

2025

# 연례 변경 사항 고지문

---

**Humana Gold Plus SNP-DE H5619-166(HMO D-SNP)**

Washington  
WA의 선별 카운티

**Humana®**



# 2025년 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-166(HMO D-SNP) 업데이트 사항을 검토할 시간입니다

가입자 여러분은 2024년 및 2025년 플랜 혜택을 나란히 비교한 연례 변경 사항 고지문을 확인할 수 있습니다. 이 문서에서는 플랜 변경 사항을 중점적으로 설명하지만 모든 플랜 혜택의 전체 목록은 포함하지 않습니다.

당사는 매년 의료 정책이 발전하는 경우에도 합리적인 가격으로 양질의 혜택을 제공할 수 있도록 플랜을 조정합니다. 당사는 이중 적격 특수 요구 플랜 Medicare 가입자가 가장 필요하다고 하는 필수 의료 보장의 우선 순위를 지정하기 위해 올해 플랜을 업데이트했습니다.

이와 상관없이, 가입자는 플랜을 통해 계속해서 다수의 예방 서비스와 검사를 이용할 수 있으며 치과 보장 또한 계속해서 받을 수 있습니다.

네트워크 내 제공자에게서 진료를 받으면 연례 건강검진 및 백신 같은 많은 예방 서비스 및 검사에 대해 추가 비용 없이 보장을 계속 받을 수 있습니다.

## 2025년 플랜을 이용할 준비가 되었는지 확인하는 방법은 다음과 같습니다.



**플랜 변경 사항을 주의 깊게 검토합니다.** 현재 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-166(HMO D-SNP) 플랜을 유지하려는 경우 아무 것도 하지 않아도 됩니다. 이 플랜은 2025년 1월 1일에 자동으로 갱신되기에 현재 Humana 가입자 ID 카드를 계속 사용해도 됩니다.



궁금한 점이 있으면 [www.Humana.com/PlanChanges](http://www.Humana.com/PlanChanges)에서 온라인으로 더 많은 정보를 확인할 수 있습니다. 10월 15일부터 2025년 보장 범위 증명서에 포함된 플랜 혜택의 전체 목록을 온라인으로 확인할 수 있습니다.

Humana에 가입해 주셔서 감사합니다. 2025년에는 최고의 의료 서비스를 지원할 수 있도록 최선을 다하겠습니다.

Humana Gold Plus SNP-DE H5619-166(HMO D-SNP) 플랜은 Humana 회사인 Arcadian Health Plan, Inc.에서 제공합니다.

## 2025년 연례 변경 사항 고지문

귀하는 현재 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)의 가입자로 등록되어 있습니다. 내년에는 플랜의 비용과 혜택에 변경이 발생할 예정입니다. **보험료를 포함한 주요 비용 요약은 6페이지를 참조하십시오.**

이 문서에는 귀하가 가입하신 플랜의 변경 사항이 안내되어 있습니다. 비용, 혜택 또는 규칙에 대한 자세한 내용은 당사 웹사이트([Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments))에 있는 **보장 범위 증명서**를 검토합니다. 또한 고객 지원으로 연락하여 **보장 범위 증명서**의 우편 발송을 요청하실 수 있습니다.

### 지금 해야 할 일

#### 1. 질문할 사항: 내게 적용되는 변경 사항

- ☐ 혜택 및 비용에 대한 변경 사항을 확인하여 해당 사항이 귀하에게 영향을 주는지 확인합니다.
  - 의료 서비스 비용(의사, 병원)에 대한 변경 사항을 검토합니다.
  - 보장 제한 및 비용 부담금을 포함한 당사의 약 보장 범위에 대한 변경 사항을 검토합니다.
  - 보험료, 공제금 및 비용 부담금에 어느 정도의 비용을 지출할지에 대해 생각해봅니다.
  - 2025년 "의약품 가이드"의 변경 사항을 확인하여 현재 복용 중인 약이 계속해서 보장 대상에 포함되는지 확인합니다.
  - 2024년 및 2025년 플랜 정보를 비교하여 이러한 약이 서로 다른 비용 부담 계층으로 이동하는지 또는 2025년에 대한 사전 승인, 단계적 치료법 또는 수량 제한과 같은 다양한 제한이 적용되는지 확인합니다.
- ☐ 귀하의 약국을 포함하여 담당의, 전문의, 병원 및 기타 의료 서비스 제공자가 내년도에도 당사의 네트워크에 속하게 있는지 확인합니다.
- ☐ 가입자가 지불해야 하는 처방약 비용에 대한 지원을 받으실 수 있는지 확인합니다. 소득이 제한된 사람들은 Medicare의 "부가 지원"을 받을 수 있습니다.
- ☐ 당사의 플랜에 만족하고 계신지 생각해봅니다.

#### 2. 비교할 사항: 다른 플랜에 대해 알아보기

- ☐ 해당 지역에서 이용 가능한 여러 플랜의 보장 내용과 비용을 확인해봅니다. [www.medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare) 웹사이트의 Medicare Plan Finder를 사용하면 편리하게 찾아볼 수 있습니다. 아니면 *Medicare & You 2025* 핸드북 뒷면에 나와 있는 목록을 살펴보세요. 추가 지원이 필요한 경우, 해당 주 건강 보험 지원 프로그램(SHIP)에 문의하여 훈련을 받은 상담원과 통화하십시오.
- ☐ 선호하는 후보 플랜을 몇 가지로 좁힌 후 해당 플랜의 웹사이트에서 비용 및 보장 범위를 확인합니다.

#### 3. 선택할 사항: 플랜 변경 여부 결정하기

- 2024년 12월 7일까지 다른 플랜에 가입하지 않을 경우 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-166(HMO D-SNP)에 자동으로 가입됩니다.
- **다른 플랜으로 변경**하려면 10월 15일부터 12월 7일 사이에 플랜을 전환하시면 됩니다. 새로운 보장은 **2025년 1월 1일**부터 적용됩니다. 이 날짜가 되면 귀하의 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-166(HMO D-SNP) 가입이 종료됩니다.

- 4.2절 15페이지에서 선택 가능한 플랜에 대해 자세히 알아봅니다.
- 최근에 시설(예: 전문 요양원 또는 장기 요양 병원)로 입소했거나 현재 거주 중인 경우, 언제든지 플랜을 변경하거나 Original Medicare(별도의 Medicare 처방약 플랜 보유 여부에 관계 없이)로 전환할 수 있습니다. 최근에 시설에서 퇴소한 경우, 퇴소 후 2개월 동안 플랜을 전환하거나 Original Medicare로 전환할 수 있습니다.

## 추가 리소스

- 본 문서는 스페인어로 무료로 제공됩니다.
- 추가 정보가 필요하시면 고객 지원(1-800-457-4708)으로 연락해 주십시오(TTY 사용자는 711로 문의하셔야 합니다). 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.
- 이 정보는 점자, 큰 글씨, 오디오 등 다른 형식으로도 이용 가능합니다. 다른 형식의 플랜 정보가 필요하신 경우, 위 번호로 고객 지원에 연락해 주십시오.
- **본 플랜에 따른 보장은 적격 건강 보장(QHC, Qualifying Health Coverage)의 자격을 갖추었으며** 환자 보호 및 부담 적정 보험법(ACA)의 개인 공유 책임 요건을 충족합니다. 자세한 정보는 국세청(IRS) 웹사이트([www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families))를 참조하십시오.

## Humana Gold Plus SNP-DE H5619-166(HMO D-SNP) 소개

- Humana Gold Plus SNP-DE H5619-166(HMO D-SNP)은 Medicare 계약과 함께 Washington Medicaid 프로그램과 계약을 맺은 조율된 진료 플랜 HMO입니다. 본 Humana 플랜 가입은 계약 갱신에 따라 결정됩니다.
- 본 문서에서 "당사" 또는 "저희"란 Humana 회사인 Arcadian Health Plan, Inc.를 의미합니다. "플랜" 또는 "당사 플랜"이란 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-166(HMO D-SNP)을 의미합니다.

H5619\_ANOC\_MAPD\_HMO\_136002166000\_2025\_KO\_M

OMB 승인 0938-1051(만료일: 2026년 8월 31일)

## 2025년 연례 변경 사항 고지문 목차

|                                                                                                                   |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>2025년 플랜의 주요 비용 요약 .....</b>                                                                                   | <b>6</b>  |
| <b>1절     다른 플랜을 선택하지 않는 한 2025년에 Humana Gold Plus<br/>         SNP-DE H5619-166(HMO D-SNP)에 자동으로 가입됩니다 .....</b> | <b>8</b>  |
| <b>2절     내년도 혜택 및 비용 변경 사항 .....</b>                                                                             | <b>8</b>  |
| 2.1절 - 월 보험료에 대한 변경 사항 .....                                                                                      | 8         |
| 2.2절 - 최대 본인부담 비용에 대한 변경 사항 .....                                                                                 | 8         |
| 2.3절 - 제공자 네트워크에 대한 변경 사항 .....                                                                                   | 9         |
| 2.4절 - 의료 서비스의 혜택 및 비용 변경 사항 .....                                                                                | 9         |
| 2.5절 - 파트 D 처방약 보장에 대한 변경 사항 .....                                                                                | 12        |
| <b>3절     관리 변경 사항 .....</b>                                                                                      | <b>15</b> |
| <b>4절     선택할 플랜 결정하기 .....</b>                                                                                   | <b>15</b> |
| 4.1절 - Humana Gold Plus SNP-DE H5619-166(HMO D-SNP) 가입을 유지하고자 하는 경우 ...                                           | 15        |
| 4.2절 - 플랜을 변경하려는 경우 .....                                                                                         | 15        |
| <b>5절     플랜 변경 기한 .....</b>                                                                                      | <b>16</b> |
| <b>6절     Medicare 및 Medicaid에 대한 무료 상담을 제공하는 프로그램 .....</b>                                                      | <b>16</b> |
| <b>7절     처방약 비용을 지원해 주는 프로그램 .....</b>                                                                           | <b>17</b> |
| <b>8절     질문이 있으신가요? .....</b>                                                                                    | <b>18</b> |
| 8.1절 - Humana Gold Plus SNP-DE H5619-166(HMO D-SNP)에 문의하기 .....                                                   | 18        |
| 8.2절 - Medicare에 문의하기 .....                                                                                       | 18        |
| 8.3절 - Medicaid에 문의하기 .....                                                                                       | 18        |
| <b>자료 A - 주 기관 연락처 정보 .....</b>                                                                                   | <b>19</b> |
| 가입자가 거주하는 주에서 도움을 받을 수 있는 기관의 명칭과 주소, 전화번호,<br>기타 연락처 정보가 나와 있습니다.                                                |           |

2025년 플랜의 주요 비용 요약

아래 표는 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-166(HMO D-SNP)의 2024년 비용과 2025년 비용을 몇 가지 주요 영역에 대해 비교한 것입니다. 이 표는 비용을 간략하게 요약한 내용임에 유의하십시오.

| 비용                                                                                | 2024년(올해)                                                                                                                                                                                                                                                                       | 2025년(내년도)                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                   | 네트워크 내                                                                                                                                                                                                                                                                          | 네트워크 내                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 월 플랜 보험료                                                                          | \$0 또는 최대 \$35                                                                                                                                                                                                                                                                  | \$0 또는 최대 \$13                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 공제금                                                                               | \$0                                                                                                                                                                                                                                                                             | \$0                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 최대 본인부담 비용<br>이는 보장된 파트 A 및 파트 B 서비스에 대해 가입자가 부담하는 최대 본인부담비용입니다(자세한 내용은 2.2절 참조). | \$8,850<br>귀하는 보상 파트 A 및 파트 B 서비스에 대한 최대 본인부담 비용에 대해 어떠한 본인부담액도 지불할 책임을 지지 않습니다.                                                                                                                                                                                                | \$9,350<br>귀하는 보상 파트 A 및 파트 B 서비스에 대한 최대 본인부담 비용에 대해 어떠한 본인부담액도 지불할 책임을 지지 않습니다.                                                                                                                                                                                                |
| 의사 진찰                                                                             | PCP 방문:<br>방문당 공동 부담금 \$0<br><br>전문의 방문:<br>방문당 공동 부담금 \$0                                                                                                                                                                                                                      | PCP 방문:<br>방문당 공동 부담금 \$0<br><br>전문의 방문:<br>방문당 공동 부담금 \$0                                                                                                                                                                                                                      |
| 병원 입원                                                                             | 입원당 공동 부담금 \$0                                                                                                                                                                                                                                                                  | 입원당 공동 부담금 \$0                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 파트 D 처방약 보장<br>(자세한 내용은 2.5절 참조)                                                  | "부가 지원"을 받는 경우 \$0 Rx 공동 부담금 혜택이 적용됩니다. 매년 모든 플랜 보장 파트 D 약품에 대해 다음 비용을 지불합니다.<br><br>공제금: \$0<br><br>초기 보장 혜택 단계 중 공동 부담금:<br><ul style="list-style-type: none"><li>플랜에서 보장하는 모든 파트 D 약품: \$0</li></ul><br>"부가 지원"을 받지 않으면 \$0 Rx 공동 부담금 혜택이 적용되지 않습니다. 가입자가 지불하는 비용은 다음과 같습니다. | "부가 지원"을 받는 경우 \$0 Rx 공동 부담금 혜택이 적용됩니다. 매년 모든 플랜 보장 파트 D 약품에 대해 다음 비용을 지불합니다.<br><br>공제금: \$0<br><br>초기 보장 혜택 단계 중 공동 부담금:<br><ul style="list-style-type: none"><li>플랜에서 보장하는 모든 파트 D 약품: \$0</li></ul><br>"부가 지원"을 받지 않으면 \$0 Rx 공동 부담금 혜택이 적용되지 않습니다. 가입자가 지불하는 비용은 다음과 같습니다. |

| 비용 | 2024년(올해)                                                                                                                                                                                                                             | 2025년(내년도)                                                                                                                                                                                                                            |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | 네트워크 내                                                                                                                                                                                                                                | 네트워크 내                                                                                                                                                                                                                                |
|    | <p>공제금: <b>\$545</b>. 단, 보장되는 인슐린 제품과 대부분의 성인 파트 D 백신은 제외됩니다. 이 단계에서 귀하의 인슐린 보장 비용은 아래의 초기 보장 혜택 단계에서 귀하의 비용과 동일합니다.</p> <p>초기 보장 혜택 단계 중 공동 보험비용:</p>                                                                                | <p>공제금: <b>\$590</b>. 단, 보장되는 인슐린 제품과 대부분의 성인 파트 D 백신은 제외됩니다. 이 단계에서 귀하의 인슐린 보장 비용은 아래의 초기 보장 혜택 단계에서 귀하의 비용과 동일합니다.</p> <p>초기 보장 혜택 단계 중 공동 보험비용:</p>                                                                                |
|    | <p><b>소매 약국</b>에서 받는 30일분 약:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>플랜에서 보장하는 모든 파트 D 약품: <b>25%</b></li> </ul> <p>처방전당 <b>25%</b>를 지불합니다. 단, 각 보장 인슐린 제품의 처방전에 대해서는 1개월분 약당 <b>\$35</b>의 비용을 지불하게 됩니다.</p>                       | <p><b>소매 약국</b>에서 받는 30일분 약:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>플랜에서 보장하는 모든 파트 D 약품: <b>25%</b></li> </ul> <p>처방전당 <b>25%</b>를 지불합니다. 단, 각 보장 인슐린 제품의 처방전에 대해서는 1개월분 약당 <b>\$35</b>의 비용을 지불하게 됩니다.</p>                       |
|    | <p>100일분을 <b>우편 주문 약국</b>에서 표준 비용 분담을 통해 구입하는 경우:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>플랜에서 보장하는 모든 파트 D 약품: <b>25%</b></li> </ul> <p>처방전당 <b>25%</b>를 지불합니다. 단, 각 보장 인슐린 제품의 처방전에 대해서는 3개월분 약당 <b>\$105</b>의 비용을 지불하게 됩니다.</p> | <p>100일분을 <b>우편 주문 약국</b>에서 표준 비용 분담을 통해 구입하는 경우:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>플랜에서 보장하는 모든 파트 D 약품: <b>25%</b></li> </ul> <p>처방전당 <b>25%</b>를 지불합니다. 단, 각 보장 인슐린 제품의 처방전에 대해서는 3개월분 약당 <b>\$105</b>의 비용을 지불하게 됩니다.</p> |
|    | <p>재난적 보장:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>이 지불 단계에서 플랜은 귀하의 보장 파트 D 약품에 대한 비용 전액을 지불합니다.</li> </ul>                                                                                                                       | <p>재난적 보장:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>이 지불 단계에서 귀하는 보장되는 모든 파트 D 약품에 대해 비용을 지불하지 않습니다.</li> </ul>                                                                                                                     |

1절

다른 플랜을 선택하지 않는 한 2025년에 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-166(HMO D-SNP)에 자동으로 가입됩니다

2025년 1월 1일, Humana의 회사인 Arcadian Health Plan, Inc.는 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136 (HMO D-SNP)과 당사의 플랜 중 하나인 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-166(HMO D-SNP)을 결합할 예정입니다. 이 문서의 정보는 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-136(HMO D-SNP)에서 현재 받게 될 혜택과 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-166(HMO D-SNP)의 가입자로서 2025년 1월 1일자로 받을 수 있는 혜택의 차이점에 대해 설명합니다.

**2024년에 어떠한 조치도 취하지 않으면 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-166(HMO D-SNP)에 자동으로 가입됩니다.** 이는 2025년 1월 1일부터 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-166(HMO D-SNP)을 통해 의료 서비스 및 처방약 보장을 받을 수 있음을 의미합니다. 플랜을 변경하거나 Original Medicare로 전환하고 처방약 플랜을 통해 처방약 보장을 받고자 하는 경우 10월 15일부터 12월 7일 사이에 조치를 취해야 합니다. 변경 사항은 2025년 1월 1일에 적용됩니다.

2절

내년도 혜택 및 비용 변경 사항

2.1절 -

월 보험료에 대한 변경 사항

| 비용                                                                                                         | 2024년(올해)      | 2025년(내년도)     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|
| 월 보험료<br>(Apple Health(Medicaid)에서 가입자의 파트 B 보험료를 대신 지불하는 경우가 아니라면 가입자는 Medicare 파트 B 보험료 또한 계속 지불해야 합니다.) | \$0 또는 최대 \$35 | \$0 또는 최대 \$13 |

2.2절 -

최대 본인부담 비용에 대한 변경 사항

Medicare에서는 모든 건강 플랜의 해당 연도 본인부담비용에 대한 한도를 요구하고 있습니다. 이 제한을 "최대 본인부담 비용"이라고 합니다. 일반적으로 이 금액에 도달하면 가입자가 해당 연도의 남은 기간 중 파트 A 및 파트 B 서비스에 대해 어떠한 지불도 하지 않습니다.



| 비용                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 2024년(올해)      | 2025년(내년도)                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 네트워크 내         | 네트워크 내                                                                                                                                  |
| <b>최대 본인부담 비용</b><br><br><b>가입자는 Apple Health(Medicaid)의 지원도 받기 때문에, 최대 본인부담 비용에 도달하는 경우는 극히 드뭅니다.</b><br><br>귀하는 보상 파트 A 및 파트 B 서비스에 대한 최대 본인부담 비용에 대해 어떠한 본인부담액도 지불할 책임을 지지 않습니다.<br><br>보장된 의료 서비스에 대한 비용(예: 공동 부담금)은 최대 본인부담 비용에 산입됩니다. 가입자의 플랜 보험료와 처방약 비용은 최대 본인부담 비용으로 산입되지 않습니다. | <b>\$8,850</b> | <b>\$9,350</b><br><br>파트 A와 파트 B 보장 서비스에 대한 본인부담비용으로 <b>\$9,350</b> 를 지불한 후에는 해당 연도의 남은 기간 동안 파트 A 및 파트 B 보장 서비스에 대해 어떠한 비용도 지불하지 않습니다. |

2.3절 -                   **제공자 네트워크에 대한 변경 사항**

처방약에 대해 가입자가 지불하는 금액은 사용하는 약국에 따라 다를 수 있습니다. Medicare 약 플랜은 약국 네트워크를 보유하고 있습니다. 대부분의 경우, 귀하의 처방약은 당사의 네트워크 약국에서 조제하는 경우에만 보험이 적용됩니다.

업데이트된 제공자 명부는 당사 웹사이트([Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments))에 안내되어 있습니다. 또한 고객 지원에 전화하여 업데이트된 제공자 및/또는 약국 정보를 확인하거나 제공자 명부를 우편으로 보내달라고 당사에 요청할 수 있습니다.

내년에 당사의 제공자 네트워크에 대한 변경 사항이 있습니다. **2025년 제공자 명부를 [Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments)에서 검토하여 귀하의 제공자(일차의료 제공자, 전문의, 병원 등)가 당사 네트워크에 있는지 확인하십시오.**

내년에 당사의 약국 네트워크에 대한 변경 사항이 있습니다. **당사의 네트워크에 어떤 약국들이 있는지 확인하려면 2025년 제공자 명부를 검토하십시오.**

중요: 당사는 연중 언제든지 가입자의 플랜에 속한 병원, 의사, 전문의(의료 제공자) 및 약국을 변경할 수 있습니다. 플랜에 속한 제공자가 중도 변경되어 가입자에게 그 영향이 미치는 경우 고객 지원에 문의해주시면 지원해 드리겠습니다.

2.4절 -                   **의료 서비스의 혜택 및 비용 변경 사항**

본 연례 변경 사항 고지문은 귀하의 Medicare 혜택 및 비용에 대한 변경 사항을 알려드리고 있습니다.

당사는 내년도 특정 의료 서비스에 대한 비용 및 혜택을 변경 중에 있습니다. 아래에서 해당 변경 내용에 대해 설명하고 있습니다.

2025년에 Rural Health Clinic, Federally Qualified Health Clinic 및 Critical Access Hospital에서 받은 서비스에 대해 주치의 또는 전문의 공동 부담금 또는 공동 보험비용의 적용을 받을 수 있습니다.

| 비용                                 | 2024년(올해)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 2025년(내년도)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                    | 네트워크 내                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 네트워크 내                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>침술(정기)</b>                      | 보장됨                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 보장되지 않음                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>카이로프랙틱 서비스</b><br>• 각 정기 방문에 대해 | 연간 최대 12회의 정기 카이로프랙틱 진료에 대한 공동 부담금 \$0.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 보장되지 않음                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>치과 서비스</b><br>• 치과 보충 혜택:       | <b>DEN349</b><br>3년마다 분기당 최대 1회의 스케일링 및 치근활택술(딥클리닝)에 대한 공동 부담금 \$0.<br>3년마다 최대 1회의 종합 구강 검사 또는 치주 검사, 교합 조정, 중등도 염증 시 스케일링에 대한 공동 부담금 \$0.<br>5년마다 최대 1회의 브릿지 재부착, 브릿지 폰틱, 전체 의치, 치관 재부착, 파노라마 필름 또는 진단 엑스레이, 부분 의치에 대한 공동 부담금 \$0.<br>5년마다 최대 2회의 브릿지-치관에 대한 공동 부담금 \$0.<br>평생 치아당 최대 1회의 치관, 기타 수복 서비스 - 코어 축성 및 기성 포스트 및 코어, 근관, 근관 재치료에 대한 공동 부담금 \$0.<br>연간 교익 엑스레이 최대 1세트에 대한 공동 부담금 \$0.<br>연간 최대 1회의 의치 조정, 의치 개상, 의치 이장, 의치 보수, 응급 진단 검사, 조직 양화에 대한 공동 부담금 \$0.<br>연간 최대 2회의 통증, 불소 도포, 구강 수술, 정기 구강검진, 예방 진료(클리닝)에 대한 응급 상황 치료에 대한 공동 부담금 \$0. | <b>DEN346</b><br>3년마다 분기당 최대 1회의 스케일링 및 치근활택술(딥클리닝)에 대한 공동 부담금 \$0.<br>3년마다 최대 1회의 종합 구강 검사 또는 치주 검사, 교합 조정, 중등도 염증 시 스케일링에 대한 공동 부담금 \$0.<br>5년마다 최대 1회의 브릿지 재부착, 브릿지 폰틱, 전체 의치, 치관 재부착, 파노라마 필름 또는 진단 엑스레이, 부분 의치에 대한 공동 부담금 \$0.<br>5년마다 최대 2회의 브릿지-치관에 대한 공동 부담금 \$0.<br>평생 치아당 최대 1회의 치관, 기타 수복 서비스 - 코어 축성 및 기성 포스트 및 코어, 근관, 근관 재치료에 대한 공동 부담금 \$0.<br>연간 교익 엑스레이 최대 1세트에 대한 공동 부담금 \$0.<br>연간 최대 1회의 의치 조정, 의치 개상, 의치 이장, 의치 보수, 응급 진단 검사, 조직 양화에 대한 공동 부담금 \$0.<br>연간 최대 2회의 통증, 구강 수술, 정기 구강검진, 예방 진료(치석 제거)에 대한 응급 상황 치료에 대한 공동 부담금 \$0. |

| 비용                                                                                      | 2024년(올해)                                                                                                                                                                                                                                | 2025년(내년도)                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                         | 네트워크 내                                                                                                                                                                                                                                   | 네트워크 내                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                         | <p>연간 최대 4회의 치주 관리에 대한 공동 부담금 <b>\$0</b>.</p> <p>연간 최대 무제한 아말감 및/또는 콤포짓트 충전, 보장 서비스에 필요한 마취, 단순 발치 또는 외과적 발치에 대한 공동 부담금 <b>\$0</b>.</p> <p>모든 진단/예방 및 종합 혜택에 대한 연간 최대 혜택 보장 금액 <b>\$4,000</b>.</p>                                       | <p>연간 최대 4회의 치주 관리에 대한 공동 부담금 <b>\$0</b>.</p> <p>연간 최대 무제한 아말감 및/또는 콤포짓트 충전, 보장 서비스에 필요한 마취, 단순 발치 또는 외과적 발치에 대한 공동 부담금 <b>\$0</b>.</p> <p>모든 진단/예방 및 종합 혜택에 대한 연간 최대 혜택 보장 금액 <b>\$3,000</b>.</p> |
| <b>가정 내 병원 서비스: 제공자 의뢰</b>                                                              | <p>의사의 의뢰서를 통해 가정에서 30일 치료 모델에 따라 급성기 수준의 치료를 제공합니다. 이 치료를 시작하기 위해 응급실을 방문할 필요는 없습니다. 가입자에 대한 평가 후 적절한 것으로 결정되고 가입자의 제공자가 진료 의뢰서를 제공하면 그때부터 치료가 시작됩니다.</p>                                                                               | 보장되지 않음                                                                                                                                                                                            |
| <b>SilverSneakers® 피트니스 프로그램</b>                                                        | 보장됨                                                                                                                                                                                                                                      | 보장되지 않음                                                                                                                                                                                            |
| <b>만성 질환 환자를 위한 특별 보충 혜택</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>개인 가정 진료</li> </ul> | <p>프로그램 기준을 충족하는, 당뇨병, 만성 신장 질환(CKD), 호흡부전, 고혈압, 만성 및 정신 건강 장애, 암, 울혈성 심부전(CHF) 또는 만성 폐쇄성 폐질환(COPD)을 앓고 있는 만성 질환이 있는 가입자는 비우선 건강 관련 혜택을 받을 수 있습니다. 혜택에는 의약품 순응 상담, 진료 조정, 비응급 교통편, 식사 배달, 낙상 예방 평가 및/또는 지역 사회 기관과의 협조 등이 포함될 수 있습니다.</p> | 보장되지 않음                                                                                                                                                                                            |

| 비용                           | 2024년(올해)                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 2025년(내년도)                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                              | 네트워크 내                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 네트워크 내                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                              | 공동 보험비용, 공동 부담금 또는 공제금이 없습니다.<br>연간 4회로 제한됩니다. 인증 작업이 필요할 수 있습니다.                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>교통편</b>                   | 플랜에서 승인한 장소로 연간 최대 48회 편도 교통편 이용 시 공동 부담금 <b>\$0</b> .<br>이 혜택은 편도 교통편 1회당 이동거리가 50마일을 초과하지 않는 경우에 적용됩니다.                                                                                                                                                                                                         | 플랜에서 승인한 장소로 연간 최대 24회 편도 교통편 이용 시 공동 부담금 <b>\$0</b> .<br>이 혜택은 편도 교통편 1회당 이동거리가 50마일을 초과하지 않는 경우에 적용됩니다.                                                                                                                                                                                                        |
| <b>안과 진료</b><br>• 정기 시력 서비스: | <b>VIS733</b><br>연간 최대 1회의 정기 검사에 대한 공동 부담금 <b>\$0</b> .<br>콘택트 렌즈나 안경 렌즈 및 안경테, 안경 렌즈 및 안경테 피팅에 대한 연간 최대 혜택 보장 금액 <b>\$300</b> .<br>또는<br>PLUS 제공자를 통한 콘택트 렌즈나 안경 렌즈 및 안경테, 안경 렌즈 및 안경테 피팅에 대한 연간 최대 혜택 보장 금액 <b>\$350</b> .<br>안경 렌즈 옵션은 연간 최대 1쌍까지 최대 혜택 보장 금액을 지원받을 수 있습니다.<br>최대 혜택 보장 금액은 연간 1회 이용으로 제한됩니다. | <b>VIS736</b><br>연간 최대 1회의 정기 검사에 대한 공동 부담금 <b>\$0</b> .<br>콘택트 렌즈나 안경 렌즈 및 안경테, 안경 렌즈 및 안경테 피팅에 대한 연간 최대 혜택 보장 금액 <b>\$50</b> .<br>또는<br>PLUS 제공자를 통한 콘택트 렌즈나 안경 렌즈 및 안경테, 안경 렌즈 및 안경테 피팅에 대한 연간 최대 혜택 보장 금액 <b>\$100</b> .<br>안경 렌즈 옵션은 연간 최대 1쌍까지 최대 혜택 보장 금액을 지원받을 수 있습니다.<br>최대 혜택 보장 금액은 연간 1회 이용으로 제한됩니다. |
| <b>가발(화학요법 치료와 관련)</b>       | 보장됨                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 보장되지 않음                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

## 2.5절 - 파트 D 처방약 보장에 대한 변경 사항

### 의약품 가이드에 대한 변경 사항

보장 약품 목록은 처방집 또는 의약품 가이드라고 합니다. 당사의 "의약품 가이드"는 전자 문서로 제공됩니다. **의약품 가이드** 전문은 고객 지원(뒤표지에 안내됨)에 요청하거나 웹사이트 ([Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments))에서도 확인할 수 있습니다.

당사 "의약품 가이드"에 대한 변경 사항에는 보장 의약품 추가/제거 또는 특정 의약품에 대한 보장 적용 제한 사항의 변경이 포함됩니다. **"의약품 가이드"를 검토하여 가입자가 이용하는 약이 내년에 보장되는지 그리고 적용되는 제한 사항이 있는지 확인하십시오.**

의약품 가이드 내 대부분의 변경 사항은 매년 초부터 적용됩니다. 그러나 당사는 플랜 연도 동안 귀하에게 영향을 주는 Medicare 규칙에 의해 허용되는 다른 변경 사항을 적용할 수 있습니다. 당사는 최신 의약품 목록을 제공하기 위해 당사의 온라인 "의약품 가이드"를 업데이트합니다. 귀하가 현재 복용 중인 약의 이용에 영향을 미치는 변경 사항을 적용하고자 할 경우, 당사는 귀하에게 해당 변경 사항에 대한 통지를 보내드릴 것입니다.

연초 또는 연중에 약 보장에 대한 변경의 영향을 받는 경우, **보장 범위 증명서**의 9장을 읽어보고 담당 의사에게 임시 공급분을 요청하거나, 예외를 신청하거나, 신약을 찾아보는 등 어떤 옵션을 이용할 수 있는지 문의하십시오. 또한 고객 지원에 문의하여 자세한 내용을 확인할 수도 있습니다.

당사 의약품 가이드에 명시된 브랜드 의약품을 이와 동일하거나 더 낮은 비용 분담 계층에 속하면서 동일하거나 더 적은 제한이 적용되는 새로운 복제약으로 대체하는 경우, 현재로서 당사는 당사 의약품 가이드에서 해당 브랜드 의약품을 즉시 제거할 수 있습니다. 또한 당사는 새로운 복제약을 추가할 때 의약품 가이드에 브랜드 의약품이 그대로 유지되도록 할 수도 있지만, 이를 다른 비용 분담 계층으로 즉시 옮기거나 새로운 제한 사항을 추가하거나 아니면 이 두 가지를 모두 적용할 수도 있습니다.

2025년부터는 기존 생물학적 제제를 특정 바이오시밀러가 포함된 제품으로 즉시 대체할 수 있습니다. 예를 들어, 귀하가 바이오시밀러로 대체되는 기존 생물학적 제제를 복용하고 있는 경우, 당사가 대체하기 30일 전에 또는 네트워크 약국에서 기존 생물학적 제제 한 달 치를 공급받기 전에 변경 고지를 받지 못할 수 있습니다. 기존 생물학적 제제에 변경을 적용하는 시점에 복용하고 있는 경우에도 당사가 변경한 구체적인 사항에 대한 정보를 얻을 수 있지만 변경 후 해당 정보가 전달될 수 있습니다.

이러한 약물 유형 중 일부는 처음 보시는 것일 수 있습니다. 약물 유형에 대한 정의는 **보장 범위 증명서** 12장을 참조하십시오. 식품의약청(FDA) 또한 약물에 대한 소비자 정보를 제공합니다. FDA 웹사이트 <https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>를 참조하십시오. 또한 귀하는 고객 지원에 문의하거나 귀하의 의료 제공자, 처방자 또는 약사에게 자세한 정보를 요청할 수 있습니다.

## 처방약 혜택 및 비용에 대한 변경 사항

**참고:** 귀하가 약 비용을 지원해 주는 프로그램("부가 지원")에 가입되어 있는 경우, **파트 D 처방약 비용에 대한 내용은 귀하에게 적용되지 않습니다.**

2025년부터는 세 가지 약물 지불 단계인 연간 공제금 단계, 초기 보장 혜택 단계 및 재난적 보장 단계가 적용됩니다. 보장 공백 단계 및 보장 공백 할인 프로그램은 더 이상 파트 D 혜택에 존재하지 않습니다.

보장 공백 할인 프로그램은 제조사 할인 프로그램으로 대체됩니다. 제조사 할인 프로그램에 따라, 약물 제조사는 초기 보장 혜택 단계 및 재난적 보장 단계에서 적용되는 파트 D 브랜드 의약품 및 생물학적 제제에 대한 플랜의 비용 전액을 지불합니다. 제조사 할인 프로그램에 따라 제조사가 지불한 할인금은 본인부담비용으로 계산되지 않습니다.

## 공제금 단계에 대한 변경 사항

| 단계                                                                                                                                                                                                 | 2024년(올해)                                                                                                                                              | 2025년(내년도)                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1단계: 연간 공제금 단계</b><br>이 단계에서는 연간 공제금에 도달할 때까지 <b>약 비용 전액을 지불합니다.</b> 공제금은 보장 인슐린 제품 및 대상포진, 파상풍 및 여행 백신을 비롯한 대부분의 성인 파트 D 백신에 적용되지 않습니다. 이 단계에서 귀하의 인슐린 보장 비용은 아래의 초기 보장 혜택 단계에서 귀하의 비용과 동일합니다. | "부가 지원"을 받는 경우 귀하의 공제금은 <b>\$0</b> 입니다.<br>이 단계에서는 플랜에서 보장하는 모든 파트 D 약품에 대해 <b>\$0</b> 를 지불합니다.<br><br>"부가 지원"을 받지 <b>않는</b> 경우 공제금은 <b>\$545</b> 입니다. | "부가 지원"을 받는 경우 귀하의 공제금은 <b>\$0</b> 입니다.<br>이 단계에서는 플랜에서 보장하는 모든 파트 D 약품에 대해 <b>\$0</b> 를 지불합니다.<br><br>"부가 지원"을 받지 <b>않는</b> 경우 공제금은 <b>\$590</b> 입니다. |

## 초기 보장 혜택 단계의 비용 부담금에 대한 변경 사항

| 단계                                                                                                                                                                             | 2024년(올해)                                                                                                                                   | 2025년(내년도)                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>2단계: 초기 보장 혜택 단계</b><br>연간 공제금을 지불하면 초기 보장 혜택 단계로 이동합니다. 이 단계에서는 귀하의 약 비용에 대해 플랜은 플랜의 부담금을 지불하고 <b>귀하는 본인 부담금을 지불합니다.</b><br>대부분의 성인 파트 D 백신은 보장되며 이에 따라 별도의 비용이 발생하지 않습니다. | "부가 지원"을 받는 경우 플랜에서 보장하는 모든 파트 D 약품에 대해 <b>\$0</b> 를 지불하게 됩니다.<br><br>"부가 지원"을 받지 <b>않는</b> 경우, 네트워크 약국에서 구입하는 1개월(최대 30일)분 약 비용은 아래와 같습니다. | "부가 지원"을 받는 경우 플랜에서 보장하는 모든 파트 D 약품에 대해 <b>\$0</b> 를 지불하게 됩니다.<br><br>"부가 지원"을 받지 <b>않는</b> 경우, 네트워크 약국에서 구입하는 1개월(최대 30일)분 약 비용은 아래와 같습니다. |
|                                                                                                                                                                                | <b>플랜에서 보장하는 모든 파트 D 약품:</b><br>처방전당 <b>25%</b> 를 지불합니다. 단, 각 보장 인슐린 제품의 처방전에 대해서는 1개월분 약당 <b>\$35</b> 의 비용을 지불하게 됩니다.                      | <b>플랜에서 보장하는 모든 파트 D 약품:</b><br>처방전당 <b>25%</b> 를 지불합니다. 단, 각 보장 인슐린 제품의 처방전에 대해서는 1개월분 약당 <b>\$35</b> 의 비용을 지불하게 됩니다.                      |
|                                                                                                                                                                                | 가입자 부담 총 의약품 비용이 <b>\$5,030</b> 에 도달하면 다음 단계(보장 공백 단계)로 이동합니다.                                                                              | 파트 D 약품에 대해 본인부담비용으로 <b>\$2,000</b> 를 지불하면 다음 단계(재난적 보장 단계)로 이동합니다.                                                                         |

## 재난적 보장 단계에 대한 변경 사항

재난적 보장 단계는 세 번째이자 마지막 단계입니다. 2025년부터 의약품 제조사는 본 플랜이 재난적 보장 단계에서 파트 D 브랜드 의약품 및 생물학적 제제에 대해 보장하는 비용 전액의 일부를 부담합니다. 제조사 할인 프로그램에 따라 제조사가 지불한 할인금은 본인부담비용으로 계산되지 않습니다.

**재난적 보장 단계에 도달하는 가입자의 경우 보장 파트 D 약품에 대해 아무 비용도 지불하지 않습니다.**

재난적 보장 단계에 대한 가입자 비용 정보는 **보장 범위 증명서** 6장 6절을 참조하십시오.

3절                      관리 변경 사항

| 설명                 | 2024년 (올해) | 2025년 (내년도)                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Medicare 처방전 지불 플랜 | 적용되지 않음    | Medicare 처방전 지불 플랜은 현재 약물 보장에 적용되는 새로운 지불 옵션으로, 약물 비용 분산을 위해 연중(1월~12월) 월별 지불액을 상이하게 지정하여 약 비용을 분산할 수 있어 비용 관리에 도움이 됩니다. 이 지불 옵션에 대한 자세한 내용은 <b>Humana.com/RxCostHelp</b> 를 방문하거나 Humana 가입자 ID 카드 뒷면의 고객 지원 번호로 연락하거나 Medicare.gov를 방문하십시오. |

4절                      선택할 플랜 결정하기

4.1절 -                      Humana Gold Plus SNP-DE H5619-166(HMO D-SNP) 가입을 유지하고자 하는 경우

당사의 플랜에 가입을 유지하고자 하는 경우 별도로 해야 할 일은 없습니다. 12월 7일까지 다른 플랜에 가입하지 않거나 Original Medicare로 변경하지 않는 경우, 귀하는 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-166(HMO D-SNP)에 자동으로 가입됩니다.

4.2절 -                      플랜을 변경하려는 경우

당사는 귀하가 내년에도 플랜을 유지하시기를 바라고 있지만 2025년에 플랜을 변경하기로 결정하셨다면 다음 단계를 따르시기 바랍니다.

1단계: 다양한 플랜에 대해 알아보고 비교하기

- 다른 Medicare 건강 플랜에 가입하실 수 있습니다.
- - 또는 - Original Medicare로 변경하실 수 있습니다. Original Medicare로 변경하는 경우, Medicare 약 플랜에 대한 가입 여부를 결정해야 합니다.

Original Medicare 및 다른 Medicare 플랜 유형에 대한 자세한 내용은 Medicare Plan Finder ([www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare))를 사용하여 찾아보거나, Medicare & You 2025 핸드북을 읽어보거나, 주 건강 보험 지원 프로그램(SHIP)(6절 참조)에 전화하거나, Medicare(8.2절 참조)에 문의하시기 바랍니다.

2단계: 보장 변경하기

- 다른 Medicare 건강 플랜으로 변경하려면 원하는 신규 플랜에 가입하십시오. 그러면 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-166(HMO D-SNP) 탈퇴가 자동으로 이루어집니다.



- **처방약 플랜이 있는 Original Medicare로 변경하려면** 신규 약품 플랜에 가입하십시오. 그러면 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-166(HMO D-SNP) 탈퇴가 자동으로 이루어집니다.
- **처방약 플랜 없이 Original Medicare로 변경하려면** 다음 중 하나를 수행하셔야 합니다.
  - 플랜 탈퇴 요청을 서면으로 보내주시거나 당사 웹사이트를 방문하여 온라인으로 탈퇴하십시오. 자세한 탈퇴 절차는 고객 지원에 문의하십시오.
  - 또는 - 연중무휴 하루 24시간 언제든지 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 **Medicare**에 연락하여 탈퇴를 요청하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 연락해 주십시오.

Original Medicare로 전환하고 별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입하지 **않는** 경우, 귀하가 자동 가입을 거부하지 않는 한 Medicare의 약품 플랜에 가입 처리됩니다.

## 5절 플랜 변경 기한

내년에 다른 플랜이나 Original Medicare로 변경하려면 **10월 15일~12월 7일까지** 변경하실 수 있습니다. 변경 사항은 2025년 1월 1일에 적용됩니다.

### 연중 다른 변경 시기가 있습니까?

특정 상황에서는 연중 다른 기간에도 변경이 허용됩니다. 예를 들어, 약 비용에 대한 "부가 지원"을 받는 Medicaid 가입자로서 고용주 보장을 적용받고 있거나 고용주 보장에서 탈퇴하려는 경우 그리고 서비스 지역 밖으로 이사하는 경우, 연중 다른 시기에도 변경할 수 있습니다.

귀하는 Apple Health(Medicaid)에 가입되어 있으므로, 연중 언제든지 당사 플랜의 멤버십을 종료하실 수 있습니다. 또한 연중 언제든지 다음을 포함한 또 하나의 Medicare 플랜에 가입할 수 있습니다.

- 별도의 Medicare 처방약 플랜을 포함한 Original Medicare.
- 별도의 Medicare 처방약 플랜을 포함하지 않는 Original Medicare(이 옵션을 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.

2025년 1월 1일부터 적용되는 Medicare Advantage 플랜에 가입했으나 선택한 플랜을 더 이상 원치 않는 경우, 2025년 1월 1일~3월 31일 사이에 다른 Medicare 건강 플랜(Medicare 처방약 보장 가입 또는 비가입 가능) 또는 Original Medicare(Medicare 처방약 보장 가입 또는 비가입 가능)로 전환할 수 있습니다.

최근에 시설(예: 전문 요양원 또는 장기 요양 병원)로 입소했거나 현재 거주 중인 경우, **언제든지** Medicare 보장을 변경할 수 있습니다. 언제든지 다른 Medicare 건강 플랜(Medicare 처방약 보장 가입 또는 비가입 가능)으로 변경하거나 Original Medicare(별도의 Medicare 처방약 플랜 가입 또는 비가입 가능)로 전환할 수 있습니다. 최근에 시설에서 퇴소한 경우, 퇴소 후 2개월 동안 플랜을 전환하거나 Original Medicare로 전환할 수 있습니다.

## 6절 Medicare 및 Medicaid에 대한 무료 상담을 제공하는 프로그램

주 건강 보험 지원 프로그램(SHIP)은 모든 주에서 훈련을 받은 상담원들을 보유한 독립 정부 프로그램입니다.



이 프로그램은 연방 정부로부터 자금을 받는 주 정부 프로그램으로 Medicare에 가입된 사람들에게 **무료**로 현지 건강 보험 관련 상담을 제공합니다. 주 건강 보험 지원 프로그램(SHIP) 상담원들이 Medicare 관련 질문이나 문제를 도와드릴 수 있습니다. 상담원은 선택하신 Medicare 플랜에 대한 이해를 도와드리고 플랜 변경에 관한 질문에 답해드릴 수 있습니다. 본 문서 뒷면의 "자료 A"에 나와 있는 주 정부 건강 보험 지원 프로그램의 연락처로 전화하실 수 있습니다.

Apple Health(Medicaid) 혜택에 대한 질문은 Apple Health(Medicaid)에 문의하십시오. 다른 플랜에 가입하거나 Original Medicare로 돌아가는 것이 Apple Health(Medicaid) 보장에 어떻게 영향을 미치는지 문의하십시오. 본 문서 뒷면의 "자료 A"에 나와 있는 연락처로 Apple Health(Medicaid)에 전화하실 수 있습니다.

## 7절 처방약 비용을 지원해 주는 프로그램

가입자는 지불해야 하는 처방약 비용에 대한 지원을 받으실 수 있습니다. 지원 경로는 다음과 같이 다양합니다.

- **Medicare에서 제공하는 "부가 지원".** 귀하는 Apple Health(Medicaid)의 지원을 받고 계시므로 이미 저소득 보조금이라고도 하는 "부가 지원"에 가입되어 있습니다. "부가 지원"을 받는 가입자는 지원 수준에 따라 처방약 보험료 및 연간 공제금 그리고 처방전당 비용을 일부 또는 전부 지원받을 수 있습니다. 이미 가입 자격을 갖추셨기 때문에 지연 가입 가산금이 적용되지 않습니다. "부가 지원"에 대해 궁금한 점이 있으면 다음 연락처로 문의하십시오.
  - 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227). TTY 사용자는 1-877-486-2048로 하루 24시간, 연중무휴 문의하실 수 있습니다.
  - 사회보장국(1-800-772-1213)에 월요일~금요일 오전 8시~오후 7시 사이에 연락해 주십시오. 자동 메시지는 하루 24시간 이용 가능합니다. TTY 사용자는 1-800-325-0778로 문의하십시오. 또는
  - 해당 주 Medicaid 사무실로 연락하셔야 합니다.
- **HIV/AIDS 환자를 위한 처방약 비용 분담금 지원.** AIDS 의약품 지원 프로그램(ADAP)은 ADAP를 받을 자격을 갖춘 HIV/AIDS 감염자가 생명 연장에 필요한 HIV 의약품을 공급받을 수 있도록 지원합니다. 해당 주에서 운영하는 ADAP 이용 자격을 얻으려면, 주 거주 여부, HIV 상태, 주에서 규정한 저소득층 구분, 무보험/부족한 보험 상태에 대한 증명서를 포함하여 특정 조건을 충족해야 합니다. ADAP에서도 혜택을 제공하는 Medicare 파트 D 처방약은 ADAP 프로그램을 통해 처방약 비용 분담금 지원을 받을 수 있습니다. 자격 기준, 적용 의약품 또는 프로그램 등록 방법에 대한 자세한 내용은 ADAP 프로그램(이 문서 뒤표지의 "자료 A"에 기관명과 전화번호가 있음)에 문의하십시오. 문의 시에는 귀하의 Medicare 파트 D 플랜 이름 또는 증권 번호를 알려주시기 바랍니다.
- **Medicare 처방전 지불 플랜.** Medicare 처방전 지불 플랜은 의약품 본인부담비용을 관리하는 데 도움을 드리고자 2025년부터 시행되는 새로운 지불 옵션입니다. 이 새로운 지불 옵션은 현재 약물 보장과 함께 적용되며, **연중(1월~12월) 월별 지불액을 상이하게 지정**하여 약 비용을 분산할 수 있어 비용 관리에 도움이 됩니다. **이 지불 옵션은 비용을 관리하는 데 도움이 될 수 있지만 비용 또는 약물 비용 절감 효과는 없습니다.**

지원을 받을 수 있는 경우, Medicare의 "부가 지원"과 ADAP의 지원을 받는 것이 Medicare 처방전 지불 플랜에 참여하는 것보다 더 유리합니다. 모든 가입자는 소득 수준에 관계없이 이 지불 옵션에 참여할 수 있으며, 모든 Medicare 약품 플랜 및 의약품 보장이 포함된 Medicare 건강 플랜은 이 지불 옵션을 제공해야 합니다. 이 지불 옵션에 대한 자세한 내용은 **Humana.com/RxCostHelp**를 방문하거나 Humana 가입자 ID 카드 뒷면의 고객 지원 번호로 연락하거나 Medicare.gov를 방문하십시오.

## 8절 질문이 있으신가요?

### 8.1절 - Humana Gold Plus SNP-DE H5619-166(HMO D-SNP)에 문의하기

궁금한 점이 있습니까? 저희가 도와 드리겠습니다. 고객 지원(1-800-457-4708) (TTY: 711)으로 전화해 주십시오. 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.

#### 2025년 보장 범위 증명서(내년도 혜택과 비용에 대한 세부 정보 안내) 읽어보기

본 연례 변경 사항 고지문은 2025년 가입자의 혜택 및 비용에 대한 변경 사항을 요약한 것입니다. 자세한 내용은 Humana Gold Plus SNP-DE H5619-166(HMO D-SNP) 2025년 보장 범위 증명서를 참조하십시오. 보장 범위 증명서는 귀하의 플랜 혜택에 대한 상세한 설명을 담은 법적 문서입니다. 보장 서비스와 처방약을 받기 위해 가입자가 따라야 하는 규칙과 가입자의 권리에 대해 설명합니다. 보장 범위 증명서 사본은 당사 웹사이트([Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments))에서 확인할 수 있습니다. 또한 고객 지원으로 연락하여 보장 범위 증명서의 우편 발송을 요청하실 수 있습니다.

#### 웹사이트 방문하기

당사 웹사이트([Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments))를 방문하실 수도 있습니다. 당사 웹사이트에 최신 네트워크 제공자 정보(제공자 명부) 및 보장 약품 목록(처방집/의약품 가이드)이 안내되어 있습니다.

### 8.2절 - Medicare에 문의하기

Medicare에 직접 문의하시는 방법:

#### 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하기

연중무휴 하루 24시간 언제든지 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 연락하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 연락해 주십시오.

#### Medicare 웹사이트 방문하기

Medicare 웹사이트([www.medicare.gov](https://www.medicare.gov))를 방문하십시오. 이 웹사이트에서 비용과 보장 범위, 품질 등급 등 Medicare 건강 플랜을 비교하는 데 도움이 되는 다양한 정보를 확인할 수 있습니다. 플랜에 대한 정보는 [www.medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare)에서 확인하십시오.

#### Medicare & You 2025 읽어보기

Medicare & You 2025 핸드북을 읽어보십시오. 이 책자는 매년 가을 Medicare 가입자에게 우편으로 발송됩니다. Medicare의 혜택과 권리 및 보호에 대한 요약 정보와 Medicare에 대한 가장 자주 묻는 질문에 대한 답변이 수록되어 있습니다. 이 문서의 사본이 없는 경우, Medicare 웹사이트(<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>)에서 확인하거나, 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 연중무휴 하루 24시간 언제든지 전화하여 요청할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 연락해 주십시오.

### 8.3절 - Medicaid에 문의하기

본 문서 뒷면의 "자료 A"에 나와 있는 Apple Health(Medicaid)의 연락처로 전화하여 Medicaid를 통해 정보를 얻을 수 있습니다.

## 자료 A - 주 기관 연락처 정보

이 절에서는 본 연례 변경 사항 고지문에 언급된 주 기관의 연락처 정보를 제공합니다. 원하는 정보를 찾는 데 문제가 있는 경우 이 책자의 뒤표지에 있는 전화번호로 고객 지원에 문의하십시오.

| <b>WASHINGTON</b>       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SHIP 기관명 및 연락처</b>   | Statewide Health Insurance Benefits Advisors (SHIBA)<br>Office of the Insurance Commissioner<br>PO Box 40255<br>Olympia, WA 98504-0255<br>1-800-562-6900(수신자 부담)<br>1-360-586-0241(TTY)<br><a href="http://www.insurance.wa.gov/shiba">http://www.insurance.wa.gov/shiba</a>                                                                                                                                                                |
| <b>품질 개선 기관</b>         | Acentra Health<br>5201 West Kennedy Blvd.<br>Suite 900<br>Tampa, FL 33609<br>1-888-305-6759<br>711(TTY)<br>1-844-878-7921(팩스)                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>주 Medicaid 사무소</b>   | Apple Health (Medicaid)<br>Cherry Street Plaza 626 8th Avenue SE<br>PO Box 45531<br>Olympia, WA 98501<br>1-800-562-3022(수신자 부담)<br>711(TTY)<br><a href="http://www.hca.wa.gov/">http://www.hca.wa.gov/</a>                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>AIDS 의약품 지원 프로그램</b> | Washington State AIDS Drug Assistance Program(ADAP) Early Intervention Program(EIP).<br>Client Services<br>PO Box 47841<br>Olympia, WA 98504<br>1-877-376-9316(Washington 주 내)<br>1-360-664-2216(팩스)<br>1-360-236-3426<br><a href="http://www.doh.wa.gov/YouandYourFamily/IllnessandDisease/HIVAIDS/HIVCareClientServices/ADAPandEIP">http://www.doh.wa.gov/YouandYourFamily/IllnessandDisease/HIVAIDS/HIVCareClientServices/ADAPandEIP</a> |

# Insurance ACE

## 개인정보보호 방침 고지

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. 요구사항이나 불만이 있는 경우를 제외하고는 가입자는 어떠한 조치도 취하실 필요가 없습니다.

이 개인정보보호 방침 고지는 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.

### 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 스폰서. 당사는 특정 상황에서 가입자에 대한 요약 수준의 건강정보를 가입자의 플랜 스폰서와 공유할 수 있습니다. 예를 들어 가입자의 플랜 스폰서가 다른 건강 플랜에서 입찰을 받을 수 있도록 정보를 공유할 수 있습니다. 가입자의 상세한 건강정보는 가입자의 플랜 스폰서와 공유되지 않습니다. 당사는 가입자의 허가를 요청하거나, 가입자의 플랜 스폰서는 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.
- 미국 국세청 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.
- 검사관, 감찰의 또는 장의사.

### 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
- 개인정보 및 건강정보의 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.

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

### 개인정보를 보호받지 못했다고 판단되는 경우 어떻게 해야 하나요?

본인의 개인정보가 침해되었다고 생각하는 경우, 언제든지 1-866-861-2762로 연락해 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.gov에 이메일로 진정을 제기할 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



## 차별 금지 고지문

Humana Inc. 및 그 자회사는 관련 연방 민권법을 준수하며 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 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. 운영 시간: 오전 8시~오후 8시(동부 표준시). 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**)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 민원 포털(**<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**)을 통해 전자 민원을 제기할 수 있으며, 또는 다음 주소로 우편이나 전화로 불만을 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**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 고지는 **[www.humana.com/legal/non-discrimination-disclosure](http://www.humana.com/legal/non-discrimination-disclosure)**에서 확인할 수 있습니다.

GHNDN2025HUM

## **Multi-Language Insert**

### Multi-language Interpreter Services

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-320-1235 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-877-320-1235 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-877-320-1235 (听障专线：711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-877-320-1235 (聽障專線：711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-877-320-1235 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-877-320-1235 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-877-320-1235 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelpplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-877-320-1235 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-320-1235 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.



**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-877-320-1235 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بخططنا الصحية أو خطة الأدوية الموصوفة لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على (1-877-320-1235 (TTY: 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-320-1235 (TTY: 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-877-320-1235 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

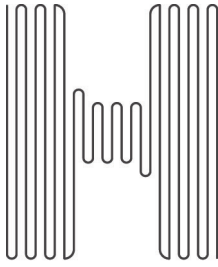
**Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-877-320-1235 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-877-320-1235 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-877-320-1235 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

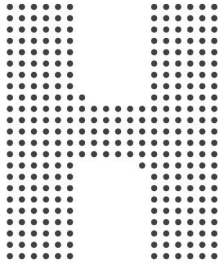
**Japanese:** 当社の健康保険と処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスをご用意しています。通訳をご用命になるには、1-877-320-1235 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す者が支援いたします。これは無料のサービスです。

[illegible]



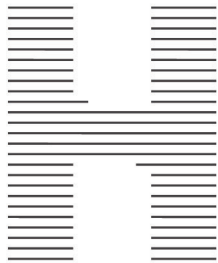
이러한 2025년 플랜 문서는 2024년 10월 15일부터 [www.Humana.com/PlanDocuments](http://www.Humana.com/PlanDocuments)에서 확인할 수 있습니다. 여기에서 플랜에 대한 최신 정보를 확인할 수 있습니다. 간단한 검색으로 원하는 정보를 빠르게 찾아보시기 바랍니다.

- 보장 범위 증명서에서 플랜의 구체적인 세부 정보, 혜택 및 비용을 확인하십시오.
- 플랜이 보장하는 약물이 포함된 의약품 목록을 검토하십시오.
- 제공자 명부를 보고 플랜 네트워크의 제공자 및 전문의 목록을 확인하십시오.

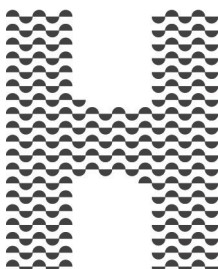
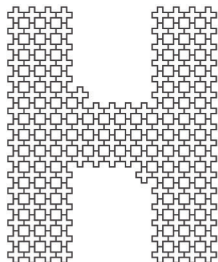


당사는 언제나 귀하를 지원해 드립니다. 이같은 온라인 도구를 사용하는 데 도움이 필요하신 경우에는 Humana 가입자 ID 카드 뒷면에 안내된 전화번호로 도움을 요청하시기 바랍니다.

[www.Humana.com/PlanDocuments](http://www.Humana.com/PlanDocuments)에서 이러한 2025년 플랜 문서를 찾아 원하는 정보를 빠르게 확인할 수 있다는 점을 기억하십시오. 이러한 문서 사본을 우편으로 받으시려면 상기 웹사이트에서 온라인으로 요청을 제출하거나 자동 응답 시스템 전화 **1-800-457-4708(TTY: 711)**로 24시간 연중무휴 연락하시기 바랍니다. 전화하시기 전에 Humana 가입자 ID 카드를 준비하십시오. 자동 응답 시스템이 전화한 이유를 물을 때, "Evidence of Coverage(보장 범위 증명서)", "Drug List(의약품 목록)" 및/또는 "Provider Directory(제공자 명부)"라고 말하십시오. 우편 발송은 최대 2주가 걸릴 수 있습니다.



당사는 Humana 가입자인 귀하께 전화를 걸어 다른 보험 관련 상품을 소개할 수 있습니다. 이러한 전화 수신을 원치 않는 경우, ID 카드 뒷면에 안내된 고객 지원에 전화하여 수신 거부 의사를 밝혀주시기 바랍니다.



## Humana Inc.

PO Box 14168  
Lexington, KY 40512-4168



H5619136002166000ANOCKO25

Medicare Advantage 및 처방약 플랜의 변경 사항에  
대한 중요한 정보



### 꼭 읽어보십시오

2025년 1월 1일부터 적용되는 가입자의 **Humana Gold  
Plus SNP-DE H5619-166(HMO D-SNP)**  
에 대한 요약 정보가 안내되어 있습니다.

# Humana®

[www.Humana.com](http://www.Humana.com)  
1-800-457-4708(TTY: 711)