

혜택 요약서

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

Washington

WA의 선별 카운티

Washington 주에서 당사의 서비스 지역에는 다음 카운티가 포함됩니다.

Adams, Benton, Chelan, Clark, Columbia, Cowlitz, Douglas, Ferry, Franklin, Garfield, Grant, Island, Jefferson, King, Kitsap, Kittitas, Lewis, Lincoln, Mason, Okanogan, Pend Oreille, Pierce, San Juan, Skagit, Skamania, Snohomish, Spokane, Thurston, Wahkiakum, Walla Walla, Whatcom.

가입 전 점검 목록

가입 결정을 내리기 전에 당사의 혜택 및 규칙을 충분히 이해하는 것이 중요합니다. 문의 사항이 있는 경우 고객 서비스부 담당자에게 **1-800-833-2364(TTY: 711)**로 전화해 주십시오.

혜택 알아보기

- 보장 범위 증명서(EOC)에는 모든 보장 서비스 및 서비스의 전체 목록이 안내되어 있습니다. 가입하기 전에 플랜의 보장 사항, 비용 및 혜택을 검토하는 것이 중요합니다. **Humana.com/medicare**를 방문하거나 **1-800-833-2364(TTY: 711)**로 전화하여 EOC 사본을 확인하십시오.
- 제공자 명부를 검토하거나 의사에게 요청하여 현재 진료받고 있는 의사가 네트워크에 소속되어 있는지 확인하십시오. 의사가 목록에 없는 경우, 의사를 새로 선택해야 할 수 있습니다.
- 약국 명부를 검토하여 처방약을 위해 이용하는 약국이 네트워크에 소속되어 있는지 확인하십시오. 약국이 목록에 없는 경우 처방약을 위한 약국을 새로 선택해야 할 수 있습니다.
- 처방집을 검토하여 해당 약이 포함되어 있는지 확인하십시오.

중요한 규칙에 대해 알아보기

- 월 플랜 보험료 외에 Medicare 파트 B 보험료를 계속 납부해야 합니다. 이 보험료는 일반적으로 매월 사회보장연금에서 차감됩니다. Apple Health(Medicaid)에서 파트 A/파트 B 보험료를 납입할 수 있습니다.
- 혜택, 보험료, 및/또는 공동 부담금/공동 보험비용은 2026년 1월 1일에 변경될 수 있습니다.
- 현재 보장에 미치는 영향.** 현재 Medicare Advantage 플랜에 가입된 경우, 새 Medicare Advantage 보장이 시작되면 현재 Medicare Advantage 의료보장이 종료됩니다. Tricare에 가입된 경우, 새 Medicare Advantage 보장이 시작되면 보장에 영향이 미칠 수 있습니다. 자세한 내용은 Tricare에 문의해 주십시오. Medigap 플랜에 가입된 경우, Medicare Advantage 보장이 시작되면 이용할 수 없는 보장에 대해 요금을 지불하게 되므로 Medigap 보험 증권을 중단하는 것이 좋을 수 있습니다.
- 응급 상황이나 긴급 상황을 제외하고 네트워크 외 제공자(제공자 명부에 기재되지 않은 의사)의 서비스는 보장하지 않습니다.
- 본 플랜은 이중 적격 특수 요구 플랜(D-SNP)입니다. Medicare 및 Medicaid 주 플랜에서 제공하는 의료 지원의 해당 여부를 검증받아야 가입할 수 있습니다. 본 플랜은 QI, SLMB에 가입할 수 있습니다.



Humana Dual Select H5619-165(HMO D-SNP)에 대해 알아보겠습니다

본 알기 쉬운 가이드를 통해 Humana Dual Select H5619-165(HMO D-SNP) 플랜과 플랜이 보장하는 의료 및 약 서비스에 대해 자세히 알아보십시오.

Humana Dual Select H5619-165(HMO D-SNP)는 Medicare 계약과 함께 Apple Health(Medicaid) 프로그램과 계약을 맺은 조율된 진료 플랜 HMO입니다. 본 Humana 플랜 가입은 계약 갱신에 따라 결정됩니다.

제시된 혜택 정보는 당사의 보장 내용과 가입자 부담분을 요약한 것입니다. 본 요약에서 당사가 보장하는 모든 서비스나 모든 제외 사항 또는 제한 사항을 열거하지는 않습니다. 당사가 보장하는 전체 서비스 목록은 당사 웹사이트 [Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments)에서 플랜의 보장 범위 증명서를 참조해 주십시오.

가입자가 되면 일차의료 제공자(PCP)의 역할을 할 본 문서에 수록된 서비스 지역 내 네트워크 내 의사를 선택하셔야 합니다. Humana Dual Select H5619-165(HMO D-SNP)는 의사, 병원, 약국 및 다른 제공자 네트워크를 갖추고 있습니다. 네트워크에 소속되어 있지 않은 제공자를 이용하는 경우 플랜은 이러한 서비스에 대한 비용을 지불하지 않을 수 있습니다.

귀하는 진료 관리자를 이용하실 수 있습니다. 진료 관리자는 급성 및 만성 진료 관리, 전화 및 대면 건강 지원, Medicare 및 Medicaid 혜택 조율 지원, 교육 자원 및 워크샵, 가족 및 간병인을 위한 지원 등 추가적인 서비스를 제공하여 건강과 복리를 지원하는 간호사 또는 의료 코디네이터입니다.

가입 자격

Medicare와 Medicaid 혜택을 모두 받는다는 것은 두 가지 혜택을 모두 받을 수 있음을 의미합니다. 이중 적격 특수 요구 플랜(Dual Eligible Special Needs Plan)인 Humana Dual Select H5619-165(HMO D-SNP)에 가입하려면, 귀하는 Medicare 파트 A 가입 유자격자이고, Medicare 파트 B에 가입되어 있으며, 당사 서비스 지역에 거주하고 있으며, Apple Health(Medicaid)의 특정 수준 지원도 받아야 합니다.

Humana Dual Select H5619-165(HMO D-SNP)에서는 QI, SLMB에 가입할 수 있습니다.

적격 개인(QI): 파트 B 보험료를 일부 지원해 드립니다.

특정 저소득 Medicare 수혜자(SLMB): 파트 B 보험료를 일부 지원해 드립니다.

플랜 명칭

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

Humana Dual Select H5619-165(HMO D-SNP)에 대한 자세한 정보

귀하의 주 Medicaid 프로그램에 따른 지원 자격 수준에 따라 비용 부담금 요건이 결정됩니다. Medicaid 혜택 비교 차트는 이중 적격 가입자에게 Medicaid가 보장해드릴 수 있는 특정 혜택을 보여줍니다. 이러한 혜택을 이해하고 이용할 수 있도록 Humana 의료 코디네이터가

도와드립니다. 의료 및 병원 관련 보장 혜택 차트에는 Humana에서 제공하는 혜택이 나와 있습니다.

제공자가 귀하에게 Medicaid 보장이 있을 수 있음을 알릴 수 있도록 반드시 Apple Health(Medicaid) ID 카드를 귀하의 Humana 가입자 카드와 함께 제시해 주십시오.

문의 방법

혜택 또는 Medicaid 지원 자격 수준에 대해 질문이 있다면 Humana의 고객센터 또는 Apple Health(Medicaid)에 연락하여 자세한 내용을 확인해야 합니다.

본 플랜의 가입자는 수신자 부담
1-800-457-4708(TTY: 711)로 전화하십시오.

본 플랜의 가입자가 아닌 경우 수신자 부담
1-800-833-2364(TTY: 711)로 전화하십시오.

10월 1일~3월 31일:
연중무휴 오전 8시~오후 8시에 연락해 주십시오.

4월 1일~9월 30일:
월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 연락해 주십시오.

또는 당사 웹사이트 [Humana.com/Medicare](https://www.humana.com/Medicare)를 방문하십시오.

Medicaid 혜택은 2024년 7월 1일에 마지막으로
검증되었으며 변경될 수 있습니다. 최신 Washington
Medicaid 보장 정보는 Apple Health(Medicaid) 웹사이트
<http://www.hca.wa.gov/>를 방문하거나 Medicaid
핫라인에 1-800-562-3022(수신자 부담), 711(TTY)로
전화해 주십시오.



건강한 파트너십

Humana가 제공하는 추가
서비스와 리소스를 통해 본 플랜의
더 많은 혜택을 누리십시오!

월 보험료, 공제금 및 제한

월 플랜 보험료	"부가 지원" 수준에 따라 \$0 또는 최대 \$24.10 . 반드시 Medicare 파트 B 보험료는 계속 납부해야 합니다. 귀하의 파트 A 및/또는 파트 B 보험료는 Apple Health(Medicaid) 프로그램에서 대신 지불할 수 있습니다.
의료 공제금	본 플랜에는 공제금이 없습니다.
약국(파트 D) 공제금	"부가 지원"을 받는 경우 공제금 \$0 .
본인부담 상한액 가입자가 한 해 동안 지불하는 공동 부담금, 공동 보험비용 및 그 외 보장받는 의료 서비스 비용의 최대 금액	네트워크 내 \$9,350 Apple Health(Medicaid)에 따른 Medicare 비용 분담금 지원을 받을 자격이 있는 경우, 귀하는 보장 파트 A 및 파트 B 서비스에 대한 최대 본인부담 비용을 본인부담비용으로 지불할 필요가 없습니다.

의료 혜택

본 HUMANA 플랜의 가입자 부담금

입원 병원 보장

본 플랜은 입원 체류일수를 무제한으로 보장합니다.

1~6일간 하루 공동 부담금 **\$300**
7~90일간 하루 공동 부담금 **\$0**

외래진료병원 보장

진단용 대장내시경

비용의 **20%**

진단용 유방조영상

비용의 **20%**

수술 서비스

공동 부담금 **\$295**

통원 수술 센터

진단용 대장내시경

비용의 **20%**

수술 서비스

공동 부담금 **\$295**

의사 방문

일차의료 제공자(PCP)

- PCP 진료실
- 원격의료

공동 부담금 **\$0**
공동 부담금 **\$0**

전문의

- 전문의 진료실
- 원격의료

공동 부담금 **\$30**
공동 부담금 **\$30**

예방 검진

본 플랜은 다음을 포함한 모든 Medicare 예방 서비스를 보장합니다.

공동 부담금 **\$0**

일차의료 제공자(PCP)는 귀하와 협력하여 전문의 또는 네트워크 내 다른 특정 제공자와 필요한 치료를 조율합니다. 이를 "의뢰서"라고 합니다. 특정 시술, 서비스 및 약은 본 플랜의 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 이를 "사전 허가"라고 합니다. 의뢰서 또는 사전 허가가 필요한 서비스에 대한 자세한 내용은 PCP에 문의하거나 본 플랜의 보장 범위 증명서(EOC)를 참조하거나 Humana.com/PAL을 방문하십시오.

본 HUMANA 플랜의 가입자 부담금

- 복부 대동맥류 선별검사
- 알코올 남용 선별검사 및 상담
- 연례 건강검진(AWV)
- 골량 측정
- 유방암 선별검사(유방조영상)
- 심혈관계 질환 발생 위험 감소 진료
- 심혈관계 질환 선별검사
- 자궁경부암 및 질암 선별검사
- 대장암 선별검사
- 우울증 선별검사
- 당뇨병 선별검사
- 당뇨병 자가 관리 교육
- 녹내장 선별검사
- HIV 선별검사
- 예방 접종
- 폐암 선별검사
- 의학적 영양요법
- Medicare 당뇨병 예방 프로그램(MDPP)
- 비만 선별검사 및 치료
- 전립선암 선별검사
- 정기 신체 검사
- 성매개 감염(STI) 선별검사 및 상담
- 금연(금연 상담)
- "Welcome to Medicare" 예방 방문

계약 기간 동안 Medicare에서 승인하는 추가 예방 서비스가 보장됩니다.

응급 치료

응급실

공동 부담금 \$110

24시간 이내에 동일한 병원에 입원한 경우 응급 치료 비용 분담금을 지불할 필요가 없습니다. 관찰에 배치될 때 가입자는 응급실 비용 분담금 대신 관찰 비용 분담금을 지불합니다.

응급실에서의 의사 및 전문 서비스

공동 부담금 \$0

일차의료 제공자(PCP)는 귀하와 협력하여 전문의 또는 네트워크 내 다른 특정 제공자와 필요한 치료를 조율합니다. 이를 "의뢰서"라고 합니다. 특정 시술, 서비스 및 약은 본 플랜의 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 이를 "사전 허가"라고 합니다. 의뢰서 또는 사전 허가가 필요한 서비스에 대한 자세한 내용은 PCP에 문의하거나 본 플랜의 보장 범위 증명서(EOC)를 참조하거나 Humana.com/PAL을 방문하십시오.



본 HUMANA 플랜의 가입자 부담금

긴급하게 필요한 서비스

- 원격의료 공동 부담금 \$45
- 긴급 치료 센터 공동 부담금 \$45

응급 상황이 아닌 예상치 못한 질병, 부상 또는 즉각적인 의료적 조치가 필요한 질환을 치료하기 위해 긴급하게 필요한 서비스가 제공됩니다.

진단 서비스, 검사실 및 영상

첨단 영상 서비스(MRI, MRA, PET 및 CT 스캔)

- 독립 방사선 시설 공동 부담금 \$300
- 외래진료병원 공동 부담금 \$350
- PCP 진료실 공동 부담금 \$300
- 전문의 진료실 공동 부담금 \$300

기본 방사선 서비스(엑스레이)

- 독립 방사선 시설 비용의 20%
- 외래진료병원 비용의 20%
- PCP 진료실 공동 부담금 \$0
- 전문의 진료실 비용의 20%
- 긴급 치료 센터 공동 부담금 \$45

진단용 유방조영상

- 독립 방사선 시설 비용의 20%
- 전문의 진료실 비용의 20%

진단 절차 및 테스트

- 외래진료병원 비용의 20%
- PCP 진료실 공동 부담금 \$0
- 전문의 진료실 공동 부담금 \$30
- 긴급 치료 센터 공동 부담금 \$45

검사실 서비스

- 독립 검사실 공동 부담금 \$0
- 외래진료병원 공동 부담금 \$40
- PCP 진료실 공동 부담금 \$0
- 전문의 진료실 공동 부담금 \$0
- 긴급 치료 센터 공동 부담금 \$45

핵의학 및 서비스

- 독립 방사선 시설 비용의 20%
- 외래진료병원 비용의 20%

일차의료 제공자(PCP)는 귀하와 협력하여 전문의 또는 네트워크 내 다른 특정 제공자와 필요한 치료를 조율합니다. 이를 "의뢰서"라고 합니다. 특정 시술, 서비스 및 약은 본 플랜의 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 이를 "사전 허가"라고 합니다. 의뢰서 또는 사전 허가가 필요한 서비스에 대한 자세한 내용은 PCP에 문의하거나 본 플랜의 보장 범위 증명서(EOC)를 참조하거나 Humana.com/PAL을 방문하십시오.

본 HUMANA 플랜의 가입자 부담금

치과 보장 범위 한도를 초과하는 금액에 대한 책임은 가입자에게 있습니다. 혜택은 연년 단위로 제공됩니다. 연말까지 사용하지 않은 모든 금액은 소멸됩니다. 각 플랜에 관한 정보는 [Humana.com/sb](https://www.humana.com/sb)에서 확인할 수 있습니다.

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

HumanaDental: 전국 HumanaDental Medicare 네트워크에서 [Humana.com](https://www.humana.com) > Find Care(치료 찾기)를 방문하여 치과의사를 찾아보세요.

- 5년마다 최대 2회의 브릿지-치관에 대한 공동 부담금 **\$0**.
- 평생 치아당 최대 1회의 치관, 기타 수복 서비스 - 코어 축성 및 기성 포스트 및 코어, 근관, 근관 재치료에 대한 공동 부담금 **\$0**.
- 연간 최대 1세트의 교익 엑스레이, 구강내 엑스레이에 대한 공동 부담금 **\$0**.
- 연간 최대 1회의 의치 조정, 의치 개상, 의치 이장, 의치 보수, 응급 진단 검사, 조직 양화에 대한 공동 부담금 **\$0**.
- 연간 최대 2회의 통증, 구강 수술, 정기 구강검진, 예방 진료(치석 제거)에 대한 응급 상황 치료에 대한 공동 부담금 **\$0**.
- 연간 최대 4회의 치주 관리에 대한 공동 부담금 **\$0**.
- 연간 최대 무제한의 아말감 및/또는 콤포짓트 충전, 보장 서비스에 필요한 마취, 단순 발치 또는 외과적 발치에 대한 공동 부담금 **\$0**.
- 모든 진단/예방 및 종합 혜택에 대한 연간 최대 혜택 보장 금액 **\$1,000**.

시력 서비스
안경류(백내장 수술 후)

공동 부담금 **\$0**

Medicare 보장 당뇨병성 시력 검사

공동 부담금 **\$0**

Medicare 보장 시력 서비스

Medicare 보장 안과 서비스에 대한 제공자 로케이터는 [Humana.com](https://www.humana.com) > Find Care(치료 찾기)에서 확인할 수 있습니다.

공동 부담금 **\$30**

필수 보충 시력 혜택

필수 보충 시력 혜택은 Humana Medicare Insight Network를 통해 제공됩니다. 제공자 로케이터는 [Humana.com](https://www.humana.com) > Find Care(치료 찾기)에서 확인할 수 있습니다.

VIS736

- 연간 최대 1회의 정기 검사에 대한 공동 부담금 **\$0**.
- 콘택트 렌즈나 안경 렌즈 및 안경테, 안경 렌즈 및 안경테 피팅에 대한 연간 최대 혜택 보장 금액 **\$50**.
- 또는
- PLUS 제공자를 통한 콘택트 렌즈나 안경 렌즈 및 안경테, 안경 렌즈 및 안경테 피팅에 대한 연간 최대 혜택 보장 금액 **\$100**.

일차의료 제공자(PCP)는 귀하와 협력하여 전문의 또는 네트워크 내 다른 특정 제공자와 필요한 치료를 조율합니다. 이를 "의뢰서"라고 합니다. 특정 시술, 서비스 및 약은 본 플랜의 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 이를 "사전 허가"라고 합니다. 의뢰서 또는 사전 허가가 필요한 서비스에 대한 자세한 내용은 PCP에 문의하거나 본 플랜의 보장 범위 증명서(EOC)를 참조하거나 [Humana.com/PAL](https://www.humana.com/PAL)을 방문하십시오.

**본 HUMANA 플랜의 가입자 부담금**

- 안경 렌즈 옵션은 연간 최대 1쌍까지 최대 혜택 보장 금액을 지원받을 수 있습니다.
 - 최대 혜택 보장 금액은 연간 1회 이용으로 제한됩니다.
 - 최대 혜택 보장 금액은 함께 사용할 수 없습니다.
- PLUS 제공자는 Humana Medicare Insight Network의 일부이며 제공자 로케이터 검색 결과에 표시됩니다.

정신 건강 서비스**입원**

본 플랜은 정신과 병원에서 입원 정신건강관리에 대해 평생 최대 190일까지 보장합니다

1~6일간 하루 공동 부담금 **\$300**7~90일간 하루 공동 부담금 **\$0****정신 건강 치료 방문**

- 외래진료병원
- 부분 입원
- 전문의 진료실

비용의 **20%**공동 부담금 **\$80**비용의 **20%****외래 약물 남용 치료**

- 외래진료병원
- 부분 입원
- 전문의 진료실
- 원격의료

비용의 **20%**공동 부담금 **\$80**비용의 **20%**비용의 **20%****전문요양시설**

본 플랜은 최대 100일간의 SNF 이용을 보장합니다.

1~20일간 하루 공동 부담금 **\$0**21~65일간 하루 공동 부담금 **\$214**66~100일간 하루 공동 부담금 **\$0****구급차**

- 구급용 항공기/헬기
- 지상 구급차

비용의 **20%**서비스 날짜당 공동 부담금 **\$315****교통편**

가입자는 운송업체에 연락하여 교통편을 직접 예약해야 하며, 고객 지원에 연락하여 플랜의 특정 운송업체로 안내받도록 해야 합니다.

플랜에서 승인한 장소로 연간 최대 24회 편도 교통편 이용 시 공동 부담금 **\$0**.

이 혜택은 편도 교통편 1회당 이동거리가 50마일을 초과하지 않는 경우에 적용됩니다.

일차의료 제공자(PCP)는 귀하와 협력하여 전문의 또는 네트워크 내 다른 특정 제공자와 필요한 치료를 조율합니다. 이를 "의뢰서"라고 합니다. 특정 시술, 서비스 및 약은 본 플랜의 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 이를 "사전 허가"라고 합니다. 의뢰서 또는 사전 허가가 필요한 서비스에 대한 자세한 내용은 PCP에 문의하거나 본 플랜의 보장 범위 증명서(EOC)를 참조하거나 Humana.com/PAL을 방문하십시오.



의료 혜택 (계속)

본 HUMANA 플랜의 가입자 부담금

MEDICARE 파트 B 약품

일부 환급 가능한 파트 B 약품에 대한 공동 보험비용이 인하됩니다.

알레르기 주사 및 혈청

• PCP 진료실	공동 부담금 \$0
• 전문의 진료실	공동 부담금 \$0

화학요법 약물

• 외래진료병원	비용의 20%
• 전문의 진료실	비용의 20%

기타 Medicare 파트 B 약품

• 외래진료병원	비용의 20%
• PCP 진료실	비용의 20%
• 약국	공동 부담금 \$0
• 전문의 진료실	비용의 20%

파트 B 인슐린

• 외래진료병원	비용의 20%
• PCP 진료실	비용의 20%
• 약국	공동 부담금 \$0
• 전문의 진료실	비용의 20%

본 플랜이 보장하는 각 인슐린 제품에 대해 가입자가 지불하게 될 1개월(최대 30일)분 비용은 \$35를 초과하지 않습니다.



처방약 혜택

플랜 주요 혜택 요약

\$0 Rx 공동 부담금 혜택

매년 Medicare 파트 D 플랜에서 보장하는 모든 처방약에 대한 "부가 지원"을 받는 경우, 지불해야 하는 비용은 \$0입니다.

100일분

유자격 약 최대 100일분

\$0 백신

예방 접종 자문 위원회(ACIP)에서 권장하는 성인 파트 D 보장 백신에 대한 공동 부담금 \$0

"부가 지원"을 받지 못한 경우 처방약 혜택에 대한 보다 자세한 내용은 보장 범위 증명서 6장을 참조하십시오.

어떤 약국을 당사 네트워크에서 이용할 수 있는지 알아보려면 [Humana.com/pharmacyfinder](https://www.humana.com/pharmacyfinder)를 참조하십시오.

* 일부 약은 30일분으로 제한되며 다른 약은 최대 100일분까지 받을 수 있습니다.

일차의료 제공자(PCP)는 귀하와 협력하여 전문의 또는 네트워크 내 다른 특정 제공자와 필요한 치료를 조율합니다. 이를 "의뢰서"라고 합니다. 특정 시술, 서비스 및 약은 본 플랜의 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 이를 "사전 허가"라고 합니다. 의뢰서 또는 사전 허가가 필요한 서비스에 대한 자세한 내용은 PCP에 문의하거나 본 플랜의 보장 범위 증명서(EOC)를 참조하거나 [Humana.com/PAL](https://www.humana.com/PAL)을 방문하십시오.

Humana

 추가 혜택

본 HUMANA 플랜의 가입자 부담금

침술 서비스(Medicare 보장)	연간 최대 20회의 만성 요통 침술 진료에 대한 공동 부담금 \$30.
카이로프랙틱 서비스(Medicare 보장)	공동 부담금 \$0
족부의학 서비스(Medicare 보장)	공동 부담금 \$30
의료 장비/용품	
연속혈당측정기(CGM)	
<ul style="list-style-type: none"> DME 제공자 약국 	비용의 20% 공동 부담금 \$0
당뇨병 모니터링 용품	
<ul style="list-style-type: none"> 당뇨 용품 공급자 네트워크 소매 약국 당뇨 용품 우선 공급자 	비용의 20% 공동 부담금 \$0 공동 부담금 \$0
내구성 의료 장비(DME)	비용의 20%
의료용품 공급자에서의 의료용품	비용의 20%
보철 장치 및 관련 용품	비용의 20%
재활 서비스	
심장 재활 서비스	
<ul style="list-style-type: none"> 외래진료병원 전문의 진료실 	비용의 20% 비용의 20%
작업치료	
<ul style="list-style-type: none"> 종합 외래 재활 시설 외래진료병원 전문의 진료실 	공동 부담금 \$35 공동 부담금 \$35 공동 부담금 \$35
물리치료	
<ul style="list-style-type: none"> 종합 외래 재활 시설 외래진료병원 전문의 진료실 	공동 부담금 \$35 공동 부담금 \$35 공동 부담금 \$35
폐 재활 서비스	
<ul style="list-style-type: none"> 외래진료병원 전문의 진료실 	비용의 8% 비용의 8%
언어치료	
<ul style="list-style-type: none"> 종합 외래 재활 시설 외래진료병원 전문의 진료실 	공동 부담금 \$35 공동 부담금 \$35 공동 부담금 \$35

 추가 혜택 (계속)

본 HUMANA 플랜의 가입자 부담금

말초 동맥 질환(PAD)에 대한 감시 운동 치료(SET)

- 외래진료병원
- 전문의 진료실

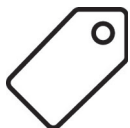
비용의 **8%**비용의 **8%**
 Medicaid 혜택 비교

위의 의료 및 병원 관련 보장 혜택 섹션에서 설명하는 혜택은 Humana Dual Select H5619-165(HMO D-SNP)에서 보장됩니다. 아래 나열된 각 혜택에 대해 Apple Health(Medicaid)의 보장 범위와 본 플랜의 보장 범위를 확인할 수 있습니다.

모든 Medicaid 혜택은 Apple Health(Medicaid) 자격 지침 및 요구 사항이 적용되며, 이중 적격자에게만 제공됩니다. Medicaid 혜택에 대한 적격 여부와 받을 수 있는 혜택에 대한 문의사항은 가입자 안내서를 참조하거나 Apple Health(Medicaid)에 1-800-562-3022(수신자 부담), 711(TTY)로 문의하십시오.

혜택	Medicaid 혜택	본 플랜의 혜택
구급차	보장되지 않음	보장됨
통원 수술 센터	보장되지 않음	보장됨
의치	보장되지 않음	보장됨
진단 서비스, 검사실 및 영상	보장되지 않음	보장됨
의사 방문	보장되지 않음	보장됨
응급 치료	보장되지 않음	보장됨
안경	보장되지 않음	보장됨
보청기	보장되지 않음	보장됨
입원 병원	보장되지 않음	보장됨
정신질환(MD) 치료 기관 내 입원 정신 건강 서비스, 영양시설 및 중급간호시설 서비스(65세 이상)	보장되지 않음	보장됨(제한 있음)
입원 정신 건강 서비스(21세 미만)	보장되지 않음	보장됨(제한 있음)
Medicare 파트 B 약품	보장되지 않음	보장됨

혜택	Medicaid 혜택	본 플랜의 혜택
정신 건강 서비스	보장되지 않음	보장됨
정신 질환 기관을 제외한 요양시설 서비스	보장되지 않음	보장됨(제한 있음)
외래진료병원 보장	보장되지 않음	보장됨
물리치료, 작업치료, 언어치료	보장되지 않음	보장됨
예방 검진	보장되지 않음	보장됨
전문요양시설	보장되지 않음	보장됨
교통편	보장되지 않음	보장됨
긴급하게 필요한 서비스	보장되지 않음	보장됨



본 플랜이 제공하는 더 많은 혜택

본 플랜에 포함된 다음 추가 혜택을 누리보십시오.

다음은 보장 내용을 요약한 것입니다. 본 요약에서 당사가 보장하는 모든 서비스나 모든 제외 사항 또는 제한 사항을 열거하지는 않습니다. 보장 범위 증명서(EOC)에는 모든 보장 서비스 및 서비스의 전체 목록이 안내되어 있습니다. EOC 사본을 받으시려면

Humana.com/PlanDocuments를 방문하거나 **1-800-833-2364**로 전화하십시오.

Humana Healthy Options Allowance™

건강 지원에 필요한 필수품에 사용할 용도로 선불 카드에 지급되는 월간 보조금 **\$100**.

이 보조금은 참여 소매업체에서 승인된 제품(식품, Over-the-Counter 의약품 및 웰니스 품목, 개인 생활용품, 가정용품 등)을 구매하거나 승인된 서비스(임차료와 같은 월간 생활비, 택시, Uber, Lyft 등의 비의료 교통비)에 대해서 지불하는 데 사용할 수 있습니다.

보조금은 카드에 충전되어 있는 다른 혜택 보조금과 함께 사용할 수 없습니다.

미사용 보조금은 다음 달로 이월되며 플랜 연도가 끝나면 소멸됩니다.

- 보조금은 매달 1일에 지급됩니다.
- 한도 및 제한 사항이 적용될 수 있습니다.

자세한 내용은 Humana Spending Account Card 섹션을 참조하십시오.

Humana Spending Account Card

Humana Spending Account Card는 이 플랜에 포함된 보조금을 지출하는 데 사용하는 카드입니다. 현재 Humana Spending Account Card가 있는 경우 보조금이 이 카드에 충전되므로 보유하신 카드를 계속해서 사용하시면 됩니다. 카드가 없는 경우, 카드를 보내드립니다. 우편으로 카드를 받는 즉시 카드를 활성화해 주십시오.

- Humana는 분실 또는 도난된 카드로 인한 자금 손실에 대해 책임을 지지 않습니다.
- 자세한 내용은 카드 뒷면을 참조해 주십시오.
- 보조금은 카드에 충전되어 있는 다른 혜택 보조금과 함께 사용할 수 없습니다.
- 한도 및 제한 사항이 적용될 수 있습니다.

금연 프로그램

흡연이나 담배 제품 사용을 중단하려는 노력에 더욱 도움이 되고자, Humana는 12개월 기간 내 금연 상담을 무료 서비스로서 1회 보장합니다. 이는 Medicare에서 제공하는 2회의 금연 상담에 추가적인 것으로 최대 4회의 대면 방문을 포함합니다. 이 서비스는 흡연 관련 질환의 예방 진료 또는 진단에 사용할 수 있습니다.

Humana Well Dine® 식사 프로그램

Humana Well Dine® 식사 프로그램용
공동 부담금 \$0.

병원 또는 요양시설에 입원 치료 후,
해당 가입자는 7일간 하루 2회(최대
14회 식사)의 가정 배달식을 제공받을 수
있습니다.

퇴원한 후 30일 이내에 식사를 요청해야
합니다.

연간 4회로 제한됩니다.

보상 및 인센티브 - Humana의 Go365®

예방 선별검사 및 검사와 같은 적격 건강
활동을 완료하고 보상을 받으십시오.

차별 금지 고지

Humana Inc. 및 그 자회사는 관련 연방 민권법을 준수하며 인종, 피부색, 종교, 젠더, 성 정체성, 성별, 성 지향성, 나이, 장애, 출신국, 군인 여부, 재향군인 여부, 유전 정보, 혈통, 민족, 결혼 여부, 언어, 건강 상태 또는 건강 서비스 필요성에 따라 차별하거나 제외하지 않습니다. 이와 관련하여 Humana Inc.에서는 다음을 제공합니다.

- 다음과 같이 장애가 있는 사람들에게 적절한 수정 사항을 제공하고 당사와 효과적으로 연락할 수 있도록 적절한 보조 지원 및 서비스를 제공합니다.
 - 자격을 갖춘 수화 통역사
 - 그 외 형식의 서면 정보(큰 글씨, 오디오, 접근 가능한 전자 형식, 기타 형식)
- 국어가 영어가 아닌 사람에게 무료 언어 지원 서비스를 제공합니다. 여기에는 다음이 포함될 수 있습니다.
 - 자격을 갖춘 통역사
 - 다른 언어로 작성된 정보

적절한 수정 사항, 적절한 보조 지원 또는 언어 지원 서비스가 필요한 경우 **877-320-1235(TTY: 711)**로 문의하십시오. 운영 시간은 오전 8시~오후 8시(동부 표준시)입니다. Humana Inc.가 이러한 서비스를 제공하지 않았거나 인종, 피부색, 종교, 젠더, 성 정체성, 성별, 성 지향성, 나이, 장애, 출신국, 군인 여부, 재향군인 여부, 유전 정보, 혈통, 민족, 결혼 여부, 언어, 건강 상태 또는 건강 서비스 필요성에 따라 차별하였다고 생각이 되는 경우 Humana Inc.의 차별 금지 조정자에게 우편(P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618, **877-320-1235(TTY: 711)**) 또는 이메일(accessibility@humana.com)로 고충을 제기할 수 있습니다. 고충 제기에 도움이 필요한 경우 Humana Inc.의 차별 금지 조정자가 도움을 드릴 수 있습니다.

또한 U.S. Department of Health and Human Services(미국 보건복지부), 민권 담당국 민원 포털 (<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>)을 통해 전자 민원을 제기할 수 있으며, 또는 다음 주소로 우편이나 전화로 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)**.

본 고지는 www.humana.com/legal/non-discrimination-disclosure에서 확인할 수 있습니다.

GHHNDN2025HUM

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Form CMS-10802 (Expires 12/31/25)

Form Approved OMB# 0938-1421

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

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

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

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

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

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

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

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



더 자세히 알아보기



의사 또는 약국을 찾는 데 도움이 필요하십니까? 본 플랜의 **제공자 및 약국 명부**는 당사 웹사이트([Humana.com/Find-Care](https://www.humana.com/Find-Care))에서 확인할 수 있으며, 본 책자의 서두에 명시된 번호로 연락하여 받을 수도 있습니다. 많은 의사 목록에는 Care Highlight® 등급이 포함되어 있습니다. 이러한 임상 품질 및 비용 효율성 등급은 의료에 관해서 정보에 기반한 결정을 내릴 수 있도록 도와줍니다. 등급은 의사의 임상 품질과 비용 효율성을 측정할 수 있는 충분한 정보가 있는 경우에만 나타납니다. 자세한 내용은 [Humana.com/CareHighlight](https://www.humana.com/CareHighlight)를 참조하십시오.



본 플랜의 **의약품 가이드**는 당사 웹사이트([Humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist))에서 확인할 수 있으며, 본 책자의 서두에 명시된 번호로 연락하여 받을 수도 있습니다.

임상 품질 및 비용 효율성 등급은 Alaska 주를 제외한 모든 주에서 확인할 수 있습니다. 일부 의사에 대해서는 등급을 확인할 수 없습니다. Care Highlight는 정보 제공 목적으로만 사용됩니다. 의사가 Care Highlight 등급이 있는지 여부와 관계없이 가입자는 Humana 네트워크의 모든 의사에게 진료를 받을 수 있습니다. 하지만 이 등급을 의사를 선택하는 유일한 기준으로 삼아서는 안 됩니다. Humana는 이러한 등급을 바탕으로 의사에게 성과급을 지급하지 않습니다. 등급이 의료 서비스의 질이나 결과를 보장하지 않습니다.

Original Medicare의 보장 범위와 비용에 대한 자세한 내용은 배포 중인 "Medicare & You" 핸드북을 참조하십시오. 이 내용은 <http://www.medicare.gov>에서 온라인으로 확인하거나 연중무휴 24시간 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 사본을 받을 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 연락해 주십시오.

Humana Dual Select H5619-165(HMO D-SNP)는 미국 국립의료질평가위원회(NCQA)로부터 Humana Dual Select H5619-165(HMO D-SNP) 치료 모델 검토에 바탕을 두고 2026년 12월 31일까지 특수 요구 플랜(SNP)으로 운영됨을 승인받았습니다.

가입자가 Medicare 분담 비용 지원을 받는 경우 Humana Dual Select H5619-165(HMO D-SNP) 제공자는 Medicaid 지불 금액이 없거나 제공자가 Medicaid에 등록하지 않는 경우에도 공제금, 공동 보험비용, 공동 부담금 등의 Medicare 파트 A 및 파트 B의 보장을 받는 서비스 및 품목에 대해 수금하거나 청구할 수 없습니다. 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 분담금 보호를 받으며 청구할 수 없다고 제공자에게 말하십시오. 이미 지불하신 경우 환불받을 권리가 있습니다. 제공자가 청구를 중지하지 않을 경우 1-800-457-4708로 문의하거나 1-800-Medicare(1-800-633-4227)(TTY 1-877-486-2048)로 Medicare에 문의하십시오. Humana 또는 Medicare는 제공자에게 청구를 중지하고 귀하가 지불한 금액을 환불할 것을 요청할 수 있습니다.



더 자세히 알아보기 (계속)

기재된 원격의료 서비스는 Original Medicare가 보장하는 원격의료 서비스 외에 추가로 제공됩니다. Original Medicare 원격의료 서비스에 대한 비용은 상이할 수 있습니다. 가상 방문 또는 원격의료라고도 하는 원격의료 서비스에 대한 제한은 주에 따라 다릅니다. 해당 서비스는 응급 치료를 대체하지 않으며 귀하의 일차의료 제공자 또는 네트워크 내 다른 제공자를 대체할 의도로 마련된 것이 아닙니다. 원격의료 서비스 사용 시기에 대한 모든 설명은 정보 제공 목적으로만 제공되며 의학적인 조언으로 해석해서는 안 됩니다. 본 플랜의 보장 사항이나 적용 가능한 기타 규칙에 대한 자세한 내용은 보장 범위 증명서를 참조하십시오.

플랜은 파트 C 혜택 및 파트 D 혜택 외에 보충 혜택을 제공할 수 있습니다.

모든 상품명, 로고, 브랜드 및 상표는 해당 소유자의 자산이며, 이를 사용한다고 해서 승인한다는 의미는 아닙니다.

이 페이지는 인쇄 요구사항으로 인해 공백으로 남겨져 있습니다

클릭 한 번으로 자세한 정보를 확인하십시오.

[Humana.com/PlanDocuments](https://www.humana.com/PlanDocuments)를 방문하여 혜택 및 비용을 비롯한 본 플랜의 추가 세부 사항을 확인하십시오.

보장 범위 증명서, 제공자 명부 또는 의약품 가이드의 인쇄본을 우편으로 받고 싶으신 경우 위 웹사이트에서 온라인으로 또는 **1-800-457-4708(TTY: 711)**로 24시간 연중무휴 전화하여 요청하실 수 있습니다. 전화하시기 전에 Humana 가입자 ID 카드를 준비하십시오. 자동 응답 시스템이 전화한 이유를 물을 때, "Evidence of Coverage(보장 범위 증명서)", "Drug Guide(의약품 가이드)" 또는 "Provider Directory(제공자 명부)"라고 말하십시오.

안전한 MyHumana 계정을 활성화하십시오.

온라인 MyHumana 계정은 Humana 멤버십의 중요한 부분입니다. 이를 통해 언제든지 한 군데에서 본 플랜의 세부 사항을 확인하고 중요 플랜 문서에 접근하십시오. 이용하기 쉽고 사용자 맞춤형으로 제공됩니다.

이미 계정이 있으십니까?

[Humana.com/Member/ManageYourAccount](https://www.humana.com/Member/ManageYourAccount)로 이동한 다음 로그인하십시오.

아직 계정이 없으십니까?

잠깐 시간을 내어 위 링크에서 계정을 만들어 보십시오.

다른 보험 상품에 대한 정보 받기

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

Humana Inc.

P.O. Box 14168

Lexington, KY 40512-4168

본 플랜에 대한 중요 정보

Humana.com