지역을 벗어나기 전에 고객 지원에 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 연락하셔야 당사가 서비스 지역 외에서도 계속해서 투석을 할 수 있도록 도와드릴 수 있습니다.
- 네트워크 제공자가 제공하며 보험 혜택을 받는 모든 예방 서비스. 이러한 서비스는 4장의 의료 혜택 차트에  표시가 되어 있습니다.
- 플랜에서 보장하는 보충 혜택. 이러한 서비스는 4장의 의료 혜택 차트에서 별표(\*)가 표시되어 있습니다.

**2.3절 전문의 및 다른 네트워크 제공자의 의료 서비스를 받는 방법**

전문의는 특정 질병 또는 특정 신체 부위에 대한 건강 관리 서비스를 제공하는 의사로, 진료 과목에 따라 매우 다양합니다. 예를 들면 다음과 같습니다.

- 종양 전문의는 종양 환자를 치료합니다.
- 심장 전문의는 심장질환 환자를 치료합니다.
- 정형외과 전문의는 특정 뼈, 관절, 근육 질환 환자를 치료합니다.

**의뢰서**

보장되는 네트워크 내 서비스를 받기 위해 의뢰서를 받을 필요는 없습니다.

일부 유형의 서비스는 담당 PCP가 당사 플랜으로부터 사전에 승인을 받아야 할 수 있습니다(이를 "사전 승인"이라고 합니다). 사전 승인이 필요한 서비스에 대한 자세한 내용은 4장 2.1절을 참조하십시오.

**전문의 또는 다른 네트워크 제공자가 당사 플랜을 떠날 시**

당사 플랜 네트워크에 속한 병원, 의사, 전문의(제공자)를 당사가 해당 연도 이내에 변경할 수 있습니다. 담당 의사 또는 전문의가 당사의 플랜을 떠나는 경우, 가입자는 이러한 권리 및 보호를 갖게 됩니다.

- 당사의 의료 제공자 네트워크가 해당 연도 이내에 변경되더라도 Medicare 요구에 따라 당사는 자격을 갖춘 의사와 전문의를 가입자가 중단 없이 이용할 수 있도록 합니다.
- 당사는 가입자의 의료 제공자가 당사의 플랜을 탈퇴한다는 내용을 통보하여 가입자가 새로운 의료 제공자를 선택할 시간을 갖도록 할 것입니다.
  - 가입자의 일차의료 제공자 또는 행동 건강 의료 제공자가 플랜을 탈퇴하는 경우, 당사는 가입자가 지난 3년 내에 해당 의료 제공자를 방문한 적이 있을 경우 가입자에게 통보할 것입니다.
  - 귀하의 다른 의료 제공자가 당사의 플랜을 탈퇴하는 경우, 당사는 가입자가 해당 의료 제공자에게 배정되거나, 현재 해당 의료 제공자로부터 치료를 받고 있거나, 지난 3개월 이내에 방문한 적이 있을 경우 가입자에게 통보할 것입니다.
- 당사는 지속 치료를 위해 자격을 갖춘 새로운 네트워크 제공자를 선택할 수 있도록 도와 드립니다.
- 가입자가 현재 의료 제공자로부터 치료 또는 요법을 받고 있는 경우 중단 없는 치료 또는 요법을 요청할 권리가 있습니다. 당사는 가입자가 계속 진료를 받을 수 있도록 노력할 것입니다.

### 3장 당사 플랜을 통해 의료 서비스 이용하기

- 당사는 가입자에게 제공되는 가입 기간 및 플랜 변경 관련 이용 가능한 옵션에 대한 정보를 제공할 것입니다.
- 네트워크 내 제공자 또는 혜택을 이용할 수 없거나 가입자의 의학적 요구를 충족하기에 충분하지 않은 경우, 네트워크 내 비용 부담금으로 당사의 제공자 네트워크 외부에서 의학적으로 필요한 혜택을 받을 수 있도록 준비하겠습니다. 서비스를 보장받으려면 사전 승인이 필요합니다.
- 가입자의 의사 또는 전문의가 당사 플랜에서 탈퇴하는 것을 알게 된 경우, 당사로 연락하면 새 의료 제공자를 선택하고 가입자의 의료 서비스를 관리하도록 도울 수 있습니다.
- 가입자에게 이전 의료 제공자를 대체할 자격을 갖춘 의료 제공자를 당사가 제공하지 않았거나 가입자의 건강 관리가 적절하게 이루어지지 않고 있다고 여기는 경우, 가입자는 QIO에 의료의 질에 대해 진정을 제기하거나, 당사 플랜에 의료의 질에 대한 고충을 신고하거나, 두 기관 모두에 진정을 제기할 수 있습니다 (9장 참조).

#### 2.4절 네트워크 외 제공자로부터 진료를 받는 방법

네트워크 PCP로부터 사전에 승인을 받아야 네트워크 외 제공자를 이용할 수 있습니다. 이를 "의뢰서"라고 합니다. 의뢰서에 대한 자세한 내용과 의뢰서 없이 네트워크 외 제공자를 만날 수 있는 상황(응급 상황 등)에 대한 설명은 이 장의 2.2절과 2.3절을 참조하십시오. 네트워크 외 제공자의 서비스를 이용하기 전에 의뢰서(사전 승인)를 받지 못한 경우, 이러한 서비스에 대한 비용을 직접 지불해야 할 수 있습니다.

네트워크 외 제공자에 문의하여 당사가 보장해야 한다고 가입자가 생각하는 서비스에 대해 플랜에 청구하십시오. 해당 제공자가 플랜에 청구하기를 거부하고 가입자가 생각하기에 당사가 지불해야 하는 사항을 귀하에게 청구하는 경우, 가입자는 해당 청구서를 당사에 보낼 수 있습니다. 해당 제공자가 플랜에 청구하기를 거부하고 가입자가 해당 제공자에게 지불하는 경우, 당사는 보장 서비스에 대한 비용의 당사 부담금을 가입자에게 상환할 것입니다. 청구서를 받거나 상환을 요청해야 하는 경우에 대한 자세한 내용은 7장(보장 대상 의료 서비스 또는 의약품에 대해 받은 청구서의 부담 요청)을 참조하십시오.

일부 유형의 서비스는 담당 의사가 당사 플랜으로부터 사전에 승인을 받아야 할 수 있습니다(이를 "사전 승인"이라고 합니다). 사전 승인이 필요한 서비스에 대한 자세한 내용은 4장 2.1절을 참조하십시오.

**참고:** 가입자는 응급 상황 또는 긴급하게 필요한 서비스에 대해 네트워크 외 제공자로부터 서비스를 받을 수 있습니다. 또한 플랜 서비스 지역을 벗어나 계약된 ESRD 제공자를 이용할 수 없는 ESRD 가입자의 투석 서비스도 플랜에 포함되어야 합니다.

### 3절 응급 상황, 재해 또는 긴급 치료가 필요한 상황 발생 시 서비스를 받는 방법

#### 3.1절 의료적 응급 상황에서 진료 받기

**의료적 응급 상황**이란 가입자 또는 건강 및 의학에 관하여 평균적인 지식을 갖추고 분별력 있는 비전문가가 판단하기에 즉각적인 치료를 통해 사망(임산부의 경우 태아 사망), 사지 또는 사지의 기능 상실, 신체 기능의 상실 또는 심각한 손상을 막아야 하는 증상을 지닌 경우를 의미합니다. 의학적 증상은 질병, 부상, 심각한 통증 또는 빠르게 악화되는 질환일 수 있습니다.

응급 상황이 발생한 경우:

- 가능한 빨리 도움을 받으십시오.** 911에 전화하여 도움을 요청하거나 가장 가까운 응급실이나 병원으로 가십시오. 필요한 경우 구급차를 부르십시오. 담당 PCP로부터 먼저 승인을 받거나 의뢰서를 받지 않아도 됩니다. 네트워크 의사를 이용할 필요는 없습니다. 필요할 때마다 미국 내 또는 미국령 영토 내의 어느

### 3장 당사 플랜을 통해 의료 서비스 이용하기

곳에서나 네트워크에 속하지 않더라도 적절한 주 면허를 가진 모든 제공자로부터 응급 의료 서비스를 받을 수 있습니다.

- **가능한 빨리 보험 회사에 응급 상황에 대해 알리십시오.** 응급 치료에 대한 후속 조치가 필요합니다. 보통 48시간 이내에 가입자나 다른 사람이 당사에 연락하여 가입자의 응급 치료 사실을 알려주어야 합니다. 이 문서의 뒤표지에 있는 전화번호로 고객 지원에 연락하십시오.

#### 의료적 응급 상황으로 보장되는 서비스

당사의 플랜은 구급차가 아닌 다른 수단으로 응급실로 가는 것이 가입자의 건강을 위험에 빠뜨릴 수 있는 상황에서 구급차 서비스 이용을 보장합니다. 응급 상황 시 의료 서비스도 보장해 드립니다.

응급 치료를 제공하는 의사는 귀하의 상태가 안정되는 시점과 응급 상황이 종료되는 시점을 결정합니다.

응급 상황이 끝난 후, 가입자는 자신의 상태가 지속적으로 안정을 유지하도록 후속 진료를 받을 권리가 있습니다. 담당 의사는 당사에 연락하여 추가 치료 계획을 수립할 때까지 계속해서 귀하에게 치료를 제공할 것입니다. 후속 진료는 당사 플랜에서 보장합니다.

네트워크 외 의료 제공자가 응급 치료를 제공하는 경우, 당사는 귀하의 건강 상태와 상황이 허락하는 대로 네트워크 제공자가 귀하의 치료를 대신할 수 있도록 노력할 것입니다.

#### 의료적 응급 상황이 아닌 경우 어떻게 해야 하나요?

의료적 응급 상황이 발생했는지 알기 어려울 때가 있습니다. 예를 들어, 가입자가 자신의 건강이 심각한 위험에 처해 있다고 생각하여 응급 치료를 받으러 갔는데 의사는 의료적 응급 상황이 아니라고 말할 수도 있습니다. 만약 응급 상황이 아니라고 밝혀지더라도, 가입자가 건강에 심각한 위험이 닥쳤다고 생각할 만한 합리적인 이유가 있다면, 당사의 보험 혜택을 적용할 것입니다.

단, 의사가 응급 상황이 아니라고 말한 후에는 다음의 2가지 방법 중 하나로 추가 진료를 받는 경우에만 추가 진료에 보험 혜택을 적용할 수 있습니다.

- 네트워크 제공자에게 추가 진료를 받습니다.
- 가입자가 받는 추가 치료는 긴급하게 필요한 서비스로 간주되고 가입자는 이 긴급 치료를 위해 아래 규칙을 따릅니다.

### 3.2절 긴급 치료가 필요할 때 진료받기

긴급 치료가 필요하지만 (응급 상황은 아닌) 서비스는 가입자가 당사 플랜의 서비스 지역을 일시적으로 벗어나 있거나 네트워크 제공자로부터 이 서비스를 받기 위해 시간, 장소 및 상황을 고려할 때 어려운 경우에 긴급하게 필요한 서비스입니다. 긴급하게 필요한 서비스의 예시로는 예측하지 못한 의료적 질병 및 부상 또는 기존 질환의 예상치 못한 급격한 재발 등이 있습니다. 그러나 당사 플랜의 서비스 지역 밖에 있거나 당사 플랜 네트워크를 일시적으로 사용할 수 없는 경우에도 (연례 검진 같은) 의학적 필요성이 있는 정기적 제공자 방문은 긴급하게 필요한 것으로 간주되지 않습니다.

#### 긴급 치료가 필요할 때 플랜의 서비스 지역에 있다면 어떻게 해야 하나요?

항상 네트워크 제공자로부터 긴급하게 필요한 서비스를 받으려 시도해야 합니다. 그러나 네트워크 제공자를 일시적으로 이용할 수 없거나 찾을 수 없고 진료를 받기 위해 기다리지 못할 합리적인 이유가 있다면, 네트워크 외 제공자가 제공한 긴급하게 필요한 서비스에도 보험 혜택을 적용할 것입니다.

### 3장 당사 플랜을 통해 의료 서비스 이용하기

플랜의 제공자 명부에서 해당 지역의 어떤 긴급 치료 시설이 네트워크에 포함되어 있는지 알아볼 수 있습니다. 이 정보는 [Humana.com/findadoctor](https://www.humana.com/findadoctor)에서 온라인으로도 확인할 수 있습니다. 긴급하게 필요한 서비스에 관하여 기타 궁금한 점이 있다면 고객 지원에 문의하십시오(전화번호는 이 문서의 뒤표지에 안내됨).

#### 긴급 치료가 필요할 때 플랜의 서비스 지역 밖에 있다면 어떻게 해야 하나요?

가입자가 서비스 지역 밖에 있고 네트워크 제공자의 진료를 받을 수 없는 경우, 어느 제공자가 제공하는 가입자가 받은 긴급하게 필요한 서비스를 보장합니다.

당사의 플랜은 다음과 같은 상황에서 미국 이외의 지역에서 받는 전 세계 응급 진료 및 긴급 치료 서비스를 보장합니다. 미국 및 그 부속령 외에서 응급 상황이 발생하거나 긴급 치료가 필요한 경우, 가입자는 이러한 서비스에 대한 비용을 일단 지불해야 합니다. 이후 절차를 통해 당사에 상환을 요청할 수 있습니다. 당사는 미국과 그 부속령 외에서 가입자가 받은 네트워크 외 응급 진료 및 긴급 치료 서비스에 대한 비용을 환급해 드립니다. 그러나 환급금은 해당 서비스를 미국 내 가입자가 거주하는 지역에서 받은 경우 Original Medicare가 지불하는 금액을 초과할 수 없습니다. 당사가 가입자에게 지급하는 금액은 해당하는 비용 분담 규정에 따라 줄어드는 것입니다. Original Medicare가 상환하는 금액을 초과하지 않는 금액을 상환하고, 외국의 의료 제공자는 Original Medicare가 지불하는 금액보다 더 많은 서비스 비용을 청구할 수 있기 때문에, 당사의 총 상환액과 해당하는 비용 분담의 합계는 가입자가 외국의 의료 제공자에게 지불하는 금액보다 적을 수 있습니다. 이는 일반적인 경우에 Medicare에서 보장하지 않는 보충 혜택입니다. 환급을 받으려면 지불에 대한 증빙 서류를 Humana에 제출해야 합니다. 자세한 내용은 4장(의료 혜택 차트, 보장 내용)을 참조하십시오. 만약 가입자가 보장 서비스에 대한 비용을 이미 지불한 경우, 당사는 해당 서비스 비용 중 당사 분담 금액을 가입자에게 상환할 것입니다. 가입자는 비용 지불을 위해 의료 기록과 청구서를 당사에 보낼 수 있습니다. 청구서를 받거나 상환을 요청해야 하는 경우에 대한 자세한 내용은 7장(보장 대상 의료 서비스 또는 의약품에 대해 받은 청구서의 분담 요청)을 참조하십시오. 다른 국가에서 미국으로 돌아가는 교통편은 보장되지 않습니다. 사전에 예정되고, 사전에 계획된 치료(진행 중인 질환에 대한 치료 포함) 및/또는 선택적 절차는 보장되지 않습니다.

#### 3.3절 재해 발생 시 진료 받기

가입자가 거주하는 지역에 주지사, 미국 보건부 장관, 미국 대통령이 재난 사태를 선포하거나 응급 상황이 발생하는 경우, 가입자는 여전히 당사 플랜을 통해 의료 서비스를 받을 수 있습니다.

재해 발생 시 의료 서비스를 받는 방법에 대한 자세한 내용은 [Humana.com/alert](https://www.humana.com/alert)를 방문하십시오.

재해 발생 시 네트워크 제공자를 이용할 수 없는 경우에는 네트워크 내 비용 분담을 통해 네트워크 외 제공자로부터 당사의 의료 서비스를 받을 수 있습니다. 재해 발생 시 네트워크 약국을 이용할 수 없는 경우 네트워크 외 약국에서 처방약을 구매할 수 있습니다. 5장, 2.5절을 참조하십시오.

### 4절 서비스의 전체 비용을 직접 청구받은 경우 어떻게 해야 하나요?

#### 4.1절 보장 서비스 비용 중 당사 분담 금액을 지불하도록 요청할 수 있습니다

보장 서비스에 대한 본인부담비용보다 많은 금액을 지불했거나 보장 의료 서비스의 전체 비용에 대한 청구서를 받은 경우, 7장(보장 의료 서비스 또는 의약품에 대해 받은 청구서의 분담 요청)에서 어떻게 해야 하는지 확인하십시오.

**3장 당사 플랜을 통해 의료 서비스 이용하기****4.2절 서비스가 당사 플랜의 보장 대상에서 제외되는 경우에 어떻게 해야 하나요?**

Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP)는 4장, 의료 혜택 차트에 나열된 것처럼 의학적 필요성이 있는 모든 서비스를 포괄합니다. 당사의 플랜에서 보장하지 않는 서비스 또는 당사의 승인을 받지 않은 서비스를 네트워크 외에서 받은 경우에는 가입자가 해당 서비스의 비용 일체를 지불해야 합니다.

혜택에 제한이 있는 보장 서비스의 경우, 가입자는 보장 서비스 유형에 따른 혜택을 사용한 후에 제공된 서비스 비용 또한 전부 지불하게 됩니다. 혜택 한도에 도달한 이후 지불하는 비용은 최대 본인부담 비용에 포함되지 **않습니다**. 이미 사용한 혜택과 잔여 한도를 알고 싶은 경우 고객 지원에 문의할 수 있습니다.

**5절 임상 연구에서의 의료 서비스****5.1절 임상 연구란 무엇입니까?**

임상 연구(임상 시험이라고도 부름)는 의사와 과학자가 새로운 유형의 의료 서비스를 테스트하는 방법으로, 새로운 항암제가 잘 작용하는지 알아보는 식입니다. Medicare가 승인한 임상 연구는 일반적으로 자원자에게 연구 참여를 요청합니다. 임상 연구 참여 시, 가입자는 당사의 플랜에 여전히 가입된 상태로 플랜을 통해 나머지 진료(연구와 관련되지 않은 진료)를 계속 받을 수 있습니다.

**플랜 가입자가 Medicare 승인 연구에 참여하는 경우, 연구의 일환으로 받는 보장 서비스 비용 대부분을 Original Medicare가 부담합니다.** 가입자가 당사에 자격을 갖춘 임상 연구에 참여 중인 것을 알리는 경우 가입자는 해당 연구의 서비스에 대한 네트워크 내 비용 부담만 부담하게 됩니다. 예를 들어, Original Medicare 비용 부담을 이미 지불한 경우, 당사는 귀하가 지불한 금액과 네트워크 내 비용 부담의 차액을 상환합니다. 지불한 금액이 나와 있는 증빙 자료를 제출해야 합니다.

Medicare 승인 임상 연구에 참여하려는 경우, 당사에게 이를 알리거나 당사나 담당 PCP의 승인을 받지 않아도 됩니다. 임상 연구의 일환으로 가입자에게 의료 서비스를 제공하는 제공자는 플랜의 네트워크에 속하지 않아도 됩니다(이는 혜택을 평가하기 위한 임상 시험 또는 등록부를 요하는 보장 혜택에 적용되진 않습니다. NCDs-CED(National Coverage Determinations requiring Coverage with Evidence Development) 및 IDE(Investigational Device Exemption) 연구가 포함된 보장을 요하는 특정 혜택을 포함합니다. 이러한 혜택은 사전 승인 및 기타 플랜 규칙의 적용을 받을 수도 있습니다).

임상 연구에 참여하기 위한 당사 플랜의 허가는 없지만 Medicare 승인 임상 시험에 참여하려는 경우에는 사전에 당사에 통지하는 것이 좋습니다.

Medicare 또는 당사 플랜이 승인하지 않은 연구에 가입자가 참여하는 경우, 가입자는 **연구 참여에 대한 모든 비용을 지불해야 합니다**.

**5.2절 임상 연구에서의 서비스 비용 지불 주체**

플랜 가입자가 Medicare 승인 임상 연구에 참여할 경우, Original Medicare는 연구의 일환으로 다음과 같은 일상적인 용품 및 서비스를 지원합니다.

- 연구에 참여하지 않더라도 Medicare에서 지불하는 병원 입원 시 병실료 및 식대
- 임상 연구의 일환인 수술 또는 기타 의료 시술
- 새로운 치료법의 부작용 및 합병증 치료

**3장 당사 플랜을 통해 의료 서비스 이용하기**

Medicare가 이러한 서비스 비용에 대한 분담 금액을 지불한 후, 당사 플랜에서 나머지 비용을 지불합니다. 모든 보장 서비스와 마찬가지로, 귀하는 임상 연구 시험에서 받는 보장 서비스에 대해 지불하지 않습니다.

가입자가 임상 연구에 참여할 경우, **Medicare와 당사 플랜 모두 다음에 해당하는 비용은 지불하지 않습니다.**

- 일반적으로 임상 연구에서 테스트하는 새로운 용품 또는 서비스 비용의 경우, Medicare에서 해당 용품이나 서비스를 보장하지 않는 이상 Medicare가 지불하지 않습니다. 가입자가 연구에 참여하지 않았더라도 마찬가지입니다.
- 가입자의 건강 관리와 직접적인 관련이 없고 오직 데이터 수집을 위해 제공되는 용품 또는 서비스. 예컨대 환자의 상태로 보아 CT 스캔이 단 1회만 필요한 경우, 연구의 일환으로 매월 CT 스캔을 하더라도 Medicare는 그 비용을 지불하지 않습니다.
- 시험에 등록한 모든 분들에 대해 연구 후원사가 제공하는 용품 및 서비스.

**임상 연구 참여 방법에 대한 자세한 정보 받기**

다음 웹사이트에서 Medicare 간행물 *Medicare and Clinical Research Studies*(Medicare 및 임상 연구)를 읽고 임상 연구 참여에 대한 자세한 내용을 알아보십시오.

[www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf](http://www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf).

1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하셔도 됩니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하시기 바랍니다.

**6절 종교적인 비의료 건강 관리 기관에서 제공하는 서비스 관련 규정****6.1절 종교적인 비의료 건강 관리 기관**

종교적인 비의료 건강 관리 기관이란 일반적으로 병원 또는 전문요양시설에서 치료하는 질환에 대한 의료 서비스를 제공하는 시설입니다. 병원 또는 전문요양시설에서 받는 의료 서비스가 플랜 가입자의 신앙에 반하는 경우, 당사는 종교적인 비의료 건강 관리 기관에서 제공하는 서비스도 보장합니다. 이 혜택은 파트 A 입원 서비스(비의료 건강 관리 서비스)에만 적용됩니다.

**6.2절 종교적인 비의료 건강 관리 기관에서 제공하는 의료 서비스를 받는 방법**

종교적인 비의료 건강 관리 기관에서 진료를 받으려면 **예외적이지 않은** 치료를 받는 데 양심적으로 반대한다는 법률 문서에 서명해야 합니다.

- **예외적이지 않은** 의료 서비스나 치료는 자발적이고 연방법, 주법 또는 지방법으로 요구되지 않는 의료 서비스 또는 치료입니다.
- **예외적인** 치료는 자발적이지 않거나 연방법, 주법 또는 지방법의 요구에 따라 가입자가 받는 의료 서비스 또는 치료입니다.

당사의 플랜에 따라 보장을 받으려면, 종교적인 비의료 건강 관리 기관에서 가입자가 받은 의료 서비스가 다음의 조건을 충족해야 합니다.

- 의료 서비스를 제공하는 시설은 반드시 Medicare 인증을 받아야 합니다.
- 당사의 플랜은 치료의 비종교적 측면만을 보장합니다.
- 가입자가 해당 시설 내에서 제공하는 의료 서비스를 받는 경우, 다음의 조건을 적용합니다.

**3장 당사 플랜을 통해 의료 서비스 이용하기**

- 가입자에게는 병원 입원진료 또는 전문요양시설 케어에 대한 보장 서비스를 받을 수 있는 질환이 있어야 합니다.
- 또한 - 시설에 입원하기 전에 당사의 승인을 받아야 합니다. 그렇지 않으면 입원 기간 동안 보험 혜택이 적용되지 않습니다.

Medicare 입원 병원 보장 한도가 적용됩니다(4장의 의료 혜택 차트를 참조하십시오).

**7절 내구성 의료 장비의 소유권 규정****7.1절 당사 플랜에 따라 일정 횟수 지불 후에 내구성 의료 장비를 소유하지 않습니다**

내구성 의료 장비(DME)에는 산소 호흡 장비 및 용품, 휠체어, 성인 보행기, 전동 침대 시스템, 목발, 당뇨 용품, 음성출력통신 보조장치(SGD), 정맥 주입 펌프, 네블라이저, 가입자가 가정에서 사용하도록 제공자가 주문한 의료용 침대 등의 용품이 포함됩니다. 보철과 같은 DME 용품은 가입자가 항상 소유합니다. 다른 유형의 DME는 가입자가 대여해야 합니다.

Original Medicare에서는 특정 유형의 DME를 대여한 사람이 13개월 동안 해당 용품에 대한 공동 부담금을 지불한 후 장비를 소유하게 됩니다. **일반적으로 Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP) 가입자는 당사 플랜에 가입되어 있는 동안 아무리 많은 공동 부담금을 내더라도, 대여한 DME 용품의 소유권을 얻지 않습니다.**

Original Medicare에 따라 DME 용품에 대해 최대 12회 연속 지불을 한 경우에도 당사의 플랜에 가입하기 전에 소유권을 얻을 수 없습니다. 일부 제한적 상황에서 DME 용품의 소유권을 가입자에게 이전할 수 있습니다. 자세한 내용은 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 고객 지원에 전화하십시오.

**Original Medicare로 전환할 경우, 내구성 의료 장비에 대한 비용 지불은 어떻게 됩니까?**

당사 플랜 가입 기간에 DME 용품의 소유권을 취득하지 않은 경우, 가입자는 Original Medicare로 전환한 후 13개월 연속으로 비용을 지불해야 해당 DME 용품을 소유할 수 있습니다. 당사 플랜 가입 기간에 지불한 비용은 이 13개월 지불에 포함되지 않습니다.

예 1: 가입자가 Original Medicare의 용품에 대해 12개월 이하 연속으로 지불을 한 후 당사의 플랜에 가입했습니다. Original Medicare에서 지불한 금액은 계산에 포함되지 않습니다. 용품을 소유하려면 플랜에 13개월 동안 지불해야 합니다.

예 2: 가입자가 Original Medicare의 용품에 대해 12개월 이하 연속으로 지불을 한 후 당사의 플랜에 가입했습니다. 당사 플랜 가입 기간 중에 용품의 소유권을 가져오지 못했습니다. Original Medicare로 돌아갔습니다. Original Medicare에 다시 가입하고 나서 해당 용품을 소유하려면 13개월 연속으로 비용을 새로 지불해야 합니다. (당사 플랜 또는 Original Medicare로) 이미 지불한 모든 금액은 계산되지 않습니다.

**7.2절 산소 호흡 장비와 용품 및 유지관리 규정**

가입자가 Medicare 산소 호흡 장비 보장 자격을 갖춘 경우, Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP)은 다음의 사항을 보장합니다.

- 산소 호흡 장비 대여
- 산소 및 산소 함량 공급
- 산소 및 산소 함량 공급을 위한 튜브와 산소 호흡 관련 부속품

### 3장 당사 플랜을 통해 의료 서비스 이용하기

---

- 산소 호흡 장비 유지관리 및 보수

가입자가 Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP)를 탈퇴하거나 의료적으로 산소 호흡 장비가 필요하지 않게 된 경우, 산소 호흡 장비를 반납해야 합니다.

#### **플랜을 탈퇴하고 Original Medicare로 돌아가면 어떻게 됩니까?**

Original Medicare는 산소 공급업체가 5년간 서비스를 제공할 것을 요구합니다. 첫 36개월 동안은 장비를 임대합니다. 남은 24개월 동안 제공자가 장비 및 유지관리 서비스를 제공합니다(산소에 대한 공동 부담금은 가입자가 부담). 5년 후에는 같은 회사의 장비를 사용하거나 다른 회사 제품으로 바꿀 수 있습니다. 이 때, 같은 회사의 장비를 계속 이용한다 하더라도 5년의 주기가 다시 시작되어 첫 36개월 동안 공동 부담금을 다시 지불해야 합니다. 당사 플랜에 가입하거나 탈퇴할 경우 5년 주기가 다시 시작됩니다.

## 4장: 의료 혜택 차트(보장 내용)

### 1절 보장 서비스 이해

의료 혜택 차트에는 Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP) 가입자로서 귀하의 보장 서비스가 나열되어 있습니다. 또한 이 절에서는 보장되지 않는 의료 서비스에 대한 정보를 제공합니다. 다양한 플랜 및 혜택 제외 및 제한 사항에 대해서는 4절, "당사 플랜이 보장하지 않는 서비스"를 참조하십시오.

#### 1.1절 가입자는 보장 서비스에 대해 아무 것도 지불하지 않습니다

귀하는 Medicaid의 도움을 받고 있으므로 귀하가 진료를 받기 위한 당사 플랜의 규칙을 준수하는 한 보장 서비스에 대해 아무 것도 지불하지 않습니다. 진료를 받기 위한 당사 플랜의 규칙에 대한 자세한 정보는 3장을 참조하십시오.

귀하의 제공자는 공제금, 공동 보험비용 또는 공동 부담금에 적용되는 금액에 대한 추가적인 2차 지불을 고려하기 위해 Apple Health(Medicaid)에 제출할 수 있습니다. 비용 분담이 보호되는 경우, 제공자는 연방 규정에 따라 Medicaid 지불 금액이 없거나 제공자가 Medicaid에 등록하지 않는 경우에도 Medicare 파트 A 및 파트 B 보장 서비스에 대한 전액 지불 수단으로 Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP)의 1차 지불과 Apple Health(Medicaid)의 2차 지불을 수락해야 합니다.

#### 1.2절 Medicare 파트 A와 파트 B 보장 의료 서비스에 대해 가입자가 지불할 최대 비용은 얼마입니까?

**참고:** 가입자는 Apple Health(Medicaid)의 도움도 받기 때문에, 최대 본인부담 비용에 도달하는 경우는 극히 드뭅니다. 가입자는 파트 A 및 파트 B 보장 서비스에 대한 최대 본인부담 비용에 도달할 때까지 본인부담비용을 지불할 책임이 없습니다.

Medicare Advantage 플랜의 경우 Medicare 파트 A 및 파트 B에서 보장하는 의료 서비스에 대하여 매년 가입자가 지불해야 하는 본인부담비용에 제한이 있습니다. 이러한 제한을 의료 서비스에 대한 최대 본인부담 비용(MOOP)이라고 합니다. **2026년의 경우 이 금액은 \$9,250(네트워크 내)입니다.**

보장 서비스에 대하여 가입자가 지불하는 공동 부담금 및 공동 보험비용을 이 최대 본인부담 비용에 포함합니다. 가입자가 파트 D 약품에 지불하는 금액은 최대 본인부담 비용에 포함되지 않습니다. 또한 가입자가 지불하는 일부 서비스 금액도 최대 본인부담 비용에 포함되지 않습니다. 이러한 서비스는 의료 혜택 차트에서 별표로 표시됩니다. 최대 본인부담 비용인 **\$9,250**에 도달한 경우, 가입자는 보장 파트 A 및 파트 B 서비스에 대하여 해당 연도의 남은 기간 동안 본인부담비용을 지불하지 않아도 됩니다. 그러나 Medicare 파트 B 보험료를 (Apple Health(Medicaid) 또는 다른 제3자가 대신 지급하지 않는 한) Medicare 파트 B 보험료는 계속 지불해야 합니다.

### 2절 가입자의 의료 혜택을 보여주는 의료 혜택 차트

다음 페이지의 의료 혜택 차트는 Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP)의 보장 서비스를 나열합니다 (파트 D 약품 보장은 5장 참조). 의료 혜택 차트에 나열된 서비스는 이러한 보장 요건을 충족하는 경우에만 보장됩니다.

## 4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

- Medicare 보장 서비스는 Medicare 보장 지침에 따라 제공해야 합니다.
- 가입자가 받은 서비스(의료 서비스, 의료 용품, 의료 장비, 파트 B 약품 포함)는 반드시 의학적 필요성이 있는 서비스여야 합니다. 의학적 필요성이란 귀하의 질환을 예방, 진단 또는 치료하는 데 필요하고 허용되는 의료 행위 기준을 충족하는 서비스, 의료 용품 또는 약품을 의미합니다.
- 신규 가입자의 경우, MA Coordinated Care 플랜은 최소 90일의 전환 기간을 제공해야 하며, 이 기간 동안 새 MA 플랜이 실제 치료 과정에 대해 사전 승인을 요구하지 않을 수 있으며, 이는 치료 과정이 네트워크 외 제공자와 시작된 서비스를 위한 것이었더라도 마찬가지입니다.
- 네트워크 제공자로부터 의료 서비스를 받습니다. 응급 상황이거나 긴급 치료가 필요한 경우 또는 당사 플랜이나 네트워크 제공자가 가입자에게 의뢰서를 제공한 경우가 아니면, 대부분의 경우 네트워크 외 제공자에게 받은 의료 서비스는 보장하지 않습니다. 이는 가입자가 받는 네트워크 외 서비스에 대해 가입자가 제공자에게 전액을 지불해야 한다는 것을 의미합니다.
- 가입자의 건강을 관리하고 감독하는 일차의료 제공자(PCP)가 지정되어 있습니다. 보장 서비스용 의뢰서는 필요 없습니다.
- 의료 혜택 차트에 나열된 서비스 중 일부는 의사 또는 다른 네트워크 제공자가 사전에 당사로부터 승인을 받은 경우에만 적용됩니다(사전 승인이라고도 합니다). 사전 허가가 필요한 보장 서비스는 의료 혜택 차트에 각주로 표시됩니다.

➢ 사전 허가 목록은 다음 사이트에서 볼 수 있습니다. [Humana.com/PAL](https://www.humana.com/PAL)

- 가입자의 Coordinated Care 플랜이 치료 과정에 대한 사전 승인 요청에 대해 승인하는 경우, 해당 보장 기준, 병력 및 치료 제공자의 권장사항에 따라 치료 중단을 피하기 위해 의학적으로 합리적이고 필요한 기간 동안 승인이 유효해야 합니다.

당사 플랜의 보장에 대하여 알아야 할 중요한 사항:

- Medicare와 Medicaid의 보장을 모두 받습니다. Medicare는 건강 보험 및 처방약을 보장합니다. Medicaid는 Apple Health(Medicaid)의 지원 수준에 따라 Medicare 파트 A 및 파트 B 보험료뿐만 아니라 플랜 의료 공제금 및 비용 부담 등 Medicare 서비스에 대한 가입자의 비용 부담을 보장할 수 있습니다. Apple Health(Medicaid)는 Medicare가 보장하지 않는 서비스도 보장할 수 있습니다.
- 모든 Medicare 건강 플랜과 마찬가지로, 당사는 Original Medicare에서 보장하는 모든 내용을 보장합니다(Original Medicare의 보장 내용과 지불 내용에 대한 자세한 내용은 *Medicare & You 2026* 핸드북을 참조하십시오. 이 내용은 [www.Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)에서 온라인으로 확인하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 사본을 요청하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 이용).
- Original Medicare에서 무료로 보장하는 예방 서비스는 당사 플랜에서도 무료로 보장합니다.
- Medicare가 2026년에 새로운 서비스에 대한 보장을 추가할 경우, Medicare 또는 당사 플랜에서 해당 서비스를 보장합니다.
- 당사 플랜이 제공하는 6개월의 가입 자격 유지 간주 기간이 끝나지 않은 경우, 당사는 Medicare Advantage 플랜이 보장하는 Medicare 혜택을 계속해서 제공합니다. 그러나 이 기간 동안 부가 지원 수준에 따라 가입자에게 파트 D 보험료 및 파트 D 비용 부담이 적용될 수 있습니다. 또한, Apple Health(Medicaid) 자격의 수준에 따라 가입자는 Medicare 파트 A 및/또는 파트 B 보험료에 대한 책임을 질 수 있습니다. 당사는 이 기간에 Medicare Advantage 플랜이 보장하는 가입자의 비용 부담을 계속해서 보장합니다. 이 기간 동안 Medicare 기본 및 보충 혜택에 대한 플랜 비용 부담은 변경되지 않습니다.

## 4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

가입자는 위에서 설명한 보장 요구 조건을 충족하는 한 혜택 차트에 나열된 서비스에 대해 아무것도 지불하지 않습니다. 귀하의 서비스 비용은 Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP)에서 먼저 지불한 후 Apple Health(Medicaid)에서 지불합니다.

아래에서 확인된 만성질환 중 하나라도 진단 받은 경우 균등한 유연성 비응급 의료 교통편 혜택을 받을 수 있습니다.

- 암
- 만성 신장 질환(CKD)
- 말기 신장 질환(ESRD)

자세한 내용은 아래 의료 혜택 차트에서 균등한 유연성 비응급 의료 교통편 행을 참조하십시오.

부가 지원 적격자를 위한 중요 혜택 정보:

- Medicare 약품 보장 비용을 지불하기 위해 부가 지원을 받는 경우, 가입자는 다른 대상 보충 혜택 및/또는 대상 절감 비용 분담에 대해 자격을 가질 수 있습니다.

만성질환이 있는 가입자를 위한 중요 혜택 정보

- 아래 식별된 만성질환 중 어떤 것이라도 진단받고 특정 기준을 충족하는 경우, 가입자는 만성질환 환자 특별 보충 혜택을 적용 받을 수 있습니다.
  - 아래 식별된 적격 만성질환을 하나 이상 진단받았고, 2021년 1월 1일 또는 그 이후에 그러한 진단이 반영된 의료 청구를 Humana에 제출한 경우, Humana Healthy Options Allowance™를 통해 추가 혜택을 받을 수도 있습니다. 일부의 경우, 가입자는 건강 위험 평가(HRA)를 받고 하나 이상의 적격 만성질환의 진단을 통해 자격을 얻을 수 있습니다.
    - > 자가면역 질환
    - > 암
    - > 심혈관계 질환
    - > 만성 알코올 남용 및 기타 약물 남용 장애
    - > 만성 및 장애 수준의 정신 건강 질환
    - > 만성 위장관 질환
    - > 만성 심부전증
    - > 만성 고지혈증
    - > 만성 고혈압
    - > 만성 신장 질환
    - > 만성 폐 질환
    - > 인지장애 관련 질환
    - > 기능적 어려움이 따르는 질환
    - > 치매
    - > 당뇨병
    - > HIV/AIDS
    - > 신경학적 질환
    - > 장기 이식 후
    - > 중증 혈액학적 질환
    - > 뇌졸중
- 자세한 내용은 의료 혜택 차트에서 **만성질환자를 위한 특별 보충 혜택** 열을 확인하시기 바랍니다.
- 어떤 혜택을 받을 수 있는지 정확히 알아보려면 당사에 문의하십시오.

## 4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

- \* 이 지출 보조금은 특정 건강 질환이 있는 가입자를 위한 특수 프로그램입니다. 적격 질환에는 당뇨병, 심혈관계 질환, 만성 및 장애 수준의 정신 건강 질환, 만성 폐 질환 또는 만성 심부전 등이 있습니다. 일부 플랜은 두 가지 이상의 적격 질환이 있을 것을 요구하며, 기타 요건이 적용될 수 있습니다. 이 프로그램을 임대료 또는 공과금 지불에 사용하는 경우, 주택도시개발부(HUD)에서는 도움을 요청하는 경우 이를 수입으로 신고할 것을 요구합니다. 궁금한 점이 있으시면 현지 HUD 사무소에 연락하십시오.

 이 사과 표시는 의료 혜택 차트의 예방 서비스를 표시합니다.

\* 이 별표는 의료 혜택 차트의 보충 혜택을 표시합니다.

Apple Health(Medicaid) 비용 분담금 보호에 대한 자세한 내용은 이 장의 1.1절을 참조하십시오.

해당 주의 Medicaid 프로그램 및 비용 분담 요건을 통해 제공되는 Medicaid 혜택의 전체 목록은 혜택 요약서의 Medicaid 혜택 비교 절을 참조하십시오. 혜택 자격 및 비용 분담 책임 수준을 결정하려면 Medicaid 기관에 문의하십시오. 참고: 비용 분담금은 가입자의 Medicaid 적격성 수준에 기반합니다. 이 플랜의 경우, 다음과 같은 Medicaid 수준에서 비용 분담이 보호됩니다. FBDE, QMB+ 및 SLMB+.

| 의료 혜택 차트                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| 보장 서비스                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 가입자 지불 비용                                                            |
| <p> <b>복부 대동맥류 선별검사</b></p> <p>대동맥류 발생 위험이 높은 사람을 대상으로 하는 일회성 선별 초음파 검사. 당사 플랜은 가입자가 특정한 위험 요인을 지니고 담당 의사, 의사 보조원(PA), 전문간호사, 임상 전문 간호사에게 의뢰서를 받은 경우에만 선별검사 비용을 보장합니다.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <p><b>네트워크 내:</b><br/>이 예방 선별검사 대상자는 공동 보험비용, 공동 부담금, 공제금이 없습니다.</p> |
| <p><b>만성 요통에 대한 침술</b></p> <p>보장 서비스:<br/>다음과 같은 경우, 연간 최대 20회의 방문을 보장합니다.<br/>이러한 혜택을 적용하는 만성 요통은 다음과 같이 정의합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>통증이 12주 이상 지속</li> <li>전신에 영향을 미치는 원인을 알아볼 수 없다는 점에서 비특이성(즉, 전이성, 염증성, 전염성 질병 등과 관련이 없음)</li> <li>수술과 관련이 없음</li> <li>임신과 관련이 없음</li> </ul> <p>귀하의 플랜은 침술 시술 면허가 있는 제공자 또는 Original Medicare 제공자 요건을 충족하는 제공자가 제공하는 서비스를 허용합니다.</p> <p>당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하면 사전 승인이 적용될 수 있는 용품 및 서비스 목록이 표시됩니다. <a href="https://www.humana.com/PAL">Humana.com/PAL</a>.</p> | <p><b>네트워크 내:</b><br/>공동 부담금 \$0<br/>- 전문의 진료실</p>                   |

## 4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

| 보장 서비스                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 가입자 지불 비용                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>* 정기적인 침술 서비스</b></p> <p>침술은 통증을 완화시키기 위해 또는 의학적 필요성이 있는 치료 목적을 위해 신체의 여러 부위에 침을 삽입하고 조작하는 의료 절차입니다.</p> <p>연간 최대 25회의 방문에 대하여 보장 받습니다.</p> <p>당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하면 사전 승인이 적용될 수 있는 용품 및 서비스 목록이 표시됩니다. <a href="https://www.humana.com/PAL">Humana.com/PAL</a>.</p>                                                                                                                                                                       | <p><b>네트워크 내:</b><br/> <u>정기 침술</u><br/> 공통 부담금 \$0<br/> - 전문의 진료실</p>                                                                                                                                                                                                       |
| <p><b>알레르기 주사 및 혈청</b></p> <p>의학적 필요성이 있는 경우 가입자가 맞는 알레르기 주사 및 혈청도 보장합니다.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <p><b>네트워크 내:</b><br/> <u>알레르기 주사 및 혈청</u><br/> 공통 부담금 \$0<br/> - PCP 진료실<br/> - 전문의 진료실</p>                                                                                                                                                                                 |
| <p><b>구급차 서비스</b></p> <p>보장되는 구급차 서비스는 응급 상황이든 비응급 상황이든 구급항공기, 구급헬기, 지상 구급차 서비스를 포함합니다. 다른 교통편을 이용하면 환자 상태가 위중에 빠질 수 있거나 당사 플랜의 허가를 받은 경우에 적절한 의료 서비스를 제공할 수 있고 가장 가까운 시설로 데려다 주는 구급차 서비스를 보장합니다. 보장되는 구급차 서비스가 응급 상황을 위한 것이 아닌 경우, 다른 교통편으로 이송하면 가입자가 위중한 상태에 빠질 수 있거나 구급차 이송이 의학적으로 필요하다는 소견이 반드시 서면으로 제공되어야 합니다.</p> <p>당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하면 사전 승인이 적용될 수 있는 용품 및 서비스 목록이 표시됩니다. <a href="https://www.humana.com/PAL">Humana.com/PAL</a>.</p> | <p><b>네트워크 내:</b><br/> <u>응급 상황 구급차</u><br/> 이용 횟수에 관계없이 서비스 제공일마다 공통 부담금 \$0<br/> - 지상 구급차</p> <p>이용 횟수에 관계없이 공통 부담금 \$0<br/> - 항공 구급헬기</p> <p><u>비응급 상황 시 구급차 서비스</u><br/> 이용 횟수에 관계없이 서비스 제공일마다 공통 부담금 \$0<br/> - 지상 구급차</p> <p>이용 횟수에 관계없이 공통 부담금 \$0<br/> - 항공 구급헬기</p> |
| <p> <b>연례 건강검진</b></p> <p>12개월 넘게 파트 B에 가입되어 있는 경우, 가입자는 현재 건강 상태 및 위험 요인에 따라 연례 건강검진을 통해 개인 맞춤형 예방 계획을 전개하거나 갱신할 수 있습니다. 연례 건강검진은 12개월마다 1회씩 보장합니다.</p> <p><b>참고:</b> <i>Welcome to Medicare</i> 예방 방문 후 12개월이 지나야 첫 번째 연례 건강검진을 받을 수 있습니다. 단, 파트 B 가입 기간이 12개월을 경과한 후에는 <i>Welcome to Medicare</i> 진료를 받지 않아도 연례 건강검진을 보장합니다.</p>                                                       | <p><b>네트워크 내:</b><br/> 연례 건강검진의 경우 공동 보험비용, 공통 부담금, 공제금이 없습니다.</p>                                                                                                                                                                                                           |

## 4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

| 보장 서비스                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 가입자 지불 비용                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p> <b>골량 측정</b></p> <p>자격을 갖춘 분들(일반적으로 골량을 잃을 위험이 있거나 골다공증의 위험이 있는 사람)이 24개월마다 또는 의학적 필요성이 있는 경우 이보다 더 자주 다음과 같은 서비스를 이용할 때 보험 혜택을 적용합니다. 골량 확인, 뼈 손실 감지, 골질 확인 절차 및 의사의 검사 결과 해석.</p>                                                                          | <p><b>네트워크 내:</b><br/>Medicare 보장 골량 측정 시 공동 보험비용, 공동 부담금, 공제금이 없습니다.</p>                                          |
| <p> <b>유방암 선별검사(유방조영상)</b></p> <p>보장 서비스:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 35~39세 여성 가입자의 기본 유방조영상 촬영 1회</li> <li>• 40세 이상 여성 가입자의 선별 유방조영상 12개월마다 1회 촬영</li> <li>• 임상 유방 검사(24개월마다 1회)</li> </ul>                                                   | <p><b>네트워크 내:</b><br/>보장 대상 선별 유방조영상 시행 시 공동 보험비용, 공동 부담금, 공제금이 없습니다.</p>                                          |
| <p><b>심장 재활 서비스</b></p> <p>의사의 지시에 따라 특정 조건을 만족하는 가입자를 대상으로 운동, 교육, 상담 등의 종합적인 심장 재활 서비스 프로그램이 보장됩니다.</p> <p>당사 플랜은 일반적으로 기존 심장 재활 프로그램보다 더 엄격한 기준을 적용하거나 효과가 더 강력한 집중 심장 재활 프로그램도 보장합니다.</p> <p>당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하면 사전 승인이 적용될 수 있는 용품 및 서비스 목록이 표시됩니다. <a href="https://www.humana.com/PAL">Humana.com/PAL</a>.</p> | <p><b>네트워크 내:</b><br/>공동 부담금 \$0</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 전문의 진료실</li> <li>- 외래진료병원</li> </ul> |
| <p> <b>심혈관계 질환 발생 위험 감소 진료(심혈관계 질환 치료)</b></p> <p>심혈관계 질환 발생 위험을 낮추는 데 도움이 되도록 연 1회 PCP를 방문하여 진료를 받을 때 보험 혜택을 적용합니다. 진료 시 담당 의사는 아스피린 사용에 대해 논의하고(해당하는 경우), 혈압을 확인하고, 건강한 식습관에 대한 조언을 할 수 있습니다.</p>                                                            | <p><b>네트워크 내:</b><br/>심혈관계 질환 예방 효과가 있는 집중적인 행동치료 시 공동 보험비용, 공동 부담금, 공제금이 없습니다.</p>                                |
| <p> <b>심혈관계 질환 선별검사</b></p> <p>심혈관계 질환 또는 심혈관계 질환 발생 위험을 높이는 이상 요인을 감지하기 위하여 5년(60개월)마다 실시하는 혈액검사.</p>                                                                                                                                                         | <p><b>네트워크 내:</b><br/>5년마다 1회씩 실시하며 보험 혜택이 적용되는 심혈관계 질환 검사 시 공동 보험비용, 공동 부담금, 공제금이 없습니다.</p>                       |
| <p> <b>자궁경부암 및 질암 선별검사</b></p> <p>보장 서비스:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 모든 여성 대상: 24개월마다 1회씩 실시하는 팍 테스트 및 골반 진찰</li> <li>• 자궁경부암이나 질암 발생 위험이 높은 경우 또는 가임기 여성으로 최근 3년 이내 받은 팍 테스트 결과가 비정상적으로 나온 경우: 12개월마다 팍 테스트 1회 실시</li> </ul>                | <p><b>네트워크 내:</b><br/>예방 차원에서 실시하는 Medicare 보장 팍 테스트 및 골반 진찰 시 공동 보험비용, 공동 부담금, 공제금이 없습니다.</p>                     |

## 4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

| 보장 서비스                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 가입자 지불 비용                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>카이로프랙틱 서비스</b></p> <p>보장 서비스:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>당사는 아탈구(하나 이상의 척추 뼈가 이탈됨)를 교정하기 위한 척추 도수치료만을 보장합니다.</li> <li>카이로프랙틱 전문가가 제공하는 다른 서비스는 보장하지 않습니다.</li> </ul> <p>당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하면 사전 승인이 적용될 수 있는 용품 및 서비스 목록이 표시됩니다. <a href="https://www.humana.com/PAL">Humana.com/PAL</a>.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <p><b>네트워크 내:</b><br/> <u>Medicare 보장 카이로프랙틱 서비스</u><br/>         공동 부담금 <b>\$0</b><br/>         - 전문의 진료실</p>                                                                        |
| <p><b>만성 통증 관리 및 치료 서비스</b></p> <p>만성 통증이 있는 분들을 위해 보장되는 월간 서비스(3개월 이상 지속되는 지속적인 통증 또는 반복되는 통증). 서비스에는 통증 평가, 의약품 관리, 치료 조정 및 계획이 포함될 수 있습니다.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <p>이 서비스의 비용 분담은 치료 과정의 일부로 제공되는 개별 서비스에 따라 달라집니다.</p> <p><b>네트워크 내:</b><br/> <u>의료 제공자 및 전문 서비스</u><br/>         공동 부담금 <b>\$0</b><br/>         - PCP 진료실<br/>         - 전문의 진료실</p> |
| <p> <b>대장암 선별검사</b></p> <p>다음 선별검사가 보장됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>대장내시경은 최소 또는 최대 연령 제한이 없으며, 고위험이 아닌 환자의 경우 120개월마다(10년) 또는 대장암에 대해 고위험이 아닌 환자의 경우 이전의 신축성 S자결장검사 후 48개월마다 1회, 이전 선별 대장내시경 검사 후 고위험인 환자의 경우 24개월마다 1회 보장됩니다.</li> <li>대장암 위험이 높지 않은 45세 이상 환자의 전산화단층 대장조영술은 마지막 선별검사 전산화단층 대장조영술이 실시된 달 이후 최소 59개월이 경과했거나, 마지막 선별 신축성 S자결장검사 또는 선별 대장내시경 검사를 실시한 달 이후 47개월이 지난 시점에 보장됩니다. 대장암 위험이 높은 환자의 경우, 마지막 선별검사에서 전산화단층 대장조영술 또는 마지막 선별 대장내시경 검사를 실시한 달 후에 최소 23개월이 지난 후에 수행된 선별검사 전산화단층 대장조영술에 대한 금액을 지불할 수 있습니다.</li> </ul> | <p><b>네트워크 내:</b><br/>         Medicare 보장 대장암 선별검사 시 공동 보험비용, 공동 부담금, 공제금이 없습니다.</p>                                                                                                 |

**4장 의료 혜택 차트(보장 내용)**

| 보장 서비스                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 가입자 지불 비용                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>45세 이상 환자의 경우 신축성 S자결장검사. 환자가 선별 대장내시경 검사를 받은 후 고위험이 아닌 환자의 경우 120개월마다 1회. 마지막 신축성 S자결장검사 또는 CT 대장조영술에 따른 고위험인 환자의 경우 48개월마다 1회.</li> <li>45세 이상 환자의 경우 선별 분변잠혈검사. 12개월마다 1회.</li> <li>고위험 기준을 충족하지 않는 45~85세 환자의 경우 다표적 대변 DNA. 3년마다 1회.</li> <li>고위험 기준을 충족하지 않는 45세~85세 환자의 경우 혈액 기반 생체표지자 검사. 3년마다 1회.</li> <li>대장암 선별검사에는 Medicare 보장 비침습 대변 기반 대장암 선별검사에서 양성 결과가 나온 후의 후속 선별 대장내시경 검사가 포함됩니다.</li> <li>대장암 선별검사에는 예정된 선별 신축성 S자결장검사 또는 조직 또는 기타 물질을 제거하기 위한 선별 대장내시경 검사, 그리고 검사와 관련되어 제공되거나 검사 결과로서 동일한 진료 과정에서 수행되는 기타 절차/시술이 포함됩니다.</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                              |
| <p><b>치과 서비스</b></p> <p>일반적으로 치과 예방 서비스(예: 치석 제거, 정기 치과 검진, 구강 엑스레이)는 Original Medicare에서 보장하지 않습니다. 그러나 Medicare는 제한된 수의 상황에서 치과 서비스(특히 해당 서비스가 개인의 1차 의학적 질환에 대한 특정 치료에 있어 필수적인 부분일 시) 비용을 지불하고 있습니다. 예시로는 골절 또는 부상 후의 턱 재건, 턱 관련 암에 대한 방사선 치료 준비 시 발치 또는 장기 이식 전 구강검진이 포함됩니다.</p> <p>또한 당사는 예방 및 진단 서비스를 포함하는 <b>필수 보충 치과 혜택을</b> 보장합니다.</p> <p>당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하면 사전 승인이 적용될 수 있는 용품 및 서비스 목록이 표시됩니다. <a href="https://www.humana.com/PAL">Humana.com/PAL</a>.</p>                                                                                           | <p><b>네트워크 내:</b><br/> <u>Medicare 보장 치과 서비스</u><br/>         공동 부담금 \$0<br/>         - 전문의 진료실</p> <p><b>필수 보충 치과 혜택</b><br/>         *가입자는 필수 보충 치과 혜택을 보장받습니다. 자세한 내용은 이 차트의 끝에 있는 <b>필수 보충 치과 혜택</b>에 관한 설명을 참조하십시오.</p> |
| <p> <b>우울증 선별검사</b></p> <p>연 1회 실시하는 우울증 선별검사에 보험 혜택을 적용합니다. 선별검사는 후속 치료 및/또는 의뢰서를 제공할 수 있는 1차 진료 단계에서 시행해야 합니다.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <p><b>네트워크 내:</b><br/>         연례 우울증 선별검사 시 공동 보험비용, 공동 부담금, 공제금이 없습니다.</p>                                                                                                                                                 |
| <p> <b>당뇨병 선별검사</b></p> <p>가입자가 이러한 위험 요인 중 어느 하나라도 지니고 있다면 당뇨병 선별검사(공복혈당검사 포함)에 대하여 보험 혜택을 적용합니다. 높은 혈압(고혈압증), 비정상적인 콜레스테롤 수치 및 트라이글리세라이드 수치(이상지질혈증) 병력, 비만, 높은 혈당(포도당) 병력. 가입자가 과체중이나 당뇨병 가족력 등 다른 요건을 충족하는 경우에도 검사 시 보험 혜택을 적용할 수 있습니다.</p> <p>가입자는 가장 최근의 당뇨병 선별검사 날짜 이후 12개월마다 최대 2회의 당뇨병 선별검사를 받을 자격이 있습니다.</p>                                                                                                                                                                                       | <p><b>네트워크 내:</b><br/>         Medicare 보장 당뇨병 선별검사 시 공동 보험비용, 공동 부담금, 공제금이 없습니다.</p>                                                                                                                                        |

## 4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

## 보장 서비스

## 가입자 지불 비용

 당뇨병 자가 관리 교육, 당뇨병 환자용 서비스 및 용품

당뇨병이 있는 모든 사람(인슐린 사용자 및 비사용자). 보장 서비스:

- 혈당 측정 용품: 혈당측정기, 혈당 검사 스트립, 채혈기와 랜셋, 포도당 조절 솔루션 등 검사 스트립 및 모니터의 정확성을 확인하기 위한 용품.
  - 다음 브랜드의 혈당 모니터 및 검사 스트립만 보장(우선)합니다. Roche에서 제조한 ACCU-CHEK® 또는 종종 약국 이름으로 포장한 Trividia 제품
  - Humana는 위의 우선 브랜드 목록에 지정된 혈당측정기 및 검사 스트립 이용 시 보험 혜택을 적용합니다. 일반적으로, 특정한 상황에 처한 가입자에게 대체 브랜드 제품을 사용할 의학적 필요성이 있다고 담당 의사가 말하지 않는 한, 대체 비우선 브랜드 제품에는 적용되지 않습니다. Humana 신규 가입자가 우선 브랜드 목록에 없는 혈당측정기 및 검사 스트립을 이용할 경우, 플랜에 가입하고 90일 이내에 당사에 연락하여 대체 비우선 브랜드의 임시 공급을 요청할 수 있습니다. 그동안 가입자는 의사와 상의하여 위에 나열된 우선 브랜드 제품 중 어느 것이 의료적으로 자신에게 적합한지 결정해야 합니다. 비우선 브랜드 제품은 보장 예외 사항에 대한 승인된 사전 승인 없이 보장 가능한 최초 90일 이후로는 보장 혜택이 적용되지 않습니다.
- 중증 당뇨병성 족부 질환을 앓고 있는 당뇨병 환자의 경우: 1년에 치료용 맞춤형 제작 신발(해당 신발과 함께 제공되는 인서트 포함) 한 켤레와 추가 인서트 2쌍 또는 깊이 있는 신발 한 켤레와 인서트 3쌍(해당 신발과 함께 제공되는 탈부착식 기존 제작 인서트 제외). 보장 대상 서비스에는 가봉이 포함됩니다.
- 당뇨병 자가 관리 교육은 특정한 경우에 보험 혜택을 적용합니다.
- 연속혈당측정기에 대한 내용은 "내구성 의료 장비(DME) 및 관련 용품"을 참조하십시오.

 (예방 서비스)는 당뇨병 자가 관리 교육에만 적용됩니다.

당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하면 사전 승인이 적용될 수 있는 용품 및 서비스 목록이 표시됩니다. [Humana.com/PAL](https://www.humana.com/PAL).

## 내구성 의료 장비(DME) 및 관련 용품

(내구성 의료 장비에 대한 정의는 12장 및 3장을 참조하십시오.)

보장 가능한 용품에는 휠체어, 목발, 전동 침대 시스템, 당뇨 용품, 가정에서 사용하려고 제공자가 주문한 의료용 침대, IV 주입 펌프, 음성출력통신 보조장치, 산소 호흡 장비, 네블라이저, 연속혈당측정기\*\*, 성인 보행기 등이 포함됩니다.

## 네트워크 내:

## 당뇨병 자가 관리 교육

공동 부담금 \$0

- PCP 진료실
- 전문의 진료실
- 외래진료병원

## 당뇨병 모니터링 용품

공동 부담금 \$0

- 당뇨 용품 우선 공급업체
- 당뇨 용품 공급업체
- 네트워크 소매 약국

## 당뇨병 환자용 신발 및 인서트

공동 부담금 \$0

- 내구성 의료 장비 제공자
- 인공 보철물 제공자

## 네트워크 내:

## 내구성 의료 장비

공동 부담금 \$0

- 내구성 의료 장비 제공자

## 4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

| 보장 서비스                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 가입자 지불 비용                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Original Medicare에서 보장하며 의학적 필요성이 있는 DME는 모두 적용 대상입니다. 해당 지역의 제공자가 특정 브랜드 또는 제조사 제품을 구비하지 않은 경우, 특별 주문을 할 수 있는지 문의할 수 있습니다. 최신 제공자 목록은 당사 웹사이트 <a href="https://www.humana.com/findadoctor">Humana.com/findadoctor</a>에서 확인할 수 있습니다.</p> <p>당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하면 사전 승인이 적용될 수 있는 용품 및 서비스 목록이 표시됩니다. <a href="https://www.humana.com/PAL">Humana.com/PAL</a>.</p> <p><b>**우선 연속혈당측정기(CGM)는 약국에서 보장됩니다. 우선 CGM은 Dexcom 및 Freestyle Libre입니다. 비우선 CGM은 의사가 대체 브랜드의 사용이 의학적 필요성이 있다는 적절한 정보를 제공하지 않는 한 약국을 통해 보장되지 않습니다. 모든 CGM은 내구성 의료 장비(DME) 제공자를 통해 계속 보장됩니다.</b></p>                                                                                                                                                                                                           | <p><u>연속혈당측정기</u><br/>공동 부담금 <b>\$0</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 내구성 의료 장비 제공자</li> <li>- 약국</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <p> <b>EKG 선별검사</b></p> <p>Welcome to Medicare 예방 방문의 의뢰서로 실시하는 선별 심전도 검사 (EKG)는 수혜자의 평생 동안 1회만 보장합니다.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <p><b>네트워크 내:</b><br/>EKG 선별검사 시 공동 보험비용, 공동 부담금, 공제금이 없습니다.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <p><b>응급 치료</b></p> <p>응급 치료는 다음과 같은 서비스를 말합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 응급 서비스를 제공할 자격을 갖춘 자가 제공하는 서비스, 그리고</li> <li>• 의료적 응급 상황을 평가하거나 안정화해야 하는 서비스.</li> </ul> <p>의료적 응급 상황이란 가입자 또는 건강 및 의학에 관하여 평균적인 지식을 갖추고 분별력 있는 비전문가가 판단하기에 즉각적인 치료가 필요한 증상을 지니고, 치료를 통해 인명 손실(임신한 여성인 경우 유산), 사지 상실, 사지 기능 상실을 막아야 한다고 믿는 경우를 의미합니다. 의학적 증상은 질병, 부상, 심각한 통증 또는 빠르게 악화되는 질환일 수 있습니다.</p> <p>의학적으로 필요하고 네트워크 외에서 받은 응급 서비스 비용 부담은 이러한 서비스를 네트워크 내에서 받는 때와 동일합니다.</p> <p>가입자는 전 세계에서 응급 치료를 받을 수 있습니다. 미국 및 그 영토 이외의 지역에서 응급 상황이 발생한 경우, 가입자는 이러한 서비스에 대한 비용을 일단 지불해야 합니다. 환급을 받으려면 지불에 대한 증빙 서류를 Humana에 제출해야 합니다. 자세한 내용은 7장을 참조하십시오. 당사가 모든 본인부담비용을 변제하지는 않을 수도 있습니다. 당사의 계약금액 요율이 미국 및 그 영토 외 지역의 제공자에 비해 낮을 수 있기 때문입니다. 가입자는 당사의 계약금액 요율을 초과하는 모든 비용과 해당 항목에 적용되는 가입자 비용 부담을 지불할 책임이 있습니다.</p> | <p><b>네트워크 내:</b><br/><u>응급 서비스</u><br/>공동 부담금 <b>\$0</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 응급실</li> </ul> <p><b>네트워크 내:</b><br/><u>의료 제공자 및 전문 서비스</u><br/>공동 부담금 <b>\$0</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 응급실</li> </ul> <p>가입자가 네트워크 외 병원에서 응급 치료를 받고 응급 상태가 안정된 후 입원관리를 받아야 하는 경우, 플랜에서 보장하는 의료 서비스를 계속 받으려면 네트워크 병원으로 옮기거나 플랜이 허가한 네트워크 외 병원에서 입원관리를 받아야 합니다. 이때 가입자가 지불할 비용은 네트워크 병원에서 지불하는 비용 부담금입니다.</p> |

## 4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

| 보장 서비스                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 가입자 지불 비용                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>청력 서비스</b></p> <p>의학적 치료가 필요한지 판단하려고 의료 제공자가 실시한 청력 및 균형 감각 진단 평가는 의사, 청능사, 다른 자격을 갖춘 의료 제공자로부터 받을 경우 외래 진료로 간주하여 혜택을 적용합니다.</p> <p>또한 정기 청력 검사와 보청기 보장이 포함된 <b>필수 보충 청력 혜택</b>을 보장합니다.</p> <p>당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하면 사전 승인이 적용될 수 있는 용품 및 서비스 목록이 표시됩니다. <a href="https://www.humana.com/PAL">Humana.com/PAL</a>.</p>                                                                                                                                                                                                                                                             | <p><b>네트워크 내:</b><br/> <u>Medicare 보장 청력 서비스</u><br/>         공동 부담금 \$0<br/>         - 전문의 진료실</p> <p><b>필수 보충 청력 혜택</b><br/>         *가입자는 필수 보충 청력 혜택을 보장받습니다. 자세한 내용은 이 차트의 끝에 있는 <b>필수 보충 청력 혜택</b>에 관한 설명을 참조하십시오.</p> |
| <p> <b>HIV 선별검사</b></p> <p>HIV 선별검사 요청자 또는 HIV 감염 고위험자에 대해 다음을 보장합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>12개월마다 1회의 선별검사</li> </ul> <p>가입자가 임신 중인 경우 당사는 다음을 보장합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>임신 중 최대 3회의 선별검사</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                | <p><b>네트워크 내:</b><br/>         Medicare가 적용되는 예방적 HIV 선별검사 적격 가입자에 대한 공동 보험비용, 공동 부담금 또는 공제금은 없습니다.</p>                                                                                                                      |
| <p><b>가정 건강 관리 기관</b></p> <p>가정 건강 관리 서비스를 받기 전에 의사는 가정 건강 관리 서비스가 필요함을 승인해야 하며, 가정 건강 관리 기관에서 제공하는 가정 건강 관리 서비스를 주문해야 합니다. 이러한 서비스는 거동이 불편한 자 즉, 외출하는 데 큰 노력이 드는 분에게만 제공됩니다.</p> <p>보장 서비스는 다음과 같습니다(단, 이에 국한되지 않음).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>시간제 또는 기술이 한정적인 전문요양 및 가정 간병도우미(가정간호 혜택에 따라 보장이 적용되며, 귀하의 전문요양 및 가정 간병도우미 서비스 합계가 일일 8시간 미만이고 주 35시간 미만이어야 함)</li> <li>물리치료, 작업치료 및 언어치료</li> <li>의료 및 사회 서비스</li> <li>의료 장비 및 용품</li> </ul> <p>당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하면 사전 승인이 적용될 수 있는 용품 및 서비스 목록이 표시됩니다. <a href="https://www.humana.com/PAL">Humana.com/PAL</a>.</p> | <p><b>네트워크 내:</b><br/> <u>가정간호</u><br/>         공동 부담금 \$0<br/>         - 가입자 자택</p> <p><u>내구성 의료 장비</u><br/>         공동 부담금 \$0<br/>         - 내구성 의료 장비 제공자</p>                                                            |

## 4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

| 보장 서비스                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 가입자 지불 비용                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>가정 주입 요법</b></p> <p>가정 주입 요법은 의약품 또는 생물학적 제제를 가정에서 개인에게 정맥 또는 피하 투여하는 것을 말합니다. 가정 주입 요법에 필요한 구성품에는 의약품(예: 항바이러스제, 면역 글로불린), 장비(예: 펌프) 및 용품(예: 튜브 및 카테터)이 포함됩니다.</p> <p>보장 서비스는 다음과 같습니다(단, 이에 국한되지 않음).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 당사 진료 플랜에 따라 제공된 전문 서비스(간호 서비스 포함)</li> <li>• 내구성 의료 장비 혜택에서 별도로 보장하지 않는 환자 훈련 및 교육</li> <li>• 원격 모니터링</li> <li>• 가정 주입 요법 제공을 위한 모니터링 서비스 및 적절한 가정 주입 요법 제공자가 처방한 가정 주입용 약</li> </ul> <p>당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하면 사전 승인이 적용될 수 있는 용품 및 서비스 목록이 표시됩니다. <a href="https://www.humana.com/PAL">Humana.com/PAL</a>.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                            | <p><b>네트워크 내:</b></p> <p><u>의료용품</u><br/>공동 부담금 \$0</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 의료 용품 제공자</li> </ul> <p><u>기타 Medicare 파트 B 약품</u><br/>공동 부담금 \$0</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PCP 진료실</li> <li>- 전문의 진료실</li> <li>- 외래진료병원</li> <li>- 약국</li> </ul> <p><u>의료 제공자 및 전문 서비스</u><br/>공동 부담금 \$0</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PCP 진료실</li> </ul> |
| <p><b>호스피스 케어</b></p> <p>의사와 호스피스 의료 디렉터가 귀하에게 말기 예후 소견을 제시하고 귀하의 질병이 불치질환이며 정상대로 진행될 경우 6개월 이상 살지 못할 것임을 확인한 경우, 귀하는 호스피스 혜택을 받을 자격이 있습니다. 귀하는 Medicare 인증 호스피스 프로그램의 간호를 받을 수 있습니다. 당사 플랜은 당사가 소유, 관리 또는 투자하는 사람들을 포함하여 Medicare 인증 호스피스 프로그램을 당사 플랜 서비스 지역에서 찾을 수 있도록 지원할 의무가 있습니다. 호스피스 의사는 네트워크 제공자 또는 네트워크 외 제공자일 수 있습니다.</p> <p>보장 서비스:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 증상 조절 및 통증 완화를 위한 약</li> <li>• 단기 임시 간호</li> <li>• 홈케어</li> </ul> <p>귀하가 호스피스에 입원하는 경우 가입자는 당사의 플랜을 유지할 권리가 있습니다. 가입자가 당사의 플랜을 유지하는 경우 플랜 보험료를 계속 지불해야 합니다.</p> <p><b>호스피스 서비스 및 Medicare 파트 A 또는 B의 적용을 받으며 귀하의 말기 예후와 관련된 서비스의 경우:</b> Original Medicare(당사 플랜이 아님)는 귀하의 말기 예후와 관련된 호스피스 서비스와 모든 파트 A 및 파트 B 서비스에 대해 호스피스 제공자에게 비용을 지불합니다. 귀하가 호스피스 프로그램에 참여하는 동안 귀하의 호스피스 제공자는 Original Medicare에서 지불하는 서비스에 대해 Original Medicare에 비용을 청구합니다. Original Medicare 비용 분담이 청구됩니다.</p> | <p>Medicare 인증 호스피스 프로그램에 가입한 경우, 말기 예후와 관련하여 해당 가입자가 이용한 호스피스 서비스와 파트 A 및 파트 B 서비스 비용은 Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP)이 아닌 Original Medicare에서 지불합니다.</p> <p>당사 플랜은 호스피스 혜택을 받지 못한 말기 질환 환자에 대한 호스피스 진찰 서비스(1회 한정)를 보장합니다. 외래 진찰에 대해 제공자의 비용 분담금이 적용될 수 있습니다.</p>                                                                                                                |

## 4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

| 보장 서비스                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 가입자 지불 비용                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Medicare 파트 A 또는 B의 적용을 받으며 귀하의 말기 예후와 관련이 없는 서비스의 경우:</b> 귀하가 Medicare 파트 A 또는 B의 적용을 받고 귀하의 말기 예후와 무관하며 응급 상황이 아니고 긴급하게 필요치 않은 서비스를 요하는 경우, 그러한 서비스에 대한 귀하의 비용은 귀하가 당사 플랜의 네트워크에 속한 제공자를 이용하는지의 여부와 (사전 승인을 받는 등의 요청이 있는지 등과 같은) 플랜의 규정 준수 여부에 따라 달라집니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>네트워크 내 제공자로부터 보장 서비스를 받고 서비스 이용에 관한 플랜 규정을 따를 경우, 네트워크 내 서비스에 대한 본인의 플랜에 따른 공동 부담금만 지불하시면 됩니다.</li> <li>네트워크 외 제공자로부터 보장 서비스를 받을 경우, Original Medicare의 공동 부담금을 지불하게 됩니다.</li> </ul> <p><b>Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP)의 적용을 받으나 Medicare 파트 A 또는 B는 적용되지 않는 서비스의 경우:</b> Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP)는 귀하의 말기 예후와 관련이 있는지 여부와 관계없이 파트 A 또는 B가 적용되지 않는 플랜 보장 서비스를 계속 적용합니다. 귀하는 이러한 서비스에 대한 당사 플랜의 비용 분담을 지불합니다.</p> <p><b>당사 플랜의 파트 D 혜택을 받을 수 있는 약품의 경우:</b> 이러한 약품이 말기 호스피스 질환과 관련이 없는 경우 비용 분담금을 지불합니다. 만약 약품이 말기 호스피스 질환과 관련이 있는 경우 Original Medicare 비용 분담금을 지불합니다. 약품은 호스피스와 당사 플랜으로 이중 보장되지 않습니다. 자세한 내용은 5장, 9.4절을 참조하십시오.</p> <p><b>참고:</b> 비-호스피스 케어(귀하의 말기 예후와 무관한 케어)의 경우, 서비스를 받기 위해 당사에 연락하십시오.</p> |                                                                                               |
| <p><b>* Humana Well Dine® 식사 프로그램</b></p> <p>병원 또는 요양시설에 입원 치료 후, 해당 가입자는 추가 비용 없이 7일간 하루 2회의 식사를 제공받을 수 있습니다. 14가지의 영양식이 가정으로 배달됩니다. 식사 프로그램은 1년에 4회로 제한됩니다. 퇴원한 후 30일 이내에 식사를 요청해야 합니다.</p> <p>자세한 내용은 Humana 가입자 ID 카드 뒷면에 있는 고객 지원 전화번호로 문의하십시오.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p><b>네트워크 내:</b><br/>공동 보험비용, 공동 부담금 또는 공제금이 없습니다.</p>                                       |
| <p><b>🍎 예방 접종</b></p> <p>Medicare 파트 B 보장 서비스 포함 사항:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>폐렴 백신</li> <li>독감/인플루엔자 주사(또는 백신)(가을과 겨울의 독감/인플루엔자 시즌마다 1회 및 의학적 필요성이 있을 경우의 추가 독감/인플루엔자 주사(또는 백신))</li> <li>B형 간염 백신(B형 간염 발생 위험이 높거나 중간 정도인 경우)</li> <li>COVID-19 백신</li> <li>기타 백신(발병 위험이 있고 Medicare 파트 B 보장 규칙을 충족하는 경우)</li> </ul> <p>또한 당사는 파트 D 약품 혜택에 규정된 대부분의 기타 성인용 백신을 보장합니다. 자세한 내용은 6장, 8절을 참조하십시오.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <p><b>네트워크 내:</b><br/>폐렴, 독감/인플루엔자, B형 간염 및 COVID-19 백신에 대한 공동 보험비용, 공동 부담금 또는 공제금은 없습니다.</p> |

## 4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

## 보장 서비스

## 가입자 지불 비용

## 병원 입원진료

급성 입원, 입원 재활 치료, 장기요양 병원 및 기타 유형의 보장 입원진료 서비스를 포함합니다. 병원 입원진료는 귀하가 의사의 지시에 따라 병원에 정식으로 입원한 날부터 시작됩니다. 퇴원 전날이 마지막 입원 날짜입니다.

귀하는 의학적 필요성이 있는 병원 입원일수에 대해 무제한적으로 보장을 받습니다. 보장 서비스는 다음과 같습니다(단, 이에 국한되지 않음).

- 반개인실(또는 의학적 필요성에 따라 개인병실)
  - 특별식을 포함한 식사
  - 정기적인 간호 서비스
  - 특수 관리 장치 비용(중환자실 또는 관상동맥치료실 등)
  - 약 및 의약품
  - 검사실 검사
  - 엑스레이 및 기타 방사선 서비스
  - 필수 수술 및 의료용품
  - 휠체어 등의 기구 사용
  - 수술실 및 회복실 비용
  - 물리치료, 작업치료 또는 언어치료
  - 약물 남용 입원 치료 서비스
  - 특정 조건에서 각막, 신장, 신장-췌장, 심장, 간, 폐, 심장/폐, 골수, 줄기세포, 장/복합장기와 같은 유형의 이식이 포함됩니다. 이식이 필요한 경우, Medicare 승인 이식 센터에서 귀하의 케이스를 검토하고 귀하가 이식 대상자인지 여부를 판단하도록 당사가 조치를 취할 것입니다. 장기제공자는 서비스 지역 또는 서비스 지역 외부에 있을 수 있습니다. 당사의 네트워크 내 이식 서비스가 커뮤니티 관리 패턴에서 벗어나는 경우, 귀하는 현지에서 방법을 찾아야 합니다. 단, 현지의 이식 제공자가 Original Medicare 요율을 수락해야 합니다.
- Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP)가 귀하의 커뮤니티의 이식 관리 패턴 외부 지역에서 이식 서비스를 제공하고 귀하가 이러한 원격지에서 이식을 받기로 결정한 경우, 당사는 귀하와 동반자 한 명을 위한 적절한 숙박 및 교통편 비용을 제공합니다. 이동 및 숙박 요금 환급은 이식 센터까지 최소 편도 100마일의 이동 거리가 필요하며 이식당 \$10,000로 제한됩니다.
- 고행장기 또는 골수/줄기세포 이식이 필요한 경우, 당사의 이식 부서(1-866-421-5663, TTY 711)로 연락하여 귀하의 이식 관리에 대한 중요 정보를 확인하십시오. 이식을 위한 이동 및 숙박에 대한 추가적인 자세한 정보는 <https://provider.humana.com/patient-care/transplant-resources/transplant-services-questions>에서 확인할 수 있습니다.
  - 혈액 - 보관 및 관리 포함. 전혈 및 농축적혈구에 대한 보장은 귀하에게 필요한 첫 1파인트의 혈액부터 시작됩니다.
  - 의사 서비스

## 네트워크 내:

입원관리

입원 병원

- 입원당 공동 부담금 \$0

## 네트워크 내:

의료 제공자 및 전문 서비스

공동 부담금 \$0

- 입원 병원

## 4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

| 보장 서비스                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 가입자 지불 비용                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>참고:</b> 환자가 되려면 귀하의 제공자가 귀하를 병원의 환자로 공식 입원시키기 위한 주문을 작성해야 합니다. 설사 밤사이에 병원에 머물더라도 여전히 외래환자로 간주될 수 있습니다. 자신이 입원환자인지 외래환자인지 확실하지 않은 경우 병원 직원에게 문의하십시오.</p> <p>Medicare 팩트시트 <i>Medicare 병원 혜택</i>에서 자세한 내용을 확인하십시오. 이 팩트시트는 <a href="http://www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a>에서 확인하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 확인할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하시기 바랍니다.</p> <p>병원 입원진료를 위해서는 사전 승인이 필요합니다.</p> <p>이식 서비스를 위해서는 사전 승인이 필요합니다.</p>                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                      |
| <p><b>정신과 병원 입원 서비스</b></p> <p>보장 서비스에 병원 입원을 요하는 정신 건강 관리 서비스가 포함되어 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>정신과 병원 입원 서비스에 대한 평생 한도 190일 <ul style="list-style-type: none"> <li>190일 한도는 종합병원의 정신과에서 제공되는 입원환자 정신 건강 진료 서비스에 대해 적용되지 않습니다.</li> </ul> </li> <li>Original Medicare 프로그램에 따라 사용되는 혜택 일수는 Medicare Advantage 플랜에 가입하는 시점에 190일 평생 예비 일수에 가산됩니다.</li> </ul> <p>입원환자 정신건강관리를 위해서는 사전 승인이 필요합니다.</p>                                                                                                                                                                                                                                                    | <p><b>네트워크 내:</b><br/> <u>입원환자 정신건강관리</u><br/> 정신과 입원 시설<br/> - 입원당 공동 부담금 \$0</p> <p>입원 병원<br/> - 입원당 공동 부담금 \$0</p> <p><b>네트워크 내</b><br/> <u>의료 제공자 및 전문 서비스</u><br/> 공동 부담금 \$0<br/> - 입원 병원<br/> - 정신과 입원 시설</p> |
| <p><b>입원: 비보장 입원 중에 병원 또는 SNF에서 받는 보장 서비스</b></p> <p>귀하의 입원 혜택이 소진되었거나 입원 체류일수가 합당하고 필요하지 않을 경우, 당사는 귀하의 입원 체류일수를 보장하지 않습니다. 경우에 따라 당사는 귀하가 병원 또는 전문요양시설(SNF)에 있는 동안 받는 특정 서비스를 보장합니다. 보장 서비스는 다음과 같습니다(단, 이에 국한되지 않음).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>의사 서비스</li> <li>진단용 검사(검사실 검사 등)</li> <li>엑스레이, 방사선 및 동위원소 치료(기술자 인력 및 서비스 포함)</li> <li>수술 드레싱</li> <li>골절 및 탈구 치료에 사용되는 부목, 깁스 및 기타 장치</li> <li>내부 장기(인접 조직 포함)의 전부 또는 일부를 대체하거나 영구 장애 또는 기능 부전인 내부 장기의 전부 또는 일부를 대체하는 인공 보철물 및 보조 장치(치과 제외)(그러한 장치의 교체 또는 수리 포함)</li> <li>다리, 팔, 등, 목 보호대, 조직 및 인공 다리, 팔 및 눈(파손, 마모, 분실 또는 환자의 신체 조건 변화로 인해 필수적인 조정, 수리 및 교체 포함)</li> <li>물리치료, 언어치료 및 작업치료</li> </ul> | <p>입원 기간이 보장되지 않는 경우, 혜택 차트와 관련하여 설명한 바와 같이 가입자가 받은 승인된 서비스는 계속 보장됩니다.</p>                                                                                                                                           |

## 4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

| 보장 서비스                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 가입자 지불 비용                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p> <b>의학적 영양요법</b></p> <p>이 혜택은 의사가 지시하는 경우 당뇨병, 신장 질환(투석 제외) 또는 신장 이식 후 환자에게 제공됩니다.</p> <p>당사는 귀하가 Medicare에 따라 의학적 영양요법 서비스를 받는 첫 해 동안 3시간, 그리고 그 후로 매년 2시간씩 일대일 상담 서비스(여기에는 당사의 플랜, 기타 일체의 Medicare Advantage 플랜 또는 Original Medicare가 포함됨)를 보장합니다. 상태, 치료 또는 진단이 변경될 경우, 의사의 지시에 따라 더 많은 시간 동안 치료받을 수 있습니다. 다음 해에도 치료가 필요할 경우 의사가 이러한 서비스를 처방하고 매년 지시를 갱신해야 합니다.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <p><b>네트워크 내:</b><br/>Medicare가 적용되는 의학적 영양요법 서비스 적격 가입자에 대한 공동 보험비용, 공동 부담금 또는 공제금은 없습니다.</p>                                                                                                                                                                                                                 |
| <p> <b>Medicare 당뇨병 예방 프로그램(MDPP)</b></p> <p><b>MDPP 서비스는 모든 Medicare 건강 플랜에 따른 모든 적격자에게 보장됩니다.</b></p> <p>MDPP는 장기적 식이 변화 중의 현실적인 훈련, 증가된 신체 활동 및 체중 감소와 건강한 라이프스타일의 유지에 관한 문제를 극복하기 위한 문제 해결 전략을 제공하는 구조적 건강 행동 변화 개입을 의미합니다.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <p><b>네트워크 내:</b><br/>MDPP 혜택에 대한 공동 보험비용, 공동 부담금 또는 공제금은 없습니다.</p>                                                                                                                                                                                                                                            |
| <p><b>Medicare 파트 B 약품</b></p> <p><b>이 약은 Original Medicare의 파트 B에 따라 보장됩니다. 당사의 플랜 가입자는 당사 플랜을 통해 이 약에 대한 보장을 받습니다. 보장 약품에 포함되는 범위는 다음과 같습니다.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>일반적으로 환자가 직접 투여하지 않고 의사, 병원 외래 또는 통원수술센터 서비스를 받는 동안 주사되거나 주입되는 약</li> <li>내구성 의료 장비 의료품(예: 의학적으로 필요한 인슐린 펌프 등)을 통해 제공되는 인슐린</li> <li>당사 플랜에서 허가하는 내구성 의료 장비(네블라이저 등)를 이용해 투여하는 기타 약</li> <li>알츠하이머 약인 Leqembi®(복제약명 레카네맵)는 정맥 투여됩니다. 의약품 비용 외에도 치료 전 및/또는 치료 중에 전체 비용에 추가될 수 있는 추가 스캔 및 검사가 필요할 수 있습니다. 치료의 일환으로 필요할 수 있는 스캔 및 검사에 대해 담당 의사와 상의하십시오.</li> <li>혈우병이 있는 경우 자신이 직접 주입하는 응고물질</li> <li>이식용 약/면역 억제제: Medicare는 장기 이식 비용을 Medicare가 지불한 경우 이식용 약 치료를 보장합니다. 보장되는 이식 시점에 파트 A에 가입되어 있어야 하며 면역 억제제를 복용하고 있을 때 파트 B에 가입되어 있어야 합니다. 파트 B가 면역 억제제를 보장하지 않는 경우 Medicare 파트 D 약품 보장에서 면역 억제제를 보장합니다.</li> <li>거동이 불편하고 갱년기 골다공증과 관련된 것으로 의사가 확인한 뼈 골절이 있으며 직접 약을 투여할 수 없는 경우의 주입형 골다공증 약</li> </ul> | <p><b>네트워크 내:</b><br/><u>화학요법 약품</u><br/>공동 부담금 <b>\$0</b><br/>- 전문의 진료실<br/>- 외래진료병원</p> <p><u>Medicare 파트 B 인슐린 약품</u><br/>공동 부담금 <b>\$0</b><br/>- PCP 진료실<br/>- 전문의 진료실<br/>- 외래진료병원<br/>- 약국</p> <p><u>기타 Medicare 파트 B 약품</u><br/>공동 부담금 <b>\$0</b><br/>- PCP 진료실<br/>- 전문의 진료실<br/>- 외래진료병원<br/>- 약국</p> |

## 4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

| 보장 서비스                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 가입자 지불 비용                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• 일부 항원: Medicare는 의사가 항원을 준비하고 적절한 교육을 받은 사람 (가입자, 환자가 될 수 있음)이 적절한 감독 하에 항원을 제공하는 경우 항원을 보장합니다.</li> <li>• 특정 경구용 항암제: Medicare는 동일한 약품이 주입형으로 제공되거나 약품이 전구약품(삼켰을 때 주입형 약품에 있는 동일한 활성 성분으로 분해되는 약품의 경구형)인 경우 귀하가 입으로 복용하는 일부 경구용 항암제를 보장합니다. 새로운 경구용 항암제를 사용할 수 있게 됨에 따라, 파트 B가 해당 약품을 보장할 수 있습니다. 파트 B가 해당 약품을 보장하지 않으면 파트 D가 보장합니다.</li> <li>• 경구용 메스꺼움 방지 약: Medicare는 화학요법 전, 치료 시 또는 48시간 이내에 투여되거나 정맥 투여 메스꺼움 방지 약을 전면 대체하여 치료에 사용하는 경우 항암 화학요법의 일환으로 사용하는 경구용 메스꺼움 방지 약을 보장합니다.</li> <li>• Medicare 파트 B에서 보장하는 특정 경구형 말기 신질환(ESRD) 약품</li> <li>• ESRD 지불 시스템 하에 정맥 투여 의약품 Parsabiv®와 경구용 의약품 Sensipar®를 포함한 칼슘 수용체 및 인산염 결합제 의약품</li> <li>• 헤파린, 의학적으로 필요한 경우 헤파린용 해독제 및 국소 마취제를 포함한 가정 내 투석용 특정 약품</li> <li>• 적혈구생성 자극제: Medicare는 말기 신질환(ESRD)이 있거나 특정 기타 질환과 관련된 빈혈 치료에 이 약물이 필요한 경우 주사를 통한 에리스로포이에틴을 보장함(예: Epogen®, Procrit®, Retacrit®, 에포에틴 알파, Aranesp®, 다베포에틴 알파, Mircera® 또는 메톡시 폴리에틸렌 글리콜 에포에틴 베타)</li> <li>• 원발성면역결핍증후군의 가정 치료를 위한 정맥내 면역글로불린</li> <li>• 비경구적 및 장관 영양(정맥 및 튜브 영양공급)</li> </ul> <p>다음 링크를 클릭하면 단계적 치료법이 적용될 수 있는 파트 B 약 목록이 표시됩니다. <a href="https://www.humana.com/PAL">Humana.com/PAL</a></p> <p>또한 당사는 파트 B에 따른 일부 백신 및 당사 파트 D 약품 혜택에 규정된 대부분의 성인용 백신을 보장합니다.</p> <p>5장은 당사 파트 D 약품 혜택을 설명합니다(처방에 대한 보장을 받기 위해 귀하가 따라야 할 규칙 포함). 당사 플랜을 통한 파트 D 약품에 대한 지불은 6장에 설명되어 있습니다.</p> <p>당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하면 사전 승인이 적용될 수 있는 용품 및 서비스 목록이 표시됩니다. <a href="https://www.humana.com/PAL">Humana.com/PAL</a>.</p> | <p>일부 환급 가능한 파트 B 약품에 대한 공동 보험비용이 인하됩니다. 파트 B 약품의 투여 비용과 약품 자체의 비용이 있을 수 있습니다.</p> <p>귀하가 요청하는 약에 대한 보장을 당사가 동의하기 전에 다른 약을 먼저 시도해야 할 수 있습니다. 이를 "단계적 치료법"이라고 합니다.</p> |
| <p> <b>체중 감량을 지속하기 위한 비만 선별검사 및 치료</b></p> <p>귀하의 체질량지수가 30 이상인 경우, 당사는 체중 감량을 돕기 위한 심층상담을 제공합니다. 이 상담은 귀하가 종합 예방 계획과 함께 조울 가능한 일차 진료 환경에서 상담을 받을 경우에 보장됩니다. 자세한 내용은 담당 의사나 의료진에게 문의하십시오.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <p><b>네트워크 내:</b><br/>예방적 비만 선별검사 및 치료에 대한 공동 보험비용, 공동 부담금 또는 공제금은 없습니다.</p>                                                                                          |

## 4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

| 보장 서비스                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 가입자 지불 비용                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>아편계 치료 프로그램 서비스</b></p> <p>아편계 사용 장애(ODU)가 있는 당사 플랜 가입자는 다음과 같은 서비스를 포함하는 아편계 치료 프로그램(OTP)을 통해 ODU를 치료하는 보장 서비스를 받을 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 미국 식품의약청(FDA)이 승인한 아편계 작용제 및 길항제 의약품 지원 치료(MAT) 의약품.</li> <li>• MAT 의약품 조제 및 투여(해당되는 경우)</li> <li>• 물질 사용 상담</li> <li>• 개별 및 그룹 치료</li> <li>• 독성학 검사</li> <li>• 섭취 활동</li> <li>• 정기 평가</li> </ul> <p>당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하면 사전 승인이 적용될 수 있는 용품 및 서비스 목록이 표시됩니다. <a href="https://www.humana.com/PAL">Humana.com/PAL</a>.</p>                                                                                          | <p><b>네트워크 내:</b></p> <p>공동 부담금 \$0</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 전문의 진료실</li> <li>- 외래진료병원</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <p><b>외래 진단용 검사, 테라퓨틱 서비스 및 용품</b></p> <p>보장 서비스는 다음과 같습니다(단, 이에 국한되지 않음).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 엑스레이</li> <li>• 방사선(방사선 및 동위원소) 치료(기술자 인력 및 용품 포함)</li> <li>• 드레싱과 같은 수술용 용품</li> <li>• 골절 및 탈구 치료에 사용되는 부목, 깁스 및 기타 장치</li> <li>• 검사실 검사</li> <li>• 혈액 - 보관 및 관리 포함. 전혈 및 농축적혈구에 대한 보장은 귀하에게 필요한 첫 1파인트의 혈액부터 시작됩니다.</li> <li>• 의사 또는 기타 의료 전문가가 의료 문제를 처리하기 위해 지시할 때 CT 스캔, MRI, EKG 및 PET 스캔과 같은 비검사실 진단 검사</li> <li>• 기타 외래 진단용 검사</li> </ul> <p>당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하면 사전 승인이 적용될 수 있는 용품 및 서비스 목록이 표시됩니다. <a href="https://www.humana.com/PAL">Humana.com/PAL</a>.</p> | <p><b>네트워크 내:</b></p> <p><u>의료 제공자 및 전문 서비스</u></p> <p>공동 부담금 \$0</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PCP 진료실</li> <li>- 전문의 진료실</li> </ul> <p><u>진단 절차 및 테스트</u></p> <p>공동 부담금 \$0</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PCP 진료실</li> <li>- 전문의 진료실</li> <li>- 긴급 치료 센터</li> <li>- 외래진료병원</li> </ul> <p><u>첨단 영상 서비스</u></p> <p>공동 부담금 \$0</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PCP 진료실</li> <li>- 전문의 진료실</li> <li>- 외래진료병원</li> <li>- 독립 방사선 시설</li> </ul> |

## 4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

| 보장 서비스 | 가입자 지불 비용                                                                                                                                                                        |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|        | <u>기본 방사선 서비스</u><br>공동 부담금 <b>\$0</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PCP 진료실</li> <li>- 전문의 진료실</li> <li>- 긴급 치료 센터</li> <li>- 외래진료병원</li> <li>- 독립 방사선 시설</li> </ul> |
|        | <u>진단용 유방조영상</u><br>공동 부담금 <b>\$0</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 전문의 진료실</li> <li>- 외래진료병원</li> <li>- 독립 방사선 시설</li> </ul>                                         |
|        | <u>방사선 치료</u><br>공동 부담금 <b>\$0</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 전문의 진료실</li> <li>- 외래진료병원</li> <li>- 독립 방사선 시설</li> </ul>                                            |
|        | <u>핵의학 서비스</u><br>공동 부담금 <b>\$0</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 외래진료병원</li> <li>- 독립 방사선 시설</li> </ul>                                                              |
|        | <u>시설 기반 수면 연구</u><br>공동 부담금 <b>\$0</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 전문의 진료실</li> <li>- 외래진료병원</li> </ul>                                                            |
|        | <u>가정 기반 수면 연구</u><br>공동 부담금 <b>\$0</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 가입자 자택</li> </ul>                                                                               |
|        | <u>의료용품</u><br>공동 부담금 <b>\$0</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 의료 용품 제공자</li> </ul>                                                                                   |
|        | <u>진단용 대장내시경</u><br>공동 부담금 <b>\$0</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 통원수술센터</li> <li>- 외래진료병원</li> </ul>                                                               |

## 4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

| 보장 서비스                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 가입자 지불 비용                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <u>검사실 서비스</u><br>공동 부담금 \$0 <ul style="list-style-type: none"> <li>- PCP 진료실</li> <li>- 전문의 진료실</li> <li>- 긴급 치료 센터</li> <li>- 외래진료병원</li> <li>- 독립 검사실</li> </ul>                                                                                                                                   |
| <b>외래진료병원 관찰</b><br><p>관찰 서비스는 입원 또는 퇴원 처리 여부를 결정하기 위해 제공되는 병원 외래 서비스입니다.</p> <p>외래진료병원 관찰 서비스가 보장되려면 Medicare 기준을 충족해야 하며 합리적이고 필요한 것으로 간주되어야 합니다. 관찰 서비스는 의사 또는 주 허가법 및 병원 직원 내규에 따라 허가된 기타 개인이 환자를 병원에 입원시키거나 외래 검사를 하도록 지시를 하고 그에 따라 서비스가 제공되는 경우에만 보장됩니다.</p> <p><b>참고:</b> 제공자 측에서 귀하를 병원의 입원환자로 받아들이라는 서면 지시를 하지 않은 경우, 귀하는 외래환자이며 외래진료병원 서비스에 대한 비용 분담금을 납부해야 합니다. 설사 밤사이에 병원에 머물더라도 여전히 외래환자로 간주될 수 있습니다. 자신이 외래환자인지 확실치 않을 경우 병원 직원에게 문의합니다.</p> <p>Medicare 팩트시트 <i>Medicare 병원 혜택</i>에서 자세한 내용을 확인하십시오. 이 팩트시트는 <a href="http://www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a> 에서 확인하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227) 로 전화하여 확인할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하시기 바랍니다.</p> <p>당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하면 사전 승인이 적용될 수 있는 용품 및 서비스 목록이 표시됩니다. <a href="http://Humana.com/PAL">Humana.com/PAL</a>.</p> | <b>네트워크 내:</b><br>공동 부담금 \$0 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 외래진료병원</li> </ul>                                                                                                                                                                                                               |
| <b>외래진료병원 서비스</b><br><p>당사는 질병 또는 부상의 진단 또는 치료를 위해 귀하가 병원의 외래환자 부서에서 의학적 필요성에 따라 받는 서비스를 보장합니다.</p> <p>보장 서비스는 다음과 같습니다(단, 이에 국한되지 않음).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 응급 상황 부서 또는 외래 진료소에서의 서비스(관찰 서비스 또는 외래환자 수술 등)</li> <li>• 병원이 청구하는 검사실 및 진단용 검사</li> <li>• 정신 건강 관리(관리가 없을 시 입원치료가 필요할 것이라고 의사가 승인한 경우로서, 부분 입원 프로그램이 포함됨)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>네트워크 내:</b><br><u>진단 절차 및 테스트</u><br>공동 부담금 \$0 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 외래진료병원</li> </ul><br><u>첨단 영상 서비스</u><br>공동 부담금 \$0 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 외래진료병원</li> </ul><br><u>핵의학 서비스</u><br>공동 부담금 \$0 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 외래진료병원</li> </ul> |

## 4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

| 보장 서비스                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 가입자 지불 비용                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>엑스레이 및 병원에서 청구하는 기타 방사선 서비스</li> <li>부목 및 깁스 등의 의료용품</li> <li>귀하가 직접 투여할 수 없는 특정 약 및 생물학적 제제</li> </ul> <p><b>참고:</b> 제공자 측에서 귀하를 병원의 입원환자로 받아들이라는 서면 지시를 하지 않은 경우, 귀하는 외래환자이며 외래진료병원 서비스에 대한 비용 부담금을 납부해야 합니다. 설사 밤사이에 병원에 머물더라도 여전히 외래환자로 간주될 수 있습니다. 자신이 외래환자인지 확실치 않을 경우 병원 직원에게 문의합니다.</p> <p>당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하면 사전 승인이 적용될 수 있는 용품 및 서비스 목록이 표시됩니다. <a href="https://www.humana.com/PAL">Humana.com/PAL</a>.</p> | <p><u>기본 방사선 서비스</u><br/>공동 부담금 <b>\$0</b><br/>- 외래진료병원</p> <p><u>진단용 유방조영상</u><br/>공동 부담금 <b>\$0</b><br/>- 외래진료병원</p> <p><u>방사선 치료</u><br/>공동 부담금 <b>\$0</b><br/>- 외래진료병원</p> <p><u>검사실 서비스</u><br/>공동 부담금 <b>\$0</b><br/>- 외래진료병원</p> <p><u>수술 서비스</u><br/>공동 부담금 <b>\$0</b><br/>- 외래진료병원</p> <p><u>정신 건강 서비스</u><br/>공동 부담금 <b>\$0</b><br/>- 외래진료병원</p> <p><u>상처 관리</u><br/>공동 부담금 <b>\$0</b><br/>- 외래진료병원</p> <p><u>시설 기반 수면 연구</u><br/>공동 부담금 <b>\$0</b><br/>- 외래진료병원</p> <p><u>응급 서비스</u><br/>공동 부담금 <b>\$0</b><br/>- 응급실</p> <p><u>진단용 대장내시경</u><br/>공동 부담금 <b>\$0</b><br/>- 외래진료병원</p> |
| <p><b>외래환자 정신 건강 치료</b></p> <p>보장 서비스:</p> <p>주 면허를 취득한 정신과 의사 또는 의사, 임상 심리학자, 임상 사회복지사, 임상 전문 간호사, 허가된 전문 상담자(LPC), 허가된 결혼 및 가족 치료사(LMFT), 전문 간호사(NP), 의사 보조원(PA) 또는 기타 Medicare가 승인한 정신 건강 치료 전문가가 관련 주 법률에 따라 제공하는 정신 건강 서비스.</p>                                                                                                                                                                                                                                                       | <p><b>네트워크 내:</b></p> <p><u>정신 건강 서비스</u><br/>공동 부담금 <b>\$0</b><br/>- 전문의 진료실<br/>- 외래진료병원</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

## 4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

| 보장 서비스                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 가입자 지불 비용                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하면 사전 승인이 적용될 수 있는 용품 및 서비스 목록이 표시됩니다. <a href="https://www.humana.com/PAL">Humana.com/PAL</a>.</p>                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <p><b>외래 재활 서비스</b></p> <p>보장 서비스에는 물리치료, 작업치료 및 언어치료가 포함됩니다.</p> <p>외래 재활 서비스는 병원 외래환자 부서, 독립 재활 진료소, 종합 외래 재활 시설(CORF) 등의 여러 가지 외래환자 치료 환경에서 제공됩니다.</p> <p>당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하면 사전 승인이 적용될 수 있는 용품 및 서비스 목록이 표시됩니다. <a href="https://www.humana.com/PAL">Humana.com/PAL</a>.</p>                                                                                                     | <p><b>네트워크 내:</b></p> <p><u>물리치료</u><br/>공동 부담금 \$0</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 전문의 진료실</li> <li>- 외래진료병원</li> <li>- 종합 외래 재활 시설</li> </ul> <p><u>언어치료</u><br/>공동 부담금 \$0</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 전문의 진료실</li> <li>- 외래진료병원</li> <li>- 종합 외래 재활 시설</li> </ul> <p><u>작업치료</u><br/>공동 부담금 \$0</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 전문의 진료실</li> <li>- 외래진료병원</li> <li>- 종합 외래 재활 시설</li> </ul> |
| <p><b>외래환자 약물 남용 장애 서비스</b></p> <p>귀하는 약물 남용 치료에 대해 Original Medicare에서 보장하는 것과 동일하게 보장을 받습니다.</p> <p>당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하면 사전 승인이 적용될 수 있는 용품 및 서비스 목록이 표시됩니다. <a href="https://www.humana.com/PAL">Humana.com/PAL</a>.</p>                                                                                                                                                            | <p><b>네트워크 내:</b></p> <p><u>외래 약물 남용 장애</u><br/>공동 부담금 \$0</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 전문의 진료실</li> <li>- 외래진료병원</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <p><b>외래수술(병원 외래 시설 및 통원수술센터에서 제공되는 서비스 포함)</b></p> <p><b>참고:</b> 귀하가 병원 시설에서 수술을 받는 경우, 자신이 입원환자인지 외래환자인지를 제공자에게 확인해야 합니다. 제공자 측에서 귀하를 병원의 입원환자로 받아들이라는 서면 지시를 한 경우를 제외하고, 귀하는 외래환자이며 외래 수술에 대한 비용 부담을 납부해야 합니다. 설사 밤사이에 병원에 머물더라도 여전히 외래환자로 간주될 수 있습니다.</p> <p>당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하면 사전 승인이 적용될 수 있는 용품 및 서비스 목록이 표시됩니다. <a href="https://www.humana.com/PAL">Humana.com/PAL</a>.</p> | <p><b>네트워크 내:</b></p> <p><u>수술 서비스</u><br/>공동 부담금 \$0</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 외래진료병원</li> <li>- 통원수술센터</li> </ul> <p><u>진단용 대장내시경</u><br/>공동 부담금 \$0</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 통원수술센터</li> <li>- 외래진료병원</li> </ul>                                                                                                                                                                                 |

## 4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

| 보장 서비스                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 가입자 지불 비용                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>부분 입원 서비스 및 집중적인 외래 서비스</b></p> <p>부분 입원은 병원 외래환자 서비스로 또는 커뮤니티 정신 건강 센터에서 제공되는 정신과 적극치료의 구조화된 프로그램으로서, 의사, 치료사, 허가된 결혼 및 가족 치료사(LMFT) 또는 허가된 전문 상담사의 진료실에서 받는 것보다 집중적인 진료를 말하며, 입원 치료의 대안 중 하나입니다.</p> <p>집중적인 외래 서비스는 병원 외래 부서, 커뮤니티 정신 건강 센터, Federally Qualified Health Center 또는 의사, 치료사, 허가된 결혼 및 가족 치료사(LMFT) 또는 허가된 전문 상담사의 진료실에서 받은 치료보다 훨씬 집중적이지만 부분 입원에 비해 덜 집중적인 Rural Health Clinic에서 제공하는 적극적인 행동(정신) 건강 치료 방식의 체계적인 프로그램입니다.</p> <p>당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하면 사전 승인이 적용될 수 있는 용품 및 서비스 목록이 표시됩니다. <a href="https://www.humana.com/PAL">Humana.com/PAL</a>.</p> | <p><b>네트워크 내:</b></p> <p>부분 입원<br/>공동 부담금 \$0<br/>- 외래진료병원</p> <p>집중적인 외래 서비스<br/>공동 부담금 \$0<br/>- 외래진료병원</p>                                                                                       |
| <p><b>* 신체 검사(정기)</b></p> <p>연례 건강검진 또는 <i>Welcome to Medicare</i> 의사의 검사에 더하여, 귀하는 매년 1회 다음 검사를 보장받습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 종합적 예방 의약품 평가 및 관리(연령 및 성별에 적합한 병력, 검사 및 상담/예방 진료/위험 요인 완화 개입 포함)</li> </ul> <p><b>참고:</b> 주문된 일체의 검사실 또는 진단 절차는 이 혜택의 적용을 받지 못하며, 그러한 서비스에 대해서는 귀하가 별도로 플랜 비용 분담을 지불해야 합니다.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                   | <p><b>네트워크 내:</b></p> <p>정기 신체 검사<br/>공동 부담금 \$0<br/>- PCP 진료실</p>                                                                                                                                  |
| <p><b>의사의 진료실 방문을 포함한 의사/의료진 서비스</b></p> <p>보장 서비스:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 의학적 필요성에 따라 의사 진료실, 승인된 통원수술센터, 병원 외래 부서 또는 기타 일체의 장소에서 받는 의료 서비스 또는 수술 서비스</li> <li>• 전문의의 진찰, 진단 및 치료</li> <li>• 귀하가 의료 서비스가 필요한지 여부를 확인하기 위해 의사가 검사를 지시한 경우에 PCP 또는 전문의가 수행하는 기본적인 청력 및 균형 검사</li> <li>• 일차의료 제공자(PCP) 및 전문의가 제공하는 서비스, 정신 건강 전문 서비스 및 정신과 서비스를 위한 개인 진료, 약물 남용 외래 진료를 위한 개별 세션, 긴급하게 필요한 서비스 등을 포함한 특정 원격의료 서비스</li> </ul>                                                                                                                                                          | <p><b>네트워크 내:</b></p> <p>의료 제공자 및 전문 서비스<br/>공동 부담금 \$0<br/>- PCP 진료실<br/>- 전문의 진료실</p> <p>원격의료 서비스<br/>공동 부담금 \$0<br/>- PCP 가상 진료<br/>- 전문의 가상 진료<br/>- 정신 건강 서비스 및 약물 남용 가상 치료<br/>- 긴급 가상 치료</p> |

## 4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

| 보장 서비스                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 가입자 지불 비용                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- 귀하는 직접 방문 또는 원격의료를 통해 이러한 서비스를 받을 수 있습니다. 원격의료를 통해 이러한 서비스 중 하나를 받기로 한 경우, 원격의료를 통해 서비스를 제공하는 네트워크 제공자를 이용해야 합니다.</li> <li>- 휴대폰, 컴퓨터, 태블릿 또는 기타 비디오 기술을 사용할 수 있습니다.</li> <li>• 특정 농어촌 지역 또는 Medicare가 승인한 기타 지역의 환자에 대한 의사 또는 의료진의 진찰, 진단 및 치료를 포함한 특정 원격의료 서비스</li> <li>• 가입자의 병원 기반 가정 투석 또는 접근성이 극히 중요한 병원 기반 신장 투석 센터, 신장 투석 시설 또는 가입자의 가정에서 이루어지는 투석의 경우 말기 신장 질환 관련 월례 진료를 위한 원격의료 서비스</li> <li>• 가입자의 위치에 상관없이, 뇌졸중 증상을 진단, 평가 또는 치료하기 위한 원격의료 서비스</li> <li>• 가입자의 위치에 상관없이 약물 남용 장애나 동반 발생 정신 건강 장애가 있는 가입자에 대한 원격의료 서비스</li> <li>• 다음과 같은 경우 정신 건강 장애의 진단, 평가 및 치료를 위한 원격의료 서비스를 제공합니다. <ul style="list-style-type: none"> <li>- 첫 번째 원격의료를 받기 전 6개월 이내에 직접 방문을 통해 진료를 받았습니다.</li> <li>- 가입자는 이러한 원격의료 서비스를 받는 동안 12개월마다 직접 방문을 통해 진료를 받습니다.</li> <li>- 특정 상황에서는 예외가 발생할 수 있습니다.</li> </ul> </li> <li>• Rural Health Clinics 및 Federally Qualified Health Centers에서 제공하는 정신 건강 진료를 위한 원격의료 서비스</li> <li>• <b>다음과 같은 경우</b> 의사와 함께 5~10분간 진행되는 가상 검사(예: 전화 또는 화상 채팅). <ul style="list-style-type: none"> <li>- 신규 환자가 <b>아니고</b>,</li> <li>- 해당 검사가 지난 7일 이내에 이루어진 진료실 방문과 <b>무관하며</b>,</li> <li>- 해당 검사 결과에 따라 24시간 이내의 진료실 방문 또는 시급한 진료 예약이 이루어지지 않은 경우</li> </ul> </li> </ul> | <p><u>첨단 영상 서비스</u><br/>공동 부담금 <b>\$0</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PCP 진료실</li> <li>- 전문의 진료실</li> </ul> <p><u>수술 서비스</u><br/>공동 부담금 <b>\$0</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PCP 진료실</li> <li>- 전문의 진료실</li> </ul> <p><u>방사선 치료</u><br/>공동 부담금 <b>\$0</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 전문의 진료실</li> </ul> <p><u>긴급하게 필요한 서비스</u><br/>공동 부담금 <b>\$0</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PCP 진료실</li> <li>- 전문의 진료실</li> </ul> |

## 4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

| 보장 서비스                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 가입자 지불 비용                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>다음과 같은 경우</b> 의사에게 전송한 동영상 및/또는 영상에 대한 평가 및 24시간 이내에 의사가 수행한 해석 및 추적 관찰             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 신규 환자가 <b>아니고</b>,</li> <li>- 해당 평가가 지난 7일 이내에 이루어진 진료실 방문과 <b>무관하며</b>,</li> <li>- 해당 평가 결과에 따라 24시간 이내의 진료실 방문 또는 시급한 진료 예약이 이루어지지 않은 경우</li> </ul> </li> <li>• 가입자의 의사가 전화, 인터넷 또는 전자 의무기록을 통해 다른 의사들과 수행하는 진찰</li> <li>• 수술 전에 다른 네트워크 제공자로부터 제공되는 이차적 의견</li> <li>• 비정기 치과 치료(보장 서비스는 턱 또는 관련 구조의 수술, 턱이나 안면 뼈의 골절 치료, 턱의 종양에 대한 방사선 치료를 위한 발치 또는 의사가 제공할 경우에 보장되는 서비스로 제한됨)</li> <li>• 진료실 환경에서 제공되는 의사/의료진이 긴급하게 필요한 서비스</li> </ul> <p>당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하면 사전 승인이 적용될 수 있는 용품 및 서비스 목록이 표시됩니다. <a href="https://www.humana.com/PAL">Humana.com/PAL</a>.</p> |                                                                                                                         |
| <p><b>족부의학 서비스</b></p> <p>보장 서비스:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 발의 부상이나 질병에 대한 진단이나 의료적 또는 수술적 치료 (추상족지증 또는 발뒤꿈치 통증 증후군 등)</li> <li>• 하지에 영향을 미치는 특정 질환이 있는 가입자를 위한 정기 발 진료</li> </ul> <p>당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하면 사전 승인이 적용될 수 있는 용품 및 서비스 목록이 표시됩니다. <a href="https://www.humana.com/PAL">Humana.com/PAL</a>.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <p><b>네트워크 내:</b><br/> <b>Medicare 보장 족부의학 서비스</b><br/>         공동 부담금 <b>\$0</b><br/>         - 전문의 진료실</p>            |
| <p> <b>HIV 예방을 위한 사전 노출 예방(PrEP)</b></p> <p>HIV가 없지만 의사나 기타 의료진이 HIV에 대한 위험성이 높은 것으로 판단하는 경우, 당사는 사전 노출 예방(PrEP) 의약품 및 관련 서비스를 보장합니다.</p> <p>적격한 경우, 보장되는 서비스:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• FDA 승인 경구용 또는 주사용 PrEP 의약품. 주사용 약품을 사용하는 경우, 당사는 약품 주사에 대한 수수료도 보장합니다.</li> <li>• 12개월마다 최대 8회의 개별 상담 세션(HIV 위험 평가, HIV 위험 감소 및 복약 순응도 포함).</li> <li>• 12개월마다 최대 8회의 HIV 선별검사.</li> </ul> <p>한 번의 일회성 B형 간염 선별검사.</p>                                                                                                                                                                                                                                                     | <p><b>네트워크 내:</b><br/>         Medicare에서 보장하는 HIV 예방을 위한 사전 노출 예방(PrEP)에 적격한 가입자에 대한 공동 보험비용, 공동 부담금 또는 공제금은 없습니다.</p> |
| <p> <b>전립선암 선별검사</b></p> <p>50세 이상 남성의 경우 12개월마다 다음과 같은 서비스가 1회 보장됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 디지털 직장 검사</li> <li>• 전립선 특이 항원(PSA) 검사</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p><b>네트워크 내:</b><br/>         연례적 PSA 검사에 대한 공동 보험비용, 공동 부담금 또는 공제금은 없습니다.</p>                                         |

## 4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

| 보장 서비스                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 가입자 지불 비용                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>보철 및 보조 장치 및 관련 용품</b></p> <p>신체 부위 또는 기능의 전체 또는 일부를 대체하는 장치를 말합니다(치과 제외). 여기에는 보철 및 보조 장치 검사, 피팅 또는 사용 훈련뿐만 아니라 결장조루술과 직접 관련된 장루 주머니와 용품, 심박동기, 보호대, 보철 신발, 인공 사지, 가슴보형물 등이 포함되며, 이에 국한되지 않습니다(유방 절제 후의 수술용 브래지어 포함). 또한 보철 및 보조 장치와 관련된 특정 용품과 보철 및 보조 장치의 수리 및/또는 교체가 포함됩니다. 백내장 제거 또는 백내장 수술에 따르는 일부 보장 역시 포함되며, 자세한 내용은 이 표 후반의 <u>안과 진료</u>를 참조하십시오.</p> <p>당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하면 사전 승인이 적용될 수 있는 용품 및 서비스 목록이 표시됩니다. <a href="https://www.humana.com/PAL">Humana.com/PAL</a>.</p> | <p><b>네트워크 내:</b><br/>공동 부담금 \$0</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 인공 보철물 제공자</li> </ul>                |
| <p><b>폐 재활 서비스</b></p> <p>중등도 내지 중증의 만성 폐쇄성 폐질환(COPD)을 앓고 있고 만성 폐 질환을 치료 중인 의사의 폐 재활 지시가 있는 가입자를 위해 폐 재활을 위한 종합적 프로그램이 보장됩니다.</p> <p>당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하면 사전 승인이 적용될 수 있는 용품 및 서비스 목록이 표시됩니다. <a href="https://www.humana.com/PAL">Humana.com/PAL</a>.</p>                                                                                                                                                                                                                                    | <p><b>네트워크 내:</b><br/>공동 부담금 \$0</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 전문의 진료실</li> <li>- 외래진료병원</li> </ul> |
| <p> <b>알코올 남용 감소를 위한 선별검사 및 상담</b></p> <p>당사는 알코올을 남용하지만 알코올 의존성은 아닌 성인(임신한 여성 포함)에 대해 1회의 알코올 남용 선별검사를 보장합니다.</p> <p>알코올 남용 선별검사 결과가 양성인 경우, 귀하는 1차 진료 환경에서의 적격 의료진 또는 자격을 갖춘 PCP가 제공하는 짧은 대면 상담을 연간 최대 4회까지 받을 수 있습니다(단, 상담을 하는 동안 정신이 온전하고 깨어 있어야 함).</p>                                                                                                                                                                           | <p><b>네트워크 내:</b><br/>Medicare가 보장하는 선별검사 및 상담에는 공동 보험비용, 공동 부담금 또는 공제금이 없습니다. 따라서 알코올 남용 예방 혜택이 축소되지 않습니다.</p>    |
| <p> <b>저선량 전산화단층촬영(LDCT)을 사용한 폐암 선별검사</b></p> <p>적격자의 경우 LDCT는 매 12개월마다 보장됩니다.</p> <p><b>적격 가입자:</b> 폐암의 징후나 증상은 없으나 최소 연간 20갑 이상의 흡연 이력이 있고 현재 흡연을 하고 있거나 최근 15년 안에 흡연을 중단했으며 Medicare의 방문 기준에 부합하고 의사 또는 적격 비의사 의료진이 수행하는 폐암 선별검사 상담 및 공동 의사결정 방문 중에 LDCT에 대한 지시를 받은 50~77세의 성인.</p>                                                                                                                                                 | <p><b>네트워크 내:</b><br/>Medicare 보장 상담 및 공동 의사결정 방문 또는 LDCT에 대한 공동 보험비용, 공동 부담금 또는 공제금은 없습니다.</p>                    |

## 4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

| 보장 서비스                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 가입자 지불 비용                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>최초 LDCT 선별검사 후의 <i>LDCT 폐암 선별검사</i>: 가입자가 LDCT 폐암 선별검사 지시를 받아야 합니다. 그러한 검사는 적절한 방문 중에 의사 또는 적격 비의사 의료진이 수행할 수 있습니다. 의사 또는 적격 비의사 의료진이 추후 LDCT 폐암 선별검사를 위해 폐암 선별검사 상담 및 공동 의사결정을 제공하기로 결정한 경우, 해당 방문이 Medicare의 방문 기준을 충족해야 합니다.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                           |
| <p> <b>C형 간염 바이러스 감염 선별검사</b></p> <p>주치의나 기타 자격을 갖춘 의료 제공자가 C형 간염 선별검사를 지시하고 가입자가 다음 조건 중 하나를 충족하는 경우 당사는 해당 선별검사를 1회 보장합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 불법 주사용 약품을 사용하거나 사용한 적이 있으므로 고위험 대상으로 간주됨.</li> <li>• 1992년 이전에 수혈을 받은 적이 있음.</li> <li>• 1945~1965년 사이에 태어남.</li> </ul> <p>1945~1965년 사이에 태어났고 고위험 대상으로 간주되지는 않는 경우, 당사가 한 번 선별검사 비용을 지불합니다. 위험성이 높은 경우(예를 들어, 이전에 C형 간염 선별검사 결과가 음성으로 나온 이후 불법 주사용 약품을 계속 사용한 경우), 당사는 매년 선별검사를 보장합니다.</p> | <p><b>네트워크 내:</b><br/>C형 간염 바이러스에 대해서 Medicare에서 보장하는 선별검사에 적격한 가입자의 경우 공동 보험비용, 공동 부담금 또는 공제금은 없습니다.</p> |
| <p> <b>성매개 감염(STI) 선별검사 및 STI 예방을 위한 상담</b></p> <p>당사는 클라미디아, 임질, 매독 및 B형 간염에 대한 성매개 감염(STI) 선별검사를 보장합니다. 이러한 선별검사는 일차의료 제공자가 검사를 지시한 경우에 임신 여성 및 STI 위험이 높은 특정 사람들에게 대해 적용됩니다. 당사는 12개월마다 한 번 또는 임신 기간 동안 특정 횟수만큼 이 검사를 보장합니다.</p> <p>또한 당사는 STI 위험이 높고 성생활이 활발한 성인에 대해 매년 최대 2회에 걸쳐 20~30분의 개별적 대면 고강도 행동 상담 진료를 보장합니다. 당사는 일차의료 제공자가 그러한 서비스를 제공하고 의사의 진료실과 같은 일차 진료 환경에서 이루어지는 경우에 한해 예방 서비스로서 이러한 상담 진료를 보장합니다.</p>                                            | <p><b>네트워크 내:</b><br/>Medicare 보장 STI 선별검사 및 STI 예방 혜택을 위한 상담에 대한 공동 보험비용, 공동 부담금 또는 공제금은 없습니다.</p>       |

## 4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

| 보장 서비스                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 가입자 지불 비용                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>신장 질환 치료 서비스</b></p> <p>보장 서비스:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 신장 관리에 대한 교육 및 치료에 대한 가입자의 근거정보 의사결정을 지원하기 위한 신장 질환 교육 서비스. 담당 의사가 진단한 4기 만성 신장 질환의 경우, 당사는 평생 최대 6회의 신장 질환 교육 서비스를 보장합니다.</li> <li>• 외래환자 투석 치료(3장에서 설명한 바와 같이, 일시적으로 서비스 지역을 벗어난 경우 또는 해당 서비스 제공자를 일시적으로 이용할 수 없거나 접근이 불가능한 경우의 투석 치료 포함)</li> <li>• 입원환자 투석 치료(귀하가 특별 관리를 위해 병원에 입원환자로 입원한 경우)</li> <li>• 자가 투석 교육(귀하 및 귀하의 가정 내 투석 치료를 지원하는 모든 사람을 위한 교육 포함)</li> <li>• 가정용 투석 장비 및 용품</li> <li>• 특정 가정 지원 서비스(필요한 경우, 가정 내 투석을 점검하기 위한 전문 투석 직원의 방문, 응급 상황 지원, 투석 장비 및 급수 점검 등)</li> </ul> <p>특정 투석용 약품은 Medicare 파트 B에서 보장합니다. 파트 B 약품의 보장에 대한 정보는 이 표의 <b>Medicare 파트 B 약품</b>을 참조하십시오.</p> <p>당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하면 사전 승인이 적용될 수 있는 용품 및 서비스 목록이 표시됩니다. <a href="https://www.humana.com/PAL">Humana.com/PAL</a>.</p> | <p><b>네트워크 내:</b></p> <p><u>신장 질환 교육 서비스</u><br/>공동 부담금 <b>\$0</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PCP 진료실</li> <li>- 전문의 진료실</li> </ul> <p><u>신장 투석 서비스</u><br/>공동 부담금 <b>\$0</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 투석 센터</li> <li>- 외래진료병원</li> </ul> <p><u>내구성 의료 장비</u><br/>공동 부담금 <b>\$0</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 내구성 의료 장비 제공자</li> </ul> <p><u>가정간호</u><br/>공동 부담금 <b>\$0</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 가입자 자택</li> </ul> |
| <p><b>* SilverSneakers® 피트니스 프로그램</b></p> <p>SilverSneakers®는 적절한 Medicare 건강 플랜에 추가 비용 없이 포함되어 있는 시니어 피트니스 프로그램입니다. 가입자는 전국 참여 피트니스 센터를 이용할 수 있으며, 중량 및 운동 기구에 더하여 특정 지역에서 전문 강사가 진행하는 그룹 운동 수업이 포함될 수 있습니다. 그 외 운동 아이디어가 궁금하시면 <a href="https://www.silversneakers.com">SilverSneakers.com</a>의 온라인 교육을 이용하거나, SilverSneakers On-Demand™ 운동 동영상을 시청하거나, SilverSneakers GO™ 피트니스 앱을 다운로드하십시오.</p> <p>일반적으로 추가 요금이 부과되는 모든 피트니스 센터 서비스는 멤버십에 포함되지 않습니다.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <p><b>네트워크 내:</b><br/>공동 부담금 <b>\$0</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

## 4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

| 보장 서비스                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 가입자 지불 비용                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>전문요양시설(SNF) 케어</b></p> <p>(전문요양시설 케어의 정의는 12장을 참조하십시오. 전문요양시설을 SNF 라고 하기도 합니다.)</p> <p>귀하는 혜택 기간 중에 의학적 필요성에 따라 최대 100일 동안 보장을 받을 수 있습니다. 이전의 병원 입원은 필요 없습니다. 보장 서비스는 다음과 같습니다(단, 이에 국한되지 않음).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 반개입실(또는 의학적 필요성에 따라 개인병실)</li> <li>• 특별식을 포함한 식사</li> <li>• 전문요양 서비스</li> <li>• 물리치료, 작업치료 및 언어치료</li> <li>• 당사 진료 플랜의 일환으로 귀하에게 투여되는 약품(여기에는 혈액 응고 인자와 같이 인체 내에 자연적으로 존재하는 물질이 포함됩니다).</li> <li>• 혈액 - 보관 및 관리 포함. 전혈 및 농축적혈구에 대한 보장은 귀하에게 필요한 첫 1파인트의 혈액부터 시작됩니다.</li> <li>• SNF에서 일반적으로 제공하는 의료 및 수술 용품</li> <li>• SNF에서 일반적으로 제공하는 검사실 검사</li> <li>• SNF에서 일반적으로 제공하는 엑스레이 및 기타 방사선 서비스</li> <li>• SNF에서 일반적으로 제공하는 휠체어 등의 기기 사용</li> <li>• 의사/의료진 서비스</li> </ul> <p>일반적으로 가입자는 네트워크 시설로부터 SNF 치료를 받습니다. 아래에 나열된 특정 조건에서 해당 시설이 당사 플랜의 지불 금액을 수락할 경우 귀하는 네트워크 제공자가 아닌 시설에서 치료를 받을 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 귀하가 병원으로 가기 직전에 거주하고 있었던 요양원 또는 연속적 케어 은퇴 커뮤니티(해당 시설에서 전문요양시설 케어를 제공하는 동안)</li> <li>• 귀하가 병원을 떠나는 시점에 귀하의 배우자나 동거 파트너가 거주하고 있는 SNF</li> </ul> <p>당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하면 사전 승인이 적용될 수 있는 용품 및 서비스 목록이 표시됩니다. <a href="https://www.humana.com/PAL">Humana.com/PAL</a>.</p> | <p>새로운 혜택 기간은 귀하가 Medicare Advantage 플랜에 처음 가입하는 날부터 시작되거나, 귀하가 전문요양시설에서의 전문요양을 마치고 퇴원한 시점부터 <b>연속하여 60일</b> 동안입니다.</p> <p>혜택 기간당 가입자가 지불할 비용:</p> <p><b>네트워크 내:</b></p> <p>1~20일간 하루 공동 부담금 <b>\$0</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 전문요양시설</li> </ul> <p>21~65일간 하루 공동 부담금 <b>\$0</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 전문요양시설</li> </ul> <p>66~100일간 하루 공동 부담금 <b>\$0</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 전문요양시설</li> </ul> |
| <p><b> 금연(금연 상담)</b></p> <p>금연 상담은 다음 기준을 충족하는 외래 및 입원 환자에 대해 보장됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 담배 관련 질환의 징후나 증상이 나타나는지 여부에 관계없이 흡연함</li> <li>• 상담하는 동안 정신이 온전하고 깨어 있음</li> <li>• 자격을 갖춘 의사 또는 기타 Medicare에서 인정하는 의료진이 상담을 제공함</li> </ul> <p>당사는 매년 2회의 금연 시도를 보장합니다(각 시도에는 최대 4회의 중간 세션 또는 집중 세션을 포함할 수 있으며, 환자는 연간 최대 8회의 세션을 받을 수 있습니다).</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <p><b>네트워크 내:</b></p> <p>Medicare 보장 금연 예방 혜택에 대한 공동 보험비용, 공동 부담금 또는 공제금은 없습니다.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

## 4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

| 보장 서비스                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 가입자 지불 비용                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <p><b>* 금연 프로그램</b></p> <p>흡연이나 담배 제품 사용을 중단하려는 노력에 더욱 도움이 되고자, 당사는 12개월 기간 내 금연 상담을 무료 서비스로서 1회 보장합니다. 각각의 추가 상담 시도는 최대 4회의 대면 상담을 포함합니다. 이 서비스는 흡연 관련 질환의 예방 진료 또는 진단에 사용할 수 있습니다.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p><b>네트워크 내:</b><br/>공동 부담금 \$0</p>                    |
| <p><b>* 만성 질환 환자를 위한 특별 보충 혜택</b></p> <p><b>* Humana Healthy Options Allowance™</b></p> <p><b>Over-the-Counter(OTC)</b></p> <p>매월 \$230의 보조금이 참여 소매점에서 다음 카테고리의 적격 제품을 구매하는 데 사용할 수 있는 제한적 용도 선불 직불카드에 자동으로 충전됩니다.</p> <p>Over-the-Counter(OTC) Allowance</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 감기, 독감, 알레르기</li> <li>• 치과 및 의치 관리</li> <li>• 소화 기능 건강</li> <li>• 응급처치 및 의료용품</li> <li>• 방광 조절 및 요실금 제품</li> <li>• Over-the-Counter 보청기</li> <li>• 진통제</li> <li>• 피부 관리</li> <li>• 수면 보조제</li> <li>• 금연 보조제</li> <li>• 비타민 및 식이 보조제 등</li> </ul> <p>새로운 Humana Spending Account Card를 받으면 이 혜택을 받으실 수 있습니다. 이 카드는 이 보조금을 지출하는 데 사용하는 카드입니다. 카드를 받는 즉시 카드를 활성화해 주십시오.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 보조금은 매달 시작 시 사용하도록 지급됩니다.</li> <li>• 소비하지 않은 금액은 다음 달로 이월되며 플랜 연도가 끝나거나 플랜에서 탈퇴하는 즉시 중 더 일찍 발생하는 시기에 만료됩니다.</li> <li>• 당사 플랜은 분실 또는 도난된 카드로 인한 보조금의 권한이 없는 사용에 대해 책임을 지지 않습니다.</li> <li>• 직불 카드와 마찬가지로, 이 카드를 지갑과 같은 안전한 장소에 보관하십시오.</li> </ul> | <p><b>네트워크 내:</b><br/>공동 보험비용, 공동 부담금 또는 공제금이 없습니다.</p> |

## 4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

## 보장 서비스

## 가입자 지불 비용

- 플랜 가입을 유지하는 경우 이 카드에 향후 보조금이 추가될 수도 있을 예정이므로 보조금을 지출한 후에도 이 카드를 보관하십시오.
- 한도 및 제한 사항이 적용될 수 있습니다.

MyHumana.com에서 매장을 찾거나 잔액을 확인하십시오. 자세한 내용은 Spending Account Card 뒷면을 참조하실 수 있습니다.

**또한** 아래에서 확인된 적격 만성질환이 하나 이상 있는 경우 이 보조금을 적격 식료품, 공과금, 임대료 등에 사용할 수 있습니다. 적격 만성질환을 하나 이상 진단받았고, 2021년 1월 1일 또는 그 이후에 그러한 진단이 반영된 의료 청구를 Humana에 제출한 경우, Humana Healthy Options Allowance를 통해 추가 혜택을 받을 수도 있습니다. 새로운 청구는 적격성 진단을 위해 매주 두 번 검토됩니다. 일부 경우, 가입자는 건강 위험 평가(HRA)를 받고 하나 이상의 적격 만성질환의 진단을 통해 자격을 얻을 수 있습니다. 적격 HRA는 MyHumana 계정을 설정하고 로그인하면 확인할 수 있습니다.

적격 만성질환:

- 자가면역 질환
- 암
- 심혈관계 질환
- 인지 손상과 관련된 질환
- 기능적 문제가 있는 질환
- 만성 알코올 남용 및 기타 약물 남용 장애
- 만성 및 정신 건강 장애 상태
- 만성 위장관 질환
- 만성심부전증
- 만성 고지혈증
- 만성 고혈압
- 만성 신장 질환
- 만성 폐 질환
- 치매
- 당뇨병
- HIV/AIDS
- 신경학적 질환
- 장기 이식 후
- 중증 혈액학적 질환
- 뇌졸중

4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

| 보장 서비스                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 가입자 지불 비용                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>자격을 갖추면</b> 다음과 같이 동일한 카드를 사용하여 참여 소매점에서 승인된 제품을 동일한 금액으로 구매할 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 식료품(농산물, 과일, 빵, 육류, 유제품 등)</li> <li>• 가정용품(화장지, 키친타월, 욕실 세정제, 세탁용 세제 등)</li> <li>• 가정용 보조 장치(가로대, 높은 변기 시트, 도달 보조 기구 등)</li> <li>• 개인 생활용품(치약, 샴푸, 바디워시, 데오드란트 등)</li> <li>• 반려동물 용품(반려동물 사료, 반려동물용 깔개, 벙커로치 샴푸 등 몸단장 서비스, 수의과 청구서 및 반려동물 처방전은 제외)</li> </ul> <p>이 보조금은 다음과 같은 승인된 서비스에 대한 비용을 지불하는 데 사용할 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 월간 생활비(임대료/저당, 공과금, 전화, 인터넷 등)</li> <li>• 비의료 교통편 비용(대중교통편, 택시, Uber, Lyft 등)</li> <li>• 본 플랜의 승인된 업체를 통한 개인 응급 대응 서비스</li> <li>• 해충 구제 서비스</li> <li>• 본 플랜의 승인된 업체를 통한 동반자 치료 서비스</li> <li>• 실내 공기질 장비 서비스</li> </ul> <p>* 이 지출 보조금은 특정 건강 질환이 있는 가입자를 위한 특수 프로그램입니다. 적격 질환에는 당뇨병, 심혈관계 질환, 만성 및 장애 수준의 정신 건강 질환, 만성 폐 질환 또는 만성 심부전 등이 있습니다. 일부 플랜은 두 가지 이상의 적격 질환이 있을 것을 요구하며, 기타 요건이 적용될 수 있습니다. 이 프로그램을 임대료 또는 공과금 지불에 사용하는 경우, 주택도시개발부(HUD)에서는 도움을 요청하는 경우 이를 수입으로 신고할 것을 요구합니다. 궁금한 점이 있으시면 현지 HUD 사무소에 연락하십시오.</p> |                                                                                                                       |
| <p><b>감시 운동 치료(SET)</b></p> <p>중후성 말초 동맥 질환(PAD)이 있는 가입자에 대해 SET가 보장됩니다. SET 프로그램 요건이 충족될 경우 12주 동안 최대 36회의 세션이 보장됩니다.</p> <p>SET 프로그램은 다음과 같아야 합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 절뚝거림 환자의 PAD 테라퓨틱 운동 훈련 프로그램으로 구성된 30~60분 길이의 세션으로 구성되어야 합니다.</li> <li>• 병원 외래환자 환경 또는 의사의 진료실에서 수행되어야 합니다.</li> <li>• 이득이 해를 초과함을 보장하기 위해 반드시 필요하고 PAD 운동 치료 교육을 받은 적격 보조 인력을 통해 제공되어야 합니다.</li> <li>• 기본적 및 고급 생명지원 기법을 모두 훈련받은 의사, 의사 보조원 또는 전문 간호사/임상 전문 간호사의 직접적 감독이 있어야 합니다.</li> </ul> <p>의료 제공자가 의학적 필요성이 있다고 판단하는 경우, 연장된 기간 동안의 추가적 36회 세션을 위해 12주 동안 36회 세션을 초과하여 SET가 보장될 수 있습니다.</p> <p>당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하면 사전 승인이 적용될 수 있는 용품 및 서비스 목록이 표시됩니다. <a href="https://www.humana.com/PAL">Humana.com/PAL</a>.</p>                                                                                                                                                                                                                                                           | <p><b>네트워크 내:</b></p> <p>공동 부담금 \$0</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 전문의 진료실</li> <li>- 외래진료병원</li> </ul> |

## 4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

| 보장 서비스                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 가입자 지불 비용                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <p><b>* 교통편</b></p> <p>가입자는 플랜 서비스 지역 내에서 플랜이 승인한 위치로 연간 24회의 비용급 편도 교통편을 보장받습니다. 방문당 허용되는 이동 거리는 최대 50마일입니다.</p> <p>교통편에 대한 자세한 내용은 고객 지원에 문의하십시오. 고객 지원에서는 가입자의 혜택을 확인하고, 교통편 서비스 제공자를 통해 이동 계획을 세울 수 있도록 안내해드립니다.</p> <p>가입자는 예약한 진료 시간으로부터 최소 72시간(3영업일) 전에 교통편 서비스 제공자에게 연락하여 교통편을 예약해야 합니다.</p>                                                                                                                                                                                                   | <p><b>네트워크 내:</b><br/>공동 부담금 \$0</p> |
| <p><b>균등한 유연성 비용급 의료 교통편</b></p> <p>아래에서 확인된 만성질환 중 하나라도 진단 받은 경우 균등한 유연성 비용급 의료 교통편 혜택을 받을 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 암</li> <li>• 만성 신장 질환(CKD)</li> <li>• 말기 신장 질환(ESRD)</li> </ul> <p>본 플랜은 건강과 관련하여 플랜이 승인한 위치로 이동하는 편도 교통편을 연간 무제한으로 제공합니다. 방문당 허용되는 이동 거리는 최대 <b>50</b> 마일입니다.</p> <p>교통편에 대한 자세한 내용은 고객 지원에 문의하십시오. 고객 지원에서는 가입자의 혜택을 확인하고, 교통편 서비스 제공자를 통해 이동 계획을 세울 수 있도록 안내해드립니다.</p> <p>가입자는 예약한 진료 시간으로부터 최소 72시간(3영업일) 전에 교통편 서비스 제공자에게 연락하여 교통편을 예약해야 합니다.</p> | <p><b>네트워크 내:</b><br/>공동 부담금 \$0</p> |

4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

| 보장 서비스                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 가입자 지불 비용                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>긴급하게 필요한 서비스</b></p> <p>응급 상황이 아닌 즉각적인 치료가 필요한 플랜 보장 서비스는 일시적으로 당사 플랜의 서비스 지역을 벗어났거나 당사 플랜의 서비스 지역에 있더라도 시간, 장소, 플랜을 계약한 네트워크 제공자로부터 이 서비스를 받는 상황을 고려했을 때 어려운 경우 긴급하게 필요한 서비스입니다. 당사의 플랜은 긴급하게 필요한 서비스를 보장해야 하며 네트워크 내 비용 부담만 부과해야 합니다. 긴급하게 필요한 서비스의 예시로는 예측하지 못한 의료적 질병 및 부상 또는 기존 질환의 예상치 못한 급격한 재발 등이 있습니다. 당사 플랜의 서비스 지역 밖에 있거나 당사 플랜 네트워크를 일시적으로 사용할 수 없는 경우에도 (연례 검진 같은) 의학적 필요성이 있는 정기적 제공자 방문은 긴급하게 필요한 것으로 간주되지 않습니다.</p> <p>귀하는 전 세계에서 긴급하게 필요한 서비스를 받을 수 있습니다. 미국 및 그 영토 외 지역에서 긴급한 치료가 필요한 경우, 귀하는 사전에 제공된 서비스에 대한 비용을 지불할 책임이 있습니다. 환급을 받으려면 지불에 대한 증빙 서류를 고객 지원에 제출해야 합니다. 자세한 내용은 7장을 참조하십시오. 당사가 모든 본인부담비용을 변제하지는 않을 수도 있습니다. 당사의 계약금액 요율이 미국 및 그 영토 외 지역의 제공자에 비해 낮을 수 있기 때문입니다. 가입자는 당사의 계약금액 요율을 초과하는 모든 비용과 해당 항목에 적용되는 가입자 부담 비용을 지불할 책임이 있습니다.</p> <p>진료실에서 제공되는 긴급하게 필요한 서비스에 대한 자세한 내용은 <b>의사의 진료실 방문을 포함한 의사/의료진 서비스</b>를 참조하십시오.</p> | <p><b>네트워크 내:</b><br/> <u>긴급하게 필요한 서비스</u><br/>                     공동 부담금 <b>\$0</b><br/>                     - 긴급 치료 센터</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <p> <b>안과 진료</b></p> <p>보장 서비스:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 눈 질병과 부상의 진단과 치료를 위한 외래 의사 서비스(노화로 인한 황반변성 치료 포함). Original Medicare는 안경/콘택트 렌즈를 위한 정기 시력 검사(눈 굴절)를 보장하지 않습니다.</li> <li>• 당사는 녹내장 위험이 높은 사람에 대해 매년 한 번의 녹내장 선별검사를 보장합니다. 녹내장 위험이 높은 사람 중에는 녹내장 가족력이 있는 사람, 당뇨병 환자, 50세 이상의 아프리카계 미국인 및 65세 이상의 히스패닉계 미국인이 포함됩니다.</li> <li>• 당뇨병 환자의 경우 연간 한 번의 당뇨병성 망막병증 선별검사가 보장됩니다.</li> <li>• 안구내 렌즈 삽입을 포함하여 백내장 수술 후의 안경이나 콘택트 렌즈 한 벌. 백내장 수술을 2차례 받은 경우, 첫 번째 수술 후의 혜택이 보존되지 않으며 두 번째 수술 후에 2벌의 안경을 구매할 수 없습니다.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                       | <p><b>네트워크 내:</b><br/> <u>Medicare 보장 시력 서비스</u><br/>                     공동 부담금 <b>\$0</b><br/>                     - 전문의 진료실</p> <p><u>녹내장 선별검사</u><br/>                     공동 부담금 <b>\$0</b><br/>                     - 전문의 진료실</p> <p><u>당뇨병성 시력 검사</u><br/>                     공동 부담금 <b>\$0</b><br/>                     - 모든 치료 장소</p> <p><u>안경류(백내장 수술 후)</u><br/>                     공동 부담금 <b>\$0</b><br/>                     - 모든 치료 장소</p> |

## 4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

| 보장 서비스                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 가입자 지불 비용                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>백내장 수술 후에 보장되는 안경에는 Medicare에서 지정한 일반 안경테와 렌즈가 포함되며, 일체의 업그레이드는 보장되지 않습니다 (고급 안경테, 착색, 프로그레시브 렌즈 또는 무반사 코팅 등이 포함되며, 이에 국한되지 않음).</p> <p>또한 당사는 정기 시력 검사와 안경류용 보조금이 포함된 <b>필수 보충 시력 혜택을</b> 보장합니다.</p> <p> (예방 서비스)는 녹내장 선별검사에만 적용됩니다.</p> <p>당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하면 사전 승인이 적용될 수 있는 용품 및 서비스 목록이 표시됩니다. <a href="https://www.humana.com/PAL">Humana.com/PAL</a>.</p> | <p><b>필수 보충 시력 혜택</b><br/>*가입자는 필수 보충 시력 혜택을 보장받습니다. 자세한 내용은 이 차트의 끝에 있는 <b>필수 보충 시력 혜택</b>에 관한 설명을 참조하십시오.</p> <p><b>참고:</b> 보충 시력 혜택에 대한 제공자 네트워크는 위에 나열된 Original Medicare 시력 혜택에 대한 제공자 네트워크와 다를 수 있습니다.</p> |
| <p> <b>Welcome to Medicare 예방 방문</b></p> <p>당사 플랜은 1회의 <i>Welcome to Medicare</i> 예방 방문을 보장합니다. 방문의 내용에는 귀하의 건강 점검, 귀하에게 필요한 예방 서비스(특정 선별검사 및 주사 포함)에 관한 교육과 상담 및 필요에 따라 다른 치료에 대한 의뢰서가 포함됩니다.</p> <p><b>중요 사항:</b> 당사는 귀하가 Medicare 파트 B에 가입한 경우 처음 12개월 <i>Welcome to Medicare</i> 예방 방문을 보장합니다. 귀하가 진료 예약을 하는 경우, 귀하가 <i>Welcome to Medicare</i> 예방 방문을 예약하고자 한다는 점을 의사 진료실 측에 알려십시오.</p>     | <p><b>네트워크 내:</b><br/><i>Welcome to Medicare</i> 예방 방문에 대한 공동 보험비용, 공동 부담금 또는 공제금은 없습니다.</p>                                                                                                                     |

## 필수 보충 치과 혜택 DEN349

## 보장 설명

다음과 같은 Medicare 비보장 정기 치과 관련 서비스를 받을 수 있습니다.

| 공제금                                    | \$0            |               |
|----------------------------------------|----------------|---------------|
| 연간 최대                                  | \$4,000        |               |
| 혜택 설명                                  | 네트워크 내 본인부담비용* | 네트워크 외 본인부담비용 |
| <b>예방 서비스</b>                          |                |               |
| <b>검사 - 빈도/제한 - 연간 진료행위코드 2개</b>       |                |               |
| 정기 구강검진 - D0120                        | 0%             | 100%          |
| <b>검사 - 빈도/제한 - 연간 진료행위코드 1개</b>       |                |               |
| 응급 진단 검사 - D0140                       | 0%             | 100%          |
| <b>진단 서비스 - 빈도/제한 - 3년마다 진료행위코드 1개</b> |                |               |
| 치주 검사 - D0180                          | 0%             | 100%          |

## 4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

| 혜택 설명                                                                                      | 네트워크 내<br>본인부담비용* | 네트워크 외<br>본인부담비용 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------|
| 종합 검사 - D0150                                                                              | 0%                | 100%             |
| <b>교익 엑스레이 - 빈도/제한 - 연간 1세트</b>                                                            |                   |                  |
| 교익 엑스레이 - D0270, D0272, D0273, D0274                                                       | 0%                | 100%             |
| <b>구강 내 엑스레이(입 안쪽) - 빈도/제한 - 연간 세트 1개</b>                                                  |                   |                  |
| 치근단주위의 엑스레이 - D0220, D0230                                                                 | 0%                | 100%             |
| <b>구강 전체 또는 파노라마 엑스레이 - 빈도/제한 - 5년마다 진료행위코드 1개</b>                                         |                   |                  |
| 전체 시리즈 - D0210                                                                             | 0%                | 100%             |
| 파노라마 필름 - D0330                                                                            | 0%                | 100%             |
| <b>예방(치석 제거) - 빈도/제한 - 연간 진료행위코드 2개</b>                                                    |                   |                  |
| 예방 진료(치석 제거) - D1110                                                                       | 0%                | 100%             |
| <b>치주 관리 - 빈도/제한 - 연간 진료행위코드 4개</b>                                                        |                   |                  |
| 치주 치료 후 치주 관리 - D4910                                                                      | 0%                | 100%             |
| <b>종합 서비스</b>                                                                              |                   |                  |
| <b>수복물(충전재) - 아말감 및/또는 콤포지트 - 빈도/제한 - 연간 진료행위코드 무제한</b>                                    |                   |                  |
| 아말감(은색) - 유치 또는 영구치 - D2140, D2150, D2160, D2161                                           | 0%                | 100%             |
| 레진 기반 콤포지트(흰색) - 전치부(앞) 또는 구치부(뒤) - D2330, D2331, D2332, D2335, D2391, D2392, D2393, D2394 | 0%                | 100%             |
| <b>발치(치아 제거) - 빈도/제한 - 연간 진료행위코드 무제한</b>                                                   |                   |                  |
| 발치, 치아 맹출 또는 치근 노출 - D7140, D7210                                                          | 0%                | 100%             |
| <b>수복물(기타 서비스) - 코어 축조 또는 사전 제작된 포스트와 코어 - 빈도/제한 - 평생 치아당 진료행위코드 1개</b>                    |                   |                  |
| 코어 축조 - D2950                                                                              | 0%                | 100%             |
| 사전 제작된 포스트와 코어 - D2952, D2953, D2954, D2957                                                | 0%                | 100%             |
| <b>스케일링 - 일반화된 염증 - 빈도/제한 - 3년마다 진료행위코드 1개</b>                                             |                   |                  |
| 스케일링 - 중등도 또는 중증 치은성 염증 - D4346                                                            | 0%                | 100%             |
| <b>스케일링 및 치근활택술 - 빈도/제한 - 사분면당, 3년마다 진료행위코드 1개</b>                                         |                   |                  |
| 치주 스케일링 및 치근활택술 - D4341, D4342                                                             | 0%                | 100%             |
| <b>근관 치료 - 빈도/제한 - 평생 치아당 진료행위코드 1개</b>                                                    |                   |                  |
| 근관 치료 - D3310, D3320, D3330                                                                | 0%                | 100%             |
| <b>근관 재치료 - 빈도/제한 - 평생 치아당 진료행위코드 1개</b>                                                   |                   |                  |
| 이전 근관 치료의 재치료 - D3346, D3347, D3348                                                        | 0%                | 100%             |
| <b>크라운 - 빈도/제한 - 평생 치아당 진료행위코드 1개</b>                                                      |                   |                  |

## 4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

| 혜택 설명                                                                                                                                                                                        | 네트워크 내 본인부담비용* | 네트워크 외 본인부담비용 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------|
| 크라운(리테이너 크라운 아님) - D2710, D2712, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2753, D2780, D2781, D2782, D2783, D2790, D2791, D2792, D2794                                              | 0%             | 100%          |
| 온레이 - D2542, D2543, D2544, D2642, D2643, D2644, D2662, D2663, D2664                                                                                                                          | 0%             | 100%          |
| <b>가공의치 - 폰틱 - 빈도/제한 - 5년마다 진료행위코드 1개</b>                                                                                                                                                    |                |               |
| 폰틱 크라운 - D6210, D6211, D6212, D6214, D6240, D6241, D6242, D6243, D6245                                                                                                                       | 0%             | 100%          |
| <b>가공의치 - 크라운 - 빈도/제한 - 5년마다 진료행위코드 2개</b>                                                                                                                                                   |                |               |
| 리테이너 크라운 - D6740, D6750, D6751, D6752, D6753, D6790, D6791, D6792, D6794                                                                                                                     | 0%             | 100%          |
| <b>전체 의치 - 빈도/제한 - 장착 후 정기 관리를 포함하여 5년마다 상악 및 하악 전체 의치 1개 또는 상악 및 하악 즉시 의치 1개</b>                                                                                                            |                |               |
| 전체 의치 - 상악(상부) 또는 하악(하부) - D5110, D5120                                                                                                                                                      | 0%             | 100%          |
| 즉시 의치 - 상악(상부) 또는 하악(하부) - D5130, D5140                                                                                                                                                      | 0%             | 100%          |
| <b>탈착식 부분 의치(장착 후 정기 관리 포함) - 빈도/제한 - 5년마다 상악 및/또는 하악 부분 의치 1개</b>                                                                                                                           |                |               |
| 부분 의치 - 레진 또는 금속, 상악(상부) 또는 하악(하부) - D5211, D5212, D5213, D5214, D5221, D5222, D5223, D5224, D5225, D5226, D5227, D5228                                                                      | 0%             | 100%          |
| 부분 편측 의치 - D5282, D5283                                                                                                                                                                      | 0%             | 100%          |
| 사분면당 탈착식 편측 부분 의치 - D5284, D5286                                                                                                                                                             | 0%             | 100%          |
| <b>구강 수술 - 빈도/제한 - 연간 진료행위코드 2개</b>                                                                                                                                                          |                |               |
| 구강 수술 - D7220, D7230, D7240, D7250, D7284, D7285, D7286, D7287, D7288, D7310, D7311, D7320, D7321, D7412, D7450, D7451, D7460, D7461, D7509, D7510, D7961, D7962, D7963, D7970, D7971, D7972 | 0%             | 100%          |
| <b>의치 조정(최초 배치 후 6개월 이내에는 보장되지 않음) - 빈도/제한 - 연간 진료행위코드 1개</b>                                                                                                                                |                |               |
| 전체 의치 조정 - 상악(상부) 또는 하악(하부) - D5410, D5411                                                                                                                                                   | 0%             | 100%          |
| 부분 의치 조정 - 상악(상부) 또는 하악(하부) - D5421, D5422                                                                                                                                                   | 0%             | 100%          |
| <b>의치 이장(여분의 의치에 대해서 또는 최초 배치 후 6개월 이내에는 보장되지 않음) - 빈도/제한 - 연간 진료행위코드 1개</b>                                                                                                                 |                |               |
| 전체 의치 이장 - 상악(상부) 또는 하악(하부) - D5730, D5731, D5750, D5751                                                                                                                                     | 0%             | 100%          |
| 부분 의치 이장 - 상악(상부) 또는 하악(하부) - D5740, D5741, D5760, D5761                                                                                                                                     | 0%             | 100%          |
| <b>의치 수리(최초 배치 후 6개월 이내에는 보장되지 않음) - 빈도/제한 - 연간 진료행위코드 1개</b>                                                                                                                                |                |               |
| 전체 의치 베이스 수리 - 상악(상부) 또는 하악(하부) - D5511, D5512                                                                                                                                               | 0%             | 100%          |
| 부분 의치 베이스 수리 - 상악(상부) 또는 하악(하부) - D5611, D5612                                                                                                                                               | 0%             | 100%          |
| 부분 의치 프레임워크 수리 - 상악(상부) 또는 하악(하부) - D5621, D5622                                                                                                                                             | 0%             | 100%          |
| 손실되었거나 부러진 치아 교체 - D5520, D5630, D5640, D5650                                                                                                                                                | 0%             | 100%          |
| 부분 의치에 치아 또는 클래스프 추가 - D5660                                                                                                                                                                 | 0%             | 100%          |
| 모든 치아/아크릴 교체 - 상악(상부) 또는 하악(하부) - D5670, D5671                                                                                                                                               | 0%             | 100%          |

## 4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

| 혜택 설명                                                                                                | 네트워크 내 본인부담비용* | 네트워크 외 본인부담비용 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------|
| <b>의치 개상(최초 배치 후 6개월 이내에는 보장되지 않음) - 빈도/제한 - 연간 진료행위코드 1개</b>                                        |                |               |
| 전체 의치 개상 - 상악(상부) 또는 하악(하부) - D5710, D5711                                                           | 0%             | 100%          |
| 부분 의치 개상 - 상악(상부) 또는 하악(하부) - D5720, D5721                                                           | 0%             | 100%          |
| 하이브리드 보철물 개상 - D5725                                                                                 | 0%             | 100%          |
| <b>조직 양화(최초 배치 후 6개월 이내에는 보장되지 않음) - 빈도/제한 - 연간 진료행위코드 1개</b>                                        |                |               |
| 조직 양화 - 상악(상부) 또는 하악(하부) - D5850, D5851                                                              | 0%             | 100%          |
| <b>교합 조정(최초 배치 후 6개월 이내에는 보장되지 않음) - 빈도/제한 - 3년마다 진료행위코드 1개</b>                                      |                |               |
| 교합 조정 - 제한 - D9951                                                                                   | 0%             | 100%          |
| <b>통증 관리 - 빈도/제한 - 연간 진료행위코드 2개</b>                                                                  |                |               |
| 치과 통증의 완화 치료 - D9110                                                                                 | 0%             | 100%          |
| <b>마취 - 빈도/제한 - 연간 보장되는 코드에 필요한 경우(광범위하거나 복합적인 시술과 병행하는 것으로, 플랜의 제한 및 제외 조항이 적용되며, 임상 검토를 받아야 함)</b> |                |               |
| 진통제, 항불안제, 아산화질소 흡입 - D9230                                                                          | 0%             | 100%          |
| 깊은 진정/전신 마취 - D9222, D9223                                                                           | 0%             | 100%          |
| 정맥 내 중등도 (의식적) 진정제(수면 마취)/진통제 - D9239, D9243                                                         | 0%             | 100%          |
| 비정맥적 중등도 (의식적) 진정제(수면 마취)/진통제 - D9246, D9247                                                         | 0%             | 100%          |
| <b>크라운 재부착 - 빈도/제한 - 5년마다 진료행위코드 1개</b>                                                              |                |               |
| 인레이, 온레이 또는 부분 커버 수복 재부착 - D2910                                                                     | 0%             | 100%          |
| 제작 또는 사전 제작된 포스트와 코어를 간접적으로 재부착 - D2915                                                              | 0%             | 100%          |
| 크라운 재부착 - D2920                                                                                      | 0%             | 100%          |
| <b>가공의치 재부착 - 빈도/제한 - 5년마다 진료행위코드 1개</b>                                                             |                |               |
| 고정 부분 의치(가공의치) 재부착 - D6930                                                                           | 0%             | 100%          |

제한 및 제외 사항이 적용될 수 있습니다. 제출된 청구는 보장을 승인하기 위한 임상 검토 및 치과 병력을 포함할 수 있는 검토 절차를 거쳐야 합니다. 모든 ADA 진료행위코드가 본 플랜에 있는 치과 혜택으로 보장되는 것은 아닙니다. 목록에 포함되지 않은 채로 받은 모든 서비스는 해당 플랜에서 보장하지 않으며 가입자가 책임을 집니다. 연간 최대 혜택 보장 금액을 초과하는 금액에 대한 책임은 가입자에게 있습니다. 혜택은 연 단위로 제공됩니다. 연말까지 사용하지 않은 모든 금액은 소멸됩니다. 각 플랜에 관한 정보는 [Humana.com/sb](https://www.humana.com/sb)에서 확인할 수 있습니다.

\*네트워크 내 치과의사는 (네트워크 내 수가표 또는 INFS에 따라) 계약금액 비율로 보장 서비스를 제공할 것에 동의하였습니다. 가입자가 참여 네트워크 치과의사를 방문하는 경우, 보장 서비스에 대해 협상된 수가표를 초과하는 요금이 가입자에게 청구되지 않습니다(그러나 모든 적용되는 공동 보험비용은 여전히 적용됨).

필수 보충 치과 혜택은 Humana Dental Medicare Network를 통해 제공됩니다. 당사의 전국 네트워크용 제공자 로케이터는 [Humana.com/FindCare](https://www.humana.com/FindCare)에서 확인할 수 있습니다.

## 가입자 또는 가입자의 치과 의사에 대한 지불 비용 계산 방법

보장 치과 서비스의 경우 당사는 다음 혜택에 대해 지불합니다.

- 총 보장 비용을 결정합니다.

**4장 의료 혜택 차트(보장 내용)**

- 허용되는 최대 혜택에 대해 보장 대상 비용을 검토합니다.
- 당사는 가입자 또는 가입자의 치과 의사에게 나머지 비용을 지급하고, 가입자가 지불해야 하는 공동 보험비용을 제외한 금액을 지불합니다(받은 시술 비용 중 일부를 가입자가 지불해야 할 수도 있습니다).

치과용 청구 고지서 발부를 위해 "서비스 날짜"(DOS)는 다음과 같이 정의됩니다.

- 치아가 고정 가공의치, 크라운, 인레이 또는 온레이를 위해 준비된 날짜
- 의치 또는 부분 의치에 대한 치아본 또는 디지털 스캔이 진행된 날짜
- 임플란트 크라운을 위해 지대주/임플란트의 치아본 또는 디지털 스캔이 진행된 날짜
- 근관 요법을 위해 치아의 치수강이 개방된 날짜
- 치주 수술이 수행된 날짜
- 위에 열거되지 않은 서비스에 대해 서비스가 수행된 날짜

두 가지 이상의 치료 방법이 가능한 치과 질환의 경우, Humana는 만족스러운 결과를 제공하는 것으로 입증되는 한 가장 비용이 낮은 치료를 보장합니다. 비용이 더 높은 치료 방법을 선택하는 경우, 가입자는 차액을 지불할 책임이 있습니다.

**사전 치료 계획 제출**

필요한 치과 치료 비용이 **\$300**를 초과할 것으로 예상되는 경우, 당사는 가입자 또는 가입자의 치과 의사에게 치과 치료 계획을 당사에 제출하여 당사에서 미리 검토해볼 수 있도록 해주기를 제안합니다. 사전 치료 계획에는 다음과 같은 내용이 포함되어야 합니다.

1. 가입자가 받게 되는 미국치과협회 용어와 코드를 이용해 정리한 서비스 목록
2. 제안하는 치료에 대한 치과 의사의 서면 설명.
3. 치과 치료의 필요성을 보여주는 엑스레이
4. 제안된 치료의 항목별 비용
5. 당사가 요청한 기타 진단 자료

**필수 보충 청력 혜택 HER945****보장 설명**

혜택을 이용하려면 1-844-255-7144로 TruHearing에 연락하여 진료 일정을 예약해야 합니다.

| 혜택 설명           | 본인부담비용 |
|-----------------|--------|
| 정기 청력 검사(연간 1회) | \$0    |

## 4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

| 혜택 설명                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 본인부담비용             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <p>매 3년마다 최대 2개의 TruHearing 브랜드 처방전 보청기(매 3년마다 귀 한쪽당 1개). 이 혜택은 다양한 스타일과 색상으로 제공되는 TruHearing 고급 및 프리미엄 처방전 보청기로 제한됩니다. 고급 보청기는 충전식으로 제공되는 옵션이 있습니다. <b>이 혜택을 사용하려면 TruHearing 제공자를 확인해야 합니다. 진료 예약은 1-844-255-7144(TTY: 711)로 전화하십시오.</b></p> <p>네트워크 내 보청기 구입에는 다음과 같은 사항이 포함됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TruHearing 보청기 구매 후 첫 1년 동안 후속 서비스를 위한 무제한 제공자 방문</li> <li>- 60일 시험 사용</li> <li>- 3년 연장 보증</li> <li>- 비충전식 모델의 경우 보청기당 배터리 80개 제공</li> </ul> <p>다음과 같은 사항은 혜택에 포함되지 않거나 보장되지 않습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- OTC 보청기</li> <li>- 이어몰드</li> <li>- 보청기 부수 용품</li> <li>- 제공자 추가 방문</li> <li>- 추가 배터리(또는 충전식 보청기를 구입한 경우 배터리)</li> <li>- TruHearing 브랜드 고급 보청기 이외의 보청기</li> <li>- 분실 및 손상 보증 청구와 관련된 비용</li> </ul> <p>제외 항목과 관련한 비용은 가입자에게 지불할 책임이 있으며, 플랜으로 보장되지 않습니다.</p> | <p>고급 보청기당 \$0</p> |

보충 혜택을 위해 지불되는 공동 부담금, 공동 보험비용 또는 공제금은 최대 본인부담 비용에 가산되지 않습니다.

이러한 혜택은 역년 단위로 제공됩니다. 연말까지 사용하지 않은 모든 금액은 소멸됩니다.

## 필수 보충 시력 혜택 VIS735

## 보장 설명

Humana Medicare Insight Network를 통한 시력 혜택

다음과 같은 Medicare 비보장 정기 시력 관련 서비스를 받을 수 있습니다.

| 혜택 설명                                                                                                                                                                                                                             | 네트워크 내 본인부담비용                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>• <b>Humana Medicare Insight Network</b> 안경점을 통한 정기 시력 검사(굴절 검사 포함)(연간 1회)</p> <p style="text-align: center;"><b>또는</b></p> <p>• 정기 시력 검사를 대체하는 굴절 검사(연간 1회) - Humana 네트워크 안경점이 실시하는 Medicare 종합 시력 검사와 같은 진료 예약으로 완료된 경우.</p> | <p>\$0*</p> <p style="text-align: center;"><b>또는</b></p> <p>굴절 검사의 경우 \$0, 검사를 위한 전문의 비용 부담금 추가</p> |

## 4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

| 혜택 설명                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 네트워크 내 본인부담비용                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Humana Medicare Insight Network 안경점의 아이웨어 혜택(연간 1회)<br/>가입자는 다음 중에서 선택할 수 있습니다.               <ul style="list-style-type: none"> <li>안경테 및 렌즈 1쌍 구매 또는 콘택트 렌즈 구매용(기본형 또는 일회용) 보조금 <b>\$150</b></li> </ul> </li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>또는</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>PLUS** 제공자로부터의</b> 안경테 및 렌즈 1쌍 구매 또는 콘택트 렌즈 구매용(기본형 또는 일회용) 보조금 <b>\$250</b></li> </ul> <p>콘택트 렌즈 피팅은 혜택에 포함되지 않습니다.</p> <p>자외선 보호, 긁힘 방지 코팅 및 기타 렌즈 옵션은 안경 보조금 혜택에 적용될 수 있습니다.</p> <p>혜택 보조금은 소매 가격에 적용됩니다. 플랜 승인 금액을 초과하는 모든 비용은 가입자가 책임을 집니다.</p> <p><b>이 혜택은 한 번만 사용할 수 있습니다. 남은 혜택 잔액은 향후 구입에 사용 가능하도록 "이월"되지 않습니다.</b></p> | <p><b>\$150</b>를 초과하는 모든 소매 금액</p> <p style="text-align: center;"><b>또는</b></p> <p><b>\$250</b>를 초과하는 <b>PLUS** 제공자</b>로부터의 모든 소매 금액</p> |

\***Humana Medicare Insight Network** 안경점에서는 정기 검사 요금이 **\$0**를 초과하지 않습니다. 네트워크 제공자에게 Humana Medicare Insight Network의 가입자임을 알려주십시오. **참고:** Humana Medicare Insight Network를 통한 추가적인 시력 혜택을 제공하는 제공자 네트워크는 Medicare에서 보장하는 시력 혜택을 제공하는 제공자 네트워크와 다를 수 있습니다.

\*\*PLUS 제공자는 **Humana Medicare Insight Network**의 일부이며 제공자 로케이터 검색 결과([Humana.com/FindCare](https://www.humana.com/FindCare))에 PLUS 공급자 지표를 표시합니다.

보충 혜택을 위해 지불되는 공동 부담금, 공동 보험비용 또는 공제금은 최대 본인부담 비용에 가산되지 않습니다.

이러한 혜택은 역년 단위로 제공됩니다. 연말까지 사용하지 않은 모든 금액은 소멸됩니다.

### 2.1절 당사 플랜의 선택적 방문객/여행자 혜택을 이용하여 치료 받기

Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP) 가입자로서 HMO 여행 혜택을 이용할 수 있습니다. 서비스 지역 밖에 있을 때에도 응급 및 긴급하게 필요한 치료를 받을 수 있습니다. 하지만, 미국을 여행하는 경우, HMO 여행 혜택을 통해 예방 검진을 포함한 플랜 보장 서비스를 받을 수 있습니다. 보장 서비스는 전국 Medicare HMO/SNP 네트워크 제공자로부터 제공되어야 합니다. HMO 여행 혜택 이용 시 네트워크 제공자를 찾는 데 지원을 받는 경우 [Humana.com/FindCare](https://www.humana.com/FindCare)를 방문하거나 고객 지원에 문의하시면 됩니다. 전국 Medicare HMO/SNP 네트워크로부터 진료를 받는 경우, 홈 서비스 지역 내에서 진료를 받은 경우에도 가입자는 동일한 네트워크 내 공동 부담금 또는 공동 보험비용을 지불합니다.

귀하의 서비스 지역을 벗어날 플랜이며 HMO 여행 혜택을 사용할 것으로 예상되는 경우, 귀하의 일차의료 제공자에게 알리는 것을 추천드립니다. [Humana.com/FindCare](https://www.humana.com/FindCare)를 사용하여 National Medicare HMO/SNP 네트워크에 여행 중 방문하고자 하는 제공자가 포함되어 있는지 확인해 보시기 바랍니다. 고객 지원에 도움을 요청하셔도 좋습니다.

**4장 의료 혜택 차트(보장 내용)****3절 Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP) 범위 밖에서 보장되는 서비스**

Original Medicare로 보장되는 모든 서비스는 당사 플랜으로도 보장됩니다. Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP)이 보장하지 않지만 Apple Health(Medicaid)를 통해 사용할 수 있는 서비스에 대한 질문이 있는 경우 Medicaid 가입자 핸드북을 참조하거나 Medicaid에 문의하십시오. Apple Health(Medicaid)의 연락처 정보는 이 문서 뒷면의 "자료 A"에서 확인하실 수 있습니다.

**4절 플랜 또는 Medicare의 보장 대상에서 제외되는 서비스**

이 절에서는 어떤 서비스가 Medicare의 보장에서 제외되어 있는지 설명합니다.

아래의 차트에 어떤 조건에서도 당사 플랜 또는 Medicare에서 보장하지 않거나 당사 플랜 또는 Medicare에서 특정 조건에서만 보장하는 서비스와 항목이 나열되어 있습니다.

제외되는(보장되지 않음) 서비스를 받을 경우 아래 명시된 특정 조건을 제외하고 직접 비용을 지불해야 합니다. 귀하가 응급 시설에서 제외되는 서비스를 받더라도 제외되는 서비스는 여전히 보장되지 않으며 당사의 플랜에서 비용을 지불하지 않습니다. 유일한 예외는 이의 제기를 통해 특정한 상황으로 인해 당사가 지불을 해야 하거나 보장을 해야 하는 의료 서비스에 해당한다는 판단이 내려질 경우입니다(당사가 내린 의료 서비스 보장 부인 결정에 대한 이의 제기에 관한 자세한 내용은 9장, 6.3절을 참조하십시오).

| Medicare 보장에서 제외되는 서비스                                                                                          | 특정 조건에서만 보장됨                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 관례상 주로 비의료적 목적으로 사용되는 장비에 대한 요금(해당 물품이 일부 원격 의료 관련 용도에 사용되는 경우도 마찬가지임)                                          | 어떠한 조건에서도 보장 없음                                                                                        |
| 성형 수술 또는 시술                                                                                                     | 사고로 인한 부상 또는 변형된 신체의 기능 개선을 위한 경우는 보장됨<br><br>대칭 모양을 만들기 위해 치료받지 않은 유방을 포함하여 유방절제술 후의 유방재건의 모든 단계가 보장됨 |
| 보호 간호<br><br>보호 간호는 목욕이나 옷 입기와 같은 일상 생활 활동에 도움을 주는 예와 같이 훈련된 의료인 또는 보조 의료인의 지속적인 관심을 필요로 하지 않는 개인적인 간호를 의미합니다.  | 어떠한 조건에서도 보장 없음                                                                                        |
| 실험적 의료 및 외과적 시술, 장비 및 의약품<br><br>실험적 시술 및 용품은 Original Medicare에서 판단하기에 의료 커뮤니티에서 일반적으로 받아들여지지 않는 용품과 시술을 말합니다. | Medicare 승인 임상 연구에 따른 Original Medicare 또는 당사 플랜에 의해 보장될 수 있습니다.<br><br>(임상 연구에 대한 자세한 내용은 3장, 5절 참조)  |
| 귀하의 직계 친척 또는 가족 구성원에 의한 간호에 대해 부과되는 비용                                                                          | 어떠한 조건에서도 보장 없음                                                                                        |
| 가정 내 풀타임 요양 간호                                                                                                  | 어떠한 조건에서도 보장 없음                                                                                        |
| 가사 서비스에는 가벼운 집안일이나 간편한 식사 준비를 포함한 기본적인 가사 관련 도움이 포함됩니다.                                                         | 어떠한 조건에서도 보장 없음                                                                                        |

## 4장 의료 혜택 차트(보장 내용)

| Medicare 보장에서 제외되는 서비스                                                          | 특정 조건에서만 보장됨                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 자연요법 서비스(자연 치료 또는 대체 치료 사용)                                                     | 어떠한 조건에서도 보장 없음                                                 |
| 다음에 포함된 백내장 수술 후의 비기본형 안구내 렌즈(IOL):<br>• 안구내 렌즈의 난시 교정 기능<br>• 안구내 렌즈의 노안 교정 기능 | 어떠한 조건에서도 보장 없음                                                 |
| 비정기 치과 치료                                                                       | 질병이나 부상의 치료를 위해 필요한 치과 치료는 입원진료 또는 외래진료로서 보장됩니다.                |
| 정형외과용 신발 또는 발을 지지해 주는 장치                                                        | 다리 보호대의 일부인 신발로 보호대 비용에 포함됩니다. 당뇨병성 발질환 환자를 위한 정형외과용 또는 치료용 신발. |
| 병원의 병실 또는 전문요양시설에 있는 개인 물품(전화기 또는 텔레비전 등)                                       | 어떠한 조건에서도 보장 없음                                                 |
| 병원 내 개인병실                                                                       | 의학적 필요성이 있는 경우에만 보장됩니다.                                         |
| 난관복원술 및/또는 기타 비처방 피임 용품                                                         | 어떠한 조건에서도 보장 없음                                                 |
| 정기 카이로프랙틱 치료                                                                    | 아탈구를 교정하기 위한 척추 도수치료는 보장됨                                       |
| 정기 발 진료                                                                         | Medicare 지침에 따라 제공되는 일부 제한된 보장(예: 당뇨병 환자의 경우).                  |
| Original Medicare의 기준에 따라 타당하고 필요한 것으로 간주되지 않는 서비스                              | 어떠한 조건에서도 보장 없음                                                 |
| Original Medicare에서 구매를 허용하지 않는 내구성 의료 장비의 임대가 아닌 구매                            | 어떠한 조건에서도 보장 없음                                                 |

의료 혜택 차트 또는 이 보장 범위 증명서의 다른 곳에 설명된 제외 또는 제한 사항 외에도, 다음 항목 및 서비스는 Original Medicare 또는 당사 플랜을 통해 보장되지 않습니다.

- 방사상 각막절개술, 라식 수술 및 기타 저시력 보조 및 서비스.
- 보훈부(VA) 시설에서 재향군인에게 제공되는 서비스. 단, 보훈부 병원에서 응급 서비스가 제공되고 보훈부 비용 분담이 당사 플랜의 비용 분담보다 클 경우 당사는 해당 차액을 재향군인에게 변제합니다. 당사의 비용 분담에 대한 책임은 여전히 가입자에게 있습니다.

다음 항목은 필수 보충 치과 혜택 제외 사항에 포함됩니다(단, 이에 국한되지 않음).

- 네트워크 치과의사는 네트워크 수가표(INFS)에 합의된 금액에 서비스를 제공할 것에 동의하였습니다. 가입자가 참여 네트워크 치과의사를 방문하는 경우, 보장 서비스에 대해 협상된 수가표를 넘어서는 요금 청구서가 가입자에게 제시되지 않습니다(공동 보험비용은 여전히 적용됨).
- 서비스가 불가능하거나 서비스를 할 수 없는 이전 의치 제품의 최초 배치 또는 교체. 여분 의치는 보장되지 않습니다.
- 치과 이장은 초기 의치 배치 또는 예비 의치 후 6개월 이내에 보장받을 수 없습니다.
- 치과 조정은 초기 의치 배치 후 6개월 이내에 또는 여분 의치에 대해 보장받을 수 없습니다.
- 보장 적용 여부에 관계없이 가입자가 산재 보상이나 직업병 관련 법에 따라 자격이 있는 동안 발생하는 경비.
- 다음과 같은 서비스:
  - 미국 정부, 또는 법률에서 정한 정부 기관으로부터 받거나 환급 가능한 요금이나 한, 해당 비용은 무료이거나, 이 보험이 없는 경우 비용을 지불하지 않아도 되는 서비스.
  - 정부 또는 정부 하위 기관을 통하여 모든 플랜 또는 법률에 따라 제공되거나 그에 따라 지불하는 서비스(Medicare 또는 Medicaid는 여기에 포함되지 않음).

**4장 의료 혜택 차트(보장 내용)**

- 질병 또는 신체 부상과 관련한 서비스에 대해 미국 정부가 소유 또는 운영하는 병원/제도/기관이 제공하는 서비스.
- 선전 포고의 여부와 관계없이 전쟁 또는 모든 전쟁 행위, 국제 무장 분쟁, 또는 국제 기관의 무장 군대와 관련된 일체의 분쟁 등으로 야기되거나 그로 인하여 발생한 모든 손실.
- 양식 작성으로 인해 발생하는 모든 비용.
- 치과 의사와 진료 예약 시간을 지키지 못한 경우.
- 이 보험 약관의 보장을 받는 기간에 지속되는 우발적 부상의 결과로 인하여 필요한 것이 아닌 한, 당사가 미용치과 시술로 간주하는 모든 서비스 당사는 다음과 같은 예를 미용치과 시술로 간주하며, 이에 국한되지 않습니다.
  - 크라운 또는 폰틱의 전장 - 지대주 사이의 고정 가공의치 부분 - 두 번째 작은 어금니 뒤쪽.
  - 선천성 기형을 교정하기 위한 모든 서비스.
  - 주로 미용 개선을 목적으로 하는 모든 서비스.
  - 보철 장치의 특성 추가 및 개인 맞춤화 또는
  - 치아의 간격 및/또는 모양 변경을 위한 모든 시술.
- 다음에 대한 비용:
  - 크라운 또는 그에 부착되는 보철 장치.
  - 정밀 또는 반정밀 부착물.
  - 기타 맞춤형 부착물 등 모든 임플란트 및 관련 서비스에 대한 비용.
  - 임시적인 또는 잠정적인 치과 서비스.
  - 치과 치료 제공 시 사용되는 재료 또는 장비와 관련된 추가 비용.
  - 보장 서비스가 아닌 경우 모든 임플란트의 제거.
- 다음과 관련한 모든 서비스:
  - 치아의 세로 치수 변경.
  - 교합의 수복 또는 유지관리.
  - 여러 개의 지대주를 포함한 치아 스플린팅, 또는 치주가 약화된 치아를 안정화시키기 위한 모든 서비스.
  - 마모증, 교모증, 부식증, 굴곡파절로 인해 손실된 치아구조 교체.
  - 교합 채득 또는 교합 분석.
- 멸균 기술 등을 포함한 감염 관리.
- 면허를 취득한 치위생사가 수행하는 스케일링, 치아 치석 제거 및 불소 국소 도포를 제외하고, 치과 의사 이외의 의료진이 수행하는 치료의 비용. 이러한 치료는 일반적으로 허용되는 치과 표준에 따라 치과 의사의 감독하에 제공되어야 합니다.
- 병원, 수술 또는 치료 시설, 마취과 의사 또는 마취사가 제공하는 서비스.
- 조제 또는 처방에 관계 없이, 처방약 또는 예비 투약되는 약.
- 보장 내용 목록에 구체적으로 제시되지 않은 모든 서비스.
- 임상 검토에 기반할 시 혜택에 적격하지 않거나, 좋은 예후를 제공하지 않거나, 균일한 전문적인 보증이 없거나, 성격상 실험 또는 연구로 간주되는 일체의 서비스.
- 치아 교정 서비스.
- 가공의치 보장이 혜택에 포함되지 않은 경우 리테이너 크라운 서비스.
- 적용일 전 또는 추가 보충 혜택이 종료된 후에 발생한 모든 비용.
- 가입자의 가정에 일반적으로 거주하는 사람이나 가족의 일원이 제공하는 서비스.
- 서비스에 대한 보상 한도를 초과하는 비용.
- 의도적으로 발생한 부상 또는 신체 질병에 대한 치료.
- 별도의 서비스로 요금이 부과되는 것으로, 수복을 위한 치아본 또는 배치와 관련한 국소 마취, 근관세정, 기저재, 펄프 캡, 임시 치과 서비스, 연구 모델/진단용 거푸집, 치료 계획, 교합(어금니 및 작은어금니 표면을 물거나 갈기) 조정 또는 조직 준비. 이러한 서비스는 전체 치과 서비스에서 필수적인 부분으로 간주됩니다.
- 모든 검사, 수술 중, 엑스레이, 검사실, 기존 기둥 제거, 충전재, Therafill 캐리어 및 기타 모든 후속 진료는 근관 요법에 필수적인 것으로 간주됩니다. 이러한 서비스에 대한 별도의 수수료는 보장 비용으로 간주되지 않습니다.
- 치과교정장치의 수리 및 교체.

**4장 의료 혜택 차트(보장 내용)**

- 턱 관절 장애, 턱 측두하악, 두개 안면, 두개골 하악 장애 또는 기타 턱 뼈와 두개골을 연결하는 관절 상태 등 턱 관절 문제를 치료하는 외과적 또는 비외과적 치료, 또는 표정 그리고 씹기 기능에 사용되는 안면 근육 치료(예: 두통).
- 이 플랜 하의 경구 수술 혜택에는 다음이 포함되지 않습니다.
  - 악교정 수술에 대한 모든 서비스.
  - 모든 방법에 의한 병변 파괴에 대한 모든 서비스.
  - 치아 이식에 대한 모든 서비스.
  - 경구 조직 또는 뼈에서의 이물 제거에 대한 모든 서비스.
  - 안면 뼈의 수술, 외상성 또는 선천성 결손증 재건에 대한 모든 서비스.
  - 수술 전 및 후 관리에 대한 모든 별도 수수료.
- 전신 마취 또는 의식적 진정제는 치과 의사 또는 의료진이 보장 구강 수술 절차, 치주 및 뼈 수술 절차 또는 보장 서비스에 대한 치과 주위 수술 절차와 함께 제공 및 관리하는 문서에 대한 임상 검토를 기반으로 하지 않는 한 보장 서비스가 아닙니다.
- 다음 이유(이에 국한되지는 않음)로 인해 투여된 전신 마취 또는 의식적 진정제는 보장되지 않습니다.
  - 국소 마취에 대한 알레르기 기록이 없는 경우 통증 조절.
  - 불안.
  - 통증에 대한 두려움.
  - 통증 관리.
  - 수술을 받기에 감정적 준비가 안 됨.
- 구강 위생 지침, 치태 관리, 가정용품, 처방전 및 식이 플랜을 포함하나 이에 국한되지 않는 예방 관리 프로그램.
- 모든 분실, 도난, 손상, 오배치 또는 중복된 주요 수복물, 보철 또는 기기의 교체.
- 모든 치아 우식증 감수성 검사, 검사실 검사, 타액 샘플, 무산소배양, 민감도 검사 또는 경구 병리 절차 비용.
- 수술 전후 관리 및 12개월 이내 재평가에 대한 별도 수수료는 이 플랜의 수술 치주 서비스 하의 보장 서비스로 간주되지 않습니다.
- 당사는 보장 정보에서 보장되는 것으로 특별히 명시된 서비스를 제외한 일반적으로 의료 서비스로 간주되는 서비스는 보장하지 않습니다.
- 보충 혜택에 대해 지불하는 공동 보험비용, 공동 부담금 또는 공제금은 최대 본인부담 비용에 가산되지 않습니다.

**다음 항목은 필수 보충 청력 혜택 제외 사항에 포함됩니다(단, 이에 국한되지 않음).**

- Over-the-Counter(OTC) 보청기.
- 명시된 최대치를 초과하는 시험, 검사, 평가 또는 서비스에 대한 수수료.
- Medicare, 기타 정부 프로그램 또는 보험 플랜에서 보장하거나 가입자가 법적으로 지불할 의무가 없는 모든 비용.
- 제공자가 승인/상담을 위하여 제공하는 서비스.
- 보청기 분실 또는 손상과 관련한 수정 수수료.
- 네트워크 외의 보청기 제공자가 수행하는 모든 서비스에 대한 수수료. 네트워크 내 보청기 제공자는 네트워크 제공자로부터 구입한 서비스 장치만 이용할 수 있는 권리를 갖습니다.
- 보청기 및 보청기 서비스 제공자 방문(보장 혜택에 구체적으로 설명된 경우 제외), 이어몰드, 보청기 부수용품, 보증 청구 수수료, 보청기 배터리(보장 한계 초과).

**다음 항목은 필수 보충 시력 혜택 제외 사항에 포함됩니다(단, 이에 국한되지 않음).**

- 네트워크 외 안경점으로부터 받는 모든 혜택.
- 최초 피팅 후 재피팅 또는 렌즈 디자인 변경.
- 양식 작성으로 인해 발생하는 모든 비용.
- 보충 혜택 목록에 구체적으로 제시되지 않은 모든 서비스.
- 시능훈련 또는 시기능훈련.
- 보통 이하 시력 보조 및 관련 검사.

**4장 의료 혜택 차트(보장 내용)**

- 부등상 렌즈.
- 운동용 또는 산업용 렌즈.
- 프리즘(보조금으로 보장되지 않지만 할인된 소매 가격으로 이용할 수 있습니다. 자세한 내용은 제공자에 문의하십시오).
- 당사가 미용 목적이라고 판단하는 모든 서비스.
- 적용일 전 또는 추가 보충 혜택이 종료된 후에 발생한 모든 비용.
- 통상 가입자의 가정에 거주하는 사람이나 가족의 일원이 제공하는 서비스.
- 서비스에 대한 보조금을 초과하는 비용.
- 의도적으로 발생한 부상 또는 신체 질병에 대한 치료.
- 플라노 렌즈.
- 한쪽 눈, 양쪽 눈 또는 지지물의 의료적 또는 외과적 치료.
- 비처방 선글라스.
- 이중초점 안경을 대신할 안경 2벌.
- 시력 치료를 제공하는 다른 단체 혜택 플랜의 서비스 또는 재료.
- 실험성 시력 교정 치료.
- 안경 또는 콘택트렌즈용 용액 및/또는 클리닝 제품.
- 비처방 용품.
- 재료 확보 관련 비용.
- 수술 전/후 서비스.
- 각막교정술.
- 재료의 일반적 유지관리.
- 미용 목적의 컬러 렌즈.
- 보장 적용 여부에 관계없이 가입자가 산재 보상이나 직업병 관련 법에 따라 자격이 있는 동안 발생하는 모든 경비.
- 다음과 같은 서비스:
  - 미국 정부, 또는 법률에서 정한 정부 기관으로부터 받거나 환급 가능한 요금ی 아닌 한, 해당 비용은 무료이거나, 이 보험이 없는 경우 비용을 지불하지 않아도 되는 서비스.
  - 정부 또는 정부 하위 기관을 통하여 모든 플랜 또는 법률에 따라 제공되거나 그에 따라 지불하는 서비스(Medicare 또는 Medicaid는 여기에 포함되지 않음).
  - 질병 또는 신체 부상과 관련한 서비스에 대해 미국 정부가 소유 또는 운영하는 병원/제도/기관이 제공하는 서비스.
- 선전 포고의 여부와 관계없이 전쟁 또는 모든 전쟁 행위, 국제 무장 분쟁, 또는 국제 기관의 무장 군대와 관련된 일체의 분쟁 등으로 야기되거나 그로 인하여 발생한 모든 손실.
- 진료 예약 시간을 지키지 못한 경우.
- 병원, 수술 또는 치료 시설, 마취과 의사 또는 마취사가 제공하는 서비스.
- 조제 또는 처방에 관계 없이, 처방약 또는 예비 투약되는 약.
- 당사가 안과적 필요성이 없다고 판단하거나, 좋은 예후를 제공하지 않거나, 일관된 전문적인 보증이 없거나, 성격상 실험 또는 연구로 간주되는 일체의 서비스.
- 보충 혜택에 따라 달리 제공되지 않는 한, 이러한 보충 혜택에 따라 제공되는, 분실 또는 파손된 렌즈 또는 안경테의 교체.
- 고용 조건 또는 보안경으로 고용주가 요구하는 모든 검사 또는 재료.
- 병리학적 치료.
- 보충 혜택에 대해 지불하는 공동 보험비용, 공동 부담금 또는 공제금은 최대 본인부담 비용에 가산되지 않습니다.
- 이러한 혜택은 역년 단위로 제공됩니다. 연말까지 사용하지 않은 모든 금액은 소멸됩니다.

이 플랜은 위에 나열된 제외 서비스를 보장하지 않습니다. 귀하가 응급 시설에서 서비스를 받더라도 제외되는 서비스는 여전히 보장되지 않습니다.

## 5장 파트 D 약품에 대한 플랜 보장 이용

## 5장:

## 파트 D 약품에 대한 플랜 보장 이용



## 약품 비용에 대한 정보는 어떻게 얻을 수 있습니까?

Medicaid 자격을 갖추었기 때문에 처방약 플랜 비용을 지불하기 위해 Medicare에서 부가 지원을 받을 자격이 있고 이를 받고 있습니다. 부가 지원 프로그램에 가입되어 있기 때문에, **파트 D 처방약의 비용에 대한 이 보장 범위 증명서의 일부 정보가 귀하에게 적용되지 않을 수 있습니다.** 저희가 *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs*(저소득 보조금 부칙 또는 LIS 부칙이라고도 함)라는 가입자의 약품 보장에 관한 별도의 첨부 문서를 보내드렸습니다. 이 첨부 문서가 없는 경우 고객 지원에 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 전화하여 LIS 부칙을 요청하십시오(고객 지원 전화번호는 이 문서의 뒷표지에 안내됨).

## 1절 당사 플랜의 파트 D 약품 보장에 관한 기본 규칙

Medicare 파트 B의 약품 혜택 및 호스피스 약품 혜택은 4장의 의료 혜택 차트를 참조하십시오.

Medicare가 적용되는 약품 외에, 일부 처방약은 Medicaid 혜택에 따라 보장될 수 있습니다.

당사 플랜은 귀하가 아래의 규칙을 따르는 동안 일반적으로 귀하의 약품을 보장합니다.

- 해당 주법에서 유효한 처방자(의사, 치과의사 또는 기타 처방자)여야 합니다.
- 처방자는 Medicare의 제외 또는 배제 목록에 있지 않아야 합니다.
- 처방대로 약을 조제하려면 일반적으로 네트워크 약국을 이용해야 합니다(2절 참조). 또는 당사 플랜의 우편 주문 서비스를 통해 처방약을 구매할 수 있습니다.
- 가입자의 약품은 당사 플랜의 **처방약 안내서(처방집)**(당사는 짧게 약품 안내서라고 부릅니다)에 있어야 합니다(3절 참조).
- 약이 의학적으로 인정된 적응증에 사용되어야 합니다. "의학적으로 인정된 적응증"이란 FDA의 승인을 받았거나 특정 참조 자료에 의해 뒷받침되는 약품을 사용하는 것을 말합니다(의학적으로 인정된 적응증에 대한 자세한 내용은 3절을 참조하십시오).
- 가입자의 약품은 특정 기준에 따라 당사 플랜의 승인을 받아야, 당사가 이를 보장하는 데 동의할 수 있습니다(자세한 내용은 4절을 참조하십시오).

## 2절 네트워크 약국 또는 당사 플랜의 우편 주문 서비스를 통한 처방약 조제

대부분의 경우, 귀하의 처방약은 당사 플랜의 네트워크 약국에서 조제하는 경우에만 보험이 적용됩니다(네트워크 외의 약국에서 조제되는 처방약을 당사가 보장하는 경우에 대한 정보는 2.5절을 참조하십시오).

네트워크 약국은 보장되는 처방약을 귀하에게 제공하도록 당사 플랜과 계약을 맺은 약국을 말합니다. "보장 약품"이라는 용어는 당사 플랜의 약품 안내서에 포함된 모든 파트 D 처방약을 의미합니다.

**5장 파트 D 약품에 대한 플랜 보장 이용****2.1절 네트워크 약국****가입자 거주 지역의 네트워크 약국 찾기**

네트워크 약국을 찾으려면 제공자 명부를 참조하여 당사 웹사이트 ([Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments))를 방문하고/방문하거나 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 고객 지원에 전화하십시오.

당사의 네트워크 약국을 찾아갈 수도 있습니다. 일부 네트워크 약국은 우선 비용 분담을 제공하며, 이는 일반 비용 분담을 제공하는 약국의 비용 분담금보다 낮을 수 있습니다. 제공자 명부는 우선 비용 분담의 네트워크 약국을 알려줍니다. 또한 당사에 연락하여 여러 가지 약의 본인부담비용이 얼마나 달라질 수 있는지에 대한 추가 정보를 알아보십시오.

**가입자의 약국이 네트워크를 떠날 경우**

이용하는 약국이 당사 플랜의 네트워크를 떠난 경우 네트워크에 속한 새 약국을 찾아야 합니다. 이용하는 약국이 네트워크 내에 머물러 있기는 하지만 더 이상 우선 비용 분담을 제시하지 않는 경우, 다른 약국으로 전환하거나 네트워크 선호 약국이 있는 경우 해당 약국으로 전환할 수 있습니다. 해당 지역에서 다른 약국을 찾으려면 고객 지원에 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 전화해 도움을 받거나 제공자 명부를 사용하십시오. 당사 웹사이트 [Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments)에서 정보를 확인하실 수도 있습니다.

**전문 약국**

일부 처방약은 전문 약국에서 조제해야 할 수도 있습니다. 전문 약국은 다음과 같습니다.

- 가정 수액 요법용 의약품을 공급하는 약국.
- 장기요양(LTC) 시설 거주자를 위한 의약품을 공급하는 약국. 일반적으로 LTC 시설(요양원 등)에는 자체 약국이 있습니다. LTC 시설에서 파트 D 약품을 받는 데 어려움이 있는 경우 고객 지원에 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 전화하십시오.
- Indian Health Service / Tribal / Urban Indian Health Program(Puerto Rico에서는 제공되지 않음)을 지원하는 약국. 응급 상황을 제외하고, 아메리카 원주민 또는 Alaska 원주민만이 당사 네트워크에서 이러한 약국을 이용할 수 있습니다.
- FDA가 특정 지역으로 제한하거나 특별한 취급, 제공자 조정 또는 사용 교육을 요하는 약을 공급하는 약국. 전문 약국의 위치를 찾으려면 제공자 명부 ([Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments))를 참조하거나 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 고객 지원에 전화하십시오.

**2.2절 당사 플랜의 우편 주문 서비스**

특정 유형의 약품에 대해 당사 플랜의 네트워크 우편 주문 서비스를 사용할 수 있습니다. 일반적으로 우편 주문을 통해 제공되는 약은 만성 또는 장기 의료 질환을 위해 정기적으로 복용하는 약입니다. 이러한 약품은 당사의 약품 안내서에 **우편 주문 약품**으로 표시되어 있습니다.

귀하는 당사 플랜의 우편 주문 서비스를 통해 **최대 100일분**을 주문할 수 있습니다.

약국 네트워크 내에는 우선 비용 분담의 우편 주문 약국이 포함되어 있습니다. 다른 우편 주문 약국을 이용할 경우 더 많은 비용을 지불하실 수 있습니다.

**5장 파트 D 약품에 대한 플랜 보장 이용**

주문 양식 및 처방에 대한 정보를 우편으로 받으려면 고객 지원에 문의하십시오.

일반적으로 우편 주문 약국으로 주문된 약은 처방전을 받은 때로부터 10일(영업일 기준) 이내에 배송됩니다. 우편 주문 약국을 이용할 플랜인 경우, 의사에게 약의 처방전을 2부 작성해 달라고 하는 것이 좋습니다. 하나는 우편 주문을 위해 발송하고, 다른 하나는 우편 주문 약이 제때 도착하지 않을 경우 네트워크 약국에서 직접 약을 조제하기 위함입니다. 이렇게 하면 우편물이 지연되더라도 의약품의 공백이 생기지 않습니다. 우편 주문을 기다리는 동안 네트워크 약국에서 처방약을 조제하는 데 문제가 있는 경우 처방자의 진료실로 문의하십시오.

**약국이 진료실로부터 직접 새 처방을 받는 경우.**

다음과 같은 경우, 약국에서 귀하에게 먼저 확인하지 않고 의료 제공자로부터 받은 새 처방전에 기초하여 자동으로 약을 조제합니다.

- 귀하가 과거에 이 플랜에 따라 우편 주문 서비스를 이용한 경우
- 의료 제공자로부터 직접 받은 모든 새 처방을 자동 전달하도록 귀하가 서명한 경우. 언제든지 고객 지원에 전화를 걸어 새로운 약의 자동 전달을 요청할 수 있습니다.

귀하가 자신이 원하지 않는 처방약을 우편으로 자동 수령하거나 배송 전에 희망 여부를 알아보기 위한 연락을 받지 못한 경우, 환불을 받을 수 있습니다.

이전에 우편 주문을 사용했으며 약국에서 새로 처방된 약을 매번 자동으로 조제하지 않도록 하려면 당사 고객 지원에 전화하십시오.

귀하가 당사의 우편 주문 배송을 사용한 적이 없거나 새 처방약의 자동 조제를 중지하기로 결정할 경우, 약국은 의료 제공자로부터 새 처방을 받을 때마다 귀하에게 처방약의 조제와 즉시 배송을 원하는지 여부의 확인을 위한 연락을 드립니다. 다만 약국에서 연락을 받을 때마다 답변을 해서 새 처방전을 발송할지, 지연할지 또는 취소할지를 알리는 것이 중요합니다.

새 처방전을 의료 제공자의 진료실로부터 직접 수령하고 자동 배송하는 것을 거부하려면 고객 지원에 전화로 연락하십시오.

**우편 주문 처방약의 보충.** 처방약을 정기적으로 우편 배송을 받으려는 가입자는 자동 리필 프로그램에 등록할 수 있습니다. 이 프로그램에 등록하면 기록에 따라 약이 거의 소진되는 시점에 처방약 리필분이 자동으로 준비됩니다. 처방약이 추가로 필요한지를 확인하기 위해 각 리필약을 배송하기 전에 약국에서 연락을 드릴 것입니다. 약이 충분하지 않거나 변경된 경우에는 발송 예정인 리필약을 취소할 수 있습니다.

자동 리필 프로그램은 사용하지 않지만 우편 주문 약국을 통해 처방전을 발송받기를 원하는 경우에는 처방약이 모두 소진되기 14일(영업일 기준) 전에 약국에 문의하십시오. 이렇게 해야 주문 약을 적시에 받아볼 수 있습니다.

우편 주문 처방약 자동 리필 프로그램을 앞으로 이용하지 않으려는 경우에는 고객 지원에 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 전화하여 당사에 연락해 주십시오.

원치 않는 리필약을 우편으로 받은 경우에는 이에 대한 환불을 받으실 수 있습니다.

**5장 파트 D 약품에 대한 플랜 보장 이용****2.3절 약품을 장기 공급받는 방법**

약을 장기간 공급받으면 비용 부담이 더 낮아질 수 있습니다. 당사의 플랜은 약품 안내서에 따라 장기복용약의 두 가지 장기 공급 방식(일명 확장 공급)을 제시합니다(장기복용약은 만성 또는 장기 의료 질환을 위해 정기적으로 복용하는 약을 말합니다).

1. 당사 네트워크에 속한 일부 소매 약국에서 장기복용약의 장기 공급을 받을 수 있습니다. 귀하의 제/공자 명부([Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments))는 당사 네트워크의 어느 약국들이 장기복용약의 장기 공급을 제공할 수 있는지 알려줍니다. 자세한 내용은 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 고객 지원에 전화하실 수도 있습니다.
2. 또한 우편 주문 프로그램을 통해 장기복용약을 받을 수도 있습니다. 자세한 내용은 2.2절을 참조하십시오.

**2.4절 당사 플랜의 네트워크에 없는 약국 이용**

일반적으로 네트워크 약국을 이용할 수 없는 경우에만 네트워크 외 약국에서 구매하는 약에 대해 보장합니다. 가입자는 서비스 지역 외부에 있는 당사의 네트워크 약국을 통해 플랜의 가입자로서 처방약을 구매할 수도 있습니다. **고객 지원에 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 전화하여 먼저 확인하여** 근처에 네트워크 약국이 있는지 확인하십시오.

당사는 이러한 상황에 한하여 네트워크 외 약국에서 조제된 처방약을 보장합니다.

- **의학적 응급 상황으로 인해 처방약이 필요한 경우**

- 의학적 응급 상황 치료와 관련한 처방약인 경우 네트워크 외 약국에서 구매한 처방약을 보장합니다(최대 30일분). 이러한 상황에서는 처방약을 조제할 때 전체 비용을 지불해야 합니다(공동 부담금 또는 공동 보험비용만 지불하지 않음).

<https://www.humana.com/pharmacy/prescription-coverages/medicare-claim-forms/>의 처방약 청구 양식을 제출하여 비용 중 당사의 부담금을 귀하에게 보상해 줄 것을 요청할 수 있습니다. 네트워크 외 약국에 가는 경우, 네트워크 약국에서 구매한 처방약에 대해 당사가 지불하는 금액과 처방약에 대해 네트워크 외 약국에서 청구된 액수 사이의 차이를 지불할 책임이 있습니다(7장, 2절은 귀하에게 비용을 돌려주라고 당사 플랜에 요청하는 방법을 설명합니다).

- **당사 플랜의 서비스 지역 밖에서 여행하던 중 보장이 필요한 경우**

- 꾸준히 처방약을 복용하고 여행을 떠난다면 떠나기 전에 반드시 약의 분량을 확인하십시오. 가능한 경우 필요한 모든 의약품들 가져가십시오. 귀하는 당사의 처방약 우편 주문 서비스 또는 확장된 분량을 제공하는 네트워크 소매 약국을 통해 미리 처방약을 주문할 수 있습니다. 플랜의 서비스 지역을 벗어나 미국 및 영토 내에서 여행 중에 아프게 되거나 처방약이 떨어지면 고객 지원에 연락하여 처방약을 조제할 수 있는 지역의 네트워크 약국을 찾으십시오. 네트워크 약국을 이용할 수 없는 경우 이 문서에서 식별된 다른 모든 보장 규칙을 따르는 경우 네트워크 외 약국에서 구매한 처방약을 보장합니다(최대 30일분). 이러한 상황에서는 처방약을 조제할 때 전체 비용을 지불해야 합니다(공동 부담금 또는 공동 보험비용만 지불하지 않음).
- **처방약을 보장하는 경우 네트워크 외 요율이 적용됩니다.** 네트워크 약국에서 구매한 처방약에 대해 당사가 지불하는 금액과 처방약에 대해 네트워크 외 약국에서 청구된 금액 사이의 차이를 귀하가 지불할 책임이 있을 수 있습니다. 종이 청구서 양식을 제출하여 비용 중 당사의 부담금을 귀하에게 보상해 줄 것을 요청할 수 있습니다(7장, 2절은 귀하에게 비용을 돌려주라고 당사 플랜에 요청하는 방법을 설명합니다).

**5장 파트 D 약품에 대한 플랜 보장 이용**

- 그러나 다수의 비응급 상황으로 인해 네트워크 외 약국 청구가 발생하면 청구가 거부될 수 있다는 점에 유의하십시오. 또한, 도난 의약품 또는 미국 및 영토 외의 약국에서 구매한 처방약에 대해 비용을 지불할 수 없습니다. 예를 들어, 미국 영토 밖에 있는 크루즈 선박 등에서 의료 응급 상황이 발생한 경우에도 마찬가지입니다.

**그렇지 않은 경우 네트워크 외 약국으로 가면 처방약을 보장받을 수 있습니다.**

이러한 상황은 네트워크 외 요율로 보장됩니다. 이러한 상황에서는 처방약을 구매할 때 전체 비용을 지불해야 합니다(공동 부담금 또는 공동 보험비용만 지불하지 않음). 종이 청구서 양식을 제출하여 비용 중 당사의 부담금을 귀하에게 보상해 줄 것을 요청할 수 있습니다. 네트워크 외 약국 또는 제공자에 가는 경우, 네트워크 약국에서 구매한 처방약에 대해 당사가 지불하는 금액과 처방약에 대해 네트워크 외 약국에서 청구된 액수 사이의 차이를 지불할 책임이 있습니다(7장, 2절은 귀하에게 비용을 돌려주라고 당사 플랜에 요청하는 방법을 설명합니다). 다음 중 하나 이상이 적용되는 경우 네트워크 외 약국에서 처방약이 보장됩니다.

- 합당한 주행 거리 내에 열려 있는 네트워크 약국이 존재하지 않기 때문에 필요한 보장 약을 즉시 받을 수 없습니다.
- 귀하의 처방전은 네트워크 내 약국에서 일반적으로 보유하지 않는 특수 약품입니다.
- 귀하가 아직 가입하지 않았는데도 처방약을 받을 당시 Medicaid 이용 자격이 있었습니다. 이를 소급 가입이라고 합니다.
- 주, 연방 또는 공공 보건 응급 상황으로 인해 집 밖에 있으며 네트워크 약국에 접근할 수 없습니다.
- 환자가 응급실, 제공자 기반 병원, 외래 수술 클리닉 또는 다른 외래환자 환경에 있는 동안 기관 기반 약국에서 보장 처방약을 받은 경우.

네트워크 외 약국을 이용해야 하는 경우 일반적으로 처방약을 구매할 때 전체 비용을 지불해야 합니다(일반 비용 부담 아님). 당사의 비용 부담에 대해 보상해 달라고 요청할 수 있습니다(귀하에게 비용을 돌려주라고 당사 플랜에 요청하는 방법에 대한 정보는 7장, 2절을 참조하십시오). 네트워크 외 약국에서 약에 대해 지불하는 비용과 네트워크 약국에서 보장하는 비용의 차이를 지불해야 할 수 있습니다.

### **3절      귀하의 약품이 당사 플랜의 약품 안내서 내에 있어야 합니다**

#### **3.1절      약품 안내서는 어떤 파트 D 약품이 보장되는지 설명합니다**

당사 플랜에는 **처방약 안내서(처방집)**가 포함되어 있습니다. 이 **보장 범위 증명서**에서는 이것을 **약품 안내서**라고 부릅니다.

이 목록에 있는 약품은 의사 및 약사의 도움을 받아 당사 플랜에 포함된 것입니다. 이 목록은 Medicare의 요건을 충족하며 Medicare의 승인을 받았습니다.

약품 안내서에는 Medicare 파트 D에서 보장하는 약품만이 기재되어 있습니다. Medicare에서 보장하는 약 외에, 일부 처방약은 귀하의 Medicaid 혜택에 따라 보장될 수 있습니다. Medicaid에서만 보장되는 처방약에 대한 정보는 이 문서의 "자료 A"에 있는 전화번호로 Apple Health(Medicaid)에 문의하십시오.

이 장에 설명된 다른 보장 규칙을 따르고 약품 사용이 의학적으로 인정된 적응증인 경우 일반적으로 당사 플랜의 약품 안내서에 수록된 약품을 보장하게 됩니다. 의학적으로 인정된 적응증은 다음 중 하나의 약품에 대한 사용 목적입니다.

**5장 파트 D 약품에 대한 플랜 보장 이용**

- FDA가 규정된 진단 또는 상태에 대해 해당 약품을 승인함 또는
- AHFS(American Hospital Formulary Service, 미국 병원 처방집 서비스) 의약품 정보 및 Micromedex DRUGDEX 정보 시스템(Micromedex DRUGDEX Information System) 등의 특정 참조 자료가 지원하는 약품.

약품 안내서에는 브랜드 의약품, 복제약 및 생물학적 제제(바이오시밀러가 포함될 수 있음)가 포함되어 있습니다.

브랜드 의약품은 제약사가 소유한 상표명으로 판매되는 처방약입니다. 생물학적 제제는 일반 약품보다 더 복잡한 약품입니다. 약품 안내서에서 약품을 언급할 때 이는 약품 또는 생물학적 제제를 의미할 수 있습니다.

복제약은 브랜드 의약품과 동일한 활성 성분을 갖는 처방약입니다. 생물학적 제제에는 바이오시밀러라고 하는 대안이 있습니다. 일반적으로 복제약 및 바이오시밀러는 브랜드 또는 기존 생물학적 제제와 같은 효과가 있으며 일반적으로 비용이 적게 듭니다. 다수의 브랜드 의약품에 대한 복제약 대체제와 일부 기존 생물학적 제제에 대한 바이오시밀러 대체제를 사용할 수 있습니다. 일부 바이오시밀러는 교체 가능한 바이오시밀러이며, 주법에 따라 브랜드 의약품을 대체할 수 있는 것처럼 새 처방전이 필요 없이 약국에서 기존 생물학적 제제로 대체될 수 있습니다.

약품 안내서에 나와 있을 수 있는 의약품 유형에 대한 정의는 12장을 참조하십시오.

**일반의약품**

또한 저희 플랜은 특정 일반의약품도 포함합니다. 일부 일반의약품은 처방약보다 저렴하며, 또한 효과가 있습니다. 자세한 내용은 800-457-4708(TTY 사용자 711 이용)로 고객 지원에 전화하십시오.

**약품 안내서에 없는 약품**

당사 플랜이 모든 처방약을 보장하는 것은 아닙니다.

- 어떤 경우에는 법에 따라 특정 유형의 약품을 보장하는 Medicare 플랜이 허용되지 않습니다(자세한 내용은 7절을 참조하십시오).
- 다른 경우에는 약품 안내서에 특정 약품을 포함시키지 않기로 결정했습니다.
- 경우에 따라 당사 약품 안내서에 없는 약품을 구입할 수 있습니다(자세한 내용은 9장을 참조하십시오).

**3.2절 약품 안내서의 약품에 대한 다섯(5) 가지 비용 부담 계층**

당사 플랜의 약품 안내서에 수록된 모든 약품은 다섯(5) 가지의 비용 부담 계층 중 하나에 해당됩니다. 일반적으로 계층이 높을수록 약품 비용이 더 높습니다.

- **비용 부담 계층 1 – 우선 복제약:** 이 플랜에서 가장 낮은 비용 부담으로 제공되는 복제약 또는 브랜드 약
- **비용 부담 계층 2 – 복제약:** 1단계 우선 복제약보다 더 높은 비용으로 당사 플랜이 제공하는 복제약 또는 브랜드 약
- **비용 부담 계층 3 – 우선 브랜드 약:** 4단계 비우선 브랜드 약보다 더 낮은 비용으로 당사 플랜이 제공하는 복제약 또는 브랜드 약
- **비용 부담 계층 4 – 비우선 약:** 3단계 우선 브랜드 약보다 더 높은 비용으로 당사 플랜이 제공하는 복제약 또는 브랜드 약
- **비용 부담 계층 5 – 특수 계층 약품:** 일부 주사제 또는 기타 고가 약

사용 중인 약품의 비용 부담 계층을 확인하려면 당사 플랜의 약품 안내서를 참조하십시오. 각 비용 부담 계층에서 약품에 대해 지불하는 금액은 6장에 나와 있습니다.

**5장 파트 D 약품에 대한 플랜 보장 이용****3.3절 특정 약품이 약품 안내서에 있는지 확인하는 방법**

약품이 약품 안내서에 있는지 확인하려면 다음 옵션을 선택하십시오.

- 전자 방식으로 제공하는 최신 약품 안내서를 확인하십시오(약품 안내서에는 가입자들이 가장 일반적으로 사용하는 보장 약품에 대한 정보가 있습니다. 당사는 약품 안내서에 포함되지 않은 추가 약품을 보장합니다. 가입자의 약품 중 하나가 약품 안내서에 나와 있지 않은 경우 당사 웹사이트를 방문하거나 고객 지원에 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 전화하여 당사가 해당 약품을 보장하는지 확인해 보십시오).
- 당사 플랜의 웹사이트([Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments))를 방문하십시오. 웹사이트의 약품 안내서는 항상 최신 상태를 유지하고 있습니다.
- 특정 약품이 당사 플랜의 약품 안내서에 있는지 확인하거나 목록 사본을 요청할 경우 고객 지원에 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 전화하십시오.
- 당사 플랜의 “실시간 혜택 도구”([Humana.com](https://www.humana.com))을 방문한 후 MyHumana에 로그인하여 약품 안내서에서 약품을 검색하여 예상 지불 금액과 동일한 질환을 치료할 수 있는 대체 약품이 있는지 확인하십시오. 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 고객 지원에 전화하실 수도 있습니다.

**4절 보장에 제한이 있는 약품****4.1절 일부 약품에 제한이 있는 이유**

특정 처방약에 대한 특별 규칙은 당사 플랜이 어떻게 그리고 언제 보장하는지를 제한합니다. 의사와 약사 팀은 귀하와 귀하의 제공자가 가장 효과적인 방법으로 약품을 사용하도록 장려하기 위해 이러한 규칙을 개발했습니다. 이러한 제한 사항 중 무엇이 귀하가 복용하거나 복용하고 싶은 약품에 적용되는지 알아보려면 약품 안내서를 확인하십시오.

안전하고 저렴한 약품이 의학적으로 더 높은 비용의 약품처럼 효과가 있는 경우 당사 플랜의 규칙은 귀하와 제공자가 이 저렴한 옵션을 사용하도록 장려하기 위해 마련되었습니다.

약품 안내서에 약품이 두 번 이상 나타날 수 있습니다. 이는 동일한 약품이 의료 제공자가 처방한 약의 강도, 양 또는 형태에 따라 달라질 수 있으며, 약품의 버전(예: 10mg 대 100mg, 하루에 1건 대 2건, 정제 대 액체)에 따라 제한이나 비용 부담이 다르게 적용될 수 있기 때문입니다.

**4.2절 제한의 종류**

**약품에 대한 제한이 있는 경우, 일반적으로 약품이 보장되려면 귀하 또는 귀하의 제공자가 추가 조치를 취해야 함을 의미합니다.** 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 고객 지원에 문의하여 해당 약품 보장을 받기 위해서 가입자 또는 가입자의 제공자가 할 수 있는 일을 알아보십시오. **당사가 귀하의 제한을 포기하도록 하려면 보장 결정 절차를 사용하여 예외를 만들도록 요청해야 합니다.** 당사는 귀하의 제한을 포기하는 데 동의할 수도 있고 동의하지 않을 수도 있습니다(9장 참조).

**사전에 플랜 승인을 받습니다**

특정 약품의 경우, 당사가 가입자를 위해 본 약품에 대한 보장에 동의하기 전에 가입자 또는 가입자의 제공자가 특정 기준에 기반하여 당사 플랜의 승인을 받아야 합니다. 이를 **사전 승인**이라고 합니다. 이는 의약품의 안전성을 보장하고 특정 약품의 적절한 사용을 안내하기 위해 사용됩니다. 이 승인을 받지 못하면 약품이 당사 플랜에 의해 보장되지 않을 수 있습니다. 당사 플랜의 사전 승인 기준은 고객 지원에 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로

**5장 파트 D 약품에 대한 플랜 보장 이용**

전화하거나 당사 웹사이트 <https://assets.humana.com/is/content/humana/2026%20Super%20National%205%20MAPD-Prior%20Authorizationpdf>를 방문하여 확인할 수 있습니다.

**다른 약품을 먼저 시도합니다**

이러한 요건은 당사 플랜이 다른 약품을 보장하기 전에 비용이 적게 들지만 일반적으로 효과적인 약품을 사용할 것을 권장합니다. 예를 들어, 약품 A와 약품 B가 동일한 의료 질환을 치료하는 경우, 당사 플랜에 따라 약 A를 먼저 시도해야 할 수도 있습니다. 약품 A가 효과가 없는 경우 플랜은 약품 B를 보장합니다. 다른 약품을 먼저 시도하기 위한 이 요건을 **단계적 치료법**이라고 합니다. 당사 플랜의 단계적 치료법 기준은 고객 지원에 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 전화하거나 당사 웹사이트 <https://assets.humana.com/is/content/humana/2026%20Super%20National%205%20MAPD-Step%20Therapy.pdf>를 방문하여 확인할 수 있습니다.

**수량 제한**

특정 약품의 경우, 처방약을 조제할 귀하가 가질 수 있는 약품의 양을 제한합니다. 예를 들어, 일반적으로 특정 약품에 대해 하루에 한 알만 복용해도 안전하다고 판단되는 경우, 당사는 처방약에 대한 보장을 하루 한 알 이상 복용하지 않도록 제한할 수 있습니다.

## 5절 가입자가 원하는 대로 가입자의 약품 중 하나가 보장되지 않는 경우 가입자는 어떤 조치를 취할 수 있습니까?

복용하는 처방약이 있을 수도 있고, 가입자와 가입자의 제공자가 당사의 약품 안내서에 포함되지 않거나 제한 사항이 있는 처방약으로서 가입자가 복용해야 한다고 생각하는 약품이 있는 경우도 있습니다. 예를 들면 다음과 같습니다.

- 약품이 전혀 보장되지 않을 수 있습니다. 또는 복제약이 보장되지만 사용하려는 브랜드 버전은 보장되지 않을 수 있습니다.
- 이 약품이 보장되지만, 보장하는 데 추가 규칙이나 제한 사항이 있습니다.
- 이 약품이 보장되지만, 비용 부담 계층에 있으므로 비용을 더 많이 부담할 수 있습니다.
- 약품이 비용 부담 계층에 있어 생각보다 비용이 많이 드는 경우 5.1절로 이동하여 무엇을 할 수 있는지 알아보십시오.

약품이 약품 안내서 내에 있지 않거나 제한 사항이 있는 경우 다음과 같은 옵션을 수행할 수 있습니다.

- 약품을 임시로 공급받을 수 있습니다.
- 다른 약품으로 변경할 수 있습니다.
- 예외를 요청하고 당사 플랜에 약품에 대한 보장 또는 약품 제한 해제를 요청할 수 있습니다.

**약품을 임시로 공급받을 수 있습니다**

특정 상황에서는, 당사 플랜이 이미 복용하고 있는 약품의 임시 공급을 제공해야 합니다. 이러한 임시 공급을 통해 보장 변경에 대해 제공자와 대화할 수 있습니다.

**5장 파트 D 약품에 대한 플랜 보장 이용**

임시 공급 자격을 얻기 위해 복용하는 약품은 **더 이상 당사 플랜의 약품 안내서에 포함되어 있지 않거나 어떤 식으로든 제한되어야 합니다.**

- **신규 가입자일 경우** 플랜 가입 후 처음 90일 동안 일시적으로 약품을 공급받을 수 있습니다.
- **작년에 당사 플랜에 가입하신 경우** 해당 연도의 첫 90일 동안 일시적으로 약품을 공급받으실 수 있습니다.
- 이 임시 공급은 최대 30일 동안 제공됩니다. 처방을 며칠 더 적은 기간 동안 작성한 경우, 최대 30일간의 의약품 공급을 위해 여러 번 구매를 허용합니다.  
처방약은 네트워크 약국에서 구매해야 합니다(장기요양 약국은 낭비를 방지하기 위해 한 번에 더 적은 양의 약품을 제공할 수 있습니다).
- **90일 이상 당사 플랜에 가입되어 있고 장기 요양(LTC) 시설에 거주하며 즉시 공급이 필요한 가입자:** 특정 약품의 31일 응급 공급은 1회 또는 처방을 며칠 더 적은 기간 동안 작성한 경우 그 이하에 대해 보장하게 됩니다. 이는 위의 임시 공급 이외에 추가로 적용됩니다.
- **치료 환경에 변경 사항이 있는 현재 가입자에 대한 전환 공급:**

당사 플랜 연도 중에 치료를 받는 환경이 변경되는 경우 전환 중에 약품을 단기간 공급해야 할 수 있습니다. 예를 들면 다음과 같습니다.

- 귀하는 병원 또는 전문요양시설(Medicare 파트 A 지급에 약 비용이 포함된 경우)에서 퇴원하며 집에서 약을 계속 복용하려면 약국의 처방약이 필요합니다(파트 D 플랜 혜택 사용). 또는
- 한 전문요양시설에서 다른 시설로 이송됩니다.

치료 환경을 변경하고 약국에서 처방약을 조제해야 하는 경우, Medicare 파트 D가 보장하는 약품에 대해 최대 31일 공급을 보장하므로 약품 치료가 중단되지 않습니다.

같은 달 내에 여러 차례 치료 환경을 변경하는 경우, 약품 보장을 계속 받기 위해 예외 또는 사전 승인을 요청해야 할 수 있습니다.

**전환 기간 중 임시 약품 공급 정책**

귀하가 신규 가입자이거나, 플랜을 변경했거나, 약품 보장에 변화가 있는 경우, 2026년 플랜의 첫 90일을 전환 기간으로 간주합니다. 위에서 설명한 바와 같이, 전환 기간 동안 필요한 경우 임시 약품 공급을 받을 수 있는 여러 가지 방법이 있습니다.

첫 90일 동안, 약품 안내서에 없는 약품에 대해 현재 처방약을 가지고 있거나 제한으로 인해 사전 승인이 필요한 경우 임시 공급을 받을 수 있습니다. 임시 공급을 받는 조건은 아래에 설명되어 있습니다.

**소매 또는 우편 주문 약국에서 1회 전환 공급**

당사는 Medicare 파트 D가 보장하는 최대 30일분의 약품을 보장합니다. 약품이 임시 공급되는 동안 임시 공급량을 사용한 후 무엇을 해야 하는지 의사와 상담하십시오. 또한 효과가 있는 보장 약품으로 전환할 수도 있습니다. 동일한 약품을 계속 투여해야 한다는 의학적 필요성이 있다고 생각되는 경우, 귀하와 담당 의사는 예외를 요청할 수 있습니다.

**장기요양 시설에 있는 경우 전환 공급**

Medicare 파트 D가 보장하는 약품의 최대 31일 공급은 보장됩니다. 이 보장은 장기 의료 시설의 약국에서 현재 처방약이 구매되는 한 90일 전환 기간 동안 언제든지 사용할 수 있습니다.

**5장 파트 D 약품에 대한 플랜 보장 이용**

당사 플랜 연도(90일 전환 기간 이후)에 처방된 약품을 복용하는 데 문제가 있는 경우, Medicare 파트 D가 보장하는 약품에 대한 최대 31일 응급 상황 공급을 보장합니다. 응급 상황 공급을 통해 귀하와 담당 의사가 예외 또는 사전 승인을 요청하는 동안 약품 치료를 계속할 수 있습니다.

**전환 기간 연장**

귀하가 예외를 요청했거나 약품 보장에 대한 이의 제기를 한 경우 요청을 처리하는 동안 임시 전환 기간을 연장할 수 있습니다. 필요한 경우 약품을 계속 받기 위해 전환 기간을 연장해야 한다고 생각되는 경우 고객 지원에 연락하십시오(전화번호는 이 문서의 뒷표지에 안내됨).

**임시 공급 비용**

임시 약품 공급의 공동 부담금 또는 공동 보험비용은 플랜의 승인된 약품 비용 분담 계층을 기반으로 합니다. 2026년에 부가 지원을 받을 경우, 공동 부담금 또는 공동 보험비용이 저소득 보조금 금액을 초과하지 않습니다.

임시 공급량에 대한 문의 사항은 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 고객 지원에 전화하십시오.

**임시 약품 공급을 받는 동안, 귀하는 제공자와 상의하여 임시 공급분을 모두 복용하기 전에 어떻게 해야 하는지 결정해야 합니다. 다음 2가지 옵션이 있습니다.**

**옵션 1. 다른 약품으로 변경할 수 있습니다**

당사 플랜에서 보장하는 다른 약품이 귀하에게 적합할 수 있는지에 대해 제공자와 상의하십시오. 고객 지원에 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 전화하여 동일한 의학적 질환을 치료하는 보장 약품 목록을 요청하십시오. 이 목록은 귀하의 제공자가 귀하에게 맞을 수 있는 보장 약품을 찾는 데 도움을 줄 수 있습니다.

**옵션 2. 예외를 요청할 수 있습니다**

**귀하와 귀하의 제공자는 당사 플랜에 예외를 적용하도록 요청하여 해당 약품의 보장을 요구할 수 있습니다.**

귀하가 당사에 예외를 요청하는 의료적 이유가 있다고 귀하의 제공자가 말하는 경우, 해당 제공자는 예외를 요청할 수 있도록 지원할 수 있습니다. 예를 들어, 당사 플랜의 약품 안내서에 없는 경우에도 약품을 보장하는 플랜을 요청할 수 있습니다. 또는 제한 없이 예외를 두고 약품을 보장해달라고 당사 플랜에 요청할 수 있습니다.

귀하가 현재 가입자이고 귀하가 복용하는 약품이 다음 해에 처방집에서 제거되거나 제한되는 경우, 당사는 변경되는 사항에 대해 다음 연도 전에 귀하에게 알려드릴 것입니다. 귀하는 내년도 이전에 예외를 요청할 수 있으며, 당사는 요청(또는 처방자의 지원 문구) 접수 후 72시간 이내에 답변해 드리겠습니다. 당사가 귀하의 요청을 승인하는 경우, 변경 사항이 적용되기 전에 약품 보장을 허가하게 됩니다.

**귀하와 제공자가 예외를 요청하려는 경우, 9장 7.4절에서 할 일을 참조하십시오.** 또한 귀하의 요청이 신속하고 공정하게 처리되도록 Medicare가 정한 절차와 마감 시한을 설명합니다.

**5.1절 약품의 비용 분담 계층이 너무 높다고 판단되면 해야 할 일**

약품이 너무 높은 비용 분담 계층에 있는 경우, 다음과 같이 할 수 있습니다.

**다른 약품으로 변경할 수 있습니다**

약품이 너무 높은 비용 분담 계층에 있는 경우, 제공자와 상담하십시오. 저렴한 비용 분담 계층에 다른 약품이 있을 수 있으며, 이러한 약품이 여러분에게 효과가 있을 수 있습니다. 고객 지원에 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 전화하여 동일한 의학적 질환을 치료하는 보장 약품 목록을 요청하십시오. 이 목록은 귀하의 제공자가 귀하에게 맞을 수 있는 보장 약품을 찾는 데 도움을 줄 수 있습니다.

**5장 파트 D 약품에 대한 플랜 보장 이용****예외를 요청할 수 있습니다**

귀하와 귀하의 제공자는 약품에 대한 비용 부담 계층에서 예외를 발생시키고 비용을 절감하도록 당사 플랜에 요청할 수 있습니다. 귀하가 당사에 예외를 요청하는 의료적 이유가 있다고 귀하의 제공자가 말하는 경우, 해당 제공자는 규칙에 대한 예외를 요청할 수 있도록 지원할 수 있습니다.

귀하와 제공자가 예외를 요청하려는 경우, 9장, 7.4절에서 할 일을 참조하십시오. 또한 귀하의 요청이 신속하고 공정하게 처리되도록 Medicare가 정한 절차와 마감 시한을 설명합니다.

당사의 비용 부담 계층 5 - 특수 계층 약품의 약품은 이러한 유형의 예외에 적격하지 않습니다. 당사는 이 단계에 속한 약품의 비용 부담 금액을 낮추지 않습니다.

**6절 당사 약품 안내서는 그 해에 변경될 수 있습니다**

약품 보장에 관한 변경 사항은 대부분 매년 초(1월 1일)에 발생합니다. 그러나, 해당 연도 이내, 당사 플랜은 약품 안내서를 일부 변경할 수 있습니다. 예를 들어, 당사 플랜은 다음과 같은 일을 할 수 있습니다.

- 약품 안내서에서 약품을 추가하거나 제거합니다.
- 약품을 더 높거나 낮은 비용 부담 계층으로 이동합니다.
- 약품의 보장에 대한 제한을 추가하거나 제거합니다.
- 브랜드 의약품을 약품의 복제 버전으로 교체합니다.
- 기존 생물학적 제제를 생물학적 제제의 교체 가능한 바이오시밀러 버전으로 교체합니다.

당사 플랜의 약품 안내서를 변경하기 전에 Medicare 요건을 따라야 합니다.

**약품 보장 변경에 대한 정보**

약품 안내서의 변경이 발생할 경우, 당사는 이러한 변경 사항에 대한 정보를 당사 웹사이트에 게시하고 있습니다. 또한 정기적으로 온라인 약품 안내서를 업데이트해 드립니다. 경우에 따라 가입자가 복용하는 약품에 대해서 변경 사항을 적용한 경우 가입자는 직접 통지를 받을 수 있습니다.

**이번 플랜 연도 중 귀하에게 영향을 미치는 약품 보장 변경**

- 약품 안내서에 새 약품을 추가하고 약품 안내서에서 유사 약품의 제거 또는 변경을 즉시 수행하기.
  - 당사는 약품 안내서에서 유사 약품을 제거하거나 유사 약품을 다른 비용 부담 계층으로 이동하거나 새로운 제한 사항을 추가하거나 둘 다 추가할 수 있습니다. 약품의 새 버전은 동일하거나 또는 더 낮은 비용 부담 계층에 표시되며 제한 사항은 동일하거나 더 적습니다.
  - 당사는 브랜드 의약품의 새로운 복제 버전을 추가하거나 이미 약품 안내서에 있는 기존 생물학적 제제의 새로운 바이오시밀러 버전을 추가하는 경우에만 이러한 즉각적인 변경을 할 것입니다.
  - 이러한 변경 사항을 즉시 수행하고 나중에 알려 드릴 수 있습니다. 이는 당사가 제거하거나 변경하는 약품을 복용하는 경우에도 마찬가지입니다. 귀하가 당사 변경 시점에 유사 약품을 복용하는 경우, 당사는 당사가 지정한 모든 특정 변경 사항에 대한 알려드릴 것입니다.

**5장 파트 D 약품에 대한 플랜 보장 이용**

- **약품 안내서에 약품을 추가 및 약품 안내서에서 유사 약품의 제거 또는 변경을 수행하기.**
  - 약품 안내서에 다른 약품 버전을 추가할 때, 약품 안내서에서 유사 약품을 제거하거나, 다른 비용 부담 계층으로 이동하거나, 새로운 제한 사항을 추가하거나, 두 가지 모두를 추가할 수 있습니다. 추가하는 약품의 버전은 동일하거나 또는 더 낮은 비용 부담 계층에 있으며 제한 사항은 동일하거나 더 적습니다.
  - 당사는 브랜드 의약품의 새로운 복제 버전을 추가하거나 이미 약품 안내서에 있는 기존 생물학적 제제의 새로운 바이오시밀러 버전을 추가하는 경우에만 이러한 변경을 할 것입니다.
  - 당사는 변경 전 최소 30일 전에 알려주거나 변경 사항에 대해 알려드리고 현재 복용하고 있는 약품 버전의 30일분을 보장합니다.
- **안전하지 않은 약품 및 약품 안내서에 나와 있는 시장에서 철회된 기타 약품 제거하기.**
  - 경우에 따라 약품이 안전하지 않은 것으로 간주되거나 다른 이유로 단종되기도 합니다. 이 경우 약품 안내서에서 약품을 즉시 제거할 수 있습니다. 귀하가 이 약품을 복용하는 경우, 당사는 변경 후 이를 알려드릴 것입니다.
- **약품 안내서의 약품에 대해 기타 변경 사항 적용하기.**
  - 당사는 해당 연도가 시작되면 귀하가 복용하고 있는 약품에 영향을 미치는 다른 변경 사항을 적용할 수 있습니다. 예를 들어 당사는 FDA 박스형 경고나 Medicare에서 인정한 새로운 임상 지침에 따라 변경 사항을 적용할 수 있습니다.
  - 당사는 이러한 변경 사항을 적용하기 최소 30일 전에 알려주거나 변경 사항에 대해 알려드리고 귀하가 복용하는 약품의 30일분을 추가로 보장할 것입니다.

당사가 귀하가 복용하는 약품에 대해 이러한 변경 사항을 적용할 경우, 귀하의 질환을 치료하기 위해 다른 약품으로 변경하는 것 또는 귀하가 복용 중인 약품에 대한 새로운 제한 사항을 충족하기 위한 보장 결정 요청을 포함하여 귀하에게 가장 적합한 옵션에 대해 처방자와 상의합니다. 귀하나 처방자는 약품을 계속 보장하거나 귀하가 복용하고 있는 약품의 버전을 계속 보장하는 예외를 당사에 요청할 수 있습니다. 보장 결정에 대한 예외를 요청하는 방법에 대한 자세한 내용은 9장을 참조하십시오.

**본 플랜 연도 동안 귀하에게 영향을 주지 않는 약품 안내서 변경**

약품 안내서에 위에 설명되어 있지 않은 일부 변경 사항이 있을 수 있습니다. 이 경우 변경 사항이 있을 때 약품을 복용하고 있다면 귀하에게 이러한 변경 사항은 적용되지 않습니다. 다만, 귀하가 동일한 플랜을 유지하는 경우 다음 플랜 연도의 1월 1일부터 변경 사항이 귀하에게 영향을 미칠 수 있습니다.

일반적으로 당해 플랜 연도 동안 귀하에게 영향을 미치지 않는 변경 사항은 다음과 같습니다.

- 귀하의 약품을 더 높은 비용 부담 계층으로 이동합니다.
- 귀하의 약품 사용에 새로운 제한을 둡니다.
- 약품 안내서에서 귀하의 약품을 제거합니다.

귀하가 복용하는 약품에 대해 이러한 변화가 발생한 경우(단, 시장 회수, 브랜드 의약품을 대체한 복제약 또는 위의 절에 명시된 기타 변경 사항은 예외), 변경 사항이 내년 1월 1일까지 사용 또는 비용 부담으로 지불하는 금액에 영향을 미치지 않습니다.

당해 플랜 연도 중에는 이러한 유형의 변경 사항에 대해 직접 알려드리지 않습니다. 다음 플랜 연도 동안 귀하가 복용하는 약품에 미칠 변경 사항을 확인하려면 다음 플랜 연도(공개 가입 기간 동안 목록을 확인할 수 있는 경우)의 약품 안내서를 확인해야 합니다.

**5장 파트 D 약품에 대한 플랜 보장 이용****7절 당사가 보장하지 않는 약품의 종류**

일부 유형의 처방약은 **제외됩니다**. 이는 Medicare가 이러한 약품에 대한 비용을 지불하지 않음을 의미합니다.

가입자가 이의를 제기한 결과 요청한 약품이 파트 D에서 제외되지 않은 것으로 판명될 경우, Humana에서 비용을 지불하거나 보장합니다(결정에 이의를 제기하는 방법에 대한 자세한 내용은 9장을 참조하십시오). 당사 플랜에서 제외된 약품이 Medicaid에서도 제외되는 경우, 가입자가 그 약품에 대해 직접 지불해야 합니다.

다음은 Medicare 약품 플랜이 파트 D에 따라 보장되지 않는 약품에 대한 3가지 일반적인 규칙입니다.

- 당사 플랜의 파트 D 약품 보장은 Medicare 파트 A 또는 파트 B에서 보장되는 약품을 보장할 수 없습니다.
- 당사의 플랜은 미국 또는 그 영토 이외의 지역에서 구매한 약품을 보장할 수 없습니다.
- 당사 플랜은 일반적으로 약품의 **오프 라벨** 사용에 대한 보장의 경우 AHFS(American Hospital Formulary Service, 미국 병원 처방집 서비스) 의약품 정보 시스템과 Micromedex DRUGDEX 정보 시스템 등 특정 참조 자료가 해당 사용을 지원하지 않는 경우에만 허용됩니다. 오프 라벨 사용은 FDA가 승인한 약품 라벨에 표시된 것 이외의 약품을 사용하는 것을 말합니다.

또한, 법에 따라 아래 나열된 약품 범주는 Medicare에서 보장되지 않습니다. 그러나 이러한 약품 중 일부는 Medicaid 약품 보장에 따라 귀하를 위해 보장될 수도 있습니다. 자세한 내용은 Apple Health(Medicaid)로 문의하십시오. Apple Health(Medicaid)의 연락처 정보는 이 문서 뒷면의 "자료 A"에서 확인할 수 있습니다.

- 처방되지 않은 약품(일반의약품이라고도 부름)
- 생식 능력을 촉진하는 데 사용되는 약품
- 기침이나 감기 증상을 완화하는데 사용되는 약품
- 미용 목적으로 사용하거나 모발 성장을 촉진하는 데 사용되는 약품
- 임신부용 비타민과 불소 제제를 제외한 처방 비타민과 미네랄 제품
- 성적 또는 발기 기능 장애 치료에 사용되는 약품
- 식욕부진, 체중 감소 또는 체중 증가 치료에 사용되는 약품
- 제조사가 판매 조건으로 제조사로부터 독점적으로 관련 테스트 또는 모니터링 서비스를 구매하도록 요구하는 외래 약품

처방약에 대해 지불하기 위해 **부가 지원을 받는 경우** 부가 지원 프로그램은 일반적으로 보장되지 않는 약품에 대해 지불하지 않습니다. Medicaid를 통해 약품이 보장되는 경우, 귀하의 주 Medicaid 프로그램은 Medicare 약품 플랜에서 일반적으로 보장하지 않는 일부 처방약에 대해 보장할 수 있습니다. 어떤 약품 보장이 귀하에게 제공되는지 확인하려면 해당 주의 Medicaid 프로그램에 문의하십시오(Medicaid의 전화번호와 연락처 정보는 2장, 6절에서 확인).

**8절 처방약 조제 방법**

처방약을 조제하려면 멤버십 카드에서 확인할 수 있는 당사 플랜 멤버십 정보와 Apple Health(Medicaid) 멤버십 정보를 모두 귀하가 선택한 네트워크 약국에 제시하십시오. 네트워크 약국에서 자동으로 귀하의 약품 비용 분담을 당사 플랜에 청구합니다. 처방약 수령 시 **가입자의** 비용 부담금을 약국에 지불해야 합니다.

**5장 파트 D 약품에 대한 플랜 보장 이용**

귀하에게 추가 보장이 있을 수 있음을 제공자가 알 수 있도록 반드시 Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP) 가입자 카드와 Apple Health(Medicaid) ID 카드를 함께 제시해 주십시오.

당사 플랜 가입자 정보가 없는 경우 귀하 또는 약국이 필요한 정보를 얻기 위해 당사 플랜에 전화하거나 플랜 가입 정보를 확인하도록 약국에 요청할 수 있습니다.

약국에서 필요한 정보를 얻을 수 없는 경우, **약품을 구입할 때 처방약 비용을 전액 지불해야 할 수 있습니다.** 그런 다음 당사의 분담금에 대해 **보상해 달라고 당사에 요청**할 수 있습니다. 당사 플랜으로의 환급 요청 방법에 대한 자세한 내용은 7장 2절을 참조하십시오.

**9절 특수 상황에서 파트 D 약품 보장****9.1절 당사 플랜에서 보장되는 입원을 위해 병원 또는 전문요양시설에 있는 경우**

병원 또는 전문요양시설에 입원하여 당사 플랜이 보장하는 경우, 일반적으로 입원 기간 동안 처방약에 대한 비용을 보장합니다. 병원이나 전문요양시설에서 퇴원하고 나면, 약품이 이 장에 설명된 당사의 모든 보장 규정을 충족하는 한 귀하의 처방약에 대해 당사 플랜이 보장합니다.

**9.2절 장기요양(LTC) 시설에 거주 중인 경우**

일반적으로 장기요양(LTC) 시설(예: 요양원)에는 약국이 있거나 모든 거주민에게 약품을 공급하는 약국을 이용합니다. 장기요양 시설의 거주자인 경우, 당사의 네트워크에 속하는 한 해당 시설의 약국 또는 이용하는 약국을 통해 처방약을 받을 수 있습니다.

**제공자 명부(Humana.com/PlanDocuments)**를 확인하여 LTC 시설의 약국 또는 LTC 시설에서 사용하는 약국이 당사 네트워크에 포함되어 있는지 확인하십시오. 그렇지 않거나 자세한 내용이 필요한 경우 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 고객 지원에 문의하십시오. 귀하가 LTC 시설에 있는 경우, 당사는 귀하가 당사의 LTC 약국 네트워크를 통해 파트 D 혜택을 정기적으로 받을 수 있다는 것을 보장해야 합니다.

귀하가 LTC 시설에 거주하는 경우, 약품 안내서에 없는 약품이 필요하거나 어떤 식으로든 제한되는 약품이 필요하다면 5절에서 임시 또는 응급 상황 시의 약품 공급에 대한 내용을 확인하십시오.

**9.3절 고용주나 퇴직자 그룹 플랜으로부터 약품 보장을 받는 경우**

가입자(또는 가입자의 배우자나 동거 파트너)의 고용주 또는 퇴직자 그룹을 통해 약품 보장을 받는 경우, **해당 고용주 또는 그 그룹의 혜택 관리자**에게 문의하십시오. 현재 약품 보장이 당사의 플랜과 어떻게 적용되는지 이해하는 데 도움을 줄 수 있습니다.

일반적으로 직원 또는 퇴직자 단체 보장이 있는 경우, 당사로부터 받는 약품 보장은 귀하의 그룹 보장에 따라 **이차적으로** 적용됩니다. 즉, 그룹 보장이 먼저 지급됩니다.

**신뢰할 수 있는 보장에 대한 특별 참고 사항:**

매년 고용주나 퇴직자 그룹은 다음 해의 약품 보장이 신뢰할 수 있는지 여부를 알려주는 알림을 보내야 합니다.

그룹 플랜의 보장이 신뢰할 수 있는 경우, 이는 당사 플랜이 평균적으로 Medicare 일반 약품 보장과 같은 비용을 지불하게 될 것으로 예상된다는 것을 의미합니다.

**5장 파트 D 약품에 대한 플랜 보장 이용**

**신뢰할 수 있는 보장에 대한 통지를 받아보십시오.** 그 이유는 가입자가 신뢰할 수 있는 보장을 유지했음을 보여주기 위해 추후 이러한 통지가 필요할 수 있기 때문입니다. 신뢰할 수 있는 보장에 대한 통지를 받지 못한 경우, 고용주 또는 퇴직자 플랜의 혜택 관리자, 고용주 또는 조합에 사본을 요청하십시오.

**9.4절 Medicare 인증 호스피스에 있는 경우**

호스피스와 당사 플랜은 같은 시기에 같은 약품을 보장하지 않습니다. Medicare 호스피스에 가입되어 있으나, 가입자의 불치병 및 관련 질환과 관계되지 않아 호스피스가 보장하지 않는 특정 약품(예: 메스꺼움 방지 약품, 완화제, 통증 의약품 또는 항불안제 약품)이 필요한 경우, 당사 플랜은 처방자 또는 귀하의 호스피스 제공자로부터 해당 약품이 관련이 없다는 통보를 받아야만 당사의 플랜에서 해당 약품을 보장할 수 있습니다. 당사 플랜에 의해 보장되어야 하는 약품의 수령 지연을 방지하기 위해, 귀하의 호스피스 제공자나 처방자에게 처방약을 조제하기 전에 알려달라고 요청하십시오.

호스피스 선택을 철회하거나 호스피스에서 퇴원할 경우, 당사의 플랜이 본 문서에 설명된 대로 귀하의 약품을 보장해야 합니다. Medicare 호스피스 혜택이 종료될 때 약국에서 지연이 발생하지 않도록 약국 방문 시 본 문서를 지참하여 철회 또는 퇴원 사실을 확인시켜 주도록 하십시오.

**10절 약품 안전 및 의약품 관리에 관한 프로그램**

당사는 가입자들이 안전하고 적절한 치료를 받을 수 있도록 약품 사용 검토를 실시합니다.

가입자가 처방약을 구매할 때마다 검토를 진행합니다. 또한 가입자의 기록을 정기적으로 검토합니다. 이러한 검토 과정에서 다음과 같은 잠재적 문제를 찾습니다.

- 발생 가능한 의약품 착오
- 동일한 질환을 치료하기 위해 다른 유사한 약을 복용하기 때문에 필요하지 않을 수 있는 약품
- 연령 또는 성별로 인해 안전하지 않거나 적절하지 않을 수 있는 약품
- 동시에 복용하면 유해할 수 있는 특정 약품 조합
- 알레르기 성분이 있는 약품에 대한 처방전
- 복용하는 약품의 복용량 착오 가능성
- 안전하지 않은 양의 아편계 통증 의약품

의약품 사용 시 문제가 발생할 수 있는 경우, 당사는 제공자와 협력하여 문제를 해결합니다.

**10.1절 가입자가 아편계 의약품을 안전하게 사용할 수 있도록 돕는 DMP(Drug Management Program)**

당사는 가입자가 처방 아편계 의약품 및 기타 자주 남용되는 의약품을 안전하게 사용하도록 도와주는 프로그램을 보유하고 있습니다. 이 프로그램을 DMP(Drug Management Program)라고 합니다. 여러 처방자나 약국에서 받은 아편계 의약품을 사용하거나 최근에 아편계 의약품을 과다 투여한 경우, 당사는 귀하의 처방자에게 아편계 의약품 사용이 적절하고 의학적 필요성이 있는지 여부를 확인하기 위해 가입자의 의사에게 연락할 수 있습니다. 처방자와 함께 처방약 아편계 또는 벤조디아제핀 의약품을 사용하는 것이 안전하지 않을 수 있는 것으로 판단되면 이러한 의약품을 복용하는 방법을 제한할 수 있습니다. 당사 DMP에 귀하를 배치할 경우 다음과 같은 제한이 있을 수 있습니다.

**5장 파트 D 약품에 대한 플랜 보장 이용**

- 특정 약국에서 아편계 또는 벤조디아제핀 의약품에 대한 모든 처방전을 받아야 합니다.
- 특정 처방자에게 아편계 또는 벤조디아제핀 의약품에 대한 모든 처방전을 받아야 합니다.
- 당사가 보장하는 아편계 또는 벤조디아제핀 의약품의 양을 제한합니다.

이러한 의약품을 어떻게 받을지 또는 얼마나 받을 수 있는지를 당사에서 제한할 계획이 있는 경우 사전에 통지서를 보내드릴 것입니다. 통지서는 당사가 이러한 약품의 보장을 제한하는지 또는 귀하가 특정 처방자 또는 약국에서 이러한 약품에 대한 처방전을 받아야 하는지 여부를 알려 줍니다. 귀하가 선호하는 처방자 또는 약국뿐만 아니라 당사가 아는 게 중요하다고 생각하는 기타 정보에 대해서도 알려주실 수 있는 기회가 있습니다. 귀하가 답변할 수 있는 기회가 주어진 후 당사가 이러한 의약품의 보장을 제한하기로 결정한 경우, 당사는 해당 제한을 확인하는 다른 서신을 보내드릴 것입니다. 당사의 결정이나 제한에 대해 당사가 실수를 했다고 생각하거나 동의하지 않는 경우, 귀하와 귀하의 처방자는 이의 제기를 할 권리가 있습니다. 이의 제기를 하면 귀하의 케이스를 검토하고 새로운 결정을 내릴 것입니다. 의약품 접근에 적용되는 제한 사항과 관련하여 귀하의 요청 중 일부를 계속해서 거부하면, 당사는 귀하의 사례를 플랜 외부의 독립 검토 기관에 자동으로 발송합니다. 이의 제기 방법에 대한 자세한 내용은 9장을 참조하십시오.

만약암 관련 통증 또는 겸상 적혈구 빈혈 등 특정 질환이 있거나 호스피스, 완화 치료 또는 생애말기 돌봄을 받고 있거나 장기요양시설에 거주하는 경우 귀하는 DMP에 해당하지 않을 수 있습니다.

## 10.2절 가입자의 의약품 관리를 지원하는 의약품 치료 관리(MTM) 및 기타 프로그램

당사는 가입자들이 복잡한 건강 요건을 충족하도록 지원할 수 있는 프로그램을 보유하고 있습니다. 그 중 한 프로그램이 의약품 치료 관리(MTM) 프로그램입니다. 이 프로그램은 자발적으로 제공되며 무료로 이용할 수 있습니다. 약사와 의사들로 구성된 팀은 가입자들이 복용하는 약품의 혜택을 최대한 누릴 수 있도록 돕기 위한 프로그램을 개발했습니다.

특정 만성 질병이 있고 특정 약품 비용을 초과하는 의약품을 복용하거나 아편계 의약품을 안전하게 사용하도록 도와주는 DMP에 참가한 일부 가입자는 MTM 프로그램을 통해 서비스를 받을 수 있습니다. 프로그램 이용 대상으로 확인되는 경우, 약사 또는 기타 의료 전문가가 해당 가입자가 이용하는 모든 의약품을 종합적으로 검토할 것입니다. 검토를 진행하는 동안 가입자는 의약품, 비용, 처방약 및 일반의약품 관련 문제나 궁금한 점에 대해 논의하실 수 있습니다. 가입자는 의약품의 혜택을 최대한 누리기 위해 취해야 할 단계를 설명하는 권장 할 일 목록이 포함된 서면 요약물을 받게 됩니다. 복용 중인 모든 의약품, 복용량, 복용 이유가 포함된 의약품 목록도 함께 제공됩니다. 이와 더불어, MTM 프로그램 가입자에게는 통제 물질인 처방 의약품의 안전한 폐기 정보가 제공됩니다.

권장되는 할 일 목록과 의약품 목록에 대해 담당 의사와 상담하는 것이 좋습니다. 방문 시 또는 의사, 약사 및 다른 의료 제공자와 대화할 때에는 요약서를 지참하십시오. 병원 또는 응급실로 가실 경우 최신 상태의 의약품 목록(예: ID 포함)을 지참하십시오.

귀하의 요구에 맞는 프로그램이 있는 경우 프로그램에 자동으로 가입하고 정보를 보냅니다. 참여하지 않기로 결정한 경우, 당사에 통보해 주시면 탈퇴 처리해 드리겠습니다. 이러한 프로그램에 대한 문의 사항은 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 고객 지원에 문의해 주십시오.

**6장 파트 D 약품에 대한 가입자의 지불 내용**

## 6장: 파트 D 약품에 대한 가입자의 지불 내용

### 1장 파트 D 약품에 대한 가입자의 지불 내용

이 장에서 "약품"은 파트 D 처방약을 의미합니다. 일부 약품은 파트 D 약품이 아닙니다. 일부 약품은 법률에 따라 파트 D 보장에서 제외됩니다. 파트 D 보장에서 제외된 일부 약품은 Medicare 파트 A 또는 파트 B 또는 Medicaid에서 보장됩니다.

지불 정보를 이해하려면 보장되는 약품과 처방약을 구매할 수 있는 곳과 보장 약품을 받을 때 따라야 할 규칙을 알아야 합니다. 5장에서 이 규칙에 대해 설명합니다. ([Humana.com](https://www.humana.com)에 방문한 후 MyHumana에 로그인하여) 당사 플랜의 "실시간 혜택 도구"를 사용해 약품 보장을 확인할 시 표시되는 비용은 귀하가 지불할 것으로 예상되는 본인부담비용 추정치입니다. 또한 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 고객 지원에 전화를 걸어 "실시간 혜택 도구"에 제공된 정보를 얻을 수도 있습니다.

#### 약품 비용에 대한 정보는 어떻게 얻을 수 있습니까?

Medicaid 자격을 갖추었기 때문에 처방약 플랜 비용을 지불하기 위해 Medicare에서 부가 지원을 받을 자격이 있고 이를 받고 있습니다. 부가 지원에 가입되어 있기 때문에, **파트 D 처방약의 비용에 대한 이 보장 범위 증명서의 일부 정보가 귀하에게 적용되지 않을 수 있습니다.** 저희가 *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs*(저소득 보조금 부칙 또는 LIS 부칙이라고도 함)라는 가입자의 약품 보장에 관한 별도의 첨부 문서를 보내드렸습니다. 이 첨부 문서가 없는 경우 고객 지원에 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 전화하여 LIS 부칙을 요청하십시오.

#### 1.1절 귀하가 보장 약품에 대해 지불할 수 있는 본인부담비용 유형

가입자가 지불하도록 요청받을 수 있는 보장되는 파트 D 약품에 대한 다양한 3가지 유형의 본인부담비용이 있습니다.

- **공제금**은 당사의 플랜에 따른 당사의 부담금 지불이 시작되기 전에 귀하가 약품에 대해 지불하는 금액입니다.
- **공동 부담금**은 가입자가 처방약을 구매할 때마다 지불하는 고정 금액입니다.
- **공동 보험비용**은 처방약을 구매할 때마다 지불하는 총 비용의 비율입니다.

#### 1.2절 Medicare의 본인부담비용 계산법

Medicare에서는 일정 규칙에 따라 본인부담비용을 산정합니다. 다음은 귀하의 본인부담비용을 추적하기 위해 따라야 하는 규칙입니다.

#### 이 부담금은 귀하의 본인부담비용에 포함됩니다

본인부담비용에는 아래 나열된 비용이 **포함됩니다**(해당 비용이 보장되는 파트 D 약품에 대해 제공되고 이 귀하가 5장에 설명된 약품 보장 규칙을 따른 경우에 한함).

**6장 파트 D 약품에 대한 가입자의 지불 내용**

- 다음 약품 지불 단계에서 귀하가 의약품에 지불하는 금액:
  - 공제금 단계
  - 초기 보장 혜택 단계
- 당사의 플랜에 가입하기 전에 다른 Medicare 약품 플랜의 가입자로서 해당 년도에 부담한 모든 지불 금액
- 가족이나 친구가 가입자의 약품에 대해 지불한 모든 금액
- Medicare, 고용주 또는 조합 건강 플랜, TRICARE, Indian Health Service, AIDS 의약품 지원 프로그램 및 대부분의 자선 단체로부터의 부가 지원을 통해 가입자의 약품에 대해 지불한 모든 금액

**재난적 보장 단계로 이동:**

귀하(또는 귀하를 대신해 지불한 개인 또는 조직)가 해당 연도 내에 본인부담비용으로 총 **\$2,100**를 지출할 시 초기 보장 혜택 단계에서 재난적 보장 단계로 이동합니다.

**이 부담금은 귀하의 본인부담비용에 포함되지 않습니다**

귀하의 본인부담비용에는 다음과 같은 유형의 지불이 **포함되지 않습니다**.

- 미국 및 그 영토 밖에서 구매하는 약품
- 당사의 플랜에서 보장하지 않는 약품
- 네트워크 외 보장에 대한 당사 플랜의 요구 사항을 충족하지 않는 네트워크 외 약국에서 받은 약품
- 파트 A 또는 파트 B에 의해 보장되는 처방약 및 Medicare에서 보장 대상에서 제외된 기타 약품을 포함한 비-파트 D 약품
- Medicare 약품 플랜에서 일반적으로 보장하지 않는 약품에 대해 귀하가 지불하는 금액
- TRICARE와 Veterans Health Administration(VA) 등 특정 보험 플랜 및 정부가 자금을 지원하는 건강 프로그램에서 귀하의 약품에 대해 지불하는 금액
- 귀하의 약품에 대해 처방약 비용을 지불할 법적 의무가 있는 제3자(근로자 산재보상 등)가 지불하는 금액
- 제조업체 할인 프로그램에 따라 약품 제조업체가 진행한 지불

**알림:** 위에 나열된 것과 같은 다른 조직이 약품 본인부담비용의 일부 또는 전부를 지불하는 경우 가입자에게는 고객 지원에 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 전화하여 당사에 보고할 의무가 있습니다.

**가입자의 총 본인부담비용 추적**

- 가입자가 받는 SmartSummary® 보고서에는 현재 총 본인부담비용이 포함됩니다. 이 금액이 **\$2,100**에 도달할 시 SmartSummary에서는 초기 보장 혜택 단계가 지났고 재난적 보장 단계로 이동했음을 알려줍니다.

**6장 파트 D 약품에 대한 가입자의 지불 내용**

- **당사가 필요한 정보를 보유하고 있는지 확인합니다.** 3.1절을 참조하여 귀하의 지출에 대한 당사의 기록이 완전하고 최신 상태를 유지하는 데 도움이 되도록 귀하가 취할 수 있는 조치를 알아보십시오.

## 2절 Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP) 가입자의 약품 지불 단계

Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP)의 약품 보장에 대해서는 3가지 **약품 지불 단계**가 있습니다. 각 처방약에 대한 지불 금액은 처방약을 구매하거나 리필할 때 귀하가 어떤 단계에 있는지에 달려 있습니다. 각 단계에 대한 자세한 내용은 이 장에 설명되어 있습니다. 단계는 다음과 같습니다.

**1단계: 연간 공제금 단계**

**2단계: 초기 보장 혜택 단계**

**3단계: 재난적 보장 단계**

## 3절 가입자의 SmartSummary에서는 가입자가 어떤 지불 단계에 있는지 설명합니다

당사의 플랜은 처방약 비용 및 약국에서 처방약 구매에 사용한 지불액을 추적합니다. 이 방법을 통해 귀하가 약품 지불 단계의 다음 단계로 이동한 시기를 알 수 있습니다. 당사는 다음과 같은 2가지 유형의 비용을 추적합니다.

- **본인부담비용:** 가입자가 지불한 금액입니다. 여기에는 파트 D 보장 약품을 받을 때 지불한 금액, 가족 또는 친구의 약 비용 지불 그리고 Medicare, 고용주 또는 조합 건강 플랜, Indian Health Service, AIDS 의약품 지원 프로그램 및 자선 단체의 "부가 지원"을 통해 귀하의 약에 대해 지불한 금액이 포함됩니다.
- **총 약품 비용:** 이는 귀하의 파트 D 보장 약품에 대한 모든 지불액 합계입니다. 여기에는 당사 플랜의 지불 금액, 귀하가 지불한 금액, 파트 D 보장 약품에 대해 지불한 기타 프로그램 또는 조직이 포함됩니다.

지난 달 동안 당사 플랜을 통해 하나 이상의 처방약을 구매한 경우 *SmartSummary*가 전송됩니다. *SmartSummary*에는 다음이 포함됩니다.

- **당월에 대한 정보.** 이 보고서는 전월 구매한 처방약에 대한 지불 세부 정보를 제공합니다. 여기에는 총 약품 비용, 당사 플랜이 지불한 금액, 귀하 및 귀하를 대신하여 다른 사람이 지불한 금액이 나와 있습니다.
- **1월 1일 이후의 연도 합계.** 이는 연도가 시작된 이후 귀하의 약품에 대한 총 비용 및 총 지불액을 보여줍니다.
- **약품 가격 정보.** 이는 총 약품 가격, 동일한 수량의 각 처방약을 처음으로 처방받아 청구한 시점 이후로 변경된 가격 정보가 포함됩니다.
- **사용 가능한 저비용 대체 처방약.** 이는 해당되는 경우 각 처방약 청구 시 비용 부담이 낮은, 이용 가능한 대체 약품에 대한 정보를 보여줍니다.

### 3.1절 약품 지불 관련 정보를 최신으로 유지하도록 도와주십시오

귀하의 약품 비용과 귀하가 약품에 대해 지불하는 비용을 추적하기 위해 당사는 약국으로부터 받은 기록을 사용합니다. 다음은 귀하의 정보를 정확하고 최신 상태로 유지하는 데 도움이 되는 방법입니다.

**6장 파트 D 약품에 대한 가입자의 지불 내용**

- **처방약을 구매할 때마다 가입자 카드를 제시합니다.** 이를 통해 당사는 귀하가 구매하고 있는 처방약 및 귀하가 지불한 요금을 알 수 있습니다.
- **당사가 필요한 정보를 보유하고 있는지 확인합니다.** 처방약의 전체 비용을 지불할 수도 있습니다. 이러한 경우 귀하의 본인부담비용을 추적하기 위해 필요한 정보를 자동으로 얻지 않습니다. 본인부담비용을 추적할 수 있도록 영수증 사본을 제공해 주십시오.  
**약품 영수증 사본을 당사에 제공해야 하는 경우의 예시:**
  - 네트워크 약국에서 보장 약을 특별 가격으로 구매하거나 당사 플랜의 혜택에 포함되지 않은 할인 카드를 사용하여 구매하는 경우.
  - 귀하가 약품 제조업체 환자 지원 프로그램에 따라 제공되는 약품에 대해 공동 부담금을 지불한 경우.
  - 귀하가 네트워크 외 약국에서 보장 약품을 구매한 경우 또는 특별한 상황에서 보장 약품에 대해 전체 가격을 지불한 경우.
  - 보장 약품에 대한 요금이 청구되는 경우, 당사 플랜에 부담 비용을 지불하도록 요청할 수 있습니다. 이를 수행하는 방법은 7장, 2절을 참조하십시오.
- **다른 사람이 지불한 금액에 대한 정보를 보내 주십시오.** 특정인 및 조직이 지불하는 금액도 본인부담비용에 포함됩니다. 예를 들어 AIDS 의약품 지원 프로그램(ADAP), Indian Health Service 및 자선 단체에 의해 지불되는 금액은 본인부담비용에 포함됩니다. 이러한 지불 내역을 보관하고 당사에 보내 비용을 추적할 수 있도록 합니다.
- **당사에서 보낸 서면 보고서를 확인하십시오.** *SmartSummary*를 받으면 정보가 완전하고 올바른지 확인해 보십시오. 뭔가 누락되었다고 생각이 되거나 문의 사항이 있는 경우 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 고객 지원에 전화하십시오. 이러한 보고서를 보관하십시오.

**4절 공제금 단계**

대부분의 가입자가 처방약 비용에 대해 부가 지원을 받기 때문에 공제금 단계는 대부분의 가입자에게 적용되지 않습니다. 부가 지원을 받는 경우에는 이 지불 단계가 적용되지 않습니다.

공제금 금액에 대한 자세한 내용은 별도의 첨부 문서(*LIS 부칙*)를 참조하십시오.

부가 지원을 받지 않는 경우 공제금 단계는 귀하의 약품 보장의 첫 번째 지불 단계입니다. 공제금은 보장 인슐린 제품 및 대상포진, 파상풍 및 여행 백신을 비롯한 대부분의 성인 파트 D 백신에 적용되지 않습니다. 비용 분담 계층 3, 비용 분담 계층 4, 비용 분담 계층 5 약품에 대해 연간 공제금 **\$615**를 지불하게 됩니다. 플랜의 공제금 금액에 다다를 때까지 **비용 분담 계층 3, 비용 분담 계층 4 및 비용 분담 계층 5 약품의 전체 비용을 지불해야 합니다.** 다른 모든 약품에 대해서는 공제금을 지불할 필요가 없습니다. 당사 플랜은 대부분의 약품에 대해 비용 인하를 협상했기 때문에 가입자의 **전체 비용**은 일반적으로 네트워크 약국의 약품 정가보다 저렴합니다. 전체 비용은 Medicare 약품 가격 협상 프로그램에 따라 협상 가격이 있는 약품의 최대 공정 가격과 조제료를 초과할 수 없습니다.

비용 분담 계층 3, 비용 분담 계층 4, 비용 분담 계층 5 약품에 대해 **\$615**를 지불하면, 공제금 단계를 떠나 초기 보장 혜택 단계로 이동합니다.

**6장 파트 D 약품에 대한 가입자의 지불 내용****5절 초기 보장 혜택 단계****5.1절 약품에 대한 지불 금액은 약품과 처방약 구매 장소에 따라 다릅니다**

초기 보장 혜택 단계에 있는 동안, 당사 플랜에서 귀하의 보장 약품에 대한 해당 분담금을 지불하고 귀하는 귀하의 분담금(공동 부담금 또는 공동 보험비용)을 지불합니다. 귀하의 비용 부담금은 약품 및 처방약을 구매하는 장소에 따라 달라질 수 있습니다.

**당사 플랜에는 다섯(5) 가지의 비용 분담 계층이 있습니다**

당사 플랜의 약품 안내서에 수록된 모든 약품은 다섯(5) 가지의 비용 분담 계층 중 하나에 해당됩니다. 일반적으로 비용 분담 계층이 높을수록 약품 비용이 더 높습니다.

- **비용 분담 계층 1 – 우선 복제약:** 이 플랜에서 가장 낮은 비용 분담금으로 제공되는 복제약 또는 브랜드 약.
- **비용 분담 계층 2 – 복제약:** 1단계 우선 복제약보다 더 높은 비용으로 플랜이 제공하는 복제약 또는 브랜드 약.
- **비용 분담 계층 3 – 우선 브랜드 약:** 4단계 비우선 브랜드 약보다 더 낮은 비용으로 플랜이 제공하는 복제약 또는 브랜드 약.
- **비용 분담 계층 4 – 비우선 약:** 3단계 우선 브랜드 약보다 더 높은 비용으로 플랜이 제공하는 복제약 또는 브랜드 약.
- **비용 분담 계층 5 – 특수 계층 약품:** 일부 주사제 또는 기타 고가 약품.

사용 중인 약품의 비용 분담 계층을 확인하려면 당사 플랜의 약품 안내서를 참조하십시오.

**약국 선택**

다음과 같은 의약품 구입처에 따라 의약품에 대한 귀하의 지불 액수가 달라집니다.

- 네트워크 소매 약국.
- 당사 플랜의 네트워크에 소속되어 있지 않은 약국. 당사는 제한된 상황에 한하여 네트워크 외 약국에서 조제된 처방약을 보장합니다. 네트워크 외 약국에서 조제된 처방약을 보장하는 경우에 대한 정보는 5장, 2.5절을 참조하십시오.
- 당사 플랜의 우편 주문 약국.

이러한 약국 선택 및 처방약 조제에 대한 자세한 내용은 5장 및 당사 플랜의 **제공자 명부(Humana.com/PlanDocuments)**를 참조하십시오.

**5.2절 한 달분 보장 약품에 대한 가입자의 비용**

초기 보장 혜택 단계 동안 보장 약품의 비용 부담은 공동 부담금 또는 공동 보험비용이 됩니다.

**6장 파트 D 약품에 대한 가입자의 지불 내용**

공동 부담금 또는 공동 보험비용의 금액은 비용 분담 계층에 따라 달라집니다.

약품의 비용이 가입자의 공동 부담금보다 낮은 경우도 있습니다. 이런 경우, 가입자는 더 낮은 가격으로 공동 부담금이 아니라 약품 비용을 지불합니다.

**한 달분 파트 D 보장 약품에 대한 가입자의 비용**

| 단계                            | 소매 비용 분담금<br>(네트워크 내)<br>(최대 30일분) | 일반 우편 주문<br>비용 분담금<br>(네트워크 내)<br>(최대 30일분) | 우선 우편 주문<br>비용 분담금<br>(네트워크 내)<br>(최대 30일분) | 장기요양(LTC)<br>비용 분담금<br>(네트워크 내)<br>(최대 31일분) | *네트워크 외<br>비용 분담금<br>(보장은 특정<br>상황으로<br>제한됨.<br>자세한 내용은<br>5장 참조) (최대<br>30일분) |
|-------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <b>비용 분담 계층 1</b><br>우선 복제약   | \$0                                | \$10                                        | \$0                                         | \$0                                          | \$0                                                                            |
| <b>비용 분담 계층 1</b><br>인슐린      | 0%                                 | 25%, 최대 \$10                                | 0%                                          | 0%                                           | 0%                                                                             |
| <b>비용 분담 계층 2</b><br>복제약      | \$0                                | \$20                                        | \$0                                         | \$0                                          | \$0                                                                            |
| <b>비용 분담 계층 2</b><br>인슐린      | 0%                                 | 25%, 최대 \$20                                | 0%                                          | 0%                                           | 0%                                                                             |
| <b>비용 분담 계층 3</b><br>우선 브랜드 약 | 25%                                | 25%                                         | 25%                                         | 25%                                          | 25%                                                                            |
| <b>비용 분담 계층 3</b><br>인슐린      | 25%, 최대 \$35                       | 25%, 최대 \$35                                | 25%, 최대 \$35                                | 25%, 최대 \$35                                 | 25%, 최대 \$35                                                                   |
| <b>비용 분담 계층 4</b><br>비우선 약    | 25%                                | 25%                                         | 25%                                         | 25%                                          | 25%                                                                            |
| <b>비용 분담 계층 4</b><br>인슐린      | 25%, 최대 \$35                       | 25%, 최대 \$35                                | 25%, 최대 \$35                                | 25%, 최대 \$35                                 | 25%, 최대 \$35                                                                   |
| <b>비용 분담 계층 5</b><br>특수 계층 약품 | 25%                                | 25%                                         | 25%                                         | 25%                                          | 25%                                                                            |

**6장 파트 D 약품에 대한 가입자의 지불 내용**

| 단계                                                                                                            | 소매 비용 분담금<br>(네트워크 내)<br>(최대 30일분) | 일반 우편 주문<br>비용 분담금<br>(네트워크 내)<br>(최대 30일분) | 우선 우편 주문<br>비용 분담금<br>(네트워크 내)<br>(최대 30일분) | 장기요양(LTC)<br>비용 분담금<br>(네트워크 내)<br>(최대 31일분) | *네트워크 외<br>비용 분담금<br>(보장은 특정<br>상황으로<br>제한됨.<br>자세한 내용은<br>5장 참조) (최대<br>30일분) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 비용 분담<br>계층 5<br>인슐린                                                                                          | 25%, 최대 \$35                       | 25%, 최대 \$35                                | 25%, 최대 \$35                                | 25%, 최대 \$35                                 | 25%, 최대 \$35                                                                   |
| * 네트워크 외 약국에서 받은 보장 처방약에 대해 귀하는 (네트워크 외 비용 분담금 열에 나열된) 네트워크 내 비용 분담금과 네트워크 내 비용과 네트워크 외 비용의 차액을 합한 금액을 지불합니다. |                                    |                                             |                                             |                                              |                                                                                |

일부 계층에는 인슐린이 포함되지 않을 수 있습니다. 인슐린 보장을 확인하려면 처방약 안내서를 참조하십시오.

파트 D 백신 비용 분담에 대한 자세한 내용은 8절을 참조하십시오.

### 5.3절 의사가 1개월 미만 분의 약품을 처방하는 경우에는 월 전체분의 비용을 지불할 필요가 없습니다

일반적으로 약품에 대해 귀하가 지불하는 금액은 월 전체분을 보장합니다. 귀하 또는 담당 의사가 1개월 미만분의 약품 공급을 원하는 경우가 있을 수 있습니다(예를 들어, 처음 의약품 복용하는 경우). 또한 리필 날짜를 보다 잘 계획하는 데 도움이 되는 경우 한 달 미만분을 의사에게 처방하고 약사에게 조제해 달라고 요청할 수 있습니다.

한 달 미만분의 특정 약품을 수령하는 경우, 월 전체분의 비용을 지불할 필요가 없습니다.

- 공동 보험비용에 책임이 있는 경우, 총 약품 비용의 일정 비율을 지불합니다. 공동 보험비용은 약품의 총 비용을 기준으로 하여 약품의 총 비용이 더 낮기 때문에 비용이 더 낮아집니다.
- 가입자가 약품의 공동 부담금에 책임이 있는 경우 가입자는 한 달 전체가 아니라 수령한 약품의 일수에 대해서만 지불합니다. 당사는 귀하가 약품에 대해 하루에 지불하는 금액(일일 비용 분담률)을 계산하여 귀하가 수령하는 약품의 일수를 곱합니다.

### 5.4절 보장되는 파트 D 약품의 장기(최대 100일) 공급분 비용

일부 약품의 경우 장기분(연장분이라고도 함)을 제공받을 수 있습니다. 장기분은 최대 100일분입니다.

플랜이 적합하지 않다고 간주하는 특수 약품 또는 기타 약품은 연장분의 대상이 아닙니다. 제한 대상 약품을 알아보려면 약품 안내서를 참조하십시오.

#### 보장되는 파트 D 약품의 장기(최대 100일) 공급분 비용

**6장 파트 D 약품에 대한 가입자의 지불 내용**

| 단계                            | 소매 비용 부담<br>(네트워크 내)<br>(최대 100일분) | 일반 우편 주문 비용<br>분담(네트워크 내)<br>(최대 100일분) | 우선 우편 주문 비용<br>분담(네트워크 내)<br>(최대 100일분) |
|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| <b>비용 분담 계층 1</b><br>우선 복제약   | \$0                                | \$30                                    | \$0                                     |
| <b>비용 분담 계층 1</b><br>인슐린      | 0%                                 | 25%, 최대 \$30                            | 0%                                      |
| <b>비용 분담 계층 2</b><br>복제약      | \$0                                | \$60                                    | \$0                                     |
| <b>비용 분담 계층 2</b><br>인슐린      | 0%                                 | 25%, 최대 \$60                            | 0%                                      |
| <b>비용 분담 계층 3</b><br>우선 브랜드 약 | 25%                                | 25%                                     | 25%                                     |
| <b>비용 분담 계층 3</b><br>인슐린      | 25%, 최대 \$105                      | 25%, 최대 \$105                           | 25%, 최대 \$105                           |
| <b>비용 분담 계층 4</b><br>비우선 약    | 25%                                | 25%                                     | 25%                                     |
| <b>비용 분담 계층 4</b><br>인슐린      | 25%, 최대 \$105                      | 25%, 최대 \$105                           | 25%, 최대 \$105                           |
| <b>비용 분담 계층 5</b><br>특수 계층 약품 | 장기분은 5단계 약품에 제공되지 않습니다.            |                                         |                                         |

일부 계층에는 인슐린이 포함되지 않을 수 있습니다. 인슐린 보장을 확인하려면 처방약 안내서를 참조하십시오.

### 5.5절 연간 본인부담비용이 \$2,100에 도달할 때까지 초기 보장 혜택 단계를 유지합니다

초기 보장 혜택 단계는 본인부담비용이 \$2,100에 도달할 때까지 계속 유지됩니다. 그런 다음 재난적 보장 단계로 이동합니다.

귀하가 받는 SmartSummary는 귀하, 당사 플랜 및 제3자가 해당 연도 이내에 귀하를 위해 지출한 금액을 추적하는데 도움이 됩니다. 일부 가입자는 연간 \$2,100 본인부담비용 한도에 도달하지 못합니다.

당사는 이 금액에 도달하는지 귀하에게 통보해 드립니다. Medicare의 본인부담비용 계산 방법에 대한 자세한 내용은 1.3절을 참조하십시오.

## 6절 재난적 보장 단계

재난적 보장 단계에서는 보장 파트 D 약품에 대해 아무 비용도 지불하지 않습니다. 해당 연도에 본인부담비용이 \$2,100 한도에 도달하면 재난적 보장 단계의 자격을 얻게 됩니다. 재난적 보장 단계에 있으면 연말까지 이 지불 단계가 유지됩니다.

**6장 파트 D 약품에 대한 가입자의 지불 내용**

- 이 지불 단계에서 귀하는 귀하의 파트 D 보장 약품에 대한 비용을 지불하지 않습니다.

**7절 추가 혜택 정보**

이 플랜에는 추가적인 처방약 혜택이 없습니다.

**8절 파트 D 백신에 대한 가입자의 지불 내용**

**백신 지불 비용에 대한 중요한 메시지** - 일부 백신은 의학적 혜택으로 간주되며 파트 B에서 보장됩니다. 기타 백신은 파트 D 약품으로 간주됩니다. 이러한 백신은 당사 플랜의 약품 안내서에 기재되어 있습니다. 당사 플랜은 가입자가 공제금을 아직 지급하지 않은 경우에도 대부분의 성인용 파트 D 백신을 추가 비용 없이 제공합니다. 특정 백신에 대한 보장 및 비용 분담금에 대한 자세한 내용은 당사 플랜의 약품 안내서를 참조하거나 고객 지원에 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 전화하십시오.

당사의 파트 D 백신의 보장에는 다음 2가지 부분이 있습니다.

- 첫 번째 부분은 **백신 자체** 비용입니다.
- 두 번째 부분은 **백신 접종** 비용입니다(이를 백신의 투여라고도 합니다).

파트 D 백신에 대한 비용은 다음 3가지 항목에 따라 달라집니다.

**1. Advisory Committee on Immunization Practices(ACIP)라고 하는 조직의 성인 대상 백신 권장 여부.**

- 대부분의 성인 파트 D 백신은 ACIP에서 권장하며 무료로 제공됩니다.

**2. 백신 접종 장소.**

- 백신 자체는 약국에서 조제하거나 의사 진료실에서 제공할 수 있습니다.

**3. 백신 제공 주체.**

- 약사 또는 다른 제공자가 약국에서 백신을 제공할 수 있습니다. 또는 제공자가 의사의 진료실에 이를 제공할 수도 있습니다.

파트 D 백신을 접종받는 시점에 귀하가 지불하는 액수는 상황과 **약품 지불 단계**에 따라 달라질 수 있습니다.

- 백신을 접종받을 때 백신 자체와 제공자의 백신 접종에 대해 전체 비용을 지불해야 할 수 있습니다. 귀하는 당사의 플랜에 당사의 비용 분담을 환급해 달라고 요청할 수 있습니다. 대부분의 성인 파트 D 백신의 경우 지불한 전체 비용을 환급받게 됩니다.
- 다른 경우에는 백신을 접종할 때 파트 D 혜택의 비용 중 귀하의 몫만 지불하게 됩니다. 대부분의 성인 파트 D 백신의 경우 비용을 지불하지 않습니다.

다음은 파트 D 백신을 접종할 수 있는 3가지 예입니다.

**상황 1:** 네트워크 약국에서 파트 D 백신을 접종받습니다(이 선택 여부는 거주 지역에 따라 다릅니다. 일부 주에서는 약국에서 특정 백신을 접종할 수 없습니다).

- 대부분의 성인 파트 D 백신의 경우 비용을 지불하지 않습니다.

**6장 파트 D 약품에 대한 가입자의 지불 내용**

- 기타 파트 D 백신의 경우, 귀하는 백신 접종 비용이 포함된 백신 자체에 대한 공동 보험비용이나 공동 부담금을 약국에 지불합니다.
- 당사 플랜에서 나머지 비용을 지불합니다.

상황 2: 진료실에서 파트 D 백신을 접종받습니다.

- 백신을 접종할 때, 백신 자체의 전체 비용과 백신 제공자에 대한 비용을 지불해야 할 수 있습니다.
- 그런 다음 7장에 설명된 절차를 이용하여 당사의 비용 부담을 지불할 것을 당사의 플랜에 요청할 수 있습니다.
- 대부분의 성인 파트 D 백신의 경우 지불한 전체 금액이 환급됩니다. 기타 파트 D 백신의 경우, 백신(투여 포함)의 모든 공동 보험비용 또는 공동 부담금을 공제한 금액, 그리고 의사의 청구액과 당사가 일반적으로 지불하는 금액의 차액을 공제한 금액을 환급해 드립니다(부가 지원을 받을 경우, 이 차액을 환급해 드립니다).

상황 3: 네트워크 약국에서 파트 D 백신 자체를 구입한 다음, 백신을 진료실로 가져가 백신 접종을 받습니다.

- 대부분의 성인 파트 D 백신의 경우 백신 자체에 대한 비용을 지불하지 않습니다.
- 기타 파트 D 백신의 경우, 귀하는 백신 자체에 대한 공동 보험비용이나 공동 부담금을 약국에 지불합니다.
- 의사가 백신을 접종하면 귀하는 이 서비스에 대한 전체 비용을 지불해야 할 수 있습니다.
- 그런 다음 7장의 절차를 이용하여 당사의 비용 부담을 지불할 것을 당사의 플랜에 요청할 수 있습니다.
- 대부분의 성인 파트 D 백신의 경우 지불한 전체 금액이 환급됩니다. 기타 파트 D 백신의 경우, 백신 투여의 모든 공동 보험비용을 공제한 금액, 그리고 의사의 청구액과 당사가 일반적으로 지불하는 금액의 차액을 공제한 금액을 환급해 드립니다(부가 지원을 받을 경우, 이 차액을 환급해 드립니다).

## 7장:

# 보장 의료 서비스 또는 약품 청구서에 대한 지불 요청

## 1절 귀하가 당사의 보장 서비스 또는 약품에 대한 당사의 비용 분담분 지불을 당사에 요청해야 하는 상황

당사의 네트워크 제공자는 귀하의 보장 서비스 및 약품 비용을 당사 플랜에 직접 청구하므로 가입자에게는 보장 서비스 및 약품에 대한 청구서를 발급하지 않습니다. 의료 서비스 또는 수령한 약품에 대한 청구서를 받은 경우, 해당 청구서를 당사에 보내 지불할 수 있도록 해야 합니다. 청구서를 보내면 당사는 청구서를 검토해 해당 서비스 및 약품의 보장 여부를 결정합니다. 서비스를 보장해야 한다고 결정하면 당사는 제공자에게 직접 지불합니다.

**당사 플랜에서 보장하는 Medicare 서비스 또는 항목에 대해 귀하가 이미 지불한 경우** 당사에 환급을 요청할 수 있습니다(환급은 **상환**이라고도 함). 당사의 플랜이 보장하는 의료 서비스 또는 약품에 대해 비용을 지불한 경우 언제든지 당사의 플랜으로부터 환급을 받을 수 있으며 이는 가입자의 권리입니다. 환급을 받기 위해 지켜야 하는 마감일이 있을 수 있습니다. 이 장의 2절을 참조하시기 바랍니다. 이미 지불하신 청구서를 보내주시면 해당 청구서를 살펴보고 서비스 또는 약품의 보장 여부를 결정합니다. 보장이 결정되면 서비스 또는 약품에 대한 비용을 환급해 드립니다.

Apple Health(Medicaid)를 통해 비용 분담 보호를 받는 경우, Medicaid의 Medicare 비용 분담 보호에 대한 자세한 내용은 4장 1.1절을 참조하십시오.

귀하가 받은 의료 서비스의 전체 비용에 대해 제공자로부터 청구서를 받거나 더 많은 비용 분담을 청구받는 경우도 있습니다. 먼저 공급업체와 청구서를 해결해 보십시오. 해결되지 않는 경우, 청구서를 지불하지 말고 당사에 청구서를 보내십시오. 당사는 청구서를 검토해 해당 서비스의 보장 여부를 결정합니다. 서비스를 보장해야 한다고 결정하면 당사는 제공자에게 직접 지불합니다. 당사가 비용을 지불하지 않을 경우, 제공자에게 통지합니다. 플랜에서 허용한 비용 분담 이상의 금액을 지불해서는 안 됩니다. 이 제공자가 계약된 경우에도 귀하는 치료를 받을 권한이 있습니다.

귀하가 당사의 플랜에 환급이나 청구서 지불을 요청해야 하는 상황의 예시입니다.

### 1. 당사 플랜의 네트워크에 속하지 않은 제공자로부터 응급 치료나 긴급하게 필요한 치료를 받은 경우

- 제공자가 당사 네트워크에 속하든 속하지 않든 어떤 제공자로부터도 응급 또는 긴급하게 필요한 서비스를 받을 수 있습니다. 이러한 경우 제공자에게 당사 플랜에 청구하도록 요청합니다.
- 진료를 받는 당시 전체 금액을 직접 지불하는 경우, 귀하는 당사에 환급을 요청합니다. 지불 서류와 함께 청구서를 보내주십시오.
- 귀하가 지불하지 않아도 된다고 생각하는 지불 청구서를 제공자가 제시할 수 있습니다. 지급한 지불 서류와 함께 이 청구서를 보내주십시오.
  - 제공자가 받아야 할 비용이 있다면 당사가 제공자에게 직접 지급합니다.
  - 이미 서비스에 대한 비용을 지불한 경우, 당사는 귀하에게 환급합니다.

**7장 보장 의료 서비스 또는 약품 청구서에 대한 지불 요청****2. 귀하가 생각하기에 귀하가 지불해서는 안 되는 청구서를 네트워크 제공자가 보내는 경우**

네트워크 제공자는 항상 당사 플랜에 직접 청구해야 합니다. 하지만 귀하에게 서비스 지불 비용을 요청하는 실수가 발생하기도 합니다.

- 당사는 서비스 제공자가 보장 서비스에 대해 귀하에게 비용을 청구하는 것을 허용하지 않습니다. 당사는 서비스 제공자에게 직접 지불하므로 귀하는 비용을 지불하지 않아도 됩니다. 서비스에 대한 제공자가 청구한 비용보다 적은 비용을 지불하더라도 마찬가지입니다.
- 네트워크 제공자로부터 청구서를 받는 경우 당사로 청구서를 보내주십시오. 당사가 네트워크 제공자에게 직접 연락하여 청구 문제를 해결해 드리겠습니다.
- 이미 네트워크 제공자에 청구서 비용을 지불한 경우 지불 서류와 함께 해당 청구서를 보내주십시오. 보장 서비스에 대한 환급 요청을 당사에 직접 하십시오.

**3. 당사의 플랜에 소급 가입하는 경우**

때때로 당사 플랜 가입이 소급 적용되는 경우도 있습니다(이는 가입 첫 날이 이미 지났음을 의미합니다. 가입일이 심지어 작년이었을 수도 있습니다).

당사의 플랜에 소급 가입하고 가입일 이후 보장 서비스 또는 약품에 대해 본인부담비용을 지불한 경우 당사에 환급을 요청할 수 있습니다. 환급을 처리하려면 영수증과 청구서와 같은 서류를 제출해야 합니다.

**4. 네트워크 외 약국을 이용하여 처방약을 조제하는 경우**

네트워크 외 약국에 가는 경우, 해당 약국은 청구를 당사에 직접 제출할 수 없습니다. 이 경우 귀하가 처방약의 전체 비용을 지불해야 합니다.

영수증을 보관해두고 당사의 비용 부담 환급을 요청할 때 사본을 보내주십시오. 제한된 상황에서만 네트워크 외 약국을 보장한다는 점을 기억하십시오. 5장, 2.5절을 참조하여 이러한 프로그램에 대해 자세히 알아보십시오. 당사는 네트워크 외 약국에서 약품에 대해 지불하는 비용과 네트워크 약국에서 지불하는 비용의 차이를 환급하지 않을 수 있습니다.

**5. 당사 플랜 가입자 카드를 소지하지 않아 처방약의 전체 비용을 지불하는 경우**

당사 플랜 가입자 카드를 소지하지 않은 경우에는 당사 플랜에 전화하거나 당사 플랜 가입 정보를 확인하도록 약국에 요청하면 됩니다. 약국에서 필요한 가입 정보를 즉시 얻을 수 없는 경우 처방약의 전체 비용을 직접 지불해야 할 수도 있습니다. 영수증을 보관해두고 당사의 비용 부담 환급을 요청할 때 사본을 보내주십시오. 당사는 귀하가 지불한 현금 가격이 처방전에 대해 협상된 가격보다 높을 경우 귀하가 지불한 전체 비용을 다시 지불하지 않을 수 있습니다.

**6. 다른 상황에서 처방약의 전체 비용을 지불하는 경우**

어떤 이유로 인해 약품이 보장되지 않는다는 사실을 알게 되어 처방약의 전체 비용을 지불할 수도 있습니다.

- 예를 들어 약품이 당사 플랜의 *약품 안내서(처방집)*에 없거나, 미처 알지 못했거나 귀하에게 적용된다고 생각하지 않는 요건이나 제한이 있을 수 있습니다. 약품을 즉시 구입하기로 결정하면 전체 비용을 지불해야 할 수 있습니다.

영수증을 보관해두고 당사에 환급을 요청할 때 사본을 보내주십시오. 어떤 경우, 약품의 비용에 대한 당사의 비용 부담을 귀하에게 환급해주려면 의사로부터 더 많은 정보를 얻어야 할 수도 있습니다. 당사는 귀하가 지불한 현금 가격이 처방전에 대해 협상된 가격보다 높을 경우 귀하가 지불한 전체 비용을 다시 지불하지 않을 수 있습니다.

**7장 보장 의료 서비스 또는 약품 청구서에 대한 지불 요청**

귀하의 지불 요청이 있는 경우 해당 요청을 검토하여 서비스 또는 약품의 보장 여부를 결정합니다. 이를 **보장 결정**이라고 합니다. 보장이 결정되면 서비스 또는 약품에 대한 비용을 지불합니다. 당사가 귀하의 요청을 거부한 경우 귀하는 해당 결정에 이의 제기를 할 수 있습니다. 이의 제기 방법에 대한 자세한 내용은 9장을 참조하십시오.

**2절 환급 요청 방법 또는 이미 수령한 청구서 지불을 요청하는 방법**

귀하는 서면으로 당사에 요청서를 보내 지불을 요청할 수 있습니다. 서면으로 요청서를 보낼 경우 지불에 대한 청구서 및 문서를 보내십시오. 기록을 위해 청구서 및 영수증 사본을 만드는 것이 좋습니다. 서비스, 용품 또는 파트 B 약품을 받은 날로부터 **365일 이내에 파트 C(의료 및 치과) 청구서를 제출해야 합니다**. 약품 수령 날짜로부터 **36개월 이내에 파트 D(처방약) 청구서를 당사로 제출해야 합니다**.

결정에 필요한 모든 정보를 당사에 제공하기 위해 청구 양식을 작성하여 지불 요청을 할 수 있습니다.

- 양식을 사용할 필요는 없지만 정보를 보다 빠르게 처리하는 데 도움이 됩니다. 결정을 내리기 위해 필요한 데이터는 아래에 나와 있습니다. 경우에 따라 환급 결정을 위해 다른 정보가 필요할 수 있으므로 귀하의 요청을 지원하기 위해 귀하가 확보할 수 있는 다른 정보를 제공하는 것이 좋습니다.
  - Humana ID 카드의 이름과 가입자 ID
  - 영수증이나 기타 지불 증빙 자료
  - 다음 정보를 포함하는 제공된 서비스를 보여주는 제공자의 항목별 내역서. 해당 정보가 제공자의 항목별 내역서에 포함되지 않은 경우, 해당 제공자에 문의하여 해당 정보를 요청해야 합니다.
    - > 제공된 서비스에 대한 서비스 날짜
    - > 제공자 또는 제공자의 이름, 주소, 전국 제공자 식별자(NPI) 및 세금 ID 번호(TIN)
    - > 다른 제공자가 서비스를 주문하거나 가입자를 렌더링 제공자에 의뢰할 경우 주문/의뢰 제공자의 이름, 주소, NPI 및 TIN을 기재
    - > 제공된 각 서비스 또는 용품에 대한 설명 및 다음 서비스 코드:
      - ~ 해당되는 경우 수익 코드
      - ~ 관련 CPT 및 HCPCS 코드
    - > 제공된 각 서비스에 대한 비용 청구
    - > 질병 또는 부상 및 진단 코드 설명
    - > 치료 장소
  - 가입자의 서명 또는 법률 대리인의 서명
- 양식 사본을 당사 웹사이트 (<https://www.humana.com/member/documents-and-forms>)에서 다운로드하거나 고객 지원에 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 전화하여 양식을 요청하십시오.

청구서 또는 영수증과 함께 지불 요청서를 다음 주소로 보내주십시오.

**의료 및 치과 서비스 지불 요청**

Humana  
P.O. Box 14601  
Lexington, KY 40512-4601

**파트 D 약품 지불 요청**

Humana  
P.O. Box 14601  
Lexington, KY 40512-4601

**7장 보장 의료 서비스 또는 약품 청구서에 대한 지불 요청****3절 지불 요청서를 검토해 승인 여부를 알려드립니다**

지불 요청 접수 시 가입자로부터 추가 정보가 필요하면 알려 드립니다. 그렇지 않으면 요청을 검토해 보장 결정을 내립니다.

- 의료 서비스 또는 약품이 보장되며 가입자가 모든 규정을 준수했다고 당사가 판단하면, 서비스 또는 약품에 대한 비용을 지불합니다. 서비스 또는 약품 비용을 이미 지불한 경우 환급금을 우편으로 발송합니다. 귀하가 전체 약품 비용을 지불한 경우 귀하가 지불한 전체 금액을 상환받지 못할 수 있습니다(예: 귀하가 네트워크 외 약국에서 약품을 받은 경우 또는 약품에 지불한 현금 가격이 협상된 가격보다 높은 경우). 서비스 또는 약품 비용을 아직 지불하지 않았다면, 당사는 직접 제공자에게 지불액을 우편으로 발송합니다.
- 의료 서비스 또는 약품이 보장되지 않거나 가입자가 모든 규정을 준수하지 않았다고 당사가 판단하면, 비용 부담금을 지불하지 않습니다. 지불액을 보내지 않는 이유와 그러한 결정에 이의를 제기할 수 있는 권리를 설명하는 서신을 발송합니다.

**3.1절 의료 서비스 또는 약품 비용을 지불하지 않을 것이라고 통보를 받은 경우에는 이의를 제기할 수 있습니다**

당사가 지불 요청을 거부하면서 실수를 했거나 지불액이 잘못됐다고 생각하는 경우에는 이의 제기를 할 수 있습니다. 이의 제기란 지불 요청을 거부하면서 내린 당사의 결정을 변경하도록 가입자가 요청하는 것을 의미합니다. 이의 제기 절차는 상세한 절차 및 중요한 마감 시한을 포함하는 공식 절차입니다. 이의 제기를 하는 방법에 대한 자세한 내용은 9장을 참조하십시오.

## 8장: 가입자의 권리와 의무

### 1절 당사의 플랜은 귀하의 권리와 문화적 민감성을 존중해야 합니다

#### 1.1절 당사는 가입자에게 적합하고 귀하의 문화적 감수성에 맞는 방식으로 정보를 제공해야 합니다(영어 이외의 언어, 점자, 큰 글자체 또는 기타 대체 형식 등)

당사 플랜은 모든 임상 및 비임상 서비스가 문화적으로 역량 있는 방식으로 제공되고, 영어 구사력이 제한적이거나, 읽기 능력이 제한적이거나, 청각 능력이 제한적이거나, 문화적 및 민족적 배경이 다양한 이들을 포함한 모든 가입자가 이용할 수 있도록 보장해야 합니다. 이러한 접근성 요건을 충족하는 플랜의 예로는 번역기 서비스, 통역 서비스, 텔레타이프라이터 또는 TTY(문자 전화 또는 텔레타이프 전화) 연결 등이 있으나 이에 국한되지는 않습니다.

당사의 플랜은 비영어 사용 가입자의 질문에 답변할 수 있는 무료 통역 서비스를 지원합니다. 아울러 점자, 큰 글자체 또는 기타 대체 형식으로 필요한 경우 무료로 자료를 제공합니다. 당사는 열람 가능하고 가입자에게 적합한 형식으로 당사 플랜의 혜택 관련 정보를 제공해야 합니다. 가입자에게 적합한 방식으로 정보를 받아보시려면 고객 지원에 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 전화하십시오.

당사의 플랜은 여성 가입자들에게 일상적이고 예방적인 여성 건강 관리 서비스를 위해 네트워크 내에서 여성 건강 전문의와 직접 연락할 수 있는 옵션을 제공해야 합니다.

당사 플랜의 네트워크에 있는 전문 제공자를 이용할 수 없는 경우, 필요한 치료를 제공할 전문 제공자를 네트워크 외에서 찾는 것은 당사 플랜의 책임입니다. 이 경우 네트워크 내 비용 부담금만 지불합니다. 당사 플랜 네트워크에 필요한 서비스를 제공하는 전문의가 없는 경우 네트워크 내 비용 부담으로 이 서비스를 받을 수 있는 위치에 대한 정보를 당사 플랜에 요청하십시오.

여성 건강 전문의 방문 또는 네트워크 전문의 찾기에 대해 열람 가능하고 귀하에게 적합한 형식으로 당사 플랜으로부터 정보를 얻는 데 문제가 있는 경우, Humana Grievances and Appeals Dept.(800-457-4708, TTY 711)로 고충을 제기하십시오. 또한 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화해 Medicare에 진정을 제기하거나 민권 담당국(1-800-368-1019 또는 TTY 1-800-537-7697)에 직접 진정을 제기할 수도 있습니다.

#### **Sección 1.1 Debemos proveer la información de una manera que a usted le resulte útil y en conformidad con su sensibilidad cultural (en idiomas que no sean inglés, en Braille, en texto con letras grandes u otros formatos alternativos, etc.)**

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de manera competente desde el punto de vista cultural y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, incapacidad auditiva o aquellos con orígenes culturales y étnicos diversos. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, telemáquinas de escribir o conexión TTY (teléfono de texto o teléfono de telemáquina).

Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de intérpretes disponibles para responder preguntas de afiliados que no hablan inglés. También podemos darle información en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos sin costo en caso de ser necesario. Se nos exige darle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea

## 8장 가입자의 권리와 의무

accesible y apropiado para usted. Para obtener información de parte de nosotros de una forma que se ajuste a sus necesidades, llame a Atención al cliente.

Nuestro plan debe brindarles a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud femenina dentro de la red para servicios de cuidado de la salud preventivos y de rutina para mujeres.

Si no hay disponibles proveedores de la red del plan para una especialidad, es responsabilidad del plan localizar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionen el cuidado necesario. En este caso, solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la cual no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que usted necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde ir para obtener este servicio al costo compartido dentro de la red.

Si tiene alguna dificultad para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame para presentar una queja formal ante el Departamento de Servicios para Afiliados de Humana al 800-457-4708, TTY 711. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

### 1.2절 당사는 가입자가 보장 서비스 및 의약품을 적시에 이용할 수 있도록 해야 합니다

귀하는 보장 서비스를 제공하고 준비하는 당사 플랜의 네트워크 소속 일차의료 제공자(PCP)를 선택할 수 있는 권리가 있습니다. 네트워크 제공자에 갈 때 의뢰서를 받지 않아도 됩니다.

귀하는 **합당한 시간 내에** 당사 플랜의 제공자 네트워크로부터 진료 예약 및 보장 서비스를 받을 권리가 있습니다. 여기에는 그러한 도움이 필요할 때 전문의로부터 적시에 서비스를 받을 수 있는 권리가 포함됩니다. 또한 가입자에게는 당사의 모든 네트워크 약국에서 장시간 지연 없이 처방약을 조제하거나 리필할 수 있는 권리가 있습니다.

합리적인 시간 내에 의료 서비스 또는 파트 D 약품을 제공받지 못했다고 판단될 경우 취할 수 있는 조치는 9장에 설명되어 있습니다.

### 1.3절 당사는 가입자의 개인 건강 정보를 보호해야 합니다

연방 및 주 법률에 따라 가입자의 의료 기록 및 건강에 대한 개인정보가 보호됩니다. 당사는 이러한 법률의 규정대로 가입자의 개인 건강 정보를 보호합니다. **존엄성**과 사생활 권리를 인정받고 존중받으며 대우받을 권리.

- 개인 건강 정보에는 이 플랜에 가입할 때 제공한 개인정보, 의료 기록, 기타 의료 및 건강 정보가 포함됩니다.
- 귀하는 귀하의 정보와 관련된 권리 및 귀하의 건강 정보가 사용되는 방식을 통제할 권리를 가지고 있습니다. 당사는 이러한 권리를 설명하고 가입자의 건강 관련 개인정보를 보호하는 방법을 설명하는 서면 통지인 **개인정보보호 정책 통지**를 제공합니다.

#### 건강 정보를 어떻게 보호합니까?

- 권한이 없는 사람이 가입자의 기록을 조회하거나 변경하지 못하도록 합니다.
- 아래에 명시된 경우를 제외하고, 귀하에게 치료나 치료비를 제공하지 않는 사람에게 귀하의 건강 정보를 제공하려는 경우, 당사는 귀하 또는 귀하를 위해 먼저 결정을 내릴 수 있는 법적 권한이 있는 사람에게서 **서면 허가를 받아야 합니다**.

## 8장 가입자의 권리와 의무

- 가입자의 서면 허가를 먼저 받지 않아도 되는 몇 가지 예외가 있습니다. 이러한 예외는 법률이 허용하거나 규정합니다.
  - 당사는 의료의 질을 점검하는 정부 기관에 건강 정보를 공개해야 합니다.
  - 가입자는 Medicare를 통해 당사 플랜에 가입하였으므로 당사는 파트 D 처방약 관련 정보를 비롯한 가입자의 건강 정보를 Medicare에 제공해야 합니다. Medicare가 가입자의 정보를 연구 또는 기타 용도로 공개하는 경우, 이는 연방 법률 및 규정에 따라 수행됩니다. 일반적으로 귀하의 신원을 고유하게 식별하는 정보는 공유되지 않아야 합니다.

### 가입자는 가입자의 기록에 수록된 정보를 열람할 수 있으며 그러한 정보가 타인과 공유되는 방식을 확인할 수 있습니다

가입자에게는 당사 플랜에 보관된 의료 기록을 열람하고 기록 사본을 제공받을 권리가 있습니다. 당사는 사본 작성 수수료를 청구할 수 있습니다. 아울러 가입자에게는 의료 기록을 추가 또는 수정하도록 당사에 요청할 권리가 있습니다. 이 작업을 요청 받으면 당사는 가입자의 의료 제공자와 협의하여 변경 여부를 결정합니다.

가입자에게는 가입자의 건강 정보가 일반적 목적이 아닌 다른 목적으로 다른 사람과 어떻게 공유되었는지 알 수 있는 권리가 있습니다.

개인 건강 정보 보호에 관한 질문이나 우려 사항이 있는 경우 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 고객 지원에 전화하십시오.

### Insurance ACE

#### 개인정보보호 방침 통지

**이 통지는 가입자에 관한 의료정보가 어떻게 사용되고 공개되는지 그리고 이러한 정보를 가입자가 어떻게 열람할 수 있는지를 설명합니다. 신중하게 검토해 주시기 바랍니다.**

**가입자의 개인정보 및 건강정보 보호는 중요한 사안입니다. 요구 사항이나 진정이 있는 경우를 제외하고는 가입자는 어떠한 조치도 취하실 필요가 없습니다.**

이 개인정보보호 방침 통지는 HIPAA 하의 계열 보장 주체인 Insurance ACE의 일부인 모든 주체에 적용됩니다. ACE는 법적인 별도 보장 주체 그룹으로, HIPAA의 목적을 위해 스스로를 단일 보장 주체로 지정합니다. ACE 가입자 전체 목록은 <https://huma.na/insuranceace>에서 확인할 수 있습니다.

당사는 법이 허용하는 한에서 개인정보보호 정책 및 이 통지의 조항을 언제든지 수정할 수 있으며, 여기에는 수정 전에 당사가 작성했거나 받은 정보도 포함됩니다. 당사의 개인정보보호 정책에 중요한 변경 사항이 있는 경우, 이 통지를 수정하여 당사의 건강 플랜 가입자에게 통지해 드립니다.

#### 비공개 개인 정보 또는 건강 정보란 무엇입니까?

비공개 개인 정보 또는 건강 정보에는 이름, 주소, 전화번호, 사회보장번호, 계정 번호, 지불 정보 또는 인구통계학 정보 등의 의료 정보 및 개인 정보 모두가 포함됩니다. 이 통지에서 "정보"라는 용어에는 모든 비공개 개인 정보 및 건강 정보가 포함됩니다. 여기에는 의료 제공자나 건강 플랜이 생성하거나 받은 정보가 포함됩니다. 이 정보는 가입자의 신체적 또는 정신적 건강이나 질환, 가입자에 대한 의료 제공 또는 그러한 의료에 대한 비용 지불과 관련이 있습니다.

#### 가입자에 대한 정보를 어떻게 수집합니까?

당사는 가입자가 신청 및 양식을 작성할 시 가입자와 가입자의 가족에게 대한 정보를 수집합니다. 또한 당사는 당사, 당사의 계열사 또는 타사와 가입자의 거래를 통해 정보를 수집합니다. 예를 들어, 당사는 의사 또는 병원과 같은 의료 시스템 참여자뿐만 아니라 고용주 또는 플랜 관리자, 신용 조사 기관 및 의료 정보 기관으로부터 가입자에 대한 정보를 수신할 수 있습니다.

## 8장 가입자의 권리와 의무

### 가입자에 대해 어떤 정보를 수신합니까?

당사가 수신하는 정보에는 이름, 주소, 전화번호, 생년월일, 사회보장번호, 보험료 지불 이력 및 당사 웹사이트상 가입자의 활동이 포함될 수 있습니다. 여기에는 의학적 혜택 플랜, 건강상의 혜택 및 건강 위험 평가에 관한 정보도 포함됩니다.

### 가입자의 정보를 어떻게 보호합니까?

당사는 전자 및 구두 정보를 비롯한 모든 형식의 가입자 개인정보를 보호해야 할 의무가 있습니다. 다음을 포함한 다양한 방법으로 가입자의 정보를 보호하기 위한 행정적, 기술적 및 물리적 보호 조치를 이행합니다.

- 가입자 정보를 열람할 수 있는 사람의 제한
- 가입자 정보의 이용 및 공개 방법 제한
- 당사의 가입자 정보 관련 법적 의무를 가입자에게 알림
- 직원 대상으로 개인정보보호 프로그램 및 절차 관련 교육 실시

### 가입자 정보를 어떻게 이용하고 공개합니까?

당사는 가입자 정보를 이용하고 다음 사람에게 공개합니다.

- 가입자 또는 가입자를 대리할 수 있는 법적 권리가 있는 사람
- 미국 보건복지부 장관

당사에는 다음의 목적으로 가입자 정보를 이용하고 다음의 사람 및 기관에 정보를 공개할 수 있는 권리가 있습니다.

- 가입자가 의료 서비스를 받을 수 있도록 의사, 병원 또는 다른 의료 제공자.
- 의료 제공자가 가입자에게 제공하는 보장 서비스에 대한 청구 지불을 비롯한 지불 활동 및 건강 플랜 보험료 지불.
- 가입 처리, 문의 응답, 진료 조율, 질 향상, 보험료 결정 등의 활동을 포함하는 의료 운영 활동.
- 보험 인수 활동 수행. 단, 유전자 검사 결과를 이용하거나 가족력 관련 질문은 하지 않습니다.
- 자격, 가입 및 탈퇴 업무와 같은 플랜 관리 업무를 수행하는 가입자의 플랜 후원사. 당사는 특정 상황에서 가입자에 대한 요약 수준의 건강정보를 가입자의 플랜 후원사와 공유할 수 있습니다. 예를 들어 가입자의 플랜 후원사가 다른 건강 플랜에서 입찰을 받을 수 있도록 정보를 공유할 수 있습니다. 가입자의 상세한 건강정보는 가입자의 플랜 후원사와 공유되지 않습니다. 당사는 가입자의 허가를 요청하거나, 가입자의 플랜 후원사는 가입자의 개인정보보호 유지를 보증해야 합니다.
- 가입자에게 이익이 될 수 있는 건강 관련 혜택 및 서비스, 진료 예약 미리 알림 또는 치료 대안에 대한 정보를 제공하기 위해 가입자에게 연락합니다. 해당하는 경우 가입자에게 연락하지 않습니다.
- 응급 상황과 같이 가입자에게 연락을 할 수 없는 경우 가입자 가족 및 친구.
- 가입자의 가족 및 친구 또는 가입자가 확인할 수 있는 다른 모든 사람. 이 경우에는 가입자의 건강 진료 또는 해당 진료에 대한 지불과 이들이 직접적으로 관련이 있어야 합니다. 예를 들면 가족 구성원이나 돌보는 사람이 청구에 대해 사전에 알고 당사에 연락하는 경우, 당사는 청구 접수 및 지불 여부를 확인할 수 있습니다.
- Internal Revenue Service 입증을 위해 가입자에게 지급 정보를 제공하는 경우.
- 당사가 심각한 건강 또는 안전상의 위협이 있다고 판단하는 경우 공중보건기관에 정보 공개.
- 학대, 방치 또는 가정 폭력 관련 문제가 있는 경우 관계당국.
- 법정 또는 행정 명령, 소환, 공표 요구 또는 기타 법적 절차에 응하는 경우.
- 법 집행 목적을 위해, 군당국에, 그리고 기타 법률이 정하는 바에 따르는 경우.
- 재난 구조 활동 지원.
- 법규 준수 프로그램 및 보건 감독 활동 목적.
- 근로자 보상법 또는 계약에 따른 당사의 의무 이행 목적.
- 가입자의 건강이나 안전 또는 다른 이의 건강이나 안전에 대한 심각하고 긴급한 위협의 방지 목적.
- 제한된 상황 및 가입자의 개인정보보호를 위한 적절한 조치를 취한 상태에서의 연구 목적.
- 장기, 안구, 조직 등의 확보, 보관 또는 이식 목적.
- 감시관, 감찰의 또는 장의사.

## 8장 가입자의 권리와 의무

특정 유형의 정보에 대한 사용 및 공개에 대한 추가 제한:

- 일부 연방 및 주 법률은 다음과 같은 특정 민감한 건강 정보의 사용 및 공개를 제한할 수 있습니다. 약물 남용 장애, 생체 정보, 성폭행을 포함한 아동 또는 성인 남용 또는 부주의, 전염성 질환, 유전 정보, HIV/AIDS, 정신 건강, 생식 건강 및 성매개 질환.
- 생식 건강 정보: 당사는 합법적인 생식 의료 서비스를 추구, 획득, 제공 또는 촉진하는 행위에 대해 어떤 사람을 식별(또는 법적 책임을 부과하려는 시도)하기 위한 조사를 수행하기 위해 정보를 사용하거나 공개하지 않습니다. 생식 건강 치료와 관련이 있을 수 있는 정보에 대한 정부 기관의(또는 타인의) 요청에 응답하여, 요청을 하는 사람은 해당 요청의 목적이 생식 건강 관리 정보 공개 금지 사항을 위반하지 않는다는 서명된 증명서를 제공해야 합니다.

### 가입자 정보를 이 통지에 설명되지 않은 목적으로 사용할 수 있습니까?

당사는 가입자의 서면 허가 없이 이 통지에 설명되지 않은 어떠한 이유로도 가입자 정보를 이용하거나 공개하지 않습니다. 가입자는 서면 통지를 통해 언제든지 허가를 취소할 수 있습니다.

다음과 같은 이용 및 공개 시 가입자의 서면 허가가 필요합니다.

- 심리치료 기록의 이용 및 공개 대부분
- 마케팅 목적
- 보호된 건강 정보의 판매

### 귀하가 더 이상 가입자가 아니라면 귀하의 정보를 어떻게 처리합니까?

가입자 정보는 이 통지에 설명된 목적으로 계속 사용할 수 있습니다. 여기에는 귀하가 당사를 통해 보장을 받지 못하는 때가 포함됩니다. 필수 법적 보유 기간이 지나면 엄격한 비밀 유지 절차에 따라 정보를 폐기합니다.

### 내 정보와 관련한 나의 권리는 무엇입니까?

당사는 고객의 권리 요청에 적시에 대응하고자 최선을 다합니다.

- 열람 - 가입자에 관한 결정을 내리기 위해 사용할 수 있는 가입자 정보의 사본을 검토하고 입수할 수 있는 권리가 있습니다. 또한 가입자는 이러한 건강정보의 요약본을 받을 수 있습니다. 관련 법률에 따라 요구되는 경우, 당사는 이 개인 정보를 가입자 또는 가입자의 지정 대리인에게 제공할 것입니다.
- 불리한 인수 결정 - 당사가 보험 신청을 거절하는 경우 귀하에게는 거부 사유를 알 권리가 있습니다.
- 대체 의사소통 - 생명을 위협하는 상황을 피하기 위해 다른 방식으로 또는 다른 장소에서 정보를 받을 수 있는 권리가 있습니다. 적절한 경우 당사는 가입자의 요청을 수용합니다.
- 수정 - 귀하는 수정 또는 삭제를 통해 이러한 개인 정보의 수정을 요청할 권리가 있습니다. 귀하의 서면 요청을 받은 날로부터 60일(영업일 기준) 이내에 논의 중인 정보의 수정 또는 삭제 또는 추가 조사 후 정정 거부 사실을 귀하에게 통보합니다.
- 당사가 논의 대상 정보의 수정 또는 삭제를 거부하는 경우, 귀하는 논의 대상 정보의 평가와 귀하가 올바른 정보로 간주하는 내용에 대해 귀하가 의견 불일치를 본 사유를 서면으로 당사에 제출할 권리가 있습니다. 당사는 이의 제기된 정보를 검토하는 모든 당사자가 이러한 진술에 접근할 수 있도록 해야 합니다.\*
- 공개 - 가입자는 당사 또는 당사의 비즈니스 담당자가 귀하의 정보를 공개한 사례 내역을 받을 권리가 있습니다. 이는 치료, 지불, 건강 플랜 운영 및 기타 특정 활동에는 적용되지 않습니다. 당사는 6년 동안 이 정보를 유지하고 가입자가 사용할 수 있도록 합니다. 가입자가 12개월 안에 두 번 이상 이 목록을 요청하는 경우, 합당한 비용 기준 수수료가 부과될 수 있습니다.
- 통지 - 가입자는 언제든지 이 통지의 사본을 요청하여 받을 권리가 있습니다.
- 제한 - 가입자는 자신의 정보의 이용 및 공개 방법을 제한하도록 요청할 권리가 있습니다. 당사는 이러한 제한에 동의해야 할 의무는 없지만, 동의하는 경우 계약을 준수할 것입니다. 또한 가입자는 사전에 제출된 제한 사항에 동의하거나 이를 종료할 권리도 보유하고 있습니다.

**8장 가입자의 권리와 의무****개인정보를 보호받지 못했다고 판단되는 경우 어떻게 해야 하나요?**

개인정보가 침해되었다고 생각하는 경우, 가입자는 언제든지 1-866-861-2762로 전화하여 당사에 진정을 제기할 수 있습니다.

또한 진정을 U.S. Department of Health and Human Services 민권 담당국(OCR)에 서면으로 제출할 수도 있습니다. 요청하시면 해당 OCR 지방 사무소 주소를 알려 드리겠습니다. 또한 [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov)로 진정을 전송할 수도 있습니다. 진정을 제기하기로 선택한 경우, 가입자의 혜택은 영향을 받지 않으며 당사는 어떠한 방식으로든 가입자를 응징하거나 가입자에게 보복을 가하지 않습니다.

당사는 개인정보 및 건강정보를 보호하기 위한 가입자의 권리를 지지합니다.

**당사의 책임**

- 법률에 따라 당사는 가입자의 보호된 건강 정보의 개인정보보호 및 보안을 유지해야 합니다.
- 당사는 가입자 정보에 대한 개인정보보호 또는 보안을 저해할 수 있는 위반이 발생할 경우 즉시 가입자에게 알릴 것입니다.
- 당사는 이 통지에 설명된 의무 및 개인정보보호 정책을 따르고 사본을 가입자에게 제공해야 합니다.
- 당사는 가입자가 서면으로 당사에 허용하지 않는 한, 여기에 설명된 것 외에 해당하는 가입자의 정보를 사용하거나 공유하지 않을 것입니다. 당사에 허용하는 경우, 언제든지 마음이 바뀔 수 있습니다. 마음이 바뀌면 서면으로 알려주십시오.

당사는 이 통지의 약관을 변경할 수 있으며 변경 사항은 당사가 가입자에 대해 보유하고 있는 모든 정보에 적용될 것입니다.

새로운 통지는 요청 시, 당사 사무실 및 당사 웹사이트에서 제공될 것입니다.

**어떻게 내 권리를 행사하고 또 이 통지의 사본을 받을 수 있습니까?**

가입자의 모든 개인정보보호 권리는 신청서를 받아 행사될 수 있습니다. 다음을 통해 모든 양식을 받으실 수 있습니다.

- 당사에 직접 문의(1-866-861-2762)
- 당사 웹사이트인 **Humana.com**을 방문하여 개인정보보호 정책 링크로 이동
- 신청서를 작성하여 아래 주소로 우편 발송.  
Humana Inc.  
Privacy Office 003/10911  
101 E. Main Street  
Louisville, KY 40202

\* 이 권리는 주 정부 규정에 따라 Massachusetts 거주 가입자에게만 적용됩니다.

**1.4절      당사는 당사 플랜, 당사 플랜의 제공자 네트워크 및 가입자의 보장 서비스에 대한 정보를 가입자에게 제공해야 합니다**

Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP)의 가입자로서 귀하는 당사로부터 여러 가지 정보를 얻을 권리가 있습니다.

다음 유형의 정보를 원하시는 경우 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 고객 지원에 전화하십시오.

- **당사의 플랜 관련 정보.** 여기에는 예를 들면 당사 플랜의 재정 상태에 관한 정보가 포함됩니다.
- **당사의 네트워크 제공자 및 약국 정보.** 가입자는 당사 네트워크 소속 제공자 및 약국의 자격 요건과 당사가 네트워크 소속 제공자에게 지불하는 방식 등에 대한 정보를 입수할 수 있는 권리가 있습니다.

**8장 가입자의 권리와 의무**

- **보장 관련 정보 및 보장 이용 시 가입자가 따라야 하는 규칙 관련 정보.** 3장과 4장에서는 의료 서비스에 관한 정보를 제공합니다. 5장과 6장에서는 파트 D 약품 보장에 대한 정보를 제공합니다.
- 당사는 건강 유지, 건강 상의 위험에 대한 초기 식별, 모든 수준의 진료에서 안전하고 효율적으로 진료 제공 보장, 만성질환 관리 등에 초점을 맞추는 특별 프로그램을 운영하고 있습니다. 당사의 진료 관리 프로그램은 질환이 복잡한 가입자 또는 입원한 사람들에게 지원 서비스를 제공합니다. Humana 진료 관리 팀은 건강 진료 시스템 탐색에 도움을 주고 치료 조정을 지원합니다. 당사는 당뇨병, 울혈성 심부전, 만성 폐쇄성 폐질환(COPD), 기타 질병 등의 건강 상태를 관리하는 데 도움을 주는 프로그램을 보유하고 있습니다. 또한 Humana 진료 관리 팀이 치료 및 혜택의 조정을 보조할 수 있습니다. 이러한 모든 프로그램은 자발적으로 이루어집니다. 당사 가입자 대부분이 진료 관리가 매우 유용하다는 의견을 주고 계신 만큼 귀하가 이러한 프로그램에 참여할 수 있는 자격이 있어 당사의 연락을 받으신다면 프로그램에 참여하실 것을 권장합니다. Care Manager(의료 관리자)에게 알려주면 언제든지 참여를 중단할 수 있습니다. 이러한 건강 프로그램에 관해 자세히 알고 싶다면 간호 상담 라인(1-800-491-4164, TTY 711)으로 문의하십시오.
- **특정 용품이 보장되지 않는 이유와 가입자가 취할 수 있는 조치 관련 정보.** 9장은 의료 서비스 또는 파트 D 약품이 보장되지 않는 이유 또는 귀하의 보장이 제한된 경우에 대한 서면 설명을 요청하는 방법에 대한 정보를 제공합니다. 또한 9장에서는 이의 제기라고도 불리는, 결정을 변경하도록 요청하는 것에 대한 정보를 제공합니다.

**1.5절 귀하는 치료 옵션을 알고 진료 관련 의사 결정에 참여할 권리가 있습니다**

귀하는 의사 및 다른 의료 제공자로부터 모든 정보를 얻을 권리가 있습니다. 제공자는 귀하의 건강 상태와 선택 가능한 치료 방법을 이해하기 쉽게 설명해야 합니다.

또한 귀하는 건강 관리에 대한 의사 결정에 완전히 참여할 수 있는 권리가 있습니다. 귀하에게 가장 적합한 치료법에 대한 의사의 결정을 돕기 위해 귀하의 권리에는 다음이 포함됩니다.

- **모든 선택 사항에 대해 알고 있어야 합니다.** 어떤 비용이 들든, 플랜이 적용되든 상관없이 귀하의 조건에 권장되는 모든 치료 옵션에 대해 귀하가 알 권리가 있습니다. 또한 가입자가 자신의 의약품을 관리하고 약품을 안전하게 사용할 수 있도록 하는 플랜에 대해 알려 주는 것도 포함됩니다.
- **위험 요소를 알아야 합니다.** 귀하는 자신의 진료와 관련된 모든 위험에 대해 들을 권리가 있습니다. 제안된 의료 서비스나 치료가 연구 실험의 일부인 경우 미리 안내 받아야 합니다. 실험적 치료를 거부할 수 있는 옵션이 항상 있습니다.
- **거부할 권리.** 귀하는 제안된 치료를 거부할 권리가 있습니다. 여기에는 의사가 퇴원하지 말라고 권고하더라도 병원 또는 기타 의료 시설을 떠날 수 있는 권리가 포함됩니다. 또한 의약품 복용을 중단할 권리가 있습니다. 치료를 거부하거나 의약품 복용을 중지하는 경우 결과적으로 신체에 일어나는 일에 대해 전적으로 책임을 집니다.

**귀하는 자신을 위한 의학적 결정을 내릴 수 없는 경우 수행되어야 할 조치에 대한 지침을 제공할 권리가 있습니다**

때때로 사람들은 사고나 심각한 질병으로 인해 스스로 건강 관리를 결정할 수 없게 됩니다. 귀하가 이러한 상황에 처한 경우 무엇을 하고 싶은지 말할 권리가 있습니다. 즉, **원할 경우** 다음을 수행할 수 있습니다.

- 본인이 결정을 내릴 수 없는 경우 **다른 사람에게 의료 결정을 내릴 수 있는 법적 권한을 부여하는** 서면 양식을 작성하십시오.
- 본인 스스로 결정을 내릴 수 없는 경우 의사에게 의료 서비스를 어떻게 처리할지 **서면으로 안내할 수** 있습니다.

## 8장 가입자의 권리와 의무

이러한 상황에서 사전에 지침을 제공하는 데 사용할 수 있는 법률 문서를 **사전의료지시서**라고 합니다. **생존 유서**와 **의료 위임장** 같은 문서는 사전의료지시서의 예입니다.

### 지침을 제공하기 위해 사전의료지시서를 설정하는 방법:

- **양식을 받으십시오.** 변호사, 사회복지사 또는 일부 사무용품 매장으로부터 사전의료지시서를 받을 수 있습니다. 경우에 따라 Medicare에 대한 정보를 제공하는 조직으로부터 사전의료지시서 양식을 받을 수 있습니다. 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 고객 지원에 전화하여 양식을 요청하실 수도 있습니다.
- **양식을 작성하고 양식에 서명하십시오.** 이 양식을 어디서 얻든 간에 해당 양식은 법률 문서입니다. 변호사의 도움을 받아 준비하는 것을 고려하십시오.
- **적절한 사람에게 양식 사본을 제공하십시오.** 의사 및 양식에 이름을 기입한 사람에게 양식 사본을 제공하여 본인이 의사 결정을 내릴 수 없는 경우 이들에게 의사 결정을 내릴 수 있도록 합니다. 친한 친구 또는 가족 구성원에게도 사본을 제공할 수 있습니다. 집에 1부를 보관하십시오.

가입자가 입원할 예정임을 미리 알고 있고 사전의료지시서에 서명한 경우 **사본을 지참하여 병원에 방문하십시오.**

- 병원에서는 사전의료지시서 양식에 서명했는지 여부와 귀하가 이 양식을 가지고 있는지 여부를 묻게 됩니다.
- 사전의료지시서 양식에 서명하지 않은 경우 병원의 양식을 사용할 수 있으며 서명할 것인지 물어봅니다.

**사전의료지시서를 작성하는 것은 귀하의 선택입니다**(병원에 있는 경우 서명할지 여부 포함). 법률에 따르면, 사전의료지시서에 서명했는지 여부에 따라 누구도 귀하에 대한 진료를 거부하거나 차별할 수 없습니다.

### 가입자의 지침을 따르지 않을 경우

사전의료지시서에 서명했으며 의사 또는 병원이 지침을 따르지 않았다고 판단되는 경우 해당 주의 품질 개선 기관(QIO)에 진정을 제기할 수 있습니다. 연락처 정보는 이 문서 뒷면의 "자료 A"에서 확인하실 수 있습니다.

## 1.6절 귀하는 진정을 제기하고 당사가 내린 결정을 재고하도록 요청할 권리가 있습니다

Humana에서는 이용도 관리 서비스(UM)라는 절차를 사용하여 서비스 또는 치료가 귀하의 혜택 플랜에 따라 보장되고 지불될 수 있는지 여부를 결정합니다. Humana는 보장을 거부하거나 서비스 이용을 장려한 의사, 기타 개인 또는 Humana 직원에게 금전적 보상을 제공하거나 인센티브를 제공하지 않습니다. 실제로 Humana는 의사 및 다른 의료 제공자와 협력하여 귀하의 의료 상태에 가장 적합한 치료를 받을 수 있도록 지원합니다. 이용도 관리 서비스와 관련하여 질문이나 우려 사항이 있는 경우, 직원들은 정규 업무 시간 중 적어도 하루 8시간 이상 대기합니다. Humana는 영어를 사용하지 않는 가입자로부터 이용도 관리 서비스와 관련된 질문에 답변할 수 있는 무료 통역서비스를 제공합니다. 가입자는 800-457-4708(TTY:711)로 전화할 수 있습니다.

Humana는 지속적으로 새로운 의료 절차와 의료 기기에 대한 보장을 결정합니다. 이는 업계 평가된 의학 문헌을 확인하고 의료 전문가와 상의하여 새로운 기술이 효과적이고 안전한지 확인하는 방식으로 수행됩니다. 또한 Humana는 새로운 의료 절차나 의료 기기에 대한 국가별 보장 결정을 내리는 Medicare & Medicaid 서비스 센터(CMS)의 지침을 따릅니다.

문제나 우려 사항 또는 진정이 있어 보장을 요청하거나 이의 제기를 해야 하는 경우 취할 수 있는 조치는 9장에 설명되어 있습니다. 가입자의 보장 결정 요청, 이의 또는 진정 제기에도 **당사는 가입자를 공정하게 대해야 합니다.**

**8장 가입자의 권리와 의무****1.7절 불공정한 처우를 받고 있거나 권리가 존중되고 있지 않다고 판단되는 경우**

귀하가 인종, 장애, 종교, 성별, 건강, 민족, 신조(신념), 연령 또는 출신 국가로 인해 부당한 대우를 받았거나 귀하의 권리가 존중되지 않은 것으로 판단되는 경우, 보건복지부 **민권 담당국**에 1-800-368-1019(TTY 사용자는 1-800-537-7697 이용)로 전화하거나 지역 민권 담당국에 연락하십시오.

귀하가 부당한 대우를 받았거나 귀하의 권리가 존중되지 않았거나 차별을 받은 것이 *아니라고* 생각되는 경우, 다음 장소로부터 귀하가 겪고 있는 문제를 해결하는 데 도움을 받을 수 있습니다.

- 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 **당사 플랜의 고객 지원에 전화하십시오.**
- **현지 SHIP에 전화하십시오.** 전화번호와 웹사이트 URL은 이 문서 뒷면의 자료 A에서 확인하실 수 있습니다.
- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)(TTY 1-877-486-2048)로 **Medicare에 전화하십시오.**

**1.8절 자신의 권리에 대한 자세한 정보를 얻는 방법**

다음 장소로부터 가입자의 권리에 대한 자세한 정보를 받아보십시오.

- 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 **고객 지원에 전화하십시오.**
- **현지 SHIP에 전화하십시오.** 전화번호와 웹사이트 URL은 이 문서 뒷면의 자료 A에서 확인하실 수 있습니다.
- **Medicare에 문의하십시오.**
  - [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)를 방문하여 간행물 *Medicare 권리 및 보호*(링크: [Medicare 권리 및 보호](#))를 읽어보십시오.
  - 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)(TTY 사용자는 1-877-486-2048 이용)로 전화하십시오.

**2절 당사 플랜 가입자로서의 귀하가 지는 책임**

당사 플랜 가입자로서 해야 할 일은 아래와 같습니다. 문의 사항은 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 고객 지원에 전화하십시오.

- **보장 서비스 및 해당 보장 서비스를 받기 위해 따라야 하는 규칙을 숙지하십시오.** 이 **보장 범위 증명서**를 사용하여 보장 사항 및 보장 서비스를 받기 위해 따라야 할 규칙을 알아보십시오.
  - 3장과 4장에서는 의료 서비스에 대한 세부 정보를 제공합니다.
  - 5장과 6장에서는 파트 D 약품 보장에 대한 자세한 내용을 제공합니다.
- **당사의 플랜 외에 다른 건강 보장 또는 약품 보장이 있는 경우 당사에 알려야 합니다.** 1장에서는 이러한 혜택을 조정하는 방법에 대해 설명합니다.
- **의사 및 다른 의료 제공자에게 당사의 플랜에 가입했다는 사실을 알려주십시오.** 의료 서비스 또는 파트 D 약품을 받을 때마다 당사 플랜 가입자 카드와 Medicaid 카드를 제시하십시오.
- **의사 및 다른 제공자에게 정보를 제공하고, 질문하여 귀하의 치료를 이어나갈 수 있도록 하십시오.**
  - 최상의 진료를 위해 의사와 기타 의료 제공자에게 건강 문제에 대해 알려주십시오. 귀하와 담당 의사가

## 8장 가입자의 권리와 의무

---

동의한 치료 계획 및 지침을 따르십시오.

- 일반의약품, 비타민 및 보충제를 포함하여 복용하고 있는 모든 의약품을 의사가 알고 있는지 확인하십시오.
- 질문이 있으면 반드시 질문하고 이해할 수 있는 답변을 얻으십시오.
- **사려 깊게 행동하십시오.** 당사는 가입자가 다른 환자의 권리를 존중할 것으로 기대합니다. 또한 귀하가 진료실, 병원 및 기타 기관의 원활한 운영을 지원하는 방향으로 행동하기를 기대합니다.
- **지불해야 할 금액을 지불하십시오.** 플랜 가입자는 다음과 같은 지불에 대해 책임을 집니다.
  - 당사 플랜 가입자 상태를 유지하려면 Medicare 보험료를 계속 지불해야 합니다.
  - 당사 플랜에서 보장하는 대부분의 약품의 경우 귀하는 약품을 구매할 때 귀하의 비용 부담금을 지불해야 합니다.
- 가입자 기록을 최신으로 유지하고 가입자에게 연락할 방법을 알 수 있도록 **당사 플랜 서비스 지역 내에서 이사하는 경우, 당사에 알려야 합니다.**
- **플랜 서비스 지역 밖으로 이사하는 경우, 플랜 가입자 자격을 유지할 수 없습니다.**
- **이사하는 경우, 사회 보장(또는 철도 퇴직 위원회)에도 알립니다.**
- 조직의 가입자 권리 및 의무 정책에 대한 권장 사항을 만들 수 있는 권리.

## 9장: 문제가 발생하거나 진정(보장 결정, 이의 제기, 진정)이 있는 경우

### 1절 문제가 있거나 우려 사항이 있는 경우 어떻게 해야 할까요?

이 장에서는 문제 및 우려 사항을 처리하기 위한 절차에 대해 설명합니다. 문제를 처리하는 데 사용하는 절차는 다음 2가지 사항에 따라 달라집니다.

1. **Medicare** 또는 **Medicaid**에서 제공하는 혜택에 대한 문제인지 여부 Medicare 절차를 사용할지, Medicaid 절차를 사용할지 또는 둘 다 사용할지 여부를 결정하는 데 도움이 필요한 경우 고객 지원에 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 전화하십시오.
2. 현재 겪고 있는 문제의 유형:
  - 일부 문제의 경우 **보장 결정 및 이의 제기를 위한 절차**를 사용해야 합니다.
  - 다른 문제의 경우 **진정 제기 절차**(고충이라고도 함)를 사용해야 합니다.

양 절차 모두 Medicare의 승인을 받았습니다. 각 절차에는 당사 및 귀하가 따라야 하는 규칙, 절차 및 마감일이 있습니다.

이 장의 정보는 사용할 올바른 절차와 해야 하는 일을 확인하는 데 도움이 됩니다.

#### 1.1절 법률 용어

이 장에서 설명하는 규칙, 절차 및 마감일 유형에 대한 법률 용어가 있습니다. 이러한 용어 중 대부분은 대부분의 사람들에게 친숙하지 않습니다. 이 장에서는 편의를 위해 일부 법률 용어를 대신하여 더 친숙한 단어를 사용합니다.

그러나 경우에 따라 올바른 법률 용어를 아는 것이 중요합니다. 올바른 도움이나 정보를 얻기 위해 어떤 용어를 사용할 것인지 알 수 있도록 특정 상황을 처리하는 데 필요한 세부 정보를 제공할 때 이러한 법률 용어가 포함됩니다.

### 2절 추가 정보 및 맞춤형 도움을 받을 수 있는 위치

언제든지 도와드리겠습니다. 귀하가 당사의 대우에 진정을 가지고 있더라도, 당사는 귀하의 진정을 제기할 권리를 존중할 의무가 있습니다. 도움이 필요하시면 고객 지원(800-457-4708)으로 항상 전화하셔야 합니다(TTY 사용자는 711 이용). 어떤 경우에는 당사와 연결되지 않은 사람의 도움이나 안내를 받을 수도 있습니다. 도움을 줄 수 있는 두 가지 조직은 다음과 같습니다.

**9장 문제가 발생하거나 진정(보장 결정, 이의 제기, 진정)이 있을 때 조치할 수 있는 방법****주 건강보험 지원 프로그램(SHIP)**

각 주에는 교육을 받은 상담사가 있는 정부 프로그램이 있습니다. 이 프로그램은 당사 또는 어떠한 보험 회사나 건강 플랜과도 연관되어 있지 않습니다. 이 프로그램의 상담사는 귀하가 겪고 있는 문제를 처리하기 위해 어떤 과정을 사용해야 하는지 이해하는 데 도움을 줄 수 있습니다. 또한, 질문에 답하고, 더 많은 정보를 제공하며, 필요한 조치를 안내해줄 수 있습니다.

SHIP 상담사의 서비스는 무료입니다. 이 문서의 끝에 있는 자료 A에서 전화번호를 찾을 수 있습니다.

**Medicare**

Medicare에 도움을 문의할 수도 있습니다.

- 하루 24시간 언제든지 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하시기 바랍니다.
- [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)를 방문하십시오.

**Apple Health(Medicaid)에서 도움 및 정보를 얻을 수 있습니다**

Apple Health(Medicaid)의 연락처 정보는 이 책자의 마지막 부분에 수록된 자료 A에서 확인할 수 있습니다.

**3절 귀하의 문제에 사용할 절차**

Medicare에 가입되어 있으며 Apple Health(Medicaid)의 도움을 받기 때문에 문제나 진정을 처리하는 데 사용할 수 있는 절차가 다릅니다. 문제가 Medicare 혜택 또는 Apple Health(Medicaid) 혜택에 대한 것인지에 따라 어떤 절차를 사용해야 하는지 결정됩니다. Medicare가 보장하는 혜택에 대한 문제인 경우 Medicare 절차를 사용합니다. Apple Health(Medicaid)가 보장하는 혜택에 대한 문제인 경우 Medicaid 절차를 사용합니다. Medicare 절차를 플랜의 Medicaid 절차를 사용할지 여부를 결정하는 데 도움이 필요한 경우 고객 지원에 800-457-4708 (TTY 사용자는 711 이용)로 문의하십시오.

Medicare 절차 및 Medicaid 절차는 이 장의 여러 부분에 설명되어 있습니다. 어느 부분을 확인해야 하는지 알아보려면 아래 차트를 참조하십시오.

| <b>귀하의 문제가 Medicare 혜택 또는 Medicaid 혜택에 대한 것입니까?</b>                                                 |                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>귀하의 문제가<br/><b>Medicare</b> 혜택에 대한 것일 경우</p> <p><b>4절 Medicare 혜택에 대한 문제 처리</b>를<br/>참조하십시오.</p> | <p>귀하의 문제가<br/><b>Medicaid</b> 보장에 대한 것일 경우</p> <p><b>12절 Medicaid 혜택에 대한 문제 처리</b>를<br/>참조하십시오.</p> |

**9장 문제가 발생하거나 진정(보장 결정, 이의 제기, 진정)이 있을 때 조치할 수 있는 방법****4절 Medicare 혜택에 대한 문제 처리****귀하의 혜택 또는 보장에 대한 문제나 우려 사항이 있습니까?**

의료 서비스(의료품, 서비스 및/또는 파트 B 약품)에 대한 보장 여부, 보장 방법, 의료 서비스의 지불과 관련된 문제 등이 포함됩니다.

**예.**

**5절 보장 결정 및 이의 제기에 대한 안내**  
참조하십시오.

**아니요.**

**11절 의료의 질, 대기 시간, 고객 서비스 또는 기타  
우려 사항에 관한 불만 제기 방법**을 참조하십시오.

**보장 결정 및 이의 제기****5절 보장 결정 및 이의 제기에 대한 안내**

보장 결정 및 이의 제기는 의료 서비스(서비스, 용품 및 Medicare 파트 B 약품(지불 포함))에 대한 혜택 및 보장과 관련된 문제를 다룹니다. 간단히 말하자면, 일반적으로 의료품, 서비스 및 Medicare 파트 B 약품은 **의료 서비스**를 의미합니다. 보장 결정 및 문제에 대한 이의 제기 절차는 보장 내용과 보장 방식 등의 문제에 사용됩니다.

**서비스를 받기 전에 보장 결정 요청**

귀하가 서비스를 받기 전에 당사가 의료 서비스에 대해 보장하는지 여부를 알고 싶다면 귀하에게 보장 결정을 내리도록 요청할 수 있습니다. 보장 결정은 가입자의 혜택 및 보장 또는 가입자의 의료 서비스에 대해 당사가 지불하는 금액에 대해 당사가 내리는 결정입니다. 예를 들어, 당사 플랜 네트워크 의사가 귀하를 네트워크 외의 전문의에게 위탁하는 경우, 귀하 또는 네트워크 의사가 이 전문의에 대한 일반 거부 통지를 받은 것을 보여줄 수 있지 않는 한 또는 위탁된 서비스가 어떠한 조건에서도 절대 보장되지 않음이 보장 범위 증명서에 명백하지 않는 한 이 의뢰서는 유리한 보장 결정으로 간주됩니다. 귀하 또는 담당 의사는 또한 당사에 연락하여 귀하에게 필요한 특정 의료 서비스를 당사에서 보장하는지 또는 거부하는지 여부에 대해 확신할 수 없는 경우 이에 대한 보장 결정을 요청할 수 있습니다.

제한된 상황에서는 보장 결정 요청이 기각됩니다. 즉, 요청을 검토하지 않습니다. 요청이 기각되는 경우의 예시로는 요청이 완료되지 않은 경우, 법적 권한이 없는 자가 귀하를 대신하여 요청하는 경우 또는 귀하가 요청을 철회하도록 요청하는 경우 등이 있습니다. 보장 결정 요청을 기각하는 경우, 요청이 기각된 이유와 기각 검토 요청 방법을 안내하는 공지가 발송됩니다.

당사는 귀하에게 적용되는 보장 대상 및 지불 금액을 결정할 때마다 보장 결정을 내립니다. 경우에 따라 당사는 의료 서비스가 보장되지 않거나 귀하에게 더 이상 보장되지 않는 것으로 판단할 수 있습니다. 이 보장 결정에 동의하지 않으면 이의를 제기할 수 있습니다.

**이의 제기**

혜택을 받기 전후에 당사에서 보장 결정을 내리고 가입자가 그에 만족하지 못한 경우, 가입자는 결정에 **이의**를 제기할 수 있습니다. 이의 제기는 당사가 내린 보장 결정을 검토하고 변경하도록 요청하는 공식적인 방법입니다. 특정 상황에서는 보장 결정에 대한 긴급 또는 **신속 이의 제기**를 요청할 수 있습니다. 귀하의 이의 제기는 원래 결정을 내렸던 검토자와는 다른 검토자가 처리합니다.

## 9장 문제가 발생하거나 진정(보장 결정, 이의 제기, 진정)이 있을 때 조치할 수 있는 방법

결정에 대해 처음으로 이의를 제기할 때 이를 레벨 1 이의 제기라고 합니다. 이 이의 제기에서 당사는 규칙을 제대로 따르고 있는지 확인하기 위해 수행한 보장 결정을 검토합니다. 검토가 완료되면 가입자에게 결정 내용을 전달합니다.

제한된 상황에서는 레벨 1 이의 제기에 대한 요청이 기각됩니다. 즉, 요청을 검토하지 않습니다. 요청이 완료되지 않은 경우, 법적 권한이 없는 자가 귀하를 대신하여 요청하는 경우 또는 귀하가 요청을 철회하도록 요청하는 경우를 예로 들 수 있습니다. 레벨 1 이의 제기에 대한 요청을 기각하는 경우, 요청이 기각된 이유와 기각 검토 요청 방법을 안내하는 공지가 발송됩니다.

당사가 의료 서비스에 대한 귀하의 레벨 1 이의 제기 전부 또는 일부에 대해 인정하지 않는 경우, 귀하의 이의 제기는 자동으로 당사와 연결되지 않은 독립 검토 기관이 수행하는 레벨 2 이의 제기로 넘어갑니다.

- 레벨 2 이의 제기를 시작하기 위해 가입자가 별도로 취할 조치는 없습니다. Medicare 규칙은 레벨 1 이의 제기에 전적으로 동의하지 않을 경우 의료 서비스에 대한 귀하의 이의 제기를 자동으로 레벨 2로 보내도록 합니다.
- 의료 서비스에 대한 레벨 2 이의 제기 관련 자세한 내용은 **6.4절**을 참조하십시오.
- 파트 D 이의 제기는 7절에서 설명합니다.

레벨 2 이의 제기에 대한 결정에 만족하지 못할 경우 추가 이의 제기 단계를 계속 진행할 수 있습니다(이 장에서는 레벨 3, 4, 5 이의 제기 절차에 대해 자세히 설명합니다).

### 5.1절 보장 결정 요구나 이의 제기에 대해 도움 받기

다음은 모든 종류의 보장 결정을 요청하거나 결정에 이의를 제기하고자 하는 경우에 사용할 수 있는 리소스입니다.

- 800-457-4708로 **고객 지원에 전화하십시오**(TTY 사용자는 711 이용).
- 주 건강보험 지원 프로그램에서 **무료로 도움을 받으십시오**.
- **담당 의사가 귀하를 위해 요청할 수 있습니다.** 담당 의사가 레벨 2 이상의 이의 제기를 돕는 경우, 귀하의 대리인으로 지정되어야 합니다. 고객 지원에 전화하여 **대리인 선임** 양식을 요청하십시오(해당 양식은 Medicare 웹사이트 [www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) 또는 당사 웹사이트 <https://www.humana.com/member/documents-and-forms>에서도 확인할 수 있습니다).
  - 의료 서비스의 경우, 담당 의사는 귀하를 대신하여 보장 결정 또는 레벨 1 이의 제기를 요청할 수 있습니다. 레벨 1에서 이의 제기가 거부되면 자동으로 레벨 2로 전달됩니다.
  - 파트 D 약품의 경우, 담당 의사 또는 기타 처방자가 귀하를 대신하여 보장 결정 또는 레벨 1 이의 제기를 요청할 수 있습니다. 레벨 1 이의 제기가 거부되면 담당 의사나 처방자는 레벨 2 이의 제기를 요청할 수 있습니다.
- **다른 사람에게 자신을 대신하여 행동하도록 요청할 수 있습니다.** 다른 사람을 **대리인**으로 지정하여 보장 결정을 요청하거나 이의를 제기할 수 있습니다.

**9장 문제가 발생하거나 진정(보장 결정, 이의 제기, 진정)이 있을 때 조치할 수 있는 방법**

- 친구, 친척 또는 다른 사람을 대리인으로 지정하려면 고객 지원에 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 전화를 걸어 **대리인 선임** 양식을 요청하십시오(해당 양식은 Medicare 웹사이트 [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) 또는 당사 웹사이트 <https://www.humana.com/member/documents-and-forms>에서도 확인할 수 있습니다). 이 양식은 특정인에게 본인을 대리할 수 있는 권한을 부여합니다. 이 양식에는 본인과 본인의 대리인으로 지정하고자 하는 특정인이 서명해야 합니다. 서명된 양식 1부를 당사에 제공해야 합니다.
- 대리인으로부터 양식 없이 이의 제기 요청을 수락할 수 있지만, 신청서를 받기 전까지는 검토를 시작하거나 완료할 수 없습니다. 당사의 이의 제기 결정 기한 전에 양식을 받지 못하는 경우, 이의 제기 요청은 기각됩니다. 이러한 상황이 발생하면 독립 검토 기관에 이의 제기 기각 결정을 검토하도록 요청할 수 있는 귀하의 권리를 설명하는 서면 통지를 보내드립니다.
- **또한 귀하는 변호사를 고용할 권리가 있습니다.** 자신의 변호사에게 연락하거나 현지 변호사 협회 또는 기타 의뢰서 서비스에서 변호사의 이름을 얻을 수 있습니다. 귀하가 자격을 갖춘 경우 무료 법률 서비스를 제공하는 그룹이 있습니다. 그러나 어떤 종류의 보장 결정이나 결정에 이의를 제기하기 위하여 **변호사를 고용할 필요는 없습니다.**

**5.2절 다양한 상황에 대한 규칙 및 마감일**

보장 결정 및 이의 제기와 관련된 4가지 상황이 있습니다. 각 상황마다 규칙과 마감일이 다릅니다. 다음과 같은 각각의 상황에 대한 세부 정보를 제공합니다.

- **6절:** 의료 서비스: 보장 결정을 요청하거나 이의 제기를 하는 방법
- **7절:** 파트 D 약품: 보장 결정을 요청하거나 이의 제기를 하는 방법
- **8절:** 너무 빨리 퇴원한다고 생각될 경우 연장된 병원 입원 기간 동안의 보장을 요청하는 방법
- **9절:** 귀하의 보장이 너무 일찍 종료된다고 생각되는 경우 당사에 특정 의료 서비스에 대해 계속 보장을 요청하는 방법(가정간호, 전문요양시설 케어 및 종합 외래 재활 시설(CORF) 서비스에만 적용)

어떤 정보가 적용되는지 확실하지 않은 경우 고객 지원에 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 문의해 주십시오. SHIP로부터 도움이나 정보를 얻을 수도 있습니다.

**6절 의료 서비스: 보장 결정을 요청하거나 이의 제기를 하는 방법****6.1절 의료 서비스를 보장받는 데 문제가 있는 경우 또는 당사에 의료 서비스에 대한 환급을 원하는 경우 할 일**

의료 서비스에 대한 귀하의 혜택은 4장의 의료 혜택 차트에 설명되어 있습니다. 경우에 따라 파트 B 약품에 대한 요청에는 다른 규칙이 적용됩니다. 이러한 경우, 파트 B 약품에 대한 규칙이 의료품 및 서비스 규정과 어떻게 다른지 설명할 것입니다.

이 절에서는 다음 5가지 상황 중 하나에 해당하는 경우에 수행할 수 있는 작업을 설명합니다.

1. 귀하가 원하는 의료 서비스를 받지 못하고 있으며, 당사의 플랜이 이러한 의료를 보장한다고 생각합니다.  
**보장 결정을 요청합니다. 6.2절**

**9장 문제가 발생하거나 진정(보장 결정, 이의 제기, 진정)이 있을 때 조치할 수 있는 방법**

2. 당사의 플랜이 귀하의 의사 또는 다른 의료 제공자가 귀하에게 제공하기를 원하는 의료 서비스를 승인하지 않으며, 귀하는 당사 플랜이 이 의료를 보장한다고 생각하는 경우. **보장 결정을 요청합니다. 6.2절**
3. 귀하는 당사 플랜이 보장해야 한다고 생각하는 의료 서비스를 받았지만, 당사가 해당 의료에 대한 비용을 지불하지 않을 것이라고 말한 경우. **이의를 제기합니다. 6.3절**
4. 귀하는 플랜이 보장해야 한다고 생각되는 의료 서비스를 받고 비용을 지불했으며, 귀하가 이 의료 서비스에 대해 보상해 달라고 당사 플랜에 요청을 원하는 경우. **당사에 청구서를 보냅니다. 6.5절**
5. 귀하는 이전에 승인된 특정 의료 서비스 보장이 축소 또는 중지될 것이라고 들었으며, 해당 의료를 줄이거나 중단하면 자신의 건강에 해를 끼칠 수 있다고 믿는 경우. **이의를 제기합니다. 6.3절**

**참고: 병원 치료, 가정간호, 전문요양시설 케어 또는 종합 외래 재활 시설(CORF) 서비스에 대한 보장이 중단될 경우 8절과 9절을 참고하십시오. 이러한 유형의 치료에는 특별한 규칙이 적용됩니다.**

**6.2절 보장 결정을 요청하는 방법****법률 용어:**

귀하의 의료 서비스와 관련된 보장 결정은 **기관 판단**이라고 합니다.

신속한 보장 결정을 **신속 판단**이라고 합니다.

**1단계: 일반 보장 결정 또는 신속 보장 결정이 필요한지 여부를 결정합니다.**

**일반 보장**은 의료 용품 또는 서비스가 당사의 사전 승인 규칙이 적용되는 경우 일반적으로 역일 기준 7일, 기타 모든 용품 및 서비스의 경우 역일 기준 14일 또는 파트 B 약품의 경우 72시간 이내에 이루어집니다. **신속한 보장 결정**은 일반적으로 의료 서비스의 경우 72시간 이내, 파트 B 약의 경우 24시간 이내에 이루어집니다. 일반 기한을 사용할 경우 건강에 심각한 해를 끼치거나 기능 회복 능력을 해칠 우려가 있을 때에만 **신속한 보장 결정**을 내릴 수 있습니다.

**담당 의사가 귀하의 건강이 신속 보장 결정을 필요로 한다고 말한다면, 당사는 신속 보장 결정을 내리는 데 자동으로 동의합니다.**

**담당 의사 지원 없이 스스로 신속한 보장 결정을 요청할 경우, 당사는 귀하의 건강이 신속한 보장 결정을 내리도록 요구하는지 결정할 것입니다.** 당사가 신속 보장 결정을 승인하지 않을 경우 다음과 같은 내용의 서신을 보내드립니다.

- 당사가 일반 기한을 사용할 것임을 설명합니다.
- 이 서신은 담당 의사가 신속한 보장 결정을 요청하면 당사가 자동으로 신속한 보장 결정을 내릴 것이라고 알려줍니다.
- 귀하가 요청한 신속한 보장 결정 대신 일반 보장 결정을 내리기로 한 결정에 대해 신속 진정을 어떻게 제기할 수 있음을 설명합니다.

**2단계: 보장 결정 또는 신속한 보장 결정을 플랜에 요청합니다.**

- 먼저 당사의 플랜에 전화, 서면 또는 팩스 전송을 통해 원하는 의료 서비스를 승인 또는 제공하라는 요청을 할 수 있습니다. 귀하, 담당 의사 또는 귀하의 대리인이 이 작업을 수행할 수 있습니다. 2장에 연락처 정보가 있습니다.

**9장 문제가 발생하거나 진정(보장 결정, 이의 제기, 진정)이 있을 때 조치할 수 있는 방법**

**3단계:** 당사는 귀하의 의료 서비스 보장 요청을 고려하여 귀하에게 답변을 제공합니다.

**일반 보장 결정에는 일반 기한을 사용합니다.**

이는 당사가 당사의 사전 승인 규칙을 적용받는 의료품이나 서비스에 대한 요청을 받은 후 역일 기준 7일 이내에 답변을 제공함을 의미합니다. 요청한 의료품 또는 서비스가 당사의 사전 승인 규칙의 적용을 받지 않는 경우, 당사는 귀하의 요청을 받은 후 역일 기준 14일 이내에 답변을 드릴 것입니다. 귀하의 요청이 파트 B 약품에 대한 요청인 경우, 당사는 귀하의 요청을 받은 후 72시간 이내에 답변해 드립니다.

- 그러나 귀하가 더 많은 시간을 요구하거나 귀하에게 도움이 될 수 있는 추가 정보가 필요하고 귀하의 요청이 의료품 또는 서비스에 대한 요청일 경우 **역일 기준 최대 14일이 더 걸릴 수 있습니다.** 추가 일수가 소요되면 서면으로 알려드립니다. 귀하의 요청이 파트 B 약품에 대한 것인 경우 결정을 내리기 위해 추가 시간을 할애할 수 없습니다.
- 추가 일수를 더 소요하지 **않아야** 한다고 생각하는 경우, 귀하는 신속 진정을 제기할 수 있습니다. 결정을 내리는 즉시 귀하의 진정에 대한 답변을 드리겠습니다(진정을 제기하는 절차는 보장 결정 및 이의 제기 절차와 다릅니다. 진정 제기에 대한 자세한 정보는 11절을 참조하십시오).

**신속 보장 결정이 시행되는 경우 보다 빠른 시간 내에 결정이 이루어집니다.**

신속 보장 결정은 귀하의 요청이 의료품 또는 의료 서비스에 대한 요청인 경우 72시간 이내에 답변을 드립니다. 파트 B 약품에 대한 요청인 경우에는 24시간 이내에 답변해 드립니다.

- 그러나 귀하가 더 많은 시간을 요구하거나 귀하에게 도움이 될 수 있는 더 많은 정보가 필요한 경우 **역일 기준 최대 14일이 더 소요될 수 있습니다.** 추가 일수가 소요되면 서면으로 알려드립니다. 귀하의 요청이 파트 B 약품에 대한 것인 경우 결정을 내리기 위해 추가 시간을 할애할 수 없습니다.
- 추가 일수를 더 소요하지 **않아야** 한다고 생각하는 경우, 귀하는 신속 진정을 제기할 수 있습니다(진정 제기에 대한 정보는 11절을 참조하십시오). 결정을 내리는 즉시 연락 드리겠습니다.
- 당사가 귀하의 요청 사항 일부 또는 전부를 수락하지 않는 경우, 당사의 결정 근거에 대한 설명을 서면으로 보내드립니다.

**4단계:** 당사가 귀하의 의료 서비스 보장 요청을 수락하지 않는 경우 귀하는 이의를 제기할 수 있습니다.

- 당사에서 인정하지 않는 경우, 귀하는 이의를 제기하여 당사가 이러한 결정에 대해 다시 고려하도록 요청할 권리가 있습니다. 즉, 원하는 의료 서비스 보장을 받기 위해 다시 요청할 수 있습니다. 이의 제기를 하는 것은 이의 제기 절차의 레벨 1을 진행함을 의미합니다.

### 6.3절 레벨 1 이의를 제기하는 방법

#### 법을 용어:

당사 플랜의 의료 서비스 보장 결정에 대한 이의 제기를 **재고려**라고 합니다.

신속 이의 제기는 **신속한 재심사**라고도 합니다.

**9장 문제가 발생하거나 진정(보장 결정, 이의 제기, 진정)이 있을 때 조치할 수 있는 방법****1단계: 일반 이의 제기 또는 신속 이의 제기가 필요한지 여부를 결정합니다.**

**일반 이의 제기**는 일반적으로 역일 기준 30일 이내 또는 파트 B 약품의 경우 역일 기준 7일 이내에 이루어집니다.  
**신속 이의 제기**는 일반적으로 72시간 이내에 이루어집니다.

- 진료 보장에 대해 당사가 내린 결정에 대해 귀하가 이의를 제기하면 귀하 및/또는 담당 의사는 신속 이의 제기가 필요한지 결정해야 합니다. 담당 의사가 귀하의 건강을 위해 신속 이의 제기가 필요하다고 하는 경우 당사는 신속 이의 제기를 제공할 것입니다.
- 신속 이의 제기를 하기 위한 요건은 이 장의 6.2절에 있는 신속 보장 결정에 대한 요건과 동일합니다.

**2단계: 당사 플랜에 이의 제기 또는 신속 이의 제기를 요청합니다.**

- **일반 이의 제기를 요청하는 경우** 서면으로 이의 제기를 제출하십시오. 2장에 연락처 정보가 있습니다.
- **신속 이의 제기를 요청하는 경우** 서면으로 또는 당사에 전화하여 이의 제기를 하십시오. 2장에 연락처 정보가 있습니다.
- 보장 결정에 대한 답변을 알리기 위해 보낸 당사의 서면 통지일로부터 **역일 기준 65일 이내에 이의 제기 요청을 해야 합니다.** 이 기한을 놓쳤고 이에 대한 합당한 이유가 있다면 이의 제기를 늦게 한 이유를 설명하십시오. 당사가 이의 제기를 위한 시간을 연장해 드릴 수도 있습니다. 이러한 합당한 이유에는 심각한 질병이 발생하여 당사에 연락을 할 수 없는 경우 또는 당사가 이의 제기 요청 기한에 대해 부정확하거나 불완전한 정보를 제공한 경우 등이 포함될 수 있습니다.
- **귀하는 의학적 결정에 대한 정보의 사본을 요청할 수 있습니다.** 귀하의 이의 제기를 지원하기 위해 귀하와 담당 의사가 정보를 더 추가할 수 있습니다. 당사는 이 정보를 복사 및 전송하는 데 필요한 요금을 귀하에게 청구할 수 있습니다.

**3단계: 당사는 귀하의 이의 제기를 고려하여 귀하에게 답변을 제공합니다.**

- 귀하의 이의 제기를 검토할 때 당사는 모든 정보를 자세히 살펴봅니다. 당사가 귀하의 요청 사항을 '수락하지 않는' 경우 모든 규칙을 따랐는지 확인합니다.
- 필요한 경우 귀하 또는 담당 의사에게 연락하여 더 많은 정보를 수집할 수 있습니다.

**신속 이의 제기 기한**

- 신속 이의 제기의 경우, 당사는 **이의 제기를 접수한 후 72시간 이내에** 반드시 답변을 제공해 드립니다. 건강상 필요한 경우 더 빨리 답변해 드리겠습니다.
  - 그러나 귀하가 더 많은 시간을 요구하거나 귀하에게 도움이 될 수 있는 추가 정보를 수집해야 하는 경우, 귀하의 요청이 의료품 또는 서비스에 대한 요청일 경우 **역일 기준 최대 14일이 더 걸릴 수 있습니다.** 추가 일수가 소요되면 서면으로 알려드립니다. 귀하의 요청이 파트 B 약품에 대한 요청인 경우 추가 시간을 할애할 수 없습니다.
  - 72시간 이내에 답변을 제공하지 않는 경우(또는 연장 기간이 있는 경우, 해당 기간이 끝날 때까지), 당사는 독립 검토 기관에서 검토하는 이의 제기 절차의 레벨 2로 요청을 자동으로 보내야 합니다. 6.4절에서는 레벨 2 이의 제기 절차를 설명합니다.
- **당사가 귀하의 요청 사항 일부 또는 전부를 받아들이는 경우,** 당사는 이의 제기를 받은 후 72시간 이내에 제공하기로 동의한 보장을 승인하거나 제공해야 합니다.

**9장 문제가 발생하거나 진정(보장 결정, 이의 제기, 진정)이 있을 때 조치할 수 있는 방법**

- **당사가 귀하의 요청 사항 일부 또는 전부를 수락하지 않는 경우**, 당사는 결정에 대해 귀하에게 서면으로 알리고 레벨 2 이의 제기를 위해 귀하의 이의 제기를 자동으로 독립 검토 기관에 전송합니다. 귀하의 이의 제기가 접수되면 독립 검토 기관에서 귀하에게 서면으로 통지합니다.

**일반 이의 제기 기한**

- 일반 이의 제기의 경우, 귀하의 요청을 수신한 후 **역일 기준 30일 이내**에 답변을 제공해야 합니다. 귀하가 아직 받지 못한 파트 B 약품에 대한 요청인 경우, 이의 제기를 받은 후 **역일 기준 7일 이내**에 답변해 드립니다. 귀하의 건강 상태에 따라 더 빨리 결정을 내릴 수 있습니다.
  - 그러나 귀하가 더 많은 시간을 요구하거나 귀하에게 도움이 될 수 있는 추가 정보가 필요하고 귀하의 요청이 의료품 또는 서비스에 대한 요청일 경우 **역일 기준 최대 14일이 더 걸릴 수 있습니다**. 추가 일수가 소요되면 서면으로 알려드립니다. 귀하의 요청이 파트 B 약품에 대한 것인 경우 결정을 내리기 위해 추가 시간을 할애할 수 없습니다.
  - 추가 일수를 더 소요하지 *않아야* 한다고 생각하는 경우, 신속 진정을 제기할 수 있습니다. 신속 진정을 제기할 경우 24시간 이내에 진정에 대한 답변을 제공해 드립니다(진정 제기에 대한 정보는 11절을 참조하십시오).
  - 기한(또는 연장 기간 종료)까지 답변을 제공하지 않을 경우 레벨 2 이의 제기로 요청을 보내 독립 검토 기관에서 이의 제기를 검토합니다. 6.4절에서는 레벨 2 이의 제기 절차를 설명합니다.
- **당사가 귀하의 요청 사항 일부 또는 전부를 받아들이는 경우**, 당사는 귀하가 요청한 의료품 또는 서비스에 대한 요청이 있는 경우 30일 이내에 또는 귀하가 요청한 파트 B 약품에 대해 **역일 기준 7일 이내**에 보장을 반드시 승인하거나 제공합니다.
- **플랜에서 귀하의 이의 제기 일부 또는 전부를 수락하지 않는 경우**, 당사는 레벨 2 이의 제기를 위해 귀하의 이의 제기를 자동으로 독립 검토 기관에 전송합니다.

**6.4절 레벨 2 이의 제기 절차****법률 용어:**

독립 검토 기관의 공식 명칭은 **독립 검토 주체**이며, **IRE**라고도 합니다.

**독립 검토 기관은 Medicare에서 고용한 독립적인 조직입니다.** 이 기관은 당사와 관련이 없으며 정부 기관이 아닙니다. 이 기관은 당사의 결정이 올바른지 또는 결정을 변경해야 하는지 여부를 결정합니다. Medicare에서 이들의 업무를 감독합니다.

**1단계: 독립 검토 기관이 귀하의 이의 제기를 검토합니다.**

- 귀하의 이의 제기에 대한 정보를 이 기관에 보냅니다. 이 정보를 **케이스 파일**이라고 합니다. **귀하는 당사에 케이스 파일의 사본을 요청할 권리가 있습니다.** 당사는 이 정보를 복사 및 전송하는 데 필요한 요금을 귀하에게 청구할 수 있습니다.
- 귀하는 이의 제기를 뒷받침하기 위해 독립 검토 기관에 추가 정보를 제공할 권리가 있습니다.
- 독립 검토 기관의 검토자는 이의 제기에 대한 모든 정보를 신중하게 검토합니다.

**9장 문제가 발생하거나 진정(보장 결정, 이의 제기, 진정)이 있을 때 조치할 수 있는 방법****레벨 1에서 신속 이의 제기를 한 경우 레벨 2에서도 신속 이의 제기를 할 수 있습니다.**

- 신속한 이의 제기의 경우 독립 검토 기관은 이의 제기를 받은 지 **72시간 이내**에 레벨 2 이의 제기에 대한 답변을 제공해야 합니다.
- 하지만, 귀하의 요청이 의료품 또는 서비스에 대한 요청이고 독립 검토 기관이 귀하에게 도움이 될 수 있는 더 많은 정보를 수집해야 하는 경우, **역일 기준 최대 14일이 더 걸릴 수 있습니다.** 귀하의 요청이 파트 B 약품에 대한 것인 경우 독립 검토 기관은 결정을 내리는 데 추가 시간을 할애할 수 없습니다.

**레벨 1에서 일반 이의 제기를 한 경우 레벨 2에서도 일반 이의 제기를 하게 됩니다.**

- 일반 이의 제기에 대해 귀하의 요청이 의료품 또는 서비스에 대한 요청인 경우, 독립 검토 기관은 이의 제기를 받은 날로부터 **역일 기준 30일 이내**에 레벨 2 이의 제기에 대한 답변을 제공해야 합니다.
- 귀하의 요청이 파트 B 약품에 대한 것인 경우, 독립 검토 기관은 귀하의 이의 제기를 받은 날로부터 **역일 기준 7일 이내**에 귀하의 레벨 2 이의 제기에 대해 답해야 합니다.
- 하지만, 귀하의 요청이 의료품 또는 서비스에 대한 요청이고 독립 검토 기관이 귀하에게 도움이 될 수 있는 더 많은 정보를 수집해야 하는 경우, **역일 기준 최대 14일이 더 걸릴 수 있습니다.** 귀하의 요청이 파트 B 약품에 대한 것인 경우 독립 검토 기관은 결정을 내리는 데 추가 시간을 할애할 수 없습니다.

**2단계: 독립 검토 기관이 답변을 제공합니다.**

독립 검토 기관은 서면으로 결정을 알리고 그 이유를 설명할 것입니다.

- **독립 검토 기관이 의료품 또는 서비스에 대한 요청의 일부 또는 전부를 인정하는 경우,** 당사는 독립 검토 기관으로부터 **일반 요청**에 대한 결정을 받은 후 **72시간 이내**에 의료 서비스 보장을 승인하거나 **역일 기준 14일 이내**에 의료 서비스를 제공해야 합니다. **신속한 요청**의 경우 당사는 독립 검토 기관으로부터 결정을 받은 날짜로부터 **72시간 내**에 요청을 처리합니다.
- **독립 검토 기관이 파트 B 약품에 대한 요청의 일부 또는 전부를 인정하는 경우,** 독립 검토 기관으로부터 결정을 받은 후 **72시간 이내**에 당사는 파트 B 약품을 반드시 승인하거나 제공해야 합니다. **신속한 요청의 경우** 당사는 독립 검토 기관으로부터 결정을 받은 날짜로부터 **24시간 내**에 요청을 처리합니다.
- **독립 검토 기관이 귀하의 이의 제기의 일부 또는 전부를 인정하지 않는다고 답변하는 경우,** 이는 귀하의 의료 서비스 보장에 대한 요청의 일부 또는 전부를 승인하지 않는다는 당사의 결정에 동의함을 의미합니다 (이를 **결정 유지** 또는 **이의 제기 거절**이라고 합니다). 이 경우 독립 검토 기관에서 귀하에게 다음과 같은 서신을 보냅니다.
  - 결정을 설명합니다.
  - 요청 중인 의료 서비스 보장의 달러 금액이 특정 최솟값을 충족하는 경우 레벨 3 이의 제기에 대한 권리를 알립니다. 독립 검토 기관에서 제공하는 서면 통지서에는 이의 제기 절차를 계속 진행하기 위해 충족해야 하는 달러 금액이 나와 있습니다.
  - 레벨 3 이의 제기를 하는 방법을 알려줍니다.

**3단계: 케이스가 요건을 충족하는 경우 추가 이의 제기 여부를 선택할 수 있습니다.**

- 레벨 2 이후 이의 제기 절차에 3가지 추가 레벨이 있습니다(총 5단계의 이의 제기). 레벨 3 이의 제기를 진행하려는 경우 이를 수행하는 방법에 대한 자세한 내용은 레벨 2 이의 제기 후 받은 서면 통지서에 나와 있습니다.

**9장 문제가 발생하거나 진정(보장 결정, 이의 제기, 진정)이 있을 때 조치할 수 있는 방법**

- 레벨 3 이의 제기는 행정법 판사 또는 대리 심판관에 의해 처리됩니다. 10절에서는 레벨 3, 4, 5 이의 제기 절차에 대해 자세히 설명합니다.

**6.5절 귀하가 받은 의료 서비스 청구서에 대해 환급을 요청하는 경우**

당사는 Medicaid 서비스 또는 용품에 대한 비용을 직접 상환할 수 없습니다. Medicaid 보장 서비스 및 용품에 대한 청구서를 받는 경우 청구서를 당사에 보내십시오. **청구서 금액을 직접 지불하지 마십시오.** 당사는 제공자에게 직접 연락하여 문제를 처리할 것입니다. 귀하가 요금을 지불하는 경우, 서비스 또는 용품 입수 규칙을 따랐다면 해당 의료 제공자로부터 환불을 받을 수 있습니다.

**보장을 요청하는 것은 당사에 보장 결정을 요청하는 것입니다.**

상환을 요청하는 서류를 전송하는 것은 당사에 보장 결정을 요청하는 것입니다. 결정을 내리기 위해 당사는 귀하가 지불한 의료 서비스가 보장 서비스인지 확인합니다. 또한 당사는 귀하가 의료 서비스 보장 사용에 대한 규칙을 준수했는지 확인합니다.

- **당사가 귀하의 요청을 수락하는 경우:** 의료 서비스가 보장되고 귀하가 모든 규칙을 준수하는 경우, 당사는 귀하의 요청을 받은 후 일반적으로 역일 기준 30일에서 60일 이내에 지불금을 귀하에게 보내드립니다. 의료 서비스에 대한 비용을 지불하지 않은 경우 해당 제공자에게 직접 지불금을 보냅니다.
- **당사가 귀하의 요청을 거절한 경우:** 의료 서비스가 보장되지 않거나 귀하가 모든 규정을 따르지 않은 경우 지불금을 보내지 않습니다. 대신 당사는 의료 서비스 비용을 지불하지 않을 것이라는 내용의 서신에 그 이유를 적어 보내드립니다.

당사의 결정에 동의하지 않으면 **이의를 제기할 수 있습니다.** 이의 제기를 하는 경우, 지불 요청을 거부했을 때 당사가 수행한 보장 결정을 변경하도록 요청한다는 것을 의미합니다.

**이러한 이의 제기를 하려면 6.3절의 이의 제기 절차를 따르십시오.** 환급에 대한 이의 제기의 경우 다음 사항에 유의하십시오.

- 당사는 귀하의 이의 제기를 수신한 후 역일 기준 60일 이내에 답변을 제공해야 합니다. 귀하가 이미 의료 서비스를 받고 지불한 항목에 대해 다시 비용을 환급하도록 요청하는 경우, 신속 이의 제기를 요청할 수 없습니다.
- 독립 검토 기관에서 당사가 비용을 지불하기로 결정하는 경우, 당사는 귀하 또는 제공자에게 역일 기준 30일 이내에 지불 금액을 보내야 합니다. 레벨 2 이후의 이의 제기 절차에서 이의 제기를 '인정한다'고 답변한 경우, 당사는 요청한 지불액을 역일 기준 60일 이내에 귀하 또는 제공자에게 전달해야 합니다.

**7절 파트 D 약품: 보장 결정을 요청하거나 이의 제기를 하는 방법****7.1절 이 절에서는 파트 D 약품 수령에 문제가 있거나 당사에서 파트 D 약품에 대해 다시 지불하기를 원하는 경우 어떻게 해야 하는지 설명합니다**

혜택에는 많은 처방약에 대한 보장이 포함됩니다. 보장을 받으려면 약을 의학적으로 인정된 적응증에 대해 사용해야 합니다(의학적으로 인정된 적응증에 대한 자세한 내용은 5장을 참조하십시오). 파트 D 약품, 규칙, 제한 사항 및 비용에 대한 자세한 내용은 5장과 6장을 참조하십시오. **이 절은 파트 D 약품에만 해당됩니다.** 간단히 하기 위해 당사는 일반적으로 **보장 외래 처방약**이나 **파트 D 약품**을 매번 반복하는 대신 이 절의 나머지 부분에서 **약품**이라고 지칭합니다. 또한 **보장 약품 목록** 또는 **처방집** 대신 약품 안내서라는 용어를 사용합니다.

**9장 문제가 발생하거나 진정(보장 결정, 이의 제기, 진정)이 있을 때 조치할 수 있는 방법**

- 약품이 보장되는지 또는 규정을 충족하는지 여부를 알 수 없는 경우 당사에 문의하십시오. 일부 약품의 경우 당사가 보장하기 전에 승인을 받아야 합니다.
- 귀하의 약국에서 처방전을 서면으로 작성할 수 없다고 하는 경우 약국에서는 보장 결정을 요청하기 위해 당사에 연락하는 방법을 안내하는 서면 통지를 귀하에게 제공하게 됩니다.

**파트 D 보장 결정 및 이의 제기****법률 용어:**

파트 D 약품에 대한 초기 보장 결정을 **보장 판단**이라고 합니다.

보장 결정은 가입자의 혜택 및 보장 또는 가입자의 약에 대해 당사가 지불하는 금액에 대해 당사가 내리는 결정입니다. 이 절에서는 다음 상황 중 하나에 해당하는 경우에 수행할 수 있는 작업을 설명합니다.

- 당사 플랜의 **약품 안내서**에 없는 파트 D 약품의 보장 요청. **예외를 요청합니다. 7.2절**
- 의약품에 대한 당사 플랜의 보장 제한(예: 약품 수량에 대한 분량 제한)을 해제하도록 요청. **예외를 요청합니다. 7.2절**
- 더 높은 비용 부담 계층에서 보장된 의약품에 대해 더 낮은 비용 부담 계층 금액을 지불하도록 요청. **예외를 요청합니다. 7.2절**
- 약품에 대한 사전 승인 요청. **보장 결정을 요청합니다. 7.4절**
- 이미 구입한 처방약에 대한 비용을 지불. **당사에 환급을 요청합니다. 7.4절**

당사가 내린 보장 결정에 동의하지 않는 경우, 당사의 결정에 이의를 제기할 수 있습니다.

이 절에서는 보장 결정을 요청하는 방법과 이의 제기 방법을 설명합니다.

**7.2절 예외 요청****법률 용어:**

약품 안내서에 나와 있지 않은 약품의 보장을 요청하는 것을 **처방집 예외**를 요청하는 것이라고도 합니다.

약품에 대한 보장 제한 사항을 제거하도록 요청하는 것은 **처방집 예외**를 요청하는 것이라고 합니다.

보장이 적용되는 비우선 약에 대해 더 낮은 가격을 지불하도록 요청하는 것은 **분담 예외**를 요청하는 것이라고 합니다.

약품이 보장 대상에 포함되지 않는 경우 예외를 적용하도록 요청할 수 있습니다. **예외**는 보장 결정의 한 유형입니다.

당사가 귀하의 예외 요청을 고려하기 위해, 담당 의사 또는 기타 처방의는 귀하가 예외 승인을 받아야 하는 의학적 이유를 설명해야 합니다. 다음은 귀하 또는 담당 의사 또는 기타 처방의가 당사에 요청할 수 있는 3가지 예외 사례입니다.

1. **약품 안내서에 없는 파트 D 약품 보장.** 당사가 약품 안내서에 없는 의약품을 보장하는 것에 동의할 경우, 귀하는 비용 부담 계층 4 - 비우선 약에 적용되는 비용 분담금을 지불해야 할 수 있습니다. 귀하는 당사가 약에 대해 지불해야 하는 비용 분담에 대한 예외를 요청할 수 없습니다.

**9장 문제가 발생하거나 진정(보장 결정, 이의 제기, 진정)이 있을 때 조치할 수 있는 방법**

2. **보장 약품에 대한 제한 사항 제거.** 5장에서는 *처방약 안내서*의 특정 약품에 적용되는 추가 규칙 또는 제한 사항에 대해 설명합니다. 당사가 예외를 적용하기로 합의하고 제한 사항을 면제하는 경우, 귀하는 귀하가 해당 의약품에 대해 지불해야 할 공동 부담금 또는 공동 보험비용에 대한 예외 사항을 요청할 수 있습니다.
3. **약품의 보장을 더 낮은 비용 부담 계층으로 변경.** 약품 안내서의 모든 약은 다섯(5) 가지 비용 부담 계층 중 하나입니다. 일반적으로 비용 부담 계층의 수가 낮을수록 더 적은 약품 비용 부담금을 지불하게 됩니다.
- 당사의 약품 안내서에서 귀하의 질환을 치료하기 위한 대체 약품이 귀하의 약품보다 더 저렴한 비용 부담 단계에 포함된 경우, 대체 약품에 적용되는 비용 부담금으로 귀하의 약품을 보장하도록 당사에 요청할 수 있습니다.
  - 복용 중인 약품이 생물학적 제제인 경우, 저렴한 비용 부담금으로 해당 약품을 보장하도록 당사에 요청할 수 있습니다. 이는 귀하의 질환을 치료하기 위해 생물학적 제제의 대체품을 포함하는 가장 낮은 단계입니다.
  - 귀하가 복용하는 약품이 브랜드 의약품인 경우, 귀하의 질환을 치료하기 위한 대체 브랜드 의약품이 포함된 최저 단계에 적용되는 비용 부담금으로 귀하의 약품을 보장 적용하도록 당사에 요청하실 수 있습니다.
  - 복용하는 의약품이 복제약인 경우, 귀하의 질환을 치료하기 위한 브랜드 약 또는 대체 복제약이 포함된 최저 단계에 적용되는 비용 부담금으로 귀하의 약을 보장하도록 당사에 요청하실 수 있습니다.
  - 비용 부담 계층 5 - 특수 계층 약에 대한 비용 부담 계층을 변경하도록 요청할 수 없습니다.
  - 당사가 계층 적용 예외 요청을 승인하고, 귀하가 복용할 수 없는 대체 약품을 포함한 비용 부담 계층이 두 계층 이상인 경우, 일반적으로 가장 낮은 금액을 지불하게 됩니다.

**7.3절 예외 요청 시 알아야 할 중요한 사항****귀하의 담당 의사는 반드시 의학적 이유를 말해야 합니다**

담당 의사 또는 기타 처방자는 예외를 요청한 의학적 이유를 설명하는 진술을 제공해야 합니다. 더 빠른 결정을 위해, 예외를 요청할 때 담당 의사 또는 기타 처방자로부터 이러한 의학적 정보를 포함시키십시오.

당사의 약품 안내서에는 특정 질환을 치료하기 위한 약품이 일반적으로 두 개 이상 포함되어 있습니다. 이러한 다양한 가능성을 대체 약품이라고 합니다. **대체** 약품이 귀하가 요청하는 약품만큼 효과가 있고 더 많은 부작용을 유발하거나 다른 건강 문제를 일으키지 않는다면, 일반적으로 귀하의 예외 요청을 승인하지 **않습니다**. 계층 적용에 예외를 요청하는 경우, 일반적으로 더 낮은 비용 부담 계층의 모든 대체 약품이 효과가 없거나 이상반응 또는 기타 위해를 가할 가능성이 있는 경우를 제외하고 예외 요청을 승인하지 **않습니다**.

**당사는 귀하의 요청을 수락 또는 거부하게 됩니다**

- 귀하의 예외 요청이 승인될 경우, 일반적으로 당사 플랜 연도가 끝날 때까지 유효합니다. 이는 담당 의사가 계속해서 약품을 처방하고 해당 약품이 귀하의 질환을 치료하는 데 안전하고 효과적인 한 계속 적용됩니다.
- 당사가 요청을 수락하지 않는 경우 이의 제기를 통해 당사의 결정에 대한 또 다른 검토를 요청할 수 있습니다.

**9장 문제가 발생하거나 진정(보장 결정, 이의 제기, 진정)이 있을 때 조치할 수 있는 방법****7.4절 예외 사항을 포함하여 보장 결정을 요청하는 방법****법률 용어:**

신속 보장 결정은 **신속 보장 판단**이라고 합니다.

**1단계: 일반 보장 결정 또는 신속 보장 결정이 필요한지 여부를 결정합니다.**

**일반 보장 결정**은 의사의 진술을 받은 후 **72시간** 이내에 이루어집니다. **신속한 보장 결정**은 의사의 진술을 받은 후 **24시간** 이내에 이루어집니다.

**귀하의 건강상 필요한 경우 신속 보장 결정을 요청하십시오. 신속 보장 결정을 이용하려면 다음 2가지 요건을 충족해야 합니다.**

- 아직 받지 않은 약품을 요청해야 합니다(이미 구입한 약품에 대한 환급을 요청하는 경우 신속한 보장 결정을 요청할 수 없습니다).
- 일반 기한을 사용하면 건강에 심각한 영향을 미칠 수 있거나 업무 수행 능력을 해칠 수 있습니다.
- 담당 의사 또는 기타 처방자가 귀하의 건강상 신속한 보장 결정이 필요하다고 말한다면, 당사는 자동으로 신속한 보장 결정을 내리게 됩니다.
- 귀하가 담당 의사 또는 처방자의 지원 없이 자발적으로 신속한 보장 결정을 요청하는 경우 당사는 귀하의 건강상 신속한 보장 결정을 내리는 것이 필요한지 여부를 결정할 것입니다. 당사가 신속 보장 결정을 승인하지 않을 경우 다음과 같은 내용의 서신을 보내드립니다.
  - 일반 기한을 사용할 것임을 설명합니다.
  - 담당 의사 또는 다른 처방자가 신속한 보장 결정을 요청할 경우, 당사는 자동으로 신속한 보장 결정을 내릴 것임을 설명합니다.
  - 귀하가 요청한 신속한 보장 결정 대신 일반 보장 결정을 내리기로 한 결정에 대해 신속 진정을 어떻게 제기할 수 있는지 알려줍니다. 당사는 진정을 접수 후 24시간 이내에 답변해 드리겠습니다.

**2단계: 일반 보장 결정 또는 신속한 보장 결정을 요청합니다.**

먼저 당사의 플랜에 전화, 서면 또는 팩스 전송을 통해 원하는 의료 서비스를 승인 또는 제공하라고 요청할 수 있습니다. 당사의 웹사이트를 통해서도 보장 결정 절차를 확인할 수 있습니다. 당사는 웹사이트에 있는 **CMS 모델 보장 판단 요청 양식** 또는 당사 플랜의 양식에 제출된 요청을 포함하여 모든 서면 요청을 수락해야 합니다. 2장에 연락처 정보가 있습니다. 보장 판단 요청을 온라인으로 제출하려면 다음으로 이동하십시오.

**Humana.com/member/member-rights/pharmacy-authorizations.** 보장 판단 요청 양식을 작성하십시오. 처방의사의 보조 문서를 보내 의학적 필요성을 제시해야 합니다. 귀하의 정보가 안전하게 당사로 전송됩니다. 요청을 처리하는 데 도움이 되도록 귀하의 이름, 연락처 정보 및 요청 중인 의약품을 보여주는 정보를 포함시키십시오.

귀하, 담당 의사(또는 다른 처방자) 또는 귀하의 대리인이 이 작업을 수행할 수 있습니다. 또한 귀하를 대신하여 변호사가 대변할 수도 있습니다. 이 장의 4절은 다른 사람에게 자신의 대리인 역할을 수행할 수 있는 서면 권한을 부여하는 방법을 설명합니다.

**9장 문제가 발생하거나 진정(보장 결정, 이의 제기, 진정)이 있을 때 조치할 수 있는 방법**

- **예외를 요청하는 경우** 예외의 의학적 이유가 담긴 **지원 진술서를 제공하십시오.** 의사 또는 기타 처방자는 설명문을 팩스로 보내거나 우편으로 보낼 수 있습니다. 또는 의사 또는 기타 처방자는 전화 연락을 통해 알린 후, 필요한 경우 서면 진술서를 팩스 또는 우편으로 보낼 수 있습니다.

**3단계: 요청하신 사항을 고려하여 답변해 드립니다.****신속 보장 결정 기한**

- 일반적으로 귀하의 요청을 수신한 후 **24시간 이내**에 답변을 제공해야 합니다.
  - 예외의 경우, 담당 의사의 지원 진술서를 받은 후 24시간 이내에 답변해 드리겠습니다. 건강상 필요한 경우 더 빨리 답변해 드리겠습니다.
  - 이 기한을 충족하지 않을 경우, 당사는 귀하의 요청을 이의 제기 절차 레벨 2로 보내야 하며, 이러한 경우 독립 검토 기관이 검토하게 됩니다.
- **당사가 귀하의 요청 사항 일부 또는 전부를 받아들이는 경우**, 당사는 귀하의 요청 또는 이를 지원하는 의사의 진술서를 받은 후 24시간 이내에 동意的한 보장을 제공해야 합니다.
- **당사가 귀하의 요청 사항 일부 또는 전부를 수락하지 않는 경우**, 당사의 결정 근거와 이 결정에 이의를 제기하는 방법에 대한 설명을 서면으로 보내드립니다.

**아직 받지 못한 약품에 대한 일반 보장 결정 기한**

- 일반적으로 귀하의 요청을 수신한 후 **72시간 이내**에 답변을 제공해야 합니다.
  - 예외의 경우, 담당 의사의 지원 진술서를 받은 후 72시간 이내에 답변해 드리겠습니다. 건강상 필요한 경우 더 빨리 답변해 드리겠습니다.
  - 이 기한을 충족하지 않을 경우, 당사는 귀하의 요청을 이의 제기 절차 레벨 2로 보내야 하며, 이러한 경우 독립 검토 기관이 검토하게 됩니다.
- **당사가 귀하의 요청 사항 일부 또는 전부를 받아들이는 경우**, 당사는 귀하의 요청 또는 이를 지원하는 의사의 진술서를 받은 후 **72시간 이내**에 동意的한 보장을 제공해야 합니다.
- **당사가 귀하의 요청 사항 일부 또는 전부를 수락하지 않는 경우**, 당사의 결정 근거와 이 결정에 이의를 제기하는 방법에 대한 설명을 서면으로 보내드립니다.

**이미 구매한 약품 지불에 대한 일반 보장 결정 기한**

- 귀하의 요청을 받은 후 **역일 기준 14일 이내**에 답변을 제공해야 합니다.
  - 이 기한을 충족하지 않을 경우, 당사는 귀하의 요청을 이의 제기 절차 레벨 2로 보내야 하며, 이러한 경우 독립 검토 기관이 검토할 것입니다.
- **당사가 귀하의 요청 사항 일부 또는 전부를 받아들이는 경우**, 당사는 귀하의 요청을 받은 후 역일 기준 14일 이내에 귀하에게 비용을 지급해야 합니다.
- **당사가 귀하의 요청 사항 일부 또는 전부를 수락하지 않는 경우**, 당사의 결정 근거와 이 결정에 이의를 제기하는 방법에 대한 설명을 서면으로 보내드립니다.

**9장 문제가 발생하거나 진정(보장 결정, 이의 제기, 진정)이 있을 때 조치할 수 있는 방법****4단계: 당사가 귀하의 보장 요청을 수락하지 않는 경우 귀하는 이의 제기를 할 수 있습니다.**

- 당사에서 인정하지 않는 경우, 귀하는 이의를 제기하여 당사가 이러한 결정에 대해 다시 고려하도록 요청할 권리가 있습니다. 원하는 약품 보장을 얻기 위해 다시 요청하는 것을 의미합니다. 이의 제기를 하는 것은 이의 제기 절차의 레벨 1을 진행함을 의미합니다.

**7.5절 레벨 1 이의 제기 방법****법률 용어:**

파트 D 약품 보장 결정에 대해 플랜을 향한 이의 제기를 **플랜 재결정**이라고 합니다.

신속 이의 제기는 **신속한 재결정**이라고도 합니다.

**1단계: 일반 이의 제기 또는 신속 이의 제기가 필요한지 여부를 결정합니다.**

**일반 이의 제기는 보통 역일 기준 7일 이내에 이루어집니다. 신속 이의 제기는 일반적으로 72시간 이내에 이루어집니다. 건강상 필요한 경우 신속 이의 제기를 요청하십시오.**

- 귀하가 아직 받지 않은 약품에 대한 당사의 결정에 이의를 제기하는 경우 귀하와 담당 의사 또는 기타 처방자는 귀하에게 신속 이의 제기가 필요한지 결정해야 합니다.
- 신속 이의 제기를 하기 위한 요건은 이 장의 7.4절에 있는 신속 보장 결정에 대한 요건과 동일합니다.

**2단계: 귀하, 귀하의 대리인, 의사 또는 다른 처방자는 당사에 연락하여 귀하의 레벨 1 이의 제기를 해야 합니다. 건강 상태로 인해 답변을 신속하게 받아야 하는 경우 신속 이의 제기를 요청해야 합니다.**

- 일반 이의 제기의 경우 서면 요청을 제출하십시오.** 2장에 연락처 정보가 있습니다.
- 신속 이의 제기의 경우 서면으로 이의 제기를 제출하거나 800-451-4651, TTY: 711로 당사에 전화하십시오.** 2장에 연락처 정보가 있습니다.
- 당사는** 당사 웹사이트 [Humana.com/member/member-rights/pharmacy-authorizations](https://www.humana.com/member/member-rights/pharmacy-authorizations)에 있는 **CMS 모델 재결정 요청 양식**에 제출된 요청을 포함하여 **모든 서면 요청을 수락해야 합니다.** 처리하는 데 도움이 되도록 귀하의 이름, 연락처 정보 및 청구에 대한 정보를 기입해 주십시오.
- 보장 결정에 대한 답변을 알리기 위해 보낸 당사의 서면 통지일로부터 **역일 기준 65일 이내에 이의 제기 요청을 해야 합니다.** 이 기한을 놓쳤고 이에 대한 합당한 이유가 있다면 이의 제기를 늦게 한 이유를 설명하십시오. 당사가 이의 제기를 위한 시간을 연장해 드릴 수도 있습니다. 이러한 합당한 이유에는 심각한 질병이 발생하여 당사에 연락을 할 수 없는 경우 또는 당사가 이의 제기 요청 기한에 대해 부정확하거나 불완전한 정보를 제공한 경우 등이 포함될 수 있습니다.
- 이의 제기에 관한 정보의 사본을 요청하고 정보를 추가할 수 있습니다.** 귀하의 이의 제기를 지원하기 위해 귀하와 담당 의사가 정보를 더 추가할 수 있습니다. 당사는 이 정보를 복사 및 전송하는 데 필요한 요금을 귀하에게 청구할 수 있습니다.

**3단계: 당사는 귀하의 이의 제기를 고려하여 귀하에게 답변을 제공합니다.**

- 귀하의 이의 제기를 검토할 때 귀하의 보장 요청에 대한 모든 정보를 다시 한 번 신중하게 살펴봅니다. 당사가 귀하의 요청 사항을 '수락하지 않는' 경우 모든 규칙을 따랐는지 확인합니다. 당사는 더 자세한 정보를 얻기 위해 귀하 또는 담당 의사 또는 기타 처방자에게 연락할 수 있습니다.

**9장 문제가 발생하거나 진정(보장 결정, 이의 제기, 진정)이 있을 때 조치할 수 있는 방법**

- 당사는 더 자세한 정보를 얻기 위해 귀하 또는 담당 의사 또는 기타 처방자에게 연락할 수 있습니다.

**신속 이의 제기 기한**

- 신속 이의 제기의 경우, 당사는 **이의 제기를 접수한 후 72시간 이내**에 반드시 답변을 제공해 드립니다. 건강상 필요한 경우 더 빨리 답변해 드리겠습니다.
  - 72시간 이내에 답변을 제공하지 않을 경우, 당사는 귀하의 요청을 이의 제기 절차 레벨 2로 보내어 독립 검토 기관에서 검토합니다. 6절에서는 레벨 2 이의 제기 절차를 설명합니다.
- 당사가 귀하의 요청 사항 일부 또는 전부를 받아들이는 경우**, 당사는 귀하의 이의 제기를 접수한 후 72시간 이내에 제공하기로 동의한 보장을 제공해야 합니다.
- 당사가 귀하의 요청 사항 일부 또는 전부를 수락하지 않는 경우**, 당사의 결정 근거와 이 결정에 이의를 제기하는 방법에 대한 설명을 서면으로 보내드립니다.

**아직 받지 못한 약품에 대한 일반 이의 제기 기한**

- 일반 이의 제기의 경우, 귀하의 요청을 수신한 후 **역일 기준 7일 이내**에 답변을 제공해야 합니다. 귀하의 건강 상태로 인해 이용해야 하는 의약품에 아직 받지 못한 경우 당사는 더 신속하게 결정을 내릴 것입니다.
  - 당사가 역일 기준 7일 이내에 결정을 하지 않을 경우, 귀하의 요청을 레벨 2 이의 제기 절차로 보내어 독립 검토 기관에서 이를 검토합니다. 7.6절에서 레벨 2 이의 제기 절차를 설명합니다.
- 당사가 귀하의 요청 사항 일부 또는 전부를 받아들이는 경우**, 당사는 귀하의 이의 제기를 접수한 후 **역일 기준 7일**을 초과하지 않고 가능한 한 빨리 귀하의 건강에 필요한 보장을 제공해야 합니다.
- 당사가 귀하의 요청 사항 일부 또는 전부를 수락하지 않는 경우**, 당사의 결정 근거와 이 결정에 이의를 제기하는 방법에 대한 설명을 서면으로 보내드립니다.

**이미 구매한 약품에 대한 일반 이의 제기 기한**

- 귀하의 요청을 받은 후 **역일 기준 14일 이내**에 답변을 제공해야 합니다.
  - 이 기한을 충족하지 않을 경우, 당사는 귀하의 요청을 이의 제기 절차 레벨 2로 보내야 하며, 이러한 경우 독립 검토 기관이 검토할 것입니다.
- 당사가 귀하의 요청 사항 일부 또는 전부를 받아들이는 경우**, 당사는 귀하의 요청을 받은 후 **역일 기준 30일 이내**에 귀하에게 비용을 지급해야 합니다.
- 당사가 귀하의 요청 사항 일부 또는 전부를 수락하지 않는 경우**, 당사의 결정 근거와 이 결정에 이의를 제기하는 방법에 대한 설명을 서면으로 보내드립니다.

**4단계:** 당사가 귀하의 이의 제기를 '인정하지 않는다'고 답변하면 귀하는 이의 제기 절차를 계속 진행하고 **새로 이의 제기를** 할 것인지 결정합니다.

- 다른 이의 제기를하기로 결정하면 이의 제기가 이의 제기 절차의 레벨 2로 넘어간다는 것을 의미합니다.

**7.6절 레벨 2 이의를 제기하는 방법****법률 용어**

독립 검토 기관의 공식 명칭은 **독립 검토 주체**이며, **IRE**라고도 합니다.

**9장 문제가 발생하거나 진정(보장 결정, 이의 제기, 진정)이 있을 때 조치할 수 있는 방법**

**독립 검토 기관은 Medicare에서 고용한 독립적인 조직입니다.** 이 기관은 당사와 관련이 없으며 정부 기관이 아닙니다. 이 기관은 당사의 결정이 올바른지 또는 결정을 변경해야 하는지 여부를 결정합니다. Medicare에서 이들의 업무를 감독합니다.

**1단계: 귀하(또는 귀하의 대리인 또는 담당 의사 또는 기타 처방자)가 독립 검토 기관에 연락하여 귀하의 사례를 검토하도록 요청해야 합니다.**

- 귀하의 레벨 1 이의 제기를 인정하지 않는다고 답변하는 경우, 당사가 보내는 서면 통지에는 독립 검토 기관에 **레벨 2 이의 제기를 하는 방법에 대한 지침**이 포함됩니다. 이러한 지침은 이 레벨 2 이의 제기를 누가 할 수 있는지, 어떤 기한을 따라야 하는지, 어떻게 독립 검토 기관에 연락하는지 등을 알려줄 것입니다.
- 서면 통지의 날짜로부터 **역일 기준 65일 이내에 이의 제기 요청을 해야 합니다.**
- 당사가 해당 기간 내에 검토를 완료하지 않았거나 당사의 약품 관리 프로그램에 따라 **위험 결정**에 대한 불리한 결정을 내린 경우 귀하의 요청은 자동으로 독립 검토 주체에 전달됩니다.
- 귀하의 이의 제기에 대한 정보를 이 독립 검토 기관에 보냅니다. 이 정보를 **케이스 파일**이라고 합니다. **귀하는 당사에 케이스 파일의 사본을 요청할 권리가 있습니다.** 당사는 이 정보를 복사 및 전송하는 데 필요한 요금을 귀하에게 청구할 수 있습니다.
- 귀하는 이의 제기를 뒷받침하기 위해 독립 검토 기관에 추가 정보를 제공할 권리가 있습니다.

**2단계: 독립 검토 기관이 귀하의 이의 제기를 검토합니다.**

- 독립 검토 기관의 검토자는 이의 제기에 대한 모든 정보를 신중하게 검토합니다.

#### **신속 이의 제기에 대한 기한**

- 건강상 필요한 경우 독립 검토 기관에 신속 이의 제기를 요청하십시오.
- 독립 검토 기관이 신속 이의 제기를 제공하는 데 동의하는 경우 기관은 이의 제기 요청을 받은 후 **72시간 이내에 레벨 2 이의 제기에 대한 답변**을 제공해야 합니다.

#### **일반 이의 제기 기한**

- 일반 이의 제기의 경우 독립 검토 기관은 아직 수령하지 않은 의약품에 대한 이의 제기를 받은 후 **역일 기준 7일 이내에 레벨 2 이의 제기에 대한 답변**을 제공해야 합니다. 귀하가 이미 구매한 의약품에 대해 당사가 다시 비용을 지불하도록 요청하는 경우, 독립 검토 기관은 귀하의 요청을 받은 후 **역일 기준 14일 이내에 귀하의 레벨 2 이의 제기에 답변**을 제공해야 합니다.

**3단계: 독립 검토 기관이 답변을 제공합니다.**

- **신속 이의 제기의 경우:**
  - 독립 검토 기관이 귀하가 요청한 사항의 일부 또는 전부를 인정하는 경우, 독립 검토 기관으로부터 결정을 전달받은 후 **24시간 이내에** 독립 검토 기관에서 승인한 약품에 대한 보장을 제공해야 합니다.
- **일반 이의 제기의 경우:**
  - 독립 검토 기관이 귀하가 요청한 사항의 일부 또는 전부를 인정하는 경우, 당사는 독립 검토 기관으로부터 결정을 전달받은 후 **72시간 이내에** 독립 검토 기관에서 승인한 **약품 보장**을 제공해야 합니다.

**9장 문제가 발생하거나 진정(보장 결정, 이의 제기, 진정)이 있을 때 조치할 수 있는 방법**

- 독립 검토 기관이 이미 구입한 약에 대한 환급 요청의 일부 또는 전부를 인정하는 경우, 당사는 독립 검토 기관으로부터 결정을 전달받은 후 **역일 기준 30일 이내에 귀하에게 대금을 지급**해야 합니다.

**독립 검토 기관이 귀하의 이의 제기를 인정하지 않는다고 답변하면 어떻게 됩니까?**

**이 기관이 귀하의 이의 제기의 일부 또는 전부를 인정하지 않는 경우**, 이는 귀하의 요청(또는 요청의 일부)을 승인하지 않기로 한 당사의 결정에 동의하는 것입니다(이를 **결정 유지**라고 하며, 또는 **이의 제기 거절**이라고도 합니다). 이 경우 독립 검토 기관에서 귀하에게 다음과 같은 서신을 보냅니다.

- 결정을 설명합니다.
- 요청 중인 약품 서비스 보장의 달러 금액이 특정 최소값을 충족하는 경우 레벨 3 이의 제기에 대한 권리를 알립니다. 요청하는 약품에 대한 보장의 달러 가치가 너무 낮은 경우에 다른 이의 제기를 할 수 없으며 레벨 2의 결정은 최종적입니다.
- 이의 제기 절차를 계속하기 위해 분쟁 중인 달러 가치를 알려줍니다.

**4단계: 케이스가 요건을 충족하는 경우 추가 이의 제기 여부를 선택할 수 있습니다.**

- 레벨 2 이후 이의 제기 절차에 3가지 추가 레벨이 있습니다(총 5단계의 이의 제기).
- 레벨 3 이의 제기로 이동하려는 경우 이를 수행하는 방법에 대한 자세한 내용은 레벨 2 이의 제기 결정 후 받은 서면 통지서에 나와 있습니다.
- 레벨 3 이의 제기는 행정법 판사 또는 대리 심판관에 의해 처리됩니다. 10절에서는 레벨 3, 4, 5 이의 제기 절차에 대해 자세히 설명합니다.

## 8절 **너무 빨리 퇴원한다고 생각될 경우 연장된 병원 입원 기간 동안의 보장을 요청하는 방법**

병원에 입원한 경우 질병 또는 부상을 진단하고 치료하는 데 필요한 보장의 모든 병원 서비스를 받을 권리가 있습니다.

보장이 제공되는 병원 입원 기간 동안, 담당 의사와 병원 직원은 귀하와 함께 귀하가 병원에서 퇴원할 날을 대비할 것입니다. 그들은 귀하가 퇴원한 후에도 필요할 수 있는 진료를 받기 위해 도움을 드릴 것입니다.

- 병원에서 퇴원하는 날짜를 **퇴원 날짜**라고 합니다.
- 퇴원 날짜가 결정되면 담당 의사 또는 병원 직원이 알려드릴 것입니다.
- 병원의 퇴원 요청이 이르다고 생각하는 경우, 더 긴 입원 기간을 요청할 수 있으며 귀하의 요청이 고려됩니다.

### 8.1절 **입원 기간 동안 귀하의 권리에 대해 알려주는 Medicare의 서면 통지를 받게 됩니다**

병원 입원 후 역일 기준 2일 내에 귀하는 **귀하의 권리에 대한 Medicare의 중요 메시지**라는 서면 통지를 받게 됩니다. Medicare의 모든 가입자는 이 통지의 사본을 받습니다. 병원에 소속된 자(예: 사회복지사 또는 간호사)로부터 통지를 받지 못한 경우, 병원 직원에게 문의하십시오. 도움이 필요하신 경우 고객 지원에 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용) 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 하루 24시간, 연중무휴 전화하십시오(TTY 사용자는 1-877-486-2048 이용).

**9장 문제가 발생하거나 진정(보장 결정, 이의 제기, 진정)이 있을 때 조치할 수 있는 방법****1. 이 공지를 자세히 읽고 이해하지 못한 경우 질문하십시오. 다음을 알려줍니다.**

- 병원 입원 기간 중 및 이후에 담당 의사의 지시에 따라 Medicare 보장 서비스를 받을 수 있는 권리. 여기에는 이러한 서비스가 무엇인지, 서비스 비용을 지불할 자, 서비스 지역을 알 권리가 포함됩니다.
- 병원 입원에 대한 모든 결정에 참여할 권리.
- 병원 의료의 질에 대해 가진 우려 사항을 보고할 대상.
- 병원에서 너무 빨리 퇴원한다고 생각되는 경우 퇴원 결정에 대한 **즉각적인 검토를 요청**할 수 있는 권리. 이는 보다 오랜 시간 동안 귀하의 병원 치료를 보장할 수 있도록 퇴원 날짜를 지연하도록 요청하는 공식적이고 법률적인 방법입니다

**2. 서면 통지서에 서명하여 귀하가 이를 수령하고 귀하의 권리를 이해했다는 것을 나타낼 것을 요청받을 것입니다.**

- 귀하 또는 귀하를 대신하는 사람은 통지서에 서명 요청을 받게 됩니다
- 통지서에 서명을 함으로써 귀하의 권리에 대한 정보를 받았다는 **사실만**을 나타냅니다. 통지는 퇴원 날짜를 알려주지 않습니다. 통지서 서명은 귀하가 퇴원 날짜에 동의함을 **의미하지 않습니다**.

**3. 필요한 경우 이의 제기(또는 의료의 질에 대한 우려 사항 보고)에 대한 정보를 얻을 수 있도록 이 통지서의 사본을 보관하십시오.**

- 역일 기준으로 퇴원 날짜 2일 전에 통지서에 서명하면 퇴원이 예정되기 전에 또 다른 사본을 받게 됩니다.
- 이 통지의 사본을 미리 확인하려면 고객 지원에 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용) 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227, TTY 사용자는 1-877-486-2048 이용)로 전화하십시오. 온라인으로 [www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im](http://www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im)에서 통지를 받을 수도 있습니다.

**8.2절 병원 퇴원 날짜 변경을 위한 레벨 1 이의 제기를 하는 방법**

당사가 더 오랜 기간 동안 귀하의 입원 병원 서비스를 보장할 것을 요청하려면 이의 제기 절차를 사용하여 요청하십시오. 시작하기 전에 해야 할 일과 기한을 파악하십시오.

- **해당 절차를 따르십시오.**
- **기한을 준수하십시오.**
- **필요하다면 도움을 요청하십시오.** 문의 사항이 있거나 도움이 필요하신 경우 고객 지원에 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 전화하여 자세한 내용을 확인해 주십시오. 또는 개인 맞춤형 지원을 제공하는 정부 기관인 주 건강보험 지원 프로그램에 연락하십시오.

**레벨 1 이의 제기가 진행되는 동안 품질 개선 기관이 귀하의 이의 제기를 검토합니다.** 기관은 계획된 퇴원 날짜가 의학적으로 적절한지 확인합니다.

**품질 개선 기관**은 Medicare의 의료의 질을 점검하고 개선하기 위해 연방 정부에서 비용을 지불하는 의사 및 기타 의료 전문가 그룹입니다. 여기에는 Medicare가 있는 이들에 대한 병원 퇴원 날짜를 검토하는 것이 포함됩니다. 이러한 전문가들은 당사의 플랜의 일부가 아닙니다.

**9장 문제가 발생하거나 진정(보장 결정, 이의 제기, 진정)이 있을 때 조치할 수 있는 방법**

**1단계: 귀하의 주에 있는 품질 개선 기관에 연락하여 병원 퇴원에 대한 즉각적인 검토를 요청하십시오. 요청은 신속하게 진행해야 합니다.**

**이 기관에 어떻게 연락할 수 있습니까?**

- 귀하가 받은 서면 통지(귀하의 권리에 대한 Medicare의 중요 메시지)에는 이 기관에 연락하는 방법이 나와 있습니다 또는 해당 주의 품질 개선 기관의 이름, 주소 및 전화번호는 2장에서 확인할 수 있습니다.

**신속히 조치를 취하십시오.**

- 이의 제기를 하려면 **퇴원일 자정까지** 병원에서 퇴원하기 전에 품질 개선 기관에 연락해야 합니다.
  - **이 기한을 충족할 경우** 품질 개선 기관의 결정을 기다리는 동안 비용을 지불하지 않고 퇴원 날짜 이후에도 병원에 계속 입원할 수 있습니다.
  - **이 기한을 충족하지 못할 경우** 당사에 문의하십시오. 예정된 퇴원 날짜 이후에 병원에 입원하기로 결정한 경우, 예정된 퇴원 날짜 이후에 귀하가 받는 병원 의료비 비용을 모두 지불해야 할 수 있습니다.
- 귀하가 병원 퇴원에 대한 즉각적인 검토를 요청하면 품질 개선 기관에서 당사에 연락합니다. 연락을 받은 후 낮 12시까지 **퇴원에 대한 상세 통지**가 제공됩니다. 이 통지는 예정된 퇴원 날짜를 제공하며 의사, 병원 및 당사가 해당 날짜에 퇴원하는 (의학적으로 적절한) 이유 등을 자세히 설명합니다.
- **퇴원에 대한 상세 통지** 샘플을 받으시려면 고객 지원에 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용) 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 하루 24시간, 연중무휴 전화하십시오(TTY 사용자는 1-877-486-2048 이용). 또는 온라인으로 [www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im](http://www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im)에서 샘플 통지를 받을 수도 있습니다.

**2단계: 품질 개선 기관은 케이스에 대한 독립적인 검토를 수행합니다.**

- 품질 개선 기관의 의료 전문가(검토자)는 귀하(또는 귀하의 대리인)에게 서비스 보장이 계속되어야 한다고 생각하는 이유를 물을 것입니다. 서면으로 준비해야 할 사항은 없지만 원하는 경우 준비할 수 있습니다.
- 검토자는 또한 귀하의 의학적 정보를 살펴보고, 담당 의사와 상담하며, 당사 및 병원이 제공한 정보를 검토합니다.
- 검토자가 귀하의 이의 제기를 당사에 전달한 다음 날 정오까지, 귀하는 예정 퇴원일을 알려주는 서면 통지를 받습니다. 또한 이 통지에서는 의사, 병원 및 당사가 해당 날짜에 퇴원하는 것이 (의학적으로 적절한) 합당하다고 생각하는 이유를 자세히 설명합니다.

**3단계: 필요한 모든 정보를 얻은 후 1일 이내에 품질 개선 기관이 이의 제기에 대한 답변을 제공합니다.****인정한다고 답변하는 경우 어떻게 되나요?**

- 독립 검토 기관이 귀하의 이의 제기를 인정하는 경우, 해당 서비스가 의학적 필요성이 있는 한 귀하의 보장 입원 병원 서비스를 계속 제공해야 합니다.
- 귀하는 귀하의 비용 부담금(해당하는 경우, 공제금 또는 공동 부담금 등)을 계속해서 지불해야 합니다. 또한 보장 병원 서비스에 제한이 있을 수 있습니다.

**9장 문제가 발생하거나 진정(보장 결정, 이의 제기, 진정)이 있을 때 조치할 수 있는 방법****인정하지 않는다는 답변을 받는 경우 어떻게 되나요?**

- 독립 검토 기관이 인정하지 않는 경우, 예정된 퇴원 날짜가 의학적으로 적절하다는 의미입니다. 이러한 경우 품질 개선 기관이 귀하의 이의 제기에 답변을 제공한 다음 날 정오에 **귀하의 입원진료 서비스에 대한 당사의 보장이 종료됩니다.**
- 독립 검토 기관이 귀하의 이의 제기를 인정하지 않는다고 답변했지만 귀하가 입원을 계속하기로 결정한 경우, 귀하는 품질 개선 기관이 이의 제기에 답변을 제공한 다음 날 정오 이후에 받은 병원 치료비 **전액을 지불해야 할 수 있습니다.**

**4단계: 레벨 1 이의 제기를 '인정하지 않는다'는 답변을 받는 경우 또 다른 이의 제기를 하고자 하는지 여부를 결정합니다.**

- 품질 개선 기관에서 이의 제기를 '인정하지 않는다'고 답변했고 그리고 귀하가 예정된 퇴원 날짜 이후에 병원에 입원한 경우 또 다른 이의 제기를 할 수 있습니다. 다른 이의 제기를 하는 것은 이의 제기 절차의 **레벨 2**를 진행함을 의미합니다.

**8.3절 병원 퇴원 날짜 변경을 위한 레벨 2 이의 제기를 하는 방법**

레벨 2 이의 제기를 하는 동안 귀하는 품질 개선 기관에 레벨 1 이의 제기에 대한 그들의 결정을 다시 한 번 살펴보도록 요청합니다. 품질 개선 기관이 레벨 2 이의 제기에 동의하지 않으면 귀하의 예정된 퇴원 날짜 이후에 입원비 전액을 지불해야 할 수 있습니다.

**1단계: 품질 개선 기관에 다시 연락하고 추가 검토를 요청합니다.**

- 품질 개선 기관이 귀하의 레벨 1 이의 제기를 '인정하지 않는다'고 답변한 날로부터 **역일 기준 60일 이내**에 해당 검토를 요청해야 합니다. 이 검토는 치료에 대한 귀하의 보장이 종료된 날짜 이후에 병원에 입원한 경우에만 요청할 수 있습니다.

**2단계: 품질 개선 기관은 귀하의 상황을 이차적으로 검토합니다.**

- 품질 개선 기관의 검토자는 귀하의 이의 제기와 관련된 모든 정보를 다시 한 번 신중하게 검토하게 됩니다.

**3단계: 레벨 2 이의 제기에 대한 요청 접수 후 역일 기준 14일 이내에 검토자는 이의 제기에 대해 결정을 내리고 그 결정에 대해 귀하에게 통보합니다.****독립 검토 기관이 인정한다고 답변하는 경우:**

- 당사는 품질 개선 기관이 레벨 1 이의 제기를 거절한 다음 날 정오부터 귀하가 받은 병원 치료 비용에 대한 당사의 분담금을 귀하에게 보상해야 합니다. 당사는 **의학적 필요성이 있는 기간 동안 병원 입원진료에 대한 보장을 계속 제공해야 합니다.**
- 귀하는 비용의 본인 분담금을 지불해야 하며 보장에 제한이 적용될 수 있습니다.

**검토 기관이 인정하지 않는다고 답변하는 경우:**

- 이는 레벨 1 이의 제기에 대한 해당 기관의 결정에 동의함을 의미합니다.
- 제공하는 통지서에는 검토 절차를 계속 진행하고자 할 경우 할 수 있는 일을 서면으로 안내합니다.

**9장 문제가 발생하거나 진정(보장 결정, 이의 제기, 진정)이 있을 때 조치할 수 있는 방법**

**4단계: '인정하지 않는다'는 답변을 받는 경우 레벨 3을 진행하여 추가적으로 이의 제기를 하고자 하는지 여부를 결정해야 합니다.**

- 레벨 2 이후 이의 제기 절차에 3가지 추가 레벨이 있습니다(총 5단계의 이의 제기).
- 레벨 3 이의 제기를 진행하려는 경우 이를 수행하는 방법에 대한 자세한 내용은 레벨 2 이의 제기 후 받은 서면 통지서에 나와 있습니다.
- 레벨 3 이의 제기는 행정법 판사 또는 대리 심판관에 의해 처리됩니다. 이 장의 10절에서는 이의 제기 절차의 레벨 3, 4, 5에 대해 자세히 설명합니다.

## **9절 귀하의 보장이 너무 일찍 종료된다고 생각되는 경우 당사에 특정 의료 서비스에 대해 계속 보장을 요청하는 방법**

**가정방문치료, 전문요양시설 케어 또는 재활 치료(종합 외래 재활 시설)**를 보장받는 경우, 귀하는 질병이나 부상을 진단 및 치료하기 위해 필요한 해당 유형의 치료에 대한 서비스를 계속 받을 권리가 있습니다.

당사가 귀하를 위한 3가지 유형의 치료에 대한 보장을 중단할 시기라고 결정할 경우, 사전에 귀하에게 알려야 합니다. 해당 치료에 대한 보장이 종료되면 **귀하의 치료에 대한 당사의 분담금 지급을 중단합니다.**

귀하의 치료 보장을 너무 일찍 종결시킨다고 생각하는 경우, **당사의 결정에 이의를 제기할 수 있습니다.** 이 절에서는 이의 제기 방법을 설명합니다.

### **9.1절 보장 종료 시 사전에 통지해드리겠습니다**

#### **법률 용어:**

**Medicare 비보장 통지.** 신속 이의 제기 요청 방법을 설명합니다. 신속 추적 이의 제기 요청은 귀하의 치료 중단 시기에 대한 당사의 보장 결정에 대한 변경을 요청하는 공식적이고 법률적인 방법입니다.

1. 플랜에서 치료 보장을 중지하기 역일 기준 최소 2일 전에 **귀하는 서면 통지를 받습니다.** 해당 통지는 다음을 설명합니다.
  - 당사가 귀하의 치료에 대한 보장을 중단하는 날짜
  - 신속 추적 이의 제기를 요청하여 보다 오랜 기간 동안 치료에 대한 보장을 유지하도록 요청하는 방법
2. 귀하 또는 귀하를 대신하는 사람은 통지를 받았음을 보여 주기 위해 서면 통지서에 서명할 것을 요청받게 됩니다. 통지서에 서명을 함으로써 귀하의 보장 종료 시점에 대한 정보를 받았다는 **사실만을** 나타냅니다. 통지서에 서명했다고 해서 치료 중단에 대한 당사 플랜 결정에 **동의했음을 의미하는 것은 아닙니다.**

**9장 문제가 발생하거나 진정(보장 결정, 이의 제기, 진정)이 있을 때 조치할 수 있는 방법****9.2절 더 오랜 기간 동안 당사의 플랜으로 귀하의 치료를 보장받기 위해 레벨 1 이의 제기를 하는 방법**

더 오랜 기간 동안 귀하의 치료에 대한 당사 보장을 요청하고자 하면 이의 제기 절차를 사용하여 해당 요청을 해야 합니다. 시작하기 전에 해야 할 일과 기한을 파악하십시오.

- **해당 절차를 따르십시오.**
- **기한을 준수하십시오.**
- **필요하다면 도움을 요청하십시오.** 문의 사항이 있거나 도움이 필요하신 경우 언제든지 고객 지원에 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 전화해 주십시오. 또는 개인 맞춤형 지원을 제공하는 정부 기관인 주 건강보험 지원 프로그램에 연락하십시오.

**레벨 1 이의 제기가 진행되는 동안 품질 개선 기관이 귀하의 이의 제기를 검토합니다.** 치료 종료일이 의학적으로 적절한지 결정합니다.

**품질 개선 기관**은 Medicare의 의료의 질을 점검하고 개선하기 위해 연방 정부에서 비용을 지불하는 의사 및 기타 의료 전문가 그룹입니다. 여기에는 특정 종류의 의료 서비스 보장을 중단할 시기에 대한 플랜의 결정을 검토하는 것이 포함됩니다. 이러한 전문가들은 당사의 플랜의 일부가 아닙니다.

**1단계: 레벨 1 이의 제기: 품질 개선 기관에 연락하여 신속 추적 이의 제기를 요청합니다. 요청은 신속하게 진행해야 합니다.**

**이 기관에 어떻게 연락할 수 있습니까?**

- 귀하가 받은 서면 통지(*Medicare 비보장에 대한 통지*)에는 이 기관에 연락하는 방법이 나와 있습니다(해당 주의 품질 개선 기관의 이름, 주소 및 전화번호는 2장에서 확인할 수 있습니다).

**신속히 조치를 취하십시오.**

- 귀하는 *Medicare 비보장에 대한 통지*의 **적용일 전날 정오까지** 이의 제기를 시작하기 위해 품질 개선 기관에 연락해야 합니다.
- 기한을 놓치고 이의 제기를 하고자 하는 경우에도 귀하에게 여전히 이의를 제기할 권리가 있습니다. *Medicare 비보장에 대한 통지*의 연락처 정보를 사용하여 품질 개선 기관에 문의하십시오. 해당 주의 품질 개선 기관의 이름, 주소 및 전화번호는 2장에서도 확인할 수 있습니다.

**2단계: 품질 개선 기관은 케이스에 대한 독립적인 검토를 수행합니다.**

**법률 용어:**

**비보장에 대한 상세 설명.** 보장 종료 사유에 대한 자세한 내용을 제공하는 통지입니다.

**이 검토 중에 어떤 일이 발생합니까?**

- 품질 개선 기관의 의료 전문가(검토자)는 귀하 또는 귀하의 대리인에게 서비스 보장이 계속되어야 한다고 생각하는 이유를 물을 것입니다. 서면으로 준비해야 할 사항은 없지만 원하는 경우 준비할 수 있습니다.

**9장 문제가 발생하거나 진정(보장 결정, 이의 제기, 진정)이 있을 때 조치할 수 있는 방법**

- 또한 독립 검토 기관은 또한 귀하의 의학적 정보를 살펴보고, 담당 의사와 상담하며, 병원 및 당사의 플랜이 제공한 정보를 검토합니다.
- 검토자가 귀하의 이의 제기에 관하여 당사에 통지한 날 자정까지 귀하의 서비스에 대한 당사의 보장 종결 사유를 설명하는 **비보장에 대한 상세 설명**을 받게 됩니다.

**3단계: 필요한 모든 정보를 얻은 후 1일 이내에 검토자가 결정을 알려줄 것입니다.****검토자가 인정한다고 답변하면 어떻게 됩니까?**

- 검토자가 귀하의 이의 제기를 인정하는 경우 당사는 귀하의 보장 서비스를 의학적 필요성이 있는 기간 동안 계속 제공해야 합니다.
- 귀하는 귀하의 비용 부담금(해당하는 경우, 공제금 또는 공동 부담금 등)을 계속해서 지불해야 합니다. 보장 서비스에 제한이 있을 수 있습니다.

**검토자가 인정하지 않는다고 답변하면 어떻게 됩니까?**

- 검토자가 '인정하지 않는다'고 답변한 경우 귀하의 보장은 당사가 통지한 날짜에 종료됩니다.
- 보장이 종료되는 날 이후에 가정간호, 전문요양시설 케어 또는 종합 외래 재활 시설(CORF) 서비스를 계속 이용하기로 결정한 경우 귀하는 이 치료에 대한 전액을 직접 지불해야 합니다.

**4단계: 레벨 1 이의 제기를 '인정하지 않는다'는 답변을 받는 경우 또 다른 이의 제기를 하고자 하는지 여부를 결정합니다.**

- 검토자가 레벨 1 이의 제기를 인정하지 않는다고 답변했지만 귀하가 치료 보장이 종료된 이후에도 계속 치료를 받기로 결정한 경우 레벨 2 이의 제기를 할 수 있습니다.

**9.3절 더 오랜 기간 동안 당사의 플랜으로 귀하의 치료를 보장받기 위해 레벨 2 이의 제기를 하는 방법**

레벨 2 이의 제기를 하는 동안 귀하는 품질 개선 기관에 레벨 1 이의 제기에 대한 결정을 다시 한번 살펴보도록 요청합니다. 품질 개선 기관이 레벨 2 이의 제기에 동의하지 않으면, 귀하의 가정간호, 전문요양시설 케어 또는 종합 외래 재활 시설(CORF) 서비스 비용 전액을 당사가 귀하의 보장이 종료된다고 말한 날짜 이후에 지불해야 할 수 있습니다.

**1단계: 품질 개선 기관에 다시 연락하고 추가 검토를 요청합니다.**

- 품질 개선 기관에서 레벨 1 이의 제기에 인정하지 않는다고 답변한 날로부터 귀하는 **역일 기준 60일 이내에** 해당 검토를 요청해야 합니다. 이 검토는 치료에 대한 보장이 종료된 날짜 이후에 계속 치료를 받은 경우에만 요청할 수 있습니다.

**2단계: 품질 개선 기관은 귀하의 상황을 이차적으로 검토합니다.**

- 품질 개선 기관의 검토자는 귀하의 이의 제기와 관련된 모든 정보를 다시 한 번 신중하게 검토하게 됩니다.

**9장 문제가 발생하거나 진정(보장 결정, 이의 제기, 진정)이 있을 때 조치할 수 있는 방법**

**3단계: 이의 제기 요청을 받은 후 역일 기준 14일 이내에 검토자는 이의 제기에 대한 결정을 내리고 그 결정을 통보합니다.**

**독립 검토 기관에서 인정한다고 답변하면 어떻게 됩니까?**

- 당사는 귀하의 보장이 종료되었다고 알린 날짜 이후 귀하가 받은 치료 비용의 당사 분담금을 **귀하에게 보상해야 합니다.** 의학적 필요성이 있는 기간 동안 당사는 치료에 대한 **보장을 계속 제공해야 합니다.**
- 귀하는 귀하의 비용 분담금을 계속 지불해야 하며 보장 제한이 적용될 수 있습니다.

**독립 검토 기관에서 인정한다고 답변하면 어떻게 됩니까?**

- 이는 레벨 1 이의 제기에 대한 결정에 동의함을 의미합니다.
- 제공하는 통지서에는 검토 절차를 계속 진행하고자 할 경우 할 수 있는 일을 서면으로 안내합니다. 이는 행정법 판사나 대리 심판관이 처리하는 다음 레벨의 이의 제기 진행 방법에 대한 세부 정보를 제공합니다.

**4단계: '인정하지 않는다'는 답변을 받는 경우 추가 이의 제기를 원하는지 여부를 결정해야 합니다.**

- 레벨 2 이후 3가지 추가 레벨의 이의 제기가 있으며, 총 5가지 레벨의 이의 제기가 있습니다. 레벨 3 이의 제기를 진행하려는 경우 이를 수행하는 방법에 대한 자세한 내용은 레벨 2 이의 제기 후 받은 서면 통지서에 나와 있습니다.
- 레벨 3 이의 제기는 행정법 판사 또는 대리 심판관에 의해 처리됩니다. 이 장의 10절에서는 이의 제기 절차의 레벨 3, 4, 5에 대해 자세히 설명합니다.

## 10절 레벨 3, 4 및 5로 이의 제기하기

### 10.1절 의료 서비스 요청에 대해 레벨 3, 4 및 5로 이의 제기하기

이 절은 레벨 1과 레벨 2의 이의 제기를 한 경우, 그리고 이 두 레벨의 이의 제기가 모두 거부된 경우에 해당합니다.

이의 제기 대상인 용품이나 의료 서비스의 달러 가치가 특정한 최소 수준을 충족하는 경우, 더 높은 레벨의 이의 제기를 진행할 수 있습니다. 달러 가치가 최소 수준에 미치지 못하는 경우에는 더 높은 단계로 이의 제기를 할 수 없습니다. 레벨 2 이의 제기에 대해 받은 서면 답변에는 레벨 3 이의 제기를 하는 방법이 설명되어 있습니다.

이의 제기와 관련한 대부분의 상황에서 마지막 레벨 3개의 이의 제기는 첫 2개 레벨과 거의 동일한 방식으로 진행됩니다. 각 레벨에서 이의 제기 검토자는 다음과 같습니다.

**레벨 3 이의 제기** 행정법 판사 또는 연방 정부 소속의 대리 심판관이 귀하의 이의 제기를 검토하고 답변을 제공합니다.

- 행정법 판사 또는 대리 심판관이 이의 제기를 인정하는 경우, 해당 이의 제기 절차는 종료되거나, 종료되지 않을 수 있습니다.** 레벨 2 이의 제기의 결정과 달리, 당사는 사용자에게 유리한 레벨 3의 결정에 이의를 제기할 권리가 있습니다. 당사가 이의 제기하도록 결정하면 레벨 4 이의 제기가 진행됩니다.
  - 이 결정에 대해 이의를 제기하지 않기로 결정한 경우, 당사는 행정법 판사 또는 대리 심판관의 결정을 받은 날로부터 역일 기준 60일 이내에 의료 서비스를 승인하거나 제공해야 합니다.

**9장 문제가 발생하거나 진정(보장 결정, 이의 제기, 진정)이 있을 때 조치할 수 있는 방법**

- 결정에 대해 이의 제기를 하는 경우, 당사는 레벨 4 이의 제기 요청 사본과 관련 문서를 보내드립니다. 당사는 분쟁 대상 의료 서비스를 승인하거나 제공하기 전에 레벨 4 이의 제기 결정을 기다릴 수 있습니다.
- **행정법 판사 또는 대리 심판관이 이의 제기를 인정하지 않을 경우, 해당 이의 제기 절차는 종료되거나, 종료되지 않을 수 있습니다.**
  - 이의 제기 거부 결정을 수락하면, 해당 이의 제기 절차는 종료됩니다.
  - 결정을 수락하지 않을 경우, 다음 단계의 검토 절차를 계속 진행할 수 있습니다. 귀하가 받는 통지는 레벨 4 이의 제기를 위해 무엇을 해야 하는지 알려줍니다.

**레벨 4 이의 제기 Medicare 이의 제기 심사 위원회**(위원회)는 이의 제기를 검토하고 답변을 제공합니다. 이 위원회는 연방 정부 소속입니다.

- **위원회에서 이의 제기를 인정하거나, 유리한 레벨 3 이의 제기 결정 검토에 관한 당사의 요청을 거부할 경우, 해당 이의 제기 절차는 종료되거나, 종료되지 않을 수 있습니다.** 레벨 2의 결정과 달리, 당사는 사용자에게 유리한 레벨 4의 결정에 이의를 제기할 권리가 있습니다. 당사는 이 결정에 대해 레벨 5 이의 제기를 진행할지 여부를 결정합니다.
  - 이 결정에 대해 이의를 제기하지 않기로 결정한 경우, 당사는 위원회의 결정을 받은 후 역일 기준 60일 이내에 의료 서비스를 승인하거나 제공해야 합니다.
  - 당사가 이 결정에 대해 이의를 제기하기로 결정한 경우에는 서면으로 알려드릴 것입니다.
- **이의 제기가 인정되지 않거나 위원회가 검토 요청을 거부한 경우, 해당 이의 제기 절차는 종료되거나, 종료되지 않을 수 있습니다.**
  - 이의 제기 거부 결정을 수락하면, 해당 이의 제기 절차는 종료됩니다.
  - 결정을 수락하지 않은 경우, 다음 단계의 검토 절차를 계속 진행할 수 있습니다. 위원회가 이의 제기를 인정하지 않은 경우, 통지에는 규칙에 따라 레벨 5 이의 제기를 진행할 수 있는지 여부와 레벨 5 이의 제기를 계속하는 방법이 나와 있습니다.

**레벨 5 이의 제기 연방지방법원의 판사가 이의 제기를 검토합니다.**

- 판사는 모든 정보를 검토하고 귀하의 요청을 인정하거나 기각할 것입니다. 이것은 최종 답변입니다. 연방지방법원 이후로는 진행할 수 있는 이의 제기 단계가 없습니다.

**10.2절 파트 D 약품 요청에 관한 레벨 3, 4, 5 이의 제기**

이 절은 레벨 1과 레벨 2의 이의 제기를 한 경우, 그리고 이 두 레벨의 이의 제기가 모두 거부된 경우에 해당합니다.

이의 제기한 약품의 가치가 특정한 달러 금액을 충족할 경우, 다음 단계의 이의 제기를 계속 진행할 수 있습니다. 달러 금액이 적으면 더 이상 이의를 제기할 수 없습니다. 레벨 2 이의 제기에 대해 받은 서면 답변은 레벨 3 이의 제기를 요청할 경우 누구에게 연락하고 어떻게 조치해야 하는지 설명합니다.

이의 제기와 관련한 대부분의 상황에서 마지막 레벨 3개의 이의 제기는 첫 2개 레벨과 거의 동일한 방식으로 진행됩니다. 각 레벨에서 이의 제기 검토자는 다음과 같습니다.

**레벨 3 이의 제기 행정법 판사 또는 연방 정부 소속의 대리 심판관이 귀하의 이의 제기를 검토하고 답변을 제공합니다.**

**9장 문제가 발생하거나 진정(보장 결정, 이의 제기, 진정)이 있을 때 조치할 수 있는 방법**

- 이의 제기가 인정되는 경우, 해당 이의 제기 절차는 종료됩니다. 당사는 결정을 받은 후 72시간 이내(신속 이의 제기의 경우 24시간 이내)에 행정법 판사나 대리 심판관이 인정한 **약품 보장을 승인 또는 제공하거나, 역일 기준 30일 이내에 지불**해야 합니다.
- 행정법 판사 또는 대리 심판관이 이의 제기를 인정하지 않을 경우, 해당 이의 제기 절차는 종료되거나, 종료되지 않을 수 있습니다.
  - 이의 제기 거부 결정을 수락하면, 해당 이의 제기 절차는 종료됩니다.
  - 결정을 수락하지 않을 경우, 다음 단계의 검토 절차를 계속 진행할 수 있습니다. 귀하가 받는 통지는 레벨 4 이의 제기를 위해 무엇을 해야 하는지 알려줍니다.

**레벨 4 이의 제기 Medicare 이의 제기 심사 위원회**(위원회)는 이의 제기를 검토하고 답변을 제공합니다. 이 위원회는 연방 정부 소속입니다.

- 이의 제기가 인정되는 경우, 해당 이의 제기 절차는 종료됩니다. 당사는 결정을 받은 후 72시간 이내(신속 이의 제기의 경우 24시간 이내)에 위원회가 인정한 **약품 보장을 승인 또는 제공하거나, 역일 기준 30일 이내에 지불**해야 합니다.
- 이의 제기가 인정되지 않거나 위원회가 검토 요청을 거부한 경우, 해당 이의 제기 절차는 종료되거나, 종료되지 않을 수 있습니다.
  - 이의 제기 거부 결정을 수락하면, 해당 이의 제기 절차는 종료됩니다.
  - 결정을 수락하지 않은 경우, 다음 단계의 검토 절차를 계속 진행할 수 있습니다. 위원회가 이의 제기를 인정하지 않은 경우, 통지에는 규칙에 따라 레벨 5 이의 제기를 진행할 수 있는지 여부와 레벨 5 이의 제기를 계속하는 방법이 안내됩니다.

**레벨 5 이의 제기 연방지방법원의 판사가** 이의 제기를 검토합니다.

- 판사는 모든 정보를 검토하고 귀하의 요청을 인정하거나 기각할 것입니다. 이것은 최종 답변입니다. 연방지방법원 이후로는 진행할 수 있는 이의 제기 단계가 없습니다.

## 진정 제기

### 11절 의료의 질, 대기 시간, 고객 서비스 또는 기타 우려 사항에 관한 진정 제기 방법

#### 11.1절 진정 제기 절차를 통해 어떤 문제를 다룰 수 있습니까?

진정 제기 절차는 특정 유형의 문제에만 적용됩니다. 여기에는 의료의 질, 대기 시간 및 고객 서비스에 대한 문제가 포함됩니다. 진정 제기 절차를 통해 다룰 수 있는 문제의 예는 다음과 같습니다.

**9장 문제가 발생하거나 진정(보장 결정, 이의 제기, 진정)이 있을 때 조치할 수 있는 방법**

| 진정                                                                  | 예                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>의료 서비스의 질</b>                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>의료의 질(병원 내 진료 포함)이 만족스럽지 않으셨습니까?</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>개인정보보호</b>                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>누군가 개인정보보호 권리를 침해하였거나, 비밀 유지가 필요한 정보를 공유했습니까?</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>부당한 대우, 고객 서비스 불량 또는 기타 부정적인 행동</b>                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>무례하거나 부당한 대우를 받으셨습니까?</li> <li>고객 지원에 만족하지 않으십니까?</li> <li>당사 플랜에서 탈퇴하도록 종용받는다고 느끼십니까?</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>대기 시간</b>                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>진료를 예약하기 어렵거나, 대기 시간이 너무 길다고 생각하십니까?</li> <li>의사, 약사 또는 기타 의료 전문가를 만나기 위해 너무 오래 기다린 적이 있으십니까? 고객 지원 또는 당사 플랜의 다른 직원이 오래 기다리게 한 적이 있으십니까? <ul style="list-style-type: none"> <li>예를 들어, 전화 연결, 처방 또는 검사실 이용을 위한 대기 시간이 너무 긴 경우가 포함됩니다.</li> </ul> </li> </ul>                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>청결도</b>                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>진료소, 병원 또는 의사 진료실의 청결도 또는 상태에 만족하지 못하셨습니까?</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>당사가 제공한 정보</b>                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>필요한 통지를 제공받지 못했습니까?</li> <li>당사의 서면 정보가 이해하기 어렵습니까?</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>적시성</b><br>(이러한 유형의 진정은 모두 보장 결정 및 이의 제기와 관련한 당사 조치의 적시성을 의미합니다) | <p>보장 결정 요청이나 이의 제기를 했거나, 당사가 적시에 신속하게 응하지 않는다고 여겨지는 경우에는 당사의 지체와 관련하여 별도로 진정을 제기할 수 있습니다. 예를 들면 다음과 같습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>당사에 신속한 <b>보장 결정</b> 또는 신속 <b>이의 제기</b>를 요청했으나 당사가 그러한 요청에 응할 수 없다고 한 경우, 진정을 제기할 수 있습니다.</li> <li>귀하는 당사가 보장 결정 또는 이의 제기 기한을 준수하지 않았다고 생각하는 경우, 진정을 제기할 수 있습니다.</li> <li>당사가 특정 의료품, 서비스 또는 승인된 약에 대한 보장이나 상황에 대한 기한을 준수하고 있지 않다고 생각하는 경우, 귀하는 진정을 제기할 수 있습니다.</li> <li>당사가 귀하의 케이스를 독립 검토 기관에 전달하는 데 필요한 기한을 충족하지 못했다고 생각하는 경우, 귀하는 진정을 제기할 수 있습니다.</li> </ul> |

**11.2절 진정 제기 방법****법률 용어:**

- **진정**은 **고충**이라고도 합니다.
- **진정 제기**는 **고충 제기**라고 합니다.
- **진정 처리 절차 사용**은 **고충 제기 절차 사용**이라고 합니다.
- **신속 진정**은 **신속 고충**이라고 합니다.

**9장 문제가 발생하거나 진정(보장 결정, 이의 제기, 진정)이 있을 때 조치할 수 있는 방법****1단계: 전화 또는 서면으로 즉시 당사에 연락합니다.**

- **고객 지원에** 800-457-4708 (TTY 사용자는 711 이용)로 전화하는 것이 일반적으로 첫 번째 단계입니다. 필요한 다른 조치가 있으면 고객 지원에서 알려드립니다.
- **전화를 하고 싶지 않은 경우에는(또는 전화 통화를 하고 만족하지 않은 경우) 진정은 서면으로 작성하여 당사에 보낼 수 있습니다.** 진정을 서면으로 작성하여 제출한 경우, 해당 사항에 대해 서면으로 답변합니다.
- **고충 제기 지침**

고객 지원에 800-457-4708(TTY: 711)로 전화하여 구두로 고충을 제기합니다.

서면으로 작성한 고충을 다음 주소로 발송합니다.

Humana Grievances and Appeals Dept.

P.O. Box 14165

Lexington, KY 40512-4054

고충 제기 시 다음 정보를 제공해 주십시오.

- ☐ 이름
- ☐ 주소
- ☐ 전화번호
- ☐ 가입자 ID 번호
- ☐ 진정 및 해당 사건과 관련하여 당사와 이전에 연락한 모든 내용의 개요
- ☐ 당사에 요청하는 조치
- ☐ 본인 또는 권한 있는 대리인의 서명 및 날짜 친구, 친척, 의사나 다른 의료 제공자 또는 다른 특정인이 본인의 대리인이 되기를 원할 경우, 고객 지원에 전화하여(전화번호는 이 책자의 뒷표지에 안내됨) 대리인 선임 양식을 요청하십시오(해당 양식은 Medicare 웹사이트 [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) 또는 당사 웹사이트 <https://www.humana.com/member/documents-and-forms>에서도 확인할 수 있습니다). 이 양식은 특정인에게 본인을 대리할 수 있는 권한을 부여합니다. 이 양식에는 본인과 본인의 대리인으로 지정하고자 하는 특정인이 서명해야 합니다. 서명된 양식 1부를 당사에 제공해야 합니다.

- **신속한 고충 검토를 위한 선택 사항**

고충에 대한 신속 검토를 요청할 수 있습니다. 접수된 고충이 다음과 같은 상황 중 하나에 해당하는 경우, 당사는 접수일로부터 24시간 이내에 답변해 드립니다.

- 당사가 기관 판단/재고려를 위해 기간을 연장했으나, 이보다 빠르게 결정이 이루어져야 한다고 생각하는 경우
- 당사가 72시간 기관/보장 결정에 대한 신속 검토 요청을 거부한 경우
- 당사가 72시간 이의 제기의 신속 검토 요청을 거부한 경우

신속한 고충 검토를 원하는 경우, 고객 지원에 전화하는 것이 가장 좋습니다. 우편으로 요청하는 경우, 당사는 우편물을 수신하였음을 전화로 알려드립니다.

- 진정 제기 **기한**은 진정을 제기하고자 하는 문제가 발생한 날로부터 60일입니다.

**2단계: 당사가 진정 사항을 살펴보고 답변을 제공합니다.**

- **가능한 경우, 당사는 즉시 답변해 드립니다.** 전화로 진정을 제기한 경우, 당사는 전화 통화를 하며 바로 답변해 드릴 수 있습니다.

**9장 문제가 발생하거나 진정(보장 결정, 이의 제기, 진정)이 있을 때 조치할 수 있는 방법**

- **대부분의 진정에 대해서는 역일 기준 30일 이내에 답변합니다.** 당사에서 더 많은 정보를 확인해야 하고, 사용자에게 지연이 가장 큰 문제가 되거나 더 많은 시간을 요청하는 경우, 해당 진정에 대해 답변하기까지 역일 기준 최대 14일(총 44일)이 더 소요될 수 있습니다. 추가 일수가 결정되면 서면으로 알려드립니다.
- **당사가 신속 보장 결정 또는 신속 이의 제기 요청을 거부한 것에 대해 진정을 제기하는 경우, 당사는 해당 사항을 자동으로 신속 진정으로 처리합니다.** 신속 진정의 제기는 당사가 해당 사항에 대해 **24시간 이내에** 답변한다는 것을 의미합니다.
- 진정의 일부 또는 전부에 대하여 **당사가 동의하지 않거나** 진정을 제기한 문제에 관한 책임이 없는 경우, 그 이유를 포함해 답변해드립니다.

**11.3절 품질 개선 기관에도 의료의 질에 대한 진정을 제기할 수 있습니다**

제기하는 진정이 *의료의 질*에 관한 것인 경우, 다음과 같이 2가지 추가 옵션이 있습니다.

- **품질 개선 기관에 진정을 직접 제기할 수 있습니다.** 품질 개선 기관은 Medicare 환자에게 제공하는 치료의 점검 및 개선을 목적으로 연방 정부에서 비용을 지원하는 단체로, 의사 및 기타 의료 전문가 단체로 구성됩니다. 2장에 연락처 정보가 있습니다.

또는

- **품질 개선 기관과 당사 모두에 동시에 진정을 제기할 수 있습니다.**

**11.4절 Medicare에도 진정을 제기할 수 있습니다**

Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP)에 대한 진정을 Medicare에 직접 제출할 수 있습니다.

Medicare에 진정을 제출하려면 [www.Medicare.gov/my/medicare-complaint](http://www.Medicare.gov/my/medicare-complaint)를 방문하십시오.

1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하셔도 됩니다. TTY/TDD 사용자는 1-877-486-2048을 이용해 주십시오.

**Medicaid 혜택에 대한 문제****12절 Medicaid 혜택에 대한 문제 처리**

Medicaid 혜택과 관련한 문제가 있는 경우, Apple Health(Medicaid)의 연락처 정보는 이 문서 뒷면의 자료 A에서 확인할 수 있습니다. 이 절차에 대한 지원이 필요한 경우 고객 지원에 문의할 수 있습니다.

# 10장: 당사 플랜 멤버십 종료

## 1절 당사 플랜 멤버십 종료

Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP)의 멤버십 종료는 **자발적**(본인의 선택)이거나, **비자발적**(본인의 선택이 아님)일 수 있습니다.

- 플랜에서 탈퇴할 것을 스스로 결정함에 따라 멤버십을 종료할 수 있습니다. 2절과 3절에는 자발적으로 가입을 종료하는 방법에 대한 정보가 나와 있습니다.
- 또한 일부 상황에서는 당사에서 귀하의 멤버십을 종료해야 하는 경우도 있습니다. 5절에서는 당사가 멤버십을 종료해야 하는 상황에 대해 설명합니다.

당사 플랜을 탈퇴하실 경우, 당사 플랜은 귀하의 의료 서비스 및 처방약을 계속 제공해야 하며, 가입 자격이 종료될 때까지 비용 분담을 계속 지불합니다.

## 2절 플랜 멤버십을 언제 종료할 수 있습니까?

### 2.1절 Medicare 및 Medicaid를 보유하고 있으므로 멤버십을 종료할 수 있습니다

- Medicare를 보유한 대부분의 가입자는 해당 연도의 특정 기간에만 멤버십을 종료할 수 있습니다. 귀하는 Medicaid에 가입되어 있기 때문에 연중 언제든지 다음 Medicare 옵션 중 하나를 선택하여 플랜 멤버십을 종료할 수 있습니다.
  - 별도의 Medicare 처방약 플랜을 포함한 Original Medicare.
  - 별도의 Medicare 처방약 플랜을 포함하지 않는 Original Medicare(이 옵션을 선택하고 부가 지원을 받으면 귀하가 자동 가입을 거부하지 않는 한 Medicare의 약품 플랜에 가입 처리됨) 또는
  - 자격이 있는 경우, 귀하의 Medicare와 Medicaid 혜택 및 서비스의 전체 또는 일부를 하나의 플랜으로 제공하는 통합 D-SNP.

**참고:** Medicare 약품 보장에서 탈퇴하고 신뢰할 수 있는 약품 보장 없이 연속적으로 최소 63일이 지난 경우, 이후에 Medicare 약품 플랜에 가입할 때 파트 D 지연 가입 가산금을 지불해야 할 수 있습니다.

- Medicaid 플랜 옵션에 대해 알아보려면 Apple Health(Medicaid)에 전화하십시오(전화번호는 이 책자의 2장 6절에 나와 있음).
- 기타 Medicare 건강 플랜 옵션은 **공개 가입 기간** 동안 사용할 수 있습니다. 2.2절에서는 공개 가입 기간에 대해 자세히 설명합니다.
- **멤버십은 일반적으로 변경 요청이 접수된 후 해당 월의 1일에 종료됩니다.** 새 플랜 가입도 이날부터 시작됩니다.

**10장 당사 플랜 멤버십 종료****2.2절 공개 가입 기간에 멤버십을 종료할 수 있습니다**

매년 **공개 가입 기간**에 멤버십을 종료할 수 있습니다. 이 기간 동안 귀하의 건강 및 약품 보장을 검토하고 다음 해의 보장에 대해 결정하십시오.

- **공개 가입 기간은 10월 15일~12월 7일입니다.**
- **현재 보장을 유지하거나 다음 연도의 보장을 변경할 수 있습니다.** 새로운 플랜으로 변경하기로 결정한 경우, 다음 유형의 플랜 중 하나를 선택할 수 있습니다.
  - 약품 보장 여부와 상관 없이 다른 Medicare 건강 플랜.
  - 별도의 Medicare 약품 플랜을 포함한 Original Medicare.
  - 별도의 Medicare 약품 플랜을 포함하지 않는 Original Medicare.
  - 자격이 있는 경우, 귀하의 Medicare와 Medicaid 혜택 및 서비스의 전체 또는 일부를 하나의 플랜으로 제공하는 통합 D-SNP.

**처방약 지불을 위해 Medicare로부터 부가 지원을 받은 경우:** Original Medicare로 전환하고 별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입하지 않는 경우, 귀하가 자동 가입을 거부하지 않는 한 Medicare의 약품 플랜에 가입 처리됩니다.

**참고:** Medicare 약품 보장에서 탈퇴하고 더 이상 부가 지원을 받지 않으며 신뢰할 수 있는 약품 보장 없이 연속적으로 최소 63일이 지난 경우, 이후에 Medicare 약품 플랜에 가입할 때 파트 D 지연 가입 가산금을 지불해야 할 수 있습니다.

1월 1일에 새로운 플랜 보장이 시작될 때 **당사 플랜의 현재 멤버십이 종료됩니다.**

**2.3절 Medicare Advantage 공개 가입 기간에 멤버십을 종료할 수 있습니다**

건강 보장은 매년 **Medicare Advantage 공개 가입 기간**에 **1회에 한하여** 변경할 수 있습니다.

- **Medicare Advantage 공개 가입 기간**은 1월 1일부터 3월 31일까지이며, 파트 A 및 파트 B 수급 월부터 3번째 수급 월의 마지막 날까지 MA 플랜에 가입된 새로운 Medicare 수혜자에게도 적용됩니다.
- **Medicare Advantage 공개 가입 기간 동안** 다음을 수행할 수 있습니다.
  - 약품 보장 여부와 상관 없이 다른 Medicare Advantage 플랜으로 전환할 수 있습니다.
  - 당사의 플랜에서 탈퇴하고 Original Medicare를 통해 보장을 받을 수 있습니다. 이 기간 동안 Original Medicare로의 전환하는 경우, 동시에 별도의 Medicare 약품 플랜에 가입할 수도 있습니다.
  - 다른 Medicare Advantage 플랜에 가입하거나 당사가 Original Medicare로 전환 요청을 받은 후 해당 월의 1일에 **멤버십이 종료됩니다.** 또한 Medicare 약품 플랜 가입을 선택한 경우, 처방약 플랜 멤버십은 가입 요청 후 해당 월의 1일에 시작됩니다.

**2.4절 특정한 상황에서는 특별 가입 기간에 멤버십을 종료할 수 있습니다**

특정한 상황에서는 연중 다른 시기에 플랜에서 탈퇴할 수 있습니다. 이 시기는 **특별 가입 기간**을 말합니다.

**10장 당사 플랜 멤버십 종료**

다음과 같은 상황이 발생하면 **특별 가입 기간 동안 멤버십을 종료할 수 있습니다**. 다음은 예시입니다. 전체 목록을 보려면 플랜에 문의하거나 Medicare에 전화하거나 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)를 방문하시면 됩니다.

- 일반적으로 이사할 때.
- Apple Health(Medicaid)에 가입되어 있는 경우.
- Medicare 약품 보장 관련 지불에 대해 부가 지원을 받을 자격이 있는 경우.
- 당사가 계약을 위반한 경우.
- 요양원 또는 장기요양(LTC) 병원과 같은 기관에서 치료를 받는 경우.
- 포괄적 노인 관리 프로그램(PACE)에 가입한 경우.
- **참고:** 약품 관리 프로그램에 가입된 경우 특정 특별 가입 기간에만 적격할 수 있습니다. 5장, 10절에서는 약품 관리 프로그램에 대해 자세히 설명합니다.
- **참고:** 2.1절에서는 Medicaid에 가입된 분들을 위한 특별 가입 기간에 대해 자세히 설명합니다.

상황에 따라 **가입 기간은 다릅니다**.

**특별 가입 기간을 이용할 수 있는지 확인하려면** 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하시기 바랍니다. 특별한 상황으로 인해 멤버십을 종료할 수 있는 경우, Medicare 건강 보장과 약품 보장을 모두 변경할 수 있습니다. 다음을 선택할 수 있습니다.

- 약품 보장 여부와 관계없이 다른 Medicare 건강 플랜,
- 별도의 Medicare 약품 플랜을 포함한 Original Medicare.
- 별도의 Medicare 약품 플랜을 포함하지 않는 Original Medicare.
- 자격이 있는 경우, 귀하의 Medicare와 Medicaid 혜택 및 서비스의 전체 또는 일부를 하나의 플랜으로 제공하는 통합 D-SNP.

**참고:** Medicare 약품 보장에서 탈퇴하고 더 이상 부가 지원을 받지 않으며 신뢰할 수 있는 처방약 보장 없이 연속적으로 최소 63일이 지난 경우, 이후에 Medicare 약품 플랜에 가입할 때 파트 D 지연 가입 가산금을 지불해야 할 수 있습니다.

**귀하의 약품 보장 금액 지불을 위해 Medicare로부터 부가 지원을 받은 경우:** Original Medicare로 전환하고 별도의 Medicare 약품 플랜에 가입하지 않는 경우, 귀하가 자동 가입을 거부하지 않는 한 Medicare의 약품 플랜에 가입 처리됩니다.

일반적으로 당사 플랜에 대한 변경 요청이 접수된 후 해당 월의 1일에 **멤버십이 종료됩니다**.

**참고:** 2.1절 및 2.2절에서는 Medicaid에 가입된 분들을 위한 특별 가입 기간 및 부가 지원에 대해 자세히 설명합니다.

## 2.5절 멤버십 종료 시기에 대한 자세한 정보 받기

멤버십 종료에 대한 질문이 있는 경우 다음을 수행할 수 있습니다.

- 800-457-4708로 **고객 지원에 전화하여**(TTY 사용자는 711 이용) 자세한 내용을 확인해 주십시오.

**10장 당사 플랜 멤버십 종료**

- **Medicare & You 2026** 핸드북에서 정보를 확인하십시오.
- **Medicare**에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)(TTY 사용자는 1-877-486-2048 이용)로 전화하십시오.

**3절 당사 플랜 멤버십 종료 방법**

아래 표는 당사의 플랜 멤버십을 종료할 수 있는 방법을 설명합니다.

| 당사의 플랜에서 다음과 같이 전환하고자 하는 경우:                   | 취해야 하는 조치:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 다른 Medicare 건강 플랜.                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 새로운 Medicare 건강 플랜 가입.</li> <li>• 새로운 플랜의 보장이 시작되면 Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP) 탈퇴가 자동으로 이루어집니다.</li> </ul>                                                                                                                                                                                         |
| 별도의 Medicare 약품 플랜을 포함한 Original Medicare.     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 새로운 Medicare 약품 플랜 가입.</li> <li>• 새로운 플랜의 보장이 시작되면 Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP) 탈퇴가 자동으로 이루어집니다.</li> </ul>                                                                                                                                                                                         |
| 별도의 Medicare 약품 플랜을 포함하지 않는 Original Medicare. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>저희에게 서면 탈퇴 요청서를 보내주십시오.</b> 이 방법에 대한 자세한 정보는 고객 지원에 800-457-4708 (TTY 사용자는 711 이용)로 전화하십시오.</li> <li>• 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 <b>Medicare</b>에 연락하여 탈퇴를 요청하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 이용.</li> <li>• Original Medicare 보장이 시작되면 Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP)에서 탈퇴됩니다.</li> </ul> |

**참고:** Medicare 약품 보장에서 탈퇴하고 더 이상 부가 지원을 받지 않으며 신뢰할 수 있는 약품 보장 없이 연속적으로 최소 63일이 지난 경우, 이후에 Medicare 약품 플랜에 가입할 때 파트 D 지연 가입 가산금을 지불해야 할 수 있습니다.

Apple Health(Medicaid) 혜택에 대한 질문은 Apple Health(Medicaid)에 전화하십시오. Apple Health(Medicaid)의 연락처 정보는 이 문서 뒷면의 "자료 A"에서 확인할 수 있습니다. 다른 플랜에 가입하거나 Original Medicare로 돌아가는 것이 Apple Health(Medicaid) 보장에 어떻게 영향을 미치는지 문의하십시오.

**10장 당사 플랜 멤버십 종료****4절 멤버십이 종료될 때까지 당사의 플랜을 통해 의료품, 서비스 및 약품을 계속 공급받아야 합니다**

Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP) 가입 자격이 종료되고 새로운 Medicare 보장 기간이 시작될 때까지, 당사 플랜을 통해 의료 서비스, 의료품 및 처방전 약품을 계속 받아야 합니다.

- 의료 서비스를 받기 위해 네트워크 제공자를 계속 사용합니다.
- 계속해서 네트워크 약국 또는 우편 주문을 이용하여 처방을 받으십시오.
- 멤버십이 종료되는 날에 입원한 경우, 병원 입원은 퇴원 시까지 당사의 플랜으로 보장됩니다(새로운 건강 보장이 시작된 후에 퇴원하는 경우에도).

**5절 Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP)는 특정한 상황에서 당사 멤버십을 종료해야 합니다**

Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP)은 다음과 같은 경우에 반드시 플랜 멤버십을 종료해야 합니다.

- Medicare 파트 A와 파트 B에 더 이상 가입된 상태가 아닌 경우
- 더 이상 Medicaid 자격이 없는 경우. 1장 2.1절에 명시된 바와 같이 당사의 플랜은 Medicare 및 Medicaid 모두에 적합한 사람들을 위한 것입니다. 플랜에 적합하지 않는 경우 가입자 자격은 6개월의 유예 기간이 지나면 종료됩니다. 유예 기간 내에 Apple Health(Medicaid) 지원에 대한 자격을 회복하지 못한 경우, 플랜에서 탈퇴된다는 내용의 편지가 발송됩니다.
- 해당되는 경우, 의료비를 지불하지 않는 경우
- 서비스 지역에서 벗어난 경우
- 서비스 지역에서 6개월 이상 벗어난 경우
  - 이사하거나 긴 여행을 가는 경우 자세한 내용은 고객 지원에 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 전화하여 이사하거나 여행하는 장소가 당사 플랜의 서비스 지역에 속하는지 확인하십시오.
  - Humana Medicare D-SNP 플랜에 방문객/여행 혜택이 있기 때문에 최대 12개월 동안 서비스 지역을 벗어날 수 있습니다.
- 수감된 경우
- 더 이상 미국 시민이 아니거나 미국에서 불법 체류 중인 경우
- 약품 보장을 제공하는 다른 보험에 대한 정보를 제공하지 않거나 거짓으로 제공한 경우
- 당사 플랜 가입 시, 의도적으로 잘못된 정보를 제공하고 그러한 정보가 플랜 가입 자격에 영향을 미친 경우 (당사는 Medicare에서 먼저 허가를 받지 않는 이상 이러한 이유로 당사의 플랜에서 가입자를 탈퇴시킬 수 없습니다).

**10장 당사 플랜 멤버십 종료**

- 규정에 어긋난 행동을 계속하고 본인은 물론 플랜의 다른 가입자들에 대한 당사의 의료 서비스 제공을 어렵게 하는 경우 (당사는 Medicare에서 먼저 허가를 받지 않는 이상 이러한 이유로 당사의 플랜에서 가입자를 탈퇴시킬 수 없습니다).
- 타인의 멤버십 카드를 이용하여 의료 서비스를 받는 경우 (당사는 Medicare에서 먼저 허가를 받지 않는 이상 이러한 이유로 당사의 플랜에서 가입자를 탈퇴시킬 수 없습니다).
  - 이러한 이유로 당사가 가입자의 멤버십을 종료할 경우, Medicare는 감사관을 통해 해당 사례를 조사할 수 있습니다.

당사가 멤버십을 종료시킬 수 있는 시기에 관하여 문의 사항이 있거나 자세한 정보를 확인하고 싶은 경우 고객 지원에 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 전화하십시오.

### **5.1절      당사는 가입자의 건강과 관련한 어떠한 이유로도 가입자에게 플랜 탈퇴를 요청할 수 없습니다**

Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP)는 가입자의 건강과 관련한 어떠한 이유로도 가입자에게 플랜에서 탈퇴할 것을 요청할 수 없습니다.

#### **이 경우 가입자는 어떻게 해야 하나요?**

건강과 관련한 이유로 플랜 탈퇴를 요구 받고 있다고 느낄 경우, 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)(TTY 사용자는 1-877-486-2048 이용)로 Medicare에 전화하십시오.

### **5.2절      당사가 가입자의 플랜 멤버십을 종료한 경우, 가입자는 진정을 제기할 권리가 있습니다**

당사가 가입자의 플랜 멤버십을 종료한 경우, 당사는 가입자에게 서면으로 멤버십 종료 이유를 알려야 합니다. 또한 당사는 가입자가 당사의 가입자 자격 종료 결정에 관하여 고충을 제기하거나 진정을 제기할 수 있는 방법을 설명해야 합니다.

**11장 법적 통지**

# 11장: 법적 통지

## 1절 준거법에 대한 통지

이 보장 범위 증명서에는 기본적으로 사회보장법 XVIII편과 Medicare & Medicaid 서비스 센터(CMS)가 사회보장법에 따라 제정한 규정이 적용됩니다. 그밖에 다른 연방법이 적용될 수 있으며, 특정한 상황에서는 현재 거주하고 있는 주의 법이 적용될 수 있습니다. 이는 법률이 이 문서에 포함되거나 설명되지 않더라도 귀하의 권리와 책임에 영향을 미칠 수 있습니다.

## 2절 차별 금지에 대한 통지

당사는 인종, 민족성, 국적, 피부색, 종교, 성별, 나이, 정신 또는 신체적 장애, 건강 상태, 클레임 이력, 병력, 유전 정보, 보험 가입 가능성 여부 또는 서비스 지역 내 지리적 위치를 이유로 **차별하지 않습니다**. 당사의 플랜과 같이 Medicare Advantage 플랜을 제공하는 모든 조직은 1964년 민권법 VI편, 1973년 재활법, 1975년 차별금지법, 미국장애인법, 건강보험개혁법 1557조, 연방 기금을 받는 기관에 적용되는 모든 다른 법률. 기타 사유로 적용되는 모든 법률과 규정을 포함하여 연방 차별금지법을 준수해야 합니다.

차별이나 불공정한 처우에 대한 자세한 정보가 필요하거나 우려사항이 있는 경우, 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697)로 보건복지부의 **민권 담당국(Office for Civil Rights)** 또는 해당 지역의 민권 담당국으로 문의하십시오. 귀하는 보건복지부 민권 담당국 [www.HHS.gov/ocr/index.html](http://www.HHS.gov/ocr/index.html)에서 정보를 검토할 수도 있습니다.

장애가 있어 치료 접근에 도움이 필요한 경우 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 고객 지원에 전화해 주십시오. 휠체어 접근 문제와 같은 진정 사항이 있는 경우, 고객 지원에서 도움을 받을 수 있습니다.

## 3절 Medicare 2차 지불자 대위권에 관한 통지

Medicare가 1차 지불자가 아닌 대상에 대하여 Medicare 보장 서비스를 대위할 수 있는 권리와 책임은 당사에게 있습니다. 42 CFR 422.108 및 423.462 조의 CMS 규정에 따라 Medicare Advantage 기관인 Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP)는 장관이 42 CFR의 411항의 B~D호의 CMS 규정에 따라 행사하는 것과 동일한 회수 권리를 행사하며, 이 절에서 규정된 규칙은 모든 주법을 대체합니다.

## 4절 대위 관련 추가 통지(제3자로부터 회수)

### 당사의 지불 회수권

당사가 청구를 지불하는 경우, 당사에게 대위권이 있습니다. 이것은 매우 일반적인 보험 조항으로, 부상, 질병, 질환과 관련한 의료비 또는 혜택에 대한 책임이 있는 제3자가 제기한 청구에 대하여 당사가 지불한 금액을 회수할 권리가 있음을 의미합니다. 청구를 제기하는 자는 책임 있는 제3자에 대해 법적 조치를 할 권리가 있으며, 다음과 같은 사항에 동의합니다.

1. 당사가 요청하는 모든 관련 정보를 제공합니다.
2. 필요한 경우 증거 개시, 증언 녹취, 재판 증언 등 모든 법적 조치에 참여합니다.

**11장 법적 통지**

당사 또는 당사의 대리인에게 협조하지 않거나 당사의 권리 행사를 방해하는 경우 당사는 법적 조치를 취할 수 있습니다. 또한, 당사의 서면 동의 없이 법적 조치를 취할 수 있는 본인의 권리를 타인에게 양도해서는 안 됩니다.

**당사의 구상권**

또한 당사는 책임 있는 제3자가 가입자에게 직접 비용을 지불하는 경우 상환 받을 권리가 있습니다. 가입자가 제3자로부터 판결, 정산 또는 기타 지불 금액을 받은 경우, 청구와 관련하여 당사로부터 지불받은 금액을 포함하여 모든 금액을 즉시 당사에 상환해야 합니다.

**당사 권리의 우선권**

당사의 회수권 및 구상권은 모든 청구에 대해 우선하며, 회수 및 상환 권리는 다른 주장보다 우선하며, 어떠한 형평성 법리의 영향을 받지 않습니다. 이는 가입자가 부상 또는 질병과 관련된 모든 비용에 대해 책임 있는 제3자로부터 보상을 받지 않았더라도, 당사가 지불한 금액을 회수할 수 있음을 의미합니다. 지불 회수를 위한 당사의 노력에 동의하지 않을 경우, 가입자는 9장에서 설명한 바와 같이 대로 이의 제기를 할 권리가 있습니다.

당사는 직접 또는 가입자를 대신하여 제3자에 대해 상환 또는 법적 조치를 취할 의무가 없습니다. Medicare 법률과 본 **보장 범위 증명서**에 따른 당사의 권리는 부상, 질병, 또는 질환과 관련한 가입자의 법적 조치 참여 여부에 영향을 받지 않습니다.

**5절 혜택 조정 통지****당사가 다른 보장의 가입 여부를 알아야 할 이유는 무엇입니까?**

당사는 가입자에게 제공된 서비스와 관련하여 다른 지불자가 지불 책임을 부담할 때 다른 보험사, 플랜, 정책, 고용주 또는 다른 법인에 대하여 그 부담을 청구하거나, 서비스 제공자에게 청구할 수 있도록 승인하는 Medicare 2차 지불자 규칙에 따라 혜택을 조정합니다. 또한 다른 지불자가 그러한 서비스에 대하여 가입자에게 이미 지불한 금액에 대해 당사는 가입자에게 요금을 부과하거나 청구할 수 있습니다. 당사는 Medicare 2차 지불자 규칙에 따른 Medicare 프로그램과 관련한 모든 권한을 갖습니다.

**다른 보장에 가입된 경우에 어느 보장에서 먼저 지불합니까?**

추가 보장이 있는 경우, 당사는 가입자의 상황에 따라 보장을 적용합니다. 여러 혜택을 조정하여 가입자는 일반적으로 당사의 플랜 제공자와 다른 플랜 또는 가입자가 받고 있는 치료의 비용 지불에 도움을 받고자 가입한 플랜을 통해 진료를 받게 됩니다. 그룹 건강 보장에 가입하고 가입한 그룹 플랜 **및** 당사 플랜에 참여하는 제공자를 사용하는 경우 가입자 혜택을 극대화할 수 있습니다. 당사의 플랜으로 보장되지 않는 혜택과 같은 다른 상황에서 가입자는 당사의 플랜 이외의 진료를 받을 수 있습니다.

**고용주와 피고용인 조직의 그룹 건강 플랜**

경우에 따라, 당사가 가입자에게 건강 혜택을 제공하기 전에 그룹 건강 플랜이 가입자에게 건강 혜택을 제공해야 합니다. 이러한 상황은 다음과 같은 경우에 발생합니다.

- 본인 또는 본인의 배우자를 통해 그룹 건강 플랜(고용주 및 피고용인 조직 플랜 모두 포함)의 보장을 받는 경우
- 고용주가 20명 이상의 피고용인을 보유한 경우(Medicare 규칙에 따름)
- 장애나 말기 신장 질환(ESRD)으로 인해 Medicare 보장을 받지 못하는 경우

## 11장 법적 통지

고용주가 20명 미만의 피고용인을 보유한 경우, 당사는 일반적으로 기본 건강 혜택을 제공합니다. 본인, 또는 본인의 배우자를 통해 그룹 건강 플랜에 따라 퇴직자 보장을 받고 있는 경우, 당사는 일반적으로 기본 건강 혜택을 제공합니다. 말기 신장 질환이 있거나 진행 중인 경우에는 특별한 규칙이 적용됩니다.

### 장애인을 위한 고용주와 피고용인 조직 그룹 건강 플랜

그룹 건강 플랜에 따른 보장을 갖고 있고 장애로 인하여 Medicare에 가입되어 있는 경우, 당사는 일반적으로 기본 건강 혜택을 제공합니다. 이러한 상황은 다음과 같은 경우에 발생합니다.

- 65세 미만인 경우
- 말기 신장 질환이 없는 경우
- 대형 그룹 건강 플랜에 따라 본인 또는 본인의 배우자를 통해 보장을 받고 있지 않은 경우.

대규모 그룹 건강 플랜은 100명 이상의 직원을 고용한 고용주 또는 100명 이상의 직원이 플랜에 가입한 고용주들의 플랜에 참여한 고용주가 제공하는 건강 플랜입니다. 본인 또는 본인의 배우자를 통해 대규모 그룹 건강 플랜에 따른 보장에 가입한 경우, 해당 대규모 그룹 건강 플랜은 당사가 건강 혜택을 제공하기 전에 가입자에게 건강 혜택을 제공해야 합니다. 이러한 상황은 다음과 같은 경우에 발생합니다.

- 말기 신장 질환이 없는 경우
- 65세 미만이며 장애로 인하여 Medicare에 가입한 경우.

이러한 경우, 당사는 대규모 고용주 그룹 플랜에서 보장하지 않은 혜택만 제공합니다. 말기 신장 질환이 있거나 진행 중인 경우에는 특별한 규칙이 적용됩니다.

### 말기 신장 질환이 있는 대상자들을 위한 고용주와 피고용인 조직 그룹 건강 플랜

말기 신장 질환으로 인하여 Medicare 가입 자격이 있고, 본인 또는 본인의 배우자를 통해 고용주 또는 피고용인 조직 그룹 건강 플랜의 보장을 갖고 있는 경우, 가입자의 그룹 건강 플랜은 말기 신장 질환으로 인한 Medicare의 가입 자격이 발생한 후 최초 30일 동안 기본 건강 혜택을 제공할 책임이 있습니다. 이 기간 동안 당사는 2차 보장을 제공하고, 이후에는 1차 보장을 제공합니다. 말기 신장 질환이 진행 중이지만 연령 또는 장애로 인하여 Medicare에 이미 가입되어 있는 경우, 당사는 1차 보장을 제공합니다.

### 노동자 보상 및 유사 프로그램

직무 관련 질병 또는 부상을 겪고 있고 노동자 보상 혜택을 받을 수 있는 경우, 당사가 직무 관련 질병 또는 부상과 관련한 서비스에 대한 보장 범위 증명서에 따라 혜택을 제공하기 전에 노동자 보상은 직무 관련 질병 또는 부상과 관련한 모든 의료 비용에 대해 먼저 혜택을 제공해야 합니다.

### 사고 및 부상

사고가 발생하거나 부상을 당한 경우, Medicare 2차 지불자 규칙이 적용됩니다. "Med Pay"하의 혜택, 즉, 무과실, 자동차, 사고 또는 책임 보장에 따른 혜택을 이용할 수 있는 경우, "Med Pay" 무과실, 자동차, 사고 또는 책임 보장 서비스 제공자는 당사가 사고 또는 부상과 관련한 서비스 혜택을 제공하기 전에 모든 관련 의료 서비스에 대하여 먼저 혜택을 제공해야 합니다.

책임 보험 청구는 즉시 정산되지 않는 경우가 많습니다. 당사는 책임 청구가 보류 중인 동안 조건부 지불을 할 수 있습니다. 당사는 또한 청구를 받을 수 있으며 책임 또는 기타 청구가 보류 중임을 인지하지 못할 수 있습니다. 이러한 상황에서 당사의 지불은 조건부입니다. 조건부 지불은 보험 또는 책임 지불을 받은 즉시 당사에 환불되어야 합니다.

## 11장 법적 통지

제3자로부터 의료비를 회수한 경우, 당사는 어떠한 분쟁합의계약 조항과 상관없이 당사가 지불한 금액을 회수할 권리가 있습니다. 이러한 합의가 의료비 손해배상을 포함하지 아니한다는 조항은 무시됩니다. 당사는 소송의 장점에 대한 법원 명령에 근거한 경우에 한하여 비의료적 손실에 대한 책임 지불의 배분을 인정합니다. 당사는 의료 서비스 이외의 손실(예: 재산 손실)에 대한 지불로써 법원이 적절하게 지정한 보상의 어떠한 부분에 대해서도 회수하고자 하지 않습니다.

서비스 형태로 혜택을 제공하는 경우, 당사는 제공된 혜택의 합리적인 가치에 따라 상환 받을 수 있습니다.

### 중복 혜택 불가

당사는 자동차, 사고, 책임 또는 기타 보장에 따른 어떠한 혜택이나 지불도 중복하여 제공하지 않습니다. 가입자는 그러한 보장이 제공되는 경우에 당사에 통지할 것에 동의하며, 그러한 자동차, 사고, 책임 또는 기타 보장에 따라 혜택이나 지불을 받기 위해 필요한 조치를 하는 것은 가입자의 책임입니다. 그러한 보장에 따라 자격이 있는 혜택이 가입자에게 중복 제공된 경우, 당사는 그러한 혜택에 해당하는 합리적인 가치에 대하여 상환을 요청할 수 있습니다. 가입자는 자동차, 사고 또는 책임 보장 또는 다른 보험사로부터 지불을 받을 수 있도록 당사와 협력할 의무가 있습니다.

당사가 가입자가 받을 수 있는 다른 유형의 건강 보장보다 먼저 혜택을 제공한 경우, 당사는 Medicare 2차 지불자 규칙에 따라 해당 혜택의 회수를 요청할 수 있습니다. 회수권에 대한 자세한 내용은 본 장의 4절, **대위 관련 추가 통지(제3자로부터 회수)**를 참조하시기 바랍니다.

### 더 자세한 정보

다음은 간단한 요약입니다. 당사의 1차 또는 2차 지불 여부는 가입자의 추가 보험 유형과 해당 상황에 적용되는 Medicare 규칙에 따라 다를 수 있습니다. 자세한 내용은 정부에서 발행한 "*Medicare 및 기타 건강 혜택: 지불 우선순위 안내서*"를 참조하십시오. 발행 번호는 CMS Pub. No. 02179입니다. 참조하기 전에 최신 버전인지 확인하십시오. 혜택 규칙 조정을 목적으로 고용주가 고용 인원의 수를 결정하는 방법과 같은 기타 세부 사항은 Medicare 2차 지불자 규칙에 설명되어 있습니다. 이 규칙은 *연방 규정집(Code of Federal Regulations)*에 게시되어 있습니다.

### 이의 제기 권리

위에서 설명한 혜택 및 지불 규칙의 조정과 관련하여 당사 플랜의 결정 또는 조치에 동의하지 않는 경우, 이 **보장 범위 증명서**의 9장(**문제가 발생하거나 진정(보장 결정, 이의 제기, 진정)이 있을 때 조치할 수 있는 방법**)에서 소개한 절차를 따라야 합니다.

**12장 중요 용어 정리**

## 12장: 정의

**첨단 영상 서비스** - 일반 엑스레이보다 더 상세한 이미지를 촬영하는 특수 영상 방식입니다. 전산화단층촬영법(CT/CAT 스캔), 자기 공명 혈관 영상(MRA), 자기 공명 영상(MRI), 양전자 방출 단층촬영(PET) 스캔 또는 기타 유사한 기술을 포함하여 여러 종류의 영상 서비스가 있습니다.

**허용액** - 의료 혜택을 위해 플랜이 지급하는 최대 금액.

**통원수술센터** - 통원수술센터는 입원이 필요하지 않고 센터에 머무는 시간이 24시간을 초과하지 않는 환자에게 외래수술 서비스를 제공할 목적에 한하여 운영되는 시설입니다.

**이의 제기** - 이의 제기는 의료 서비스 또는 처방약 보장을 요청하거나 이미 받은 서비스나 약에 대한 지불을 거부한 당사의 결정에 동의하지 않은 경우에 가입자가 할 수 있는 조치입니다. 현재 받고 있는 서비스를 중단하기로 한 당사의 결정에 동의하지 않는 경우에도 이의 제기를 할 수 있습니다.

**혜택 기간** - Original Medicare에서 가입자의 전문요양시설(SNF) 서비스의 이용을 측정하는 방법입니다. 당사 플랜은 가입자에게 전문요양시설을 이용할 수 있는 혜택 기간을 제공합니다. 전문요양시설 혜택 기간은 해당 시설에 입원한 날로부터 시작됩니다. 이 혜택 기간은 전문요양시설에서 매일 하루씩 누적됩니다. 혜택 기간은 전문요양시설에서 60일 동안 연속적으로 전문 진료를 받지 않은 경우에 종료됩니다. 한 혜택 기간이 종료된 후에 전문요양시설에 입원하면 새로운 혜택 기간이 시작됩니다. 사용 가능한 혜택 기간의 횟수에는 제한이 없습니다.

**생물학적 제제** - 동물 세포, 식물 세포, 박테리아 또는 효모와 같은 천연 및 생물 자원으로 만들어진 처방약. 생물학적 제제는 다른 약보다 더 복잡하며 그대로 복제할 수 없으므로 대체 형태를 바이오시밀러라고 합니다 ("기존 생물학적 제제" 및 "바이오시밀러" 참조).

**바이오시밀러** - 기존 생물학적 제제와 매우 유사하지만 동일하지는 않은 것으로 생물학적 제제. 바이오시밀러가 기존 생물학적 제제와 마찬가지로 안전하고 효과적입니다. 일부 바이오시밀러가 약국에서 새 처방전이 필요 없이 기존 생물학적 제제로 대체될 수 있습니다("교체 가능한 바이오시밀러" 참조).

**브랜드 의약품** - 약을 처음에 연구하고 개발한 제약 회사에서 제조 및 판매하는 처방약입니다. 브랜드 의약품은 해당 약품의 복제품과 동일한 활성 성분 공식을 사용합니다. 그러나 복제약은 다른 약품 제조업체에서 제조 및 판매하는 것으로, 일반적으로 브랜드 의약품의 특허가 만료될 때까지 사용할 수 없습니다.

**재난적 보장 단계** - 가입자 본인(또는 본인을 대신하여 자격을 갖춘 다른 당사자)이 보장 연도 동안 파트 D 보장 약품에 \$2,100를 지출할 때 시작되는 파트 D 약품 혜택 단계를 의미합니다. 이 지불 단계에서 당사에서 보장하는 모든 파트 D 약품에 대해 비용을 지불하지 않습니다.

**Medicare & Medicaid 서비스 센터(CMS)** - Medicare를 관리하는 연방 기관입니다.

**만성 치료 특수 요구 플랜** - C-SNP는 특정 만성질환이 있는 MA 적격자에 한해 가입을 허용하는 SNP입니다.

**공동 보험비용** - 서비스 또는 처방약 비용 중에서 가입자 부담으로 지불해야 하는 금액의 비율(예: 20%)을 말합니다.

**진정** - 진정 제기의 공식 명칭은 **고충 제기**입니다. 진정 제기 절차는 특정 유형의 문제에만 적용됩니다. 여기에는 의료의 질, 대기 시간 및 고객 서비스에 대한 문제가 포함됩니다. 또한 당사 플랜이 이의 제기 절차의 기간을 따르지 않을 경우 진정도 포함됩니다.

**12장 중요 용어 정리**

**종합 구강검진/평가** - 이 코드는 일반 치과 의사 및/또는 치과 전문의가 환자를 검진할 때 적용됩니다. 이는 다음과 같은 경우에 적용됩니다. 새 환자, 보고서에 의거하여 건강 상태 또는 기타 비정상적인 상황에 유의한 변화가 발생한 기존 환자 또는 3년 이상 활성 치료를 받지 않은 기존 환자.

**종합 외래 재활 시설(CORF)** - 물리치료, 사회 또는 심리 서비스, 호흡기 치료, 작업치료 및 언어 병리 서비스, 가정 환경 평가 서비스 등 주로 질병이나 부상 후 재활 서비스를 제공하는 시설입니다.

**전산화단층촬영법(CT/CAT 스캔)** - 디지털 컴퓨터를 회전하는 엑스레이 장치와 결합하여 다양한 기관 및 신체 부위의 횡단면 영상을 생성합니다.

**계약금액 요율** - 건강 플랜이 보장 서비스 또는 처방약에 대해 네트워크 내 제공자 또는 약국에 지불하는 요율입니다.

**공동 부담금(또는 "copay")** - 의사 방문, 병원 외래 방문 또는 처방약과 같은 의료 서비스 또는 용품과 관련한 비용 중 가입자가 부담해야 하는 금액을 말합니다. 공동 부담금은 백분율이 아닌 설정된 금액(예: \$10)입니다.

**비용 부담금** - 비용 부담금은 서비스 또는 약품을 받을 때 가입자가 지불해야 하는 금액을 말합니다. 비용 부담금에는 다음과 같은 세 가지 유형의 지불이 모두 포함됩니다. (1) 서비스 또는 약품이 보장되기 전에 플랜이 부과하는 모든 공제금, (2) 특정한 서비스 또는 약을 받을 때 플랜이 요구하는 모든 고정된 공동 부담금, 또는 (3) 특정한 서비스 또는 약을 받을 때 플랜이 요구하는 서비스 또는 약 관련 총 지불 금액 중 비율인 공동 보험비용.

**비용 부담 계층** - 보장 약품 목록에 포함된 모든 약품은 다섯(5) 가지의 비용 부담 계층 중 하나에 해당됩니다. 일반적으로 비용 부담 계층이 높을수록 약품 비용이 더 높습니다.

**보장 판단** - 가입자에게 처방된 약품이 당사 플랜과 금액으로 보장이 되는지, 그렇다면, 해당 처방약에 대해 가입자가 지불을 해야 하는지에 관한 결정을 의미합니다. 일반적으로, 처방전을 약국에 가져왔는데 약국에서 처방전이 당사 플랜으로 보장되지 않는다고 했다면 보장 판단된 것이 아닙니다. 보장에 대한 공식적인 결정을 요청하려면 당사 플랜에 전화 또는 서면으로 문의하시기 바랍니다. 보장 판단을 이 문서에서는 보장 결정이라고도 합니다.

**보장 약품** - 당사에서 사용하는 이 용어는 당사의 플랜이 보장하는 모든 약품을 의미합니다.

**보장 서비스** - 당사가 플랜에서 보장하는 모든 의료 서비스 및 용품을 의미하기 위해 사용하는 용어입니다.

**신뢰할 수 있는 처방약 보장** - 평균적으로 적어도 Medicare의 일반 처방약 보장만큼 지불할 것으로 예상되는 처방약 보장을 말합니다(예: 고용주 또는 조합에서 제공). Medicare 자격이 되었을 때 이러한 종류의 보장을 받고 있는 사람들은 나중에 Medicare 처방약 보장에 가입하기로 결정한 경우 일반적으로 가산금을 지불하지 않고 해당 보장을 유지할 수 있습니다.

**보호 간호 서비스** - 보호 간호는 숙련된 의료 또는 전문요양을 필요로 하지 않을 때 요양원, 호스피스, 또는 기타 시설에서 제공되는 개인 간호를 의미합니다. 보호 간호는 전문 기술 또는 훈련을 받지 않은 사람이 목욕, 옷 입기, 식사, 침대 또는 의자에 오르내리기, 주변 돌아다니기, 화장실 사용 등 일상적인 활동에서 필요한 도움을 제공하는 간호를 말합니다. 안약 사용과 같이 대부분 사람들이 직접 하는 건강 관련 간호도 포함될 수 있습니다. Medicare는 보호 간호 비용을 지불하지 않습니다.

**고객 지원** - 멤버십, 혜택, 고충 및 이의 제기와 관련한 질문에 답변할 책임이 있는 당사 플랜 내의 부서입니다.

**일일 비용 부담률** - 의사가 가입자에게 특정 약품을 1개월 미만으로 처방하고, 가입자가 공동 부담금을 지불해야 할 때 일일 비용 부담률이 적용될 수 있습니다. 일일 비용 부담률은 1개월 공급 일수로 나눈 공동 부담금을 의미합니다. 예를 들면 다음과 같습니다. 한 달분의 약에 대한 공동 부담금이 \$30이고 당사 플랜에서 한 달분이 30일일 경우, "일일 비용 부담률"은 하루당 \$1가 됩니다.

**12장 중요 용어 정리**

**공제금** - 당사의 플랜이 지불하기 전에 의료 또는 처방에 대하여 가입자가 지불해야 하는 금액을 말합니다.

**진단용 유방조영상** - 유방 질환의 징후나 증상을 보이는 환자에게 제공되는 특수 엑스레이 검사입니다.

**진단 절차** - 환자의 질환, 질병에 대해 자세히 알아보기 위해 특정 영역에서 환자의 강점과 약점을 식별하기 위한 검사입니다.

**탈퇴하기 또는 탈퇴** - 당사의 플랜에서 멤버십을 종료하는 절차를 말합니다.

**조제료** - 약사가 처방전을 준비하고 포장하는 시간과 같이 보장 약품을 조제할 때마다 처방약 조제 비용을 지불하기 위해 부과되는 수수료를 말합니다.

**이중 적격 특수 요구 플랜(D-SNP)** - D-SNP는 Medicare(사회보장법 XVIII편)와 Medicaid(XIX편)에 따른 주 플랜의 의료 지원을 받을 자격이 있는 분들 가입시킵니다. 주 및 개인의 자격에 따라 주는 일부 또는 전체 Medicare 비용을 보장합니다.

**이중 적격자** - Medicare 및 Medicaid 보장 자격을 갖춘 사람.

**내구성 의료 장비(DME)** - 의료 목적으로 가입자의 의사가 주문한 특정한 의료 장비를 말합니다. 예를 들어, 성인 보행기, 휠체어, 목발, 동력식 매트리스 시스템, 당뇨 용품, IV 주입 펌프, 음성 생성 장치, 산소 장비, 네블라이저 또는 가정용으로 제공자가 주문한 병원 침대가 여기에 포함됩니다.

**응급 상황** - 의료적 응급 상황은 건강과 의학과 관련하여 평균적인 지식을 갖고 있는 가입자 또는 기타 신중한 비전문가가 인명 손실(여성인 경우 유산), 사지 상실 또는 사지 기능 상실의 방지를 위해 즉각적인 치료가 필요한 의학적 증상이 있다고 여기는 경우를 말합니다. 의학적 증상은 질병, 부상, 심각한 통증 또는 빠르게 악화되는 질환일 수 있습니다.

**응급 치료** - 보장 서비스: 1) 응급 서비스를 제공할 자격이 있는 제공자가 제공한 경우, 2) 응급 질환의 치료, 평가 또는 안정화에 필요한 경우.

**보장 범위 증명서(EOC) 및 공개 정보** - 이 문서는 귀하의 가입 양식과 기타 첨부 파일, 부칙 또는 기타 선택적 보장과 함께 당사가 해야 하는 일, 가입자의 권리 및 당사 플랜의 가입자로서 해야 할 일 등을 설명합니다.

**예외** - 승인된 경우 당사 처방집에 없는 약품을 받거나(처방집 예외), 더 낮은 비용 부담 수준에서 비우선 약을 받을 수 있는(단계별 예외) 보장 결정 유형을 말합니다. 당사 플랜이 가입자가 요청하는 약품을 받기 전에 다른 약을 시도하도록 요구하거나, 당사 플랜이 약품에 대한 사전 승인을 요하고 가입자가 당사에 기준 제한을 면제하기를 원하거나, 플랜이 가입자가 요청하는 약품의 양 또는 복용량을 제한하는 경우, 가입자는 예외를 요청할 수 있습니다(처방집 예외).

**부가 지원** - 소득과 자원이 제한적인 사람들이 보험료, 공제금, 공동 보험비용과 같은 Medicare 처방약 프로그램 비용을 지불할 수 있도록 돕는 Medicare 프로그램을 말합니다.

**처방집** - 플랜에서 보장하는 모든 처방약을 나열한 문서입니다.

**독립 투석 센터** - 입원없이 투석 치료를 제공하는 병원 이외의 허가된 의료 시설입니다.

**독립 검사실** - 검사실 검사를 통해 부상 또는 질병을 예방, 식별 또는 치료할 수 있는 병원 이외의 허가된 의료 시설이며, 입원을 하지 않습니다.

**독립 방사선(영상) 센터** - 부상 또는 질병을 예방, 식별 또는 치료하기 위해 1개 이상의 서비스를 제공하는 병원 이외의 허가된 의료 시설이며, 입원을 하지 않습니다. 엑스레이, 핵의학, 방사선 종양학(MRI, CT 스캔 및 PET 스캔 포함).

## 12장 중요 용어 정리

**복제약** - FDA에서 브랜드 의약품과 동일한 활성 성분을 갖는 것으로 승인한 처방약입니다. 일반적으로 복제약은 브랜드 의약품과 효과가 동일하며 일반적으로 가격이 더 저렴합니다.

**고충** - 의료의 질에 관한 진정을 포함하여 당사 플랜, 제공자 또는 약국에 대해 제기하는 진정 유형입니다. 이는 보장 또는 지불 분쟁과 무관합니다.

**건강 관리 조직(HMO)** - 의사, 병원 및 다른 의료 제공자의 플랜 네트워크를 통해 가입자가 치료를 받아야 하는 건강 보험 플랜의 한 유형입니다.

**가정 간병도우미** - 간호사 면허 또는 치료사의 기술이 필요하지 않은 개인 간호 서비스를 제공하는 사람입니다. 예를 들어, 목욕, 화장실 사용, 옷 입기 또는 규정된 운동 수행 등의 도움을 받을 수 있습니다.

**가정간호** - 전문요양 케어 및 질병 또는 부상 치료를 위해 가정에서 받는 기타 건강 관리 서비스입니다. 보장 서비스 목록은 4장 "가정 건강 관리 기관" 의료 혜택 차트에서 확인할 수 있습니다. 가정간호 서비스가 필요한 경우, Medicare 보장 서비스 요건이 충족되는 경우 당사의 플랜은 이러한 서비스를 제공합니다. 가정 간병도우미의 서비스가 질병 또는 부상 치료를 위한 가정 건강 플랜의 일부일 경우 가정간호 서비스에 포함될 수 있습니다. 이러한 서비스는 보장 전문 서비스를 함께 받지 않으면 보장되지 않습니다. 가정 건강 서비스에는 하우스키퍼들의 서비스, 음식 서비스 계약 또는 가정에서의 풀타임 간호 서비스가 포함되지 않습니다.

**호스피스** - 불치질환을 갖고 있으며 기대 수명이 6개월 미만임을 확인한 가입자에게 제공되는 전문 치료 혜택입니다. 당사 플랜은 가입자의 지리적 지역에 위치한 호스피스 목록을 가입자에게 제공해야 합니다. 호스피스를 선택하고 계속해서 보험료를 지불하는 경우에도 해당 가입자는 여전히 당사 플랜의 가입자입니다. 가입자는 의학적 필요성이 있는 모든 서비스와 더불어 당사가 제공하는 보충 혜택을 받을 수 있습니다.

**호스피스 케어** - 치료보다는 편안함에 중점을 둔 말기 환자를 위한 전문 진료입니다. 여기에는 환자의 가족을 위한 상담도 포함됩니다. 상황에 따라 이 관리 유형은 가정, 호스피스 시설, 병원 또는 요양원에 있을 수 있으며, 허가된 의료 전문가 팀으로부터 제공됩니다.

**병원 입원** - 전문 의료 서비스를 받기 위해 병원에 공식적으로 입원한 상태를 말합니다. 설사 밤사이에 병원에 머물더라도 여전히 외래환자로 간주될 수 있습니다.

**Humana 전국 이식 네트워크(NTN)** - Humana에서 승인한 시설의 네트워크이며, 모두 Medicare 승인 시설입니다.

**소득 비례 월납 조정금(IRMAA)** - 2년 전 IRS 세금 신고서에 보고된 수정된 조정 총 소득이 특정 금액을 초과하는 경우 일반 보험료 금액과 소득 비례 월납 조정금(IRMAA)을 지불하게 됩니다. IRMAA는 보험료에 더해지는 추가 요금입니다. Medicare 사용자 중 5% 미만이 영향을 받으므로, 대부분의 사람들은 더 높은 보험료를 지불하지 않습니다.

**초기 보장 혜택 단계** - 이 단계는 해당 연도의 초기 구매 비용이 본인부담비용 한계 금액에 도달하기 전의 단계입니다.

**초기 가입 기간** - Medicare 가입 자격이 최초로 발생하여 Medicare 파트 A와 파트 B에 가입할 수 있는 기간입니다. 65세가 되어 Medicare에 가입할 수 있는 경우, 초기 가입 기간은 65세가 되는 달의 3개월 전부터 7개월 동안의 기간입니다. 여기에는 65세가 되는 달이 포함되며 65세가 된 달로부터 3개월 후에 종료됩니다.

**입원진료** - 병원에 입원했을 때 받을 수 있는 의료를 말합니다.

**교체 가능한 바이오시밀러** - 새로운 처방전이 자동 대체 가능성에 대한 추가 요건을 충족하므로 처방전 없이 약국에서 기존 바이오시밀러 제품을 대체할 수 있는 바이오시밀러입니다. 약국 자동 대체는 주 법의 적용을 받습니다.

**12장 중요 용어 정리**

**통합 D-SNP** - Medicare와 Medicaid 모두에 적합한 특정 그룹에 속한 분들에 대해 단일 건강 플랜에 따라 Medicare 및 대부분이나 모든 Medicaid 서비스를 보장하는 D-SNP입니다. 이러한 분들은 또한 완전한 혜택을 받을 이중 자격자로도 알려져 있습니다.

**보장 약품 목록(처방집 또는 약품 안내서)** - 당사 플랜의 보험 혜택이 적용되는 처방약 목록입니다.

**저소득 보조금(LIS)** - 부가 지원을 참조하십시오.

**자기 공명 혈관 영상(MRA)** - 비침습 측정법 및 혈관을 통한 혈류를 측정할 수 있는 자기 공명 영상(MRI)의 형태입니다.

**자기 공명 영상(MRI)** - 자기장과 유도된 무선 주파수 신호를 컴퓨터로 분석하여 신체 조직을 비침습적으로 영상화하는 진단 영상 방식 방법입니다.

**우편 주문 약국** - 처방약을 제조하여 우편을 통해 가입자의 집으로 보내주는 약국입니다.

**제조업체 할인 프로그램** - 보장되는 파트 D 브랜드 의약품 및 생물학적 제제에 대한 당사 플랜의 전체 비용의 일부를 약품 제조업체가 부담하는 프로그램입니다. 할인은 연방 정부와 약품 제조업체 간 합의를 바탕으로 합니다.

**최대 적정가치** - Medicare가 선택한 약품에 대해 협상한 가격입니다.

**최대 본인부담 비용** - 보장 파트 A 및 파트 B 서비스에 대해 한해 동안 본인부담으로 지불하는 최대 금액을 말합니다. 지연 가입 가산금과 Medicare 파트 A 및 파트 B 보험료 및 처방약에 대해 가입자가 지불하는 금액은 최대 본인부담 비용에 포함되지 않습니다(**참고:** 가입자는 Apple Health(Medicaid)의 도움도 받기 때문에, 최대 본인부담 비용에 도달하는 경우는 극히 드뭅니다).

**Medicaid(또는 의료 지원)** - 소득이 낮고 자원이 제한된 일부 사람들의 의료 비용을 지원하는 연방 및 주 합작 프로그램입니다. Medicaid 프로그램은 주에 따라 다르지만, Medicare 및 Medicaid 모두 자격이 있는 경우 대부분의 의료 비용이 보장됩니다.

**의학적으로 인정된 적응증** - FDA가 승인하거나 미국 병원 처방집 서비스 약품 정보 및 Micromedex DRUGDEX 정보 시스템과 같은 특정 참조 자료에 의해 뒷받침되는 약품의 사용.

**의학적 필요성** - 귀하의 질환을 예방, 진단 또는 치료하는 데 필요하고 허용되는 의료 행위 기준을 충족하는 서비스, 소모품 또는 약품을 사용합니다.

**Medicare** - 65세 이상의 고령자, 특정 장애를 가진 65세 미만의 사람, 말기 신장 질환(일반적으로 투석이나 신장 이식이 필요한 영구적인 신부전증)을 앓고 있는 사람을 위한 연방 건강 보험 프로그램입니다.

**Medicare Advantage 공개 가입 기간** - 매년 1월 1일부터 3월 31일까지 Medicare Advantage 플랜 가입자가 플랜 가입을 취소하고 다른 Medicare Advantage 플랜으로 전환하거나 Original Medicare를 통해 보장을 받을 수 있도록 정해진 기간입니다. 이 기간 동안 Original Medicare로의 전환을 선택한 경우, 해당 시점에 별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입할 수도 있습니다. Medicare Advantage 공개 가입 기간은 개인이 처음으로 Medicare 자격을 얻은 후 3개월 동안 가능합니다.

**Medicare Advantage 기관** - Medicare Advantage 플랜을 실행하는 민영 기업으로 가입자에게 더 많은 옵션을 제공하고 때로는 추가적인 혜택을 제공합니다. Medicare Advantage 플랜은 "파트 C"라고도 합니다. 파트 A(병원) 및 파트 B(의료)를 모두 보장하고 일부는 파트 D(처방약) 보장도 제공합니다.

**12장 중요 용어 정리**

**Medicare Advantage(MA) 플랜** - Medicare 파트 C라고도 합니다. Medicare와 계약을 맺은 민영 기업이 제공하는 플랜으로 모든 Medicare 파트 A 및 파트 B의 혜택을 제공합니다. Medicare Advantage 플랜은 i) HMO, ii) PPO, iii) 민영 행위별수가제(PFFS) 플랜 또는 iv) Medicare Medical Savings Account(MSA) 플랜일 수 있습니다. 이러한 유형의 플랜 중에서 선택하는 것 외에도 Medicare Advantage HMO 또는 PPO 플랜은 특수 요구 플랜(SNP)이 될 수 있습니다. 대부분의 경우, Medicare Advantage 플랜은 Medicare 파트 D(처방약 보장)도 제공합니다. 이러한 플랜은 **처방약 보장이 포함된 Medicare Advantage 플랜**이라고 합니다.

**Medicare 허용 청구액** - Medicare에서 보장하는 특정 의료 서비스에 대해 청구될 수 있는 최대 금액으로 Medicare에서 정한 금액입니다.

**Medicare 보장 서비스** - 모든 Medicare 건강 플랜은 Medicare 파트 A 및 파트 B의 보장을 받는 서비스 전체를 보장해야 합니다. Medicare 보장 서비스는 Medicare Advantage 플랜이 제공할 수 있는 시력, 치과 또는 청력과 같은 추가 혜택을 포함하지 않습니다.

**Medicare 건강 플랜** - Medicare 건강 플랜은 당사 플랜에 가입한 Medicare 사용자에게 파트 A 및 파트 B의 혜택을 제공하도록 Medicare와 계약을 맺은 민영 기업이 제공합니다. 이 용어에는 모든 Medicare Advantage 플랜, Medicare Cost 플랜, 특수 요구 플랜, 시연/파일럿 프로그램 및 포괄적 노인 관리 프로그램(PACE)이 포함됩니다.

**Medicare 제한 청구액** - Original Medicare 플랜에서 배정을 수락하지 않는 의사 및 의료 제공자가 보장하는 서비스에 대해 귀하에게 청구할 수 있는 최고 금액. 제한 청구액은 Medicare 승인 금액의 15%입니다. 제한 청구액은 특정 서비스에만 적용되며 소모품 또는 장비에는 적용되지 않습니다.

**Medicare 약품 보장(Medicare 파트 D)** - 외래자 처방약, 백신, 생물학적 제제 및 Medicare 파트 A 또는 파트 B에서 보장하지 않는 용품에 대한 비용을 지불하는 데 도움이 되는 보험입니다.

**의약품 치료 관리(MTM) 프로그램** - 특정 요건을 충족하거나 약품 관리 프로그램에 참여하는 분들에게 제공되는 복잡한 건강 요구를 위한 Medicare 파트 D 프로그램. MTM 서비스에는 일반적으로 약사 또는 의료 제공자와 의약품 검토를 위한 논의가 포함됩니다.

**Medigap(Medicare 보충 보험) 약관** - Original Medicare의 공백을 채우기 위해 민영 보험 회사에서 판매하는 Medicare 보충 보험입니다. Medigap 약관은 Original Medicare에 대해서만 함께 적용됩니다(Medicare Advantage 플랜은 Medigap 약관이 아닙니다).

**가입자(플랜의 가입자 또는 플랜 가입자)** - 보장 서비스를 받을 자격이 있고, 당사의 플랜에 가입하였으며, Medicare & Medicaid 서비스 센터(CMS)에서 가입 내역이 확인된 Medicare를 보유한 사람입니다.

**네트워크** - "네트워크 약국" 및 "네트워크 제공자"를 참조하십시오.

**네트워크 약국** - 당사 플랜의 가입자가 처방약 혜택을 받을 수 있도록 당사 플랜과 계약을 맺은 약국을 의미합니다. 대부분의 경우, 귀하의 처방약은 당사의 네트워크 약국에서 조제하는 경우에만 보험이 적용됩니다.

**네트워크 제공자** - **제공자**는 의료 서비스 제공을 위해 Medicare 및 주에서 공인하거나 인증한 의사, 다른 의료 전문가, 병원 및 다른 의료 시설을 지칭하는 일반 용어입니다.

**네트워크 제공자**는 당사 지불을 전액 지불로 수락하고, 경우에 따라 당사의 플랜 가입자에게 보장 서비스를 조정 및 제공하기로 당사와 계약합니다. 네트워크 제공자는 플랜 제공자라고도 합니다.

**핵의학** - 영상, 장기 기능 평가 또는 질병 또는 종양 위치 파악을 목적으로 방사성 동위원소(원자 형태의 방사능을 포함하는 화합물)를 인체에 도입하는 방사선학입니다.

**관찰 서비스** - 의사가 환자의 입원 또는 퇴원 처리 여부를 결정하는 데 도움이 되는 외래환자 병원 서비스입니다. 관찰 서비스는 응급실 또는 병원 내 다른 영역에서 제공될 수 있습니다. 보통의 병상 침대에서 하룻밤 보내는 경우에도 외래환자일 수 있습니다.

## 12장 중요 용어 정리

**공개 가입 기간** - 매년 10월 15일부터 12월 7일까지 가입자가 건강 또는 처방약 플랜을 변경하거나 Original Medicare로 전환할 수 있도록 정해진 기간입니다.

**기관 판단** - 용품 또는 서비스의 보장 여부 또는 보장 용품 또는 서비스에 대한 가입자의 지불 금액에 대해 당사 플랜에서 내리는 결정을 의미합니다. 이 문서에서는 기관 판단을 보장 결정이라고 합니다.

**기존 생물학적 제제** - FDA가 승인하고 바이오시밀러 버전을 생산하는 제조업체의 비교 역할을 하는 생물학적 제제입니다. 참조 제제라고도 합니다.

**Original Medicare(Traditional Medicare 또는 행위별수가제 Medicare)** - Original Medicare는 정부가 제공하며 Medicare Advantage 플랜 및 처방약 플랜과 같은 민영 건강 플랜이 아닙니다. Original Medicare에 따른 Medicare 서비스는 의사, 병원 및 다른 의료 제공자에게 의회에서 정한 지불 금액을 지급하는 것으로 보장됩니다. Medicare를 수락하는 의사, 병원 또는 다른 의료 제공자를 방문할 수 있습니다. 공제금을 지불해야 합니다. Medicare는 Medicare 승인 금액의 분담금을 지불하며, 사용자는 사용자가 부담하는 금액을 지불합니다. Original Medicare는 2개 부분으로 구성됩니다. 파트 A(병원 보험)와 파트 B(의료 보험)는 미국 어디에서나 사용할 수 있습니다.

**플랜** - 귀하가 가입한 플랜으로, Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP)를 말합니다.

**네트워크 외 약국** - 당사의 플랜 가입자에게 보장 약품을 제공하는 플랜 계약을 체결하지 않은 약국입니다. 특정 조건이 적용되지 않는 한 네트워크 외 약국에서 받는 의약품 대부분은 당사의 플랜에서 보장하지 않습니다.

**네트워크 외 제공자 또는 네트워크 외 시설** - 당사 플랜의 가입자에게 보장 서비스를 조정하거나 제공하도록 당사와 계약을 맺지 않은 제공자 또는 시설입니다. 네트워크 외 제공자는 당사의 플랜에 의해 고용, 소유 또는 운영되지 않는 제공자입니다.

**본인부담비용** - 위의 비용 분담금의 정의를 참조하십시오. 가입자가 받은 서비스나 의약품 일부에 대한 비용을 부담하는 비용 분담 요건을 가입자의 본인부담비용 요건이라고도 합니다.

**본인부담한계** - 파트 D 약품에 대해 본인이 부담하는 최대 금액입니다.

**PACE 플랜** - PACE(포괄적 노인 관리 프로그램)는 노인 계층을 위한 의료, 사회 및 장기 서비스 및 지원(LTSS)을 결합하여 이들이 요양원에 들어가지 않고 최대한 오랫동안 공동체 내에서 독립적으로 생활할 수 있도록 지원합니다. PACE 플랜에 가입한 사람들은 당사 플랜을 통해 Medicare 및 Medicaid 혜택을 모두 받습니다.

**파트 C** - Medicare Advantage(MA) 플랜 참조.

**파트 D** - 자발적 Medicare 처방약 혜택 프로그램.

**파트 D 약품** - 파트 D에서 보장 가능한 의약품. 모든 파트 D 약품을 제공할 수도 있고 제공하지 않을 수도 있습니다. 의회에서 특정 범주의 약을 파트 D 보장에서 제외했습니다. 파트 D 약품의 특정 범주는 모든 플랜에서 보장해야 합니다.

**파트 D 지연 가입 가산금** - 처음 파트 D 플랜에 가입할 자격을 얻은 후 연속한 63일 동안 신뢰할 수 있는 보장(평균적으로 적어도 일반 Medicare 약품 보장 이상 지불할 것으로 예상되는 보장) 없이 진행할 경우 Medicare 약품 보장에 대해 월 플랜 보험료에 추가되는 금액. 가입자가 부가 지원을 받지 않게 되면 파트 D 또는 기타 신뢰할 수 있는 약품 보장 없이 연속 63일 이상 경과할 경우 지연 가입 가산금이 부과될 수 있습니다.

**정기 구강검진** - 이전의 정기 또는 종합 평가 이후에 기존 환자에 대해 치과 및 건강 상태의 변경 사항을 확인하기 위해 수행하는 검사입니다.

**치주 스케일링 및 치근활택술** - 스케일링은 잇몸 질환이 있는 환자를 위한 일반적인 치과 시술입니다. 이는 잇몸선 아래에 닿는 일종의 치아 세정으로, 쌓인 치태를 제거합니다. 스케일링 및 치근활택술 절차는 종종 딥 클리닝이라고 합니다.

## 12장 중요 용어 정리

**플랜 제공자** - "네트워크 제공자"를 참조하십시오.

**양전자 방출 단층촬영(PET) 스캔** - 환자에게 동위원소를 주입하고 PET 스캐너를 사용하여 방출되는 방사선을 감지하는 의료 영상 기술입니다.

**우선 비용 분담** - 우선 비용 분담은 특정 네트워크 약국에서 특정한 보장 파트 D 약품에 대한 낮은 비용 분담금을 의미합니다.

**선호 제공자 조직(PPO) 플랜** - 선호 제공자 조직 플랜은 구체적인 지불 금액으로 플랜 가입자를 치료하기로 합의하고 계약을 체결한 네트워크 소속 제공자를 보유한 Medicare Advantage 플랜을 뜻합니다. PPO 플랜은 네트워크 또는 네트워크 외 제공자로부터 받은 모든 플랜 혜택을 보장해야 합니다. 네트워크 외 제공자로부터 플랜의 혜택을 받을 경우 본인부담비용은 일반적으로 더 높아집니다. PPO 플랜에는 네트워크(우선) 제공자로부터 받는 서비스에 대한 본인부담비용에 연간 한도가 있으며, 네트워크(우선) 및 네트워크 외(비우선) 제공자로부터 받는 서비스에 대한 전체 본인부담비용 한도가 더 높습니다.

**보험료** - Medicare, 보험 회사, 또는 건강이나 처방약 보장을 위한 의료 플랜에 대한 정기적인 지불금.

**처방약 안내서(처방집)** - 플랜에서 제공하는 보장 약품 목록입니다. 이 목록에 있는 약품은 의사 및 약사의 도움을 받아 플랜에 포함된 것입니다. 이 목록에는 브랜드 의약품과 복제약이 모두 포함됩니다.

**예방 서비스** - 치료 효과의 가능성이 가장 높을 시 초기에 질병을 예방하거나 질병을 감지하기 위한 의료 서비스(예: 예방 서비스(Pap 검사, 독감 예방주사 및 선별 유방조영상 등)).

**일차의료 제공자(PCP)** - 대부분의 건강 문제와 관련하여 가입자가 가장 먼저 진료를 받는 의사 또는 다른 제공자입니다. 많은 Medicare 건강 플랜에서는 다른 의료 제공자를 만나기 전에 일차의료 제공자를 먼저 만나야 합니다.

**사전 승인** - 특정 기준에 기반하여 서비스 또는 특정 약품을 받기 위해 사전에 획득하는 승인입니다. 사전 승인이 필요한 보장 서비스는 4장의 의료 혜택 차트에 표시됩니다. 사전 승인이 필요한 보장 약품은 처방집에 표시되며 당사의 기준은 당사 웹사이트에 게시됩니다.

**예방 진료(치석 제거)** - 영구 및 과도 치열 상태의 치아 구조 및 임플란트에서 치태, 치석 및 착색을 제거합니다. 예방 진료는 뼈 손실, 출혈, 이동성, 삼출물 및 후전 등 치주 질환의 징후 및 증상을 보이지 않는 사람들에게만 해당됩니다. 따라서 예방 진료는 치주 질환이 아직 없는 환자를 위한 예방적 절차이며 치주적으로 건강한 환자들에게만 활용해야 합니다.

**인공 보철물 및 보조 장치** - 보장 용품에는 팔, 등 및 목 보조기, 의족, 의안을 비롯하여 개구 수술 용품과 비경구 영양요법 등 체내 부위 또는 기능을 대체하는 데 필요한 의료 기기가 포함되며 이에 국한하지는 않습니다.

**품질 개선 기관(QIO)** - Medicare 환자들에게 제공되는 진료를 확인하고 개선하기 위해 연방 정부가 비용을 지불하는 개업의 및 기타 의료 전문가 그룹입니다.

**수량 제한** - 품질, 안전성 또는 이용도의 이유로 약품의 사용을 제한하도록 설계한 관리 도구입니다. 그 제한은 처방전당 또는 정해진 기간 동안 보장하는 약품의 양으로 정해집니다.

**방사선** - 엑스레이 및 고에너지 방사선을 사용하여 질병을 식별하고 치료하는 기타 특수 기술입니다.

**"실시간 혜택 도구"** - 가입자가 완전하고, 정확하며, 적시에, 임상적으로 적절하며, 가입자별 처방집 및 혜택 정보를 찾을 수 있는 포털 또는 컴퓨터 애플리케이션입니다. 여기에는 비용 분담금, 특정 약과 동일한 건강 상태에 대해 사용될 수 있는 대체 처방집 의약품, 대체 의약품에 적용되는 보장 제한(사전 승인, 단계적 치료법, 수량 제한)이 포함됩니다.

**12장 중요 용어 정리**

**의뢰서** - 전문의의 진료를 받거나 특정 의료 서비스를 받을 수 있도록 담당 주치의가 작성하는 서면 지시입니다. 의뢰서를 받지 않으면 당사 플랜이 전문의 제공 서비스 비용을 지불하지 못할 수 있습니다.

**재활 서비스** - 이러한 서비스에는 물리치료, 음성 및 언어치료, 작업치료 등이 포함됩니다.

**선택된 약품** - Medicare가 최대 공정 가격에 협상한 파트 D에 따라 보장되는 약품.

**선별 유방조영상** - 환자에게 유방 암이 있는 경우 조기에 발견하기 위한 특수 엑스레이 검사입니다.

**서비스 지역** - 특정 건강 플랜에 가입하기 위해 거주해야 하는 지리적 영역입니다. 의사 및 병원을 제한하는 플랜의 경우, 일반적으로 정기(비 응급 상황) 서비스를 받을 수 있는 지역이기도 합니다. 가입자가 당사 플랜의 서비스 지역 밖으로 영구적으로 이사를 가는 경우에는 당사 플랜에서 탈퇴되어야 합니다.

**전문요양시설(SNF) 케어** - 전문요양시설에서 매일 지속적으로 제공되는 전문요양 케어 및 재활 서비스. 이 예로는 일반 간호사 또는 의사만 수행할 수 있는 물리치료 또는 정맥주사 등이 있습니다.

**특별 가입 기간** - 가입자가 건강 또는 약품 플랜을 변경하거나 Original Medicare로 돌아갈 수 있도록 정해진 기간. 특별 가입 기간이 적용되는 상황은 가입자가 서비스 지역 밖으로 이사하는 경우, 처방약 비용에 "부가 지원"을 받는 경우, 가입자가 요양원에 들어가는 경우, 또는 당사가 가입자와의 계약을 위반한 경우 등이 있습니다. 이를 특별 선택 기간 또는 "SEP"라고도 합니다.

**특수 요구 플랜** - Medicare 및 Medicaid에 가입되어 있으며 요양원에 거주하거나 만성질환을 앓고 있는 특정 집단에 대해 집중 의료 서비스를 제공하는 특수한 유형의 Medicare Advantage 플랜.

**일반 비용 분담** - 일반 비용 분담은 네트워크 약국에서 제공하는 우선 비용 분담 이외의 비용 분담금입니다.

**단계적 치료법** - 의사가 처음 처방한 의약품에 대한 보장을 제공하기 전에 다른 의약품을 사용하여 가입자의 질환을 치료하는 데 필요한 활용 도구.

**보충적 보장소득(SSI)** - 시각 장애 혹은 다른 장애가 있거나 65세 이상의 노인 가운데 소득이 낮고 자원이 제한된 가입자를 대상으로 사회 보장에서 매달 제공하는 혜택입니다. SSI 혜택은 사회 보장의 혜택과 다릅니다.

**긴급 치료 센터** - 입원 없이 갑작스러운 부상 또는 질병을 식별하고 치료하기 위해 의사 및 간호사가 서비스를 제공하는 허가된 의료 시설입니다.

**긴급하게 필요한 서비스** - 응급 상황이 아닌 즉각적인 치료가 필요한 플랜 보장 서비스는 일시적으로 당사 플랜의 서비스 지역을 벗어났거나 시간, 장소, 플랜을 계약한 네트워크 제공자로부터 이 서비스를 받는 상황을 고려했을 때 어려운 경우 긴급하게 필요한 서비스입니다. 긴급하게 필요한 서비스의 예시로는 예측하지 못한 의료적 질병 및 부상 또는 기존 질환의 예상치 못한 급격한 재발 등이 있습니다. 그러나 당사 플랜의 서비스 지역 밖에 있거나 당사 플랜 네트워크를 일시적으로 사용할 수 없는 경우에도 (연례 검진 같은) 의학적 필요성이 있는 정기적 제공자 방문은 긴급하게 필요한 것으로 간주되지 않습니다.

## 자료 A - 주 기관 연락처 정보

## 자료 A - 주 기관 연락처 정보

이 절에서는 2장에서 언급한 주 기관 및 이 보장 범위 증명서 내 다른 위치에 있는 주 기관의 연락 정보를 제공합니다. 원하는 정보를 찾는 데 문제가 있는 경우 이 책자의 뒤표지에 있는 전화번호로 고객 지원에 문의하십시오.

| WASHINGTON       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SHIP 기관명 및 연락처   | Statewide Health Insurance Benefits Advisors(SHIBA)<br>Office of the Insurance Commissioner<br>PO Box 40255<br>Olympia, WA 98504-0255<br>800-562-6900(수신자 부담)<br>360-586-0241(TTY)<br><a href="http://www.insurance.wa.gov/shiba">http://www.insurance.wa.gov/shiba</a>                                                                                                                                                               |
| 품질 개선 기관         | Acentra Health<br>5201 West Kennedy Blvd.<br>Suite 900<br>Tampa, FL 33609<br>888-305-6759<br>711(TTY)<br>844-878-7921(팩스)<br><a href="http://www.acentraqio.com">www.acentraqio.com</a>                                                                                                                                                                                                                                               |
| 주 Medicaid 사무소   | Apple Health(Medicaid)<br>Cherry Street Plaza 626 8th Avenue SE<br>PO Box 45531<br>Olympia, WA 98501<br>800-562-3022(수신자 부담)<br>711(TTY)<br><a href="http://www.hca.wa.gov/">http://www.hca.wa.gov/</a>                                                                                                                                                                                                                               |
| AIDS 의약품 지원 프로그램 | Washington State AIDS Drug Assistance Program(ADAP) Early Intervention Program(EIP).<br>Client Services<br>PO Box 47841<br>Olympia, WA 98504<br>877-376-9316(Washington 주 내)<br>360-664-2216(팩스)<br>360-236-3426<br><a href="http://www.doh.wa.gov/YouandYourFamily/IllnessandDisease/HIVAIDS/HIVCareClientServices/ADAPandEIP">http://www.doh.wa.gov/YouandYourFamily/IllnessandDisease/HIVAIDS/HIVCareClientServices/ADAPandEIP</a> |



# 차별 금지 통지

Humana Inc. 및 그 자회사는 해당 연방 민권법을 준수하며 인종, 피부색, 종교, 젠더, 정체성, 성별, 성적 지향, 연령, 장애, 출신 국가, 군인 여부, 재향군인 여부, 유전 정보, 혈통, 민족, 결혼 여부, 언어, 건강 상태 또는 건강 서비스 필요성에 따라 차별하거나 제외하지 않습니다.

Humana Inc.:

- 다음과 같이 장애가 있는 사람들에게 적절한 수정 사항을 제공하고 당사와 효과적으로 연락할 수 있도록 적절한 보조 지원 및 서비스를 제공합니다.
  - 자격을 갖춘 수화 통역사
  - 그 외 형식의 서면 정보(큰 글씨, 오디오, 접근 가능한 전자 형식, 기타 형식)
- 모국어가 영어가 아닌 사람에게 무료 언어 지원 서비스를 제공합니다. 여기에는 다음이 포함될 수 있습니다.
  - 자격을 갖춘 통역사
  - 다른 언어로 작성된 정보

적절한 수정 사항, 적절한 보조 지원 또는 언어 지원 서비스가 필요한 경우 **877-320-1235(TTY: 711)**로 문의하십시오. 오전 8시~오후 8시(동부 시간) 사이에 문의하십시오. Humana Inc.가 이러한 서비스를 제공하지 않았거나 인종, 피부색, 종교, 젠더, 성 정체성, 성별, 성 지향성, 나이, 장애, 출신국, 군인 여부, 재향군인 여부, 유전 정보, 혈통, 민족, 결혼 여부, 언어, 건강 상태 또는 건강 서비스 필요성에 따라 차별하였다고 생각이 되는 경우 Humana Inc.의 차별 금지 조정자에게 우편(P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618, **877-320-1235(TTY: 711)** 또는 이메일([accessibility@humana.com](mailto:accessibility@humana.com)))로 고충을 제기할 수 있습니다. 고충 제기에 도움이 필요한 경우 Humana Inc.의 차별 금지 조정자가 도움을 드릴 수 있습니다.

또한 U.S. Department of Health and Human Services(미국 보건복지부), 민권 담당국 진정 포털(<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>)을 통해 전자 진정을 제기할 수 있으며, 또는 다음 주소로 우편이나 전화로 고충을 제기할 수도 있습니다.

- U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201. **800-368-1019, 800-537-7697(TDD)**.

## California 주 가입자:

또한 **916-440-7370(TTY: 711)**으로 전화하거나 [Civilrights@dhcs.ca.gov](mailto:Civilrights@dhcs.ca.gov)로 이메일을 보내거나 다음 주소로 우편을 보내 California 주 의료 서비스 부서, 민권 담당국에 민권 진정을 제기할 수도 있습니다. Deputy Director, Office of Civil Rights, Department of Health Care Services, P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413. 진정 양식은 [http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)에서 확인할 수 있습니다.

이 통지는 [www.humana.com/legal/non-discrimination-disclosure](http://www.humana.com/legal/non-discrimination-disclosure)에서 확인할 수 있습니다.

GHNDN2026HUM

# 사용 가능 여부 통지 - 보조 지원 및 서비스 공지

English: Free language, auxiliary aid, and alternate format services are available. Call **877-320-1235 (TTY: 711)**.

العربية [Arabic]: تتوفر خدمات اللغة والمساعدة الإضافية والتنسيق البديل مجانًا. اتصل على الرقم **877-320-1235 (الهاتف النصي: 711)**.

Հայերեն [Armenian]: Հասանելի են անվճար լեզվական, աջակցման և այլընտրանքային ձևաչափի ծառայություններ: Հանգահարե՛ք՝ **877-320-1235 (TTY: 711)**:

বাংলা [Bengali]: বিনামূল্যে ভাষা, আনুষঙ্গিক সহায়তা, এবং বিকল্প বিন্যাসে পরিষেবা উপলব্ধ। ফোন করুন **877-320-1235 (TTY: 711)** নম্বরে।

简体中文 [Simplified Chinese]: 我们可提供免费的语言、辅助设备以及其他格式版本服务。请致电 **877-320-1235 (听障专线: 711)**。

繁體中文 [Traditional Chinese]: 我們可提供免費的語言、輔助設備以及其他格式版本服務。請致電 **877-320-1235 (聽障專線: 711)**。

Kreyòl Ayisyen [Haitian Creole]: Lang gratis, èd oksilyè, ak lòt fòm sèvis disponib. Rele **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Hrvatski [Croatian]: Dostupni su besplatni jezik, dodatna pomoć i usluge alternativnog formata. Nazovite **877-320-1235 (TTY: 711)**.

فارسی [Farsi]: خدمات زبان رایگان، کمک های اضافی و فرمت های جایگزین در دسترس است. با **877-320-1235 (TTY: 711)** تماس بگیرید.

Français [French]: Des services gratuits linguistiques, d'aide auxiliaire et de mise au format sont disponibles. Appeler le **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Deutsch [German]: Es stehen kostenlose unterstützende Hilfs- und Sprachdienste sowie alternative Dokumentformate zur Verfügung. Telefon: **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Ελληνικά [Greek]: Διατίθενται δωρεάν γλωσσικές υπηρεσίες, βοηθήματα και υπηρεσίες σε εναλλακτικές προσβάσιμες μορφές. Καλέστε στο **877-320-1235 (TTY: 711)**.

ગુજરાતી [Gujarati]: નિ:શુલ્ક ભાષા, સહાયક સહાય અને વૈકલ્પિક ફોર્મેટ સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. **877-320-1235 (TTY: 711)** પર ફોન કરો.

עברית [Hebrew]: שירותים אלה זמינים בחינם: שירותי תרגום, אביזרי עזר וטקסטים בפורמטים חלופיים. נא התקשר למספר **877-320-1235 (TTY: 711)**.

हिन्दी [Hindi]: नि:शुल्क भाषा, सहायक मदद और वैकल्पिक प्रारूप सेवाएं उपलब्ध हैं। **877-320-1235 (TTY: 711)** पर कॉल करें।

Hmoob [Hmong]: Muaj kev pab txhais lus, pab kom hnov suab, thiab lwm tus qauv pab cuam. Hu **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Italiano [Italian]: Sono disponibili servizi gratuiti di supporto linguistico, assistenza ausiliaria e formati alternativi. Chiama il numero **877-320-1235 (TTY: 711)**.

이 통지는 <https://www.humana.com/legal/multi-language-support>에서 확인할 수 있습니다.

GHHNOA2026HUM\_0425

日本語 [Japanese]: 言語支援サービス、補助支援サービス、代替形式サービスを無料でご利用いただけます。**877-320-1235 (TTY: 711)** までお電話ください。

ភាសាខ្មែរ [Khmer]: សេវាកម្មផ្នែកភាសា ជំនួយ និង សេវាកម្មជំនួយប្រភេទផ្សេងៗដល់សមាជិកប្រទេស។ ទូរសព្ទទៅលេខ **877-320-1235 (TTY: 711)**។

한국어 [Korean]: 무료 언어, 보조 지원 및 대체 형식 서비스를 이용하실 수 있습니다.  
**877-320-1235 (TTY: 711)**번으로 문의하십시오.

ພາສາລາວ [Lao]: ມີການບໍລິການດ້ານພາສາ, ຊ່ວຍກ່ອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນໃຫ້ໃຊ້ພຣິ.  
ໂທ **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Diné [Navajo]: Saad t'áa jiik'eh, t'áadoole'é binahji' bee adahodooníílgíí diné bich'í' anídahazt'i'í, dóo lahgo át'éego bee hada'dilyaaígíí bee bika'aanída'awo'í dahóló. Kohji' hodíilnih **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Polski [Polish]: Dostępne są bezpłatne usługi językowe, pomocnicze i alternatywne formaty. Zadzwoń pod numer **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Português [Portuguese]: Estão disponíveis serviços gratuitos de ajuda linguística auxiliar e outros formatos alternativos. Ligue **877-320-1235 (TTY: 711)**.

ਪੰਜਾਬੀ [Punjabi]: ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ, ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾ, ਅਤੇ ਵਿਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੈਟ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **877-320-1235 (TTY: 711)** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Русский [Russian]: Предоставляются бесплатные услуги языковой поддержки, вспомогательные средства и материалы в альтернативных форматах. Звоните по номеру **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Español [Spanish]: Los servicios gratuitos de asistencia lingüística, ayuda auxiliar y servicios en otro formato están disponibles. Llame al **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Tagalog [Tagalog]: Magagamit ang mga libreng serbisyon pangwika, serbisyo o device na pantulong, at kapalit na format. Tumawag sa **877-320-1235 (TTY: 711)**.

தமிழ் [Tamil]: இலவச மொழி, துணை உதவி மற்றும் மாற்று வடிவ சேவைகள் உள்ளன. **877-320-1235 (TTY: 711)** ஐ அழைக்கவும்.

తెలుగు [Telugu]: ఉచిత భాష, సహాయక మద్దతు, మరియు ప్రత్యామ్నాయ ఫార్మాట్ సేవలు అందుబాటులో గలవు. **877-320-1235 (TTY: 711)** కి కాల్ చేయండి.

**877-320-1235 (TTY: 711)** اردو [Urdu]: مفت زبان، معاون امداد، اور متبادل فارمیٹ کی خدمات دستیاب ہیں۔ کال

Tiếng Việt [Vietnamese]: Có sẵn các dịch vụ miễn phí về ngôn ngữ, hỗ trợ bổ sung và định dạng thay thế. Hãy gọi **877-320-1235 (TTY: 711)**.

አማርኛ [Amharic]: ቋንቋ፣ አጋዥ ማዳመጫ እና አማራጭ ቅርፅ ያላቸው አገልግሎቶችም ይገኛሉ። በ **877-320-1235 (TTY: 711)** ላይ ይደውሉ።

Bàsà [Bassa]: Wuḍu-xwíníín-mú-zà-zà kùà, Hwòdǒ-fàṅá-nyo, kè nyo-boŭn-po-kà bě bé nyuεε se wídí pèè-pèè dò ko. **877-320-1235 (TTY: 711)** dá.

Bekee [Igbo]: Asụsụ n'efu, enyemaka nkwarụ, na ọrụ usoro ndị ọzọ dị. Kpọọ **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Òyìnbó [Yoruba]: Àwọn isẹ àtìlẹhìn ìrànlowọ èdè, àtì ọ̀nà kíkà mírán wà lárọwọ́tọ. Pe **877-320-1235 (TTY: 711)**.

नेपाली [Nepali]: भाषासम्बन्धी निःशुल्क, सहायक साधन र वैकल्पिक फार्मेट (ढाँचा/व्यवस्था) सेवाहरू उपलब्ध छन् । **877-320-1235 (TTY: 711)** मा कल गर्नुहोस् ।

# 메모

# 메모

# 메모

# 메모

## Humana Gold Plus SNP-DE H1036-325(HMO D-SNP) 고객 지원

| 연락 방법 | 고객 지원 – 연락처 정보                                                                                                           |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 전화    | 800-457-4708<br><br>통화료는 무료입니다. 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 연락할 수 있습니다.<br><br>고객 지원에서는 영어 이외의 언어 사용 고객을 위해 무료로 통역 서비스를 제공합니다. |
| TTY   | 711<br><br>이 번호는 특수 전화 장치가 필요하며 듣기 또는 말하기에 어려움이 있는 분들을 위한 번호입니다.<br><br>통화료는 무료입니다. 운영 시간은 위와 같습니다.                      |
| 팩스    | 877-889-9934                                                                                                             |
| 우편    | Humana<br>P.O. Box 14168<br>Lexington, KY 40512-4168                                                                     |
| 웹사이트  | <b>Humana.com/customer-support</b>                                                                                       |

### 주 건강보험 지원 프로그램

주 건강보험 지원 프로그램(SHIP)은 연방 정부로부터 자금을 받는 주 정부 프로그램으로 Medicare 가입자를 대상으로 무료 현지 건강 보험 상담을 제공합니다.

SHIP에 대한 연락 정보는 본 문서의 "자료 A"에 나와 있습니다.

**PRA 공개 진술서** 1995년 문서 감축 법안에 따르면 유효한 OMB 관리 번호가 없으면 어떠한 개인도 정보 수집에 응답할 필요가 없습니다. 이 정보 수집에 유효한 OMB 관리 번호는 0938-1051입니다. 이 양식을 개선하기 위한 의견이나 제안 사항이 있는 경우 다음 주소로 보내주십시오. CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

**Humana Inc.**

P.O. Box 14168

Lexington, KY 40512-4168



## 중요 플랜 정보

H1036325000EOCKO26

**Humana**<sup>®</sup>

[Humana.com](https://www.humana.com)