귀하의 2027
보장 범위 증명서

Humana®

Humana Dual Select H5619-165 (HMO D-SNP) 회원이 되어 주셔서 감사합니다. 귀하를 소중히 생각합니다
회원 자격을 소중히 여기며, 귀하가 원하는 최선의 모습이 될 수 있도록 돕는 데 최선을 다하고 있습니다.

이 보장 범위 증명서에는 가입자의 플랜에 대한 중요한 정보가 포함되어 있습니다. 이 책은 귀하의 혜택 및 비용에 대한 완전하고 법적인 설명이 담긴 매우 상세한 문서입니다. 플랜 연도 동안 참조할 수 있도록 이 문서를 보관해야 합니다.

Humana는 귀하의 웰빙을 소중하게 생각합니다.

앞으로도 오랫동안 귀하의 건강 파트너가 되기를 기대합니다. 질문이 있으시면 기꺼이 도와드리겠습니다.

2027

보장 범위 증명서

Humana Dual Select H5619-165(HMO D-SNP)

WASHINGTON
WA 내 특정 카운티

Humana®

2027년 1월 1일 - 12월 31일

2027년 보장 범위 증명서:

Humana Dual Select 회원으로서 귀하의 Medicare 의료 혜택 및 서비스와 약물 보장 H5619-165 (HMO D-SNP)

이 문서는 2027년 1월 1일부터 12월 31일까지 귀하의 Medicare 건강 및 약물 보장에 관한 세부 사항을 제공합니다. **이것은 중요한 법적 문서입니다. 안전한 곳에 보관하십시오.**

이 문서에서는 귀하의 혜택 및 권리에 대해 설명합니다. 이 문서를 사용하여 다음을 이해하십시오:

- 귀하의 플랜 보험료 및 비용 분담
- 귀하의 의료 및 약물 혜택
- 서비스 또는 치료에 만족하지 못할 경우 불만 사항을 제기하는 방법
- 당사 연락 방법
- Medicare 법에서 요구하는 기타 보호 사항

이 문서에 대한 질문은 고객 지원(800-457-4708)으로 전화하십시오(TTY 사용자는 711 이용). 운영 시간은 10월 1일 – 3월 31일에는 주 7일 오전 8시부터 오후 8시까지, 4월 1일 – 9월 30일에는 월요일~금요일 오전 8시부터 오후 8시까지입니다. 이 통화는 무료입니다.

이 플랜인 Humana Dual Select H5619-165 (HMO D-SNP)는 Humana 계열사인 Arcadian Health Plan, Inc.에서 제공합니다. (이 보장 범위 증명서에서 "저희," "당사," 또는 "당사의"라고 할 때는 Humana 계열사인 Arcadian Health Plan, Inc.를 의미합니다. "플랜" 또는 "당사 플랜"이라고 표현된 경우, 이는 Humana Dual Select H5619-165 (HMO D-SNP)를 의미합니다.

이 문서는 스페인어로 무료로 제공됩니다.

이 정보는 점자, 큰 활자, 오디오를 포함한 다른 형식으로도 이용 가능합니다. 다른 형식의 플랜 정보가 필요하신 경우, 위 번호로 고객 지원에 연락해 주십시오.

혜택, 보험료, 공제금 및/또는 공동 부담금/공동 보험은 2028년 1월 1일에 변경될 수 있습니다.

저희의 처방집, 약국 네트워크 및/또는 의료 제공자 네트워크는 언제든지 변경될 수 있습니다. 귀하에게 영향을 미칠 수 있는 변경 사항에 대해서는 최소 30일 전에 통보를 받으실 것입니다.

Humana Dual Select H5619-165 (HMO D-SNP)는 Humana Dual Select H5619-165 (HMO D-SNP)의 케어 모델 검토를 기반으로 2029년 12월 31일까지 특별 필요 플랜(SNP)으로 운영하도록 국가 품질 보증 위원회(NCQA)로부터 승인을 받았습니다.

OMB Approval 0938-1051 (Expires: July 31, 2029)

목차

제1장: 회원으로 시작하기 9
1절 귀하는 Humana Dual Select H5619-165 (HMO D-SNP)의 회원입니다 9
2절 플랜 가입 자격 요건 10
3절 플랜에 처음 가입할 때 예상되는 사항 11
4절 중요한 회원 자료 12
5절 2027년 주요 비용 요약 14
6절 월별 플랜 보험료에 대한 추가 정보 19
7절 플랜 회원 기록을 최신 상태로 유지하십시오 19
8절 기타 보험이 당사 플랜과 함께 작동하는 방식 20
제2장: 전화번호 및 참고 자료 22
1절 Humana Dual Select H5619-165 (HMO D-SNP) 연락처 22
2절 Medicare의 도움 받기 25
3절 주 건강 보험 지원 프로그램 (SHIP) 26
4절 품질 개선 기관 (QIO) 26
5절 사회 보장국 26
6절 Medicaid 27
7절 처방약 비용 지원 프로그램 28
8절 철도 퇴직 위원회(RRB) 30
9절 단체보험 또는 고용주가 제공하는 기타 건강 보험에 가입되어 있는 경우 31
제3장: 의료 서비스를 위한 플랜 이용 32
1절 당사 플랜의 가입자로서 의료 서비스를 받는 방법 32
2절 당사 플랜의 네트워크 제공자를 이용하여 의료 서비스 받기 33
3절 응급 상황, 재해 또는 긴급 치료가 필요한 상황 발생 시 서비스를 받는 방법 36
4절 서비스의 전체 비용을 직접 청구받은 경우 어떻게 해야 합니까? 38
5절 임상 연구의 의료 서비스 39
6절 종교적인 비의료 건강 관리 기관에서 제공하는 서비스 관련 규정 40
7절 내구성 의료 장비 소유권 규정 41
제4장: 의료 급여 차트 (보장 항목 및 본인 부담금) 43
1절 보장 서비스에 대한 본인 부담금 이해 43
2절 가입자의 의료 혜택 및 비용을 보여주는 의료 혜택 차트 45
3절 Humana Dual Select H5619-165 외부에서 적용되는 서비스 (HMO D-SNP) 90
4절 플랜 또는 Medicare의 보장 대상에서 제외되는 서비스 90
제5장: 파트 D 의약품에 대한 플랜 보장 이용 98
1절 당사 플랜의 파트 D 약품 보장에 관한 기본 규칙 98
2절 네트워크 약국 또는 당사 플랜의 우편 주문 서비스를 통한 처방약 조제 98
3절 귀하의 약품이 당사 플랜의 약물 가이드 내에 있어야 합니다 102
4절 적용 범위에 제한이 있는 약품 104
5절 귀하의 약품 중 하나가 원하는 방식으로 보장되지 않을 때 할 수 있는 일 105
6절 당사 약물 가이드는 그 해에 변경될 수 있습니다 108
7절 당사가 보장하지 않는 약품의 종류 110
8절 처방전 조제 방법 111
9절 특수 상황에서 파트 D 약품 보장 111
10절 약품 안전 및 의약품 관리에 관한 프로그램 113

목차

제6장: 파트 D 의약품에 대한 귀하의 부담금 115
1절 파트 D 의약품에 대한 귀하의 부담금 115
2절 Humana Dual Select H5619-165(HMO D-SNP) 가입자의 약품 지불 단계 117
3절 귀하의 SmartSummary®는 귀하가 어느 지불 단계에 있는지 설명합니다 117
4절 공제금 단계 118
5절 초기 보장 단계 119
6절 재난적 보장 단계 123
7절 추가 혜택 정보 123
8절 파트 D 백신에 대해 귀하가 부담하는 비용 123
제7장: 보장되는 의료 서비스 또는 약품에 대한 청구서의 당사의 분담금 지급 요청 125
1절 귀하가 당사의 보장 서비스 또는 약품에 대한 당사의 비용 분담분 지불을 당사에 요청해야 하는 상황 125
2절 환급 요청 방법 또는 이미 수령한 청구서 지불을 요청하는 방법 127
3절 당사는 귀하의 지불 요청을 검토하고 승인 여부를 결정합니다 128
제8장: 귀하의 권리와 책임 129
1절 당사의 플랜은 귀하의 권리와 문화적 민감성을 존중해야 합니다 129
2절 당사 플랜 가입자로서의 귀하가 지는 책임 138
제9장: 문제 또는 불만이 있는 경우 (보장 결정, 이의 신청, 민원) 140
1절 문제가 있거나 우려 사항이 있는 경우 어떻게 해야 합니까? 140
2절 추가 정보 및 맞춤형 도움을 받을 수 있는 위치 140
3절 문제에 맞는 절차 선택 141
4절 Medicare 혜택에 대한 문제 처리 142
5절 보장 결정 및 이의 제기에 대한 안내 142
6절 의료 서비스: 보장 결정을 요청하거나 이의를 신청하는 방법 144
7절 파트 D 약제: 보장 결정 요청 또는 이의 신청 방법 151
8절 너무 빨리 퇴원한다고 생각될 경우 연장된 병원 입원 기간 동안의 보장을 요청하는 방법 159
9절 귀하의 보장이 너무 일찍 종료된다고 생각되는 경우 당사에 특정 의료 서비스에 대해 계속 보장을 요청하는 방법 163
10절 레벨 3, 4 및 5로 이의 제기하기 166
11절 의료의 질, 대기 시간, 고객 서비스 또는 기타 우려 사항에 관한 진정 제기 방법 169
12절 Medicaid 혜택에 대한 문제 처리 172
제10장: 플랜 가입 종료 173
1절 플랜 가입 종료 173
2절 플랜 멤버십을 언제 종료할 수 있습니까? 173
3절 플랜 가입을 종료하는 방법 176
4절 멤버십이 종료될 때까지 당사의 플랜을 통해 의료품, 서비스 및 약품을 계속 공급받아야 합니다 177
5절 Humana Dual Select H5619-165(HMO D-SNP)는 특정한 상황에서 당사 멤버십을 종료해야 합니다 177
제11장: 법적 고지 179
1절 준거법에 관한 고지 179
2절 차별 금지에 관한 고지 179
3절 Medicare 2차 지불자 대위권에 관한 통지 179
4절 대위권(제3자로부터의 구상)에 관한 추가 고지 179
5절 Medicare와 다른 보험의 연동 방식 180
제12장: 정의 184

목차

자료 A - 주 기관 연락처 정보..... 194
귀하의 주에 있는 다양한 유용한 자료의 이름, 주소, 전화번호 및 기타 연락처 정보를 나열합니다.

1장: 회원으로 시작하기

1절 귀하는 Humana Dual Select H5619-165 (HMO D-SNP)의 회원입니다

1.1절 귀하는 Medicare 특별 요구 플랜인 Humana Dual Select H5619-165 (HMO D-SNP)에 등록되어 있습니다

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 보장 범위는 주(州)와 귀하가 가입한 Medicaid의 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 Dual Select H5619-165(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 분담 및 제공자 접근은 오리지널 Medicare와 다릅니다.

Humana Dual Select H5619-165(HMO D-SNP)는 전문 Medicare Advantage 플랜(Medicare 특수 요구 플랜)으로, 특별한 의료 서비스가 필요한 분들을 위해 혜택이 설계되었습니다. Humana Dual Select H5619-165(HMO D-SNP)는 Medicare에 가입되어 있으며 Apple Health(Medicaid)의 도움을 받으실 분들을 위해 설계되었습니다.

가입자는 Medicare 파트 A 및 B 비용 분담(공제금, 공동 부담금 및 공동 보험비용)에 대해 Apple Health (Medicaid)로부터 도움을 받는 경우 Medicare 서비스에 대해 비용이 들지 않을 수 있습니다. Apple Health(Medicaid)는 일반적으로 Medicare가 보장하지 않는 의료 서비스 및 처방약을 보장하여 다른 혜택을 제공할 수도 있습니다. Medicare 약품 비용을 지불하는 데 도움이 되는 추가 지원(Extra Help)을 Medicare로부터 받으실 수도 있습니다. Humana Dual Select H5619-165 (HMO D-SNP)는 이러한 모든 혜택을 관리하여 귀하가 받을 자격이 있는 의료 서비스와 비용 지원을 받을 수 있도록 도와드립니다.

Humana Dual Select H5619-165 (HMO D-SNP)는 민간 회사에 의해 운영됩니다. 모든 Medicare Advantage 플랜과 마찬가지로, 이 Medicare 특별 요구 플랜은 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 Dual Select H5619-165 (HMO D-SNP)가 귀하의 의료를 보장하는 방식에 관한 당사와 귀하 간의 계약의 일부입니다. 이 계약의 다른 부분에는 귀하의 가입 양식, 처방약 안내서(처방집), 그리고

귀하의 보장 또는 보장에 영향을 미치는 조건의 변경 사항에 관해 저희로부터 받는 모든 통지가 포함됩니다. 이러한 공지를 부칙 또는 수정 조항이라고 합니다.

계약은 2027년 1월 1일부터 2027년 12월 31일 사이에 Humana Dual Select H5619-165 (HMO D-SNP)에 가입된 기간 동안 유효합니다.

당사는 매년 Medicare를 통해 제공하는 플랜을 변경할 수 있습니다. 이는 저희가 2027년 12월 31일 이후에 Humana Dual Select H5619-165 (HMO D-SNP)의 비용과 혜택을 변경할 수 있음을 의미합니다. 저희는 또한 2027년 12월 31일 이후에 귀하의 서비스 지역에서 플랜 제공을 중단하도록 선택할 수 있습니다.

Medicare (Centers for Medicare & Medicaid Services)와 Apple Health (Medicaid)는 Humana Dual Select H5619-165 (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 자격 요건

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

- Medicare 파트 A와 파트 B에 모두 가입되어 있습니다.
- 귀하는 당사의 지리적 서비스 지역(2.3절에 설명됨)에 거주하십니다. 수감 중인 분들은 해당 지역에 물리적으로 위치해 있더라도 지리적 서비스 제공 지역에 거주하는 것으로 간주되지 않습니다.
- 귀하는 미국 시민권자 또는 국민이거나, 자격을 갖춘 비시민권자입니다.
- 아래에 설명된 특별 자격 요건을 충족합니다.

플랜의 특별 자격 요건

당사의 플랜은 특정 Medicaid 혜택을 받는 사람들의 필요를 충족하도록 설계되었습니다. (Medicaid는 제한된 소득과 자원을 가진 특정 사람들의 의료 비용을 지원하는 연방 및 주 정부 공동 프로그램입니다.) 당사 플랜에 가입하려면 Medicare와 Medicaid 카테고리 QI 또는 SLMB 모두에 대한 자격이 있어야 합니다.

참고: 귀하가 Apple Health(Medicaid) 자격을 상실하더라도 6개월 이내에 자격을 합리적으로 회복할 것으로 예상되는 경우, 귀하는 여전히 회원 자격을 유지합니다. 4장, 2.1절에서는 이 기간 동안의 보장 범위 및 비용 분담에 대해 알려드립니다.

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. 각 주는 연방 지침을 따르는 한 자체 프로그램 운영 방식을 결정할 수 있습니다.

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.

- **저소득 Medicare 수혜자 지정 (SLMB):** 파트 B 보험료 납부를 지원합니다.
- **적격 개인 (QI):** 파트 B 보험료 납부를 지원합니다

2.3절 Humana Dual Select H5619-165 (HMO D-SNP)의 플랜 서비스 지역

Humana Dual Select H5619-165(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.

당사 서비스 지역에는 Washington의 다음 카운티(들)가 포함됩니다: Adams, Asotin, Benton, Chelan, Clark, Columbia, Cowlitz, Douglas, Ferry, Franklin, Garfield, Grant, Island, Jefferson, King, Kitsap, Kittitas, Klickitat, Lewis, Lincoln, Mason, Okanogan, Pacific, Pend Oreille, Pierce, San Juan, Skagit, Skamania, Snohomish, Spokane, Stevens, Thurston, Wahkiakum, Walla Walla, Whatcom, Whitman 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 오리지널 Medicare로 전환하거나 새 위치에서 Medicare 건강 또는 약품 플랜에 가입하는 특별 가입 기간이 제공됩니다.

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

2.4절 미국 시민권자 또는 국민, 또는 자격을 갖춘 비시민권자

Medicare 건강 플랜의 회원이 되려면 미국 시민권자이거나 자격 있는 비시민권자여야 합니다. 가입자가 이 기준에 따라 가입자의 자격을 유지할 수 없게 되면 Medicare(Medicare & Medicaid 서비스 센터)는 Humana Dual Select H5619-165(HMO D-SNP)에 이를 통지합니다. 귀하가 이 요건을 충족하지 못할 경우, Humana Dual Select H5619-165 (HMO D-SNP)는 귀하의 등록을 해지해야 합니다.

3절 플랜에 처음 가입할 때 예상되는 사항

3.1절 건강 위험 평가

처음 플랜에 가입하시면, 가입 유효일 전후 90일 이내에 건강 위험 평가(HRA)를 받으실 수 있습니다.

당사는 귀하를 위해 HRA를 완료해야 합니다. HRA는 귀하의 케어 플랜 개발의 기초가 됩니다. HRA에는 귀하의 의료적, 행동 건강적, 기능적 필요를 파악하기 위한 질문이 포함되어 있습니다.

당사는 HRA 완료를 위해 귀하에게 연락할 것입니다. HRA는 여러 가지 방법으로 완료할 수 있습니다. 전화, 서면, 온라인, 의료 제공자와 함께, 또는 방문 건강 평가 업체를 통해 완료할 수 있습니다. 당사는 이 HRA에 대한 추가 정보를 귀하에게 보내드릴 것입니다. 이후 귀하의 필요가 변경되었는지 확인하기 위해 매년 귀하에게 연락하여 최신 정보를 업데이트할 것입니다.

3.2절 케어 팀 및 케어 플랜

케어 팀은 귀하가 필요한 치료를 계속 받을 수 있도록 도와드릴 수 있습니다. 케어 팀에는 귀하의 담당 의사, 케어 코디네이터, 귀하가 만나는 전문의, 또는 귀하가 선택한 다른 의료 전문가가 포함될 수 있습니다.

귀하는 케어 팀과 협력하여 귀하의 선호도에 기반한 케어 플랜을 만들게 됩니다. 케어 플랜은 귀하와 귀하의 의사 및 기타 의료 제공자에게 귀하에게 필요한 서비스와 이를 받는 방법을 알려줍니다. 해당되는 경우 귀하의 의료, 행동 건강 및 기타 서비스가 포함됩니다.

귀하의 케어 플랜에는 다음이 포함됩니다:

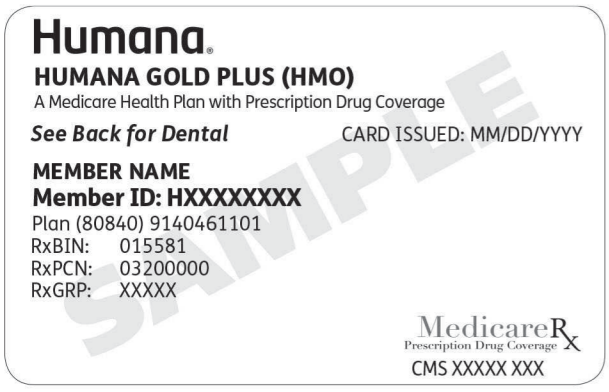
- 귀하가 우선순위를 정한 귀하의 의료 목표, 그리고
- 귀하에게 필요한 서비스를 받기 위한 일정.

귀하의 HRA 후 케어 팀이 귀하와 만납니다. 그들은 귀하에게 필요한 서비스에 대해 묻습니다. 그들은 또한 귀하가 받는 것을 고려할 수 있는 서비스에 대해 알려줍니다. 귀하의 케어 팀은 귀하와 협력하여 최소 매년 또는 귀하의 건강 상태에 변화가 있을 경우 필요에 따라 케어 플랜을 업데이트합니다.

4절 중요한 회원 자료

4.1절 플랜 회원 카드

당사 플랜이 보장하는 서비스를 이용하고 네트워크 약국에서 처방약을 구입할 때마다 가입자 카드를 사용합니다. 귀하는 또한 제공자에게 Medicaid 카드를 보여주어야 합니다. 회원 카드 샘플:





본 플랜에 가입되어 있는 동안에는 보장 의료 서비스에 빨간색, 흰색 및 파란색 Medicare 카드를 사용하지 마십시오. Humana Dual Select H5619-165(HMO D-SNP) 가입자 카드 대신 Medicare 카드를 사용하면 의료 서비스의 비용 전부를 직접 지불해야 할 수 있습니다. Medicare 카드를 안전한 곳에 보관하십시오. 입원 서비스, 호스피스 서비스가 필요하거나 Medicare 승인 임상 연구(임상 시험이라고도 함)에 참여하는 경우 카드를 제시하도록 요청받을 수 있습니다.

신분증 카드 뒷면에는 예를 들어 DEN000과 같은 여섯 자리 코드로 귀하의 치과 혜택이 표시됩니다. Medicare Advantage의 치과 혜택은 PPO 치과 네트워크를 이용하며, 네트워크 내 치과 서비스에 대해서만 보장됩니다. 카드 앞면은 플랜의 의료 혜택에만 해당됩니다. 치과 혜택에 관한 정보는 이 문서의 제4장에 있는 의무 보충 치과 혜택 설명을 참조하십시오.

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 의료 제공자에게 알리기 위해 Humana Dual Select H5619-165 (HMO D-SNP) 회원 카드와 함께 Apple Health (Medicaid) ID 카드를 반드시 제시하십시오.

4.2절 의료 제공자 명부

제공자 명부 **(Humana.com/FindCare)**에는 현재 네트워크 제공자, 내구성 의료 기기 공급업체 및 약국이 나열되어 있습니다. **네트워크 제공자**는 당사의 지불과 모든 플랜 비용 분담금을 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 사전 승인 없이 다른 곳을 이용하면 전액을 직접 지불해야 합니다. 유일한 예외는 응급 상황, 네트워크를 이용할 수 없을 때 긴급하게 필요한 서비스(즉, 네트워크 내에서 서비스를 받는 것이 불합리하거나 불가능한 상황), 지역 외 투석 서비스, 그리고 Humana Dual Select H5619-165 (HMO D-SNP)가 네트워크 외 제공자 이용을 승인하는 경우입니다.

플랜의 네트워크 제공자 중 다수는 Medicaid 인증도 받았습니다. 어떤 플랜 네트워크 제공자가 Apple Health(Medicaid)에도 참여하고 있는지 확인하려면 제공자 명부를 참조하십시오. Medicare 플랜 서비스를 이용하실 때 Medicaid 인증을 받은 의료 제공자만 이용하셔야 하는 것은 아닙니다.

제공자 명부 **(Humana.com/FindCare)**에는 당사의 네트워크 약국이 나열되어 있습니다. **네트워크 약국**은 당사 플랜 회원을 위해 보장 처방전을 조제하기로 동의한 모든 약국입니다. 제공자 명부를 사용하여 이용하고자 하는 네트워크 약국을 찾을 수 있습니다. 플랜 네트워크에 속하지 않는 약국을 이용할 수 있는 경우에 대한 정보는 제5장 2.4절을 참조하십시오.

의료 제공자 명부에는 또한 네트워크 내 약국 중 일부 약품에 대해 다른 네트워크 약국이 제공하는 표준 비용 분담보다 낮을 수 있는 우대 비용 분담을 제공하는 약국이 어디인지도 안내되어 있습니다.

의료 제공자 명부가 없으신 경우, **Humana.com/FindCare** 웹사이트를 방문하여 사본(전자 또는 종이 형태)을 요청하실 수 있습니다. 웹사이트에서 네트워크 제공자 및 약국 변경 사항에 대한 최신 정보를 확인하실 수 있습니다. 자세한 내용은 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 고객 지원에 전화하실 수도 있습니다. 요청하신 종이 형태의 의료 제공자 명부는 영업일 기준 3일 이내에 우편으로 발송됩니다.

4.3절 약물 가이드 (처방집)

당사 플랜에는 보장 의약품 목록(약품 가이드 또는 처방집이라고도 함)이 있습니다. 이는 Humana Dual Select H5619-165 (HMO D-SNP)의 파트 D 혜택에 따라 적용되는 처방약을 알려줍니다. 이 목록에 있는 약품은 의사 및 약사의 도움을 받아 당사 플랜에 포함된 것입니다. 약품 가이드는 모든 Medicare 요건을 충족합니다. Medicare 약물 가격 협상 프로그램에 포함된 약물은 5장 6절에 설명된 대로 제거되거나 교체되지 않는 한 귀하의 약물 안내서에 포함됩니다. Medicare는 Humana Dual Select H5619-165 (HMO D-SNP) 약물 안내서를 승인했습니다.

약물 가이드에는 또한 특정 약물의 보장을 제한하는 규정이 있는지 여부도 안내되어 있습니다.

당사에서 약품 가이드 사본을 제공해 드립니다. 약물 가이드에는 당사 가입자가 가장 빈번하게 이용하는 보장 의약품에 관한 정보가 수록되어 있습니다. 당사는 약물 가이드에 포함되지 않은 추가 약품을 보장합니다.

가입자의 약품 중 하나가 약물 가이드에 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 의약품에 관한 가장 완전하고 최신의 정보를 확인하려면 **Humana.com/druglist**을 방문하시거나 고객 서비스 센터(고객 서비스)로 800-457-4708 (TTY 사용자는 711)에 전화하십시오.

5절 2027년 주요 비용 요약

2027년 귀하의 비용	
	네트워크 내
월 플랜 보험료*	**$0**
최대 본인부담금 금액 이 금액은 보장되는 파트 A 및 파트 B 서비스에 대해 귀하가 본인부담으로 지불하는 최대 금액입니다. (자세한 내용은 4장 1.2절을 참조하십시오.)	**$9,850** 귀하가 Medicaid 하에 Medicare 비용 분담 지원을 받을 자격이 있는 경우, 귀하는 보장되는 파트 A 및 파트 B 서비스에 대한 최대 본인부담금 금액에 대해 본인부담금을 지불할 책임이 없을 가능성이 높습니다.
주치의 진료실 방문	방문당 공동 부담금 **$0**
전문의 진료 방문	방문당 공동 부담금 **$30** 귀하가 Medicaid 하에 Medicare 비용 분담 지원을 받을 자격이 있는 경우, 귀하는 방문당 **$0**을 지불할 가능성이 높습니다.
병원 입원 급성 치료, 재활 및 장기 치료와 같은 다양한 병원 입원이 포함됩니다. 입원 기간은 의사의 지시에 따라 공식적으로 입원한 날에 시작되며 퇴원 전날에 종료됩니다.	1~6일차: 일일 공동 부담금 **$300** 7~90일차: 일일 공동 부담금 **$0** 귀하가 Medicaid 하에서 Medicare 비용 분담 지원을 받을 자격이 있는 경우, 귀하는 대부분 **$0**을 납부합니다.
파트 D 의약품 보장 (자세한 내용은 6장을 참조하십시오. 연간 공제금, 초기 보장 단계 및 재난적 보장 단계 포함.) 모든 등급에 인슐린이 포함되지 않을 수 있습니다. 인슐린 보장을 확인하려면 처방약 안내서를 참조하십시오.	**파트 D 의약품 보장 공제금** 추가 도움(Extra Help)을 받는 경우, 귀하의 공제금는 **$0**입니다. 비용 분담 금액은 LIS 부가 약관 삽입물을 참조하십시오. 추가 지원(Extra Help)을 **받지 않으시는** 경우, 공제금은 **$700**입니다. 1단계, 2단계 및 3단계에 대한 **$0** 4단계 및 5단계에 대한 **$700**; 보장 인슐린 제품 및 대부분의 성인 파트 D 백신 제외
	초기 보장 단계 중 공동 부담금/공동 보험:

2027년 귀하의 비용	
	네트워크 내
	소매 **약국**에서 30일분 처방의 경우: • **1단계 약: $0** 귀하는 이 티어에 해당하는 보장 인슐린 제품 각각에 대해 월 공급분당 **$0**을 지불합니다. • **2단계 약: $0** 귀하는 이 티어에 해당하는 보장 인슐린 제품 각각에 대해 월 공급분당 **$0**을 지불합니다. • **3단계 약: 17%** 귀하는 이 단계의 각 보장 인슐린 제품의 월 공급분당 **17%** 이하, 최대 **$35**까지 부담합니다. • **4단계 약: 48%** 귀하는 이 단계의 각 보장 인슐린 제품의 월 공급분당 **25%** 이하, 최대 **$35**까지 부담합니다. • **5단계 약: 25%** 귀하는 이 단계의 각 보장 인슐린 제품의 월 공급분당 **25%** 이하, 최대 **$35**까지 부담합니다.
	우대 비용 분담이 적용되는 **우편 주문 약국**에서 100일분 공급 시: • **1단계 약: $0** 귀하는 이 티어에 해당하는 보장 인슐린 제품 각각에 대해 3개월 공급분당 **$0**을 지불합니다. • **2단계 약: $0** 귀하는 이 티어에 해당하는 보장 인슐린 제품 각각에 대해 3개월 공급분당 **$0**을 지불합니다. • **3단계 약: 17%** 이 단계의 각 보장 인슐린 제품 3개월 공급분당 **17%** 이하, 최대 **$105**까지 부담합니다. • **4단계 약: 48%** 이 단계의 각 보장 인슐린 제품 3개월 공급분당 **25%** 이하, 최대 **$105**까지 부담합니다.

2027년 귀하의 비용	
	네트워크 내
	• **5단계 약:** 이용 불가
	표준 비용 분담이 적용되는 **우편 주문 약국**에서 100일분 공급 시: • **1단계 약: $30** 이 단계의 각 보장 인슐린 제품 3개월 공급분당 **25%** 이하, 최대 **$30**까지 부담합니다. • **2단계 약: $60** 이 단계의 각 보장 인슐린 제품 3개월 공급분당 **16%** 이하, 최대 **$60**까지 부담합니다. • **3단계 약: 17%** 이 단계의 각 보장 인슐린 제품 3개월 공급분당 **17%** 이하, 최대 **$105**까지 부담합니다. • **4단계 약: 48%** 이 단계의 각 보장 인슐린 제품 3개월 공급분당 **25%** 이하, 최대 **$105**까지 부담합니다. • **5단계 약:** 이용 불가
	재난적 보장: 이 지불 단계에서 당사에서 보장하는 모든 파트 D 약품에 대해 비용을 지불하지 않습니다.

귀하의 비용에는 다음이 포함될 수 있습니다:

- 플랜 보험료 (5.1절)
- 월별 Medicare 파트 B 보험료 (5.2절)
- 파트 D 지연 가입 가산금 (5.3절)
- 소득 관련 월별 조정 금액 (5.4절)
- Medicare 처방 지불 플랜 금액 (5.5절)

5.1절 플랜 보험료

Humana Dual Select H5619-165 (HMO D-SNP)에 대한 별도의 월별 플랜 보험료를 납부하지 않으셔도 됩니다.

5.2절 월간 Medicare 파트 B 보험료

많은 회원들은 다른 Medicare 보험료를 납부해야 합니다

일부 회원은 다른 Medicare 보험료를 납부해야 합니다. 위의 2절에서 설명한 바와 같이 당사 플랜에 가입하려면 Apple Health(Medicaid) 자격을 유지하고 Medicare 파트 A와 Medicare 파트 B를 모두 보유해야 합니다. Medicare 파트 B. 대부분의 Humana Dual Select H5619-165 (HMO D-SNP) 회원의 경우, Apple Health (Medicaid)가 귀하의 파트 A 보험료(자동으로 자격을 갖추지 못하는 경우)와 파트 B 보험료를 납부합니다.

Apple Health(Medicaid)가 귀하의 Medicare 보험료를 대신 납부하지 않는 경우, 당사 플랜의 회원 자격을 유지하려면 귀하가 Medicare 보험료를 계속 납부해야 합니다. 여기에는 파트 B 보험료가 포함됩니다. 또한 무료 파트 A 자격이 없는 경우 파트 A 보험료도 납부하셔야 할 수 있습니다.

5.3절 파트 D 지연 가입 가산금 (LEP)

이중 자격 대상자이므로 이중 자격 상태를 유지하는 한 LEP는 적용되지 않지만, 이중 자격 상태를 잃게 되면 LEP가 부과될 수 있습니다. 파트 D 지연 가입 가산금은 최초 가입 기간이 끝난 후 언제든지 파트 D 또는 기타 인정 가능한 처방약 보장이 연속 63일 이상 없었던 경우 파트 D 보장을 위해 추가로 납부해야 하는 보험료입니다. 신뢰할 수 있는 처방약 보장은 평균적으로 최소한 Medicare의 표준 처방약 보장만큼 지불할 것으로 예상되기 때문에 Medicare의 최소 표준을 충족하는 보장입니다. 지연 가입 가산금은 파트 D 또는 기타 인정 가능한 처방약 보장이 없었던 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.
- 파트 D 또는 기타 인정 가능한 보장 없이 지낸 기간이 연속 63일 미만인 경우.
- 다른 출처(예: 이전 고용주, 노동조합, TRICARE 또는 재향군인 건강관리국(VA))를 통해 인정 가능한 의약품 보장을 받은 경우. 가입자의 처방약 보장이 인정 가능한 보장에 해당하는지 여부는 보험사 또는 인사부에서 매년 안내합니다. 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 서신 또는 통지서에는 귀하가 Medicare의 표준 약품 플랜이 지급하는 금액만큼 지급될 것으로 예상되는 신뢰할 수 있는 처방약 보장을 보유하고 있었음이 명시되어 있어야 합니다.
  - **참고:** 처방약 할인 카드, 무료 클리닉, 약품 할인 웹사이트는 인정 가능한 처방 약 보장이 아닙니다.

Medicare는 파트 D 지연 가입 가산금의 금액을 결정합니다.
작동 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.
- 그런 다음 Medicare는 전년도 Medicare 약품 플랜의 국내 월평균 플랜 보험료(국내 기반 수혜자 보험료)를 산출합니다. 2027년의 경우, 이 평균 보험료 금액은 **$41.33**입니다.
- 월별 벌금을 계산하기 위해 Medicare는 미보장 개월 수(벌금 비율)에 전국 기준 수혜자 보험료의 1%를 곱한 후 그 금액을 가장 가까운 10센트 단위로 반올림합니다. 예를 들어, 파트 D 또는 기타 인정 보장 없이 14

개월이 경과한 경우, 벌금은 14%에 **$41.33**를 곱한 값으로 **$5.79이** 됩니다. 이를 반올림하면 **$5.80이** 됩니다. 이 금액은 파트 D 늦은 가입 벌금이 있는 가입자의 **월별 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.**
- Medicare Part D 처방약 혜택이 포함된 플랜에 가입되어 있는 한, 플랜을 변경하더라도 일반적으로 매월 가산금을 계속 납부하셔야 합니다.
- 귀하가 65세 미만이며 Medicare에 가입되어 있는 경우, 파트 D 지연 가입 가산금은 65세가 되면 초기화됩니다. 65세 이후에는 파트 D 지연 가입 가산금이 Medicare 고령 가입을 위한 최초 가입 기간 이후 보장이 없는 기간(개월 수)만을 기준으로 산정됩니다.

파트 D 늦은 가입 벌금에 동의하지 않는 경우, 귀하 또는 귀하의 대리인은 벌금에 대한 재심사(이의 신청)를 요청할 수 있습니다. 재심사는 당사와 관련이 없는 독립적인 심사 기관에서 수행합니다. 일반적으로 지연 가입 가산금의 부과를 알리는 최초의 서신 수령일로부터 **60일 이내에** 이 검토를 요청해야 합니다. 그러나 플랜 가입 전에 가산금을 지불하고 있었다면 해당 지연 가입 가산금의 검토를 요청할 수 있는 기회가 없을 수도 있습니다.

중요: 지연 가입 가산금 결정에 대한 재심사를 기다리는 동안 파트 D 지연 가입 가산금 납부를 중단하지 마십시오. 중단할 경우 당사 플랜 보험료 미납을 이유로 탈퇴 처리될 수 있습니다.

5.4절 소득 관련 월별 조정 금액

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 전 IRS 세금 신고서에 보고된 수정 조정 총소득을 기준으로 계산됩니다. 이 금액이 특정 금액을 초과하는 경우 일반 보험료 금액 및 추가 IRMAA를 지불합니다. 귀하의 소득에 따라 추가로 납부해야 할 금액에 대한 자세한 정보는 Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs를 방문하십시오.

추가 IRMAA를 지불해야 하는 경우, Medicare 플랜이 아닌 사회 보장국에서 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 보장국, 철도 퇴직 위원회 또는 인사관리국 연금에서 추가 금액을 공제하게 됩니다. 추가 금액을 충당할 수 있을 만큼 연금이 충분하지 않으면 Medicare에서 청구서를 받을 수 있습니다. **귀하는 추가 IRMAA를 정부에 납부해야 합니다. 월별 플랜 보험료로 납부할 수 없습니다. 추가 IRMAA를 지불하지 않을 경우 당사 플랜에서 탈퇴 처리되고 처방약 보장 자격을 상실하게 됩니다.**

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

5.5절 Medicare 처방약 결제 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 받으신 처방전에 대해 납부해야 할 금액에 이전 달의 잔액을 더한 후, 연중 남은 개월 수로 나눈 금액을 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.

6절 월별 플랜 보험료에 대한 추가 정보

6.1절 귀하의 월별 플랜 보험료는 연중 변경되지 않습니다

저희는 연중에 월별 플랜 보험료를 청구하기 시작할 수 없습니다. 내년도 월 플랜 보험료가 변경되는 경우, 저희는 9월에 귀하에게 알려드리며, 새로운 보험료는 1월 1일부터 적용됩니다.

그러나 경우에 따라 기존에 납부하고 있는 가입 지연 가산금이 있다면 납부를 중단할 수 있거나, 가입 지연 가산금을 새로 납부해야 할 수도 있습니다.

- 추가 지원(Extra Help) 자격을 상실한 경우, 플랜에서 탈퇴한 후 파트 D 또는 기타 인정 가능한 약물 보장 없이 연속 63일 이상 지내게 되면 파트 D 지연 가입 가산금이 부과될 수 있습니다.

2장, 7절에서 부가 지원에 대한 자세한 내용을 확인하십시오.

7절 플랜 회원 기록을 최신 상태로 유지하십시오

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 보장되는지 그리고 가입자의 비용 분담금 금액을 알게 됩니다**. 이러한 이유로, 귀하의 정보를 최신 상태로 유지할 수 있도록 도와주시는 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 청구와 같은 손해 배상 청구
- 요양원에 입원하는 경우
- 서비스 지역 외에서 진료를 받거나 네트워크 외 병원 또는 응급실에서 진료를 받는 경우
- 지정된 책임 담당자(예: 간병인)가 변경되는 경우
- 임상 연구에 참여하는 경우 (**참고:** 참여하고자 하는 임상 연구에 대해 플랜에 알릴 의무는 없지만, 알려 주실 것을 권장합니다.)

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

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

8절 기타 보험이 당사 플랜과 함께 작동하는 방식

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 **보장 조정이라고** 합니다.

연 1회 당사는 당사가 파악한 다른 의료 서비스 또는 약품 보장의 목록이 기재된 서신을 가입자에게 보냅니다. 이 정보를 주의 깊게 읽어 주십시오. 내용이 맞다면, 아무 조치도 취하실 필요가 없습니다. 정보가 올바르지 않거나 목록에 없는 다른 보장에 가입되어 있는 경우 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 고객 지원에 전화하십시오. 청구서가 정확하고 제때 처리될 수 있도록, 다른 보험사에 당사 플랜 회원 ID 번호를 제공해야 할 수도 있습니다 (해당 보험사의 신원을 확인한 후).

다른 보험(예: 고용주 단체 건강 보험)이 있는 경우, Medicare 규정에 따라 당사 플랜과 귀하의 다른 보험 중 어느 쪽이 먼저 지급하는지가 결정됩니다. 먼저 지급하는 보험("일차 지급자")은 보장 한도까지 지급합니다. 두 번째로 비용을 부담하는 보험(“이차 지급자”)은 일차 보장에서 보장되지 않은 비용이 남아 있는 경우에만 비용을 지급합니다. 이차 지급자는 보장되지 않은 비용 전액을 지급하지 않을 수도 있습니다. 다른 보험이 있는 경우 의사, 병원 및 약국에 알려 주십시오.

이 규칙은 고용주 또는 노동조합 그룹 건강 플랜 보장에 보장됩니다.

- 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.
  - 귀하가 65세 미만이고 장애가 있으며 귀하(또는 가족)가 여전히 재직 중인 경우, 고용주의 직원 수가 100명 이상이거나 복수 고용주 플랜에 참여하는 고용주 중 한 명 이상이 직원 수가 100명을 초과하면 단체 건강보험이 먼저 지급됩니다.
  - 귀하가 65세 이상이고 귀하(또는 배우자 또는 동거 파트너)가 아직 재직 중인 경우, 고용주의 직원 수가 20명 이상이거나 복수 고용주 플랜에 참여한 고용주 중 한 명 이상이 20명을 초과하는 직원을 보유하고 있다면, 단체 건강 플랜이 먼저 지급합니다.
- 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)
- 책임 보험(자동차 보험 포함)
- 흑폐병 급여
- 산재 보상

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

제2장:
전화번호 및 참고 자료

1절 Humana Dual Select H5619-165 (HMO D-SNP) 연락처

청구, 고지서 발부 또는 가입자 카드 관련 도움이 필요하신 경우 Humana Dual Select H5619-165(HMO D-SNP) 고객 지원에 전화하거나 우편으로 문의하십시오. 기꺼이 도와드리겠습니다.

고객 지원 – 연락처 정보	
전화	800-457-4708 통화료는 무료입니다. 연중무휴 오전 8시부터 오후 8시까지 전화 연락할 수 있습니다. 다만, 4월 1일부터 9월 30일까지의 주말 및 공휴일에는 자동 전화 응답 시스템이 귀하의 전화를 받을 수 있음을 유의하시기 바랍니다. 고객 서비스 800-457-4708 (TTY 사용자는 711로 전화)은 비영어권 사용자를 위한 무료 언어 통역 서비스도 제공합니다.
TTY	711 이 번호는 특수 전화 장비가 필요하며 청각 또는 언어 장애가 있는 분들만 이용할 수 있습니다. 통화료는 무료입니다. 운영 시간은 위와 동일합니다.
팩스	877-889-9934
우편	Humana P.O. Box 14168 Lexington, KY 40512-4168
웹사이트	**Humana.com/customer-support** 라이브 채팅은 **Humana.com**을 통해 이용 가능하며, 월요일부터 금요일까지 동부 표준시 오전 8시~오후 8시에 운영됩니다.

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.

의료 서비스에 대한 보장 결정 – 연락처 정보	
전화	800-457-4708 통화료는 무료입니다. 연중무휴 오전 8시부터 오후 8시까지 전화 연락할 수 있습니다. 다만, 4월 1일부터 9월 30일까지의 주말 및 공휴일에는 자동 전화 응답 시스템이 귀하의 전화를 받을 수 있음을 유의하시기 바랍니다. 신속(신속 처리) 보장 결정을 위해서는 866-737-5113으로 전화하십시오.

TTY	711 이 번호는 특수 전화 장비가 필요하며 청각 또는 언어 장애가 있는 분들만 이용할 수 있습니다. 통화료는 무료입니다. 운영 시간은 위와 동일합니다.
팩스	888-889-9934 신속 보장 결정 전용
우편	Humana P.O. Box 14168 Lexington, KY 40512-4168
웹사이트	**Humana.com/medicare-support/member-guidelines/exceptions-and-appeals** 라이브 채팅은 **Humana.com**을 통해 이용 가능하며, 월요일부터 금요일까지 동부 표준시 오전 8시~오후 8시에 운영됩니다.

파트 D 약물에 대한 보장 결정 – 연락처 정보	
전화	800-555-2546 통화료는 무료입니다. 연중무휴 오전 8시부터 오후 8시까지 전화 연락할 수 있습니다. 다만, 4월 1일부터 9월 30일까지의 주말 및 공휴일에는 자동 전화 응답 시스템이 귀하의 전화를 받을 수 있음을 유의하시기 바랍니다.
TTY	711 이 번호는 특수 전화 장비가 필요하며 청각 또는 언어 장애가 있는 분들만 이용할 수 있습니다. 통화료는 무료입니다. 운영 시간은 위와 동일합니다.
팩스	877-889-9934
우편	Humana Clinical Pharmacy Review Attn: Medicare Part D Coverage Determinations P.O. Box 14601 Lexington, KY 40512
웹사이트	**Humana.com/member/member-rights/pharmacy-authorizations** 라이브 채팅은 **Humana.com**을 통해 이용 가능하며, 월요일부터 금요일까지 동부 표준시 오전 8시~오후 8시에 운영됩니다.

의료 서비스 또는 파트 D 약품에 대한 이의 신청 – 연락처 정보	
전화	800-457-4708 통화료는 무료입니다. 연중무휴 오전 8시부터 오후 8시까지 전화 연락할 수 있습니다. 긴급 의료 이의 제기는 800-867-6601로 전화해 주십시오. 신속 처리 파트 D 처방약 이의 신청은 800-451-4651으로 전화해 주십시오.
TTY	711 이 번호는 특수 전화 장비가 필요하며 청각 또는 언어 장애가 있는 분들만 이용할 수 있습니다. 통화료는 무료입니다. 운영 시간은 위와 동일합니다.
팩스	877-889-9934
우편	Humana Grievances and Appeals Dept. P.O. Box 14165 Lexington, KY 40512-4165

웹사이트	**Humana.com/denial** 라이브 채팅은 **Humana.com**을 통해 이용 가능하며, 월요일부터 금요일까지 동부 표준시 오전 8시~오후 8시에 운영됩니다.

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.

의료 서비스 또는 파트 D 약에 대한 진정 – 연락처 정보	
전화	800-457-4708 통화료는 무료입니다. 연중무휴 오전 8시부터 오후 8시까지 전화 연락할 수 있습니다. 긴급 고충 처리가 필요하시면 800-867-6601로 전화해 주십시오.
TTY	711 이 번호는 특수 전화 장비가 필요하며 청각 또는 언어 장애가 있는 분들만 이용할 수 있습니다. 통화료는 무료입니다. 운영 시간은 위와 동일합니다.
팩스	877-889-9934
우편	Humana Grievances and Appeals Dept. P.O. Box 14165 Lexington, KY 40512-4165
Medicare 웹사이트	Humana Dual Select H5619-165 (HMO D-SNP)에 대한 불만 사항을 Medicare에 직접 제출하려면 Medicare.gov/my/medicare-complaint(으)로 이동하십시오.

받으신 의료 서비스 또는 약품 비용에 대한 당사 부담금 지급 요청 방법

청구서를 받으셨거나 당사가 부담해야 한다고 생각하시는 서비스(예: 의료 제공자 청구서)에 대해 비용을 지불하신 경우, 환급을 요청하거나 의료 제공자 청구서 납부를 요청하셔야 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 9장을 참조하십시오.

지불 요청 – 연락처 정보	
전화	800-457-4708 통화료는 무료입니다. 연중무휴 오전 8시부터 오후 8시까지 전화 연락할 수 있습니다. 다만, 4월 1일부터 9월 30일까지의 주말 및 공휴일에는 자동 전화 응답 시스템이 귀하의 전화를 받을 수 있음을 유의하시기 바랍니다.
TTY	711 이 번호는 특수 전화 장비가 필요하며 청각 또는 언어 장애가 있는 분들만 이용할 수 있습니다. 통화료는 무료입니다. 운영 시간은 위와 동일합니다.
우편	Humana P.O. Box 14168 Lexington, KY 40512-4168

웹사이트	**Humana.com** 라이브 채팅은 **Humana.com**을 통해 이용 가능하며, 월요일부터 금요일까지 동부 표준시 오전 8시~오후 8시에 운영됩니다.

2절 Medicare의 도움 받기

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	
전화	1-800-MEDICARE, (1-800-633-4227) 통화료는 무료입니다. 하루 24시간 연중무휴 문의하실 수 있습니다.
TTY	1-877-486-2048 이 번호는 특수 전화 장비가 필요하며 청각 또는 언어 장애가 있는 분들만 이용할 수 있습니다. 통화료는 무료입니다.
실시간 채팅	Medicare.gov/talk-to-someone에서 실시간 채팅을 이용하십시오.
우편	Write to Medicare at PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
웹사이트	Medicare.gov • 귀하의 지역에 있는 Medicare 건강 및 약물 플랜에 대한 정보(비용 및 제공 서비스 포함)를 확인하십시오. • Medicare에 참여하는 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자 및 공급업체를 찾으십시오. • Medicare가 보장하는 항목(예방 서비스(검진, 주사 또는 백신, 연간 "건강" 방문 등) 포함)을 확인하십시오. • Medicare 이의 신청 정보 및 양식을 받으십시오. • 플랜, 요양원, 병원, 의사, 가정 건강 기관, 투석 시설, 호스피스 센터, 입원 재활 시설 및 장기 요양 병원에서 제공하는 의료 서비스의 질에 관한 정보를 확인하십시오. • 유용한 웹사이트 및 전화번호를 조회하십시오. 또한 Medicare.gov을 방문하여 귀하가 가진 불만 사항을 Medicare에 알리실 수도 있습니다 Humana Dual Select H5619-165(HMO D-SNP) **Medicare에 불만 사항을 제출하시려면** Medicare.gov/my/medicare-complaint(으)로 이동하십시오. Medicare는 제기된 진정을 신중하게 검토하며 Medicare 프로그램의 품질을 개선하기 위해 이 정보를 사용합니다.

3절 주 건강 보험 지원 프로그램 (SHIP)

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.

주 건강 보험 지원 프로그램 상담사는 귀하의 Medicare 권리를 이해하고, 의료 서비스 또는 치료에 대한 불만을 제기하며, Medicare 청구서 관련 문제를 해결하는 데 도움을 드릴 수 있습니다. 주 건강 보험 지원 프로그램 상담사는 Medicare 관련 질문이나 문제를 도와드리고, Medicare 플랜 선택 사항을 이해하도록 돕고, 플랜 전환에 관한 질문에 답변해 드릴 수 있습니다.

4절 품질 개선 기관 (QIO)

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.

다음 상황 중 어느 경우에든 품질 개선 기관 (QIO)에 연락하십시오:

- 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 보장국

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

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

사회 보장국 – 연락처 정보	
전화	1-800-772-1213 통화료는 무료입니다. 월요일부터 금요일까지 오전 8시부터 오후 7시까지 이용 가능합니다. 사회 보장국의 자동 전화 서비스를 통해 기록된 정보를 얻을 수 있으며, 일부 업무의 경우 24시간 지원해 드립니다.
TTY	1-800-325-0778 이 번호는 특수 전화 장비가 필요하며 청각 또는 언어 장애가 있는 분들만 이용할 수 있습니다. 통화료는 무료입니다. 월요일부터 금요일까지 오전 8시부터 오후 7시까지 이용 가능합니다.
웹사이트	SSA.gov

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.

또한, Medicaid를 통해 제공되는 프로그램이 있으며, 이 프로그램은 Medicare 가입자가 Medicare 보험료와 같은 Medicare 비용을 납부하는 데 도움을 줍니다. 이러한 "Medicare 절약 프로그램"은 제한된 소득과 자원을 가진 분들의 매년 의료 비용 부담을 덜어드리기 위해 마련되었습니다.

- **저소득 Medicare 수혜자 지정 (SLMB):** 파트 B 보험료 납부를 지원합니다.
- **적격 개인 (QI):** 파트 B 보험료 납부를 지원합니다.

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 지원 사무소(OBHA)는 Medicaid에 등록된 사람들이 서비스 또는 청구 문제를 해결하는 데 도움을 줍니다. 본 플랜에 대해 고충이나 이의 제기를 도울 수 있습니다.

	행동 건강 옹호 사무소(OBHA) - 연락처 정보
전화	800-366-3103 또는 360-292-5038
팩스	206-785-1693
우편	Office of Behavioral health Advocacy (OBHA) 3009 Pacific Ave SE, Ste 201-7 Olympia, WA 98501 이메일: Info@obhadvocacy.org
웹사이트	https://www.obhadvocacy.org

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

워싱턴주 장기 요양 옴부즈맨 프로그램 - 연락처 정보	
전화	800-562-6028
TTY	TTY: 711 이 번호는 특수 전화 장비가 필요하며 청각 또는 언어 장애가 있는 분들만 이용할 수 있습니다.
팩스	253-815-8173
우편	Washington State Long-Term Care Ombudsman Program 1200 S 336th St. Federal Way, WA 98093 이메일: ltcop@mschelps.org
웹사이트	https://www.waombudsman.org/

7절 처방약 비용 지원 프로그램

Medicare 웹사이트(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

귀하는 Medicaid 수혜 자격이 있으므로, 처방약 플랜 비용을 지원하는 Medicare의 추가 지원(Extra Help)을 받을 자격이 되며 현재 그 혜택을 받고 계십니다. 이 추가 지원을 받기 위해 추가로 하실 일은 없습니다.

추가 지원에 관한 질문이 있으시면 다음으로 연락하십시오:

- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227). TTY 사용자는 1-877-486-2048 로 전화하시기 바랍니다.
- 사회보장국(Social Security Office)에 1-800-772-1213번으로 전화하시되, 월요일부터 금요일까지 오전 8시부터 오후 7시 사이에 연락하십시오. TTY 사용자는 1-800-325-0778을 이용해 주십시오.
- Apple Health(Medicaid). 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 보장국의 서신. 이 서신은 중요 정보, 지급 결정 통지서, 변경 통지서 또는 조치 통지서라고 불릴 수 있습니다.
- 귀하가 보충적 소득 보장(Supplemental Security Income)을 수령하고 있음을 증명하는 사회 보장국 서신. 이 경우 부가 지원도 받을 수 있습니다.

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

- 추가 지원(Extra Help) 자격을 충족하는 귀하의 유효한 Medicaid 자격 상태가 기재된 주정부 문서 사본 또는 주정부 출력본. 서류에 표시된 유효 일자는 전년도 7월 또는 그 이후여야 합니다. 표시된 활성화 날짜는 작년 7월 이후의 월에 해당해야 합니다.

의료 시설 입원에 대한 Medicaid 지불 증명

의료 시설에서의 입원 기간은 최소 한 달 이상이어야 하며, 지난해 7월 또는 그 이후의 달이어야 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. 다음 주소로 서류를 우편으로 보내십시오:

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 분담 관련 도움을 받을 수 있습니다.

참고: 귀하의 주에서 ADAP 자격을 갖추려면 주 거주 증명 및 HIV 상태, 저소득(주에서 정의한 바에 따름), 무보험/불충분 보험 상태를 포함한 특정 기준을 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 처방약 결제 플랜

Medicare 처방전 지불 플랜은 현재 약품 보장과 함께 작동하여 **달력 연도(1월~12월)**에 걸쳐 당사 플랜의 보장 약품에 대한 본인부담금을 나누어 결제할 수 있도록 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 결제 옵션은 지출 관리에 도움이 될 수 있지만, 비용을 절약하거나 약물 비용을 낮추는 것은 아닙니다. 귀하가 Medicare 처방약 납부 플랜에 참여 중이며 동일한 파트 D 플랜을 유지하는 경우, 귀하의 참여는 2027년에 자동으로 갱신됩니다. 참여를 계속하기 위해 새로운 선택 요청을 제출할 필요가 없습니다 (2027년 참여 관련).** 지원을 받을 수 있는 경우 Medicare의 부가 지원과 ADAP의 도움은 Medicare 처방전 지불 플랜에 참여하는 것보다 더 유리합니다. 이 지불 옵션에 대한 자세한 내용은 고객 지원에 800-457-4708(TTY 사용자는 711로 문의)로 문의하시거나 Medicare.gov를 방문하십시오.

Medicare 처방전 지불 플랜 – 연락처 정보	
전화	800-457-4708 통화료는 무료입니다. 연중무휴 오전 8시부터 오후 8시까지 전화 연락할 수 있습니다. 다만, 4월 1일부터 9월 30일까지의 주말 및 공휴일에는 자동 전화 응답 시스템이 귀하의 전화를 받을 수 있음을 유의하시기 바랍니다. 고객 서비스 800-457-4708 (TTY 사용자는 711로 전화)에서는 영어를 사용하지 않는 분들을 위한 무료 언어 통역 서비스도 제공합니다.
TTY	711 이 번호는 특수 전화 장비가 필요하며 청각 또는 언어 장애가 있는 분들만 이용할 수 있습니다. 통화료는 무료입니다. 운영 시간은 위와 동일합니다.
우편	Humana P.O. Box 14168 Lexington, KY 40512-4168
웹사이트	이 납부 옵션에 대해 자세히 알아보려면 **Humana.com/RxCostHelp**을 방문하시거나 Medicare.gov을 방문하십시오.

8절 철도 퇴직 위원회(RRB)

철도 퇴직 위원회는 미국 철도 근로자와 그 가족을 위한 종합 복지 프로그램을 관리하는 독립적인 연방 기관입니다. 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 정보	
전화	1-877-772-5772 통화료는 무료입니다. 월요일, 화요일, 목요일, 금요일은 오전 9시부터 오후 3시 30분까지, 수요일은 오전 9시부터 오후 12시까지 "0"을 누르시면 RRB 담당자와 통화하실 수 있습니다. "1"을 누르면 24시간(주말 및 공휴일 포함) 내내 자동 RRB HelpLine에 액세스하여 녹음 안내를 받을 수 있습니다.

TTY	1-312-751-4701 이 번호는 특수 전화 장비가 필요하며 청각 또는 언어 장애가 있는 분들만 이용할 수 있습니다. 이 번호로 거는 전화는 무료가 아닙니다.
웹사이트	https://RRB.gov

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. 귀하(또는 귀하의 배우자나 동거 파트너)의 직장 또는 퇴직자 건강 급여, 보험료, 또는 가입 기간에 대해 문의하실 수 있습니다. (고객 서비스 전화번호는 뒤표지 안쪽에 인쇄되어 있습니다.) 이 플랜에 따른 귀하의 Medicare 보장에 관한 문의 사항이 있으시면 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하실 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.

제3장:
의료 서비스를 위한 플랜 이용

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. "제공자(providers)"라는 용어에는 병원 및 기타 의료 시설도 포함됩니다.
- **네트워크 제공자**는 저희의 지급액과 귀하의 본인부담금을 전액 지불로 수락하는 계약을 저희와 체결한 의사 및 기타 의료 전문가, 의료 그룹, 병원, 기타 의료 시설입니다. 당사는 이러한 제공자들이 당사의 플랜에 따라 가입자에게 보장 서비스를 제공하도록 준비했습니다. 네트워크 제공자는 가입자에게 제공한 서비스 비용을 당사에 직접 청구합니다. 가입자는 네트워크 제공자를 만날 때 비용을 지불하지 않거나 보장 서비스에 대한 분담 비용만 지불하게 됩니다.

  Apple Health(Medicaid)를 통해 비용 분담 보호를 받는 경우, Medicaid의 Medicare 비용 분담 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 치료에 대한 보장 서비스는 제4장의 의료 혜택 차트에 나열되어 있습니다. 처방약에 대한 보장 서비스는 제5장에서 설명합니다.

1.2절 당사 플랜에서 보장하는 의료 서비스에 대한 기본 규정

Medicare 건강 플랜으로서 Humana Dual Select H5619-165(HMO D-SNP)는 오리지널 Medicare에서 보장하는 모든 서비스를 보장해야 하며 4장 의료 혜택 차트의 오리지널 Medicare에 따라 보장되는 서비스 외에 다른 서비스를 제공할 수도 있습니다.

Humana Dual Select H5619-165 (HMO D-SNP)는 일반적으로 다음 조건이 충족될 경우 귀하의 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).

- 귀하의 네트워크 PCP는 전문의, 병원, 전문 요양 시설, 또는 가정 건강 관리 기관 등 플랜 네트워크 내 다른 의료 제공자로부터 귀하가 받는 진료를 조정합니다. 단, 네트워크 내 제공자로부터 보장 서비스를 받는 경우에는 의뢰서가 필요하지 않습니다. 이에 대한 자세한 내용은 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. 다음과 같은 3가지 예외가 있습니다:

  - 당사 플랜은 응급 치료 공급자 또는 네트워크 외 공급자로부터 받는 긴급 서비스를 보장합니다. 자세한 내용 그리고 응급 상황 또는 긴급하게 필요한 서비스가 무엇인지 확인하려면 3절을 참조하십시오.

  - Medicare가 저희 플랜이 보장하도록 요구하는 의료 서비스가 필요하지만, 해당 진료를 제공하는 전문의가 저희 네트워크 내에 없는 경우, 네트워크 외 의료 제공자로부터 귀하가 통상적으로 부담하시는 네트워크 내의 본인부담금으로 해당 진료를 받으실 수 있습니다. 네트워크 외 제공자에게서 진료를 받기 전에 플랜의 승인을 받아야 합니다. 이 경우 당사는 네트워크 제공자의 진료를 받는 것과 동일한 이러한 서비스를 보장하게 됩니다. 네트워크 외 의사의 진료 승인에 대한 자세한 내용은 2.4절을 참조하십시오.

  - 저희 플랜의 서비스 지역 밖에 일시적으로 체류 중이거나 해당 서비스를 제공하는 의료 제공자가 일시적으로 이용 불가능하거나 접근하기 어려운 경우, Medicare 인증 투석 시설에서 받는 신장 투석 서비스를 플랜이 보장합니다. 투석을 위해 당사 플랜에 지불하는 비용 분담은 오리지널 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 PCP는 귀하를 위해 무엇을 합니까?

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

PCP를 두는 것은 전반적인 건강 관리에 있어 중요한 단계입니다. 귀하의 병력을 가장 잘 알고 있는 의사로서, PCP는 귀하가 가능한 한 건강을 유지할 수 있도록 일상적인 건강 관리와 지속적인 예방 치료를 제공할 수 있습니다. PCP는 가입자가 전문의로부터 진료를 받거나 다음과 같은 기타 서비스를 받아야 할 경우 다른 네트워크 제공자와 확인하여 모든 진료를 조정할 수 있습니다.

- 전문의 진료
- 후속 진료

- 입원
- 검사실 검사
- 물리 치료
- 엑스레이

귀하의 플랜은 PCP를 두도록 요구하지만, 다른 네트워크 의사를 만나거나 제3장에 나열된 보장 서비스를 받기 위해 PCP로부터 의뢰를 받을 필요는 없습니다. 경우에 따라 PCP가 사전 승인(사전 승인)을 요청해야 할 수도 있습니다. 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.

PCP 선택 방법
등록 시, 귀하 지역의 많은 PCP 목록이 포함된 제공자 명부를 받으셨습니다. 찾거나 선택하는 데 도움이 필요하시면 Customer Care에 전화하시거나, **Humana.com/FindCare**에서 언제든지 최신 목록을 온라인으로 확인하실 수 있습니다.

귀하에게 잘 맞는 PCP를 선택하려면, 일반적으로 진료 예약을 잡는 데 얼마나 걸리는지 물어보고 진료 시간이 귀하에게 편리한지 확인하기 위해 전화해 보십시오. 이용하고 싶은 특정 네트워크 병원이 있는 경우, PCP가 이용할 수 있는지 확인해야 합니다.

귀하와 동일한 문화적, 민족적 또는 인종적 배경을 가진 PCP를 원하신다면, 고객 서비스에 전화하여 네트워크 내에 해당하는 의료 제공자가 있는지 문의하십시오.

PCP 변경 방법
언제든지 어떠한 이유로도 PCP를 변경할 수 있습니다. 또한 담당 PCP가 플랜의 제공자 네트워크를 떠나서 새로운 PCP를 찾아야 할 수도 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), 팹 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 예로는 예기치 않은 질병 및 부상, 또는 기존 질환의 예상치 못한 악화가 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.
- 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 제4장 의료 혜택 표에 별표(*)로 표시되어 있습니다.
- 플랜에서 보장하는 보충 혜택. 이러한 서비스는 제4장 의료 혜택 표에 별표(*)로 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. 전문의에는 여러 종류가 있습니다. 예를 들어:

- 종양 전문의는 암 환자를 치료합니다
- 심장 전문의는 심장 질환 환자를 치료합니다
- 정형외과 전문의는 특정 뼈, 관절 또는 근육 질환 환자를 치료합니다

의뢰

보장되는 네트워크 내 서비스를 받기 위해 의뢰서를 받을 필요는 없지만,

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 네트워크는 연중 변경될 수 있지만, Medicare는 귀하가 자격을 갖춘 의사 및 전문의에게 지속적으로 접근할 수 있도록 요구합니다.
- 귀하가 새로운 의료 제공자를 선택할 시간이 있도록, 귀하의 의료 제공자가 당사 플랜을 떠난다는 사실을 사전에 알려드립니다.
  - 귀하의 일차 진료 또는 행동 건강 제공자가 당사 플랜을 떠나는 경우, 귀하가 지난 3년 이내에 해당 제공자를 방문한 적이 있다면 귀하에게 통지해 드립니다.
  - 귀하의 다른 의료 제공자가 당사 플랜을 떠나는 경우, 귀하가 해당 제공자에게 배정되어 있거나, 현재 그들로부터 진료를 받고 있거나, 또는 지난 3개월 이내에 방문한 적이 있는 경우 귀하에게 통보해 드립니다.
- 당사는 지속 치료를 위해 자격을 갖춘 새로운 네트워크 네트워크 내 제공자를 선택할 수 있도록 도와 드립니다.
- 현재 담당 의료 제공자로부터 치료 또는 요법을 받고 있는 경우, 귀하께서는 의학적으로 필요한 치료 또는 요법을 계속 받을 수 있도록 요청할 권리가 있습니다. 당사는 가입자가 계속 진료를 받을 수 있도록 노력할 것입니다.
- 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 분담금으로 당사의 제공자 네트워크 외부에서 의학적으로 필요한 혜택을 받을 수 있도록 준비하겠습니다. 서비스가 보장되려면 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.

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: 귀하는 응급 또는 긴급 필요 서비스에 대해 네트워크 외 제공자로부터 서비스를 받을 권리가 있습니다. 또한, 플랜은 플랜 서비스 지역 밖으로 여행하여 계약된 말기 신장 질환(ESRD) 제공자에게 접근할 수 없는 말기 신장 질환(ESRD) 회원의 투석 서비스를 보장해야 합니다.

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

3.1절 의료적 응급 상황에서 진료 받기

의료 응급 상황이란 귀하 또는 건강 및 의학에 대한 평균적인 지식을 가진 다른 신중한 일반인이, 생명을 잃는 것(임신한 여성의 경우 태아의 생명), 사지를 잃거나 사지 기능을 잃는 것, 또는 신체 기능의 상실이나 심각한 손상을 방지하기 위해 즉각적인 의료 처치가 필요한 의료 증상이 있다고 판단하는 경우를 말합니다. 의료 증상은 질병, 부상, 심한 통증, 또는 빠르게 악화되고 있는 의료 상태일 수 있습니다.

응급 상황이 발생한 경우:

- **가능한 빨리 도움을 받으십시오.** 911에 전화하여 도움을 요청하거나 가장 가까운 응급실이나 병원으로 가십시오. 필요한 경우 구급차를 부르십시오. PCP로부터 사전 승인이나 의뢰를 받을 필요가 없습니다. 네트워크 의사를 이용할 필요는 없습니다. 미국 또는 미국 영토 어디에서나, 네트워크에 속하지 않더라도 적절한 주 면허를 가진 모든 제공자로부터 필요할 때 언제든지 보장되는 응급 의료 서비스를 받을 수 있습니다.

- **가능한 한 빨리 플랜에 귀하의 응급 상황을 알렸는지 확인하십시오.** 귀하의 응급 치료에 대한 후속 조치가 필요합니다. 보통 48시간 이내에 가입자나 다른 사람이 당사에 연락하여 가입자의 응급 치료 사실을 알려주어야 합니다. 뒷표지 안쪽에 인쇄된 전화번호로 고객 서비스에 전화하십시오.

의료 응급 상황 시 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.

귀하에게 응급 치료를 제공하는 의사들이 귀하의 상태가 안정되는 시점과 의료 응급 상황이 종료되는 시점을 결정합니다.

응급 상황이 끝난 후, 귀하의 상태가 계속 안정적인지 확인하기 위한 후속 치료를 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 합니까?

때로는 의료 응급 상황인지 파악하기 어려울 수 있습니다. 예를 들어, 건강이 심각한 위험에 처했다고 생각하여 응급 치료를 받으러 갔는데 의사가 결국 의료 응급 상황이 아니었다고 말할 수도 있습니다. 응급 상황이 아닌 것으로 밝혀지더라도, 귀하가 합리적으로 건강이 심각한 위험에 처했다고 판단했다면 해당 치료를 보장해 드립니다.

그러나 의사가 응급 상황이 아니었다고 판단한 후에는, 다음 2가지 방법 중 하나로 추가 치료를 받는 경우에만 추가 치료 비용을 보장해 드립니다:

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

3.2절 서비스가 긴급하게 필요한 경우 치료 받기

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 예로는 예기치 않은 질병 및 부상, 또는 기존 질환의 예상치 못한 악화가 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 합니까?

항상 네트워크 제공자로부터 긴급하게 필요한 서비스를 받으려 시도해야 합니다. 그러나 제공자가 일시적으로 이용 불가능하거나 접근할 수 없고 치료를 받기 위해 기다리는 것이 합리적이지 않은 경우, 네트워크 외 제공자로부터 받은 긴급 필요 서비스를 보장해 드립니다.

플랜의 제공자 명부에서 해당 지역의 어떤 긴급 치료 시설이 네트워크 내에 있는지 알아볼 수 있습니다. 이 정보는 **Humana.com/FindCare**에서 온라인으로도 확인하실 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 합니까?

가입자가 서비스 지역 밖에 있고 네트워크 제공자의 진료를 받을 수 없는 경우, 어느 제공자가 제공하든 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 영토 밖에서 응급 상황이 발생하거나 긴급한 치료가 필요한 경우;

- 귀하는 해당 서비스 비용을 선불로 지불하고 당사에 상환을 요청할 책임이 있습니다.
- 미국 및 그 영토 밖에서 받은 보장되는 네트워크 외 응급 및 긴급 치료 서비스에 대해 환급해 드립니다. 단, 환급률은 해당 서비스가 귀하가 거주하는 지역의 미국 내에서 제공되었을 경우 오리지널 Medicare가 지급했을 요율을 초과하지 않습니다.
- 당사가 귀하에게 지급하는 금액(있는 경우)은 해당 본인 부담금만큼 차감됩니다. 오리지널 Medicare가 상환하는 금액을 초과하지 않는 금액을 상환하고, 외국의 의료 제공자는 오리지널 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. 귀하는 환급을 위해 Humana에 지불 증빙을 제출해야 합니다. 자세한 내용은 4장(의료 혜택 차트(보장 내용과 지불 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 나라에서 미국으로의 귀환 교통편은 보장되지 않습니다. 사전에 일정이 정해지고 계획된 치료(지속적인 상태에 대한 치료 포함) 및/또는 선택적 시술은 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**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 합니까?

보장 서비스에 대해 당사 플랜의 본인 부담금보다 더 많이 납부하셨거나, 보장 의료 서비스의 전체 비용에 대한 청구서를 받으신 경우, 보장 서비스 비용 중 당사 부담 금액의 지급을 요청하실 수 있습니다. 해야 할 사항에 대한 정보는 7장을 참조하십시오.

4.1절 당사 플랜이 서비스를 보장하지 않는 경우

Humana Dual Select H5619-165 (HMO D-SNP)는 4장의 의료 혜택 차트에 나열된 모든 의학적으로 필요한 서비스를 보장합니다. 플랜에서 보장하지 않는 서비스를 받거나, 응급 또는 긴급 서비스가 아닌데도 네트워크 외 사전 승인 없이 서비스를 받은 경우, 귀하는 서비스 전액 비용을 지불할 책임이 있습니다.

혜택에 제한이 있는 보장 서비스의 경우, 가입자는 보장 서비스 유형에 따른 혜택을 사용한 후에 제공된 서비스 비용 또한 전부 지불하게 됩니다. 혜택 한도에 도달한 이후의 비용 부담은 본인부담금 최대 한도액에 산입되지 않습니다. 급여 한도를 얼마나 사용하셨는지 알고 싶으실 때 고객 서비스 센터에 전화하실 수 있습니다.

5절 임상 연구의 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. 특정 임상 연구는 Medicare의 승인을 받습니다. 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 오리지널 Medicare가 부담합니다. 가입자가 당사에 자격을 갖춘 임상 연구에 참여 중인 것을 알리는 경우 가입자는 해당 연구의 서비스에 대한 네트워크 내 비용 분담만 부담하게 됩니다. 예를 들어, 오리지널 Medicare 비용 분담을 이미 지불한 경우, 당사는 귀하가 지불한 금액과 네트워크 내 비용 분담의 차액을 상환합니다. 귀하가 지불한 금액을 저희에게 입증하기 위한 서류를 제출하셔야 합니다.

Medicare 승인 임상 연구에 참여하려는 경우, 당사에게 이를 알리거나 당사나 담당 PCP의 승인을 받지 않아도 됩니다. 임상 연구의 일환으로 귀하의 치료를 제공하는 의료 제공자는 당사 플랜의 네트워크에 속할 필요가 없습니다. (이는 특정 증거 개발 적용 급여(NCDs-CED) 및 임상시험용 의료기기 면제(IDE) 연구를 포함하여, 급여를 평가하기 위해 임상시험 또는 등록이 필요한 보장 급여에는 적용되지 않습니다. 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, 오리지널 Medicare는 연구의 일환으로 다음과 같은 일상적인 용품 및 서비스를 지원합니다.

- 연구에 참여하지 않더라도 Medicare에서 지불하는 병원 입원 시 병실료 및 식대
- 연구의 일부인 경우의 수술 또는 기타 의료 시술.

- 새로운 치료의 부작용 및 합병증 치료.

Medicare가 이러한 서비스 비용의 일부를 부담하면 오리지널 Medicare의 비용 분담과 플랜 가입자의 네트워크 내 비용 분담의 차액을 플랜에서 지불합니다. 즉 가입자가 임상 연구의 일환으로 서비스를 받는 경우, 당사 플랜을 통해 서비스를 받는 경우와 동일한 금액을 지불하게 됩니다. 그러나 귀하가 지불한 본인부담금 금액을 보여주는 서류를 제출하셔야 합니다. 지불 요청 제출에 대한 자세한 내용은 7장을 참조하십시오.

임상 시험에서의 비용 분담 예시: 연구의 일환으로 $100의 비용이 드는 검사실 검사가 있다고 가정해 보겠습니다. 검사 비용 중 오리지널 Medicare에서 가입자 분담금은 $20, 당사 플랜 적용 시 $10입니다. 이러한 경우 오리지널 Medicare가 검사 비용 중 $80를 지불하고 오리지널 Medicare 규정에 따라 가입자가 공동 부담금 $20를 지불합니다. 가입자는 적격 임상 시험 서비스를 받았다는 사실을 당사 플랜에 알리고 제공자 청구서와 같은 증빙 자료를 당사 플랜에 제출합니다. 그러면 저희 플랜이 귀하에게 $10을 직접 지불합니다. 이렇게 하면 검사에 대한 귀하의 실제 납부액 $10은 저희 플랜 혜택에 따라 납부하시는 금액과 동일하게 됩니다.

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

- 일반적으로, Medicare는 귀하가 연구에 참여하지 않더라도 Medicare가 해당 항목이나 서비스를 보장하지 않는 한, 연구에서 검증 중인 새로운 항목이나 서비스에 대해 비용을 지불하지 않습니다.
- 귀하의 직접적인 의료에는 사용되지 않고 데이터 수집을 위해서만 제공되는 항목 또는 서비스. 예를 들어, 귀하의 의학적 상태가 일반적으로 CT 스캔 한 번만 필요한 경우, Medicare는 연구의 일환으로 매월 실시되는 CT 스캔 비용을 지불하지 않습니다.
- 임상시험 참여자에게 연구 후원자가 무료로 제공하는 항목 및 서비스.

임상 연구 참여 방법에 대한 자세한 정보 받기

임상 연구 참여에 대한 자세한 정보는 Medicare 간행물 Medicare and Clinical Research Studies에서 확인하십시오. 다음 사이트에서 열람 가능합니다: Medicare.gov/coverage/clinical-research-studies. 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하실 수도 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하시기 바랍니다.

6절 종교적인 비의료 건강 관리 기관에서 제공하는 서비스 관련 규정

6.1절 종교적 비의료 의료 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.
  - 귀하에게 입원 병원 진료 또는 전문 요양 시설 진료에 대한 급여 서비스를 받을 수 있는 의학적 상태가 있어야 합니다.
  - 그리고
  - 시설에 입원하기 전에 사전에 저희 플랜의 승인을 받아야 하며, 그렇지 않으면 입원 비용이 보장되지 않습니다.

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

7절 내구성 의료 장비 소유권 규정

7.1절 당사 플랜에 따라 일정 횟수 지불 후에 내구성 의료 장비를 소유하지 않습니다

내구성 의료 장비(DME)에는 산소 장비 및 소모품, 휠체어, 보행 보조기, 전동 매트리스 시스템, 목발, 당뇨병 용품, 음성 생성 장치, IV 주입 펌프, 분무기, 그리고 의료 제공자가 회원이 가정에서 사용하도록 처방한 병원용 침대 등의 품목이 포함됩니다. 회원은 의족·의수와 같은 일부 DME 품목은 항상 소유하게 됩니다. 다른 유형의 DME는 가입자가 대여해야 합니다.

오리지널 Medicare에서는 특정 유형의 DME를 대여한 사람이 13개월 동안 해당 용품에 대한 공동 부담금을 지불한 후 장비를 소유하게 됩니다. **Humana Dual Select H5619-165 (HMO D-SNP)의 회원으로서, 귀하는 일반적으로 저희 플랜의 회원으로 계시는 동안 해당 항목에 대해 얼마나 많은 공동 부담금을 납부하셨는지와 관계없이 임대한 DME 항목의 소유권을 취득하실 수 없습니다.** 귀하가 당사 플랜에 가입하기 전에 오리지널 Medicare에 따라 DME 품목에 대해 최대 12회의 연속 납부를 하셨더라도 소유권을 취득하실 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.

오리지널 Medicare로 전환할 경우, 내구성 의료 장비에 대한 비용 지불은 어떻게 합니까?

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

예시 1: 귀하가 오리지널 Medicare에서 해당 품목에 대해 12회 이하의 연속 납부를 하신 후 당사 플랜에 가입하셨습니다. 오리지널 Medicare에서 지불한 금액은 계산에 포함되지 않습니다. 용품을 소유하려면 플랜에 13개월 동안 지불해야 합니다.

예시 2: 귀하는 오리지널 Medicare의 항목에 대해 12회 이하의 연속 납부를 완료한 후 당사 플랜에 가입하셨습니다. 당사 플랜 가입 기간 중에 용품의 소유권을 가져오지 못했습니다. 그런 다음 귀하는 오리지널 Medicare로 돌아갑니다. 오리지널 Medicare에 다시 가입하고 나서 해당 용품을 소유하려면 13개월 연속으로 비용을 새로 지불해야 합니다. (당사 플랜 또는 오리지널 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 Dual Select H5619-165(HMO D-SNP)는 다음의 사항을 보장합니다.

- 산소 호흡 장비 대여
- 산소 및 산소 내용물 배달
- 산소 및 산소 내용물 전달을 위한 튜브 및 관련 산소 액세서리
- 산소 호흡 장비 유지관리 및 보수

가입자가 Humana Dual Select H5619-165(HMO D-SNP)를 탈퇴하거나 의학적으로 산소 호흡 장비가 필요하지 않게 된 경우, 산소 호흡 장비를 소유자에게 반환해야 합니다.

플랜을 탈퇴하고 오리지널 Medicare로 돌아가면 어떻게 됩니까?

오리지널 Medicare는 산소 공급업체가 5년간 서비스를 제공할 것을 요구합니다. 첫 36개월 동안은 장비를 임대합니다. 남은 24개월 동안 제공자가 장비 및 유지관리 서비스를 제공합니다(산소에 대한 비용 분담은 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 급여 차트
(보장 항목 및 본인 부담금)

1절 보장 서비스에 대한 본인 부담금 이해

의료 혜택 차트에는 귀하의 보장 서비스가 나열되어 있으며, Humana Dual Select H5619-165 (HMO D-SNP) 회원으로서 각 보장 서비스에 대해 귀하가 납부하는 금액이 표시되어 있습니다. 이 섹션에서는 보장되지 않는 의료 서비스에 대한 정보도 제공합니다. 다양한 플랜 및 혜택 제외 사항과 제한 사항에 대해서는 4절, "당사 플랜에서 보장하지 않는 서비스"를 참조하십시오.

1.1절 보장 서비스에 대해 납부할 수 있는 본인 부담금

Apple Health (Medicaid)로부터 Medicare 본인 부담금 지원을 받고 계신 경우, 귀하의 진료를 받기 위한 저희 플랜의 규칙을 따르는 한 보장 서비스에 대해 아무것도 납부하지 않으셔도 됩니다. 귀하의 진료를 받기 위한 저희 플랜의 규칙에 대한 자세한 내용은 3장을 참조하십시오. 또한, Humana Dual Select H5619-165 (HMO D-SNP) 의료 제공자는 공제금, 공동 보험 및 본인부담금을 포함하여 Medicare 파트 A 및 파트 B에서 보장되는 서비스 및 항목에 대해 회원에게 청구하거나 비용을 수납할 수 없습니다. 이는 Medicaid 지급액이 0이거나 의료 제공자가 Medicaid에 청구하지 않기로 선택한 경우에도 동일하게 적용됩니다. 제공자가 지불을 요청할 경우 이는 법에 위배됩니다. 그러나 가입자가 소액의 Medicaid 공동 부담금에 대해 책임을 질 수는 있습니다.

가입자가 Medicare 파트 A 및 파트 B 보장 서비스에 대한 공제금, 공동 보험비용 또는 공동 부담금에 대해 제공자에게 지불하도록 요청을 받거나 청구된 경우 가입자는 비용 분담 보호를 받으며 청구할 수 없다고 제공자에게 말하십시오. 이미 납부하셨다면, 귀하는 환불받을 권리가 있습니다. 제공자가 청구를 중지하지 않을 경우 고객 지원으로 문의하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227, TTY 1-877-486-2048)로 전화하여 Medicare에 문의할 수 있습니다. 고객 지원 또는 Medicare는 제공자에게 청구 중지 및 지불 금액 환불을 요청할 수 있습니다.

Apple Health(Medicaid)로부터 Medicare 비용 분담금 지원을 받지 않는 가입자는 의료 혜택 차트에 나와 있는 공동 부담금/공동 보험비용에 대한 책임이 있습니다.

귀하의 제공자는 공제금, 공동 보험비용 또는 공동 부담금에 적용되는 금액에 대한 추가적인 2차 지불을 고려하기 위해 Apple Health(Medicaid)에 제출할 수 있습니다. 비용 분담 면제 대상자인 경우, 연방 규정에 따라 의료 제공자는 보장되는 Medicare 파트 A 및 파트 B 서비스에 대해 Humana Dual Select H5619-165 (HMO D-SNP)의 1차 지급액과 Apple Health(Medicaid)의 2차 지급액을 전액 지급으로 인정해야 합니다. 이는 Medicaid 지급액이 0원이거나 의료 제공자가 Medicaid에 청구서를 제출하지 않기로 선택한 경우에도 동일하게 적용됩니다.

보장 서비스에 가입자가 지불하는 본인부담금의 유형은 다음을 포함합니다.

- **공동 부담금:** 특정 의료 서비스를 받을 때마다 귀하가 납부하는 고정 금액입니다. 귀하는 의료 서비스를 받는 시점에 공동 부담금을 지불합니다. (의료 혜택 도표에서 공동 부담금에 대한 자세한 내용을 확인할 수 있습니다.)

- **공동 보험:** 특정 의료 서비스의 총 비용 중 귀하가 지불하는 비율입니다. 귀하는 의료 서비스를 받는 시점에 공동 보험을 지불합니다. (의료 혜택 도표에서 귀하의 공동 보험에 대한 자세한 내용을 확인할 수 있습니다.)

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

참고: 당사 회원은 Apple Health (Medicaid)의 지원도 받으므로, 이 최대 본인부담금에 도달하는 회원은 거의 없습니다. Medicaid에 따른 Medicare 비용 분담 관련 도움을 받을 자격이 있는 경우, 귀하는 네트워크 내 제공자의 보장 파트 A 및 파트 B 서비스에 대한 최대 본인부담금을 본인부담금으로 지불할 필요가 없을 가능성이 높습니다.

Medicare Advantage 플랜은 Medicare 파트 A 및 파트 B에서 보장하는 의료 서비스에 대해 매년 귀하가 본인 부담으로 납부해야 하는 금액에 한도를 두고 있습니다. 이 한도를 의료 서비스에 대한 최대 본인부담금 (MOOP) 금액이라고 합니다. **2027년도 금액은 $9,850 (네트워크 내)입니다.**

보장 서비스에 대하여 가입자가 지불하는 공동 부담금 및 공동 보험비용을 이 최대 본인부담금에 포함합니다. 가입자가 파트 D 약품에 지불하는 금액은 최대 본인부담금에 포함되지 않습니다. 또한 가입자가 지불하는 일부 서비스 금액도 최대 본인부담금에 포함되지 않습니다. 이러한 서비스는 의료 혜택 차트에서 별표로 표시됩니다. 최대 본인부담금 금액인 **$9,850**에 도달하면 해당 연도의 나머지 기간 동안 보장된 파트 A 및 파트 B 서비스에 대한 본인부담금을 납부하지 않아도 됩니다. 그러나 Medicare 파트 B 보험료를 (Apple Health(Medicaid) 또는 다른 제3자가 대신 지급하지 않는 한) Medicare 파트 B 보험료는 계속 지불해야 합니다.

1.3절 의료 제공자는 차액 청구를 할 수 없습니다

당사의 플랜이 보장하는 서비스를 받을 때 가입자는 비용 분담만 지불하면 되기 때문에 Humana Dual Select H5619-165(HMO D-SNP) 가입자는 중요한 보호 조항의 적용을 받습니다. 의료 제공자는 **초과 청구**라고 불리는 추가적인 별도 요금을 귀하에게 청구할 수 없습니다. 이 보호 조치는 당사가 제공자가 특정 서비스에 대해 청구하는 금액보다 적게 지불하는 경우와, 분쟁이 있어 당사가 특정 제공자 청구액을 지불하지 않는 경우에도 적용됩니다.

차액 청구 보호가 적용되는 방식은 다음과 같습니다:

- 귀하의 본인부담금이 공동 부담금(예를 들어 $15.00와 같이 정해진 금액)인 경우, 네트워크 제공자로부터 받는 모든 급여 서비스에 대해 해당 금액만 납부하시면 됩니다.
- 귀하의 비용 부담이 공동 보험 (총 비용의 비율)인 경우, 해당 비율을 초과하여 지불하는 경우는 없습니다. 그러나 귀하가 지불할 비용은 의료 서비스를 제공하는 제공자 유형에 따라 달라집니다.
  - 네트워크 제공자로부터 급여 서비스를 받는 경우, 귀하는 공동 보험 비율에 저희 플랜의 상환율을 곱한 금액을 부담합니다(이는 제공자와 저희 플랜 간의 계약에서 정해집니다).
  - 귀하가 Medicare에 참여하는 네트워크 외 제공자로부터 급여 서비스를 받는 경우, 귀하는 공동 보험 비율에 참여 제공자에 대한 Medicare 지급률을 곱한 금액을 부담합니다. (당사 플랜은 네트워크 외 의료 제공자의 서비스를 의뢰를 받은 경우, 응급 상황 또는 긴급 서비스가 필요한 경우 등 특정 상황에서만 보장합니다.)

  - Medicare에 참여하지 않는 네트워크 외 의료 제공자로부터 보장되는 서비스를 받는 경우, Medicare 비참여 의료 제공자에 대한 Medicare 지급 요율에 공동 보험 비율을 곱한 금액을 본인이 부담합니다. (당사 플랜은 네트워크 외 의료 제공자의 서비스를 의뢰를 받은 경우, 또는 서비스 지역 외부에서의 응급 상황이나 긴급 서비스가 필요한 경우 등 특정 상황에서만 보장합니다.)

- 제공자가 차액 청구를 했다고 생각되는 경우, 800-457-4708 (TTY 사용자는 711)으로 고객 서비스 센터에 전화하십시오.

Apple Health(Medicaid)에서 보호되는 비용 분담인 경우, 당사는 네트워크 내 제공자가 귀하에게 보장 서비스 비용을 청구하도록 허용하지 않습니다. 당사는 서비스 네트워크 내 제공자에게 직접 지불하므로 귀하는 비용을 지불하지 않아도 됩니다. 이는 당사가 제공자에게 서비스에 대해 제공자가 청구하는 금액보다 적게 지불하는 경우에도 마찬가지입니다. 귀하가 지불할 필요가 없다고 판단되는 청구서를 의료 제공자로부터 받은 경우, 800-457-4708 (TTY 사용자는 711)으로 고객 서비스 센터에 문의하십시오.

2절 가입자의 의료 혜택 및 비용을 보여주는 의료 혜택 차트

다음 페이지의 의료 혜택 차트는 Humana Dual Select H5619-165 (HMO D-SNP)가 보장하는 서비스와 각 서비스에 대해 본인이 부담하는 자기부담금을 나열합니다 (파트 D 약물 보장은 5장에 있습니다). 의료 혜택 차트에 나열된 서비스는 다음 요건을 충족하는 경우에만 보장됩니다:

- 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.

- 의료 혜택 차트에 나열된 서비스 중 일부는 의사 또는 다른 네트워크 제공자가 사전에 당사로부터 승인을 받은 경우에만 보장됩니다(사전 승인이라고도 합니다). 사전 승인이 필요한 보장 서비스는 의료 혜택 차트에 각주로 표시되어 있습니다. 의료 혜택 차트에는 사전 승인이 필요한 모든 서비스가 나열되어 있지는 않습니다.

  > 사전 승인 목록은 여기에서 확인할 수 있습니다: **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 보장에 대해 알아야 할 기타 중요한 사항:

- Medicare와 Medicaid의 보장을 모두 받습니다. Medicare는 건강 보험 및 처방약을 보장합니다. Medicaid는 Apple Health (Medicaid)의 지원 수준에 따라 플랜 의료 공제금 및 비용 분담, 그리고 Medicare 파트 A 및 파트 B 보험료를 포함한 Medicare 서비스에 대한 귀하의 비용 분담을 보장할 수 있습니다. Apple Health (Medicaid)는 Medicare가 보장하지 않는 서비스도 보장할 수 있습니다.

- 모든 Medicare 건강 플랜과 마찬가지로, 당사는 오리지널 Medicare가 보장하는 모든 것을 보장합니다. (오리지널 Medicare의 보장 범위 및 비용에 대해 자세히 알아보려면 Medicare & You 2027 안내서를 참조하십시오. Medicare.gov에서 사본을 받거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하여 요청하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 이용).

- 오리지널 Medicare에서 무료로 보장하는 예방 서비스는 당사 플랜에서도 무료로 보장합니다. 단, 예방 서비스를 받는 방문 중에 기존 질환에 대한 치료 또는 모니터링도 함께 받은 경우, 기존 질환에 대해 받은 치료에는 플랜 비용 분담금이 적용됩니다.

- 2027년 중에 Medicare가 새로운 서비스에 대한 보장을 추가하는 경우, Medicare 또는 당사 플랜이 해당 서비스를 보장합니다.

- Apple Health (Medicaid) 자격을 상실하였으나 6개월 이내에 자격을 회복할 것으로 예상되는 경우, Medicare Advantage 플랜에서 보장하는 모든 Medicare 급여를 계속하여 제공합니다. 그러나 이 기간 동안 부가 지원 수준에 따라 가입자에게 파트 D 보험료 및 파트 D 비용 분담이 적용될 수 있습니다. 또한, Apple Health(Medicaid) 자격의 수준에 따라 가입자는 Medicare 파트 A 및/또는 파트 B 보험료에 대한 책임을 질 수 있습니다. 이 기간 동안 Medicare 기본 및 보충 혜택에 대한 플랜 비용 분담은 변경되지 않습니다. 귀하의 서비스 비용은 Humana Dual Select H5619-165(HMO D-SNP)에서 먼저 지불한 후 Apple Health (Medicaid)에서 지불합니다.

균일성 유연성 자격을 갖춘 분들을 위한 중요한 혜택 정보

아래에 명시된 건강 상태 중 하나 이상으로 진단을 받으신 경우, 하나 이상의 균일성 유연성 보충 혜택을 받을 자격이 있을 수 있습니다.

- 심부전 (박출률 감소 심부전(HFrEF) 및 적격 추가 조건이 있는 비HFrEF 포함)
- 관상동맥 질환 (CAD)
- 고혈압
- 만성 신장 질환 (CKD)
- 만성 호흡기 질환
- 울혈성 심부전 (CHF)

해당 기준을 충족하시는 경우, 다음과 같은 균일성 유연성 혜택을 받을 자격이 있을 수 있습니다:

- 가상 심장 회복 프로그램 – 최근 심부전 관련 입원 경험이 있는 회원을 위한 혜택
  - **플랜 보장에 관한 기타 중요 사항:** 귀하의 본인부담금이 공동 보험 비율로 적용되는 급여의 경우, 귀하께서 지불하시는 금액은 서비스를 제공하는 공급자의 유형에 따라 달라집니다. 네트워크 제공자로부터 보장 서비스를 받는 경우, 플랜의 상환율을 기준으로 비용을 지불합니다. Medicare에 참여하는 네트워크 외 제공자로부터 보장 서비스를 받는 경우, 참여 제공자에 대한 Medicare 지불율을 기준으로 비용을 지불합니다. Medicare에 참여하지 않는 네트워크 외 제공자로부터 보장 서비스를 받는 경우, 비참여 제공자에 대한 Medicare 지불율을 기준으로 비용을 지불합니다. 모든 Medicare 건강 플랜과 마찬가지로,

저희는 오리지널 Medicare가 보장하는 모든 것을 보장합니다. 이러한 혜택 중 일부의 경우, 오리지널 Medicare에서보다 더 많은 비용을 지불할 수 있습니다. 다른 혜택의 경우, 더 적은 비용을 지불할 수 있습니다. 오리지널 Medicare에서 무료로 보장하는 예방 서비스는 당사 플랜에서도 무료로 보장합니다. 단, 동일한 방문 중에 기존 질환에 대한 치료 또는 모니터링을 받는 경우, 비용 분담이 적용될 수 있습니다. 플랜 연도 중에 Medicare가 특정 서비스에 대한 보장을 추가하는 경우, Medicare 또는 저희 플랜이 해당 서비스를 보장합니다.

아래에 명시된 만성 질환 중 하나로 진단을 받으신 경우, 균일성 유연성 비응급 의료 교통 혜택을 받을 자격이 있습니다.

- 암
- 만성 신장 질환 (CKD)
- 말기 신장 질환 (ESRD)

자세한 내용은 아래 의료 혜택 차트의 균일성 유연성 비응급 의료 교통 행을 참조하십시오.

보장 범위, 제한 사항 및 비용 분담에 대한 자세한 정보는 의료 혜택 차트의 해당 혜택 행을 참조하십시오.

Medicaid에 의거하여 Medicare 비용 분담 관련 도움을 받을 자격을 갖춘 경우, 가입자가 위에서 설명한 보장 요구 조건을 충족하는 한 의료 혜택 차트에 나열된 서비스에 대해 아무 것도 지불하지 않습니다.

만성 질환이 있는 가입자를 위한 중요한 혜택 정보

- 아래 식별된 만성질환 중 어떤 것이라도 진단받고 특정 기준을 충족하는 경우, 가입자는 만성질환 환자 특별 보충 혜택을 적용 받을 수 있습니다.
  - 이 플랜은 만성 질환자를 위한 특별 보충 급여(SSBCI)인 Humana Healthy Options Allowance®와 Humana Cell Phone Benefit을 제공합니다.
- SSBCI 자격을 갖추려면, 다음 요건을 **모두** 충족해야 합니다:
  - 아래에 나열된 적격 만성 질환 중 하나 이상으로 진단을 받아야 합니다.
  - 입원 또는 기타 중대한 건강 악화 결과의 위험이 높아야 합니다.
  - 집중적인 치료 조정이 필요해야 합니다.
- Humana Cell Phone Benefit 및 Humana Healthy Options Allowance®에 해당하는 적격 만성 질환:
  - 자가면역 질환
  - 암
  - 심혈관 질환
  - 만성 알코올 사용 및 기타 물질 사용 장애
  - 만성 및 장애를 유발하는 정신 건강 상태
  - 만성 위장 질환
  - 만성 심부전
  - 만성 고지혈증
  - 만성 고혈압
  - 만성 신장 질환
  - 만성 폐 질환
  - 인지 장애와 관련된 상태
  - 기능적 어려움이 있는 상태

- 치매
- 당뇨병
- HIV/AIDS
- 신경계 장애
- 장기 이식 후
- 중증 혈액 장애
- 뇌졸중

- Humana는 다음 방법 중 하나 이상을 통해 귀하가 적격 만성 질환을 보유하고 있는지 여부를 판단할 수 있습니다:

  - **의료 청구:** Humana에는 하나 이상의 적격 만성 질환에 대한 진단을 포함하는 의료 청구가 파일에 있습니다. 의료 청구서의 서비스 날짜는 1/1/2022 이후여야 합니다.

  또는

  - **건강 위험 평가(HRA):** 건강 위험 평가(HRA)에서 적격 만성 질환(Eligible Chronic Conditions) 중 하나 이상으로 진단받은 것으로 표시된 경우. HRA는 1/1/2022 이후에 완료되어야 합니다. HRA는 MyHumana 계정을 설정하고 로그인하여 찾을 수 있습니다.

- Humana가 위의 방법 중 하나를 통해 귀하가 만성 질환 요건을 충족함을 확인하면, Humana는 귀하의 회원 파일을 검토하여 나머지 자격 요건을 충족하는지 여부를 판단합니다.

- 이 검토를 통해 귀하가 Humana Healthy Options Allowance® 및 Humana Cell Phone Benefit을 통한 추가 혜택을 받을 자격이 있는지 여부를 결정합니다.

- 추가 정보 및 지원이 필요하시면 고객 서비스 센터에 문의하시기 바랍니다.

- 자세한 내용은 아래 의료 혜택 차트에서 만성 질환자를 위한 특별 보충 혜택 열을 확인하시기 바랍니다.

* 이 지출 수당과 *Humana* 휴대폰 혜택은 집중적인 치료 조정이 필요하고 입원 또는 기타 부정적인 건강 결과의 위험이 높은 특정 만성 질환을 가진 회원을 위한 특별 보충 혜택입니다. 적격 조건에는 당뇨병, 심혈관계 질환, 만성 및 장애 수준의 정신 건강 질환, 만성 폐 질환 또는 만성 심부전 등이 포함될 수 있습니다. 일부 플랜은 최소 두 가지 이상의 질환을 요구합니다. 이 프로그램을 임대료 또는 공과금에 사용하는 경우, 주택도시개발부 *(HUD)*의 지원을 받기 위해서는 이를 소득으로 신고해야 합니다. 문의 사항이 있으시면 지역 HUD 사무소에 문의하십시오.

이 사과 표시는 의료 혜택 차트의 예방 서비스를 표시합니다.

*** 이 별표는 의료 혜택 차트에서 보충 혜택을 나타냅니다.**

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 수준 결정을 위해 귀하의 Medicaid 기관에 문의하십시오.

의료 혜택 차트

보장 서비스	귀하가 지불하는 금액
참고: 여러 관련 서비스를 받을 경우 각 서비스에 대해 금액을 부담하실 수 있습니다.	
복부 대동맥류 검진 위험에 처한 사람들을 위한 일회성 선별 초음파 검사. 당사 플랜은 귀하가 특정 위험 요인을 보유하고 있으며 담당 의사, 의사 보조원 (PA), 전문 간호사 (NP), 또는 임상 간호 전문가 (CNS)로부터 진료 의뢰를 받은 경우에만 이 검진을 보장합니다.	**네트워크 내:** 이 예방 선별검사 대상자는 공동 보험비용, 공동 부담금, 공제금이 없습니다.
만성 요통에 대한 침술 보장 서비스는 다음을 포함합니다: 다음과 같은 경우, 연간 최대 20회의 방문을 보장합니다. 이 급여의 목적상, 만성 요통은 다음과 같이 정의됩니다: • 12주 이상 지속되는 경우 • 비특이적, 즉 확인 가능한 전신적 원인이 없음 (예: 전이성, 염증성, 감염성 질환 등과 관련되지 않음) • 수술과 관련되지 않음 • 임신과 관련되지 않음 귀하의 플랜은 침술 시술 면허가 있는 제공자 또는 오리지널 Medicare 제공자 요건을 충족하는 제공자가 제공하는 서비스를 허용합니다. 당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하시면 사전 승인의 적용을 받을 수 있는 항목 및 서비스 목록으로 이동합니다: **Humana.com/PAL**.	**네트워크 내:** 공동 부담금 **$0** – 전문의 진료실
*** 일반 서비스에 대한 침술** 침술은 통증 완화 또는 치료 목적으로 신체의 여러 부위에 침을 삽입하고 조작하는 의학적으로 필요한 치료입니다. 연간 최대 6회 방문이 보장됩니다. 당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하시면 사전 승인의 적용을 받을 수 있는 항목 및 서비스 목록으로 이동합니다: **Humana.com/PAL**.	**네트워크 내:** 일반 침술 공동 부담금 **$0** – 전문의 진료실
알레르기 주사 및 혈청 의학적으로 필요한 경우 알레르기 주사 및 혈청에 대한 보장을 받으실 수 있습니다.	**네트워크 내:** 알레르기 주사 및 혈청 공동 부담금 **$0** – 주치의 진료실 – 전문의 진료실
구급차 서비스 응급 상황과 비응급 상황 모두에서 보장되는 구급차 서비스에는 고정익 항공기, 회전익 항공기 및 지상 구급차 서비스가 포함됩니다. 이러한 서비스는 다른 교통수단을 이용할 경우 환자의 건강이 위험해질 수 있는 상태에 있거나 당사 플랜의 승인을 받은 회원에게 제공되며, 적절한 치료를 받을 수 있는 가장 가까운 의료기관까지 이송합니다. 보장되는 구급차 서비스가 응급 상황이 아닌 경우, 회원의 상태가 다른 교통 수단을 이용하면 건강에 위험을 초래할 수 있으며 구급차를 통한 이송이 의학적으로 필요하다는 것이 문	**네트워크 내:** 응급 구급차 이동 횟수에 관계없이 서비스 날짜당 공동 부담금 **$325** – 지상 구급차 공동 보험 **20%** 운행 횟수에 관계없이

보장 서비스	귀하가 지불하는 금액
서화되어야 합니다. 귀하는 전 세계 응급 구급차 이송에 대한 보장을 받습니다. 미국 및 그 영토 이외의 지역에서 응급 상황이 발생한 경우, 가입자는 이러한 서비스에 대한 비용을 일단 지불해야 합니다. 귀하는 환급을 위해 Humana에 지불 증빙을 제출해야 합니다. 자세한 내용은 7장을 참조하십시오. 당사가 모든 본인부담금을 변제하지는 않을 수도 있습니다. 이는 당사의 계약 요율이 미국 및 그 영토 이외의 지역에 있는 제공자 요율보다 낮을 수 있기 때문입니다. 귀하는 당사의 계약 요율을 초과하는 비용 및 해당 회원 비용 부담금에 대해 책임이 있습니다. 당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하시면 사전 승인의 적용을 받을 수 있는 항목 및 서비스 목록으로 이동합니다: **Humana.com/PAL**.	- 항공 구급차 비응급 구급차 이동 횟수에 관계없이 서비스 날짜당 공동 부담금 **$325** - 지상 구급차 공동 보험 **20%** 운행 횟수에 관계없이 - 항공 구급차 **네트워크 외:** 전 세계 보장 이동 횟수에 관계없이 서비스 날짜당 공동 부담금 **$325** - 응급 구급차
연례 건강검진 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. **참고:** 첫 번째 연례 건강 검진은 Medicare 가입 환영 예방 방문일로부터 12개월 이내에는 받으실 수 없습니다. 단, 파트 B 가입 기간이 12개월을 경과한 후에는 Medicare 가입 환영 진료를 받지 않아도 연례 건강검진을 보장합니다.	**네트워크 내:** 연간 건강 검진에 대한 공동 보험, 공동 부담금, 또는 공제금은 없습니다.
골량 측정 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.	**네트워크 내:** Medicare 보장 골량 측정 시 공동 보험비용, 공동 부담금, 공제금이 없습니다.
유방암 검진 (유방 촬영술) 보장 서비스는 다음을 포함합니다: • 35세에서 39세 사이에 기본 유방 촬영 검사 1회 • 40세 이상 여성을 위한 12개월마다 한 번의 선별 유방 촬영 검사 • 임상 유방 검진 24개월마다 1회	**네트워크 내:** 보장 대상 선별 유방조영상 시행 시 공동 보험비용, 공동 부담금, 공제금이 없습니다.
심장 재활 서비스 의사의 지시에 따라 특정 조건을 충족하는 회원에게 운동, 교육 및 상담을 포함한 포괄적인 심장 재활 서비스 프로그램이 보장됩니다. 다음 중 하나 이상의 상태가 있는 경우 플랜에서 이러한 종합 프로그램을 보장합니다: • 지난 12개월 이내의 심장마비 • 관상동맥 우회술 • 안정형 협심증 (흉통) • 심장 판막 수리 또는 교체	**네트워크 내:** 공동 보험 **20%** - 전문의 진료실 - 외래 병원

보장 서비스	귀하가 지불하는 금액
• 관상동맥 성형술(막힌 동맥을 개통하는 의료 시술) 또는 관상동맥 스텐트 시술(동맥을 개통된 상태로 유지하기 위한 시술) • 심장 또는 심장-폐 이식 • 안정적인 만성 심부전 보장 제한: 귀하는 최대 36회의 심장 재활 세션을 받을 수 있습니다. 하루에 2회 세션(각 1시간)을 받을 수 있으며, 프로그램은 최대 36주까지 지속될 수 있습니다. 자격이 된다면, 더 긴 기간에 걸쳐 분산될 수 있는 36회의 추가 세션을 받을 수 있습니다. 당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하시면 사전 승인의 적용을 받을 수 있는 항목 및 서비스 목록으로 이동합니다: **Humana.com/PAL**.	
심혈관 질환 위험 감소 방문 (심혈관 질환 치료) 심혈관 질환 위험을 낮추기 위해 주치의와의 연간 1회 방문을 보장합니다. 이 방문 중에 의사는 아스피린 사용(적절한 경우), 혈압 측정, 건강한 식습관을 위한 조언을 제공할 수 있습니다.	**네트워크 내:** 집중적 행동 치료 심혈관 질환 예방 급여에 대한 공동 보험, 공동 부담금, 또는 공제금은 없습니다.
심혈관 질환 검사 심혈관 질환(또는 심혈관 질환의 위험 증가와 관련된 이상)의 발견을 위한 혈액 검사는 5년(60개월)마다 한 번씩 보장됩니다.	**네트워크 내:** 5년마다 한 번 보장되는 심혈관 질환 검사에 대한 공동 보험, 공동 부담금, 또는 공제금은 없습니다.
자궁경부암 및 질암 검진 보장 서비스는 다음을 포함합니다: • 모든 여성을 대상으로 24개월마다 한 번씩 자궁경부 세포 검사 및 골반 검사 • 자궁경부암 또는 질암의 고위험군이거나 가임 연령이면서 지난 3년 이내에 비정상적인 자궁경부 세포 검사 결과를 받은 경우 12개월마다 한 번씩 자궁경부 세포 검사	**네트워크 내:** 예방 차원에서 실시하는 Medicare 보장 팹 테스트 및 골반 진찰 시 공동 보험비용, 공동 부담금, 공제금이 없습니다.
카이로프랙틱 서비스 보장 서비스는 다음을 포함합니다: • 척추 아탈구(척추 뼈 중 하나 이상이 제자리에서 벗어난 경우)를 교정하기 위한 척추의 수동 조작만 보장합니다 • 카이로프랙터가 수행하는 기타 서비스는 보장되지 않습니다 당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하시면 사전 승인의 적용을 받을 수 있는 항목 및 서비스 목록으로 이동합니다: **Humana.com/PAL**.	**네트워크 내:** Medicare 보장 카이로프랙틱 서비스 공동 부담금 **$15** – 전문의 진료실
대장암 검진 다음 선별 검사가 보장됩니다:	**네트워크 내:** 공동 보험, 공동 부담금, 또는 공제금이 없습니다. Medicare 급여 대장암 검진 검사.

보장 서비스	귀하가 지불하는 금액
• 대장 내시경 검사는 최소 또는 최대 연령 제한이 없으며, 고위험군이 아닌 환자의 경우 120개월(10년)마다 한 번, 또는 대장직장암 고위험군이 아닌 환자의 경우 이전 유연성 S상 결장경 검사 후 48개월마다 한 번, 고위험군 환자의 경우 이전 선별 대장 내시경 검사 후 24개월마다 한 번 보장됩니다. • 대장직장암 고위험군이 아닌 45세 이상 환자를 대상으로 하는 전산화 단층촬영 대장조영술은 마지막 선별 전산화 단층촬영 대장조영술이 시행된 달 이후 최소 59개월이 경과하거나, 마지막 선별 유연성 S상 결장경 검사 또는 선별 대장 내시경 검사가 시행된 달 이후 47개월이 경과한 경우 보장됩니다. 대장암 고위험군 환자의 경우, 마지막 선별 전산화 단층촬영 대장조영술 또는 마지막 선별용 대장내시경 검사를 받은 달로부터 최소 23개월이 경과한 후에 시행되는 선별 전산화 단층촬영 대장조영술에 대해 보장이 적용됩니다. • 45세 이상 환자를 대상으로 하는 유연성 S상 결장경 검사. 환자가 선별 대장내시경 검사를 받은 후 고위험이 아닌 환자의 경우 120개월마다 1회. 고위험군 환자의 경우 마지막 유연성 S상 결장경 검사 또는 전산화 단층촬영 대장조영술 이후 48개월마다 한 번. • 45세 이상 환자를 대상으로 하는 선별 분변 잠혈 검사. 12개월마다 한 번. • 45세에서 85세 사이이며 고위험 기준을 충족하지 않는 환자를 대상으로 하는 다중 표적 대변 DNA 검사. 3년에 한 번. • 45세에서 85세 사이의 환자로 고위험 기준을 충족하지 않는 환자를 위한 혈액 기반 바이오마커 검사. 3년에 한 번. • 대장직장암 선별 검사에는 Medicare 보장 비침습적 대변 기반 대장직장암 선별 검사에서 양성 결과가 나온 후 실시하는 후속 선별 대장 내시경 검사가 포함됩니다. • 대장직장암 선별 검사에는 조직 또는 기타 물질의 제거를 수반하거나, 선별 검사와 관련하여 동일한 임상 진료에서 시행되는 계획된 선별 유연성 S상 결장경 검사 또는 선별 대장 내시경 검사가 포함됩니다.	
치과 서비스 일반적으로 예방 치과 서비스(치석 제거, 정기 치과 검진, 구강 엑스레이)는 오리지널 Medicare에서 보장하지 않습니다. 그러나, Medicare는 제한된 수의 상황에서 치과 서비스를 보장하며, 구체적으로 해당 서비스가 개인의 주요 의학적 상태의 특정 치료에 필수적인 부분인 경우에 한합니다. 예시로는 골절 또는 부상 후 턱 재건, 턱을 포함하는 암의 방사선 치료 준비를 위해 시행되는 발치, 또는 장기 이식 전 구강 검진 등이 있습니다. 또한, 저희는 예방 및 진단 서비스를 포함하는 **필수 보충 치과 혜택**을 보장합니다. 당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하시면 사전 승인의 적용을 받을 수 있는 항목 및 서비스 목록으로 이동합니다: **Humana.com/PAL**.	**네트워크 내:** Medicare 적용 치과 서비스 공동 부담금 **$30** – 전문의 진료실 **의무적 보충 치과 혜택** *귀하는 의무적 보충 치과 혜택에 대한 보장을 받고 있습니다. 자세한 내용은 이 차트 끝에 있는 **필수 보충 치과 급여** 설명을 참조하십시오.

보장 서비스	귀하가 지불하는 금액
우울증 검진 저희는 매년 우울증 선별검사 1회를 보장합니다. 이 검사는 후속 치료 및/또는 다른 의료 서비스로의 의뢰가 가능한 1차 진료 환경에서 시행해야 합니다.	**네트워크 내:** 연간 우울증 검사 방문에 대한 공동 보험, 공동 부담금, 또는 공제금은 없습니다.
당뇨병 선별검사 저희는 다음 위험 요인 중 하나라도 해당되는 경우 이 검진(공복 혈당 검사 포함)을 보장합니다: 고혈압, 비정상적인 콜레스테롤 및 중성지방 수치 이력(이상지질혈증), 비만, 또는 고혈당(포도당) 이력. 검사는 귀하가 과체중이거나 당뇨병 가족력이 있는 경우와 같은 다른 요건을 충족하는 경우에도 보장될 수 있습니다. 가입자는 가장 최근의 당뇨병 선별검사 날짜 이후 12개월마다 최대 2회의 당뇨병 선별검사를 받을 자격이 있습니다.	**네트워크 내:** Medicare가 적용되는 당뇨병 검사에 대한 공동 보험, 공동 부담금, 또는 공제금은 없습니다.
당뇨병 자가 관리 교육, 당뇨병 서비스 및 용품 당뇨병이 있는 모든 분(인슐린 사용자 및 비인슐린 사용자 모두)을 위한 것입니다. 보장 서비스는 다음을 포함합니다: • 혈당 모니터링 용품: 혈당 측정기, 혈당 검사 스트립, 채혈침 장치 및 채혈침, 검사 스트립과 측정기의 정확도 확인을 위한 혈당 조절 용액 – 보장되는 (우선) 혈당 측정기 및 검사 스트립 브랜드는 다음과 같습니다: Roche가 제조한 ACCU-CHEK® 또는 귀하의 약국 이름으로 포장될 수 있는 Trividia 제품. – Humana는 위의 우선 브랜드 목록에 명시된 모든 혈당 측정기 및 검사 스트립을 보장합니다. 일반적으로, 특정한 상황에 처한 가입자에게 대체 브랜드 제품을 사용할 의학적 필요성이 있다고 담당 의사가 말하지 않는 한, 대체 비우선 브랜드 제품은 보장되지 않습니다. 귀하가 새로운 Humana 가입자이시며, 우선 선호 브랜드 목록에 없는 혈당 측정기 및 검사 스트립을 사용하고 계신 경우, 플랜 가입 후 최초 90일 이내에 저희에게 연락하시어 비선호 브랜드의 임시 공급을 요청하실 수 있습니다. 이 기간 동안, 위에 나열된 선호 제품 브랜드 중 귀하에게 의학적으로 적합한 것이 있는지 결정하기 위해 담당 의사와 상담하셔야 합니다. 비선호 브랜드 제품은 보장 예외에 대한 승인된 사전 승인 없이는 최초 90일의 보장 기간 이후 보장되지 않습니다. • 우선 당뇨 용품 공급업체를 확인하시려면 제공자 명부의 내구성 의료 장비 섹션을 검토하시기 바랍니다. • 중증 당뇨성 족부 질환이 있는 당뇨병 환자의 경우, 연간 치료용 맞춤 신발 한 켤레(포함 해당 신발과 함께 제공되는 삽입물 포함) 및 추가 삽입물 2쌍, 또는 깊이 신발 한 켤레와 삽입물 3쌍(해당 신발과 함께 제공되는 비맞춤형 탈착식 삽입물 제외) 및 피팅 포함. • 특정 조건 하에서의 당뇨병 자가 관리 교육 • 연속 혈당 측정기의 경우, 내구성 의료 장비(DME) 및 관련 용품을 참조하십시오.	**네트워크 내:** <u>당뇨병 자가 관리 교육</u> 공동 부담금 **$0** – 주치의 진료실 – 전문의 진료실 – 외래 병원 <u>당뇨병 모니터링 용품</u> 공동 부담금 **$0** – 우선 당뇨 용품 공급업체 – 네트워크 소매 약국 공동 보험 **20%** – 당뇨 용품 공급업체 <u>당뇨병 신발 및 인솔</u> 공동 부담금 **$0** – 내구성 의료 장비 공급업체 – 보조기구 제공자

보장 서비스	귀하가 지불하는 금액
(예방 서비스)는 당뇨병 자가 관리 교육에만 적용됩니다. 당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하시면 사전 승인의 적용을 받을 수 있는 항목 및 서비스 목록으로 이동합니다: **Humana.com/PAL**.	
내구성 의료 장비(DME) 및 관련 용품 (내구성 의료 장비의 정의는 12장 및 3장을 참조하십시오.) 보장 항목에는 휠체어, 목발, 전동 매트리스 시스템, 당뇨 용품, 가정에서 사용하기 위해 의료 제공자가 처방한 병원용 침대, IV 주입 펌프, 음성 생성 장치, 산소 장비, 네뷸라이저, 연속 혈당 측정기**, 보행 보조기 등이 포함되나 이에 한정되지 않습니다. 오리지널 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 **Humana.com/findadoctor**에서 확인할 수 있습니다. 당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하시면 사전 승인의 적용을 받을 수 있는 항목 및 서비스 목록으로 이동합니다: **Humana.com/PAL**. **선호 연속 혈당 모니터(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.	**네트워크 내:** 내구성 의료 장비 공동 보험 **20%** – 내구성 의료 장비 공급업체 연속 혈당 모니터 공동 부담금 **$0** – 우선 약국 – 내구성 의료 장비 공급업체 – 약국
EKG 검사 Medicare 가입 환영 예방 방문의 의뢰서로 실시하는 선별 심전도 검사 (EKG)는 수혜자의 평생 동안 1회만 보장합니다.	**네트워크 내:** EKG 검사 방문에 대한 공동 보험, 공동 부담금, 또는 공제금은 없습니다.
응급 치료 응급 치료는 다음에 해당하는 서비스를 말합니다: • 응급 서비스를 제공할 자격을 갖춘 의료 제공자에 의해 제공됨 • 응급 의료 상태를 평가하거나 안정화하는 데 필요함 의료 응급 상황이란 귀하 또는 건강 및 의학에 대한 평균적인 지식을 가진 다른 신중한 일반인이, 생명을 잃는 것(임신한 여성의 경우 태아의 생명), 사지를 잃거나 사지 기능을 잃는 것, 또는 신체 기능의 상실이나 심각한 손상을 방지하기 위해 즉각적인 의료 처치가 필요한 의료 증상이 있다고 판단하는 경우를 말합니다. 의료 증상은 질병, 부상, 심한 통증, 또는 빠르게 악화되고 있는 의료 상태일 수 있습니다. 의학적으로 필요하고 네트워크 외에서 받은 응급 서비스 비용 분담은 이러한 서비스를 네트워크 내에서 받는 때와 동일합니다. 귀하는 전 세계적으로 응급 치료에 대한 보장을 받습니다. 미국 및 그 영토 이외의 지역에서 응급 상황이 발생한 경우, 가입자는 이러한 서비스에 대한 비용을 일단 지불해야 합니다. 귀하는 환급을 위해 Humana에 지불 증빙을 제출해야 합니다. 자세한 내용은 7장을 참조하십시오. 모든 자기 부담 비용이 환급되지 않을 수 있습니다. 이는 당사의 계약 요율이 미국 및 그 영토	**네트워크 내:** 응급 서비스 공동 부담금 **$115** – 응급실 **네트워크 외:** 전 세계 보장 공동 부담금 **$115** – 응급실 **네트워크 내:** 의료 제공자 및 전문 서비스 공동 부담금 **$0** – 응급실 동일한 질환으로 24시간 이내에 동일한 병원에 입원하는 경우 응

보장 서비스	귀하가 지불하는 금액
이외의 지역에 있는 제공자 요율보다 낮을 수 있기 때문입니다. 귀하는 당사의 계약 요율을 초과하는 비용 및 해당 회원 비용 부담금에 대해 책임이 있습니다.	급실 방문 본인 부담금을 지불하지 않습니다. 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 분담금입니다. 관찰 상태로 전환되는 경우, 귀하의 응급 치료 공동 부담금은 면제되며 귀하는 관찰 또는 입원 공동 부담금을 지불하게 됩니다. 자세한 내용은 이 차트의 **외래 병원 관찰** 또는 **입원 병원 진료** 섹션을 참조하십시오.
청력 서비스 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. 또한, 저희는 정기 청력 검사 및 보청기 보장을 포함하는 **의무적 보충 청력 혜택**을 보장합니다. 당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하시면 사전 승인의 적용을 받을 수 있는 항목 및 서비스 목록으로 이동합니다: **Humana.com/PAL**.	**네트워크 내:** Medicare 보장 청력 서비스 공동 부담금 **$30** – 전문의 진료실 **의무적 보충 청각 혜택** *귀하는 의무 보충 청각 혜택의 적용을 받습니다. **의무 보충**을 참조하십시오 자세한 내용은 이 표 끝에 있는 **청각 혜택** 설명을 참조하십시오.
HIV 검진 HIV 선별검사 요청자 또는 HIV 감염 고위험자에 대해 다음을 보장합니다. • 12개월마다 1회의 선별검사 가입자가 임신 중인 경우 당사는 다음을 보장합니다. • 임신 중 최대 3회의 선별검사	**네트워크 내:** Medicare 보장 예방적 HIV 검사 자격이 있는 회원에게는 공동 보험, 공동 부담금, 또는 공제금이 없습니다.
가정 건강 관리 기관 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. 귀하는 가정 외출이 큰 노력을 요하는 외출 제한 상태여야 합니다. 보장 서비스에는 다음이 포함되나 이에 한정되지 않습니다:	**네트워크 내:** 재가 건강 관리 공동 부담금 **$0** – 회원 자택

보장 서비스	귀하가 지불하는 금액
• 시간제 또는 간헐적 숙련 간호 및 재가 건강 보조 서비스 (재가 건강 관리 혜택에 따라 보장받으려면, 숙련 간호 및 재가 건강 보조 서비스를 합산하여 하루 8시간 미만, 주당 35시간 미만이어야 합니다) • 물리치료, 작업치료, 언어치료 • 의료 및 사회 서비스 • 의료 장비 및 용품 당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하시면 사전 승인의 적용을 받을 수 있는 항목 및 서비스 목록으로 이동합니다: **Humana.com/PAL**.	내구성 의료 장비 공동 보험 **20%** – 내구성 의료 장비 공급업체
가정 주입 치료 재가 주입 치료는 약물 또는 생물학적 제제를 가정에서 환자에게 정맥 내 또는 피하 투여하는 것을 말합니다. 재가 주입을 수행하는 데 필요한 구성 요소에는 약물(예: 항바이러스제, 면역 글로불린), 장비(예: 펌프) 및 용품(예: 튜브 및 카테터)이 포함됩니다. 보장 서비스에는 다음이 포함되나 이에 한정되지 않습니다: • 저희 진료 계획에 따라 제공되는 간호 서비스를 포함한 전문 서비스 • 내구성 의료 장비 혜택에 따라 별도로 보장되지 않는 환자 교육 및 훈련 • 원격 모니터링 • 자격을 갖춘 재가 주입 치료 공급업체가 제공하는 재가 주입 치료 및 재가 주입 약물 제공을 위한 모니터링 서비스 당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하시면 사전 승인의 적용을 받을 수 있는 항목 및 서비스 목록으로 이동합니다: **Humana.com/PAL**.	**네트워크 내:** 의료 용품 공동 보험 **20%** – 의료 용품 제공자 기타 Medicare 파트 B 약물 공동 보험 **20%** – 주치의 진료실 – 전문의 진료실 – 외래 병원 공동 부담금 **$0** – 약국 의료 제공자 및 전문 서비스 공동 부담금 **$0** – 주치의 진료실
호스피스 케어 귀하의 담당 의사와 호스피스 의료 책임자가 귀하가 말기 질환을 앓고 있으며 질환이 정상적인 경과를 밟을 경우 6개월 이하의 생존 기간이 남아 있다고 인증하는 말기 예후를 제시한 경우, 귀하는 호스피스 혜택을 받을 자격이 있습니다. 귀하는 Medicare 인증 호스피스 프로그램의 간호를 받을 수 있습니다. 저희 플랜은 저희 플랜의 서비스 지역 내에서 Medicare 인증 호스피스 프로그램을 찾는 데 도움을 드릴 의무가 있으며, 여기에는 저희가 소유하거나 통제하거나 재정적 이해관계가 있는 프로그램도 포함됩니다. 호스피스 의사는 네트워크 제공자 또는 네트워크 외 제공자일 수 있습니다. 보장 서비스는 다음을 포함합니다: • 증상 조절 및 통증 완화를 위한 약물 • 단기 임시 돌봄 서비스 • 재가 돌봄 호스피스에 입원하실 때, 귀하는 저희 플랜에 계속 가입할 권리가 있으며, 플랜에 계속 가입하시는 경우 플랜 보험료를 계속 납부하셔야 합니다. **호스피스 서비스 및 말기 예후와 관련된 Medicare 파트 A 또는 B가 보장하**	Medicare 인증 호스피스 프로그램에 등록하면, 귀하의 호스피스 서비스와 말기 예후와 관련된 파트 A 및 파트 B 서비스는 Humana Dual Select H5619-165 (HMO D-SNP)가 아닌 오리지널 Medicare가 지불합니다. 당사 플랜은 호스피스 혜택을 선택하지 않은 말기 환자를 위한 호스피스 상담 서비스(1회에 한함)를 보장합니다. 외래 진찰에 대해 제공자의 비용 분담금이 적용될 수 있습니다.

보장 서비스	귀하가 지불하는 금액
는 서비스의 경우: 오리지널 Medicare (당사 플랜이 아닌)가 귀하의 호스피스 서비스 및 말기 예후와 관련된 파트 A 및 파트 B 서비스에 대해 호스피스 제공자에게 지불합니다. 귀하가 호스피스 프로그램에 참여하는 동안 귀하의 호스피스 제공자는 오리지널 Medicare에서 지불하는 서비스에 대해 오리지널 Medicare에 비용을 청구합니다. 오리지널 Medicare 비용 분담이 청구됩니다. **말기 예후와 관련되지 않은 Medicare 파트 A 또는 B가 보장하는 서비스의 경우: 말기 예후와 관련되지** 않은 Medicare 파트 A 또는 B에서 보장되는 비응급, 비긴급 서비스가 필요한 경우, 해당 서비스에 대한 귀하의 비용은 플랜 네트워크 내 제공자를 이용하고 플랜 규칙을 따르는지 여부에 따라 달라집니다(예: 사전 승인을 받아야 하는 요건이 있는 경우). • 네트워크 제공자로부터 보장 서비스를 받고 서비스 이용에 관한 플랜 규정을 따르는 경우, 네트워크 내 서비스에 대해 저희 플랜의 비용 분담금만 납부하시면 됩니다 • 네트워크 외 제공자로부터 보장 서비스를 받는 경우, 오리지널 Medicare에 따른 비용 분담금을 납부하셔야 합니다 **Humana Dual Select H5619-165 (HMO D-SNP)에서 보장하지만 Medicare 파트 A 또는 B에서 보장하지 않는 서비스의 경우:** Humana Dual Select H5619-165 (HMO D-SNP)는 귀하의 상태와 관련 여부에 관계없이 파트 A 또는 B에서 보장되지 않는 플랜 보장 서비스를 계속 보장합니다 말기 예후. 귀하는 이러한 서비스에 대한 당사 플랜의 비용 분담을 지불합니다. **저희 플랜의 파트 D 혜택으로 보장될 수 있는 약품의 경우:** 해당 약품이 귀하의 말기 호스피스 상태와 관련이 없는 경우, 귀하는 비용 분담금을 납부합니다. 만약 약품이 말기 호스피스 질환과 관련이 있는 경우 오리지널 Medicare 비용 분담금을 지불합니다. 약품은 호스피스와 당사 플랜으로 이중 보장되지 않습니다. 자세한 내용은 5장, 9.4절을 참조하십시오. **참고:** 비호스피스 치료(말기 진단과 관련 없는 치료)가 필요하신 경우, 서비스 마련을 위해 저희에게 연락해 주십시오.	
예방 접종 보장되는 Medicare 파트 B 서비스에는 다음이 포함됩니다: • 폐렴 백신 • 독감/인플루엔자 예방 주사(또는 백신), 가을 및 겨울 독감/인플루엔자 시즌마다 1회, 의학적으로 필요한 경우 추가 독감/인플루엔자 예방 주사(또는 백신) • B형 간염 백신 - 완전한 예방접종 시리즈를 받은 적이 없거나, 접종 이력을 모르거나, B형 간염 감염의 고위험 또는 중위험 상태에 해당하는 기타 질환이 있는 경우 • COVID-19 백신 • 위험에 처해 있고 Medicare 파트 B 보장 규정을 충족하는 경우의 기타 백신 또한 당사는 파트 D 약품 혜택에 규정된 대부분의 기타 성인용 백신을 보장합니다. 자세한 내용은 6장, 8절을 참조하십시오.	**네트워크 내:** 폐렴, 독감/인플루엔자, B형 간염 및 COVID-19 백신에 대한 공동 보험비용, 공동 부담금 또는 공제금은 없습니다.

보장 서비스	귀하가 지불하는 금액
입원 병원 치료 급성 입원, 입원 재활 치료, 장기요양 병원 및 기타 유형의 보장 입원진료 서비스를 포함합니다. 입원 병원 진료는 의사의 지시에 따라 귀하가 공식적으로 병원에 입원하는 날부터 시작됩니다. 퇴원 전날이 마지막 입원 날입니다. 귀하는 의학적으로 필요한 입원 병원 일수에 대해 무제한으로 보장됩니다. 보장 서비스에는 다음이 포함되나 이에 국한되지 않습니다: • 2인실 (또는 의학적으로 필요한 경우 개인실) • 특별 식이요법을 포함한 식사 • 정규 간호 서비스 • 특수 치료 병동(예: 중환자실 또는 심장 집중 치료실) 이용 비용 • 의약품 및 약제 • 검사실 검사 • 엑스레이 및 기타 방사선 서비스 • 필요한 수술 및 의료 용품 • 휠체어 등 보조 기구 사용 • 수술실 및 회복실 비용 • 물리치료, 작업치료 및 언어치료 • 입원 약물 남용 서비스 • 특정 조건 하에 다음 유형의 이식이 보장됩니다: 각막, 신장, 신장-췌장, 심장, 간, 폐, 심장/폐, 골수, 줄기세포, 장/다내장 이식. 이식이 필요한 경우, Medicare 승인 이식 센터에서 귀하의 케이스를 검토하고 귀하가 이식 대상자인지 여부를 판단하도록 당사가 조치를 취할 것입니다. 이식 제공자는 서비스 지역 내에 있거나 서비스 지역 외부에 있을 수 있습니다. 저희 네트워크 내 이식 서비스가 지역사회 진료 패턴을 벗어나는 경우, 현지 이식 의료기관이 오리지널 Medicare 요율을 수락할 의향이 있는 한 현지에서 진료를 받도록 선택하실 수 있습니다. Humana Dual Select H5619-165 (HMO D-SNP)가 귀하의 지역 내 이식 진료 패턴 외부 위치에서 이식 서비스를 제공하고 귀하가 이 원거리 위치에서 이식을 받기로 선택하는 경우, 저희는 귀하와 동반자를 위한 적절한 숙박 및 교통 비용을 주선하거나 지불합니다. 여행 및 숙박 환급을 받으려면 이식 센터까지 편도 최소 100마일 이상이어야 하며, 이식당 **$10,000**로 제한됩니다. • 고형 장기 또는 골수/줄기세포 이식이 필요한 경우, 이식 치료에 관한 중요한 정보를 얻기 위해 저희 이식 부서 866-421-5663, TTY 711로 연락하시기 바랍니다. 이식 관련 이동 및 숙박에 대한 추가 세부 정보는 다음에서 확인하실 수 있습니다 **https://provider.humana.com/patient-care/transplant-resources/transplant-services-questions.** • 혈액 - 보관 및 투여 포함. 전혈 및 농축 적혈구의 보장은 귀하에게 필요한 첫 번째 파인트의 혈액부터 시작됩니다. • 의사 서비스 **참고:** 입원 환자가 되려면 의료 제공자가 귀하를 병원의 입원 환자로 공식 입원시키는 지시서를 작성해야 합니다. 병원에서 하룻밤을 보내더라도 외래 환자로 간주될 수 있습니다. 입원 환자인지 외래 환자인지 확실하지 않	입원 비용 분담금은 입원 재활 시설, 장기 급성기 치료(LTAC) 시설, 입원 급성기 치료 시설, 입원 정신과 시설을 포함한 특정 시설 유형에 입원하거나 전원될 때마다 첫 째 날부터 시작됩니다. **네트워크 내:** 입원 진료 입원 병원 - 1~6일차: 일일 공동 부담금 **$300** - 7~90일차: 일일 공동 부담금 **$0** 응급 상황이 안정된 후 네트워크 외 병원에서 허가된 입원관리를 받은 경우 귀하의 비용은 네트워크 병원에서 귀하가 지불해야 할 비용 분담과 같습니다. **네트워크 내:** 의료 제공자 및 전문 서비스 공동 부담금 **$0** - 입원 병원

보장 서비스	귀하가 지불하는 금액
은 경우, 병원 직원에게 문의하십시오. Medicare 입원 혜택에 관한 Medicare 정보 자료집에서 더 많은 정보를 확인하세요. Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf에서 확인하시거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하여 이용하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하시기 바랍니다. 사전 승인은 입원 병원 치료 및 이식 서비스에 필요합니다. 다음 링크를 클릭하시면 사전 승인의 적용을 받을 수 있는 항목 및 서비스 목록으로 이동합니다: **Humana.com/PAL**.	
정신과 병원에서의 입원 서비스 보장 서비스에는 입원이 필요한 정신 건강 치료 서비스가 포함됩니다. • 정신과 병원 입원 서비스에 대한 190일 평생 한도 • 190일 한도는 종합병원 정신과 병동에서 제공되는 입원 정신건강 서비스에는 적용되지 않습니다 • 오리지널 Medicare 프로그램에서 사용된 혜택 일수는 Medicare Advantage 플랜에 가입할 때 190일 평생 예비 일수에 산입됩니다 사전 승인은 입원 정신 건강 치료에 필요합니다. 다음 링크를 클릭하시면 사전 승인의 적용을 받을 수 있는 항목 및 서비스 목록으로 이동합니다: **Humana.com/PAL**.	입원 본인 부담금은 입원 재활 시설, 장기 급성 치료(LTAC) 등 특정 시설 유형에 입원하거나 전원될 때마다 첫째 날부터 시작됩니다. 시설, 입원 급성 케어 시설, 입원 정신과 시설. **네트워크 내:** 입원 정신 건강 치료 입원 병원 - 1~6일차: 일일 공동 부담금 **$300** - 7~90일차: 일일 공동 부담금 **$0** 입원 정신과 시설 - 1~6일차: 일일 공동 부담금 **$300** - 7~90일차: 일일 공동 부담금 **$0** **네트워크 내:** 의료 제공자 및 전문 서비스 공동 부담금 **$0** - 입원 병원 - 입원 정신과 시설
입원 진료: 비보장 입원 기간 중 병원 또는 SNF에서 받는 보장 서비스 귀하의 입원 급여를 모두 사용했거나 입원이 합리적이고 의학적으로 필요한 것으로 인정되지 않는 경우, 당사는 해당 입원 기간을 보장하지 않습니다. 경우에 따라 당사는 귀하가 병원 또는 전문요양시설(SNF)에 있는 동안 받는 특정 서비스를 보장합니다. 보장 서비스에는 다음이 포함되나 이에 한정되지 않습니다: • 의사 서비스 • 진단 검사 (예: 임상병리 검사) • 엑스레이, 라듐 및 동위원소 치료 (기술자 재료 및 서비스 포함)	귀하의 입원이 보장되지 않는 경우, 이 혜택 차트 전반에 걸쳐 설명된 바와 같이 받은 서비스 비용을 귀하가 부담하게 됩니다.

보장 서비스	귀하가 지불하는 금액
• 수술용 드레싱 • 골절 및 탈구를 교정하는 데 사용되는 부목, 깁스 및 기타 장치 • 내부 신체 기관(인접 조직 포함) 전체 또는 일부를 대체하거나, 영구적으로 기능하지 않거나 오작동하는 내부 신체 기관의 기능 전체 또는 일부를 대체하는 보철 및 보조기 장치(치과용 제외), 해당 장치의 교체 또는 수리 포함 • 다리, 팔, 등, 목 보조기; 탈장대 및 의족, 의수, 의안(파손, 마모, 분실 또는 환자의 신체 상태 변화로 인해 필요한 조정, 수리 및 교체 포함) • 물리치료, 언어치료 및 작업치료	
의료 영양 요법 이 혜택은 당뇨병 환자, 신장(콩팥) 질환자(투석 중인 경우 제외), 또는 담당 의사의 처방에 따른 신장 이식 후 환자를 위한 것입니다. 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 오리지널 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.	**네트워크 내:** Medicare가 적용되는 의학적 영양요법 서비스 적격 가입자에 대한 공동 보험비용, 공동 부담금 또는 공제금은 없습니다.
Medicare 당뇨병 예방 프로그램(MDPP) **MDPP 서비스는 모든 Medicare 건강 플랜에 따른 모든 적격자에게 보장됩니다.** MDPP는 장기적인 식이 변화, 신체 활동 증가, 그리고 체중 감량 및 건강한 생활 방식을 유지하기 위한 도전 과제 극복을 위한 문제 해결 전략에 관한 실질적인 훈련을 제공하는 체계적인 건강 행동 변화 중재 프로그램입니다.	**네트워크 내:** MDPP 혜택에 대한 공동 보험비용, 공동 부담금 또는 공제금은 없습니다.
Medicare 파트 B 약품 **이러한 약물은 오리지널 Medicare의 파트 B에서 보장됩니다. 저희 플랜의 회원은 저희 플랜을 통해 이러한 약물에 대한 보장을 받습니다. 보장되는 약물 에는 다음이 포함됩니다:** • 일반적으로 환자가 스스로 투여하지 않으며, 의사 진료, 병원 외래 또는 외래 수술 센터 서비스를 받는 동안 주사 또는 주입 방식으로 투여되는 약물 • 내구성 의료 장비(의학적으로 필요한 인슐린 펌프 등)를 통해 제공되는 인슐린 • 당사 플랜이 승인한 내구성 의료 장비(분무기 등)를 사용하여 복용하는 기타 약물 • 알츠하이머 치료제인 Leqembi®(일반명 lecanemab)는 정맥 주사로 투여됩니다. 약물 비용 외에도, 치료 전 및/또는 치료 중에 추가 스캔 및 검사가 필요할 수 있으며, 이는 전체 비용을 증가시킬 수 있습니다. 치료의 일환으로 필요한 스캔 및 검사에 대해 의사와 상담하십시오. • 혈우병이 있는 경우 본인이 직접 주사로 투여하는 혈액 응고 인자	**네트워크 내:** 항암 화학요법 약물 공동 보험 **20%** – 전문의 진료실 – 외래 병원 Medicare 파트 B 인슐린 약품 공동 보험 **20%** – 주치의 진료실 – 전문의 진료실 – 외래 병원 공동 부담금 **$0** – 약국 기타 Medicare 파트 B 약물 공동 보험 **20%** – 주치의 진료실 – 전문의 진료실

보장 서비스	귀하가 지불하는 금액
• 이식/면역억제 약물: Medicare는 Medicare가 귀하의 장기 이식 비용을 지불한 경우 이식 약물 요법을 보장합니다. 보장되는 이식 시점에 파트 A에 가입되어 있어야 하며 면역 억제제를 복용하고 있을 때 파트 B에 가입되어 있어야 합니다. 파트 B가 해당 약품을 보장하지 않으면 파트 D가 보장합니다. • 주사형 골다공증 약물: 거동이 불편하고, 의사가 폐경 후 골다공증과 관련이 있다고 증명한 골절이 있으며, 약물을 스스로 투여할 수 없는 경우 • 일부 항원: Medicare는 의사가 항원을 준비하고 적절한 지도 하에 적절한 교육을 받은 사람(환자 본인이 될 수도 있음)이 투여하는 경우 항원을 보장합니다 • 특정 경구용 항암제: Medicare는 동일한 약물이 주사제로도 제공되거나, 해당 약물이 주사제의 전구약물(복용 후 체내에서 주사제와 동일한 활성 성분으로 전환되는 경구용 약물)인 경우, 일부 경구용 항암제를 보장합니다. 새로운 경구용 항암제를 사용할 수 있게 됨에 따라, 파트 B가 해당 약품을 보장할 수 있습니다. 파트 B가 보장하지 않는 경우, 파트 D가 보장합니다 • 경구용 항구토제: 항암 화학요법 요법의 일환으로 사용하는 경구용 항구토제는 화학요법 전, 화학요법 시, 또는 화학요법 후 48시간 이내에 투여되거나 정맥 주사용 항구토제의 완전한 치료적 대체제로 사용되는 경우 Medicare가 보장합니다 • Medicare 파트 B에서 보장되는 특정 경구용 말기 신장 질환(ESRD) 약물 • 정맥 주사 약물인 Parsabiv® 및 경구용 약물인 Sensipar®를 포함한 ESRD 지불 시스템에 따른 칼시미메틱 및 인산염 결합제 약물 • 헤파린, 의학적으로 필요한 경우 헤파린의 해독제 및 국소 마취제를 포함한 가정 투석을 위한 특정 약물 • 적혈구생성촉진제: 말기신장질환(ESRD)이 있거나 특정 다른 질환과 관련된 빈혈 치료를 위해 해당 약물이 필요한 경우, Medicare는 주사용 에리스로포이에틴을 보장합니다 (예: Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera®, 또는 Methoxy polyethylene glycol-epoetin beta). • 원발성 면역 결핍 질환의 가정 치료를 위한 정맥 주사 면역 글로불린 • 비경구 및 장관 영양(정맥 주사 및 튜브 영양 공급) 다음 링크를 통해 단계적 치료법의 적용을 받을 수 있는 파트 B 약물 목록을 확인하실 수 있습니다: **Humana.com/PAL** 또한 당사는 파트 B에 따른 일부 백신 및 당사 파트 D 약품 혜택에 규정된 대부분의 성인용 백신을 보장합니다. 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. 당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하시면 사전 승인의 적용을 받을 수 있는 항목 및 서비스 목록으로 이동합니다: **Humana.com/PAL**.	– 외래 병원 공동 부담금 **$0** – 약국 일부 환급 대상 파트 B 약물은 더 낮은 공동 보험의 적용을 받을 수 있습니다. 약물 자체 비용 외에도 파트 B 약물 투여에 대한 비용이 발생할 수 있습니다. 요청하신 약품을 당사가 보장하기 전에 귀하는 먼저 다른 약품을 사용해 보셔야 할 수도 있습니다. 이를 "단계적 약물 치료(step therapy)"라고 합니다. 저희 플랜에서 보장하는 모든 파트 B 인슐린의 1개월분(최대 30일분)에 대해 귀하가 부담하는 금액은 $35을 초과하지 않습니다. 플랜에 공제금이 있더라도 파트 B 인슐린에는 해당 공제금이 적용되지 않습니다.

보장 서비스	귀하가 지불하는 금액
지속적인 체중 감량을 촉진하기 위한 비만 검진 및 치료 체질량지수가 30 이상인 경우, 체중 감량을 위한 집중 상담을 보장합니다. 이 상담은 귀하가 종합 예방 계획과 함께 조율 가능한 일차 진료 환경에서 상담을 받을 경우에 보장됩니다. 자세한 내용은 일차 진료 의사 또는 진료 제공자에게 문의하시기 바랍니다.	**네트워크 내:** 예방적 비만 선별검사 및 치료에 대한 공동 보험비용, 공동 부담금 또는 공제금은 없습니다.
아편계 치료 프로그램 서비스 오피오이드 사용 장애(OUD)가 있는 당사 플랜 회원은 오피오이드 치료 프로그램(OTP)을 통해 OUD 치료 서비스 보장을 받을 수 있으며, 여기에는 다음 서비스가 포함됩니다: • 미국 식품의약국(FDA) 승인 오피오이드 작용제 및 길항제 약물 보조 치료(MAT) 약물. • MAT 약물의 조제 및 투여(해당하는 경우) • 약물 사용 상담 • 개인 및 그룹 치료 • 독성학 검사 • 접수 활동 • 정기 평가 당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하시면 사전 승인의 적용을 받을 수 있는 항목 및 서비스 목록으로 이동합니다: **Humana.com/PAL**.	**네트워크 내:** 공동 부담금 **$35** – 전문의 진료실 – 외래 병원
외래 진단 검사 및 치료 서비스와 용품 보장 서비스에는 다음이 포함되나 이에 한정되지 않습니다: • 엑스레이 • 방사선(라듐 및 동위원소) 치료(기술자 재료 및 용품 포함) • 드레싱과 같은 수술 용품 • 골절 및 탈구를 교정하는 데 사용되는 부목, 깁스 및 기타 장치 • 검사실 검사 • 혈액 – 보관 및 투여 포함. 전혈 및 농축 적혈구의 보장은 귀하에게 필요한 첫 번째 파인트의 혈액부터 시작됩니다. • 의사 또는 다른 의료 서비스 제공자가 의학적 문제를 치료하기 위해 지시할 때 CT 스캔, MRI, EKG 및 PET 스캔과 같은 진단 비실험실 검사. • 기타 외래 진단 검사 당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하시면 사전 승인의 적용을 받을 수 있는 항목 및 서비스 목록으로 이동합니다: **Humana.com/PAL**.	**네트워크 내:** 의료 제공자 및 전문 서비스 공동 부담금 **$0** – 주치의 진료실 공동 부담금 **$30** – 전문의 진료실 진단 절차 및 검사 공동 부담금 **$0** – 주치의 진료실 공동 부담금 **$30** – 전문의 진료실 공동 부담금 **$40** – 긴급 치료 센터 공동 보험 **20%** – 외래 병원 고급 영상 서비스 공동 부담금 **$330**

보장 서비스	귀하가 지불하는 금액
	- 주치의 진료실 - 전문의 진료실 공동 부담금 **$345** - 외래 병원 공동 부담금 **$205** - 독립 방사선 시설 <u>기본 방사선 서비스</u> 공동 부담금 **$0** - 주치의 진료실 공동 부담금 **$30** - 전문의 진료실 공동 부담금 **$40** - 긴급 치료 센터 공동 보험 **20%** - 외래 병원 - 독립형 방사선 시설 <u>진단용 유방촬영술</u> 공동 부담금 **$0** - 전문의 진료실 - 외래 병원 - 독립형 방사선 시설 <u>방사선 치료</u> 공동 부담금 **$30** - 전문의 진료실 공동 보험 **20%** - 외래 병원 - 독립형 방사선 시설 <u>핵의학 서비스</u> 공동 보험 **20%** - 외래 병원

보장 서비스	귀하가 지불하는 금액
	– 독립형 방사선 시설 시설 기반 수면 검사 공동 보험 **20%** – 전문의 진료실 – 외래 병원 가정 기반 수면 검사 공동 부담금 **$0** – 회원 자택 의료 용품 공동 보험 **20%** – 의료 용품 제공자 진단 대장내시경 공동 부담금 **$0** – 외래 수술 센터 – 외래 병원 검사실 서비스 공동 부담금 **$0** – 주치의 진료실 – 전문의 진료실 – 긴급 치료 센터 – 외래 병원 – 독립형 실험실
외래 병원 관찰 관찰 서비스는 귀하가 입원 환자로 입원해야 하는지 또는 퇴원할 수 있는지를 결정하기 위해 제공되는 병원 외래 서비스입니다. 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. **참고:** 의료 제공자가 귀하를 병원 입원 환자로 입원시키는 지시서를 작성하지 않은 경우, 귀하는 외래 환자로 분류되며 외래 병원 서비스에 대한 본인 부담금을 납부하셔야 합니다. 병원에서 하룻밤을 보내더라도 외래 환자로 간주될 수 있습니다. 자신이 외래환자인지 확실치 않을 경우 병원 직원에게 문의합니다. Medicare 입원 혜택에 관한 Medicare 정보 자료집에서 더 많은 정보를 확인하세요. Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf에서 확인하시거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하여 이용하실	**네트워크 내:** 공동 부담금 **$300** – 외래 병원

보장 서비스	귀하가 지불하는 금액
수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하시기 바랍니다. 당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하시면 사전 승인의 적용을 받을 수 있는 항목 및 서비스 목록으로 이동합니다: **Humana.com/PAL**.	
외래 병원 서비스 당사는 질병 또는 부상의 진단 또는 치료를 위해 귀하가 병원의 외래환자 부서에서 의학적 필요성에 따라 받는 서비스를 보장합니다. 보장 서비스에는 다음이 포함되나 이에 한정되지 않습니다: • 응급실 또는 외래 클리닉에서의 서비스, 예를 들어 관찰 서비스 또는 외래 수술 • 병원에서 청구한 검사실 및 진단 검사 • 부분 입원 프로그램을 통한 치료를 포함한 정신건강 치료, 의사가 해당 치료를 받지 않을 경우 입원 치료가 필요하다고 판단하는 경우 • 병원에서 청구하는 엑스레이 및 기타 방사선 서비스 • 부목 및 깁스와 같은 의료 용품 • 스스로 투여할 수 없는 특정 약물 및 생물학적 제제 **참고:** 의료 제공자가 귀하를 병원 입원 환자로 입원시키는 지시서를 작성하지 않은 경우, 귀하는 외래 환자로 분류되며 외래 병원 서비스에 대한 본인 부담금을 납부하셔야 합니다. 병원에서 하룻밤을 보내더라도 외래 환자로 간주될 수 있습니다. 자신이 외래환자인지 확실치 않을 경우 병원 직원에게 문의합니다. 당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하시면 사전 승인의 적용을 받을 수 있는 항목 및 서비스 목록으로 이동합니다: **Humana.com/PAL**.	**네트워크 내:** 진단 절차 및 검사 공동 보험 **20%** – 외래 병원 고급 영상 서비스 공동 부담금 **$345** – 외래 병원 핵의학 서비스 공동 보험 **20%** – 외래 병원 기본 방사선 서비스 공동 보험 **20%** – 외래 병원 진단용 유방촬영술 공동 부담금 **$0** – 외래 병원 방사선 치료 공동 보험 **20%** – 외래 병원 검사실 서비스 공동 부담금 **$0** – 외래 병원 수술 서비스 공동 부담금 **$295** – 외래 병원 정신 건강 서비스 공동 부담금 **$35** – 외래 병원 상처 치료 공동 부담금 **$30** – 외래 병원

보장 서비스	귀하가 지불하는 금액
	시설 기반 수면 검사 공동 보험 **20%** - 외래 병원 응급 서비스 공동 부담금 **$115** - 응급실 진단 대장내시경 공동 부담금 **$0** - 외래 병원 집중 외래 서비스 공동 부담금 **$35** - 외래 병원 부분 입원 공동 부담금 **$35** - 외래 병원
외래환자 정신 건강 치료 보장 서비스는 다음을 포함합니다: 주(州) 면허 정신과 의사 또는 의사, 임상 심리사, 임상 사회복지사(CSW), 임상 간호 전문가(CNS), 면허 전문 상담사(LPC), 면허 결혼 및 가족 치료사(LMFT), 전문 간호사(NP), 의사 보조인(PA), 또는 해당 주(州) 법률에 따라 허용되는 기타 Medicare 자격 정신 건강 의료 전문가가 제공하는 정신 건강 서비스. 당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하시면 사전 승인의 적용을 받을 수 있는 항목 및 서비스 목록으로 이동합니다: **Humana.com/PAL**.	**네트워크 내:** 정신 건강 서비스 공동 부담금 **$35** - 전문의 진료실 - 외래 병원
외래 재활 서비스 보장 서비스에는 물리 치료, 작업 치료, 언어 치료가 포함됩니다. 외래 재활 서비스는 병원 외래 진료부, 독립 치료사 사무실, 종합 외래 재활 시설(CORF) 등 다양한 외래 환경에서 제공됩니다. 당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하시면 사전 승인의 적용을 받을 수 있는 항목 및 서비스 목록으로 이동합니다: **Humana.com/PAL**.	**네트워크 내:** 물리 치료 공동 부담금 **$35** - 전문의 진료실 - 외래 병원 - 종합 외래 재활 시설 언어 치료 공동 부담금 **$35** - 전문의 진료실 - 외래 병원 - 종합 외래 재활 시설

보장 서비스	귀하가 지불하는 금액
	작업 치료 공동 부담금 **$35** – 전문의 진료실 – 외래 병원 – 종합 외래 재활 시설
외래 물질 사용 장애 서비스 약물 남용에 대한 치료는 오리지널 Medicare에서 보장하는 바에 따라 보장됩니다. 당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하시면 사전 승인의 적용을 받을 수 있는 항목 및 서비스 목록으로 이동합니다: **Humana.com/PAL**.	**네트워크 내:** 외래 물질 사용 장애 서비스 공동 부담금 **$35** – 전문의 진료실 – 외래 병원
외래수술(병원 외래 시설 및 통원수술센터에서 제공되는 서비스 포함) **참고:** 병원 시설에서 수술을 받으시는 경우, 입원 환자 또는 외래 환자 여부에 대해 의료 제공자에게 확인하시기 바랍니다. 제공자 측에서 귀하를 병원의 입원환자로 받아들이라는 서면 지시를 한 경우를 제외하고, 귀하는 외래 환자이며 외래 수술에 대한 비용 분담을 납부해야 합니다. 병원에서 하룻밤을 보내더라도 외래 환자로 간주될 수 있습니다. 당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하시면 사전 승인의 적용을 받을 수 있는 항목 및 서비스 목록으로 이동합니다: **Humana.com/PAL**.	**네트워크 내:** 수술 서비스 공동 부담금 **$295** – 외래 병원 – 외래 수술 센터 진단 대장내시경 공동 부담금 **$0** – 외래 수술 센터 – 외래 병원
부분 입원 서비스 및 집중 외래 서비스 부분 입원은 귀하의 주치의, 치료사, 공인 결혼 및 가족 치료사(LMFT), 또는 공인 전문 상담사의 진료실에서 받는 치료보다 더 집중적이며 입원 치료의 대안으로, 병원 외래 서비스 또는 지역사회 정신건강센터를 통해 제공되는 구조화된 적극적 정신과 치료 프로그램입니다. 집중 외래 서비스는 병원 외래 부서, 지역 사회 정신 건강 센터, 연방 지정 보건 센터, 또는 농촌 보건 클리닉에서 제공되는 활성 행동 (정신) 건강 치료의 구조화된 프로그램으로, 귀하의 주치의, 치료사, 공인 결혼 및 가족 치료사 (LMFT), 또는 공인 전문 상담사의 진료실에서 받는 치료보다 강도가 높지만 부분 입원보다는 강도가 낮습니다. 당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하시면 사전 승인의 적용을 받을 수 있는 항목 및 서비스 목록으로 이동합니다: **Humana.com/PAL**.	**네트워크 내:** 부분 입원 공동 부담금 **$35** – 외래 병원 집중 외래 서비스 공동 부담금 **$35** – 외래 병원
*** 신체검사 (정기)** 연간 건강 검진(Annual Wellness Visit) 또는 Medicare 가입 환영(Welcome to Medicare) 신체검사 외에도, 다음 검사를 매 역년(calendar year)마다 1회 보장합니다: • 연령 및 성별에 적합한 병력 청취, 검진, 상담/예방 지도/위험 요인 감소 중재를 포함한 종합 예방 의학 평가 및 관리	**네트워크 내:** 정기 신체검사 공동 부담금 **$0** – 주치의 진료실

보장 서비스	귀하가 지불하는 금액
참고: 처방된 모든 검사실 검사 또는 진단 검사는 이 급여 항목에서 보장되지 않으며, 해당 서비스에 대한 플랜 본인부담금은 별도로 납부하셔야 합니다.	
의사의 진료실 방문을 포함한 의사/의료진 서비스 보장 서비스는 다음을 포함합니다: • 의사 진료실, 인증된 외래 수술 센터, 병원 외래 진료부 또는 기타 장소에서 받는 의학적으로 필요한 의료 또는 수술 서비스 • 전문의에 의한 상담, 진단 및 치료 • 의사가 의학적 치료가 필요한지 확인하기 위해 지시한 경우, 주치의(PCP) 또는 전문의가 시행하는 기본 청력 및 균형 검사 • 주치의(PCP) 및 전문의 서비스, 정신 건강 전문 서비스 및 정신과 서비스, 외래 약물 남용 서비스, 긴급 필요 서비스를 포함한 특정 원격 의료 서비스 – 귀하는 이러한 서비스를 대면 방문 또는 원격의료를 통해 받을 수 있는 선택권이 있습니다. 이러한 서비스 중 하나를 원격 의료로 받기로 선택한 경우, 원격 의료 서비스를 제공하는 네트워크 제공자를 이용하셔야 합니다 – 전화, 컴퓨터, 태블릿 또는 기타 영상 기술을 사용하실 수 있습니다 • Medicare가 승인한 특정 농촌 지역 또는 기타 장소의 환자를 위한 의사 또는 의료인에 의한 상담, 진단 및 치료를 포함한 일부 원격 의료 서비스 • 병원 기반 또는 농촌 지역 필수 의료 접근 병원(Critical Access Hospital) 기반 신장 투석 센터, 신장 투석 시설 또는 회원의 자택에서 가정 투석을 받는 회원을 위한 말기 신장 질환 관련 월간 방문 원격 의료 서비스 • 위치에 관계없이 뇌졸중 증상의 진단, 평가 또는 치료를 위한 원격 의료 서비스 • 위치에 관계없이 약물 사용 장애 또는 동반 정신 건강 장애가 있는 회원을 위한 원격 의료 서비스 • 정신 건강 장애의 진단, 평가 및 치료를 위한 원격 의료 서비스 • 농촌 보건 클리닉 및 연방 지정 보건 센터에서 제공하는 정신 건강 방문을 위한 원격 의료 서비스 • 의사와의 가상 체크인(예: 전화 또는 화상 채팅) 5-10분. 해당되는 경우: – 귀하는 신규 환자가 아닙니다 **및** – 체크인은 지난 7 days 이내의 외래 진료와 관련이 없습니다 **및** – 체크인이 24 hours 이내 또는 가장 빠른 가능한 예약 내의 외래 진료로 이어지지 않습니다 • 귀하가 의사에게 전송하는 영상 및/또는 이미지의 평가, 그리고 24시간 이내 의사의 해석 및 후속 조치. 조건: – 귀하가 신규 환자가 아닌 경우 **그리고** – 평가가 지난 7일 이내의 외래 진료와 관련이 없는 경우 **그리고** – 평가로 인해 24시간 이내 또는 가장 빠른 예약 가능 일정 내에 외래 진료로 이어지지 않는 경우 • 귀하의 의사가 전화, 인터넷 또는 전자 건강 기록을 통해 다른 의사들과 진행하는 상담 • 수술 전 다른 네트워크 제공자에 의한 두 번째 의견	**네트워크 내:** 의료 제공자 및 전문 서비스 공동 부담금 **$0** – 주치의 진료실 공동 부담금 **$30** – 전문의 진료실 원격 의료 서비스 공동 부담금 **$0** – 일반의 가상 진료 공동 부담금 **$30** – 전문의 가상 진료 공동 부담금 **$35** – 정신 건강 관리 및 약물 남용 치료 가상 진료 공동 부담금 **$40** – 긴급 치료 가상 진료 고급 영상 서비스 공동 부담금 **$330** – 주치의 진료실 – 전문의 진료실 수술 서비스 공동 부담금 **$0** – 주치의 진료실 공동 부담금 **$30** – 전문의 진료실 방사선 치료 공동 부담금 **$30** – 전문의 진료실 긴급하게 필요한 서비스 공동 부담금 **$0** – 주치의 진료실

보장 서비스	귀하가 지불하는 금액
• 비일상적 치과 치료 (보장 서비스는 턱 또는 관련 구조물의 수술, 턱 또는 안면골 골절 정복, 신생물성 암 질환의 방사선 치료를 위한 발치 준비, 또는 의사가 제공할 경우 급여 대상이 되는 서비스에 한함) • 의사/의료인이 의원에서 제공하는 긴급히 필요한 서비스 당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하시면 사전 승인의 적용을 받을 수 있는 항목 및 서비스 목록으로 이동합니다: **Humana.com/PAL**.	공동 부담금 **$30** – 전문의 진료실
족부의학 서비스 보장 서비스는 다음을 포함합니다: • 발 부위 부상 및 질환(예: 망치발가락 또는 발뒤꿈치 골극)의 진단 및 내과적 또는 외과적 치료 • 하지에 영향을 미치는 특정 의학적 상태를 가진 회원을 위한 일상적 발 관리 당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하시면 사전 승인의 적용을 받을 수 있는 항목 및 서비스 목록으로 이동합니다: **Humana.com/PAL**.	**네트워크 내:** Medicare 적용 발 관련 의료 서비스 공동 부담금 **$30** – 전문의 진료실
HIV 예방을 위한 사전 노출 예방(PrEP) HIV가 없지만 의사나 기타 의료진이 HIV에 대한 위험성이 높은 것으로 판단하는 경우, 당사는 사전 노출 예방(PrEP) 의약품 및 관련 서비스를 보장합니다. 적격한 경우, 보장되는 서비스: • FDA 승인 경구 또는 주사형 PrEP 약물(해당되는 경우 약물 주사 비용 포함) • 12개월마다 최대 8회의 개인 상담 세션 (HIV 위험 평가, HIV 위험 감소 및 복약 순응도 포함). • 12개월마다 최대 8회의 HIV 검사. • 일회성 B형 간염 바이러스 검사	**네트워크 내:** PrEP 혜택에는 공동 보험, 공동 부담금, 또는 공제금이 없습니다.
전립선암 검진 검사 50세 이상 남성의 경우, 보장 서비스에는 12개월마다 한 번씩 다음이 포함됩니다: • 직장 수지 검사 • 전립선 특이 항원(PSA) 검사	**네트워크 내:** 연례적 PSA 검사에 대한 공동 보험 비용, 공동 부담금 또는 공제금은 없습니다.
보철 및 보조기 장치와 관련 용품 신체 부위 또는 기능의 전부 또는 일부를 대체하는 장치 (치과용 제외). 여기에는 검사, 피팅 또는 훈련이 포함되나 이에 국한되지 않습니다. 여기에는 보조기 및 정형 기구의 사용에 관한 검사, 피팅 또는 훈련이 포함되나 이에 한정되지 않으며, 결장루 관리와 직접 관련된 결장루 주머니 및 용품, 심박조율기, 보조기, 보조 신발, 인공 사지 및 유방 보조기(유방 절제술 후 수술용 브래지어 포함)도 포함됩니다. 보조기 및 정형 기구와 관련된 특정 용품, 그리고 보조기 및 정형 기구의 수리 및/또는 교체가 포함됩니다. 백내장 제거 또는 백내장 수술에 따르는 일부 보장 역시 포함되며, 자세한 내용은 이 표	**네트워크 내:** 공동 보험 **20%** – 보조기구 제공자

보장 서비스	귀하가 지불하는 금액
후반의 시력 관리를 참조하십시오. 당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하시면 사전 승인의 적용을 받을 수 있는 항목 및 서비스 목록으로 이동합니다: **Humana.com/PAL**.	
폐 재활 서비스 포괄적인 폐 재활 프로그램은 중등도에서 매우 중증의 만성 폐쇄성 폐질환(COPD)을 앓고 있으며 만성 호흡기 질환을 치료하는 의사로부터 폐 재활 처방을 받은 회원에게 적용됩니다. 당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하시면 사전 승인의 적용을 받을 수 있는 항목 및 서비스 목록으로 이동합니다: **Humana.com/PAL**.	**네트워크 내:** 공동 보험 **20%** - 전문의 진료실 - 외래 병원
알코올 남용 감소를 위한 검진 및 상담 저희는 알코올을 남용하지만 알코올 의존 상태가 아닌 성인(임산부 포함)을 대상으로 한 차례의 알코올 남용 검진을 보장합니다. 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).	**네트워크 내:** 알코올 남용 감소를 위한 Medicare 적용 검진 및 상담 예방 혜택에는 공동 보험, 공동 부담금, 또는 공제금이 없습니다.
저선량 컴퓨터 단층촬영을 이용한 폐암 검진 (LDCT) 적격자의 경우 LDCT는 매 12개월마다 보장됩니다. **자격이 되는 회원은:** 폐암의 징후나 증상은 없지만 최소 20갑년의 흡연 이력이 있고 현재 흡연 중이거나 최근 15년 이내에 금연한 50세에서 77세 사이의 사람들로서 Medicare의 해당 방문 기준을 충족하는 폐암 검진 상담 및 공동 의사결정 방문 중에 의사 또는 자격을 갖춘 비의사 전문가에 의해 LDCT 처방을 제공받아야 합니다. 최초 *LDCT* 검진 이후의 *LDCT* 폐암 검진의 경우: 회원은 LDCT 폐암 검진 처방을 받아야 하며, 이는 의사 또는 자격을 갖춘 비의사 의료 종사자와의 적절한 방문 시 제공될 수 있습니다. 의사 또는 자격을 갖춘 비의사 진료사가 폐암 검진 상담 및 공동 의사결정 방문을 제공하기로 선택한 경우 LDCT를 이용한 이후의 폐암 검사의 경우, 해당 방문은 다음을 충족해야 합니다 해당 방문에 대한 Medicare 기준.	**네트워크 내:** Medicare 보장 상담 및 공동 의사결정 방문이나 LDCT에 대해서는 공동 보험, 공동 부담금, 또는 공제금이 없습니다.
C형 간염 바이러스 감염 검진 주치의나 기타 자격을 갖춘 의료 제공자가 C형 간염 선별검사를 지시하고 가입자가 다음 조건 중 하나를 충족하는 경우 당사는 해당 선별검사를 1회 보장합니다. • 귀하는 불법 주사 약물을 사용하거나 사용한 적이 있어 고위험군에 해당합니다. • 귀하는 1992년 이전에 수혈을 받은 적이 있습니다. • 귀하는 1945-1965년 사이에 태어나셨습니다. 1945~1965년 사이에 태어났고 고위험 대상으로 간주되지는 않는 경우, 당사가 한 번 선별검사 비용을 지불합니다. 귀하가 고위험군에 해당하는 경우	**네트워크 내:** C형 간염 바이러스에 대한 Medicare 보장 검진에는 공동 보험, 공동 부담금, 또는 공제금이 없습니다.

보장 서비스	귀하가 지불하는 금액
(예: 이전 음성 C형 간염 검진 이후에도 계속해서 불법 주사 약물을 사용해 온 경우), 저희는 매년 검진을 보장합니다.	
성병(STI) 검진 및 성병 예방을 위한 상담 저희는 클라미디아, 임질, 매독 및 B형 간염에 대한 성병(STI) 검진을 보장합니다. 이 검진들은 임산부와 일차 의료 제공자가 검사를 처방한 경우 STI 위험이 높은 특정인을 대상으로 보장됩니다. 당사는 12개월마다 한 번 또는 임신 기간 동안 특정 시기에 이 검사를 보장합니다. 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.	**네트워크 내:** Medicare 보장 STI 선별검사 및 STI 예방 혜택을 위한 상담에 대한 공동 보험비용, 공동 부담금 또는 공제금은 없습니다.
신장 질환 치료 서비스 신장 질환 및 투석 서비스에는 다음이 포함됩니다: • 신장 관리를 교육하고 회원이 자신의 치료에 대해 정보에 입각한 결정을 내릴 수 있도록 돕는 신장 질환 교육 서비스. 담당 의사의 의뢰를 받은 만성 신장 질환 4기 회원의 경우, 평생 최대 6회의 신장 질환 교육 서비스를 보장합니다. • 외래 투석 치료(3장에서 설명된 바와 같이 서비스 지역 외에 일시적으로 체류 중일 때의 투석 치료, 또는 해당 서비스 제공자가 일시적으로 이용 불가하거나 접근하기 어려운 경우 포함) • 입원 투석 치료(특별 치료를 위해 병원에 입원 환자로 입원한 경우) • 자가 투석 훈련(귀하 및 가정 투석 치료를 돕는 모든 사람에 대한 훈련 포함) • 가정 투석 장비 및 용품 • 특정 가정 지원 서비스(예: 필요한 경우 훈련된 투석 담당자의 가정 방문을 통한 가정 투석 모니터링, 응급 상황 지원, 투석 장비 및 수질 점검) 투석을 위한 특정 약물은 Medicare 파트 B에서 보장됩니다. 파트 B 약물 보장에 관한 정보는 이 **표의 Medicare** 파트 B 약물을 참조하십시오. 당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하시면 사전 승인의 적용을 받을 수 있는 항목 및 서비스 목록으로 이동합니다: **Humana.com/PAL**.	**네트워크 내:** 신장 질환 교육 서비스 공동 부담금 **$0** – 주치의 진료실 – 전문의 진료실 신장 투석 서비스 공동 보험 **20%** – 투석 센터 – 외래 병원 내구성 의료 장비 공동 보험 **20%** – 내구성 의료 장비 공급업체
*** SilverSneakers® 피트니스 프로그램** SilverSneakers®는 적격한 Medicare 건강 플랜에 추가 비용 없이 포함되어 있는 시니어 피트니스 프로그램입니다. 회원들은 전국의 참여 피트니스 시설을 이용할 수 있으며, 해당 시설에는 웨이트 기구 및 운동 기계와 더불어 일부 시설에서 훈련된 강사가 진행하는 그룹 운동 수업이 포함될 수 있습니다. **SilverSneakers.com**에서 온라인 교육에 접속하고, SilverSneakers에서 운동 동영상을 시청하십시오. On-DemandTM을 이용하시거나 SilverSneakers GOTM 피트니스 앱을 다운로드하시면 추가적인 운동 아이디어를 얻으실 수 있습니다. 이 플랜은 전국의 참여 헬스장 및 피트니스 센터에서 최저 비용 등급의 회	**네트워크 내:** 공동 부담금 **$0**

보장 서비스	귀하가 지불하는 금액
원권을 이용할 수 있는 피트니스 혜택을 제공하며, 노인을 위해 설계된 강사 주도의 라이브 그룹 피트니스 수업도 포함됩니다. 일반적으로 추가 요금이 부과되는 모든 피트니스 센터 서비스는 멤버십에 포함되지 않습니다.	
전문 간호 시설(SNF) 치료 (숙련 간호 시설 치료의 정의는 제12장을 참조하십시오. 숙련 간호 시설은 SNF라고도 합니다.) 귀하는 혜택 기간 중에 의학적 필요성에 따라 최대 100일 동안 보장을 받을 수 있습니다. 이전의 병원 입원은 필요 없습니다. 보장 서비스에는 다음이 포함되나 이에 국한되지 않습니다: • 2인실(또는 의학적으로 필요한 경우 개인실) • 특별 식단을 포함한 식사 • 숙련 간호 서비스 • 물리치료, 작업치료, 언어치료 • 치료 계획의 일환으로 귀하에게 투여되는 약물(혈액 응고 인자와 같이 체내에 자연적으로 존재하는 물질 포함.) • 혈액 - 보관 및 투여 포함. 전혈 및 농축 적혈구의 보장은 귀하에게 필요한 혈액의 첫 번째 파인트부터 시작됩니다. • SNF에서 일반적으로 제공하는 의료 및 수술 용품 • SNF에서 일반적으로 제공하는 검사실 검사 • SNF에서 일반적으로 제공하는 엑스레이 및 기타 방사선 서비스 • SNF에서 일반적으로 제공하는 휠체어 등 보조 기구 사용 • 의사/의료 종사자 서비스 일반적으로 가입자는 네트워크 시설로부터 SNF 치료를 받습니다. 아래에 나열된 특정 조건 하에서, 귀하는 시설에서 치료를 받을 수 있습니다. 네트워크 제공자가 아닌 시설이 당사 플랜의 지불 금액을 수락하는 경우. • 입원 직전에 거주하던 요양원 또는 지속 돌봄 은퇴 커뮤니티 (숙련된 간호 시설 서비스를 제공하는 경우에 한함) • 퇴원 시 배우자 또는 동거 파트너가 거주하고 있는 SNF 당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하시면 사전 승인의 적용을 받을 수 있는 항목 및 서비스 목록으로 이동합니다: **Humana.com/PAL**.	새로운 급여 기간은 귀하가 Medicare Advantage 플랜에 처음 가입한 첫날, 또는 숙련 간호 시설(SNF)의 숙련 간호 치료가 종료된 후 **연속 60일** 동안 퇴원 상태가 유지되었을 때 시작됩니다. 급여 기간당 귀하의 부담금: **네트워크 내** 1~20일차: 일일 공동 부담금 **$0** – 전문 요양 시설 21~100일차: 일일 공동 부담금 **$221** – 전문 요양 시설
흡연 및 담배 사용 중단(흡연 또는 담배 사용 중단을 위한 상담) 흡연 및 담배 사용 중단 상담은 다음 기준을 충족하는 외래 및 입원 환자에게 적용됩니다: • 담배 관련 질환의 징후나 증상 여부와 관계없이 담배를 사용하는 경우 • 상담 중 의사 능력이 있고 각성 상태인 경우 • 자격을 갖춘 의사 또는 기타 Medicare가 인정하는 전문의가 상담을 제공함 당사는 매년 2회의 금연 시도를 보장합니다(각 시도에는 최대 4회의 중간	**네트워크 내:** Medicare 보장 금연 및 흡연 예방 혜택에 대한 공동 보험비용, 공동부담금 또는 공제금은 없습니다.

보장 서비스	귀하가 지불하는 금액
세션 또는 집중 세션을 포함할 수 있으며, 환자는 연간 최대 8회의 세션을 받을 수 있습니다).	
*** 금연 프로그램** Medicare에서 보장하는 2회의 흡연 및 담배 사용 중단 예방 혜택 외에도, 12개월 기간 내에 추가로 한 번의 금연 상담 시도를 귀하에게 비용 없이 서비스로 보장합니다. 각각의 추가 상담 시도는 최대 4회의 대면 상담을 포함합니다. 이 서비스는 예방 조치 또는 담배 관련 질병 진단에 사용될 수 있습니다.	**네트워크 내:** 공동 부담금 **$0**
*** 만성 질환 환자를 위한 특별 보충 혜택** **Humana 휴대폰 혜택** 이 플랜은 만성 질환자를 위한 특별 보충 혜택(SSBCI)을 제공합니다. SSBCI 자격을 얻으려면 다음 요건을 **모두** 충족해야 합니다: 1. 아래 나열된 적격 만성 질환 중 하나 이상을 진단받아야 합니다. 2. 입원 또는 기타 중대한 건강 악화 결과의 고위험군이어야 합니다. 3. 집중적인 치료 조정이 필요해야 합니다. 적격 만성 질환: • 자가면역 질환 • 암 • 심혈관 질환 • 만성 알코올 사용 및 기타 물질 사용 장애 • 만성 및 장애를 유발하는 정신 건강 상태 • 만성 위장 질환 • 만성 심부전 • 만성 고지혈증 • 만성 고혈압 • 만성 신장 질환 • 만성 폐 질환 • 인지 장애와 관련된 상태 • 기능적 어려움이 있는 상태 • 치매 • 당뇨병 • HIV/AIDS • 신경계 장애 • 장기 이식 후 • 중증 혈액 장애 • 뇌졸중 Humana는 다음 중 하나 이상의 방법으로 귀하가 적격 만성 질환을 보유하고 있는지 여부를 결정할 수 있습니다: • **의료 청구:** Humana에는 하나 이상의 적격 만성 질환에 대한 진단이 포함된 의료 청구 기록이 있는 경우. 의료 청구서의 서비스 날짜는 1/1/2022 이후여야 합니다. **또는**	**네트워크 내:** 공동 부담금 **$0**

보장 서비스	귀하가 지불하는 금액
• **건강 위험 평가(HRA):** 건강 위험 평가(HRA)에서 적격 만성 질환 중 하나 이상으로 진단받았다는 표시. HRA는 1/1/2022 이후에 완료되어야 합니다. HRA는 MyHumana 계정을 설정하고 로그인하여 찾을 수 있습니다. Humana가 위의 방법 중 하나를 통해 귀하가 만성 질환 요건을 충족했음을 확인하면, Humana는 귀하가 나머지 자격 요건을 충족하는지 여부를 확인하기 위해 귀하의 회원 파일을 검토합니다. 이 검토를 통해 귀하가 Humana 휴대폰 혜택을 통해 추가 혜택을 받을 자격이 있는지 여부를 결정합니다. 추가 정보 및 지원이 필요하시면 고객 서비스 센터에 문의하시기 바랍니다. 이 플랜은 다음과 같은 SSBCI를 제공합니다: **Humana 휴대폰 혜택** 귀하가 SSBCI 자격이 있는 경우, 추가 비용 없이 무제한 통화, 문자 및 데이터를 제공하는 휴대폰을 평생 한 대 받을 자격이 **있을 수 있습니다**. 추가 정보 및 지원이 필요하시면 고객 서비스 센터에 문의하시기 바랍니다. Humana 휴대폰 혜택 자격이 확인된 후, 866-281-6372 (TTY: 711)으로 Thrive Mobile에 전화하여 Thrive Mobile에 등록하면 휴대폰을 받으실 수 있습니다. Humana에 문의하실 수 있습니다. 고객 서비스 센터에서 귀하의 자격 상태를 확인하실 수 있습니다. 모든 휴대폰에는 귀하가 사용할 수 있는 Humana 앱이 사전 설치되어 있습니다. 플랜은 분실, 손상 또는 도난된 전화기에 대해 책임을 지지 않습니다. 휴대폰 교체가 필요한 경우, 교체 기기를 받을 수 있을 수도 있습니다. 귀하는 교체 기기 비용을 부담하셔야 합니다. 교체 기기 지원을 위해 Thrive Mobile에 866-281-6372 (TTY: 711)으로 전화하십시오. *Humana 휴대폰 혜택은 집중적인 치료 조정이 필요하고 입원 또는 기타 건강상 부작용의 위험이 높은 특정 만성 질환을 가진 회원을 위한 특별 부가 혜택 프로그램입니다. 적격 조건에는 당뇨병, 심혈관계 질환, 만성 및 장애 수준의 정신 건강 질환, 만성 폐 질환 또는 만성 심부전 등이 포함될 수 있습니다.	
*** 만성 질환 환자를 위한 특별 보충 혜택** **Humana Healthy Options Allowance®** **일반 의약품 (OTC)** 플랜에 등록된 모든 회원은 참여 소매점에서 다음 일반 의약품(OTC) 카테고리의 적격 제품을 구매하는 데 사용할 수 있는 한정 용도 선불 직불 카드에 자동으로 충전되는 **$25** 월별 혜택금을 받습니다: • 감기, 독감 및 알레르기 약 • 치아 및 치과 용품 • 위장 및 소화 제품 • 응급 처치 용품 및 의료 용품 • 방광 조절 용품 • 처방전 없이 구입할 수 있는 보청기 • 통증 완화 약 • 피부 관리 용품	**네트워크 내:** 공동 보험비용, 공동 부담금 또는 공제금이 없습니다.

보장 서비스	귀하가 지불하는 금액

- 수면 보조제
- 금연을 돕는 제품
- 비타민 및 보충제 등

현재 플랜에서 이미 Humana Spending Account 카드를 보유하고 계신 경우, 귀하의 수당이 해당 카드에 충전되오니 카드를 보관해 주시기 바랍니다. 신규 회원은 우편으로 카드를 받게 됩니다. 카드를 받는 즉시 카드를 켜거나 활성화해 주시기 바랍니다. 이 카드를 사용하여 수당을 사용하세요.

- 귀하의 수당은 매월 첫째 날에 카드에 추가됩니다.
- 금액을 모두 사용하지 않으면 남은 금액이 다음 달로 이월됩니다.
- 카드에 남아 있는 금액은 연말에 소멸됩니다. 이 플랜을 탈퇴하면 더 일찍 소멸될 수도 있습니다.
- 카드를 분실하거나 도난당하여 누군가가 귀하의 허락 없이 귀하의 수당을 사용한 경우, 당사 플랜은 책임을 지지 않습니다.
- 직불 카드와 마찬가지로 이 카드를 안전한 곳에 보관하십시오.
- 금액을 모두 사용한 후에도 이 카드를 보관하십시오. 플랜에 계속 가입되어 있으면 나중에 더 많은 금액이 추가될 수 있습니다.
- 제한 사항 및 제약이 적용될 수 있습니다.

무료 MyHumana® 모바일 앱을 사용하여 매장을 찾거나 잔액을 확인할 수 있습니다. 앱은 App Store®와 Google Play®에서 이용 가능합니다. MyHumana.com을 방문하시거나 지출 계좌 카드 뒷면을 확인하시면 더 많은 정보를 얻을 수 있습니다.
또한, 이 플랜은 만성 질환자를 위한 특별 보충 혜택(SSBCI)을 제공합니다. SSBCI 자격을 얻으려면 다음 요건을 **모두** 충족해야 합니다:
1. 아래 나열된 적격 만성 질환 중 하나 이상을 진단받아야 합니다.
2. 입원 또는 기타 중대한 건강 악화 결과의 고위험군이어야 합니다.
3. 집중적인 치료 조정이 필요해야 합니다.

적격 만성 질환:

- 자가면역 질환
- 암
- 심혈관 질환
- 만성 알코올 사용 및 기타 물질 사용 장애
- 만성 및 장애를 유발하는 정신 건강 상태
- 만성 위장 질환
- 만성 심부전
- 만성 고지혈증
- 만성 고혈압
- 만성 신장 질환
- 만성 폐 질환
- 인지 장애와 관련된 상태
- 기능적 어려움이 있는 상태
- 치매
- 당뇨병
- HIV/AIDS

보장 서비스	귀하가 지불하는 금액
• 신경계 장애 • 장기 이식 후 • 중증 혈액 장애 • 뇌졸중 Humana는 다음 중 하나 이상의 방법으로 귀하가 적격 만성 질환을 보유하고 있는지 여부를 결정할 수 있습니다: • **의료 청구:** Humana에는 하나 이상의 적격 만성 질환에 대한 진단이 포함된 의료 청구 기록이 있는 경우. 의료 청구서의 서비스 날짜는 1/1/2022 이후여야 합니다.	

보장 서비스	귀하가 지불하는 금액
또는 • **건강 위험 평가(HRA):** 건강 위험 평가(HRA)에서 적격 만성 질환 중 하나 이상으로 진단받았다는 표시. HRA는 1/1/2022 이후에 완료되어야 합니다. HRA는 MyHumana 계정을 설정하고 로그인하여 찾을 수 있습니다. Humana가 위의 방법 중 하나를 통해 귀하가 만성 질환 요건을 충족했음을 확인하면, Humana는 귀하가 나머지 자격 요건을 충족하는지 여부를 확인하기 위해 귀하의 회원 파일을 검토합니다. 이 검토를 통해 귀하가 Humana Healthy Options Allowance®를 통한 추가 혜택을 받을 자격이 있는지 여부가 결정됩니다. 추가 정보 및 지원이 필요하시면 고객 서비스 센터에 문의하시기 바랍니다. 이 플랜은 다음과 같은 SSBCI를 제공합니다: **Humana Healthy Options Allowance®** **이 SSBCI에 적격한 경우,** 동일한 카드로 동일한 금액을 사용하여 참여 소매점에서 다음과 같은 적격 제품을 구매할 수 있습니다: • 식료품 (농산물, 과일, 빵, 육류, 유제품 등) • 개인 위생 용품 (치약, 샴푸, 바디 비누, 데오도란트 등) • 가정용 소모품 (화장지, 종이 타월, 욕실 세정제, 세탁 세제 등) • 가정용 보조 기구 (안전 손잡이 바, 높이 조절 변기 시트, 손뻗기 보조 도구 등) • 반려동물 용품(반려동물 사료, 모래, 벼룩 샴푸 등; 미용 서비스, 수의사 진료비 및 반려동물 처방약은 제외) 이 지원금은 다음과 같이 **서비스 제공자가 결제를 처리할 수 있는 경우 승인된 서비스 비용을 지불하는 데** 사용될 수 있습니다: • 월별 생활비 (임대료/모기지, 공과금, 전화, 인터넷 등) • 비의료 교통 비용 (대중교통, 택시, Uber, Lyft 등) • 플랜의 승인된 제공업체를 통한 개인 긴급 대응 서비스 • 해충 방제 서비스 • 플랜의 승인된 제공업체를 통한 동반자 돌봄 서비스 • 실내 공기질 장비 서비스 가맹점 참여는 변경될 수 있으며 지출 계좌 카드의 사용 승인을 보장하지 않습니다. 일부 임대 및 공과금 회사는 이러한 결제 방식을 수락하지 않을 수 있습니다. *이 지출 수당은 집중 치료가 필요한 특정 만성 질환을 가진 회원을 위한 특별 보충 혜택 프로그램입니다 조정이 필요하며 입원 또는 기타 불리한 건강 결과의 높은 위험에 처해 있습니다. 적격 조건에는 당뇨병, 심혈관계 질환, 만성 및 장애 수준의 정신 건강 질환, 만성 폐 질환 또는 만성 심부전 등이 포함됩니다. 일부 플랜은 최소 두 가지 이상의 질환을 요구합니다. 이 프로그램을 임대료 또는 공과금에 사용하는 경우, 주택도시개발부(HUD)의 지원을 받기 위해서는 이를 소득으로 신고해야 합니다. 문의 사항이 있으시면 지역 HUD 사무소에 문의하십시오.	
감독 운동 치료(SET) SET는 증상이 있는 말초 동맥 질환(PAD)이 있는 회원에게 적용됩니다. SET 프로그램 요건이 충족될 경우 12주 동안 최대 36회의 세션이 보장됩니다. SET 프로그램은 다음을 충족해야 합니다: • 파행증이 있는 PAD 환자를 위한 치료적 운동 훈련 프로그램으로 구성된 30-60분간의 세션으로 이루어짐	**네트워크 내:** 공동 보험 **20%** – 전문의 진료실 – 외래 병원

보장 서비스	귀하가 지불하는 금액
• 병원 외래 환경 또는 의사 진료실에서 실시되어야 합니다 • 치료의 이점이 위해보다 크도록 하는 데 필요하며 PAD에 대한 운동 치료 훈련을 받은 자격 있는 보조 인력에 의해 제공되어야 합니다 • 기본 및 고급 생명 유지 기술 모두에 대해 훈련을 받은 의사, 의사 보조원(PA), 또는 전문 간호사(NP)/임상 간호 전문가(CNS)의 직접적인 감독 하에 실시되어야 합니다 의료 제공자가 의학적으로 필요하다고 판단하는 경우, 감독 운동 치료(SET)는 12주 동안의 36회 세션을 초과하여 추가로 36회 세션까지 장기간에 걸쳐 보장될 수 있습니다. 당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하시면 사전 승인의 적용을 받을 수 있는 항목 및 서비스 목록으로 이동합니다: **Humana.com/PAL**.	
*** 교통편** 가입자는 플랜 서비스 지역 내에서 플랜이 승인한 위치로 연간 24회의 비응급 편도 교통편을 보장받습니다. 편도 여행당 최대 허용 이동 거리는 25마일입니다. 플랜 승인 장소에는 의료 시설, 의원 및 치과, 약국, 피트니스 센터가 포함됩니다. 회원은 예약 최소 3 영업일 전에 네트워크 내 교통 서비스 제공자에게 이동을 예약해야 합니다. 일부 이동은 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 휠체어를 사용하시거나 기타 특별한 요구 사항이 있으시거나 이동 시 동반자 최대 1명을 데려오고 싶으시다면, 이동을 예약할 때 제공업체에 알려 주시기 바랍니다. 플랜 승인 장소, 네트워크 내 교통 서비스 제공자 및 사전 승인 요건에 대한 자세한 정보는 고객 서비스 센터에 문의하시기 바랍니다. 승인 요건에 대해. 여행 일정을 예약하려면 고객 서비스 센터에서 귀하의 혜택을 확인하고 여행을 계획할 수 있도록 교통 서비스 제공자를 안내해 드립니다.	**네트워크 내:** 공동 부담금 **$0**
균일성 유연성 비응급 의료 교통 아래에 명시된 만성 질환 중 하나 이상으로 진단받으신 경우, 균일성 유연성 비응급 의료 교통 혜택을 받으실 수 있습니다. • 암 • 만성 신장 질환 (CKD) • 말기 신장 질환 (ESRD) 자격이 되는 경우, 달력 연도별로 플랜 서비스 지역 내 플랜 승인 장소까지의 편도 비응급 이동이 무제한으로 보장됩니다. 편도 여행당 최대 허용 이동 거리는 25마일입니다. 플랜 승인 장소에는 의료 시설, 의원 및 치과, 약국, 피트니스 센터가 포함됩니다. 회원은 예약 최소 3 영업일 전에 네트워크 내 교통 서비스 제공자에게 이동을 예약해야 합니다. 일부 이동은 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 휠체어를 사용하시거나 기타 특별한 요구 사항이 있으시거나 이동 시 동반자 최대 1명을 데려오고 싶으시다면, 이동을 예약할 때 제공업체에 알려 주시기 바랍니다. 플랜 승인 장소, 네트워크 내 교통 서비스 제공자 및 사전 승인 요건에 대한	**네트워크 내:** 공동 부담금 **$0**

보장 서비스	귀하가 지불하는 금액
자세한 정보는 고객 서비스 센터에 문의하시기 바랍니다. 여행 일정을 예약하려면 고객 서비스 센터에서 귀하의 혜택을 확인하고 여행을 계획할 수 있도록 교통 서비스 제공자를 안내해 드립니다.	
긴급하게 필요한 서비스 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 분담만 부과해야 합니다. 긴급하게 필요한 서비스의 예로는 예기치 않은 질병 및 부상, 또는 기존 질환의 예상치 못한 악화가 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. 귀하는 전 세계에서 긴급하게 필요한 서비스에 대해 보장됩니다. 미국 및 그 영토 밖에서 긴급한 의료가 필요한 경우, 제공된 서비스에 대한 비용을 선불로 지불하실 책임이 있습니다. 환급을 받으려면 지불에 대한 증빙 서류를 고객 지원에 제출해야 합니다. 더 자세한 정보 7장을 참조하십시오. 당사는 모든 자기 부담 비용을 환급하지 않을 수 있습니다. 이는 당사의 계약 요율이 미국 및 그 영토 이외의 지역에 있는 제공자 요율보다 낮을 수 있기 때문입니다. 귀하는 당사의 계약 요율을 초과하는 비용 및 해당 회원 비용 부담금에 대해 책임이 있습니다. 진료실에서 제공되는 긴급히 필요한 의료 서비스에 대한 자세한 내용은 **의사/의료인 서비스(의원 방문 포함)** 항목을 참조하십시오.	**네트워크 내:** 긴급하게 필요한 서비스 공동 부담금 **$40** - 긴급 치료 센터 **네트워크 외:** 전 세계 보장 공동 부담금 **$40** - 긴급 치료 센터
가상 심장 회복 프로그램 **(균일성 유연성 혜택)** **자격 및 설명** 적격 회원은 플랜에서 정한 ICD-10 코딩 기준에 따른 심부전 진단과 관련하여 지난 30일 이내에 입원 또는 관찰 입원을 한 이력이 있어야 합니다. 회원은 또한 다음 중 하나를 충족해야 합니다: (a) 박출률 감소 심부전(HFrEF) 또는 (b) 최소 하나 이상의 추가 질환(합병증을 동반한 고혈압, 결핵 제외 폐렴, 또는 호흡기 증후 및 증상)을 동반한 심부전. 추가 상태는 동일한 소급 기간 내에 활성 상태여야 합니다. 박출률을 직접 확인할 수 없는 경우, 임상적으로 검증된 대리 기준이 사용됩니다. 모든 적격 회원은 동일한 접근권을 받습니다. **급여 설명** 프로그램은 감독하에 진행되는 운동, 영양 및 약물 후속 관리, 그리고 원격 의료를 통해 제공되는 개인 맞춤형 치료 계획을 통한 기능 평가를 통해 조정된 치료를 제공합니다. 보장 요건을 충족하는 입원 치료 후 해당 치료 건당 최대 36회 세션까지 공동 부담금 없이($0) 보장됩니다. 원격 모니터링, 행동 코칭, 교육 및 의료 제공자 방문이 포함될 수 있습니다. 이 혜택은	**네트워크 내:** 공동 부담금 **$0**

보장 서비스	귀하가 지불하는 금액
Medicare 적용 심장 재활을 보완하며, 이를 대체하지 않습니다. **범위 및 제한 사항** • 서비스는 의학적으로 필요하며 해당 자격 요건 질환과 관련이 있어야 합니다. • 보장 요건을 충족하는 입원 건당 하나의 치료 기간이 적용되며, 기준을 충족하는 경우 입원할 때마다 새로운 치료 기간이 시작될 수 있습니다. • 사전 승인은 자격 확인 및 의료적 필요성에 따라 요구될 수 있습니다. • 서비스는 플랜 승인 공급업체를 통해 제공되어야 합니다. **보장 결정 및 이의 신청** 요청은 Medicare Advantage 기관 결정으로 처리됩니다. 회원은 보장 결정을 요청하고 이의 신청을 제기할 수 있습니다.	
시력 관리 보장 서비스는 다음을 포함합니다: • 노인성 황반변성 치료를 포함한 안구 질환 및 손상의 진단과 치료를 위한 외래 의사 서비스. 오리지널 Medicare는 안경/콘택트 렌즈를 위한 정기 시력 검사(눈 굴절)를 보장하지 않습니다. • 당사는 녹내장 위험이 높은 사람에 대해 매년 한 번의 녹내장 선별검사를 보장합니다. 녹내장 고위험군에는 녹내장 가족력이 있는 사람, 당뇨병 환자, 50세 이상의 아프리카계 미국인, 65세 이상의 히스패닉계 미국인이 포함됩니다 • 당뇨병 환자의 경우, 당뇨병성 망막증 검사가 연 1회 보장됩니다 • 안내 렌즈 삽입을 포함한 백내장 수술 후 각각 안경 1쌍 또는 콘택트렌즈 1쌍 백내장 수술을 2회 별도로 받은 경우, 첫 번째 수술 후 혜택을 유보하고 두 번째 수술 후 안경 2개를 구입할 수 없습니다 백내장 수술 후 보장되는 안경에는 Medicare가 정의한 표준 프레임과 렌즈가 포함되며, 업그레이드는 보장되지 않습니다(고급 프레임, 색조 처리, 누진 렌즈 또는 반사 방지 코팅 등을 포함하되 이에 한정되지 않음). 또한, 당사 플랜은 정기 시력 검사 및 안경류 구입 보조금을 포함하는 **의무 보충 시력 혜택을** 적용합니다. (예방 서비스)는 녹내장 선별검사에만 적용됩니다. 당사 플랜은 특정 용품 및 서비스에 대한 사전 승인을 요합니다. 다음 링크를 클릭하시면 사전 승인의 적용을 받을 수 있는 항목 및 서비스 목록으로 이동합니다: **Humana.com/PAL**.	**네트워크 내:** Medicare 적용 시력 서비스 공동 부담금 **$30** – 전문의 진료실 녹내장 검진 공동 부담금 **$0** – 전문의 진료실 당뇨병성 시력 검사 공동 부담금 **$0** – 모든 치료 장소 안경류 (백내장 수술 후) 공동 부담금 **$0** – 모든 치료 장소 **필수 보충 시력 급여** *귀하는 의무적 보충 시력 혜택 적용 대상입니다. 자세한 내용은 이 표 끝에 있는 **의무적 보충 시력 혜택** 설명을 참조하십시오. **참고:** 보충 시력 혜택에 대한 제공자 네트워크는 위에 나열된 오리지널 Medicare 시력 혜택에 대한 제공자 네트워크와 다를 수 있습니다.

보장 서비스	귀하가 지불하는 금액
Medicare 가입 환영 예방 방문 당사 플랜은 1회의 Medicare 가입 환영 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. **중요:** 저희는 Medicare 파트 B를 처음 취득한 후 첫 12개월 이내에만 Medicare 가입 환영 예방 방문을 보장합니다. 예약 시, 담당 의사 진료실에 Medicare 가입 환영 예방 방문 일정을 잡고 싶다고 알려 주십시오.	**네트워크 내:** Medicare 가입 환영 예방 방문에 대한 공동 보험비용, 공동 부담금 또는 공제금은 없습니다.

의무적 보충 치과 급여 DEND35

보장 설명
다음과 같은 Medicare 비급여 일반 치과 관련 서비스를 받으실 수 있습니다:

플랜 개요
• **연간 최대 한도: $500** • **공제금: $0**
플랜 정보
다음 정보에는 네트워크 내 및 네트워크 외 제공자에 대한 혜택 한도 및 비용 세부 사항에 관한 중요한 정보가 포함되어 있습니다. 귀하의 플랜에 대한 추가 정보는 보장 세부 사항 섹션 아래에 있습니다. **네트워크 내 제공자** • 의무적 보충 치과 혜택은 HumanaDental Medicare Network를 통해 제공됩니다. 당사의 전국 네트워크용 제공자 로케이터는 **Humana.com/FindCare**에서 확인할 수 있습니다. • *네트워크 내 치과의사는 (네트워크 내 수가표 또는 INFS에 따라) 계약금액 요율로 보장 서비스를 제공할 것에 동의하였습니다. • 회원이 참여 네트워크 치과의사를 방문하는 경우, 회원은 협상된 수가표를 초과하는 비용을 청구받을 수 없습니다 (단, 해당되는 공동 보험 납부금은 계속 적용됩니다).

혜택 설명	네트워크 내 귀하 부담금	네트워크 외 귀하 부담금
예방 서비스		
검진 빈도/한도 – 연간 2개의 시술 코드		
정기 구강검진 – D0120	**0%**	**100%**
검진 빈도/한도 – 연간 2개의 시술 코드		
응급 진단 검사 – D0140	**0%**	**100%**

혜택 설명	네트워크 내 귀하 부담금	네트워크 외 귀하 부담금
예방적 처치 (클리닝) 빈도/한도 – 연간 2개의 시술 코드		
예방적 처치 (클리닝) – D1110	**0%**	**100%**
교익 엑스레이 빈도/한도 – 연간 1개의 시술 코드		
교익 엑스레이 – D0270, D0272, D0273, D0274	**0%**	**100%**
구강 내 엑스레이 (구강 내부) 빈도/제한 – 연간 시술 코드 6개		
치근단 엑스레이 – D0220, D0230	**0%**	**100%**
전악 또는 파노라마 엑스레이 빈도/제한 – 5년마다 시술 코드 1개		
전체 시리즈 – D0210	**0%**	**100%**
파노라마 필름 – D0330	**0%**	**100%**
진단 서비스 빈도/한도 – 3년마다 1개의 시술 코드		
치주 검사 – D0180	**0%**	**100%**
종합 검사 – D0150	**0%**	**100%**
종합 서비스		
치주 유지 관리 빈도/제한 – 연간 시술 코드 4개		
치주 치료 후 치주 유지 관리 – D4910	**0%**	**100%**
수복 치료(충전) – 아말감 및/또는 복합 레진 빈도/제한 – 2년마다 치아당 면당 시술 코드 1개		
아말감 (은) – 유치 또는 영구치 – D2140, D2150, D2160, D2161	**0%**	**100%**
레진 기반 복합재 (백색) – 전치부 (앞니) 또는 구치부 (뒷니) – D2330, D2331, D2332, D2335, D2391, D2392, D2393, D2394	**0%**	**100%**
발치 (치아 뽑기) 빈도/제한 – 평생 치아당 시술 코드 1개		
맹출된 치아 또는 노출된 치근 발치 – D7140, D7210	**0%**	**100%**
매복 치아 제거 – D7220, D7230, D7240	**0%**	**100%**
잔존 치근의 외과적 제거 – D7250	**0%**	**100%**
수복 (기타 서비스) – 코어 빌드업 또는 기성 포스트 및 코어 빈도/제한 – 5년마다 치아당 시술 코드 1개		
코어 빌드업 – D2950	**0%**	**100%**
조립식 포스트 및 코어 – D2952, D2953, D2954, D2957	**0%**	**100%**

혜택 설명	네트워크 내 귀하 부담금	네트워크 외 귀하 부담금
스케일링 – 전반적 염증 빈도/한도 – 연간 1개의 시술 코드		
스케일링 – 중등도 또는 중증 치은 염증 - D4346	**0%**	**100%**
스케일링 및 치근활택술 빈도/제한 – 사분악당 3년마다 시술 코드 1개		
치주 스케일링 및 치근활택술 – D4341, D4342	**0%**	**100%**
신경 치료 서비스 빈도/제한 – 평생 치아당 시술 코드 1개		
신경 치료 – D3310, D3320, D3330	**0%**	**100%**
신경 재치료 빈도/제한 – 평생 치아당 시술 코드 1개		
이전 신경 치료 재치료 – D3346, D3347, D3348	**0%**	**100%**
크라운 빈도/제한 – 치아당 5년마다 시술 코드 1개		
크라운 (리테이너 크라운 제외) – 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%**
크라운 재부착 빈도/제한 – 2년마다 시술 코드 1개		
인레이, 온레이 또는 부분 피개 수복물 재접착 – D2910	**0%**	**100%**
간접 제작 또는 기성 포스트 및 코어 재접착 – D2915	**0%**	**100%**
크라운 재부착 – D2920	**0%**	**100%**
완전 의치 빈도/제한 – 정기적인 장착 후 관리를 포함하여, 5년마다 상악 및 하악 완전 의치 1개 또는 상악 및 하악 즉시 의치 1개		
완전 의치 – 상악 (위) 또는 하악 (아래) – D5110, D5120	**0%**	**100%**
즉시 의치 – 상악 (위) 또는 하악 (아래) – D5130, D5140	**0%**	**100%**
가철성 부분 의치 (정기적인 장착 후 관리 포함) 빈도/제한 – 5년마다 상악 및 하악 부분 의치 1개		
부분 의치 – 레진 또는 금속, 상악 (위) 또는 하악 (아래) – D5211, D5212, D5213, D5214, D5221, D5222, D5223, D5224, D5225, D5226, D5227, D5228	**0%**	**100%**
편측 부분 의치 – D5282, D5283	**0%**	**100%**
탈착식 편측 부분 의치 사분악당 - D5284, D5286	**0%**	**100%**

혜택 설명	네트워크 내 귀하 부담금	네트워크 외 귀하 부담금
의치 조정 (최초 장착 후 6개월 이내에는 보장되지 않음) 빈도/한도 – 연간 2개의 시술 코드		
완전 의치 조정 – 상악(위) 또는 하악(아래) – D5410, D5411	**0%**	**100%**
부분 의치 조정 – 상악(위) 또는 하악(아래) – D5421, D5422	**0%**	**100%**
의치 재안장 (예비 의치에는 적용 불가, 최초 장착 후 6개월 이내 불가) 빈도/제한 – 연간 1개의 시술 코드		
완전 의치 재이장 – 상악(위) 또는 하악(아래) – D5730, D5731, D5750, D5751	**0%**	**100%**
부분 의치 재이장 – 상악(위) 또는 하악(아래) – D5740, D5741, D5760, D5761	**0%**	**100%**
의치 수리 – 베이스 및 프레임워크 (최초 장착 후 6개월 이내에는 보장되지 않음) 빈도/제한 – 연간 상악 시술 코드 1개 및 하악 시술 코드 1개		
완전 의치 베이스 수리 – 상악(위) 또는 하악(아래) – D5511, D5512	**0%**	**100%**
부분 의치 베이스 수리 – 상악(위) 또는 하악(아래) – D5611, D5612	**0%**	**100%**
부분 치과 프레임워크 수리 – 상악(위) 또는 하악(아래) – D5621, D5622	**0%**	**100%**
모든 치아/아크릴 교체 – 상악(위턱) 또는 하악(아래턱) – D5670, D5671	**0%**	**100%**
의치 수리 – 파손된 치아 (최초 장착 후 6개월 이내에는 보장되지 않음) 빈도/한도 – 연간 치아당 2개 시술 코드		
분실되거나 파손된 치아 교체 – 완전 의치 – 치아당 – D5520	**0%**	**100%**
완전 의치의 모든 치아 교체 – 상악(위턱) 또는 하악(아래턱) – D5521, D5522	**0%**	**100%**
파손된 유지/클래스프 재료 수리 또는 교체 – 치아당 – D5630	**0%**	**100%**
분실되거나 파손된 치아 교체 – 부분 의치 – 치아당 – D5640	**0%**	**100%**
의치 수리 – 추가 (최초 장착 후 6개월 이내에는 보장되지 않음) 빈도/제한 – 치아당 5년마다 시술 코드 1개		
기존 부분 의치에 치아 또는 클래스프 추가 – 치아당 – D5650, D5660	**0%**	**100%**
의치 리베이스 (최초 장착 후 6개월 이내에는 보장되지 않음) 빈도/한도 – 연간 1개의 시술 코드		
완전 의치 재상 – 상악(위턱) 또는 하악(아래턱) – D5710, D5711	**0%**	**100%**
부분 의치 재상 – 상악(위턱) 또는 하악(아래턱) – D5720, D5721	**0%**	**100%**
구강 외과 빈도/한도 – 연간 2개의 시술 코드		
구강 외과 - D7284, D7285, D7286, D7287, D7288, D7310, D7311, D7320, D7321, D7450, D7451, D7509, D7510, D7961, D7962, D7963	**0%**	**100%**

혜택 설명	네트워크 내 귀하 부담금	네트워크 외 귀하 부담금
조직 컨디셔닝 (최초 장착 후 6개월 이내에는 보장되지 않음) 빈도/한도 – 연간 1개의 시술 코드		
조직 조정 – 상악(위) 또는 하악(아래) – D5850, D5851	**0%**	**100%**
교합 조정 (최초 장착 후 6개월 이내에는 보장되지 않음) 빈도/한도 – 3년마다 1개의 시술 코드		
교합 조정 - 부분적 – D9951	**0%**	**100%**
통증 관리 빈도/한도 – 연간 2개의 시술 코드		
치과 통증 완화 치료 – D9110	**0%**	**100%**
마취 – 점진적 빈도/한도 – 연간 보장 코드에 따라 필요 시 (광범위하고/하거나 복잡한 시술과 함께, 플랜 제한 및 제외 사항에 따름, 임상 검토 대상)		
심층 진정/전신 마취 투여 – D9223	**0%**	**100%**
중등도 진정 투여 – D9243, D9247	**0%**	**100%**
마취 – 전신 빈도/한도 – 연간 2개의 시술 코드 (광범위하고/하거나 복잡한 시술과 함께, 플랜 제한 및 제외 사항에 따름, 임상 검토 대상)		
심층 진정/전신 마취 투여 – D9222	**0%**	**100%**
중등도 진정 투여 – D9239, D9246	**0%**	**100%**
마취 – 아산화질소/진통 빈도/한도 – 방문당 1단위, 주요 시술이 보장되는 경우에만 보장됨 (광범위하고/하거나 복잡한 시술과 함께, 플랜 제한 및 제외 사항에 따름, 임상 검토 대상)		
아산화질소 투여 – D9230	**0%**	**100%**

혜택 한도

- 제한 사항 및 적용 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 없는 서비스는 플랜에서 보장되지 않으며 회원 본인이 부담해야 합니다.
- 연간 최대 혜택 보장 금액을 초과하는 금액에 대한 책임은 가입자에게 있습니다.
- 급여는 역년(calendar year) 기준으로 제공됩니다. 연말까지 사용하지 않은 금액은 소멸됩니다.

각 플랜에 관한 정보는 **Humana.com/sb**에서 확인할 수 있습니다.

치과 비용 추정

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 다음이 포함되어야 합니다:

1. 미국치과학회 용어 및 코드를 사용하여 귀하가 받을 서비스 목록.
2. 제안된 치료에 대한 귀하의 치과 의사의 서면 설명.
3. 귀하의 치과적 필요를 보여주는 엑스레이.
4. 제안된 치료의 항목별 비용.
5. 당사가 요청하는 기타 진단 자료.

지불금 계산 방법

보장 치과 서비스의 경우 당사는 다음 혜택에 대해 지불합니다.

- 당사는 총 보장 비용을 결정합니다.
- 당사는 보장 비용을 허용되는 최대 급여와 비교하여 검토합니다.
- 귀하가 부담해야 하는 공동 보험(비율 분담금)을 차감한 후 남은 비용을 귀하 또는 귀하의 치과로 지급합니다(귀하가 받으신 시술에 따라 일정 비율의 비용 부담이 발생할 수 있습니다).

서비스 날짜 정의

치과 진료비 청구 목적상, "서비스 날짜"(DOS)는 다음과 같이 정의됩니다:

- 고정 브리지, 크라운, 인레이 또는 온레이를 위해 치아를 준비하는 날짜
- 의치 또는 부분 의치를 위한 인상 또는 디지털 스캔을 시행하는 날짜
- 임플란트 크라운을 위한 지대치/임플란트의 인상 또는 디지털 스캔을 촬영하는 날짜
- 신경 치료를 위해 치아의 치수강을 개방하는 날짜
- 치주 수술이 시행되는 날짜
- 위에 열거되지 않은 서비스의 경우 해당 서비스가 시행되는 날짜

치료 옵션

- 두 가지 이상의 치료 방법이 가능한 치과 상태에 대해, Humana는 만족스러운 결과를 제공하는 것으로 입증된 경우에 한하여 가장 낮은 비용의 치료를 급여합니다.

- 더 높은 비용의 치료를 받도록 선택하는 경우, 귀하는 그 차액을 부담할 책임이 있습니다.

의무 보충 청각 혜택 HER101

보장 설명

혜택을 이용하시려면 NationsHearing에 888-742-8063으로 전화하여 예약을 잡으셔야 합니다.

혜택 설명	네트워크 내 귀하 부담금
정기 청력 검사 (연 1회)	**$0**
연간 최대 2개의 처방 보청기 (연간 귀당 1개). 네트워크 내 혜택은 다양한 브랜드와 옵션으로 제공되는 NationsHearing 2단계 처방 보청기로 제한됩니다. 일부 2단계 처방 보청기는 충전식 스타일 옵션으로 이용 가능합니다. **네트워크 내 혜택을 이용하려면 NationsHearing에 888-742-8063(TTY: 711)으로 전화하여 예약해야 합니다.** 네트워크 내 보청기 구매에 포함된 사항: - 최초 공급자로부터 보청기 구매 후 첫 해 동안 1회 피팅 예약 - 최초 공급자로부터 보청기 구매 후 첫 해 동안 3회 후속 방문 - 60일 체험 기간 - 3년 연장 보증 - 충전 불가 보청기당 3년치 배터리 (연간 귀당 최대 60개) 혜택에는 다음 항목이 포함되거나 적용되지 않습니다: - OTC 보청기 - 보청기 액세서리 - 추가 제공자 방문 - 추가 배터리 (또는 충전식 보청기 구매 시 배터리) - 분실 및 손상 보증 청구와 관련된 비용 제외 항목과 관련된 비용은 회원의 책임이며 플랜에서 보장되지 않습니다.	**$0** 2단계 보청기당

보충 혜택에 대해 납부한 공동 부담금, 공동보험, 및 공제금은 귀하의 최대 본인부담금 금액에 포함되지 않습니다.

이 혜택은 달력 연도 기준으로 제공됩니다. 연말까지 사용하지 않은 금액은 소멸됩니다.

필수 보충 시력 혜택 VIS736

보장 설명
Humana Medicare Insight Network을 통한 시력 혜택
다음과 같은 Medicare 미적용 정기 시력 관련 서비스를 받으실 수 있습니다:

혜택 설명	네트워크 내 귀하 부담금
• Humana Medicare Insight Network 안과 서비스 제공자가 실시하는 굴절 검사를 포함한 정기 시력 검사(연간 1회) **Humana Medicare Insight Network** 안경점 **또는** • Humana 네트워크 소속 안과 의료 제공자가 Medicare 보장 종합 시력 검사와 같은 진료 예약에서 굴절 검사를 실시하는 경우, 정기 시력 검사 대신 굴절 검사(연간 1회)를 보장합니다.	**$0*** **또는** 굴절 검사에 대해 **$0**, 의료 검사에 대한 전문의 본인부담금에 추가
• Humana Medicare Insight Network 소속 안경 관련 의료 제공자에서 제공하는 안경 혜택(연간 1회) 귀하가 부담해야 하는 항목: – 안경테와 렌즈 한 쌍 구매 또는 콘택트렌즈(일반 또는 일회용) 구매 시 **$50**을 초과하는 소매 금액 **또는** – 안경테와 렌즈 한 쌍 구매 **또는** 콘택트렌즈(일반 또는 일회용) 구매 시 **$100**을 초과하는 소매 금액 **PLUS** 제공자로부터** 혜택에는 콘택트 렌즈 피팅이 포함되지 않습니다. 자외선 차단, 스크래치 방지 코팅 및 기타 렌즈 옵션은 안경 혜택에 적용될 수 있습니다. 혜택은 소매 가격에 적용됩니다. 회원은 플랜 승인 금액을 초과하는 비용에 대해 책임을 집니다. **혜택은 한 번만 사용할 수 있습니다. 잔여 혜택 금액은 향후 구매로 "이월"되지 않습니다.**	**$50**을 초과하는 소매 금액 **또는** 소매가 초과 금액 **$100** 기준, **PLUS** 제공자** 이용 시

*Humana Medicare Insight Network 소속 안경 관련 의료 제공자에게서 받는 정기 시력 검사 비용은 $0입니다. 귀하가 Humana Medicare Insight Network의 일원임을 네트워크 제공자에게 알려 주시기 바랍니다. 참고: Humana Medicare Insight Network를 통한 귀하의 보충 시력 혜택에 대한 제공자 네트워크는 Medicare 적용 시력 혜택에 대한 제공자 네트워크와 다를 수 있습니다.

PLUS 의료 제공자는 **Humana Medicare Insight Network의 일부이며, **Humana.com/FindCare**에서 제공되는 의료 제공자 검색 결과에 PLUS 의료 제공자 표시가 나타납니다.

보충 혜택에 대해 납부한 공동 부담금, 공동보험, 및 공제금은 귀하의 최대 본인부담금 금액에 포함되지 않습니다.

이 혜택은 달력 연도 기준으로 제공됩니다. 연말까지 사용하지 않은 금액은 소멸됩니다.

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

HMO 여행 혜택은 Humana Dual Select H5619-165 (HMO D-SNP)의 회원으로서 귀하가 이용할 수 있습니다. 귀하는 서비스 지역 외부에 있을 때 이미 응급 및 긴급 의료 서비스를 이용할 수 있습니다. 그러나 미국 내에서 여행하는 경우, HMO 여행 혜택을 통해 예방 진료를 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**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.

서비스 지역 외부로 여행을 계획하고 있으며 HMO 여행 혜택을 사용할 것으로 예상되는 경우, 담당 주치의에게 미리 알려 두실 것을 권장합니다. 또한 여행 중에 이용하고자 하는 의료 제공자가 전국 Medicare HMO/SNP 네트워크에 속해 있는지 **Humana.com/FindCare**을 통해 확인하시거나, 도움이 필요하신 경우 고객 서비스 센터에 문의하실 것을 권장합니다.

3절 Humana Dual Select H5619-165 외부에서 적용되는 서비스 (HMO D-SNP)

오리지널 Medicare로 보장되는 모든 서비스는 당사 플랜으로도 보장됩니다. Humana Dual Select H5619-165 (HMO D-SNP)에서는 적용되지 않지만 Apple Health (Medicaid)를 통해 이용 가능한 서비스에 대해 질문이 있으시면, Medicaid 회원 안내서를 참조하시거나 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 해당 서비스가 이의 신청되어 결정된 경우입니다: 이의 신청 시 귀하의 특정 상황으로 인해 당사가 지불하거나 적용했어야 하는 의료 서비스로 판정된 경우. (의료 서비스 적용 거부 결정에 대한 이의 신청 정보는 9장, 6.3절을 참조하십시오)

Medicare에서 보장되지 않는 서비스	특정 조건에서만 보장됨
주로 비의료적 목적으로 통상 사용되는 장비에 대한 비용. 해당 장비에 일부 의료 관련 용도가 있더라도 보장되지 않습니다.	어떠한 조건에서도 보장되지 않음
미용 수술 또는 시술	우발적 부상의 경우 또는 기형 신체 부위의 기능 향상을 위한 경우 적용 유방 절제술 후 유방의 모든 단계의 재건 수술과 대칭적인 외모를 위한 반대쪽 유방에 대해서도 적용

Medicare에서 보장되지 않는 서비스	특정 조건에서만 보장됨
보호 간호 서비스 보호 간호 서비스란 훈련된 의료 또는 의료 보조 인력의 지속적인 관리가 필요하지 않은 개인 돌봄으로, 목욕이나 옷 입기와 같은 일상 활동을 도와주는 돌봄을 말합니다.	어떠한 조건에서도 보장되지 않음
실험적 내과 및 외과 시술, 장비 및 의약품 실험적 시술 및 항목이란 오리지널 Medicare가 의료계에서 일반적으로 인정되지 않는 것으로 결정한 항목 및 시술을 의미합니다	Medicare 승인 임상 연구에 따른 오리지널 Medicare 또는 당사 플랜에 의해 보장될 수 있습니다. (임상 연구에 대한 자세한 내용은 3장 5절을 참조하십시오)
직계 가족 또는 동거 가족 구성원의 진료에 대해 청구되는 비용	어떠한 조건에서도 보장되지 않음
자택에서의 전일제 간호 서비스	어떠한 조건에서도 보장되지 않음
분자 진단 서비스 프로그램(MoIDX®)의 기술 평가를 성공적으로 완료하지 않은 유전자/분자 검사 유전자/분자 검사는 체내의 DNA, RNA, 단백질 또는 기타 생물학적 표지자를 분석합니다. 의사가 이러한 검사 중 하나에 대해 이야기한다면, 해당 검사가 귀하의 플랜에서 보장되는지 여부를 반드시 확인하십시오. FDA 승인을 받지 않은 유전자/분자 검사는 Humana 및 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS)에서 보장받기 위해 MolDX 프로그램의 일환으로 Palmetto GBA의 기술 평가(TA)를 통해 평가 및 승인을 받아야 합니다. CMS 규정에 따라, 기술 평가(TA)는 해당 검사가 환자의 치료 결과를 개선하거나 의사의 치료 관리 결정을 변경하는 등 임상적으로 유용하다는 것을 입증해야 하며, 아울러 입증된 임상적 유효성 및 분석적 유효성을 갖춘 타당한 검사임을 증명해야 합니다. **기술 평가(TA)를 성공적으로 완료한 유전자/분자 검사만이 보장 대상으로 고려됩니다. 전체 목록은 다음에서 확인하실 수 있습니다.** DEX® Diagnostics Exchange Registry. 보장 가능한 유전자/분자 검사의 의학적 필요성 요건에 대한 자세한 내용은 CMS.gov 및 Humana.com/coveragepolicies에서 확인하실 수 있습니다. 해당 유전자/분자 검사가 DEX® Diagnostics Exchange Registry에 등록되어 있는지 의료 제공자에게 확인하시기 바랍니다.	어떠한 조건에서도 보장되지 않음

Medicare에서 보장되지 않는 서비스	특정 조건에서만 보장됨
가정 배달 식사	어떠한 조건에서도 보장되지 않음
가정 건강 서비스	Medicare는 의학적으로 필요한 파트타임 또는 간헐적 숙련 간호를 보장합니다.
가사 서비스에는 기본적인 가사 도움이 포함되며, 가벼운 청소 또는 가벼운 식사 준비가 포함됩니다.	어떠한 조건에서도 보장되지 않음
자연요법 서비스(자연 치료 또는 대체 치료 사용)	어떠한 조건에서도 보장되지 않음
비전통적 안내 렌즈 (IOL) 백내장 수술 후, 다음을 포함: **• 난시 교정 기능의 인공 수정체** **• 노안 교정 기능의 인공 수정체**	어떠한 조건에서도 보장되지 않음
비정기적 치과 치료	질병 또는 부상 치료에 필요한 치과 치료는 입원 또는 외래 진료로 보장될 수 있습니다.
정형외과용 신발 또는 발을 위한 보조 장치	다리 보조기의 일부이며 보조기 비용에 포함된 신발. 당뇨병성 족부질환이 있는 사람을 위한 정형외과용 또는 치료용 신발.
병원 또는 숙련 간호 시설 내 병실의 개인 용품, 예를 들어 전화기 또는 텔레비전	어떠한 조건에서도 보장되지 않음
병원 내 1인실	의학적으로 필요한 경우에만 보장됨
오리지널 Medicare가 직접 구매를 허용하지 않는 내구성 의료 장비의 임대 대신 구매	어떠한 조건에서도 보장되지 않음
불임 시술 복원 수술 및/또는 비처방 피임 용품	어떠한 조건에서도 보장되지 않음
일반 척추 지압 치료	아탈구 교정을 위한 척추 수기 교정은 보장됩니다
일반 발 관리	Medicare 지침에 따라 일부 제한적인 보장이 제공됩니다 (예: 당뇨병이 있는 경우).
오리지널 Medicare 기준에 따라 합리적이지 않고 필요하지 않다고 간주되는 서비스	어떠한 조건에서도 보장되지 않음

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

- 방사형 각막절개술, LASIK 수술 및 기타 저시력 보조기구와 서비스.
- 재향군인부(VA) 시설에서 재향군인에게 제공되는 서비스.
- 산재 보상 또는 직업병 관련 법률이나 법에 따라 보장 자격이 있는 동안 발생한 비용(보장 신청 여부에 관계없이).

- 다음에 해당하는 서비스:
  - 무료이거나 이 보험에 가입하지 않았더라도 비용을 부담할 필요가 없는 서비스. 단, 법률에 따라 미국 정부 또는 그 산하기관에 청구할 수 있고 해당 기관으로부터 상환받을 수 있는 경우는 예외입니다.
  - 정부 또는 정부의 하위 행정기관을 통해 제공되거나 정부의 계획 또는 법률에 따라 지급되는 경우
  - Medicare 또는 Medicaid는 포함되지 않습니다.
  - 질병 또는 신체 부상과 관련된 모든 서비스에 대해 미국 정부 소유 또는 운영 병원/기관/단체가 제공하는 경우.
- 선전포고 여부와 관계없이 전쟁 또는 전쟁 행위, 국제 무력 충돌 행위, 또는 국제 기관의 무장 병력이 관여한 분쟁으로 인하거나 이에 기여하여 발생한 손실.
- 서류 작성으로 인해 발생하는 모든 비용.

치과 의무 보충 급여 제외 사항
치과 제외 사항에는 다음이 포함되나 **이에 한정되지 않습니다**:

- 네트워크 치과의사는 네트워크 내 수가표(INFS)에 합의된 금액에 서비스를 제공할 것에 동의하였습니다.

회원이 참여 네트워크 치과 의사를 방문하는 경우, 회원은 보장되는 서비스에 대한 협상된 수가표를 초과하는 금액에 대해 청구서를 받지 않습니다(공동 보험 본인 부담금은 여전히 적용됩니다).

- 네트워크 외 치과 의사로부터 받은 서비스는 급여 혜택에 해당하지 않습니다.
- 의치의 최초 장착 또는 사용 불가능하고 수리도 불가능한 기존 의치의 교체.

여분의 의치는 보장되지 않습니다.

- 의치 재이장(reline)은 최초 의치 장착 후 6개월 이내 또는 여분의 의치에 대해서는 보장되지 않을 수 있습니다.
- 의치 조정(adjustment)은 최초 의치 장착 후 6개월 이내 또는 여분의 의치에 대해서는 보장되지 않을 수 있습니다.
- 귀하가 산재보상 또는 직업병 관련 법령의 적용을 받는 동안 발생한 비용(보장 신청 여부에 관계없음).
- 다음에 해당하는 서비스:
  - 무료이거나 이 보험에 가입하지 않았더라도 비용을 부담할 필요가 없는 서비스. 단, 법률에 따라 미국 정부 또는 그 산하기관에 청구할 수 있고 해당 기관으로부터 상환받을 수 있는 경우는 예외입니다.
  - 정부 또는 정부의 하위 행정기관을 통해 제공되거나 정부의 계획 또는 법률에 따라 지급되는 경우 – Medicare 또는 Medicaid는 포함되지 않습니다.
  - 질병 또는 신체 부상과 관련된 서비스에 대해 미국 정부 소유 또는 운영 병원/기관/단체에서 제공되는 경우.
- 서식 작성으로 인해 발생하는 모든 비용.
- 치과 의사와의 예약을 지키지 않는 경우.
- 귀하가 이 보험에 가입되어 있는 동안 우발적인 부상으로 인해 필요한 경우가 아닌 한, 당사가 미용 치과 시술로 간주하는 모든 서비스. 당사는 다음 미용 치과 시술을 포함하나 이에 국한되지 않는 것으로 간주합니다:
  - 크라운 또는 가공치의 전장 – 지대치 사이의 고정 브리지 부분 – 두 번째 소구치 후방;

  - 선천성 기형을 교정하기 위한 모든 서비스;
  - 주로 외모 개선을 위해 시행되는 모든 서비스;
  - 보철 장치의 특성화 및 개인화; 또는
  - 치아의 간격 및/또는 형태를 변경하기 위한 모든 시술;

- 다음에 대한 비용:

  - 모든 종류의 임플란트 및 이에 부착된 크라운 또는 보철 장치를 포함한 모든 관련 서비스;
  - 정밀 또는 반정밀 어태치먼트;
  - 기타 맞춤형 부착물;
  - 임시 또는 과도기적 치과 서비스;
  - 치과 치료 제공에 사용된 재료 또는 장비와 관련된 추가 비용;
  - 보장 서비스가 아닌 한 임플란트 제거.

  - 다음과 관련된 모든 서비스:
    - 치아의 수직 교합 고경 변경.
    - 교합의 회복 또는 유지.
    - 다수의 지대치를 포함한 치아 부목 고정, 또는 치주적으로 약화된 치아를 안정화하기 위한 모든 서비스.
    - 마모, 교모, 침식 또는 치경부 마모로 인해 손실된 치아 구조물 대체.
    - 교합 채득 또는 교합 분석.
    - 향후 수복을 지지하는 문서가 없는 부위의 골이식.
- 멸균 기술을 포함하되 이에 국한되지 않는 감염 관리.
- 치과 의사 이외의 사람이 수행한 치료에 대한 비용. 단, 스케일링, 치아 세정 및 불소의 국소 도포는 면허가 있는 치과 위생사가 수행할 수 있습니다. 치료는 일반적으로 인정되는 치과 기준에 따라 치과 의사의 감독하에 수행되어야 합니다.
- 모든 병원, 수술 또는 치료 시설, 또는 마취전문의 또는 마취사의 서비스.
- 조제 또는 처방 여부에 관계없이 처방 약물 또는 사전 투약.
- 보장 정보에 구체적으로 명시되지 않은 모든 서비스.
- 임상 검토 결과 급여 대상에 해당하지 않는 서비스; 양호한 예후를 기대하기 어려운 서비스;

전문가의 일치된 지지를 받지 못하는 서비스; 또는 실험적이거나 연구 중인 것으로 판단되는 서비스.

- 교정 서비스.
- 브릿지 보장이 급여에 포함되지 않은 경우의 유지 크라운 서비스.
- 귀하의 발효일 이전 또는 이 보충 혜택이 종료된 날짜 이후에 발생한 모든 비용.
- 일반적으로 귀하의 가정에 거주하거나 가족 구성원인 사람이 제공하는 서비스.
- 서비스에 대한 상환 한도를 초과하는 비용.
- 의도적인 자해 또는 신체 질환으로 인한 치료.
- 국소 마취제, 세척, 베이스, 치수 캡, 임시 치과 서비스, 연구 모형/진단용 석고 모형, 치료 계획, 교합(어금니 및 소구치 치아의 교합 또는 저작면) 조정, 또는 별도 서비스로 청구될 때 수복물의 인상 또는 장착과 관련된 조직 준비. 이러한 서비스는 전체 치과 서비스의 필수적인 부분으로 간주됩니다.
- 주요 서비스가 거부된 경우, 이와 연관된 모든 서비스도 추가로 거부됩니다.
- 모든 검사, 수술 중, 엑스레이, 실험실 검사, 기존 포스트 제거, 충전재, Thermafill 캐리어 및 기타 모든 후속 치료는 신경 치료의 필수적인 부분으로 간주됩니다. 이러한 서비스에 대한 별도 비용은 보장 비용으로 간주되지 않습니다.
- 교정 장치의 수리 및 교체.

- 턱 관절 문제에 대한 모든 외과적 또는 비외과적 치료(턱뼈와 두개골을 연결하는 관절의 측두하악관절 장애, 두개상악 장애, 두개하악 장애 또는 기타 상태 포함); 또는 두통을 포함하되 이에 국한되지 않는 증상에 대해 표정 및 저작 기능에 사용되는 안면 근육 치료.

- 본 플랜에 따른 구강외과 급여에는 다음이 포함되지 않습니다:

  - 악교정 수술에 관한 모든 서비스;
  - 어떠한 방법에 의한 병변 제거에 관한 모든 서비스;
  - 치아 이식에 관한 모든 서비스;
  - 구강 조직 또는 뼈에서 이물질 제거에 관한 모든 서비스;
  - 안면 뼈의 외과적, 외상성 또는 선천성 결함 재건에 관한 모든 서비스;
  - 수술 전후 치료에 대한 별도의 비용.

  - 전신 마취 또는 의식하 진정 요법(수면 마취)은 제출된 임상 서류의 검토를 거쳐, 보장 대상인 구강 외과 수술, 치주 및 골 수술, 또는 치근단 주변 외과 수술과 병행하여 치과의사 또는 의료인이 시술하는 경우를 제외하고는 보장 대상 서비스에 해당하지 않습니다.
- 다음의 이유로 인해 시행된 전신 마취 또는 의식 하 진정은 급여 대상이 아니며, 이에 국한되지 않습니다:
  - 국소 마취제에 대한 문서화된 알레르기가 제공되지 않는 한 통증 조절;
  - 불안;
  - 통증에 대한 두려움;
  - 통증 관리;
  - 수술을 받을 수 없는 정서적 무능력.

- 구강 위생 지침, 치태 관리, 가정용 물품, 처방전 및 식이 계획을 포함하되 이에 국한되지 않는 예방 관리 프로그램.

- 분실, 도난, 손상, 분실 또는 중복된 주요 수복물, 보철물 또는 장치의 교체.

- 우식 감수성 검사, 임상 검사, 타액 샘플, 혐기성 배양 검사, 감수성 검사 또는 구강 병리 시술에 대한 청구 비용 일체.

- 수술적 치주 서비스와 관련하여 수술 전후 치료 및 12개월 이내의 재평가에 대한 별도 수수료는 본 플랜의 급여 서비스로 인정되지 않습니다.

- 일반적으로 의료 서비스로 간주되는 서비스는 급여 정보에 급여 항목으로 명시된 경우를 제외하고는 보장되지 않습니다.

청각 의무 보충 급여 제외 사항
청각 제외 사항에는 다음이 포함되나 **이에 한정되지 않습니다**:

- 명시된 최대 한도를 초과하는 검진, 검사, 평가 또는 모든 서비스에 대한 비용.
- Medicare 또는 기타 정부 프로그램이나 보험 플랜에서 보장되거나, 귀하가 법적으로 납부 의무가 없는 모든 비용.
- 제공자가 제공하는 승인/상담 서비스.
- 분실 또는 손상된 보청기에 대한 재조정 비용.
- 네트워크 외 보청기 공급업체가 제공하는 모든 서비스에 대한 비용. 네트워크 내 보청기 공급업체는 네트워크 내 공급업체로부터 구매한 기기만 서비스할 권리를 보유합니다.

- 보청기 및 보청기 서비스 제공자 방문 (보장 혜택에 구체적으로 명시된 경우 제외), 귀 몰드 (Medicaid에서 보장되는 경우 제외), 보청기 액세서리, 반품 수수료, 보증 청구 수수료, 보청기 배터리 (보장 한도 초과분).

시각 의무 보충 급여 제외 사항
시각 제외 사항에는 다음이 포함되나 **이에 한정되지 않습니다**:

- 네트워크 외 안경 관련 의료 제공자를 통해 이용한 모든 혜택.
- 초기 피팅 후 재피팅 또는 렌즈 디자인 변경.
- 서식 작성으로 인해 발생하는 모든 비용.
- 지역, 주 또는 연방 세금을 포함하여 귀하의 보충 혜택에 구체적으로 나열되지 않은 모든 서비스로, 피보험자가 제공자에게 전액 납부해야 합니다.
- 안구 운동 또는 시각 훈련.
- 저시력 보조 기구 및 관련 검사.
- 부등상 렌즈.
- 운동용 또는 산업용 렌즈.
- 당사가 미용 목적으로 간주하는 모든 서비스.
- 귀하의 발효일 이전 또는 이 보충 혜택이 종료된 날짜 이후에 발생한 모든 비용.
- 일반적으로 귀하의 가정에 거주하거나 가족 구성원인 사람이 제공하는 서비스.
- 서비스 허용 금액을 초과하는 청구액.
- 의도적인 자해 또는 신체 질환으로 인한 치료.
- 플라노 렌즈.
- 눈, 안구 또는 지지 구조물의 내과적 또는 외과적 치료.
- 비처방 선글라스.
- 이중 초점 렌즈 대신 안경 두 개.
- 시력 관리를 제공하는 기타 단체 혜택 플랜에서 제공하는 서비스 또는 재료.
- 실험적 성격의 교정 시력 치료.
- 안경 또는 콘택트렌즈용 용액 및/또는 세정 제품.
- 비처방 품목.
- 재료 확보와 관련된 비용.
- 수술 전 및 수술 후 서비스.
- 각막굴절교정술.
- 재료의 정기적인 유지 관리.
- 예술적으로 채색된 렌즈.

- 귀하가 산재 보상 또는 직업병 관련 법령의 적용을 받을 자격이 있는 동안 발생한 모든 비용(적용을 신청하였는지 여부에 관계없이).

- 다음에 해당하는 서비스:

  - 무료이거나 이 보험에 가입하지 않았더라도 비용을 부담할 필요가 없는 서비스. 단, 법률에 따라 미국 정부 또는 그 산하기관에 청구할 수 있고 해당 기관으로부터 상환받을 수 있는 경우는 예외입니다.
  - 정부 또는 정부의 하위 행정기관을 통해 제공되거나 정부의 계획 또는 법률에 따라 지급되는 경우(단, Medicare 또는 Medicaid는 제외).
  - 질병 또는 신체 부상과 관련된 서비스에 대해 미국 정부 소유 또는 운영 병원/기관/단체에서 제공되는 경우.
- 선전 포고 여부에 관계없이 전쟁 또는 전쟁 행위, 국제적 무력 충돌 행위, 또는 국제 기관의 무장 병력이 관여된 분쟁으로 인해 발생하거나 이에 기여한 손실.

- 예약을 지키지 않은 경우.
- 모든 병원, 수술 또는 치료 시설, 또는 마취전문의 또는 마취사의 서비스.
- 조제 또는 처방 여부에 관계없이 처방 약물 또는 사전 투약.
- 당사가 시각적 필요성이 없다고 판단하거나, 긍정적인 예후를 기대할 수 없거나, 전문가들의 일관된 지지를 받지 못하거나, 실험적 또는 연구적 성격으로 간주되는 모든 서비스.
- 분실되거나 파손된 이 보충 혜택에 따라 제공된 렌즈 또는 안경테의 교체. 단, 보충 혜택에 따라 달리 제공되는 경우는 제외.
- 고용주가 고용 조건 또는 안전 안경으로 요구하는 모든 검사 또는 재료.
- 병리학적 치료.

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

제5장:
파트 D 의약품에 대한 플랜 보장 이용

파트 D 약품 비용으로 부가 지원을 받는 경우 약품 비용에 대한 정보를 어떻게 얻을 수 있습니까?

당사 가입자 대부분은 처방약 플랜 비용을 지불하기 위해 Medicare에서 부가 지원을 받을 자격이 있으며 이미 이 지원을 받고 있습니다. 부가 지원 프로그램에 가입되어 있는 경우, 파트 D 처방약의 비용에 대한 이 보장 범위 증명서의 일부 정보가 귀하에게 적용되지 않을 수 있습니다. 당사는 귀하에게 처방 약물 비용 추가 지원 수혜자를 위한 보장 증거 부록(저소득 보조금 부록 또는 *LIS* 부록이라고도 함)이라는 별도의 삽입물을 발송하였으며, 이는 귀하의 약물 보장에 대해 안내합니다. 이 첨부 문서가 없는 경우 고객 지원에 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 전화하여 *LIS* 부칙을 요청하십시오. (고객 서비스 전화번호는 이 문서의 뒤표지 안쪽에 인쇄되어 있습니다.)

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 주 법률에 따라 유효한 처방전을 의사, 치과의사 또는 기타 처방자(제공자)로부터 받아야 합니다.
- 처방자는 Medicare의 제외 또는 배제 목록에 있지 않아야 합니다.
- 일반적으로 처방전을 조제하려면 네트워크 약국을 이용해야 합니다(2절 참조). 또는 플랜의 우편 주문 서비스를 통해 처방전을 조제할 수 있습니다.
- 가입자의 약품은 당사 플랜의 처방약 안내서(처방집)(당사는 짧게 약물 가이드라고 부릅니다)에 있어야 (3절로 이동하십시오.)
- 약이 의학적으로 인정된 적응증에 사용되어야 합니다. "의학적으로 인정된 적응증"이란 FDA의 승인을 받았거나 특정 참고문헌에 의해 지지되는 약물의 사용을 말합니다. (의학적으로 인정된 적응증에 대한 자세한 내용은 3절로 이동하십시오.)
- 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 당사의 네트워크 약국에서 조제하는 경우에만 보험이 적용됩니다. (네트워크 외 약국에서 조제된 처방전을 보장하는 경우에 대한 정보는 2.4절을 참조하시기 바랍니다.)

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

2.1절 네트워크 약국

가입자 거주 지역의 네트워크 약국 찾기

네트워크 약국을 찾으려면 제공자 명부를 참조하거나, 당사 웹사이트(**Humana.com/FindCare**)를 방문하거나, 고객 서비스 센터 800-457-4708(TTY 사용자는 711)으로 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 명부에서 우대 비용 분담을 제공하는 네트워크 약국을 확인할 수 있습니다. 다양한 약물에 대한 본인 부담금이 어떻게 달라질 수 있는지 자세히 알아보려면 저희에게 문의하십시오.

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. 가까운 약국을 찾으시려면 당사 웹사이트 **Humana.com/FindCare**을 방문하십시오. 800-457-4708 (TTY 사용자는 711로 전화)으로 고객 서비스에 문의하거나 제공자 명부를 이용하실 수도 있습니다.

전문 약국

일부 처방전은 전문 약국에서만 조제받아야 합니다. 전문 약국에는 다음이 포함됩니다:

- 가정 주입 요법을 위한 약품을 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.
- 인디언 보건 서비스 / 부족 / 도시 인디언 보건 프로그램을 지원하는 약국 (푸에르토리코에서는 이용 불가). 긴급 상황을 제외하고, 아메리카 원주민 또는 알래스카 원주민만 저희 네트워크 내 이러한 약국을 이용할 수 있습니다.
- FDA에 의해 특정 장소로 제한된 약물을 조제하거나 특별한 취급, 제공자 조율 또는 사용에 관한 교육이 필요한 약물을 조제하는 약국. 전문 약국을 찾으시려면 제공자 명부 (**Humana.com/FindCare**)를 참조하시거나 800-457-4708 (TTY 사용자는 711로 전화)으로 고객 서비스에 문의하십시오.

2.2절 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 약물 가이드에 **우편 주문 약품으로** 표시되어 있습니다.

귀하는 당사 플랜의 우편 주문 서비스를 통해 **최대 100일분을 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.

주문 양식 및 우편으로 처방약을 조제받는 방법에 대한 정보를 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 내 약국에서 직접 약을 조제하기 위함입니다. 그렇게 하면 우편 주문이 지연되더라도 약물 복용에 공백이 생기지 않습니다. 우편 주문을 기다리는 동안 네트워크 내 약국에서 처방약을 조제하는 데 문제가 있는 경우 처방자의 진료실로 문의하십시오.

의사 진료실에서 약국으로 직접 전달되는 신규 처방전.
다음과 같은 경우, 약국에서 귀하에게 먼저 확인하지 않고 의료 제공자로부터 받은 새 처방전에 기초하여 자동으로 약을 조제합니다.

- 과거에 이 플랜을 통해 우편 주문 서비스를 이용한 적이 있는 경우, 또는
- 귀하가 의료 제공자로부터 직접 접수한 모든 신규 처방전의 자동 배송을 신청한 경우. 고객 서비스에 전화하시면 언제든지 모든 새로운 처방전의 자동 배송을 요청할 수 있습니다.

원하지 않는 처방약을 우편으로 자동 수령하였고, 발송 전에 수령 여부에 대한 연락을 받지 못하셨다면, 환급을 받으실 수 있습니다.

이전에 우편 주문을 이용한 적이 있고 약국이 새로운 처방전을 자동으로 조제하여 배송하는 것을 원하지 않는 경우, 고객 서비스 센터에 전화하여 당사에 연락하십시오.

저희 우편 주문 배송을 한 번도 이용하지 않으셨거나 새로운 처방전의 자동 조제를 중단하기로 결정하신 경우, 약국은 의료 제공자로부터 새로운 처방전을 받을 때마다 귀하에게 연락하여 약물을 즉시 조제 및 발송할지 여부를 확인하십시오. 약물을 발송할지, 지연할지, 또는 새로운 처방전을 취소할지 알려주기 위해 약국에서 연락이 올 때마다 응답하는 것이 중요합니다.

의료 제공자 진료실에서 직접 접수된 신규 처방전의 자동 배송을 거부하려면 고객 서비스 센터에 전화하여 당사에 연락하십시오.

우편 주문 처방전 리필. 약물 리필의 경우, 자동 리필 프로그램에 등록할 수 있는 옵션이 있습니다. 이 프로그램에 따라, 저희 기록상 귀하의 약이 거의 소진될 시점이 되면 자동으로 다음 리필 처리를 시작합니다. 약국은 각 리필을 발송하기 전에 귀하에게 연락하여 추가 약이 필요한지 확인하며, 약이 충분하거나 처방 약이 변경된 경우 예약된 리필을 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. 이를 통해 귀하의 주문이 제때 배송될 수 있도록 합니다.

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

원하지 않는 처방전이 우편으로 자동 재조제되어 도착한 경우 환불을 받을 수 있습니다.

2.3절 장기 약품 공급 받는 방법

장기 공급 약품을 받으시면 본인 부담금이 낮아질 수 있습니다. 저희 플랜은 플랜의 약물 가이드에 있는 유지 약품의 장기 공급(연장 공급이라고도 함)을 받을 수 있는 2가지 방법을 제공합니다. (유지 약품이란 만성 또는 장기 질환으로 인해 정기적으로 복용하는 약품입니다.)

1. 저희 네트워크 내 일부 소매 약국에서는 유지 약품의 장기 공급을 받으실 수 있습니다. 귀하의 제공자 명부(**Humana.com/FindCare**)에는 저희 네트워크 내에서 유지 약품의 장기 공급을 제공할 수 있는 약국이 안내되어 있습니다. 자세한 내용은 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 고객 지원에 전화하실 수도 있습니다.

2. 저희 우편 주문 프로그램을 통해서도 유지 약품을 받으실 수 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**

  - 처방전이 의료 응급 상황과 관련된 경우, 네트워크 외 약국에서 조제된 처방전(최대 30일분)을 보장해 드립니다. 이러한 상황에서는 처방약을 조제할 때 전체 비용을 지불해야 합니다(공동 부담금 또는 공동 보험비용만 지불하는 대신). **https://www.humana.com/pharmacy/prescription-coverages/medicare-claim-forms/**에 있는 처방약 청구 양식을 제출하여 당사 부담 비용의 환급을 요청하실 수 있습니다. 네트워크 외 약국을 이용하시는 경우, 네트워크 내 약국에서 처방전을 조제할 때 당사가 지불하는 금액과 네트워크 외 약국이 귀하의 처방전에 청구한 금액 간의 차액을 귀하가 부담하셔야 할 수 있습니다. (제7장, 2절에서 저희 플랜에 환급을 요청하는 방법을 설명합니다.)

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

  - 정기적으로 처방약을 복용하고 있으며 여행을 떠날 예정인 경우, 출발 전에 해당 약의 재고를 반드시 확인하십시오. 가능하면 필요한 모든 약품을 지참하십시오. 귀하는 당사의 처방약 우편 주문 서비스 또는 확장된 분량을 제공하는 네트워크 소매 약국을 통해 미리 처방약을 주문할 수 있습니다. 플랜의 서비스 지역 외부이지만 미국 및 영토 내에서 여행 중에 아프거나 처방 약품이 부족해진 경우, 고객 서비스 센터에 전화하여 귀하 지역의 네트워크 약국을 찾아 처방전을 조제받으십시오. 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 지불하는 대신).

  - **처방이 보장되는 경우, 네트워크 외 요율로 보장됩니다.** 귀하는 저희가 네트워크 내 약국에서 조제된 처방전에 대해 지급하는 금액과 네트워크 외 약국이 귀하의 처방전에 대해 청구한 금액의 차액을 부담

하실 수 있습니다. 귀하는 서면 청구 양식을 제출하여 저희 부담 비용의 상환을 요청할 수 있습니다. (제 7장, 2절에서 저희 플랜에 환급을 요청하는 방법을 설명합니다.)

- **단, 네트워크 외 약국에서 비응급 상황으로 여러 차례 청구가 발생할 경우 청구가 거부될 수 있습니다. 또한, 저희는 도난된 약품이나 미국 및 영토 외부의 약국에서 조제된 처방에 대해서는, 예를 들어 미국 외부 해역의 크루즈선에서와 같이 응급 상황이라도 비용을 지불할 수 없습니다.**

네트워크 외 약국을 이용하시는 경우 처방전 적용을 받을 수 있는 다른 경우들도 있습니다.

이러한 상황은 네트워크 외 요율로 보장됩니다. 이러한 상황에서는 처방약을 구매할 때 전체 비용을 지불해야 합니다(공동 부담금 또는 공동 보험비용만 지불하는 대신). 귀하는 서면 청구 양식을 제출하여 저희 부담 비용의 상환을 요청할 수 있습니다. 네트워크 외 약국이나 제공자를 이용하시는 경우, 네트워크 내 약국에서 처방전을 조제했을 때 당사가 지불하는 금액과 네트워크 외 약국이 귀하의 처방전에 청구한 금액 간의 차액을 귀하가 부담하셔야 할 수 있습니다. (7장 2절에서는 당사 플랜에 환급을 요청하는 방법을 설명합니다.) 다음 중 하나 이상에 해당하는 경우, 당사는 네트워크 외 약국에서의 처방약을 보장합니다:

- 합당한 주행 거리 내에 열려 있는 네트워크 내 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 등록이라고 합니다.
- 귀하가 주, 연방 또는 공중 보건 비상사태로 인해 자택에서 대피하여 네트워크 내 약국을 이용할 수 없는 경우.
- 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 분담 아님). 그런 다음 당사의 분담금에 대해 보상해 달라고 당사에 요청할 수 있습니다. (당사 플랜에 환급을 요청하는 방법에 대한 정보는 7장 2절을 참조하십시오.) 네트워크 외 약국에서 귀하가 약제에 대해 지불한 금액과 당사가 네트워크 내 약국에서 보장할 비용의 차액을 귀하가 부담해야 할 수 있습니다.

3절 귀하의 약품이 당사 플랜의 약물 가이드 내에 있어야 합니다

3.1절 약물 가이드는 어떤 파트 D 약품이 보장되는지 설명합니다

당사 플랜에는 처방약 안내서(처방집)가 포함되어 있습니다. 이 보장 범위 증명서에서는 **이것을 약물 가이드라고 부릅니다.**

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

약물 가이드는 Medicare 파트 D에서 보장하는 약물만 표시합니다. Medicare에서 보장하는 약물 외에도 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.

당사는 귀하가 이 장에서 설명된 기타 보장 규정을 따르고 해당 약물을 의학적으로 허용된 적응증에 사용하는 한, 일반적으로 당사 플랜의 약물 가이드에 있는 약물을 보장합니다. 의학적으로 허용된 적응증이란 다음 중 하나에 해당하는 약물의 사용을 말합니다:

- 처방된 진단 또는 상태에 대해 FDA의 승인을 받은 경우, 또는
- American Hospital 처방집 Service Drug Information 및 Micromedex DRUGDEX Information System 등 특정 참고 자료에 의해 뒷받침되는 경우.

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

브랜드 의약품은 제약사가 소유한 상표명으로 판매되는 처방약입니다. 생물학적 제제는 일반적인 약물보다 더 복잡한 약물입니다. 약물 가이드에서 약품을 언급할 때 이는 약품 또는 생물학적 제제를 의미할 수 있습니다.

복제약는 브랜드 의약품과 동일한 활성 성분을 가진 처방약입니다. 생물학적 제제에는 바이오시밀러라고 불리는 대체제가 있습니다. 일반적으로 복제약 및 바이오시밀러는 브랜드 명칭 또는 원래 생물학적 제제만큼 효과적이며 대개 비용이 더 저렴합니다. 많은 브랜드 명칭 약물에 대해 복제약 대체제가 있으며, 일부 원래 생물학적 제제에 대해 바이오시밀러 대체제가 있습니다. 일부 바이오시밀러는 호환 가능한 바이오시밀러로서, 주 법률에 따라 복제약 약물이 브랜드 명칭 약물로 대체될 수 있는 것처럼, 새 처방전 없이도 약국에서 원래 생물학적 제제를 대체할 수 있습니다.

약물 가이드에 나와 있을 수 있는 의약품 유형에 대한 정의는 12장을 참조하십시오.

일반 의약품

또한 저희 플랜은 특정 일반의약품도 포함합니다. 일부 일반의약품은 처방약보다 저렴하면서도 동일한 효과를 발휘합니다. 자세한 내용은 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 고객 지원에 전화하십시오.

의약품 가이드에 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 약물 가이드에 특정 약품을 포함시키지 않기로 결정했습니다.
- 경우에 따라 당사 약물 가이드에 없는 약품을 구입할 수 있습니다(자세한 내용은 9장을 참조하십시오).

3.2절 약물 가이드의 약품에 대한 다섯(5) 가지 비용 분담 계층

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

- **비용 부담 1단계 – 우선 복제약:** 가장 낮은 비용 부담으로 이용 가능한 복제약 또는 브랜드 의약품
- **비용 부담 2단계 – 복제약:** 우리 플랜이 1단계 우선 복제약 약품보다 더 높은 비용으로 제공하는 복제약 또는 브랜드 의약품

- **비용 부담 3단계 – 우선 브랜드:** 우리 플랜이 4단계 비우선 약품보다 더 낮은 비용으로 제공하는 복제약 또는 브랜드 의약품
- **비용 분담 4단계 - 비선호 의약품**: 플랜에서 3단계 선호 브랜드 의약품보다 더 높은 비용으로 제공하는 복제약 또는 브랜드 의약품입니다.
- **비용 부담 5단계 – 전문 의약품 등급:** 일부 주사제 및 기타 고비용 약품

사용 중인 약품의 비용 분담 계층을 확인하려면 당사 플랜의 약물 가이드를 참조하십시오. 각 비용 분담 계층에서 약품에 대해 지불하는 금액은 6장에 나와 있습니다.

3.3절 특정 약품이 약물 가이드에 있는지 확인하는 방법

약품이 약물 가이드에 있는지 확인하려면 다음 옵션을 선택하십시오.

- 당사가 전자적으로 제공한 가장 최근의 약물 가이드를 확인하십시오. (약물 가이드에는 당사 회원이 가장 많이 사용하는 보장 약물에 대한 정보가 포함되어 있습니다. 당사는 약물 가이드에 포함되지 않은 추가 약품을 보장합니다. 가입자의 약품 중 하나가 약물 가이드에 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 플랜 웹사이트(**Humana.com/DrugList**)를 방문하십시오. 웹사이트의 약물 가이드는 항상 최신 상태를 유지하고 있습니다.
- 특정 약품이 당사 플랜의 약물 가이드에 있는지 확인하거나 목록 사본을 요청할 경우 고객 지원에 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 전화하십시오.
- 당사 플랜의 "실시간 혜택 도구"(**Humana.com** 을 방문한 후 MyHumana에 로그인하여 약물 가이드에서 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 적용 범위에 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 약물 가이드를 확인하십시오.

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

약물 가이드에 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 분담이 다르게 적용될 수 있기 때문입니다.

4.2절 제한의 유형

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 귀하에 대한 제한을 면제해 드릴 수도 있고 그렇지 않을 수도 있습니다. (9장으로 이동하십시오.)

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 800-457-4708 (TTY 사용자는 711로 전화)로 고객 서비스에 전화하거나 당사 웹사이트 **https://assets.humana.com/is/content/humana/2027%20Super%20National-5%20MAPD%201-Prior%20Authorizationpdf**에서 확인하실 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 치료하고 약품 A의 비용이 더 낮은 경우, 당사 플랜에 따라 약 A를 먼저 시도해야 할 수도 있습니다. 약물 A가 귀하에게 효과가 없는 경우, 당사 플랜은 약물 B를 보장합니다. 다른 약물을 먼저 시도해야 하는 이 요건을 **단계적 치료법**이라고 합니다. 당사 플랜의 단계적 치료법 기준은 800-457-4708 (TTY 사용자는 711로 전화)로 고객 서비스에 전화하거나 당사 웹사이트 **https://assets.humana.com/is/content/humana/2027%20Super%20National-5%20MAPD%201-Step%20Therapypdf**에서 확인하실 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 귀하의 약품 중 하나가 원하는 방식으로 보장되지 않을 때 할 수 있는 일

복용하는 처방약이 있을 수도 있고, 가입자와 가입자의 제공자가 당사의 약물 가이드에 포함되지 않거나 제한 사항이 있는 처방약으로서 가입자가 복용해야 한다고 생각하는 약품이 있는 경우도 있습니다. 예를 들어:

- 약품이 전혀 보장되지 않을 수 있습니다. 또는 해당 약물의 복제약 버전은 보장될 수 있지만 귀하가 복용하고자 하는 브랜드명 버전은 보장되지 않을 수 있습니다.
- 이 약품이 보장되지만, 보장하는 데 추가 규칙이나 제한 사항이 있습니다.
- 이 약품이 보장되지만, 비용 분담 계층에 있으므로 비용을 더 많이 분담할 수 있습니다.

귀하의 의약품이 귀하가 생각하는 것보다 비용이 더 많이 드는 본인부담금 등급에 해당하는 경우, 5.1절로 이동하여 귀하가 취할 수 있는 조치를 확인하십시오.

약품이 약물 가이드 내에 있지 않거나 제한 사항이 있는 경우 다음과 같은 옵션을 수행할 수 있습니다.

- 해당 약품의 임시 공급을 받을 수 있을 수 있습니다.
- 다른 약품으로 변경할 수 있습니다.
- **예외**를 요청하고 당사 플랜에 약품에 대한 보장 또는 약품 제한 해제를 요청할 수 있습니다.

임시 공급을 받을 수 있을 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.

임시 공급 자격을 얻기 위해 복용하는 약품은 **더 이상 당사 플랜의 약물 가이드에 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. 처방전은 네트워크 약국에서 조제되어야 합니다. (장기 요양 약국은 낭비를 방지하기 위해 약물을 한 번에 더 적은 양으로 제공할 수 있습니다.)
- **당사 플랜에 90일 이상 가입되어 있고 장기 요양 시설에 거주하며 즉시 공급이 필요한 회원의 경우:** 당사는 특정 약물에 대해 31일 긴급 공급량을 보장하거나, 처방전이 그보다 적은 일수로 작성된 경우 그에 맞는 양을 보장합니다. 이는 위의 임시 공급 이외에 추가로 적용됩니다.

  치료 환경 변경 시 현재 회원을 위한 전환 공급: 플랜 연도 중에 귀하가 치료를 받는 환경이 변경되는 경우, 전환 기간 동안 약물의 단기 공급이 필요할 수 있습니다. 예를 들어:

  - 귀하가 병원 또는 전문 요양 시설(Medicare Part A 지급액에 약제비가 포함되는 곳)에서 퇴원한 후, 가정에서 계속 약을 복용하기 위해 약국에서 처방전이 필요한 경우(Part D 플랜 급여 사용 시); 또는
  - 한 전문 요양 시설에서 다른 전문 요양 시설로 이전하는 경우.

  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 공급에 관한 정책

  귀하가 신규 회원이거나, 플랜을 변경하였거나, 약물 보장에 변경 사항이 있는 경우, 2027년 플랜 연도의 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, 약물 가이드에 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 약국 또는 우편 주문 약국에서의 일회성 전환 공급

당사는 Medicare 파트 D에서 보장하는 약물에 대해 최대 30일분을 보장합니다. 임시 공급량을 사용하는 동안 임시 공급량이 소진된 후에 어떻게 해야 할지 담당 의사와 상담하십시오. 귀하에게 동등하게 효과적인 보장 가능한 약물로 전환할 수 있습니다. 동일한 약품을 계속 투여해야 한다는 의학적 필요성이 있다고 생각되는 경우, 귀하와 담당 의사는 예외를 요청할 수 있습니다.

장기 요양 시설에 계신 경우의 전환 공급

Medicare 파트 D가 보장하는 약품을 최대 31일분까지 보장해 드립니다. 이 보장은 귀하의 현재 처방전이 장기 요양 시설 내 약국에서 조제되는 한, 90일 전환 기간 중 언제든지 이용 가능합니다.

플랜 연도 후반(90일 전환 기간 이후)에 처방된 약을 받는 데 문제가 있는 경우, Medicare 파트 D가 보장하는 약품을 최대 31일분의 긴급 공급으로 보장해 드립니다. 긴급 공급을 통해 귀하와 담당 의사가 예외 요청 또는 계속 복용을 위한 사전 승인을 신청하는 동안 약물 치료를 계속하실 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 뒤표지에 안내됨).

임시 공급 비용

임시 약품 공급의 공동 부담금 또는 공동 보험비용은 플랜의 승인된 약품 비용 분담 계층을 기반으로 합니다. 2027년에 추가 도움(Extra Help)을 받는 경우, 귀하의 공동 부담금 또는 공동 보험은 저소득 보조금(Low Income Subsidy) 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 약으로 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. 예외를 요청하는 데 도움을 드립니다. 예를 들어, 플랜의 약물 가이드에 포함되어 있지 않은 약이라도 플랜에 급여 적용을 요청할 수 있습니다. 또는 제한 없이 예외를 두고 약품을 보장해 달라고 당사 플랜에 요청할 수 있습니다.

귀하가 현재 회원이며 귀하가 복용하는 약물이 내년에 처방집에서 제외되거나 어떤 방식으로든 제한될 예정인 경우, 당사는 새해가 시작되기 전에 해당 변경 사항을 알려드립니다. 귀하는 내년도 이전에 예외를 요청할 수 있

으며, 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 귀하의 의료 제공자가 예외를 요청하고자 한다면, 9장 7.4절로 이동하여 필요한 절차를 확인하십시오. 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. 귀하에게 동일하게 효과적일 수 있는 더 낮은 본인부담금 등급의 다른 약이 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.

예외를 요청할 수 있습니다

귀하와 귀하의 제공자는 약품에 대한 비용 분담 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 귀하의 의료 제공자가 예외를 요청하고자 한다면, 9장 7.4절로 이동하여 필요한 절차를 확인하십시오. 또한 귀하의 요청이 신속하고 공정하게 처리되도록 Medicare가 정한 절차와 마감 시한을 설명합니다.

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

6절 당사 약물 가이드는 그 해에 변경될 수 있습니다

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

- **약물 가이드에서 약품을 추가하거나 제거합니다.**
- **약품을 더 높거나 낮은 비용 분담 계층으로 이동합니다.**
- **약품의 보장에 대한 제한을 추가하거나 제거합니다.**
- **브랜드 의약품을 약품의 복제 버전으로 교체합니다.**
- **원래의 생물학적 제제를 해당 생물학적 제제의 교환 가능한 바이오시밀러 버전으로 교체합니다.**

당사 플랜의 약물 가이드를 변경하기 전에 Medicare 요건을 따라야 합니다.

약물 보장 변경에 관한 정보

약물 가이드의 변경이 발생할 경우, 당사는 이러한 변경 사항에 대한 정보를 당사 웹사이트에 게시하고 있습니다. 또한 정기적으로 온라인 약물 가이드를 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

- **약물 가이드에 새 약품을 추가하고 약물 가이드에서 유사 약품의 제거 또는 변경을 즉시 수행하기.**
  - 저희는 약물 가이드에서 유사 약물을 즉시 삭제하거나, 해당 유사 약물을 다른 본인부담금 등급으로 이동하거나, 새로운 제한을 추가하거나, 또는 이 두 가지를 함께 적용할 수 있습니다. 약품의 새 버전은 동일하거나 또는 더 낮은 비용 분담 계층에 표시되며 제한 사항은 동일하거나 더 적습니다.
  - 당사는 이미 약물 가이드에 등재된 브랜드 의약품의 새로운 복제약 버전을 추가하거나, 이미 약물 가이드에 등재된 오리지널 생물학적 제제의 특정 새로운 바이오시밀러 버전을 추가하는 경우에만 이러한 즉각적인 변경을 시행합니다.
  - 당사는 귀하가 삭제되거나 변경된 의약품을 복용하고 있는 경우에도, 이러한 변경을 즉시 시행하고 나중에 귀하에게 통보할 수 있습니다. 귀하가 당사 변경 시점에 유사 약품을 복용하는 경우, 당사는 당사가 지정한 모든 특정 변경 사항에 대한 알려드릴 것입니다.
- **약물 가이드에 약품을 추가 및 약물 가이드에서 유사 약품의 제거 또는 변경을 수행하기.**
  - 약물 가이드에 다른 버전의 약을 추가할 때, 저희는 유사 약을 약물 가이드에서 삭제하거나, 다른 본인부담금 등급으로 이동하거나, 새로운 제한을 추가하거나, 또는 이를 모두 시행할 수 있습니다. 추가하는 약품의 버전은 동일하거나 또는 더 낮은 비용 분담 계층에 있으며 제한 사항은 동일하거나 더 적습니다.
  - 저희는 이미 약물 가이드에 등재되어 있던 브랜드 의약품의 새로운 복제약 버전을 추가하거나, 원래 생물학적 제제의 특정 새로운 바이오시밀러 버전을 추가하는 경우에만 이러한 변경을 적용합니다.
  - 당사는 변경을 시행하기 최소 30일 전에 귀하에게 통지하거나, 변경 사항을 알리고 귀하가 복용 중인 약의 30일 조제분을 보장합니다.
- **안전하지 않은 약품 및 약물 가이드에 나와 있는 시장에서 철회된 기타 약품 제거하기.**
  - 때로는 약이 안전하지 않은 것으로 판단되거나 다른 이유로 시장에서 철수될 수 있습니다. 이러한 경우, 당사는 해당 약품을 약물 가이드에서 즉시 삭제할 수 있습니다. 귀하가 이 약품을 복용하는 경우, 당사는 변경 후 이를 알려드릴 것입니다.
- **약물 가이드의 약품에 대해 기타 변경 사항 적용하기.**
  - 연도가 시작된 후에도 귀하가 복용 중인 약에 영향을 미치는 다른 변경이 있을 수 있습니다. 예를 들어, 저희는 FDA 박스 경고 또는 Medicare가 인정하는 새로운 임상 지침을 근거로 변경 사항을 시행할 수 있습니다.
  - 이러한 변경을 시행하기 최소 30일 전에 알려드리거나, 변경 사항을 알려드리는 동시에 복용 중인 약물을 추가로 30일분 조제분까지 보장해 드립니다.

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. 귀하 또는 귀하의 처방 의사는 당사에 예외를 요청할 수 있습니다. 귀하가 복용해 온 약물 또는 해당 약물의 버전에 대한 급여를 계속 적용하도록 할 수 있습니다. 보장 결정에 대한 예외를 요청하는 방법에 대한 자세한 내용은 9장을 참조하십시오.

본 플랜 연도 동안 귀하에게 영향을 주지 않는 약물 가이드 변경

약물 가이드에 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 분담 계층으로 이동합니다.
- 귀하의 약품 사용에 새로운 제한을 둡니다.
- 약물 가이드에서 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 분담으로 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 약물 가이드를 확인해야 합니다.

7절 당사가 보장하지 않는 약품의 종류

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

이의를 신청하여 요청하신 약품이 파트 D에서 제외되지 않는 것으로 판정되면, 당사가 그 약품에 대해 비용을 지불하거나 보장합니다. (이의 신청에 관한 정보는 9장을 참조하십시오.) 당사 플랜에서 제외된 약이 Medicaid에서도 제외된 경우, 귀하가 직접 비용을 부담해야 합니다.

Medicare 약품 플랜이 파트 D에서 보장하지 않는 약품에 관한 3가지 일반적인 규칙은 다음과 같습니다:

- 당사 플랜의 파트 D 약품 보장은 Medicare 파트 A 또는 파트 B에서 보장되는 약품을 보장할 수 없습니다.
- 당사 플랜은 미국 또는 그 영토 외부에서 구입한 약물을 보장할 수 없습니다.
- 당사 플랜은 American Hospital 처방집 Service Drug Information 및 Micromedex DRUGDEX Information System과 같은 특정 참고 문헌에서 지지되지 않는 약의 허가 외 사용을 보장할 수 없습니다. 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.

- 비처방 약물 (일반의약품이라고도 함)
- 불임 치료에 사용되는 약물
- 기침 또는 감기 증상 완화에 사용되는 약물
- 미용 목적이나 발모 촉진에 사용되는 약물
- 처방 비타민 및 미네랄 제품(단, 산전 비타민 및 불소 제제 제외)
- 성적 또는 발기 기능 장애 치료에 사용되는 약품
- 식욕부진, 체중 감소 또는 체중 증가 치료에 사용되는 약품
- 제조업체가 판매 조건으로 관련 검사 또는 모니터링 서비스를 제조업체로부터만 구매하도록 요구하는 외래 의약품

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. 귀하에게 제공될 수 있는 약물 보장에 대해 알아보려면 귀하의 주 Medicaid 프로그램에 문의하십시오. (본 문서 뒷면의 "부록 A"에서 Medicaid의 전화번호 및 연락처 정보를 확인하십시오.)

8절 처방전 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. 처방약을 수령할 때 약국에 귀하의 본인 부담금을 지불해야 합니다.

귀하에게 추가 보장이 있을 수 있음을 의료 제공자에게 알리기 위해 Humana Dual Select H5619-165 (HMO D-SNP) 회원 카드와 함께 Apple Health (Medicaid) ID 카드를 반드시 제시하십시오.

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 요청할** 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

귀하가 당사 플랜에서 보장하는 입원이나 전문 요양 시설 입소를 하게 될 경우, 일반적으로 입소 기간 동안의 처방약 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.

귀하의 장기 요양 시설 약국 또는 해당 시설이 이용하는 약국이 당사 네트워크에 포함되어 있는지 알아보려면 의료 제공자 명부(**Humana.com/FindCare**)를 확인하십시오. 포함되어 있지 않은 경우, 또는 추가 정보나 도움이 필요한 경우, 800-457-4708(TTY 사용자는 711)으로 고객 서비스에 문의하십시오. 귀하가 장기 요양 시설에 있는 경우, 당사는 귀하가 당사의 장기 요양 약국 네트워크를 통해 정기적으로 파트 D 혜택을 받을 수 있도록 보장해야 합니다.

LTC 시설 거주자로서 당사의 약물 가이드에 없거나 어떤 방식으로든 제한된 의약품이 필요한 경우, 임시 또는 긴급 공급 받는 방법에 대한 정보는 5절을 참조하십시오.

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 가입자의 플랜이 평균적으로 최소한 Medicare 일반 약품 보장만큼 지불하게 될 것으로 예상된다는 것을 의미합니다.

신뢰할 수 있는 보장(creditable coverage)에 관한 통지서를 보관하십시오. 신뢰할 수 있는 보장을 유지하였음을 증명하기 위해 나중에 이 통지서가 필요할 수 있습니다. 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 급여가 종료될 때 약국에서 발생할 수 있는 지연을 방지하기 위해, 귀하의 철회 또는 퇴원을 확인할 수 있는 서류를 약국에 지참하시기 바랍니다.

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. 저희는 또한 정기적으로 기록을 검토합니다. 이러한 검토 중에 저희는 다음과 같은 잠재적인 문제를 살펴봅니다:

- 투약 오류 가능성
- 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 복용 시 해로울 수 있는 특정 의약품 조합
- 귀하가 알레르기가 있는 성분이 포함된 의약품에 대한 처방전
- 귀하가 복용하는 의약품의 용량(투여량)에서 발생할 수 있는 오류
- 오피오이드 진통제의 안전하지 않은 용량

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)

저희는 회원들이 처방 오피오이드 및 기타 자주 남용되는 약물을 안전하게 사용할 수 있도록 돕는 프로그램을 운영하고 있습니다. 이 프로그램을 DMP(Drug Management Program)라고 합니다. 여러 처방자 또는 약국에서 오피오이드 약물을 받아 사용하시거나, 최근에 오피오이드 과다복용 사례가 있으셨다면, 저희는 귀하의 오피오이드 약물 사용이 적절하고 의학적으로 필요한지 확인하기 위해 귀하의 처방자들과 상담할 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.

- 특정 약국에서 아편계 또는 벤조디아제핀 의약품에 대한 모든 처방전을 받아야 합니다.
- 특정 처방자에게 아편계 또는 벤조디아제핀 의약품에 대한 모든 처방전을 받아야 합니다.
- 당사가 귀하에게 보장할 오피오이드 또는 벤조디아제핀 의약품의 양 제한

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 약국을 저희에게 알려주실 기회가 있으며, 저희가 알아야 한다고 생각하시는 기타 정보도 알려주실 수 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. 귀하의 접근에 적용되는 제한과 관련하여 귀하의 요청 중 일부

라도 계속 거부하는 경우, 의약품과 관련하여, 저희는 귀하의 사례를 저희 플랜 외부의 독립 심사자에게 자동으로 이송합니다. 이의 제기 방법에 대한 자세한 내용은 9장을 참조하십시오.

암과 관련된 통증이나 겸상 적혈구 질환과 같은 특정 질환이 있는 경우, 호스피스, 완화 의료 또는 임종 돌봄을 받고 있는 경우, 또는 장기 요양 시설에 거주하는 경우에는 당사의 DMP에 등록되지 않습니다.

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 자발적이며 무료입니다. 약사 및 의사로 구성된 팀이 회원들이 복용하는 약물로부터 최대한의 혜택을 받을 수 있도록 돕기 위해 저희를 위해 이 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. 귀하는 최적의 약물 효과를 얻기 위해 취해야 할 단계가 포함된 권장 실행 목록이 담긴 서면 요약본을 받게 됩니다. 또한 귀하가 복용 중인 모든 약물, 복용량, 복용 시기 및 복용 이유가 포함된 약물 목록도 받게 됩니다. 또한 MTM 프로그램에 참여하는 회원들은 통제 물질인 처방 약물의 안전한 폐기에 관한 정보를 받게 됩니다.

권장 실행 목록과 약물 목록에 대해 의사와 상담하는 것이 좋습니다. 방문 시 또는 의사, 약사 및 기타 의료 제공자와 상담할 때마다 요약본을 지참하십시오. 병원이나 응급실에 방문하는 경우를 대비하여 약물 목록을 최신 상태로 유지하고 항상 지참하십시오(예: 신분증과 함께).

귀하의 요구에 맞는 프로그램이 있는 경우 프로그램에 자동으로 가입하고 정보를 보냅니다. 참여하지 않기로 결정하신 경우, 저희에게 알려주시면 프로그램에서 탈퇴 처리해 드립니다. 이러한 프로그램에 대한 문의 사항은 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 고객 지원에 문의해 주십시오.

6장:
파트 D 의약품에 대한 귀하의 부담금

1절 파트 D 의약품에 대한 귀하의 부담금

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**에 방문한 후 MyHumana에 로그인하여) 당사 플랜의 "실시간 혜택 도구"를 사용해 약품 보장을 확인할 시 표시되는 비용은 귀하가 지불할 것으로 예상되는 본인부담금 추정치입니다. 또한 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 고객 지원에 전화를 걸어 "실시간 혜택 도구"에 제공된 정보를 얻을 수도 있습니다.

파트 D 처방약 비용으로 부가 지원을 받는 경우 약품 비용에 대한 정보를 어떻게 얻을 수 있습니까?

당사 가입자 대부분은 처방약 플랜 비용을 지불하기 위해 Medicare에서 부가 지원을 받을 자격이 있으며 이미 이 지원을 받고 있습니다. 부가 지원을 받는 경우, **파트 D 처방약의 비용에 대한 이** 보장 범위 증명서의 **일부 정보가 귀하에게 적용되지 않을 수 있습니다.** 당사는 귀하에게 처방 약물 비용 추가 지원 수혜자를 위한 보장 증거 부록(저소득 보조금 부록 또는 *LIS* 부록이라고도 함)이라는 별도의 삽입물을 발송하였으며, 이는 귀하의 약물 보장에 대해 안내합니다. 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 본인부담금 유형

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

- **공제금**은 당사의 플랜에 따른 당사의 분담금 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 본인부담금 계산법

Medicare에는 본인부담금에 포함되는 항목과 포함되지 않는 항목에 관한 규정이 있습니다. 다음은 귀하의 본인부담금을 추적하기 위해 따라야 하는 규칙입니다.

이 납부금은 귀하의 본인부담금에 <u>포함됩니다</u>

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

- 다음 약품 지불 단계에서 귀하가 의약품에 지불하는 금액:
  - 공제금 단계
  - 초기 보장 단계
- 당사 플랜에 가입하시기 전, 동일한 연도에 다른 Medicare 처방약 플랜의 가입자로서 귀하가 지불하신 모든 납부액
- 가족이나 친구가 가입자의 약품에 대해 지불한 모든 금액
- Medicare의 추가 지원(Extra Help), 고용주 또는 노동조합 건강 보험, Indian Health Service, AIDS 의약품 지원 프로그램 및 대부분의 자선 단체가 귀하의 약값으로 지불한 금액

재난적 보장 단계로의 전환:

귀하(또는 귀하를 대신하여 납부하는 사람)가 해당 연도 내에 본인부담금으로 총 **$2,400**을 지출한 경우, 귀하는 초기 보장 단계에서 재난적 보장 단계로 이동합니다.

이 납부금은 귀하의 본인부담금에 <u>포함되지 않습니다</u>

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

- 미국 및 그 영토 외부에서 구입한 의약품
- 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 Medicare 보장 대상에서 제외되는 기타 의약품을 포함한 파트 D 비보장 의약품
- 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 기관이 귀하의 의약품 본인부담금의 일부 또는 전부를 납부하는 경우, 고객 서비스 센터에 800-457-4708 (TTY 사용자는 711)으로 전화하여 당사 플랜에 알리셔야 합니다.

가입자의 총 본인부담금 추적

- 가입자가 받는 SmartSummary® 보고서에는 현재 총 본인부담비용이 포함됩니다. 이 금액이 **$2,400**에 도달하면 SmartSummary®는 귀하가 최초 보장 단계를 벗어나 재난적 보장 단계로 이동했음을 알려드릴 것입니다.
- **당사가 필요한 정보를 보유하고 있는지 확인하십시오.** 3.1절을 참조하여 귀하의 지출에 대한 당사의 기록이 완전하고 최신 상태를 유지하는 데 도움이 되도록 귀하가 취할 수 있는 조치를 알아보십시오.

2절 Humana Dual Select H5619-165(HMO D-SNP) 가입자의 약품 지불 단계

Humana Dual Select H5619-165(HMO D-SNP)의 약품 보장에 대해서는 **3가지 약품 지불 단계가** 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 단계**
- **3단계: 재난적 보장 단계**

3절 귀하의 *SmartSummary®*는 귀하가 어느 지불 단계에 있는지 설명합니다

저희 플랜은 귀하의 처방약 비용과 약국에서 처방약을 받을 때 귀하가 지불하는 금액을 추적합니다. 이를 통해 귀하가 한 약물 납부 단계에서 다음 단계로 이동할 때 알려드릴 수 있습니다. 저희는 2가지 유형의 비용을 추적합니다:

- **본인부담금:** 이것은 귀하가 납부한 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 기타 프로그램 또는 조직이 지불한 금액이 포함됩니다.

지난 달 동안 당사 플랜을 통해 하나 이상의 처방약을 구매한 경우 SmartSummary가 전송됩니다. SmartSummary에는 다음이 포함됩니다.

- **당월에 대한 정보.** 이 보고서는 지난달에 조제받으신 처방전에 관한 납부 세부 정보를 제공합니다. 여기에는 총 약품 비용, 당사 플랜이 지불한 금액, 귀하 및 귀하를 대신하여 다른 사람이 지불한 금액이 나와 있습니다.
- **1월 1일 이후 연간 합계.** 이는 해당 연도가 시작된 이후 귀하의 의약품에 대한 총 의약품 비용 및 총 납부금을 보여줍니다.
- **약품 가격 정보.** 이는 총 약품 가격, 동일한 수량의 각 처방약을 처음으로 처방받아 청구한 시점 이후로 변경된 가격 정보가 포함됩니다.

- **이용 가능한 저비용 대체 처방전.** 이는 해당되는 경우 각 처방약 청구 시 비용 분담이 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.

- **처방약을 구매할 때마다 가입자 카드를 제시합니다.** 이는 귀하가 조제받으신 처방약 내역과 지불하신 비용을 당사에서 정확히 파악하는 데 도움이 됩니다.
- **당사가 필요한 정보를 보유하고 있는지 확인하십시오.** 귀하가 처방약 비용 전액을 부담해야 하는 경우가 있습니다. 이러한 경우, 당사는 귀하의 본인 부담 비용을 추적하는 데 필요한 정보를 자동으로 받지 못합니다. 귀하의 본인부담금을 추적하는 데 도움이 되도록 영수증 사본을 저희에게 제출해 주십시오. **약품 영수증 사본을 제출해야 하는 경우의 예:**
  - 귀하가 네트워크 약국에서 보장 대상 의약품을 특가로 구매하시거나, 당사 플랜의 혜택에 포함되지 않는 할인 카드를 사용하시는 경우.
  - 의약품 제조사 환자 지원 프로그램을 통해 제공된 의약품에 대해 공동 부담금을 지불하는 경우.
  - 비네트워크 약국에서 보장 대상 의약품을 구매하시거나, 특별한 상황에서 보장 대상 의약품의 전액을 지불하시는 모든 경우.
  - 보장된 약품에 대해 청구서를 받으신 경우, 플랜에 해당 비용의 플랜 부담분 지급을 요청하실 수 있습니다. 이에 대한 자세한 절차는 7장 2절을 참조하십시오.
- **타인이 귀하를 위해 납부한 금액에 관한 정보를 저희에게 보내 주십시오**. 특정 다른 개인 및 단체가 납부한 금액도 귀하의 본인부담금에 포함됩니다. 예를 들어 AIDS 의약품 지원 프로그램(ADAP), Indian Health Service 및 자선 단체에 의해 지불되는 금액은 본인부담금에 포함됩니다. 이러한 납부 내역을 기록하고 저희가 귀하의 비용을 추적할 수 있도록 저희에게 보내 주십시오.
- **당사에서 보낸 서면 보고서를 확인하십시오.** SmartSummary를 받으시면, 정보가 완전하고 정확한지 확인하기 위해 검토해 주십시오. 뭔가 누락되었다고 생각이 되거나 문의 사항이 있는 경우 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 고객 지원에 전화하십시오. 이 보고서들을 보관하시기 바랍니다.

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. 귀하는 비용 분담 4단계 및 비용 분담 5단계 약품에 대해 연간 공제금으로 **$700**을 납부하게 됩니다. **당사 플랜의 공제금 금액에 다다를 때까지 비용 분담 4단계 및 비용 분담 5단계 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 비용 Medicare 약품 가격 협상 프로그램에 따라 협상된 가격이 적용되는 약품의 경우, 전체 비용은 최대 공정 가격에 조제 수수료를 더한 금액을 초과할 수 없습니다.

귀하가 비용 분담 4단계 및 비용 분담 5단계 약제에 대해 **$700**을 납부하면, 귀하는 공제금 단계를 벗어나 초기 보장 단계로 넘어가게 됩니다.

5절 초기 보장 단계

5.1절 약품에 대한 지불 금액은 약품과 처방약 구매 장소에 따라 다릅니다

초기 보장 단계 동안, 당사 플랜은 귀하의 보장 약품 비용 중 당사 부담분을 지불하며, 귀하는 귀하의 부담분(귀하의 공동 부담금 또는 공동 보험 금액)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 약물 가이드에 수록된 모든 약품은 다섯(5) 가지의 비용 분담 계층 중 하나에 해당됩니다. 일반적으로 비용 분담 계층이 높을수록 약품 비용이 더 높습니다.

- **본인부담금 등급 1 - 선호 복제약(Preferred Generic):** 본 플랜에서 가장 낮은 본인부담금으로 이용할 수 있는 복제약 또는 브랜드 의약품.
- **본인부담금 등급 2 - 복제약(Generic):** 등급 1 선호 복제약 의약품보다 높은 본인부담금으로 플랜에서 제공하는 복제약 또는 브랜드 의약품.
- **본인부담금 등급 3 - 선호 브랜드(Preferred Brand):** 등급 4 비선호 의약품(Non-Preferred Drug)보다 낮은 본인부담금으로 플랜에서 제공하는 복제약 또는 브랜드 의약품.
- **비용 분담 4단계 - 비선호 의약품**: 플랜에서 3단계 선호 브랜드 의약품보다 더 높은 비용으로 제공하는 복제약 또는 브랜드 의약품입니다.
- **비용 분담 5단계 - 전문 등급:** 일부 주사제 및 기타 고비용 약제입니다.

사용 중인 약품의 비용 분담 계층을 확인하려면 당사 플랜의 약물 가이드를 참조하십시오.

귀하의 약국 선택 사항

약제에 대해 귀하가 납부하는 금액은 다음 중 어디에서 약제를 받느냐에 따라 달라집니다:

- 네트워크 소매 약국.
- 당사 플랜의 네트워크에 속하지 않는 약국. 당사는 제한된 상황에서만 네트워크 외 약국에서 조제된 처방전을 보장합니다. 네트워크 외 약국에서 조제된 처방전을 당사가 보장하는 경우를 알아보려면 5장, 2.4절로 이동하십시오.
- 당사 플랜의 우편 주문 약국.

이러한 약국 선택 사항 및 처방전 조제에 관한 자세한 정보는 제5장 및 당사 플랜의 의료기관 디렉토리 (**Humana.com/FindCare**)를 참조하십시오.

5.2절 한 달분 보장 약품에 대한 가입자의 비용

초기 보장 단계 동안, 보장 약제 비용에 대한 귀하의 부담금은 공동 부담금 또는 공동 보험 중 하나가 됩니다.

공동 부담금 또는 공동 보험의 금액은 비용 분담 등급에 따라 달라집니다.

때로는 약품 비용이 귀하의 공동 부담금보다 낮을 수 있습니다. 이러한 경우, 귀하는 공동 부담금 대신 더 낮은 가격으로 약품을 구입합니다.

보장되는 파트 D 의약품 *1*개월 공급분에 대한 귀하의 비용

등급	소매 비용 분담 (네트워크 내) (최대 30일 공급량)	표준 우편 주문 비용 분담 (네트워크 내) (최대 30일 공급량)	우대 우편 주문 비용 분담 (네트워크 내) (최대 30일 공급량)	장기 요양 (LTC) 비용 분담 (네트워크 내) (최대 31일 공급량)	*네트워크 외 비용 분담 (보장은 특정 상황에 한정됩니다. 자세한 내용은 5장을 참조하십시오.) (최대 30일 공급량)
비용 분담 1단계 우선 복제약	**$0**	**$10**	**$0**	**$0**	**$0**
비용 분담 1단계 인슐린	**$0**	**최대 $10까지 25%**	**$0**	**$0**	**$0**
비용 분담 2단계 복제약	**$0**	**$20**	**$0**	**$0**	**$0**
비용 분담 2단계 인슐린	**$0**	**최대 $20까지 16%**	**$0**	**$0**	**$0**
비용 분담 3단계 우선 브랜드	**17%**	**17%**	**17%**	**17%**	**17%**
비용 분담 3단계 인슐린	**최대 $35까지 17%**	**최대 $35까지 17%**	**최대 $35까지 17%**	**최대 $35까지 17%**	**최대 $35까지 17%**
비용 분담 4단계 비선호 의약품	**48%**	**48%**	**48%**	**48%**	**48%**

등급	소매 비용 분담 (네트워크 내) (최대 30일 공급량)	표준 우편 주문 비용 분담 (네트워크 내) (최대 30일 공급량)	우대 우편 주문 비용 분담 (네트워크 내) (최대 30일 공급량)	장기 요양 (LTC) 비용 분담 (네트워크 내) (최대 31일 공급량)	*네트워크 외 비용 분담 (보장은 특정 상황에 한정됩니다. 자세한 내용은 5장을 참조하십시오.) (최대 30일 공급량)
비용 분담 4단계 인슐린	**최대 $35까지 25%**	**최대 $35까지 25%**	**최대 $35까지 25%**	**최대 $35까지 25%**	**최대 $35까지 25%**
비용 분담 5단계 전문 의약품 등급	**25%**	**25%**	**25%**	**25%**	**25%**
비용 분담 5단계 인슐린	**최대 $35까지 25%**	**최대 $35까지 25%**	**최대 $35까지 25%**	**최대 $35까지 25%**	**최대 $35까지 25%**
*귀하는 네트워크 외 약국에서 약품에 대해 지불하는 금액과 당사가 네트워크 내 약국에서 보장할 비용 간의 차액을 지불해야 할 수 있습니다. 당사 플랜의 네트워크에 속하지 않는 약국 이용에 관한 자세한 내용은 5장, 2.4절을 참조하십시오.					

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

파트 D 백신 비용 분담에 대한 자세한 내용은 8절을 참조하십시오.

5.3절 의사가 한 달치 미만을 처방하는 경우, 한 달치 전체 비용을 지불하지 않아도 될 수 있습니다

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 의약품을 복용하는 경우). 또한 조제 날짜를 더 잘 계획하는 데 도움이 된다면, 담당 의사에게 한 달치 미만을 처방해 달라고, 약사에게는 그만큼만 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 보험은 약품의 총 비용을 기준으로 하므로, 약품의 총 비용이 낮아지면 귀하의 비용도 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, 장기 공급(연장 공급이라고도 함)을 받을 수 있습니다. 장기 공급분은 최대 100일분까지를 의미합니다. 100일 공급량

플랜이 적합하지 않다고 간주하는 특수 약품 또는 기타 약품은 연장분의 대상이 아닙니다. 제한된 약품이 무엇인지 알아보려면 약품 가이드를 참조하십시오.

보장되는 파트 D 약제의 장기 (최대 100일분) 공급에 대한 귀하의 비용

등급	소매 비용 분담 (네트워크 내) (최대 100일 공급량)	표준 우편 주문 비용 분담 (네트워크 내) (최대 100일 공급량)	우대 우편 주문 비용 분담 (네트워크 내) (최대 100일 공급량)
비용 분담 1단계 우선 복제약	**$0**	**$30**	**$0**
비용 분담 1단계 인슐린	**$0**	**최대 $30까지 25%**	**$0**
비용 분담 2단계 복제약	**$0**	**$60**	**$0**
비용 분담 2단계 인슐린	**$0**	**최대 $60까지 16%**	**$0**
비용 분담 3단계 우선 브랜드	**17%**	**17%**	**17%**
비용 분담 3단계 인슐린	**최대 $105까지 17%**	**최대 $105까지 17%**	**최대 $105까지 17%**
비용 분담 4단계 비선호 의약품	**48%**	**48%**	**48%**
비용 분담 4단계 인슐린	**최대 $105까지 25%**	**최대 $105까지 25%**	**최대 $105까지 25%**
비용 분담 5단계 전문 의약품 등급	5단계의 약물에는 장기 공급이 제공되지 않습니다.		

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

5.5절 해당 연도의 본인부담금이 $2,400에 도달할 때까지 초기 보장 단계에 머물게 됩니다

귀하의 총 본인부담금이 **$2,400**에 도달할 때까지 초기 보장 단계에 머물게 됩니다. 그런 다음 재난적 보장 단계로 이동합니다.

귀하가 받는 SmartSummary는 귀하, 당사 플랜 및 제3자가 해당 연도 이내에 귀하를 위해 지출한 금액을 추적하는 데 도움이 됩니다. 모든 회원이 연간 **$2,400** 본인 부담 한도에 도달하는 것은 아닙니다.

해당 금액에 도달하면 당사가 알려드립니다. Medicare가 귀하의 본인부담금을 계산하는 방법에 관한 자세한 내용은 1.2절로 이동하십시오.

6절 재난적 보장 단계

재난적 보장 단계에서는 보장 파트 D 약품에 대해 아무 비용도 지불하지 않습니다. 귀하의 본인부담금이 해당 연도의 **$2,400** 한도에 도달하면 재난적 보장 단계에 진입합니다. 재난적 보장 단계에 진입하면, 해당 연도 말까지 이 지불 단계에 머물게 됩니다.

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

7절 추가 혜택 정보

이 플랜에서는 추가적인 처방약 혜택이 제공되지 않습니다.

8절 파트 D 백신에 대해 귀하가 부담하는 비용

백신에 대한 귀하의 부담금에 관한 중요 안내 - 일부 백신은 의료 급여로 간주되어 파트 B에서 보장됩니다. 그 외 백신은 파트 D 약품으로 간주됩니다. 이러한 백신은 당사 플랜의 약물 가이드에 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 약물 가이드를 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**의 비용입니다.
- 두 번째 부분은 **백신을 접종하는 데 드는** 비용입니다. (이는 때때로 백신 투여라고도 합니다.)

파트 D 백신에 대한 비용은 다음 3가지 항목에 따라 달라집니다.

1. **해당 백신이 예방접종자문위원회(ACIP)라는 기관에 의해 성인에게 권장되는지 여부.**
   - 대부분의 성인 파트 D 백신은 ACIP에서 권장하며 무료로 제공됩니다.
2. **백신을 맞는 장소.**
   - 백신 자체는 약국에서 조제되거나 의사 진료실에서 제공될 수 있습니다.
3. **백신을 누가 접종하는지.**
   - 약사 또는 다른 의료 제공자가 약국에서 백신을 접종할 수 있으며, 또는 의료 제공자가 의사 진료실에서 접종할 수 있습니다.

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

- 백신을 접종할 때, 백신 자체의 전체 비용과 백신 제공자에 대한 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 접종받는 경우. (이 선택 가능 여부는 거주 지역에 따라 다릅니다. 일부 주에서는 약국에서 특정 백신을 제공하는 것을 허용하지 않습니다.)

- 대부분의 성인 파트 D 백신의 경우 비용을 지불하지 않습니다.
- 기타 파트 D 백신의 경우, 백신 접종 비용이 포함된 백신 자체에 대한 공동보험비용이나 공동 부담금을 약국에 지불합니다.
- 당사 플랜에서 나머지 비용을 지불합니다.

상황 2: 의사 진료실에서 파트 D 백신을 접종받는 경우.

- 백신을 접종할 때, 백신 자체의 전체 비용과 백신 제공자에 대한 비용을 지불해야 할 수 있습니다.
- 그런 다음 제7장에 설명된 절차에 따라 당사 플랜에 당사 비용 부담분을 지급해 줄 것을 요청할 수 있습니다.
- 대부분의 성인 파트 D 백신의 경우 지불한 전체 금액이 환급됩니다. 다른 파트 D 백신의 경우, 백신(투여 포함)에 대해 지불하신 금액에서 공동 보험 또는 공동 부담금을 차감한 금액과 의사가 청구하는 금액과 당사가 통상적으로 지불하는 금액 간의 차액을 차감한 금액을 환급받으실 수 있습니다. (추가 지원을 받으시는 경우, 당사가 이 차액을 환급해 드립니다.)

상황 3: 파트 D 백신 자체를 네트워크 약국에서 구입하여 의사 진료실로 가져가 접종받는 경우.

- 대부분의 성인 파트 D 백신의 경우 백신 자체에 대한 비용을 지불하지 않습니다.
- 기타 파트 D 백신의 경우, 백신 접종 비용이 포함된 백신 자체에 대한 공동보험비용이나 공동 부담금을 약국에 지불합니다.
- 의사가 백신을 접종하면 귀하는 이 서비스에 대한 전체 비용을 지불해야 할 수 있습니다.
- 그런 다음 7장의 절차를 이용하여 당사의 비용 분담을 지불할 것을 당사의 플랜에 요청할 수 있습니다.
- 대부분의 성인 파트 D 백신의 경우 지불한 전체 금액이 환급됩니다. 다른 파트 D 백신의 경우, 백신 투여에 대해 지불하신 금액에서 공동 보험을 차감한 금액과 의사가 청구하는 금액과 당사가 통상적으로 지불하는 금액 간의 차액을 차감한 금액을 환급받으실 수 있습니다. (추가 지원을 받으시는 경우, 당사가 이 차액을 환급해 드립니다.)

제7장: 보장되는 의료 서비스 또는 약품에 대한 청구서의 당사의 분담금 지급 요청

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

당사의 네트워크 제공자는 귀하의 보장 서비스 및 의약품에 대한 금액을 당사 플랜에 직접 청구합니다. 의료 서비스 또는 수령한 의약품에 대한 전체 비용을 청구받은 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). 귀하가 당사 플랜에서 보장하는 의료 서비스 또는 약제에 대해 귀하의 본인 부담금보다 더 많은 금액을 납부한 경우, 당사 플랜으로부터 환급을 받을 권리가 있습니다. 환급을 받기 위해 반드시 준수해야 하는 기한이 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 제공자와 청구서 문제를 해결하도록 시도하십시오. 그것이 해결되지 않는다면, 청구서를 직접 지불하는 대신 당사로 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 계약되어 있는 경우에도 귀하는 여전히 치료를 받을 권리가 있습니다.

귀하가 플랜에 환급을 요청하거나 받은 청구서의 지불을 요청해야 할 수 있는 상황의 예:

1. 당사 플랜의 네트워크에 속하지 않는 의료 제공자로부터 응급 또는 긴급 의료 서비스를 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. 청구서와 함께 지불하신 내역에 대한 서류를 당사로 보내십시오.
- 귀하가 지불하지 않아도 된다고 생각하는 지불 청구서를 제공자가 제시할 수 있습니다. 이 청구서와 함께 지불하신 내역에 대한 서류를 당사로 보내십시오.
  - 의료 제공자에게 지불해야 할 금액이 있는 경우, 당사가 해당 의료 제공자에게 직접 지불합니다.

- 귀하가 해당 서비스에 대해 본인 부담금을 초과하여 납부한 경우, 저희가 귀하의 실제 부담액을 산정하고 저희 부담분을 귀하에게 환급해 드립니다.

2. 네트워크 의료 제공자가 귀하가 지불할 필요가 없다고 생각하는 청구서를 보낸 경우

네트워크 제공자는 항상 당사 플랜에 직접 청구해야 합니다. 그러나 때때로 그들은 실수를 하여 귀하의 부담 비용보다 더 많은 금액을 지불하도록 요청하기도 합니다.

- 보장 서비스를 받을 때는 귀하의 비용 분담만 지불하면 됩니다. 저희는 제공자가 **잔액 청구**라고 불리는 추가적인 별도 요금을 부과하는 것을 허용하지 않습니다. 이 보호 조치(귀하가 비용 분담보다 더 많은 금액을 지불하지 않도록 함)는 당사가 제공자가 특정 서비스에 대해 청구하는 금액보다 적게 지불하는 경우와, 분쟁이 있어 당사가 특정 제공자 청구액을 지불하지 않는 경우에도 적용됩니다. 당사는 서비스 제공자가 보장 서비스에 대해 귀하에게 비용을 청구하는 것을 허용하지 않습니다. 당사는 서비스 제공자에게 직접 지불하므로 귀하는 비용을 지불하지 않아도 됩니다. 이는 당사가 제공자에게 서비스에 대해 제공자가 청구하는 금액보다 적게 지불하는 경우에도 마찬가지입니다.

- 네트워크 제공자로부터 귀하가 지불해야 하는 금액보다 많다고 생각되는 청구서를 받을 때마다, 저희에게 청구서를 보내십시오. 당사가 네트워크 제공자에게 직접 연락하여 청구 문제를 해결해 드리겠습니다.

- 이미 네트워크 제공자에 청구서 비용을 지불한 경우 지불 서류와 함께 해당 청구서를 보내주십시오. 귀하가 지불한 금액과 당사 플랜에 따라 지불해야 하는 금액 간 차액에 대해 환불을 요청하십시오.

3. 귀하가 당사 플랜에 소급 가입된 경우

때로는 당사 플랜에 대한 가입이 소급 적용되는 경우가 있습니다. (이는 가입 첫날이 이미 지났음을 의미합니다. 가입일은 심지어 작년에 발생했을 수도 있습니다.)

당사의 플랜에 소급 가입하고 가입일 이후 보장 서비스 또는 약품에 대해 본인부담금을 지불한 경우 당사에 환급을 요청할 수 있습니다. 환급을 처리하기 위해 영수증 및 청구서와 같은 서류를 제출하셔야 합니다.

4. 처방전을 조제하기 위해 네트워크 외 약국을 이용한 경우

네트워크 외 약국을 이용하시는 경우, 해당 약국에서 청구서를 저희에게 직접 제출하지 못할 수도 있습니다. 이 경우 귀하가 처방약의 전체 비용을 지불해야 합니다.

영수증을 보관하시고, 저희가 부담해야 할 비용의 환급을 요청하실 때 사본을 저희에게 보내십시오. 당사는 제한된 상황에서만 네트워크 외 약국을 보장한다는 점을 기억하십시오. 5장, 2.5절을 참조하여 이러한 상황에 대해 자세히 알아보십시오. 당사는 네트워크 외 약국에서 약품에 대해 지불하는 비용과 네트워크 내 약국에서 지불하는 비용의 차이를 환급하지 않을 수 있습니다.

5. 당사 플랜 회원 카드를 지참하지 않아 처방약 전액을 지불한 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 보관하시고, 저희가 부담해야 할 비용의 환급을 요청하실 때 사본을 저희에게 보내십시오. 당사는 귀하가 지불한 현금 가격이 처방전에 대해 협상된 가격보다 높을 경우 귀하가 지불한 전체 비용을 다시 지불하지 않을 수 있습니다.

6. 다른 상황에서 처방약 전액을 지불한 경우

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

- 예를 들어, 해당 약이 당사 플랜의 의약품 가이드(처방집)에 포함되어 있지 않거나, 귀하가 알지 못했거나 귀하에게 적용되어서는 안 된다고 생각하는 요건이나 제한이 있을 수 있습니다. 약품을 즉시 구입하기로 결정하면 전체 비용을 지불해야 할 수 있습니다.
- 영수증을 보관하시고 환급을 요청하실 때 사본을 당사로 보내십시오. 어떤 경우, 약품의 비용에 대한 당사의 비용 분담을 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.

귀하의 지불 요청이 있는 경우 해당 요청을 검토하여 서비스 또는 약품의 보장 여부를 결정합니다. 이것은 **보장 결정**을 내리는 것이라고 합니다. 저희가 보장이 되어야 한다고 결정하면, 해당 서비스 또는 약물 비용 중 저희 부담분을 지불할 것입니다. 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 보내시는 경우, 청구서와 납부하신 금액에 대한 서류를 함께 보내주십시오. 기록 보관을 위해 청구서와 영수증의 사본을 만들어 두시는 것이 좋습니다. **서비스, 용품 또는 파트 B 약품을 받은 날로부터 365일 이내에 파트 C(의료 및 치과) 청구를 제출해야 합니다. 약품 수령 날짜로부터 36개월 이내에 파트 D(처방약) 청구를 당사로 제출해야 합니다.**

당사가 결정을 내리는 데 필요한 모든 정보를 제공하고 있는지 확인하기 위해, 당사의 청구서 양식을 작성하여 지불 요청을 하실 수 있습니다.

- 양식을 사용하실 필요는 없지만, 양식을 사용하시면 정보 처리가 더 빠르게 진행됩니다. 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.

  - 귀하의 성명 및 Humana ID 카드의 회원 ID
  - 귀하의 영수증 또는 기타 납부 증빙 서류
  - 제공된 서비스를 명시하고 다음 정보를 포함하는 의료 제공자의 항목별 명세서. 해당 정보가 제공자의 항목별 명세서에 포함되어 있지 않은 경우, 제공자에게 연락하여 해당 정보를 요청하셔야 합니다.
    > 제공된 서비스의 서비스 날짜
    > 제공자 또는 공급자의 이름, 주소, 국가 제공자 식별자(NPI) 및 납세자 식별 번호(TIN)
    > 다른 제공자가 해당 서비스를 지시하거나 귀하를 실제 서비스 제공자에게 의뢰한 경우, 그 이름, 주소,

    제공자의 성명, 주소, NPI 및 TIN
    > 제공된 각 서비스 또는 용품에 대한 설명 및 다음 서비스 코드:

    ~ 해당되는 경우 수익 코드
    ~ 관련 CPT 및 HCPCS 코드

    > 제공된 각 서비스에 대한 청구 금액
    > 질병 또는 부상에 대한 설명 및 진단 코드

> 치료 장소

– 귀하 또는 귀하의 법적 대리인의 서명

- 양식 사본을 당사 웹사이트 (**https://www.humana.com/member/documents-and-forms**) 에서 다운로드 하거나 고객 지원에 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 전화하여 양식을 요청하십시오.

청구서나 지불 영수증과 함께 지불 요청서를 다음 주소로 우편 발송해 주십시오:

의료 서비스 및 치과 서비스에 대한 지불 요청
Humana
P.O. Box 14601
Lexington, KY 40512-4601

파트 D 약제에 대한 지불 요청
Humana
P.O. Box 14601
Lexington, KY 40512-4601

3절 당사는 귀하의 지불 요청을 검토하고 승인 여부를 결정합니다

귀하의 지급 요청을 수령하면, 추가 정보가 필요한 경우 귀하에게 알려드리겠습니다. 그렇지 않으면 요청을 검토해 보장 결정을 내립니다.

- 의료 서비스 또는 의약품이 보장되며 가입자가 모든 규정을 준수했다고 당사가 판단하면, 서비스 또는 의약품에 대한 비용 분담을 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 의약품이 보장되지 않거나 가입자가 모든 규정을 준수하지 않았다고 당사가 판단하면, 의료 또는 의약품에 대한 비용 분담금을 지불하지 않습니다. 지불액을 보내지 않는 이유와 그러한 결정에 이의를 제기할 수 있는 권리를 설명하는 서신을 발송합니다.

3.1절 의료 서비스 또는 의약품의 전부 또는 일부에 대해 비용을 지불하지 않을 것이라고 통보를 받은 경우에는 이의를 제기할 수 있습니다

당사가 귀하의 지급 요청을 거부하거나 지급 금액에 오류가 있다고 생각하시는 경우, 이의를 제기하실 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.

제8장: 귀하의 권리와 책임

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 임상적 및 비임상적 서비스를 포함한 모든 서비스가 문화적으로 적합한 방식으로 제공되고, 영어 능력이 제한적이거나 독해 능력이 제한적이거나 청각 장애가 있거나 다양한 문화적·민족적 배경을 가진 분들을 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 분담금만 지불합니다. 당사 플랜 네트워크에 필요한 서비스를 제공하는 전문의가 없는 경우 네트워크 내 비용 분담으로 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.

Section 1.1 We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, braille, large print, or other alternate formats, etc.)

Our plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how our plan may meet these accessibility requirements include, but aren't limited to, provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you information in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We're required to give you information about our plan's benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, call Customer Care at 800-457-4708 (TTY users call 711).

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive healthcare services.

If providers in our plan's network for a specialty aren't available, it's our plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you'll only pay in-network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in our plan's network that cover a service you need, call our plan for information on where to go to get this service at in-network cost sharing.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that's accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist or finding a network specialist, call to file a grievance with Humana Grievances and Appeals Dept at 800-457-4708, TTY 711. You can also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or 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 의료 제공자를 방문하기 위해 의뢰서를 받을 필요가 없습니다.

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 규정 대로 가입자의 개인 건강 정보를 보호합니다.

- 귀하의 개인 건강 정보에는 귀하가 이 플랜에 가입할 때 저희에게 제공한 개인 정보뿐만 아니라 귀하의 의료 기록 및 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 통지를 제공합니다.

귀하의 건강 정보의 개인정보를 어떻게 보호하나요?

- 저희는 권한이 없는 사람이 귀하의 기록을 열람하거나 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 사람에게 서면 허가를 받아야 합니다.
- 저희가 먼저 귀하의 서면 동의를 받지 않아도 되는 특정 예외 사항이 있습니다. 이러한 예외 사항은 법률에 의해 허용되거나 요구됩니다.
  - 저희는 의료 서비스 질을 점검하는 정부 기관에 건강 정보를 제공해야 할 의무가 있습니다.
  - 귀하는 Medicare를 통해 저희 플랜의 가입자이므로, 저희는 귀하의 건강 정보(파트 D 처방 의약품에 관한 정보 포함)를 Medicare에 제공하도록 요구받습니다. Medicare가 연구 또는 기타 용도로 귀하의 정보를 공개하는 경우, 이는 연방 법령 및 규정에 따라 이루어지며, 일반적으로 귀하를 고유하게 식별하는 정보는 공유되지 않도록 요구됩니다.

귀하는 기록의 정보를 확인하고 그 정보가 다른 사람들과 어떻게 공유되었는지 알 수 있습니다

가입자에게는 당사 플랜에 보관된 의료 기록을 열람하고 기록 사본을 제공받을 권리가 있습니다. 저희는 사본 제작에 대해 수수료를 청구할 수 있습니다. 아울러 가입자에게는 의료 기록을 추가 또는 수정하도록 당사에 요청할 권리가 있습니다. 귀하가 이를 요청하시면, 저희는 귀하의 의료 제공자와 협력하여 변경 사항을 적용해야 하는지 여부를 결정할 것입니다.

귀하는 귀하의 건강 정보가 일상적이지 않은 목적으로 다른 사람들과 어떻게 공유되었는지 알 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 통지서는 귀하에 관한 의료 정보가 어떻게 사용 및 공개될 수 있는지, 그리고 귀하가 이 정보에 어떻게 접근할 수 있는지를 설명합니다. 주의 깊게 검토해 주시기 바랍니다.

귀하의 개인 정보 및 건강 정보의 보호는 중요합니다. 요청 사항이나 불만 사항이 없는 한 귀하는 아무것도 하실 필요가 없습니다.
이 개인정보보호 방침 통지는 HIPAA 하의 계열 보장 주체인 Insurance ACE의 일부인 모든 주체에 적용됩니다. ACE는 법적으로 별도의 적용 대상 기관들의 그룹으로, 이들은 제휴 관계에 있으며 HIPAA의 목적을 위해 단일 적용 대상 기관으로 지정하였습니다. ACE 소속 기관의 전체 목록은 **https://huma.na/insuranceace**에서 확인할 수 있습니다.

당사는 법이 허용하는 한에서 개인정보보호 정책 및 이 통지의 조항을 언제든 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 가족에 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 Medical Information Bureau 로부터 가입자에 대한 정보를 수신할 수 있습니다.

귀하에 관해 어떤 정보를 받나요?
당사가 수신하는 정보에는 이름, 주소, 전화번호, 생년월일, 사회 보장 번호, 보험료 지불 이력 및 당사 웹사이트 상 가입자의 활동이 포함될 수 있습니다. 여기에는 의학적 혜택 플랜, 건강상의 혜택 및 건강 위험 평가에 관한 정보도 포함됩니다.

귀하의 정보를 어떻게 보호하나요?
당사는 전자 및 구두 정보를 비롯한 모든 형식의 가입자 개인정보를 보호해야 할 의무가 있습니다. 당사는 다음을 포함한 다양한 방법으로 귀하의 정보를 보호하기 위한 행정적, 기술적, 물리적 안전 장치를 마련하고 있습니다:

- 귀하의 정보를 열람할 수 있는 사람 제한
- 귀하의 정보 사용 또는 공개 방법 제한
- 귀하의 정보에 관한 당사의 법적 의무를 귀하에게 알림
- 개인 정보 보호 프로그램 및 절차에 관한 직원 교육

귀하의 정보를 어떻게 사용하고 공개하나요?
저희는 귀하의 정보를 다음의 목적으로 사용하고 공개합니다:

- 귀하 또는 귀하를 대신하여 행동할 법적 권리를 가진 자에게
- 보건복지부 장관에게

당사는 귀하의 정보를 사용하고 공개할 권리가 있습니다:

- 귀하가 의료 서비스를 받을 수 있도록 의사, 병원 또는 기타 의료 서비스 제공자에게 제공하는 경우.
- 의료 제공자가 귀하에게 제공한 보장 서비스에 대한 보험금 지급 및 건강 보험 보험료 납부를 포함한 지급 활동을 위해.

- 귀하의 가입 처리, 문의 응대, 진료 조정, 품질 향상 및 보험료 산정 등 의료 운영 활동을 위하여.

- 보험 인수 활동을 수행하기 위한 목적. 단, 유전자 검사 결과는 사용하지 않으며 가족력에 관한 질문도 하지 않습니다.

- 귀하의 플랜 스폰서가 자격, 등록 및 탈퇴 활동과 같은 플랜 관리 기능을 수행할 수 있도록 귀하의 플랜 스폰서에게 제공. 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 귀하의 허락을 구하거나, 플랜 후원자는 귀하의 개인정보를 보호하는 데 동의했음을 증명해야 합니다.

- 귀하에게 관심이 있을 수 있는 건강 관련 혜택 및 서비스, 예약 알림 또는 치료 대안에 관한 정보를 귀하에게 연락하기 위해. 귀하가 수신 거부를 선택한 경우, 당사는 귀하에게 연락하지 않습니다.
- 귀하가 응급 상황 등으로 인해 의사소통이 불가능한 경우, 귀하의 가족 및 친구에게.
- 귀하의 가족 및 친구, 또는 귀하가 지정한 다른 모든 사람에게. 이 경우 공개되는 정보는 수령자가 귀하의 진료 또는 그 진료비 납부에 관여하는 것과 직접적인 관련이 있어야 합니다. 예를 들어, 가족 구성원이나 간병

인이 청구에 대한 사전 지식을 가지고 당사에 연락할 경우, 당사는 해당 청구가 접수 및 지급되었는지 확인해 드릴 수 있습니다.
- 국세청 증빙을 위해 가입자에게 지급 정보를 제공하기 위해.
- 심각한 건강 또는 안전 위협이 있다고 판단되는 경우, 공중 보건 기관에.
- 학대, 방치 또는 가정 폭력 문제가 있는 경우, 관련 당국에.
- 법원 또는 행정 명령, 소환장, 증거 개시 요청 또는 기타 적법한 절차에 응하여.
- 법 집행 목적, 군 당국에 및 법률에 의해 달리 요구됩니다.
- 재해 구호 활동 지원을 위해.
- 컴플라이언스 프로그램 및 의료 감독 활동을 위해.
- 산업재해 보상법 또는 계약에 따른 당사의 의무를 이행하기 위해.
- 귀하 또는 타인의 건강이나 안전에 대한 심각하고 임박한 위협을 방지하기 위해.
- 제한된 상황에서의 연구 목적으로, 해당 연구자들이 귀하의 개인 정보 보호를 위한 적절한 조치를 취한 경우에 한해.
- 장기, 안구 또는 조직의 조달, 보관 또는 이식을 위해.
- 검시관, 법의학 검사관 또는 장의사에게.

특정 유형의 정보에 대한 사용 및 공개의 추가 제한 사항:
- 일부 연방법 및 주법은 다음과 같은 특정 민감한 건강 정보의 사용 및 공개를 제한할 수 있습니다: 42 CFR Part 2("Part 2")의 적용을 받는 약물 사용 장애("SUD") 기록; 생체 정보; 성적 학대를 포함한 아동 또는 성인 학대나 방임; 전염성 질환; 유전 정보; HIV/AIDS; 정신 건강; 생식 건강; 및 성병.

- 당사가 SUD Part 2 기록을 수령하는 경우, 귀하의 서면 동의(다른 사용 또는 공개에 대한 동의와 별도로)에 근거하거나, Part 2에서 규정한 바와 같이 귀하에게 통지 및 의견 진술 기회를 부여한 후 법원 명령이 발부된 경우를 제외하고는, 귀하에 대한 민사, 형사, 행정 또는 입법 절차에서 해당 기록을 사용하거나 공개하거나 해당 기록의 내용을 전달하는 증언을 제공하지 않습니다. SUD Part 2 기록의 사용 또는 공개를 허가하는 법원 명령은 요청된 기록이 사용 또는 공개되기 전에 공개를 강제하는 소환장 또는 기타 법적 요건이 첨부되어야 합니다.

가입자 정보를 이 통지에 설명되지 않은 목적으로 사용할 수 있습니까?
당사는 가입자의 서면 허가 없이는 이 통지에 설명되지 않은 어떠한 이유로도 가입자 정보를 이용하거나 공개하지 않습니다. 귀하는 서면으로 당사에 통지함으로써 언제든지 귀하의 허가를 취소할 수 있습니다. 다음의 사용 및 공개에는 귀하의 서면 허가가 필요합니다:

- 심리치료 기록 및 SUD 상담 기록의 대부분의 사용 및 공개
- 마케팅 목적
- 개인 및 건강 정보의 판매
- 본 고지에 따라 HIPAA 적용 대상 기관 또는 비즈니스 협력자가 아닌 기관에 공개된 의료 정보는 수령자에 의해 공개될 수 있으며, 더 이상 연방 또는 주 개인정보 보호법(예: HIPAA)의 보호를 받지 못할 수 있습니다.

귀하가 더 이상 회원이 아닌 경우 귀하의 정보로 무엇을 하나요?
가입자 정보는 이 통지에 설명된 목적으로 계속 사용할 수 있습니다. 여기에는 귀하가 당사를 통해 보장에 가입하지 않는 경우도 포함됩니다. 법적으로 요구되는 보존 기간이 지난 후, 당사는 기밀을 유지하기 위한 엄격한 절차에 따라 해당 정보를 파기합니다.

내 정보에 관한 나의 권리는 무엇인가요?
당사는 귀하의 권리 요청에 적시에 응답하기 위해 최선을 다하고 있습니다.
- 열람권 - 귀하에 관한 결정을 내리는 데 사용될 수 있는 귀하의 정보를 검토하고 사본을 받을 권리가 있습니다. 또한 가입자는 이러한 건강정보의 요약본을 받을 수 있습니다. 관련 법률에 따라, 당사는 이 개인 정보를 귀하 또는 귀하가 지정한 대리인에게 제공할 것입니다.

- 불리한 인수 결정 - 당사가 귀하의 보험 가입 신청을 거절하는 경우, 귀하는 거절 사유를 통보받을 권리가 있습니다.

- 대체 통신 - 생명을 위협하는 상황을 피하기 위해, 귀하는 귀하의 정보를 다른 방식으로 또는 다른 장소에서 수령할 권리가 있습니다. 귀하의 요청이 합리적인 경우 이를 수용하겠습니다.

- 수정 - 귀하는 수정 또는 삭제를 통해 이 개인 정보의 오류 정정을 요청할 권리가 있습니다. 귀하의 서면 요청을 접수한 후 영업일 기준 60일 이내에, 분쟁 중인 정보의 수정 또는 삭제 여부, 또는 추가 조사 후 해당 수정을 거부하는 경우 이를 귀하에게 통지할 것입니다.

- 저희가 분쟁 중인 정보의 수정 또는 삭제를 거부할 경우, 귀하는 분쟁 중인 정보에 대한 저희의 판단에 동의하지 않는 이유와 귀하가 정확하다고 판단하는 정보를 기술한 서면 진술서를 저희에게 제출할 권리가 있습니다. 당사는 분쟁 중인 정보를 검토하는 모든 당사자가 해당 진술서에 접근할 수 있도록 할 것입니다.*

- 공개 - 귀하는 당사 또는 당사의 비즈니스 협력사가 귀하의 정보를 공개한 사례 목록을 받을 권리가 있습니다. 이는 치료, 지불, 건강 플랜 운영 및 기타 특정 활동에는 적용되지 않습니다. 당사는 이 정보를 유지하며 6년간 귀하에게 제공합니다. 12개월 기간 내에 이 목록을 두 번 이상 요청하는 경우, 당사는 합리적인 비용 기반 수수료를 청구할 수 있습니다.
- 통지 - 귀하는 언제든지 이 통지의 서면 사본을 요청하고 받을 권리가 있습니다.
- 제한 - 귀하는 귀하의 정보가 사용되거나 공개되는 방식을 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.

개인정보가 침해되었다고 생각하면 어떻게 해야 하나요?
개인정보가 침해되었다고 생각하는 경우, 가입자는 언제든 **1-866-861-2762**로 전화하여 당사에 진정을 제기할 수 있습니다.

또한 진정을 미국 보건복지부 민권 담당국(OCR)에 서면으로 제출할 수도 있습니다. 요청 시 적절한 OCR 지역 주소를 제공해 드립니다. 또한 OCRComplaint@hhs.gov로 진정을 전송할 수도 있습니다. 진정을 제기하기로 선택한 경우, 가입자의 혜택은 영향을 받지 않으며 당사는 어떠한 방식으로도 가입자를 응징하거나 가입자에게 보복을 가하지 않습니다.

당사는 가입자의 개인정보 및 건강정보의 프라이버시를 보호할 권리를 지지합니다.

저희의 책임
- 당사는 법률에 따라 귀하의 보호된 건강 정보의 개인 정보 보호 및 보안을 유지할 의무가 있습니다.
- 귀하의 정보에 대한 개인정보 보호 또는 보안이 침해되었을 가능성이 있는 사고가 발생하면 당사는 신속히 귀하에게 알릴 것입니다.
- 당사는 이 통지에 설명된 의무 및 개인 정보 보호 관행을 따르고 귀하에게 사본을 제공해야 합니다.

- 귀하가 서면으로 동의하지 않는 한, 당사는 여기에 설명된 것 이외의 방식으로 귀하의 정보를 사용하거나 공유하지 않을 것입니다. 귀하가 당사에 허용한다고 알리더라도, 언제든지 마음을 바꾸실 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 진료실 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.

- 1-866-861-2762으로 연락하기
- **Humana.com**에서 당사 웹사이트에 접속하여 개인정보 보호 관행 링크로 이동하기
- 작성 완료된 요청 양식을 다음 주소로 보내십시오:
  Humana Inc.
  Privacy Office 003/10911
  101 E. Main Street
  Louisville, KY 40202

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

Humana Dual Select H5619-165 (HMO D-SNP)의 회원으로서, 귀하는 저희로부터 여러 종류의 정보를 받을 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.
- **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.
- 저희는 귀하의 건강을 유지하고, 건강 위험의 조기 발견을 지원하며, 모든 단계의 치료에서 안전하고 효율적으로 서비스가 제공되도록 하고, 만성 질환을 관리하는 데 중점을 둔 특별 프로그램을 운영하고 있습니다. 저희 케어 매니지먼트 프로그램은 복잡한 의료 상태를 가진 회원 또는 입원한 회원에게 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 케어 매니지먼트 팀은 치료 및 보장 조정을 지원하기 위해 이용 가능합니다. 이러한 모든 프로그램은 자발적으로 이루어집니다. 자격이 되어 이러한 프로그램 중 하나에 대해 연락을 받으시면, 대부분의 회원들이 케어 매니지먼트를 매우 유용하다고 생각하므로 참여하시기를 권장합니다. 케어 매니저에게 알려 주시면 언제든지 중단하실 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.

귀하는 또한 의료 결정에 완전히 참여할 권리가 있습니다. 귀하의 담당 의사와 함께 귀하에게 가장 적합한 치료에 관한 결정을 내리는 데 도움이 될 수 있도록, 귀하의 권리에는 다음이 포함됩니다:

- **모든 선택 사항을 알 권리.** 귀하는 비용에 관계없이 또는 플랜에서 보장 여부와 관계없이 귀하의 상태에 대해 권장되는 모든 치료 옵션에 대해 안내받을 권리가 있습니다. 또한 회원들이 약물을 관리하고 안전하게 사용할 수 있도록 돕기 위해 저희 플랜이 제공하는 프로그램에 대한 안내도 포함됩니다.
- **위험에 대해 알 권리.** 귀하는 치료에 관련된 모든 위험성에 대해 안내받을 권리가 있습니다. 제안된 의료 서비스나 치료가 연구 실험의 일부인 경우 미리 안내 받아야 합니다. 귀하는 언제나 실험적 치료를 거부할 선택권이 있습니다.
- **"거부"할 권리.** 귀하는 권장되는 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 약 복용을 중단하면, 그 결과로 신체에 발생하는 일에 대한 모든 책임을 귀하가 지게 됩니다.

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

때로는 사고나 심각한 질병으로 인해 스스로 의료 결정을 내리지 못하게 되는 경우가 있습니다. 귀하가 이러한 상황에 처한 경우 무엇을 하고 싶은지 말할 권리가 있습니다. 즉, 원할 경우 다음을 수행할 수 있습니다.

- 귀하가 스스로 결정을 내릴 수 없게 될 경우에 대비하여 **귀하를 위한 의료 결정을 내릴 법적 권한을 다른 사람에게 부여하는** 서면 양식을 작성하십시오.
- **귀하가 스스로 결정을 내릴 수 없게 될 경우 귀하의 의료 처치를 어떻게 처리하기를 원하는지에 관해 담당 의사에게 서면 지시를 남기십시오**.

이러한 상황에서 사전에 지시를 내리기 위해 사용할 수 있는 법적 문서를 **사전 의료 지시서**라고 합니다. **생전 유언장과 의료 위임장** 같은 문서가 사전 의료 지시서의 예입니다.

지시를 남기기 위한 사전 의료 지시서 작성 방법:

- **양식 받기.** 사전 의료 지시서 양식은 변호사, 사회복지사 또는 일부 사무용품 판매점에서 받으실 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 서명하기.** 어디서 이 양식을 받으셨든 이는 법적 문서입니다. 변호사의 도움을 받아 준비하는 것을 고려해 보십시오.

- **적합한 사람들에게 양식 사본 제공하기.** 의사 및 양식에 이름을 기입한 사람에게 양식 사본을 제공하여 본인이 의사 결정을 내릴 수 없는 경우 이들에게 의사 결정을 내릴 수 있도록 합니다. 가까운 친구나 가족에게 사본을 드리고 싶으실 수도 있습니다. 집에 사본을 보관해 두십시오.

귀하가 입원할 것을 미리 알고 있고 사전 의료 지시서에 서명하셨다면, **사본을 병원에 지참하십시오**.

- 병원은 귀하가 사전 의료 지시서 양식에 서명하셨는지, 그리고 그것을 지참하고 계신지 여부를 물어볼 것입니다.
- 귀하가 사전 의료 지시서 양식에 서명하지 않으셨다면, 병원에 양식이 준비되어 있으며 서명하기를 원하시는지 물어볼 것입니다.

사전의료지시서를 작성하는 것은 귀하의 선택입니다(병원에 있는 경우 서명할지 여부 포함). 법에 따라, 누구도 사전 의료 지시서 서명 여부를 이유로 귀하의 진료를 거부하거나 귀하를 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.

- **본 기관의 가입자 권리 및 의무 정책에 대해 건의할 권리.**

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 의사, 기타 개인 또는 Humana 직원에게 보장 범위를 거부하거나 서비스의 과소 이용을 권장하는 것에 대해 보상을 제공하거나 금전적 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 동료 심사 의학 문헌을 검토하고 의학 전문가와 상담하여 새로운 기술이 효과적이고 안전한지 확인함으로써 이루어집니다. 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. 귀하가 무엇을 하든 – 보장 결정을 요청하든, 이의를 제기하든, 불만을 제기하든 – **당사는 귀하를 공정하게 대우할 의무가 있습니다**.

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.

귀하께서 부당한 대우를 받았거나 귀하의 권리가 존중받지 못했다고 생각하시는 경우, 그리고 그것이 차별에 관한 문제가 아닌 경우, 다음 기관들로부터 귀하가 겪고 있는 문제를 처리하는 데 도움을 받으실 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 **Medicare**에 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.
- **Medicare**에 문의하십시오.
  - Medicare.gov을 방문하여 Medicare 권리 및 보호(Medicare Rights & Protections) 자료를 확인하십시오. (이용 가능 주소: Medicare Rights & Protections.)
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY 사용자는 1-877-486-2048으로 전화)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 증명서를 사용하여 보장 사항 및 보장 서비스를 받기 위해 따라야 할 규칙을 알아보십시오.
  - 3장과 4장에는 의료 서비스에 관한 세부 사항이 나와 있습니다.
  - 5장과 6장에는 파트 D 약물 보장에 관한 세부 사항이 나와 있습니다.
- **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 치료를 받으시려면, 담당 의사와 다른 의료 제공자에게 귀하의 건강 문제에 대해 알려주십시오. 귀하와 귀하의 담당 의사가 합의한 치료 계획 및 지시 사항을 따르시기 바랍니다.

  - 귀하의 주치의가 귀하가 복용 중인 모든 약을 알 수 있도록 하십시오. 여기에는 일반의약품, 비타민 및 보충제가 포함됩니다.

  - 질문이 있으시면 반드시 질문하시고 이해할 수 있는 답변을 받으십시오.

- **예의를 지키십시오.** 당사는 가입자가 다른 환자의 권리를 존중할 것으로 기대합니다. 또한 귀하가 담당 의사의 진료실, 병원 및 기타 사무소의 원활한 운영에 도움이 되는 방식으로 행동해 주시기를 기대합니다.

- **본인이 부담해야 할 비용을 납부하십시오.** 플랜 가입자는 다음과 같은 지불에 대해 책임을 집니다.

  - 저희 플랜의 회원 자격을 유지하려면 Medicare 보험료를 계속 납부하셔야 합니다.

  - 본 플랜이 보장하는 대부분의 의료 서비스 또는 의약품의 경우, 해당 서비스 또는 의약품을 제공받을 때 귀하의 본인 부담금을 납부하셔야 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 보장국(또는 철도 퇴직 위원회)에도 알립니다.**

- **본 기관의 가입자 권리 및 의무 정책에 대해 건의할 권리.**

제9장:
문제 또는 불만이 있는 경우 (보장 결정, 이의 신청, 민원)

1절 문제가 있거나 우려 사항이 있는 경우 어떻게 해야 합니까?

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

1. 귀하의 문제가 **Medicare** 또는 **Medicaid**에서 보장하는 혜택에 관한 것인지 여부. Medicare 절차 또는 Medicaid 절차 중 어느 것을 이용할지, 또는 두 가지 모두를 이용할지 결정하는 데 도움이 필요하시면, 고객 서비스 센터(800-457-4708)(TTY 사용자는 711)로 전화하십시오.

2. 겪고 계신 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 당사와 귀하가 반드시 따라야 하는 일련의 규칙, 절차 및 기한이 있습니다.

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

1.1절 법적 용어

이 장에서 설명하는 규칙, 절차 및 마감일 유형에 대한 법률 용어가 있습니다. 이러한 용어 중 대부분은 대부분의 사람들에게 친숙하지 않습니다. 이해를 돕기 위해, 이 장에서는 일부 법률 용어 대신 보다 친숙한 단어를 사용합니다.

그러나 때로는 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

저희는 항상 귀하를 도와드릴 준비가 되어 있습니다. 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). 경우에 따라서는 당사와 관련이 없는 사람으로부터 도움이나 안내를 받고 싶으실 수도 있습니다. 도움을 줄 수 있는 두 가지 조직은 다음과 같습니다.

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 처리하는 데 어떤 절차를 이용해야 하는지 이해할 수 있도록 도와드릴 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.
- 귀하가 Medicare.gov을 방문합니다.

Apple Health (Medicaid)에서 도움 및 정보를 얻으실 수 있습니다

Apple Health (Medicaid)의 연락처 정보는 이 책자 말미의 부록 A에서 확인하실 수 있습니다.

3절 문제에 맞는 절차 선택

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 절차 또는 Medicaid 절차 중 어느 것을 사용할지 결정하는 데 도움을 원하시면, 800-457-4708번(TTY 사용자는 711번)으로 고객 서비스에 연락하시기 바랍니다.

Medicare 절차 및 Medicaid 절차는 이 장의 여러 부분에 설명되어 있습니다. 어느 부분을 읽어야 할지 확인하려면 아래 표를 참조하십시오.

귀하의 문제가 Medicare 혜택 또는 Medicaid 혜택에 대한 것입니까?	
나의 문제는 다음에 관한 것입니다 **Medicare** 혜택. **4절, Medicare 혜택에 관한 문제 처리로** 이동하십시오.	나의 문제는 다음에 관한 것입니다 **Medicaid** 보장. **12절, Medicaid 혜택에 관한 문제 처리로** 이동하십시오.

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 안내를 참조하십시오.**	**아니요.** **11절 의료의 질, 대기 시간, 고객 서비스 또는 기타 우려 사항에 관한 불만 제기 방법을 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. 귀하는 무언가가 보장되는지 여부 및 무언가가 보장되는 방식과 같은 문제에 대해 보장 결정 및 이의 신청 절차를 이용할 수 있습니다.

서비스를 받기 전에 보장 결정 요청하기

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 상황에서 보장 결정 요청이 기각될 수 있으며, 이는 저희가 해당 요청을 검토하지 않음을 의미합니다. 요청이 기각되는 경우의 예시로는 요청이 완료되지 않은 경우, 법적 권한이 없는 자가 귀하를 대신하여 요청하는 경우 또는 귀하가 요청을 철회하도록 요청하는 경우 등이 있습니다. 저희가 보장 결정 요청을 기각하는 경우, 요청이 기각된 이유와 기각에 대한 재검토를 요청하는 방법을 설명하는 통지서를 발송합니다.

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 신청하기

혜택을 받기 전후에 당사에서 보장 결정을 내리고 가입자가 그에 만족하지 못한 경우, 가입자는 결정에 **이의를 제기할** 수 있습니다. 이의 제기는 당사가 내린 보장 결정을 검토하고 변경하도록 요청하는 공식적인 방법입니다. 에 의거하여 특정 상황에서는 보장 결정에 대한 긴급 또는 **신속 이의 제기**를 요청할 수 있습니다. 귀하의 이의 신청은 최초 결정을 내린 검토자와 다른 검토자들이 처리합니다.

결정에 대해 처음으로 이의를 제기할 때 이를 1단계 이의 제기라고 합니다. 이 이의 제기에서 당사는 규칙을 제대로 따르고 있는지 확인하기 위해 수행한 보장 결정을 검토합니다. 검토가 완료되면, 저희는 귀하에게 결정을 알려드립니다.

제한된 상황에서는 1단계 이의 제기에 대한 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. 1단계 이의 제기에 대한 요청을 기각하는 경우, 요청이 기각된 이유와 기각 검토 요청 방법을 안내하는 공지가 발송됩니다.

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

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

2단계 이의 제기에 대한 결정에 만족하지 못할 경우 추가 이의 제기 단계를 계속 진행할 수 있습니다(이 장에서는 3단계, 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.

- **800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 고객 지원에 전화하십시오.**
- 주 건강보험 지원 프로그램에서 **무료로 도움을 받으십시오**.
- **담당 의사가 귀하를 위해 요청할 수 있습니다.** 담당 의사가 2단계 이상의 이의 제기를 돕는 경우, 귀하의 대리인으로 지정되어야 합니다. 고객 서비스 센터에 전화하여 대리인 지정 양식을 요청하십시오. (양식은 Medicare 웹사이트 CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 또는 당사 웹사이트 https://www.humana.com/member/documents-and-forms에서도 이용하실 수 있습니다.)
  - 의료 서비스의 경우, 귀하의 담당 의사가 귀하를 대신하여 보장 결정 또는 1단계 이의 신청을 요청할 수 있습니다. 1단계에서 이의 제기가 거부되면 자동으로 2단계로 전달됩니다.
  - Part D 의약품의 경우, 귀하의 담당 의사 또는 다른 처방 의사가 귀하를 대신하여 보장 결정 또는 1단계 이의 신청을 요청할 수 있습니다. 1단계 이의 제기가 거부되면 담당 의사나 처방자는 2단계 이의 제기를 요청할 수 있습니다.
- **귀하는 귀하를 대신하여 행동할 사람을 지정할 수 있습니다.** 다른 사람을 대리인으로 지정하여 보장 결정을 요청하거나 이의를 제기할 수 있습니다.
  - 친구, 친척 또는 다른 사람을 귀하의 대리인으로 지정하고자 하는 경우, 고객 서비스 센터 800-457-4708번(TTY 사용자는 711번)으로 전화하여 대리인 지정 양식을 요청하십시오. (이 양식은

Medicare 웹사이트 cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 또는 당사 웹사이트 https://www.humana.com/member/documents-and-forms에서도 확인하실 수 있습니다.) 이 양식을 통해 해당 인물이 귀하를 대신하여 행동할 수 있는 권한이 부여됩니다. 이 양식은 귀하와 귀하를 대신하여 행동하기를 원하는 사람 모두가 서명해야 합니다. 서명된 양식의 사본을 저희에게 제출하셔야 합니다.

- 당사는 양식 없이도 대리인의 이의 신청을 접수할 수 있으나, 양식을 수령하기 전까지는 검토를 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. 각 상황에 대한 세부 정보를 제공합니다:

- **6절:** 의료 서비스: 보장 결정을 요청하거나 이의를 신청하는 방법
- **7절:** 파트 D 약물: 보장 결정을 요청하거나 이의를 신청하는 방법
- **8절: 너무** 일찍 퇴원한다고 생각될 경우 입원 기간 연장 보장을 요청하는 방법
- **9절: 보장이** 너무 일찍 종료된다고 생각될 경우 특정 의료 서비스의 보장 지속을 요청하는 방법 (다음 서비스에만 적용: 가정 의료 서비스, 전문 요양원 서비스, 및 종합 외래 재활 시설 (CORF) 서비스)

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 이의를 신청하는 방법

6.1절 의료 보험에 대한 보장을 받는 데 문제가 있는 경우 또는 귀하의 의료 비용에 대한 당사의 몫을 귀하에게 돌려주기를 원할 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 특정 의료 서비스를 받지 못하고 있으며, 당사 플랜이 해당 서비스를 보장한다고 생각하는 경우. **보장 결정을 요청합니다. 6.2절.**

2. 당사 플랜이 귀하의 의사 또는 다른 의료 제공자가 제공하고자 하는 의료 서비스를 승인하지 않으며, 귀하는 당사 플랜이 해당 서비스를 보장한다고 생각하는 경우. **보장 결정을 요청합니다. 6.2절.**

3. 귀하가 당사 플랜이 보장해야 한다고 생각하는 의료 서비스를 받았지만, 당사가 해당 서비스에 대한 비용을 지불하지 않겠다고 한 경우. **이의를 제기합니다. 6.3절.**

4. 귀하가 당사 플랜이 보장해야 한다고 생각하는 의료 서비스를 받고 비용을 지불하였으며, 당사 플랜에 해당 서비스에 대한 환급을 요청하고자 하는 경우. **당사에 청구서를 보냅니다. 6.5절.**

5. 당사가 이전에 승인한 특정 의료 서비스에 대한 보장이 축소되거나 중단될 것이라는 통보를 받았으며, 귀하는 해당 서비스의 축소 또는 중단이 귀하의 건강에 해를 끼칠 수 있다고 생각하는 경우. **이의를 제기합니다. 6.3절.**

참고: 중단될 보장이 병원 치료, 가정 의료 서비스, 전문 요양원 서비스, 또는 종합 외래 재활 시설 (CORF) 서비스인 경우, 8절 및 9로 이동하십시오. 이러한 유형의 치료에는 특별 규칙이 적용됩니다.

6.2절 보장 결정을 요청하는 방법

법적 용어:

귀하의 의료 서비스와 관련된 보장 결정을 **기관 결정**이라고 합니다.

신속한 보장 결정을 **신속 결정**이라고 합니다.

<u>1단계:</u> 표준 보장 결정 또는 신속 보장 결정이 필요한지 결정합니다.

일반 보장은 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 결정은 일반적으로 의료 서비스의 경우 72시간 이내, 파트 B 약의 경우 24시간 이내에 이루어집니다.

- 표준 기한을 사용하는 것이 귀하의 건강에 심각한 해를 끼치거나 기능 회복 능력을 저해할 수 있는 경우에만 신속한 보장 결정을 받을 수 있습니다.
- **귀하의 담당 의사가 귀하의 건강 상태로 인해 신속한 보장 결정이 필요하다고 알려주면, 저희는 자동으로 신속한 보장 결정을 제공하는 데 동의합니다.**
- **담당 의사의 지원 없이 귀하가 직접 신속 보장 결정을 요청하는 경우, 당사는 귀하의 건강 상태를 고려하여 신속 보장 결정이 필요한지 여부를 결정합니다.** 당사가 신속 보장 결정을 승인하지 않을 경우 다음과 같은 내용의 서신을 보내드립니다.
  - 저희가 표준 기한을 사용할 것임을 설명합니다.
  - 귀하의 담당 의사가 신속 급여 결정을 요청하는 경우, 당사는 자동으로 신속 급여 결정을 제공합니다.
  - 귀하가 요청한 신속 급여 결정 대신 일반 급여 결정을 내린 당사의 결정에 대해 신속 이의 신청을 제기할 수 있습니다.

<u>2단계:</u> 플랜에 보장 결정 또는 신속 보장 결정을 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.

<u>3단계:</u> 저희는 의료 서비스 보장에 대한 귀하의 요청을 검토하고 답변을 드립니다.

표준 보장 결정의 경우 표준 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.

- 귀하가 추가 시간을 요청하거나 귀하에게 도움이 될 수 있는 추가 정보가 필요한 경우, 의료 항목 또는 서비스에 대한 **요청이라면 최대 14일이** 더 걸릴 수 있습니다. 추가 기간이 소요되는 경우, 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. 결정이 이루어지는 즉시 불만 사항에 대한 답변을 드립니다. (불만 제기 절차는 보장 결정 및 이의 신청 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.

- 귀하가 추가 시간을 요청하거나 귀하에게 도움이 될 수 있는 추가 정보가 필요한 경우, **의료 항목 또는 서비스에 대한 요청이라면 최대 14일이** 더 걸릴 수 있습니다. 추가 기간이 소요되는 경우, 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.

- 귀하의 요청 사항 일부 또는 전부를 당사가 수락하지 않는 경우, 당사의 거절 결정 근거에 대한 설명을 서면으로 보내드립니다.

<u>4단계:</u> 플랜이 귀하의 의료 보장 요청을 거부한 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 1단계을 진행함을 의미합니다.

6.3절 1단계 이의를 제기하는 방법

법적 용어:

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

신속 이의 제기는 **신속한 재심사**라고도 합니다.

<u>1단계:</u> 표준 이의 제기 또는 신속 이의 제기가 필요한지 결정합니다.

일반 이의 제기는 일반적으로 역일 기준 30일 이내 또는 파트 B 약품의 경우 역일 기준 7일 이내에 이루어집니다. 신속 이의 제기는 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.
- 신속한 이의신청을 받기 위한 요건은 이 장의 6.2절에 나와 있는 신속한 보장 결정을 받기 위한 요건과 동일합니다.

<u>2단계:</u> 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 놓쳤으나 정당한 사유가 있는 경우, 이의 신청 시 이의 신청이 늦어진 이유를 설명해 주십시오. 이의 신청 기간을 연장해 드릴 수 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. 이 정보를 복사하여 귀하에게 발송하는 데 수수료를 청구할 수 있습니다.**

<u>3단계:</u> 당사는 귀하의 이의 신청을 검토하고 답변을 드립니다.

- 귀하의 이의 제기를 검토할 때 당사는 모든 정보를 자세히 살펴봅니다. 당사가 귀하의 요청 사항을 '수락하지 않는' 경우 모든 규칙을 따랐는지 확인합니다.
- 필요한 경우 추가 정보를 수집할 수 있으며, 귀하의 담당 의사에게 연락할 수도 있습니다.

신속 이의 제기 기한

- 신속 이의 제기의 경우, 당사는 이의 제기를 접수한 후 **72시간 이내에 반드시 답변을 제공해 드립니다.** 귀하의 건강 상태에 따라 필요한 경우 더 빨리 답변을 드립니다.

- 귀하가 추가 시간을 요청하거나 귀하에게 도움이 될 수 있는 추가 정보가 필요한 경우, 의료 항목 또는 서비스에 대한 요청이라면 **최대 14일이 더 걸릴** 수 있습니다. 추가 기간이 소요되는 경우, 서면으로 알려드립니다. 귀하의 요청이 파트 B 약품에 대한 요청인 경우 추가 시간을 할애할 수 없습니다.

- 저희가 72시간 이내에 (또는 추가 일수를 사용한 경우 연장된 기간이 끝날 때까지) 답변을 드리지 못하면, 귀하의 요청은 자동으로 이의신청 절차의 2단계로 이송되며, 독립 검토 기관의 검토를 받게 됩니다. 귀하의 이의 제기가 접수되면 독립 검토 기관에서 귀하에게 서면으로 통지합니다. 6.4절에서는 2단계 이의 제기 절차를 설명합니다.

- **귀하가 요청하신 내용의 일부 또는 전부를 당사가 승인하는 경우,** 당사는 귀하의 이의 신청을 접수한 후 72시간 이내에 승인된 보장을 승인하거나 제공해야 합니다.

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

표준 이의 신청 기한

- 일반 이의 제기의 경우, 귀하의 요청을 수신한 후 **역일 기준 30일 이내에** 답변을 제공해야 합니다. 귀하가 아직 받지 못한 파트 B 약품에 대한 요청인 경우, 이의 제기를 받은 후 **역일 기준 7일 이내에** 답변해 드립니다. 귀하의 건강 상태로 인해 필요한 경우, 저희는 더 빨리 결정을 알려드릴 것입니다.

  - 귀하가 추가 시간을 요청하거나 귀하에게 도움이 될 수 있는 추가 정보가 필요한 경우, 의료 항목 또는 서비스에 대한 요청이라면 **최대 14일이** 더 걸릴 수 있습니다. 추가 기간이 소요되는 경우, 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. 긴급 민원을 제기하시면, 저희는 24시간 이내에 민원에 대한 답변을 드립니다. (신속 민원을 포함한 민원 제기 절차에 대한 자세한 정보는 **11절을** 참조하십시오.)

  - 마감 기한(또는 연장된 기간의 종료 시점)까지 답변을 드리지 못한 경우, 귀하의 요청은 독립 검토 기관이 이의신청을 검토하는 2단계 이의신청으로 이관됩니다. 귀하의 이의 제기가 접수되면 독립 검토 기관에서 귀하에게 서면으로 통지합니다. 6.4절에서는 2단계 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** 이내에 보장을 반드시 승인하거나 제공합니다.

- **플랜에서 귀하의 이의 제기 일부 또는 전부를 수락하지 않는 경우,** 당사는 2단계 이의 제기를 위해 귀하의 이의 제기를 자동으로 독립 검토 기관에 전송합니다. 귀하의 이의 제기가 접수되면 독립 검토 기관에서 귀하에게 서면으로 통지합니다.

6.4절 2단계 이의 제기 절차

법적 용어:

독립 검토 기관의 공식 명칭은 **독립 검토 주체**(Independent Review Entity)입니다. 때로는 '**IRE**'라고 불립니다.

독립 검토 기관은 Medicare에서 고용한 독립적인 조직입니다. 당사와 연관되어 있지 않으며 정부 기관도 아닙니다. 이 기관은 당사의 결정이 올바른지 또는 결정을 변경해야 하는지 여부를 결정합니다. Medicare에서 이들의 업무를 감독합니다.

<u>1단계:</u> 독립 검토 기관이 귀하의 이의 신청을 검토합니다.

- 귀하의 이의 제기에 대한 정보를 이 기관에 보냅니다. 이 정보를 귀하의 **사례 파일**이라고 합니다. **귀하는 당사에 케이스 파일의 사본을 요청할 권리가 있습니다**. 당사는 귀하에게 해당 정보를 복사하여 발송하는 데 대한 수수료를 청구할 수 있습니다.
- 귀하는 이의 제기를 뒷받침하기 위해 독립 검토 기관에 추가 정보를 제공할 권리가 있습니다.
- 독립 검토 기관의 검토자들은 귀하의 이의 신청과 관련된 모든 정보를 면밀히 살펴볼 것입니다.

***1*단계에서 신속 이의 제기를 한 경우 *2*단계에서도 신속 이의 제기를 할 수 있습니다.**

- 신속 이의 제기의 경우, 독립 검토 기관은 귀하의 이의 제기를 받은 후 **72시간 이내에** 귀하의 2단계 이의 제기에 대한 결정을 내려야 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**. 추가 기간이 소요될 경우, 서면으로 귀하에게 통보합니다. 귀하의 요청이 파트 B 약품에 대한 것인 경우 독립 검토 기관은 결정을 내리는 데 추가 시간을 할애할 수 없습니다.

***1*단계에서 일반 이의 제기를 한 경우 *2*단계에서도 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 이내에** 2단계 이의 제기에 대한 답변을 제공해야 합니다. 귀하의 요청이 파트 B 약제에 관한 것인 경우, 독립 검토 기관은 귀하의 2단계 이의 신청을 접수한 날로부터 **7 역일 이내에** 귀하에게 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**. 추가 기간이 소요될 경우, 서면으로 귀하에게 통보합니다. 귀하의 요청이 파트 B 약품에 대한 것인 경우 독립 검토 기관은 결정을 내리는 데 추가 시간을 할애할 수 없습니다.

<u>2단계:</u> 독립 검토 기관이 귀하에게 답변을 드립니다.

독립 검토 기관은 결정 내용을 서면으로 알려드리고 그 이유를 설명해 드릴 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** 이내에 의료 서비스 보장을 승인하거나 역일 기준 14일 이내에 의료 서비스를 제공해야 합니다. **신속한 요청의** 경우 당사는 독립 검토 기관으로부터 결정을 받은 날짜로부터 **72시간** 내에 요청을 처리합니다.
- **독립 검토 기관이 파트 B 약품에 대한 요청의 일부 또는 전부를 인정하는 경우,** 독립 검토 기관으로부터 결정을 받은 후 **72시간** 이내에 당사는 파트 B 약품을 반드시 승인하거나 제공해야 합니다. **신속한 요청의** 경우 당사는 독립 검토 기관으로부터 결정을 받은 날짜로부터 **24시간** 내에 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 신청 거부**라고 합니다.) 이 경우, 독립 검토 기관은 귀하에게 다음 내용이 포함된 서신을 보냅니다:
  - 결정을 설명합니다.
  - 귀하가 요청하는 의료 서비스 보장의 금액이 일정 최소 기준을 충족하는 경우, 3단계 이의신청을 할 권리가 있음을 알려드립니다. 독립 검토 기관에서 제공하는 서면 통지서에는 이의 제기 절차를 계속 진행하기 위해 충족해야 하는 달러 금액이 나와 있습니다.
  - 3단계 이의 신청 방법을 알려드립니다.

3단계: 귀하의 사례가 요건을 충족하는 경우, 귀하는 이의 제기를 계속 진행할지 여부를 선택합니다.

- 2단계 이후 이의 제기 절차에 3가지 추가 레벨이 있습니다(총 5단계의 이의 제기). 3단계 이의 제기를 진행하려는 경우 이를 수행하는 방법에 대한 자세한 내용은 2단계 이의 제기 후 받은 서면 통지서에 나와 있습니다.
- 3단계 이의 제기는 행정법 판사 또는 대리 심판관에 의해 처리됩니다. 10절에서 3, 4, 5단계 이의 제기 절차에 대해 설명합니다.

6.5절 귀하가 받은 의료 서비스 청구서에 대해 당사 분담금 환급을 요청하는 경우

당사는 Medicaid 서비스 또는 용품에 대한 비용을 직접 상환할 수 없습니다. Medicaid 보장 서비스 및 용품에 대한 공동 부담금보다 높은 금액의 청구서를 받는 경우 해당 청구서를 당사에 보내십시오. **직접 청구서를 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.

상환을 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.

- **저희가 귀하의 요청을 승인하는 경우:** 의료 서비스가 보장되고 귀하가 규정을 따른 경우, 저희는 귀하의 요청을 받은 후 일반적으로 30 달력 일수 이내에, 그러나 60 달력 일수를 초과하지 않는 범위 내에 저희 부담 비용의 지불금을 귀하에게 발송할 것입니다. 의료 서비스에 대한 비용을 지불하지 않은 경우 해당 제공자에게 직접 지불금을 보냅니다.
- **당사가 귀하의 요청을 거부하는 경우:** 의료 서비스가 보장되지 않거나 모든 규정을 준수하지 않은 경우, 지급금을 발송하지 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.

이 이의 신청을 하려면 6.3절의 이의 신청 절차를 따르십시오. 환급 관련 이의 신청의 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. 2단계 이후의 이의 제기 절차 중 어느 단계에서든 귀하의 이의 제기가 승인되는 경우, 당사는 귀하가 요청한 비용을 역일 기준 60일 이내에 귀하 또는 의료 제공자에게 지급해야 합니다.

7절 파트 D 약제: 보장 결정 요청 또는 이의 신청 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. 보장받으려면 해당 약제가 의학적으로 인정된 적응증에 사용되어야 합니다. (의학적으로 인정된 적응증에 대한 자세한 내용은 5장을 참조하십시오.) 파트 D 약제, 규칙, 제한 사항 및 비용에 대한 자세한 내용은 5장과 6장을 참조하십시오. **이 섹션은 귀하의 파트 D 약제에만** 관한 것입니다. 간단히 하기 위해 당사는 일반적으로 보장 외래 처방약이나 파트 *D* 약품을 매번 반복하는 대신 이 절의 나머지 부분에서 약품이라고 지칭합니다. 또한 보장 약품 목록 또는 처방집 대신 약물 가이드라는 용어를 사용합니다.

- 약품이 보장되는지 또는 규정을 충족하는지 여부를 알 수 없는 경우 당사에 문의하십시오. 일부 약품의 경우 당사가 보장하기 전에 승인을 받아야 합니다.
- 약국에서 귀하의 처방전을 처방된 대로 조제할 수 없다고 알려드리는 경우, 약국은 보장 결정을 요청하기 위해 저희에게 연락하는 방법을 설명하는 서면 통지서를 귀하에게 제공할 것입니다.

파트 D 보장 결정 및 이의 제기

법적 용어:

파트 D 약제에 대한 최초 보장 결정을 **보장 결정(coverage determination)**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 약물 가이드에 없는 파트 D 약품의 보장 요청. **예외를 요청합니다. 7.2절**
- 약제에 대한 당사 플랜의 보장 제한(예: 받을 수 있는 약제의 양 제한)의 면제를 요청하는 경우 **예외를 요청하십시오. 7.2절**
- 더 높은 비용 분담 계층에서 보장된 의약품에 대해 더 낮은 비용 분담 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

법적 용어:

약물 가이드에 나와 있지 않은 약품의 보장을 요청하는 것을 **처방집 예외를** 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 **등급 예외를** 요청하는 것이라고 합니다.

약물이 원하시는 방식으로 급여되지 않는 경우, 저희에게 **예외**를 요청하실 수 있습니다. 예외는 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. **약물 가이드에 없는 파트 D 약을 보장하는 것**. 당사가 약물 가이드에 없는 의약품을 보장하는 것에 동의할 경우, 귀하는 비용 분담 4단계 - 비우선 약에 적용되는 비용 분담금을 지불해야 합니다. 약물 가이드에 없는 약을 보장하기로 동의한 경우, 해당 약에 대해 요구되는 본인 부담금에 대해서는 예외를 요청하실 수 없습니다.

2. **보장되는 약에 대한 제한 사항 제거.** 5장에서는 처방약 안내서의 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. **약의 보장을 더 낮은 본인 부담 등급으로 변경.** 약물 가이드의 모든 약은 다섯(5) 가지 비용 분담 계층 중 하나입니다. 일반적으로 비용 분담 계층의 수가 낮을수록 더 적은 약품 비용 분담금을 지불하게 됩니다.

- 당사의 약물 가이드에서 귀하의 질환을 치료하기 위한 대체 약품이 귀하의 약품보다 더 저렴한 비용 분담 단계에 포함된 경우, 대체 약품에 적용되는 비용 분담금으로 귀하의 약품을 보장하도록 당사에 요청할 수 있습니다.
- 복용 중인 약품이 생물학적 제제인 경우, 저렴한 비용 분담금으로 해당 약품을 보장하도록 당사에 요청할 수 있습니다. 이는 귀하의 상태를 치료하기 위한 생물학적 제제 대안이 포함된 가장 낮은 등급이 됩니다.
- 귀하가 복용하는 약품이 브랜드 의약품인 경우, 귀하의 질환을 치료하기 위한 대체 브랜드 의약품이 포함된 최저 단계에 적용되는 비용 분담금으로 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 분담금으로 귀하의 약을 보장하도록 당사에 요청하실 수 있습니다.
- 비용 분담 5단계 – 특수 계층 약에 대한 비용 분담 계층을 변경하도록 요청할 수 없습니다.

- 당사가 계층 적용 예외 요청을 승인하고, 귀하가 복용할 수 없는 대체 약품을 포함한 더 낮은 비용 분담 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 약물 가이드에는 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 분담 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 귀하의 의사가 해당 약을 계속 처방하고 그 약이 귀하의 상태 치료에 계속 안전하고 효과적인 한 적용됩니다.
- 당사가 요청을 수락하지 않는 경우 이의 제기를 통해 당사의 결정에 대한 또 다른 검토를 요청할 수 있습니다.

7.4절 예외 사항을 포함하여 보장 결정을 요청하는 방법

법적 용어:

신속한 보장 결정을 **신속 보장 결정(expedited coverage determination)**이라고 합니다.

<u>1단계:</u> 표준 보장 결정 또는 신속 보장 결정이 필요한지 결정합니다.

표준 보장 결정은 요청을 받은 후 **72시간** 이내에 이루어집니다. **신속 보장 결정**은 요청을 받은 후 **24시간** 이내에 이루어집니다.

귀하의 건강상 필요한 경우 신속 보장 결정을 요청하십시오. 신속한 보장 결정을 받으려면 2가지 요건을 충족해야 합니다:

- 아직 받지 못한 약을 요청하셔야 합니다. (귀하는 이미 구매한 의약품에 대한 환급을 위한 신속 보장 결정은 요청할 수 없습니다.)
- 표준 기한을 사용하면 귀하의 건강에 심각한 해를 끼치거나 기능 수행 능력을 저해할 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.
  - 저희가 표준 기한을 사용할 것임을 설명합니다.
  - 귀하의 담당 의사 또는 다른 처방자가 신속 보장 결정을 요청하는 경우, 저희는 자동으로 신속 보장 결정을 제공한다는 내용을 설명합니다.
  - 귀하가 요청한 신속 보장 결정 대신 일반 보장 결정을 제공하기로 한 저희의 결정에 대해 신속 불만 신청을 제기할 수 있는 방법을 알려드립니다. 당사는 진정을 접수 후 24시간 이내에 답변해 드리겠습니다.

2단계: 표준 보장 결정 또는 신속 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 결정 요청을 온라인으로 제출하려면 다음으로 이동하세요: **Humana.com/member/member-rights/pharmacy-authorizations**. 보장 판단 요청 양식을 작성하십시오. 의학적 필요성을 입증하기 위해 처방 의사의 지원 서류를 저희에게 보내주셔야 합니다. 귀하의 정보가 안전하게 당사로 전송됩니다. 저희가 귀하의 요청을 처리할 수 있도록, 귀하의 성명, 연락처 정보, 그리고 어떤 거부된 청구에 대해 이의신청을 하는지 보여주는 정보를 포함해 주시기 바랍니다.

귀하, 담당 의사(또는 다른 처방자) 또는 귀하의 대리인이 이 작업을 수행할 수 있습니다. 귀하를 대신하여 변호사가 행동하도록 하실 수도 있습니다. 이 장의 5.1절에서는 귀하가 다른 사람에게 귀하의 대리인으로 행동할 수 있는 서면 권한을 부여하는 방법을 설명합니다.

- **예외를 요청하시는 경우, 지원 진술서를 제공해 주세요,** 이는 예외에 대한 의학적 이유입니다. 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: 저희는 귀하의 요청을 검토하고 답변을 드립니다.

신속한 보장 결정을 위한 기한

- 일반적으로 귀하의 요청을 수신한 후 **24시간 이내에** 답변을 제공해야 합니다.
  - 예외의 경우, 저희는 귀하의 담당 의사의 지지 진술서를 받은 후 24시간 이내에 답변을 드립니다. 귀하의 건강 상태에 따라 필요한 경우 더 빨리 답변을 드립니다.
  - 저희가 이 기한을 지키지 못할 경우, 귀하의 요청은 독립 심사 기관이 검토하는 이의 신청 절차 2단계로 이송되어야 합니다. 귀하의 요청이 독립 검토 기관으로 전달된 경우 서면으로 알려드릴 것입니다.
- **귀하가 요청하신 내용의 일부 또는 전부를 당사가 승인하는 경우,** 당사는 귀하의 요청 또는 귀하의 요청을 지지하는 의사의 진술을 접수한 후 24시간 이내에 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 약에 대한 표준 보장 결정을 위한 기한

- 저희는 일반적으로 요청을 받은 후 **72시간 이내에** 답변을 드려야 합니다.
  - 예외의 경우, 의사의 지원 진술서를 받은 후 72시간 이내에 답변을 드리겠습니다. 귀하의 건강 상태에 따라 필요한 경우 더 빨리 답변을 드립니다.
  - 저희가 이 기한을 지키지 못할 경우, 귀하의 요청은 독립 검토 기관이 검토하는 이의 신청 절차의 2단계로 이송되어야 합니다. 귀하의 요청이 독립 검토 기관으로 전달된 경우 서면으로 알려드릴 것입니다.
- **귀하가 요청하신 내용의 일부 또는 전부를 당사가 승인하는 경우,** 당사는 귀하의 요청 또는 귀하의 요청을 지지하는 의사의 진술을 접수한 후 **72시간 이내에** 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.

이미 구입한 약에 대한 지불 관련 표준 보장 결정을 위한 기한

- 귀하의 요청을 받은 후 **역일 기준 14일 이내에** 답변을 제공해야 합니다.
  - 저희가 이 기한을 충족하지 못할 경우, 귀하의 요청을 이의신청 절차의 2단계로 이관하여야 하며, 해당 단계에서는 독립 검토 기관이 이를 검토합니다. 귀하의 요청이 독립 검토 기관으로 전달된 경우 서면으로 알려드릴 것입니다.
- **귀하가 요청하신 사항의 전부 또는 일부에 대해 당사의 답변이** '예'인 경우, 당사는 귀하의 요청을 접수한 후 역일 기준 14일 이내에 귀하에게 비용을 지급해야 합니다.
- **귀하의 요청 사항 일부 또는 전부를 당사가 수락하지 않는 경우,** 당사의 거절 결정 근거에 대한 설명을 서면으로 보내드립니다.

4단계: 저희가 귀하의 보장 요청을 거부할 경우, 귀하는 이의를 제기할 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 1단계을 진행함을 의미합니다.

7.5절 1단계 이의 제기 방법

법적 용어:

파트 D 약품 보장 결정에 대해 플랜을 향한 이의 제기를 플랜 **재결정**이라고 합니다.

신속 이의 제기는 **신속한 재결정**이라고도 합니다.

1단계: 표준 이의 제기 또는 신속 이의 제기가 필요한지 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.
- 신속한 이의신청을 받기 위한 요건은 이 장의 7.4절에 나와 있는 신속한 보장 결정을 받기 위한 요건과 동일합니다.

2단계: 귀하, 귀하의 대리인, 의사 또는 기타 처방자가 저희에게 연락하여 1단계 이의 신청을 하셔야 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 신청의 경우, 서면으로 이의 신청서를 제출하시거나 800-451-4651번으로 전화하십시오, TTY: 711**. 2장에 연락처 정보가 있습니다.
- **당사는** 당사 웹사이트 **Humana.com/member/member-rights/pharmacy-authorizations** 에 있는 CMS 모델 재결정 요청 양식에 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 놓쳤으나 정당한 사유가 있는 경우, 이의 신청 시 이의 신청이 늦어진 이유를 설명해 주십시오. 이의 신청 기간을 연장해 드릴 수 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. 이 정보를 복사하여 귀하에게 발송하는 데 수수료를 청구할 수 있습니다.

3단계: 플랜이 귀하의 이의 제기를 검토하고 답변을 드립니다.

- 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.

신속 이의 제기 기한

- 신속 이의 제기의 경우, 당사는 이의 제기를 접수한 후 **72시간 이내에 반드시 답변을 제공해 드립니다.** 귀하의 건강 상태에 따라 필요한 경우 더 빨리 답변을 드립니다.
  - 저희가 72시간 이내에 답변을 드리지 못할 경우, 귀하의 요청을 이의신청 절차의 2단계로 송부해야 하며, 해당 단계에서 독립적인 심사 기관이 이를 검토하게 됩니다. 귀하의 요청이 독립 검토 기관으로 전달된 경우 서면으로 알려드릴 것입니다. 7.6절에서 2단계 이의 제기 절차를 설명합니다.
- **귀하가 요청하신 내용의 일부 또는 전부를 당사가 승인하는 경우,** 당사는 귀하의 이의 신청을 접수한 후 72시간 이내에 동의한 보장을 제공해야 합니다.
- **귀하의 요청 사항 일부 또는 전부를 당사가 수락하지 않는 경우,** 당사의 거절 결정 근거에 대한 설명을 서면으로 보내드립니다.

아직 받지 못한 약품에 대한 일반 이의 제기 기한

- 일반 이의 제기의 경우, 귀하의 요청을 수신한 후 **역일 기준 7일 이내에** 답변을 제공해야 합니다. 귀하의 건강 상태로 인해 이용해야 하는 의약품을 아직 받지 못한 경우 당사는 더 신속하게 결정을 내릴 것입니다.

  - 저희가 7 역일(曆日) 이내에 결정을 내리지 못할 경우, 귀하의 요청은 독립 검토 기관에서 검토하는 이의신청 절차 2단계로 이송되어야 합니다. 귀하의 요청이 독립 검토 기관으로 전달된 경우 서면으로 알려드릴 것입니다. **7.6절에서** 2단계 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.

- **귀하의 요청 사항 일부 또는 전부를 당사가 수락하지 않는 경우,** 당사의 거절 결정 근거에 대한 설명을 서면으로 보내드립니다.

이미 구입한 약물에 대한 지불 관련 표준 이의 신청 기한

- 귀하의 요청을 받은 후 **역일 기준 14일 이내에** 답변을 제공해야 합니다.

  - 저희가 이 기한을 충족하지 못하는 경우, 귀하의 요청을 이의신청 절차의 2단계로 송부하여야 하며, 해당 단계에서 독립적인 검토 기관의 검토를 받게 됩니다. 귀하의 요청이 독립 검토 기관으로 전달된 경우 서면으로 알려드릴 것입니다.

- **귀하가 요청하신 사항의 전부 또는 일부에 대해 당사의 답변이 '예'인 경우,** 당사는 귀하의 요청을 접수한 후 역일 기준 30일 이내에 귀하에게 비용을 지급해야 합니다.

- **귀하의 요청 사항 일부 또는 전부를 당사가 수락하지 않는 경우,** 당사의 거절 결정 근거에 대한 설명을 서면으로 보내드립니다.

<u>4단계:</u> 플랜이 귀하의 이의 제기를 거부한 경우, 귀하는 이의 제기 절차를 계속 진행하여 추가 이의 제기를 할지 여부를 결정합니다.

- 다른 이의 제기를 하기로 결정하면 이의 제기가 이의 제기 절차의 2단계로 넘어간다는 것을 의미합니다.

7.6절 2단계 이의를 제기하는 방법

법률 용어

독립 검토 기관의 공식 명칭은 **독립 검토 주체**(Independent Review Entity)입니다. 때로는 **IRE**라고도 불립니다.

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

<u>1단계:</u> 귀하(또는 귀하의 대리인, 담당 의사 또는 기타 처방자)는 독립 검토 기관에 연락하여 사례 검토를 요청해야 합니다.

- 귀하의 1단계 이의 제기를 인정하지 않는다고 답변하는 경우, 당사가 보내는 서면 통지에는 독립 검토 기관에 **2단계 이의 제기를** 하는 **방법에 대한 지침이 포함됩니다**. 이러한 지침은 이 2단계 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** 결정에 대한 불리한 결정을 내린 경우 귀하의 요청은 자동으로 독립 검토 주체에 전달됩니다. 귀하의 요청이 독립 검토 기관으로 전달된 경우 서면으로 알려드릴 것입니다.
- 귀하의 이의 제기에 대한 정보를 이 독립 검토 기관에 보냅니다. 이 정보를 귀하의 **사례 파일**이라고 합니다. **귀하는 당사에 케이스 파일의 사본을 요청할 권리가 있습니다.** 당사는 이 정보를 복사하여 귀하에게 발송하는 데 대한 수수료를 청구할 수 있습니다.
- 귀하는 이의 제기를 뒷받침하기 위해 독립 검토 기관에 추가 정보를 제공할 권리가 있습니다.

2단계: 독립 심사 기관이 귀하의 이의신청을 검토합니다.

- 독립 심사 기관의 심사자들이 귀하의 이의 신청에 관한 모든 정보를 면밀히 검토할 것입니다.

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** 2단계 이의 제기에 대한 답변을 제공해야 합니다.

표준 이의 신청 기한

- 일반 이의 제기의 경우 독립 검토 기관은 아직 수령하지 않은 의약품에 대한 이의 제기를 받은 후 역일 기준 **7일 이내에** 2단계 이의 제기에 대한 답변을 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 2단계 이의 제기에 답변을 제공해야 합니다.

3단계: 독립 심사 기관이 귀하에게 결정을 통보합니다.

- **신속 이의 제기의 경우:**
  - **독립 심사 기관이 귀하의 요청 전부 또는 일부에 대해 '예'라고 결정하는 경우,** 당사는 독립 심사 기관으로부터 결정을 통보받은 후 **24시간 이내에** 독립 심사 기관이 승인한 **의약품 보장을 제공해야** 합니다.
- **일반 이의 제기의 경우:**
  - **독립 심사 기관이 귀하의 보장 요청 전부 또는 일부에 대해 '예'라고 결정하는 경우,** 당사는 독립 심사 기관으로부터 결정을 통보받은 후 **72시간 이내에** 독립 심사 기관이 승인한 **의약품 보장을 제공해야** 합니다.
  - **독립 심사 기관이 이미 구입한 의약품에 대한 비용 상환 요청 전부 또는 일부에 대해 '예'라고 결정하는 경우,** 당사는 독립 심사 기관으로부터 결정을 통보받은 후 **30역일 이내에 귀하에게 지급을 이행해야** 합니다.

독립 검토 기관이 귀하의 이의 제기를 인정하지 않는다고 답변하면 어떻게 됩니까?

독립 검토 기관이 귀하의 이의 신청 전부 또는 일부에 대해 거부 결정을 내린 경우, 이는 귀하의 요청(또는 요청의 일부)을 승인하지 않기로 한 저희의 결정에 동의한다는 것을 의미합니다. (이를 **결정 유지**라고 합니다. 또한 **이의 신청 기각**이라고도 합니다.) 이 경우, 독립 검토 기관은 귀하에게 다음 내용이 포함된 서신을 보낼 것입니다:

- 결정을 설명합니다.
- 요청 중인 약품 서비스 보장의 달러 금액이 특정 최솟값을 충족하는 경우 3단계 이의 제기에 대한 권리를 알립니다. 요청하는 약품에 대한 보장의 달러 가치가 너무 낮은 경우에 다른 이의 제기를 할 수 없으며 2단계의 결정은 최종적입니다.
- 이의 제기 절차를 계속하기 위해 분쟁 중이어야 하는 달러 가치를 알려줍니다.

4단계: 귀하의 사례가 요건을 충족하는 경우, 이의신청을 계속 진행할지 여부를 선택하십시오.

- 2단계 이후 이의 제기 절차에 3가지 추가 레벨이 있습니다(총 5단계의 이의 제기).
- 3단계 이의 제기로 이동하려는 경우 이를 수행하는 방법에 대한 자세한 내용은 2단계 이의 제기 결정 후 받은 서면 통지서에 나와 있습니다.
- 3단계 이의 제기는 행정법 판사 또는 대리 심판관에 의해 처리됩니다. 10절에서 3, 4, 5단계 이의 제기 절차에 대해 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. 귀하가 퇴원 후 필요한 치료를 받을 수 있도록 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 *Medicare*의 중요 메시지라는 서면 통지를 받게 됩니다. Medicare의 모든 가입자는 이 통지의 사본을 받습니다. 귀하가 통지를 받지 못하는 경우 병원에 소속된 자(예: 사회복지사 또는 간호사)로부터 통지를 받지 못한 경우, 병원 직원에게 문의하십시오. 도움이 필요하시면 고객 서비스 센터 800-457-4708 (TTY 사용자는 711)로 전화하시거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 하루 24시간, 주 7일 연락하십시오. (TTY 사용자는 1-877-486-2048으로 전화하십시오).

1. **이 안내문을 주의 깊게 읽고, 이해하지 못하는 부분이 있으면 질문하십시오.** 이 안내문은 다음을 알려 드립니다:

   - 병원 입원 기간 중 및 이후에 담당 의사의 지시에 따라 Medicare 보장 서비스를 받을 수 있는 권리. 여기에는 이러한 서비스가 무엇인지, 누가 비용을 부담하는지, 그리고 어디서 받을 수 있는지 알 권리가 포함됩니다.

   - 귀하의 입원과 관련된 결정에 참여할 권리.

   - 병원 의료의 질에 대해 가진 우려 사항을 보고할 대상.

   - 병원에서 너무 빨리 퇴원한다고 생각되는 경우 퇴원 결정에 대한 **즉각적인 검토를 요청할 수 있는** 권리. 이는 퇴원 날짜를 연기해 달라고 공식적이고 법적으로 요청하는 방법으로, 저희가 더 오랜 기간 동안 귀하의 병원 치료 비용을 부담하게 됩니다.

2. **귀하는 통지를 받았으며 귀하의 권리를 이해하고 있음을 나타내기 위해 서면 통지에 서명해 달라는 요청을 받게 됩니다.**

   - 귀하 또는 귀하를 대신하여 행동하는 사람이 통지에 서명해 달라는 요청을 받게 됩니다.

   - 안내문에 서명하는 것은 귀하가 권리에 관한 정보를 받았다는 것만을 나타냅니다. 통지는 퇴원 날짜를 알려주지 않습니다. 통지서 서명은 귀하가 퇴원 날짜에 동의함을 **의미하지 않습니다**.

3. 필요한 경우 이의 신청(또는 진료 품질에 대한 우려 사항 신고)에 관한 정보를 갖출 수 있도록 통지 사본을 **보관하십시오**.

   - 퇴원 예정일 역일 기준 2일 이상 전에 통지서에 서명하시는 경우, 퇴원 예정일 이전에 사본을 한 부 더 받으시게 됩니다.

   - 이 안내문의 사본을 미리 열람하시려면 고객 서비스 센터 800-457-4708 (TTY 사용자는 711)로 전화하시거나 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), TTY 사용자는 1-877-486-2048으로 연락하십시오. 온라인에서도 안내문을 확인하실 수 있습니다: CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

8.2절 병원 퇴원 날짜 변경을 위한 1단계 이의 제기를 하는 방법

당사가 더 오랜 기간 동안 귀하의 입원 병원 서비스를 보장할 것을 요청하려면 이의 제기 절차를 사용하여 요청하십시오. 시작하기 전에 무엇을 해야 하는지와 기한이 언제인지를 이해하십시오.

- **해당 절차를 따르십시오.**
- **마감 기한을 준수하십시오**
- **필요하면 도움을 요청하십시오.** 문의 사항이 있거나 도움이 필요하신 경우 고객 지원에 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 전화하여 자세한 내용을 확인해 주십시오. 또는 주 건강 보험 지원 프로그램(SHIP)에 전화하여 개인 맞춤형 도움을 받으십시오. SHIP에 대한 연락 정보는 본 문서의 "자료 A"에 나와 있습니다.

1단계 이의 제기가 진행되는 동안 품질 개선 기관이 귀하의 이의 제기를 검토합니다. 이 기관은 귀하의 계획된 퇴원 날짜가 의학적으로 적절한지 여부를 확인합니다. 품질 개선 기관은 Medicare 가입자에 대한 진료의 질을

점검하고 개선하기 위해 연방 정부로부터 비용을 지급받는 의사 및 기타 의료 전문가들로 구성된 단체입니다. 여기에는 Medicare가 있는 이들에 대한 병원 퇴원 날짜를 검토하는 것이 포함됩니다. 이러한 전문가들은 당사의 플랜의 일부가 아닙니다.

<u>1단계:</u> 귀하의 주에 있는 품질 향상 기관에 연락하여 병원 퇴원에 대한 즉각적인 검토를 요청하십시오. 신속하게 행동하셔야 합니다.

이 기관에 어떻게 연락할 수 있나요?

- 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.

신속하게 행동하십시오:

- 이의신청을 하시려면, 퇴원하시기 전에 퇴원 당일 **자정 이전까지 품질** 개선 기관(Quality Improvement Organization)에 연락하셔야 합니다.
  - **이 기한을 준수하는 경우**, 귀하는 품질개선기구로부터 결정을 받을 때까지 기다리는 동안 퇴원일 이후에도 비용 부담 없이 병원에 머무를 수 있습니다.
  - **이 기한을 맞추지 못하면 저희에게 연락하십시오**. 계획된 퇴원일 이후에도 병원에 계속 입원하기로 결정하시는 경우, 계획된 퇴원일 이후 받으시는 입원 진료에 드는 모든 비용을 귀하께서 부담하셔야 할 수 있습니다.
- 귀하가 병원 퇴원에 대한 즉각적인 검토를 요청하면 품질 향상 기관이 저희에게 연락할 것입니다. 저희가 연락을 받은 다음 날 정오까지 귀하에게 **퇴원 상세 통지서**를 드리겠습니다. 또한 이 통지에서는 의사, 병원 및 당사가 해당 날짜에 퇴원하는 것이 (의학적으로 적절한) 합당하다고 생각하는 이유를 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). (TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하십시오.) 또는 온라인에서 안내문 샘플을 확인하실 수 있습니다: CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

<u>2단계:</u> 품질 개선 기관이 귀하의 사례에 대한 독립 심사를 실시합니다.

- 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.

<u>3단계:</u> 필요한 모든 정보를 접수한 후 하루 이내에 품질 개선 기관이 귀하의 이의신청에 대한 결정을 통보합니다.

인정한다고 답변하는 경우 어떻게 되나요?

- 독립 검토 기관이 승인하는 경우, 당사는 **해당 서비스가 의학적으로 필요한 기간 동안 보장되는 입원 병원 서비스를 계속 제공해야 합니다.**
- 귀하는 귀하의 비용 분담금(해당하는 경우, 공제금 또는 공동 부담금 등)을 계속해서 지불해야 합니다. 또한 귀하의 입원 병원 서비스 보장에 제한이 있을 수 있습니다.

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: 1단계 이의신청 결과가 거부인 경우, 추가 이의신청 여부를 결정하십시오.

- 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 **2단계를** 진행함을 의미합니다.

8.3절 병원 퇴원 날짜 변경을 위한 2단계 이의 제기를 하는 방법

2단계 이의 제기를 하는 동안 귀하는 품질 개선 기관에 1단계 이의 제기에 대한 그들의 결정을 다시 한 번 살펴보도록 요청합니다. 품질 개선 기관이 2단계 이의 제기에 동의하지 않으면 귀하의 예정된 퇴원 날짜 이후에 입원비 전액을 지불해야 할 수 있습니다.

1단계: 품질 개선 기관에 다시 연락하여 재심사를 요청하십시오.

- 품질 개선 기관이 귀하의 1단계 이의 제기를 '인정하지 않는다'고 답변한 날로부터 **역일 기준 60일 이내에** 해당 검토를 요청해야 합니다. 이 검토는 치료에 대한 귀하의 보장이 종료된 날짜 이후에 병원에 입원한 경우에만 요청할 수 있습니다.

2단계: 품질 개선 기관이 귀하의 상황에 대한 2차 심사를 실시합니다.

- 품질 개선 기관의 검토자는 귀하의 이의 제기와 관련된 모든 정보를 다시 한 번 신중하게 검토하게 됩니다.

3단계: 2단계 이의신청 요청 접수 후 역일 기준 14일 이내에 심사자들이 귀하의 이의신청을 결정하고 결정 사항을 통보합니다.

독립 검토 기관이 인정한다고 답변하는 경우:

- **당사는** 귀하의 첫 번째 이의 신청이 품질 개선 기관(Quality Improvement Organization)에 의해 기각된 날의 다음 날 정오부터 귀하가 받은 병원 진료 비용 중 당사 부담분을 귀하에게 환급해 드려야 합니다. **당사는 의학적 필요성이 있는 기간 동안 병원 입원진료에 대한 보장을 계속 제공해야 합니다.**

- 귀하는 귀하의 비용 분담금을 계속 지불해야 하며 보장 제한이 적용될 수 있습니다.

검토 기관이 인정하지 않는다고 답변하는 경우:

- 이는 1단계 이의 제기에 대한 해당 기관의 결정에 동의함을 의미합니다.
- 제공하는 통지서에는 검토 절차를 계속 진행하고자 할 경우 할 수 있는 일을 서면으로 안내합니다.

4단계: '인정하지 않는다'는 답변을 받는 경우 3단계을 진행하여 추가적으로 이의 제기를 하고자 하는지 여부를 결정해야 합니다.

- 2단계 이후 이의 제기 절차에 3가지 추가 레벨이 있습니다(총 5단계의 이의 제기).
- 3단계 이의 제기를 진행하려는 경우 이를 수행하는 방법에 대한 자세한 내용은 2단계 이의 제기 후 받은 서면 통지서에 나와 있습니다.
- 3단계 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

보장된 **재가 건강 서비스, 숙련된 간호 치료 또는 재활 치료 (종합 외래 재활 시설)**를 받고 있는 경우, 귀하는 질병이나 부상을 진단하고 치료하는 데 필요한 기간 동안 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 보장이 종료될 때 사전에 알려드립니다

법적 용어:

Medicare 비보장 통지. 이 통지서는 **신속 이의 신청**을 요청하는 방법을 알려드립니다. 신속 추적 이의 제기 요청은 귀하의 치료 중단 시기에 대한 당사의 보장 결정에 대한 변경을 요청하는 공식적이고 법률적인 방법입니다.

1. **저희 플랜이 귀하의 치료 보장을 중단하기 최소 2 역일 전에 서면 통지를 받으십니다.** 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 사람이 통지서를 받았음을 확인하기 위해 서면 통지서에 서명하도록 요청받을 것입니다.** 통지서에 서명하는 것은 귀하가 보장이 종료되는 시점에 대한 정보를 받았음을 나타낼 뿐입니다. **통지서에 서명했다고 해서 치료 중단에 대한 당사 플랜 결정에 동의했음을 의미하는 것은 아닙니다.**

9.2절 더 오랜 기간 동안 당사의 플랜으로 귀하의 치료를 보장받기 위해 1단계 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 무엇을 해야 하는지와 기한이 언제인지를 이해하십시오.

- **해당 절차를 따르십시오.**
- **마감 기한을 준수하십시오**
- **필요하면 도움을 요청하십시오.** 문의 사항이 있거나 도움이 필요하신 경우 고객 지원에 800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 전화하여 자세한 내용을 확인해 주십시오. 또는 주 건강 보험 지원 프로그램(SHIP)에 전화하여 개인 맞춤형 도움을 받으십시오. SHIP에 대한 연락 정보는 본 문서의 "자료 A"에 나와 있습니다.

1단계 이의 제기가 진행되는 동안 품질 개선 기관이 귀하의 이의 제기를 검토합니다. 기관은 귀하의 치료 종료 날짜가 의학적으로 적절한지를 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.

<u>1단계:</u> 1단계 이의 신청: 품질 향상 기관에 연락하여 신속 처리 이의 신청을 요청하십시오. 신속하게 행동하셔야 합니다.

이 기관에 어떻게 연락할 수 있나요?

- 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).

신속하게 행동하십시오*:*

- 이의신청을 시작하려면 Medicare 비급여 통지서의 **발효일 전날 정오까지** 품질 개선 기관(Quality Improvement Organization)에 연락하십시오.
- 기한을 놓친 경우에도 이의 신청을 원하신다면, 이의 신청 권리는 여전히 있습니다. Medicare 비보장에 대한 통지의 연락처 정보를 사용하여 품질 개선 기관에 문의하십시오. 귀하의 주에 해당하는 품질 향상 기관의 이름, 주소 및 전화번호는 2장에서도 확인하실 수 있습니다.

<u>2단계:</u> 품질 개선 기관이 귀하의 사례에 대한 독립 심사를 실시합니다.

법적 용어:

비급여에 대한 상세 설명. 보장 종료 사유에 대한 자세한 내용을 제공하는 통지입니다.

이 검토 중에 무슨 일이 일어납니까?

- 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.
- 독립적인 검토 기관은 귀하의 의료 정보를 검토하고, 귀하의 담당 의사와 상담하며, 저희 플랜이 제공하는 정보를 검토할 것입니다.
- 검토자가 귀하의 이의 제기에 관하여 당사에 통지한 날 자정까지 귀하의 서비스에 대한 당사의 보장 종결 사유를 설명하는 비보장에 대한 상세 설명을 받게 됩니다.

3단계: 필요한 모든 정보를 접수한 후 하루 이내에 심사자들이 귀하에게 결정을 통보합니다.

검토자들이 승인하면 어떻게 됩니까?

- 검토자가 귀하의 이의신청을 인정하면, **당사는 해당 서비스가 의학적으로 필요한 동안 보장 서비스를 계속 제공해야 합니다.**
- 귀하는 귀하의 비용 분담금(해당하는 경우, 공제금 또는 공동 부담금 등)을 계속해서 지불해야 합니다. 귀하의 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: 1단계 이의신청 결과가 거부인 경우, 추가 이의신청 여부를 결정하십시오.

- 검토자들이 귀하의 1단계 이의 신청을 거부하는 경우 –
  - 그리고 귀하의 해당 치료에 대한 보장이 종료된 후에도 계속 치료를 받기로 선택한 경우 – – 그러면 귀하는 2단계 이의신청을 할 수 있습니다.

9.3절 더 오랜 기간 동안 당사의 플랜으로 귀하의 치료를 보장받기 위해 2단계 이의 제기를 하는 방법

2단계 이의 제기를 하는 동안 귀하는 품질 개선 기관에 1단계 이의 제기에 대한 결정을 다시 한번 살펴보도록 요청합니다. 품질 개선 기관이 2단계 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 연락하여 재심사를 요청하십시오.

- 품질 개선 기관에서 1단계 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 기관이 귀하의 상황에 대한 2차 심사를 실시합니다.

- 품질 개선 기관의 검토자는 귀하의 이의 제기와 관련된 모든 정보를 다시 한 번 신중하게 검토하게 됩니다.

3단계: 이의신청 요청 접수 후 역일 기준 14일 이내에 심사자들이 귀하의 이의신청을 결정하고 결정 사항을 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 기관이 거절하면 어떻게 됩니까?

- 이는 1단계 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.

- 2단계 이후 3가지 추가 레벨의 이의 제기가 있으며, 총 5가지 레벨의 이의 제기가 있습니다. 3단계 이의 제기를 진행하려는 경우 이를 수행하는 방법에 대한 자세한 내용은 2단계 이의 제기 후 받은 서면 통지서에 나와 있습니다.
- 3단계 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 1단계과 2단계의 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 금액이 최소 기준액보다 낮은 경우, 더 이상 이의신청을 할 수 없습니다. 2단계 이의 제기에 대해 받은 서면 답변에는 3단계 이의 제기를 하는 방법이 설명되어 있습니다.

이의 제기와 관련한 대부분의 상황에서 마지막 레벨 3개의 이의 제기는 첫 2개 레벨과 거의 동일한 방식으로 진행됩니다. 다음은 각 단계에서 귀하의 이의 신청 검토를 담당하는 사람입니다.

3단계 이의 신청

연방 정부에서 근무하는 행정법 판사 또는 변호사 심판관이 귀하의 이의 신청을 검토하고 답변을 드릴 것입니다.

- **행정법 판사 또는 대리 심판관이 이의 제기를 인정하는 경우, 해당 이의 제기 절차는** 종료되거나, **종료되지 않을 수 있습니다.** 2단계 이의 제기의 결정과 달리, 당사는 사용자에게 유리한 3단계의 결정에 이의를 제기할 권리가 있습니다. 당사가 이의 신청을 결정할 경우 4단계 이의 신청으로 진행됩니다.
  - 당사가 항소하지 않기로 결정한 경우, 행정법 판사 또는 변호사 심판관의 결정을 받은 후 60일(역일 기준) 이내에 귀하에게 의료 서비스를 승인하거나 제공해야 합니다.
  - 저희가 결정에 대해 이의신청을 하기로 결정한 경우, 귀하에게 관련 서류와 함께 4단계 이의신청 요청서 사본을 발송합니다. 당사는 분쟁 중인 의료 서비스의 승인 또는 제공 전에 4단계 이의 신청 결정을 기다릴 수 있습니다.
- **행정법 판사 또는 대리 심판관이 이의 제기를 인정하지 않을 경우, 해당 이의 제기 절차는 종료되거나, 종료되지 않을 수 있습니다. 귀하가 받는 통지는 레벨**
  - 귀하의 이의 신청을 기각하는 결정을 수용하기로 결정하시면, 이의 신청 절차는 종료됩니다.
  - 결정을 수용하지 않으시려면 검토 절차의 다음 단계로 진행할 수 있습니다. 귀하가 받는 통지는 레벨 통지서에서 4단계 이의 제기를 위해 무엇을 해야 하는지 알려줍니다.

4단계 이의 신청

Medicare 이의 신청 위원회(위원회)가 귀하의 이의 신청을 검토하고 답변을 드릴 것입니다. 위원회는 연방 정부의 일부입니다.

- **위원회에서 이의 제기를 인정하거나, 유리한 3단계 이의 제기 결정 검토에 관한 당사의 요청을 거부할 경우, 해당 이의 제기 절차는 종료되거나, 종료되지 않을 수 있습니다.** 2단계의 결정과 달리, 당사는 사용자에게 유리한 4단계의 결정에 이의를 제기할 권리가 있습니다. 당사는 이 결정에 대해 5단계 이의 제기를 진행할지 여부를 결정합니다.
  - 당사가 해당 결정에 항소하지 않기로 결정한 경우, 위원회의 결정을 받은 후 60일(역일 기준) 이내에 귀하에게 의료 서비스를 승인하거나 제공해야 합니다.
  - 저희가 결정에 이의를 제기하기로 결정하면, 서면으로 알려드립니다.
- **이의 제기가 인정되지 않거나 위원회가 검토 요청을 거부한 경우, 해당 이의 제기 절차는 종료되거나, 종료되지 않을 수 있습니다.**
  - 귀하의 이의 신청을 기각하는 이 결정을 수용하기로 결정하는 경우, 이의 신청 절차는 종료됩니다.
  - 해당 결정을 수용하지 않으시려는 경우, 검토 절차의 다음 단계로 진행하실 수 있습니다. 위원회가 귀하의 이의신청을 기각하는 경우, 귀하가 받게 되는 통지서에는 규정에 따라 5단계 이의신청을 진행할 수 있는지 여부와 5단계 이의신청을 계속 진행하는 방법이 명시되어 있습니다.

5단계 이의 신청

연방 지방 법원의 판사가 귀하의 이의 신청을 검토할 것입니다.

- 판사는 모든 정보를 검토하고 귀하의 요청을 인정하거나 기각할 것입니다. 이것은 최종 답변입니다. 연방 지방 법원 이후에는 더 이상의 이의 신청 단계가 없습니다.

10.2절 파트 D 약품 요청에 관한 레벨 3, 4, 5 이의 제기

이 절은 1단계과 2단계의 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 더 적으면 더 이상 이의를 신청할 수 없습니다. 2단계 이의 제기에 대해 받은 서면 답변은 3단계 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. 다음은 각 단계에서 귀하의 이의 신청 검토를 담당하는 사람입니다.

3단계 이의 신청

연방 정부에서 근무하는 행정법 판사 또는 변호사 심판관이 귀하의 이의 신청을 검토하고 답변을 드릴 것입니다.

- **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 지불해야 합니다.**
- **행정법 판사 또는 대리 심판관이 이의 제기를 인정하지 않을 경우, 해당 이의 제기 절차는 종료되거나, 종료되지 않을 수 있습니다. 귀하가 받는 통지는 레벨**
  - 귀하의 이의 신청을 기각하는 이 결정을 수용하기로 결정하는 경우, 이의 신청 절차는 종료됩니다.
  - 결정을 수용하지 않으시려면 검토 절차의 다음 단계로 진행할 수 있습니다. 귀하가 받는 통지는 레벨 통지서에서 4단계 이의 제기를 위해 무엇을 해야 하는지 알려줍니다.

4단계 이의 신청

Medicare 이의 신청 위원회(위원회)가 귀하의 이의 신청을 검토하고 답변을 드릴 것입니다. 위원회는 연방 정부의 일부입니다.

- **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** 지불해야 합니다.
- **이의 제기가 인정되지 않거나 위원회가 검토 요청을 거부한 경우, 해당 이의 제기 절차는 종료되거나, 종료되지 않을 수 있습니다.**
  - 귀하의 이의 신청을 기각하는 이 결정을 수용하기로 결정하는 경우, 이의 신청 절차는 종료됩니다.
  - 결정을 수용하지 않으시려면, 검토 절차의 다음 단계로 진행하실 수 있습니다. 위원회가 귀하의 이의신청을 기각하는 경우, 귀하가 받게 되는 통지서에는 규정에 따라 5단계 이의신청을 진행할 수 있는지 여부와 5단계 이의신청을 계속 진행하는 방법이 명시되어 있습니다.

5단계 이의 신청

연방 지방 법원의 판사가 귀하의 이의 신청을 검토할 것입니다.

- 판사는 모든 정보를 검토하고 귀하의 요청을 인정하거나 기각할 것입니다. 이것은 최종 답변입니다. 연방 지방 법원 이후에는 더 이상의 이의 신청 단계가 없습니다.

불만 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.

불만 사항	예시
귀하의 의료 서비스 품질	• 귀하가 받은 치료의 질(병원에서의 치료 포함)에 불만이 있으십니까?
귀하의 개인정보 보호	• 누군가가 귀하의 개인 정보 보호 권리를 존중하지 않거나 기밀 정보를 공유했습니까?
부당한 대우, 고객 서비스 불량 또는 기타 부정적인 행동	• 누군가 귀하에게 무례하거나 불손하게 대한 적이 있습니까? • 당사의 고객 서비스에 불만족스러우십니까? • 당사 플랜을 탈퇴하도록 권유받고 있다고 느끼십니까?
대기 시간	• 진료 예약을 하는 데 어려움을 겪고 있거나 예약까지 너무 오래 기다리고 계십니까? • 의사, 약사 또는 기타 의료 전문가에게 너무 오래 기다리게 된 적이 있습니까? 또는 저희 플랜의 고객 서비스 또는 기타 직원에 의해? – 예를 들어 전화 통화, 대기실 또는 진료실에서 너무 오래 기다리거나 처방전을 받는 데 너무 오래 걸리는 경우가 있습니다.
청결도	• 진료소, 병원 또는 의사 진료실의 청결도나 상태에 불만이 있으십니까?
저희로부터 받는 정보	• 당사가 귀하에게 필수 공지를 제공하지 않은 적이 있습니까? • 당사의 서면 정보가 이해하기 어렵습니까?
적시성 (이러한 유형의 불만 사항은 모두 보장 결정 및 이의신청과 관련된 당사 조치의 적시성에 관한 것입니다)	보장 결정을 요청하셨거나 이의 신청을 하셨는데, 저희가 충분히 신속하게 응답하지 않는다고 생각하시는 경우, 저희의 처리 지연에 대해 불만을 제기하실 수 있습니다. 다음은 몇 가지 예시입니다: • 귀하가 당사에 신속한 보장 결정 또는 신속한 이의 신청을 요청하였으나 당사가 거절한 경우, 귀하는 불만을 제기할 수 있습니다.

불만 사항	예시
	• 당사가 보장 결정 또는 이의 신청에 대한 기한을 준수하지 않고 있다고 판단되시면, 귀하는 불만을 제기할 수 있습니다. • 귀하는 당사가 승인된 특정 의료 항목, 서비스 또는 약품에 대한 보장 또는 환급 기한을 충족하지 못하고 있다고 생각하십니까? 그렇다면 불만을 제기하실 수 있습니다. • 귀하는 당사가 귀하의 사례를 독립 검토 기관에 전달하기 위한 필수 기한을 충족하지 못했다고 생각하십니까? 그렇다면 불만을 제기하실 수 있습니다.

11.2절 진정 제기 방법

법적 용어:

- **불만**은 **고충**이라고도 합니다.
- **진정 제기는 고충 제기**라고 합니다.
- **불만 처리 절차를 이용하는 것**을 **고충 제출 절차를 이용한다고 합니다.**
- **신속 진정은 신속 고충**이라고 합니다.

<u>1단계:</u> 전화 또는 서면으로 신속하게 문의하십시오.

- **고객 지원에 800-457-4708 (TTY 사용자는 711 이용)로 전화하는 것이 일반적으로 첫 번째 단계입니다.** 그 외에 해야 할 사항이 있으면 고객 서비스 센터에서 알려드릴 것입니다.
- **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 제출 안내**

  구두 고충을 제출하려면 고객 서비스 센터 800-457-4708 (TTY: 711)으로 전화하십시오.

  다음 주소로 서면 고충을 보내십시오:
  Humana Grievances and Appeals Dept. P.O. Box 14165
  Lexington, KY 40512– 4054

  고충을 제출할 때 다음을 제공해 주십시오:

  ☐ 이름
  ☐ 주소:
  ☐ 전화번호
  ☐ 회원 식별 번호
  ☐ 불만 사항 및 불만 사항과 관련하여 당사와 이전에 연락한 내용의 요약
  ☐ 귀하께서 저희에게 요청하시는 조치

☐ 귀하 또는 귀하의 공인 대리인의 서명과 날짜. 친구, 친척, 담당 의사 또는 기타 제공자, 또는 다른 사람을 귀하의 대리인으로 지정하려면, 고객 서비스 센터에 전화하여(전화번호는 이 책자의 뒷표지에 인쇄되어 있습니다) 대리인 지정 양식을 요청하십시오. (해당 양식은 Medicare 웹사이트(www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) 또는 저희 웹사이트 (https://www.humana.com/member/documents-and-forms)에서도 확인하실 수 있습니다.) 해당 양식은 그 사람에게 귀하를 대신하여 행동할 수 있는 권한을 부여합니다. 이 문서는 귀하와 귀하를 대신하여 행동하기를 원하는 사람 모두가 서명해야 합니다. 서명된 양식의 사본을 저희에게 제출하셔야 합니다.

- **신속한 고충 검토를 위한 선택 사항**

  귀하의 고충이 다음 중 하나의 상황에 해당하는 경우, 신속 검토를 요청하실 수 있으며, 접수 후 24시간 이내에 답변해 드립니다:

  - 당사가 급여 결정/재심 기간을 연장하였으며, 귀하가 더 신속한 결정이 필요하다고 판단하는 경우.
  - 당사가 72시간 기관/보장 결정에 대한 신속 검토 요청을 거부한 경우.
  - 당사가 72시간 이의 신청에 대한 신속 검토 요청을 거부한 경우.

  신속한 고충 검토를 원하는 경우, 고객 지원에 전화하는 것이 가장 좋습니다. 우편으로 요청하는 경우, 당사는 우편물을 수신하였음을 전화로 알려드립니다.

- 불만을 제기하기 위한 **기한**은 불만을 제기하고자 하는 문제가 발생한 시점으로부터 60일(달력 기준)입니다.

2단계: 당사가 귀하의 불만 사항을 검토하고 결과를 통보합니다.

- **가능한 경우, 당사는 즉시 답변해 드립니다.** 불만 사항으로 저희에게 전화하시면, 같은 통화 중에 답변을 드릴 수 있을 수도 있습니다.
- **대부분의 진정에 대해서는 역일 기준 30일 이내에 답변합니다.** 당사에서 더 많은 정보를 확인해야 하고 지연이 귀하에게 최선의 이익이 되는 경우, 또는 귀하가 더 많은 시간을 요청하는 경우, 해당 진정에 대해 답변하기까지 역일 기준 최대 14일(총 44일)이 더 소요될 수 있습니다. 추가 기간이 필요하다고 결정되면, 서면으로 알려드리겠습니다.
- **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 답변한다**는 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 질에 관한 것인 경우, 다음과 같이 2가지 추가 옵션이 있습니다.

- **품질 향상 기관에 직접 불만을 제기하실 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 당사에 동시에 불만 사항을 제기할 수 있습니다.**

11.4절 Medicare에도 진정을 제기할 수 있습니다

Humana Dual Select H5619-165 (HMO D-SNP)에 대한 불만 사항을 Medicare에 직접 제출하실 수 있습니다. Medicare에 불만 사항을 제출하시려면 Medicare.gov/my/medicare-complaint(으)로 이동하십시오. 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하실 수도 있습니다. TTY/TDD 사용자는 1-877-486-2048으로 전화하십시오.

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.

제10장: 플랜 가입 종료

1절 플랜 가입 종료

Humana Dual Select H5619-165 (HMO D-SNP)의 회원 자격 종료는 **자발적**(귀하 본인의 선택) 또는 **비자발적**(귀하 본인의 선택이 아닌 경우)일 수 있습니다:

- 본인이 원하여 플랜을 탈퇴하기로 결정하실 수도 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. 고객님이 Medicaid에 가입되어 있으므로, 연중 어느 달에나 다음 Medicare 옵션 중 하나를 선택하여 당사의 플랜 가입을 종료할 수 있습니다.

- 별도의 Medicare 처방약 플랜을 포함한 오리지널 Medicare.
- 자격이 있는 경우, 귀하의 Medicare와 Medicaid 혜택 및 서비스의 전체 또는 일부를 하나의 플랜으로 제공하는 통합 D-SNP.

참고: Medicare 약물 보장에서 탈퇴하고, 추가 지원(Extra Help)을 더 이상 받지 않으며, 63일 이상 연속으로 인정 가능한 약물 보장 없이 지내는 경우, 이후 Medicare 약물 플랜에 가입할 때 파트 D 지연 가입 가산금을 납부해야 할 수 있습니다. 추가 지원(Extra Help)을 받는 경우, 귀하가 자동 가입을 거부하지 않는 한 Medicare에서 귀하를 약품 플랜에 가입시킬 수 있습니다.

- Apple Health(Medicaid)에 전화하여 Medicaid 플랜 옵션에 대해 알아보십시오(이 문서 뒷부분의 "별첨 A"에서 확인할 수 있습니다).
- 기타 Medicare 건강 플랜 옵션은 **공개 가입 기간** 동안 사용할 수 있습니다. 2.2절에서 공개 가입 기간에 대한 자세한 내용을 확인하십시오.
- **귀하의 회원 자격은 일반적으로 당사가 플랜 변경 요청을 접수한 다음 달 첫째 날에 종료됩니다.** 새 플랜의 가입도 이 날부터 시작됩니다.

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 기간**은 **10월 15일~12월 7일**입니다.
- **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 관계없이 다른 Medicare 건강 플랜,
  - 별도의 Medicare 약품 플랜을 포함한 오리지널 Medicare.
  - 별도의 Medicare 약품 플랜을 포함하지 않는 오리지널 Medicare.
  - 자격이 있는 경우, 귀하의 Medicare와 Medicaid 혜택 및 서비스의 전체 또는 일부를 하나의 플랜으로 제공하는 통합 D-SNP.

처방 의약품 비용 지불을 위해 Medicare로부터 추가 지원(Extra Help)을 받는 경우: 오리지널 Medicare로 전환하고 별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입하지 않으면, 자동 등록을 거부하지 않는 한 Medicare가 귀하를 약물 플랜에 등록할 수 있습니다.

참고: Medicare 약물 보장에서 탈퇴하고, 더 이상 추가 지원(Extra Help)을 받지 못하며, 인정 가능한 약물 보장 없이 연속 63일 이상 지낸 경우, 나중에 Medicare 약물 플랜에 가입하면 파트 D 지연 가입 가산금을 납부해야 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 *1*회에 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.**
  - 약물 보장 포함 또는 미포함으로 다른 Medicare Advantage 플랜으로 전환.
  - 저희 플랜에서 탈퇴하고 오리지널 Medicare를 통해 보장을 받으십시오. 이 기간 중에 오리지널 Medicare으로 전환하시면, 동시에 별도의 Medicare 처방약 플랜에도 가입하실 수 있습니다.
- **귀하의 멤버십은** 다른 Medicare Advantage 플랜에 가입한 다음 달 첫 번째 날, 또는 저희가 오리지널 Medicare로 전환 요청을 받은 다음 달 첫 번째 날에 종료됩니다. Medicare 약품 플랜에도 가입하기로 선택하시는 경우, 약품 플랜의 멤버십은 해당 약품 플랜이 귀하의 가입 요청을 받은 다음 달 첫 번째 날에 시작됩니다.

2.4절 특정한 상황에서는 특별 가입 기간에 멤버십을 종료할 수 있습니다

특정 상황에서는 연중 다른 시기에 회원 자격을 종료할 수 있는 자격이 주어질 수 있습니다. 이 시기는 **특별 가입 기간**을 말합니다.

다음 상황 중 하나라도 해당되는 경우 특별 가입 기간 기간 동안 회원 자격을 종료할 자격이 있을 수 있습니다. 다음은 몇 가지 예시에 불과합니다. 전체 목록을 보려면 플랜에 문의하거나 Medicare에 전화하거나 Medicare.gov를 방문하시면 됩니다.

- 일반적으로, 이사하는 경우
- 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:** 약물 관리 프로그램에 등록되어 있는 경우, 특정 특별 가입 기간에만 자격이 있을 수 있습니다. 5장, 10절에서는 약품 관리 프로그램에 대해 자세히 설명합니다.
- **참고:** 2.1절은 Medicaid 수혜자를 위한 특별 가입 기간에 대해 자세히 설명합니다.

등록 기간은 상황에 따라 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. 귀하께선 다음 중에서 선택할 수 있습니다.

- 약품 보장 여부와 관계없이 다른 Medicare 건강 플랜,
- 별도의 Medicare 약품 플랜을 포함한 오리지널 Medicare.
- 별도의 Medicare 약품 플랜을 포함하지 않는 오리지널 Medicare.
- 자격이 있는 경우, 귀하의 Medicare와 Medicaid 혜택 및 서비스의 전체 또는 일부를 하나의 플랜으로 제공하는 통합 D-SNP.

참고: Medicare 약물 보장에서 탈퇴하고, 더 이상 추가 지원(Extra Help)을 받지 못하며, 인정 가능한 처방약 보장 없이 연속 63일 이상 지낸 경우, 나중에 Medicare 약물 플랜에 가입하면 파트 D 지연 가입 가산금을 납부해야 할 수 있습니다.

약물 보장 비용 지불을 위해 Medicare로부터 추가 지원(Extra Help)을 받는 경우: 오리지널 Medicare로 전환하고 별도의 Medicare 약물 플랜에 가입하지 않으면, 자동 등록을 거부하지 않는 한 Medicare가 귀하를 약물 플랜에 등록할 수 있습니다.

일반적으로 당사 플랜에 대한 변경 요청이 접수된 다음 달 1일에 멤버십이 종료됩니다.

참고: 2.1절과 2.2는 Medicaid 및 추가 지원(Extra Help) 수혜자를 위한 특별 가입 기간에 대해 자세히 설명합니다.

2.5절 가입을 종료할 수 있는 시기에 대한 자세한 정보 얻기

멤버십 종료에 대한 질문이 있는 경우 다음을 수행할 수 있습니다.

- **800-457-4708(TTY 사용자는 711 이용)로 고객 지원에 전화하십시오.**
- ***Medicare & You 2027*** 안내서에서 정보를 찾으세요
- **Medicare**에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)(TTY 사용자는 1-877-486-2048 이용)로 전화하십시오.

3절 플랜 가입을 종료하는 방법

아래 표는 당사의 플랜 멤버십을 종료할 수 있는 방법을 설명합니다.

당사 플랜에서 다른 플랜으로 전환하려면:	다음과 같이 하세요:
다른 Medicare 건강 플랜	• 새로운 Medicare 건강 플랜에 가입합니다. • 새 플랜의 보장이 시작되면 Humana Dual Select H5619-165 (HMO D-SNP)에서 자동으로 탈퇴 처리됩니다.
별도의 Medicare 약품 플랜을 포함한 오리지널 Medicare.	• 새로운 Medicare 약제 플랜에 가입합니다. • 새 플랜의 보장이 시작되면 Humana Dual Select H5619-165 (HMO D-SNP)에서 자동으로 탈퇴 처리됩니다.
별도의 Medicare 약품 플랜을 포함하지 않는 오리지널 Medicare.	• **탈퇴 요청서를 서면으로 제출합니다.** 이 절차에 관한 추가 정보가 필요하시면 고객 서비스(800-457-4708, TTY 사용자는 711)로 전화하십시오. • 또한 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 **Medicare**에 전화하여 탈퇴를 요청할 수도 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하시기 바랍니다. • 귀하의 H5619-165 (HMO D-SNP)에서의 Humana Dual Select 등록은 오리지널 Medicare에서 보장이 시작될 때 해지됩니다.

참고: Medicare 약물 보장에서 탈퇴하고, 더 이상 추가 지원(Extra Help)을 받지 못하며, 인정 가능한 약물 보장 없이 연속 63일 이상 지낸 경우, 나중에 Medicare 약물 플랜에 가입하면 파트 D 지연 가입 가산금을 납부해야 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 오리지널 Medicare로 돌아가는 것이 Apple Health(Medicaid) 보장에 어떻게 영향을 미치는지 문의하십시오.

4절 멤버십이 종료될 때까지 당사의 플랜을 통해 의료품, 서비스 및 약품을 계속 공급받아야 합니다

가입이 종료되고 새로운 Medicare 보장이 시작될 때까지, 당사 플랜을 통해 의료 용품, 서비스 및 처방 의약품을 계속 받으셔야 합니다.

- **의료 서비스를 받기 위해 네트워크 제공자를 계속 사용합니다.**
- **계속해서 네트워크 약국 또는 우편 주문을 이용하여 처방을 받으십시오.**
- **귀하의 회원 자격이 종료되는 날 입원 중인 경우, 해당 입원 기간은 퇴원할 때까지 저희 플랜에 의해 보장됩니다.**

5절 Humana Dual Select H5619-165(HMO D-SNP)는 특정한 상황에서 당사 멤버십을 종료해야 합니다

Humana Dual Select H5619-165(HMO D-SNP)는 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. 제1장 2.1절에 명시된 바와 같이, 당사 플랜은 Medicare와 Medicaid 모두에 대한 자격이 있는 분들을 위한 플랜입니다. 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, 의료비 스펜드다운 금액을 지불하지 않는 경우
- 서비스 지역에서 벗어난 경우
- 당사 서비스 지역을 6개월 이상 벗어나 있는 경우.
  - 이사하거나 장기 여행을 가시는 경우, 고객 서비스(800-457-4708번, TTY 사용자는 711번)로 전화하셔서 이사하거나 여행하시는 지역이 저희 플랜의 서비스 지역에 포함되는지 확인하시기 바랍니다.
  - 귀하의 Humana Medicare D-SNP 플랜에는 방문자/여행 혜택이 포함되어 있으므로, 서비스 지역 외부에서 최대 12개월까지 체류하실 수 있는 자격이 주어질 수 있습니다.
- 수감되는 경우 (교도소에 가는 경우)
- 더 이상 미국 시민권자 또는 국민이 아니거나, 적격 비시민권자가 아닌 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).

- 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).
  - 당사가 이러한 이유로 귀하의 회원 자격을 종료하는 경우, Medicare는 감찰관에게 귀하의 사례를 조사하도록 할 수 있습니다.

당사가 가입을 종료할 수 있는 경우에 대해 질문이 있거나 더 많은 정보를 원하시면, 800-457-4708번으로 고객 서비스에 전화하세요 (TTY 사용자는 711번으로 전화하세요).

5.1절 당사는 건강 관련 사유로 귀하에게 플랜 탈퇴를 요구할 수 없습니다

Humana Dual Select H5619-165 (HMO D-SNP)는 건강 관련 이유로 귀하에게 플랜 탈퇴를 요청하는 것이 허용되지 않습니다.

이 경우 가입자는 어떻게 해야 합니까?

건강 관련 사유로 플랜에서 탈퇴하도록 요청받고 있다고 느껴지시면, 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 Medicare에 전화하세요. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하시기 바랍니다.

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.

제11장: 법적 고지

1절 준거법에 관한 고지

이 보장 범위 증명서 문서에 적용되는 주요 법률은 사회보장법 제XVIII편 및 Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)가 사회보장법에 따라 제정한 규정입니다. 또한, 다른 연방 법률이 적용될 수 있으며, 특정 상황에서는 귀하가 거주하는 주의 법률이 적용될 수 있습니다. 이는 해당 법률이 이 문서에 포함되거나 설명되어 있지 않더라도 귀하의 권리와 의무에 영향을 미칠 수 있습니다.

2절 차별 금지에 관한 고지

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. Medicare Advantage 플랜을 제공하는 모든 기관은, 저희 플랜을 포함하여, 1964년 민권법 제VI편, 1973년 재활법, 1975년 연령차별 금지법, 장애인법, 부담적정보험법 1557절, 연방 자금을 지원받는 기관에 적용되는 모든 기타 법률, 그리고 기타 모든 이유로 적용되는 법률 및 규정을 포함한 차별 금지에 관한 연방 법률을 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. 미국 보건복지부(Department of Health and Human Services) 민권국(Office for Civil Rights)의 정보를 HHS.gov/ocr/index.html에서도 검토하실 수 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 제422.108조 및 제423.462조에 명시된 CMS 규정에 따라, Medicare Advantage 기관으로서 Humana Dual Select H5619-165 (HMO D-SNP)는 42 CFR 제411편의 B항부터 D항까지의 CMS 규정에 따라 장관이 행사하는 것과 동일한 회수 권리를 행사하며, 이 조항에서 정한 규칙은 모든 주법에 우선합니다.

4절 대위권(제3자로부터의 구상)에 관한 추가 고지

지급금 회수에 관한 당사의 권리

당사가 청구를 지불하는 경우, 당사에게 대위권이 있습니다. 이는 매우 일반적인 보험 조항으로, 당사가 귀하의 청구에 대해 지급한 금액을 귀하의 상해, 질병 또는 상태와 관련된 의료 비용 또는 급여에 책임이 있는 제3자로

부터 회수할 권리가 당사에 있음을 의미합니다. 귀하는 책임이 있는 제3자에 대해 법적 조치를 취할 수 있는 권리를 당사에 양도하며, 다음 사항에 동의합니다:

1. 저희가 요청하는 관련 정보를 제공하십시오. 그리고

2. 필요한 경우 증거개시, 증언 녹취, 법정 증언 등 법적 절차의 모든 단계에 참여합니다.

귀하가 저희 또는 저희 대리인에게 협조하지 않거나, 저희의 권리를 침해하는 어떠한 행위를 하는 경우, 저희는 귀하에 대해 법적 조치를 취할 수 있습니다. 또한, 당사의 서면 동의 없이 법적 조치를 취할 수 있는 본인의 권리를 타인에게 양도해서는 안 됩니다.

당사의 상환 청구권

또한 당사는 책임 있는 제3자가 가입자에게 직접 비용을 지불하는 경우 상환 받을 권리가 있습니다. 제3자로부터 판결, 합의 또는 기타 지급의 형태로 어떠한 금액이라도 수령하신 경우, 귀하의 청구에 대해 당사가 지급한 금액을 한도로 즉시 당사에 상환하셔야 합니다.

당사 권리의 우선권

저희의 회수 및 상환 권리는 다른 청구보다 우선하며, 어떠한 형평법 원칙에 의해서도 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 당사 자신의 이익을 위해서든 귀하를 대리해서든, 제3자에 대한 상환 청구 또는 법적 조치를 취할 의무가 없습니다. Medicare 법률과 본 보장 범위 증명서에 따른 당사의 권리는 부상, 질병, 또는 질환과 관련하여 가입자가 취하는 법적 조치에 당사가 참여하지 않더라도 영향을 받지 않습니다.

5절 Medicare와 다른 보험의 연동 방식

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. 보장 조정을 통해 귀하께서는 대개 당사 플랜의 의료 제공자를 통해 평소와 같이 진료를 받으시게 되며, 귀하께서 가입하신 다른 플랜 또는 플랜들이 귀하께서 받으신 진료 비용의 일부를 단순히 부담하게 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. 이는 다음의 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)을 이유로 Medicare 보장을 받고 있는 것이 아닌 경우

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 고용주 및 직원 단체 단체 건강 보험 플랜

그룹 건강 플랜에 따른 보장을 갖고 있고 장애로 인하여 Medicare에 가입되어 있는 경우, 당사는 일반적으로 기본 건강 혜택을 제공합니다. 이는 다음의 경우에 발생합니다:

- 65세 미만인 경우
- 귀하는 말기신부전(ESRD)이 없으며,
- 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 참여 고용주 중 하나라도 100명 이상의 직원을 고용한 복수 고용주 플랜에 속한 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. 이는 다음의 경우에 발생합니다:

- 귀하는 말기신부전(ESRD)이 없으며,
- 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 30개월 동안 기본 건강 혜택을 제공할 책임이 있습니다. 당사는 이 기간 동안 귀하에게 이차 보장을 제공하며, 그 이후에는 귀하에게 일차 보장을 제공할 것입니다. 말기 신장 질환이 진행 중이지만 연령 또는 장애로 인하여 Medicare에 이미 가입되어 있는 경우, 당사는 1차 보장을 제공합니다.

산재 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.

배상 책임 보험 청구는 신속하게 해결되지 않는 경우가 많습니다. 당사는 배상 책임 청구가 계류 중인 동안 조건부 지급을 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.

귀하가 의료비에 대해 제3자로부터 보상을 받는 경우, 당사는 합의 협약의 조건에 관계없이 당사가 지급한 금액의 회수 권리를 갖습니다. 합의에 의료비에 대한 손해배상이 포함되지 않는다는 조항은 무시됩니다. 당사는 비의료적 손실에 대한 배상 책임 지급 배분을 인정하며, 이는 해당 사건의 본안에 관한 법원 명령에 근거한 지급의 경우에만 해당됩니다. 당사는 법원이 의료 서비스 이외의 손실(예: 재산 손실)에 대한 보상으로 적절하게 지정한 보상금의 어떠한 부분에 대해서도 회수를 추구하지 않습니다.

당사가 서비스 형태로 급여를 제공하는 경우, 당사는 제공된 급여의 합리적 가치를 기준으로 상환을 받을 권리가 있습니다.

급여의 중복 금지

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. 당사의 회수 권리에 관한 자세한 내용은 이 장의 4절 대위권(제3자로부터의 구상)에 관한 추가 고지를 참조하십시오.

더 자세한 정보

이것은 간략한 요약에 불과합니다. 저희가 먼저 지급하는지, 나중에 지급하는지, 또는 전혀 지급하지 않는지는 귀하가 가입하신 추가 보험의 종류와 귀하의 상황에 적용되는 Medicare 규정에 따라 달라집니다. 자세한 내용은 정부가 발행한 *"Medicare & Other Health Benefits: Your Guide to Who Pays First"*라는 소책자를 참조하십시오. 이 소책자는 CMS Pub.입니다. No. 02179. 반드시 최신 버전을 확인하시기 바랍니다. 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 증명서의 9장(문제가 발생하거나 진정(보장 결정, 이의 제기, 진정)이 있을 때 조치할 수 있는 방법)에서 소개한 절차를 따라야 합니다.

제12장: 정의

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.

가정 건강 관리 – 질병이나 부상 치료를 위해 환자의 자택에서 제공되는 숙련된 간호 서비스 및 특정 기타 의료 서비스. 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 진료를 위한 가정 건강 플랜의 일부일 경우 가정간호 서비스에 포함될 수 있습니다. 보장된 숙련 서비스를 함께 받지 않는 경우에는 보장되지 않습니다. 가정 건강 서비스에는 하우스키퍼들의 서비스, 음식 서비스 계약 또는 가정에서의 풀타임 간호 서비스가 포함되지 않습니다.

가정 건강 보조인 – 개인 돌봄(예: 목욕, 화장실 사용, 옷 입기 또는 처방된 운동 수행)과 같이 면허를 가진 간호사나 치료사의 기술이 필요하지 않은 서비스를 제공하는 사람.

건강 관리 조직(HMO) - 의사, 병원 및 다른 의료 제공자의 플랜 네트워크를 통해 가입자가 치료를 받아야 하는 건강 보험 플랜의 한 유형입니다.

건강 위험 평가 – 귀하의 병력 및 현재 상태에 대한 검토. 귀하의 건강 상태와 향후 변화 가능성을 파악하는 데 사용됩니다.

계약금액 요율 - 건강 플랜이 보장 서비스 또는 처방약에 대해 네트워크 내 제공자 또는 약국에 지불하는 요금입니다.

고객 지원 - 멤버십, 혜택, 고충 및 이의 제기와 관련한 질문에 답변할 책임이 있는 당사 플랜 내의 부서입니다.

고급 영상 서비스 – 표준 엑스레이보다 더 상세한 이미지를 촬영하는 전문 영상 방법입니다. 영상 서비스에는 전산화 단층 촬영(CT/CAT) 스캔, 자기공명 혈관 조영술(MRA), 자기공명영상(MRI), 양전자 방출 단층 촬영(PET) 스캔 또는 기타 유사한 기술 등 여러 종류가 있습니다.

고충 - 의료의 질에 관한 진정을 포함하여 당사 플랜, 제공자 또는 약국에 대해 제기하는 진정 유형입니다. 이는 보장 또는 지불 분쟁과 무관합니다.

공개 가입 기간 - 매년 10월 15일부터 12월 7일까지 가입자가 건강 또는 처방약 플랜을 변경하거나 오리지널 Medicare로 전환할 수 있도록 정해진 기간입니다.

공동 보험비용 - 서비스 또는 처방약 비용 중에서 가입자 부담으로 지불해야 하는 금액의 비율(예: 20%)을 말합니다.

공동 부담금(또는 공동 부담금) – 의사 방문, 병원 외래 방문 또는 처방약와 같은 의료 서비스나 용품에 대한 비용의 본인 부담분으로 납부해야 할 수 있는 금액입니다. 공동 부담금은 백분율이 아닌 설정된 금액(예: $10)입니다.

공제금 - 당사의 플랜이 지불하기 전에 의료 또는 처방에 대하여 가입자가 지불해야 하는 금액을 말합니다.

관찰 서비스 – 환자를 입원 환자로 입원시킬 필요가 있는지 또는 퇴원이 가능한지 의사가 결정하는 데 도움을 주기 위해 제공되는 외래 병원 서비스입니다. 관찰 서비스는 응급실 또는 병원의 다른 구역에서 제공될 수 있습니다. 일반 병실에서 하룻밤을 지내더라도 외래 환자로 분류될 수 있습니다.

교환 가능 바이오시밀러 – 자동 대체 가능성에 관한 추가 요건을 충족하기 때문에 새로운 처방전 없이도 약국에서 원래의 바이오시밀러 제품 대신 사용할 수 있는 바이오시밀러입니다. 약국에서의 자동 대체는 주법의 적용을 받습니다.

기관 판단 - 용품 또는 서비스의 보장 여부 또는 보장 용품 또는 서비스에 대한 가입자의 지불 금액에 대해 당사 플랜에서 내리는 결정을 의미합니다. 기관 결정은 이 문서에서 보장 결정이라고 합니다.

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 예로는 예기치 않은 질병 및 부상, 또는 기존 질환의 예상치 못한 악화가 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.

내구성 의료 장비(DME) - 의료 목적으로 가입자의 의사가 주문한 특정한 의료 장비를 말합니다. 예로는 보행 보조기, 휠체어, 목발, 전동 매트리스 시스템, 당뇨병 용품, IV 주입 펌프, 음성 생성 장치, 산소 장비, 네뷸라이저, 또는 가정에서 사용하도록 의료 제공자가 처방한 병원용 침대 등이 있습니다.

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 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.

네트워크 제공자 - 제공자는 의료 서비스 제공을 위해 Medicare 및 주에서 공인하거나 인증한 의사, 다른 의료 전문가, 병원 및 다른 의료 시설을 지칭하는 일반 용어입니다. **네트워크 제공자는** 당사 지불을 전액 지불로 수락하고, 경우에 따라 당사의 플랜 가입자에게 보장 서비스를 조정 및 제공하기로 당사와 계약합니다. 네트워크 제공자는 **플랜 제공자**라고도 합니다.

단계적 치료법 – 귀하의 주치의가 처음에 처방했을 수 있는 약품을 보장하기 전에 귀하의 의학적 상태를 치료하기 위해 다른 약품을 먼저 시도하도록 요구하는 이용 관리 도구입니다.

당사 플랜 – 가입한 플랜으로, Humana Dual Select H5619-165(HMO D-SNP)를 말합니다.

독립형 검사실 – 야간 입원 없이 부상 또는 질병의 예방, 확인 또는 치료를 위한 검사를 제공하는, 병원 이외의 허가된 의료 시설.

독립형 방사선 (영상) 센터 – 야간 입원 없이 부상 또는 질병의 예방, 확인 또는 치료를 위해 다음 서비스 중 하나 이상을 제공하는, 병원 이외의 허가된 의료 시설: 엑스레이; 핵의학; 방사선 종양학 (MRI, CT 스캔 및 PET 스캔 포함).

독립형 투석 센터 – 야간 입원 없이 투석 치료를 제공하는, 병원 이외의 허가된 의료 시설.

만성질환 특별 요구 플랜 (C-SNP) – C-SNP는 특정 만성 질환을 가진 MA 자격 대상자로 가입을 제한하는 SNP입니다.

바이오시밀러 – 오리지널 생물학적 제제와 매우 유사하지만 동일하지는 않은 생물학적 제제입니다. 바이오시밀러는 오리지널 생물학적 제제와 동일한 안전성과 유효성을 가집니다. 일부 바이오시밀러는 새로운 처방전 없이도 약국에서 오리지널 생물학적 제제로 대체될 수 있습니다(**"교환 가능한 바이오시밀러"** 참조).

방사선학 – 질병을 식별하고 치료하기 위해 고에너지 방사선을 사용하는 엑스레이 및 기타 전문 시술입니다.

보장 범위 증명서(EOC) 및 공개 정보 - 이 문서는 귀하의 가입 양식과 기타 첨부 파일, 부칙 또는 기타 선택적 보장과 함께 가입자의 보장 내용, 당사가 해야 하는 일, 가입자의 권리 및 당사 플랜의 가입자로서 해야 할 일 등을 설명합니다.

보장 서비스 - 당사가 플랜에서 보장하는 모든 의료 서비스 및 용품을 의미하기 위해 사용하는 용어입니다.

보장 약품 - 당사에서 사용하는 이 용어는 당사의 플랜이 보장하는 모든 약품을 의미합니다.

보장 약품 목록(처방집 또는 약물 가이드) - 당사 플랜의 보험 혜택이 적용되는 처방약 목록입니다.

보장 판단 - 가입자에게 처방된 약품이 당사 플랜에서 보장되는지 여부와, 해당되는 경우 해당 처방약에 대해 가입자가 지불해야 하는 금액에 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 결정**이라고도 합니다.

보철 및 보조기 – 팔, 등, 목 보조기; 의수족; 의안; 장루 용품 및 경장과 비경구 영양 요법을 포함하여 신체 내부 부위 또는 기능을 대체하는 데 필요한 장치를 포함하되 이에 국한되지 않는 의료 기기입니다.

보충적 보장소득(SSI) - 시각 장애 혹은 다른 장애가 있거나 65세 이상의 노인 가운데 소득이 낮고 자원이 제한된 가입자를 대상으로 사회 보장국에서 매달 제공하는 혜택입니다. SSI 혜택은 사회 보장국의 혜택과 다릅니다.

보험료 - Medicare, 보험 회사, 또는 건강이나 처방약 보장을 위한 의료 플랜에 대한 정기적인 지불금.

보호 간호 서비스 - 보호 간호는 숙련된 의료 또는 전문요양을 필요로 하지 않을 때 요양원, 호스피스, 또는 기타 시설에서 제공되는 개인 간호를 의미합니다. 전문적인 기술이나 훈련이 없는 사람들이 제공하는 돌봄 서비스에는 목욕, 옷 입기, 식사, 침대나 의자에서 일어나거나 앉기, 이동, 화장실 사용 등 일상 활동에 대한 도움이 포함됩니다. 또한 안약 사용과 같이 대부분의 사람들이 스스로 하는 건강 관련 돌봄도 포함될 수 있습니다. Medicare는 보호 간호 비용을 지불하지 않습니다.

복제약 - FDA에서 브랜드 의약품과 동일한 활성 성분을 갖는 것으로 승인한 처방약입니다. 일반적으로 복제약은 브랜드 의약품과 효과가 동일하며 일반적으로 가격이 더 저렴합니다.

본인부담금 - 위의 비용 분담금의 정의를 참조하십시오. 가입자가 받은 서비스나 의약품 일부에 대한 비용을 부담하는 비용 분담 요건을 가입자의 본인부담금 요건이라고도 합니다.

본인부담한계 - 파트 D 약품에 대해 본인이 부담하는 최대 금액입니다.

부가 지원 - 소득과 자원이 제한적인 사람들이 보험료, 공제금, 공동 보험비용과 같은 Medicare 처방약 프로그램 비용을 지불할 수 있도록 돕는 Medicare 프로그램을 말합니다.

불만 – 불만을 제기하는 공식 명칭은 **고충 제출**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.

브랜드 의약품 – 처음 해당 의약품을 연구하고 개발한 제약 회사가 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.

비용 분담 – 비용 분담은 서비스 또는 의약품을 이용할 때 회원이 납부해야 하는 금액을 말합니다. 비용 분담에는 다음 3가지 유형의 납부금 중 임의의 조합이 포함됩니다: (1) 서비스 또는 의약품이 보장되기 전에 플랜이 부과할 수 있는 공제금 금액; (2) 특정 서비스 또는 의약품을 이용할 때 플랜이 요구하는 고정 공동 부담금 금액; 또는 (3) 특정 서비스 또는 의약품을 이용할 때 플랜이 요구하는 서비스 또는 의약품의 총 지불 금액의 일정 비율인 공동 보험 금액.

비용 분담 계층 - 보장 약품 목록에 포함된 모든 약품은 다섯(5) 가지의 비용 분담 계층 중 하나에 해당됩니다. 일반적으로 비용 분담 계층이 높을수록 약품 비용이 더 높습니다.

사전 승인 - 특정 기준에 기반하여 서비스 또는 특정 약품을 받기 위해 사전에 획득하는 승인입니다. 사전 승인이 필요한 보장 서비스는 4장의 의료 혜택 도표에 표시되어 있습니다. 사전 승인이 필요한 보장 약물은 처방집에 표시되어 있으며, 당사의 기준은 당사 웹사이트에 게시되어 있습니다.

생물학적 제제 – 동물 세포, 식물 세포, 박테리아 또는 효모와 같은 자연 및 생물학적 공급원으로 만들어진 처방약입니다. 생물학적 제제는 다른 의약품보다 복잡하여 정확하게 복제할 수 없으므로, 대체 형태를 바이오시밀러라고 합니다.("**오리지널 생물학적 제제**" 및 "**바이오시밀러**" 참조).

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.

선택된 약품 – Medicare가 최대 공정 가격에 협상한 파트 D에 따라 보장되는 약품.

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 본인부담금에 연간 한도가 있으며, 네트워크(우선) 및 네트워크 외(비우선) 제공자로부터 받는 서비스에 대한 전체 본인부담금 한도가 더 높습니다.

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.

수량 제한 – 품질, 안전성 또는 이용 관련 이유로 약물 사용을 제한하도록 설계된 관리 도구. 처방전당 또는 일정 기간 동안 당사가 보장하는 약물의 양에 제한이 있을 수 있습니다.

신뢰할 수 있는 처방약 보장 - 평균적으로 적어도 Medicare의 일반 처방약 보장만큼 지불할 것으로 예상되는 처방약 보장을 말합니다(예: 고용주 또는 조합에서 제공). 대상자 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.

"실시간 혜택 조회 도구" – 가입자가 완전하고 정확하며 시기적절하고 임상적으로 적절한 가입자별 처방집 및 혜택 정보를 조회할 수 있는 포털 또는 컴퓨터 애플리케이션. 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.

양전자 방출 단층촬영(PET) 스캔 – 환자에게 동위원소를 주입하고 PET 스캐너를 사용하여 방출되는 방사선을 감지하는 의료 영상 기술입니다.

예방 서비스 – 건강을 유지하고, 건강 문제를 조기에 발견하며, 가장 효과적인 치료법을 결정하고, 특정 질병을 예방하는 데 도움이 되는 의료 서비스. 예방 서비스에는 검진, 주사, 검사실 검사, 선별 검사가 포함됩니다. 또한 건강 모니터링 프로그램과 본인의 건강을 스스로 관리하는 데 도움이 되는 상담 및 교육도 포함됩니다.

예방적 치석 제거(클리닝) – 영구치 및 과도기 치열의 치아 구조물과 임플란트에서 치태, 치석 및 착색을 제거하는 것. 예방적 치석 제거는 골 손실, 출혈, 동요도, 삼출물, 퇴축을 포함한 치주 질환의 징후 및 증상을 나타내지 않는 사람에게만 해당됩니다. 따라서 예방적 치석 제거는 아직 치주 질환이 없는 환자를 위한 예방 시술이며, 치주적으로 건강한 환자에게만 사용해야 합니다.

예외 - 승인된 경우 당사 처방집에 없는 약품을 받거나(처방집 예외), 더 낮은 비용 분담 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).

오리지널 Medicare(Traditional Medicare 또는 행위별수가제 Medicare) - 오리지널 Medicare는 정부가 제공하며 Medicare Advantage 플랜 및 처방약 플랜과 같은 민영 건강 플랜이 아닙니다. 오리지널 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. 오리지널 Medicare에는 파트 A(병원 보험)와 파트 B(의료 보험)의 2가지 파트가 있으며, 미국 전역에서 이용할 수 있습니다.

외래 수술 센터 – 외래 수술 센터는 입원이 필요하지 않고 센터에서의 예상 체류 시간이 24시간을 초과하지 않는 환자에게 외래 수술 서비스를 제공하기 위해 독점적으로 운영되는 기관입니다.

우선 비용 분담 - 우선 비용 분담은 특정 네트워크 약국에서 특정한 보장 파트 D 약품에 대한 낮은 비용 분담금을 의미합니다.

우편 주문 약국 - 처방약을 제조하여 우편을 통해 가입자의 집으로 보내주는 약국입니다.

원래 생물학적 제품 – FDA의 승인을 받은 생물학적 제품으로, 바이오시밀러 버전을 제조하는 제조업체의 비교 기준이 됩니다. 참조 제품이라고도 합니다.

유방암 검진 촬영 – 환자의 유방암 여부를 조기에 발견하기 위한 특수 엑스레이 시술입니다.

응급 상황 – 의료 응급 상황이란 귀하 또는 건강 및 의학에 대한 평균적인 지식을 가진 다른 신중한 일반인이, 생명(임산부의 경우 태아의 생명), 사지, 사지의 기능 상실 또는 신체 기능의 상실이나 심각한 손상을 방지하기 위해 즉각적인 의료 조치가 필요한 의료 증상이 있다고 판단하는 경우입니다. 의료 증상은 질병, 부상, 심한 통증, 또는 빠르게 악화되고 있는 의료 상태일 수 있습니다.

응급 치료 – 다음에 해당하는 보장 서비스: 1) 응급 서비스를 제공할 자격을 갖춘 공급자가 제공하는 서비스; 2) 응급 의료 상태를 치료, 평가 또는 안정시키기 위해 필요한 서비스.

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.

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.

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.

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.

이중 적격자 - Medicare 및 Medicaid 보장 자격을 갖춘 사람.

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.

일반 비용 분담 - 일반 비용 분담은 네트워크 약국에서 제공하는 우선 비용 분담 이외의 비용 분담금입니다.

일일 비용 분담 요율 – 의사가 특정 약물을 한 달치 미만으로 처방하고 귀하가 공동 부담금을 납부해야 하는 경우 일일 비용 분담 요율이 적용될 수 있습니다. 일일 비용 분담 요율은 공동 부담금을 한 달치 공급 일수로 나눈 값입니다. 예를 들어: 약 한 달치에 대한 귀하의 공동 부담금이 $30이고 당사 플랜에서 한 달치 공급이 30일인 경우, 귀하의 일일 비용 분담 요율은 하루에 $1입니다.

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.

입원 – 숙련된 의료 서비스를 위해 병원에 공식적으로 입원한 경우의 병원 체류. 병원에서 하룻밤을 보내더라도 외래 환자로 간주될 수 있습니다.

입원진료 - 병원에 입원했을 때 받을 수 있는 의료를 말합니다.

자기공명영상(MRI) – 자기장과 유도된 무선 주파수 신호의 컴퓨터 분석을 사용하여 신체 조직을 비침습적으로 영상화하는 진단 영상 방법.

자기공명혈관조영술(MRA) – 혈관을 통한 혈류를 측정할 수 있는 비침습적 방법으로, 자기공명영상(MRI)의 한 형태.

재앙적 급여 단계 – 해당 보장 연도 동안 귀하(또는 귀하를 대신하는 자격 있는 당사자)가 파트 D 보장 의약품에 대해 **$2,400**을 지출한 시점부터 시작되는 파트 D 약품 급여의 단계입니다. 이 지불 단계에서 당사에서 보장하는 모든 파트 D 약품에 대해 비용을 지불하지 않습니다.

재활 서비스 - 이러한 서비스에는 물리치료, 음성 및 언어치료, 작업치료 등이 포함됩니다.

저소득 보조금(LIS) - 부가 지원을 참조하십시오.

전문 요양 시설(SNF) 케어 – 전문 요양 시설에서 지속적이고 일상적인 기반으로 제공되는 전문 간호 및 재활 서비스. 케어의 예로는 물리 치료 또는 등록 간호사나 의사만이 투여할 수 있는 정맥 주사가 있습니다.

정기 구강검진 - 이전의 정기 또는 종합 평가 이후에 기존 환자에 대해 치과 및 건강 상태의 변경 사항을 확인하기 위해 수행하는 검사입니다.

제조업체 할인 프로그램 - 보장되는 파트 D 브랜드 의약품 및 생물학적 제제에 대한 당사 플랜의 전체 비용의 일부를 약품 제조업체가 부담하는 프로그램입니다. 할인은 연방 정부와 의약품 제조업체 간의 계약에 근거합니다.

조제 수수료 – 처방전 작성 비용(예: 처방전 준비 및 포장을 위한 약사의 시간)을 충당하기 위해 보장 의약품이 조제될 때마다 부과되는 수수료.

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) – 질병 또는 부상 후 재활 서비스를 주로 제공하는 시설로, 물리 치료, 사회적 또는 심리적 서비스, 호흡 치료, 작업 치료, 언어-언어 병리 서비스 및 가정 환경 평가 서비스를 포함합니다.

진단용 유방 촬영 – 유방 질환의 징후 또는 증상을 보이는 환자에게 실시하는 특수 엑스레이 검사.

진단 절차 – 환자의 상태, 질병 또는 질환에 대해 더 많은 정보를 파악하기 위해 특정 영역에서 환자의 강점과 약점을 확인하는 검사.

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.

처방집 - 플랜에서 보장하는 모든 처방약을 나열한 문서입니다.

초과 청구(Balance Billing) – 의료 제공자(예: 의사 또는 병원)가 당사 플랜의 허용된 본인부담금을 초과하여 환자에게 청구하는 경우. Humana Dual Select H5619-165(HMO D-SNP)의 가입자는 플랜에서 보장하는 서비스를 받을 때 플랜상의 비용 분담만 지불하면 됩니다. 당사는 의료 제공자가 **초과 청구**를 하거나 당사 플랜이 귀하가 지불해야 한다고 명시한 본인 부담금을 초과하여 청구하는 것을 허용하지 않습니다.

초기 보장 단계 – 공제금(있는 경우)을 납부한 후, 해당 연도의 본인부담금이 본인 부담 한도액에 도달하기 전 단계입니다.

최대 본인부담금 - 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 본

인부담금에 포함되지 않습니다(참고: Medicaid에 따른 Medicare
비용 분담 지원을 받을 자격이 있으시면,
보장되는 파트 A 및 파트 B
서비스에 대한 최대 본인부담금
금액에 해당하는 본인 부담금을
납부할 책임이 없습니다. 가입자는 Apple Health(Medicaid)의 도움도 받기 때문에, 최대 본인부담금에 도달하는 경우는 극히 드뭅니다).

최대 적정가치 - Medicare가 선택한 약품에 대해 협상한 가격입니다.

최초 가입 기간 – 처음으로 Medicare 자격을 갖추었을 때, Medicare 파트 A 및 파트 B에 가입할 수 있는 기간. 65세가 되는 시점에 Medicare 자격을 갖추게 되는 경우, 최초 가입 기간은 65세가 되는 달의 3개월 전부터 시작하여 65세가 되는 달을 포함하고 65세가 되는 달의 3개월 후에 종료되는 7개월 기간입니다.

치주 스케일링 및 치근활택술 – 스케일링은 잇몸 질환이 있는 환자에게 일반적으로 시행되는 치과 시술입니다. 이는 치태 축적물을 제거하기 위해 잇몸 아래까지 닿는 치과 세정의 한 유형입니다. 치아를 스케일링 및 치근활택술하는 과정은 흔히 심층 세정이라고 합니다.

컴퓨터 단층 촬영 (CT/CAT) 스캔 – 디지털 컴퓨터와 회전식 엑스레이 장치를 함께 사용하여 다양한 장기 및 신체 부위의 상세한 단면 이미지를 생성합니다.

케어 플랜 – 귀하가 받을 서비스와 그 제공 방식에 대한 계획입니다. 귀하의 플랜에는 의료 서비스와 행동 건강 서비스 및 기타 서비스가 포함될 수 있습니다.

탈퇴하기 또는 **탈퇴** - 당사의 플랜에서 멤버십을 종료하는 절차를 말합니다.

통합 D-SNP - Medicare와 Medicaid 모두에 적격한 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 적격자로도 알려져 있습니다.

특별 가입 기간 – 특정 사건이나 생활 환경의 변화로 인해 회원이 건강 및 약제 플랜을 변경하거나 오리지널 Medicare로 돌아갈 수 있는 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 모두 가입되어 있거나, 요양원에 거주하거나, 특정 만성질환을 앓고 있는 사람들과 같은 특정 집단에 대해 집중 의료 서비스를 제공하는 특수한 유형의 Medicare Advantage 플랜.

파트 C - Medicare Advantage(MA) 플랜 참조.

파트 D - 자발적 Medicare 처방약 혜택 프로그램.

파트 D 약품 – 파트 D에서 보장될 수 있는 약품입니다. 당사는 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 연속 63일 이상 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.

품질 개선 기관(QIO) - Medicare 환자들에게 제공되는 진료를 확인하고 개선하기 위해 연방 정부가 비용을 지불하는 개업의 및 기타 의료 전문가 그룹입니다.

플랜 제공자 - "네트워크 제공자"를 참조하십시오.

핵의학 – 영상 촬영, 장기 기능 평가 또는 질병이나 종양의 위치 확인을 목적으로 방사성 동위원소(방사성 형태의 원자를 포함하는 화합물)를 체내에 도입하는 방사선학.

허용액 - 의료 혜택을 위해 플랜이 지급하는 최대 금액.

혜택 기간 - 오리지널 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. 급여 기간은 귀하가 SNF에 머무는 매 하루마다 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. 급여 기간의 횟수에는 제한이 없습니다.

호스피스 – 기대 여명이 6개월 이하로 의학적으로 말기 판정을 받은 회원에게 특별 치료를 제공하는 급여. 당사 플랜은 가입자의 지리학적 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 – 치료가 아닌 편안함에 초점을 맞춘, 말기 환자를 위한 전문적 돌봄. 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.

Humana 전국 이식 네트워크(NTN) - Humana에서 승인한 시설의 네트워크이며, 모두 Medicare 승인 시설입니다.

Medicaid(또는 의료 지원) – 저소득층 및 제한된 자원을 가진 일부 사람들의 의료비를 지원하는 연방 및 주 공동 프로그램입니다. Medicaid 프로그램은 주에 따라 다르지만, Medicare 및 Medicaid 모두 자격이 있는 경우 대부분의 의료 비용이 보장됩니다.

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 건강 플랜 - Medicare 건강 플랜은 당사 플랜에 가입한 Medicare 사용자에게 파트 A 및 파트 B의 혜택을 제공하도록 Medicare와 계약을 맺은 민영 기업이 제공합니다. 이 용어는 모든 Medicare를 포함합니다 어드밴티지 플랜, Medicare 비용 플랜, 특별 필요 플랜, 시범/시험 프로그램, 그리고 노인을 위한 전포괄적 돌봄 프로그램(PACE).

Medicare 보장 서비스 – Medicare 파트 A 및 파트 B가 보장 서비스. 모든 Medicare 건강 플랜은 Medicare 파트 A 및 B가 보장하는 모든 서비스를 보장해야 합니다. Medicare 보장 서비스라는 용어는 Medicare Advantage 플랜이 제공할 수 있는 시력, 치과 또는 청력과 같은 추가 혜택은 포함하지 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.

Medicare 제한 청구액 - 오리지널 Medicare 플랜에서 배정을 수락하지 않는 의사 및 의료 제공자가 보장 서비스에 대해 귀하에게 청구할 수 있는 최고 금액. 제한 청구액은 Medicare 승인 금액보다 15% 높은 금액입니다. 제한 청구액은 특정 서비스에만 적용되며 소모품 또는 장비에는 적용되지 않습니다.

Medicare 허용 청구액 - Medicare에서 보장하는 특정 의료 서비스에 대해 청구될 수 있는 최대 금액으로 Medicare에서 정한 금액을 지불합니다.

Medicare Advantage 공개 가입 기간 – Medicare Advantage 플랜에 가입된 회원이 해당 플랜 가입을 취소하고 다른 Medicare Advantage 플랜으로 전환하거나 오리지널 Medicare를 통해 보장을 받을 수 있는 1월 1일부터 3월 31일까지의 기간. 이 기간 동안 오리지널 Medicare로 전환하기로 선택한 경우, 그 시점에 별도의 Medicare 처방약 플랜에도 가입할 수 있습니다. Medicare Advantage 공개 가입 기간은 개인이 처음으로 Medicare 자격을 얻은 후 3개월 동안에도 이용할 수 있습니다.

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. 이 플랜은 귀하의 파트 A(입원) 및 파트 B(의료) 보장을 모두 제공하며, 일부 플랜은 파트 D(처방약) 보장도 제공할 수 있습니다.

Medicare Advantage(MA) 플랜 – Medicare 파트 C라고도 합니다. Medicare와 계약하여 Medicare 파트 A 및 파트 B 혜택을 모두 제공하는 민간 회사가 제공하는 플랜입니다. Medicare Advantage 플랜은 i) HMO, ii) PPO, iii) 민간 행위별 수가제(PFFS) 플랜, 또는 iv) Medicare 의료 저축 계좌(MSA) 플랜일 수 있습니다. 이러한 유형의 플랜 중에서 선택하는 것 외에도, Medicare Advantage HMO 또는 PPO 플랜은 특별 필요 플랜(SNP)이 될 수도 있습니다. 대부분의 경우, Medicare Advantage 플랜은 Medicare 파트 D(처방약 보장)도 제공합니다. 이러한 플랜은 **처방약 보장이 포함된 Medicare Advantage 플랜**이라고 합니다.

Medicare & Medicaid 서비스 센터(CMS) - Medicare를 관리하는 연방 기관입니다.

Medigap(Medicare 보충 보험) 약관 - 오리지널 Medicare의 공백을 채우기 위해 민영 보험 회사에서 판매하는 Medicare 보충 보험입니다. Medigap 정책은 오리지널 Medicare에서만 적용됩니다. (Medicare Advantage 플랜은 Medigap 정책이 아닙니다.)

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.

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 이름 및 연락처 정보	Statewide Health Insurance Benefits Advisors (SHIBA) Office of the Insurance Commissioner PO Box 40255 Olympia, WA 98504-0255 800-562-6900 (수신자 부담) 360-586-0241 (TTY) http://www.insurance.wa.gov/shiba
품질 향상 기관	Acentra Health 1650 Summit Lake Dr., Suite 102 Tallahassee, FL 32317 888-305-6759 TTY 711 844-878-7921 (FAX) https://acentraqio.com/aboutus/contact/
주 Medicaid 사무소	Apple Health (Medicaid) Cherry Street Plaza 626 8th Avenue SE Olympia, WA 98501 800-562-3022 (수신자 부담) 711 (TTY) http://www.hca.wa.gov/
AIDS 의약품 지원 프로그램	Washington State AIDS Drug Assistance Program (ADAP) Early Intervention Program (EIP). 고객 서비스 PO Box 47841 Olympia, WA 98504 877-376-9316 (Washington 내) 360-664-2216 (팩스) 360-236-3426 http://www.doh.wa.gov/YouandYourFamily/IllnessandDisease/HIVAIDS/HIVCareClientServices/ADAPandEIP

비차별 통지

Humana Inc. 및 그 자회사는 적용 가능한 연방 민권법을 준수하며, 인종, 피부색, 종교, 성별, 성 정체성, 성, 성적 지향, 나이, 장애, 출신 국가, 군 복무 여부, 참전 용사 여부, 유전 정보, 혈통, 민족, 결혼 여부, 언어, 건강 상태 또는 의료 서비스 필요 여부를 이유로 차별하거나 사람들을 배제하지 않습니다.
Humana Inc.:

- 장애가 있는 분들이 당사와 효과적으로 의사소통할 수 있도록 합리적인 편의 조치와 다음과 같은 적절한 보조 지원 및 서비스를 무료로 제공합니다:
  - 공인 수화 통역사
  - 다른 형식의 서면 정보(큰 활자, 오디오, 접근 가능한 전자 형식, 기타 형식).
- 주로 사용하는 언어가 영어가 아닌 분들에게 무료 언어 지원 서비스를 제공하며, 여기에는 다음이 포함될 수 있습니다:
  - 공인 통역사
  - 다른 언어로 작성된 정보.

합리적인 편의 제공, 적절한 보조 기기, 또는 언어 지원 서비스가 필요하신 경우 **877-320-1235 (TTY: 711)**으로 연락하십시오. 운영 시간: 오전 8시 - 오후 8시, 동부 시간. Humana Inc.가 이러한 서비스를 제공하지 않았거나 인종, 피부색, 종교, 성별, 성 정체성, 성, 성적 지향, 나이, 장애, 출신 국가, 군 복무 여부, 재향군인 여부, 유전 정보, 혈통, 민족, 결혼 여부, 언어, 건강 상태 또는 의료 서비스 필요 여부를 이유로 귀하를 차별했다고 생각하신다면, Humana Inc. 비차별 담당 코디네이터에게 직접 방문, 우편 또는 이메일로 고충을 제출하실 수 있습니다. 주소: P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618, **877-320-1235 (TTY: 711)**, 또는 **accessibility@humana.com**. 고충 제출에 도움이 필요하신 경우, Humana Inc.의 차별 금지 코디네이터가 도와드릴 수 있습니다.

또한 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 회원 여러분:
귀하는 또한 California 보건 서비스부 민권 사무소에 **916-440-7370 (TTY: 711)**로 전화하거나, **Civilrights@dhcs.ca.gov**으로 이메일을 보내거나, 다음 주소로 우편을 통해 민권 불만을 제기할 수 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**에서 확인할 수 있습니다.

본 고지는 **www.humana.com/legal/non-discrimination-disclosure**에서 확인할 수 있습니다.
GHHNDN2026HUM

Notice of Availability - Auxiliary Aids and Services Notice

English: Free language, auxiliary aid, and alternate format services are available. Call **877-320-1235 (TTY: 711)**.

አማርኛ [Amharic]፦ነፃ ቋንቋ፣ አጋዥ ማዳመጫ፣ እና አማራጭ ቅርፀት ያላቸው አገልግሎቶችም ይገኛሉ። በ **877-320-1235 (TTY: 711)** ላይ ይደውሉ።

العربية [Arabic]: تتوفر خدمات اللغة والمساعدة الإضافية والتنسِّيق البديل مجاناً. اتصل على الرقم **877-320-1235 (الهاتف النصي: 711)**.

Հայերեն [Armenian]: Հասանելի են անվճար լեզվական, աջակցման և այլընտրանքային ձևաչափի ծառայություններ: Զանգահարե՛ք **877-320-1235 (TTY՝ 711)** հեռախոսահամարով:

Bǎsɔ́ɔ̀ [Bassa]: Wudu-xwíníín-mú-zà-zà kǔà, hwòdǒ-fɔ́nɔ́-nyɔ̀,, kè nyɔ-bɔ̌-po-kà ɓě ɓɛ́ wa nyuɛsé wídí péè-péèdò kɔ.̌ Ɓá **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]: Gen sèvis lengwistik gratis, èd oksilyè, ak lòt fòma sèvis ki disponib. Rele **877-320-1235 (TTY: 711).**

Hrvatski [Croatian]: Dostupne su besplatne jezične usluge, usluge dodatne pomoći i 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 d'assistance linguistique, d'aide auxiliaire et de format alternatif sont disponibles. Appelez le **877-320-1235 (ATS : 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] : મફત ભાષા, સહાયક સહાય અને વૈકલ્પિક ફોર્મેટ સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. **877-320-1235 (TTY: 711)** પર કૉલ કરો.

עברית [Hebrew]: שירותים אלה זמינים בחינם: שירותי תרגום, אביזרי עזר וטקסטים בפורמטים חלופיים. נא התקשר למספר **877-320-1235 (TTY: 711)**

हिंदी [Hindi]: निःशुल्क 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)**.

Bekee [Igbo]: Asụsụ n'efu, enyemaka nkwarụ, na ọrụ usoro ndị ọzọ dị. Kpọọ **877-320-1235 (TTY: 711)**.

GHHNOA2026HUM_0526

Italiano [Italian]: Sono disponibili servizi gratuiti di supporto linguistico, assistenza ausiliaria e formati alternativi. Chiamare il numero **877-320-1235 (TTY: 711)**.

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 សេវាកម្មជាទម្រង់ផ្សេងជំនួសអាចរកបាន។ 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]: ມີບໍລິການພາສາ, ອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້. ໂທ **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Diné [Navajo]: Saad bee áná'álwo', bee haz'áanii, dóó naaltsoos t'áá ajiłii'ígíí bee ak'e'elyaaígíí t'áá jiik'eh hóló. **877-320-1235 (TTY: 711)** bich'į' hodíílnih.

नेपाली [Nepali]: नि:शुल्क भाषा सेवा, सहायक सामग्री र वैकल्पिक ढाँचाका सेवाहरू उपलब्ध छन् । **877-320-1235 (TTY: 711)** मा कल गर्नुहोस् ।

Polski [Polish]: Dostępne są bezpłatne usługi językowe, pomocnicze i alternatywne formaty. Zadzwoń pod numer **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Português [Brazilian Portuguese]: Estão disponíveis serviços gratuitos de ajuda linguística auxiliar e outros formatos alternativos. Ligue **877-320-1235 (TTY: 711)**.

ਪੰਜਾਬੀ [Punjabi]: ਮੁਫ਼ਤ 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 serbisyong pangwika, serbisyo o device na pantulong, at kapalit na format. Tumawag sa **877-320-1235 (TTY: 711)**.

தமிழ் [Tamil]: மொழி,, உதவிப் பொருட்கள் மற்றும் மாற்று வடிவமைப்புச் சேவைகள் இலவசமாகக் கிடைக்கின்றன. **877-320-1235 (TTY: 711)** எண்ணை அழைக்கவும்.

తెలుగు [Telugu]: ఉచిత భాష, సహాయక మద్దతు, మరియు ప్రత్యామ్నాయ ఫార్మాట్ సేవలు అందుబాటులో గలవు. **877-320-1235 (TTY: 711)** కి కాల్ చేయండి.

اردو [Urdu]: مفت زبان، معاون امداد، اور متبادل فارمیٹ کی خدمات دستیاب ہیں۔ کال **877-320-1235 (TTY: 711)**۔

Tiếng Việt [Vietnamese]: Có sẵn miễn phí các dịch vụ ngôn ngữ, hỗ trợ phụ trợ và định dạng thay thế. Hãy gọi **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Òyìnbó [Yoruba]: Àwọn iṣẹ́ àtìlẹ́hìn ìrànlọ́wọ́ èdè, àti ọ̀nà kíkà míràn wà lárọ̀wọ́tó lọ́fẹ̀ẹ́.
Pe **877-320-1235 (TTY: 711)**.

This notice is available at **https://www.humana.com/legal/multi-language-support**.

메모

Humana Dual Select H5619-165 (HMO D-SNP) 고객 서비스

방법	고객 지원 – 연락처 정보
전화	800-457-4708 통화료는 무료입니다. 연중무휴 오전 8시부터 오후 8시까지 전화 연락할 수 있습니다. 고객 지원에서는 영어 이외의 언어 사용 고객을 위해 무료로 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711 이 번호는 특수 전화 장비가 필요하며 청각 또는 언어 장애가 있는 분들만을 위한 것입니다. 통화료는 무료입니다. 운영 시간은 위와 동일합니다.
팩스	877-889-9934
우편	Humana P.O. Box 14168 Lexington, KY 40512-4168
웹사이트	**Humana.com/customer-support**

주 건강 보험 지원 프로그램
주 건강 보험 지원 프로그램(SHIP)은 Medicare 가입자에게 무료 지역 건강 보험 상담을 제공하기 위해 연방 정부로부터 재정 지원을 받는 주 프로그램입니다.

SHIP에 대한 연락 정보는 본 문서의 "자료 A"에 나와 있습니다.

PRA 공개 성명 1995년 문서 감소법에 따라 어떠한 사람도 요구받지 않습니다
유효한 OMB 관리 번호가 표시되지 않는 한 정보 수집에 응답할 필요가 없습니다. 이 정보 수집에 유효한 *OMB* 관리 번호는 *0938-1051*입니다. 이 양식을 개선하기 위한 의견이나 제안이 있으시면 다음 주소로 서면으로 제출하십시오*: 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

중요한 플랜 정보

Humana®

Humana.com